学校保健の動向

平成 23 年度版

特集内容

東日本大震災における学校保健

1．学校環境衛生の観点から

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　北垣　邦彦

2．子どもの心のケアのために

名古屋学芸大学大学院子どもケア研究科／ヒューマンケア学部
教授　釆女　智津江

財団法人 日本学校保健会

学校保健の動向

平成23年度版

財団法人　日本学校保健会

発行のことば

この平成23年度版の本書を発行するにあたり、本年3月11日に発生した東日本大震災において被災された方々に心よりお見舞い申し上げます。

本書は、昭和48年の発行以来、学校保健に関する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、巻頭には特集欄を設け、そこではその年の特筆すべき話題の掲載を心がけております。

本年は東日本大震災という未曽有の災害により、学校保健の分野でも様々な対応に追われ、また、今後においても適切な対応が必要な状況です。この平成23年度版の特集では、津波や原子力発電所事故での被災による学校環境衛生の観点から、また、子どもの心のケアの観点からご執筆をいただきました。さらに別途特別寄稿欄を設け、実際に被災された地域の方々、被災地支援に従事された方々からご寄稿いただくとともに、都市部での震災当日の下校状況を中心とした学校安全の面に関する原稿もお寄せいただきました。災害は今後もいつ何時我々の身に被ってくるかしれません。このたびの辛い経験を乗り越え、本書が被災地の復興に向けて少しでも子どもたち、学校関係者、学校保健関係者、また、学校保健の後世への記録としてもお役に立てられればと存じます。

本編では、健康管理、環境衛生、健康教育等に章分けし、さらに項目分けして養護教諭養成課程等の学生でもわかりやすいように編集をしております。本書は平成22年度版より一般書店等でもご購入いただけるようになりました。本書がこれまでにも増して学校保健・健康教育の推進と充実に向け、学校での保健指導・管理や養護教諭養成課程での指導、研究等で活用されるよう願っております。

末尾になりましたが、本書のご執筆にご尽力をいただきました方々、編集に携わっていただきました委員会の皆様には厚くお礼を申し上げます。

平成23年11月

財団法人　日本学校保健会

会　長　原　中　勝　征

平成23年度版「学校保健の動向」
目　　次

発行のことば…… i

特　集　東日本大震災における学校保健

1．学校環境衛生の観点から…… 1

2．子どもの心のケアのために…… 6

特別寄稿

■東日本大震災に係る宮城県への養護教諭等派遣について ～絆の襷渡し～ …… 13

■東日本大震災による被災地（宮城県）の学校保健の現状…… 16

■放射能と子ども…… 18

■東日本大震災当日の東京都の児童生徒の下校状況等について…… 21

■東日本大震災を体験して～今を生きる子どもたちとともに～
（被災地における保健室の状況と今後の課題について）…… 24

第Ⅰ章　健康管理の動向

1．児童生徒の発育・発達…… 33

2．感染症…… 41

3．児童生徒の健康管理…… 47

3－1　栄養状態…… 47

3－2　循環器…… 49

3－3　呼吸器…… 51

3－4　腎・尿路系…… 54

3－5　眼科…… 57

3－6　耳鼻咽喉科…… 65

3－7　皮膚科…… 69

3－8　アレルギー科…… 74

3－9　整形外科…… 79

3－10　歯科・口腔外科…… 84

4．児童生徒のメンタルヘルス…… 91

5．児童生徒の事故・災害…… 97

6．教職員の健康診断…… 106

第Ⅱ章　学校環境衛生の動向

1．学校環境の衛生管理…… 117

2．学校給食の衛生管理…… 123

第Ⅲ章　健康教育の動向
1．保健教育…… 127
2．喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育…… 137
3．歯・口の健康教育…… 144
4．食育・栄養教育…… 149
5．安全教育…… 155
6．心の健康教育…… 159
7．性教育・エイズ教育…… 165

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…… 173
2．学校医（日本医師会における学校保健活動）…… 179
3．学校歯科医（日本学校歯科医会）…… 182
4．学校薬剤師（日本学校薬剤師会）…… 185
5．保健主事（全国学校保健主事会）…… 193
6．養護教諭（全国養護教諭連絡協議会）…… 199
7．栄養教諭・学校栄養職員（全国学校栄養士協議会）…… 202

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）…… 205
2．「学校保健の動向」年度別特集とコラムの索引 …… 215

索引…… 218

コラム
■大人がかかる子どもの病気…… 56
■学校におけるフッ化物応用の効果と問題点について…… 90
■子どもたちのインターネット・携帯電話のトラブルについて…… 96
■東日本大震災と学校環境衛生…… 126
■医薬品に関する教育…… 136
■食育と歯科…… 148
■特別支援教育と学校保健…… 158
■ PTSD…… 164
■国際学校保健・開発協力の動向
—ネパール国における学校保健・栄養プログラムの動向—…… 178

特集 東日本大震災における学校保健

Ⅰ 学校環境衛生の観点から

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 北垣 邦彦

1. はじめに

東日本大震災により被災した学校の再開およびそれらの学校における教育活動の継続については、関係機関および関係各位の多大なるご尽力をいただいている。今回の東日本大震災においては、巨大地震による被害にとどまらず、それによって引き起こされた巨大津波に加えて、その津波による原子力発電所の事故が被害を拡大させている。学校において児童生徒等および教職員の健康を保護し、教育活動が安全・安心をもって行えるよう文部科学省および関係機関等が実施してきたことについて、学校環境衛生の観点から概説する。

2. 学校環境衛生基準に基づく学校環境衛生管理

(1) 学校保健安全法施行規則および学校環境衛生基準

平成21年3月25日改正、同年4月1日施行の学校保健安全法施行規則（昭和33年文部科学省令第18号。http://www.mext.go.jp/component/b_menu/other/__icsFiles/afieldfile/2009/04/01/1236264_7.pdf参照）第1条第2項において、「学校においては、必要があるときは、臨時に、環境衛生検査を行うものとする」とされている。

平成21年4月1日施行の「学校環境衛生基準」（平成21年文部科学省告示第60号。http://www.mext.go.jp/component/b_menu/other/__icsFiles/afieldfile/2009/04/01/1236264_9.pdf参照）では、「風水害等により環境が不潔になりまたは汚染され、感染症の発生のおそれがあるとき」には、必要があるときは、臨時に必要な検査を行うものとするとされている。

今回の大震災に際して、文部科学省では、関係する県教育委員会等に平成23年4月5日付け事務連絡「東日本大震災により被災した学校の再開について」（http://www.mext.go.jp/a_menu/saigaijohou/syousai/1304772.htm参照）を発出し、学校を再開するに当たり、「日常の学校環境衛生管理および学校給食衛生管理に努めるほか、臨時の衛生検査を行うなど、被災した学校等の適切な衛生状態が確保されるよう配慮すること」を依頼した。

(2) 臨時検査

今回の大震災においては、巨大津波による水害等により環境が不潔になりまたは汚染され、感染症の発生のおそれが生じた。特に感染症または食中毒の発生を未然に予防する観点から、衛生的な飲料水の確保が極めて重要であり、給水施設・設備が破損・故障していないか、また、外部からの汚染を受けていないか等について検査を行う必要がある。また、同様の観点から、便所やごみ容器等が破損した場合には、不潔になりやすく、感染症の発生も考えられるので、清潔や破損の状況等について検査する必要がある。

また、学校施設の新築・改築・改修等が必要となる被害を受けた学校のみならず、直接的な被害を受けていない学校においても耐震補強が進むものと考えられるが、特に建築確認申請が必要な場合には引き渡しの際の検査において、揮発性有機化合物等が基準値を超えた場合の措置等について取り決めておくことが大切である。建築確認申請がない模様替え等を行った際にも、揮発性有機化合物等の発生のおそれがある場合には、臨時に必要な検査を行う必要がある。

なお、今回のような大規模災害では、多くの地区において児童生徒等および教職員が被災しており、そのような地区では学校保健において専門的な知見を生かし指導・助言を行う学校医・学校歯科医・学校薬剤師も同様に被災している。したがって、文部科学省は、適切

な学校環境および学校給食の衛生管理確保のため、日本学校薬剤師会および社団法人日本薬剤師会に対し、学校薬剤師の派遣など格別の配慮をいただくよう依頼した。日本学校薬剤師会では、都道府県学校薬剤師会および都道府県薬剤師会学校薬剤支部会に「東北地方太平洋沖地震に被災した学校の環境衛生管理についてのアドバス」を発出し、太平洋沿岸・近隣の学校薬剤師会等に対して臨時の環境衛生検査への協力依頼およびその周知を図っていただいている。

3. 学校生活における放射線からの安全・安心確保について

福島第一原子力発電所の事故を受け指定された避難区域ならびに計画的避難区域および緊急時避難準備区域に所在する学校については、校舎・校庭等の利用は行わないこととされている。一方、それらの区域以外に所在する学校においても環境中の放射線に対する不安が高まっており、対策・対応が求められている。以下に原子力災害対策本部および文部科学省のこれまでの学校における対策・対応について述べる。

(1) 福島県内の学校等の校舎・校庭等の利用判断における暫定的考え方について

文部科学省では、平成23年4月19日に示した「福島県内の学校等の校舎・校庭等の利用判断における暫定的考え方について」(23文科ス第134号。以下「暫定的考え方」という。http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/23/04/1305174.htm参照)において、今後できる限り、児童生徒等の受ける線量を減らしていくことが適切であるとした上で、下記に示す学校等を対象とした線量の調査結果を踏まえ、校庭・園庭で毎時3.8マイクロシーベルト以上の空間線量率が測定された学校について、当面校庭・園庭での活動を1日当たり1時間程度にするなど、学校内外での屋外活動をなるべく制限することが適当であること等を通知した。

平成23年4月8日に福島県がとりまとめた学校等を対象とした環境放射線モニタリング結果に基づき、同年4月14日に文部科学省が実施した詳細な再調査の結果(http://radioactivity.mext.go.jp/ja/1380/2011/04/1305187_0414.pdf)から、学校等においては校舎・園舎(以下「校舎等」という。)内の線量が校庭・園庭等の校舎等外に比較して低いことが確認され、校舎等を利用した教育活動の継続が可能であると考えられた。したがって、上記「暫定的考え方」では、校庭・園庭等の利用について国際放射線防護委員会(以下「ICRP」という。)が放射線防護対策を行う場合の目安として「参考レベル」という考え方の中で示される原子力発電所の事故収束後の復旧時は、1年間で受ける線量を1～20ミリシーベルトの幅で対策を取るべきとしていることを基に、安全側に立って算出されている。なお、校庭・園庭等の空間線量率が毎時3.8マイクロシーベルトの学校に通う児童生徒等が原子力発電所事故日から1年間に受ける積算線量は、学校内外の生活パターンを考慮すると約10ミリシーベルトと試算されている(第31回原子力安全委員会資料第3-5号。http://www.nsc.go.jp/anzen/shidai/genan2011/genan031/siryo3-5.pdf参照)。

また、学校の屋外プールの利用については、校庭・園庭等を利用した屋外活動において土壌等から受ける線量に加えて、プールの水から受ける線量も考慮する必要がある。飲料水の水質は、食品衛生法の観点から平成23年3月17日付けで厚生労働省が定めた暫定値(飲料水:放射性ヨウ素 300ベクレル/kg、放射性セシウム 200ベクレル/kg)の見直しについての検討がはじまっている。プールの水は主に水道水が用いられていることから、その検討結果を踏まえる必要がある。一方、福島県の水道水等中の放射性物質が5月中旬以降不検出[1]または暫定値と比較すると極めて低い値[2]となっており、屋外プールの利用に際して児童生徒等がプールの水から受ける線量は極めて低いものである。しかしながら、砂ぼこり等がプール水に入ることにより、プール水中の放射性物質の量が増加する可能性が否定できないことから、文部科学省では、平成23年6月16日付け事務連絡「福島県内の学校の屋外プールの利用について」(http://www.mext.go.jp/b_menu/

[1] 測定場所等により検出限界が異なるため放射性物質が全く含まれないとはいえない
[2] 6月30日に放射性セシウム134が1～2Bq/kg検出された場所があるがその後不検出となっている

houdou/23/06/1307437.htm参照）を発出し、屋外プールの使用開始後当初は月に2回以上モニタリングを行うよう依頼した。また、仮に放射性物質が検出された場合は、各学校または教育委員会等において適切な対策を講ずる際の参考となるよう、文部科学省において当該学校の児童生徒等の受ける線量を推計する旨が示されている。なお、仮にプール水1kg当たり放射性セシウム134、放射性セシウム137、放射性ヨウ素がそれぞれ10ベクレル検出され、プールサイドの空間線量率が毎時1マイクロシーベルトの場合に、小学校の児童が1年間（1回45分、15回実施した場合）に受ける線量は、0.0061ミリシーベルトと試算されている。

以上の考え方の詳細については、文部科学省ホームページに掲載されている「『福島県内の学校等の校舎・校庭等の利用判断における暫定的考え方』等に関するQ&A」（http://www.mext.go.jp/a_menu/saigaijohou/syousai/1307458.htm）もご一読いただきたい。

(2) 校庭・園庭の土壌対策

校庭・園庭の土壌対策については、独立行政法人日本原子力研究開発機構（以下「原子力機構」という。）が、国立大学法人福島大学の協力を得て行った実地調査の結果を踏まえ、平成23年5月11日に校庭・園庭の土壌に関して「まとめて地下に集中的に置く方法」と「上下置換法」の二種類の線量低減策が有効であることを示した（http://www.mext.go.jp/a_menu/saigaijohou/syousai/1305946.htm参照）。同年5月17日に原子力災害対策本部により策定された「原子力被災者への対応に関する当面の取組方針」（http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2011/0517torikumihoushin.pdf参照）において、教育への支援の一環として、福島県内の教育施設における土壌等の取扱いについて、早急に対応していく旨、明記された。この方針も踏まえ、文部科学省では、同年5月27日に発出した事務連絡「福島県内における児童生徒等が学校等において受ける線量低減に向けた当面の対応について」（以下「当面の対応」という。http://www.mext.go.jp/a_menu/saigaijohou/syousai/1306590.htm参照）により、校庭・園庭の空間線量率が毎時1マイクロシーベルト以上の学校を対象に、校庭・園庭における土壌に関して児童生徒等の受ける線量の低減策を講じる設置者に対し、学校施設の災害復旧事業の枠組みで財政的支援を行うこととした。

校庭・園庭の土壌除去等の具体的な手法が示され、それに基づく土壌除去が進んだこと等により、学校が開校されている地域では、既に校庭・園庭において毎時3.8マイクロシーベルト以上の空間線量率が測定される学校はなくなっている。

「当面の対応」では、学校において児童生徒等が受ける線量について、当面、年間1ミリシーベルト以下を目指すとした。この「年間1ミリシーベルト以下」は、「暫定的考え方」に替えて屋外活動を制限する新たな目安を示すものではなく、文部科学省として、まずは学校内において、できる限り児童生徒等が受ける線量を減らしていく取組を、この数値を目指して進めていくこととしたものである。平成23年7月20日に本目標について、放射線防護の基本的な考え方等を踏まえ、文部科学省ホームページ（http://www.mext.go.jp/component/a_menu/other/detail/__icsFiles/afieldfile/2011/07/20/1305089_0720.pdf参照）にて説明されているので、重ねてご一読いただきたい。

(3) 学校におけるモニタリング

「暫定的考え方」や原子力安全委員会の助言を受け、当初一定以上の空間線量率が測定された学校等において、原子力機構の協力による継続的な調査を実施するとともに、教員等に簡易型積算線量計を携帯していただき、児童生徒等が実際に受ける線量の測定も行っている。さらに、平成23年6月からはそれ以外の福島県内の全小中学校等に対し積算線量計による同様の測定を行っている。

福島県内の学校等のモニタリングに関する情報については、文部科学省ホームページ（http://radioactivity.mext.go.jp/ja/monitoring_around_FukushimaNPP_schools/ 参照）に最新の結果を公表しており、平成23年8月中旬現在の学校において教職員に携帯していただいた積算線量計から得た結果によると、学校において年間約0.2ミリシーベルトの線量を受けることが予測される。

(4) 除染推進に向けた基本的考え方

今後ともICRP勧告が提示している非常事態収束後の参考レベルである年間1～20ミリシーベルトについて、年間1ミリシーベルトに向けて低減していく取組を進めていく必要がある。上記第31回原子力安全委員会資料第3-5号に示されているように積算線量の内、学校関

係分の寄与は約17%であり、児童生徒等の被ばく全体の低減のためには学校生活の中で被ばく低減努力も重要ではあるが、それだけでは限界があり、学校生活分以外での被ばく低減努力がきわめて重要になる。

原子力災害対策本部は、平成23年8月26日に示した「除染推進に向けた基本的考え方」（http://www.meti.go.jp/press/2011/08/20110826001/20110826001-2.pdf参照）において、「子どもの生活圏（学校、公園等）の徹底的な除染を優先し、子どもの推定年間被ばく線量が一日も早く1ミリシーベルトに近づき、さらにそれを下回ることを目指します」としている。また、学校だけでなく学校外も含めた生活全般に係る今後の除染に関する基本的な方針を定めた「除染に関する緊急実施基本方針」（http://www.meti.go.jp/press/2011/08/20110826001/20110826001-3.pdf参照）において、「放射線の影響が成人より大きい子どもが安心して生活できる環境を取り戻すことが重要であり、今後2年間で学校、公園など子どもの生活環境を徹底的に除染することによって、2年後までに、子どもの推定年間被ばく線量がおおむね60%減少した状態を実現することを目指します」と示されている。その実現に向けて各市町村が効率的・効果的に除染を実施するために必要な事項について定めた「市町村による除染実施ガイドライン」（http://www.meti.go.jp/press/2011/08/20110826001/20110826001-6.pdf参照）が公表されている。

(5) 学校における今後の考え方

「暫定的考え方」は、平成23年4月以降、夏季休業終了（おおむね8月下旬）までの期間を対象とした暫定的なものであり、上記「市町村による除染実施ガイドライン」において、その役割を終えたとされたところである。こうした中、地域でも児童生徒等が多くの時間を過ごす学校について線量を低くする努力を続けていくことは重要である。文部科学省では、これまでの学校の校舎・校庭等の線量低減状況等を踏まえた考え方として改めて同年8月26日に「福島県内の学校の校舎・校庭等の線量低減について（通知）」（23文科ス第452号。http://radioactivity.mext.go.jp/ja/8849/8850/8864/1000_082614_1.pdf参照）を発出した。具体的な内容は、以下の通りである。

①　学校において児童生徒等が受ける線量と対策の目安

夏季休業終了後、学校において児童生徒等が受ける線量については、原則年間1ミリシーベルト以下[3]とし、これを達成するため、校庭・園庭の空間線量率については、児童生徒等の行動パターン[4]を考慮し、毎時1マイクロシーベルト未満を目安とする。

学校において児童生徒等が受ける線量については、文部科学省ホームページに計算方法が示されており、校庭の空間線量率が1マイクロシーベルトの学校において児童生徒が受ける線量は、1年当たり0.534ミリシーベルトと推計されている（http://radioactivity.mext.go.jp/ja/8849/8850/8864/1000_082614_2.pdf参照）。

なお、仮に毎時1マイクロシーベルトを超えることがあっても屋外活動を制限する必要はないとされているが、除染等の速やかな対策が望ましいと考えられる。

②　局所的に線量が高い場所の把握と除染

学校内には、校庭・園庭と比較すると局所的に線量が高い場所も存在しており、今後、合理的にできる限り受ける線量を下げていくとの考え方からすれば、その把握および除染も課題となっている。

したがって、学校において比較的線量が高いと考えられる場所については、校内を測定して当該場所を特定し、除染したり、除染されるまでの間近づかないように措置することが、児童生徒等がより安全で安心して学校生活を送る上で重要であると考えられる。

このような除染活動は、学校の関係者、地域の住民等によって実施することが可能であると考えられ、その際、平成23年7月15日に原子力災害対策本部から公表されている「福島県内（警戒区域及び計画的避難区域を除く）における生活圏の清掃活動（除染）に関する基本的な考え方」（http://www.meti.go.jp/press/2011/07/20110715009/20110715009-2.pdf参照）および同日福島県災害対策本部から公表されている「生活空間における放射線低減化対策の手引き」（http://www.pref.fukushima.jp/j/tebiki0715.pdf参

[3] 学校での内部および外部被ばくを含み、自然放射線による被ばくおよび医療被ばくは含まない。また、夏季休業終了後からの数値とする。

[4] 学校への通学日数を年間200日、1日当たりの平均滞在時間を6.5時間（うち、屋内4.5時間、屋外2時間）とする。

照）等は、測定および除染等を進める上で有益であると考えられる。

③ 文部科学省における今後の対応

文部科学省としても、校庭・園庭の土壌に関する線量低減策への財政的支援を行うとともに、学校等における平均的な空間線量率の測定方法や、雨どい下や植物の周囲等の局所的に線量が高い場所を把握するための測定方法を記載した「学校等における放射線測定の手引き」（http://radioactivity.mext.go.jp/ja/8849/8850/8864/1000_082614_3.pdf参照）を原子力機構とともに作成して公表することに加え、今後、福島県内の学校等においてリアルタイム放射線監視システムを整備することのほか、福島県内と周辺県における可搬型モニタリングポストの設置、福島県内の市町村へのサーベイメーターの配備といったモニタリング体制の強化を図ることとしており、「福島県原子力被災者・子ども健康基金」等と併せて活用していただきたい。

(6) 放射線に対する理解を深めるために

文部科学省では放射線防護や学校保健、リスクコミュニケーション等の専門家に対して、福島県内で一定の線量が計測された学校等に通う児童生徒等の日常生活等に関する専門家ヒアリングを実施（http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/sports/011/index.htm参照）するとともに、原子力機構では福島県内の児童生徒等の保護者および教員を対象に、研究者および技術者による「放射線に関するご質問に答える会」を開催し、放射線に対する理解を深めていただく取組を実施している。

上記ヒアリングにおいて論点として取り上げられたICRPの勧告を踏まえたALARA[5]の理念による学校利用や日常生活の基本的な考え方や現在の状況における学校生活と学校外生活の具体的な在り方について主な意見の概要がとりまとめられている（http://radioactivity.mext.go.jp/ja/8849/8850/8864/1000_082914.pdf参照）。文部科学省等がこれまでに行ってきた対策・対応に対する批評のみならず、日常生活における具体的な提言等は示唆に富んでおり、ぜひ一読いただきたい。

国民の放射線や放射性物質、放射能（以下「放射線等」）に対する関心が高まっており、小学校・中学校・高等学校の段階から、子どもたちの発達に応じ、放射線等について学び、自ら考え、判断する力を育成することが大切であると考えられる。そのため、文部科学省では、学校における放射線等に関する指導の一助となるよう、小・中・高等学校の児童生徒向けに放射線等に関する副読本及びそれらの教師用解説書を作成し、各学校に配布するとともに文部科学省ホームページに掲載している（http://www.mext.go.jp/b_menu/shuppan/sonota/detail/1311072.htm又はhttp://radioactivity.mext.go.jp/ja/1311072/index.html参照）。国民一人一人が放射線等についての理解を深めることが社会生活上重要であることから、学校での学習のみならず家庭や地域社会でも幅広く読まれたり、活用されたりすることが望まれる。

[5] As Low As Reasonably Achievable：社会的、経済的要因を考慮に入れながら、合理的に達成できる限り放射線被ばくを低くする

特集　東日本大震災における学校保健

Ⅱ　子どもの心のケアのために

名古屋学芸大学大学院子どもケア研究科／ヒューマンケア学部 教授　釆女 智津江

1. はじめに

かつてない規模の東日本大震災が、平成23年3月11日（14時46分）に三陸沖の海底を震源として発生した。阪神淡路大震災をはるかに上回るマグニチュード9.0を記録し、地震と大津波によって壊滅的な被害を受けた。死者・行方不明合わせて約2万人、さらに、津波による福島第一原子力発電所事故が発生し、広域にわたる放射能汚染という最悪の事態となった。多くの命が奪われ、これまで築き上げてきた生活の基盤を喪失させた大震災は、人々の心に大きな傷跡を残し、心のケアが重要な課題となっている。

トラウマの概念が広く日本で一般的に認知されるようになったのは、阪神淡路大震災の体験などからであり、その体験がその後の自然災害や事件・事故発生時（以下、災害等という。）においても教訓となって生かされているが、危険等発生時対処要領（危機管理マニュアル）に心のケアが位置付いていない学校も少なからずあるのが現状である。誰もが予想していなかったこの大震災の教訓を生かし、心のケアに関する基本的理解を深め、各学校での組織体制づくりを確立していくことが大切である。

2. 災害等における子どもの心のケアの意義

災害等に遭遇し、家族や友人、家を失うなど、生命にかかわる強い恐怖や衝撃を受けた場合、不安や不眠などのストレス症状が現れることが多い。こうした反応は誰でも起こり得ることであり、時間の経過とともに薄らいでいくものであるが、場合によっては、長引き生活に支障をきたすなどして、その後の成長や発達に大きな障害となることもある。そのため、日ごろから子どもの健康観察を徹底し、情報の共有を図るなどして早期発見に努め、適切な対応と支援を行うことが必要である。

3. 災害時における子どもの心のケアの進め方

災害等が発生しており、子どもの安全確保と心のケアが重要な課題となっている中、学校保健法の一部改正が行われた。名称も学校保健安全法（H20.6公布）と改称され学校保健・安全の充実が図られた。安全については、新たに安全の章が設けられ、危険等発生時対処要領の作成や子どものみならず教職員・保護者等に対する心のケアに関する規定も盛り込まれたところである。

学校全体で心のケアを進めるには、日ごろから心のケアを各学校の危機管理マニュアルに位置付け、実行レベルで具体的にその内容が記載されていることが求められる。

災害時の子どもの心のケアに関する主な取組事項としては、次のようなことが挙げられる。

(1) 子どもの被災状況の把握（安否確認等）
(2) 子どもの心身の健康状態に関する教職員間の情報の共有
(3) 必要に応じて家庭訪問や避難所訪問
(4) 心のケアに向けた校内体制づくり・役割分担の確認
(5) 心のケアへの対応方針の決定と推進計画の作成（中・長期的計画）
(6) 地域の関係機関等（学校、教育委員会、医療機関等）との協力体制の確立

(7) 緊急支援チーム・ボランティア等の受け入れの検討
(8) 報道関係機関への対応
(9) 障害（自閉症等）や慢性疾患のある子どもへの個別対応
(10) 教職員や保護者等に対する心のケアに関する啓発資料の提供
(11) 健康観察の強化（学校・家庭）
(12) 臨時の健康診断の実施
(13) 臨時の学校環境衛生検査の実施
(14) 心のケアに関する校内・外における研修会の実施
(15) 健康相談希望調査
(16) 心身の健康にかかわる調査
(17) 健康相談の実施
(18) 個別および学級活動等における保健指導（ストレスマネジメント等）の実施
(19) 学校医・学校歯科医・学校薬剤師との連携
(20) 医療機関・相談機関等の紹介
(21) スクールカウンセラー・心の相談員等との連携
(22) 保護者や地域住民等との連携
(23) 転校・転入生の子どもの心のケアへの配慮
(24) 感染症の予防対策　　等

危機発生時には、災害等の内容に応じて、校長のリーダーシップの下に職員が一丸となって組織的に進めていくことが必要である。

4. 心のケアに関する危機管理上の留意点

災害等の発生時に求められる心のケアは、その種類や内容により異なるが、心のケアにかかわる基本的な留意点としては、次の事項が挙げられる。

(1) 災害発生時などの場合は、迅速に安否確認や心身の健康状態の把握を行う。
- 学校管理下（授業中、休憩時間、放課後、学校行事等）、休日、夜間などに発生した災害などでも、子ども、保護者、教職員の安否や所在等を確認できるよう事前に連絡方法を確認しておく（連絡網の整備）。
- 子どもの心のケアに当たり、その家族・友人・関係者の安否や被災状況についてもできる限り把握しておくことが重要である。

(2) 特に、災害の場合には、まず子どもに安心感や安全感を取り戻させることが大切であることから、ライフラインの復旧を優先し、できるだけ早期に平常時の生活に戻す。

(3) 子どもの命にかかわる出来事への対応は、迅速に適切な救命処置を行う。
- 対応に当たっては、子どもたちに動揺や風評が広まることのないようにする。子どもや保護者への情報の伝え方（いつ・だれが・だれに・何を）については、教職員間で共通理解を図った上で行う。
- 被害を受けた子どもの保護者へは、正確な情報提供（発生状況、健康被害状況、病院への搬送等）が、速やかに行えるように日ごろから体制を整えておく。

(4) 二次被害の防止を図る。
- 災害時には、地域に多くの人が出入りするので登下校時の安全確保が重要となる。子どもが犯罪（性被害等）に巻き込まれやすい環境が生じることから保護者や地域住民、警察等と連携して登下校時の安全確保を図ることが大切である。

東日本大震災では、子どもが学校に居る時間帯に発生した。被災地の学校では、停電により放送が使えず、職員が肉声で子どもを避難させたことや、テレビのニュースが見られないなど正確な情報が得にくい中、情報を集め適切な判断を下す難しさ、学校自体が津波にのみこまれる危機が迫っている中での「緊急時の名簿等の持ち出し」の難しさとその重要性など、学校管理下で起きたこの体験から学んだことも多く聞かれた。さらに、防災教育や防災訓練が生かされた学校も多くあり、日ごろからの取組がいかに重要であるかが分かる。これらの教訓を今後の災害対策に生かすことが大切である。

5. 災害等の発生時における心のケアの基本的理解

災害等の発生時に心のケアを適切に行うためには、子どもに現れるストレス症状の特徴や基本的な対応方

法を理解しておくことが必要である。

(1) 災害等の発生時におけるストレス症状

① 子どものストレス症状の特徴

災害等に遭遇すると、恐怖や喪失体験などの心理的ストレスによって、心の症状だけでなく身体の症状も現れやすいことが子どもの特徴である。また、症状は心理的ストレスの種類・内容、ストレスを受けてからの時期によって変化する。そのようなストレス症状には、情緒不安定、体調不良、睡眠障害など年齢を問わず見られる症状と、発達段階によって異なる症状が含まれる。

ア 幼稚園から小学校低学年

腹痛、嘔吐、食欲不振、頭痛などの身体症状が現れやすく、それら以外にも興奮、混乱などの情緒不安定や、行動上の異変（落ち着きがなくなる、理由なくほかの子どもの持ち物を隠す等）などの症状が出現しやすい。

イ 小学校の高学年以降（中学校、高等学校を含む）

身体症状（頭痛、腹痛、食欲不振等）とともに、元気がなくなって引きこもりがちになる（うつ状態）、ささいなことで驚く、夜間に何度も目覚める、集中できない、イライラするなどの症状が目立つようになり、大人と同じような症状が現れやすくなる。

災害等における子どものストレス反応はだれでも起こり得ることであり、ストレスが強くない場合には、心身に現れる症状は悪化せず数日以内で消失することが多いが、激しいストレスにさらされた場合は、心的外傷後ストレス障害などの疾患を発症することがある。

② 心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic Stress Disorder 通称PTSD 以下、PTSDという。詳細についてはコラム参照）

ア PTSDとは

災害等に遭遇すると、恐怖や喪失体験などにより心に傷を受け、そのときの出来事を繰り返し思い出す、遊びの中で再現しようとするなどの症状に加え、情緒不安定や睡眠障害などが現れ、生活に大きな支障をきたすことがある。ほとんどは、時間の経過とともに薄れて行くが、この状態が一か月（4W）以上長引く場合をPTSDという。

イ PTSDの三大症状

(ア) 持続的な再体験（フラッシュバック）

(イ) 体験を連想させるものからの回避や感情が麻痺したような症状（思い出せない、ボーッとする等）

(ウ) 感情・緊張が高まる覚醒亢進症状（イライラ、眠れない、集中できない等）

さまざまな症状が現れるので、適切な対応を行い心配な症状や様子が見られたら、早期に医療機関等と連携し、PTSDの予防と早期発見に努めることが大切である。

③ 健康観察のポイント

子どもは、自分の気持ちを自覚していないことや、言葉でうまく表現できないことが多く、心の問題が行動や態度の変化、頭痛・腹痛などの身体症状となって現れることが多いため、きめ細かな観察が必要である。危機発生時の心身の健康観察のポイントとして、次のようなことが考えられる。

<子どもに現れやすいストレス症状の健康観察のポイント>

体の健康状態
・食欲の異常（拒食・過食）はないか ・睡眠はとれているか ・吐き気・嘔吐が続いてないか ・下痢・便秘が続いてないか ・頭痛が持続していないか ・尿の回数が異常に増えていないか ・体がだるくないか
心の健康状態
・心理的退行現象（幼児返り）が現れていないか ・落ち着きのなさ（多弁・多動）はないか ・イライラ、ビクビクしていないか ・攻撃的、乱暴になっていないか ・元気がなく、ぼんやりしていないか ・孤立や閉じこもりはないか ・無表情になっていないか

自然災害などによるPTSDは、最初は症状が目立たないケースや被災直後の症状が一度軽減した後の2～3カ月後に発症するケースもある。このため、被災後の健康観察はなるべく長期にわたって実施することが必要である。健康観察などで、子どもが出しているサインを見逃さないように努めることが大切である。

6. 災害等における子どもの心のケアへの対応

災害等の発生時におけるストレス症状のある子どもへの対応は、基本的には平常時と同じである。すなわち、健康観察等により速やかに子どもの異変に気付き、問題の性質（「早急な対応が必要かどうか」、「医療を要するかどうか」等）を見極め、必要に応じて保護者や主治医等と連携を密に取り、学級担任や養護教諭をはじめ、校内組織（教育相談部等）と連携して組織的に支援に当たることである。

健康観察では、災害等の発生時における子どものストレス症状の特徴を踏まえた上で、全職員で健康観察を行い、子どもが示す心身のサインを見過ごさないようにすることが重要である。そのため、養護教諭は、教職員や保護者等に健康観察のポイントについて資料提供などをして啓発しておくことが大切である。

(1) ストレス症状のある子どもへの対応方法

① ストレス症状を示す子どもに対しては、普段と変わらない接し方を基本とし、優しく穏やかな声かけをするなど本人に安心感を与えるようにする。

② 普段と変わらない環境で安心して学校生活を送れるようにすることで、落ち着きと安全感を取り戻させるようにする。

③ 子どもが自ら心配して訴えるときには、時間をとって子どもの話を十分聞けるようにする。（子どもの話をよく聞く。）

④ ストレスを受けたときに症状が現れるのは普通であることや、症状は必ず和らいで行くことを本人に伝え、一人で悩んだり孤独感を持たずに済むように、信頼できる人に相談したり、コミュニケーションをとることを勧める。

⑤ 甘えや赤ちゃん返りをするようになっても、受け入れて安心できるようにする。怖がるときは、抱きしめる、一緒に寝るなどして身体的接触を通して不安感を少しでも取り除く。

⑥ 勉強に集中できなくとも、しばらくは静観する。

⑦ 子どもが努力したことをしっかりほめて、自信をもたせる。

⑧ 子どもがいやがることはしない。

⑨ 子どもに何か気になる行動や情緒反応が認められても、子ども自身が心配していなければその問題を積極的に取りあげない。

⑩ ひきこもりや反抗的な行動に対しては、学校と家庭が協力して長期的に支援する。

⑪ 保護者に対しては、ストレス症状や対応方法についての知識をほけんだよりや保護者会等で啓発するとともに、学校と家庭での様子が大きく異なることがあるため、家庭での様子調査などを行い緊密に連絡を取り合う。

⑫ 症状から急性ストレス障害（ASD）*やPTSDが疑われる場合には、児童精神科医などの専門医へ受診させる。

・学校医等の関係者と相談の上、受診の勧めを行い、専門医を紹介するなど適切な支援を行う。ASDやPTSDと診断された場合は、専門医との連携が不可欠となる。

・ASDやPTSDを発症した子どもは、自分は特殊で異常であると一人で悩んだり、自分の努力不足であると誤って自分を責めたりすることが多い。このため、保護者や子どもに、ショックの後にだれでも起こり得る症状であることを説明し、安心感を与えるようにする。

⑬ 遊びや運動の機会を増やし、学校、家庭、地域社会での人間関係を良好にする。

＊ 強いストレスを受けた後、1カ月以内でPTSDの症状が続いた場合をASDと呼ぶ。

7. 心身の健康状態に関する質問紙調査票の留意点および活用方法

災害等の発生により混乱した学校現場では、子どもは元気にしていることも多く、心の傷は見えにくいので、必要に応じて心身の健康調査票（質問紙調査票：こころとからだのチェックリスト等）などを活用して、心身の健康状態の把握を行うことがある。実施に当たっては、次の点に留意して行う。

① 心身の健康調査票の実施の時期については、事件・事故など人的災害では早期の対応が重要であるが、自然災害ではライフラインの復旧など生活の回復を優先して行う。

② 実施に当たっては、学校内の状況を見極めた上で校長を中心に教職員間で十分検討を行う。自然災害、事件・事故のいずれの場合においても、子どもへの影響を考慮し、専門家を交えて検討することが大切である。（子どもがチェックリストを実施するまでは意識していなかったことを想起する可能性もあることを認識しておく。）

③ 実施する場合は、保護者に事前説明をしておく。

④ 実施結果は、個別面接、健康観察などの結果と合わせて総合的な判断に活用する。また、保護者への事前説明、結果の分析および保護者や本人への伝え方、プライバシーの保護については、十分な配慮を行う。

⑤ 相談機関・医療機関等の専門家の支援が必要と思われる場合は、関係者と相談の上、保護者・子どもと話し合い、医療機関等の紹介や受診指導等を行い、専門家と連携して支援に当たる。

8. 教職員、保護者の心のケアへの対応

自然災害では、子どもや保護者のみならず同時に多くの教職員が被災している。教職員も両親や家族、友人を亡くしたり、家を喪失したりして、大きなストレスを受けている中で、子どもの心のケアに当たっていることが多い。子どもの心の回復には、子どもが安心できる環境が不可欠であり、それには、周りの大人の心の安定が大切である。第一線で子どもの心のケアに当たる教職員のメンタルヘルスにも十分な配慮を払うことが重要である。具体的には、管理職は、教職員の被災状況を十分把握し、「医療機関等の紹介」、「学年等の校内における協力体制づくり」、「外部からの支援体制づくり」など支え合える仲間づくりをする。さらに、教職員が情報の共有できる時間を設定（例：放課後の一定の時間に毎日実施等）し、お互いに語り合い共感できる時間をつくるなどして教職員の心のケアに当たることが大切である。

保護者も同様であり、被災状況を考慮した対応や日ごろからの信頼関係づくりなどが重要である。

＊ 東日本大震災では、県内外、全国各地に分散した子どもの状況確認と教育相談および健康相談の実施、被災した子どもの受け入れ校の教職員との随時の連絡調整、登校したがらない子どもの放課後の家庭訪問や避難所訪問、学習の遅れによる個別指導の必要性、学校施設（体育館等）が避難所として活用されている状況の中、通常の教育環境を確保するため、避難所や地域の人々との随時の連携の必要性などが生じていることから教職員は多忙を極めている。

文部科学省では、これらの問題に対応するため教職員の加配措置を行い、平成23年6月24日現在で被災県7県（岩手・宮城・福島・山形・茨城・栃木・新潟）に1,080人の加配定数措置を講じている。養護教諭については、宮城県からの派遣要請もあったことから、都教委や秋田県教委をはじめ多くの県が養護教諭の派遣にも協力している。災害が発生してまもなく支援のため現地へ派遣された養護教諭の感想を聞くと、「学校が避難所として使われており、子どものみならず地域住民への支援も必要となっており、学校が避難所としての重要な役割を果していた。」、「学校再開の準備、泥まみれになっている保健室機能の回復など、教職員の疲労はピークに達していた。これらの状況から教職員への支援がまず必要と判断し、家庭訪問・避難所訪問時の代替など、現地の先生が子どもと接する時間を多くつくれるようにすることによって、子どもの支援に当たるという方針に切替えられた。」まずは、先生方の支援が重要であったということである。さらに、「学校と地域住民の結びつきを日ごろから深め、信頼関係を築いておくことが大切」、「人と人とが支え合うことで明日への活力がわいてくると感謝された」ことなどを話してくれた。教職員へのサポートの重要性が分かる。

9. 障害のある子どもの心のケア

(1) 障害のある子どもの理解

災害等における心のケアはすべての子どもに必要であるが、特に障害のある子どもに対しては、それぞれの障害に応じた配慮が必要となる。思いがけない災害等

への遭遇や、日常生活の急激な変化によって、「体調不良を起こす」、「障害による困難さが強く現れる」、「病気が重症化する」、「行動面の不適応が増加する」ことなどが見られる。日ごろから、「障害特性をよく理解して支援する」、「心身や行動面に現れるストレス症状を理解しておく」、「防災訓練や防災教育を地域の関係機関等と協力して実施する」などして、適切な支援が行えるように備えておくことが大切である。

(2) 心身や行動面に現れるストレス症状

① 身体面への現れ：発熱、嘔吐、けいれん等を起こしやすい。

② 心理・行動面への現れ：パニックを起こす、落ち着きがない、興奮しやすい、奇声、独り言が増える、確認癖、こだわりが増える、活動性の低下、無気力、ボーッとしている、できていたことができなくなる（赤ちゃん返り）、自傷行為、他傷行為、基本的生活習慣や生活リズムが崩れる（拒食、過食、不眠、夜間の徘徊、排泄の失敗等）　等

(3) 一般的な対応方法

① 身体症状が出ている場合は、早めに医療機関の受診を勧める。

② 心理や行動面の不調は、一時的なもので治まることも多いが、症状が強かったり、長引いたり、徐々にひどくなったりするようであれば、保護者に状態を話して、日ごろ利用している医療機関や相談機関への相談を勧める。

③ 薬が処方されている場合は継続しての服薬が必要。薬が切れて慌てることのないように、早めの受診を勧める。てんかんなどの持病がある場合、平常時より悪化しやすい場合があるので、いつもと異なる様子が見られたら早期に対応することが大切である。

④ 自閉症の子どもは、こだわりが強いため、「スケジュールの変更や場所が変わると落ち着きがなくなり不安になる」、また、「様々な場面を想像することが苦手であるため、危険を予測することが難しい」、「災害の怖さや避難所の必要性が分からない」、そのため、心のケアを考える際には、これらの不安等への配慮や、障害特性および症状の悪化に対する十分な配慮をする。具体的な留意点は次の通りである。

ア コミュニケーションの困難さにより、困っていることが伝えられない、声をかけられても反応しないことなどがあるので安否確認のときは留意が必要。

イ 感覚に鈍麻や過敏がある場合、痛みに鈍感であるためにけがをしていても気がつかなかったり、大きな声などにおびえやすかったりするので、注意が必要である。

ウ 対人関係の困難さがあるため、集団生活になじめないので避難所生活にも支援が必要である。地域によっては、障害者のための福祉避難所を設けているところもあるので、確認しておく。

エ 日ごろの備えとして、身分証を常に持たせておく、「助けて」といえるようにしておく、並んで待つことができるようにしておく、などについて訓練をしておく。等

10. 参考資料

資料1：新潟中越沖地震の被災地域の学校を対象とした調査結果

(1) 新潟中越沖地震：H19.7.16発生、最大震度6強および5弱以上、直下型地震、死者15人、負傷者2,345人）

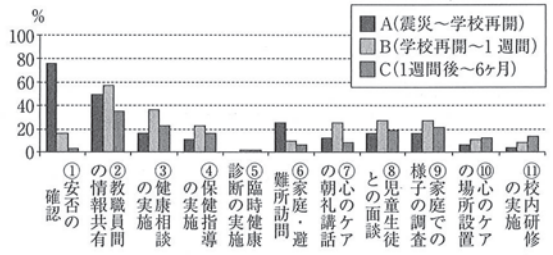
(2) 調査月日：平成20年8月

(3) 調査対象：小・中・中等・高校・特別支援学校合わせて323校、校長、担任、養護教諭

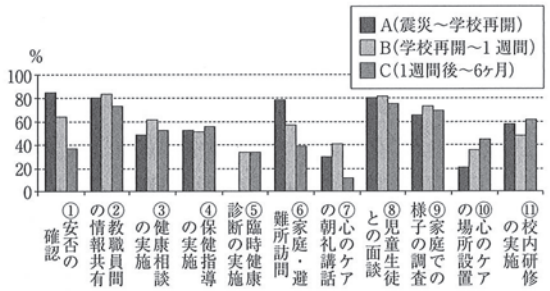
(4) 調査結果：（一部抜粋）

【組織的な取組の中での校長の活動】

① 子どもの心のケアに関して校長の実施事項



② 校長の実施事項の中で特に役立った事項



＊ 各項目の母数に差異があることから、比較検討するに当たっては同項目の実施率と比較のこと

○ 心のケアの実施状況は被災状況に影響されるが、校長の調査結果では、Aの期間に実施率が高かったのは、「安否確認」、「子どもの心身の健康状態に関する教職員間の情報共有（教職員の情報共有）」、「家庭・避難所訪問」などで、子どもの安否確認を中心に子どもの健康状態の把握に努めていた。B～Cの期間にわたって実施率が高かった事項は「教職員間の情報共有」、「健康相談の実施」、「家庭での子どもの様子を把握するための調査（家庭での様子調査）」、「児童生徒との面談」、「保健指導の実施」などで、教職員の情報の共有を図りながら心のケアを行っていた。

特に役立ったとの回答では、「教職員間の情報共有」、「家庭・避難所への訪問」、「健康状態の把握」、「健康観察の強化」、「心のケアに関する相談希望調査」、「家庭での様子調査」、「心のケアに関しての資料配布」、「健康相談・保健指導の実施（ストレスマネジメントなどの指導）」、「心のケアに関する校内研修の実施」、「担任・養護教諭・スクールカウンセラー等との連携」などで、これらは、養護教諭・学級担任ともに共通していた。

資料2：阪神淡路大震災後に行った「心の健康に関する調査結果」

(1) 阪神淡路大震災：H7.1.17発生、マグニチュード7.3
死者約6,400人、負傷者約44,000人）

(2) 調査月日：平成7年9月

(3) 調査結果

① 震災による子どもの心に対する影響

ア 震度が大きい地域ほど、影響が大きい。

イ 男子より、女子の方に強く認められた。

ウ 「地震の話をしたり聞いたりするのがいや」という地震への恐怖については、ほとんどの学年に多く見られた。

エ 「遊びや勉強に集中できない」は震災後も震災から9ヶ月後もかなりの割合で認められた。

オ 「地震のことを思い出すようなことがあると緊張したり、どきどきしたりする」「小さな音やゆれでもびくっとしてしまう」の項目は地震の強弱に関係なく共通して見られた。

カ 「皮膚や目のかゆみ」、「怒りっぽくなった」「一人でできなくなった」は、震度6以上の地域と4以下の地域と比較すると、約10倍になっていた。

② 教職員から見た子どもの心への影響

N=幼・小・中・高・特支合計1,172人

単位：%

主な調査項目	小学生	中学生	高校生
心の不安定さが目立つようになった子どもの有無	12.2	24.2	26.7
今まで一人でできていたことができなくなった	13.5	2.7	1.6
過度に落ち着きが無くなった	26.2	23.2	11.3
極度の無気力、無関心になった	11.1	24.1	38.7
地震後、新たに登校しなくなった子どもや欠席しがちになった子どもの割合	6.1	22.3	26.2
震災後、新たに保健室登校になった子ども	13.4	7.0	9.7

参考・引用資料
・「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－」（文部科学省2009.7）
・「非常災害時における子どもの心のケアのために」改訂版（文部科学省2002.8）
・「子どもの心のケアのために－PTSDの理解とその予防（保護者用）－」リーフレット（文部科学省2005.3）

特別寄稿

東日本大震災に係る宮城県への養護教諭等派遣について ～絆の襷渡し～

秋田県教育庁保健体育課 指導主事　佐藤 阿貴子

2011年3月11日14時46分に発生した巨大地震、あのときの恐怖を思い出すだけで身が縮む思いがする。さらにそのとき、私の恐怖をはるかに上回る状況に東日本の太平洋側の方々は遭遇していたのである。地震に伴う大津波が東日本の太平洋側を破壊し、多くの尊い生命、財産等を奪った。とても悲しい現実である。しかし、東北人ならではの粘り強さでこの苦難を乗り越えてほしいと無力な私は願わずにはいられない。

さて、秋田県教育委員会では宮城県教育委員会の要請を受け、子どもの心のケアを目的に、宮城県石巻市に養護教諭等の派遣を早期に決定した。

3月24日から26日まで先遣隊を、その後4月7日から5月31日まで3泊4日を基本として、養護教諭等2名、後方支援者（秋田県教育庁職員）2名を1つの班として編成し、派遣をした。

さらに、派遣養護教諭不在時の対応として、勤務校から希望があった場合には、講師派遣も行った。

秋田県の養護教諭等の具体的支援内容

1. 保健室づくり

(1) 保健室を医療班が使っているために、保健室を新たに作った事例

①環境整備（床みがき・ワックスがけ等）

②簡易ベッドづくり～折りたたみ机の脚を折り曲げ、紐で2台を固定して作成（保健室にはベッドがあるため、医療班が使わなくなったときには不要となることを考慮）

③保健室案内表示・掲示物作成

④布団類の天日干し

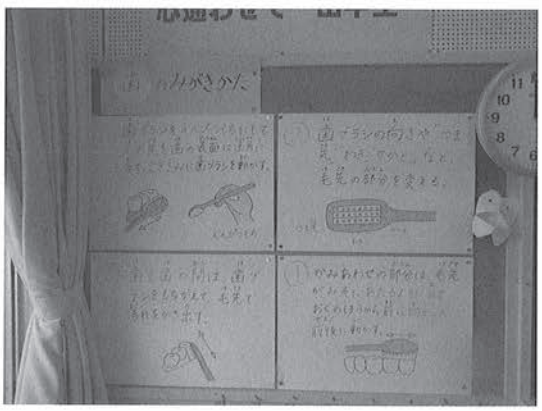
⑤物資の整理



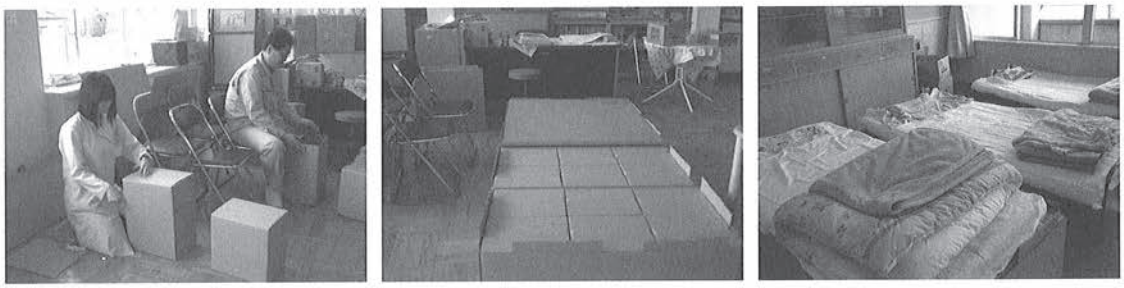
みがき、使えるように！！



保健室表示作成



掲示物作成



段ボールベッドの組み立て

(2)他校で授業再開のため、保健室を作った事例

①環境整備（窓拭き・床みがき等）

②段ボールベッド組み立て（既製品）

③保健室案内表示・掲示物作成（掲示物は該当月だけではなく、数カ月後も見通して）

④医薬品提供と点検整備

2. 健康診断の手伝い

(1) 事前準備

①個票作成

②会場設営

(2) 実施

測定や記録、消毒等を担当

(3) 事後処理

①コンピュータ入力

②結果記入

3. 保健事務の手伝い

(1) 震災に関するアンケート集計

(2) 保健調査結果等パソコン入力

(3) 新年度準備（ゴム印押し等）

(4) 配付物仕分け

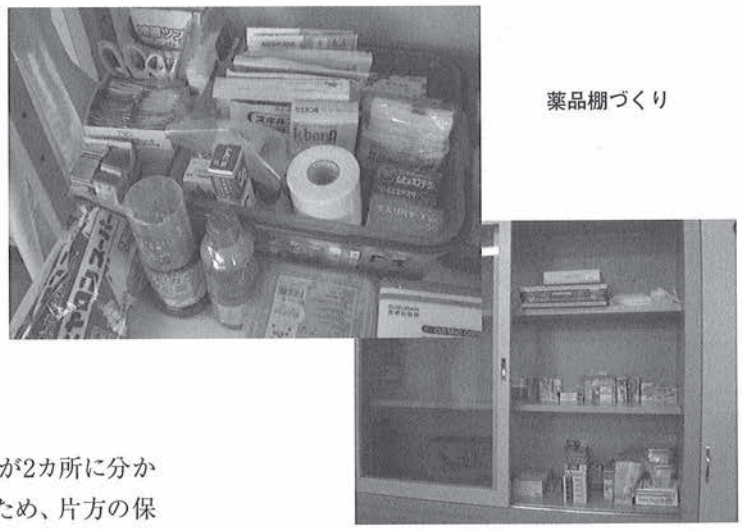
4. 養護教諭執務代行

養護教諭が不在の場合や保健室が2カ所に分かれているが、養護教諭が1名であるため、片方の保健室で養護教諭の執務を代行（応急処置・健康観察等）

5. 教職員の心のケア

通常であれば、適切な対応ができる養護教諭をはじめとした教職員が判断に困っていたり、自宅までも崩壊し精神的に負担を感じたりしている教職員の話を聞き、前向きになれるよう支援した。

（注）1から3の活動は、養護教諭等だけではなく、後方支援者もともに活動をした。



薬品棚づくり

派遣を通して

派遣の時期については、様々な考え方があると思うが、学校再開や通常の学校生活をできるだけ早く取り戻すという点では、早期対応が効果的と考える。さらに、短期派遣の場合は、よりよい支援、派遣養護教諭等や養護教諭の勤務校の負担という観点から、派遣期間は最短3泊4日、最長6泊7日が望ましいと感じている。

派遣内容は、時期や各校の被災状況等により、臨機応変に対応していかなければいけないことだが、養護教諭がその専門性を生かして行うことが何よりも大事だと考える。

私自身は、今回4月と5月のはじめに派遣に参加

し、情報収集、保健室づくり、健康診断の手伝い等の活動をさせていただいたが、もっとすべきことがあったのではないかと自問自答する日々が続いている。しかし、たくさんの学びという収穫があったので、紹介したい。これは、私個人の考えであることを了解いただきたい。

派遣から学び、感じたこと

1. 養護教諭同士のネットワークづくりをする。例えば、学校の電話による連絡網はあるが、学校のライフラインが切断された場合も想定する。また、災害時に被害が少なかった学校の養護教諭が被害の大きかった養護教諭の支援ができる体制づくりもあると心強い。この体制づくりには、市町村教育委員会や学校長の理解が欠かせない。

   今回の派遣では、情報収集のためなどに学校を訪問したときや派遣前後に各校と連絡を取り合ったときに、情報が不足していた学校には他校の状況を知らせた。このような情報提供を迅速に行うことで、他校の状況を知り、よい取組や実践を自校に取り入れることも可能になると感じている。このようなパイプラインをつくることも考えておく必要があるのではないだろうか。
2. 保健室が1階にある場合、今回のような津波による浸水を考慮し、予算上可能であれば、予備の保健室薬品や備品等を最上階に保管し、万が一に備える。
3. 地震を想定した避難訓練は津波も考慮した上で避難場所や経路等を決める必要がある。例えば、津波の危険性があり、近くに高台がない場合、耐震性や耐久性がしっかりした校舎であれば最上階などへの避難も考える必要がある。さらに、児童生徒を下校させる必要がある場合の安全な方法について、保護者や教職員が連携し、様々なケースを予想したうえで決定しておくことも大切と考える。
4. ライフラインが切断された場合、学校の環境衛生をいかによりよい状態にできるかをシミュレーションし、万が一に対応できる校内体制づくりをする。例えば、停電や断水により水洗トイレが使えない時はどうするのか、校内の環境整備はどのようにして進めるのかなどを考えておく必要性を痛感した。
5. 派遣先の学校では、その学校の養護教諭のことを一番に考えた行動を心がける。



ある日の給食

6. 複数の人が派遣される場合は、派遣者同士の連携が大切である。秋田県の場合、同一派遣部隊の連携はもちろんだが、回を重ねていくにつれ、自然と派遣を終えた養護教諭が次の養護教諭へと襷渡しが行われるようになった。
7. 派遣された養護教諭等の心身の健康状態を配慮し、派遣前、派遣中、派遣後の連絡や声かけ等を密にしてきたが、心的外傷後ストレス障害等を考えると、今後も配慮を続けるとともに、よりよいケアの在り方についても考えていかなければいけないと痛感している。
8. 今、養護教諭に求められていることは、自身の健康に留意し、災害などの非常事態に備え、集団感染が懸念される疾病やけがなどについて万全な対応ができるよう日々研鑽を重ねることではないだろうか。

最後になるが、私は今回の派遣を通してできた石巻の先生たちとの絆、秋田県の養護教諭との絆、秋田県教育庁の方々との絆を大切な財産としたい。

そして何よりも、被災された地域の一日も早い復興を心から願う毎日である。

特別寄稿

東日本大震災による被災地（宮城県）の学校保健の現状

宮城県学校保健会常任理事　板橋 隆三

はじめに、今回の震災に対しては全国からたくさんのお見舞いと励まし、さらには実質的な援助をいただいたことに心より感謝申し上げます。

被災状態

今回の東日本大震災により、宮城県は甚大な被害を受けた。その大きさは色々な数字からはっきりと読み取ることができる。例えば、宮城県だけでも死者・行方不明者は11,712名（8月1日現在）に上り、私の在住する岩沼市でも184名（人口の0.5%弱）もの犠牲者に達した。

教育界が被った被害も大変大きなものであった。宮城県教育委員会に依ると、児童生徒等の死者・不明者362名（0.14%）、教職員は9名、学校施設の被害額は約776億円、社会教育施設等を含めると1,800億円を超えるとのことである。

また、宮城県で両親を失った18歳未満の震災遺児は117名、両親のどちらかが死亡・行方不明となった震災遺児は711名で、この数字はもっと増える可能性があると報道されている（河北新報）。さらに、今回の震災遺児の場合は住居の破壊や、親の失業がそれに追い討ちをかけることとなった。

震災後の学校

全国的にみても学校は避難場所に指定されていることが多いが、宮城県も状況は同じである。学校の屋上や高台に避難した児童生徒は、破壊され流される家屋や住民を目の当たりにし、その上、外部からの情報の途絶えるなか、遮断された交通と失われたライフライン、飢えと寒さに襲われた。そして学校によっては津波の水が引いた後の校庭で、瓦礫の下になった遺体を目にする児童生徒さえいた。これらの事実が児童生徒たちの心に与えた衝撃は測り知れない。

被災地の学校は、先ず避難所としての役割を果たさなければならない。被災地学校の職員は、震災直後の2～3日は人探しや安否の確認に追われ、その後は分散し長期化する避難児童生徒への対応を余儀なくされた。終業式、始業式および入学式などの学校行事予定は全面的に変更され、概ね2週間から1カ月遅れとなった。授業ができるようになった後も、校庭は瓦礫の一時集積所や仮設住宅地となり、いまだに使えない学校がある。現在、避難所は256カ所（7月29日現在）あるが、その1／4（67カ所）は学校の建物の一部が利用されている（旧校舎を含む）。

学校保健の現状

前述のような状況にあって、学校保健関係の活動にも大きな影響を受けた。震災後、最初の宮城県学校保健会理事会で、「前代未聞の状況であり、今後どこに何が起こるか予想できない状況にあり、また、何が起こっても不思議では有りません。一つ一つの問題をみんなで協力し合って解決していくしかないでしょう」という会長の挨拶が、正に当時の情況を物語っていた。

最初の問題は食事だった。食糧不足の避難所では、1日1個のパンを3人で分けて食べるところさえあった。その後、十分な支援物資（食料）が届くようになり、逆に児童生徒に肥満が増えて問題となった地域もある。45カ所の給食センターが被害を受け、再開された学校の給食室も避難者のための炊き出しに追われ学校給食には使えなかったので、長期間仮給食が続いた。仮設住宅に入居した家庭では炊き出しが受けられず、弁当無しの生徒がいたが、教員やボランテイアの方々に長期間弁当を作っていただき助けていただいた。この様な制限された給食生活だったが、今までのところ深刻な食物アレルギーの問題等も生じなかったのは、各個人の注意と養護教諭や栄養士たちの努力の賜である。

避難所では感染症対策が重要である。一部、インフルエンザが流行ったが、避難所内での隔離や投薬など早めの対応で大流行には至らなかった。むしろ原因不明の肺炎が問題となったが、これは高齢の罹患者が多かったようである。

学校での衛生面では、夏休み前の猛暑のときに、ハエが大発生したことが問題となった。流しの中でウジ虫が発生し（石巻市の高校）、ハエがうるさくて授業に集中できない生徒が多いこと、昼食時になると白い壁が隠れるほどのハエであったとの報告だった。家庭用殺虫剤（ハエ・蚊対策）の吊り下げや消毒剤の使用と、幸か不幸か台風接近による強風に助けられたそうだ。校庭に積まれた瓦礫は山のようで、3階の校舎を超えるところもあった。想像を絶する悪臭と空気の悪さで体調を崩す生徒があり、クラブ活動も防塵・防臭マスクをつけての活動となった。

学校健診は通常6月末までに終了となっているが、校医が被災したり、校舎が破壊され分散して授業が行われているため一部の学校は秋口までかかる予定である。

宮城県では3月に兼務発令と養護教諭の加配という形で教員移動が行われ、さらにPTSD対策としてカウンセラーを増員、また、心のケア研修会を受けた教員を27校に派遣した。今後は、心のケアが一番の問題となるであろう。県教育庁の担当者の話では、被災して転校したある児童の場合、普段の生活は特に変わりがなかったのに、手洗いのため水道の蛇口をひねって水を出した途端フラッシュバックして、大声で泣き叫んだ例が報告されているとのことである。専門家の話によれば、フラッシュバックは5年～10年後に起こることもあり、長期の対策が必要であって、周囲の人の注意すべき大切なことは、当時のことを尋ねないことだそうだ。被災者は、当初は被害の酷さを理解して欲しいため多弁になるが、やがて話すことに嫌気が差して寡黙になり、その後だんだん元に戻るといわれている。今回の被災者も同じ様なことが見られるとのことである（傾聴ボランテイアの会会員より）。この寡黙の時期にフラッシュバックが起こり、パニックに陥るそうだが、自ら自分の言葉で説明できるようになるとパニックを起こさなくなるといわれている。ただ、被災児童の絶対数が多く十分に対応し切れていない面がある。心のケアは今後も大きな問題として残っている。

宮城県学校保健会として今後解決しなければならない問題がたくさんあります。被災地域の拠出金負担減免を実施していますが、それでも被災地域の学校保健会の運営は大変でしょう。悪化した環境の中、従前の事業に加えて引続き感染症予防や放射線被曝対策に当たる必要があります。教職員を含めた児童生徒の心のケアの問題もあります。さらに今回の震災を教訓とするためには記録を残し、纏める作業が加わります。幸いにも、今のところは県学校保健安全研究大会や総会を中止せずに済みそうです。私たち被災地の者は6カ月を経過した今、やっと夢からさめた思いです。今までは無我夢中でした。これから現実を見つめ、且つ、今後想定される大余震、津波、原発災害も頭におきながら復興に努めなければと心を新たにしているところです。今後も全国からのご支援を心からお願いします。がんばろう宮城県、がんばろう学校保健会！

特別寄稿

放射能と子ども

社団法人広島県医師会 会長　碓井 静照

2011年3月11日に発生した未曾有の震度7の東日本大震災は日本列島を引き裂き、大津波で2万人以上の死者行方不明者を出した。大変痛ましいことである。加えて福島第一原子力発電所のメルトダウン、炉心融解による放射能漏れによるレベル7の大事故である。私は1986年のチェルノブイリ第4原発の事故現場を日本人としては最初の医師団として視察した経験があるので水素爆発、放射性ヨード、放射性セシウムが検出されたニュースを聞いて慄然としたが、果たして大変な事態となった。今回の震災、津波、放射能漏れの三重苦ともいえる災害地の被災者の救援のため、全国から自衛隊をはじめ、多くの支援が行われているが、私たちの医師会も医療支援のための医師団の派遣を行っている。

3月下旬、私のところに次のようなメールが入った。

「石巻の朝は、快晴で余震5弱です。昨日で、3日間の現地での医療支援活動を無事終了しました。3日間、石巻赤十字病院を拠点に、石巻市雄勝（おがつ）町の避難所を中心に活動しました。延べ患者数は87名です、内訳は約半数が高血圧や不整脈等の循環器疾患でした。内、心不全の1名を救急搬送しました。また、震災での肉親との死別や食糧不足、寒冷、不自由な避難所生活等で睡眠不足とストレスが続き、血圧が220以上の方を多く診ました。あやうく、脳卒中や心筋梗塞になられるところでした。医療は徐々に落ち着きつつありますが、生活環境が劣悪です。

現地では、未だに停電、断水、ガソリン不足が深刻です。救援隊のガソリン不足も懸念されます。そして、最悪は、トイレです。し尿処理場がすべて破壊され下水処理が出来ないため、トイレが流せず、汲み取りです。その汲み取りもバキュームカーがなく、溢れる寸前です。早急な対応を要す緊急事態です。国を挙げて、総力戦で戦わないと取り返しのつかない状態が起こる可能性すらあります」

一緒に来た写真には救援現場、訪問診療現場、寺院の境内の倒れた墓石の上に散乱した十数台の車が無残な姿で写っていて、いかに大津波、自然の力が強かったかが伺われる。

私は災害発生直後から、現地に医療チームを派遣する仕事をしていたが、7月に入って、これから何ができるか被害現場を視察し、これからの医療人としての支援の方向性を模索しようと考えた。4カ月経過した今なお被難所にいらっしゃる被災者の健康状況をたずねて、災害直後の混乱状況から慢性期疾患、介護、介助を必要とする方々が多いと云われている現場を訪れることにした。

7月17日、福島空港に降り立ち、さっそく福島原発の20kmの南相馬市の立ち入り禁止地域付近の海岸に行ってみた。百聞一見にしかず、海岸や、耕作していたと思われる広範囲の田畑は姿を消し、無残な姿は、ほとんどそのまま放置されていて、軽自動車、耕運機、農耕作車はめちゃめちゃにつぶされて広範囲に散乱し、防波堤に使われていた何百とある直径3mものコンクリートブロックはモザイク模様のようにばらばらに飛び散り、漁船らしき船も多数、海岸遠く陸に押し上げられ、80tクラスの船も海岸から1kmもの陸上に乗り上げていた。放射能漏れしている原発から近いこともあって、廃棄、整理はなかなかすすまないようだ。私たちはあちこちと路肩のない道路を用心深く驚嘆しながら進行し、深いため息をついた。

翌18日には宮城県石巻、仙台空港付近の沿岸を視察したが、ハエの発生と人糞の悪臭、ダンプカーの巻き上げる砂煙で復旧はまだまだ遠い感じであった。車やテレビなどの家庭用品は姿をとどめないほどに押しつぶされ20mもの高さの瓦礫の山になっていた。沿岸に近い湊小学校を訪ねた。4階建ての小

学校の教室はそのまま被難所になって老人たちが暮らしていた。36℃と猛暑の中で皆さん頑張っていらっしゃった。体育館では子どもたちが輪投げ遊びやゲームをボランティアの人たちと笑顔で楽しんでいた。外国人の女性ボランティアが食事をせっせと作っていた。「今日は被災した子どもも、被災しなかった子どもも一緒に焼き肉パーティーをするのです」。ボランティアのリーダーの男の人は日焼けした顔でいろいろ説明してくれた。校庭には何十台もの自転車、車いすが整然と置かれ、小型車も十数台あった。テントが張られているところでは、プロパンガスや焼き肉パーティーの準備にかかっているボランティアの人たちがいた。少し離れたところに簡易トイレが数個あった。早くもう少し快適な環境のところに移っていただきたいなと思った。

あれもこれも大変だが、問題は放射能漏れによる人体への影響、特に若い人や、子どもへの将来にわたる健康への不安である。水素爆発そして放射性ヨウ素、放射性セシウムが検出されたニュースを聞いて炉心の融解ではないかと慄然としたが、当時は政府も東京電力もバラバラの情報を出し、国民は何が何だか分からなかった。2カ月以上たって、大変な事態だったことが分かった。メルトダウン、炉心の融解である。これらへの対策のためには、国の総力をあげる必要がある。

1986年、チェルノブイリの原発事故の時、ウクライナはまだソ連だったが、爆発してすぐにレベル7とされ、半径30kmは危険区域となった。5万人の市民、関係者は全員ヨード剤を与えられ、2日間でバス千台に乗って近くに用意されていた村に移住した。私たちは無人となった幽霊町をバスで見て回ったが、不気味さが漂っていた。避難した町の小学校でも軒下の雨の落ちるところは放射能が貯まりやすいと心配する人もいた。

福島原発事故の場合、見解、判断が一致せず、状況が分かった時にはレベル7とされた。そして、今もって避難体制が曖昧である。放射性プルトニウム231か240やストロンチウム89、90が漏れていたら、取り除くことも出来ないし、その地域はほとんど永久に利用することも、立ち入ることも出来ないのではないかと私は思う。ついでにいうと、ヨウ素131の半減期は8日、セシウム137の半減期は30.1年であるという。アメリカのスリーマイル島でもレベル4の原発事故があったが、あのときもいろいろな議論があった。メルトダウン、炉心融解が起こったら、融解物はどんどん地下に浸潤して、地球の裏、この場合、中国になるのだが、中国に突き抜けるのではないかと心配した研究者もいたほど、いい解決策はないようだ。

福島原発の事故が起こったとき、情報が随分まちまちだと私は思ったが、大震災の直後、対策本部は原子力発電所のすぐ近く、5kmのところにつくられ、しばらくして、そこは危険区域だとされたので、皆あわてて避難してしまって対策本部は機能しなくなってしまったという。従って情報も入らず、皆バラバラのことを言ったようだ。こんな大事故なのだから、政府は直ちにフランス、アメリカなどの原発事故被害対策の技術支援を求める必要があった。

2011年5月、市民団体「子どもたちを放射能から守る福島ネットワーク」の発表によると、福島県の子ども10人の尿をフランスの放射線測定機関「アクロ研究所」で検査したところ全員から微量の放射性物質のセシウムが検出されたという。アクロのデービッド・ボアイエ理事長は「極めて高い確度で内部被ばくの可能性がある」と強調したという。汚染レベルはチェルノブイリ事故で被ばくした周辺の子どもの5分の1から50分の1程度だが、健康への影響は評価できないようだ。平成23（2011）年3月11日の福島第1原発事故による放射能漏れの不安、姿の見えない放射性ヨウ素、放射性セシウム、プルトニウム、ストロンチウムについての恐怖はこれから先の日本の原発のあり方の世論を二分するのではないか。原子力を核兵器にしたり、核兵器を用いた核戦争にはいまや誰もが反対で、国際的にみても、現在なお地上に残っている4万発以上の核兵器は速やかに廃棄されなければならない。こうした考え方に世界で4千8百以上の都市が参加している。しかし、インド、パキスタンのように核兵器を持つことに誇りをもつ国や、北朝鮮のように外国からの攻撃にそなえるのだと核兵器を廃棄する条約に参加しない国もある。日本では核兵器

の製造、保持、使用には反対であることは国民の誰もが異存はないが、原発など核の平和利用には今まで賛成する人が多かった。なぜなら、石油などエネルギー資源の乏しいわが国は自動車産業などの製造業をささえるためにも、新幹線を走らせるためにも大量の電力が必要で、少量で大気汚染の少ない原発は核の安全な平和利用と信じられていた。しかし今回の福島原発事故は日本をはじめ、人類の信頼と常識を大きく裏切った。

東日本大震災の被害の様子は昭和20（1945）年、一発の原子爆弾の投下によって焦土と化した広島の原爆被災直後の情景とイメージが重なるところがある。広島では熱射、爆風、放射能の影響で、一瞬にして6万人の人が亡くなり、3カ月以内に20万人の人が死んでしまった。私は8歳、小学校2年生の時、爆心地から東北2.3kmの牛田本町で被爆したが、幸い家の蔭にいたためガラス片を全身に浴びた程度ですんだ。しかし私の住んでいた家の近くの山の麓の防空壕には、次々と多くの被災者がやってきた。誰の手の皮膚も焼け、腕にぶらさがっていた。防空壕の中に敷かれたむしろに横たわると「水をくれ、水をください」と哀願していた。翌日、川土手に行ってみると道路の両側に無数の死体が並べられていた。橋の欄干は吹き飛んで、橋の両側にも死体が並んでおり、白い河原にも黒くなった死体が重ねられていた。町の診療所には顔や背中に熱傷を負った被災者が治療を受けていたが、背中には白い、うじが這っていた。そのとき、私は将来、医師になって傷ついた人を助けたいと強く思った。その後も、鼻出血や下血などの急性放射能障害で、沢山の人が次々と死んでいった。そして今なお、放射能の影響による後遺症に悩んでいる多くの人がいる。これらの人の中には家族を失い、ハワイ、ロサンゼルス、サンフランシスコ、シアトルなどの北米や、サンパウロなどブラジルに移住した人も多い。

私が医師になって、在外被爆者の検診に行ったとき、長崎で被爆した男の人に会った。その人は当時16歳であった。父親と防空壕の外にいて被爆したが、夕方、父は死んでしまった。ぼう然としていたが誰も助けてくれないので、木切れを集めて父を火葬した。父の骨が赤く焼けて、火がなかなか消えないのでバケツを借りてきて水を汲んできて火を消したという話をした。

広島市中区の平和公園は被爆以前は普通の城下町で、旅館、商店、住宅などが密集していたが、原爆の投下によって何も無くなってしまった。今も5千人の人が公園の下に眠っていると推測されている。この公園の一角に、ブロンズ像の少女が折り鶴を両手で高く掲げている。像のモデルは佐々木禎子さんで、被爆10年後の1955年に12歳で亡くなった。足が速く、運動が大好きな少女だったが、小学校を卒業前に白血病と診断され、広島赤十字病院に入院した。入院時に病院に送られてきた折り鶴に魅せられ、夢中で折るようになった。体が衰弱しても折るのを止めなかった。死後1カ月、親友たちは広島で開催された全国中学校長大会の会場で「原爆の子の像を作りましょう」と呼びかけた。原爆で死んだ子どもの霊を慰め、平和を願う募金活動は広がり、全国から3千を超す学校から寄付金が贈られてきて、原爆の子の像は作られた。像の碑文には、

「これは　ぼくらの叫びです　これは私たちの祈りです　世界に平和を　きずくための」

と、刻まれている。原爆の子の像の前では、毎日のように国内外から訪れる小中学生たちが持ってきた千羽鶴が、捧げられている。

東日本大震災は歴史に残る大惨事であり、これからどうなるか不安がたくさんある。福島原発の放射能被曝から、子どもたちを守らなくてはならない。しかし朝の来ない夜はない。関東大震災、広島・長崎の原爆被災、2001年9月11日のアメリカでの同時多発テロ。この先、世の中どうなって行くのか不安と恐怖に包まれた不穏な世相の中から人類は英知と勇気をもって元気を取り戻し、社会を復興させてきた。今回の絶望的な悲惨さの中から日本は必ず立ち上がり、必ず復興させると私は信じている。

特別寄稿

東日本大震災当日の東京都の児童生徒の下校状況等について

東京都教育庁指導部 主任指導主事（安全教育担当）　石田 周

東北地方太平洋沖地震が発生した平成23年3月11日14時46分、震源地である三陸沖から遠く離れた東京都でも強い揺れを感じた。ただし、東西に長い東京都であるため、震度5強だった地区と、震度4から震度3だった地区とがあった。余震の続く中、鉄道等の不通があり、大量の帰宅困難者が発生するとともに、情報集中により電話等の不通が生じ、混乱があった。

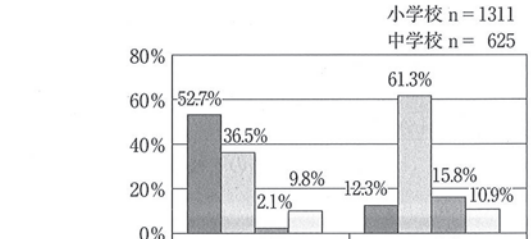
東京都の各公立学校においては、地震発生の時刻が下校時刻と重なり、さらに地区ごとの震度の違い等により、様々な状況があった。14時46分という時間帯は、学年によって児童生徒の状況が様々な時間帯であり、例えば小学校低学年児童は授業を終えて下校を始めている時間帯であり、高学年の児童は6時間目の時間帯だった。また3月上旬は、高等学校では卒業式の時期であり、小・中・特別支援学校においても様々な卒業行事が行われ、その一環として校外学習等で他県にいた学年もあった。

そのような中で、各校長は、学校所在地の震度や、児童生徒の発達の段階に即して、下校方法を決定した。

東京都教育委員会は、東京都における防災安全教育の充実を図るため、東日本大震災発災当日の各区市町村立学校および都立学校における児童生徒の下校状況等について、平成23年5月から7月にかけて調査した。調査対象は、各区市町村立学校および都立学校、計2,195校である。

本調査からも、当日の児童生徒の下校状況は様々だったことが分かった。

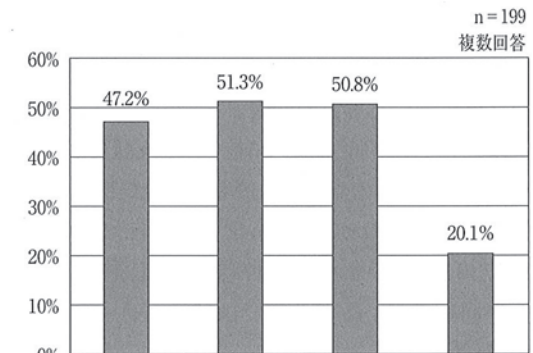
図1は、小・中学校の「児童生徒の下校方法」についてまとめたものだが、小学校では「保護者に引渡し」が52. 7%で最も多く、中学校では「集団下校」が61. 3%で最も多かった。「その他」の具体例としては、「地震前に下校させた児童を、担任等が学校に呼び戻し、学校で待機させた上で、保護者に引渡した」、「教職員を通学路の要所に配置し、下校状況を見守った」などである。



	小学校	中学校
ア 保護者に引渡し	52.7%	12.3%
イ 集団下校	36.5%	61.3%
ウ 単独で下校	2.1%	15.8%
エ その他	9.8%	10.9%

図1　児童生徒の下校方法

図2は、都立高等学校・都立中等教育学校・都立中学校の「生徒の下校方法」についてまとめたものである。「集団下校」が51. 3%、「単独で下校」が50. 8%、「保護者に引渡し」47. 2%だった。小・中学校よりも下校方法が多様であったのは、都立学校は都内全域からの通学が可能であり、交通機関を利用して通学している生徒は、交通麻痺の影響を直接受けて帰宅困難となり、「保護者への引き渡し」等により下校したケースもあったことによる。



	ア 保護者に引渡し	イ 集団下校	ウ 単独で下校	エ その他
割合	47.2%	51.3%	50.8%	20.1%

図2　生徒の下校方法

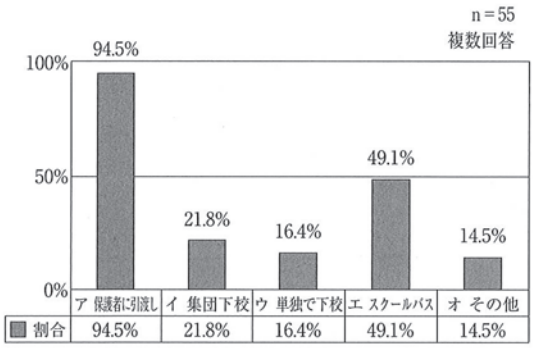


図3　児童生徒の下校方法

図3は、特別支援学校の「児童生徒の下校方法」についてまとめたものである。「保護者に引渡し」が最も多く94. 5%、「スクールバス」が49. 1%だった。小学校と同様に、単独で下校した児童生徒については、教員等が学校に呼びもどして保護した例があった。

各校種共通して、当日、下校ができなかった児童生徒がいた。交通機関の麻痺等によって児童生徒自身が帰宅困難となったり、保護者が帰宅困難となったために引き取りに来校できなかったりしたためである。これらの児童生徒に対しては、各学校は保護者に引き渡すまで学校で待機させ、時間帯に応じて食事を用意し、深夜になっても帰宅できない場合は、校内で宿泊場所を用意する等、状況に応じて、各学校は児童生徒の安全を確保した。下校時刻が最も遅かった小学校は翌日12日正午頃、中学校では同じく12日16時頃、都立学校では12日14時30分頃だった。

上記は学校内における状況であるが、当日、校外学習等で他県等にいて地震に遭い、帰校が困難となった学年のある学校があった。小学校で18校、中学校で104校、高等学校で6校、特別支援学校で6校である。これらの学校で、最も遅く帰校した学校の児童生徒の解散日時は、小学校が翌日12日（土）の10時30分頃、中学校が同17時20分頃、特別支援学校が同13時頃。高等学校では13日（日）の0時30分頃だった。

以上、調査「東日本大震災当日の児童生徒の下校状況等に関する調査」から、東京都の児童生徒の下校方法等について紹介したが、当日の各学校の状況から防災教育推進上の課題となったことは、従来の避難訓練等では想定していなかった状況が都内各学校で生じたことである。大きく5点ある。

(1) 児童生徒自身が交通機関の不通により帰宅困難な状況になったこと。

(2) 地震後に集団下校や単独下校で帰宅したが、交通機関の不通により保護者が帰宅困難な状況となり、児童生徒のみで長時間、自宅にいた例があったこと。

(3) 校外学習等で学校外の場所で教育活動を行っていて、帰校困難な状況となった学校があったこと。

(4) 電話等の不通により、児童生徒の引取りの依頼や、安否情報を保護者に伝えにくい状況があったこと。

(5) 区市町村教育委員会においては、電話等が不通であったため、管下各校の状況把握に時間を要するとともに、区市町村教育委員会から学校に指示を出せなかった例があったこと。

東京都教育委員会では、これらの課題に対して、平成23年7月現在、大きく3点の取組を推進している。

1点目は、「学校における震災等に対する避難訓練等の改善について（通知）」を発出したことである。本通知は、東日本大震災当日の児童生徒の下校状況等を踏まえ、9月以降、学校における避難訓練等を改善し、自校の実態に即して防災教育を推進するよう、平成23年7月19日に、都立学校長および区市町村教育委員会指導事務主管課長宛に通知を発出した。

【通知の概要】

1　避難訓練等の想定場面等の見直しを図ること。

自校の避難訓練等の想定時間、場面、災害の設定状況等を見直し、多様な場面や状況を想定した避難訓練を実施する。

2　体験的、実践的な避難訓練等となるよう改善を図ること。

(1) 学校の種別および地域の実情に即した避難

訓練等を設定する。

(2) 形式的、表面的な訓練とならないよう、緊迫感、臨場感をもたせる避難訓練等を実施する。

(3) 家庭や地域住民、関係機関等との連携を密にした避難訓練・防災訓練を実施する。

3　震災等における安全管理上の見直しを図ること。

(1) 保護者等に確実に引き渡すまで、学校等において幼児、児童生徒の安全を確保する。

(2) 自校の危機管理マニュアル等に管理職不在の場合の震災時の対応について位置付ける。

2点目は、学校における防災教育に関する教職員研修の充実を図ることである。防災教育を推進する上で必要となる教職員の指導力を向上させる研修を実施している。7月に実施した全公立学校参加の平成23年度学校安全教室指導者講習会では、避難訓練の想定を見直し、学校の実態に応じて改善を図る必要性等について指導・助言した。

3点目は、学校における防災教育に関する副読本等教材の活用を図ることである。都内の全ての児童生徒に、東京都独自の防災副読本「地震と安全」を7月に配布し、活用を図るとともに、新たに、防災教育補助教材「3. 11を忘れない」等を作成して、学校における防災教育の推進に向けた支援を行っていくことである。

防災安全教育を推進する上で根本的な課題は、危機感の継続である。児童生徒に、まず自分の命を守り、次に身近な人を助け、さらに地域に貢献できる人材を育てる防災教育を東京都ではこれからも推進していく。

特別寄稿

被災地における保健室の状況と今後の課題について

東日本大震災を体験して ～今を生きる子どもたちとともに～

岩手県山田町立織笠小学校 養護教諭　村上 貴美子

1. はじめに

3月11日の震災の日から、私の勤めている学校の各教室が避難場所になり、保健室は地域の保健室になった。先生方は、避難所となった学校に交代で泊まり込み、子どもたちやその家族、地域の人たちとともに生活し避難所の運営の立場を担った。

震災直後、体育館の避難場所には、保育園児や保育士、地域の方々が280人ほど避難してきた。保護者が迎えに来た児童は返したが、保護者と連絡がつかない児童や保護者が学校に避難してきた児童はそのまま学校に残った。避難場所の体育館は、寒く冷え込んでおり、毛布や衣類が不足していたため、暖房が使用できる各教室や特別教室に地域ごとに分かれ移動した。

電気・水・食料・電話が使用できず、ライフラインが止まった状態になったため教職員や子どもたちや地域の方々が、電気の代わりに理科室にあったろうそくを全部持ち出し各教室・廊下・トイレに灯した。水は近くの公民館から地下水を運び、トイレ用には、プールの水を運んで使用した。毛布も公民館から運んだ。食料は近くの方々がおにぎりを運んでくれた。学校に残った子どもたちは、一つの教室に担任と一緒にランドセルを枕に毛布にくるまって寝た。電話や携帯、テレビが使用できず情報が得られない状態だったため、早退した児童や欠席した児童とは、連絡が取れず全児童の安否確認がとれたのは震災後4日目だった。中学生や高校生の兄弟もそれぞれ避難していたが3日目に本校の避難所にいる家族と再会した。子どもたちは、幸いにも全員無事だったが、家をなくした子どもが6割、家族を失った子どもたちも多数いた。

保健室は「けがをした人たちへの救急処置」「避難所の衛生管理と感染予防」「子どもたちや避難所の方々の心のケア」など子どもたちや教職員だけでなく、学校に避難した人たちの医療活動と心のケアを中心に活動する場所となった。こうした状況は、避難場所が体育館に移動する4月9日まで続いた。

養護教諭として、被災した子どもたちに対して、その役割と対応について考えると同時に、一人の人間としてどのように関わっていけばよいのかを考える日々が続いた。不安を感じながらも、子どもたちと一緒に生活し寄り添いながら一日一日を精一杯生きることで5カ月が過ぎていった。

2. 避難場所の保健室（3月11日～）

(1) 被災直後の保健室の状況

保健室にはけがや体調不良の人々が運ばれ、避難してきた3人の保健師と薬剤師の方が救急対応にあたった。保健室にはベッドが2つしかなく、体育時のマットを床に敷き6人程休養できる状態にした。最初は高年齢の保健室利用が多かったが、震災後1週間頃から子どもたちが急な発熱・吐き気・嘔吐・蕁麻疹の症状により来室した。疲れや精神的な疲労や便秘などが原因の体調不良で感染症ではなかった。

震災後交通機関がすべて止まり、津波の中から救出されたものの、医療現場に搬送できずに家族が見守る中、保健室で死亡した方もいた。瓦礫撤去が進み車が通れるようになった後、急患は救急車を利用し専門機関を受診した。自衛隊の給水車や、物資（衣類・食材・薬品）も学校に届きはじめた。保健室には救急医療の薬品があったが、避難所として使用する程の準備をしていなかったため薬品が不足した。消毒液や体温計も不足していたので物資が届き

だすと、とても助かった。「インフルエンザと感染性胃腸炎」の流行予防に、消毒液を作り毎日当番を決めて各班の保健担当者が、ドアノブや入り口の戸の消毒をした。町役場の災害本部から町の職員が派遣され、避難所運営が組織化されてきた。避難してきた人たちの中で班長・物資担当・食事担当・医療担当とそれぞれの担当者が中心になり活動しはじめた。避難所の運営は教職員中心から地域の方々の運営に移行し、教職員は協力しながら、学校再開に向けての話し合いをはじめた。

地域の保健室は、感染の心配な症状の大人や子どもたち、介護を必要とする高齢者の救急対応の場となった。さらに被災一週間後に医療チームが入ってくると、保健室は感染の疑いのある患者の休養の場だけでなく診療所にもなった。体調不良だけでなく、夜眠れないと訴える人たちも保健室に来室するようになり、県外の支援ボランティア団体の心のケアチームにつなげていった（養護教諭は、医療チームと心のケアチームなどのコーディネーター役を務めた）。いろいろな医療チームと連携をとり、効率よく保健室を活用できるように計画し、誰もがわかるよう来室日や医療チーム名を掲示した。また、町役場から情報を得て、外部医療機関の緊急連絡網を確認した。診療日には保健室の準備をし、校内放送で医療チームが来たことを伝えた。受診した人たちの名簿を作成し、記録をとった。保健室に来られない寝たきりの方や心のケアが必要な人には、医療チームが各教室を診察して回れるよう手伝いをした。

このような避難生活が続く中、通常通りに在校生には「修了式」を、また6年生には「卒業式」をしてみんなで祝福して送り出したい、と教職員で話し合い、会場の準備を行った。体育館の式場設営は、教職員と避難所の方々そして町や県の職員の協力で行った。母親を亡くした卒業生もいたため担任の配慮で次第・内容を変更した。

3月28日、午前9時30分修了式、9時45分卒業式を体育館で行った。被災後、転校した児童もいたため全児童そろわなかったが、久しぶりに集まった子どもたちは嬉しそうだった。事前の練習なしで迎えた卒業式だったが、自衛隊の吹奏楽団が来校し、退場曲を合同で演奏した。地域の方々も参加した式の中、みんなに祝福され卒業生を送り出すことができた。

新学期は、教育委員会の指導を待って、4月20日の始業式を計画した。それに併せて避難場所の担当者と相談し、土曜日であったが4月9日に教職員も出勤し、地域の方々と一緒に避難場所を教室から体育館へ移動した。地域の保健室も移動することになり、体育館にケアルームを設置し、休養できる場を作り救急薬品も設置した。

学校再開に向けて（4月20日の始業式に向けて）通常の学校生活に近づけることができるように「清掃」「給食」「健康診断」「心のケア」「保健指導」「ほけんだよりの配布」等計画を立てた。校内の大清掃は、全職員と近隣他校教職員の協力を得て各教室や廊下、昇降口などを水拭きし、ワックス清掃を行った。昼食は、牛乳給食のみで各自持参の弁当給食だったが、児童全員が弁当を持ってこられる状態ではなかったので、4月は午前授業とした。5月からは教育委員会の計画により、弁当が全児童に配給され、午後までの普通授業が実施できるようになった。弁当の配布方法や食べ残しの処理等、また、アレルギー児童への対応について職員間で確認した。健康診断計画について学校医とやっと連絡が取れたが、学校医も被災しており、詳しい日程について確認できたのは5月に入ってからだった。

体育館が避難場所になっていたが、子どもたちが気持ちよく始業式や入学式を迎えれるように、会場を音楽室にして全職員で式場の準備をした。また、「校舎内外・通学路の安全確保」「感染症の予防」「避難所と学校の環境管理」について学校全体で確認し、学校再開に向けて準備を進めた。

(2) 被災直後の子どもたちと教職員の状況

当日、私は学校におらず県外にいた。私自身、停電と交通機関が止まった状態の中、携帯がつながらず世の中の動きが全くつかめず不安を感じた。大きな津波が来たことを知ったが、誰とも連絡が取れず、副校長から数日後に連絡があり、やっと学校の子どもたちと教職員の無事を確認できた。高田の実家の両親とは連絡が取れず不安は増した。実家が流され、父母が行方不明だと知ったのは自宅の釜石に

戻った15日だった。釜石の自宅もライフラインが止まった状態だったが、数日後、宿泊の準備をして学校に向かった。

変わり果てた沿岸の風景と瓦礫の中をやっと学校に着いたときは体が震えていた。避難所となった学校で、被災後初めて先生方や子どもたちと会った。教職員も避難所に泊まり込みがほとんどだった。子どもたちの様子を心配し、避難している教室に向かったがどのように声をかけようか迷った。あまりの変わり果てた地域の姿に子どもたちの心の傷を思うと、かける言葉が見つからなかった。「子どもたちみんなに会えて嬉しい」と伝えると、「先生も生きていて嬉しい」と言われた。子どもたちは被災の様子を話し出した。「無理に聞き出してはいけない」という知識があったが、子どもたちの話にただうなずきながら聞き、お互い無事を喜んだ。その日から先生方と一緒に学校に泊まり続けた。

4月になり何とか無事だった家から通う教員や泊まり続ける教員もいて、避難所にいる子どもたちやその家族、地域の人たちとともに物資の受け渡しや、水（飲み水やトイレ用の水）の運搬、汚物処理やゴミ処理などに従事しながら避難生活を続けた。

教職員の中には自分自身も被災したり、家族を亡くした人もいたが、自らのことは後回しになり学校を休めない状態であった。

(3) 身体の手当と心のケア

町の医療機関すべてが被災し、診療の場がない中、他県からの医療チーム（大阪府医療チーム・鳥取医療センター・大阪こころのケアチーム・昭和大学医療チーム・児童相談所）の協力があり救援体制が作られた。養護教諭としてはそれぞれ医療チームの特性を生かせるように計画を立てた。そして「医療機関の連携とコーディネーターの役割」「心のケア」「感染予防」に務めた。

4月1日現在、年齢別避難者数は70代以上40人、60代34人、50代26人、40代19人、30代11人、20代9人、10代以下21人、不明28人、合計188人であった。避難している人たちは、子どもから大人まで年齢を問わず、身体や心の不調（不安）を伝えるために診療日は保健室に列ができた。特に高年齢者が多かった。症状は、大人も子どもも「胃腸の調子」が悪く腹痛や便秘の症状、「かぜ・のどの痛み・熱」の症状が多く、夜眠れないと訴える人や血圧が高めの人も多くなった。薬を飲んでいた方などは、薬を流されてしまい症状が悪化していた。避難場所で対応が十分できない症状の妊婦や、糖尿・リウマチなどの持病のある方、夜眠れない症状が続く方は、宮古や盛岡の医療機関と連携をとり専門機関を受診できるように対応した。避難してきた人たちは、車を流されているため病院への移動方法（手段）が困難だった。4月11日から町内に内科・歯科など仮設診療所が開業し、急患に対応する医療体制が作られはじめた。

「心のケア」については、避難所の子どもたちや大人もふくめ、各教室を訪問し健康観察と健康相談につとめた。保護者たちの不安な気持ちを聞くたびに「保護者の心のケア」の必要性を感じた。5月から臨床心理士が来校したので、保護者のケアについても資料提供などをしてもらい、話ができるように計画を立てた。教職員の心のケアについては、学校内での独自の研修時間の確保ができない状態であったが、一日3回の食事を職員室でみんなで食べるようにし、子どもたちや、保護者や避難所についていろいろな情報を毎日交換した。一人で悩むことのないように問題の共有化を図り、校内組織体制で対応にあたった。また、臨床心理士の講話を受けたり、岩手県心のサポート研修会に参加するなど教職員自身も学習し、自分たちも辛いけれど声を掛け合い心にエネルギーをためながら、子どもたちの心のケアにあたった。辛い体験の共有化と子どもの成長が自分たちの達成感に結びつくことでがんばれた。担任は子どもたちの家庭訪問をし、どこに避難しているかの実態把握に努めた。

学校に避難していた保健師や薬剤師の方も、3月末から職場復帰をめざして一人ずつ自分の生活に戻りはじめ、地域の保健室は私だけになった。保健室での医療チームによる診察は4月7日で終了し、引き続き体育館の避難場所で診療を15日まで続けた。学校再開に向けて保健室の整備を行い、少しずつ今までの学校としての保健室の機能を回復できるように努めはじめた。

(4) 感染予防

インフルエンザや感染性胃腸炎が県内で流行していたため、次の①から⑤を3月12日から実行した。

①手洗い、うがいの徹底
②トイレ用のスリッパと室内用のスリッパの区別
③出入り口に手洗い・うがい用の流し場の設置
④ドアの消毒
⑤避難所の清掃（トイレ）

町の職員（避難所のリーダー）と各班の衛生担当者や医療チームの協力で、インフルエンザ、感染性胃腸炎の感染を予防することができた。体育館の避難場所へ移動後は、手洗い場がなく体育館の外の出入り口に新しく手洗い場を設置した。外出先から戻ったら必ず手洗いとうがいの徹底をした。校内の児童と避難場所の共同生活の中で、避難所から校舎内の水道とトイレの利用についてルールや決まりが「避難所情報」で伝えられた。医療チームと町の職員と連絡を取りながら保健室の役割を明確にし、引き続き感染予防対策を継続した。体育館避難場所での医療チームの診察は、15日で終了となった。

3. 始業式後の保健室（4月20日～）と子どもたちとの関わり

4月20日に始業式、21日に入学式を行い、避難場所での子どもたちと教職員の新しい学校生活がスタートした。

家を流され転校した児童もいたが、久しぶりにそろった子どもたちは、学校が本当に楽しいと思えるような笑顔で遊んでいた。大地震と津波と火災の恐怖、そして家を失った子ども、家族を失った子どもたちに「どのように会話をしたらよいか」「お母さんが教材に出てくる授業を進めるのはどうか、教師自身辛い」など職員室で話題になった。教職員用のパンフレットを配布して学習しながら、普通の生活に近づけるように時間割通りに普通に授業をし活動を進めることを確認した。心のケアについても、今まで通り「朝の健康観察」を行うことで、子どもたち一人一人の身体状況だけでなく「心の面」について、担任をはじめ全職員で関わっていくことを確認した。健康相談が必要と思われる児童については、養護教諭に連絡し、それを受けて個別指導にあたった。

(1)「ほけんだより」の配布（資料1）

・不安を感じている子どもたちを安心させることと同時に、辛い体験をどのように感じているか、自由に記入（表現）できる欄を「ほけんだより」に用意した。無理に聞き出すのではなく、「夜はねむれるか」「食欲はあるか」など日常の生活について問いかけた。
・地域に医療機関が開業されはじめてきたので、避難所から地域の情報を聞き、「ほけんだより」で開業医のお知らせをした。
・3月に作成したが、配布時期を校長に相談し、全児童が揃う始業式の4月20日に配布することにした。「ほけんだより」と同時に、心の総合センターから頂いた「子どものトラウマと心のケア」というパンフレットを全児童に配布し、心のケアの基本


ほけんだより

23.4.20 鹿豆小学校 保健室

新学期がスタートしました。みなさんの心と身体は元気ですか？
夜は眠ることができますか？
食欲はありますか？
ささいなことでイライラしていませんか？
いきなり不安になってしまうことはありませんか？

このようなことがあっても、それはだれにでもおこる症状です。自分だけだと不安に思わないで、気持ちを押さえ込まないでくださいね。
不安な時は相談にのりますよ。
お話してくださいね。
お手紙くださいね。
＊「子どものトラウマとこころのケア」についてパンフレットを配布します。

きりとり

名前

何でもいいですよ ⬇ 自由に書いてくださいね。

資料1　「ほけんだより4月号」には、児童や保護者から「遠くから学校に通うので、いつもより早起きしている。疲れてきた」など、返事が寄せられた。

的な方法等について保護者に理解してもらい、連携して心のケアにあたれるようにした。

(2) 健康観察・健康相談の実施

・心身の健康状態（毎朝担任が実施）

毎朝「元気か」「体調で悪いところはないか」など震災前から担任が朝の会で「健康観察」を実施している。震災後は特に不調が続く子どもについては担任と連絡をとり1対1の個別に話せる時間を確保し、担任や養護教諭が子どもと向き合う時間を作った。家族の半分を失い、毎朝体の不調を訴える子どもや円形脱毛症になった子ども、過換気症候群の症状がある子どもは、担任や家庭と連携しながら対応し、結果を養護教諭がまとめ、保健室の来室状況など情報を教職員に提供した。専門機関が必要な子どもは、医療機関や児童相談所につなげた。

・生活リズムチェック「早寝・早起き・朝食」（週1回担任が実施）

水曜日にチェックし、実態を把握している。早起きについては、統計上よくなっているが、避難所生活が規則正しい集団生活のためや、遠距離からの通学により、早起きしなければならない実態があり疲れている事実がある。

(3) 生活実態調査の実施

毎年6月1日に岩手県保健福祉部・岩手県教育委員会の生活習慣アンケート調査を参考に、生活実態調査を全児童に実施していた。被災後、避難所生活をしている状態で調査をすべきか迷ったが、ふつうの生活に近づけることを意識させるため、今年度も実態調査を実施した。（**資料2**）

(4) 岩手県心のケアサポート

5月に、岩手県からの派遣で臨床心理士が週2回、4名が交代で6週間続いて来校した。アンケートの実施や身体ほぐし・リラックス等の体験活動などの授業を担任と一緒に行い、アンケートチェックは養護教諭が行った。気になる児童については、養護教諭が情報を提供し、保健室で話を聞いてもらったり、担任からの相談にも応じた。避難場所にいる保護者の悩みの相談にも応じてもらうなど指導助言を得ることができた。4名の臨床心理士が来校する際、臨床心理士間のコーディネーター役をし、管理職や担任、保護者にはそれぞれ必要とする情報を発信した。

設問（回答）	22年度	23年度
①朝食を食べるか（毎日食べる）	97%	100%
②おやつを１日何回食べるか（あまりとらない）	13%	7%
③食べない食品はあるか（ある）	13%	28%
④毎日１日３回歯を磨いているか（3回以上）	61%	67%
⑤歯科医院は決まっているか（はい）	84%	68%
⑥何時に起きるか（６時前）	14%	19%
⑦何時に寝るか（8時台・9時台）	86%	91%
⑧睡眠時間は（９時間以上）	61%	61%
⑨テレビビデオ視聴時間（３時間以内）	79%	86%
⑩ゲームの時間は（１時間～２時間）	77%	61%
⑪携帯電話をもっているか（はい）	6%	12%

資料2　23年度生活実態調査の結果（抜粋）

心のサポート授業の実施の中では、岩手県教育委員会により作成された「健康観察シート」に全児童が記入した。シート記入後は、担任が1対1で健康相談を実施し、気になる児童を養護教諭がまとめた。アンケート記入時には気にならなかった児童が数カ月後に過換気症を発症した事例もあった。アンケートの結果を臨床心理士と養護教諭が集計し、「ほけんだより」で授業の内容やチェック項目の結果を各家庭に伝え、保護者にも子どもたちの様子を理解し、一緒に身体や心について会話ができるきっかけづくりをした（**資料3**）。保護者からは、「寝ているように思っていたが、何度も目がさめていたことがわかった」「避難所での集団生活で子どもたちも、たくさんがまんしていることがわかった」「いらいらしたり、甘えてくるようになった」などの感想があった。

(5) 見えてくる子どもたちの姿（心と身体）

・表現ワークシート（つながり地図）の活用をしてい

「イライラしたり、かっとしやすい」	55%
「夜中に目がさめて、眠れない」	45%
「頭やお腹が痛かったり、身体の調子が悪い」	31%
「なかなか、眠ることができない」	27%
「ごはんがおいしくないし、食べたくない」	20%

資料3　「ほけんだより6月号」アンケート結果報告（抜粋）

る。子どもたちが言葉に表すことのできない辛さや悲しみを心の奥にしまい込んでおくことのないように、言葉だけでなくても、いろいろな表現方法で気持ちを伝えられるようにした。いつも保健室にいろいろなシートを置き、来室した児童が書きたいシートを選び、自由に記入できるようにしている。「気になる子」には声をかけるようにした。「つながり地図」は、必ず書かせることが目的ではなく、今の子どもの状態を知ることができ、本人も自分を振り返るきっかけづくりになれば良いと思い活用している。(書かないときは、書けないときと受けとめる)

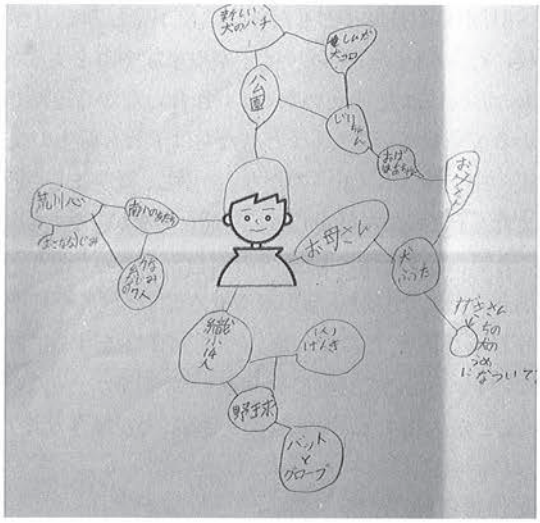
・折り紙や塗り絵なども活用している。一緒に作業または、遊ぶことで心の緊張をほぐし寄り添うことで安心感やリラックスができるのではないかと考えた。

【「つながり地図」の活用事例】

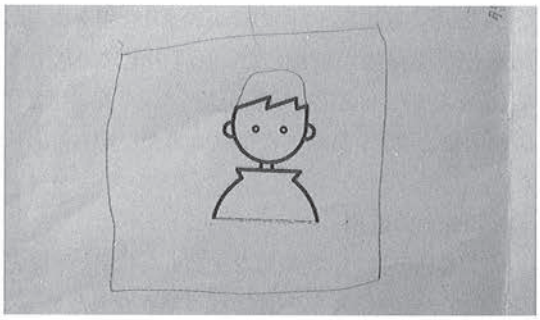
○Aさんの場合

震災前(腹痛で来室):家族や友達などたくさんのつながりを表している。(**資料4**)

震災後(腹痛と胸の苦しみで5月20日来室):5月17日実施の「こころと身体の健康観察」には「相談はない」と答えていたが、保健室で個別に対応すると「夜眠れない」「食欲がない」ことを話始め、つながり地図に記入した(**資料5**)。自分の心のさびしさやつながりがない状態が現されている。連休明けから「健康観察」で担任に体の不調を訴えていた。担任から相談されていた児童である。無理に聞き出すことなく、話す言葉にうなずきながら聞いた。スポーツや友達の関わりの中でつながりを感じられるように担任や保護者と見守りを継続中である。(震災により、母親など家族4人を失った)



資料4



資料5

4. 現状と今後の課題

(1) こころのケアについて

①健康観察の継続と専門家との連携

震災の恐怖による心の傷、家を失った心の傷と家族を失った心の傷、町がなくなっていく心の傷、友達の転校など、たくさんの心の傷が考えられる。「恐怖感」や「喪失感」など、ストレスは人によって様々であるが「がれきがなくなっていくと町がなくなっていくようでさびしい」と子どもたちは話していた。

ストレスも時間の経過とともに変化し、環境の変化によっても新たなストレスが生じる。避難場所から仮設住宅への引っ越し時期に、過換気の症状があり専門機関を勧め、受診した子どもがいた。チック症の症状も出はじめ、担任から相談を受けていた子どもであった。保護者・医療機関・児童相談所へと早期対応ができた。日ごろからの「健康観察」と「組織連携」の大切さを改めて感じた。

②普段からの信頼関係

心のケアは、子どもたちの何気ない変化に気づき、

普段から声がけができる関係や、1対1の個別対応の際に子どもたちが心を開ける信頼関係を身近な大人が普段から築いておくことが大切と感じる。

③遊びやコミュニケーションの大切さ

3月から4月は、子どもたちは学校が楽しみで、「学校に行きたい」と願っていた。家や家族や町を失っても、学校には友達がいた。じゃれ合いながら遊んでいる姿を見ていると「子どもたちは子ども同士の交流の中で癒されていくのだな」と感じ、微笑ましく思えた。子どもたちが安心して友達とつながりをもてることで、心や身体の健康への回復が早まると思う。周りの大人たちが会話を増やせる環境づくりや授業等様々な活動でのふれあいや共同作業をすることで、自分の思いを行動に移せるきっかけをつくっていくことが大切だと思う。選択させることができるような会話も自立につながるように感じた。

④保護者との連携

子どもの不安・体調の変化・生活リズムの問題は、子どもだけの問題ではなく家庭背景（保護者の不安など）が考えられる。今回の震災により仕事を失った保護者準要保護が増加した。仮設住宅に入居できても、まだまだ不安定な状態が続くため、保護者とも信頼関係を築き、長期的な支援も考えながら対応したい。

⑤転校先との連携

家や家族を失い、転校した子どもたちが、転校先の学校で、教室に入ることにつまずきが生じたケースがあった。被災地から被災地でない学校に転校にするときは、転校先の学校との連携と子どもたちへの支援（こころのケア）の必要性を感じた。

◎　家が流され、母親と祖父母を亡くした中学1年の姉と3年生の弟が単身赴任していた父親の元で暮らすことになり、4月に転校していった。しばらくして、父親が子どもたち二人を連れて本校に来たとき、「転校先の学校になじめず、二人とも学校を休み困っている」と、話した。本校では昨年度の担任が弟の転校先（小学校）に連絡し、私は姉の話を聞いてその転校先（中学校）の養護教諭と連絡を取り合った。その後、二人は学級に入ることができた。

⑵ 肥満について

・4月の身体測定の結果、

	22年度	23年度
軽度肥満	4.7%	12.3%
中等度肥満	4.7%	5.3%
高度肥満	1.4%	1.7%

肥満傾向の合計は22年度（6.3%）→23年度（19.3%）、さらに、7月の身体測定の結果、肥満傾向が19,3%から20.3%に増加した。特に軽度肥満（30%未満）が増加した。

・生活実態調査（6月1日）の結果「おやつを1日1回以上食べる」児童が87%→93%と増加していた。「1日2回以上」も増加していた。

・「こころと身体の健康観察」の結果、「イライラした時どんな工夫をしているか」に、お菓子を食べる・ゲームをする。「楽しみにしていること」に、食べること、ゲームをすることなどを記入している子どもが見られる。ストレスにより、食べることでそのストレスを解決しようとしている子どもや、校庭には、仮設住宅があり体育館が避難場所になっていることから、思うように運動できない状態が続いている。炭水化物の多い避難所の食事なども、昨年度より体重が増加している子どもが多く見られた原因の一つと考えられる。7月・8月と体育で水泳が行われている。教職員全体で運動と食育の面から対応中である。

⑶ ゲーム・携帯電話・インターネットについて

・生活実態調査の結果を見ると、ゲーム利用時間やテレビなどメディア接触時間は、各家庭によって異なっている。普通の1日の生活で「4時間以上ゲームをしている」と回答している子どももいた。また、携帯電話は震災後に、連絡での利用のためにと購入した家庭が昨年度より多く見られる。「携帯電話を持っていますか」の問いには、22年度（5%）→23年度（12%）の結果になった。携帯電話やインターネットについて、「親子でルールを決める」「便利であるが凶器にもなる」など、学習の場やお便りなどで子どもや家庭に今後も伝えていく必要を感じた。

・「テレビやゲームはダメ」「携帯電話はだめ」と話

すだけでなく「なぜやり続けてしまうのか」子どもの生活背景を知ることも大切であると感じる。帰っても家に一人でいる寂しさなどの家庭環境が原因で、ゲームやインターネットから離れられなくなっていく子どももいる。心の部分や、生活リズムにも触れながら子どもや保護者とともに、情報社会の中でメディアと上手に関わっていけるようメディアリテラシー教育が今後、大きな健康課題の一つになってくると思われる。

(4) 生活リズムについて（早寝・早起き・食事）

・6月1日に実施した生活実態調査の結果「早寝・早起き・朝食」については、避難場所からの登校児童（規則正しい生活）や、遠い親戚宅からの通学により、早起きしなければならないことから、昨年度より規則的な生活をしている子どもが多かった。

・8月23日、避難所にいた子どもが全員仮設住宅に入居できた。入居した仮設住宅（学区外だったことから8月18日の始業式からスクールバスでの通学）などに伴い生活リズムや新しい生活環境の変化により、「朝食を食べてこない」「遅刻」など子どもへの影響が出てきている。子どもたちの「生活リズム」は子どものみの指導ではなく同時に保護者との関わりも出てくる。今回被災したことにより、仕事を失ってしまった家庭など、準要保護が増加した。「生活リズム」も「心のケア」も含めながら保健指導にあたりたい。

5. おわりに

・今回の震災によって大切なもの「家族」「家」「友達」などのつながりを、改めて感じた子どもたちがたくさんいた。「家」もただのハウスではなく、その地域にあり、地域の中に密接して関わり合いながら存在し、その中にあって「家族」という最も親密なドラマをつくってきた。それが、一瞬で消えてしまい、大好きな「友達」も学校から転校してしまった。子どもたちの不安と、それを支えなければならない親たちの不安は、計り知れないものを感じる。保護者、地域の児童相談所、医療関係と連携しながら、子どもをとりまく健康問題について対応していきたい。

・7月のたなばたへの願いを見ると、子どもたちは前向きに生きようとしている。

「ちゃんとした大人になれますように」

「山田町がふっきゅうしてまた、人がすめるまちにしてください。おねがいします」

「小学校生活最後の何カ月かを楽しくすごせますように」

「かぞくがながく生きられますように」

「一人でしずかに宿題ができるようになったらいいな」

・保健室での子どもたちの会話の中で「嬉しい気持ちになる言葉は、震災前も震災後も変わりはない。普通に言葉をかけて欲しい。」と言った子どもたちの言葉に、改めて相手のことを本気で考えたならどんな言葉も相手の心に響くのではないかと思った。「今」は、常に変化している。子どもたちへの思いは変わりはないが、対応は日々変化が求められている。今後も教職員間で児童の情報を共有しながら、よりよい対応をこころみたい。

・今回の震災にかかわらず、心のケアについては普段からの子どもたちとの信頼関係が大切だと感じる。そして、子ども一人一人の辛さに共感し、どのくらい相手の立場にたてるかが改めて大切なことだと感じた。私は保健室（養護教諭）の最終目標は、子どもたちが安心できる環境をつくり、安心・安全を感じられることで元気になり、さらに自立できるように関わっていくことが大切だと思っている。毎月11日になると「胸が苦しい」と言って来室する児童がいる。授業中にサイレンの音がなると「つなみがくる」と叫んだ子どもがいた。笑顔が急に曇ったり、まだまだ心配な毎日だが、子どもたちとともに一歩ずつ歩んでいきたい。

・私自身たくさんのボランティアの方々の励ましや避難所での出会い、教職員の協力、子どもたちの笑顔があってここまで過ごすことができた。新たなたくさんのつながりに感謝の気持ちで一杯である。

第Ⅰ章

健康管理の動向

1 児童生徒の発育・発達

学齢期は人の生涯のうちで乳児期についで急激な心身の発育と発達が促進する時期である。児童生徒は心身ともに不安定になりやすく、それに対応した生活と保健上の指導・管理が必要となり、学校保健の果たす役割は大きい。そこで適切な保健教育、指導、管理を行うための基礎として、個人および集団における発育発達の状態を観察、測定、評価することが不可欠である。この場合、個人の測定値を用いた個人差を考慮した上での評価や指導に加えて、年齢、性別に見た集団的な評価や指導も学校教育、学校保健という観点からきわめて大切である。

身体発育発達の評価には児童生徒の全国値による実態の把握というマクロな視点の他に地域別、学校別という観点からの評価も欠くことができない。また、この時には集団的に見た児童生徒の発育発達の現状を過去の時点と比較してその特徴や傾向を把握することも必要である。毎年、学校保健統計調査報告では親の世代との比較を紹介している。さらには、発育発達の評価にあたって不可欠な集団としての測定値の分布やその代表値（平均値）および標準偏差などを明らかにしている。またさらには毎年発育の総発育量のような学齢期における全体的な身長と体重の発育総量を示す統計量も国民的な視野からの評価をするうえで貴重な情報を与えてくれている。

1. 身体の発育・発達に関する3つの全国調査

文部科学省は児童生徒の健康状態と発育状態を把握するために「学校保健統計調査」を、また身体発達の状態を体力と運動能力という観点から把握するために「体力・運動能力調査」を毎年実施し、さらに昨年度は「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」を42万人を対象として実施し、いずれも調査結果を報告している。これらの統計情報のうち前者は学校保健法に定める定期学校健康診断によって得られた情報を、後者は新体力テスト（文部科学省）と運動習慣、生活習慣、食習慣および学校に対する地域、家庭との連携と特別活動についての調査による情報を集録している。

「学校保健統計調査」については、平成20年度の調査客体は身体発育に関しては695,600人、抽出率は4.7%であった。これらの全国調査の歴史は古く、学校保健統計は昭和23年から、体力・運動能力調査は昭和39年に遡る。一方、最後の「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」は平成20年度からはじまった。

2. 身体の発育に関する統計調査の概要

学校保健統計調査における身体の発育についての調査項目（統計標識）は平成22年度は身長、体重、座高である。

●児童生徒の身体発育の現状　「日本人の身長はこの20年間でほとんど変化はなく、戦後続いた身長の大型化はほぼ停止している」

身長：表1「年齢別身長の平均値」にみるように、学校保健統計調査が開始される5歳では男子110.7cm、女子109.8cmであり、最高年齢の17歳では男子170.7cm、女

単位：cm

区分			平成22年度A	平成21年度	昭和55年度B（親の世代）	差 A－B
男	幼稚園	5歳	110.7	110.7	110.3	0.4
	小学校	6歳	116.7	116.7	115.8	0.9
		7歳	122.5	122.6	121.4	1.1
		8歳	128.2	128.3	126.9	1.3
		9歳	133.5	133.6	132.0	1.5
		10歳	138.8	138.9	137.3	1.5
		11歳	145.0	145.1	142.9	2.1
	中学校	12歳	152.4	152.5	149.8	2.6
		13歳	159.7	159.7	156.9	2.8
		14歳	165.1	165.2	163.6	1.5
	高等学校	15歳	168.2	168.5	167.0	1.2
		16歳	169.9	169.9	168.9	1.0
		17歳	170.7	170.8	169.7	1.0
女	幼稚園	5歳	109.8	109.9	109.4	0.4
	小学校	6歳	115.8	115.8	114.9	0.9
		7歳	121.7	121.7	120.6	1.1
		8歳	127.4	127.5	126.2	1.2
		9歳	133.5	133.5	131.9	1.6
		10歳	140.2	140.3	138.3	1.9
		11歳	146.8	146.9	144.9	1.9
	中学校	12歳	151.9	151.9	150.6	1.3
		13歳	155.0	154.9	154.0	1.0
		14歳	156.5	156.7	156.0	0.5
	高等学校	15歳	157.1	157.3	156.6	0.5
		16歳	157.7	157.7	156.9	0.8
		17歳	158.0	157.9	157.0	1.0

（学校保健統計調査-平成22年度結果の概要より抜粋）

表1　年齢別 身長の平均値

子158.0cmである。周知のように戦後目覚ましい高身長化が進んできたが、男子が170.7cmに達したのは平成4年であり、女子が158.0cmに達したのもほぼ同じころの平成5年であった。この時から現在までの間ではこれらの平均値の変動は僅かに±0.1cm程度に収まっている。これまでに日本人の身長はどこまで大きくなるのか、という命題が発育発達や小児保健の、あるいは形質人類学の世界で議論されてきたが、最近の統計を観察すると、日本人17歳の身長は男子では170.8cm±0.1cm、女子では158.0cm±0.1cmで安定しているようである。今後、非常に大きな自然的な災害や、社会経済的な変化などがなければ当分の間この値の近くで推移すると考えられる。

●「日本人の身長は親の世代との比較では早熟になった」

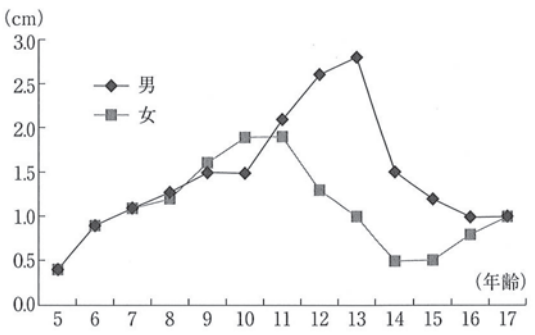
平成22年度統計による男子の身長（全国平均値）は、7歳から12歳、14歳、15歳そして17歳で前年度より減少しているが、その他の年齢では前年度と変化はない。女子の身長は13歳と17歳で前年度より増加しているが5歳、8歳、10歳、11歳、14歳と15歳で前年度より減少している。このように前年度との比較では多くの学年で、男女ともに減少した。

これらの子どもの身長と親の世代（一世代を仮に30年として、30年前の昭和55年度）の身長とを比較すると、大きな差がみられる。**表1**のようにいずれの年齢段階でも子どもの世代の方が親の世代よりは身長は高く、その較差は思春期に大きくなっている。また、この世代間の較差は男子の方が女子より大きく、男子における親と子の較差は、5歳では0.4cmであるが年齢とともに拡大して思春期に入ると2cmを越え、13歳では2.8cmとなる。これ以降は次第に縮小してゆき、17歳では1.0cmとなる。

女子では5歳における差は0.4cmであるが、年齢に伴って差は拡大して10歳と11歳で親の世代より1.9cm大きい。14歳と15歳では0.5cmと縮小するが17歳では再び1.0cmとなっている。**図1**に「年齢別にみた親子の身長差」を示したがこれによれば男子の方が親と子の較差が大きく、女子の方が男子より2歳早く親子の差が見られる。これらの数値からすると、日本人児童生徒の身長はこの30年間で大型化しており、それは一見すると思春期に起きているような印象を与える。

●「日本人の児童生徒の学齢期の身長発育量は小さくなった」

このことは身長発育がこの30年間で著しく早熟になり、それ（思春期・学齢期の発育）が日本人の高身長化をもたらしたというように解釈されがちである。そこで、**表2**の「総発育量」（コホートでみた場合の5歳から17



（学校保健統計調査-平成22年度結果の概要の「表1 年齢別 身長の平均値」を参考に作成）

図1　年齢別にみた親子の身長差

歳までの発育量の総量）を観察してみる。この概念はかつて大澤（2002）が報告したように、国や民族レベルでの児童期の発育のマクロ評価には非常に有用である。つまり簡単な指標（17歳身長－5歳身長＝学齢期における総発育量）で学齢期全体の発育の総合評価を与えるからである。

学校保健統計調査報告では毎年、コホートで（縦断的に）見た時の5歳から17歳までの12年間の総発育量が示されている。平成22年度に17歳の男子、つまり平成4年生まれの男子の身長の総発育量は59.9cmであり、女子は48.0cmである。これに対して、親の世代つまり昭和37年度生まれの男女では、それぞれ60.7cmと48.9cmであって、男子では0.8cm、女子では0.9cmといずれも親の世代の方が子の世代の学齢期の総発育量よりは大きい。

これは、30年間で男女ともに学齢期全体を通じては日本人の発育のボリュームが1cm近くも減少しているということを意味している。さらに、これを昭和35年まで遡って見よう。

図2と**図3**は男子と女子の身長の総発育量の年次推移である。男子ではこの半世紀の間で学齢期の発育量は減少傾向にあることが明らかである。同様に女子でも同じ傾向が見られる。これらのことから長期的に見て戦後から平成10年あたりまで、日本人の学齢期における発育の総量は減少してきたと言えそうである。これに対して17歳の身長は男女ともに大型化したのであるから、その大型化した部分はもっぱら5歳以前（乳幼児期）に起きたということになろう。このことは意外にも最近まで見過ごされてきた点であり、しかも重要なポイントである。

単位：cm

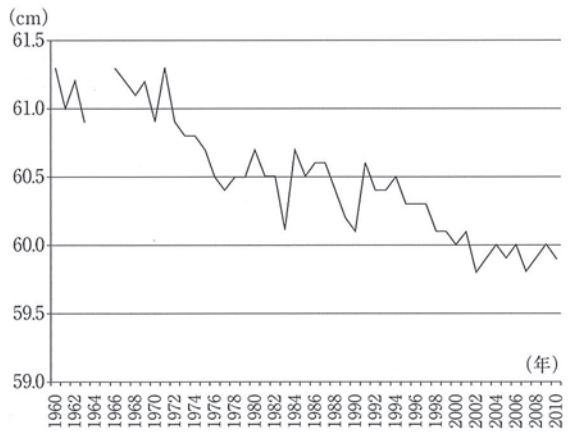
区分		男子		女子	
		平成4年度生まれ（平成22年度17歳）	昭和37年度生まれ（親の世代の17歳）	平成4年度生まれ（平成22年度17歳）	昭和37年度生まれ（親の世代の17歳）
総発育量		59.9	60.7	48.0	48.9
幼稚園	5歳時	5.8	5.2	5.8	5.3
小学校	6歳時	5.9	6.0	5.9	5.9
	7歳時	5.7	5.3	5.8	5.4
	8歳時	5.4	5.4	6.0	5.9
	9歳時	5.4	5.1	6.7	6.5
	10歳時	6.1	5.7	6.7	6.8
	11歳時	7.4	6.9	5.1	5.7
中学校	12歳時	7.3	7.6	3.2	3.7
	13歳時	5.4	6.5	1.5	2.0
	14歳時	3.1	3.9	0.6	0.8
高等学校	15歳時	1.6	2.0	0.4	0.5
	16歳時	0.8	1.1	0.3	0.4

（学校保健統計調査-平成22年度結果の概要より抜粋）

表2　平成4年度生まれと昭和37年度生まれの者の年間発育量の比較（身長）

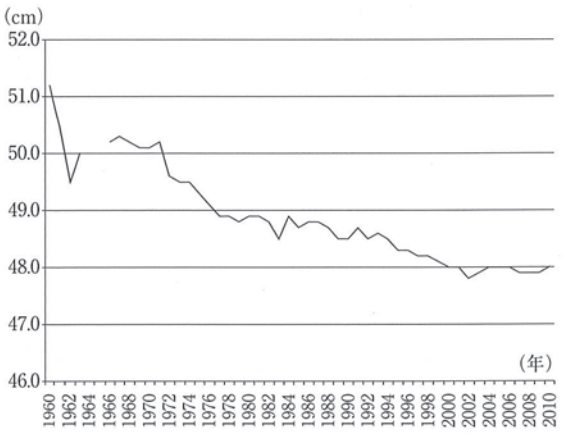
●年間発育量の比較

表2によると年間発育量は5歳では男女ともに5.8cmであるが、年齢とともにこの値が大きくなり思春期で最大となる。この最大の発育量を示す年齢はしばしば発育促進現象の代表的な指標として用いられており、男子では11歳で7.4cm、女子で9歳と10歳で6.7cmである。女子は男子より2歳早く、それだけ早熟である。この一年間の最大発育量が出現する時期を親の世代と比較



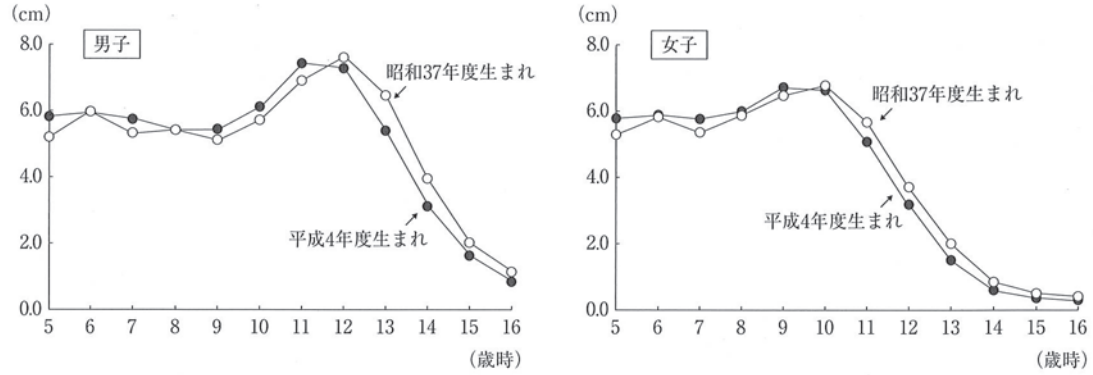
（平成22年度学校保健統計調査より　文部科学省）

図2　総発育量（17歳の値－5歳の値）の年次推移（身長、男子）



（平成22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、女子）



(学校保健統計調査-平成22年度結果の概要より抜粋)

図4　平成4年度生まれと昭和37年度生まれの者の年間発育量の比較（身長）

すると男子では親の世代より1歳早く、11歳であり、女子では親と同じ年齢の10歳と1歳早い9歳の両方である。（図4）

体重：表3に見るように、平成22年度の男子の体重は、13歳、14歳と16歳で前年度より増加し、6歳、7歳、9歳、10歳と12歳で前年より減少した。女子では、14歳と16歳で前年度より減少しているがその他の年齢では前年度と変化はない。

体重は5歳では男子19.0kg、女子18.6kgであり、最高年齢の17歳では男子63.1kg、女子52.9kgである。

身長と同じく戦後目覚ましい体重の増加が起こり、男子の17歳が63.1kgになったのは平成8年であり、女子が52.9kgになったのは平成4年であった。体重の場合は平成10年あたりをピークとして、その後ごくわずかの変動範囲で推移しつつも僅かに減少する傾向にある。

表4で体重の年間発育量をみると、男子では最大の発育量を示すのは11歳の5.9kgであり、女子では10歳の4.9kgである。この最大発育量の出現するタイミングを

単位：kg

区分			平成22年度A	平成21年度	昭和55年度B（親の世代）	差 A－B
男	幼稚園	5歳	19.0	19.0	19.0	0.0
	小学校	6歳	21.4	21.5	20.8	0.6
		7歳	24.0	24.1	23.2	0.8
		8歳	27.2	27.2	26.0	1.2
		9歳	30.5	30.6	28.9	1.6
		10歳	34.1	34.2	32.4	1.7
		11歳	38.4	38.4	36.2	2.2
	中学校	12歳	44.1	44.2	41.4	2.7
		13歳	49.2	49.1	46.7	2.5
		14歳	54.4	54.3	52.4	2.0
	高等学校	15歳	59.5	59.5	56.9	2.6
		16歳	61.5	61.3	59.2	2.3
		17歳	63.1	63.1	60.6	2.5
女	幼稚園	5歳	18.6	18.6	18.5	0.1
	小学校	6歳	21.0	21.0	20.3	0.7
		7歳	23.5	23.5	22.6	0.9
		8歳	26.5	26.5	25.5	1.0
		9歳	30.0	30.0	28.5	1.5
		10歳	34.1	34.1	32.6	1.5
		11歳	39.0	39.0	37.3	1.7
	中学校	12歳	43.8	43.8	42.6	1.2
		13歳	47.3	47.3	46.5	0.8
		14歳	50.0	50.2	49.6	0.4
	高等学校	15歳	51.6	51.6	51.4	0.2
		16歳	52.7	52.8	52.2	0.5
		17歳	52.9	52.9	52.1	0.8

(学校保健統計調査-平成22年度結果の概要より抜粋)

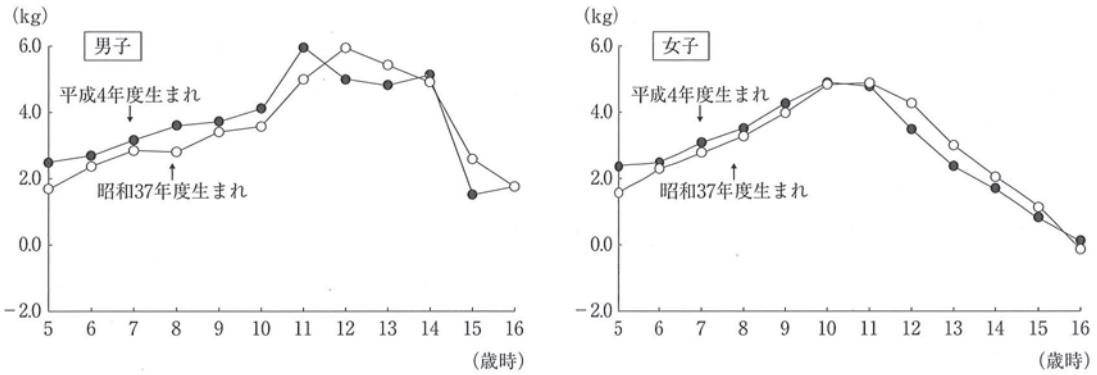
表3　年齢別　体重の平均値

単位：kg

区分		男子		女子	
		平成4年度生まれ（平成22年度17歳）	昭和37年度生まれ（親の世代の17歳）	平成4年度生まれ（平成22年度17歳）	昭和37年度生まれ（親の世代の17歳）
総発育量		43.9	42.3	34.0	34.2
幼稚園	5歳時	2.5	1.7	2.4	1.6
小学校	6歳時	2.7	2.4	2.5	2.3
	7歳時	3.2	2.8	3.1	2.8
	8歳時	3.6	2.8	3.5	3.3
	9歳時	3.7	3.4	4.3	4.0
	10歳時	4.1	3.6	4.9	4.8
	11歳時	5.9	5.0	4.8	4.9
中学校	12歳時	5.0	5.9	3.5	4.3
	13歳時	4.8	5.4	2.4	3.0
	14歳時	5.1	4.9	1.7	2.1
高等学校	15歳時	1.5	2.6	0.8	1.2
	16歳時	1.8	1.8	0.1	△0.1

(学校保健統計調査-平成22年度結果の概要より抜粋)

表4　平成4年度生まれと昭和37年度生まれの者の年間発育量の比較（体重）



(学校保健統計調査-平成22年度結果の概要より抜粋)

図5　平成4年度生まれと昭和37年度生まれの者の年間発育量の比較（体重）

親の世代と比較すると、男女ともに親より1歳早く出現している。つまり子の方が親より1歳ほど早い。

図5はこの年間発育量曲線の親子の比較である。男女ともに親の世代より子の曲線が僅かに早い時期にある。

ここでも5歳から17歳までの総発育量を親の世代と子の世代で比較すると（**表4**）、男子では子の世代は43.9kgで親の世代の42.3kgより1.6kg重く、反対に女子では子の世代が34.0kgで、親の世代の34.2kgよりわずかに軽い。このように男子は親の世代より重く、女子は軽くなる傾向にあるが、近年だけに限れば男女ともに軽くなる傾向にある。

座高：表5のように、平成22年度の男子の座高は、13歳、16歳と17歳で前年度の同年齢より増加しており、一方で7歳と10歳で前年度より減少した。女子では、13歳と17歳で前年度より増加したが、11歳で減少している。

17歳の座高は男子で91.9cm、女子で85.8cmである。これらの値は過去の値とくらべて高く、座高に関しては僅かに増加傾向にある。

単位：cm

区分			平成22年度A	平成21年度	昭和55年度B（親の世代）	差 A－B
男	幼稚園	5歳	61.9	61.9	62.4	△0.5
	小学校	6歳	64.9	64.9	64.9	0.0
		7歳	67.6	67.7	67.4	0.2
		8歳	70.3	70.3	69.8	0.5
		9歳	72.7	72.7	72.0	0.7
		10歳	74.9	75.0	74.2	0.7
		11歳	77.6	77.6	76.6	1.0
	中学校	12歳	81.3	81.3	79.9	1.4
		13歳	85.0	84.9	83.3	1.7
		14歳	88.1	88.1	86.8	1.3
	高等学校	15歳	90.3	90.3	89.1	1.2
		16歳	91.3	91.2	90.1	1.2
		17歳	91.9	91.8	90.6	1.3
女	幼稚園	5歳	61.5	61.5	61.8	△0.3
	小学校	6歳	64.5	64.5	64.4	0.1
		7歳	67.3	67.3	66.9	0.4
		8歳	70.0	70.0	69.5	0.5
		9歳	72.7	72.7	71.9	0.8
		10歳	75.9	75.9	74.9	1.0
		11歳	79.2	79.3	78.2	1.0
	中学校	12歳	82.1	82.1	81.5	0.6
		13歳	83.8	83.7	83.3	0.5
		14歳	84.8	84.8	84.4	0.4
	高等学校	15歳	85.3	85.3	84.9	0.4
		16歳	85.6	85.6	85.0	0.6
		17歳	85.8	85.7	85.0	0.8

(学校保健統計調査-平成22年度結果の概要より抜粋)

表5　年齢別　座高の平均値

3. 体力・運動能力に関する調査の概要

文部科学省は「体力・運動能力調査報告書」を平成22年10月に公表し、また平成23年3月には「体力・運動能力、運動習慣等調査報告書」および同集計結果を公表している。これらの統計結果に詳細はインターネットで公表されている統計をご覧いただきたい。本稿で学校保健に関係すると思われる要点について解説を行う。

平成期に入ってから「子どもの生活習慣の乱れ」に関連して「子どもの体力低下」が大きな問題としてクローズアップされてきた。このために小学校における大

掛かりな体力つくりプロジェクトが全国的な規模で実施され、さらに平成19年～21年には幼児を対象とした体力つくりに関する研究調査委員会が文部科学省内に設けられ、その調査結果が「体力向上の基礎を培うための幼児期における実践活動の在り方に関する調査研究報告書」として23年3月にまとめられた。平成23年度にはこの調査結果を受けて、幼児体力つくりの指導指針の検討が進行している。これらの一連の幼児、児童の体力つくり運動・研究プロジェクトに共通している特徴は、これまでのように単に体力や運動能力を直截的に強化するトレーニング的な方向ではなく、その基礎にある児童生徒の運動習慣をはじめとした生活習慣の改善にまで立ち入って問題を捉えるという点であろう。確かに、体力の周辺的な条件でもある生活習慣あるいは運動習慣や食習慣などの基本的生活習慣の改善が体力低下や運動能力の低下を克服するために不可欠である、という認識は近年では一般化しているといえよう。このことは言い換えれば、付け焼刃の運動プログラムで問題を解決するには至らなくなっているほど事態が深刻であるという認識が濃厚であるということでもある。

●体力・運動能力の成績からみた平成21年度（最新の調査結果）までの傾向

表6は新体力テストの合計点の平成10年から21年までの変化である。このテストは握力、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（11歳は無し）、50m走、立ち幅とび、ボール投げの合計点で総合的に評価されている。それ以前のデータはテスト内容自体が変更されているために数値を比較できないので、平成10年を出発点にしている。

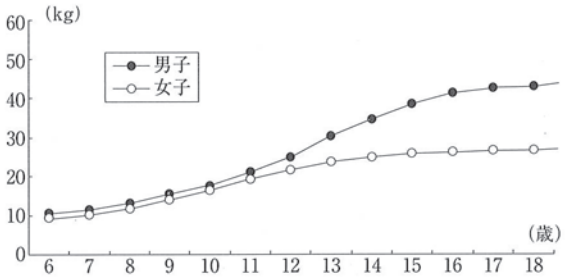
平成10年のこれらの成績は「子どもの体力低下」が大きな問題としてクローズアップされるようになった時期に当たり、また体力テストの得点が最も低い水準に落ち込んだ時期にも当たる。男子を見ると、11歳では平成10年の59.19点から徐々に増加して、平成14年に60点台にはいり、平成16年には一時61点台になったが直ぐに60点台に戻り、平成20年には再び61.29点に増加して直近では61.27点であった。統計の開始時点からすると2.08点、3.51%の増加である。男子の13歳では、平成10年は38.87点であったが今回の発表では42.89点となり4.02点、10.34%の増加となる。16歳では同様に48.00点から54.21点で12.94%の増加である。この12年間でいずれの年齢においてもかなりの増加が認められている。同じように見てゆくと、この12年間で女子においては、11歳では2.6点、4.44%の増加、13歳では4.32点で9.54%の増加、16歳では4.6点で9.94%の増加である。**表6**にも示されているようにこの12年間における順位つけではいずれの年齢においても平成21年度は1位か2位になっており、右肩上がり傾向である。こうして見てくると「子どもの体力低下」には歯止めがかかったように見え、あるいは上昇傾向に転じたとも言えるかもしれない。

ここでは体力と運動能力テストの結果をグラフ（**図6～図13**）で示すのでその変化傾向をごらん頂きたい。これらのグラフは極めて重要な情報を多く含んでいる。これらの結果は何歳でボール投げがどれだけ遠投できたか、というパフォーマンスを示すのみならず、年齢発達に伴ってどのように瞬発力や柔軟性、持久力などの体力要素が発達を遂げているかを示している。こ

男子		H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21
11歳	記録(点)	59.19	59.78	60.44	59.89	60.64	60.90	61.03	60.61	60.88	60.90	61.29	61.27
	順位	12	11	9	10	7	4	3	8	6	5	1	2
13歳	記録(点)	38.87	39.99	40.77	41.73	41.98	42.89	42.91	43.20	43.59	42.94	43.00	42.89
	順位	12	11	10	9	8	7	5	2	1	4	3	6
16歳	記録(点)	48.00	49.80	51.83	52.23	53.07	53.43	53.55	53.43	53.82	54.01	54.04	54.21
	順位	12	11	10	9	8	6	5	7	4	3	2	1
女子		H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21
11歳	記録(点)	58.56	58.58	58.59	59.47	59.65	59.86	60.14	61.13	60.48	61.07	61.37	61.16
	順位	12	11	10	9	8	7	6	3	5	4	1	2
13歳	記録(点)	45.26	45.19	45.44	46.39	47.17	49.06	49.43	48.83	49.23	49.44	49.62	49.58
	順位	11	12	10	9	8	6	4	7	5	3	1	2
16歳	記録(点)	46.29	46.60	46.49	46.76	47.53	48.44	48.15	48.60	49.57	50.42	50.46	50.89
	順位	12	10	11	9	8	6	7	5	4	3	2	1

表6　新体力テスト合計点の平成10～21年度における順位

のことは別の見方をすると、何歳でどんな刺激を受け入れることができ、あるいはどんな指導が相応しいかを想像させるグラフでもあるということである。



(平成21年度体力・運動能力調査報告書「図1－1　加齢に伴う握力の変化」より一部抜粋し作成)

図6　加齢に伴う握力の変化

握力（図6）は筋力を評価しているが、男子なら11～15歳で、女子なら9～11歳あたりで発達が大きく、性差は思春期に拡大する。

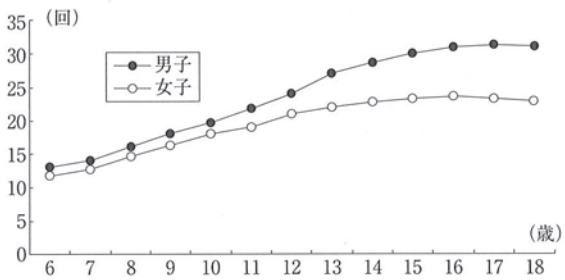


図7　加齢に伴う上体起こしの変化

上体起こし（図7）は主として体幹部の筋持久性を評価しているが、14～15歳で最高値に達している。思春期に発達が大きいがそれ以前の小学校低学年からも直線的に発達している。

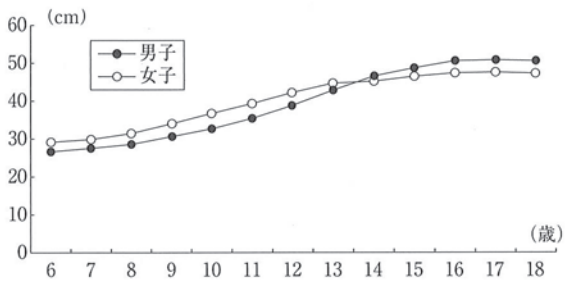


図8　加齢に伴う長座体前屈の変化

長座体前屈（図8）では、主として体幹部の柔軟性を評価している。6歳では男子の方が女子より値が低いが、15歳以上では女子より大きくなる。男子では10歳から14歳までのそれが著しく、16歳以降で一定になる。このように、男子の発達の幅は女子より大きい。女子は男子より早く発達がはじまり、8歳から13歳で発達が顕著であり、また既に6歳までにはある程度の発達段階に達している。

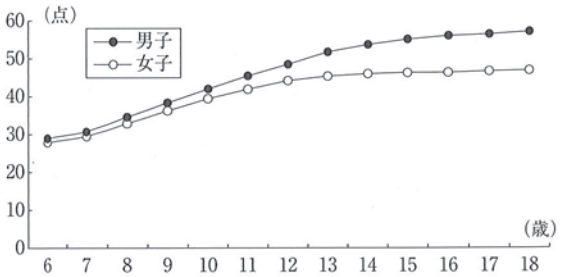


図9　加齢に伴う反復横とびの変化

反復横とび（図9）は敏捷性を評価しているが、学齢期全体を通じて男子が女子を上回っている。特に12、13歳からその差は拡大する。男子では7歳から13歳まで著しい発達が見られ、女子では7歳から11歳で発達し、13歳では横ばいとなる。男子の学齢期における発達量は女子の範囲よりはるかに大きい。

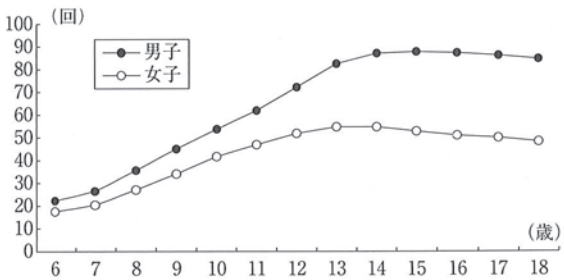


図10　加齢に伴う20mシャトルラン（往復持久走）の変化

往復持久走（図10）を20mシャトルランで測定しているが、この種目も性差が大きい。既に6歳で男子は女子より大きく、7歳以降13歳まで著しい発達を示している。これに対して女子では7歳から12歳まで男子よりは緩やかに発達している。また、この種目の特徴として、男女ともにピークの値を達成してから男子では15歳、女子では13歳以降で成績が低下していることがあげられる。この種目には身体のサイズも関係するが、この結果は、全身持久性の訓練は思春期以降に行うべきである

とする従来の定説とは必ずしも一致しないようである。

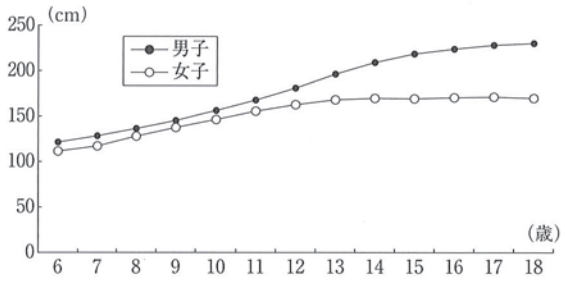


図11　加齢に伴う立ち幅とびの変化

立ち幅とび（**図11**）はパワーあるいは瞬発力を評価しているが、男子の発達量は女子の約2倍近く、また発達が顕著な期間も7歳から14歳あたりまでとなっており、女子の6歳から12歳より大幅に長い。男子は18歳まで少しずつ増加しているが、女子では13歳でほぼ一定になっている。この種目は非常に大きな性差を示している。

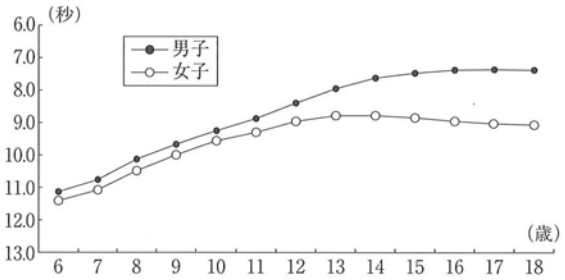


図12　加齢に伴う50m走の変化

これに対して、50m走（**図12**）は学齢期の前半で大きな発達を示し、男子では6歳から14歳までずっと著しい増加をする。特に7歳からの発達は目覚ましい。女子では同様に6歳から13歳までに発達が著しく、しかも男子と同じように7歳のそれが目覚ましい。

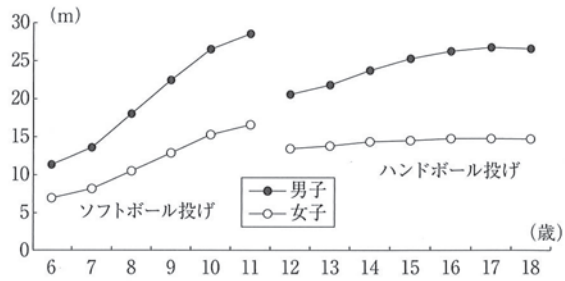


図13　加齢に伴うボール投げの変化

ボール投げ（**図13**）は12歳から評価方法が変わるので一貫した評価ができないが、男女差が非常に大きい。男子では6歳から15歳まで発達し続け、女子では12歳から13歳でほぼ一定となる。男女ともに7歳から10歳までの増加が著しい。

以上のように、テスト種目、運動能力の特性によって発達の著しい時期が少しずつ異なり、また明らかな性差も見られるが、共通的に言えることは、6歳以降13、14歳までの時期に体力、運動能力のほとんどの項目で著しい発達が遂げられているということである。このことは体育をはじめとした身体に関する教育が小学校の低学年から非常に重要であることを意味していよう。また、従来定説的に伝えられている、小学校低学年ではスキルなどの神経系の発達を促すための運動刺激を、やがて10歳以降に持久性を、思春期を過ぎたらパワーを養成するべきとのスキームはこれら全国調査から推測される児童生徒の発達図式とはやや様相が違っていると言えるかもしれない。

（大澤清二）

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。そのなかにあって、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年代以降の40年間にほぼ1年の割合で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、われわれ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（2009）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。日本でも発生後1年間で二千万人が罹患したと推定されている。日本では重症例や死亡例が諸外国より少なく沈静化したが[2]、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、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。

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、抗インフルエンザ薬のタミフルが、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、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、指定感染症およ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 (2009)（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 (2009) が新型インフルエンザとして猛威を振る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、結核は感染症予防法の二類感染症となった。学校感

感染症の種類		考え方	出席停止の基準
第一種	エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 重症急性呼吸器症候群（病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る） 痘そう 南米出血熱 ペスト マールブルグ病 ラッサ熱 急性灰白髄炎 ジフテリア 鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザウイルスA属インフルエンザAウイルスであってその血清亜型がH5N1であるものに限る	感染症予防法の一類感染症及び二類感染症（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「新型インフルエンザ等感染症」、「指定感染症」及び「新感染症」は第一種の感染症とみなす
第二種	インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1）を除く。） 百日咳 麻しん 流行性耳下腺炎 風しん 水痘 咽頭結膜熱 結核	飛沫感染する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（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。）：解熱した後二日を経過するまで ○百日咳:特有の席が消失するまで ○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 ○風疹:発疹が消失するまで ○水痘:すべての発疹が痂皮化するまで ○咽頭結膜熱:主要症状が消退した後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

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カ月未満の乳児期にツベルクリン反応検査なしで行う直接接種の一回だけとなっている。コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフスは感染症予防法ではかつての二類感染症から三類感染症となり、学校感染症でも第三種感染症である。

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）を起し、重大な健康被害をもたらす。数十年おきに流行があり、代表的なものに1918年の第一次世界大戦時に流行したスペイン風邪（H1N1）、1957年のアジア風邪（H2N2）、1968年の香港風邪（H3N2）がある。現在は高病原性鳥インフルエンザのヒトへの感染が懸念されている。スペイン風邪は、特にその強毒性のため多くの死者がでたことで有名である。

本来、ヒトへ感染しない鳥インフルエンザウイルスが、ヒトに感染するケースが最近増えてきている。WHOは平成18年2月に鳥インフルエンザの中でもH5N1型の血清亜型のウイルスによるインフルエンザ（以下H5N1と言う）患者に対して入院などの措置を推奨した。これを受けて、我が国でも感染症法を一部改正し、H5N1のインフルエンザを感染症予防法の2類感染症とし、入院措置等の法的整備を行った。また発生直後から対策を実施できるように、新型インフルエンザを感染症法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。さらに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類感染症に変わったことで、正式にH5N1を第一種感染症とした。これによりH5N1に児童生徒が罹患した場合治癒するまで、学校長は出席停止の措置や、必要によって学校の一部または全校を臨時休校することができるようになった。

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

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

発生段階	WHOのフェーズ（参考）	状態	
【前段階】未発生期	フェーズ1，2，3	新型インフルエンザが発生していない状態	
【第一段階】海外発生期	フェーズ4，5，6	海外で新型インフルエンザが発生した状態	（地域未発生期）各都道府県において患者が発生していない状態
【第二段階】国内発生早期		国内のいずれかの都道府県において患者が発生しているが、全ての患者の接触歴を疫学調査で追える状態	（地域発生早期）各都道府県において患者が発生しているが、全ての患者の接触歴を疫学調査で追える状態
【第三段階】国内発生期		国内のいずれかの都道府県において患者の接触歴が疫学調査で追えなくなった状態	（地域発生期）各都道府県において患者の接触歴が疫学調査で追えなくなった状態 ※感染拡大～まん延から患者の減少
【第四段階】小康期	ポストパンデミック期	患者の発生が減少し、低い水準でとどまっている状態	

新型インフルエンザ専門家会議意見書（平成23年2月）を一部改編

表3　新型インフルエンザ発生段階

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21年2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。しかしながら、以前の行動計画は強毒性の鳥インフルエンザを想定していたため、感染力は強いが病毒性がそれほど強くなかった新型インフルエンザA/H1N1（2009）の流行と当時の対応についての反省から、現在この行動計画の見直しが行われている。

平成23年2月に出された新型インフルエンザ専門家会議の意見書[3]では、対策の主たる目的は、

(1) 感染拡大を可能な限り抑制し、健康被害を最小限にとどめる

(2) 社会・経済活動への影響を最小限にとどめる

の2点である。また、行動計画の発生段階を「前段階（未発生期）」、「第一段階（海外発生期）」、「第二段階（国内発生早期）」、「第三段階（国内発生期）」、「第四段階（小康期）」の五段階に分け、国がWHOのフェーズ（**表2**）などを参考にしながら、国内外での発生状況を踏まえて国が発表するが、地域での発生状況が国内でも異なることから、地域における発生段階を定め、都道府県が地域単位で発生段階を判断することになる（**表3**）。

また、検疫の有効性に限界があることから、国内で患者が確認された時点で検疫措置を縮小し、国内の医療体制整備に重点を移すことになり、「水際対策」という言葉も「入国者対策」に変わっている。

学校関係では、「第一段階（海外発生期）」は、国内の各学校等に対し新型インフルエンザの発生国に滞在している在籍者に感染予防策を徹底するよう要請することとなっており、「第二段階（国内発生早期）」、「第三段階（国内発生期）」は、学校の設置者に対し臨時休業および入学試験の延期等を行うよう要請するとしている。「第四段階（小康期）」は、各地域の発生状況を踏まえつつ、都道府県等に対し、学校等の臨時休業や集会の自粛等の感染拡大抑制対策中止の目安を示すとなっている。

3. 感染性胃腸炎および食中毒

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

んも地域的な流行を起こすことがある。

ノロウイルスによる感染性胃腸炎が平成18年秋から冬にかけて、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、手洗いの励行、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。

平成23年に富山県を中心として腸管出血性大腸菌による食中毒が発生したが、腸管出血性大腸菌は動物の腸管内に生息し糞尿を介して食品や飲料水を汚染するため、十分な加熱をしていないと少量でも発病することがある。腸管出血性大腸菌には、O157,O26,O111等が知られているが、O157が最も多く、潜伏期4～8日で腹痛、下痢を起こすが、血便を伴うものや、溶血性尿毒症症候群（HUS）を起こし重症化することが知られている。HUSは溶血性貧血、血小板減少、急性腎不全を3主徴とし、腸管出血性大腸菌感染の約10～15%に発症し、HUS発症者の1～5%が死亡するといわれている。腸管出血性大腸菌の感受性は小児が最も高く、死亡例も小児と高齢者が多い。原因食品として推定されているものに、生の牛肉、ユッケ、レバ刺し、加熱不十分なハンバーグ、牛の角切りステーキ等が挙げられており、飲食店が原因施設の約80%となっている[4]。75℃、1分以上の加熱で死滅するので、食肉の中心部まで十分な加熱が必要である。平成15年には学校給食が原因と推定された食中毒死亡事例も起きている。非加熱の野菜や果物も汚染の度合いにより原因食品になりうるため、下調理などにも配慮する必要がある。

平成23年にドイツを中心として、腸管出血性大腸菌による食中毒がヨーロッパで発生し、死者もでているが、この食中毒はO104とされ、ドイツの業者が輸入した種子が感染源として可能性が高いと注目されている[5]。

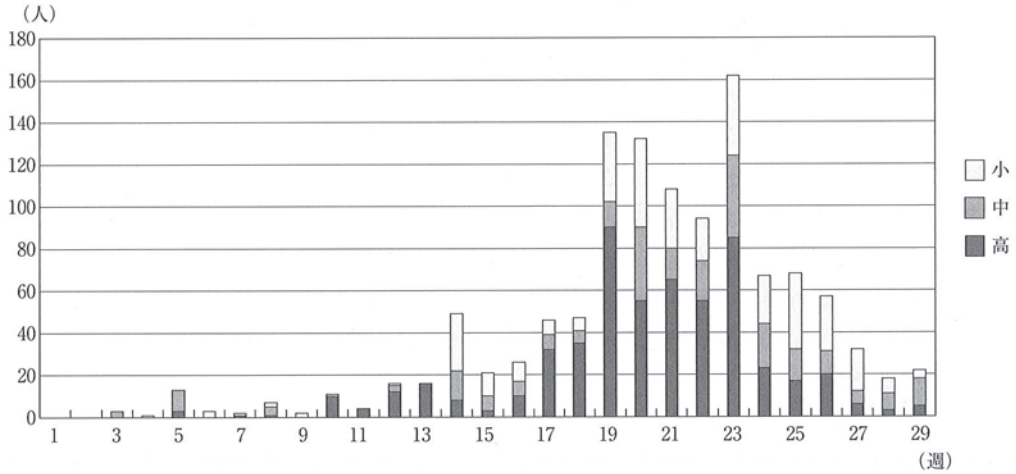
4. 成人麻しんの流行

最後に学校感染症のひとつで、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について述べる。

東京は、某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しん報告件数の週別グラフである。

高校のみならず私立大学も数多く休校となった。ある報道によれば、麻しんのために休校・学年閉鎖や学級閉鎖になった学校は、厚生労働省調査で全国363校にのぼり、患者は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・教職員に対して麻しん未罹患・ワクチン未接種の者をアンケートで洗い出し、希望者に麻しんワクチンの緊急集団接種を行った。また都内の私立学校でも同様の調査を行い、ほぼ同様の手法で私立中学校、高等学校、高等専修学校で麻しん単独ワクチンまたはMRワクチンの集団接種を行った。実施校は、都立校・私立校あわせて500校以上にのぼった。ワクチン接種には学校医と医師会が協力した。

麻しんは平成13年に大流行があったが、その後次第



（東京都教育庁調べ）

図1　平成19年東京都公立学校における麻しん報告人数

に患者数は減少していた。平成19年春の流行は、東京、神奈川、大阪、福岡など大都市で流行したこと、15歳以上の「成人麻しん」患者が多かったことが特徴である。この理由として、

(1) 自然感染機会の減少
(2) 麻しんワクチン未接種者
(3) ワクチンを接種しても十分な免疫が得られていない者 (Primary Vaccine Failure)
(4) ワクチン接種で免疫がついていても、麻しんウイルスに接触して免疫を強化する機会（ブースター効果）が減少するなどの影響で抗体価が低下した者 (Secondary Vaccine Failure)

等の間で麻しんが流行したと考えられている。

かつて日本では麻しんワクチンの接種は一回だったが、平成18年4月から麻しんと風しんの2回接種制度が導入された。麻しんワクチン一回接種では、麻しんの鎮圧が困難だったためである。MRワクチンの第2期定期予防接種は小学校就学前の1年間に行うことになっていた。しかし10代の世代で麻しん・風しんの抗体保有率が低いことから、この世代においても2回目のワクチン接種率を95%以上にする努力が必要となった。厚生労働省は国内の麻しん排除に向けて、平成20年度から5年間、中学1年と高校3年の年代の者を対象に予防接種法に基づく第3期、第4期の定期予防接種としてMRワクチン接種を開始した。また今までの定点報告を改め、麻しんと診断したすべての医療機関に報告を義務づける全数報告を行うことになった。この後、麻しんの全国的大流行は起きていないが、MR第4期ワクチン接種率は都道府県によりばらつきがみられる。日本は他の先進国から「麻しんの輸出国」とも呼ばれることがあり、麻しんの排除を期待するものである。

（弓倉整）

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
3) 新型インフルエンザ専門家会議意見書　-新型インフルエンザ対策行動計画に対する新型インフルエンザ専門家会議としての見直し意見-、平成23年2月、厚生労働省
4) 食品健康影響評価のためのリスクプロファイル　～牛肉を主とする食肉中の腸管出血性大腸菌～、平成22年4月、食品安全委員会
5) ドイツ等における腸管出血性大腸菌による食中毒の発生について、平成23年7月、食品安全委員会

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22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月に出された文部科学省の「アレルギー疾患に関する調査研究報告書」と平成21年4月に出された「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」の内容を一部紹介する。

3−1 栄養状態

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

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

肥満度＝（実測体重−身長別標準体重）/ 身長別標準体重 × 100（%）

肥満傾向児出現率を図1に示す。肥満傾向児は、男女とも6歳から徐々に増えており、高校まで増加傾向を示している。男子では5歳が2.8%、11歳が11.09%、15歳で12.40%、17歳が11.30%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2.83%、12歳で8.92%、15歳が8.59%、17歳が8.14%であり、ピークは12歳である。5歳を除く全年齢で男子の方が女子より肥満傾向である。肥満傾向児は男女とも増加傾向だったが、この10数年は緩やかである。

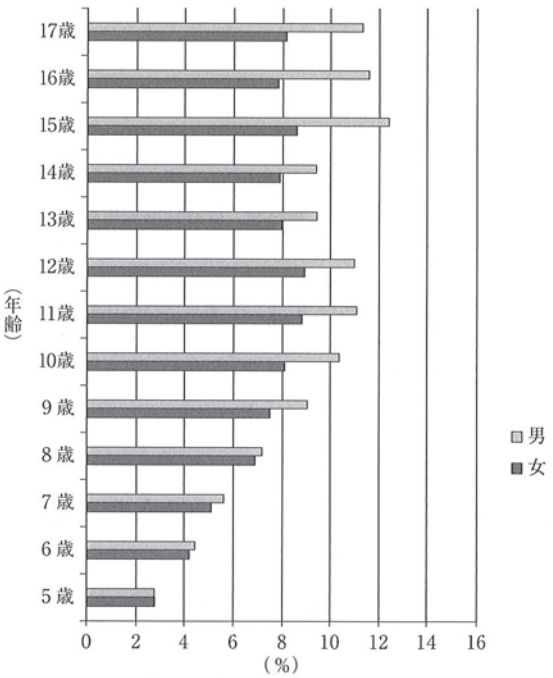


図1 平成22年度 年齢別 肥満傾向児出現率

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0.43%、11歳で2.55%、15歳で2.11%、17歳で1.67%だった。女子は5歳で0.51%、12歳で3.92%、15歳で2.55%、17歳で1.81%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はじめ、特に12歳前後でピークを迎え、中学・高校になるにつれて緩やかに減少していく。

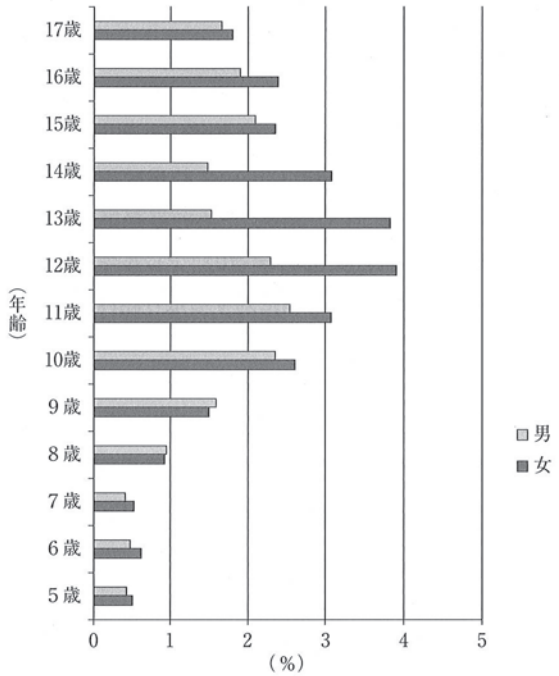


図2　平成22年度　年齢別　痩身傾向児出現率

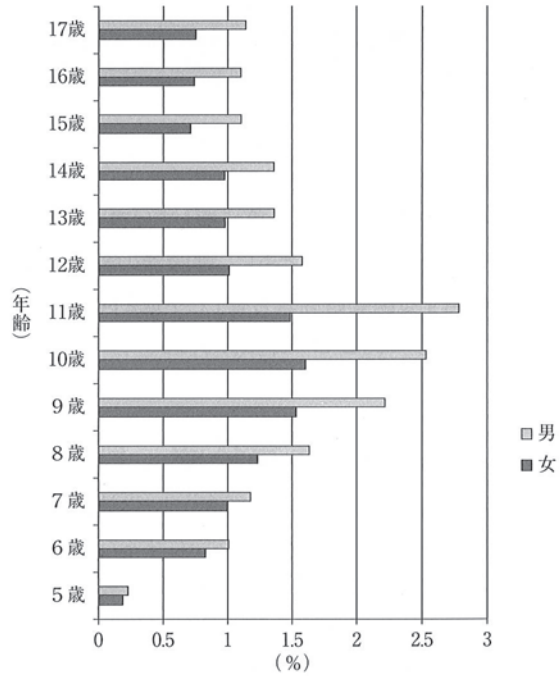


図3　平成22年度　栄養状態を指摘された者の割合

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、痩身傾向と逆で男子に多い。特に11歳男子では2.79%が栄養状態の指摘を受けている。

東京都の健康づくり支援のための基礎調査

平成17年度に東京都教育委員会が「健康づくり支援のための基礎調査」として、都立高校174校の1年生3,542人と保護者に質問紙法による調査を行った。その結果、朝食摂取率は75%で、女子生徒の81%は「体重を減らしたい」という「やせ願望」があったという。ダイエットに関心のある女子生徒は75%おり、「この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がある。成長期にある女子高生において、やせていても、さらに体重を減らしたいと考えている者が6割もいることは、健康づくりにおいて大きな問題である。栄養に関する正しい知識、食事の重要性、健康なからだづくりに向けて、学校・家庭・地域が連携した食育の啓発と推進が必要であろう。　**（弓倉整）**

3−2 循環器

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

小・中学校では、主に省略4誘導心電図と心音図を行う施設が多いが、12誘導心電図で記録しているところもある。通常、心臓検診調査票、心電図検査、学校医診察から異常のある者を抽出して、精密検査を行い、診断の確定後、事後措置として学校生活管理指導区分の決定にあたる。**図1**は平成22年度の各学校種の1年時心電図検査でなんらかの心電図異常を認められた者の割合である。小学1年生男子は2.81%、女子は2.12%、中学1年男子3.65%、女子3.06%、高校1年男子3.69%、女子2.6%と、男子では年齢が高くなるにつれて心電図異常は増加する傾向があるが、女子では中学に多い傾向にある。

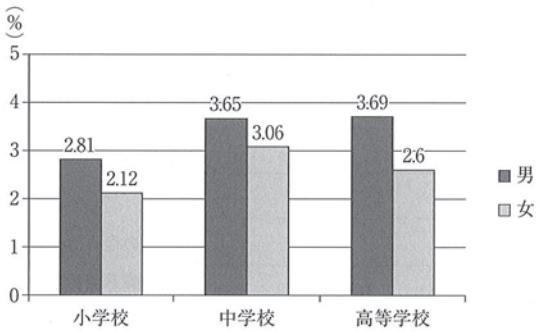


図1　平成22年度　心電図異常の割合

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

学校心臓検診で、なんらかの異常が認められた場合、事後措置として管理指導区分を決定され「学校生活管理指導表」に基づく生活管理を行う。必要に応じて医療機関を受診する場合もある。学校生活管理指導表ができる以前は、心臓病管理指導表、腎臓病管理指導表、糖尿病管理指導表の3つがあったが、平成14年度から新しい「学校生活管理指導表」ができ、心臓病と腎臓病いずれも同じ指導表を使うことになった。旧管理指導表にあった「医療区分」が無くなったほか、内容も詳細で現場で使いやすくなった。

図2は、年齢別に心臓の疾病・異常（心膜炎、心包炎、心内膜炎、弁膜症、狭心症、心臓肥大、その他の心

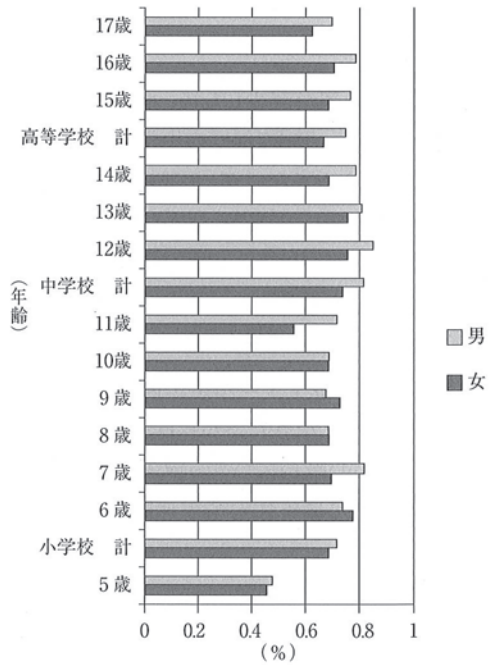


図2　平成22年度　年齢別　心臓の疾病・異常の割合

臓疾患・異常の者。心電図異常のみの者は含まない）を示す者の割合である。

心臓疾患・異常を持つ者の割合は小学校男子が0.72%、女子が0.69%、中学校男子が0.82%、女子が0.74%、高校男子が0.75%、女子が0.67%だった。

図3は心臓疾患・異常を持つ者を年次別・学校種別に示したものである。昭和49年から高等学校での割合が高くなるが、これは昭和48年の学校心臓検診の開始とほぼ一致する。平成7年度に中学校・高等学校で心

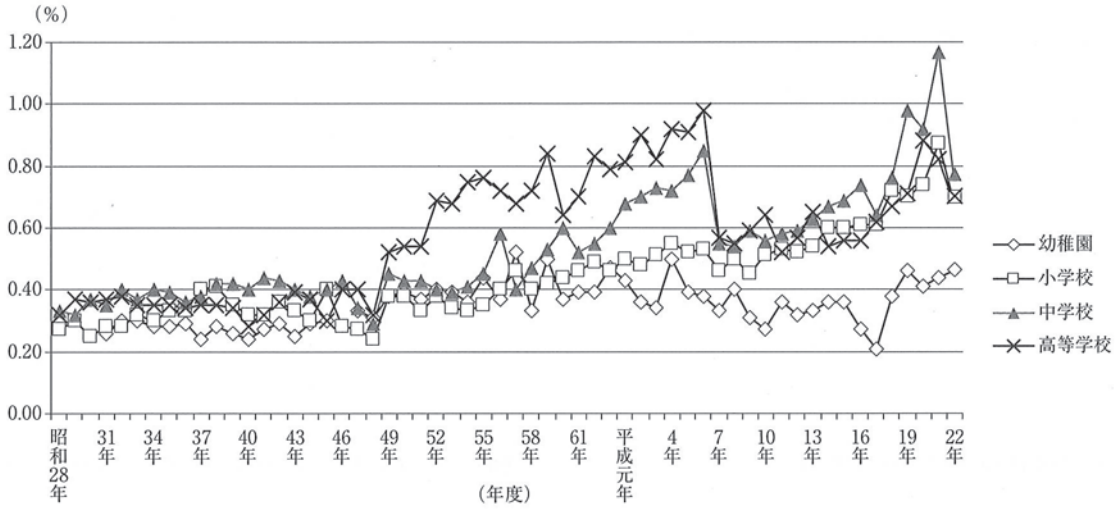
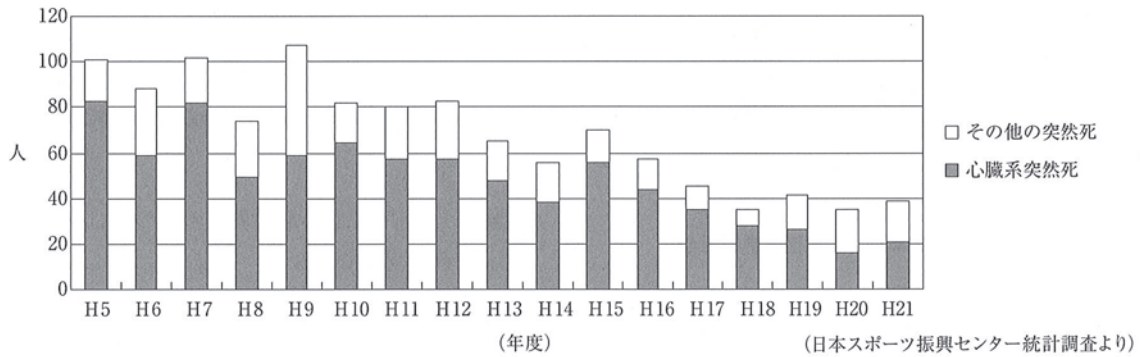


図3　年度別　学校種別　心臓疾患・異常の有無

臓疾患・異常者の率が減少した後、小・中・高とも緩やかに増加している。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事も背景にあると思われる。

図4は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの統計から見た学校管理下での児童生徒の突然死の推移である。平成10年度から突然死数は全体として減少傾向を続けており、心臓系突然死も減少しつつある[3)4)]。学校心臓検診が児童生徒の突然死防止に貢献していると考えてよい。しかし、この数年下げ止まりの状況で推移している。平成20年度と21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ことも、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。しかし、最近非心臓系突然死が増えている傾向にあり、これらへの対応も課題になりつつある。

(弓倉整)



(日本スポーツ振興センター統計調査より)

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歳が特出して最も多く1.21%だった。しかし要精密検査となったのは0.5%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%以下がほとんどである。

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ことになっている。しかし日本は世界的に見れば、いまだに結核の

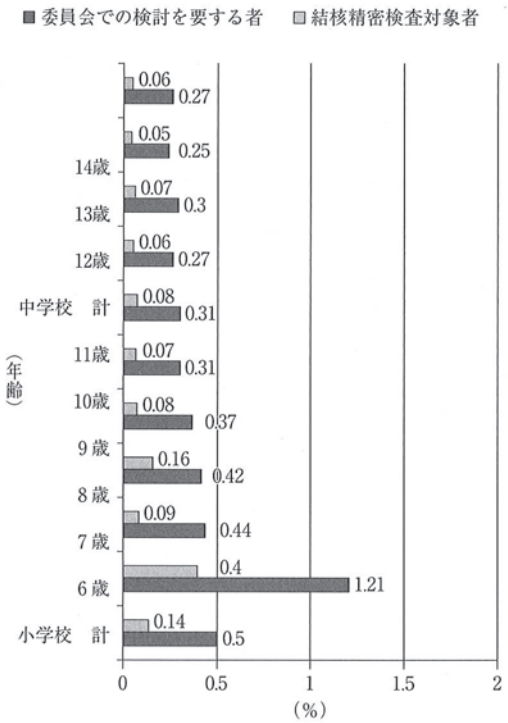


図1　平成22年度　年齢別結核検診の割合

「中まん延国」である。20歳代、30歳代の罹患率の増加も懸念されているほか、基礎疾患をもった高齢罹患者の増加、一部の大都市集中や地域格差などの問題も抱えている。学生では学習塾などでの集団感染の報告もある。結核が主要な感染症の一つである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42年度から平成22年度までの学校保健統計調査における年度別ぜん息を持つ者の割合であり、ぜん息がほぼ毎年のように増加し続けていることがわかる。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22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5.09%と最も多く、6歳男子は5.83%である。中学生男子

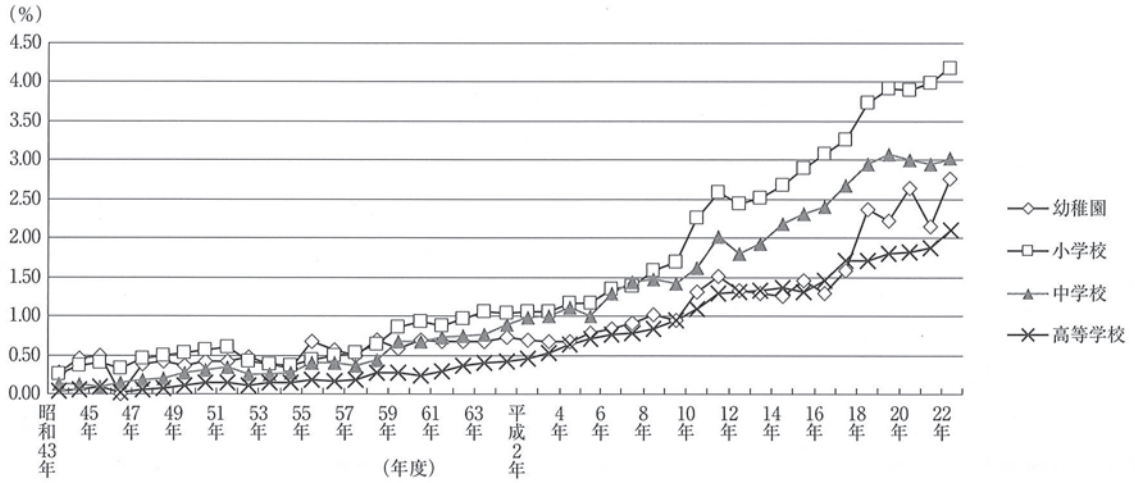


図2　年度別　学校種別　ぜん息を持つ者の割合

3.59%、高校生男子は2.37%であった。これに対し女子は小学校で3.26%、中学校で2.43%、高校で1.79%と、いずれも男子より少ない。ぜん息の増加については、大気汚染やアレルギー体質の者の増加など、様々な理由が考えられている。学校におけるアレルギー疾患の増加をうけて、文部科学省では平成16年から、以下に紹介する「アレルギー疾患に関する調査研究」を開始し、平成19年に報告書を出した。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。

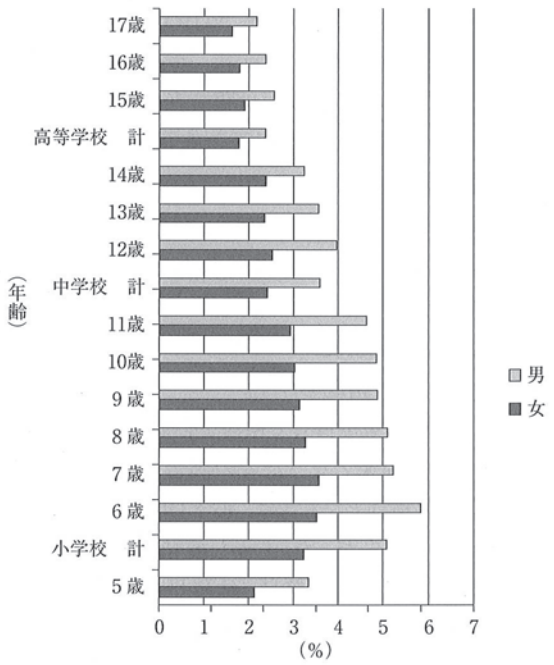
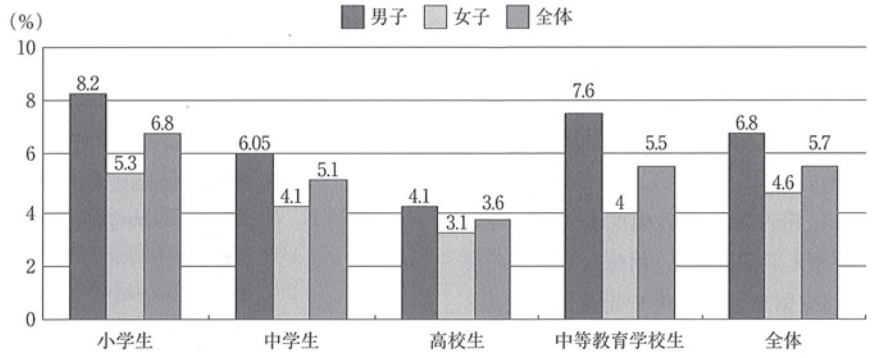


図3　平成22年度　ぜん息を持つ者の割合

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



(アレルギー疾患に関する調査研究報告書より)

図4　児童生徒のぜん息の有病率

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、緊急時対応については、58%の学校で取り組まれているに過ぎず、重症のぜん息発作が起きた時の対応を事前に確認しておくことが必要とされた。学校の70%で体育の授業等についてなんらかの配慮がされていたが、学校への持参薬の確認は37%にとどまっていた。学校内の医薬品による事故防止・児童生徒の健康状態の把握の観点から、持参薬についても学校が情報を共有する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、責任は問われないと考えられるという踏み込んだ表現がなされた。同時にこれらのアレルギー疾患に対する「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」が公表された。

平成21年7月、文部科学省から、厚生労働省に、この件での医師法17条の解釈についての照会が文書で行われ、医師法違反には当たらないという厚生労働省の課長回答があった。これを受けて文部科学省から、ガイドラインを参照の上、アレルギー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。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)

3−4　腎・尿路系

学校での尿検査は、昭和49年から全国ではじめられた。子どもの腎疾患には、糸球体腎炎や腎尿路形成異常による疾患が多く、治療や成長にともない改善・治癒する疾患が多い、慢性腎不全の頻度が少ない等の特徴がある[7]。腎炎を早期に発見・治療して腎炎の悪化を防止することや、紫斑病性腎炎や先天性腎疾患・小児ネフローゼ症候群など、子どもに多い腎疾患の早期発見・治療が学校尿検診の大きな目的である。尿検診では、尿蛋白、尿潜血のほか尿糖を測定するため、糖尿病の発見にも寄与する。

検体は、検査の前日の夜寝る前に必ず排尿し、早朝第一尿として、当日起床後朝食前の最初の排尿時の中間尿を採取する。時間が経った尿は疑陽性を示すことがあるので、必ず提出日の早朝第一尿を持参させる。女子の場合、生理日の採取では蛋白や血液が疑陽性になることがあるため、生理日の前後1〜2日ずらして採尿することが望ましい。ただし学校検診は6月末までに終了させることが学校保健安全法施行規則で定められており、2次検尿が必要な場合も考慮すると、尿検診実施時期が遅い場合、特に生理日と検査日が重なる場合の日程変更が困難なこともあるので、検査施行にはある程度時間的な余裕を持って計画することが望ましい。

尿検診は、1次スクリーニングで尿検査を行い、異常のある児童生徒は、2次検尿として尿の再検査を受ける。2次スクリーニングは、検診実施機関が行うものと、学校から保護者に通知して学校医・主治医など医療機関を受診する場合の二つのシステムに分かれることが多い。いずれの方法でも、2次スクリーニングで異常ありとされた者は暫定診断区分を受けた後に精密検査を受け、診断と事後措置としての管理方針を決定される。

図1は学校保健統計における年齢別尿蛋白検出の者の割合である。小学校では男子0.55%に対し、0.99%とやや女子が多い傾向にあるが頻度としては少ない。中学校では男子3.0%、女子2.22%、高等学校では男子3.31%、女子2.36%に増加し、男子に多い傾向がある。蛋白尿陽性のみでは、小学生や中学生に多い起立性蛋白尿のように、病気でなくても蛋白尿がでやすい場合もあり、必ずしも異常とは言えないことがある。しかし蛋白尿と血尿が合併すると、腎炎の可能性が高くなる。さらに尿沈渣中に、腎臓の糸球体から漏れ出た蛋白や赤血球などが柱状に固まって見える円柱（硝子円柱、赤血球円柱、白血球円柱など）が見られると、より腎炎の可能性が強くなる。

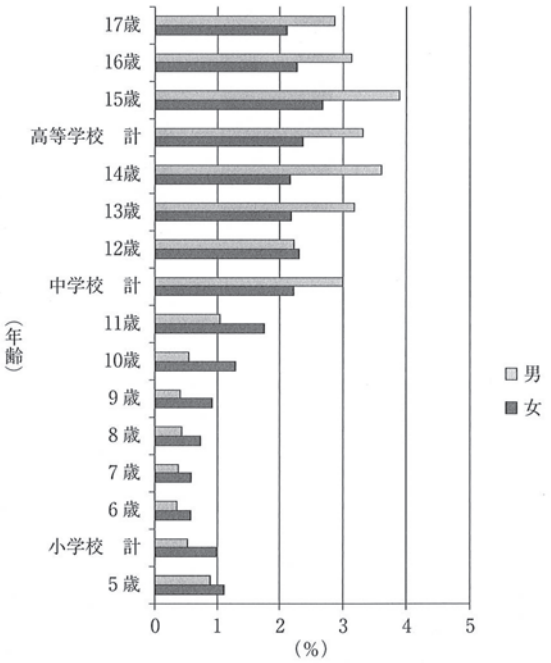


図1　平成22年度　尿蛋白検出者の割合

図2は学校保健統計での年齢別腎疾患の者の割合である。小学校では男子0.16%、女子0.18%、中学校で男子は0.18%、女子0.21%、高等学校では男子女子ともに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見た年齢別尿糖検出者の割合である。本来なら糖尿病は腎・尿路疾患ではないが、尿検診で見つかる疾患であるためここで紹介する。頻度は小学校で男子0.05%、女子0.08%、中学校男子0.13%、女子0.15%、高等学校男女ともに0.24%

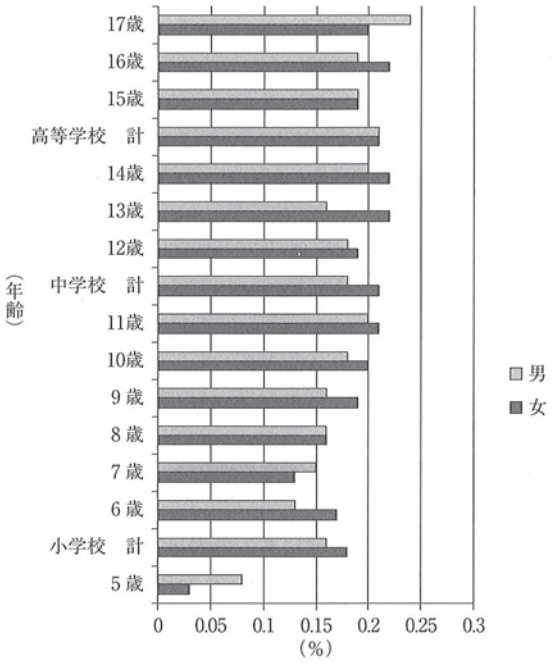


図2　平成22年度　腎臓疾患を指摘された者の割合

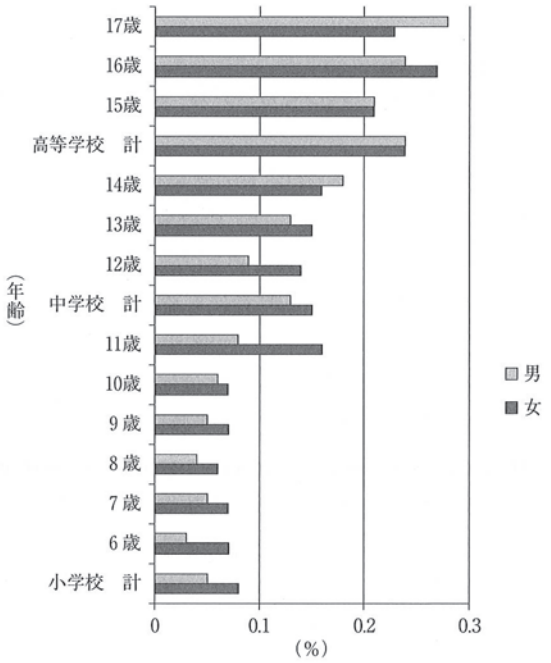


図3　平成22年度　尿糖検出者の割合

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。従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」の者もおり、糖尿病の確定診断には精密検査としてブドウ糖負荷試験やHbA1c検査が必要になる。

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

参考文献
1) 平成22年度学校保健統計、文部科学省HPより
2) 健康づくり支援のための基礎調査報告書、東京都教育委員会、平成19年3月
3) 学校における突然死予防必携、独立法人日本スポーツ振興センター、平成16年3月
4) 学校の管理下の死亡・障害事例と事故防止の留意点（平成16年度）、独立法人日本スポーツ振興センター、平成17年3月
5) アレルギー疾患に関する調査研究報告書、アレルギー疾患に関する調査研究委員会、文部科学省HP
6) 学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン、日本学校保健会、平成20年3月
7) 新・学校検尿のすべて、計画から事後措置まで、財団法人日本学校保健会、平成15年3月

コラム 大人がかかる子どもの病気

最近、子どもに多く見られる感染性疾患が成人にも感染し発症する例をしばしば経験する。例えば成人麻疹や成人百日咳をはじめとして、病原体がウイルス、細菌を問わずに高齢者にも認められるようになった。今年の夏に流行している手足口病も親子の同時感染が見られている。それは何故か。病原体の本質的な異変や薬剤耐性、微生物内外の環境の変化などに影響されることはあっても新興、再興感染症の別なく存在する。生体内の防御機構はどうなっているのであろうか。自然免疫があり、ついで獲得免疫である。かつて感染症は「二度なし病」と言われたものだが、免疫の概念からみれば、予防接種ワクチン（生・不活化）の効果などを含めて免疫の有無に帰する。過去の罹患やワクチン接種による有効性の有無の問題でもある。感染性疾患の予防は一に免疫の強弱並びに、持続減衰に問題があるとすればそうかもしれない。それでは子どもの感染性疾患が大人にかかる場合の対応はどうすればよいのか。一般に成人は重症化するとも言われるが、果たして事実はどうか。ワクチン接種によるブースター効果の有無により発病阻止から軽症までや、不顕性感染による免疫獲得などもあって事実は把握しにくいと考えられるが、今回は幼少期に罹患する水痘と大人の帯状疱疹の病因は同一であることから、その関係と予防について調べてみた。

水痘帯状疱疹ウイルス（VZV）が上気道から侵入し、有髪頭部を含む全身の発疹、水泡、掻痒、痂皮の混在する予後良好なありふれた小児疾患であるが、極めて強い感染力を有し時に合併症が認められる。免疫抑制下では重症化するが、有効な抗ヘルペスウイルス剤（アシクロビル等）の使用によって改善をはかるようになった。VZVの初感染後は気道上皮に隣接した扁桃腺内のCD4陽性メモリーT細胞に感染する。その後上皮細胞で増殖するが自然免疫反応を超えて約2週間の潜伏期を経て水泡が形成されて発症する（Airbin説）（図）。成人の場合は小児例よりも合併症や二次感染に留意する必要がある。新生児・妊婦・免疫抑制状態にある患者は重症化に注意する。このように水痘未感染の成人では、日本で開発された水痘ワクチン（生）を事前に使用する。さらに初感染で水痘を発症した後、VZVは脊椎後根神経節に潜伏感染して宿主の高齢化などによる細胞性免疫の低下を待って再活性化し帯状疱疹を引き起こすことが判っている。

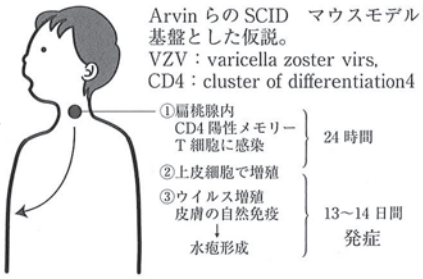


図　水痘の発症病理仮説

米国ではこのワクチンをもとに帯状疱疹ワクチンを開発し、効果を挙げている（表）。　（内藤昭三）

水痘ワクチン（日本）	水痘の予防として使用（岡株）。発症を防ぎ、または軽症化とする。 更に接種されたワクチンウイルスが知覚神経節に潜伏する可能性が自然感染者よりも少ないと考えられる。
帯状疱疹ワクチン（米国）	水痘ワクチン用として使用：Varivax。 帯状疱疹用として使用：Zostavax：力価が高い。 帯状疱疹患者および帯状疱疹後神経の減少を目的とする。 高齢者に予め水痘抗原による皮内反応を実施して細胞性免疫の有無を検査する。

表　水痘ワクチン（日本）と帯状疱疹ワクチン（米国）

≪文献≫
①本田まりこ：ウイルス性発疹症の見極め方と対応：水痘ワクチンの可能性：日皮誌会、120（13）. 2803-2806. 2010
②吉川　哲史：水痘と帯状疱疹：ウイルスの今日的意味、臨床ウイルス学の観点から、27（2）化学療法の領域、221-228,2011
③審良　静夫：自然免疫の最近の進歩：基調講演、ワクチンフォーラム2010、平成22年9月

3−5 眼科

はじめに

幼児期の視力検査は斜視、弱視を検出するためには不可欠であり、幼稚園と就学時の視力検査を適切に実施することにより、視力が発達する乳幼児期に適切な斜視、弱視の治療を受けることが可能である。日本眼科医会（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、健康診断にて視力検査を実施している幼稚園の割合は、国公立幼稚園70.6%、私立幼稚園31.9%、全体48.3%であり、就学時の健康診断で視力検査を実施している割合は、全国平均90.5%であるが、20%や40%の都道府県があると報告されている[1]。

平成22年3月23日に文部科学省（文科省）はスポーツ・青少年局学校健康教育課長名で「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」の通知[2]が出され、全国各地の学校関係者に指導された。その要旨は「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、適性に実施されるよう」との通知である。学校保健安全法にて学校での健康診断、就学時健康診断にて視力検査を実施していない学校、自治体があるために、実施するように促すものである。

通知後、今まで実施していない地区にて実施されるようになってきている。しかし、今までに視力検査を実施していない地区では、その実施方法やその判定基準などに混乱が生じている。公立学校については、教育委員会がその指導をしているが、私立学校については、指導主管が教育委員会以外の部署によることなどにより問題となっている。

さらに保育所での視力検査が不十分なことが指摘されている。保育所の定期健康診断については児童福祉施設最低基準に学校保健安全法に準じて行うよう定められている。しかし、保育所の管轄は厚生労働省であり、幼稚園などの学校の管轄は文部科学省であるために、管轄が異なることが指摘されている。今後、保育所での健康診断についての視力検査の状況を含めて実態調査をすべきである。

今回、小児の視力検査状況、眼科学校保健の現状、コンタクトレンズ（CL）、3D映像の影響などについて述べる。

1. 小児の視力、屈折異常

(1) 小児の視力発達、視力検査、視機能、斜視・弱視

平成22年度学校保健の動向に記載されているので、参照いただきたい。

(2) 幼稚園・就学時健診における視力検査

前述のように幼稚園や就学時の健康診断にて視力検査を実施していなかった地区では、その実施に際しての様々な問題点が生じている。

① 就学時、幼稚園の視力検査

就学時健診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。実際に就学時健診時には、多くの学校関係者の協力を得ている。

前述の日眼医の調査報告にて、就学時や幼稚園での健康診断にて視力検査を実施していなかった地区では、徐々に視力検査が実施されるようになってきている。しかし、その実施に際しては多くの問題が生じている。

その問題点は視力検査が加わったことによる健診時間の延長、視力検査方法が把握できない、視力検査要員が確保できない、財政的な問題などである。

② 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平成18年改訂の児童生徒の健康診断マニュアルと平成14年改訂の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。日眼医では日本斜視・弱視学会と日本小児眼科学

会の協力を得て、日本眼科医会「園児の視力検査マニュアル」[3]を作成した。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、眼科受診をすすめている。さらに詳細な視力検査の実施方法が記載されている。今後、整合性がとれる両マニュアルの改訂が望まれる。なお、「園児の視力検査マニュアル」は、日本学校保健会ホームページの学校保健ポータルサイト、テーマ別注目記事、眼の健康に記載されているので、ダウンロードしてご利用いただきたい。

(%)

区分		昭和54	昭和55	平成2	平成12	18	19	20	21	22
幼稚園	計	16.47	19.84	18.63	28.69	24.07	26.21	28.93	24.87	26.43
	1.0未満0.7以上	12.21	14.85	13.79	21.47	17.99	18.89	22.03	18.81	19.83
	0.7未満0.3以上	3.91	4.36	4.46	6.77	5.60	6.81	6.11	5.45	5.81
	0.3未満	0.35	0.63	0.38	0.46	0.47	0.51	0.78	0.61	0.79
小学校	計	17.91	19.74	21.22	25.33	28.36	28.07	29.87	29.71	29.91
	1.0未満0.7以上	9.47	10.54	8.62	10.13	10.44	10.58	11.23	10.92	10.88
	0.7未満0.3以上	5.77	6.27	7.75	9.67	11.19	11.00	11.60	11.51	11.49
	0.3未満	2.67	2.93	4.85	5.54	6.73	6.49	7.05	7.27	7.55
中学校	計	35.19	38.12	41.58	49.99	50.13	51.17	52.60	52.54	52.73
	1.0未満0.7以上	9.65	10.68	10.08	11.29	11.89	13.26	12.38	12.54	12.07
	0.7未満0.3以上	12.47	13.13	13.91	16.94	17.84	17.57	17.80	18.03	18.41
	0.3未満	13.06	14.32	17.59	21.75	20.40	20.34	22.42	21.97	22.25
高等学校	計	53.02	55.46	56.38	62.45	58.65	55.41	57.98	59.37	55.64
	1.0未満0.7以上	11.12	11.38	10.22	11.93	14.26	12.40	12.55	13.59	12.98
	0.7未満0.3以上	15.61	15.56	16.18	15.66	17.56	16.86	17.07	18.11	16.75
	0.3未満	26.29	28.52	29.98	34.86	26.83	26.14	28.36	27.68	25.90

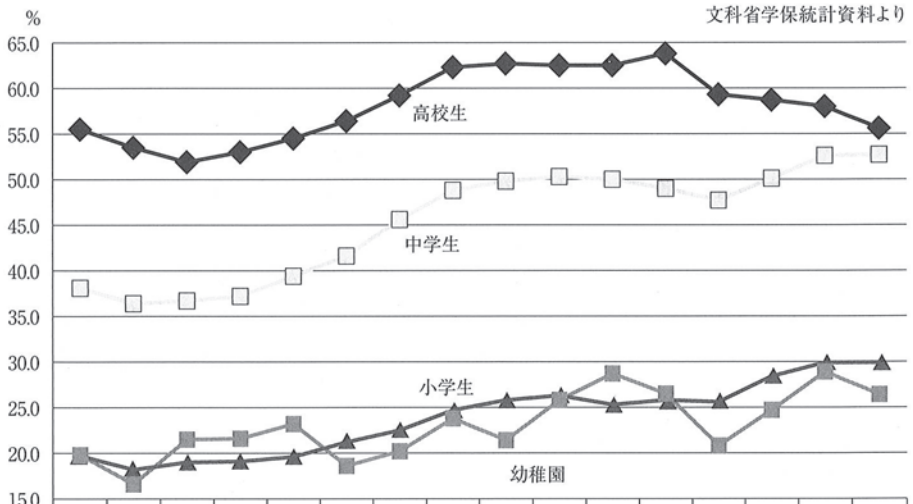
(注) 四捨五入しているため計と内訳が一致しない場合がある。

図1　平成22年度学校保健統計調査　裸眼視力1.0未満の者の推移

(3) 裸眼視力低下者の増加

文部科学省の平成22年度学校保健統計調査（図1）によると、児童生徒の視力では「裸眼視力1.0未満の者」の割合は幼稚園が26.43%、小学校が29.91%、中学校が52.73%、高等学校が55.64%で、昨年度に比べて幼稚園が1.56%、小学校が0.2%、中学校が0.19%と増加し、高等学校が3.73%と減少した。高等学校のみが減少したが、幼稚園は平成20年が28.93%と過去最高を示し、平成21年が24.87%に減少したが、平成22年が26.43%と増加していた。

過去32年間の「裸眼視力1.0未満の者」の割合（図2）は平成10年頃をピークとして以後は横ばい、平成16



	S55	S57	S59	S61	S63	H2	H4	H6	H8	H10	H12	H14	H16	H18	H20	H22
高校生	55.5	53.5	51.9	53.0	54.5	56.4	59.2	62.3	62.7	62.5	62.5	63.8	59.3	58.7	58.0	55.6
中学生	38.1	36.4	36.7	37.2	39.4	41.6	45.6	48.8	49.8	50.3	50.0	49.0	47.7	50.1	52.6	52.7
小学生	19.7	18.2	19.0	19.1	19.6	21.2	22.5	24.7	25.8	26.3	25.3	25.8	25.6	28.4	29.9	29.9
幼稚園	19.8	16.6	21.5	21.6	23.2	18.6	20.2	23.8	21.4	25.8	28.7	26.5	20.8	24.7	28.9	26.4

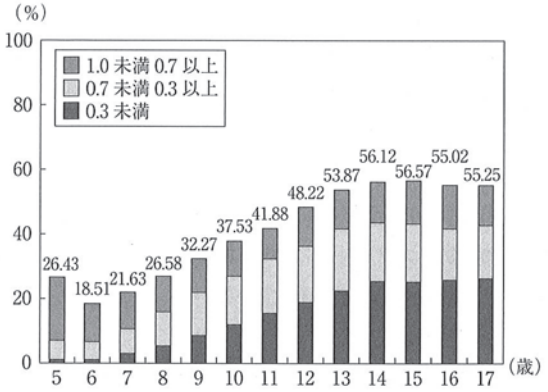
(注) 四捨五入しているため計と内訳が一致しない場合がある。

図2　32年間　学校種別　裸眼視力1.0未満の者の割合

年にすべてが減少したが、その後、高等学校を除き、増加傾向となっている。

眼鏡などによる視力補正が必須とされる「0.3未満の者」の割合は幼稚園が0.79%、小学校が7.55%、中学校が22.25%、高等学校が25.90%となっており、昨年度に比べて幼稚園が0.18%、小学校が0.28%、中学校が0.28%増加しているが、高等学校が1.78%の減少であった。幼稚園は過去最高であり、高等学校は過去最低であった。

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3**）。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、幼稚園から小学校低学年では遠視、乱視や弱視によるものも少なくないために注意が必要である。遠視が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い。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。



(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。

図3　平成22年度学校保健統計調査
年齢別　裸眼視力1.0未満の者の割合

2. 眼科学校保健の現状

日眼医は平成22年に眼科学校保健の全国の実態調査を行った[4]。対象は47都道府県眼科医会の学校保健担当役員と一般会員である。以下に結果を示すが、今後の学校保健の充実のために参考資料としていただきたい。

(1) 眼科学校医設置割合

公立学校での眼科学校医設置割合は、小学校が74.1%、中学校が73.0%、高校が68.9%であった。いままでに全国の設置割合の正確な報告はないが、今回の調査にて約70%の眼科学校医がいることが判明した。しかし、約30%の公立学校では眼科学校医が不在であり、今後さらなる普及に努めたい。

(2) 新任学校医の研修会の実施割合

新規開業で新たに学校医に就かれた眼科医に対する新任学校医の研修会の実施割合は、「行われている」が8.5%、「一部で行われている」が12.8%であり、その実施割合は低く、今後、新任学校医に対する適切な対応が望まれる。

(3) 学校保健の啓発活動

学校保健の啓発活動としての学校保健講習会や研修会の開催方法では、「主催する学術講習会の場を利用した啓発」が44.7%、「教育委員会の学校保健事業を利用した啓発」が36.2%、「学校保健だけを取り上げた講習会や研修会の開催」が29.8%であった。さらなる啓発活動が必要である。

(4) 眼科医一人の平均担当学校数

眼科医一人が担当する学校数の平均は6.0校（園）であった。内訳は、「1校（園）」が6.0%、「2校（園）」が9.3%、「3校（園）」が14.2%、「4校（園）」が14.9%、「5校（園）」が16.2%、「6～9校（園）」が24.5%、「10校（園）以上」が14.9%であった。6校以上を担当する眼科医が39.4%もおり、問題である。眼科医不足もあるが、学校医定年制の導入や医師会の指導などにより担当校数を減らすべきである。

(5) 眼科学校健診に通常持参するもの

「ペンライト」が87.1%、「携帯用スリットランプ」が39.4%、「倒像鏡」が20.5%、「集光レンズ」が12.6%、「直像鏡」が11.9%、「スキアスコープ」が7.6%、「板付きレンズ」、「ステレオテスト」がともに7.3%、「携帯用オートレフ」が4.6%、「近距離視力表」が3.0%、「携帯用眼圧計」、「プリズムバー」がともに1.7%、「その他」が8.3%であった（複数回答）。学校保健安全法にて定められている検査方法以外にも多くの検査を行っている実態が明らかになった。熱心な眼科学校医の健診に

より、精度の高いスクリーニングが行われていた。

(6) 眼科健診の眼位検査について、実施している方法

「カバーテスト」が86.1%で最も高く、次いで「ペンライト」が80.1%、「視診」が71.9%、「9方向眼位」が12.6%、「ステレオテスト」が5.0%、「その他」が1.7%、「眼位検査は行わない」が0.3%であった（複数回答）。健診はスクリーニングであるためにステレオテストなど詳細な検査は必須ではないが、手間を考えると大切なことである。

(7) 眼疾患と眼瞼翻転について、実施している方法

「下眼瞼を診て、必要があれば上眼瞼翻転も行う」が57.0%、「下眼瞼翻転のみ」が19.2%、「児童生徒各自に下眼瞼を翻転させる」が12.6%、「全員に上下の眼瞼翻転を行う」が4.6%、「眼瞼の翻転は実施していない」が4.3%であった。眼瞼に接触することにより接触感染を生じることがあるので、十分な注意が必要である。

(8) 健康教育の方法

「健診終了後に養護教諭や学校保健関係者と話し合う」が70.2%、「健診時に各児童生徒に保健指導するよう心がけている」が31.1%、「受診勧告で診療所を受診した児童生徒や保護者に対し、意識的に保健指導をしている」が29.5%、「学校保健関係者に対し講演を行った」が22.2%、「保健だより」に眼科学校保健に関する記事を投稿した」が9.9%、「一般教職員向けの講演や勉強会を行った」が8.6%、「総合学習の時間を利用して授業を行った」が7.6%、「健診終了後の時間を利用して健康相談を行った」が6.3%、「健診前に眼科に関するミニ講話を行った」が3.3%、「その他」が6.0%であった（複数回答）。健康教育を実施する意志を持った学校医であっても、その実施には学校関係者への説得などの働きかけは非常に重要である。

3. コンタクトレンズ（CL）

(1) コンタクトレンズ眼障害

CLは美容、スポーツなどの利点があるが、欠点としてはCLによる眼障害が生じる。重篤な眼障害では失明にいたることもあるために十分な注意が必要である。特に学校現場では初めてCLを開始するものが多いために、眼科学校医や養護教諭などによる健康教育が必要である。

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歳の原因はほとんどがCL装用であった[5]。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。

平成19年から2年間に日本コンタクトレンズ学会と日本眼感染症学会は共同で入院を必要とする重症CL関連角膜感染症の全国調査を実施し、350例の重症角膜感染症が報告された[6]。重症の感染症の起炎菌は、アカントアメーバが85例、緑膿菌が70例であった。2週間頻回交換ソフトCLが196例（56.0%）、終日装用CLを連続装用していたものが77例（22.0%）、カラーCLが17例（4.9%）であり、CLのこすり洗いを毎日実施していたものは67例にとどまり、CL装用とそのケアについてずさんな実態が浮き彫りとなった。CLの正しい使用法の啓発と社会的管理体制の構築が望まれた。

(2) コンタクトレンズケアの重要性

前述のように、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の消毒の多くはマルチパーパスソリューション（多目的用剤）というレンズケア用品であり、1本で洗浄、消毒、すすぎ、保存を兼ねるが、消毒効果が弱い。消毒効果を上げるレンズのこすり洗いは必須であるにもかかわらず、装用者自身が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。

(3) 学校でのカラーコンタクトレンズの対応

カラーCLは酸素透過性の低下、色素の漏出、低品質、使用者のコンプライアンスの低さが指摘されており、その使用者の眼障害が問題となっている。さらに、度なしのカラーCLは医師の処方が不要である雑貨扱いであったために、ネットなどにて営利目的の販売がされることなどにより眼障害が急増した。

平成17年から20年の日眼医調査にて全国でカラーCLによる眼障害が167例報告され、その内の21名が失明の恐れがある重症例であった。それに伴い、それまで雑貨扱いであった度なしのカラーCLが平成21年11月4日以降は通常のCLと同様に医師の処方が必要な高度管理医療機器となり、平成23年2月4日以降は薬事法にて認可されたものでないと販売できないようになった。

平成21年日本眼科医会のインターネット・通信販売による購入者のCL眼障害調査の種類別では、カラーCLが全体の45.9%と最も高率であった[7]。種類も視力補正・非視力補正（度なしおしゃれ）用が混在しており、素材と使用者の低いコンプライアンスが問題となっている。カラーCLの処方はコンプライアンスの低い方への処方は控えたい。どうしても処方するのであれば、薬事法にて認可された酸素透過性の高い素材の毎日使い捨てカラーソフトCLの短時間装用での処方をすすめる。

平成21年全国学校でのCL調査では中学生の0.2%、高校生の0.6%がカラーCLを使用しており眼障害が危惧される。カラーCL使用者の多くは大人でもCLの正しい装用方法を遵守していないために、自己管理の不十分な子どもたちへのカラーCL装用はすすめられない。

(4) コンタクトレンズの健康教育、啓発活動

前述のようにCLによるトラブルは少なくない。今までの眼科学校医、養護教諭そしてマスコミを含めた啓発活動により、子どもたちはCLのデメリットを少しではあるが理解してきている。しかし、啓発活動は継続的に行わなければならない。

啓発活動の資料としては、「学校生活とコンタクトレンズ（改訂版）」が日本学校保健会ホームページの学校保健ポータルサイト、テーマ別注目記事、眼の健康に記載されているので、ダウンロードしてご利用いただきたい。また、「中学生・高校生のためのコンタクトレンズガイド」のパンフレットの無料提供も行っている。同ポータルサイトに資料の申込みが記載されているので、啓発にご利用いただきたい。

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を販売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。

4. 眼　鏡

眼鏡は近視などの屈折異常に最初に選択される重要な矯正用具である。CLと異なり眼に直接触れないため安心だが、美容的な面から使用を嫌う子どもや保護者が少なからずいる。授業時の装用指導など、教職員の協力が望まれる。打撲による眼鏡の破損で眼外傷にいたる例もあるが、実際には極めて少ない。テニスやバトミントンなどではスポーツ眼鏡の使用を推奨する。

一方、度数の合っていない眼鏡を掛けると眼精疲労や眼痛、頭痛を引き起こす原因ともなる。児童生徒の屈折や調節の特性を考えて、適切な眼鏡を処方することは眼科専門医にとっても容易なことではない。眼鏡店は眼科専門医の処方に基づいて眼鏡を作成するべきであるが、実際には眼鏡店が眼鏡を処方している。眼鏡店で調節機能などの眼機能や眼疾患の検査を行うことは医師法違反と解されている。したがって、適切な眼鏡を処方されていることが疑わしいだけでなく、眼の疾病を見逃すこともあるので注意したい。

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は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競技規則違反であり、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、指導していただけるとの返答であったので、各地区にて対応して欲しい。

5. 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ある。これらのウイルスには特効薬がなく自身の免疫機構がウイルスを駆逐する。混合感染を避けるため抗生物質や抗菌剤などの点眼薬が処方される。感染性が消失するまで1～2週間を要するが、時に遷延することがある。感染者を隔離する意味においても出席を停止させ、感染防御に対する適切な指導も必要である。

(2) アレルギー性眼疾患

アレルギー性結膜炎は年々増加傾向にあり、大気汚染との関係が指摘され、花粉症（スギなど）などの季節性のものと、ダニやハウスダストなどの通年性のものがある。眼の痒みを訴え、症状の強いものでは学校生活に支障をきたす。

アトピー性皮膚炎に併発するアトピー性角結膜炎が慢性化すると角膜病変による視力低下をきたすことや、白内障や網膜剥離などを合併することもある。

春季カタルは強いアレルギー反応により上眼瞼結膜の石垣状乳頭増殖を生じ、角膜障害により視力低下を招くこともある。症状が強いため、眼科で長期間加療を受けることが多い。また、幼児に多く、就学年齢に達する頃には緩解するが、就学年齢に達しても容易に治癒しない例が増加しているとの指摘がある。

巨大乳頭結膜炎はCLの汚れや機械的な刺激により上眼瞼結膜の乳頭増殖が生じる疾患で、ソフトCLの汚れが主な原因である。

平成20年4月より文部科学省は、日本学校保健会が作成した学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）を学校生活においてアレルギー疾患で管理や配慮を必要とする児童生徒に配布した。従来、心臓および腎臓疾患に実施しており、新たにアレルギー疾患が追加された。眼科学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」のなかで起こることが多く、中学、高校と進むにつれて野球、サッカーなど球技のスポーツ眼外傷が増えてくる。エアガンやレーザーポインターなどによる眼外傷もある。眼は障害を残す割合が他部位より高いことを知ってほしい。化学の授業における薬品の扱い、グラ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。小学校では年少の色覚異常者が陥り易い色誤認の組み合わせがある。黒板に使用するチョークの色は原則「白」と「黄色」に限ること、採点・添削には線の太い赤エンピツを使用すること、校内の掲示物の配色には色のバリアフリーを心がけることなどは教育に携わる者としてわきまえてほしい。一部の航空・商船高専などの進学やパイロット、航海士、鉄道関連などでは就職において色覚の制限が残っている場合があるために、進路先の色覚制限の扱いを調査しておくことは極めて大切である。

日本学校保健会は「色のバリアフリー」のリーフレットを作成し、平成20年4月に私学を含む全国の幼稚園から高校までの教員全員へ配布した。このリーフレットは日本学校保健会のホームページからダウンロード可能であり、色覚バリアフリーQ&Aについて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23年4月には高校3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。

6. 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10月に日本眼科医会は「プールにはゴーグル使用が望ましい。またプール後の水道水による簡単な洗眼は行って良いが、積極的に推奨するものではない。なお児童生徒の体質によっては、学校医の指導のもと、プール後に防腐剤無添加の人工涙液の点眼や、簡単に水道水で目のまわりを洗うなどの対応も必要である。」という見解を示した[8]。

(2) 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。

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」[9]がある。この症例は4才11ヵ月で立体映画を見に行って、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。しかし、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。

3Dの視機能や体への影響について、経済産業界から多くの報告があるが、これはあくまでも推測の域を出ない。実際、眼科医からの報告は数少ないのが現状である。平成22年秋には3DのTVが一般家庭に普及しはじめているが、実際にTVの値段が高価なためにそれほど普及していない。今後、価格により多く普及し、その眼のへの影響が懸念される。

平成23年2月26日には携帯ゲーム機の3Dが発売されて、その影響が危惧される。眼科医からは、徐々にではあるが、眼精疲労、頭痛、眩暈、酔いなど、患者さんの訴えが聞こえてきている。

3D映像は映像技術の進歩と疲れにくいコンテンツの開発により、普及する可能性が高い。日常生活で問題がなくても、輻輳不全や、斜位などの眼科的素因のある人は、眼精疲労や複視を訴える場合がある。6歳位までの小児は立体視の発達過程にあり、調節性内斜視など、両眼視機能が障害されやすい場合がある[10]。

学校関係者のみならず、子どもたちの多くは両眼視

機能についての知識がほとんどないのが現状である。3D画像が普及するに従い、両眼視機能が不十分な子どもたちへの差別などが考えられる。しかし、両眼視機能が不十分であっても、日常生活には支障がなく生活ができることなどの啓発活動は非常に重要である。

現時点での情報から推測した、3D映像に関する注意点を述べる。

① 3D映像では立体的に見る機能である両眼視機能が必要である。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、ディスプレイから2m以上離れ、部屋の明るさを十分に保ち、点滅映像・幾何学的模様映像を見ないようにし、睡眠不足をさけ、鑑賞時間を短くくぎり、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欲しい。

（宇津見義一）

参考文献

1) 宇津見義一・植田喜一・宮浦徹・吉田博・三宅謙作：平成20年幼稚園ならびに就学時の健康診断の実態に関するアンケート調査、日本の眼科、80：9号、101－118、2009

2) 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ス学健第34号、平成22年3月23日

3) 宇津見義一, 宮浦徹（日本眼科医会）：園児のための視力検査マニュアル, 日本の眼科, 82巻, 3号, 329-333, 2011.

4) 宮浦徹、宇津見義一、高橋和博、福下公子、高野繁、眼科学校保健に関する全国調査の報告、日本の眼科、82, 5号、648-660、2011

5) 感染性角膜炎全国サーベイランス・スタディグループ：感染性角膜炎全国サーベイランス―分離菌・患者背景・治療の現況. 日本眼科学会雑誌 110：961-972, 2007

6) 宇野敏彦、福田昌彦、大橋裕一、下村嘉一、石橋康久、稲葉昌丸、井上幸次、植田喜一、江口洋、白石敦、外園千恵、田川義継、近間泰一郎：重症コンタクトレンズ関連角膜感染症全国調査、日眼会誌, 115：107-115, 2011.

7) 植田喜一、宇津見義一、佐野研二、藤堂勝巳、吉田博、三宅謙作：インターネット・通信販売による購入者のコンタクトレンズ眼障害の集計結果報告（平成21年度）、日本の眼科、81, 75-84、2010.

8) 日本眼科医会学校保健部：プール後の洗眼とゴーグル使用についての学校保健部見解、日本の眼科、79：10、1501～1502、2008

9) 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

10) 不二門尚、3Dと両眼視機能、日本の眼科、82, 1050-1056, 2011

3−6　耳鼻咽喉科

普通学校における聴覚障害児への対応

新生児聴覚スクリーニングの普及や乳幼児健診の充実によって聴覚障害児の多くが初期に発見され、新生児期乳幼児期の早期から介入されるようになってきた。また、人工内耳などの医療技術や補聴器、FM補聴システムなどの聴覚援助システムの進歩にはめざましいものがあり、聴覚障害児の聴取能力の向上に役立っている。一方、ノーマライゼーションの考え方の浸透など社会全体の障害への認識の変化や、文部科学省が中心となって推進しているインクルーシブ教育の流れの中で、軽度から重度までさまざまな難聴をもった子どもたちが普通学校に通うようになってきた。この傾向は今後もますます進むものと考えられる。

しかし、今日の科学的進歩をもってしても聴覚障害児が健聴児と同じになるわけではない。実際の教育に当たっては情報保障や心理的なサポートなどきめ細やかな配慮が必要である。また、聴覚障害をきたす原因疾患自体がさまざまで補聴効果も一様ではなく、聴力の悪化や変動をきたす子どもも少なくなく、慎重な医学的治療や管理を継続していかなければならない。現状では、財政的、人的に限りある普通学校の教育現場で、理想とする教育や医学的管理が行われているかどうかは難しいところである。

日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会では平成22年度の研究活動の一環として47都道府県地方部会ならびに学校保健委員会長の協力を得て、普通学校における聴覚障害児の現状と課題について、アンケート調査を実施した。主な項目は、普通学校における聴覚障害児の在籍決定の方法、聴覚管理の担当者、補聴援助の方法、耳鼻咽喉科学校医の役割、補聴器購入時の公的補助の現状などである。また、その際に岡山大学耳鼻咽喉科講師の福島邦博先生に就学後の難聴児の現況について教育講演をいただいた。

以下アンケート結果を述べる。

まず、普通学校に在籍する人工内耳手術後もしくは補聴器装用を必要とする聴覚障害児の頻度であるが、横浜市の例を挙げると小学校の生徒総数192,629名、中学校76,964名の計269,593名のうち聾学校在籍児は137名0.05%であった。内訳としては、人工内耳装用児27名、身体障害者福祉法（以下身障法）の6級以上の該当児89名、身障法非該当児21名であった。他方、普通学校に在籍する児童生徒は170名0.06%であった。このうち、人工内耳装用児18名、身障法該当児24名、身障法非該当児128名であった。横浜市の場合、聴覚障害児のための普通学校における特別支援学級は設置されていないので、この170名すべてが通常の学級に在籍していることになる。人工内耳もしくは補聴器装用児は、全体として0.11%程度存在し、身障法非該当児を中心に約6割が普通学校に在籍している状況であった。静岡県における調査でも特別支援学校と普通学校における聴覚障害児の在籍比率はおおむね同様の結果であった。

特別支援学校、難聴学級もしくは通常の学級への在籍の決定方法については、聴力や医師の意見を参考にしながら、市町村の就学指導委員会で決定されている状況がほとんどであった。しかし、最終的には保護者の意見が優先される傾向があり、さらには就学指導委員会自体に耳鼻咽喉科医師が関与していない市町村も少なくなく、在籍決定方法と就学後の教育成果の再検討が必要である。

聴覚管理を誰が行っているかの問いに対しては、最も多いのがかかりつけ医であり、次いで聾学校もしくは聴覚障害担当教諭、自校の養護教諭もしくは担任の順であった。補聴器販売業者という回答も少数ながらみられた。かかりつけ医以外の学校の場合、聴覚管理といっても年1回の定期健康診断時に行う聴力検査のみという例が多く、ちょっとした環境の変化や体調の変化で聴力悪化を来しやすい聴覚障害児の聴覚管理としては十分とはいえない。最低でも月1回程度定期的に聴力検査を行うとか、聴力悪化の早期発見と対応の必要性について学校側に説いていかなければならない。

通常の学級における補聴援助システムについての質問に対しては、通級指導教室での個別指導とFM補聴システムの利用が60%前後の都道府県で行われていた。設置費用の割に受聴明瞭度に限界のある磁気ルー

プは現在ではほとんど使用されていなかった。次いで教員加配が約半数の都道府県で行われていた。しかし、財政的な問題もあって臨時の教諭が非定期に参画している例が多くみられた。さらに、地域によってはノートテイクを行っている学校もあったが、そのノートテーカーについてはボランティアに頼っているのが実状であった。

次に校医の関与についてである。学校側より補聴器装用児の在籍についての連絡があるかどうかの質問については36%のみ連絡があり、3分の2の耳鼻咽喉科校医には聴覚障害児の在籍について知らされていなかった。さらに、聴覚障害に関わる講演や指導依頼があるかどうかの質問に対しては、ありと答えたのは19%に過ぎなかった。このことは、あえて依頼していないのではなく、学校側にとって聴覚障害児に対してどう対応して良いか、また学校医に何を依頼すべき事項であるかという根本的な点が理解されていないことが原因と推察された。

両耳の平均聴力が70dB以上の場合には身体障害者福祉法の身体障害者に該当し、障害者自立支援法によりほとんど全額が公的に補助される。一方、これに満たない身障法非該当児は一般的には自費で購入するのが原則となっている。

横浜市でみる場合、約半数がこの非該当児である。小中学生の保護者は年齢的には20代後半から30代の世代が多いと考えられ、十分に経済的基盤が確立していない場合も少なくない。両耳に補聴器を装用するとなると数十万円の支出が必要であり、さらに修理や日常に使用する電池などの消耗品もあり、金額的に相当の負担となっていると思われる。

この数年、県や市町村レベルでこのような児童生徒の補聴器購入に対する公的補助の試みがなされてきている。平成22年末の時点では6府県で実施されていた。例えば岡山県の場合、両側の平均聴力がいずれも30dB以上で身障法に該当しない18才未満の難聴児に対して、片耳の補聴器の基準金額135,000円を上限として、それぞれ3分の1ずつを県と市町村が助成することになっている。このことに関しては、日本耳鼻咽喉科学会としても全国的に普及できるよう重要施策の一つとして取り組んでいく予定である。

次に補聴援助システムとして多く利用されつつあるFM補聴システムについても同様の質問を行ったところ、身障法該当児の場合には自立支援法で公的支給されるか教育委員会からの貸与が行われていた。一方、非該当児の場合は当然ながら自立支援法では支給された地区はなく、一部では身障法該当児と同じく教育委員会からの貸与であったが、過半は自費購入し学校へ持参しているのが現状であった。このことについては徳島県の実状と取組について後述する。

福島講師は教育講演において、平成21年度から実施されている厚生労働省戦略研究（聴覚）の中で現在解析中の結果の一部を取り上げ、就学後の難聴児の言語発達の状況について報告された。

現在、本邦では各学年あたり600人から700人程度の難聴児が補聴器ないし人工内耳を装用して在籍しており、その約8分の1を対象として横断的調査を実施した。事前に本研究における個々の言語機能を領域別に評価するための検査バッテリーを試作している。領域別の言語機能として、語彙（一般的な単語力）、統語（構文や語尾変化等の文法能力）、談話（複数分を組み合わせて文章を伝える能力）、語用（言語的コミュニケーションの文脈の中でことばを用いる能力）の4種の機能について分析できる検査項目を一連のセットとして実施出来るようにして、これをＡＬＡＤＪＩＮ（Assessment of Language Development for Japanese CHIldreN）と略称した。英語圏では既に同様の評価方法が広く用いられているが、日本語使用者では今までに体系的に用いられていなかった。本研究を通じて、全国的な聴覚障害児をこのALADJINという手法によって検討し、どの程度の言語発達状態であるかというデータベースを作成している。その結果難聴児の場合、定型発達児に比較して非常に言語発達のばらつきが大きいことが確認された。GilbertsonやGreersらの英語圏での報告と同様に、全体的には上位群と下位群に分かれる傾向が顕著であり、詳細にみると聴覚障害児の下位群（約20%）はきわめて低い言語発達に留まり、上位群（約40%）は定型発達児とほぼ同等レベルの言語発達を示していた。一方、中間群（約40%）は定型発達児より大きく遅れるものの、聴覚障害児の中で平均下位群を形成していた。ALADJINを用いて、正常聴力での児童でのコントロールデータも広い範囲で測定しており、公表を予定しているとのことであった。この結果は、従来の聴覚障害児の医療や教育において、音声言語によるコミュニケーション能力を優先す

べきかまた総合的な学習能力の向上を目標とするべきであるか、そのためには聴覚単独や聴覚口話法、トータルコミュニケーションなどどういうコミュニケーション・学習のための手法を選択すべきかの一つの指標となるものと考えられる。

アンケートの最後として、特別支援法公布後の変化について自由記載の中からさまざまな意見が得られた。その一部を紹介する。

① 教員、家庭での意識が変わりつつある。
② 障害に有無にかかわらず、それが個性だと考えるようになった教諭、生徒が増えた。また難聴児には理解しやすいことばで対応し、常に彼らが在籍していることを心がけている。
③ 通常の学級に在籍する難聴の児童生徒について、聴覚障害特別支援学校からの専門的アドバイスを受けることが多くなった。
④ 聴覚活用の程度と進学先がマッチしていないケースが目立つ。
⑤ 障害の程度（支援の必要度）よりも親の希望が重要視されるようになった。聴覚障害児に限らず親の希望が多いため、現場の支援に「より専門性が求められる」ようになったが実状は追いついていない。
⑥ 学校と保護者が話し合って可能な限り通常の学級に在籍できるような方向に進むことが多いが、学校側に聴覚障害の専門の教師がいないと教育が難しいのが現状。
⑦ 早期に発見され聴覚学習が行われるため、就学時点で聾学校から普通学校へ進学する例が増えている。
⑧ 軽中等度難聴児は補聴器装用や情報保障が十分に行われているとは言い難い状況にある。これらの必要性を現場の先生方に理解してもらう必要がある。
⑨ 支援員の優先順位は生命の安全ということで多動な児童や肢体不自由で介助が必要な児童に回され、聴覚障害児はあまり支援員をつけてもらえず、もっぱら担任に任されているケースが多い。

などである。今後普通学校における聴覚障害児への対応についての貴重な参考意見であった。

小中学校におけるFM補聴システムの使用状況

普通学校に在籍する難聴児は増加傾向にあるが、実際に通常の学級における騒音下での集団教育場面では健聴児と同じ情報保障を行うことは容易ではない。このような中にあってFM補聴援助システムは難聴児の聴取能力を向上させる最も有効な手段の一つである。FM補聴援助システムとは通常の補聴器にFM送信機とFM受信機から構成されるFM補聴装置（以下FMシステム）を接続することで、話し手の声を周囲の雑音に妨げられることなく離れた場所にいる聞き手に届けることの出来る方法である。しかし、FM補聴援助システムの導入に関しては、様々な問題から必ずしも順調であるとは言い難い状況である。著者らは従来より軽中等度難聴児に対する補聴器装用とともに小中学校におけるFM補聴援助システムの導入を推進してきた。今回は徳島県におけるFMシステム使用児の現状と今後の課題について検討し、第41回全国学校保健・学校医大会（平成22年11月20日、群馬県医師会担当）において報告した概要について述べる。

平成16年から20年の間に補聴器装用を開始し、現在普通学校に在籍中の難聴児34名（小学生24名、中学生10名）を対象とした。その内身障法該当児が6名、非該当児が28名であった。使用補聴器の種類は、耳かけ型補聴器のみ使用児が22名65%、耳あな型のみ使用児が9名26%で、残りの3名は一側に耳あな型、対側に耳かけ型補聴器を使用していた。それらの児童生徒や保護者、学校の担任に対して、補聴器装用の開始時期、またFM補聴器装用の有無、 FM補聴器が装用できなかった理由、さらにFM補聴器の装用状況について聞き取り調査を行った。

■ 現在のFMシステムの使用状況と補聴器装用開始時期の関連

34名中実際にFMシステムを利用しているのは22名65%であった。これを補聴器の開始時期からみると図のごとく小学校入学前から補聴器装用を開始できている16名では14名89%がFMシステムを使用しているのに比し、小学校入学後に補聴器装用を開始した児童生徒では14名中8名57%と減少し、中学入学後ではいずれもFMシステムの使用に至らなかった。12名のFM

システム未使用の理由として、FMシステムの送信機の装着しがたい耳あな型を使用していた児童生徒が9名いたが、10名は補聴器自体の装用が就学後にずれ込んでしまい、補聴効果が十分でなく、補聴器の常時装用ができていない事も大きな要因と考えられた。

■ FMシステムの活用状況

小学校と中学校に分けて学校におけるFMシステムの活用状況について検討すると、小学校においては17名全員が何らかの機会にFMシステムを利用していた。特に8割の児童では教室内ばかりでなく屋外での朝礼や運動にも活用していた。一方、中学校の5名ではほとんど使用していない生徒が2名、主な教科のみに使用している生徒が2名で、屋外活動まで利用しているのは1名のみであった。ほとんど使用が出来ていない理由として、1名は教師にFM送信機装着を依頼できなかったことで、もう1名はFMシステムを使用すると響いてうるさいとのことで難聴児自身が装用に抵抗を示していることであった。

■ FMシステムの入手方法

徳島県における今回の調査では、補聴器本体は従来通り身障法該当児は公的支給され、非該当児では自費購入していた。一方、FMシステムに関しては、20名（91%）は所属各市町村教育委員会が購入し、貸与していた。自費購入2名は、私立学校在籍児と、旧機種のFM送受信機は教育委員会の貸与であったものの、新規機種のFMシステムへの更新を自費で行ったものであった。このように、先のアンケート調査と異なりほとんどが公費貸与にできた理由として、長年にわたって聴覚障害児の就学に際して医療側から各地域の教育委員会や在籍予定の学校長、担任等に根気強く繰り返しFM補聴援助システムの重要性を説明すると共に、FMシステムの公的貸与を要望してきた結果と考えている。これに関しても全国的に実施出来るシステム作りを目指している。

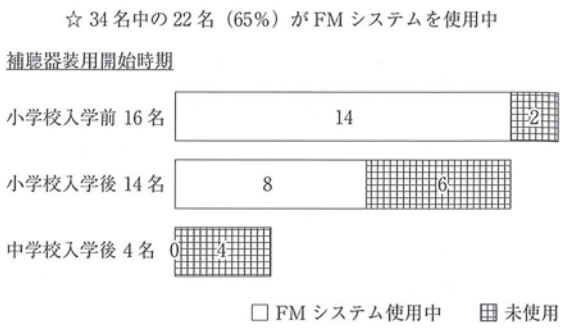


図　FMシステムの使用状況

さまざまな障害を持った子どもが地元の普通学校に通うようになってきている。しかし、聴覚障害児は他の知的障害や発達障害の子どもたちに比べて割合が低く、その対応がハード面でもソフト面でも十分であるとは言い難い状況である。頻度的には少数であっても、近年著しく進歩した補聴器やFM補聴援助システムを用いたり、教育面に関しても十分な時間と配慮を行うことで、将来的にいわゆるタックスペイヤーたる人材に育てていくことができる。教育関係、医療関係をはじめさまざまな分野の人たちがさらなる努力を傾けていかなければならない。　（宇高二良）

参考文献
・平成23年度　耳鼻咽喉科学校保健の動向。日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会発行、pp11-17、2011年8月21日
・宇高二良　他：小中学校のおけるFMシステム使用児の現状と課題、pp241-246、第41回全国学校保健・学校医大会大会誌、群馬県医師会発行（2010年）

3-7 皮膚科

1. 学校保健と皮膚科

(1) 東日本大震災と皮膚科

平成23年3月11日の東日本大震災それに続く福島原子力発電所の事故による未曾有の被害は多くの方々の生命を奪い、生活を崩壊した。それに対し、「日本皮膚科学会東日本大震災対応計画実施計画」を企画、「日本皮膚科学会東日本大震災対策本部」を設置し、会員に呼びかけ、ボランティアとして、被災地へ出向した。主な活動は宮城県沿岸部を中心に、避難所での診療活動をはじめとする医療支援、医薬品の援助、診療機材当の助成、また地域の大学・病院等に対する義援金の交付・寄付活動などが主なものであった。4月20日から6月11日まで8班が診療支援を行った。また、日本皮膚科学会とは別に各大学からもボランティア活動が行われた。たとえば山梨大学では病院長自らがボランティア班の一員に加わり、支援に駆けつけた。現場に位置する東北大学を中心に、人命救済が第一であることを考慮するならば当然のことながら、これらはあくまでも医療方面の救援措置であり、日本皮膚科学会および日本臨床皮膚科医会、日本小児皮膚科学会として、学校の現場への積極的かつ早急な対応は、現在の課題である。

(2) 平成23年度の学校保健における皮膚科

① 皮膚科の専門校医について：文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課管轄「子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」は、平成23年度も予算は縮小されたものの継続されることになった。皮膚科、精神科、整形外科、産婦人科が関与しているが、皮膚科では、専門医（専門相談医）を学校へ派遣する形で事業への参画を進めていく方針である。状況アンケート調査（2010年12月実施）の集計結果では、皮膚科の参画地域は47都道府県中24地域（51%）であり、活動内容は皮膚科専門校医（専門相談医）の学校への派遣12地域、教職員・養護教諭を対象とした研修会・講演会13地域、PTAを対象とした研修会・講演会4地域、電話相談などその他の活動4地域であった。

② 日本学校保健会「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」について：平成22年度運用状況調査結果は、47都道府県中26地域（55%）で、全国の半数以上の地域で多少とも運用されはじめてはいるものの、アトピー性皮膚炎に関して皮膚科領域での活用は、さらに推進していく必要がある。

2. 学校保健関連疾患およびその対応

(1) 学校感染症に対する処置

① 学校感染症に関する統一見解

皮膚に症状が現れる学校感染症に関して、いかに対応していくかは、いまだに常々問題が多い。兼ねてからこれらの疾患に関する各学会の承認を得た統一見解が望まれていたが、平成22年7月に4学会の承認を得て、広く利用されるべく発表された。2010年学校保健の動向に既に記載したが、日本臨床皮膚科医会、日本小児皮膚科学会のホームページで見ることができ、ダウンロードが可能である。

なお、これらの学校感染症第三種その他の感染症に関して、子どもたちがプールに入って良いか悪いかについてもしばしば論議の的になりがちであるため、現在、皮膚科としての指針を作成中である。

② 手足口病

平成23年初夏から毎年のサーベイランスにあるように、手足口病が報告されてきた。しかし、23年の流行の立ち上がりはやや早く5月頃からはじまり、急激に大きな流行となった。原因ウイルスは、通常はエンテロ71、コクサッキーA16などが多いが、今期は水疱内容、咽頭スワブ、糞便などからはコクサッキーA6が多く証明されるが、抗体検査ではA16が上昇する例も多い。

臨床症状は、成人にも罹患者が見られ、高熱、咽頭痛、口腔内アフタが見られる。特に掌蹠の皮疹は顕著で、大きな水疱を形成し、足蹠では疼痛のため

歩行困難になる例もある。こういう病態の例では、当然病状の経過を見て、診てもらった医師に出席許可を相談するが、通常の軽症例では前述の「統一見解」にあるように、すなわち「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い、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。」に従ってよいとされる。

今回の流行は、学童より教師に症状の激烈な例が多く、足底の疼痛のため、勤務・日常生活に支障を呈する例が見られた。

③ *Trichophyton tonsurans*感染症

Trichophyton tonsurans（*T.tonsurans*）感染症は、2001年ごろから、柔道、レスリング、相撲などいわゆる格闘技のスポーツをする生徒に徐々に広がり、現在では蔓延している状態になっているにも関わらず、その指導者・管理者の認識が乏しい。これは皮膚科領域ではもちろん、当の選手たち、その管理者たる学校関係者の間ではひそかに周知のこととなっているという。さらにその選手の家族にも感染したとの報告もあり、問題にせざるを得ない状況になってきた。

1) *T.tonsurans*とは：皮膚に感染する白癬菌の種類で、スウェーデン、ドイツ、北アメリカ、韓国などで頭部白癬の原因菌として知られていたが、元来日本ではほとんど検出されなかった。2001年ごろから特に中学生・高校生・大学生などの若い世代の柔道、レスリング、相撲など組み合って試合をする格闘技選手間の集団発生が報告されるようになってきた。海外へ遠征に行った選手が持ち帰って国内の試合を通じて徐々に蔓延していったと考えられている。すでに全国的に拡大していると推測される。

2) 症状：*T.tonsurans*は、体部白癬の症状を含め、非典型的な症状を呈することがある。通常の白癬菌の感染より体部では弱く、見逃したり、放置して、炎症が強くなってから皮膚科へ行く学生もある。陰股部・腋窩の体部白癬は、多くは環状のタムシを呈するが、必ずしも皮疹を生じず、皮膚表面をこすって培養すると、菌要素が得られる例も少なくない。最も特徴的な症状は、頭部白癬（俗にしらくも）で、急に円形脱毛症になったと言ってくる学生がいる。脱毛部や毛髪が疎な部分に黒色点が見られる例があったり、非常に激烈なケルズス禿瘡という膿汁がでる肉芽を形成する状態にまで進行した例もある。それでも試合に出たり、合宿したりしている事態が問題である。

診断は、皮膚科で、頭部の毛髪、陰股部・腋窩の皮疹部からのKOH鏡検で真菌要素を見出すことがまず最初の、そして重要なポイントである。頭部には症状がなくてもヘア・ブラシ法で培養同定することが必要である。

3) 治療：通常の白癬菌感染症と同様に、軽度の体部白癬には抗真菌薬の外用である。頭部の場合、ケルズス禿瘡のような重症例では内服で抗真菌薬を用いる。特に合宿生活をしている体育会系部員には、症状がなくても、保菌者が多く、予防投与が必要な場合もある。頭部には、抗真菌剤の入ったシャンプー、リンスを勧める。

4) 予防と学校保健における留意点：互いに肌や頭部をすりつけて試合や練習する選手たちに蔓延しているが、この選手たちを管理する指導者に本疾患に対する認識が十分でないことが最大の問題点である。一人でも真菌感染が発覚したら、その一集団全員の検査と治療が必要なのだと指導者への啓蒙活動をまず行うべきなのだろう。生徒は感染が判明すると試合に出られなくなると、隠している場合が少なくない。

i 練習や試合が終わったら、できるだけ早く入浴またはシャワーで、体や頭を洗う。

ii 練習・試合に身に着けていた衣類はよく洗濯する。

iii 体育館の床、マットなどの念入りな清掃が必要。

iv 疑わしい皮疹のある生徒はもちろんその周辺の生徒を皮膚科受診させる。これは監督者の義務と考えてほしい。

v 感染が判明した場合は、試合はもちろん練習もやすませる。

全日本柔道連盟はこの感染症に早期から注目し、2006年に同連盟に登録した10,077柔道クラブに、2007

年1−3月にアンケートを配布し、実態を把握しようとした。有効回答率が11.9%と低率であったことは、現場ではまだ認識が乏しいことと受け止め、対応を検討している。格闘技選手の約10%が頭部保菌者で、そのうち80%が無症候性キャリアとの報告がある（小川祐美：MBDerma,183:59,2011）。また、本感染症は格闘技の選手のみならずその家族、仲間にも感染し得る。現在は移行措置であるが、2012年から武道として柔道、剣道などの格闘技、ダンススポーツが中学生の体育の授業に正式に取り入れられるとのことで、*T.tonsurans*感染症が生徒間に蔓延していくことは時間の問題として、皮膚科領域で警戒せざるを得ない。白癬菌をはじめ真菌に関しては、学校感染症第三種その他の感染症にも明確には記載されておらず、統一された対応すらまだ見えてこない状況であるが、このような全国的蔓延に対し、早急な対応をすべきではないだろうか。

(2) 紫外線対策

皮膚科としての紫外線対策の必要性は繰り返し言われているが、皮膚科領域では本年も学童・生徒の紫外線対策をさらに推進していく方針を出している。この数年来の夏の暑さでは、かつてのように紫外線を浴びて元気に外でということはほとんどなくなっているものの、むしろどのように学童・生徒に指導をすべきかが問題になってきている。

① なぜ紫外線対策が必要か

紫外線は、殺菌消毒や体内でカルシウム代謝に必要なビタミンD産生への関与などがあるとはいえ、浴びすぎるとさまざまな影響を人体に及ぼす。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出来なくなり、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。

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、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、なかなか黒くならず、紫外線に対して抵抗性が低い。日本人の多くはまず赤くなって、数日後に褐色になって行く。

環境省環境保健部環境安全課から紫外線保健指導マニュアル2008年版（日本医師会、日本臨床皮膚科医会で増刷）が刊行された。その中で、紫外線による様々な傷害とその対応が記載されている。

紫外線曝露による急性の反応として、日焼け、紫外線角膜炎、免疫機能の低下、慢性的な曝露では皮膚にはしわ、しみ、良性・悪性の腫瘍、眼には白内障、翼状片などが生じる。

紫外線は、日本では緯度が低いほど強く、1年では4−9月、1日では10−14時が線量が強い。日陰は日向の50%、屋内は屋外の10%以下になる。また、高度1,000mごとに紫外線量は10−12%増しになる。

② 紫外線対策の具体的な指針の作成について

現在、日本臨床皮膚科医会（島田辰彦・案）で、学校生活における紫外線対策に関する統一見解「学校生活における紫外線対策に関する具体的指針」を作成している。子どものころからの適切な紫外線対策を行うにはどのようにすべきかを指導する手段の一つとしたいためである。

1) 屋外活動

i 紫外線量は、朝夕は少なく、日中10時から14時が多くなるため、夏季の屋外活動は出来るだけ朝夕に行い、日中は戸外を避ける。また、日中やむを得ず戸外で活動する際は、水分補給とともに紫外線対策が必要である。

ii 1年の中では4月から9月が紫外線量が多く、皮膚はメラニン産生が多く、かつ皮膚の角層が厚くなって紫外線に対する抵抗力が強くなるため、運動会など、長時間、紫外線を浴びる行事は春よりも秋が好ましい。近年小中学校では運動会、遠足などを春に行うところも増えてきているが、紫外線対策の点からは秋がよい。

iii 日陰は日向の約50%に紫外線が減るため、テントやパラソルなどを用いるとよい。しかし太陽から直接の光線のみならず、散乱線、地面・建築物などの反射光線もあり、計算通りではない。曇りでも晴天の80%以上の紫外線が通過してくるため注意が必要である。

iv　帽子のつばが7センチあれば約60％の紫外線をカットできるため帽子の装着は必要である。衣類は体を覆う部分の多い服のほうが紫外線から肌を守ることができる。色は濃い色のほうが紫外線を吸収する。布地は目の詰んだものが紫外線を透過させないでよいが、熱中症などの暑さ対策に注意を要し、通気性、汗の吸収性にも留意する。

v　サンスクリーン剤を上手に使うことは重要なポイントである。サンスクリーン剤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）で表わされている。SPFはUVBをカットする力、PAはUVA（実際は太陽光をUVA光源に置き換えて照射し、測定した）防御力を見たものである。サンスクリーンにはSPFとPAの組み合わせでいろいろな効果のものが出来ている。紫外線曝露の状況にあわせて選択する。むやみにSPFの多いものでなくても、15以上であれば学校生活における紫外線対策としては十分とされる。ただし、外用量が重要で、たっぷりと均一に塗る必要がある（塗る量は顔ではクリームならパール大、液なら1円玉大を手のひらに取って塗り伸ばし、同じ量で二回塗る。首、胸元、腕や背中なども塗り忘れや塗りむらがないように塗る）。2、3時間ごとに重ね塗りする。

2）プール授業

i　戸外で行い、最も紫外線の影響を受け易い。紫外線の強い時間をなるべく避けることが好ましい。

ii　室内プールの利用、プールの上に天幕を貼るなどで泳ぐ時の紫外線を防げればよいが、日本の現状ではなかなか難しい。しかし、プールサイドにテントを用意すれば、泳がない時の紫外線から肌を守ることができる。

iii　プール外での体操着の着用や、泳ぐ時に欧米のように紫外線防護服（ラッシュガード）を着用するのも紫外線防御に役立つ。

iv　サンスクリーン剤を上手に使うことが重要である。プールの水質汚濁が懸念されていたが、すでにウオータープルーフ・サンスクリーン剤を使用しても汚濁されないことは、繰り返し行って報告されている実験データから証明されている。肌の性質から日焼けを生じやすく、サンスクリーン剤を必要とする児童生徒には使用させる。ほかの生徒と同じようにプール授業をさせられ、翌日には火ぶくれの全身第2度熱傷状態で皮膚科を受診せざるを得ない児童生徒がいることを指導者側は忘れないでほしいものである。塗る時間に関しては、午前の授業であれば通学前に自宅で、午後の授業であれば昼休みに場所を決めて塗るように指導すればよい。

3）サンスクリーン剤

学校生活で用いるのに適したサンスクリーン剤は以下の条件を満たすものが推奨されている。米国FDAがサンスクリーン剤の新ガイドラインを発表し、SPF2～14では皮膚癌、光老化の進行を抑制できないとしてSPF15以上が必要とされた。

i　「SPF15以上」、「PA++ ～ +++」を目安
注）通常の学校生活においては過度に高いSPFを用いる必要はない

ii　「無香料」、「無着色」の表示があるものに制限

iii　プールでは「耐水性」または「ウォータープルーフ」表示のもの

(3) 座瘡について

皮膚科では、子どもたちがおしゃれに気を使い、そのおしゃれに使った物質のために皮膚にトラブルを生じる場合について、注意を喚起する必要を考慮している。学校の場へ行って、講演・研究授業を行い、実際にどのように対処すべきかまでを指導している。特に、思春期にさしかかる生徒にとって座瘡（ニキビ）は、悩みの種で、時には登校拒否、引きこもりの誘因の一つとさえいわれている。日本臨床皮膚科医会では「ニキビ疾患啓発キャンペーン」ポスターの医学監修を行い、全国の学校に配布を予定している。ニキビは皮膚科を受診して治療すれば、きちんと治る疾患であることを理解してもらうためである。かつては硫黄製剤、メンポウ圧出

程度の治療法であったが、現在はアダパレンの外用、抗菌薬の内服・外用などの組み合わせで、治療がされる状況になってきている。

(4) 今後の課題

若い年代を蝕んでいる性感染症に関して、日本性感染症学会が学校保健の立場で取り組んでいるが、皮膚科領域でも、遅まきながら、対応に着手しはじめたところである。HIV感染症は、日本はまだ増加傾向が緩まない状況で、現実的にも未成年者に十分な知識がないまま罹患して、ふとしたきっかけで感染が判明したものの、その時にはすでに周囲に感染を拡大させている例が少なからず生じている。欧米並みに若い年代に性教育をする必要があることは、以前から言われているものの、教育現場では、いまだに避けて通っているのが現状ではなかろうか。現在、皮膚科のいくつかの学会で、全国の学校へ講演・研修会などの希望を募って出向しているが、講演の希望テーマとして、アンケートに最も多く望まれるうちの一つが、性感染症問題である。この需要にこたえるべく、性感染症に関して十分な準備をしていく計画が組まれている。

一方、同じように学校保健の現場で、「学校における救急処置」に関しても、対応に困惑する場面が多いようで、どのような処置をすべきか、標準指針的な処置方法を示してほしいとの希望が多い。この問題に関しても、今後、皮膚科としての方向性を示して行く計画がすすめられている。

(日野治子)

学校保健ポータルサイトからのお知らせ http://www.gakkohoken.jp/

○「学校感染症（第三種その他の感染症）に関する統一見解・皮膚の学校感染症について（児童生徒・保護者向け）」は、学校保健ポータルサイト《トップページ・テーマ別注目記事・皮膚の健康》からも入手できます。

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？　休まなければならないか？

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い、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ことがありますが、これらは再発ではありませんので心配いりません。

3）頭虱（あたまじらみ）：互いに触れ合って遊ぶ機会の多い幼児・小児には最近ではよく発生します。発生した場合はその周囲がみんな一斉に治療を始めることが大切です。頭虱は決して不潔だから感染したのではありません。頭虱だからと差別扱いしてはいけません。 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

3-8　アレルギー科

はじめに

近年、アレルギー疾患は全年齢、全世界的に増加の傾向にある。特に小児においては最近、重症な食物アレルギーが乳幼児から学童まで大きな問題となっている。また、スギ・ヒノキ花粉症の有症率の上昇と低年齢発症が注目されている。アレルギー疾患はぜん息やアナフィラキシーでは生命の危険もあるが、他のアレルギー疾患でも学校生活におけるQOLの障害は多く、そのコントロールはアレルギー児の学習権の保障の意味からみても重要である。

基本的には昨年の記述にこの1年間の最新分、特に「小児アレルギー疾患総合ガイドライン2011」、「災害時の子どものアレルギー疾患対応パンフレット」、「保育園におけるアレルギー対応の手引き2011」、「Japan Eco & Child Study」について補足してまとめた。

1. アレルギー疾患の有症率

日本の学童における経年的調査は西日本11県の小学児童の1982年、1992年、2002年の3回にわたる疫学調査がある[1]。1992年と2002年を比較してみるとぜん息4.6→6.5%、アレルギー性鼻炎15.9→20.5%、アレルギー性結膜炎6.7→9.8%、アトピー性皮膚炎17.3→13.8%であり、ぜん息の1982年は3.2%である。2012年に第4回調査が開始されている。

このようにアレルギー疾患は全体的に増加傾向であり、文部科学省は平成16年、全国小、中、高等学校12,773,554人の児童生徒のアレルギー疾患の実態調査を養護教諭を通じて行った。その結果は**図1**に示すようにぜん息5.7%、アトピー性皮膚炎5.5%、アレルギー性鼻炎9.2%、アレルギー結膜炎3.5%、食物アレルギー2.6%、アナフィラキシー0.14%で、特に予想以上に食物アレルギー、アナフィラキシーの多いことが注目された[2]。

また、食物アレルギーは保育園での問題が大きくなっており、2011年3月に、厚生労働省から「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン2011」が出されたが、その中で0～6歳時の食物アレルギー児の高い有症率が示された（**図2**）[3]。

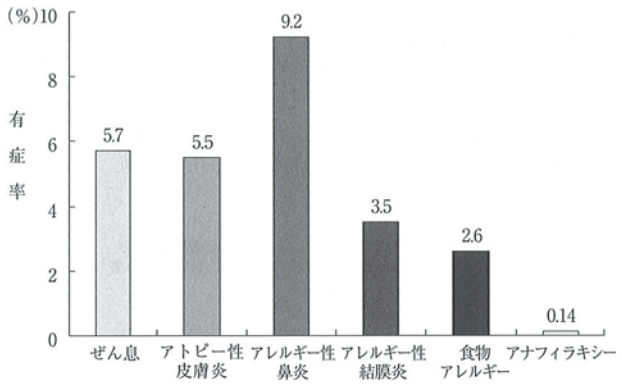


図1　日本全国の児童生徒全体のアレルギー疾患有症率[2]

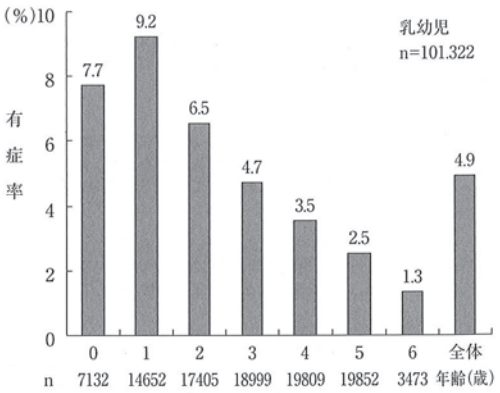


図2　乳幼児の食物アレルギーの年齢別有症率
（日本保育園保健協議会調査）[3]

2. 学校におけるアレルギー疾患児の対応

学童におけるアレルギー疾患の高有症率とQOLの障害を受け、文部科学省では「アレルギー疾患に関する調査研究委員会（委員長：衛藤 隆 東京大学大学院教授）を設置し、関係医学会、患者団体、学校関係者を中心に集中的に議論を重ねて平成20年3月、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」を作成した。そして日

本学校保健会を通して全国小・中・高等学校に各3冊ずつ配布し、本格的にアレルギー疾患を有する児童生徒に対する学校での取組を推進していくことにした[4]。なお、先に述べたように保育園に対しては2011年3月にガイドラインが作成され日本保育園保健協議会を通して発刊された（http://www.nhhk.net/）[3]。

3. 学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン

このガイドラインは今までにない画期的な特徴を有している。それは、

①児童生徒におけるアレルギー疾患の高い有症率が教育側からの全国集計で出たこと

②調査の分析には文部科学省側にアレルギーの専門医が濃厚に関わったこと

③調査だけに終らず結果分析後、学校におけるアレルギー疾患への取り組み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り組み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3者の共通理解のツールとなる「学校生活管理指導表」を作成したということである[5]。

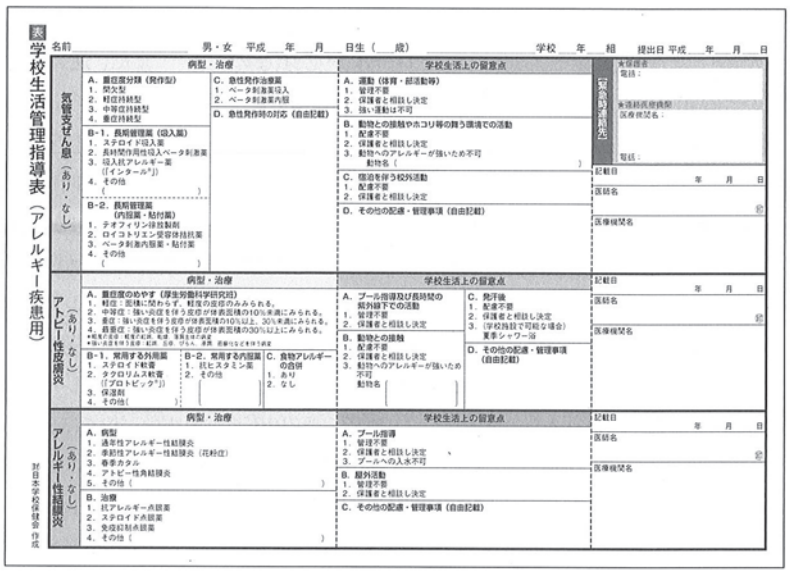


表1

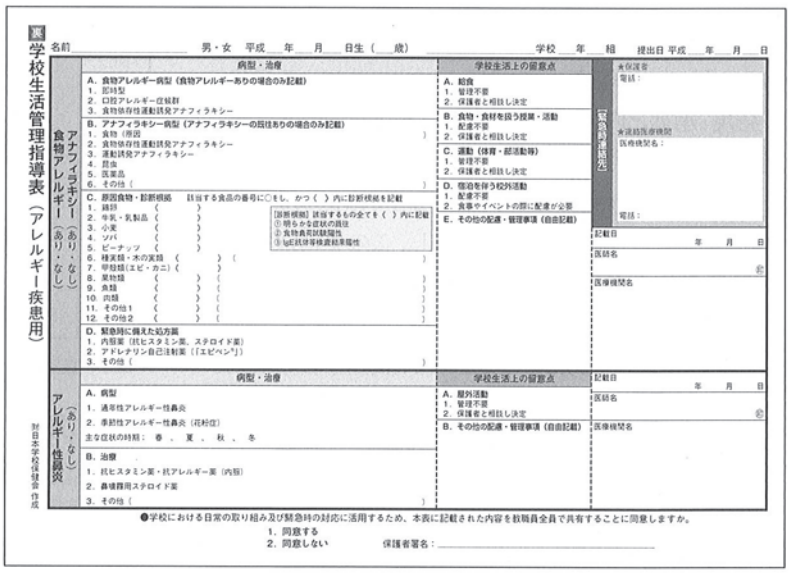


表2

該当学童のアレルギー疾患の状態と管理における共通理解のため、表裏1枚を使い、学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）が作られた（**表1,2**）。これは、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。

現在、各地で講習会が開かれており、確実に全国に浸透してきた。よくある疑問・質問28問についてもホームページ上のQ&Aで具体的に説明が加えられている。

(1) 気管支ぜん息

気管支ぜん息では現在、薬物療法はアレルギー性慢性炎症を抑えるための長期管理薬が主となっている。したがって、2011年発刊の日本小児アレルギー学会編の「小児アレルギー疾患総合ガイドライン2011（JPAGL2011）[6]の最新治療にのっと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、特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報告もある。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]。そこで学校では発症悪化因子の1つの、特に汗に対する注意を促すように記入項目が作られている。

(3) アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎

この疾患は生命にかかわることはないものの、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。そのための学力の低下の研究報告もある。したがって、使用するの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学童の場合は、薬剤による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り、保育園ではさらに深刻である。

文部科学省の調査では、食物アレルギーは小学生：2.8%、中学生：2.6%、高校生：1.9%、アナフィラキシーは小学生：0.15%、中学生：0.15%、高校生：0.11%と高年齢にな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過剰診断が多くなる傾向がある。

また、逆に食物依存性運動誘発アナフィラキシーは医師ですら、その存在を知らないことがあるため、十分に把握されていないと思われる。我々の福岡病院の経験でも19例中16人が男で、男の学童が多く、学校の昼食後に3/4が発症している。原因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**）。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言えない。

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

	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[6]

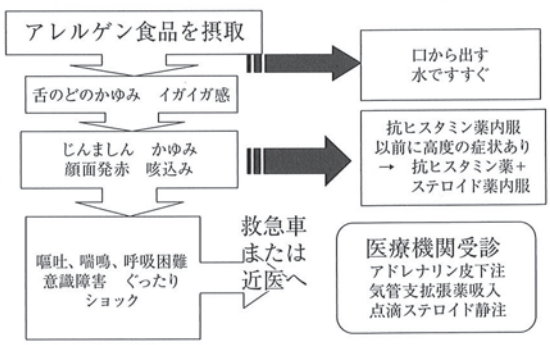


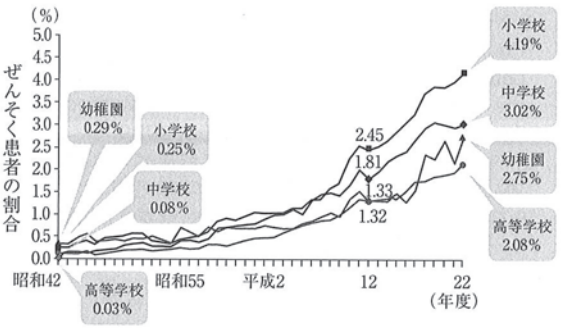
図3　即時型食物アレルギーの対応
（NHO福岡病院）

1選薬剤である（図3）。この薬剤は自己注射薬としてエピペン®という商品名で入手可能となっている。本薬剤は学童が所持していれば、教職員、救急救命士が注射しても人命救助の観点からやむを得ず行った行為とみなされ医師法違反とならないと明確に整理された。現在、各地で使用法の講習も行なわれている。

処方例をみると、1回0.15mLが注射されるものの処方対象は食物関係がほとんどであり、1回0.3mLはハチアレルギーに対する処方が2／3と多い。

4. いわゆる“エコチル”について

最近、小児の疾患ではダウン症などの先天異常や発達障害などが増加しており、アレルギー疾患もその例外ではない。ぜん息での学校関係からの報告を見てもそれは顕著である（図4）。その原因・誘因を探るため本年（2011年）から環境省主管で国立環境研究所がコアセンターとなってJapan Eco & Child Study、いわゆる“エコチル”がスタートした。10万組の母子を13年間追跡し、病歴、臍帯血、毛髪等の検体、化学物質等の環境資料を集積し、疾患との関係をみる本邦初の大規模コホート調査であり、成果が待たれる。それにより子どもを取りまく環境への有効な介入が可能になってくるかもしれない（http://www.env.go.jp/chemi/ceh/outline/index.html）。



〈ぜんそく患者の割合-学校保健統計調査結果〉

図4 学校種別 ぜん息患者の割合

文部科学省／学校保健統計調査結果速報より抜粋

5. 東日本大震災におけるアレルギー疾患児への対応

ぜんそくのこどもたちへの
配慮のお願い（行政の方々へ）

ぜんそくの患者さん（こどももおとなも）が発作を起こさないようにするためには、1）アレルゲン（ダニなどアレルギー原因の物質）やがれきなどからでる粉塵を吸い込むことを避けること、2）発作を予防する長期管理薬をきちんと使用することが重要です。強い発作は生命に関わりますので、救急の対応をお願いします。

■毛布や布団のほこりにはぜんそくの原因となるチリダニが含まれていますので、これを避けるよう、ほこりを立てない、可能ならば快晴の日に外で干す、なるべく新しいものを支給する、などの配慮をお願いします。支援物資の中に、ダニ防止シーツなどがあるかもしれませんが、ぜんそくの方に優先的に配布をお願いします。

■がれきを撤去する際に発生する粉塵や、不要になったものを焼却する際に発生する煙などで発作が誘発される可能性がありますので、復旧活動にあたっては粉塵や煙への対策をお願いします。

■治療の基本は、長期管理薬といわれる吸入ステロイドやロイコトリエン拮抗薬などを毎日きちんと服用することです。避難所の環境のために、通常より多くの量や種類の薬が必要なこともありますが、一時的にはやむを得ません。発作を起こさないように十分コントロールすることがたいせつです。必要な薬が入手できるようにご配慮をお願いします。

■ぜんそく発作が起こった時は、気管支拡張薬と言われる薬をすぐに吸入または内服します。これも患者様が手元に置いておけるようにお願いします。顔色が悪い、唇が紫色、仰向けに横になることができず、座り込んで苦しそうにしている、などの様子があれば、生命に関わる重症発作ですから、救急受診のご手配をお願いします。

■ぜんそく予防の吸入ステロイドや発作治療薬の気管支拡張薬を、電動のネブライザーという器械をつかって吸入しなければならないことがあります。避難所の電源は貴重ですが、ぜんそく児にとっては命に関わることですので、吸入時（定期的に1日1～2回、発作時には随時）の優先的電源使用にご理解をお願いします。

こどものアレルギーに関するご相談 受付中（相談無料）
① メール相談：sup_jasp@gifu-u.ac.jp（随時）
② 電話相談窓口：090-7031-9581（平日 午前11時～午後2時）

日本小児アレルギー学会
ホームページ：http://www.iscb.net/JSPACI/

表4 ぜんそくのこどもたちへの配慮のお願い（行政の方々へ）

2011年3月11日に発生した大震災時はまさにあらゆる面で想定外のことが噴出した。この際の小児災害救急については市川の総説[7]が詳しいが、日本小児アレルギー学会では、関係NPO団体と共同で、ライフラインがまだ完全に復旧していないような場所や慣れない場所に疎開しているアレルギー児と保護者用、および行政用にパンフレット（災害時のこどものアレルギー疾患対応マニュアル（http://www.iscb.net/ JSPACI /）を作成している[8]。その中の1例として「ぜんそくのこどもたちへの配慮のお願い（行政の方々へ）」を示す（表4）。

まとめ

いずれかのアレルギー疾患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（アレルギー疾患用）が医療関係者、学校関係者、学童・保護者の3者の共通ツールとして有効に活用していくことが期待される。

（西間三馨）

参考文献

1) Nishima S., et al.: Surveys on the Prevalence of Pediatric Bronchial Asthma in Japan: A Comparison between the 1982, 1992, 2002 Surveys Conducted in the Same Region Using the Same Methodology, Allergology International, 58: 37-53, 2009.
2) アレルギー疾患に関する調査研究報告書：アレルギー疾患に関する調査研究委員会，文部科学省，平成19年3月.
3) 日本保育園保健協議会アレルギー対策委員会：保育園におけるアレルギー対応の手引き2011，日本保育園保健協議会，2011.
4) (財)日本学校保健会：学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン，文部科学省スポーツ・青年局学校保健課監修，平成20年3月.
5) 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.
6) 日本小児アレルギー学会：小児アレルギー総合ガイドライン2011（西間三馨，真弓光文，近藤直実 監修），協和企画，東京，2011.
7) 市川 光太郎：総説 小児災害救急医療の現状と課題ー東日本大震災支援医療を経験してー，日児誌，115:1285-1293，2011.
8) 日本小児アレルギー学会：災害時のこどものアレルギー疾患対応パンフレット2011.

学校保健ポータルサイトからのお知らせ http://www.gakkohoken.jp/



○アレルギー疾患関連ページ

常設しているアレルギー疾患に関するページ、コンテンツは次の通りです。

- ◆「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」掲載ページ（左図）
- ◆学校のアレルギー疾患に対する取り組みQ＆A
- ◆学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）
- ◆アレルギー疾患文部科学省関連資料

このほかにもイベントカレンダーや電子図書館などのページ・コンテンツで随時情報を掲載中

3−9 整形外科

はじめに

運動器とは身体運動に関わる骨、筋肉、関節、靱帯、神経などの総称で、それぞれが連携して身体の運動に働く。これらの運動器に生じた病気やけがを運動器疾患や運動器障害と呼び、脊柱の変形（側弯症）や腰痛、骨折、捻挫、スポーツ傷害などが含まれる。これらによって運動器官の機能が一つでも低下すれば、個としての運動機能は損なわれることになる。

小児の心身はともに発育・発達の途上にあって、決して大人のミニチュアではない。骨、筋肉、関節、靱帯などの運動器が未成熟なこの時期において、過度なスポーツ活動や無理な動作はかえって成長や発達を障害する危険性がある。そして、運動器疾患・障害が生じれば小児期の日常生活や運動・スポーツに影響を与えるのみならず、進行して青・壮年期の日常生活や就労をも障害し、さらには老年期のロコモティブシンドロームや運動器不安定症を招来する危険性をもはらんでいる。

近年、社会構造の急速な変化は日本に世界で類をみない少子超高齢社会をもたらしている。平成23年8月時点で総人口1億2,792万人のうち65歳以上の老年人口が2,962万人（23.2%）を占める一方、年少人口が1,692万人（13.2%）となった。このままで推移すると50年後には年少人口や生産人口が半減する社会になると予想されている。したがって、日本の将来を担う次世代の運動器を含めた健康管理に大人は無関心でいるべきではなく、その実態把握と課題解決のための方策を考える必要がある。本稿では児童生徒の運動器に関わる統計調査報告や平成17年度から行われている「運動器の10年」日本委員会「学校における運動器検診体制の整備・モデル事業」の結果などから、児童生徒の運動器疾患の実態と課題について述べる。

1. 児童生徒の体格と体力・運動能力

文部科学省による平成22年度学校保健統計調査[1]によれば、身長は男女ともに昭和23年以降増加傾向にあったものの、平成9年度から平成13年度あたりでピークを迎え、その後横ばい傾向となっているという。しかし、平成22年度の身長を親の世代（30年前の昭和55年の数値）と比較すると男女とも0.4〜2.8cm高くなっており、最も差のある年齢は男子では13歳で2.8cm高くなり、女子では10歳および11歳で1.9cm高くなっている。

一方、体重は昭和23年以降増加傾向にあったものの、平成10年度から平成15年度あたりでピークを迎え、その後減少傾向となっているという。しかし、平成22年度の体重を親の世代と比較すると男女とも0.2〜2.7kg重くなっており、最も差のある年齢は男子では12歳で2.7kg重くなり、女子では11歳で1.7kg重くなっている[1]。

これに対して運動能力は、同省の平成21年度体力・運動能力調査[2]によれば、平成10年〜21年の推移をみると、基礎的運動能力である、走、跳、投にかかる持

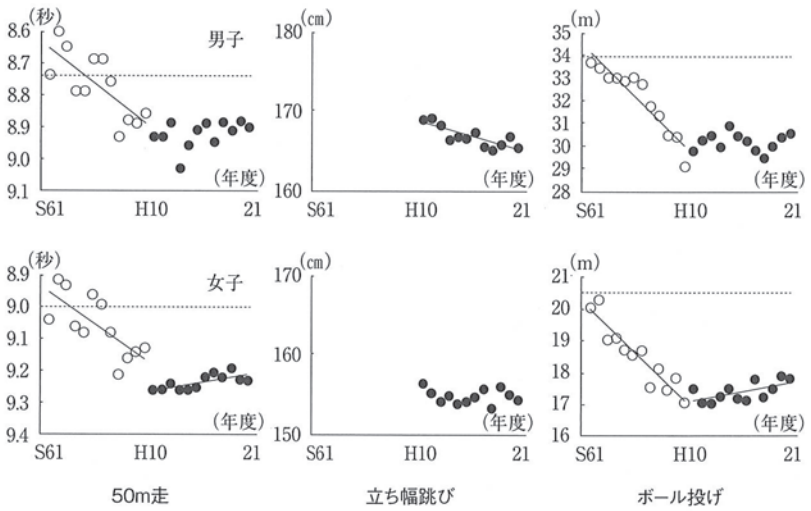


図1-1 昭和61〜平成21年度の走・跳・投の推移（小学生11歳）
（各グラフの点線は昭和60年の値を示す基準線）

久走、50m走、立ち幅跳び、ソフトボール投げ、ハンドボール投げでは小学生男子を除く全ての項目で横ばいまたは向上の傾向が見られるという。しかし、昭和60年と比較すると、中学生男子の50m走、ハンドボール投げを除き、依然低い基準であることが指摘されている（図1-1、1-2、1-3）。

さらに、運動・スポーツ実施頻度別による運動能力を比較すると、週3日以上ほとんど運動・スポーツをしている群が最も高い運動能力を示す一方で、このほとんど運動スポーツをしている群とそれ以外の群の運動能力の差は年齢が上がるにつれ拡大する傾向があることも示されている（図2-1、2-2、2-3）。

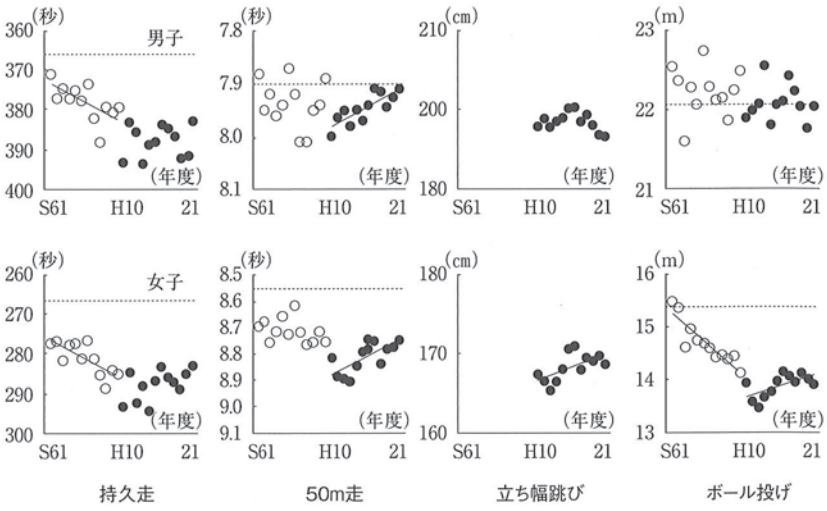


図1-2　昭和60～平成21年度の走・跳・投の推移（中学生13歳）
（各グラフの点線は昭和60年の値を示す基準線）

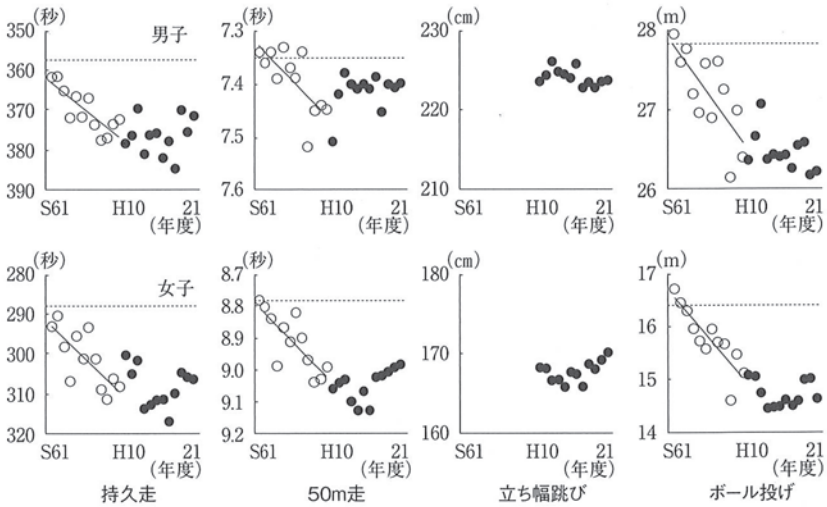


図1-3　昭和60～平成21年度の走・跳・投の推移（高校生16歳）
（各グラフの点線は昭和60年の値を示す基準線）

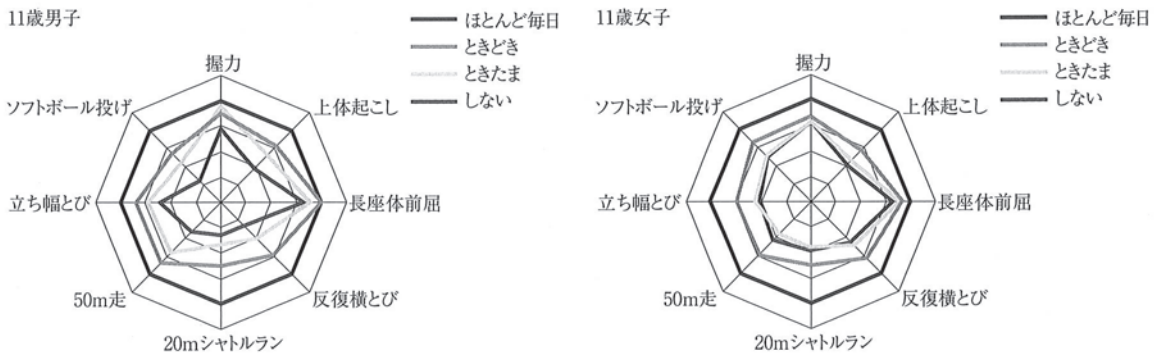


図2-1　運動スポーツの実施頻度と運動能力（小学生11歳）

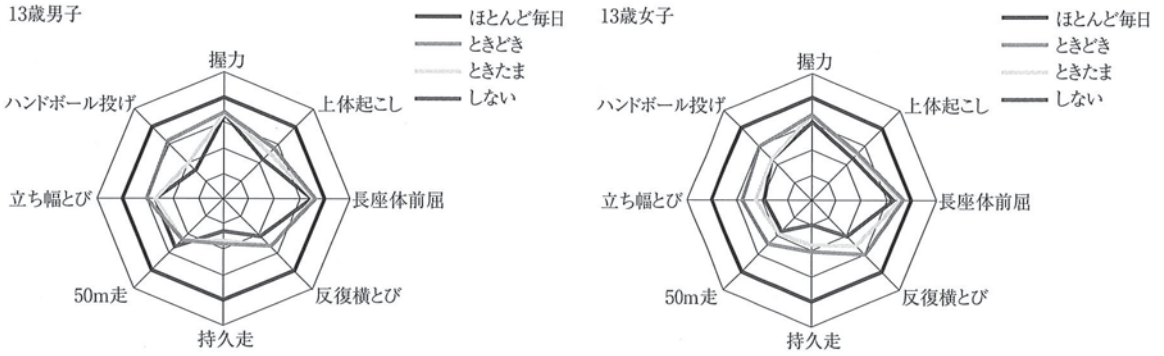


図2-2　運動スポーツの実施頻度と運動能力（中学生13歳）

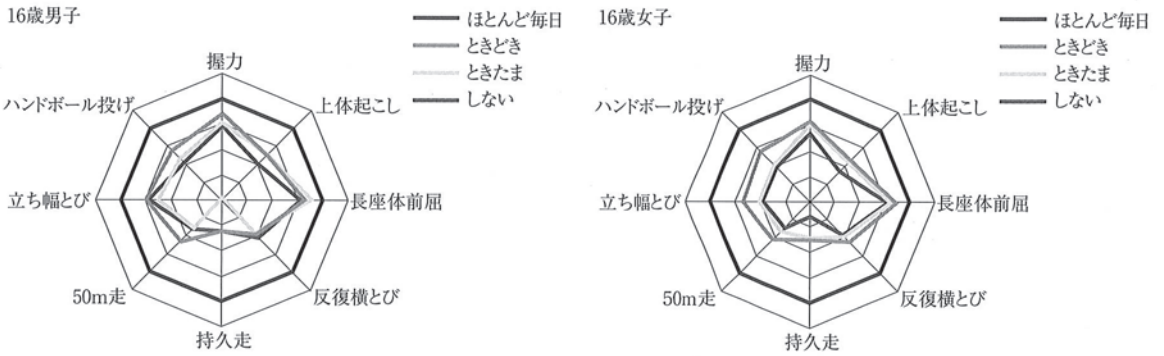


図2-3　運動スポーツの実施頻度と運動能力（高校生16歳）

2. 運動器疾患の実態

児童生徒の運動器疾患の罹患状況を明らかにする目的で「運動器の10年」日本委員会「学校における運動器検診体制の整備・モデル事業」として行われた島根、宮崎、熊本、大分各グループ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。

島根グループでは平成17～19年度の3カ年に亘る整形外科医が直接検診を行った運動器検診結果から、運動器疾患の罹患率が6～7%と推定され、学年とともに罹患率が高くなることが判明した。平成22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島根県下の協力校99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63校、2,498人、中学校28校、2,713人、高等学校8校、919人、計6,130人であった。総児童生徒のうち、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330人であり、全体の5.3%であった。小学生では

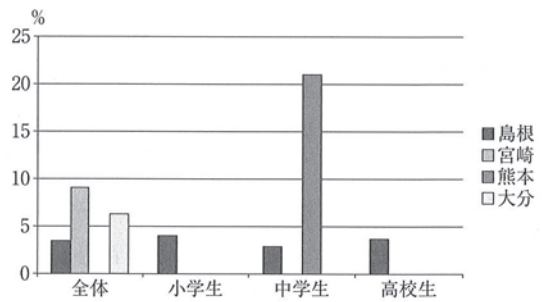


図3　運動器疾患推定罹患率

171人（6.9%）、中学生では100人（3.6%）、高校生では59人（6.4%）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168人（2.7%）であり、小学生では93人（3.7%）、中学生では58人（2.1%）、高校生では19人（2.1%）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108人（1.8%）で、小学生では53人（2.1%）、中学生では44人（1.6%）、高校生では11人（1.2%）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3.5%、小学生では4.0%、中学生では2.9%、高校生では3.7%であった（**図3**）。疾患は脊柱側弯症が56%、オスグッド病が9%、足疾患6%、膝内障、漏斗胸が各々4%であった。

これに対して、宮崎グループの小学校19校および中学校16校の4,450人を対象とした学校医と整形外科医による運動器検診[4]では、問診票で異常のあったのは522名（14.2%）であり、二次検診による運動器推定罹患率は9.1%であった（**図3**）。運動器疾患の種類は側弯症95人、オスグッド病18人、腰痛・分離症9人、足関節障害6人などが報告されている。さらに、熊本グループの八代市内全中学2年生（1,236人）を対象にした問診および整形外科専門医による検診では、二次検診異常者は227人（21%）であった[5]（**図3**）。疾患としては、膝関節疾患が99人、腰部疾患が93人、足足関節疾患34人、肘関節疾患が15人であった。加えて、大分グループが県内の小学生836人、中学生829人を対象に行った検診結果[6]では、すでに治療中の者も合わせて106人（6.3%）が運動器疾患に罹患していた（**図3**）。その内訳は側弯症13人、股関節障害4人、膝関節障害2人などであった。

3. 運動器機能不全の実態

「運動器の10年」日本委員会の島根グループが児童生徒総数6,093人を対象として行った保健調査[3]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25%を占め、“足の裏を着けて完全にしゃがめない”子が10%存在した。小学生ではそれぞれ、23%、8%、中学生では26%、10%であり、高校生では29%、14%であった。

一方、同委員会京都グループは小学校2校（289名、80名）・中学校1校（252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[7]。その結果、小学生では「腕が完全に上がらない」子が0～20.4%、「体前屈で指先が床に届かない」子が16.3～18.7%、「しゃがみ込みができない」子が14.5～16.3%みられたと報告している。中学生では各々20.4%、18.7%、11.9%であったという。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、和式の生活に対応できていない側面も指摘している[7]。

4. 考察

以上から、小児の体躯は昭和55年と比較してともに良くなっている一方で、運動習慣が運動能力に大きく影響を与え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が判明した。このような実態は運動・スポーツのし過ぎによって児童生徒の運動器疾患や障害を発症させる危険性を示す一方で、運動・スポーツの不足によって運動器の機能低下を生じ、これによる運動器障害を招来する可能性をも示すものと考える。これに対して、学校における運動器検診の結果からは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22年度学校保健統計調査[1]における他の疾患と比較すると、齲歯、視力低下、鼻・副鼻腔疾患に次いで比較的高いものであって、児童生徒数で換算すると、全国では約170万人に何らかの運動器疾患が生じていることになり、看過できない発生率であるといえる。また、罹患疾患は側弯症だけでなく、運動・スポーツに伴う運動器疾患や障害が多かった。このような種類の特徴は前述の小児期の運動習慣や運動能力の二極化が影響を与えているかも知れない。すなわち、運動頻度や強度が運動器疾患や障害を招来している可能性がある。

一方、運動器疾患・障害だけでなく、「からだの固い」、いわゆる運動器機能不全が児童生徒に多いことも明らかになった。京都グループでは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関わらずみられたと述べている[7]。また、「からだが固い」状態は運動器疾患・障害とは言い難いものの、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って、全身の基礎的トレーニング、特に日々のストレッチングや段階的な筋力トレーニングの必要性を強調している[7]。このことは、小児期において運動器疾患や障害を発見するだけでなく小児の運動機能を健全な状態に導く必要性を示すものと考える。

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・障害や身体のかたさの実態は明らかではなかった。この統計調査と運動器検診結果との乖離の原因は学校保健統計調査の元データとなる定期健康診断では側弯症以外の運動器疾患をスクリーニングすることは時間的制約があることや学校医の多くが内科医や小児科医であって運動器の診察に対して不慣れであることなどによって十分行われていない背景がある。

学校健診の法的根拠は昭和33年に制定された学校保健法であるが、健診項目として脊柱・胸郭については挙げられているものの、骨関節/四肢の異常の規定はなされていない。平成6年になって、文部省体育局長通知という形で補足事項として、骨・関節の異常及び四肢の状態にも注意することとされた。しかし、ここにおいてもなお、法的強制力はなく、また、具体的基準が不明という問題点は残されたままであった。このことも運動器検診がこれまで十分に行われていなかった原因の一つを考えられる。

平成20年に発表された中央教育審議会いわゆる中教審の答申には、「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。」との認識が示されており、国としての次世代の運動器疾患・障害への関心の高まりを示している。そして、平成21年からは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。ここでは組織的な保健指導の充実や地域の医療関係機関等との連携が謳われている。法的な重みづけは増してはいるものの、それに対する体制や手順が整備されているとはいえない中、現場は困惑している可能性がある。これに対して、財団法人日本学校保健会は文部科学省と協力して「学校の運動器疾患・障害に対する取り組みの手引き」を作成した。[8、9] これらは児童生徒の運動器疾患・障害について平易に纏められており、運動器や運動器疾患・障害を理解する上で役立つといえる。また、DVD版では運動器検診の実際やその後の処置手順も動画によって分かりやすく述べられており、学校での運動器にかかる啓発活動や検診に有用であると考える。

おわりに

小児の運動器疾患・障害や運動器機能不全は比較的多く、看過できないものである。その早期発見・早期治療に向けての取組は学校・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中で徐々にではあるが着実に進みつつある。今後、その連携がますます充実したものとなり、次世代のための運動器疾患・障害の早期発見・予防の体制が確立されることを切望する。 **(内尾祐司)**

参考文献
1) 文部科学省. 学校保健統計調査-平成22年度結果の概要 http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/kekka/k_detail/1303380.htm
2) 文部科学省. 平成21年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査結果について http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/22/10/1298221.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22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（第6報）.「運動器の10年」日本委員会編、86-144, 2011.
4) 帖佐悦男ほか. 学校における運動器検診体制の整備モデル事業. 平成22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（第6報）.「運動器の10年」日本委員会編、166-190, 2011.
5) 水田博志ほか. 学校における運動器検診体制の整備モデル事業. 平成22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（第6報）.「運動器の10年」日本委員会編、228-253, 2011.
6) 津村　弘ほか. 学校における運動器検診体制の整備モデル事業. 平成22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（第6報）.「運動器の10年」日本委員会編、254-270, 2011.
7) 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22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（第6報）.「運動器の10年」日本委員会編、40-73, 2011.
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.
9) 日本学校保健会.「運動器の10年」日本委員会監修、DVD版学校の運動器疾患・障害に対する取り組みの手引き.2010.

3−10　歯科・口腔外科

1.「『生きる力』をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり」の改訂

平成23年度の学校歯科関連の動向の中で、ぜひとも知っておいていただきたいのは、平成23年3月に文部科学省が歯科保健参考資料「『生きる力』をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり」を改訂したことである。

今回の改訂は、子どもたちを取り巻く教育的環境要因の変化を受けたものである。すなわち、平成17年の食育基本法に基づく教育課程への「食育」の位置づけ、平成20年の中央教育審議会答申にある「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」、さらに平成21年の学校保健法の学校保健安全法への改正が大きな要因としてあげられる。このことを踏まえ、以下のような基本方針で作成されたのが特徴である。

(1) 学校保健安全法への改正および学習指導要領の改訂を踏まえた内容
(2) 近年の咀嚼などの口腔機能の未発達や口腔の疾病の増加、食育の重要性を踏まえ、子どもたちの歯科保健の課題に即した内容
(3) 引き続きヘルスプロモーションの考え方を活かし、学習を通し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すること
(4) 幼稚園、小学校、中学校、中等教育学校、高等学校および特別支援学校の教職員のための資料とし、発達の段階や障害等に応じた指導や管理ができるような内容とすること

この中で内容的な特記すべき点をいくつか挙げると、

＊　疾病リスクに対して集団的教育で対応する一般的なポピュレーションアプローチと、疾病リスクの高い群（個々）に対して健康相談や個別指導を含めた指導で対応するハイリスクアプローチに分け、より状況に応じたきめ細かい対応を示していること（**図1**）。

＊　中教審答申や学校保健安全法を受けて教職員の連携を密にし、また、地域の医療機関等とも連携して子どもたちを支援していく体制づくりを強化したこと。

＊　食育基本法を受けて学校給食法にも食育の推進が謳われたが、「食べ物」と「食べ方」を両輪として、食べる機能が育まれるように支援していくこと。一般的な支援として、食環境への支援、形態の発育と機能の発達への支援、生活習慣・生活リズムへの支援、五感（味覚・嗅覚・視覚・聴覚・触覚）を活かした感性の支援を挙げている。

＊　口腔機能に関しては、平成21年の厚生労働省の「歯科保健と食育の在り方に関する検討会」の報告書の「ひとくち30回噛もう」という「カミング30（サンマル）」を紹介し、学校歯科保健活動が従来から行われているむし歯や歯周病を予防し、疾病の早期発見による治療勧告を行うことにとどまらず、保健教育を通して子どもの豊かで健全な歯・口の働きの発達を支援するという視点から歯・口の健康づくりを考える必要があることを述べている。

また、具体的な内容について保健管理の面から大切

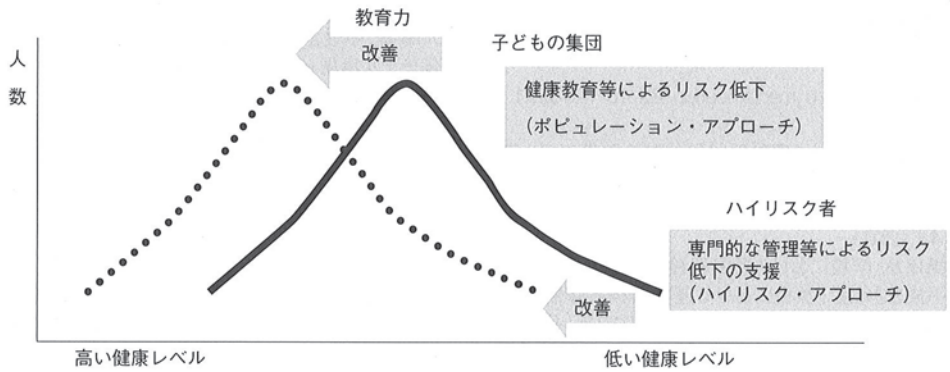


図1　健康レベルと疾病リスク

習　癖	内　　容
口呼吸 口唇閉鎖不全	口をぽかんと開けて口で呼吸している。意識して口を閉じて鼻で呼吸するように指導するが，花粉症やアレルギーなど鼻の病気がないかチェックが必要である。
舌突出癖	唾液や食べ物を飲み込む時に舌を前方に突出させる。舌で押されることで，前歯が開いて上下に隙間が生じやすい（開咬）。口唇閉鎖を促すとともに，開咬が顕著な場合は学校歯科医に相談する。
指しゃぶり （吸指癖）	特定の指を口に入れている。指にタコができていることが多い。歯並びや顎関に影響する可能性がある。精神的な問題が関連することもあるので，健康相談が必要な場合もある。
爪咬み	爪を歯で噛んでいる。爪が短くなっていることが多い。精神的な問題が関連することもあるので，健康相談が必要な場合もある。
ほお杖	特定の側，あるいは両側の肘を机に乗せ，手で顎につえをつく。歯並びに悪影響を及ぼすので，姿勢を正すように指導する。
片噛み （偏咀嚼）	食べるときに特定の側の顎ばかり使って咀嚼している。顔の形に影響を及ぼすこともある。使わない側の歯や歯並びに問題があることが多い。学校歯科医に相談する。
歯ぎしり くいしばり	本人には自覚されていないことが多い。就寝時に行っている場合は，家族からの相談でわかることもある。顎関節の症状やほおや首の筋肉痛を訴えることもある。ストレスや精神的な問題が関連することもあるので，健康相談が必要な場合がある。症状がある場合は学校歯科医に相談する。

表1　注意が必要な習癖

歯・口の健康診断　→　①自分の歯・口の健康状態を把握する　→　②健康診断で見つかった課題を健康教育、健康管理に生かす　→　③自律的な健康づくりを目指す　→　④卒業後も自己管理と定期的な専門的管理を自発的に行えるようになる

表2　歯・口の健康診断のねらい

なことは、規則正しい食生活や生活習慣が基本であり、食事・間食の指導のポイントとして(1) 間食を上手にとること、(2) 食事をバランスよく規則正しくとること、(3) よく噛んで味わって食べること、をあげている。

生活習慣や習癖についても、ほお杖や爪噛みなど、教職員の指導によって自己改善できるものもあるが、自己改善が難しい歯軋りや指しゃぶりなどについては、子供の発達段階を踏まえて対応を考えていく必要があるので学校歯科医と相談しながら進めていく。(**表1**)

学校での歯みがきのポイントは、問題解決の過程である。子どもが口の中を鏡でじっくり観察することにより、自分の歯並びや歯の形に合わせて歯ブラシの当て方、動かし方を考えながら歯垢を落とす。子ども自身が問題に気付き解決することにより上手な歯みがきの方法が身に付く。(**図2**)

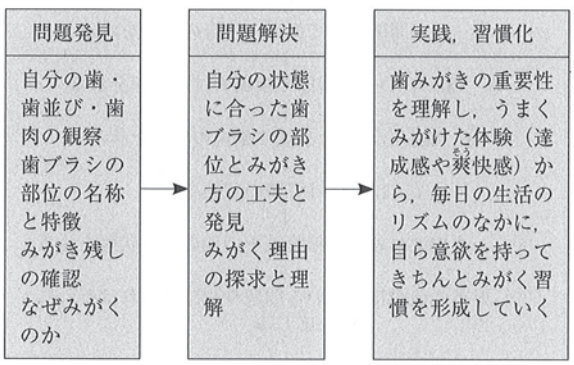


図2　歯みがき指導の展開例

歯・口の健康診断のねらいは、卒業後も自己管理と定期的な専門管理を自発的に行えるようになる子どもの育成である。(**表2**)

健康診断において重要となるのが保健調査票の活用である。これを上手に活用することによって、効果的な事後措置につなげることができる。(**図3**)

健康診断を円滑に実施し、健康状態をより的確にかつ総合的に評価するためには、事前に子ども一人一人の歯・口腔の状態を把握しておくことが望ましい。そのために健康診断前に学級担任等が保健調査を実施し、事前に調査結果を把握することや、日常の健康観察の結果や前年度までの健康診断等の記録を十分活用できるようにすることが必要である。

保健調査票を作成するにあたり、次のような点に配慮する。

① 国や県のモデルを参考に学校歯科医等の指導助言を得て作成する。

② 地域や学校の実態に即した内容を取り入れる

このカードに記入し健康診断の時に持ってきてください。

保健調査票（歯科用）

＿＿年＿＿組　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

歯、歯肉、歯並び、かみ合わせ、顎関節、歯垢の状態などを検査します。あてはまる方に○をつけてください。

Ⅰ　自分の歯、歯肉、顎のチェック項目

1. 口を開け閉めした時に、音がすることがありますか。　（　はい　・　いいえ　）
2. 口が開きにくかったり、開く時に痛みを感じることがありますか。
   （　はい　・　いいえ　）
3. 歯並びが気になりますか。　（　はい　・　いいえ　）
4. 歯肉から血が出ますか。　（　はい　・　いいえ　）
5. 歯が痛んだり、しみたりしますか。　（　はい　・　いいえ　）
6. 食べ物が飲み込みにくいことがありますか。　（　はい　・　いいえ　）
7. 口の臭いが気になりますか。　（　はい　・　いいえ　）
8. COを知っていますか。　（　はい　・　いいえ　）
9. GOを知っていますか。　（　はい　・　いいえ　）

【学校歯科医さんに相談したいこと】

Ⅱ　健康診断の結果はどうでしたか

1. むし歯（C）は　　あった（　　本）　・　なかった
2. COは　　あった（　　本）　・　なかった
3. GOやGは　　あった　・　なかった

【今後、歯の健康を守り維持していくためにどんなことに気をつけますか】

図3　保健調査票（例）

等しても良い。

③　内容、項目は厳選し、必要最小限とする。

④　集計や整理が容易で客観的分析が可能なものにする。

⑤　個人のプライバシー保護に十分配慮し身上調査にならないようにする。

保健調査では、歯・口に関する現状だけでなく、学校として抱える課題（知識・行動・生活習慣）についての質問を厳選して入れても良い。例えばむし歯や歯肉炎が多い学校では、「1日何回間食をとりますか?」「おやつの時間は決まっていますか?」「食事中にテレビを見ますか?」「一日何回歯を磨きますか?」などの生活習慣や行動についての質問を入れたり、「COを知っていますか?」「GOを知っていますか?」といった知識に関する質問を入れると、事後の評価と保健指導に役立てることができる。

子どものライフスタイル等の情報は正しい生活習慣形成のための保健指導や個別指導に役立つ。

CO・GOは学校での指導が大切である。その事後措置としての指導例も非常に役立つ。（**表3、表4**）

実際に学校歯科医が行う歯・口の健康診断の流れは**図4**に示す。

① 保健調査票で本人の状態や問題点を確認する
↓
② 口を閉じて姿勢を正した状態で，姿勢・顔面・口の状態を外部から診る
↓
③ 口を開閉させて顎関節の状態を診る
↓
④ 口を開閉させて歯列・咬合の状態を診る
↓
⑤ 噛み合わせた状態で歯垢の付着状態を診る
↓
⑥ 噛み合わせた状態で歯肉の状態を診る
↓
⑦ 口を開けて歯の状態を診る
↓
⑧ 一連の流れの中で粘膜等その他の口の状態を診る
↓
⑨ 児童生徒が抱えている問題や相談があればそれに応じる

図4　学校歯科医が行う歯・口の健康診断の流れ（例）

保健調査票の集計結果や健康診断結果の集計分析は子ども個々の状態はもちろん、集団（学級、学年、学校）を客観的に評価し、適切な事後措置に結びつけるのに重要である。主な指標を次に示す。（**表5**）

COのある者への指導のポイント（例）
　まず本人にそれを認識させることから指導がはじまる。指導の内容としてはむし歯の成り立ちとむし歯の3つの要素（歯質・環境・細菌）に対するアプローチを教育的に組み立てて行う。
(1) 鏡でCOの歯を確認し、認識する
(2) COの意味、その意義を理解する
(3) むし歯の成り立ちと生活習慣病の性格を持っていることを理解し、防ぐ方法を考える
(4) 具体的な教育的アプローチ
　(a) 歯の質を強化する
　・むし歯が生活習慣病の性格を持っていることを理解する
　・歯の硬さ、及び歯は酸によって溶けることを理解する
　・フッ化物の有効利用（フッ化物洗口、塗布、歯磨剤）を理解する
　・学んだことから、どうすれば歯を強くできるか？
　(b) 歯を取り巻く環境の改善
　・食べ物の質（砂糖）と回数について理解する
　・普段自分の食べているものには何が入っているだろう？
　・だ液の働きを理解し、良く噛んで食べる大切さを理解する
　・普段の自分の食べ方や間食の回数はどうだろう？
　・歯垢の害を理解する
　・学んだことからどうすれば歯の周りの環境を良く保てるか？
　(c) むし歯菌を減らす
　・砂糖とむし歯菌から歯垢が生成されることを理解する
　・食生活（砂糖摂取）の改善によってむし歯菌が減ることを理解する
　・学んだことからどうすればむし歯菌を減らせるか？
　・どうしたら歯垢をうまく除去できるか？

表3　CO（要観察歯）のある者への指導例

GO（歯肉要観察）のある者への指導のポイント（例）
　指導の内容としてはCOの時と同様に本人にそれを認識させることから始まる。健康な歯肉と歯肉炎の歯肉の違いが理解でき、自分で判断できるよう歯肉を見る目を養う。また、通常の歯肉炎は歯垢中の細菌から身体を守る生体の防御機構の結果であることを学べば、歯垢をブラッシングで除去する意義も理解できる。
(1) 自分の歯肉を鏡で見て歯肉の状態を確認する
(2) GOの意味、健康な歯肉と歯肉炎の歯肉の違いを理解する
(3) 歯肉炎の成り立ちを理解する
(4) 具体的な教育的アプローチ
　(a) 歯肉を見る目を養う
　・健康な歯肉と歯肉炎の歯肉はどう違うのか理解する
　・歯肉の色は？形は？触るとどんな感じ？つつくと出血は？
　・健康な歯肉と歯肉炎における歯垢の付着は？
　(b) 歯肉炎の成り立ち
　・歯肉炎が生活習慣病の性格を持っていることを理解する
　・歯垢中の細菌と身体を守る白血球の戦いがその部位で起こっていることを理解する
　・身体が白血球の援軍を増やすにはどうしたらよいか？
　・細菌の基地となっている歯垢をどうしたらやっつけられるか？
　(c) 歯肉炎を防ぐ方法
　・歯肉炎の成り立ちから防ぐ方法を模索する
　・普段の自分の生活は？食生活は？ブラッシングは？
　・どうしたらうまく歯垢を除去できるか？
　(d) 口臭について
　・生理的口臭と病的口臭があることを理解する
　・口臭予防の社会的意義は？
　・口臭の成り立ちから防ぐ方法を模索する

表4　GOのある者への指導例

①割合でみているもの＜人単位でみている指標＞

＊むし歯の者の割合（むし歯被患率）
むし歯の者の割合（%）＝（処置完了者の数＋未処置歯のある者の数）／全受診者数×100

＊未処置のある者の割合
未処置歯のある者の割合（%）＝（未処置歯のある者の数／全受診者数）×100

＊処置完了者の割合
処置完了者の割合（%）＝（DF歯数が1以上でD歯数が0の者の数／全受診者数）×100

＊永久歯健全者率
永久歯健全者率（%）＝（DMF歯数が0の人数／全受診者数）×100

＊CO所有者率
CO所有者率（%）＝（COを持つ者の数／全受診者数）×100

＊歯肉健全者率
歯肉健全者率（%）＝（歯肉の状態が0の人数／全受診者数）×100

＊歯肉炎所有者率
歯肉炎所有者率（%）＝（G所有者数＋GO数）／全受診者数×100

②一人平均でみているもの＜歯単位でみている指標＞

＊一人平均むし歯数（一人平均DMF歯数）
一人平均むし歯数＝全受診者のDMF歯数の合計／全受診者数

＊一人平均CO数
一人平均CO数＝全受診者のCO数の合計／全受診者数

注）DMF歯数とは，永久歯のむし歯の経験を表わす専門用語で，処置を必要とするむし歯＝D，むし歯が原因でなくなった歯＝M，むし歯の処置が済んでいる歯＝Fで表わす。D歯数＋M歯数＋F歯数＝DMF歯数となる。

表5　学校保健で用いられる主な指標

2. 学校保健統計の動向（むし歯）

文部科学省平成22年度学校保健統計調査報告によれば、むし歯の者の割合（処置完了者を含む）は、平成22年度は、幼稚園46.17%、小学校59.63%、中学校50.60%、高等学校59.95%となっており、各学校段階で前年度より減少している。むし歯の者の割合の推移をみる（**表6**）と、30年前（昭和55年度）には、幼稚園を除く学校段階で90%を超えていたが、以降は減少傾向にある。むし歯の者の割合を年齢別にみる（**図5**）と、9歳が66.04%と最も高くなっている。また、処置完了者の割合は、9歳以降未処置歯のある者の割合を上回っ

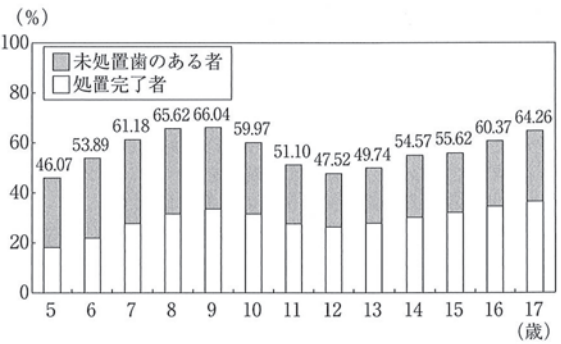


図5　年齢別　むし歯（う歯）の者の割合等

(%)

区分		昭和55	平成2	平成12	18	19	20	21	22
幼稚園	計	86.54	80.41	64.43	55.20	53.70	50.25	46.50	**46.07**
	処置完了者	13.48	27.98	25.06	21.67	20.67	20.34	18.77	**18.36**
	未処置歯のある者	73.06	52.44	39.37	33.53	33.03	29.91	27.72	**27.71**
小学校	計	93.98	89.54	77.87	67.80	65.47	63.79	61.79	**59.63**
	処置完了者	22.24	36.26	37.84	32.87	31.21	30.89	30.32	**29.20**
	未処置歯のある者	71.74	53.28	40.03	34.93	34.26	32.90	31.47	**30.44**
中学校	計	93.91	89.96	76.85	59.66	58.06	56.00	52.88	**50.60**
	処置完了者	33.85	41.34	43.53	31.93	30.96	30.36	28.79	**28.02**
	未処置歯のある者	60.05	48.62	33.31	27.73	27.10	25.64	24.09	**22.58**
高等学校	計	95.90	93.65	85.03	70.06	68.48	65.48	62.18	**59.95**
	処置完了者	32.58	45.82	49.73	39.43	38.20	35.99	34.73	**34.21**
	未処置歯のある者	63.31	47.83	35.30	30.63	30.27	29.49	27.45	**25.74**

表6　むし歯（う歯）の者の割合の推移

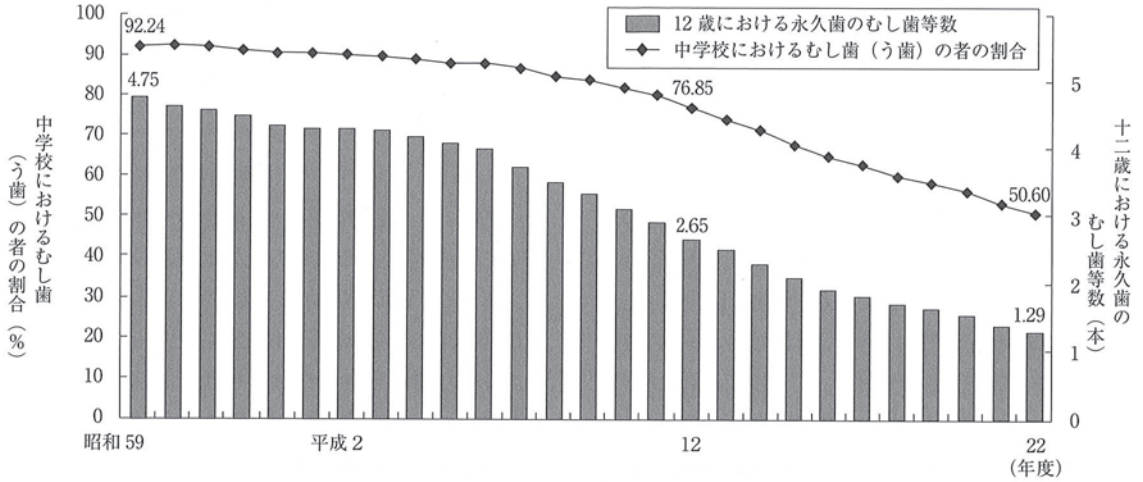


図6　中学校におけるむし歯の被患率等の推移

ている。

12歳の永久歯の一人当たり平均DMF歯数は、世界各国の状況の比較に用いられる指標となっているが、平成22年度は前年度より0.11本減少し、1.29本と過去最低となっている。（**図6**）（DMF歯数とは、D=未処置歯、M=喪失歯、F=処置歯を足した本数）

集団としては減少を続けているが、永久歯のむし歯を持つ者は**図5**からも分かるように、12歳以降増加傾向にある。つまり中学校、高等学校におけるむし歯対策が今後の重要な課題である。　**（柘植紳平）**

<図・表>
図1：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』P9の図2
図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』P52の＊歯みがき指導の展開例
図3：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』P86の図25保健調査票（歯科用）（例）
図4：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』P91の図26学校歯科医が行う歯・口の健康診断の流れ（例）
図5：平成22年度学校保健統計調査結果P16の図6年齢別むし歯（う歯）の者の割合等
図6：平成22年度学校保健統計調査結果P17の図7中学校におけるむし歯の被患率等の推移
表1：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』P49～50の表4注意が必要な習癖
表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』P84の歯・口の健康診断のねらい
表3：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』P88のCOのある者への指導例
表4：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』P88～89のGOへの指導例
表5：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』P92の表17学校保健で用いられる主な指標
表6：平成22年度学校保健統計調査結果P16の表9むし歯（う歯）の者の割合の推移

コラム 学校におけるフッ化物応用の効果と問題点について

近年の学齢期におけるう蝕状況は顕著な減少が示されている。この要因として、学校保健活動の充実があげられる。また、フッ化物応用が大きく寄与していることも周知の事実である。う蝕予防手段としてのフッ化物の有効性は、WHOをはじめ、多くの専門機関によって実証されており、フッ化物応用は歯・口の健康の保持増進には欠かせないものである。

う蝕予防に最も効果的なフッ化物応用の時期は、萌出直後である。永久歯では、第一大臼歯の生える5、6歳頃から、第二大臼歯の生える中学生頃が有効的ということになる。すなわち、学齢期はフッ化物応用を行うのに望ましい時期であるといえる。

日本学校歯科医会（日学歯）は「フッ化物応用に対する見解」として「本会ではすべての児童生徒の歯・口の健全な育成が達成できるような基盤整備の実現のために、フッ化物洗口などのフッ化物応用を学校歯科保健活動の一環として学校、地域の実状に応じ、加盟団体として実施に向け推進していただけることは大変意義深いと考えています（抜粋）」と述べている。また、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”では、「学校におけるフッ化物の活用法」の質問に対して、「学校は、教育を通して健康な生活に必要な資質や能力を育てる場です。ですから、学校でのむし歯予防の目的は、むし歯の原因や予防の仕方の学習を通して子どもの意識や行動を変え、健康によい生活習慣の形成を図りながら、生涯にわたって健康な生活を送る基礎を培うことにあります。したがって、学校でのフッ化物の活用については、子どもがフッ化物の効果などについて学習し、フッ化物配合歯磨剤を自分で選択し、活用していくことができるようにすることが基本となります。また、その他に、公衆衛生的手法としてはフッ化物洗口法などがあります。子どもの実態等により必要とされる場合には、学校歯科医の管理と指導の下に、教職員や保護者等がその必要性を理解し、同意が得られるようにするなどして、しっかり手順を踏んで実施する必要があります」と回答している。

この様に、学校でフッ化物応用を実施するにあたっては、フッ化物応用の行為そのものが目的ではないことを踏まえておくことが重要であるとしている。加えて、う蝕予防効果や健康格差の是正といった口腔保健の視点からの評価にとどまってはならない。自らの問題を自らの力で解決できる力の育成を目指すという学校保健教育の視点からの評価を最優先にしていく必要がある。

現在、学校教育の中で学校保健活動の大きな柱になっているのが「生きる力」の育成である。歯・口の健康づくりは、健康づくりに関する多くの題材の中で、鏡を見れば自らが観察でき、歯の生えかわりを容易に実体験することができるなど、健康教育題材として大変有効である。まさに「生きる力」の育成に直結した保健教育を遂行していくための最適な教材である。

したがって、学校保健関係者はフッ化物応用を教育にどのように結びつけ、「生きる力」の育成にどのように関連づけるかという舵取り役を担っている。特に、保健教育を通して、フッ化物応用によるう蝕抑制効果の理解と、生涯にわたり自律的にフッ化物が活用できるように配慮する必要がある。学校でのフッ化物応用を通して「生きる力」が育成されていれば、その後の良い生活習慣や保健行動に結ぶつくことになる。

なお、日学歯では平成23年3月に「学校におけるフッ化物応用ガイドブック」を発行した。本誌は日学歯のホームページ（http://www.nichigakushi.or.jp/）で電子書籍として読むことができる。

（福田雅臣）

参考文献
1. 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、2011.
2. 日本学校歯科医会：学校歯科保健関係Q&A③④ フッ化物・フィッシャーシーラントについてのQ&A、2004.
3. 日本学校歯科医会：学校におけるフッ化物応用ガイドブック、2011.
4. 日本口腔衛生学会：フッ化物応用の科学、2010.

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である。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と考えられる。それに加え、本年（平成23年）に発生した東北関東大震災およびその関連災害（津波、原発事故による放射能災害）のもたらした心身の被害、とりわけトラウマに対するケアがメンタルヘルスの重要な課題となっている。

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。

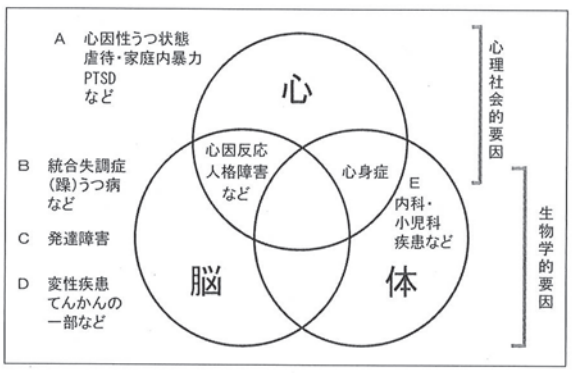


図1 メンタルヘルスに含まれる問題（例）とその原因

(2) メンタルヘルスの背景要因（図1）

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

① 心理社会的・環境的要因

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。また、PTSDのように外因的ストレスが原因である場合でも、治療を行わないまま放置すると脳に病的変化が起きるものがあることに注意する必要がある。

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

ここには、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みつからないことが多いが、個人の持つ素因が発病に大きく関係する。

器質性精神疾患とは、MRIやCTのような脳画像検査で分かる病変により、精神症状が出現した場合を指す。原因として、頭部外傷、脳炎、脳腫瘍、てんかん、脳変性疾患などがある。

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。

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。

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なか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

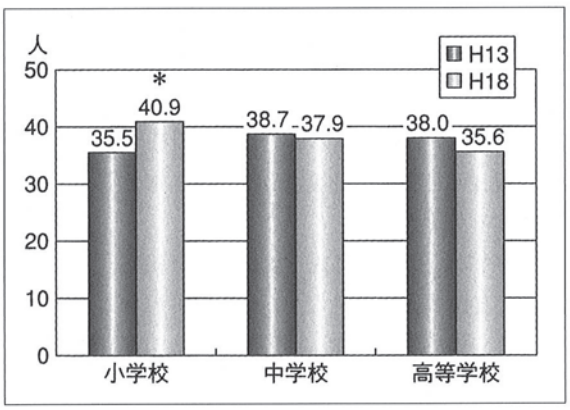


図2　1校1日平均の保健室利用者数（H18）

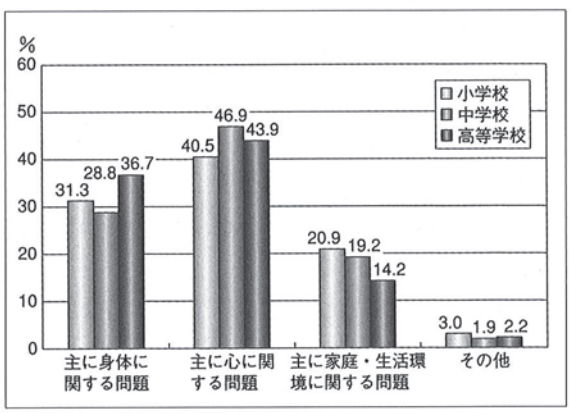


図3　児童生徒の主な背景要因（H18）

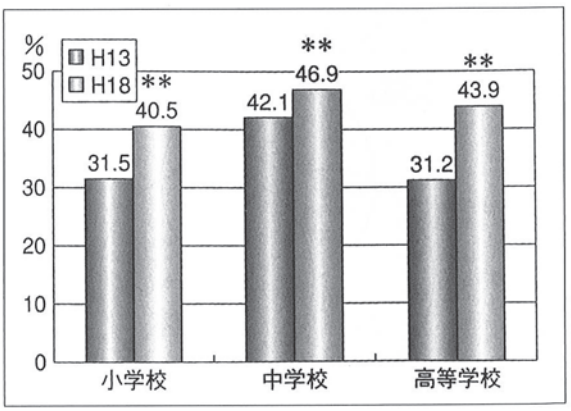


図4　主に心に関する問題

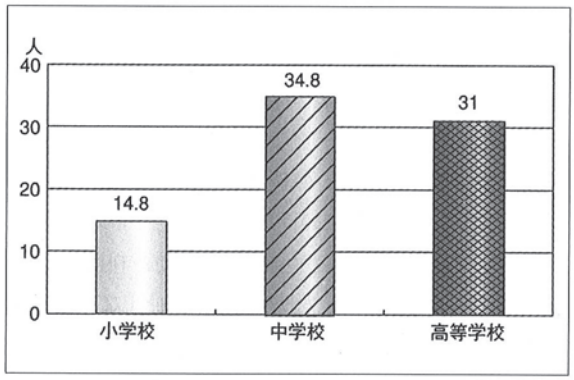


図5　養護教諭がメンタルヘルスに関する問題で支援した子ども（1校平均の支援人数）

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およ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進めた子どものうち、実際に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。

複数回答　単位：人

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

表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

(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もとづく不安のほかに、精神疾患、発達障害をはじめとする医療的問題、自傷行為、性に関する問題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、発達障害と関連する問題を持つ児童生徒が多い。

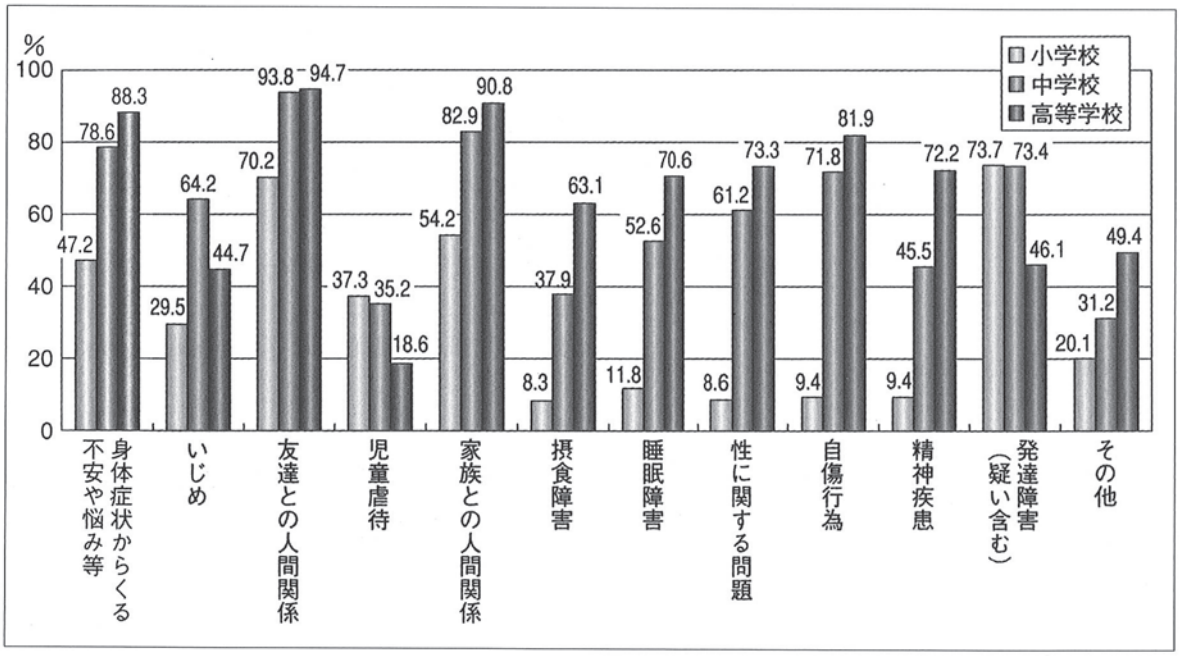


図6　心の健康に関する問題「有」の学校の割合（H18）

	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

(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**）。これらの結果は、メンタルヘルスの問題に対して組織的取り組みが十分に行われていない学校が少なくないことを示していると考えられる。このことは、例えば保健室登校・別室投稿の児童生徒への対応に関して養護教諭が感じている問題点のなかでも連携不足、教員間の認識の相違、校内組織の不在などが指摘されていることからも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22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114,971人（在籍数の1.14%）であり、前年度より7,461人（約6.1%）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0.01%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言える。高等学校（国・公・私立）における不登校生徒数は約5万3千人であり、昨年より人数の上では1,300人程度増加している。在籍生徒数に対する割合からすると0.11%増である。小・中学校は学年が上がるにつれ不登校生徒数は多くなっている。

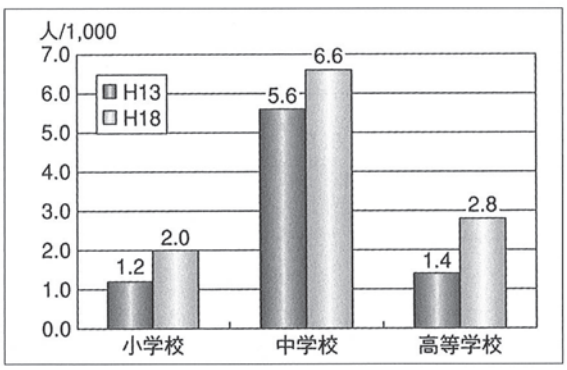


図7　保健室登校の児童生徒数（人／1,000）（H13・H18 対比）

このように近年の傾向として、不登校に関しては明らかな改善の傾向は認められないと思われる。不登校の背景として、友人・親子をはじめとする人間関係の問題、疾病や個人的問題と答えた者が多く（いじめは2.6%にとどまっている）、メンタルヘルスの問題が密接に関与していることを示唆している。

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

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）

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22年度の発生件数が約5万9千件（前年度より約2千件減）である[5]。次に、小・中・高・特別支援学校におけるいじめのについては、認知件数が約7万5千件であり、前年度より約2千件増加している[5]。

自殺については、小・中・高等学校（国・公・私立）を合せて147人となっている[5]。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、平成に入ってからは増減を繰り返している状況と言える。自殺した児童生徒の置かれた状況に関する調査結果からは、家庭の要因、対人関係の悩み、精神疾患をはじめとして様々なメンタルヘルスの問題の存在が疑われた。

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訳ではないものの、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。

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分かった。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、一昨年より新たな学校保健安全法が実施された。主な改訂内容としては、全教員による児童生徒の健康観察、メンタルヘルスを含む学校保健への組織的取組の充実、医療機関等との必要な連携を進めることなどが明確に規定されたことが挙げられる（改訂の概要およびそれに合わせて養護教諭の取り組み方については文献3参照）。それに伴い、教員全員による心身の健康観察の具体的あり方に関する資料（メンタルヘルスの事例31例が含まれている）[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[6]が文部科学省から発行された。これらの資料をもとに、非常災害時におけるトラウマへの対応を含め、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22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23年8月4日
6) 文部科学省. 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　平成22年

コラム 子どもたちのインターネット・携帯電話のトラブルについて

この数年、児童生徒に対するインターネットや携帯電話のトラブルが聞かれる。インターネットや携帯電話も、それ自体は適切に使われている限り、現在の情報社会にとって欠かせないものである。しかし、それらが悪用されるようになれば、児童生徒にとって危険な落とし穴になる。「出会い系サイト」による性被害は典型例だが、最近は「非出会い系サイト」に於いても児童被害が出はじめている。警察庁は、平成22年上半期および下半期にコミュニティサイトに起因する児童被害の事犯に係る調査分析を行い、平成22年10月と平成23年5月に発表したので、その概要を紹介するとともに、東京都のインターネット・携帯電話に関する相談窓口「こたエール」（東京こどもネット・ケータイヘルプデスク）についても述べる。

「コミュニティサイトに起因する児童被害の事犯に係る調査分析について」は警察庁が行った。近年出会い系サイトによる児童被害事犯が減少する一方、出会い系サイトを除くコミュニティサイト（SNSサイトを含む）による事犯が大幅に増加していることから、平成22年に検挙したコミュニティサイトに起因する児童被害の福祉事犯等を対象に、上半期730件（被疑者599人、被害児童601人）、下半期811件（被疑者631人、被害児童638人）について調査分析したものである。上半期と下半期の結果はあまり差がないので、主に下半期の分析を紹介すると、(1)被疑者の犯行動機として、児童との性交目的（約7割）を含めた児童との接触目的が約9割。当該サイトを選んだ理由は児童との接触に関連した理由が約7割で、年齢・職業等プロフィールを詐称した事犯が約4割だった。(2)被疑者のミニメール利用状況では、サイト内のミニメールを利用した事犯が約6割、サイトで隠語を使用していた事犯が約25%であった。(3)被害児童に対する保護者などの指導状況では、サイト利用について保護者が「放任していた」のが上半期で6割、下半期では4割。サイト利用について、学校から「教えてもらっていた」のが上半期は2割、下半期は4割だった。(4)被害児童のフィルタリング加入状況では、アクセス手段として携帯電話を使っていた事犯が約9割、フィルタリングに加入していなかった被害児童が9割以上だった。被害事犯に於いて、ほとんどに携帯電話が使われており、しかもフィルタリングが使われていないことがわかる。これらから、フィルタリングの普及徹底やミニメール監視体制拡充、実効性のあるゾーニング促進、EMA（モバイルコンテンツ審査・運用監視機構）の強化促進などが必要としている。

学校の指導状況を見てみると、上半期に於いて356回答中、「教えてもらっていた」は19.9%、「教えてはもらったが分は大丈夫だと思っていた」が33.1%、「教えてもらったが、よくわからなかった」が10.1%、「教えてもらっていない」が15.4%、「不登校なので知らない」が21.3%だった。これが下半期（n=203）になると、それぞれ39.9%、15.8%、9.9%、14.3%、20.2%となる。被害児童の6割以上が学校でなんらかの指導を受けていたにもかかわらず被害にあっており、フィルタリング加入を含め、保護者啓発・家庭教育を促進するとともに、学校の指導についても、携帯電話・インターネット一般、非出会い系サイトに対する指導内容を見直すとともに徹底させる必要がある。

各都道府県でも、これらに対する相談窓口を設置する動きがある。東京都でも、インターネット・携帯電話に関する相談窓口「こたエール」（http://www.tokyohelpdesk.jp/、電話：03-3500-5181）を平成21年7月に設置し、青少年本人、その保護者、学校関係者からの相談を受け付けている。社会一丸となって、インターネット・携帯電話による児童被害を減少させるための努力が必要である。　**（弓倉整）**

参考文献

(1) 非出会い系サイトに起因する児童被害の事犯に係る調査分析、警察庁生活安全局情報技術犯罪対策課、平成22年10月

(2) コミュニティサイトに起因する児童被害の事犯に係る調査分析（平成22年下半期）、警察庁生活安全局情報技術犯罪対策課、平成23年5月

(3) 「こたエール」（東京こどもネット・ケータイヘルプデスク）、http://www.tokyohelpdesk.jp/

5 児童生徒の事故・災害

1. 児童生徒の学校の管理下の災害

学校の管理下における児童生徒の災害共済給付制度への加入状況は、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22年度（平成22年5月1日現在）は、小学校7,023,580人（加入率99.9%）、中学校3,595,235人（99.8%）、高等学校3,551,042人（98.0%）、高等専門学校59,214人（99.4%）、幼稚園1,302,185人（81.0%）、保育所1,862,120人（88.4%）であり、義務教育諸学校の未加入者は、10,764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22年度の給付状況内訳は**表1**のとおりである。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は、2,094,538件であり、平成21年度に比べて53,333件増加した。要保護児童生徒を除く加入者数（以下、加入者数という。）で除した給付率は、12.16%（平成21年度は11.78%）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を発生件数といい、平成22

（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
		(432,739)	千円	%	%	件	千円	件	千円	件	千円
小学校		683,120	3,707,861	6.24	9.85	104	325,130	10	196,000	683,234	4,228,991
中学校		(398,374) 749,415	5,321,787	11.26	21.18	103	328,480	26	602,000	749,544	6,252,267
高等学校	全日制	(234,913) 562,356	5,943,879	7.11	17.01	223	983,150	28	569,600	562,607	7,496,629
	定時制	(2,428) 5,016	51,024	2.15	4.44	6	63,400	2	47,600	5,024	162,024
	通信制	(485) 1,335	16,143	0.37	1.01	3	5,120	2	42,000	1,340	63,263
	計	(237,826) 568,707	6,011,046	9.63	22.46	232	1,051,670	32	659,200	568,971	7,721,916
高等専門学校		(2,704) 6,001	68,602	4.57	10.13	3	7,140	1	9,800	6,005	85,542
幼稚園		(21,802) 33,433	168,081	1.67	2.57	8	11,850	0	0	33,441	179,931
保育所		(37,509) 53,862	245,920	2.04	2.93	17	71,750	5	84,000	53,884	401,670
合計（A）		(1,130,954) 2,094,538	15,523,300	6.57	12.16	467	1,796,020	74	1,551,000	2,095,079	18,870,320
前年度（B）		(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
前年度比（A）－（B）		(23,542) 53,333	440,229	0.18	0.38	4	67,755	6	172,200	53,343	680,183

（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22年度給付状況

年度は1,130,954件で、平成21年度の件数より23,542件増加している。加入者数で除した発生率は、6.57%（平成21年度は6.39%）である。

加入者数のピークは、昭和57年度の25,615,962人であり、それ以降は減少を続け、平成22年度では17,393,376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22年度では467件である。

平成22年度の障害別の種類は、視力・眼球運動障害が115件（24.63%）、外貌・露出部分の醜状障害が107件（22.91%）、歯牙障害が105件（22.48%）、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49件（10.49%）、手指切断・機能障害26件（5.57%）、胸腹部臓器障害24件（5.14%）、上肢切断・機能障害15件（3.21%）、せき柱障害13件（2.78%）下肢切断・機能障害7件（1.50%）聴力障害4件（0.86%）、咀しゃく障害2件（0.43%）である。

なお、障害の等級は、第1級から第14級まであるが、最も多いのは、第14級の180件（38.54%）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29件（6.21%）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22年度では74件である。

その死因別で主なものは、突然死が39件（52.70%）で5割を超えている（心臓系26件、中枢血管系（頭蓋内出血）4件、大血管系など9件）。そのほかは、頭部外傷14件（18.92%）、溺死および内臓損傷が各6件（8.11%）、窒息死（溺死以外）が5件（6.76%）、全身打撲が2件（2.70%）、頚髄損傷および熱中症が各1件（1.35%）である。

死亡見舞金の給付のほかに、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、供花料を支給しているが、その件数は44件であり、そのうち対自動車交通事故は32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、2,430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104件である。この内訳は、外貌・露出部分の醜状障害が50件、歯牙障害22件、視力・眼球運動障害13件、精神・神経障害7件、手指切断・機能障害および上肢切断・機能障害が各3件、聴力障害およびせき柱障害が各2件、下肢切断・機能障害、胸腹部臓器障害が各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6件含まれている。

障害の発生した場合別では、**図1**のとおり、休憩時間51件（49.04%）、各教科・道徳24件（23.08%）、学校行事以外の特別活動10件（9.62%）、通学中10件（9.62%）、学校行事5件（4.81%）、課外指導4件（3.85%）である。

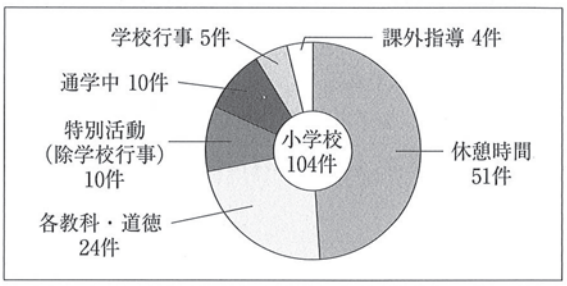


図1　小学校障害見舞金・場合別給付状況（平成22年度）

死亡見舞金の支払われた件数は、10件である。内訳は、突然死3件（心臓系0件、中枢血管系（頭蓋内出血）0件、大血管系3件）、溺死4件、頭部外傷、窒息死（溺死以外）および全身打撲が各1件である。

また、発生の場合別をみると、通学中が4件、休憩時間が2件、各教科・道徳、学校行事以外の特別活動、学校行事及び課外指導が各1件である。

その他、供花料が支給された14件のうち、通学中の徒歩での交通事故による死亡が13件である。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。

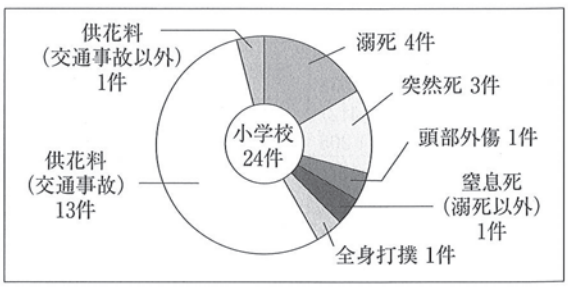


図2　小学校の学校の管理下の死亡（平成22年度）

(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、103件である。この内訳は、視力・眼球運動障害31件、外貌・露出部分の醜状障害が21件、歯牙障害19件、手指切断・機能障害11件、胸腹部臓器障害9件、精神・神経障害6件、上肢切断・機能障害4件、せき柱障害が2件である。この中には、重障害である第1級から第3級が4件含まれている。

障害の発生した場合別では、**図3**のとおり、課外指導38件（36.89%）、休憩時間28件（27.18%）、各教科24件（23.30%）、通学中6件（5.83%）、学校行事以外の特別活動5件（4.85%）、学校行事2件（1.94%）である。

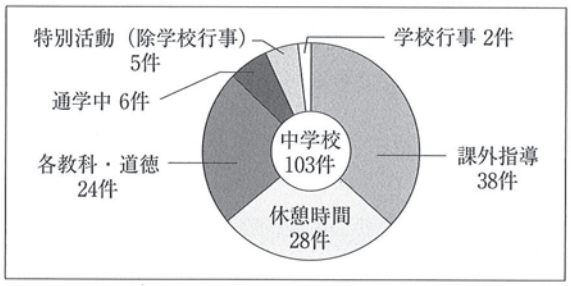


図3　中学校障害見舞金・場合別給付状況（平成22年度）

死亡見舞金の支払われた件数は、26件である。内訳は、突然死14件（心臓系9件、中枢血管系（頭蓋内出血）2件、大血管系3件）、頭部外傷4件、窒息死（溺死以外）3件、溺死および内臓損傷各2件、全身打撲1件である。

また、発生の場合別をみると、課外指導10件、通学中6件、休憩時間と各教科・道徳が各4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件のうち、通学中の交通事故による死亡は3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。

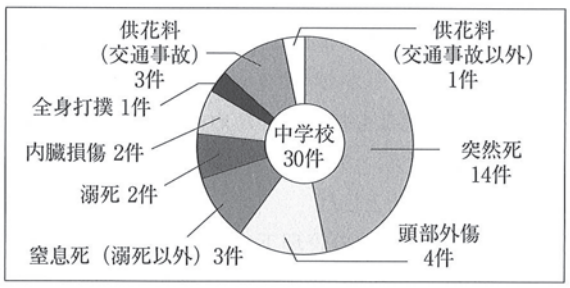


図4　中学校の学校の管理下の死亡（平成22年度）

(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232件である。この内訳は、視力・眼球運動障害68件、歯牙障害63件、精神・神経障害が34件、外貌・露出部分の醜状障害が17件、胸腹部臓器障害13件、手指切断・機能障害11件、せき柱障害が9件、上肢切断・機能障害が7件、下肢切断・機能障害が6件、聴力障害が2件、咀しゃく機能障害2件である。この中には、重障害である第1級から第3級が17件含まれている。

障害の発生した場合別では、**図5**のとおり、課外指導113件（48.71%）、各教科45件（19.40%）、休憩時間35件（15.09%）、通学中16件（6.90%）、学校行事16件（6.90%）、学校行事以外の特別活動6件（2.59%）、寄宿舎1件（0.43%）である。

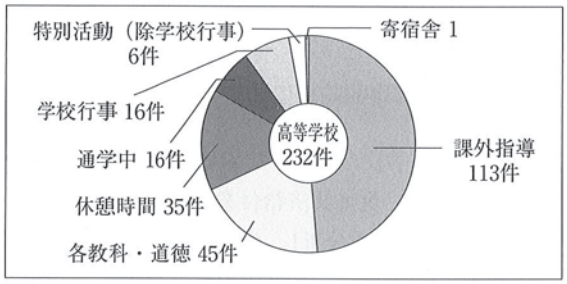


図5　高等学校障害見舞金・場合別給付状況（平成22年度）

死亡見舞金の支払われた件数は、32件である。内訳は、突然死18件（心臓系16件、中枢血管系（頭蓋内出血）2件）、頭部外傷8件、内臓損傷4件、熱中症と頚髄損傷が各1件である。

また、発生の場合別をみると、課外指導10件、通学中7件、各教科6件、休憩時間5件、学校行事以外の特別活動および寄宿舎が各2件である。

その他、供花料が支給された25件のうち、通学中の交通事故による死亡は15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。

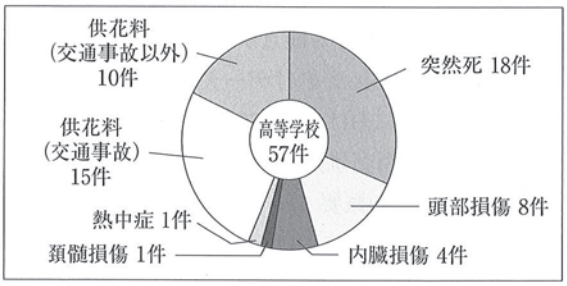


図6　高等学校の学校の管理下の死亡（平成22年度）

(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3件である。この内訳は、視力·眼球運動障害が2件、歯牙障害が1件である。この中には重障害はなかった。

障害の発生した場合別では、各教科、学校行事および休憩時間が各1件となっている。

死亡見舞金の支払われた件数は頭部外傷による1件のみである。供花料の支給はない。

(5) 幼稚園

幼稚園の園児に対して支払われた障害見舞金の件数は8件である。その内訳は、外貌·露出部分の醜状障害が6件、上肢切断·機能障害および胸腹部臓器障害が各1件である。

また場合別でみると保育中に発生したものが7件、通園中が1件である。

なお、死亡見舞金およ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17件で、すべて保有中に発生している。この内訳は、外貌·露出部分の醜状障害が13件、精神·神経障害2件、手指切断·機能障害および視力·眼球運動障害が各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。

死亡見舞金の支払われた件数は、5件である。内訳は、突然死4件（心臓系1件、大血管系3件）、窒息死（溺水以外）1件である。

その他、供花料が支給された1件あり、通園中の交通事故による死亡である。

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、その発生防止方策の調査研究を行っている。

(1) 平成21·22年度研究主題

学校の管理下における食物アレルギーへの対応

ア　主題設定の理由

学校の管理下における食に関する災害事例のうち、学校給食における食物アレルギー事例件数が平成17年度から平成20年度で804件発生している。その中には、死亡事故につながる重篤なアナフィラキシー事例も多数報告されている。

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など、食物アレルギーに関する対応策を講じることは安全を確保する観点から大変重要である。

そこで、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の対応策を提案するために調査研究テーマとした。

イ　調査研究の概要

まずは学校給食におけるアレルギーの実態について把握することからはじめ、災害共済給付から得られる事例を基に「学校給食におけるアレルギーの集計」を行った。

データ抽出は、まず平成17年度から20年度の給付データより傷病名「アレルギー、アナフィラキシー、ジンマシン」に該当するデータを抽出した。抽出したデータのうち「災害発生時の状況」および「傷病名」から、「学校給食における食物アレルギーデータ」と考えられないものについて削除し、残った804件（平成17年度160件、平成18年度213件、平成19年度201件、平成20年度230件）を「学校給食における食物アレルギーデータ」とした。

抽出したデータについては、「性別」「学校種別」「傷病名別」「食品別」など15の項目別に集計を行った。その集計結果のうち、傷病名別集計では多い順にアレルギーに次いでアナフィラキシーおよびアナフィラキシーショック、食物依存性運動誘発アナフィラキシーの順となった。アナフィラキシーの集計が多く（**図8**）、しかもアナフィラキシーは死亡事故につながる重篤なものが多いため、対応することが重要であると考え、「アナフィラキシー対応マニュアル」を作成することとした。

そのほか、学校の管理下におけるアレルギー対応として、学校給食を中心に食材の流れに沿い食材納入から児童生徒の口に入るまでの流れを考え、献立作成、献立表作成、発注·検収、調理作業、配食·配

膳、給食喫食、片付けまでの重要なポイントをそれぞれ検討した。

また、食物アレルギー対応は学校給食以外の家庭科等の調理実習、体験学習、修学旅行等の学校行事でも事故が発生しており対応を検討した。

ウ　調査研究報告書の作成

報告書は、①「特定の児童生徒に食物アレルギーによる健康障害が発生した場合に、その被害を最小限に止める方策」②「学校の管理下における食物アレルギーによる児童生徒の健康障害を効果的に防止するための方策」を中心に成果を取りまとめ、平成23年3月に作成し、教育委員会を中心に配布した。

(2) 平成22年度研究主題

学校における突然死予防

ア　主題設定の理由

この10年間（平成11年度から平成20年度）の学校の管理下における児童生徒等の死亡件数は1,675件である。その中で、いわゆる突然死が、死亡全体の56.8%に当たり、学校の管理下における死亡原因の第1位を占めている。

突然死は「突然で予期されなかった病死」と定義されるとおり、この予防は極めて困難なものである。学校における予防のための取組としては、心臓検診が学校健康診断の必須項目となり、その後、小学校1年、中学校1年、高等学校1年生全員の心電図検査が義務化された。

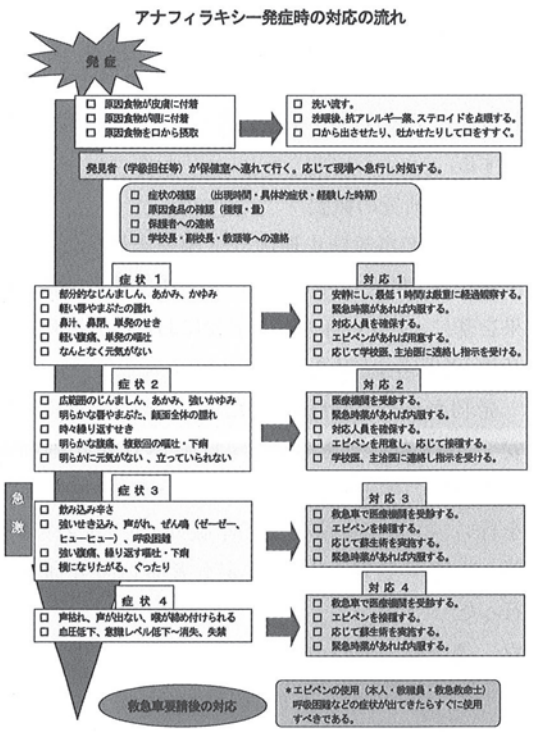


図7　発症時の対応の流れ

本センターとしては、平成2・3年度に、心臓系突然死の発生傾向について」の視点から調査・分析し、また、平成11・12年度には、「学校心臓検診における

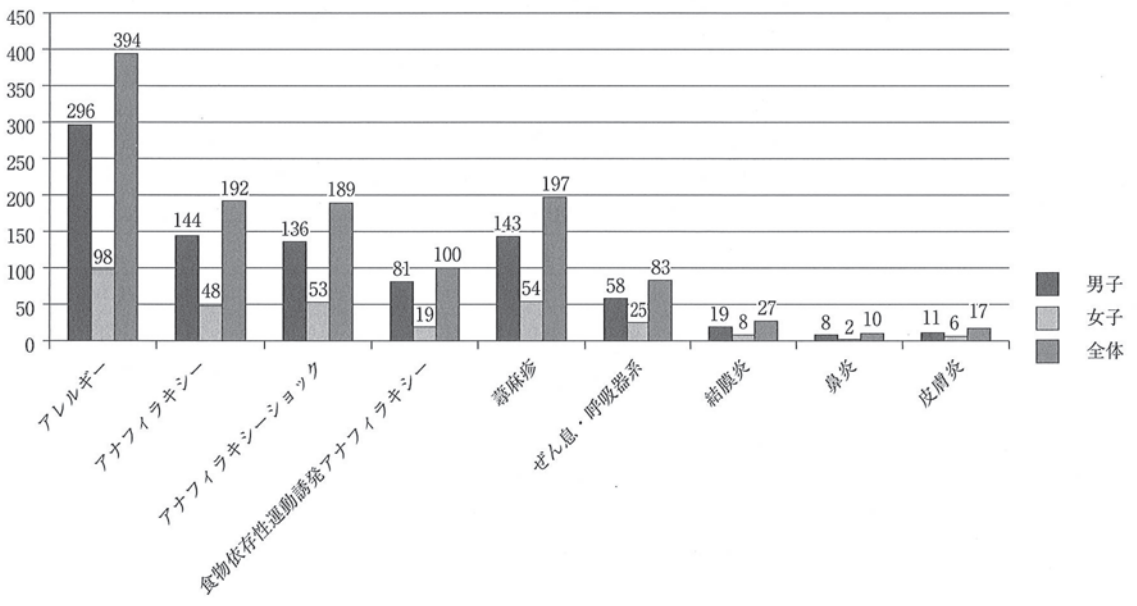


図8　傷病名別集計

心電図義務化前後を比較して」の視点からテーマを設定した。その際の報告書（平成15年度発刊）の内容を新しいデータと比較、さらに、平成21年4月に施行された学校保健安全法に基づき、新たに調査・研究する。

イ　調査研究の概要

学校災害事故防止原因分析調査委員会における平成2・3年度及び平成11・12年度の調査・分析の成果を基に、平成15年度に「学校における突然死予防必携」を取りまとめた。

発刊から7年を経過したため、平成21年度に学校安全情報委員会を設立し、自動体外式除細動器（AED）の解説・心臓震盪の追加・データの更新等を行い、心肺蘇生法の2010年版ガイドラインへの更新、学校保健安全法の改定も考慮し調査研究を行った。

ウ　調査研究報告書の作成

調査研究の成果として、「学校における突然死予防必携－改定版－」を平成23年2月に作成した。

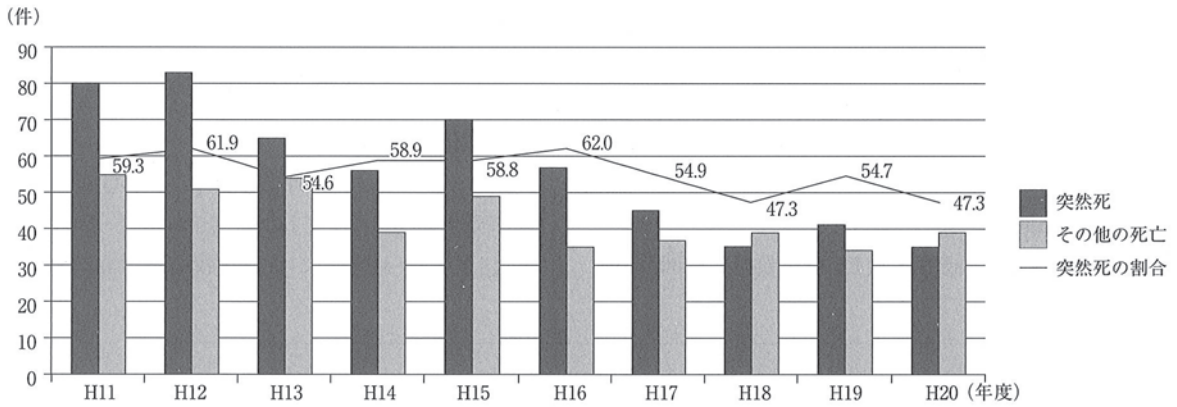
(3) 平成23年度研究主題

学校における固定遊具による事故防止対策

ア　主題設定の理由

平成21年度に給付した医療費のうち、小学校の休憩時間中の事故の12％、幼稚園の事故全体の19.4％、保育所の事故全体の13.5％を固定遊具による事故で占めていた。また遊具事故は、その他の事故発生場所（校・園庭、体育館等）に比べ、事故の平均給付額が大きく、骨折など負傷の程度が重い傾向が見受けられる。

死亡・障害の事故も発生しており、固定遊具の事故防止について対策を講じることが、児童生徒の安全確保のためにも大変重要であり、テーマとして設定した。



	単位	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	計
突然死	件	80	83	65	56	70	57	45	35	41	35	567
	%	59.26%	61.94%	54.62%	58.95%	58.82%	61.96%	54.88%	47.30%	54.67%	47.30%	56.76%
その他の死亡	件	55	51	54	39	49	35	37	39	34	39	432
	%	40.74%	38.06%	45.38%	41.05%	41.18%	38.04%	45.12%	52.70%	45.33%	52.70%	43.24%
計		135	134	119	95	119	92	82	74	75	74	999

図9　学校の管理下における突然死の件数（平成11年度～平成20年度）

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、給食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10）

(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21年度に給付した障害・死亡事例の検索ができるデータ



図10　ホームページ

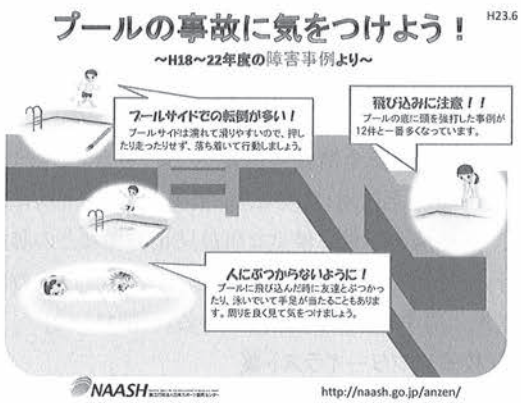
ベースを公開している。

(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情報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している。



例1　教材カード（プール事故）



例2　教材カード（熱中症）

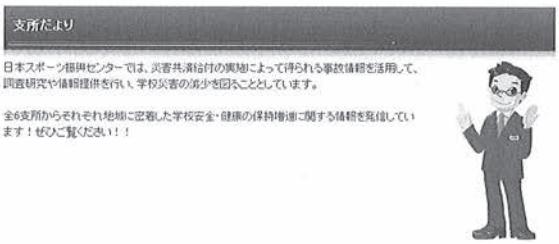




図11　支所だより

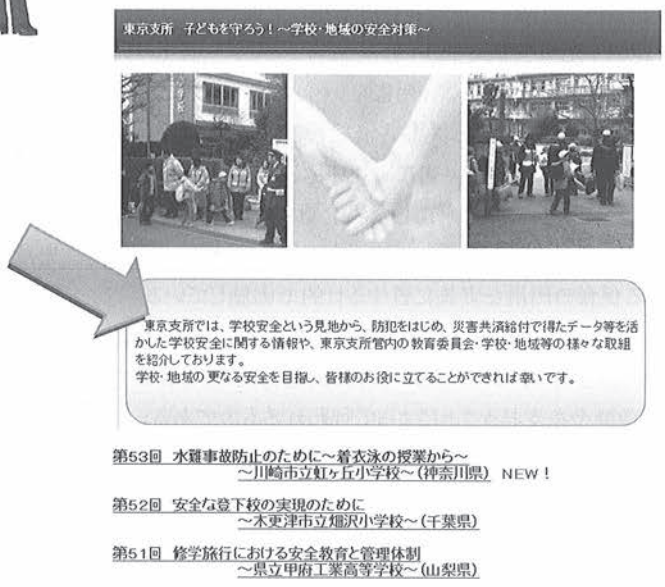


図12　東京支所

(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、一部を除いて、ほとんどの刊行物は無償でダウンロードができる。

(5) 支所からの安全情報発信

仙台・東京・名古屋・大阪・広島・福岡の全国6支所において、各地域の学校に優良な事故防止対策などの取材を行い、それぞれ地域に密着した学校安全・健康の保持増進に関する情報を発信している。(図11、12)

(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13)

※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。



図13　イラスト集

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、中等教育学校、高等専門学校、特別支援学校、幼稚園、保育所の管理下(以下「学校の管理下」という)における児童、生徒、学生、幼児(以下「児童生徒等」という)の災害(センター法上の災害は、負傷・疾病・障害・死亡をいう)について、児童生徒等の保護者に対し災害共済給付(負傷・疾病に対しては医療費、負傷・疾病により身体に障害が残った場合は、障害見舞金、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、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安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付する通院費」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、または解散するときは、その場所を含む）。または学校の寄宿舎との間を合理的な経路方法により往復する場合。

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

■ 給付の対象となる災害の範囲

(1) 負傷

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

(2) 疾病

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

(3) 障害

上記の負傷およ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、故意に負債し、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）

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」の考察と、平成23年4月に一部改正のあった省令、および労働安全衛生面に関する通知を紹介する。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。

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

出典：厚生労働省　厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会第25回資料　平成18年12月15日、一部加工

図1　各健康増進事業実施者による健康診査（平成20年度以降）について

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つた者に対しては、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条に方法および技術的基準が定められている。両者をまとめ、一覧表にして以下に示す。

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歳未満および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	胸部エックス線検査により検査するものとし、胸部エックス線検査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、胸部エックス線検査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。	幼稚園のみに従事する者は、20、25、30、35歳および40歳以上に実施する 他は全員、毎年度
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	胃部エックス線検査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	35歳未満、36歳以上40歳未満は省略できる
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		
11	心電図検査		
12	その他の疾病および異常の有無		

（平成23年4月1日現在）

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て**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」 医療また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　感染症また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または直後
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。産業医資格を持つ学校医がこれに代わることもできる。

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。

学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令（平成23年文部科学省令第9号）

平成23年4月1日に学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令（平成23年文部科学省令第9号）が施行され、エックス線撮影方法の規定が改められ、また、結核の有無の検査の省略についての変更があった。

学校保健安全法（昭和33年法律第56号）第17条第1項および第2項の規定に基づき、学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令を次のように定める。

平成23年3月31日　　文部科学大臣　高木　義明

学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令

学校保健安全法施行規則（昭和33年文部省令第18号）の一部を次のように改正する。

第7条第5項中「エックス線検査」を「胸部エックス線検査」に、「喀痰検査」を「喀痰検査」に、「エックス線間接撮影」を「胸部エックス線検査」に、「エックス線直接撮影」を「胸部エックス線検査」に改め、同条第9項中「エックス線検査」を「胸部エックス線検査」に改める。

第13条第3項中「第1号の腹囲を」の下に「20歳未満の職員、21歳以上25歳未満の職員、26歳以上30歳未満の職員、31歳以上35歳未満の職員または36歳以上40歳未満の職員であって感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律施行令（平成10年政令第420号）第12条第1項第1号またはじん肺法（昭和35年法律第30号）第8条第1項第1号もしくは第3号に掲げる者に該当しないものにおいては第3号に掲げるものを」を加える。

第14条第3項中「エックス線間接撮影」を「胸部エックス線検査」に、「エックス線直接撮影」を「胸部エックス線検査」に改め、同条第6項中「エックス線間接撮影」を「胃部エックス線検査」に改める。

第2号様式中「間接撮影」を「胸部エックス線検査（第1回）」に、「フィルム番号」を「画像番号」に、「直接撮影」を「胸部エックス線検査（第2回）」に、「喀痰検査」を「喀痰検査」に改める。

附則

この省令は、平成23年4月1日から施行する。

読みやすくするため、漢数字を算用数字にするなど、筆者が加工した。以下も同じ。

文部科学省令で定めるとされる「健康診断の方法および技術的基準」（法第17条第1項）と「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」（法第17条第2項）についての改正が行われた。

通知は平成23年4月1日付の23文科ス第1号であるが、そのひと月半前の平成23年2月17日に文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課から出されたパブリック・コメント（意見公募手続）があり、そこには具体的内容としてわかりやすく述べられているので紹介する。

平成23年2月17日
文部科学省スポーツ・青少年局
学校健康教育課

「学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令案」に関する御意見募集について

1. 改正の背景・趣旨

学校保健安全法施行規則は、児童生徒等の定期健康診断の方法及び技術的基準（第7条）、職員の健康診断の検査の項目（第13条）、職員の健康診断の方法及び技術的基準（第14条）、職員健康診断票の様式（第2号様式）について規定しています。

本省令案は、エックス線撮影の方法について技術的進展があることから、健康診断におけるエックス線撮影についての規定を改正するものです。また、労働安全衛生規則第四十四条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準が改正されたことを受けた職員の健康診断の検査の項目の改正も行います。その他、用語の整理を行います。

2. 改正の概要

(1) 改正内容

・　現在、学校保健安全法施行規則における健康診断でのエックス線検査については、フィルムによるエックス線撮影

を前提に、集団での健康診断では「間接撮影」、その後の詳細な検査では「直接撮影」を行う旨規定しています。しかし、近年、一般市民向けの健康診断や医療現場での検査において、フィルムを必要としないデジタル撮影が普及してきており、学校における健康診断でもデジタル撮影が活用されていくことが予想されます。このような状況を踏まえ、他の法令での規定も参考にし、学校保健安全法施行規則における健康診断でのエックス線検査については、結核の有無の検査では「胸部エックス線検査」を、胃の疾病及び異常の有無の検査では「胃部エックス線検査」を行う旨規定するよう改めます。これに合わせて職員健康診断票の様式も改め、「フィルム番号」の欄は「画像番号」の欄とします。

・　労働安全衛生規則第四十四条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準において、近年の結核罹患者の傾向などを踏まえ、40歳未満の幼稚園の職員（20歳、25歳、30歳若しくは35歳の者又はじん肺法第8条第1項第1号若しくは第3号に掲げる者を除く。）は結核に関する検査項目が省略することができることとなったことを受け、学校保健安全法施行規則でも同様の改正を行います。

・　その他所要の用語の整理を行います。

ここ数年の間に、エックス線検査はフィルムからフィルムを必要としないデジタル撮影に移行しつつあり、実際、かなり普及してきているとの感がある。学校の教職員の健康診断においても、これから先、デジタル撮影が普及していくものと予想される。

集団検診での「間接撮影」、精密検査での「直接撮影」のいずれもが表記からなくなり、「胸部エツクス線検査」と表現された。胃についても同じである。デジタル処理の場合も含め、「フィルム番号」から「画像番号」に変更された。

感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律施行令（平成10年政令第420号）第12条第1項第1号は、「定期の健康診断の対象者、定期および回数」についての条文に説明があり、「学校（専修学校および各種学校を含み、幼稚園を除く。）、病院、診療所、助産所、介護老人保健施設または養護老人ホーム、特別養護老人ホームまたは軽費老人ホーム、障害者支援施設、身体障害者更生援護施設、知的障害者援護施設、婦人保護施設において業務に従事する者毎年度（筆者により加工）」である。

労働安全衛生規則第44条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準においては、平成22年4月1日から変更されている。参考までに以下に厚生労働省の資料を示す。

労働安全衛生法に基づく定期健康診断における胸部エックス線検査の対象者の見直しについて

1. 経緯・考え方

○ 結核予防法（現在は感染症法）において結核を早期に発見するために行われてきた定期の健康診断は、結核患者の発見率の低下等により、一律的・集団的な実施からリスクを考慮した実施へと見直され、対象者が学校、医療機関、社会福祉施設等の労働者等に限定された。

○ 労働安全衛生法に基づく定期健康診断における胸部エックス線検査については、労働者の健康を確保する観点※から実施されているため、その取扱いに関し調査・研究を行った結果、以下のように対象者の見直しを行うもの。

※ 結核の早期発見、呼吸器等他の疾病の早期発見及びその結果に基づく適切な就業上の措置を実施している

2. 見直し内容

○40歳以上の労働者：全員に実施　…40歳未満に比べて異常所見率が有意に高いため

○40歳未満の労働者：以下の者以外のものであって、呼吸器疾患等の自他覚症状、既往歴等を医師が総合的に判断した上で、必要でないと認めた労働者は省略可

ア　感染症法で結核に係る定期の健康診断の対象とされている学校、医療機関、社会福祉施設等の労働者

イ　5歳毎の節目年齢（20歳、25歳、30歳及び35歳）の労働者　…呼吸器等の健康状態の継続的な把握等に必要なため

ウ　じん肺法で3年に1回のじん肺健康診断の対象とされている労働者

…じん肺健康診断を実施しない2年間についても、じん肺等の早期発見の機会を確保する必要があるため

⇒ 省令等を改正し、平成22年4月1日の施行を予定

（参考）感染症法	
65歳以上 ○全員	65歳未満 ○学校、医療機関、社会福祉施設等の労働者等

参考1

平成22年4月1日に施行された労働安全衛生規則からちょうど1年後、学校保健安全法施行規則でも同様の改正が行われたことになる。

その他、「喀痰（かくたん）」から「喀痰」へと、ふりがなが増えた。

なお、文部科学省省令案に関するパブリック・コメントについては、平成23年2月17日からの1か月間で合計10件の意見が集まった。

○　技術的進展を取り入れ活用することはよいことである。

○　デジタル撮影は従来の撮影方法と比べゴミや検査にかかる時間等が減少できる点で長所がある。

の2つの意見に集約された。いずれも賛同の意見であった。

労働安全衛生面から

教職員の健康管理については、産業医資格を持つ学校医が担当していることが多いことと推察される。しかし、50人未満の教職員が従事する学校においては、面接指導や衛生委員会の開催などの実施率が低いと指摘されているのも事実である。ここでは、平成21年4月20日付、21ス学健第4号「公立学校等における労働安全衛生管理体制の整備促進について」を紹介する。

教職員のメンタルヘルス問題が年々深刻化している中で、これからの対策が望まれる。健康診断後の事後措置や面接指導に滞りがあってはならない。現実的には、学校医もしくは学校産業医、教育委員会担当の産業医等の医師が、学校の設置者である校長の協力を得ながら、衛生管理者、安全衛生推進者、養護教諭等とともに推進していく必要がある。また、労働安全衛生面を考慮するとき、学校環境衛生基準をもとに活動している学校薬剤師の存在は欠かせない。

21ス学健第4号
平成21年4月20日

各都道府県教育委員会教育長
各指定都市教育委員会教育長　殿

文部科学省初等中等教育局初等中等教育企画課長
常盤　豊

文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課長
松川憲行

公立学校等における労働安全衛生管理体制の整備促進について

文部科学省においては、毎年度、公立学校及び学校給食調理場を対象とした労働安全衛生法に基づく管理体制の整備状況について調査を行い、各地方公共団体における体制の整備状況を把握するとともに、その結果を周知しているところです。

平成20年5月1日現在の調査結果（別紙1）によれば、公立学校における衛生管理者の選任率は95.1%、衛生推進者の選任率は84.9%、産業医の選任率は94.6%、衛生委員会の設置率は95.5%、学校給食調理場における安全管理者の選任率は72.0%、衛生管理者の選任率は75.0%、安全衛生推進者の選任率は67.3%、産業医の選任率は75.0%、安全委員会の設置率は89.3%、衛生委員会の設置率は73.5%となっています。労働安全衛生法上、一定規模の事業場においては、衛生管理者の選任等が義務であるにもかかわらず、未だ十分に整備されていない状況にあり、未整備の事業場においては、速やかに衛生管理者の選任等を行う必要があります。

また、平成20年4月より、常時50人未満の労働者を使用する事業場も含め、すべての事業場に面接指導を実施することができる体制の整備が義務づけられているにもかかわらず、公立学校における面接指導体制の整備状況は、常時50人以上の教職員を使用する事業場においては91.6%、常時50人未満の教職員を使用する事業場においては52.2%の整備率となっており、特に、常時50人未満の教職員を使用する小学校においては51.1%、中学校においては52.1%、幼稚園においては49.2%の整備率にとどまっています。未整備の事業場においては、速やかに、医師による面接指導を実施することができる体制の整備を行う必要があります。

労働安全衛生法に基づく管理体制の整備は、教職員が意欲と使命感を持って教育活動に専念できる適切な労働環境の確保に資するものであり、ひいては、学校教育全体の質の向上に寄与する観点から重要なものです。

そのため、各地方公共団体においては、「労働安全衛生法等の一部を改正する法律等の施行について」（平成18年4月3

日付け18ス学健第1号通知)、「公立学校等における労働安全衛生管理体制の整備について」(平成19年12月6日付け19ス学健第22号通知)、別紙1の調査結果及び別紙2の留意点を踏まえ、速やかに所要の措置を講ずるとともに、学校及び学校給食調理場における労働安全衛生対策に万全を期していただくようお願いします。

また、各都道府県教育委員会及び各指定都市教育委員会におかれましては、それぞれ所管の学校及び域内の市町村教育委員会に対しても、この旨を周知徹底されますよう併せてお願いします。

おわりに

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)

第Ⅱ章

学校環境衛生の動向

1 学校環境の衛生管理

1. はじめに

学校において学習環境を適切に管理することは、子どもの健康を守る上で極めて重要である。子どもをめぐる様々な健康課題を解決するため、中央教育審議会等の場において、学校環境衛生に関する課題が議論された。これを受け、学校保健安全法が平成21年4月に施行された。従来のガイドラインである「学校環境衛生の基準」は、告示「学校環境衛生基準」として平成21年4月に施行された。その後、およそ2年半が経過した。この間、学校の設置者や学校においては法整備に基づき、学校環境を衛生的に保つことの重要性に関する共通理解や学校環境衛生の整備など学校環境衛生活動の推進が図られてきたものと考えられる。

ここで、改めて告示「学校環境衛生基準」および学校環境衛生活動について考えてみたい。

2. 学校環境衛生とは

学校環境衛生とは、保健管理のうち対物管理を重点的に扱う領域であり、学校における環境を衛生的かつ快適性をもって管理することである。適切に対物管理を行うことは、例えば、有害物質による健康影響を未然に防いだり、感染症の集団発生を防止したりするなど、人に対する適切な健康管理（対人管理）にも大きくかかわることである。様々な健康を阻害する要因に対する一次予防的な環境整備と、とらえることが出来る。

学校は、幼児、児童、生徒、学生ならびに教職員（以下、児童生徒等という）が1日のかなりの時間を過ごす場であることから、学校を快適で衛生的に管理することは、教育の円滑な実施にとどまらず、そこで過ごすすべての人の健康の保持増進という観点からも極めて大切である。学校が行う教育活動の実施に当たっては、児童生徒等の健康を損なうことがないよう配慮が求められる。

学校環境衛生活動は、

(1) 児童生徒の生命を守り、心身の発育発達を促し、健康の保持増進を図ること

(2) 児童生徒の学習能率の向上を図ること

(3) 児童生徒の豊かな情操の陶冶を図ること

を目的として進められる活動とされており、このことは単に保健衛生管理の視点のみならず、児童生徒等に対する教育効果が期待される環境衛生活動が求められていることを示すものである。

学校における環境衛生については，従来、学校保健法に基づき環境衛生検査について計画を立てこれを実施しなければならないこと、学校においては、換気、採光、照明および保温を適切に行い、清潔を保つ等環境衛生の維持に努め、必要に応じてその改善を図らなければならないこと、また、学校保健法施行規則で定期環境衛生検査，臨時環境衛生検査，日常点検および事後措置が定められていた。検査を行う基準として「学校環境衛生の基準」〈平成4年文部省体育局長裁定〉が行政上の指針として定められ、学校ではこれらに基づいて維持・管理が進められてきた。

しかしながら、学校においては、小型焼却炉でのごみの燃焼によるダイオキシン生成、井戸水の塩素消毒が不適切であったがために起こった集団赤痢、ホルム

アルデヒド、トルエン、キシレン等揮発性化学物質によるシックハウス問題、学校敷地内での農薬散布など、学校では学校環境衛生にかかわる様々な健康課題が生じた。

3. 学校環境衛生に関する基準の法整備

平成20年1月の中央教育審議会「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」の答申では「学校において『学校環境衛生の基準』に基づいた定期検査は必ずしも完全には実施されていない状況にあり、子どもの適切な学習環境の確保を図るためには，定期検査の実施と検査結果に基づいた維持管理や改善が求められている。そのため，完全に実施されていない要因やその対策について十分検討した上で，現在ガイドラインとして示されている『学校環境衛生の基準』の位置付けをより一層明確にするために法制度の整備を検討する必要がある」と指摘された。

この中央教育審議会の答申に基づき、平成21年4月1日に施行された学校保健安全法では、学校環境衛生について第6条が新規に盛り込まれた。重要なポイントを要約する。

(1) 学校における換気、採光、保温、清潔保持その他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上で維持されることが望ましい基準（「学校環境衛生基準」）を定めるものとする。本基準は、告示として平成21年4月から施行されている。

(2) 学校の設置者は、当該基準に照らしてその設置する学校の適切な環境の維持に努めなければならない。

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

学校長は上記の(3)について、「適正を欠く事項があると認めた場合」に「遅滞なく、改善に必要な措置を講じ」と述べられている部分は、従来の事後措置を行うことを意味するものであること、設置者は、(2) に基づき「学校の適切な環境の維持に努めること」について十分に理解しておく必要がある。

学校保健安全法施行規則には下記のように規定されている。

> 第一条
> 学校保健安全法（昭和三十三年法律第五十六号。以下「法」という。）第五条の環境衛生検査は、他の法令に基づくもののほか、毎学年定期に、法第六条に規定する学校環境衛生基準に基づき行わなければならない。
> 2　学校においては、必要があるときは、臨時に、環境衛生検査を行うものとする。
> （日常における環境衛生）
> 第二条
> 学校においては、前条の環境衛生検査のほか、日常的な点検を行い、環境衛生の維持又は改善を図らなければならない。

4. 学校環境衛生基準

告示「学校環境衛生基準」は、従来15項目に分かれていたが内容の見直しにより定期検査については4項目に整理された。また、日常点検については、定期検査とは別に「第5　日常における環境衛生に係る学校環境衛生基準」として規定された。

なお、本基準は、学校における環境衛生に係る事項について、児童生徒等の健康を保護する上で維持されることが望ましい基準であることから、それぞれの「検査項目」および「基準」を明確にし、それに対応する「検査項目」および「方法」を記述するとともに、旧基

準における施設・設備の設置・構造に関するものは除外され、維持・管理に関する基準であることが明確化されている。また、「学校給食の食品衛生」については、学校給食法第9条第1項等に規定する事項「学校給食衛生管理基準」で規定されることから本基準からは除かれた。

学校環境衛生基準の各検査項目および基準値の設定根拠等ならびに検査方法等については、文部科学省が作成・発行した「［改訂版］学校環境衛生管理マニュアル『学校環境衛生基準』の理論と実践」（平成22年3月）に詳述されており、学校関係者にとっては、環境衛生検査の際の参考に資する必要がある。

(1) 定期検査

「第1　教室等の環境」、「第2　飲料水等の水質及び施設・設備」、「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」、「第4　水泳プール」に整理された。

①　教室等の環境

「教室等の空気」、「採光及び照明」および「騒音」に関する内容がまとめられている。

「教室等の空気」については、「換気回数」、「落下細菌」および「実効輻射温度」は検査項目からはずれた。なお、換気については、二酸化炭素量の増加を目安とし、空気の入れ換えがなければ他の汚染物質も増加することが想定されることから、「換気の基準として、二酸化炭素は、1500ppm以下であることが望ましい」とされている。測定回数については、マニュアルに明確に記されている。

「一酸化炭素」および「二酸化窒素」については、毎学年2回定期に行う項目に含まれているが、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。また、マニュアルによれば、2回実施するに当たっては、季節等を考慮し、例えば夏冬の異なる季節を指し、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なるとしている。

「揮発性有機化合物」については、次回からの検査を省略できる測定方法を限定するとともに、次回から省略できる判断基準は、著しく基準値を下回る場合とされ、マニュアルでは基準値の2分の1以下と示されている。

「騒音環境」については検査項目とせず、「騒音レベル」の検査方法に記載している。また、「騒音レベル」について、測定結果が著しく基準値を下回る場合には、以後教室等の内外の環境に変化が認められない限り、次回からの検査が省略できるとされている。

②　飲料水等の水質および施設・設備

本基準では、「飲料水の水質」と「飲料水の原水の水質」について基準が示されている。また、旧基準の「雨水等利用施設における水」は、「雑用水」と表記されている。

飲料水に関係する検査対象は、

○　水道水を水源とする飲料水（専用水道を除く）

具体的には、貯水槽経由給水に当たる簡易専用水道および小規模貯水槽水道等の水道水を水源とする飲料水の水質基準である。

○　専用水道に該当しない井戸水等を水源とする飲料水

具体的には、専用水道に該当しない井戸水および河川水等を水源とする飲料水の推進基準である。この基準は、水道法に基づく専用水道の検査項目及び水質基準と同様であり、専用水と同レベルの安全性を求めたものである。

○　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

井戸水および河川水等を水源とする場合の原水の水質基準である。

なお、マニュアルでは、「直結栓水については、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、「学校環境衛生基準」における定期検査の対象とされていない」こと、および「専用水道は、水道法に基づいて検査し、管理することとされており、『学校環境衛生基準』における定期検査の対象とされていない」ことが示されている。

「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」の検査回数については、水道法施行規則第54条において準用する水道法施行規則第15条に規定する専用水道が実施すべき水質検査の回数とされている。

飲料水に関する施設・設備については、「外部からの汚染を受けないように管理されていること」とされている。

③　学校の清潔、ネズミ、衛生害虫等および教室等の備品の管理

「第3　学校の清潔、ネズミ、衛生害虫等及び教室等の備品に係る基準」については、旧基準の複数の内容、すなわち「排水の管理」、「学校の清潔」「机、いすの整備」、「黒板の管理」および「ネズミ、衛生害虫等」が整理統合されている。「学校の清潔」および「排水の管理」は「学校の清潔」に、「机、いすの整備」および「黒板の管理」については、「教室の備品の管理」にまとめられ、「水飲み・洗口・手洗い場・足洗い場の管理」、「便所の管理」および「ごみの処理」については検査項目から除外された。

各項目の基準は、以下に示すように整理されている。

検査項目		基準
学校の清潔	(1) 大掃除の実施	大掃除は、定期に行われていること。
	(2) 雨水の排水溝等	屋上等の雨水排水溝に、泥や砂等が堆積していないこと。また、雨水配水管の末端は、砂や泥等により管径が縮小していないこと。
	(3) 排水の施設・設備	汚水槽、雑排水槽等の施設・設備は、故障等がなく適切に機能していること。
ネズミ、衛生害虫等	(4) ネズミ、衛生害虫等	校舎、校地内にネズミ、衛生害虫等の生息が認められないこと。
教室等の備品の管理	(5) 机、いすの高さ	机面の高さは、座高／3＋下腿長、いすの高さは、下腿長であるものが望ましい。
	(6) 黒板面の色彩	（ア）無彩色の黒板面の色彩は、明度が3を超えないこと。 （イ）有彩色の黒板面の色彩は、明度及び彩度が4を超えないこと。

それぞれの検査方法については、主に実施状況の確認や目視による確認である。

なお、ネズミ、衛生害虫等の生息が認められた場合の事後措置は、児童生徒等の健康および周辺環境に影響がない方法で駆除を行うようにすることがマニュアルに示されている。

「第4　水泳プール」

今回の見直しで大幅に変更された部分はないが、プール水の採水場所については、マニュアルで「プール全体の水質が把握できる場所とし、長方形のプールではプール内の対角線のほぼ等間隔の位置で，水面下約20cm付近の3カ所以上を原則とする」とされている。また、循環ろ過装置の処理水については、採水栓から初流に沈殿物や浮遊物が出てくることがあるので、5分程度放水を行った後に採水することとされている。

なお、プールの原水は飲料水の基準に適合するものであることが望ましい。このため、原水に何を用いているのか調べる必要がある。水道水を用いる場合は、水道法により水質管理が行われているので問題ないが、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「ア」の検査項目の基準を満たすよう努めることが示されている。

日本学校保健会では、学校における水泳プールの保健衛生管理に資するよう、「学校における水泳プールの保健衛生管理」（平成21年5月）を作成した。内容を以下に示す。

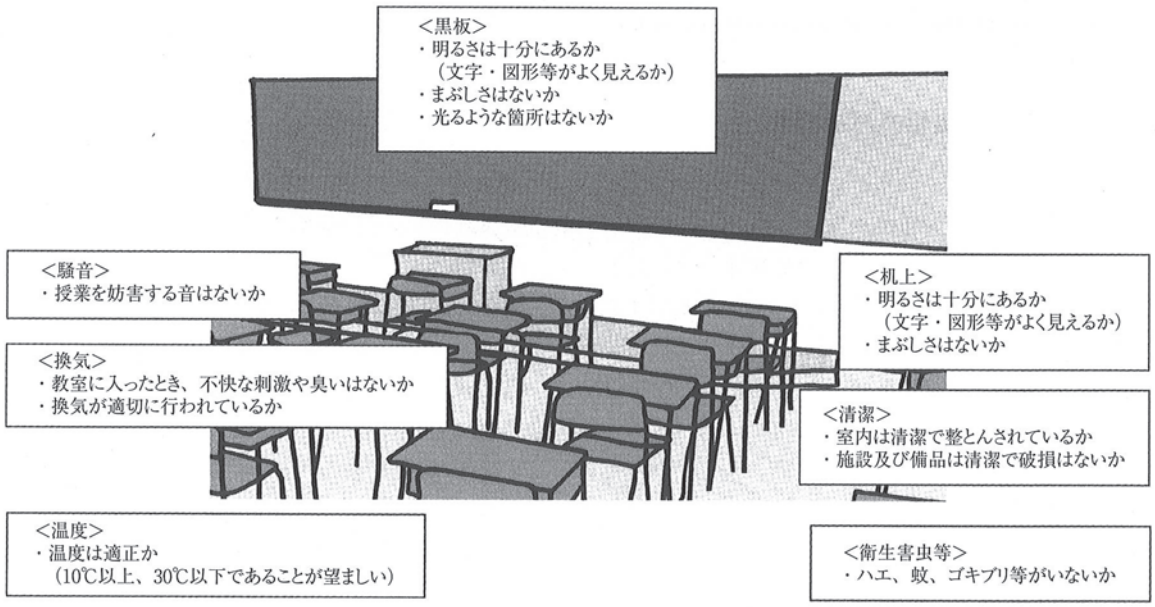
第1章　学校における水泳プール
第2章　水泳と健康
1. 水泳と目の健康　2. 水泳と耳の健康
3. 水泳と鼻の健康　4. 水泳と皮膚の健康
5. その他の病気と水泳　6. 救急時の手当
7. 健康状態で注意が必要な事項
第3章　水泳のための健康管理
1. 長期的な健康管理　2. 水泳時の健康管理
第4章　水泳プールの施設・設備と管理
1. 水泳プールの管理
2. 水泳プールの設備とその構造

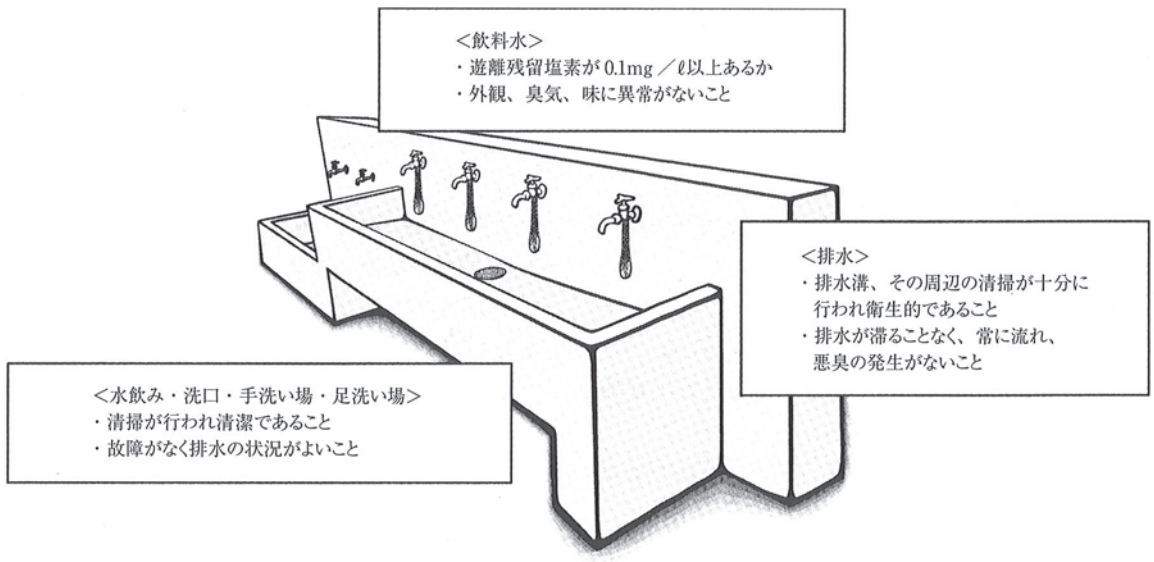
3. プールの維持管理
第5章　水泳プールの水質管理
1. 水泳プールの水質基準の意義と目的
2. プール水の塩素消毒　3. 塩素消毒の管理
第6章　組織活動

また、資料として日本学校保健会が行った「学校におけるプールの衛生管理に関する質問調査の結果報告書、プールの安全標準指針、プール後の洗眼とゴーグル使用についての日本眼科医会学校保健部見解」が掲載されている。

(2) 日常点検

日常点検を行う項目は、告示「学校環境衛生基準」の「第5 日常における環境衛生に係る学校環境衛生基準」に示されており、毎授業日に点検を行う必要がある。従って、学校の実情に応じ、学級担任、ホームルーム担任、養護教諭等は、「学校環境衛生基準」に定められた検査内容について適切に実施しなければならない。検査方法は、一部を除き官能検査（五感による感覚的な検査）によるものである。





［改訂版］学校環境衛生管理マニュアル―『学校環境衛生基準』の理論と実践―、平成22年、文部科学省

(3) 雑則

① 臨時検査

臨時検査については、次のような場合、必要があるときは、臨時に必要な検査を行うよう示されている。

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

なお、臨時に行う検査は、定期に行う検査に準じた方法で行うものとされている。

② 記録

定期および臨時に行う検査の結果に関する記録は、検査の日から5年間保存するとともに、検査に必要な施設・設備等の図面等の書類は、必要に応じて閲覧できるように適切に保存するよう規定されている。

また、毎授業時に行う点検の結果については記録するよう努めるとともにし、その記録を点検日から3年間保存するよう努めるものとするよう規定されている。こうした記録は、養護教諭を中心として一元的に保存することが大切である。

6. 学校環境衛生活動の連携体制

学校環境衛生活動を円滑に推進するに当たっては、校長の責任の下に養護教諭や保健主事だけでなく、学校環境衛生活動を職務とする学校薬剤師や学校医等がそれぞれの職務の特性を生かし、役割を明確にするとともに、学校のすべての教職員が、学校分掌等により役割を明確にし、学校経営の中で年間学校保健計画の中に位置付けて進める必要がある。

学校環境衛生活動を進めていく際の場面ごとの教職員の役割および留意事項については以下のように整理できるものと考えられる。

(1) 学校保健計画の策定

関係教職員等：学校長等管理職、保健主事、養護教諭、栄養教諭（学校栄養職員）、学校医、学校薬剤師等

留意点：全教職員による共通理解、日常点検の実施の確認等

(2) 環境衛生検査実施前の事前打合せ

関係教職員等：保健主事、養護教諭、施設管理実務担当者、学校薬剤師等

検査項目ごとの実施時期の確認等

(3) 日常点検の実施

関係教職員：学級担任、教科担任、学校長等管理職、養護教諭、栄養教諭等

留意点：点検と記録、異常時の早急な対応点検と記録、異常時の早急な対応

(4) 定期環境衛生検査の実施

関係教職員：学校薬剤師、検査機関、保健主事、養護教諭等

留意点：必要な検査の実施、日常点検記録の確認

(5) 定期環境衛生検査実施後の報告と対応

関係教職員：学校長等管理職、保健主事、養護教諭、学校薬剤師、検査機関等

留意点：検査結果の評価、事後措置の確認と対応、次年度に向けての計画等

(6) 定期検査結果の設置者への報告

関係教職員等：学校長等管理職

(7) 学校保健委員会

関係教職員：学校長等管理職、学校医、学校歯科医、学校薬剤師、保健主事、養護教諭、栄養教諭等、学年主任、ＰＴＡ、地域の保健関係者等

留意点：検査や検査結果の共通理解、次年度に向けての計画等

(8) 災害、新築、改築、新たな学校用備品の購入時等に行う臨時環境衛生検査

関係教職員：学校長等管理職、保健主事、養護教諭、学校医、学校薬剤師等

留意点：検査内容の共通理解、設置者との連絡調整、検査結果に基づく事後措置等

（鬼頭英明）

参考　改訂版学校環境衛生管理マニュアル―理論と実践―、平成22年、文部科学省

2 学校給食の衛生管理

学校給食現場の衛生管理から見た食中毒事件の「発生前」と「発生後」の備え

2つの備えを認識させた大震災の教訓

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、その被害の甚大さに息をのむ思いである。天災でありながら人災でもあるという声が強いのは、震災発生の前と後の備えが不十分だったことを認識したからである。学校給食現場の衛生管理もまったく同じことが言える。食中毒事件の発生する前と発生後の2つの備えのことである。

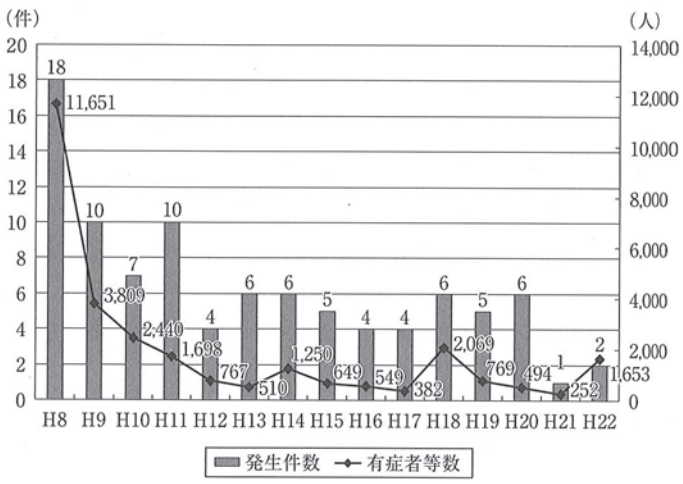
震災発生前の備えでは、東北電力の女川原発と東京電力の福島原発が典型的な事例である。女川原発は、1979年の建設当時、最大津波を13メートルと想定したが実際はさらにかさ上げして海抜15メートル弱の地盤を築いて海岸線に建設した。今回の地震で地盤が1メートル沈下し13メートルの津波に襲われたが津浪の到達はなかった。

一方の東電福島原発では、想定する最大津波を小さく見積もり、国際原子力機関（IAEA）の勧告にある「歴史的および前史的な地震に関する古地震学・考古学上の情報の検討」を無視し、津浪をもろに受ける程度の地盤に原発を建設した。さらに低温冷却の電源を地震・津浪などで失った際の応急措置についても備えがなかった。では震災後の対応はどうだったか。福島原発の東電、政府の対応に合格点をつける国民はいないだろう。この点でも多くの教訓を残した。

学校給食現場の食中毒事件は、**図1**で見るように1996年7月に大阪府堺市の学校給食で発生した腸管出血性大腸菌O157食中毒事件をピークに下降線を辿りはじめ、近年は1、2件の発生にとどまっている。平成21年度は、12月10日に東京都足立区でノロウイルスによる食中毒事件が発生するまでゼロが続き、史上初の発生件数なしに終わるかと期待されたが、結局この1件に終わった。平成22年度は2件となった。一般の食中毒事件が減少していないことを考えると奇跡に近い激減である。

堺市のO157食中毒事件で死者3人、入院患者は200人を超える被害が出た直後、当時の文部省は直ちに「学校給食における衛生管理に関する調査研究協力者会議」を設置して学校給食現場での衛生管理について有識者の意見を集約し、これを現場に反映させて食中毒事件の防止に取り組んだ。さらに学校給食調理場の衛生管理を徹底するため、具体的な責務と衛生管理体制を定めた学校給食衛生管理基準を平成9年4月に策定した。こうした施策への取組が着実に功を奏し、ここまで辿り着いたものである。

筆者は15年前にこの協力者会議が設置された当初から委員を務めてきており、この間、文部科学省の学校給食現場の衛生管理の取組をつぶさに見てきた。設置当時、筆者は読売新聞科学担当論説委員であり衛生管理の専門家ではなかったが、ジャーナリストとして社会一般の目線で考え提言できる委員として期待されたものだろう。本稿ではこの協力者会議の委員として筆者がかかわったことを中心に、衛生管理の在り方を記述してみたい。



（文部科学省調べ）

図1　学校給食における食中毒発生状況

現地調査で見たこと感じたこと

食中毒事件を発生させた学校や給食センターが待っているのは、文部科学省から派遣された委員たちの現地調査による厳しい「査察」であり、その改善指導の実施状況を外郭団体の独立行政法人日本スポーツ振興センター学校安全部が、1年後に確認するが、実体は文部科学省派遣の現地調査である。調査は早朝7時ころから学校給食調理場に入り、栄養教諭、学校栄養職員、調理員らの作業をつぶさに検分し、その行動・所作を点検する。施設・設備の内容から衛生管理に対する備え、食材の納入の状況から調理する際の手順や衛生管理への配慮などがきちんと行われているかどうか、派遣された委員は調理場のあちこちに移動しながら黙って検分するものである。

また日常的に調理員たちの健康管理ができているかどうかを見るため、健康状態の記録類や食材の検収、温度管理記録など膨大な記録・資料類にも目を通すことになる。調査を受ける学校側と栄養士や調理員はたまったものではないだろうが、それでも大体は協力的であり終わってからのミーティングでの討論では、多くの教訓が出てくる。

筆者の担当は、主として校長やセンター長らの危機管理のあり方の点検である。つまり食中毒事件の発生に備えた事前の対策と食中毒事件が発生した後に適切な対応策をとったかどうかを聞き取るものである。どの学校にも学校保健委員会があって、児童生徒の健康維持に取り組んでいる。学校給食はこの保健委員会の守備範囲になるが、まずほとんどの学校では保健委員会で学校給食の衛生管理を論じることはない。また、学校には給食委員会が設置されているが、これは形式的な組織と化している場合がほとんどであり設置している意味が希薄である。衛生管理体制や危機管理体制について常時、話し合う場でなければ意味がない。日本全国どこでも学校給食の位置づけは日常的に「当たり前」のことであり、食中毒事件でも起こさない限り衛生管理などに配慮することはないのである。

筆者が特に注目する点は、校長の学校給食に対する意識レベルである。この意識には校長によって天地ほどの差があることに驚く。つまり学校給食に非常に関心を持っている校長、児童生徒の健康管理に関心を持っている校長は、衛生管理にも理解があり給食調理場にも入ることが多い。校長が調理作業をしている調理場に入ることは、家庭で厨房に入ることとは別の意味がある。栄養教諭、調理員らに声をかけたり、その日の献立を見聞して調理する様子を見てまわる。実は校長のこのような行動が、調理員らに対し無言の激励になり安全な調理に取り組む意識を高めるのである。逆に一度も調理場に入ったこともなく給食の調理についても衛生管理にも全く関心を見せず、すべてお任せという校長も少なくない。このような学校から食中毒事件が発生すると、発生後の対応も後手後手にまわることが多い。



食中毒事件を起こした学校給食の調理場で、衛生管理の現状を検証する調査協力者会議の委員

ある小学校ではこのようなことがあった。校長は毎日朝一番に登校し、学校の正門前に立って登校してくる児童と朝の挨拶をするのを日課にしていた。毎日のことだから校長は児童の顔と名前を自然と覚えていく。ある日の朝、登校児童に欠席が目立つことに気が付いた。朝の職員会議の時に欠席児童の統計を取ると明らかに欠席が多い。異常を感じた校長は、全教員に欠席児童の自宅に連絡させてその原因を調べさせると、腹痛、下痢、発熱が多い。教員の中にも同様の症状を訴える人がいる。学校給食の食中毒を疑った校長は、同じセンターからの給食を食べている学校に連絡して聴いてみた。

果たせるかな他校でも同様の症状の児童生徒が多く欠席が多い。別の学校給食の献立を食べている近隣の学校に連絡して聴いてみると異常はない。校長はすぐに食中毒を疑い教育委員会と保健所に連絡を取っ

た。保健所は直ちに学校給食の食中毒が濃厚であると断じ、学校のその後の対応策も迅速であり、二次感染者も出さずに済んだ。普段から子どもたちの登校状況を見ながら健康管理をしている校長の迅速な対応は、食中毒発生後も適切な対応策で最小限の被害で切り抜けた。

一方、ある学校では、腹痛、下痢、発熱などが原因で欠席児童が多いにも関わらず、きちんとした調査もせず子どもの下校時には「夏風邪に注意」という「保健だより」を児童に持参させて帰宅させた。腹痛、下痢、発熱は夏風邪と判断し、保護者に注意を呼び掛けたものだが、ほどなく保健所が聞きつけて調査すると学校給食の食中毒事件と分かり、その日の地元紙の夕刊に報道されて大騒ぎとなった。教員たちに聴いてみると、「当初から学校給食の食中毒事件を疑っていたが、食中毒事件では困る。できたら夏風邪であってほしいという願望がこのようなことになった」という驚くべき本音が飛び出した。

この学校では食中毒事件発生時に校長は学校行事で泊りがけの出張中であり、校長の代行を取るべき教頭は、欠席児童が急増した実情を校長に報告しなかった。土日の2日間空けた月曜日の朝になって、出勤してきた校長が初めて異変を聞いて騒ぎになった。これは組織として機能していなかった事例だった。

学校給食現場の危機管理とは何か

学校給食で食中毒など発生してほしくない。誰もが考えていることだ。しかし地震と同じようにこれだけはいつ来るか分からない。食中毒の予防策は、原因になるウイルスや病原細菌を「つけない」「増やさない」「殺す」という3点セットである。簡単な言い方をすれば、「よく熱を通し、できたものをすぐに食べる」ことで食中毒事件は避けられる。しかしこれが難しい。

最近、学校給食を外部業者へ委託をする学校が多くなっている。これでは業者任せであり、危機管理への意識が希薄になっているように感じる。ある学校関係者は、外部委託によって学校給食で食中毒事件が発生した際の責任が回避されるとの見解を述べているが、これは大きな間違いである。ひとたび学校給食で食中毒事件が発生した場合、食中毒被害の現場は学校であり被害者は児童生徒である。その時、教育委員会も校長も外部委託をしているから責任は業者にあり学校にはないとして、何も対応しないで済ますことなど到底許されない。安全な学校給食を提供する責務は、教育委員会であり学校長にある。それが、社会が求めている管理責任である。外部の業者に委託すればすべての責任が回避できるという間違った考えがあってはならない。

食中毒が発生する前にその備えをすることが、まず第1の衛生管理である。調理員の健康管理をし、手洗いを励行し、調理器具類の滅菌を徹底して清潔度を保つこと、食材の管理などが現場に求められる対策である。しかし先に述べたように、学校経営の最高責任者である校長の意識一つでこうした予防策にも一本筋が通ってくる。つまりトップの意識次第で危機管理はがらりと変わるということである。

不幸にして食中毒事件が発生した場合も、迅速で適切な対応ができない場合は、児童生徒の不安感、二次感染の危険も含んで保護者への連絡不備、学校内外の混乱などに大きな影響を及ぼしてしまう。発生してもできるだけ被害を最小限に抑えて迅速に収拾することができるのは危機管理ができるかどうかにかかっている。万一、学校給食で食中毒事件が発生した場合の対応策を日頃から確立しておく必要がある。これは学校だけでなく教育委員会も含めて迅速な対応への備えである。食中毒事件は発症者の回復への対応だけでなく二次感染による被害の拡大防止という重要な任務がある。日頃から食中毒事件が発生した場合の危機管理体制について、給食委員会、学校保健委員会などで討議し初動行動を決めていくことが肝心だ。食中毒事件の発生前と発生後で比べれば、発生後の対応策がきわめて重要であると筆者は感じている。

私たちは先ごろの大震災でも体験したが、ことが起こった後の対応策がいかに重要であるか身に染みてよく分かった。それが危機管理である。国家にあっても企業にあっても学校にあっても危機管理の最高責任者はトップにある。トップの考え判断、決断によって被害を最小限に抑えることにつながることを強調しておきたい。

（馬場錬成）

コラム 東日本大震災と学校環境衛生

未曾有の大地震、その後東北・北関東を襲った大津波によって福島第一原発は破局的な事故が進行しており、未だ収束の目途がたっていない。今回の大震災により学校も壊滅的な被害を受け、物的被害は数千校、人的被害は千人近い規模になるという。

福島県の場合は原発事故の影響により、被害は甚大かつ深刻である。子どもたちを一時的であっても避難させなかったことは非常に悔やまれるが、被曝が判明した以上、長期にわたる健康管理が必要である。また、子どもたちが一日も早く安心して暮らせるように、放射能汚染マップの作成と公表、そして、緊急避難的ではあるが除染作業を急がなければならない。

1. 日本学校薬剤師会の取組

日本学校薬剤師会では、災害復興支援委員会を立ち上げて全国から支援金を募った。また、薬剤師会としても、特別予算の一部を支援金に組入れ、現在「災害対策マニュアル」を作成しているところである。

この支援金を基に、検査用機器（空気検査用測定器・残留塩素計・照度計・環境放射線測定器）と「新訂『学校環境衛生基準』解説2010」を被災地の学校薬剤師会に寄贈した。

2. これからの学校施設

地震の予知は難しく突然発生するため、いつも安全な場所へ避難できるとは限らない。また、世界の地震のおよそ1割が日本で起きていることを考えると、地震への備えは非常に重要である。耐震校舎への建替がすぐにできないのであれば、早急に耐震補強をしなければならない。有害な毒物や劇物、火災を起こす可能性のある危険物等を保管する理科室では、保管庫の耐震対策と、混触発火を防止するため薬品の配列に工夫が必要となる。

津波といえば、学術用語『tsunami』が、世界的に一般用語として使用されたのはスマトラ島沖地震以降であるが、四方を海に囲まれたわが国では、地震が起きれば津波に襲われる確率が非常に高いことは周知の事実である。

最善の津波対策は、水圧に強い校舎を津波が到達しない安全な高台に建設することであるが、緊急対策としては、校舎の屋上に屋外からも避難できる外階段を設置することや、裏山等の高台に安全に避難できる経路を確保すること等が考えられる。

3. 放射性物質と学校環境衛生基準

今回の原発事故により、私たちは人間の技術では核物質の制御に限界があることを学んだ。原発安全神話の崩壊である。圧力容器の損傷に起因するメルトダウンによりヨウ素、セシウム、ストロンチウム等の放射性物質が放出され、学校では、飲料水やプール、給食の食材、校庭や園庭の土壌や空気が汚染されたが、震災以前の環境に戻すことは容易ではない。

チェルノブイリ事故から11年後、ベラルーシで死亡した人の臓器の調査でセシウム量が飛びぬけて多かったのは甲状腺で、子どもは大人の約3倍であったという。現在、全体の被曝線量が半減期30年のセシウム137に支配される段階に入り、今後数年の単位では低下しないことや、放射性物質には「しきい値」がないことから、子どもの年間被曝許容量は、ICRPが定めた最も低い値1mSvを新基準として『学校環境衛生基準』に定めるべきである。

原発事故が起きると、電力の供給が不安定になることも露呈した。東京および東北電力管内では供給量不足から、この夏、学校も企業や家庭と同様15%以上の節電が求められた。

もはや原発からの脱却以外の選択肢は考えられない。学校においては、再生可能な太陽や風力等自然エネルギーによる発電、地中熱の利用、自然採光やＬＥＤ照明、屋上や壁の断熱化等、まさに「エコスクール」への転換が求められる。

（大瀧晴恵）

第Ⅲ章

健康教育の動向

1 保健教育

1. 学習指導要領の改訂

文部科学省は、平成20年3月に小学校学習指導要領を、平成20年3月に中学校学習指導要領を、そして平成21年3月に高等学校学習指導要領を改訂した。小学校学習指導要領については平成23年度から、中学校学習指導要領については平成24年度から完全実施し、高等学校については平成25年度の入学生から年次進行により実施することが示されているが、平成22年度は、小学校、中学校は移行措置として一部を先行して実施し、高等学校については、移行措置として総則等の一部を先行して実施する時期となっている。

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、そして平成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により編集され、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明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記された改訂の趣旨ならびに内容を記述することにする。

(1) 小学校の保健教育

小学校学習指導要領解説体育編では、「生涯を通じて自らの健康を適切に管理し改善していく資質や能力を育成するため、一層の内容の改善を図る。その際、小・中・高等学校を通じて系統性のある指導ができるように、子どもたちの発達の段階を踏まえて保健の内容の体系化を図る。また、生活習慣の乱れやストレスなどが健康に影響することを学ぶことが重要であり、健康の概念や課題などの内容を明確に示すとともに、心身の発育・発達と健康、生活習慣病などの疾病の予防、保健医療制度の活用、健康と環境、傷害の防止としての安全などの内容の改善を図る、特に小学校低学年においては、運動を通しての健康の認識がもてるよう指導の在り方を改善する」という平成20年1月の中央教育審議会の答申を踏まえての改訂が行われたことが述べられている。そして、小学校3・4年生は、「毎日の生活と健康」と「育ちゆく体とわたし」で、小学校5・6年生は、「心の健康」、「けがの防止」ならびに「病気の予防」で内容が構成された。なお、系統性の視点から、「毎日の生活と健康」については、健康の状態のとらえ方として主体の要因と周囲の環境の要因を、「けがの防止」については、身の回りの生活の危険が原因となって起こるけがを、「病気の予防」については、地域での保健にかかわる様々な活動に関する内容を新たに加えることが示された。

学習指導要領に示された学習内容は次のとおりである。

「毎日の生活と健康」

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

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

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

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

「育ちゆく体とわたし」

・体の発育・発達について理解できるようにする。

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

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

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

「心の健康」

・心の発達及び不安、悩みへの対処について理解できるようにする。

ア　心は、いろいろな生活経験を通して、年齢に伴って発達すること。

イ　心と体は、相互に影響し合うこと。

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

「けがの防止」

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

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

イ　けがの簡単な手当は、速やかに行う必要があること。

「病気の予防」

・病気の予防について理解できるようにする。

ア　病気は、病原体、体の抵抗力、生活行動、環境がかか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付ける必要があること。

エ　喫煙、飲酒、薬物乱用などの行為は、健康を損なう原因となること。

オ　地域では、保健にかかわる様々な活動が行われていること。

(2) 中学校の保健教育

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かかわる資質や能力を育成するため、基礎的・基本的な知識の暗記や再現にとどまらず、知識を活用する学習活動によって思考力・判断力などの資質や能力が育成されるよう、実習や実験などの指導方法の工夫を行うことも示されている。

学習指導要領に示された学習内容は次のとおりである。

「心身の機能の発達と心の健康」

・心身の機能の発達と心の健康について理解できるようにする。

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

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

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

エ　精神と身体は、相互に影響を与え、かかわっていること。欲求やストレスは、心身に影響を与えることがあること。また、心の健康を保つに

は、欲求やストレスに適切に対処する必要があること。

「健康と環境」

・健康と環境について理解できるようにする。

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

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

ウ　人間の生活によって生じた廃棄物は、環境の保全に十分配慮し、環境を汚染しないように衛生的に処理する必要があること。

「傷害の防止」

・傷害の防止について理解を深めることができるようにする。

ア　交通事故や自然災害などによる傷害は、人的要因や環境要因などがかかわって発生すること。

イ　交通事故などによる傷害の多くは、安全な行動、環境の改善によって防止できること。

ウ　自然災害による傷害は、災害発生時だけではなく、二次災害によっても生じること。また、自然災害による傷害の多くは、災害に備えておくこと、安全に非難することによって防止できること。

エ　応急手当を適切に行うことによって、傷害の悪化を防止することができること。また、応急手当には、心肺蘇生等があること。

「健康な生活と疾病の予防」

・健康な生活と疾病の予防について理解を深めることができるようにする。

ア　健康は、主体と環境の相互作用の下に成り立っていること。また、疾病は、主体の要因と環境の要因がかかわり合って発生すること。

イ　健康の保持増進には、年齢、生活環境等に応じた食事、運動、休養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、病原体が主な要因となって発生すること。また、感染症の多くは、発生源をなくすこと、感染経路を遮断すること、主体の抵抗力を高めることによって予防できること。

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

カ　個人の健康は、健康を保持増進するための社会の取組と密接なかかわりがあること。

(3) 高等学校の保健教育

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かか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かか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とりあげ、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付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とりあげ、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かかわっており、社会生活における人々の健康の保持増進には、個人の力だけでなく、個人を取り巻く自然環境や社会の制度、活動などが深くかかわっていること、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とる必要があること、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。

なお、学習指導要領に示された学習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かかわること。

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かかわること。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かかわっていること。

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、労働などが深くかかわっていることから、環境と健康、環境と食品の保健、労働と健康にかか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る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。

2. 保健教育の研究の動向

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、保健教育担当の教員あるいはその養成に関する研究、高校生や大学生の保健知識や保健学習に対する意識についての研究、保健教育の学習内容に関する研究、新学習指導要領に基づく授業の進め方に関する研究などが多く見られる。

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22年度に発表されたものの一部の概要を紹介する。

日本学校保健学会機関紙「学校保健研究」第52巻2号において、保健教育に関する2本の学術論文が掲載されている。

角田仁美ら「保健学習に関わる教員研究への参加に関する検討－都内の高等学校保健体育科教員を対象にして－」では、高等学校保健体育科教員387名を対象として、保健学習の公的な研修（教育委員会などの公的な機関が主催する職務としての研修）、校内研修（学校全体で行う研修）、自主研修（日頃、個人的に行う教材研究）といった研修への参加状況や研修に対する意識を調査し、過去5年間で公的な研修に参加した者は約4割、校内研修は約2割であり、多くの教員にとって自主研修が実質的な保健学習の研鑽となっていること、保健学習に関する公的な研修や校内研修に対する意識が比較的高いこと、保健学習の自主研修に対する意識が高い者は、研究時間が確保でき、利用できる教材や教具が身近にあり、熱心な教員や相談できる教員がいること、教職経験が短い教員ほどすべての研修に対する意識が高いことを明らかにした。

七木田文彦「戦時下学校衛生改革と健康教育教科成立の基盤形成過程－能動的主体形成の目的化－」では、1930年台後半から第二次世界大戦終結までの時期を対象として、日本の学校における健康教育教科成立の過程を第一次史料と文献的史料を基に分析し、戦時下において健康教育をナショナルカリキュラムに位

置づけようとする改革は、健康教育運動の延長線上に展開され、衛生訓練を中心に位置づけられた国民学校体練科体操「衛生」の内容として具体化されたこと、衛生（健康）の知識教授は、国民学校全教科に点在する衛生教授内容・教材と連繋し、衛生訓練と衛生教授の合理化体系化による健康教育体系がデザインされたこと、明治期以降の学校衛生は、学校医、学校歯科医、学校看護婦といった医療関係者を中心に発達してきたが、健康教育への注目以降、学校衛生の担い手に一般教員（学級担任）を配置する試みとして改革が進められ、新たな教育職員として養護訓導を誕生させたこと、戦時下改革の構造と健康教育運動から戦後「保健科」に結実する健康教育教科の導入過程は、人々に対して合理的な生き方を推進する状況の成立過程でもあり、それは予防医学の知見から「演繹される生活態度の諸原理（医学や科学）に従属させようとする個人」を健康教育を通して成立させようとしたことなどを明らかにし、衛生的（健康的）国民をいかに育成するかについての近代化の歩みは、戦時下に確立した体制と構造に規定されながら、内容を変化させつつ、今日も継続していることを指摘している。

第57回日本学校保健学会においては、シンポジウム「変化の時代における保健科教育内容の検討－未来を生きる子どもたちに必要な保健の教養を問う－」が行われた。このシンポジウムでは、今日人々の健康志向、安全志向が顕著に認められる一方で保健の知識や教養が未だ不十分であること、社会の変化とそのスピード、様々な局面でのグローバル化、格差や秩序不安の広がり、健康課題の広がり、医療の高度化や医療に対する考え方の急速な変化などを踏まえつつ、未来に生きる子どもたちに必要な保健の教養が何かを問い、保健科教育内容を検討することが意図され、3人のシンポジストによる提案がなされている。

弓倉整「未来を生きる子どもたちに必要な保健の教養は何か：医師の立場から」では、人間が生まれてから生涯を終えるまでの生涯保健を考えると、幼稚園から高校を終えるまでの期間は、健康に対する考え方の基礎を作る重要な時期であり、この時期に適切な指導・教育が必要であることが述べられた。そして、日本医師会の学校保健委員会答申「学校健康教育の新しい展開」に沿いながら、内科、眼科、耳鼻科、皮膚科、こころ、整形外科、産婦人科それぞれに必要と考えられる内容項目が提示された。

藤原武男「子ども時代の環境が一生の健康を決める：ライフコース疫学の視点から」では、近年、胎児期の環境、そして乳幼児期の親のかかわり方により、子の遺伝子発現が変わるという根拠に基づきながら、このような科学的な事実を保健科教育内容に取り入れること、また社会格差によって胎児期の環境が変わり将来の健康にも影響すること、さらには、健康科学の領域や研究方法の特徴などを教える内容の必要性などが主張された。

黒上晴夫「子供を取り巻く情報環境の変化と保健教育」では、諸外国の動向を踏まえながら、学校の情報環境が今後も大きく変わり、デジタル化によって形式が統一され教材の提示が効率化されること、鮮明な画像や音声によって理解やイメージ化が促進されること、自己ペースの学習や関心に応じた学習がより一層行われること、学習成果を蓄積し再利用する学習がより一層行われることなどを踏まえ、保健学習がより効率的、主体的になり、また個別のニーズにあったものになっていくこと、さらに保健を含めて教科や総合的な学習の時間などの学習全体の中に自己自身の目的的、自覚的な成長をめざす視点を埋め込み、それと情報とのつきあい方を考える内容の必要性が主張された。

第57回日本学校保健学会では、その他に保健教育に関する研究報告がなされている。

植田誠治「保健授業研究における2つの方向性と保健担当教師の力量形成」は、保健授業の改善には保健担当教師の力量形成が不可欠であるが、授業研究には生産システムをモデルとする教育工学的なアプローチと授業を異なる立場や異なる視点によって記述し評価する全体論的なアプローチの方向性があり、これまでの保健授業研究は前者のものがほとんどであり、この2つのアプローチを踏まえた授業研究、後者のアプローチの研究の推進、教師と研究者の共同研究体制と研究発表の場づくりなどが必要なことを報告した。

河野有ら「小中学生の医薬品や健康に関する知識の実態と「医薬品に関する教育」の効果に関するアンケート調査結果について」は、中学校の新学習指導要領で医薬品の正しい使い方に関する内容が示されたことを踏まえ、医薬品に関する教育の授業を行う教育者とその授業を受けた小中学生を対象とする調査を行い、医

薬品の効く仕組みは8割近くが理解していないことや4割が医薬品をお茶やジュース等で服用するなど正しい知識を持たずに医薬品を使用していること、副作用という言葉は小学生で6割以上が認識しており、副作用の経験は小学生で1割、中学校では3割であること、一般的医薬品と医療用医薬品の違いは中学生で約9割が認識していないこと、授業を肯定的にとらえる回答や学んだ知識が病気等の際に医薬品を使用するにあたって役に立つとの回答が8割を超えていたことなどを報告した。

小浜明ら「『プレ保健授業担当教師』の学びの履歴に関する探索的試み」は、大学在学中に教員採用試験に合格した学生が、3ヶ月間週2回程度学校共同体に参与することを通して、授業を想定した教材の知識の生成を検討し、大学での体験と既得知識より、子どもへのまなざしと同時に教師の指導へと視線が照射され、成長する仲間として徐々共同体へと受け入れられつつ、比較や指摘、示唆を通して実践的知識への探求者へと変容していく様子が明らかとなったこと、「自分だったらどうするか」の視点や「授業の様式・形態・段階・手順・技能・構想・計画」の視点を得ることなどを報告した。

上田裕司ら「保健体育科コース大学生および中学校保健体育科教員の保健学習に対する意識－グループまたは、個別インタビューによる聴き取り調査の結果－」は、中学校保健体育科教員の保健学習への意識向上を図るために、教員の意識およびその関連要因について、保健体育科コース大学生と中学校保健体育科教員を対象とする調査を行い、大学生の保健学習のイメージには、教師の一方的な指導、保健学習の不定期な実施、教師の資質などのマイナスイメージと生徒の興味関心を高める指導、健康教育との関連、社会問題に対応した内容の指導などのプラスイメージがあること、保健体育科教員には、授業の形態、理解のさせ方、興味関心を高める指導、配当時間と指導内容の関連、教材研究の時間の確保など内的要因と保健学習の支援・推進に関わる学習指導要領の改訂、教育実習、教員養成、研修会などの外的要因があることなどを報告した。

浅井千恵子ら「成長過程において自己効力感の確立と生活習慣改善をねらいとする学校現場における保健学習の教育的効果に関する研究－キャリア教育を取り入れた保健学習の実践に基づく検討－」は、小学校4年生の保健学習の単元「育ちゆく体とわたし」の授業が、子どもたちが成長を肯定的に受けとめることや生活習慣改善のための指導内容であったがどうかを検討し、知識の習得に関しては向上が認められたものの、生活習慣改善の意思決定スキルや目標設定スキルの向上が認められなかったことを報告した。

内山源「科目・保健教育内容として教科書・安全領域の内容・構造の問題とその改善－保健授業におけるNIEの活用－」は、高校保健教科書、保健教育専門書、海外・アメリカの専門書およびテキストなどを分析し、保健教育において安全領域では、現代、現実社会の事故、事件、安全現象を認識、理解し、対応する知識、技術等の発展的、系統的発達、また世界の災害、闘争等の安全に関わる諸現象の認識、理解が可能かといった点からカリキュラムを構造化したり改善したりすること、国家、社会、環境におけるハザードとリスクの検討の必要性などを指摘した。

前上里直ら「保健学習における情意領域の評価に関する研究」は、保健学習における情意領域である関心・意欲・態度についての評価方法を検討し、強さ、方向性、範囲、持続性といった情意領域の評価の側面のうち、方向性に対する評価は簡便な方法でも可能なことを報告した。

内山有子「保健体育科教員を目指す大学生の疾病に関する知識について」は、中学校・高等学校の保健体育教員免許を取得できる大学に通う2年生486名を対象とする調査を行い、疾病については、手足口病、伝染性紅斑、百日咳、流行性耳下腺炎、腸管出血性大腸菌、インフルエンザは80%以上の学生がその病名と症状を理解していたが、破傷風、日本脳炎、風疹、麻疹、伝染性濃痂疹は正解率が約40%以下であること、心肺蘇生の手順を正しく解答したものは9.5%にすぎなかったこと、応急手当については火傷の水疱、鼻出血時の対応、血便時の受診などは約85%以上が理解していたが、高熱と脳障害、けいれんやひきつけ時の対応、頭部打撲時の受診、溺水時の対応、嘔吐時の対応などは正解率が低く、また病院受診の判断基準を迷う解答も多く見られたことなどを報告した。

助友裕子ら「小学校高学年を対象としたがん教育のあり方に関する研究（第一報）－教科等との関連を中心として－」、久保田美穂「小学校高学年を対象とした

がん教育のあり方に関する研究（第二報）－保健学習における授業研究－」は、小学校教諭へのインタビュー調査と第6学年の単元「病気の予防」でのがんに関する内容の授業研究を通して、小学校高学年においてがんについての内容の学習が実施されるためには、教員のがんに対する正しい知識の普及啓発を促すことと偏った情報を改善する環境整備の必要性、児童はがんに関する授業によって、夢の実現に向けて病気を予防していこうとする意欲、がんに対する正しい知識・理解、習得した知識を活用して病気の予防のために思考・判断する力が育成されたことを報告した。

高橋岳ら「大学生の保健に関する授業イメージと知識の習得状況について」は、教員養成大学に在籍し小学校教諭免許状取得必修科目である「初等体育科指導法」を受講する3年生および大学院生277名を対象に、保健授業イメージ、中学校・高等学校の保健学習で扱われる内容の知識、ならびに社会的に注目された健康情報に関する内容についての知識についての調査を行い、保健学習については将来の生活に役に立つと捉えているが授業に対しては肯定的に受け止めている回答をする学生の割合は低率であること、教師になってから保健学習を担う自信が「ある」とする回答が27.4%であること、保健知識については人体の血液量や月経周期、腎臓の位置など体に関する項目の正答率が低いことなどを報告し、教員養成段階で、保健知識を習得できる科目の充実と保健授業イメージを払拭する必要性を指摘した。

佐々木桂祐ら「高校生の保健学習に対する意識についての研究」は、高校3年生109名への質問紙調査などを行い、保健学習に対する感情の肯定的回答割合は、保健学習が好きだとする者が32.2%、おもしろかったとする者が41.9%、楽しかったとする者が40.9%であること、保健学習の価値期待に関する肯定的回答割合は、保健学習が大切だとする者が86.0%、「心や体の不安や悩みを軽くしたり解決したりするのに役立つ」とする者が30.1%であること、保健学習が学んだことの日常生活における実践状況が2割程度であること、学習内容の中で好きだったとするものとして「応急手当」が48.4%、「健康に関わる意志決定と行動選択」が25.8%、考えたり工夫したりできたとするものとして「喫煙、飲酒と健康」が47.3%、「健康に関わる意志決定と行動選択」「様々な保健活動」が20.5%、内容がわかったとするものとして「喫煙、飲酒と健康」が70.1%、「健康にかかわる意志決定と行動選択」が45.2%、将来自分の生活に生かそうと思うものとして「喫煙、飲酒と健康」「医薬品の正しい使用」が73.1%、「我が国や地域の保健・医療制度や機関」「労働と健康」が54.2%であることなどを報告した。

富岡剛ら「医薬品に関する高校生の意識と効果的な授業法について」は、高校2年生を対象とする保健授業の中で、グループワークにより、医療用医薬品と一般用医薬品の違いおよび医薬品の種類、販売の規制を、ケーススタディにより薬の使用を、グループディスカッションにより医薬品の使用を学習し、また総合学習の授業の中で、学校薬剤師とのティームティーチングでの一斉講義で、医薬品の承認制度・使用法・主作用と副作用を学習する授業法の効果性を検討し、医薬品に関する興味・関心、知識、理解度、ならびに医薬品の誤使用の減少といった点で効果が認められたことを報告した。

下里彩香ら「子どもが抱く“からだ”に関する疑問の内容分析：小学5・6年生を対象として」は、小学校5・6年生163名を対象に、からだについての疑問についての自由記述を分析し、一人あたりの疑問数が5.1個であり、5年生は5.9個、6年生は4.4個であること、5年生で出現頻度が高い名詞は、「ヒト」「髪の毛」「爪」「骨」「からだ」の順であり、6年生では「ヒト」「からだ」「髪の毛」「身長」「爪」の順であることなどを報告した。

宮本賢作ら「養護教諭を目指す短期大学生の保健学習に対する意識調査」は、養護教諭を目指す短期大学生20名を対象とする保健学習に対する意識調査を行い、中学校保健体育保健分野の各単元および題材についての授業実施意欲の縦断的検討により、1年次後期の教科指導法の授業開始時から実施意欲はいずれの単元についても低下する傾向がみられ、教育実習後にはすべての単元で低下していたこと、健康と環境の単元が特に低かったこと、傷害の防止については養護実習により一時的に上昇すること、教育実習後には、保健学習への意欲がわずかではあるが上昇することなどを報告した。

第60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、「保健学習における学習内容の

明確化について」で、新学習指導要領では、特に保健学習関連について、「基礎的な内容を重視し、指導内容を改善すること」と「系統性のある指導ができるようにすること」が改訂の要点であることを解説し、学習内容を明確化する際には、主部と述部を検討すること、学習する対象は何かを明確にとらえ、できばえや能力を含めないことなどに配慮しながら行うことを述べ、明確化した学習内容とどのような学習活動で習得したり活用したりしたのか、それを表わしたところをどのように評価していくのかといった学習内容、学習活動、学習方法、学習評価それぞれの重要性について指摘している。

古賀優子は「生徒の思考力が働き出す保健学習の取組－科目「保健」授業方法の工夫について－」で、高校1年生における生活習慣病と日常の生活行動の学習において、口腔内の健康管理を題材として、一斉授業・資料学習による基礎基本の習得、糖度検査、染め出し、口腔内観察、調べ学習といった実験観察等の活用を図るグループ活動、調べたことを発表する探究活動といった工夫を取り入れた授業を報告した。

佐藤秀敏は「自ら健康に関心をもち、生涯を通して健康に生活しようとする生徒の育成－課題解決学習を取り入れた保健学習を通して－」で、中学校3年生における保健・医療機関や医薬品の有効利用の学習において、保健所・保健センター・医療機関の役割や医薬品について、インターネットを用いながら課題解決する授業を報告した。

野田浩美は「『授業モデル』による知識の活用をめざした保健学習」で、小学校4年生の育ちゆく体とわたしの単元で、学習課題をつかみ、正しい知識を得、実験などの体験的な活動を行い、知識を活用する学習課題に取り組み、学習を振り返るという流れの授業モデルに沿った授業を報告した。

（植田誠治）

学校保健ポータルサイトからのお知らせ http://www.gakkohoken.jp/

☆平成23年度新コンテンツのご紹介①

保健だよりや校内掲示物のイラストに

学校保健
フリーイラスト集

ただいま 180 点を掲載中







ご自由にダウンロードしてご使用できます。

コラム 医薬品に関する教育

中学校の新しい学習指導要領が平成24年4月に全面実施となる。保健体育科保健分野においては医薬品に関する内容が新たに盛り込まれるとともに、高等学校においても医薬品に関する内容の充実が図られており、指導を担当する教員の間でも徐々に関心が高まりつつあると考えられる。

平成20年3月に告示された中学校学習指導要領保健体育保健分野において、医薬品に関連する部分を以下に抜粋する。

「中学校保健体育科保健分野学習指導要領」

> 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、次のように示されている。

> 保健・医療機関や医薬品の有効利用
> 「また、医薬品には、主作用と副作用があることを理解できるようにする。医薬品には、使用回数、使用時間、使用量などの使用法があり、正しく使用する必要があることについて理解できるようにする。」

以上のように、教えるべき内容は、「医薬品は、正しく使用すること」であり、具体的には次のような項目を理解できるように高めていくこととなる。

① 医薬品には、主作用と副作用があること
② 医薬品には、使用回数、使用時間、使用量などの使用法があること
③ 正しく使用する必要があること

高等学校では、医薬品に関する内容の充実が図られた。

平成21年3月に告示された高等学校学習指導要領保健体育科科目保健で、医薬品に関連する部分を以下に抜粋する。

「高等学校保健体育科科目保健学習指導要領」

> (2) 生涯を通じる健康
> イ　保健・医療制度及び地域の保健・医療機関
> 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、次のように示されている。

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

教えるべき内容は、「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」であり、具体的には次のような項目を理解できるように高めていくこととなる。

① 医薬品には、医療用医薬品と一般用医薬品があること
② 承認制度により有効性や安全性が審査されていること
③ 販売に規制があること
④ 疾病からの回復や悪化の防止には、個々の医薬品の特性を理解した上で使用法に関する注意を守り、正しく使うことが必要であること
⑤ 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

中学校と高等学校での指導内容は、比較して分かるように「医薬品を正しく使用することが必要であること」を理解すべき基本的な原理・原則としつつ、発達段階に応じて内容が深化している。

日本学校保健会では、医薬品に関する指導に資するよう「『医薬品』に関する教育の考え方・進め方」を作成し、平成23年3月に全ての中・高等学校に配布した。内容は　第1章「医薬品」に関する教育の考え方、第2章「医薬品」に関する教育の進め方、第3章関係教職員との連携、第4章資料編で構成されているので参照願いたい。

（鬼頭英明）

2 喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育

平成22年度版の「学校保健の動向」では、喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育に関する最近の施策について幅広く概説されていた。そこで本報告では、まず、子どもたちの喫煙、飲酒、薬物乱用行動の実態、それらの行動の相互の関連性、行動の関連要因について述べる。さらに、喫煙、飲酒、薬物乱用防止の対策、防止教育の内容および活動について概説し、防止教育推進のための資源を紹介する。

1. 喫煙、飲酒、薬物乱用行動

(1) 実態

ここでは、全国調査が経年的に実施されてきた中学生、高校生の実態を中心に報告する。

中学生、高校生の喫煙、飲酒の生涯経験率（以下、経験率）は、最近低下しているものの低率とはいえない。喫煙については、経験率は、中学生で男子12%、女子10%、高校生で男子25%、女子16%であった（**表1**）[1]。月喫煙率（最近30日間に喫煙を経験した者の割合）は、中学生では男女とも2、3%程度、高校生では男子10%、女子5%であった。飲酒については、喫煙の場合よりも割合が高かった。飲酒に関わる割合の男女差はほとんどないので、男女をまとめると、経験率は、中学生で約40%、高校生では約60%であった。月飲酒率は、中学生では約10%、高校生では20%余であった。一方、薬物乱用（シンナー、覚せい剤、大麻）については、各経験率は高校生においてやや高くなるものの、また男子の方が高いものの、概ね1%以下であった[2, 3]。

最近の年次推移については、喫煙、飲酒では、中・高、男女とも割合は減少している。すなわち、1996年以降4年毎に行われてきた中・高生対象調査によれば[1]、喫煙については、経験率、月喫煙率とも、2008年の値はピーク時の半分以下となった（**図1、2**）。飲酒については、月飲酒率は同様に半分以下となったが、経験率は半減には至っていない（**図3、4**）。薬物乱用については、1996年以降2年毎に実施されている中学生対象調査の結果を述べる[2]。2010年のシンナー乱用経験率については、男子では1996年以降の最大値の半減の値に、女子でもそれに近い傾向にあった（**図5、6**）。しかし、大麻、覚せい剤では、男女とも減少しているものの、その幅は小さかった。

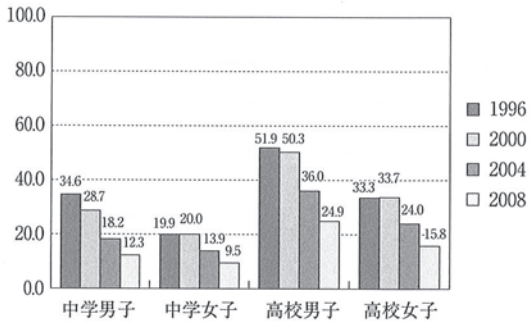


図1 中・高生の喫煙経験率の推移（%，大井田他）

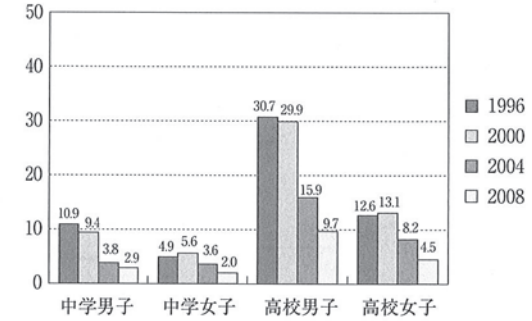


図2 中・高生の月喫煙率の推移（%，大井田他）

		中学生		高校生	
		男子	女子	男子	女子
喫煙＊	経験	12.3	9.5	24.9	15.8
	月喫煙	2.9	2.0	9.7	4.5
飲酒＊	経験	38.4	41.9	59.6	63.2
	月飲酒	9.9	10.8	22.5	20.5
シンナー経験＊＊		0.8	0.6	1.2	0.5
覚せい剤経験＊＊		0.4	0.3	0.7	0.3
大麻経験＊＊		0.5	0.2	1.0	0.4

＊厚生労働科学研究（2008年調査）、＊＊中学生：和田清他（2010年調査）、＊＊高校生：勝野眞吾他（2006年調査）

表1 中学生、高校生の喫煙、飲酒、薬物乱用行動（%）

(2) 喫煙、飲酒、薬物乱用の相互の関連

喫煙は、飲酒と強く関連するだけでなく、薬物乱用とも関連が強い。中学生対象調査によれば[2]、喫煙経験者のシンナー経験率を非経験者の場合と比べると、男

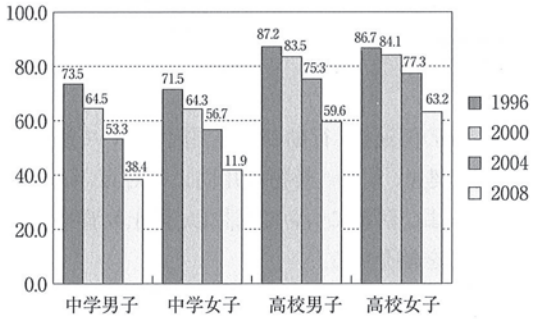


図3　中・高生の飲酒経験率の推移（%，大井田他）

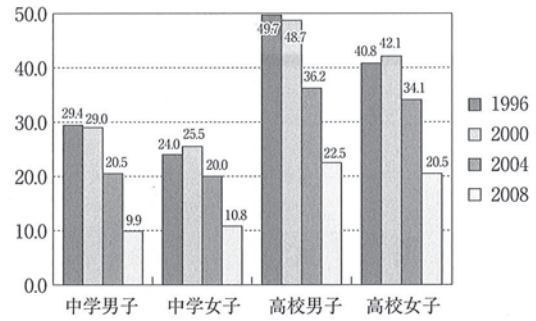


図4　中・高生の月飲酒率の推移（%，大井田他）

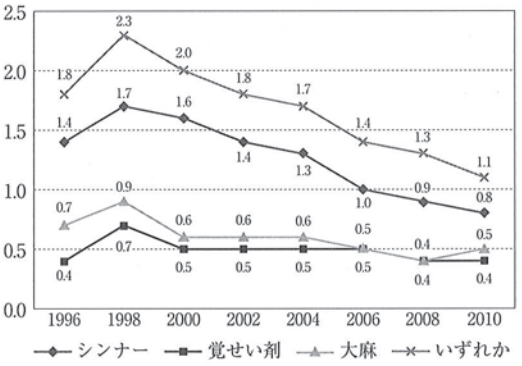


図5　中学生の薬物乱用経験率の推移：男子（%，和田他）

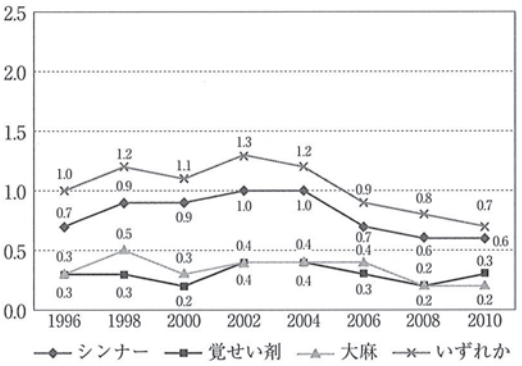


図6　中学生の薬物乱用経験率の推移：女子（%，和田他）

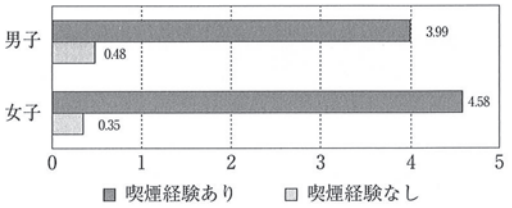


図7　中学生の喫煙経験別のシンナー遊び経験率
（%，和田他，2011）

子では約8倍、女子では10倍以上であった（図7）。

飲酒も薬物乱用と関連性がある。ただし、飲酒の仕方によって関連の強さが異なる。上記中学生調査では、男子の場合、飲酒の非経験者のシンナー経験率は0.36%であるのに対し、「一人で」飲んだ経験のある者のシンナー経験率は4.43%であった（図8）。「一人で」飲む経験はシンナー経験と強く関連していることがわかる。同様の分析により、男女とも「一人で」「自分の部屋等」「カラオケ、居酒屋等」「クラス会、打ち上げ等」での飲酒経験者のシンナー経験率は、「家族と食事等」「冠婚葬祭」の経験者の3倍以上、「飲んだ経験無し」の場合の10倍以上であることがわかった（図9）。これらの問題ある飲酒は、「大人が居ない場面での飲酒」としてまとめることができる[2]。大人が居ない場面での飲酒は、薬物乱用との関連性が強く、特に危険性が高いといえる。

以上から、日本の青少年では、喫煙や飲酒はシンナー乱用の、シンナー乱用は覚せい剤・大麻乱用の入り口として位置づけられると考えることができる。経験率や使用率の高さを考えると、薬物乱用防止には、まず、喫煙、飲酒の防止が不可欠であることがわかる。

(3)　喫煙、飲酒、薬物乱用の関連要因

喫煙の関連要因としては、友人の喫煙、父母や兄弟姉妹などの家族の喫煙が挙げられる[4]。友人や家族が喫煙していると、本人も喫煙しやすくなる。また、一般的に、小学生では家族との関連が、中学生では友人との関連が強くなる。さらに、喫煙に関する本人の態度、本人の喫煙に対する周囲の態度、家族などのセルフエスティーム等が関連する。飲酒の関連要因も同様であり、友だちや家族などの飲酒と関連している。薬物乱用の開始要因は、喫煙の開始要因と類似している。例えば和田によれば、「シンナー遊びの理由」について、開始目的としては「刺激を求めて」「快感を求めて」などの心理的要因が挙げられていた[5]。

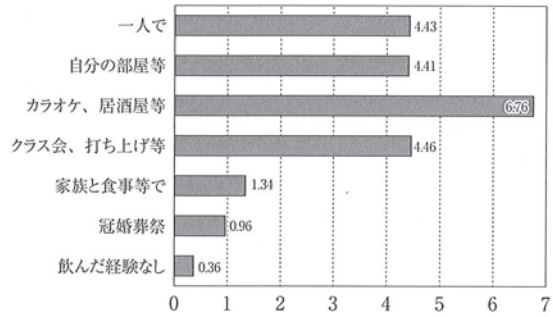


図8　中学生の飲酒機会経験別のシンナー経験：男子
（%，和田他，2011）

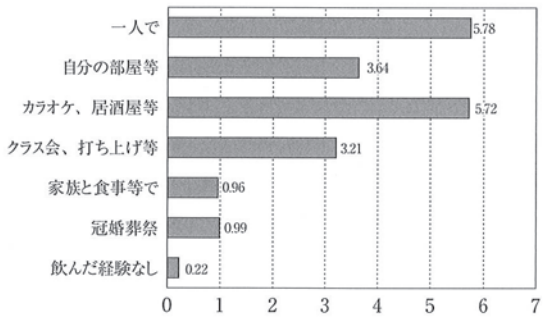


図9　中学生の飲酒機会経験別のシンナー経験：女子
（%，和田他，2011）

2. 喫煙、飲酒、薬物乱用防止対策

先に、中高生の喫煙の経験率等が減少している旨を述べたが、だからといって、防止対策を縮小してよいわけではない。これは、従来の対策の有効性（もちろん改善の余地はあるが）を暗示するものと考えられ、対策の継続や改善が必要であることに変わりはない。

喫煙では、たばこ規制枠組み条約（WHO）、国内の健康増進法や未成年者喫煙禁止法等を踏まえ、公共空間の禁煙・分煙、たばこの値上げ、自動販売機の制限、たばこ箱の警告表示、喫煙防止教育の推進など多面的な具体策が取られている。飲酒においては対策が遅れているが、2010年5月のWHO総会において、「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」が採択された。本戦略は、たばこ規制枠組み条約に比べると強制力が弱いとされるものの、今後、世界的に対策が進むと考えられる。

一方薬物乱用は、重大な社会問題であることが強く認識されており、法整備、行政的対応、教育等多面的な対策が取られている。対策の要は第三次薬物乱用防止五か年戦略と考えられる。その戦略目標と、教育（目標1）にかかわる具体的対策を示す（**表2**）。

ただし、現在の対策にも改善の余地があると評価されている。総務省は「薬物の乱用防止対策に関する行政評価・監視」を行い、調査結果を踏まえ、対策の改善や推進のための勧告を平成22年3月に行った。調査結果においては、当時の対策について、中学・高校における薬物乱用防止教室の実施率が60%程度と低調であること、中学・高校における薬物乱用防止教室の実施率は都道府県ごとに大きなばらつきがあること、大学等での薬物乱用防止に関する取組は学校ごとに大きなばらつきがあること、調査した大学等は薬物乱用防止に関する支援の充実を求めていること、中・高・大学いずれに対しても文部科学省の支援の充実が必要であることなどが指摘されていた。

上記の勧告、深刻化する薬物情勢等を踏まえ、薬物乱用対策推進会議は、平成22年7月に、第三次薬物乱用防止五か年戦略を加速化する「薬物乱用防止戦略

1. 戦略目標
　目標1　青少年による薬物乱用の根絶及び薬物乱用を拒絶する規範意識の向上
　目標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

2. 目標1にかかわる対策
　・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
　・有職・無職少年に対する啓発の強化
　・地域における薬物根絶意識の醸成と未然防止対策の強化
　・広報啓発活動の強化
　・関係機関による相談体制の構築

表2　第三次薬物乱用防止五か年戦略（薬物乱用対策推進本部、平成20年8月）

加速化プラン」を策定した。そこでは、「学校教育等の充実」にかかわり、以下の対策が挙げられている。

・薬物乱用防止教室の実施率の高い都道府県における効果的な取組事例を収集し、各都道府県等の教育委員会等へ情報を提供するなど、薬物乱用防止教室の実施率の向上に努める。（文部科学省、警察庁）
・薬物乱用防止に関する効果的な指導を行うために参考となる教師用の指導教材を新たに作成・配布し、指導方法の充実を図る。（文部科学省）
・全国の大学等における先進的、効果的な取組事例を収集し、大学等へ情報を提供するなど、大学生等に対する薬物乱用防止に係る啓発・指導の充実を図る。（文部科学省、警察庁）

3. 喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育

以下では、対策の重要な柱の一つである喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育について、内容構成、保健学習での扱い、薬物乱用防止教室、防止教育推進のための諸資源について述べる。

(1) 喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育の内容

喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育の有効性を高めるには、喫煙等の行動の形成要因を踏まえ、教育による働きかけを多面的に構成する必要がある。構成の検討には、プリシード・プロシードモデルが参考になる（**図10**）。同モデルによれば、働きかけの対象として、動機づけにかかわる要因、動機を行動に結びつける要因、行動の継続にかかわる要因が挙げられる[6]。動機づけに関わる要因への働きかけとしては、知識の習得、態度、信念、価値観などの育成がある。動機を行動へ結び付ける要因への働きかけとしては、様々な対処スキルやライフスキル等の育成がある。行動（健康的な行動）の継続に関わる要因への働きかけには、周囲の人々の行動や態度が相当する。

なお、図中のライフスキルとは、「日常生活で生じる様々な問題や要求に対して、建設的かつ効果的に対処するために必要な能力（WHO精神保健部局）」とされている[7]。すなわち、日常的な課題に適切に対処するために必要な能力であり、具体的には、セルフエスティームの形成、意志決定、目標設定、コミュニケーション、ストレスマネジメント等のスキルがそれらに当たる。ライフスキルの育成を目指すライフスキル教育は、喫煙、飲酒、薬物乱用だけでなく、性の問題行動、食生活などの現代的健康課題に対して、包括的に防止を図る効果が期待されている。日本では、新潟県村上市、埼玉県川口市、兵庫県姫路市、同加西市、広島県福山市などの小学校や中学校において、総合的な学習の時間、学級活動、道徳などの機会に実践されている。

(2) 保健学習における喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育

昨年の「学校保健の動向」では、小学校、中学校の保健学習の内容が詳述されていたので、ここでは高校の学習指導要領解説における同教育の内容を述べる（**表3**）。

中学校では、有害物質、急性および慢性影響、社会への悪影響、開始要因としての心理状態や入手しやすい環境等多様に取り上げられている。一方高校では、学習指導要領に大麻が含まれたこと、同解説ではMDMAが例示されていることが目立つ。加えて、個人への働きかけと社会環境への対策の必要を取り上げ、対策を個人および社会の視点から捉えていることは、

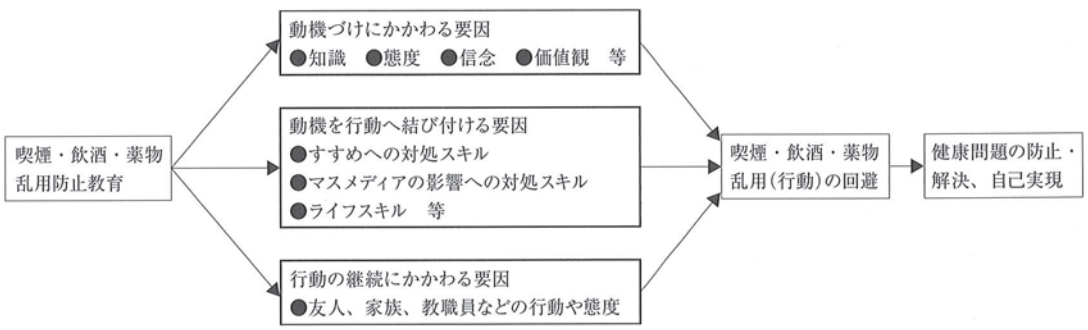


図10　喫煙・飲酒・薬物乱用防止に関わる要因（財）日本学校保健会、一部改編）[6]

ヘルスプロモーションの考え方が反映されている。

(3) 薬物乱用防止教室

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、警察職員、麻薬取締官・員OB、学校医等医師、学校薬剤師等薬剤師などの専門家を講師として招いて行う教育活動」である。なお、講師としては、「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詣の深い指導的な教員」も可とされている。

薬物乱用防止教室は、学校での薬物乱用防止教育の一翼を担う重要な機会である。実施率の最近の推移は、中学校、高校とも60%程度で横ばい傾向にあったが、「第三次薬物乱用防止五か年戦略」等の効果もあったためか、平成21年（2009年）にはいずれの校種も10%以上上昇し、中・高では70%を超え、小学校でも50%を超えた（**図11**）。

薬物乱用防止教室を進める際には、以下のような基本方針を踏まえる（**表4**）。

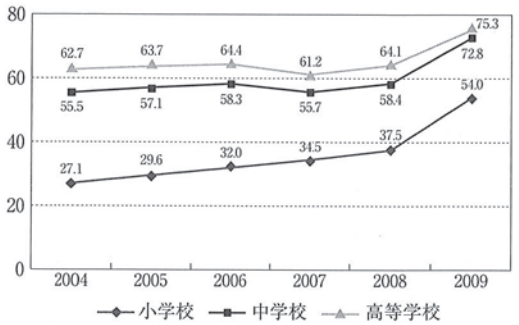


図11　薬物乱用防止教室実施率の推移（%，文部科学省）

イ　健康の保持増進と疾病の予防

(イ) 喫煙、飲酒と健康

喫煙、飲酒は、生活習慣病の要因となり健康に影響があることを理解できるようにする。その際、周囲の人々や胎児への影響などにも触れるようにする。また、喫煙や飲酒による健康課題を防止するには、正しい知識の普及、健全な価値観の育成などの個人への働きかけ、及び法的な整備も含めた社会環境への適切な対策が必要であることを理解できるようにする。その際、好奇心、自分自身を大切にする気持ちの低下、周囲の人々の行動、マスメディアの影響、ニコチンやエチルアルコールの薬理作用などが、喫煙や飲酒に関する開始や継続の要因となることにも適宜触れるようにする。

(ウ) 薬物乱用と健康

コカイン、MDMAなどの麻薬、覚せい剤、大麻など、薬物の乱用は、心身の健康、社会の安全などに対して様々な影響を及ぼすので、決して行ってはならないことを理解できるようにする。また、薬物乱用を防止するには、正しい知識の普及、健全な価値観や規範意識の育成などの個人への働きかけ、及び法的な規制や行政的な対応など社会環境への対策が必要であることを理解できるようにする。その際、薬物乱用の開始の背景には、自分の体を大切にする気持ちや社会の規範を守る意識の低下、周囲の人々からの誘い、断りにくい人間関係、薬物を手に入れやすい環境などがあることにも適宜触れるようにする。

表3　高等学校保健体育における喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育の内容（高等学校学習指導要領解説保健体育編より）

(1) 講師の専門性が十分生かされるよう工夫する。

警察官、麻薬取締官・員OB、医師、薬剤師、薬務行政の担当者など、それぞれの専門性が十分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もと薬物乱用防止教室を実施する。

(2) 学校における薬物乱用防止教育の一環として行う。

保健、道徳、特別活動及び総合的な学習の時間に学級担任、教科担任や保健主事などが中心となって薬物乱用防止教育の一環として企画するものであり、養護教諭など、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。

(3) 薬物乱用を始めさせないことを主なねらいとする。

児童生徒に薬物乱用を始めさせないことを主たるねらいとし、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。

表4　薬物乱用防止教室の進め方の基本方針（薬物乱用防止教室マニュアルより）[8)]

4. 教育推進のための資源、および活用を促す研修

喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育を推進したり、その有効性を高めたりするには、指導資料、指導プログラム、教材などの開発が必要である。さらに、それらを周知し活用を促すための研修が欠かせない。ここでは、まず、(財)日本学校保健会や文部科学省が最近作成した主要な資料を、表紙、内容とともに紹介する。これらの資料は、既に学校に配布されていたり、インターネットからダウンロードできたりする。かつ無料であり、有

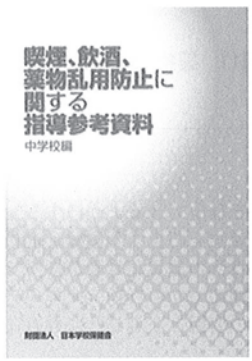
用性は高い。遡れば、さらに多様な資料があるが、それらは、昨年度の「学校保健の動向」、作成機関のホームページ等に情報があるので、参照していただきたい。

(1) 指導者用

①喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導参考資料（財団法人日本学校保健会）

学習指導要領改訂に伴い旧版を改訂したものである。小学校編は平成22年に、中学校編は平成23年に発行された。国内の全ての小学校および中学校に配布されている。高等学校編は来年発行される予定である。





喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導（以下指導とする）の必要性
指導の目標、内容
指導の機会、進め方、評価
指導計画及び指導の概要
指導の展開例
指導のための基礎的情報
参考資料

②薬物乱用防止教室マニュアル（改訂）（財団法人日本学校保健会）

同書の改訂版である。薬物乱用防止教室に特化したものであるが、薬物乱用防止教育全般にわたる内容も述べられている。



薬物乱用防止教室の必要性
薬物乱用防止教室の進め方
薬物乱用防止教室における指導の実際
薬物乱用防止教室についての基礎的情報
資料編

③教育委員会における「薬物乱用防止教室」開催に向けての取組事例について

「薬物乱用防止教室」の実施率の向上につながっていると思われる10府県の取組事例が、下記URLに紹介されている。事例の内容は、関係機関（警察、保健所、学校薬剤師会等）の協力を得ての開催、教育委員会から各学校への開催計画等の提出要請、各学校への具体的開催方法の提示、県の委託事業や府および県内の薬物乱用防止対策推進本部等の活用などである。（http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1297198.htm）

(2) 児童生徒、学生用資料

①～③は、各々小、中、高校生対象の健康啓発教材であり、④は大学生対象の薬物乱用防止のパンフレットである。①～③は様々な健康課題を取り上げているので、喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関わる内容のみ列挙した。なお、①～③のうち、②（中学生用）のみ、内容を詳しく示した。

①小学生用健康啓発教材「わたしの健康」



知っておこう！たばこ・酒の害
知っておこう！シンナーの害
なぜ？たばこや酒・シンナーなどを始めてしまうの？
広告を調べてみよう
うまく断るには！
http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/08060506.htm

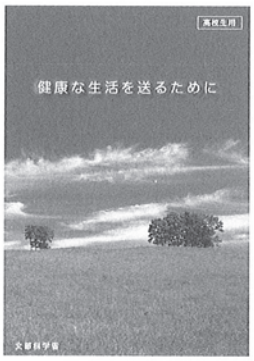
②中学生用健康啓発教材「かけがえのない自分 かけがえのない健康」



喫煙、飲酒と健康
たばこの煙には様々な有害物質が含まれています！
喫煙が引き起こす病気を知っていますか？
たばこの歴史と新しい動きを知ろう！
未成年者を喫煙の害から守るための社会的対策を知ろう！
アルコールの影響を知ろう！
急性アルコール中毒のおそろしさを知っていますか？
長期にわたる大量飲酒が引き起こす病気を知っていますか？

急性アルコール中毒のおそろしさを知っていますか?
長期にわたる大量飲酒が引き起こす病気を知っていますか?
未成年者を飲酒の害から守るための社会的対策を知ろう!
喫煙、飲酒　Q&A
薬物乱用と健康
薬物乱用ってどういうことだろう?
薬物乱用の悪循環のおそろしさを知ろう!
薬物乱用によってこんなことにも!
薬物乱用に対する社会的対策を知ろう!
薬物乱用　Q&A
考えてみよう!話し合ってみよう!
喫煙、飲酒及び薬物乱用行動につながる様々な要因を知ろう!
メディアからの影響を知ろう!
仲間からの影響を知ろう!
みんなで考えよう!
家庭でも話し合おう!
http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/08111804.htm

③高校生用健康啓発教材



喫煙、飲酒と健康
薬物乱用と健康
考えてみよう!話し合ってみよう!
http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/08111805.htm

④大学生用薬物乱用防止



薬物は人生をこわす!薬物乱用の最大の怖さは、依存です
薬物は社会をこわす!薬物乱用は、あなただけの問題ではありません!家族も社会も不幸にします!
大麻やMDMAを誤解していませんか?
薬物は好奇心や誘惑から始まる!
薬物乱用のQ&A
http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/22/03/1291383.htm

(3) 資源活用を促すための研修

㈶日本学校保健会が主催した喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育にかかわる研修のうち、平成23年度に実施されたものとして、以下のようなものが挙げられる。①は、同教育の内容全般を含むとともに、上記の「喫煙、飲酒、薬物乱用棒に関する指導参考資料」小学校編、中学校編の活用を促すものであった。また、②では、たばこやアルコールの広告の健康影響、それらへの対処能力を育成する学習の理論と実践例などが報告された。

①夏季セミナー:シンポジウム「小・中学校で求められる喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育」
②「メディアリテラシーと子どもの健康調査研究委員会報告書」研修会

(西岡伸紀)

参考・引用文献
1) 大井隆他、未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究、厚生労働科学研究費補助金循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業、2010
2) 和田清他、飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査(2010年)、平成22年度厚生労働科学研究費補助金薬物乱用・依存等の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究、2011
3) 勝野眞吾他、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)、2007
4) 西岡伸紀、青少年の喫煙行動および喫煙防止教育、学校保健研究、47、382-388、2005
5) 和田清、依存性薬物と乱用・依存・中毒、星和書店、2000
6) 日本学校保健会、喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導参考資料小学校編、2010
7) WHO編、川畑徹朗他監訳、WHOライフスキル教育プログラム、大修館書店、1997
8) ㈶日本学校保健会、薬物乱用防止教室マニュアル(改訂)

3 歯・口の健康教育

「特別支援が必要な児童生徒に対する学校歯科保健」

1. はじめに

日本学校歯科医会は平成11年に「障害のある児童生徒に対する学校歯科保健」と題した冊子を発刊した。当時の学校教育法施行令によると、障がいある児童生徒の教育分野は特殊教育と呼ばれており、「盲、聾、養護の各特殊学校」、「小、中学校の特殊学級」、「通級による教育」が行われていた。

近年、障がいある者（児）の捉え方、分類などが国際的あるいは国内的に変遷してきた。国際的には、WHOは国際障害分類について2001年に改訂版が採択され、障がいある者（児）が生きるうえでの生活機能を重視し、個人の心身の状態を理解すると同時に、生活する環境に配慮することが求められている。この理念は、障がいある児童生徒の教育にも影響を及ぼすことになる。そこで、障がいある児童生徒を対象にした特別な支援を必要とする学校・学級の歯科保健活動は、個々の児童生徒の障害の状態、機能、能力を知り、そのニーズに応じた適切な保健管理、保健教育の対応が必要になってくる。特に歯科保健の視点からは、生活機能としての口腔機能の維持・回復を目指し、口腔の健康を通して生活活動を活発に行うことにより、障がいある者（児）が社会への参加を促すことを目的とした歯科保健の展開が望まれる。

平成17年中央教育審議会答申を踏まえ、平成21年文部科学省はこれからの特別支援教育の概念を示した。この対象者は、従来の特殊教育の対象者約23万人（2.13%）に加えて、小・中学校の通常の学級・通級に在籍し、教育上特別の支援を必要とする発達障害『学習障害（LD）、注意欠陥多動性障害（ADHD）、高機能自閉症及びアスペルガー症候群』のある児童生徒が約68万人（6.3%）加わって合計約91万人（8.43%）になり、従来の特殊教育対象者の約4倍に増えることを示している。

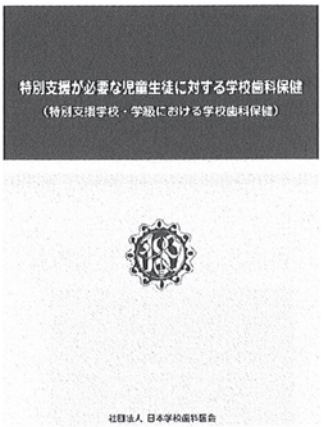


図1 「特別支援が必要な児童生徒に対する学校歯科保健」
（URL：http://www.nichigakushi.or.jp/shien_book/temp/_SWF_Window.html?mode=1062）

小学校、中学校の障がいある児童生徒を指導するに当たっては、特別支援学級等の教員だけでなく、全ての教員が学校全体の課題として取り組む必要があることを示唆し、さらに特別支援学校や医療・福祉などの関係機関と連携を図り、障がいある児童生徒の教育や指導についての専門的（学校歯科医等）な助言や支援を活用しながら、適切な指導を行うことが重要であるとしている。

日本学校歯科医会は、平成21年学術第二委員会（向井美恵委員長）に「特別支援が必要な児童生徒に対する学校歯科保健」と題する諮問の検討をお願いし、平成23年3月に委員会より答申書が提出された。答申書はデジタルブック（**図1**）で公表されている。本稿はこの答申を中心にして、障がいある児童生徒に対する学校歯科保健のあり方について、特に保健教育の視点から記載する。

2. 特別な支援を必要とする児童生徒のQOLと歯科保健

2008年度を初年度とする障がい者に対する「重点施策実施（後期）5か年計画」の基本的な考え方は、「リハビリテーション」と「ノーマライゼーション」の理念を継承するとともに、障害の有無にかかわらず、国民誰もが相互に人格と個性を尊重し、支え合う「共生社会」の実現を目指していることにある。歯科保健的視点に

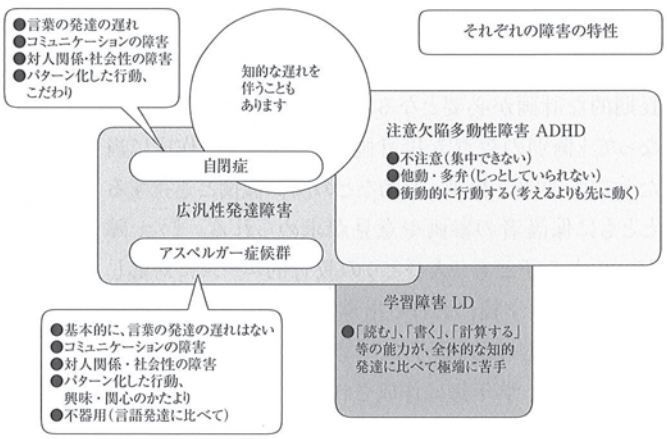
立って、生活機能としての口腔の諸機能の健康の維持回復を目指すばかりでなく、口腔の健康を通して日常の生活活動を活発に行うことにより社会への参加を促すことを目的とした歯科保健の展開が望まれている。また、特別支援学校・学級における学校歯科保健は、特別支援の必要な個々の児童生徒の機能や能力を評価して、そのニーズに応じた適切な保健管理、保健教育における対応を選択することが必要である。

感染に対する抵抗力が弱い特別支援の必要な児童生徒にとっては、健康な口腔の維持を図ることによって、口腔疾患から解放されるだけでなく、肺炎等の呼吸器感染症に罹患するリスクが低くなり、健康生活の担保の一つとなる。また「食べること」は、健康な口腔によって、十分な味覚や触覚で味わって食事を摂ることが出来ることにもなり、食べる楽しみが広がり、生きる意欲を引き出すことが可能になる。また、口腔の保健ケアを行い、口臭などを少なくすることによって、会話や介護など人と接する時に生じがちな不快感を減少させることはスムーズな社会生活を送ることにもつながる。このように特別支援の必要な児童生徒にとって、口腔保健は毎日の生活の質の向上に不可欠となっている。

近年、社会的にも広く認識されるようになった発達障害を理解し、歯科保健との関係について考えることは重要である。現在のところ、発達障害については、明確な定義はなく、広義には幼児期から思春期までに発症した大脳由来の障害と捉えられている（図2）。

2005年に「発達障害者支援法」が施行され、社会全体での理解と支援がなされることになった。発達障害者支援法によれば、発達障害は「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であって、その症状が通常低年齢において発現するもの」と定義されている。原因は、脳機能の不全といわれているが、いまだ十分に解明されていない。

従来からの乳幼児期の健康診断では、運動発達や知的発達状況をみることで、脳性麻痺や筋疾患、精神遅滞を中心とする発達障害の早期発見は可能となっている。しかし、知的発達は良好にもかかわらず、「なぜあまりにも落ち着きがないのか」、「なぜ読み書きや計算が苦手なのか」「なぜ友達と上手にかかわれないのか」などの疑問点に対しては、それぞれの発達障害特有の問題点を把握することが必要になってくる。発達障害は乳幼児期の健康診断で指摘、発見されることは少なく、学校などで集団生活をするようになると発達障害に起因する様々な問題点が表面化することになる。そして保護者、指導者の発達障害に対する認識不足から、二次的な適応障害を引き起こすということになってしまう事例も少なくない。



（※出典：厚生労働省パンフレット「発達障害の理解のために」2008年1月）

図2　発達障害の特性と関連

3. 学校教育的視点（特別支援学校・特別支援学級等）からの支援と対応

2007年4月から、「特別支援教育」が学校教育法に位置づけられ、すべての学校において、障がいのある児童生徒の支援をさらに充実していくこととなった。

特別支援教育は特別支援学校のみならず、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校の通常の学級に在籍する発達障がいのある子どもたちを含めて、特別な支援を必要とする子どもたちが在籍するすべての学校において実施される。したがって、すべての学校関係者は保健教育、保健管理の場で特別な支援を必要とする児童生徒との関わりをもって職務にあたる機会を持つことになる。組織活動においても、障がいのある幼児・児童生徒を取り巻く様々な職種の人たちと

連携して支援して活動していくことが求められる。さらに特別支援教育は、障がいのある幼児・児童生徒への教育にとどまらず、障害の有無やその他の個々の違いを認識しつつ様々な人々が生き生きと活躍できる共生社会の形成の基礎となるものであり、我が国の現在および将来の社会にとって重要な意味を持っている。

“「生きる力」をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり”（文部科学省監修）では、心身の発達段階からみた子どもの歯・口の健康づくりの課題の中で、“特別な配慮を要する子ども”に対しては次のように述べている。

「特別な配慮を要する子どもの歯・口の健康づくりは、生涯にわたる健康づくりの基礎として、また生活の自立や生活の質的な向上あるいは社会参加の視点から、さらには二次的な障害を防止するために重要な課題であると言える。歯・口の病気の予防や口腔機能の発達をはぐくむために乳幼児期からの継続的で計画的な対応が必要とされる。病名あるいは障害の種類による一律的な対応を考えずに個々の障害の状態、発育発達段階、残存機能などの差によって対応方法を考慮する必要がある。歯・口の状態については、障害の種類によっては歯列不正、歯数の不足、形成不全、形態不全などを生ずることがあり、また摂食障害や発音障害などの機能障害もある。基本的には、学校歯科医等の専門家等の指導・管理の下、学校と家庭が連携し障害がもたらす口腔環境への影響の理解と、その悪化を防止するための支援方策への配慮が必要である。」

4. 生涯教育の視点にたつ特別支援を必要とする児童生徒の保健指導と支援計画

特別支援教育では、一人ひとりに合った丁寧な支援のために「個別の教育支援計画」「個別の指導計画」を立てることが求められている。

障がいのある子どもには、一人ひとりの教育的ニーズに応じた支援を効果的に実施することが必要とされる。そこで、乳幼児期から学校卒業後までの一貫した長期的な計画が必要となる。そのため、学校が中心となって「個別の教育支援計画」を作成する。作成に当たっては、医療・福祉・労働などの関係機関と連携するとともに保護者の参画や意見が求められる。また、障がいのある子ども一人ひとりの教育的ニーズに対応して工夫され、学校における指導計画や指導内容・方法を盛込んだものが「個別の指導計画」である。一般に単元や学期、学年毎に作成されており、それに基づいた指導が行われる。

これまでの障がいのある児童生徒の学校歯科保健は、むし歯、歯周病などの疾患の治療とその器官の健康を守るための保健教育が主であった。それらは、今後とも必要であるが、それらは生活の質を高める目的ではなく、そのための手段で、障がいのある児童生徒のQOL（生命の質）の向上に寄与する生活機能の支援的視点から、歯・口の健康づくりが望まれる。

“「生きる力」をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり”の文中には、“特別な配慮を要する子ども”に対しての課題として次の項目があげられている。

(1) 歯・口の健康の大切さの理解
(2) 歯・口の発育と機能の発達の理解
(3) 歯・口の健康づくりに必要な生活習慣の確立と実践
(4) むし歯や歯周病の原因と予防方法の理解と実践
(5) 障害の状態、発育・発達段階を踏まえた支援と管理の実践
(6) 必要な介助と支援の実践
(7) 歯・口の外傷の予防と管理

これらの課題は、特別支援学校のみならず、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校の通常の学級に在籍する発達障害のある子どもたちをも対象としている。

5. 歯・口の健康づくりの支援のあり方

すべての学校関係者および学校歯科医は、歯・口の健康を通して生きる力を育み、生涯にわたりQOLを維持し、さらにヘルスプロモーションを高めていくことを担っている。特に特別支援学校・支援学級の学校関係者および学校歯科医は、現状の健康状態を認識しつつ、社会的要因を鑑み、将来を見据えた歯科保健の取組について、以下の項目を理解した上で展望していくことが期待される。

(1) 歯・口の健康状態の大きな指標となるむし歯の被患状況については、近年、障がいのある児童生徒の被患者率、被患歯率はともに減少しており、一方で、歯周病の増加による歯周組織の健康の維持など歯・口の健康に対する意識が変りつつあること。

(2) 歯・口など機能を営む機能面の健康の素地が整ってきたことによって咀嚼・嚥下や発音・構音など機能面の健康が注目され、学校給食の現場においては、「誤燕・誤燕性肺炎」「咀嚼と咬合状態」「機能に合せた給食の調理形態」など食べ方・咀嚼機能の問題への保健教育や保健指導が望まれていること。

(3) このような認識に立って、障がいある児童生徒の器質面の健康、機能面の健康を基に、社会活動の向上をも目指した歯科保健の取組がQOL向上のために望まれていること。

(4) 児童生徒の歯・口の健康づくりなどの保健衛生面だけでなく、日常生活面を含め、学校保健関係者だけでなく、家庭、地域住民などと連携して支援していくことのできるスタンスを持つこと。

すなわち、これらの目指すものは、WHOから提示されたICFが示す障害観、障がい者観に照らしながら、生活機能への学校歯科保健からの保健・医療へのサポートということになる。

健康な歯・口の育成を目指した歯・口の健康つくりは、形態成長と機能発達期にある個々の児童生徒が必要とする情報を提供しながら、日常生活の中で障がいある児童生徒自身が積極的に係わることができる保健指導が必要である。例えば「美味しく食べるには」「さわやかな息にするには」「上手に話すには」「安全に食べるには」などといった生活に密着した歯・口の健康の取り上げ方が必要だが、一方、多数のむし歯を有している児童生徒が、健康診断後の事後措置として健康診断結果を通知したにもかかわらず、歯科医療機関の受診済みの返却がなく、治療がなされず、むし歯が放置されたままになっているケースも依然として見受けられる。むし歯や歯周病が放置されている原因が、障がいある児童・生徒の歯科治療に対応できる歯科医療機関の整備がなされていないため、受診をしたくても受診ができない、または受診したにもかかわらず歯科治療ができなかったというケース、保護者が日常生活での世話に追われ受診できないケース、歯科治療の必要性に気付かない・関心を示さないケースなど様々な要因が考えられる。このような場合、学校歯科医は学級担任、養護教諭などと連携して、歯・口の状態だけでなく、家庭環境、生活環境など様々な社会的要因を考慮して対応していくスキルを持つことも求められている。

6. おわりに

従来、特殊教育と呼ばれた時代の障がいある児童生徒に対する学校歯科健康診断や歯科保健指導が行われていたのは、主に特殊学校・学級に限られ、それぞれの地域でも特殊な分野として扱われ、担当する学校歯科医も限られていた。しかし、今後の小学校、中学校ではその垣根がかなり取り払われようとしており、今後の全ての学校歯科医に限らず学校関係者は、多かれ少なかれ障がいある児童生徒と関わりをもち、対応することが求められてくる。

従来の学校教育および保健活動は、児童生徒を主に集団の視点からの対応が中心であった。近年改正された「学校保健安全法」が目指す理念や方向性、あるいは現代の児童生徒が抱えている心身の課題の多様化・複雑化に対応するには、個人の視点での活動・展開が従来以上に必要とされ、また家庭、地域との連携が求められてくる。この点からも、すでに障害ある児童生徒の特別支援教育および保健活動は、むしろ今後の学校歯科保健活動に対し、先進的にさまざまな課題が提示されている。従って日本学校歯科医会学術委員会より答申された「特別支援を必要とする児童生徒の歯科保健」については、歯科保健活動に関わる関係者全体が共有されるべきものと考える。　**(赤坂守人)**

参考文献
1) 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所：特別支援教育の基礎・基本、一人一人のニーズに応じた教育の推進、ジアース教育新社、東京、2009.
2) 日本障害者歯科学会編：スペシャルニーズデンティストリー、障害者歯科、医歯薬出版、東京、2009.
3) 文部科学省監修：「生きる力」をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり、2005.

コラム 食育と歯科

第2次食育推進基本計画は本年度（平成23年度）から27年度までの5年間の計画として内閣府から発出された。平成18年度に出された食育推進基本計画には歯科領域における明確な推進課題は殆ど見当たらなかったが、第2次食育推進基本計画においては、「食育の推進に当たっての目標」にある11項目の目標のうち、別に記した内容が7番目の「食べ方に関心のある者についての目標値」（**表1**）にあり、また、地域における食育の推進に「歯科保健活動における食育推進」の項があり、噛ミング30（カミングサンマル）などの食べ方を目指した支援などが新たに取り上げられている（**表2**）。

今回の食育推進計画の大きな柱は、食育の推進に関する施策についての基本的な方針の重点課題の最初に「生涯にわたるライフステージに応じた間断ない食育の推進」と示されたように、子どもから成人、高齢者に至るまで、ライフステージに応じた間断のない食育を推進し、「生涯食育社会」の構築を目指すところにある。そこで、地域における食育の推進における（高齢者に対する食育推進）の項には、「加齢による機能減退が原因となる窒息の予防に考慮した『食べ方』を推進することによって、窒息事故を防止し、バランスのとれた栄養状態を保ち、安全で活力を維持する高齢期の食育を推進する」との前の食育推進計画にはみられない高齢者の食育内容についての記載がある。記載箇所は高齢者に対する食育推進であるが、学校保健に対応させると、特別支援学校の食べる機能が減退している児童生徒に当てはめることができよう。学校給食における障害のある児童生徒の各々の食べる機能状態に合わせた調理形態の給食を提供することにより、窒息の予防のみならず安全で活力を維持する特別支援学校の食育の推進が望まれよう。

さらに、学齢期の児童は、乳歯から永久歯への交換による「食べ方を育てる食育のステージ」で食育への歯科の関与が求められており、その後の中学・高校の時期は、卒後の成人期を含めて食べ方で健康を維持するステージでもある。

第2食育の推進の目標に関する事項

(7) よく噛んで味わって食べるなどの食べ方に関心のある国民の割合の増加

国民が健やかで豊かな生活を過ごすには、十分な口腔機能の発達、維持が必要であり、身体の栄養のみならず味わいや心のくつろぎにつながる食べ方に関心を持ってもらうことが重要である。このため、よく噛んで味わって食べるなどの食べ方に関心のある国民の割合の増加を目標とする。具体的には、平成22年度に70.2%（食べ方に関心のある国民の割合）となっている割合について27年度までに80%以上にすることを目指す。

表1

3. 地域における食育の推進

(2) 取組むべき施策

・歯科保健活動における食育推進

すべての国民が健やかで豊かな生活を過ごすため、80歳になっても自分の歯を20本以上保つことを目的にした「8020（ハチマルニイマル）運動」とともに、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観点から、ひとくち30回以上噛むことを目標とした「噛ミング30（カミングサンマル）」を目指して、小児期から高齢期まで各ライフステージに応じた食べ方の支援や食品の物性に応じた窒息の予防などを含めた食べ方の支援など、歯科保健分野からの食育を推進する。

表2

このように学齢期の食育は、間断のない食育の推進における節目のステージでもある。食育を通じた健康状態の改善等の推進では、栄養教諭は、学級担任、養護教諭、学校医等と連携して保護者の理解と協力の下に、子どもの指導において過度の痩身や肥満が心身の健康に及ぼす影響等健康状態の改善に必要な知識の普及・指導と望ましい食習慣の形成に向けた取組の推進、が記されているが、歯科側からは「健康の改善のために食べ方習慣から食育推進」に向けた学校関係者との積極的な連携が望まれていると解釈できる。学校保健における食育に歯科の果たす役割は多岐にわたって示されている。

（向井美恵）

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ろう。
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ーの中で、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%というのは高い値である。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23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達成状況（表1）

（平成23年3月現在）

	《基本計画策定時の値》	▷	《達成状況》	▷▷▷	《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%*1	▷	70.5%*2	▷▷▷	90%以上
2. 朝食を欠食する国民の割合	子ども　：4.1%*3 20歳代男性：29.5%*5 30歳代男性：23.0%*5	▷	子ども　：1.6%*4 20歳代男性：33.0%*6 30歳代男性：29.2%*6	▷▷▷	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%*7	▷	26.1%*8	▷▷▷	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%*9	▷	50.2%*10	▷▷▷	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%*9	▷	89.4%*2	▷▷▷	80%以上
6. 食育の推進に関わるボランティアの数	28万人*11	▷	34.5万人*12	▷▷▷	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%*13	▷	31.7%*14	▷▷▷	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79.3%*13				
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%*15	▷	37.4%*16	▷▷▷	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　：39.5%*17	▷▷▷	都道府県：100% 市町村　：50%以上

〈資料〉
＊1　平成17年７月「食育に関する特別世論調査」（内閣府）
＊2　平成22年12月「食育の現状と意識に関する調査」（内閣府）
＊3　平成12年度　　＊4　「平成19年度児童生徒の食生活等実施調査」（(独)日本スポーツ振興センター）
＊5　平成15年　　＊6　「平成21年国民健康・栄養調査」（厚生労働省）
＊7　平成16年度　　＊8　平成21年度（文部科学省学校健康教育課調べ）
＊9　平成18年度　　＊10　平成21年「食育の現状と意識に関する調査」（内閣府）
＊11　平成18年度　　＊12　平成21年度（内閣府食育推進室調べほか）
＊13　平成19年度　　＊14　「平成22年度農林漁業体験学習の取組（教育ファーム）実態調査」（農林水産省）
※市町村等の関係者によって計画が作成された様々な主体による教育ファームの取組がなされている市町村の割合
＊15　平成17年度　　＊16　「平成22年度食品安全確保総合調査」（食品安全委員会）
＊17　平成22年度（内閣府食育推進室調べ）

（平成23年度版食育白書 内閣府 2009）

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達成状況

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・おやつの取り方、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3,919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

子どもが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　―

＊米つ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。

＊用水を遡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含めてきた。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。

＊子どもと周辺の人間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。

(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 個別指導:肥満や痩せの生徒、偏食、好き嫌いの多い生徒、食物アレルギー等の個人で食に関する問題を持つ児童生徒に対する指導が必要。食の指導は児童生徒だけでなく、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

	食事記録法		24時間思い出し法	食物摂取頻度調査法
調査内容	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	定量的	定量的	定量的	半定量的　概算
対象者の負担	大きい。	やや少ない。	比較的少ないが、面接に時間がかかる。	比較的少ない。
調査者の条件	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

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。個別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、おやつの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、などがあろう。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。

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#：$p<0.05$ (島井・田中、1994)

(たべる—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

(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　N0. 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　N0. 6、食生活情報サービスセンター　2007年
4、平成23年度版（食育白書）内閣府（2009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—食行動の心理学、　朝倉書店　2002年

5 安全教育

1. 学校安全と学校保健安全法

学校安全には、学齢期はもちろんのこと、生涯にわたって安全な生活を送るために、事件・事故および災害についての理解を深め、安全に行動するための能力や態度を身に付け、進んで社会の安全に貢献することができるための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. 第9次交通安全基本計画と交通安全教育

交通安全基本計画とは、交通安全対策基本法に基づき、陸上交通（道路交通、鉄道交通）、海上交通および航空交通の安全に関する総合的かつ長期的な施策の大綱等を定めるものである。中央交通安全対策会議において5年ごとに作成されているが、第9次交通安全基本計画（計画期間：平成23年度～平成27年度）が平成23年3月31日に公表された。

近年、年間交通事故死者数は減少傾向にあるが、交通事故死者数に占める高齢者の割合が高いこと、交通事故死者数に占める歩行者が約3割と高いこと、自転車関連事故の交通事故件数に占める割合が増加傾向にあることなどが課題として挙がっている。計画の基本理念は、①交通事故のない社会を目指して、②人優先の交通安全思想、③交通社会を構成する三要素（人間に係る安全対策、交通機関に係る安全対策、交通環境に係る安全対策）、④ITの活用、⑤救助・救急活動および被害者支援の充実、⑥参加・協働型の交通安全活動の推進、⑦効果的・効率的な対策の実施、⑧公共交通機関等における一層の安全の確保、となっている。第9次交通安全基本計画における道路交通安全の目標は、平成27年までに24時間死者数を3,000人以下とすること、また死傷者数を70万人以下とすることで

ある。

児童生徒等に対する交通安全教育の推進については以下のように示された。

幼児に対する交通安全教育は、心身の発達段階や地域の実情に応じて、基本的な交通ルールを遵守し、交通マナーを実践する態度を習得させるとともに、日常生活において安全に道路を通行するために必要な基本的な技能および知識を習得させることを目標とする。具体的には、紙芝居や視聴覚教材等を利用したり親子で実習したりするなど、分かりやすい指導に努めるとともに、指導資料の作成、教職員の指導力の向上および教材・教具の整備を推進することとなっている。

小学生に対する交通安全教育は、心身の発達段階や地域の実情に応じて、歩行者および自転車の利用者として必要な技能と知識を習得させるとともに、道路および交通の状況に応じて、安全に道路を通行するために道路交通における危険を予測し、これを回避して安全に通行する意識および能力を高めることを目標とする。交通安全教育の実施は、体育、道徳、総合的な学習の時間、特別活動など学校の教育活動全体を通じて、歩行者としての心得、自転車の安全な利用、乗り物の安全な利用、危険の予測と回避、交通ルールの意味および必要性等について重点的に行うこととなっている。

中学生に対する交通安全教育は、日常生活における交通安全に必要な事柄、特に、自転車で安全に道路を通行するために、必要な技能と知識を十分に習得させるとともに、道路を通行する場合は、思いやりをもって、自己の安全ばかりでなく、他の人々の安全にも配慮できるようにすることを目標とする。具体的には、保健体育、道徳、総合的な学習の時間、特別活動など学校の教育活動全体を通じて、歩行者としての心得、自転車の安全な利用、自動車等の特性、危険の予測と回避、標識等の意味、応急手当等について重点的に行うこととなっている。

高校生に対する交通安全教育は、日常生活における交通安全に必要な事柄、特に、二輪車の運転者および自転車の利用者として安全に道路を通行するために、必要な技能と知識を習得させるとともに、交通社会の一員として交通ルールを遵守し自他の生命を尊重するなど責任を持って行動することができるような健全な社会人を育成することを目標とする。保健体育、総合的な学習の時間、特別活動など学校の教育活動全体を通じて、自転車の安全な利用、二輪車・自動車の特性、危険の予測と回避、運転者の責任、応急手当等について更に理解を深めるとともに、生徒の多くが、近い将来、普通免許等を取得することが予想されることから、免許取得前の教育としての性格を重視した交通安全教育を行うこととなっている。

3. 東日本大震災と防災教育・防災管理

2011年3月11日に発生した東日本大震災は、学校や児童生徒等に対して甚大な被害をもたらした。そして震災発生直後から、学校における防災対策についてさまざまな課題が浮かび上がった。

2011年7月に発表された「東日本大震災の被害を踏まえた学校施設の整備について」緊急提言（東日本大震災の被害を踏まえた学校施設の整備に関する検討会：長澤悟座長）では、学校施設への被害実態をもとに、今後全国の学校施設の安全性・防災機能を強化するための提言がなされた。

まず新耐震基準（昭和56年）以降に建設された学校施設および耐震強化された学校施設では、被害が少なかったことがわかった。今後、学校耐震化の一層の加速が必要である。また多くの学校施設で非構造部材（天井材、内・外装材、照明器具、窓ガラスなど）の被害が発生した。これからは非構造部材の耐震対策も速やかに実施する必要があり、特に避難所ともなりうる屋内運動場の天井材、照明器具、バスケットゴールの落下防止対策を進める必要があることがわかった。

津波対策では、津波が到達しない安全な高台等に学校施設を建設する、高台や裏山などに速やかに避難できるように避難経路を整備する、浸水被害が下層階までにとどまる学校施設においては、上層階へ速やかに避難できるように避難階段等を設置する、建物を高層化するなどの対策を進めることが必要である。

その他では、学校施設の防災機能を向上させるために、備蓄物資・倉庫、トイレ、情報通信設備、電気・水・屋内環境を整備することが挙げられた。また学校施設

の省エネルギー対策を推進することも指摘されている。

また国立教育政策研究所文教施設研究センターは、全国（岩手県、宮城県、福島県を除く）の公立学校を対象に、避難所に指定されている学校の防災施設・設備の整備状況に関する実態調査を行い、その結果を2011年8月に公表した。その結果は以下の通りである。

① 避難所に指定されている公立学校の数は、全体の89.3%に当たる30,513校である。

② 避難所に指定されている学校施設の防災施設・設備の整備状況は次の通り。

・体育館にトイレがある 78.0%
・屋外から使用できるトイレがある 65.7%
・学校の敷地内に防災倉庫・備蓄倉庫がある 35.2%
・水を確保する設備（貯水槽、プールの浄水装置、井戸等）がある 29.7%
・停電に備えた自家発電設備がある（可搬型発電機を含む） 18.0%
・非常用の通信装置がある（災害時優先電話、防災行政無線等） 30.2%

③ 避難所機能を考慮した災害対応マニュアルを作成している地方公共団体は、全体の32.7%である。

さらに「東日本大震災を受けた防災教育・防災管理等に関する有識者会議」（2011年7月発足、渡邉正樹座長）では学校の防災教育・防災管理等を見直すため、東日本大震災における学校等での経験の把握・分析を進めている。具体的には、学校における防災教育・防災管理等に関する課題の分析、学校における防災教育・防災管理（特に避難訓練・経路）等の見直し、災害発生時等における教職員の安全指導の充実、学校における防災教育・防災管理等に関する国の施策の在り方等を調査・検討することである。今後、この審議結果に基づき、これからの防災教育・防災管理の指針が示される予定である。

4. その他

平成22年度は、学校の管理下における熱中症の発生が中学校、高等学校でそれぞれ2,000件を超えており、これは前年度の2倍以上である（学校の管理下における熱中症に対して、独立行政法人日本スポーツ振興センターが医療費を支給した件数）。そのような状況の中、独立行政法人日本スポーツ振興センターによる熱中症予防のための啓発資料「熱中症を予防しよう－知って防ごう熱中症－」が改訂され、発行された（図1）。また環境省でも「熱中症環境保健マニュアル（2011年5月改訂版）」が発刊された。

（渡邉正樹）

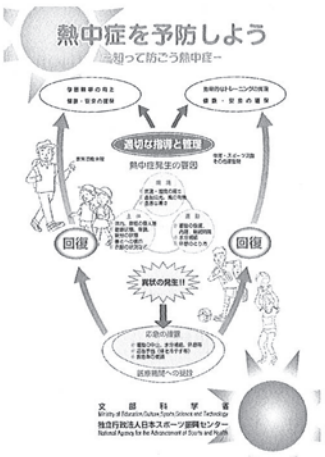


図1 熱中症を予防しよう－知って防ごう熱中症－

参考文献
1) 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
2) 中央交通安全対策会議, 交通安全基本計画 交通事故のない社会を目指して, 内閣府, 2011
3) 東日本大震災の被害を踏まえた学校施設の整備に関する検討会,「東日本大震災の被害を踏まえた学校施設の整備について」緊急提言, 文部科学省, 2011
4) 国立教育政策研究所文教施設研究センター, 学校施設の防災機能に関する実態調査結果について, http://www.nier.go.jp/shisetsu/pdf/bousaikinou2011.pdf
5) 文部科学省 スポーツ・青少年局学校健康教育課,「東日本大震災を受けた防災教育・防災管理等に関する有識者会議」設置要綱, http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/23/07/attach/1308576.htm
6) 独立行政法人日本スポーツ振興センター, 熱中症を予防しよう－知って防ごう熱中症－, 2011
7) 環境省, 熱中症環境保健マニュアル（2011年5月改訂版）, 2011

コラム 特別支援教育と学校保健

1. 特別支援教育の目的

特別支援教育とは、従来の特殊教育の対象者の障害だけでなく、LD（学習障害）、ADHD（注意欠陥多動性障害）、高機能自閉症を含めて障害のある児童生徒の自立や社会参加に向けて、その一人一人の教育的ニーズを把握して、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善または克服するために、適切な教育や指導を通じて必要な支援を行うものである。

なお、文部科学省の調査により、LD・ADHD・高機能自閉症等に見られる学習面・行動面で著しい困難を示す児童生徒が6.3%の割合で存在することが示されている。

2. 特別支援教育の手法

特別支援教育の推進にあたっては、次の3点に留意したい。

- PDCA（Plan-Do-Check-Action）サイクルで推進するということ
  （授業改善、校内支援体制、専門機関との連携など、種々のレベルで実施）
- 科学（サイエンス）としての色彩が強いということ
  （根拠に基づいた指導・支援を目指す。指導・支援は計画的で個別的）
- 地方分権下における推進であるということ
  （自主的、主体的で、自治体独自の特色ある取組が可能）

3. 特別支援教育のシステム

気になる児童生徒の実態把握を行い、指導や支援のあり方を明らかにしていく「校内委員会」を設置し、校内の特別支援教育のキーパーソンで、校外の関係機関との連絡調整の窓口や、保護者との連携の窓口としての役割が期待される「特別支援教育コーディネーター」を指名する。さらに、校外の専門家が学校を訪問して様々な支援を行う「巡回相談」の仕組みや、教育委員会に設置され、対象となった児童生徒等がLDかどうか、ADHDかどうか、高機能自閉症かどうかの「判断」（医師による診断ではない）を行い、専門的意見を学校に返す、教育学、心理学、医学などの専門家らから構成される「専門家チーム」の仕組みが用意されている。さらに、指導の計画を長期目標、短期目標を設定して個別に作成する「個別の指導計画」、学校に入学する前から卒業後、生涯にわたって教育、福祉、医療、労働等の各分野から総合的に策定していく「個別の支援計画」（「個別の教育支援計画」）がある。また、特別支援学校は、センター的機能として、小・中学校等における発達障害等を含む障害のある児童生徒へ様々な支援を行う。

詳しい内容は文部科学省のガイドラインを参照〈文部科学省（2004）小・中学校におけるLD（学習障害）・ADHD（注意欠陥／多動性障害）・高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制の整備のためのガイドライン（試案）〉。

4. 養護教諭への期待

校内の特別支援教育コーディネーターとの密接な連携の下、養護教諭としての従来からの職務を遂行していくことが大切である。養護教諭としての日頃の業務に、特別支援教育の視点を盛り込むことが期待される。そしてまた時には、自ら特別支援教育コーディネーターとして、他の立場のコーディネーターとともに責務を遂行することもありえる。また、発達障害のある児童生徒で、不登校、いじめ、心身症など2次的な課題を併せ持つ場合もあり、薬物療法を受けている子どももいる。

（柘植雅義）

文献
柘植雅義（2008～2010）連載：特別支援教育の推進と養護教諭への期待．こころとからだの健康，2008, 12, 122～2010, 14, 145. 健学社.
静岡県養護教育研究会（2009）養護教諭実践事例集11：特別支援教育における養護教諭の役割.

6 心の健康教育

1. はじめに

近年の社会環境や生活習慣の急激な変化は、子どもたちの心身の健康にも大きな影響を与えており、いじめや不登校などのメンタルヘルスに関する問題、生活習慣の問題、アレルギー疾患の増加、性に関する問題、喫煙、飲酒、薬物乱用、児童虐待の増加、新たな感染症の問題などが顕在化している。これらの問題の多くは自分の存在に価値や自信が持てないなどの心の健康問題と深くかかわっていることが指摘されている。さらに、自然災害や子どもが犯罪に巻き込まれるなどの事件・事故が発生しており、子ども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、中央教育審議会答申（H20.1）が出され、この答申を踏まえ学校保健法の一部改正（H20.6公布）が行われたところである。また、同時期に学習指導要領の改訂（H20・21年）も行われたことから、双方における心の健康教育に関する事項を中心に述べたい。

2. 子どもたちのメンタルヘルスに関する現状と課題

(1) 保健室利用状況調査結果（財・日本学校保健会H18調査）

① 保健室利用者で記録の必要性があった児童生徒のうち、背景要因があった児童生徒の主な理由は、各校種ともに「主に身体に関する問題」よりも「主に心に関する問題」が多かった。

② 心の健康に関する問題では、各校種ともに「友達との人間関係」、「家族との人間関係」、「身体症状からくる不安や悩み」が多く、共通していた。

③ 相談の必要性があった児童生徒の割合を平成13年度調査と比較すると、中学校、高等学校は増加していた。主な相談内容は「身体症状」、「友人関係」、「家族・家庭の問題」が多かった。

④ 児童生徒1,000人当たりの保健室登校の児童生徒数は、小学校2.0人、中学校6.6人、高等学校2.8人であった。平成13年度調査と比較すると各校種ともに増加しており、小学校と高等学校では約2倍に増加していた。

(2) 心の健康つくりに関する調査結果（財・日本学校保健会H16年度調査）

養護教諭が支援した子どものメンタルヘルスに関する問題は、「不登校・保健室登校・登校しぶり、ひきこもりなどの問題」、「友達や家族などの人間関係の問題」、「家族や軽度発達障害等集団生活への不適応の問題」が小・中・高等学校ともに多く、共通していた。

(3) 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結果（H22年度）

① 小・中・高・特別支援学校における、いじめ認知件数は約75,000件（前年約73,000件）で、児童生徒1,000人当たりの認知件数は5.6件（前年度5.1件）であった。

② 不登校児童生徒の割合は、小学校0.3%（308人に1人、21,675人）、中学校2.7%（37人に1人、93,296人）、高等学校2.6%（83,881人）であった。小・中学校では学年が上がるにつれ増加している。

③ 自殺した児童生徒の状況

小学生は、男子1人、中学生は、男子26人、女子15人（計41人）、高校生は、男子70人、女子35人（計105人）であった。自殺した児童生徒が置かれていた状態は、不明が57%で最も多く、次いで精神障害13%、家庭不和12%であった。

3. 学校保健の充実と心の健康教育

学校における健康教育は、学校保健、学校安全、学校給食に関する指導を包括したものであり（保健体育

審議会答申H9)、それらの管理と表裏一体として進められるものである。心の健康教育においても、全教育活動を通して実施されるものであり、教科、道徳、特別活動、総合的な学習の時間などとの関連を図るとともに、年間計画に位置付け発達段階に即して系統的に進めていくことが大切である。

(1) 心の健康教育の充実

① 学習指導要領の改訂 (H20・21)

ア 教育基本法の改正に対応した学習指導要領の改訂

学習指導要領の「総則」の冒頭に、「各学校においては、教育基本法及び学校教育法その他の法令並びにこの章以下に示すところに従い、児童生徒の人間としての調和のとれた育成を目指し、地域や学校の実態及び児童生徒の心身の発達の段階や特性等を十分考慮して、適切な教育課程を編成するものとし、これらに掲げる目標を達成するよう教育を行うものとする。」と記載し、学習指導要領が教育基本法等の理念を踏まえたものであることを明らかにしている。

イ 学習指導要領改訂の基本的な考え方

○ 教育基本法の改正等で明確になった教育理念を踏まえ、知識基盤社会の時代においてますます重要となる「生きる力」という理念を継承し、生きる力を支える「確かな学力」、「豊かな心」、「健やかな体」の調和を重視。

○ 知識・技能の習得と思考力・判断力・表現力等の育成のバランスを重視。

・基礎的な知識・技能を身に付ける。

・知識・技能を活用し、自ら考え、判断し、表現する力を育む。

観察、実験レポートの作成、論述など知識・技能を活用する学習活動を充実させる。

② 教科保健*（保健学習）における心の健康に関する内容

今回の改訂では、系統性のある指導ができるように内容の明確化が図られた。

*小学校は体育科の保健領域、中学校は保健体育科の保健分野、高等学校は保健体育科の科目保健

＜小学校＞

【第5学年・第6学年】

(1) 心の健康

ア 心の発達

○ 生活経験を通して発達する心

○ 年齢とともに発達する心

イ 心と体の相互の影響

○ 心と体は互いに影響し合うこと

ウ 不安や悩みへの対処

○ 不安や悩みへの対処

○ 自分に合った方法による対処、心の発達

＜中学校＞

【第1学年】

ウ 精神機能の発達と自己形成

(ア) 知的機能、情意機能、社会性発達

(イ) 自己形成

エ 欲求やストレスへの対処と心の健康

(ア) 心と体のかかわり

(イ) 欲求やストレスへの対処と心の健康

＜高等学校＞

【入学時及び翌年次に実施】

(1) 現代社会と健康

ウ 精神の健康

(ア) 欲求と適応機制

(イ) 心身の相関

(ウ) ストレスへの対処

(エ) 自己実現

③ 保健指導

保健指導には、特別活動などで行われる集団を対象とした保健指導と個別の保健指導とがある。特別活動における保健指導は集団（学級や学年等）を対象にして行われ、教育課程に位置付けられて実施される。一方、個別の保健指導は学校保健安全法に規定されていることが相違点の一つであるが、各校における児童生徒の心身の健康問題が、特別活動の保健指導の題材に取り上げられることが多いことから、相互に深く関連するものである。

ア 特別活動

学級（HR）活動における健康に関する内容については、平成20・21年に行われた学習指導要領の改訂により、日常の生活や学習への適応及び健康安全については次のような内容例が示された（心の健康に深くかかわると思われるものに下線を引いてある）。しかし、時間数が決められているものではなく、各学校における児童生徒の実態に

応じて、計画され実施されるものである。

＜学級（ホームルーム）活動における健康に関する内容例＞

小学校	中学校	高等学校
(2) 日常の生活や学習への適応及び健康安全 ア 希望や目標をもって生きる態度の形成 イ 基本的な生活習慣の形成 ウ 望ましい人間関係の形成 エ 清掃などの当番活動等の役割と働くことの意義の理解 オ 学校図書館の利用 カ 心身ともに健康で安全な生活態度の形成 キ 食育の観点を踏まえた学校給食と望ましい食習慣の形成	(2) 適応と成長及び健康安全 ア 思春期の不安や悩みとその解決 イ 自己及び他者の個性の理解と尊重 ウ 社会の一員としての自覚と責任 エ 男女相互の理解と協力 オ 望ましい人間関係の確立 カ ボランティア活動の意義の理解と参加 キ 心身ともに健康で安全な生活態度や習慣の形成 ク 性的な発達への適応 ケ 食育の観点を踏まえた学校給食と望ましい食習慣の形成	(2) 適応と成長及び健康安全 ア 青年期の悩みや課題とその解決 イ 自己及び他者の個性の理解と尊重 ウ 社会生活における役割の自覚と自己責任 エ 男女相互の理解と協力 オ コミュニケーション能力の育成と人間関係の確立 カ ボランティア活動の意義の理解と参画 キ 国際理解と国際交流 ク 心身の健康と健全な生活態度や規律ある習慣の確立 ケ 生命の尊重と安全な生活態度や規律ある習慣の確立

イ 個別の保健指導

個別の保健指導の目的は、個々の児童生徒の心身の健康問題の解決に向けて、自分の健康問題に気付き、理解と関心を深め、自ら積極的に解決していこうとする自主的・実践的な態度の育成を図ることである。児童生徒の心身の健康問題の多様化に伴い、個別の保健指導がより重要性を増していることから、学校保健安全法（H21.4施行）に新たに保健指導が明確に位置付けられ充実が図られたところである。個別の保健指導の実施に当たっても、教科保健および特別活動の保健指導と関連を図り、発達段階に即した指導を行うことが大切である。

平成20年に行われた学校保健法の改正（学校保健安全法）は、中央教育審議会答申「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」（H20.1）を踏まえ、学校保健および学校安全に関して、地域の実情や児童生徒等の実態を踏まえつつ各学校において共通して取り組まれるべき事項について規定の整備を図るとともに、学校の設置者ならびに国および地方公共団体の責務を定めたものである。心の健康に深くかかわる主な条文の概要は下記の通りである。

学校保健安全法

① 保健指導（第9条）

学校においては、児童生徒の様々な心身の健康課題に適切に対応するためには、健康相談や担任教諭等による日常的な健康観察等により児童生徒の健康状態を把握するとともに、健康上問題のあると認められる児童生徒等に指導を行うことや、さらに家庭において対応が求められる事項に関して、保護者への指導助言を行うことがより必要となっている状況から、養護教諭その他の教員は相互に連携して保健指導を行うべき旨を規定。養護教諭を中心として、関係教職員の協力の下で健康観察、健康相談、保健指導を実施するべきことが明確に規定された。

② 医療機関等との連携（第10条）

児童生徒の心身の健康課題を解決するために、地域の医療機関等との連携を推進することが重要となっている中、救急処置、健康相談、保健指導を行うに当たっては必要に応じ、地域の医療機関その他の関係機関との連携を図るように努めるものとする旨が規定された。

③ 危険等発生時対処要領（第29条）

現在、事件事故や自然災害時に備えて学校においては、危険等の発生時において学校の職員がとるべき措置の具体的内容や手順を定めた危険等発生時対処要領（危機管理マニュアル）を作成することとし、校長は、危険等発生時対処要領の職員に対する周知、訓練の実施その他の危険等の発生時に職員が適切に対処するために必要な措置を講ずることとされた。また、災害や事件・事故等が発生した後、児童生徒の心のケアが重要であることから、当該児童生徒等や関係者（教職員・保護者等）の心身の健康を回復させるため、必要な支援を行う旨が規定された。

4　文部科学省等における心のケアに関する問題への対応

(1) 子どもの健康を守る地域専門家総合連携推進事業（文部科学省 H20～23年度）

地域全体で取り組む子どもの健康を育む体制の充実を図るため、子どもの健康課題の検証、子どもの健康課題解決のための学校保健推進計画の策定、専門医の派遣、モデル地区での実践をサポートする事業を各都道府県へ委託して実施している。

(2) 子どもの心のケアシンポジウムの開催（主催：文部科学省 H18年度～）

自然災害や子どもが犯罪に巻き込まれるなどの事件・事故が発生している中、子どもの心のケアが重要な課題となっていることから、心のケアに関する効果的な連携の進め方及び対応方法について研究協議することを目的として平成19年度から年1回開催されている。

(3) 啓発資料の作成

①　「養護教諭のための児童虐待対応の手引」（文部科学省H19.10）

児童虐待が社会問題となっており、学校の果たす役割が大きくなっている中、養護教諭は身体的な虐待や性的な虐待を発見しやすい立場にあることから、職務の特質を生かして早期発見につなげることをねらいとしている。養護教諭のみならず一般教員についても十分活用できる内容である。

②　「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」－メンタルヘルスを中心として－（文部科学省H21.3）

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健康観察の適切な実施が求められている中、学校保健安全法に健康観察が新たに規定されたことから、健康観察の充実を図るために作成された。日常の健康観察の進め方、健康観察の視点や問題への対応の在り方について、事例を通して理解が深められるように構成されている。

③　「子どもの心のケアのために－災害や事件・事故を中心に－」（文部科学省H22.7）

近年、災害や事件・事故が発生しており、子ども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、学校保健安全法に心のケアに関する規定が盛り込まれたところである。近年のこのような状況を踏まえて平成15年に作成した「非常災害時における心のケアのために」の改訂を図ったものである。災害や事件・事故発生時における子どもの心のケア、体制づくり、危機発生時の健康観察の進め方などのほか、新潟中越沖地震の調査結果に基づいた提言を行っている。

④　「教職員のための健康相談及び保健指導の手引」（文部科学省H23.8）

児童生徒等の多様な心身の健康課題に組織的に対応する観点から、学校保健安全法に新たに養護教諭をはじめとする教職員等が実施する健康相談・保健指導が明確に規定されたことから、法改正の趣旨や学校における健康相談及び保健指導の基本的な考え方・進め方などについて周知を図るため作成された。また、健康相談及び保健指導の事例を多数記載しており、現場での実践に役立てられるように構成されている。

⑤　「子どものメンタルヘルスの理解と問題への対応」（財・日本学校保健会H19.2）

養護教諭の行う健康相談を効果的に行うために、校内の組織体制づくりや地域の関係機関との連携の進め方などについて、「心の健康に関する調査」を基に検討した結果をまとめ、根拠に基づいた提言を行っている。また、心の健康問題を心・体・脳の3領域に整理し、分かりやすく解説されている。

⑥　「保健室利用状況調査報告書」（財・日本学校保健会H20.2）

本調査は、児童生徒をはじめ、教職員及び保護者の保健室の利用状況の実態から、児童生徒の心身の健康問題を把握し、その解決に向けて養護教諭等の役割を明らかにすることによって、児童生徒の心身の健康づくりの推進に資することを目的に、平成2年から5年に一度調査を行っている。報告書は、行政施策上の根拠データとなるなど学校保健活動の推進において有効な資料となっている。

(4) 各種研修会の開催

①　全国学校保健研究大会（主催：文部科学省等）

健康教育に関連する諸課題について研究協議を

行い、学校保健の充実発展に資することを目的に、昭和26年から各都道府県持ち回りで実施されている。課題別研究協議では「心の健康」部会が設けられている。

② 全国養護教諭研究大会（主催：文部科学省等）

養護教諭の資質向上及び健康教育の推進に資するため、昭和55年から、各都道府県の持ち回りで実施されている。

③ 健康教育指導者養成研修（主催：独立行政法人教員研修センター）

全国の幼・小・中・高等学校・特別支援学校等の管理職、教諭、養護教諭等を対象に、東西日本に分かれて実施されている。「保健教育の在り方」、「学校保健マネジメント」、「児童生徒のメンタルヘルスの理解と対応」の部会で構成され、「児童生徒のメンタルヘルスの理解と対応」部会は、専門研修として位置付けられており5日間の日程で行われている。

（采女智津江）

学校保健ポータルサイトからのお知らせ http://www.gakkohoken.jp/

☆平成23年度新コンテンツのご紹介②

SNS コミュニティ

「保健室ネット」

会やグループの専用伝言板、情報交換の場としてもご活用できます

○このコンテンツには会員登録が必要です。

○初期登録のパスワードは、㈶日本学校保健会の会報に記載されています。

もちろん個人の悩み相談や趣味、仕事のコミュニティづくりでもご利用ください。

例）A 研究会（会員 100 名）
会員専用ページの開設

1. 事前に研究会の全員が本会サイトの会員登録を済ませておく。
2. 「保健室ネット」のコミュニティ新規作成画面で、管理者（会の担当者）が「参加：管理者の承認が必要、掲示板：コミュニティ参加者にのみ公開」に☑を入れて会のコミュニティを作る。
3. 開設したそのコミュニティを利用して、管理者に承認されていないほかの会員には非公開の画面で同じ情報を共有、書き込み、情報交換ができます。

コラム PTSD

1　心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic Stress Disorder、通称PTSD）

PTSDは、自然災害（地震・津波・台風等）や事件・事故などに遭遇し、強い恐怖や喪失体験（家族や親しい友人の死、家を失う等）をした後に起こることがある特徴的な障害である。アメリカのベトナム帰還兵や性被害を受けた女性のトラウマ反応の研究から生まれ、研究が進むにつれ決して異常な反応ではなく、強いストレスにさらされた場合には誰にでも起こり得る反応であることが理解されるようになった。

PTSDの主な症状は、次の通りである。

(1) 再体験症状
① 体験した出来事を繰り返し思い出し、遊びの中で再現しようとする。
小学校低学年頃までの子どもは、自分が体験したストレスを言葉などでうまく表現できず、自分の好きな人形やグッズを離そうとしない、ままごとで自分の体験したことを表現するなどの行動となって現れることがある。
② 体験した出来事の悪夢を繰り返し見る。（夢でうなされる等）
③ 体験した出来事が目の前で起きているかのような生々しい感覚がよみがえる（フラッシュバック）。

(2) 回避症状
① 体験した出来事と少しでも関係するような話題を避けようとする。
② 体験した出来事を思い出すことができない。（物忘れ、覚えられないなどの記憶障害、ボーッとしている等）
③ 人や物事への関心が薄らぎ、周囲と疎遠になる。（孤立感、引きこもり、趣味への興味がなくなる等）

(3) 覚醒・亢進症状
不安になる、よく眠れない、イライラするなど怒りっぽくなる、攻撃的、物事に集中できない、ささいなことで驚く、落ち着きのなさ、極端な警戒心を持つ等。
その他にも様々な症状がある。

2　トラウマ

「トラウマ」とは、もともと“けが”を意味する言葉であるが、それを現在の“心的外傷”の意味に用いたのは精神分析の創始者フロイトである。当初は、心因性の症状（歩けなくなる、失神する等）を生み出すような情緒的にショッキングな出来事を指していたが、最近では、長く記憶にとどまる辛い体験を一般にトラウマと呼ぶことが多い。一方、PTSD におけるトラウマとは、災害や事件・事故など生命の危機や身体の保全が脅かされるような状況を体験するか目撃し、強い戦慄や恐怖を味わった場合に限定されている。一般的な意味でのトラウマは時間の経過とともに自然に解消することがあるが、PTSD の場合には治療が必要である。

3　アニバーサリー反応

災害や事件・事故などが契機としてPTSD となった場合、それが発生した月日になると、いったん治まっていた症状が再燃することがあり、アニバーサリー効果やアニバーサリー反応と呼ばれている。このような日付の効果は年単位とは限らず、同じ日に月単位で起きることもある。　**（采女智津江）**

参考・引用資料
・「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－」（文部科学省H22.7）
・「心理的トラウマの理解とケア」（㈱じほうH16.5）

7 性教育・エイズ教育

1. はじめに

性に関わる教育は、学校教育の一環として、幼児児童生徒（以下、「子ども」と言う。）の人格の完成、豊かな人間形成を目的として行われるものである。

近年、我が国においては、近年、国民の性に関する意識や価値観が多様化し、少子化、情報化など子どもを取り巻く家庭環境や社会環境も大きく変化している。そうした中で子どもの心身の発達は、性的成熟と社会的成熟に大きな差異が生じアンバランスとなっている。また、薬物乱用、売買春やその類似行為、性感染症や10歳代の人工妊娠中絶などが増加し、性に関する健康問題も深刻化するなど課題が山積している。

このため、文部科学省においては、平成11年3月に「学校における性教育の考え方、進め方」を編集発刊し（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。

しかしながら、これまでの教育を振り返ると、様々な子どもの実態が示すように、その成果をみるに至っていないことを真摯に反省する必要がある。それは、その指導が科学的理解を図ることに偏り、児童生徒等の発達段階や受容能力等を考慮せずに、性器の名称や生理的な内容を早期かつ詳細に教え込もうとしたり、問題行動の抑止の側面からのみの指導が行われたりして、児童生徒が身に付けるべき資質や能力が育たず、適切な意志決定や行動選択につながらなかったものと考えざるを得ない。

また、子どもの性意識や性行動、保護者の意識や要望、学校の取組などの実態から、性に関する教育の目標や内容、指導方法等の見直しの必要性が明らかとなり、併せて、一部の学校での子どもの発達段階や受容能力を踏まえていない指導内容、不適切な教材・教具の使用の改善などが求められているところである。

このため、文部科学省では、平成17年度以降、これまでの性教育を見直し児童生徒の実態等を踏まえた「性に関する教育」を推進するための性教育講習会を開始し、今日の子どもの実態等を踏まえた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。

なお、文部科学省では、事業名や説明などで「性に関する指導」という名称を用いている。この場合の「性に関する指導」の概念や内容は、本稿で用いている「性に関する教育」と一致する。

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て行われなければならない。

（教育の目標）

第2条　教育は、その目的を実現するため、学問の自由を尊重しつつ、次に掲げる目標を達成するよう行われるものとする。

1　幅広い知識と教養を身に付け、真理を求める態度を養い、豊かな情操と道徳心を培うとともに、健やかな身体を養うこと。

2　個人の価値を尊重して、その能力を伸ばし、

創造性を培い、自主及び自律の精神を養うとともに、職業及び生活との関連を重視し、勤労を重んずる態度を養うこと。

3　正義と責任、男女の平等、自他の敬愛と協力を重んじるとともに、公共の精神に基づき、主体的に社会の形成に参加し、その発展に寄与する態度を養うこと。

4　生命を尊び、自然を大切にし、環境の保全に寄与する態度を養うこと。

5　（略）

そのため、子どもに対して、人間の性に関する事柄、性行動に伴う危険（リスク）を正しく理解させるとともに、その基礎となる自尊感情（セルフエスティーム）や人間関係を築く資質や能力、生命を尊重する態度等を育成し、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。

⑵ 健康の自己管理能力を育成する

学校では、教育を通して健康の大切さを認識するとともに、健康に関する子どもの自己管理能力の育成を図ることがねらいであり、性に関する教育もその観点からの取組が必要である。

つまり、健康上の問題を自分で考え、処理できるような資質や能力を身に付け、行動や環境を主体的に改善し、他律的な健康管理から自律的な健康管理ができるようにし、健康な生活を実現していくことである。

そのためには、「人々が自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセスであり、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態に到達するためには、個人や集団が望みを確認・実現し、ニーズを満たし、環境を改善し、環境に対処することができなければならない。」としたヘルスプロモーションの理念（オタワ憲章（1986年）、バンコク憲章（2005年）に立った教育を推進する必要がある。

具体的には、健康の決定要因として様々なものがあるが、今日では、適切な意志決定・行動選択には、科学的な知識理解もさることながら心理社会的要因が大きく影響することが分かっており、性に関する教育に当たってもそのことに十分留意する必要がある。

なお、性に関する教育に関連する国際的な動きがあり、それらにも留意しながら、我が国にふさわしい教育を推進していく必要がある。

以上のことから、学校はすべての子どもに対して、生命尊重、生命や人格を尊重する精神を基盤に、心身の発育・発達や性に関する内容について理解し、危険（リスク）を回避するとともに、健康の大切さを認識し、自らの健康を管理し、改善することのできる能力を育てること、その前提となる自己や他者を尊重する態度を育み、望ましい人間関係を築くことのできる資質や能力を育てること、家庭や社会の一員としての在り方を理解し、責任ある行動を実践することなどを通して、現在及び将来の生活において直面する性に関する諸問題に対して、適切な意志決定や行動選択ができ、健全な家庭や社会を築く態度を育てるなど「性に関する教育」を充実する必要がある。

⑶ 現代的課題に対応する

「性に関する教育」の現代的課題としては、性感染症、人工妊娠中絶、援助交際（売買春）、出会い系サイト等での被害などが上げられる。その背景や要因は、家庭や地域社会の教育機能の低下、社会環境の変化など、子どもの精神的、社会的発達へ影響を与える多様な問題が複雑に絡んでいる。このため、それらの課題に適切に対応するためには、それぞれのライフステージにおける課題や性の意識、性行動、性情報などの実態を把握した上で、集団または、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、精神的な発達が伴わない子どもの性意識・性行動の変化が生じ、近年、人工妊娠中絶や性感染症が増加したことが指摘されている。こうした環境の変化としては、携帯電話やパソコンの普及による有害情報や性産業、出会い系サイトへの接触、青少年漫画における性描写の氾濫とその安易な販売、これらに関連して誤った情報からの影響や危険（リスク）意識の欠如、これらに関連したピアプレッシャー（性行動を行うことが普通という仲間の圧力）の増大などが指摘されている。

成長の過程にある児童生徒等の視点に立てば、営利を目的とした過激なあるいは誇張された性表現は、性に関する知識を誤解したり、性差別を助長する結果にもなりかねない。

したがって、「性に関する教育」においては、これらのことを十分認識して、子どもに対しては、幅広い視野から危険（リスク）を認識させて、それを回避する態度を育てるとともに、地域社会とも連携して、そうした環境の是正についても、取組を進める必要がある。

(4) 指導の現状を踏まえて改善する

これまでの教育を振り返ると、さまざまな子どもの性に関わる実態が示すように、その成果を見るに至っていないことを真摯に反省する必要がある。それは、生育環境の変化の影響もあるが、教育効果への科学的検証が不十分なまま教育が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、子どもが身に付けるべき資質や能力が育たず、適切な意志決定・行動選択につながらなかったものと考えざるを得ない。

また、文部科学省、全国高等学校PTA連合会、日本性教育協会、東京都幼小中高心性教育研究会等による性意識や性行動、学校での取組などに関する最近の調査結果などからみた実態を踏まえ、目標や内容、方法、指導体制等を見直して「性に関する教育」を推進充実する必要性が明らかとなり、併せて、一部の学校での子どもの発達段階や受容能力を踏まえていない授業、不適切な教材の使用の改善などが求められているところである。

3. 現状等を踏まえた見直しの視点

(1) 学校、家庭、地域社会の在り方の見直し

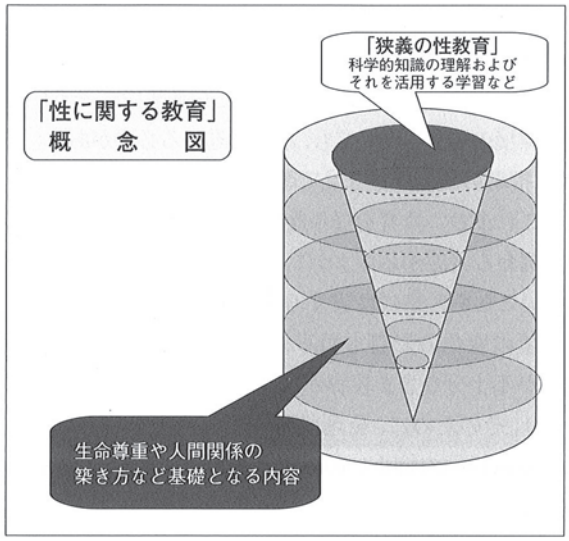
性に関する教育は、学校だけで行う性格のものでなく、学校、家庭、地域社会それぞれの役割を明らかにし、学校における性に関する教育の内容や在り方を見直し、家庭や地域社会（関係機関・団体等）との有機的な連携を図りながら効果的に進める。

(2) 「性に関する教育」の推進

心身の発育・発達や性感染症等に関する科学的な理解の必要性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、生命尊重、性行動にかかわる危険（リスク）を認識し、回避する態度や望ましい人間関係を築く能力の育成などその基礎となる教育を含む広義の概念としてとらえ、今後は、「性に関する教育」と呼び、その推進を図ることとする。

また、性教育を行う場合に、人間関係についての理解やコミュニケーション能力の育成を前提とすべきであり、その理解の上に性に関する教育が行われるべきものであって、安易に具体的な避妊方法のみの指導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



「性に関する教育」の概念図

などが重要である。

なお、「性に関する教育」の性格と範囲の無限な拡大や曖昧さを避けるため、我が国の重要な教育である男女共同参画社会の構築を目指す内容や男女同権・ジェンダーなど人権に関わる内容は、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。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って検討すべきである。

学校における「性に関する教育」については、子どもたちは社会的責任を十分にはとれない存在であり、また、一生にわたる健康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）および地域性などを考慮しなければならない。

(5) 学校における性に関する教育の内容

学校における「性に関する教育」の内容は、その目標を実現するために必要な事項を、子どもの実態と教育上の必要性から、発達段階に応じて選択し、学習内容として構成する必要がある。

この場合、各教科や道徳、特別活動等においては、それぞれのねらいを実現するために必要とする内容や教材の中に、性に関する事項も取り上げられているため、内容の選択や構成に当たっては、学習指導要領に示されている各教科、道徳、特別活動の性に関する内

容を整理する必要がある。

具体的には、心身の発育・発達や性感染症の予防など健康管理に関する内容については体育・保健体育科「保健」で扱い、人間関係の育成に必要な内容や家族や社会の一員として必要な内容については、道徳や特別活動等に位置付ける必要がある。

また、学校教育においては、児童生徒の発達段階を踏まえて指導を行うことが極めて重要であり、それぞれの教科等における「性に関する教育」の内容について、子どもの発達段階を踏まえたものとなっているかといった観点から体系化を図る必要がある。

また、各学校で設定する総合的な学習の時間での性に関する教育の内容においても、行き過ぎや放任とならないよう課題の設定や展開に工夫が必要である。

以下に示す内容については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内容
- 人間間係を築くための原則
- 自己表現の能力育成
- 相手に対する受容的な態度、耐忍性や調整力などの涵養

② 男女や自他の相互理解についての内容
- 互いに相手を認め合い尊重し合うことの重要性
- 男女や個々人ので物事に対する感じ方や考え方、行動様式に差異があること
- 異性に対する理解や思いやりの表現方法
- 相手の人格を傷つけるような態度や行動を控えること

③ 男女の人間関係の危険（リスク）の回避に関する内容
- 男女の人間関係の成立の要因やその要因（男女の人間関係には、多くの過程があり、その過程が大切であること）
- 人間関係のマナーやエチケット

(ウ) 社会の一員としての在り方に関する内容

① 性役割に関する内容
- 男女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
- マスコミや青少年向け漫画等の流す性情報の判断の必要性
- 性情報の適切な取捨選択
- 携帯電話やパソコンの普及による有害情報や出会い系サイトへの接触に伴う危険（リスク）
- 誤った性情報からの影響、ピアプレッシャー（性行動を行うことが普通という仲間の圧力）に対する認識を高める内容

④ 性の被害・加害に関する内容
- 職場等におけるセクシュアル・ハラスメント、誘拐やつきまとい（ストーカー）、性的ないじめや暴力、強制わいせつなど様々な性被害について生命や人格の尊重、男女平等の観点から理解させ、日常の学校生活における性被害、加害の発生状況やその防止について考えさせる内容（発達段階に応じた受けやすい性被害の発生状況や発生要因などを知らせること、被害を受

けた場合などの対処の仕方等も具体的に理解させる必要がある）

・性加害は、絶対許されないことであること、自己中心的な欲求による自制心のない行動は、相手の心身を傷つけるだけでなく自分自身も大きな罪を背負うことになることなどを理解させ、責任ある行動をとる必要性に関する内容

4. 学校における「性に関する教育」の指導体制の整備と実施上の課題

学校における「性に関する教育」は、各学校の教育活動全体を通じて実施する必要があり、学校としての指導体制の整備と保護者等の理解が重要である。しかしながら、既に述べたように、近年、子どもの体格が向上するとともに、性的な成熟が早まっている一方、性に関する情報や産業の氾濫など、子どもを取り巻く社会環境が大きく変化しており、性に関する意識も変化している。また、若年層の性感染症の問題や人工妊娠中絶の問題が指摘されており、家庭や地域保健と連携・役割分担しながら一人一人に適切な意志決定・行動選択の力を育てるために、学校における「性に関する教育」を充実すべきであることは言を待たない。

一方で、一部で行き過ぎた教育・指導が行われているという指摘があり、各学校において、目標、内容と教材、方法等全般にわたって、改めて検討しなければならない状況にある。

具体的には、発達段階を重視し、学校、教職員の役割や分担を明らかにし、家庭や地域の関係機関・団体や専門家とも連携・役割分担し、指導計画作成（改善）、実施、評価を繰り返し、計画的かつ継続的な実施のため、指導内容や指導方法等の改善を図っていくための体制を作り上げる必要がある。

そのためには、次のような事項について、改めて検討が必要である。

(1) 学校教育目標「性に関する教育」の基本的な目標との関連や整合性

(2) 教育課程への「性に関する教育」の内容の位置付け

・体育・保健体育科その他の関連教科、道徳、特別活動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の視点

○学校全体の指導計画に基づく組織的・計画的な指導を行っているか
○内容、教材・教具等について、教職員の共通理解の得られるものであるか
○学習指導要領に照らして、子どもの発達段階に沿った時期と内容で実施しているか
○教職員の共通理解だけではなく、保護者や地域の理解の得られる内容、方法であるか
○集団指導と個別指導とを区別しているか
（理解や感受性等の個人差にも配慮しているか）

5. 中央教育審議会における「性教育」に関する審議状況（抄）

中央教育審議会初等中等教育分科会「教育課程部会審議経過報告」　平成18年2月13日

○　学校における性教育については、子どもは社会的責任を十分には取れない存在であり、また性感染症等を防ぐという観点から、子どもの性行為については適切でないという基本的スタンスに立ち、人間関係の理解やコミュニケーション能力を前提として、心身の機能の発達などの科学的知

識、理性により行動を制御する力、自分や他者の尊重の心をはぐくむことなどが重要である。

○　性教育は、体育・保健体育をはじめとする各教科等の指導の関連を図りながら学校教育活動全体を通じて取り組む必要がある。また、発達の段階を踏まえた指導内容の体系化を図ることが必要である。

○　また、教職員の共通理解を図るとともに、子どもの発達の段階を考慮すること、家庭・地域との連携を推進し保護者や地域の理解を得ること、集団指導の内容と個別指導の内容の区別を明確にすることなどが重要である。

この内容は、中央教育審議会初等中等教育分科会教育課程部会「健やかな体をはぐくむ教育の在り方に関する専門部会これでの審議状況　(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。

これらを受けて、平成20、21年に学習指導要領が改訂され、平成23年4月より小学校、24年4月より中学校で全面実施、25年4月より高等学校が学年進行で実施される。

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、性を初め昨今の子どもの心身の健康の実態や問題には心理社会的側面要因が大きく関わっていることから、人と人の豊かなかかわり方を体験し学ぶ、適切な意志決定・行動選択について学ぶ、心の居場所づくり、自分探し(生き方、在り方の探求)を支援したりするなど豊かな人間関係の構築、家庭、地域、学校等で温かく「育む、培う」取組が重要であることを痛感させられる。「育む」の意は、「親鳥がその羽で雛をおおいつつむ。養い育てる。成長発展を願って見まもる。」(広辞苑)ことであり、類似の語に、学習指導要領の

総則第1（款）の3で使用されている「培う」（草木の根に土をかけて育てる。能力や性質を養い育てる。：広辞苑）がある。いずれも、促成栽培的で性急な働きかけでなく、ゆっくり、じっくり時間をかけ、手をかけて、子の自立を促す意味合いをもっている。この「育（はぐく）む」と「培う」は、わが国の高度成長など激しい社会の変化の中で置き忘れられてきたものが何かということを、私たちに示唆してくれている。「性に関する教育」において、子どもの心身の調和のとれた発育・発達に裏付けられた人格の形成を目指すとき、忘れてはいけないものであると思う。

特に、学校では、「性に関する教育」の基盤として、教科指導、進路指導、生徒指導など全ての学校経営の中で、子どもの豊かな育ちと自立を目指すよう努めることが必要であり、そのことが学校での「性に関する教育」の目標の実現に大きく寄与するものと考えられる。

そのためには、管理職のリーダーシップと保健主事、養護教諭、学級担任等が連携した積極的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、学校の実情や児童生徒の実態等に応じて、学校医、学校歯科医、学校薬剤師等の専門家に協力・支援を依頼し個別指導や助言を行ったり、保護者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）

学校保健ポータルサイトからのお知らせ　http://www.gakkohoken.jp/



平成22年度エイズ教育推進ポスター小学校版

○エイズ教育推進ポスターコンクール

☆財団法人日本学校保健会では、平成19年から全国の児童生徒を対象にエイズに関する絵画を募集し、エイズ教育検討委員会（衛藤隆委員長）で審査の上、最優秀作品をポスター化して全国の学校へ配布しています。

☆平成22年度からはキャッチコピー部門も新設して従来の絵画部門と併せて募集を開始しています。

☆毎年の募集は、全国の教育委員会への通知および学校保健ポータルサイトに募集要項を掲載しています。



平成22年度エイズ教育推進ポスター中学校版



平成22年度エイズ教育推進ポスター高校版

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（以下、本会）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。その沿革は大正9年、学校医等が中心になって帝国学校衛生会として発足、昭和10年に文部大臣認可の財団法人となり、戦前の学校保健の向上に寄与した。昭和21年には財団法人日本連合学校歯科医会と合併し、財団法人日本学校衛生会として新たにスタートをきる。昭和29年、さらに広く学校保健関係者を組織して、名称を財団法人日本学校保健会と改め、現在に至っている。

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心身に気を配り、時代に即した対応をしていく必要がある。本会は、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、本会内に設置した各種委員会等を通じて学校保健に関する様々な活動を行っている。

本会の役員および理事、評議員、各種委員会の委員は、**表1**にある団体からの推薦者または本会が認めた学識経験者等の方々で構成している。

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23年度の基本方針

本会は、社会環境や生活様式の急激な変化による、アレルギー疾患、薬物乱用、生活習慣の乱れ、感染症および学校安全の問題等、子どもが健やかに成長するうえでの様々な健康課題に対応するため、学校保健の当面する健康課題についての調査研究およびその成果の提供、会報ならびに学校保健関係図書の頒布、ウェブサイトでの広報、健康教育推進学校の表彰、講演会・研修会の実施、学校保健用品の推薦・斡旋等を通じて、学校保健の振興、普及および啓発事業を行う。

3. 事業概要

本会の学校保健事業については、以下に示す(1)から(3)の3事業に重点をおいて推進している。各事業には、本会独自で行う「一般事業」と、健康教育振興事業費補助金を受けて行う「国庫補助事業」がある。

(1) 学校保健振興事業

学校保健の当面する諸課題について調査研究を行い、その成果を広く学校保健関係者に提供することにより、学校保健の施行に寄与する。

[一般事業]

① 「メディアリテラシーと子どもの健康調査」

平成21・22年度　内容検討・報告書作成、都道府県・市区町村教育員会へ配布

平成23年度　全国調査の実施

平成24年度　報告書作成

② 「医薬品の正しい使い方実践事例集」作成

平成21年度　小・中・高校指導者用解説書「医薬品の正しい使い方」パンフレット作成

平成22年度　「医薬品」に関する教育の考え方・進め方についての報告書作成

平成23年度　実践事例集の作成、都道府県・政令指定都市教育委員会に配布

③ 「私の健康手帳」改訂版の作成

平成23年度　内容検討

平成24年度　報告書作成

④ 「学校感染症等の情報収集システム」構築

平成23年度　検討会議

⑤ 職域研究大会等協力

[国庫補助事業]

(調査研究事業)

① 「児童生徒の健康状態サーベイランス」

平成22年度　調査（主にライフスタイル領域、リスクファクター領域、アレルギー疾患および学校生活に関する領域など広範囲な調査をまとめ報告書を作成する）

平成23年度　報告書作成、都道府県・政令指定都市教育委員会に配布

② 「保健室利用状況調査」

保健室利用状況調査委員会の下で調査を実施し、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、都道府県・政令指定都市教育委員会に配布

(健康増進事業)

① 「エイズ予防教育検討」

平成23年度　全国の児童生徒から原画・標語を公募し、委員会にて選考、ポスター、標語入りのポスターを作成（小・中・高校版3種）して、都道府県・政令指定都市教育委員会および全国の学校へ配布

② 「保健学習推進」

平成16年の児童生徒の「保健の学力」に関する調査との比較を踏まえ、調査研究と実施し、指導資料を作成する。

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、都道府県・政令指定都市教育委員会へ配布

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

平成16年～17年に作成された指導参考資料小・中・高等学校編を、新学習指導要領に対応し、改訂する。

平成23年度　高等学校用報告書作成、都道府県・市区町村教育委員会、高等学校（私立を含む）に配布

④ 「学校歯科保健実践事例集」作成

食育の中の「食べる」に関連し、「咀しゃく」に関連する意識および実態等の調査を踏まえ、実践事例集を作成する。

平成22年度　内容・実践事例の検討

平成23年度　報告書作成、都道府県・市区町村教育委員会へ配布

⑤ 「養護教諭の職務の手引き」作成

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する。

平成22年度　内容検討・集約

平成23年度　報告書作成、都道府県・市区町村教育委員会、小・中・高・特別支援学校に配布

⑥　「保健主事活動事例集」作成

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ため、平成21年度発行の「実践的研修プログラム」を基盤に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　都道府県・市区町村教育員会に配布

⑦　「新・学校検尿のすべて」改訂

平成22年度　内容検討

平成23年度　改訂版作成、都道府県・市区町村教育委員会に配布

平成24年度　全国調査

平成25年度　報告書作成　都道府県・市区町村教育委員会に配布

⑧　ブロック別研究大会等への助成

全国11カ所のブロック別研究大会等への助成。

⑨　「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、学校プール清掃のためのクリーナーの貸出、その維持経費を助成。

(2) 学校保健普及事業

学校保健活動を、会報、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、学校保健の普及に寄与する。

[一般事業]

①　会報「学校保健」の発行

会報「学校保健」を年6回奇数月に発行、都道府県・市区町村教育委員会、全国の学校（3部ずつ）、学校保健関係者および購読者に配布。

②　学校保健関係図書の出版

学校保健振興事業で調査研究した報告書等を出版し、学校保健関係者をはじめとして学校保健に関心を持つ人々に広く提供する。

③　学校保健広報啓発

本会のウェブサイトにより、本会の学校保健活動を広報する。

④　学校保健用品の推薦・斡旋

学校現場の良好な環境衛生の維持に関する資料・資材の推薦および学校現場での環境衛生検査の実施に必要な化学物質検査機器等を斡旋する。

⑤　受託事業

外部団体刊行物等の監修を行う。

[国庫補助事業]

(普及指導事業)

①　日本学校保健会事業報告会

毎年1回、本会の学校保健事業の報告会を開催し、本会の事業を広く一般へ公開して、普及および啓発に寄与する。

平成23年度開催予定

日時：平成24年2月23日（木）

場所：日本医師会館（東京都文京区）

②　「学校保健」情報提供

ウェブサイトを通じ、学校保健に関する様々な情報を広く配信する。

1) ポータルサイト「学校保健」運営委員会

2) ポータルサイト「学校保健」活性化小委員会

(3) 学校保健啓発事業

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、学校保健の啓発に寄与する。

[一般事業]

①　健康教育推進学校表彰

平成14年度に学校保健の充実発展に寄与することを目的にして創設されたものであり、学校における健康問題を中心として、公募制により、健康教育の推進に積極的に取り組み、成果を上げている学校を毎年90校程度表彰している。

平成23年度表彰式開催予定

日時：平成24年2月23日（木）

場所：日本医師会館（東京都文京区）

②　学校保健関連研究会等支援

地域で開催される研究会等への講師派遣

③　指導者研修会

1)「医薬品の正しい使い方（高等学校）」研修会

地方2か所で開催予定

2)「メディアリテラシーと健康」研修会
第1回開催：平成23年7月27日（水）
兵庫県伊丹市立文化会館
第2回開催：平成23年11月13日（日）
名古屋大学豊田講堂
3) 夏季セミナー「喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育シンポジウム」
「小・中学校で求められる喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育」
開催日：平成23年8月3日（水）
東京都北区滝野川会館

④ 海外「学校保健」教育事情視察
アジアを中心に海外の「学校保健」事情を視察し、交流の契機とする。
視察場所：中国　上海大学
日時：平成23年8月4日～7日

⑤ 全国学校保健会啓発事業
1) 全国学校保健会中央大会
場所：静岡県静岡市
日時：平成23年10月28日（木）
2) 全国学校保健会事務担当者連絡会
場所：東京都港区日本財団会議室
日時：平成23年4月14日（木）

(4) その他の事業

［一般事業］

① 新公益法人制度対応検討委員会等
新公益法人制度への対応等検討

4. 東日本大震災被災地支援に関する活動

平成23年3月11日に発生した東日本大震災での被災地支援として、本会では緊急的に次の活動を行った。

(1) 義援金募集活動

募集対象：全国の学校保健会および学校保健関係者、その他一般
募集期間：平成23年3月23日～7月31日
募集方法：都道府県・政令指定都市学校保健会への通知、インターネットでの募集、本会内に募金箱の設置
寄付総額：250万円（本会分を含む）
義援金の使途：岩手県・宮城県・福島県・茨城県・仙台市学校保健会へ寄付

(2) 被災児童生徒支援用リーフレット「被災した児童生徒と向き合うために」の作成および配布

本リーフレットは、本会の「児童生徒のための被災時対応支援委員会」（特別委員会）において作成した。教職員用として、養護教諭、保健主事、スクールカウンセラー等の学校保健担当者を中心に教職員間での読み合わせなどで、子どものメンタルヘルスケアの再確認や共通認識の一助として活用されるように、「先生方へ」「小学生について」「中学生・高校生について」「保護者への対応」の各項目をA4版1枚を3つ折り仕様で簡潔にまとめたものである。

配布先：岩手県・宮城県・福島県・茨城県・仙台市内の全公立学校の教職員およびその他都道府県から希望のあった学校

5. 今後の展望

本会では、これまで事業で得たものを報告書等としてまとめ、配本を主とした情報提供を行ってきた。近年は研修事業などの充実とともに、次のようなインターネットを活用した事業を進めているところである。

(1) 学校保健ポータルサイトの運営・管理

本会では、平成20年4月より子どもの健康に関する情報提供として、学校保健ポータルサイトを開設している。平成23年度はこれまでのページを一新し、養護教諭をメインユーザーとしてより使いやすく内容を整理するとともに、新しいコンテンツを加え、情報提供に努めている。ポータルサイトの各コンテンツは、本誌の随所で紹介しているのでご覧いただきたい。

(2) 学校欠席者情報収集システムの普及

本会は、それぞれの学校が日々の学校欠席者数をその学校の専用ページに入力し、サーバ上において集計、各関係機関と情報を共有するシステムを国立感染症研究所感染症情報センターと共同開発し、普及に努めている。

【システムの特徴】

リアルタイムで感染症の発生・流行状況を把握することで、学校、地域での早期予防、早期対応につなげる。

① 学校欠席者数の推移をみることで、感染症が特定される前から対応がとりやすい。

② 学校・地域医療（学校医・保健所等）・教育委員会等との情報共有による連携ができる。

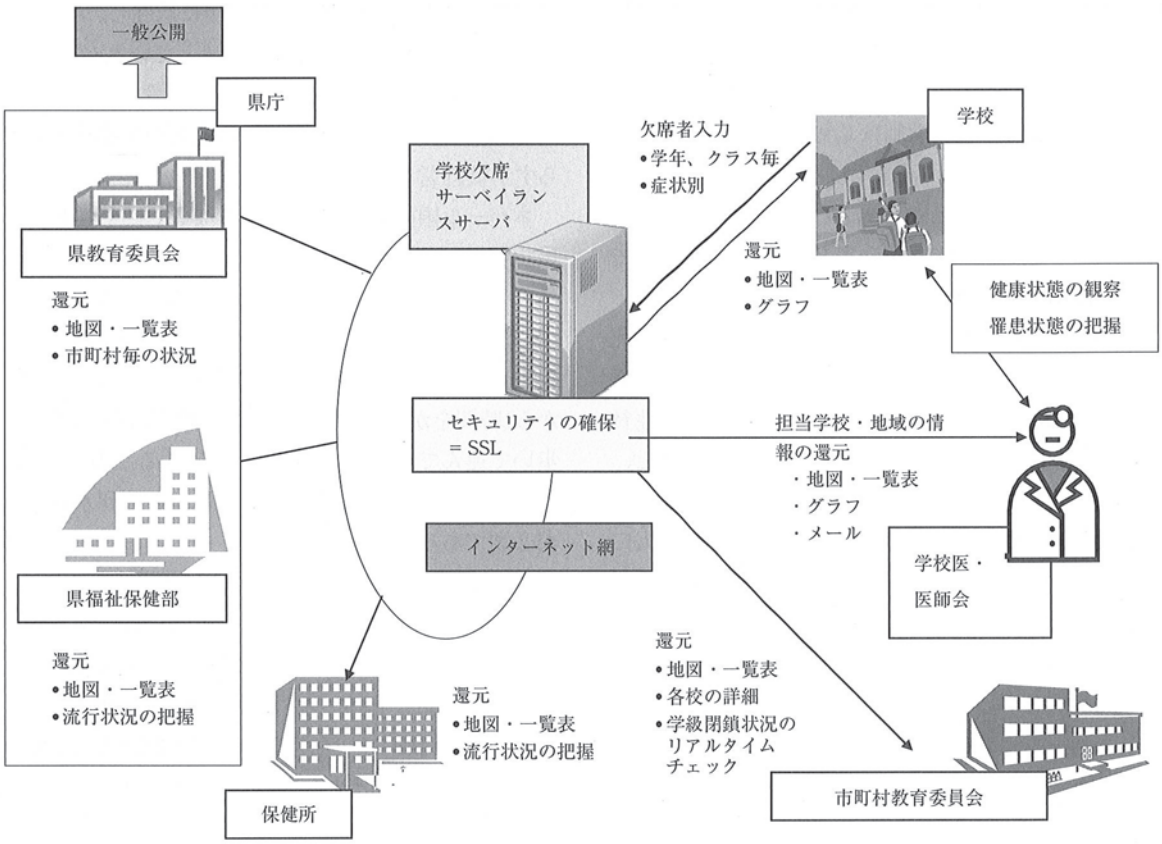
③ 早期に周辺の感染症、疾患別状況を知ることができ、感染症発生時の早期の保健指導、対処が可能。それにより自校・地域の流行をある程度抑える効果が期待できる。

④ 教育委員会等からの情報配信。

⑤ 出席停止の登録を含め、欠席者管理の簡略化。

⑥ 新型インフルエンザ等の対策としても効果的。

また、学校保健ポータルサイト上において感染症（インフルエンザ等）の現在の流行状況が把握できるマップ（全国学校欠席者症状別状況マップ）を公開し、広く情報提供を行っている。 （雪下國雄）



システム概要図

稼働中	鳥取県・岐阜県・島根県・香川県・新潟県・茨城県・佐賀県・千葉県・宮城県（仙台市除く）・長崎県・福岡市・長野県・大分県・高知県・堺市・秋田県・鹿児島県 14373校・全学校の32%
一部導入	東京都（都立、中野区）・埼玉県（所沢市）・栃木県（小山市）・愛媛県（松前町・四国中央市）・青森県（十和田市）・静岡県（県立の一部）・三重県（私立）・大阪府（大阪狭山市）・広島県（熊野町・尾道市・東広島市）
調整中	奈良県・群馬県・岩手県
検討中	山口県・熊本県・滋賀県・神奈川県・栃木県

「学校欠席者情報収集システム」導入の現状（2011年9月1日現在）

コラム 国際学校保健・開発協力の動向 ーネパール国における学校保健・栄養プログラムの動向ー

ネパール国は南アジアに位置し、北はチベット山脈、南はタライ平原があり、南北約150kmの間に標高差8000mがあり、地理的にも特異な地域といえる。地勢は標高別に東西に伸びる帯状の3つに大きく区分され、北部標高3000m以上の山岳地帯、中央部標高1～3000mの丘陵地帯、そして南部の1000m以下のタライ平原部である。ネパールの人口は、2950万人であり、15歳未満の人口は38%、識字率は6歳以上で64%、15歳以上で56%と推計されている。学校数はおよそ3万3千校であり、そのうちの約5千校は私立学校である。現在学制は基礎教育8年、中等教育4年に改編中である。就学率は小学校では約90%、中等学校6年生では約45%となる。進級テストが毎年実施され、進級できない子どももあり、小学校でも中途退学者が多い。

2008年のUNICEFの統計によれば、5歳未満児死亡率59%、乳幼児死亡率46%など、母子の健康状態は深刻な状態にある。また就学前児の鉄欠乏性貧血、潜在的ヨード欠乏症や腸管寄生虫感染症など、栄養不良に起因した子どもの発育不良や公衆衛生上の問題による疾患などが山積している。保健人口省では、乳幼児死亡率の低下、寄生虫感染症の低下、微量栄養素の充足に力点をおいてきた経緯があり、学童期の児童を対象とした学校保健に対する興味関心が必ずしも高くない。

ネパールにおける学校保健の歴史を紐解くと、1990年代に日本医師会が学校保健プログラムをスタートさせた。2006年にネパール国政策として、学校保健栄養戦略、ならびにガイドラインが策定された。ガイドラインに合わせて、教育保健省が国家予算に学校保健の内容を反映させつつあり、また2008年から日本の国際協力機構（JICA）や国際NGOなどの援助団体がネットワークを作成していくつかの地域で学校保健プログラムを実施している。その主な内容は、救急箱の配布、学校軽食サービスの実施、微量栄養素の提供、寄生虫対策などである。また、チャイルド・クラブを活用した学校保健活動など、教育面にも活動を拡充しつつある。近年における学校保健に関する全世界的な流れは、保健教育に焦点が当てられており、このような流れが加速することを期待したい。

学校保健を含むネパール国の政策・施策の多くは、戦略もしくは活動計画として実施されており、3-5年のスパンをもった時限政策である。また、学校保健に関する内容が法律、規則の中に散在し、さらに学校経営に関わる政策責任が散在している（たとえば、地方開発省は学校施設と予算、施設計画省は水道施設など）ことが、学校保健の適切な実施のみならず学校経営を難しくしている。

ネパール国の丘陵部（中央部）では、村や学校が尾根沿いに位置することが多く、井戸などの学校で必要な水源の確保ができていない場合が多い。学校の現状を視察すると、JICAのプロジェクト対象学校であっても、給水に関する考え方は乏しく、30分から1時間をかけて、給食担当の女性が30kgの水を歩いて運んでいる。この現状を打破するため、雨水の利用や最低必要水量の推定に基づいた利水計画が必要であろう。

ネパール国では1950年にカースト制度が廃止されたが、未だに社会的には残存している。特に学校保健活動の実施に関しては、学校内のゴミの掃除、トイレの清掃など、旧カースト制度に触れる問題も含まれている。社会的に残存するこれらの制度は、主として職業分類を基本とする。従って、どの階級に属そうとも、家庭の清掃ならびにトイレの掃除は各自で行う。学校保健を含む教育活動はこれらの差別を解消するためにも重要なものと位置づけられる。

ネパール国では計画の立案に重点が置かれているため、学校現場から中央政府まで学校保健の達成状況を確認するための、学校の自己評価システムや統計指標が不足している。日本の学校保健制度のように、個人の健康情報を学校で管理し、それが中央に集まってくることで、行政にも役立てるような情報収集制度の確立を期待したい。　**（國土将平）**

2 学校医（日本医師会における学校保健活動）

1. はじめに

まず、本年3月11日に発生した東日本大震災で被災された児童生徒、教職員、学校関係者の方々に心より哀悼の意を表したい。大震災によって、かけがえのない命を失った悲しみは非常に深く、学校保健に関係する我々にとって心の痛む経験であった。同時に、学校保健に関係する一人一人が、自然災害から子どもたちの命を如何に守るかという命題に、真摯に向き合う決意を新たにした経験でもあった。今時の大震災の困難に直面して、あらためて、平時にあっても災害時にあっても、学校医が地域社会で担っている役割の大きさ、そして児童生徒や学校保健関係者のみならず地域住民から寄せられている期待の大きさが改めて浮き彫りになった。

日本医師会（以下、日医）は、震災直後から、子どもたちを守るために精力的に学校保健活動を推進してきているが、その原動力が、各地域で地道に活動している学校医一人一人の努力にあることは論を俟たない。

本稿では、東日本大震災後の活動を中心に日医における学校保健活動を紹介したい。

(1) 被災した子どもたちのメンタルケア

発災後、文部科学省から、被災した子どもたちのメンタルケアに関する助言の依頼があり、その要請に応じて学校保健委員会で検討を行い、「『2011年東北地方太平洋沖地震』の被災幼児・児童・生徒に対するメンタルケアについて」を取り纏め、文部科学省に回答した。これは、被災した児童生徒等への対応にあたって教職員等が留意すべき点などを取り纏めたもので、4月14日に文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課が、各都道府県教育委員会学校保健主管課等に宛てた事務連絡「児童生徒等の心のケアの充実について」によって学校関係者に周知が図られており、震災直後の子どもたちのメンタルケアに貢献した。

(2) 放射線対策①（放射線量基準への疑義の表明）

福島第一原子力発電所の事故に係る放射線対策については、文部科学省が4月19日付で、福島県知事、福島県教育委員会等に対して発出した、福島県内の学校の校舎・校庭の利用等に係る限界放射線量を示す通知に対して、早い段階で文部科学省に疑義を唱えた。

当該通知では、幼児、児童、生徒が受ける放射線量の限界を年間20ミリシーベルトと暫定的に規定し、1時間当たりの限界空間線量率を屋外3.8マイクロシーベルト、屋内1.52マイクロシーベルトとし、これを下回る学校では年間20ミリシーベルトを超えることはないとしている。

これに対し、日医は、数値の根拠としている国際放射線防護委員会（ICRP）が3月21日に発表した声明では、「今回のような非常事態が収束した後の一般公衆における参考レベルとして、『1～20ミリシーベルト/年の範囲で考えることも可能』としているに過ぎない」と指摘し、この“一般公衆における参考レベル”である1～20ミリシーベルトの最大値の20ミリシーベルトを限界値としたことの科学的根拠が不明確であり、また成人と比較し、成長期にある子どもたちの放射線感受性の高さを考慮すれば、国の対応はより慎重であるべきとの考えを示した。そのうえで、特に小児については、可能な限り放射線被曝量を減らすことに最大限の努力をすることが国の責務であり、子どもたちの生命と健康を守ることこそが国に求められていると強く訴えた。

さらに、文部科学省が5月11日付で出した事務連絡「実地調査を踏まえた学校等の校庭・園庭における空間線量低減策について」に関して、当該通知は、幼稚園・保育園の園庭、学校の校庭、公園等の表面の土を入れ替えるなど、環境の改善方法について、福島県下の学校等の設置者に対して検討を進めるよう求めているところ、日医は、経済的支援も含め、国として責任をもって対応することが必要であるとして、「国が出来得る最適・最速・最大の方法で、子どもたちの放射線被曝量の減少に努めることを強く求めるものである」との見解を表明した。

文部科学省は、5月27日に、放射線量基準に関して、「学校において、当面、年間1ミリシーベルト以下を目指す」ことを示している。

(3) 放射線対策②（学校医等に対する放射線の研修会開催の提言）

本年7月6日に文部科学省で開催された「福島県内で

一定の放射線量が計測された学校等に通う児童生徒の日常生活等に関する専門家からのヒアリング（第3回）」では、小職が出席し、国が執るべき4つの重要施策を訴えた。その中の1つとして、子どもの健やかな成長のための施策として、健康教育の実施を提言した。これは、「子どもを守る地域専門家総合連携事業（後述）」のフレームワークを活用し、放射線と健康影響のテーマを教授できる医師（放射線専門医等）を全国の学校に派遣し、放射線と健康影響について正確な教育を施すこと、そして、放射線と健康影響に関する学校医等への研修の充実を図り、学校医等による健康教育を推進することを提言したものである。

この提言に対して、当時の文部科学大臣にその意義と重要性を理解いただき、結果、10月28日に静岡県静岡市において、文部科学省が主催、日医は、学校歯科医や学校薬剤師、日本学校保健会、教育委員会等の団体とともに共催として、学校保健関係者への放射線と健康に関する研修を行うこととなった。

本会の提言が、文部科学省の施策として実現したのみならず、学校歯科医師や学校薬剤師、教育委員会関係者などの学校保健関係者が一堂に会して同じ教育機会に浴するという、過去に例のない試みとして実現することは、とりもなおさず、日医の学校保健活動における実績の積み重ねがあってのことと思慮する。

このように、福島第一原子力発電所事故に際しては、日医は、子どもたちを被ばくから守るために行政に対して厳しい姿勢で臨み、あるべき施策を導くことに腐心した。その成果は、今後、我が国の学校保健現場で避けて通れない、放射線と健康に係る問題への処方箋の萌芽となるものであると確信している。

2. 日本医師会と学校保健

以下、日医の事業における学校保健の位置付けとその活動について述べたい。

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、生涯教育等を掲げている。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、広報活動と広範囲にわたっている。その中で、学校保健は、地域医療の重要な柱のひとつとして位置付けており、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により構成されている（平成21～23年度は18名）。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仰いでいる。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、その時々の社会情勢と学校保健の在り方に着目し、課題の洗い出しとそれに対する施策や提言に関する議論をはじめ、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の検討を行っている。

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、今後の地域医療の中での学校保健の位置付け、勤務医の参画を得るために必要な環境整備などについて検討を行っており、平成24年3月に、日医会長へ答申する予定となってる。

(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36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24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で現在、企画の検討を行っている。今年度は従来からの重要課題に加え、特に、東日本大震災での子どもたちの被災の状況を踏まえ、主題の一つとして学校保健安全法に定められる学校安全への学校医の参画の可能性を探りたいと考えている。講習会の模様は、毎月一回発行される本会の機関紙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務めている。

(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42回となる本年の開催地は静岡県静岡市であり、テーマは、「『学校医』我々にできること～子ども達の健やかな身体とゆたかなこころを育むために～」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係機関との連携

これまで述べてきた活動をより充実させるために、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緊密に連携している。ここ数年では、「子どもの健康を守る地域専門家綜合連携事業」、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に重点的に協力している。

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、皮膚科などの各診療科の医師を学校に派遣する事業で、多くの地域で実績をあげており、日医が従来より提言してきている専門家による学校保健活動の効果を実証できたといえる。今後も、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。

そして、今年はまた、感染症に関連して「学校において予防すべき感染症」の指導参考資料の作成にも協力している。平成23年8月には、小職が委員として参加してきた、学校における結核検診に関する検討会の報告書がまとまり、平成24年4月からの新たな結核対策の実施に向けた法整備等が今後、進められることとなっている。

4. おわりに

特に今年は、3月に東日本大震災を経験し、学校保健のみならず学校安全における日医と学校医の役割と期待の大きさが改めて認識された年となった。加えて、学校保健活動においては、学校医をはじめとする学校保健関係者、学校、家庭、地域、行政が一丸となって、緊密かつ活動的な連携体制を構築することが不可欠であることも浮き彫りとなった。

我が国の将来を担う子どもたちが、生きていくために必要なライフスキルを身に付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ぶものである。健康的な生活、正しい食習慣、病気やけがに対する正しい知識、命の大切さ、そして如何にして自分の命を守るか、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し、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に、文部科学省をはじめとする関係機関との連携強化や政策の提言を行い、今後とも環境整備に注力してゆきたいと考えている。そして、大震災後の今日の子どもたちが抱える問題の多様性と深刻さを改めて認識し、子どもたちの健康管理、命の保全のために、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80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40年の歴史を持ち、会員として主に学校歯科医約24,500名（平成23年3月現在）を有し、幼児・児童生徒の歯と口腔の健全育成のための活動を通して学校保健の中で、とくに歯科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っていて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、学校歯科医の活動の目的は、本会の目的そのものであると言える。

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。

具体的な事業としては、平成17年から全国の教育委員会との連携の下で実施してきた「生活習慣病予防等を目指した歯・口の健康つくり調査研究事業」を平成23年度からは「生きる力をはぐくむ歯・口の健康づくり推進事業～望ましい生活習慣の形成を目指して～」と名称を変更して実施している。この事業は、むし歯や歯肉炎などの疾病の早期発見、早期治療といった保健管理面から学校歯科保健を捉えるだけではなく、好ましい健康行動、生活行動の成果の指標としてとらえ、歯・口の健康づくりを通して望ましい生活習慣の形成を図っていくことを目指した事業である。全国の推進学校・地域からは、歯・口の健康づくりを契機として食教育・メンタルヘルスの推進などにも力を入れ、成果を挙げている報告がなされている。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医会、学校歯科医会、教育委員会へ配布している。

また、学術、普及などの委員会活動では、学校歯科医の活動や学校歯科保健の普及啓発に関する刊行物を作成している。これらの作成にあたっては学識者、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、子どもたちや保護者の方にも理解を得やすい内容となるよう留意している。本年度の委員会では「学校歯科医の活動指針改訂」を行うとともに、安全教育やスポーツ歯科へのかかわり、児童虐待、児童生徒の歯肉炎などについて検討している。また、文部科学省発行の学校歯科保健参考資料冊子「生きる力をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり」が改訂されたことから、この参考資料の内容を、写真等を用いてよりわかりやすく解説する冊子の作成についても検討している。

研修事業としては、養護教諭をはじめとする学校教職員と学校歯科医、歯科衛生士といった学校歯科保健にかかわる関係者を対象にワークショップ形式の研修会を実施している他、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、教育者としての視点で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年度からは「学校歯科医生涯研修制度」を立ち上げ、全国の歯科医師会・学校歯科医会との連携を図りつつ「学校歯科医基礎研修会」を実施している。この基礎研修の受講者は23年3月末で13,000名を超えており、さ

らに基礎に続いて、学校歯科保健の実践的活動を習得する専門研修の実施に向けて検討が進んでいる。

3. 平成23年（西暦2011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) 生きる力をはぐくむ歯・口の健康づくり推進事業の実施
(4) 学校歯科保健の普及指導の推進
(5) 学校歯科保健活動の推進
(6) 学校歯科保健の調査研究
(7) 組織・機構の整備と充実
(8) 医事渉外および国際交流の推進

主な大会等は、

① 第75回全国学校歯科保健研究大会
（H23年10月20・21日。於：愛媛県）
② 第61回全国学校歯科医協議会
（H23年10月27日。於：静岡県）
③ 「学校歯科医生涯研修制度」における基礎研修会
④ 第33回学校歯科保健研修会
（関東、東京、東海信越、中国四国ブロック）
⑤ 生きる力をはぐくむ歯・口の健康づくり推進事業連絡協議会

を開催。

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いる全国学校歯科医協議会は、本年は「学校歯科医がかかわる食教育の展開～食の自律（立）と五感の育成を支援する～」をテーマにシンポジウムを行う。他、第61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。

表彰事業としては、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第50回目となる全国学校歯科保健優良校表彰を実施し、各校種一校を優秀賞（文部科学大臣賞）、日本学校歯科医会会長賞、日本歯科医師会会長賞、奨励賞を授与する。また、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）として選出している。

ホームページもさらなる充実を図っており、昨年度より掲載をはじめた子ども向けのコンテンツ「歯・口の健康教室」の充実を図り、学校歯科医のみならず保護者や学校関係者にも歯科保健の普及を図っていくよう努力している。

4. 将来への展望

近年、健康教育の主眼も疾病指向から健康指向へと徐々に変化し、個人や環境衛生の指導に重点をおいていた時代から、生活習慣を見直し、望ましい生活習慣を確立することに重点を置くようになってきた。また、現在の子どもたちの健康にかかわる諸問題としては、「食育推進」、「安全・安心な生活」、「ストレスによる心のケア」などが挙げられ、これらの課題には学校・家庭・地域が連携して取り組むことが必要である。学校歯科保健でも児童生徒の生活習慣と歯・口の健康づくりは関係が深く、とくに「食習慣」、「清潔・清掃習慣」、「運動」、「ストレス」などは直接および間接的に関係していることから、歯・口の健康づくりとしての食教育の推進、ストレスと歯・口の健康の関係、身体の清潔と歯・口の清掃習慣の形成などについて調査研究をさらにすすめていくことが大切である。

学校保健安全法では健康相談が重視されることとなったが、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々人への対応がさらに重要になったことによるものである。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行うことが重要である。

このように、これからの学校歯科保健は、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としての資質と同時に教育者としての資質を備えることがますます要求されてきている。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ことから、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内容の専門研修を検討している。

学校歯科医生涯研修制度をより充実させていくなかで、学校歯科医が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）**

4 学校薬剤師（日本学校薬剤師会）

学校薬剤師とは

学校薬剤師必置制度が制定されてから50年余が過ぎ、平成21年に学校保健安全法が施行され、全国で学校環境衛生検査を担う学校薬剤師の活動はさらに活発に行われている。

従前から学校薬剤師の活動を支えてきた薬剤師は絶対数が少なく、医薬品販売業に距離制限のあった時代から、薬局を実地に管理しなければならない管理薬剤師が地元学校からの要請により学校薬剤師として委嘱されたが、薬局業務に忙しく学校業務には専念出来ないまま、多数校を兼務する例があった。

近年、商業形態が変化し、地方都市では商店街が姿を消し、ショッピングセンターや大型店舗の進出により医薬品販売が主体であった薬局は減少し、医薬分業の推進により医療機関に隣接する調剤薬局が増加するとともに薬科系大学の増加により、薬剤師の絶対数も増加しつつある。この様な状況から、特に調剤を主体とする薬局では、複数の薬剤師が勤務するようになり、薬事以外の時間が確保出来る薬剤師が増えたため、多数校の兼務が徐々に解消され、学校薬剤師業務も充実するようになってきた。一方、学校薬剤師としての活動は児童生徒等を取り巻く環境の変化により、学校への出向回数は増加傾向にあり、その業務に一層の専門性を期待されるところである。また、薬剤師法の改正により平成18年度の薬学部入学者から薬剤師国家試験受験資格が6年生になり、平成24年が初の卒業生誕生の年にあたる。

ところで薬剤師法第1章総則（薬剤師の任務）第1条には「薬剤師は、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、公衆衛生の向上および増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする。」とある。

行政機関を見ると、様々な分野に薬剤師の職能が生かされている。薬事行政や検査、研究分野はもとより、医療や感染症、公害や廃棄物、食品衛生や生活衛生営業、水道やビル管理など保健所勤務薬剤師の関わる分野は多岐にわたる。

同様に、学校に薬剤師が配置されているのは、保健室・理科室の薬品管理のためだけではない。先の条文を言い換えれば「学校環境衛生の向上および増進に寄与し、もって児童生徒および教職員の健康な生活を確保するものとする。」となる。

学校薬剤師は学校保健安全法の中でその業務と身分を明確に定義されており、それは薬剤師が関わる種々の法律に起因する。薬事法にはじまり、医療法、麻薬および向精神薬取締法、放射性同位元素等による放射線障害の防止に関する法律、覚せい剤取締法、毒物および劇物取締法、食品衛生法に書かれているので一度ご確認いただきたい。

なお、薬剤師は平成23年3月までは無試験で衛生検査技師の免許を与えられていた。大学で分析化学を学び、また公衆衛生学、環境衛生学の単位取得していることによる。なお、昭和33年に臨床検査技師に関する法律が施行され、その後も長い間、薬科大学での単位修得により免許習得が可能であったが、臨床検査技師と重なる業務が多く、こちらについても法の改正により新規免許の交付が出来なくなっている。

この様に、学校薬剤師が学校で行う学校環境衛生検査は、飲料水・プール水・教室の空気・照度・給食施設等、広くさまざまな分野に及び、その知識と経験を有しているためであることを御理解いただきたい。

なお、活動は年間を通して行っており、その検査方法は、平成21年に施行された学校環境衛生基準に検査回数と基準が21項目の全てに定められており、公定法に準ずる方法で実施されている。

学校薬剤師の組織と役割

ところで、学校薬剤師の組織は全国各地さまざまであり、薬剤師個人が学校から直接委嘱され活動を行う場合もあるが、薬剤師会あるいは学校薬剤師会が教育委員会からの依頼で薬剤師を推薦し、事務局がそ

の業務の支援や情報伝達を行う場合もある。どちらかといえば後者が増えており、学校薬剤師の育成や、検査に対する評価や教育委員会との連絡などを組織的に行うことで、学校薬剤師の活動が可能になっている。また事務局が学校側への対応をすることにより、養護教諭だけでなく、保健主事や教務主任、保健体育教師など多くの教職員が関わることになり、薬剤師会による関わりが、学校環境衛生の推進に有効に働いていると思われる。

学校薬剤師の委嘱においては、職場あるいは自宅と近い者が長く継続して担当することが多く、学校環境衛生に関しては教職員より詳しい場合がある。

なお、学校薬剤師はあくまでも委嘱を受ける側であり学校の依頼等によるが、年間10回近くは出校しており、特に薬事衛生等に関する知識を活用し、学校保健委員会等で保護者へ指導助言することにより、地域住民の健康維持にも繋がるのではないだろうか。併せて、平成24年度から義務となった中学校ではじまる医薬品の適正使用についての授業等に関しても、その内容の充実に貢献できるものと考えている。

学校薬剤師は、薬剤師会等を通じて得た最新の情報を、学校を通して地域に還元する役割も担っているといえる。

そのためには、それぞれの学校で年間2～3回開催される学校保健委員会に参画し、学校の保健計画・安全計画の立案にかかわり、その実行・評価をも共有することが重要である。しかしながら、検査業務はさておき、全ての学校薬剤師が学校保健委員会に積極的に参加できる状況にはない。開催時間を夕方以降にして学校三師が出席しやすく配慮されている学校もあるが、ほとんどが平日で、特に発言も求められていない場合には欠席することが多いようである。

会としては、委員会を形骸化しないためにも薬剤師が率先して検査の考察や指導内容等を文書にして実績を示す等、他の学校保健委員に説明する配慮は必要と考えている。今後は6年制の薬剤師が医療現場で活躍するようになるが、さらに理論的に学んだ薬剤師が今後の学校薬剤師を担う時、国民の健康教育が今以上に充実することを願いたい。

東日本大震災に際して

東日本大震災では多くの国民が被災し、亡くなられている。住居や職場だけでなく学校も被災し、校舎ごと津波で流されたところもある。

災害においては、学校が避難所や臨時の仮設住居の設置場所等となることが多いが、特に今回は未曾有の災害であり、学校が教育施設として適正な環境に戻るには、まだまだ時間を要するものと思われる。

日本学校薬剤師会では支援金を全国の学校薬剤師に募り、集まった浄財を元に、被災した学校へ環境検査器具のセットを送った。

勿論、災害時には通常の基準による点検は不可能であるが、だからといって環境に配慮し、指導助言をすることは無意味ではない。むしろ被害状況に配慮した適切な検査が望まれている。

また、災害時にはどんな問題があり、それをどのように解決したかを集約した学校における災害対策マニュアルの作成を急いでいるところである。

日本学校薬剤師会は、薬剤師職能の原点に立ち返り、会員への新たな情報提供や研鑽に努めながら、学校環境衛生の維持、向上を図り、児童の健康を守るとともに、国民の公衆衛生の向上に貢献できることを望んでいる。

（日高華代子）

全国学校保健調査（平成22年度）

はじめに

㈳日本薬剤師会および日本学校薬剤師会が実施した平成22年度全国学校保健調査は、平成21年度に各学校で行われた薬物乱用防止活動、医薬品の適正使用教育、学校にある薬品、学校保健委員会および学校保健安全計画等について調査を行った。

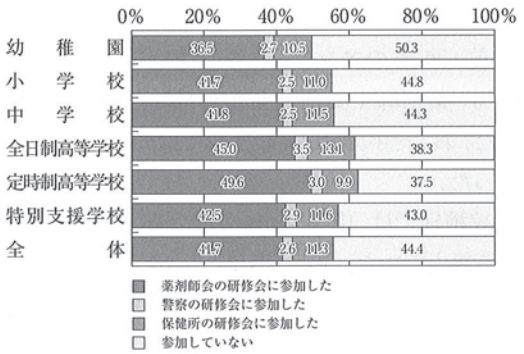
調査票を集計した学校数は31,250校であった。調査

はすべての学校を対象とし、同一校内に数種類の学校が設置されている場合はそれぞれ1校とした。学校薬剤師が委嘱されている学校は原則として担当薬剤師が行い、委嘱されていない学校についても可能な限り調査を行った。

ここでは、平成22年度全国学校保健調査結果から薬物乱用防止活動、医薬品の適正使用教育、学校にある薬品および学校保健安全計画等について示す。

A. 薬物乱用防止活動（喫煙・飲酒防止を含む）

A-1 学校薬剤師は平成21年度薬物乱用防止の研修会を受講していますか。



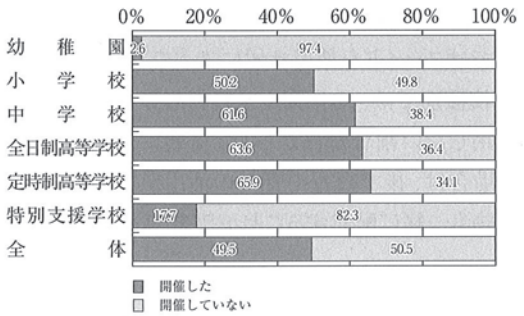
グラフ A-1

薬物乱用防止研修会に参加した学校薬剤師は全体の55.6％で、その内訳は薬剤師会41.7％、保健所11.3％、警察2.6％であった。薬剤師会の研修会受講者の75％は学校薬剤師であったが、保健所の研修会にも同様に参加していた。

学校種別では、定時制高等学校の受講率が最も高く62.5％であった。

学校から協力の依頼があった場合にはすぐに対応できるよう、研修会には積極的に参加し、知識を身につけておく必要がある。

A-2 薬物乱用防止（喫煙・飲酒防止を含む）教室・教育を開催しましたか。



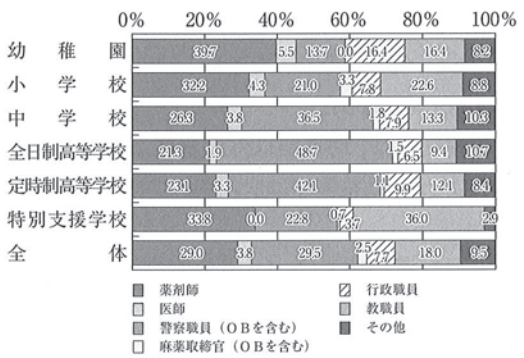
グラフ A-2

薬物乱用防止教室を開催した、あるいは教育を行ったのはおよそ半数の49.5％であった。

学校種別では、高等学校と中学校が60％以上と高率であったが、特別支援学校は17.7％、幼稚園は低率で2.6％に過ぎなかった。

教育を充実するため、文部科学省から「中学校および高等学校では年1回、小学校では地域の実情に応じて開催に努めること、また学校薬剤師等の協力を得ながら指導の充実を図ること。」という通知文書が発出されている。

A-3 講師は誰が行いましたか。（複数回答可）

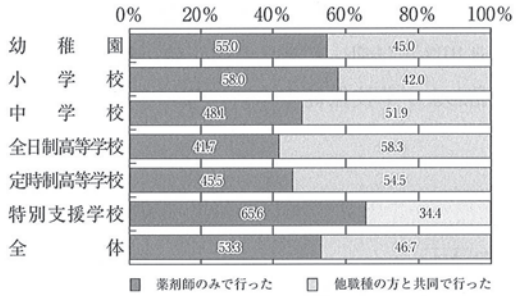


グラフ A-3

講師は警察職員と薬剤師がおよそ30％とほぼ同率であったが、薬剤師の割合は年々増加している。複数の場合もこの組合せが多かった。次いで、教職員18.0％、行政職員7.7％、医師3.8％、麻薬取締官2.5％、その他であった。

学校種別では、薬物への関わりの危険性が大きくなる高等学校および中学校で、警察職員による講師の割合が多かった。薬剤師への講師の依頼は今後ますます増加すると思われる。

A-4　講義の方式はどれですか。

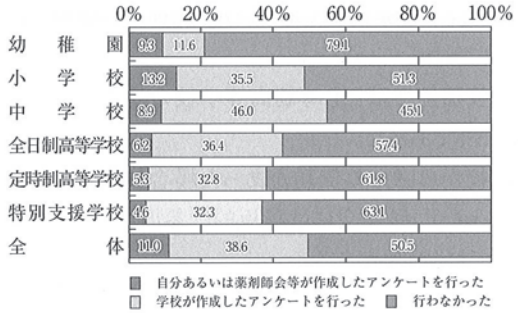


グラフA-4

講義を他職種との共同で行ったのは46.7%、薬剤師単独は53.3%で、共同よりも単独の方が若干多かった。

学校種別では、他職種との共同で行った割合が50%を超えたのは高等学校と中学校で、特に、高等学校では、全日制が58.3%、定時制は54.5%であった。また、特別支援学校では、薬剤師のみで行った割合が多く65.6%であった。

A-5　事前アンケート（知識の確認）、事後アンケート（講義の成果）等は行いましたか。

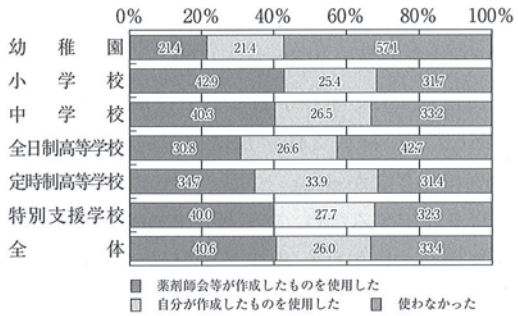


グラフA-5

事前・事後のアンケートを学校が作成したのは38.6%、薬剤師や薬剤師会が作成したのは11.0%であった。およそ半分50.4%の学校ではアンケートを行わなかった。

学校種別では、中学校が46.0%と熱心にアンケートに取り組んでいた。事前・事後ともにアンケートを行ったかどうかは不明であるが、講義の成果を確認するためには、事前、事後ともに行うことが望ましい。

A-6　講義に使用したスライドは何を使用しましたか。



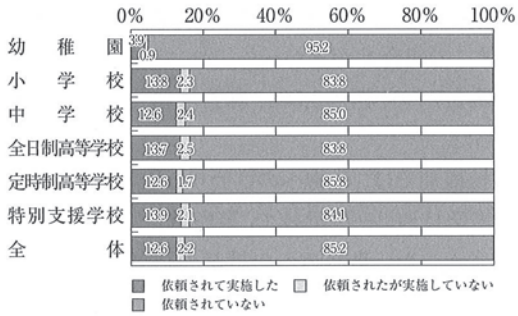
グラフA-6

講義に使用したスライドは、薬剤師会作成のもの40.6%、自分で作成したもの26.0%であった。33.4%の学校ではスライドを使用せずに講義を行った。

学校種別では、幼稚園や全日制高等学校でスライドを使用しない割合が高かった。講義にスライドを使用する場合は、後で復習や資料の活用ができるように、印刷物も一緒に配布することが望ましい。

B. 医薬品の適正使用教育

B-1　「薬の正しい使い方」について、依頼されたことがありますか。



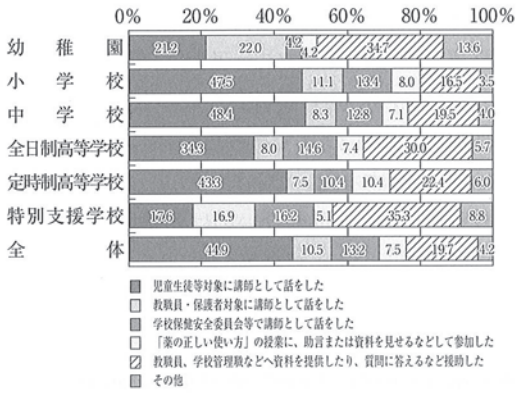
グラフB-1

「薬の正しい使い方」の教育を依頼されて実施したのは12.6%、実施しなかったのは2.2%、依頼がなかったのは85.2%であった。

学校種別では、幼稚園以外は全体とほぼ同様の傾向を示したが、幼稚園では依頼されていない割合が多く95.2%であった。

新学習指導要領では、くすり教育を行う際に、教育体制の一員として教職員に協力することが薬剤師には求められているので、依頼された場合には断らずに実施していただきたい。

B-2 「薬の正しい使い方」について、どんなことをしましたか。(複数回答可)

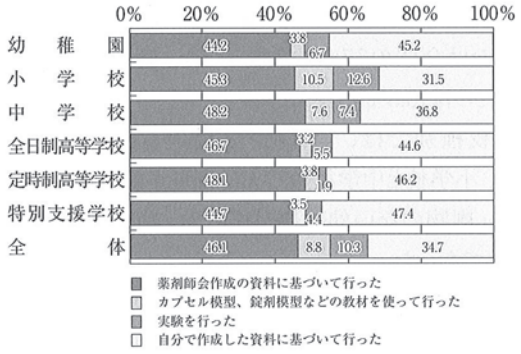


グラフ B-2

講義の対象者は児童生徒等が44.9%と最も多く、次いで、学校保健安全委員会が13.2%、教職員や保護者等は10.5%であった。資料の提供や質問に答える等の援助は19.7%、授業への参加は少なく7.5%に過ぎなかった。

学校種別では、小学校、中学校、定時制高等学校が全体と同様の傾向で、児童生徒等を対象に話をした割合が多かった。また、幼稚園と特別支援学校では教職員や保護者等を対象に話をした、あるいは資料の提供等援助をした割合が多く、似たような傾向を示した。年齢に合った方法で行うことが効果的であると思われる。

B-3 「薬の正しい使い方」の指導はどのような方法で行いましたか。(複数回答可)



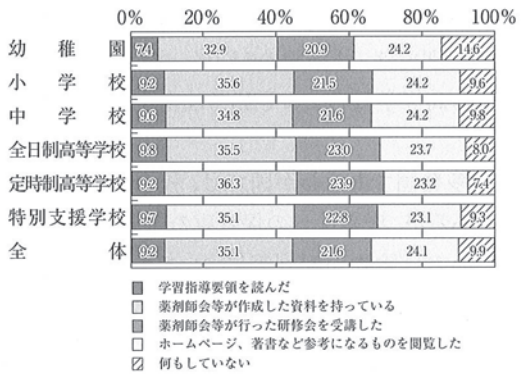
グラフ B-3

薬剤師会作成の資料を使用して指導をしたのが最も多く46.1%、次いで自分で作成した資料で指導をしたのが34.7%であった。しかし、カプセル模型などの教材を使用したのは8.8%、実験を行ったのは10.4%であった。

学校種別では、教材の使用や実験等の割合が多かったのは小学校および中学校であったが、特に小学校では自分で作成した資料で指導した割合は少なく、実験を行った割合が多かった。

低学年ほど、講義よりも実験等の実技を通して指導する方が効果的であるので、工夫が必要と思われる。

B-4 「薬の正しい使い方」に関して、どんな対応をしていますか。(複数回答可)



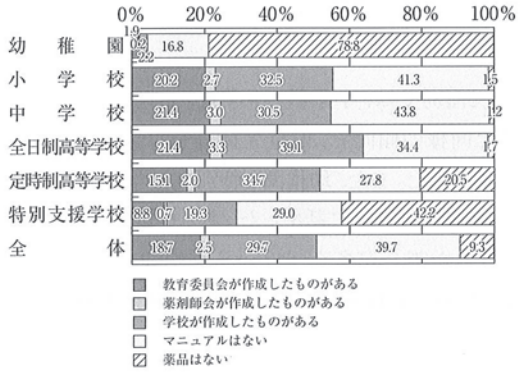
グラフ B-4

薬剤師会作成の資料を持っている薬剤師の割合が最も多く35.1%、ホームページや著書等の閲覧が24.1%、研修会の受講は21.7%であったが、学習指導要領を読んだことがあるのは最も少なく9.2%であった。また、何の対応もしていなかったのは全体の9.9%であった。

学校種別では、幼稚園以外はあまり大きな差はなかったが、幼稚園においては学習指導要領を読んだことのある薬剤師の割合が少なく、また、何もしていない割合も少し多かった。

C. 学校にある薬品

C-1 理科室、実習室等（保健室以外）の薬品に対する薬品管理マニュアルは作成されていますか。



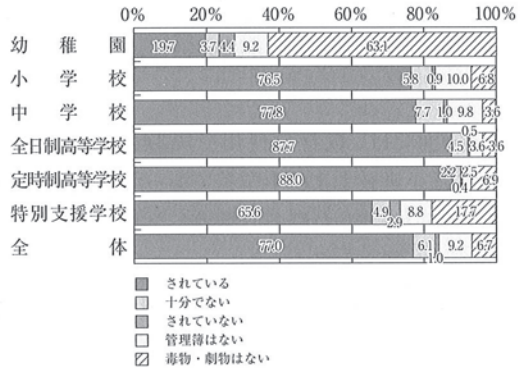
グラフC-1

理科室等の薬品管理マニュアルは、学校作成のものが最も多く29.7%、教育委員会作成のもの18.8%、薬剤師会作成のものは2.5%であったが、マニュアルのない学校は39.7%であった。

学校種別では、薬品がないのは幼稚園78.8%、特別支援学校42.2%、定時制高等学校20.5%であったが、それ以外は同様の傾向を示した。

理科室には、有害な毒劇物や火災を起こしやすい危険物も保管されているので、薬品事故防止の観点からも、管理マニュアルのない学校では早急に整備する必要がある。

C-2 毒物・劇物の管理簿があり、適正に管理されていますか。



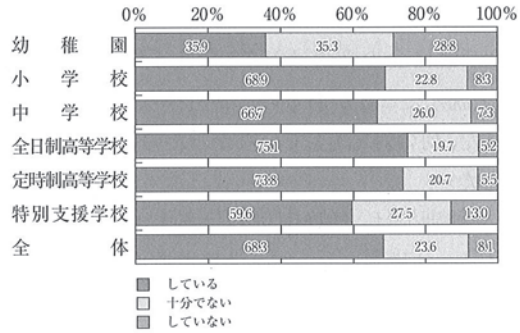
グラフC-2

毒物および劇物の管理簿を整備し、適正に管理していたのは全体の77.0%であったが、管理が不十分であったのは16.3%であった。

学校種別では、全日制・定時制高等学校ともに88%、小学校と中学校の77%は管理が適正であった。毒物・劇物のない幼稚園は63.1%、特別支援学校は17.7%であった。

毒物および劇物は、保管庫の施錠のほか管理簿の整備、容器や保管場所の表示、飲食用容器の使用禁止、事故や盗難時の警察への連絡等「毒物および劇物取締法」による管理が求められている。

C-3 薬品について地震災害時の安全対策はしてありますか。



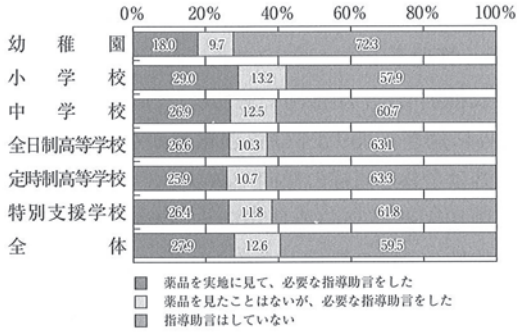
グラフC-3

地震災害時の安全対策が不十分であった学校は31.7%であった。

学校種別では、幼稚園の64.1%、また危険物を多く保有する高等学校のおよそ25%は安全対策が不十分であった。

地震多発国であるわが国では、校舎の耐震補強は当然であるが、床や壁への保管庫の固定、混触発火防止のための危険物の配列等についても早急に取組む必要がある。

C-4 理科室、実習室等の薬品について、薬剤師は指導助言をしましたか。



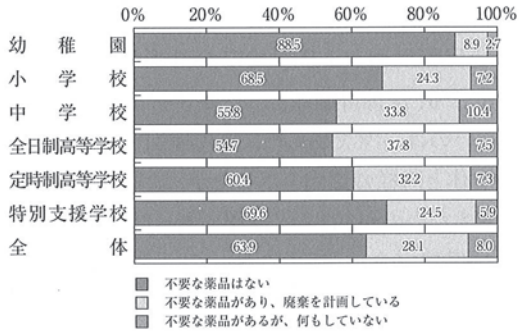
グラフC-4

理科薬品を薬剤師が実際に見て指導助言したのは27.9%、見ないが指導助言したのは12.6%であったが、59.5%の学校では指導助言をしていなかった。

学校種別では、幼稚園の72.3%は指導助言をしていなかったが、幼稚園以外は全体とほぼ同様の傾向であった。

学校保健安全法施行規則第24条において、毒劇物に関する指導助言および試験、検査、鑑定等も薬剤師の職務の一つとされている。

C-5 不要な薬品はありますか。



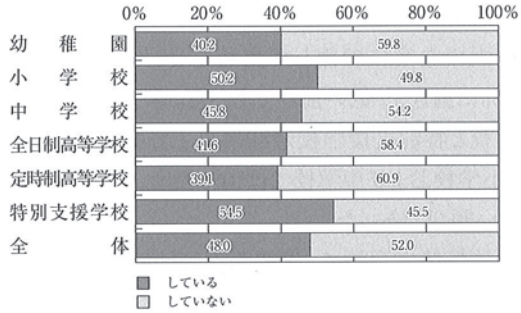
グラフC-5

不要薬品の廃棄の計画があるのは28.1%、ないのは8.0%であった。また、不要薬品がない学校は63.9%であった。

学校種別では、不要薬品のない幼稚園は88.5%、それ以外は全体と同様の傾向であった。

廃棄を業者に委託する場合、購入料金より多額の費用が必要なこともあるので、廃棄しないですむよう年間計画を立て最小量購入することが大切である。

C-6 薬品の廃棄について学校薬剤師は指導助言していますか。



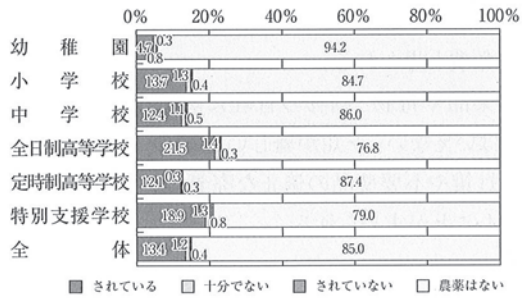
グラフC-6

不要薬品の廃棄の指導助言は48.0%の学校薬剤師が行っていた。

学校種別ではあまり大きな差はなかったが、特別支援学校が最も高く54.5%であった。

廃棄に当たっては、各種法令を順守し環境汚染防止に努めなければならない。学校薬剤師の職務の一つでもあるので、もっと積極的に廃棄についての指導助言を行っていただきたい。

C-7 農薬取締法に該当する農薬があり、適正に管理されていますか。



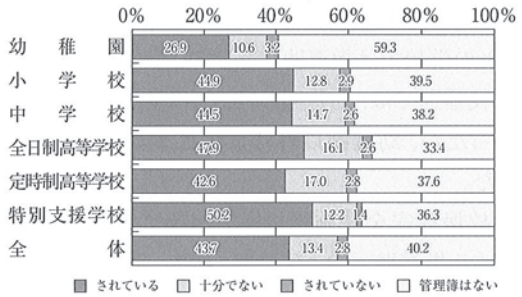
グラフC-7

85%の学校に農薬はなかったが、保有している学校の10.7%は管理が不十分であった。

学校種別では、定時制高等学校の87.4%、幼稚園の94.2%は農薬を保有していなかった。

ネズミや衛生害虫等の駆除の際は、安易な薬剤の使用を避ける。特に販売禁止農薬や未登録の農薬は使用しないこと。また飛散防止に注意し、児童生徒の健康被害や環境汚染防止に努めなければならない。

C-8 保健室や救急箱の医薬品等について、管理帳簿があり適正に管理されていますか。



グラフ C-8

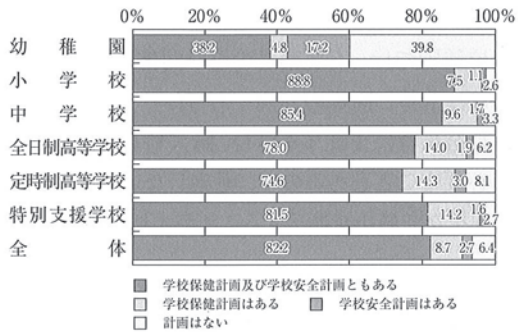
保健室や救急箱の医薬品等の管理帳簿を整備し管理が適正だったのは43.6%、管理簿がないのは、40.2%、管理不十分は16.2%であった。

学校種別では、幼稚園で適切に管理されていたのは26.9%に過ぎず、59.3%は管理帳簿がなかった。幼稚園以外は全体と同様の傾向であった。

期限切医薬品等の誤使用防止のためには、管理帳簿の整備と記録の徹底が求められる。

D. 学校保健計画および学校安全計画について

D-1 学校保健計画および学校安全計画は立てられていますか。

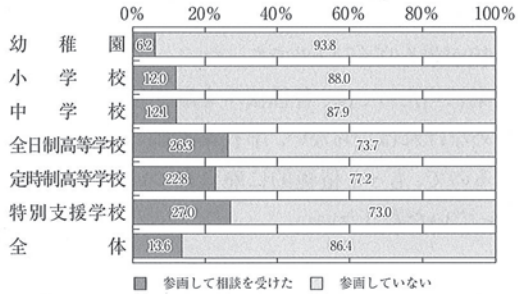


グラフ D-1

学校保健計画および学校安全計画ともあるのは全体の82.2%、保健計画は8.7%、安全計画は2.7%、どちらもないのは6.4%であった。学校種別では、幼稚園以外は全体と同様の傾向を示したが、幼稚園ではどちらの計画もないのが39.8%と高率であった。

学校保健安全法第5条において、「環境衛生検査について計画を策定し、実施しなければならない。」と書かれているように、計画の立案が必要である。

D-2 学校薬剤師は計画立案へ参画していますか。



グラフ D-2

計画の立案に参画して相談を受けたのは全体の13.6%に過ぎず、低い割合であった。学校種別では、高等学校と特別支援学校が20%以上であったのに対して、小学校および中学校では10%程度、幼稚園は6.2%と低い割合であった。

学校保健安全法で、学校薬剤師は学校保健計画・安全計画の立案に参与することとなっている。

まとめ

薬物乱用防止教育は、第三次五か年戦略の2年目に入ったが、教職員および学校薬剤師等関係者の協力により、教育の啓発活動を引き続き積極的に行うことが重要である。

医薬品の適正使用教育の学校薬剤師への要望は、今後ますます増えることが予想されるので、最新の情報をいつでも提供できるよう、薬剤師自ら更なる自己研讃が必要と思われる。

医薬品や毒物・劇物の管理に関する指導助言は十分とはいえない。予知が難しい地震の二次災害に備えての対策や不要薬品の適正な廃棄等について、早急に取組むことが求められる。　（大瀧晴恵）

参考資料
㈳日本薬剤師会・日本学校薬剤師会学校保健委員会：平成22年度全国学校保健調査集計結果報告

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

全国学校保健主事会は、各都道府県および政令指定都市の学校保健主事会（保健主任会）をもって組織されている。近年の社会環境や生活環境の急激な変化は児童生徒の心身の健康に大きな影響を及ぼし、健康課題は複雑化・深刻化している。今日的な健康課題を解決し、さらに学校保健を充実・発展させる中核的存在としての保健主事が果たす役割は極めて重要である。

本会は、心身ともに健康でたくましく生きる児童生徒の育成を願い、学校保健安全に関する今日的な諸課題について調査研究を推進するとともに、学校現場における調整役（コーディネーター）としての保健主事の職務や、マネジメント力を発揮した効果的な職務遂行について実践的に研究し、保健主事の資質向上および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た全国的研究組織である。

不登校や性の逸脱行動、薬物乱用、新たな感染症、生活習慣の乱れ等々、複雑化・深刻化している今日的な健康課題の解決を図るためには、学校・家庭・地域社会が適切な役割分担の下、互いに連携して児童生徒の心身の健康の保持増進を目指した学校保健の推進が求められおり、その中核的存在としての保健主事が果たす役割は極めて重要となっている。本会は、心豊かにたくましく生きる児童生徒の育成を希求する保健主事としての使命感から、毎年、全国学校保健主事研究協議大会を開催し、学校保健活動に関する研究発表や実践に基づく研究協議会を行い、保健主事としての資質向上を主体的に図ってきた。本年度は、長野市において第54回全国学校保健主事研究協議大会を開催し、全国各地から約600名の保健主事が一堂に会して実践的な研修を深めたところである。大会開催に当たり、文部科学省、日本学校保健会、日本医師会、日本歯科医師会、全国薬剤師会、日本PTA全国協議会、全国小・中・高等学校長会、全国養護教諭連絡協議会等をはじめとする多くの学校教育関係機関・団体および開催地の長野県教育委員会・長野県学校保健会等から心温まるご支援をいただき、改めて本会への期待の大きさを痛感したところである。

このように全国学校保健主事会は、我が国の教育に果たすべき本会の責務を認識し積極的に活動を推進してきたが、都道府県および政令指定都市の中で18団体が未加入という組織的には厳しい現実がある。本会としても組織強化に向けて取組を進めているが、該当教育委員会等には、なお一層のご理解ご支援をお願いするところである。

3月11日に発生した東日本大震災により多くの尊い命が失われた。また、福島第一原子力発電所から漏出した放射能汚染問題と併せて、これまで経験をしたことがない甚大な災害である。本会は東北ブロック各学校保健主事会と連絡を取り合い、保健管理をはじめ児童生徒の心身の健康の保持増進を目指して文部科学省、日本学校保健会および関係機関・団体と連携して継続的に支援しているところである。本会としても一日も早い復興とそれに伴う学校教育の再構築を心より願っている。

2. 全国学校保健主事会の草創期

学校教育関係法規等において保健主事という名称が初めて公に示されたのは昭和24（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（1955）年10月、福井県で開かれた第5回全国学校保健大会で全国学校保健主事会の結成の機運が盛り上がり、福井、滋賀、群馬諸県の保健主事代表より、昭和31（1956）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（1956）年に開催された第6回全国学校保健大会・滋賀大会第2日目、分科会「保健主事会」において、千葉、埼玉両県の保健主事代表により「全国学校

保健主事会」結成について共同提案がなされ、福井、群馬県代表による議長団により会則が審議され、満場一致の賛成を得た。第3日目、最終日の全体協議会の席で、この結果が報告され、本会が日本学校保健会の所属部として認められた。

全国学校保健主事会の誕生にご尽力された先輩諸氏に深く敬意と感謝の意を表します。

3. 全国学校保健主事会の最近の活動等について

(1) 平成23年度の重点目標

・全国学校保健主事会の組織強化と各ブロック活動の充実を図る
・学校保健・安全の推進と充実を図る

(2) 平成22年度会務報告

第1回理事会

期日：平成22年6月18日（金）
場所：日本学校保健会
・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
・第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

総会（第2回理事会および評議員会）

期日：平成22年11月25日（木）
場所：千葉市文化センター
・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年度新役員の選出・承認について
・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
・第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協議会千葉大会

期日：平成22年11月25日（木）・26日（金）
場所：千葉市文化センター
主題：「自ら守り育てる心とからだ」
○11月25日（木）
①大会行事
②シンポジウム
「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　氏
シンポジスト
・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　氏
・元全国学校保健主事会会長
順天堂大学　講師　鈴木　守雄　氏
・埼玉県川口市立川口総合高等学校
養護教諭　上原　美子　氏
③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「ロッテマリンズ」投手
黒木　智宏　氏
○11月26日（金）
①研究発表・研究協議
・「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
・「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　真紀　先生
・「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　橋本　きみ代　先生

全国各地より保健主事（保健主任）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

平成23年2月25日（金）日本学校保健会

・平成22年度会務及び決算の概要について
・平成23年度会務計画（案）について
・第53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54回全国学校保健主事研究協議会長野大会の開催について
・平成23年度学校保健功労表彰候補者の推薦について
・平成23年度役員選出について
・その他

(3)平成23年度会務報告

第1回理事会
期日：平成23年6月17日（金）
場所：日本学校保健会
・平成22年度会務・決算報告
・平成23年度会務計画・予算について
・平成23年度新役員について
・第54回全国学校保健主事研究協議会長野大会について
・平成23年度学校保健功労表彰候補者について
・第55回全国学校保健主事研究協議会の以降の開催地について
・その他

総会（第2回理事会および評議員会）
期日：平成23年8月8日（月）
場所：長野市若里市民文化ホール
・平成22年度会務・決算報告
・平成23年度会務計画・予算について
・会則改正について
・平成23年度新役員の承認について
・第54回全国学校保健主事研究協議会長野大会について
・平成23年度学校保健功労表彰候補者の報告
・第55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54回全国学校保健主事協議会長野大会
期日：平成23年8月8日（月）・9日（火）
場所：長野市若里市民文化ホール
主題：「自ら守り育てる心とからだ」
○8月8日（月）
①大会行事
②基調講演
講師
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　氏
演題　「学校保健の現状と保健主事の役割」
③記念講演
講師
メディアリテラシーと子どもの健康調査委員会委員長
神戸大学大学院　教授　川畑　徹朗　氏
演題
「メディア社会をたくましく生きる子どもを育てる健康教育」
○8月9日（火）
①研究発表・研究協議
第1分科会
「健康課題に向かい生活改善するための実践力を養う児童の育成　～『早寝 早起き 朝ご飯 歯みがき ハンカチ 朝うんち』6年間のあゆみを通して～」
長野県小海町立北牧小学校
保健主事　飯塚　百合子　先生
第2分科会
「健康的な生活実践力を育成する『元気づくり教育』の創造」
熊本県熊本市立藤園中学校
保健主事　福富　和博　先生
第3分科会
「けんこう大人計画～生徒保健委員活動・食育活動の実際～」
岡山県立林野高等学校
養護教諭　春名　信子　先生

全国各地から多くの保健主事（保健主任）および学校保健関係者（約600名）が一堂に会し、活発に実践交流をはじめ研究協議を行い、主体的に力量を高めた。

(4) 平成23年度学校保健功労賞受賞者

○　遠藤　辰男（関東　千葉県）

千葉県立千葉北高等学校　校長
○　久保　廣昭（近畿　神戸市）
神戸市立六甲山小学校　校長
○　南　　良和（近畿　和歌山県）
和歌山市立西脇中学校　校長

⑸ 他団体の研修会等への協力（22年度後援）

①51回近畿学校保健主事研究協議会神戸市大会
主催：近畿学校保健主事会
②全国養護教諭研究大会
主催：文部科学省主催
③エイズ教育シンポジウム
主催：㈶日本学校保健会主催
④第74回全国学校歯科保健研究大会
主催：㈳日本学校歯科医師会
⑤全国養護教諭連絡協議会・第16回研究大会
主催：全国養護教諭連絡協議会
⑥「メディアリテラシーと子どもの健康調査委員会報告書」研修会
主催：日本学校保健会
⑦「薬品に関する教育」保健授業指導者研修会
主催：日本学校保健会
⑧健康教育推進学校表彰事業
主催：日本学校保健会

4. 全国学校保健主事研究協議会開催予定

第55回全国学校保健主事研究協議会兵庫大会
期日：平成24年8月23日（木）・24日（金）
会場：㈳兵庫県看護協会　ハーモニーホール
神戸市中央区下山手通5−6−24
主題：「自ら守り育てる心とからだ」

第56回全国学校保健主事研究協議会
期日：平成25年8月
会場：九州ブロックでの開催に向けて調整中

第57回全国学校保健主事研究協議会
期日：平成26年8月
会場・北海道ブロックでの開催に向けて調整中

5. 保健主事に関する諸課題とその克服に向けて

保健主事は学校教育施行規則第45条の定めにより学校に置かれ、「保健主事は学校長の監督を受け学校の保健に関する事項の管理に当たる」職員であり、学校保健推進のキーパーソンとして大いに期待されているところであるが、教育委員会をはじめ学校教育関係者が協力して早急に改善すべき課題がある。

⑴ 保健主事が継続的に任用される体制の構築

全国的に保健主事の在任期間が極めて短く、継続的な学校保健の取組がしにくいという課題がある。

実態調査資料として、平成13年度保健主事資質向上委員会報告書〜保健主事（主任等）の活動状況等に関する実態調査結果〔㈶日本学校保健会〕がある。報告書によると「保健主事（主任等）の総経験年数」について、総経験年数1年と回答した者は小学校23.5%、中学校20.2%、高等学校28.3%であり、総経験年数3年以下は、小学校53.8%、中学校48.1%、高等学校61.0%であった。このような状況は現在も同じ傾向を示し、平成23年8月8日に開催した全国学校保健主事会総会においても各都道府県および政令指定都市の理事・評議員から、保健主事の在任期間の短さが極めて重要な問題点として報告されている。

保健主事を学校のミドルリーダーとして定着させ、学校保健の継続的な取組を進めるためにも、校長・教頭等の管理職研修に学校保健に関する内容を取り入れ、保健主事の職務について一層の理解と認識を高めることが必要と考える。

⑵ 保健主事の資質向上を図る研修体制の構築と推進

学校保健は学校の各組織を有効に機能させることにより、すべての教職員の取組から目標を達成することができる。そのため、保健主事には組織マネジメントをはじめPDCAマネジメントサイクルを有効に活用する能力が求められている。

㈶日本学校保健会は、これまで多くの手引や実践教

育資料を作成されてきた。平成21年は「保健主事研修プログラム」、文部科学省は平成22年に「保健主事のための実務ハンドブック」を刊行している。保健主事の職務と結びつけた実践的な研修体制を構築し、保健主事の資質向上を積極的に図っていただくよう、是非ともお願いしたい。

6. 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　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、監事は理事会において選出し、総会において承認する。
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、会務を主宰し、理事長事故ある時は、副理事長はその職務を代行し、理事は会務を分掌する。
(4)　監事は、会計事務の監査に当たる。
(5)　評議員は、総会を構成し、役員の承認、予算、決算、その他重要なる会務を審査し、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、関東甲信越静　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、北九州市、福岡市

（三谷博之）

学校保健ポータルサイトからのお知らせ　http://www.gakkohoken.jp/

☆平成23年度新コンテンツのご紹介③

保健のオリジナル曲を配信中！

歌と絵で広げる健康の輪

「はやね　はやおき　あさごはん」
「はみがき Ha!Ha!Ha!」「てあらいサンバ」
等の曲を無料配信中。
ダウンロードも無料です。
校内放送や保健指導時などで
ご活用ください。



その他の新しいコンテンツ

○**ネットDE研修**　本会主催の研修会等が動画で見られます。

○**子ども向け保健学習用コンテンツ**

「ウエルカム！　ヘルシーアイランド　－探検！健康島－」

○**特集「養護教諭のお仕事」**

定期的に養護教諭の職務に役立つ内容をテーマごとに配信。
第１回「健康診断」、第２回「プール時の保健指導・管理」、第３回「学校での応急処置・対応」、第４回「子どもの眼の健康」・・・

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もって構成している。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23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) 研修・研究・調査活動の充実
(2) 国および関係諸機関に対する要請ならびに建議
(3) 広報活動
(4) その他、本会の目的遂行に必要な事業

3. 平成23年度基本方針

＜基本方針＞

平成23年度は、本会発足20周年を迎える節目の年であり、また養護教諭の職制がひかれて70周年を迎える。

ここで、養護教諭の職制の歩みと養護教諭に関する法改正等を振り返り、原点に戻って子どもたちの保健管理・保健教育の充実発展のためのさらなる努力が必要だと考える。

この3月には、東日本大地震および大津波により多くの命が奪われ、家屋倒壊その他多大な被害をもたらした。復興に向け一人一人ができることを考え行動していかなければならない。子どもたちへの心のケアにチームを組んで進める一方で、危機管理の見直しも求められている。

本会は、養護教諭の資質向上を目的とした目的研修会を図るとともに、全国各研究会との連携を密にし、教育職員としての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

夏期研修会、研究協議会、学校保健連絡協議会を通して、養護教諭の職務や現代的健康課題の解決に向けた研修を行う。

(2) 調査研究活動の充実・発展に努める

健康教育の発展を目指した研究活動の充実を図るとともに、学校保健や養護教諭を取り巻く諸問題について、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向けた取組を継続する

学校教育法をはじめ、養護教諭の資質向上を図るための法整備に向けて、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、会の適正な運営に努めるとともに、関係機関との連携強化を図る。

(5) 広報活動の充実を図る

会報の発行やホームページの充実に努め、学校保健および養護教諭に関する事柄について周知理解を図る。

4. 平成23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」・20周年記念誌編集委員会
ウ　会報編集委員会
エ　ホームページ編集委員会

(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および各研究会相互の情報交換を目的とする。
②夏期研修会
養護教諭の学校保健活動を推進していくうえで必要な最新の医学情報の収集を身に付け、専門性のレベルアップを図るとともに、マネジメント能力の向上を図る。
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」～養護教諭のいまとこれから～
期　日　平成24年2月24日（金）
会　場　メルパルクホール（東京）
内　容　特別講演・基調講演・フォーラム
④平成23年度全国養護教諭研究大会
期　日　平成23年8月4日・5日
開催地　佐賀県
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
東日本大震災時の被害状況および取組について
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会議
特別支援教育ネットワーク推進会議
子どもを見守り育てるネットワーク推進委員会
児童ポルノ排除対策推進協議会

(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) 日本学校保健主事会

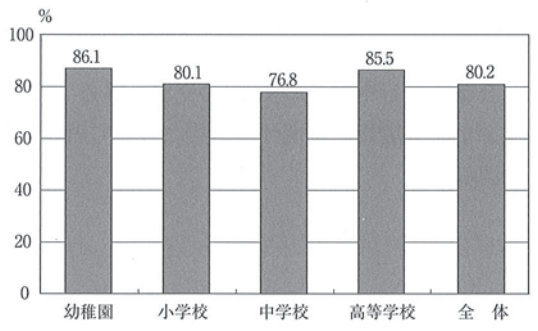
(6) 厚生労働省
健やか親子21推進事業委員会
児童虐待防止対策協議会

(7) 日本教育シューズ協議会

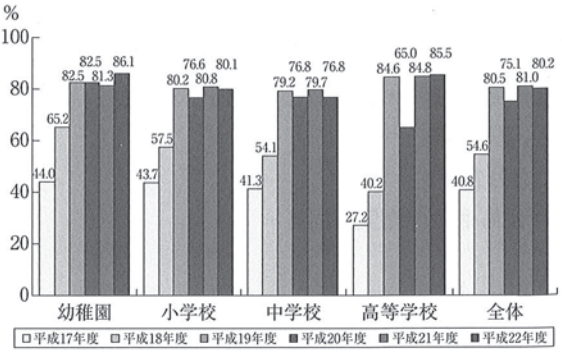
(8) 日本スポーツ振興センター

6. 養護教諭の職務に関する調査より（平成22年度）

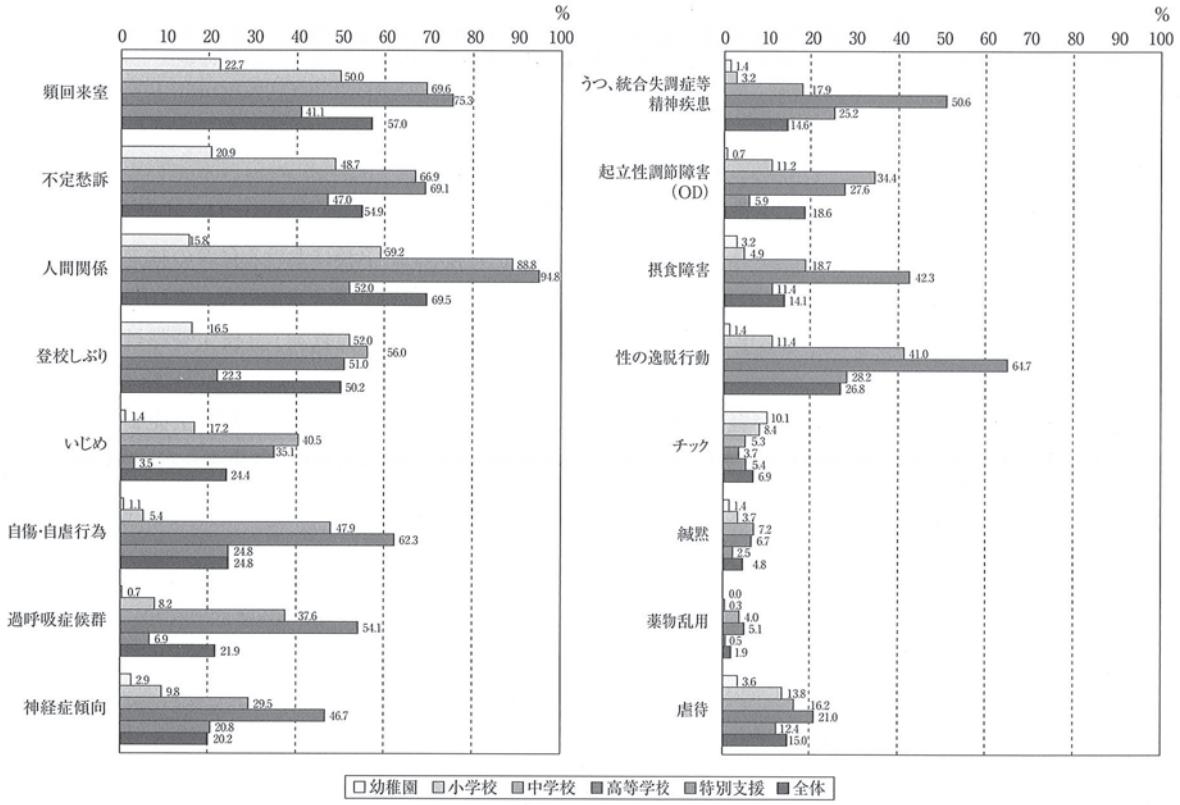
「養護教諭の職務に関する調査」は、平成6年度より実施している全国調査であり、同一基本調査とともにその時々のニーズに応じた内容の実態調査である。
（一部抜粋資料）



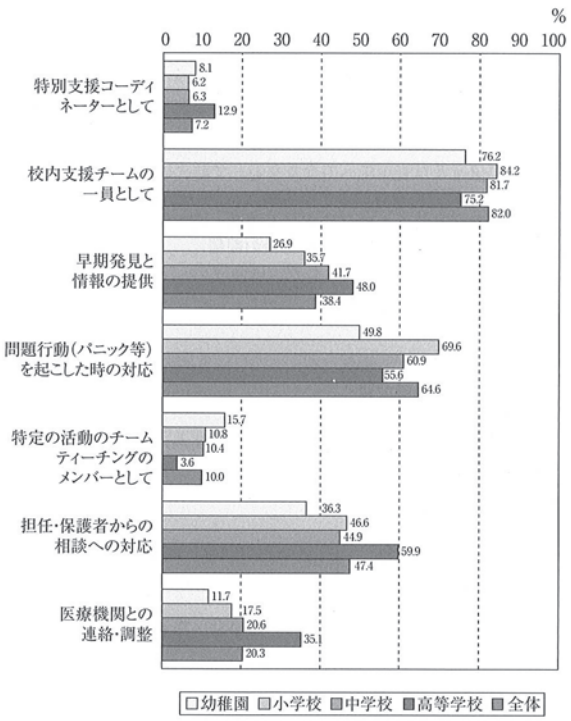
資料1　特別支援が必要な園児児童生徒にかかわった養護教諭の割合



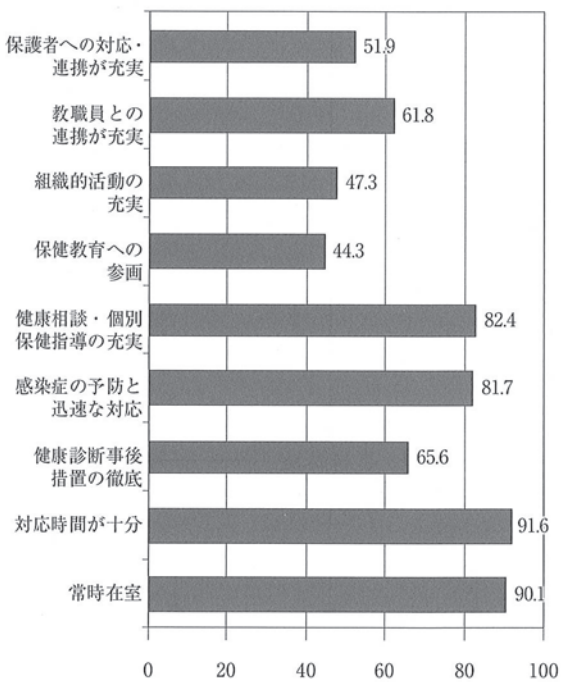
資料2　特別支援が必要な園児児童生徒にかかわった養護教諭の年次推移



資料3　健康相談を行った事例



資料4　校種別、特別な支援が必要な園児児童生徒へのかかわり方



資料5　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

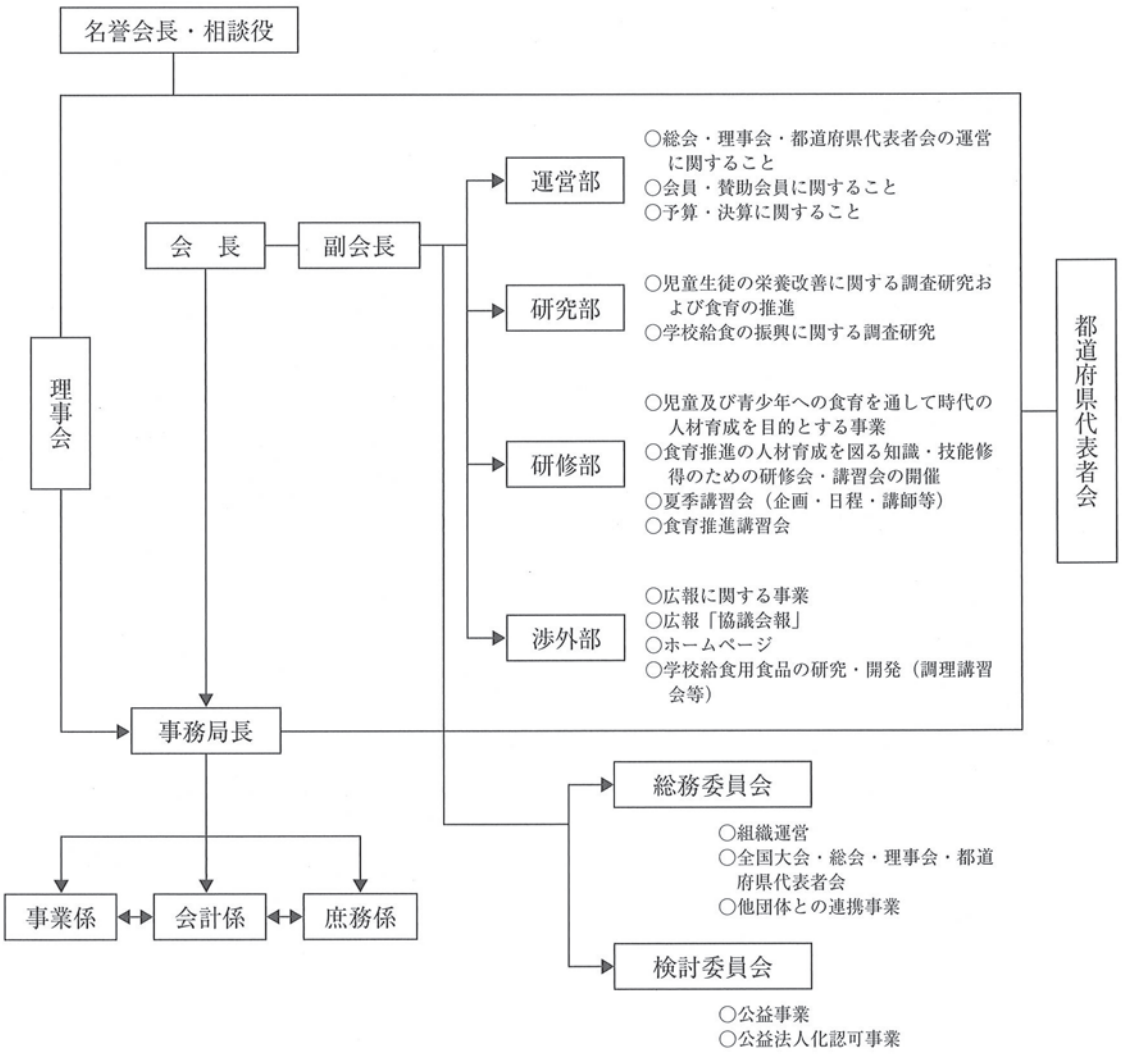
東日本大震災で被災された方々に心よりお見舞い申し上げます。

学校給食でも、調理施設の損壊などで現在も完全給食の実施が困難な学校があり、一日も早い復旧と給食の再開を願っております。

栄養教諭制度が創設されてから6年が経過し、平成22年度は、3,379名の栄養教諭が配置されました。（文部科学省資料）小学校においては、新学習指導要領が完全実施され、学校における食育の推進の中核として栄養教諭の役割が益々重要となっております。

本協議会では、栄養教諭・学校栄養職員の資質の向上等を通して、学校給食の振興ならびに学校、家庭、地域における食育の推進を図り、児童生徒ならびに国民の健康増進に寄与するため、各事業を行っています。

2. 全国学校栄養士協議会の組織



3. 平成23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、学習指導要領およ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、国民の健康増進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

○食育推進リーフレットの配布

栄養バランスがとれた朝ごはん献立「簡単！手早い！まんてん！朝ごはん」のリーフレットを配布し、子どもたちをはじめ広く国民に活用を促している。また、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食べて運動する。」の徹底を図っている。

②第6回食育推進全国大会（静岡県）平成23年6月18日（土）～19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資料を配布し、食の重要性について啓発を行った。また、多くの親子や一般参観者に対し食品カードによる食育を行った。

(2) 食育推進の人材育成を図る事業

①「平成23年度食育推進講習会」の開催

学校における食育の推進を図るためには、中核となる栄養教諭・学校栄養職員の指導力の向上が求められ、本事業は栄養教諭をはじめとする食育の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、本協議会のホームページにより、参加者を募集しており、文部科学省の後援の下、実施している。

○実施予定日

平成23年９月９日（金）～ 11日（日）
平成23年10月14日（金）～ 16日（日）
平成23年11月11日（金）～ 13日（日）
平成23年12月２日（金）～ ４日（日）
平成24年１月20日（金）～ 22日（日）
平成24年２月17日（金）～ 19日（日）





第6回食育推進全国大会での活動の様子

○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
☆研究授業方式で行う演習（模擬授業・研究協議）
☆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
☆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) 食に関する調査研究事業

①中学生の食生活実態調査の実施

本協議会では、成長期にある中学生の食生活は、生涯にわたって健康な生活を送る上で重要かつ大きな影響を及ぼすと考え、中学校給食と食に関する指導の推進を図っている。今後さらに充実発展させるための基礎資料として、本年度中学生の食生活実態調査を実施する。平成24年度には、結果および考察を公表する予定である。

(4) 学校給食衛生管理に関する事業

①研究授業方式による衛生管理研究会の実施

学校給食における食中毒防止の徹底を図るため、栄養教諭・学校栄養職員が学校給食調理場における施設・設備、食品の取り扱い、調理作業、衛生管理体制等の現状把握とその改善を行い、衛生管理の徹底を図ることを目的として実施する。

栄養教諭・学校栄養職員等による小グループ研究班を編成し、施設の点検、協議改善を研究的に行う。

(5) 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は4年を経過し、内容も充実してきている。本年度は、都道府県からの研修会、講演会の開催情報、教材の紹介等をホームページに掲載する。

②「協議会報」の発行

平成22年度にリニューアルした「協議会報」は、協議会の活動とともに、都道府県だよりを掲載し、より会員に親しみやすい内容とする。

③他団体との連携事業

公益財団法人学校給食研究改善協会と連携して行う調理講習会は、栄養教諭・学校栄養職員の資質の向上と食育の推進を目指して行っている。

(5) 東日本大震災支援

本協議会では、被災された県の状況を調査し、可能な支援を検討している。復旧には長い時間がかかると思われることから、継続した支援を行っていきたい。

5. おわりに

小学校では新学習指導要領への完全実施、また食の安全・安心についての関心の高まり等、学校における食育の重要性が大きくなることは、栄養教諭・学校栄養職員への期待も大きいものになっているということであると思う。

本協議会は今年度設立50周年を迎える。今後も、会員の資質の向上を図り、児童生徒ならびに国民の健康増進に寄与する事業を行っていく。

（駒場啓子）

第Ⅴ章

資料編

1 年表（学校保健や養護教諭の職務に関する年表）

平成10年度版から掲載している年表は以下の通りである。（；以下は共著者）

平成10年度版……1972年（昭和47年）から1997年まで全般
平成11年度版……（テーマ別）性教育・性指導に関する年表
　　視力管理に関する年表
平成12年度版……（テーマ別）学校安全に関する年表
　　食生活に関する年表；宮原志乃
平成13年度版……（テーマ別）障害児教育・福祉に関する年表；岸本直子・松永郁美
平成14年度版……（テーマ別）不登校・いじめに関する年表；波多野彩子
　　感染症・食中毒に関する年表；天野敬子・小川文子
平成15年度版……（テーマ別）子どもの住環境に関する年表；上村久美子・大塚紫帆
平成16年度版……平成になってからの学校保健関連年表；田中雪絵・傳田明子・福居紀美
　　（テーマ別）ファッションと子どもの生活・健康；大下美奈・柳幸代
　　（テーマ別）養護教諭の仕事をめぐる諸課題；森田のり子
平成17年度版……明治から平成の学校保健コンパクト年表
　　（テーマ別）自然破壊と子どもの健康・生活の変化；中山舞・蜷川幸恵
平成18年度版……学校保健・養護教諭の仕事関連の年表（明治から平成・コンパクト年表）
　　（テーマ別）子ども像・青少年観・家族観の変遷
平成19年度版……子どもの安全に関する年表（P.13～15―資料）
　　（テーマ別）学校と学校保健にかかわる「評価」；中薗伸二
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・宮嵜亜由美
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
平成22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）
　　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

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；日本の子どもの生と死

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				4.7　文部省置かれる
	M5.8　学制頒布	20年代　小学校就学率50%、女子20%		5.8　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	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		24.9　三島通良、文部省学校衛生事項取調嘱託となる
	27.5　東京市麹町区に学校医はじめて置く		27.8　日清戦争勃発～28.3	
		28.　コレラ流行		29.5　学校衛生顧問及び学校衛生主事設置の勅令
	30.3　学生生徒身体検査規定公布			30.4　伝染病予防法公布
	31.1　「公立学校ニ学校医ヲ置ク件」公布			
		33.3　未成年者喫煙禁止法制定		33.4　文部省大臣官房に学校衛生課設置
		35頃　小学校就学率90%を越える		
			37.2　日露戦争勃発～38.9	37.2　結核予防法公布
	38.12　岐阜県竹ケ鼻小・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	39.11　滝野川学園開設		
		40.5　教員肺結核ニ関スル注意		40.3　小学校令改正。義務教育6年に
	41.3　学校におけるトラホーム患者の点眼に関して通牒			
		42.9　学校生徒飲酒取締ニ関スル注意		
1912 T元 大正	T2.3　大日本学校衛生協会結成	元.8　高松市四番町小で休暇集落実施	2.　東北・北海道凶作	
	2.4　奈良県にはじめて学校衛生主事		3.7　第一次世界大戦勃発～7.11	3.11　文部省、第1回学校衛生（学校医）講習会開催
	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		5.　世界恐慌　日本にも波及	5.11　文部大臣の諮問機関として学校衛生会設置
		7.7　米騒動　インフルエンザ流行		
	8.8　学校伝染病予防規程制定	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	9.　東北地方冷害	
	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			
			12.9　関東大震災発生	
	14.4　埼玉県、訓令により学校歯科医設置			
		15.4　東京市鶴巻小で養護学級		
1926 S元 昭和	S元.12学校清潔方法改正			
		3.11　ラジオ体操放送開始		
	4.10　「学校看護婦ニ関スル件」訓令			
		7.7　農漁村の欠食児童20万		13.1　厚生省新設
	11.4　ターナー，C.E.　来日		14.9　第二次世界大戦勃発	13.4　保健所法公布
	16.2　国民学校令制定により「養護訓導」		16.12　大東亜戦争開戦	
	17.4　養護訓導養成所が弘前、岡山に			
		18.6　学生の勤労奉仕を法制化		
		19～　集団疎開		
			20.8　第二次世界大戦終結	
	21.1　日本学校衛生会設立		20.12　女性の参政権を認めた選挙法	
	21.2　「学校衛生刷新ニ関スル件」通達		21.11　日本国憲法公布	
		22.　「浮浪児」の存在・貧困の拡大		22.3　学習指導要領一般編（試案）
	22.3　学校教育法制定により「養護教諭」	22.1　ララ物資による学校給食	22.12　児童福祉法公布	22.3　教育基本法・学校教育法公布
	22.11　第1回全国学校衛生大会（東京）			22.　新・保健所法公布
			23.　日本脳炎大流行　死者2,620	22.9　労働省設置

	24.11 中等学校保健計画実施要領発行			24.5 文部省設置法公布
	25.9 IFEL第1回養護教育講習会		25.6 朝鮮戦争～28.7	24.5 教育職員免許法・施行規則公布
	26.2 小学校保健計画実施要領発行		26.6 ユネスコとILOに加盟	26.3 結核予防法全面改定
	28.6 保健体育審議会答申			26.7 学習指導要領一般編（改定試案）
	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	28.2 NHKテレビ本放送開始	29.3 ビキニ水爆実験	27.11 市町村教育委員会一斉に発足
	29.6 学校給食法公布			
	29.10 日本学校保健学会結成		30下期～ 神武景気～32上期	
			31頃「戦後は終わった」発言このあと「なべ底不況」	31.10 教科書調査官を設置
	33.2 体育局設置		32頃 水俣病あらわれる	33. 第2次学習指導要領改訂。「試案」表現なくなる
	33.4 学校保健法制定公布		33.1 米、人工衛星打ち上げ	
	34.12 日本学校安全会法制定公布	35.1 小学校1学級児童数を56人に	34下期～ 岩戸景気～35下期	33.8 学習指導要領道徳編告示
		35.9 カラーテレビ本放送開始	36.2 医療費値上げ問題	36.9～ 全国一斉学力調査
	39. 学校環境衛生の基準			
	40.3 国立養護教諭養成所設置法公布	40.4 高校進学率70%を越す「交通戦争」	40. ベトナム戦争～45	40. 母子保健法
			41. 交通事故死者数13,904人	41.10 中教審「期待される人間像」
	42.8 全国養護教員研究会発会		42.8 公害対策基本法	
			43. 大学紛争、三億円事件	43.7～ 第3次学習指導要領改訂
		45.7 東京都杉並区で光化学スモッグ	45.6 交通安全対策基本法公布	
			46.12 インド・パキスタン戦争～	46.6 中教審答申
	47.12 保健体育審議会答申		47.2 浅間山荘事件	47.7 教養審答申
			48.10 第1次石油ショック	49.2 人材確保に関する特別措置法
	52.7 学校教育法施行規則の一部改正		52.9 日航機ハイジャック事件	52.7～ 第4次学習指導要領改訂
	53. 学校保健法に安全に関する規定	54.1 国公立大学共通一次試験	54.1 第2次石油ショック	53. 市町村保健センターの制度化
		55. この頃 校内暴力頻発	54.12 アフガン紛争～63.4	54. 養護学校義務化
		55.10 尾鷲中に警官出動		55.4 40人学級12年計画開始
	57.6 日本学校健康会法可決成立			56.6 公衆衛生審、結核健診の答申
		58.2 忠生中で教師による刺傷事件		58.6 エイズ研究班 発足
	60.12 日本体育・学校健康センター法成立	60.11 丸刈り裁判で熊本地裁判決	60.8 日航機 御巣鷹山に墜落	
		61.2 富士見中でいじめによる自殺		62. 「エイズの予防に関する知識の普及について」（体育局長通達）
	63.7 学校保健課が学校健康教育課に		63.8 イラン・イラク戦争停戦	63.12 教育職員免許法一部改正（専修・一種・二種に）
1989 H元	以下、平成については数字は月日である		4.1 3%消費税導入	3.15 第5次学習指導要領改訂。生活科導入
			11.20 子どもの権利条約を採択	
			12. エイズ予防法制定	
1990 H2		1.13 大学入試センター試験実施	10.1 バブル経済崩壊	日本初のエイズ母子感染報告
		7.6 神戸高塚高で校門圧死事件	10.2 東西ドイツ統一	
		スーパーファミコン発売	1.17 湾岸戦争～2.24	3. 指導要録改訂「新しい学力観」
1991 H3			2.9 美浜原発事故	6.3 大学設置基準一部改正（大綱化）
	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」		2. エイズ予防法施行	
			5.15 育児休業法成立	
			12.25 ソ連消滅	10.25 特殊教育諸学校学習指導要領改訂
1992 H4	第4期学力問題‥新学力観を巡って	4.25 尾崎豊、急逝	3.2 京都でワシントン条約会議開幕	
	日本学校保健会「児童生徒の健康状態サーベイランス事業」開始	9.12 学校週5日制月1回始まる 18歳人口、減少に	4.30 ロスアンゼルス暴動	

	6. 「学校環境衛生の基準」の全面改訂			
1993 H5		1.13 新庄市・マット死事件	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
			北海道西南沖地震により津波	MMRワクチン接種中止
1994 H6			1.17 ロスアンゼルス地震 死者61	医療保険制度の改正「在宅医療」 地域保健法
	「小学校保健指導の手引」改訂			6. 母子保健法一部改正
		BCG接種を努力義務に	この頃からMDMAが日本でも	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
		11.27 大河内清輝君自殺		12. エンゼルプラン策定
1995 H7	3. 学校教育法施行規則一部改正「保健主事は教諭又は養護教諭をもってこれに充てる」		1.17 阪神淡路大震災、死者6,300	
		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「合校」提言 高齢社会対策基本法	
1996 H8	日本看護協会「専門看護士制度」		3.29 HIV訴訟和解	
		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」
	8. 学校給食の衛生管理徹底	7.31 O-157、伝染病に指定		12. 「成人病」を「生活習慣病」に
1997 H9		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	子どもの心の健康づくり対策事業
		5.27 神戸小学生連続殺人事件	4.1 消費税5%に	6.26 中教審第二次答申
	9.22 保体審答申 ヘルスプロモーション強調		7.16 臓器の移植に関する法律	7.28 教養審答申
			12.9 介護保険法成立	11.17 教課審中間まとめ
		12.16 ポケモン失神	12.11 京都議定書採択	12.28 教養審答申
1998		1.19 千葉大工学部で初の飛び入学	4. 介護保険制度開始	
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)	5.2 元XJAPANのhide自殺	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. 教課審答申「ゆとり教育」
		薬物乱用防止5か年戦略	7.26 和歌山市で毒入りカレー事件	12. 第6次学習指導要領改訂
			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	12.14 学校教育法施行規則改正(総合的な学習の時間)
1999 H11	第4期学力問題・・学力低下論。大学生から小・中学生まで。		1.1 欧州単一通貨ユーロ誕生	3.1 学習指導要領(高校および盲・聾・養護学校)告示
		3.1 CD「だんご三兄弟」発売	4.1 男女雇用機会均等法制定	新エンゼルプラン策定
	3. 「学校における性教育の考え方、進め方」発行			4. 感染症法施行
		5.29 喋るペットロボット、ファービー発売		7. 結核緊急事態宣言
		6.1 アイボ発売	8.9 国旗・国歌法成立	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
			9.30 東海村で臨界事故	
2000 H12		3.4 プレイステーション2発売		3. 栄養士法一部改正 管理栄養士が免許制に
		5.3 西鉄高速バスハイジャック事件	6.30 雪印乳業の加工乳で食中毒	
			9.1 三宅島からの全島避難を決定	6.7 文部科学省組織令公布
			11.5 旧石器捏造問題発覚	法律82号 児童虐待の防止等に関する法律
			12.1 BSデジタルの本放送開始	「健やか親子21」策定
			12. ADSLの本格的サービス開始	
			ミレニアムで大騒ぎ	
2001 H13		3.31 ユニバーサルスタジオジャパン	1. 経済財政諮問会議設置	「厚生労働省」に
	NPO日本健康教育士養成機構発足	6.8 大阪教大附属池田小事件	5.11 ハンセン病国家賠償訴訟判決	

	4. 小学校3・4年生から保健の学習 ICIDH制定	6.20 生涯出生率1.35%と公表される 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 9.4 東京ディズニーシー開業	9.11 世界貿易センタービルなど同時多発テロ 9.22 日本で初のBSE、千葉県で	
2002 H14	「学びのすすめ」 2.5 学校環境衛生の基準の一部改訂についての通知 3.29 学校保健法施行規則の一部改正	全国小中学生学力テスト 4. 学校週5日制完全実施	1.1 ユーロの流通開始 健康増進法 5.31 日韓共同開催のワールドカップ 6.23 岡山県新見市で初の電子投票 8.5 住基ネットスタート	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
	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 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 12.1 東北新幹線、八戸まで開業	
2003 H15			2.1 スペースシャトルコロンビア空中分解	
	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	3.20 米英がイラク攻撃開始	
	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 5. 平均栄養所要量の基準の改訂 10.1 独立行政法人日本スポーツ振興センター法	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	3.28 SARSを指定感染症に指定 4.25 六本木ヒルズ開業 5.23 個人情報保護法関連5法成立 次世代育成支援対策推進法 少子化社会対策基本法	3. 今後の特別支援教育の在り方について（最終報告） 9.2 薬物乱用防止教育の充実について 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
2004 H16	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 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 3.30 教科書検定結果発表。「発展」の枠組みで内容復活
	2.10 「学校環境衛生の基準」の一部改訂 5.14 学校教育法等の一部改正（栄養教諭制度の創設）	3.26 六本木の回転ドアで6歳男児死亡 6.1 長崎・小6女児同級生殺害事件 6.10 合計特殊出生率1.29と公表 9.10 「ニート」全国で52万人と推定 11.17 奈良・小1女児誘拐殺人事件	5.22 拉致被害者の家族「帰国」 8.9 美浜原発で蒸気噴出5名死亡 9.1- 北オセチア共和国で学校テロ 10.15 水俣病、最高裁が国の責任認定 10.23 新潟・中越地震 12.26 スマトラ沖大地震	4.1 国立大学の法人化 12.1 特別支援教育を推進するための制度の在り方について（中間報告）
2005 H17	3. 食育基本法 3. 「『生きる力』をはぐくむ学校での歯と口の健康つくり」指導資料集 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	2.14 寝屋川市小学校で教師刺殺される	2.8 ライブドア騒動 2.16 京都議定書発行 4.25. JR宝塚線脱線事故。107人死亡 4.25 エイズ患者が計1万人を超す。 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。 8.29 ハリケーン“カトリーナ” 1,100人を超える死者。	4. 発達障害者支援法施行 4.1 発達障害のある児童生徒等への支援について（通知） 4.5 中学校教科書検定結果発表。脱「ゆとり教育」の方向。

			10.1 バリ島で同時テロ 10.14 郵政民営化法成立	
		11.22 広島で小1女児殺害される	11.17 マンション等耐震強度偽装発覚	12.6 登下校時における幼児児童生徒の安全確保について
		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	12.22 人口動態調査で初の自然減	12.22「犯罪から子どもを守るための対策」
2006			3. 食育推進基本計画	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
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。	4. 麻しん・風しん、2回接種制度	4.13 東京都教委、職員会議での挙手・採決禁止	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. 「ダメ。ゼッタイ。」キャンペーン	6.1 8年連続で自殺者3万人超と。	
		7.31 ふじみ野市営プールで女児死亡	7.26 平成18年7月豪雨	6. 自殺対策基本法
	12.15 新・教育基本法成立 22公布施行	8.10 大学・短大への進学率52.3% 秋～冬 ノロウィルスによる感染性胃腸炎	9.6 秋篠宮家に男児誕生	
2007		3～5月 関東の大学中心にはしか流行		3.31 結核予防法廃止
H19	3. 「食に関する指導の手引」	4.24 全国学力・学習状況調査 犬山市は不参加		
	7.10 学校環境衛生の基準の一部改訂		7.16 新潟県中越沖地震。原発停止	
	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）		6.20 学校教育法一部改正
2008	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」		1.30 冷凍ギョーザ事件。メタミドホス混入	
H20			4.15 「後期高齢者医療制度」	
	3. 小・中学校学習指導要領改訂		5.12 四川大地震。死者は7万余り	
	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	6.18 小学生が屋上天窓から転落死		
	5. 学校における感染症予防についての見直し	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	
	6. 学校保健安全法成立		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			教員免許更新制講習、本格実施
		新型インフル流行期に	7. マイケル・ジャクソン急死	
	4. 学校保健安全法施行	8.7 「不登校長期化傾向」の報道 8.27 全国学力テスト結果公表。「朝食を毎日食べている」は小6で88.5%、中3で82.3%	8.6 酒井法子に逮捕状	
			8.30 衆議院総選挙「政権交代」	
2010			4. アイスランドで火山噴火	
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. 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	6. 教員養成見直しを中教審に諮問
			8. 猛暑で熱中症による死亡多発	7. 学級定員減（35%に）を提言
2011				
H23	4. 予防接種法一部改正 5. 学校保健安全法施行規則一部改正	3. 東日本大震災および原発水素爆発により学校を変わる子ども多数	3.11 東日本大震災 死者行方不明2万 3.15 福島第1原発 放射能漏れ 9. 台風12号・15号による豪雨	

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　日本の子どもの生と死

	子どもたちの状況	不慮の事故死数／自殺の数	文部科学省や学会・研究会など	社会・世界の状況	西暦
明治36	藤村操自殺「巌頭の感」その後8年間に200人以上が飛び下り				1903
大正12				9.1　関東大震災	23
昭和5				失業者増大・自殺者急増	30
7	坂田山心中				32
8	三原山での立会い自殺 その後1年間に944人				33
9	欠食・身売り			東北地方凶作	34
12				不況	37
14				食糧難 第2次世界大戦	39
20	3.30　東京大空襲、広島・長崎原爆 沖縄で集団自決、など			第2次世界大戦終結 10.26　国際連合成立	45
21	原口統三の自殺「20歳のエチュード」			ユニセフ創設	46
22			12.12　児童福祉法公布	全自殺人口比15.7	47
23			7.20　こどもの日制定	12.10　国連「世界人権宣言」採択	48
24	長期欠席児童生徒57万人		動物愛護週間始まる		49
25	高校進学率45.5％				50
26			5.5　児童憲章制定		51
27					52
28	長期欠席　小158,767人　1.44％ 中181,779人　3.76％				53
29	長期欠席　小131,559人　1.18％ 中157,876人　3.17％ この頃　子どもの自殺人数最大				54
30		/2,826			55
31	東京への家出増える	/2,477		交通事故死　6,751人	56
32	中卒者集団就職盛んになる	/2,544			57
33		/2,764	全国学校安全会連絡協議会発足	全自殺人口比25.7最大	58
34	天城山心中 カミナリ族 伊勢湾台風で児童生徒約1000人死亡	/2,327	法律第198号「日本学校安全会法」	9.26　伊勢湾台風 11.20　国連「児童の権利宣言」採択	59
35		/2,279	3.1　日本学校安全会設立	60年安保	60
36	睡眠薬遊び流行	/1,964		経済の高度成長 交通事故死約13,000人	61
37		/1,457			62
38		/1,085		ミネソタ大でThanatologyの講座開設	63
39	高校進学率70.6％に	/902			64
40	15歳以下の交通事故死1,886	/852		交通事故死12,484人	65
41	中学生以下の交通事故死1,906	/1,016		「交通戦争」	66
42	小学校の約半数で集団登校 穂高で落雷事故　8人死亡	/900	3.　文部省「交通安全指導の手びき」	全自殺人口比14.2	67
43	フーテン・ヒッピーなど目立つ 学園紛争広がる	/926	12.27　文部省「集団登下校の実施について」	えびの地震 8.18　飛騨川バス転落	68
44	紛争中の大学53、高校73 「落ちこぼれ」問題に	/788		自殺の男女比55.5：44.5	69
45	6.　拓殖大でしごきにより死亡 19歳以下の交通事故死980	/757	大原健士郎『自殺論』	交通事故死21,535人	70
46	脱学校現象	/777	E.キューブラー・ロス『死ぬ瞬間』邦訳 10.29　京都府で動物飼養管理と愛護の条例 日比野朔郎「日本における児童生徒の自殺についての問題点」	交通事故死21,101人	71
47		/902	3.　文部省「小学校安全指導の手びき」	2.19　浅間山荘事件	72
48	第2次ベビーブーム、出生数209万	/909	10.　動物保護管理法成立	10.6　第4次中東戦争	73

49	登校拒否症が問題化	/853	2.9　日本児童安全学会設立 A.アルヴァレス『自殺の研究』邦訳	12.18 パキスタン大地震	74
50	暴走族 大学進学率38.4％、高校90％台に	/856	「中学校安全指導の手びき」	USAでカレン事件 12.9　国連「障害者の権利宣言」 交通事故死14,206人	75
51	非行の低年齢化・女子の増加	/800			76
52	中学生の3人に1人が通塾 学校嫌い理由の欠席 小　2,965人　中　9,808人	/809	青少年の非行問題に関する懇話会 3.31　新潟県動物愛護管理条例 7.23　学習指導要領改訂、ゆとりの時間	1.4　青酸コーラ殺人事件	77
53	家庭内暴力頻発 10.31 府中市で9歳女児が自殺	/863	4.　全国子どもを守る運動連絡協議会 10.　北海道学校保健学会でシンポ「中・高校生の自殺を考える」	USAでハイスクール暴力報告書 第2次オイルショック	78
54	インベーダーゲーム流行 竹の子族出現 高校進学率90％越え、義務教育化	/906	青少年の自殺問題に関する懇話会 10.27 東京都動物の保護及び管理に関する条例	国際児童年 子ども体罰禁止法（スウェーデン） 8　国際人権規約批准	79
55	校内暴力。三語族 11.　金属バット殺人事件 19歳以下の交通事故死609	5,737/676		全自殺人口比17.7 交通事故死11,752人	80
56	3.26　230校の中高で私服警官要請 5.3　家庭内暴力の高校生を父親が殺害	5,553/613	総理府「子どもの自殺防止のための手引書」 東京都生活文化局調査「学校へ行くのが楽しい」小83.8％、中77.3％	エイズの報告	81
57	学校嫌いを理由に欠席、小3,624 教師の体罰　81件 前年末～　横浜「浮浪者」襲撃事件	5,427/570	2.　キューブラー・ロス『死ぬ瞬間の子どもたち』邦訳 6.4　校内暴力対策の手引き書 6.22　日本学校健康会法公布 10.25 文初中244「いじめに関する指導の徹底について」		82
58	6.13　戸塚ヨットスクール事件 7月ファミコン発売 シンナー遊び中学生1.4万人補導 6.2　校内暴力　4,315件	5,227/656	4.　深谷昌志『孤立化する子どもたち』	5.26　日本海中部地震	83
59	教師の体罰　90件	4,818/572			84
60	岐阜県で体罰死 教師の体罰　268件	4,837/554	3.12　法務省「いじめ」について通達 日本にCAPプログラムが紹介される 12.　鳥山敏子『いのちに触れる』	1.12　スキーバス転落	85
61	中学生の学校嫌い最大。不登校29,673人 高校の中退者11.5万人 3.5　中野区の中学生、いじめを苦に自殺。先生も「葬式ごっこ」 タレント岡田有希子　自殺。 1年間に発生したいじめ 小26,306件　中23,690件 いじめによる自殺頻発 子どもの自殺前年比250増	4,456/802	3.1　日本体育・学校健康センター設立 6.6　通知「交通安全教育の徹底について」 「学校保健研究」で死の教育の特集	4.26　チェルノブイリ原発事故	86
62		4,395/577	小倉学ら、死の教育についての論文　この頃から	日本のエイズ43人	87
63	ドラクエ・フィーバー 7.　目黒区で中学生が一家惨殺	4,465/602			88
平成元		4,503/533		11.20 国連総会「子どもの権利に関する条約」採択	89
2	スーパーファミコン発売 7.6　兵庫で校門圧死事件	4,407/467		10.3　東西ドイツ統一 11.7　雲仙普賢岳噴火	90
3		4,066/454		1.17　中東湾岸戦争 5.19　雲仙普賢岳大火災流	91
4	月1回の学校5日制スタート	3,924/523		バブル崩壊	92
5	1.13　山形県マット圧死事件	/446	「小学校安全指導の手びき」（三訂） 『完全自殺マニュアル』表れる	7.12　北海道南西沖地震	93

6	愛知県大河内清輝君事件 7.　朝日連峰登山で熱射病死	3,233/582		2.16　スマトラ島大地震 失業者200万台 「お子さま戦争」	94
7	1.17　阪神淡路大震災で20歳未満の死者10.2% 4.　月2回の学校5日制スタート いじめ5万件を越える	3,623/515	この頃から「新たな流れ」 CAP養成講座が始まる スクールカウンセラー試行的導入 11.　「学校等の防災体制の充実について」報告	1.17　阪神淡路大震災 3.20　地下鉄サリン事件	95
8	7.13　堺市でO－157集団発生 11月　不登校の息子を父親が殺害 いじめ6万件を越える（60,096）	2,746/497	中教審「生きる力「自ら学び考える力」 7.　協力者会議「いじめの問題に関する総合的な取り組みについて」 12.　石川敦子ら「児童生徒の生と死についての意識と教員の予測についての研究」 A.デーケン『死とどう向き合うか』		96
9	5.27　神戸小学生連続殺人事件 9.1　2学期の始業式に登校中　静岡県で鉄道自殺、香川県で焼身。 校内暴力1万件を突破 いじめ5万件台に減少、以後漸減	2,603/469	6月　児童福祉法改正	6.17　臓器移植法成立 12.1　京都地球温暖化防止世界会議	97
10	1.28　黒磯中事件 バタフライナイフ使用の傷害事件多発 5.2　元X-JAPANのhide自殺 子どもの自殺前年比250増	2,542/720	12.14 学習指導要領改訂「生きる力」	7.26　毒入りカレー事件 自殺34.7%増加、初の3万人台に	98
11	8.14　神奈川・玄倉川で水難18人死	2,213/674	芹沢俊介『子どもたちの生と死』 10.　下村義夫ら　学校飼育動物に関する教育保健学的検討　第46回日本学校保健学会 12.　動物愛護管理法に改正（神戸での事件の背景が考慮された由）	9.30　東海村臨界事故	99
12	6.30　雪印牛乳で中毒	1,985/598	中村攻『子どもはどこで犯罪にあっているか』	3.3　有珠山噴火 7.8　三宅島で噴火 WHO自殺報道のガイドライン 12　「ミレニアム」騒ぎ	2000
13	2.9　ハワイ沖でえひめ丸沈没 6.8　大阪教育大附属池田小事件8人死亡 校内暴力　33,129件 学校内外での暴力行為　38,230件 いじめ　25,076件	1,936/586	文科省「『生きる力』をはぐくむ学校での安全教育」 A.デーケン『生と死の教育』	9.11　同時多発テロ 9.22　日本でBSE初の発生確認 第10回セーフコミュニティ国際会議でセーフスクールに関する国際ワーキンググループを組織	01
14	完全週5日制スタート WHOのISS（インターナショナルセーフスクール）セーフスクール唱導されはじめる⇒ISS	1,818/502	4.　文科省「子ども安心プロジェクト」スタート 5.28　家庭動物等の飼養及び保管に関する基準 自殺防止対策有職者懇「自殺予防の提言」 10.　下村義夫ら　学校飼育動物の教育効果について　第49回日本学校保健学会 11.　学校施設の安全管理に関する調査研究協力者会議発足 12.　文科省「学校への不審者侵入時の危機管理マニュアル」発行	タマちゃんブーム 2　韓国でセーフティコミュニティに関する国際会議	02
15	6.　沖縄で中学生が友人を殺害 7.1　長崎で園児誘拐殺害事件 「ネット自殺」問題化	1,558/613	4.　日本初等理科教育研究会「学校における望ましい動物飼育のあり方」。文科省が配布	3.20　米英がイラク攻撃 スウェーデンの小学校、初のISS取得 全自殺人口比25.5	03

16	6.1　佐世保で小6女児殺害事件 11.17　奈良県で女児殺害事件	1,490/589	1.8　高病原性鳥インフルエンザ国内で発生 11.19　文科省「幼児児童生徒の安全確保および学校の安全管理について」	10.1　北オセチア共和国でテロ 10.24　新潟県中越地震	04
17	5.　江東区の小学校でウサギ殺害 11.12　東京で高1女子殺害事件 11.22　広島で女児殺害事件 12.1　今市市女児殺害事件 12.10　宇治市の学習塾で女児殺害	1,405/608	1.　全国学校飼育動物研究会第1回大会開催（その飼育目的は果たされているか）	1.3　スマトラ島沖大地震	05
18	2.17　長浜市で園児2人殺害事件 5.18　秋田県で1年男児殺害・女児（娘）殺害 6.3　東京・港区でエレベーター事故死 7.31　ふじみ野市営プールで女児水死 10.11　筑前町で中1男子、自殺	1,265/623		5.27　ジャワ島で大地震 7.　「平成18年7月豪雨」	06
19	6.18　杉並区で天窓からの落下事故	1,116/502	11.　文科省「学校の危機管理マニュアル―子どもを犯罪から守るために」発行	7.16　新潟県中越沖地震 全自殺人口比24.4	07
20	亀岡市がセーフコミュニティに	1,017/565	8.　文科省　学校での転落防止のリーフレット発行		08
21	8.21　名古屋市で中3男子　焼身自殺 8.30　藤枝市で女子2人飛び下り		3.　文科省　学校安全資料ＤＶＤ「子どもを事件・事故災害から守るためにできることは」		09
22	3.　大阪教大附池田小がISS取得		9.　消費者庁「子どもを事故から守る！プロジェクト」		10
23	3.11　東日本大震災 3.15　福島第一原発　放射能漏れ			3.11　東日本大震災　死者等約2万 9.　台風12号豪雨	11

注1）　不慮の事故による死および自殺の人数は20歳未満で示している。また昭和54年以前は「不慮の事故および有害作用」の分類なので割愛
注2）「いのち」の観点から動物飼育を編み込んだ

参考文献　1）自殺（現代のエスプリ）至文堂　1966
2）国民衛生の動向　各年度版　厚生統計協会
3）ペット六法編集委員会　ペット六法　誠文堂新光社　2002

（野村和雄）

2 「学校保健の動向」年度別特集とコラムの索引

（○の数字は発行年度を、コラムの場合－以下はその掲載ページを示す）

あ

ITと健康管理 ⑯－25
預かり保育 ⑫－5
アレルギー疾患とエピペンの取り扱い ⑳－31
（子どもの）安全 ⑲－特集
アンチ・ドーピング活動 ⑯－131
医薬品に関する教育 ㉑－96、㉒－6
医療的ケア ⑯－178
インターネット異性紹介事業を利用して児童を誘引する行為の規制等に関する法律の施行 ⑮－150
インターネットゲームと子どもの健康 ⑰－26
インフルエンザの予防接種 ⑲－64
（子どもの）うつ病 ⑰－27
エイズ教育情報ネットワーク ⑪－114
AD／HD ⑭－85
栄養教諭制度 ⑯－164
栄養教諭養成の現状 ⑰－160
HPV感染と子宮頸がん予防ワクチン ㉒－28

か

学習指導要領 ⑪－特集
学習指導要領の改訂 ⑳－128
（新しい）学習指導要領 ㉑－90
学校安全管理 ⑯－特集
学校禁煙運動 ⑮－151
学校健康教育総合推進モデル ⑭－94
学校歯科保健アジア会議 ㉑－58
学校敷地内禁煙 ⑲－76
学校敷地内禁煙の動向 ⑳－76
学校施設の耐震化推進 ⑮－181
学校週5日制 ⑮－152
学校生活管理指導表 ⑲－39
学校生活管理指導表 区分の理解と解説 ⑳－27
学校・地域保健連携推進事業 ⑰－163
学校における事件・事故と学校安全 ⑭－特集
学校における事故死と傷害 ⑭－90
学校保健安全法施行規則の解説 ㉑－特集
学校保健委員会 ⑭－211
学校保健と感染症 ⑮－特集
学校保健の国際協力と課題 ⑰－161
学校保健法の改正をめぐって ⑳－特集
家庭教育手帳 ⑬－21
川崎病と学校生活 ⑳－34
（青少年の）危険行動 ⑳－92
喫煙と歯周病 ⑯－62
結核対策 ⑭－79、⑮－25
結核の取り扱いと健康相談 ⑰－38
健康教育世界会議 ⑯－94
（21世紀・新しい時代の）健康教育推進学校―表彰事業について― ⑳－116
健康診断マニュアル（改訂版） ⑱－特集
健康手帳 ⑬－93
健康補助食品 ⑰－119
建築物衛生法と学校薬剤師 ⑲－158
高機能自閉症 ⑬－129
校内暴力と保健室 ⑱－112
国際学校保健・開発協力の動向 ㉑－83、㉒－96
国際的な安全教育 ⑲－16
心の教室相談員 ⑫－149
個人情報と健康調査 ⑰－80
コンピュータと子どもの健康 ⑮－87

さ

色覚検査 ⑭－92
子宮頸がんとHPVワクチン ㉑－32
歯科から見た喫煙防止教育 ㉑－76、㉒－132
（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― ㉒－68
（子どもの）自殺 ⑫－106
自殺予防のチェックポイント ⑱－113
思春期保健と心の問題 ⑬－特集
児童虐待 ⑫－76、⑰－79、⑱－111
自動体外式除細動器 ⑲－145
シックスクール ⑬－155
シックハウス症候群 ⑭－179、⑯－146
就学時の健康診断 ⑭－97
食育と歯科保健 噛ミング30を

目指して ㉑−118
食事習慣 ⑮−86
「食と咀しゃくに対する実態等の調査」から ㉒−176
新型インフルエンザの流行 ㉒−特集
（東京都立高校の学校）心臓検診 ㉒−38
心肺蘇生の新しい基準 ⑬−128
心肺蘇生 ⑱−34
「健やか親子21」 ⑬−特集
睡眠障害 ⑱−110
生活習慣「早寝早起き朝ごはん」 ⑲−98
性感染症・エイズ増加傾向 ⑰−39
性感染症予防指導 ⑯−125
生命の大切さを教えることは教育の原点 ⑯−85
セーフティ・プロモーション ⑭−151
セーフティプロモーション ㉒−142
セルフ・エスティーム ⑪−90
総合的学習と健康教育 ⑭−150
“備えの心”が学校を守る ⑭−18

た

大腸菌と大腸菌群 ⑲−122
「台東区健康手帳」 ⑬−93
（今日の）大麻乱用に思う ㉑−114
（幼児の）体力つくり ⑳−96
体力低下 ⑬−85、⑭−81、83、⑰−22
（子どもの）体力・運動能力の低下で何が問題か ㉒−22
（子どもの）体力向上実践事業 ⑱−75
ダニアレルゲンと喘息 ⑱−151
たばこの規制・世界保健機関枠組条約 ⑯−103
地域保健との連携 ⑬−特集
超多剤耐性結核菌 ⑲−24
（大学生がかかる）伝染性単核症 ⑳−136
特別支援教育 ⑱−特集
トリハロメタン ⑮−180

な

乳幼児の身体発育調査 ⑭−78
新潟中越大震災と学校保健 ⑰−118
日本学校保健会80年史の刊行を記念して ⑰−特集
日本の健康思想の展開 ㉒−83、94、154

は

はしか（麻疹）騒動 ⑲−102
阪神淡路大震災のPTSD ⑭−130
パンデミック対策 ㉑−特集
（成人の）百日咳 ㉒−95
PTSD ⑫−126
VOC ⑱−148
ヘルスプロモーション ㉑−140
ヘルス・プロモーティング・スクール ⑪−188
保健室での応急処置 ⑱−74
保健室利用状況調査 ⑭−210
母子健康手帳 ⑭−93

ま

（学校における）麻しん対策ガイドライン ⑳−22
麻しんの第３期、４期の予防接種 ㉑−22
眼の外傷 ⑱−41
（平成20年度）文部科学省予算事業 ⑳−8
文部科学省「心の健康と生活習慣に関する調査」より ⑭−88

や

薬物乱用 ⑪−99、⑫−92、⑰−93
薬物乱用防止教育 ⑩−特集
（我が国の青少年の）薬物乱用の実態と薬物乱用防止教育 ㉒−特集
（児童生徒の）やせ ⑱−23
養護学校等における医療的ケア ⑰−162
養護教諭と保健学習 ⑪−特集
養護教諭の職に関する調査 ⑲−120
幼児期の学校保健 ⑫−特集、⑬−特集
予防接種 ⑯−39

ら

ライフスキル・トレーニング ⑫−171
ライフスタイル ⑬−特集
（児童生徒の）ライフスタイルと健康 ⑰−特集

（野村和雄）

索　引

数字は頁数

ア

アカントアメーバ　60
新しい学習指導要領　136
アデノウイルス　44 62
アトピー性角結膜炎　62
アトピー性皮膚炎　52 53 62 74 76
アナフィラキシー　52 53 74 75 76 100
アナフィラキシーショック　76
アニバーサリー反応　164
アレルギー疾患に関する調査研究　52
アレルギー疾患に関する調査研究報告書　53
アレルギー性結膜炎　52 53 62 74 76
アレルギー性鼻炎　52 53 74 76

イ

「生きる力」をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり　84 90 146
いじめ　91 95 159
医薬品に関する教育　132 136
咽頭結膜熱（プール熱）　44
インフルエンザ　17 27 51 133

ウ

うつ病　91
運動器検診　82
「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」　81
運動誘発ぜん息　76

エ

エイズ　166 167 169
栄養教育　153
エピペン　53 77
エボラ出血熱　41
園児の視力検査マニュアル　58
エンテロウイルス　44 62

オ

オートレフラクトメーター　59
オスグッド病　82
オタワ憲章（1986年）　166

カ

［改訂版］学校環境衛生管理マニュアル『学校環境衛生基準』の理論と実践　119 121
学習指導要領　130 171
学習指導要領の改訂　127 151 160
学習障害　92 144
学校安全活動　155
学校安全フリーイラスト集　104
学校環境衛生活動　122
学校環境衛生基準　1 117 118 119 121 185
学校環境衛生の基準　117 118
学校感染症　41 43 45 69
学校給食における衛生管理に関する調査研究協力者会議　123
学校欠席者情報収集システム　176 177
学校健康管理医　116
学校健康診断　52
学校産業医　112 116
学校心臓検診　49 50 101
学校生活管理指導表　49 54 75
学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）　53 62 69 75 78
学校生活とコンタクトレンズ（改訂版）　61
学校等における放射線測定の手引き　5
学校における震災等に対する避難訓練等の改善について（通知）　22
学校における突然死予防必携－改定版－　102
学校におけるフッ化物応用ガイドブック　90
学校尿検査　55
学校のアレルギー疾患に対する取り組みQ&A　53
学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン　52 53 74 75
学校の運動器疾患・障害に対する取り組みの手引き　83
学校保健安全法　6 43 62 83 84 95 102 106 116 117 118 147 155 161 180 183 185
学校保健安全法施行規則　1 41 43 54 116 118
学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令　113
学校保健委員会　122 124
学校保健統計調査　33 47 52 58 79 83
学校保健統計調査報告　33 35 88
学校保健法　6 33 43 49 83 84
学校保健法施行規則　41 43 49 50 51
学校保健ポータルサイト　53 61 176
噛ミング30（カミングサンマル）　148
がん教育　134
環境放射線モニタリング結果　2
感染症予防法　43
感染性胃腸炎　27 44 45

キ

気管支ぜん息　53 76
危険等発生時対処要領（危機管理マニュアル）　6 155
キシレン　118
寄生虫　41
季節性インフルエンザ　41
喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育　137 140 141 143
急性出血性結膜炎　62
急性ストレス障害　9
急性放射能障害　20
供花料　98 99 104
狂犬病　41
「教職員のための健康相談及び保健指導の手引」　162
「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」－メンタルヘルスを中心として－　162
拒食症　91
巨大乳頭結膜炎　62

ク

空間線量率　2 4 5
屈折検査　59
クラミジア　41 169

ケ

結核検診　51
結核予防法　42 51
健康観察　8 9 10 12 14 26 27 29
健康診断　15 25 57 85 106 108 114 116
健康相談　7 10 12 26 27 60 183
健康調査票　9

コ

口腔保健　145
交通安全基本計画　155
交通安全教育　156
後天性免疫不全症候群　41
高等学校学習指導要領　127
高等学校学習指導要領解説保健体育編　129
高等学校学習指導要領保健体育科科目保健　136
高病原性鳥インフルエンザ　41 43
国際放射線防護委員会　2
心の相談員　7
子どもの健康を守る地域専門家総合連携推進事業　162
「子どもの心のケアのために－災害や事件・事故を中心に－」　162
子どものメンタルヘルスの理解とその対応　92
「子どものメンタルヘルスの理解と問題への対応」　162
子どもを守る地域専門家総合連携事業　180
コレラ　43

サ

災害共済給付オンライン請求システム　105
災害共済給付制度　97 104
災害時の子どものアレルギー疾患対応パンフレット　74
災害時のこどものアレルギー疾患対応マニュアル　77
細菌性赤痢　43
再興型インフルエンザ　42
座瘡　72

シ

色覚異常　62
色覚検査　62 63
色覚バリアフリーQ＆A　63
子宮頸癌　41
糸球体腎炎　54
自殺　91 95
自傷行為　93
市町村による除染実施ガイドライン　4
膝内障　82
児童生徒の健康状態サーベイランス　174
児童生徒の健康診断マニュアル　57
自動体外式除細動器　102
死亡見舞金　98 99 100 104 105
就学時の健康診断マニュアル　57
重症急性呼吸器症候群（SARS）　41 43
障害見舞金　98 100 104 105
小学校学習指導要領　127
小学校学習指導要領解説体育編　127
小児アレルギー疾患総合ガイドライン2011　74
小児糖尿病　55
食育　30 148 149 174 203 204
食育基本法　84 149
食育推進基本計画　148 150
食物アレルギー　17 52 53 74 75 76 100 101 153
食物依存性運動誘発アナフィラキシー　76
除染推進に向けた基本的考え方　4
除染に関する緊急実施基本方針　4
視力検査　57 59
心因性視覚障害　62
新学習指導要領　135 174 202 204
新型インフルエンザ　42 43 177
新型インフルエンザA/H1N1（2009）　41 42 44
新興感染症　41

人工内耳　65 66
心臓病管理指導表　49
腎臓病管理指導表　49
身体測定　30
新体力テスト　33 38
「新訂『学校環境衛生基準』解説2010」　126
心的外傷後ストレス障害　8　15　91 164
心電図検査　50
心肺蘇生法　102 130

ス

水痘　44 56
睡眠障害　8
スキアスコピー　59
スクールカウンセラー　7　94　176
ステレオテスト　59 60
ストロンチウム89　19
スペイン風邪　43
3D映像　57 63 64

セ

生活空間における放射線低減化対策の手引き　4
性感染症　41 166 169
性に関する教育　165 166 167 168 169 170 172
性に関する指導　165
世界健康報告　41
脊柱側弯症　82
セシウム137　19
セルフエスティーム　140 166
全国体力・運動能力、運動習慣等調査　33
ぜん息　51 52 53 74

ソ

躁うつ病　91

タ

第三次薬物乱用防止五か年戦略　139 141
大麻　130
体力・運動能力、運動習慣等調査報告書　37
体力・運動能力調査　33
体力・運動能力調査報告書　37
体力向上の基礎を培うための幼児期における実践活動の在り方に関する調査研究報告書　38
多剤耐性結核菌　41

チ

注意欠陥/多動性障害　92 144
中学生・高校生のためのコンタクトレンズガイド　61
中学校学習指導要領　127
中学校学習指導要領解説保健体育編　128
中学校学習指導要領保健体育保健分野　136
聴覚援助システム　65
腸管出血性大腸菌　45 123 133
腸チフス　43

ツ

つながり地図　29
ツベルクリン検査　51
ツベルクリン反応検査　43

テ

手足口病　44 56 69 70 133
定期学校健康診断　33
定期環境衛生検査　122
定期健康診断　51 62 63 83 106
てんかん　91

ト

統合失調症　91
糖尿病管理指導表　49
特別支援教育　145 146 158
特別支援教育コーディネーター　158
独立行政法人日本原子力研究開発機構　3
突然死　50 98 100 101 105
トラウマ　6　27 91 95 164
鳥インフルエンザ　41 42 43 44
トルエン　118

ニ

日本脳炎　133
尿検査　54
尿検診　54
尿潜血　54
尿蛋白　54

ネ

熱中症　157
熱中症環境保健マニュアル(2011年5月改訂版)　157
年間発育量　35

ノ

望まない妊娠　41
ノロウイルス　44 45 123

ハ

破傷風　133
発育量　35
発達障害　92 93 144 145
早寝、早起き、朝ごはん　151
パラチフス　43
バンコク憲章(2005年)　166
バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌(VRSA)　41
パンデミック　41

ヒ

ピアプレッシャー　167 169

東日本大震災当日の児童生徒の下校状況等に関する調査　22
ヒトパピローマウイルス（HPV）　41
肥満度　47
百日咳　133

フ

フェーズ　43 44
福島県原子力被災者・子ども健康基金　5
福島県内（警戒区域及び計画的避難区域を除く）における生活圏の清掃活動（除染）に関する基本的な考え方　4
福島県内の学校等の校舎・校庭等の利用判断における暫定的考え方について　2
福島県内の学校の校舎・校庭等の線量低減について（通知）　4
フッ化物洗口法　90
不登校　91 93 94 96 159
フラッシュバック　8 17

ヘ

ヘルスプロモーション　84 129 141 146 166 199
ヘルパンギーナ　44
弁当の日　152

ホ

保育園におけるアレルギー対応の手引き2011　74
保育所におけるアレルギー対応ガイドライン2011　74
防災教育　156 157
放射性セシウム　2 18 19
放射性セシウム134　3
放射性セシウム137　3
放射性プルトニウム231　19
放射性ヨウ素　2 3 19
放射性ヨード　18
放射線に関するご質問に答える会　5
暴力行為　95
保健教育　33 90 127 131 134 174
保健室登校　93 94 159
保健室利用状況調査　174
「保健室利用状況調査報告書」　162
保健室利用状況に関する調査報告書　92
保健指導　12 25
補聴援助システム　66
補聴器　65 66 67 68
ホルムアルデヒド　117

メ

メディアリテラシー　31 143 174 176
メンタルヘルス　10 91 92 93 94 95 159 182

ヤ

薬物乱用防止教室　141 142
薬物乱用防止戦略加速化プラン　139

ヨ

ヨウ素131　19
ヨード剤　19

ラ

ライフスキル　140
ラッサ熱　41

リ

流行性角結膜炎　62
流行性耳下腺炎　44 133
緑膿菌　60

レ

レジオネラ症　41

ロ

労働安全衛生法　106 112
漏斗胸　82
ロタウイルス　44

A

ADHD（注意欠陥多動性障害）　158
ASD　9

B

BCG接種　43 51

F

FM補聴援助システム　67 68

H

HIV　73
HIV感染　41 166

L

LD（学習障害）　158

M

MRSA　41
MRワクチン　45 46

O

O104　45
O111　45
O157　45 123
O26　45

P

PTSD　8 9 17 91 164

T

*Trichophyton tonsurans*感染症　70

執筆者一覧〈50音順〉

（敬称略）

赤坂守人	社団法人日本学校歯科医会 常務理事
石川広己	社団法人日本医師会 常任理事
石田周	東京都教育庁指導部 主任指導主事
板橋隆三	宮城県学校保健会 常任理事
植田誠治	聖心女子大学文学部教育学科 教授
碓井静照	社団法人広島県医師会 会長
宇高二良	社団法人日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会 委員長
内尾祐司	島根大学医学部整形外科学 教授
宇津見義一	社団法人日本眼科医会 常任理事
采女智津江	名古屋学芸大学大学院子どもケア研究科／ヒューマンケア学部 教授
大澤清二	大妻女子大学人間生活文化研究所 所長
大瀧晴惠	日本学校薬剤師会全国学校保健調査委員会 委員長
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 教授
國土将平	神戸大学大学院人間発達環境学研究科 准教授
近藤太郎	社団法人東京都医師会 副会長
坂本元子	和洋女子大学 学長
佐藤阿貴子	秋田県教育庁保健体育課健康教育・食育班 指導主事
柘植紳平	社団法人日本学校歯科医会 副会長
柘植雅義	国立特別支援教育総合研究所 教育情報部長 上席総括研究員
十一元三	京都大学大学院医学研究科 教授
戸田芳雄	東京女子体育大学 教授
駒場啓子	社団法人全国学校栄養士協議会 副会長
内藤昭三	財団法人日本学校保健会 顧問
中田郁平	社団法人日本学校歯科医会 会長
西岡伸紀	兵庫教育大学大学院学校教育研究科 教授
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
馬場錬成	東京理科大学知財専門職大学院（MIP）客員教授、文部科学省・学校給食における衛生管理に関する調査研究協力者会議 委員
日高華代子	日本学校薬剤師会 副会長
日野治子	公立学校共済組合関東中央病院皮膚科 部長
福田雅臣	日本歯科大学生命歯学部衛生学講座 准教授
堀田美枝子	全国養護教諭連絡協議会 会長
三谷博之	全国学校保健主事会 会長
向井美惠	昭和大学歯学部口腔衛生学教室 教授
村上貴美子	山田町立織笠小学校 養護教諭
雪下國雄	財団法人日本学校保健会 専務理事
弓倉整	弓倉医院 院長
渡邉正樹	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	

平成23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
采女智津江	名古屋学芸大学大学院子どもケア研究科／ヒューマンケア学部 教授
勝野眞吾	岐阜薬科大学 学長
神戸美恵子	高崎健康福祉大学健康栄養学科 准教授
髙石昌弘	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
弓倉整	弓倉医院 院長

平成23年度版　学校保健の動向

2011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　丸善出版株式会社
〒101-0051
東京都千代田区神田神保町２丁目17番
電話(03)3512-3256
http://pub.maruzen.co.jp/

印刷・製本／株式会社　第一印刷所

ISBN978-4-903076-04-1 C3037

9784903076041
1923037028009
ISBN978-4-903076-04-1
C3037 ¥2800E
定価（本体2,800円＋税）
発売　丸善出版

学校保健の動向

平成23年度版