

学校保健 の 動 向

平成 24 年度版

特集内容

1. 学校保健安全法施行規則の改正

—学校感染症および結核検診に関して—

公益財団法人日本学校保健会 専務理事 雪下 國雄

2. 児童生徒の食生活等実態調査結果からみた 子どもたちの現状について

大阪市立大学大学院生活科学研究科 教授 由田 克士



公益財団法人 日本学校保健会

学校保健の動向

平成24年度版

公益財団法人 日本学校保健会

発行のことば

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編集を行っています。

本年度版の特集では、この4月に施行された「学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令（平成24年文部科学省令第11号）」のなかで、主な改正点である学校感染症と結核検診について取り上げるとともに、子どもたちの食事状況などの現状について「児童生徒の食生活等実態調査」（独立行政法人日本スポーツ振興センター）の結果をふまえ、「早寝早起き朝ごはん」の視点などからご考察いただきました。

本編では従来に引き続いて健康管理、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います。様々な領域からのトピックスとして随所に掲載しています10編のコラムには、学校保健の分野でも昨年の東日本大震災の記憶・記録に留めるべく、震災に関する2編が含まれています。

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います。

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24年11月

公益財団法人 日本学校保健会

会 長 横 倉 義 武

平成24年度版「学校保健の動向」

目 次

発行のことば	i
--------	---

特 集

1. 学校保健安全法施行規則の改正 ―学校感染症および結核検診に関して―	1
2. 児童生徒の食生活等実態調査結果からみた子どもたちの現状について	7

第Ⅰ章 健康管理の動向

1. 児童生徒の発育・発達	13
2. 感染症	23
3. 児童生徒の健康管理	29
3―1 内科	29
3―1―1 栄養状態	29
3―1―2 循環器	31
3―1―3 呼吸器	33
3―1―4 腎・尿路系	35
3―2 眼科	41
3―3 耳鼻咽喉科	48
3―4 皮膚科	53
3―5 アレルギー科	58
3―6 整形外科	63
3―7 歯科・口腔外科	70
4. 児童生徒のメンタルヘルス	74
5. 児童生徒の事故・災害	79
6. 教職員の健康診断	86

第Ⅱ章 学校環境衛生の動向

1. 学校環境衛生	91
2. 学校給食の衛生管理	101

第Ⅲ章 健康教育の動向

1. 保健教育	107
2. 喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育	113
3. 歯・口の健康教育	117
4. 食育・栄養教育	121
5. 安全教育	126
6. 心の健康教育	130
7. 性教育・エイズ教育	137

第Ⅳ章 学校保健に関する組織・団体の最近の動向

1. 公益財団法人日本学校保健会	145
2. 日本医師会における学校保健活動（学校医）	153
3. 日本学校歯科医会（学校歯科医）	155
4. 日本薬剤師会学校薬剤師部会（学校薬剤師）	158
5. 全国学校保健主事会（保健主事）	161
6. 全国養護教諭連絡協議会（養護教諭）	168
7. 全国学校栄養士協議会（栄養教諭・学校栄養職員）	173

第Ⅴ章 資料編

1. 年表（学校保健や養護教諭の職務に関する年表）	177
2. 最近の日本学校保健会発行物一覧（平成 19 年度～平成 23 年度）	190

索引	193
----	-----

コラム

■学校における突然死について	22
■学校生活管理指導表の改訂について	38
■睡眠とメラトニン	52
■歯科保健からみた児童虐待	90
■学校における汚染・除染、被ばくを考える	100
■ヘルス・プロモーティング・スクール	106
■医薬品教育から生まれるよりよい医療	136
■食育の視点から —妊婦の栄養摂取不足：成人病（生活習慣病）胎児期発症起源説の視点から—	143
■スポーツ歯科と安全教育	144
■東日本大震災からいま	152

特集

特集

I 学校保健安全法施行規則の改正 —学校感染症および結核検診に関して—

公益財団法人日本学校保健会 専務理事 雪下 國雄

I
学校保健安全法施行規則の改正
学校感染症および結核検診に関して

はじめに

明治5年(1872年)に現在の学制が敷かれて以来、学校が感染症の集団発生の場にならないよう種々の努力がなされていたが、学校伝染病という名が出てくるようになったのは、明治31年(1898年)に「学校伝染病予防及び消毒法」という法律がはじめて制定されて以来のようである。しかしこの法律は、学校における集団生活のなかで伝染病の感染拡大を防ぐ目的のために制定されたもので、治療については全く触れられていないものであった。

一方、最近における感染症の状況、保健・医療を取り巻く環境の変化等を踏まえ、総合的な感染症予防対策の推進を図るために平成10年(1998年)、丁度をはじめ制定された法律の百年を経過して、「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(感染症法)」が制定された。その結果、「伝染病予防法」、「性病予防法」、「後天性免疫不全症候群(エイズ)の予防に関する法律」が統合廃止された。また、伝染

病は感染症に改められ、引き続き、結核予防法も感染症予防法に統合されることになった。

学校における感染症は、当然この感染症予防法が適用されることになるが、学校における保健管理の特殊性を考慮し、特に留意する必要のある事項については、学校保健法(現学校保健安全法)ならびに同施行規則で必要な事項を定めるとしている。

近年、学校現場では、情報化、少子化など社会環境や生活様式の急激な変化に伴い、子どもが健やかに成長する上で、単に体の問題だけでなく心の問題も加わり様々な健康課題が生じてきている。国は中央教育審議会の答申を受け、新たな時代の学校保健、学校安全について定めた「学校保健法等の一部を改正する法律」として、昭和33年以来50年ぶりに学校保健法を根本的に改正し、「学校保健安全法」と改名され、平成21年4月1日より施行された。

学校における感染症と学校医

学校における感染症に対する学校医の対応については、新しい学校保健安全法を受けて、平成21年3月21日に改正された学校保健安全法施行規則第四章第二十二条「学校医の職務執行の準則」の七項に規定している。すなわち、「法第二章第四節の感染症の予防に関し必要な指導及び助言を行い、並びに学校における感染症及び食中毒の予防処置に従事すること」としている。

法第二章第四節(法第十九条)では、「校長は、感染症にかかっており、かかっている疑いがあり、又はかかるおそれのある児童生徒等があるときは、政令で定め

るところにより出席を停止させることができる。」と定めるとともに、学校保健安全法施行令第六条で、「校長は、法第十九条の規定により出席を停止させるときは、その理由及び期間を明らかにして、幼児・児童又は生徒にあっては、その保護者に、高等学校の生徒又は学生にあっては当該生徒又は学生にこれを指示しなければならない。」さらに、「出席停止の期間は、感染症の種類等に応じて、文部科学省令(施行規則)で定める基準による。」と定められている。

また、施行規則には、学校における問題となる「感染症の種類」、「出席停止の期間の基準」、「感染症の

予防に関する細目」が定められている。

学校医は、校長に相談を受けた場合は、専門的立場

より必要な指導および助言を与え、学校における感染症や食中毒の拡大の防止に勤めなければならない。

学校保健安全法施行規則の改正

(1) 学校感染症の種類（規則第十八条）

◆第一種：感染症予防法第六条に規定する一類および二類感染症（表1）

◆第二種：飛沫感染するもので児童生徒等の罹患

【第一種】感染症予防法の一類および二類（結核を除く）

病名	感染症法	届出
エボラ出血熱	一類	ただちに届出
クリミア・コンゴ出血熱	一類	ただちに届出
痘そう	一類	ただちに届出
南米出血熱	一類	ただちに届出
ペスト	一類	ただちに届出
マールブルグ病	一類	ただちに届出
ラッサ熱	一類	ただちに届出
重症急性呼吸器症候群（SARS）	二類	ただちに届出
急性灰白髄炎（ポリオ）	二類	ただちに届出
ジフテリア	二類	ただちに届出
鳥インフルエンザ（H5N1）	二類	ただちに届出

表1 学校感染症 第一種

【第二種】飛沫感染をする感染症で、児童生徒の罹患が多く、学校での流行の可能性の高いもの

病名	感染症法	届出
インフルエンザ	五類（インフルエンザ定点※）	週単位
百日咳	五類（小児定点※）	週単位
麻疹（はしか）	五類	7日以内 できるだけ早く
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	五類（小児定点※）	週単位
風しん	五類	7日以内 できるだけ早く
水痘（みずぼうそう）	五類	7日以内
咽頭結膜熱	五類	7日以内
結核	二類	ただちに届出
髄膜炎菌性髄膜炎	五類	7日以内

※インフルエンザ定点：全国5000カ所の内科・小児科医院
全国500カ所の内科・小児科病院
(300床以上)

※小児定点：全国3000カ所の小児科医

※眼科定点：全国200カ所の眼科医療機関

※基幹定点：全国500カ所、300床以上の医療機関
(週単位、月単位あり)

表2 学校感染症 第二種

が多く、学校における流行を広げる可能性が高い感染症（表2）

※髄膜炎菌性髄膜炎：今年4月より追加

髄膜炎菌性髄膜炎は、日本では稀で特別の規定はなかったが、発症した場合の重大性や、平成23年5月に宮崎県の高校の寮で発生、死亡1名、入院6名、髄膜炎菌検出者8名に達し、飛沫感染することから学校感染症2種に追加、出席停止期間は、「症状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで」とした。

◆第三種：学校教育活動を通じ、学校において流行を広げる可能性のあるもの（表3）

「その他の感染症」については、学校で流行が起

【第三種】学校教育活動を通じ、学校において流行を広げる可能性のあるもの

病名	感染症法	届出	
コレラ	三類	ただちに届出	
細菌性赤痢	三類	ただちに届出	
腸管出血性大腸菌感染症	三類	ただちに届出	
腸チフス	三類	ただちに届出	
パラチフス	三類	ただちに届出	
流行性角結膜炎	五類（眼科定点※）	週単位	
急性出血性結膜炎	五類（眼科定点※）	週単位	
その他の感染症	溶連菌感染症	五類（小児定点※） （A型溶連菌喉頭炎）	週単位
	ウイルス性肝炎	五類（A型四類、E型四類除く）	7日以内
	手足口病	五類（小児定点※）	週単位
	伝染性紅斑	五類（小児定点※）	週単位
	ヘルパンギーナ	五類（小児定点※）	週単位
	マイコプラズマ感染症	五類（基幹定点※）	月単位
	感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症）	五類（小児定点※）	週単位
	アタマジラミ	—	必要なし
	伝染性軟属腫（水いぼ）	—	必要なし
伝染性膿痂疹（とびひ）	—	必要なし	

表3 学校感染症 第三種

こった場合にその流行を防ぐため、必要があれば校長が学校医の意見を聞き、第三種の感染症として措置できる疾患であり、次のような疾患が想定される。

① 条件によっては出席停止の措置が必要と考えられる感染症

溶連菌感染症、ウイルス性肝炎、手足口病、伝染性紅斑、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ感染症、感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症）

② 通常出席停止の措置は必要ないと考えられる感染症

アタマジラミ、伝染性軟属腫（水いぼ）、伝染性膿痂疹（とびひ）

「その他の感染症」で出席停止の指示をするかどうかは、感染症の種類や地域、学校における発生・流行

の状態等を考慮して判断する必要がある。これは隣接する学校・地域によって取り扱いが異なると混乱を起こす可能性があるため注意を要する。都道府県、郡市区単位などで教育委員会が事前に統一的な基準を定めておくことが必要である。

(2) 出席停止の基準（規則第十九条）

出席停止の基準は、次の様に定められている。（表4）

◆第一種：治癒するまで（規則第十九条一号）

◆第二種：それぞれ定められた出席停止期間。

ただし病状により学校医やその他の医師において感染のおそれがないと認めたときは、その限りではない。（規則第十九条第二号）

◆第三種および結核、髄膜炎菌性髄膜炎：病状により学校医その他の医師において感染のおそ

分類	病名	出席停止の基準
第1種	(※)	治癒するまで
第2種	インフルエンザ	発症後5日、かつ、解熱後2日（幼児3日）が経過するまで
	百日咳	特有の咳が消失するまで、または、5日間の適正な抗菌剤による治療が終了するまで
	麻疹（はしか）	解熱した後3日を経過するまで
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後5日間を経過し、かつ、全身状態が良好となるまで
	風しん	発疹が消失するまで
	水痘（みずぼうそう）	すべての発疹が痂皮化するまで
	咽頭結膜熱	主要症状が消失した後2日を経過するまで
	結核	症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで
第3種	髄膜炎菌性髄膜炎	症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで
	コレラ	症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで
	細菌性赤痢	症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで
	腸管出血性大腸菌感染症	症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで
	腸チフス	症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで
	パラチフス	症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで
	流行性角結膜炎	症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで
	急性出血性結膜炎	症状により学校医その他の医師が感染の恐れがないと認めるまで
	溶連菌感染症	適正な抗菌剤治療開始後24時間を経て全身状態が良ければ登校可能
	ウイルス性肝炎	A型・E型：肝機能正常化後登校可能 B型・C型：出席停止不要
	手足口病	発熱や喉頭・口腔の水疱・潰瘍を伴う急性期は出席停止、治癒期は全身状態が改善すれば登校可
	伝染性紅斑	発疹（リンゴ病）のみで全身状態が良ければ登校可能
	ヘルパンギーナ	発熱や喉頭・口腔の水疱・潰瘍を伴う急性期は出席停止、治癒期は全身状態が改善すれば登校可
	マイコプラズマ感染症	急性期は出席停止、全身状態が良ければ登校可能
	感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症）	下痢・嘔吐症状が軽快し、全身状態が改善されれば登校可能
	アタマジラミ	出席可能（タオル、櫛、ブラシの共用は避ける）
	伝染性軟属腫（水いぼ）	出席可能（多発発疹者はプールでのビート板の共用は避ける）
	伝染性膿痂疹（とびひ）	出席可能（プール、入浴は避ける）

※第1種学校感染症：エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ熱、ラッサ熱、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（SARS）、急性灰白髄炎（ポリオ）、鳥インフルエンザ（H5N1）

表4 出席停止の基準

れないと認めるまで（規則第十九条第三号）

◆その他の者についての出席停止期間：第一種若しくは第二種の同居者の出席停止期間（規則第十九条第四号）、地域の通学者（規則第十九条第五号）、流行地の旅行した者（規則第十九条第六号）についても定められている。また、学校感染症に対する適当な消毒方法についても規則第二十一条に定められている。

しかし、これら学校感染症における出席停止期間の基準のなかには、現在の臨床の実態等に照らし合わせると必ずしも適切でないものがあることから、今回学校保健安全法施行規則の一部を改正した。

④ インフルエンザ（鳥インフルエンザH5N1、および新型インフルエンザは除く）

「解熱した後2日を経過するまで」だったものが「発症した後5日を経過し、かつ解熱した後2日（幼児にあっては3日）を経過するまで」とした。

昨今、抗インフルエンザ薬の発症後早い段階での投与により、インフルエンザは、感染力の強いウイルスを体外に排出しているにもかかわらず解熱してしまう状況がしばしばみられるとの研究が多い。しかし、抗インフルエンザ薬を投与された場合と投与されなかった場合のいずれもウイルス残存率は、発症（発熱）後5日を経過するとほぼ問題にならないまで

分類	感染症名	潜伏期間	主な感染経路
第1種	ポリオ	3－21日	経口感染
	ジフテリア	2－7日	飛沫感染
	重症急性呼吸器症候群（SARS）	2－10日	飛沫感染
	鳥インフルエンザ	1－10日	飛沫感染
第2種	インフルエンザ	1－4日	飛沫感染
	百日咳	5－21日	飛沫感染
	麻疹	7－18日	空気感染
	流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	12－25日	飛沫感染
	風しん	14－23日	飛沫、母児感染
	水痘（みずぼうそう）	10－21日	空気感染
	咽頭結膜熱	2－14日	飛沫感染
	結核	2年以内	空気感染
	髄膜炎菌性髄膜炎	3－4日	飛沫感染
	コレラ	数時間－5日	経口感染
第3種	細菌性赤痢	1－7日	経口感染
	腸管出血性大腸菌	10時間－8日	経口感染
	腸チフス	3－60日	経口感染
	パラチフス	3－60日	経口感染
	流行性角結膜炎	2－14日	飛沫感染
	急性出血性結膜炎	1－3日	経口感染
	溶連菌感染症	2－10日	飛沫感染
第3種その他の感染症	ウイルス性肝炎A型	15－50日	経口感染
	ウイルス性肝炎B型	45－160日	血液、体液を介した感染、母児感染
	手足口病	3－6日	経口感染
	伝染性紅斑	4－21日	飛沫感染
	ヘルパンギーナ	3－6日	経口感染
	マイコプラズマ感染症	1－4週	飛沫感染
	感染性胃腸炎（流行性嘔吐下痢症）		
	ロタウイルス感染症	1－3日	経口感染
	ノロウイルス感染症	12－48時間	経口感染
	サルモネラ感染症	6－72時間	経口感染
	カンピロバクター感染症	1－7日	経口感染
	アタマジラミ	孵化まで10－14日	接触感染
	伝染性軟属腫（水いぼ）	2週－6月	接触感染
	伝染性膿痂疹（とびひ）	2－10日	接触感染

表5 学校、幼稚園、保育所で予防すべき感染症の潜伏期間と主な感染経路

に低下すると考えられる。

㊥ 百日咳

「特有な咳が消失するまで」だったのが、「特有な咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで」とした。

近年、百日咳は、生徒・学生等比較的年令の高い層では、「特有の咳」が顕著でないことが多い。また、抗菌薬療法を受けないものについては発症後3週間を過ぎても感染性を有する場合もあるといわれているが、適正な抗菌薬療法を5日間終了すれば、まず感染の恐れはないと考えられる。

㊦ 流行性耳下腺炎

「耳下腺の腫脹が消失するまで」だったものが、「耳下腺、顎下腺または、舌下腺の腫脹が発症した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好となるまで」とした。

流行性耳下腺炎は、臨床的には耳下腺以外の唾液腺が腫れる症状がみられることから、耳下腺以外の唾液腺についても規定する必要がでてきた。また、感染後は5日程度で感染力はほぼ弱まるが、臨床的には腫脹が長期間にわたって残る場合があるので、発症後の日数を規定することになった。

結核検診

学校における結核検診は、小・中学では各1年生のツベルクリン反応・BCG体制で施行されていたが、それによる検出者は次第に減少し、二学年あわせてわずか20名前後になった。そればかりか精査にまわり胸部レントゲン撮影するものが3万人を超え、予防投薬を受けるものが約3千人に及んだ。これらの無益な健康障害を防止するために、平成15年4月、学校保健法施行規則を改正し、小・中学第一学年に実施したツ反応検査を廃止し、全学年での問診を実施することにした。また引続き平成17年の改正で、高等学校、高等専門学校および大学生の結核検診は、胸部X線間接撮影にて、それぞれ第一学年のみに実施することにした。

また、問診を踏まえて学校医その他の担当の医師において必要と認める者であって、結核に関し専門的知識を有する者等の意見により精密検査を実施するものとしていた。(結核対策委員会)

平成15～20年度の6年間で、結核を発症した小中学

(3) 臨時休業

臨時休業については、法第二十条で、「学校の設置者は、感染症予防上必要があるときは、臨時に、学校の全部又は一部の休業を行うことができる。」としている。

臨時休業は、一般的には、欠席率が通常時の欠席率より急激に増加したり罹患者が急激に多くなったときに、その状況と地域におけるその感染症の流行状況等を考慮し、決定されるものであるが、それにはその規模により、学級・学年閉鎖と学校閉鎖が選択される。

学校医が学校の設置者により意見を求められた場合は、その学校感染症の感染様式と疾病の特性、地域性を十分に考慮し地域の保健所や医師会の情報等も参考にして回答する必要がある。(表5参照)

学校感染症の発生に対して、その蔓延防止のために臨時休業が特に有効なのは、潜伏期が1～2日と極めて短かく、飛沫感染をするインフルエンザの場合である。発病後5日間、解熱後2日間の出席停止期間、潜伏期の1～2日を考慮すると、4～5日間の臨時休業が大変有効な場合が多い。学校側(保健主事、担任、養護教諭等)の児童生徒等の経過観察を十分に実施し、必要があれば延長させることもある。

生の患者は合計295名あり、その中で学校の結核検診で発見された者は、わずかに19名で、問診票で該当した項目(複数回答)では、「本人の予防内服歴あり」が1名、「家族に結核患者あり」が8名、「高まん延国の居住歴あり」が8名、「自覚症状あり」が1名、「BCG未接種」が2名であった。

毎年、くり返される労力に比べて患者発見数が少なく、この手法への反省が提唱され、この度、施行規則の一部改正する省令が施行されることになった。

その主な改正点としては、次の三点である。

- ① 問診票は、学校健診における保健調査票に統合してもよいこと
- ② 結核対策委員会を設置しなくとも、学校医が直接、精密検査を指示することができること
- ③ 高等学校、高等専門学校および大学生の結核検診は、X線間接撮影にて第一学年のみに実施されることとしていたが、これを直接または間接の

いずれでも可としたこと

しかし、日本はまだ依然として世界的には、結核の中まん延国であり、特に空気感染による集団発生の場として学校における結核対策の重要性はいうまでもない。

従って、問診票を保健調査票等に統合してもよいとしているが、従来の六項目、中でも特に「家族等の結核罹患歴」や、「高まん延国での居住歴」等については漏れなく確認でき、学級担任や養護教諭が学校医に対して、健診前に情報として確実に提示できなければならない。

また、従来は、学校健診により精密検査を必要とするものについては、学校医等が健診や問診票より検出した者について、結核に関し専門的知識を有する者等（結核対策委員会）により審査決定され、管理されていたが、今回の改正では、この結核対策委員会に回すことなく学校医が直接精密検査を指示し教育委員会により管理することができるとした。

学校医、学校、教育委員会、地域医療機関、保健所等が、密に連携・協力し、もれなく事後指導に当ることが求められることになった。

特集

特集

Ⅱ 児童生徒の食生活等実態調査結果からみた
子どもたちの現状について

大阪市立大学大学院生活科学研究科 食・健康科学講座 公衆栄養学 教授 由田 克士

Ⅱ
児童生徒の食生活等実態調査結果から
み子どもたちの現状について

1. はじめに

平成22年度に実施された児童生徒の食事状況等調査の結果がこのほど（独）日本スポーツ振興センターより公表された。この調査は以前より継続的に実施されているものであって、わが国の児童生徒における食生活等の実態や推移を示す貴重な資料である。今回も多岐にわたり詳細な調査がなされているが、ここでは基

本的な生活習慣を育成する重要性を再確認する意味から「早寝早起き朝ごはん」の視点、ならびに詳細な食事調査結果から得られた児童生徒の栄養素等摂取状況や食品群別摂取状況について、各々の要点を概説する。

2. 調査方法

本稿で取り扱う部分での調査対象者と調査方法は以下のとおりである。

(1) 食生活等実態調査の対象

全国47都道府県から選定された完全給食実施公立学校（1学級40名程度）の小学校5年生（5,677名）と中学校2年生（5,284名）が対象となった。なお、有効回答率はどれも98%前後である。内容としては学校給食や日常生活習慣あるいは食習慣に関する択一式のアンケート形式である。

(2) 食事状況調査の調査対象と方法

全国47都道府県を10地域に区分し各地域から1市が選定された。その10市のなかから完全給食実施の公立学校（1学級40名程度）の小学校3・5年生と中学校2年生が調査対象となっている。調査期間は、平成22年12月第2週または第3週の木曜日（学校給食がある日）および土曜日（学校給食がない日）である。なお、身長と

体重の測定は原則として12月の任意の日に、通常の健康診断と同様の方法で測定が行われた。

学校給食については、栄養教諭および学校栄養職員が児童生徒1人当たりの献立別配食量および残食量を秤量し、各個人ごとの献立別摂取量を算出して記録している。また、学校給食以外の食事内容は、保護者が2日間の食事の摂取状況を、朝食、昼食、夕食、朝食間食、間食、夜食（昼食・朝食間食については学校給食のない日のみ）の区分別に、それぞれ料理名と摂取食品名、児童生徒1人当たりが食べた量、商品名、メーカー名等の情報を調査票に記入した。必要に応じ栄養教諭等が確認および補足を行った後、五訂増補日本食品標準成分表を用いて栄養価計算を行っている。なお、エネルギーや各栄養素の摂取状況に関する客観的な評価には、厚生労働省が策定した日本人の食事摂取基準（2010年版）の考え方が用いられている。

3. 食生活等実態調査成績より―起床・就寝時刻と朝食摂取状況の関係―

(1) 起床時刻と朝食摂取状況

児童生徒の起床時刻は6時1分～6時30分、6時31分～7時までの時間帯と回答する者が最も多く認められ、全

体の60%以上が7時までには起床していた。また、7時以降の起床は、女子よりも男子が割合が高かった。

起床時刻と朝食摂取状況との関係をみると、全般的

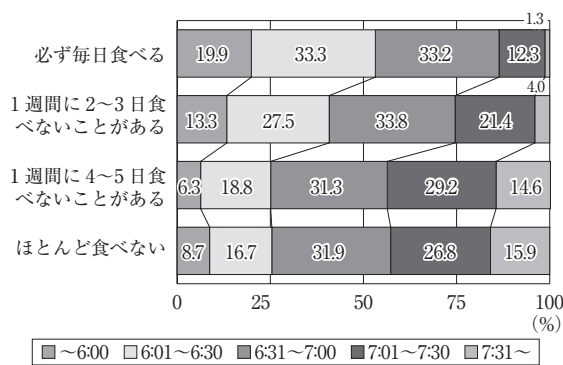


図1 起床時刻と朝食摂取状況の関係（中学生）

に起床時刻が早い時間帯である群ほど朝食の摂取頻度が高くなる傾向が認められた（図1）。

(2) 就寝時刻と朝食摂取状況

小学生の就寝時刻は21時30分～22時の時間帯であるものの割合が最も高く、全体の半数が22時までに就寝していた。しかし、20％程度の者は22時31分以降に就寝していた。一方、中学生では、22時31分～23時の時間帯であると回答した者が最も多かったが、23時以降とした者が半数弱を占めていた。前回の調査（平成19年度）と比較すると、小学生は22時以降、中学校では23時以降の者の割合が増加しており、就寝時刻が遅くなる傾向が認められた。

就寝時刻と朝食摂取状況との関係を見ると、就寝時刻が早い時間帯である群ほど朝食の摂取頻度が高くなる傾向が認められた（図2）。

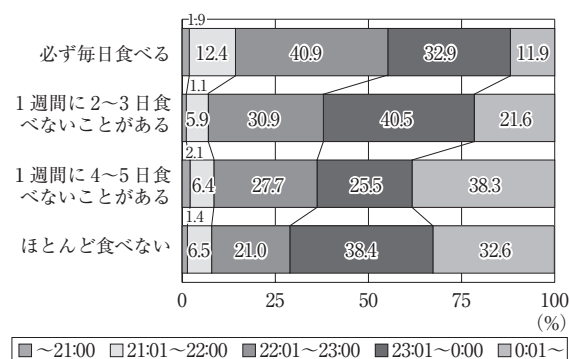


図2 就寝時刻と朝食摂取状況の関係（中学生）

(3) 朝食を食べない理由

朝食を食べない者の理由は、小学生男女、中学生男女ともに「時間がない」とする者が40％前後に認められた。また、「食欲がない」と回答した者もいずれにおいても40％弱にみられた。その他の理由としては、「朝

食が用意されていない」、「いつも食べない」、「太りたくない」と続いていた（図3）。

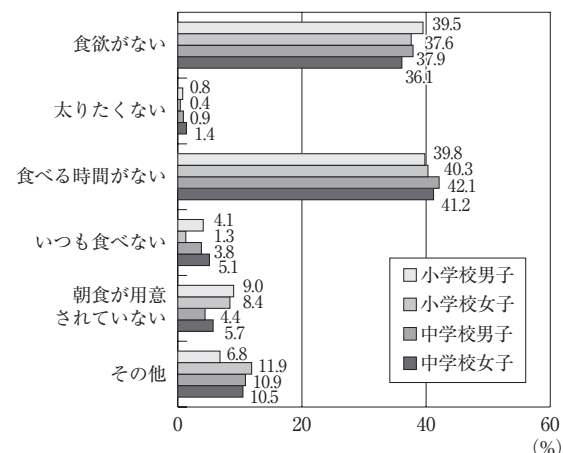


図3 朝食を食べない理由

(4) 学校給食を食べる量と身体のだるさや疲労感の関係

学校給食を「いつも全部食べる」者では、身体のだるさや疲労感を「しばしば」感じている者は15％弱であるが、「時々残すことがある」では18％弱、「いつも残す」では30％弱と、学校給食の完食頻度が高い群となるのにしたが、身体のだるさや疲労感を訴える頻度は小さくなっていた（図4）。

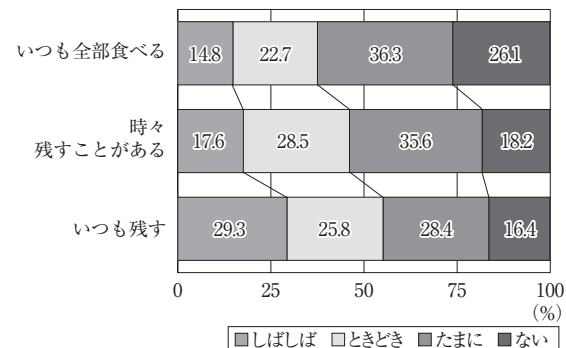


図4 学校給食を食べる量と身体のだるさや疲労感の関係

(5) 夕食の共食状況と起床および午前中の身体不調の関連

夕食の状況が「家族そろって食べる」、「おとなの家族の誰かと食べる」、「子どもだけで食べる」、「1人で食べる」という具合に、家族そろっての共食から孤食に近づくにつれて、朝なかなか起きられず、午前中身体の調子が悪いことがある（しばしば、ときどき、たまに）と回答した者の割合は増加していた（図5）。

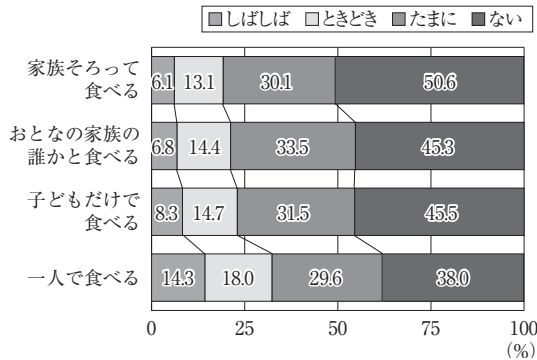


図5 タ食の共食状況と起床および午前中の身体不調の関連

(6) 基本的な生活習慣を育成する重要性

(1)～(5)の結果から、児童生徒における全般的な日常の生活習慣（起床時間や就寝時間）が、朝食の摂取

や自身の疲労感の有無に強く影響していることは明らかである。また、夕食の共食状況についても起床や午前中における身体不調に関連していた。

今回の調査とは直接関係しないが、毎日朝食を食べる習慣のある児童生徒は、平成20年度に実施された「全国学力・学習状況調査」の平均正答率や、「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」での体力合計点が高い傾向を示すことが明らかとなっており、このような状況を理解したうえで、子どもの就寝時間や朝食摂取の状況を改善することについて、家庭だけではなく、地域や国民全体で取り組むことが必要である。子どもの望ましい心身の発達のため、基本的な生活習慣を育成する「早寝早起き朝ごはん」運動や「食育」のさらなる推進が期待される。

4. 食事状況調査成績より－エネルギーおよび3大栄養素の摂取状況－

エネルギーや各栄養素の摂取量は、食塩を除き学校給食のある日の方が高値を示していた。また、エネルギー、たんぱく質、脂質の摂取量については、学校給食がない日に摂取量のばらつきが大きく、極端に摂取量が多い者と少ない者の両者が認められた。

(1) エネルギーの摂取状況について

今回の調査では、対象となった児童生徒のエネルギー摂取量と個別の推定エネルギー必要量（EER）を

求め比較している。EERを充たしていない児童生徒は全体の半数に認められていた。一方、食事別エネルギー摂取量の割合は、朝食：昼食：夕食：間食（夜食を含む）＝22：30：34：14であり、間食からの望ましいエネルギー摂取は望ましいとされている上限である総エネルギー摂取量の10%を超えていた。

(2) たんぱく質について

たんぱく質摂取量が推定平均必要量（EAR）を下

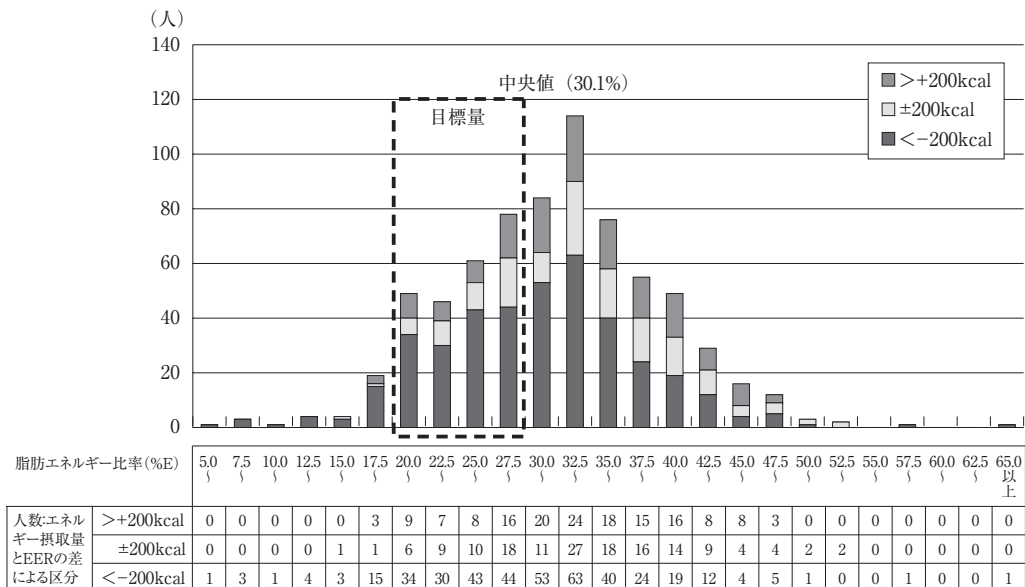


図6 脂肪エネルギー比率の分布（中学校2年 女子：給食なしの日）
～エネルギー摂取量と推定エネルギー必要量（EER）の関係を考慮～

回っている児童生徒は、学校給食のある日で約4%、学校給食のない日では約12%を示していた。摂取量の中央値は、学校給食のある日で推奨量（RDA）の約1.7倍、学校給食のない日で約1.5倍を示していた。この傾向は先行研究でも報告されていることから、特に給食のない日をターゲットとした食生活のあり方について、取組を強化する必要がある。

(3) 脂質について

脂肪エネルギー比率は、目標量の上限值である30%を超える児童生徒が約半数を占めた。また、間食（夜食を含む）からの脂質摂取量の割合が全摂取量の10%を上回っており、このことから間食（夜食を含む）の内容にも留意する必要性が示唆された。

(4) エネルギーと3大栄養素の摂取バランスの評価

脂肪エネルギー比率やたんぱく質比率は、その数値のみをみて評価することには問題がある。すなわち、適切なエネルギー摂取が得られていることの確認も同時に行う必要がある。このため、今回の報告においては、この点を考慮した取りまとめもなされている。例えば、図6のように脂肪エネルギー比率が20～30%の範囲に入っている者でも、摂取エネルギー量がEERから大きく外れている者が相当数認められる。したがって、このような場合の食事改善には両者を加味した取組が求められることになる。厚生労働省が実施している国民健

康・栄養調査の成績においても、成人の脂肪エネルギー比率は、男性に比べ女性で高い比率を示すが、20～40歳代でやせに該当する者の割合は女性において顕著であることから、低エネルギー摂取下での高脂肪エネルギー比率という状況にあることが明らかとなっている。

(5) 特に不足しやすい栄養素の摂取状況

カルシウムについては、給食のある日の摂取量の中央値は、小学校3年男子と小学校5年男女で推奨量を超えていたが、中学校においては、男女ともに学校給食のない日だけではなく、ある日でもRDAを大きく下回り、学校給食のない日の中央値は、すべての学年の男女ともにRDAを下回った。また、学校給食からのカルシウム摂取割合は概ね50%程度となっており、給食の有用性が改めて確認された。

鉄については、給食のありなしに関わらず摂取量の中央値はRDAより低値であったが、給食のある日の摂取量はある程度多かった。

食物繊維の摂取量の中央値はいずれの学年や性別においても学校給食の有無に関わらず、エネルギー摂取1000kcal当たり8gのレベル（日本人の食事摂取基準（2010年版）における成人の目標量から求めた参考値）を著しく下回っていた。

5. 食事状況調査成績より―食品群別摂取状況―

(1) 学校給食のある日とない日における主な食品群別摂取量の比較

給食のある日はない日に比べ、いもおよびでんぷん類、砂糖類、豆類、種実類、緑黄色野菜類、その他の野菜類、きのこ類、藻類、魚介類、乳類の摂取量において高値を示した。中でも乳類については、給食のある日はない日に比べ2倍程度以上の摂取量が認められ、学校給食においてカルシウム給源として牛乳を提供することの重要性が改めて確認された（図7）。

(2) 学校給食のある日とない日における昼食からの食品群別摂取量の比較

給食のある日とない日の昼食を比較すると、前者は牛乳、いもおよびでんぷん類、砂糖類、豆類、豆製品類、種実類、緑黄色野菜類、その他の野菜類、きのこ類、魚介類の摂取量において高値を示した。このうち

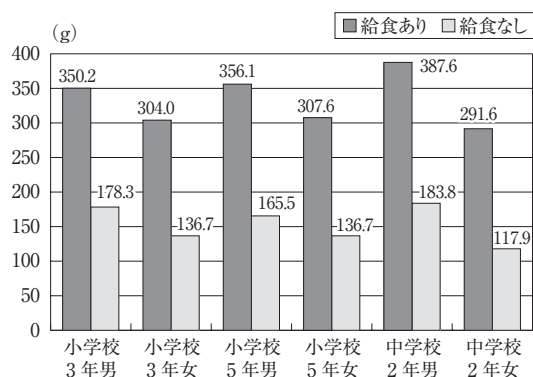


図7 給食のある日とない日の昼食における牛乳の摂取状況

牛乳、豆類、豆製品類、種実類、野菜類の摂取量については、給食のある日の摂取量がない日に比べ顕著に多かった。

(3) 児童生徒の望ましい栄養素摂取や食品群別摂取に寄与する学校給食

児童生徒の家庭における食事状況を全般的に評価すると、現状は必ずしも望ましいレベルにあるとは考え難い。しかし、学校給食によって家庭では普段あまり口にしない食品を摂取する結果として、不足傾向の栄養素を補ったり、栄養素相互のバランスを改善しているこ

とは明かである。

学校給食については、さまざまな観点から議論されることがあるが、私たちの未来を託す児童生徒の健やかな心身の発達の根底を支えているということを十分理解したうえで、前向きな取組がさらに広がることを期待したい。

参考・引用資料

- ・平成22年度児童生徒の食事状況等調査報告書（（独）日本スポーツ振興センター）
- ・平成20年度全国学力・学習状況調査（文部科学省）
- ・平成20年度全国体力・運動能力、運動習慣等調査（文部

科学省）

- ・平成22年国民健康・栄養調査報告（厚生労働省）
- ・日本人の食事摂取基準（2010年版）（厚生労働省）
- ・PDCAサイクルと食事摂取基準による栄養管理・給食管理（建帛社）

第 I 章

健康管理の動向

1 児童生徒の発育・発達

発育・発達は学齢期を特徴づける概念といえる。すなわち幼児とともに児童生徒は、常に身体的にまた精神運動等の量的・機能的な変動を示し、成人や高齢者と比較する時にその特質はより明確である。したがって学校保健においても発育・発達の評価は中心的な項

目とされ、そのことは学校保健安全法の条文として健康診断が主要なものの一つとなっていることから明らかである。発育・発達については時代的にも変動があり、最近の動向も注目される場所である。

1. 発育・発達の指標とその調査

児童生徒の身体的な発育の指標としては、身長、体重、座高などが基本的なものであるが、胸囲、腹囲、頭囲などが測定されることもある。しかしながら健康診断の項目として定期的に測定がなされるものは前3者であり、本稿でもこれを中心として最近の動向に言及したい。身長、体重、座高はそれぞれ単独でその値を検討することも重要であるが、例えば体重を身長との比較で解析することにより、肥満やヤセの評価をより的確に行いうるなど、指標間の関連にも注目する必要がある。

これらは通常、平均値を算出し、年齢間や年代間の変動を評価することができる。これにより我が国の児童生徒の集団としての動向を把握し、的確な評価と必要に応じた方策を確立することに役立つ。全体の傾向が明確になることにより、各個人の測定値の評価基準

が設定され、また地域の特性が明らかになる場合もあり、保健管理においても有用である。

発達面のうち特に運動能力については、学校保健の中心的なテーマの一つとなっている。これについても集団としての平均値を算出することにより、時代的な変動を知ることができ、保健管理がより科学的根拠に基づいたものになることが期待される。

我が国では文部科学省により身体的発育についての「学校保健統計調査」、運動発達に関連しては「体力・運動能力調査」および「全国体力・運動能力、運動習慣等調査」が実施されており、貴重で重要な資料となっている。以下、主としてこれらのデータについて検討し、児童生徒における発育・発達の動向を述べる。特に記載がない場合はこれらの資料に基づくものである。

2. 身長

(1) 平成23年度の年齢別平均値と前年度との比較

平成23年度学校保健統計調査による児童生徒の身長の平均値は表1の通りである。これらを平成22年度の結果と比較すると、男子では5歳、6歳、12歳および13歳で減少、7歳、15歳で増加、その他の年齢では同じ数値であった。女子では5歳、6歳、7歳、11歳および16

歳で前年度より減少、14歳で増加、その他の年齢では同じ数値となっていた。増加または減少の程度は多くが0.1cmであったが、5歳、6歳においては男女とも減少を示し0.2cmないし0.3cmの差異がみられた。

(2) 身長の平均値および分布の男女差

8歳の身長の平均値は男子128.2cm、女子127.4cmと

単位：cm

区 分			平成 23年度A	平成 22年度	昭和56年度B (親の世代)	差 A－B
男	幼稚園	5 歳	110.5	110.7	110.3	0.2
	小学校	6 歳	116.6	116.7	115.9	0.7
		7 歳	122.6	122.5	121.4	1.2
		8 歳	128.2	128.2	126.8	1.4
		9 歳	133.5	133.5	132.1	1.4
		10歳	138.8	138.8	137.2	1.6
		11歳	145.0	145.0	142.8	2.2
	中学校	12歳	152.3	152.4	149.8	2.5
		13歳	159.6	159.7	157.3	2.3
		14歳	165.1	165.1	163.2	1.9
高等学校	15歳	168.3	168.2	167.3	1.0	
	16歳	169.9	169.9	169.0	0.9	
	17歳	170.7	170.7	169.7	1.0	
女	幼稚園	5 歳	109.5	109.8	109.4	0.1
	小学校	6 歳	115.6	115.8	115.1	0.5
		7 歳	121.6	121.7	120.8	0.8
		8 歳	127.4	127.4	126.1	1.3
		9 歳	133.5	133.5	131.9	1.6
		10歳	140.2	140.2	138.2	2.0
		11歳	146.7	146.8	145.0	1.7
	中学校	12歳	151.9	151.9	150.5	1.4
		13歳	155.0	155.0	154.2	0.8
		14歳	156.6	156.5	156.0	0.6
高等学校	15歳	157.1	157.1	156.6	0.5	
	16歳	157.6	157.7	156.9	0.7	
	17歳	158.0	158.0	157.1	0.9	

(注) 年齢は、各年4月1日現在の満年齢である。

以下の各表において同じ

表1 年齢別 身長の平均値

著しい差異は認められず、その分布にも明確な男女差はみられない。11歳では男子145.0cmに比べ女子が146.7cmと上回り、思春期発来との男女差に関連すると考えられる。14歳では男子165.1cm、女子156.6cmと男子の身長が女子より高くなり、17歳では男子170.7cm、女子158.0cmとほぼ最終身長に近い値となる(図1)。

この4年齢において身長の分布を検討すると、思春期に入る児童が含まれる11歳では男女ともに分布が広がり、個人差が大きくなっていることが示された。この傾向はここに示した4つの年齢においては14歳男子で最も大きくなり、17歳では再び8歳と類似した比較的狭い範囲に分布する傾向がみられた。これらの結果は、思春期年齢では身長増加に個人差が大きいことを示し、それは思春期発来の時期に差異があることが主たる理由の一つと考えられる。

(3) 身長の経年的検討と親の世代との比較

平成23年度の17歳(平成5年度生まれ)と、親の世代として30年前の17歳(平成56年度生まれ)の計測値と

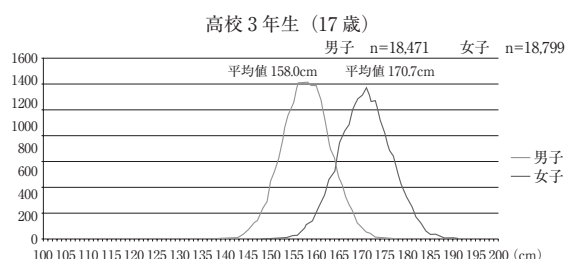
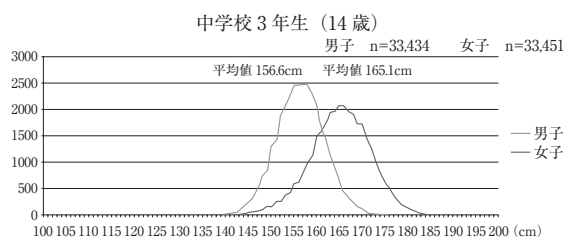
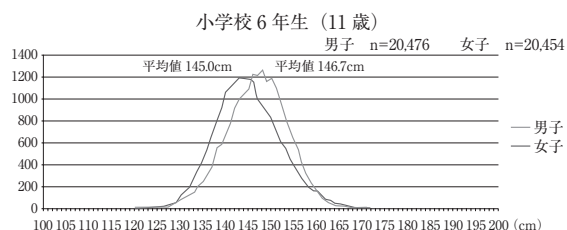
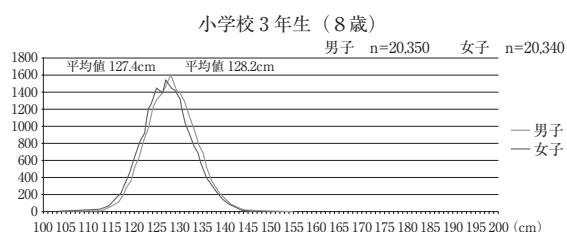


図1 身長の分布図

を比較すると、5歳から17歳のすべての年齢で男女とも平成23年度の値が昭和56年度の値を上回っていた。特に男子で7歳、女子で8歳以後になるとその差は1.0cmを越え、男子では12歳で2.5cm、女子では10歳で2.0cmとその差は最も大きかった(表1)。

男子、女子ともに昭和23年以降、増加傾向が続いていたことは図2の通りである。しかしながら平成9年から平成13年度頃にピークを迎え、その後は横ばい傾向が続いている。

3世代の比較のため子世代(平成23年)、父母世代(昭和56年)、祖父母世代(昭和31年)を比較すると概ね増加していた。祖父母世代に比べ、父母世代における増加が大きい傾向があった。父母世代と子世代の

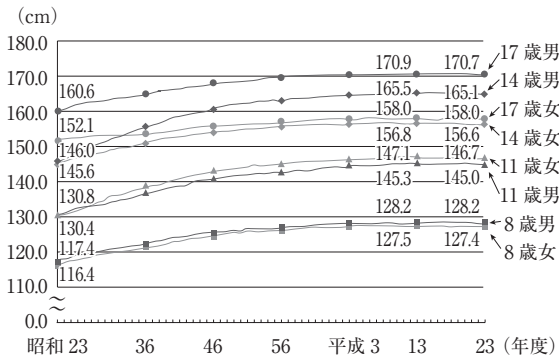


図2 8歳、11歳、14歳、17歳の男女における身長の平均値の推移（昭和23年度～平成23年度）

間でも増加しているが、祖父母・父母における増加に比べその割合は小さかった。

父母世代と子世代で検討すると、成長の途中の段階では世代間の差が大きかったが、成長が完成する17歳ではその差はほとんどみられなかった。

3. 体重

(1) 平成23年度の年齢別平均値と前年度との比較

平成23年度の男子の体重の全国平均値は5歳、6歳、および8歳から16歳の各歳において、平成22年度の同年齢の値に比較し減少していた。7歳と17歳のみで前年度と同じ数値であった（表2）。

女子の全国平均値はすべての年齢で前年度の同年齢より減少していた。

前年度と比較した各年齢における減少の程度は、男子では-0.1～-0.4kg、女子では-0.1～-0.3kgであった。その平均値は、男子では-0.164kgであり女子で-0.162kgであった。

(2) 体重の経年的検討と親の世代との比較

平成23年度の全国平均値と親の世代として30年前の昭和56年度の数値と比較をした。5歳の男女で平成23年度および昭和56年度の数値が同じであり、15歳女子で平成23年度の数値が0.2kg低かったのを除き、他のすべての年齢で増加していた。最も差のある年齢は、男子では12歳（+2.6kg）、女子では10歳（+1.6kg）であった。

体重は男子、女子ともに昭和23年度以降、増加傾向にあったが、平成10年度から平成15年度あたりにピークを迎えた。その後、減少傾向となっている（図3）。

年間発育量は現代に近いほど早期に増加する傾向がみられた。

(4) 各年齢における年間発育量

17歳（平成5年度生まれ）の年間発育量を検討すると、男子で11歳時および12歳時に発育量が大きくなっていた。最大値は11歳の7.5cmである。女子では9歳時および10歳時に最大の発育量を示し、年間6.7cmの増加を認めた。最大発育量を示す年齢は女子が男子より1歳ないし2歳早かった。

年間発育量を親の世代（昭和38年度生まれ）と比較すると、男子では5歳、6歳、8歳、10歳および11歳で親の世代を上回っていた。年間発育量が最大となる年齢は親の世代の12歳時（7.7cm）と比べ1歳早かった。女子では5歳、6歳、8歳、9歳および16歳で親の世代の年間発育量を上回っていた。これが最大となる年齢は親の年代では10歳（6.8cm）であり、平成5年度生まれでは同じないし1歳早い年齢であった。

単位：kg

区 分			平成 23年度 A	平成 22年度	昭和56年度 B (親の世代)	差 A - B
男	幼稚園	5 歳	18.9	19.0	18.9	0.0
	小学校	6 歳	21.3	21.4	20.9	0.4
		7 歳	24.0	24.0	23.2	0.8
		8 歳	27.0	27.2	25.9	1.1
		9 歳	30.3	30.5	29.0	1.3
		10歳	33.8	34.1	32.3	1.5
		11歳	38.0	38.4	35.9	2.1
	中学校	12歳	43.8	44.1	41.2	2.6
		13歳	49.0	49.2	46.8	2.2
		14歳	54.2	54.4	52.1	2.1
	高等学校	15歳	59.4	59.5	57.0	2.4
		16歳	61.3	61.5	59.2	2.1
		17歳	63.1	63.1	60.6	2.5
女	幼稚園	5 歳	18.5	18.6	18.5	0.0
	小学校	6 歳	20.8	21.0	20.4	0.4
		7 歳	23.4	23.5	22.7	0.7
		8 歳	26.4	26.5	25.3	1.1
		9 歳	29.8	30.0	28.5	1.3
		10歳	34.0	34.1	32.4	1.6
		11歳	38.8	39.0	37.3	1.5
	中学校	12歳	43.6	43.8	42.4	1.2
		13歳	47.1	47.3	46.6	0.5
		14歳	49.9	50.0	49.5	0.4
	高等学校	15歳	51.4	51.6	51.6	△0.2
		16歳	52.4	52.7	52.2	0.2
		17歳	52.8	52.9	52.3	0.5

表2 年齢別 体重の平均値

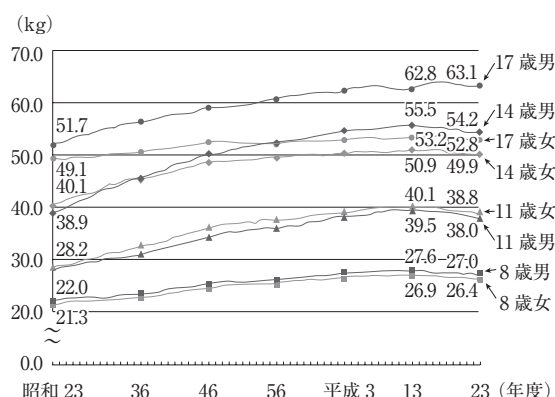
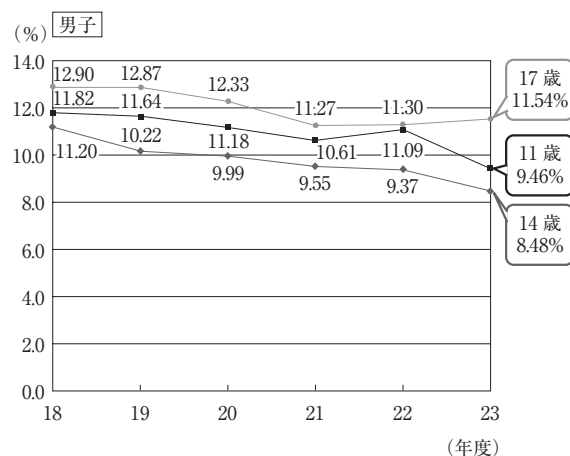


図3 8歳、11歳、14歳、17歳の男女における体重の平均値の推移 (昭和23年度～平成23年度)

(4) 各年齢における年間発育量

平成23年度に17歳である生徒 (平成5年度生まれ) について体重の年間発育量を算出すると、男子で10歳時から14歳時で4kgを超えており、他の年齢において4kg以下であるのに比べ、増加が著しかった。最大の年間発育量を示したのは11歳時 (5.8kg) であった。女子では10歳、11歳で発育が著しく、他の年齢では9歳で4kgであったのを含め、すべて4kg以下であった。最大の年間発育量を示したのは10歳時 (5.0kg) であった。

親の世代 (昭和36年度生まれ) では最大の年間発育量を示した年齢は、男女でそれぞれ13歳、11歳であった。これを比較すると、平成5年度生まれの男女でそれぞれ2歳および1歳早かった。



(5) 肥満傾向児および痩身傾向児について

肥満傾向児とは「学校保健統計調査」においては性別、年齢別、身長別に設定された標準体重に比べ、児童生徒の体重が20%以上である場合とされている。

肥満傾向児の出現率は平成22年度と23年度を比較すると、男子では11歳 (11.09%→9.46%)、14歳 (9.37%→8.48%) とともに減少傾向であるが、17歳では11.30%→11.54%と増加を示した。女子では11歳 (8.83%→8.12%)、14歳 (7.89%→7.43%)、17歳 (8.14%→7.76%) とともに減少傾向を認めた (図4)。

地域的な検討では都市部で、性別では男子に比して女子で、相対的に低い傾向がみられた。公立学校生徒についての調査で、男子の肥満傾向児の多い県は、福島 (15.5%)、徳島 (15.4%)、青森 (14.5%)、宮城 (14.5%)、茨城 (14.1%) などであり、女子では岩手 (11.6%)、青森 (11.4%)、茨城 (10.8%)、群馬 (10.8%)、徳島 (10.8%)、宮崎 (10.8%) などの数値が高かった。

痩身傾向児は、男子では長野 (3.7%)、山梨 (3.6%)、神奈川 (3.0%)、滋賀 (3.0%)、静岡 (2.9%) において、女子では神奈川 (3.6%)、石川 (3.3%)、奈良 (3.3%)、埼玉 (3.2%)、東京 (3.2%)、北海道 (3.0%) で他に比し高値であった。

地域を人口の規模により大都市、中核市、その他の都市、町村、へき地の5群に分類すると、肥満傾向児は男女とも大都市で最も少なく、順次増加し、へき地で最も高い数値が示された。痩身傾向児は反対に大都市で最も多く、最も少ないのはへき地であった (表3)。

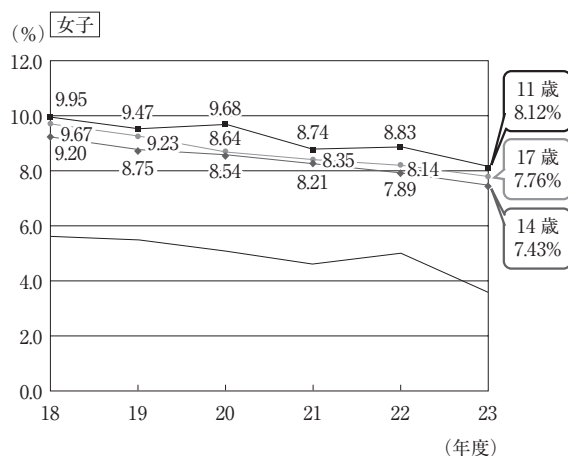


図4 肥満傾向児の頻度 (平成18年度～平成23年度)

区分		児童数	体格平均			肥満傾向児・痩身傾向児の出現率		
			身長 (cm)	体重 (kg)	座高 (cm)	肥満	正常	痩身
男子	大都市	29,607	138.90	33.81	74.89	8.8%	88.7%	2.5%
	中都市	12,902	138.85	34.07	74.89	9.7%	88.0%	2.3%
	その他の都市	51,482	138.69	34.11	74.85	10.7%	87.1%	2.2%
	町村	10,560	138.77	34.53	74.94	12.2%	85.8%	2.0%
	へき地	1,463	138.82	35.11	74.95	13.6%	84.8%	1.7%
女子	大都市	28,718	140.27	33.84	75.85	6.7%	90.4%	2.9%
	中都市	12,462	140.18	34.00	75.83	7.3%	90.0%	2.6%
	その他の都市	49,148	140.12	34.22	75.86	8.4%	89.3%	2.3%
	町村	9,777	140.12	34.45	75.87	9.7%	88.2%	2.2%
	へき地	1,384	140.28	35.28	76.01	12.2%	85.6%	2.1%

表3 肥満傾向児、痩身傾向児の頻度と地域の規模

4. 座高

平成23年度の平均値は表4の通りである。男女とも年齢によりわずかな値の減少ないし増加がみられる。前年度との差異は0.1～-0.1cmの範囲であった。

親の世代と比較すると最も差のある年齢は男子14歳(1.6cm)、女子では10歳および11歳(ともに1.0cm)であった。

身長にしろ下半身の割合を身長から座高を引いた値を指標にして検討すると、男子では13歳から17歳、女子では11歳および13歳から17歳で小さくなっていた。これらの年齢における減少の程度は、女子では-0.1～-0.2cmであったが、男子では-0.2～-0.4cmであった。

単位：cm

区 分			平成 23年度 A	平成 22年度	昭和56年度 B (親の世代)	差 A - B
男	幼稚園	5 歳	62.0	61.9	62.3	△0.3
		6 歳	64.9	64.9	65.0	△0.1
	小学校	7 歳	67.7	67.6	67.4	0.3
		8 歳	70.2	70.3	69.8	0.4
		9 歳	72.6	72.7	72.1	0.5
		10歳	74.9	74.9	74.3	0.6
		11歳	77.6	77.6	76.6	1.0
	中学校	12歳	81.2	81.3	79.8	1.4
		13歳	84.9	85.0	83.4	1.5
		14歳	88.1	88.1	86.5	1.6
	高等学校	15歳	90.3	90.3	89.2	1.1
		16歳	91.3	91.3	90.2	1.1
		17歳	91.9	91.9	90.6	1.3
女	幼稚園	5 歳	61.4	61.5	61.8	△0.4
		6 歳	64.4	64.5	64.4	0.0
	小学校	7 歳	67.2	67.3	67.1	0.1
		8 歳	69.9	70.0	69.4	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	79.2	78.2	1.0
	中学校	12歳	82.1	82.1	81.4	0.7
		13歳	83.9	83.8	83.3	0.6
		14歳	84.9	84.8	84.3	0.6
	高等学校	15歳	85.4	85.3	85.0	0.4
		16歳	85.6	85.6	85.0	0.6
		17歳	85.8	85.8	85.0	0.8

表4 年齢別 座高の平均値

5. 発育についてのまとめ

(1) 身長は親および祖父母の世代と比較し高くなっているが、約10年前頃より横ばいの傾向が続いている。

年間発育量が最大を示すのは男女で11～12歳、女子で9～10歳であり、親の世代より1歳程度早くなっている。

11歳ないし14歳では身長にばらつきが大きくなる。18歳では身長の男女差は明確となるが、8歳と類似した比較的小さいばらつきとなる。

(2) 体重は親の世代より増加しているが、平成10～15年度以降は減少傾向を示している。女子では平成

23年度の値は前年よりすべての年齢で低かった。

肥満傾向児は17歳男子を除き減少傾向を示した。肥満傾向児の出現率には地域差があり、大都市で少なくへき地で高い傾向が見られ、痩身傾向児とは反対の傾向であった。

6. 体力・運動能力の種目別および合計点による評価

体力、運動能力の検査は昭和39年度、40年度より行われているが、平成10年度からは「新体力テスト」が実施され、データが集積されている(図5-1、2、3)。経時的な比較が可能となり、体力の低下や回復などについてのエビデンスが得られることも期待される。6～11歳に実施される新体力テストには、握力、上体起こし、長

座体前屈、50m走、立ち幅とび、ソフトボール投げ、反復横とび(100cm)、20mシャトルラン(反復持久走)などが含まれ、下線の種目は以前より継続されている項目である。12～19歳では持久走(男子1500m、女子1000m)も含まれ、成人も類似した種目が実施され児童生徒との関連も将来的には興味があるが、高齢者で

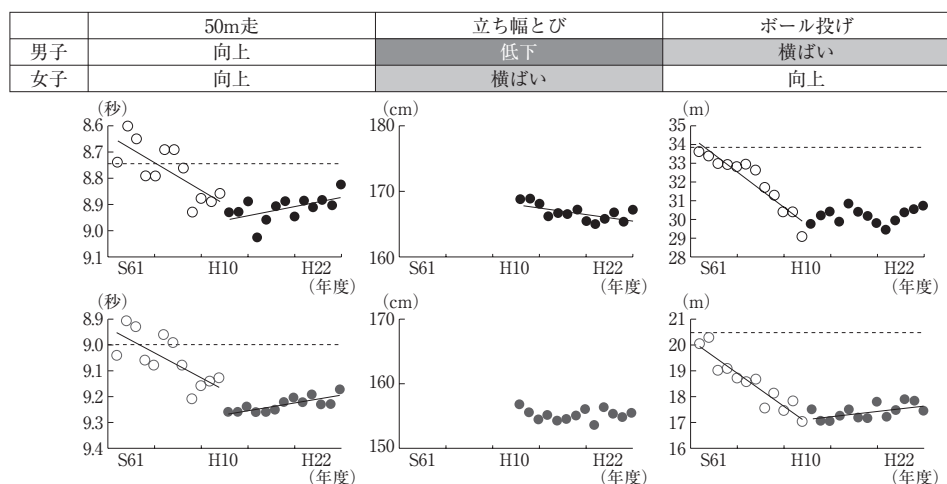


図5-1 長期的(昭和60～平成22年度)にみた小学生(11歳)の走跳投の変化

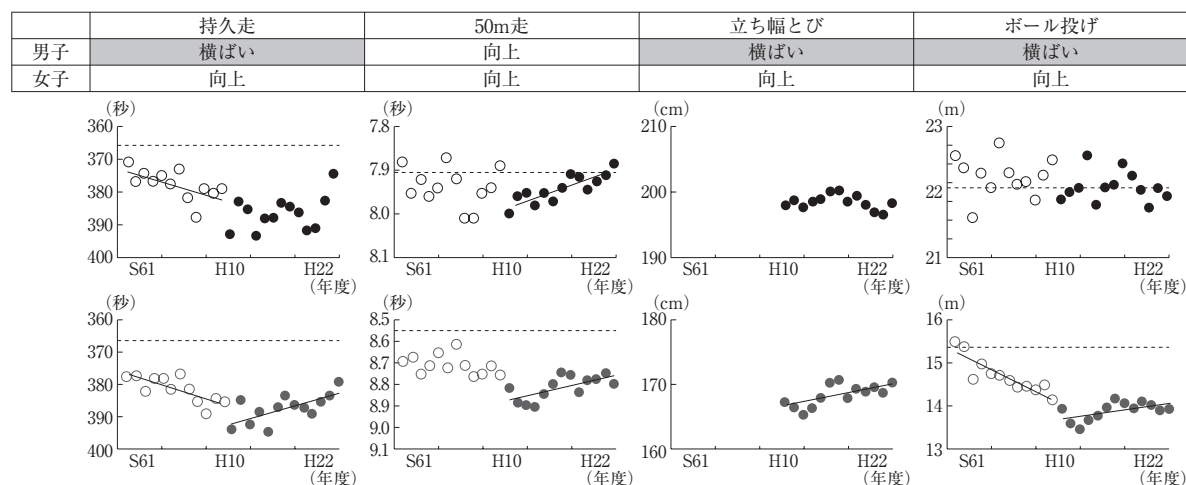


図5-2 長期的(昭和60～平成22年度)にみた中学生(13歳)の走跳投の変化

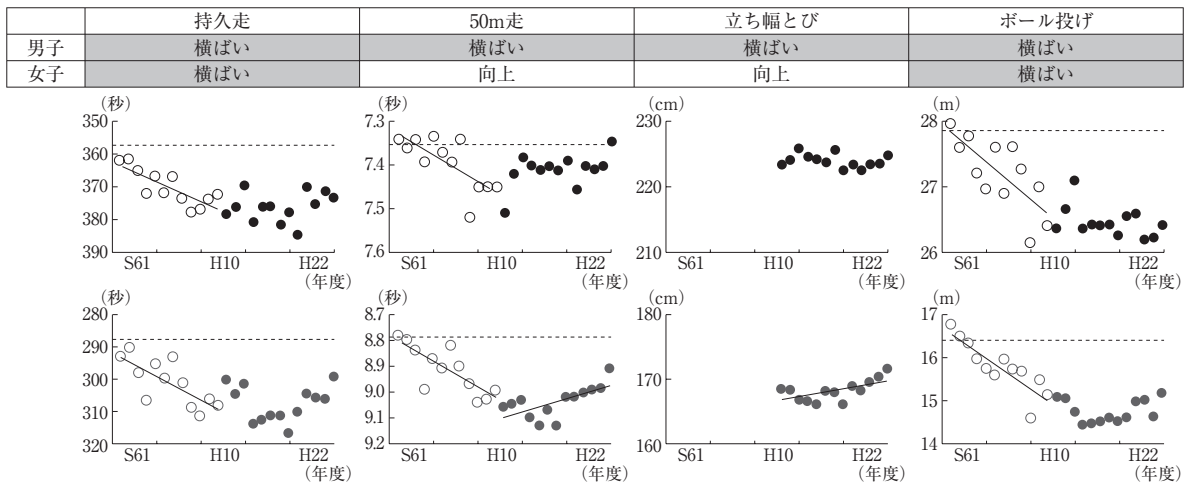


図5-3 長期的（昭和60～平成22年度）にみた高校生（16歳）の走跳投の変化

小学生 (11歳)	握力	上体 起こし	長座体 前屈	反復 横とび	20mシャトル ラン	持久走	50m走	立ち幅 とび	ボール 投げ	合計点
男子	低下	向上	横ばい	向上	向上		向上	低下	横ばい	向上
女子	横ばい	向上	横ばい	向上	向上		向上	横ばい	向上	向上

中学生 (13歳)	握力	上体 起こし	長座体 前屈	反復 横とび	20mシャトル ラン	持久走	50m走	立ち幅 とび	ボール 投げ	合計点
男子	低下	向上	向上	向上	向上	横ばい	向上	横ばい	横ばい	向上
女子	横ばい	向上	向上	向上	向上	向上	向上	向上	向上	向上

高校生 (16歳)	握力	上体 起こし	長座体 前屈	反復 横とび	20mシャトル ラン	持久走	50m走	立ち幅 とび	ボール 投げ	合計点
男子	横ばい	向上	向上	向上	向上	横ばい	横ばい	横ばい	横ばい	向上
女子	横ばい	向上	向上	向上	向上	横ばい	向上	向上	横ばい	向上

※ は昨年度と比較して、横ばいから向上に変わったところを示す。

表5 新体力テスト施行後（平成10～22年度）の体力・運動能力の推移

男子		H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22
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	62.30
	順位	12	11	9	10	7	4	3	8	6	5	1	2	1
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	44.11
	順位	12	11	10	9	8	7	5	2	1	4	3	6	1
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	54.89
	順位	12	11	10	9	8	6	5	7	4	3	2	1	1
女子		H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22
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	61.55
	順位	12	11	10	9	8	7	6	3	5	4	1	2	1
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	50.40
	順位	11	12	10	9	8	6	4	7	5	3	1	2	1
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	51.82
	順位	12	10	11	9	8	6	7	5	4	3	2	1	1

※記録(点)の数値は小数点以下第3位を四捨五入して表記してある。

表6 新体力テスト合計点の平成10～22年度における順位

は日常生活活動テストなどの種目も加わりやや内容的に異なっている。

新体力テストの合計点の推移を平成10～22年度の間で表示したのが表5、表6である。11歳、13歳、16歳のすべての年齢で男女とも、平成22年度の結果がこの間の1位であった。2位、3位も13歳男子を除くすべてで

平成21年度、20年度であった。新体力テストの合計点は最近では上昇傾向にあった。

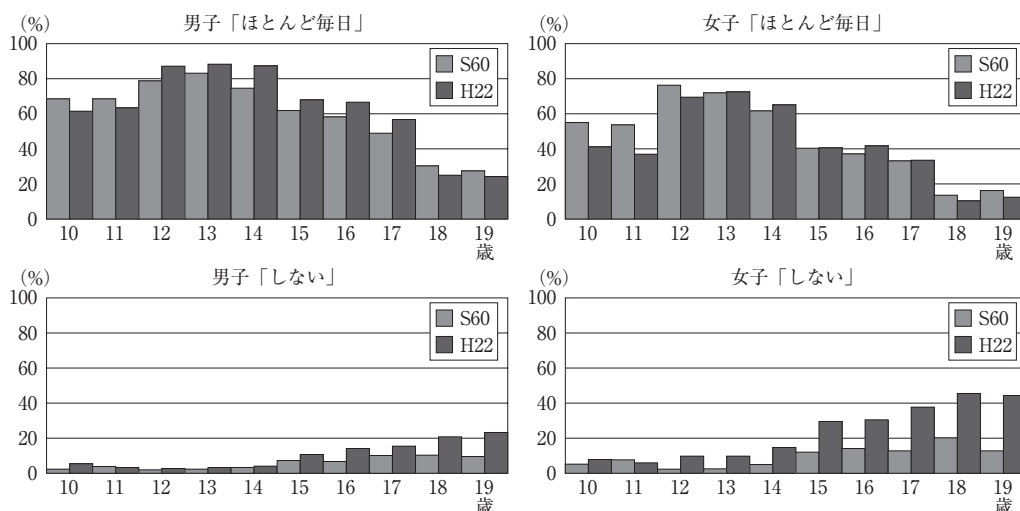
種目別に検討するために、基礎的運動能力とされる走、跳、投について、持久走・50m走、立ち幅とび、ボール投げにおいて変動を調べた。11歳男子を除き、すべてで横ばいないし向上との結果が得られた。

7. 運動に関連する生活習慣

体力水準が高かったとされる昭和60年度と平成22年度の運動・スポーツの実施頻度を日数を指標として検討した(図6)。週3日以上行う「ほとんど毎日」群の率は、小学生(10歳、11歳)では男女とも平成22年度の

値が低かった。中学生・高校生(12歳～17歳)では男子で平成22年度がより高く、女子では男子に比べ両年度間で著しい差異はみられなかった。

運動を「しない」群は全般的に平成22年度で昭和60



※図中の「ほとんど毎日」は運動・スポーツを週3日以上、「しない」は実施しないものを示している。

図6 運動・スポーツの実施頻度の年次比較

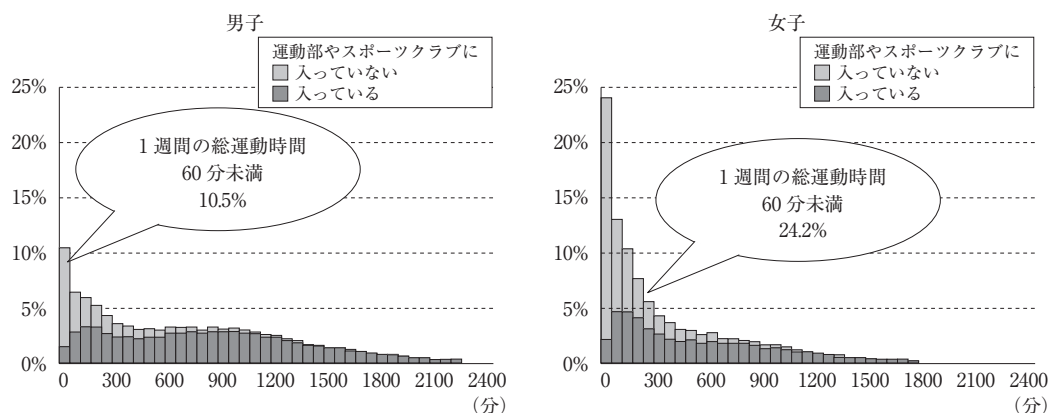


図7-1 1週間の総運動時間の分布(小学生)

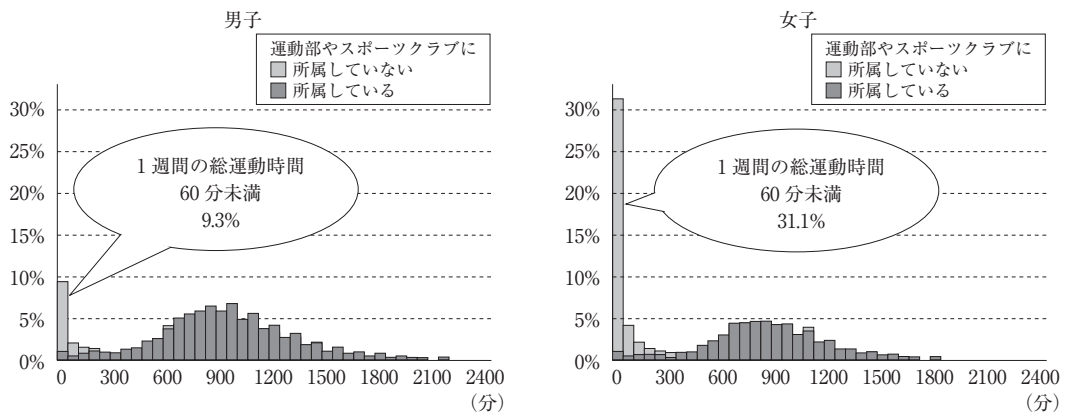


図7-2 1週間の総運動時間の分布（中学生）

年度より増加していた。女子でより著しく、年齢が進むと増加する傾向もみられた。

運動習慣を時間数を単位として検討すると、1週間の総運動時間が60分未満の児童生徒は、男子では小中

学生ともにおよそ10%前後であった。女子では小学生24.2%、中学生31.1%であった。全体の分布は、中学生になると2極化がうかがえる傾向であった（図7-1、2）。

（大関武彦）

小児の突然死について、文部省班会議により全国的調査が開始されたのは昭和40年代である¹⁾。その多くが心臓疾患に関係することが判明し、同時期から実施されはじめた学校心臓検診の目的に、心疾患の発見、診断、管理に加え、「突然死の予防」が謳われるようになった。

突然死は病院外で起こることがほとんどであり、全数調査は難しいが、学校で発生する死亡事例に関しては、全国97%の学校の児童生徒が加入している学校災害共済制度に、全ての発生状況や健康診断票が報告される。それらを基に、過去30年間の学校管理下での突然死発生数の推移や最近の状況について学校の現場へ情報を還元するために冊子²⁾にまとめたので、一部を記す。

① 学校における突然死発生数の推移

突然死とは、WHO（世界保健機構）では発症から24時間以内の予期せぬ内因性死亡と定義され、学校災害共済給付制度上では、これに加えて、24時間以上生存しても意識不明等のまま改善なく死亡に至ったものを含むと定義し、各事例につき、災害共済給付審査委員会により判定している。

学校管理下における死亡事例および突然死の過去30年間の発生率年次推移を図に示す。事例数は1980年代には年間100例近く報告されたが、2005年以降は年間30例ほどに減った。少子化による生徒数の減少を考慮し生徒10万人に対する発生率で評価すると、80年代は0.5前後であったが、2005年以降は0.3～0.2まで減少している。

② 心臓系突然死の原因

突然死の原因としては、一部に脳内出血やクモ膜下出血などの中枢神経系による例もあるが、最も多いのは心疾患による「心臓系突然死」である。2006年からの4年間に報告された心臓系突然死92例について、推定された原因心疾患を表に示す。発症前に疾患が判明しており、場合によっては突然死すると予測された原因で最も多いのは先天性心疾患と心筋症である。一方で、発症後に診断された例や剖検後も原因不明の「予測できない突然死」が「予測できる突然死」よりも多くみられる。これらの傾向は以前からあまり変化がなく、おそらく現在の心臓検診では、それらの真の原因を事前に発見することには限界があると思われる。

予測できない原因の中で剖検などによって判明した疾患として比較的多いのは、冠動脈の先天異常や、大動脈解離、心筋症、心筋炎であった。これらは、心エコーによる発見の可能性があるが、強い運動中の発症が多いため、トップクラスの運動選手の検診にはエコーの導入も考慮されるが、費用対効果の検討が必要である。また、一部の不整脈には、将来、遺伝子診断の導入が検討されるかもしれない。

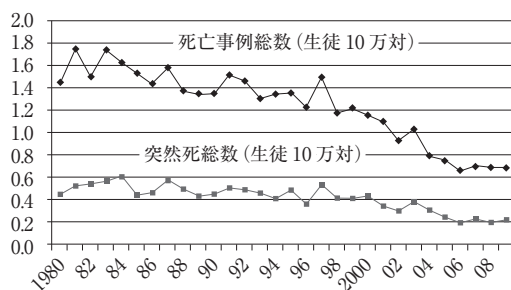


図 1980-2009年度別学校管理下突然死発生率 (生徒10万対) [文献1] より改編

発症前に診断 (44例)	例数	注
先天性心疾患	14	ペースメーカー挿入例2
心筋症	14	肥大型9、拡張型1、拘束型2
WPW症候群	4	
QT延長症候群	3	
大動脈解離	2	
その他不整脈の既往	5	心房細動、PSVT、PR短縮、ST低下、PVC 各1
意識消失の既往	1	
肺動脈性肺高血圧症	1	
発症後に診断または原因不明 (48例)	例数	注
原因不明	26	剖検7
先天性冠動脈異常	5	
急性心筋炎	5	
肥大型心筋症	4	
大動脈解離	4	
心臓震盪	1	
心電図異常のみ	3	不完全右脚ブロック2、PACI

表 学校管理下の心臓系突然死の推定原因 (2006-2009)

③ 救命措置の普及による突然死予防

平成15年以後、救急医療の新たな流れとして救急救命士、一般市民によるAEDの使用が公認されたことにより、病院外での心停止例に対する救命例の報告が増えた³⁾。救急救命医療や集中治療に携わる関係者による蘇生処置やAED使用に関する学校教職員への講習も行われはじめ、心臓検診と並行した形で突然死の防止効果を示しはじめている。今後は、学校検診の充実による危険性予測と、発症時の救命措置普及の両方向からのアプローチによって、一人でも多く生徒たちの突然死を予防できることが望まれる。

参考文献

- 1) 大国真彦：小児保健研究 vol.63, 80-83, 2004
- 2) 独立行政法人日本スポーツ振興センター：学校における突然死予防必携（改訂版）. 2011
- 3) 総務省消防庁：救急救命統計（2008年），2009

（鮎沢衛）

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いっても過言ではない。そのなかにあつて、衛生環境や栄養状態の改善、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、感染症はかつてほどの重大な危機ではなくなったかのように思われている。しかしMRSAやバンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）、多剤耐性結核菌をはじめとする各種耐性菌の出現、かつては知られていなかった重症急性呼吸器症候群（SARS）、高病原性鳥インフルエンザ、後天性免疫不全症候群、ラッサ熱、レジオネラ症、エボラ出血熱などの新興感染症が大きな課題になっている。2007年のWHO（世界保健機構）の「世界健康報告」によれば、1970年代以降40年間の間にほぼ1年にひとつの新しい病気が発生しているという¹⁾。既知の感染症はもとより、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は、豚から人に感染が起きたと考えられ、またたく間にWHOのフェーズ6に達した。毒性は鳥インフルエンザより低く、季節性インフルエンザに近いとされているが、平成21年に世界中でパンデミックの流行を起した。日本ではすでに沈静化したが、ウイルスの変異や強毒化などに対する警戒と然るべき対応を必要としている。

恐ろしいのは新興感染症ばかりではない。平成18年には、フィリピンから帰国した2名の日本人がフィリピンで狂犬病に感染、帰国後発症して死亡した。日本では昭和29年を最後に国内感染の狂犬病による死者はなく、犬の感染も昭和33年以後は認められていなかったが、海外においては未だに重大な問題であることを知

るべきである。飛行機による海外旅行が普及したため、感染症の病原体は容易に世界中に拡散され得るようになった。新型インフルエンザやSARSがよい例である。海外から国内に持ち込まれる輸入感染症（旅行者感染症）対策は大きな課題となっている。

性感染症の増加も大きな問題である。十分な知識を持たない性行動は、望まない妊娠以外にもクラミジアをはじめとする性感染症の問題を起こす。クラミジアに感染するとHIV感染しやすくなるうえ、卵管炎から不妊の原因になることがある。ヒトパピローマウイルス（HPV）に感染すると、将来に子宮頸癌のリスクが上昇することが知られている。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。

ワクチン接種には定期接種と任意接種がある。現時点で公費関与が大きい定期接種には、ジフテリア、百日咳、急性灰白髄炎（ポリオ）、麻しん、風しん、日本脳炎、破傷風、結核、高齢者のインフルエンザがあるが、平成24年に厚生労働省の予防接種部会が子宮頸がん、小児用肺炎球菌とインフルエンザ菌b型（ヒブ）の3ワクチンの定期予防接種化を目指す提言をまとめた。提言では、水痘、おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）、成人用肺炎球菌、B型肝炎の4ワクチンについても、広く接種を促進することが望ましいとしている²⁾。また、今までは生ワクチンだったポリオワクチンも、平成24年9月から不活化ポリオワクチンが導入された。

以上は感染症全般にわたる最近の動向であるが、学校保健の分野でも学校において予防すべき感染症についての学校保健安全法施行規則の改正があった。以下に最近の話題について述べる。

1. 学校において予防すべき感染症および学校保健安全法施行規則の改正

平成24年に「学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令（平成24年文部科学省令第11号）」が施行

され、結核検診の検査方法の変更と、学校において予防すべき感染症の第二種感染症（飛沫感染するもの

で学校において流行を広げる可能性が高い感染症)に髄膜炎菌性髄膜炎を追加し、出席停止期間を「病状により学校医等において感染のおそれがないと認めるまで」とするとともに、インフルエンザなどの出席停止期間の基準を以下のように定め、4月1日から施行した。

○インフルエンザ：発生した後、5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児にあっては3日）を経過するまで。

○百日咳：特有の咳が消失するまでまたは5日間の適正な抗菌性物質製剤による治療が終了するまで。

○流行性耳下腺炎：耳下腺、顎下腺または舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで。（表1）

「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、新たに人から人に感染する能力を持ったウイルスによるインフルエンザで、一般に国民が免疫を有していないことから全国的かつ急速なまん延および国民の生命・健康に重大な影響を与え得るものである。H5N1以外の新たな新種のインフルエンザウイルスの出現に対応したものと考えてよく、平成21年に流行した新型インフルエンザA/H1N1（豚インフルエンザ）は、これに相当した。(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

	考え方	感染症の種類	出席停止の基準
第一種	感染症予防法の一類感染症及び二類感染症（結核を除く。）	エボラ出血熱	治癒するまで
		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	
第二種	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。）	発生した後、5日を経過し、かつ解熱した後2日（幼児にあっては、3日）を経過するまで
		百日咳	特有の咳が消失するまで又は5日間の適正な抗菌性物質による治療が終了するまで
		麻疹	解熱した後3日を経過するまで
		流行性耳下腺炎	耳下腺、顎下腺又は舌下腺の腫脹が発現した後5日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
		風しん	発疹が消失するまで
		水痘	すべての発疹が痂皮化するまで
		咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
		結核及び髄膜炎菌性髄膜炎	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	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	コレラ	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
		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	

表1 学校において予防すべき感染症

康に重大な影響を与え得る恐れのあるものである。

結核予防法は平成19年3月31日をもって廃止となり、結核は感染症予防法の二類感染症、学校感染症の第二種感染症となった。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。

学校における結核検診は、平成15年度から問診票と学校医診察および結核対策委員会など専門家の意見を聞いて精密検査を行うことに変更されたが、平成15年度から21年度の6年間に発見された小中学生の結核患者のうち接触者健診で156人（53%）、医療機関受診110人（37%）に対し、学校の結核検診での発見は19人（6.4%）に過ぎないことから結核検診の効率化、有症状者の早期受診を促すこと、保健所が実施する接触者健診に協力することが大切とされ³⁾、問診票の内容を健康調査票などに統合することが可能になるとも

に、学校医が直接精密検査を指示することができるようになった。検診の手法については、文部科学省の「学校における結核対策マニュアル（平成24年3月）」を参照されたい。

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

なお、学校保健法には「伝染病」という用語が残っていたが、平成20年6月に学校保健法の一部を改正する法律が成立し、学校保健法と学校保健法施行規則は、それぞれ学校保健安全法と学校保健安全法施行規則にかわり、平成21年4月1日から「伝染病」という呼称は「感染症」に統一された。

2. 新型インフルエンザ対策

新型インフルエンザは、毎年流行を繰り返すウイルスと全く異なるウイルスが出現することにより、免疫を持たないヒトの間で大流行を起こすもので、場合によっては世界的規模の流行（パンデミック）を起し、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という）患者に対して入院などの措置を推奨した。これを受けて、我が国でも感染症法を一部改正し、H5N1のインフルエンザを感染症予防法の二類感染症とし、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

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

を整備した。また感染した恐れのある者に対する健康状態報告要請や外出自粛要請規定、停留施設に医療機関以外の施設追加など、まん延防止策を拡充した。

文部科学省では、平成18年6月に当時の学校保健法施行規則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二類感染症に変わったためH5N1は第一種感染症となった。H5N1に児童生徒が罹患した場合治癒するまで、学校長は出席停止の措置や、必要によって学校の一部または全校を臨時休校することができる。

インフルエンザの特効薬のタミフルが、異常行動を誘発するのではないかという問題があるが、インフルエンザのみでも異常行動をおこすことがあり、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。厚労省は異常行動の監視のため、少なくとも服用開始後2日間は保護者が若年患者を一人にしないよう呼びかけている。

鳥インフルエンザはすでに日本でもいくつかの地域で鳥の間に発生しており、文部科学省は、野鳥になるべく近づかない、死んだ野鳥には手で触らないなど野鳥に対する対応の周知徹底を呼びかけている。また学校で飼育している鳥や動物も、放し飼いにせず野鳥と接触しないよう対応を求めている。

H5N1インフルエンザに対しては平成21年2月に厚労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、この行動計画の見直しが行われた。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⁴⁾、平成23年9月の新型インフルエンザ対策行動計画⁵⁾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「未発生期」、「海外発生期」、「国内発生早期」、「国内感染期」、「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)。

学校関係では、「海外発生期」では、新型インフルエンザの発生国に滞在している在籍者に注意喚起を行うとともに感染が疑われた場合の対応について周知するとしている。「国内発生早期」では、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し、「国内感染期」には学校・保育施設等の臨時休業等一部の感染拡大防止策を継続し、感染拡大をなるべく抑えるよう努めるとしている。「小康期」では、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。

発生段階	WHOのフェーズ (参考)	状態	
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	
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
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
国内感染期		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
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)⁴⁾、新型対策行動計画(平成23年9月)を一部改編⁵⁾

表3 新型インフルエンザ発生段階

3. 感染性胃腸炎、細菌性食中毒

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毎年冬に増加する。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した場合、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した場合、家庭など共同生活を行っている中で感染した場合などがある。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新たな感染拡大が起きたケースもある。厚労省が平成18年12月に改訂した「ノロウイルスに関するQ&A」でも、手洗の励行、下痢や嘔吐症状のある食品取扱者は食品を直接取り扱わないようにすること、適切な消毒薬を使用すること、患者

の糞便や吐物を適切に処理することに加え、特に高齢者や体力の低下している者は、加熱が必要な食品は十分加熱するように呼びかけている。ノロウイルスによる感染性胃腸炎は毎年冬期に注意すべき疾病であり、流行時の衛生管理には十分な注意が必要である。

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が最も多いといわれる。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⁶⁾。75℃、一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た⁷⁾。

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、厚労省調査で全国363校にのぼり、患者は2511人で大学生が861名、高校生が740名を占めたという。東京都教育庁では5月中旬から急遽、都立学校の生徒・教職員に対し麻しん未罹患・ワクチン未接種の者をアンケートで洗い出し、希望者に麻し

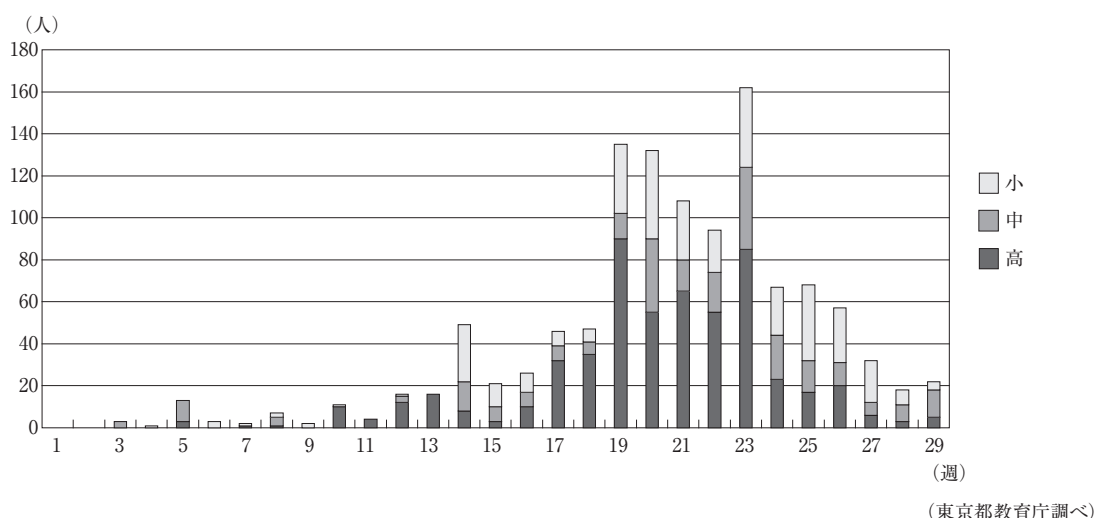


図1 平成19年東京都公立学校における麻疹報告人数

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、高等専修学校で麻疹単独ワクチンまたはMRワクチンの集団接種を行った。実施校は、都立校・私立校あわせて500校以上にのぼった。ワクチン接種には学校医と医師会が協力した。

麻疹は平成13年に大流行があったが、その後次第に患者数は減少していた。平成19年春の流行は、東京、神奈川、大阪、福岡など大都市で流行したこと、15歳以上の「成人麻疹」患者が多かったことが特徴である。この理由として、(1) 自然感染機会の減少、(2) 麻疹ワクチン未接種者、(3) ワクチンを接種しても十分な免疫が得られていない者 (Primary Vaccine Failure)、(4) ワクチン接種で免疫がついていても、麻疹ウイルスに接触して免疫を強化する機会 (ブースター効果) が減少する等の影響で抗体価が低下した者 (Secondary Vaccine Failure) らの間で麻疹が流行したと考えられている。

かつて日本では麻疹ワクチンの接種は一回だった

が、平成18年4月から麻疹と風疹の2回接種制度が導入された。麻疹ワクチン一回接種では、麻疹の鎮圧が困難だったためである。MRワクチンの第2期定期予防接種は小学校就学前の1年間に行うことになっていた。しかし10代の世代で麻疹・風疹の抗体保有率が低いことから、この世代においても2回目のワクチン接種率を95%以上にする努力が必要となった。厚生労働省は国内の麻疹排除に向けて、平成20年度から5年間、中学1年と高校3年の年代の者を対象に予防接種法に基づく第3期、第4期の定期予防接種としてMRワクチン接種を開始した。また今までの定点報告を改め、麻疹と診断したすべての医療機関に報告を義務づける全数報告を行うことになった。この後、麻疹の全国的大流行は起きていないが、平成24年には風疹の流行が見られた。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「麻疹の輸出国」とも呼ばれることがあり、麻疹の排除を期待するものである。

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) 厚生科学審議会感染症分科会予防接種部会における予防接種制度の見直しについて (第二次提言)、平成24年5月、厚生労働省 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002b6r0-att/2r9852000002b6sh.pdf>)
- 3) 学校における結核対策マニュアル、文部科学省、平成24年3月
- 4) 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
- 5) 新型インフルエンザ対策行動計画、平成23年9月20日、新型インフルエンザ対策閣僚会議 (<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/kettei/110920keikaku.pdf>)
- 6) 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
- 7) 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 内科

「3-1-1. 栄養状態」、「3-1-2. 循環器」、「3-1-3. 呼吸器」、「3-1-4. 腎・尿路」では、主に文部科学省による平成23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。なお、平成23年3月の東日本大震災による影響で、岩手県、宮城県および福島県は調査対象になっていないが、この調査は抽出調査のため、被災県を除いても全国値に統計的有意差は生じないと考えられる。「3-1-1. 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」の一部を紹介した。呼吸器の分野では、平成23年度に学校の小中学校における結核検診の改訂が行われた。また学校生活管理指導表も平成23年度に改訂された。

3-1-1 栄養状態

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

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

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

肥満傾向児出現率を図1に示す。肥満傾向児は、男女とも6歳から徐々に増えており、高校まで増加傾向を

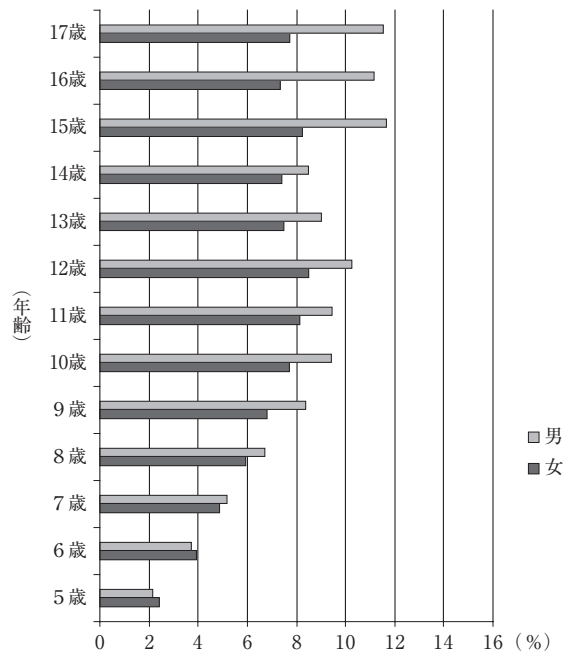


図1 平成23年度 年齢別 肥満傾向児出現率

示している。男子では5歳が2.14%、12歳が10.25%、15歳で11.69%、17歳が11.54%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2.40%、12歳で8.51%、15歳が8.26%、17歳が7.76%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

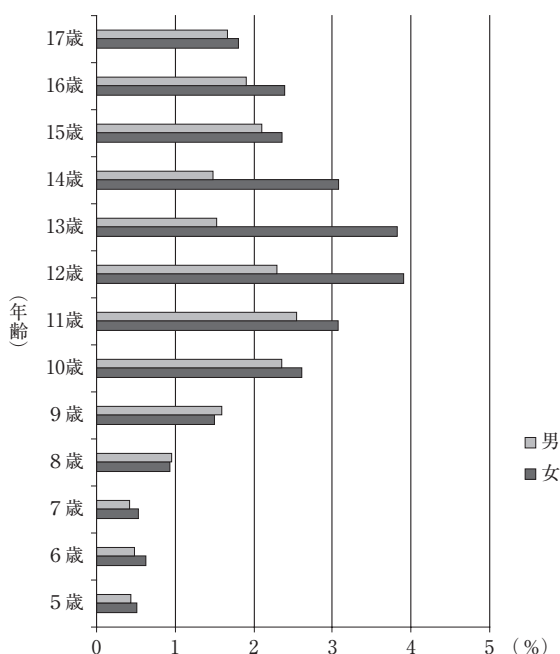


図2 平成22年度 年齢別 痩身傾向児出現率

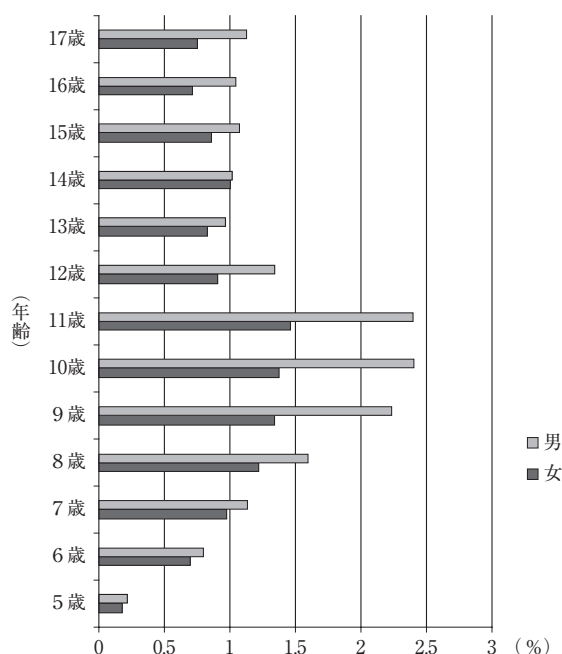


図3 平成23年度 栄養状態を指摘された者の割合

かつては増加傾向だったが、この10数年は緩やかで、今回、男子は17歳を除く各年齢で、女子は全ての年齢で前年度より減少した。

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0.33%、11歳で3.05%、15歳で2.11%、17歳で1.54%だった。女子は5歳で0.50%、12歳で4.32%、15歳で2.56%、17歳で1.81%であった。前年度比では、男子は5歳、11歳、14歳、16歳および17歳を除く各年齢で、女子は5歳、11歳、14歳、16歳を除く各年齢で増加した。痩身傾向は男子より女子に多く、9歳頃から痩身傾向児が増えはじめ、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。

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10歳男子では2.4%が栄養状態の指摘を受けている。小学校では発育・栄養状態が健康づくりのための大切な要素であるため、学校医の指摘を受けやすいのかもしれない。

東京都の健康づくり支援のための基礎調査

平成17年度に東京都教育委員会が「健康づくり支援のための基礎調査」として、都立高校174校の1年生3,542人と保護者に質問紙法による調査を行った。その結果、朝食摂取率は75%で、女子生徒の81%は「体重を減らしたい」という「やせ願望」があったという。ダイエットに関心のある女子生徒は75%おり、「この1年にダイエットをした」ことのある生徒は男子7%に対し、女子は34%にダイエット経験があった。さらにBMIが高い程（肥満傾向にある程）、男女ともに「やせ願望」が強くなることがわかった。しかしながら、女子ではBMI≤19.0以下の「やせ傾向」にある女子生徒の約6割に「体重を減らしたい」という強い「やせ願望」があることがわかった²⁾。すでにやせているにもかかわらず、もっとやせたいという強い「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がある。成長期にある女子高生において、やせていても、さ

らに体重を減らしたいと考えている者が6割もいることは、健康づくりにおいて大きな問題である。栄養に関する正しい知識、食事の重要性、健康な体づくりに向け

て、学校・家庭・地域が連携した食育の啓発と推進が必要であろう。

3-1-2 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21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。心電図異常は男子の方が多く、小学1年生男子は2.87%、女子は2.14%、中学1年男子3.74%、女子2.97%、高校1年男子3.78%、女子2.47%であった。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。

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留意すべきである。

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。平成23年

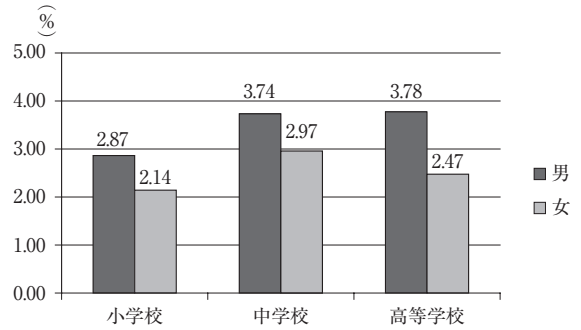


図1 平成23年度 心電図異常の割合

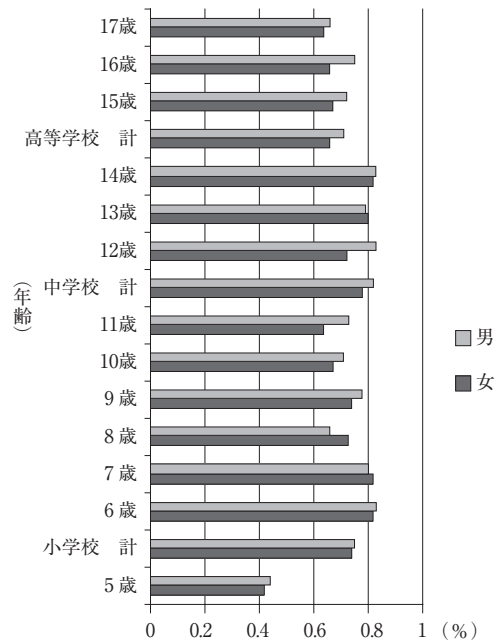


図2 平成23年度 年齢別 心臓の疾病・異常の割合

度には、学習指導要領の改訂に伴い、学校生活管理指導表も改訂が行われた(38、39、40ページ参照)。

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

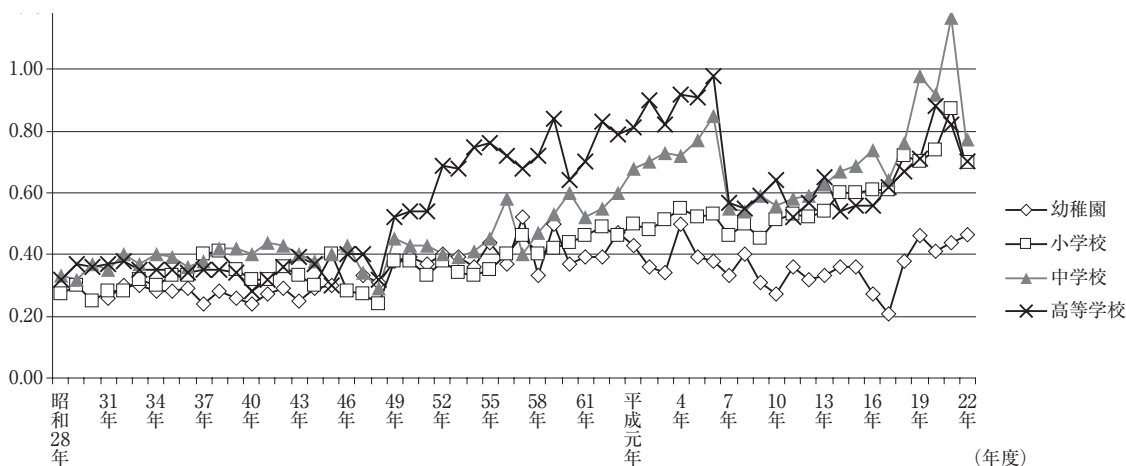


図3 年度別 学校種別 心臓疾患・異常の有無

心臓疾患・異常を持つ者の割合は小学校男子が0.75%、女子が0.74%、中学校男子が0.82%、女子が0.78%、高校男子が0.71%、女子が0.66%だった。心電図異常は中・高等学校で多いが、心臓疾患・異常の有無という観点からは中学生がやや多い傾向にある。

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たが、この数年は中学校が高い傾向にある。平成7年度の中学校・高等学校の低下の理由は明らかでないが、平成6年に学校保健法施行規則が改正され、平成7年度から学校心臓検診に心電図検査が義務づけられ、検診精度が向上したことも背景にあると思われる。

図4は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの統計から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。この数年を除くと、突然死の約60%から80%を心臓系突然死が占めていた。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事も、中学・高校に心臓系突然死が多い理由のひとつと考えられている。しかし、最近非心臓系(中枢神経系・大血管系)突然死が増えている傾向があり、これらへの対応も課題になりつつある⁵⁾。

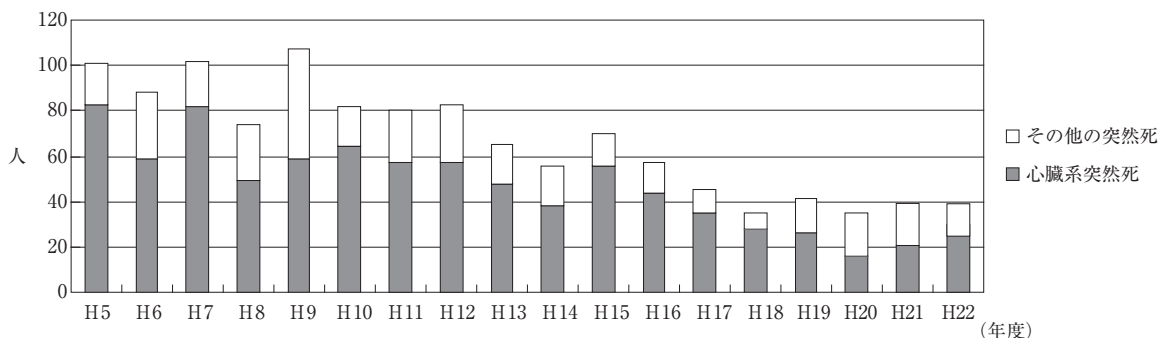


図4 学校管理下の突然死

(日本スポーツ振興センター統計調査より)

3-1-3 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年度から問診票、学校医の診察および結核対策委員会による結核検診が導入された。

この方式による結核検診対象は、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、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し、結核対策委員会は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とされた。

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1.11%だった。しかし要精密検査となったのは0.35%である。8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、結核検診の効率化と有症状者の早期受診を促すこと、および保健所の接触者健診への協力が重要とされ、平成24年度から結核検診の方法が見直された。

新しい「学校における結核対策マニュアル」によれば、問診票を保健調査等に統合してよく、学校医が直接精密検査を指示することができることになった。入

■ 結核精密検査対象者 ■ 委員会での検討を要する者

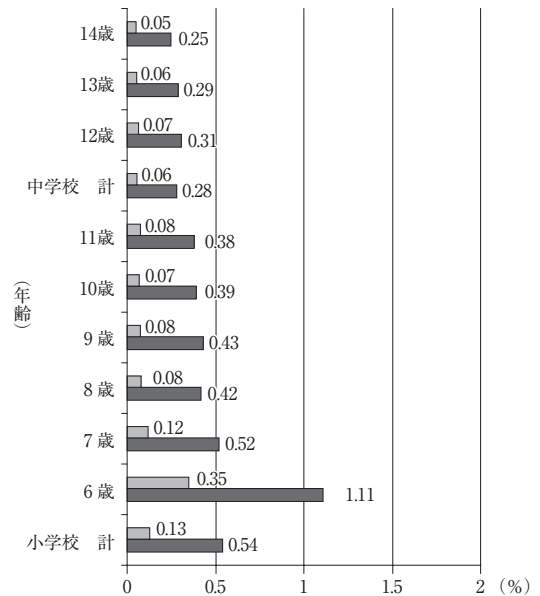


図1 平成23年度 年齢別結核検診の割合

学・転入時に高まん延国の居住歴があり、精密検査の受診歴がない場合は精密検査の対象となる⁶⁾。

従来の結核対策委員会については、教育委員会が必要に応じて、地域の保健所や結核の専門家等の助言を受けるといった文言に変更された。私立と国立学校においては、従来通り学校単位で行う。

しかし日本は世界的に見れば、いまだに結核の「中まん延国」である。20歳代、30歳代の罹患率の増加も懸念されているほか、基礎疾患をもった高齢罹患者の増加、一部の大都市集中や地域格差などの問題も抱えている。学習塾などでの集団感染の報告もある。今後と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

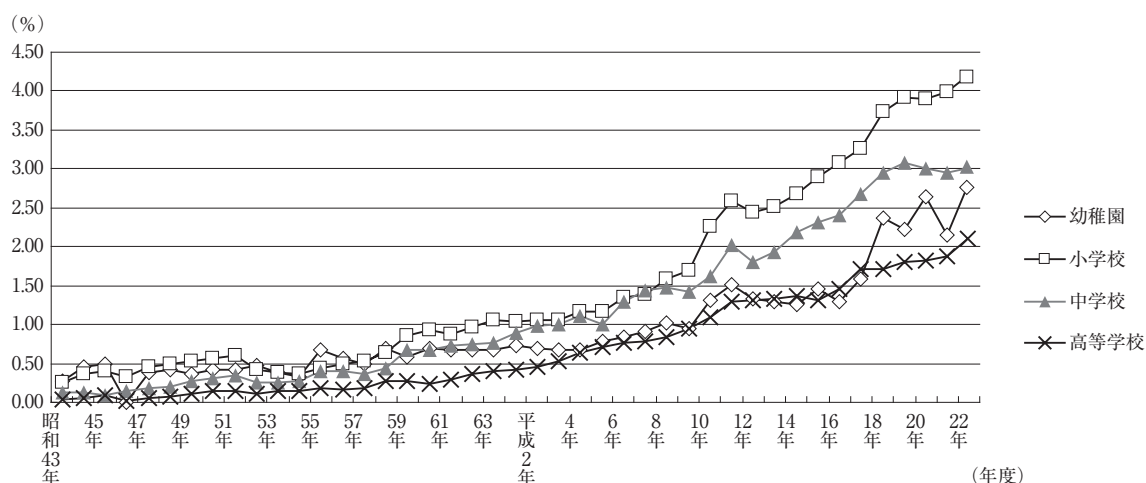


図2 年度別 学校種別 ぜん息を持つ者の割合

も大きな問題になりつつある。図2は、昭和42年度から平成20年度までの学校保健統計調査における年度別ぜん息を持つ者の割合であり、ぜん息がほぼ毎年のように増加し続けていることがわかる。学校種別では小学校に多く、中学がこれに次ぐ。

図3は、平成20年度の年齢別ぜん息を有する者の割合である。全年齢で男子に多い。小学生男子が5.21%と最も多く、6歳男子は5.63%である。中学生男子3.43%、高校生男子は2.16%であった。これに対し女子は小学校で3.43%、中学校で2.31%、高校で1.71%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。

「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

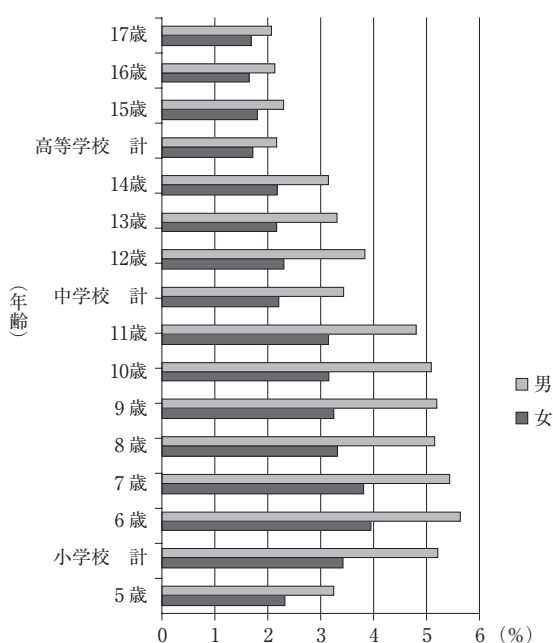


図3 平成23年度 ぜん息を持つ者の割合

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

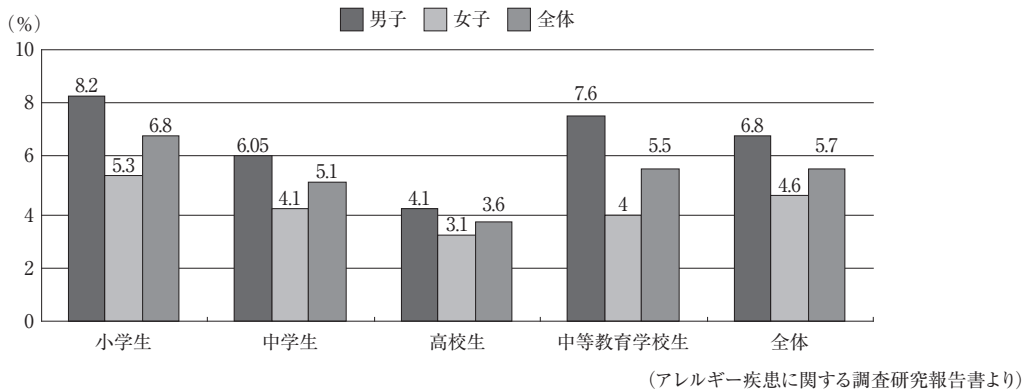


図4 児童生徒のぜん息の有病率

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⁷⁾。

「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」⁸⁾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。本ガイドラインでは、食物アレルギー・アナフィラキシーに関する記載が目立つが、気管支ぜん息についても、「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」が広く利用されることを望む。

3-1-4 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⁹⁾。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余裕をもって計画することが望ましい。

尿検診の集団検尿システムはA方式(1次、2次検尿陽性者に3次集団精密検査あるいは指定医療機関での検査を行い、判定委員会や専門医が暫定診断と管

理指導区分を決めるもの)とB方式(2次検尿までを検査機関が行い、その結果を学校が家庭に通知して本人と家族が医療機関を受診して精密検査を受け、受診医療機関が暫定診断と管理指導区分を決めるもの)の二つに大別される。一般的にA方式は3次検診まで、B方式は2次検診までが公費負担になる¹⁰⁾。

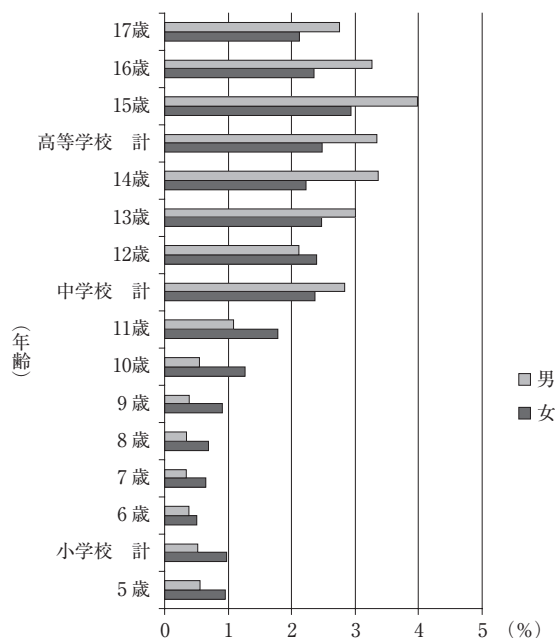


図1 平成23年度 尿蛋白検出者の割合

図1は学校保健統計における年齢別尿蛋白検出者の割合である。小学校では男子0.52%に対し、0.98%とやや女子が多い傾向にあるが頻度としては少ない。中学校では男子2.83%、女子2.37%、高等学校では男子3.35%、女子2.48%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る場合もあり、必ずしも異常とはいえないことがある。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した蛋白や赤血球などが柱状に固まって見える円柱(硝子円柱、赤血球円柱、白血球円柱など)が見られると、より腎炎の可能性が強くなる。

図2は学校保健統計での年齢別腎疾患の者の割合である。小学校では男子0.17%、女子0.18%、中学校では男子0.20%、女子0.21%、高等学校では男子0.21%、女子0.18%で、小学校より中学・高校にやや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、学校生活管理指導表は学習指導要領の改訂に伴い、平成23年度に改訂された。

図3は学校保健統計から見た年齢別尿糖検出者の割合

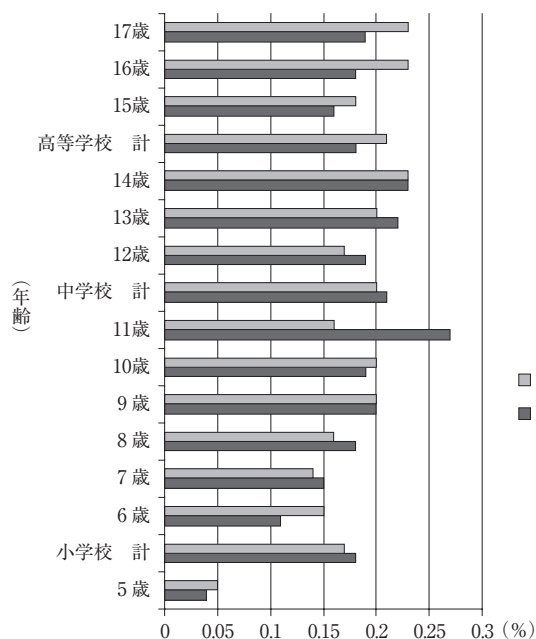


図2 平成23年度 腎臓疾患を指摘された者の割合

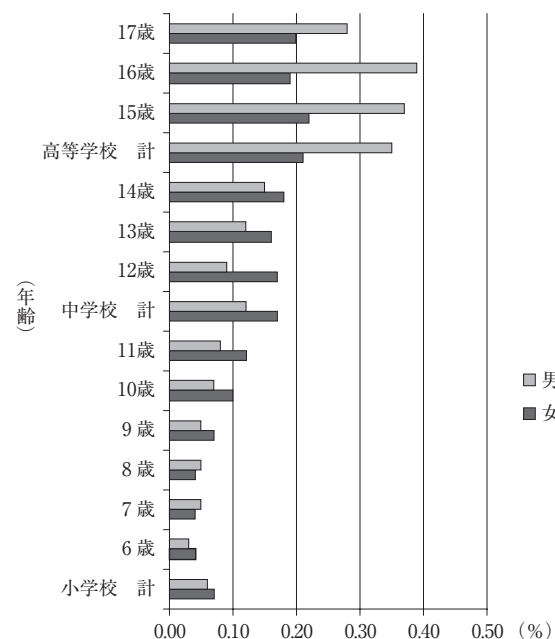


図3 平成23年度 尿糖検出者の割合

割合である。

本来なら糖尿病は腎・尿路疾患ではないが、尿検診で見つかる疾患であるためここで紹介する。頻度は小学校で男子0.06%、女子0.07%、中学校男子0.12%、女子0.16%、高等学校男子0.35%、女子0.21%だった。

前述したように、学校尿検査は早朝第一尿として、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」の者もあり、糖尿病の確定診断

には精密検査としてブドウ糖負荷試験やHbA1c検査が必要になる。

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

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) 学校の管理下の死亡・障害事例と事故防止の留意点<平成23年版>平成22年度給付対象事例、独立行政法人日

本スポーツ振興センター、平成24年3月

- 6) 学校における結核対策マニュアル、文部科学省、平成24年3月
- 7) 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
- 8) 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
- 9) 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
- 10) 学校検尿のすべて、平成23年度改訂、日本学校保健会、平成24年3月

(弓倉整)



学校生活管理指導表の改訂について

I. 「学校生活管理指導表」改訂の背景および作成

以前、心疾患児には「心臓病管理指導表」、腎疾患児には「腎臓病管理指導表」が別々に使用されていたが、平成14年度に日本学校保健会で改定され、「学校生活管理指導表」に一本化された。一方時代の流れと共に、教科体育や行事への参加の考え方も変化してきており、また小学校は平成23年度、中学校では平成24年度、高等学校では平成25年度から、新しい学習指導要領に基づいた教育が実施されることになっている。新しい学習指導要領では、教科体育の種目とその取組方が従来とは異なるところがあるため、学校生活管理指導表の改訂が必要になった。改訂にあたっては、日本学校保健会で学校関係者、小児心臓病専門医、小児腎臓病専門医、小児糖尿病専門医、文部科学省専門官などが中心となって検討し作成した。

II. 改訂の要点

1. 2種類の学校生活管理指導表（小学生用と中学・高校生用）と内容

学校生活管理指導表には小学生用と中学・高校生用と2種類ある。新しい文部科学省の指導要領ではそれぞれの学年で行う教科体育が細かく決められており、今回の新しい学校生活管理指導表ではそれに添った形で内容を詳細に記載した。

小学生は体育の指導要領に沿って1・2年生、3・4年生、5・6年生を横に分類してそれぞれの学年で行う教科体育を並べ、見やすくした。運動種目の呼称と取組方が共通している中学・高校生用を1枚にまとめた。平成14年版と同じように教科体育指導要領に記載された運動領域を表の左欄に列挙し、各運動種目の具体的な取組を運動強度別に横に例示した。

2. 運動強度区分の定義

運動強度は同一の運動種目でも運動への参加方法や個人の運動に対する姿勢によっても大きく異なるので、以前から用いられている簡便な運動強度定義に従って分類した。

「学校生活管理指導表」の最下段に、運動強度の定義をわかりやすく記載した。

- (1) 軽い運動：同年齢の平均的児童生徒にとって息がはずまない程度の運動
 - (2) 中等度の運動：同年齢の平均的児童生徒にとって少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動。パートナーがいれば楽に会話ができる程度の運動
 - (3) 強い運動：同年齢の平均的児童生徒にとって息がはずみ、息苦しさを覚えるほどの運動。
- 等尺運動をレジスタンス運動と呼ぶことが多くなって

いることから、レジスタンス運動という言葉も使用した。

3. 生活指導区分を5段階

新しい「学校生活管理指導表」は指導区分を従来通り「A」から「E」の5段階とした。運動クラブ活動への参加の可否は別途考慮することとし運動クラブ活動は可と禁とし、可の場合には必要に応じてその内容を記載することとしている。

4. 陸上運動系、水泳運動系の距離

陸上運動系、水泳運動系の距離に関しては教科体育で行う文部科学省学習指導要領に具体的な例示が記載してあるので参照されたい。

5. 「その他注意すること」の欄

学校生活管理指導表の下段に「その他注意すること」欄を設け、個人個人が注意することや必要なことを記入しやすくした。

III. 指導表記載上の注意

1. 指導区分の決定

運動強度区分の定義に従って、運動体育に対する個人個人の能力、習熟度、運動量、意欲、環境などを考えて指導区分を決定する。特に運動クラブ活動への参加はその要素が大きいことを考慮に入れて「可」、「禁」を決定する。また、選手を目指す運動クラブ活動のほか、運動量の少ないマネージャーや記録係などとして参加することもありうることも配慮すべきである。

なお、何らかの疾病を持つ児童生徒であっても、その所見が児童生徒の健康に支障をきたさず、かつ将来的にも進行・増悪することがないと考えられる場合には「管理不要」とする。

IV. 指導表の利用にあたって

1. 指導区分の適用

指導区分の適用も従来通りである。

- ・指導区分「A」：在宅医療・入院が必要
- ・指導区分「B」：登校はできるが運動不可
- ・指導区分「C」：「軽い運動」欄に例示した各種目の取り組みが可能
- ・指導区分「D」：「軽い運動」および「中等度の運動」欄に例示した運動は可能であるが、「強い運動」に例示した取組は不可
- ・指導区分「E」：教科体育各種目に対して、指導要領解説に記載されているすべての取組が可能
- ・「管理不要」：運動制限は不要であり、かつ、経過観察も不要

2. 誰が指導表に記載するか？

学校生活管理指導表は学校医、主治医などの医師が記載する。
(長嶋正實)

(平成23年度改訂)

学 校 生 活 管 理 指 導 表 (小学生用)

平成 年 月 日

氏名		男・女		平成 年 月 日生()才		小学校		年		組		医療機関	
①診断名(所長名)		②指導区分		③指導区分		④指導区分		⑤指導区分		⑥指導区分		⑦指導区分	
A・・・在宅医療・入院が必要		B・・・登校はできるが運動は不可		C・・・軽い運動は可		D・・・中等度の運動まで可		E・・・強い運動も可		F・・・主には異常があるとき		G・・・主には異常があるとき	
運動強度		A		B		C		D		E		F	
⑧指導区分		⑨指導区分		⑩指導区分		⑪指導区分		⑫指導区分		⑬指導区分		⑭指導区分	
⑮指導区分		⑯指導区分		⑰指導区分		⑱指導区分		⑲指導区分		⑳指導区分		㉑指導区分	
⑳指導区分		㉒指導区分		㉓指導区分		㉔指導区分		㉕指導区分		㉖指導区分		㉗指導区分	
㉘指導区分		㉙指導区分		㉚指導区分		㉛指導区分		㉜指導区分		㉝指導区分		㉞指導区分	
㉟指導区分		㊱指導区分		㊲指導区分		㊳指導区分		㊴指導区分		㊵指導区分		㊶指導区分	
㊷指導区分		㊸指導区分		㊹指導区分		㊺指導区分		㊻指導区分		㊼指導区分		㊽指導区分	
㊾指導区分		㊿指導区分		1		2		3		4		5	
6		7		8		9		10		11		12	
13		14		15		16		17		18		19	
20		21		22		23		24		25		26	
27		28		29		30		31		32		33	
34		35		36		37		38		39		40	
41		42		43		44		45		46		47	
48		49		50		51		52		53		54	
55		56		57		58		59		60		61	
62		63		64		65		66		67		68	
69		70		71		72		73		74		75	
76		77		78		79		80		81		82	
83		84		85		86		87		88		89	
90		91		92		93		94		95		96	
97		98		99		100		101		102		103	
104		105		106		107		108		109		110	
111		112		113		114		115		116		117	
118		119		120		121		122		123		124	
125		126		127		128		129		130		131	
132		133		134		135		136		137		138	
139		140		141		142		143		144		145	
146		147		148		149		150		151		152	
153		154		155		156		157		158		159	
160		161		162		163		164		165		166	
167		168		169		170		171		172		173	
174		175		176		177		178		179		180	
181		182		183		184		185		186		187	
188		189		190		191		192		193		194	
195		196		197		198		199		200		201	
202		203		204		205		206		207		208	
209		210		211		212		213		214		215	
216		217		218		219		220		221		222	
223		224		225		226		227		228		229	
230		231		232		233		234		235		236	
237		238		239		240		241		242		243	
244		245		246		247		248		249		250	
251		252		253		254		255		256		257	
258		259		260		261		262		263		264	
265		266		267		268		269		270		271	
272		273		274		275		276		277		278	
279		280		281		282		283		284		285	
286		287		288		289		290		291		292	
293		294		295		296		297		298		299	
300		301		302		303		304		305		306	
307		308		309		310		311		312		313	
314		315		316		317		318		319		320	
321		322		323		324		325		326		327	
328		329		330		331		332		333		334	
335		336		337		338		339		340		341	
342		343		344		345		346		347		348	
349		350		351		352		353		354		355	
356		357		358		359		360		361		362	
363		364		365		366		367		368		369	
370		371		372		373		374		375		376	
377		378		379		380		381		382		383	
384		385		386		387		388		389		390	
391		392		393		394		395		396		397	
398		399		400		401		402		403		404	
405		406		407		408		409		410		411	
412		413		414		415		416		417		418	
419		420		421		422		423		424		425	
426		427		428		429		430		431		432	
433		434		435		436		437		438		439	
440		441		442		443		444		445		446	
447		448		449		450		451		452		453	
454		455		456		457		458		459		460	
461		462		463		464		465		466		467	
468		469		470		471		472		473		474	
475		476		477		478		479		480		481	
482		483		484		485		486		487		488	
489		490		491		492		493		494		495	
496		497		498		499		500		501		502	
503		504		505		506		507		508		509	
510		511		512		513		514		515		516	
517		518		519		520		521		522		523	
524		525		526		527		528		529		530	
531		532		533		534		535		536		537	
538		539		540		541		542		543		544	
545		546		547		548		549		550		551	
552		553		554		555		556		557		558	
559		560		561		562		563		564		565	
566		567		568		569		570		571		572	
573		574		575		576		577		578		579	
580		581		582		583		584		585		586	
587		588		589		590		591		592		593	
594		595		596		597		598		599		600	
601		602		603		604		605		606		607	
608		609		610		611		612		613		614	
615		616		617		618		619		620		621	
622		623		624		625		626		627		628	
629		630		631		632		633		634		635	
636		637		638		639		640		641		642	
643		644		645		646		647		648		649	
650		651		652		653		654		655		656	
657		658		659		660		661		662		663	
664		665		666		667		668		669		670	
671		672		673		674		675		676		677	
678		679		680		681		682		683		684	
685		686		687		688		689		690		691	
692		693		694		695		696		697		698	
699		700		701		702		703		704		705	
706		707		708		709		710		711		712	
713		714		715		716		717		718		719	
720		721		722		723		724		725		726	
727		728		729		730		731		732		733	
734		735		736		737		738		739		740	
741		742		743		744		745		746		747	
748		749		750		751		752		753		754	
755		756		757		758		759		760		761	
762		763		764		765		766		767		768	
769		770		771		772		773		774		775	
776		777		778		779		780		781		782	
783		784		785		786		787		788		789	
790		791		792		793		794		795		796	
797		798		799		800		801		802		803	
804		805		806		807		808		809		810	
811		812		813		814		815		816		817	
818		819		820		821		822		823		824	
825		826		827		828		829		830		831	
832		833		834		835		836		837		838	
839		840		841		842		843		844		845	
846		847		848		849		850		851		852	
853		854		855		856		857		858		859	
860		861		862		863		864					

3-2 眼科

はじめに

学校健診については、学校保健安全法、同施行規則、同施行令において概要が記載されており、さらにその内容を補うべく日本学校保健会から児童生徒の健康診断マニュアル、就学時の健康診断マニュアルにその詳細が記載されている。しかし、実際の健康診断、

事後措置、健康相談などについては、養護教諭や学校関係者には十分な情報の提供がなされていない場合が少なくない。

今回、その眼科学校医から見た学校関係者が知っていただきたい基本的な情報につき解説する。

1. 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) 就学時健康診断、定期健康診断

就学時健診は学校が主体でなく市町村の教育委員会が主体である。市町村の教育委員会の依頼を受けて学校や市町村で実施している。国際標準に準拠した視力表を用いて左右別々に裸眼視力を検査し、眼鏡を使用している子どもについては、当該眼鏡を使用してある場合の矯正視力についても検査する。就学時健康診断は、学校保健安全法施行規則の第三条四項（第六条四項は児童生徒の定期健康診断にも記載）に、視力を測ることになっている。しかし、一部地域では、視力検査が行われていない¹⁾ ために、平成22年3月には文部科学省から「学校保健安全法を遵守するように」と通知²⁾ があった。

同じ六項には「眼の疾病及び異常の有無は、感染性眼疾患その他の外眼部疾患及び眼位の異常等に注意する」と定められている。視力は約6歳から8歳で完成する。弱視の治療は就学時検査後では遅い場合が少なくないために、必ず実施すべきである¹⁾。

(3) 屈折異常

出生直後の子どもの眼の前後の長さである眼軸長は約18 (17.5) mmで、大人の平均は約24mmである。遠視の方は眼軸が短く、近視の方は眼軸が長い。つまり子どもは遠視が多く、成長に伴って眼が大きくなり眼軸が延長する。つまり眼軸が遠視から近視寄りに移動していく、これを眼軸説という。眼が大きくなることは止めることはできない。近くを見ることによって眼軸が

延びて近視になるという説がある。これは世界的に一致したコンセンサスは得られていないが、賛同する学者は少なくない。以前は眼の緊張により水晶体が厚くなる説があったが、現在は緊張により眼軸がさらに延びる説が支持されているようである。つまり大きな原因は眼軸の延長であり、小さな原因は近くを見ることであると推測してよいと考える。したがって、近視の予防法は厳密にいうと難しい。予防法として子どもに調節を軽減させる二重焦点眼鏡の装用などが、本邦を含めアジアにて実際に検討されている。

検査の時に緊張して屈折度数が変化するために注意が必要である。大人でもあるが子どもではその変化が大きいために、眼科では屈折検査の時に調節麻痺剤を点眼し正確な屈折度を測定すると本当の度数がわかる。遠視では遠くを見ていると時に焦点が網膜より後方に焦点があるために、調節してその焦点を網膜に合わせで見ている。遠視が強ければ、焦点はさらに後方にずれ、網膜に焦点が合わすことができないために裸眼視力が低下する。近くを見る場合は遠方を見ている時よりも焦点がさらに後方にずれるのでピントを合わすことが困難となる。そのために、目が疲れやすくなる。

裸眼視力が悪いケースでの多くは近視であるが、遠視の場合も少なくない。学校ではその判断はできない。一番の問題点は、平成14年改訂の日本学校保健会就学時健診マニュアルでは、0.7以下の子どもに通知を出すように記載されていることである。しかし、平成18年改訂の同会の児童生徒の健康診断マニュアルでは、1.0未満となっている。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。就学時健診の全国

調査での視力検査の実施率は、平均して90.5%は実施しているが、一部の都市で80%も実施していないところがあった¹⁾。視力の完成は約6歳から8歳であり、視力検査の時期が6歳からでは、弱視がわかって重症な場合は治療開始年齢が遅くなり、治癒しない場合が少なくない。3歳児健診で検出されればよいが、3歳児健診

を受けない子どもが平成17年では35.1%であった³⁾。

幼稚園での視力検査では、公立の幼稚園は70.6%が実施、私立は31.9%しか実施していなかった。公立の幼稚園はそもそも数が少ない。私立の幼稚園は法の上では学校なので学校保健安全法を遵守して、実施しなければならない。しかし、私立は管轄が教育委員会ではなく自治体であり、都道府県によって管轄が異なり一貫性がない。また、その管轄部署では健診をよく理解していない場合がある。弱視の子どもは全体の約1%、100人に一人はいるとされている。その中には早く治療を受けないと生涯視力が改善しない子どもがいるので、早期に発見すべきである。自治体の中には小学校の1年生の春に定期健康診断があるので、その前年の秋に実施される就学時健診で眼科健診は不要であるとする場合がある。実はその6か月間は子どもの眼の機能の発達にとって、とても大切な時期である。

平成23年3月に日本眼科医会では日本弱視斜視学会と日本小児眼科学会の協力を得て、日本眼科医会の「園児の視力検査マニュアル」を作成した⁴⁾。その中で年少児、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。平成23年度に日本学校保健会就学時健康診断マニュアル(改訂版)が作成されて同様の内容に修正された。日本学校保健会のHPの学校保健ポータルサイトには「園児のための視力検査マニュアル」がテーマ別注目記事・眼の健康に、

(%)

	区 分	昭和54年度	昭和56	平成3	平成13	19	20	21	22	23
幼稚園	計	16.47	14.93	21.58	27.16	26.21	28.93	24.87	26.43	25.48
	1.0未満0.7以上	12.21	10.52	15.61	19.91	18.89	22.03	18.81	19.83	19.09
	0.7未満0.3以上	3.91	3.84	5.39	6.75	6.81	6.11	5.45	5.81	5.82
	0.3未満	0.35	0.56	0.57	0.50	0.51	0.78	0.61	0.79	0.57
小学校	計	17.91	19.05	21.68	25.38	28.07	29.87	29.71	29.91	29.91
	1.0未満0.7以上	9.47	9.97	8.75	10.25	10.58	11.23	10.92	10.88	10.62
	0.7未満0.3以上	5.77	6.16	8.00	9.61	11.00	11.60	11.51	11.49	11.34
	0.3未満	2.67	2.92	4.94	5.53	6.49	7.05	7.27	7.55	7.95
中学校	計	35.19	36.87	43.60	48.17	51.17	52.60	52.54	52.73	51.59
	1.0未満0.7以上	9.65	10.66	10.26	11.18	13.26	12.38	12.54	12.07	11.81
	0.7未満0.3以上	12.47	12.47	14.29	16.30	17.57	17.80	18.03	18.41	17.54
	0.3未満	13.06	13.74	19.05	20.68	20.34	22.42	21.97	22.25	22.25
高等学校	計	53.02	55.27	57.54	60.31	55.41	57.98	59.37	55.64	60.93
	1.0未満0.7以上	11.12	12.00	10.34	11.06	12.40	12.55	13.59	12.98	11.44
	0.7未満0.3以上	15.61	16.13	15.38	16.10	16.86	17.07	18.11	16.75	16.13
	0.3未満	26.29	27.14	31.32	33.15	26.14	28.36	27.68	25.90	33.36

(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23年度学校保健統計調査 裸眼視力1.0未満の者の推移

「就学時健康診断マニュアル(改訂版)」が電子図書館に記載されている。

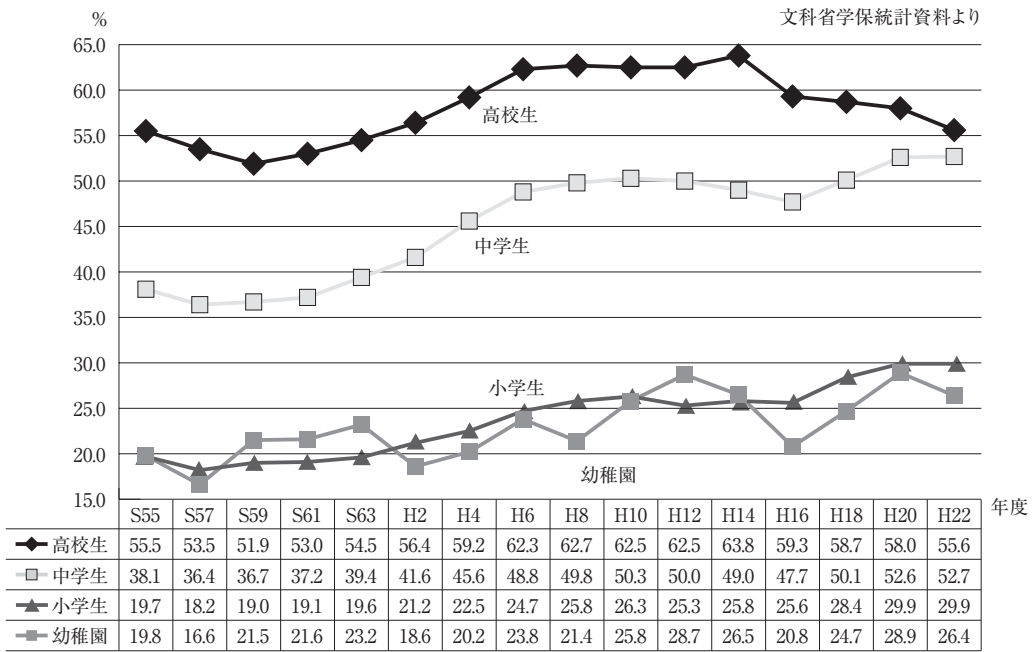
6歳児では約半数に遠視の子どもがいる。左右の眼で度数が違う場合を不同視というが、片方の眼だけが弱視になってしまう場合がある。弱視の治療法は眼鏡をして、片目を隠す治療をして治る場合が多いが、それは弱視の程度が軽い場合である。程度が重症であると6歳以降など治療時期が遅いと治らない場合がある。6歳以前、特に3~5歳頃に治療したほうが非常に効果的である。また、6歳を過ぎると子どもは遮閉法など治療を嫌がり治療効果が低下する。

(4) 裸眼視力低下者の増加

文部科学省の平成23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25.48%、小学校が29.91%、中学校が51.59%、高等学校が60.93%で、昨年度に比べて幼稚園が0.95%、中学校が1.14%と減少し、小学校が変化なし、高等学校が5.29%と増加した。高等学校のみが増加し、過去最高を示した。

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0.57%、小学校が7.95%、中学校が22.25%、高等学校が33.26%となっており、昨年度に

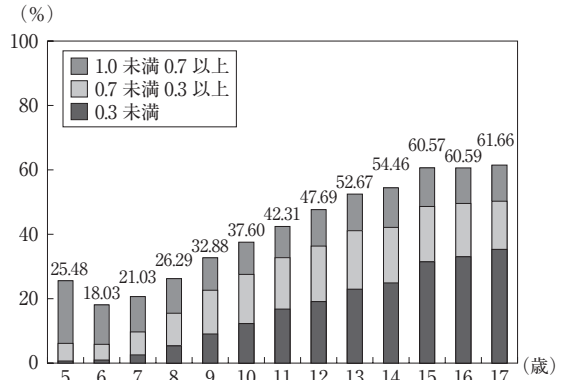


(注) 四捨五入しているため計と内訳が一致しない場合がある。

図2 32年間 学校種別 裸眼視力1.0未満の者の割合

比べて幼稚園が0.22%減少し、小学校が0.4%、高等学校が7.46%も増加し、中学校が変化なしであった。幼稚園は過去最高であり、高等学校では平成22年は過去最低であったが、平成23年は過去最高であった。

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学校での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視力低下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。健診時の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23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. コンタクトレンズ (CL)

(1) コンタクトレンズの学校現場での使用状況

平成23年のCL使用者は平成6年の約2倍の約1500万～1800万人と急増している。また、CL使用者の6.5～10%に眼障害を発生している⁵⁾。

平成12年度から3年毎に実施の日本眼科医会の全

国学校調査では、CL使用者は中高生が有意に増加し、低年齢化している^{6), 7)}。調査対象は平成12年度が102,924名であり、そのうちCL使用者は小学生が0.2%、中学生が4.6%、高校生が21.9%。平成21年度は99,751名で、CL使用者は小学生が0.2%、中学生が

6.4%、高校生が26.6%であった。

平成21年度調査の種類別では、ハードCLは中学が4.5%、高校が5.6%であり。ソフトコンタクトレンズ(SCL)は中学が94.9%、高校が93.8%である。SCLの内訳は、通常のSCLは中学が9.2%、高校が8.4%、2週間頻回交換SCLは中学が65.5%、高校が69.9%、1日使い捨てSCLは中学が28.6%、高校が21.8%である。

病名では角膜の傷は中学が40.1%、高校が43.8%、アレルギー性結膜炎は中学が38.7%、高校が37.7%、角膜炎・角膜潰瘍は中学が10.9%、高校が18.3%であった。角膜炎・角膜潰瘍は治癒しても瘢痕が濁りとして残り永久的な視力障害を生じる可能性があるため、注意が必要である。

ケアが必要なレンズでは、「指示どおりケアをしている」は中学が93.3%、高校が90.6%であり、「こすり洗いをしている」は中学が78.9%、高校が77.5%である。

小学生のCL使用率は0.1～0.2%と低い。しかし、就寝時にハードCLを使用して近視を矯正するオルソケラトロジー(オルソK)の小学生の使用率は、平成18年度が11.1%、平成21年度が18.9%と増加している。オルソKは小児の重篤な角膜感染症の報告がある^{8,9)}。平成21年4月に日本CL学会ガイドラインでは適応を20才以上としている¹⁰⁾。

医師の裁量で20才未満にオルソKの処方可能である。しかし、ガイドラインを遵守せずに20才未満にオルソKを処方して眼障害が生じ、訴訟された場合には医師は非常に不利になる可能性がある。子どもは眼球が大きくなる成長過程であり、角膜も柔軟性があり変形しやすいために治療は効果的である。オルソKにより就寝時の酸素不足、高い酸素透過性の汚れやすいレンズ素材、レンズ内面が複雑で汚れが付きやすい、角膜感染症を生じやすい、夜間視力の低下、高次収差の増加、レンズ中止後元の角膜に戻らないなど様々なデメリットがある。しかし、近年、さらにオルソKによる近視進行抑制の概念が提唱されているが、長期的な安全性の確認が必要とされる、視機能未成熟で、自己責任の取れない子どもへの使用は避けるべきである。

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、眼障害が急増している。自己管理の不十分な子どもたちへの使用は勧められない。

角膜は涙液を介して酸素を取り入れているが、CLは

角膜の酸素不足や摩擦による傷がつきやすく、感染症を生じやすい状態となる。

カラーCLは度数入りと度数なしのものがある。平成23年2月3日までは、度数なしのCLは雑品扱いで、雑貨店でも購入可能であり、インターネット・通信販売にて医師の診察なしに購入するものが増加した。平成23年2月4日からは度数なしCLは、薬事法認可の製品のみが販売可能となった。規制前は海外製を含めて粗悪なCLがあり、それらや不適正使用により重症な角膜障害などが多発したために法律で規制された。認可されたカラーCLであっても、そのほとんどは酸素透過性の低い素材であり、レンズ内面に色素が塗布されているものがあるために注意が必要である。また、韓国では眼障害が多発したために平成24年5月からインターネットでの販売が禁止されたが、日本は規制がなく危惧されている。

カラーCLは色素が入っているために色素の部分は酸素が通りにくいので角膜には酸素不足、色素の漏出などにより眼障害が発生しやすくなる。一般にカラーCLの使用者はコンプライアンスが低い人(決まりごとを守らない)が多く、大人でもトラブルが続出している。どうしてもカラーCLを使用する場合には、酸素透過性の高い、毎日使い捨てのカラーソフトCLを6～8時間以内の短い時間に使用方法がよい。日本眼科医会の見解では自己責任が取れない子どもたちへは推奨できない。

(2) コンタクトレンズの使用理由

前述のCL全国学校調査では、CLを使用する理由は小学生、中学生、高校生ともにスポーツ、眼鏡がイヤだからが最も多く、簡単だから、親や友達に勧められたから、左右の視力に差があるから(左右差)、医学的に医師に勧められて(医師)などである。

CLの医学的使用理由としては、不同視や高度の遠視・近視に有用である。左右で屈折度が異なる不同視では、眼鏡だと網膜に映る像の大きさが異なる不等像が生じて、物が二重に見えてしまう。CLは像の変化が少ないために不等像が軽減し、眼鏡では使用できない場合でも使用可能な場合が多く有用である。眼鏡は眼球からレンズまでの距離が12mmであるために、遠視は像が大きく見え、近視は小さく見える。高度な近視では像が小さく見えるので矯正視力が低下するが、CLでは像の縮小が少ないために矯正視力が向上する。

左右の度が異なる不同視や先天白内障術後や角膜

外傷による不正乱視などの医学的な理由でCLを使用せざるを得ない場合を除いて、小学生に対しての処方が消極的な理由は、本人が自己責任を取れない場合が多いからである。小学生本人よりむしろ保護者がCL使用に積極的な場合が多いが、ただ眼鏡よりよいからという単純な理由が多い。

著者は20年以上前から小中高等学校の眼科学校医として、約3年間隔で健康教育として学校保健委員会などでCLの啓発活動をしている。内容は子どもたちと保護者に対してCLの利点、欠点、屈折異常などである。講演後、CL使用を希望する子どもたち、保護者の数は減少する。臨床の場面でも当然であるが、CLの基本的なことを丁寧に説明することで、子どもたち、保護者らは早期のCL使用を希望しなくなる。また、CL使用が不適正、医師の指示に従えない場合には、医師の裁量でCLの処方を拒否してもよい。

(3) スポーツとコンタクトレンズ

スポーツ時の眼鏡やCL使用について、スポーツ時に眼鏡が壊れて眼が損傷することがあるが、割れたら危ないガラスのレンズは重いために、今はほとんどがプラ

スチックのレンズが使用されている。プラスチックレンズは破損しても、それほど心配はない。ガラスのレンズは屈折率が高いためにレンズが薄い、プラスチックは同じ度数でも屈折率が低いために厚くなる。日本の眼鏡用プラスチックレンズは世界で最も屈折率が高く、従来のレンズよりも薄く、軽くなっている。

プロのバスケットボール選手などは保護メガネを使用している場合が少なくないようである。ある学校の部活動のバスケットボールの指導者が、子どもたちにCLを強要した地域があった。日本バスケットボール協会の競技規則第4条には、ほかのプレイヤーが負傷しないように、破損の防止に配慮してある眼鏡であれば日本国内であれば眼鏡の装用は可能とのことである。サッカーのようなヘディングをする競技や格闘技などでは眼鏡はそもそも向いていないが、そういうスポーツ以外では眼鏡は逆に眼を守ってくれる。学校の部活の先生や地域のスポーツ少年団などの指導者が子どもたちにCLを強要している場合が少なくないが、CLのメリット、デメリットをよく理解して欲しい。スポーツ関係者にはCLについての啓発活動が必要である。

3. 眼疾患

学校感染症、アレルギー性結膜炎、心因性視覚障害、色覚異常と色覚検査については、平成23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。

(1) 眼の外傷

学校での眼の外傷は充血、痛み、視力低下など症状がある場合などで、軽度と思っていっても、眼球や角膜裂傷などがあり、眼科での細隙灯顕微鏡検査が必要である。つまり、基本的には眼科医の判断が必要である。

① 眼球異物

眼球異物の場合は、眼瞼結膜であれば、清潔な脱脂綿の先でとれる場合があるが、まず、流水で洗い流す。白目は眼球結膜、黒目は角膜というが、角膜は皮膚の300～400倍くらい敏感であり、小さな傷でも痛みがある。角膜は脆弱な組織で、簡単に傷がつくため、角膜に触れないで流水で洗う。目薬、人工涙液でもよい。洗い流しても除去できない場合や肉眼で見て異物がないと考えても、上眼瞼の裏側に入っている場合、眼科の顕微鏡で見ると傷や異物がある場合もあるために眼

科を受診したほうがよい。

② 薬物眼外傷

理科の実験などで薬剤が眼に入った場合は、まず、流水でよく洗う。その際に瞼をやさしく引き上げて洗うとよい。軽度と考えてもアルカリ眼外傷では後になって角結膜上皮障害が重篤となるために応急処置をしたら、必ず眼科を受診する。

③ 穿孔性眼外傷

ガラスによる眼球の裂傷の場合は眼球内まで異物が達している場合もある。傷を圧迫するだけで、眼の内容物（虹彩、網膜、脈絡膜、硝子体など）が出てしまい失明する場合がある。土などがついて感染が考えられる場合は、眼を圧迫しないで目薬程度で洗い流すくらいにして、すぐに眼科を受診する。強く閉瞼すると眼球が圧迫されるために注意が必要である。角膜の傷はわかりにくい場合が多い。異物感などなく、視力がよくても、すぐ眼科を受診させる。

④ 眼球打撲

平成24年度から中学校での武道が必修となった。子

どもたち、保護者、学校関係者は武道による外傷を危惧している。眼科では特に柔道による眼打撲に注意が必要である。学校での眼球打撲では、球技によるものが多い。バドミントン、テニス、野球、バスケット、バレーボール、サッカーなどがある。眼球を打撲した場合、その強さに比例して眼瞼は腫れ、眼球にも多くの影響がある。野球ボールによる打撲の場合、硬球より軟球のほうが眼には損傷が大きい。硬球の場合は堅いので眼窩縁の骨でボールが変形しにくい、軟球は柔らかいために変形して眼窩中に入り込み眼球を押しつぶすために、網膜振盪症、網膜裂孔、網膜剥離、硝子体出血、視束管骨折など影響が強い。硬球は目の周りに丸く痣になるが、眼の中には影響が意外と少ない。バドミントンのシャトルは眼球を直接押しつぶす。サッカーのボールも他のボールよりも強い圧力が生じる。ポイントでは眼窩底骨折や視束管骨折などその場ではわからない重篤な場合があるので、打撲をしたら必ず眼科を受診させる。眼が腫れて開かなくても眼科なら対処可能である。

(2) 日食網膜症

平成24年5月21日朝に、日本全域で日食があった。九州南部から関東地方にかけての範囲は、金環日食という太陽の中央部分が月に隠され太陽がリング状に見られた。

平成23年12月15日、日本天文協議会、日本眼科学会、日本眼科医会は共同で文部科学省に「2012年5月21日の金環日食に関する要望書－多くの児童・生徒や市民に安全に日食を観察してもらうために－」という要望書を提出するとともに、学校向け資料の「日食を安全に観察するために」という学校向け資料を作成し、各団体のホームページに掲載し啓発した。それを受けて文部科学省は、平成24年2月3日と4月18日に全国学校関係者へ「平成24年5月21日の日食の観察における幼児・児童・生徒の安全確保に係る注意事項について」の事務連絡を発し、注意を呼びかけた。

日本眼科医会、日本眼科学会、日本医師会は「日食に関する啓発ポスター」を作成し、学校関係者、医療機関に啓発を呼びかけた。平成24年4月26日には日本眼科学会、日本眼科医会が共同で記者発表会を実施し、日本天文協議会の天文学の専門家などで注意を呼びかけ、マスコミも同様に多くの啓発を行っていた。

日本眼科医会が日食観察に関しての注意点として

は、以下の3つの方法を提唱し啓発した。1) 確実に安全なのは間接法である。黒い紙に穴をあけ白い紙に太陽光を投影したり、木漏れ日による影が変化する様子をみる方法である。2) 太陽そのものの観察には日食グラスを使用する。この場合2～3分観察したら眼を休めるなどの使用方法を守るよう指導が必要である。また指定された時間内でも眼に異常を感じたら視線をはずすなどの適切な対応が望まれる。3) 日食グラスが入手できずに従来の方法（白黒フィルム、ススのついたガラス片、黒の下敷きなど）で観察する場合があるが、危険を伴うために推奨できない。この場合3つ数えたら太陽から視線をそらして眼を休める、まぶしくて異常を感じたら直ちに観察を中止するなど十分な注意が必要である。

日食網膜症は網膜の中心部の黄斑部に網膜変性や黄斑円孔を生じ、永続的な視力障害を生じることがある。ステロイド、消炎剤、ビタミンCの内服や目の安静などであるが、有効性の認められた治療法はない。視力低下以外の自覚症状は自然回復する例が多く、視力低下も0.5程度にとどまり、0.1以下になることはまれではあるが、網膜変性や黄斑円孔をきたした場合は、予後が悪い。

発生機序は、光化学反応による網膜視細胞と網膜色素上皮細胞の障害と考えられる。光化学反応障害は加算されるので、観察を一時中断しても、観察時間の合計が問題となる。太陽が月に隠れて金環状になっている状態でも、眼障害を来すのに十分な光量がある¹²⁾。

平成24年8月25日に日本眼科学会は金環日食により6月までに眼科を受診した958名につき中間報告を公表した。裸眼で観察した人が多く、90%近くは1日以内～数日程度で症状が消失したが、115人(12%)は症状が継続していた。視野にて中心暗点、変視症を生じた症例があった。また、80人(8%)は眼底に異常を認めた。受診者は2～92歳で中高年が多く、12歳以下は69人(7%)。都道府県別では愛知(172人)が最多で東京(107人)、茨城(97人)、栃木(70人)。眼底の異常と症状が継続している症例は、日食網膜症の可能性があり、今後も経過を継続しているとの報告であった。

平成24年5月21日は曇りではあったが一部太陽が見え隠れしていた。観察時には日食グラスを使用するように啓発をしていたが、裸眼で観察している方が沢山いたことには非常に驚いた。前述のように受診者は中高年が多く、子どもたちへは学校関係者からの情報提供による啓発効果が推測された。網膜は神経細胞で構

成されている。神経細胞は再生が困難な組織であるために、網膜の治療は困難である。今後も日食はおきる

ので今回の経験を生かしてほしい。

文献

- 1) 宇津見義一・植田喜一・宮浦徹・吉田博・三宅謙作：平成20年幼稚園ならびに就学時の健康診断の実態に関するアンケート調査、日本の眼科、80：9号、101-118、2009。
- 2) 文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課：児童生徒等の健康診断及び就学時の健康診断の実施について（通知）、文部科学省21学健第34号、平成22年3月23日。
- 3) 日本眼科医会公衆衛生部（古野史郎）：三歳児眼科健康診査調査報告（Ⅲ）—平成17年度—、日本の眼科、78：3号、287-290、2007。
- 4) 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。
- 5) 植田喜一、宇津見義一、佐野研二、藤堂勝巳、吉田博、三宅謙作：コンタクトレンズによる眼障害アンケート調査の集計結果報告（平成20年度）。日本の眼科80：940-946、2009。
- 6) 宮浦徹、植田喜一、宇津見義一、吉田博、三宅謙作：平成18年度学校現場でのコンタクトレンズ使用状況調査、日本の眼科、78、1187-1200、2007。
- 7) 宇津見義一、宮浦徹、柏井真理子、山岸直矢、高野繁：平成21年度学校現場でのコンタクトレンズ使用状況調査、日本の眼科、83、1097-1114、2012。
- 8) 福地祐子、前田直之、相馬剛至、田野保雄、西田幸二、渡辺仁：オルソケラトロジーレンズ装用者に認められたアカントアメーバ角膜炎の1例、日本眼科紀要、58、503-506、2007。
- 9) 加藤陽子、中川尚、秦野寛、大野智子、林孝彦、佐々木爽、水木信久：学童におけるオルソケラトロジー経過中に発症したアカントアメーバ角膜炎の1例、あたらしい眼科25、1709-1711、2008。
- 10) 金井淳、糸井素純、大橋裕一、木下茂、澤充、下村嘉一、西田輝夫：オルソケラトロジー・ガイドライン、日本眼科学会雑誌、113、676-679、2009。
- 11) 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。
- 12) 尾花明：日食の患者が眼科医を受診した際の対応について、日本の眼科、83、101-102、2012。

（宇津見義一）

3-3 耳鼻咽喉科

「『学校保健での音声言語障害の検診法』改訂について」

日本耳鼻咽喉科学会（日耳鼻）では音声言語検診が全国で十分に行われるように、その必要性、重要性を訴えてきた。平成8年に作成された、「学校保健での音声言語障害の検診法」¹⁾が、その際の重要な手引きになると考えられていた。ところが、一昨年の日耳鼻全国代表者会議の際のアンケート調査ではこの検診法が十分に活用されていない実態が明らかになった。その結果を踏まえ、従来の検診法の手引きの改訂版が作成された²⁾。以下にそれぞれの章の要点および終わりに総括を簡単に紹介する³⁾。

(1) 学校保健における音声言語障害の位置づけと健診の必要性

昭和33年に「学校保健法」が制定され、「学校保健法施行規則」に「鼻及び咽頭の疾患の有無は、鼻炎、鼻たけ、副鼻腔炎、鼻中隔彎曲、アデノイド、扁桃肥大、扁桃炎、音声言語異常等に注意する」とし、ここに至ってようやく「音声言語異常」が耳鼻咽喉科領域の項目として初めて法的に確立した、といえる。平成5年から3年間、日本学校保健会のセンター事業として「音声言語に関する調査研究委員会」が設置され、新美成二委員長のもとで調査研究を行い、その結果を元に平成8年に「声と話しことばの健康」を日本学校保健会から刊行した。同時に、日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会にて、耳鼻咽喉科学校医向けに「学校保健での音声言語障害の検診法」を作成して、耳鼻咽喉科学校医に配布した。児童生徒が正しい話しことばや発声を学び、日常生活や学校生活をより楽しく過ごせるように支援することが耳鼻咽喉科学校医に求められる責務だと思う。

(2) 定期健康診断での音声言語検査法

音声言語異常検診は耳鼻咽喉科学校健診の一連の流れを阻害することなく遂行されなければならない。本検診法では、絵カードを用いた方法と姓名、年齢、生年月日等を質問応答させる方法とを組み合わせることを推奨した。ただ、これがすべてではなく、学年に応じて抜粋するなど、健診の状況や人数により各校医が工夫して実施することが望まれる。

(3) 事後措置

事後措置がきちんとして行われて初めて音声言語障害検診の成果があがる。そのため、事後措置が滞りなく施行されるように事前に十分な準備をする必要がある。音声異常、言語異常で若干対応が異なる可能性がある。特に言語異常では事前の準備が肝要で、養護教諭の協力と、担任教諭、保護者、地域の耳鼻咽喉科診療所の理解、連携を図る必要がある。

(4) 音声障害

子どもの音声障害の特徴としては、①就学前あるいは小学校低学年男児では声帯結節が好発するが、変声期を過ぎると大部分が消失する。②小学校高学年、中学1、2年では変声期があり、嗄声、喉頭異常感が起こる。大部分が自然消退するが、遷延性変声として治療を要する場合もあること、などがある。

(5) 言語障害

子どもの言語障害の特徴としては、①言語障害はコミュニケーション障害をきたすこともあり、子どもを取り巻く環境との関連からとらえる必要がある。周囲の人たちが子どものことばをどう聞いているか、子どもの気持ちをどの様にとらえるか考慮する必要がある。②言語障害は目立ちにくいので、子どもが困っている状況にあっても気付かれない可能性がある。自己表現がうまくできず、コミュニケーション障害を生ずることから不快感を感じ、消極的になり、健全な成長・発達の障害になることもある。③構音器官の状態、聴覚、言語中枢と関わる問題でもあるので、医学的な介入が重要である、などがある。

(6) 発達障害を伴うコミュニケーション障害（知的障害を含む）

耳鼻咽喉科医が発達障害児について意見を求められる場面を二つほど想定した。一つは構音障害であり、もう一つが機能性難聴である。機能性構音障害のうち、誤り音が特定の音韻に限らず、誤るパターンも浮動的で変化に富む場合には、脳内での言語生成プログラムに問題があることがあり言語発達障害を伴いやすい。このような場合、学年が進むにつれて文字の読み

書きなどの学習課題に問題が起こり、言語性学習障害という状態に陥る。聞こえているはずなのに聴力検査では難聴としか結果がでない機能性難聴が発達障害をベースに発症することはよくある。

(7) 聴覚障害による言語異常

学校健診の観点から見ると高度難聴児の大部分は、重度の重複障害児を除けば、就学前に難聴の診断がついて療育も行われている。健診で注意しなければならないのは、就学後も見逃されていることがある、軽度難聴や中等度難聴を持つ児童である。軽度および中等度難聴児の問題点として、難聴の発見が遅れることが多い、難聴の自覚が自他ともに乏しい、難聴が発見されても、補聴・言語指導の必要性が理解されにくい、言語発達の遅れが認識されにくい、構音障害のみを問題としてとらえる傾向があることがあげられる。また、聞こえの特徴としては、ささやき声が聞こえない、話はわかるが、細部が聞き取れない、助詞の聞き落とし、子音の聞き誤りがある、背後からの声は聞き取りにくい、騒音下での聞こえが極端に悪くなる、などがある。言葉の遅れや発音の異常がある場合には、難聴の有無を確認し、対応が遅れることは避けなければいけない。

(8) 機能性構音障害

構音障害のうち、構音器官の先天的・後天的な構音器官の形態異常によるものを器質性構音障害、神経・筋系の病変によるものを運動障害性構音障害と称し、機能性構音障害は構音器官の形態や機能に異常のないものとされている。構音の発達は言語発達、構音器官の発達との関連が大きい。就学時健診の時点では、構音障害の頻度は10%を超えているが、小学校1年生の定期健診では5%、2年生ではさらに減少するが、その後は継続する。すなわち2年生の時点で残った構音障害は自然改善が難しい。機能性構音障害の要因としては、言語発達過程における構音操作の誤獲得ばかりでなく、音韻発達の遅れや構音器官の運動機能の遅れなどの存在が考えられている。そして、別項でも述べられているようにこれらの背景には、知的障害や発達障害が潜んでいることが少なくない。

(9) 器質性構音障害

器質性構音障害とは、構音器官の形態学的異常によって正常音が作れないものである。先天性と後天性があるが、学校保健で問題とされるのは先天性のものである。代表的なものとしては、口蓋裂、粘膜下口蓋

裂・先天性鼻咽腔閉鎖機能不全、舌小帯短縮症、その他、学童期後半にアデノイド消退とともに出現する鼻咽腔閉鎖機能不全などがある。特に粘膜下口蓋裂は見逃されることが多く、注意を要する。構音に異常がある故にいじめを受ける可能性も少なくない。言語面の評価のみならず、心理・社会面の評価にも留意する必要がある。

(10) 吃音

吃音は発達性、神経原性、心理原性を区別するが、小児によくみられるのは発達性吃音であり、満3歳を中心として多くは2歳から5歳の間に発症する。発症率は5%程度あり、言語障害としては頻度が高い。就学後は1~2%になる。男児に多い。児童で治療が必要なのは吃音児の半分から1/4程度であると思われるが、ことばの教室で対応しているのはこのさらに1/10程度と推測される。構音障害や、軽度の言語発達障害・遅滞、あるいは精神的負荷・ストレスが誘因となることがある。小児の吃音は無視せずに、支持的に対応する必要がある。吃音は発話の構成能力の問題だけでなく、言語発達、社会性、情緒反応、吃音の認知などの複合体として問題を生じるため、総合的な対応が要求される。

(11) 付記

平成7年に学校保健施行規則の大幅な改正が行われたが、ここでも「音声言語の異常に注意する」との項目は銘記された。健康な音声言語のための検診に努めることが重要と再認識された。そこで、日本学校保健会のセンター的事業として、「音声言語に関する調査研究委員会」が設置され、「声と話しことばの健康」の冊子が作成された。これまでの成果をご理解いただき、次世代に引きついで発展されることを祈念している。

総括

平成5年から3年間にわたり日本学校保健会センター事業として「音声言語に関する調査研究委員会」が組織された。この事業を遂行する中で、問題としてクローズアップされたのが事後処理の問題と同時に耳鼻咽喉科医の音声言語障害への関心の問題であった。それを反映して日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会が「学校保健での音声言語障害の検診法」を発行している。それから15年たち少子高齢化社会など児童を取り巻く社会環境も大きく変化している。その変化に対応するべく今回の改訂となったと理解している。コミュ

ニケーション手段としての音声言語の入出力系の医学的管理は、当然耳鼻咽喉科医の領域であることは論を待たない。しかし、耳鼻咽喉科医が児童に接することができる機会が健診だけである現実において、音声言語に問題を持つ児童を、耳鼻咽喉科医がどの程度評価抽出できるのであろうか。15年前の調査で、担任教諭の見た児童の言語行動に関する所見はきわめて重要な意味を持つことが知られている。健診前に担任教諭

の意見を聴取することで言語障害児の検出率は上げることができると考える。学校保健安全法施行細則第11条に「健康診断を的確かつ円滑に実施するため、当該健康診断を行うに当たっては、(中略)あらかじめ児童生徒等の発育、健康状態等に関する調査を行うものとする。」という条文がある。つまり、事前に調査票等での絞り込みが法的には可能であり、必要になるのではないだろうか。

東日本大震災に関して

日耳鼻全国代表者会議では、岩手県、宮城県、福島県から被災地域の学校健診の現状について報告がされた⁴⁾。

岩手県からの報告では、定期健診は遅れながらも行われているが、福島県からは浜通りいわき市以外では耳鼻科健診が空白の状態となっている、ということである。

会議では引き続き研修会が行われ、以下の2講演が行われた⁵⁾。

(1) 「福島原発の事故から放射線被曝を考える」

東京女子医科大学教授三橋紀夫先生により、放射線の基礎知識、放射線の身体への影響、発癌から、現在の福島の現状まで解説された。放射線に対する正しい知識をもって国民が冷静に対応して欲しいとしめくられた。

(2) 「震災を経験した子どもを支えるために～現場における気付きと対応～」

仙台市精神保健福祉総合センター所長林みづ穂先生により震災後の現場での子どもたちの現状と対応、またその際の留意点、今後の問題点等について講演された。①苦痛を感じている症状の改善に努めること、②心ない態度や言葉で傷つけないこと、③本人の快復力と人間性を尊重して接すること、が指摘された。震災をきっかけにして子どもたちへの対応を改めて考える契機となると思われた。

多くの方面に多大な影響を与える東日本大震災では、耳鼻咽喉科医にとっても対応を迫られる問題が種々存在する。その際の学問的な礎になる2講演であった。

日本医師会全国学校保健・学校医大会

最後に昨年開催された第42回日本医師会全国学校保健・学校医大会の第4分科会『耳鼻咽喉科』に寄せられた9演題を紹介する。耳鼻咽喉科学校健診の現状、問題点と今後の在り方について検討された。

(1) アレルギー性鼻炎 (AR) と学校健診疾患との係わり (小学6年生の健診より)

奈良県医師会 川本浩康

耳鼻科学校健診で最も多く指摘される疾患はアレルギー性鼻炎である。他の疾患との係わりを演者の担当校の小学校6年生、2001年から2010年の10年間、延べ822名を対象に検討した。視力障害・聴力障害・ぜん息・アトピー性皮膚炎・肥満との係わりが示唆された。特にぜん息とアトピー性皮膚炎には有意な関連が認め

られた。他疾患との係わりが少なからずあるので、鼻の健診、症状を軽視してはならない。

(2) 静岡県における学校健診での聴力検査の実態と今後の課題

静岡県医師会 植田 宏

静岡県下の小学校46校の養護教諭にアンケートを依頼し、学校健診での聴力検査の現状を調査した。健診時と医療機関での聴力検査結果の格差が大きく、精度の向上の必要性が考えられた。検査者、検査方法のマニュアル、再検査の必要性等を提案した。低周波数域 (500Hz) の検査の導入の必要性を提言した。

(3) 学童嚔声調査

静岡県医師会 牧野克己

静岡県の耳鼻咽喉科学校医により、学校健診で嚔声のスクリーニング検査を行った。約2%の児童が抽出

され、その大部分は小児声帯結節であった。男女比は7:1、低学年に多く認められた。診断の定義、診断された疾患の内容、診断方法に関して検討した。また、養護教諭に対しても嗄声の扱いに関するアンケート調査を行った。その結果に基づき、「小児嗄声の防止のために」というパンフレットを作成し、県下全小学校に配布した。

(4) 学校健診における言語異常検診の検討

徳島県医師会 宇高二良

言語異常検診の重要性に関しては第39回本大会で報告した。今回は言語異常検診の方法について再検討した。徳島県下4小学校の就学時健診児211名の2010年の検診時に3種の方法を組み合わせを行い、結果の精度を比較した。それぞれの方法には有用な点、欠点があり、一つの方法ですべてをカバーすることは難しいと考えられ、いくつかの方法を組み合わせで現実的に対応して行うことが必要であると考えられた。

(5) 熊本県における耳鼻咽喉科学校健診の現状

熊本県医師会 定永恭明

熊本県の小学校、中学校の耳鼻咽喉科校医84名（回答率87%）に対し平成19年度に行われた学校健診についてのアンケート結果を再検討した。健診に従事するのはほとんど開業医であった。受け持ち校数は平均3.6校。全員健診している比率は35%で低い数値だった。学校保健委員会への参加は低率だった。事後措置が不十分であるとの意見が多かった。

(6) 新潟市における小学校の耳鼻咽喉科健診の結果と課題（昭和54年～平成20年）

新潟県医師会 大滝 一

昭和54年度から平成20年までの30年間の新潟県の小学校健診の結果について検討した。受診率は平成17年度までは98%であったが、市町村合併後に10%低下

した。受診児童延べ総数約108万人中の有所見児童は約28万人、有所見率は25.9%であった。部位別では鼻疾患が3/4を占め、耳疾患は1/4であった。有所見率は1年生でもっとも高く、高学年になるほど低下した。市町村合併後のいろいろな問題が提起されていた。

(7) 大阪府の政令指定都市における学校健診の現状

大阪府医師会 武市直範

大阪市と堺市の二つの政令指定都市の学校健診の現状を比較した。大阪府は堺市に比べて学校医の数・配置や、健診器具の数で恵まれている。堺市は区数が少なく、市全体としてまとまっているため、教育委員会や校長部会との連携が密であると推察される。今後、私立の小・中学校の関係者に両市の校医会と教育委員会の会合に参加していただき、健診に対して討議する必要がある。

(8) 小中学校における定期健康診断の現状と問題点

北海道医師会 橋本紘治

札幌市耳鼻咽喉科医会で行われてきた調査研究の結果から現在の定期健康診断の問題点が指摘された。学校医の個人差による診断率のばらつき、滲出性中耳炎の見落とし、ティンパノメトリーの検出率の高さ、音声言語検診の問題などがあげられる。健康診断を「健康相談」と置き換えることを提言したい。

(9) 耳鼻咽喉科定期健康診断の諸問題

神奈川県医師会 朝比奈紀彦

過去のアンケート調査結果をふまえ、横浜市における定期健康診断の諸問題を考えた。疾患名、健診前の保健調査、選別聴力検査、事後措置、重点的健康診断、希望者健診の意義をそれぞれ検討した。耳鼻咽喉科医と学校・家庭・地域それぞれの連携が必要不可欠であることが再認識された。

参考文献

- 1) 学校保健での音声言語障害の検診法 日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会発行1996
- 2) 学校保健での音声言語障害の検診法 日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会発行2012

- 3) 耳鼻咽喉科学校保健の動向 協議 pp12-23日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会2012
- 4) 耳鼻咽喉科学校保健の動向 追加発言 pp24-25日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会2012
- 5) 耳鼻咽喉科学校保健の動向 研修会 pp26-29日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会2012

（大島清史）

コラム 睡眠とメラトニン

子どもの心身の健康を守るためには、家庭での生活態度特に睡眠の習慣や食生活、休養、運動などに留意すべきは当然であるが、なかでも睡眠については知識として従来から関心度が低かった。最近になって「睡眠の科学」としての理論的根拠が理解されて以来様々な状況が解明されてきた。例えばレム睡眠とノンレム睡眠を構成する眠りのセットをはじめ、時差ボケ状態の機序など日常生活における生体時計と地球時間のズレ（「フリーラン」現象）や、サーカディアンリズム（およそ1日の周期＝概日リズム）における脱同調など新しい事実がわかっている。眠ることは、その1は疲れたから眠る仕組みの中での睡眠中枢や覚醒中枢への刺激のバランスの問題と、その2は脳に存在する松果体から放出されるメラトニンというホルモン量の多寡によっても影響される事実もわかってきた。後者のメラトニンには1日周期で心身のリズムを刻む体内時計の役割があり、暗くなると増加して自然に眠くなる。明るい光の下では分泌が抑制されるため体内時計の中枢を支配するという。ヒトはサーカディアンリズムの生体現象があり、体内時計を地球時間に同調させるには朝の光が最も効果的であり夜の光はズレを生ずるのである。普通生体時計の1日の周期は地球の周期24時間よりも長いが朝の光によって同調するといい、夜の光は生体時計の周期を長くさせるためズレが拡大、夜間に光を浴びるとまだ昼間だと生体時計は勘違いすることになる。このズレが体内のリズム（睡眠・覚醒など）の相互関係を乱すことが時差ボケ状態である。日本の児童生徒は塾や宿題の勉強のため減った睡眠時間を朝寝坊で取り返そうとする。生体時間の同調には食事時や社会現象でも認められるが、睡眠時間の減少、メラトニンの分泌低下、生体時計を地球時間に同調しない〈ズレ〉と、時差ボケと同様になり各種の能力が低下する。生活習慣病の肥満においてもメラトニンの低下は各種ホルモンの低下を招き、運動不足や肥満に影響するともいわれる。インスリン抵抗性、睡眠時無呼吸症候群なども同様である。前述のフリーランが長く続くと生理現象が本来あるべき関係とは異なる状態に陥る。これが「内的脱同調」である。一方で海外旅行や夜間勤務などの外的原因によるものは「外的脱同調」という。朝の体内のコルチコステロイドが対応するにしても、「朝の光」はより特効薬である。

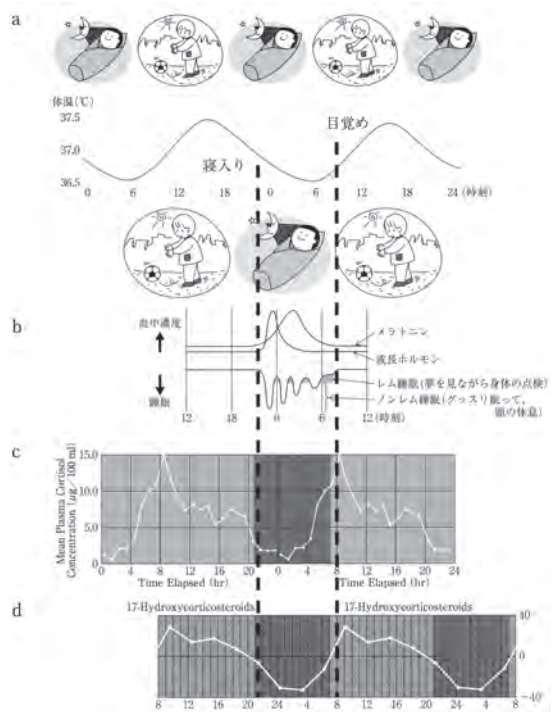


図 さまざまな概日リズム

a=体温 b=メラトニン・成長ホルモン・睡眠覚醒 c=血中コルチコステロイド d=コルチコステロイドの代謝物の尿中排泄量

地球時間の1日24時間より長い生体時間との同調は「朝の光」と「夜の光」に左右される。

そこで、睡眠を有効に活用するには、

1. 朝の早起きで朝の光を浴びる機会を増やし、生体時計との同調を容易にして内的脱同調を避ける
2. 心身の機能を向上させることから日中の受光量を増加させ、就寝時刻を早め、夜間のメラトニン分泌を高める
3. メラトニンは抗酸化作用もある
4. 肥満と睡眠の関連で生体内時計の変動も注目されている

識者は学校保健教育における睡眠の大切さを強調している。

文献

1. 眠りを奪われた子どもたち：神山 潤 著：岩波ブックレットNo.621
2. 「夜ふかし」の脳科学～子どもの心と体を壊すもの～：神山 潤 著：中公新書ラクレ

（内藤昭三）

3-4 皮膚科

1. 学校保健における皮膚科

(1) 皮膚科の学校保健への取組

① 皮膚科と学校医

通常の校医は小児科医・内科医、眼科、耳鼻科が中心に担当してきているため、校医として皮膚科医が学校教育現場に携わることはなかなか難しい。平成16年から、4科体制、すなわち皮膚科、精神科、産婦人科、整形外科の4科による学校専門校医（専門相談医）制度が敷かれたが、平成19年度で終了し、改めて文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課管轄の新規事業：「平成20年度 子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業」がスタートした。この中でも、4科による同制度が継続されており、学校からの要望を受けて専門医を派遣して指導・助言を行う等の活動をしていた。しかし、政府の行政刷新会議事業仕分けで、平成22年から廃止されたが、改めて平成24年に「子どもの安全を守る学校健康教育の推進」として、「学校保健課題解決支援事業」がはじまっている。新型インフルエンザや麻疹・風しん等の各種感染症や、ぜん息、アトピー性皮膚炎等のアレルギー疾患、メンタルヘルスな

ど児童生徒の現代的健康課題が多様化・深刻化の傾向にあり、これらに適切に対応するために学校保健の取組を推進するとして、事業そのものの内容は変わっていない。今後この事業がどう運用されていくかに注目している。

② 皮膚科領域における取組

日本皮膚科学会（日皮会）は、平成21年、学校保健ワーキンググループ（WG）を立ち上げた。日本臨床皮膚科医会（日臨皮）、日本小児皮膚科学会（日小皮）の学校保健活動への共同参加、学会員へ学校保健活動の重要性について啓発活動を行う必要があるということでスタートした。さらに、24年度には日皮会東京支部も学校保健WGを立ち上げた。活動内容として、日小皮が中心に行っている教育関係者・団体への講演活動へ日皮会としても講師の派遣、費用の共同負担を行うなど種々の項目を挙げている。保育所・学校などの教育現場に直接出向き、講演・研修し、早期からの皮膚科医の介入によって皮膚疾患の発見・治療が児童生徒の生活改善に役立つことも目的の一つである。

2. 平成24年度の皮膚科の状況

皮膚科に関する学校保健のいくつかの問題について日臨皮が2010年に会員対象にアンケートを行ったが、今回その結果が発表された。この結果も合わせて現状を記する（西井貴美子ほか：日臨皮会誌、29、404、2012）。

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

学校保健におけるアレルギー疾患の中で、皮膚科として直接関与する疾患は、アトピー性皮膚炎、食物関連アナフィラキシー、蕁麻疹、薬疹などである。「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」で扱われる疾患は、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性結膜炎、アナフィラキシー・食物アレルギー、アレルギー性鼻炎の5疾患であり、この用紙の記入に際して

は、皮膚に関する事項は皮膚科で、ぜん息に関しては小児科・内科で、眼科については眼科でと、各々専門の科が記入すべきである。しかし、記入に際して生じる文書料、提出された用紙が上手に使われるか、エビペンの学校での使用およびそれに伴う事象などが各地域でいまだに問題になっていて、腎疾患、心疾患などの指導表に比べ、なかなか広まっていけないようである。皮膚科における運用状況は、日臨皮の調査では、平成21年5月に47都道府県中16地域（34%）であったが、22年26地域、23年32地域（68%）へと広がってきている。今回行われた平成22年の皮膚科医への直接アンケートでは、458人中289人（63.1%）が記載したことがないと言っている。今回のアンケートの結果、群馬県、広島市、埼玉県では、既存の指導表を基に、地域に即した独自の管理指導表を作成し、活用をはじめている

ことが判明した。皮膚科領域で、アトピー性皮膚炎に加え食物アレルギー、食物依存性運動誘発性アナフィラキシー、口腔アレルギー症候群/ラテックス・フルーツ症候群などが頻繁に論議される現在「学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）」を有効に活用すべきである。

(2) 学校感染症

海外から感染症の侵入、感染症そのものも病態が変化してきたなどから平成24年4月、文部科学省は学校感染症の見直しを行い、それに合わせ、学校保健安全法施行規則にある出席停止期間に関しても改訂した。皮膚科領域で関係ある疾患群は主に第三種学校感染症であり、今回大きな影響はなかった。その第三種学校感染症は、学校教育活動を通じて、学校で流行を広げる可能性がある疾患であるが、出席停止期間は、いずれも、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となっている。コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎のほか「その他の感染症」の項目があり、出席停止の指示をするかどうかは状況を見て判断する。必ずしも出席停止にすべき疾患ではない。なお、平成22年に、日臨皮、日小皮、日皮会、日本小児感染症学会による「手足口病、伝染性紅斑、頭虱、伝染性軟属腫、伝染性膿痂疹の出席の可否に関する統一見解」が作成されている。

この「その他の感染症」には、児童生徒が日常遭遇する疾患が多いが、この群として取り上げ、問題にすべき疾患が増えてきている。最近話題になったいくつかの疾患を取り上げる。

① 頭虱（あたまじらみ）

特に戯れて遊ぶ幼児・小学生に感染者が見られる。発生した場合はその患児の属する集団で駆除すべきである。また近年は学習塾などで集団の規模の拡大があり、場合によっては地域ぐるみによる治療が必要である。一個人を出席停止にしても他への感染が隠れている場合や、しばしばいじめの対象になる場合があり、対応に注意を要するが、出席停止にする必要は全くない。

なお、現在行われている治療はフェノトリン（スミスリンLパウダー、シャンプー）を用いて週に3-4回約2週間治療する。さらに梳き櫛を用いて卵を除去することも必要である。

② 伝染性軟属腫

軟属腫ウイルスによる幼小児に好発する感染症で、接触でうつる。抗体ができれば自然治癒するが、それまでに長期を要するため治療する。“みずいぼ”の処置については皮膚科・小児科間、同じ皮膚科医間でも意見が分かれるが、感染するという疾患の特徴からやはり処置は必要である。しかも、搔痒のため掻破し、膿痂疹を合併したり、アトピー性皮膚炎の悪化の原因になったりするため、治療を勧める。プールなどの肌の触れ合う場ではタオルや水着、またプールのビート板や浮輪の共用を控えさせるなどの配慮が必要である。前述の皮膚科医へのアンケートでは、伝染性軟属腫を持っている児童生徒のプールへ入っていいかどうかの質問に対し、36.5%が許可している。ケース・バイ・ケースで許可は44.3%、禁止10.5%だったという。皮膚科医間でも意見が割れているため、今後の検討が必要である。

なお、平成24年6月から、疼痛緩和用麻酔薬テープの軟属腫への保険適応が認められた。これによって摘除の際の強い疼痛が緩和されるため、処置の選択肢が広がるであろう。

③ 伝染性膿痂疹

夏期に、乳幼児に好発する黄色ブドウ球菌や溶血性連鎖球菌による細菌感染症である。搔破により自己接種し、病変を拡大増悪させたり、接触感染で他人に感染させる可能性が強いため、丁寧に病変部を覆っておくべきである。発熱、倦怠感など全身症状が高度な場合は全身的に抗生物質投与や入院を必要とするが、通常の場合は、膿痂疹の病変部がきちんと覆ってあれば出席させて構わない。

近年、抗菌薬耐性ブドウ球菌による膿痂疹が増加してきている。多くは市中感染型のMRSAで、感受性のある抗菌薬があるものの、治療は皮膚科で、早期に適切な治療を行うことが望ましい。

④ 白癬菌感染

平成13年ころから *Trichophyton tonsurans* (*T. tonsurans*) 感染症が問題になっている。柔道、レスリング、相撲などいわゆる格闘技のスポーツ選手間に徐々に広がり、現在では蔓延しているにもかかわらず、当事者である生徒を含め、その指導者・管理者の認識が乏しい。

T. tonsurans は、体部白癬の症状や、頭部白癬時にケルズス禿瘡を呈するが、そのような病変を持ったまま試合に出たり、合宿したりしている事態が問題である。

全日本柔道連盟はこの感染症に、早期から注目し、連盟に登録のある団体に注意を喚起している。治療・対処については平成23年度版学校保健の動向69-73頁にも記載したが、

- 1) 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。
 - 2) 練習・試合中に着用していた衣類はよく洗濯する。
 - 3) 体育館の床、マットなどの念入りの清掃が必要。
 - 4) 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。
 - 5) 感染が判明した場合は、試合のみならず練習も休ませる。
- などの注意が必要である。

平成24年度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保健体育科の授業に正式に取り入れられた。*T.tonsurans*感染症が生徒間に蔓延していく恐れがあるかも知れず、注意すべきである。このような白癬菌の全国的な広がりに対しては、早急に統一対応が必要である。

⑤ 帯状疱疹

水痘・帯状疱疹ウイルス (VZV) の初感染である水痘は第二種学校感染症に分類され、すべての皮疹が痂皮化するまでは出席停止とされている。一方、帯状疱疹は、水痘として感染したVZVが、潜伏し、疲れ・感染・免疫能の低下などの誘因で再活性化し、潜伏していた神経支配領域に、神経痛を伴った皮疹を生ずる。高齢者に多いが、近年小児に見られる例もしばしば経験する。水疱内にVZVが存在するため、水痘ほどの感染力はないが、水痘に対する抗体がない子どもが接すると水痘に罹患することがあるため、出席の可否について皮膚科領域で問題になった。

保育園では、乳幼児、保育士、両者とも発症した場合は、すべての皮疹が痂皮化するまでは登園は出来ない。小学校以上では、皮疹が重症でなければ、覆ってあれば出席してもかまわない。

⑥ 単純疱疹ウイルス感染症

幼稚園児、学童など低年齢層には、少ない。口唇ヘルペスがよく知られている。初感染は炎症が強く、口唇のみならず口腔粘膜にも病変を生じたり、所属リンパ節腫脹、発熱を伴う例がある。再発は、灼熱感をとも

なった丘疹、小水疱が集簇し、数日でびらん、痂皮化していく。このほか、ヘルペス性歯肉口内炎、Kaposi水痘様発疹症、ヘルペス性ひょうそ、陰部ヘルペスなどの病態がある。本邦ではまれだった青少年の陰部ヘルペス例が、近年増加してきていることは、性の乱れともいうべきか、問題にしていく必要がある。

(3) 紫外線対策

① 学校保健における紫外線対策

乳幼小児期から繰り返し曝露された紫外線によって皮膚癌の発生のリスクが増大することが指摘され、平成10年母子手帳から日光浴の文字が削除された。しかし、一方で、色白で日焼けしやすい児童生徒が、何の考慮もなくほかの仲間と同じように炎天下で運動させられ、あたかも広範囲2度熱傷のようになって皮膚科を受診する例が少なくない。

環境省から紫外線保健指導マニュアルが作成され、最も新しいところでは平成20年に「紫外線環境保健マニュアル2008 (http://www.env.go.jp/chemi/uv/uv_pdf/full.pdf)」が刊行された。その中で、紫外線によるさまざまな障害、すなわち日焼け、光老化、皮膚癌の発生などが取り上げられている。紫外線対策、特にプールなどの水泳授業に際しての対応が十分でない学校が多いようである。

そこで、日陰皮が主体になり、「学校における紫外線対策に関するアンケート」を保育士・養護教諭を対象に行った平成21年度までの結果では、「紫外線環境保健マニュアル2008」の認知度は15.2%、活用している度合いは4.5%であった。紫外線対策として、通学時の日焼け止め使用許可は56.0%、帽子の使用については通学時34.8%、体育時41.7%、プールでの日焼け止め使用許可46.4%、テントなどの日陰対策59.6%、紫外線の強い時間を避ける21.0%であった。

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

② サンスクリーン剤がプールの水を汚染するか

プールの水質に及ぼす影響を懸念され、サンスクリーン剤の使用を禁止する学校が少なくない。この点に関して、すでに、サンスクリーン剤による汚染はみられず、水質は護られるとの調査研究の経過およびそのデータが報告されている(佐々木りか子ら:日小皮会誌、27、195-201、2008、西井貴美子ら:日皮会誌、119、3037-3043、2009)。すなわち、サンスクリーン剤によるプール水の汚染に関して、プール授業の前後でプール水の水質検査を行ったが、濁度に全く変化はみられなかったという。

学校教育の現場では、いまでもサンスクリーン剤を化粧品とみる向きがある。特に日本学校薬剤師会は、サンスクリーン剤を化粧品と規定し、かつサンスクリーン剤中の亜鉛がプール水に溶け出て、子どもの毛穴をふさぐとして、学校現場への持ち込みをよしとしていない。今後、特に学校薬剤師会へ、サンスクリーン剤は一種の薬品に相当するものだとの理解を深めていく必要がある。

水泳授業だけでなく、色素性乾皮症、エリテマトーデスや皮膚筋炎をはじめとする膠原病など紫外線を極端に防御しなければならない疾患は当然のことながら、日焼けを起こしやすい色白の肌の児童生徒にはサンスクリーン剤は必要不可欠であることを学校教育現場に理解してもらわねばならない。

③ サンスクリーン剤の選択

紫外線曝露の状況にあわせて、日焼け止めを選び、時々塗りなおす必要がある。学校のプール授業で用いるものについては、1)「紫外線吸収剤無配合」または「ノンケミカル」の表示があるもの、2)「SPF15」以上、「PA++～+++」を目安とする、「SPF50+」(50以上)の表示のあるものは光線過敏の人、紫外線に高度に曝露する場合以外は必要ない、3)「無香料」と「無着色」の表示があるものに制限する、4) プールでの使用は、「耐水性」または「ウォータープルーフ」表示のものをを用いるなどに留意する。

④ 今後の問題: 指針について

日臨皮と日小皮とで、学校、保育所・幼稚園それぞれの生活に合わせた紫外線対策に関する指針を作成中であるが、現時点では“案”の段階である。

紫外線対策を唱える一方で、あまりに強力な紫外線防御のため乳児のクル病が発症されてきているとい

う。いずれにしても過度にならないように注意すべきであることはいうまでもない。

(4) そのほかの問題

① 痤瘡(にきび)に関する広報活動

かつては思春期のシンボルだった痤瘡は、現在では小学校高学年頃から問題になってきている。実際には市販薬をそっと買って、自分で治療をして、よくなり悩んでいる。痤瘡は生命に直接関与するものではないが、精神的に不安定になりがちな思春期の世代にとっては、整容的な問題は、時にひきこもり、登校拒否、いじめの対象にすら成り得る。児童生徒は当然のことながらその保護者のほとんどが、にきびは皮膚科医へ行って治療を受けるべき疾患という考えに至っていない。

日本皮膚科学会は平成20年に「尋常性痤瘡治療ガイドライン」を作成したが、日臨皮と日小皮は広報活動の一つとして、にきび啓発活動をはじめた。啓発ポスターを作成し、平成24年7月、日本学校保健会を通じて全国公立学校等約35,000校に配布した。

かつては、積極的な治療もせずにおかれた痤瘡ながら、要求に答え、エビデンスに基いた治療が推奨されるようになった。特にアダパレンの使用が可能になって、治療が多彩になった。皮疹の性状、重症度、外用薬・内服薬の組み合わせなどに加え、ケミカルピーリング、ステロイドの使用なども選択肢に入れられ、ガイドラインおよびアルゴリズムが作製されたことは、痤瘡という病態を皮膚科へ行って治療すべき疾患であることを一般の思春期・青年期世代のみならず、その保護者さらに医療側にも再認識させるものであった。今後は、学校保健の中へ、いかに広く取り入れていくかに懸かっている。

② 学校保健と性感染症

現代社会において、性の乱れが取り上げられ、性行動は大きく変化してきている。学童期でさえも性感染症(sexually transmitted infection, STI)、性的虐待、妊娠などが問題になっている。

厚生労働省性感染症報告数(健康局結核感染症課情報管理係) 定点報告(2014年7月現在)によれば、感染症法で定められたSTIのうちの6疾患、すなわち性器クラミジア、性器ヘルペス、尖圭コンジローマ、淋菌感染症、梅毒、HIV感染症では、淋菌感染症のみ10.9%ほど減少しているものの、梅毒は平成11年総数751人

(男482、女269)が、平成23年827人(649、178)に増加し、同様に性器クラミジア感染症、性器ヘルペス感染症、尖圭コンジローマも12年間で徐々に増加している。平成23年だけを見ても、967か所の定点から、最も多いのは性器クラミジアで総数25,682人(男11,736、女13,946)、性器ヘルペス8,240人(3,292、4,948)、尖圭コンジローマ5,219人(2,987、2,232)、淋菌10,247人(8,076、2,171)の報告があったという。クラミジアをみると、20-24歳が多く、次いで25-29歳であるが、10-14歳、0-4歳の報告もある。平成20年東京都幼小中高心性教育研究会によると(学校医の手引き、第7版、性教育：頁223-236、性感染症：237-252頁、東京都医師会 平成23年)、性交経験率は中学3年男子5.5%、女子8.3%、高校生では1年生男子

24.5%、女子24.3%、高校3年男子47.3%、女子46.5%で急激に増加する。性教育の普及といっても実際に教育現場で十分に行われているとはいえない。性行為が中学生レベルで行われる現在では、避妊などを含め、早期から性教育が必要である。校医に産婦人科医を専門相談医に加え、性教育および性の問題に取り組んでいる学校も出てきているが、実際の教育現場では、どのように進めていくかさえ、戸惑いの段階にいたるのが実情である。皮膚科領域でもSTIを見過ごすわけにはいかず、学校保健の面に観点を置いて関与すべきであろう。

なお、性教育および性感染症の解説に関して、日臨皮で教育CDや資料を作る企画が進んでいる。

(日野治子)

3-5 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。ぜん息とアトピー性皮膚炎については児童生徒で減少し始めているという報告も散見されるものの、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児童生徒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。アレルギー疾患は喘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「食物アレルギー診療ガイドライン2012」、「小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2012」、「家族と専門医が一緒に作った小児ぜんそくハンドブック2012改訂版」について補足してまとめた。

1. アレルギー疾患の有症率

日本の児童生徒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%である。2012年に第4回調査が開始されている。暫定値ではぜん息とアトピー性皮膚炎は減少傾向、アレルギー性鼻炎とアレルギー性結膜炎は上昇を続け、食物アレルギーとアナフィラキシー有症率は後述の文部科学省調査以上に高値である。

このようにアレルギー疾患は増加傾向であり、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、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⁾。

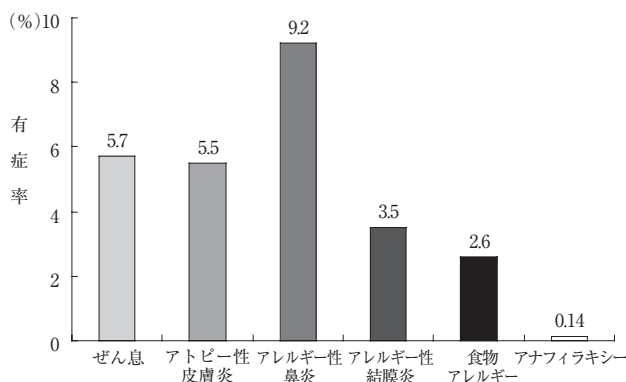


図1 日本全国の児童生徒全体のアレルギー疾患有症率²⁾
(文部科学省調査)

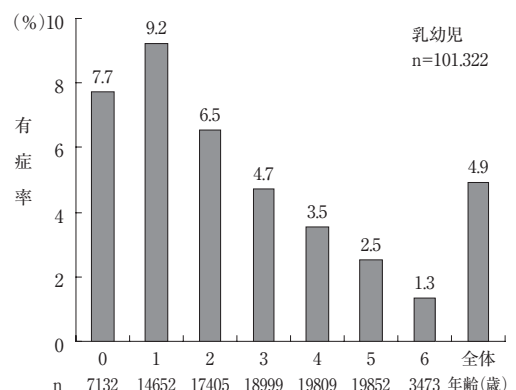


図2 乳幼児の食物アレルギーの年齢別有症率³⁾
(日本保育園保健協議会調査)

	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⁾

旅行等ではかなり良好であるが、校外学習では十分とはいえない。

食物アレルギー、特にアナフィラキシーを発症した時の救急治療はアドレナリン（エピネフリン）注射が第1選択薬である。この薬剤は自己注射薬としてエピペン[®]という商品名で保険収載され入手可能となっている。本薬剤は児童生徒が所持していれば、教職員、救急救

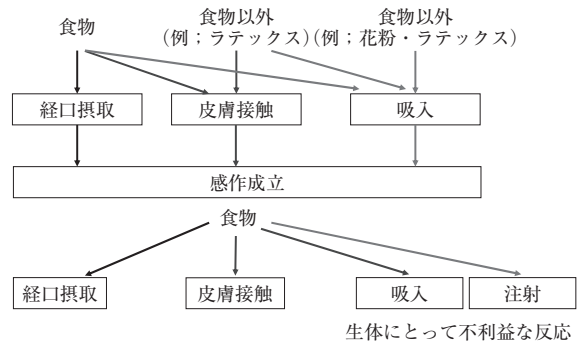


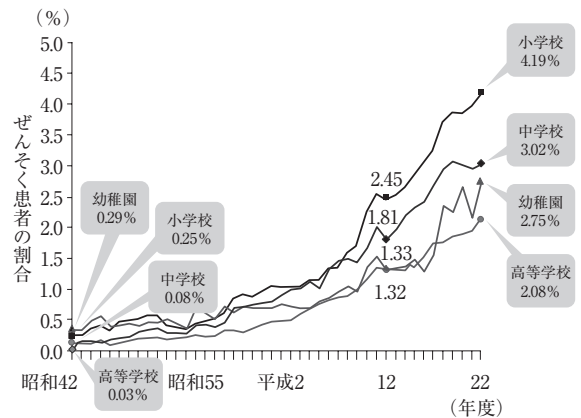
図3 食物アレルギーの定義⁹⁾

命士が注射しても人命救助の観点から止むを得ず行った行為とみなされ、医師法違反に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われている。

処方例をみると、1回0.15mLが注射される製剤の処方対象は食物関係がほとんどであり、1回0.3mLのもの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・誘因を探るため昨年（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、疾患との関係を見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>）。また、東日本大震災対応の一環として、福島県の研究対象地域が拡大された。



〈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

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¹⁰⁾が詳しいが、日本小児アレルギー学会は、NPO団体や患者家族の会などの協力

を得て、災害時の子どものアレルギー疾患対応パンフレットを作成した。パンフレットは、ぜん息、アトピー性皮膚炎、食物アレルギーの3疾患毎に、世話をする方々向け、避難所や地域における周囲の方々向け、行政の

方々向けの3パターンパンフレット（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/>）となっている¹¹⁾。その中の1例として「災害への日頃からの備え（ぜん息用）」を示す（表4）。

- ・災害前の準備
 - アクションプランの作成
 - 薬剤の備蓄（3日～1週間分）
 - ・発作時の薬剤
 - ・長期管理薬
 - 処方内容の記録（お薬手帳など）
 - 防塵マスク
 - 吸入器具
 - ・ネブライザー：電源の確保について
 - ・希望者には、pMDIやDPIの使い方を指導
- ・被災後
 - 環境の変化への対応（ホコリ、煙、ペットなど）
 - 発作時には早めに対応する
 - 長期管理薬を忘れないようにする
 - どの程度の発作強度になったら医療機関を受診すべきかの確認

表4 災害への日頃からの備え（ぜん息用）¹¹⁾

まとめ

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

患用）がさらに普及していき、医療関係者、学校関係者、児童生徒・保護者の3者の共通ツールとして有効に活用していくことが期待される。

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、協和企画、東京、2011。
- 7) 日本小児アレルギー学会：小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2012、協和企画、東京、2011。
- 8) 日本小児アレルギー学会：家族と専門医が一緒に作った小児ぜんそくハンドブック2012年改訂版、協和企画、東京、2012。
- 9) 日本小児アレルギー学会・食物アレルギー委員会：食物アレルギー診療ガイドライン2012、協和企画、東京、2011。
- 10) 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。
- 11) 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。

（西間三馨）

3-6 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。成長期の心身はともに発育・発達の途上にある。決して大人のミニチュアではなく、これらの運動器もまた発育・発達の途上にある。骨、筋、関節、靱帯などの運動器が未成熟なこの時期において、脊柱の変形（側弯症）や腰痛、骨折、捻挫、スポーツ傷害などの運動器疾患・障害を生じる危険性は決して低くない。一旦、運動器疾患・障害が生じ、的確な診断・治療が行われなけ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にも影響を与え、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孕んでいる。

また、成長期における運動器疾患や障害は健全な心肺機能や脳・精神・知力の獲得を妨げるばかりか、成人の肥満やメタボリックシンドロームの発生にも繋がる

危険性をも指摘されている。

さらに、この問題は個人だけではなく社会としても重要な問題である。現在、日本では老年人口が24%に達する一方で、年少人口は13%と過去最低となっており、すでに少子超高齢社会が現実のものとなっている。そして、50年後には年少人口や生産人口が半減し、老年人口が40%となる、超少子超高齢社会が到来すると予測されている。従って日本の将来を担う次世代の成長期において運動器を含む健康管理に大人は無関心であるべきではなく、その実態把握と課題解決のための方策を立てなければならない。

本稿では成長期の運動器に関わる種々の統計調査報告や平成17年度から行われてきた「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」および、その後に行われた運動器検診結果などから、成長期の運動器疾患の実態と課題について述べる。

1. 成長期の体格と体力・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⁾。

一方、体力・運動能力については、同省の平成22年度体力・運動能力調査²⁾によれば1週間の総運動時間が60分未満の小学生は男子で10.5%、女子で24.2%あ

り、中学生では男子9.3%、女子では31.1%となっており、平成20、21年度と調査と同様に運動をしない子が多く、運動時間の二極化が明確になっている（図1-1、1-2）。

また、総運動時間と体力合計点数との関連では、総運動時間の長い児童生徒の方が体力合計点数が高いことが示されている（図1-3、1-4）。さらに、男女とも1週間の総運動時間が420分以上と60分～420分、420分未満で各種目別の体力・運動能力を比較すると、年齢・性別に拘わらず、運動時間が少ないと体力・運動能力が低下する結果であった（図2-1、2-2）。

加えて、体力・運動能力を昭和60年度と比較すると、小学生の男女の反復横跳びを除き、依然低い基準であることが指摘されている。また、児童生徒の体力・運動能力が昭和60年度の平均値に到達した割合を1週間の総運動時間で比較すると、420分未満の児童・生徒はどの種目でも到達率は低かった（図3-1、3-2）。

以上から、成長期において体格は良くなっている一方、全体としては体力・運動能力の低下が生じている実態があり、この背景には運動の二極化が関係しているといえる。このため、運動過多による運動器への傷

害や運動不足による運動器機能低下を生じる恐れがあって、いずれも成長期の運動器の発育・発達に影響を与える危険性を孕んでいる。

図1-1 1週間の総運動時間と運動部や地域スポーツクラブ所属との関連（小学生）

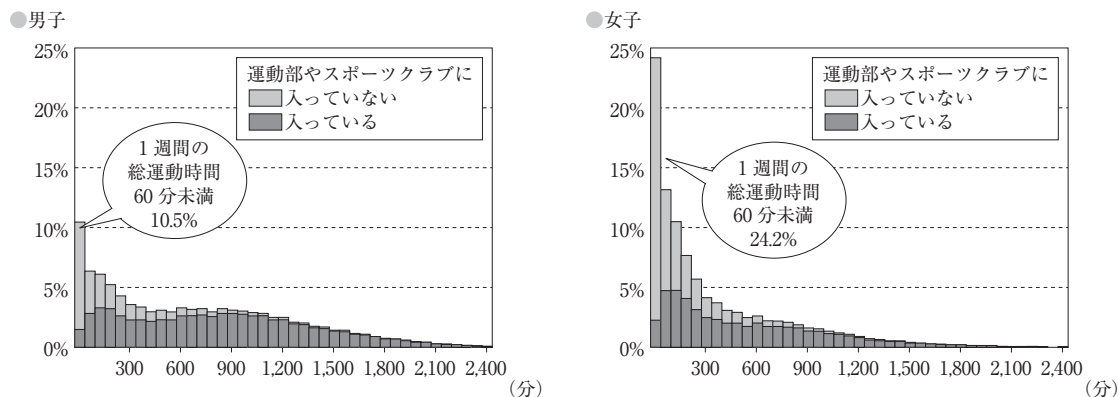


図1-2 1週間の総運動時間と運動部や地域スポーツクラブ所属との関連（中学生）

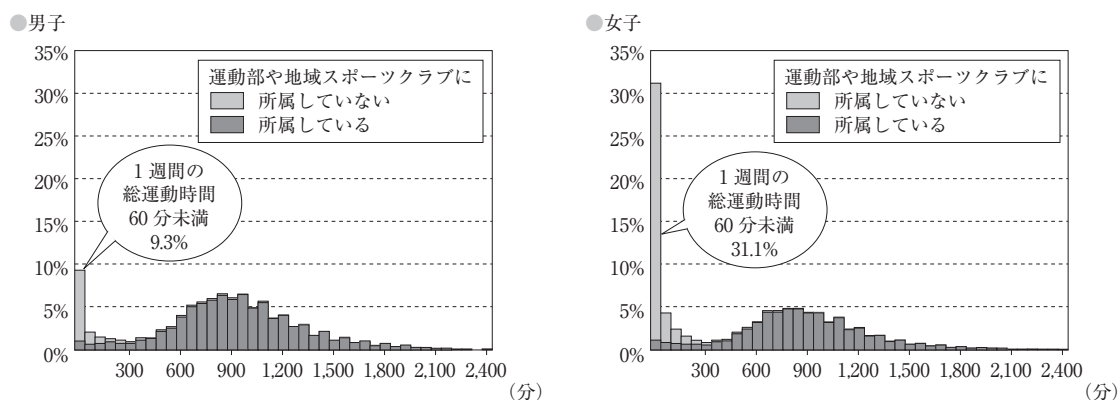


図1-3 1週間の総運動時間と体力合計点との関連（小学生）

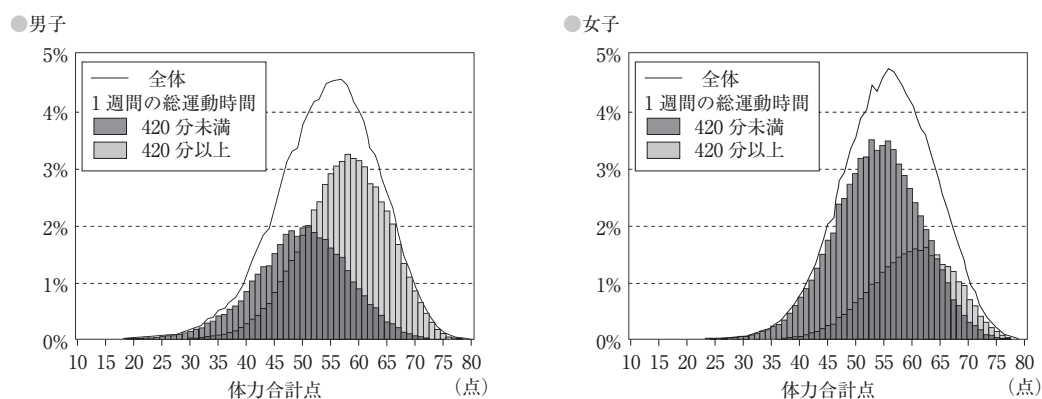


図1-4 1週間の総運動時間と体力合計点との関連（中学生）

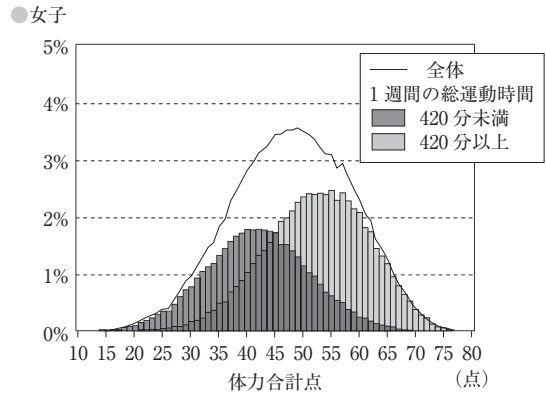
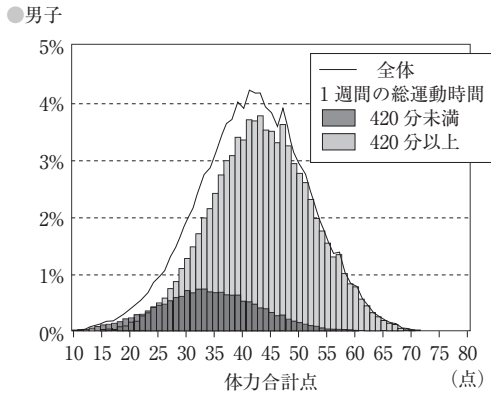


図2-1 運動スポーツの実施頻度と運動能力（小学生）

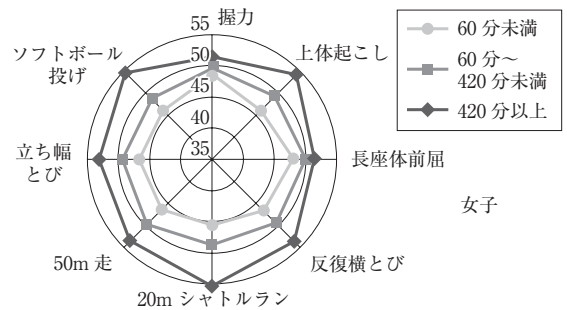
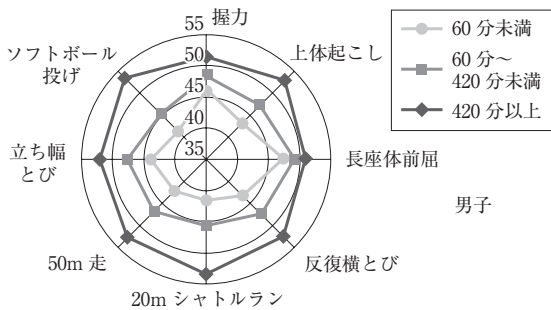


図2-2 運動スポーツの実施頻度と運動能力（中学生）

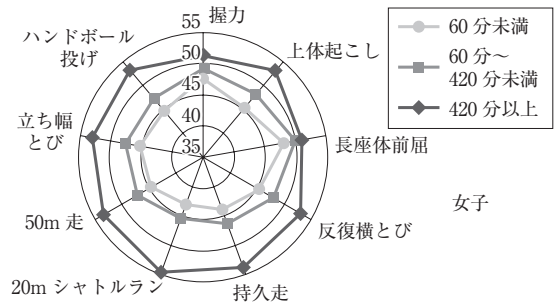
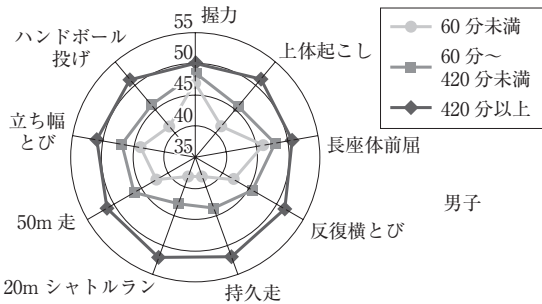
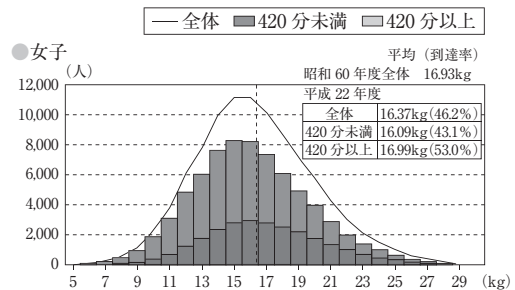
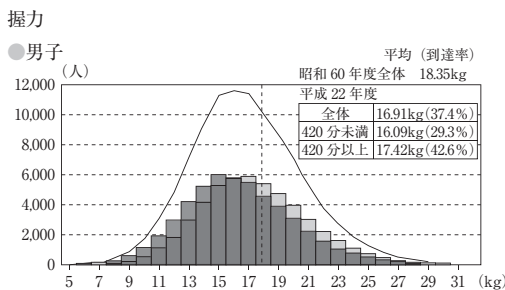
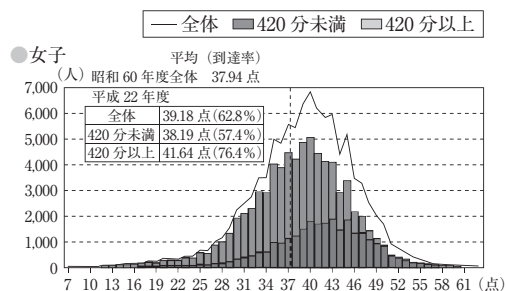
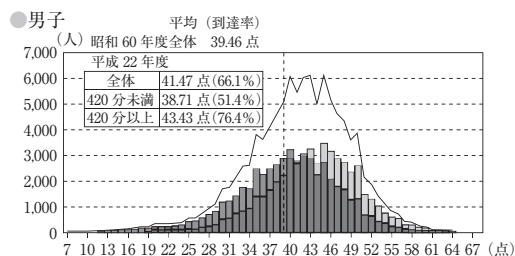


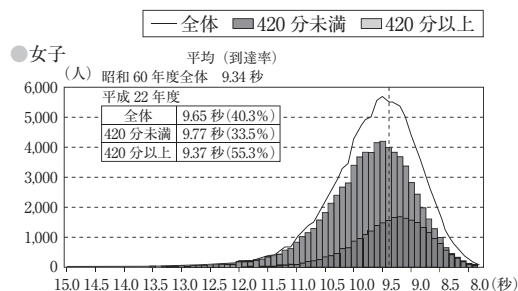
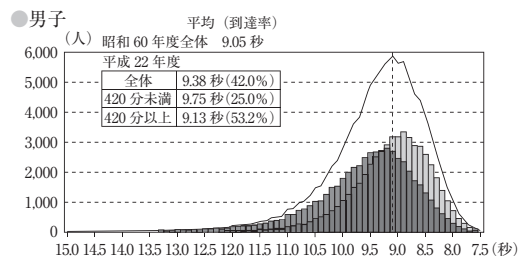
図3-1 1週間の総運動時間からみた昭和60年度水準の到達度（昭和60年度の平均に到達した児童の割合）（小学生）



反復横とび



50m走



ソフトボール投げ

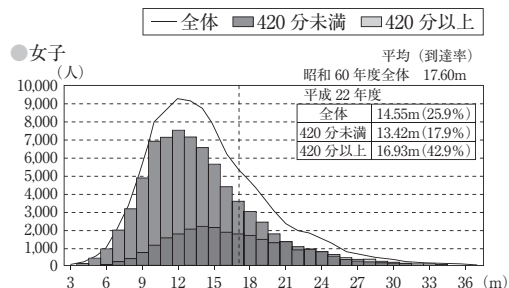
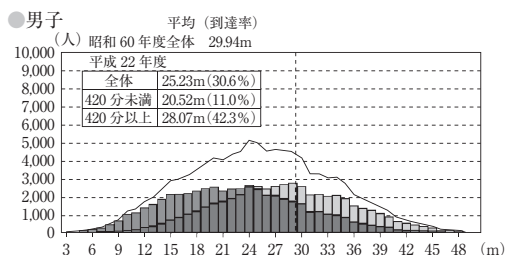
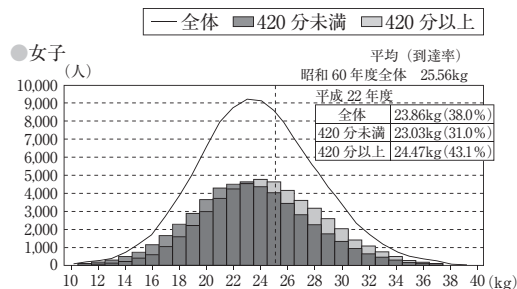
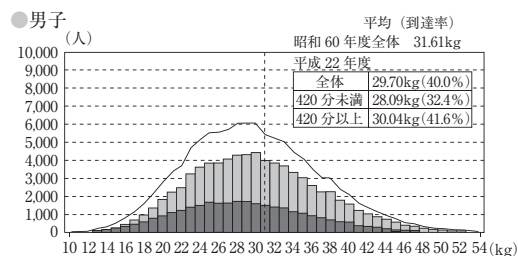
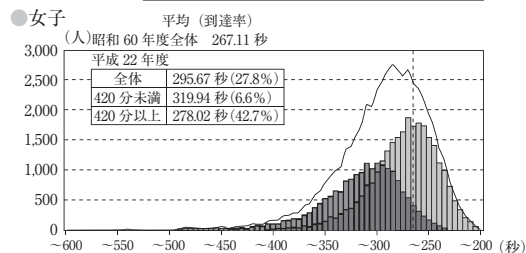
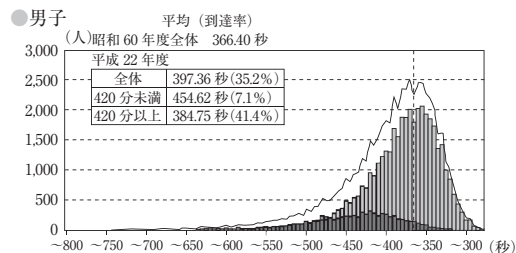


図3-2 1週間の総運動時間からみた昭和60年度水準の到達度 (昭和60年度の平均に到達した生徒との割合) (中学生)

握力

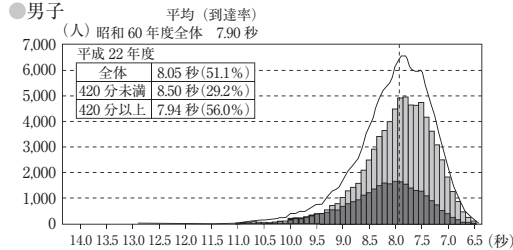


持久走 (男子 1500m、女子 1000m)



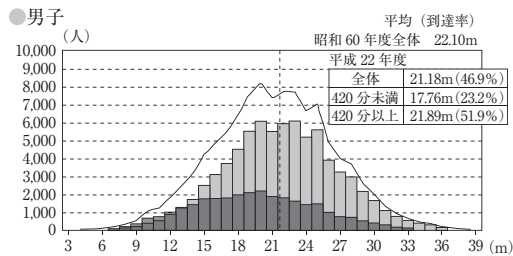
50m 走

●男子

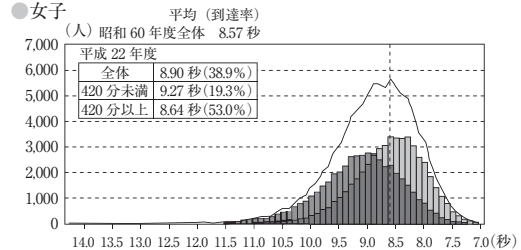


ハンドボール投げ

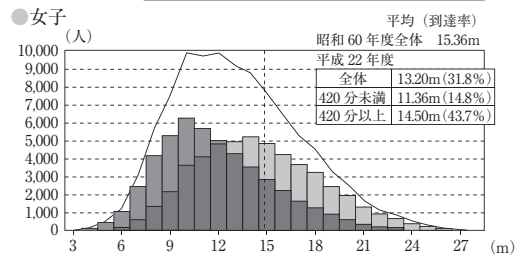
●男子



●女子



●女子



2. 運動器疾患の実態

従来行われてきた学校保健統計調査では、脊柱・胸郭の異常は小・中・高校生とも1%以下であったという。しかし、これは学校保健安全法による定期健康診断の結果から統計処理した限定的なサンプルデータであって、脊柱以外の四肢の運動器に関するデータは明らかではない。しかも学校保健安全法の前身である学校保健法が制定された昭和33年当時とは成長期の運動器疾患の様相が変化していると考えられるため、上記の定期健康診断が必ずしも小児の運動器疾患の罹患実態を的確に表しているとは言い難い。

一方、運動器に係る外傷については日本スポーツ振興センターのデータがあるものの、これは学校管理下における災害に対して災害共済給付が行われたものを示している。平成22年度では年間113万件発生しているという³⁾。しかし、これには災害とは認められないもの、すなわち側弯症や慢性のスポーツ障害についてのデータは含まれていない。すなわち、成長期の運動器疾患の実態を明らかにするためには、これらのデータでは不十分である。そこで、成長期の運動器疾患の罹患状況を明らかにする目的で平成17年から行われてきた「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」の調査結果^{4, 5, 6)}やその後、鳥根県で行っている運動器検診の結果から児童生徒の運動器疾患の実態について述べる。

平成23年度に鳥根県で行った運動器検診では、対象者を小学校5年生、中学校1年生とし、小学校29校、1,673人、中学校13校、1,400人、計3,073人を検診した。調査では予めマークシート形式とした健康調査票を配布し、学校における定期健康診断で学校医がこれを参照して専門医療機関への受診が必要の性を有無を診断した。

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817人であり、全体の24%であった。小学生では382人(23%)、中学生では435人(25%)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608人(要検診者の74%)であり、小学生では311人(同81%)、中学生では297人(同68%)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109人(受診者の18%)で、小学生では56人(同18%)、中学生では53人(同18%)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率は全体では4.3%、小学生では4.1%、中学生では4.4%であった。疾患内訳では脊柱側弯症が49%、膝のスポーツ障害が12%、腰痛5%、足障害5%であった。小学生では脊柱側弯症が61%で、次いで足関節・足部の障害が20%、膝の障害が5%にあった。これに対して、中学生では脊柱側弯症が47%で、膝スポーツ障害が20%、

腰痛が9%であった。高学年になるにつれ下肢のスポーツ障害が多い傾向にあった。

これらの運動器疾患の実態は平成17年度から平成22年度まで行われた「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」の調

査結果^{4, 5, 6)}と同様であり、成長期の運動器疾患・障害の発生頻度は少なくとも1割はあるといえ、それは7年前から横ばい状態であると推定できる。また、脊柱側弯症だけでなく、運動・スポーツに関連した運動器傷害が多いことも特徴といえる。

3. 運動器機能不全の実態

前述の小・中学生3,073人を対象に運動器検診で行った「からだの硬さ」も調査した。「ヒザの後ろを伸ばし前屈して指先が床につかない」子が743人(24%)を占め、「足の裏を付けて完全にしゃがめない」子が282人(9%)存在した。小学生ではそれぞれ22%、8%であり、中学生では27%、10%であった。

この結果も、前出の「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」での調査結果^{4, 5, 6)}と同様であり、成長期において、いわゆる「からだが硬い」状態が少なからず生じているといえる。「からだが硬い」状態のままで運動・スポーツを行えば運動器に外傷や障害を招く可能性があり、この点についても留意する必要がある。

4. 考察

以上から、成長期の体格はその親の世代、昭和55年と比較して男女ともに良くなっている一方で、体力・運動能力は昭和60年の値よりもいずれも低いという実態がある。これには運動習慣の変化が運動能力に大きく影響を与えており、とくに運動習慣の二極化が体力・運動能力の二極化をもたらしていると考えられる。すなわち、運動しない子の体力・運動能力の低下が、運動をしている子の体力・運動能力の上昇よりも顕著に表れ、全体としては低下していると考えられる。

これに対して成長期の運動器疾患・障害の実態を学校における運動器検診の結果からみると、脊柱側弯症だけでなく、四肢の運動・スポーツに関連した運動器障害が少なからずあることが判明した。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、看過できない発生率であるといえる。これに運動・スポーツ等で発生した外傷性疾患を加えると成長期には年間約170万人が運動器に疾患や障害を生じていると推計できる。

近年の成長期における運動器疾患・障害の実態について、平成20年1月の中央教育審議会、いわゆる中教審の「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」の答申でも、「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。」との記載があり、国レベルで児童生徒の運動器障害の実態が変化していることが認識されている。すなわち、児童生徒の運動器障害の実態は、学校保健法が制定された昭和33年あるいは改正された昭和55年、さらには体育局長通知がなされた平成6年時の状況とも異なり、現在では変化している可能性がある。

一方、運動器疾患・障害とはいえないまでも、いわゆる「からだの硬い」子が小中学生で1～2割存在することも今回の調査で判明した。このことは「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」における調査において、すでに指摘されており^{4, 5, 6)}、この傾向が続いているといえる。身体の硬さはスポーツ活動の多少にかかわらず見られる⁶⁾ことから、その原因は必ずしも運動不足によるとは限らない。例えば投球肩障害や野球肘に罹患している患者で見られるように、同じ動作を頻回に行うスポーツの運動過多がある種の身体の硬さを招来している可能性がある。「からだが硬い」状態で同じ運動・スポーツを続ければ、ある特定の部位に運動負荷が集中することになり、ひいては運動器疾患・障害をきたす危険性が高まる。このため、児童生徒への運動・スポーツ指導にあたってはこのことに留意をしながら、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

トレーニングが必要であるといえる⁶⁾。

このような成長期の運動器疾患・障害の実態は従来の学校保健統計調査の結果と乖離している。その理由には定期健康診断では脊柱側弯症以外の四肢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。また、学校医が診断する際の具体的な基準が不明であるということも問題である。このことは、日本医師会の学校保健委員会答申（平成24年3月）においても指摘され、同答申では脊柱側弯症や胸郭部異常を中心とした学校における定期健康診断を四肢の骨・関節異常を含めた運動器を健診する制度に改革する必要性が述べられている⁷⁾。

学校における定期健診は全ての児童生徒を網羅できることから、そこでの運動器検診体制の確立・充実が図らねばならない。さらに、運動器検診は身体的虐待の早期発見にも資する可能性がある。平成22年の児童虐待相談の対応件数は5万件、身体的虐待は2万件を超えることから、定期健診時には発育・発達異常や

体幹・四肢の皮膚の状態、創傷・熱傷瘢痕、骨折の既往など被虐待を疑う兆候を観察できる。そのためにも運動器疾患・障害の実態に即した、より実効性の高い健診項目としての具体的な基準が整備される必要がある。これに対して、財団法人日本学校保健会は文科省と協力して「学校の運動器疾患・障害に対する取り組みの手引き」の冊子⁸⁾やDVD⁹⁾を製作しており、運動器や運動器疾患・障害や検診の実際についての理解に有用である。

健康増進法に基づき策定された「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」は平成24年7月に改正され、いわゆる「健康日本21（第2次）」が厚生労働省より示された。この中で子どもから高齢者まで各ライフステージ（乳幼児期、成・壮年期・高齢期など）に応じた国民の健康の増進の総合的な推進が謳われている。日本の将来を担う次世代の運動器における健康課題も喫緊の課題であって、この方針に従って成長期の運動器疾患・障害の早期発見・予防ができるような具体的な制度の確立と充実を切に望む。

おわりに

成長期の運動器疾患・障害は齲歯、視力障害、鼻・副鼻腔疾患に次いで比較的多い一方、運動器機能不全ともいえる「身体の硬い」状態も1～2割存在し、看過できないものである。未だその実態を十分把握できていない側面があるものの、教育機関、行政機関、地域

医療機関、日本学校保健会、日本医師会などを含めた組織的連携のなかで、少しずつ運動器検診体制の確立・充実に向けた取組が進みつつある。これらの取組がさらに進み、成長期の運動器疾患・障害のよりの確な早期発見・予防に繋がることを願う。

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22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/a_menu/sports/kodomo/zencyo/1300266.htm
- 3) 日本スポーツ振興センター. 学校種別の災害発生状況・給付状況（平成22年度） <https://naash.go.jp/anzen/saigai/toukei/tabid/148/Default.aspx>
- 4) 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.

- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 日本医師会学校保健委員会. 学校保健委員会答申. 平成24年3月.
- 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.

（内尾祐司）

3-7 歯科・口腔外科

1. はじめに

近年、児童生徒の心と体の健康課題は、ますます多様化、複雑化してきている。幼児期、学齢期の子どもについては、学校単独として取り組むべきもの、また学校・家庭・地域が連携して取り組むべきものなどがあるが、喫緊の課題としては、「食育推進」、「家庭・地域および学校の安全・安心な生活の確保」、「メディア社会・夜型生活による子どもの精神心理面への影響とその対策」、「子どもの体力・運動能力の低下をくい止める方策」など、子どもの生活習慣に関わるものが多くみられる。さらに、現代の子どもの健康課題は、必然的に成人期、高齢期に至って大きな影響を及ぼしていく。文部科学省保健体育審議会答申で指摘しているように、現代の児童生徒は自分の存在に価値や自信が持てないなど、心の健康問題が大きく関わっていると考えられる。

今回の「学校保健法」の一部改正による「学校保健安全法」では、すでに中央教育審議会の答申でも、子どもの健康を取り巻く状況について「都市化、少子高齢化、情報化など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、生活習慣の乱れ、いじめ、不登校、児童虐待などメンタルヘルス、感染症など新たな課題が顕在化している」と指摘している。このような健康課題に対応していくには、主に「学校保健に関する教職員の学校内体制の整

備」が当然必要になってくることはいうまでもないが、さらに「家庭、関係行政機関、医療機関との連携」が重要である。「学校保健安全法」では、従来の学校医および学校歯科医の職務の一つとしていた健康相談が、養護教諭をはじめ学校全体で広く行われるようになった。この「健康相談」重視の姿勢は、現代の児童生徒の健康課題に対応していくには、従来の学校保健活動の集団・グループ重視のアプローチは勿論であるが、個別・ハイリスクのアプローチを加味した支援、すなわち個別的な保健指導や健康相談が要求されている時代であることを示したものである。

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も、生活習慣病の学習材（教材）として適しているばかりでなく、①鏡を見れば自らが対象であること、②歯が生えかわったり萌出したりすることを容易に実体験することが可能で、生への畏敬の表出や興味・関心が持ちやすいこと、③知識・理解が容易であること、④行動した結果が自己評価しやすいこと、⑤話題の共通性に富んでいることなど、子どもを対象とした健康教育題材として大変有効である。さらに歯垢が沈着して歯肉炎を起こしているようなケースでは、歯垢を除去することにより歯肉炎が比較的短期間で改善することから、原因と結果の関係さえも示すことができ、児童生徒の思考力・判断力の形成に役立つと考えられる。

2. 健康状態の評価と対応（特にむし歯について）

歯・口の健康づくりのために保健管理あるいは保健教育を行うには、当然、児童生徒の生活習慣および歯・口の健康状態を把握・評価することが必要になる。その方法とその対応は以下のごとくである。

(1) 学級担任などによる日常の健康観察から

児童生徒に日常的に接触し、観察や対話する学級担任の健康観察は貴重な児童生徒の健康状態の情報になる。児童生徒の全身の健康状態は勿論のこと、顔貌、歯、口唇、口腔内の傷、学校給食時の食べ方、発語時の構音、口腔に関係する習癖行為などを観察する

ことで、時に特異な所見・徴候をみることがある。養護教諭を通じて、問題によっては学校歯科医に連絡し、時に保護者を交えての健康相談を行う。

(2) 健康相談から

養護教諭等が行う歯・口の健康相談は、歯・口の健康問題だけに留まらず、子どもの情動や基本的生活習慣等の問題も含めて、子ども自身に生活の在り方を見つめさせ、健康の保持増進に向けた行動ができるように支援することが特徴である。常に子どもとの信頼関係を培いながら、一緒に考え、助言するなど、児童生徒自

ら望ましい生活習慣の獲得へと向う意識を持つことが大切である。養護教諭が行う健康相談は、教育の一環として位置付けられていることが必要であって、時に健康相談を効果的に行うために養護教諭は学校歯科医の指導助言を受けて進めることが必要である。

学校歯科医による健康相談は、健康診断の結果に基づいて、学校歯科医がその専門性を発揮して、子どもや保護者に現状をよく説明し、学校と家庭との協力によって、子どもが健康を保持できるように相談、指導するものである。しかし、生活様式や子どもの悩みの多様化により、健康診断の事後措置にとらわれない健康相談が増加している。これは、子どもが悩んでいる問題について、学校歯科医だけでなく、養護教諭、学級担任等の関係職員が協力して、場合によっては保護者も交えて相談するものである。健康診断の事後措置として行われる健康相談は、特に判断が難しい歯列・咬合については、要観察か、あるいはかかりつけ歯科医の受診による精密検査が必要な場合は、児童生徒あるいは保護者によく説明し、その要望を確認した後に受診の勧めをすることが望ましい。

(3) 保健調査から

健康診断を円滑に実施し、健康状態をよりの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・口腔の状況、生活習慣等を把握しておくことが必要である。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、事前に健康観察や保健調査の結果を学校歯科医に知らせておくことが必要である。すでに保健調査票の具体例は健康診断のマニュアルなどに示され

ている。保健調査票は健康診断が実施される全科用に限らず、可能ならば歯科単独用も作成し活用することによって、ハイリスク児および個別の保健指導、あるいは健康相談の要望などに役立つことになる。

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加えてもよい。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?」「一日何回歯をみがきますか?」などの生活習慣や行動についての質問を加えたり、「CO・GOを知っていますか?」といった知識に関する質問を入れたりすると、事後の評価と保健指導に役立てることができる。

(4) 学校歯科健康診断結果から（むし歯について、平成23年度学校保健統計結果）

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

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

むし歯の指標にはその他WHOによる国際比較の指標になっている12歳児の永久歯一人平均むし歯数（一人平均DMF歯数）がある。

文部科学省の平成23年度学校保健統計調査報告によると、表1に示すように、平成23年度のむし歯の者の割合（処置完了者を含む。以下同じ）は、幼稚園43.0%、小学校57.2%、中学校48.3%、高等学校58.5%となっており、全ての校種で前年度より減少している。

（%）

区分	昭和56年	平成3年	平成13年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
幼稚園	計	84.60	80.81	61.54	53.70	50.25	46.50	42.95
	処置完了者	16.07	29.05	23.44	20.67	20.34	18.77	16.91
	未処置歯のある者	68.53	51.76	38.10	33.03	29.91	27.72	26.04
小学校	計	93.50	89.34	75.59	65.47	63.79	61.79	57.20
	処置完了者	23.63	37.16	36.38	31.21	30.89	30.32	28.65
	未処置歯のある者	69.87	52.18	39.21	34.26	32.90	31.47	28.56
中学校	計	93.68	89.64	73.81	58.06	56.00	52.88	48.31
	処置完了者	34.38	41.40	41.19	30.96	30.36	28.79	26.75
	未処置歯のある者	59.30	48.25	32.63	27.10	25.64	24.09	21.56
高等学校	計	95.73	93.01	83.66	68.48	65.48	62.18	58.46
	処置完了者	32.86	45.86	48.72	38.20	35.99	34.73	32.24
	未処置歯のある者	62.88	47.15	34.94	30.27	29.49	27.45	26.22

表1 むし歯（う歯）の者の割合の推移

むし歯の者の割合の推移をみると、30年前（昭和54年度）には全ての校種で90%を超えており、一時上昇傾向にあったが、昭和50年代半ば以降は全てに低下している。

むし歯の者の割合を年齢別にみると（図1）、乳歯と永久歯が混在する9歳が63.5%と最も高くなっている。また、処置完了者の割合は、9歳以降未処置歯のある者の割合を上回っている。

12歳の永久歯の一人当たり平均むし歯等（喪失歯及びむし歯）数をみると（表2）、「喪失歯数」はほとんど変化がないが、「むし歯数」は1.18本となっており、昭和59年に調査を開始して以降、減少傾向にある。また、10年前の平成11年度と比較すると1.52本減少している。

このように、我が国の幼児・児童生徒のむし歯の罹患状況は過去に比べ低下しており、また例えばむし歯に被患したとしても進行は慢性化し、軽症状態で進む。したがって、過去のようにむし歯を早期発見、早期治療しなくても、歯質が崩壊してむし歯によって歯を喪失することが非常に少なくなり、現在の幼児・児童生徒の口腔内環境は非常に良くなってきたといえる。しかし、全国的にはその被患率にはかなりの地域差がみられるといわれている。このようなむし歯の減少と軽症化の最大の要因は、学校における歯科保健活動により日常生活の歯みがき習慣がかなり浸透してきたことと、低濃度のフッ素配合歯みがき剤の市場のシェア率がかなり高率となって、むし歯発生および進行の抑制効果が増したものと推測されている。また、むし歯の初期様変化

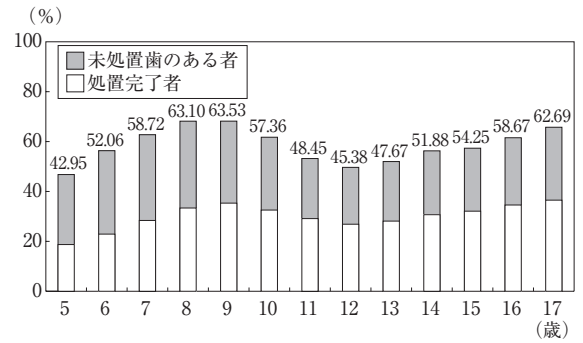


図1 年齢別 むし歯（う歯）の者の割合等
（注）10歳から12歳において割合が減少するのは、乳歯が生え変わることが影響していると考えられる。

（いわゆるCO；要観察歯）が学校歯科健康診断に導入されるようになり、従来C（むし歯）として診断されていた状態がCOに区分されるようになったこと（COはむし歯被患としない）も関係していると考えられる。

COとは、現在、むし歯と断定できないがむし歯の初期病変の疑いがあり、引き続き口腔環境が悪ければむし歯に移行する可能性が高く、また、逆に口腔環境が改善されれば、健全な状態に移行する可能性のある歯である。そこで、COは健康診断後の事後措置が重要になり、継続的な観察を行うため、臨時健康診断を行うことと、さらに学校での保健指導など健康教育が行われることが必要である。またCOの状態、歯垢沈着など口腔内環境および家庭環境の状況によっては、COの目的や意義を理解する地域のかかりつけ歯科医への受診を勧め、予防処置やより専門的な保健指導などを受けながら継続的な管理を進めることも考慮する。

（本）

区分	昭和59年	平成3年	平成13年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
計	4.75	4.29	2.51	1.63	1.54	1.40	1.29	1.20
喪失歯数	0.05	0.04	0.03	0.03	0.02	0.03	0.03	0.02
むし歯 （う歯）	計	4.70	4.25	2.48	1.60	1.51	1.37	1.18
	処置歯数	3.35	3.03	1.73	1.01	0.96	0.87	0.76
	未処置歯数	1.35	1.22	0.75	0.59	0.55	0.49	0.41

表2 12歳の永久歯の一人当たり平均むし歯（う歯）等の数の推移

3. 歯周病について

むし歯の被患率が減少している状況から、今後、我が国の歯の喪失の大きな原因は歯周病であると指摘さ

れている。その初発時期は、乳歯から永久歯に生え変わり、永久歯の歯肉溝（歯周ポケット）に口腔内常在菌

である歯周病の病原菌の定着（バイオフィルム）が確定する時期とされており、それは小学校の中・高学年である。またその発症に思春期性のホルモンの分泌が関係している。現在、文部科学省の学校保健統計では発表されないが、厚生労働省の歯科疾患実態調査（表3）によると中、高校生へと増齢とともにわずかに増加している。また成人、高齢者も同様であって、今後の児童生徒期から生涯歯科保健の大きな課題でもある。全国的に展開されている8020（80歳で20本以上の歯を残す）運動をさらに前進させるためには、児童生徒期からの保健教育・保健管理が必要である。

現代の児童生徒の生活が夜型化しており、健全な望ましい生活習慣が確立していない状況にある。そのため、間食や食習慣あるいは食品の軟食傾向によって、よく噛まなくなったことが歯肉への刺激・マッサージ効果を減少させ、さらに就床前に甘味飲料類や夜食を摂取することが多くなっている。このような不規則な習慣やストレスの多い生活は、唾液の流量や性状に変化を及ぼし、また、生理的な免疫機構が低下していることも指摘されている。

学校健康診断では歯肉の診査は、前歯部の上下の歯肉を診査し、3段階にふるいわけされているが、健康（O）、歯石沈着がなく一部の歯肉に軽度の発赤、腫脹を認める軽度な歯肉炎がある者を要観察者（GO：Gingivitis under Observation）、歯石沈着が認められ、数歯の歯肉の全体に発赤腫脹あるいは出血を認める歯肉炎がある者は要精検（G）としてかかりつけ歯科

医への受診を勧めている。要観察者の中で、歯垢の堆積が著しく、日頃の生活習慣が乱れており、歯みがき行動が定着していない者は、健康診断後の事後措置として、学校での個別（集団）の歯みがき指導や生活習慣の保健指導、健康相談などが必要であると同時に、かかりつけ歯科医で専門的な歯みがき指導のため受診が必要なこともある。歯肉炎を通じての歯みがき指導や習慣行動は、その結果が比較的に短期間で評価されるので、子どもたちの自律的な健康行動を知る上で、保健指導の題材として適している。実践可能な保健教育の面からは、子どもたちが自ら発見（確認）、決定し行動するという教育効果を高めるには、セルフチェック表・レーダーチャートを用いて評価することが必要である。平成16年学校保健会から発刊された「歯肉の状態から健康づくりを考えよう」には、歯肉、生活習慣、健康行動のレーダーチャートが掲載されている。

歯肉炎をそのまま放置し、改善しないと歯周炎に移行することが多い。特に近年、歯周ポケットに歯周炎の原因となるバイオフィルムが存在することにより、様々な全身の健康への影響や疾患を発病することが明らかにされている。

歯周病は生活習慣、特に食生活など生活上の保健行動との関連が強い。（表3）。

平成23年度歯科疾患実態調査によると歯肉に所見のある者は、5～9歳で35.5%、10～14歳で45.3%であり、歯肉に出血など所見がある者（この年齢層の歯肉炎被患者）は25.0%、26.7%となっている。

年齢階級	所見のない者	所見のある者				
		総数	プロービング後の出血	歯石の沈着	歯周ポケット4mm以上6mm未満 総数	歯石（+）
5～9	64.5	35.5	25.0	10.5	—	—
10～14	54.7	45.3	26.7	18.6	—	—
15～19	30.9	69.1	23.6	40.9	4.5	—
20～24	25.8	74.2	13.5	47.2	12.4	4.5
25～29	31.1	68.9	9.8	45.1	11.5	4.1

表3 歯肉の所見の有無、年齢階級別

参考文献

- 1) 今関豊一：学校保健安全法 施行規則の解説、日本学校保健会編、学校保健の動向、平成21年度版、日本学校保健会発刊、2009。
- 2) 文部科学省編：「生きる力」をはぐくむ学校での歯・口の

健康づくり、文部科学省発刊、2011。

- 3) 日本学校保健会：歯肉の状態から健康づくりを見直そう、日本学校保健会発刊、2004。
- 4) 厚生労働省：平成23年度歯科疾患実態調査

（赤坂守人）

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、昨年（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。

(2) メンタルヘルスの背景要因²⁾（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、機能的な精神疾患（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。

機能的な精神疾患には、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。

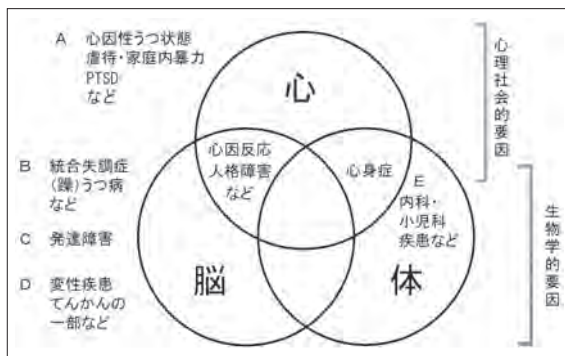


図1 メンタルヘルスに含まれる問題（例）とその原因

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

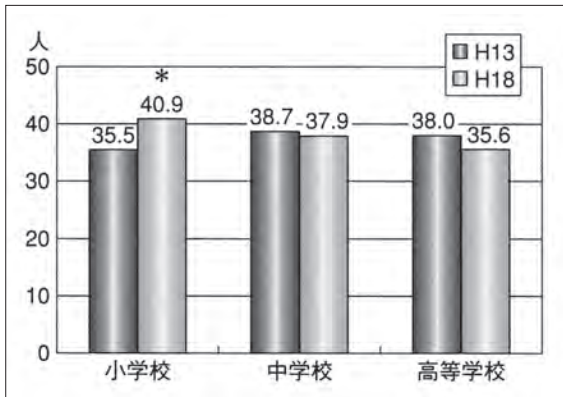


図2 1校1日平均の保健室利用者数 (H18)

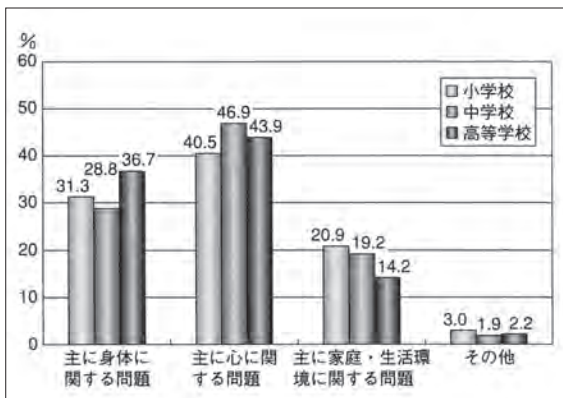


図3 児童生徒の主な背景要因 (H18)

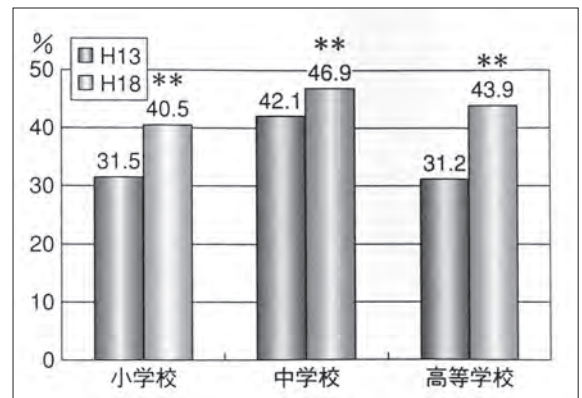


図4 主に心に関する問題

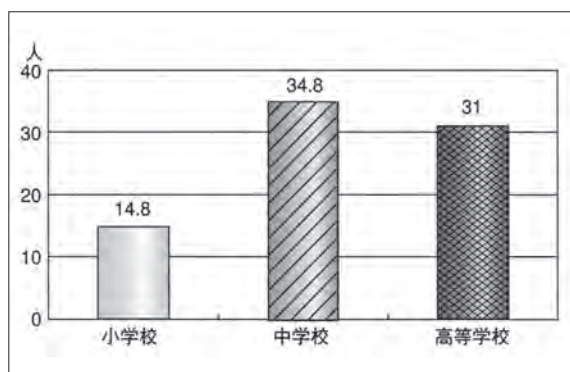


図5 養護教諭がメンタルヘルスに関する問題で支援した子ども（1校平均の支援人数）

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及ぶことがうかがわれる（図5）。養護教諭から医療の受診や相談をすすめた子どものうち、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基づく不安のほか、精神疾患、発達障害をはじめとする医療的問題、自傷行為、性に関する問題が高い割合でみられた（図6）。養護教諭がメンタルヘルスの問題で直接支援した子どもについては、不登校・保健室登校、人間関係の問題、発達障害と関連する問題を持つ児童生徒が多い。

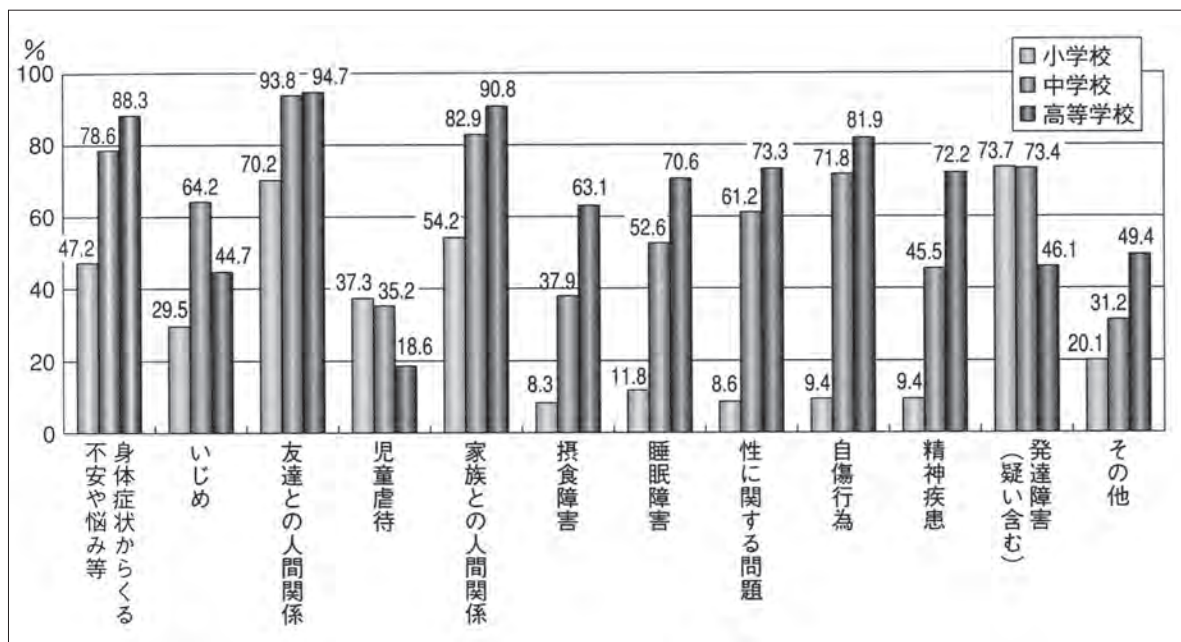


図6 心の健康に関する問題「有」の学校の割合（H18）

	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組が十分に行われていない学校が少なくないことを示していると考えられる。このことは、例えば保健室登校・別室投

稿の児童生徒への対応に関して養護教諭が感じている問題点のなかでも連携不足、教員間の認識の相違、校内組織の不在などが指摘されていることから十分にかがわれる。

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

(1) 不登校

平成23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117,458人（在籍数の1.12%）であり、前年度より約2,500人（約2%）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いえる。高等学校（国・公・私立）における不登校生徒数は約5万6千人であり、昨年より人数の上では約千人増加しているが、在籍生徒数に対する割合からすると小・中学校とほぼ同程度で1.68%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。

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2.0%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。

(2) 保健室登校

次に、保健室登校の児童生徒数（公立学校）は、4人

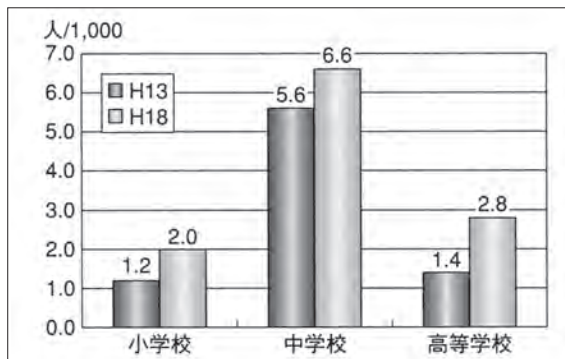


図7 保健室登校の児童生徒数（人／1,000）（H13・H18 対比）

単位：人

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

表3 保健室登校の学年別・性別の実人数（人／1,000）（H18）

あたり小学校2.0人、中学校6.6人、高等学校2.8人であり、平成13年度と比べてどの校種でも増加していた（図7）。性別については、小・中・高等学校とも女子生徒が男子生徒を2倍から3倍程度で上回っていた（表3）。

(3) 暴力・いじめ

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23年度の発生件数が約5万6千件（前年度より約4千件減少）である⁵⁾。次に、小・中・高・特別支援学校におけるいじめについては、認知件数が約7万2千件であり、前年度より約7千件減少している。

(4) 自死（自殺）

小・中・高等学校（国・公・私立）を合せて自死した児童生徒数は200人⁵⁾となっている。この人数は、一時

380人に及んだ昭和50年代と比べて減少はしているものの、平成に入ってから増減を繰り返している状況といえる。自死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、いじめ・対人関係の悩み、発達障害をはじめとして様々なメンタルヘルスの問題の関与が疑われる。

近年、とりわけいじめによると考えられる自死が社会的注目を浴びている。しかしながら、これまでの多くのケースでは、学校（あるいは教育委員会）による生徒指導上の対応の問題点についてのみ調査が行われるに止まっている。今後は学校精神保健の視点からも自死が発生した状況や背景を調査し、事実の冷静な把握に努めることが急務である。

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。

<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6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23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24年9月11日
- 6) 文部科学省. 子どもの心のケアのために一災害や事件・事故発生時を中心に 平成22年

（十一元三）

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23年度（平成23年5月1日現在）は、小学校6,917,710人（加入率99.9%）、中学校3,612,719人（99.9%）、高等学校3,534,059人（98.0%）、高等専門学校58,916人（99.5%）、幼稚園1,291,416人（80.8%）、保育所1,883,130人（84.4%）であり、義務教育諸学校の未加入者は、11,521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23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2,110,477件であり、平成22年度に比べて15,939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）での給付率は、12.33%（平成22年度は12.16%）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なので、翌月以降にも療養を受けた場合も給付件数には含まれている。

初回分のみの件数を発生件数といい、平成23年度は1,121,448件で、平成22年度の件数より9,506件増加し

（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 千円	発生率 %	給付率 %	件数 件	金額 千円	件数 件	金額 千円	件数 件	金額 千円
小学校	(417,292) 664,153	3,587,496	6.11	9.73	49	128,780	15	322,000	664,217	4,038,276
中学校	(397,387) 758,105	5,353,420	11.19	21.34	91	370,440	28	616,000	758,224	6,339,860
高等学校	全日制 (240,767) 586,586	6,346,005	7.32	17.83	223	1,040,865	31	763,000	586,840	8,149,870
	定時制 (2,537) 5,281	52,411	2.25	4.68	5	37,600	1	28,000	5,287	118,011
	通信制 (499) 1,406	19,199	0.38	1.06	4	36,520	0	0	1,410	55,719
	計 (243,803) 593,273	6,417,615	9.95	23.57	232	1,114,985	32	791,000	593,537	8,323,600
高等専門学校	(2,587) 5,948	64,204	4.39	10.10	4	13,530	2	28,000	5,954	105,734
幼稚園	(21,830) 33,592	176,559	1.69	2.60	0	0	1	14,000	33,593	190,559
保育所	(38,549) 55,406	251,121	2.08	2.99	5	9,220	4	70,000	55,415	330,341
合 計 (A)	(1,121,448) 2,110,477	15,850,419	6.55	12.33	381	1,636,955	82	1,841,000	2,110,940	19,328,374
前年度 (B)	(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
前年度比 (A) - (B)	(9506) 15,939	327,119	-0.02	0.17	-86	-159,065	8	290,000	15,861	458,054

（注）1 上記のほか、へき地にある学校の管理下における児童生徒の災害に対する通院費5,227千円（2,574件）、供花料9,350千円（55件）、東日本大震災特別弔慰金910,000千円（182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、20,252,951千円である。

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23年度給付状況

ている。加入者数で除した発生率は、6.55%（平成22年度は6.57%）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23年度では17,297,950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23年度では381件である。

平成23年度の障害別の種類は、歯牙障害が93件（24.41%）、視力・眼球運動障害が89件（23.36%）、外貌・露出部分の醜状障害が83件（21.78%）、であり、これらの上位3位までで全体の約7割である。そのほかの障害は、精神・神経障害43件（11.29%）、手指切断・機能障害24件（6.30%）、胸腹部臓器障害20件（5.25%）、上肢切断・機能障害9件（2.36%）、下肢切断・機能障害7件（1.84%）、聴力障害6件（1.57%）、せき柱障害4件（1.05%）、足指切断・機能障害2件（0.52%）、咀嚼障害1件（0.26%）である。

なお、障害の等級は、第1級から第14級までであるが、最も多いのは、第14級の145件（38.06%）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22件（5.77%）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23年度では82件である。その死因別で主なものは、突然死が38件（46.34%）である。〈心臓系24件、中枢血管系（頭蓋内出血）3件、大血管系など11件〉、そのほかは、頭部外傷13件（15.85%）、内臓損傷9件（10.98%）、窒息死（溺死以外）7件（8.54%）、溺死6件（7.32%）、熱中症5件（6.10%）、全身打撲とその他が各2件（2.44%）である。

死亡見舞金給付のほかに、交通事故等で損害賠償が支払われたこと等により、センターからは供花料を支給しているが、その件数は55件であり、そのうち対自動車交通事故は50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、2,574件である。

平成23年3月11日に発生した東日本大震災に際して、学校管理下で死亡した児童生徒等に対し、東日本大震災特別弔慰金を創設した。その支給は平成23年度は182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49件である。この内訳は、外貌・露出部分の醜状障害が29件、歯牙障害7件、視力・眼球運動障害6件、胸腹部臓器障害3件、精神・神経障害2件、手指切断・機能障害および上肢切断・機能障害が各1件、この中には、重障害である第1級から第3級が1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27件（55.10%）、各教科・道徳14件（28.57%）、通学中4件（8.16%）、課外指導2件（4.08%）、学校行事以外の特別活動及び学校行事が各1件（2.04%）である。

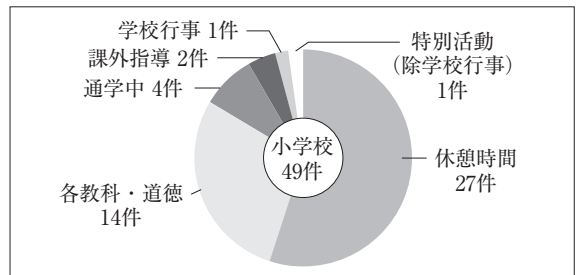


図1 小学校障害見舞金・場合別給付状況（平成23年度）

死亡見舞金の支払われた件数は、15件である。内訳は、突然死7件〈心臓系4件、中枢血管系（頭蓋内出血）1件、大血管系2件〉、溺死5件、内臓損傷2件、頭部外傷1件である。

また、発生の場合別をみると、各教科・道徳5件、休憩時間が4件、通学中が3件、学校行事以外の特別活動、学校行事および課外指導が各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14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。

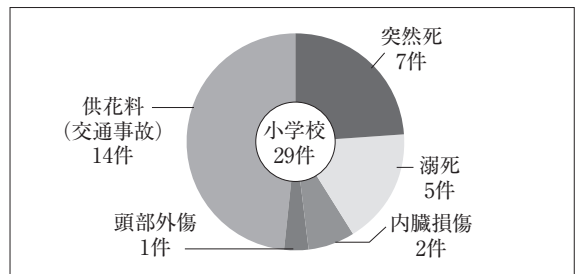


図2 小学校の学校の管理下の死亡（平成23年度）

(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、91件である。この内訳は、視力・眼球運動障害26件、外貌・露出部分の醜状障害が21件、歯牙障害14

件、手指切断・機能障害8件、精神・神経障害7件、胸腹部臓器障害、上肢切断・機能障害、せき柱障害が各4件、聴力障害2件、下肢切断・機能障害1件である。この中には、重障害である第1級から第3級が5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、休憩時間31件（34.07%）、課外指導24件（26.37%）、各教科・道徳19件（20.88%）、学校行事以外の特別活動8件（8.79%）、通学中5件（5.49%）、学校行事3件（3.30%）、寄宿舎1件（0.45%）である。

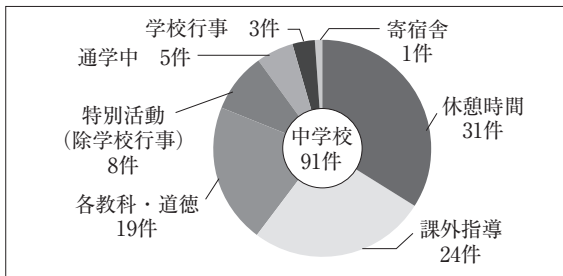


図3 中学校障害見舞金・場合別給付状況（平成23年度）

死亡見舞金の支払われた件数は、28件である。内訳は、突然死12件（心臓系7件、中枢血管系（頭蓋内出血）2件、大血管系3件）、頭部外傷、窒息死（溺死以外）が各5件、内臓損傷4件、全身打撲、その他が各1件である。

また、発生の場合別をみると、通学中10件、課外指導7件、休憩時間6件、各教科・道徳が3件、学校行事以外の特別活動と学校行事が各1件である。

その他、供花料が支給された9件のうち、通学中の交通事故による死亡は9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。

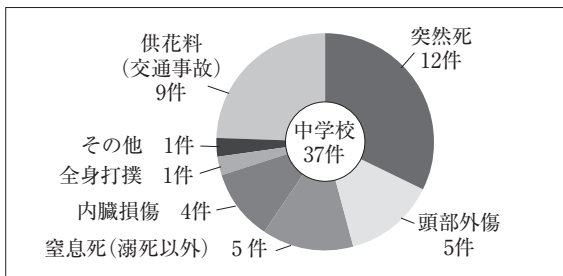


図4 中学校の学校の管理下の死亡（平成23年度）

(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、歯牙障害69件、視力・眼球運動障害57件、精神・神経障害が34件、外

貌・露出部分の醜状障害が29件、手指切断・機能障害15件、胸腹部臓器障害13件、下肢切断・機能障害が6件、聴力障害が4件、上肢切断・機能障害が3件、手指切断・機能障害とそしゃく機能障害が各1件である。この中には、重障害である第1級から第3級が16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33件（14.22%）、通学中22件（9.48%）、学校行事13件（5.60%）、学校行事以外の特別活動5件（2.16%）、寄宿舎1件（0.43%）である。

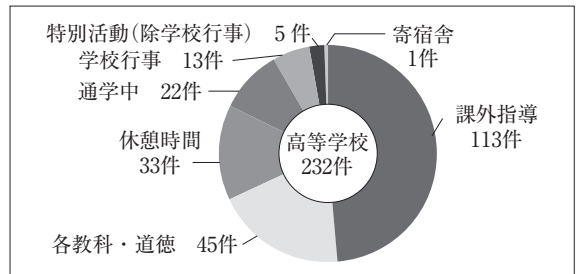


図5 高等学校障害見舞金・場合別給付状況（平成23年度）

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13件（心臓系11件、大血管系2件）、頭部外傷7件、熱中症5件、内臓損傷3件、溺死、窒息死（溺死以外）全身打撲、その他が各1件である。

また、発生の場合別をみると、課外指導16件、各教科7件、通学中5件、休憩時間、学校行事以外の特別活動、学校行事および寄宿舎が各1件である。

その他、供花料が支給された27件のうち、通学中の交通事故による死亡は24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。

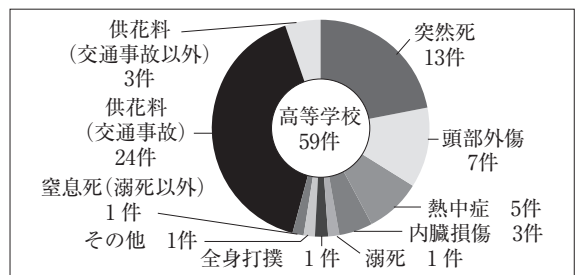


図6 高等学校の学校の管理下の死亡（平成23年度）

(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4件である。この内訳は、歯牙障害が3件、外貌・露出部分の醜状障害が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、通学中2件、学校行事および課外指導が各1件である。

死亡見舞金の支払われた件数は突然死（心臓系）の2件。供花料の支給は1件。

(5) 幼稚園

幼稚園の幼児に対して支払われた障害見舞金の件数はなかった。

なお、死亡見舞金は1件で突然死（大血管系）、供花

料は通園中の交通事故で2件である。

(6) 保育所

保育所の幼児に対して支払われた障害見舞金の件数は5件である。この内訳は、外貌・露出部分の醜状障害が3件、上肢切断・機能障害および足指切断・機能障害が各1件である。

死亡見舞金の支払われた件数は4件である。内訳は、突然死3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2件あり、通園中の交通事故による死亡は1件である。

2. 学校災害事故防止に関する調査研究

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

この学校災害事故防止に関する調査研究では、学校安全関連では、「突然死」など重大（死亡）な疾患の事故防止や「課外指導における事故防止」「固定遊具の事故防止」など事故件数の多い分野での研究を実施し、食の安全関連では、学校給食を主とした「食中毒の事故防止」や「食物アレルギーへの対応」の調査研究を実施した。

(1) 学校給食における食中毒防止Q&A

学校給食での食中毒件数は、学校給食関係者のたゆまぬ努力により、発生件数および有症者数ともに減少傾向にある。しかし、毎年ノロウイルス食中毒、ヒスタミン食中毒など細菌性食中毒が発生した。

センター事業として、食中毒を防止するために学校給食食中毒発生調理場等に出向いて実態調査を実施し、併せて発生原因の究明や防止のための拭取り検査を行っている。

報告書は、わかりやすい手引書とした。日頃から寄せられる衛生管理に関する質問で特に重要と思われるものを33問選出、Ⅰ施設・設備 Ⅱ下処理・調理 Ⅲ洗浄・消毒 Ⅳ学校関係従事者 Ⅴその他 に分けた。質問に対しては、拭取り検査結果のデータや有識者による見解を交え、図・写真・グラフなどを用いて回答したものである。



(2) 課外指導における事故防止対策

平成19年度に災害共済給付を行った負傷の事例について、その発生を場合別で類別すると、中学校と高等学校においては、課外指導時、特に部活動での事故が多く発生している。

給付事例を分析するとともに、学校での体育的部活動の現状を把握するため、学校の設置者および学校の協力を得て、各学校に赴き日々の活動状況や活動環境の実態調査を実施した。

これらの結果を踏まえ、けがを未然に防ぐことを目的とした「体育的部活動のけが防止プログラム」を開発し、プログラムの有効性の検証のため、全国で中学校7校、高等学校7校の合計14校の《学校災害防止研究協力校》を移植し年間実施した。

プログラム実施中は、アンケートや聞き取り調査を数日実施し、実施中の生徒の「けが防止」に対する意識変化の調査、取組状況の確認、問題点を踏まえた安全指導・安全管理および事故防止の留意点を掲載した。

(3) 学校における突然死予防

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。

突然死の原因は十分に解明されておらず、その多くは運動を伴って発生する致死的な不整脈によると考えられている。また、近年、野球やサッカーなどの球技や空手などの武道で胸部をボールまたはこぶしが直撃することによって死亡する事故（心臓震盪）が散見されるようになった。

これらの突然死を予防するには、すべての教職員が注意を払って子どもの健康管理を実施することである。そこで、突然死を防ぐための10か条を作成した。

(4) 学校の管理下における食物アレルギーへの対応

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。

この調査研究では、学校給食を中心に、食材の流れに沿って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、喫食、片付けまでの重要なポイントの検討を行った。

また、食物アレルギー事故は、家庭科等の調理実

習、体験学習、修学旅行などでも発生しており、その対策も検討した。

それらの検討結果を踏まえ、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法や被害を効果的に防止するための方策についてまとめた。

(5) 学校における固定遊具による事故防止対策

平成11年度から平成21年度までに小学校、幼稚園・保育所に設置された遊具による死亡事故は、10件である。そして、遊具事故の発生割合は、事故全体では、高くなっている。

そのため固定遊具における事故の現状を把握し、防止のための管理と指導について調査研究を行うことが重要であると考え、「学校における固定遊具による事故防止対策」をテーマとした。

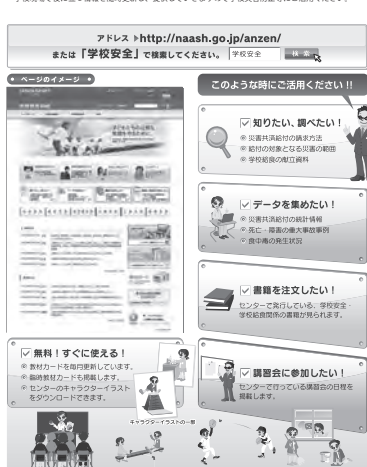
災害共済給付データから、児童・園児が起こしやすい事故の特徴を小学校と幼稚園・保育所に分けて分析した。さらに、固定遊具別の事故の特徴をまとめた。

また、各支所を通して行った小学校、幼稚園・保育所の現場の実状調査結果から、児童・園児への安全指導のポイントや遊具の安全管理のあり方についてイラスト等を用いてわかりやすくまとめた。

加えて、小学校や幼稚園・保育所で起きた事故事例、固定遊具の設置台数状況調査の結果や固定遊具の点検表などを作成した。

3. ホームページからの情報発信

学校の管理下での事故情報、調査研究での成果、各委員会や課部会の情報、さらに支所のページには、地域に密着した情報を掲載しています。



※詳しくは、センターのホームページ (<http://naash.go.jp/anzen/>) をご覧ください。

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責の特約を付している）

なお、センターでは、上記の災害共済給付に附帯する業務として、災害共済給付契約に係る児童生徒等の学校の管理下における死亡で、国家賠償法、民法その他の法律により、損害賠償が支払われたこと等により、センターから死亡見舞金が支払われないものについて「供花料」が支給される。また、へき地地域においては、へき地学校における児童生徒等が学校の管理下の災害により医療機関に通院した場合は、「へき地学校の児童生徒に付する通院費」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、故意に負傷し、疾病にかかり、または、死亡したときは、給付は行わない。
- (6) 高等学校の生徒および高等専門学校の学生の重大な過失による災害の場合は、障害見舞金、死亡見舞金の減額措置がある。

■災害共済給付の給付金の請求

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

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

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

（独立行政法人日本スポーツ振興センター学校安全部）

6 教職員の健康診断

1. はじめに

労働者は労働安全衛生法による健康診断を受けることになっているが、教職員の健康管理は学校保健安全法と学校保健安全法施行規則および学校教育法により規定されている。学校保健安全法施行規則には、

「健康増進法第9条第1項の健康診査指針と調和が保たれていなくてはならない」（学校保健安全法第17条第3項）とあり、教職員の健康診断と事後措置に関する詳細は学校保健安全法施行規則で定められている。

2. 実施者

実施者は学校の設置者で、国立大学は文部科学大臣、公立大学は当該地方公共団体の長、大学以外の公

立学校は当該地方公共団体の教育委員会、私立学校は当該学校法人の理事長である。

3. 種類および時期

定期健康診断と臨時の健康診断がある。

定期健康診断は毎年6月30日までに行う。しかし6月30日までという時期は、「学校の設置者が定める適当な時期に」と読み替えることができる。

臨時健康診断は、(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恐れのある時、(3) 夏期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時に行われる。

4. 健康診断項目

定期健康診断の項目は以下の通りである。ただし、妊娠中の女性職員と40歳未満の職員は胃の疾病および異常の有無の検査を省くことができる。

20歳以上の職員は身長測定を省略可能であるが、BMI算出には測定しておくほうがよい。

腹囲測定を省略できるのは、以下の者である。

- (1) 35歳未満の職員および36歳以上40歳未満の職員
- (2) 妊娠中の女子職員その他の職員で腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと判断された者
- (3) BMIが20未満である職員
- (4) 自ら腹囲を測定し、その値を申告した職員でBMIが22未満の者（学校保健安全法施行規則第13条第3項）。

貧血検査、肝機能検査、血中脂質検査、血糖検査、心

電図検査を省略できるのは、35歳未満の職員および36歳以上40歳未満の職員である。

〈定期健康診断の項目〉

- ・身長、体重および腹囲
- ・視力および聴力
- ・結核の有無
- ・血圧
- ・尿
- ・胃の疾病および異常の有無
- ・貧血検査
- ・肝機能検査
- ・血中脂質検査
- ・血糖検査
- ・心電図検査
- ・その他の疾病および異常の有無

（学校保健安全法施行規則第13条）

5. 事後措置

事後措置の実施者は学校の設置者である。

学校の設置者は、健康診断の結果に基づき治療を指示し勤務を軽減する等適切な措置をとることになっており、医師は診断結果に基づいた「指導区分」の判定を行う必要がある。「指導区分」は学校保健安全法施行規則第16条に定められている。生活規正の面と医

療の面からなり、生活規正の面（A、B、C、D）と治療の区分（1、2、3）を組み合わせ、A1、A2、B1、B2、C1、C2のように決定する（表1）。

医師が行った指導区分に基づき、学校の設置者は表2の基準によって休職や勤務軽減、医療機関受診指示などの事後措置を決定する。

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

表1 健康診断にあたった医師による指導区分判定

A	休暇または休職等の方法で療養のため必要な期間勤務させないこと
B	勤務場所または職務の変更、休暇による勤務時間の短縮等の方法で勤務を軽減し、かつ、深夜勤務、超過勤務、休日勤務及び宿日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軽減すること
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

表2 学校の設置者が、医師の指導区分により行う事後措置の基準

6. 休職者の状況

全国の公立学校の教職員休職者では、平成13年度には在職者の0.56%だったのが平成20年度には0.94%になり、この水準が続いている。しかも精神疾患による休職者が増えており、平成14年度から過半数を超え、平成21年度には63.3%と過去最高を示した¹⁾。平成22年度の病気休職者の学校種別の内訳は図1、図2に示すように、小学校3,967名（45.8%）、中学校2,509名（29%）、高等学校1,295名（14.9%）、特別支援学校883名（10.2%）である。うち精神疾患休職者は、小学校2,346名（精神疾患による休職者の43.4%）、中学校

1,673名（同30.9%）、高等学校818名（同15.1%）、特別支援学校565名（同10.5%）で、小学校が最も多く、中学校がそれに次ぐ。精神疾患による年代別休職者は、50代以上が3,839名（39.8%）で、40代2,688名（33.8%）、30代1,635名（19.7%）、20代498名（6.7%）と、年代が高いほど多い。図3に示すように性別には病気休職者全体では女性が57.9%と男性より多いが、精神疾患患者の性別に大きな違いはない。職種別では、図4、5に示すように病気休職者、精神疾患患者ともに「教諭等」が最も多い²⁾。

年度（平成）	在職者数（A）	病気休職者数（B）	精神疾患による休職者数（C）	在職者比（％） B/A	C/A	C/B
13年度	927,035	5,200	2,503	0.56	0.27	48.1
14年度	925,938	5,303	2,687	0.57	0.29	50.7
15年度	925,007	6,017	3,194	0.65	0.35	53.1
16年度	921,600	6,308	3,559	0.68	0.39	56.4
17年度	919,154	7,017	4,178	0.76	0.45	59.5
18年度	917,011	7,655	4,675	0.83	0.51	61.1
19年度	916,441	8,069	4,995	0.88	0.55	61.9
20年度	915,945	8,578	5,400	0.94	0.59	63.0
21年度	916,929	8,627	5,458	0.94	0.60	63.3
22年度	919,093	8,660	5,407	0.94	0.59	62.4

（文部科学省ホームページ、病気休職者数等の推移¹⁾より）

表3 病気休職者数の推移

教職員の精神疾患による休職者数、病気休職者数における精神疾患の割合はこの10数年増加し続けている。「生徒指導」、「管理職・同僚との人間関係」、「異動」、「多忙」、「保護者との人間関係」などの要素があるといわれる。

平成18年に労働安全衛生法の改正が行われ、「長時間にわたる労働による健康障害の防止を図るための対策（過重労働）」と「精神的健康の保持増進を図るための対策（メンタルヘルス）」が盛り込まれた。しかし教職員は実際の時間外労働時間の把握が困難な場合が多く、過重労働になりやすい職業である。東京都教育委員会でも、長時間労働になっている教職員に対し、産業医による面接実施ができる体制を作っている。

東京都教育委員会では、メンタルヘルスにより病気休職した場合は「職場復帰訓練」制度として「医療機関における訓練（病院訓練）」と「所属学校における訓

練（学校訓練）」を設けている。また教職員のための精神保険相談なども行っており、メンタルヘルスによる休職者対策が大きな課題になっている³⁾。

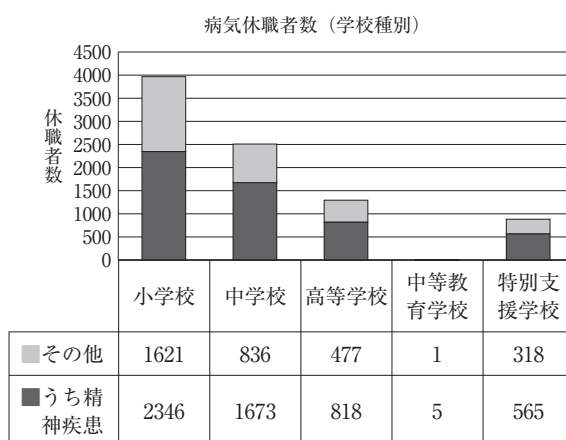


図1 病気休職者数の学校種別状況²⁾

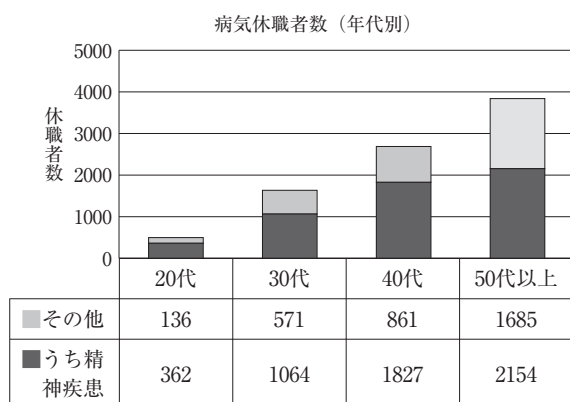


図2 病気休職者数の年代別状況²⁾

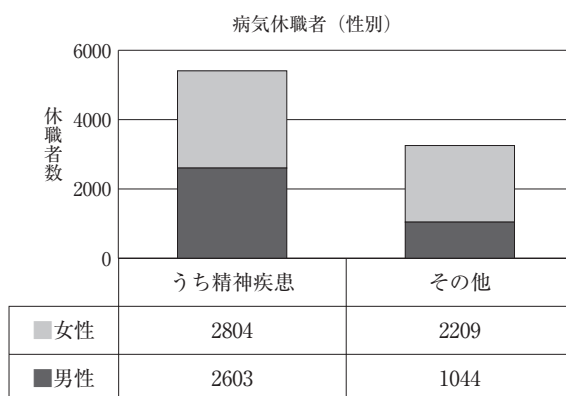
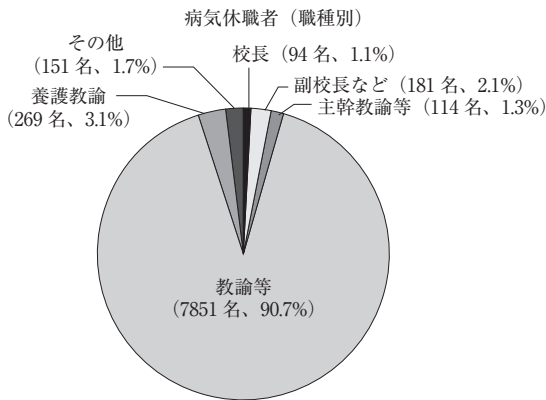
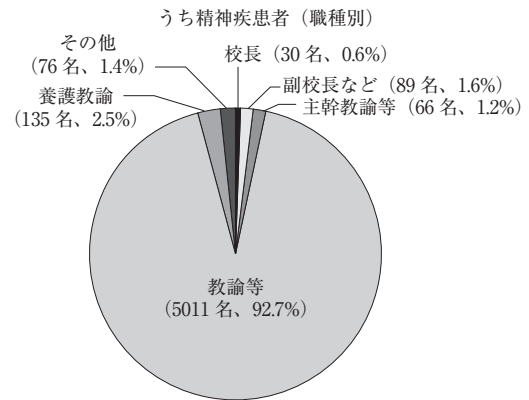


図3 病気休職者数（性別）²⁾

図4 病気休職者数の職種別状況²⁾図5 うち精神疾患による病気休職者数の職種別状況²⁾(文部科学省ホームページ、病気休職者数の学校種別・年代別・性別・職種別状況²⁾より)

教育委員会や学校現場においても、健康づくり・快適環境づくりとしてTHP (Total Health Promotion

Plan) の取組が必要である。

7. 学校医に期待される役割

公立小中学校においては、職員数が少ないこともあって、学校産業医は配置されていないところが多い。ただし、学校保健安全法施行規則第22条 (学校医の職務執行の準則) の九にあるように、学校医は学校保健安全法第15条にある「職員の健康診断」、十の「必要に応じ、学校における保健管理に関する専門的事項に関する指導」に従事することになっており、学校医に

対しても産業医的要素が期待されている。学校保健法が学校保健安全法に改正された時に、地域の医療機関との連携を強く求められることになった。このことは、児童生徒のみならず、学校教職員の健康管理にも当てはまる。学校産業医が配置されるのが最良であるが、学校医にも学校に対する適切な助言やメンタルヘルスの専門医との連携が期待される。

参考文献

1) 病気休職者等の推移 (平成13年度～平成22年度)、平成22年度教職員に係る懲戒処分等の状況について、文部科学省ホームページ, (http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2011/12/22/1314343_14.pdf)

2) 病気休職者の学校種別・年代別・性別・職種別状況、平成22年度教職員に係る懲戒処分の状況について、文部科学省HP, (http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afieldfile/2011/12/22/1314343_15.pdf)

3) 産業医の手引き (第8版)、東京都医師会、平成23年3月

(弓倉整)

コラム 歯科保健からみた児童虐待

一般に児童虐待防止法と称される「児童虐待の防止等に関する法律」が、深刻化する児童虐待の予防を目的として2000年に施行されて10年以上が過ぎた。しかし、未だに虐待を受けている児童数は増加の一途をたどり、2010年度に児童相談所が対応した相談件数は55,152件と2000年度の17,725件の3倍以上にのぼる。相談件数の増加は、それまで潜在化していた児童虐待を顕在化させ適切に対応していることの証ではあるが、児童虐待防止法が十分に功を奏していない感は否めない。一方で、増加し続ける虐待に関する児童相談件数が深刻な社会問題であるとの認識から、2006年5月に学校に於ける児童虐待に向けた取組に関する調査研究会議の報告書が出され、児童虐待に対する学校の役割が明記された。この報告では、児童虐待に対する学校の役割が強調され、学校および教職員役割として①児童虐待の早期発見、②発見者による福祉事務所または児童相談所への通告、③虐待児童生徒の保護、④児童相談所等の関係機関等との連携強化などが挙げられており、「学校でできること」を組織的な対応として進める必要性が謳われている。

児童虐待を大別すると、身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待の4つに分類されるが、学校の非常勤職員としての学校歯科医は児童の口腔に表れるこれらの虐待のサインをいち早く捉える機会がある。特に普段は発見が難しいネグレクトに関しては口腔の健康状況に顕著にその特徴が確認できる可能性が高いことから学校歯科医は、この点についての理解を深め、必要な能力を高めるよう努めなければならない。このような気運を受け、日本学校歯科医会加盟団体でも児童虐待防止に向けた取組を進めており、現状を全国53加盟団体に対して質問紙票で調査した。その結果、表1のように何らかの活動を行っている加盟団体は約半数の58.5%であり、会員や学校・教育関係者に講演を介してその周知を行っていることが窺える。マニュアルの作成もほぼ半数の25加盟団体で実施されており、児童虐待に向け

活動状況	回答数	比率
何らかの活動を行っている	31団体	58.5%
活動を行っていない	22団体	41.5%

活動状況の詳細（重複回答可）		
会員を対象に講演会の実施	22団体	41.5%
学校・教育関係者を対象とした講演会の実施	15団体	28.3%
ホームページ等による周知	4団体	7.5%
その他	13団体	24.5%

表1 加盟団体（53団体）の児童虐待防止にかかわる普及・啓発活動の状況

		対応マニュアル作成の有無		計
		あり	なし	
活動の有無	あり	19団体	12団体	31団体
	なし	6団体	16団体	22団体
計		25団体	28団体	53団体

χ^2 乗検定による有意差（ $p=0.015$ ）

表2 活動の有無と対応マニュアル作成の有無の関連性

た取組とマニュアル作成状況の間には表2のように有意な関連性がみられた。一方で、日本学校歯科医会が作成したリーフレットの使用はわずか6加盟団体で使用されているだけで、実際の学校歯科健康診断には生かされておらず、健康診断により即した現実的なマニュアル作成の必要性があると思われる。

しかし、学校歯科医の職務は児童虐待への対応だけに留まらず、幅広く保健教育と健康管理の任を負っていることを忘れてはならない。すなわち、児童虐待への対応は学校歯科医の責務の極一部であり、歯科医師が単独で行えるものではなく、事業の責任者は校長であり、組織活動を通して対処する姿勢が重要である。また、ネグレクトに関しては、当該学校の標準偏差を逸脱してむし歯が多い児童や毎年未処置歯が放置されている児童を見つけ出すことが有効で、その意味を組織活動を介して学校現場の職員に周知することも学校歯科医の大切な努めである。学校歯科医の日常業務を地道にこなすことが取りも直さず児童虐待への対応の王道であることを肝に銘じたい。

（山下喜久）

第Ⅱ章

学校環境衛生の動向

1 学校環境衛生

1. 学校環境衛生に関する法制度

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」の答申を踏まえ、法制度の整備が検討され、平成21年4月1日に学校保健安全法が施行された。

環境衛生検査については、従来、学校保健法第二条の学校保健安全計画の中で、計画を立て実施しなければならない項目とされており、学校保健安全法においても第5条の学校保健計画の中で同様に位置付けられている。

学校保健安全法では、第6条が新規に盛り込まれ、校長や設置者の責務が明確されるとともに事後措置の対応についても適正を欠く事項があると認めた場合には、遅滞なく、その改善のために必要な措置を講じることなどとされた。

条文は以下の通りである。

(学校保健計画の策定等)

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

(学校環境衛生基準)

第6条 文部科学大臣は、学校における換気、採光、照明、保温、清潔保持その他環境衛生に係る事項（学校給食法（昭和29年法律第160号）第9条第1項（夜間課程を置く高等学校における学校給食に関する法律（昭和31年法律第157号）第7条及び特別支援学校の幼稚部及び高等部における学校給食に関する法律（昭和32年法律第118号）第6条において準用する場合を含む。）に規定する事項を除く。）について、児童生徒等及び職員の健康を保護する上で維持されることが望ましい基準（以下この条において「学校環境衛生基準」という。）を定めるものとする。

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

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

また、学校保健安全法施行規則には次のように規定されている。

第1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2条

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

2. 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、児童生徒等及び職員の健康を保護する上で維持されることが望ましい基準であることから、それぞれの「検査項目」及び「基準」を明確にし、それに対応する「検査項目」及び「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。

3. 学校環境衛生基準の主な項目の概要

(1) 定期検査

<第1 教室等の環境>

教室等の環境については、1 換気および保温等、2 採光および照明、3 騒音の3つの内容で構成されている。さらに、検査項目は、換気および保温等については、換気、温度、相対湿度、浮遊粉じん、気流、一酸化炭素、二酸化窒素、揮発性有機化合物(ホルムアルデヒド、トルエン、キシレン、パラジクロロベンゼン、エチルベンゼン、スチレン)、ダニまたはダニアレルゲンの14項目、採光および照明は照度、まぶしさの2項目、騒音は騒音レベル1項目である。

揮発性有機化合物およびダニまたはダニアレルゲンは年1回、それ以外は年2回測定を行うこととなっているが、揮発性有機化合物については精密分析(ガスクロマトグラフ質量分析法)で測定した場合に限り次回からの検査を省略することができる。また、騒音については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、次回からの検査を省略できるとされている。

・換気

換気については、二酸化炭素の測定をもって、換気を目安としている。教室内の空気は、外気との入れ換えがなければ、在室する児童生徒等の呼吸等によって、教室の二酸化炭素の量が増加するが、同時に他の汚染物質も増加することが考えられる。このため、教室では、換気の基準として、二酸化炭素は、1,500ppm以下であることが望ましいとされている。

換気方法には、窓・欄間の開放や機械によるものがある。平成15年の「建築基準法」(昭和25年法律第201号)の改正で、新築・改築・改修等の建築物は、教室等であっても機械換気設備の設置が原則義務付けられており、教室の使用にあたっては換気設備を常時稼働させておくことに留意する必要がある。

・温度、湿度

教室等の温度は、人間の生理的な負担を考えると、夏は30℃以下、冬は10℃以上であることが望ましい。手指の冷えを訴えるものは、10℃では半数を超える

が、14℃前後では約30%と少なくなり、16℃以上では20%以下に減少する。このことから、季節や地域によって違いはあるものの、室温が体に大きな影響を及ぼすことがわかる。なお、教室等での室温測定は中央部のみでなく、教室等の数か所での水平温度分布（平面分布）や、垂直温度分布（温度勾配）測定を行い、評価することが望ましい。児童生徒等に生理的、心理的に負担をかけない最も学習に望ましい条件は、冬期で18～20℃、夏期で25～28℃程度である。

相対湿度については、日本の気候の特徴が夏は高湿、冬は低湿であることを踏まえ、教室内の相対湿度は30～80%であることが望ましいとされている。人体の快適性の観点から、最も望ましい条件は、50～60%程度である。

・一酸化炭素

一酸化炭素は燃焼器具の不完全燃焼に伴って発生するものであり、その濃度が高い場合には直接人の健康に影響する。この基準値については、学校が児童生徒等の生活の場、学習の場であることを考えて、10ppm以下であることとされている。

なお、燃焼器具とは、暖房器具のある教室や教科等で燃焼器具を使用する教室（理科室、家庭科室）が対象と考えられる。

・二酸化窒素

二酸化窒素は、灯油等の化石燃料の燃焼に伴って発生する。室内では、燃焼ガスが室内に放出される石油ストーブや石油ファンヒーター等の燃焼器具が発生要因となり得る。空気汚染物質としての二酸化窒素は、高濃度で呼吸器に影響を及ぼすものであり、大気環境では光化学オキシダントの原因物質として知られている。大気環境基準では1時間値の1日平均値が0.04～0.06ppmまでのゾーン内またはそれ以下とされているので、教室内でも0.06ppm以下であることが望ましい。対象教室は一酸化炭素と同様である。

・揮発性有機化合物

室内の建材や教材、塗料や備品等に含まれ各種揮発性有機化合物は、児童生徒等が学校で不快な刺激や臭気を感じ、状況によってシックハウス症候群の発生要因になるとされている。

基準に指定されている物質はホルムアルデヒド、トルエン、キシレン、パラジクロロベンゼン、スチレン、エチルベンゼンの6化学物質であり、建築材料、設備や教材・教具等のほか、木製合板の机・いす、使用薬剤等に用いられることがあるので注意する必要がある。

発生源の可能性のある例は次の通りである。

ホルムアルデヒド	机・いす等、ビニル壁紙、パーティクルボード、フローリング、断熱材等（合板や内装材等の接着剤）
トルエン	美術用品、油性ニス、樹脂系接着剤、ワックス溶剤、可塑剤、アンチノッキング剤等
キシレン	油性ペイント、樹脂塗料、ワックス溶剤、可塑剤
パラジクロロベンゼン	消臭剤、芳香剤、防虫剤等
エチルベンゼン	接着剤や塗料の溶剤及び希釈剤
スチレン	樹脂塗料等に含まれる高分子化合物の原料

・ダニまたはダニアレゲン

近年、アレルギー症状のある児童生徒等が増加していること、ダニまたはダニアレゲンは環境衛生上、アレルギーを引き起こす要因の一つであること、保健室の寝具や教室等に敷かれたカーペット等でダニ数やダニアレゲン量が多いとの報告を踏まえ、保健室の寝具、カーペット敷の教室等、ダニの発生しやすい場所でのダニの低減化を図ることを目指して検査するものである。

ダニの基準値は、1㎡当たりのダニが100匹以下になるとぜん息の発作が治まったという報告があることなどから、100匹／㎡以下であることとされている。

・照度

教室およびそれに準ずる場所では、児童生徒が視作業等をするため、十分な明るさが保たれない場合には目の疲労などをきたし、健康だけでなく、学習能率の向上にも影響することが懸念される。したがって、照度については、最低限必要な基準として下限値300ルクス以上が設定されている。これは、晴天の日でも雨の日でも常に300ルクス以上必要であるということである。教室

に準ずる場所とは、普通教室のように児童生徒等が比較的長時間視作業等をする場所を指すものである。

＜第2 飲料水等の水質及び施設・設備＞

学校環境衛生基準では、飲料水に関する検査対象を次の3種類に分類している。

- (1) 水道水を水源とする飲料水（専用水道を除く）
- (2) 専用水道に該当しない井戸水等を水源とする飲料水
- (3) 専用水道（水道水を水源とする場合を除く。）および専用水道に該当しない井戸水等を水源とする飲料水の原水

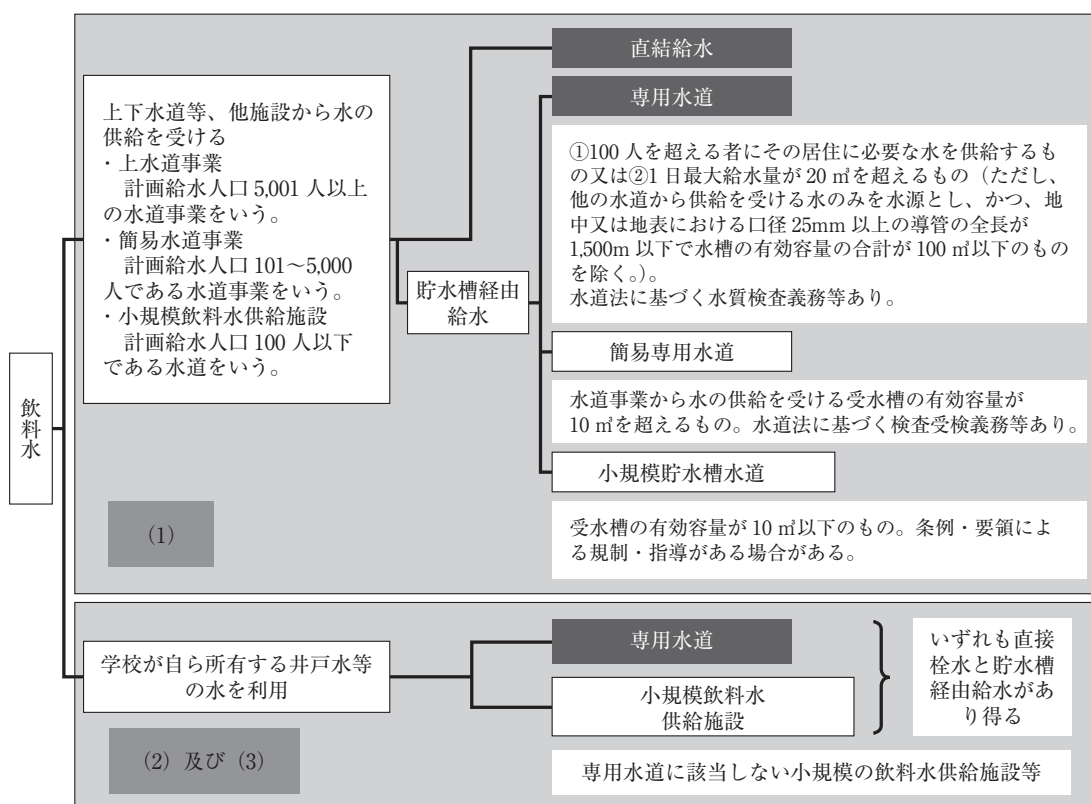
なお、直結給水については、原則として飲料水の供給者により水質検査が実施されており、学校においては水質について日常点検が行われていることから、「学校環境衛生基準」における定期検査の対象とされていない。

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」には示されていないため、(1)または(2)には該当しない。

専用水道の検査は、水道法では検査を行う場所まで規定していないが、厚生労働省健康局水道課長通知「水質基準に関する省令の制定及び水道法施行規則の一部改正等並びに水道水質管理における留意事項について」（平成15年10月10日付け健水発第1010001号）において、「水道の規模に応じ、水源の種別、浄水施設及び配水施設ごとに合理的な数となるよう設定するとともに、配水管の末端等水が滞留しやすい場所も選定することが必要であること」と示されている。この趣旨を踏まえ、学校における検査場所は、原則として、滞留等で水質がもっとも悪化すると予想される末端の給水栓（1か所）で実施する。

また、水源が異なり、相互に連絡しない別の系統がある場合には、それぞれの末端給水栓で実施する。

なお、一つの受水槽について複数の高置水槽がある場合、それぞれを別の系統とみなし水質検査を実施するが、代表的な末端給水栓以外の末端給水栓の水質検査は、「(1)水道水を水源とする



飲料水（専用水道を除く。）」の検査項目および回数を準用する。

水道は水道法により区分され、区分に応じて管理すべき内容が異なっているため、学校の設置者及び管理担当者は当該学校の水道がどの区分に該当するかを知っておく必要がある。

学校の飲料水の給水方式は、直接給水するもののほか、貯水槽（受水槽と高置水槽を総称していう。）を経由して供給するものがある。また、低層階や給食施設等のみ直結給水で、それ以外は貯水槽を経由している場合もある。

多くの学校は、水道事業者からの水を受水槽で受水し、その有効容量が10m³を超えるものが多いことから簡易専用水道に区分される。

「(2)専用水道に該当しない井戸水を水源とする飲料水」については、水道法が適用されないが、都道府県または指定都市が条例等により管理すべき内容を定めている場合がある。

また、水道法の適用を受けない小規模飲料水供給施設（計画給水人口が100人以下の水道）から飲料水の供給を受けている場合、供給施設側において、水道法に準じた水質検査が実施されていない場合が想定される。このため、このような小規模飲料水供給施設から給水を受けている学校

においては、供給施設側における水道水の安全管理対策の状況を確認し、必要に応じて、「(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」の場合に準じた水質検査を実施したり、供給施設において更なる安全対策の充実を図るよう協議したりすることが望ましい。

なお、専門的な分析機器が必要となる水質検査項目については、地方公共団体の機関や水道法または建築物衛生法に規定する厚生労働大臣の登録を受けた検査機関等に委託することが望ましい。

検査機関に依頼する場合は、検査時の立会いや実施結果の評価などについて、学校薬剤師等の指導助言を受けることが必要である。

＜第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＞

各項目の基準は、下記の表に示すように整理されている。

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ユ

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。
衛生害虫等 ネズミ、	(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。

表 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の基準

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

＜第5 日常における環境衛生＞

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。

＜第6 雑則＞

① 臨時検査

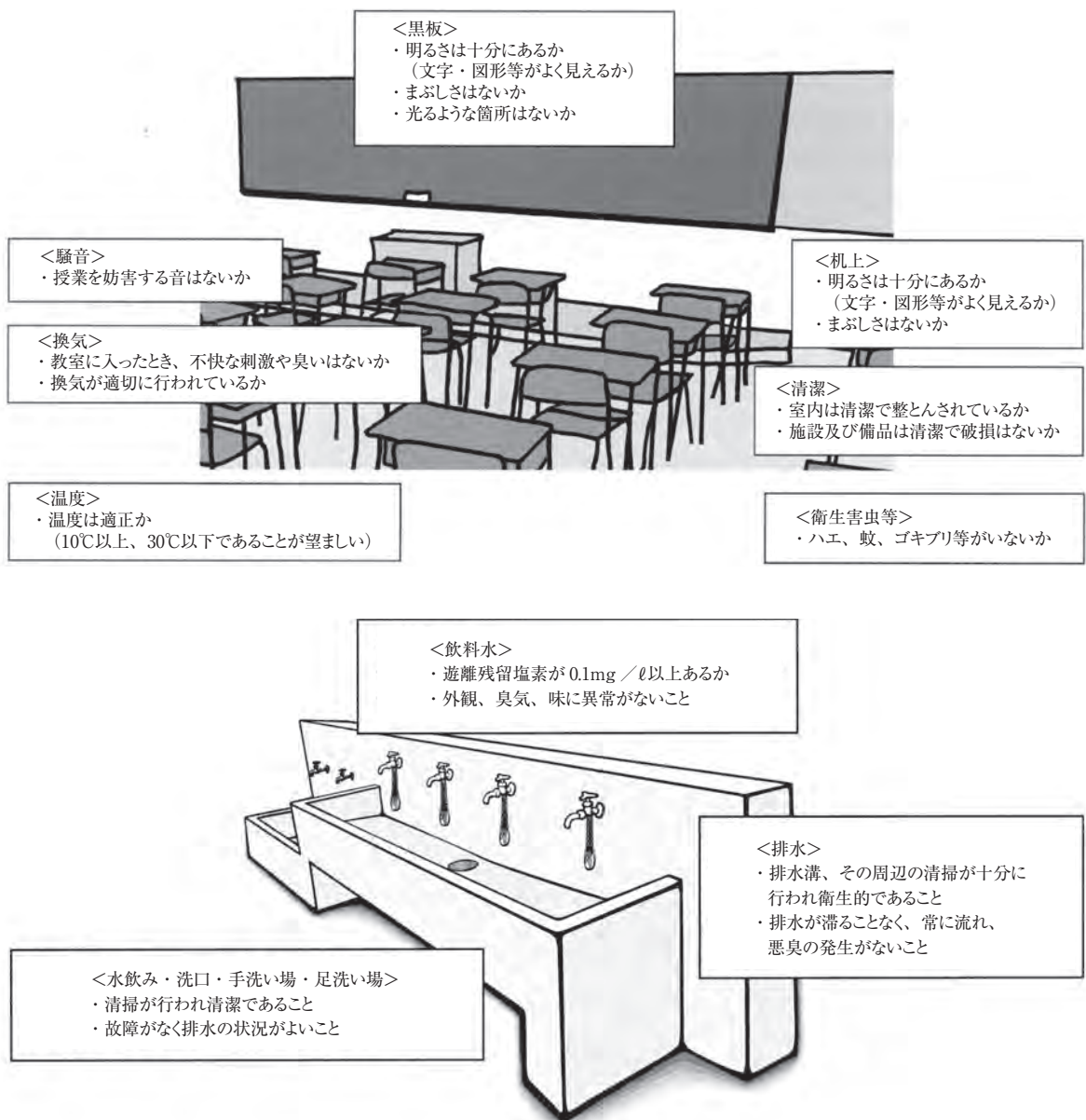
臨時検査については、次のような場合、必要があるときは、臨時に必要な検査を行うよう示されている。

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

② 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。



[改訂版] 学校環境衛生管理マニュアル 一理論と実践一、平成22年、文部科学省

4. 臨時環境衛生検査の具体的内容

臨時環境衛生検査については、学校環境衛生管理マニュアルに具体的内容が示されているので以下に抜粋する。

<A 教室等の環境に係る臨時検査>

(1) 換気および保温等 ～揮発性有機化合物～

○新たな学校用備品の搬入等があったとき

机、いす、コンピュータ等新たな学校用備品の導入に当たっては、化学物質の放散の少ないもの

を選定するように配慮すること。学校用備品の導入により、化学物質発生のおそれがある場合は、導入後速やかにその教室等で揮発性有機化合物の濃度の検査を行うこと。

○学校の新築・改築・改修等があったとき

学校の新築・改築・改修等とは、建築基準法で規定する建築（新築、増築、改築、移転）、大規模の修繕、模様替えのほか壁面のペンキ塗装等を

含むもので、建築確認申請の有無を問わないものである。

学校施設の新築・改築・改修等に当たっては、学校施設整備指針や対策上の主なポイントを示した文部科学省のパンフレット「健康的な学習環境を確保するために」（平成18年6月文部科学省）等を参考にして、①施設の計画・設計や施工等に十分配慮する、②事前に、検査実施機関・検査費用等について調査する、③引き渡しの際の検査において、基準値を超えた場合の措置等についても取り決めておく、④濃度測定は乾燥期間を十分確保した上で行う等、適切に対応すること。空気検査は、専門測定機関に依頼することが多いので、学校薬剤師等とともに検査時に立ち会うようにし、測定条件をチェックしておく必要がある。また、ホルムアルデヒド等の揮発性有機化合物は、常温では時間の経過とともに濃度が減衰するので、換気を励行して基準値以下になるよう日常の管理が大切である。

検査は、空気環境を衛生的に維持管理するためのものであり、事後措置を講ずるための手立てとなるものである。したがって、検査に際しては、そのときの天候、年月日、時刻、場所、在室人数、検査器具名、検査者名等も記録することが大切である。検査器具名を記録しておくことは、検査器具にはそれぞれ特徴があり、測定値に差が生じることもあり得るからである。場合によっては複数の機器によるクロスチェックを行うことも考慮する。

(2) 採光および照明

○照明に影響を及ぼすような災害による建物の損壊があったとき

○照明器具の交換、黒板の改修、壁の塗り替え等があったとき

(3) 騒音

○近隣で騒音の伴う工事が行われている場合等教室外の騒音が新たに発生したとき

<B 飲料水等の水質および施設・設備に係る臨時検査>

(1) 飲料水の水質等

○風水害等の影響で貯水槽が損傷を受けたときや、飲料水用に井戸水等を使用したりしている場合は、周囲の地下水の汚染が判明したとき

(2) 飲料水に関する施設・設備

○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

—給水施設・設備が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。

○学校敷地内が洪水等の災害により被害を受けたとき

—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。

○その他必要と認められたとき

—給水源を変更したときは、その種類を調べる必要がある。

給水施設・設備を新しく設置したときは、外部から汚染を受ける恐れがないか等について検査を行う必要がある。

(3) 雑用水の水質等

雨水については、喝水後の降雨の初期に水質が悪化することが考えられるため、必要に応じて臨時検査を行う。

定期検査に準じて、貯水槽等の内部を点検し、著しい汚れがないことを確認する。

<C 学校の清潔、ネズミ、衛生害虫等及び教室等の備品の管理に係る臨時検査>

(1) 学校の清潔

ア 校舎内外の施設設備等

○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

—感染症・食中毒の発生のおそれや発生に関連する校舎内外の施設設備等が不潔になっていないか、また汚染されていないか等について検査を行う必要がある。

○学校敷地内が洪水等の災害により被害を受けたとき

—校舎内外の施設設備等が水や泥、ごみ等によって不潔になっていないか等について検査を行う必要がある。

○その他必要と認められたとき

—学校行事等で多数の来校者があったとき等は、校舎が汚れたり、破損したり、ごみが大量に出る等学校が不潔になりやすいので、清潔状況等について検査を行う必要がある。

校舎や飼育動物の施設等を改修したとき等は、清潔面からきちんと改修されているか等について検査を行う必要がある。

イ 便所

○感染症又は食中毒の発生のおそれがあり、また、発生したとき

―便所は、適切な管理がなされていないと、感染症等の発生を拡大させる恐れがあるので、感染症や食中毒が発生したときは、便所の清潔や衛生害虫の有無、手洗い施設や排水の状況等について検査を行う必要がある。

○学校敷地内が洪水等の災害により被害を受けたとき

―洪水等の災害を受け、汚れや破損等便所が被害を受けたときは、不潔になりやすく、感染症の発生も考えられるので、清潔や破損等について検査を行う必要がある。

○その他必要と認められたとき

―便所を新しく設置したり改修したりしたときは、清潔、採光、換気等の状況について検査を行う必要がある。

ウ ごみ

○感染症又は食中毒の発生のおそれがあり、また、発生したとき

―ごみの容器やその周りが汚染されていることが考えられるので、ごみの処理方法や保管場所を検査する必要がある。

○学校敷地内が洪水等の災害により被害を受けたとき

―ごみ容器が破損したり、ごみが飛散したりして不潔になりやすい。よって、清潔や破損の状況等について検査をする必要がある。

○その他必要と認められたとき

―学校行事等で多量のごみが発生したときは、ごみが適切に分別処理されているかどうか、不潔になっていないかどうか等について検査する必要がある。

エ 排水の施設・設備

○風水害等の影響で排水が流れなくなったとき

―感染症の発生のおそれもあるため、臨時検査を実施するとともにすみやかに原因究明をし、改善を図る必要がある。

○ネズミ、衛生害虫等が発生したとき

―ネズミ、衛生害虫等は、定期検査時にその発生が認められなくても、突然発生する場合があることから、発生の可能性が疑われる状況となった時点で検査を行う必要がある。

○児童生徒等から、衛生害虫による刺咬等が原因と考えられる症状の訴えがあったとき

―衛生害虫等の発生が認められなくても、児童生徒等の被害により、その発生が推測される場合には検査を行う必要がある。

オ 机、いす

○机、いすを新しく搬入したとき

―机やいすの適合状況について検査を行う必要がある。

揮発性有機化合物の発生のおそれがあるときも検査する必要がある。

カ 黒板

○学校敷地内が洪水等の災害により被害を受けたとき

―黒板が水に浸かるなどし、黒板面に影響があると考えられるときは、明度や彩度について検査を行う必要がある。

○その他必要と認められたとき

―黒板を新しく設置したり、改修したりしたときは、黒板面の明度や彩度について検査を行う必要がある。

D 水泳プールに係る臨時検査

○児童生徒等が、目や皮膚が痛い等、プール水が原因と考えられる症状を訴えがあったとき残留塩素濃度が異常に高い場合や、pHの異常値等の原因が考えられるが、その原因究明のため検査を行う必要がある。

○プール本体の水が何らかの原因で着色、着臭等したとき

―着色の原因には、藻類の発生や、酸化鉄、酸化マンガン等の原因が考えられるが、その原因究明のため検査を行う必要がある。

○プール使用期間中に、循環ろ過装置等が故障・破損して、新しい装置を導入したとき

―新しい装置が正常に作動し機能しているか検査を行う必要がある。



学校における汚染・除染、被ばくを考える

汚染と除染

東日本大震災による福島原子力発電所事故によって大量の放射性物質が環境中に放出された。その量はチェルノブイリ事故の場合の数分の一に達するとされている。事故の直後から詳細なモニタリングが行われ、放射性物質の分布や、各地点での線量率に関するデータが得られている。

一方、除染作業も進められている。昨年4月以降、学校のグラウンドなどを皮切りに、汚染された表土を除去するなどの形で除染が進められ、線量レベルの低減が図られた。当初は、避難区域、緊急時避難準備区域および計画的避難区域の外にある学校等においても、毎時3.8マイクロシーベルト（年間20ミリシーベルトに相当）を超える校庭等があったが、平成24年3月の調査では、最大値で毎時1マイクロシーベルトにまで低減されたことが報告されている¹⁾。しかしながら一般論として、除染の効率は初期においては高く、次第に低下する傾向にある。また、平均値だけでなく局所的に放射線レベルの高い場所、いわゆるホットスポットも考慮する必要がある。

「場の線量」から「人の線量」へ

各地点での線量率は、汚染の状況や除染の効果の評価などの目安としては有用であるが、放射線の健康影響を考えるという観点からは、「場」の放射線レベルよりも、個人個人が受ける「人の線量」が重要となる。その好例として、現在福島県で進められている「県民健康管理調査」を挙げることができる。各地点での線量率と、個人個人がいつ、どこにいたかの情報（行動調査）を組み合わせ、それぞれの人の線量を推定する調査である。ちなみに、これまでに発表されている結果では、放射線レベルの比較的高い地域（川俣町山木屋地区、浪江町、飯館村）の住民の方15,524名の推計結果は、5mSv未満が92.7%、10mSv未満が99.4%、最高で25.1mSvである²⁾。同調査の検討委員会では、これらの線量からは、放射線による健康影響があるとは考えにくい、としている。

被ばく線量を抑えるために

被ばく線量を抑えるには、外部被ばくと食物を介した内部被ばくに気を配る必要がある。

外部被ばく低減のためには、学校内外のきめ細かい測定により、ホットスポットを含めて汚染の状況を詳しく調べることが第一歩である。放射線レベルの高い場所が、児童生徒が頻繁に立ち入る場所であれば、除染を試みる。そうでなければ、また、除染が困難な場所については、立ち入りを制限し、近づかないようにすることによって被ばくを防ぐことができる。

チェルノブイリ事故の際には、事故当時小児であった被災者に甲状腺がんが多発した。放射性ヨウ素で汚染された牛乳を事故後も飲み続けたことが原因とされている。これに対し、福島の場合には事故直後から食品の汚染に注意が払われた。早い時期に食品中の放射性物質に関する規制値が定められ、これを超える食品は市場に流通しないような措置が取られた。このため、市場に流通している食材については、その摂取によって深刻な被ばくは生じないと考えられる。実際、福島県の生活協同組合「コープふくしま」が実施した「陰膳方式」（「用語1」参照）による食事の放射能調査によると（コープふくしまHP <http://www.fukushima.coop/kagezen/2011.html>）、平成23年度の集計では、放射性セシウムが検出された家庭は100家庭のうち10家庭であり、検出されている家庭であっても、そのレベルは、事故とは関係なく自然に含まれている放射性のカリウム40（「用語2」参照）のレベルよりも大幅に低いという結果であった。給食についても同様の分析を実施することによって、取り込まれる放射性物質の量がどの程度であるかを確認することができよう。

まとめ

これまでのところ福島県の一般の方が受けた放射線の量は健康影響が懸念されるレベルではない。放射線レベルが高くなってしまった状況では、除染と立ち入り制限および食品の管理を行うことによって受ける線量を抑えることが可能である。子どもたちにこのような方法を伝え、身に付けてもらうことが放射線との関わりを理解し、不安の軽減に役立つものと考えられる。

- 1) 平成24年7月11日、原子力災害現地対策本部および福島県災害対策本部
- 2) 福島県HP、第7回福島県「県民健康管理調査」検討委員会〔平成24年6月12日〕資料より

用語1 陰膳（かげぜん）方式

陰膳とは、旅に出ている家族の無事を祈って留守宅でひとり分余分の食事を作って供える食膳のことを指す。同様に、一食分余分に食事を作り、これを放射性物質の測定に供する分析手法を陰膳方式という。

用語2 カリウム40による被ばく

福島事故とは関係なく、自然界には放射性のカリウム（カリウム40）が存在する。人間の体にも、カリウム40が含まれ、体重60kgの男性でおよそ4000ベクレルとされている。カリウム40による被ばくは年間0.17ミリシーベルトと見積もられている。

（酒井一夫）

2 学校給食の衛生管理

1. 健康とは

健康とは病気ではない状態が健康であると思われていたが、最近ではWHO（世界保健機関）において「単に疾病や障害がないことにとどまらず、身体的に、精神的に、また社会的にも良好な状態をいう」と定義されている。このように個人的存在としての健康に加え

て、社会的な人間としての健康を考えると、人間が持つ全ての能力を活用できる状態を健康と考えられる。特に学校給食従事者については、肉体的、精神的に健康であり、安全・安心でおいしい給食を作ることができる状況であるといえる。

2. 健康を保つためには規則正しい生活が基本

健康の維持には、規則正しい睡眠、バランスの取れた食事、適度な運動、ストレスの少ない生活を行うことで免疫力が高まる。スポーツ、音楽鑑賞等を行うなど、自分に合ったストレス解消法を見つけると健康保持のメカニズムである自律神経とホルモン・免疫系が整えられる。免疫力が高まると病原体が体内に入っても、増殖を抑制あるいは排除することができる。仮に病原体

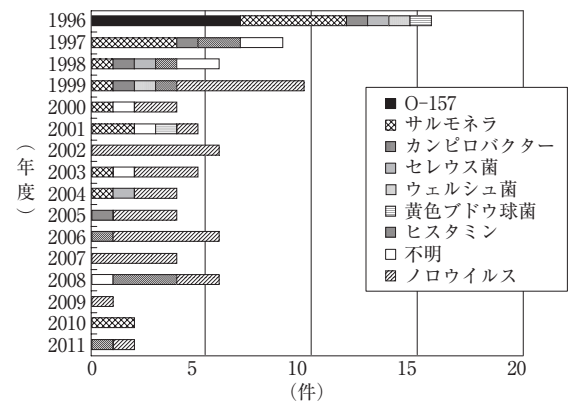
の増殖を許したとしても、少量に抑えることができれば、発病しても軽症で済む。ストレス解消ができないまま生活を続けると、精神疲労が増大し、仕事に対する集中力の欠如をもたらし、食中毒を起こす危険性が高まるため、ストレスの解消は「主要な健康管理」の一つである。

3. 近年発生の多い食中毒

以前の学校給食による食中毒は細菌性がほとんどで、その予防は食中毒予防の3原則「付けない、増やさない、やっつける」であった。

しかし、近年発生している食中毒の多くは、サルモネラ・エンテリティデイス（サルモネラ属菌）のように細菌であっても少数の菌量で発症するもの、および100個以下のウイルスで健康被害をおこすノロウイルス等である（図1）。

ノロウイルスは食品中や環境中では増殖せず、ヒトの腸管細胞内でのみで増えるため、糞便とともに大量のウイルスが排出される（急性期の患者では糞便1g当たり1億個以上）。ノロウイルス食中毒の予防は、少量の病原体で食中毒を起こしうることから、「増やさない」対策は意味がない。排便後や調理場に入室する際の手洗いの徹底および病原体に汚染されている可能性のある食品を衛生的に取り扱う「付けない」「持ち込まない」対策が極めて重要である。このように食中毒の原因物質やその防止対策も変化してきている。最も新しい食中毒として、平成23年から寄生虫が食中毒原



（文部科学省）

図1 学校給食における原因別食中毒発生状況の推移

因物質として取り扱われるようになった。

ヒラメ喫食による原因物質不明有症事例は、寄生虫の一種であるクドア属粘液胞子虫の*Kudoa septempunctata*（写真1）、馬刺は、住肉胞子虫の一種であるザルコシスティス属の*Sarcocystis fayeri*（写真2）の関与が強く示唆されるとの薬事・食品衛生審議会の提言により、当該寄生虫による有症事例が報告された際には食



Kudoa septempunctata

(厚生労働省：平成23年度食中毒報告資料)
写真1 ナナホシクドア



Sarcocystis fayeri

(厚生労働省：平成23年度食中毒報告資料)
写真2 フェイヤー住肉胞子虫

中毒として取り扱うことになった (http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/gyousei/dl/110617_02.pdf)。これらの寄生虫による食中毒防止対策として、*Kudoa septempunctata* は、-16～-20℃4時間の凍結処理または90℃5分間の加熱処理で

死滅する。*Sarcocystis fayeri*は、70℃で15分あるいは100℃で5分間の加熱、または、-4℃で48時間あるいは-20℃で24時間の凍結で感染性が消失することに留意する必要がある。(IASR Vol. 33 p. 149-150:2012年6月号)。

4. 注意すべき食材

給食従事者は日頃から健康、特に感染症の予防には十分留意し、自らが食中毒源とならないようにすることが大切である。そのためには病原体の汚染度の高い食品をよく知り、それらを衛生的に取り扱うことが重要である。例えば、牛肉には腸管出血性大腸菌の汚染が極めて低率ではあるが認められ、一旦人が感染すると重症となることが多いため、牛肉のユッケは表面を加熱処理したものと条件が課せられるとともに、肝臓の生食が禁止された。

肉類のサルモネラ属菌とカンピロバクターについての (http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/gyousei/dl/110617_02.pdf) 汚染状況を示したが(表1)、鶏肉はカンピロバクターやサルモネラ属菌に高率に汚染されており、牛および豚のミンチ肉にはサルモネラ属菌汚染が低率ながら認められている。

腸炎ビブリオは湾岸部の海水中に存在し、海水温が高くなると増殖するので、夏期には汚染率および濃度が高くなり、同時期における湾岸部に生息する生鮮魚介類(二枚貝を含む)は極めて高率に汚染されている

検体名	検体数	サルモネラ	腸管出血性大腸菌	カンピロバクター
ミンチ肉(牛)	102	3 (3)	0	0
ミンチ肉(豚)	144	2 (1)	0	0
ミンチ肉(鶏)	159	88 (55)	0	60 (38)
牛たたき	13	0	0	0
鶏たたき	33	1 (3)	0	4 (12)
ローストビーフ	108	0	0	0

() : %

(平成23年、厚生労働省)

表1 肉類の食中毒菌汚染

検体	検体数	分離検体数 (%)	検体採取次期
生鮮魚介類 (主に二枚貝)	173	165 (95)	2001年6～10月
生鮮魚介類 (主に二枚貝)	247	187 (76)	2007年7～11月
二枚貝および 鮮魚	407	367 (90)	2008年6～11月
二枚貝 (国産)	189	164 (87)	2009年7～11月
(輸入)	123	106 (86)	

食品安全委員会：腸炎ビブリオリスクプロファイルより

表2 生鮮魚介類の腸炎ビブリオ汚染実態

(表2)。

ノロウイルス汚染は人が二枚貝が生息している水環境をノロウイルスで汚染することにより生ずるので、カキのみならずプランクトンを食餌とする全ての二枚貝が汚染されている危険性がある。実際に国内のノロウイルス食中毒において特定された食品のうちカキ以外の二枚貝ではシジミ、アサリ、ウチムラサキガイ等がある。輸入魚介類のノロウイルス汚染の実態ではカキのみならず、シジミ、アサリ等の二枚貝の約20%程度がノロウイルスに汚染されている(図2)。

これら食中毒原因物質に汚染されている食品については生あるいは加熱不足による喫食を避け、十分に加熱して食する必要がある。家庭においても、これら食材からの二次汚染を防止するために、食中毒原因物質汚染度の高い食品の調理は最後に行い、調理後には使用したシンク、調理器具は確実に消毒することが大切である。

5. 食中毒防止のキーポイントとして手荒れと手洗い

手の皺に1mmの深さがあれば、ノロウイルスは理論的に2万5千個程度入り込む。写真3に示したように、手が荒れている人の手には付着する細菌数も非常に多く、しかも手の皺の奥に入り込むので、容易に除去できない。さらに皮膚が乾燥すると落屑に伴い病原体が飛散し、汚染が広がる可能性もあることから、手荒れさせないことが食中毒防止には重要である。手荒れしやすい人は、中性～弱アルカリ性の洗浄剤を使うときは手袋を着用する。手が炎症や紅斑を発症し、重度の場合は、直接調理に携わらないことが大切である。

手はあらゆるところに触れるので、病原体の運び屋である。手に付いた病原体は手洗いではほとんどは除去できる。手洗い方法については、平成20年の文部科学省「学校給食調理場における手洗いマニュアル」を参照し、手洗いの手順を手洗い場のよく見えるところに掲示して、毎日それに従い、確認しつつ実施することで、惰性に流れ粗雑になりがちな手洗いを衛生的に行なえる。また、給水栓は直接手指で触れないレバー式等とするとともに、冷水ではなく温水とすることで、丁寧な手洗い、手荒れ防止、洗浄効果を高めるのに有効である。

実際にノロウイルスによる食中毒は主に冬季に多

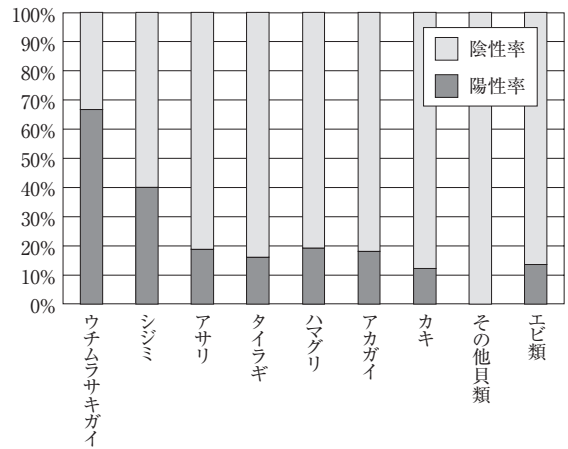
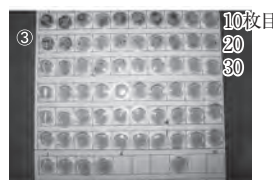


図2 輸入魚介類ノロウイルス汚染状況 (2001～2006年) 西尾データ

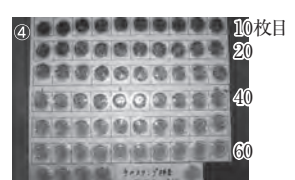
もやしを洗った液に手をつける



手の同じ場所にスタンプを連続しておこなった



手荒れの少ない人の成績
27枚目まで細菌が認められた



手荒れのひどい人の成績
56枚目まで細菌が認められた

(文部科学省：学校給食従事者における研修マニュアル)

写真3 手荒れの少ない人と、多い人のスタンプ培養法による細菌検査成績

く、学校給食でも寒い地域で、手洗い施設が温水対応されていなかったところで発生している。

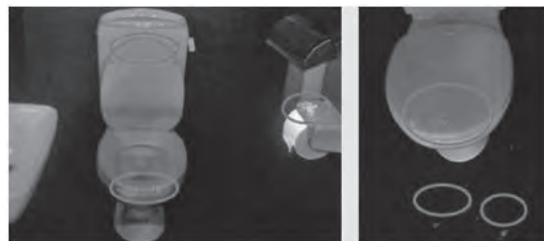
また、手洗いは自らの感染防止にも重要であり、病原体を体内に取り込むのを防ぐのみならず、インフルエンザウイルス等の呼吸器疾患を起こすウイルス感染も防止でき、その効果はワクチンと同様といわれている。

6. 日々の健康管理

常に自らの健康維持に注意していても、体の不調が見られることがある。発熱は何らかの病原体に感染している可能性が大きく、医療機関に受診して、感染性疾患の有無を確認し、医師の指示に従う必要がある。発熱時には直接的に同僚、間接的に食器等を介して児童生徒に感染させないための対策が必要である。一般的に解熱後2日間程度は病原体の排出が続くので、出勤しないことが望ましい。

下痢、腹痛、嘔吐、発熱の症状は感染性胃腸炎の代表的なもので、このような有症時には食中毒起因病原体に感染している可能性が高く、直ちに二次感染の防止策を行う。特にノロウイルス感染が診断された（疑われた）時にはその調理従事者と控え室や調理場等の共用場所は塩素剤を用いて消毒を行う。さらに調理従事者の専用トイレは汚染の危険性が高く、人が触れるところを（写真4）入念に消毒する。呼吸器感染症として代表的なインフルエンザ等は、アルコール製剤で消毒を行う。

ノロウイルスによる下痢症状は1～2日で消失するが、10日間程度は糞便1g当たり1,000万個以上のノロウイルスの排出が続くので、この間は二次感染防止に努める必要がある。また、調理従事者の家族が下痢等の症状



（文部科学省）

写真4 排便時に手が触れた場所と手からの水分が落ちたところ

を有する時には、本人も感染している可能性があるので、ノロウイルス検査を受けることが望ましい。調理従事者の休日明けの健康調査では、休日の健康状態も確認する必要がある。

化膿性疾患が手指にある場合には、そこに化膿菌が多数存在しているので、食品に直接触れる調理作業をしないよう気をつける。

健康診断については、年に1回の定期健康診断は主に慢性的な疾患や感染症に罹患していないことを確認し、学期ごとの健康状態や手荒れがないか等、調理従事者としての健康確認を行うが、正規の職員のみならず、非正規職員も受けることが大切である。

7. 検便について

検便は基本的に赤痢菌、サルモネラ属菌、腸管出血性大腸菌O157について行う。これらの病原体は症状が重く、感染力も強いいため大規模な食中毒となることがある。さらに、これらの病原体に感染しても症状の無い保菌者が存在することもあり、これらの病原体は通常2週間以上排菌されるため、月に2回の検便を行う

ことで、感染の有無を知ることができる。

これらの病原体による食中毒が発生した場合、その直前の検査結果が、陰性であれば、食中毒の源でないことの証明となる。腸管出血性大腸菌O157が陽性の場合には、学校保健法および感染症法上でも就業制限がある。

8. 定期、臨時のノロウイルス検査

地域でのノロウイルス流行時には、定期的な検便検査にノロウイルス検査を加える事が望ましい。地域での流行状況は地元の自治体の感染症情報センターが発信しているノロウイルス流行状況をインターネットで知ることができる。全国の流行状況は国立感染症研究所

の感染症情報センターから週報グラフの入り感染性胃腸炎として発信し（<http://www.nih.go.jp/niid/images/idwr/sokuho/201236/binder36.pdf>）、全国的な週別の患者数の増減を見ることができ、流行の兆しや、流行状況を知ることができる。なお、1月から2月

の間の感染性胃腸炎患者の多くはノロウイルスによるものと考えられる。学校内でノロウイルスが流行し同僚

が感染した場合には、臨時で高感度のノロウイルス検査（RT-PCR法等）を受ける必要がある。

9. 海外旅行の際の注意

海外旅行に出かける際、特に発展途上国には、腸チフス、コレラ等の多くの病原性細菌やAおよびE型肝炎ウイルスが常在している国・地域が存在する。海外の国別における感染症の流行状況は厚生労働省検疫所のFORTH (<http://www.forth.go.jp/>) を予め確認し、出かける国の衛生状況を把握しておく必要がある。A型肝炎ウイルスの流行地に出かける際にはワクチンを受けておくと安心である。衛生状況の良い国・

地域では生水、生野菜、氷、アイスクリーム、皮を剥かないで食べる果物等（イチゴ類等）を飲食しない、食品や水等を加熱できる旅行用電気コンロ・ポット等を持参するとよい。帰国後は直ちに検便を受けることが望ましい。さらに体調不良が見られた際は医師の診断を速やかに受け、医師には海外に出かけた日時、期間、国名を正確に伝えるとともに生で食した食品があればそれも申告することが望まれる。

10. まとめ

心身ともに健康であれば充実した日々を過ごし、楽しく業務が行え、緊張感を持って、安全・安心な調理が行える。また、学校給食従事者の健康管理は食中毒

の発生源とならないためにも、自らの健康維持に細心の注意を払うことが大切である。

（西尾 治）



ヘルス・プロモETING・スクール

1. ヘルス・プロモETING・スクールの概要

ヘルス・プロモETING・スクール (HPS) とは、「そこで過ごしたり、学んだり、あるいは働いたりする環境をどのように健康的なものにしていくかについて、絶えず持てる力を強化し続けるような学校」であり、「学校を中核として地域社会や家庭との連携のもとに包括的にすすめる総合的な健康づくり」¹⁾といえる。WHOで提唱されてから、1980年代に発展し、学校で健康を推進していく有効なアプローチとして、世界各国で精力的に取り組まれている。

具体的には1992年に、ヘルス・プロモETING・スクール・ヨーロッパ・ネットワーク (ENHPS) が開始し、2002年にはInternational Planning Committee (IPC: 国際計画委員会) が 10年間にわたるヨーロッパの実践を元にヨーロッパにおけるヘルス・プロモETING・スクールのモデルを発表した。International Union for Health promotion and Education (以下、IUHPE) では、2009年に“GUIDELINES FOR HEALTH PROMOTING SCHOOLS-Version2”²⁾をだし、ヘルス・プロモETING・スクールの基本的な原則と学校における健康の促進に不可欠な要素 (表1) を示している。

2. 日本におけるヘルス・プロモETING・スクール

日本におけるHPSの取組は、国からのトップダウンというよりは、ボトムアップ式で、それぞれの学校が、様々な点で取り組んでいる。中でも、他の国には存在しない教員としての養護教諭の熱意と取組がHPS推進に大きく影響していると考えられる。

表彰制度としては、1951年に朝日新聞社主催の全日本健康優良学校表彰会 (1992年からは日本健康推進学校表彰) 事業が開始されたことから始まる。この事業は当時の文部省、厚生省の後援の下、全国の都道府県教育委員会の協力で実施・展開さ

- ・ヘルシースクール政策
- ・学校の身体的環境
- ・学校の社会的環境
- ・個々の健康スキルと実践能力
- ・地域社会のつながり
- ・健康サービス

表1 学校における健康の促進に不可欠な要素

れた全国的な規模の事業であった³⁾。近年に入って、日本学校保健会では、21世紀を迎え、現代的健康課題の解決のためには、学校内の推進体制の整備だけでなく、学校と地域社会が一体となって取り組む、地域との連携を重視した健康教育の確立が重要であると捉え、2002年から新しい視点で全国的な表彰制度「21世紀・新しい時代の健康教育推進学校表彰事業」が開始されている。

最近では、各学校がどのような点に注目すればよいかかわかる、ヘルス・プロモETING・スクールチェックリスト (日本版: 幼稚園版・小学校版・中学校版・高等学校版) が千葉大学教育学部ヘルスプロモETINGスクールプロジェクトによって開発された。<http://chiba-hps.org/archives/340>

文献

- 1) 衛藤隆, 永井大樹, 丸山東人, 張彤, 露木玲. Health Promoting Schoolの概念と実践, 東京大学大学院教育学研究科紀要 2005; 44: 451-456.
- 2) International Union for Health promotion and Education. “GUIDELINES FOR HEALTH PROMOTING SCHOOLS-Version 2”, International Union for Health promotion and Education 2009.
- 3) 朝日新聞社 全国健康学校推進学校表彰会編, 健康優良・推進学校の軌跡～小学校の心づくりと体づくり～, 朝日新聞社文化企画局, 1998: 3-196

(岡田加奈子)

第三章

健康教育の動向

1 保健教育

はじめに、タイトルの「保健教育」が示す内容については必ずしも共通理解されているわけではないので、ここでは改めて図1のように整理をした。これは、「保健教育」は「各教科」、「総合的な学習の時間」および「特別活動」等の教育活動において行われるものであることを明確に示している。そのなかで、小学校体育科の保健領域、中学校保健体育科の保健分野および高等学校保健体育科の科目保健を通して系統的に実施される「保健学習」は、保健教育の中核を担っているといえる。また図中では、そうした「保健学習」に加えて、理

科、生活科および家庭科等の「関連教科における保健に関する学習」と「総合的な学習の時間」における保健に関する横断的・総合的な学習を「広義の保健学習」と称して明示している。なお、参考とした日本学校保健会編「保健主事の手引き（三訂版）」¹⁾では、保健教育を保健学習と保健指導の2つの柱で構成しており、図1とはその点などが大きく異なっている。

さて本稿では、このような保健教育の中で、まずは注目すべきである「保健学習」に焦点をあてて述べることにする。

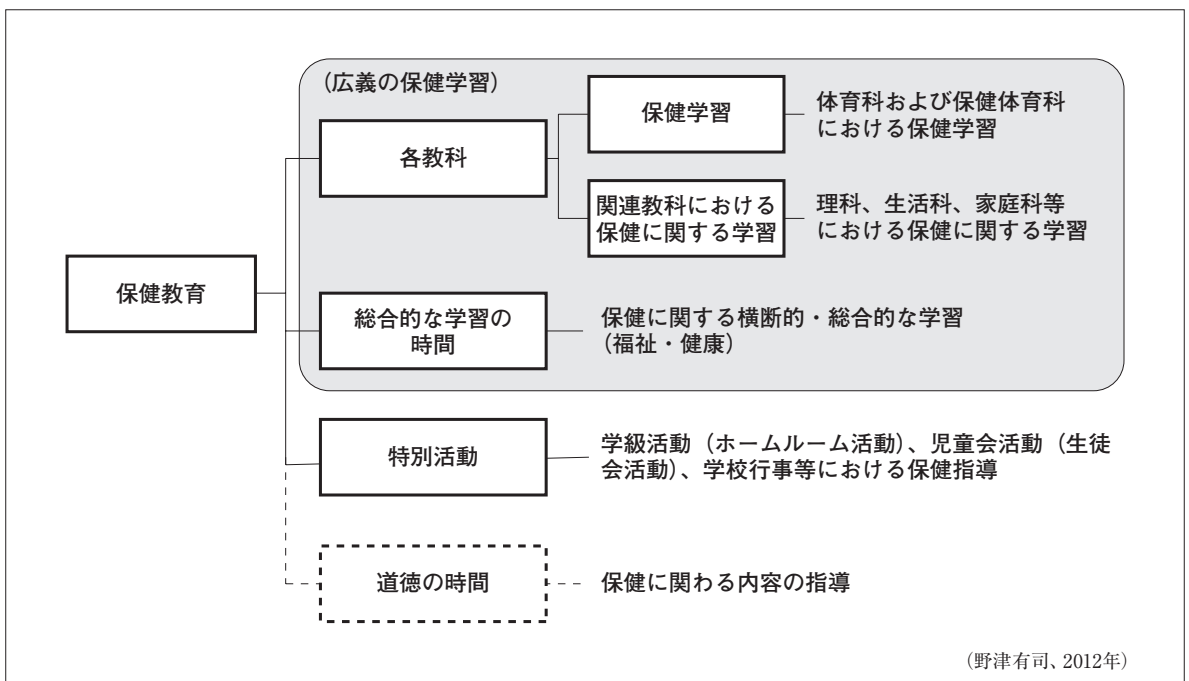
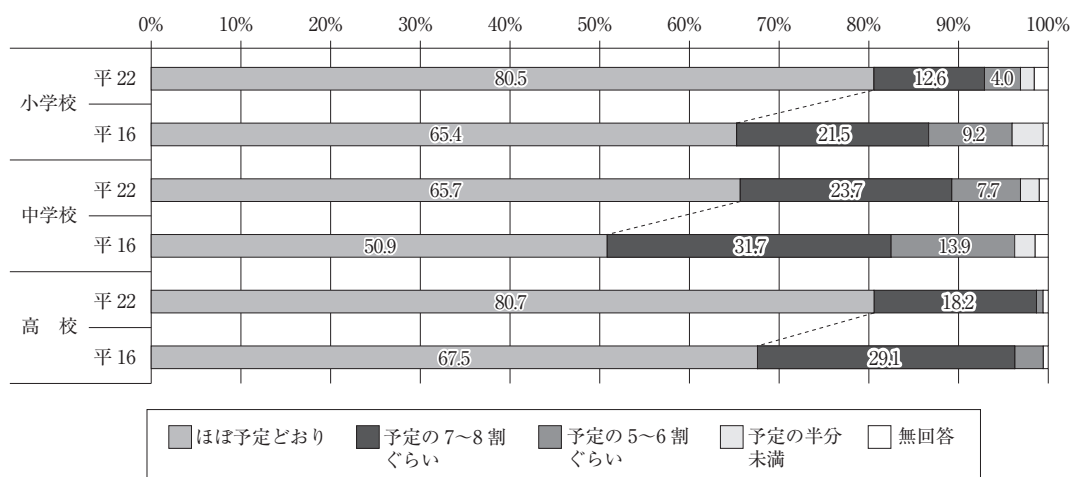


図1 保健教育と保健学習

1. 保健学習の実態の動向－日本学校保健会による全国調査の結果より－



(保健学習推進委員会、教師対象調査)

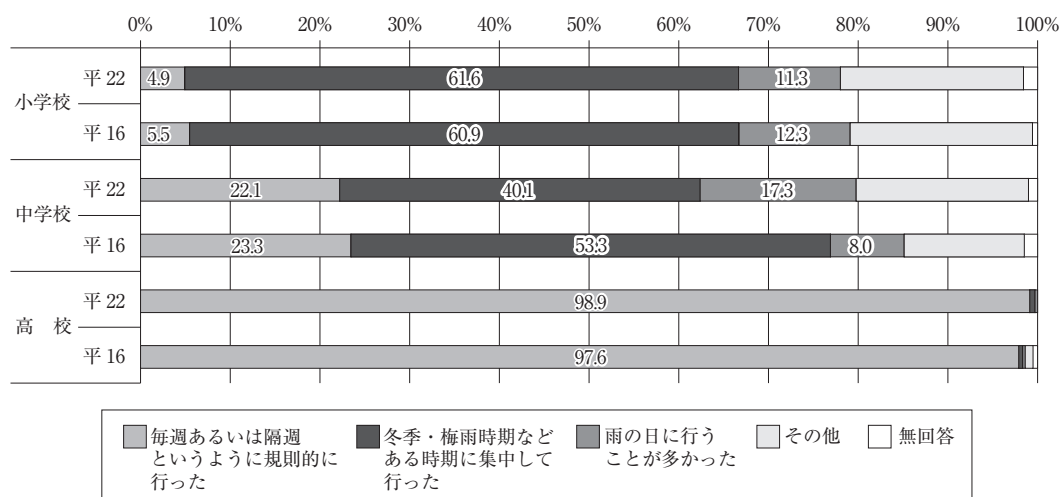
図2 「保健学習の内容をどの程度実施できましたか」

日本学校保健会保健学習推進委員会^{2) 3)}は、平成16年(第1回)および平成22年(第2回)に保健学習の実態等を明らかにするための全国調査を実施した。対象は、平成16年では47都道府県から抽出された小、中、高校406校の児童生徒18,577人、その保護者15,634人、教師1,534人であった。平成22年では同様に小、中、高校411校の児童生徒16,395人、その保護者15,797人、教師2,032人であった。本項では、その2回の全国調査の結果から保健学習の最近の動向について述べる。

まず、保健学習の実施状況についてみると、学習内容の実施程度として「ほぼ予定通り」できた割合が平

成22年では小学校80.5%、中学校65.7%、高校80.7%であり、いずれも平成16年に比べて15%ほど有意に増加し、着実に改善されている傾向が示された(図2)。しかし、保健学習の計画的な実施については、中学校で「雨の日に行くことが多かった」が17.3%であり、平成16年の8.0%から著しく増加するなど、憂慮される状況もみられる(図3)。

また、保健を担当する教師における保健学習の指導意欲については、全体として良好であるといえる(図4)。この指導意欲は、保健学習の指導に対する「感情」、保健学習の指導の「価値」、保健学習の指導へ



(保健学習推進委員会、教師対象調査)

図3 「保健学習をどのように行いましたか」

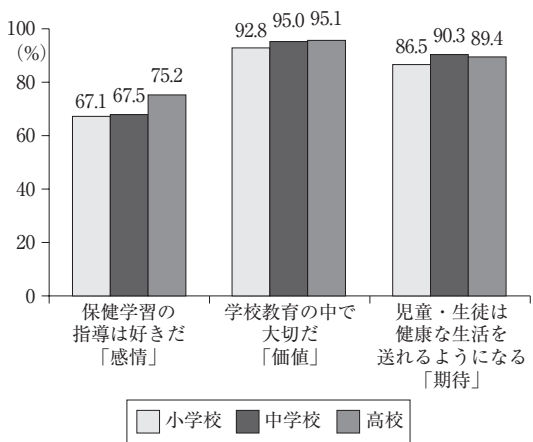
の「期待」の3つの観点（下位領域）から捉えた計10項目の野津有司らの尺度を用いて把握された。その結果、2回の調査ともに、特に「価値」および「期待」に対する項目が高率であるなど、保健学習の指導意欲が高い状況がうかがえる。

次に、児童生徒を対象とした結果をみると、「テスト問題」により把握した知識の習得状況は、小学校3・4年および5・6年での学習内容については、平成22年では平成16年に引き続いておおむね良好であった（図5）。しかし、中学校および高校での学習内容についての知識の習得状況は必ずしも十分でないことが示され、この点については改善の必要性が高いと考えられる。

保健の学習意欲については、小、中、高校生ともに平成22年では、平成16年に比べて全体的に高まったことが示された。ただし、例えば「保健学習は好きだ」と回

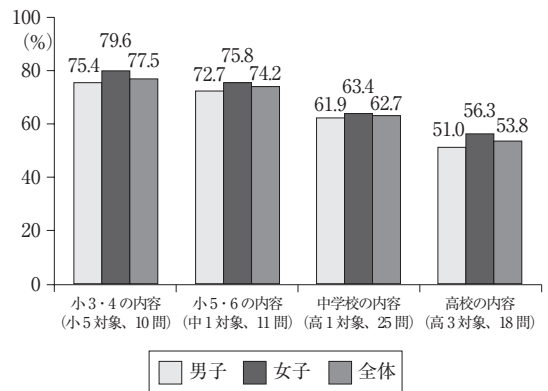
答した者の割合は、小5で63.7%（平成16年53.2%）、中1で42.1%（同33.1%）、高1で42.9%（同37.0%）、高3で38.0%（同39.9%）であるなど、いまだ十分でない状況もみられる。

最後に、保護者を対象とした結果をみると、小、中、高校生の保護者を通して、保健学習への関心は決して低い状況ではないこと、また保健学習に対して肯定的に捉えている状況であることが、それぞれ考察された。例えば、平成22年では「子どもが使っている保健の教科書をみたことがある」35.5%（平成16年32.6%）、「保健の授業で学んだ内容について、子どもから聞いたことがある」45.7%（同44.6%）、「保健で学んだことは、子どもが社会に出てからの生活に役立つ」93.1%（同90.8%）などが示されている。



（保健学習推進委員会、平成22年教師対象調査）

図4 保健学習の指導意欲



（保健学習推進委員会、平成22年児童生徒対象調査）

図5 「テスト問題」の平均正答率

2. 学会における保健学習に関する研究発表

第58回日本学校保健学会（平成23年11月11日～13日、名古屋市）では、保健学習に関する研究発表が14題みられた。なお発表の抄録は、「第58回日本学校保健学会講演集」⁴⁾に掲載されている。

そのうち以下の7題は、前項で示した全国調査の結果を報告したものである。

- ・野津有司ら「財団法人日本学校保健会による保健学習全国調査（平成22年）の概要および共通の知識テストの結果」（講演集p.227、以下同様）
- ・岩田英樹ら「小学校保健学習の知識の習得状況

－全国調査（平成22年）の結果より－」（p.228）

- ・渡部基ら「中学校保健学習の知識の習得状況－全国調査（平成22年）の結果より－」（p.229）
- ・植田誠治ら「高等学校保健学習の知識の習得状況－全国調査（平成22年）の結果より－」（p.230）
- ・西岡伸紀ら「児童生徒における保健の学習状況について－平成16年と平成22年の全国調査の比較から－」（p.231）
- ・渡邊正樹ら「保護者の保健学習への関心、要望等

について－平成16年と平成22年の全国調査の比較から－」(p.232)

・野津有司ら「保健担当教師の指導意欲、実施状況等について－平成16年と平成22年の全国調査の比較から－」(p.233)

このほかの7題については、以下の内容であった。

前上里直氏の「小学校保健学習『おやつを取り方』における情意形成過程について」(p.210)は、小学校6年生の保健学習の単元「病気の予防」において、おやつを取り方についての授業を実践し、行動化に向けた児童の情意形成過程を把握することを目的とした。授業の「はじめ」、「なか」、「おわり」における気持ちの変化について自由記述によりデータを収集し、大津一義による情意領域の仮想モデルに基づいて分析した。その結果、児童の情意は授業が進むにつれて授業への構え→感情的態度→認知的態度→行動的態度といった形成過程を経ていることを報告した。

内山源氏の「保健の教科書『精神の保健』に関する内容領域の構造問題とその改善－保健授業における動態教材としてのNIEの活用－」(p.243)は、保健の教科書、我が国の健康教育の専門書、米国における健康教育の専門書、および論文等について構造的に分析した。その結果、「精神の健康」領域における近年の教科書は、事実認識や問題認識を欠く教材となっており、NIEによる動態教材化による補足、強化等が必要となること等を指摘した。

上田裕司氏らの「中学校保健学習での指導方法の活用、及びその関連要因」(p.284)は、8府県の中学校に勤務する保健体育科教員398人を対象として、保健学習における指導方法の活用やそれに関わる要因として考えられる保健学習の実施状況、授業の準備、保健学習指導の生徒への影響、小単元の難易の程度、保健学習に関する研修会への意識等との関連を検討した。その結果、比較的活用されていた指導方法は「ワークシートを活用した授業」79.9%、「事例を活用した授業」74.1%、「実習を取り入れた授業」60.4%であることを示した。また、指導方法の活用には、保健学習指導の生徒への影響や保健学習に関する研修会への意識等が肯定的であることが関連していることを報告した。

内山有子氏の「高校生のからだの仕組みや疾病に関する知識について」(p.285)は、高校1年生43人を対象

として、人体内の器官の位置や名称およびその働き、疾病の病名と症状、心肺蘇生法の手順、急病や事故発生時の応急手当と病院の受診判断について、それぞれ知識の状況を調査した。その結果、人体内の器官については、多くの器官についてその位置や名称、働きの正答率は90%以上であったが、膀胱等の一部の器官についての理解は不十分であることを示した。また、日本脳炎や麻疹等の病名と症状の正答率は25%以下であったこと、心肺蘇生の手順を正しく解答できた者はいなかったこと等を示した。

浅井千恵子氏らの「成長過程における自己肯定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と他校との比較－」

(p.287)は、3校に在籍する小学校4年生204人を対象としてキャリア教育を取り入れた保健学習等を実践した。そして、その授業前後に自己肯定感や生活習慣等に関する調査を実施した。3校それぞれにおいて単元「育ちゆく体とわたし」の保健学習を4時間行った結果、キャリア教育を取り入れた保健学習は、体やこころの変化に関する知識・理解は学習前後で有意に高まった。しかし、自己肯定感や生活習慣の改善はみられなかったこと等を報告した。

岩田英樹氏らの「保健学習におけるロールプレイングによる指導の課題－道徳の時間における指導の特徴との比較から－」(p.289)は、従来学習指導要領において「役割演技」等が取り上げられている道徳の時間における学習指導との比較から、保健学習におけるロールプレイングを用いた学習指導の課題を検討し、その効果的な活用に向けて考察した。道徳の時間における役割演技に関する著書7冊を分析し、主に心理劇を基礎とした考え方によって指導されていることを示した。その結果から、保健学習においてロールプレイングをより効果的に活用するためには、登場人物の心理状態や登場人物相互の人間関係などへの洞察を促すような教師の働きかけが一層重要となることを指摘した。

杉崎弘周氏の「保健における授業評価とその関連要因」(p.290)は、小学校6年生28人を対象として、単元「病気の予防」において喫煙の害、飲酒の害、および薬物乱用の害に関するそれぞれの授業を行い、その授業評価と喫煙、飲酒、薬物乱用に関する自己効力感との関連を検討した。その結果、授業評価については、

すべての授業において「認識および知識・理解」が高かった。また、自己効力感については、全16項目において授業前に比して授業後の平均値が高かった。以上の結果より、認識および知識・理解の面における高い授業評価が、児童の自己効力感の高まりに関連していることを示唆した。

角田仁美氏らの「小学生が初めて学ぶ保健学習の検討－教師の観点と児童の観点の分析－」(p.371)は、小学校3年生の単元「毎日の生活と健康」において、教師がよい保健学習を実現するための観点に基づく手立てを施した授業を、学習者はどのように捉えているかを検討した。その結果、「認識および知識・理解」、「興味・関心・意欲」、「主体的学習」の観点において、よい保健の授業についての捉え方が教師と学習者で一致していることを報告した。

日本体育学会第62回大会(平成23年9月25日～27日、鹿屋市)では、保健専門分科会においてシンポジウム「保健担当教員の養成の現状と課題」が行われた⁵⁾。そこでは、保健体育科教員の養成課程において、保健学習の担当能力の育成はどのように行われているのかな

どについて、国際武道大学の小磯透氏、鹿屋体育大学の佐藤豊氏、筑波大学の野津有司氏からそれぞれ報告された。具体的には、まず、各大学の養成課程における規定やカリキュラム等の現状が示された。また、教育実習に関わって、事前および事後指導のあり方、保健授業の担当の状況等について、現状と課題が報告された。さらに、保健科に関する指導法の講義や演習における指導の工夫等の取組が報告された。その後、フロアの大学および中、高校等の教員からの質疑を中心として、課題の解決に向けて議論が深められた。その中で、保健担当教員の養成教育のあり方について、今後も継続的に検討していく必要性が指摘された。

よりよい保健学習の実現に向けては、保健学習に関する研究成果が蓄積されていくことが不可欠である。日本学校保健学会等の年次大会においても、小、中、高校の保健学習に関わる教師や大学の研究者がそれぞれの役割を發揮し、また連携する中で、保健学習に関する学術的な研究が一層活性化し、充実していくことが期待されている。

3. 第61回全国学校保健研究大会における保健学習に関する研究協議

第61回全国学校保健研究大会(平成23年10月27日～28日、静岡市)において、保健学習に関して「心身の健康を保持増進するための実践力の育成を目指した保健学習の進め方」をテーマとした研究協議が行われ、3題の実践発表および講義等により進められた⁶⁾⁷⁾。

後藤幸子氏(神奈川県綾瀬市立綾南小学校)の「健康・体力づくりができる児童の育成を目指した保健学習－食に関する指導の実践・評価・改善を通して－」は、小学校3年生の単元「毎日の生活と健康」において、給食を題材としながら自らの食事の摂り方を振り返ったり、改善に向けて考えたりする授業展開を、栄養教諭とのチーム・ティーチングを活用して行った実践を報告した。また、小学校6年生の単元「病気の予防」において、理科や家庭科等で学習した内容とも関連付けながら、食生活と生活習慣病との関連を理解し、生活習慣病を予防するためにはどのような食生活が重要となるかについて考える授業展開を、養護教諭とのチーム・ティーチングを活用して行った実践を報告した。

石川由香氏(静岡県川根本町立中川根中学校)の

「実践力を育てる保健学習－ヘルスプロモーションの考え方を生かした取組－」は、中学校において、言語活動の工夫を取り入れた「ストレスへの対処法」や「喫煙と健康」の授業、専門性を生かしたチーム・ティーチングを活用した「心身の発達」や「応急手当」等の授業、保健学習ノートを活用した授業実践を報告した。

山田斉氏(石川県立金沢桜丘高等学校)の「思考力・判断力を促す保健学習 高等学校における応急手当の授業実践－知識を生かした保健学習の工夫－」は、知識の習得とともに、習得した知識を活用して思考を促す学習活動の場面を取り入れた4時間構成の応急手当の授業実践を報告した。1、2時間目は応急手当の意義、手順や方法等を理解することを主眼としながら、グループでの話し合いを取り入れて応急手当が必要な場面に遭遇したときの自分の行動についてシミュレーションするなど考えさせる展開であった。3、4時間目は心肺蘇生法や日常起こりうる傷害等の応急手当について実習を通して理解することを中心とした展開であった。

講師の野津有司氏(筑波大学)は、まず、よりよい保

健授業の実践に向けては、すぐれた授業観の下に日頃の授業実践について見直すことが重要であることを確認した。そして、児童生徒に教えるべき内容は学習指導要領に示された内容であり、教科書等は教材であること等を押さえた上で、平成20、21年に改訂された新学習指導要領に基づく保健学習の内容についての理解を深めることが重要であると述べた。その中で、「習得した知識を活用する学習活動」とは、実際の生活場

面で活用（実践）するようなことではなく、授業において、児童生徒が健康課題の解決について考えたり判断したりする学習活動を取り入れることであることを改めて強調した。また、育成すべき学力の重要な要素を踏まえて、指導方法も工夫することが必要であり、具体的には、肯定的に展開すること、多様な指導方法を工夫すること、実践的に理解を図ることが重要であると述べた。

文献

- 1) 財団法人日本学校保健会：保健主事の手引き（三訂版）. 3-5頁, 2004
- 2) 財団法人日本学校保健会：保健学習推進委員会報告書－保健学習推進上の課題を明らかにするための実態調査－. 2005
- 3) 財団法人日本学校保健会：保健学習推進委員会報告書－第2回全国調査の結果－. 2012

- 4) 日本学校保健学会：第58回日本学校保健学会講演集. 2011
- 5) 日本体育学会第62回大会予稿集. 2011
- 6) 静岡県教育委員会：第61回全国学校保健研究大会. 2011
- 7) 静岡県教育委員会：第61回全国学校保健研究大会報告書. 2011

（野津有司）

2 喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育

1. 喫煙、飲酒、薬物乱用防止にかかわる青少年や社会の状況

最初に、喫煙・飲酒・薬物乱用防止教育の背景となる青少年における各行動の経験率などの数値や平成23年度の「学校保健の動向」が出版された後の出来事で注目に値するもの等に関して整理する。

(1) 喫煙

青少年の喫煙の実態に関しては、厚生労働科学研究費補助金を受け、継続的に中学生、高校生の喫煙・飲酒の実態等を調査している大井田らの研究結果から主立った結果を紹介する。

大井田らの調査は、全国から無作為に抽出された学校を対象に中学生・高校生それぞれ数万人に対して2～4年おきに実施されている。最新の結果は2010年10月に実施された調査によるものであり、それに過去の結果を加えたものが図1である。喫煙経験率（過去に1度でも喫煙した者の割合）、月喫煙率（最近30日間に喫煙を経験した者の割合）、毎日喫煙率（毎日喫煙している者の割合）はいずれも一貫して低下傾向にある。中学生・高校生の喫煙率はゼロであることが求められているので満足できる水準とはいえないが、高校生、中学生、男子、女子、いずれの対象においてもすべての指標で約15年間で60～80%の低下が見られ、さらにその低下傾向は継続している。

大井田らは、青少年における喫煙率低下の要因を喫

煙者や以前は喫煙していたが現在は喫煙していない者を対象に分析している。図2は、月喫煙者に調査した結果で、「タバコが買いにくくなったとは思わない」と答えている者は、2008年の調査でも、2010年の調査でも20%以下となっている。一方、買いにくくなった理由としては「自動販売機が使えなくなった」「年齢制限が厳しくなった」「タバコの値段が高くなった」が上位を占めている。特に、2010年の調査では、調査直前の2010年10月1日に約100円の値上がりがあったため、「タバコの値段が高くなった」が2008年の結果より大幅に増加している。この結果は、毎日喫煙している者に限定してもほぼ同一であった。図3は、以前は喫煙していたが現在は喫煙していない者を対象に調査した結果で、タバコをやめた理由として2010年10月1日以後に禁煙した者において、「お金の節約、タバコの値段が高い」が突出しており、タバコの値上げが、中学生・高校生の喫煙率を低下させることに貢献していることがうかがえる。一方で、図2においては「自販機が使えなくなった」「年齢制限が厳しくなった」などの理由は減少している。図4に示されるとおり、多くの青少年が何らかの手段を用いてタスポを入手し自動販売機でタバコを購入するようになった実態が明らかになっている。タスポは未成年者の喫煙防止のために2008年3月から順次日本全国に

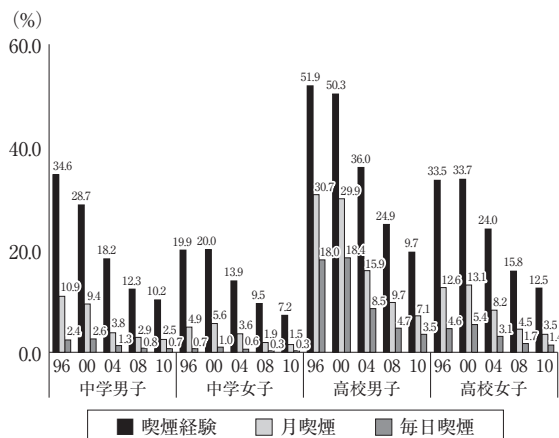


図1 中学生、高校生の喫煙率の推移

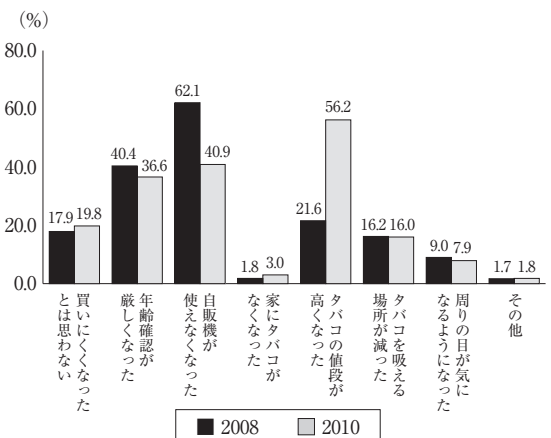


図2 月喫煙者のタバコが買いにくくなった理由

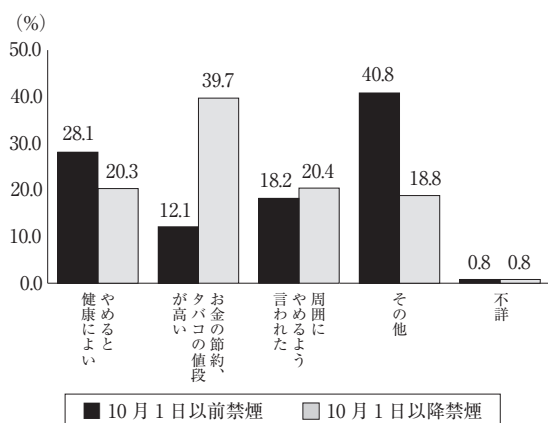


図3 中学生、高校生がタバコをやめた理由

導入され、2008年7月以降、タバコ自動販売機にはタスポ等の成人識別機能が必要とされているが、効果が徐々に減少していることが推測される。

児童生徒等の受動喫煙の防止だけでなく喫煙防止教育の一環としての意義もある学校敷地内禁煙に関しては、平成22年文部科学省通知「学校等における受動喫煙防止対策及び喫煙防止対策の推進について」などの効果もあり、順調に推進されている。表1に示したように、文部科学省の調査によると国公立の幼稚園、小学校、中学校、高等学校、中等教育学校および特別支援学校のうち学校敷地内の全面禁煙措置を講じていると回答した学校は2012年で82.6%にのぼり、2005年の45.4%を大きく上回っている。

(2) 飲酒

飲酒の実態に関しても、喫煙と同様に大井田らの研

	2012年	2005年
受動喫煙防止対策を講じている	48,737 (97.7)	50,554 (95.3)
【具体策】		
1. 学校敷地内の全面禁煙措置を講じている。	41,186 (82.6)	24,082 (45.4)
2. 建物内に限って全面禁煙措置を講じている。	5,585 (11.2)	12,511 (23.6)
3. 建物内に喫煙場所を設置し、分煙措置を講じている。	1,966 (3.9)	13,961 (26.3)
受動喫煙防止対策を講じていない	1,155 (2.3)	2,485 (4.7)
合計	49,862 (100)	53,039 (100)

表1 学校における受動喫煙防止対策の状況

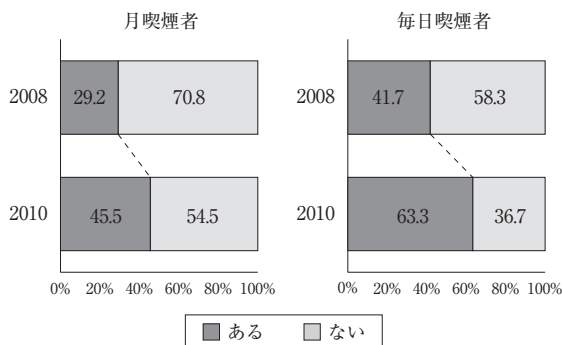


図4 タスポを使ったタバコの入手

究結果を紹介する。

図5がその結果である。飲酒率に関しては、喫煙率と異なり、毎日飲酒率ではなく、週飲酒率（最近1週間に飲酒を経験した者の割合）が調べられている。飲酒率に関しても、高校生、中学生、男子、女子、いずれの対象においてもすべての指標において、一貫して低下傾向にある。しかし、飲酒経験率や月飲酒率をそれぞれの喫煙率と比較すると、約3倍から10倍以上という高い水準にあり、喫煙に比べ、改善が遅れているということがができる。

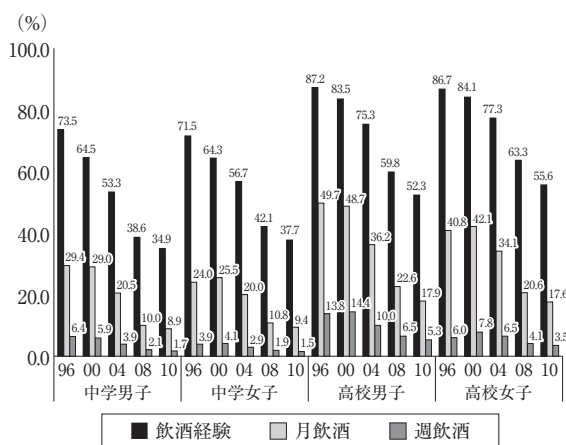


図5 中学生、高校生の飲酒率の推移

(3) 薬物乱用

薬物乱用に関しては、平成23年度の「学校保健の動向」以後新たな全国規模の調査は行われていないので、平成23年度のを再掲する。

図6、図7に示したように、過去10年ほどの間に、シナーの経験率および覚せい剤の経験率は、中学生男子において減少傾向がうかがえるが、女子やその他の薬

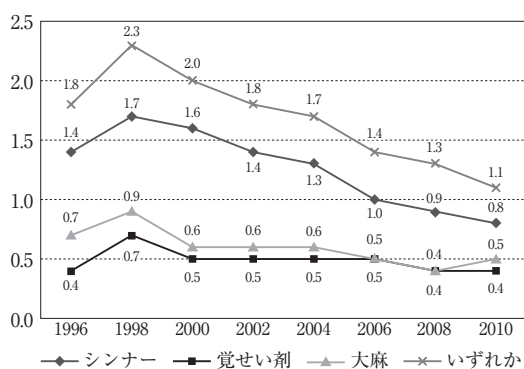


図6 中学生の薬物乱用経験率の推移：男子（％，和田他）

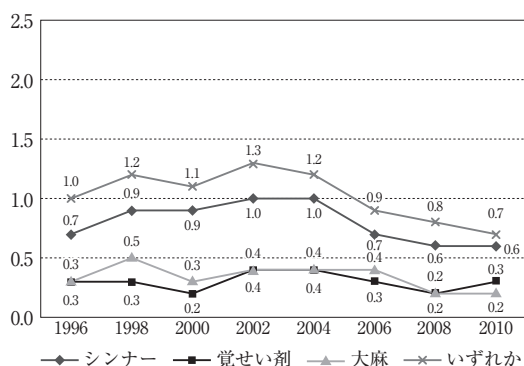


図7 中学生の薬物乱用経験率の推移：女子（％，和田他）

2. 喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育の状況

ここでは、平成23年度の「学校保健の動向」以降、新たに発行された喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育関連教材等に関して紹介・解説を行う。

(1) 中学校保健体育教科書

平成20年（2008年）の学習指導要領改訂に基づく中学校保健体育の教科書が2012年4月から供給されている。改訂された内容に関しては、平成22年度の「学校保健の動向」において詳述されているが、簡単にまとめるなら、喫煙、飲酒、薬物乱用関連箇所は大きな変更は受けていないということである。喫煙、飲酒に関して、急性影響、常習的に用いた場合の影響および未成年の使用における影響を整理して記述したこと、また、喫煙の急性影響に関して毛細血管の収縮、運動能力の低下、常習的な喫煙による影響に心臓病という例示が加わったことなどの小規模な改訂にとどまっている。

新学習指導要領に対応した中学校保健体育の教科書は4社から各1種類、計4種類が供給されている。当

物に関しては必ずしも減少傾向にあるとは断定できない状況といえる。

統計等の数字には明確に表れていないが、薬物乱用の状況に関しては、脱法ハーブ（いわゆる合法ハーブ）の問題の深刻化が注目に値する。近年、日本において流行が拡大している脱法ハーブは、お茶に使用されるような一般に流通しているハーブなどに大麻の薬理成分に似た作用を持つ合成カンナビノイド等をまぶしたものである。合成カンナビノイドは、次々と新たな物質が開発されるため、法的な規制が間に合わず、結果として脱法状態になることを利用して販売されている。脱法ハーブは、インターネットや店舗、あるいは自動販売機などで堂々と販売されている（吸引目的とする薬事法違反となるため、「お香」という名目で販売されることが多い）。2012年には、吸引者の救急搬送や吸引者による交通事故が頻繁に報道されるようになってきている。脱法ハーブは、手に入れやすく、価格もそれほど高くはないので若年層への拡大が憂慮される。

然のことながらすべてが検定を受け、学習指導要領の要求を満たしている。また、友人からの勧めへの対処、覚せい剤、大麻以外の薬物など、必ずしも学習指導要領上必須とはいえないが、各教科書が共通して扱っている内容も多い。その中で、いくつかの違いがある部分に関して表2にまとめた。喫煙、飲酒、薬物乱用に関して、近年注目されている話題も含めた幅広い内容を根拠を示す資料とともに教科書中で扱うかどうかに関しては、教科書会社ごとに若干の違いが認められる。

(2) 喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育用教材

① 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 高等学校編」

日本学校保健会による「喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導参考資料」の小学校編は平成22年、中学校編は平成23年にそれぞれ刊行され、すでに平成23年度の「学校保健の動向」に紹介されている。平成24年には、新たに高等学校編が刊行されたので、ここで紹介する。

教科書会社	喫煙関連		飲酒関連		薬物関連		全体関連		
	血流量 変化	受動喫煙	「一気 飲み」	脳の萎縮	脳への 影響	脱法 ドラッグ	広告分析	環境への 対策	総ページ 数
A社	○	○	○	○		○		○	10
B社	○	△		○	○	△		○	10
C社	○	○	△		○				8
D社		○	△	△	○		○	○	10

○：写真、図表等を用いて扱っている △：文字のみで扱っている

表2 各中学校教科書が扱う喫煙・飲酒・薬物乱用に関する内容



喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導参考資料 高等学校編

高等学校編は、小学校編、中学校編と同様に、基礎編、実践編、資料編から成り立っている。基礎編においては、指導の必要性、目標、内容、評価等に関して記載されている。実践編においては、教科や特別活動などにおける具体的な指導プラン等が紹介されている。

また、資料編においては、青少年の行動の実態や指導にかかわる参考資料などが提示されている。

② 文部科学省DVD「未来があるから～薬物に“NO”という生き方を～」

平成24年には、文部科学省から薬物乱用防止教育用DVDが発行された。これは、1998年に作成されたVHSビデオ「なくした自由」以来の文部科学省



DVD「未来があるから～薬物に“NO”という生き方を～」

制作の高等学校用薬物乱用防止啓発用視聴覚教材である。

内容は、CHAPTER1が心身の健康や社会への影響、薬物乱用の開始要因・背景要因など、CHAPTER2が回復を目指している薬物乱用経験者の気持ち、社会環境対策など、CHAPTER3が薬物乱用防止のためにはどのようなことが大切かなどとなっており、高校生と同世代の女優がいろいろな施設や専門家のところを訪ね、体験的に薬物に関して学んでいくという構成になっている。

③ 文部科学省「薬物乱用防止教室推進マニュアル～教育委員会における取組事例～」

文部科学省は、中学校および高等学校における薬物乱用防止教育の充実強化を図る観点から都道府県等における薬物乱用防止教室などの効果的な取組事例を収集し、平成24年にPDFファイルとして発行している。

内容は、総論として、第三次薬物乱用防止五か年戦略にかかわる薬物乱用防止教育の考え方や学校における薬物乱用防止教育の進め方について記し、取組事例として、10の府県における実践例等を紹介するものとなっている。

参考・引用文献

- 1) 大井隆、他. 未成年の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究.
http://www.gakkohoken.jp/modules/pico/index.php?content_id=83 (2012年8月10日アクセス)
- 2) 文部科学省. 学校における受動喫煙防止対策実施状況調査について
http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/24/08/1322894.htm (2012年8月10日アクセス)
- 3) 和田清、他. 喫煙・飲酒・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研究報告書、2011年.
- 4) 学研教育みらい. 中学保健体育. 2012
 - 5) 東京書籍. 新しい保健体育. 2012
 - 6) 大日本図書. 中学校保健体育. 2012
 - 7) 大修館書店. 保健体育. 2012
 - 8) 文部科学省. 薬物乱用防止教室推進マニュアル～教育委員会における取組事例～.
http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1297198.htm (2012年8月13日アクセス)

(高橋浩之)

3 歯・口の健康教育

1. はじめに ～学校歯科保健参考資料書、「『生きる力』をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり」の改訂～

近年の「学習指導要領」の改正と、さらに「学校保健法」も一部改訂され「学校保健安全法」として施行されるに至っている。これらの改訂の基盤には、学校での歯・口の健康づくりとしての「食育」や「安全・安心」に関する健康教育を重視し推進するために、家庭や地域との連携を深めながら、さらに小児期に限らず全てのライフステージの健康問題に関係する望ましい生活習慣の確立に向け、その形成期にある幼児および児童生徒期を重視した学校歯科保健活動の展開を図ることを目標にしている。このような学校保健活動にとって重要な「学習指導要領」および「学校保健法」の改訂に伴い、文部科学省は平成23年3月に学校歯科保健参考資料「『生きる力』をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり」が改訂され発刊された。

今般の改訂にあたっては、1) 初版に続き、ヘルスプロモーションの考え方を活かし、学習を通して自立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。2) 学校保健法の改訂および学習指導要領の改訂を踏まえる。3) 幼稚園、小学校、中学校、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出来るような内容とする。4) 近年の咀嚼など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、児童生徒等の今日的な歯科保健の課題に即した内容とする、としている。改訂では「総説」をはじめ、「歯科保健管理」、「歯科保健指導」、「組織活動」まで幅広い分野に及んでいる。学校での歯科保健活動の保健教育および保健管理を実施する上で、重要な資料となっているので、十分な理解が望まれる。

本項目では、「学習指導要領」および「学校保健安全法」でも、健康教育の面で重視されている「食育」と「メンタルヘルス」を歯科保健の視点から取り上げ読者の参考に供したい。

2. 歯・口の健康づくりとしての食育推進

学校歯科保健からの食育推進へのアプローチとして、以下の項目についての考慮が必要である。

(1) 歯・口腔の成長・発達段階と食べ方(カミング30)、(2)食物の物性、大きさ、調理形態との関係、(3)食器・食具、食事姿勢との関係、(4)食事時の飲み物類の飲み方、食事マナーの伝承、(5)五感(味覚)で食べる、(6)窒息、誤嚥予防の食べ方、(7)歯・口腔疾患(むし歯、歯周病)の予防としての間食(甘味・飲料類)の食べ方、(8)食教育の計画と実施に向けての展開。

(1) 「よく噛み味わう」など食べ方(カミング30)の食教育・食指導

「食べる」ことは、ヒトの情動や心理に大きい影響を与えることが、脳内メカニズムにより明らかにされている。すなわち、食べ物をよく噛んで咀嚼し唾液を分泌することで、食物の味や香り、舌ざわり・歯ざわりなどの顎口腔の感覚が脳内に快感物質を分泌させ、食べる楽しさや幸福感を生じ、さらにおいしいものをもっと食べ

ようとする意欲を起こさせる。したがって、咀嚼時の顎口腔の感覚は人生を楽しむためにも基本的に大切であって、この楽しみを続けるためには幼児からの全てのライフステージを通じ、食物をよく噛んで味わう「食べ方」の習慣形成が大切である。

現代の食習慣、食べ方の象徴の一つともいえる“よく噛まない”、“上手にのみ込めない”、“早食い”などの摂食・嚥下機能の低下を思わせる問題に対しては、乳幼児期からはじまり児童生徒期までの、歯や口腔の発達段階に応じた咀嚼など摂食機能の発達との関係を理解しながら、児童生徒および家庭への教育や支援を行い、地域への働きかけを行うことが必要である。食べ物を“よく噛み味わうこと”の食教育は、口腔の健康の維持増進や機能の発達に限らず、肥満の予防など全身の心と体の健康に直接係わることとして、乳幼児歯科保健、学校(園)歯科保健、成人歯科保健、そして高齢期の摂食機能の回復までの生涯を貫く食教育と

して位置づけ、一貫性と継続性のある支援・指導体制をつくるのが大切である。現在、歯科界は国民向けに、一口30回以上咀嚼し味わう「カミング30運動」を展開している。今後、乳幼児期をスタートにする歯科保健の健康教育の主要な課題にもなろう。特に幼児・児童期の咀嚼の発達には以下に記すことを配慮することが必要である。

① 歯の萌出と咀嚼との関係：歯の萌出による歯根膜受容器は咀嚼運動のセンサーの役割を果たす。歯の萌出状態や交換時には咀嚼の働きが大きく変化し、ときに向上したりまた低下する。上下顎第1大臼歯の萌出による咬合接触は、咀嚼能率および咀嚼力が増加する。この時期に、出来るだけ噛みごたえ食品を噛むことを経験させる。上下顎の噛み合わせる歯が無くなる切歯交換期は、食べ物をこぼし易く、咀嚼能力も低下する。口（口唇）をしっかり閉じながら、食べ物を捕らえ噛むことを指導する。

② 食事時の飲み物類の飲み方、食事マナーの伝承：近年の子どもたちの食べ方は、食卓に水、お茶、牛乳など飲料類を置いて、食べ物をよく噛まずに流し込みをする。食事時間を十分にとらず、また食べ物の喉越しの良さを求めることにある。牛乳やお茶など飲み物は食事の最初か最後に飲むようにし、口の中に食べ物がある間は控えるようにする。大人の食事の仕方、食べ方を観察させ、また両親から食事のマナーを躰として伝承する。特に箸の使い方など、料理にあった食器、食具の使い方を低学年の時期に教える。

(2) 「五感で食べ、五感を育む」食教育・食指導

味覚（五感）食教育は、国際的にもファストフードな

ど「食のグローバル化」、「食の画一化」に対し、食べる人の感性の喜びと持続した食の楽しみを、運動としては始まっている。

幼児期・学童期の5～12歳は味覚・嗜好形成に生理学的・心理学的にも大きな影響を及ぼす時期である。食物の甘味、塩味、うま味は嗜好性が高い味であるが、腐敗、毒物などの味である苦味、酸味は嫌われる味である。食物の豊かな味覚を獲得するには、低年齢の乳幼児期から、これらの味を経験する食物を食べ、調理をするなど、学習、体験することが必要であって、この時、味の嗜好性の刷り込みには、おいしさと食事する楽しさの雰囲気の体験が大切である。味覚食教育に加え、食を通して五感で食べ、さらに五感を刺激するような食べ方、①視覚（食材などの色彩）、②聴覚（咀嚼による音）、③嗅覚（料理の匂い・香り）、④触覚（食材の肌触り）など感覚を刺激し育む食べ方を教え、家庭で料理を手伝う生活習慣を培うような指導が必要である。五感で食べる食べ方は、地産地消の食材を生かした伝統食を好む豊かな食生活を営み、家族・人とのコミュニケーションを深め、人との共感、感性を育むなどの役割を果たしている。

(3) 「食育・食教育」をどのように展開するか

① 生活習慣あるいは「食べる機能」の自己点検・自己評価法を目的に調査票（セルフチェックシートなど）を導入する。

② 子どもと保護者の料理・味覚教室などの体験学習法を重視する。

③ 「食」は保護者、家庭、地域に大きく影響される。そこで保護者、地域との連携を強め、「保護者の会」、「教職員の地域活動」など組織活動（学校保健委員会）を重視する。

3. メンタルヘルスと歯科保健 ～特に児童虐待について～

多様化、複雑化する現代社会では子どもに限らず大人も心理精神面のメンタルヘルスが大きな課題となっており、歯科保健も同様である。ヒトは心の歪みやストレスを受けると、交感神経－副交感神経系ならびに口腔領域の諸器官に様々な生理的な変化が起こる。唾液の分泌量や性状の変化、咀嚼筋など筋活動の緊張、口腔に関連する習癖行動、異常な下顎運動による歯ぎしりなどの誘因により、むし歯、歯周病の発生と進行、口臭、

歯列不正などの所見がみられる。また、歯および口腔にこのような所見がみられと、さらに児童生徒へのストレスとなり心の歪みの誘因にもなる。

(1) 唾液への影響

唾液の分泌は自律神経系の交感神経と副交感神経の支配を受けている。交感神経が興奮するとノルアドレナリンの働きにより蛋白質を多く含む粘り気のある唾液が分泌される。一方、副交感神経が興奮するとア

セチルコリンが放出され多量の水とイオンが分泌される。それによって口腔内の環境が変化し、むし歯、歯周病の発生・進行の誘因になり、また口臭が強みられることにもなる。児童生徒に「いじめられる」、「虐待を受ける」など心理的に強くストレスを受けると唾液の流量、性状に変化を及ぼし口腔環境を増悪させる。

(2) 神経・筋系への影響

精神的ストレスがあると歯ぎしりを生じやすいとの報告は多い。歯ぎしりを誘発させるのは咬合異常のような末梢性の原因ではなく、心理的ストレスのような中枢神経系の活動に原因があると推察されている。そのメカニズムは、ストレスに反応する視床下部を含む上位中枢からの信号が、閉口筋など筋活動を緊張させ、噛みしめや筋力のバランスを乱し、歯列の形態に影響する。また、歯ぎしりのような口腔の習癖が不正咬合と併発して存在するときには、顎関節症様の症状、すなわち咀嚼筋の疲労感、痛み、顎関節痛、顎運動時の雑音、開口障害などが生じやすい。歯ぎしりは、異常な歯の摩耗や歯周組織への悪影響による歯の動揺がみられる。また、長い間の強い噛みしめにより顎関節の組織が破壊され、顎運動時の痛み運動障害を生じるときがある。

(3) 口腔習癖と歯列・咬合および口腔機能への影響

口腔に関係する習癖には、吸指癖（指しゃぶり）、爪かみ、咬唇癖、舌（突出）癖、口呼吸、歯ぎしりなどがあるが、学齢期の心理面の影響による習癖には、代表的なものに吸指癖、吸唇癖、咬爪癖、物を噛む、歯ぎしりなどである。これらの習癖の影響により、各種の歯列不正、咬合異常がみられる。乳幼児健診などで指摘される幼児の指しゃぶりは、未熟な感情をセルフコントロールする手段、いわゆる癒し効果を得る行為である。3歳頃、社会性が発達すると、大半の幼児では、指しゃぶりの頻度が徐々に少なくなる。また、一度指しゃぶりが消失しても再発することもあり、児童期の指しゃぶりや爪かみ癖に移行することがある。幼児期後半、特に学童期に達しても吸指癖のある子どもは、情動や社会性の発達程度、性格形成、養育環境、親子関係などになんらかの誘因があると考えられる。

児童の口腔習癖の影響としてみられる歯列咬合異常は、児童の生活、学習および口腔の疾患に影響することがあるので、日常の学級担任教諭による健康観察が必要である。また、学校健康診断の際、調査される保

健調査票に日常生活で歯・口腔に関係する習癖がみられるか、否か、その習癖はどのような種類のものか、本人、家族は気にしているか、否かなどの設問項目を加えることで、歯列・咬合異常の判定内容や事後措置としての健康相談に対応した際に参考な情報となる。

歯列・咬合異常がみられると、児童生徒の生活、学習および口腔疾患の発生・進行など影響を及ぼす。特に以下のような機能の低下および障害に影響を及ぼしたり、ときには歯列・咬合異常を増悪させる。そこで、学校健康診断の事後措置として、健康相談に応じ、保護者の要請に応じ、要精密検査のためかかりつけ歯科医あるいは専門歯科医に受診を勧める。健康診断後の児童生徒に対する事後措置あるいは健康相談での指導では、以下の点に留意する。

<食事・学校給食に関する助言>

①咀嚼など影響を及ぼすことがあるので、十分に時間をかけ、しっかり噛むようにする。②噛みやすい側だけでなく、両側で噛むようにする。③必要以上に硬い物を噛まないようにする。④正しい姿勢で食事をとる。

<精神面の配慮>

①気にして劣等感をもつなどの配慮を指導する。②反対咬合、開咬などがあると発音が不明瞭になることがあるので、大きく口を開けゆっくり話しをするようにする。③普段無意識にくいしばりをしないよう指導する。④激しい歯ぎしりがあるときは健康相談を受けるか、医療機関の診査を受けるよう勧める。

その他、歯列不正があると十分に歯みがきが出来ず歯垢のみがき残しがあるので、個別的な指導が必要になる。

(4) 児童の身体的虐待とネグレクト

本誌のコラムに「歯科保健からみた児童虐待」が掲載されているので参照され、本項では極くポイントのみを記載する。

“虐待はあくまでも子ども側からの定義であり、親の意図とは無関係である。その子が「嫌いだから」、「憎いから」虐待するのではない。親は一生懸命であっても、子ども側にとって有害な行為であれば虐待である”。その行為を親の意図で判断するのではなく、子どもに有害かで判断するように視点を変えなければならない（大阪府母子福祉センター：小林美智子）。児童虐待は、身体的社会的に力の優位に立つ大人が、子どもを人として尊重しない、すなわち子どもの人権を侵す行為である。

① 子ども虐待防止法による定義

◎ 身体的虐待：子どもの身体の安全という権利が侵害されていることである。虐待防止法では、「児童の身体に外傷が生じ、または生じるおそれのある暴行を加えること」とされている。歯の破折はけがによるものとの判別が困難であるが、口腔の軟組織の傷には特異的にみられる。

◎ ネグレクト：保護者としての監護を著しく怠ることであるが、子どもにとっては必要なケアを与えられる権利が侵害されることである。ネグレクトは、積極的な行為ではないが、子どもの命に関わることさえある。また、成長の障害が起きたり、精神的問題につながったりすることが多い。共通の認識が得られにくいなど、発見や介入に困難な面が多い。

平成14年、東京都の児童福祉センターあるいは乳児院に措置された被虐待児147名について、歯科検診を行った結果、一般児に比べ2歳児の一人平均う蝕歯数は7倍、永久歯では11歳児は2.7倍であって、特に治療率が非常に低かった。幼児学童に多数の未処置むし歯がみられると、現在では予備軍として認識されつつある。

その他、性的虐待、心理的虐待があり、今後性的虐待の増加が予測されている。

② 子ども虐待を疑ったときの学校歯科医および学校関係者の初期的対応

学校歯科医および養護教諭は、健康診断等により歯・口腔の所見から身体的虐待、ネグレクトを疑った場合は、園・学校側に知らせ（事前にその気づきの条件について学校関係者と話し合っておく）口腔所見の記録を情報として残すようにする。園・学校では他の所見・情報を検討しながら総合的に判断され関係機関に通告される。虐待か否かの判定は、福祉局などの関係機関が行うことであり、むしろ学校歯科医あるいは学校関係者単独で断定しない。特にネグレクトの場合は、子どもに関係する学校、幼稚園、保育所、保健所などの地域の機関から、家庭での生活状況の情報を得ながら総合的に判断される。厚生労働省から以下の事

項が提言されている。「子どもから得た情報について、虐待をしている保護者ないし虐待をしている疑いのある保護者に対してそのまま確認してはいけないことは、虐待対応の基本的事項の一つである」。

学校歯科医の課題としては、就学時歯科健康診断および定期（臨時）健康診断で、児童虐待への視点から口腔の所見・徴候を注意深く観察し、検査時には子どもとの対話（声かけ）に心がけ、さらに保健調査を十分活用し、歯科検診後の事後措置として養護教諭との協働による個別的な健康相談あるいは保健指導を重視することが必要である。それによって虐待を受ける子どもたちの気づきにつながる可能性が高い。そして、学校歯科医、学校関係者は以下に記したポイントをあらためて留意したい。

- 1) 子ども虐待は“abuse”（虐待）より“maltreatment”（不適切な養育・扱い）の視点を持つようにする。
- 2) 常に子ども側の視点に立って判断する。保護者や家庭状況の視点に立つと、気づきは消えやすい。
- 3) 現在の社会状況から、「何処にでも」、「誰にでも起こり得る」ことの認識を常に持つ。
- 4) 現代では、子どもに多数の未処置むし歯があることは平常な状態ではないという認識を持ち、このことを学校歯科医・学校関係者は家庭・地域に啓発する。
- 5) 口腔の情報のみで判断しない。虐待の気づきを持ったなら誰かと共有し、一人で抱えこまない。判断・決定は専門家集団に委ねる。
- 6) 虐待状態の発見のみを目的とせず、疑いのある者を含む虐待者および被虐待児は、地域で支え合い、社会支援を受けることをサポートする。また、保護者に対し自己肯定感・自尊感情に配慮し、愛着形成を重視した育児の支援・指導を心がける。
- 7) 学校歯科医は、歯科医師会、学校、福祉など関係者との連携を密にし、保護（介入）された事例を観察し、記録を残すことで、わが国の特有な身体的虐待やネグレクトの口腔所見を明らかにするシステムを構築し、リスクマネジメントを作成し活用する。

参考文献

- 1) 文部科学省編：「生きる力」をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり、文部科学省発刊、2011。
- 2) 日本学校保健会：歯・口の健康と食べる機能Ⅱ、日本学

校保健会発刊、2006。

- 3) 日本学校歯科医会編：特集、児童虐待とその対応、学校歯科保健はどうかかわるか、日本学校歯科医会会誌、108号、2011。

（赤坂守人）

4 食育・栄養教育

1. 「周知」から「実践」へ、新しい食育推進基本計画（第2次）

「食育基本法」（平成17年6月）ならびに「食育推進基本計画」（平成18年3月）は、近年の我が国の食をめぐる状況の変化に伴い、現在および将来にわたる健康で文化的な国民の生活と豊かで活力のある社会の実現に寄与することを目的として制定された。その中で、「食育は生きる上での基本」であり、「食」は、「豊かな人間性を育み、生きる力を身につけていくために何よりも重要なもの」と位置づけられるとともに、「さまざまな経験を通じて、『食』に関する知識と『食』を選択する力を習得し、健全な食生活を実践することができる人間を育てる」とされている。「食育」は、ただ単に栄養学的内容のみならず、人々の生活全般に係る多元的な幅広い内容を包含しており、「自分の食について自ら学び、考え、望ましい食生活を主体的に実践できるようになる食育」を推進することが求められている。

その後、過去5年間の取組の成果と課題をふまえ、平成23年3月には食育推進会議（内閣府）において、「『周知』から『実践』へ」をコンセプトとした「第2次食育推進基本計画」（平成23年度～平成27年度）が決定された。

(1) 食育の推進に関する施策についての基本的な方針

「第2次食育推進基本計画」では、新たに3つの重点課題を掲げるとともに、7つの基本的な取組方針を継承している（表1）。

① 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

一人一人の国民が自ら食育に関する取組の実践ができるように、世代区分等に応じた具体的な取組を食育担当大臣が作成し、情報提供（2. 食育に関する取組の実践化のために(1)「食育ガイド」を参照）する。

② 生活習慣病の予防および改善につながる食育の推進

内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）が、「強く疑われる者＋予備群」は、男性約2人に1人、女性約5人に1人（＊40歳～74歳）である。一方、糖尿病が強く疑われる人（含患者）890万人と可能性が否定できない人1,320万人の合計は、約2,210万人であり、生活習慣病の予防および改善は我が国における喫緊の課題である。

第1 食育の推進に関する施策についての基本的な方針

1. 重点課題

- (1) 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
- (2) 生活習慣病の予防及び改善につながる食育の推進
- (3) 家庭における共食を通じた子どもへの食育の推進

2. 基本的な取組方針

- (1) 国民の心身の健康の増進と豊かな人間形成
- (2) 食に関する感謝の念と理解
- (3) 食育推進運動の展開
- (4) 子どもの食育における保護者、教育関係者等の役割
- (5) 食に関する体験活動と食育推進活動の実践
- (6) 我が国の伝統的な食文化、環境と調和した生産等への配慮及び農山漁村の活性化と食料自給率の向上への貢献
- (7) 食品の安全性の確保等における食育の役割

第2 食育の推進の目標に関する事項（→表2 参照）

第3 食育の総合的な促進に関する事項

1. 家庭における食育の推進
2. 学校、保育所等における食育の推進
3. 地域における食育の推進
4. 食育推進運動の展開
5. 生産者と消費者との交流の促進、環境と調和のとれた農林漁業の活性化等
6. 食文化の継承のための活動への支援等
7. 食品の安全性、栄養その他の食生活に関する調査、研究、情報の提供及び国際交流の推進

第4 食育の推進に関する施策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 多様な関係者の連携・協力の強化
2. 地方公共団体による推進計画の策定等とこれに基づく施策の促進
3. 世代区分等に応じた国民の取組の提示等積極的な情報提供と意見等の把握
4. 推進状況の把握と効果等の評価及び財政措置の効率的・重点的運用
5. 基本計画の見直し

表1 第2次食育推進基本計画

③ 家庭における共食を通じた子どもへの食育の推進

特に家族との「共食」が重要であり、学校、保育所等、地域社会が連携して推進する。

(2) 食育の推進にあたっての11の定量的目標（表2）

新たに加わった目標値は「朝食または夕食を家族と一緒に食べる『共食』の回数」と「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」である。さらに、「『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」が「栄養バランス等に配慮した食生活を送っている国民の割合」に、「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」が「内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の予防や改善のための適切な食事、運動等を継続的に

実践している国民の割合」に、「教育ファームの取組がなされている市町村の割合」が「農林漁業体験を経験した国民の割合」に変更されており、いずれも、食育推進活動が「第2次食育推進基本計画」のコンセプトである「周知から実践へ」と向かっていることを示している。

(3) 子どもの食育の契機となる「食育月間」の取組

「食育推進基本計画」において、毎年6月を「食育月間」と定めており、「第2次食育推進基本計画」でも、重点課題として位置付けた3つの項目（表1）について、食育月間で積極的に取り組むこととされた。平成24年度6月の「食育月間」には、国民の食生活における様々な課題に対応し、国民の心身の健康の増進と豊かな人間形成に資するため、以下の事項の重要性について、

	〈第2次基本計画策定時の値〉		〈現状値〉		〈目標値（平成27年度）〉
1. 食育に関心を持っている国民の割合	70.5%*1	▶	72.3%*2	▶▶▶	90%以上
2. 朝食または夕食を家族と一緒に食べる「共食」の回数	週9回*1	▶	週10回*2	▶▶▶	週10回以上
3. 朝食を欠食する国民の割合	子ども：1.6%*3 20歳代・30歳代男性：28.7%*5	▶	子ども：1.5%*4 20歳代・30歳代男性：28.0%*6	▶▶▶	子ども：0% 20歳代・30歳代男性：15%以下
4. 学校給食における地場産物を使用する割合	26.1%*7	▶	25.0%*8	▶▶▶	30%以上
5. 栄養バランス等に配慮した食生活を送っている国民の割合	50.2%*9	▶	57.8%*2	▶▶▶	60%以上
6. 内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）の予防や改善のための適切な食事、運動等を継続的に実践している国民の割合	41.5%*1	▶	42.6%*2	▶▶▶	50%以上
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	70.2%*1	▶	69.4%*2	▶▶▶	80%以上
8. 食育の推進に関わるボランティアの数	34.5万人*10	▶	35.6万人*11	▶▶▶	37万人以上
9. 農林漁業体験を経験した国民の割合	27%*12	▶	30%*13	▶▶▶	30%以上
10. 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	37.4%*14	▶	66.0%*2	▶▶▶	90%以上
11. 推進計画を作成・実施している市町村の割合	40%*15	▶	58.2%*16	▶▶▶	100%

（資料）*1 平成22年度 「食育の現状と意識に関する調査」（内閣府）

*2 平成23年度 「食育に関する意識調査」（内閣府）

*3 平成19年度 「児童生徒の食生活等実態調査」（（独）日本スポーツ振興センター）

*4 平成22年度 「児童生徒の食事状況等調査」（（独）日本スポーツ振興センター）

*5 平成20年 「国民健康・栄養調査」（厚生労働省）

*6 平成22年 「国民健康・栄養調査」（厚生労働省）

*7 平成21年度 （文部科学省学校健康教育課調べ）

*8 平成22年度 （文部科学省学校健康教育課調べ）

*9 平成21年度 「食育の現状と意識に関する調査」（内閣府）

*10 平成21年度 （内閣府食育推進室調べほか）

*11 平成22年度 （内閣府食育推進室調べほか）

*12 平成22年度 「『食事バランスガイド』認知及び参考度に関する全国調査」（農林水産省）

*13 平成23年度 「食生活及び農林漁業体験に関する調査」（農林水産省）

*14 平成22年度 「食品安全確保総合調査」（食品安全委員会）

*15 平成22年度 （内閣府食育推進室調べ）

*16 平成23年度 （内閣府食育推進室調べ）

表2 第2次食育推進基本計画における食育の推進に当たっての目標値と現状値

重点的に普及啓発が図られている。いずれも、子どもたちが豊かな人間性を育てていく上で重要な内容となっており、広く国民が子どもの食育に取り組む契機となるよう配慮されている。さらに、このような食育推進運動を継続的に展開するためには、仕事と生活の調和の推進や家族や地域の大切さ等の観点から、毎月19日の「食育の日」には、家族そろって楽しく食卓を囲むよう普及啓発することとされている。

① 食を通じたコミュニケーション

食を楽しみながら食事の作法・マナー、食文化を含む望ましい食習慣や知識の習得が図られるよう、家庭における共食など食事の場における食を通じたコミュニケーションを促進する。

② バランスの取れた食事

生活習慣病の予防および改善につながるよう、
「食事バランスガイド」の普及啓発を通じ、栄養バ
ランスが優れた「日本型食生活」等の健全な食生

2. 食育に関する取組の実践化のために

(1) 「食育ガイド」の活用

「できることから始めよう!『食育ガイド』」(平成24年6月、内閣府食育推進室)は、「『第2次食育推進基本計画』周知から実践へ」に基づき、乳幼児から高齢者に至るまで、ライフステージのつながりを大切にし、生涯にわたりそれぞれの世代に応じた具体的な食育の実践を推進するために作成された。「食べることは生きること」を異世代の人々と共有し、家族、友達や仲間、地域の人々と、「できることから始めよう!そして、楽しみながら食育の環を広げていこう」と呼びかけている。生涯にわたる食の営み、食べる、生産から食卓まで、災害への備えなどについて、自分のからだや生活を振り返りながら、一人一人、自分にあった食の実践を目指して、具体的に、何を、どうするかが明確になるように工夫されている。本教材に示されている「食育で育てたい食べる力」(図1)は、「食に関する指導」の目標や内容と合致しており、教科書が作成されていない「食に関する指導」の実践においては、食育の体系化やカリキュラムの作成、教科を横断した取組をはじめ、栄養教諭の具体的な活動を支えるものとして、学校における食育の推進に活用できよう。

また、日本の食を支える「さかな」に焦点をあてて作

活の実践を促進する。

③ 望ましい生活リズム

朝食をとることや早寝早起きを実践すること等、子どもの基本的な生活習慣を育成し、生活リズムを向上させる。

④ 食を大切にする気持ち

食に関する様々な体験活動、食前食後の挨拶の習慣化、環境への配慮、我が国の食料問題等に関する理解、豊かな味覚の形成等を促し、自然の恩恵や食に関わる人々の様々な活動への感謝の念と理解を深める。

⑤ 食の安全

食品の安全性に関する意識と関心を高めるとともに、自らの食を自らの判断で正しく選択していくことができるよう、消費者に対する情報提供の充実および食品情報に関する制度の普及・定着を図る。



図1 食育で育てたい食べる力

成された教材として「さかな丸ごと探検ノート」なども参考になるであろう。

大切なことは、教育現場にあるすべての関係者が、共通のコンセンサスを得て、新学習指導要領総則に明記された「学校における食育の推進」をどのように具現化するかである。学校における食育の実証研究につながる多くの教材の開発が望まれる。

(2) 各省のさまざまな普及活動

内閣府食育推進室は、家庭における食育を推進することを目的に、子育て中の保護者を主たる対象とした「親子のための食育読本」（平成22年3月）を公表し、文部科学省では、「企業と家庭で取り組む 早寝早起

き朝ごはん 大人が変われば、子どもも変わる」のキャンペーンを行っている。さらに、厚生労働省では「育てる男が、家族を変える。社会が動く。育MENプロジェクト」を推進し、男性がもっと積極的に育児に関わることが出来る一大ムーブメントを巻き起こそうとしている。このように、各省ごとに、様々な切り口から家族ぐるみ、地域ぐるみで取り組む食育を推進しており、これ

らが有機的なつながりを持って、食育の実践化につながる事が期待できる。

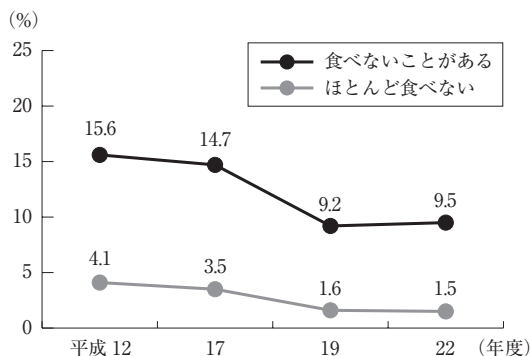
いずれにしても、学校における食育の基本は、家庭にあることを再認識しよう。見方を変えれば、学校から家庭へ如何にして情報を発信し、子どもの望ましい食を構築する力を育てるかということである(3. 子どもの生活習慣づくりの支援を参照)。

3. 子どもの生活習慣づくりの支援

平成18年4月に発足した「早寝早起き朝ごはん」全国協議会は、東日本大震災以後、「『早寝早起き朝ごはん』でエコ生活!」のキャッチフレーズで広報されており、農林水産省が実施する「めざましごはんキャンペーン」とも連携して、子どもの基本的な生活習慣の定着に向けた普及啓発に取り組んでいる。これらは、単に、朝ご飯を食べれば良いという問題だけではなく、この「早寝早起き朝ごはん」を支える、さまざまな背景要因についても目を向ける必要がある。

(1) 小学校5年生の朝食欠食率と目標値

「第2次食育推進基本計画」の目標値算定の基礎となった「児童生徒の食事状況等調査」によると、朝食を「ほとんど食べない」という回答は、平成19年度の1.6%から、平成22年度では1.5%と0.1ポイントとわずかに減少しているものの、横ばいである(図2)。目標値は0%であり、それを達成するには、何が必要か。保護者に頼らず、子ども自身が自立して食を営む力を身につけることが必要となる。



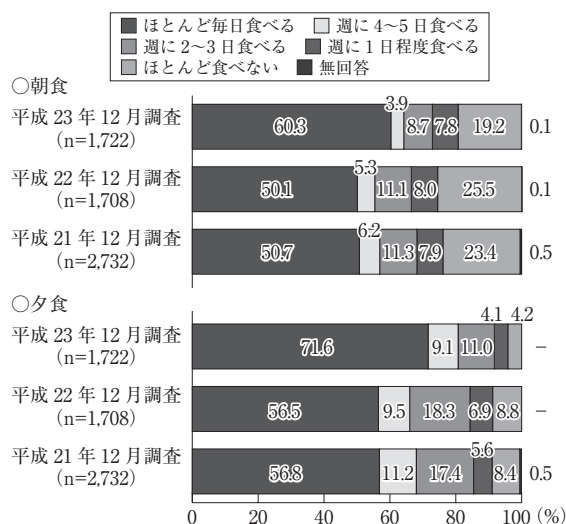
資料：特殊法人日本体育・学校健康センター平成12年度「児童生徒の食生活等実態調査」、独立行政法人日本スポーツ振興センター平成17年度「児童生徒の食生活等実態調査」、平成19年度、平成22年度「児童生徒の食事状況等調査」

図2 小学校5年生の朝食欠食率

子どもの食に関する自立について、K小学校での示唆に富む事例がある。A先生が担任であったクラスの給食の残食率は、ほとんど0%であり、校内で常にベスト1であったが、担任がB先生に変わった途端、ワースト1になったというのである。「給食の時間」における「食に関する指導」は、給食を生きた教材として様々な取組ができる、非常に重要な部分であり、栄養教諭は、担任へ、児童生徒への声掛けを依頼することが多い。しかし、食の自立は、児童生徒が自ら、望ましい食生活を主体的に実践できるようにならなければ達成できないのである。周知から実践へ、今まさに、そのための学校における食育のあり方が問われているといえる。

(2) 朝食または夕食を家族と一緒に食べる「共食」の回数と目標値

「食育に関する意識調査」によると、家族と一緒に「ほとんど毎日食べる」人の割合は、平成23年(朝食



資料：内閣府「食育に関する意識調査」(平成23年12月)

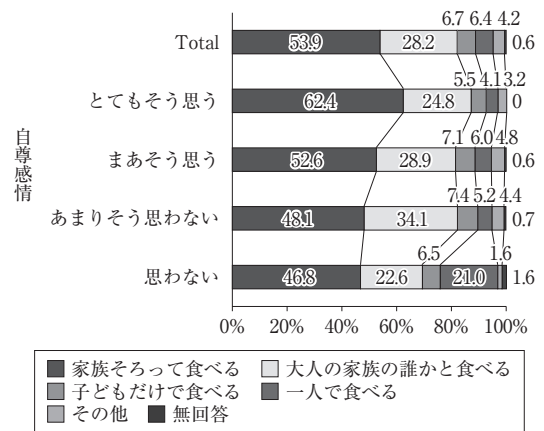
図3 家族と一緒に食事をする頻度

60.3%、夕食71.6%)で、平成22年(朝食50.1%、夕食56.5%)より、それぞれ10.2ポイント、15.1ポイント増加している。また、一週間当たりの回数にすると週10.4回(朝食4.7回、夕食5.7回の合計)であり、週に10回以上とする目標値に達している(図3)。さらに、「平成22年度『児童生徒の食事状況等調査』」(独立行政法人日本スポーツ振興センター)によると、「一人で食べる」子どもは、疲れやすく、イライラすることが多い。

群馬県では、毎月19日を「家族でいただきますの日」と定めており、その一環として、伊勢崎市教育委員会では、家族が揃って食卓を囲むことの大切さを認識できるよう、小中学校を対象とした強化週間を設定し、3つの約束事(①家族で決める ②テレビを消して語らいながら ③家庭で食卓を囲んで)を決めて、「いせさき『家族でいただきますの日』」を推進している。学校と家庭、地域が連携協力し、子どもも大人もともに実践する、変わっていくことが大切である。

また、「平成20年度群馬県児童生徒の食生活実態

調査」によると、夕食を家族そろって食べる児童生徒は、自分が大事に育てられてきたという自尊感情が高い(図4)。



群馬県教育委員会：平成20年度群馬県児童生徒の食生活等実態調査結果報告書(平成21年3月)

図4 自尊感情と夕食の食事状況
(私は大事に育てられてきたと思います)

4. エビデンスに基づいた食育・栄養教育の実践

食育・栄養教育は、(ASSESSMENT)→PLAN→DO→CHECK→ACTIONのマネジメントサイクルに則って実施されるが、その際には、エビデンスに基づいた実践を行う必要がある。

例えば、先にも述べたように、学校における食育の基本は、家庭での子どもの生活習慣づくりであり、食、とくに朝食を食べることを中心として、生活リズムを整えることが非常に重要である。このことは、生活習慣病の予防にもつながることが時間栄養学の視点から明らかになっている。また、夜遅い食事は肥満になりやすいことなども科学的に証明されている。これらのエビデ

ンスは、児童生徒や保護者を感動を持って納得させ、行動変容に導く糸口となる。

さらに、子どもたちの望ましい食への行動変容を支援するには、これらのエビデンスに基づいた食についての楽しい学びが実践につながる必要があり、心がとぎめく、感動する知識と、一人一人の個に応じた実現可能な行動戦略が結びつくことが必要である。そして、食の営みは丸ごとの人や環境の中で学校・家庭・地域が連携・協力し、次代を担う子どもたちとともにさまざまな要因が複雑に絡んでいることを再認識して、周知から実践への第一歩を歩みはじめてもらいたい。

参考文献

食育基本法：平成17年 法律第63号、最終改正 平成21年 法律第49号
内閣府食育推進会議：第2次食育推進基本計画
内閣府食育推進会議：平成24年版食育白書、2010
内閣府食育推進会議：親子のための食育読本
文部科学省：新学習指導要領、平成20年
文部科学省：食に関する指導の手引、平成21年
文部科学省：企業と家庭で取り組む 早寝早起き朝ごはん
厚生労働省：育MENプロジェクト
足立己幸編著：さかな丸ごと探検ノート、財団法人東京水産振興会、2011.5

Daisuke Yamajuku, Takahiro Inagaki, Hiroaki Oda et. : Real-time monitoring in three-dimensional hepatocytes reveals that insulin acts as a synchronizer for liver clock, SCIENTIFIC REPORTS . 2, 439; DOI:10.1038/srep00439 (2012)
榛葉 繁紀：時計遺伝子による代謝調節とメタボリックシンドローム、肥満研究18, 21-26 (2012)
笠原賀子他編著：栄養教育論 第3版、講談社サイエンティフィック、平成24年9月
笠原賀子編著：栄養教育論のための学校栄養教育論 補訂、医歯薬出版、平成21年7月

(笠原賀子)

5 安全教育

東日本大震災、通学中の子どもたちの交通事故の続発などを踏まえ、また、中学校での柔道を含む武道の必修化に対応して、昨年度より、学校安全に関わる中央教育審議会答申、関連する有識者会議等の意見などの重要事項が報告されている。具体的には次のようなものが例示できる。

① 主に防災

- ・中央教育審議会答申「学校安全の推進に関する計画の策定について（平成24年3月21日）」
- ・文部科学省「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」中間とりまとめ（平成23年9月）

・同最終報告（平成24年7月）

② 交通安全

- ・文部科学省、国土交通省、警察庁「通学路の交通安全の確保に関する有識者懇談会意見とりまとめ」（平成24年8月）

③ 生活安全

- ・文部科学省「学校における体育活動中の事故防止について」（平成24年7月）

以上が学校安全上の喫緊の課題であることは違いないが、学校安全は多様な事故災害を扱う。そこで、まず概論として、学校安全の内容、安全教育の目標について述べた後、上記の答申等を紹介し、概説する。

1. 学校安全の内容および安全教育の目標

学校安全で扱う事故災害は多岐にわたる。それらは、生活安全、交通安全、災害安全に分けられる（表1）。生活安全は、学校の教育活動、休憩時間、部活動などにおける傷害（溺水を含む）、登下校などの犯罪被害等を含む。交通安全では、登下校の交通事故が含まれる。

事故災害が、主体要因と環境要因、あるいはその相互作用から発生するので、具体的な活動としては、主体要因や環境要因に働きかける次のような活動が考えられる。このうち組織活動については、学校内の教職員組織、家庭・地域・関係機関等との連携などが挙げられる。

安全教育：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めざす活動

安全管理：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

組織活動：安全教育、安全管理を円滑に組織的に進めるためのもの

そのうち、本稿で取り上げる安全教育の目標は表2の通りである。

生活安全：日常生活において起こる事件・事故災害（犯罪被害を含む）
交通安全：交通場面における事故・災害
災害安全：地震、津波、火山活動、風水（雪）害などの自然災害、火災、原子力災害

表1 学校安全の領域

- ①日常生活における事件・事故災害や犯罪被害等の現状、原因及び防止方法について理解を深め、現在及び将来に直面する安全の課題に対して、的確な思考・判断に基づく適切な意志決定や行動選択ができるようにする。
- ②日常生活の中に潜む様々な危険を予測し、自他の安全に配慮して安全な行動をとるとともに、自ら危険な環境を改善できるようにする。
- ③自他の生命を尊重し、安全で安心な社会づくりの重要性を認識して、学校、家庭及び地域社会の安全活動に進んで参加・協力し、貢献できるようにする。

表2 安全教育のねらい

2. 防災

(1) 「学校安全の推進に関する計画の策定について（答申）」（平成24年3月21日）

この答申は、今後の約5年間にわたる、学校安全の推進に関する施策の基本的方向と具体的な方策を示し

ている。策定から5年後を目途に、計画期間中における成果や課題、情勢の変化等を検証した上で見直される予定である。

内容は防災が中心であるが、文中には、「学校安全における生活安全、交通安全、災害安全は、いずれも重要な課題であり、いずれかに偏ることのないよう十分な配慮が求められる」とあり、バランスのある対策が求められている。安全教育に関する方策は表3の通りである。

- | |
|---|
| <p>○安全教育における主体的に行動する態度や共助・公助の視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・知識とともに主体的に行動する態度を育成 ・ボランティア活動等を組み込んだ安全教育 <p>○教育手法の改善</p> <ul style="list-style-type: none"> ・体験的な教育手法を含む安全教育 ・地域の災害教訓の語り継ぎ <p>○安全教育に係る時間の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安全教育の内容の整理と現場への周知 ・研究開発学校制度など教育課程の改善研究 ・総合的な学習の時間での安全教育の検討 <p>○避難訓練の在り方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急地震速報などを活用した防災教育手法の開発・普及 <p>○児童生徒等の状況にあわせた安全教育</p> <ul style="list-style-type: none"> ・発達の段階に応じて、避難だけでなく、災害時の役割についても教育 ・障害の状態等を踏まえた安全指導 <p>○情報社会への対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・インターネットの適切な利用に関する普及啓発 <p>○原子力災害への対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・原子力災害の教訓を踏まえた対策 |
|---|

表3 安全教育充実の具体的方策

様々な具体策が挙げられているが、キーワードの一つは、「主体的に行動する態度」である。この「態度」は、本答申に先立つ「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」中間とりまとめ（後述を参照）に繰り返し取り上げられている。それは、「想定を超えた自然災害から児童生徒等が主体性を持って自らの命を守り抜く、そのために行動するという主体的に行動する態度」とされている。また、周りの状況に応じ、自らの命を守り抜くために必要であり、日常生活においても状況を判断し、最善を尽くそうとする「主体的に行動する態度」ともされている。

また、自らや家族を守る自助に加え、近隣や地域のレベルで助け合う共助、国や自治体等による公助の視点が強調されている。

次に、上記の内容について補足する。まず、「教育手法の改善」では「体験的な教育手法」が挙げられているが、それに留まらず、講話等による知識の定着がその前提とされており、知識も重視されている。もちろん、それら以外の多様な方法（例えば、視聴覚教材の活用、机上の演習など）の活用も有効と考えられる。さらに、列挙された項目には明示されていないが、情報や実践の活用が重視されている。具体的には、モデル事業などによる具体策に関する実践の推進、実践を含む安全教育に関する情報の共有や活用の促進が繰り返して述べられている。

(2) 「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」中間とりまとめ（平成23年9月）

本まとめは、今般の災害の被害状況等から、今後の防災教育、防災管理等の在り方について調査・検証を行い、課題解決に向けた議論をまとめたものとされる。

防災教育に関する考え方と施策の方向性としては二点ある。

一つは、「自然災害等の危険に際して自らの命を守り抜くため『主体的に行動する態度』を育成する防災教育の推進」が挙げられている。具体的には、周りの状況に応じ、自らの命を守り抜くため「主体的に行動する態度」の育成、及び、防災教育の基礎となる基本的な知識に関する指導充実が挙げられている。

二つ目は「支援者としての視点から、安全で安心な社会づくりに貢献する意識を高める防災教育の推進」としている。

先に述べたように、本報告では「主体的に行動する態度」が繰り返し登場する。自然災害では、想定した被害を超える災害が起こる可能性が常にあり、今回の地震・津波でも状況に応じ、臨機応変な判断や行動を取る姿勢を重視する教育により危険を回避することができた例があったことから、このような考え方が重視されている。この態度は、避難時に他の子どもたちや地域住民の「率先避難者」の役割を果たすことも期待されている。

また、もう一つの重要な概念は「正常化の偏見（バイアス）」である。これは、人間には自分にとって都合の悪い情報を無視したり、過小評価したりしてしまう心理的特性とされている。正常化の偏見は、防災教育に限らず、安全教育全体に関わる課題とされる。

次に、支援者の視点からの防災教育の推進について

は、被災後の生活、復旧、復興を支えるための支援者となる視点も必要とされ、被災地でのボランティア活動が重要視されている。

(3) 「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」最終報告（平成24年7月）

先の中間とりまとめ以降、上記の中央教育審議会答申（平成24年3月21日）が閣議決定され、「平成23年度東日本大震災における学校等の対応等に関する調査

報告書」（平成24年3月）が出されるなどした。そこで、本最終報告がそれらを踏まえてなされた次第である。

報告において、安全教育にかかわり注目すべきは、発達の段階ごとに、必要な知識を身につけ、主体的に行動する態度や支援者としての視点を育成するため、表4のように具体的な指導内容が提案されていることである。

幼稚園段階

危険な場所や事物などがわかり、災害などの緊急時に、教職員や保護者の指示を受けて、落ち着いて素早く行動できるようにする。

小学校段階

低学年では、教職員や保護者など近く大人の指示に従うなど適切な行動ができるようにする。中学年では、災害の時に起こる様々な危険について知り、自ら安全な行動ができるようにする。高学年では、日常生活の様々な場面で発生する災害の危険を理解し、安全な行動ができるようにするとともに、自分の安全だけでなく、他の人々の安全にも気配りができるようにする。

中学校段階

地域の過去の災害や他の地域の災害例から危険を理解し、災害への日常の備えや的確な避難行動ができるようにする。また、学校、地域の防災や災害時のボランティア活動の大切さについて理解を深めるようにする。

高等学校段階

自らの安全の確保はもとより、友人や家族、地域社会の人々の安全にも貢献しようとする態度等を身に付ける。また、社会における自らの役割を自覚し、地域の防災活動や災害時のボランティア活動にも積極的に参加できるようにする。

特別支援学校等障害のある児童生徒等

障害の状態、発達の段階、特性等及び地域の実態等に応じて、自ら危険な場所や状況を予測・回避したり、必要な場合には援助を求めたりすることができるようにする。

表4 発達段階等に応じた防災教育の指導内容

3. 交通安全

ここでは、文部科学省、国土交通省、警察庁「通学路の交通安全の確保に関する有識者懇談会意見とりまとめ」（平成24年8月）を取り上げる。

同書は、平成24年4月の京都府亀岡市での登校中児童等の交通事故など、児童等が巻き込まれる悲惨な事故が相次いだことを受け、文部科学省、国土交通省、警察庁が連携し、通学路の交通安全の確保に関する取組みを検討し、有識者懇談会意見として取りまとめられたものである。主な意見は以下の4つからなる。

- (1) 「子どもの命を守る」ための道路交通環境の整備について
- (2) 関係機関等の連携・協力による地域全体の安全確保について
- (3) 危険性を予測し、自らの身を守るための交通安全教育の効果的な促進について
- (4) その他、自転車利用等について

(1)の道路環境の整備では、歩車分離、車の速度の低減、生活道路の通学路でのゾーン対策、パンプや狭さくなどの具体策とともに、対策効果の検証、子どもを守るという強いメッセージを出すことなどが挙げられている。(2)の連携・協力では、様々な部局や組織、人々が関係する交通安全について、コーディネータの必要、窓口の一本化、学校や保護者からの情報発信、地域住民や保護者の合意形成の必要が述べられている。(3)の交通安全教育では、危険予測や危険回避を可能にするカリキュラム研究とそれに基づく訓練、実践的な教育、そのための時間確保の必要、また視聴覚教育教材の活用、活用のための教員研修の必要などが取り上げられている。(4)の自転車利用等では、自転車利用のための環境整備、登下校時の交通事故の特性を踏まえた対策の必要などが述べられている。

4. 生活安全

ここでは、「学校における体育活動中の事故防止について」（平成24年7月）を取り上げる。本書は、学校の体育活動中における死亡・重度の障害事故の領域、競技種目等との関連を明らかにするため、日本スポーツ振興センターの平成10年度～平成21年度の死亡470例、障害（1～3級）120例を分析したものである。障害3級は労働能力を100%喪失した状態にあり、それ以上の極めて重度の障害を取り上げている。この発生率は、平成21年度には10万人当たり0.16件であり、平成10年度の約1/3に減少した。

校種別の発生状況については、小学校では、体育の授業で60%を占め、運動部活動中は3%であった。中学校では、体育の授業28%、運動部活動58%、高校では、体育の授業26%、運動部活動61%であった。中学校、高校では、部活動において多いことがわかる。

死亡等の内容と競技種目については、小学校の体育の授業では、突然死が過半数を占め、溺水が次いだ。競技種目では、水泳、陸上競技の順に多かった。中学校・高校については、保健体育の授業では、突然死が8割を超え、脊髄損傷が次いだ。競技種目としては、陸上競技が4割程度を占め、水泳、バスケットボール、サッカーと続いた。一方、運動部活動中では、突然死が半数程度を占め、頭部外傷、脊髄損傷、熱中症が続いた。種目としては、柔道が最多であり、野球、バスケットボール、ラグビー、サッカーの順で多かった。

さらに、発生状況を学年別にみると、図1の通りであった。校種とともに発生件数が増え、小学校では5年、6年に、中学校では1年、2年に、高校では1年が特

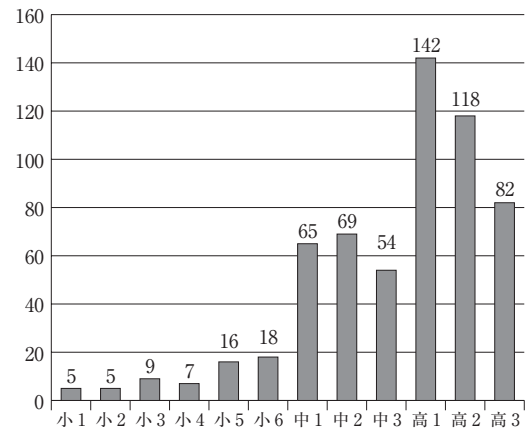


図1 学年別の死亡・重度の障害事故発生件数

に多かった。

体育活動中の事故発生には、様々な要因が関わる。例えば、年齢、体格、体力、技能、体調、疾患、練習内容や方法、指導者の管理、監督、指導、使用用具、自然環境などである。各要因を踏まえた対策が求められるが、安全教育については、知識、技能を身に付ける、特有の技術、練習内容・方法などにかかわり固有の危険があることを踏まえ、危険予測・危険回避能力を身に付けることが目指される。具体的には、安全教育の目標①にある基礎的・基本的な事項の理解、思考力や判断力の向上、適切な意志決定や行動選択の能力の向上が必要である。その際、発達段階を踏まえ、単なる禁止や規制の指導に留まらず、危険や規制の理由、安全な具体策などについて自ら考え判断するなどの工夫が大切であるとされている。

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) 中央教育審議会、学校安全の推進に関する計画の策定について（答申）（平成24年3月21日）、2012
- 3) 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、中間とりまとめ（平成23年9月）、文部科学省、2012

- 4) 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、最終報告（平成24年7月）、文部科学省、2012
- 5) 通学路の交通安全の確保に関する有識者懇談会、意見とりまとめ（平成24年8月）、文部科学省、国土交通省、警察庁、2012
- 6) 体育活動中の事故防止に関する調査研究協力者会議、学校における体育活動中の事故防止について（平成24年7月）、文部科学省、2012

（西岡伸紀）

6 心の健康教育

1 はじめに

近年の社会環境や生活環境の急激な変化は、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、中央教育審議会が開催され、この答申（H20.1）を踏まえ学校保健法の一部改正（H20.6公布）が行われた。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に関する事項を中心に述べたい。

2 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。

(2) 心の健康づくりに関する調査結果（財・日本学校保健会H16年度調査）

- ① 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。
- ② 養護教諭が心の健康問題で支援した児童生徒のうち、医療機関等へ受診等を勧めた割合は小学校13.3%、中学校14.4%、高等学校20.9%であり、専門家の支援を必要とする事例が多いことが

明らかになった。（詳細については第1章-保健管理の動向-4児童生徒のメンタルヘルスを参照のこと。）

(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（文部科学省H23年度）

- ① 小・中・高・特別支援学校における、いじめの認知件数は約70,000件（前年約78,000件）で、児童生徒1,000人当たりの認知件数は5.0件（前年度5.5件）であった。
- ② 不登校児童生徒（年間30日以上欠席）の割合は、小学校0.3%（304人に1人、22,622人）、中学校2.6%（38人に1人、94,836人）、高等学校2.6%（86,438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。

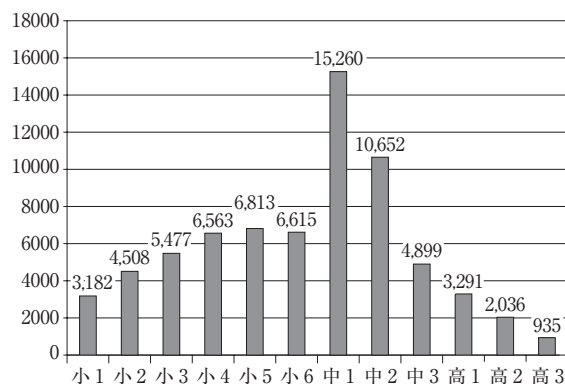


図-1 学年別いじめ件数（国公立）（文部科学省H23）

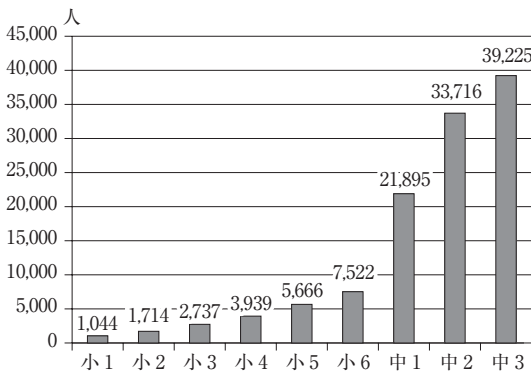


図-2 学年別不登校児童生徒数（国公立）
（文部科学省H23）

③ 自殺した子どもの状況

学校から報告のあった自殺した児童生徒数は、小学生は、男子2人、女子2人（計4人）、中学生は、男子27人、女子12人（計39人）、高校生は、男子111人、女子46人（計157人）であった。自殺した子どもが置かれていた状態は、不明が57.5%で最も多く、次いで父母等の叱責等12.0%、進路問題10.0%であった。

(4) 児童相談所における児童虐待相談対応件数（厚生労働省H22・23）

- ① 平成23年度に全国の児童相談所に対応した児童虐待相談対応件数は59,862件（速報値）で過去最多となっている。

3 心の健康教育の進め方

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) 保健学習（教科保健*）における心の健康教育

① 学習指導要領改訂の基本的な考え方（H20・21）

ア 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

- ② 平成22年度の被虐待者の年齢別対応件数は、小学生20,097件（36.4%）、中学生7,297件（13.2%）、高校生・その他3,572件（6.5%）でいずれも平成21年度を上回っている。
- ③ 平成22年度の児童虐待相談対応件数の相談種類別にみると、「身体的な虐待」（21,133件）が最も多く、次いで「保護の怠慢・拒否（ネグレクト）」（18,055件）、心理的虐待（14,167件）、性的虐待（1,349件）であった。主な虐待者は、「実母」が60.6%と最も多く、次いで「実父」24.8%となっている。

(5) 東日本大震災における被害状況（文部科学省H23）

- ① 岩手県・宮城県・福島県の3県における子どもの被災状況（死亡）は、小学生199人、中学生93人、高校生147人（平成23年6月1日現在）。
- ② 震災で両親が共に死亡または行方不明となった18歳未満の子どもは195人（平成23年5月30日現在）。
- ③ 震災により、震災前の学校と別の学校において受け入れた幼児児童生徒数は、計21,769人。うち、岩手、宮城、福島県の3県の幼児児童生徒で、他の都道府県の学校において受け入れた数は11,729人（福島県からは9,998人）。

心」、「健やかな体」の調和を重視。

イ 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。

（ア）基礎的な知識・技能を身に付ける。

（イ）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。）

*教科保健：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

② 保健学習（教科保健）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>【第5学年】 (1) 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 心の発達 ・年齢に伴う発達 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 ・自分に合った方法による対処	
--	--



<中学校>【第1学年】 (1) 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。 ウ 精神機能の発達と自己形成 (ア) 知的機能、情意機能、社会性の発達 (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>【入学年次及びその次の年次】 (1) 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及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。 ウ 精神の健康 (ア) 欲求と適応規制 (イ) 心身の相関 (ウ) ストレスへの対処 (エ) 自己実現	
--	--

表-1 《小学校・中学校・高等学校の教科保健における心の健康に関する学習内容構成》

(2) 保健指導

保健指導には、特別活動などで行われる主に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大きな相違点であるが、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。

① 特別活動における保健指導

学級(ホームルーム)活動については、いずれの学年においても取り扱う内容を共通事項として「(1)日

小学校	心身の発育・発達、心身の健康を高める生活、健康と環境とのかかわり、病気の予防、 <u>心の健康</u> 等
中学校	<u>心の健康</u> や体力の向上に関すること、口腔の衛生、生活習慣病とその予防、食事・運動・休養の効用と余暇の活用、喫煙、飲酒、薬物乱用の害、ストレス対処と自己管理、思春期の心と体の発育・発達、性情報への対応や性の逸脱行動に関すること、エイズや性感染症などの予防、友情と恋愛と結婚 等
高等学校	心の健康や体力の向上に関すること、口腔の衛生、生活習慣病とその予防、望ましい食習慣の確立など食育に関すること、運動・休養の効用と余暇の活用、喫煙、飲酒、薬物乱用などの害や予防方法に関すること、性情報への対応や性の逸脱行動に関すること、エイズや性感染症などの予防に関すること、ストレスへの対処と自己管理、規律ある習慣 等

*直接的に心の健康に関わるものと思えるものに下線を引いてある。

表-2 《学習指導要領解説(特別活動編)に示されている学級(ホームルーム)活動における健康安全の指導内容例》

常の生活や学習の生活づくり」と「(2)日常の生活や学習への適応及び健康安全(小学校)」に分けて内容例が示されている。健康安全(心身ともに健康で安全な生活態度の形成)で示されている内容例は表-2の通りである。しかし、時間数が決められているのではなく、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。

② 個別の保健指導

ア 個別の保健指導の目的

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づき、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。

イ 学校保健安全法における保健指導等

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)に新たに養護教諭その他の職員の相互連携の下に行う、保健指導、健康観察、健康相談が明確に位置付けられた(第9条)。さらに、地域の医療機関等との連携(第10条)、心のケア(第29条3項)の規定が盛り込まれ、組織的な対応が図られるように整備されたところである。心の健康に関わる主な条文は次の通りである。

学校保健安全法（平成20年法律第73号）

①保健指導（第9条）

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

②地域の医療機関等との連携（第10条）

学校においては、救急処置、健康相談又は保健指導を行うに当たっては、必要に応じ、当該学校の所在する地域の医療機関その他の関係機関との連携を図るように努

めるものとする。

③危険等発生時対処要領の作成等（第29条）

3学校においては、事故等により児童生徒等に危害が生じた場合において、当該児童生徒等及び当該事故等により心理的外傷その他の関係者の心身の健康を回復させるため、これらの者に対して必要な支援を行うものとする。この場合においては、第十条の規定を準用する。

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等の保健指導と関連を図って発達段階に即した指導を行うことが大切である。

4 自殺予防教育

(1) 自殺予防教育

いじめにと思われる自殺報道も後を絶たず、自傷行為、暴力行為など、他人や自分自身を傷つける子どもが顕在化している中、自尊感情をはぐくむとともに生や死の意味について真剣に考え、命のかけがえのなさ、大切さ、生きる喜びを教える教育が必要となっている。

命の教育や自殺予防教育が学校教育活動として位置付けることを念頭においた取組が求められている。

(2) 自殺の現状と課題

警察庁によると、日本人の自殺者数は平成10年から連続して年間3万人を超える状況にあり、深刻な社会問題となっている。先進諸国においても日本の自殺者数は上位にあり、平成18年に自殺対策基本法が制定されたところである。

子どもの自殺者数は、年間300人前後で推移しており、平成23年度は、小学生13人、中学生71人、高校生

269人、合計353人であった。

(3) 自殺の危険因子

自殺は、様々な要因が複雑に関連して生じる問題である。早い段階で専門家につなげられるよう、自殺の危険因子を理解しておくことが大切である。

次のような子どもに留意し、子どもの心の叫びに早期に気づき、危険を感じたら真剣に向き合う。また、一人で抱え込まないで同僚や家族、医療機関等と協力して対応していくことが重要である。

<潜在的な危険因子>

- ① 自殺未遂歴（自らの身体を傷つけたことがある）
- ② 心の病（うつ病、統合失調症、摂食障害など）
- ③ 安心感の持てない家庭環境（虐待、親の心の病、家族の不和、過保護、過干渉など）
- ④ 独特の性格傾向（完全主義、二者択一思考、衝動的など）
- ⑤ 喪失体験（本人にとって価値あるものを失う経験）
- ⑥ 孤立感（特に友だちとのあつれき、いじめ）
- ⑦ 事故傾性（無意識の事故破壊行動）

(4) 自殺の危険を感じた場合の対応

自殺の危険が迫っている子どもには、「大丈夫、頑張れば元気になる」、「死ぬなんてばかなことを考えるな」などと叱ってはいけない。次のTALKの原則を基に対応することが大切である。

- ① Tell：言葉に出して心配していることを伝える。
- ② Ask：「死にたい」という気持ちについて、素直に尋ねる。
- ③ Listen：絶望的な気持ちを傾聴する。
- ④ Keep safe：安全を確保する。

*「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」文部科学省H21

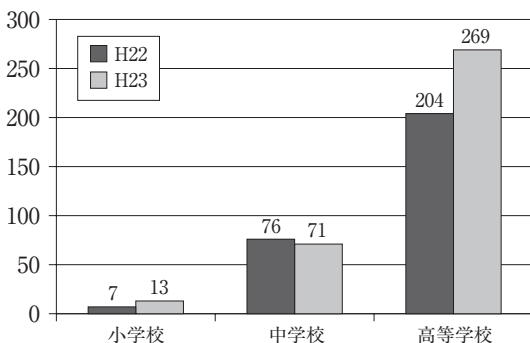


図-3 小・中・高校生の自殺の状況（警察庁）

5 災害や事件・事故発生時における子どもの心のケアに関する指導

東日本大震災をはじめ、自然災害や事件・事故等が発生している中、子どもの心のケアが重要な課題となっている。各学校においては危険等発生時対処要領に心のケアを位置付け、組織体制の整備を図っておくことが必要である。さらに、平常時から心のケアに関する子どもへの指導を計画的に実施しておくことが大切である。

(1) 災害や事件・事故発生時における心のケアの進め方

- 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と安全感を取り戻させるようにする。
- ② 学級（ホームルーム）活動等において心のケアに関する保健指導を実施する。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いくこと、強いストレスを受けたときにおこる心や体の変化、ストレス対処方法（誰かに相談する、おしゃべりする、話を聞いてもらう、体を動かす、音楽を聴く等）等について発達段階に応じて指導し、心が傷ついたりしたときにどのように対処したらよいかについて理解を深め、生活に生かせるようにする。
- 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 甘えや赤ちゃん返りをするようになって、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。

- ⑤ 勉強に集中できなくとも、しばらくは静観する。
- ⑥ 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。
- ⑦ 子どもがいやがることはしない。
- ⑧ 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。
- ⑨ 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。
- ⑩ 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広報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。
- ⑪ 症状から急性ストレス障害（ASD）や心的外傷後ストレス障害（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。
・ASDやPTSDを発症した子どもは、自分は特殊で異常であるとして一人で悩んだり、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。
- ⑫ 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。

6 文部科学省等における心の健康に関する問題への対策

(1) 子どもの心のケアシンポジウムの開催（主催：文部科学省 H19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およ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。

(2) 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」（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、中央教育審議会答申（H20.1）を経て、学校保健安全法（平成20年法律第73号）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）

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ことを踏まえて、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」の改訂を行ったものである。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 「教職員のための子どもの健康相談及び保健指導の手引」（文部科学省H23.8）

子どもたち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相互に連携して実施する健康相談・保健指導・健康観察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およ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その対応」（財・日本学校保健会H19.2）

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、「心の健康づくりに関する調査」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、基本的な考え方を示している。

⑥ 「保健室利用状況に関する調査報告書」（財・

日本学校保健会H20.2）

本調査は、児童生徒をはじめ、教職員およ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。

⑦ 「学校保健の課題とその対応」（財・日本学校保健会H24.3）

中央教育審議会答申（H20.1）および学校保健安全法により、養護教諭の役割の明確化が図られたことから、養護教諭の職務に関する検討委員会が設置された。養護教諭を対象に全国調査を実施し、学校保健の課題を明らかにするとともに解決策としての提言が行われている。

(3) 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およ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。課題別研究協議会では「健康相談」部会が設けられている。

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」の部会で構成されている。

引用・参考文献等

- ・「保健室利用状況に関する調査報告書」H20財・日本学校保健会
- ・「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」文部科学省H23速報値
- ・「子どものメンタルヘルスと対応」H19財・日本学校保健会

- ・「平成23年度子どもの児童虐待対応件数」厚生労働省
- ・「平成22・23年度中における自殺の状況」警察庁
- ・「生徒指導提要」文部科学省H22
- ・「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」文部科学省H21
- ・「子どもの心のケアのために」文部科学省H22

医薬品はその特性として、「主作用」と「副作用」という2つの側面を持っている。「主作用」は、その医薬品の目的の効果を発揮するための作用を指し、「副作用」は目的以外の不利益となる作用を指す。この二面性故に、医薬品には、効果を最大に副作用を最小にするための使い方の決まりが定められている。この決まりを守って医薬品を使用することを「医薬品の適正使用」という(図)。

「医薬品の適正使用」という考え方は、1993年に厚生労働省「21世紀の医薬品のあり方に関する懇談会」がその最終報告書で、「医薬品の適正使用の推進」を掲げたことがきっかけで広く普及した。この報告書では「医薬品は情報と一体となっはじめてその目的が達成できる」ものであり、「適正使用が確保されるためには、医薬品に関する情報が医療関係者や患者に適切に提供され、十分理解されることが必須の条件である」と述べられている。ここでいう医薬品の情報には、医薬品の効き目(効能効果)、使用法(用法用量)、副作用、使用すると副作用の危険性が高くなる人(禁忌)、一緒に使うと危ない医薬品の組合せ(相互作用)などがある。医薬品を使う際には、医師、薬剤師のみならず患者もこれらの情報を知った上で正しく使うことが求められる。患者は医薬品の最終使用者であり、どんなに医師や薬剤師が適正使用のために注意を払っても、最終使用者が正しく使用しなければ副作用を最小化することは難しい。2012年度からはじまった「医薬品の教育」がこの適正使用への第一歩となることは疑う余地もない。

ところで、2012年1月に厚生科学審議会医薬品等制度改正検討部会は、血液製剤による薬害肝炎事件を受けて、「薬害」の再発防止を目標に薬事法等の改正に向けての提言を出した。この提言では、再

医薬品の特性

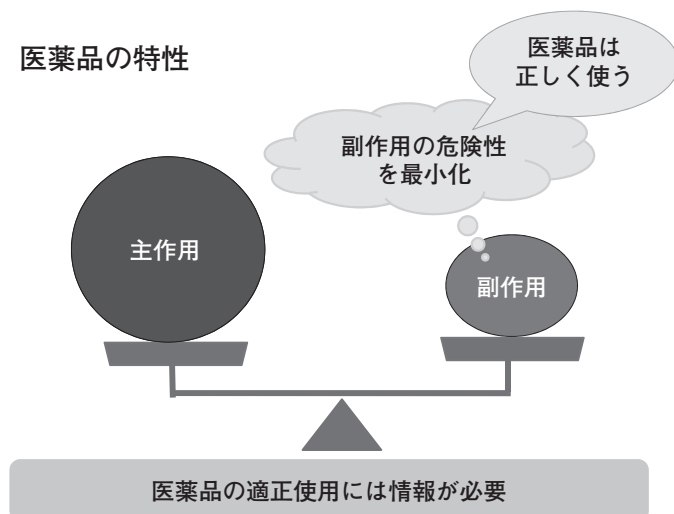


図 医薬品の特性

発防止のための行政、製薬企業、医療関係者などの責務を明らかにするとともに、国民の役割についても言及し、「国民は、医薬品・医療機器等の適正な使用や有効性及び安全性の確保に関する知識と理解を深めること」と記している。国がとりまとめた医薬品に関する提言に、これほど明確に国民(患者)の役割が記述されたことはこれまでの私の記憶にはない。このように国民の役割が明確化されたということは、国民の医療の需用者としての成熟度が増したということを現すものともいえる。すなわち、自らの意志で自らの医療を選択する「患者参加型の医療」が現実のものとなってきたことを感じる。このような観点からも、「医薬品の教育」はまさに機を得たものであり、この教育によって子どもたちが、「医薬品を正しく使う」ことが何故重要か、正しく使うとはどういうことかの知識を得て医薬品に対する理解を深めることができれば理想の医療に大きく近づく。また、患者が賢くなることによって、医療関係者はさらに勉強せざるを得なくなる。その相互の刺激が日本の医療を良質なものと育てると期待している。

(望月眞弓)

7 性教育・エイズ教育

1. 効果的な性教育の必要性

CDC (米国疾病管理・予防センター) は、「望まない妊娠やHIVを含む性感染症に関係する性行動」を、現代の青少年がとる「危険行動」(自分自身の健康を損ねたり、社会に対して重大な影響を与えたりする恐れの高い行動)の一つとしてとらえ、こうした危険行動を抑制することが、現代社会の健康問題の解決のための具体的戦略になるとしている。

青少年がとる早期の性行動は、若年妊娠や性感染症などの身体的健康問題を引き起こすだけではなく、精神的、社会的健康を損ない、経済的困窮や学業の放棄につながるなど、彼らのQOL (人生の質) に対しても好ましくない影響を与える。

早期の性行動がもたらすこのような影響の重大性にもかかわらず、我が国の青少年の性行動は1990年代以

降急速に活発化、早期化してきており、特に高校生女子においてその傾向が顕著である。そのため、性行動が活発化する前に、効果的な性教育を学校において実施することは、これまで以上に重要視されるべきである。

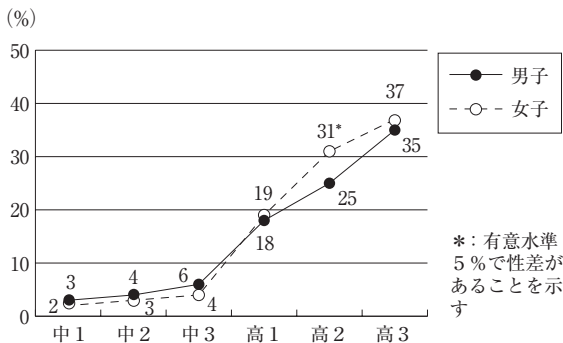
しかし、現在の学校教育の現状を見ると、必ずしも性教育が活発に行われているとはいえない。ここでは、我が国の青少年の性行動の実態や関連要因に関する研究結果をレビューするとともに、それらの成果を踏まえながら、多くの教職員や保護者の理解が得られ、しかも青少年の性行動の早期化や活発化、それに伴う様々な問題を抑制するのに有効な性教育の在り方について述べることにする。

2. 青少年の性に関する行動の実態

全国から無作為に抽出した中学校1年生から高校3年生4,367人を対象として、2000年11月から2001年2月にかけて実施した川畑ら¹⁾の調査によると、性交経験率は、中学校3年生から高校3年生にかけて、男子では6%から35%へ、女子では4%から37%へと急増している(図1)。また、高校2年生では女子の性交経験率が男子を上回っている。こうした性差は、日本性教育協会²⁾や東京都幼稚園・小・中・高・心障性教育研究会³⁾

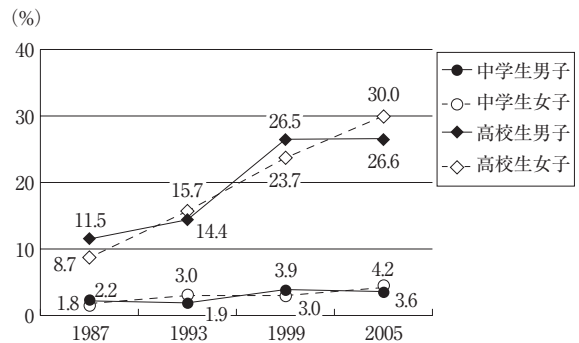
(以下、東京都性教育研究会)の最近の調査結果においても確認されている。

日本性教育協会の調査は、全国の中学校、高校、大学の児童生徒および学生を対象として、1974年より(中学校は1987年より)ほぼ6年ごとに実施され、我が国青少年の性行動の経年変化を知ることができる。図2には、中学生と高校生の性交経験率の年次推移を示した²⁾。中学生の性交経験率は、男女ともにいずれの年



(川畑徹朗ほか「中・高校生の性行動の実態とその関連要因」
学校保健研究、49、2007より作図)

図1 性交経験率



(助日本性教育協会編「若者の性」小学館、2007より作図)

図2 性交経験率の年次推移

度も5%以下であり、大きな変化は認められない。一方、高校生の性交経験率は1987年以降に急増しており、とりわけ女子においてその傾向は顕著である。また、東京都内の公立小学校、中学校、高校の児童生徒を対象として、1981年より3年ごとに実施されてきた東

京都性教育研究会の調査結果³⁾においても、高校生女子の性交経験率は1993年以降に急増しており、1990年代になって高校生女子の性行動が活発化してきたことは疑いのないことであると考えられる。

3. 青少年の性行動の関連要因

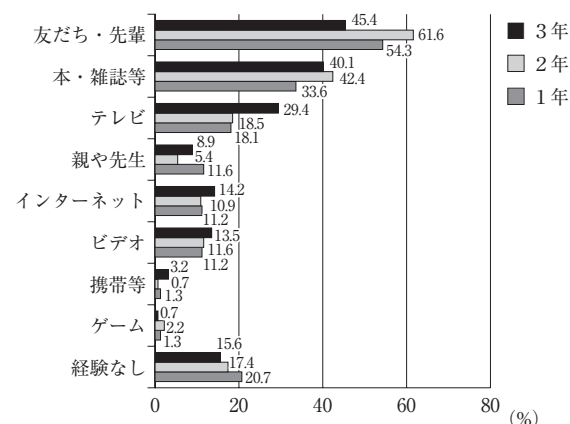
これまでに国内外で実施された青少年の性行動を含む危険行動に関する研究結果によると、危険行動は多くの環境要因と個人要因の相互作用の結果として生じることが明らかになっている。

(1) 環境要因

環境要因の中でもとりわけ青少年に大きな影響を与えるのが、家族や仲間など、青少年にとって重要な周囲の人々の行動や態度、そしてマスメディアなどの社会的要因である。以下では、仲間とメディアに焦点を当てて、性行動に及ぼす影響について述べることにする。

① 仲間

図3には、東京都性教育研究会³⁾が2005年に実施した調査結果の中から、「あなたはエッチな場面や性に関する話を、何から見たり聞いたりしていますか」という質問に対する中学生の回答結果を示した。「親や先生」と回答した割合は、最も高い3年生女子でも14.0%に過ぎないが、「友だち・先輩」と回答した割合は、最も低い1年生女子でも32.5%、最も高い2年生男子では61.6%に達している。



（東京都幼稚園・小・中・高・心障性教育研究会編
「児童・生徒の性」学校図書、2005より作図）

図3-1 性に関する情報源（中学生男子）

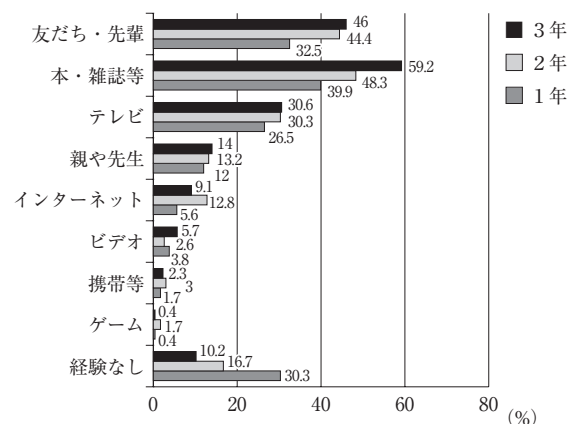
また、日本性教育協会²⁾の2005年の調査によれば、性的誘惑を受けたことのある割合は、中学生男子4.5%、同女子7.5%、高校生男子9.0%、同女子16.7%であり、誘惑を受けた相手としては、学校種、性の別を問わず、「友人などから」が最も多く挙げられていた。

以上のことから、青少年は性に関して直接的にも間接的にも仲間からの影響を強く受けており、その影響は年齢が進むにつれて大きくなることが分かる。

② メディア

木原⁴⁾は、青少年の性行動が近年になって活発化してきた理由の一つとして、性情報の氾濫や携帯電話などの普及に伴う出会い系サイトの利用促進を挙げている。実際に、メディアは青少年にとって性に関する重要な情報源となっている。例えば、図3によれば、「友だち・先輩」と並んで、「本・雑誌等」が多く挙げられ、「テレビ」がこれに次いでいる。また男子では、「インターネット」や「ビデオ」を挙げる割合が、「親や先生」を上回っている。

こうした性に関するメディアの直接的な影響以外に



（東京都幼稚園・小・中・高・心障性教育研究会編
「児童・生徒の性」学校図書、2005より作図）

図3-2 性に関する情報源（中学生女子）

も、映画やテレビなどにおける性行動の描写や性に関する会話、性的な内容を含む宣伝・広告が、青少年の性に対する態度に少なからず影響を及ぼしていると予想される。

(2) 個人要因

性の問題に限らず、環境は人の行動に極めて大きな影響を及ぼしている。しかしながら、様々な個人要因が環境要因の影響を緩和したり、増大させたりしながら、人のとる行動を規定して行く。行動科学の進展に伴って、青少年の危険行動とかかわりのある様々な個人要因が明らかになりつつあるが、ここでは特に性行動と関連のある個人要因のうち、主要なものについて述べることにする。

① 性に関する自己効力感

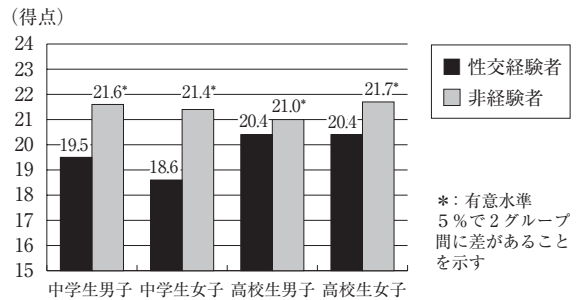
自己効力感（セルフエフィカシー）は、近年の健康教育もしくはヘルスプロモーションにおいて最も重視されている心理社会的要因の一つである。自己効力感とは、ある行動を起こす前にその個人が感じる遂行可能感⁵⁾であり、過去の同様の行動に関する経験によって規定されるところが大きいとされている。

中・高校生を対象とした川畑ら¹⁾による全国調査の結果によると、性交経験者は非経験者に比べて、性的圧力を避ける自己効力感、性感染症を避ける自己効力感、望まない妊娠を避ける自己効力感が低いことが示されている。また、Santelliら⁶⁾が中学校1年生を対象として実施した縦断調査の結果においても、中学校1年生が1年以内に性交を開始する要因の一つに自己効力感があり、性にかかわる危険行動を避けたり、薬物乱用を避けたりする自己効力感が低い者ほど、性交開始のリスクが高まることが示されている。

② 自尊心

自尊心（セルフエスティーム）とは、自分の能力や価値に対する自信の程度を意味している。欧米における研究によると、喫煙、飲酒、薬物乱用、暴力や非行などの反社会的行動、抑うつや不登校などの非社会的行動を含む青少年の様々な危険行動と自尊心との間には強い関係が認められている⁷⁾。

我が国においては、川畑ら¹⁾が実施した全国調査の結果によれば、性交経験者は非経験者に比べて、家族から愛され尊重されていると感じたり、家族の一員で良かったと感じたりする傾向を表す、家族に関する自尊心が低いことが示されており、特に中学生において



(川畑徹朗ほか「中・高校生の性行動の実態とその関連要因」
学校保健研究、49、2007より作図)

図4 性交経験別に見た家族に関する自尊心の得点

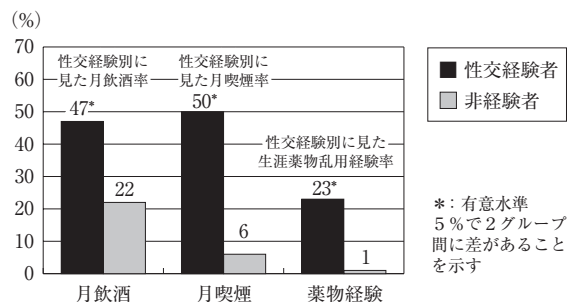
はその傾向が顕著である(図4)。

家族に関する自尊心が様々な危険行動と密接な関係があることは、国内外の研究によって確認されている。例えば、南アフリカの8年生と11年生を対象として、喫煙、飲酒、薬物乱用、いじめ、自殺、性行動と自尊心との関係を調べたWildら⁸⁾の調査結果によると、家族に関する自尊心が低いほど、男女ともに喫煙、飲酒、自殺、性行動をするリスクが高まるという結果が示されている。

恐らくは、家庭や家族のあり方は、直接的に青少年の危険行動に影響するとともに、彼らの自尊心の高低に強い影響を与え、仲間やメディアなどの社会的要因の影響の受けやすさの程度を規定するものと考えられる。

③ 他の危険行動

川畑ら¹⁾が実施した全国調査の結果によれば、性交経験者は非経験者に比べて、性や学校種の別を問わず、この1か月間に喫煙や飲酒をしたり、これまでに薬



(川畑徹朗ほか「中・高校生の性行動の実態とその関連要因」
学校保健研究、49、2007より作図)

図5 性交経験別に見た飲酒、喫煙、薬物乱用経験
(中学生男子)

物乱用を経験したりしている割合が高い傾向にあった(図5)。

性交経験と他の危険行動との間に関連性があることは、他の研究においても示されている。例えば、全国の高校から無作為に抽出した高校生を対象として広範な危険行動について調査した野津ら⁹⁾の研究結果においても、性交経験と喫煙、飲酒、薬物乱用、朝食欠食行動との間には正の相関関係が認められた。また、Santelliら⁶⁾が実施した縦断調査においても、飲酒や違法薬物の使用は性交開始と関連があることが示されている。

性交経験と他の危険行動との間に関連があることについては、幾つかの説明が可能である。まず、これらの

危険行動のうちの幾つかは同一の状況で起こる可能性がある。例えば、飲酒や薬物の影響下にある青少年は、性衝動をコントロールできずに性交する危険性が高いと考えられる⁶⁾。また、酒類やたばこが「門戸開放薬」ないしは「入門薬物」であるといわれるように、比較的社会的寛容度が高いと青少年が認知する危険行動からはじまって、次第に寛容度が低いと認知する危険行動に進んで行くことも考えられる。あるいはまた、喫煙、飲酒、薬物乱用や早期の性行動など、社会的規範に反する行動をとる青少年は共通して、人間関係に伴う不安、孤立感、低い自尊心など、深刻な心理社会的問題を抱え、そうした不快な気分から逃れるために、様々な危険行動をとってしまうのかもしれない¹⁰⁾。

4. 学校における性教育の基本的考え方と内容構成

図6には、青少年の性行動の関連要因に関する国内外の知見を踏まえ、性行動が活発化する直前の中学生期に焦点を当てた性教育の基本的考え方(モデル)を示した。

このモデルでは、従来我が国で行われてきた性教育のように、ただ単に性にかかわる知識を提供するだけでは、青少年は仲間やメディアなどの環境要因の影響に適切に対処できないという基本的考えに基づいている。もちろん、思春期の心と体の変化、思春期に次第に強くなってくる仲間の影響、早期の性行動を含む危険行動の影響について理解することは、思春期を健康的に過ごすための動機付けとなる。しかし、そうした動機を實際

の健康的な行動に結び付けるためには、仲間やメディアの影響に対処するためのスキル(自己主張的コミュニケーションスキルやメディアリテラシー)、思春期の心と体の変化、家族関係や友人関係の変化に伴うストレスに適切に対処するためのスキル(ストレス対処スキル)、あるいは性にかかわる問題を含む様々な問題状況において適切な解決法を見つけるためのスキル(意志決定スキル)、自分の人生上の目標を明確にし、その実現を妨げる様々な要因(性にかかわる危険行動を含む)に気づき、避けるためのスキル(目標設定スキル)などの心理社会能力、すなわちライフスキルを育てることが必要であると考えられる。

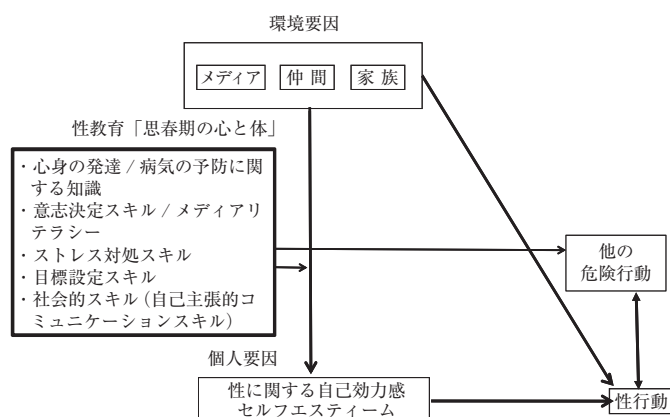


図6 JKYB性教育プログラム「思春期の心と体」の内容構成の基本的考え方

著者が代表を務めるJKYBライフスキル教育研究会は、以上のような理念に基づいて、中学生用の性教育プログラム「思春期の心と体」を開発し、その評価研究を継続している¹¹⁾。

表1には3年間の内容構成を、表2には1年生用のプログラムの授業概要を示した¹²⁾。授業1「中学生の心と体の健康に関する生徒のニーズ調査」は、全ての学年で実施される授業であり、プログラムの内容がそれぞれの学校の生徒や保護者のニーズに合ったものにするために設けたものである。具体的には、「思春期の心と体」についてのマインドマップづくりや、生徒や保護者に対する質問紙調査を実施する。引き続いて、思春期

内容	1年	2年	3年
心身の発達	1. 中学生の心と体の健康に関する生徒のニーズ調査 2. 思春期の体の変化 3. 思春期の心の変化	1. 中学生の心と体の健康に関する生徒のニーズ調査 2. 仲間の影響	1. 中学生の心と体の健康に関する生徒のニーズ調査
病気の予防			4. 性感染症の予防
個人的スキル	4. 思春期の心と体に関する情報源 5. 私の成長と家族 6. ストレスへの対処 8. 友人関係に伴うトラブルの解決	5. 男女の人間関係 6. 性に関する情報源	3. 性にかかわる危険行動を避ける 5. 自分の未来を考える
社会的スキル	7. より良い人間関係を築く	3. 危険行動を避ける 4. 誘いを断る	2. お互いを高めあう男女交際

(川畑徹朗, 李美錦「性教育」学校保健研究、54、2012)

表1 JKYB性教育プログラム「思春期の心と体」中学生用の内容構成

	授業名	授業目標	関連するライフスキル
第1時	中学生の心と体の健康に関する生徒のニーズ調査	・中学生の心と体について知っていることを挙げる。 ・中学生の心と体の健康に関して学びたい内容を明らかにする。	
第2時	思春期の体の変化	・思春期の体の変化について知っていることを確認する。 ・思春期の体の変化に関する知識や関心には、個人差や性差があることに気付く。	
第3時	思春期の心の変化	・思春期を迎えて、心が変化してきていることに気付く。 ・思春期の心の特徴を受け止め、前向きに生きるための方法について考えを述べる。	・ストレス対処スキル
第4時	思春期の心と体に関する情報源	・心と体に関する情報源には、それぞれメリットとデメリットがあることに気付く。 ・心と体に関する様々な情報源のメリットとデメリットを挙げ、有効な活用法について話し合う。	・意志決定スキル／メディアリテラシー
第5時	私の成長と家族	・自分の成長を支える家族の愛情に気付く。 ・自分や家族を尊重していこうとする気持ちをもつ。	・セルフエスティーム形成スキル
第6時	ストレスへの対処	・人によってストレスの原因や感じ方には違いがあることに気付く。 ・ストレスへの様々な対処法を挙げる。 ・ストレスを上手に乗り越えるための、自分なりの対処法を見つける。	・ストレス対処スキル
第7時	より良い人間関係を築く	・人間関係を改善するための方法に気付く。 ・人間関係を改善するためには、自己主張的コミュニケーションスキルが有用であることに気付く。	・社会的スキル
第8時	友人関係に伴うトラブルの解決	・意志決定スキルのステップを知る。 ・友人関係に伴うトラブルの場面において、意志決定スキルを適用する。	・意志決定スキル ・社会的スキル

(川畑徹朗, 李美錦「性教育」学校保健研究、54、2012)

表2 JKYB性教育プログラム「思春期の心と体」中学校1年生用の授業概要

の心と体の変化に関する知識や関心(授業2、3)、思春期の心と体に関する信頼できる情報源(授業4)を確認する。また、思春期の変化に伴うストレスに適切に対処する方法についても学習する(授業6)。

本プログラムはまた、「人間関係についての理解やコミュニケーション能力を前提とすべきであり、その理解

の上に性教育が行われるべきである」(文部科学省「健やかな体を育む教育の在り方に関する専門部会」報告書)という基本的認識に立ち、良い家族関係を基盤としつつ(授業5)、健康的な友人関係の形成を重視している(授業7、8)。なお、異性関係に伴う問題への対処については、我が国の中学生の性行動の実態や

学習指導要領の内容等を考慮して、中学2、3年で取り扱うこととしている。

ライフスキル形成を基礎とする性教育あるいは健康教育は、身体的、精神的、社会的健康を向上させるだ

けではなく、とりわけ自尊心（セルフエスティーム）の向上を通じて、QOL（人生の質）を高め、性教育を含む全ての学校教育活動が最終的に目指す「生きる力」の形成に寄与すると考えられる。

引用文献

- 1) 川畑徹朗、石川哲也、勝野眞吾ほか：中・高校生の性行動の実態とその関連要因-セルフエスティームを含む心理社会的変数に焦点を当てて-。学校保健研究 49：335-347、2007
- 2) 財団日本性教育協会編：「若者の性」白書-第6回 青少年の性行動全国調査報告-。小学館、東京、2007
- 3) 東京都幼稚園・小・中・高・心障性教育研究会編：2005年調査 児童・生徒の性。学校図書、東京、2005
- 4) 木原雅子：性行動-その実態・社会要因とWYSH教育の戦略-。学校保健研究 47：501-509、2006
- 5) 坂野雄二：健康への認知行動的アプローチ。（島井哲志編）、健康心理学、59-69、培風館、東京、1997
- 6) Santelli JS, Kaiser J, Hirsch L et al.： Initiation of sexual intercourse among middle school adolescents： The influence of psychosocial factors. J Adolesc Health 34： 200-208, 2004
- 7) ドナ・クロス（川畑徹朗訳）：学校健康教育におけるライ

- フスキルの形成：確かなものか、不確実なものか。学校保健研究 37：499-504、1996
- 8) Wild LG, Flisher AJ, Bhana A et al.： Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. Journal of Child Psychology and Psychiatry 45： 1454-1467, 2004
 - 9) 野津有司、渡邊正樹、渡辺基ほか：日本の高校生における危険行動の実態および危険行動間の関連-日本青少年危険行動調査2001年の結果-。学校保健研究 48：430-447、2006
 - 10) Schinke SP, Botvin GJ, Orlandi MA： Substance Abuse in Children and Adolescents. Sage Publications, California, 1991
 - 11) 川畑徹朗：ライフスキル形成を基礎とする性教育。現代性教育研究月報 26：1-6、2008
 - 12) 川畑徹朗、李 美錦：性教育-ライフスキル形成を基礎とする中学生用性教育プログラム「思春期の心と体」-。学校保健研究 54 Suppl. (印刷中)

(川畑徹朗)



食育の視点から

—妊婦の栄養摂取不足：成人病（生活習慣病）胎児期発症起源説の視点から—

1. はじめに

「子宮内で栄養状態が悪い状態で発育した場合に、胎児に成人病といわれる高血圧、脂質異常症、動脈硬化症、2型糖尿病、骨粗鬆症、認知能の低下等の素因が形成される。出生後に過量栄養、運動不足、過量なストレス負荷などのマイナスの生活習慣によって疾病が発症する。」という成人病（生活習慣病）胎児期発症説が注目されている。すなわち「小さく生んで大きく育てる」ことは、病気のリスクを高めることになるのである。成人病は、生活習慣に関連した病気と考えられているが、それですべての発症機序が説明できるものではない。特殊な疾患遺伝子もあるが、多くの疾病の素因は胎内の低栄養環境で形成される。現在、疫学調査、動物実験、エピジェネティックス研究などで、これは正しい説として、世界的に認められつつある。

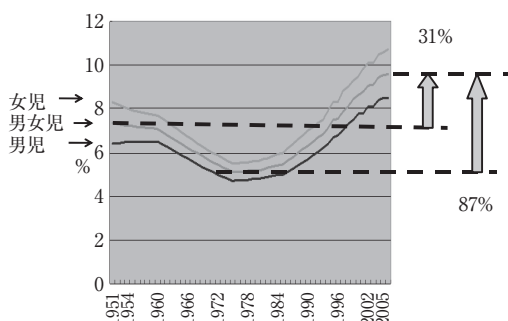
出生体重の低下は、痩せた状態での妊娠、妊娠中の体重増加の抑制、喫煙、妊娠年齢の上昇等により起こるが、子宮内の低栄養が大きな要因となる。日本で出生体重は減少し続けており、成人病の素因をもつ子どもが増えていくことが危惧されている。胎生期の栄養は、個人の健康・疾病リスクを大きく決めるので、妊娠前から妊娠中に十分な栄養を摂取すれば、成人病の発症は能率的に抑制することが可能であるともいえる。さらに小さく生まれた子どもが多くなると、その社会や国家の健康度・活力は低下していくとも予想される。痩せた状態での妊娠には、生活習慣病の素因をもつ児、早産・切迫早産のリスク、出生体重の低下という3つのリスクがある。それだけに若年者、妊婦、その他の人々を含めた食育は重要であり、義務教育の行われる若年時からの食育がより重要といえる。

出生体重の低下により発症リスクの高くなる疾患に、虚血性心疾患、糖尿病、高血圧、メタボリック症候群、脂質異常症、神経発達異常等が挙げられている。

2. 日本の今の現況

(1) 低出生体重児の増加傾向

国民健康・栄養調査では、栄養状態は良くなって



「母子保健の主たる統計2008年版」よりビジョン大貫作成改変
図 低出生体重児頻度の推移 (1951～2006)

いるが、一方で低栄養・栄養不良の母体も増えつつある。1951年からの低出生体重児（出生体重2500g未満の児）の頻度を見ると、1951年以降低下して1970年代前半に最低となったが、それ以降は漸増傾向にあり、2010年位は9.60%にまで達している。1950年代、日本は貧しかったが、その当時の頻度と比べても、現在は既に約30%以上高い。また最低値を示した1970年代より約2倍にまで上昇している。この推移は、終戦後の貧しかった時代より以上に、子宮内は低栄養である可能性が示唆される。2010年に男児平均体重は2960gまで減少した。今後もこの傾向が続く可能性があるとして危惧されている

(2) 痩せ女性の増加と20代女性のエネルギー摂取の低下

20代女性の痩せ頻度は、20-25%の間を推移していたが、2010年には29.0%にまで上昇して、社会に大きなショックを与えた。30代女性の痩せ頻度はそれに並行して推移しており、痩せた状態で妊娠する女性が増加していることが推定される。国民健康・栄養調査から、20代女性の平均エネルギー摂取量は、2010年1615Calまで低下している。これは平均であり、実際はそれ以下の女性も存在しており、著しいエネルギー不足にある群の存在が想定されている。

以上から、妊娠前からの食育の重要性は本人自身の健康は当然であるが、次世代の健康を決定する要因となることを十分理解して食育を推進することが重要である。

(福岡秀興)

コラム スポーツ歯科と安全教育

平成23年6月にスポーツ振興法が改正され、「スポーツ基本法」として新たに施行された。同法の前文では、スポーツを通じて幸福で豊かな生活を営むことはすべての人々の権利であり、同時にスポーツは次世代を担う青少年の体力向上とともに道徳的な精神や態度を培い人格形成に影響を及ぼすものと位置付けている。さらには基本的施策の中で、スポーツに親しむ機会の充実や環境の整備、外傷・傷害の予防やスポーツにおける心身の健康の保持増進や安全の確保に関する知識の普及などを講ずること、医歯学、心理学などスポーツに関する諸科学の活動などが盛り込まれている。

スポーツ歯科領域からはスポーツを支援する立場として、生涯スポーツ人口の増加を図り、スポーツを通じての健康づくりとQOLの維持を図るために、かみ合わせに影響する歯列・咬合の適正な管理を含む歯と口の健康状態の維持向上に取り組んでいる。

子どもの基礎運動能力は昭和60年頃のデータと比較すると依然として低い状況であって、また積極的にスポーツをする子どもとそうでない子どもの二極化が顕著にみられ、その傾向は小学校低学年から認められている。永久歯は5歳頃から生え始め、12歳頃に子どものかみ合わせが安定してくる。かみ合わせが安定しない時期にスポーツを行う場合、身体のバランスが不安定であり、転んだりしてけがをしやすくなりやすい。また、近年、ファストフードや柔らかい食べ物をあまり噛まないで食べる機会が多くなり、そのことが咀嚼機能に影響し、さらに全身の運動機能にも影響すると考えられる。

日本スポーツ振興センターの統計資料によると、学校管理下では年間約100万件の負傷事故が起っており、発生したけがの中で歯・口・顎のけがは8万件前後を占めていると報告されている。子どもたちの運動能力の低下、スポーツの種類の多様化などが

原因となって歯や口のけがの増加や重症化が懸念されており、安全教育の充実や外傷予防に向けた積極的な取り組みが必要となってきた。さらに、中学校体育において柔道が必修化されたことに伴い、けがの増加も懸念され、安全を重視した取り組みが注目されている。

スポーツ時の傷害の安全対策としては、けがに負けない体力づくり、ルールの遵守、スポーツ環境の改善、用具の適正使用、ならびに防具の着用があげられているが、中でも防具の効果は高いとされ、コンタクトスポーツを中心に歯や口の防具としてマウスガードの効果が国際的にも認知されてきている。

マウスガードは、歯や顎また口腔粘膜等の外傷を予防軽減することを目的に主に上顎に装着する軟性樹脂でできた弾力性のある安全具であり、ラグビーやアメリカンフットボールのようなコンタクトスポーツで使用されており、近年は多くのスポーツで装着の義務化が進んできている。その効果として①外傷予防、②脳震盪の予防・軽減、③顎関節の保護、④心理的効果等が報告されているが、さらにマウスガードを装着することで自らの身体を守るという習慣や態度を養う学校歯科保健、安全活動の展開が期待できる。

子どもたちが安全にスポーツを行う資質や能力を培うことは、生涯におけるQOLの向上にもかかわるため、学校においては安全教育と安全管理の両面から様々な取り組みを行い、実践的に自他の安全と生命の尊重等の意識化を図ることが大切である。学校歯科医を含む学校保健にかかわる関係者がそれぞれの専門性を生かしながら、子どもたちのスポーツ能力の向上、歯や口の外傷予防、安全教育の推進などを課題として、子どもたちの生きる力の育成に貢献できるよう取り組んでいくことが必要である。

(今井健二)

第Ⅳ章

学校保健に関する組織・団体の最近の動向

1 公益財団法人日本学校保健会

1. 財団法人から公益財団法人へ

日本学校保健会（以下、本会）は大正9年（1920）、学校医等が中心となって帝国学校衛生会として発足、昭和10年（1935）に文部大臣認可の財団法人となり、昭和21年（1946）には財団法人日本連合学校歯科医会と合併して財団法人日本学校衛生会に、さらに広く学校保健関係者を組織して昭和29年（1954）に名称を財団法人日本学校保健会と改め、現在まで学校保健の向上発展を目的に種々の活動を行ってきた。

新公益法人制度が施行されたのは平成20年12月1日である。同制度では、本会のような従来の公益法人は、「公益社団・財団法人」もしくは「一般社団・財団法人」に移行するか、解散となる。「公益社団・財団法人」には、高い公益性が求められる一方で、法人税において公益目的事業が非課税になったり（収益事業は課税）、公益法人の寄附者に対する寄附税制の優遇措置などが設けられている。「公益社団・財団法人」に移

行するには、平成25年11月30日までに内閣府（団体によっては都道府県）に移行申請し、その上で、移行認定を受けなければならない。認定には一定の基準があり、基準を満たしているかどうかについては、民間の有識者による公益認定等委員会（都道府県の場合は合議制機関）によって中立・公正な審査が行われ、内閣府（もしくは都道府県）が最終的に判断する。

本会では、平成18年6月、公益法人制度改革関連3法が公布されたのを機会に平成19年度基本方針に「新しい公益法人への円滑な移行」を盛り込み、本会内に新公益法人制度対応検討委員会を設置して検討を重ねてきたところ、本年1月、内閣府へ移行を申請した。その結果、5月に認定され、6月1日付けで移行登記し、公益財団法人日本学校保健会と名称を改めた。これからはさらに公益性を高めながら子どもたちの健康につながる活動を行っていくところである。

2. 日本学校保健会の事業目的と構成団体

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、学校でもその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事業をすすめている。

各種委員会の委員および本会の役員等は、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で構成している。

社団法人日本医師会	全国連合小学校長会
社団法人日本学校歯科医会	全日本中学校長会
公益社団法人日本薬剤師会	全国高等学校長協会
公益社団法人日本眼科医会	全国学校保健主事会
一般社団法人	全国養護教諭連絡協議会
日本耳鼻咽喉科学会	公益社団法人
社団法人	全国学校栄養士協議会
日本PTA全国協議会	
一般社団法人	各都道府県・政令指定都市
全国高等学校PTA連合会	学校保健（連合）会

表1 日本学校保健会の構成団体

3. 平成24年度の基本方針

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、インフルエンザ等感染症等の問題等、子どもが健やかに成長する上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、会報の発行、学校保健関係図書等の頒布、ウェブサイトでの広報、学校保健用品の推薦・斡旋、健康

教育推進学校の表彰、研修会・講演会の実施等を通じて、学校保健の振興、普及ならびに啓発を図っている。

本年度は、新たに学校環境衛生活動の普及・啓発、思春期の学校歯科保健推進および養護教諭を中心とした学校における児童生徒虐待への対応などについての調査研究を進めている。

4. 事業概要

日本学校保健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、本会独自で行っている「一般事業」と、健康教育振興事業費補助金を受けて行っている「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

H23年度 全国調査

H24年度 報告書作成 都道府県・政令指定都市
学校保健会に配布

② 「医薬品の正しい使い方実践事例集」作成

H23年度 内容検討

H24年度 報告書作成 都道府県・政令指定都市
学校保健会に配布

③ 「わたしの健康手帳」改訂

H23年度 内容検討

H24年度 改訂版作成 学校保健ポータルサイト
配信

④ 保健学習授業推進

平成22・23年度保健学習推進事業での調査結果を踏まえた中学校の保健体育科「保健分野」の指導の在り方について検討

H24年度 内容検討

⑤ 学校感染症等情報収集システム構築

H24年度 検討会議

⑥ 職域研究大会等への助成等

〔国庫補助事業（健康教育振興事業費補助金）〕
（調査研究事業）

① 児童生徒の健康状態サーベイランス

児童生徒のライフスタイル領域、リスクファクター領域、アレルギー疾患及び学校生活に関する領域など広範囲な調査をまとめ報告書を作成

H24年度 調査

② 保健室利用状況調査

H23年度 調査

H24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

③ 学校保健に関する効果的な広報啓発の在り方調査研究

学校現場における学校保健情報の活用状況を調査し、効果的な広報啓発活動についての提言等をまとめる。

H24年度 調査

④ 保健主事に関する状況調査

保健主事の活動状況について調査し、保健主事が抱える課題を明らかにする。

H24年度 調査

（健康増進事業）

① エイズ予防教育検討

児童生徒から原画・標語を公募、選考し、標語入りポスター（小・中・高等学校版）を作成、都道府県・市町村教育委員会、小・中・高・特別支援学校・中等教育学校に配布

② 保健学習推進

平成14～16年度にかけて作成された指導参考資料「保健学習の指導と評価」(小・中・高等学校編)を新学習指導要領等に基づく新しい観点から改訂

H24年度 内容検討

③ 「学校環境衛生活動実践事例集」作成

学校環境衛生活動の普及・啓発を図るために、健康教育の視点を見据えた実践事例を含む参考資料を作成

H24年度 内容検討

④ 思春期の学校歯科保健推進

思春期の学校歯科保健推進に関する調査研究

H24年度 内容検討

⑤ 「養護教諭を中心とした学校における児童生徒虐待対応マニュアル」作成

養護教諭を中心とした学校における児童生徒虐待の対応についてのマニュアルの作成

H24年度 内容検討

⑥ 「新・学校検尿のすべて」改訂

H23年度 改訂版 都道府県・市町村教育委員会に配布

H24年度 小・中・高等学校・特別支援学校・中等教育学校に配布
全国調査

⑦ 「新・学校心臓検診の実際」改訂

H24年度 都道府県・政令指定都市学校保健会、都道府県・市町村教育委員会小・中・高等学校・特別支援学校・中等教育学校に配布

⑧ ブロック別研究大会等への助成

全国9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

鹿児島市等の降灰実態に対し、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与等

(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(5月、7月、9月、11月、1月、3月)発行

都道府県・市町村教育委員会、小・中・高校・特別支援学校・中等教育学校(学校各3部)、学校保健関係者および購読者に配布

② 「学校保健の動向」の発行

各年度の学校保健活動に関する最新の情報を学校保健関係者に提供するため、毎年1回発行

③ 学校保健関係図書等の頒布

学校保健の振興に関する事業において調査研究した成果をまとめた報告書等を学校保健関係者および学校保健に関心を持つ人々に広く頒布

④ 学校保健会広報

本会のウェブサイトにより、本会の学校保健活動を広報

⑤ 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・資材の推薦及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を斡旋

⑥ 受託事業

外部団体刊行物等の監修

[国庫補助事業(健康教育振興事業費補助金)]

(普及指導事業)

① 日本学校保健会事業報告会 平成25年2月21日(木)

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、普及啓発に寄与する。

報告会参加者および都道府県・政令指定都市学校保健会に配布

② 学校保健情報提供

学校保健ポータルサイトにより、学校保健に関する様々な情報を広く配信

(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・国庫補助事業]

① 健康教育推進学校表彰

学校保健の充実発展に寄与するため、公募制により、健康教育の推進に積極的に取り組み、成果を挙げている学校を、毎年90校程度表彰

② 学校保健関連研究会等支援

各地域で開催される研究会等への講師派遣

③ 研修会・講演会の開催

- 1) 「医薬品の正しい使い方」高等学校編
- 2) 「メディアリテラシーと健康」(学校保健学会共催)
- 3) 第2回夏季特別セミナー「未成年飲酒予防」
- 4) 「喫煙・飲酒・薬物乱用防止」〔国庫補助事業〕

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、学校保健の理解を深める。

⑤ 全国学校保健会啓発事業

- 1) 全国学校保健会運営担当者会議 平成24年4月

19日(木)

学校保健を巡る当面の諸問題について、本会及び本会加盟団体の運営担当者が情報交換等を通じて、相互に理解を図り、連携を深めることにより、学校保健の充実に資する。

- 2) 全国学校保健会中央大会 平成24年11月9日(金)

全国の学校保健会(連合会)の代表が一堂に会し、関連団体が推進する学校保健の諸施策と連携し、加盟団体の活動を基盤に学校保健の充実に資する。

⑥ 特別支援教育の推進

5. 今後の展望

(1) 学校保健ポータルサイトの運営・管理

本会では、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や研修事業などの充実に加え、インターネットを活用した事業をすすめており、平成20年4月より子どもの健康に関する情報提供サイトとして、学校保健ポータルサイトを開設している。このサイトは平成23年4月にページを一新したことにより、平成24年度はアクセス数、ページビュー数ともに前年度の約1.5倍となっている。(7月現在)

学校保健ポータルサイトの主なページ、コンテンツの経過は次のとおりである。(※掲載件数は、平成23年4月から平成24年9月までの更新件数または現在数)

① 健康最新ニュース

本会や官公庁からの情報のほか、インターネット上にある子どもの健康に関する情報を集積し、情報提供している。

■更新頻度: 毎週

■掲載件数: 670件

② お知らせ

本ポータルサイト中の情報で、研修会や発行物など特に際立たせる情報を掲載している。

■更新頻度: 随時

■掲載件数: 19件

③ イベントカレンダー

学校保健や子どもの健康に関連する研究大会・講習会・講演会・キャンペーン活動などをカレンダー表示

にして掲載している。

■更新頻度: 随時

■掲載件数: 71件

④ 電子図書館

学校保健・健康教育に類する図書・出版物のデータベース。ダウンロード(PDF)、電子ブック、購入先へのリンクが可能となっている。

■更新頻度: 随時

■掲載件数: 79件

⑤ 新刊案内

このコンテンツでは、本会の出版物に限らず掲載希望のあった学校保健・健康教育に関する書籍を紹介している。

■更新頻度: 随時

■掲載件数: 5件

⑥ 学校欠席者情報

国立感染症研究所と共同開発の学校欠席者情報収集システムを利用した全国学校欠席者症状別状況マップを公開している。

■更新頻度: 毎日

■公開県数(一部地域を含む): 13都県

■システム参加県: 150ページ表2参照

⑦ コラム

子どもの健康に関した話題性のある疾患や情報を切り口としたコラム記事を掲載している。

■更新頻度: 随時

■掲載件数:15件

⑧ 特集「養護教諭のお仕事」

養護教諭の職務に関する内容を座談会やインタビュー形式等で掲載している。主に若手養護教諭が直面する課題解決に役立つようすすめている。

■更新頻度:約2カ月ごと

■掲載実績:第1回「健康診断」

第2回「プール時の保健管理・指導」

第3回「学校での応急処置・対応」

第4回「子どもたちの眼の健康」

第5回「学校で流行する感染症と結核
健診の変更」

第6回「アレルギー疾患の対応と学校
生活管理指導表」

第7回「学校感染症による出席停止」

第8回「学校保健委員会の立ち上げを
巡って」

第9回「保健室における知っておくべき
薬の知識」

⑨ 学校保健フリーイラスト集

保健だよりなどの配布物、保健指導用掲示物などの挿絵としてイラストを無料でダウンロードできる。

■更新頻度:年1回(投稿は随時受付)

■掲載件数:241点(内、投稿11点)

⑩ SNSコミュニティ「保健室ネット」

SNS(ソーシャルネットワーキングシステム)を活用したシステム。会員同士がコミュニティに参加して、それぞれが抱えている問題の解決や地域を越えた仲間づくりなどに役立てる目的で構築している。

■更新頻度:随時

■掲載件数:コミュニティ数4件

■登録会員数:1088アカウント

⑪ ネットDE研修

日本学校保健会主催の研修会やシンポジウムの様子を動画で配信。学校保健関係者向けの保健管理・指導の資質向上に向けたコンテンツ。研修会等に参加できなかった遠隔地などの養護教諭、学校保健関係者に役立たせる。要会員登録。会員のみ視聴が可能になっている。

■更新頻度:随時

■掲載件数:3件(22動画)

⑫ 歌と絵で広げる健康の輪

学校での休み時間や学校・家庭での保健指導時に児童生徒が楽しく学習できるオリジナル曲を制作し、イラストと併せて配信している。年度途中から「ウエルカム ヘルシーアイランド」挿入歌のダウンロード希望が寄せられ、本コンテンツ内でダウンロードができるようにしている。

■更新頻度:2回

■掲載件数:6曲

■掲載曲:早寝早起き朝ごはん啓発曲1曲、歯みがき啓発曲2曲、手洗い啓発曲2曲、うがい啓発曲1曲

⑬ ウエルカム ヘルシーアイランド～探検!健康島～

独立行政法人 国立青少年教育振興機構・平成22年度子どもゆめ基金助成金を受け、約1年間をかけて制作した保健学習用ウェブコンテンツ。23年4月より公開している。(制作:学研)

★簡単エクササイズ ★食事バランス疑似体験

★悩みの解消法への気づき

★ウォーキング日記機能

★喫煙、飲酒、薬物及びに睡眠に関する学習クイズ

★「手洗い」「うがい」「歯磨き」のオリジナル曲と動画アニメ

★発育パーセンタイルを活用した健康管理

⑭ その他

1) 東日本大震災お見舞い掲載(平成23年3月～平成24年3月)

2) 東日本大震災義援金募集(3月～7月)

3) テーマ別注目記事

各テーマ(項目)にあった情報を常時掲載するコーナー。

4) 協賛団体バナー

本会賛助会員、関連団体が運営・管理する情報HPへリンクするバナーをトップページ右下に常設している。

(2) 学校欠席者情報収集システムの活用

学校欠席者情報収集システムは、厚生労働省の症候群サーベイランスの一つとして国立感染症研究所感染症情報センターで研究・開発されたものである。平成19年に鳥根県出雲市内の小学校2校、中学校1校で試験的に実施され、平成24年9月現在では表2の都府県、地域で活用されるようになっている。未知の感染症やバ

イオテロの検知にも有効であるが、学校や教育委員会、地域関係機関では特に発症までの潜伏期間の短い季節性インフルエンザやノロウイルスなどの感染性胃腸炎、空気感染する麻疹や風しんなど早期検知・対応が望まれる感染症対策に役立てられ、今後、交通網の発達した現代においては、全国的な普及が期待されているところである。

本会では現在、学校保健ポータルサイト上において一般的な感染症（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。（公開地域のみ）

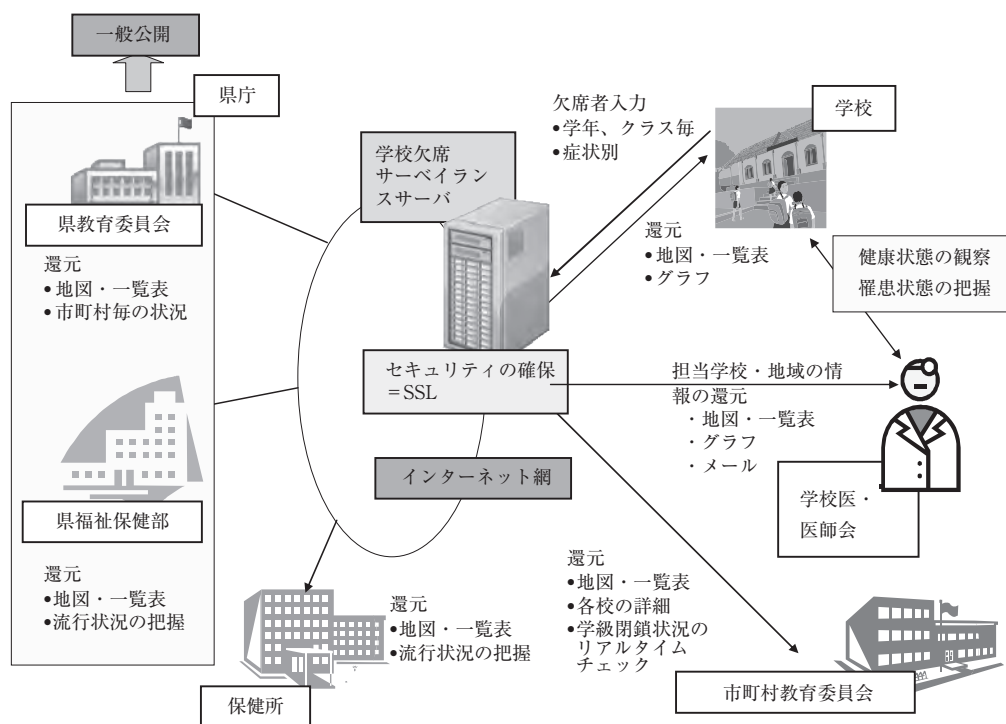
【学校保健情報収集システムの特徴】

- ① リアルタイムで感染症の発生・流行状況を把握できる。

- ② 学校欠席者数の推移（2週間、月間、年間単位）をみることで、事前の対応がとりやすい。
- ③ 学校・地域医療（学校医・保健所等）・教育委員会等と情報共有することにより、連携強化に役立つ。
- ④ 地域内の地図情報や入力状況で早期に周辺の感染症、疾患別状況を知ることができ、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。
- 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。
- ⑦ 教育委員会等からの情報配信が兼ねられる。等

全県 (指定都市) で稼働中	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・三重県・奈良県・群馬県・兵庫県 18095校・全学校の約40%
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・五所川原市）・静岡県（県立の一部）・大阪府（大阪狭山市）・広島県（熊野町・尾道市・東広島市）・山口県（長門市）・福井県（小浜市）

表2 「学校欠席者情報収集システム」導入の現状（2012年9月現在）



学校欠席者情報収集システム概要図

(3) その他

新公益法人制度による公益財団法人への移行により、本会は公益性の高い法人であると認定された。

学校保健は子どもたちが将来にわたって健やかな生活を送るためには重要であると関係者には認知されて

いるが、保護者を含め、一般的にはまだまだ知られていない。今後の学校保健の発展には、これまでの事業・活動の普及、推進はもとより、新たな事業・活動の企画、展開を推進し、また、広く情報発信も併せて行っていかなければならない。
(雪下國雄)

1. 防災教育の推進

宮城県は、今回の東日本大震災（以下大震災という）を教訓として、人命を守り、被災による被害を最小限に抑えるため防災体制の整備を進めている。

県教育委員会では、「生涯にわたって自然災害と向き合い、ともに生きていく力を持った人づくり」を目指し、自然災害に関する知識をもとに自らの安全を確保する能力を身に付け、併せて安全・安心な地域社会づくりに貢献する力を身に付けるなど主体的に防災に取り組む児童生徒の育成を図ることを今年度の「学校教育の方針と重点」に掲げ、後述する具体的な取組を通して防災教育を推進している。

2. 防災主任の命課

防災教育を学校教育の重点に位置付けたことを踏まえ、大震災の記憶を後世まで引継ぎ、各学校における防災教育の推進と防災機能・防災体制の整備を図るために、県および市町村はそれぞれの学校管理規則を改正し防災主任を明記した。

防災主任には、避難訓練や教科・特別活動等を通じた防災教育の推進、施設・設備の安全点検や防災マニュアルの整備等の防災管理の徹底、家庭・地域・関係機関と連携した組織活動の推進、およびそれらの年間指導計画の立案等が求められている。また、学校が地域防災拠点として機能するよう、地域防災推進のコーディネーターとしての役割を担うことが期待されている。

3. 防災担当主幹教諭の配置

拠点となる40校（うち5校は仙台市立学校）の小・中学校には防災担当の主幹教諭（以下防災担当主幹教諭という）を配置している。防災担当主幹教諭には、地域の防災主任の中心となり当該地域に所在する学校や市町村教育委員会および市町村防災担当部局と連携し、地域防災のコーディネーターとしての役割を担うことが期待されている。

4. 教職員対象研修会における防災教育の研修

本県では、大震災以前にも防災教育管理者等研修会、防災教育指導者研修会、防災教育指導者養成研修会を実施してきた。大震災を受け、昨年度は、防災教育に関する教職員の研修機会の更なる充実を図るために各種研修会の内容を急遽変更して対応した。

今年度は、初任者・十年経過者研修（悉皆研修）の年間計画に予め防災教育に関する内容も組み込んだ。

また、今年度から配置している防災担当主幹教諭・防災主任を機能させていくために、「新任防災主任研修会」を職能研修（悉皆研修）として年間3日間実施する。これらは、県内全公立学校の防災主任にとどまらず、県内国公立幼稚園や国・私立学校にも対象を広げ、約600名の参加を得ている。

さらに、県内公立小・中学校防災担当主幹教諭を対象に、防災担当主幹教諭推進研修会を実施して、域内の防災教育推進を担う防災担当主幹教諭の意義や役割についての講義、他県の防災教育の取組事例の紹介、担当者間の情報交換の時間を設けた。

5. 防災教育グループによる専門研究

宮城県教育研修センターでは、防災教育の充実を図るため防災教育に関する専門研究グループを新設した。今年度は、新任防災主任研修会との連携を図りアンケート調査を実施して防災主任の意識や課題について分析するなど研究を進めている。特に、防災教育に関する教職員の研修の在り方について考察し、体験型研修を取り入れた防災教育研修パッケージを研究成果として提示する予定である。

自然災害発生時に人的被害を最小限に抑えるために、防災教育の果たす役割は大きい。当研修センターにおいて、教職員に対して充実した研修機会を提供するとともに、専門研究の成果を発信することとおして「自分の命を自分で守る児童生徒の育成」につなげていきたい。

（安斎善和）

2 日本医師会における学校保健活動(学校医)

学校保健、テーマの変遷

滋賀県のいじめによる中学2年の男子生徒の自殺した問題を発端に、全国の学校でいじめの現象が予想以上に発生していると認識されるに至った。それを受けて文部科学省は平成24年9月に総合的な方針をまとめ上げている。それによると国がこの問題に対して主導すること、そして教育委員会や学校そのものによる対策を新たに刷新した。これは「はじまり」であり、この問題の根深さ、解決の困難さはすでに学校保健分野では指摘されていた。今後、これらの文科省の動きを捉え、学校保健に携わる者は最大限の協力をしていくことが望まれている。

平成22年6月より「学校保健法」は「学校保健安全法」と差し替えられ施行されている。「安全」という文言が加わったのは、犯罪者の侵入で学校内において白昼殺傷事件が起こったことが大きなきっかけになったと聞いている。しかし、昨年発生した東日本大震災によりその「安全」の意味はさらにふくらんで解釈されることが必要となった。つまり、防災の観点で学校保健安全法を考えていくということである。

現在、日本では幼稚園から大学、専門学校に在籍する児童・生徒・学生は1800万人を超える。さらにその教職員を含めると2000万人を超えているが、月曜日の朝から金曜日の夕方までの日中、そのほとんどが園や学校などに集まってコミュニティーを形成していることになる。マスで考えると日本の実に5分の1が教育関係の場所に集まっている計算となる。東日本大震災は3月11日金曜日の午後2時46分であるから、多くの学校で児童生徒は帰宅準備やその前後であった可能性が高い。おそらく、多くの子どもたちが地震の激しさにびっくりし、右往左往したことであろう。教職員も例外ではなかったと思える。多くの思いが交錯し、子どもたちが在校している学校では、どのように下校させたらよいかなど考えていたであろう。歴史的にも津波の大きな被害

を受けている岩手県田老町の小学校の校長に聞いたところでは、何も考えずすぐさま、高台に子どもたちを避難させたという。それは年3回津波を想定しての訓練通りであった。今回の震災で犠牲になった児童生徒・教職員数は行方不明者を加えると東北全体で727名を数える。私たちは深い鎮魂の中で、次の災害への対策を立てなければならない場面に来ている。特に、現在の日本においてはどの地域でも震災が起きても不思議ではない状況であることから、「想定外」という言葉ではなく、「想定」の幅を広くして子どもたちを守る防災活動を展開しなければならない。

従来の学校保健法(昭和33年施行)においても日本学校保健会や日本医師会を中心に日本の医師は学校での公衆衛生活動を推進してきた。学校保健の分野はむしろ日本医師会の歴史より古い。大正、昭和の時代の多くは「児童生徒の健康の保持増進」が最大のテーマで、感染症から子どもたちを守ることが、教育を受け集団生活を営む上で最も重要であった。また、感染症により生命さえも脅かされることも多かったため、学校医の多くは子どもたちの身体的な健康維持が主題であった。当時は寄生虫、トラコーマ、結核などが重要な部分であったが、現代ではその多くは駆逐されている。その代わりに感染症以外の課題が取って代わってきている。不登校や環境不適応、いじめなどの心の問題や性の氾濫、小児生活習慣病、運動不足と運動過多に起因する運動器障害など昔は問題になっていなかったものが出現してきている。疾病構造が変化してきていることもあるが、学校保健の分野でさらに児童生徒の広範な成長の問題まで踏み込んで来ていることの表れでもあり、この学校保健が様々な人々の間で議論され続けてきたことによるであろう。さらに、子どもたちの成長において障害を認識する視点を時代に応じてシフトして積み重ねてきたものといえる。

学校保健の中での感染症についての話題

文部科学省においては「学校にて予防すべき感染症」に対して新しい指針を作成した。これは感染症に

関しての新しい知見も含めて書かれているが、インフルエンザや流行性耳下腺炎などの罹患時に何日休まなくてはいけないかなど、今まで現場で対応がばらついていたものについて、誰でもが判断できるように明確に定めている。小児科医として「うつる（感染）ということ」という題名で保育園や小学校の親の会などで講演を行ってきたが、寄生虫からウイルスまでのうつり方（感染経路）をきちんと理解すれば、予防法も正確に理解することが出来る。インフルエンザなどの飛沫感染はなぜ「咳エチケット」が必要なのか、そしてなぜ手洗いが必要なのかを理解できるようになる。「ギョウ虫」の卵が検出された時はなぜ子どもだけでなく、家族全員、親も含めて同時に駆虫剤を飲まなければならない

のか、これらをわかりやすく話をし、親に理解されれば、それは子どもへも伝わる可能性が出てくる。カゼ症候群の多くの原因であるウイルスには抗生物質は効かないことを丁寧に説明しなければならない。こうした知識を母親が持つことによって、その家庭では優れた予防的な手段を家庭全体で共有することができ、子どもたちへの有用な知識の継代培養が可能となる。教育の目的がそもそも、子どもたちへライフスキルを習得させることだとすれば、「うつる（感染）ということ」を「学校保健という括りのなかで児童生徒、親や学校の教師に教えることは、子どもたちにとって有用なライフスキルを身につけることにつながるのではないか。

多様な専門家によるかわりが必要

学校の場合において様々な問題が起こり、学校保健の扱う範囲も広がってきている。従来は学校保健に関わる科は内科系、耳鼻科、眼科の三科であった。一校あたり必ずこの領域を見てもらう医師が必要だとされてきた。現代の学校保健における多様なニーズ、例えば心の問題や性の氾濫についてはさらに専門分野の協力が必要になっている。しかしながらそのニーズに応えられる精神科の医師、産婦人科の医師も日本全体の医師数の少なさからも推測できるように、対応できる地域は限られている。さらに要求度が高くなってきた、アトピー性皮膚炎などの皮膚科疾患、姿勢の問題や運動のし過ぎ

などで起こる運動器疾患には、従来の三科（内科、耳鼻科、眼科）の学校医体制では無理がある。文部科学省でもこのような学校保健の現状に鑑みて、教育委員会から必要性を発すれば専門相談医の派遣を公費で行えるようなシステムを構築したが、国による事業仕分けなどによって消滅しかかった。現在5,000万円規模の予算として残ることとなっているが、全国的に専門医を学校保健の場に送り込むことを十分普及できる額ではない。多くの地域で様々な科の医師に学校保健に携わってもらうような仕組みが今後必要となっている。

東日本大震災をうけて

平成23年3月11日の東日本大震災は私たち学校保健に関わる者にとって新たな問題を投げかけた。私たちも現地視察した、宮城県石巻市の大川小学校は70名を超える児童と教職員が津波の犠牲になったが、地震発生後の教職員・児童の行動を追ってみるとすぐ後ろの裏山ではなく、大きな道が交差する方向へ避難している。避難した方向が正しければ先生や子どもたちは助かったと思われる。

地震の多い日本であれば、どの地域でもこの地震や津波を想定し訓練を定期的に行わなければならない。原子力発電所の事故が関わる災害であればさらに被害が大きくなる。日本全国で、子どもたちを含め命を守る防災対策を立てる必要がある。学校保健安全法の実施において待ったなしで迅速に達成しなければならない課題である。

(石川広己)

3 日本学校歯科医会 (学校歯科医)

1. はじめに

本会はその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24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、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。

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、歯・口の外傷予防などの安全教育も重視し、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・口の健康づくり調査研究事業」を昨年度からは「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～」と名称を変更して継続的に実施している。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会、学校

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いえる。

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を行っている。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」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ところである。

また、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た「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24年3月末で18,000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おり、平成25年度から実施の方向性である。

3. 平成24年(西暦2012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76回全国学校歯科保健研究大会

(H24年10月25・26日。於：群馬県)

②第62回全国学校歯科医協議会

(H24年11月8日。於：熊本県)

③「学校歯科医生涯研修制度」における基礎研修会

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「学校へ行こう!」をテーマにシンポジウムを行う。このシンポジウムでは、現代の幼児・児童生徒が抱える歯科保健の様々な課題等は、子どもたち個人はもとより、学校や家庭環境によって大きな相違がある中で、学校歯科医がそのニーズに応じた保健活動を行い、子どもたちが適切で実践的な健康行動を行うことができるよ

うに支援していくために、学校歯科医が歯科健康診断に限らず、様々な機会を利用して学校へ行き、子どもたちや保護者そして学校教職員との心のふれ合いや対話を行いながら、効果的な健康教育を進めていくという、学校歯科医の活動の原点ともいえるテーマについて考察を深めることとしている。このシンポジウムを機に、子どもたちの発達段階や学校・家庭の特性などを把握し、ふれあいをもって、「生きる力」をはぐくむ学校歯科医の姿をあらためて考えたい。

他、第62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51回目となる全国学校歯科保健優良校表彰を実施し、各校種ごとに優秀賞(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

健康教育の主眼も疾病指向から健康指向へと変化して久しいが、個人や環境衛生の指導に重点をおいていた時代から、より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、現在の子どもの健康にかかわる諸問題としては、「食ること」、「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。学校歯科保健でも子どもの生活習慣と歯・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。また、歯・口の外傷予防などから安全教育を推進していくことも重要な課題である。

また、子どもたちの健康課題の多様化に伴い、学校での保健指導も集団的アプローチに限らず、保護者を含む児童生徒の個人への対応がさらに重要性を増し健康相談活動のさらなる充実が求められている。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た。

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 日本薬剤師会学校薬剤師部会 (学校薬剤師)

学校薬剤師制度および組織について

明治5年に学制が頒布され、その中に伝染病の予防、学校の設備の衛生、児童生徒の健康管理、身体検査に関する諸規定が公布され、学校医、学校歯科医による学校衛生の基礎が確立した。そしてさらにこれが発展して今日の学校保健に至っている。

学校には救急薬品をはじめ理科用薬品などがあるが、その当時はそれら薬品等の管理は必ずしも十分に行われているとはいえない状況があり、特に医薬品については多くの問題を抱えていた。

昭和の初期に保健室で昇汞（しょうこう= HgCl_2 消毒薬）を瓶に移しかえて保存していたところ、他の教師がそれを知らずに胃腸薬と思い込んで児童に服薬させた結果、死亡させてしまった、という事件があり、これが契機となって、学校における医薬品の管理をするための学校薬剤師の必要性が叫ばれ、昭和5年に東京市麹町区に学校薬剤師が置かれることになった。当時の日本薬剤師協会は学校薬剤師の重要性を感じ、制度の全面的な普及と促進を計画し、昭和6年3月25日、衆議院に「学校薬剤師の設置」を要望する請願書を提出し、採択された。その後、世田谷、芝、神田、本郷に学校薬剤師が置かれ、昭和11年名古屋市に6名、大阪でも15名が任命された。

昭和10年11月に東京市学校薬剤師会が会員200名

で設立され、昭和14年4月7日には「第一回全国学校薬剤師協議会」が名古屋市で開催され、1道3府17県から107名の学校薬剤師が参加した。

昭和22年、学校教育法が教育基本法とともに制定施行され、その施行規則49条には「学校の環境の整備」という言葉が盛り込まれ、今日の学校環境衛生につながる文言が提唱されている。そして昭和33年4月10日に学校保健法が制定され、その16条には学校薬剤師の必置制が唱えられるとともに政令第174号にて同法施行令が公布され、同法施行規則第25条に学校薬剤師の職務執行の準則が示されて、身分と職務が確立されることになった。

昭和26年に日本学校薬剤師会が設立されると、それ以後、発展的に成長して現在の学校薬剤師組織が確立した。

そして、平成24年4月、(社)日本薬剤師会が公益社団法人に移行するのに伴い、60年の歴史を持つ日本学校薬剤師会を発展的に解消し、日本学校薬剤師会組織と日本薬剤師会学校薬剤師部会を統合・一体化し、公益社団法人日本薬剤師会学校薬剤師部会として全国の学校薬剤師組織を新たに組織編成することで学校薬剤師活動のさらなる活性化を目指すことになった。

学校薬剤師の現状

学校薬剤師は、「薬剤師法第一条」および「薬剤師綱領」に記載してあるように、薬剤師が広く薬事衛生をつかさどる専門職である、としての立場から法律に基づいて学校における適切な環境の維持改善について指導・助言を行うため設けられている。児童生徒等の心身の健康の保持増進を図るためには、学校環境衛生活動が重要な役割を担っている。しかし、旧ガイドラインである「学校環境衛生の基準」（文部省体育局長裁定）に基づいた定期検査等は、必ずしも完全に実施されていなかったこともあり、改善が求められてきた。こうした状況を踏まえ、平成21年4月1日、学校保健安

全法が新たに施行され、これによって文部科学大臣自らが「学校環境衛生基準」を定めるものとなり、学校薬剤師の職務内容について法的位置づけが明確となった。

さらに、一部の青少年による喫煙・シンナー・脱法ドラッグ・大麻・覚せい剤等といった薬物事犯を未然に防ぐための薬物乱用防止活動、健全なスポーツ育成のためのドーピング防止といった社会的要請にも応えた新たな啓発活動、学校給食衛生管理基準に基づく指導助言の実施による検査の徹底と食中毒防止や食育、学校での医薬品および薬品・毒劇物の管理、建築

物内の揮発性有機化合物やダニ・アレルギー等への対策といった活動も期待されている。

また、平成18年の薬事法改正により一般用医薬品の販売制度等が改められたことに伴って参議院厚生労働委員会より表明された16項目にわたる付帯決議の中で、「新たな一般用医薬品の販売制度について、十分な周知を図ると共に、医薬品を使用する消費者が医薬品の特性等を十分に理解し、適正に使用することがで

きるよう、知識の普及や啓発のための施策の充実を図ること。また、学校教育においても医薬品の適正使用に関する知識の普及や啓発に努めること。」とされている。これらのことから、学校薬剤師は、児童生徒等や学校関係者の保健・健康管理と同時に、薬剤師職能としての根幹をなす医薬品の適正使用に向けた教育・啓発活動についても対応を迫られている。

学校環境衛生活動の課題

学校環境衛生活動については、

- ・罰則規定こそ盛り込まれていないが「学校環境衛生基準」が法制化されたこと
- ・国、地方公共団体等、学校の設置者にあらためて学校保健の責務が課されたこと

等より、その意義と重要性があらためて問われたこと、さらに学校環境衛生の維持・管理の目的である、

- ・学校において健康的な学習環境を確保することによって、児童生徒および職員の心身の健康の保持増進を図る

とされていることから、学校環境衛生活動の円滑な推進をめざす上で、基本となる活動であるべき「学校環境衛生検査の完全実施」の推進が必要とされて

いる。

また、学校環境衛生活動の一環として日常点検の計画的実施は欠かせない問題であり、学校は、児童生徒が集団で一日の大半を過ごすところであり、健康的で快適な場所でなければならないこと、さらに定期検査を実施する学校薬剤師にとっても、教職員が行う日常点検の実施は指導助言を行う上で重要なポイントであるといえる。

学校保健安全法の改正で日常点検が必須となり、その記録（記録簿）を3年間保存するとされたことから、学校薬剤師、養護教諭、保健主事、学校管理者間での周知徹底を図っていかなければならない。

学校環境衛生活動における評価の導入

学校保健安全法の施行に伴って、学校環境衛生活動に対する評価の実施が必要となっている。学校環境衛生活動への評価とは、

- ① 全教職員の共通理解（日常点検の内容・方法等）が図られたか。
- ② 日常点検は、教職員の役割分担のもとに組織的に実施できたか。
- ③ 学校薬剤師との連携を図ったか。
- ④ 定期的環境衛生検査を計画・実施したか。
- ⑤ 定期検査の結果について報告・指導を受け、改善が行われたか。
- ⑥ 健康的な学習環境が確保できたか。
- ⑦ 必要な諸帳簿は適切に記録され保管されているか。

であり、上記項目等についての自己評価と他者評価

とが必要になる。

学校保健は、保健教育と保健管理によって児童生徒・教職員の健康を保持増進し、教育の成果を確かなものとしていくこととされており、この両者を円滑にかつ効果的に運営していくためには学校保健委員会等の組織活動を有効に機能させていくことが必要不可欠である。

また、有効な学校保健を推進するための学校保健関係者の役割については、

- (1) 保健教育については、すべての教育活動にあたる教諭が携わる。
- (2) 保健管理については、その特殊性から専門事項について指導助言を行う学校医・学校歯科医・学校薬剤師および企画調整的な役割を担う保健主事ならびに専門知識と技術を身につけた養護教

論、そしてすべての教職員の組織的活動が校長の指導監督のもとに展開されること。

とされていることから、学校保健活動が効果的に進むためには、学校保健年間計画が学校三師や教職員に共通理解され、全職員の協力体制のもとに、組織的に保健活動が適切に行われていることが前提となっている。

学校薬剤師として、学校環境衛生活動の円滑な推進

を図るため学校環境衛生検査のさらなる充実を図るとともに、評価を行うことで、設定された目標の達成度や計画および組織活動の妥当性などの検討と改善（Action）についての指導助言を行い、次年度の計画等に反映させること、つまり、マネジメントサイクルを十分に機能させることで、具体的な学校保健活動を推進し、学校教育目標、学校保健目標の具現化を図ることを目標としていきたいと思っている。

薬学教育改革に伴う教育体制の整備

本年から薬学教育6年制の導入による6年制薬剤師が登場したが、その教育での核となる長期実務実習において、学校薬剤師に関するユニットは少なく、なおかつ現状では指導薬剤師になるための必須項目として学校薬剤師が含まれていないこともあって、具体的に職務の意義の伝達あるいは経験をさせるには十分ではないところがみられる。

このような点から、現行の指導システムのみでは、薬学生に学校薬剤師の職責の重さを学ばせることは難しいのではないと思われる。日本薬剤師会学校薬剤師部会としては今後、学校薬剤師の職務および必要な知識等に対する新たな教育体制を整えていきたいと考えている。

（村松章伊）

5 全国学校保健主事会 (保健主事)

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・多様化している。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としての保健主事の職務やマネジメント力を生か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の研究組織である。

不登校や性に関する問題行動や薬物乱用、新たな感染症、生活習慣の乱れ等々、複雑化・多様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ており、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、主体的に保健主事の資質向上を図ってきた。本年度は、兵庫県神戸市において第55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540名の保健主事と25名を超える府県・政令指定都市教育委員会担当者が一堂に

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、日本薬剤師会、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兵庫県教育委員会・兵庫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、我が国の初等・中等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、16の都道府県・政令指定都市において学校保健主事会が確立されていなかったり、または未加入という状況にあり組織的には厳しい現実がある。本会への加入を促進するため日本学校保健会と連携して該当する都道府県・政令指定都市教育委員会および学校保健会へ全国大会報告書や広報紙を送付し、積極的に本会加入の依頼をしてきた。今後もなお一層のご理解をお願いしたい。

昨年3月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。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。発生から間もなく2年を迎えるが、今なお児童生徒・保護者および教職員の心や体の健康に様々な影響を与えている。

本会としても、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。

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たい。

3. 全国学校保健主事会の最近の活動等について

(1) 平成24年度の重点目標

- ・全国学校保健主事会の組織強化と各地方ブロック学校保健主事会活動の充実を図る
- ・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・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

○総会 議事

- ・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年度新役員の選出
- ・承認について会則改正について
- ・第54回全国学校保健主事研究協議会長野大会の最終確認について
- ・平成22年度学校保健功労表彰候補者について
- ・第55回以降の全国学校保健主事研究協議会の開催地について

○地方ブロック学校保健主事会会議

- ・第55回以降のブロック担当全国大会開催地について協議・決定する

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（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 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」
長野県小海町立北牧小学校

教諭 飯塚 百合子

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

教諭 福富 和博

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

全国各地から多くの保健主事（保健主任）及び学校保健関係者（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。

第3回理事

平成24年2月24日（金）日本学校保健会

- ・平成23年度会務及び決算の中間報告について
- ・平成24年度会務計画（案）について
- ・第54回全国学校保健主事研究協議会長野大会の総括について
- ・第55回全国学校保健主事研究協議会兵庫大会の開催要項・運営等について
- ・平成24年度学校保健功労表彰候補者について
- ・平成24年度役員選出について
- ・その他

(3) 平成24年度中間会務報告（8月まで）

第1回理事会

期日：平成24年6月15日（金）

場所：日本学校保健会

- ・平成23年度会務・決算報告
- ・平成24年度新役員について
- ・平成24年度会務計画・予算について
- ・第55回全国学校保健主事研究協議会兵庫大会について
- ・平成24年度学校保健功労表彰候補者について
- ・第56回全国学校保健主事研究協議会以降の開催地について
- ・その他

総会（第2回理事会及び評議員会）

期日：平成24年8月23日（木）

場所：兵庫県看護協会ハーモニーホール

○総会議事

- ・平成23年度会務・決算報告
- ・平成23年度新役員の承認について
- ・平成24年度会務計画・予算について
- ・第54回全国学校保健主事研究協議会兵庫大会について（最終確認）

- ・平成24年度学校保健功労表彰候補者の報告
- ・第56回以降の全国学校保健主事研究協議会の開催地について
- ・その他

○理事・評議員研修

研修Ⅰ 講話

講師 文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課 保健管理係長 竹下 公博 氏

演題 「学校保健の現状と保健主事の役割」

研修Ⅱ グループ別研究協議（情報交換・協議） 基調提案 会長 三谷 博之

- ・地方ブロック学校保健主事会活動の現状と課題
- ・課題克服に向けての取組
- ・組織強化と研修体制の充実について

第55回全国学校保健主事協議会兵庫大会

期日：平成24年8月24日（金）

場所：兵庫県看護協会ハーモニーホール

主題：「自ら守り育てる心とからだ」

① 大会行事

② 記念講演

講師 東京女子体育大学教授

戸田 芳雄 氏

演題 「生きる力を育むための
学校経営と保健主事」

③ 研究発表・研究協議

・研究発表 1

「健康課題に向き合い生活を改善するための実践力を育む～学校保健を推進する保健主事の役割～」

兵庫県西宮市立上ヶ原南小学校

養護教諭 松本 直美

・研究発表 2

「命を大切にし、たくましくしなやかに生きる生徒の育成」

兵庫県川西市立川西南中学校

養護教諭 森田 幸恵

・研究発表 3

「高等学校における特別支援～八鹿高等学校の取組より～」

兵庫県立香住高等学校

主幹教諭 福田 あずさ

④ 指導講話

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」

全国各地から多くの保健主事（保健主任）および教育委員会担当者等学校保健関係者（約550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24年度学校保健功労賞受賞者

- 大内 徹（関東 長野県）
前長野市立下氷鉋小学校 校長
- 山野井 和敏（関東 千葉県）
千葉県立若松高等学校 教諭
- 国吉 恵一（関東 千葉県）
千葉県立浦安南高等学校 教諭

(5) 他団体の研修会等への協力（23年度後援）

- ① 52回近畿学校保健主事研究協議会大阪市大会
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 第75回全国学校歯科保健研究大会
主催：日本学校歯科医師会
- ④ 全国養護教諭連絡協議会・第17回研究大会
主催：全国養護教諭連絡協議会
- ⑤ 健康教育推進学校表彰事業
主催：日本学校保健会
- ⑥ 「薬品に関する教育」保健教育業指導者研修会
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56回全国学校保健主事研究協議会北部九州大会

期日：平成25年8月8日（木）・9日（金）

会場：福岡市西市民センター

福岡市西区内浜1丁目4番9号

主題：「自ら守り育てる心とからだ」

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：開催地について調整中

第58回全国学校保健主事研究協議会

期日：平成27年8月

会場：山梨県内で調整中

5. 保健主事に関する諸課題とその克服に向けて

近年の社会環境や生活様式の急激な変化は児童生徒の心や体の健康に大きな影響を及ぼしている。法の網をかいぐるように現れる新たな薬物の乱用や性の問題行動、ストレスによる心や体の不調などのメンタルヘルスに関する課題、食物アレルギーやぜん息などアレルギー疾患の増加、感染症、いじめ問題などを生じている。これらの健康課題は多様化し、またそれぞれが絡み合い複雑化している。その解決を図るためには、単に個人の課題とするのではなく社会全体の課題としてとらえ、学校・家庭・地域が連携して取り組む必要がある。また、学校では個々の児童生徒の健康問題に対応するため健康実態に即した保健指導や保健管理を適切に行い、学校全体として個に応じた豊かな教育活動を推進しなければならない。

その中核となる保健主事は、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現状を再認識し、協力して早急に改善すべき課題がある。

(1) 保健主事が継続的に任用される体制の構築

健康課題が多様化・複雑化している現実にあって、全国的に保健主事の在任期間が極めて短く、学校保健の継続的な取組が行いにくいという課題がある。

実態調査資料としては、日本学校保健会発行平成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がある。報告書によると「保健主事（主任等）の総経年数」について、総経年数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24年8月23日に開催した全国学校保健主事会総会においても、30を上回る大多数の府県・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、マネジメント力を生かした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。

(2) 保健主事の資質向上を図る研修体制の構築と推進

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針（平成20年1月17日）」において、学校保健の充実を図るための方策について保健主事に関して次の提言があった。

① 保健主事は、学校保健と学校全体の活動に関する調整や学校保健計画の作成、学校保健に関する組織活動の推進（学校保健委員会の運営）など学校保健に関する事項の管理に当たる職員であり、その果たすべき役割はますます大きくなっている。このことから、保健主事は充て職であるが、学校における保健に関する活動の調整にあたる教員として、すべての教職員が学校保健活動に関心を持ち、それぞれの役割を円滑に遂行できるように指導・助言することが期待できる教員の配置を行うことやその職務に必要な資質の向上が求められている。

② 保健主事の職務に必要な能力や資質向上のためには、国が学校保健のマネジメントに関し具体的な事例の紹介や演習などによる実践的な研修プログラムを開発し、保健主事研修会、とりわけ新任の保健主事研修会で実施できるようにするなど研修の充実を図ることが求められる。また、研修会においては「保健主事のための手引き」や事例集などの教材を活用するなど、資質向上に向けた取組の充実を図る必要がある。

文部科学省は上記の中央教育審議会答申に基づき、（公財）日本学校保健会と協力して「保健主事の役割を明確にし、マネジメント力を生かした学校保健の組織的推進」の実現をめざして保健主事の実務の効果的な遂行に係る実践的な資料を作成、配布された。

① 平成21年5月に「保健主事研修プログラム」を作成し、保健主事研修の内容の充実を図るため都道府県・政令指定都市および市町村教育委員会に配布された。

② 平成22年3月には保健主事の役割に関する基本的理解と効果的なマネジメントに基づく実務資料として「保健主事のための実務ハンドブック」を各学校（保健主事）へ配布された。

③ 平成24年3月に、保健主事の職務遂行に係る具体的事例をまとめた「保健主事のためのマネジメント事例集」を作成し各教育委員会へ配布された。

全国学校保健主事会は、学校保健における様々な課題を分析するとともに、中央教育審議会答申の提言に基づき保健主事の資質向上について積極的に取組を進めてきた。

平成20年度の第51回全国学校保健主事研究協議会和歌山大会から、文部科学省森良一教科調査官にご指導いただくなど保健主事のマネジメント力を生かした効果的な学校保健の進め方に関する研修を積み上げてきた。本年度は、戸田芳雄教授（東京女子体育大学）から「生きる力を育むための学校経営と保健主事～マネジメントと評価を重視した保健活動の推進～」と題してご講演いただき深く学んだところである。

また文部科学省をはじめ日本学校保健会が保健主事の資質向上を図るため、保健主事のマネジメント力を生かした実務ハンドブックを作成、配布されてきたが、十分活用されているとはいえない。

都道府県・政令指定都市教育委員会は、中央教育審議会答申の提言を踏まえて、保健主事の役割や実務と結びつけた実践的な研修を構築して積極的に保健主事の資質向上を図っていただくようお願いしたい。

本会としても、各地方学校保健主事会の活動強化を図り、「保健主事のための実務ハンドブック」等を資料にした研修や保健主事のニーズに基づく研修を推進するなど組織強化や研修の充実を重点目標に設定し、積極的に取組をすすめている。

子どもは国の宝である。次代を担う子どもたちが、心

豊かにたくましく健やかに育つことを念願している。その関係機関・団体とさらに連携を深め協力して取り組むためにも文部科学省や日本学校保健会をはじめ、各所存である。

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、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、その他重要な会務を審査し、会務の連絡、調整を図る。

第7条 本会に、顧問、参与及び嘱託を置くことができる。

第8条 本会の会議は、総会、理事会とし、会長はこれを招集する。

第9条 本会則の変更は、総会において、出席者の3分の2以上の同意を要する。

第10条 本会の会計年度は、毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終わる。

第11条 (1) 本会の経費は、都道府県、政令指定都市の学校保健主事会・保健主任会負担金及び寄付金等をもって充てる。

(2) 都道府県、政令指定都市の負担金は10,000円とする。

付則

第12条 本会則は昭和31年10月31日より施行する。

第13条 政令指定都市とは、横浜、名古屋、大阪、京都、神戸、北九州、川崎、札幌、福岡、広島、仙台、千葉、さいたま、堺、静岡、新潟、浜松、岡山、相模原とする。

[ブロック地区分け]

- 1、北海道 北海道、札幌市
- 2、東北 青森、秋田、山形、宮城、岩手、福島、仙台市
- 3、関東甲 茨城、埼玉、群馬、栃木、千葉、東京、神奈川、横浜市、川崎市、千葉市
信越静 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)

6 全国養護教諭連絡協議会（養護教諭）

1. 目的

全国養護教諭連絡協議会（以下、本会）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されている。本会は、各研究会相互の連絡連携を図り、養護教諭の職務等について調査研究し、養護教諭の資質向上および学校保健の向上に寄与することを目的としている。また、子ども

たちの健やかな成長発達を願い、保健教育および保健管理を担当する一方、ヘルスプロモーションの理念に基づいた学校保健活動の推進に努めている研究団体である。

本会は、平成3年に発足し、平成24年度現在、全国の研究会組織52団体、約29000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24年度基本方針

昨年度は、本会発足20周年を記念した研究協議会を実施し、20周年記念誌も発刊することができ、養護教諭の職制の歩みや養護教諭に関する法改正等を振り返る機会となった。今年度も、養護教諭に関わる法的諸問題の改善に向けた活動を行っていく。

昨今のグローバル化や情報化に象徴されるように、社会の急激な変化はとどまることなく、子どもたちの心身の健康に大きな影響を与えている。そのため、子どもたちの将来や日常の学校生活において様々な健康課

題が生じてきている。これらに適切に対応するため、養護教諭の資質向上を目的とした研修会の充実を図っていききたい。

さらに、今年度は各会員からの事例等をまとめた瑞星8号の発刊を通して、子どもたちへの支援に活かしていきたいと考える。また、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。

4. 平成24年度活動方針

(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り

組みを継続する

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。

5. 平成24年度事業計画

(1) 会の運営

- ① 総会 平成24年6月16日(土)
- ② 役員会 月一回開催
- ③ 理事会 年二回開催(9月・1月)
- ④ 委員会
 - ア 調査研究委員会
 - イ 研究誌「瑞星」編集委員会
 - ウ 会報編集委員会
 - エ ホームページ編集委員会
 - オ 役員選出委員会

(2) 研修・研究・調査活動の充実

- ① 学校保健連絡協議会

今日の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。

期 日 平成24年6月16日

会 場 日本青年館(東京)

内 容 「月経困難症・子宮内膜症の現状と課題」
- 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。

期 日 平成24年8月2日・3日・4日

会 場 日本青年館(東京)

内 容 1日目 「組織マネジメントとは」「効果的な組織マネジメントの手法と活用」

2日目 「マネジメントを生かした保健室経営」「養護教諭のための災害対策」

3日目 すぐ役立つ医学情報「総合診療の実際」「子どもたちの目の健康」

③ 研究協議会

「時代の変化に対応した養護教諭の役割を追究する」～養護教諭の専門性と役割とは～

期 日 平成25年2月22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24年度全国養護教諭研究大会

期 日 平成24年8月9日・10日

開催地 山形県

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

東日本大震災時の取り組みについて

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

6. 関係団体との連携

(1) 文部科学省

文部科学大臣表彰審査委員会
特別支援教育ネットワーク推進委員会
子どもを見守り育てるネットワーク推進会議
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) 全国学校保健主事会

(6) 厚生労働省

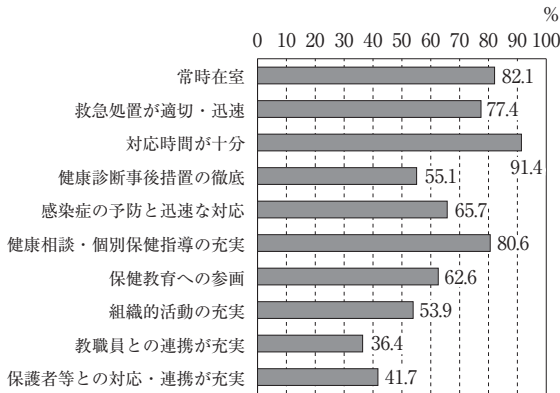
健やか親子21推進協議会
児童虐待防止対策協議会

(7) 日本教育シューズ協議会

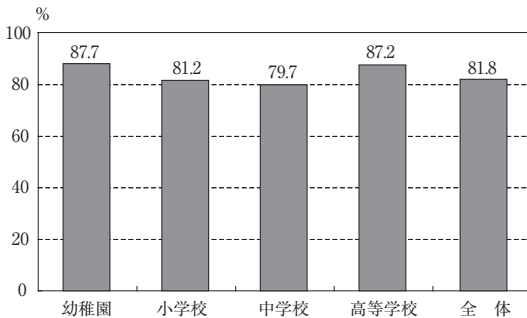
(8) 日本スポーツ振興センター

7. 養護教諭の職務に関する調査より（平成23年度）

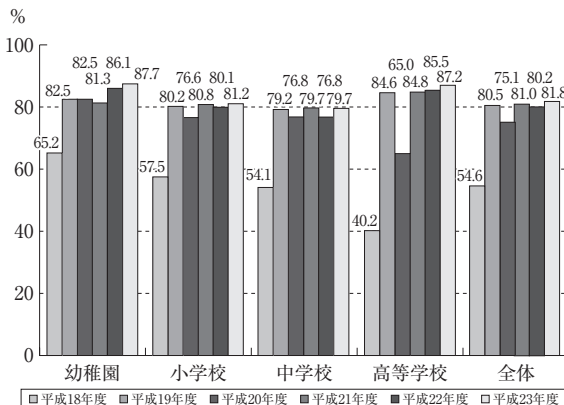
「養護教諭の職務に関する調査」は、平成6年度より実施している全国調査であり、同一基本調査とともにその時々のニーズに応じた内容の実態調査である。（一部抜粋資料）



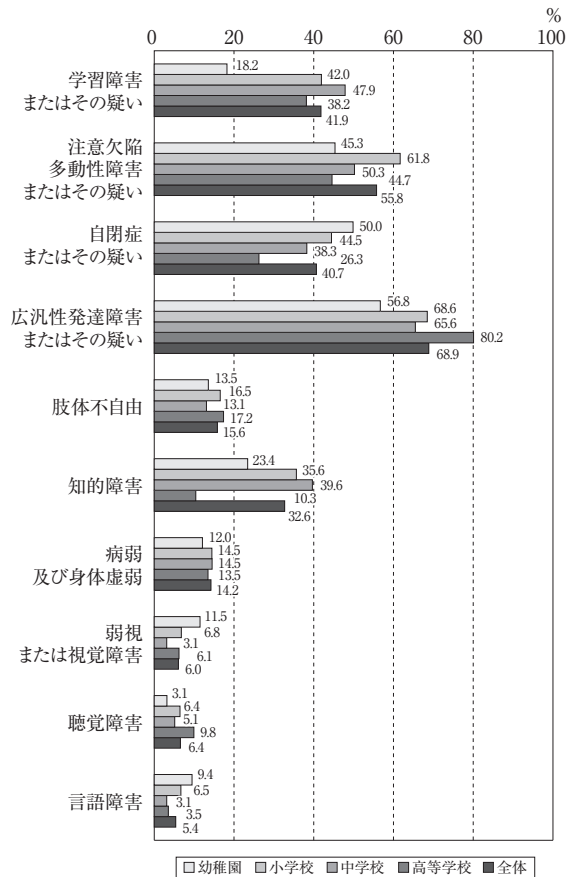
資料1 複数配置の効果【全体】



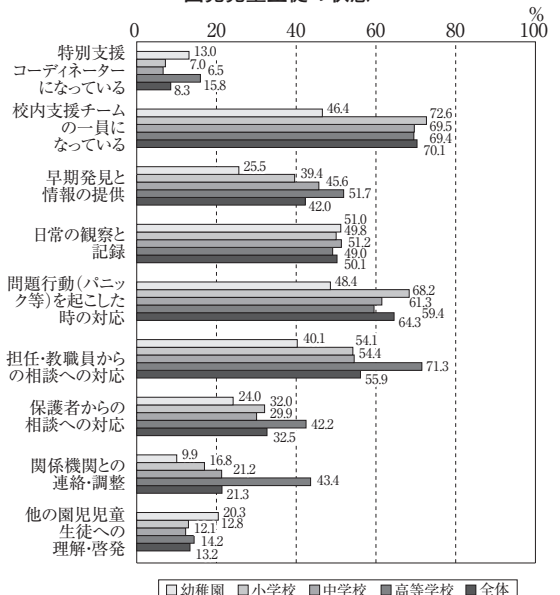
資料2 特別な支援が必要な園児児童生徒にかかわった養護教諭の割合



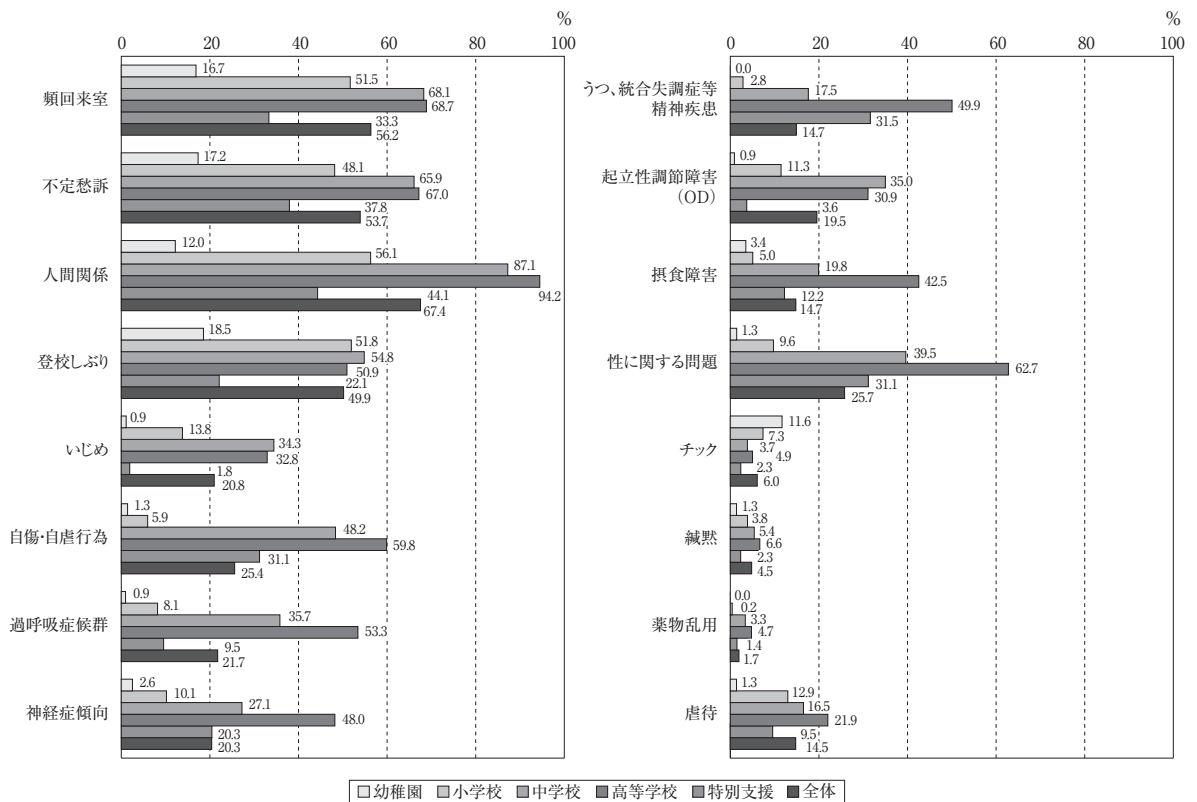
資料3 特別な支援が必要な園児児童生徒にかかわった養護教諭の年次推移



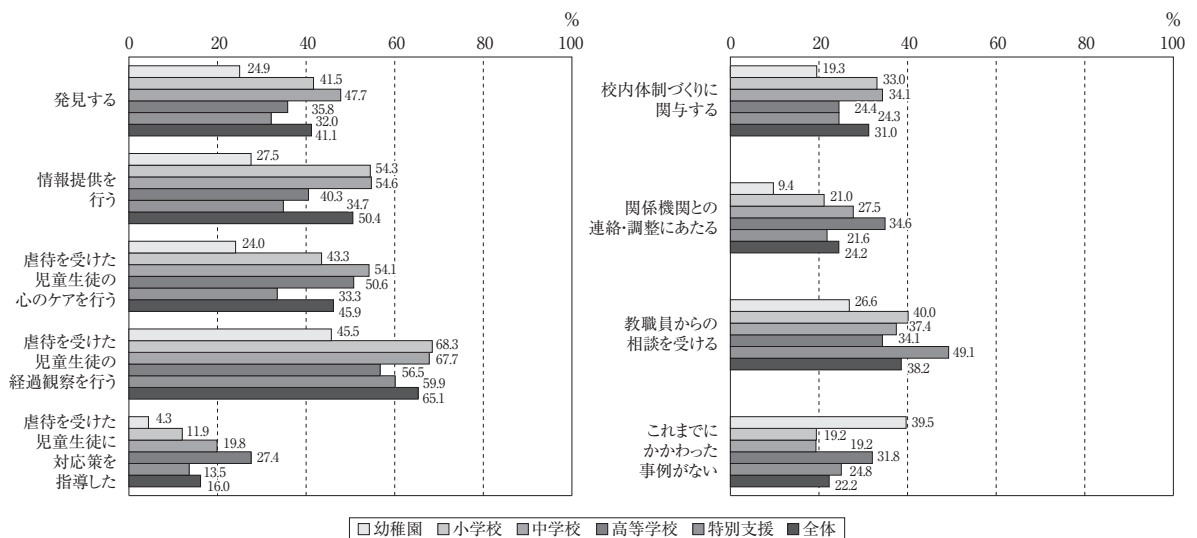
資料4 養護教諭がかかわった特別な支援が必要な園児児童生徒の状態



資料5 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6 校種別、健康相談を行った事例の内容



資料7 校種別、「児童虐待」へのかかわり

【掲載調査資料の概要】

(資料2) 特別な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
○幼稚園が87.7%と最も多く、全体では

81.8%である。
(資料3) 特別な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

○全校種で、増加している傾向にある。

(資料4) 養護教諭がかかわった特別な支援が必要な園児児童生徒の状態

○全体で「広汎性発達障害またはその疑い」の割合が最も大きく68.9%、次いで、「注意欠陥多動性障害またはその疑い」55.8%、「学習障害またはその疑い」41.9%の順となっている。

○校種別にみると、すべての校種で「広汎性発達障害またはその疑い」の割合が最も大きく、次いで幼稚園では「自閉症またはその疑い」、小学校・中学校・高等学校で「注意欠陥多動性障害またはその疑い」の順である。

(資料5) 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

○全体では「校内の支援チームの一員」の割合が70.1%と最も大きい。次いで「問題行動を起こした時の対応」64.3%、「担任・教職員からの相談への対応」55.9%の順である。高等学校では、「関係機関との連絡・調整」が43.4%で他の校種に比べて高率である。

(資料6) 校種別、健康相談を行った事例の内容

○全体では、「人間関係に関すること」の割合が最も大きく67.4%である。次いで、「頻回来室」が56.2%、「不定愁訴」53.7%の

順である。

○校種別にみると、小学校・中学校・高等学校・特別支援学校は「人間関係に関すること」の割合が大きく、幼稚園は「登校しづまり」の割合が大きい。また、中学校・高等学校は事例内容のばらつきがみられ「自傷・自虐行為」「神経症傾向」「過呼吸症候群」「性に関する問題」の割合が、他の校種に比べて大きい。中でも、高等学校では「うつ、統合失調症等精神疾患」「摂食障害」の割合が他の校種に比べて大きい。

(資料7) 校種別、「児童虐待」へのかかわり

○全体では「虐待を受けた児童生徒の経過観察を行う」の割合が最も大きく、65.1%である。次いで「情報提供を行う」50.4%、「虐待を受けた児童生徒の心のケアを行う」45.9%、「発見する」41.1%である。

○かかわった内容を校種別にみると、全ての校種で「虐待を受けた児童生徒の経過観察を行う」の割合が最も大きい。次いで、幼稚園・小学校・中学校では「情報提供を行う」、高等学校では「虐待を受けた児童生徒の心のケアを行う」、特別支援学校では「教職員からの相談を受ける」の順である。

(堀田美枝子)

7 全国学校栄養士協議会（栄養教諭・学校栄養職員）

1. はじめに

本協議会は昨年度設立50周年を迎えた。また、平成24年4月1日より公益社団法人全国学校栄養士協議会として新たにスタートすることになった。

栄養教諭制度が創設されてから7年が経過し、平成24年度は4,262名の栄養教諭が配置された。（文部科学省資料）小学校では昨年度より、中学校においては今年度より新学習指導要領が完全実施され、学校に

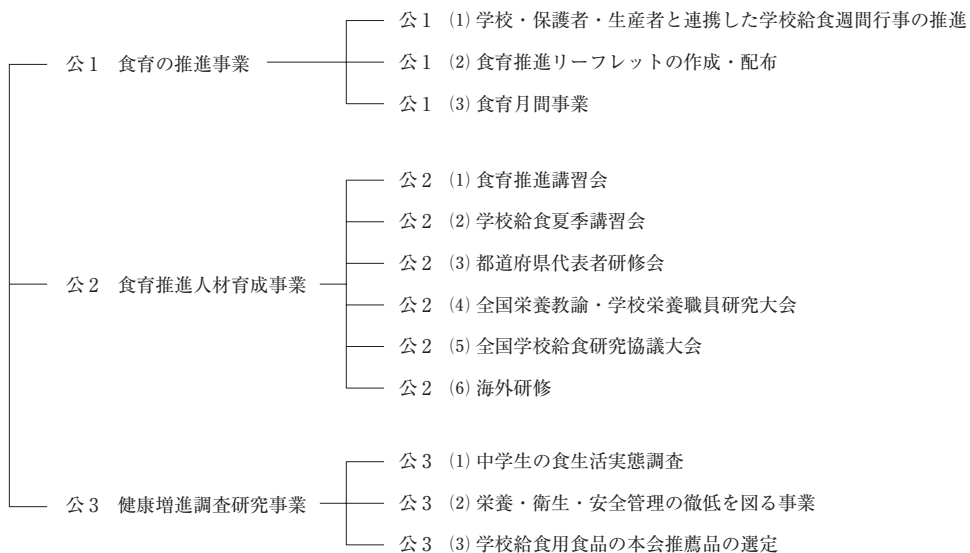
おける食育の推進の中核として栄養教諭の役割が益々重要となっている。

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、学校給食の振興および学校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、各事業を行っている。

2. 平成24年度事業の重点目標

- 学校給食の振興を図り、児童生徒および国民への食育を推進する活動をととして、児童または青少年の健全育成に寄与する。
- 学校における教育活動に根付いた食育の推進をととして、児童生徒の健全な育成と豊かな人間形成を目指し、あわせて、保護者をはじめ地域住民など広く国民の心身の健全な発達に寄与する。
- 食育の推進の中核である栄養教諭、学校栄養職員の資質の向上を図る。
- 食育の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。
- 公益社団法人への移行実現に伴い、社会における役割と責任を自覚した活動を行う。

3. 活動の概要（公益社団法人に伴う事業・組織体系図）



（公社）全国学校栄養士協議会 事業・組織体系図

4. 平成24年度事業の概要

公1. 食育の推進事業

(1) 学校・保護者・生産者と連携した学校給食週間行事の推進

- ① 健康づくりに生かした学校給食を実施
- ② 学校を中心とした地域全体で学校給食記念事業を実施
- ③ 地域産物を活用した郷土料理の作成

(2) 食育推進リーフレットの作成・配布

- ① 中学生の食生活
- ② 朝ごはんをしっかりと食べて学力アップさせよう!

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と食べて運動する。」の徹底を図る。

(3) 食育月間事業

- ① 第7回食育推進全国大会(神奈川県)平成24年6月16日(土)～17日(日)に参加

〈テーマ〉「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。全学栄養品・全学栄養いせん製品の紹介も行った。

(4) 関係団体への協力

- ① 食育推進会議(内閣府)
- ② 早寝早起き朝ごはん全国協議会
- ③ 全国地産地消連絡協議会
- ④ (公財)日本学校保健会
- ⑤ 調理講習会(栄養教諭・学校栄養職員対象)
(公財)学校給食研究改善協会
- ⑥ 親子料理講習会(児童生徒・保護者対象)
(公財)学校給食研究改善協会
- ⑦ 学校給食・学校における食育に関する絵画募集(公財)学校給食研究改善協会
- ⑧ 牛乳活用モデル教材研究会(社)日本酪農乳業協会

公2. 食育推進人材育成事業

(1) 「平成24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及び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向上を図ることを目的として、文部科学省の後援の下、実施している。

○実施予定日

平成24年 9月21日(金)～23日(日)
平成24年10月19日(金)～21日(日)
平成24年11月23日(金)～25日(日)



第7回食育推進全国大会に於いて
〈中川担当大臣と林横浜市長を迎えて〉



〈栄養クイズと指導状況〉

平成24年12月 7日(金)～ 9日(日)

平成25年 2月 1日(金)～ 3日(日)

平成25年 2月22日(金)～24日(日)

○内容<主な講演>

・栄養教諭の役割と食に関する指導

・教育改革とこれからの教育行政

☆研究授業方式で行う演習(模擬授業・研究協議)

☆成長期のスポーツ栄養

☆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 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。

(2)「第48回学校給食夏季講習会」の開催

平成24年 7月14日(土)～16日(月)

(3)「都道府県代表者研修会」の開催

(4)第53回全国栄養教諭・学校栄養職員研究大会

(東京都) 文部科学省、東京都共催

(5)全国学校給食研究協議会大会への参加(大分県)

(6)海外研修 ・研修国 オーストラリア

平成24年7月21日～28日

(7)広報活動

① ホームページ(<http://www.zenngakuei.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5年を経過し、内容も充実してきている。昨年度からは、都道府県からの研修会、講演会の開催情

報、教材の紹介等ホームページに掲載している。

② 協議会機関誌の発行(第60号、第61号発行予定)

平成22年度よりリニューアルした「協議会報」は、協議会の活動とともに、都道府県だよりに掲載し、より会員に親しみやすい内容としている。

公3. 健康増進調査研究事業

(1)中学生の食生活実態調査

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な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、昨年度中学生の食生活実態調査を実施した。今年度は結果および考察を栄養改善学会等で公表した。

(2)栄養・衛生・安全管理の徹底を図る事業

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している。

(3)学校給食用食品の研究開発

- ・災害時における非常食の開発
- ・全学栄製品および全学栄すいせん製品の選定と献立研究

5. おわりに

小学校、中学校とも新学習指導要領への完全実施や食の安全・安心についての関心等、学校における食育の重要性が高まっており、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。

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きたい。

(田川恵子)

第Ⅴ章

資料編

1 年表(学校保健や養護教諭の職務に関する年表)

平成10年度版から掲載している年表は以下の通りである。(；以下は共著者)

- 平成10年度版……1972年(昭和47年)から1997年まで全般
- 平成11年度版……(テーマ別)性教育・性指導に関する年表
視力管理に関する年表
- 平成12年度版……(テーマ別)学校安全に関する年表
食生活に関する年表；宮原志乃
- 平成13年度版……(テーマ別)障害児教育・福祉に関する年表；岸本直子・松永郁美
- 平成14年度版……(テーマ別)不登校・いじめに関する年表；波多野彩子
感染症・食中毒に関する年表；天野敬子・小川文子
- 平成15年度版……(テーマ別)子どもの住環境に関する年表；上村久美子・大塚紫帆
- 平成16年度版……平成になってからの学校保健関連年表；田中雪絵・傳田明子・福居紀美
(テーマ別)ファッションと子どもの生活・健康；大下美奈・柳幸代
(テーマ別)養護教諭の仕事をめぐる諸課題；森田のり子
- 平成17年度版……明治から平成の学校保健コンパクト年表
(テーマ別)自然破壊と子どもの健康・生活の変化；中山舞・蜷川幸恵
- 平成18年度版……学校保健・養護教諭の仕事関連の年表(明治から平成・コンパクト年表)
(テーマ別)子ども像・青少年観・家族観の変遷
- 平成19年度版……子どもの安全に関する年表(P.13～15—資料)
(テーマ別)学校と学校保健にかかわる「評価」；中蘭伸二
- 平成20年度版……学校保健法に関する年表
マイノリティと教育に関する年表；伊藤歩実・棚瀬真菜・宮寄亜由美
- 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
- 平成23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)
日本の子どもの生と死

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 国際交流・国際貢献と『学校保健の動向』；中蘭伸二

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）

	学校保健・養護教諭の仕事関連事項	子どもの生活の状況	社会状況のトピックス	文部科学省・厚生労働省などの動き
1868 M元 明治	M5.8 学制頒布 16.2 大日本私立衛生会結成 21.12 文部省直轄学校で活力検査 27.5 東京市麹町区に学校医はじめて置く 30.3 学生生徒身体検査規定公布 31.1 「公立学校ニ学校医ヲ置ク件」公布 38.12 岐阜県竹ヶ鼻小・笠松小に学校看護婦はじめて置かれる 39.6 学校伝染病予防法及消毒方法改正 41.3 学校におけるトラホーム患者の点眼に関して通牒	20年代 小学校就学率50%、女子20% 22.7 山形県鶴岡町で忠愛協会が貧困児童に給食 23. 経済不況、米騒動起こる 28. コレラ流行 33.3 未成年者喫煙禁止法制定 35頃 小学校就学率90%を越える 39.11 滝野川学園開設 40.5 教員肺結核ニ関スル注意 42.9 学校生徒飲酒取締ニ関スル注意	27.8 日清戦争勃発～ 28.3 37.2 日露戦争勃発～ 38.9	4.7 文部省置かれる 5.8 学制頒布 24.9 三島通良、文部省学校衛生事項取調嘱託となる 29.5 学校衛生顧問及び学校衛生主事設置の勅令 30.4 伝染病予防法公布 33.4 文部省大臣官房に学校衛生課設置 37.2 結核予防法公布 40.3 小学校令改正。義務教育6年に
1912 T元 大正	T2.3 大日本学校衛生協会結成 2.4 奈良県にはじめて学校衛生主事 4.4 千葉県木更津町に初の学校歯科医 5.6 文部省に学校衛生官 北豊吉 8.8 学校伝染病予防規程制定 10.5 帝国学校衛生会「学校衛生」創刊 10.7 学校衛生課長に北豊吉就任 10.8 文部省、机腰掛け標準に関する通達 14.4 埼玉県、訓令により学校歯科医設置	元.8 高松市四番町小で休暇集落実施 7.7 米騒動 インフルエンザ流行 8.8 トラホーム予防法施行規則公布 9 東北地方冷害 身売りも 15.4 東京市鶴巻小で養護学級	2. 東北・北海道凶作 3.7 第一次世界大戦勃発～ 7.11 5. 世界恐慌 日本にも波及 9. 東北地方冷害 12.9 関東大震災発生	3.11 文部省、第1回学校衛生(学校医)講習会開催 5.11 文部大臣の諮問機関として学校衛生会設置
1926 S元 昭和	S元.12学校清潔方法改正 4.10 「学校看護婦ニ関スル件」訓令 11.4 ターナー、C.E. 来日 16.2 国民学校令制定により「養護訓導」 17.4 養護訓導養成所が弘前、岡山に 21.1 日本学校衛生会設立 21.2 「学校衛生刷新ニ関スル件」通達 22.3 学校教育法制定により「養護教諭」 22.11 第1回全国学校衛生大会（東京）	3.11 ラジオ体操放送開始 7.7 農漁村の欠食児童20万 18.6 学生の勤労奉仕を法制化 19～ 集団疎開 22. 「浮浪児」の存在・貧困の拡大 22.1 ララ物資による学校給食	14.9 第二次世界大戦勃発 16.12 大東亜戦争開戦 20.8 第二次世界大戦終結 20.12 女性の参政権を認めた選挙法 21.11 日本国憲法公布 22.12 児童福祉法公布 23. 日本脳炎大流行 死者2,620	13.1 厚生省新設 13.4 保健所法公布 22.3 学習指導要領一般編（試案） 22.3 教育基本法・学校教育法公布 22. 新・保健所法公布 22.9 労働省設置

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		30下期～ 神武景気～ 32上期	
29.10 日本学校保健学会結成		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	33.8 学習指導要領道徳編告示
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 35.9 カラーテレビ本放送開始	34下期～ 岩戸景気～ 35下期	36.9 ～ 全国一斉学力調査
39. 学校環境衛生の基準		36.2 医療費値上げ問題	
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
42.8 全国養護教員研究会発会		41. 交通事故死者数13,904人	41.10 中教審「期待される人間像」
	45.7 東京都杉並区で光化学スモッグ	42.8 公害対策基本法	43.7 ～ 第3次学習指導要領改訂
47.12 保健体育審議会答申		43. 大学紛争、三億円事件	
		45.6 交通安全対策基本法公布	46.6 中教審答申
52.7 学校教育法施行規則の一部改正		46.12 インド・パキスタン戦争～	47.7 教養審答申
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	47.2 浅間山荘事件	49.2 人材確保に関する特別措置法
	55. この頃 校内暴力頻発 55.10 尾鷲中に警官出動	48.10 第1次石油ショック	52.7 ～ 第4次学習指導要領改訂
57.6 日本学校健康会法可決成立	58.2 忠生中で教師による刺傷事件	52.9 日航機ハイジャック事件	53. 市町村保健センターの制度化
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	54.1 第2次石油ショック	54. 養護学校義務化
	61.2 富士見中でいじめによる自殺	54.12 アフガン紛争～ 63.4	55.4 40人学級12年計画開始
63.7 学校保健課が学校健康教育課に		60.8 日航機 御巣鷹山に墜落	56.6 公衆衛生審、結核健診の答申
		63.8 イラン・イラク戦争停戦	58.6 エイズ研究班 発足
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	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）
1990 H2	1.13 大学入試センター試験実施 7.6 神戸高塚高で校門圧死事件 スーパーファミコン発売	11.20 子どもの権利条約を採択 12. エイズ予防法制定 10.1 バブル経済崩壊 10.2 東西ドイツ統一 1.17 湾岸戦争～ 2.24	63.12 教育職員免許法一部改正（専修・一種・二種に）
1991 H3	7.26 文体保24通知「二輪車の事故防止に関する総合対策について」	2.9 美浜原発事故 2. エイズ予防法施行 5.15 育児休業法成立 12.25 ソ連消滅	3.15 第5次学習指導要領改訂。生活科導入
1992 H4	第4期学力問題・新学力観を巡って 日本学校保健会「児童生徒の健康状態サーベイランス事業」開始	3.2 京都でワシントン条約会議開幕 4.30 ロスアンゼルス暴動	日本初のエイズ母子感染報告 3. 指導要録改訂「新しい学力観」 6.3 大学設置基準一部改正（大綱化） 10.25 特殊教育諸学校学習指導要領改訂

1993 H5	6. 「学校環境衛生の基準」の 全面改訂	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 MMRワクチン接種中止 医療保険制度の改正「在宅 医療」 地域保健法 6. 母子保健法一部改正 7.1 予防接種法改正 9.28 予防接種法・結核予防法 の一部改正にともなう施行規 則の改正 12. エンゼルプラン策定
1994 H6	「小学校保健指導の手引」 改訂	BCG接種を努力義務に	北海道西南沖地震により津波 1.17 ロスアンゼルス地震 死者61	
1995 H7	3. 学校教育法施行規則一部 改正「保健主事は教諭又は養護 教諭をもってこれに充てる」	11.27 大河内清輝君自殺 4. ～ 学校週5日制週2回に	1.17 阪神淡路大震災、死者6,300 3.20 地下鉄サリン事件 4.19 経済同友会「合校」提言 高齢社会対策基本法 3.29 HIV訴訟和解	
1996 H8	日本看護協会「専門看護 士制度」	7.13 堺市でO-157発生	4.1 らい予防法廃止	7.19 中教審第一次答申「生き る力」 12. 「成人病」を「生活習慣病」に 子どもの心の健康づくり対策事業
1997 H9	8. 学校給食の衛生管理徹底 9.22 保体審答申 ヘルスプロ モーション強調	7.31 O-157、伝染病に指定 たまごっち流行 5.27 神戸小学生連続殺人事件	1.9 タンカー沈没、重油流出 2.23 クローン羊誕生 4.1 消費税5%に 7.16 臓器の移植に関する法律	6.26 中教審第二次答申 7.28 教養審答申
1998 H10	7.1 教育職員免許法附則一部改 正 (養護教諭が保健の教科の担当可に)	12.16 ポケモン失神 1.19 千葉大工学部で初の飛び入学 5.2 元XJAPANのhide自殺 薬物乱用防止5か年戦略	12.9 介護保険法成立 12.11 京都議定書採択 4. 介護保険制度開始 6月の完全失業率4%で過去最 悪更新 7.5 世界初のクローン牛誕生 7.26 和歌山市で毒入りカレー事件 10.12 大阪府能勢町で高濃度の ダイオキシシン 焼却施設閉鎖 1.1 欧州単一通貨ユーロ誕生	11.17 教課審中間まとめ 12.28 教養審答申
1999 H11	第4期学力問題・・学力低下論。 大学生から小・中学生まで。 3. 「学校における性教育の考 え方、進め方」発行	3.1 CD「だんご三兄弟」発売 5.29 喋るベットロボット、ファー ビー発売 6.1 アイボ発売 3.4 プレイステーション2発売 5.3 西鉄高速バスハイジャック事件	4.1 男女雇用機会均等法制定 8.9 国旗・国歌法成立 9.30 東海村で臨界事故 6.30 雪印乳業の加工乳で食中毒 9.1 三宅島からの全島避難を決定 11.5 旧石器捏造問題発覚 12.1 BSデジタルの本放送開始 12. ADSLの本格的サービス 開始 —— ミレニアムで大騒ぎ ——	7. 教課審答申「ゆとり教育」 12. 第6次学習指導要領改訂 12.14 学校教育法施行規則改正 (総合的な学習の時間) 3.1 学習指導要領(高校およ び盲・聾・養護学校)告示 新エンゼルプラン策定 4. 感染症法施行 7. 結核緊急事態宣言 法律52号 児童買春、児 童ポルノに係る行為の処罰及び 児童の保護等に関する法律 3. 栄養士法一部改正 管理 栄養士が免許制に 6.7 文部科学省組織令公布 法律82号 児童虐待の防 止等に関する法律 「健やか親子21」策定
2000 H12				
2001 H13	NPO日本健康教育士養成 機構発足	3.31 ユニバーサルスタジオ ジャパン 6.8 大阪教大附属池田小事件	1. 経済財政諮問会議設置 5.11 ハンセン病国家賠償訴訟 判決	「厚生労働省」に

2002 H14	4. 小学校3・4年生から保健の学習 ICIDH制定	6.20 生涯出生率1.35%と公表される	9.11 世界貿易センタービルなど同時多発テロ	
	2.5 「学びのすすめ」 学校環境衛生の基準の一部改訂についての通知	7.20 アニメ「千と千尋の神隠し」 夏 手錠の女子生徒高速道で事故死	9.22 日本で初のBSE、千葉県で	
2003 H15	3.29 学校保健法施行規則の一部改正	9.4 東京ディズニーシー開業	1.1 ユーロの流通開始 健康増進法	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」	4. 学校週5日制完全実施	5.31 日韓共同開催のワールド カップ	
2004 H16	2.13 「栄養教諭」創設の最終報告	11. 小・中でツ反・BCG廃止	6.23 岡山県新見市で初の電子 投票	
	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	12.14 学力テスト結果公表	8.5 住基ネットスタート	
2005 H17	5. 平均栄養所要量の基準の改訂		8.16 アザラシたまちゃん、人 気者に	
	10.1 独立行政法人日本スポーツ 振興センター法	薬物乱用防止新5か年戦略	12.1 東北新幹線、八戸まで開業	
2004 H16	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)	7.1 長崎・園児誘拐殺害事件 2002年度の不登校児童生 徒数が前年度を下回ったとの 報告	2.1 スペースシャトルコロ ンビア空中分解	3. 今後の特別支援教育の在 り方について(最終報告)
	2.10 「学校環境衛生の基準」の 一部改訂		3.20 米英がイラク攻撃開始	
2005 H17	5.14 学校教育法等の一部改正 (栄養教諭制度の創設)		3.28 SARSを指定感染症に指定	
		3.26 六本木の回転ドアで6歳男 児死亡	4.25 六本木ヒルズ開業	
2005 H17	3. 食育基本法	6.1 長崎・小6女児同級生殺害 事件	5.23 個人情報保護法関連5法成立 次世代育成支援対策推進法 少子化社会対策基本法	9.2 薬物乱用防止教育の充実 について
	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	6.10 合計特殊出生率1.29と公表	1.8 BSEにより吉野屋新メ ニュー	12. 中教審「今後の学校の管理 運営の在り方について」中間報告
2005 H17	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	9.10 「ニート」全国で52万人と 推定	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
		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」	3.30 教科書検定結果発表。「発 展」の枠組みで内容復活
2005 H17		2.14 寝屋川市小学校で教師刺 殺される	8.9 美浜原発で蒸気噴出5名死 亡	4.1 国立大学の法人化
			9.1- 北オセチア共和国で学校テロ	
2005 H17			10.15 水俣病、最高裁が国の責 任認定	
			10.23 新潟・中越地震	12.1 特別支援教育を推進する ための制度の在り方について (中間報告)
2005 H17			12.26 スマトラ沖大地震	
			2.8 ライブドア騒動	
2005 H17			2.16 京都議定書発効	
			4.25 JR東塚線脱線事故。107 人死亡	4. 発達障害者支援法施行
2005 H17			4.25 エイズ患者が計1万人を超 す。	4.1 発達障害のある児童生徒等 への支援について(通知)
			6末 アスベストによる健康被 害拡大が判明	
2005 H17			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。	4.5 中学校教科書検定結果発 表。脱「ゆとり教育」の方向。

2006 H18	4. 早寝・早起き・朝ごはん 国民運動 栄養教諭制度26道府県307 人に。	11.22 広島で小1女児殺害される 12.2 今市市で小1女児殺害される 12.10 宇治市で塾講師が小6女児 殺害	10.1 バリ島で同時テロ 10.14 郵政民営化法成立 11.17 マンション等耐震強度偽 装発覚	12.6 登下校時における幼児児 童生徒の安全確保について 12.22 「犯罪から子どもを守るた めの対策」 1.16 鳥インフルエンザ及び新 型インフルエンザへの対応等 について 3.31 学校教育法施行規則一部改正 (軽度発達障害の通級指導など)
			12.22 人口動態調査で初の自然 減 3. 食育推進基本計画 4.13 東京都教委、職員会議で の挙手・採決禁止	
2007 H19	12.15 新・教育基本法成立 22 公布施行	4. 麻しん・風しん、2回接種 制度 6. 「ダメ。ゼッタイ。」キャ ンペーン 7.31 ふじみ野市営プールで女 児死亡 8.10 大学・短大への進学率52.3% 秋～冬 ノロウィルスによる 感染性胃腸炎 3～5月 関東の大学中心には しか流行	6.1 8年連続で自殺者3万人超 と。 7.26 平成18年7月豪雨 9.6 秋篠宮家に男児誕生	6. 自殺対策基本法 3.31 結核予防法廃止
			4.24 全国学力・学習状況調査 犬山市は不参加 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)	
2008 H20	3. 「食に関する指導の手引」 7.10 学校環境衛生の基準の一部 改訂 11. 「学校の危機管理マニユア ル—子どもを犯罪から守るた めに」	1. 中教審答申「子どもの心 身の健康を守り、安全・安心 を確保するために学校全体と しての取組を進めるための方 策について」 3. 小・中学校学習指導要領改訂 3. 「学校のアレルギー疾患に 対する取り組みガイドライン」 4. 「薬物乱用防止教室マニユ アル」改訂 5. 学校における感染症予防 についての見直し 6. 学校保健安全法成立	7.16 新潟県中越沖地震。原発 停止 1.30 冷凍ギョーザ事件。メタ ミドホス混入 4.15 「後期高齢者医療制度」 5.12 四川大地震。死者は7万余り	6.20 学校教育法一部改正
			6.18 小学生が屋上天窓から転 落死 8. 全国学力テスト結果公表。 生活習慣などとの関連も。	
2009 H21	3. 高等学校・特別支援学校 学習指導要領改訂 4. 学校保健安全法施行	8.7 新型インフル流行期に 「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%	5.12 四川大地震。死者は7万余り 6.14 岩手・宮城内陸地震 9.5 事故米転用事件	9. 薬物乱用防止教育の充実 について(通知) 教員免許更新制講習、本格実 施
			7. マイケル・ジャクソン急死 8.6 酒井法子に逮捕状 8.30 衆議院総選挙「政権交代」 1. ハイチでM7.0、死者22万 228 チリでM8.8、津波は日本 にも。	
2010 H22	4.18 もし児童生徒が自殺した ら?の対応マニュアルを学校 に配布	4. 学力調査3割の抽出式で。た だし75%で実施	4. アイスランドで火山噴火 4. 宮崎県で口蹄疫 4. メキシコ湾で原油流出 7. 野球賭博で相撲界大揺れ 8. 猛暑で熱中症による死亡 多発 1. 鳥インフル、各地で発生 山陰などで豪雪 1.26 新燃岳で52年ぶりに噴火	6. 教員養成見直しを中教審 に諮問 7. 学級定員減(35人を)提言
			タイガーマスク現象	
2011 H23				

2012 H24	4. 学校保健安全法施行規則 一部改正	2. 大学入試でケータイによる不正	2. ニューゼalandで地震	4.19 「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」通知
	4. 小学校で外国語（英語）活動、必修に	3. 東日本大震災および原発からの放射能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18,800人	
	4. 予防接種法一部改正	4. 15歳未満、初の脳死移植	3.15 福島第1原発2号機放射能大量放出	
		4.18 栃木でクレーン車暴走6人死亡	3. 大卒就職率、91%で最低	
			6.28 B型肝炎訴訟、和解に	
			9. 台風12号・15号による豪雨	
			10. タイで洪水	
			10.31 世界の人口、70億人に	
	3. 大阪府教育条例成立。教育委員長辞任	4.23 亀岡市で無免許・居眠り運転により集団登校の児童ら死傷	4.12 京都・祇園で車の暴走7人死亡	
	4. 中学校で武道、必修に	6. 6歳未満、初の脳死移植	4.29 関越道でバス衝突	
			5.6 北関東で竜巻	
			5. 東京スカイツリー開業	

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)

その2 国際交流・国際貢献と『学校保健の動向』

	文部省・文部科学省 および学・協会	厚生省・厚生労働省 および他省庁	WHOなど国際レベル および諸外国での動向	
明治27	東京市麹町区に初の学校医			1894
28			イギリスでナショナルトラスト運動	1895
38	岐阜県笠松小学校に初の学校看護婦			1905
昭和11	C.E.ターナー来日			1936
18			ロスアンゼルス 光化学スモッグ	1943
19				44
20				45
21	日本学校衛生会設立		第1回国際連合経済社会理事会（ロンドン）でWHO設置を決定 国際保健会議（ニューヨーク）で世界保健機関憲章を採択	46
22				47
23			12.10 世界人権宣言 国際自然保護連合IUCN	48
24	教育基本法			49
25				50
26			第4回世界保健総会で日本のWHO加盟が承認 IUHPE:International Union for Health Promotion and Education 創設	51
27			12.ロンドン事件	52
28				53
29	日本学校保健学会設立	コロンボプラン加盟		54
30		イタイイタイ病		55
31		水俣病発見	12.18 第11回国連総会で日本の加盟が承認される	56
32				57
33				58
34	『学校保健研究』創刊、諸外国の状況の紹介始まる		11.20 児童権利宣言 第14回国連総会で採択	59
35			OECDの下部機関DAC（開発援助委員会）発足	60
36		小児マヒの大流行、ソ連の生ワクチン輸入	6.南極条約発効 世界野生生物基金	61
37		サリドマイド禍でイソミンなどの製造販売中止の勧告 煤煙の排出の規制等に関する法律	レーチェル・カーソン『沈黙の春』	62
38	日本キリスト教海外医療協力会			63
39		ドイツと社会保険に関する技術交流		64
40		日米医学協力計画が閣議了承		65
41			国連開発計画 UNDP設立	66
42	日本国際医療団	8.公害対策基本法制定	IUCN、レッドデータブックを 3.18.トリール・キャニオン号事件 発行	67
43	第5回国際学校保健医学会（ブラハ）			68
44	家族計画国際協力財団			69
45		7.東京都杉並区で光化学スモッグ 海洋汚染および海上災害の防止に関する法律		70
46	第6回国際学校保健医学会（リスボン）	7.環境庁発足	ラムサール条約（'75発効）	71

47		自然環境保全法制定	第27回国連総会の決議で国連大学設立	D.H.Meadows et al.『成長の限界』	72
48		5.NOxの環境基準設定	6.国連人間環境会議（ストックホルム）	第1次石油ショック 西アフリカで干ばつ	73
49	国際学校保健協会東京シンポ	7.日仏科学技術協力協定 10.日独科学技術協力協定 国立公害研究所設立	ワシントン条約（'75発効）	アメリカで干ばつ	74
50		8.国際協力事業団JICA設立		Rowlandら、オゾン層が減少しその原因がフロンであることを報告	
51	『学校保健研究』18-1で特集「学校保健の国際比較」		ロンドン条約発効	ソ連で暖冬・干ばつ 西ヨーロッパで猛暑	75 76
52				北アメリカに寒波	77
53		10.国立水俣病研究センター		スリーマイル島事故	78
54			ウィーン条約（長距離越境大気汚染条約）	N.Myers『沈みゆく箱舟』	79
55		5.日中科学技術協力協定 ラムサール条約、ワシントン条約、ロンドン条約発効			80
56	（助）日本学校保健会に海外情報提供事業委員会「海外情報ニュース」 P.Nadar来日		ユニセフ「世界児童白書1981」発表	6.エイズが初の公表	81
57	『学校保健研究』24-5で特集「諸外国の保健教育の動向」	国際救急医療チームJMTDR組織 難民条約・議定書に加入		「エイズ」の命名	82
58				10.日本南極観測隊がオゾン減少を発見	83
59	臨時教育審議会			日本南極観測隊がオゾン減少を報告	84
60	日本学校保健学会自主シンポ「学校保健研究の国際交流をめぐって」		オゾン層保護のためのウィーン条約		85
61			オタワ憲章（WHO第1回ヘルスプロモーション国際会議） 12.1 FAOは85年世界食料報告で「アフリカの危機的な飢餓状態は脱した」と発表 WWF世界自然保護基金に変更	4.26 チェルノブイリ原発事故 エルニーニョ現象	86
62		JETプログラム開始	2.27国連環境特別委員会が持続的開発の8原則の「東京宣言」ブルントライト委員会「持続可能な開発」の概念 モントリオール議定書（フロン対策）	南極のオゾン層50%減 この冬、北ヨーロッパ寒波 ヨーロッパで大雨 東南アジアで干ばつ	87
63	『学校保健研究』30-3で特集「学校保健の国際交流」	5.WHO総会でエイズ対策費として20万ドルの拠出を申し出る 国際緊急援助隊の派遣に関する法律公布 3.独立法人環境再生保全機構 10.国立公衆衛生院に国際協力室	1.エイズ・サミット（ロンドン） 中嶋宏博士がWHO本部事務局長に	アメリカ中東部に熱波、大干ばつ	88
	日本学校保健学会シンポ「アジア・太平洋地域の学校保健の現状と課題」	8.WHOと共催でエイズカウンセリング国際会議を東京で		スーダン、バングラディッシュ洪水	

	日本学校保健学会、IUHPEに 団体会員として登録		トロント会議（CO ² 対策）	北海でアザラシ大量死	
平成01	『学校保健研究』31-5で特集 「海外特集」	3.NHK特集『地球汚染』 ウィーン条約、モントリオール条約発効 5.国際課に国際協力室設置	『地球環境元年』 WHOセーフコミュニティ協働センター設立（カロリンスカ） 3.国連環境計画UNEP（バーゼル）で有害廃棄物管理条約（バーゼル条約） 環境サミット（ハーグ）	8.カリンB号事件 イタリア・セベソ事件 3.エクソン・バルディーズ号座礁	89
02	『学校保健研究』32-9で特集 「海外特集」	11.IPCC気候変動に関する政府間パネル 1.化学物質審査規制法		1.17 湾岸戦争で原油63万kl流出	90
03		10.地球環境研究センター	三大感染症による死亡 年間1250万		
04	健康教育世界会議（IUHE）に日本学校保健学会が入会	自動車NOx法制定	7.ウイングスブレッド宣言 5.バーゼル条約発効	E.O.Wilson『生命の多様性』	91 92
	『学校保健研究』34-1で特集 「国際協力」	政府開発援助ODAの大綱を発表 6.国際緊急援助隊法改正により自衛隊も。 7.日米包括経済協議 1993-1997の4年間、ブラジルと	6.第1回地球サミット（リオデジャネイロ） 「アジェンダ21」採択		
05		10.国立国際医療センター開設 11.環境基本法制定	アマゾン川水銀汚染の協同研究 WHO結核非常事態宣言 12.生物多様性条約発効		93
06					94
07	8.第15回健康教育世界会議を幕張メッセで開催	容器包装リサイクル法制定	世界学校保健イニシアティブ（Global School Health Initiative）		95
学校保健の動向07	日本学校歯科医会は「FDI（国際歯科連盟）、APDF（アジア太平洋歯科連盟）、APRO（FDI・アジア太平洋）との交流および連携の強化」を記載している。（P.193）				
	日本学校保健学会は「韓国学校保健学会、米学校保健学会等との交流にも努めている。」と記載している。（P.199）				
	第8編に「国際学校保健事業」を掲げ、文献からの抄録と諸外国の動向の記事を載せている。				
08	日本学校保健会海外委員会「海外情報ニュース」No.30、31 日本学校保健学会に国際交流委員会 日本学校保健学会シンポ「エイズ教育と国際保健」 『日本健康教育学会誌』3-1で特集「第15回健康教育世界会議」	3.神戸市にWHO健康開発総合研究センターを設立 6.先進国首脳会議で世界福祉構想を提唱（リヨン・サミット）	包括的学校健康教育とプロモーション「ヘルスプロモーションスクール」 1.国連合同エイズ計画 UNAIDS設立	Theoコルボーンら『奪われし未来』	96
09	9.22 保体審答申でヘルスプロモーション強調	3.環境庁「外因性内分泌攪乱化学物質問題に関する研究班」発足 6.環境影響評価法制定	ジャカルタ宣言（WHO第4回ヘルスプロモーション国際会議） 気候変動枠組み条約の京都議定書		97
	日本学校保健会海外委員会「海外情報ニュース」No.34、35			Deborah キャドバリー『メス化する自然』	

学校保健の動向09	日本学校歯科医会は「FDI(国際歯科連盟)、APDF(アジア太平洋歯科連盟)、APRO(FDI・アジア太平洋機構)との交流および連携の強化」を(P.240)	WHO Technical Report Series 870 "Promoting Health Through Schools"	
	第8編に「国際学校保健事業」を掲げ、「特に米国の学校保健学会(ASHA)やUNESCO、WHO、ILO、FAO、UNICEF、OECD、UNU(国連大学)等と連携して、児童・生徒の健康増進に関する新しい諸活動の情報の収集に努めている。」とし、文献からの抄録を5編掲載している。		
10	11.NHKスペシャル『生殖異常-しのびよる環境ホルモン』	11.第13回国際比較内分泌会議(横浜市)	
	12.14 学校教育法施行規則改正により「総合的な学習の時間」がおかれる。	南極条約環境保護議定書	98
動向10	「学校保健行政の動向」に「3国際学校保健情報」を位置づけ、文献からの抄録を6編掲載している。(P.172-176)		
11	12.ダイオキシン類対策特別措置法制定	英国で「ヘルシースクールスタンダード」	99
動向11	Ⅵ 学校保健行政・学会の動向 3.学校保健関連学協会の動向(国際保健を含む)の中で、第45回日本小児保健学会の特別講演「中国・新疆ウイグルの子ども達の生活について」と日本健康教育学会第7回大会の特別講演「米国の環境教育・健康教育・栄養教育」(イソベルR.コンテンツ氏による)が取り上げられている。(P.186-187)	尾身茂博士がWHO西太平洋地域事務局長に	
12	日本学校保健学会シンボ「東アジアの学校保健活動とヘルスプロモーション」		
	文部科学大臣の私的懇談会「国際教育協力懇談会」	1.ダイオキシン類対策特別措置法施行 5.循環型社会形成推進基本法制定 8.G8九州・沖縄サミットで沖縄感染症対策イニシアティブを発表	2000
動向12	Ⅵ 学校保健行政・学会の動向 3.学校保健関連学協会の動向の中で日本公衆衛生学会第58回総会のシンポジウム「国際保健における地域保健の推進」が紹介されている。(P.169-170)	9.ニューヨークで国連ミレニアムサミット「8つのミレニアム開発目標MDGs」	
13	4.環境省発足。国立環境研究所は独立行政法人化	1.東アジア酸性雨モニタリングネットワークEANET 5.残留性有機汚染物質に関するストックホルム条約(POPS条約)採択	01
動向13	水俣病情報センター、国内外に発信		
	6.自動車NOx法改正⇒NOx・PM法		
14	Ⅵ 学校保健行政・学会の動向 3.国際学校保健の動向の中で、IUHPEの活動としてバリで開催された第17回健康教育世界会議の紹介、タイの学校保健教育の紹介がある。(P.202-205)	世界エイズ・結核・マラリア対策基金設立	02
	国際緊急援助隊をベトナムに派遣		

動向 14	Ⅵ 学校保健行政・学会の動向 4.国際学校保健の動向の中で1. オーストラリアの学校健康診断 2.フランスの学校保健が紹介されている。(P.235-239)	8.ヨハネスブルグサミット「持続可能な開発に関するヨハネスブルグ宣言」 UNEP管理理事会でSAICM国際化学物質管理戦略 決議 5.世界保健総会で「たばこ規制枠組条約」採択	03
15	国際教育協力拠点システム構築事業 日本教育医学会で国際共同シンポ：第10回日・韓健康教育シンポジウム記念大会	2003年欧州熱波	
動向 15	Ⅵ 学校保健行政・学会の動向 6.国際学校保健の動向の中で、国際連合世界食料計画（WFP：The United Nations World Food Programme）と学校保健が、7.国際教育協力（学校保健・健康教育領域）で、文部科学省のそれに「今年からは・学校保健・健康教育が加わった」ことを紹介している。(P.232-237)	湾岸戦争で原油63万KI流出	
16		ハリケーン・ジーン（ハイチ） バン格拉ディッシュ大洪水 スマトラ沖大地震	04
17	日本学校保健学会シンポ「日本・中国・韓国の子どもと養護教諭（同類職種）の仕事」 海外委員会「海外情報ニュース」最終号（No49）	5.世界保健総会で「国際保健規則IHR」改正 グローバル化した世界における健康決定要因への対策としてのバンコク憲章（WHO第6回ヘルスプロモーション国際会議） WHO・UNICEFによる子どもの傷害予防会議	05
動向 17	コラム「進む学校保健の国際協力と課題」でFRESH、ACIPAC、UNICEF、などに対してわが国での課題として、専門家の育成・情報センター・事務組織・国別の戦略の研究策定、を挙げている。(P.161)	ハリケーン・カトリーナ（USA） 英国で「ヘルシースクール・ステイタス」	
18	4.7 第三次環境基本計画 大澤清二ら『開発途上国における学校保健協力のあり方—日本の学校保健の経験と開発途上国における応用—』JICA国際協力総合研究所 日本学校保健学会シンポ「ヘルスプロモーションと学校保健」「セーフティプロモーションと学校保健」自由集会「台湾のヘルスプロモーションスクール」	2.国際化学物質管理会議（ドバイ）SAICM採択 2006年欧州熱波	06
19	文部科学省「国際協力イニシアティブ」実施 『日本健康教育学会誌』15-3で特集「韓国の健康教育の現状と日韓交流のあゆみ」 日本学校保健学会シンポ「ヘルシースクール—世界の潮流—」「ヘルシースクールを推進する養護教諭」「ヘルシースクールにおけるネットワークづくり」	「子どもと青年の傷害予防：国際的実施要請」報告書 6.改正国際保健規則IHR発効	07
動向 19	第Ⅳ章 国際学校保健に関する二つの領域で、1.国際機関の動向 2.わが国の開発協力 3. 諸外国の学校保健として研究報告の紹介と、「ミャンマーにおける学校保健」「英国・米国の学校保健の動向」が紹介されている。(P.147-157)	サイクロン・シドル（バン格拉ディッシュ）	

20	『日本健康教育学会誌』16-1で特集「日本健康教育学会の国際戦略」 日本学校保健学会特別企画「日韓ジョイント学校保健シンポ」	第IV章 国際学校保健に関する二つの領域で、1. 国際機関の動向 2.わが国の開発協力として（社）日本医師会によるネパールでの学校保健活動の紹介 3. 諸外国の学校保健で英国・米国の学校保健の動向が紹介されている。（P.137-148）	G8洞爺湖サミットで「国際保健に関する洞爺湖指針」	サイクロン・ナルギス（ミャンマー）	08
21	第1回アジア太平洋ヘルスプロモーション健康教育学会を幕張メッセで開催	「新型インフルエンザ（A/H1N1）対策・取組での国際協力」	ヘルスプロモーション実践活動格差を埋めるためのナイロビ行動要請（WHO第7回ヘルスプロモーション国際会議） 三大感染症による死亡 年間880万		09
22	『日本健康教育学会誌』18-1、3、4で特集「セーフティプロモーション」	国際緊急援助隊をハイチ地震に派遣 4.独立行政法人国立国際医療研究センターに。 MDGsに母子保健支援モデルEMBRACEを提示。	5.世界禁煙デーのシンポ（東京） 6.G8ムコスカサミット（カナダ） 10. COP10 名古屋市で。 12.COP16カンクンで。	1. ハイチでM7.0、死者22万	10
23	『日本健康教育学会誌』19-1、2で特集「IUHPE 世界大会：ヘルスプロモーション・健康教育の最新動向2010」 日本学校保健学会シンポ「日本・韓国の養護教諭同類職種の役割」	3.東日本大震災で海外からのボランティアを含め援助を受ける 4.環境影響評価法一部改正			11
24		コラム「国際学校保健・国際協力の動向」で「ネパール国における学校保健・栄養プログラムの動向」が紹介されている。（P.178）		10.タイで大洪水	12

- 参考文献 1) 学校保健の動向 各年度版
2) 鴨志田公男ら 環境省 インターメディア出版 2001
3) 学校保健研究 日本学校保健学会 2003-2012
4) 日本健康教育学会誌 日本健康教育学会 1993-2012
5) 外交青書2011
6) 国民衛生の動向2011/2012

(野村和雄・中園伸二)

2 最近の日本学校保健会発行物一覧 (平成19年度～平成23年度)

発行年度	書 名	販売	学校保健ポータルサイト掲載
平成19年度	医薬品の正しい使い方指導者用解説 (高校生用)		○
	学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン	○	○
	学校生活管理指導表 (アレルギー疾患用)		○
	学校生活管理指導表 活用のしおり～主治医用～		○
	学校生活管理指導表 活用のしおり～保護者用～		○
	学校生活管理指導表 活用のしおり～教職員用～		○
	みんなが見やすい色環境		○
	平成18年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書		○
	保健室利用状況に関する調査研究報告書	○	○
	21世紀・新しい時代の健康推進学校の実践―第6集―		
平成20年度	学校心臓検診の実践―平成20年改訂―	○	○
	これからの中学校保健学習	○	○
	これからの小学校保健学習	○	○
	薬物乱用防止教室マニュアル<改訂>	○	○
	平成20年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書		○
	21世紀・新しい時代の健康推進学校の実践―第7集―		
平成21年度	足の健康と靴のしおり (改訂版)		○
	医薬品と健康 (高校生用)		○
	学校の運動器疾患・障害に対する取組の手引き		○
	これからの高等学校保健学習	○	○
	養護教諭研修プログラム作成委員会報告書	○	○
	みんなで進める学校での健康づくり	○	○
	保健室経営計画作成の手引き	○	○
	食と咀嚼に対する実態等調査報告書	○	○
	喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導参考資料小学校編	○	○
	学校における薬品管理マニュアル	○	○
	学校における水泳プールの保健衛生管理		○
	21世紀・新しい時代の健康推進学校の実践―第8集―		
平成22年度	[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―	○	○
	「医薬品」に関する教育の考え方・進め方		○
	喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導参考資料中学校篇	○	○
	21世紀・新しい時代の健康推進学校の実践―第9集―		
	学校と家庭で育む子どもの生活習慣	○	
	子どもの心のケアのために 一災害や事件・事故発生時を中心に― (文部科学省発行)	○	
	メディアリテラシーと子どもの健康調査委員会報告書	○	○
平成23年度	学校生活とコンタクトレンズ (改訂版) (PDF)		○
	「喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導参考資料」高等学校編改訂版	○	○
	学校保健の課題とその対応	○	○
	平成22年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書	○	○
	平成22年度保健学習推進委員会報告書	○	○
	学校検尿のすべて	○	○
	学校歯科保健実践事例集	○	○
	保健主事のためのマネジメント事例集	○	○
	教職員のための子どもの健康相談及び保健指導の手引 (文部科学省発行)	○	
	学校における情動・社会性の学習―就学前から高等学校まで―	○	
	21世紀・新しい時代の健康推進学校の実践―第10集―	○	

※本書「学校保健の動向」は昭和48年から毎年発行している。

索引

数字は頁数

- ア**
 アタマジラミ 3
 新しい学習指導要領 38
 アデノウイルス 27
 アトピー性皮膚炎 34 35 50 53
 54 58 60 61 154
 アナフィラキシー 34 35 53 54
 58 59 60 61 83
 アナフィラキシーショック 60
 アレルギー疾患に関する調査研究 34 35 59
 アレルギー疾患に関する調査研究報告書 35
 アレルギー性結膜炎 34 35 44
 45 53 58 60
 アレルギー性鼻炎 34 35 50 53
 58 60
イ
 「生きる力」をはぐくむ学校での
 歯・口の健康づくり 117 153
 いじめ 49 54 56 70 74 77 78
 119 130 133 139 153 164
 医薬品教育 136
 医薬品の適正使用 136 159
 咽頭結膜熱（プール熱） 27
 インフルエンザ 4 5 23 24 25
 26 27 33 103 104 146 150 154
ウ
 ウイルス性肝炎 3
 うつ病 74
 運動器検診 63 67 68 69
 「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」 63 67 68
 運動誘発ぜん息 60
- エ**
 エイズ 1 137 146
 栄養教育 121 125
 エピペン 53 61
 エボラ出血熱 23
 園児のための視力検査マニュアル
 42
 エンテロウイルス 27
オ
 オートレフラクトメーター 43
 オルソケラトロジー 44
 音声言語異常検診 48
 音声言語障害 48 49
カ
 [改訂版] 学校環境委衛生管理
 マニュアル『学校環境衛生基
 準』の理論と実践 92
 学習指導要領 31 36 38 110
 112 115 117 130 131 132 142
 学習障害 49 75 172
 学校安全の推進に関する計画の
 策定について 126
 学校環境衛生基準 91 92 94
 96 158
 学校環境衛生の基準 158
 学校感染症 1 2 4 5 25 27 45
 54 55 146 149
 学校欠席者情報収集システム
 148 149 150
 学校産業医 89
 学校心臓検診 22 31 32 147
 学校生活管理指導表 29 31 36
 38 59 62 149
 学校生活管理指導表(アレルギー
 疾患用) 35 53 54 59
 学校における体育活動中の事故
 防止について 126 129
- 学校尿検査 37
 学校のアレルギー疾患に対する
 取り組みガイドライン 34 35
 53 59
 学校の運動器疾患・障害に対す
 る取り組みの手引き 69
 学校保健安全法 1 13 25 41 42
 50 67 70 78 86 89 91 117 132
 133 135 153 154 158 159
 学校保健安全法施行規則 1 2
 4 23 25 35 41 54 86 87 89 91
 学校保健安全法施行規則の一
 部を改正する省令 23
 学校保健委員会 45 48 49 51
 69 118 149 159 165
 学校保健振興事業 146
 学校保健統計調査 13 16 29
 34 42 43 63 67 68 69 71
 学校保健の課題とその対応
 135
 学校保健法 1 25 31 48 67 68
 70 78 89 91 104 117 130 153
 158
 学校保健法施行規則 5 25 26
 31 32 33 48
 学校保健ポータルサイト 42
 146 147 148 150
 眼球異物 45
 眼球打撲 45 46
 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 1
 感染症予防法 1 2 25 26
 感染性胃腸炎 3 27 104 105
 150
キ
 気管支ぜん息 35 53 59
 器質性構音障害 49
 器質性精神疾患 74
 寄生虫 23 29 86 101 102 153

154
季節性インフルエンザ 23 150
喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育
115
喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関
する指導参考資料 高等学校
編 115 116
吃音 49
機能性構音障害 48 49
機能性精神疾患 74
急性出血性結膜炎 54
急性ストレス障害 134
供花料 80 81 82 84
狂犬病 23
「教職員のための子どもの健康相
談及び保健指導の手引」 135
「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」
134
拒食症 74

ク
屈折検査 41 43
クラミジア 23 56 57

ケ
結核検診 1 5 23 25 29 33
結核予防法 1 25 33
健康診断 7 13 22 30 41 42 50
51 71 72 73 86 87 89 90 91
104 119 120 149 155 156
健康相談 41 51 70 71 73 119
120 132 133 135 156 157 171
172
健康調査票 25 67

コ
交通安全教育 128
後天性免疫不全症候群 1 23
高病原性鳥インフルエンザ 23
25
「子どもの心のケアのために－災

害や事件・事故を中心に－」
135
子どものメンタルヘルスの理解と
その対応 75 135
コミュニケーションスキル 140
コレラ 25 54 105

サ
災害共済給付制度 22 79 84
85
災害共済給付オンライン請求シ
テム 85
災害時の子どものアレルギー疾
患対応パンフレット 61
災害時のこどものアレルギー疾
患対応マニュアル 62
細菌性食中毒 27 82
細菌性赤痢 25 54
再興型インフルエンザ 24
瘡瘍 56

シ
色覚異常 45
色覚検査 45
子宮頸癌 23
糸球体腎炎 35
自殺 74 78 131 133 139 153
自殺予防教育 133
歯周病 72 73 117 118 119
自傷行為 76 133
児童生徒の健康状態サーベイ
ンス 146
児童生徒の健康診断マニュアル
41
児童生徒の食事状況等調査 7
125
死亡見舞金 80 81 82 84 85
重症急性呼吸器症候群 (SARS)
23 25
出席停止の基準 3
歯肉炎 70 71 73 155
就学時の健康診断マニュアル 41

障害見舞金 80 81 82 84 85
小児糖尿病 37 38
食育 9 31 70 117 118 121 122
123 124 125 143 158 163 173
174 175
食育ガイド 121 123
食育基本法 121
食育推進基本計画 121 122
123 124
食物アレルギー 34 35 53 54
58 59 60 61 82 83 164 175
食物依存性運動誘発アナフィラ
キシー 60
視力検査 41 42 43
心因性視覚障害 45
新学習指導要領 112 115 123
147 173 175
新型インフルエンザ 4 23 24 25
26 53 151
新型インフルエンザA/H1N1
(2009) 26
新興感染症 23
心臓病管理指導表 31 38
腎臓病管理指導表 31 38
心的外傷後ストレス障害 74
134
心電図検査 31 32 86
心肺蘇生法 110 111

ス
髄膜炎菌性髄膜炎 2 24
スキアスコピー 43
スクールカウンセラー 77
スペイン風邪 25
スポーツ歯科 144 155

セ
性感染症 23 56 57 137 139
世界健康報告 23
脊柱側弯症 67 68 69
セルフエスティーム 139 142
セルフエフィカシー 139

- 全国学力・学習状況調査 9
 全国体力・運動能力、運動習慣
 等調査 9 13
 ぜん息 33 34 35 50 58 61 75
 93 164
 ソ
 躁うつ病 74
 タ
 体育的部活動のけが防止プロゲ
 ラム 82
 带状疱疹 55
 大麻 115 158
 体力・運動能力調査 13 63
 多剤耐性結核菌 23
 単純疱疹ウイルス感染症 55
 チ
 注意欠陥/多動性障害 75
 腸炎ビブリオ 102
 聴覚障害 49
 腸チフス 25 54 105
 ツ
 通学路の交通安全の確保に関す
 る有識者懇談会意見とりまと
 め 126 128
 ツベルクリン検査 33
 ツベルクリン反応検査 25
 テ
 手足口病 3 27 54
 定期健康診断 33 41 42 48 51
 67 69 86 104
 伝染性紅斑 3 54
 伝染性軟属腫 3 54
 伝染性膿痂疹 3 54
 ト
 統合失調症 74 133 172
 糖尿病管理指導表 31
 特別支援教育 75 148 169
 突然死 22 31 32 80 ～ 84 129
 トラウマ 74 78
 鳥インフルエンザ 4 23 25 26
 ニ
 日食網膜症 46
 日本脳炎 23 110
 尿検査 35
 尿検診 35 37
 尿潜血 35
 尿蛋白 35 36
 ノ
 望まない妊娠 23 137 139
 ノロウイルス 27 82 101 103
 104 105 150
 ハ
 破傷風 23
 発達障害 48 49 61 74 75 76
 78 130 172
 パラチフス 25 54
 バンコマイシン耐性黄色ブドウ球
 菌 (VRSA) 23
 パンデミック 23 25
 ヒ
 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 126 127 128
 ヒトパピローマウイルス (HPV)
 23
 肥満度 29 30
 百日咳 5 23 24
 フ
 風しん 23 27 53
 フェーズ 23 25 26
 不登校 70 74 76 77 130 131
 139 153 161
 ヘ
 ヘルスプロモーション 111 117
 139 168
 ヘルス・プロモーティング・スクー
 ル 106
 ヘルパンギーナ 3 27
 ホ
 保育所におけるアレルギー対応ガ
 イドライン2011 58
 防災教育 127 128 152
 暴力行為 74 78 133
 保健室登校 76 77 130
 保健室利用状況調査 130 146
 保健室利用状況に関する調査報
 告書 75 135
 保健主事の手引き(三訂版)
 107
 ホルムアルデヒド 92 93 98
 マ
 マイコプラズマ感染症 3
 マウスガード 144
 麻しん 23 27 28 53
 ミ
 未来があるから～薬物にNOとい
 う生き方を～ 116
 メ
 メディアリテラシー 140 146
 148
 メンタルヘルス 53 70 74 75 76
 77 78 88 89 117 118 130 135
 155 164
 ヤ
 薬物眼外傷 45
 薬物乱用防止教室 116
 薬物乱用防止教室推進マニュアル
 ～教育委員会における取組

事例～ 116

T

ヨ

*Trichophyton tonsurans*感染症

溶連菌感染症 3

54

ラ

W

ライフスキル 140 142 154

WHO 22 23 25 26 33 71 101

ラッサ熱 23

106

リ

流行性角結膜炎 54

流行性耳下腺炎 5 23 24 27

154

臨時環境衛生検査 97

臨時休業 5 26

レジオネラ症 23

ロ

労働安全衛生法 86 88

ロタウイルス 27

A

ASD 134

B

BCG接種 25 33

H

HIV 23 56 137

M

MRSA 23 54

MRワクチン 28

O

O104 27

O111 27

O157 27 104

O26 27

P

PTSD 74 134

執筆者一覧〈50音順〉

(敬称略)

赤 坂 守 人 鮎 沢 善 和 安 齋 広 己 石 川 健 二 今 井 祐 司 内 尾 祐 一 宇 津 見 義 津 江 采 女 智 津 江 大 島 清 史 大 関 武 彦 岡 田 加 奈 子 笠 原 賀 子 川 畑 徹 朗 鬼 頭 英 明 酒 井 一 夫 高 橋 浩 之 田 川 惠 子 十 一 元 三 内 藤 昭 三 長 嶋 正 實 中 蘭 伸 二 中 田 郁 平 西 尾 治 西 岡 伸 紀 西 間 三 馨 野 津 有 司 野 村 雄 子 日 野 治 子 福 岡 秀 興 堀 田 美 枝 子 三 谷 博 之 村 松 章 伊 望 月 眞 弓 山 下 喜 久 雪 下 國 雄 弓 倉 整 由 田 克 士	社団法人日本学校歯科医会 常務理事、日本大学名誉教授 日本大学医学部小児科 准教授 宮城県教育研修センター 主幹 社団法人日本医師会 常任理事 社団法人日本学校歯科医会 常務理事 島根大学医学部整形外科学 教授 公益社団法人日本眼科医会 常任理事 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 一般社団法人日本耳鼻咽喉科学会 評議員 共立女子短期大学看護学科 教授 千葉大学教育学部 教授 前桐生大学医療保健学部栄養学科 教授 神戸大学大学院人間発達環境学研究科 教授 兵庫教育大学大学院学校教育研究科 教授 放射線医学総合研究所放射線防護研究センター センター長 千葉大学教育学部 教授 公益社団法人全国学校栄養士協議会 副会長 京都大学大学院医学研究科 教授 公益財団法人日本学校保健会 顧問 愛知県済生会リハビリテーション病院 院長 びわこ成蹊スポーツ大学生涯スポーツ学科 教授 社団法人日本学校歯科医会 会長 愛知医科大学医学部 客員教授 兵庫教育大学大学院学校教育研究科 教授 国立病院機構福岡病院 名誉院長 筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授 愛知教育大学 名誉教授 公立学校共済組合関東中央病院 顧問 早稲田大学総合研究機構研究所 教授 全国養護教諭連絡協議会 会長 全国学校保健主事会 会長 公益社団法人日本薬剤師会 理事 慶應義塾大学薬学部 教授 九州大学大学院歯学研究院 教授 公益財団法人日本学校保健会 専務理事 弓倉医院 院長、東京都学校保健会 専務理事 大阪市立大学大学院生活科学研究科食・健康科学講座 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24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 采 女 智 津 江 勝 野 眞 吾 高 石 昌 弘 田 中 延 子 弓 倉 整	社団法人日本学校歯科医会 常務理事、日本大学名誉教授 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 岐阜薬科大学 学長 東京医科大学 客員教授 公益財団法人学校給食研究改善協会 理事、淑徳大学 客員教授 弓倉医院 院長、東京都学校保健会 専務理事
--	---

平成24年度版 学校保健の動向

2012年11月15日 初版発行

発行所 公益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

ISBN978-4-903076-10-2 C3037



9784903076102



1923037028009

ISBN978-4-903076-10-2

C3037 ¥2800E

定価（本体 2,800 円＋税）

発売 丸善出版(株)

学校保健の動向

平成 24 年度版