

- 参考
 - ・ 厚生労働省少子化対策ページ
http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/syousika/index.html
 - ・ 厚生労働省母子保健関係 web サイト
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken.html
 - ・ 文献
 - 杉立義一『お産の歴史—縄文時代から現代まで』集英社新書, 2002年
 - 家坂清子『娘たちの性@思春期外来』NHK 生活人新書, 2007年
 - “Maternal and Child Health.” Encyclopedia of Public Health. Ed. Lester Breslow. Gale Cengage, 2002. eNotes.com. 2006. 3 Jun, 2010 <http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/maternal-child-health>
 - 森田明美編著『幼稚園が変わる保育所が変わる 自治体発: 地域で育てる保育一元化』, 明石書店
 - ・ 健やか親子 21 検討会報告書(厚生労働省)
http://www1.mhlw.go.jp/topics/sukoyaka/tp1117-1_c_18.html
 - 健やか親子 21 は 21 世紀の母子保健の主要取り組みビジョン
 - 父親や広く祖父母も含め、親と子が健やかに暮らせる社会づくり
 - 育児支援という視点から「親子保健」名称(学校も関連)

- Maternal and Child Health
 - ・ 母性と乳幼児の保健
 - ・ 母性＝妊娠・出産・育児にかかわる女性
- 米国の母子保健の歴史
 - ・ 1912 年児童局設置—淋菌性新生児眼炎多発(盲学校に通う生徒の 1/4)を改善するため
 - ・ 1921 年低年齢労働を規制
 - ・ 1930 年米国小児科医学会設立
 - ・ 1935 年障害児福祉法制定
 - ・ 1943 年母子救急ケア開始
 - ・ 1979 年妊娠関連死亡サーベイランス開始
 - ・ 貧困家庭の援助が中心。乳児死亡率は 2006 年に 6.6/ 出生千
- 日本の母子保健の歴史
 - ・ 1916 年農村地区乳児死亡対策のため保健衛生調査会設置
 - ・ 1937 年母子保健が保健所の業務に(保健所法)
 - ・ 1947 年児童局設置
 - ・ 1948 年児童福祉法
 - ・ 1965 年母子保健法制定により、母性保健対策と乳幼児保健対策を一貫した体系として整備。乳児死亡率は 2008 年に 2.6/ 出生千

国際協力・援助における母子保健

- WHO は母子保健を第一に途上国の健康問題と捉えている
- 米国 NIH の web サイトには母子保健というカテゴリなし。以下が別々に扱われている。
 - ・ Infant and Newborn Care
 - ・ Infant and Toddler Health
 - ・ Women's Health
- 米国の USAID や日本の JOICFP のような、途上国の母子保健への国際援助・協力をしている組織が中心
- 先進国においても母性と乳幼児の保健が別々の問題でないことは明らか。母子保健という枠組みは意味を失っていない

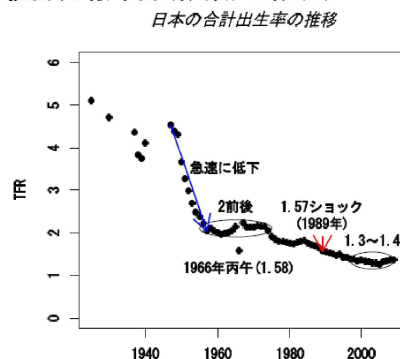
- 集団レベル(国や自治体)での母子保健の水準を示す指標
 - ・ 出生(母)
 - ・ 乳児死亡(子)
 - ・ 新生児死亡(母子)及び早期新生児死亡(母子)
 - ・ 周産期死亡(母子)
 - ・ 幼児死亡(子)
 - ・ 妊産婦死亡(母)
- データソース
 - ・ http://wwwdbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html (厚生労働省統計表データベースシステム)
 - ・ http://wwwdbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/index-kourou.html (厚生労働統計のあらまし)

出生の指標

- 粗出生率 (crude birth rate)
 - ・ 普通出生率ともいう。
 - ・ 年央人口 1000 人当たりの1年間の出生数。
 - ・ 日本の統計では年央人口は 10 月 1 日現在推計人口
- 合計出生率 (TFR)
 - ・ 年齢(または年齢5歳階級)別の女子人口で、その年齢(または年齢5歳階級)の女子による出生数を割った値(これを ASFR=age specific fertility rate という)を、全年齢 [15-49 歳] について合計したもの(年齢5歳階級の場合は合計して5倍したもの)
- GRR (gross reproductive rate: 総再生産率)
 - ・ ある仮設女子出生コホートについて、再生産完了まで死亡がゼロであるという仮定の下で、その ASFR が現在のものに従った場合の平均女児数。TFR に女児出生性比をかけたものと同値。
- NRR (net reproductive rate: 純再生産率)
 - ・ ある仮設女子出生コホートが現行の ASFR と年齢別死亡率に従う場合の、母親がその女児を産んだ年齢まで生存する平均女児数。1.0 が人口の置き換え水準を示す。生命表を使って計算

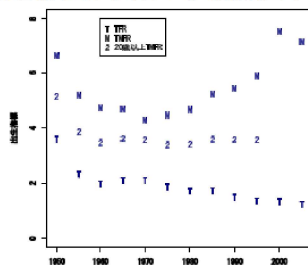
日本の合計出生率の変化

- 2005 年に 1.26 で最低。2006 年, 2007 年 1.32, 1.34 (当初 1.33 と発表されたが修正)。2008 年は 1.37, 2009 年も 1.37 (典拠: 2010 年 6 月 2 日に発表された平成 21 年人口動態統計月報年計(概数)の概況)



日本の TFR 変化の構成因子

- 日本の合計出生率 (T) は低下
- 合計有配偶出生率 (M) は近年まで低下していない
 - ・ つまり TFR 低下の主因は晩婚化・非婚化だったが、最近 は年齢別有配偶出生率も低下傾向
- 合計有配偶出生率は晩婚化が進むと有配偶率が低く出生力が大きい低年齢層の寄与が大きくなって過大な値になりがち
- 20 歳以上の合計 (2) は、ほぼ不変。
- 都道府県別に見ると格差が大きい。北海道や東京で低く、沖縄や九州で高い



出生水準の国際比較(米国 CIA データ)

- 日本はイタリア [1.32] やドイツ [1.42] と並んで最も TFR が低い国の 1 つだが、おそらく原因はそれぞれ違う。
- 東アジアに低い国が多い
 - ・ マカオが 0.91, 香港が 1.04, シンガポールが 1.10, 台湾が 1.15, 韓国が 1.22, 中国が 1.54
- 米国はプエルトリカンや黒人の出生率が比較的高いため 2.0 超
- 北欧諸国は手厚い育児支援政策のおかげで 2.0 に近い。ヨーロッパではフランスも高く 1.97 である
- 途上国では一般に高い。
 - ・ なかでもアフリカは高く、ニジェール, ウガンダ, マリ, ソマリア, ブルンジ, プルキナファソ, コンゴ民主共和国(=ザイール), エチオピア, アンゴラは 6.0 超
 - ・ 途上国でも南太平洋諸国は 3 ~ 3.5 程度の国が多い(パプアニューギニア, マーシャル諸島, ソロモン諸島, サモア, 米領サモア, ツヴァル)。
 - ・ しかし、アフリカでもアルジェリアやチュニジアなど北アフリカでは 2.0 未満の国もある。
- イスラム圏も高い(家族計画が進まないことと女性の地位も問題といわれる)。宗教原理主義集団は高出生力 (Kaufmann E: Shall the religious inherit the earth?, Profile Books, 2010.)

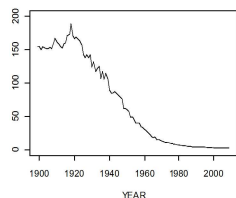
- 乳児死亡率＝出生 1000 当たりの生後 1 年未満の死亡数
- 実際の計算は以下なので分子は必ずしも分母に含まれない

$$\frac{\text{ある年に生後1年未満で亡くなった子供の数}}{\text{その年の出生数}} \times 1000$$

(cf.) 丙午の 1966 年は、乳児死亡が上昇しているが、これは分母と分子のズレが原因

- 地域の衛生状態を示す三大指標の1つ
- 生活文化水準も反映

- 国際比較
 - ・ 日本は 2009 年に 2.4 でスウェーデン等と並び最低レベル
 - ・ 高いのはサハラ以南のアフリカ諸国
 - シエラレオネ、アンゴラ、ニジェール、リベリアなど 200 超
- 日本の乳児死亡の死因
 - ・ 1979～1984 年は出産時外傷等が 1 位。その後は一貫して先天異常(先天奇形、変形および染色体異常)が 1 位
 - ・ SIDS は要対策。仰向け寝推奨等
- 乳児死亡についての他の指標
 - ・ 新生児死亡(生後 4 週未満)、早期新生児死亡(生後 1 週未満)

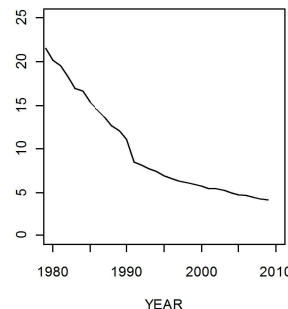


- 妊娠後期の死産と早期新生児死亡を合わせたもの

- ・ 母体の影響を受けやすい。
- ・ 途上国では早期新生児死亡が死産扱いされることが多い。

■ 定義

- ・ 妊娠満 22 週以後の死産と生後 1 週未満の死亡の和 (1995 年以前は妊娠満 22 週以後ではなく 28 週だった)
- ・ 周産期死亡率＝ある年の周産期死亡 / (その年の出生数 + 妊娠 22 週以後の死産数) × 1000



- 最近の日本の周産期死亡率

- ・ 約 5 (2008 年に 4.2)。旧基準では約 3。
- ・ 1979 年には 21.6 だった。減少著しい。

- 1～4歳の死亡
- 幼児死亡率＝ある年の 1～4歳死亡数 / その年の年央人口の 1～4歳人口 × 10 万
- 日本の幼児死亡率
 - ・ 1999 年に約 33
 - ・ 2005 年に 25.4
 - ・ 2008 年に 22.3
- 幼児死亡の原因
 - ・ 日本では不慮の事故が最多(溺水が欧米より多い)。
 - 厚生労働省は「子どもの事故防止支援サイト」などで対策キャンペーンを実施
 - ・ 日本では不慮の事故に続いて先天異常が多い。
- 5歳未満死亡＝乳児死亡＋幼児死亡
 - ・ 全般的な衛生状態の指標

■ 定義

- ・ 妊娠、分娩、産褥に直接関連する疾病や異常による母性の死亡

- 妊産婦死亡率＝妊産婦死亡 / 出産 10 万または出生 10 万

■ 国際比較

- ・ サハラ以南のアフリカや南アジアでは数百に達する国も
- ・ 日本やヨーロッパでは 1990 年以降 10 未満
- ・ 米国は 1980 年～1990 年頃は 10 未満だったが、2003 年に 13.3、2004 年に 17.0、2005 年に 18.4 と上昇

■ 日本のトレンド

- ・ 1960 年に 130.6、1970 年に 52.1、1980 年に 20.5、1990 年に 8.6、1999 年に 6.1、2006 年に 4.9、2007 年に 3.2、2008 年に 3.6 ときわめて低い

■ 主な死因

- ・ 出血
- ・ 妊娠高血圧症候群 (PIH) ← 2005 年 4 月までは妊娠中毒症と呼ばれていた

- 経過
 - ・ 胎児期から幼児期前半までの急増期
 - ・ 幼児期後半から学童期前半までの比較的安定した時期
 - ・ 思春期の急増がみられる時期
 - ・ ゆるやかに発育が停止する時期
- 臓器ごとに発育パターンは異なる
- 領域ごとに発育をわけて考える必要がある
 - ・ 運動発達
 - ・ 知能の発達
 - ・ 社会性の発達
 - ・ 情緒の発達
- 年次推移
 - ・ 幼児期後半以降は身長、体重ともずっと増加傾向
 - ・ 乳児期、幼児期前半は 1975 年以降横ばい
 - ・ 近年は小児肥満が問題
 - ・ 少子化の影響で兄弟が少なくなり、子供同士の遊びも変化 → 地域社会の Social Capital にも影響?

- 1916 年: 保健衛生調査会設置

- 1934 年: 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会設置

- ・ 愛育班活動開始: 乳児死亡率が著しく高かった農山漁村を「愛育村」「愛育班」と指定して活動(地域の女性を中心となり自ら新しい保健知識を身につけ近隣の妊産婦や乳幼児を見守り、助け、支える)支援。現在でも途上国支援で応用されている

- 1937 年: 保健所法により母子保健活動が保健事業の重要なパートを占めるようになった

■ 戦後の法整備

- ・ 1948 年児童福祉法
- ・ 1965 年母子保健法

- 1994 年: 母子保健法改正 + 地域保健法(←保健所法から)

- ・ 母子保健の基本サービスは市町村に一元化
- 2000 年: 「健やか親子 21」～「健康日本 21」の一環

- ・ 思春期の保健対策強化と健康教育推進
- ・ 妊娠・出産の安全及び快適さの確保と不妊への支援
- ・ 小児保健医療水準を維持向上させるための環境整備
- ・ 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安軽減

- 母性に対して: 母子保健法第 13 条
 - ・ 妊婦健康診査(厚生労働省の勸奨は 23 週まで 4 週ごと、24 週から 35 週まで 2 週ごと、36 週以降毎週。うち 5 回程度だけが市町村からの公費負担)
 - ・ 勤務妊婦は勤務時間内に妊婦健康診査受診可(男女雇用機会均等法第 12 条)
- 新生児に対して
 - ・ 先天性代謝異常等検査(フェニルケトン尿症等のスクリーニング): 1977 年厚生労働省児童家庭局長通知にある「先天性代謝異常検査等実施要綱」が根拠(公費で実施。2001 年から一般財源化。根拠法として母子保健法第 5 条を挙げる自治体もある)
- 乳幼児に対して
 - ・ 4ヶ月児健診等、乳児健診は市町村ごとに多様(母子保健法第 13 条)
 - ・ 1歳6ヶ月児健診(1歳6ヶ月～2歳)と3歳児健診(3歳～4歳)は母子保健法第 12 条に明記されている
 - 以下の項目が母子保健法施行規則第 2 条に規定
 - 1歳半: 身体発育状況・栄養状態・脊柱及び胸部の疾病及び異常の有無・皮膚の疾病の有無・歯及び口腔の疾病及び異常の有無・四肢運動障害の有無・精神発達の状況・言語障害の有無・予防接種の実施状況・育児上問題となる事項・その他の疾病及び異常の有無
 - 3歳: 1歳半の各項目 + 眼の疾病及び異常の有無 + 耳・鼻及び咽頭の疾病及び異常の有無
 - ・ 6～7ヶ月児対象の神経芽細胞腫スクリーニングは 2004 年で中止されたが、札幌市と京都府は 1歳6ヶ月児健診で継続

- 母子保健法第 10 条: 市町村の義務として「妊産婦や配偶者等に対して保健指導を行い医師等の指導を受けることを勧奨」

- 母子保健法第 15 条: 妊娠届出義務「妊娠した者は、厚生労働省令で定める事項につき、速やかに、保健所を設置する市又は特別区においては保健所長を経て市長又は区長に、その他の市町村においては市町村長に妊娠の届出をするようにしなければならない」

- 母子保健法第 16 条: 妊娠の届出に対して市町村が母子健康手帳(＝妊娠、出産、育児に関する一貫した健康記録)を交付(様式は厚生労働省令で定められているが、任意記載事項を付け加えることができるので市町村ごとに多様)。途上国支援をする際に母子健康手帳導入は有益であり、全世界に広まっている

- 訪問指導は、母子保健法第 11 条で新生児(市町村長)、17 条で妊産婦(市町村長)、19 条で未熟児(都道府県または保健所を設置する市や特別区の長)について規定されている。
 - ・ 2007 年開始の乳児全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)と 11 条の新生児訪問指導は位置づけが曖昧で混乱

- 1995年「改訂 離乳の基本」
 - ・ 離乳は生後4～6ヶ月から
- 2007年「授乳・離乳の支援ガイド」:保健医療従事者が授乳支援・母乳育児支援をするためのポイントが掲載
 - ・ 離乳は5,6ヶ月頃開始,12～18ヶ月頃完了
 - ・ WHOが6ヶ月までは母乳のみで育てるべきと強く推奨していることを反映。
- 2004年「楽しく食べる子どもに 食から★はじまる★健やかガイド」=食べる力を育むのが狙い
 - ・ 授乳期・離乳期:安心と安らぎの中で食べる意欲の基礎
 - ・ 幼児期:食べる意欲を大切に,食体験を広げる

少子化と育児支援

- 日本の行政は,少子化は子育てがしにくい社会だからと考へ,育児支援を行ってきた
 - ・ OECDの中でも西欧・北欧の国についてだけみると女性就業率とTFRが正の相関関係にあるというグラフから,女性が働きやすい社会にという政策がとられた
 - 実はOECD加盟しているすべての国でみると無相関
 - ・ そもそも,既にみたように,日本の少子化の主要因子は晩婚化・非婚化だったので,「出会いを増やす」「結婚しやすくする」方が少子化には有効なはず。最近漸くスタート
- しかし,少子化対策とは別個に育児支援ニーズは存在(核家族化の進行,地域社会の崩壊,ライフスタイルの多様化等)
- 経過
 - ・ 1994年エンゼルプラン
 - ・ 1999年新エンゼルプラン
 - ・ 2002年少子化対策プラスワン
 - ・ 2003年次世代育成支援に関する当面の取り組み方針
 - ・ 2005～2010年度子ども・子育て応援プラン
 - ・ 2005年「次世代育成支援対策推進法」

児童虐待防止

- 児童虐待の定義:保護者が,監護する18歳未満の者(児童)に対し,
 1. 身体に外傷が生じる暴行を加えたり
 2. 児童にわいせつな行為をしたり,させたり
 3. 成長を妨げるような著しい減食又は長時間の放置など監護を著しく怠ったり
 4. 心理的外傷を与える言動を行うこと
- 近年,相談件数が激増←「児童虐待の防止等に関する法律」による啓発が進んだため
 - ・ 医師は児童相談所へ通告する義務(守秘義務適用除外)
 - ・ 児童相談所長は保護した児童と親との面会や通信を制限
- 課題
 - ・ 児童相談所の相談機能強化
 - ・ 市町村等におけるネットワーク構築
 - ・ 民間の活動(子どもの虐待防止センター, CAPセンター JAPAN など)にも期待

リプロダクティブヘルス&ライツ

- 再生産にかかわる健康の保持増進+その基盤となる再生産の自己決定権
- 1994年国連国際人口開発会議(カイロ会議)で採択された行動計画に基づき国際的に推進されている
- 女性の地位向上と関連。ただし女性だけの問題ではない
- 内訳
 - ・ 家族計画
 - ・ カウンセリング
 - ・ バース・ライツ←アクティブ・バース, 夫や家族との協力
- 1996年母体保護法に反映された
- 2004年カイロ会議後10年での評価がされている

- 医療支援
 - ・ 母子保健法第18条:出生時体重2,500g未満(低体重出生児)は,保護者が保健所に届ける
 - ・ 母子保健法第20条:(未熟児対象)養育医療
 - ・ 児童福祉法第19条:保健所長が身体障害のある児童に対し療育指導
 - ・ 児童福祉法第20条:都道府県は結核にかかっている児童を入院させ療育+学習のため療育給付
 - ・ 児童福祉法第21条:11疾患群(514疾患)の小児慢性特定疾患につき医療費補助
 - ・ 障害者自立支援法により自立支援医療
- 基盤整備
 - ・ 母子保健法第22条:市町村の活動拠点として母子保健センター設置(1978年から[地域保健法は1994年～]市町村保健センターに役割移行。ただし助産機能が脱落)
- 予防接種
 - ・ 予防接種法:発生・蔓延防止目的で一類疾病(ジフテリア,百日咳等)及び個人の発病と重症化予防及び蔓延予防の目的で二類疾病(インフルエンザ)について予防接種。
 - ・ 一類のDPT,ポリオ,MR,日本脳炎は市町村長が定期接種実施

子ども・子育て応援プラン

- 企業や地域の取り組みを重視
- 休日保育・一時預かり施設増加等(数値目標)
- 保育事業→若者の自立・教育,働き方見直しも含む
- 概ね10年後の「あるべき社会の姿」を提示
- 体験学習を通じた「たくましい子どもの育ち」
- 「働き方の見直し」の数値目標
 - ・ 育児休業取得率:男性10%,女性80%
 - ・ 育児期に長時間の時間外労働する者を減らす
- 「待機児童ゼロ作戦」等
 - ・ 待機児童50人以上の市町村をなくす
 - ・ 子育て家庭から歩ける距離に支援拠点を
 - ・ 連携体制構築→虐待死撲滅
- 市町村の数値目標設定
- 子どもの心のケア:子どもの心に関する研修を受けた医師の割合を5年間で100%に

子どもの心の診療医

- 背景:「心の問題をもつ子ども」が社会問題化
 - 専門医・専門医療機関が不足!
- 厚労省『子どもの心の診療医』の養成に関する検討会』及び『子どもの心の診療に携わる専門的人材の育成に関する研究』スタート
 - ・ 2006年検討会最終報告書発表。2007年研修スタート
 - ・ 子どもの心の診療に従事する医師を3レベルに分類
 - レベル1:卒後臨床研修後,小児科,精神科一般研修済み
 - レベル2:レベル1後,子どもの心の診療に関する一定の研修を受け定期的に子どもの心の診療に携わる
 - レベル3:レベル2後,子どもの心の診療に関する専門的研修を受け,専ら子どもの心の診療に携わる
 - ・ 2010年スタートする日本小児心身医学会認定医制度はレベル2,3医師の養成目的
- 2008年『子どもの心の診療拠点病院機構推進事業』開始
 - ・ 国立成育医療研究センターが中央拠点
 - ・ 詳細は<http://kokoro.nchd.go.jp/>参照

『子どもの心の診療拠点病院機構推進事業』では,必要に応じて情報提供することとされており,現在は「災害関連 ご家族へ」「災害関連 支援者・専門家へ」というwebページで災害後の心のケアについて情報提供中

若年層の性感染症

- 性感染症(STD):性器クラミジア感染症,性器ヘルペスウイルス感染症,尖圭コンジローマ,梅毒,淋菌感染症
- 2005年,厚生労働省研究班報告:高校生男女5700人対象匿名調査
 - ・ 性交渉経験者は男子31.1%,女子43.6%
 - ・ クラミジア陽性はこのうち男子6.7%,女子13.1%
 - ・ 欧米の女子高生のクラミジア陽性は1～4%
- 知識のなさが高感染割合の原因
- 健やか親子21で性感染症について100%の高校生が正確な知識をもつことを目標にしたが,1999年にクラミジアも淋菌感染症も15%前後だったのが,2004年にクラミジアは約半数の高校生が正確な知識をもっていたが淋菌感染症については約20%と低いまま

■ 参考

- ・ 文部科学省学校保健, 学校安全, 食育の web サイト
 → http://www.mext.go.jp/a_menu/01_k.htm
 → http://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/index.htm
- ・ 学校保健統計調査
 → http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/1268826.htm
- ・ 文献
 → "School Health." Encyclopedia of Public Health. Ed. Lester Breslow. Gale Cengage, 2002. eNotes.com. 2006. 2 Jun, 2010
 <<http://www.enotes.com/public-health-encyclopedia/school-health>>

25

子どもの健康の現況

- 被患率(有病割合だが分母に注意)

$$\frac{\text{疾病・異常者の人数}}{\text{健診受診人数}} \times 100 (\%)$$
 * 学校保健統計
- 全体的な傾向
 - ・ 不衛生や低栄養に起因する異常は減少(寄生虫は減少)
 - ・ 身体は大きくなっている(近年は横這い)
 - ・ 近視や肥満が増加傾向(体重も近年は横這い)
 - ・ 体力・運動能力は低下傾向にある。
- 健康異常の新しい傾向
 - ・ 小児肥満, 摂食障害, 不登校の増加など。
 - ・ 精神面のケアが重要になってきている。
- 不登校: 2008 年度小学校 6 万, 中学 13.9 万が長期欠席, うち 2.4 万, 10.5 万が不登校
- 気分の調節不全(日本学校保健会「児童生徒の健康状態サーベイランス調査」)は, 小学生 1 ~ 2 %, 中学生 5 ~ 6 %, 高校生 7 ~ 8 % 陽性。

27

学校保健安全法

- <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S33/S33HO056.html>
- 2008 年 6 月 18 日に改正される(2009 年 4 月 1 日施行)までは、「学校保健法」だった。
- 昭和 33 年 4 月 10 日 制定。
- 第 1 条 この法律は、学校における児童生徒等及び職員の健康の保持増進を図るため、学校における保健管理に關し必要な事項を定めるとともに、学校における教育活動が安全な環境において実施され、児童生徒等の安全の確保が図られるよう、学校における安全管理に關し必要な事項を定め、もつて学校教育の円滑な実施とその成果の確保に資することを目的とする。
- 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關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。

29

学校保健の領域と構成

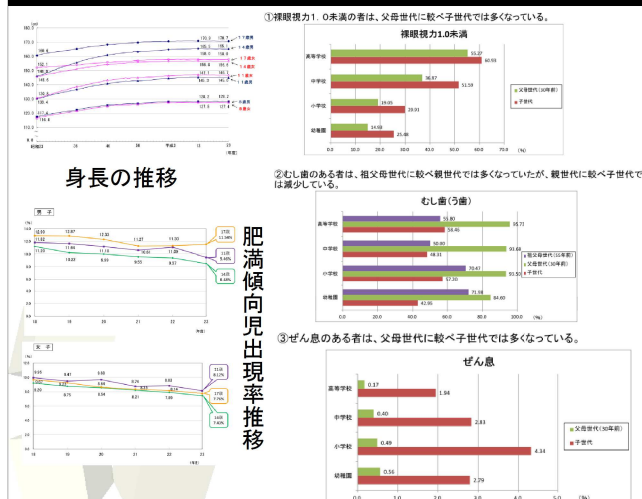
- 保健教育
 - ・ 保健学習(教科で直接的・計画的に行われる学習)と保健指導(課外で行われる学習)からなる。
 - ・ 保健管理に比べると効果は間接的だが、持続性がある。児童生徒の保健に關する知識や意識が向上する。
- 保健管理
 - ・ 主体管理(健康診断など, 心身の健康問題の予防や改善のための諸活動)
 - ・ 環境管理(学校環境衛生や安全のための施設・設備の維持・改善)
 - ・ 生活管理(健康で安全な学校生活のための日常的指導)からなる

31

- 2009 年 4 月から法が大きく変わったので注意
- 児童生徒や教職員の健康を保持増進し, 生活能力の発達を図るために学校で行われる保健活動。
- 公衆衛生に収まりきれない独特の側面
 - ・ 児童生徒は発育・発達期にある
 - ・ 学校は教育の場であり, 健康達成が教育目的そのものである
- 保健教育と保健管理からなる。
- 法律: 学校保健安全法・学校保健安全法施行令・学校保健安全法施行規則・学校教育法
- 所管は文部科学省

26

学校保健統計調査(2011 年確定値)から



28

学校保健計画

- 2008 年法改正までは、第 2 条で「学校保健安全計画」を策定し実施するとなっていた。改正後は、「学校保健計画」(第 5 条)と「学校安全計画」(第 27 条)に分離。
- 規則 22 条 ~ 24 条の各 1 項で、学校医, 学校歯科医, 学校薬剤師は、「学校保健計画及び学校安全計画の立案に参与すること」とされる
- しかし具体的には法的規定が曖昧な点がある
- 第 5 条には主語が無い。
 - ・ テキストでは、学校保健委員会が学校保健計画を立てる主体であるかのように見えるが、普通はそうではない。
 - ・ 現実には教育委員会(設置者)から校長に通達が出て、校長が校医や養護教諭と相談して決めることが多い。校医は責任重大。
 - ・ 家庭や児童生徒は「学ぶ」だけになりがち。
 - ・ 学校保健委員会は、養護教諭や栄養教諭の助言の下で児童生徒の生徒会活動として行われ家庭教育に貢献している事例もある。

30

学校保健の組織と運営

- 学校保健行政
 - ・ 保健教育は文部科学省の学習指導要領により, 保健管理は学校保健安全法に基づいて運営される。
- 学校保健組織活動
 - ・ 前出の通り, 学校, 家庭, 地域, 児童生徒の代表からなる, 学校保健委員会が「学校における保健安全についての計画を作成し, その組織的・効果的運営の要となる」とされるが, 地域差が大きい。

32

- 常勤と非常勤に分かれる。
 - ・ 常勤：校長，保健主事，養護教諭，学級担任，栄養教諭（平成17年度～，食育基本法，学校教育法27条，37条，60条，69条）など
 - ・ 非常勤：学校医，学校歯科医，学校薬剤師，スクールカウンセラーなどがある。
- 常勤職員の中でも養護教諭（学校教育法27条，37条，60条，69条）の役割は大きい（実務面だけでなく，保健の授業を教えることも可能）。以前は病気や怪我の処置が仕事の中心だったが，悩みや不安を抱える子供に対応する割合が増加中。健康課題の多様化と，家庭環境に問題がある子供の割合も増加しているため，「保健室登校」も増加。

33

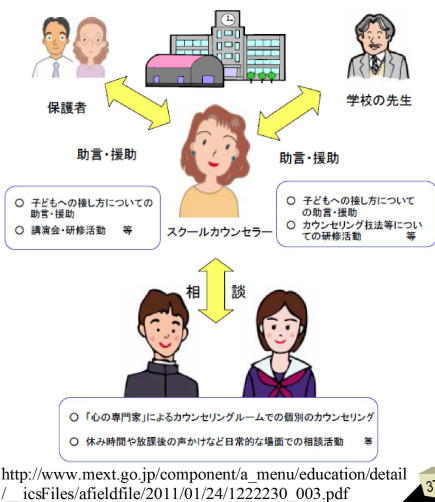
栄養教諭

- 平成16年「学校教育法等の一部を改正する法律」により新設された，栄養教諭普通免許状を取得したものは栄養教諭として学校での保健教育，保健指導にあたる。学校における食育の中核を担う（平成16年6月30日文科省通知：16文科ス第142号）。
- 「児童の栄養の指導及び管理をつかさどる」（学校教育法第37条13項）
- 職務は，
 - ・ 食に関する指導
 - 個別指導
 - 集団指導
 - 家庭や地域との連絡調整
 - ・ 学校給食の管理（学校給食法第5条への追加）特定給食施設には管理栄養士をおかねばならないという健康増進法第5章の規定はそのまま
- 資格は大学における単位取得によるのが基本
 - ・ 現職の学校栄養職員は経験と所定の講習により取得できる特別措置あり

35

スクールカウンセラー(2)

- 臨床心理士は2007年に16,732名（医師440名を含む）（日本臨床心理士資格認定協会：<http://www4.ocn.ne.jp/~jcbcp/what.html>）。
- 非常勤であるための問題点。自治体によっては1人1校に制限するところもあるが，複数校かけもちが多い



37

学校保健管理

- 学校における健康診断
 - ・ 小学校入学前の就学時健康診断＋児童，生徒，学生，幼児の健康診断（定期，臨時）＋職員の健康診断
 - ・ 実施後措置：結果は3週間以内に児童・生徒と保護者へ（学生の場合は本人のみ）通知（規則第9条）。
- 健康相談
 - ・ 法第8条「学校においては，児童生徒等の心身の健康に関し，健康相談を行うものとする。」
 - ・ 児童生徒個人を対象。
 - ・ スクールカウンセラーはこの一環。ただし，臨床心理士等の専門家と「経験を有するもの」との賃金格差の問題や，カウンセリングの質の確保など問題山積
 - ・ 養護教諭も保健室で健康相談に応じる。保健室は，法第7条で「学校には，健康診断，健康相談，保健指導，救急処置その他の保健に関する措置を行うため，保健室を設けるものとする。」と規定されている。

39

- 養護教諭普通免許状を有する，学校の正規職員（常勤）
- 保健管理・保健指導・保健教育の専門職で，保健室にいるのが普通。
- 「児童の養護を掌る」（学校教育法第37条12項）
- 保健教育については，1998年の教育職員免許法改正によって，「3年以上，養護教諭として勤務経験がある者は，当面，その勤務する学校において保健の教科の領域にかかわる事項の教授を担当する教諭または講師となることができる」（兼職発令が必要）ようになった。それ以前は，担当教諭などと一緒でないと授業はできなかった。しかし現在でも独自に授業案を立てて保健の授業を1人で担当する養護教諭は稀。

34

スクールカウンセラー(1)

- 児童生徒の不登校や問題行動等の対応に当たり，学校におけるカウンセリング等の機能の充実を図る
- 都道府県と指定都市で公立中学校中心に配備
- 平成7年度より(1)臨床心理士(2)精神科医(3)心理学系大学教授／助教授／講師等（児童生徒の臨床心理に関し高度に専門的な知識・経験を有する者）をスクールカウンセラーとして配置
- 非常勤で週8～12時間勤務が多い
- 平成14年度で6572校に配置。各都道府県における中学校への配置率は，90%以上が14，50%未満が13（平成18年度）。人材の不足や偏在・財政状況等の理由によって活用の状況は様々。
- 平成20年度は，全公立中学校約1万校，小学校は1,105校，緊急支援派遣として650校へ配置可能な経費が補助された

36

子供と親の相談員

- 平成15年3月「今後の不登校への対応の在り方について」
 - ・ 基本的な生活習慣が身につけていないこと等が背景となっているため，早期対応が効果的
 - ・ 中学校で不登校が大幅に増加することから，小・中学校間の接続を改善を図る観点から小・中連携の推進が必要
- ⇒「青少年育成施策大綱」
 - ・ 学校と警察等関係機関が連携して少年非行対策を強化
- ⇒退職教員，民生・児童委員，警察・関係機関OB等を活用小学校に「子どもと親の相談員」「生徒指導推進協力員」配置（概ね，週3日，半日勤務）
- 配置実績
 - ・ 子どもと親の相談員：平成17年度1510校。児童が悩みや不安を気軽に相談，学校と保護者・地域のパイプ，保護者の相談相手・訪問援助
 - ・ 生徒指導推進協力員：平成17年度550校。児童の生徒指導体制充実と警察等関係機関とのパイプ役

38

学校における健康診断について詳細

- 小学校入学前：就学時健康診断（学校保健安全法第11条，第12条）
 - ・ 学校教育法第17条第1項及び学校教育法施行令第2条により学齢簿に記載された就学予定者が対象。
 - ・ 保護者に対して市町村教委が通知（学校保健安全法施行令第3条）。
 - ・ 市町村教委は，結果に基づき治療勧告や助言を行い，特別支援学校への就学に際して助言を行うなど必要な処置をとり（法第12条），就学時健康診断票を作成して校長に送付（令4条）
- 児童，生徒，学生及び幼児の健康診断（法第13条）
 - ・ 定期健診は毎年6月30日までに（規則第5条）
 - ・ 健康診断票を作成し5年間保存（規則第8条）。
 - ・ スポーツテストも含められる（規則第6条2項）。
 - ・ 健康診断を円滑に進めるため保健調査することあり（規則第11条）。
 - ・ 小学校4年以上の寄生虫卵検査は除ける（規則第6条4項）
 - 実際は市町村教委の通達に基づき横並びのところが多い
 - ・ 感染症流行時や卒業時など必要に応じて臨時健診あり
- 職員の健康診断（法15条）
 - ・ 設置者が定める適切な時期に定期実施（規則12条）。
 - ・ 職員健康診断票を作成し5年保存（規則15条）
- 上記の健康診断を行うとする場合その他政令で定める場合【学校感染症予防の場合】設置者は保健所と連絡をとらねばならない（法第18条）。

40

学校感染症の予防(1)

- 校長が感染症による出席停止措置をとるとき(法 19 条)と臨時休業するとき(法 20 条)⇒保健所に連絡(法 18 条)
- 学校において予防すべき感染症の種類(規則 18 条)
 - ・ 第一種: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、マールブルグ病、ラッサ熱、急性灰白髄炎、ジフテリア、SARS、鳥インフルエンザ(A 型 H5N1 のみ)
 - ・ 第二種:インフルエンザ(鳥インフルエンザ H5N1 を除く)、百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎、風疹、水痘、咽頭結膜熱、結核
 - ・ 第三種:コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎他
 - ・ ※ 感染症予防法第 6 条第 7 項から 9 項に規定する新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症は第一種とみなす

41

学校歯科保健

- 概要
 - ・ 歯の疾患の特徴:非可逆的進行+高い有病割合
 - ・ 歯を失うと QOL が大きく低下
- 学校歯科保健の重要性:小学校に通う学童が乳歯から永久歯への生えかわる時期であること
- う触の傾向:軟らかい食品を食べ、ショ糖を含んだ飲食物をとっていれば増加傾向になるのは必然。
- 歯周疾患:学童期には軽度の歯肉炎が多く、成人以降は重症の歯周炎が増加(関連は不明)。
- う触と歯周疾患の予防〜とくに歯質の強化におけるフッ化物の利用との関係
 - ・ 日本は水道水へのフッ化物添加はしていないが、世界では実施国が多い(香港やシンガポールは 100%)。歯科でのフッ化物塗布の効果は大きい。
 - ・ スクールベースフッ化物洗口が広まっており、2008 年 3 月現在、47 都道府県、6,433 施設、約 67 万人が参加している(反対運動あり。医療行為?)

43

学校環境管理(2)

- 学校環境衛生基準(文部科学省サイト内:平成 21 年文部科学省告示第 60 号):項目は照明、騒音、換気、飲料水、便所、衛生害虫、給食等
- 学校薬剤師:上記環境衛生検査に従事し、学校環境衛生の維持及び改善に指導と助言(同規則第 24 条)
- 学校環境管理上の最近の課題
 - ・ 学校で生じるシックハウス症候群としての「シックスクール」
 - ・ かつて防火のために吹き付けられたアスベストの問題⇒この数年でかなり除去工事が進んだ。

45

学校給食について

- 2009 年 4 月:学校給食法の一部改正⇒学校給食を活用した食に関する指導の充実
 - ・ 食育の観点から学校給食の目標を改定
 - 食に関する適切な判断力の涵養
 - 伝統的な食文化の理解
 - 食を通じた生命、自然を尊重する態度の涵養
 - ・ 栄養教諭による学校給食を活用した食に関する指導の推進
 - 食に関する指導の全体計画の策定
 - 地場産物の活用
 - ・ 学校における学校給食の水準及び衛生管理を確保するための全国基準の法制化(文部科学大臣が定める)
 - 学校給食実施基準(学校給食法第 8 条)
 - 学校給食衛生管理基準(学校給食法第 9 条)
- 自校式 vs 給食センター方式
 - ・ 市町村によりバラバラ。
 - ・ 食育の観点からは自校式の方が明らかに優れているが、費用は若干多めにかかる。
 - ・ 給食センター方式は食中毒発生時など波及効果大

47

学校感染症の予防(2) 出席停止基準

- 出席停止基準(規則第 19 条)
 - ・ 罹患者本人について:第一種は治癒まで。結核以外の第二種は症状によりいろいろ(通常のインフルエンザは解熱後 2 日を経過するまで、麻疹は解熱後 3 日を経過するまで、水痘は全ての発疹が痂皮化するまで、等々)、結核と第三種は医師が感染の恐れがなくなったと認めるまで(第 1 項〜第 3 項)。
 - ・ 結核と第三種の同居家族及び感染疑い例について「医師が感染のおそれがないと認めるまで」(第 4 項)
 - ・ 学校閉鎖・学級閉鎖:第 5 項「第一種又は第二種の感染症が発生した地域から通学する者については、その発生状況により必要と認めるとき、学校医の意見を聞いて適当と認める期間」→新型インフルエンザについては、当初の行動計画では 1 例/都道府県で全校閉鎖だったが途中で変更
 - ・ パンデミック対策:第 6 項「第一種又は第二種の感染症の流行地を旅行した者については、その状況により必要と認めるとき、学校医の意見を聞いて適当と認める期間」

42

学校環境管理(1)

- 学校保健安全法第 5 条(学校保健計画の策定)
 - ・ 環境衛生検査も学校保健計画に含む
- 同法第 6 条:
 - ・ 学校環境衛生基準を文部科学大臣が定める
 - ・ 設置者はその基準に照らして適切な環境の維持に努める
 - ・ 校長は基準に照らして適正でない場合は遅滞なく改善する義務
- 学校保健安全法施行規則
 - ・ 第 1 条 1 項で、「法 5 条の環境衛生検査は……毎学年定期に、学校環境衛生基準に基づき行われなければならない」
 - ・ 同規則第 2 条が日常点検を定める

44

学校保健における保健教育

- 保健学習:保健に対する系統的知識の教授。
 - ・ 学習指導要領に基づく。
 - ・ 学習目標は、生涯を通じて自らの健康を適切に管理し、改善していく能力を培うための、健康の保持増進のための実践力の育成。
 - ・ 小・中・高でポイントが変わる。
- 保健指導:具体的トピックを課外で教える。
 - ・ 目標は、特別活動等で児童生徒が健康・安全な生活を送るための実践力の育成。
 - ・ 集団的保健指導として学級活動、児童会活動、クラブ活動他
 - ・ 個別的保健指導として担任による一般的指導と養護教諭や校医による専門的指導がある

46

特別支援教育の推進

- 平成 18 年 6 月 21 日「学校教育法等の一部を改正する法律(平成 18 年法律第 80 号)」公布、平成 19 年 4 月 1 日施行
 - ・ http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/06072108.htm
 - ・ 「特別支援教育の推進のための学校教育法等の一部改正について(通知)」文部科学省、H18.7.18 に主旨説明あり
 - ・ 盲学校、聾学校、養護学校→特別支援学校に一本化
 - ・ 学校教育法第 72 条「視覚障害者、聴覚障害者、知的障害者、肢体不自由者又は病弱者(身体虚弱者を含む。以下同じ。)に対して、幼稚園、小学校、中学校又は高等学校に準ずる教育を施すとともに、障害による学習上又は生活上の困難を克服し自立を図るために必要な知識技能を授けること」が特別支援学校の設置目的
 - → 障害者自立支援法との関連(批判もあり)。ノーマライゼーション、インクルージョン等配慮。地域のセンター機能も。
 - H19.4.1「特別支援教育の推進について(通知)」文部科学省初等中等教育局長から教育長、知事、国立大学法人学長宛て http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/main.htm

48