

学校医Q&A

健康診断と保健活動のポイント集

令和4年度改訂版



群馬県医師会

「学校医Q&A」の改訂版発刊に寄せて

群馬県医師会

会長 須藤 英仁

学校現場からは、日々子どもたちの弾けるような元気な声が聞こえてきていますが、一方で対応に苦慮するような様々な課題もあり、深刻な状況が存在することも否めません。

子どもたちの健やかな成長を願い、ご家族や学校、地域医療と密接に関わる学校医活動に大いに役立つようにと、平成25年4月に策定いたしました「学校医Q&A～健康診断と保健活動のポイント集～」ですが、学校医の先生方には、身近に置いていただき、学校保健推進の羅針盤としてご活用いただいております。

その後、策定から現在までの間に、学校保健に関する様々な制度変更等が見られていること、さらに新たな対応すべき課題も見えてきていること等もあり、また、初版の執筆に当たられた先生方や関係診療科の先生方等からも改訂についてのご意見もいただき、「学校医Q&A」の改訂作業を進めることといたしました。

改訂に当たりましては、平成31年4月に7名の先生方に編集会議委員をお願いし、改訂作業をスタートいたしました。これまで、コロナ禍の影響で書面会議や会議延期などされたものを含め、都合10回の編集会議を開いてきておりますが、各項目の執筆に当たられている先生方や各委員の先生方からは有益なご提言を多数いただいております。

改訂版の「学校医Q&A」も初版策定時の大切な2つのコンセプトであります、

1. 「使いやすい」「コンパクト」な仕上がりとする
2. 学校医が「疑問に思っていること」「知りたいこと」「困っていること」を中心にQ&A方式で統一し、群馬県の特徴ある学校検診のポイントを盛り込むこと

引き続き、この2点を心がけ、改訂を行いました。

この改訂版「学校医Q&A」は学校医の先生方にとって、初版に増して一層役立つものとなっておりますので、是非身近に置いてご活用いただきたいと思います。

結びに、忙しい診療等の合間に、貴重な時間を割いて熱心に取り組んで下さった委員各位、また執筆していただいた先生方や群馬県教育委員会の方々に対し、改めて感謝申し上げますとともに、子どもたちの一層健やかな成長を祈って、改訂版発刊の言葉といたします。

令和4年9月

目 次

「学校医 Q & A」の改訂版発刊に寄せて

■第1章 学校保健と学校医

- Q 1 学校保健に関係する法規には、どのようなものがありますか…………… 2
- Q 2 学校医の身分と職務内容について教えてください…………… 4
- Q 3 学校保健委員会での学校医の役割は何ですか…………… 6

■第2章 学校における健康診断

- Q 4 児童生徒の健康診断について種類と時期及びチェックポイントを教えてください……………10
- Q 5 幼児の健康診断について問診・診察上のチェックポイントは何ですか……………12
 - 【ワンポイントメモ】5歳児就学前健診の目的について……………14
- Q 6 低身長の定義とその原因について教えてください……………15
- Q 7 肥満はどのように診断しますか……………17
- Q 8 高度肥満児対策の目的と方法について教えてください……………19
- Q 9 脊椎側弯症検診のチェックポイントを教えてください……………21
- Q 10 成長期のスポーツ障害について教えてください……………23
- Q 11 運動器検診の目的と方法について教えてください……………25
- Q 12 眼科学校医が配置されていない学校において内科学校医が眼科領域の健康診断をする場合に注意することは何ですか……………27
- Q 13 耳鼻科学校医が配置されていない学校において内科学校医が耳鼻咽喉科領域の健康診断をする場合に注意することは何ですか……………29
- Q 14 内科学校医が皮膚科の診察をする場合に注意することは何ですか……………31
- Q 15 学校における結核検診について教えてください……………35
- Q 16 心臓検診の目的と方法を教えてください……………37
- Q 17 腎臓検診の目的と方法を教えてください……………39
- Q 18 健康診断における総合判定と事後措置及び健康相談は、どのように行われるのでしょうか……………41
- Q 19 就学時の健康診断について教えてください……………43
- Q 20 職員の健康診断と健康管理について教えてください……………45

■第3章 アレルギー

- Q 21 アレルギー疾患用学校生活管理指導表について教えてください……………48

■第4章 学校感染症

Q22 学校において予防すべき感染症について教えてください……………	62
------------------------------------	----

■第5章 保健教育

Q23 学校における保健教育の学校医の役割について教えてください……………	66
Q24 幼稚園と保育所（園）における保健教育について教えてください……………	68
【ワンポイントメモ】認定こども園とは？……………	70
Q25 学校教育における成長段階に応じた性教育について教えてください……………	71
Q26 がん教育について教えてください……………	73
Q27 喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育について教えてください……………	75
Q28 子どものメディア対策について教えてください……………	77
Q29 放射能汚染について教えてください……………	79

■第6章 精神保健

Q30 小児神経症について教えてください……………	82
Q31 不登校の対応はどのようにすれば良いでしょうか……………	84
Q32 子どもの虐待の種類と対応について教えてください……………	86
Q33 発達障害の定義と対応について教えてください……………	88
Q34 特別支援教育について教えてください……………	90

付属資料

1. 学校保健安全法……………	97
2. 学校保健安全法施行令……………	101
3. 学校保健安全法施行規則……………	104
4. 学校生活管理指導表（小学生用、中学・高校生用）……………	112

執筆者一覧……………	116
------------	-----

編集委員会委員一覧……………	116
----------------	-----

編集後記

第1章

学校保健と学校医

Q1

学校保健に関する法規には、どのようなものがありますか

学校保健に関する法律については、日本国憲法に始まり、教育基本法、学校教育法、地方教育行政法、感染症予防法等様々なものがあるが、学校保健安全法を中心に、主なものについて抜粋して示す。

1. 教育基本法（平成18年法律第120号）

第1条 教育は、人格の完成を目指し、平和で民主的な国家及び社会の形成者として必要な資質を備えた心身ともに健康な国民の育成を期して行われなければならない。

*第1条の「教育の目的」を実現するための、今日重要と考えられる事柄を5つに整理して「教育の目標」として第2条で規定している。

第2条 教育は、その目的を実現するため、学問の自由を尊重しつつ、次に掲げる目標を達成するよう行われるものとする。

- 1 幅広い知識と教養を身に付け、真理を求める態度を養い、豊かな情操と道徳心を培うとともに、健やかな身体を養うこと。
- 2 個人の価値を尊重して、その能力を伸ばし、創造性を培い、自主及び自律の精神を養うとともに、職業及び生活との関連を重視し、勤労を重んずる態度を養うこと。
- 3 正義と責任、男女の平等、自他の敬愛と協力を重んずるとともに、公共の精神に基づき、主体的に社会の形成に参画し、その発展に寄与する態度を養うこと。
- 4 生命を尊び、自然を大切にし、環境の保全に寄与する態度を養うこと。
- 5 伝統と文化を尊重し、それらをはぐくんできた我が国と郷土を愛するとともに、他国を尊重し、国際社会の平和と発展に寄与する態度を養うこと。

2. 学校教育法(昭和22年3月31日法律第26号)

第12条 学校においては、別に法律で定めるところにより、幼児、児童、生徒及び学生並びに職員の健康の保持増進を図るため、健康診断を行い、その他その保健に必要な措置を講じなければならない。

*学校保健の領域の一つである保健教育については、学校教育法に基づく学習指導要領において基準を示している。

新学習指導要領は、令和2年4月から小学校、令和3年4月から中学校、令和4年4月から高等学校で全面実施となる。新しい学習指導要領は、生きる力を育むことを目指すに当たって、社会と連携・協働しながら、未来の創り手となるために必要な資質・能力を育むために、「何ができるようになるか」を明確化し、学習や生活の場面で活用できるようにすることを重視している。

3. 学校教育法施行規則

(昭和22年5月23日文部省令第11号)

第28条 学校において備えなければならない表簿は、概ね次のとおりとする。

- 2 学則、日課表、教科用図書配当表、学校医執務記録簿（図）、学校歯科医執務記録簿、学校薬剤師執務記録簿及び学校日誌
- 4 指導要録、その写し及び抄本並びに出席簿及び健康診断に関する表簿

また、学校医の職務については、学校保健安全法施行規則の第22条1～10に規定されており、「学校医は、前項の職務に従事したときは、その状況の概要を学校医執務記録簿に記入して校長に提出するものとする」とされている。学校医の職務を執行した時は、各学校の学校医執務記録簿に記入する必要がある。

図：執務記録簿(例)

令和 年度 学校医・学校歯科医・学校薬剤師執務記録簿						
令和 年 月 日 曜日					校 医 等 印	校 長 印
午前 時 分 (自)		午前 時 分 (至)		午後 時 分 午前 時 分		
執 務 事 項	健康診断	健康相談	保健指導	伝染病予防	救急処置	
	学校保健委員会	環境衛生	その他 ()			
特 記 事 項						

4. 学校保健安全法

昭和33年に制定された学校保健法は、平成20年に2つの中央教育審議会答申において体力の向上や健やかな心身の育成についての指導の充実や体制の整備が求められたことを受けて、平成20年6月に改正され、平成21年4月より学校保健安全法として施行された。

今回の改正は、メンタルヘルスに関する問題やアレルギー疾患を抱える児童生徒等の増加、児童生徒等が被害者となる事件・事故・災害等の発生、学校における食育の推進の観点から学校給食の重要性、近年の児童生徒等の健康・安全を取り巻く状況の変化にかんがみ、学校保健及び学校安全に関して、各学校において共通して取り組まれるべき事項について規定を整備し、学校の設置者並びに国及び地方公共団体の責務を定めている。

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関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関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。構成については、右上の表に示す。

第23条 学校には、学校医を置くものとする。

2 大学以外の学校には、学校歯科医及び学校薬剤師を置くものとする。

3 学校医、学校歯科医及び学校薬剤師は、それぞれ医師、歯科医師又は薬剤師のうち

表 学校保健安全法の構成

第一章 総則
第二章 学校保健
第一節 学校の管理運営等
第二節 健康相談等
第三節 健康診断
第四節 感染症の予防
第五節 学校保健技師並びに学校医 学校歯科医及び学校薬剤師
第六節 地方公共団体の援助及び国の補助
第三章 学校安全
第四章 雑則

から、任命し、又は委嘱する。

4 学校医、学校歯科医及び学校薬剤師は、学校における保健管理に関する専門的事項に関し、技術及び指導に従事する。

5 学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の職務執行の準則は、文部科学省令で定める。

*学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令（平成26年文部科学省令第21号）の概要

(1) 児童生徒等の健康診断

① 座高の検査について、必須項目から削除すること。

② 寄生虫卵の有無の検査について、必須項目から削除すること。

③ 「四肢の状態」を必須項目として加えるとともに、四肢の状態を検査する際は、四肢の形態及び発育並びに運動器の機能の状態に注意することを規定すること。

(2) 色覚の検査について

学校医による健康相談において、児童生徒や保護者の事前の同意を得て個別に検査、指導を行うなど、必要に応じ、適切な対応ができる体制を整えること。

参考文献

- 1) 日本学校保健会：学校保健の課題とその対応。日本学校保健会，東京都，2012。
- 2) 東京都医師会：学校医の手引き。第8版，東京都医師会，東京都，2020。
- 3) 東京都教育委員会：都立学校学校医等の手引き。東京都教育委員会，東京都，2010。
- 4) 文部科学省：学習指導要領（平成29年告示）
- 5) 日本学校保健会：児童生徒等の健康診断マニュアル平成27年度改訂版

Q 2

学校医の身分と職務内容について教えてください

1. 学校医の法的規定、資格要件

平成21年（2009）に改正された「学校保健安全法」第23条に法的に地位が規定されている。

資格要件は医師であることのみである。また、任命権は公立学校では都道府県・市町村教育委員会、私立では設置者（理事長、校長）にある。

学校医の選定にあたっては、地域の医師会または学校保健会が推薦し教育委員会が任命することが慣例となっている。

1) 学校医の身分、待遇

都道府県立・市町村立学校は、地方公務員法（第3条第3項第3号）の特別職の非常勤嘱託職員として委嘱される。

報酬については地方自治法第203条に規定、但し、算定方法、算定額は自治体により著しく異なる。

また、学校への往復路での交通事故等や職務中の公務上災害については公務災害制度がある。

2. 学校医の職務

学校保健安全法第23条第4号に総括的に規定、職務内容は「学校医の職務執行の準則」（表）として学校保健安全法施行規則（文部科学省令）第22条にある。

1) 学校保健安全計画の立案に参加

児童生徒等、職員の健康診断、環境衛生検査、安全点検等の計画立案に参加。但し実際には保健主事や養護教諭が計画し、学校の合意を経て学校医への連絡了承になる。

2) 学校環境衛生への指導・助言

基本的には学校薬剤師の職務であるが、医師として協力して専門的事項に必要な指導、助言を行う必要がある。

3) 健康相談への従事（法第8条）

児童生徒の心身の健康に関し、本人や保護者の希望に応じ実施する。なお心の健康、アレルギー性疾患、脊柱側弯症、スポーツ外傷、性的問題や色覚の検査は専門医と連携して健康相談を行うこ

表

学校保健安全法施行規則（文部省令）第22条 学校医の職務執行の準則

学校医の職務執行の準則は、次の各号に掲げるとおりとする。

1. 学校保健計画及び学校安全計画の立案に参加
2. 学校環境衛生への指導・助言
3. 健康相談
4. 保健指導
5. 健康診断
6. 健康診断後の予防処置
7. 感染症及び食中毒の予防
8. 救急処置
9. 就学時健康診断
10. 職員の健康診断

とも必要とされている。

4) 保健指導への従事（法第9条）

5) 健康診断への従事（法第13条）

毎学年の定期実施に加え、臨時の健康診断も必要に応じ行う。学校医の最重要職務であり、スクリーニング診断であることを念頭に行う。当然のことながら、プライバシーと人権保護には充分配慮することが特に求められている。

6) 健康診断後の予防処置に従事（法第14条）

担任教諭、養護教諭がまとめた健診結果を学校医が中心となり検討し、適切な指導、措置を行う。

二次検査が必要な場合については、特定の医療機関への誘導は好ましくない。

7) 感染症及び食中毒の予防に従事

（法第19・20・21条）

感染症、食中毒への必要な指導、助言を行う（出席停止、臨時休業、予防の処置等）。

8) 校長の要請により救急処置に従事

実際には対応困難であり救急隊に要請することが多いが、駆けつける心の準備は必要である。また、必要に応じ小学校高学年以上の児童生徒や教

職員への救命処置や AED 等の実技指導、助言を行う。

9) 就学時健康診断（法第11・12条）

学校教育法第17条の規定により市町村の教育委員会が主体となり行う。また、結果に基づき特別支援教育の検討を行う。

10) 職員の健康診断（法第15・16条）

学校の設置者の求めにより、学校医は定期、または必要に応じ臨時に学校職員の健康診断を行う。設置者は結果に基づき適切な措置を行う。

今後、ますます児童生徒を取り巻く環境の変化

に伴い、学校医の責務の多様性、重要性は高まると予想される。

学校医は学校保健委員会や各種健康診断の職務に留まることなく、向後は積極的に「健康相談」、「健康教育」、「学校保健安全計画の立案」等に参画していかなければならない。

参考文献

- 1) 広島県医師会：学校医の手引き。平成21年11月改訂，広島県医師会，広島県，2009.
- 2) 山口県医師会：学校医の手引き。第4版，山口県医師会，山口県，2010.
- 3) 東京都医師会：学校医の手引き。第8版，東京都医師会，東京都，2020.

Q3

学校保健委員会での学校医の役割は何ですか

1. 学校保健委員会とは

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大きな影響を与えており、生活習慣病、アレルギー疾患、運動器疾患、ストレスによる心身の不調やメンタルヘルス、性に関する問題行動、飲酒・喫煙・薬物乱用、ネット依存、感染症など現代的な課題が複雑化・深刻化している。子どもたちが直面するこのような多くの健康課題を解決していくためには、学校・家庭・地域が密接な連携を図ることが重要であり、そのためには学校医による適切な指導・助言が必要不可欠である。

学校保健委員会は、児童生徒が生涯を通して自ら健康で安全な生活を送ることができる判断力と実践力を育成するために、学校における健康課題を協議し、健康づくりを推進する中核的な組織である。

2. 学校保健委員会の組織構成

学校保健委員会は、校長、保健主事、養護教諭、栄養教諭、教務主任等の教職員、児童生徒代表、保護者代表、学校医、学校歯科医、学校薬剤師、地域の関係機関代表、地域の人々等で構成される(図)。

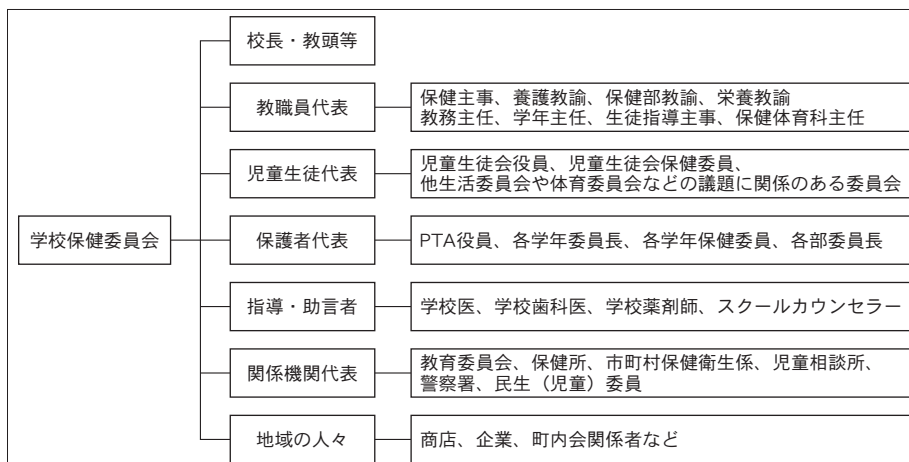
学校、家庭及び地域社会の関係者が集まって、意見交換することに意義があると考え、形にとらわれず、構成員は学校や地域の実情に応じて決める。従って、学校保健委員会の組織も固定的、画一的にとらえるのではなく、学校が直面している児童生徒の健康問題の解決に役立つ、より機能的な組織になるよう考え、その年度の方針に即して弾力的なものにすることが大切である。

さらに、健康づくりの主体である児童生徒や保護者を積極的に構成員に加えることや、協議内容によっては、地域の関係機関(教育委員会、保健所、児童相談所、警察署等)の出席を要請するなどして、協議の充実や質の向上を図っていく必要がある。

3. 学校保健委員会の協議内容

平成27年度の日本学校保健会による全国調査では、協議内容については、どの校種でも、「歯と口の健康」が最も割合が高い。小学校、中学校では、「生活のリズム」「食生活」「体力づくり」の割合も高いが、中学校、高等学校、中等教育学校では、「心の健康について」、高等学校、中等教育学校、特別支援学校では、「感染症・食中毒」「環境衛生」「安全危険管理」についても多く、校種間において課題とする内容がやや異なることがわかる。

図 学校保健委員会組織構成例



(平成20年 中央教育審議会答申より)

今後は、「食物アレルギー」「性に関する問題」「喫煙防止」「過度のスポーツや運動による運動器疾患」「熱中症」「メディアの影響と対策」「発達障害」「不登校」等の現代的な健康課題を多く取り上げていく必要がある。

4. 学校保健委員会での学校医の役割

学校医の役割を下記に示す。

1. 学校医は、日頃から学校と連絡を密にとり、児童生徒の状況や変化を把握し、専門的な立場から指導・助言を行う。
2. 学校医は、学校保健委員会の企画の段階から関わり、学校の実態を踏まえて、専門的な立場から助言を行う。また、学校・家庭・地域社会での実践にあたって、指導・助言を行う。
3. 学校保健委員会で実践する研修会等各種啓発・研究活動において、専門的な立場から講話や情報提供を行う。
4. 地域の医師会や保健医療機関等と学校との関係構築に関与する。
5. 学校保健委員会の活動の評価にあたって、専門家的視点から意見を述べ、また、事後の活動に積極的に協力する。

平成22年に群馬県の学校医を対象にしたアンケート調査では、学校保健委員会への出席状況については、ほとんど出席しているが約55%、たまに出席しているが約19%、ほとんど欠席しているが約17%、不明9%であった。議題決定への関与については、ほとんど関与していないが約67%、時々学校側と一緒に決めているが約22%、毎回学校側と決めているが約11%であった。学校医の出席状況は必ずしも良くなく、また、牽引役となって取り組んでいないことが示唆される。

5. 学校保健委員会の運営や内容の工夫

平成27年度の日本学校保健会による全国調査によると、全体では「学校医等や関係機関が参加しやすい時間帯で設定した」が8割弱、「学校の実態が分かるような調査内容を入れた」が6割となっておりどの校種でも高くなっている。また、「各回の運営案を作成し事前打ち合わせや役割分

担を行った」「これまでの開催状況や課題を把握し、改善に役立てた」「事前の調査や課題を把握し、改善に役立てた」「事前の調査や準備を入念に行った」「反省事項や課題を整理し、円滑な引き継ぎを行った」が3割以上である。他にも、「保護者が参加しやすいよう広報活動をした」「関心の高い内容の講演会などを実施したり、拡大大学校保健委員会にしたりして多くの保護者が参加できるようにした」「参加者が体験できる内容にした」「グループワークを入れ、参加者が意見を言いやすいよう工夫した」などと回答した学校も多い。

6. 学校保健委員会の課題

平成27年度の日本学校保健会による全国調査によると、「開催時間の設定や時間の確保が難しい」が6割強と最も高く、ついで「議題や進め方がマンネリ化してきている」が約5割となっている。

しかし、多くの学校医は協力しようとする姿勢があるため、学校と学校医の間で開催日時の調整や議題決定を行うことなどによって、より充実した学校保健委員会になることが期待される。

積極的な学校保健委員会の開催は、その学校の学校保健の充実に比例しているとも言え、学校医は学校と常にコミュニケーションを図りながら、学校保健委員会に可能な限り出席してその活性化に寄与することが期待される。

参考文献

- 1) 衛藤 隆：学校医の健康教育推進を考える 学校医の活動と健康教育とのかかわり 学校医を対象とした調査結果から。日医雑誌128：540—546,2002.
- 2) 東京都医師会：学校医の手引き。第8版，東京都医師会，東京都，2020.
- 3) 日本医師会：学校医の手引き。第1版，日本医師会，東京都，2004.
- 4) 岩田祥吾他：学校医は学校に行こう！。第1版，医歯薬出版，東京都，2006.
- 5) 兵庫県医師会：学校医手帳。平成20年3月改訂，兵庫県医師会，兵庫県，2008.
- 6) 日本医師会：第41回全国学校保健・学校医大会大会誌。群馬県医師会，群馬県，2010.
- 7) 学校保健委員会答申 学校医活動のあり方～児童生徒等の健康支援の仕組みを含めて～。日本医師会学校保健委員会，東京都，2018.

第2章

学校における健康診断

Q 4

児童生徒の健康診断について種類と時期及び チェックポイントを教えてください

1. 種類と時期

1) 定期健康診断

(学校保健安全施行規則第5条)

毎年6月30日までに行う。ただし、疾病その他の事由によって当該期日に健康診断を受けることができなかった者に対しては、その事由のなくなった後すみやかに健康診断を行う。

2) 臨時健康診断

(学校保健安全施行規則第10条)

臨時の健康診断は次のような場合、必要に応じて行う。

- (1) 感染症又は食中毒が発生したとき
- (2) 風水害等により感染症の発生のおそれがあるとき
- (3) 夏季における休業日の直前又は直後
- (4) 結核、寄生虫病、その他の疾病の有無について検査を行う必要があるとき
- (5) 卒業のとき

3) 就学時健康診断

(学校保健安全施行規則第3条)

毎年、10～11月に実施する(Q19参照)。

※健康相談(学校保健安全法第8条)

毎年1回の定期健康診断を補完する意義があり、以下の者が対象となる

- (1) 健康診断の結果、継続的な観察指導を必要とする者
- (2) 日常の健康観察の結果、継続的な観察指導を必要とする者
- (3) 病欠欠席がちである者
- (4) 児童生徒等自らが心身の異常に気づいて健康相談の必要を認める者
- (5) 保護者が当該児童、生徒等の状態から健康相談の必要を認める者
- (6) 修学旅行、運動会、持久走大会、臨海学校、林間学校などの学校行事への参加に際し、必要と認める者

2. チェックポイント

健康診断にあたっては、カーテンや衝立で区切るなど、プライバシーの保護に充分に気をつける必要がある。形態異常や疾患名は記録にどどめるが、口述しないことが望ましい。また高学年女子の診察に際しては、羞恥心に対する配慮も必要である。

診察する前にまず、事前に実施された保健調査(表)を参考にして、出生時の状況、発育発達歴、予防接種歴等をチェックし、既往歴では血液疾患や先天性心疾患、川崎病の既往、腎疾患、喘息、てんかんなどの神経疾患など配慮を要する疾患に注意する。

また、食物アレルギーの有無をチェックすることも大切である。

診察時にチェックするポイントは以下の通りであるが、落ち着きなどの態度にも注意を払う必要がある。

1) 栄養状態

皮膚の色、皮下脂肪の程度、筋肉・骨の発達、貧血の有無に注意する。極度にやせている場合は虐待や、高学年では神経性食思不振症に注意する。肥満、低身長が疑われる場合は判定基準と照合する必要がある(Q6、Q7参照)。

2) 頭・頸部

頸部の腫瘍、リンパ節腫脹などに注意する。

3) 脊柱・胸郭

脊柱や胸郭の変形に注意する。特に脊柱側弯症、漏斗胸、鳩胸などに要注意(Q9参照)。

4) 胸部

心音・呼吸音の異常、不整脈、心雑音の有無に注意する(Q16参照)。

5) 腹部

立位での診察には限界があるが、視診、触診にて、肝脾腫、腫瘍の有無をチェックする。

6) 皮膚

湿疹、アトピー性皮膚炎などをチェックする。夏はとびひ(表在性皮膚感染症)になりやすいの

表 保健調査の主な内容

検査項目		調査内容
健康基礎調査		出生時の状況、成育歴（発育の様子）、生活歴（生活の習慣）、予防接種歴等
既往症等		血液疾患、膠原病、熱性けいれん、てんかん、蕁麻疹、喘息、肝炎、ヘルニア、やけど、交通事故の有無、外傷や骨折、手術の有無やその疾患等
栄養状態		食事の摂取状況（朝食、間食の状況等）、顔色、肥満ややせ
脊柱・胸郭・四肢		日常の姿勢、歩行異常、関節運動の異常、関節痛の有無
眼		眼の疲労度、黒板の字の見え方、物の見え方、まぶしさ、目やに、目の充血、涙がよくでる、色覚異常、眼位の異常
耳鼻咽喉		聞こえが悪い、発音がおかしい、嘔声、たびたび鼻汁や鼻閉、鼻血が出やすい、のどの腫れで発熱が多い、口を開けていることが多い、いびき
皮膚		湿疹、とびひ、内出血、外傷
歯・口腔		顎関節の状態、歯列、噛み合わせ、歯肉の状態、う歯の状態、歯みがき状況
内科	心臓	心疾患の既往歴、チアノーゼ・動悸・息切れ、心雑音、不整脈、川崎病の既往歴
	腎臓	本人の既往歴、家族歴（慢性腎炎、腎不全、アルポート症候群等）、浮腫、血尿、頭痛、食欲不振、頻尿、乏尿、疲労感、腰痛等の有無
ライフスタイル		睡眠時間、起床、就寝時間、便通の状態、運動時間、運動の種類、塾の状況、テレビ・ビデオ等の視聴時間、パソコン・ゲーム機・スマホ等の使用時間
アレルギー様症状		喘息（重症度）、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、食物アレルギー（アナフィラキシーの有無）、薬剤アレルギー
その他	本人の自覚症状等	現在の健康状況（疲れ易い、頭痛、腹痛、食欲不振等）、健康上の悩み
	家庭における健康状況	家族が把握している健康上の問題（現在かかっている病気、日頃かかりやすい病気、長期に使っている薬、使えない薬、その他連絡しておきたいことなど）
	学校における健康状況	学級担任や養護教諭等が把握している健康上の問題

[児童生徒等の健康診断マニュアル 平成27年度改訂、日本学校保健会、平成30年8月25日 第8刷より引用改変]

で要注意。内出血や外傷が多数認められる場合は虐待も考慮する（Q14参照）。

7) 眼

伝染性眼疾患、視力障害、眼位の異常、アレルギー性結膜炎等に注意する（Q12参照）。

8) 耳鼻咽喉

難聴、副鼻腔炎、扁桃肥大の有無等に注意する（Q13参照）。

参考文献

- 1) 日本学校保健会：児童生徒等の健康診断マニュアル 平成27年度改訂、日本学校保健会、第8刷、2018.

Q 5

幼児の健康診断について、問診・診察上のチェックポイントは何ですか

学校での健康診断は、学校医と子どもが直接向き合って、その動作などを診ながら全身的なチェックをしているが、幼児の健診では、しばしば担任の先生、保育士などに日頃の様子を聞きながら診ることが有益となるが、その場だけの診察で判断することは難しいことがある。

そのために、健康診断する前にしっかりとした健康調査票を作成（別紙）して、記入されたものを前もって見て、チェックしておくことが有効な手段となる。

今、幼児は幼稚園（文部科学省管轄）か、保育所（厚生労働省管轄）に、ほとんど通っている。しかし、同じ年齢でも健康診断の回数は異なっているようで、発育の変化の大きいこの時期、年に2～3回は診ることが望ましい。

最近認定こども園に移行している施設が増え、縦割り社会のため、行政での統一がしっかりとっておらず、早く子どもたちの為には一本化してもらいたいと考える。

診察上のチェックポイント

1. 診察にくる時の歩き方や態度などをしっかり観察し、子ども達が並んで入ってくる時に1人暴れている子ども、人見知りしている子ども、すぐに座ってしまう子どもなどを見ておくことが大事である。歩行などから運動障害などの簡単なチェックもしておきたい。
2. 診察するにあたり、その子どもの年齢に合わせた質問で発達状況を診ること（但し、同じ年齢でも個人差があるので注意する）。
3. 上半身を裸にして、皮膚の色つや、湿疹の有無などを診て、姿勢をチェック、側弯症などにも注意深く観察して、聴診、触診（腹部）をしたい。低身長、肥満の問題も気をつけて指導していく。
4. 発達障害は、将来に向けて早期に診断して対応することが重要である。短時間の診察だ

けでは判断することが出来ないので、健康調査票を参考に先生方と話をし、事前にその子どもの情報を集め、対応していくことが大事になる。

近年、5歳児健診が行われるようになってきている。入学前にしっかり発達状態を把握して学校生活を送れるような配慮をということである。まだ各地域での差があるようであるが、是非充実していければと思われる。

5. 現在は乳児期から健診体制が充実しているため、心疾患、肺疾患などは既に診断され経過をみていることが多いが、十分な治療をされずにいる疾病もあるので、しっかり対応するようにしたい。

6. 眼、耳に関して

それぞれ専門医が対応することが望ましいが、不在の施設もあり、内科医が対応することもあるので心配が必要である。視力の問題（内斜視、弱視なども）、難聴など、早期に診断対応することで、改善の道が開けるので注意して診て、必要に応じて早めに専門医へ紹介するなど対策をとっておきたい。

色覚検査は学校の義務検査から外れたが、色覚異常を知らないまま社会に出て、生徒に不利益が生じた。そのため文部科学省の指導の下、群馬県では小学校入学後に、積極的に色覚検査を行うようになった。一度はしっかり検査を受け、自分の見え方の特性を知っておくことは、子どもたちの将来にとって必要であると考えられる。

聴力障害はわずかでも学習の妨げとなるが、障害が軽度であれば発見されずに放置されやすい。席を前方に移動する、補聴器、FM補聴器などの機器で早急に対応可能であり、問診票の記載、行動の観察などを参考に早期に専門医に受診を勧められる体制が望ましい。

健康調査票（例）

お子さんの名前.....

生年月日 令和 年 月 日生（ 歳）.....

出生時の状況（出生児体重 g）

正常分娩

異常分娩（仮死の有無 ・ 黄疸の有無）

その他（ ）

発育状況

首のすわり（ カ月頃）

歩き始め（ 歳 カ月頃）

意味のある言葉の出始め（ママ、ブーブーなど）（ 歳 カ月頃）

予防接種の施行状況（○をつけてください）

BCG ・ ポリオ（生1、2 または 不活化1、2、3、追加）

三種混合（1、2、3、追加） ・ 四種混合（1、2、3、追加）

日本脳炎（1、2、追加） ・ 麻しん風しん混合（1、2）

おたふくかぜ（1、2） ・ 水痘（1、2）

B型肝炎（1、2、3） ・ ロタウイルス（2または3）

小児肺炎球菌（1、2、3、追加） ・ インフルエンザ

インフルエンザ菌b型（1、2、3、追加）

その他（ ）

既往歴（今までにかかった病気）（○をつけてください）

麻しん（はしか） ・ 風しん ・ おたふくかぜ ・ 水痘

溶連菌感染症 ・ 川崎病 ・ 喘息 ・ 心臓病 ・ 腎臓病

けいれん ・ アレルギー（ ）

その他（ ）

現在治療中の病気（ ）

何かお子さんの日常で気にかかることがありましたら、記入してください。

()

【ワンポイントメモ】

5歳児就学前健診の目的について

発達障害児（自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症、限局性学習症など）が学齢期に入ると、本来の症状だけでなく二次的な問題として、学校不適応や心身症の状態に陥ることが少なくないこと、また、不登校状態にある児童の中に発達障害児が含まれること、などが知られるようになった。

3歳までの乳幼児健診では、主として中等度以上知的障害児や言語発達の遅れを伴う自閉スペクトラム症児などは発見可能である。しかし、知的障害を伴わない自閉スペクトラム症や注意欠如・多動症の幼児では、3歳児健診のあと、保育所や幼稚園などで集団生活をするようになってから、「集団行動が取れない」「自分勝手な行動が多い」「指示が入りにくい」「一人遊びが多い」など、それまで明らかにならなかった認知行動や社会性の発達における問題が指摘されることが少なくない。

従って、3歳児健診以降から就学前に、発達障害児を発見し就学後の不適応を少なくするための支援を行うことが大切となり、5歳児健診の機会を設けることは意味があることと考えられる。その際、鍵となることは、健診で発見された発達障害をご家族にどのように伝えるか、就学までどのように支援するか、またどのように教育機関へ情報の受け渡しを行うかなどの「健診後の取り組み」につなげることである。

健診方法としては、保健センターや保育所や幼稚園などで行う集団健診が最適であるが、市町村の実情に応じた実施体制の確立や専門家（発達障害に精通した医師、心理職や言語聴覚士など）の確保については課題がある。

群馬県医師会では、平成24年に「5歳児就学前健診の全県実施に向けて」を発刊し、保健センター方式（保健センターで行う）、巡回方式（保育所や幼稚園などを健診スタッフが巡回して行う）、園医方式（園医が保育所・幼稚園と連携協力して行う）の3つの方式を提示した。

Q 6

低身長の定義とその原因について教えてください

低身長を診る時にもっとも重要なことは、低身長は単に美容形成上の問題ではなく、時にはその背景に重大な健康的問題が潜んでいることがあること、すなわちひとつの病的徴候であるかもしれないという認識を持ってあたることである。また、健康上の問題がない場合でも、本人もしくは保護者の気持ちは、医師が考える以上に深刻であり、その心理的負担を無視して対応してはいけないことも重要な点である。

低身長の定義は二つあり、①現在の身長絶対値が低いことと、②身長の成長率（増加量）が低下していることの両者である。②は、現在の身長の絶対値は低くなくても低身長として扱う点に注意が必要である。

現在の身長の絶対値での評価は、平均からの隔たりの程度が強いものを異常値とする考え方にもない、SDスコアを使用するのが一般的である。SDスコアは、（患者の身長－同性同年齢の平均身長）÷同性同年齢の標準偏差にて算出する。学童では、 $-2SD$ 以下の身長を低身長とする。 $-3SD$ 以下は0.14パーセントイルに相当し、病的色彩が強く、 $-2SD \sim -3SD$ の間は、境界領域の意味合いをもつ（図1）。

身長の成長率の算出は、（患者の身長成長率－同性同年齢の平均身長成長率）÷同性同年齢の標準偏差で算出する。 $-1.5SD$ 以下の成長率が2年間続く場合が、低身長とされる。同性同年齢の身長および身長増加量の基準は、成長科学協会のホームページ（www.fgs.or.jp）にも記載されて

いる。SDスコアを算出するとともに、低身長の場合は、過去の身体計測記録より成長曲線および成長率（増加率）曲線を描出すると、より可視的になり、その原因を推測する大きな判断材料になるので、必ず作成する。

成長曲線の解釈を模式化したのが、図2である。Aは、低身長はあるが、平均との差が概ね一定で推移している。代表的なのが思春期遅発症であり、病的な色彩が少ないパターンである。Bは、乳幼児期より低身長が始まり、加齢とともにその程度が強くなっているパターンである。何らかの先天的な疾患が存在することをしめす。Cはある時まで成長は問題なかったが、ある時点より成長率が低下している。身長SDスコアが正常範囲でも、何らかの後天的疾患が存在するはずで、その検索を必ずしなければならない最も病的な成長パターンといえる。

低身長をきたす疾患は、表1にまとめたが、内分泌疾患だけでなく、多岐にわたる。これらの疾患が、どのような成長パターンをとるか、著者が経験した症例を提示する（図3）。症例1は、慢性甲状腺炎による甲状腺機能低下症である。成長

図1 SDスコアとパーセントイルの関係

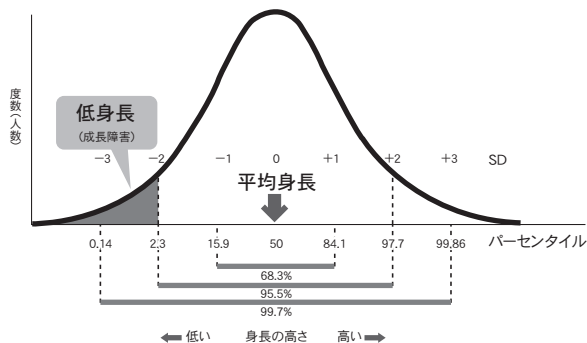
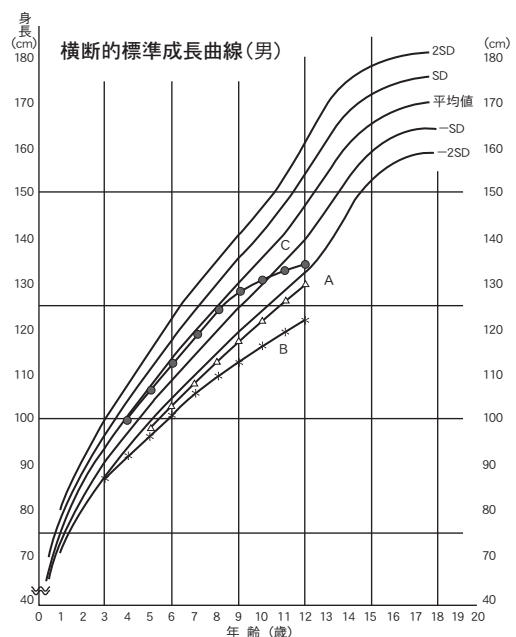


図2 成長曲線と成長障害のパターン



曲線では、すでに7歳のころから身長増加不良が存在しており、このころからの発症と思われるが、周囲の者は気づかず、外来に来たのは4年後であった。甲状腺機能低下にもとづく活動性の低下や学業不振は認められていたが、緩徐に進んだためその変化に周囲は気づかなかったものと思われる。定期的な学校での身体計測の変化に、注意

表 低身長の原因分類とおもな疾患

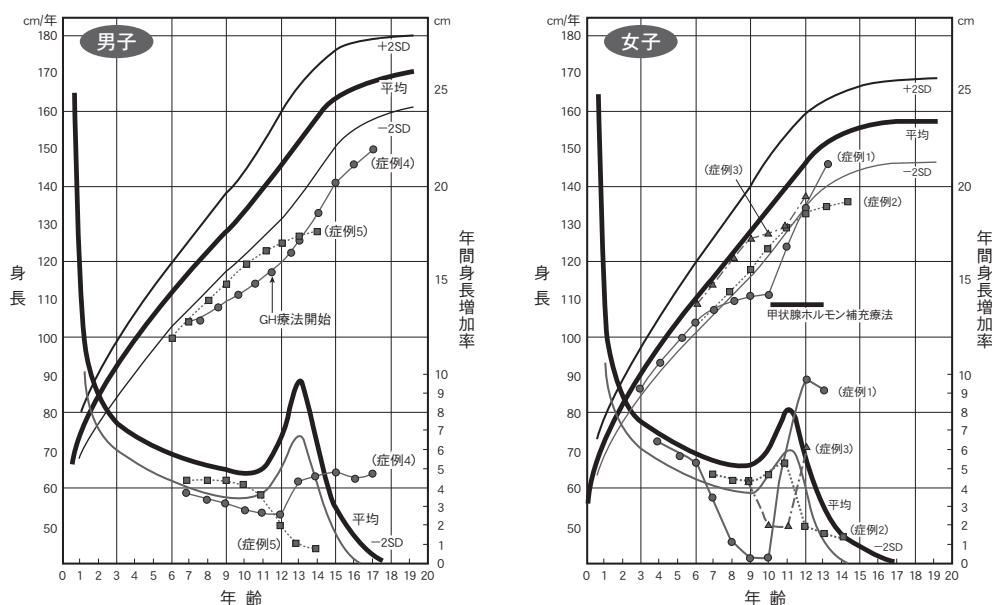
内分泌疾患
* 成長ホルモン分泌不全性低身長
甲状腺機能低下症
副腎機能異常症
性腺機能低下症
染色体異常症・奇形症候群
* Turner 症候群
* Prader-Willi 症候群
Russell-Silver 症候群
骨系統疾患
* 軟骨異常養症
骨形成不全症
代謝疾患および栄養障害
慢性疾患
* 慢性腎不全性低身長
慢性炎症性腸疾患
心臓疾患
体質性低身長
特発性低身長
* SGA 性低身長
家族性低身長
精神・情緒・愛情などの環境異常
愛情遮断症候群
虐待
思春期遅発症

*は、成長ホルモン療法が適応

を払っていけば、より早期に発見できた症例であり、学校での身体計測の利用の仕方を考えさせた症例である。症例2は、軽度の反復性腹痛にて来院した女兒である。経過中、急性虫垂炎と誤診され手術まで受けている。女兒の成長に注目し、成長曲線をひとめみれば、なんらかの慢性的疾患があることはすぐに推察できたものであり、不必要な手術も必要なかったものと思われる。最終診断は、クローン病であった。小児の成長の知識を持たない医師の誤診例である。症例3は、アトピー性皮膚炎があり、厳格な食事制限を行ったため、十分な栄養素の摂取ができず、身長増加に支障をきたした症例である。食事制限を解除することにより身長増加の改善がみられている。症例4は、特発性成長ホルモン分泌不全性低身長である。成長ホルモンの補充療法にて、顕著な身長増加がみられている。症例5は、成長ホルモン分泌不全の症例である。成長ホルモンの分泌不全がある点は、症例4と同じであるが、成長曲線では、ある時点から急速に身長増加が障害されている点異なる。原因は、この症例は、後天的な原因（脳腫瘍）であった。

一定の成長をしているのが小児の正常な姿であり、それが障害されているということは、何らかの大きな障害が存在する可能性があることを示唆するサインである。最初から、“元気だから多少背が小さくても大丈夫”とあって、原因を検索せず放置するのは医師としてさげなければならない。

図3 低身長症例の成長曲線



Q 7

肥満はどのように診断しますか

肥満の診断は、厳密には脂肪組織量の測定を行う必要があるが、正確かつ簡便な体脂肪量の測定法はない。そのため健診においては、1) 肥満度、2) BMI (Body Mass Index)、3) ローレル指数、4) 腹囲などの人体計測学的指標を用いて肥満の診断を行う。成人領域では、体脂肪量と相関性を示すBMI、および内臓脂肪量と相関性を示す腹囲が、世界標準で使用されている。小児期の肥満診断として、BMIは世界標準で使用されているが、我が国では学校保健安全法によって児童生徒の身体計測が義務付けられているため、性別年齢別身長別標準体重の詳細なデータが入手可能であることから肥満度が用いられている。また腹囲も、メタボリックシンドロームの概念の普及に伴い実用化が進んでいる。以下に、1)～4)の各々の指標について説明する。

$$1) \text{ 肥満度 (\%)} = \left[\frac{\text{実測体重} - \text{標準体重}}{\text{標準体重}} \right] \times 100$$

標準体重を求め、上記の式から肥満度を計算する。学童期以降は20%以上を軽度肥満、30%以上を中等度肥満、50%以上を高度肥満と診断する。標準体重算出方法は2通りあり、それぞれの特徴を示す。

(1) 性別年齢別身長別標準体重(5歳以降)(表1)

1次式の標準体重計算式。標準的な集団としての評価や疫学的な評価には、この方法を用いた肥満度評価の方が優れているため、学校健診で使われる。ただし、年齢毎に1次式の係数が異なるので、同じ身長体重であっても、誕生日を挟んで年齢が1歳違うと、標準体重が異なるため肥満度が変わってしまう欠点がある。高身長、低身長児も1次式で標準体重を算出しているため、特に身長が-2SD以下の低身長児では肥満度の評価が正しくない可能性がある。

(2) 性別身長別標準体重(表2)

個人の肥満度の変化の評価には、この方法を用いた肥満度は、グラフ化する(図1)と視覚的に判定しやすく、縦断的な評価を行いやすい。ただ

表1 性別年齢別身長別標準体重(5歳以降)を求めるための係数と計算式

年齢	男子		年齢	女子	
	a	b		a	b
5	0.386	23.699	5	0.377	22.750
6	0.461	32.382	6	0.458	32.079
7	0.513	38.878	7	0.508	38.367
8	0.592	48.804	8	0.561	45.006
9	0.687	61.390	9	0.652	56.992
10	0.752	70.461	10	0.730	68.091
11	0.782	75.106	11	0.803	78.846
12	0.783	75.642	12	0.796	76.934
13	0.815	81.348	13	0.655	54.234
14	0.832	83.695	14	0.594	43.264
15	0.766	70.989	15	0.560	37.002
16	0.656	51.822	16	0.578	39.057
17	0.672	53.642	17	0.598	42.339

$$\text{標準体重} = a \times \text{身長 (cm)} - b$$

表2 性別身長別標準体重を求めるための計算式

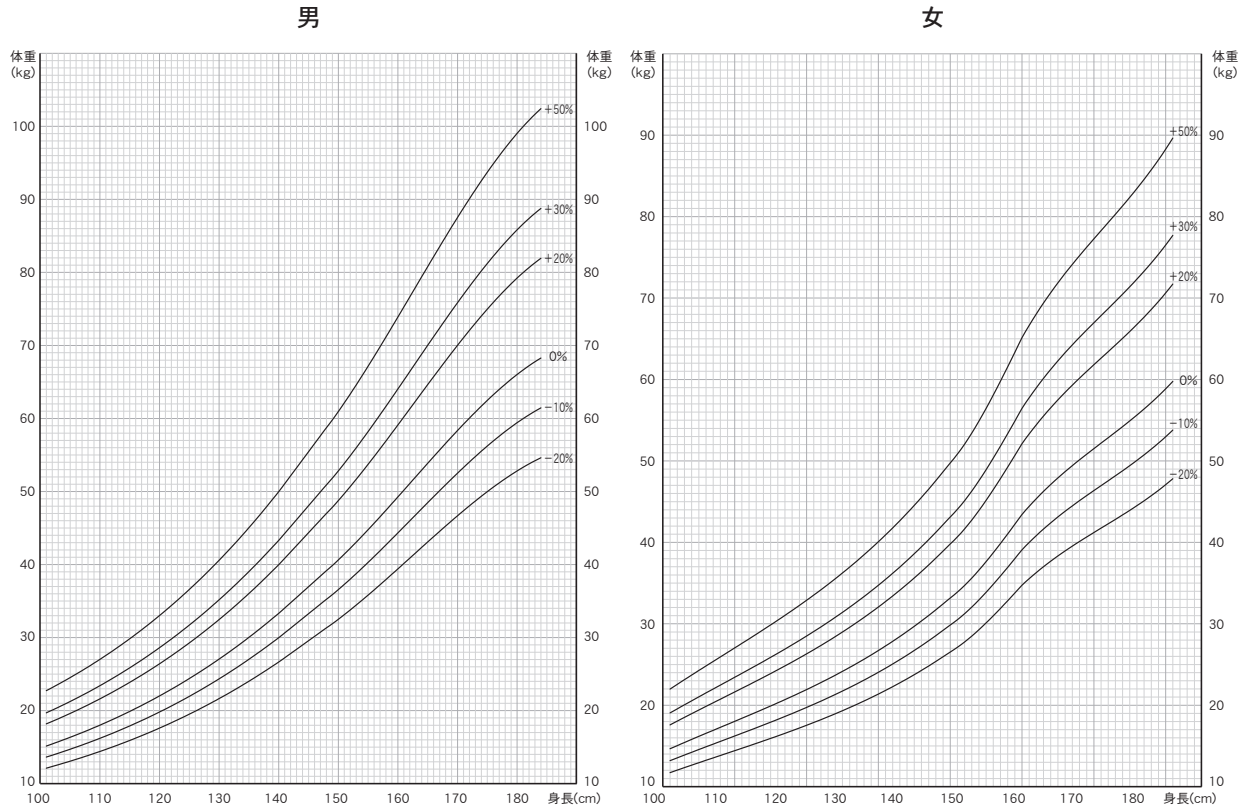
男児(Xに身長(cm)を入れる)

* 幼児期(6歳未満、身長70cm以上120cm未満)	標準体重 = $0.00206X^2 - 0.1166X + 6.5273$
* 学童(6歳以上、身長101cm以上140cm未満)	標準体重 = $0.0000303882X^3 - 0.00571495X^2 + 0.508124X - 9.17791$
* 学童(6歳以上、身長140cm以上149cm未満)	標準体重 = $-0.000085013X^3 + 0.0370692X^2 - 4.6558X + 191.847$
* 学童(6歳以上、149cm以上184cm未満)	標準体重 = $-0.000310205X^3 + 0.151159X^2 - 23.6303X + 1231.04$

女児(Xに身長(cm)を入れる)

* 幼児期(6歳未満、身長70cm以上120cm未満)	標準体重 = 標準体重 = $0.00249X^2 - 0.1858X + 9.0360$
* 学童(6歳以上、身長101cm以上140cm未満)	標準体重 = $0.000127719X^3 - 0.0414712X^2 + 4.8575X - 184.492$
* 学童(6歳以上、身長140cm以上149cm未満)	標準体重 = $-0.00178766X^3 + 0.803922X^2 - 119.31X + 5885.03$
* 学童(6歳以上、149cm以上171cm未満)	標準体重 = $0.000956401X^3 - 0.462755X^2 + 75.3058X - 4068.31$

図1 肥満判定曲線（6—17歳）



し、思春期発達段階の違い等に基づく、年齢による体型の差は、考慮されない。

（参考）著明な低身長の場合、標準体重の算出方法で肥満度は大きく異なる。

基礎疾患による低身長の12歳女兒が、学校健診で身長111.2cm（-6.3SD）、体重21.7kg、性別年齢別身長別標準体重11.6kg、肥満度87.1%のため、学校より医療機関受診勧告を受けた。標準体重の特徴を知る医師が担当し、性別身長別標準体重を用いたところ、標準体重18.5kg、肥満度17.3%となり、肥満の介入は不要と判断されたケースもある。

2) BMI = 体重 (kg) / 身長 (m)²

日本人の成人では25以上を肥満としているが、小児では年齢とともに変動するため、パーセンタイル基準値と比較し、90および95パーセンタイルを超えていれば肥満と診断する。

3) ローレル指数 = 体重 (kg) / 身長 (m)³ × 10
160以上を肥満、180以上を中等度肥満、200以上を高度肥満と診断する。

低学年の場合、身長によって補正する必要がある。身長110～129cmでは180以上が肥満、身長130～149cmでは170以上が肥満と診断する。

4) 腹 囲

日本人の小児メタボリックシンドローム診断基準（6歳～15歳）によれば、小学生では腹囲（臍高囲）75cm以上、中学生では80cm以上、または腹囲／身長が0.5以上であれば、内臓脂肪量が増加していると診断する。

参考文献

- 1) 日本肥満学会：小児肥満症診療ガイドライン2017。ライフサイエンス出版，東京都，2017。
- 2) 群馬県医師会，群馬県教育委員会：学校医・かかりつけ医向けの高度肥満児対策の手引き。群馬県，2017。
- 3) 日本小児内分秘学会ホームページ：病気の解説（肥満）。<http://jspe.umin.jp/public/himan.html>（2019年10月8日アクセス）

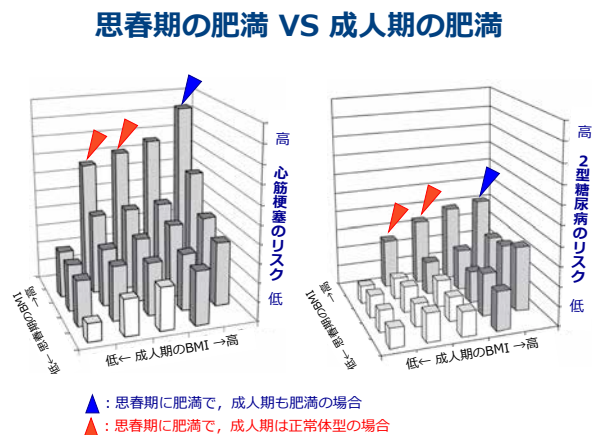
Q 8

高度肥満児対策の目的と方法について 教えてください

1. 高度肥満児対策の目的

高度肥満児対策の目的は、将来の生活習慣病予防である。肥満は生活習慣病の原因となり動脈硬化を促進するが、このことは小児でもいえる。成人期の心筋梗塞や2型糖尿病のリスクは、「成人になってからの肥満」よりも「小児（思春期）の肥満」の方が高いという報告がある(図1)。すなわち、小児期の肥満を成人になってから克服するのは手遅れで、将来の生活習慣病を防ぐことはできないのである。肥満度が50%以上である高度肥満児においては、すでに肥満に起因ないし関連する健康障害を合併した肥満症をきたしていることもあり、その場合は高次医療機関へ紹介する。

図1



2. 高度肥満児対策の方法

1) 目標の設定

学校医における高度肥満児対策の目標は、体重コントロールである。最も現実的な初期の目標は「肥満度をそれ以上増加させないこと」である。上記の目標を達成できれば、第二に「肥満度を中等度 (<50%) にすること」を目標にする。肥満度を何%低下させれば健康障害が改善するという大規模データが小児では存在しないため、6か月程度介入を継続した後、個別に効果を判定して必

要に応じて目標の再設定をすることになる。はじめは1か月に1回、効果が現れたら2~3か月に1回受診させて体格の再評価を行う。効果判定には、身長体重の成長曲線を描く方法が勧められている。急激な減量は好ましくなく、体重の成長曲線が徐々にチャンネルに沿うようにするのが無理のない介入と考えられる。目標設定時には、肥満の原因であるエネルギー収支のアンバランスを生じさせる背景にも留意したい。肥満しやすい生活リズムや運動習慣の有無などを確認し、日常生活の中で児が実行可能な目標を1~2個設定させると良い。このことは群馬県医師会発行の高度肥満児対策の手引きを参照されたい。目標が達成できない場合も、叱るのではなく達成できない原因をともに考え、児が自分の問題として改善に取り組めるよう支援することが大切である。

2) 食事療法

食事・おやつ・ジュースなどの過剰摂取と運動不足によって起こるものがほとんどであるから、消費エネルギーよりも摂取エネルギーを少なくすることで、体脂肪の減量をはかる。成長期においては摂取エネルギーを極端に制限せず、栄養バランスを整えることにする。栄養指導として、はじめからフードモデルによる指導を行うと実際の食事内容と大きく異なり、実践できないことが多い。まず食事調査を行い、実際の食事内容や食習慣を把握し、そこから改善できる点・難しい点などを児と保護者に指導すると継続しやすい。

3) 運動療法

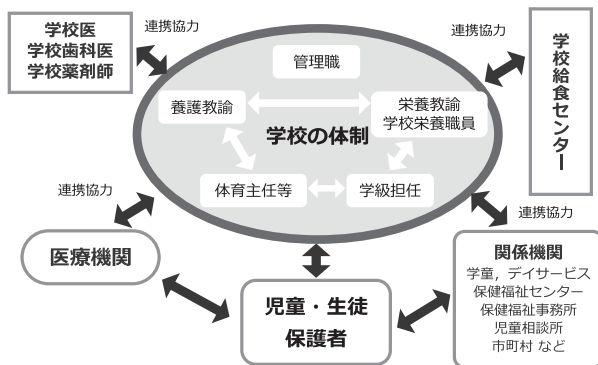
食事療法単独ではなく食事と運動療法の併用の方が成績は良い。もともと運動習慣のない児が多いため、まずは楽しく体を動かすことから始める。関節痛や腰痛が現れた場合は、運動を中止し整形外科などを受診させる。体脂肪の減少を目的とする運動としては心拍数120~140拍/分と言われるが、ほんのり汗をかく程度の運動にあたる。運動習慣のない場合には、1日10~15分程度から漸増し、励ましや賞賛によって継続率を高め、最終的には1日あたり合計60分程度の運動を目標とする。

4) 行動療法

外来診療で時間をかけて指導を行っても、肥満は容易に改善せず、また外来診療が1～2回で途絶えることも少なくない。児や保護者に介入を行う上で、行動療法はとても参考になる。毎日の体重記録や生活習慣チェックリストはセルフモニタリングにあたり、目標達成時に褒めることはオペラント強化にあたる。「肥満は体質」という考えがあれば「肥満は習慣」と修正していくことも必要である。また、社会的サポートの活用は有用であり、群馬県教育委員会の小・中学校における生活習慣病予防対策には、「学校」「家庭」「関係機関」が連携して子どもの将来の健康につなげることが記載されている（図2）。

図2

「学校」「家庭」「関係機関」が連携して 子どもの将来の健康につなげる



3. 症候性肥満

肥満のほとんどは食べ過ぎが原因（原発性肥満）であるが、稀に、体重が増える基礎疾患によ

る肥満もあり、これを症候性肥満という。内分泌異常や視床下部異常、遺伝子異常によるものなどがあるが、いずれも基礎疾患の治療を要する。原発性肥満と比べ、身長伸びが悪いことが多く、高次医療機関で対応が必要になる。

4. 発達障害を伴う肥満

発達障害の多くは環境への適応障害があり、その結果として不安の増加、自己評価の低下、運動の減少に加え、食べることに満足を見出すようになると、肥満傾向になると考えられる。発達障害の正しい診断と適切な支援の構築は、発達障害を伴う肥満の改善にも不可欠である。

5. 群馬県の現状

全国の肥満児出現率は約10%であるが、群馬県においては小児のどの年齢においても、全国の出現率を上回るという由々しき事態が続いている。平成30年度に群馬県医師会と教育委員会が対策事業を開始したところである。学校医と高次医療機関、学校、家庭、関係機関が連携していくことが重要である。

参考文献

- 1) 日本肥満学会：小児肥満症診療ガイドライン2017。ライフサイエンス出版，東京都，2017。
- 2) 群馬県医師会，群馬県教育委員会：学校医。かかりつけ医向けの高度肥満児対策の手引き。群馬県，2017。
- 3) 群馬健康医学振興会：肥満と疾患。どこまで解明されたか？。上毛新聞社，群馬県，2017。
- 4) Tirosh A, et al. : Adolescent BMI trajectory and risk of diabetes versus coronary disease. N Engl J Med 364: 1315-25, 2011.

Q 9

脊柱側弯症検診のチェックポイントを教えてください

1. 脊柱側弯症はどんな原因で

起こるのでしょうか

前額面で、脊柱が側方へ弯曲した状態を脊柱側弯という。さらに椎体の回旋(捻じれ)変形も加わったものが病的な状態であり脊柱側弯症とよばれる。脊柱側弯症には、機能的側弯(一時的側弯状態)と構築性側弯(真の病気としての側弯)がある。

1) 機能的側弯 (一時的側弯状態)

不良姿勢、脚長差、坐骨神経痛による側弯などにより生じた側弯状態であり、その原因が取り除かれれば側弯は消失する。通常、仰臥位にて側弯が消失し、脊柱の回旋を認めない。

2) 構築性側弯 (真の病気としての側弯)

椎体の回旋(捻じれ)変形を伴った脊柱の側方への弯曲である。仰臥位にしても側弯は消失しない。

(1) 特発性側弯症

- ① 幼児期側弯症 (0～3歳に発症)
- ② 学童期側弯症 (4～9歳に発症)
- ③ 思春期側弯症 (10歳以降に発症)

(2) 2次性側弯症

- ① 先天性側弯症
- ② 神経原性側弯症
- ③ 筋原性側弯症
- ④ 神経線維腫症による側弯症
- ⑤ 間葉系疾患による側弯症

2. 脊柱側弯症検診のチェックポイント

— 脊柱側弯症の疑いのある子どもの発見法 —

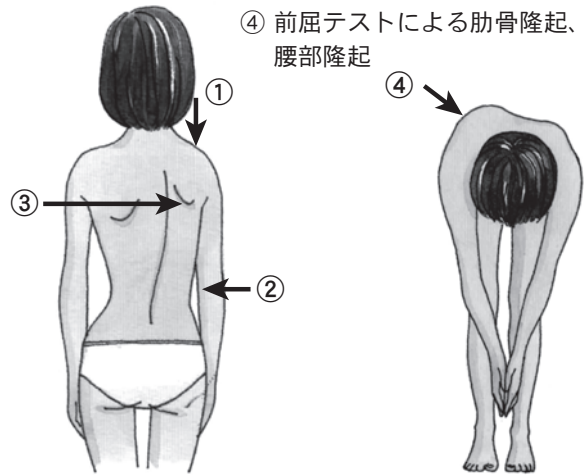
学校健診は、全生徒を対象にして、視診にて、体型が左右非対称になっていることを見つける。つぎの4項目が用いられる(図1)。

立位検査、すなわち後ろ向きにまっすぐ立った、気を付けの姿勢では、

- 1) 肩の高さに左右差があるかどうか。
- 2) 脇線部分の輪郭(ウエストライン)に左右非対称性があるかどうか。

図1 側弯症健診

- ① 肩甲骨の高さ
- ② 脇線の非対称
- ③ 肩甲骨の高さ、突出
- ④ 前屈テストによる肋骨隆起、腰部隆起



3) 肩甲骨の高さと、突出の程度に左右差があるかどうか。

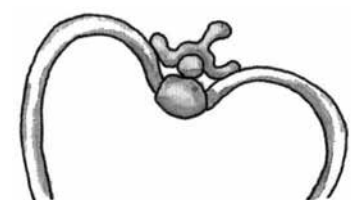
4) 前屈検査は、両方の手のひらを合わせ、肩の力をぬいて両腕を自然に前にたらし、膝を伸ばしたまま、ゆっくりとおじぎをさせる。

この間、検者は、子どもの正面あるいは背面に位置し、子どもの背面を見通すようにしながら、肩、背中、腰の順に左右の高さに差があるかどうかを視診、あるいは触診で確かめる。

もし、左右のいずれかに盛り上がりがあった、左右の高さに差があるならば、脊柱側弯症が強く疑われる。この盛り上がりは、脊柱の回旋に伴い肋骨の回旋に由来するもので、隆起(ハンブ hump)と呼ばれている(図2)。ハンブのみられるものは構築性側弯なので、注意深く観察する。

なお、前屈検査を行う際に、検者は椅子に腰かけて行う。子どもは上半身を裸にするか、女子では上半身をブラ

図2 肋骨隆起



ジャーだけにしている検査が推奨されている。また、前屈検査は、後ろ向き、あるいは前向

きの一方向のみでなく、向きを変えて前後両方から検査をすることも推奨されている。しかし、プライバシー保護、羞恥心のこともあり、体育着をめぐって前屈位にして、後面より観察することも行われている。その一方で、特に思春期側弯症は80%程度を占め、変形は進行しやすく、女子がほとんどである。このために、検診の正確さを得るために、診察時の服装、姿勢などにつき、子どもへの事前指導と保護者への連絡などを十分に行うことが有効である。

視診による検診は、検者の主観により判断されるために、モアレトポグラフィー（モアレ法）やシルエッター法（自動体型撮影器）が用いられることがある。

3. 脊柱側弯症検診の意義

脊柱側弯症検診は、学校健診と精密検査とに分けられている。脊柱の変形を早期に発見する最大の目的は、変形の程度が軽いうちに見つけ、早くから適切な保健指導や治療が受けられるようにすることである。

成長期の子どもにひとたび脊柱変形が生じると、治療に長い時間が必要となる。このために、学校保健のプログラムの中にこの脊柱側弯症検診を含めることは重要であり、かつ、もっとも効果的な側弯症対策と位置づけられる。

これまでに行われてきた小中学校の脊柱側弯症検診の集計では脊柱側弯症を中心とする数は、その疑いがあるものを含めると、全児童生徒の約0.5～1.0%とされている。これは、1学年に1、2人程度の脊柱側弯症の疑いがある子どもが存在していることを意味する。

特発性側弯症をはじめとする多くの側弯症は就学後に発症する。とりわけ注意しなければならない年齢は小学校4年生から中学3年生までの期間であり、性別では女子である。

4. 事後措置

学校健診で異常のおそれがあると判断された子どもについては、速やかに保護者に連絡し、できるだけ早く、精密検査を受けるように連絡する。また精密検査受診後の結果を把握しておく。異常の程度がごく軽い場合には、次回の定期健康診断の時に、特に注意して再チェックを行う。

参考文献

- 1) 南 昌平：特発性側弯症（後弯症を含む）. 日本小児整形外科学会教育研修委員会編, 小児整形外科テキスト, メジカルビュー社, 東京都, 2004.
- 2) 馬場久敏：脊柱変形. 標準整形外科学, 第10版, 医学書院, 東京都, 2008.
- 3) 山下敏彦, 鈴木信正：脊柱側弯症. 「運動器の10年」日本委員会編, 学校における運動器検診ハンドブック—発育期のスポーツ傷害の予防—, 南江堂, 東京都, 2007.
- 4) 日本側弯症学会：改訂版 知っておきたい脊柱側弯症. インテルナ出版, 東京都, 2011.

Q10

成長期のスポーツ障害について教えてください

成長の段階で障害の発生部位や病態が異なり、また、スポーツの種類によっても発生部位は異なる。成長期のスポーツ障害を診るにあたっては、何歳でどのようなスポーツをどの程度やっているかという情報が必要になる。学校医としては、専門的な知識は必ずしも必要ないが、ある程度の知識を持つことによって、早期のスポーツ障害をみつけられ、早い段階での整形外科専門医受診を指導できる。専門医以外の先生がわかりやすいように、スポーツ別に頻度の高い障害を説明する。

1. サッカー

- 小学生は、ほとんどが下肢の障害である。足部、特に踵部の障害が比較的多く見られる。踵骨骨端症、外脛骨障害、母趾種子骨障害などである。膝の障害としてはオスグッド病、分裂膝蓋骨、膝蓋靭帯炎などである。上記は代表的なもので、下肢のどの部位にも障害は起こり、練習の頻度や量がスポーツ障害に影響している。スポーツ少年団のサッカーでは毎日練習というクラブはあまりないが、気をつけなければいけないのはサッカークラブ以外（学校の休み時間や放課後）でサッカーをやっていることが多く、それを考慮しなくてはならない。また、サッカークラブと体育のサッカーが重なったり、体操演技会の練習や運動会の練習が重なったりしたときなどでスポーツ障害が起こりやすい。
- 中学校1、2年生では、体の発育が遅い生徒は、小学校高学年と同じような障害が起こる。中学生になると毎日の練習となり、同じ練習をしていても筋骨格系の発育のよい生徒は障害がなくても、発育の遅い生徒は障害が起きやすい。下肢のどこにも障害が出るが、オスグッド病などが多く起こる。ほとんど小学校6年生～中学校2年生で見られる。中足骨の疲労骨折もよく見られる。また、練習が過度になると、腰椎分離症も起こる。サッ

カーをしていて急に腰痛が起こり、痛みが持続するような場合は、整形外科専門医を受診させる必要がある。

2. 野 球

- 小学生は、上肢の障害が多く、ほとんどが肘の障害である。いわゆる野球肘である。肘の障害には、外側障害（上腕骨小頭離断性骨軟骨炎など）と内側障害（リトルリーグ肘など）がある。比較的多い内側障害は、軽症で治りやすいのに対し、外側障害は重症化し、野球を続けられなくなることもあるので注意が必要である。野球肘では、全力投球の投球数が問題になる。指導者がいくら注意をしても、指導者も親も知らないところで、練習のない日に投球練習をしているということもあり、それを聞き出すことも必要である。
- 中学生は、肘の障害に加え、肩関節の障害も起こるようになる。野球肘、野球肩は、投球数、投球フォームに関連があるので、早めに整形外科専門医の診察を受ける必要がある。練習量が小学生のときと比べ急に増えたり、硬式野球を開始し、急にボールが重くなったりするということが原因として考えられる。

3. バレーボール

膝、肘、肩、腰椎の障害が起こる。膝ではジャンパー膝などの障害が多い。肘、肩の障害は野球に比べると軽症である。ただし、腰椎の障害には、腰椎分離症などもあり、早期発見早期治療により完治もできるが、放置により一生分離症をかえることもあり、注意が必要である。

4. テ ニ ス

下肢、肘、肩の障害が起こるが、比較的軽症である。

5. 陸上競技

ほとんど下肢の障害で、膝関節部、足部の障害は小学生のサッカーの障害で記載したとおりである。関節部以外にも、筋肉部、腱部の障害も起こる。

6. バスケットボール

膝、足部の障害が多いが、比較的軽症である。

7. 水 泳

スイミングクラブの選手コースでは、毎日かなりの練習量がある。比較的、スポーツ障害は少ないが、バタフライ選手の腰痛、平泳ぎ選手の膝痛は、時々ある。バタフライの腰痛では腰椎分離症の可能性もあるので注意が必要である。

学校医が、スポーツ障害かなという生徒を診たときは、整形外科専門医に診てもらうことを勧める。小中学生が自らどこを受診するかを決められないので、両親または、先生に指導をする。適切な医療機関に行かないと、正しく診断できないだけでなく、重大な疾病を見逃すことにもつながる。

以前、右肩痛の野球部の中学生がいた。通常なら投げ過ぎだろうと考えてしまう。でもこの生徒は早期の骨肉腫だった。スポーツを激しくやっている小中学生が四肢の痛みを訴える場合、スポーツが原因だろうと思いがちだが、学校医としては、頻度は非常に少ないが悪性骨腫瘍などの可能性もあることを常に念頭において指導をする必要がある。

Q11

運動器検診の目的と方法について教えてください

1. 運動器検診の目的

平成26年の学校保健安全法施行規則の改定に伴い、従来の側弯症等、脊椎の疾病及び異常の有無に加え、骨、関節の異常及び四肢運動障害の発現に努めることが明記されたことにより、学校における運動器検診が実施されることとなった。

運動器検診は、骨格の異常、バランス能力、関節の痛み、可動域制限がないか等、四肢体幹を検診することにより、運動の過不足による障害を早期にチェックし、早期に介入して、子どもの将来にわたって健康を守ることを目的とする検診である。

多くの外傷・障害は痛くなってから診断・治療をしても治療によりスポーツ現場に復帰できる。しかし、骨・軟骨障害の中には無症状に進行し、持続する痛みや可動域制限といった症状が出たときは治療によっても完治せずに将来障害を残す場合がある。このように無症状に進行する障害としては、肘や膝の骨、軟骨障害、脊椎分離症などがある。症状の乏しい時期に障害を見つけ出して早期治療をするためには、学校やスポーツ現場で行う検診が有効である。

2. 運動器検診の方法

1) 運動器検診の流れ

一次検診として、問診票と学校医による診察を行う。問診票のチェックや診察の補助には養護教諭も関わる。

【一次検診】

問診票・学校医による診察

[学校医、養護教諭]



【二次検診】

専門医療機関の受診

[整形外科専門医]



学校への報告

二次検診の必要性の判定は学校医が行い、二次検診受診の必要性について学校(学校長名)から保護者へ通知する。二次検診として専門医療機関、すなわち整形外科専門医を受診させる。ここで診断と治療方針を見きわめ、これを学校へ報告する。

2) 問診票

運動器検診を実施するために、問診票を児童生徒(保護者)に配布し、該当箇所を記載のうえ提出してもらう。

問診票は、児童生徒本人と保護者に一緒に記入してもらうことを基本とする。

3) 運動器検診前の事前整理

養護教諭はあらかじめ「運動器検診問診票」、日常の健康観察の結果、前年度の記録等を整理し、特に異常な所見を要領よくまとめておく。健康診断を受ける児童生徒が学校医の前に座る前や座った時に、短時間で素早く、プライバシーに配慮して、情報を学校医に提供できるようにしておく。また、症状の記号化や番号化等も考えて具体化することも考えられる。

4) 学校医による検診

運動器の検診については、従来の内科健診と同様に行う。検診においては、脊柱及び胸郭の検査に加えて「運動器検診問診票」の確認を行う。

詳細な検診は二次検診の専門医療機関で行う。

※検診時児童生徒の心理的負担を考慮しながら学校医と相談の上、「脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無」を検診できるよう服装を定める。

5) 事後措置

(1) 学校医は、二次検診を受診する必要がある児童生徒については、速やかに保護者宛に受診通知を出し、専門医療機関を受診するよう指示する。

(2) 二次検診では、整形外科専門医が診察を行い、必要に応じてX線検査等を行い、診断・治療内容を学校(学校長、学校医)へ報告する。

(3) 学校は、この報告を受け、今後の指導に

運動器検診問診票




年 組 番 氏名

※記入上の注意：保護者の方はお子さんと一緒に記入してください。



お子さんは継続して特定のスポーツをやっていますか。あれば種目を記入してください。 種目【 】

お子さんは現在、骨、関節や背骨のけがや故障、痛みなどで治療していますか。治療している部位を記入してください。 部位【 】

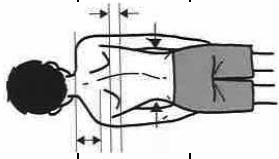
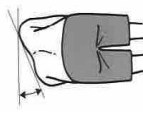
【運動機能のチェック】バランスと柔軟性

1	【片足立ち】 左右ともにバランスよく、5秒以上ふらつかずに立てる → 身体のバランス		できる	できない
2	【しやがみ込む】 足を肩幅に開いて、途中で止まらず最後までできる。(かかとが上がらない・後方転倒しない) → 下肢のかたさ		できる	できない
3	【両腕を真上に挙げる(バンザイ)】 左右ともバランスよく180度まで拳がる→ 上肢のかたさ		できる	できない

【オーバーユース】つかいすぎ

4	肩は痛みなく、日常生活や運動をすることができますか？	できる	できない	
5	左右の手のひらを上に向けて、前にまっすぐ伸ばせますか？		できる	できない
6	腰を痛みなく前に曲げ、後ろにそらすことができますか？		できる	できない
7	膝のお皿の下が押すと痛いですか？	いいえ	はい	

【脊柱側弯症】

8	立った姿勢で後ろから見て、肩の高さに左右差がありますか？		いいえ	はい
9	立った姿勢で後ろから見て、肩甲骨の高さ・位置に左右差がありますか？		いいえ	はい
10	立った姿勢で後ろから見て、ウエストラインに左右差がありますか？		いいえ	はい
11	まっすぐ立った姿勢から、膝を伸ばしたままで、両手をそろえて前かがみになった時に、背中の高さに左右差がありますか？		いいえ	はい

学校記入欄	受診 要 ・ 不要
-------	-----------

役立たせる。

(4) 運動機能のチェックで専門医を受診し、

病的所見なしの児童生徒に柔軟性やバランスを高める運動等を啓発する。

Q12

眼科学校医が配置されていない学校において 内科学校医が眼科領域の健康診断をする場合に 注意することは何ですか

Q 1. 視力は学校で測定しますが、内科学校医として注意すべき点を教えてください。

A 1. 全児童の2%に弱視が存在する。視機能(視力)は7歳までにはほぼ固定してしまう。群馬県では全県下で3歳児健康診断時に屈折と眼位の異常を検査する体制が2020年に完成した。しかし、異常を指摘されても眼科を受診しない保護者が約20%いるため、すり抜けた弱視が就学時健康診断まで発見されないことがある。就学時健康診断で発見された場合、早急に弱視訓練を始めないと視力の回復は望めない。入学直前になって受診する児童が見られるが、半年の治療開始の遅れは予後に大きく影響する。両眼の弱視はほとんどいないので、左右差が2段階以上ある児童(例えばAとC、BとDなど)は、就学時健康診断時の総合講話の時に、保護者に対し速やかに眼科受診するように促す。(A;1.0以上、B;0.9~0.7、C;0.6~0.3、D;0.3未満)。

Q 2. 斜視があるとどのような問題がありますか? また、健診で発見する良い方法を教えてください。

A 2. 学校保健の眼科健診項目の中に眼位検査が明記されている。今後、学校現場で電子教科書が導入され、3Dを用いた授業も予想される。立体感が無いとスポーツや自転車、さらに将来の運転の事故にもつながる可能性があるため、両眼視機能を阻害する斜視を発見することは大切である。最も多いのが間欠性外斜視である。普段は正位を保っているため、見逃されやすい。具体的な診断法だが、まず自分の顔の前に児童生徒の気を引く物(アニメキャラクターなど)を持って、「○○を良く見て」と言いながら、片方の手で児童生徒の左眼を遮蔽し、そっとその手を右眼に移動する。この時、最初に遮蔽していた左眼が、外から内

に動けば「外斜視」で、反対の動きをすれば「内斜視」になる。両眼視機能は4~5歳で完成されてしまうので、様子を見ていないですぐに眼科受診を促す。外斜視は、小学生の間は訓練の効果がよく出る。中学生以降は「隠れ外斜視」があると、読書時に健常者より強い輻輳を必要とするため疲労し易く、受験勉強に支障が出ることもある。プリズム眼鏡や手術などの治療法があるので、高学年でも眼科受診を促す。

Q 3. 先天性の眼瞼下垂は外見の問題だけでしょうか?

A 3. 片眼性の眼瞼下垂は弱視の原因になる。両眼性の場合は、視力が出ていても顎を挙げてないと見えないため視界が狭く、就学後では授業に支障も出る。入学前に下垂手術を行ったほうが望ましい例もあるため、眼科受診が必要である。

Q 4. 睫毛内反症について教えてください。

A 4. 主に下眼瞼の内側に見られる。2~3本の乱生は問題が無いが、べったりと内側の睫毛全体が角膜に張り付いていると、角膜上皮障害が生じる。就学時健康診断まで持ち越した例では角膜に傷を生じるため、入学前に内反症手術が必要になる。

Q 5. アレルギー性結膜炎はとて多く、健康診断の時期によって症状に変化が多いのですが、全員に受診を勧めるべきですか?

A 5. 確かに最も多く見られる疾患である。充血してかゆみを訴えていれば診断は容易である。小学生では掻くことによって、角膜に傷ができることがあり、細菌性結膜炎や麦粒腫などの感染症を招くことがある。また、中学生以降では、コンタクトレンズに汚れを生じ易くなり、トラブルを生じる原因になる。受験生ではかゆみのため勉強に

集中できないことも起こる。症状が強く、長期に続く児童生徒には眼科受診を促す。軽症例には「アレルギー性結膜炎があり、かゆみ、充血、眼脂などの症状が強い場合は眼科を受診した方がよい。」と言った「お知らせ」の文書を保護者に渡す方法がある。

Q 6. アトピー性皮膚炎を伴う眼瞼皮膚炎も良く見ますが、皮膚科受診だけを勧めればよいですか？

A 6. 内科系の先生が皮膚疾患をみることが多いと思う。アトピー性皮膚炎は「春季カタル」と言う重症型のアレルギー性結膜炎を伴っている例もあり、免疫抑制剤の点眼を使用しないと治りにくい。また、アトピー性皮膚炎があると10代の数%に網膜剥離が起こり、さらに白内障や円錐角膜といった眼合併症を多く伴うため、眼科受診を勧めるべきである。

Q 7. コンタクトレンズ（CL）使用中の児童生徒に対し、どのような注意をしたらよいですか？

A 7. CLのトラブルは約10~15%に生じている。（そのため高度医療器具に指定されている。）使用法の間違いから、緑膿菌やアカントアメーバなどの重症角膜感染症が増えている。10~20歳代の角膜感染症のほとんどはCLが原因となっている。眼科医を受診して購入している児童生徒は約20%しかなく、あとはインターネットや眼鏡店、眼科専門医のいない量販店で購入している。定期検査をしていない児童生徒が多いので、最低半年に1回の定期受診を促す。

Q 8. 流行性角結膜炎について教えてください。

A 8. 強い充血があり、大量の眼脂が出ている場合は、流行性角結膜炎の疑いがある。風邪症状を伴えば、より疑わしいが全例に風邪症状を伴うものではない。法律で定められた学校感染症だから、早期に帰宅させその日のうちに眼科を受診させる。潜伏期が5~7日あるので、周囲の生徒が発症しないか注意をする必要がある。登校基準は医師の判断になる。

Q 9. 色覚異常について教えてください。

A 9. 色覚異常は男子の5%に生じる最も頻度の多い先天異常である。クラスに1人の異常者がいることになる。多くの色覚異常者は自覚がない。色覚検査は2003年に学校健診の必須項目から外された。そのため、色覚異常を知らないまま社会に出たため、就職や仕事上で不利益を受ける報告が増えてきた。そのような不利益を被らないよう、児童生徒、保護者に対し検査を受ける機会を周知徹底するよう文科省通達があり、群馬県でも2016年から小中学校及び高等学校入学後に、色覚に関する健康相談希望者に対し積極的に検査を行うようになった。色覚検査は自分の特性を知る貴重な機会である。保護者や教諭が児童生徒の特性を知ること適切な助言や指導も可能になる。早い時期から社会に適応していく訓練を行う上でも有益であるため、積極的に検査を受けるように勧めてほしい。

ここで説明しきれない眼科の問題に関しては、医師向けではないが日本眼科医会 www.gankaikai.or.jp/ のホームページを参照されたい。

Q13

耳鼻科学校医が配置されていない学校において 内科学校医が耳鼻咽喉科領域の健康診断を する場合に注意することは何ですか

Q 1. 一般に内科医が健康診断する時、何をすればよいでしょうか。

A 1. 健康診断は、一般には保健調査票の中の耳鼻科の問診事項と医師による視診、聴力検査の結果が主体となる。

Q 2. 耳鼻科の問診事項とは、例えばどのようなものですか。

A 2. 小学生は主に保護者に書いてもらうことになるが、以下の項目等があり、該当するものに○をつけてもらう。○がついている項目を養護教諭に聞き、参考にする。

- 1) 呼んでも返事をしない、聞き返しが多い
- 2) テレビの音量を大きくする
- 3) 中耳炎にたびたびかかったことがある
- 4) 乗り物に酔いやすい
- 5) かぜをひいていないのに鼻がつまりやすい
- 6) くしゃみや鼻水がでやすい、その時期がわかる人は記号を記入してください
イ 季節性 ロ 一年中
- 7) 鼻血をよく出す、出やすい
- 8) よくいびきをかいている
- 9) 口をあけていることが多い
- 10) 睡眠中に短時間、呼吸が停止することがある
- 11) のどをいためやすい
- 12) 声がかれている
- 13) 発音がおかしい

Q 3. 視診は内科医ではどこまでしますか。

A 3. 出来れば口の中と耳の中がみられる携帯用のライトを用意して、のど、外耳道、鼓膜を診ることが望ましい。鼻は鼻漏の有無、性状（膿性かどうか）、鼻閉や鼻出血の痕があるか、確かめる程度でよいと思われる。

Q 4. 内科医が耳鼻科の健康診断をする時に注意する疾患（名）を教えてください。

A 4.

1) 耳

(1) 耳垢栓塞（耳あか）

耳垢がたまり外耳道を栓のようにふさいだ状態。難聴や外耳道炎の原因となりやすい。耳介を後方に引っ張りライトで耳を見れば視診できる。

(2) 滲出性中耳炎

中耳腔に水（滲出液）がたまり難聴となる。鼓膜は茶褐色、暗赤色で早めの治療が必要。低学年に多く、低音部の障害が多く聴力検査ではチェックできずに聞き返しが多い。問診結果を参考に小声で話かけてみるとよい。

(3) 慢性中耳炎

鼓膜に穿孔あることが多く、耳漏（膿性）、難聴の原因となる。水泳は不可。

時に手術を要する。中耳炎にたびたびかかる問診から、耳漏の有無を聞く。

(4) 難聴

事前の聴力検査で異常が認められたら全員精査をすすめる（1000Hz30dB、4000Hz25dBが反応ない場合）。

2) 鼻

(1) アレルギー性鼻炎

問診でほぼ予想できる。鼻呼吸障害から睡眠障害、昼の眠気、集中力低下を認める。学校と家庭がよく連携して加療するように指導する。

(2) 鼻中隔湾曲症

見過ごされやすい。中高生に多い。鼻閉、頭痛、集中力低下あり。鼻腔内を出来れば見て確認する。鼻に指をかざし鼻息を観察し鼻閉の有無、左右差を見ることができる。

(3) 副鼻腔炎

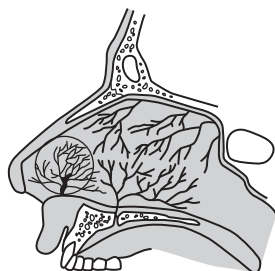
膿性鼻汁、頭痛、後鼻漏による咳払いがある。

(4) 鼻出血

ほとんどが鼻中隔前端（キーゼルバツハ部位）より出血する。鼻中隔入口部に痂皮の付着あることが多い。止血方法の指導が重要。

図1 鼻出血の部位と対応法

●キーゼルバツハ部位からの出血



鼻中隔側の鼻粘膜。入り口近くの部分（○の部分）がキーゼルバツハ部位で、毛細血管が糸球状に集まっており、出血しやすい。

圧迫止血



鼻の孔に綿球を詰め、うつむいた姿勢で、小鼻を強くつまんで3～5分そのままにする。綿球は軽く湿らせて、固くよじるとよい。

3) のど

(1) 扁桃（口蓋扁桃）肥大

のどを見て、扁桃の肥大度を見る。いびき、無呼吸、のみ込みづらいことがあり、左右の扁桃が接触する程度の大きさがあれば手術をすすめる。

○アデノイド増殖症

3～6歳に多い。口呼吸や滲出性中耳炎を起こしやすい。集中力低下、いびき、無呼吸などあれば手術を勧める。

(2) 扁桃炎

問診票で年4～5回炎症をくり返すなら、扁桃摘出を勧める。糸球体腎炎などの誘因ともなる。

(3) 学童嗄声

スポーツなど、声の使い過ぎや無理な発声によりおこる。声帯に結節ができることが多く自然治癒もある。

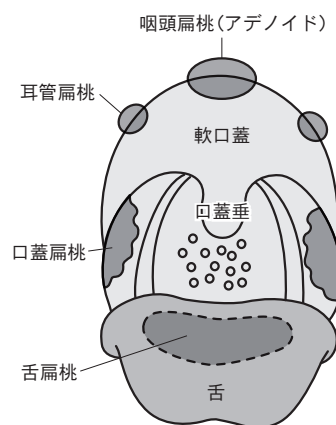
(4) 音声言語異常

症状により精査を勧める。声枯れや鼻声、言語発達遅滞、構音障害など。構音障害は言葉の教室などによる指導をおこなう。

4) その他

口内炎、舌小帯異常、舌異常など、視診で確認できる。

図2 のどを取り巻く扁桃



扁桃には、咽頭扁桃（アデノイド）、耳管扁桃、口蓋扁桃（扁桃炎がよく起こるところ）、舌扁桃などがある。これらは、のどの入り口をぐるりと取り囲むようにしてあり、細菌やウイルスなどの侵入を阻む役割をしている。

参考文献

- 1) 耳鼻咽喉科健康診断マニュアル—日本耳鼻咽喉科学会 2016.
- 2) 神崎 仁：別冊NHKきょうの健康「耳・鼻・のどの病気」. 日本放送出版協会, 東京都, 2001.
- 3) 日本耳鼻咽喉科学会：耳鼻咽喉科の健康教育マニュアル. 社団法人日本耳鼻咽喉科学会学校保健委員会, 東京都, 2007.

Q14

内科学校医が皮膚科の診察をする場合に 注意することは何ですか

皮膚は外界と直接接する臓器であることから、細菌、真菌、ウイルス等の感染を受けやすく、接触物質、日光、熱などによる影響も受けやすい。また、皮膚のバリア機能が障害されると、それに起因するアトピー性皮膚炎や皮脂欠乏性皮膚炎などもしばしば生じる。皮膚単独の疾患のほか、皮膚症状から内臓疾患、全身疾患が見出されることも少なくない。その他、遺伝性・奇形性の皮膚疾患もあり、注意して診察する必要がある。

最近では、学校保健上、アトピー性皮膚炎をはじめとするアレルギー疾患の増加、重症化が問題になっている。健康診断において見出すことで、悪化させないように適切な指導・助言を行い、軽症のうちから治療を促すことは極めて重要となる。

1. 皮膚の健康診断を行う際の注意点

1) 保健調査票（予診票）の有効活用

平成28年4月に施行された学校保健安全法施行規則第11条の一部改正に伴い、平成27年8月、日本学校保健会は「児童生徒等の健康診断マニュアル」

（平成27年度改訂）

『保健調査票』の皮膚科項目と想定している疾患

- | | |
|----|---|
| 8 | 肌がかゆくなりやすい
⇒蕁麻疹、アトピー性皮膚炎など |
| 9 | 肌があれやすい、かぶれやすい
⇒アトピー性皮膚炎、接触皮膚炎など |
| 10 | うみやすい、にきびがやすい
⇒伝染性膿痂疹、せつ、尋常性痤瘡など |
| 11 | 体や手足にブツブツができています
⇒尋常性疣贅、伝染性軟属腫など |
| 12 | 髪の毛に異常がある（頭シラミ、脱毛症等）
⇒頭虱症、頭部白癬、円形脱毛症、抜毛症など |
| 13 | 生まれつきのあざ、皮膚病がある
⇒太田母斑、血管腫、母斑症など |
| 14 | その他、気になる皮膚病がある
⇒足白癬など |

44項目のうち、8～14が皮膚科の項目（小・中学生共通）
（文献2より引用、改変）

アル」を改訂した¹⁾。そのなかで、『保健調査票』も小・中学生の全学年を通じて用いる形式に改められ、質問項目も変更となった。皮膚科の項目についても、前橋市で実施している皮膚科学校健診の予診票をもとに修正され、表に示す7項目となっている。それぞれの項目で想定している疾患を合わせて記したので、健康診断を行う際の参考にしていきたい²⁾。

2) 診察をする際に注意すべき具体的な事項

皮膚疾患の診察のためには可能な限り全身の皮膚を診ることが重要であり、予め、短パン、半袖の体育着といった服装になっておくように養護教諭に伝えておく。診察時には肌を露出させるため、プライバシーに十分配慮すべきであり、他人に見られることがないように衝立等で診察する場所を囲むなど、環境を整えておくことも重要である。診察は、頭、顔、頸、手のひら、上肢、下肢伸側、体の前面、背面、下肢屈側、そして足底といった順で行うのが効率的であり、頭髪、爪の病変も見落とさないように注意する。視診では原発疹、続発疹の種類、性状、配列、分布を観察し、必要に応じて触診を行い、痒痒などの自覚症状やアレルギー歴、その他の既往歴、家族歴を参考にして総合的に診断を行う。なお、日本学校保健会ホームページ (<https://www.hokenkai.or.jp>) に上記マニュアルの映像解説版を示してあるので、参照いただきたい。

3) 健康診断後の事後措置で留意すべき点

皮膚に病変・異常があり、精査、治療が必要な場合には、速やかに皮膚科専門医を受診するように事後措置を行う。なかでも、感染性皮膚疾患は学校生活を通じて容易に他の児童生徒に感染するものが多く、早急な治療、対応が求められている¹⁾。

また、円形脱毛症、母斑（あざ）、血管腫、重症のアトピー性皮膚炎、頭虱症などの疾患はいじめの対象になることがあり、学校での指導を徹底させることも重要である。

2. 児童生徒に多い皮膚疾患に対する指導

前橋市では昭和57年から皮膚科医による皮膚科学校健診が行われており、昭和60年からは、全科校医制のもと、全国で唯一、皮膚科医も学校医として学校保健活動に従事している。令和元年度の疾患別有病率をみると、小学1年生ではアトピー性皮膚炎が10.8%と最も多く、尋常性疣贅が3.3%、伝染性軟属腫が3.2%、中学1年生では尋常性瘰癧が11.4%と最も多く、アトピー性皮膚炎が6.1%、尋常性疣贅が4.2%だった。

1) アトピー性皮膚炎

健康診断において軽症例も見逃さないで治療を促すことは、予後を考えるうえで極めて重要である。また、前橋市の健診結果の推移から同症は増加傾向が認められ、治癒の遷延化傾向も続いていることが分かっている³⁾。重症例では学校での取り組みも重要であり、群馬県医師会・群馬県教育委員会の「群馬県版：アレルギー疾患用学校生活管理指導表」を用いて、指導していただきたい。また、令和4年2月、日本学校保健会より「学校生活におけるアトピー性皮膚炎Q & A」(令和3年度改訂)も発行され、参考にしていただきたい⁴⁾。

2) 尋常性瘰癧 (にきび)

中学生の皮膚疾患では最も多く、瘢痕を残すこともある。最近、非炎症性の瘰癧も治療できるようになり、早期から適切な治療を行うことが重要である。また、不登校、いじめの対象にもなり得る点も問題となる。決して、不潔にして生じるものではなく、頻回の洗顔はかえって症状を悪化させることも指導する必要がある。

3) 皮膚の感染性疾患

尋常性疣贅 (いぼ) は中学生に多く、足底に生じる例が多い。診察する際に見逃さないように注意し、増大、多発する前に治療を促す必要がある。

伝染性軟属腫 (みずいぼ)、伝染性膿痂疹 (とびひ)、頭虱症は園児、小学生に多く、容易に感染するために早期からの治療が必要となる。日本臨床皮膚科医会・日本小児皮膚科学会・日本皮膚科学会・日本小児感染症学会は「皮膚の学校感染症に関する統一見解」(平成22年7月)を示して

おり、それに準拠して、日本学校保健会が取り纏めた「学校において予防すべき感染症の解説」(平成30年3月)にも記されている⁵⁾。また、水泳授業での対応についても、日本臨床皮膚科医会・日本小児皮膚科学会・日本皮膚科学会では統一見解を示している(平成27年5月)。詳細は日本臨床皮膚科医会ホームページ (<http://www.jocd.org/>)などを参照し、指導していただきたい(33頁にも掲載)。

3. 最近、問題視されている児童生徒の皮膚疾患・皮膚のトラブル

おしゃれによる皮膚のトラブルは、最近、低年齢化が進んでおり、小学生にも見られる。とくにマニキュアによる爪損傷、ピアスによる接触皮膚炎、脱毛による障害が多い。

また、頭部白癬の一種であるトンズランス感染症が柔道、レスリングの選手を介して国内にも持ち込まれ、感染拡大が懸念されている。頭頸部の紅斑、頭部の脱毛斑を認めた場合、速やかに皮膚科専門医を受診するように促し、組み合っけて行う練習や試合は禁止する。

近年の紫外線障害についての意識の高まりから、日本臨床皮膚科医会・日本小児皮膚科学会では「学校生活における紫外線対策に関する統一見解」(平成27年9月)を示している。これも医会ホームページなどを参照し、指導の参考にしていただきたい(34頁にも掲載)。

参考文献

- 1) 日本学校保健会：児童生徒等の健康診断マニュアル。平成27年度改訂(文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課 監修)，2015。
 - 2) 大川 司：学校保健安全法、学校感染症の動き。皮膚病診療40：1184-1192，2018。
 - 3) 大川 司：アトピー性皮膚炎の学校健診。エビデンスに基づくスキンケアQ&A(宮地良樹，安部正敏 編)。中山書店，東京都，2019：p103-104。
 - 4) 日本学校保健会：学校生活におけるアトピー性皮膚炎Q & A(令和4年2月発行)，2022。(※)
 - 5) 日本学校保健会：学校において予防すべき感染症の解説(平成30年3月発行)，2018。
- ※学校保健ポータルサイト(<https://www.gakkohoken.jp/>)のデジタルアーカイブより電子ブックを閲覧可能

お子さんとその保護者さんへ

皮膚の学校感染症について

保育園・幼稚園・学校へ行ってもよいか？ 休まなければならないか？

1) 手足口病

手足の水ぶくれが消えて、口内炎が治っても、便の中には原因のウイルスが長い間出てきます。トイレで用を済ませた後は手洗いをきちんとしましょう。

口内の発疹で食事がとりにくい、発熱、体がだるい、下痢、頭痛などの症状がなければ、学校を休む必要はありません。

2) 伝染性紅斑（りんご病）

顔が赤くなり、腕や腿、体に発疹が出たときには、すでにうつる力が弱まっていることから、発熱、関節痛などの症状がなく、本人が元気であれば、学校を休む必要はありません。

また、いったん消えた発疹は日光に当たったり、興奮したり、入浴後などに再び出てくる場合がありますが、これらは再発ではありませんので心配いりません。

3) 頭虱（あたまじらみ）

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

いけません。

学校を休む必要はありませんが、できるだけ早く治療を受けてください。

4) 伝染性軟属腫（みずいぼ）

幼児・小児によく生じ、放っておいても自然に治ることもありますが、それまでには長期間を要するため、周囲の小児に感染することを考慮して治療します。

プールなどの肌の触れ合う場ではタオルや水着、ビート板や浮き輪の共用を控えるなどの配慮が必要です。この疾患のために、学校を休む必要はありません。

5) 伝染性膿痂疹（とびひ）

水ぶくれや糜爛（びらん）からの浸出液を触ったり、引っ掻いたりすると、中の細菌で次々にうつります。特に鼻の入り口には原因の細菌が沢山いるので鼻をいじらないようにしましょう。

病変が広範囲の場合や全身症状のある場合は学校を休んでの治療を必要とすることがありますが、病変部を外用処置して、きちんと覆ってあれば、学校を休む必要はありません。

平成22年7月

日本臨床皮膚科医会・日本小児皮膚科学会・日本皮膚科学会・日本小児感染症学会

学校感染症 第三種 その他の感染症：皮膚の学校感染症とプールに関する統一見解

お子さんとその保護者さん、ならびに保育園・幼稚園・学校の先生方へ

皮膚の学校感染症について

プールに入ってもいいの？

1) 伝染性膿痂疹（とびひ）

かきむしったところの滲出液、水疱内容などで次々にうつります。プールの水ではうつりませんが、触れることで症状を悪化させたり、ほかの人にうつす恐れがありますので、プールや水泳は治るまで禁止して下さい。

2) 伝染性軟属腫（みずいぼ）

プールの水ではうつりませんので、プールに入っても構いません。ただし、タオル、浮輪、ビート板などを介してうつることがありますから、これらを共用することはできるだけ避けて下さい。プールの後はシャワーで肌をきれいに洗いましょう。

3) 頭虱（あたまじらみ）

アタマジラミが感染しても、治療を始めればプールに入っても構いません。ただし、タオル、ヘアブラシ、水泳帽などの貸し借りはやめましょう。

4) 疥癬（かいせん）

肌と肌の接触でうつります。ごくまれに衣類、寝床、タオルなどを介してうつることがありますが、プールの水ではうつることはありませんので、治療を始めればプールに入っても構いません。ただし、角化型疥癬の場合は、通常の疥癬と比べ非常に感染力が強いため、外出自体を控える必要があります。

平成27年5月

日本臨床皮膚科医会・日本小児皮膚科学会・日本皮膚科学会

お子さんとその保護者さん、ならびに学校の先生方へ

学校生活における紫外線対策に関する具体的指針

紫外線対策は美容目的だけではありません。不必要に過剰な紫外線に曝露されることにより、健康にさまざまな悪影響が生じます。子どもの時から適切な紫外線対策を行うことは、生涯にわたり健やかな肌を保つために大切な生活習慣の一つです。

1. 屋外活動

1) 時間を工夫する

紫外線は、1日のうちでは早朝や夕方は非常に弱く、10時から14時が強くなります。なるべく紫外線の弱い時間に屋外活動を行い、紫外線の強さを表すUVインデックスを参考にして強い時間に行う時は紫外線対策をきちんと行いましょう。

1年の中では4月から9月が強く、皮膚は色素を増し角層(皮膚の最外層)が厚くなることで春先より夏から秋にかけて紫外線に対する抵抗力が強くなります。運動会など、長時間、紫外線を浴びる行事は春よりも秋が良いでしょう。

2) 場所を工夫する

日陰は日向の約50%に紫外線が減るので、テントやパラソル、よしず等を積極的に利用しましょう。曇りでも晴天の80%以上の紫外線が出ているので対策は必要です。

3) 帽子、服で覆う

帽子のつばが7センチあれば約60%の紫外線をカットできるので、なるべく被るようにしましょう。七分袖や襟付きのように体を覆う部分の多い服のほうが紫外線から肌を守ることができます。生地の色は濃い色のほうが紫外線を吸収しますが、熱中症の懸念から、白か淡い色のもので、織目や編目がしっかりした綿かポリエステル・綿の混紡素材のものを選ぶと良いでしょう。

4) サンスクリーン剤を上手に使う

サンスクリーン剤の強さを示すSPFと紫外線防御能は直線的には比例せず、むやみに強いものを使わずともSPF15以上であれば学校生活における紫外線対策としては十分です。ただし、たっぷりと均一に塗らないと期待通りの効果は得られません(塗る量は顔ではクリームならパール大、液なら1円玉大を手のひらに取って塗り伸ばし、同じ量で二回塗りしてください。首、胸元、腕や背中なども塗り忘れや塗りむらがないように塗ってください)。屋外活動の15分前までに塗ると肌になじんで青白さが目立たなくなります。また、効力が弱くなったり、汗で流れたりもするので、2、3時間ごとに重ね塗りするとより効果的です。

2. 水泳授業

最も肌を露出し、紫外線の影響を受け易いので、紫外線対策は重要です。

1) 時間を工夫する

紫外線の強い時間をなるべく避けましょう。

2) 場所を工夫する

室内プールの利用、プールの上に天幕を張るなどして泳ぐ時の紫外線を防ぐのが理想ですが、プールサイドにテントを用意すれば、泳がない時の紫外線から肌を守ることができます。

3) 服で覆う

プール外での体操着の着用や、泳ぐ時にラッシュガード*を着用するのも紫外線防御に役立ちます。

ラッシュガード*：紫外線防御、擦り傷から肌の守ることを目的としてプールやマリンスポーツ時に着用する衣類。身体にフィットして濡れても大丈夫な素材でできたTシャツのようなもの。

4) サンスクリーン剤を上手に使う

プールの水質汚濁が懸念されていますが、耐水性サンスクリーン剤を使用しても汚濁されないことは複数の実証実験で明らかになっています。必要な時には使用を許可しましょう。塗る時間は午前の授業であれば通学前に自宅で、午後の授業であれば昼休みに場所を決めて塗るようにすると時間の無駄がなくて良いでしょう。

3. 子どもが使うのに適したサンスクリーン剤

学校生活で用いるのに適したサンスクリーン剤は以下の条件を満たすものが推奨されます。

- ① 「SPF 15以上」、 「PA ++ ~ +++」 を目安
普通の学校生活においては高SPFのものをむやみに使う必要はありません。
- ② 「無香料」 and 「無着色」 の表示があるものに制限
- ③ プールでは「耐水性」 or 「ウォータープルーフ」 表示のもの

紫外線は必ずしも怖いものではありませんが、上手に付き合っていくことは重要です。特に紫外線に短時間当たただけで、真っ赤になるけれど色素沈着にならないお子さんのケアは大切です。

平成27年9月

日本臨床皮膚科医会・日本小児皮膚科学会

Q15

学校における結核検診について教えてください

児童生徒が万が一結核に感染した場合、集団で生活をする学校は感染症がまん延しやすい環境である。学校における結核対策とは、健康上のみならず、教育上にも影響を及ぼすことから、児童生徒の健康と安全を管理する学校では重要な課題となる。

学校における結核対策において重要なことは

1. 児童生徒への感染防止対策
2. 感染者および発病者の早期発見と早期治療対策
3. 患者発生時の対応

の三方向からの対策の充実・強化である。また、保健所をはじめとする地域保健との連携が必要不可欠である。

文部科学省における「学校における結核検診に関する検討会」にて、平成15年4月に改正された学校保健法施行規則を検討した。改正後の結核検診の実態や課題の把握をした結果、平成15年度から21年度までの6年間に学校検診で発見された患者数が極めて少ないことより、学校における結核感染の防止のためには健康診断の一層の効率化を図るとともに、有症状者の早期受診を促すことおよび、保健所が実施する接触者検診に協力することが重要であると考えられた。

群馬県では、これまでの結核対策委員会において、精密検査の件数が少ないこと、問診により情報の把握が出来ること、また学校医による診察で精密検査の必要性を判断できることなどから結核対策委員会を開かずに精密検査を行うこととした。

なお、その際には平成24年3月に文部科学省が作成した「学校における結核対策マニュアル」を活用し、適正に実施することが重要である。

今後、結核対策委員会を設置しない市町村においては、結核対策委員会を縮小した相談機関を設けて助言を受けることも有効であると考えられる。さらに、市町村の実情により、従来どおり結核対策委員会を開催し、精密検査を行うことも可能とした。

児童生徒に対する定期健康診断における結核検診の流れの概要は以下の通りである。

問診による情報の把握・・・全学年対象

- 1) 本人の結核罹患歴
- 2) 本人の予防投与歴
- 3) 家族等の結核罹患歴
- 4) 高まん延国での居住歴
- 5) 自覚症状・健康状態
(2週間以上の長引く咳・痰の有無)
- 6) BCG接種歴

↓

学校医による診察

上記1)～6)の問診結果および学校医の診察の結果、必要と認められた者

↓

教育委員会への報告

教育委員会は必要に応じて、地域の保健所や結核の専門家等の助言を受ける

↓

精密検査

↓

事後措置

また、結核検診時の問診を実施するにあたっては専用の問診票を使用する代わりに保健調査票に統合することも可能であり、また、各自治体によって上記の情報が含まれていれば独自のものを使用することも可能である。

具体的な各問診項目への対応は以下の如くである。

- 1) 本人の罹患歴
- 2) 予防内服歴
- 3) 家族等の結核罹患歴

上記1)～3)に該当するのみでは学校での結核検診における精密検査の対象にはならない。しかし、健康診断時には治療終了後、または家族の罹患から2年以内であれば保健所(医療機関)の管理(経過観察)が行われているかどうかを学校医は確認し、行われていない場合や不明な場合に

は保健所に相談するように指導する。

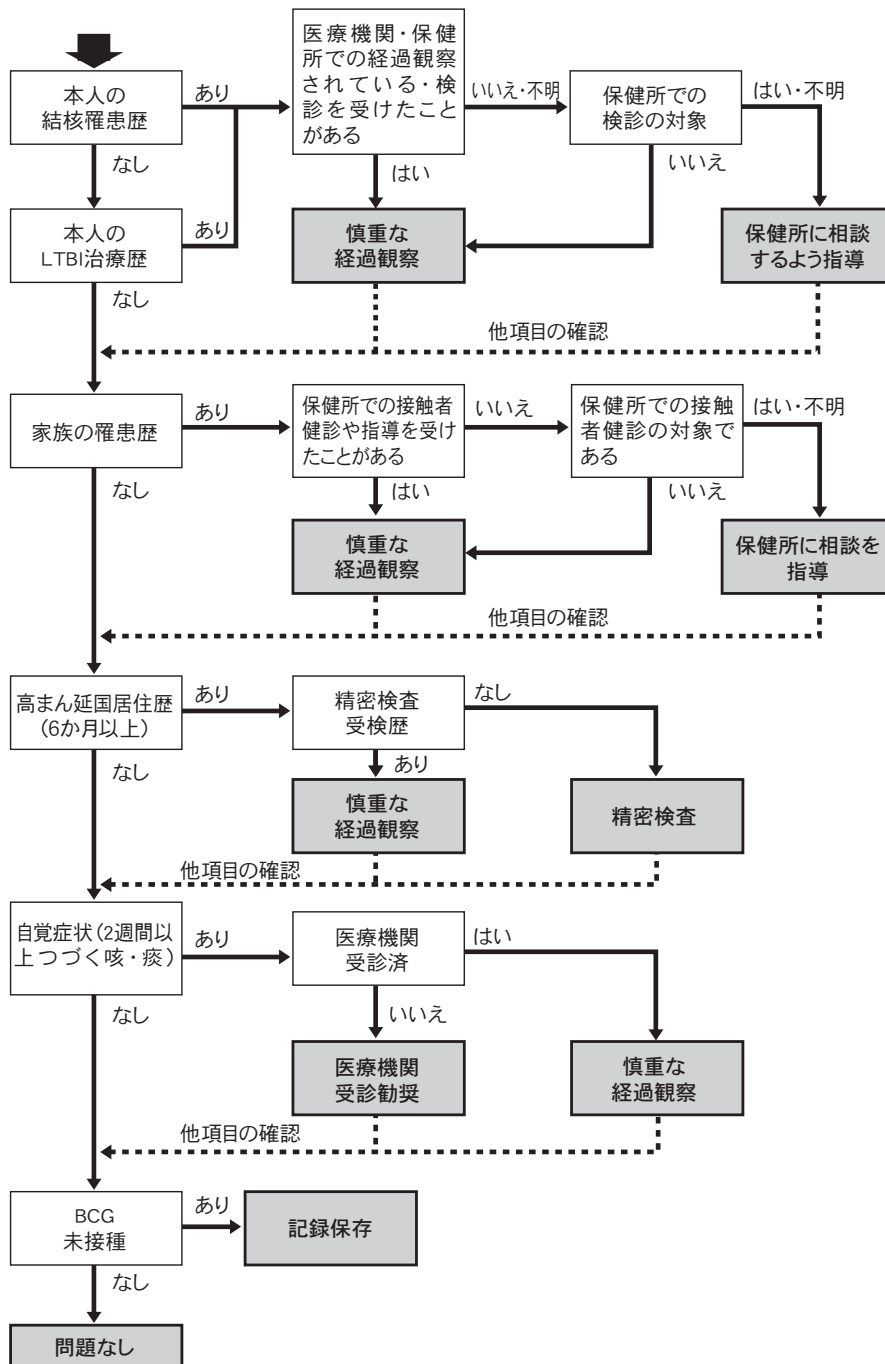
- 4) 高まん延国での居住歴に関しては、入学時または転入時は精密検査とする。
- 5) 自覚症状のある場合は原因が明確でなければ、早急に医療機関への受診を促す。
- 6) BCG未接種者は、精密検査の対象としない。

平成17年3月まではツベルクリン反応（以下、ツ反）とBCG接種を実施し、ツ反陽性者には予

防内服か経過観察とし、BCG接種は実施されなかった。このため、BCG未接種者は感染していた可能性を否定できないことから、精密検査の対象とした。しかし、平成24年度以降に就学する児童は、ツ反を実施せず、BCGが接種されているため、未接種児であっても精密検査の対象とする必要はないとした。

以下に、結核検診の流れを示す。

【結核検診フローチャート】



Q16

心臓検診の目的と方法を教えてください

1. 学校心臓検診の目的

学校心臓検診は未発見の心疾患を有する児童生徒を早期に発見し、適切な治療を受けさせるだけでなく、適切な日常生活の指導と管理を行うことを目的とする。具体的には次のような事項を実施目標とする。

- 1) 心疾患を可能な限り漏れなく、かつ早期に発見する。
- 2) 適切な治療を受けるように指導する。
- 3) 適切な指導区分を定め、過度の運動制限を避け児童生徒のQOLを高めるよう指導する。
- 4) 突然死を予防する。

2. 学校心臓検診の方法

1995年度に学校保健法が改定され小学校1年生全員、中学校1年生全員、高校1年生全員の心電図検査が義務化された。現在、群馬県において行われている学校心臓検診の流れを図1に示す。実施学年に関し小学校1年と中学校1年生では間隔が開きすぎるとの認識で、全国的には小学校4年生で心臓検診を実施する県が増加しており、群馬県においては平成30年度では35市町村中19市町村、全児童数の約半数で実施されている。

1次検診としてアンケート調査、心電図（小1、小4、中1では省略4誘導：I、aV_F、V₁、V₆、高1では12誘導）、心音図、胸部レントゲン写真（小1、中1の希望者、高1は結核検診で

撮影した胸部レントゲン写真を使用し全員）を施行する。アンケート調査で心疾患を疑わず者、心電図、心音図で異常を認める者（自動解析）を抽出し、主に小児循環器専門医で構成された心臓検診判定委員会において1次検診判定基準に則り判定区分を決定する。

一次検診の判定区分は、①要三次検診、②要二次検診、③要定期検診、④健康注意、⑤異常なしの5区分で、①の要三次検診は県内の三次医療機関（県立小児医療センター、群馬大学医学部附属病院、県立心臓血管センター、桐生厚生総合病院）を、②の要二次検診は県内の公的医療機関（17施設）を受診するよう指示される。③の要定期検診は主治医への受診の勧めで、④の健康注意は既往症があるが受診をするほどではない児童生徒に対する健康への自覚を促すことを目的とする。

二次検診・三次検診は指定検診病院において精査の上、診断・治療方針が決定される。同時に学校生活管理区分表のA～Eの管理区分を記載し学校への報告を行う。

平成30年度の群馬県児童生徒心臓検診報告書によると、一次検診有所見者は、小1：907名（5.83%）、小4：397名（5.65%）、中1：1,292名（7.81%）、高1：1,004名（7.56%）であった。二次・三次検診有所見者は、小1：275名（1.79%）、小4：104名（1.48%）、中1：424名（2.56%）、高1：447名（3.37%）であり、分類として心電図異常、先天性心疾患の順であった（図2）。疾患の内訳としては、心電図異常は心室期外収縮（小1：58名、小4：21名、中1：94名、高1：65名）、心房期外収縮（小1：14名、小4：3名、中1：13名、高1：28名）、WPW症候群（小1：9名、小4：6名、中1：24名、高1：23名）が多く、

図1 群馬県学校心臓検診の流れ

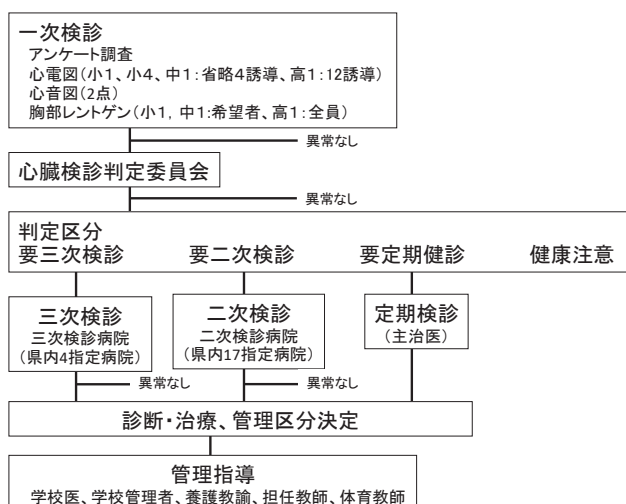
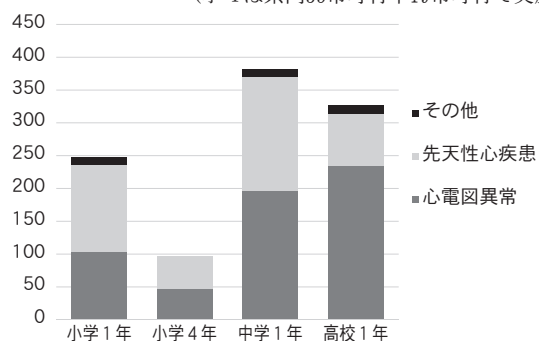


図2 二次・三次検診結果

(小4は県内35市町村中19市町村で実施)



先天性心疾患は心室中隔欠損症・術後(小1：40名、小4：9名、中1：24名、高1：20名)、心房中隔欠損症・術後(小1：18名、小4：10名、中1：21名、高1：10名)の順であった。

3. 学校生活管理について

二次・三次検診病院にて診断を受けた児童生徒は、診断と同時に疾患の重症度に応じた学校行事・体育活動・運動部に関する管理が定められるが、その管理は学校生活管理指導表に則って行われる。

1) 学校生活管理指導表

学校生活管理指導表は、文部科学省作成の小、中、高等学校用体育指導要綱に取り上げられている運動種目をほぼ網羅している。これらの運動種目が同年齢の平均的児童生徒にとって、軽い、中等度、強い運動のいずれに該当するかを、一部児童生徒に実施した心拍数解析と体育教師、養護教諭、運動生理学者の綿密な観察とそれに基づく経験から以下の5段階に分類されている。

A区分：入院または在宅医療が必要なもので、登校・登園はできない。

B区分：登校・登園はできるが運動は不可。

C区分：同年齢の平均的児童生徒・幼児にとって軽い運動のみに参加可。

D区分：同年齢の平均的児童生徒・幼児にとって中等度の運動にまで参加可。

E区分：同年齢の平均的児童生徒・幼児にとって強い運動にも参加可。

上記の軽い、中等度、強い運動とは以下の定義である。

- ① 軽い運動：同年齢の平均的児童生徒にとって、ほとんど息が弾まない程度の運動。当尺運動は軽い運動に含めない。
- ② 中等度の運動：同年齢の平均的児童生徒にとって、少し息が弾むが息苦しくはない程度の運動。パートナーがいれば楽に会話ができる程度の運動。当尺運動では、強い運動ほどの力は込めて行わないもの。
- ③ 強い運動：同年齢の平均的児童生徒・幼児にとって、息が弾み息苦しさを感ずるほどの運動。当尺運動では、動作時に歯を食いしばったり、大きなかけ声を伴ったり、動作中や動作後に顔面紅潮、心悸亢進、呼吸促迫を伴うほどの運動。

平成30年度の群馬県のB区分～E区分者数を表1に示す。厳重な管理を要する中等度以上の運動制限（B～D区分）の指示を受けた児童生徒は小

1：3名、中1：6名、高1：7名であり、先天性心疾患術後、大動脈弁狭窄、肥大型心筋症、川崎病冠動脈瘤など突然死のリスクのある疾患が多く認められた。

表1 平成30年度のB区分～E区分者数

	B区分	C区分	D区分	E禁区分	E区分
小学校1年	0	1	0	3	467
中学校1年	0	1	5	8	366
高校1年	1	1	5	8	249

運動部への参加は、選手を目指した参加と必ずしも選手を目指すものではない参加がある。選手を目指した運動部への参加は、当然ながらE区分の児童生徒についてのみ検討される。参加の可否は、単に運動種目のみで決定するのではなく、試合、競技に至るまでの練習方法や鍛錬のあり方など学校差や本人の意欲・習熟度などを総合して判定されなければならない。

一方、選手を目指すものではない運動部への参加もありうる。記録係、マネージャーなど必ずしも強い身体活動を要しない参加であればC区分、D区分の児童生徒にも運動部参加の機会を与え社会性・人間性の育成に役立てることができる。

2) 学校生活管理指導表の利用について

心疾患を有する児童生徒の生活管理指導の基本は、「心疾患を有する児童生徒にも、安全かつ充実した学校生活を送らせること」である。そのためには、身体活動を中心とした様々な指導とケアが必要である。主治医による適切な学校生活管理指導表における管理区分の決定が大前提になるが、児童生徒ならびに保護者を中心に主治医、学校医、学校関係者の綿密な連携が必要である。また、学校現場に指導内容が理解されなければ、過度な運動制限や、逆に指導内容が守られない状況が起こりうるため、綿密な連携・情報交換が必要になる。

学校医の心臓検診における役割は、学校医として児童生徒を診察し心疾患の早期発見に努め、心疾患を有する児童生徒に対しては定められた学校生活管理指導表の指導区分の把握と学校関係者への指導により児童生徒のQOL向上に努めることである。

Q17

腎臓検診の目的と方法を教えてください

1. 学校検尿の目的

学校検尿は無症状で経過する小児の慢性腎疾患（主に原発性糸球体腎炎）を早期に発見・治療することにより末期腎不全への進行を阻止することを目的としている。表1に小児末期腎不全の原因疾患を示したが、最も頻度の高い先天性腎尿路奇形であっても適切な管理により末期腎不全への進行を遅らせることは可能である。一方で、本邦では糸球体腎炎の末期腎不全に占める比率は欧米より明らかに少なく、しかも経年的に減少傾向にある²⁾。この成果は学校検尿の普及によるところが大きいものとする。また、糖尿病では早期発見による治療や生活指導が可能となり、特有の合併症の軽減が期待される。

表1 小児末期腎不全の原因疾患

先天性腎尿路奇形	215	(39.8%)
遺伝性腎症	70	(12.9%)
巣状糸球体硬化症	66	(12.2%)
嚢胞性腎疾患	52	(9.6%)
糸球体性腎炎	32	(5.9%)
溶血性尿毒症性症候群	9	(1.7%)
腎虚血	9	(1.7%)
その他	47	(8.7%)
不明	40	(7.5%)
合計	540	(100%)

(2006-2011全国調査；Hattori M, et al¹⁾より引用、一部改変)

2. 学校検尿の方法

1) 学校検尿の流れ

学校における一次検診では早朝第一尿を用いて蛋白、潜血、糖、pHの検査を行う。第1回検尿で蛋白、潜血のいずれかが陽性の場合には第2回検尿を行う。群馬県児童生徒腎臓疾患対策委員会では検診の精度向上を目的に、平成30年度より(+)以上を陽性とし、(±)は異常とは見なさないこととした。一方で、尿糖が陽性の場合には直ちに指定医療機関で三次検診を受けることと規定してい

る。第2回検尿でも異常が見られた場合は、二次検診として医療機関を受診して暫定診断を受け、医療機関は管理区分表の作成と報告を行う。さらに要三次検診と判断された場合には、指定医療機関において三次検診を受ける必要がある。

また、前年度以前より尿異常の既往が明らかなる者は第1回検尿後に主治医検診を受けるものとしている。

2) 二次検診における診断区分および留意点

新規発見者に対しては、問診で家族歴を聴取した上で、2回以上の検尿を行うことが望ましい。家族歴は良性家族性血尿や遺伝性腎炎を鑑別する上で重要な情報となる。また、蛋白尿単独の場合には前夜就寝前完全排尿後の早朝第一尿を検査することで、体位性蛋白尿を鑑別し得る。画像診断としては、腎尿路奇形や嚢胞性腎疾患を除外するために、可能であれば一回は超音波検査を実施しておきたい。下記に示すような尿異常に対しては、三次検診を受検するよう指導すべきである。

3. 三次検診の対象となる尿異常

(尿糖を除く)

1) 小学校3年生以降に新規に発見された血尿
糸球体基底膜は一般に乳幼児期は成人に比して薄く、8歳頃に成人と同等の厚さに達するとされている²⁾。3歳児健診で指摘された血尿は成長に伴って8歳までには約50%は自然消失するが、これは基底膜のバリアー機能の成熟という観点から説明されると思われる³⁾。逆に、血尿の家族歴がなく、小学校3年生(8~9歳)以降に新たに血尿が出現した場合には、腎臓に何らかの病変が出現したものと推測される。IgA腎症の初期病変や高カルシウム尿症などを考慮する必要がある。

2) 持続性蛋白尿

一般に蛋白尿単独症例の70~80%は体位性蛋白尿である。二次検診で体位性蛋白尿を除外された場合に持続性蛋白尿と診断される。このグループ

には低形成腎や異形成腎などの先天性腎尿路奇形や嚢胞性腎疾患、ネフローゼの初期あるいは一部の糸球体疾患が含まれる可能性が高く、要注意である。

3) 血尿+蛋白尿

血尿と蛋白尿を同時に呈する症例は原発性、続発性に関わらず糸球体腎炎を発症している可能性が極めて高い。このタイプでは経過により腎生検を検討すべきである。表2に筆者が過去35年間に群馬大学小児科および群馬県立小児医療センター

表2 血尿+蛋白尿症例の腎生検組織所見

IgA 腎症	88	(50.3%)
メサンギウム増殖性糸球体腎炎	41	(23.4%)
膜性増殖性糸球体腎炎 (I型)	15	(8.6%)
(III型)	4	(2.3%)
膜性腎症	7	(4.0%)
巣状糸球体硬化症	5	(2.9%)
微小変化群	3	(1.7%)
菲薄基底膜病	3	(1.7%)
半月体形成性糸球体腎炎	2	(1.1%)
Alport 症候群	4	(2.3%)
その他の先天性糸球体疾患	3	(1.7%)
合計	175	(100%)

(群馬大学小児科：1982～1995、群馬県立小児医療センター：1995～2017)

において経験した無症候性の血尿+蛋白尿症例の腎組織所見を示したが、腎生検を施行された175例中の微小変化群と菲薄基底膜病を除いた169例(96.6%)が糸球体腎炎と診断された。肉眼的血尿や大量蛋白尿を認める例では特に注意が必要となる。

4. 群馬県における学校検尿の現状

昨今の少子化の影響により検尿の対象者は減少傾向にあるが、治療対象となる新規発見者の頻度は学校検尿受検者全体の0.3%前後で推移している。

参考文献

- 1) Hattori M, et al. : End-stage renal disease in Japanese children: a nationwide survey during 2006-2011. Clin Exp Nephrol 19: 933-938, 2015.
- 2) 服部新三郎：小児慢性腎不全患者の経年変化. Annual review 腎臓2006, pp136-141, 2006.
- 3) Morita M, et al. : Glomerular basement membrane thickness in children. A morphometric study. Pediatr Nephrol 2 : 190-195, 1988.
- 4) 丸山健一：3歳児健診で発見された尿異常症例の臨床的検討. 北関東医学 52 : 107-110, 2002.

Q18

健康診断における総合判定と事後措置及び健康相談は、どのように行われるでしょうか

1. 総合判定

定期健康診断は学校保健安全法施行規則第5条により、毎年6月30日までに行うものとされている。学校医は予備調査結果や理学的診察などによって疾病や異常の有無を判断し、主治医や専門医の指導、助言を得て、その結果を学校医が総合評価する。

総合評価は、健康相談や保健指導への活用も含めて重要視されなければならない。

健康診断に当たっての評価は、健康診断票の所見欄に学校医・学校歯科医が記載するが、所見だけでなく、それらに基づいた指導・助言の要点をプライバシー及び個人情報の保護に配慮し記入することが望ましい。

2. 事後措置

学校保健安全法施行規則第9条により、「学校においては、法第13条第1項の健康診断を行ったときは、21日以内にその結果を幼児、児童また生徒にあっては当該幼児、児童また生徒及びその保護者に、学生にあっては当該学生に通知するとともに、次の各号に定める基準により、法第14条の措置をとらなければならない」と規定されている。

- 1) 疾病の予防処置を行うこと
- 2) 必要な医療を受けるように指示すること
- 3) 必要な検査、予防接種等を受けるよう指示すること
- 4) 療養のため必要な期間学校において学習しないよう指導すること
- 5) 特別支援学級への編入について指導及び助言を行うこと
- 6) 学習又は運動・作業の軽減、停止、変更等を行うこと
- 7) 修学旅行、対外運動競技等への参加を制限すること
- 8) 机又は腰掛の調整、座席の変更及び学級の編成の適正を図ること

- 9) その他発育、健康状態等に応じて適当な保健指導を行うこと

3. 健康相談

学校における健康相談は学校保健安全法第8条において、「学校においては、児童生徒等の健康に関し、健康相談を行うものとする」と規定している。また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により、学校医の職務として従事しなければならない。健康相談の主な対象者は次のとおりである。

- 1) 健康診断の結果、継続的な観察指導を必要とする者
- 2) 保健室等での児童生徒の対応を通して健康相談の必要性があると診断された者
- 3) 日常の健康観察の結果、継続的な観察指導を必要とする者（欠席・遅刻・早退の多い者、体調不良が続く者、心身の健康観察から健康相談が必要と判断された者等）
- 4) 健康相談を希望する者
- 5) 保護者の依頼による者
- 6) 修学旅行、遠足、運動会、対外運動競技会等の学校行事に参加させる場合に必要と認められた者
- 7) その他

近年、メンタルヘルスに関する課題やアレルギー疾患等の現代的な健康問題が生ずるなど児童生徒等の心身の健康問題が多様化、深刻化している中、これらの問題に学校が適切に対応することが求められていることから、学校保健安全法第9条においては、健康相談や担任教諭等の行う日常的な健康観察による児童生徒等の健康状態の把握、健康上の問題があると認められる児童生徒等に対する指導や保護者に対する助言を保健指導として位置付け、養護教諭を中心として、関係教職員の協力の下で実施されるべきことを明確に規定されている。

従って、このような保健指導の前提として行わ

れる学校保健安全法第8条の健康相談についても、児童生徒等の多様な健康課題に組織的に対応する観点から、従来の学校医または学校歯科医に限らず、養護教諭、学校薬剤師、担当教諭など関係教職員による積極的な参画が求められるものであることとされている。

さらに、学校保健安全法第10条では、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、必要に応じ地域の医療機関その他の関係機関との連携を図るよう努めることとされている。

参考文献

- 1) 日本学校保健会：児童生徒等の健康診断マニュアル 平成27年度改訂，平成27年8月。
- 2) 文部科学省：教職員のための子どもの健康相談及び保健指導の手引，平成23年8月。

Q19

就学時の健康診断について教えてください

学校保健安全法に、市町村教育委員会は、翌学年初めから小学校または特別支援学校の小学部に就学させる者に、その健康診断を行わなければならないと定められている。さらに、市町村教育委員会は、この健康診断結果に基づき、治療を勧告し、保健上必要な助言を行い、就学義務の猶予若しくは免除又は特別支援学校への就学に関し指導を行う等適切な措置をとらなければならない。

1. 時期

入学する前年度の10月1日から12月1日までの間に市町村教育委員会が実施する。一般的には、11月中に実施される。

2. 検査の項目

- 1) 栄養状態
- 2) 脊柱及び胸郭の疾病および異常の有無
- 3) 視力及び聴力
- 4) 眼の疾病及び異常の有無
- 5) 耳鼻咽喉疾患及び皮膚疾患の有無
- 6) 歯及び口腔の疾病及び異常の有無
- 7) その他の疾病及び異常の有無

3. 事後措置

1) 健康な者

発育も順調で健康な者については、その旨を通知し、今後も健康に留意し、生活を規則正しくして、元気で入学するように伝える。

2) 疾病又は異常を有する者

疾病又は異常を有する者については、速やかに必要な治療を受けるよう指導する。また発育が順調でない者や栄養要注意の者には必要な助言を行う。

3) 就学困難と認められる者

病弱、発育不全などのため就学義務を猶予する等の措置が適当と認められる者には、その手続きをするよう保護者に指導する。

4) 特別支援学校へ就学することが適当であると認められる者

その旨を保護者に指導し、かつ、県教育委員会に通知をしなければならない。

5) 特別支援学級に編入することが適当と認められる者

その旨を指導する。

4. 項目別事後措置

1) 予防接種

予防接種が行われていない場合には、実施するよう指導を行う。

特に就学前に行う麻しん風しん混合ワクチンの接種歴に留意する。

2) 栄養状態

早期対応が必要となる極端な肥満ややせ、特に何らかの基礎疾患が疑われる例（プラダー・ウイリー症候群など）について、医療機関の受診を勧告する。早急に医療機関を受診する必要があるような極端な貧血を疑った場合は、その場で医療機関の受診を勧める。身長や体重増加の停滞などネグレクトによる児童虐待を疑った場合には、生命危機が及ぶ可能性があり、早急に、児童相談所等の関係機関に通報する。

3) 脊柱及び胸郭の疾患（四肢の状態を含む）

脊柱側弯症や漏斗胸がみられる場合には、医療機関の受診を指導する。歩行異常が著明な場合には、整形外科の受診勧告を行う。

4) 内科疾患

心臓病（先天性心疾患、後天性心疾患、心筋疾患、不整脈、術後の心疾患）、腎臓疾患（慢性腎炎やネフローゼ症候群）、糖尿病、アレルギー疾患（気管支喘息、食物アレルギー）、痙攣性疾患（中心・側頭部に棘波をもつ良性小児てんかん、後頭部に突発波をもつ小児てんかん、小児欠伸てんかん）、運動障害をきたす疾患（脳性麻痺、筋ジストロフィー、軟骨形成不全症、二分脊椎）等の疾患や異常が見られる場合には医療機関の受診

を指導する。心雑音・不整脈については、緊急性があると判断した場合は、心臓専門医の受診勧告を行うが、そうでなければ翌春の心臓検診を待つても良い。

5) 眼科疾患

屈折異常（遠視、近視、乱視）と不同視、弱視、眼位異常、結膜炎、アレルギー性結膜炎、眼瞼下垂、霰粒腫、麦粒腫、眼瞼内反、睫毛乱生等の疾患や異常が疑われる場合には、医療機関の受診を指導する。特に斜視、弱視及び不同視等が疑われる場合には、早急に医療機関を受診するよう勧告を行う。

6) 耳鼻咽喉科疾患

耳疾患（耳垢栓塞、滲出性中耳炎、慢性中耳炎、難聴）、鼻・副鼻腔疾患（アレルギー性鼻炎、副鼻腔炎、慢性鼻炎）、口腔咽喉頭疾患（アデノイド、扁桃肥大、扁桃腺炎）等の疾患が疑われる場合には、医療機関の受診を勧告する。音声言語異常の疑いと指摘された場合は、専門機関での指導を指示する。さらに、難聴の疑いがある場合には、あらかじめ就学指導を担当する部局と相談した手続きをとる。

7) 皮膚科疾患

伝染性疾患（伝染性軟属腫、ウイルス性のイボ、伝染性膿痂疹、体部白癬、頭シラミ、疥

癬）、湿疹・皮膚炎（アトピー性皮膚炎、接触性皮膚炎）、毛髪疾患（円形脱毛症）、角化異常症、大きな母斑などの皮膚科疾患については、就学前に治療する必要がある、医療機関を受診するよう勧告する。多発性外傷や打撲、熱傷など児童虐待を疑った場合には、生命に危険が及ぶ可能性もあり、早急に、児童相談所等の関係機関に通報する。

8) 歯科・口腔外科疾患

未処置のう歯、歯列不正・咬合異常、口腔の軟組織異常（歯周疾患、舌小帯付着位置異常）が疑われる場合には、歯科医が必要と認めた者について歯科医療機関を受診するよう指導する。

9) その他の疾患

発達障害（自閉症スペクトラム、注意欠陥多動性障害、学習障害）や知的障害の疑いがある場合には、あらかじめ就学指導を担当する部局と相談する。

参考文献

- 1) 東京都医師会：学校医の手引き。第8版，東京都医師会，東京都，2020。
- 2) 広島県医師会：学校医の手引き。平成21年11月改訂，広島県医師会，広島県，2009。
- 3) 山口県医師会：学校医の手引き。第4版，山口県医師会，山口県，2010。

Q20

職員の健康診断と健康管理について教えてください

目的 職員の保健、能率向上はもとより、職員の健康状態が児童生徒等に対する保健、教育上の影響が大きいことを考慮し、学校の設置者が実施する（学校保健安全法第15条）。

1. 対象

職員とは、校長、教頭、教諭、養護教諭等の教員、事務職員、技術職員、助手等。

2. 時期

学校の設置者が定める適切な時期に行う（法施行規則第12条）。やむを得ない理由により期日内に受けられなかった者は、その事由のなくなった後、速やかに行う。

3. 検査項目（法施行規則第13・14条）

- 1) 身長・体重・腹囲測定
- 2) 視力・聴力検査（原則としてオーディオメータを使用）
- 3) 胸部エックス線検査（結核の有無）
- 4) 血圧測定
- 5) 尿（糖・蛋白）検査（試験紙法）
- 6) 胃の疾病及び異常の有無（40歳以上は必須、妊婦は除外）
- 7) 貧血検査（35歳未満及び36歳以上40歳未満は省略可能）
- 8) 肝機能検査（同上）
- 9) 血中脂質検査（同上）
- 10) 血糖検査（同上）
- 11) 心電図検査（同上）
- 12) その他の疾病及び異常の有無

4. 健康診断票

- 1) 学校の設置者は、第2号様式によって職員健康診断票を作成しなければならない（法

行規則第15条）。

- 2) 学校の設置者は当該職員が他校に移った場合には、職員健康診断票を異動先の学校の設置者へ送付しなければならない。
- 3) 職員健康診断票は、5年間保存しなければならない。

5. 事後措置

- 1) 検査結果を総合し、下表に定める生活規正及び医療の区分を組み合わせ指導区分を決定する（法施行規則第16条 表）。

表 指導区分表（規則第16条第2項）

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

- 2) 学校の設置者は前項の医師の指導区分に基づき下記の措置を行う
 - A. 休暇又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. 勤務場所又は職務の変更、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、休日勤務及び宿日直勤務をさせないか又はこれらの勤務を制限すること

D. 勤務に制限を加えないこと

1. 必要な医療を受けるよう指示すること
2. 必要な検査、予防接種等を受けるように指示すること
3. 医療又は検査等の措置を必要としないこと

6. 臨時の健康診断

学校の設置者は感染症や食中毒の発生したときや、感染症の発生の恐れがある場合など必要があるときは、児童生徒等と同様に健康診断を行う(法第15条第2項)。

7. 学校医と産業医

職員健康診断は、学校保健安全法と労働安全衛生法の二法に基づき規定されている。労働安全衛生法第13条では一定規模(職員50人以上)の事業場は「産業医」を選任し、職員の健康管理等に当たらせることとなっている。また、労働安全衛生法第13条の2において、産業医の選任義務のない職員数50人未満の事業場についても、医師等に労働者の健康管理を行わせるよう努めなければならないとしている。

8. 職員の健康管理

1) 長時間労働対策

労働安全衛生法等の一部改正(平成31年4月1

日施行)により、事業者は労働者の労働時間の状況を把握し、時間外労働が月80時間を超えた労働者からの申出により医師の面接指導を実施しなければならない(労働安全衛生法第66条の8)。

2) メンタルヘルス

社会経済環境が大きく変化する中、過重労働や職業生活上の強いストレスなどから精神疾患により休職する教員の割合が増加傾向にあり、病気休職者の約6割を占める。厚生労働省は、平成26年度に法改正を行い、ストレスチェック制度(平成27年12月1日施行)を創設した(労働安全衛生法第66条の10)。

3) 医師による面接指導

労働安全衛生法では、長時間労働者とストレスチェックの高ストレス者を対象に産業医等の医師による面接指導を規定している。これらの面接指導は、過労やストレスによる労働者の脳・心臓疾患やメンタル不調の未然防止を目的とするものであり、産業医等の医師は、学校長からの要請があった場合、職員の面接指導を実施し、健康を保持するために必要な措置について意見を述べる。校長は、面接指導実施後、産業医等の医師から意見を聴取し、健康管理上必要な措置を行う。

参考文献

- 1) 広島県医師会：学校医の手引き。平成21年11月改訂，広島県医師会，広島県，2009.
- 2) 山口県医師会：学校医の手引き。第4版，山口県医師会，山口県，2010.
- 3) 東京都医師会：学校医の手引き。第8版，東京都医師会，東京都，2020.

第3章 アレルギー

Q21

アレルギー疾患用学校生活管理指導表について教えてください

※アレルギー疾患用学校生活管理指導表（R2.8.31改訂版）を掲載する。



主治医 様

学校(園)生活において、アレルギー疾患で特別な配慮や管理が必要な子どもの健康管理を適切に行うため、裏面の「活用のしおり～主治医用～」をご覧ください、必要事項の御記入をお願いいたします。(学校管理下での管理が不要な場合は、提出する必要はありません。)

なお、症状などの状況に応じて指導内容に変更などがある場合は、再度御記入をお願いいたします。

【様式】

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. アレルギー性鼻炎
- 5-1. 食物アレルギー・アナフィラキシー
- 5-2. 食物アレルギー・アナフィラキシー発症時の対応



* 下記は学校で記入してください。

名 前							性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日 生まれ							
学 校(園) 名								
学 年	1	2	3	4	5	6		
組								

* 下記は保護者が内容を確認し、サインをしてください。

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名 _____

**群馬県教育委員会
群馬県医師会**

活 用 の し お り ～ 主 治 医 用 ～

1. 学校生活管理指導表について

本表を活用して管理を行ってきた児童生徒については、「令和2年度改訂版」の後に「平成27年度改訂版」の学校生活管理指導表を添付いたします。「平成27年度改訂版」を参考に「令和2年度改訂版」の学校生活管理指導表に御記入いただきますようお願いいたします。

2. 主な改訂点

(1) 内容について

医学的な進歩を取り入れた内容に改められました。

また、治療薬も最近の進歩を反映して、新しい薬剤が加えられました。

(2) 「学校生活上の留意点」について

「保護者と相談し決定」という文言が、「管理必要」という文言に改められました。

(3) 食物アレルギー・アナフィラキシーについて

「原因食品・診断根拠」という文言から、「原因食品・除去根拠」という文言に改められました。

(4) 気管支ぜん息について

「重症度分類（発作型）」から「症状のコントロール状態」に改められました。

3. 記入上の注意

食物アレルギー

C. 原因食物・除去根拠

- ・診断根拠として重要なのは①明らかな症状の既往、②食物経口負荷試験陽性です。
- ・③摂取可能であるにもかかわらず、血液検査陽性だけを根拠に原因食物の除去を指示することは適切ではありません。
- ・④未摂取で除去が必要な食物がある場合のみ記入してください。

E. 原因食物を除去する場合に、より厳しい除去が必要なもの

- ・ここに記載されている食材は、極微量のアレルゲンが含有されている程度であり、症状誘発の原因となりにくいため、基本的に除去する必要はありません。
- ・本欄に○がついた場合には、給食対応が困難となりますので慎重に考慮してください。

気管支ぜん息

A. 症状のコントロール状態

(小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2017より)

評価項目	コントロール状態（最近1ヶ月程度）		
	良好 (全ての項目が該当)	比較的良好	不良 (いずれかの項目が該当)
軽微な症状 ※1	なし	(1 ≧ 回/月) < 1 回/週	≧ 1 回/週
明らかな急性増悪（発作） ※2	なし	なし	≧ 1 回/月
日常生活の制限	なし	なし（あっても軽微）	≧ 1 回/月
β2刺激薬の使用	なし	(1 ≧ 回/月) < 1 回/週	≧ 1 回/週

※1 軽微な症状とは、運動や大笑い、啼泣の後や起床時などに一過性に認められるが、すぐに消失する咳やぜん鳴、短時間で覚醒することのない夜間の咳き込みなど、見落とされがちな軽い症状を指す。

※2 明らかな急性増悪（発作）とは、咳き込みやぜん鳴が昼夜にわたって持続あるいは反復し、呼吸困難を伴う定型的な喘息症状を指す。

1 【気管支ぜん息】

(あり・なし)

〔病型・治療〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 症状のコントロール	B-1. 長期管理薬 (吸入)	B-2. 長期管理薬 (内服)
1. 良好 2. 比較的良好 3. 不良	1. ステロイド吸入薬 (薬剤名) (投与量/日) 2. ステロイド吸入薬/長期間作用性吸入ベータ刺激薬配合剤 (薬剤名) (投与量/日) 3. その他 (薬剤名) (投与量/日)	1. ロイコトリエン受容体拮抗薬 (薬剤名) 2. その他 (薬剤名)
B-3. 長期管理薬 (注射)	C. 発作時の対応	
1. 生物学的製剤 (薬剤名)	1. ベータ刺激薬吸入 (薬剤名) (投与量/日) 2. ベータ刺激薬内服 (薬剤名) (投与量/日)	

〔学校生活上の留意点〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 運動 (体育・部活動等)	B. 動物との接触やホコリ等の舞う環境での活動	C. 宿泊を伴う校外活動
1. 管理不要 2. 管理必要 ★	1. 管理不要 2. 管理必要 ★	1. 管理不要 2. 管理必要 ★
D. 配慮事項や管理事項について (★印に○をつけた場合は具体的に記入してください。)		

◇◇◇緊急時連絡先◇◇◇	
保護者名前	

電話番号	

医療機関名:	
電話番号:	
医師名:	印
記載日:	令和 年 月 日

※変更ありの際は、変更内容を(空欄に)記載願います。

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
2年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)

医療機関名 医師名		
3年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)

医療機関名 医師名		
4年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)

医療機関名 医師名		
5年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)

医療機関名 医師名		
6年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)

医療機関名 医師名		

2【アトピー性皮膚炎】

(あり・なし)

〔病型・治療〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 重症度のめやす (厚生労働科学研究班)		
1. 軽 症：面積に関わらず、軽度の皮疹のみ見られる。 2. 中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%未満に見られる。 3. 重 症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の10%以上、30%未満に見られる。 4. 最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の30%以上に見られる。 *軽症の皮疹：軽度の紅斑、乾燥、落屑主体の病変 *強い炎症を伴う皮疹：紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変		
B-1. 常用する外用薬	B-2. 常用する内服薬	B-3. 常用する注射薬
1. ステロイド外用薬 2. タクロリムス軟膏 (プロトピック®) 3. 保湿剤 4. その他 ()	1. 抗ヒスタミン薬 2. その他 []	1. 生物学的製剤

〔学校生活上の留意点〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. プール指導及び長時間の紫外線下での活動	B. 動物との接触	C. 発汗後
1. 管理不要 2. 管理必要 ★	1. 管理不要 2. 管理必要 ★	1. 管理不要 2. 管理必要 ★
D. 配慮事項や管理事項について (★印に○を付けた場合は具体的に記入してください。)		

医療機関名：

電話番号：

医 師 名：

印

記 載 日：令和 年 月 日

※変更ありの際は、変更内容を(空欄に)記載願います。

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
2年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)
----- 医療機関名 医師名		
3年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)
----- 医療機関名 医師名		
4年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)
----- 医療機関名 医師名		
5年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)
----- 医療機関名 医師名		
6年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり(追加あり・管理不要)
----- 医療機関名 医師名		

3 【アレルギー性結膜炎】

(あり・なし)

〔病型・治療〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 病 型	B. 治 療
1. 通年性アレルギー性結膜炎 2. 季節性アレルギー性結膜炎 (花粉症) 3. 春季カタル 4. アトピー性角結膜炎 5. その他 ()	1. 抗アレルギー点眼薬 2. ステロイド点眼薬 3. 免疫抑制点眼薬 4. その他 ()

〔学校生活上の留意点〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. プール指導	B. 屋外活動
1. 管理不要 2. 管理必要 ★	1. 管理不要 2. 管理必要 ★
C. 配慮事項や管理事項について (★印に○を付けた場合は具体的に記入してください。)	

医療機関名：

電話番号：

医 師 名：

印

記 載 日：令和 年 月 日

※変更ありの際は、変更内容を（空欄に）記載願います。

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
2年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり（追加あり・管理不要）

医療機関名 医師名		
3年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり（追加あり・管理不要）

医療機関名 医師名		
4年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり（追加あり・管理不要）

医療機関名 医師名		
5年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり（追加あり・管理不要）

医療機関名 医師名		
6年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり（追加あり・管理不要）

医療機関名 医師名		

4 【アレルギー性鼻炎】

(あり・なし)

〔病型・治療〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 病 型	B. 治 療
1. 通年性アレルギー性鼻炎 2. 季節性アレルギー性鼻炎 (花粉症) 〔主な症状の時期〕 春 ・ 夏 ・ 秋 ・ 冬	1. 抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬 (内服) 2. 鼻噴霧用ステロイド薬 3. アレルゲン免疫療法 舌下免疫療法 (ダニ・スギ) 皮下免疫療法 (ダニ・スギ・その他) 4. その他 ()

〔学校生活上の留意点〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 屋外活動
1. 管理不要 2. 管理必要 ★
B. 配慮事項や管理事項について (★印に○を付けた場合は具体的に記入してください。)

医療機関名：

電話番号：

医 師 名：

印

記 載 日：令和 年 月 日

※変更ありの際は、変更内容を（空欄に）記載願います。

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
2年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり（追加あり・管理不要）

医療機関名 医師名		
3年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり（追加あり・管理不要）

医療機関名 医師名		
4年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり（追加あり・管理不要）

医療機関名 医師名		
5年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり（追加あり・管理不要）

医療機関名 医師名		
6年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし・変更あり（追加あり・管理不要）

医療機関名 医師名		

5-1 【食物アレルギー】(あり・なし) 【アナフィラキシー】(あり・なし)

〔病型・治療〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 食物アレルギー病型 (食物アレルギーありの場合のみ記入する)	B. アナフィラキシー病型 (アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記入する)
1. 即時型 2. 口腔アレルギー症候群 3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー	1. 食物 (原因:) 2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー 3. 運動誘発アナフィラキシー 4. 昆虫 5. 医薬品 6. その他 ()
C. 原因食物・除去根拠 * 該当する食品の番号に○印を付け、かつ、 《 》 内に除去根拠を記入してください。 * 《 》 内に具体的な食品名を記載してください。	
〔除去根拠〕 該当するもの全てを《 》内に記載 ①明らかな症状の既往 ②食物経口負荷試験陽性 ③IgE抗体等検査結果陽性 ④未摂取	
1. 鶏卵 《 》 2. 牛乳・乳製品 《 》 3. 小麦 《 》 4. ソバ 《 》 5. ピーナッツ 《 》 6. 甲殻類 《 》 (すべて・エビ・カニ)	7. 木の実類 《 》 (すべて・クルミ・カシュー・アーモンド) 8. 果物類 《 》 () 9. 魚類 《 》 () 10. 肉類 《 》 () 11. その他1 《 》 () 12. その他2 《 》 ()
D. 緊急時に備えた処方薬	
1. 内服薬 (抗ヒスタミン薬、ステロイド薬) 2. アドレナリン自己注射薬 (エピペン®) 3. その他 ()	

〔学校生活上の留意点〕 該当するものに○印を付けてください。また、必要事項を記入してください。

A. 給食	B. 食物・食材を扱う授業・活動	C. 運動 (体育・部活動等)	D. 宿泊を伴う校外活動
1. 管理不要 2. 管理必要 ★	1. 管理不要 2. 管理必要 ★	1. 管理不要 2. 管理必要 ★	1. 管理不要 2. 管理必要 ★
E. 原因食物を除去する場合に、より厳しい除去が必要なもの			
※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。 1. 鶏卵: 卵殻カルシウム 5. ゴマ: ゴマ油 2. 牛乳: 乳糖・乳清焼成カルシウム 6. 魚類: かつおだし・いりこだし・魚醤 3. 小麦: 醤油・酢・味噌 4. 大豆: 大豆油・醤油・味噌 7. 肉類: エキス			
F. 配慮事項や管理事項について (★印に○を付けた場合は具体的に記入してください。)			

◇◇◇緊急時連絡先◇◇◇	
保護者名前	-----
電話番号	-----

医療機関名:	
電話番号:	
医師名:	印
記載日:	令和 年 月 日

※変更あり・解除の際は、変更・解除内容を（空欄に）記載願います。

受診年月日	病型・治療	学校生活上の留意点
2年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし ・ 変更あり（解除・追加あり）
----- 医療機関名 医師名		
3年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし ・ 変更あり（解除・追加あり）
----- 医療機関名 医師名		
4年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし ・ 変更あり（解除・追加あり）
----- 医療機関名 医師名		
5年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし ・ 変更あり（解除・追加あり）
----- 医療機関名 医師名		
6年生 令和 年 月 日	変更なし 変更あり	変更なし ・ 変更あり（解除・追加あり）
----- 医療機関名 医師名		

食物アレルギー・アナフィラキシー発症時の対応

群馬県

氏名: _____ 年 月 日生

緊急連絡先 ①氏名: _____ (続柄: _____) 電話番号(_____)-(_____)-(_____)
 ②氏名: _____ (続柄: _____) 電話番号(_____)-(_____)-(_____)

主治医: _____ 印(病院名: _____)
 記載日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【症状と対応】

**食べた時と症状が出た時間をチェック！
 安静にする！ 一人にしない！
 症状が一つでもあれば積極的に治療しましょう！**



の観察が大切！

	皮膚	呼吸	お腹	全身	
軽症					治療: 抗ヒスタミン薬内服(_____) 対応: 症状が進行、または30分以上続くようなら ステロイド薬内服の上で医療機関を受診
	部分的な赤みや蕁麻疹、軽い痒み				治療: 抗ヒスタミン薬内服(_____) ステロイド薬内服(_____) 対応: ただちに医療機関を受診 ★嘔吐が1回だけで他症状がなく、元気であれば 内服しなくてもよい ★症状が進行するようなら重症の対応を行う
	単発の咳、くしゃみ				
口の痒みや違和感、唇の軽い腫れ					
中等症	全身の赤みや蕁麻疹、強い痒み 蕁麻疹が10個以上、臉や唇が腫れ上がる				治療: エピペン を使用した上で 可能なら { 抗ヒスタミン内服(_____) ステロイド薬内服(_____) }
	鼻水、鼻づまり、咳を繰り返す、喉の痒み				
	1回の嘔吐や下痢、腹痛				
	元気がない				
重症	のどや胸が締めつけられる、声がかすれる 持続する強い咳き込み、犬が吠えるような咳 (ケンケン)、ゼーゼーする呼吸、息苦しい				対応: ただちに救急車で医療機関を受診 担架で移動
	繰り返し吐き続ける、持続する強い腹痛				
	唇や爪が青白い、脈を触れにくい・不規則 ぐったり、意識がもうろう、尿や便をもらす				

食物アレルギー診療ガイドライン2012に準拠

【エピペン®の使い方】

※患者が注射できない場合は代わりに②・学校の職員が注射してもよい。
 その際、医師法など法律には抵触しない

Step1 準備

携帯用ケースのカバーキャップを指で押し開き、注射器を取り出す。注射器を片手でしっかりと握り、もう片方の手で青色の安全キャップを外す。



Step2 注射

大腿部の前外側に垂直になるようにし、オレンジ色のニードルカバー先端を「カチッ」と音がするまで強く押し付ける。押し付けたまま数秒間待つ。注射器を大腿部から抜き取る。



Step3 確認

オレンジ色のニードルカバーが自動的に伸びたことをチェックし、正常に注射できたことを確認する。



第4章 学校感染症

Q22

学校において予防すべき感染症について 教えてください

学校感染症とは、学校で特に予防すべき感染症である。集団生活の場である学校が、感染症媒介

の場となり、蔓延していく危険性があることから、学校保健安全法により規定されている。

1. 学校感染症の分類と出席停止期間(表1)

表1 学校感染症と出席停止期間（文献1より引用、一部改変）

	感染症の種類	出席停止期間の基準
第1種	* エボラ出血熱	治癒するまで
	* 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（ポリオ）	
	* ジフテリア	
	* 重症急性呼吸器症候群（SARS）	
	* 中東呼吸器症候群（MERS）	
* 特定鳥インフルエンザ(H5N1, H7N9型)		
第2種	インフルエンザ (特定鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く)	発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児は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製剤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
	* 風疹	発しんが消失するまで
	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日を経過し、かつ、全身状態が良好になるまで
	水痘（みずぼうそう）	すべての発しんが痂皮化するまで
	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後2日を経過するまで
第3種	* 結核	感染のおそれなくなるまで
	* 髄膜炎菌性髄膜炎	
	* コレラ	
	* 細菌性赤痢	
	* 腸管出血性大腸菌感染症	
	* 腸チフス	
	* パラチフス	
	流行性角結膜炎	
急性出血性結膜炎		
その他の感染症		

*は、保健所への届出が必要な疾患。

※感染症法の「新型インフルエンザ等感染症」「指定感染症」「新感染症」に指定されたものは第1種とみなされるため、新型コロナウイルス感染症は第1種の感染症として取り扱う（令和4年8月1日時点）。

1) 第1種の感染症
感染症予防法に規定する一類感染症と二類感染症（結核を除く）である。

出席停止期間としては、「治癒するまで」である。これは、第一類および第二類感染症だけではなく、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症および新感染症も第1種の感染症とみなし、適用となる。

2) 第2種の感染症

飛沫感染するもので、児童生徒等の罹患が多く、学校において流行を広げる可能性が高い感染症である。

学校保健安全法施行規則の一部改正があり、平成24年4月1日より、髄膜炎菌性髄膜炎が追加となり、インフルエンザ、百日咳および流行性耳下腺炎の出席停止の期間の基準が改正された。

3) 第1種及び第2種の学校感染症については、以下の場合も、出席停止とすることができる（学校保健安全法施行規則第19条）。

- (1) 第1種若しくは第2種の学校感染症患者のある家に居住する者またはこれらの感染症にかかっている疑いがある者については、予防処置の施行の状況その他の事情により必要と認めるとき、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。

(2) 第1種または第2種の学校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。

(3) 第1種または第2種の学校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。

4) 第3種の感染症

学校活動を通じ、学校において流行を広げる可能性がある感染症である。腸管出血性大腸菌感染症等の経口感染症及び眼の感染症と「その他の感染症」に分類される。

「その他の感染症」は、学校で通常見られないような重大な流行が起こった場合に、その感染拡大を防ぐために、必要があるときに限り、校長が学校医の意見を聞き、あるいは必要に応じて、県教育委員会と相談し、第3種の感染症として緊急的に措置をとることができる疾患である。よって「その他の感染症」については、具体的な疾患名は定めていない。

「その他の感染症」の登校の目安を表2に示す。

表2 第3種の学校感染症の「その他の感染症」の登校（園）基準

感染性胃腸炎（ノロウイルス感染症、ロタウイルス感染症、アデノウイルス感染症など）	症状のある間が主なウイルスの排出期間なので、下痢、嘔吐症状が軽減した後、全身状態がよい者は登校（園）可能である。
サルモネラ感染症（腸チフス、パラチフスを除く）、カンピロバクター感染症	下痢が軽減すれば登校（園）可能である。
マイコプラズマ感染症	症状が改善し、全身状態がよい者は登校（園）可能である。
インフルエンザ菌感染症、肺炎球菌感染症	発熱、咳などの症状が安定し、全身状態がよい者は登校（園）可能である。
溶連菌感染症 （主にA群溶血性レンサ球菌感染症）	適切な抗菌薬療法開始後24時間以内に感染力は消失するので、それ以降は登校（園）可能である。
伝染性紅斑（りんご病）	発しんが出現して本症と診断された時点では他への感染力はなく、登校（園）禁止は不要である（日本小児科学会の見解）。
RSウイルス感染症	発熱・咳などの症状が安定し、全身状態のよい者は登校（園）可能である。
EBウイルス感染症	解熱し、全身状態が回復した者は登校（園）可能である。

単純ヘルペスウイルス感染症	口唇ヘルペス・歯肉口内炎のみであれば、マスクなどをして登校（園）可能。発熱や全身性の水疱がある場合は欠席して治療が望ましい。
帯状疱疹	すべての発しんが痲痺化するまでは感染力があるものの、初感染の水痘ほどは感染力は強くない。可能な範囲で被覆してあれば接触感染は防げるため登校（園）は可能。
手足口病、ヘルパンギーナ	ウイルスの排出期間は2～4週間と長期であり、また不顕性感染も多く、有症者だけを登校（園）停止にすることは集団内での感染予防に有効ではない（日本小児科学会の見解）。
A型肝炎	病初期を過ぎれば感染力は急速に消失するので、肝機能が正常になった者は登校（園）可能である。
B型肝炎	急性肝炎の急性期でない限り、登校（園）は可能である。HBV キャリアの登校（園）を制限する必要はない。ただし、血液に触れる場合は手袋を着用する。HBV キャリア児が非常に攻撃的でよく嘔みつく、全身性の皮膚炎がある、出血性疾患があるなど、血液媒介感染を引き起こすリスクが高い場合は、主治医、担任、施設責任者が個別にそのリスクを評価して対応する必要がある。
伝染性膿痂疹（とびひ）	登校（園）に制限はないが、炎症症状の強い場合や、化膿した部位が広い場合は、傷に直接触らないように指導する。
伝染性軟属腫（みずいぼ）	登校（園）可能である。
あたまじらみ症	適切な治療を行えば登校（園）は可能である。
疥癬	治療をはじめれば出席停止は不要。ただし手をつなぐなどの遊戯・行為は避ける。角化型は感染力が強いため治癒するまでは外出を控える。
皮膚真菌症	①カンジダ感染症 登校（園）可能である。 ②白癬、とくにトングランズ感染症 登校（園）可能である。ただし、接触の多い格闘技の練習・試合などは、感染のおそれがなくなるまでは休ませる。

2. 感染症サーベイランス

群馬県では、学校等での感染症の発生状況を把握し、早期に感染症の流行を探知するために、平成24年度から「学校欠席者情報収集システム」を導入した。

（ログイン ID およびパスワードについては、校医をしている学校に連絡する。）

3. 感染症届出基準の変更

1) 侵襲性髄膜炎菌感染症および麻疹

届出は、「診断後7日以内」から「診断後直ちに」と変更となった。

（平成27年5月21日より）

2) 百日咳

これまで定点把握疾患であったが、全数把握疾患となり、診断した医師すべてに診断後7日以内の届出が義務付けられた。

（平成30年1月1日より）

参考文献

- 1) 東京都医師会：学校医の手引き。第8版，東京都医師会，東京都，2020。
- 2) 広島県医師会：学校医の手引き。平成21年11月改訂，広島県医師会，広島県，2009。
- 3) 日本学校保健会：学校において予防すべき感染症の解説。平成30（2018）年3月発行。

第5章 保健教育

Q23

学校における保健教育の学校医の役割について教えてください

学校における保健教育は学校保健の一分野である。学校保健は児童生徒等が学校で将来多くの保健組織活動の知識を学ぶ為の健康な体・心の成長を支える大きな一つの柱である。その中で学校医は、学校保健安全法で規定された地域の専門家として、学校保健にかかわっていくことになる。

学校保健に関する法律には教育基本法、学校教育法、学習指導要領ならびに学校保健安全法がある。また、学校保健は保健教育と保健管理の二つの大きな領域に分かれ、それに保健組織活動が加わった構造になっている。

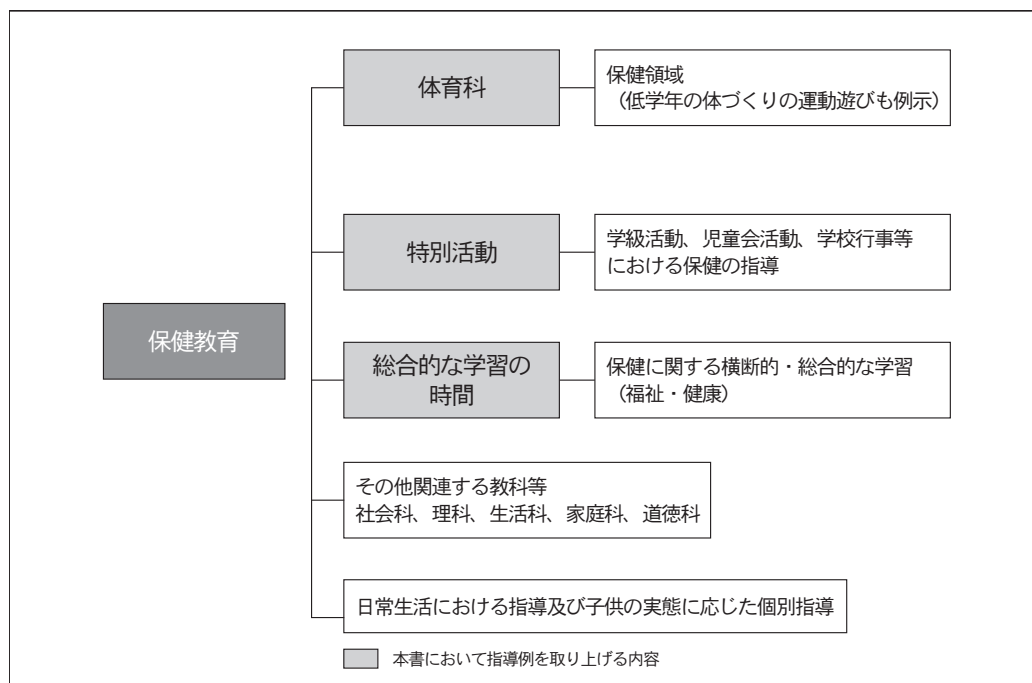
1. 保健教育

学校における保健教育の最終目的は、児童生徒が自分の健康について阻害する因子や条件を知りこれを除き、自らの健康をさらに保持増進する方法を身につけることにある。

これまで、保健教育は「保健学習」と「保健指導」に分類されていたが、平成28年12月21日の中央教育審議会の答申において、学習指導要領等の改善に言及する中で、教職員や国民が理解できる教科等の名称で説明することとなり、「保健教育」とひとくくりで示すことになった。

保健教育は教育課程に位置づけられている教科等と日常生活における指導や子どもの実態に応じた個別指導がある。

図 学校教育の体系



1) 教科等における保健教育は、通常学級担任または保健体育科教諭が当たっている。これは、教科を中心とし児童生徒が今後直面すると思われる健康課題に対し、体系的、系統的学習によりデザインされたものである。ここで、学校医は特別非常勤講師として直接子ども達に語りかけることができ、学級担任や保健体育科教諭に指導・助言ができる。

2) 日常生活における指導や子どもの実態に応じた個別指導は、学級担任や養護教諭等の日常勤務及び健康管理に携わる人々によっても行われている。ここでも、学校医の指導・助言が重要である。

3) 保健組織活動は、学校保健委員会の活性化が重要であり、学校長を始めとする学校関係者の熱意が第一とされているが、学校医はその原動力にならなくてはならない。

保健組織活動には、以下のものがある。

- (1) 学校保健委員会
- (2) 教職員研修会
- (3) 保護者対象の会合

果を学校の教育計画の中に取り入れ、措置する場合の指導・助言

5) 健康診断・予防接種などの機会も生かした随時の指導

6) 感染症及び食中毒の予防に関して必要な指導・助言

7) 伝染病発生時の際の児童生徒に対する個別指導あるいは集団の保健教育

8) 教諭の保健に関する資質を向上させるための指導・助言

学校医は児童生徒の保健教育を直接実施する機会が限られているので、教諭を通じて間接的に児童生徒に効果を及ぼすことにも留意する。

9) 保健行事に際し、児童生徒の保健委員会活動等の指導・助言

10) PTA の会合、成人教育講座、母親学級などにおける保護者への啓発や就学時の健康診断の機会を利用して、当該学校の保健計画を示し、保護者としての留意事項を講話によって周知させる。

2. 学校における保健教育の学校医の役割

1) 学校の保健教育計画を立案する際の指導・助言

2) 環境衛生の維持及び改善に関する指導・助言

3) 健康相談の機会における保健指導

4) 定期又は臨時の健康診断に従事し、その結

参考文献

- 1) 日本医師会：日本医師会学校保健委員会答申。平成24年3月，日本医師会，東京都，2012.
- 2) 文部科学省：国際教育協力懇談会資料集 平成14年7月，文部科学省，東京都，2002.
- 3) 東京都医師会：学校医の手引き。第8版，東京都医師会，東京都，2020.
- 4) 山口県医師会：学校医の手引き。第4版，山口県医師会，山口県，2010.
- 5) 文部科学省：改訂「生きる力」を育む小学校保健教育の手引。平成31年3月.

Q24

幼稚園と保育所（園）における保健教育について教えてください

保健教育とは、学校教育法によると「健康、安全で幸福な生活のために必要な習慣を養い、心身の調和的な発展を図ること。」を目的として行われる教育である。そこで、幼稚園と保育所（園）において実施される教育内容として、それぞれの監督官庁である文部科学省と厚生労働省が、学校教育法に基づく「幼稚園教育要領」と児童福祉法に基づく「保育所保育指針」の中で、健康と安全に関連する内容を提示している。各々の実質的な保健教育に関わる内容は共通なものとなっているので、幼稚園教育要領に沿って概説し、園医としての関わりについて述べる。

保健教育に関連すると思われる部分は、幼稚園教育要領「第2章 ねらい及び内容」の中の「健康」の項と思われる。この項からは、遊びを通じて身体を動かすことで健康な心と体を育むこと、楽しく食べることの中からすぐれた食習慣を獲得すること、身体や健康への関心を契機にして疾患の予防に努めること、安全についての心構えを身に付けることなどの内容が読み取れる。遊びや食事といった幼稚園や保育所（園）内での生活を

通じて、生涯にわたって有用となる健康や安全に関する基礎的知識と技術を獲得できるよう働きかけることが求められている。幼児期の子ども達に単調で受動的な教育を行ってもその習得は困難であることは当然であるし、個人によって発達状況や習得の速度は様々であるから、子ども達が楽しみながら自発的に行動できるように遊びの要素を交えながら教育を進めていくことは言うまでもない。

幼稚園医あるいは保育所（園）の嘱託医として我々は、前述のような保健教育を幼稚園教諭・保育士や保護者などの関係者と協力して実践していくことになる。幼稚園医あるいは保育所の嘱託医の職務は、学校医のそれに準じると考えることができ、学校保健安全法施行規則第4章／第22条の学校医の職務執行の準則には、さまざまな指導や助言などを通じて幼稚園医・嘱託医が保健教育に参画することが可能となっている。幼稚園医あるいは保育所（園）の嘱託医は、健康や安全にかかわる知識や技術を幼稚園教諭・保育士や保護者にも共有できるように働きかける。集団の中で保健

表 幼稚園教育要領「第2章 ねらいおよび内容」より抜粋

<p>健康</p> <p>健康な心と体を育て、自ら健康で安全な生活をつくり出す力を養う。</p> <p>1. ねらい</p> <p>1) 明るく伸び伸びと行動し、充実感を味わう。</p> <p>2) 自分の体を十分に動かし、進んで運動しようとする。</p> <p>3) 健康、安全な生活に必要な習慣や態度を身に付け、見通しをもって行動する。</p> <p>2. 内容</p> <p>1) 先生や友達と触れ合い、安定感をもって行動する。</p> <p>2) いろいろな遊びの中で十分に体を動かす。</p> <p>3) 進んで戸外で遊ぶ。</p> <p>4) 様々な活動に親しみ、楽しんで取り組む。</p> <p>5) 先生や友達と食べることを楽しみ、食べ物への興味や関心をもつ。</p> <p>6) 健康な生活のリズムを身に付ける。</p> <p>7) 身の回りを清潔にし、衣服の着脱、食事、排泄などの生活に必要な活動を自分でする。</p> <p>8) 幼稚園における生活の仕方を知り、自分たちで生活の場を整えながら見通しをもって行動する。</p> <p>9) 自分の健康に関心を持ち、病気の予防などに必要な活動を進んで行う。</p> <p>10) 危険な場所、危険な遊び方、災害時などの行動の仕方が分かり、安全に気を付けて行動する。</p>
--

教育による「気づき」から進んで、子ども達が日常生活の中での「実践」に結び付いていくためには、関係者の理解と協力は不可欠である。子ども達にとって身近な大人達は生活の模範そのものであり、大人達が健康や安全に対してとっている行動を子ども達は気づかないうちに模倣している。子ども達の発達の状況にばらつきがあるのと同様に、大人達の健康や安全に関する取り組み方や姿勢も多様であるが、目の前の子ども達の規範となるような言動に努めるよう、関係者への啓発が重要であろう。子ども達にだけ健康や安全を強いるのではなく、大人を含めた家族、ひいては社会全体を健康で安全にしていくことこそ肝要である。

「早寝、早起き」・「バランスのとれた食事」など基本的な生活習慣の乱れや、テレビやゲームの長時間視聴による影響、登園中の災害への対応など、子ども達を取り巻いている今日的な問題のどれをとっても保健教育と無関係なものはない。また、医師として我々が、幼稚園・保育所（園）に関わりをもつことは、保健教育の要素を含んでいるといってもよい。幼稚園医や保育所の嘱託医に求められる職責はますます重要性が増していくであろう。ややもすると健診医としての関係だけになりがちであるところから一歩進んで、どんなことでも関わりを持とうとすることが保健教育の第一歩と思われる。

【ワンポイントメモ】

認定こども園とは？

認定こども園は教育・保育を一体化して行う施設で、幼稚園と保育所両方の機能を併せ持っている施設である。少子化と共働き家庭が増えた結果、1日約4時間程度しか預けられない幼稚園を避け、長時間預けられる保育所のニーズが高まっている。幼稚園は入園者数の減少により経営状況が厳しくなり、保育所は待機児童数の増加が問題となっている。幼稚園・保育所で出来ること、出来ないこと、充足している部分と不足している部分をそれぞれ補うことにより2つの問題点を一度に解決できるよう2006年に認定こども園が創設された。都道府県が条例を定め認定基準を満たした場合に知事から認定されることとなっている。①教育基本法の学校定義に基づき幼児期の学校教育を行う、②児童福祉法などに従い必要な保育を行う、③地域の事情や保護者の要請により必要な子育て支援を行うことの3条件を満たしていて、尚且つ文部科学大臣、厚生労働大臣が協議の結果定めた施設設備及び運営に関する基準を満たした場合に認定される。

認定こども園には、A. 幼保連携型＝幼稚園・保育所の施設・設備が一体的に設置、運営されているもの、B. 幼稚園型＝保育所的な機能を備えているもの、C. 保育所型＝幼稚園的な機能を備えたタイプ、D. 地方裁量型＝都道府県の認定基準により認定を受けたタイプの4つがある。認可基準は各タイプにより要件がそれぞれ異なっている。

認定こども園の管轄は内閣府である。当然、園医が必要になり、園長の求めに応じて適切な助言・指導を行う。健康診断は、幼稚園は年1回、保育所は年2回となっていたが、認定こども園では幼保連携型および幼稚園型の短時間利用児については年1回以上、その他の園児については年2回以上が望ましいとされている。

Q25

学校教育における成長段階に応じた性教育について教えてください

1. 群馬県における高校生の性交経験累積率

図1、2は、ぐんま思春期研究会の調査による2000年～2008年の4年おきの高3男女別の性交経験累積率である。2000年では、高3男子の46.1%、高3女子の42.2%が性交を経験しており、無防備な性交や間違った知識によって、望まない妊娠や性感染症にかかる人が増えた。

この頃、10代～20代前半女子のクラミジア感染率は30%を超え、群馬県は全国で5位以内に入っ

ていた。これを受け、群馬県産婦人科医会、群馬産科婦人科学会では性感染症対策委員会を立ち上げ、群馬県、群馬県医師会と協力し、主に公立高校に性教育の講師派遣事業を始めた。この事業により2008年の性交経験率では男子34.0%、女子28.3%にまで低下し、性教育の重要性を示唆していると考えられる。その後の群馬県のデータはないが、他県の統計をみると、性交経験率が低下していることは間違いない。

図1

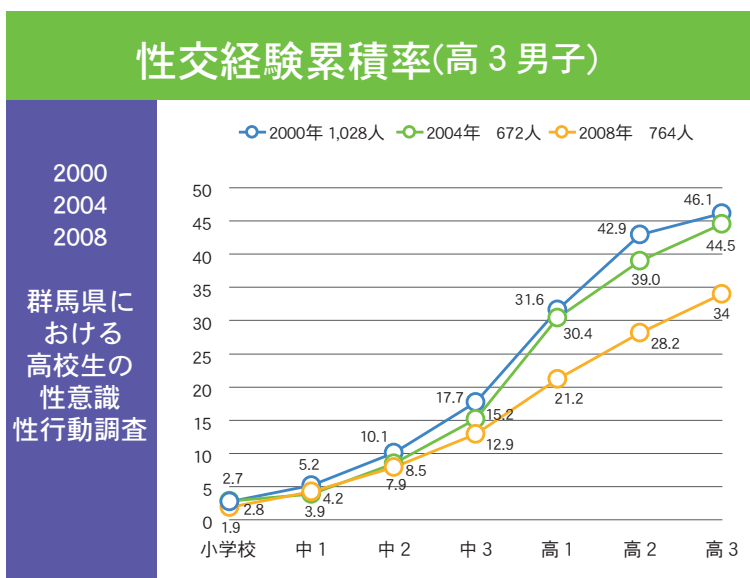
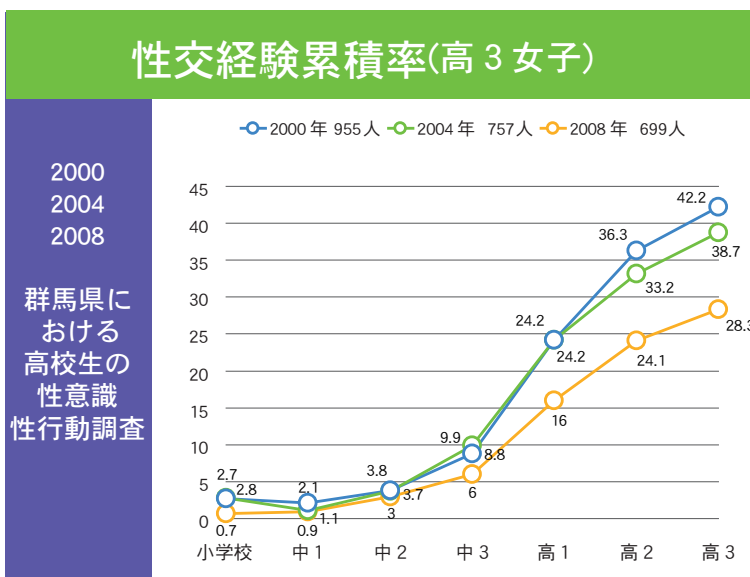


図2



2. 成長段階に応じた性教育

1) 幼児期～小学校低学年

この時期の教育のポイントは、生命の大切さ、友達との共同作業と触れ合い、身体の発育、赤ちゃんとの触れ合い、動物の温かさを触れて確かめる、健康（食べる、寝る、手を洗う、うがいをする）、相手を思いやる（老人や障害者との触れ合い）、自尊心の育成、男の子と女の子の身体の違いなど性教育の骨子となる内容を理解させることである。

2) 小学校中学年～小学校高学年

図1、2に示される通り、小学生の性交経験が男女とも2%前後にみられる。中学生以前の初交相手は、男子の5%、女子の14%が社会人である。携帯電話やインターネットが発達した現代社会において、正しい知識を教えることが重要である。

学校教育では、受精については教えるが、性交に関しては教えていない。本来、性教育は家庭で行うものと考えるが、親が学校まかせにしているのが現状である。小学5～6年生に「あかちゃんは どうしたらできますか？」という質問をすると、ほとんどの生徒は「精子と卵子がくっついて」「受精をして」と答える。性交について答えてくる生徒はごくわずかである。性交については学校医が教えるべきであるが、産婦人科医以外の学校医が教えるのは難しいかもしれない。

受精に関しては、様々な資料が出ているので省略する。性交に関しては、アーニ出版のだれもおしえなかったえほんシリーズにペル・ホルム・クヌーセン/北沢杏子著の「あかちゃんはどうしてできる」という幼児向けの絵本が出ている。おとうさんとおかあさんが手を握り、キスをして性交をし、あかちゃんが生まれるまでが描かれている。内容的には、はずかしがる生徒もいるが、正しい知識を教えることが必要である。学校医が男の子と女の子の身体の違い、二次性徴、性情報の正しい選択の仕方等をプリントやスライドで説明した後、保健の先生にOHP等を用い、この絵本を読んでもらう方法がいいと思う。

3) 中学校～高校

この時期のポイントは(1)望まない妊娠、(2)性感染症を防ぐことである。純潔教育という方法もあるかもしれないが、現代社会において生徒の行動をみると、様々な間違った情報により不幸な結果を招いていることが多いため、2つに絞って述べる。

(1) 望まない妊娠を防ぐには

正しい避妊法を教えることである。10歳代の人工妊娠中絶数は高く、妊娠に気づかず中絶するタイミングを逃がすことのないように妊娠の成立について教え、コンドームの使用を促し、正しい使用方法を教えることが重要である。また、緊急避妊や低用量ピルの服用も考慮し教えるべきである。思春期における望まない妊娠・出産の結果は、学業の中断や心身の障害のほか、生まれた子どもへの虐待へつながることも指摘されている。

(2) 性感染症について

性感染症とは、性行為あるいはそれに類似した行為によって感染する病気の総称である。主な病気はエイズ、クラミジア感染症、ウイルス肝炎、淋病、梅毒、ヘルペス感染症、膣トリコモナス症、外陰・膣カンジダ症、ケジラミ等であるが、近年、子宮頸がんの原因であるヒトパピローマウイルス（HPV）も重要である。10歳代の女子に多いのがクラミジア感染症であり、無症状で経過するため発見が遅れ、将来の不妊症につながる。また、クラミジア感染があると、感染防御機構が低下し、HIV感染を起こし易くすることも知られている。思春期の子どもたちはセックスパートナーが複数いたり、短期間で変わることも多く、病気が蔓延しやすいため、コンドーム教育が必要である。若年者の子宮頸がんが増えており、子宮頸がんワクチンの接種が重要であるが、積極的勧奨が中止されていた。2022年4月より積極的勧奨が再開されたので、小学6年生から高校1年生までの間に全員がワクチンを打つように指導することが大切である。

また、性暴力被害にあわれた方を総合的に支援する「Saveぐんま」が立ち上がった。ひとりで悩まず、まず相談することが重要である。

Tel 027-329-6125

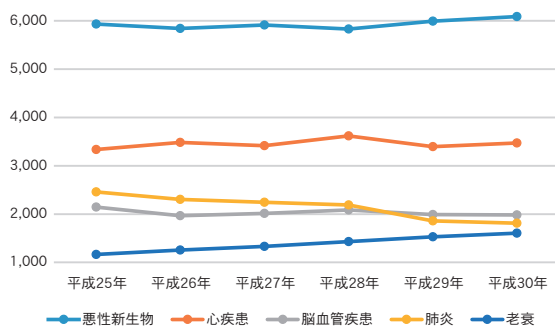
Q26

がん教育について教えてください

1. がん教育の背景

生涯のうち国民の二人に一人がかかると推測され、日本人の死亡原因として最も多いがんをめぐる状況（図 群馬県の死因別死亡者数）を踏まえると、学校における健康教育においてがん教育を推進することは健康教育を推進する上で意義のあることである。また、国におけるがん対策は、がん対策基本法（平成18年法律第98号）の下、政府が策定した第三期のがん対策推進基本計画（平成30年3月）に基づいて行われている。

図：群馬県の死因別死亡者数
(H30群馬県の人口動態統計概況 概要)



2. 学校におけるがん教育の基本的な考え方

がんについては、がんそのものの理解やがん患者に対する正しい認識を深める教育は不十分であると指摘されている。学校教育を通じてがんについて学ぶことにより、健康に対する関心を持ち、正しく理解し、適切な態度や行動をとることができるようにすることが求められている。

なお、「がん教育」は、がんをほかの疾病等と区別して特別に扱うことが目的ではなく、がんを扱うことを通じて、ほかの様々な疾病の予防や望ましい生活習慣の確立等も含めた健康教育そのものの充実を図るものでなければならない。

1) がん教育の定義

がん教育は、健康教育の一環として、がんについて正しい理解と、がん患者や家族などのがんと向き合う人々に対する共感的な理解を深めること

を通して、自他の健康と命の大切さについて学び、共に生きる社会づくりに寄与する資質や能力の育成を図る教育である。

2) がん教育の目標

- (1) がんについて正しく理解することができるようにする

がんが身近な病気であることや、がんの予防、早期発見・検診等について関心を持ち、正しい知識を身に付け、適切に対処できる実践力を育成する。また、がんを通じて様々な病気についても理解を深め、健康の保持増進に資する。

- (2) 健康と命の大切さについて主体的に考えることができるようにする

がんについて学ぶことや、がんと向き合う人々と触れ合うことを通じて、自他の健康と命の大切さに気付き、自己の在り方や生き方を考え、共に生きる社会づくりを目指す態度を育成する。

3. がん教育の具体的な内容

具体的な内容については、例えば以下のようなことについて学ぶことが考えられる。

- ア がんとは（がんの要因等）
- イ がんの種類とその経過
- ウ 我が国のがんの状況
- エ がんの予防
- オ がんの早期発見・がん検診
- カ がんの治療法
- キ がん治療における緩和ケア
- ク がん患者の生活の質
- ケ がん患者への理解と共生

1) 内容の取扱い

- (1) ア～ケの内容を適宜関連付けて、一次予防（生活習慣の改善等）、二次予防（がん検診等）について理解できるようにする。
- (2) 現在及び将来に直面するがんに関する課題に対して、適切な思考・判断を行い、自

らの健康管理や健康的な生活行動の選択ができるようにする。

- (3) がん教育の二つの目標を達成するために、がんを通して健康や命のかけがえのなさに気づき、がん患者や家族などのがんと向き合う人々の取組に関心をもつとともに、健康な社会の実現に努めることができるように留意する。

2) 留意点

(1) 学校教育活動全体での推進

がん教育が健康教育の一環として行われることから、保健体育科を中心に学校の実情に応じて教育活動全体を通じて適切に行うことが大切である。

(2) 発達の段階を踏まえた指導

① 「がんに関する科学的根拠に基づいた理解」については、中学校・高等学校において取り扱うことが望ましいと考えられる。

② 「健康や命の大切さの認識」については、小学校を含むそれぞれの校種で発達の段階を踏まえた内容での指導が考えられる。

(3) 外部講師の参加・協力など関係諸機関との連携について

①がんに関する科学的根拠に基づいた知識などの専門的な内容を含むがん教育を進めるに当たっては、地域や学校の実情に応じて、学校医やがんの専門医等の外部講師の参加・協力を推進するなど、多様な指導方法の工夫を行うよう配慮する。

②がんを通して健康と命の大切さを考える教育を進めるに当たっては、がん経験者等の外部講師の参加・協力を推進する。その際、各教科担任が実施する授業と、専門家等の外部講師の協力を得て実施する学校行事等に関連させて指導することにより成果を上げるよう留意する。授業計画の作成に当たっては、授業を行う教職員が主体となるよう留意すべきである。

4. がん教育で配慮が必要な事項について

- 1) 小児がんの当事者、小児がんにかかったことのある児童生徒等がいる場合
- 2) 家族にがん患者がいる児童生徒等や、家族をがんで亡くした児童生徒等がいる場合
- 3) 生活習慣が主な原因とならないがんもあることから、特に、これらのがん患者が身近にいる場合
- 4) がんに限らず、重病・難病等にかかったことのある児童生徒等や、家族に該当患者がいたり家族を亡くしたりした児童生徒等がいる場合

※上記事例に該当する児童生徒等の存在が把握できない場合についても、授業を展開する上で配慮が求められる。

5. 外部講師の派遣について

群馬県では、外部講師の派遣について、県内のがんの診療等を行う病院（がんに関する専門的な内容について）及び群馬県健康福祉部 感染症・がん疾病対策課（がん経験者による経験談等について）を相談窓口として整備を進め、外部講師を活用したがん教育の進め方やがん教育に係る指導教材等を内容とした「がん教育の手引き」を作成した。手引きについては、群馬県医師会ホームページ (https://www.gunma.med.or.jp/Citizen/gankyoku_tebiki/) にも掲載されている。

参考文献

- 1) 学校におけるがん教育の在り方について報告 平成27年3月、「がん教育」の在り方に関する検討会.
- 2) 外部講師を活用したがん教育ガイドライン 令和3年3月 一部改訂、文部科学省.
- 3) がん教育推進のための教材（令和3年3月 一部改訂）、文部科学省.
- 4) がん教育推進のための教材 補助教材（令和3年3月 一部改訂）、文部科学省.

Q27

喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育について 教えてください

1. 児童生徒等に対する薬物乱用防止対策

近年、スマートフォンの普及等により、手軽にインターネットを利用できる環境となったことで、匿名性の高いインターネットを利用した薬物密売が行われるなど密売・購入手法について潜在化・巧妙化が一層進行している。

このような状況を踏まえ、「第五次薬物乱用防止五か年戦略（平成30年8月3日策定）」におい

ては、児童生徒等の薬物乱用の根絶に向けた規範意識の向上を図るため、「青少年を中心とした広報・啓発を通じた国民全体の規範意識の向上による薬物乱用未然防止」を目標の一つに掲げ、引き続き小学校、中学校及び高等学校における薬物乱用防止に関する指導の徹底、教育内容の充実を図るなど、学校における薬物乱用防止教育の一層の推進が求められている。

図 文部科学省通知一部抜粋〔薬物乱用防止教育の充実について（平成30年12月19日）〕

○「第五次薬物乱用防止五か年戦略」（平成30年8月）における留意事項

- 1 学校における薬物乱用防止教育は、小学校の体育科、中学校及び高等学校の保健体育科、特別活動の時間はもとより、道徳、総合的な学習の時間等の学校の教育活動全体を通じて指導を行うこと。
- 2 児童生徒が、薬物乱用の危険性・有害性のみならず、薬物乱用は、好奇心、投げやりな気持ち、過度のストレスなどの心理状態、断りにくい人間関係、宣伝・広告や入手しやすさなどの社会環境などによって助長されること、また、それらに適切に対処する必要があることを理解できるようにするため、指導方法の工夫を行うこと。その際、都道府県教育委員会等においては、教職員に対する研修機会の拡充を図ること。
- 3 薬物乱用防止教室は、学校保健計画に位置付け、すべての中学校及び高等学校において年1回は開催するとともに、地域の実情に応じて小学校においても開催に努めること。その際、都道府県教育委員会においては、私立学校主管部課等と十分な連携を取り、私立学校主管部課等においては所管する私立学校において薬物乱用防止教室の開催を促進すること。
- 4 薬物等に関する専門知識を有する警察職員、麻薬取締官、学校薬剤師、矯正施設職員、保健所職員、税関職員等と連携し、学校等における薬物乱用防止教室の充実強化を図ること。なお、薬物乱用防止教室は、外部専門家による指導が望ましいものの、国や都道府県教育委員会等が開催する研修会等において研修を受けた薬物乱用防止教育に造りの深い指導的な教員の活用も考えられること。
- 5 学校警察連絡協議会、研修、講演等を通じて、地域における青少年の薬物乱用について情報交換を行うなど、学校と警察等の関係機関との連携を一層強化すること。
- 6 都道府県等が開催する薬物乱用防止教室指導者研修会等は、教員以外の指導者による効果的な指導に必要な薬物乱用に関する最新の知見のみならず、児童生徒の発達段階、学校における指導状況等への理解を深めるよう、内容を充実すること。その際、公益財団法人日本学校保健会が作成・配布している「薬物乱用防止教室マニュアル」を参考にしつつ、外部専門家の参加を得るため、関係機関等との連携の充実を図ること。
- 7 大学等の学生に対して、薬物乱用防止に関する啓発を推進するため、大学等においては、入学時のガイダンスなど様々な機会を通じ学生に対して薬物乱用防止に係る啓発及び指導の徹底に努めること。その際、文部科学省が作成・配布している「薬物のない学生生活のために」が活用できること。

2. 喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する

指導の目標

学校で行われる喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する指導は、児童生徒の喫煙、飲酒、薬物乱用を防止するために行われることは当然のことであるが、「生きる力」の形成にも寄与するものでなければならない。青少年期は、たばこやアルコールに手を出したり、さらには依存症薬物を使用したりするきっかけが起こりやすい時期である。また、心身の発育・発達段階にあるため、依存状態に陥ると、人格形成が妨げられるなど、薬物の影響が深刻な形で現れることがある。したがって、学校における薬物乱用防止に関する指導が極めて重要な意味をもつ。

3. 喫煙、飲酒、薬物乱用防止に関する

指導の機会

健康教育や生徒指導として学校の教育活動全体を通じて行われるものであるが、主として体育科、保健体育科、教科保健体育（科目保健）や道徳、特別活動、総合的な学習（探究）の時間などにおいて行うことができる。

4. 発達段階を踏まえた指導の必要性

児童生徒の喫煙、飲酒、薬物乱用に対する意識は、年齢とともに変化し、中学生期以降特に好ましくない方向へと変化する。学校教育においては、実態を踏まえ、どの校種でも一律に実施するのではなく、発達段階に応じた内容で重点化を図り、継続的に指導を進めていくことが必要である。児童生徒が、この学習を通して健康の大切さを認識し、生涯を通じて自らの健康を適切に管理し、改善していくために必要な資質や能力の基礎を培い、実践力を身に付けるようにすることが極めて重要である。

1) 小学校における指導

喫煙、飲酒、薬物乱用が健康を損なう原因となることについて正確な知識の定着を図ると

もに、危険行動に結び付かないようセルフエスティーム（自尊心または自尊感情）を育て、自分の健康は自分で守るという意識を高め、健康によい生活行動を自ら実践できるようにすることが重要である。

2) 中学校及び高等学校における指導

正確な知識を提供するとともに、思春期特有の行動や考え方が喫煙、飲酒、薬物乱用という危険行動に結び付かないよう、セルフエスティームを育て、様々な人間関係の中で適切な意志決定や行動選択を行い、実践できる行動力を身に付けるよう指導する必要がある。

5. 薬物乱用防止教育に必要な内容

- 1) 薬物乱用は限られた人や特別な場合の問題ではなく、誰の身近にも起こり得る問題であることが明快に述べられていること
- 2) 「乱用される薬物は、使用することはもちろん、所持することも禁止されている」という曖昧さのないメッセージが必ず含まれること
- 3) 講師が伝えたい内容で一方的に構成するのではなく、対象となる児童生徒の興味・関心や理解力など、発育・発達段階を十分考慮した内容や指導方法であること
- 4) 害や怖さのみを強調するのではなく、「薬物等の誘惑に負けない気持ちをもつことが充実した人生につながる」という積極的なメッセージが含まれること
- 5) 児童生徒がおかれている地域や家庭環境を非難したり、酒やたばこを販売する職業を悪と決めつけたりするようなことはしないなど、児童生徒や家族を傷つける可能性のある内容を避ける

参考文献

- 1) 日本学校保健会：飲酒、喫煙、薬物乱用防止に関する指導参考資料小学校編 令和元年度 改訂、中学校編 令和2年度 改訂、高等学校編 平成24年1月。
- 2) 薬物乱用対策推進会議：第五次薬物乱用防止五か年戦力平成30年8月。
- 3) 日本学校保健会：薬物乱用防止教室マニュアル（平成26年度改訂）平成27年3月。

Q28

子どものメディア対策について教えてください

1. どのような“メディア”に対して

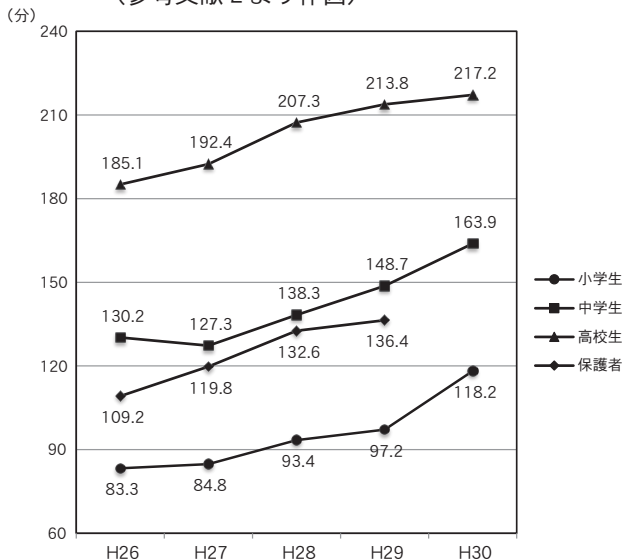
対策をとればよいですか？

1970年にテレビがほぼ全世帯に普及、1993年には日本で初めてインターネット（以下、ネット）の商業利用が開始、2008年に米国 iPhone の日本上陸、2013年にはスマホの世帯保有率が50%を突破。そして今や、全世帯の約8割がスマホを保有し、13歳～59歳の年齢層ではネット利用率が9割を超えるまでになった。しかし、この社会の変化が発育過程にある子どもの心身に重大な影響を及ぼしつつあり、現在、「子どものメディア対策」といえば“ネット対策”と言っても過言ではない。

2. 日本の青少年のネット利用の実態は？

平成30年度の調査（参考文献2）によれば、10～17歳の93.2%がネットを利用（小学生；85.6%、中学生；95.1%、高校生；99.0%）しており、利用機器では、スマホ79.6%、携帯ゲーム機45.2%、タブレット39.6%が上位。スマホでネットを利用する者の割合は小・中学生で増加している。ネットの利用内容では、小学生はゲーム、動画視聴。中学生では動画視聴、ゲーム、コミュニケーション。高校生では、コミュニケーション、動画視聴、音楽視聴が上位。平成26年度

図 平日1日あたりのネットの平均利用時間
(参考文献2より作図)



以降と比べると動画視聴が増加傾向。平日1日あたりのネットの平均利用時間（図）では、特に小学生で利用時間の増加が著しく、ネット視聴の低年齢化と長時間化が問題である。保護者も1日2時間以上ネットを利用している。

3. 群馬県の児童生徒の現状は？

平成30年度に群馬県警が実施した携帯電話の利用状況等に関するアンケート調査（県内の小学校5年生から高校2年生対象）では、自分専用の携帯・タブレット端末を所有しているのは小学生42.3%、中学生65.8%、高校生98.3%であった。また、初めて携帯電話等を所持した時期は、小学生は4～5年生から、中学生は小6～中1、高校生は中3～高1にかけての割合が高く、携帯電話等を進学にあわせて所持することが多くなっている。

4. 長時間の電子メディアへの接触が

子どもの心身に与える影響は？

- 1) 脳への影響：長時間ゲームによる言語発達の遅れ、認知機能に関連した領域の白質の発達の遅れ。長時間スマホ使用による前頭葉機能の抑制・障害。小児期の頻回のネット使用習慣による、言語知能の相対的低下や脳の灰白質・白質容積の増加の相対的減少など。
- 2) メンタルヘルスの問題：不適切なネット使用による、うつ症状スコアの増加。思春期の子どもの幸福度・自己肯定感・満足度の低下が、長時間の電子メディア接触に関連。特にスマホの与える負の影響が大きいと推測。
- 3) 眼科的問題：VDT 症候群 (IT 眼症)。近視の進行と増加。ブルーライト (スマホ等の LED 液晶ディスプレイから発せられる光に含まれる 380~495nm の青色光。可視光線の中で最も波長が短く、エネルギーが強い) による網膜障害 (加齢黄斑変性など) の発症リスク。ICT 機器の過剰使用による急性後天性内斜視。
- 4) 耳鼻科的問題：スマホなどの携帯音楽機器で長時間、大音量の音楽を聴くことによる難聴リスク。

- 5) 運動機能：スマホの使用時間が長くなると体力が低下傾向になり、特に使用時間が3時間以上の子どもでは体力低下が顕著。一方、体力テストの成績上位群の子どもはテレビ視聴時間が1時間未満。
- 6) 学力：スマホ等の長時使用による学力低下。特にLINEの使用が学力低下に与える影響は大きい。逆にスマホ等の使用を中止すると学力がアップ。
- 7) 睡眠：長時間メディア接触による睡眠時間の減少、睡眠の質の低下。ブルーライトがメラトニン分泌を抑制し、概日リズム障害・睡眠障害を引き起こす。
- 8) 暴力・攻撃性：メディアの暴力シーンへの暴露、暴力的なゲーム使用は攻撃的行動を増大させ、暴力に対する罪悪感を麻痺させる。
- 9) 性の問題：メディアを通しての早期からの過激な性表現への接触が、性行動の低年齢化や問題行動を引き起こす。
- 10) 喫煙・アルコール・違法薬物：メディアで繰り返し見ることがその使用を促す。
- 11) 成人期の健康への影響：小児期の視聴時間が成人期の運動不足・肥満・喫煙・高コレステロール・高血圧と関連。
- 12) ネット依存とゲーム障害：2017年の調査で、ネット依存が疑われる中高生は、中学男子の10.6%、中学女子の14.3%。高校生男子の13.2%、高校生女子の18.9%で、全国で約93万人（中高生の7人に1人）と推計。2012年度調査の1.8倍に増加。中でもゲーム（特にオンラインゲーム）依存は深刻で、疾病化するだけの医学的エビデンスがあることから、ゲーム障害が国際疾病分類ICD-11に収載。ゲーム開始年齢が低いほど、その後のメディア依存のリスクは高い。ネット・ゲーム依存には発達障害や精神症状の合併も多い。
- 13) ネットトラブル：オンラインゲームでの高額課金。アダルトサイトやネット取引上のトラブル、ネットいじめ、不適切投稿。
- 14) 犯罪の加害者・被害者に：SNSを通じて児童ポルノや児童売春、自画撮り被害のトラブルに巻き込まれる。個人情報流出、誤った情報の拡散による被害。出会い系サイトでのトラブル。
- 15) 事故：“ながらスマホ”による重大事故。

5. 学校医として、どのようなことが

できますか？

- 1) 学校での児童生徒のネット・スマホ使用の実態調査・把握。
- 2) ネット等の不適切使用による健康への影響を科学的根拠に基づいて正しく伝える。
- 3) 各自の生活記録（食事、睡眠、運動、勉強、メディア接触時間）やネット依存のスクリーニングテスト（参考文献12,13参照）を基に、お互いに話し合うことにより、自らのメディア接触に関する気付きと意識変容を促す。同時に、スマホ・ネット使用に関して自らルールを決めさせる。
- 4) 家族全体の基本的な生活習慣の見直しを促す。
- 5) 保護者自身もスマホ等の使用状況を振り返り、子どもの良きロールモデルとなることを促す。
- 6) 保護者と子どもの中でスマホ等の使用に関する基本的な約束事項の取り決めを促す。
- 7) 「食事」・「睡眠」・「運動」など学校保健の基本的テーマの陰に、しばしばスマホ等の不適切使用が隠れていることを忘れない。
- 7) 学校・警察との情報共有・連携；群馬県ではセーフネット標語「おぜのかみさま」の普及・啓発に取り組んでいる。
- 8) 保護者に対しては、フィルタリング設定の勧め。

参考文献

- 1) 平成30年通信利用動向調査の結果. 総務省 HP.
- 2) 青少年のインターネット利用実態調査. 総務省 HP.
- 3) 群馬県警察本部生活安全部少年課「携帯電話の利用状況等に関するアンケート調査結果について」（平成30年度調査）
- 4) 清川輝基・内海裕美. スマホ社会の落とし穴. 東京：少年写真新聞社, 2018.
- 5) 佐藤和夫. ITの功罪：電子メディアの子どもへの影響とその対応. 小児保健研究 2018；77：18-22.
- 6) ブルーライトとは. ブルーライト研究会 HP.
- 7) 富田香. スマートフォン（スマホ）と子どもの目. チャイルドヘルス2019；22：444-446.
- 8) 川島隆太. スマホが学力を破壊する. 東京：集英社, 2018.
- 9) 樋口進. スマホゲーム依存症. 東京：内外出版社, 2018.
- 10) 日本小児連絡協議会「子どもとICT～子どもたちの健やかな成長を願って～」委員会. 子どもとICT（スマートフォン・タブレット端末など）の問題についての提言. 日児誌2015；119：1-4.
- 11) 日本小児科医会「子どもとメディア委員会」HP.
- 12) ネット依存症のスクリーニングテスト. 久里浜医療センター HP.
- 13) 尾崎米厚. 厚労科研「飲酒や喫煙等の実態調査と生活習慣病予防のための減酒の効果的な介入方法開発に関する研究」. 平成29年度総括・分担研究報告書. 2018.

Q29

放射能汚染について教えてください

放射線と私たちの日常生活との関わりはとても密接で、有史以来人類は宇宙線や大地から受ける放射線、食事や呼吸で体内に取り込むアイソトープ（放射性物質）から放出される放射線を受ける環境の中で生活をしてきた。また、現在の便利な生活を支える工業、医療、原子力発電などの分野で放射線の有効利用が行われ、その恩恵を受けている。

自然界にもともとある放射性物質に加えて、平成23年3月の東京電力福島第一原子力発電所の事故により揮発しやすいため遠方まで飛散し環境中に放出された放射性ヨウ素（I-131）、放射性セシウム（Cs-134、Cs-137）などにより私たちの生活環境が少量ではあるものの放射能汚染され、私たちは追加の放射線被ばくを少量だが受けている。I-131は、半減期は8日間と短く、現在はほとんど考慮する必要はないが、Cs-137は、半減期が約30年と長く長期にわたる環境のモニタリングが必要である。

放射能汚染による被ばくは、一般公衆の被ばくとして分類され、医療被ばくや職業被ばくとは分

けて考えている。医療被ばくは、医療上の有益性が被ばくによる不利益を上回ることで、職業被ばくも社会的使命を遂行するために受けることにより許容される。図1の基準値の様に、我々が生活や仕事で受ける被ばく線量には、健康への悪影響が出ないことを配慮し一定の基準値があり、被ばくがそれ以下になるように法律により厳重に管理されている。一般公衆の被ばくは、被ばく線量の管理が行えないため、非常に厳しい基準で管理されており、安全性を十分考慮した年間1 mSv 以下という基準線量が設けられている。

放射性物質からの被ばくの受け方には2通りある。外部被ばくは、環境中の放射性物質が出す主にγ線による被ばくであり、内部被ばくは摂取する食品中に含まれる放射性カリウム（K-40）や汚染されたCs-137などによる被ばくである。これらにより、通常的生活を行っている世界平均では、2.4mSv 程度の自然被ばくを受けていることになる（図2）。その他、飛行機に乗っても0.2mSv 程度の被ばくがあり、医療でも、胸部CT検査では6.9mSv など安全ではあるが一定線

一般公衆

一般公衆の線量限度	1 mSv/ 年	ICRP（国際放射線防護委員会）1990勧告
緊急時被ばくの状況における線量限度	20～100mSv/ 年	ICRP（国際放射線防護委員会）の2011年3月21日の声明（緊急時被ばくの状況における公衆の防護のための助言）
事故収束後の状況における線量限度	1～20mSv/ 年	

放射線業務従事者

放射線業務従事者の線量限度	100mSv/ 5 年 (単年度で50mSv/ 年が上限)	文部科学省告示第74号
	女子 5 mSv/ 3 ヶ月	
緊急作業に係る線量限度	100mSv (積算線量)	

図1 線量限度データ一覧

胸部X線集団検診	0.05mSv/ 回	資源エネルギー庁「原子力2002」をもとに文部科学省にて作成
航空機で東京とニューヨーク間を1往復	0.2mSv/ 往復	
胃のバリウム集団検診	0.6mSv/ 回	
世界平均の年間自然放射線	2.4mSv/ 年	
胸部X線 CT 検査	6.9mSv/ 回	
ブラジル・ガラバリの年間自然放射線	10mSv/ 年	放射線医学総合研究所発表
日本人の年間平均被ばく線量	5.3mSv/ 年 (うち医療診断による被ばく:3.8mSv/年)	

図2 日常生活と放射線

量の被ばくは日常的に受けている。

放射線の人体への影響には、確定的影響と確率的影響がある。前者には閾値があり、ある線量以下の被ばくではこれらの影響は現れない。つまり、250mSv以下ではほとんど臨床症状は現れず、500mSv以上の被ばくで一時的な白血球減少などが見られ始める。1 Sv を超えると吐き気や嘔吐や全身倦怠などが見られ、2 Sv では5%の人が死亡し、4 Sv では30日以内に50%の人が死亡する。これに対して確率的影響は、閾値のない被ばく線量の増加により直線的に癌などになるリスクが増加する影響である。広島・長崎の被爆生存者のデータからは一回に100mSv以上の被ばくを受けた場合の生涯の癌発生リスクは直線的に容量依存性に上昇することが知られている。しかし、100mSv以下の低線量被ばくにおいては容量依存性の発がんリスク増加があるかは実証されていない。従って、放射線防護対策としては、高線量被ばくのモデルを当てはめて100mSv以下の低線量被ばくでも発がんリスクが容量依存性に増加するという立場を取ることになり、合理的に可能な範囲で低線量被ばくを極力小さくするための対策が取られることになる。

外部被ばくについては、空間放射線量などが常時モニタリングされそのデータは公開されており、群馬県では降雨等により一時的に数値が上がることがあるものの、全地点が生活圏において除染が必要な0.23 μ Sv/h を下回る値で推移しており安全性は保たれている。一方、内部被ばくは体

内に摂取した食品からの被ばくでその影響が長期に及ぶため、より慎重な対応が必要である。図3は、食品中のCs-137の基準値の一覧である。東京電力福島第一原子力発電所の事故後、厚生労働省では、食品中の放射性物質の暫定基準値を設定し、これを超える食品の出荷制限などの措置をとっており、この基準でも健康への影響はないと一般的に評価されていた。平成24年4月1日からは、より一層の食品の安全と安心を確保するためにさらに厳密な新基準値を設定し、長期的な観点で安全性を担保する体制が敷かれている。この基準値により推計される食品中のCs-137から受ける被ばく線量は、いずれの調査方法でも1 mSv/年の1% (0.01mSv/年) 以下であり、これは食品中に自然に含まれる放射性カリウムからの線量(約0.2mSv/年)と比較しても極めて小さいことが確かめられ、流通している食品は安心して食べられる状況にある。

放射線の健康への影響は、成人よりも小児の方が大きいと慎重な被ばく低減対策は必要だが、安全性を担保する対策が取られていれば放射線を過剰に恐れる必要もない。放射線の被ばくには、悪い面ばかりでなく少量であれば、ホルミシスといいホルモンの様に作用し健康増進に役立つという仮説もあるくらいである。ラドン温泉が健康増進に役立つというのはこういう考え方によるものである。具体的な基準値とあわせてどの程度のリスクであるのかを具体的な感覚としてとらえ、冷静に行動することが肝要である。

放射線セシウムの暫定基準値 (従来の基準)		放射性セシウムの新基準値 (H24.4.1~)	
飲料水	200Bq/kg	飲料水	10Bq/kg
牛乳・乳製品	200Bq/kg	牛乳	50Bq/kg
野菜類	500Bq/kg	一般食品	100Bq/kg
穀類		乳児用食品	50Bq/kg
肉・卵・魚・その他			

図3 食品中の放射性物質の新たな基準値 (放射性セシウム: Cs-137)

第6章 精神保健

Q30

小児神経症について教えてください

1. 精神疾患の大きな分類

精神疾患を大きく分けると外因性疾患、内因性疾患、心因性疾患に分類される。

外因性疾患は器質性精神障害で脳疾患、脳外傷、その他の損傷など基礎に脳の機能不全をきたす明らかな病因がある。認知症や薬物・アルコールなどの神経毒による損傷、身体疾患にまつわる障害などを含むものである。

内因性疾患は統合失調症、うつ病、躁病、双極性障害など脳に生来脆弱性を持つと考えられる疾患である。

心因性疾患とは心理的原因が関連しており、神経症といわれるものが多くを占める。

この他に発達障害という生来からの特徴を持つ一群があると考えられる。

2. 神経症と考えられる障害

先ほど述べた心理的原因や環境要因が関連する障害で、以下のような分類がされている。

- 1) 恐怖症性不安障害
- 2) 他の不安障害
- 3) 強迫性障害
- 4) 重症ストレス反応
- 5) 解離性（転換性）障害
- 6) 身体表現性障害
- 7) 他の神経性障害

3. 神経症について

恐怖とはそれを恐れる存在がある程度明確なものである。広場恐怖、社会恐怖などその存在が大きく不明瞭なものから高所恐怖、閉所恐怖などその対象が特定されているものがある。これらはその対象を回避しようとする反応を起こすものである。

不安とはその対象が漠然としていて特定できないものである。動悸、胸痛、窒息感、めまい、振

戦、筋緊張、発汗、頭のふらつきなどの自律神経症状を含む症状が突然起こるもので、パニック障害が含まれる。

強迫とは「わかっちゃいるけどやめられない」もので、それは考えても仕方がないと思っても繰り返し考える強迫観念と、こんなことをしても仕方がないと思う行動を繰り返す強迫行為がある。

ストレスは人間の生活の中で常に感じられているもので、その感じ方は個人個人によって異なる。強いストレスと感じて症状が出現する。そのストレスが自分の力では回避できない出来事から生じるものが心的外傷後ストレス障害（PTSD）となり、その状況に順応することが難しい状態が適応障害となる。

従来ヒステリーと呼ばれる状態は、解離性障害と身体表現性障害の一部を含んでいた。身体的コントロールや感覚の異変を感じることで、意識の変容（意識障害ではない）が起こるものを解離性障害と考える。

一方で診察や検査を重ねても身体的異常が見つからず、しかし、身体症状が持続し、それに執着するような状態を身体表現性障害と呼んでいる。

また、これらの症状群は重なって起こることも多くみられ、必ずしも明確に一つの診断名に収束するわけではないと考えられる。

前に述べた器質性精神障害、統合失調症、うつ病、躁病、双極性障害、発達障害においても神経症的な症状発現は見られ、これも必ずしも重なって診断されてはならないものとは考えられない。

4. 小児神経症について

「小児における特別な神経症が存在するか」と問われると、それは前述した成人の神経症の分類に準ずるものとなる。

国際疾患分類 第10版（ICD-10）によると「小児に特異的に発症する情緒障害」として分類している。

- 1) 小児期の分離不安障害
- 2) 小児期の恐怖症性不安障害
- 3) 小児期の社会（社交）不安障害
- 4) 同胞葛藤症
- 5) 他の小児期の情緒障害

分離不安障害は愛着の対象から離れること、別れることにまつわる過度の不安で、分離する対象が特定できることもあり、分離恐怖と呼んでもよいかもしれない。恐怖症は広い範囲の事物や状況に対して恐怖を持つものである。社会不安は新しい環境や社会的な脅威に対して不安になることを指す。同胞葛藤の多くはすぐ下の同胞が生まれた後に起こす情緒障害である。

これらの症状は多かれ少なかれ正常発達においてもみられることが多く、そのこと自体が即座に異常な現象ととらえるべきではない。しかし、その症状が過度で生活自体にも影響を及ぼすような

状態となったときにこれらの診断が下されることとなる。症状が過度になると小児の場合、退行現象（こども返り）が関わっていることが多い。より年齢の若い状態になることでそのストレスから逃れる反応と考えられる。

基本的に神経症とは、だれもが持つ防御反応のなかでそれが際立って症状として現れることをいう。そのためその症状が出現することで自分を守っている部分もあり、治療に際してその症状が単になくなればよいというものではない。環境調整を含め生活全般を考えての対応が必要となり、症状に関しては生活上不都合があまりない状態を目指していくことがよいのではないかと考えられる。

参考文献

- 1) 融 道男, 中根允文, 小見山 実, 岡崎祐士, 大久保善朗
監訳: ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断
ガイドライン, 医学書院, 東京都, 2005.

Q31

不登校の対応はどのようにすれば 良いでしょうか

文科省は「不登校とは年間30日以上長期欠席者のうち、何らかの心理的、情緒的、身体的、あるいは社会的要因・背景により児童生徒が登校しない、あるいはしたくとも登校できない状況にあること（病気や経済的理由によるものを除く）をいう」としている。同省の統計では、数年前までの漸減傾向から転じて、この5年は児童生徒数の減少傾向にもかかわらず10数万人と、毎年増えている。ここでは、そこにカウントされない子どもたち、保健室や相談室など、教室以外への登校という状態も考慮して話を進める。具体的には、身体的愁訴や不安やうつ気分が生じ、自宅から出られないような状態から、出られるが教室に入れないような児童生徒までを意識して述べる。

1. 対応における原則は何か（その子が 支援を必要としているという視点）

対応を考える前に、その子が何らかの不快・不本意な体験をし、そのようなことがまた起きはしないか、あるいは起き続けていて強い不安を抱えている、すなわちストレス状態になっている可能性を思いやる必要があると考える。その上で「不登校」状態に至った背景因子を一人一人に添って検討することが対応原則である。例えば、その子の持ち合わせた能力の問題（発達障害の項参照）、家庭の保護機能の問題（虐待の項参照）などの因子が顕著な場合は、そこに焦点を当てた対策ということになるだろうが、いくつかの因子が交絡している場合や、各因子においては顕著な程度とは言えないような場合は、関係者の共通理解が得難くなりがちなことあり、対応の途を探ることはなかなか難しい。いずれにせよ、個々の条件や状態を、その子を巡る複数の立場から検討し、その児童生徒に添って対応することが原則である。

2. 学校医としては具体的にどう対応すべきか（役割を意識した連携形成を！）

児童生徒が通常の学校生活を続けられない状態で相談された時、我が子ならどうするかと考えてみるとわかりやすい。身近であるほど大人の感情も湧きやすく、「どうになってしまうのか」「これで独り立ちできるのか」というような不安が生ずる。こうした不安をそのまま出すと、「どうして行けないのだ」「学校くらい行きなさい」といった「登校刺激」を加えることになる。ただ、そうした登校刺激が必ずしも有効ではなく、むしろ対応の悪循環となってしまう家庭内が険悪になったり、その子が自室に籠もったり、暴力的事件が生じたり、といった事態になることが周知されるようになった。不安を抱えている子にしてみれば、助けが必要な状態に追い打ちをかけられ、周囲への不安・不信が重なり、ますます孤立することになりかねない、ということを経験した学校医としては心して置く必要がある。

不幸な事態が繰り返された中で、文科省は「登校刺激」に関する否定的見解を十数年前に示した。その後、「登校刺激」一本槍の対応は以前よりは控えられるようになったが、学校へ行けず、家にいる状態が続く児童生徒はどうなるのであろうか。日々、不安を感じている家族が、つい、登校刺激を加えがちになる心情もわからなくはなく、学校医として相談された場合、悩ましい問題である。

例えば、何らかの不安を一人で抱え、我慢しがちな子は症状という形で不安が表出するが、登校できず自宅にいると多くの場合、症状は軽減する。家族としては「愈けている」「甘えている」と感じさせられることにもなる。一方、その子に登校する考えが少し湧いたとしても「行ってなければ行き難い」「勉強が遅れ、不安」「みんなが何と思うか」など、登校の関は高い。こうした、本人や家族の不安を大きくしないためにも、子どもが動き出すための程よいきっかけを探ることも必

要であろう。こうした想定は、「登校刺激」は控えるという方針とは一見矛盾することになるが、どのように考えるべきなのだろうか。

多くの場合、子どもの気持ちを聞いて休ませたり、あるいは、もう少し頑張ったらと励ましたりというように、時に受け止め、時には促しつつ子どもに接している。ただ、不安が強くなっている状態では、家族がいわば、「一人二役」をすると「言うことが変わる」「本当には自分のことをわかってきてない」「大人の思うように動かしただけ」と不信感を抱くようになってしまうことも少なくない。しかしながら、その子には不安な気持ちをわかってくれる人も、とるべき行動やとれそうな行動のきっかけを作ってくれる人も、実はどちらも必要なのである。とすれば、一人の大人でその子を抱えるのではなく複数の大人が役割を意識した連携をしてその子を育てていくしかない。例えば、母親が受け止め役、担任の先生は適切な促し役、さらに、学校での受け止め役として養護教諭やスクールカウンセラー、それぞれの方々が、役割を分担し合う。例えば、担任からは本人が応じられそうな促しを、母親はその時、本人に生じるはずの不安を肯定的・共感的に聞く。そのような関わりと見守りのなかで、その子が自分の気持ちや不安を言葉にできる力を育てていく、このことを当面の子育て目標と意識する。

このような連携態勢を、誰がどう作っていくか。そこで一定の役割を果たすことができるのが学校医であろう。学校医は親や教師という、いわば当事者とはまた違った立場から客観的に助言することができるし、当事者の方々もおそらくそのような助言を必要としている。不登校の背景因子如何に関わらず、調整役、あるいは、繋ぎ役（専門機関紹介など情報提供）としての学校医の役割は重要であると考えられる。

3. そうした対応の意味合いは何か

(子育て目標を意識し本人を孤立させない)

「ヒト」は相矛盾する要素を内包している存在である。生まれた社会文化に適應できる賢い脳神

経系と、動物としての「快不快原則」、さらに前頭葉レベルでの快不快もあり、社会的負荷に伴い、内的葛藤や不安を抱え易い複雑な存在である。そして、不安が強くなった時、それは行動や症状という形で表出されるものなのである。

不登校状態になった子は、むしろ「手がかからなかった子」も多く、幼少期の行動的表出があまりなく、「表出」が程よい「表現」に育っていないことが少なくない（保護者からみると手がかからなかった子）。表現は、通常は言語を用いてできるようになってほしいわけで、不登校状態を呈した時は、見方を変えれば、そこを育てる機会でもある。そして、言語を使えるようになるためには、言えばわかってもらえそうと思える人がいることが肝要で、その意味での受け止め役が必要なのである。不登校状態に出会った時の周囲の不安・焦りは、受け止め役を本人からなくしてしまい、かえてその子の症状や行動を助長することになってしまうと、意識しておくべきである。例えば、希死念慮など、うつ状態が重度の場合や幻聴や乖離など「精神病様症状」が考慮される場合、当面「登校刺激」を控えることになる。ただ、実際的にはこのような状態は必ずしも多くはないと考えられるが、むしろ、そうした状態に追い込まないためにも、早めに受け止め役をしっかり作り、本人を孤立させないことが重要である。

4. 不登校になった子の予後と学校医の役割は？

社会への適應が難しい状態が続き、閉居状態や精神疾患発症に至ることもあるが、多くの場合、少しずつ適應的になっていくという印象を持っている。焦りや、一方向的期待や価値観でその子を追い込むのではなく、双方向的人間関係を保障しその子を孤立させないことがまず重要である。そのためにも、子育て目標として社会への適應力とともに、将来も必ず生じうる不安（ストレス）への対処力（言語化力）を育てるという視点が大切である。不登校状態がこじれないうちに2. で述べたような連携態勢を作りたいが、そこでの学校医の助言は意味を持つと考える。

Q32

子どもの虐待の種類と対応について教えてください

1. 子ども虐待の種類

児童虐待の防止等に関する法律（以下、児童虐待防止法）の定義上、子ども虐待は「身体的虐待」、「性的虐待」、「ネグレクト」、「心理的虐待」の4類型に定められている（表1）。ただし実際の临床上は、複数のタイプが混在している事例や、いわゆるMSBP（代理によるミュンヒハウゼン症候群）等の明確に分類しがたい事例も稀ではない。そもそも心理的虐待（親の権利・感情が最優先され、子どもの権利・感情の優先順位が極めて低い状態）はあらゆる虐待の根底にある。

子ども虐待（child abuse）の概念を端的に言うならば、「養育者と子どもとの圧倒的な“power（腕力・立場・選択権等）”の差異が誤用・乱用（ab-use）され、子どものwell-being（健康的に実存すること）が侵害された状態」である。この本質を理解するならば、虐待の判断は、親の認識（「駄である」等）を斟酌すべきではなく、あくまで子どもが心身の健康上の被害を負っているのか否か、という基準で判断すべきであることが理解されよう。

虐待への気付きは、何をもちて虐待と捉えるかにより大きく異なる。死亡や後遺障害を生じうる損傷を負う被害児（レッド症例）に限れば、その頻度は地域に1人であるが、医療機関受診を要する何らかの健康被害（直接の身体的損傷の他、虐待の結果としての情緒・行動障害や不適応、身体症状症等）を生ずる子ども（イエロー症例）と捉えるとその頻度は学校に1人となる。不適切な養育環境下におり、支援を要する子ども（グレー）にまで感度を上げたならば、その頻度はクラスに1人にまで拡大する。

虐待は子どもの身体・精神上の健康を大きく脅かすものであり、その意味で小児期の重大疾病である。適切な支援がなされない場合、慢性進行性の経過を取り、さらには2/3の症例で次世代にその影響が伝播する。自然軽快することを、根拠なく期待してはならない。予防医学的にも、学校医は重度事例のみを虐待と捉え対応（危機管理の視点）するのではなく、軽症事例も要支援児童と捉え対応（子育て支援の視点）することが望まれる。

2. 子ども虐待への対応

学校医に相談がある時点で、学校はその子ども・家庭に対し何らかの危機を感じていると考えてよい。ただ、「これは虐待か？」等と質問され、困惑することもあるかもしれない。しかしそのような質問には明確な答えはないし、学校医が結論を必ず学校にフィードバックする必要性もない。虐待の判断は児童相談所が総合的に行うものであり、学校医のなすべき仕事は、生じている医学的状态を客観的に記録し（損傷であれば写真を記録）、子どもと養育者の説明を逐語録的に記録し、医学的常識に照らし合わせ矛盾がないか判断し、虐待の可能性が否定できない場合に、地域にその事例を繋げる（通告する）ことである。

虐待の可能性判断を行う場合、親の説明を「そういうこともあるのかもな」と自己の中で合理化して判断するのではなく、客観的なエビデンスに基づいて行う（図1）。医学的な判断に迷う場合、群馬県では「虐待防止医療アドバイザー制度」を運用しており、利用可能である。通告に迷う事例であれば積極的に連絡し、活用して

表1 児童虐待の種類

虐待の種類	定義	例
身体的虐待	児童の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること	打撲傷、あざ（内出血）、骨折、頭部外傷、たばこによる火傷など外見的に明らかな傷害を生じさせる行為。首を絞める、殴る、蹴る、投げ落とす、熱湯をかける、布団蒸しにする、溺れさせる、逆さ吊りにする、異物を飲ませる、冬の戸外に閉め出す、縄などにより身体的に拘束するなどの外傷を生じさせるおそれのある行為
性的虐待	児童にわいせつな行為をすること又は児童にわいせつな行為をさせること	子どもへの性交、性的暴行、性的行為の強要・教唆、性器や性交を見せる。ポルノグラフィーの被写体などに子どもを強要するなど
ネグレクト（養育の放棄・怠慢）	児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること	子どもへの健康・安全への配慮を怠る。子どもに対して継続的に無視し続けるなど子どもにとって必要な情緒的欲求に応えていない。食事、衣服、住居などの極端に不適切で健康状態を損なうほどの無関心・怠慢など
心理的虐待	児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと	ことばによる脅かし、脅迫をする、子どもを無視したり、拒否的な態度を示す、子どもの心を傷つけることを繰り返す、子どもの自尊心を傷つけるような言動をする、他のきょうだいは著しく差別的な扱いをする、DVの環境下で子どもを養育する

いただきたい（こどもホットライン電話：0120-783884）。

身体診察と合わせ、子ども・親への面接は虐待の判断に極めて重要である。しかし、学校医が根掘り葉掘り聞く必要はない。虐待の可能性判断には「Who」did「What」が分かれば十分である。その上で虐待の重症度トリアージ（図2）を行い、速やかに対応すべきと判断される場合、そのことを通告時に申し添える。詳細な被害事実の確認は、入院や一時保護等で子どもの安全が担保された後、専門機関が調査を尽くせばいい。

また、虐待行為が明白であったとしても、学校医が親にそのことを告げる必要はない（特に、関係性の基盤が何らない状況で、虐待をしないように親に指導を行うことはかえって子どもを危険にさらすこととなる）。学校医が行う虐待対応上の使命はあくまで、虐待の可能性のある子どもを地域に繋げ事例化することである。

本邦ではいまだに虐待を疑い通告することに、“密告”という負のイメージが強く存在し、確証がなければ通告をしないという判断を学校が下すことも少なくない。しかし、虐待を疑うことは、

真の親子のニーズを見つめるために必要な“診断技術”であり、通告は支援を開始するための、“治療行為”である。学校医は、子どもの健康問題に責任を持つ医師として、通告を積極的に行うことの意義を学校と共有し、助言を行う立場にある。

3. 将来的なネットワーク構築

北九州市では、学校医が積極的に学校からの虐待疑い例の相談を医療的問題として引き受け、学校医と連携した地域の中核病院へ繋ぎ、病院の院内虐待対応組織が、医学的精査や通告を組織として行う、という取り組みを開始している。

群馬県でもそのような体制を将来的に実施可能とすべく、受諾側の二次医療機関の体制整備に向けた取り組みを進めることが望まれるが、そのためには、学校医の積極的な参与も欠かすことが出来ない。

地域の子ども虐待二次予防（早期発見、早期支援開始）上、学校医は極めて重要な責務を負っており、また大きな可能性を秘めている。

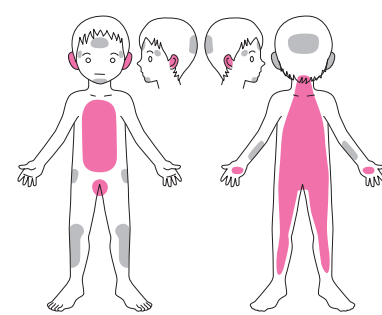
項目		虐待の可能性が高い	
皮膚損傷	挫傷	多発性 新旧混合 不自然な分布 感染合併	手形・物の形
	熱傷		辺縁明瞭で深い
頭部損傷	頭蓋内出血	硬膜下血腫、新旧血腫の併存	
	頭蓋骨骨折	多発性、両側性、骨折線離開 頭頂部陥没	
骨折	部位	骨幹端骨折、肋骨・棘突起骨折 胸骨骨折、肩甲骨骨折	
	形態	らせん状骨折、鉛管骨折	
	年齢	2歳未満	
その他	CPA-OA 治療奏功しない慢性頭痛・腹痛等		<p>挫傷・熱傷の存在部位</p>  <p>■ 虐待の可能性が高い ■ 虐待の可能性は低い</p> <p>* 被服部位、手背、足底、大腿内側に存在した場合も虐待を考慮</p>

図1 虐待を疑うべき身体症状

最重度	身体的	●頭部・腹部意図的外傷の可能性 ●意図的窒息の可能性 ●心中企図
	ネグレクト	●脱水症状や低栄養で衰弱 ●重度の急性・慢性疾患等を放置（障害児の受容拒否に注意）
重度	性虐待	●性的行動化・性器外傷・性虐待の告白（性虐待の対応は、原則分離保護）
	身体的	●医療を必要とする外傷 ●外傷の重症度は高くないが、子どもが執拗に傷つけられている
	ネグレクト	●（器質的疾患によらない）著明な成長障害・発達の遅れ ●家に監禁（登校禁止） ●必要な衣食住が保障されていない
中等度	心理的	●子どもに医療ケアを要する精神症状
	身体的	●外傷を負う可能性のある暴力を受けている
軽度	ネグレクト	●大人の監護がない状況で長時間放置 ●生活環境・育児条件が極めて不良で改善が望めない
	身体・ネグレクト	●外傷にならない暴力 ●子どもへの健康問題を起こすほどではないネグレクト
軽度	ネグレクト	●家庭内にDVあり ●顕著なきょうだい間差別 ●暴言・罵倒・脅迫 ●長期にわたり情緒的ケアを受けていない

図2 虐待の重症度判定目安

Q33

発達障害の定義と対応について教えてください

1. 発達障害の定義

平成17年に発達障害者支援法が施行された。この法律での発達障害の定義は、発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群などの広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害などの脳機能の障害で、症状が通常低年齢で発現し、できるだけ早期に心理機能の適正な発達、円滑な社会生活の促進のための支援が特に重要であるものと定められている。

1) 自閉症、高機能自閉症、アスペルガー症候群などの広汎性発達障害

自閉症とは、3歳位までに現れ(1)他人との社会的関係の形成の困難さ(2)言葉の発達の遅れ(3)興味や関心が狭く特定のものにこだわることを特徴とする行動の障害であり、中枢神経系に何らかの要因による機能不全があると推定される。高機能自閉症は、そのうち知的発達の遅れを伴わないものをいう。また、アスペルガー症候群は、知的発達も言葉の発達の遅れも伴わないものをいう。広汎性発達障害は、自閉的な特徴を持つ状態を総称した概念である。

2) 注意欠陥多動性障害

年齢あるいは発達に不釣り合いな注意力、および又は衝動性、多動性を特徴とする行動の障害で、社会的な活動や学業の機能に支障をきたすものである。また、7歳以前に現れ、その状態が継続し中枢神経系に何らかの要因による機能不全があると推定される。

3) 学習障害

基本的には全般的な知的発達には遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する又は推論する能力のうち特定の物の習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を指すものである。その原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的な要因が直接の原因となるものではない。

発達障害とは上記の基本特性があり、そのため

に生活上に困難を生じている状態であり、大切なことは、基本特性自体が障害なのではないということである。

2. 学校で問題となる状態

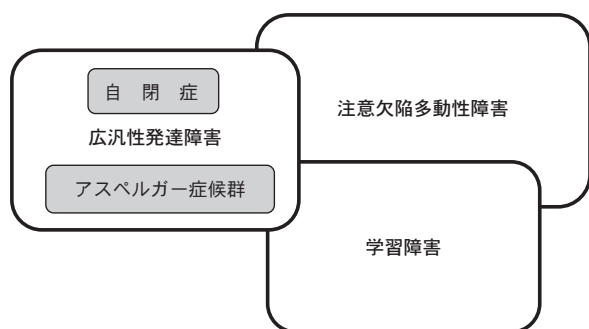
1) 小学校に入学後まず問題になるのは、授業中に勝手な行動をする、協調性が乏しい、対人トラブルを起こすといった行動である。わかりやすい指示の出し方を工夫したり、席を前にしたりして対応しても改善しないと、学校では発達障害の存在について意識することになる。しかし、家庭ではそのことを理解することは難しい。そのため、意識のずれが生じ、対応に苦慮することもある。

2) 中学生あるいは高校生になって初めて問題に気づかれる場合は、個々の基本特性がそれほど目立たず、知的にも境界レベル以上のことが多い。思春期年代になり学校生活や仲間関係が複雑になるにつれて、徐々に周囲の子どもたちとの違いが明らかになる。他生徒からのいじめやからかいの的にされることもある。学業不振は、自尊感情の低下につながりやすい。その結果、不登校やうつ状態になり、医療機関を受診するきっかけになることは少なくない。

3. 学校医としてどのように対応すれば良いか

1) 発達障害は、1つの障害だけでなく、他の障害もあわせもっていることもあり(図)、うつ状態や強迫性障害などの併存症状を示すこともある。大切なことは、一人一人の特性をきちんと把握し、今何に困っているのか具体的にすることである。診断が確定しないから支援が始められないというのではない。その子が伸びていくためにはどうすれば良いか、また将来を見据えて今どんな支援をすべ

きかを考えていくことである。環境調整として、気になる刺激を取り除く、席順を工夫する、スケジュールや手順表の使用などを工夫する。また、適切な行動を学べるように支援することも必要である。具体的には、長所やできたことに注目して認め、ほめる。「してはいけない」という否定的な言葉を使うよりも、肯定的にとるべき行動を「こうしようね」と具体的に伝えることが重要である。そして適切な行動ができれば必ずその場で認めることをしていく。自尊感情が損なわれないようにする。



厚生労働省ホームページより引用・改変

図 各発達障害間の関連

- 2) 子どもの不登校・反抗・非行の背景に発達障害が存在することは少なくない。虐待環境や保護者の精神疾患などがその背景にある場合には、不良な経過をたどりやすく、慎重な対応が必要である。また、逆に虐待環境があると、発達障害と似た症状を示すことがあることにも注意が必要である。
- 3) 行動障害や不安障害、強迫性障害、チックや睡眠障害、昼間遺尿、選択性緘黙などの併存障害やてんかん発作の出現に対する対応も必要である。必要に応じて、専門の医療機関や相談機関につなげていくことが必要である。
- 4) 気づかれにくい発達障害として学習障害がある。学習面での問題があっても行動面の問題がなければ周囲からはあまり問題視されることがないため、注意が必要である。

4. 相談機関の利用や、医療機関の受診について

- 1) 入学してから気付いた場合
校内のコーディネーターを中心に話し合いを持

ち、児童の理解に努める。そこで提案された支援を実践し、保護者と連絡をとる。この際に、保護者の心情に十分配慮する必要がある。その上で、必要に応じて各市町村の教育委員会、通級指導教室の担当者に相談する。市町村独自に発達支援センターがあるところは、そこと連携することも必要である。

群馬県の相談機関としては、群馬県発達障害者支援センターがあり、生涯にわたって相談することができる。また、児童相談所では、家庭のことも含めて対応してもらえる。診断をきちんとする必要がある場合や、投薬の必要性について検討が必要な場合は、医療機関の受診を勧める必要がある。

2) 就学前から医療機関や相談機関に通っている場合

まず、保護者の今までの努力と思いを十分配慮した上で、きちんと話し合うことが必要である。そして必要に応じて、担当の医療機関や相談機関と連絡を取り合うことが大切である。投薬の有無や指導方針などを確かめ、共通の理解をもつことである。

群馬県総合教育センター

伊勢崎市今泉町1-233-2 電話0270-26-9211

群馬県発達障害者支援センター

前橋市新前橋町13-12 電話027-254-5380

児童相談所

中央児童相談所

前橋市野中町360-1 電話027-261-1000

中央児童相談所北部支所

渋川市金井394 電話0279-20-1010

西部児童相談所

高崎市高松町6 電話027-322-2498

東部児童相談所

太田市新田木崎町369-5 電話0276-57-6111

参考文献

- 1) 野村和代, 杉山登志郎: 初期対応としての環境調整、行動療法—専門医紹介や薬物療法の前に試みること—, 小児内科44: 739-742, 2012.
- 2) 宮本信也: 発達障害の概念と捉え方, 小児内科44: 671-675, 2012.
- 3) 小枝達也, 発達障害の行動特性, 小児神経学の進歩第36集: 1-10, 2007.
- 4) 宮本信也(編): 学習障害のある子どもを支援する, 第1版, 日本評論社, 東京都, 2019.

Q34

特別支援教育について教えてください

1. 特別支援教育とは

平成19年4月1日に学校教育法が改正され、従来の特殊教育は、特別支援教育へと変わった。特別支援教育は、障害のある幼児児童生徒の自立や社会参加に向けた主体的な取組を支援するという視点に立ち、幼児児童生徒一人一人の教育的ニーズを把握し、その持てる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するため、適切な指導及び必要な支援を行うものである。

また、特別支援教育は、これまでの特殊教育の対象の障害だけでなく、知的な遅れのない発達障害も含め、特別の支援を必要とする幼児児童生徒が在籍するすべての学校において実施されるものである。

2. 特別支援教育の対象

1) 特別支援学校

障害の程度が比較的重い子どもを対象とした学校である。学校により幼稚部、小学部、中学部、高等部が設置されており、一人一人の子どもたちがもつ能力を高め、生活や学習をする上での困難さを改善・克服するための専門性の高い教育を行っている。対象は、視覚障害、聴覚障害、知的障害、肢体不自由、病弱・身体虚弱である。

※平成19年の学校教育法の改正により、従来の障害種ごとに分けられた盲・聾・養護学校から、複数の障害種に対応することができる特別支援学校に替わった（これまで通り障害種ごとの学校を設置することもできる）。

2) 特別支援学級

通常の学級における指導では十分な成果を上げることが困難な児童生徒に対し、一人一人の障害の種類や程度に応じた指導を行うため、小中学校に設置をされた学級である。対象は、知的障害、肢体不自由、病弱・身体虚弱、弱視、難聴、言語障害、自閉症、情緒障害である。

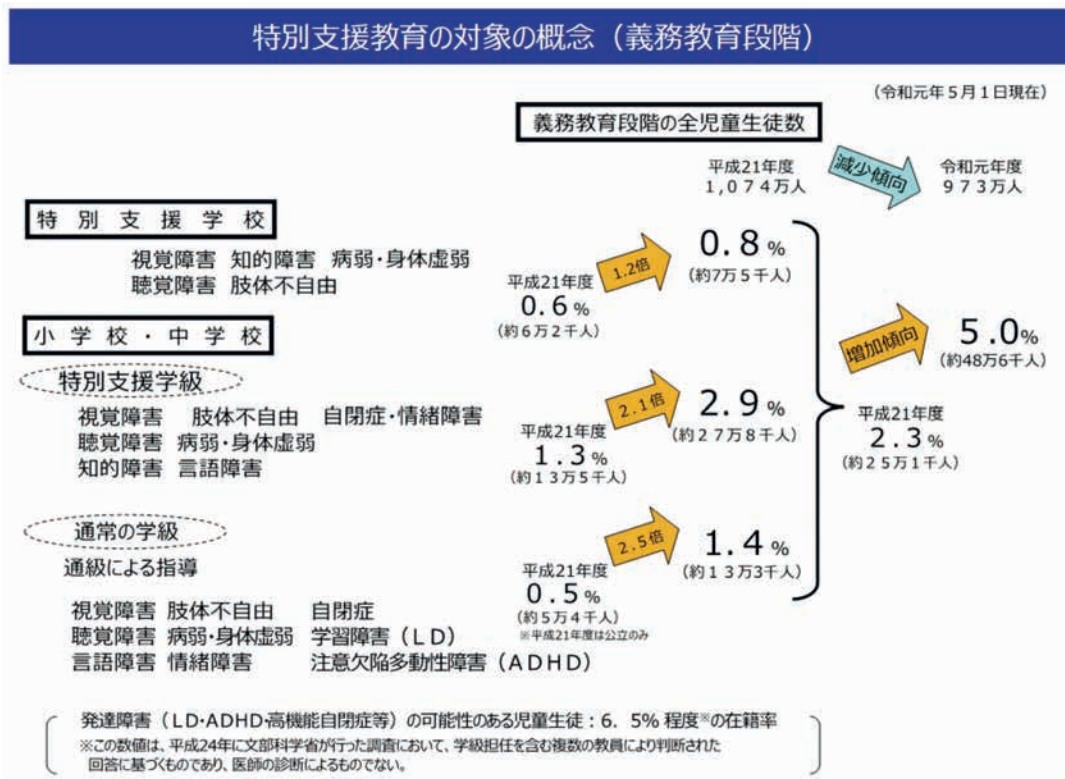


図1 特別支援教育の対象の概念図 文部科学省資料

3) 通級による指導

小中高等学校の通常の学級に在籍する比較的障害の程度が軽度な児童生徒で、ほとんどの授業を通常の学級で受けながら、障害の状況に応じて週8時間を超えない範囲で特別の指導を行う。対象は、言語障害、自閉症、情緒障害、弱視、難聴、学習障害、注意欠陥多動性障害、肢体不自由、病弱・身体虚弱である。

4) 通常の学級における特別支援教育

通常の学級に在籍する障害のある児童生徒について、一人一人の障害の状態に応じた指導内容や方法を工夫した指導や支援を行う。

3. 特別支援教育の充実

1) 学校における医療的ケア

喀痰吸引や経管栄養等の医療的ケアが日常的に必要な児童生徒等（以下「医療的ケア児」という。）が学校において教育を受ける機会を確保するため、特別支援学校等に看護師を配置して学校内で医療的ケアを実施している。

群馬県では、教育委員会が設置する医師や看護師等の専門家や保護者、大学教授等で構成される群馬県医療・教育連携推進協議会及び医療的ケア等安全対策チームにおける協議を通じた助言に基づき、県立特別支援学校の医療的ケアを実施している。

医療的ケアの実施については、県教育委員会が委嘱する指導医の指導の下、学校に配置した看護

師が教育活動の一環として行っている。また、法令に基づく一定の研修を修了し、群馬県知事の認定を受けた教員が看護師と協働で医療的ケアを行うケースもある。

各学校は校内委員会等を設置し、養護教諭を中心として、実施体制を構築し、保護者との連携・協力のもと医療的ケアを行っている。

医療的ケア児の在籍する学校においては、指導医と学校医、主治医の連携も必要であり、医療的ケアの実施要領や個別マニュアル等の確認や、緊急時に係る指導・助言、など連携の内容も多岐にわたる。

近年では、小学校や中学校においても医療的ケアを必要とする児童生徒の就学が進んでおり、市町村の教育委員会が、対応にあたっている。今後群馬県全体で医療的ケア児の支援について検討し、より安全安心な実施体制を構築していく必要がある。

2) 入院児童生徒に対する教育保障

群馬県では、唯一の病弱特別支援学校であり、県内8カ所の病院に教場を設置する県立赤城特別支援学校（本校：群馬大学医学部附属病院隣接）が、病気療養等により入院する児童生徒に対して、学習の空白を生じさせないように教育の保障を行っている。

入院が長期にわたる場合は在籍を移すことを基本としているが、入院期間が3週間未満の児童生徒については、本人保護者の希望がある場合、特別支援学校のセンター的機能による「訪問指導」

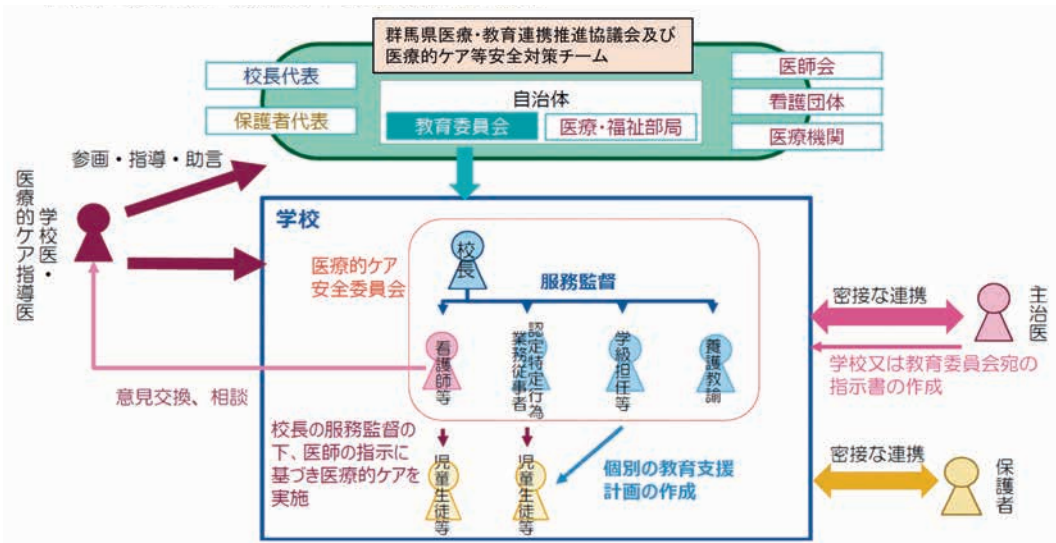


図2 学校における医療的ケアの実施体制（例）

を行っている。

また、教場が設置されている指定病院（図3）以外の医療機関に入院した場合にも、教員を派遣して教育を行う「訪問教育」を実施している。

本 校	群馬大学医学部附属病院（隣接、院内）
分 校	県立小児医療センター
院内教室	前橋赤十字病院 群馬中央病院 桐生厚生総合病院 伊勢崎市市民病院 公立藤岡総合病院 公立富岡総合病院

図3 赤城特別支援学校の指定病院

4. 特別支援教育を推進する仕組み

1) 特別支援学校のセンター的機能の活用

特別支援学校は、在籍する幼児児童生徒への専門性の高い教育を行う他に、地域の幼稚園、保育所、小学校、中学校、高等学校等からの要請に基づいて、障害のある子どもの理解や指導及び支援方法、個別の教育支援計画・個別の指導計画の作成及び活用等に関する相談・助言、特別支援教育に関する研修の提供等、特別支援教育のセンターとしての機能を積極的に果たすことになっている。

群馬県では、県立特別支援学校の特別支援教育

コーディネーターを「専門アドバイザー」と名付け、小中学校等からの相談業務に当たっている。

また、特別支援学校のセンター的機能を強化するとともに、より専門的な見地から相談・助言を行うため、外部専門家（作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、臨床心理士、臨床発達心理士）と連携し、小中学校等へ派遣している。

2) 交流及び共同学習の推進

平成23年8月5日に障害者基本法が改正された。この中では、「国及び地方公共団体は、障害者である児童及び生徒と障害者でない児童及び生徒との交流及び共同学習を積極的に進めることによって、その相互理解を促進しなければならない。」と明記されている。

また、平成25年9月に学校教育法施行令が改正され、就学基準（特別支援学校への就学が適当と判断される障害の状態）に該当する障害のある児童生徒等は原則特別支援学校に就学するという従来の仕組みを改め、障害の状態の他、医師等の専門家や保護者の意見等を踏まえた総合的な観点から就学先を決定する仕組みへ変わった。これにより、障害のあるなしにかかわらず、すべての子どもが地域で学ぶことを基盤とするインクルーシブ教育システムの構築がより一層進められることになった。

障害のある子どもと障害のない子どもの交流及び共同学習を推進することは、障害のある幼児児

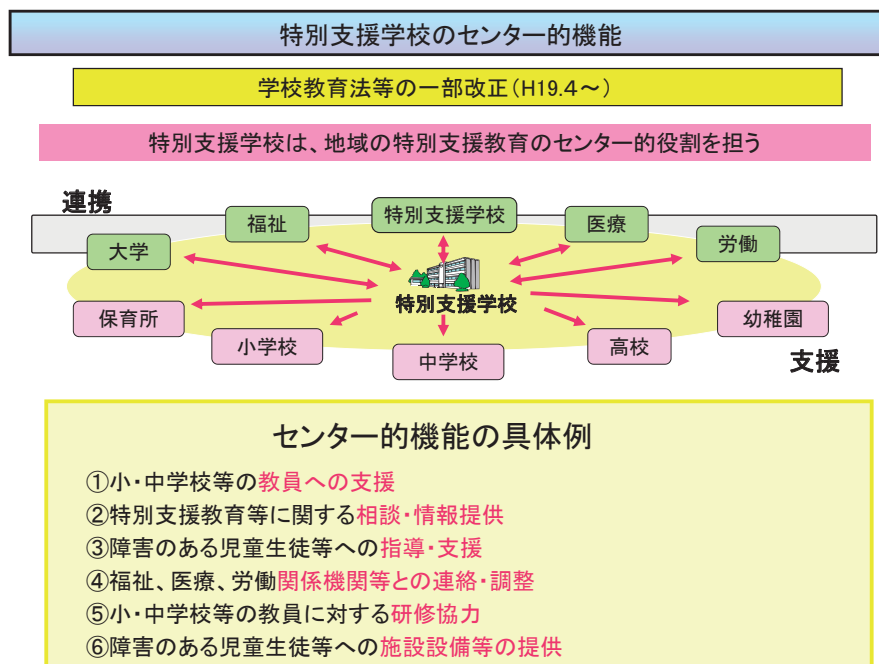


図4 特別支援学校のセンター的機能 文部科学省資料

児童生徒の自立と社会参加を促進するとともに、社会を構成するすべての人々がお互いに助け合い、支え合って生きていくことを学ぶ機会となる。また、このことは、我が国が目指す「誰もが相互に人格と個性を尊重し合える共生社会の形成」に大いに役立つものである。

群馬県では、平成30年4月に策定された第2期特別支援教育推進計画において、「基本目標5共に生き、共に学ぶ環境の実現」として、「学校における交流および共同学習の充実を図り、障害のあるなしにかかわらず、共に触れ合い、共感し合うことを通して、すべての子どもたちが共に生き、共に学ぶ地域社会の実現を目指していきます。」を定め、交流および共同学習の推進を図っている。

5. 特別支援教育の充実にに向けた

関係機関の連携

特別支援教育を充実させるためには、早期からの相談・支援体制の整備や学校卒業後の生活も視野においたキャリア教育の推進等、ライフステージに応じた一貫性のある支援を行うことが求められている。そのためには、日頃から、教育、医療、保健、福祉、労働等の幼児児童生徒の支援にかかわる者が「顔の見える」関係づくりを進め、チームによる支援を行うことが大切である。その場合、本人及び保護者のニーズに応じた適切な支援を行うため、学校が保護者と共に作成する「個別の教育支援計画」や市町村が作成する「相談支援ファイル」等の引継ぎや活用に努めることが必要である。

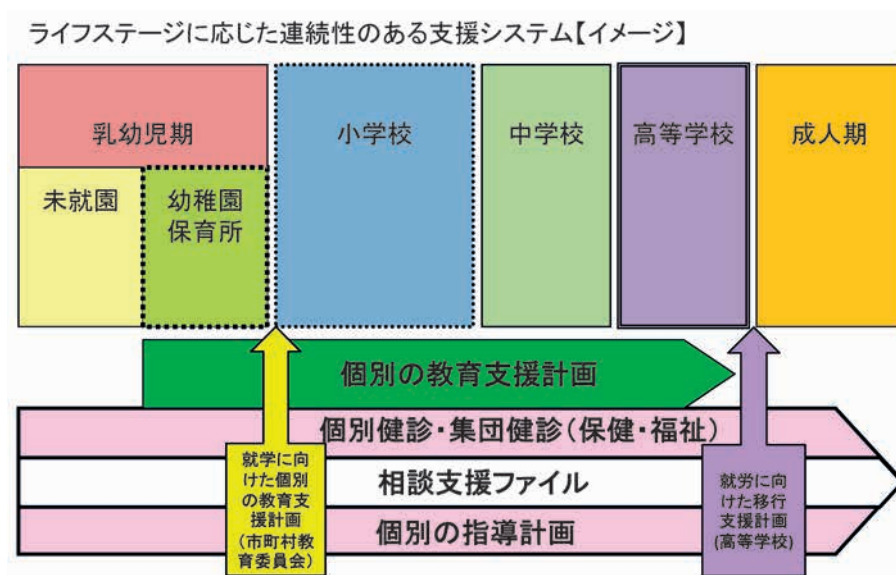


図5 ライフステージに応じた連続性のある支援システム

付 属 資 料

学校保健安全法

(昭和33年4月10日 法律第56号)

最終改正：平成27年6月24日法律第46号

第1章 総則

(目的)

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関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関し必要な事項を定め、もっ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。

(定義)

第2条 この法律において「学校」とは、学校教育法(昭和22年法律第26号)第1条に規定する学校をいう。

2 この法律において「児童生徒等」とは、学校に在学する幼児、児童、生徒又は学生をいう。

(国及び地方公共団体の責務)

第3条 国及び地方公共団体は、相互に連携を図り、各学校において保健及び安全に係る取組が確実かつ効果的に実施されるようにするため、学校における保健及び安全に関する最新の知見及び事例を踏まえつつ、財政上の措置その他の必要な施策を講ずるものとする。

2 国は、各学校における安全に係る取組を総合的かつ効果的に推進するため、学校安全の推進に関する計画の策定その他所要の措置を講ずるものとする。

3 地方公共団体は、国が講ずる前項の措置に準じた措置を講ずるように努めなければならない。

第2章 学校保健

第1節 学校の管理運営等

(学校保健に関する学校の設置者の責務)

第4条 学校の設置者は、その設置する学校の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、当該学校の施設及び設備並びに管理運営体制の整備充実その他の必要な措置を講ずる

よう努めるものとする。

(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。

(保健室)

第7条 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。

第2節 健康相談等

(健康相談)

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

(保健指導)

第9条 養護教諭その他の職員は、相互に連携して、健康相談又は児童生徒等の健康状態の日常的な観察により、児童生徒等の心身の状況を把握し、健康上の問題があると認めるときは、遅滞なく、当該児童生徒等に対して必要な指導を行うとともに、必要に応じ、その保護者（学校教育法第16条に規定する保護者をいう。第24条及び第30条において同じ。）に対して必要な助言を行うものとする。

(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努めるものとする。

第3節 健康診断

(就学時の健康診断)

第11条 市（特別区を含む。以下同じ。）町村の教育委員会は、学校教育法第17条第1項の規定により翌学年の初めから同項に規定する学校に就学させるべき者で、当該市町村の区域内に住所を有するものの就学に当たって、その健康診断を行わなければならない。

第12条 市町村の教育委員会は、前条の健康診断の結果に基づき、治療を勧告し、保健上必要な助言を行い、及び学校教育法第17条第1項に規定する義務の猶予若しくは免除又は特別支援学校への就学に関し指導を行う等適切な措置をとらなければならない。

(児童生徒等の健康診断)

第13条 学校においては、毎学年定期に、児童生徒等（通信による教育を受ける学生を除く。）の健康診断を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、児童生徒等の健康診断を行うものとする。

第14条 学校においては、前条の健康診断の結果に基づき、疾病の予防処置を行い、又は治療を指示し、並びに運動及び作業を軽減する等適切な措置をとらなければならない。

(職員の健康診断)

第15条 学校の設置者は、毎学年定期に、学校の職員の健康診断を行わなければならない。

2 学校の設置者は、必要があるときは、臨時に、学校の職員の健康診断を行うものとする。

第16条 学校の設置者は、前条の健康診断の結果に基づき、治療を指示し、及び勤務を軽減する等適切な措置をとらなければならない。

(健康診断の方法及び技術的基準等)

第17条 健康診断の方法及び技術的基準については、文部科学省令で定める。

2 第11条から前条までに定めるもののほか、健康診断の時期及び検査の項目その他健康診断に関し必要な事項は、前項に規定するものを除き、第11条の健康診断に関するものについては政令で、第13条及び第15条の健康診断に関するものについては文部科学省令で定める。

3 前2項の文部科学省令は、健康増進法（平成14年法律第103号）第9条第1項に規定する健康診査等指針と調和が保たれたものでなければならない。

(保健所との連絡)

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

第4節 感染症の予防

(出席停止)

第19条 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。

(臨時休業)

第21条 学校の設置者は、感染症の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。

(文部科学省令への委任)

第21条 前2条（第19条の規定に基づく政令を含む。）及び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（平成10年法律第114号）その他感染症の予防に関して規定する法律（これらの法律に基づく命令を含む。）に定めるもののほか、学校における感染症の予防に関し必要な事項は、文部科学省令で定める。

第5節 学校保健技師並びに学校医、学校歯科医及び学校薬剤師

(学校保健技師)

第22条 都道府県の教育委員会の事務局に、学校保健技師を置くことができる。

2 学校保健技師は、学校における保健管理に関する専門的事項について学識経験がある者でなければならない。

3 学校保健技師は、上司の命を受け、学校における保健管理に関し、専門的技術的指導及び技術に従事する。

(学校医、学校歯科医及び学校薬剤師)

第23条 学校には、学校医を置くものとする。

2 大学以外の学校には、学校歯科医及び学校薬剤師を置くものとする。

3 学校医、学校歯科医及び学校薬剤師は、それぞれ医師、歯科医師又は薬剤師のうちから、任命し、又は委嘱する。

4 学校医、学校歯科医及び学校薬剤師は、学校における保健管理に関する専門的事項に関し、技術及び指導に従事する。

5 学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の職務執行の準則は、文部科学省令で定める。

第6節 地方公共団体の援助及び国の補助

(地方公共団体の援助)

第24条 地方公共団体は、その設置する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の児童又は生徒が、感染性又は学習に支障を生ずるおそれのある疾病で政令で定めるものにかかり、学校において治療の指示を受けたときは、当該児童又は生徒の保護者で次の各号のいずれかに該当するものに対して、その疾病の治療のための医療に要する費用について必要な援助を行うものとする。

1 生活保護法(昭和25年法律第144号)第6条第2項に規定する要保護者

2 生活保護法第6条第2項に規定する要保護者に準ずる程度に困窮している者で政令で定めるもの

(国の補助)

第25条 国は、地方公共団体が前条の規定により同条第1号に掲げる者に対して援助を行う場合には、予算の範囲内において、その援助に要する経費の一部を補助することができる。

2 前項の規定により国が補助を行う場合の補助の基準については、政令で定める。

第3章 学校安全

(学校安全に関する学校の設置者の責務)

第26条 学校の設置者は、児童生徒等の安全の確保を図るため、その設置する学校において、事故、加害行為、災害等(以下この条及び第29条第3項において「事故等」という。)により児童生徒等に生ずる危険を防止し、及び事故等により児童生徒等に危険又は危害が現に生じた場合(同条第1項及び第2項において「危険等発生時」という。)において適切に対処することができるよう、当該学校の施設及び設備並びに管理運営体制の整備充実その他の必要な措置を講ずるよう努めるものとする。

(学校安全計画の策定等)

第27条 学校においては、児童生徒等の安全の確保を図るため、当該学校の施設及び設備の安全点検、児童生徒等に対する通学を含めた学校生活その他の日常生活における安全に関する指導、職員の研修その他学校における安全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。

(学校環境の安全の確保)

第28条 校長は、当該学校の施設又は設備について、児童生徒等の安全の確保を図る上で支障となる事項があると認められた場合には、遅滞なく、その改善を図る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。

(危険等発生時対処要領の作成等)

第29条 学校においては、児童生徒等の安全の確保を図るため、当該学校の実情に応じて、危険等発生時において当該学校の職員がとるべき措置の具体的内容及び手順を定めた対処要領(次項において「危険等発生時対処要領」という。)を作成するものとする。

2 校長は、危険等発生時対処要領の職員に対する周知、訓練の実施その他の危険等発生時において職員が適切に対処するために必要な措置を講ずるものとする。

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心身の健康に対する影響を受けた児童生徒等その他の

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10条の規定を準用する。

(地域の関係機関等との連携)

第30条 学校においては、児童生徒等の安全の確保を図るため、児童生徒等の保護者との連携を図るとともに、当該学校が所在する地域の実情に応じて、当該地域を管轄する警察署その他の関係機関、地域の安全を確保するための活動を行う団体その他の関係団体、当該地域の住民その他の関係者との連携を図るよう努めるものとする。

第4章 雑 則

(学校の設置者の事務の委任)

第31条 学校の設置者は、他の法律に特別の定めがある場合のほか、この法律に基づき処理すべき事務を校長に委任することができる。

(専修学校の保健管理等)

第32条 専修学校には、保健管理に関する専門的事項に関し、技術及び指導を行う医師を置くように努めなければならない。

2 専修学校には、健康診断、健康相談、保健指導、救急処置等を行うため、保健室を設けるように努めなければならない。

3 第3条から第6条まで、第8条から第10条まで、第13条から第21条まで及び第26条から前条までの規定は、専修学校に準用する。

学校保健安全法施行令

(昭和33年6月10日 政令第174号)

最終改正：平成27年12月16日政令第421号

内閣は、学校保健法（昭和33年法律第56号）第10条第2項、第12条、第17条、第18条第3項及び第20条の規定に基き、この政令を制定する。

（就学時の健康診断の時期）

第1条 学校保健安全法（昭和33年法律第56号。以下「法」という。）第11条の健康診断（以下「就学時の健康診断」という。）は、学校教育法施行令（昭和28年政令第340号）第2条の規定により学齢簿が作成された後翌学年の初めから4月前（同令第5条、第7条、第11条、第14条、第15条及び第18条の2に規定する就学に関する手続の実施に支障がない場合にあつては、3月前）までの間に行うものとする。

2 前項の規定にかかわらず、市町村の教育委員会は、同項の規定により定めた就学時の健康診断の実施日の翌日以後に当該市町村の教育委員会が作成した学齢簿に新たに就学予定者（学校教育法施行令第5条第1項に規定する就学予定者をいう。以下この項において同じ。）が記載された場合において、当該就学予定者が他の市町村の教育委員会が行う就学時の健康診断を受けていないときは、当該就学予定者について、速やかに就学時の健康診断を行うものとする。

（検査の項目）

第2条 就学時の健康診断における検査の項目は、次のとおりとする。

1. 栄養状態
2. 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無
3. 視力及び聴力
4. 眼の疾病及び異常の有無
5. 耳鼻咽喉疾患及び皮膚疾患の有無
6. 歯及び口腔の疾病及び異常の有無
7. その他の疾病及び異常の有無

（保護者への通知）

第3条 市（特別区を含む。以下同じ。）町村の教育委員会は、就学時の健康診断を行うに当たって、あらかじめ、その日時、場所及び実施の要領等を法第11条に規定する者の学校教育法

（昭和22年法律第26号）第16条に規定する保護者（以下「保護者」という。）に通知しなければならない。

（就学時健康診断票）

第4条 市町村の教育委員会は、就学時の健康診断を行ったときは、文部科学省令で定める様式により、就学時健康診断票を作成しなければならない。

2 市町村の教育委員会は、翌学年の初めから15日前までに、就学時健康診断票を就学時の健康診断を受けた者の入学する学校の校長に送付しなければならない。

（保健所と連絡すべき場合）

第5条 法第18条の政令で定める場合は、次に掲げる場合とする。

1. 法第19条の規定による出席停止が行われた場合
2. 法第20条の規定による学校の休業を行った場合

（出席停止の指示）

第6条 校長は、法第19条の規定により出席を停止させようとするときは、その理由及び期間を明らかにして、幼児、児童又は生徒（高等学校（中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部を含む。以下同じ。）の生徒を除く。）にあつてはその保護者に、高等学校の生徒又は学生にあつ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。

2 出席停止の期間は、感染症の種類等に応じて、文部科学省令で定める基準による。

（出席停止の報告）

第7条 校長は、前条第1項の規定による指示をしたときは、文部科学省令で定めるところにより、その旨を学校の設置者に報告しなければならない。

（感染性又は学習に支障を生ずるおそれのある疾病）

第8条 法第24条の政令で定める疾病は、次に掲げるものとする。

1. トラコーマ及び結膜炎
2. 白癬、疥癬及び膿痂疹
3. 中耳炎
4. 慢性副鼻腔炎及びアデノイド
5. 齲齒
6. 寄生虫病（虫卵保有を含む。）

（要保護者に準ずる程度に困窮している者）

第9条 法第24条第2号の政令で定める者は、当該義務教育諸学校（小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部をいう。）を設置する地方公共団体の教育委員会が、生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第2項に規定する要保護者（以下「要保護者」という。）に準ずる程度に困窮していると認める者とする。

- 2 教育委員会は、前項に規定する認定を行うため必要があるときは、社会福祉法（昭和26年法律第45号）に定める福祉に関する事務所の長及び民生委員法（昭和23年法律第198号）に定める民生委員に対して、助言を求めることができる。

（補助の基準）

第10条 法第25条第1項の規定による国の補助は、法第24条の規定による同条第1号に掲げる者に対する援助に要する経費の額の2分の1について行うものとする。ただし、小学校、中学校及び義務教育学校並びに中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部及び中学部の別により、文部科学大臣が毎年度定める児童及び生徒1人一疾病当たりの医療費の平均額に、都道府県に係る場合にあっては次項の規定により文部科学大臣が当該都道府県に配分した児童及び生徒の被患者の延数をそれぞれ乗じて得た額、市町村に係る場合にあっては第3項の規定により都道府県の教育委員会が当該市町村に配分した児童及び生徒の被患者の延数をそれぞれ乗じて得た額の2分の1を限度とする。

- 2 文部科学大臣は、毎年度、別表イに掲げる算

式により算定した小学校、中学校及び義務教育学校並びに中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部及び中学部の児童及び生徒の被患者の延数を各都道府県に配分し、その配分した数を各都道府県の教育委員会に通知しなければならない。

- 3 都道府県の教育委員会は、文部科学省令で定めるところにより、毎年度、文部科学大臣が、別表ロに掲げる算式により算定した小学校、中学校及び義務教育学校並びに中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部及び中学部の児童及び生徒の被患者の延数を基準として各都道府県ごとに定めた児童及び生徒の被患者の延数を、各市町村立の小学校、中学校及び義務教育学校並びに中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部及び中学部の児童及び生徒のうち教育扶助を受けている者の数を勘案して、各市町村に配分し、その配分した数を文部科学大臣及び各市町村の教育委員会に通知しなければならない。

- 4 前項の規定により都道府県が処理することとされている事務は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第2条第9項第1号に規定する第1号法定受託事務とする。

（専修学校への準用）

第11条 第5条から第7条までの規定は、法第32条第3項において法第18条及び第19条の規定を専修学校に準用する場合について準用する。この場合において、第5条第2号中「法第20条」とあるのは「法第32条第3項において準用する法第20条」と、第6条第1項中「幼児、児童又は生徒（高等学校（中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部を含む。以下同じ。）の生徒を除く。）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」とあるのは「生徒」と読み替えるものとする。

別表（第10条関係）

イ	都道府県が要保護者に対して援助を行う場合	$X1 \times (p1 / P1)$
ロ	市町村が要保護者に対して援助を行う場合	$X2 \times (p2 / P2)$

備考 この表における算式中次に掲げる各記号の意義は、それぞれ次に掲げるとおりとする。

- X1 文部科学大臣が毎年度予算の範囲内で定める全国の都道府県立の小学校、中学校及び義務教育学校並びに中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部及び中学部の児童及び生徒のうちその保護者が要保護者である被患者の見込延数
- X2 文部科学大臣が毎年度予算の範囲内で定める全国の市町村立の小学校、中学校及び義務教育学校並びに中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部及び中学部の児童及び生徒のうちその保護者が要保護者である被患者の見込延数
- P1 前年度の7月1日現在において全国の都道府県立の小学校、中学校及び義務教育学校並びに中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部及び中学部の児童及び生徒のうち教育扶助（生活保護法に規定する教育扶助をいう。以下同じ。）を受けている者の総数
- P2 前年度の7月1日現在において全国の市町村立の小学校、中学校及び義務教育学校並びに中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部及び中学部の児童及び生徒のうち教育扶助を受けている者の総数
- p1 前年度の7月1日現在において当該都道府県立の小学校、中学校及び義務教育学校並びに中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部及び中学部の児童及び生徒のうち教育扶助を受けている者の総数
- p2 前年度の7月1日現在において当該都道府県の区域内の市町村立の小学校、中学校及び義務教育学校並びに中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部及び中学部の児童及び生徒のうち教育扶助を受けている者の総数

附 則 抄

（施行期日）

- 1 この政令中第7条、第8条及び第9条第1項から第3項までの規定は昭和33年10月1日から、その他の規定は公布の日から施行する。

（学校医及幼稚園医令等の廃止）

- 3 次に掲げる勅令は、廃止する。
 1. 学校医及幼稚園医令（昭和4年勅令第9号）
 2. 学校歯科医及幼稚園歯科医令（昭和6年勅令第144号）

学校保健安全法施行規則

(昭和33年6月13日 文部省令第18号)

最終改正：令和2年11月13日文部科学省令第39号

学校保健法（昭和33年法律第56号）第10条、第14条及び第16条第5項並びに学校保健法施行令（昭和33年政令第174号）第4条第1項、第5条第2項、第6条及び第9条第3項の規定に基き、及び同法の規定を実施するため、学校保健法施行規則を次のように定める。

第1章 環境衛生検査等

（環境衛生検査）

第1条 学校保健安全法（昭和33年法律第56号。以下「法」という。）第5条の環境衛生検査は、他の法令に基づくもののほか、毎学年定期に、法第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。

第2章 健康診断

第1節 就学時の健康診断

（方法及び技術的基準）

第3条 法第11条の健康診断の方法及び技術的基準は、次の各号に掲げる検査の項目につき、当該各号に定めるとおりとする。

1. 栄養状態は、皮膚の色沢、皮下脂肪の充実、筋骨の発達、貧血の有無等について検査し、栄養不良又は肥満傾向で特に注意を要する者の発見につとめる。
2. 脊柱の疾病及び異常の有無は、形態等について検査し、側わん症等に注意する。
3. 胸郭の異常の有無は、形態及び発育について検査する。
4. 視力は、国際標準に準拠した視力表を用いて左右各別に裸眼視力を検査し、眼鏡を使用している者については、当該眼鏡を使用して

いる場合の矯正視力についても検査する。

5. 聴力は、オーディオメータを用いて検査し、左右各別に聴力障害の有無を明らかにする。
6. 眼の疾病及び異常の有無は、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。
7. 耳鼻咽喉頭疾患の有無は、耳疾患、鼻・副鼻腔疾患、口腔咽喉頭疾患及び音声言語異常等に注意する。
8. 皮膚疾患の有無は、感染性皮膚疾患、アレルギー疾患等による皮膚の状態に注意する。
9. 歯及び口腔の疾病及び異常の有無は、齲歯、歯周疾患、不正咬合その他の疾病及び異常について検査する。
10. その他の疾病及び異常の有無は、知能及び呼吸器、循環器、消化器、神経系等について検査するものとし、知能については適切な検査によって知的障害の発見につとめ、呼吸器、循環器、消化器、神経系等については臨床医学的検査その他の検査によって結核疾患、心臓疾患、腎臓疾患、ヘルニア、言語障害、精神神経症その他の精神障害、骨、関節の異常及び四肢運動障害等の発見につとめる。

（就学時健康診断票）

第4条 学校保健安全法施行令（昭和33年政令第174号。以下「令」という。）第4条第1項に規定する就学時健康診断票の様式は、第1号様式とする。

第2節 児童生徒等の健康診断

（時期）

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

- 2 第1項の健康診断における結核の有無の検査

において結核発病のおそれがあると診断された者（第6条第3項第4号に該当する者に限る。）については、おおむね6か月の後に再度結核の有無の検査を行うものとする。

（検査の項目）

第6条 法第13条第1項の健康診断における検査の項目は、次のとおりとする。

1. 身長及び体重
 2. 栄養状態
 3. 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無並びに四肢の状態
 4. 視力及び聴力
 5. 眼の疾病及び異常の有無
 6. 耳鼻咽喉疾患及び皮膚疾患の有無
 7. 歯及び口腔の疾病及び異常の有無
 8. 結核の有無
 9. 心臓の疾病及び異常の有無
 10. 尿
 11. その他の疾病及び異常の有無
- 2 前項各号に掲げるもののほか、胸囲及び肺活量、背筋力、握力等の機能を、検査の項目に加えることができる。
- 3 第1項第8号に掲げるものの検査は、次の各号に掲げる学年において行うものとする。
1. 小学校（義務教育学校の前期課程及び特別支援学校の小学部を含む。以下この条、第7条第6項及び第11条において同じ。）の全学年
 2. 中学校（義務教育学校の後期課程、中等教育学校の前期課程及び特別支援学校の中学部を含む。以下この条、第7条第6項及び第11条において同じ。）の全学年
 3. 高等学校（中等教育学校の後期課程及び特別支援学校の高等部を含む。以下この条、第7条第6項及び第11条において同じ。）及び高等専門学校の第1学年
 4. 大学の第1学年
- 4 第1項各号に掲げる検査の項目のうち、小学校の第4学年及び第6学年、中学校及び高等学校の第2学年並びに高等専門学校の第2学年及び第4学年においては第4号に掲げるものうち聴力を、大学においては第3号、第4号、第7号及び第10号に掲げるものを、それぞれ検査の項目から除くことができる。

（方法及び技術的基準）

第7条 法第13条第1項の健康診断の方法及び技術的基準については、次項から第9項までに定めるもののほか、第3条の規定（同条第10号中知能に関する部分を除く。）を準用する。この場合において、同条第4号中「検査する。」とあるのは「検査する。ただし、眼鏡を使用している者の裸眼視力の検査はこれを除くことができる。」と読み替えるものとする。

- 2 前条第1項第1号の身長は、靴下等を脱ぎ、両かかとを密接し、背、臀部及びかかとを身長計の尺柱に接して直立し、両上肢を体側に垂れ、頭部を正位に保たせて測定する。
- 3 前条第1項第1号の体重は、衣服を脱ぎ、体重計のはかり台の中央に静止させて測定する。ただし、衣服を着たまま測定したときは、その衣服の重量を控除する。
- 4 前条第1項第3号の四肢の状態は、四肢の形態及び発育並びに運動器の機能の状態に注意する。
- 5 前条第1項第8号の結核の有無は、問診、胸部エックス線検査、喀痰検査、聴診、打診その他必要な検査によって検査するものとし、その技術的基準は、次の各号に定めるとおりとする。
 1. 前条第3項第1号又は第2号に該当する者に対しては、問診を行うものとする。
 2. 前条第3項第3号又は第4号に該当する者（結核患者及び結核発病のおそれがあると診断されている者を除く。）に対しては、胸部エックス線検査を行うものとする。
 3. 第1号の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、当該者の在学する学校の設置者において必要と認めるものに対しては、胸部エックス線検査、喀痰検査その他の必要な検査を行うものとする。
 4. 第2号の胸部エックス線検査によって病変の発見された者及びその疑いのある者、結核患者並びに結核発病のおそれがあると診断されている者に対しては、胸部エックス線検査及び喀痰検査を行い、更に必要に応じ聴診、打診その他必要な検査を行う。
- 6 前条第1項第9号の心臓の疾病及び異常の有

無は、心電図検査その他の臨床医学的検査によって検査するものとする。ただし、幼稚園（特別支援学校の幼稚部を含む。以下この条及び第11条において同じ。）の全幼児、小学校の第2学年以上の児童、中学校及び高等学校の第2学年以上の生徒、高等専門学校第2学年以上の学生並びに大学の全学生については、心電図検査を除くことができる。

- 7 前条第1項第10号の尿は、尿中の蛋白、糖等について試験紙法により検査する。ただし、幼稚園においては、糖の検査を除くことができる。
- 8 身体計測、視力及び聴力の検査、問診、胸部エックス線検査、尿の検査その他の予診的事項に属する検査は、学校医又は学校歯科医による診断の前に実施するものとし、学校医又は学校歯科医は、それらの検査の結果及び第11条の保健調査を活用して診断に当たるものとする。

（健康診断票）

第8条 学校においては、法第13条第1項の健康診断を行ったときは、児童生徒等の健康診断票を作成しなければならない。

- 2 校長は、児童又は生徒が進学した場合には、その作成に係る当該児童又は生徒の健康診断票を進学先の校長に送付しなければならない。
- 3 校長は、児童生徒等が転学した場合には、その作成に係る当該児童生徒等の健康診断票を転学先の校長、保育所の長又は認定こども園の長に送付しなければならない。
- 4 児童生徒等の健康診断票は、5年間保存しなければならない。ただし、第2項の規定により送付を受けた児童又は生徒の健康診断票は、当該健康診断票に係る児童又は生徒が進学前の学校を卒業した日から5年間とする。

（事後措置）

第9条 学校においては、法第13条第1項の健康診断を行ったときは、21日以内にその結果を幼児、児童又は生徒にあっては当該幼児、児童又は生徒及びその保護者（学校教育法（昭和22年法律第26号）第16条に規定する保護者をいう。）に、学生にあっては当該学生に通知するとともに、次の各号に定める基準により、法第14条の措置をとらなければならない。

1. 疾病の予防処置を行うこと。
 2. 必要な医療を受けるよう指示すること。
 3. 必要な検査、予防接種等を受けるよう指示すること。
 4. 療養のため必要な期間学校において学習しないよう指導すること。
 5. 特別支援学級への編入について指導及び助言を行うこと。
 6. 学習又は運動・作業の軽減、停止、変更等を行うこと。
 7. 修学旅行、対外運動競技等への参加を制限すること。
 8. 机又は腰掛の調整、座席の変更及び学級の編制の適正を図ること。
 9. その他発育、健康状態等に応じて適当な保健指導を行うこと。
- 2 前項の場合において、結核の有無の検査の結果に基づく措置については、当該健康診断に当たった学校医その他の医師が別表第1に定める生活規正の面及び医療の面の区分を組み合わせる指導区分に基づいて、とるものとする。

（臨時の健康診断）

第10条 法第13条第2項の健康診断は、次に掲げるような場合が必要があるときに、必要な検査の項目について行うものとする。

1. 感染症又は食中毒の発生したとき
2. 風水害等により感染症の発生のおそれのあるとき
3. 夏季における休業日の直前又は直後
4. 結核、寄生虫病その他の疾病の有無について検査を行う必要のあるとき
5. 卒業のとき

（保健調査）

第11条 法第13条の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、小学校、中学校、高等学校及び高等専門学校においては全学年において、幼稚園及び大学においては必要と認めるときに、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。

第3節 職員の健康診断

（時期）

第12条 法第15条第1項の健康診断の時期につい

ては、第5条の規定を準用する。この場合において、同条第1項中「6月30日までに」とあるのは、「学校の設置者が定める適切な時期に」と読み替えるものとする。

(検査の項目)

第13条 法第15条第1項の健康診断における検査の項目は、次のとおりとする。

1. 身長、体重及び腹囲
 2. 視力及び聴力
 3. 結核の有無
 4. 血圧
 5. 尿
 6. 胃の疾病及び異常の有無
 7. 貧血検査
 8. 肝機能検査
 9. 血中脂質検査
 10. 血糖検査
 11. 心電図検査
 12. その他の疾病及び異常の有無
- 2 妊娠中の女性職員においては、前項第6号に掲げる検査の項目を除くものとする。
- 3 第1項各号に掲げる検査の項目のうち、20歳以上の職員においては第1号の身長を、35歳未満の職員及び36歳以上40歳未満の職員、妊娠中の女性職員その他の職員であって腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと診断されたもの、BMI（次の算式により算出した値をいう。以下同じ。）が20未満である職員並びに自ら腹囲を測定し、その値を申告した職員（BMIが22未満である職員に限る。）においては第1号の腹囲を、20歳未満の職員、21歳以上25歳未満の職員、26歳以上30歳未満の職員、31歳以上35歳未満の職員又は36歳以上40歳未満の職員であっ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施行令（平成10年政令第420号）第12条第1項第1号又はじん肺法（昭和35年法律第30号）第8条第1項第1号若しくは第3号に掲げる者に該当しないものにおいては第3号に掲げるものを、40歳未満の職員においては第6号に掲げるものを、35歳未満の職員及び36歳以上40歳未満の職員においては第7号から第11号に掲げるものを、それぞれ検査の項目から除くことができる。

$$\text{BMI} = \text{体重 (kg)} / \text{身長 (m)}^2$$

(方法及び技術的基準)

第14条 法第15条第1項の健康診断の方法及び技術的基準については、次項から第9項までに定めるもののほか、第3条（同条第10号中知能に関する部分を除く。）の規定を準用する。

- 2 前条第1項第2号の聴力は、1,000ヘルツ及び4,000ヘルツの音に係る検査を行う。ただし、45歳未満の職員（35歳及び40歳の職員を除く。）においては、医師が適当と認める方法によって行うことができる。
- 3 前条第1項第3号の結核の有無は、胸部エックス線検査により検査するものとし、胸部エックス線検査によって病変の発見された者及びその疑いのある者、結核患者並びに結核発病のおそれがあると診断されている者に対しては、胸部エックス線検査及び喀痰検査を行い、更に必要に応じ聴診、打診その他必要な検査を行う。
- 4 前条第1項第4号の血圧は、血圧計を用いて測定するものとする。
- 5 前条第1項第5号の尿は、尿中の蛋白及び糖について試験紙法により検査する。
- 6 前条第1項第6号の胃の疾病及び異常の有無は、胃部エックス線検査その他の医師が適当と認める方法により検査するものとし、癌その他の疾病及び異常の発見に努める。
- 7 前条第1項第7号の貧血検査は、血色素量及び赤血球数の検査を行う。
- 8 前条第1項第8号の肝機能検査は、血清グルタミンオキサロアセチクトランスアミナーゼ（GOT）、血清グルタミンピルビクトランスアミナーゼ（GPT）及びガンマーグルタミルトランスペプチダーゼ（ γ -GTP）の検査を行う。
- 9 前条第1項第9号の血中脂質検査は、低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）、高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）及び血清トリグリセライドの量の検査を行う。

(健康診断票)

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

- 2 学校の設置者は、当該学校の職員がその管理する学校から他の学校又は幼保連携型認定こ

も園へ移った場合においては、その作成に係る当該職員の健康診断票を異動後の学校又は幼保連携型認定こども園の設置者へ送付しなければならない。

- 3 職員健康診断票は、5年間保存しなければならない。

(事後措置)

第16条 法第15条第1項の健康診断に当たった医師は、健康に異常があると認めた職員については、検査の結果を総合し、かつ、その職員の職務内容及び勤務の強度を考慮して、別表第2に定める生活規正の面及び医療の面の区分を組み合わせることで指導区分を決定するものとする。

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

「A」 休暇又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」 勤務場所又は職務の変更、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、休日勤務及び宿日直勤務をさせないか又はこれらの勤務を制限すること

「D」 勤務に制限を加えないこと

「1」 必要な医療を受けるよう指示すること

「2」 必要な検査、予防接種等を受けるよう指示すること

「3」 医療又は検査等の措置を必要としないこと

(臨時の健康診断)

第17条 法第15条第2項の健康診断については、第10条の規定を準用する。

第3章 感染症の予防

(感染症の種類)

第18条 学校において予防すべき感染症の種類は、次のとおりとする。

1. 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、重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属 SARS コロナウイルスであるものに限る。）、中東呼吸器症候群

（病原体がベータコロナウイルス属 MERS コロナウイルスであるものに限る。）及び特定鳥インフルエンザ（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（平成10年法律第114号）第6条第3項第6号に規定する特定鳥インフルエンザをいう。次号及び第19条第2号イにおいて同じ。）

2. 第二種 インフルエンザ（特定鳥インフルエンザを除く。）、百日咳、麻疹、流行性耳下腺炎、風しん、水痘、咽頭結膜熱、結核及び髄膜炎菌性髄膜炎

3. 第三種 コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎その他の感染症

- 2 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第6条第7項から第9項までに規定する新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症は、前項の規定にかかわらず、第一種の感染症とみなす。

(出席停止の期間の基準)

第19条 令第6条第2項の出席停止の期間の基準は、前条の感染症の種類に従い、次のとおりとする。

1. 第一種の感染症にかかった者については、治癒するまで。

2. 第二種の感染症（結核及び髄膜炎菌性髄膜炎を除く。）にかかった者については、次の期間。ただし、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めたときは、この限りでない。

イ インフルエンザ（特定鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）にあつては、発症した後5日を経過し、かつ、解熱した後2日（幼児にあつては、3日）を経過するまで。

ロ 百日咳にあつては、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製剤による治療が終了するまで。

ハ 麻疹にあつては、解熱した後3日を経過するまで。

ニ 流行性耳下腺炎にあつては、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。

ホ 風しんにあっては、発しんが消失するまで。

ハ 水痘にあっては、すべての発しんが痂皮化するまで。

ト 咽頭結膜熱にあっては、主要症状が消滅した後2日を経過するまで。

3. 結核、髄膜炎菌性髄膜炎及び第三種の感染症にかかった者については、病状により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで。

4. 第一種若しくは第二種の感染症患者のある家に居住する者又はこれらの感染症にかかっている疑いがある者については、予防処置の施行の状況その他の事情により学校医その他の医師において感染のおそれがないと認めるまで。

5. 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。

6. 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。

(出席停止の報告事項)

第20条 令第7条の規定による報告は、次の事項を記載した書面をもってするものとする。

1. 学校の名称
2. 出席を停止させた理由及び期間
3. 出席停止を指示した年月日
4. 出席を停止させた児童生徒等の学年別人員数
5. その他参考となる事項

(感染症の予防に関する細目)

第21条 校長は、学校内において、感染症にかかっており、又はかかっている疑いがある児童生徒等を発見した場合において、必要と認めるときは、学校医に診断させ、法第19条の規定による出席停止の指示をするほか、消毒その他適当な処置をするものとする。

2 校長は、学校内に、感染症のウイルスに汚染し、又は汚染した疑いがある物件があるときは、消毒その他適当な処置をするものとする。

3 学校においては、その附近において、第一種又は第二種の感染症が発生したときは、その状況により適当な清潔方法を行うものとする。

第4章 学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の職務執行の準則

(学校医の職務執行の準則)

第22条 学校医の職務執行の準則は、次の各号に掲げるとおりとする。

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

(学校歯科医の職務執行の準則)

第23条 学校歯科医の職務執行の準則は、次の各号に掲げるとおりとする。

1. 学校保健計画及び学校安全計画の立案に参加すること
2. 法第8条の健康相談に従事すること
3. 法第9条の保健指導に従事すること
4. 法第13条の健康診断のうち歯の検査に従事すること
5. 法第14条の疾病の予防処置のうち齲歯その他の歯疾の予防処置に従事すること
6. 市町村の教育委員会の求めにより、法第11

条の健康診断のうち歯の検査に従事すること
7. 前各号に掲げるもののほか、必要に応じ、
学校における保健管理に関する専門的事項に
関する指導に従事すること

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

(学校薬剤師の職務執行の準則)

第24条 学校薬剤師の職務執行の準則は、次の各
号に掲げるとおりとする。

1. 学校保健計画及び学校安全計画の立案に参
与すること
 2. 第1条の環境衛生検査に従事すること
 3. 学校の環境衛生の維持及び改善に関し、必
要な指導及び助言を行うこと
 4. 法第8条の健康相談に従事すること
 5. 法第9条の保健指導に従事すること
 6. 学校において使用する医薬品、毒物、劇物
並びに保健管理に必要な用具及び材料の管理
に関し必要な指導及び助言を行い、及びこれ
らのものについて必要に応じ試験、検査又は
鑑定を行うこと
 7. 前各号に掲げるもののほか、必要に応じ、
学校における保健管理に関する専門的事項に
関する技術及び指導に従事すること
- 2 学校薬剤師は、前項の職務に従事したとき
は、その状況の概要を学校薬剤師執務記録簿に
記入して校長に提出するものとする。

第5章 国の補助

(児童生徒数の配分の基礎となる資料の提出)

第25条 都道府県の教育委員会は、毎年度、7月
1日現在において当該都道府県立の小学校、中
学校及び義務教育学校並びに中等教育学校の前
期課程又は特別支援学校の小学部及び中学部の
児童及び生徒のうち教育扶助（生活保護法（昭
和25年法律第144号）に規定する教育扶助をい
う。以下同じ。）を受けている者の総数を、第
3号様式により1月10日までに文部科学大臣に
報告しなければならない。

2 市町村の教育委員会は、毎年度、7月1日現
在において当該市町村立の小学校、中学校及び
義務教育学校並びに中等教育学校の前期課程又
は特別支援学校の小学部及び中学部の児童及び

生徒のうち教育扶助を受けている者の総数を、
第4号様式により12月20日までに都道府県の教
育委員会に報告しなければならない。

3 都道府県の教育委員会は、前項の規定により
市町村の教育委員会から報告を受けたときは、
これを第5号様式により1月10日までに文部科
学大臣に報告しなければならない。

(児童生徒数の配分方法)

第26条 令第10条第3項の規定により都道府県の
教育委員会が行う配分は、付録の算式により算
定した数を基準として行うものとする。

(配分した児童生徒数の通知)

第27条 都道府県の教育委員会は、令第10条第3
項及び前条の規定により各市町村ごとの小学
校、中学校及び義務教育学校並びに中等教育学
校の前期課程又は特別支援学校の小学部及び中
学部の児童及び生徒の被患者の延数の配分を
行ったときは、文部科学大臣に対しては第6号
様式により、各市町村の教育委員会に対しては
第7号様式によりすみやかにこれを通知しなけ
ればならない。

第6章 安全点検等

(安全点検)

第28条 法第27条の安全点検は、他の法令に基づ
くもののほか、毎学期1回以上、児童生徒等が
通常使用する施設及び設備の異常の有無につい
て系統的に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、安全点検を行うものとする。

(日常における環境の安全)

第29条 学校においては、前条の安全点検のほ
か、設備等について日常的な点検を行い、環境
の安全の確保を図らなければならない。

第7章 雑則

(専修学校)

第30条 第1条、第2条、第5条、第6条（同条
第3項及び第4項については、大学に関する部
分に限る。）、第7条（同条第6項については、
大学に関する部分に限る。）、第8条、第9条
（同条第1項については、学生に関する部分に
限る。）、第10条、第11条（大学に関する部分に
限る。）、第12条から第21条まで、第28条及び前

条の規定は、専修学校に準用する。この場合において、第5条第1項中「6月30日までに」とあるのは「当該学年の始期から起算して3月以内に」と、第7条第8項中「学校医又は学校歯科医」とあるのは「医師」と、第9条第2項中「学校医その他の医師」とあるのは「医師」と、第12条中「第5条」とあるのは「第30条において準用する第5条」と、第19条第2号、第

3号及び第4号中「学校医その他の医師」とあるのは「医師」と、第19条第5号及び第6号並びに第21条第1項中「学校医」とあるのは「医師」とそれぞれ読み替えるものとする。

2 第22条の規定は、専修学校の医師の職務執行の準則について準用する。

附則 及び 付録 〈省略〉

学校生活管理指導表 (小学生用)

氏名 男・女 年 月 日 生()才 学年 学年 組

①診断名(所属名) ②指導区分 ③運動クラブ活動 ④次回受診

【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・・・強い運動は可】

要管理: A・B・C・D・E ()クラブ ()年 ()カ月後

管理不要 ()禁 または異常があるとき

医師 印

医療機関

運動強度	軽い運動 (C・D・Eは“可”)	中等度の運動 (D・Eは“可”)	強い運動 (Eのみ“可”)	
体育活動	<p>体ほぐしの運動遊び 多様な動きをつくる運動遊び</p> <p>体ほぐしの運動 多様な動きをつくる運動</p> <p>体ほぐしの運動 体力を高める運動</p> <p>走・跳の運動遊び</p> <p>走・跳の運動</p> <p>陸上運動</p> <p>ゲーム、ボールゲーム・東遊び(低学年) ゴール型・ネット型・ベースボール型ゲーム(中学年)</p> <p>ボール運動</p> <p>器械運動</p> <p>器械運動 マット、跳び箱、鉄棒</p> <p>水遊び</p> <p>水泳運動</p> <p>表現運動</p> <p>表現運動</p> <p>雪遊び、氷上遊び、スキー、スケート、水辺活動</p>	<p>体のバランスをとる運動遊び (寝転ぶ、起きる、座る、立つなどの動きで構成される遊びなど)</p> <p>体のバランスをとる運動 (寝転ぶ、起きる、座る、立つ、ケンケンなどの動きで構成される運動など)</p> <p>体の素早く動かす運動 (スリムな動きを高めるための運動)</p> <p>ケンパー・跳び遊び</p> <p>ウォーキング、軽い立ち幅跳び</p> <p>その場でボールを投げたり、ついたり、捕ったりしながら行つて遊び</p> <p>基本的な操作 (パス、キャッチ、キック、ドリブル、シュート、バウンディングなど)</p> <p>ジャングリングなどを使った運動遊び</p> <p>基本的な動作 (前後、側面、後転、後倒立、ブリッジなどの部分的な動作)</p> <p>跳び箱(前回り下りなど)の部分的な動作</p> <p>水に慣れる遊び (水につかまっでの伏し泳ぎ、水中でのジャンケン、水の中でのシャケン、ならめっこなど)</p> <p>浮く運動(伏し泳ぎ、背泳ぎ、くらげ浮きなど)</p> <p>泳ぐ動作(げんこつなど)</p> <p>まねっこ遊び(鳥、昆虫、恐竜、動物など)</p> <p>その場での即興表現</p> <p>雪遊び、氷上遊び</p>	<p>用具を操作する運動遊び (用具を持つ、捨てる、回す、転がす、くぐるなどの動きで構成される遊びなど)</p> <p>用具を操作する運動 (用具をつかむ、持つ、回す、降ろす、なわなどの動きで構成される遊びなど)</p> <p>巧みな動きを高めるための運動 (スリムな動きを高めるための運動、ボール・棒を使った運動)</p> <p>ケンパー・跳び遊び</p> <p>ゆつくりとしたジョギング、軽いジャンプ動作(幅跳び・高跳び)</p> <p>ボールを蹴ったり止めたりして行つて遊ぶなど(簡単な東遊び)</p> <p>簡単なゲーム (構の工夫、用具の工夫、ルールの工夫を加え、基本的な操作を踏まえたゲーム)</p> <p>器械、ろく木を使った運動遊び</p> <p>基本的な動作 (前後、側面、後転、後倒立、補助倒立など)</p> <p>跳び箱(前回り下りなど)の部分的な動作</p> <p>泳ぐ運動(伏し泳ぎ、背泳ぎ、くらげ浮きなど)</p> <p>泳ぐ動作(連続したポビングなど)</p> <p>まねっこ遊び(飛行機、遊園地の乗り物など)</p> <p>軽いリズムダンス、フォークダンス、日本の民謡の簡単なステップ</p> <p>スキー・スケートの滑走など</p>	<p>体を移動する運動遊び(運ぶ、走る、跳ぶ、はねるなどの動きで構成される遊び)</p> <p>力強い運動遊び(人を押す、引く、運ぶ、支える、力比べで構成される遊び)</p> <p>体を移動する運動遊び(運ぶ、走る、跳ぶ、はねるなどの動きで構成される遊び)</p> <p>力強い運動遊び(人を押す、引く、運ぶ、支える、力比べで構成される遊び)</p> <p>基本的な動きを組み合わせる運動</p> <p>動きを相対する能力を高める運動(短なわ、長なわ遊び、持久走)</p> <p>力強い動きを高める運動</p> <p>全力でかっけこ、折り返しリレー遊び</p> <p>短い距離を走らせたリレー遊び</p> <p>全力でかっけこ、周回リレー、小型ハードル走</p> <p>全力での短距離走、ハードル走</p> <p>助走をした走り幅跳び、助走をした走り高跳び</p> <p>ゲーム(試合)形式</p> <p>マット、鉄棒、跳び箱を使った運動遊び</p> <p>連続技や組合せの技</p> <p>水につかまっでのリレー遊び、バフリング・ポビングなど</p> <p>補助具を使ったクロール、平泳ぎのストロークなど</p> <p>クロール、平泳ぎ</p> <p>リズム遊び(弾む、回る、ねじる、スキップなど)</p> <p>変化のある動きをつなげた表現(ロック、サンバなど)</p> <p>強い動きのある日本の民謡</p> <p>スキー・スケートの滑走など</p> <p>体力を相対して使う運動(トランベンツ、トロンボーン、オーボエ、バスーン、ホルンなど)、リズムのなかなり速い曲の演奏や指揮、行進を伴うマーチングバンドなど</p>
文化的活動	<p>体力が必要な長時間の活動を除く文化活動</p>	<p>右の強い活動を除くほとんどの文化活動</p>		
学校行事、その他の活動	<p>運動会、体育祭、球技大会、新体力テストなどは上記の運動強度に準ずる。</p> <p>▼指導区分「E」以外の児童の遠足、宿泊学習、修学旅行、補習学校などの参加について不明な場合は学校医、主治医と相談する。</p> <p>▼陸上運動系・水泳系の児童(学習指導要領参照)については、学校医、主治医と相談する。</p>			

その他注意すること

定義
《軽い運動》 同年齢の平均的児童にとって、ほとんどがはたすことができない程度の運動。
《中等度の運動》 同年齢の平均的児童にとって、少しはたすことが難しい程度。
《強い運動》 同年齢の平均的児童にとって、ほとんどがはたすことができない程度。
*新体力テストで行われるシャトルラン・持久走は強い運動に属することがある。

裏面に続きます。ご覧ください。

・学校生活管理指導表について

学校生活管理指導表では、教科体育に掲げられている前運動種目を取り上げ、その種目への取組方によって強度を分類しています。

この管理指導表は、小学校と中学校及び高等学校では、運動種目の呼称等が大きく異なるため、小学生用と中・高校生用に分けて作成しています。

・指導区分について

- A：在宅医療・入院が必要
- B：登校は出来るが、運動は不可
- C：「同年齢の平均的児童生徒にとつての」軽い運動には参加可
- D：「同年齢の平均的児童生徒にとつての」中等度の運動も可
- E：「同年齢の平均的児童生徒にとつての」強い運動も可

運動強度の定義

- (1) 軽い運動
同年齢の平均的児童生徒にとつて、ほとんど息がはずまない程度の運動。
球技では、原則としてフットワークを伴わないもの。
- (2) 中等度の運動
同年齢の平均的児童生徒にとつて、少し息がはずむが、息苦しくはない程度の運動。
バートナーがいれば、素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つて、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動。
等尺運動の場合は、動作時に顔を食いしぼり、大きな掛け声を伴う、動作中や動作後に顔面の紅潮及び呼吸促進を伴うほどの運動。

注) 等尺運動：関節を動かさないうで、筋肉に力を入れる運動

・運動部(クラブ)活動について

すべての運動部に制限なく参加できる場合は、運動種目や参加内容を規定せず、「可」に○をつけてください。

制限がある場合は、()内に参加できる活動を記載します。

注) 運動部活動欄の記載にあたって

学校差や個人差が大きいかを考えると、運動の種目のみで参加の可否を決定できませんので、それぞれの児童生徒の部活動の状況を確認して記入してください。

また、運動部活動は、選手としての参加のほか、記録係など強い身体活動を要求されない担当部署への参加もあつて、指導区分がC及びDの児童生徒にも参加形態の条件をつけて参加の機会を与えてください。

・その他の学校行事などについて

一覧表に例示されていない体カテストや学校行事も、運動強度の定義を参考に、同年齢の平均的な児童生徒にとつて、その活動がどの運動強度に属する程度のものであるかを考慮して、各指導区分の児童生徒の参加の可否を決定してください。

学校生活管理指導表 (中学・高校生用)

西暦 年 月 日

氏名 _____ 男・女 _____ 年 月 日 生 () 才 _____ 学校名: _____ 年 組 _____

①診断名(所見名)	②指導区分 A・・・登校ができるが運動が必要 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	③運動部活動 ()部 ()部 管理: A・B・C・D・E 管理不要	④次回受診 ()年 ()月 ()日 または異常があるとき	医療機関 _____ 医師 _____ 印 _____
-----------	--	--	---------------------------------------	--------------------------------

運動領域等	運動強度		③運動部活動 ()部 ()部 管理: A・B・C・D・E 管理不要	④次回受診 ()年 ()月 ()日 または異常があるとき	医療機関 _____ 医師 _____ 印 _____
	軽い運動 (C・D・Eは"可")	中等度の運動 (D・Eは"可")			
* 体づくり運動	仲間と交流するための手軽な運動、律動的な運動 基本の運動(投げる、打つ、捕る、蹴る、跳ぶ)	体の柔らかさ及び巧みな動きを高める運動、力強い動きを高める運動、動きを持続する能力を高める運動	中等度の運動まで可 E・・・強い運動も可	強い運動 (Eのみ"可")	最大限の持久運動、最大限のスピードでの運動、最大筋力での運動
	器械運動 (マット、跳び箱、鉄棒、平均台)	準備運動、簡単なマット運動、バランス運動、簡単な跳躍系の技を含む)			
陸上競技	基本動作、立ち幅跳び、負荷の少ない投てき、軽いジャンピング(走ることは不可)	基本動作を生かした簡易ゲーム (ゲーム時間、コート広さ、用具の工夫などを取り入れた連携プレー、攻撃・防衛)	中等度の運動まで可 E・・・強い運動も可	強い運動 (Eのみ"可")	最大限の持久運動、最大限のスピードでの運動、最大筋力での運動
水泳	(クロール、平泳ぎ、背泳ぎ、バタフライ)	水慣れ、浮く、伏し泳ぎ、け伸びなど	クラブで球を打つ練習	強い運動 (Eのみ"可")	競泳、遠泳(長く泳ぐ)、タイムレース、スタート・ターン
球技	バスケットボール	基本動作 (パス、シュート、ドリブル、フェイント、リフティング、トラップ、スローイング、キッキング、ハンドリングなど)	基本動作を生かした簡易ゲーム (ゲーム時間、コート広さ、用具の工夫などを取り入れた連携プレー、攻撃・防衛)	強い運動 (Eのみ"可")	競泳、遠泳(長く泳ぐ)、タイムレース、スタート・ターン
	サッカー	基本動作 (パス、サーベイス、レシーブ、トス、フェイント、ストローク、ショットなど)	基本動作を生かした簡易ゲーム (ゲーム時間、コート広さ、用具の工夫などを取り入れた連携プレー、攻撃・防衛)	強い運動 (Eのみ"可")	競泳、遠泳(長く泳ぐ)、タイムレース、スタート・ターン
	ラグビー	基本動作 (投球、捕球、打撃など)	基本動作を生かした簡易ゲーム (ゲーム時間、コート広さ、用具の工夫などを取り入れた連携プレー、攻撃・防衛)	強い運動 (Eのみ"可")	競泳、遠泳(長く泳ぐ)、タイムレース、スタート・ターン
	バレーボール	基本動作 (軽いスマインクなど)	基本動作を生かした簡易ゲーム (ゲーム時間、コート広さ、用具の工夫などを取り入れた連携プレー、攻撃・防衛)	強い運動 (Eのみ"可")	競泳、遠泳(長く泳ぐ)、タイムレース、スタート・ターン
	卓球	基本動作 (軽いスマインクなど)	基本動作を生かした簡易ゲーム (ゲーム時間、コート広さ、用具の工夫などを取り入れた連携プレー、攻撃・防衛)	強い運動 (Eのみ"可")	競泳、遠泳(長く泳ぐ)、タイムレース、スタート・ターン
バドミントン	基本動作 (軽いスマインクなど)	基本動作を生かした簡易ゲーム (ゲーム時間、コート広さ、用具の工夫などを取り入れた連携プレー、攻撃・防衛)	強い運動 (Eのみ"可")	強い運動 (Eのみ"可")	競泳、遠泳(長く泳ぐ)、タイムレース、スタート・ターン
	ソフトボール	基本動作 (軽いスマインクなど)	基本動作を生かした簡易ゲーム (ゲーム時間、コート広さ、用具の工夫などを取り入れた連携プレー、攻撃・防衛)	強い運動 (Eのみ"可")	競泳、遠泳(長く泳ぐ)、タイムレース、スタート・ターン
野球	基本動作 (軽いスマインクなど)	基本動作を生かした簡易ゲーム (ゲーム時間、コート広さ、用具の工夫などを取り入れた連携プレー、攻撃・防衛)	強い運動 (Eのみ"可")	強い運動 (Eのみ"可")	競泳、遠泳(長く泳ぐ)、タイムレース、スタート・ターン
ゴルフ	基本動作 (軽いスマインクなど)	基本動作を生かした簡易ゲーム (ゲーム時間、コート広さ、用具の工夫などを取り入れた連携プレー、攻撃・防衛)	強い運動 (Eのみ"可")	強い運動 (Eのみ"可")	競泳、遠泳(長く泳ぐ)、タイムレース、スタート・ターン
武道	柔道、剣道、相撲	礼儀作法、基本動作(受け身、素振り、さばきなど)	基本動作を生かした簡単な技・形の練習	強い運動 (Eのみ"可")	競泳、遠泳(長く泳ぐ)、タイムレース、スタート・ターン
ダンス	創作ダンス、フォークダンス、現代的なリズムのダンス	基本動作(手ぶり、ステップ、表現など)	基本動作を生かした動きの激しさを伴わないダンスなど	強い運動 (Eのみ"可")	競泳、遠泳(長く泳ぐ)、タイムレース、スタート・ターン
野外活動	雪遊び、氷上遊び、スキー、スケート、キャンプ、登山、遠泳、水迎活動	水・雪・氷上遊び	スキー、スケートの歩行やゆっくりな滑走平地歩きのハイキング、水に浸かり遊びなど	強い運動 (Eのみ"可")	競泳、遠泳(長く泳ぐ)、タイムレース、スタート・ターン
文化的活動	体力が必要な長時間の活動を除く文化活動	右の強い活動を除くほとんどの文化活動	右の強い活動を除くほとんどの文化活動	強い運動 (Eのみ"可")	競泳、遠泳(長く泳ぐ)、タイムレース、スタート・ターン
学校行事、その他の活動	▼運動会、体育祭、球技大会、新体カブスタなどは上記の運動強度に準ずる。 ▼指導区分、"E"以外の生徒の遠足、宿泊学習、修学旅行、林間学校、臨海学校などの参加については不明な場合は学校医・主治医と相談する。			強い運動 (Eのみ"可")	競泳、遠泳(長く泳ぐ)、タイムレース、スタート・ターン

その他注意事項

定義 《軽い運動》 同年齢の平均的生徒にとつて、ほとんど息がはずまない程度の運動。
《中等度の運動》 同年齢の平均的生徒にとつて、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。
《強い運動》 同年齢の平均的生徒にとつて、息がはずみ息苦しさを覚えるほどの運動。心疾患では等尺運動の場合は、動作時に顔食いしぼったり、大きな掛け声を伴ったり、動作中や動作後に顔面の紅潮、呼吸促進を伴うほどの運動。
* 新体カブスタで行われるシャトルラン・持久走は強い運動に属することがある。

裏面に続きます。ご覧ください。

・学校生活管理指導表について

学校生活管理指導表では、教科体育に掲げられている前運動種目を取り上げ、その種目への取組方によって強度を分類しています。

この管理指導表は、小学校と中学校及び高等学校では、運動種目の呼称等が大きく異なるため、小学生用と中・高校生用に分けて作成しています。

・指導区分について

- A：在宅医療・入院が必要
- B：登校は出来るが、運動は不可
- C：「同年齢の平均的児童生徒にとつての」軽い運動には参加可
- D：「同年齢の平均的児童生徒にとつての」中等度の運動も可
- E：「同年齢の平均的児童生徒にとつての」強い運動も可

運動強度の定義

- (1) 軽い運動
同年齢の平均的児童生徒にとつて、ほとんど息がはずまない程度の運動。
球技では、原則としてフットワークを伴わないもの。
- (2) 中等度の運動
同年齢の平均的児童生徒にとつて、少し息がはずむが、息苦しくはない程度の運動。
パートナーがいれば、案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つて、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動。
等尺運動の場合は、動作時に歯を食いしばり、大きな掛け声を伴う、動作中や動作後に顔面の紅潮及び呼吸
促進を伴うほどの運動。

・運動部(クラブ)活動について

すべての運動部に制限なく参加できる場合は、運動種目や参加内容を規定せず、「可」に○をつけてください。

制限がある場合は、()内に参加できる活動を記載します。

注)運動部活動欄の記載にあたって

学校差や個人差が大きいことを考えると、運動の種目のみで参加の可否を決定できませんので、それぞれの児童生徒の部活動の状況を確認して記入してください。

また、運動部活動は、選手としての参加のほか、記録係など強い身体活動を要求されない担当部署への参加もあつて、指導区分がC及びDの児童生徒にも参加形態の条件をつけて参加の機会を与えてください。

・その他の学校行事などについて

一覧表に例示されていない体力テストや学校行事も、運動強度の定義を参考に、同年齢の平均的な児童生徒にとつて、その活動がどの運動強度に属する程度のものであるかを考慮して、各指導区分の児童生徒の参加の可否を決定してください。

執 筆 者

新 井 英 夫	有 坂 拓	今 泉 友 一
生 形 学	浦 道 代	江 原 弘 佳
大 川 司	大 津 義 晃	大 西 洋 子
金 子 浩 章	狩 野 等	管 野 剛
小 池 諭	小 林 佳代子	小 林 富 男
齐 藤 淳 一	真 藤 愛	直 田 祐 子
鈴 木 基 司	須 田 浩 充	善如寺 恵 子
竹 澤 伸 子	富 沢 仙 一	長 嶋 完 二
長 島 知 久	永 山 雅 之	新 田 安紀芳
羽 鳥 則 夫	疋 田 博 之	樋 口 徹 也
星 野 貴 子	堀 部 真理子	正 木 高
松 島 宏	丸 山 健 一	三 浦 信 明
溝 口 健 介	溝 口 史 剛	宮 村 奈々江

五十音順

「学校医Q&A（改訂版）」編集会議委員

新 井 英 夫	有 坂 拓	今 泉 友 一
真 藤 愛	直 田 祐 子	善如寺 恵 子
永 山 雅 之	堀 部 真理子	

五十音順

編集後記

平成22年度に第41回全国学校保健・学校医大会が群馬県医師会担当で開催されたことを機会に平成25年4月に初版の「学校医Q&A—健康診断と保健活動のポイント集—」が発刊されましたが、近年、学校保健の現場では新たに様々な健康課題が顕在化しているため、9年ぶりに改訂を行いました。

改訂版では、初版の掲載内容を見直すとともに、運動器検診の目的と方法、高度肥満児対策の目的と方法、がん教育、タバコ・飲酒・薬物乱用防止教育、子どものメディア対策の5項目を追加しました。初版のQ&A方式を受け継ぎ、群馬県の情報を含みながら、できるだけ分かりやすく簡潔に掲載することに心がけました。さらに、ワンポイントメモとして5歳児就学前健診の目的、認定こども園の説明を挿入しました。

本書が学校医の先生方において健康診断と保健活動にご活用いただければ幸いです。

最後に、本書の刊行にあたり、コロナ禍の影響で多くの制約があるにもかかわらず細部にわたる内容の検討をしていただいた編集委員の皆様、そしてお忙しい中、快く執筆にご協力いただいた先生方や群馬県教育委員会の皆様に心からお礼を申し上げます。

令和4年9月

群馬県医師会学校保健担当理事 今 泉 友 一

学校医Q&A（改訂版）

— 健康診断と保健活動のポイント集 —

発行日 令和4年9月5日

編集 群馬県医師会

印刷所 朝日印刷工業株式会社
