

平成 17 年 3 月 9 日

学校保健教育について（雪下委員提出資料）

最近、学校保健の現場では、いじめ、不登校、学校崩壊等のこころの問題をはじめ、たばこ、薬物乱用、性の逸脱行為、性感染症の蔓延、スポーツ外傷・傷害、アレルギー疾患等未解決の問題が山積している。

これらに適切に対応して行く為には、学校における健康教育はもとより、家庭や地域が密接な連携のもとに一丸となって、幅広い学校保健活動を展開して行く以外に方法はなく、キーマンとしての学校医の責務は重要である。

平成 9 年の「保健体育審議会答申」でも、学校医等の学校保健教育への直接的関与について積極的にすすめる中で、「学校の実態を踏まえ、学校の教育活動に積極的に参画し、必要に応じて学習指導への協力を行ったり、教職員の研修に積極的に取り組む等、その専門性を一層発揮できるよう配慮すべきである。」としている。更に「薬物乱用や性の逸脱行為に関する指導については、医師を活用することが望まれ、そのために、精神科医・産婦人科医等の学校医の増員が必要である」とも指摘している。

日本医師会でも、多様化する学校保健の現場においては、従来の内科・眼科・耳鼻科の三科学校医体制では、もはや対応しきれず、精神科、産婦人科、整形外科、皮膚科等の専門医師の応援が必要であると認識し、その対策を検討してきた。

その中で、平成 15 年度より日本医師会予算に計上し、神奈川、千葉、大阪の三医師会においてモデル事業「各科専門医の学校保健活動における実践活動の研究」を実施するとともに、国（文部科学省）に対し、全国的早期制度化の実現を要望してきた。

国（文部科学省）においても、早速その要望を受け、「児童・生徒が一日の大半を過ごす学校生活をともに健康で安全に送ることの出来るよう、児童・生徒の心身の健康管理を行う必要がある」として、学校の要請により、各診療科の専門医の派遣を行う等の地域保健等と連携し、児童・生徒の心身の健康相談や健康教育を行うモデル事業として、「学校・地域保健推進事業」の名で、新規事業予算 2 億 1 千数百万円を計上した。これは 1 地域当たり 448 万円に相当し、しかも全額国負担で 3 年間の継続事業である。

その予算を有効に活用し、47 都道府県全域に、専門校医の 4 科体制が構築されるよう、全都道府県医師会の積極的参加を要望しモデル事業を展開中である。

平成 8 年、中央教育審議会答申が出され、「21 世紀を展望した我が国の教育のあり

方」を提示し、キーワードとして「生きる力」と「ゆとり」があげられた。

それを受け、平成 9 年に保健体育審議会答申も提示され、21 世紀の学校保健活動の方向性も明示された。それによると健康の保持・増進を自らの力で選択・実施させるために、定期健康診断は、健康管理から健康教育へと重点をシフトさせるとともに、関係職種がお互いに連携・協力して地域保健の一環として組織活動をする必要があることを提唱している。

一向に解決の糸口さえ見出せない、山積する「心の問題」や「性の問題」等については、地域に密着した学校医（含専門校医）が学校現場に出向き、学校保健活動におけるオピニオンリーダーとして、各関係職種をまとめ、その推進に努力する以外、もはや方法はないと思われる。

学校医の学校保健活動の重要かつ有効な場としては、学校保健委員会と健康相談の二つがある。

① 学校保健委員会

学校保健の組織活動としては、学校保健委員会は全国学校保健・学校医大会を頂点として、各ブロック大会（例：関東甲信越静学校保健大会）、各都道府県大会、各市町村大会が活発に活動してその有効性が認められている。しかし、肝心の各学校における学校保健委員会の活動が有効に機能しているとは思えない。そのため、全国大会での議論が末端に伝わりにくく、末端現場の問題が上部の組織に取り上げられることもない。学校の設置者、学校医を含む学校保健の関係者は、現実の問題から大きな乖離が生じていることに、早急に気づかなければならない。

その要因の 1 つとして、学校保健委員会の法的位置付けの問題がある。「学校保健委員会」の名称は、昭和 33 年 6 月、文体保 55 のなかで学校保健法第 2 条により義務付けられている「学校保健安全計画」の立案に参加する有効な活動組織の名称として初めて公式に使用されている。

その後、全国学校保健・学校医大会において、学校医の強い要望を受けて、昭和 47 年、保健体育審議会答申のなかで初めて、学校保健委員会についてその構成メンバーを明記するとともに、学校内の協力体制はもとより、家庭や地域社会との協力関係を確立して地域保健との密接な連携を図ることが必要であるとしている。

しかし、これらは体育局通知や保健体育審議会答申によるもので、現場関係者のなかには、その存在すら認識していない者も少なくない。その有効性を認知・普及させるためには、ぜひとも、学校保健法施行規則・細則のなかに法制化する

ことが必要である。

学校保健委員会の機能を整理すると、

- ① 組織間の情報交換と通知
- ② 学校保健安全計画への参画と助言
- ③ 学校保健の重要性の再認識と啓発
- ④ ヘルスプロモーションのための情報提供
- ⑤ 心の問題への学校医の協力
- ⑥ 各種健康管理区分の徹底
- ⑦ 緊急時対策の組織づくり
- ⑧ 学校産業医（保健指導医）活動
- ⑨ 家庭・地域への保健情報の発信
- ⑩ 健康スポーツ医活動（学校行事、課外活動）

と多岐多彩に及ぶが、学校保健の現場では、いずれも一つとして欠くことのできない重要な事項である。

文部科学省による全国での学校保健委員会の設置状況調査報告によると、小・中・高校共に 80%以上の数値を示している。しかしこれは、児童生徒のみで実施しているもの、児童生徒と養護教諭、関係教諭と父兄、児童生徒と学校医のみによるものなどが含まれていて、答申に示されているような「学校側の代表と、家庭、保健所、地域保健関係機関などの代表をもって組織し、地域保健関係機関などの代表をもって組織し、地域保健との密接な連携を図るもの」には程遠い。

日本医師会が学校医に対して学校保健委員会への参加についてアンケート調査を行ったところ、約 30%の学校への参加しかないのが実情である。地域保健の一環としての学校保健を考えると、学校保健委員会の全校への設置がぜひとも急がなければならない。

② 健康相談

健康相談については、学校保健法第 11 条において「学校においては、児童、生徒、学生又は幼児の健康に関し、健康相談を行うものとする」と定められている。さらに施行規則第 23 条の学校医の職務執行の準則のなかでも、学校医は健康相談に従事することとしている。

また、体育局通達において、健康相談は校長が学校医または学校歯科医に行わせ、それには担任の教師が立ち会うことが適当であると記載している。その実施に当たっては、毎月定期的に必要があれば臨時に、時刻を定めて行うものとし、

場所については、保健室において行うこととしている。

さらに、健康相談の対象者についても次のように指定している。

- ① 健康診断の結果、継続的な観察および指導を必要とする者
- ② 日常の健康観察の結果、継続的な観察を必要とする者
- ③ 病欠欠席がちである者
- ④ 児童・生徒自らが心身の異常に気づいて健康相談の必要性を認める者
- ⑤ 保護者が当該児童・生徒等の状態から健康相談の必要性を認めた者
- ⑥ 修学旅行、遠足、運動会、対外運動競技等の学校行事への参加の場合において必要と認める者

学校健診が健康管理から健康教育へと方向をシフトし、個人のプライバシーが尊重される学校保健の現場では、当面する心の問題（不登校、いじめ、学級崩壊など）、小児の生活習慣病、性の問題、薬物・酒・タバコなどについての対策は、集団的指導では限界があり、なじまなくなってきた。保健室を使つてのきめの細かい個別的な健康相談こそ、きわめて有効な方策と考えられる。

学校保健委員会に比して、健康相談は法的にも十分整備されている制度であるのに、現状では実施状況はきわめて悪い。学校医が積極的に働きかけ、参加することで健康相談の活性化を図ることが、さしあたり、学校保健全体の推進への最大の突破口になると思われる。

学校保健委員会について

学校保健委員会

学校における生徒の健康の問題を研究協議し、健康づくりを推進する組織として、学校保健委員会を設置し、様々な健康問題に適切に対処するため、家庭、地域社会の教育力を充実する観点から、学校と家庭や地域社会を結ぶ組織として学校保健委員会を機能させることが求められている。

法的な根拠

昭和 33 年学校保健法が公布されたとき学校保健委員会の開催や活動の計画的な実施について、文部省体育局長通達が出されました。平成 9 年 9 月の文部省保健体育審議会の答申において学校保健委員会の運営の強化の必要性について改めて提書されている。

- 学校保健法及び同法施行令に伴う実施基準（昭和 33 年文部省体育局長通達）
「…法の運営をより効果的にさせるための暦活動たとえば学校保健委員会の開催及びその活動の計画なども(掌校保健計画の中に)含むものであって、年間計画を立ててこれを実施すべき旨のものである。」
- 文部省保健体育審議会の答申（平成 9 年）（抄）
学校保健委員会は、学校や地域の实情に応じて、校長、保健主事、養護教諭、安全主任・学校給食主任、保健健康担当教員その他の一般教員及び学校医、学校 歯科医・学校薬剤師等の学校代表者ならびに家庭、保健所その他地域の保健関係機関等の代表をもって組織するとともに、年間を通じて計画的に開催し、学校内の協力体制はもとより、家庭や地域社会との協力関係を確立して地域保健との密接な連携を図ることが必要である。

「開かれた学校づくり」の推進

子どもの健康問題の解決には「学校」、「家庭」、「地域社会」の連携した取り組みで効果が期待できる。また、多様化、深刻化する健康問題の対応には、必要な知識や技能を持った地域の人々や専門家の協力が大きな力となる。

連携した取り組みや、教育活動への参加協力などについて理解を図る学校保健委員会の開催は、開かれた学校づくりを推進するものである。

具体的な活動として

食事、運動、休養及び睡眠など規則正しい生活の習慣作り

性に関する問題、喫煙・飲酒・薬物乱用防止等、またいじめや不登校の問題
などこころの健康問題への取り組みの充実

水・空気など健康で安全な環境づくりと管理の徹底

定期健康診断の適切な事後措置の徹底

感染症の予防・対策についての取り組み

食中毒の予防・対策についての取り組み

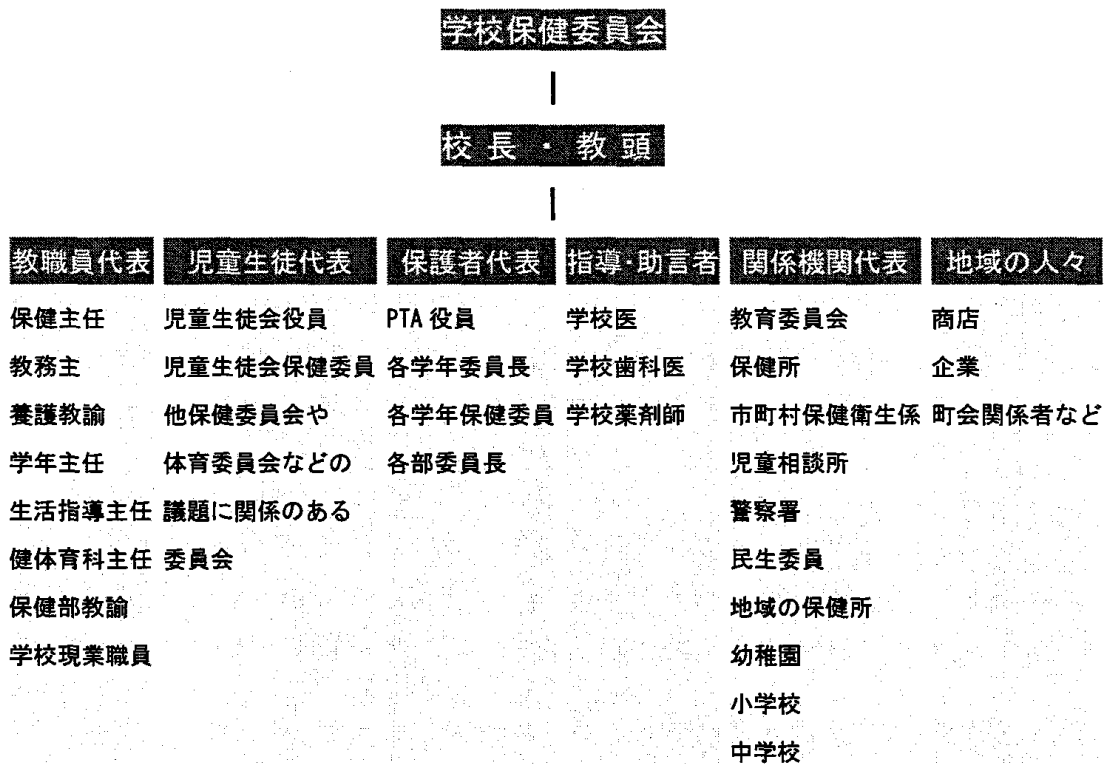
幼稚園、小学校、中学校、高等学校等が連携した健康づくりの推進

災害時の避難や対応等について家庭、地域社会の理解と協力

交通安全や生活安全など地域社会等と協力した環境づくりの推進

障害を持つ児童生徒が健康に生活できる地域社会づくりの推進

○ 学校保健委員会構成例（日本学校保健会学校保健委員会マニュアルより）



「効果的な感染症発生動向調査のための国及び県の発生動向調査の方法論の開発に関する研究」(主任研究者・谷口 清州)

性感染症サーベイランス 分担中瀬克己

サーベイランスシステム改善に関する意見

2004.11.

エイズ・性感染症については、患者・感染者のプライバシー保護の観点から、感染症が発生した場合の届出事項は現行どおりとするが、性感染症の拡大に迅速に対応するために地域ごとの流行状況の把握を充実させる必要がある。また、保健所等においては法15条にある調査の対象として性感染症の集団発生等も含まれるとの認識を持って発生動向を把握する必要がある。

一方、対策のために詳細な把握が必要な項目については、感染症発生動向調査による症例把握に加え、調査研究事業等により感染者の理解を得て行うことが適当である。また、わが国において高率といわれる薬剤耐性淋菌に対して、性感染症治療をより確実に行うために、その動向把握と還元の充実が必要である。このような性感染症動向に関する報告書は、感染症発生動向調査に加えて関連する研究事業等の成果も活用する形で公表活用すべきである。

また、梅毒については感染性の有無の観点から、淋菌感染症については口腔など性器以外の部位からの性交渉による感染の拡大が懸念されておりこれを明示するなど報告基準の見直しを行うことが適当である。

1. 報告システムについて

地域など対象ごとの発生動向把握の充実

具体的な変更点

1. 後天性免疫不全症候群(患者および感染者)報告における「最近数年間の主な居住地」および「推定される感染地域」の区分を、日本、その他()、不明の3区分から都道府県・政令指定都市、その他(国名)、不明に変更する。

根拠

(ア) HIV 感染症は大都市圏から地方へ拡大し¹⁾、今後この傾向がいつそう進行すると予測される²⁾が、東京都内の医療機関を受診する都外居住者の割合は25%程度とされる³⁾。現在は報告医療機関の所在地によって地域別動向を推定していることから地方での感染拡大状況が過小評価されていると推定できる。居住地・推定感染地報告の区分の変更によりこれが是正され、地方における患者に対する医療の確保および感染拡大防止対策の推進が期待できる。

2. 性感染症定点医療機関の選定方式を変更し、より多数の報告を得る必要がある。さらに、性感染症動向の指標疾患として淋菌感染症を全数報告疾患とすることを検討すべきである。このことにより都道府県単位での発生動向さらに、保健所単位等での性感染症の動向を把握でき、地域の実情を踏まえた対策に有用な資料が得られる。

根拠:

(ア) 性感染症罹患率は同一県内においても地域ごとに大きな差があり⁴⁾、地域ごと対象ごとの動向把握と対策が必要である。しかし、現行の性感染症定点医療機関は、報告数の少ない定点が多く補足や地域代表性が低い、地域間比較や性別比較ができないなど、地域ごとのみならず全国の発生動向把握においても改善が必要であ

る⁵⁾。これは、1. 無作為な受診を前提とした無作為な医療機関選定だが実際は特定の医療機関に集中し補足率が低くなっている、2. 男女別推定を想定した産婦人科系、泌尿器科系からの1:1の選定だが地域ごとの比に大きな差があるなど地域間比較ができない、などの理由による。性感染症診断数の多い医療機関とするなどの定点医療機関選定方式の変更が必要である。なお、具体的な性感染症定点医療機関の設定方法については当研究班において検討しており本年度末等後日提言する予定である。

- (イ) 保健所あたり性感染症定点医療機関数は婦人科系0カ所の保健所が47%、皮膚泌尿器科系0カ所が40%⁶⁾、合計2カ所以下が83% (421/505)⁴⁾と地域ごと性別など対象ごとの動向把握が困難な状況である。地域及び対象ごとの性感染症拡大の動向を効率的に把握するには頻度の多い淋菌感染症を指標疾患として把握し、特性に合わせた性感染症対策を行うことが有用である。淋菌感染症はクラミジアと比べ特に男性で有症状割合が高いこと、梅毒と比べ頻度が高いこと、など性感染症罹患の指標疾患として適当である。また、オーストラリア⁷⁾、英国 (England Wales ですべての泌尿生殖器科診療所から)⁸⁾全数報告されている。

しかし、全国の保健所の59%がすべての医療機関から淋菌感染症の報告を受けることは困難としており、その理由として医療機関の負担が増えるため医療機関への協力依頼が困難74%とする回答が最も多かった⁹⁾。

淋菌感染全数把握が「大変望ましい」、「どちらかと言えば望ましい」と回答した保健所が59%ある、感染症発生動向調査において保健所長がもっとも重要と考える項目で最多であったのは「医療機関への情報還元」29%「住民への情報還元」27%である⁶⁾、などの状況を踏まえ、今後医療機関の理解を得る努力によってより詳細な性感染症動向把握の体制を進めるべきである。

3. 詳細把握情報の候補

以下について今後感染症発生動向調査に加えるべきか検討を行う。

- 1) 後天性免疫不全症候群の「発見に至る最初の HIV 検査の受診について」の項目を増設し、(a)「受診場所 (1. 医療施設、2. 保健所、3. 自治体設置の検査所、4. その他)」(b)「受診動機 (1. 本人の検査希望、2. 手術等、3. 妊娠・出産、4. 人工妊娠中絶、5. 家族等の感染、6. その他)」(c)疑われる感染源 (国、性、年代、地域)」の情報を得る。検査受診状況など HIV 感染症の拡大防止のために緊急性の高い施策分野についての情報が匿名性を失わずに得られる。
- 2) HIV 感染症では重複報告を避けるための方法が必要。現行の発生動向調査では、複数医療機関受診による重複報告の確認方法が無い。他国の HIV サーベイランスでは、重複報告を避けるための匿名を確保した ID 付与、ウイルス検査などによる直近の罹患者の把握などが行われている。
- 3) 転帰 (死亡・後遺症・軽快・完治等の区分) の項目を追加する。現在後天性免疫不全症候では、発症および死亡という病状変化を任意報告として報告を求めているが報告が少ない。死亡という疾患の社会への影響を考慮して、サーベイランスを長期的に活用するために必要性が高い。

保健所コード

西暦 1 1

後天性免疫不全症候群（HIV感染症を含む）発生届

都道府県知事（保健所設置市・特別区長） 殿

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12条の規定により、以下のとおり届け出る。
 報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 印
 （自署又は記名押印のこと）

所属する病院・診療所等施設名

上記施設の住所（※）

電話番号（※）
 （※所属する施設がない場合は医師の自宅の住所・電話番号を記載すること）

1	性別	2	診断時の年齢
男	女	歳	歳

	3	病	名		
					1) 有
					5 診断時の 症状
					2) 無 <small>（無症候性キャリアの場合は、当欄の記載は不要）</small>
4-1 診断 方法					6 発病年月日 平成 年 月 日 <small>（AIDSの指標疾患(4-2)の発症日）</small> 7 初診年月日 平成 年 月 日 8 診断(検索※)年月日 平成 年 月 日 <small>（AIDSの場合は指標疾患(4-2)の診断日）</small> 9 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日 10 死亡年月日(※) 平成 年 月 日
					1) 無症候性キャリア 2) AIDS 3) その他 ()
					・抗HIV抗体スクリーニング検査 1) ELISA法 2) PA法 3) IC法 4) その他 () ・確認検査 1) Western Blot法 2) IFA法 3) その他 () ・病原検査 1) HIV抗原検査 2) ウイルス分離 3) PCR法 4) その他 () ・18か月未満の児の免疫学的所見 () (該当するもの全てに○をすること)

4-2 A I D S と 診 断 し た 指 標 疾 患		1) カンジダ症 (口、道、気管、気管支、肺) 2) クリプトコッカス症 (肺以外) 3) コクシジオイデス症 (①全身に播種したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの) 4) ヒストプラズマ症 (①全身に播種したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの) 5) カリニ肺炎 6) トキソプラズマ脳症 (生後1か月以後) 7) クリプトスポリジウム症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの) 8) イソスポラ症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの) 9) 化膿性細菌感染症 (13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により①敗血症 ②肺炎 ③髄膜炎 ④骨関節炎 ⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍のいずれかが、2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの) 10) サルモネラ菌血症 (再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く) 11) 活動性結核 (肺結核又は肺外結核) 12) 非定型抗酸菌症 (①全身に播種したもの ②肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの) 13) サイトメガロウイルス感染症 (生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外) 14) 単純ヘルペスウイルス感染症 (①1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの ②生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの) 15) 進行性多巣性白質脳症 16) カボジ肉腫 17) 原発性脳リンパ腫 18) 非ホジキンリンパ腫 (LSG分類により ①大細胞型、免疫芽球型 ②Burkitt型) 19) 浸潤性子宮頸癌 20) 反復性肺炎 21) リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成: LIP/PLH complex (13歳未満) 22) HIV脳症 (痴呆又は亜急性脳炎) 23) HIV消耗性症候群 (全身衰弱又はスリム病)
--	--	--

11 推定される感染地域・感染原因・感染経路			
①最近数年間の主な居住地		④推定される感染経路等	
1 日本国内 ()		1) 性行為感染	
2 その他 () 3 不明		ア、異性間性的接触 イ、同性間性的接触	
②推定される感染地域		2) 静注薬物使用	
1 日本国内 ()		3) 母子感染	
2 その他 () 3 不明		4) 輸血	
③国 籍		5) その他 ()	
1 日本		7) 不明	
2 その他 () 3 不明			
【保健所記載欄】		11 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために必要と認める事項	
・診断の確定 ()			
・臨床転帰 ()			
・その他 ()			

(1, 3から5, 11欄は該当する番号等を○で囲み、2, 6から10欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検索した場合のみ記入すること。)

この届出は診断から7日以内に行ってください