

記 録

文書番号	ＳＣＪ第２０期２００９１６－２０４７０５００－００４
委員会等名	日本学術会議健康・生活科学委員会子どもの健康分科会
標題	現代社会における子どもの健康生活の擁護と推進に関する課題と方策－地域・学校におけるヘルスプロモーションの推進－
作成日	平成２０年（２００８年）９月１６日

※ 本資料は、日本学術会議会則第二条に定める意思の表出ではない。掲載されたデータ等には、確認を要するものが含まれる可能性がある。

記 録

現代社会における子どもの健康生活の擁護と推進に関する課題と方策

－ 地域・学校におけるヘルスプロモーションの推進 －



平成20年（2008年）9月16日

日本学術会議

健康・生活科学委員会 子どもの健康分科会

健康・生活科学委員会 子どもの健康分科会

委員長	高橋 健夫（連携会員）	日本体育大学大学院教授
副委員長	實成 文彦（連携会員）	香川大学医学部人間社会環境医学講座衛生・公衆衛生学教授
幹事	仲 真紀子（連携会員）	北海道大学大学院文学研究科教授
幹事	岡田加奈子（連携会員）	千葉大学教育学部准教授
委員	朝田 芳信（連携会員）	鶴見大学歯学部教授
委員	跡見 順子（連携会員）	東京大学名誉教授
委員	五十嵐 隆（第二部会員）	東京大学大学院医学系研究科教授
委員	江澤 郁子（連携会員）	戸板女子短期大学学長
委員	岡田 知雄（連携会員）	日本大学医学部准教授
委員	加賀谷淳子（第二部会員）	日本女子体育大学客員教授
委員	片田 範子（連携会員）	兵庫県立大学看護学部教授
委員	小林 章雄（連携会員）	愛知医科大学医学部衛生学講座教授
委員	澁川 祥子（連携会員）	横浜国立大学名誉教授
委員	下山 晴彦（連携会員）	東京大学大学院教育学研究科教授
委員	杉原 隆（連携会員）	十文字学園女子大学教授
委員	寒川 恒夫（連携会員）	早稲田大学スポーツ科学学術院教授
委員	仙田 満（第三部会員）	東京工業大学名誉教授, (株) 環境デザイン研究所会長
委員	高松 薫（連携会員）	流通経済大学教授
委員	塚原 典子（連携会員）	新潟医療福祉大学健康科学部健康栄養学科准教授
委員	宮下 和久（連携会員）	和歌山県立医科大学理事兼医学部長（衛生学教授）
委員	村田 勝敬（連携会員）	秋田大学医学部教授
委員	守山 正樹（連携会員）	福岡大学医学部公衆衛生学教室教授
委員	山本 照子（連携会員）	東北大学大学院歯学研究科教授
委員	和田 芳直（連携会員）	大阪府立母子保健総合医療センター研究所長

（オブザーバー）

春日 文子（第二部会員） 国立医薬品食品衛生研究所食品衛生管理部 室長

* 本報告書（記録）の作成にあたっては6の発達障害の部分で、香川大学 鈴江毅先生、大阪府立病院機構大阪府立母子保健総合医療センター岡本伸彦先生のご協力を頂いた。

【目次】

現代社会における子どもの健康生活の擁護と推進に関する課題と方策

ー 地域・学校におけるヘルスプロモーションの推進 ー

I. はじめに	4
II. 子どもの生活と主たる健康課題	7
i. 社会・環境及び生活・行動要因と健康課題	7
1. 生活環境と健康課題	7
◆ 現状及び問題点	
1) 有害化学的因子	
2) 有害物理的因子	
3) その他の有害環境因子	
◆ 課題及び提案	
2. 心理社会的環境と健康課題	1 1
◆ 現状及び問題点	
1) 家族, 地域社会, 学校, 職場, 国	
2) 子どもらしさの消失：ライフスタイルの変化・リスク行動	
3) 情報化社会と子どもの健康	
◆ 課題及び提案	
3. ライフスタイル（生活習慣等）の現状と子どもの心身の健康影響	1 5
◆ 現状及び問題点	
1) 食生活の現状と子どもの心身の健康影響	
2) 運動・身体活動の現状と子どもの心身の健康影響	
3) あそび	
◆ 課題及び提案	
ii. 発育・成長・発達段階別の健康課題	2 6
1. 胎児期・乳幼児期の健康課題	2 6
◆ 現状及び問題点	
1) 出生前・乳幼児期の健康課題	
2) 口腔保健と子どもの健康	
3) 保育環境と子どもの健康	
4) 子どもの感染症予防	

5) 虐待予防

◆ 課題及び提案

2. 学童期・思春期の健康課題 39

◆ 現状及び問題点

- 1) 発育促進現象及び肥満・小児生活習慣病
- 2) 喫煙, 飲酒, 薬物乱用
- 3) 性行動・性感染症・中絶
- 4) 保健室登校
- 5) 心の健康, いじめ, ひきこもり, うつ, 自殺など
- 6) 小児・思春期医療の問題点

◆ 課題及び提案

3. 発達障害の子どもへの理解と対応 48

◆ 現状及び問題点

◆ 課題及び提案

iii. 子どもの健康危機・安全管理（セーフティプロモーション） 53

◆ 現状及び問題点

- 1) 子どもの事故予防
- 2) 犯罪被害, 災害被害の危機管理
- 3) 感染症, 食中毒, 物理化学的環境要因の悪化等の健康危機管理
- 4) 地域・学校における危機管理 — セーフコミュニティ —

◆ 課題及び提案

III. 方策：「地域・学校におけるヘルスプロモーションの推進」 57

1. ヘルスプロモーションの概念について
2. 現代の子どもの生活と主たる健康課題及び今後のあり方について
3. 地域・学校におけるヘルスプロモーションの推進 のための優先的行動課題

[参考文献] 72

I. はじめに

日本国憲法第25条（1946）において、生存権として国民の健康な生活を送る権利が謳われ、国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならないとされている。世界保健機構憲章（WHO, 1946）においても同様の主旨であるが、特に小児の健康は擁護されるべきものであることが強調されている。さらに「児童の権利に関する条約（第44回国連総会, 1989）」が第44回国連総会で採択されており、児童の到達可能な最高水準の健康を享受する権利と、その具体的内容が上げられている。

本来、子どもは家族的な養護とこのような社会的約束の中で、健やかに発育・成長・発達し、健康の保持・増進が図られるべきものでなければならない。そのために小児期においては、こどもの健やかな成長・発達と生涯を通じての健康づくりの基礎となる教育・健康教育・食育・体育・あそび等と保健医療福祉活動が展開され、また、様々の社会的状況や歪みが子どもの健康や安全に直接的に影響して来る諸問題への政策、法・制度的整備や諸活動などの社会的対処がなされて来た。

幸い我が国においては、20世紀後半に乳児死亡率等の指標においては世界最高水準に達したが、21世紀の現在、いわゆる心身の健康や健康的な日常生活、QOLの高い生活、あるいは幸福な人生といった視点に立って見た場合に、今日のわが国における子どもの状況は決して良好な状態にあるわけではない。背景には多くの社会・環境的、あるいは生活・行動要因があり、さらに近年の我が国における格差社会の進行などがあると考えられる。日本学術会議の健康・生活科学委員会子どもの健康分科会では、これらの諸問題を検証し、課題を明らかにするとともに、21世紀に生きる子どもの健康を守り増進するための具体的方策を検討し、広く社会に啓発・提案していく必要があると考え、本報告書（記録）の作成に至った。

現在の我が国においては、子どもの健康、生活、さらに安全面においては多くの問題がある。これまでの我が国における都市化の進行、自然環境の破壊・汚染の進行、産業構造の変化、技術革新、情報化、国際化、少子高齢化、家族の変容、個の変化、ライフスタイルの変化、コミュニティの崩壊・弱体化等による社会・環境や生活環境の急激な変化は、子どものライフスタイルの変化、生活習慣の乱れ、体力の低下・2極化、運動・身体活動の低下等をきたし、子どもの心身の健康にも大きな影響を与えている。子どもの健康生活の基本ともなるべき食生活においても、偏った栄養摂取などの食生活の乱れや肥満傾向の増加などがみられ、生活習慣病の予防のためにも、子どもの時の家庭、学校における食教育の重要性が指摘されている。また、近年、食品の安全・安心を揺るがす社会問題が発生し、家庭や子どもの判断能力の育成も課題となっている。

具体的な子どもの健康問題については、近年では、虐待、いじめ、不登校、発達障害、メンタルヘルス、性の問題行動、飲酒・喫煙・薬物乱用等の諸問題、さらにアレルギー疾患の増加、結核・百日咳等の再興感染症などの子どもの心身の健康問題が顕在化しており、また公衆衛生及び小児医療の進歩などにより、継続的な医療を受けながら地域、学校で生活している子どもも増えているなど、子どもの健康をめぐる保健医療福祉の状況も変化しつつある。

子どもの安全をめぐることは、乳幼児期の家庭内外での誤飲、溺死等の事故が多く、近年では虐待による健康被害の事例も多い。学校では捻挫、骨折等の負傷が多数発生し、交通事故による負傷も多く、さらに、近年では、学校への不審者の侵入や、通学路で子どもに危害が加えられるなどの事件が発生し、子どもの安全に対する大きな脅威となっている。また、各地の地震や風水害の発生による

子どもの生命・健康被害も多く、家庭や地域の崩壊等も来たしている。このように、身の回りの事件・事故、災害等が多数発生しており、また、新型インフルエンザ等の新興感染症や再興感染症の集団発生などの脅威もあり、これらの事件・事故や健康危機に対する地域・学校での健康危機・安全管理も重要な今日的課題となっている。

このような状況の中、我が国の法・制度、政策的な面においては、2000年からの「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」と「健やか親子21」の推進、健康増進法の制定（2002年）、少子化社会対策基本法（2003年）・次世代育成支援対策推進法（2003年）の制定、健康フロンティア戦略（2004年）・新健康フロンティア戦略（2007年）の策定、発達障害者支援法の制定（2004年）、障害者自立支援法の制定（2005年）、食育基本法の制定（2005年）、教育基本法の改定（2006年）と関連法の改定、中央教育審議会の「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」の答申（2008年）、学校保健法から学校保健安全法の制定（2008年）、学習指導要領の改定などが相次いで行われている。21世紀初頭の今は、健康・教育をめぐっての法的・制度的な激動期でもあり、また、実際の子どもの健康、生活、安全面においても多くの問題を抱え、ある種の危機的状況が存在し、21世紀の子どもの健康にとっては重要な転換点にある。

以上の状況に対し、子どもの健康分科会では、現代社会における子どもの健康生活の擁護と推進を社会的な喫緊の課題とし、現代の子どもの生活と主たる健康課題について分析・検討し、子どもの健康を守り増進するための具体的方策を考え、広く社会に啓発・提案していくことによって、21世紀の子どもの健康な生活へ向けてのガイドラインにもしたいと考えた。

その基本的考え方としては、子どもの健康の成立に対する多要因観がある。これまで述べてきた、生活習慣や食生活の乱れに由来する健康問題、メンタルヘルスから来る様々の健康問題、事件・事故や様々の健康危機など、現在の子どもの健康問題は、それぞれに多要因であるとともに、それらの要因が複雑に絡み合った結果であると考えられる。さらに、我々が目指す、あるいは目標とする、子どもの心身の健康や健康的な日常生活、QOLの高い生活、あるいは幸福な人生を過ごすといったことは、もとより多要因であり、背景には多くの社会・環境的、あるいは生活・行動要因があり、最終的には我々の社会のあり方の問題、あるいは国そのもののあり方の問題ともなる。このことは、子どもの健康は子どもだけで達成されるものではないことを意味し、さらには家族の育児や、あるいは学校における子どもの教育のみでも達成されないことを意味しており、子どもの回りの多くの人々や、さらには社会全体の支援的環境が必要であり、国の施策や法・制度の是非も大きな意味を持つ。

これらの現代的な健康課題の解決を図るには、21世紀の現在、健康づくり、あるいは健康な社会の建設に向けての世界的潮流となっているヘルスプロモーションの理念（オタワ憲章、1986）の下、社会の責任による子どもの健康に関する支援的環境の創造や健康的公共政策の確立等とともに、家庭、学校、地域社会における全生活レベルでの子どもの健康の擁護と推進が必要であり、これらが連携して社会全体で子どもの健康づくりをしなければならない。そのためには、地域の実情に即しつつ、家庭と学校と地域社会が、また、その中に存在する人々や関係機関などが連携し、適切な役割分担を行いながら、子どもたちの心身の健康づくりを推進することが必要である。

今回の子どもの健康分科会の主たる作業目的は、現代社会における子どもの健康と生活について広く包括的に分析・検討しそれらの課題と対処法を明らかにすること、21世紀の子どもの健康な生活へ向けての各方面への啓発と提案（ガイドライン）を作成すること、及び、子どもたちの生活の場である地域、学校を中心としたヘルスプロモーションの推進を図ることである。

そのため、本報告書（記録）は大部のものとなった。構成は、子どもの生活と主たる健康課題について、社会・環境及び生活・行動要因別、発育・成長・発達段階別、及び、子どもの健康危機・安全管理別に、「現状及び問題点」と「課題及び提案」として記述し、これらの健康課題別に、子ども自身宛てと、子どもをとりまく家庭・学校・地域宛てと、国家・政策宛てへの我々の提案のマトリックス表「子どもの生活と主たる健康課題及び提案」を作成し、最後にこれらの提案を子どもが生活する場で生かす方策、すなわち地域・学校におけるヘルスプロモーションの推進について述べた。なお、今回の報告書はあくまで子どもをとりまく家庭・学校・地域を中心とした人々や関係機関への呼び掛けに主眼があり、国家・政策宛てへの提案については、関係省庁と十分なる議論を経ての提言ではない。

Ⅱ. 子どもの生活と主たる健康課題

ⅰ. 社会・環境及び生活・行動要因と健康課題

1. 生活環境と健康課題（環境保健,食品保健）

◆ 現状及び問題点

環境には自然環境とともに社会環境があり,いずれもヒトの重要な生活空間を形成する。その環境中には鉛のように有害物質として古くから認知されてきたものもあるが,環境とヒトとの相互作用の中から派生する齟齬もヒトの健康を脅かす有害因子に変身しうる。昨今問題視されている地球温暖化において,温熱曝露に最も脆弱な集団は自律神経機能の未発達な子どもや加齢に伴う調節機能低下をきたした高齢者であり,それによって生命危機に晒されることも稀ではない。事実,「炎天下に置かれた自動車内で乳幼児が死亡した」,「体育館内でバスケットボール部の高校生が練習中に熱中症となり急性心不全で死亡した」,「猛暑日の続く中,冷房嫌いのお年寄りがアパートの中で死亡していた」等々の報道を我々はしばしば耳にしてきた。したがって,このような生活環境中に存在する,あるいは環境に由来する有害因子が子どもに及ぼす健康影響を我々は軽視すべきではない。そこで,環境保健の立場から子どもの健康を脅かす有害環境因子の問題点を提起するとともに,この予防方策について検討する。

1) 有害化学的因子

胎児や乳幼児期の神経系障害は生涯にわたって後遺症を残す可能性がある。たとえば,昭和 30 年 8 月 24 日に岡山大学医学部小児科学講座浜本英次教授によって報告された「森永ヒ素ミルク中毒事件」においては,森永乳業徳島工場で製造されたヒ素混入粉乳を飲用した乳児たちのうち皮膚色素沈着,肝腫,貧血等の症状を呈した場合に中毒患者と認定された(昭和 31 年 6 月 9 日までの公式患者数 12,131 名,死亡者 130 名)。厚生省の本事件に対応する専門家組織は同年 12 月 15 日に「本件の中毒症には,概ね,ほとんど後遺症は心配する必要はないと言って良からう。今なお引き続き治療を受けているものは,後遺症ではなくして原病の継続である」と公式報告書に記したが(浜本 1957),その後の追跡調査を辿ると,知的発達障害の他,肢体障害,精神障害,てんかんなどの重複神経系障害を抱える被害者が今日なお生存している(Dakeishi et al. 2006)。同様の例として,昭和 31 年 5 月 1 日に公式文書に載った「水俣病」(メチル水銀中毒)がある。水俣湾で獲れた魚介類を多食した妊婦から「胎児性水俣病」患者が生まれ,患者は知能障害,発育障害,言語障害,歩行障害,姿勢変形などの脳性麻痺様の症状を有していた(有馬 1979)。これらは過去の問題として片付けられない現実もある。最近の調査によると,メチル水銀を多く含有する大型魚(マグロ,カジキ,クジラ,イルカ,サメなど)を多食する母親から生まれた子供は知能の低下などを潜在的に持ちうる(村田・嶽石 2005)。また,茨城県神栖町で井戸水に砒素化合物が混入しており,これらを生活水として使用していた地域住民の子供に将来神経障害が顕在化するのかどうか長期間観察する必要がある。

米国では小児における鉛影響—たとえば,鉛脳症や神経行動機能の障害—に関心が集まっている。最近の鉛の疫学的研究によると,血中鉛濃度は 10 $\mu\text{g}/\text{dl}$ 以下であっても,3~10 歳児の知能指数(IQ)得点と負に関連することが報告されている(Canfield et al. 2003; Lanphear et al. 2005a)。小児

は指を舐めたり、食物以外の物を口に入れる習性があるので、鉛の吸収や貯留は成人に比べて多い (Lanphear et al. 2005b)。欧州では平成 19 年より工業製品に鉛を含む製品は一部を除いて輸入が禁止されたが、同じ年に鉛を含む塗料を使用した玩具が中国から米国に輸入され、国際問題となった。平成 18 年 6 月 17～18 日にイタリア・ブレシアで開催された国際労働衛生委員会 (ICOH) の神経毒性・心理生理学および金属毒性に関する合同科学委員会の鉛、水銀およびマンガンの神経毒性に関する国際ワークショップは、小児の血中鉛レベルを 5 $\mu\text{g}/\text{dl}$ まで下げるべきとする宣言を採択した (Landrigan et al. 2007)。わが国では鉛の健康影響はあまり問題視されていないが、鉛製錬工場付近では鉛が比較的高濃度で大気中に飛散している可能性がある。また、自動車の錆止め顔料として鉛丹、亜鉛化鉛、クロム酸鉛などが使用されており、廃車寸前の車塗料が剥がれ、鉛が大気中に埃として飛散することもありうる。

このほか、昭和 43 年に西日本一帯でポリ塩化ビフェニール (PCBs) やダイオキシン類のポリ塩化ジベンゾフラン (PCDFs) などが混入した食用油 (米糠油) を摂取した人々に障害が発生した「カネミ油症事件」がある (小栗ら 2000)。この事件では、当初座そう様皮疹、皮膚・粘膜の色素沈着などが摂取した人々に認められ、またこの油を妊娠中に摂取した母親から生まれた子どもに皮膚の色素沈着が認められた。その後、昭和 54 年に台湾で同様の米糠油事件が発生したが、その追跡調査によると、PCBs や PCDFs を胎児期に曝露した子どもに認知機能影響があることが明らかにされている (Lai et al. 2001)。さらに、農薬 (殺虫剤) を多量に使用する地域 (エクアドル) に住む子どもにおいて、母親の妊娠中に農薬曝露を受けた子どもは収縮期血圧が対照群と比べ高く、また農薬曝露した子どもで神経行動学的検査や幾つかの神経心理検査の成績が低下していたことが近年報告されている (Grandjean et al. 2006)。

能動喫煙者だけでなく受動喫煙者も肺癌に罹患するリスクが高くなることは知られているが、この受動喫煙による危険リスクが小児期から既に始まっていることはあまり知られていない。欧州で喫煙歴のない 60,182 名が追跡され、そのうち 42 名が肺癌に罹患した。小児期に環境中のタバコ煙に全く曝露されなかった集団 (29,164 名中肺癌患者が 15 名) に比べ、小児期に毎日何時間もタバコ煙を曝露した集団 (2,219 名中肺癌患者が 4 名) は肺癌に罹患するリスクが 3.63 倍 (95%信頼区間, 1.19～11.11) であった (Vineis et al. 2005)。生活環境内において小児期の有害因子曝露が長期間を経て健康影響として現れた事例である。

同様の問題はアスベストでも起こりうる。アスベストは断熱・防音剤として学校や建築物に、また自動車のブレーキパッドやクラッチ板などに古くより使用されてきた。また、現在でもニューヨーク市マンハッタン島の地下暖房配管の周辺に大量のアスベストが使用されており、これらの設備補修・解体時には大量のアスベストが排出されると言われている。アスベスト曝露による健康影響として中皮腫や肺癌があり、アスベスト工場近くに住んでいる乳幼児を含む住民においては、長期曝露の結果として、この疾患に将来罹患する可能性がある。また、以前アスベストを使用して建てられた建造物の建て替え時期に差しかかっている。この場合、飛散防止対策が徹底されないと、新たなアスベスト被害の発生も懸念される。

2) 有害物理的因子

有害物理的因子とは、姿・形は見えないけれど、それ自身が持つエネルギーのために健康障害を引き起こすものを指す。小児に影響する有害物理的因子として、温熱や電離放射線が挙げられる。冒頭で述べたように、地球温暖化および室内冷房装置の使用による外気温の相乗的上昇は、自律神経機

能が未発達な子どもにおいて体温調節機能の異常を起こしやすく、熱中症になって死亡することも稀ではない（環境省 2007）。また、昭和 20 年に広島・長崎に投下された原爆による放射線被爆例として、原爆胎内被爆した子どもに精神遅滞や小頭症がある。このような原爆による放射線被爆は今後滅多に起こらないと考えられるが、昭和 61 年に当時ソビエト連邦のチェルノブイリで起こった原子力発電所事故と同様の人災事故は今後もありうるし、大規模な直下型地震により原子力発電所の崩壊なども可能性として考慮に値する。チェルノブイリ原発の場合、放射性物質が大気中に大量に放出され、これらが東欧を含む欧州や日本にも飛散し汚染され、周辺住民の幼児・小児などの甲状腺癌の発生が高くなったとされる。

3) その他の有害環境因子

有害生物学的因子として、細菌、ウイルス、寄生虫などがある。小児が罹患しやすい病原微生物に起因する疾患として後述する性感染症（クラミジア、淋菌、性器ヘルペス、ジアルジア、AIDS など）の他に、急性灰白髄炎（ポリオ）、日本脳炎、インフルエンザ、風疹、麻疹、水痘などがある。近年、特に問題となっているのはインフルエンザ（あるいは鳥インフルエンザ）であり、小児の免疫能状態にもよるが集団発生が起これば重篤な合併症や死亡に結びつきやすいので、予防接種の重要性が強調されている。

その他に、大人のライフスタイルの変化等によって子どもの睡眠時間に変化がもたらされ、さらには健康影響をきたすなどの社会環境的因子があり、これらの点については他の項で論ずる。

◆ 課題及び提案

1) 予防方策

有害環境因子の曝露経路は、主に①妊娠中の母親あるいは乳幼児が経口摂取する（多くの有害化学的因子）、②妊娠中の母親ないし乳幼児が直接被爆する（多くの有害物理的因子）、③自らの生活をコントロールすることができない乳幼児が十分に保護されないために生じる（不慮の事故、睡眠時間短縮、家庭内受動喫煙）、等であろう。したがって、予防に当たってはこれらの曝露経路を絶つことが最重要となる。

経口摂取によって子どもの健康が脅かされる要因の除去は、①有害毒性物質が製造工程のいずれにも存在しないこと、同時に混入しないよう製造者が細心の注意を払うこと、②食品の安全性を国や地方の検査機関が絶えずチェックする体制を構築し、かつ実行することに尽きる。

昨今、食の安全性については国民的関心が集まっている。また、内閣府食品安全委員会も機能し始め、様々な食品について検討されている。しかしながら、運用に当たって生産者や消費者を過剰に刺激しないように配慮し過ぎることにより、胎児を含めた子どもが有害環境因子の危険に晒される可能性も一部にある。一例として、内閣府食品安全委員会はメチル水銀の健康影響を評価・審議し、「魚介類に含まれるメチル水銀に関わる摂食に関してハイリスクグループを胎児、また耐容週間摂取量としてメチル水銀 $2.0 \mu\text{g/kg}$ 体重/週（Hg として）とする」旨の通知を平成 17 年 8 月 4 日に厚生労働大臣に届けた（厚生労働省 2005）。この通知を受けて、厚生労働省の薬事・食品衛生審議会食品衛生分科会乳肉水産食品・毒性合同委員会は「妊婦への魚介類の摂取と水銀に関する注意事項」（平成 17 年 11 月 2 日）を国民に発表した。この落とし穴は、注意事項に特定の魚（例えば、クジラ、キンメダイ、クロマグロなど）を示したことにある。確かに、厚生労働省はその他の魚介類についても水銀含有量をインターネット上に提供している。しかし、多くの国民は妊娠中に特定の魚

のみ食べなければ良いと誤解するかもしれない。例えば、注意事項に含まれないカツオ（水銀含有量 0.154 $\mu\text{g/g}$ ）を妊娠期間中に多食すれば毛髪水銀濃度は前述の 2.0 $\mu\text{g/kg}$ 体重/週を超えてしまう。わが国の場合、地域や季節により食材は異なることが多いので、このように魚を特定化することは理解しやすさはあるものの、誤った摂食を推奨することになってしまう危険性が残る。

一方、魚介類に限らず、野菜、穀類、食肉においても農薬、土壌・水質汚染、家畜飼料等の問題が残り、有害性を 100%除外できているという確証はない。したがって、保護者や学校栄養士は子どもに「多種類の食品を、偏ることなく日々品を変え、少量ずつ、バランス良く摂取」させるように努めることが危険回避として重要となる（村田・坂本 2006）。

子どもの放射線被爆からの予防は、まさに原子力発電所の安全基準および安全対策に取り組む国家の威信に関わる問題である。すなわち、地震などの自然災害時、あるいは原子力発電所で働く人々のヒューマンエラーが発生した時にどれ程の安全性が保証されるのかが問われる。チェルノブイリ原発事故の経験を共有している世界に向けて、万一「いままでに経験したことのない強い地震であったので、放射性物質が大気中に放出した」という弁解が発せられるとするならば、恥の上塗り以外の何物でもない。

子どもの最適睡眠時間の確保は、基本的に保護者や教育者の責務である。この睡眠影響に対しては科学的証拠をさらに積み重ねる必要があるが、生後から小学 1～2 年生になるまでの子どもに対して最適睡眠時間を母子手帳に示すなどして、保護者の勝手な思い込みや勝手な都合を押しつけることにより子どもが睡眠不足に陥らないように配慮しなければならない。特に、夕食時間と就寝時間を子ども本来の生活時間に戻すことが基本と考えられる。同様に、子どもの熱中症予防も保護者や教育者（保育士、教諭）の責務であり、気象条件を把握し、子どもに熱中症対策を施さなければならない。

2) 子どもの健康保持のために

乳幼児に自らを律するように教えることは難しい。したがって、子どもの健康を保持するための情報・知識および方策を保護者に提供することによって環境因子からの健康障害を回避するしかない。このために、妊娠中の母親学級時に食事摂取の仕方を、1.5 歳児や 3 歳児検診時に最適睡眠時間や熱中症予防法などを教育する、また上述したように母子手帳に、月齢身長・体重の他に、最適睡眠時間等の情報を記載する等も今後検討されるべきであろう。いずれにしても、子どもを持つ保護者や子どもと日常的に接する学校教師などへの教育を行うことが先決である。

次に、これまでに述べてきた環境因子は、子どもを取り巻く自然環境や社会環境の中のごく限られた事例を挙げているに過ぎない。我々科学者に託された課題は、今回触れていない新たな有害環境因子による子どもの健康影響を、疫学的手法を用いて、科学的に解明するとともに、その予防策を構築していくことである。

2. 心理社会的環境と健康課題

◆ 現状及び問題点

1) 家族, 地域社会, 学校, 職場, 国

子どもの健康は, それをとりまく家族, 地域, 学校, 職場, 国などのあり方に強く規定されており, これらの心理社会的環境の改善と良好な水準の維持は, 子どもの健全な発育・発達にとって不可欠である。近年, わが国の社会は, 急速に大きな変貌を遂げつつあり, 少子高齢化, 核家族化, 都市化, 産業構造や働き方の多様化, 格差の拡大, 情報化などの中で子どもにとって新たな健康課題が生じている。

(1) 少子高齢化と家庭・地域

少子化の指標である合計特殊出生率は, 第2次ベビーブームの1971年の2.16をピークに低下傾向が続き, 2006年には1.32と, 長期的に人口を維持できる水準とされる2.07よりかなり低い水準で推移している。2005年には出生数が死亡数を下回り, 人口減少社会に突入した。また1997年以降, 65歳以上の高齢者数が14歳以下の子どもの数を上回っている。こうしたわが国社会の急速な少子化高齢化が子どもの健康, 発育・発達に及ぼす影響が懸念されている。

(2) 核家族化

国勢調査によると親族との同居世帯が減少し, 単独世帯が増加しており, 核家族世帯は一般世帯の約6割を占めている。また国民生活基礎調査によると, 子どものいる世帯では核家族の割合は増加傾向にあり, 特にひとり親の世帯は2005年で6.3%と増加傾向である。また, 1世帯当たりの子供数は年々減少しつつあり, 2005年では1.72人となっている。こうした核家族化やひとり親世帯の増加, 家族構成員数の減少などは, 家族関係やその中での子育てのあり方に大きな影響を及ぼしている。

(3) 都市化と地域共同体機能の低下

戦後の急速な工業化や近年における第3次産業への産業構造の変化は, 都市部への人口の集中をもたらすとともに, 伝統的な地域社会のあり方を大きく変化させてきた。すなわち, 地域社会における共同体としての絆や相互扶助機能, 子育て支援・養育機能の低下を招き, それぞれの家庭の孤立化, 匿名化につながっている。さらに, 2005年の個人情報保護法施行後, 個人情報に対する「過剰反応」や「過剰な匿名化」が進み, 人々にとって必要な情報が伝わらない問題や, 必要な人々が必要な人々に関する必要な情報を共有することが困難になるなどの弊害が現われており, 共同社会の組織的なつながりが大きく損なわれている例も少なくない。

(4) 学校における課題

学校は家庭, 地域とともに子どもの成長を育む三極構造の一つである(第19期日本学術会議「子どものこころ特別委員会」, 2005)。学齢期にある児童生徒が健康に関する正しい知識を持ち, 豊かなコミュニケーション能力と健康的な生活習慣を獲得することは, 個人のライフサイクルを見通した場合, 決定的に重要な課題である。また一方, 学校は地域社会に遍く存在する健康教育や健康づくりの拠点の一つとして機能する側面もある。しかし, 児童虐待, 暴力・殺傷事件, 自殺, 喫煙, 飲酒・薬物乱用, 性行動, 事故・災害等の問題は, 学校の中だけでの子供を対象とした健康教育や保健管理のみでは到底解決しえない課題であり, その発生源である社会と連携した学校保健の推進が不可欠である。また, 文部科学省の集計によれば, 教員の精神性疾患による休職者数は近年増加しつつあり, 平成16年度では3559人(在職者に対する割合は0.39%)にのぼっている(文部科学省, 2004)。士気高く児童・生徒の学習意欲を励まし, その豊かな成長を促すべき教職員の“元気度”のレベル

が、近年急速に低下しつつあるのではないと懸念される。学校は、児童・生徒と教職員がともに生活する場であり、1日の大半を過ごす学校が快適であることは、教職員の充実した労働生活の重要な要素であると同時に、児童・生徒の健康にとって必要不可欠の要素である。

(5) 子育て世代の働き方

平成16年のわが国の就業者数 5243 万人のうち、週当たり労働時間が60時間を越える長時間労働を余儀なくされているものは 639 万人（12.2%）で、特に 30 歳代の男性で週 60 時間以上のものは、平成16年で 200 万人（23.8%）であり、平成5年の 153 万人（20.3%）から 43 万人、3.5%増加している。平成18年版厚生労働白書によると、正社員の夫の約5割は帰宅時間が夜8時以降であり、子どもとともに食卓を囲むことが困難であることが推定される。また、2006 年版少子化社会白書によれば、6 歳未満の子どもがいる女性が1日に育児・家事にかかる時間は7時間41 分なのに対し、夫は 48 分であり、米国男性の1時間13分、スウェーデン男性の1時間7分に比べて短い。少子化対応策としての「次世代育成支援対策推進法」では、事業主の責務として、「労働者の職業生活と家庭生活の両立が図られるようにするために必要な雇用環境の整備を行うこと」を規定し、父親などの育児参加を法制化している。しかし、わが国においては父親である男性が「子育てと職業の両立」を果たし、女性もまたその「両立」を果たすのは困難なのが現状である。職場における長時間にわたる労働や過重なストレスが、家庭生活のありかた、ひいては子どもの健康と豊かな成長に少なからざる影響を及ぼすこと、地域とのつながりが希薄となり、家族として孤立する傾向などが懸念される。

(6) 格差の拡大

貧困や社会経済的な格差はどの国においても、低栄養状態や感染症、両親の離婚や、両親との離別等の不安定な被養育体験などを通じて、子どもの心身の健康リスクを増大させることが知られている。経済開発協力機構（OECD）の統計によると、税金や社会保障の負担などを引いた後の自由に使える所得である可処分所得が、集団全体の中央値の半分以下の人口の割合（相対的貧困率）はわが国の 18 歳から 65 歳の年齢層で 13.5%であり、米国の 13.7%に次いで加盟国中 2 番目に高く、わが国における所得格差が大きく拡大していることを示している(OECD, 2005)。この原因としては、非正規雇用者が増加した結果とされるが、非正規雇用労働者は若年層において大きな比率を占めるため、貧困層の増大を伴った経済格差の拡大は、少子化や子育てに大きな影響を及ぼすことが憂慮される。経済的格差以外に、教育面での格差の拡大も懸念される。健康に関する情報を正しく理解し、リスク要因を回避して個人の生活習慣の改善を図ったり、保健医療サービスをはじめとする多様な資源を適切に活用して健康的な生活を営む能力は、教育によって等しく習得されるべきものである。また、教育は個人のレベルにとどまらず、地域社会全体として、健康に関する知識、理解、規範、行動が向上し、地域全体の健康度が改善される基盤となるものである。教育格差、地域格差の是正という視点から保健医療関係者と教育関係者の連携が一層不可欠である。

2) 子どもらしさの消失：ライフスタイルの変化・リスク行動

子どもの姿を主題に1980年代からの刊行が続いているモノグラフ(ベネッセ未来教育センター)によれば、小学生では「子どもらしさの消失（食欲と生活体験の低下）」と「達成意欲の低下（性差の消失・職業的達成の断念・幸福感の低下）」が、中学生では「地域差の消失」、「規範感覚の低下」、「社会的達成意欲の低下」、「伝統的な性役割意識の消失」および「“親を超えにくい” という意識の増加」が指摘されている。全体として「規範や伝統から自由になり、それ

が行きすぎて人と人との関連が希薄になり、子どもらしさ・元気さも消失」とまとめられている。OECD加盟25か国を対象に行われた15歳の意識調査（UNICEF, 2005）において、「孤独を感じる」と答えたものの割合は、日本の子どもが29.8%と最も多く、以下、アイスランド(10.3%)、フランス(6.4%)イギリス(5.4%)などが続いている。また、高校生の自分自身への満足度の日本・米国・中国・韓国の比較（平成17年度）では、「とても満足」とするものの割合は、米国34.1%、中国15.6%、韓国11.1%、日本6.3%で最低であった。さらに、わが国の子どもの特徴として「尊敬する大人として両親を挙げる子どもが少ない」「職業に対して憧れも持たずに断念する」「将来社会的地位の高い職業に就きたいと思わない」「自分に自信がない」などの傾向があり、わが国の子どもの意欲が低下している現状が指摘されている（深谷, 2005）。こうした活力に満ちた子ども像からは程遠い、わが国の子どもの現状は、社会の変化と連動している子どものライフスタイルの変化と深く関連している。都市化の促進に伴って、大都市を中心に遊び場は激減・狭小化し、テレビ・ビデオ・ゲーム等の普及と相まって遊びが、ひとりや少人数での室内遊びに限定される傾向が強まっている（日本学術会議 子どもを元気にする環境づくり戦略・政策検討委員会, 2007）。加えて、地域における少子化の進行により、異年齢の子どもを含む大集団での交流の機会が減少しており、幅広い人間関係の中で、社会性、コミュニケーション能力、安定した情緒性などを獲得することが困難になっている。一方、高学歴を求めている受験競争が、大都市圏を中心に激化しており、学校週休2日制のもとでも、土日に学習塾等に通う小・中学生は約4割にのぼる（日本総合研究所, 2006）。通塾の一般化、低年齢化は、子どもの生活時間に大きな変化をもたらし、子どものストレスの増大、仲間との自由な交流の機会の減少、不適切な時間帯における夕食の摂取などに結びついている可能性がある。また、近年の男女雇用機会均等法の浸透に伴い、子どものいる家庭における共働き世帯の増加は著しく、一般世帯の約4割を占めている（総務省統計局, 2005）。こうした中で、子どもの生活時間が親の生活時間に影響され、生活が不規則になったり睡眠時間が減少するなど、子どもの健康に及ぼす影響が危惧されている。3-5歳についての調査では、母親の帰宅時刻および夕食開始時刻が遅いほど幼児の就寝時刻が遅くなっていた。現在のところ、全体としてみれば幼児の遅寝遅起き傾向はそれほど増大しているとはいえないが、4歳6カ月の就寝時刻が午後10時台21.9%、11時以降3.6%、不規則5.0%であり（21世紀出生時縦断調査）、子どもの最適睡眠時間の確保はなお重要な課題である。児童・生徒における故意または不慮の事故に関する行動、喫煙、飲酒および薬物乱用、望まない妊娠、HIV/AIDSを含む性感染症に関係する性行動、不健康な食生活・食行動、運動不足（低い身体活動）など、健康にとってリスクの高い行動（リスクビヘイビア）は相互に関連性が強く、背景要因に共通するものが多い。幼児期から青少年期にかけて形成され、成人になるにつれて固定化して進行する個人のライフスタイルやリスクビヘイビアについて、青少年期に系統的な働きかけをすることが極めて重要であり、生涯にわたる健康の基盤を形成するものといえる。

3) 情報化社会と子どもの健康

(1) 情報機器の使用と健康

現代生活は、従来からのテレビ・ビデオ・DVD等に加え、携帯電話、パソコン等、多様な情報機器に取り囲まれており、専用の情報機器を保有する子どもも多い。こうした中で、乳児期にあってはテレビ・ビデオの長時間視聴が、小・中学生にあってはゲームやインターネット、携帯電話使用による健康への影響が懸念されている。小・中学生において、情報機器の使用時間の長いものでは就寝時間が遅く、自覚症状が多いこと、肥満傾向（BMI>25）のものが多いことなどが報告されている（服

部ら，2008）（野々上ら，2008）。また，携帯メールの中心的な利用層の高校生においては，携帯メール依存というべき状態が存在し，携帯メールを通じて相手からの返信が気になるという情動的な側面をもちながら，身体症状や日常生活への不適応に関連していることが指摘されている（吉田ら，2005）。これらに対し，日本小児科医会は2004年2月，メディア接触の低年齢化，長時間化が子どもの運動不足，睡眠不足，コミュニケーション能力の低下を招き，言葉や心の発達を妨げるとして，2歳まではテレビ・ビデオ視聴を控えること，メディアへの接触の総時間を2時間までに制限することなどの提言を行なっている（日本小児科医会，2004）。また，日本小児科学会は2004年4月，乳幼児のテレビの長時間視聴は1歳6か月時での有意語の出現の遅れと関係があることなどを指摘し，2歳以下の子どもには，テレビ・ビデオを長時間見せないようにすることなどを提言している（日本小児科学会，2004）。

(2) 情報ネットワークの発達と健康問題

携帯電話・インターネットの発達は，年齢や居住地域に関係なく，瞬時にあらゆる情報に接することを可能にした。子どももまた容易に情報を入手したり，外部と相互にやり取りすることができるようになっている。こうした情報ネットワークの発達が最も大きな影響を及ぼすものの一つは性に関する領域である。わが国では，さまざまなメディアを通じて性情報が発せられており，自我の形成も未発達で十分な判断力を持たないまま，安易に性的情報ネットワークにつながって行動を起こし，重大な健康問題に至るケースも増えている。わが国は新規 HIV 感染者が増えている数少ない先進国であり，情報ネットワークと性の問題は今後の重要な課題である。また，こうしたケースは，同時にネットやメディアの影響を強く受けやすい傾向にあり，喫煙，飲酒，薬物乱用などの他の危険行動をとるリスクも高くなる。情報メディアへの接触や情報発信は子どもにとってこれからのライフスキルとして重要な側面もあるが，家庭においてこうしたことに対するルールを定めている割合は高くなく，また有害サイトへの制限について親の意識も高いとはいえない。今後ますます発達する情報ネットワークへの子どものかかわり方をどのように適正に維持するのか，社会全体での取り組みが課題である。

◆ 課題及び提案

子どもの健康を見守り育むサポート環境としての家庭，地域社会，学校，職場，国のあり方を見直すことが求められている。若い世代が安心して子どもを産み育て，孤立化することのないようにするためには，まず生活基盤の安定が必要である。そのためには，非正規雇用労働など不安定な就労形態を改善することなどを通じた，貧困や経済的格差の是正が必要である。また，職場においては，ワーク・ライフバランスの適正化を図り，働く親が家族との団欒や子どもとのコミュニケーション，家庭教育，地域での活動への参加など，仕事と生活の調和のとれた，ゆとりのある働き方を確保することが必要である。地域においては，家庭が孤立化したり，必要な問題についてネットワークへの参加が阻害されることのないよう，地域での日常的な交流を活性化し，共同体としての絆や相互扶助機能を高め，子ども同士の交流を促進する必要がある。そのためには，地域にコーディネーターを配置し，その養成システムを確立することなどが必要である。また，大人のリーダーや高齢者との交流のみならず，年齢層の異なるもの同士のピアティーチングなどが行われるような環境を整備することが必要である。学校においては，学校教職員の活力を増進するため，教職員の健康管理体制をいっそう充実させるとともに，児童・生徒と教職員の双方を視野に入れた学校ぐるみの総合的な健康づくりを推進する必要がある。また，子どもが健康にとってリスクの高い行動（リスクビヘ

イビアー)を回避し、より健全な生活習慣を形成・保持できるようにするためには、学校教育において、健康に関する知識のみならず、子どものセルフエスティームを高め、適切なライフスキルを身につけられるようなコミュニケーション教育プログラムの創造と展開が必要である。また、急速な情報化の中での過剰な情報機器の使用や、安易な有害情報へのアクセスによって、子どもの健康と安全が脅かされることのないよう、学校・地域・警察・企業などの専門家や担当者が一同に会して研修するなどして、共通の目標とそれぞれの役割分担の重要性を認識できるようにすることが必要である。

3. ライフスタイル（生活習慣等）の現状と子どもの心身の健康影響

1) 食生活の現状と子どもの心身の健康影響

◆子どもの食環境の現状及び問題点

(1) 子どもの心と身体 の健康・食生活

食物は生命活動のみならず、心身の成長・発育に不可欠である。しかしながら、わが国は、いつでも、どこでも、何でも食べられるという、かつて経験したことのない飽食時代を迎え、自然の恵み、食べることの意味、食べられることへの感謝の気持ちすら忘れかけている。

さらに、朝食の欠食、過食、偏食、間違ったダイエットなど食生活の乱れなど、これらは毎日の生活リズムや心身のバランスを崩すことにも影響を及ぼしかねない。

「食べる」という行為は味わうことでもあり、精神的にも豊かになり、人びとを幸せにしてくれる。つまり、我々は、五感、目で見て美味しそうと感じ、香りや、料理の過程で聞こえる音や人びとの声、口に入っての味や舌触り、温度などの感覚情報が脳の中枢に伝えられ、食物の美味しさを感じ、精神的にも豊かになる。

また、食生活を取りまく環境は、心身の発達段階にある子どもにとって、きわめて重要と言える。

(2) 子どもの食生活・生活状況の現状について

いつでも、どこでも何でも食べられるという食環境は、決して豊かな食生活環境とはいえず、むしろ、生体のリズムや生活リズムを狂わせている。

食生活の基本は家庭にあるといっても過言ではない。しかし、現状の家庭での食生活のあり方には、かつての当たり前の食卓を囲んでの団らんから、孤食、個食など様々な問題をかかえている。

子どもの食生活の現状と問題点を調査データ（平成12年度、平成17年度 児童生徒の食生活実態調査報告書；旧；日本体育・学校健康センター、現；独立行政法人日本スポーツ振興センター）から抽出してみると、夜食、起床（目覚めの状況）、朝食の摂取状況、就寝時間、家庭での食事、不定愁訴、朝食の欠食状況と不定愁訴など、多くの問題をかかえていることが明らかとなっている。H17年度について、H12年度と比較すると、朝食の摂取状況については、欠食することがあると回答した児童生徒は、小学校では0.9%減って14.7%となり、中学校では0.4%減って19.5%であった。ここ10年くらい、朝食欠食率は年々増加していたが平成17年度でやっと増加に歯止めがかかったと思われる。しかし、保護者の朝食摂取状況は児童生徒とは逆に、「ほとんど食べない」保護者が全体で1.2%増えて5.2%になっている。欠食の主な理由は、H17年度では、小学校では「食欲がないから」が最も多く、男子49.4%、女子46.3%を示したが、H12年度調査では「食べる時間がないから」が最も多く男子36.5%、女子45.9%であった。中学校では、「食べる時間がないから」が最も多く、男子46.5%、女子44.4%で、H12

年度調査と変化なかった。なお、「太りたくないから」という理由で欠食している児童生徒は、全体で 1.0%、「朝食が用意されていないから」が全体で 6.9%であった。朝食の摂取状況で、「必ず食べる」は 83.0%であった。

また、朝食の欠食状況と不定愁訴との関係を見たところ、朝食を欠食する者は、「朝なかなか起きられず、午前中身体が調子が悪い」、「何もやる気がおこらない」、「イライラする」などの不定愁訴を感じる割合が高かった。

また、朝食を「一人で食べる」と回答した児童生徒では、不定愁訴を呈する割合が高かったが、「大人の家族の誰かと一緒に食べる」、「家族そろって食べる」と回答した児童生徒では、不定愁訴を呈する割合が低かった。夕食を「一人で食べる」と回答した児童生徒も、不定愁訴を呈する割合が非常に高く、「家族そろって食べる」、「大人の家族の誰かと一緒に食べる」と回答した児童生徒では、「ない」（不定愁訴を呈さない）と回答した割合が高かった。

さらに、学校給食を「いつも残す」と回答した児童生徒は、「いつも全部食べる」と回答した児童生徒に比べて、「たちくらみやめまいを起こす」、「身体のだるさや疲れやすさを感じる」などの不定愁訴を呈する割合が高く、「ない」と回答した児童生徒の割合が低かったと報告している。

（３）子どもを取り巻く食環境の現状（栄養教諭制度を中心に）

栄養教諭制度は食育の中核を担う教育職員としてH17 年４月にスタートとしたが、独立した教諭職の新設は昭和 24 年の養護教諭以来である。資料に H19.4 現在の都道府県別栄養教諭配置状況(44 道府県,974 名,この他に国立大学付属小学校に約 50 名配置済み)を示すが,H19 年 9 月末現在では,45 道府県 986 名（文部科学省発表）となっている。文部科学省が発表している H17 年度の 4 県,H18 年度の 25 道府県に比べ増加しているものの,全国的にみて,まだまだ配置が遅れている状況である。その原因として①学校栄養職員がすべての学校給食実施校に配置されているわけではないこと ②学校給食法が義務法ではなく奨励法であること ③地方分権の趣旨から配置を義務にしないこと（H16.1.20 中央教育審議会答申）,また,都道府県の財政難などが挙げられる。とくに都道府県でその配置状況に温度差があること,さらには,学校間格差が生じている可能性が考えられる。児童生徒は食教育を平等に受けることができる権利を持っていることを鑑みれば,教育に差が生じる危険も危惧されるところである。

児童生徒が望ましい食習慣と食に対する自己管理能力を身につけられるように,全国のすべての小中学校における食に関する指導体制を整備していくことが急務であり,食に関する専門性と教育に関する資質を併せ持つ栄養教諭が,我が国のすべての児童生徒の指導に当たることができるように推進していく必要がある。

栄養教諭の果たすべき役割は,①食に関する指導の中核的役割を果たすこと,②生活習慣病予防の観点から,すべての児童生徒への個別的な相談指導,ならびに専門性を活かした指導の実施,とくに学校給食を生きた教材として活用し実践活動を通して行われる「食育」が期待されるところである,さらには③食に関する指導の充実のため,家庭・地域との連携,調整を行うコーディネーターとしての役割を担うことなどが挙げられ,大きな期待が寄せられている。

また,今後はライフスタイルを見据えた長期視野に立った取り組みが必須であり,家庭・保育園・幼稚園・学校の流れの中での関わり方および保健所や保健センター等の地域行政との連携の構築など,課題は山積している。

（４）学校教育の中で子どもが受ける食にかかわる教育

これまで、こどもたちは学校教育の家庭科の中で食の教育を受けている。家庭科は生活に関する事項を学ぶ教科であり、小学校では、5年生からはじまり、年間約60時間の授業時間が当てられている。家庭科の中の約1／3が食物に関する授業であり、その内容は「食品の栄養的な特徴を知り、食品を組み合わせるとる必要があることが分かること・一食分の食事を考えること」と「日常よく使用される食品を用いて簡単な調理ができるようにする」となっている。

続いて、中学校の家庭科では1,2年で年間30時間、3年で18時間の授業時間数であり、そのうち約1／3が食物の学習に当てられており、内容は「栄養素の種類と働きを知り、中学生の時期の栄養の特徴について考える」「食品の栄養的特質を知り、中学生に必要な栄養を満たす1日分の献立を考えること」「食生活の安全と衛生に留意し、食品や調理器具等の適切な管理ができること」「自分の食生活に関心をもち、日常食や地域の食材を生かした調理の工夫ができること」「会食について課題をもち、計画を立てて実践できること」となっている。

更に、高等学校でも家庭科に相当する「家庭総合」または「家庭基礎」で食物について学習し、食生活の管理と健康の関係や食文化についても学ぶことになっている。

家庭科以外でも、小学校1,2年生で行われる「生活科」や全学年で行われる「総合的な学習」「特別活動」の中でも多くの学校で食物に関する内容を扱っている。

以上のように学校教育の中で一定の時間を割いて食物の学習を行っているがその効果はどうか。子どもの食生活の実態には、子ども自身の意識も大切であるが、保護者の意識が大きく影響する。全ての保護者は学校での食に関する教育を受けているはずであるが、前述の子ども達の食生活の状況から見ると十分に成果が上がっているとは考えにくい。中学校、小学校の生徒の調査（農林中央金庫、2004年、調査人数400名）によれば、約40%が、学校で栄養について教わったと回答しているし、高等学校の生徒の調査では（家庭科教育学会家庭科教育問題研究委員会、2006年、調査人数1918名）90%以上が家庭科は役に立ったと回答している。この結果を参考にすると、学校教育を受けた直後は、学んだことの認識はあるが、その学習が大人になったときの基礎知識となって生活での実践に活かされていない可能性がある。

国民栄養調査（1999年）の結果によると、国民が栄養や食事に関する情報を得るのは「テレビ・ラジオ」「新聞」といったマスコミからという比率が圧倒的に高い。また、2005年に食育基本法が制定され、同年の調査（共同通信 2005年 約5800人）に寄れば、99.5%の人が食育は必要と答えており、食に関して強い関心を持っている事が分かる。学校教育における教育と社会人にたいする教育をつないでいく必要性が考えられる。

これまでの学校教育と社会教育のつながりを考えてみると必ずしも統一性がない部分がある。例えば、食生活のあり方に関する指針として、2000年に策定された「食生活指針」は農林水産省、厚生省、文部省の3省の提案であり、教育の場でもその後の保健指導の場面でも、食料行政の場面でも同じものが使われてきた。しかし、2005年の厚生労働省から出された「食事バランスガイド」には、文部科学省は加わっておらず、現在、教科書で使用されている「食品群別摂取量のめやす」とは一致していない。このような一貫性のない方法では、実生活で活かすことのできる知識として定着することは難しい。

学校での食に関する教育は、家庭科に加えて栄養教諭の設置等積極的に進められようとしている。学校での教育を更に効果的に生かすことが必要である。子どもを通しての家庭と学校の連携、地方

自治体と教育の場の連携によって食に関する教育の効果を一層高めることができると考えられる。

表1 栄養教諭配置状況 (H19.4.1 現在 財団法人学校給食研究改善協会資料)

都道府県名	H17	H18	H19	都道府県名	H17	H18	H19	都道府県名	H17	H18	H19
北海道	10	67	194	石川		4	4	岡山		3	9
青森			6	福井	10	32	30	広島			10
岩手			17	山梨			6	山口		7	16
宮城		3	10	長野			5	徳島		9	17
秋田		1	4	岐阜			4	香川		5	5
山形		1	5	静岡				愛媛		16	41
福島			12	愛知		10	10	高知	5	11	15
茨城		10	20	三重		11	48	福岡		9	40
栃木			9	滋賀		4	11	佐賀		3	5
群馬			6	京都		58	91	長崎			12
埼玉		5	10	大阪	9	9	20	熊本			15
千葉		5	10	兵庫			51	大分			7
東京				奈良			10	宮崎		6	11
神奈川			8	和歌山			3	鹿児島		69	144
新潟			2	鳥取				沖縄			4
富山		1	4	島根			14				
但し H19 年度,石川県は追加配置予定,鳥取県は 3 名配置決定 *ただし,平成 19 年 9 月末現在で,45 道府県 986 名								計	34	359	974

◆ 食教育にむけての提案

食教育に向けての提案

食事は,毎日毎日を元気で過ごすための源といえる。とくに,発育期にある子ども達の心身の健康には,きわめて重要である。しかし,現状では,子どもにとっての食事の重要性が,子ども自身はもとより,保護者でさえ,充分認識されていない状況といえる。先にも述べたように,朝食の欠食と不定愁訴との関係をみても,朝食をとることがいかに子どもの心身に大切かが示唆される。成長過程にある子どもへ食生活・食事の正しい理解と実践を促す適正かつ有効な手段を構築していくことが急務であろう。

(1) 子どもへの提案:

朝ご飯は1日のはじまりです。

1日3度の食事を通して心も体も成長し,よい生活習慣が身につきます。

食事は感謝して楽しくいただきましょう。

(2) 家庭・学校・地域への提案：

子どもの“食を営む力”を育むために、家庭（保護者）では、食事の時間に食卓を囲んで、学校では、学級担任、家庭科の教諭、栄養職員、栄養教諭などが生きた教材“給食時間”をさらに活用して家庭科の授業と連携をとって、より良い食生活を楽しめる子どもの育成を推進していただきたい。

(3) 国家・政策への提案：

子どもの食教育の要として位置づけられる家庭科の教育は軽視されがちであり、“栄養教諭”の配置状況も全国小中学校合わせて数%にすぎない。子ども達への食に関する教育を平等に推進するためには、家庭科の重視と栄養教諭の更なる配置が急務であり、生活に視点を置いた食に関する政策が省庁の連携の下に進められることが望まれる。

2) 運動・身体活動の現状と子どもの心身の健康影響

◆ 現状及び問題点

(1) 運動・身体活動と子どもの心身の健康

最近の子どもの体や心の主な特徴として、下記のことがあげられている。

- ①運動・スポーツ関連体力の低下または2極化
- ②身体活動不足による健康関連体力の低下＝生活習慣病予備群の増加
- ③オーバートレーニングによるスポーツ障害やバーンアウトの増加
- ④社会的不適応児（うろつく、いじめ、きれる、不登校、閉じこもり、自殺等）の増加など

文科省(2008)や杉原(2008)らの体力・運動能力調査報告にもみられるように、①については1980年頃から低下が始まり、体格は改善しているのに対して体力・運動能力が著しく低下していることに、各界から大きな危惧の念がもたれてきた。しかし、2000年頃からいくつかの項目においては横ばい状態にあり、低下傾向が少し緩和されてきたようである。一方、子どもの生活をみると、身体活動（運動遊び、身体運動、スポーツ）の実施の2極化が進み、それに伴って体力・運動能力の優れる子どもと劣る子どもの2極化が生じてきている。さらには、身体活動をあまり行わない子どもには、②に示すように健康関連体力の低下を思わせる生活習慣病予備が増加し、それに対して早期から専門的なスポーツトレーニングをやり過ぎている子どもには、③に示すようにスポーツ障害やバーンアウトなどに悩まされている子どもが増加している。このように、身体活動の実施の2極化は、次代を担う子どもの体に深刻な影響を与えているが、それとともに、生理的・心理的な各種のストレスと相俟って、④に示すようにさまざまな社会的不適応児を生み出す原因にもなっている。

身体活動を日常的に実践する中で、子どもの体力・運動能力の低下の防止・維持を図り、さらには積極的な向上を図ることが期待できる。またその中で、知恵のある子ども、活力のある子ども、思いやりのある子ども、QOL（生活の質）の高い子どもの育成も期待できる。これらのことを考慮すると、子どもの体力・運動能力の低下は、単にそれのみに止まるのではなく、‘生きる力’の低下ともなり、わが国の将来にとってきわめて憂慮すべきことであると思われる。

(2) 学校体育の問題

子どもの体力の低下は、基本的には日常の身体活動や運動生活の変化に原因するが、特に体力の向上に重要な役割を担っている学校体育の取り組み方について反省する必要がある。

①体育科における体力づくりの位置づけ

戦後の学習指導要領はおよそ 10 年ごとに改訂されてきたが、表現のしかたは若干異なるとしても、一貫して「体力の育成」は体育科の目標として位置づいてきた。しかし、時代によって体育科の特徴を表すキーコンセプトが「生活体育」「文化主義の体育」「体力づくりの体育」「楽しい体育」（高橋, 1997）と変転してきたように、改訂ごとに体育科の諸目標のなかのある 1 つの目標が強調され、体育実践を方向づけてきた。そのような動きの中で、体力育成の目標が一貫して重視されてきたとは言い難い。

特に近年では「楽しい体育」の考え方のもとで、生涯スポーツの実現を目指して運動の楽しさ経験を味わわせることが強調されるとともに、「選択制学習」「課題選択学習」「自発的学習」が推奨されてきた。その反面、運動技能の習得や体力の育成の側面は疎かにされる傾向を生んできた。また、運動の特性を大切に考える考え方のもとで、体づくり運動（体操）は「必要充足の運動」、スポーツやダンスは「欲求充足の運動」としてとらえられ、スポーツやダンスにおいて体力づくりを行うことは誤りであるという観念を植え付けてきた。今後は、生涯スポーツの継続的实践と体力の育成とをバランスよく達成する効果的な授業モデルが開発されるべきである。

②体育の授業実践について

【貧困な運動学習量】体育の授業は広い空間で活発な身体活動を介して行われるため、授業中の学習従事量はきわめて少なくなる。1 授業時間に占める体育的内容場面は平均で 75%で、学習者個人の有意義な運動学習従事時間量は 10%程度（5 分以下）でしかない（Metzler 1979, Godbout 1989, 高橋 1989）。これでは体育授業によって体力や技能の向上は期待できない。運動従事時間量を増加させる授業のマネジメントや教材開発が不可欠である。

【体づくり運動の授業】「体づくり運動」を独立単位として取り扱っていない学校が多い。また、独立単位として取り扱ったとしてもせいぜい 5・6 時間単位である場合が多い。これではいかに効果的な教材や学習指導の方法を工夫したとしても体力の向上を期待することはできない。体力の低下は子どもの運動生活習慣に原因があるため、「体づくり運動」の授業は子どもの運動生活習慣の抜本的な改善に向けて、体力づくりの合理的方法を実践的に学んだり、体力づくりの運動に動機づけたりすることに焦点をあてる必要がある。

③「総則第 3 の体育」の実践

昭和 41 年に「体力白書」（文部省, 1966）が発表され、「戦後の子どもは体格は大きくなったが、体力が低下している」事実が報告された。これを受けて昭和 43 年の学習指導要領では、体力の向上が体育科の目標として強調され、内容としての「体操領域」が拡大・充実された。くわえて、学習指導要領の総則の第 3 で、「体力づくりについては体育科の授業だけでなく、特別活動や課外の時間を活用して学校全体で取り組むべきこと」が示唆された。これを受けて各学校は業前や業間を利用して「業前体育」「業間体育」を位置づけ、積極的に体力づくりに取り組むようになった。しかし、このような実践に対して「子どもの自由な遊びが損なわれる」「教師の負担が増大する」などの批判の声が大きくなり、総則第 3 の体育は次第に形骸化することになった。学校体育によって体力の向上を確実に保証しようとするなら、総則第 3 の理念を生かし、子どもたちが自主的に体力づくりに取り組むような環境づくりや動機づけが必要である。

④小学校体育に教科書の採用

小学校の各科教育の中で教科書がないのは体育だけである。教員養成大学での体育科教育に関する指導力育成がきわめて不十分である上に教科書がないために、体育の学習内容を無視した指導

が行われたり、きわめて不熱心な教師を生み出している。小学校においても教科書を採用し、体育の学習内容や教材・下位教材が示されれば、体育授業の質が改善され、学習成果の向上につながると考えられる。

⑤体育理論の授業の実施

中学・高校では「体育理論」が位置づき、教科書も提供されている。しかし、体育理論は運動領域との関連を図って指導することが重視されていることから、独立して教室（座学）で指導していない教師がきわめて多い。体育理論は、体育の科学的知識を国民の教養として提供する最大のもであり、確実に指導する必要がある。そのことは体力の重要性や合理的な高め方を認識させ、体力づくりの実践力を育成することにもつながる。

⑥運動部活動への参加

運動部活動は、多くの生徒にとって学校生活における生き甲斐の場になっている。部活動離れが進行しているといわれているが、現在でも中学校で 66%強、高校で 40%の生徒が参加している（文部科学省スポーツ・青少年局、2007）。学校での運動部活動は、かつては「特別活動」に位置づけられていたが、現在では除外され、その位置づけが曖昧になっている。今回の学習指導要領の改訂作業の段階で、そのことが問題になり、どうにか総則第 3 において運動部活動の意義が認められ、奨励されることになったが、教師の指導義務の問題、超過勤務の問題、事故に伴う責任問題、さらに部活動の二極化の問題（生涯スポーツ志向と競技志向）等々、未解決の問題が多い。総合型地域スポーツクラブがいまだ未発達状況下にあつて、運動部活動は体育学習の発展学習の場として、また、生涯スポーツの場として、学校教育制度のなかに一層明確に位置づけ、奨励されるべきである。

⑦幼稚園・保育所の運動遊び

幼稚園や保育所では「健康」領域として体育的活動が位置づいているが、意図的・計画的に体育的活動を行っているところは少ない。しかし、杉原ら（2008）の幼児の運動能力に関する全国調査からは、体力づくりやスポーツ指導のかたちで指導者からの一方的な運動指導を行っている園よりも、遊戯環境を整え子どもの自発的な運動遊びを中心に行っている園のほうが運動能力が高いことが示されている。いずれにせよ、体力・運動能力の低下は就学前の幼児から始まっているといわれており、幼児の段階で体育的活動（運動遊び）をどのように進めるべきか、一層周到な実践的研究が必要とされる。

（３）保健科教育の問題

ヘルスプロモーションを理念に健康に関わる知識を総合的に指導する教科が保健であり、小学校の中学年から高校まで一貫して保健の授業が行われている。日本学校保健会の調査（日本学校保健会、保健学習推進委員会報告書（2004））によれば、高校では「単元を設定して規則的に指導している」教師が大部分であるが、小学校や中学では「冬季・梅雨時などの時期に集中して行った」とするものが半数以上にのぼっている（小学校 61%、中学 53%）。また、「保健学習への指導は好きだ、おもしろい」と考えている教師は 70%を上回っており、保健科教育の重要性を評価する者は 90%を超えている。「授業は教科書の他に本や新聞・雑誌などの資料を利用して進めた」とする教師

も小学校 57%, 中学 64%, 高校 85%で, 総じて熱心に指導されている。しかし, 課題解決学習や実験・実習を取り入れた学習など, 学習指導の方法について工夫して指導にあたっている教師は小・中・高ともに 40%を下回っており, 改善の余地がある。

このように, この調査でみる限りは, 保健の授業は総じて充実しているように見えるが, 現実はそのようではない。「雨降り保健」という言葉があるように, 無計画に保健の授業が行われるケースが少なくなく, 教材開発についても指導法の工夫についても十分であるとは言えない。

(4) 保健体育教師の資質に関する問題

①小学校における教員の指導力

小学校においては女性教員の占める割合が多いことや, 体育を専門とする教員が少ないこと, また, 大学において小学校の教員免許状を取得する際に体育の実技や教職教育の単位数が少ないことから, 体育授業の質を保つことが難しい状況にある。専門的力量や指導意欲の欠けた教師の下で放任の体育が行われている場合も少なくない。このような状況に鑑みて, 小学校に体育の専科教員を配置する必要がある, これによって体育授業の改善を図るだけでなく, 学校全体の体育授業設計者の役割を果たすことが期待される。

②部活動の指導

少子化により運動部活動の存続が難しくなっていることに加えて, 顧問を希望する教員数が減少傾向にあることや, 顧問教員の指導能力が必ずしも高くないことも問題である。地域の指導者を積極的に活用することが大切である。

③中学・高校の体育教員の資質

中・高の体育教師は, 生活指導, 部活動, 体育授業という三重の役割が求められていて, 体育授業に専念できない状況がある。また, 中学・高校の体育教員の資質としてスポーツの競技力が重視され, 教員採用に際してもこの点に大きなウェイトが置かれる場合が少なくない。その結果, 部活動の指導には熱心であっても, 体育授業に不熱心な体育教師を生み出している。このような現状を打破するためには, 体育授業に専心従事できる環境づくりや体育授業の実践力にもとづいて体育教員を評価するシステムを構築する必要がある。くわえて, 体育教師自身の意識改革が必要である。

④保健科教育の教師養成

保健体育の教師養成は, 体育を中心にして進められていて, 保健科教育に関わる科学的知識についても, 保健科の学習指導の方法についても十分指導されているとはいえない。保健科教育の授業実践力を育成するためのカリキュラムや授業内容の充実が必要である。

(5) 地域・家庭の活動に関連して

①地域の運動遊び

地域での遊び場が減少したことや, 子どもの価値観の多様化にともなって遊び仲間が少なくなったことなどによって, 子どもの運動遊びが減少し続けている。近隣社会での運動遊びを復活させることが期待されるが, 子どもたちの運動遊びを確実に保障するためには, 放課後の学校開放が不可欠であるだけでなく, 例えばボランティアによる管理・指導体制を確立するなどの方策を立てる必要がある。

②総合型地域スポーツクラブ

子どもの体力づくりや仲間づくりの観点から総合型地域スポーツクラブを加速的に発展させる必要がある。①が子どもたちの自由な運動遊びを保障する方策であるとするれば、総合型地域スポーツクラブは組織化されたスポーツの場を確保するための方策である。

地域におけるスポーツ活動の現状をみると、ほとんどの子どもは1つのスポーツ種目に参加する傾向があるが、発育期の子どもにとっては心身をバランスよく発達させる必要があり、複数スポーツへの参加を促進する必要がある。この点でも総合型地域スポーツクラブの利点が認められる。複数のスポーツに参加することは、オーバートレーニングやバーンアウトなどの問題を回避するためにも重要である。

③地域スポーツの指導者

地域スポーツの指導現場をみると、社会体育指導の有資格者がボランティアとして活動している場合が多い。このような制度が日本のスポーツ振興に大きく貢献していることは間違いないとしても、これら有資格者の指導能力（専門的力量）や指導にさける時間も含めて問題がある。将来的には、大学・大学院でより専門的な教育を受けた人材を、専門職として活用する「地域スポーツ指導者制度」を構築することが望まれる。

④家庭の教育

核家族化が進み、共働きが一般的になったことから、これまで親や年寄りが教えていた基本的な生活習慣（勉強、身体活動、手伝い、食事、睡眠等）を身につけさせることが難しくなった。親は子どもの知的学力に大きな関心を向けても、体力・運動能力やコミュニケーション能力の発達に関心を向けることは少ない。くわえて、コンピュータゲームに没頭する子どもが急増していることから、体力・運動能力を低下させ、コミュニケーションスキルに問題をもつ子どもが増えたとしても不思議ではない。地域や学校が発信して、子どもの体力・運動能力や社会力に対する親の関心を高める必要がある。

◆ 課題及び提案

上述のように、子どもの体力・運動能力の低下に関連してさまざまな問題のあることがわかる。一言でいえば、現代社会は子どもたちにとって、体を動かすことが少なくてすむ生活環境（ハード面）であり、学校、地域、家庭の教育力や社会力の低下した生活環境（ソフト面）であるといえよう。これらの問題点に総合的に対応するための提案を行いたい。

（１）子どもに対する提案

児童・生徒は週５日以上、少なくとも３０分以上適度な強さの運動をおこなおう（WHO, 2008）。体育の授業以外に休み時間や友だちと一緒に運動遊びをしましょう。中学・高校の生徒も、運動部活動に入っていない者は、学校や帰宅後にジョギングやランニングなどの運動を毎日おこなうようにしましょう。

（２）学校や教師に対する提案

①学校体育（体育授業、業間体育、体育行事、運動部活動など）の全体を通して、計画的に子ども体力を高める環境づくりや動機づけを行うべきである。また、放課後の校庭や体育館の開放をより積極的に推進するとともに、ボランティアによる管理・指導体制を整えるべきである。

②体育授業は体力や運動能力の向上を図るうえできわめて効率が悪い。運動量を確保するための

教材づくり, 場づくり, マネジメントに配慮する必要がある。

③体育授業は生涯スポーツに動機づけるもっとも重要な営みであるため, すべての子どもに一層魅力的な授業を展開する必要がある。特に中学・高校の体育教師は, 運動部活動以上に体育授業改善に向けて傾注した努力を払う必要がある。

④保健の授業は年間計画に確実に位置づけ, 計画的に実施すべきであり, 教材や指導法の改善に努めるべきである。

⑤保育所・幼稚園の子どもたちが一層自発的に運動遊びに取り組めるような運動遊戯環境の整備が必要である。また, 指導者は, 運動遊びのインストラクターではなく, ファシリテーター（促進者）としての役割が期待される。

（３）地域や家庭に対する提案

①総合型地域スポーツクラブを加速的に発展させるべきである。子どもたちの豊かな運動遊びの場を確保するためにも, また, スポーツの指導環境を提供するためにも, 総合型地域スポーツクラブは重要な意義をもっており, 地域住民の結集した主体的努力が求められる。

②家庭環境が子どもの体力やパーソナリティの育成に重要な役割を担っている。親は, 子どもの運動遊びやスポーツ活動が体力やコミュニケーションスキルを培ううえで大きな役割を果たしていることを十分理解し, 支援すべきである。

（４）国家の政策への提案

①体育の能力や態度は小学校体育によって決定される部分が大きいため, 小学校体育の充実が求められる。小学校における体育専科教員の配置と教科書の配布が必要である。

②運動部活動の教育課程化が必要である。総則で運動部活動の教育的意義が謳われるようになったが, より積極的に「特別活動」への位置づけが求められる。運動部活動は, 生徒にとっての生涯スポーツの場であり, 学校生活の楽しみの場である。

③教員養成系大学・学部における保健科教育カリキュラムの充実が求められる。特に保健科教育の指導実践力の育成に向けた授業科目（例えば, 保健科の教材開発実習や指導実習）の位置づけが必要である。

３）あそび

◆ 現状及び問題点

（１）あそびと運動能力, 体力の関係

子どもたちの運動能力, 体力の低下が指摘されているが, その基礎には子どものあそびの質的・量的問題がある。あそび空間が十分にある学校区の子どものと, そうでない子どもでは運動能力, 体力に差が出ていることは指摘されている。あそびは運動能力, 体力という身体性の開発ばかりでなく, コミュニケーション能力という社会性の開発や, 情緒性, 感受性というような感性の開発, さらに新しいもの, 新鮮な行動を作り出すという創造性の開発までももたらすと考えられる。現代の我が国の平均的な子どもたちの運動能力, 体力の低下は小さい頃からのあそびの体験不足がその大きな要因となっていることは明らかである。

（２）子どもたちの生活環境の変化とあそびの激減

我が国の子どもたちの生活環境はこの 40～50 年の間に大きく変化してきている。その中心的な

要因は自動車やテレビに代表される IT メディアといえる。これらは 1960 年代半ばを境に子どもたちの生活に極めて大きな影響を及ぼしている。自動車交通の普及により、それまで子どもたちのあそびの空間であり、他の多様なあそび空間をネットワークしていた道があそびではいけない空間、あそびを禁止された空間となってしまった。そのため 1955 年から 1975 年の 20 年間に、大都市の子どもにあそび空間量は約 20 分の 1、小都市においても約 10 分の 1 に減少した。その後も漸減している。道に代わるべき公園の建設においては、市民 1 人当たり 6 m² という数値目標を掲げ、現在ほぼその目標は達成されたが、その目標自体ヨーロッパ諸国の市民 1 人当たりの公園量の 20 m² と比較すると少ない。子どもたちのあそびの生活領域は極めてせばめられているといえる。1960 年代、自動車の普及と同時期に一般家庭に広まったテレビは子どもたちの生活時間を奪い、外あそびから内あそびへ向かわせた。また、1980 年代に生まれたテレビ・ゲームはその参加性という点で、より子どもたちにとって魅力的なものとなり、多くの生活時間を浪費させている。

(3) 日本の子どもの成育環境の悪化の循環

日本の子どもたちは国際的に見ても IT メディアとの長い接触時間を持っているといわれる。またかつての児童公園、現在の街区公園の子どもたちの利用は、1975 年頃と比較すると、横浜市の住宅地の事例でいうと 5 分の 1 程度に減少している。1 つに少子化の影響がある。さらに保護者が、子どもたちが公園であそぶことにより犯罪や事故に遭うことを恐れていることも要因として挙げられる。また親自身がすでにあそびから疎外された時代に育ってきて、外あそびの重要性を認識していないという状況もある。このことは今後子どもたちのあそび環境がさらに加速度的に悪化する可能性を示唆している。外であそぶことによって健康な心身がつけられることの重要性を子育て教育で伝えていくことが、今後さらに必要であると思われる。また、公園等における子どもに対する犯罪の抑止という意味においても、外あそびの伝承を失った子どもたちに外あそびのおもしろさを伝える伝承者としても、プレイリーダー的な存在が公園に必要である。このように日本の子どもたちのあそび環境は複合化している。そして悪化の循環ともいえるべき状況におちいつている。

(4) あそび環境の 4 つの側面

あそび環境には 4 つの側面がある。すなわち空間、時間、コミュニティ、方法である。1960 年代半ばの我が国の子どもたちの生活環境の変化は、自動車の増加による道あそびの禁止と、テレビという内あそびの増加である。さらに塾、おけいこごとという子どもたちの生活時間の分断があそび集団を縮小させてしまった。コミュニティの多様性が失われ、縮小されることによって、あそびの醍醐味や面白さ、その方法が伝承されなくなり、さらにあそび体験が生まれなくなった。このように 4 つの要素が絡み合いながら複合的に悪化しているのが、我が国の子どもたちのあそび環境の現状といえる。子どもたちの外あそび時間は短くなり、子どもたちは体を使った運動をしなくなっている。これが我が国の子どもたちの身体的能力、運動能力、体力の低下をもたらしている。また心理的な開放感を持てず、元気を失っている子どもたちが増加している。私たちは子どものあそび環境の悪化の循環を断ち切り、4 つの側面毎に改善のための対策をたてる必要がある。

◆ 課題及び提案

子どもたちのあそび体験をより向上させるためには、次のような多様な実践が行われなければならない。

(1) 安全なあそび空間の確保としてのプレイリーダーのいる公園の増大

プレイリーダーのいる公園が今、求められている。公園の安全性確保と、あそびの方法の伝承者

として、あそびやスポーツの指導者としてプレイリーダーという大人の存在が必要である。プレイリーダーのいる公園は現在全国に約 200 ヶ所あるといわれ

ているが、さらに増え、子どもたちの身近な公園すべてがそのような公園になることが望ましい。

(2) あそべる道の復活

子どもたちが身近にあそぶためには、道自体が安全であそべるものでなければならない。子どもたちの住む環境の近くにあそべる空間があることが最も重要である。自動車と共存できるあそび道の開発はコミュニティ道路といわれるが、住宅地内では減速を義務付け、通過交通の排除等が必要がある。

(3) 園庭、校庭をより魅力的なものに

子どもたちの身近な生活空間を、あそびを喚起するような魅力的なものにすべきである。校庭、公園を子どもたちのあそびやすい環境に見直すべきである。また子どもたちの活発な行動を許容する大人の理解が必要である。

(4) 子どもたちの外あそび時間を確保したライフスタイル

子どもたちの生活時間の中で、みんなであそべる時間をきっちり確保できるようにすべきである。そのためにはあまり多くのおけいごとや、テレビ等によって子どもたちの生活時間を分断しないようにすべきである。

ii. 発育・成長・発達段階別の健康課題

1. 胎児期・乳幼児期の健康課題

1) 出生前・乳幼児期の健康課題

◆ 現状及び問題点

乳幼児期の生活習慣が、一生の精神活動や健康に影響を及ぼすことについては国民に広く認識されており、また、そのようなライフロングな視点が幼児、学校教育のよりどころのひとつとなっている。特に、目に見える変化としてとらえることのできる身体発育について、それに直結する栄養面（栄養学）の重要性は誰の目にも明らかである。

「子どものヘルスプロモーション」は、このように出生を起点とした一生を単位とするスパンでとらえられているのが現状であり、それは考える基本（動機と対象）が個人に集約し自らのこととしてとらえることができるからでもある。しかし、乳幼児期あるいはそれ以上に感受性が高い胎児期の環境（栄養を含めた胎内環境）が生活習慣病などの疾病リスクを高めること（「胎児プログラミング」）（McMillen & Robinson, 2005）についての認識は低い。さらに、胎児期および乳児期の栄養状態や環境要因（Anway ら, 2005）や親の育児行動の影響（Weaver ら, 2004）は遺伝に似て、その子のみならず世代を越えて及ぶという最近の知見は、さらに広い視野に立ってヘルスプロモーションをとらえることの重要性を示している。

母子保健では、総じて母子に限定集約した問題のみが扱われ、世代を超えた問題としてその重要性が認識されていないのが現状である。

◆ 課題及び提案

生活習慣病、メタボリックシンドロームなどにも乳幼児期の栄養状態（高栄養あるいは低栄養）の影響が証明されていることから、国民の健康、さらには医療経済に関わる問題として乳幼児期の食生活を考えるべきである。

一方、胎児期には乳児期以上に深刻な影響を及ぼす可能性があり、その効果に対しては出生後すなわち個人としてもはや対応不可能であることを考えると、妊娠中の摂取栄養や体重増加や喫煙に対する指導がなされているものの、一層、妊娠の各時期を区切って、例えば脂質摂取と後年の動脈硬化の関係など息の長い研究の推進によって、妊婦への指導の根拠を形成することが必要である。

さらに、世代を超えた影響という視点から子どものヘルスプロモーションを考えるために、栄養のみならずさまざまな成育環境のエピジェネティクスへの効果に関する研究の活発化を提案する。

母子保健の目的は、母子で完結するのではなく、すべての国民に関わり、また世代を超えた健康課題として正しく認識することが必要であり、そのような観点で施策がなされるべきである。

（１） 家庭への提案：

胎児に影響する妊娠中のアンバランスな栄養や喫煙、乳幼児期の栄養環境は成人になってからの生活習慣病などの原因になり、さらにその子の次の世代にまで影響があることもあります。そのことを理解して健やかな妊娠中の生活や育児をしましょう。

（２） 国家・政策への提案：

胎児プログラミング研究に代表される息の長いフォローアップ研究やエピジェネティクス研究を推進する。

２）口腔保健と子どもの健康

◆ 現状及び問題点

小児歯科ならびに矯正歯科治療は、子どもの歯・軟組織（歯肉や舌など）・咬み合わせ・顎関節などの顎顔面口腔系全体を対象に、その良好な機能と形態の健康の維持増進に努め、さらに、歯列・咬み合わせの異常がある場合には、正常な機能的、形態的永久歯咬合を誘導維持し、それによりもたらされる口顎系器官の健康と全身の健康・長寿に寄与している。口腔保健の項については、胎児・乳幼児期から学童期にかけて重複するためまとめて記述する。

子どもの咀嚼機能や構音機能は学習により獲得される。歯の萌出と咀嚼筋との協調性は、咀嚼機能の発達において必要不可欠であり、口腔形態の健全な発育は構音機能の発達において重要となる。すなわち、口や歯の健康づくりは、子どもの心身の発達にとって重要な役割を演じている（日本小児歯科学会編、2005）。また、育児とも密接に関係しており、口腔保健活動を通じて保護者が安心して子育てできる環境を整え、子どもの健康づくりを支援することが歯科の重要な役割でもある。

近年、乳歯齲蝕は減少し軽症化傾向にあるものの（1993 年、1999 年、2005 年歯科疾患実態調査報告書）、2005 年に実施された歯科疾患実態調査によると、就学時前後における齲蝕罹患率は依然として 60%以上である。さらに、問題となるのは、齲蝕の二極化であり、重症齲蝕児の割合は決して減少傾向にはない。その背景には、就寝時間の遅延、間食の不規則化、イオン飲料水を含む糖質過剰摂取、軟食化傾向など、保護者の養育態度および子どもの生活習慣の変化が大きく関わっていると推察される。一方、子どもの歯周疾患罹患状況についても、増齡的增加傾向がみられており、とくに低年齢での増加傾向が顕著になっている。2005 年の歯科疾患実態調査によると、5 歳から 9 歳児での

歯肉炎罹患率は 39%に達しており,子どもの生活習慣の乱れが一因と考えられている。また,不正咬合は,齲蝕,歯周病とのかかわりのほか,噛む機能に影響するため,全身の子どもの健康を考える上で重要である。

◆ 課題

(1) 健康な乳歯を育てる

①齲蝕の母子感染

新生児が保菌する口腔の常在菌叢は MRSA などの日和見菌の口腔への感染を防御するのに役立っている。個人が固有の口腔内細菌叢を獲得する時期は生後 19 か月から 31 か月である。この間に個人に固有な口腔内細菌叢のパターンが形成され,それは一生を通じて変わることはないといわれている。齲蝕原生菌のうち特にミュータンスレンサ球菌は,生後 19 か月から 31 か月の間に萌出したばかりの歯の表面に現れて定着する。ミュータンスレンサ球菌は母親の唾液を介して,新生児に伝搬することから,母親の唾液中の菌量を半分におさえるだけで子どもへの齲蝕原性細菌の感染防止が可能であるとの研究結果が得られている。

子どもたちの齲蝕原性菌を減らすには,まず母親を含めた周りの大人たちが,むし歯を予防し,口腔内のミュータンス菌を減らすことが大切だといえる。

②母乳とむし歯

母乳には,栄養学的,免疫学的さらに精神的,経済的にも利点がある。なかでも母乳の精神的影響について遊び飲みをしながら眠る母乳行動が,子どもの精神的安定に効果があるとの研究結果があるので,母乳保育は推奨される。

歯が生えると同時にむし歯の原因菌であるミュータンスレンサ球菌が常在菌として歯の表面で成育し始める。歯の表層のエナメル質表面に母乳が溜まるとミュータンス連鎖球菌は乳糖を解糖し増殖し,そのときに酸を産生してエナメル質表面に脱灰を生じさせる。哺乳後,歯をきれいにすると唾液中のカルシウムが脱灰部分に沈着し再石灰化が行われてもとに戻るが,夜間は唾液の分泌が減少するのでむし歯になりやすい。

食物残渣が歯の表面に付着しないよう「お口のケア」が大切である。母親教室などで,母乳とむし歯との関係や,寝る前に母乳を与えることの影響など,その正しい指導を行うことが必要である。また,口腔内細菌叢の関係でむし歯になりやすい乳幼児が存在するが,この診断については,小児歯科を受診し小児歯科専門医に相談するのがよい。

③おしゃぶりの使用

乳児が泣いたときに泣き止まず手段としておしゃぶりを使用している母親をよく見かける。利点としては精神的安定,簡単に泣き止む,静かになる,入眠がスムーズ,母親の子育てのストレスが減などが挙げられる。欠点としては習慣性となりやすく,長期間使用すると噛み合わせが悪くなる,子どもがどうして泣いているのかを考えないで使用する,あやすのが減る,ことば掛けが減る,ふれあいが減る,発語の機会が減るなどが挙げられる。噛み合わせの異常は3歳頃までに使用を中止すれば発育とともに改善される。従っておしゃぶりの害は乳臼歯が生え揃い,開咬や乳臼歯交差咬合などの噛み合わせの異常が存続しやすくなる2歳半から3歳過ぎになっても使用している場合といえる。

母親への指導として、おしゃぶりは出来るだけ使用しない方がよいが、もし使用するなら咬合の異常を防ぐために、発語やことばを覚える1歳過ぎになったら、常時使用しないようにすること、おそくとも3歳ころまでに使用を中止するようにする。4歳以降になってもおしゃぶりが取れない場合は、情緒的な面を考慮してかかりつけの小児科医や小児歯科医・矯正歯科医に相談するのがよい。

④「0320 運動」の推進

3歳までに20本の健康な乳歯を育てることを目標とする「0320 運動」を推進する（日本学術会議咬合学研究連絡委員会プロシーディング, 2005）。齲蝕予防、指しゃぶりによる歯並びへの影響、乳歯の外傷予防など乳幼児期によくみられる問題を含めた口や歯の病気に対して、家族への啓発を行うことが「0320 運動」の目的である。とくに、低年齢からの公的保健指導の導入が重要であり、現在の1歳6か月および3歳児歯科健康診査だけでは不十分であり、生後10か月および2歳児における公的歯科健康診査の導入が必要である。

（2）生活習慣と直結する歯周疾患の予防を低年齢から考える

歯周疾患の病因は歯垢（プラーク）中の細菌であるが、増悪因子として、子どもにおいては、不正咬合（臼歯部の支持の喪失、移動）や不良習癖（口呼吸、歯ぎしりなど）があげられる。一般には、全身的健康状態（糖尿病、妊娠等）、生活習慣（喫煙等）、咬合性外傷も誘因となる。

①歯肉炎

歯肉炎の低年齢化が問題となっており、就寝時間の遅延、塾通いによる夕食時間の不規則化など学童期における生活習慣の変化がその一因と考えられている。学齢期から生活習慣と直結する歯肉炎予防のための歯みがき習慣づくりは、疾病予防という観点から重要である。すなわち、家庭と学校との連携を図ることで、生活習慣に直結する歯肉炎の予防を低年齢から考えるべきである。とくに、歯肉炎は病気の変化がみられる対象として、子どもにとって理解しやすい健康課題であり、疾病予防という観点からも学習材に適しており、学校保健教育の現場で大いに活用すべきである（文部科学省, 2005）。

② 歯周炎

歯周炎については感染症疫学研究が著しく不十分である。小児における歯周疾患はそのほとんどが軽度の歯肉炎であるが、増齢とともに重症化し、歯周炎に進行することもある。我が国の小児の歯肉有所見者率は学童期に増加し、13歳では60%に至る。

歯周疾患の予防には局所的と全身的な方法がある。局所的予防はプラークと歯石の徹底的な除去による歯口清掃である。全身的な指導は患者の既往歴ならびに全身状態等をもとにした栄養指導である。今後、齲蝕と歯周疾患に対して、ワクチン開発を始めとする感染対策を講じる研究が推奨される。

（3）齲蝕予防

①歯みがき習慣を身につける

歯みがき習慣を身につけるには、子どもの頃の学習が大切である。成人や高齢者になってから習慣づけようとしても大変難しい。歯みがき習慣の定着には、低年齢からの口腔保健指導が重要

であり、保育所・幼稚園への嘱託歯科医師の100%配置が望まれる。

②齲蝕予防のためのフッ化物応用

水道水フッ化物濃度調整法、食塩フッ化物添加、フッ化物補充剤、フッ化物配合ミルク、フッ化物歯面塗布、フッ化物洗口、フッ化物配合歯磨剤などがある。フッ化物応用の危険説は解明されていることから、安全性を再認識して、積極的に、国民の齲蝕予防にフッ化物応用を推進し、いっそうの齲蝕罹患率の抑制をはかる。

③特定保健用食品による齲蝕予防

歯の再石灰化を促進しようとするような機能性食品が創出されて特定保健用食品として厚生労働省から許可されている。キシリトールをはじめとする糖アルコールを中心とした非齲蝕誘発性甘味料配合のシュガーレスガムや CPP-ACP(カゼインホスホペプチド-非結晶リン酸カルシウム複合体)配合ガムなどの食品の利用を国民に啓発する。

④イオン飲料とむし歯

イオン飲料のpHは3.6-4.6と低く、pH5.4以下ではエナメル質の脱灰が起こりむし歯になりやすいことなどより、イオン飲料が絶えず口腔内に残存するとむし歯の原因となる。イオン飲料を多量与えることは肥満の原因となるばかりでなく、食欲不振など全身に悪影響を与える恐れもある。肥満の学童の耐糖能を傷害し糖尿病に気づかないで多飲するとケトアシドーシスや昏睡となる「ペットボトル症候群」となる危険がある。

テレビのコマーシャルなどにより、多くの母親は市販されているイオン飲料は身体によいと考えているので、イオン飲料の飲み方の注意点を広く知らしめる必要がある。乳幼児には、過激な運動や極端に汗をかいたとき以外は、普通の水を与える。下痢や嘔吐でイオン飲料を飲ませたときは症状が軽快したら中止する。のどが渴いたときは普通の水を飲ませる。学童、成人にも同様の方法を知らしめる。

(4) 噛む力を高める(日本顎口腔機能学会編, 2005)

①噛む力を高める

最近の子どもは軟食傾向のため噛む力が低下している。噛む力を高めるためには、子どもたちの口腔機能の発達に適した食べ物を偏りなく選び、よく噛んで味わって食べることが大切である。

②不正咬合は噛む力を低下させる

不正咬合は、健常者と先天異常者(唇顎口蓋裂とその他)ならびに顎変形症患者の咬合異常に分けられる。乳歯列の不正咬合は、開咬と切端咬合の発現率がやや高いが、異常は少なく、正常からの逸脱の程度も軽い。しかし、学童期の歯の交換期である混合歯列期にはその異常は多種多様であり、重度なものもある。

歯列・咬合の異常に起因しうる障害として、生理的障害には1)咀嚼作用の困難さ、2)咀嚼能力の低下、3)発音障害、4)顎発育の歪み、5)顎骨の成長発育への影響などが、病的障害には、1)齲蝕、2)歯周組織疾患、3)顎関節症、4)外傷、さらに、審美性との関係で心理的障害が起こる。また、顎関節症の発現率は増齢とともに増加傾向を示し、小学生で約

10%, 高校生で約20%となる。高校生になると、関節雑音のみならず、疼痛や開口障害が発現してくる。このように、不正咬合は噛むことにかかわる種々の機能の低下をきたすことが知られている。

齲蝕が減ったのに相対して、歯並びや顎の関節の問題がクローズアップされてきているが、依然として、それらへの理解や治療に関しては不十分である。日本では、先天異常による不正咬合や顎変形症の矯正歯科治療費は健康保険への導入がなされているが、それ以外の多くの子どもの不正咬合については、欧米諸国に比べて受診が遅れており、今後の課題である。

(5) 豊かな味覚を育てる

食事は子どもたちの味覚を育てるために重要な役割を果たしている。味覚はいろいろな味を経験し学習することで発達する。味覚を育てるには、子どもの頃から様々な食材をよく噛んで味わうことが大切である。口腔の生理機能を理解した食育の推進が重要である。

◆提案

(1) 子どもへの提案：

- ①小さいころから虫歯を予防するために歯医者さんにいきましょう。指しゃぶりは歯ならびが悪くなるのでやめましょう。
- ②かむ力を高めるため好ききらいをしないでよくかんでいろいろなものを味わいながら食べましょう。
- ③子どものころから歯みがきの習慣をつけましょう。
- ④かむ力を強くするため、好ききらいをしないでよくかんで食べましょう。
- ⑤味をおぼえるため、好ききらいをしないでいろいろなものを味わいながら食べましょう。
- ⑥イオン飲料は、運動したあとやたくさん汗をかいたあとに飲んで、その時以外はふつうの水を飲みましょう。とくにねる前にイオン飲料をのむのはやめましょう。のどがかわいたときに、何を飲んでいますか？ジュース？コーラ？スポーツいんりょう？どれも飲み過ぎはいけません。のどがかわいたら、できるだけ水を飲むようにこころがけましょう。
- ⑦はみがき粉をつかうときはフッ化物入りのものにしましょう。

(2) 家庭・学校・地域への提案：

- ①歯科疾患は早期発見・早期治療も大切であるが、予防がさらに優先される。齲蝕予防、指しゃぶりによる歯並びへの影響、乳歯の外傷予防など乳幼児期に良く見られる問題を含めた口や歯の病気に対して家族への啓発を行う。母乳には子どもの精神的安定にも効果があるので推奨されるが、歯が生えてからは夜間は唾液の分泌が減少するのでむし歯になりやすい。
- ②歯肉炎の低年齢化が問題となっており、就寝時間の遅延、塾通いによる夕食時間の不規則化など、学童期における生活習慣の変化がその一因と考えられている。学齢期から生活習慣と直結する歯肉縁予防の為に歯みがき習慣作りは疾病予防という観点からも重要である。歯肉炎の予防には局所的なものと全身的なものがあるが、局所的予防はブラークと歯石の徹底的な除去で、全身的な指導は患者の既往歴ならびに全身状態等をもとにした栄養指導である。
- ③歯みがきの習慣をつけるには子どもの頃の学習がとても大切である。成人や高齢者になってから習慣づけようとしても大変難しい。

- ④歯肉炎は病気の変化がみられる対象として、子どもにとって理解しやすい健康課題であり、疾病予防という観点から学習材に適しており、学校における保健教育で大いに活用すべきである。
- ⑤最近の子どもは軟食傾向のため噛む力が低下している。噛む力を高める為に、子どもの口の発達に適した食べ物を偏りなく選びよく噛んで味わって食べることが重要である。
- ⑥食事は子ども達の味覚を育てるために重要な役割を果たしている。味覚はいろいろな味を経験し学習することで発達する。味覚を育てるには子供の頃から様々な食材を良く噛んで味わうことが大切である。また、食事の姿勢にも注意を払うべきである。
- ⑦イオン飲料は体に良いが、飲み方の注意点を広く知らしめる。乳幼児には極端に汗をかいた時以外は普通の水を与える。下痢や嘔吐の時飲ませた場合は症状が軽快したら中止する。のどが渴いたときは普通の水を飲ませる。夜間の飲用は控える。
- ⑧フッ化物応用の危険説は解明されているので積極的にフッ化物応用を推進しいつその齲蝕罹患率の抑制をはかる。
- ⑨おしゃぶりはできるだけ使用しないほうが良いが、使用するなら咬合の異常を防ぐために1歳を過ぎたら常時の使用を控える。遅くとも2才半までに使用を中止する。

(3) 国家・政策への提案：

- ①健康な乳歯を育てるためには、低年齢からの公的保健指導の導入が重要であり、現在の1歳6か月および3歳児歯科健康診査だけでは不十分であり、生後10か月および2歳児の公的歯科健康診査の実施が必要となる。
- ②歯みがき習慣や良好な食習慣の定着には、低年齢からの口腔保健指導が重要であり、保育所（園）・幼稚園への嘱託歯科医師の100%配置が望まれる。
- ③3歳までに20本の健康な乳歯を育てることを目標とする「0320」運動を推進する。
- ④学校保健で口腔の健康教育を推進する。
- ⑤齲蝕、歯周病と不正咬合に関する基礎的研究を推進する。
- ⑥むし歯が減った分、歯並びや顎関節の問題がクローズアップされてきているが、まだまだそれらの理解や治療に関しては不十分である。日本では矯正歯科治療への保険導入もこれからの課題である。

3) 保育環境と子どもの健康

◆ 現状及び問題点

保育所等の乳幼児施設では、免疫学的に未成熟な乳幼児が集団で長時間生活する。しかも、少子化の現状の下、保育所入所児はむしろ増える傾向にある。そのため、乳幼児施設での子どもの健康問題はわが国の乳幼児全般の健康問題を代表し、それら施設における保健衛生の充実は、次世代を担う子どもたちの健康な発育に大きく貢献するものである。

乳幼児施設における健康問題の中で、感染症は短期間に多くの子どもの健康を損ねる可能性があるため、日常の保育にあたり最も留意すべき課題の一つである。しかし、厚生労働科学研究による実態調査（春日 2002, 春日 2004）からは、以下の問題点が抽出されている。

(1) 環境衛生上の問題点

保育室、園庭の各所における微生物汚染実態調査の結果、保育室内の水道の蛇口、食事時のテーブル、室内の小動物飼育ケースの外側、汚れ物入れバケツのふたなど、園児や保育士の手指を通した糞口あるいは動物由来感染の危険性が認識された。年齢の高い園児の保育室よりも、おむつ交換も行われ

る乳児室の細菌汚染レベルの方が高かった。腸管出血性大腸菌 O157 や O26 の集団感染の起きた保育所での聴き取り調査の結果、タオルや遊具、プールなどを介した二次感染の可能性が浮かび上がった。

（２）給食衛生上の問題点

学校給食による食中毒が激減している中で、保育所給食による食中毒は依然として多い。保育所における給食では、おやつ提供、異年齢児やアレルギー対応などの需要により、多種類の給食を複数回調理するという特徴を持つ。そのため、より決め細やかな衛生管理が必要とされるものの、調理施設は学校給食調理施設と比較して一般的に狭く、人員も限られていることにより、十分な対応が難しい場合があることが見受けられた。

最近増えてきた外部調理給食の配食を受ける保育所では、調理場搬出時および受配園搬入時の時刻と温度の記録、運搬車の衛生、検収方法などの衛生面に問題が指摘された。

◆課題及び提案

保育所等乳幼児施設内での感染症の罹患とその拡大は、子ども本人の健康にとって大きな問題であるだけでなく、介護する親の就労状況にも大きく影響することから、保育関係者と行政、そして関連分野の研究者が協力して考えていくべき問題である。

日常の保育の中では、成長に合わせた基礎体力の向上はもちろん重要な課題であるが、集団生活の場にあっては、その時点その時点での子どもの体調、特に最も免疫学的に弱い集団に配慮した衛生管理が必要である。以下、重要な課題とそれらへの対応をもとに、子ども、乳幼児施設、国・自治体・研究者に対する提案をまとめる。

（１）子どもへの提案

登園した時、外遊びから保育室に入った時、トイレの後、昆虫や動物に触った後、食事の前には、必ず石けんで手を洗い、よくうがいをしましょう。

（２）乳幼児施設への提案

① 環境衛生に関して

保育環境における子どもや保育者の動線を考え、微生物汚染の起こりやすい場所を特定する。水道蛇口を足踏みペダル式やセンサー式にするなど、可能な範囲で施設設備の改善を行う。その他、保育にあたっては、保健衛生マニュアル等を参考に衛生的な手技を用いる。

② 給食衛生に関して

保育所における給食調理は、病原微生物に対して最も感受性の高い乳幼児集団に提供されることを鑑み、学校給食以上に厳しく、決め細やかな衛生管理を行う。外部調理給食の配食を受けるなどの、近年の保育所給食の変化に伴い、それぞれの施設での給食における危険箇所を認識し、衛生面の配慮に応用する。給食施設設備、調理過程、調乳、哺乳等の衛生管理にあたっては、給食衛生マニュアル等を参考にする。

（３）国・自治体・研究者への提案

保育所での疾病罹患状況をリアルタイムでモニターすることは、その地域における子どもの健康状況を把握することでもあり、地域としての素早い保健対策にもつながることを、関係者は共に認識する必要がある。自治体の中では、保育部局と保健衛生部局との強い連携を図り、地域の医療機関や保護者との間でも共通の理解を深める努力を続けてほしい。園児のワクチン接種は、感受性集団を小さくし、罹患した際の軽症化に効果があることを理解し、国および自治体は保護者への啓発に努め

るべきである。乳幼児の保健衛生に関する研究者は、保育行政や保育関係者との情報交換に務め、保育所等乳幼児施設の衛生の向上に尽力する。

4) 子どもの感染症予防

(1) 子どもの生活と感染症

(2) 子どもの感染症対策の現状と課題

(3) 予防接種体制の整備と改善

◆ 現状及び問題点

子どもへの予防接種は重篤な感染症から子どもを守り、健康な発育を促すために必要であり、小児医学の基本的精神である *advocacy* に基づく医療行為である。すでに麻疹ウイルスをはじめ多くの細菌・ウイルス感染症に対するワクチンがわが国においても実施されている。しかしながら、わが国においては同時接種できるワクチン製剤が少なく子どもと保護者への負担が少なくない、ワクチンの接種回数が少ないために成人になって抗体価が低下し感染する例が増えている、二次感染のリスクのあるワクチンが未だに使用されている、先進諸国で導入され有効性の証明されている複数のワクチンが導入されていないなど、世界的標準にはるかに及ばない状況にある。このような状況はしばしば人的な国際交流の現場においてしばしば問題を生じている。例えば、わが国から米国に数年間の予定で親と一緒に滞在する子どもが米国の幼稚園や学校に入学する際、わが国にて行った予防接種のみでは入学を認めてもらえないために、米国にて不足分の複数の予防接種を同時に接種されている（表1）。このように予防接種は集団の安全を守る上で重要な防波堤として米国では認識されており、国民の義務でもあり、また、国民の予防接種に対する関心も高い。

わが国における子どもへの予防接種の現状と望まれる将来の方向性につき述べる。

表2 予防接種の種類、接種形式、接種回数のわが国と米国との比較

予防接種	わが国	米国	注釈
B型肝炎		○	日本はキャリアの母から出生した児にのみ、健康保健適応で接種
DPT 三種混合	○	○	日本の DT 追加接種時に、米国では追加接種用の DPT を使用
インフルエンザ b 菌	×	○	
ポリオ	○	○	米国では不活化ワクチンを使用
MMR	△	○	日本では MR ワクチンを定期接種、ムンプスワクチンは任意接種
水痘		○	
髄膜炎菌	×	○	
肺炎球菌	×	○	
インフルエンザ		○	米国では 6-23 ヶ月までの乳幼児全

A 型肝炎

○

BCG

○

○：定期接種,空欄：任意接種,×：ワクチンが市販されていない,△：その他
(渡辺博：わかりやすい予防接種,改訂第3版,診断と治療社,東京,2006)

①MR（麻疹・風疹）ワクチンの2回接種の導入とMMR（麻疹・風疹・ムンプス）ワクチン導入の問題

わが国では2012年に麻疹撲滅を目指している。実際,2006年4月茨城県南部,千葉県北部での小流行がわが国各地で生じている。風疹も同様の小流行が報告されている。実際,麻疹ワクチンの摂取率がこれまで7割程度と低かったことと,麻疹ワクチン接種をしたにもかかわらずその後抗体価が低下したことが原因である。このようなことから,2006年4月から2回接種が導入されており,今後はMRの撲滅が期待される。しかしながら,諸外国においてはすでにおたふくかぜ（ムンプス）を加えたMMRの2回接種が行われているのに対して,わが国ではMMRがなく,子どもへの負担は軽減されていないことが問題である。

②ポリオ不活化ワクチンの導入の問題

世界的にはポリオの再流行が認められている。わが国での経口生ワクチン接種により消化管内にてワクチン株が有毒化し,経口生ワクチン由来のポリオ麻痺患者が発生し問題となっている。このような問題を解決するために,諸外国ではすでにポリオ不活化ワクチン（注射）が採用されている。わが国でもポリオ不活化ワクチンの導入が必要とされる。

③日本脳炎ワクチン勧奨接種中止の問題

2005年7月29日に日本脳炎ワクチンの第三期接種が廃止され,2006年4月1日には積極的勧奨接種の中止となった。これは日本脳炎患者が減少し,同ワクチンによる急性散在性脳脊髄膜炎ADEMの発症のリスクとを考え合わせて出した結論とされる。しかしながら,豚の日本脳炎感染率は以前としてわが国では高く,地球温暖化の影響で今後日本脳炎患者が増加する危険性が指摘されている。現在ADEMの危険性の低い組織培養ワクチンが開発中であるが,安全性が担保され実用化されるめどは未だ立っていない。日本脳炎ワクチン勧奨中止の長期的影響を検討しないまま勧奨接種が中止されたことは,医療現場での混乱と子どもを持つ親御さんの不安を増幅している。なお,1999年より米国で流行中の西ナイルウイルスは日本脳炎ウイルスと極めて類似性の高いウイルスである。

④DTP（ジフテリア・破傷風・百日咳）ワクチンの問題

諸外国ではポリオワクチンとDTPワクチンとの混合ワクチンが導入され,有効性が証明されている。近年,わが国ではDTPワクチンを受けた10歳代の小児や成人に百日咳患者が増加していることが問題である。そのためには,現在行われている11-12歳へのDT接種をDTP接種にすることや,米国にて行われている青年・成人用DTP(Tdap)を採用することが望まれる。あるいは,今後成人へのDTP接種も勧奨とすべき時期に来ている。

⑤新型インフルエンザワクチンの開発について

東南アジアで流行の見られる高病原性鳥インフルエンザ（H5N1）が欧州とアフリカにおいても

流行し、わが国にも近い将来流行することが危惧されている。現在、ベトナムで分離されたウイルス株を使用したワクチンの臨床試験が 2005 年 1 月から開始されており、一刻も早い導入が望まれる。

⑥細菌ワクチン導入の問題

かつてわが国の小児の死因の第一位は肺炎であり、その主な起因菌がインフルエンザ菌と肺炎球菌であった。両菌は現在も髄膜炎・脳炎、肺炎、中耳炎の起因菌として重要な位置を占めている。

インフルエンザ菌 type b (Hib) ワクチンは不活化ワクチンであり、初回生後 2 ヶ月時、以後 4 週間間隔で 3 回の接種、1 年後の追加接種の合計 4 回の接種が必要である。本ワクチンの導入された米国などの先進諸国においては髄膜炎・脳炎などの侵襲性インフルエンザ菌感染症罹患率が小児と高齢者において著しく減少した。これは同ワクチンを小児に接種することにより社会における同菌の流行が減少し、その結果ワクチン接種をしていない免疫機能の低下している高齢者を同菌から守るという間接的効果があるためである。すでに 1998 年に WHO は全世界に向けて同ワクチンを小児に対する定期接種プログラムへの組み入れ勧告をしている。しかしながら、わが国では本ワクチンの導入がないため、毎年 100 名程の小児が髄膜炎に罹患し、その約 4 割が死亡ないしは重篤な中枢神経後遺症をもたらしている。一刻も早く本ワクチンの導入が望まれるところである。

肺炎球菌ワクチンも不活化ワクチンであり、小児には初回生後 2 ヶ月時、以後 4 週間間隔で 3 回の接種、1 年後の追加接種の合計 4 回の接種が必要である。免疫不全患者や高齢者への本ワクチンの接種は行われているが、小児への接種はされていない。本ワクチンの有効性については米国を初め先進諸国では実証されている。Hib ワクチンと同様に本ワクチンの小児への導入が望まれる。

⑦ロタウイルスワクチンの導入の問題

ロタウイルス感染症には 5 歳までの小児が必ず感染する。嘔吐、下痢により重篤な脱水症となり、全世界で年間 100 万人以上の小児がロタウイルス感染症にて死亡している。近年米国において腸重積症のリスクのないロタウイルスワクチンが導入され、その有効性が証明されている。わが国においても本感染症は冬から春にかけて流行し毎年数十万人の小児が入院加療を受けている。わが国においても本ワクチンの導入が望まれる。

◆課題及び提案

世界的標準から鑑みてわが国の子どもの健康を守る有効な予防接種体制を早急に整備、改善することが必要である。

5) 虐待予防

◆現状及び問題点

児童相談所への虐待に関する相談数は年々増加しており 1990 年は 1101 件であったのが、2000 年には約 1 万 7 千件、2005 年度には約 3 万 5 千件（平成 18 年文部科学白書）、2007 年度の速報では 4 万件を越えている。虐待の疑いがあるとして通報される子どもは 3 歳～小学生が多く（3～6 歳未満がおおよそ 1/4、小学生がおおよそ 1/3 である）、その内容は身体的虐待とネグレクトがそれぞれ約 4 割、心理的虐待が 2 割弱であり、性虐待の相談も数パーセントの割合を占める（2006 年度文科省白書による）。

保健所における 1 歳児検診、3 歳児検診、保育所、幼稚園、学校などでの発見、通告義務が強化され、「児童虐待を受けたと思われる」であっても通報も泊められるようになった（児童虐

待の防止等に関する法律)。しかし、虐待への対応において要でありながら十分な科学的検討がなされていない問題として、「早期発見」「通告」に関わる事実の確認、調査のあり方が挙げられる。一般に幼児、児童は体験や出来事を自発的に、整理されたかたちで報告することが不得手であり、他者の言葉による影響も受けやすい。また、こういった子どもの傾向性を受けて、大人は繰り返し質問を行い確認を求める；子どもができるだけ話しやすいようにとクローズ質問（はい、いいえで答える質問や選択式の質問）を行う；「～ですね」という確認型の質問を行う；などの会話パターンをとりやすい。「話してくれたらお家に帰れる」（取引）「話してくれないと大変なことになる」（脅かし）「〇〇さんもそう言っている」（補強証拠）などの誘導も行いがちである。このような状況が、子どもの供述を不正確なものとする。不正確な情報は早期発見を遅らせたり、誤った告発の原因になる。事実、子どもの報告の不適切な聴取により冤罪が生じたり、逆に子どもの報告を見逃したことによる子どもの死亡事例などが存在する（仲, 2005；仲・上宮, 2005 などを参照のこと）。

虐待が生じる原因としては、貧困や母親のうつ、孤立した母子関係など、さまざまな要因がある。子育て相談や子育て支援センターの充実などの行政的支援は不可欠であるが、どのような介入であっても、子どもの話に耳を傾けることは、まず支援の基礎となるだろう。この過程における問題を見極め、その対策を練ることは重要である。

◆ 課題及び提案

認知心理学の領域では、いかに事情聴取を行うかという面接法の研究が行われており、諸外国ではこれらの成果を活かした面接ガイドラインも開発されている。日本では司法面接の開発が遅れており、そのため発見者が不必要な発言を行い、子どもが口を閉ざしてしまったり、暗示を受け入れてしまう例も少なくない。このことを踏まえ、子ども自身、周囲の人々、国家に対し、以下の提言を行う。

- ①子どもに対して：NPOであるCAP（Child Assault Prevention）などによるプログラムへの参加を促し、暴力に対する対処の仕方を理解してもらう。
- ②周囲の人々に対して：保育士、教員など子どもに接する職業にある人は研修などを通して、虐待、家庭内暴力に関する知識をもつ。疑いがある場合は早期に児童相談所などの専門機関に報告する。その際、事情聴取は無計画に行わず、専門家にまかせる。また、専門機関では、ガイドラインに沿ったビデオ録画面接を行う。
- ③国家に対して：司法面接において最も進んでいる国の一つである英国では、内務省・保健省が司法面接（録画面接）のガイドラインを作成し、また、子どもの目撃者、被害者を対象とした種々の法的特別措置がとられている（録画面接を主尋問の代わりに用いる、障がいのある子どもには仲介者をつける等）。日本においても、ガイドラインの作成を国レベルで行うなどの対応が必要である。

【事情聴取におけるガイドライン】（アルドリッジ・ウッド, 2004；英国内務省・英国保健省, 2007；仲, 2005 などを参照のこと）

ガイドラインは以下のようなものである。このガイドラインは、いじめや事故など、虐待が疑われる場合以外の場面においても有効である。

- ① 導入とラポール形成：子どもに、録音、録画の旨を伝え了承を得る。録音機材に日時、面接者、被面接者の氏名を入れる。（a）自己紹介を行い、（b）カメラ機材等の紹介をし、（c）分からな

ければ分からないと言ってよいこと，（d）知らないことは知らないと言ってよいことを説明し，（g）中立的な話題で会話をを行い，リラックスした関係性を作る。

② 自由報告：怪我があれば「これはどうしたの？」，性虐待が疑われる場合は「どんなことがあったか話してください」，すでに開示があれば「お母さんに話したとのことですが，その出来事について話してください」等の教示により，自由報告を求める。「私はその場にいなかったのでも，なんでも全部お話しして。どんなに小さなことでもよいので話してください」などの教示も有効である。

③ 質問：人物，日時，場所，行為の経緯など，十分な情報が得られない場合に限り質問を行う。質問は「いつ，どこ，誰，何，どのように」を主体に行い，「なぜ」（告発口調になるので）やクローズ質問は避ける。争いになることがらについてクローズ質問で尋ねてはいけない（「お母さんに叩かれたの？」など）。

④ クロージング：情報を子どもの言葉を用いて確認し（言い換えをしない），中立の話題に戻し（これから何をするのかな等）終了する。

2. 学童期・思春期の健康課題

1) 発育促進現象及び肥満・小児生活習慣病

◆現状及び問題点

(1) 環境要因と発育促進現象

社会経済的諸要因を含めた生活環境のあり方によって子どもの発育が大きな影響を受ける。子どもたちの第二次世界大戦後の身長著しい伸びは、この時代の環境要因によって生じた、いわゆる発育促進現象の結果もたらされたものと考えられる。発育促進現象とは思春期発育が早く発現してくる現象をいう。具体的には身長の最大発育年齢は、1950 年当時（男 14.5 歳、女 11.5 歳）に比べ、近年では、男で約 1.5 歳、女で約 0.5 歳早くなり、同様の現象は女子の初潮発来年齢にもみられ、約 3 年早くなっている（松本、2003）。一方、日本学校保健統計調査（2007）によると、男子 11 歳児の 1950 年における身長の平均値は 131.1 cm で、2005 年には 145.1 cm と 14 cm の伸びであり、女子の場合、それぞれ 131.7 cm、146.9 cm と 15 cm の伸びを示している。

また、体重においても 11 歳男子で 10.4 kg、女子においても 10.7 kg の増加がみられる。しかし、近年では発育促進現象も大型化も鈍化の傾向にある。発育促進現象の若年化は、単に栄養の改善だけではなく、生活の社会・経済水準の向上が先行し、一定の time lag をもって起こってくることが知られている。アジア諸国の子どもたちにも約 10 年程度の time lag をもって同様の現象が観察される。今後も社会環境が子どもの発育発達に重要な影響をおよぼすことが考えられ、子どもの肥満ややせについても、子どもたちの環境との視点で対処していく必要があろう。

(2) 子どもの肥満・やせをめぐって

平成 18 年度の日本学校保健統計調査（2007）によると肥満度 20 パーセント以上の肥満傾向児が 11 歳男子で 11.8%、女子 10.0% を占めるに至っている。最近の研究では、肥満児では高血圧、糖尿病、高脂血症などの健康危険因子が軽度集積する傾向にあることや、成人期にかけてこれらのリスクが次第に進展していくことが指摘されている。例えば、発育過程にある若年者のインスリン抵抗性（HOMA 指数）に注目すると（宮井、宮下、2006）、健康な男子ではその値は 14 歳、女子では 13 歳でピークを迎える。これは、最大発育年齢を迎えた一年後までの時期で著しい変化が認められ、体脂肪量の変化と関係することが明らかにされている。HOMA 指数は各種肥満判定指標のうち、腹部脂肪量と最も相関することが明らかとなっており、若年者の肥満を評価する場合、単なる「肥満」の評価のみならず脂肪の体内分布を評価することも今後の課題である。肥満がインスリン抵抗性を惹起する分子メカニズムも徐々に明らかにされ、肥大した脂肪細胞からは TNF α やレジスチン、遊離脂肪酸（FFA）が大量に生産・分泌され骨格筋や肝臓でインスリンの情報伝達を阻害してインスリン抵抗性が惹起することが明らかとなっている。

思春期肥満では、単に肥満の影響のみならず第二次性徴にともなう急速な内分泌変化や身体変化がインスリン増大をもたらす高インスリン血症をもたらしやすい。また、小児においても肥満に伴って血圧高値や耐糖能軽度異常やリポ蛋白の軽度上昇などの変化がみとめられ、大人と同様のメタボリックシンドロームの危険因子の集積が認められる。小児では成人に比べて軽度の内臓脂肪の集積で種々の代謝疾患危険因子を発現しやすく、その病態が成人期に移行するトラッキング現象が確認されていることから、インスリン抵抗性や耐糖能異常を念頭に置いた肥満管理が重要となろう。しかし、根本的問題として「肥満」予防が基本的に重要である。

一方で、子ども特に思春期の子どもたちのやせややせ願望も無視できない重要な問題である。

（３）子どもの生活と健康

近年の男女雇用機会均等法の浸透や経済情勢の変化により、共稼ぎ夫婦が増加している。このように社会が変化する中で、最近の子供たちの問題点として、遊び時間の減少、室内での遊びの増加等が運動の質、量を低下させていること、朝食の欠食、不規則な時間帯での喫食、食事の楽しみの欠如等食事という質と栄養のバランスの低下、睡眠時間の短縮（11 時以降の遅い就寝）等が報告されている。これらの生活習慣の歪みが肥満をはじめとするこどもの健康に強く影響していることが指摘されているところである。特に睡眠時間に関しては、子どもの生活基盤が保護者の生活時間に影響され、このため睡眠時間の減少が子どもの健康に及ぼす影響が危惧されている（村田・嶽石、2007）。最近の研究によると、16～18 時間睡眠している 0 歳児も、12 歳児になると 8～10 時間に睡眠が加齢とともに短縮する。また、就学前から中学生になる頃の就寝時刻は時代とともに遅くなっている。この理由として、有名幼稚園、小学校、中学校などへの受験勉強や塾通いが挙げられていたが、近年は大人が子ども本来の生活時間を攪乱していることや、テレビ・ゲームや携帯メールの長時間使用が指摘されている。

このような社会環境におかれた就学前児童において、夜間睡眠時間や総睡眠時間の短縮が子どもの心臓性自律神経機能の低下や収縮期血圧の低下をもたらすことが横断研究の結果として示されている（Sampei et al. 2006 a,b）。保育園・幼稚園で午前中ぐったりとしている園児を見かけることがあるが、これらの多くは睡眠不足で低血圧状態にあるためと考えられる。このような就学前児童における睡眠時間の短縮が小学生～中学生と継続される結果として、情緒障害などが起こりうるかどうかについて今後さらに検討する必要がある。

◆ 課題及び提案

子どもの発育に関連する環境要因を時代・経過とともにみてみると、近年、わが国の地方、山間僻地に至るまで、「都市化した生活が最も望ましい」とする生活の利便性、快適性を求めた「都市主義的な生活態度」が広がってきた。このような環境の中、子どもたちの遊びや食生活、生活時間は夜型へと大きく変化した。まさに子どもの発育の様相は、子どもをとりまくその時代の環境の変化を映す“鏡”であるといえよう。そこで、子どもたちの望ましい健康生活を取り戻すためには、子どもの健康（発育）を軸とした視点での世界の、国の、地域のそれぞれのレベルで生活環境の変化を分析し、それぞれの地域の住民自らがその地域に根ざした個性的なものの考え方でこれから取るべき“子どもたちの環境の育成”の方向性を確立していくことが必要である。キーワードは「子どもの健康」を実現するための「社会環境の育成」である。

（１）子どもに対する提案

自分のからだの発育についてよく知ろう。例えば自分の体重、身長をグラフ化して、年々どのような発育をしてきているかをチェックしよう。

毎日規則正しい生活習慣を身につけよう。例えば、食事時間、遊びの時間、勉強の時間、睡眠時間のバランスを考えよう。

（２）家庭、学校、地域への提案

子どもの肥満は、脂肪細胞の増加を伴うことが多く、そのまま成人期に移行する tracking 現象が認められることから、生活習慣病のリスクファクターとして重要であるとされている。

生活習慣病のリスクを軽減するため、肥満になった子どもへの指導、場合によっては医療の必要性が強調されることが多いが、肥満をきたさないための方策が根本的な問題として重要である。つ

まり、肥満が現われてからでは十分な対策、成果が期待できないことが多い。生活習慣病予防の観点から、日常生活での身体活動、食生活、生活リズムの確立など、家庭や学校での早い時期からの子どもたちへの介入が重視されるべきであろう。

（３）国家・政策への提案

子どもの肥満の一次予防は、生涯にわたる生活習慣病予防の原点である。その根本は子どもたちに、健康にとって望ましい生活習慣を身につけさせることであり、学校における健康教育がその要となろう。生涯健康教育の原点としての「学校保健」が学校教育の中で、重く位置づけられなければならない。

具体的方策については、大きな枠組みとして、国、地方の健康保健行政施策が基本となろう。また、子どもをとりまく、地域、学校、それに家庭との相互の連携、取り組みが必須である。ただ、子どもたちを望ましい健康生活に導く、あるいは好ましくない生活習慣から行動変容をおこして、望ましい生活に生活指導していく上での手法が確立されていない現状である。単に“肥満”対策ではなく、環境要因から個人要因に至る社会学的、心理学的、医学的あるいは教育学的エビデンスの蓄積が望まれる所である。その検証手法として、子どもたちの一時点の健康現象をとられた横断的検証ではなく、子どもたちを何年にもわたって経時的に観察、追跡する、つまり縦断的検証法が重要であろう。

２）喫煙、飲酒、薬物乱用

◆ 現状及び問題点

（１）予防の重要性

学童期の喫煙、飲酒、薬物乱用は、健康面における直接の害作用にとどまらず、その後の知的、情緒的、社会的発達に対しても重大な影響を及ぼす点で、その防止はきわめて重要である。喫煙、飲酒、薬物乱用行動は、いずれも学童期に始まること、使用を繰り返すうちに依存を形成し、一度依存が形成されるとその後の行動の変容が極めて困難になることなどに共通点がある。また、これらの行動は相互に関連性が強いことが知られている（野津ら、2006）。こうしたことを踏まえ、米国疾病管理・予防センター（CDC；Centers for Disease Control and Prevention）は、喫煙、飲酒、薬物乱用のほか、故意または不慮の事故に関係する行動、望まない妊娠や HIV/AIDS を含む性感染症に関係する性行動、不健康な食生活・食行動、運動不足（低い身体活動）を含む一連の行動について「青少年の危険行動（Youth Risk Behavior）」という概念を提唱し、小児期から青少年期に系統的な働きかけをすることが必要であることを指摘した。喫煙、飲酒、薬物乱用については、これらを経験していない児童生徒を対象とする一次予防が最も本質的な予防策であり、そのためには、青少年がタバコ、アルコール、あるいは違法薬物を容易に入手できないようにするための社会環境の改善と並んで、学校における喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育、家庭および地域への働きかけが重要な役割を果たす（勝野、2004）。とくに喫煙は、有機溶剤乱用の、有機溶剤乱用は覚せい剤、大麻乱用の入り口であり、喫煙防止は他の危険行動防止のためにも極めて重要である。また、喫煙の害は受動喫煙も含め量的に膨大であり、子どもにおける喫煙防止の推進は特に重大な意義を有する。これについては、日本学術会議から提出されている脱タバコ社会に向けての要望の中で、未成年者喫煙禁止法を遵守し、次世代の健康をまもるための提言がされているところである（日本学術会議 第二部会、2008）。

（２）学校における喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育

学校は、教師という教育の専門家集団と、教育のための施設、教材などを備え、児童期から青少年期にいたるそれぞれの発育・発達段階に対応した系統的な働きかけが可能な場である。また、家庭

や地域社会に対しても影響力を発揮しうる点で学校は、極めて重要な位置を占めており、喫煙、飲酒、薬物乱用の一次予防について積極的な役割を果たすことが期待されている。従来からの学校における喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育は、喫煙、飲酒、薬物乱用行動が引き起こす影響に関する知識を重視した内容であったが、それらが必ずしも危険行動を回避する具体的行動変容に結びつかないことが指摘されている。青少年の喫煙、飲酒、薬物乱用行動は、彼らの周囲にいる人々の行動や態度、マスメディアなどの社会的要因と本人の知識、態度、信念などの個人的要因との相互作用によって形成される複雑な行動であることが明らかになっており、知識を習得させることは多くの要因のごく一部に働きかけているのにすぎないからである。さらに、欧米の最近の知見によれば、喫煙、飲酒、薬物乱用行動などの背景にはセルフエスティームやコミュニケーションなどのライフスキルの欠如の問題が共通して存在することが明らかになりつつある。また、セルフエスティームやライフスキルの形成を主な内容とするプログラムが喫煙、飲酒、薬物乱用行動などの危険行動を防止するのに有効であることが示されている。わが国においても、青少年の喫煙行動とセルフエスティームとの密接な関係が報告（川畑ら，2005）されているほか、飲酒行動についても、とりわけ家族に関するセルフエスティームとの間の密接な関係が認められている。それらの研究結果をもとに、ライフスキルの形成・強化により青少年の危険行動を予防しようとするライフスキル教育プログラムが開発された。ライフスキル教育プログラムは現在、危険行動予防のためのより包括的な教育プログラムへと発展し、多くの国で、学校教育への導入が試みられている。

（３）家庭・地域との連携

喫煙、飲酒、薬物乱用行動には、児童・生徒をとりまく家庭や家族のあり方が大きな影響力をもっている。たとえば、有機溶剤乱用経験者は非経験者に比べて家族全員で夕食をとる頻度が少ない、家庭はうまくいっていないと感じている、悩み事を親と相談しない傾向（和田，1995）家族の間での葛藤が高い、家庭のきまりや規則が弱い、家族の精神的支援度が低い（呉，1998）などの知見は、青少年の薬物乱用を助長する原因の一つとして、家族や家庭の問題があることを強く示唆している。また、家庭や家族のあり方は直接的に青少年の喫煙、飲酒、薬物乱用に影響するとともに、彼らのセルフエスティームを低下させるために、友人やマスメディアなどの社会的要因の影響を受けやすくなって喫煙、飲酒、薬物乱用行動をとるリスクが高まるものと考えられる。学校での喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育にとどまらず、家庭や地域を巻き込んだ予防活動が必要である。たとえば、米国で開発され、世界各国にもっとも普及している中学生用の喫煙、飲酒、薬物乱用防止プログラムである Lions Quest プログラム Skills for Adolescence（Quest International, 2001）は、家庭や家族の役割を重視している。家族関係を強化することを目指す単元を設けて生徒に指導するだけでなく、家庭で保護者と生徒と一緒に課題学習を行う機会を与えたり、思春期の子どもを理解するための本を保護者に配布したりする。また、保護者会議は、教室で実施されるライフスキル教育と並んでプログラムの重要な要素であり、生徒たちが学校で学ぶスキルについて保護者に知らせるとともに、子どもを養育するためのスキルやコミュニケーションスキルについて学ぶ機会を提供している。また、米国のモデルプログラムにおいて、個人的変容アプローチと環境的変容アプローチを統合し、児童生徒だけではなく家庭や地域あるいは地域の健康政策といった環境全体を変容させることを目指したシステム全体変容プログラム（system-wide change program）は最近の薬物乱用防止プログラムに関するレビューで最も効果があると報告されている（高倉，2005）。わが国でも学校、家庭、地域の連携による予防プログラムの展開が重要な課題である。

◆ 課題及び提案

まず、青少年がタバコ、アルコール、あるいは違法薬物を容易に入手したり・使用できないようにするための社会環境の改善が必要である。次いで学校における喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育においては、十分な保健教育としての時間を確保するとともに、知識の習得に偏重することなく、セルフエスティームやライフスキルの形成を主な内容とするプログラムの導入と展開が必要である。さらに、学校での喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育にとどまらず、家庭や地域を巻き込んだ予防活動が必要である。たとえば、家庭で保護者と生徒と一緒に課題学習を行う機会を与えたり、思春期の子どもを理解するための本を保護者に配布したり、児童・生徒が学校で学ぶスキルについて保護者に知らせたり、子どもを養育するためのスキルやコミュニケーションスキルについて学ぶ機会を提供することなどが望まれる。また、喫煙防止について、学校の敷地内全面禁煙、その他の公共空間の禁煙や分煙、自動販売機の規制、タバコ箱の警告文表示の改善などを推進し、学校、家庭、地域の連携により、個人からのアプローチと環境からのアプローチを統合し、児童・生徒だけではなく家庭や地域を含む社会環境全体の変容がめざされるべきである。

3) 性行動・性感染症・中絶

◆ 現状及び問題点

思春期の性の問題については、若年妊娠や性感染症の問題を含めて、さまざまな形で取り上げられている。しかしながら、その実際の行動の現状については中学生以下では客観的指標に基づく調査が少ない。思春期には男女とも性ホルモンの分泌が急増し、性に対する関心や行動が引き起こされる。この傾向は性ホルモンの分泌の面から男子においてより強い。女子においても月経の開始が小学校6年の時点で7割を超え、従って中学生の多くは妊娠可能である。一方、性に対する教育は時代とともに変遷して、現在その中心は性についての知識の供給の是非や性交渉の是非をめぐっての議論であり、現状を分析しそれに基づく方法論が展開されることは極めて少なかった。

性をめぐるマスメディアの取り扱いについてはテレビやビデオ、一般的な出版物については一応の規制があるものの、実際には性欲を刺激するような図画・写真が多数見受けられる。インターネットについては事実上規制がないままに情報が氾濫している。さらに、インターネットおよび携帯電話による出会い系サイトも増加しており、性的な刺激を前提としたサイトにも誰もが容易にアクセス可能である。

性の商品化の問題は女子において深刻で、売春によって検挙・補導される件数は思春期においても増加している。一方、性犯罪も増加しており、思春期の子どもたちが加害者・被害者となるケースも少なくない。

保健室来室理由の背景に、性に関する問題があると考えられる子どもの割合（日本学校保健会平成13年度調査）は、来室者のべ数のうち、小学校0.5%、中学校2.4%、高校4.6%であった。性交渉の経験については高校生では東京都教育研究所をはじめとしていくつかの大規模なデータがあり、男女とも高校3年生ではおおむね30-40%に達し、女子の有経験率の方が高い。

具体的には、東京都の調査では、キス経験率は中学校1年生で女子11.5%、男子12.8%から学年が上がるにつれて上昇し、高校3年生で女子64%、男子52%となっている。また、初交経験は中学校1年生で女子1.3%、男子5.2%から学年が上がるにつれて上昇し、高校3年生で女子45.6%、男子37.3%となっている。性交年齢の低下、複数相手の性交経験の増加、知り合ってから性交にいたるまでの交際期間の短縮、オーラルセックスの普及、コンドームの使用率の減少（常時避妊：高3、男子48.2%、女子22%）の増加が見られる（東京都調査、2002）。

中学生では千葉市などのデータがあり,男子で 5%程度,女子で 5-10%とされる。性交渉についての調査で明らかになったことは,中高生の性交渉では避妊についての知識が不十分な点である。例えばコンドームの使用率は性交渉の相手が 1 人の場合でも男子では 70%以下であり,性交渉の相手の数が増加するに連れて使用率が低下しており,これが直接思春期の妊娠の問題を生み出している。

思春期の妊娠の実態についての全国的なデータはない。実際には,思春期の妊娠の 75%程度が人工妊娠中絶されている。その他,優生保護法の適応とならない中絶も見受けられる。従って実体よりも低い数字ではあるが,人工妊娠中絶率(女性 1000 人あたり)は 15 歳から 19 歳の年齢層では 10.0 を超えており,妊娠可能な全年齢層での平均を上回る率となっている。(厚生労働省の母体保護統計によると,2001 年の人工妊娠中絶は全体で 34 万 1588 件で,年代別では 20 歳未満が 4 万 6511 件(前年比 2034 件増)と約 14%を占め,件数で 95 年(2 万 6117 件)の約 1.8 倍となり,過去最多であった。)

14 歳以下については実体が明らかでなく,人口動態統計からは平成 12 年以降,毎年 40 人以上が 14 歳以下の女子から出生している。

性感染症については,思春期においてもクラミジアやエイズが増加している。これまで中高年女性の疾患であった HPV(ヒトパピローマウイルス)によると考えられる子宮頸がんも若年者で増加している。性感染症についての思春期の子どもたちを対象とした調査はわが国ではないので正確な実態は不明であるが,10 代の未婚妊娠者ではクラミジアの保有率が 30%に上るとする報告もあり,性交渉の経験率,避妊の状況などと考え合わせると,高校生女子ではすでに 5%程度のクラミジア感染が存在すると推定される。

思春期に性に関する男女の体の違い,月経,射精についての教育は実施されているが,命の継続という面からの教育がなく,そのため性や妊娠,性感染症などについての正確な知識を持たないまま性交渉に及ぶ若者が多い。思春期の子どもたちの性交渉は勧められるべきでない。しかしながら,すべての性交渉をなくすことは現実には不可能であり,それが不可能である以上性交渉に関連する妊娠・避妊や性感染症についての思春期の子ども達への教育も必要である。一方,性の問題に冷静,沈着,適切に対応できる医療機関と医療従事者の育成も必要である。現状においてはこれらの問題に適切に対応することの出来る医師が極めて少ない。日本小児科学会は本年4月に小児科医の守備範囲を子どもが成人にいたるまでと決め,思春期医学の臨床のできる医師の育成を開始した。さらに,教育界やマスコミもこうした現実を冷静に捉え,真の意味で子どもの利益となることは何かを考え,適切に対応しなくてはならない。

◆ 課題及び提案

1. 思春期医学の臨床を担う医療従事者の育成が必要である。
2. 思春期の子どもたちへの性に関する知識が乏しいために起きる事態を防ぎ,命の大切さを考えるという観点から,生命誕生に関する知識,性交渉における妊娠や性感染症のリスクについての教育を行う。
3. 思春期の子どもたちにおける性をめぐる問題を正確に認識するため,全国レベルの実体調査が必要である。
4. 性を商品化するマスメディア,規範によらないインターネットの情報氾濫,増加する出会い系サイトなどについては子どもたちの健全育成の見地から,何らかの規制が必要である。

4) 保健室登校

◆ 現状及び問題点

学校では、子ども一人一人の力・生きる力、ライフスキルを育てることと、それだけでは限界があるため、並行して、子どもを取り巻く環境に対するアプローチが必須である。

保健室登校とは、学校に来て教室には入らずに常時保健室または別室にいるか、特定の授業には出席できても学校にいる間は、主に保健室または別室にいる状態をいう。（現実には6割以上が別室登校）（平成18年度中学校心の健康グループ、千葉市教育研究会保健養護部会）。

過去1年間に保健室登校の子どもがいた学校の割合は小学校29.1%、中学校63.4%、高等学校48.5%で、そのうち調査時点で保健室登校の子どもがいた学校は小学校12.3%、中学校45.5%、高等学校22.9%であった。（平成13年度全国1128校を対象とした日本学校保健会の調査結果、約2万校を対象とした平成16年度末全国養護教諭連絡協議会調査でも同様の結果）、これは平成8年度調査に比べ、中学校での増加が顕著である。千葉市の調査でも年々増加している。千葉市ではスクールカウンセラーの配置率が50%となった平成13年度以降、不登校が減少し、反対に保健室登校が増加している。（平成18年度千葉市調査）

保健室登校の原因としては、友人間トラブルが44.1%が多く、情緒不安22.9%、等であった。（H18年度千葉市調査）。

◆課題及び提案

保健室登校に対しては、その名前から養護教諭が担わなければならないといった誤解があるが、本来子どもの学習する権利を保障するという視点から、学習を保障するシステムを構築する必要がある。子どもの実態に応じた学習環境を整える必要があり、場の提供のみならず、教師の加配、子どものニーズに応じた教育方法・内容の検討が必要である。

5) 心の健康、いじめ、ひきこもり、うつ、自殺など

◆現状及び問題点

(1) 心の健康

保健室来室理由の背景に、心理的な要因のあると考えられる子どもは小学生33.4%、中学生42.6%、高校33.5%となっている（日本学校保健会平成13年度調査）。また、平成14年の文部科学省の行った「児童生徒の心の健康と生活習慣に関する調査報告」では、「わたしなんかいないほうがいいとおもう」に「よくあてはまる」と答えた者が、小学生（2,4,6年）では、5-11%、中学2年生、高校2年生で5-6%いた。

(2) いじめ

文部科学省の全国調査によると、2006年度に全国の小中高校で認知したいじめは、前年度の6.2倍に増え、124,898件（小学校60,897件、中学校51,310件、高等学校12,307件、特殊教育諸学校384件）であった。これは、「当該児童生徒が、一定の人間関係のある者から、心理的、物理的な攻撃を受けたことにより、精神的な苦痛を感じているもの。なお、起こった場所は学校の内外を問わない。」として調査しており、前年度よりいじめの定義を変更し、いじめられた児童生徒の立場に立って、「児童生徒が心理的、物理的な攻撃で精神的な苦痛を感じているもの」を、すべて「いじめ」としたことも数値が増えた一因と考えられる。いじめの認知件数を学年別にみると、中学1年生が24,023件で最も多く、性別でみると、男子が53%、女子が47%である。学校におけるいじめ

の問題に対する日常の取組については、小・中・高・特殊教育諸学校全てで「職員会議等を通じて、いじめ問題について教職員間で共通理解を図った」が最も多く、次に「道徳や学級活動の時間にいじめにかかわる問題を取り上げ、指導を行った」が多かった。（生徒指導上の諸問題に関する調査研究会報告書、文部科学省初等中等教育局委嘱事業、生徒指導上の諸問題に関する調査研究会、平成 17 年 6 月）

（３）暴力行為

ここでいう、「暴力行為」とは、「自校の児童生徒が起こした暴力行為」をいい、「対教師暴力」、「生徒間暴力」（何らかの人間関係がある児童生徒同士の暴力行為に限る）、「対人暴力」（対教師暴力、生徒間暴力を除く）、学校の施設・設備等の「器物損壊」の四形態に分類する。平成 18 年度における児童生徒の問題行動等の状況（文部科学省、平成 18 年度「児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査」）によると、国・公・私立の小・中・高等学校の児童生徒が起こした暴力行為の発生件数は、学校内において 40,019 件（小学校 3,494 件、中学校 27,540 件、高等学校 8,985 件）、学校外において 4,602 件（小学校 309 件、中学校 3,024 件、高等学校 1,269 件）、学校内外での合計は、44,621 件であった。形態別では、小・中・高等学校全てで「生徒間暴力」が最も多く、小学校 2,018 件、中学校 15,188 件、高等学校 6,058 件となっており、「器物損壊」、「対教師暴力」、「対人暴力」が続いていた。加害児童生徒数は 47,791 人であり、学年別にみると、中学 3 年生が 12,841 人と最も多く、性別でみると、男子が約 9 割を占める。加害児童生徒のうち、小学校では 1.7%、中学校では 4.2%、高等学校では 84.0%の児童生徒が学校において何らかの措置を受けている。措置の内訳は、小学校・中学校では「訓告」が、高等学校では「自宅学習・自宅謹慎等」が最も多くなっている。加害児童生徒のうち、小学校では 2.7%、中学校では 11.2%、高等学校では 6.2%の児童生徒が関係機関の措置を受けている。措置の内訳は、小学校では「児童相談所」、中・高等学校では「警察の補導」が最も多い。

（４）ひきこもり

ひきこもりとは、人がある程度狭い生活空間の中から社会に出ない事を言う。具体的には、自分の部屋でほとんどの時間を過ごし、学校や会社には行かない状態、あるいはそのような人であるとされる。NHK福祉ネットワークによると、2005 年度のひきこもりは 160 万人以上おり、稀に外出する程度の準ひきこもりを含めると 300 万人以上存在する。全国引きこもりKHJ親の会の推計でも同様であった。

伊藤純一郎（国立精神・神経センター）らの実施した「社会的ひきこもり」に関する相談・援助状況実態調査報告によると、保健所総計 633 ヶ所で集計したところ、全国での保健所・精神保健福祉センターへのひきこもりの平成 14 年の来所相談は 4083 件であった。相談事例における、ひきこもりを呈している本人の性別は男性 76.4%、女性 22.9%であり、18 歳までに問題が発現した事例は 46.8%であった。

（５）うつ

保坂隆（東海大学）らが 2006 年 8 月、静岡県内のある公立中学 1 校の 1～3 年生を対象に行った 557 人を対象とした調査では、中学生の 24.6%（137 人）がうつ状態であるといった結果となった。

過去に行われた調査も類似した数値を示している。うつ状態は、自殺につながりかねない危険性を指摘されている。いじめの有無ばかりに注目せず、子供の心の状態に教師や親が関心を高める必要性がある。

（６）自殺

2004年度では、国・公・私立の小・中・高等学校の児童生徒の自殺者は171人（小学校2人、中学校41人、高等学校128人）であった。また、自殺した児童生徒の状況について、「その他」が最も多く、次に「進路問題」が多かった。（生徒指導上の諸問題に関する調査研究会報告書、文部科学省初等中等教育局委嘱事業生徒指導上の諸問題に関する調査研究会、平成17年6月）

また、警察庁の調べでは、2005年の中学生の自殺は66人、2004年は70人だった。

◆課題及び提案

（１）子どもへの提案

毎日楽しく学校生活を送ることができていますか。困ったことがあったら、相談できる大人はいますか。相談出来る人を見つけて相談しましょう。

（２）家庭・学校・地域への提案：

問題を少しでも感じたら、抱え込まずにできるだけ早めに、専門機関へ相談する必要がある。また、対処策を講じるだけでなく、これらの問題は、健康教育やライフスキル以前の根本的な課題をとらえ、いきいきと生きるといった根本の部分育てる必要がある。さらに、子どもたちの問題は、社会全体の反映である。社会全体が、いじめ、ひきこもり、うつ、自殺などのない、社会を目指す必要がある。

（３）国家・政策への提案：

こころの健康を中心とした、現にあるこれらの課題に対しては、スクールカウンセラーの加配といったことだけでなく、丁寧に子どもたちの状況を見抜き、寄り添い、対話を行う教師が必要である。教諭の加配や養護教諭の複数配置が必須である。

6）小児・思春期医療の問題点

◆現状及び問題点

◆課題及び提案

（１）思春期医学上の問題点

（２）思春期医療提供体制の整備

わが国では思春期の子どもたちの様々な健康問題に対して適切に対応する医療体制の整備が不十分である。性交開始年齢の若年化により性感染症が増加しているが、適切な予防や治療に関する思春期の子どもたちの知識は乏しい。一方、性をめぐるマスメディアの取り扱いについてはテレビやビデオ、一般的な出版物については一応の規制があるが不十分である。

3. 発達障害の子どもへの理解と対応

◆ 現状及び問題点

近年、自閉症の有病率の高さが注目されている。高機能自閉症やアスペルガー症候群を含めた広汎性発達障害全体では 1000 人に 6 人といわれている。注意欠陥多動性障害についてはさらに多く、学校教育の現場においては下に示すように学童の 6 %がその診断基準に該当するという報告もある。このような、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能の障害を抱える子どもに関して、小児精神医学、障害児教育、学校保健、社会学など様々な立場から臨床・研究活動が行われている（鈴江 毅ら, 2000, 2002）。同時にこれらの子どもたちへの理解と対応が必要になってきており、学校教育現場はもとより医療・専門機関における支援、医療と学校保健の連携のあり方、養護教諭あるいは学校コンサルテーションの立場から学校現場での援助と対応、発達障害をもつ児童・生徒の現状及び教師の求める支援、成人後の障害者就労支援などについて様々な取り組みや試みがなされている（鈴江 毅ら, 2005, 2005）。

母子保健法で定められ、保健所や保健センターが実施している乳幼児健康診査では発達障害が早期に診断されているとは言えず、5歳時健診などの新しい取り組みも試みられているが、保育所や幼稚園での発達障害を持つ子どもへの認識と対応の向上も求められる。しかし、早期に診断しても、専門医療機関の受診までに数ヶ月以上の待機が各地で常態化しており、専門医療機関のさらなる充実が待たれるところである。また、診断後の発達支援を早期に推進するための療育体制の充実、作業療法士や言語聴覚士などの専門スタッフの充実も重要課題である（鈴江 毅ら, 2006）。

学校教育の現場においては、特別支援教育など支援体制の確立・充実が急務とされ、学校保健及び地域保健上の課題となっている。近年、義務教育段階において特別支援学校及び小学校・中学校の特殊学級の在籍者並びに通級による指導を受けている児童生徒の総数の占める比率は増加する傾向にあり、平成 14 年で約 1.4 パーセントとなっている。また、学習障害（LD）、注意欠陥／多動性障害（ADHD）、高機能自閉症等、学習や生活の面で特別な教育的支援を必要とする児童生徒数について、文部科学省が平成 14 年に実施した「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査」の結果（大南ら, 2002）では、約 6 パーセント程度の割合で通常の学級に在籍している可能性を示している。このような動向を踏まえ、文部科学省では、平成 13 年 1 月に「21 世紀の特殊教育の在り方について（最終報告）——一人一人のニーズに応じた特別な支援の在り方について——」を取りまとめ、今後は、一人一人の教育的ニーズを踏まえて適切な教育を行うとの考え方を示した（21 世紀の特殊教育の在り方に関する調査研究協力者会議答申, 2001）。また、今後の具体的な対応の在り方について、平成 15 年 3 月に「今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）, 2001」が取りまとめられた。特別支援教育は、発達障害をもつ子どもが就学した後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、それぞれの子ども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、発達障害を持つ子どもへの教育だけでなく、多様性を認識した、共生社会の基礎を形成する役割ももつ。従来の特種教育は知的障害児を主な対象にしていたが、特別支援教育は、高機能自閉症、アスペルガー症候群、注意欠陥多動性障害、学習障害などの、

知的な遅れのない発達障害も対象にし、全ての学校において実施されるものである。平成 16 年には、「小・中学校における LD（学習障害）、ADHD（注意欠陥／多動性障害）、高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制の整備のためのガイドライン（試案）」（文部科学省, 2004）が策定され、平成 17 年には特別支援教育に関する中央教育審議会答申「特別支援教育を推進するための制度の在り方について」が公開された。最近では特別支援教育に関連して専門家チーム・巡回相談活動を通してネットワークが構築され、学校と社会の連携が試みられている（鈴江 毅ら, 2007）。しかし、現在の特別支援教育の普及状況は、理想像と大きな隔たりがある。専門的知識を持った教師の増員、特別支援教育支援員の増員、医療機関や療育機関との円滑な連携体制構築が望まれる。

一方医療の現場においても、児童精神科あるいは発達障害専門外来など、専門医療機関はまだまだ少ないのが現状である。大都市において少数の専門機関があるのみで予約が殺到している状況であり、まして地方においては専門機関は求むべくも無い。当然その他の医学的支援活動も散発的に行われているに過ぎない。しかし発達障害においては、早期に気づき、早期に支援開始することの重要性を考えれば、これらの医療・専門機関の果たすべき役割もまた大きいことがわかる。現在これらの機関はまだまだ少なく、また児童精神科医、小児科医、臨床心理士、言語療法士等の専門家の不足も深刻な問題となっている。

障害者基本法の改正〔平成 16 年 6 月〕、発達障害者支援法の成立〔平成 16 年 12 月 3 日成立、平成 17 年 4 月 1 日施行〕、障害者自立支援法の成立〔平成 18 年 4 月 1 日成立、平成 18 年 10 月 1 日施行〕を受けて、今後、発達障害児・者に対して光が当てられ、その対策に関してはますます重要視されていくと思われる。まず、障害者基本法において「何人も、障害者に対して、障害を理由として、差別することその他の権利利益を侵害する行為をしてはならない」ことが基本的理念として明記され、障害者の自立及び社会参加の支援等の推進が謳われている。障害者自立支援法は、障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、障害者基本法の基本的理念にのっとり、各種福祉サービス、公費負担医療等について、共通の制度の下で一元的に提供する仕組みを創設するものであり、学校教育における発達障害者への支援、発達障害者の就労の支援、発達障害者支援センターの指定等が定められている。このような社会の要請に応えるべく、各地でさまざまな支援体制作りがなされているが、その支援の具体的な広がりはいまだ十分とは言えない。また、障害者の自己負担が増えるなどの問題点もあり、利用者負担の軽減、事業所の経営基盤の強化、グループホームの整備促進などが課題である。

◆ 課題及び提案

発達障害を持つ子どもへの理解と対応は、保健、医療、福祉、教育の密接な連携のもとにさらに推進すべき重要課題であり、発達障害児の全生涯を考慮に入れ、時間軸に沿って、乳幼児期、学童期、思春期、成人期へと、子どもの成育過程、ライフステージに沿った支援体制の構築が必要である（図 1）。発達障害の形成に最も関連深いと思われる学校入学前の生育環境は、乳幼児健診など母子保健事業を中心とした厚生労働省あるいは地方自治体（市町村）が関与し、次段階の児童・思春期は特別支援教育を中心として学校保健として文部科学省が所管し、学校教育終了後の青年期・成人期の障害者就労活動や労働現場では産業保健として厚生労働省が関与していくようになる。さらに無職の場合や高齢期のことまで考えれば、地域保健として地方自治体（市町村）や地域住民を中心にした支援が必要になってくるとと思われる。しかし現在これらの関係者、関係諸機関相互の連携

や連絡は、担当者同士の自主的なつながりで成立することはあっても、一貫したものはほとんどない。ごく一部のピアグループ、親の会、学校医療連絡協議会などが生涯にわたる援助を視野に入れた活動を始めているに過ぎない。発達障害の特性を考えれば、援助の連続性が重要なことは自明であり、現在の途切れ途切れの援助には一貫性が求められよう。発達障害児に対する生涯を通じた支援体制の確立が急務であると考ええる。

一方空間軸で考えても（図2）、文部科学省の提唱するネットワークは主として学校内あるいは県教育委員会が中心であり、学校外の地域・社会への広がりについてはじゅうぶんに考慮されていない。発達障害児・者を中心に、その支援の輪を考えていくと自然と、家族（兄弟・親など）から地域社会（近隣住民・ピアグループなど）そして職場（上司・同僚など）が重要な関わりを持つてくる。さらに医療・専門機関（小児科、産科、精神科など各種医療機関・発達障害者支援センターなど）はもちろん、様々な形で司法・警察が関与し、多くの学会も研究活動を軸に積極的な関わりが求められる。行政としては、国レベル（厚生労働省、文部科学省）でも、地域レベル（各市町村・保健所・児童相談所など）でも互いに連携した支援活動が必要である。発達障害児の生活・活動の広がりに応じて、関係者・関係諸機関が連携した支援体制作りが重要であると考ええる。また、発達障害に対する偏見をなくし、社会全体の理解を促進するための、啓発活動も重要課題である。

これら時間的・空間的なつながりの中心として、医療・専門機関（発達障害者支援センターその他）などが想定され、一部稼働を開始したところであるが、まだ量的にも質的にも十分ではなく、今後は、大都市のみならず地方においても同等にこれらの機関を充実させていく必要がある。また現場における発達障害の専門家（児童精神科医、小児科医、臨床心理士、言語療法士等）の育成は一朝一夕にはできないことを鑑み、長期間にわたる人材育成システムの開発・活用が望まれる。現在までに得られたネットワークやノウハウを活用し、社会が一体となって地域における発達障害児・者の支援を行っていかねばならない。また、発達障害に対する基礎研究に対するわが国の予算は先進諸国の中では低く、大きく遅れをとっていることから研究者の育成や研究面での支援が必要である。

発達障害を持つ子どもが早期に診断され、適切な療育や教育を受け、社会で自立できる一貫した体制、時間的にも空間的にも連続性を保った体制を構築することを国民全体に課せられた重要課題として推進するべきである。

※なお発達障害者支援法において、発達障害とは「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの（第2条第1項）」、発達障害者とは「発達障害を有するために日常生活又は社会生活に制限を受ける者」、発達障害児とは「発達障害者のうち十八歳未満のもの（いずれも第2条第3項）」と定義されている。

（1）子どもへの提案

毎日楽しく学校生活を送ることができていますか。

勉強のことやお友達とのかかわりで、困ったことがあったら、何でもお父さん、お母さん、先生に相談しましょう。

（2）家庭・学校・地域への提案：

子どもたちの行動や学習面、対人関係面など、「ちょっと気になる」点があれば積極的に相談できる体制づくりのため、以下を提案する。

乳幼児における早期診断のために、保健所や保健センターが実施している乳幼児健康診のレベルアップ、就学前の5歳時健診などの新しい取組みの実施。

発達支援のための療育体制の充実、作業療法士や言語聴覚士などの専門スタッフの増員。

発達障害に対する偏見をなくし、社会全体の理解を促進するための、啓発活動。

教師の研修内容の充実、先進的指導方法の導入。

医師会、歯科医師会は、発達障害を持つ人々が医療機関に受診することが大きなストレスになっている場合があることに理解と配慮をするとともに、診療能力を向上させる。

(3) 国家・政策への提案：

発達障害を持つ子どもへの理解と対応は、保健、医療、福祉、教育の密接な連携のもとに推進すべき重要課題である。子どもライフステージに沿った支援体制の構築のために、以下を提案する。

早期診断のための乳幼児健康診査の精度向上や一般小児科の診療能力の向上のための施策。小児神経科や児童精神科などの専門医師の充実。

発達障害の診療は時間を要するわりに、診療報酬が低く、カウンセリング料などの改善が必要。

発達障害に対する基礎研究の予算は先進諸国の中では低く、大きく遅れをとっているので、関連研究費の増額、研究機関の充実。

特別支援教育の充実のために、教師の研修の機会の増加、専門的知識を持った教師の養成、特別支援教育支援員の増員。そして、医療機関や療育機関との円滑な連携体制構築。障害者自立支援のための各種福祉サービスの充実、利用者負担の軽減、事業所の経営基盤の強化、グループホームの整備促進。

発達障害に関する情報を取得しやすく、相談しやすい環境づくりに向けての施策。

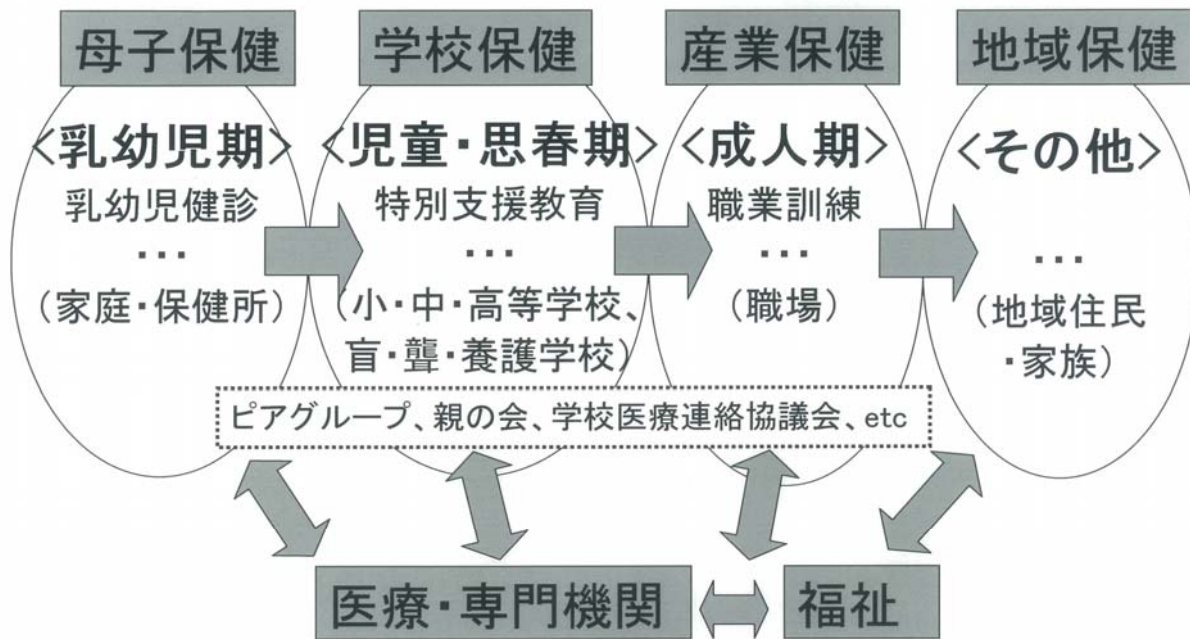


図1 発達障害児の支援全体図(時間的)

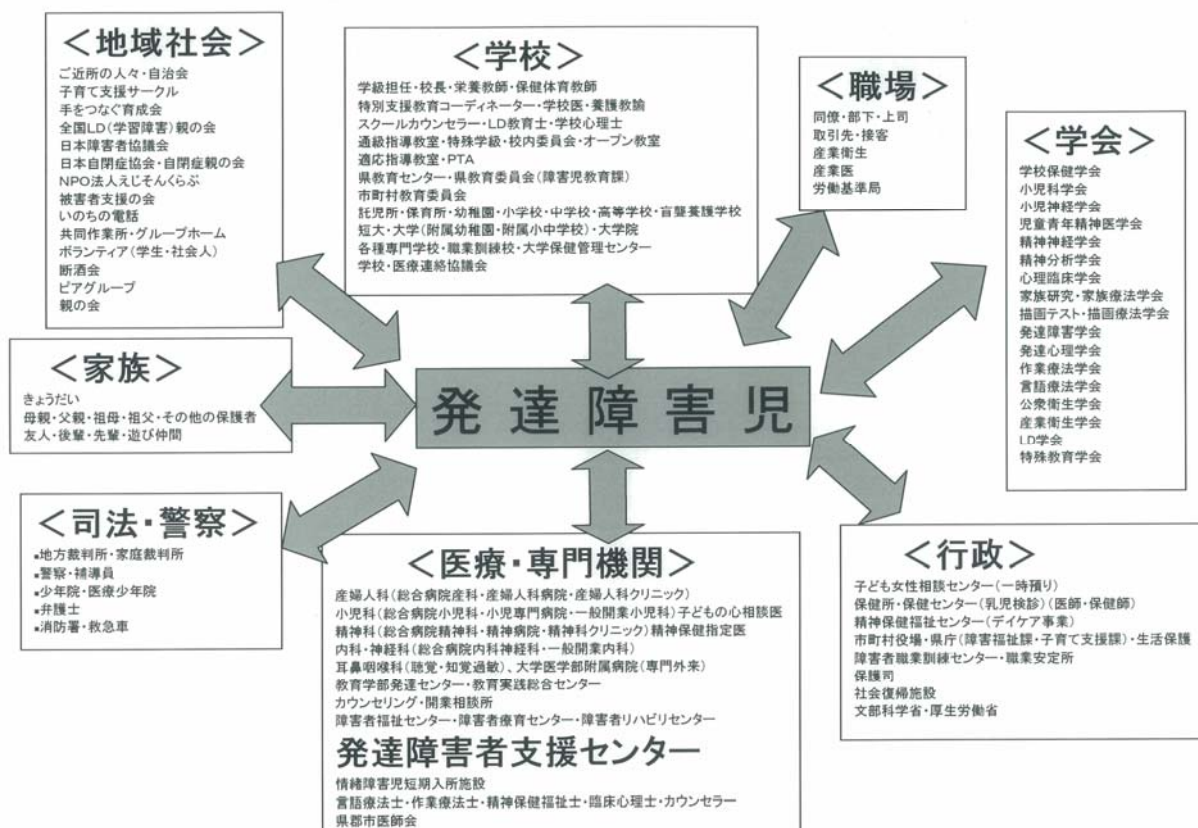


図2 発達障害児の支援全体図(空間的)

iii. 子どもの健康危機・安全管理（セーフティプロモーション）

1) 子どもの事故予防

◆ 現状及び問題点

わが国では 1960 年以降, 子どもの死因の第 1 位は 0～1 歳までの新生児・乳児をのぞいたすべての年齢層において「不慮の事故」である。しかしながら, 子どもの不慮の事故に対して社会をあげてこれに取り組む姿勢がこれまで見られなかった。そのもっとも大きな理由は, この問題が例えば小児科学会などの一つの領域に属する組織では対応あるいは解決することができない日本の社会全体の問題であるためである。医療現場には, 日々, 事故によって傷害を受けた子どもたちが受診しているが, 事故が起こった状況の情報は医療機関内だけにとどまり, 事故の起きた製品を設計したり, 製作する部門に伝えられることはなかった。また, 地域の行政機関にも子どもの事故に関する情報は伝わらず, 改善作業につながることもなく, 国としても子どもの事故の実体を把握しこれを減らそうとする認識を持ち得なかった。

子どもの死因の第 1 位を占める「事故」の問題をどう捉え, どのように予防活動を展開したらいいのか, またいろいろな領域の連携はどうあるべきかを法学, 心理学, 医学, 工学などの異なった学問領域が連携して取り組む必要がある。そして, そこから発信される提言を基に, 国や地域を挙げて子どもの安全のために必要な社会システムを整備することが是非とも必要とされる。近年, わが国ではユニバーサルデザインなど国を挙げての活動も見られるが, このような活動の多くは成人, 特に高齢者のための取り組みであり, 子どもの安全を目指した取り組みは少ない。実際, 高齢者に使い易い製品は実は子どもに危険きわまりない製品である可能性がある。子どもの事故に対する取り組みはわが国だけの課題ではない。WHO は戦争や暴力テロだけでなく, 日常生活で遭遇する事故も重要な健康阻害因子として, 各国が取り組まなくてはならない課題であると規定している。

◆ 課題及び提案

1. 子どもの事故を科学的に分析し予防に役立つ研究をおこなう研究機関を新たに設立あるいは既存の研究機関に設置する。
2. 得られた研究成果を社会に還元するため, 関係機関や現場の指導を行うための省庁を新たに設立する。
3. 子どもの事故予防を目指す環境を整備するための法律の整備を行う。

2) 犯罪被害, 災害被害の危機管理

◆ 現状及び問題点

近年の大震災をはじめとする天災や 2001 年 6 月に発生した大阪教育大学教育学部附属池田小学校における学内への侵入者による児童殺傷事件をはじめとする, 学校内外を発生場所とする子どもを対象とした犯罪の件数が増加している。凶悪犯が増加するとともに, 外部の者が学校へ侵入した事件が, 平成 14 年には 2,168 件と, 平成 11 年 (1,042 件) と比べて 2 倍を超える状況にある。これら子どもを対象とした様々な犯罪などによって, 地域・学校における危機管理意識は急速に高まったと言える。

学校の中では, 学校安全は, 安全教育, 安全管理, 組織活動からなりたち, 学校安全が扱う領域としては「生活安全」「交通安全」「災害安全(防災)」の 3 つの領域があるが, 生活安全は, 学校時の危険の理解と安全, 登下校時の安全, 犯罪に対する行動の仕方, 事故発生時の通報と応急手当, 安

全な環境づくり,防災教育は,子ども達への対応能力,すなわち防災リテラシーを培うことにある。さらに,自分並びに他者の安全確保だけでなく,他者の安全のための防災活動への参加,災害安全(火災,地震・津波,火山,風水雪,落雷),放射線や,避難所の役割と避難経路,災害に対する備え,人災等に関しても,教育することが必要となってくる。

◆ 課題及び提案

犯罪,災害等を含んだ危機管理について,学校教育で強化するとともに,地域と学校が連携し,環境整備を推進する必要がある。

3) 感染症,食中毒,物理化学的環境要因の悪化等の健康危機管理

◆ 現状及び問題点

学校という集団生活を営む場所では,感染症の予防を重要視し,発症した際には,迅速な判断と対応を行わないとならない。しかしながら,インフルエンザや様々な急性のウイルス性感染症等が時に,対応の遅れから学校において集団発生する事実から,具体的な基準を明確にし,実施する必要がある。

また,環境衛生に関しては「学校環境衛生の基準(平成4年文部省体育局長裁定)」が定められているが,必ずしも完全には実施されていない状況があることが,平成20年1月17日にだされた中央教育審議会スポーツ・青少年分科会,学校健康・安全部会「子どもの心身の健康を守り,安全・安心を確保するために学校全体として取組をすすめるための方策について」(答申)で指摘された。一方で,「健康的な学習環境を確保するために一有害な化学物質の室内濃度低減に向けて一(改訂版)平成18年6月」に文部科学省から発行されているなどの啓発のための努力はされている。

また同答申では,学校給食に関して,関係者の食中毒に対する意識や衛生管理が不十分なため,食中毒が発生している事例が指摘された。

これらの状況を受けて,平成21年4月に施行される学校保健安全法においては,全国的な学校の環境衛生基準が法制化されることとなり,文部科学大臣が基準を策定すること,学校の設置者等の責務などについて定められた。同時期に改正される学校給食法においても,学校における学校給食の水準及び衛生管理を確保するための全国基準が法制化されることとなった。

しかしながら,以上のことについては,養護教諭や栄養教諭士等の専門家が中心となるが,多くの教諭と連携をもって行うものである。しかし,養護教諭,栄養教諭以外においては,教諭に対して学校保健が必須化されていないなど,養成段階を含めて十分な教育がされているとは言い難い。

◆ 課題及び提案

学校環境衛生基準や学校給食の水準及び衛生管理については,法律で規定されることから,大きく一歩前進したといえる。しかしながら,今後は,具体的に,文部科学省,教育委員会,学校の設置者,校長並びに教職員責任をもって推進するシステムの構築ならびに,養成段階も含めて教職員等に対する教育の確立が必要である。

4) 地域・学校における危機管理 — セーフコミュニティ —

◆ 現状及び問題点

地域・学校に於ける危機管理は,危機発生を防ぐ活動(リスク・マネジメント)と危機発生後の

速やかな対応（クライシス・マネジメント）から成り立つ。その内容は、施設整備の充実を中心としたハード面と危機管理体制づくりのソフト面から成る。不審者侵入対応を例にとると、前者は防犯カメラの設置や門扉のオートロック化、後者はマニュアル作成、防犯訓練、学校内外の巡回、地域住民・学校児童生徒・教職員の認識の向上と教育などである。

文部科学省では、学校安全の充実にハード・ソフトの両面から取り組む「子ども安心プロジェクト」を推進している。このプロジェクトの中で、「学校への不審者侵入時の危機管理マニュアル」の作成（平成 14 年 12 月）や、「学校施設整備指針」における防犯対策関係規定の充実（平成 15 年 8 月）、防犯や応急手当の訓練により教職員や子どもの安全対応能力の向上を図る「防犯教室」の開催の支援など、様々な施策を推進してきた。しかし、学校に不審者が侵入して子どもの安全を脅かす事件や、通学路で子どもに危害が加えられる事件が後を絶たない。また、子どもの健全な育成が学校、家庭、地域社会との連携・協力なしにはなし得ないのと同様、「安全・安心な学校づくり」、「安全・安心な子どもの居場所づくり」も地域ぐるみの取組なしにはなし得るものではない。

文部科学省が 2004 年 1 月 20 日にだした「学校安全緊急アピールー子どもの安全を守るために（http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/16/01/04012002.htm）」でも、学校安全に関する具体的な留意事項等として、「学校安全の取組に御協力いただける方の組織化」「不審者情報等を地域で共有できるネットワークの構築」「子ども 110 番の家の取組への一層の御協力」、「安全・安心な子どもの居場所づくり」、そして、地域の関係機関・団体に学校との一層の連携を呼びかけている。

また、2005 年度から警察庁の「地域安全安心ステーション事業」と文部科学省の「地域ぐるみの学校安全体制整備推進事業」とは連携して実施され、地域のボランティアの養成・研修や防犯の専門家による指導・助言、防犯パトロールの強化、防犯情報の収集・提供、安全マップの作成協力、日常的な地元警察署からの支援等が推進されている。

そして、セーフティプロモーションの重要性から、法制度としては、平成 21 年 4 月より学校保健法が学校保健安全法と変更になり、法律上からも、より安全が強化されることとなった。しかし、具体的な方策はこれからである。

◆ 課題及び提案

（１） 子どもへの提案

危険なことが起こる前に、自分で気がついて、危険なことを避けることが大切です。

（たとえば、危険な場所で遊ばない、近づかない、歩道のある道を歩くなど）。しかし、どんなに気をつけていても、危険なこと（突然の事故や地震）が起こってしまうことがあります。そのようなときは、どうすればよいか、普段から考えて、家族の人と話し合って、行動出来るようにしておきましょう。

（２） 家庭・学校・地域への提案：

安全な社会は、一人一人の行動と地域を上げての協力が重要です。危険を回避出来る社会を作り、一人一人が努力し続けられるように、さらに、避けようのない危険が生じた場合に、どのように行動するかを、地域を上げて共通理解し、さらに、一人一人がそれにそって行動出来るようにしておく必要があります。

さらに、それらについては、学校や家庭での教育が重要となります。

（３） 国家・政策への提案

セーフコミュニティやセーフティプロモーションは、まだ、比較的新しい概念であるため、これらに対する概念化等の検討は急務である。さらに、実践上は様々な事例があるため、事例を集積し、事例から学ぶシステムの構築が必要である。

子どもの事故については、

1. 子どもの事故を科学的に分析し予防に役立つ研究をおこなう研究機関を新たに設立あるいは既存の研究機関に設置する。
2. 得られた研究成果を社会に還元するため、関係機関や現場の指導を行うための省庁を新たに設立する。
3. 子どもの事故予防を目指す環境を整備するための法律の整備を行う。

感染症、食中毒、物理化学的環境要因の悪化等の健康危機管理に関しては、

学校環境衛生基準や学校給食の水準及び衛生管理について、法律で規定されることから、大きく一歩前進したといえる。しかしながら、今後は、具体的に、文部科学省、教育委員会、学校の設置者、校長並びに教職員責任をもって推進するシステムの構築ならびに、養成段階も含めて教職員等に対する教育の確立が必要である。

Ⅲ. 方策：「地域・学校におけるヘルスプロモーションの推進」

1. ヘルスプロモーションの概念について

人々の健康の権利や擁護に関する考え方や概念をめぐる20世紀後半の世界的な潮流は、WHO憲章（1946）、世界人権宣言（1948）、プライマリヘルスケア（アルマーアタ宣言、1978）と続き、21世紀においてはヘルスプロモーションの実践が大きな課題となっている。ヘルスプロモーションについては、1986年10月に、カナダのオタワで第一回ヘルスプロモーション国際会議が開かれヘルスプロモーションのためのオタワ憲章（1986）が生まれた。この会議の後、健康的な公共政策に関する会議（アデレード、1988）、健康の支援的環境に関する会議（サンドバール、1991）、第四回ヘルスプロモーション国際会議（ジャカルタ、1997、新しい時代の新しい主人公；21世紀に向けた先導的ヘルスプロモーション）が開かれた。これまでヘルスプロモーションの概念や戦略を実践活動に移すべく、健康都市計画、健康職場計画、健康長寿に関する活動計画、ヘルスプロモーション学校、タバコなどのWHO計画やプロジェクトが開発され、実行されている。

ヘルスプロモーションは、人々が自らの健康をコントロールし、改善できるようにするプロセスといわれているが、単に個人的スキルや能力の強化のためのアクションだけでなく、健康に影響を与える社会・環境・経済的状况を変化させるようなアクションを含む包括的な社会・政治的プロセスである。すなわち、ヘルスプロモーションとは人々が、健康の決定因子をコントロールすることができ、それによって、健康を改善・増進できるようにするプロセスである。したがって、ヘルスプロモーションには、教育的支援とエコロジカルな支援と人々の参加が欠かせない。オタワ憲章では、ヘルスプロモーションのための優先的行動分野として次の5つをあげている。

- ①健康的公共政策の確立
- ②健康に関する支援的環境の創造
- ③健康のための地域活動の強化
- ④個人技術の向上
- ⑤ヘルスサービスの方向転換

ジャカルタ宣言では、21世紀のヘルスプロモーションとして、次の5つの優先課題をあげている。

- ①健康に関する社会の責任を推進する
- ②健康開発のための研究を増やす
- ③ヘルスプロモーションのための協働を広げる
- ④コミュニティの能力を高め、個人の力をつける
- ⑤ヘルスプロモーションのインフラを保証する

以上のような21世紀初頭の世界的潮流ともいえるヘルスプロモーションの視点で、我が国における現代の子どもの生活と主たる健康課題と今後のあり方についての概略を述べる。

2. 現代の子どもの生活と主たる健康課題及び今後のあり方について（表3）

表3 子どもの生活と主たる健康課題及び提案

生活と主たる健康課題	キーワード	子どもへの提案	家庭・学校・地域への提案	国家・政策への提案
1. 生活環境と健康課題（環境保健、食品保健） 1) 有害化学的因子 2) 有害物理的因子 3) 有害生物的因子	物理的環境要因（温熱、紫外線 etc）、化学的環境要因（水銀、アスベスト、発がん物質 etc）、生物学的環境要因（細菌、ウイルス etc）、熱中症、シックハウス症候群、中毒、神経障害、がん、アレルギー、感染症（インフルエンザ etc）	暑いときに長時間外にいと、体の水分が失われ、病気になるてしまいます。暑い日はあまり長い時間外にいないように心がけましょう。また、出かけるときは、帽子をかぶり、すいとうをもって出かけましょう。	猛暑日は、親は乳幼児を連れて外に出ないようにする（外出するときは、相応の熱中症対策を施す必要がある）。有害物質（水銀、鉛、アスベスト等）を含有するものが子どもの廻りにないことを日々確認する（近年、中国の学童が水銀を持ち遊び、水銀中毒が発生した）。水銀含有量の少ない小魚を沢山食べると、胎児の発達にとって有益である」などが報道されると、その言葉のみが強調され、多くの視聴者が過信してしまう。しかし魚介類に限らず、野菜、穀類、食肉においても農薬、土壌・水質汚染、家畜飼料等の問題が残し、有害性を100%除外できているという確証はない。親は子どもに「多種類の食品を、偏ることなく日々品を変え、少量ずつ、バランス良く摂取」させるように心掛ける必要がある。かかる意味で、親がサプリメントを摂る姿勢を子どもに見せるのは避けるべきである。	国は、省庁の枠を越えて、国民のあらゆる生活部面において、「子どもにやさしい環境づくり」の政策・施策を推進すべきである。行政は、地域の末端までに行き届いた「子どもと環境にやさしい行政」の推進に努めるべきである。
2. 心理・社会的環境と健康課題 1) 家族、地域社会、学校、職場、国	少子高齢化、核家族化、家族の変容、個の変化、都市化、地域共同体機能の低下、子育て世代の働き方、アソシエーション（学校、産業）の管理化と流動化社会格差、地域格差、健康格差、教育格差、		職場においては、仕事と生活の調和のとれた、ゆとりのある働き方を確保する。地域においては、コーディネーターを配置するなどして日常的な交流を活性化し、共同体としての絆や相互扶助機能を高め、子ども同士の交流を促進する。学校においては、学校ぐるみの総合的な健康づくりを推進するとともに、家庭、地域との連携を図り、地域社会全体のサポート環境向上の拠点となる。	若い世代が安心して子どもを産み育て、孤立化することのないようにするためには、生活基盤の安定が必要であり、非正規雇用労働など不安定な就労形態を改善することなどを通じた、貧困や経済的格差の是正が必要である。また、次世代育成支援対策を推進して、特に母親の育児負担の軽減を図る。地域・職域・学校間の連携を図る。
2) 子どもらしさの消失：ライフスタイルの変化・リスク行動	子ども、特に就学前児（0～6歳）の生活習慣、睡眠不足、自律神経活動の低下	眠っているうちに、心も体も育ちます。早ね早起きをしてこころがけ、睡眠をたっぷりとりましょう。	就学前児童においては、年齢に応じた総睡眠時間を確保する必要がある。特に、睡眠時間が不足すると心臓性自律神経機能の低下や低血圧になる恐れがあり、将来の生活習慣病にも発展する可能性もある。したがって、親の生活時間に児童を合わせるのではなく、子どもの生活時間に親が合わせて行動することが必要になる。	子どもの発達に必要な睡眠時間が確保できるように、保護者に対し国家として働きかける必要がある。例えば、「6歳までの子どもを夜遅くコンビニや食堂に連れて行くことは、子どもの生活時間を乱すことになるので、避けるべきである」と提言すべきである。
3) 情報化社会と子どもの健康	情報機器の使用、携帯電話、インターネット、情報ネットワーク	携帯電話やインターネットの正しい使い方、間違った使い方について、お家の人と話し合ひましょう。	子どもはインターネット等のメディアの影響を受けやすい。メディア情報から不適切な行動、喫煙、飲酒、薬物乱用などにつながる危険性もある。家庭、学校においてはメディアの使用に関するルールを定め、有害サイトへの制限についても意識を高める必要がある。	
3. ライフスタイル（生活習慣等）の現状と子どもの心身の健康影響 1) 食生活の現状と子どもの心身の健康影響	食環境、食生活と健康、食生活の現状、子どもの生活状況、不定愁訴、食教育、栄養教諭、食に関する政策、食生活の重視、大人のライフスタイル・食生活、グルメ化とインスタント化、情報社会	朝ご飯は1日の元気のはじまりです。1日3度の食事を通して心も体も成長し、よい生活習慣が身につきます。食事は感謝して楽しくいただきます。	子どもの「食を営む力」を育むために、家庭では、食事の時間に食卓を囲む。学校では学級担任、家庭科の教師、栄養職員・栄養教諭などが協力して、生きた教材である「給食時間」をさらに活用する。また、家庭科の授業との連携を取って、楽しく食べる子どもの育成を推進する。	子どもの食教育の要として位置づけられる家庭科の教育は軽視されがちである。「栄養教諭」の配置状況も限られている。子どもたちへの食に関する教育を平等に推進するためには、家庭科の重視と栄養教諭の更なる配置が急務であり、生活に視点を置いた食に関する政策が省庁の連携の下に進められることが望まれる。

2) 運動・身体活動の現状と子どもの心身の健康影響	運動・身体活動・子どもの心身と健康、スポーツ関連体力（行動体力）、健康関連体力、体づくり、運動不足、健康実践活動、スポーツ障害、学校体育、保健科教育、保健体育教師、地域・家庭の活動、生活の場での身体運動（通学、家事の手伝い）、運動遊びや伝承遊び、体づくり運動（体力を高める運動、体ほぐしの運動）、スポーツ、ダンス、野外運動、体育指導、部活動、体育教員、保健教育、地域の運動と遊び、地域スポーツの指導者	からだは38億年の地球上のせいめいの歴史を背負っている。からだを実際に動かすこと、使うこと・やることで自分のからだを持っているちからを引き出そう。アタマで考えているだけではダメ、考えたらやってみる、やってみて考える試行錯誤が脳とところをつくる。 幼児、小学生（低学年）の皆さんは、さまざまな運動、遊び、伝承遊びをやってみよう。小学生（高学年）の皆さんは、さまざまな運動・スポーツ活動に積極的に参加しよう。中学生の皆さんは、運動部の活動に参加しよう。運動部に入っていない人はジョギングやランニングなどを毎日するように心がけよう。週5日、最低30分、適度な強さの運動をすると、強い身体がつくれます。	日々の生活や環境から受け取る刺激が子どもの脳、からだを作る。大人は、自分の行動が子どもにとっての環境になることを意識しなければならない。「健康」「いのち」「生活」など「人間（とくに子ども）が生きていること」の指導に関わる人材養成コース（成人対象）のカリキュラムとして（灯台教養学部モデル「やってみて分かる（自分が知らないことが分かる）」等参照）を受講できるよう図る。 家庭内では、幼児、小学生（低学年）の子どもに対しては、親子の運動、遊び、伝承遊び等を、小学生（高学年）、中学生の子どもに対しては、手軽な運動・スポーツ活動を行う。全体・町内会レベルでさまざまな身体活動の場をつくる。特に総合型地域スポーツクラブ発展に向けての地域住民の主体的努力、地域でのスポーツ指導員の配置等が必要である。 学校では、保育所、幼稚園での運動遊び・伝承遊びを工夫する。小学校、中学校では特別行事（運動会、クラスマッチ等）、放課後の学校開放を通じ、運動・スポーツ活動への動機付けを高める。教科体育では体づくり運動、スポーツ、ダンス等の特性に応じた体づくりの指導を行い、自立的・自発的な活動を推進する。体力・運動能力やスポーツ技能の優劣に関係なく、さまざまな身体活動ができるよう教育することが重要である。ただし、オーバートレーニング、バーンアウトに陥らないように配慮が必要である。	身心一元論的な人間の理解の科学と教育から、統合的な政策を行う。小学校では、こどもが「健康」に主体的に取り組めるように、体育授業と保健授業に「自分のからだ（のしくみ）」（体をつかってやってみて理解すること）で両者を組み合わせる授業を導入する。また、人材育成を行う。このために、教科の指導者（体育・保健・養護・家庭科・理科等・社会）が集まり、「人間が健康に生きること、こどもたちが主体的に取り組むために必要なこと」を学ぶ。同じ土俵に立って議論し、プログラムを組む。このことはその指導者のためのプログラムともなる。 基盤科学分野から、子ども（高齢者も）の健康を見直す新しい分野の動機を図る。「人間の生物学」「生きていくことの科学（生理学・生命科学・人間までの進化論）」を小学校から大学まで「保健教育」とは別に組み込む。 21世紀は、人間が人間を知る世紀、自分に責任を持つ世紀である。これはギリシャ時代の「汝を知れ！ Gnothi seauton. 日本では中世の世阿弥の「離見の見」として根源的な人間への問いかけである。これを科学による可視化によって進める。 学校教育に関しては、小学校体育に教科書を採用し、運動部活動を教育課程の中に位置づける。また、体育の専科教員を配置し、教員養成大学・学部での保健科教育の実践力育成に向けたカリキュラムを充実させる。
3) あそび	多様なあそび体験、群れてあそべる環境、みまもりと伝承	子ども達にとってあそびは生活です。あそびによって身体性、社会性、感性、創造性を開発します。	群れてあそぶ時間を子ども達に与えよう。安全なあそび環境を与えよう。あそぶ子ども達を暖かく見守ろう。伝承あそびの楽しさを子ども達に伝えよう。幼児から児童にかけてあそぶことの重要性を教育の場でも位置づけよう。	
4. 胎児期・乳幼児期の健康課題（母子保健） 1) 出生前・乳幼児期の健康課題（母子保健）	胎児医学、プログラミング、エビジェネティクス 発育促進現象、肥満、生活習慣病 口腔保健 保育環境、感染症、環境衛生、予防接種 5才児健診		妊婦はメチル水銀を多く含有する魚の摂取を控える。妊婦は農薬散布が近所で行われている場合には（曝露されないようにするために）近づくべきでない。また、乳幼児は近くにある物を何でも口に入れる習性があるという認識をもち、鉛塗料玩具などを購入しないようにする必要がある。これらの影響は、学童期になって知能低下等で気づかれることが多く、また親に気づかないまま大人になることも多いと予想される。このほか、妊婦は、電離放射線、砒素、PCBやダイオキシン類等の大量曝露を受けないように心がける。 胎児に影響する妊娠中のアンバランスな栄養や喫煙、乳幼児期の栄養環境は、成人になってからの生活習慣病などの原因になり、さらにその子の次の世代にまで影響があることもある。そのことを理解し、健やかな妊娠中の生活や育児を心がける。	胎児プログラミング研究に代表される思の長いフォローアップ研究やエビジェネティクス研究を推進する。
2) 口腔保健と子どもの健康	健康な乳歯、健康意識、齲蝕、歯周病、歯肉炎、不正咬合、ブラーク、歯石、歯みがき習慣、生活習慣、学校保健、健康教育、コミュニケーション、噛む力、飲食、姿勢、環境づくり、味覚、食材、フッ化物、イオン飲料、おしゃぶり	虫歯を予防するために歯医者さんにいきましよう。指しゃぶりは歯ならびが悪くなるのでやめましよう。かむ力を高めるため、また味を覚えるため、好ききらいをしないでよくかんで食べるいろいろなものを味わいながら食べましよう。子どものころから歯みがきの習慣をつけましよう。イオン飲料は、運動したあととやたくさん汗をかいたあとに飲んで、その時以外はふつうの水を飲みましよう。とくにねる前にイオン飲料をのむのはやめましよう。はみがき粉をつかうときはフッ化物入りのものにしましよう。	歯科疾患は早期発見・早期治療も大切であるが、予防が優先される。齲蝕予防のために、歯が生えてからは夜間の母乳は控え、フッ化物応用を推進する。指しゃぶりによる歯並びへの影響、乳歯の外傷予防などへの啓発を行う。歯みがきの習慣をつける。また、歯肉炎の低年齢化を防ぐため、ブラークと歯石の徹底的な除去するとともに、栄養指導も行う。なお、歯肉炎は病気の变化がみられ、学習材としても適しているため保健教育で活用する。加えて、噛む力を高める為に、子どもの口の発達に適した食べ物を偏りなく食べさせるとよいが、これは味覚を育てるためにも重要である。食事時の姿勢も重要である。イオン飲料は体に良いが、飲み方に注意し、できるだけ水を飲ませる。おしゃぶりは、咬合の異常を防ぐために1歳を過ぎたら常時の使用を控え、遅くとも2才半までに使用を中止する。	健康な乳歯を育てるためには、低年齢からの公的保健指導の導入が重要であり、現在の1歳6か月および3歳児歯科健康診査だけでは不十分であり、生後10か月および2歳児の公的歯科健康診査の実施が必要となる。歯みがき習慣や良好な食習慣の定着には、低年齢からの口腔保健指導が重要であり、保育所（園）・幼稚園への嘱託歯科医師の100%配置が望まれる。3歳までに20本の健康な乳歯を育てることを目標とする「0320」運動を推進する。学校保健で口腔の健康教育を推進する。齲蝕、歯周病と不正咬合に関する基礎的研究を推進する。虫歯が減った分、歯並びや顎関節の問題がクローズアップされてきているが、まだまだそれらの理解や治療に関しては不十分である。日本では矯正歯科治療への保険導入もこれからの課題である。

3) 保育環境と子どもの健康	乳幼児施設における感染症・食中毒、予防、環境衛生、給食衛生、保育環境の整備	登園した時、外遊びから保育室に入った時、トイレの後、昆虫や動物に触った後、食事の前には、必ず石けんで手を洗い、よくうがいをしましょう。	保育の際に特に注意すべきは、乳幼児に必要なとされる睡眠時間を確保することである。保育園・幼稚園での昼寝時間を確保するとともに、就学直前（年長）児においては、短めにすることも考慮する。 感染症予防のためには、保育環境における子どもや保育者の動線を考え、微生物汚染の起こりやすい場所を特定する。また、水道蛇口を足踏みペダル式やセンサー式にするなど、可能な範囲で施設設備の改善を行う。その他、保育にあたっては、保健衛生マニュアル等を参考に衛生的な手技を用いる。保育所における給食調理は、病原微生物に対して最も感受性の高い乳幼児集団に提供されることを鑑み、学校給食以上に厳しく、決め細やかな衛生管理を行う。外部調理給食の配食を受けるなどの、近年の保育所給食の変化に伴い、それぞれの施設での給食における危険箇所を認識し、衛生面の配慮に応用する。給食施設設備、調理過程、調乳、哺乳等の衛生管理にあたっては、給食衛生マニュアル等を参考にする。	保育所での疾病罹患状況をリアルタイムでモニターすることは、その地域における子どもの健康状況を把握することでもあり、地域としての素早い保健対策にもつながることを、関係者は共に認識する。自治体の中では、保育部局と保健衛生部局との強い連携を図り、地域の医療機関や保護者との間でも共通の理解を深める。園児のワクチン接種は、感受性集団を小さくし、罹患した際の軽症化に効果があることを理解し、国ならびに自治体は保護者への啓発に努める。乳幼児の保健衛生に関する研究者は、保育行政や保育関係者との情報交換に務め、保育所等乳幼児施設の衛生の向上に尽力する。
4) 子どもの感染症予防	感染症、感染症対策、予防接種			
5) 虐待予防	防犯、子ども保護、司法面接	毎日おいしくごはんを食べ、安心して眠り、保育所や幼稚園、学校に楽しく通い、病気やけがのときにはお医者さんにみてもらっていますか。もしも欠けていることがあったなら、信頼できる大人の（リスト作成）に話しましょう。字を書けるなら、「いつ、どこで、なにがあったのか」を書きとめ、大人の（人）に見せましょう。	家庭では日頃から子どもの体験、出来事に関心を寄せ、子どもから話を聞く習慣をもつ。事件、事故に巻き込まれた可能性がある場合はやたらと質問をせず、児童相談所ないし地域の福祉事務所に連絡の上、客観的記録を伴う面接を実施してもらう。児童相談所では客観的記録を行う設備のある面接室を設置し、司法面接を行える人材の育成を図る。	福祉、医療、警察・司法行政が連携して子どもの保護にあたるようなネットワーク組織を形成する。特に司法面接にあたっては、子どものビデオ録画面接を義務づけ、ガイドラインを作成するとともに、専門家の養成を促進する。
5. 学童期・思春期の健康課題（学校保健）				
1) 発育促進現象及び肥満・小児生活習慣病	発達促進現象、肥満、やせ、子どもの生活	学童期のやせ願望は、将来拒食症（神経性食飲不振症）などに結びつく可能性が高いことを理解する必要がある。また、極端なやせでは、生理などの性成長にも影響が出やすくなる。 ごはんよりスナックが好き、ということはありませんか？子ども時代はからだをつくる大事な時期です。三度のご飯で、お肉、お野菜、お米やパンをバランスよく食べましょう。「やせすぎ」も「ふとりすぎ」もよくありません。 自分のからだの発育とくに自分の身長、体重の値を知ろう。グラフを作成し、毎年の成長の様子を自分でフォローしよう。毎日の生活時間、たとえば食事の時間、遊びの時間、勉強の時間、睡眠の時間等のバランスをチェックしましょう。	就学前児童であっても、BMIが高い子どもは収縮期血圧が高くなることが示されているので、肥満に対し、保護者が監視することが重要である。 家庭、学校、地域の連携のもと、子どもたちの日常生活での身体活動、食生活、生活リズムの確立など早い時期からの子どもたちへの介入が重要である。	「子どもたちが望ましい生活習慣を身につけること」が生活習慣病の予防の原点であり、その最も効果的な教育の場が「学校」である。その生涯健康教育の原点としての「学校保健」を学校教育の中に最重要課題として位置づけることが重要である。学校教育政策として、生涯健康教育の原点としての「学校保健」が学校教育の中で重く位置づけられることが重要である。
2) 喫煙、飲酒、薬物乱用	喫煙、飲酒、薬物乱用の予防、防止教育、家庭・地域との連携	たばこを吸うとくせになり、やめられなくなります。たばこを吸うことは、からだをいじめることと同じです。たとえばお父さん、お母さんがすっいても、まねしてはいけません。	親が喫煙者の場合、子どもが早期より喫煙習慣を覚えることが指摘されているので、家庭内の喫煙は控えるようにすべきである。また、家族内に喫煙者がいて、子どもが副流煙を日々吸うような環境下で育った人は（家庭内曝露のなかつた人と比べて）肺癌の発症リスクが3.6倍であったとする報告がある。 学校は、喫煙、飲酒、薬物乱用防止教育においては、十分な保健教育としての時間を確保する。また、健康に関する知識のみならず、子どものセルフエスティームを高め、適切なライフスキルを身につけられるようなコミュニケーション教育プログラムを展開する。子どもの健康と安全が脅かされることのないよう、学校・地域・警察などの専門家や担当者が一同に会して研修するなどして、共通の目標とそれぞれの役割分担の重要性を認識できるようにする。	青少年がたばこ、アルコール、あるいは違法薬物を容易に入手できないようにするための社会環境の改善とそのために必要な法律を整備する。喫煙防止について、学校の敷地内全面禁煙、その他の公共空間の禁煙や分煙、自動販売機の規制、タバコ箱の警告文表示の改善などを推進する。

3) 性行動・性感染症・中絶	若年妊娠、性感染症、マスメディア、出会い系サイト、性的商品化	性について、家族で話し合う機会をもつとともに、避妊、性感染の防止、モラル等についての知識と行動力をもってください。	思春期の子どもたちへの性に関する知識が乏しいために起きる事態を防ぎ、命の大切さを考えるという観点から、生命誕生に関する知識、性交渉における妊娠や性感染症のリスクについての教育を行う。	思春期の子どもたちにおける性をめぐる問題を正確に認識するため、全国レベルの実体調査が必要である。また、性を商品化するマスメディア、規範によらないインターネットの情報氾濫、増加する出会い系サイトなどについては子どもたちの健全育成の見地から、何らかの規制が必要である。思春期医学の臨床を担う医療従事者の育成が必要である。
4) 保健室登校	ライフスキル、学校健康教育（保健指導、保健教育）、保健室、学校保健経営、ヘルスプロモートイグスクール、ヘルシースクール、保健室登校、ヘルスプロモーション		保健室登校に対しては、その名前から養護教諭が担わなければならないといった誤解があるが、本来子どもたちの学習する権利を保障するという視点から、学習を保障するシステムを構築する必要がある。子どもの実態に応じた学習環境を整える必要があり、場の提供のみならず、教師の加配、子どものニーズに応じた教育方法・内容の検討が必要である。	
5) 心の健康、いじめ、ひきこもり、うつ、自殺など	心の健康、いじめ、暴力行為、ひきこもり、うつ、自殺	毎日楽しく学校生活を送ることができていますか？困ったことがあったら、相談できる大人はいますか？。相談出来る人を見つけて相談しましょう。	問題を少しでも感じたら、抱え込まずにできるだけ早めに、専門機関へ相談する必要がある。また、対処策を講じるだけでなく、これらの問題は、健康教育やライフスキル以前の根本的な課題をとらえ、いきいきと生きるといった根本的部分を育てる必要がある。さらに、子どもたちの問題は、社会全体の反映である。社会全体が、いじめ、ひきこもり、うつ、自殺などのない、社会を目指す必要がある。	こころの健康に関する課題に対しては、スクールカウンセラーの加配とといったことだけでなく、丁寧に子どもたちの状況を見抜き、寄り添い、対話を行う教師が必要である。教諭の加配や養護教諭の複数配置が必須である。
6) 小児・思春期医療の問題点	思春期の子ども、思春期医療提供体制の整備、性感染症、避妊	中学生の年代は、からだが成長するうえで大切な時期です。「やせているのがよい」と、無理なダイエットをすると、女らしさ、男らしさをつくるための性成長もとまり、将来病的なやせ症になってしまうこともあります。バランスのよい離乳をとるように心がけましょう。	中学生時期のやせ願望の子どもが食事制限を始めると性成長もとまり、将来神経性食欲不振症などに移行する可能性も高くなる。保護者は子どもの食事バランスや食事姿勢に注意を払う必要がある。	
6. 発達障害の子どもの理解と対応	特別支援教育、貧困と障害者自立支援法、障害児・者の育成環境、発達障害の子ども、自閉症、アスペルガー症候群、広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥／多動症候群、教育支援	毎日楽しく学校生活を送ることができていますか？勉強のことやお友達とのかかわりで、困ったことがあったら、何でもお父さん、お母さん、先生に相談しましょう。	子どもたちの行動や学習面、対人関係面など、「ちょっと気になる」点があれば積極的に相談できる体制づくりのため、以下のことが重要である。乳幼児における早期診断のために、保健所や保健センターが実施している乳幼児健康診のレベルアップや、就学前の5歳時健診などの新しい取組の実施。発達支援のための療育体制の充実、作業療法士や言語聴覚士などの専門スタッフの増員。発達障害に対する偏見をなくし、社会全体の理解を促進するための、啓発活動。教師の研修内容の充実、先進的指導方法の導入。また、医師会、歯科医師会は、発達障害を持つ人々が医療機関に受診することが大きなストレスになっている場合があることに理解と配慮をするとともに、診療能力を向上させる。	発達障害を持つ子どもへの理解と対応は、保健、医療、福祉、教育の密接な連携のもとに推進すべき重要課題である。子どもライフステージに沿った支援体制、特に早期診断のための乳幼児健康診査の精度向上や一般小児科の診療能力の向上のための施策、小児神経科や児童精神科などの専門医師の充実、発達障害の診療、カウンセリングなどの料金の改善（時間を要するわりに、診療報酬が低い）、発達障害研究の予算増額、研究機関の充実、特別支援教育の充実（教師の研修の機会の増加、専門的知識を持った教師の養成、特別支援教育支援員の増員）、医療機関や療育機関との連携体制構築、障害者自立支援のための各種福祉サービスの充実、利用者負担の軽減、事業所の経営基盤の強化、グループホームの整備促進、などが必要である。また、発達障害に関する情報を取得しやすく、相談しやすい環境づくりに向けての施策も重要である。
7. 子どもの健康危機・安全管理（セーフティプロモーション）				
1) 子どもの事故予防	子どもの不慮の事故、死因、研究機関の設置、環境整備	学校のできごと、学校からの帰り道のこと、お友だちのことなど、なんでもお父さん、お母さんに話す習慣をつけましょう。とくに、あぶないことを見聞したら、「いつ」「どこで」「だれが」「なにを」「どうしたのか」を、できるだけ詳しく報告することが大切です。そうすることで、生活を安全にすることができます。	大きな事故、事件などにおいては、予兆となるような出来事を見逃さないことが重要である。あざは認めたが子どもに聞いても「誰がやった」と言わないので見守りとした、あるいは類似の事件が起きていたが子どもの証言があいまいなので放置していた、といった事例もある。子どもの話を先入観をもつことなく聴く姿勢が必要である。	子どもの安全、保護には福祉、司法、医療の連携が必要である。これらの連携がとれる体制をつくるとともに（例えば児童相談所にその中心を担ってもらう）、緊急のケースにも対応できるように人員配置や予算の強化を図る。
2) 犯罪被害、災害被害の危機管理	子どもを対象とする犯罪、学校安全（生活安全、交通安全、災害安全）	学校や家庭で、交通事故、事件（誘拐など）、地震や台風などの自然災害における危険についてよく学び、ふだんから危険にあいにくい行動をするように心がけましょう。いざというときにはどうすればよいのか、練習をしておきましょう。	防犯、防災マニュアルを作成し、防犯、防災意識を高めるとともに、どのように行動すればよいのか、いざというときにはどうすればよいかを訓練しておく。	子どもに焦点を当てた防犯、防災マニュアルや訓練の充実を図るための施策を行う。

3) 感染症, 食中毒, 物理化学的環境要因の悪化等の健康危機管理	なし			
4) 地域・学校における危機管理-セーフコミュニティ-	クライシス・マネジメント, 学校施設整備指針, 防犯教室, 安全・安心な居場所づくり	危険なことが起こる前に, 自分で気がついて, 危険なことを避けることが大切です。危険を回避するためにはどうすればよいのか(例えば危険な場所で遊ばない, 近づかない, 歩道のある道を歩くなど)。また, 突然の事故や地震が起きたときはどうすればよいのか, 普段から考え, 家族の人と話し合い, 行動出来るようにしておきましょう。	安全な社会を築くには, 一人一人の行動と地域を上げての協力が必要である。危険を回避出来る社会を作るとともに, 避けようのない危険が生じた場合にどうすればよいかについて個々人, および地域が共通理解をし, 行動出来るようにしておかなければならない。	セーフコミュニティやセーフティプロモーションは, まだ, 比較的新しい概念であるため, これらに対する概念化等の検討は急務である。さらに, 実践上は様々な事例があるため, 事例を集積し, 事例から学ぶシステムの構築が必要である。

前章（Ⅱ）において、現代社会における子どもの健康と生活について広く包括的に分析・検討し、それらの課題と対処法を明らかにし、21世紀の子どもの健康な生活へ向けての各方面への啓発・提案（ガイドライン）を行った。それらの啓発・提案（ガイドライン）を一括して表3「子どもの生活と主たる健康課題及び提案」に示した。表の構成は、子どもの生活と主たる健康課題及び提案について、社会・環境及び生活・行動要因別、発育・成長・発達段階別、及び、健康危機・安全管理別とし、これらを、子ども自身宛てと、子どもをとりまく家庭・学校・地域宛てと、国家・政策宛てへの提案としてのマトリックスとなっている。なお、今回の報告書はあくまで子どもをとりまく家庭・学校・地域を中心とした人々や関係機関への呼び掛けに主眼があり、国家・政策宛てへの提案については、関係省庁と十分なる議論を経ての提言ではない。

この表に見られるごとく、小児期においては、こどもの健やかな発育、成長・発達と、生涯を通じての健康づくりの基礎となる健康管理・健康教育等の諸活動の推進が必要であり、育児、保育、体育、食育、あそび等とともに、これらは子どものライフサイクルに添った母子保健、小児保健、学校保健の基本的課題である。

また、現代の社会的状況・歪みが子どもの健康や安全に直接的に影響している諸問題への対処が必要であり、具体的課題としては、虐待・暴力・殺傷事件、喫煙・飲酒・薬物問題、性行動、メンタルヘルス、生活習慣、環境問題、及び事故・災害・感染症等の健康危機・安全管理問題があり、子どもが被害者とも言える現代社会の諸課題に対する社会・環境的な保護が必要である。

これらの現代的な諸課題の解決を図るためにも、また今回なされた数々の提案を実効あるものとするためには、子ども自身が力をつけること（学習・個人技術の向上）とともに、家庭、学校、地域社会における全生活レベルでの健康の擁護と推進（健康に関する支援的環境の創造・社会的責任の履行）が必要である。そのためには、地域の実情に即しつつ、家庭、学校、地域社会・住民、行政、各種専門家等が連携し、コミュニティの能力を高め、健康のための地域活動を強化し、人々や関係機関が協働と適切な役割分担のもとに、社会全体で子どもたちの心身の健康づくりを推進することが必要である。このことは、とりもなおさず、地域や学校といった子どもが生活する場でのヘルスプロモーションの概念の浸透と実践こそが、我が国における現代の子どもの生活と健康課題に対処し、子どもの健康生活の擁護と推進を行う上で不可欠な方策であることを示している。

3. 地域・学校におけるヘルスプロモーションの推進のための優先的行動課題

Ⅲの1で述べたごとく、オタワ憲章ではヘルスプロモーションのための5つの優先的行動分野をあげ、ジャカルタ宣言では21世紀のヘルスプロモーションとして5つの優先課題をあげているが、共通する部分も多く、また、これらの戦略を組み合わせた包括的なアプローチが最も効果的であることから、次の3つの優先的行動課題としてまとめ、最後に学校を核としたヘルスプロモーションの推進について述べる。

（1）個人技術の向上（個人の力をつける）

ヘルスプロモーションの優先的行動課題の一つには、子ども自身が自らの健康をコントロールし、改善できるようにする個人的スキルや能力の強化のための行動がある。これには、子どもに関わる家族や教師、地域社会の人々の教育的支援が不可欠である。このために、家庭教育（学習）、学校教

育（学習），社会教育（学習），生涯教育（学習），健康教育，保健教育，体育，食育，ライフスキル教育（ライフスキル，セルフエスティーム，コミュニケーション）等が実施されており，その課題等に付いては前章（Ⅱ）で述べたところである。

これらの学習・教育は，必然的に，子ども自身の個人的スキルや能力の強化（予防的能力，体力増強等）に力点が置かれているが，ヘルスプロモーションの視点からは，子どもの健康に影響を与える社会・環境要因及び生活・行動要因等の健康の決定因子（リスク因子及び促進因子）に対する理解や，自分たちの社会・集団の健康に対する関心を高めることがむしろ優先課題であり，このことは子どもの教育的支援に携わる人々自身も明確に認識し，学習し，力量を養うべきことである。

健康教育は個人技術の向上や諸活動への参加意欲を高めるために基本的に重要なものであり，その基盤整備と社会的不均衡の是正に努める必要がある。特に近年の市町村合併による保健業務の統合・合理化は，これまでの保健師による地域における小集団での母親学級や母子グループ（地区組織）の育成などのきめ細かい健康教育活動に支障をきたす恐れがある。

学校においては，学校を挙げての健康教育の推進とともに，教科としての保健体育教育の重視が必要であり，学校教育における優先順位を高め，必要な時間数の計画的確保と，専門能力のある人材の育成に努めるべきである。

健康教育・保健体育教育のあり方・内容に関しては，以下に現状のブレイクスルーともなる可能性のある2つの説を紹介する。

①人間関係の再構築や元気さの再発見を，健康教育に注入できる方法論の実用化

ヘルスプロモーションの動きを個々の場に還元して行き，一家族や一教室にまで至ったときに，そこで行われる働きかけは，生活習慣教育やライフスキル教育も含めた健康教育と考えられる。しかし個々の家族や教室において，子どもたちが人間関係の意味すら見失いつつあるのなら，生活習慣やライフスキルの更に底辺となる部分への働きかけも必要となろう。健康が生成される基盤に着目し，その生成力をSOCなどの形で計量するアントノフスキーらの試みは注目に値する。しかし，健康の生成を踏まえた上での健康教育方法は未だ定型化されていない。再度オタワ宣言に立ち返り，健康以外の分野にも目を向け，底辺への働きかけに相応しい接近方法を検討すべきであろう。一つの鍵は Experiential Learning（EL；経験学習）にあると考えられる。ELは従来，自然体活動や野外教育の分野で経験的に確立されて来た方法であり，健康教育の前段として行われるアイスブレイキングの中に，それとは気づかないまま，取り入れられている場合もある。しかし従来の健康教育では，経験学習を一種の活動と認識してはいたが，その教育的な側面を研究し，それを意識的に活用することはなかった。今後の早急な検討が必要とされる。（M）

②生命科学から考える運動の重要性—自然そのものである身体とその一部でありながら身心を統御する脳がもつ能力を引き出す身体活動—

最近の細胞を生命の一単位として分子や遺伝子で生きていることを考える生命科学の成果は，私たちの身体は細胞がつくってきたこと，60兆ある細胞の生きる原理は「活動依存性（使用依存性，出力依存性，経験依存性ともいう）」であることを明らかにした。よって，からだを使って実際に「やる」ことは細胞の生存，すなわち人間の生存にとって極めて重要である。しかし人間は，身体を使わず，運動せずとも生きてゆける人工的な環境をつくって，“楽で快適な生活を営む”ように暮らしを変化させてきた。そしてそれが人間の幸せであると錯覚をしてしまった。そのため，身体

を使う機会は大幅に減少してしまった。

しかも、植物も動物も自律的な生命システムとしてこの地球上に誕生し、進化してきたため、日常的に休みなく行っている生存のための様々な身体内部での活動は、ほとんど意識されない。つまり人間の身体は、うまく稼働している時には意識されることはほとんどない。乳幼児期においてはなおさらである。病気になって身体が不調になってはじめて自分のからだの重要性について気づくのである。身体には、当然、意識や精神活動を生み出す脳も含まれる。とくに乳幼児期には、脳の神経線維自体が、活動依存性に生き残る。使われない神経細胞は刈り込まれてゆく。からだは、重力に抗して自分を制御しながら動くこと、体で触って周囲を直接知る触覚も含めて五感の育成自体が自発的に運動を生み出してゆく過程と表裏一体となっている。その中で脳が形成されてゆく。神経筋の発達のみならず、乳幼児期の身体は、細胞が時々刻々と分裂し増殖する「場」となっている。重力場における自分の身体を制御する動きの中で、ヒトの身体の形や姿勢をつくる運動系器官をつくりあげる細胞外マトリクスタンパク質を適切に分泌し、ヒトの身心を作り上げてゆく。自発的な遊びや、自重を引き受けて重さをささえるのに必要な身体、身心連携のプログラムを提供できる様々な環境が必要である。何よりも、これらの事実を親を含め周囲が理解する方策を具体的に検討する必要がある。バーチャルではなく、“実際に”自然そのもののシステムである身体を介して、環境や自分の身体がもつ可能性を引き出す（活動させる）ことをしないと人間の脳が十分に創られてゆかない。それ故、身体を実際に使う日常の身体活動はきわめて本質的な意義をもっているのである。身体全体を使って生命を生み出した地球の自然を体感し表現することは、地球の環境因子すべてに対して応答系を進化させてきた生物、動物であるヒトの人間としての成長に欠かすことができない。脳の器質的発達を促し動物として生まれたヒトを「人間」へと発達させる身体活動は、乳幼児期から小学校にかけてのすべての子どもにとって欠かすことがあってはならない営みである。（A）

（２）社会的ネットワークと地域活動の強化（ヘルスプロモーションのための協働を広げる）

ヘルスプロモーションの優先的行動課題の二つ目は、社会的ネットワークと地域活動の強化であり、地域の実情に即しつつ、家庭、学校、地域社会が連携し、コミュニティの能力を高め、地域活動を強化し、ヘルスプロモーションのための協働と適切な役割分担を行いながら、社会全体で子どもたちの心身の健康づくりを推進することである。そのためには、子どもたちの健康を育てる場の設定と、人々の参加が不可欠であり、人々がヘルスプロモーションの行動や意志決定プロセスの中心にすることが効果的である。また、健康教育や情報へのアクセスが効果的な参加を達成し、人々やコミュニティのエンパワメントに不可欠である。

①子どもたちの健康を育てる場の再創造

人々が協働して子どもたちの心身の健康づくりを具体的に推進するためには、子どもたちの健康を育てる場の設定が必要である。オタワ憲章には、「毎日の生活における様々な交流の場、すなわち人々が学び／働き／遊び／愛する場で、そこに生活する人々によって健康が創造され、その健康を生きる」という一節がある。現代の子どものおかれた状況を考え併せた時、何にも増して優先すべきは、「子どもたちの健康を育てる場」の再創造であろう。現行の健康づくり運動（健康日本21・健やか親子21）では、健康の目標値が設定される一方で、場の重要性が指摘され、行政・地域・企業・家庭・個人等の各々の役割も示された。健康日本21の総論参考資料には「生活の場

からの役割やネットワークの再創造」についても、概略が示されている。しかし、再創造の実質化には至らなかった。家庭と地域社会の崩壊が更に進んだ現状下で、今こそ「場の再創造」が求められている。子どもたちが多くの時間を過ごす場が再創造の焦点であり、その動きがヘルシー・スクールやヘルシー・ファミリーにつながることは言うまでも無い。

②社会的ネットワーク

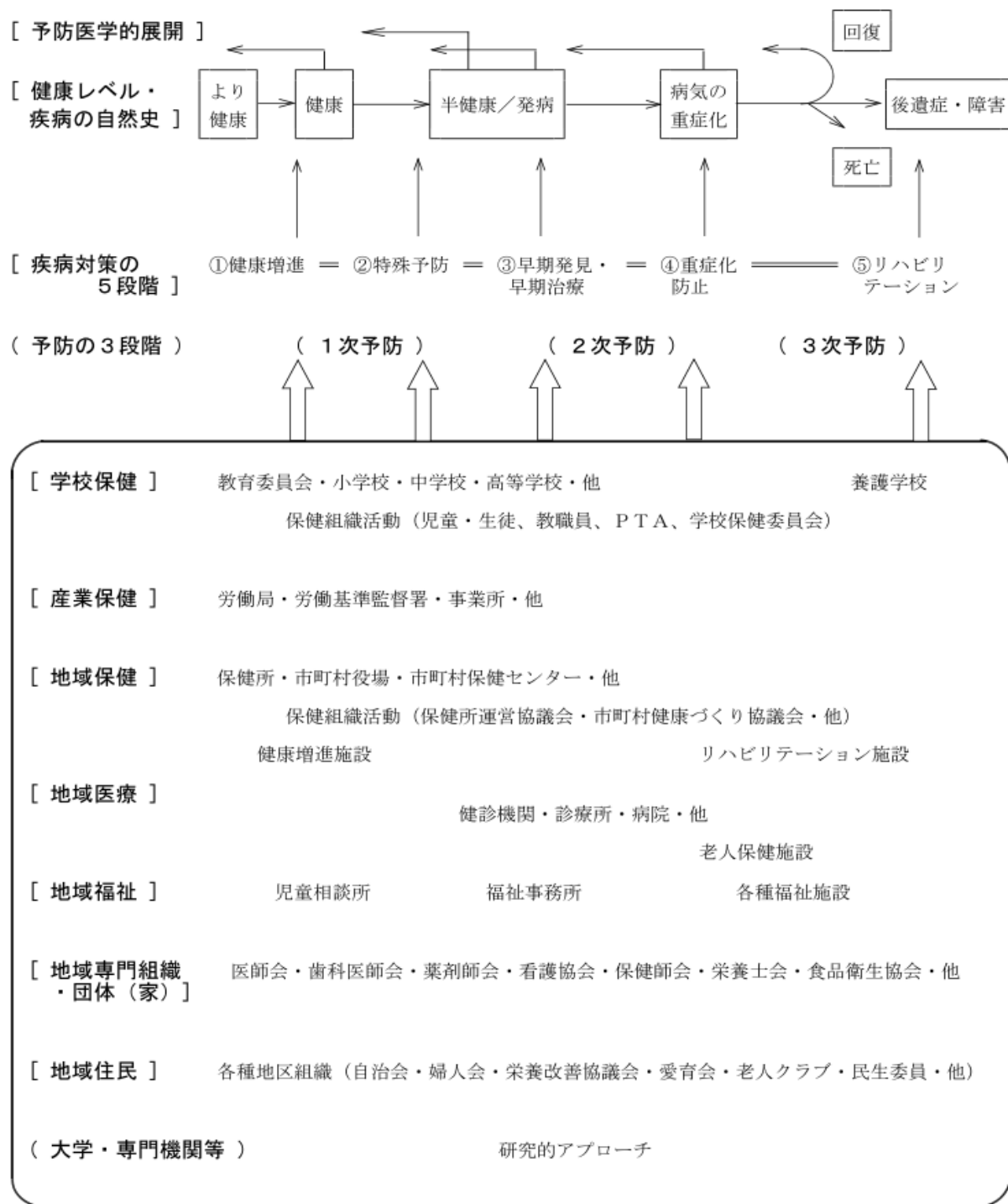
ヘルスプロモーションの社会的ネットワークを形成するエレメントは、ヘルスプロモーションが単に個人的スキルや能力の強化のためのアクションだけでなく、健康に影響を与える社会・環境や経済的状况を変化させるようなアクションを含む包括的な社会・政治的プロセスであることより、医学・医療、看護、福祉、心理、保育、教育、体育、食育、養護、衛生・公衆衛生、行政、政治、経済等の幅広い分野の組織であり、専門家である必要がある。

また、健康づくりの主体である国民そのものが中心にすることが望ましい。

地域には、国で制定された法・制度に基づき、各行政の末端（最前線）があり、諸機関があり、現場がある。そして医療、福祉を始めとして、地域保健、学校保健、産業保健の各制度に属する専門家等のヒューマンリソースが存在する。また、地域を単位とした職能団体もある。地域の構成員の大部分は住民であり、健康課題への参加形態は、地縁による地区組織であったり、NPO・NGOやボランティアであるが、最終的には家族・家庭の参加が重要である。以上のごとく、地域にはコミュニティとしてヘルスプロモーションを推進するための一応のエレメントがそろっている（図3）、（實成, 1997）。これらが、ヘルスプロモーションの推進のために必要に応じて様々な形でネットワークを形成し、協働と適切な役割分担を行いながら、地域活動を強化し、コミュニティの能力を高め、社会全体で子どもたちの心身の健康づくりを推進することが基本的に重要である（図4）。そのためには、具体的な話し合いの場と、協働のための共通目標の明示と役割分担を明らかにする計画づくりが必要である（實成, 1992）。

③5つ以上を横につなぐネットワークの創造

わが国ではヘルシー・スクールの動きを始め、ヘルスプロモーションの場のネットワーク化が遅れている。これ以上、子どもを巡る状況を悪化させないために、ネットワーク化は急務である。ネットワーク化を、例えば学校保健の分野における英国の National Healthy Schools Programme のように国家主導で行うか、あるいは自治体主導か、あるいは学校や地域の自発的な連携に任せるか、戦略は複数考えられる。何れの戦略であれ、今の日本に、上意下達ではなく「場が横に連携したネット」が一つ生まれ、それが少なくとも数年間、活動を継続できれば、確実に希望が生まれる。当初は2、3校が連携してネットを立ち上げるとして、それが5校に増えると、ネットワークらしくなってくる。さらに10校、20校と増えると、社会が変わり始める。そのネットが例えば福岡市から釜山市へと拡がって行けば、世界に向かう潮流も生まれる。「日本の子どもだけでなく、アジアの子どもたちが生きる世界を、健康の視点で再創造すること」、それが日本学術会議と日本の研究者に求められている。



（ 實成、1996、2004 一部改変 ）

図3 地域における包括的保健医療福祉の構築
－ 疾病対策の5段階と保健医療福祉とネットワーク－

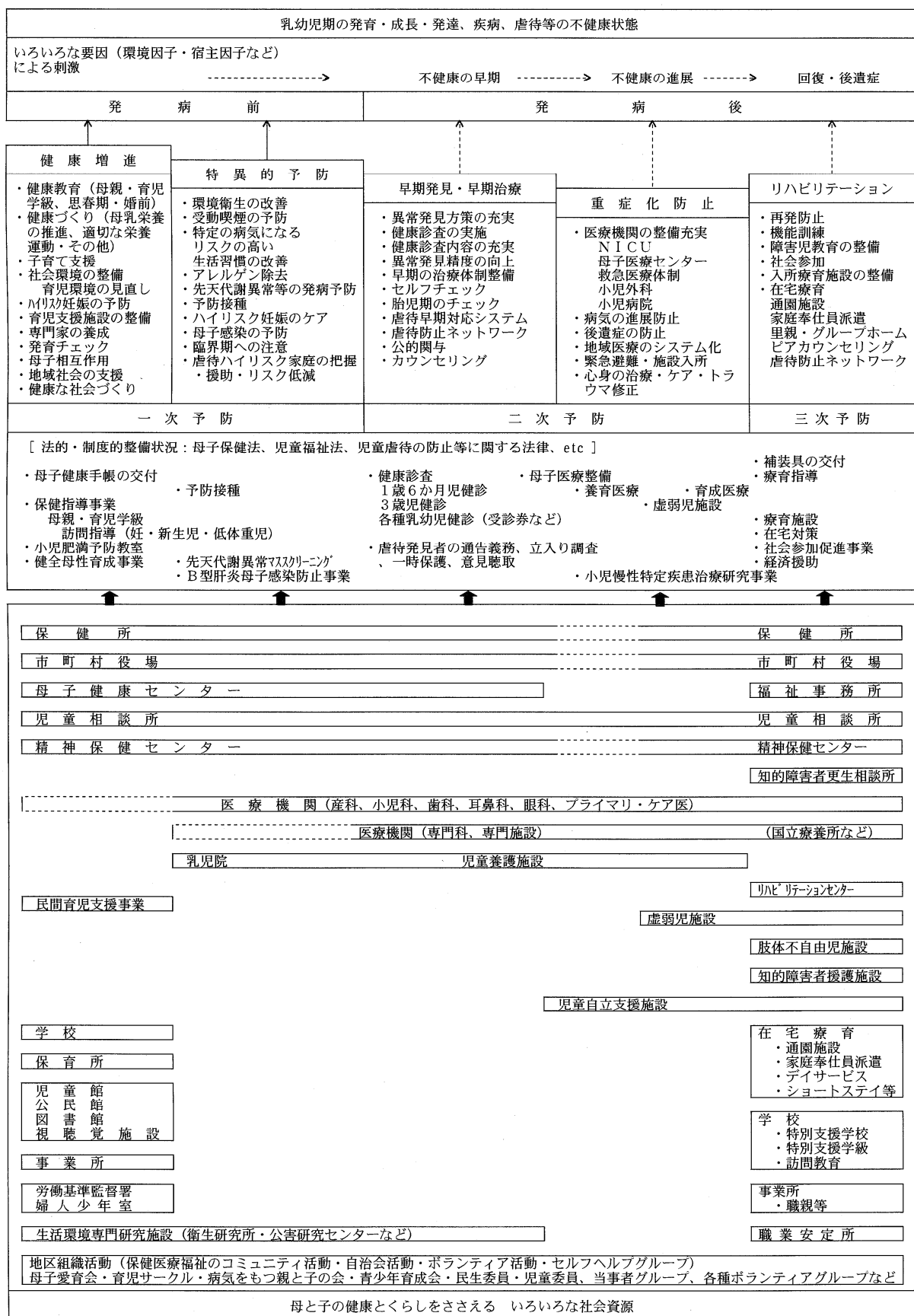


図 4 地域における母子の包括的保健医療福祉の構築（乳幼児期を中心として）

（實成・福永、1992、2008一部改変）

（３）健康に関する支援的環境の創造・社会的責任の履行

ヘルスプロモーションの優先的行動課題の三つ目は、健康に関する支援的環境の創造・社会的責任の履行であり、これには、保健医療サービスの方向転換のもとに、健康的公共政策の確立、ヘルスプロモーションのインフラの保証、健康開発のための研究を増やす等がある。21世紀初頭に顕著となった我が国における格差社会の進行は、地域格差、教育格差、保健医療福祉格差と相俟って子どもの健康格差のリスク要因ともなっており、その是正のための行動は、我が国の子どもの諸権利を守り、健康生活の擁護と推進のためのヘルスプロモーションの試金石ともなる。

特に、健康的公共政策の確立が中心的課題であり、わが国の現行の政策やあらゆる法・制度を、子どもの健康を擁護し推進する視点で洗い直し、必要な方策を構ずるべきである。これに関する国際的な基準としては、「児童の権利に関する宣言」（1959年、第14回国連総会採択）、「児童の権利に関する条約」（1989年、第44回国連総会採択。1994年、日本批准・公布・発効）があり、国は現今のわが国の達成状況を第三者の入った組織で定期的に点検評価し、公表すべきである（「サポーターシップ・エンバイロメントの検証」）。

国及び地方公共団体は、ヘルスプロモーションのために必要な人・物・金の整備・充実、子どもの健康生活を擁護し推進する立場からのあらゆる法・制度・組織の洗い直しと整備・充実、社会的ネットワークの形成と地域活動の強化に留意した政策を取るべきである。

地域においては、地域保健と学校保健、及び医療、福祉についての点検・整備が必要である。

（４）学校を核としたヘルスプロモーションの推進

前項において、我が国の子どもの諸権利を守り、健康生活の擁護と推進のためには、基本的には、コミュニティにおけるヘルスプロモーションの推進が必須であることを述べたが、地域社会の崩壊・弱体化が進んでいる現状においては、そのコミュニティの再生が先決問題となる。子どもの健康づくりを考えた場合、地域の中で教育を目的とした集団で、子どもが比較的長く生活の場とする学校を核としてアクションを起こし、そこから地域社会へと広がっていくヘルスプロモーションの推進という方策を考える必要がある（「ヘルスプロモーション・スクールの推進」）。このことは、我が国における地域起こしや活性化という現代の主要な社会的課題ともリンクし、子どもの健康生活の推進に不可欠なコミュニティの再生・活性化にも繋がるものである。子どもの健康は学校保健にとっても地域保健にとっても共通の主要な課題であるので、共同責任体制の下に、他の社会資源とも横に繋がったネットワーク方式で、コミュニティを挙げてと取り組むべきである。

そのためには、学校保健も地域保健も同様のエンパワーメントが必要である。両者ともに、そこで働く人々の個人技術の向上を確実に図り、地域の健康教育の拠点となるとともに、社会的ネットワークと地域活動の強化策を積極的に実施し、健康に関する支援的環境の創造・社会的責任の履行に努め、そのための組織的・計画的な学校（あるいは地域）保健活動の推進が基本的に重要である。特に、地域と連携した学校保健委員会（あるいは学校と連携した地域保健委員会）の活性化と、地域特性・集団特性を踏まえた学校保健計画・学校安全計画（地域保健医療福祉計画）の推進が必須である（實成、2007）。なお、本年、学校保健法が改正され学校保健安全法となり、安全面ではこれらの点が比較的明文化されているが、保健面では不十分である。本年1月の中央教育審議会の「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」（答申）にあるヘルスプロモーションの推進の趣旨が、保健面では、十分に反映さ

[資料1. 日本学校保健会. 学校保健 273 : 7, 2008]

平成19年度 学校保健委員会の設置状況

平成20年4月 文部科学省

	小学校				中学校				高等学校				中等教育学校				特別支援学校			
	学校数	設置数	設置率	前年度比	学校数	設置数	設置率	前年度比	学校数	設置数	設置率	前年度比	学校数	設置数	設置率	前年度比	学校数	設置数	設置率	前年度比
1 北海道	1,103	347	31.5	▲9.5	577	256	44.4	▲6.5	302	226	74.8	3.0	1	1	100.0	100.0	56	56	100.0	0.0
2 青森県	374	280	69.5	3.4	175	102	58.3	2.2	68	58	85.3	1.2					19	11	57.9	36.8
3 岩手県	421	417	99.0	0.6	202	196	97.0	▲1.0	80	80	100.0	0.0					17	16	94.1	0.0
4 宮城県	330	326	98.8	0.5	158	158	98.7	0.6	92	92	100.0	1.1					19	19	100.0	0.0
5 秋田県	281	263	93.6	0.9	133	125	94.0	0.9	58	55	94.8	0.0					14	14	100.0	0.0
6 山形県	331	331	100.0		123	122	99.2		51	51	100.0						10	10	100.0	
7 福島県	532	510	95.9		239	228	95.4		96	89	92.7						22	20	90.9	
8 茨城県	576	573	99.5	0.2	233	231	99.1	0.4	112	64	57.1	▲4.0					21	20	95.2	0.2
9 栃木県	411	410	99.8	1.0	170	170	100.0	1.8	79	78	98.2	5.2					14	14	100.0	0.0
10 群馬県	343	343	100.0	0.0	175	175	100.0	0.0	67	67	100.0	0.0	1	1	100.0	0.0	28	28	100.0	0.0
11 埼玉県	719	719	100.0	0.0	368	368	100.0	0.0	188	188	100.0	32.4					33	33	100.0	3.2
12 千葉県	733	678	92.5	0.0	328	313	96.0	2.7	160	50	31.3	▲1.2					31	31	100.0	0.0
13 東京都	1,323	1,137	85.9	3.4	638	493	77.5	4.5	277	230	83.0	0.4	3	2	66.7	0.0	69	57	96.6	▲1.7
14 神奈川県	406	316	77.8	0.0	220	185	84.1	▲1.0	154	109	70.8	5.2					27	26	96.3	12.3
15 新潟県	450	357	79.3	2.3	182	145	79.7	8.1	96	9	9.4	3.3	5	2	40.0	▲10.0	25	17	68.0	6.9
16 富山県	205	205	100.0	0.5	83	83	100.0	0.0	48	48	100.0	2.1					12	12	100.0	0.0
17 石川県	232	209	90.1	3.3	98	82	83.7	2.7	53	53	100.0	0.0					13	11	84.6	7.7
18 福井県	209	184	88.0	3.1	80	68	85.0	3.7	38	23	60.5	13.1					11	11	100.0	16.7
19 山梨県	204	134	65.7	5.2	95	53	55.2	3.7	32	16	50.0	10.0					11	5	54.5	0.0
20 長野県	393	393	100.0	0.0	195	195	100.0	0.0	93	75	80.6	▲1.6					18	18	100.0	0.0
21 岐阜県	385	385	100.0	0.0	192	192	100.0	0.0	66	66	100.0	0.0					14	14	100.0	0.0
22 静岡県	333	334	99.7	▲0.1	173	173	100.0	0.0	123	109	88.6	0.9					26	26	100.0	0.0
23 愛知県	723	722	99.9	0.2	304	303	99.7	0.0	156	156	100.0	2.1					26	26	100.0	0.0
24 三重県	413	308	74.6	6.5	170	132	77.6	5.2	73	60	82.2	11.9					14	14	100.0	0.0
25 滋賀県	231	231	100.0	0.0	100	100	100.0	0.0	53	53	100.0	0.0					15	15	100.0	0.0
26 京都府	249	237	95.2	▲2.0	98	92	93.9	▲3.0	55	55	100.0	0.0					14	14	100.0	0.0
27 大阪府	628	295	47.0	0.9	294	134	45.6	▲1.0	169	133	78.7	4.0					27	25	92.6	0.0
28 兵庫県	616	628	97.1	6.3	271	260	96.0	1.4	171	160	93.8	0.6	1	1	100.0	0.0	36	36	100.0	2.9
29 奈良県	216	193	89.4	3.6	107	73	68.2	4.6	40	40	100.0	0.0					10	10	100.0	0.0
30 和歌山県	290	278	95.9	3.8	131	117	89.3	3.2	54	52	96.3	▲3.7					11	11	100.0	0.0
31 鳥取県	148	148	100.0	0.0	80	80	100.0	0.0	24	24	100.0	0.0					9	9	100.0	0.0
32 島根県	257	204	79.4	8.1	104	71	68.3	0.1	45	37	82.2	▲0.4					12	12	100.0	0.0
33 岡山県	425	331	77.9	▲0.1	165	119	72.1	1.4	70	63	90.0	▲0.8					13	13	100.0	8.3
34 広島県	417	312	74.8	4.1	187	138	73.8	5.2	92	29	31.5	2.6					16	4	25.0	0.0
35 山口県	332	328	98.8	1.8	165	157	95.2	3.1	71	71	100.0	1.4	1	1	100.0	0.0	14	14	100.0	0.0
36 徳島県	220	188	85.5	0.4	90	77	85.6	2.3	46	37	80.4	4.3					9	8	88.9	11.1
37 香川県	188	177	94.1	0.4	75	65	86.7	▲3.8	34	34	100.0	0.0					8	8	100.0	0.0
38 愛媛県	356	331	93.0	1.9	144	140	97.2	3.4	61	61	100.0	0.0	3	3	100.0	0.0	12	12	100.0	0.0
39 高知県	252	87	34.5	4.8	118	42	35.6	8.0	56	43	76.8	▲11.0					13	10	76.9	1.9
40 福岡県	488	328	67.2	23.6	217	115	53.0	27.4	106	45	42.5	28.2	1	0	0.0	0.0	25	11	44.0	27.8
41 佐賀県	192	188	97.9	0.5	97	97	100.0	0.0	37	37	100.0	0.0					8	8	100.0	0.0
42 長崎県	390	320	82.1	0.5	196	141	71.9	1.5	71	68	97.2	▲1.3					15	15	100.0	0.0
43 熊本県	439	401	91.3	4.7	184	161	87.5	4.3	72	70	97.2	0.0					17	17	100.0	0.0
44 大分県	327	30	9.2	0.2	140	14	10.0	2.3	54	54	100.0	0.0					15	13	86.7	0.0
45 宮崎県	267	262	98.1	▲0.1	138	136	98.6	0.0	42	32	76.2	▲4.8	1	1	100.0	0.0	14	14	100.0	7.1
46 鹿児島県	593	589	99.3		265	262	98.9		85	85	100.0						15	15	100.0	
47 沖縄県	274	270	98.5	1.4	154	148	96.1	0.6	68	68	100.0	0.0					16	16	100.0	0.0
① 札幌市	207	193	93.2	▲2.0	98	76	77.6	0.0	12	11	91.7	▲8.3					3	3	100.0	100.0
② 仙台市	123	123	100.0	0.0	63	63	100.0	0.0	6	6	100.0	0.0					1	1	100.0	0.0
③ さいたま市	101	101	100.0	0.0	57	56	98.2	▲1.8	4	3	75.0	0.0					1	1	100.0	0.0
④ 千葉市	121	120	99.2	0.0	57	57	100.0	0.0	2	2	100.0	0.0					2	2	100.0	0.0
⑤ 川崎市	114	114	100.0	0.0	51	51	100.0	0.0	10	0	0.0	▲10.0					3	2	66.7	0.0
⑥ 横浜市	347	344	99.1	1.1	145	145	100.0	0.0	11	1	9.1	▲72.7					12	10	83.3	▲16.7
⑦ 新潟市	114	96	84.2	4.4	57	45	78.9	7.0	2	0	0.0	▲33.3					1	1	100.0	0.0
⑧ 静岡市	85	85	100.0	0.0	42	42	100.0	0.0	3	3	100.0	0.0								
⑨ 浜松市	112	111	99.1	0.0	50	48	96.0	0.0									1	1	100.0	0.0
⑩ 名古屋市	260	260	100.0	0.0	109	109	100.0	0.0	17	17	100.0	5.9					4	4	100.0	0.0
⑪ 京都市	184	179	97.3	0.0	77	74	96.1	▲1.5	12	9	75.0	0.0					7	7	100.0	0.0
⑫ 大阪市	399	60	20.1	4.7	130	8	6.3	0.0	22	5	22.7	1.0					10	1	10.0	0.0
⑬ 堺市	94	94	100.0	1.1	43	41	95.3	4.6	4	4	100.0	50.0					2	2	100.0	0.0
⑭ 神戸市	169	152	89.9	3.5	85	48	56.5	2.4	10	7	70.0	28.3					6	3	50.0	▲16.7
⑮ 広島市	141	137	97.2	▲0.7	83	53	64.1	▲1.6	8	4	50.0	16.7					1	1	100.0	0.0
⑯ 北九州市	132	132	100.0	0.0	63	63	100.0	0.0	1	1	100.0	0.0					9	9	100.0	0.0
⑰ 福岡市	146	138	94.5	▲0.6	68	41	60.3	▲1.5	4	0	0.0	0.0					8	3	37.5	12.5
合 計	22,005	18,656	84.8	1.7	10,068	8,286	82.3	1.6	4,266	3,484	81.7	▲3.6	17	12	70.6	▲7.2	954	870	91.2	8.0

*18年度のデータなし。 ※18年度の設置状況である。 (前年度比は、(財)日本学校保健会・会報編集委員会で作出したものです)

れていないと思われる。(資料1. 日本学校保健会, 2008)

学校当局(教育委員会, 学校長等)は学校経営の重要な柱として, ヘルスプロモーションの理念

に基づくこれらの健康戦略を取り入れるべきである。地域保健当局（地方自治体首長, 保健所長等）は地方自治の重要な柱として, ヘルスプロモーションの理念に基づくこれらの健康戦略を取り入れるべきである。

また, 学校当局（教育委員会, 学校長等）及び地域保健当局（地方自治体首長, 保健所長等）は, 現行のわが国の各種の政策や法・制度を, 子どもの健康生活を守り擁護する視点で洗い直し, 必要な方策を構ずるべきである。また, 各学校における健康教育, 保健教育, 体育, 食育, 学校保健計画, 学校安全計画, 学校保健委員会等の実施状況の質・量の点検・評価とその開示などに努め, 学校を核としたヘルスプロモーションの推進を図るべきである。国もまた, 同様の責務を果たすべきである。

[参考文献]

I

- ・日本国憲法第 25 条 (1946 年)
- ・世界保健機構憲章 (WHO, 1946 年)
- ・児童の権利に関する条約 (第 4 4 回国連総会, 1989 年)
- ・21 世紀における国民健康づくり運動 (健康日本 21, 2000 年)
- ・健やか親子 21 (2000 年)
- ・健康増進法 (2002 年, 制定)
- ・少子化社会対策基本法 (2003 年)
- ・次世代育成支援対策推進法 (2003 年, 制定)
- ・健康フロンティア戦略 (2004 年, 策定)
- ・新健康フロンティア戦略 (2007 年, 策定)
- ・発達障害者支援法 (2004 年, 制定)
- ・障害者自立支援法 (2005 年, 制定)
- ・食育基本法 (2005 年, 制定)
- ・教育基本法 (2006 年, 改定)
- ・「子どもの心身の健康を守り, 安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」 (中央教育審議会答申, 2008 年)
- ・学校保健安全法 (2008 年, 制定)
- ・ヘルスプロモーション (オタワ憲章, 1986 年)

II

i - 1

- ・浜本英次 (編): 昭和 30 年 8 月岡山県における粉乳砒素中毒症発生記録. 岡山県衛生部, 1957
- ・Dakeishi M, Murata K, Grandjean P: Long-term consequences of arsenic poisoning during infancy due to contaminated milk powder. *Environ Health* 5: 31, 2006
- ・有馬澄雄 (編): 水俣病－20 年の研究と今日の課題. 青林舎 (東京), 1979
- ・村田勝敬, 嶽石美和子: 胎児性メチル水銀曝露の小児発達影響と臨界濃度－セイシェルおよびフェロー諸島の研究を中心に－. *日衛誌* 60: 4-14, 2005
- ・Canfield RL, et al.: Intellectual impairment in children with blood lead concentrations below 10 µg per deciliter. *N Engl J Med* 348: 1517-1526, 2003
- ・Lanphear BP, et al.: Low-level environmental lead exposure and children's intellectual function: an international pooled analysis. *Environ Health Perspect* 113: 894-899, 2005a
- ・Lanphear BP, Hornung R, Ho M: Screening housing to prevent lead toxicity in children. *Public Health Perspect* 120: 305-310, 2005b
- ・Landrigan PJ, et al.: The declaration of Brescia on prevention of the neurotoxicity of metals. *Am J Ind Med* 50: 709-711, 2007
- ・小栗一太ほか (編): 油症研究－30 年の歩み－. 九州大学出版会, 2000
- ・Lai TJ, et al.: Effect of prenatal exposure to polychlorinated biphenyls on cognitive development in children: a longitudinal study in Taiwan. *Br J Psychiatry* 40 (Suppl): 49-52, 2001

- Grandjean P, et al.: Pesticide exposure and stunting as independent predictors of neurobehavioral deficits in Ecuadorian school children. *Pediatrics* 117: e546-556, 2006
- Vineis P, et al.: Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study. *Br Med J* 330: 277-281, 2005
- 環境省 (編): 平成 19 年版環境・循環型白書. ぎょうせい, 2007
- 厚生労働省: <http://www-bm.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/suigin/index.html>
- 村田勝敬・坂本峰至: 妊婦における魚摂取の考え方. *臨床栄養* 102: 191-194, 2006

i — 2

- 第 19 期日本学術会議「子どものこころ特別委員会」報告書 子どもをこころを考える ―我が国の健全な発展のために― 子どもをこころ特別委員会. 2005.
- 文部科学省: 平成 16 年度教育職員に関わる懲戒処分等の状況について 表 11 病気休職者数等の推移 (平成 7 年度～平成 16 年度), 2004.
- OECD. Income Distribution and Poverty in OECD Countries in the Second Half of the 1990s. Social, Employment and Migration Working Papers No. 22, 2005.
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=671783
- モノグラフ・小学生ナウ, ベネッセ未来教育センター
- モノグラフ・中学生の世界, ベネッセ未来教育センター
- UNICEF. An overview of child well-being in rich countries A comprehensive assessment of the lives and well-being of children and adolescents in the economically advanced nations. Innocenti Research Centre Report Card 7, 2007.
- 財団法人日本青少年研究所. 「高校生の友人関係と生活意識調査報告書」, 2006.
- 深谷昌志 無気力化する子どもたち NHKブックス, 1990.
- 日本学術会議 子どもを元気にする環境づくり戦略・政策検討委員会. 対外報告「我が国の子どもを元気にする環境づくりのための国家的戦略の確立に向けて」, 2007.
- 日本総合研究所. 「平成 17 年度文部科学省委託調査 地域の教育力に関する実態調査報告書」, 2006.
- 総務省統計局. 「労働力調査特別調査」, 2005.
- 厚生労働大臣官房統計情報部「第3・4・5回 21世紀出生時縦断調査」2004, 2005, 2006.
服部伸一 野々上敬子 門田新一郎. 小学生の健康状況と情報機器の使用および生活時間との関連について. *小児保健研究* 67: 357-366, 2008.
- 野々上敬子 平松恵子 三浦真梨江 門田信一郎 中学生の健康状況と情報機器の使用及び生活時間との関連について *学校保健研究* 48: 46-56, 2006.
- 吉田俊和 高井次郎 元吉忠寛 五十嵐祐 インターネット依存および携帯メール依存のメカニズムの検討 ―認知―行動モデルの観点から― 電気通信普及財団 研究調査報告書 No. 20, 2005
- 日本小児科医会「子どもとメディア」対策委員会 「「子どもとメディア」の問題に対する提言」, 2004
- 日本小児科学会こどもの生活環境改善委員会 「乳幼児のテレビ・ビデオ長時間視聴は危険です」, 2004 <http://www.jpeds.or.jp/saishin.html#67>

i — 3 — 1)

- ・平成 12 年度児童生徒の食生活実態調査報告書；日本体育・学校健康センター(平成 13 年 12 月)
- ・平成 17 年度児童生徒の食生活実態調査報告書；独立行政法人日本スポーツ振興センター（平成 19 年 3 月）
- ・都道府県別栄養教諭配置状況；文部科学省 H19 年 4 月発表
- ・子どもの食生活アンケート総覧 2006（生活情報センター）日本能率総合研究所編 pp.181(農林中央金庫調査)
- ・子どもの食生活アンケート総覧 2006（生活情報センター）日本能率総合研究所編 pp.171（共同通信調査）
- ・家庭科教育問題研究委員会「高等学校家庭科男女必修の成果と課題」pp. 13：日本家庭科教育学会, 2006
- ・平成 11 年国民栄養調査結果(1999 年)；旧：厚生省
- ・食生活指針（2000 年）；旧：厚生省・文部省・農林水産省
- ・食事バランスガイド（2005 年）；厚生労働省

i — 3 — 2)

- ・Godbout, P. et. al(1989) Academic learning time in elementary and secondary physical education clas. Research Quarterly, 54-1, pp.11-19.
- ・Metzler, M. W. (1979) The measurement of academic learning time in physical education. Doctoral dissertation. University Microfilms International. No, 8009314.
- ・文部省：青少年の健康と体力, 帝国地方行政学会, 1966
- ・文部科学省：体力・運動能力調査報告書, 2007
- ・日本学校保健会(2004) 保健学習推進委員会報告書ー保健学習推進上の課題を明らかにするための実態調査ー
- ・杉原 隆：運動発達を阻害する運動指導, 幼児の教育, 107(2), 16-22, 2008
- ・高橋健夫：体育科教育学の探究（竹田, 高橋編）, 大修館書店, 18-27, 1997
- ・高橋健夫他：体育の ALT 観察法の有効性に関する検討, 体育学研究, 34(1), 31-43, 1989
- ・WHO <http://www.euro.who/moveforhealth>, 2008

ii — 1 — 1)

- ・Anway MD, Cupp AS, Uzumcu M, Skinner MK. Epigenetic transgenerational actions of endocrine disruptors and male fertility. Science. 308:1466-1469, 2005.
- ・McMillen IC, Robinson JS. Developmental origins of the metabolic syndrome: prediction, plasticity, and programming. Physiol Rev. 85:571-633, 2005.
- ・Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, Dymov S, Szyf M, Meaney MJ. Epigenetic programming by maternal behavior. Nat Neurosci. 7:847-854, 2004.
- ・疫学研究の集大成レビュー：“Developmental origins of the metabolic syndrome: prediction, plasticity, and programming” Physiol Rev 5: 571-633 (2005)

- ・ ミニレビュー：“Living with the past: evolution, development, and patterns of disease” Science 305: 1733-1736 (2004)
- ・ 親ラットのケアによる仔の行動への影響に関するエピジェネティクス研究
“Epigenetic programming by maternal behavior” Nat Neurosci 7: 847-854, 2004
- “Maternal care effects on the hippocampal transcriptome and anxiety-mediated behaviors in the offspring that are reversible in adulthood” Proc. Natl Acad Sci USA 103: 3480-3485, 2006
- ・ 内分泌かく乱物質による精子形成異常の世代にわたる伝達” Epigenetic transgenerational actions of endocrine disruptors and male fertility” Science 308: 1466-1469, 2005

ii—1—2)

- ・ 厚生労働省医政局歯科保健課編：平成 5 年歯科疾患実態調査報告書, 1993
- ・ 厚生労働省医政局歯科保健課編：平成 11 年歯科疾患実態調査報告書, 1999
- ・ 厚生労働省医政局歯科保健課編：平成 17 年歯科疾患実態調査報告書, 2005
- ・ 日本学術会議咬合学研究連絡委員会：咬合・咀嚼が創る健康長寿,
公開シンポジウムプロシーディング, p13-16, 2005
- ・ 日本小児歯科学会編：乳幼児の口と歯の健診ガイド, 2005
- ・ 文部科学省：「生きる力」をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり, 2005
- ・ 日本顎口腔機能学会編：よくわかる顎口腔機能, p 109-119, 医歯薬出版, 2005

ii—1—3)

- ・ 春日文字子．保育所の環境保健学的研究．厚生労働科学研究子ども家庭総合研究事業（「保育所における保健・衛生面の対応に関する調査研究」（主任研究者 高野陽））平成 13 年度分担研究報告書, 2002
- ・ 春日文字子．共同調理場からの受配給食の衛生に関する研究．厚生労働科学研究子ども家庭総合研究事業（「保育所の給食システムに関する研究」（主任研究者 水野清子））平成 15 年度分担研究報告書, 2004

ii—1—4)

- ・ 渡辺博：わかりやすい予防接種, 改訂第 3 版, 診断と治療社, 東京

ii—1—5)

アルドリッジ, M. ウッド, J. 著, 仲真紀子編訳．子どもの面接法-司法における子どものケア・ガイド．北大路書房, 京都, 2004

- ・ 英国内務省, 英国保健省編, 仲真紀子, 田中周子訳．子どもの司法面接：ビデオ録画面接のためのガイドライン．誠信書房, 東京, 2007
- ・ 仲真紀子．供述という会話の特質-予兆を見逃さない事情聴取．In 内田伸子・坂元章編著『リスク社会を生き抜くコミュニケーション力』pp. 149-169, 金子書房, 東京, 2007
- ・ 仲真紀子．子どもの面接法．In 法と心理学会編『目撃供述・識別手続に関するガイドライ

ン』 pp. 221-233, 現代人文社, 東京, 2005

- ・ 仲真紀子, 上宮愛. 子どもの証言能力と証言を支える要因. 心理学評論 48: 343-361, 2005

ii — 2 — 1)

- ・ 松本健治: 身長 of 最大発育年齢の若年化 子どもと発育発達, 1:55-57, 2003
- ・ 平成 18 年度学校保健統計調査報告書 2007 年 3 月 文部科学省
- ・ 宮井信行, 宮下和久 他: 思春期のインスリン抵抗性の発現に及ぼす性発達および脂肪細胞由来サイトカインの影響 16-17 年度 科学研究費補助金 基盤研究(B)(1) (研究課題番号 16390183) 研究成果報告書 2006 年 3 月
- ・ 村田勝敬, 嶽石美和子: 小児の神経発達に影響する環境因子. 秋田医誌 57: 73-83, 2007
- ・ Sampei M, et al.: Impact of total sleep duration on blood pressure in preschool children. Biomed Res 27: 111-115, 2006a
- ・ Sampei M, et al.: Cardiac autonomic hypofunction in preschool children with short nocturnal sleep. Tohoku J Exp Med 208: 235-242, 2006b

ii — 2 — 2)

- ・ 野津有司 渡邊正樹 渡部基 下村義夫 市村國夫 荒川長巳 久保元芳 佐藤幸 上原千恵 柴田宣之 国吉恵一 藤山博英. 日本の高校生における危険行動の実態および危険行動間の関連 —日本青少年危険行動調査 2001 年の結果— 学校保健研究 48: 430-447, 2006.
- ・ CDC. Healthy Youth! <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/>
- ・ 勝野眞吾. 現代の健康課題と学校健康教育 —期待と可能性— 学校保健研究 45: 479-484, 2004.
- ・ 川畑徹朗 西岡伸紀 石川哲也 勝野眞吾 春木敏 島井哲志 野津有司. 青少年のセルフエスティームと喫煙, 飲酒, 薬物乱用行動との関係 学校保健研究 46: 612-627, 2005.
- ・ 和田清. 中学生における有機溶剤乱用の実態とその生活背景 —1992 年千葉県調査より— 学校保健研究 37: 210-219, 1995.
- ・ 呉鶴 山崎喜比古 川田智恵子. 日本における青少年の薬物使用の実態及およびその説明モデルの検証 日本公衆衛生雑誌 45: 870-882, 1998.
- ・ Quest International Skills for Adolescence, Quest International, Baltimore, 2001.
- ・ 高倉実. 青少年暴力の実態と一次予防 学校保健研究 47: 397-405, 2005.

ii — 2 — 3)

- ・ Greydanus DE, Patel DR, Pratt HD: Essentials of Adolescent Medicine. McGraw-Hill, New York, U.S.A.
- ・ 小野寺昭一: 性器クラミジア感染症の現状, 小児科 47: 1301-1306, 2006
- ・ 外川正生: 小児の HIV/AIDS—小児科医が知っておくべき性感染症としての HIV/AIDS, 小児科 47: 1307-1312, 2006
- ・ 木原雅子, シュハラザード・M・ラバリ: 思春期の性行動と性感染症—問題の構造と展望—, 小児科 47: 1320-1326, 2006
- ・ 平成 18 年度東京都幼・小・中・高・心障学級・養護学校の性意識・性行動に関する調査報告: 児童生徒の性, 学校図書, 2002

- ・ 日本学校保健会：保健室利用状況に関する調査報告書，平成 14 年 9 月

ii—2—4)

- ・ 中学校心の健康グループ：保健室登校生徒に前向きな変化を促すための組織的な対応のあり方，千葉市教育研究会保健養護部会，
- ・ 全国養護教諭連絡協議会：平成 16 年度末全国調査

ii—2—5)

- ・ 日本学校保健会平成 13 年度調査
- ・ 生徒指導上の諸問題に関する調査研究会報告書，文部科学省初等中等教育局委嘱事業，生徒指導上の諸問題に関する調査研究会，平成 17 年 6 月

ii—3

- ・ 大南英明ら．「通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する全国実態調査」．http://www.mext.go.jp/b_menu/public/2002/021004c.htm
- ・ 21 世紀の特殊教育の在り方に関する調査研究協力者会議答申．「21 世紀の特殊教育の在り方について～一人一人のニーズに応じた特別な支援の在り方について～（最終報告）」．http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/006/toushin/010102.htm
- ・ 文部科学省．「小・中学校における LD（学習障害），ADHD（注意欠陥／多動性障害），高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制の整備のためのガイドライン（試案）」．http://211.120.54.153/b_menu/houdou/16/01/04013002/017.pdf
- ・ 文部科学省中央教育審議会，「特別支援教育を推進するための制度の在り方について（答申）」．http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/05120801/all.pdf
- ・ 鈴江 毅．LD の臨床－診断・査定 成人の LD．現代のエスプリ LD（学習障害）の臨床．132-138, 2000.
- ・ 鈴江 毅．サポートの実際 薬物療法 リタリンの現在．実践障害児教育．350:32-35, 2002.
- ・ 鈴江 毅，須那 滋，万波俊文，他．地域における軽度発達障害児のサポートシステム構築について．四国公衆衛生学会雑誌．50(1)：115-118, 2005.
- ・ 鈴江 毅．医療と教育の連携．行動科学．44(2)：3-6, 2005.
- ・ 鈴江 毅，須那滋，万波俊文，他．軽度発達障害児に対する専門外来開設とその後の展開について．四国公衆衛生学会雑誌．51(1)：141-145, 2006.
- ・ 鈴江 毅，田村裕子，岡田倫代，他．地域における軽度発達障害児・者のサポートシステム構築について－特別支援教育に関連した専門家チーム・巡回相談活動報告－．四国公衆衛生学会雑誌．52(1)：101-106, 2007.

iii

- ・ 五十嵐隆：臨床医学の展望 小児科学，日本医事新報 4216：19-29，2005
- ・ 山中龍宏：Safety promotion，小児内科 37:878-881，2005
- ・ 五十嵐隆：臨床医学の展望 小児科学，日本医事新報 4269:37-46，2006

「健康的な学習環境を確保するために－有害な化学物質の室内濃度低減に向けて－（改訂版）平

成 18 年 6 月」に文部科学省

文部科学省が 2004 年 1 月 20 日にだした「学校安全緊急アピールー子どもの安全を守るために
(http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/16/01/04012002.htm) 」

Ⅲ

- ・世界保健機構憲章 (WHO, 1946)
- ・世界人権宣言, (1948)
- ・プライマリヘルスケア (アルマーアタ宣言, 1978)
- ・ヘルスプロモーション (オタワ憲章, 1986, 第一回ヘルスプロモーション国際会議)
- ・健康的な公共政策に関する会議 (アデレード, 1988)
- ・健康の支援的環境に関する会議 (サンドバール, 1991)
- ・新しい時代の新しい主人公 ; 21 世紀に向けた先導的ヘルスプロモーション (ジャカルタ, 1997, 第四回ヘルスプロモーション国際会議)
- ・健康日本 21, 総論, 参考資料, 参考 2 : 参加と働きかけ
- ・ Knowledge and skills for life. First results from the OECD programme for international student assessment (PISA) 2000
- ・ The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice, 2005
- ・ 實成文彦. 香川の地に包括的保健医療の確立は可能かー健康にして文化的, かつ福祉的生活を求めてー. 地域環境保健福祉研究 1 : 1-11, 1997
- ・ 實成文彦. 保健医療計画と地域保健活動 健康増進からリハビリテーションまでの幅広さにどう取り組むのか. 公衆衛生情報 22 : 29-35, 1992
- ・ 児童の権利に関する宣言 (第 14 回国連総会, 1959)
- ・ 児童の権利に関する条約 (第 44 回国連総会, 1989)
- ・ 日本学術会議. 対外報告 我が国の子どもを元気にする環境づくりのための国家的戦略の確立に向けて. 2007
- ・ 實成文彦. 社会の中の学校保健ー学校保健における公衆衛生学的接近ー. 学校保健研究, 48 : 473-477, 2007
- ・ 学校保健安全法 (2008, 制定)
- ・ 「子どもの心身の健康を守り, 安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」 (中央教育審議会答申, 2008)
- ・ 日本学校保健会. 平成 19 年度 学校保健委員会の設置状況. 学校保健 273:7, 2008