

報告

日本の子どものヘルスプロモーション



平成22年（2010年）7月12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

この報告は、日本学術会議健康・生活科学委員会子どもの健康分科会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議健康・生活科学委員会子どもの健康分科会

委員長	實成 文彦	(連携会員)	山陽学園大学副学長
副委員長	高橋 健夫	(連携会員)	日本体育大学大学院教授
幹事	小林 章雄	(連携会員)	愛知医科大学医学部衛生学講座教授
	五十嵐 隆	(第二部会員)	東京大学大学院医学系研究科教授
	春日 文子	(第二部会員)	国立医薬品食品衛生研究所室長
	仙田 満	(第三部会員)	放送大学教授
	朝田 芳信	(連携会員)	鶴見大学歯学部教授
	跡見 順子	(連携会員)	東京大学名誉教授
	江澤 郁子	(連携会員)	戸板女子短期大学学長
	岡田加奈子	(連携会員)	千葉大学教育学部教授
	加賀谷 淳子	(連携会員)	日本女子体育大学名誉教授
	澁川 祥子	(連携会員)	横浜国立大学名誉教授
	杉原 隆	(連携会員)	十文字学園女子大学特任教授
	高松 薫	(連携会員)	流通経済大学スポーツ健康科学部教授
	塚原 典子	(連携会員)	新潟医療福祉大学健康科学部准教授
	仲 真紀子	(連携会員)	北海道大学大学院文学研究科教授
	宮下 和久	(連携会員)	和歌山県立医科大学医学部教授
	村田 勝敬	(連携会員)	秋田大学医学部教授
	山本 照子	(連携会員)	東北大学大学院歯学研究科教授
	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
	鈴江 毅	(特任連携会員)	香川大学医学部准教授

報告及び参考資料の作成にあたり、以下の方々に御協力いただきました。

岡田 知雄 (日本大学医学部准教授、日本学術会議連携会員・第20期子どもの健康分科会委員)

岡本 信彦 (大阪府立母子保健医療センター企画調査部参事)

片田 範子 (兵庫県立大学看護学部教授、日本学術会議連携会員・第20期子どもの健康分科会委員)

小林美智子 (大阪府立母子保健総合医療センター小児科主任部長)

下山 晴彦 (東京大学大学院教育学研究科教授、日本学術会議連携会員・第20期子どもの健康分科会委員)

寒川 恒夫 (早稲田大学スポーツ科学学術院教授、日本学術会議連携会員・第20期子どもの健康分科会委員)

守山 正樹 (福岡大学医学部公衆衛生学教室教授、日本学術会議・第20期子どもの健康分科会委員)

1 作成の背景

我が国では日本国憲法と児童憲章において、世界的には世界保健機構憲章や児童の権利に関する条約において、小児の健康は擁護されるべきものであることが規定されている。子どもはこのような社会的約束と家族的な養護の中で、健やかに発育・発達し、健康の保持・増進が図られるべきものである。そのために、子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的アプローチや保健医療福祉活動が展開され、また子どもの健康や安全を脅かす諸問題へ対応した政策的整備や活動がなされてきた。

我が国は20世紀後半に乳児死亡率が世界で最も低くなったが、今日の子どもの状況は、心身の健康や健康的な日常生活、QOLの高い生活、幸福な人生といった視点からは、決して良好な状態にあるわけではない。現在、我が国は健康、教育を巡る激動期であり、実際に子どもの健康、生活、安全面において多く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。ここに、日本学術会議健康・生活科学委員会子どもの健康分科会は、現代社会に生きる子どもの生活と健康課題を多方面にわたって審議し、我が国における子どものヘルスプロモーションの一層の推進と、取り組むべき具体的課題及び提案について、社会の各界各層に報告するものである。

2 現状及び問題点

子どものライフスタイルや健康は、子どもを取り巻く環境と、家庭、地域、学校、職場、国などの在り方に強く規定されており、自然的、社会的、心理的環境の改善と良好な状態の維持は、子どもの健全な発育・発達にとって不可欠である。急速な都市化、産業構造の変化、少子高齢化、核家族化、働き方の多様化などにより、地域社会における環境の変化、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、各家庭の孤立、匿名化が進み、共同社会の組織的なつながりが大きく損なわれる傾向が懸念されている。遊び場の激減や室内遊びの傾向が強まり、体力・運動能力の低下傾向もみられる。少子化の進行により、幅広い人間関係の中での社会性、コミュニケーション能力、安定した情緒性などの獲得が困難になっている。また、急速な情報化も子どものライフスタイルと健康に重大な影響を与えつつある。

さらに、近年の我が国における貧困層の増大を伴った経済格差、教育格差の拡大が、子ども個人のレベルでも地域全体のレベルでも健康格差の拡大につながる可能性がある。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年）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、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、特に子どもを取り巻く自然的、社会的、心理的環境の改善と良好な状態の維持、および地域の実情に即しつつ、家庭と学校と地域社会の人々や関係機関等が連携し、適切な役割分担を行いながら、子どもの心身の健康づくりを推進することが肝要である。

3 課題及び提案を推進するための6つの方策

審議の対象とした子どもの健康に関する16分野において、56項目に及ぶ課題及び提案が抽出された。これらの点をターゲットとして、我が国の社会を挙げて日本の子どものヘルスプロモーションを推進するためには、以下の6つの方策を柱とする総合的・包括的取り組みが重要であるとの共通認識の下で、各界・各層において、連携を取りつつ、具体的に取り組むことが必要である。

(1) 健康的公共政策の推進と体制の整備を行う。

国及び地方公共団体は、子どもの健康生活を擁護しヘルスプロモーションを推進する立場から、あらゆる法・制度・組織の洗い直しと整備・充実、必要な人・物・財源の整備・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健康的公共政策をとる。

(2) 健康に関する支援的環境を創造する。

技術や労働、エネルギー生産、都市化、情報化等の急速に変化している社会・環境の影響を体系的に評価し、子どもの健康に支援的な環境を創造し、活用する。

(3) 健康のための社会的ネットワークと地域活動の強化を図る。

家庭、学校、地域社会が連携し、コミュニティの能力を高め、ソーシャルキャピタル等の社会経済心理的要因や地域活動を強化し、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。そのためには、子どもたちの健康を育む場の設定と、人々の参加、計画づくりが重要である。地域においては、家庭が孤立し、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。

(4) 子どもが自らの健康をコントロールする個人的スキルや能力を強化する。

子ども自身が自らの健康をコントロールし、改善できるように個人的スキルや能力の強化を図る。そのためには、学校教育の中での健康教育の重視と、保健体育授業の実質化、食育の推進が直接的な課題であるが、同時にその基盤として、家庭、職場、コミュニティ等で、健康についての情報や教育が提供され、あらゆる人々がそれを学び、人生の各ライフステージに応じた備えができるようにし、健康獲得や健康格差の是正を図る。また、こうした基盤として、教育にあたる人材の育成と配備、及び教材やカリキュラムを充実する。こうした各地域・学校の取組は、実態把握と評価と公開がなされるべきである。

(5) 健康開発のための研究とその組織づくりを推進する。

健康開発のための研究とその組織作りを推進し、子どもの健康のための施策や取組、保健医療サービスの見直しを科学的根拠に基づいて行う。

(6) 学校を核とした地域のヘルスプロモーションを推進する。

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、地域保健当局（地方自治体首長等）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健康戦略を取り入れ、子どもの健康のために重要な社会環境心理的因子である学校力、地域力を上げ、協働して、子どもが安全・安心で、心身ともに健康に育つ社会を築く。

目 次

1	はじめに	1
2	子どもの健康とヘルスプロモーション	2
	(1) 社会と子どもの健康	2
	(2) ヘルスプロモーションの概念について	3
3	子どもの生活と健康課題	4
	(1) 生活環境	4
	(2) 出生前・乳幼児期	5
	(3) 感染症予防対策	5
	(4) 保育環境	6
	(5) 虐待予防	7
	(6) 口腔保健	8
	(7) 食育	10
	(8) あそび	11
	(9) 身体運動	12
	(10) 心の健康	13
	(11) 性行動	14
	(12) 危険行動	14
	(13) セーフティプロモーション	15
	(14) 発達障害	17
	(15) 健康教育・保健教育	18
	(16) 貧困・格差社会	19
4	子どものヘルスプロモーションの推進	21
	<用語の説明>	26
	<参考文献>	27
	<参考資料>	33

1 はじめに

日本国憲法第25条(1946年)では国民の生存権・健康権がうたわれ、また憲法の下で全ての児童の幸福を図るために児童憲章(1951年)が制定されている。世界保健機構憲章(WHO、1946年)及び「児童の権利に関する条約(第44回国連総会、1989年)」では児童の到達可能な最高水準の健康を享受する権利と具体的内容が上げられている。本来、子どもはこのような社会的約束と家族的な養護の中で、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、健康づくりの基礎となる教育・食育・体育・あそび・健康教育等が行われるとともに、多岐にわたる保健医療福祉活動が展開され、また、様々の社会的状況が子どもの健康や安全に直接的に影響してくる諸問題へ対応した政策や法・制度的整備や諸活動など幾つかの社会的対処が近年でもなされてきた¹⁻¹²⁾。こうした中、我が国においては、20世紀後半に乳児死亡率が世界で最も低くなったが、今日の我が国における子どもの状況は、心身の健康や健康的な日常生活、QOL、あるいは幸福な人生といった視点からは、決して良好な状態にあるわけではない。現在の我が国は、国民生活全般にわたって激変期にあり、子どもの健康、生活、安全面においても多くの問題を抱えた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。子どもの健康分科会では、こうした課題とその方策について検討を重ね¹³⁾、ヘルスプロモーションの立場から子どもの健康についての報告をとりまとめた。

2 子どもの健康とヘルスプロモーション

(1) 社会と子どもの健康

子どものライフスタイルや健康は、それを取り巻く環境と、家庭、地域、学校、職場、国などの在り方に強く規定されており、これらの自然的、社会的、心理的環境の改善と良好な状態の維持は、子どもの健全な発育・発達にとって不可欠である。例えば、我が国の急速な都市化、産業構造の変化、少子高齢化、核家族化、人々の働き方の多様化などにより、地域社会における環境の変化はもとより、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、各々の家庭の孤立、匿名化が進み、共同社会の組織的な繋がりが大きく損なわれる傾向が懸念されている¹³⁾。また、遊び場が激減・狭小化し、遊びが、一人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¹⁴⁾。加えて、異年齢の大集団での交流の機会が減少し、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。

健康に関する情報を正しく理解し、リスク要因を回避する能力や、保健医療サービス等の資源を適切に活用して生活を営む能力は、教育によって等しく習得されるべきものである。また、教育は健康に関する知識、理解、規範、行動が向上し、地域社会全体として健康度が改善される基盤となるものである。しかし、近年の貧困層の増大を伴う経済格差、教育格差の拡大は、子ども個人のレベルでも地域全体のレベルでも健康格差の拡大につながる可能性がある。

急速な携帯電話・インターネット等による情報ネットワークの発達、自我の形成が未発達で十分な判断力を持たない子どものライフスタイルと健康に重大な影響を与えつつある。不適切な情報ネットワークへの接触や情報発信は、性の問題を始め、喫煙、飲酒、薬物乱用などの危険行動のリスクを高める懸念があり、ますます発達する情報ネットワークへの子どもの関わり方をどのように適正に維持するのか、社会全体での取組が今後の大きな課題となっている。

このように、子どもの心身の健康や健康的な日常生活、QOLの高い生活、幸福な人生といったことの背景には多くの社会・環境的、生活・行動要因があり、最終的には我々の社会、あるいは国そのものの在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、あるいは家庭の育児や学校における子どもの教育のみでは達成されないことを意味しており、周りの人々や、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を解決するには、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年)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、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、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る^{11-13, 15, 16)}。

(2) 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巡る21世紀の世界的な潮流の中で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1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が生まれた。その後、1997年、ジャカルタの第4回ヘルスプロモーション国際会議では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宣言された。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、脱タバコなどの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、単に個人的スキルや能力の強化だけでなく、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。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つを挙げている。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。また、ジャカルタ宣言では、21世紀の優先課題として以下の5つを挙げた。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。小児期においては、子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もある。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、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、子ども自身が力をつけることとともに、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が必要である。そのためには、家庭、学校、地域社会、住民、行政、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(図1)、^{17, 18)}。このことは、とりまなおさず、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たち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。

以下、上記の基本的考えの下、「子どもの生活と健康課題」にかかわる16分野について、「現状および問題点」と「課題および提案」を整理し、今後推進すべき事項について、ヘルスプロモーションの枠組みに沿って取りまとめ報告とした。

3 子どもの生活と健康課題

(1) 生活環境

① 現状および問題点

胎児や乳幼児の神経系障害は生涯にわたって後遺症を残すおそれがあるが、このような神経毒性をもつ化学物質として、メチル水銀(水俣病)、鉛(脳症)、ヒ素(森永ヒ素ミルク事件)、ダイオキシン類(カネミ油症)などが挙げられ、知能や目標達成能力の低下が報告されている¹⁹⁻²²⁾。これらは生活環境下の食物、地下水、粉塵などに含まれ、妊娠中の胎盤や母乳を介して胎・乳児の体内に入り、また乳幼児の指舐め仕草で粉塵中有害化学物質が吸収される。農薬は、妊娠中の母親が撒布作業に従事したり、その噴霧に乳幼児が曝露した場合に同様の健康障害を引き起こす^{1, 23)}。また小児期に環境中タバコ煙に長時間曝露していると、成人後の肺癌リスクが高くなることが報告されている^{24, 25)}。この他、乳幼児がアスベスト工場近くに住んでいたり、アスベスト使用建造物の建替えに遭遇すれば、将来中皮腫や肺癌を発症する可能性がある。

地球温暖化及び冷房装置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ない²⁶⁾。また原爆胎内被曝した子どもでは精神遅滞や小頭症が起こり、チェルノブイリ原子力発電所事故による放射性物質の曝露で甲状腺癌の発生率が高くなったとされている。

その他の有害因子として、共働き夫婦が増加する中で、子どもの生活時間が攪乱され、特に就学前児童の血圧や心臓性自律神経機能の変調を来することが報告されている^{27, 28)}。この原因の多くは子どもの睡眠時間の短縮である。

② 課題及び提案：有害環境因子を同定する研究を推進し、子どもを害する生活環境の改善を図る。

ア 子どもに対する環境リスク増大の懸念があり、環境中の有害因子(化学物質および生活環境等)に対する小児の脆弱性について国内外で大きな関心が払われているので、子供の健康と環境に関する研究を国家プロジェクトとして推進する必要がある。2010年度より行われる予定の小児環境保健疫学調査(環境省)はこの趣旨に沿った研究であるが、他の省庁と連携した形で行われることが望まれる。また、緊急の有害性に対しては予防措置原則に照らして、未然に防止できる対策や措置を講ずる必要がある²⁹⁾。

イ 妊娠可能年齢の女性や家族に、生活環境中の有害因子に関する情報や防護のための具体的方法、例えば、幼児を持つ親に対しては子どもの生活リズムに配慮した行動をとるような指導を自治体、学校、医療機関等から発信する体制を構築すべきである。

(2) 出生前・乳幼児期

① 現状および問題点

子どものヘルスプロモーションは国民一人ひとりの将来と未来の国民全体の健康増進に向けた予防医学という側面を持つ。実際、子どもの生活習慣や生育環境が成人期の健康や精神活動に影響を及ぼすことは漠然と認識されているが、胎児期、乳幼児期の環境が顕著に疾病リスクを高める「胎児プログラミング」³⁰⁾ についての認識度は低く、そのことは日本学術会議から提言³¹⁾ でも一部取り上げられた。プログラミング概念の拠り所は息の長い疫学研究によるものであるが、さらなる証拠の蓄積が必要である。一方、プログラミングは遺伝素因を超えた遺伝子の変化すなわちエピジェネティック(超遺伝的)な変化がその実体であることから、今後、その分子機構の詳細が明らかになれば、薬物治療など積極介入により回復を促進することが可能になると思われる。そのために必要な技術、例えば、特定遺伝子を標的にしたエピジェネティクス制御技術など、多くの課題が手つかずの状況である。

虐待や犯罪の親から子への負の連鎖という社会課題もプログラミングと関係している。子どもの脳の海馬に記録された虐待など親の育児行動の影響は、生育環境の改善や薬剤投与によって消去されることから^{32, 33)}、プログラミングの分子機構解明は、薬物療法を補助的に使用することで乳児期の生育環境に起因する負の連鎖を断ち切る道を開く。

② 課題及び提案：胎児や乳幼児期のプログラミングやエピジェネティクスに関する研究を国の重点研究課題とする。

子どもの健康は母子に限定した課題と考えられがちであるが、成人期だけでなく世代を超えて影響を与える要因である。このことを科学的に証明するため、長期にわたる追跡や虐待における生育環境など、プログラミングに関するエビデンスを構築するための疫学や生命科学研究を、癌や生活習慣病と同様に充実させることが必要である。遺伝情報のオンオフを制御するエピジェネティクスに関する研究は、遺伝情報に手を加えることなく遺伝子を制御する新しい治療法を生み出すにとどまらず、健康課題のみならず虐待や犯罪など生育環境によってもたらされる社会課題に対しても治療介入できる道を開くことができる。

(3) 感染症予防対策

① 現状および問題点

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、小児医療の基本的精神であるアドボカシーに基づく医療行為である。先進諸国では、ワクチンで予防できる疾患(vaccine preventable disease、VPD)はワクチンで予防するとの認識が広く国民に行き渡っている。我が国でもすでに多くの細菌・ウイルス感染症に対するワクチンが実施されているが、接種率が低く、また接種回数が少ないために抗体価が低下し、2008年の1年間に麻疹患者が

11,007人も新規発生している。①先進諸国では定期接種であるが、我が国では定期接種になっていないワクチン(おたふくかぜ、水痘、B型肝炎、インフルエンザ菌b型ワクチンなど)が多数存在する、②複数のワクチンを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、③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疾患(麻疹、百日咳など)が増えている、④二次感染リスクのあるワクチン(ポリオ生ワクチン)がいまだに使用されている、⑤先進諸国で導入され有効性の証明されているワクチンが導入されていない(ヒトパピローマウイルスワクチン、肺炎球菌コンジュゲートワクチン、ロタウイルスワクチン)等、現在の我が国の予防接種体制は世界標準にはるかに及ばない状況にある(表1)^{34, 35)}。このような状況は我が国の子どもにVPDを罹患させ、死をもたらしたり、重篤な中枢神経障害、難聴、無精子症などの永続的な障害を残すだけでなく、子どもが成人になってから肝臓癌や子宮頸癌などの発症を許すなどの重篤な健康被害を与えている。予防接種は国民全体の安全を守る上で重要な防波堤として先進諸国では認識されており、国民の義務でもあり³⁶⁾、国民の関心も高い。

② 課題及び提案：国民が予防接種の重要性を認識するように努めるとともに、世界的標準から大きく逸脱している我が国の予防接種体制を改善する。

- ア** 我が国で実施されているワクチンのうち定期接種になっていないおたふくかぜ、水痘、B型肝炎、インフルエンザ菌b型ワクチンなどを定期接種とし、また子どもへの接種回数を減らして負担を軽減するために、MMR(麻疹、おたふくかぜ、風疹)ワクチンと、DTP(ジフテリア、破傷風、百日咳)三種混合ワクチンにB型肝炎ワクチン、インフルエンザ菌b型ワクチンを加えた混合ワクチンを導入する。
- イ** 先進諸国では実施され我が国では未実施のヒトパピローマウイルスワクチン、肺炎球菌コンジュゲートワクチン、ロタウイルスワクチンを導入し、定期接種とする。
- ウ** 成人の百日咳の発生予防のため、11～12歳の小児へ接種するDT(ジフテリア、テタニー)ワクチンをDTPワクチン(DTに百日咳を加えたワクチン)とする。
- エ** ポリオワクチンを不活化ワクチンに変更し、生ワクチンからの二次感染を予防する。

(4) 保育環境

① 現状および問題点

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。保育所等の乳幼児施設での健康問題は我が国の乳幼児全般の健康問題を代表し、これら施設における保健衛生の充実、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。

これら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ことから、感染症は短期間に多くの子どもの健康を損ねる。そのため感染症は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

調査では、水道の蛇口やプール、室内の小動物飼育ケースなどへの接触によって、園児や保育士の手指を通した糞口感染あるいは動物由来感染が起きる危険性が認識された(表2、3)³⁷⁾。また保育所では、おやつ提供、異年齢児やアレルギー対応などにより、多種類の給食を複数回調理するという特徴を持つ一方、調理施設は一般的に狭く、調理員数も限られている。食品に由来する健康被害を防止するためのきめ細やかな対応が難しい現状があることが見受けられる³⁸⁾。

② 課題および提案：

ア 感染症の危険性を下げるよう乳幼児施設設備を工夫する。

乳幼児施設の設置者や施設責任者、地方自治体は、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した上で、水道蛇口を足踏みペダル式やセンサー式にし、共用タオルを廃止してペーパータオルを設置するなど、可能なところから施設設備の改善を進め、また予算措置を講じるべきである。保健衛生マニュアル³⁹⁾等を参考に衛生的な手技を用い、給食調理、調乳等の衛生管理にあたっては、給食衛生マニュアル⁴⁰⁾等を参考にすることは有用である。

イ 保育所園児のモニタリングで地域の子どもの健康状態をリアルタイムに把握する。

自治体内の保育所と保育部局、保健衛生部局とをオンラインで結び、園児の日々の疾病罹患状況をリアルタイムでモニターすることは、地域における子ども全体の健康状況を把握することであり、地域としての素早い保健対策にもつながる有効なシステムであることから、自治体ではその導入を進めるべきである。自治体ならびに地域の医療機関や保護者との間でも子どもの健康に関する情報を共有し、共通の理解を深める努力を続けるべきである。特に、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より強く保護者に対して啓発する必要がある。

(5) 虐待予防

① 現状および問題点

我が国の子ども虐待防止対策は欧米諸国に30年遅れてスタートした。1990年に民間の専用電話相談が始まり、それが「我が国の社会的発見」となった。その後、都道府県に公民の第一線関係機関ネットワークができ、2000年の児童虐待防止法制定につながった⁴¹⁾。2000年につくられた「健やか親子21」は、2010年を目標とした「児童虐待発生(通告)数の増加後の減少」「虐待死の減少」をあげたが、通告を受ける児童相談所が把握する児童虐待数に減少の気配はなく(図2)、2007年は4万件を超え、厚生労働省が把握する虐待死も減少していない⁴²⁾。1990年の社会的発見後の20年間の法整備と体制整備は必ずしも再発防止・子どもの回復・発生予防に有効に機能せず、現場は目の前の対応に追われ疲弊している。児童虐待の子どもへの影響は、死亡・外傷・障害だけでなく、長期に成長障害・発達障

害・精神疾患・反社会的行動、そして我が子への虐待(世代間連鎖)である。社会的発見当時の子どもがすでに親になりつつあり、また法施行後に通告された子どもが精神問題(回復の指標である)を顕在化させる思春期に達しつつある今、再発防止・発生予防・世代間連鎖を断つ支援の在り方を検討すべき時期が来ている⁴³⁾。まず行うべきことは司法面接等による虐待態様の調査^{44, 45)}、および虐待の実数、虐待通告事例の予後や保護された被虐待児の成長・発達・心の回復の実態把握である。これらのエビデンスを基に我が我が国の今後10年の虐待防止策のグランドマップを作成する。

② 課題および提案：

ア 虐待死の定義を定め、虐待死の死亡分析を継続的に行う組織と制度を作る。

行政・実践家(医療・保健・教育・司法等)・専門家(医学・法学・社会学・心理学等関係領域)によって構成する国の委員会を設け、「虐待死の定義」を定め、児童虐待を疑う死亡の児童相談所への報告を義務づけ、児童相談所の調査、都道府県の第三者機関による検証、国による統計分析を制度化する。そして、0～15歳の全「死亡届」から「予防できる死亡(事故、虐待、医療の遅れによる病死等)」の分析を行い、併せて数都道府県で「予防できる死亡」についての関与機関調査を行い、「虐待死を疑う死亡」について医学医療的背景や心理社会的背景を分析する。

イ 親から分離された子どもの実態を調査し、社会的養護の在り方を検討する。

法施行後の親から分離された子ども(世代間連鎖を断つ最重要対象児)の成長・発達・心の回復の実態と、子どもの権利条約の遵守を委員会で検証し、5年以上の長期予後の分析を行い、社会的養護や被虐待児のケアの在り方を抜本的に見直す。

ウ 児童相談所への通告児の支援と予後を分析し、虐待発生予防の支援モデルを作る。

通告事例について、再発、親子分離期間、成長・発達・心の健康の長期予後、支援内容等进行分析し、系統的な虐待発生予防体制と、子どもと親への支援の指針を作る。

(6) 口腔保健

①現状および問題点

近年、乳歯齲蝕は減少し軽症化傾向にあるものの(図3)⁴⁶⁻⁴⁸⁾、就学時前後における齲蝕罹患率は依然として60%以上であり⁴⁸⁾、齲蝕の二極化が問題であり、とりわけ重症齲蝕児の割合は減少傾向にはない。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。永久歯における齲蝕有病者率は依然として50%以上と高値を示している^{47, 48)}。

8020推進財団の疫学調査によれば、永久歯齲蝕と将来の歯の喪失との関連性が明らかになってきた⁴⁹⁾。

歯周疾患罹患状況は増齡的に増加傾向を示し、特に低年齢での増加傾向が顕著である。2005年の歯科疾患実態調査⁴⁷⁾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、13歳では50%に至る。また、歯周疾患のほとんどは軽度な歯肉炎であるが、増齡とともに重症化し歯周炎に進行することがある。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(図4)⁵⁰⁾。

歯並びの異常・不正咬合は、齲蝕、歯周病の原因となるほか、噛む機能に影響するため⁵¹⁾、全身の健康を考える上で重要な問題であり、審美上から心理的障害を生じることもある。また、咀嚼機能の発達には歯の萌出と咀嚼筋との協調性が不可欠であり、構音機能の発達においても口腔形態の健全な発育は重要となるが、最近の子どもは軟食傾向のため噛む力が低下している。食事は子どもの味覚を育てるために重要な役割を果たしているが、噛む力の低下は唾液分泌の低下につながり、味覚の学習にも影響する。さらに、不正咬合に起因する障害として顎関節症があげられる。顎関節症の発現率は増齡とともに増加傾向を示し、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関わる種々の機能の低下を来すことが知られている。

歯や口の健康づくりは、子どもの心身の発達にとって重要な役割を演じているとともに、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。

② 課題および提案：

ア 低年齢からの歯科健診・保健指導の導入が重要であり、子どもの歯・口の健康に対する養育者及び国民の意識の向上を図る。

(ア) 公的歯科健診・保健指導を生後10か月および2歳児に実施する⁵²⁾。

(イ) 保育所・幼稚園への嘱託歯科医師の配置を100%とする。

(ウ) 3歳までに20本の健康な乳歯を目標とする「0320運動」を推進する⁵³⁾。

イ 特定保健用食品による齲蝕予防の啓発を図る。

乳歯および幼若永久歯の齲蝕予防という観点から、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利用を国民に啓発する。

ウ イオン飲料の飲み方の注意点を広く知らしめる。

イオン飲料のpHは3.6～4.6と低く、絶えず口腔内に残存すると齲蝕の原因となる⁵⁴⁾。また、多飲すると「ペットボトル症候群」となる危険があり啓発を要す。

エ 学校歯科保健活動を基盤として口腔の健康を生活習慣から教育・啓発する。

(ア) 歯・口の疾病は「病気の変化が目に見える」ため、疾病予防という視点から

優れた学習材であり⁵⁵⁻⁵⁷⁾、口腔疾病予防教育の充実を図る。

(イ) 齲蝕・歯周疾患予防のための歯みがき習慣・栄養指導においては低年齢から家庭と学校が連携し、噛む力・豊かな味覚も育てて食育の推進に寄与する⁵⁸⁾。

オ 歯周炎に関する感染症疫学研究が著しく不十分であり、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を推奨する。

カ 欧米に比し不正咬合の子どもの受診が遅れており、健康保険の導入を検討する。

(7) 食育

① 現状および問題点

我が国は、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、さらに食生活の乱れが毎日の生活リズムや心身のバランスを崩しかねない状況である。子どもの食生活実態調査では、夜食、目覚めの状況、家庭での食事、朝食の欠食状況と不定愁訴など(図5)、多くの問題が明らかとなり^{59, 60)}、食生活の改善は心身の発達段階にある子どもにとって極めて重要な課題と言える。

子どもの食生活は学校生活と家庭生活によって大きく左右される。学校における食育は、児童生徒が望ましい食習慣と食の自己管理能力を身につけるように、給食および家庭科や保健体育で学んできたが、十分に効果的であったとは言い難い。学校の食育の中核を担う教育職員として栄養教諭制度が2005年に始まったが、現在の都道府県別栄養教諭配置状況(表4)では、設置以降年々増加しているものの、まだ配置が遅れている状況である。全国の全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る。

子どもの食生活の実態には家庭生活での食事、すなわち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、学校教育での学習が成人後の基礎知識となり生活実践に活かされてはいない可能性がある。問題点の一つには学校教育と社会教育との食教育の統一性がない事実がある。例えば、食生活の在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、厚生労働省、文部科学省の3省の提案であり、教育の場でも保健指導の場でも食糧行政の場でも使われてきた。しかし、2005年の「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教育・情報提供の方法では、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。

② 課題および提案：

ア 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べきである。

栄養教諭の配置を増やし、従来子どもの食生活の教育に従事してきている家庭科・保健体育担当教諭、学級担任、栄養職員などの有機的な関わりを強化することにより、子どもと保護者の食に関する教育の成果をより確実なものにする。食に関する教育・情報に一貫性を持たせることにより、生活上での実践を確実なものにする。

(8) あそび

① 現状および問題点

子どもの体力・運動能力の低下、あるいは精神的疾患等の増加の大きな要因として、子どもの外あそびの減少を挙げることができる。日本における子どものあそび環境の調査^{61, 62)}によれば、空間的な点から見ると、1955年から1975年の20年間に大都市で20分の1、地方都市で10分の1という減少率である。1960年代、日本では自動車が激増し、道路でのあそびが細街路を含め全て禁止されたために、子どもはあそび空間を一気に失い、1960年代半ばを境に外あそびから内あそびへ転換した。その変化を助長したのがテレビである。さらに1980年代のテレビゲーム、1990年代後半からのパソコン、2000年代からの携帯電話の普及により、日本の子どものITメディアとの接触時間は世界最長に属する。1975年からの20年間はさらに内あそび化、生活時間の分断化が村落においても進み、いまや村落の子どもでさえ自然あそびが出来ない状況になりつつある。アメリカのロバート・フルガムは「人生にとって必要な知恵はすべて幼稚園の砂場で学んだ」と書いた。子どもはあそびを通して身体性、社会性を開発していく。あそびを疎外されることは心身の健康な成長を妨げるものと言える。子どもたちの8歳頃までの成育環境が、その後の成長に大きく影響すること、また現代日本の15歳の子どもたちが世界的に突出して孤独であると感じていること⁶³⁾を認識し、心と体の健全な発達のため、成育環境の空間、時間、コミュニティ、方法というすべての分野において早急に改善していく必要がある。

② 課題および提案：

ア 外あそびを促進するライフスタイルを推進する。

特に公園等の利用率低下に対し、地域の高齢者等の公園安全利用ボランティア参加、プレイリーダー設置を促進する。

イ 保育・幼稚園で屋外生活環境を整備し、屋外保育、運動・自然あそびを実践する。

ウ 群れてあそべる人的・物的場の整備充実と、それを許容する近隣社会を醸成する。

エ 外あそびの方法を継承する。

魅力的な外あそびが伝承されず、失われ、あそびそのものが貧困化している。外あそびの継承とその方法を教える大人の存在が重要である。

オ 子どもの生活の近くにもっとあそびの場をつくる。

身近に友だちと安全にあそべる場所があることがカギであり、公園を増やし、細街路は子どものあそびを優先させる。

(9) 身体運動

① 現状および問題点

最近の子どもの体や心の主な特徴として、①運動不足による体力・運動能力の慢性的低下^{64, 65)}及び肥満傾向児童の増加(生活習慣病予備群の増加、図6)^{66, 67)}、②運動を積極的に行う者と行わない者の体力・運動能力の二極化傾向(図7)⁶⁸⁾、③過度のトレーニングによるスポーツ障害の増加⁶⁹⁾、④自我や社会性の発達を支える子どもの自発的な活動としての運動遊び⁷⁰⁻⁷¹⁾の大幅な減少⁶¹⁾による社会的不適応児(うろつく、いじめる、キレる、不登校、自殺等)の増加などが見られる。これらは、生命のある体への無理解を招くとともに、『生きる力』の低下ともなり、我が国の将来にとって憂慮すべき問題である。

文部科学省の「スポーツ振興基本計画」(2000年)に基づく「総合型地域スポーツクラブ」の設置状況、厚生労働省の「健康日本21」(2000年)の目標値の達成度は、いずれも5年後の中間評価において思わしくない成績であった^{72, 73)}。このことは、子どもの心身の発達や社会性の育成に重要な役割を担っている地域や家庭の子どもに対する運動生活習慣への関心の低さを示すものである。

日本の学校体育は諸外国と比較して、制度的に充実しており、環境的条件も整っている。しかし、①授業中の実質的な運動時間は極めて少なく、体力・運動能力の向上に十分には貢献していない^{74, 75)}、②かつては「行事単位」のように、体育行事を核にして、体育授業、自由時の運動、運動部活動などの各領域を関連づけ、学校での運動生活全体を活性化する実践がみられたが⁷⁶⁾、今日では「教師の労働負担」や「教科指導と特別活動の内容区分」などの理由で、このような実践はすっかり姿を消した、③体育授業の学習成果を地域や家庭での運動生活習慣に生かす取組も十分ではない⁷⁷⁾等の問題が見られる。これらのことは、子どもの運動生活習慣を形成するために最も重要な役割を果たす学校教育の改善の必要性を示すものである。

② 課題および提案：

ア 家庭、地域、学校等が一体となって子どもの運動生活習慣を確立する。

イ 自治体や国はそのための有効な施策を講じる。

ウ 上記の具現化のために、子どもや家庭、地域、自治体・国は以下に鋭意取り組む。

(ア) 幼児や小学生は、親子であるいは友達と戸外での運動遊び、運動・スポーツ活動を行い、中高生は運動部(サークル)活動に積極的に参加する。

(イ) 家庭、地域、学校が一体となり町内会レベルでの身体活動の場を準備する。

(ウ) 自治体は、総合型地域スポーツクラブの設置や地域住民の定期的・継続的な活動参加を積極的に支援し、専門教育を受けたスポーツ指導者の確保に努める。

(エ) 学校は体育授業、体育行事、運動部活動の実践内容を見直す。

(オ) 教員養成系大学・学部は保健体育科教育の指導実践力育成に向けた授業科目(教材開発実習、模擬授業、学外指導実習など)を見直す。

(カ) 国は小学校での体育専科教員の配置と体育教科書の採用、および中学校・高校での運動部活動の「特別活動」への位置づけを早期に実現する。

(10) 心の健康

① 現状および問題点

自殺、いじめ、ひきこもりなど、子どもの心の健康問題は深刻で、改定された学校保健安全法(2008年)でも心の健康が明記された。学校では、子どもの生きる力やライフスキルを育てることと、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。中央教育審議会答申(2008年)でも子どもが心と体の悩み等で来室する保健室の状況から「養護教諭の行う健康相談活動はますます重要」と指摘された。

小・中・高等学校の児童生徒の2004年度の自殺者は171人(小学校2人、中学校41人、高等学校128人)であった⁷⁸⁾。その背景の一つとして文部科学省全国調査では、2006年度に全国の小中高校で認知したいじめは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。また、2002年の文部科学省「児童生徒の心の健康と生活習慣に関する調査報告」では、「私なんかいい方が良く思う」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%であった。

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(2001年度全国1,128校を対象とした日本学校保健会の調査結果⁷⁹⁾、約2万校を対象とした2004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1996年度調査に比べ、中学校での増加が顕著である。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2001年度以降、不登校が減少し、保健室登校が増加している。原因としては、友人間トラブルが44.1%と多く、情緒不安22.9%等であった⁸⁰⁾。前述の2002年の文科省調査では、保健室来室の背景に心理的な要因があると考えられたのは、小学生33.4%、中学生42.6%、高校生33.5%であった。なお、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(6割以上が別室)を指す⁸¹⁾。

② 課題および提案：子どもの心の健康を育て、支援する人的環境を整える。

心の健康を中心とした課題に対しては、スクールカウンセラーの増員とい

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。教諭の増員や養護教諭の複数配置が必須である。それにより、いじめ、引きこもり、不登校、自殺など様々な心の健康課題に対して、よりきめ細かい対応ができ、課題解決への一歩となる。

(11) 性行動

① 現状および問題点

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される。小学校6年女子の月経の開始が6割を超え、中学生の多くは妊娠可能である。性の商品化の問題は女子においてより深刻で、売春によって検挙・補導される子どもが増加し、性犯罪も増加している。思春期の性の問題については様々な形で取り上げられてきたが、性行動の現状について中学生以下では客観的指標に基づく調査は少ない。千葉市などのデータによれば、中学生の性交渉は男子で5%程度、女子で5~10%とされる。高校3年生では男女とも概ね30~40%に達しているが、女子の方が高い。中高生は性交渉における避妊や性感染症予防についての知識が不十分なために、コンドームの使用率は性交渉の相手が1人の場合、男子では70%以下、さらに性交渉の相手の数が増加するに連れて使用率は低下し、妊娠する思春期の子どもが増加している。人工妊娠中絶率は15歳から19歳の年齢層では10.0(女性1,000人当たり)を超えており、妊娠可能な全年齢層での平均を上回る。14歳以下については実態が明らかでないが、人口動態統計によると、2000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。クラミジア感染症やHIV感染症等の思春期の性感染症が増加している。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、高校女子では既に5%程度のクラミジア感染が存在する。これまで中高年女性の疾患であったヒトパピローマウイルスによる子宮頸癌が若年者で増加している。⁸²⁻⁸⁷⁾

② 課題および提案：子どもの適切な性行動を支える環境を整える。

- ア インターネット等には性をめぐる規制がないため、何らかの規制策を実施する。
- イ 未成年者を性の商品とする者への罰則を強化する。
- ウ 「命の継続」という観点に立脚した思春期の子どもへの性教育を充実させ、思春期の子どもに妊娠や性感染症予防の最低限の知識を持たせる。
- エ 思春期の子どもの心と体の問題に適切に対応できる医療従事者を育成する。

(12) 危険行動

① 現状および問題点

児童・生徒における喫煙、飲酒および薬物乱用を始め、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)、交通安全上の行動、故意または不慮の事故に関係する行動などは危険行動として相互に関連性が強く、背景要因に共通するものが多く⁸⁸⁾、個々の行動としてよりは、包括的な視点から取り組む必要がある。

② 課題および提案：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危険行動について、青少年期に系統的な働きかけをする。

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、学校での子供を対象とした健康教育・保健教育や保健管理のみならず、その発生源である社会と連携した学校保健の推進を行う。危険行動相互の関連や背景要因をさらに明らかにするとともに、その経年的な動向を把握し、危険行動防止プログラムを開発する。

(13) セーフティプロモーション

① 現状および問題点

ア 子どもの事故予防

我が国では1960年以降、子どもの死因の第1位は0～1歳までの新生児・乳児を除く全ての年齢層において「不慮の事故」である(図8)。しかし、この問題に対し社会をあげて取り組む姿勢がこれまで見られなかった。その大きな理由は、これが例えば小児科学会などの一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たりすることはなかった。また、地域の行政機関にも情報は伝わらず、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「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、また様々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、我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組であり、子どもの安全を目指した取組は少ない。実際、高齢者に使い易い製品は実は子どもに危険極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組は我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。⁸⁹⁻⁹¹⁾

イ 感染症、食中毒、物理化学的環境要因の悪化(環境リスク)等の健康危機管理

子どもが集団生活を営む学校・施設等では、物理化学的環境の改善と感染症等の予防に努め、健康危機の発生に際しては迅速な判断と対応を行わねばならず、具体的な基準や手続きの明確化と訓練が必要である。2009年施行の学校保健安全法で学校環境衛生基準、学校給食法で学校給食の水準及び衛生管理基準が法制化された。これらは養護教諭や栄養教諭等と学校・施設等内外の多くの関係者とが連携して対処する必要があるが、両資格以外の教職員はこれらの教育訓練が不十分であり、教師養成段階を含めて、現場での十分な啓発・教育訓練が必要である。

ウ 犯罪被害、災害被害の増加と、地域と学校の連携した安全・安心・危機管理

地震による災害や、2001年の大阪教育大学教育学部附属池田小学校への侵入者による児童殺傷事件を始めとする学校内外での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2002年には2,168件で1999年(1,042件)の2倍を超える状況になり、地域・学校における危機管理意識は急速に高まり、具体的対策も推進されてきたが、学校内外での子どもの危機や事件・犯罪が後を絶たない状況にある。

地域・学校における危機管理は、危機発生を防ぐ活動(リスク管理)と危機発生後の速やかな対応(クライシス管理)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。文部科学省では、「子ども安心プロジェクト」を推進し、この中で、「学校への不審者侵入時の危機管理マニュアル」の作成(2002年)や、「学校施設整備指針」における防犯対策関係規定の充実(2003年)、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。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ないので、文部科学省が2004年に出した「学校安全緊急アピールー子どもの安全を守るために」⁹²⁾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、2008年の学校保健安全法の制定により、安全が法的にはより強調されたが、地域と学校の連携した安全・安心・危機管理の推進 ―セーフコミュニティの実現― は端緒に就いたところである。

② 課題および提案：セーフティプロモーションの視点から教育や環境整備

を推進する。

- ア 子どもの事故を科学的に分析し予防に役立つ研究を行う研究機関を新たに設置する。得られた研究成果を社会に還元し、関係機関や現場の指導を行うための機構を新たに設立する。子どもの事故予防の環境整備のための法的整備を行う。
- イ 学校環境衛生基準や学校給食の水準及び衛生管理が法律で規定されたことから、感染症、食中毒、環境リスク等の健康危機管理に対し、文部科学省、地方自治体、教育委員会、学校設置者、校長および教職員等が責任をもって推進するシステムの構築、並びに養成段階も含めて教職員等の教育訓練を推進する。
- ウ 事故、感染症、食中毒、環境リスク、犯罪、災害等の危機管理について、学校教育を強化するとともに、地域と学校と関係機関が連携し、リスク管理とクライシス管理の両面から、施設整備と危機管理体制づくりを推進する。
- エ これまでの事例を収集し、モデルシステムを検討するとともに、各地域の実情にそった、地域を挙げての、“セーフコミュニティ”の実現を目指す。

(14) 発達障害

① 現状及び問題点

発達障害の子どもの生涯は、障害の形成に最も関係深いと思われる学校入学前は母子保健福祉等の厚生労働省所管で、入学後は学校保健と特別支援教育を中心とした文部科学省が所管する。教育終了後は障害者就労活動や労働現場の産業保健⁹³⁾として、無職の場合や高齢期においては地域保健福祉として、厚生労働省所管となる。いずれの場合にも、当事者の生活の場である地域において、地方自治体や地域住民を中心とした支援が必要となる⁹⁴⁾。しかし、現在これらの行政関係者・関係諸機関の連携や連絡は、担当者同士等の自主的なつながりによるものであって、発達障害の子どもに対する生涯を通じた社会的支援体制として一貫したものはほとんどなく、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⁹⁵⁻⁹⁹⁾。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明白であり、現在の途切れ途切れの援助には一貫性が求められる。すなわち、発達障害の子どもに対する生涯を通じた支援体制の確立が急務である(図9)。

一方、発達障害の子どもの生活の場で考えても、文部科学省の提唱するネットワークはあくまで学校あるいは県教育委員会の中だけであり、学校外の地域・社会への広がりには乏しい¹⁰⁰⁾。発達障害の子どもを中心とした支援の輪は、家庭(家族)から地域社会(近隣住民・ピアグループ等)、学校、職場(上司・同僚等)が重要であり、医療・専門機関(産科・小児科・精神科等各種医療機関、発達障害者支援センター等)はもちろん、様々な形での司法・警察の関与と、行政として国レベルと地域レベル(各市町村、教育委員会、保健所、児童相談所等)での連携した支援が

必要であり、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となる。また、障害の予防と支援に関する研究の発展が必要である(図10)¹⁰¹⁾。

② 課題および提案：地域における発達障害の子どもへのサポートシステムを構築する。

ア 発達障害の子どもに対する連携の中心として想定される医療・専門機関(発達障害者支援センター等)を質量ともに地方においても充実させる。

イ 現場の発達障害の専門家(児童精神科医、小児科医、臨床心理士、言語療法士等)の育成については、長期間にわたる人材育成システムの開発とその活用を行う。

ウ 乳幼児健診等の予防の試みも含め、現在までに得られた種々のネットワークやノウハウを活用し、地域社会が一体となって発達障害の子どもの支援を行う。

(15) 健康教育・保健教育

① 現状および問題点

2007年度の日本学校保健統計調査によると、肥満度20パーセント以上の肥満傾向児が12歳男子12.4%、女子9.7%に至っている¹⁰²⁾。一方でやせ傾向の増加も指摘されている。この背景として子どもたちの遊び、特に外遊びの減少や朝食の欠食、不規則な食事時間帯等の食生活の乱れ、生活時間が夜型へと大きくシフトしたことによる睡眠時間の短縮などがあげられる。さらにIT化の急速な進展の中で、子どもの生活に影響を及ぼす大量の情報にさらされることとなった。まさに今の子どものかかえる健康問題は、子どもを取り巻くその時代の環境の変化を映す『鏡』である。生活習慣病は、両親から受け継いだ遺伝素因と、子どもの頃から徐々に形成されるライフスタイル、すなわち、生活環境要因の複雑な交絡によって発現する。したがって、日常生活での身体活動、食生活、生活リズムの確立など、子どもの早い時期からの生活習慣の形成がその子どもの生涯を通じての健康づくりの基礎の形成にとって重要である。そのためには、健康にとって望ましい生活習慣を子どもに身につけさせる教育の実践が重要であり、何よりも、健康に生きるために自らが学ぶ力を身につけることが大事である。関連しては、子ども達が動いて(やってみて)、「ことば」にして、からだの理論を理解する教育モデルの普及等も必要である¹⁰³⁾。

学校教育法の教育目標の重要課題として、「健康、安全で幸福な生活のために必要な習慣を養うとともに、運動を通じて体力を養い心身の調和的発達を踏ること」と謳われている。また、かつての保健体育審議会(1997年)の中で、目標達成要素として、健康に関する興味、関心、知識の理解、問題解決思考能力、行動力等の涵養が掲げられているが、その課題は達成されていない。現在の学校教育の中で、『保健』の授業は雨天時に体育授業の補完的授業として行われるという実態があり、また、特別活動の中で取り組まれる保健指導も健康な生活態度の形成に

迫るものではない。学校教育活動全般の中で、子どもの成長・発達段階を踏まえての健康教育・保健教育の在り方が明確にかつ戦略的に位置づけられ、ダイナミックに実践されなければならない。生涯健康教育の原点としての「学校保健」の意義が、学校教育の重要な柱として再構築されなければならない。

② 課題および提案：子どもの健康問題の本質を見据えた戦略的な健康教育・保健教育の実践を学校教育の最重要課題とし、実態を把握し、評価し、公開すべきである。

健康が国民に最重要視される今こそ、様々の健康問題解決の基本が学校を挙げての保健活動にあり、健康教育・保健教育の確実なる実践と人材育成が学校教育の最重要課題であるという大胆なパラダイムシフトが必要である。人材面では、校長の学校保健上の指導力、全教員の子どもの心身の健康観察力、保健体育教師の保健教育力の向上と、養護教諭の複数配置等に留意すべきである。教育現場はもとより、国及び地方自治体はこれらの促進を図ると共に、各学校レベルでの実態把握と評価と公表が必要である。

(16) 貧困・格差社会

① 現状および問題点

国は2009年10月に、2006年の我が国の相対的貧困率は15.7%であることを公表し、改めて国民に衝撃を与えた。2004年ではOECD30ヶ国中のワースト4であり、母子・父子家庭では58.7%(同ワースト1)であった。現在の我が国の格差社会の進行について学術的に論じ始めたのは比較的近年であり¹⁰⁴⁾、特にワーキングプワや単身高齢者、母子家庭の貧困が問題となっていたが、2008年の世界経済危機の直撃により、失業し収入と住居を失った人々のいわゆる派遣村が全国民の注視するところとなった。自殺は1998年以来3万人台であるなど、大人の生活や健康問題については知見が蓄積されつつあり¹⁰⁵⁾、いくつかの提言も出されている^{106, 107)}。子どもの生活は親・家族や社会の状況・あり様と直結しており、子どもの貧困や教育格差については論じられているが¹⁰⁸⁾、貧困・格差社会と子どもの健康との関連性の検証や措置については報告が少ない¹⁰⁹⁾。子どもにおいては、大人からの虐待や犯罪被害の増加、生活習慣の歪み、肥満傾向児童の増加、体力・運動能力の二極化傾向、社会的不適応児(うろつく、いじめる、キレる、不登校・保健室登校等)の増加などが機を一に進行しており、最近ではご飯が食べられない(与えられない)子どもや無保険の子¹¹⁰⁾、医療に掛かれない子ども¹¹¹⁾等の事例が報道されており、地域環境特性に根ざした事例的報告もされている^{112, 113)}。大規模疫学研究では、家族構成と朝食欠食率・通塾率・自覚的健康感や、社会の絆(家庭・学校の満足)と健康の関係性において、社会経済心理的環境は子どもの生活習慣、教育機会、健康などの領域に影響を与えている可能性が示唆されている(図11～17)¹¹⁴⁾。大阪における調査では2峰性分布の学力の格差拡大傾向(図18)と低収入の家庭の子どもの低学力が認められ¹¹⁵⁾、我が国は先進国

の中では学力格差が大きく、学校や地域による差があることが認められており(図19)¹¹⁶⁾、高学歴の親の子は高学歴となることなどより、格差の固定化が危惧されている¹¹⁷⁾。これらは、現代の日本社会における子どもが帰属する家族や地域の社会経済心理的要因が子どもの健康や学力に影響し、格差を拡大していると考えられ、緊急にしてかつ長期的対策が必要である¹¹⁸⁻¹²³⁾。

② 課題および提案：子どもが希望を持ち、安全・安心で健康な生活が送れるように、子どもの貧困対策・格差是正策を社会を上げて実施する。

ア 貧困・格差是正の視点に立った政策転換と支援的社会環境の整備・充実を図る。

イ ソーシャルキャピタル等の支援的社会経済心理的因子を強化し格差是正を図る。

ウ 子どもの健康のために重要な支援的社会環境因子となる学校力・地域力を上げる。

エ 学校教育・社会教育を通して人々を啓発し、健康獲得や健康格差の是正を図る。

オ 社会経済心理的成育環境と健康のライフコース疫学を推進し必要情報を発信する。

4 子どものヘルスプロモーションの推進

以上のように16分野における「現状および問題点」、またそれを踏まえた「課題および提案」はきわめて多様である。しかし、子どもの健康課題に適切に対処するためには、個々の具体的な取組を、ヘルスプロモーションの枠組みの中に位置づけ、認識を共有して実践していくことが重要である。以下では、各分野で今後推進すべき具体的事項として挙げられた56の課題及び提案を、ヘルスプロモーションの概念の下に整理して6つの方策として示した。今後、我が国の各界各層において具体的な検討と取組がなされることを願うとともに、日本における子どものヘルスプロモーションの一層の進展を期すものである。

(1) 健康的公共政策の推進と体制の整備

国および地方公共団体は、子どもの健康生活を擁護しヘルスプロモーションを推進する立場から、あらゆる法・制度・組織の洗い直しと整備・充実、必要な人・物・財源の整備・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健康的公共政策をとる。この観点から、当面取り組むべき課題及び提案は以下の諸点である。

＜具体的な課題及び提案＞ ①世界的標準から大きく逸脱している現在の我が国の予防接種体制を改善する。②児童虐待を疑う死亡の報告を義務づけ、児童相談所の調査、都道府県の第三者機関による検証、国による統計分析を制度化する。③保育所・幼稚園への嘱託歯科医師の100%配置をする。④生後10か月および2歳児における公的歯科健康診査など、低年齢からの公的保健指導を導入する。⑤矯正歯科治療に健康保険を導入する。⑥性をめぐるインターネット等に何らかの規制を実施し、未成年者を性の商品とする者への罰則を強化する。⑦子どもの健康の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機構を新たに設立する。⑧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。⑨子どもの貧困対策・格差是正策の視点に立った政策転換、および支援的社会環境の整備・充実を図る。

(2) 健康に関する支援的環境の創造

技術や労働、エネルギー生産、都市化、情報化等の急速に変化している社会・環境の影響を体系的に評価し、子どもの健康に支援的な環境を創造し、活用する。この観点から、当面取り組むべき課題及び提案は以下の諸点である。

＜具体的な課題及び提案＞ ①子どもを害する生活環境の改善を図り、緊急の有害性に対しては予防措置原則に照らして、未然に防止できる対策や措置を

講ずる。②乳幼児施設の設置者や施設責任者、自治体は、感染症の危険性を下げるよう施設設備の改善を進める。③自治体内の保育所と保育部局、保健衛生部局とをオンラインで結び、園児の疾病罹患状況をモニターできるようにする。④自治体、地域の医療機関、保護者の間で子どもの健康に関する情報を共有できるようにする。⑤児童虐待防止法施行後に親から分離された子どもの成長・発達・心の回復の実態を検証し、社会的養護や被虐待児のケアの在り方を見直す。⑥保育・幼稚園において、屋外保育を積極的に実践できるよう環境を整備する。⑦群れてあそべる場の環境整備を推進する。⑧子どもの身近に友だちと安全にあそべる場所として公園を増やし、細街路は子どものあそびを優先させる。⑨自治体は、総合型地域スポーツクラブの設置や子どもを含む地域住民の定期的・継続的な活動参加を積極的に支援し、専門教育を受けたスポーツ指導者の確保に努める。⑩性の問題を含め心と体の様々な問題に適切に対応できる医療機関と医療従事者を育成する。⑪犯罪、災害等を含む危機管理について、地域と学校が連携し環境整備を推進するとともに、文部科学省、教育委員会、学校の設置者、校長、教職員が責任をもってセーフティプロモーションを推進するシステムを構築し、養成段階も含めて教職員等に対する教育を確立する。

(3) 健康のための社会的ネットワークと地域活動の強化

家庭、学校、地域社会が連携し、コミュニティの能力を高め、ソーシャルキャピタル等の社会経済心理的要因や地域活動を強化し、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。そのためには、子どもたちの健康を育む場の設定と、人々の参加、計画づくりが重要である。地域においては、家庭が孤立したり、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。この観点から、当面取り組むべき課題及び提案は以下の諸点である。

＜具体的な課題及び提案＞ ①自治体ならびに地域の医療機関や保護者との間で子どもの健康に関する情報を共有し、共通の理解を深める努力を続ける。②子どものヘルスプロモーションのためのコーディネーターの養成システムを確立し、地域に配置する。③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。④地域の人々、特に高齢者による公園の安全利用のボランティア参加、プレイリーダーの設置等を行う。⑤家庭、地域、学校が一体となって、町内会レベルでのさまざまな身体活動の場を準備する。⑥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。

⑦危険行動や個人のライフスタイルについて、学校は健康づくりの拠点の一つとして、地域と連携して働きかけを行う。⑧発達障害の子どもに対する連携の中心として、医療・専門機関を充実させるとともに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）の長期間にわたる人材育成システムの開発・活用を行い、社会が一体となって地域における発達障害の子どもの支援を行う。

(4) 子どもが自らの健康をコントロールする個人的スキルや能力の強化

子ども自身が自らの健康をコントロールし、改善できるように個人的スキルや能力の強化を図る。そのためには、学校教育の中での健康教育の重視と、保健体育授業の実質化、食育の推進が直接的な課題であるが、同時にその基盤として、家庭、職場、コミュニティ等で、健康についての情報や教育が提供され、あらゆる人々がそれを学び、人生の各ライフステージに応じた備えができるようにし、健康獲得や健康格差の是正を図る。また、こうした基盤として、教育にあたる人材の育成と配備、及び教材やカリキュラムを充実する。こうした各地域・学校の取組は、実態把握と評価と公開がなされるべきである。この観点から、当面取り組むべき課題及び提案は以下の諸点である。

<具体的な課題及び提案> 教育・啓発の充実とサポートとして、①健康教育・保健教育実践が学校教育の最重要課題であるという学校教育の大胆なパラダイムシフトを行い、生涯健康教育の原点としての「学校保健」を学校教育の中で重く位置づける。②学校歯科保健活動を基盤とした口腔疾病予防教育の充実を図る。③乳歯および幼若永久歯の齲蝕予防という観点から、非齲蝕誘発性甘味料配合食品の利用を国民に啓発するとともにイオン飲料の飲み方の注意点を広く知らしめる。④噛む力を高め、豊かな味覚を育てて、食育の推進を図る。⑤家庭、地域、学校等が一体となって、子どもの運動生活習慣の確立を支援する。⑥教諭の増員や養護教諭の複数配置を行い子どもの心の健康を育てる。⑦思春期の子どもへの性教育を充実させる。⑧危険行動について包括的な視点から系統的に取り組む。⑨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。

また、教育の基盤整備として、①栄養教諭の配置を増やし、全ての小中学校における食に関する指導体制を整備し、食に関する教育・情報に一貫性を持たせる。②外あそびの方法が継承されるよう、プレイリーダーを充実させる。③国は、小学校での体育専科教員の配置と体育教科書の採用、及び中学校・高校での運動部活動の「特別活動」への位置づけを早期に実現する。④学校は、保健体育授業、体育行事、運動部活動の実践内容を見直すとともに、保健教育の実質化を図る。⑤教員養成系大学・学部は、保健体育科教育の指導実践力育成に向けた授業科目を見直す。⑥学校を挙げての健康教育・保健活動のために、校

長の学校保健上の指導力、全教員の子ども達の心身の健康観察力、保健体育教師の保健教育力、養護教諭の保健指導・健康相談活動力・コーディネート力等の向上を図る。⑦教育現場はもとより、国及び地方自治体はこれらの促進を図るとともに、各学校レベルでの実態把握と評価と公表を行う。

(5) 健康開発のための研究とその組織づくりの推進

健康開発のための研究とその組織作りを推進し、子どもの健康のための施策や取組、保健医療サービスの見直しを科学的根拠に基づいて行う。この観点から、当面取り組むべき課題及び提案は以下の諸点である。

＜具体的な課題及び提案＞ ①国は小児環境保健疫学調査等、有害環境因子を同定する研究を計画的、継続的に推進する。②胎児や乳幼児期のプログラミングやエピジェネティクスに関する研究を国の重点研究課題とする。③児童虐待事例の長期予後について分析し、再発と世代間連鎖を防止するための支援モデル作成の体制をつくる。④歯周炎についての感染症疫学研究、齲蝕と歯周疾患に対するワクチン開発を始めとする感染対策に関する研究を推進する。⑤不正咬合に関する遺伝的基礎的研究を推進する。⑥セーフコミュニティ・セーフティプロモーションの概念の確立と、事例から学びシステムを構築する。⑦子どもの事故を科学的に分析し、予防に役立つ研究を行う研究機関を設置する。⑧危険行動相互の関連や背景要因を明らかにするとともに、経年的な動向を把握し、危険行動防止プログラムを開発する。⑨社会経済心理的成育環境と健康のライフコース疫学研究を確立し、社会的健康格差に関する情報発信を図る。

(6) 学校を核とした地域のヘルスプロモーションの推進

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、地域保健当局（地方自治体首長等）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健康戦略を取り入れ、子どもの健康のために重要な社会環境心理的因子である学校力、地域力を上げ、協働して、子どもが安全・安心で、心身ともに健康に育つ社会を築く。この観点から、当面取り組むべき課題及び提案は以下の諸点である。

＜具体的な課題及び提案＞ ①学校当局および地域保健当局は、現行の各種の政策や法・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、必要な方策を講ずるとともに、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。国もまた、同様の責務を果たす。②学校当局及び地域保健当局は、その職員の個人技術の向上を図り、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・計画的な保健活動を推進する。③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や学校安全計画、包括的地域保健医療福祉計画を推進する。

<用語の説明>

ヘルスプロモーション

単に個人的スキルや能力の強化だけでなく、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。

健康的公共政策

ヘルスプロモーションのオタワ憲章における healthy public policy のことで、保健衛生のみならず、全ての分野、全てのレベルでの行政機関における政策の立案・履行にあたっては、健康を重要な政策課題として位置づけること、またその政策の帰結としての健康面での成果について、説明責任を果たすことが求められる。

アドボカシー

自分の力で権利や主張のできない存在に代わって、彼らの権利や主張を代弁したり彼らのために働く行為のこと。米国外来小児科学会の基本的姿勢であり、我が国には日本外来小児科学会を通じて導入された概念である。

胎児プログラミング

生活習慣病など成人期慢性疾患の発症基盤が、乳児期までの発達期、特に胎児期の環境にあるとする説で、多数の疫学的研究がその事実を明らかにしている。また、虐待を受けた子どもが成人後に自らの子どもに虐待を加えるといった精神や行動の世代間連鎖にも関係しているとされる。

エピジェネティック

親から子どもへと伝達される DNA 上の遺伝情報とは別に、後天的な作用により遺伝情報の伝達（発現）が変更される現象のことで、DNA 塩基のメチル化やヒストンタンパクの化学修飾が関わることが知られている。

相対的貧困率

OECDによる定義では、等価可処分所得（世帯の可処分所得を世帯員数の平方根で割った値）が、全国民の等価可処分所得の中央値の半分以下の国民の割合をいう。

<参考文献>

1. 「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」、「健やか親子21」(2000年～)
2. 健康増進法(2002年)
3. 少子化社会対策基本法(2003年)
4. 次世代育成支援対策推進法(2003年)
5. 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)
6. 発達障害者支援法(2004年)
7. 障害者自立支援法(2005年)
8. 食育基本法(2005年)
9. 教育基本法の改定(2006年)および関連法の改定
10. スポーツ振興基本計画(2006年)
11. 中央教育審議会「子どもの心身の健康を守り、安全・安心を確保するために学校全体としての取組を進めるための方策について」の答申(2008年)
12. 学校保健法改正・学校保健安全法制定、学習指導要領の改定(2008年)
13. 日本学術会議健康・生活科学委員会子どもの健康分科会.「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ー地域・学校におけるヘルスプロモーションの推進」(2008年9月16日)
14. 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年7月13日)
15. 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
16. 實成文彦.特集 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)から学校保健法等の改正と児童生徒の健康問題 日本学校保健学会のパブリックコメントと中教審答申及び法改正への対応.学校保健研究,50:340-357,2008
17. 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
18. 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
19. Murata K, Grandjean P, Dakeishi M. Neurophysiological evidence of methylmercury neurotoxicity. Am J Ind Med 50: 764-771, 2007.
20. Murata K, Iwata T, Dakeishi M, et al. Lead toxicity: does the critical level of lead resulting in adverse effects differ between adults and children? J Occup Health 51: 1-12, 2009
21. Dakeishi M, Murata K, Grandjean P. Long-term consequences of arsenic poisoning during infancy due to contaminated milk powder. Environ Health 5: 31, 2006.
22. 小栗一太, 赤峰昭文, 古江増隆(編). 油症研究ー30年の歩みー. 九州大学出版会, 2000.

23. Grandjean P, Harari R, Barr DB, et al. Pesticide exposure and stunting as independent predictors of neurobehavioral deficits in Ecuadorian school children. *Pediatrics* 117: e546-556, 2006.
24. Vineis P, Airoldi L, Veglia F, 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.
25. 日本学術会議. 「要望一脱タバコ社会の実現に向けて」(2008年3月4日)
26. 環境省(編). 平成19年版環境・循環型白書. ぎょうせい, 2007.
27. Sampei M, Dakeishi M, Wood DC, et al. Impact of total sleep duration on blood pressure in preschool children. *Biomed Res* 27: 111-115, 2006.
28. Sampei M, Murata K, Dakeishi M, et al. Cardiac autonomic hypofunction in preschool children with short nocturnal sleep. *Tohoku J Exp Med* 208: 235-242, 2006.
29. Grandjean P. Seven deadly sins of environmental epidemiology and the virtues of precaution. *Epidemiology* 19: 158-162, 2008.
30. McMillen IC, Robinson JS. Developmental origins of the metabolic syndrome: prediction, plasticity, and programming. *Physiol Rev* 85:571-633, 2005.
31. 日本学術会議臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同生活習慣病対策分科会. 「提言 出生前・子どものときからの生活習慣病対策」(2008年8月28日)
32. Szyf M, McGowan P, Meaney MJ. The social environment and the epigenome. *Environ Mol Mutagen* 49:46-60, 2008.
33. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci* 12:342-348, 2009.
34. 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.
35. 宮崎千明. 現在の予防接種の問題点および今後の展望. *臨床と研究*85: 1336-1340, 2008.
36. 西村龍夫, 深澤満, 吉田均, 他. b型インフルエンザ菌菌血症・髄膜炎の頻度. *日本小児科学会雑誌* 112: 1373-1378, 2008.
37. 春日文子. 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.
38. 春日文子. 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.
39. 厚生労働省母子保健課監修. 児童福祉施設における保健衛生マニュアル. 財団法人児童育成協会発行, 2002.
40. 厚生労働省母子保健課監修. 児童福祉施設における給食マニュアル. 財団法人児童育成協会発行, 2002.
41. 小林美智子. 我が国の児童虐待の動向についてー法律を含めてー. *周産期医学* 36:

931-939, 2006.

42. 厚生労働省. 第1次報告から第4次報告までの子ども虐待による死亡事例等検証結果総括報告. 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(平成20年6月17日) <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv31/dl/05.pdf>
43. 小林美智子. どう関わるかー子ども虐待 VII.今後の展望. 小児科臨床 60: 853-866, 2007.
44. アルドリッジ, M.ウッド, J.著,仲真紀子編訳. 子どもの面接法ー司法における子どものケアガイド. 北大路書房,京都,2004.
45. 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.
46. 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. 1993.
47. 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. 2005.
48. 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. 1999.
49. 永久歯の抜歯原因調査報告書. 財団法人8020推進財団, 2005.
50. 赤坂守人, 西野瑞穂, 佐々龍二(編). 小児歯科学第2版. 医歯薬出版株式会社, 東京, 49-59, 2002.
51. English JD, Buschang PH, Throckmorton GS. Does malocclusion affect masticatory performance. Angle Orthod 72: 21-27, 2002.
52. 日本小児歯科学会(編). 乳幼児の口と歯の健診ガイド. 医歯薬出版, 2005.
53. 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, 13-16, 2005.
54. 日本小児歯科学会. 小児科と小児歯科の検討委員会:イオン飲料とむし歯に関する考え方, 2004
55. 日本学校歯科医会(編). 学校歯科医の活動指針, 2005.
56. 文部科学省編. 「生きる力」をはぐくむ学校での歯・口の健康づくり. 2005.
57. 日本学校保健会編. 歯肉の状態から健康づくりを見直す. 2004.
58. 坂田三弥, 中村嘉男(編). 基礎歯科生理学第2版. 医歯薬出版, 395, 1996.
59. 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, 2000.
- 60.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, 2007.
61. 仙田満. 環境デザインの方法. 彰国社,1998.
62. UNICEF Innocenti Research Centre. Report Card 7. 2007.
63. 仙田満. こどものあそび環境. 筑摩書房, 1984.
64. 文部科学省. 平成19年度体力・運動能力調査報告書. 2008.
65. Sugihara T, Kondo M, Mori S, et al. Chronological change in preschool children, motor ability development in Japan from the 1960s to the 2000s. International Journal of Sport and Health Science 4: 49-56, 2006.
66. 文部科学省. 学校保健統計調査報告書(年次統計:年齢別 肥満児傾向の出現率の推移

(昭和52年度～平成20年度))

67. 富樫健二. 肥満小児におけるメタボリックシンドロームの現状とその改善. 臨床栄養 110: 387-391, 2007.
68. 内藤久士. 全国統計から見た子どもの体力と健康. 学校保健272: 2-3, 2008.
69. 日本スポーツ振興センター. 学校管理下の災害-21 -基本統計-. 2008.
70. ガラヒュー,D.L. 幼少年期の体育. 大修館書店, 135-164, 1999.
71. Horn TS. Developmental perspectives on self-perception in children and adolescence. In: Weiss MR (Ed) Developmental Sport and Exercise Psychology: A Life Span Perspective. Fitness Information Technology, Inc. 2004.
72. 文部科学省. 「スポーツ振興基本計画」の改定について. 2006.
73. 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会. 「健康日本21」中間評価報告書, 2007.
74. Godbout P, et al. Academic learning time in elementary and secondary physical education classes. Research Quarterly 54: 11-19, 1989.
75. 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: 31-43, 1989.
76. 前川峯雄(編). 戦後学校体育の研究. 不昧堂, 150-154, 1973.
77. 文部科学省. 小学校学習指導要領解説 体育編. 10, 2008.
78. 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. 生徒指導上の諸問題に関する調査研究会報告書. 2005.
79. 日本学校保健会. 平成13年度調査. 2001.
80. 千葉市教育研究会保健養護部会. 平成18年度中学校心の健康グループ, 2006.
81. 日本学校保健会. 保健室利用状況に関する調査報告書. 2002.
82. 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.
83. Greydanus DE, Patel DR, Pratt HD. Essentials of Adolescent Medicine. McGraw-Hill, 2006.
84. 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.
85. 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.
86. 木原雅子, ラバリ SM. 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.
87. 日本小児科学会次世代育成プロジェクト委員会. わが国の社会への「子どもの性の問題に関する」提言. 日本小児科学会雑誌112: 101-143, 2008.
88. 野津有司, 渡邊正樹, 渡部基, 他. 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.
89. 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.
90. 山中龍宏. Safety promotion. 小児内科37: 878-881, 2005.

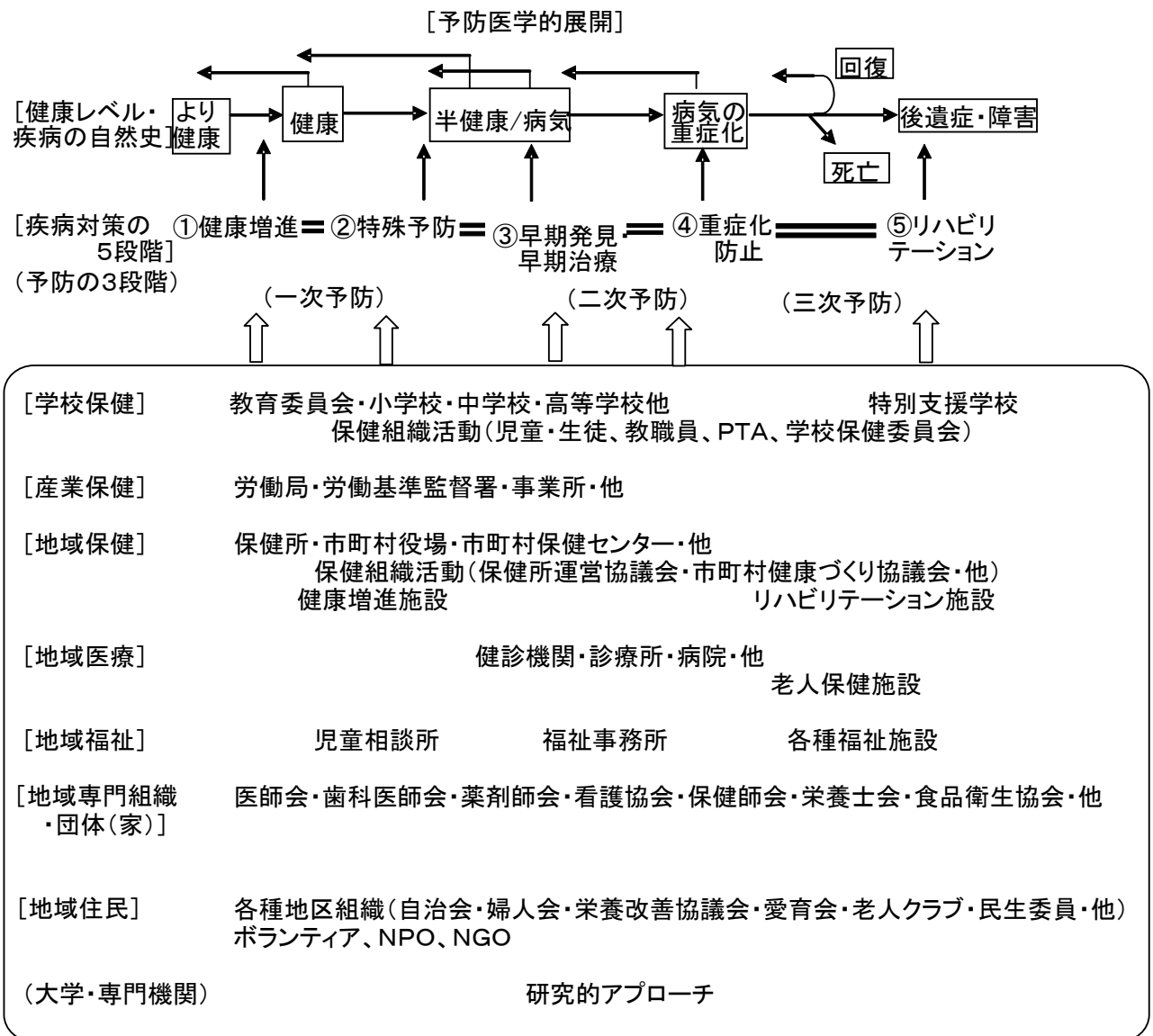
91. 五十嵐隆. 臨床医学の展望－小児科学. 日本医事新報4269: 37-46, 2006.
92. 文部科学省. 学校安全緊急アピール－子どもの安全を守るために. 2004
(http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/16/01/04012002.htm)
93. 厚生労働省. 発達障害者支援の推進について(発達障害者施策検討会報告書). 2008.
94. 日詰正文. アスペルガー症候群への地域保健が果たせる支援. 臨床精神医学 34: 1199-1205, 2005.
95. 鈴江毅, 須那滋, 万波俊文, 他. 軽度発達障害児に対する専門外来開設とその後の展開について. 四国公衆衛生学会雑誌 51: 141-145, 2005.
96. 鈴江毅, 片山はるみ, 石川 元, 他. 専門家チームによる学校訪問を行ったADHDの1例－医療と教育の連携の試み－. 地域環境保健福祉研究 8: 36-39, 2005.
97. 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: 115-118, 2006.
98. 片山はるみ, 石川元, 鈴江毅. 「香川県アスペー人立ち支援親の会」の活動報告. 地域環境保健福祉研究9: 74-81, 2006.
99. 鈴江毅, 荏田知則, 田村裕子, 他. 軽度発達障害児に対する地域支援ネットワーク. 地域環境保健福祉研究 9: 59-63, 2006.
100. 文部科学省. 今後の特別支援教育の在り方について(最終報告). 2003.
101. 厚生労働省. 障害児支援の見直しに関する検討会報告書. 2008.
102. 文部科学省. 学校保健統計調査報告書. 2008.
103. 跡見順子. からだを知って活用する教育が始まった. (社)日本私立大学連盟機関誌『大学時報』 第313号(Mar); 76-81, 小特集「大学教育における『身体』の復権」. 2007.
104. 学術の動向 統計からみた日本の経済格差 2006.9 54-67
105. 福田好治, 今井博久. 日本における「健康格差」研究の現状. 保健医療科学56(2), 56-62, 2007.
106. 日本学術会議社会学委員会・経済学委員会合同包摂的社会政策に関する多角的検討分科会. 提言: 経済危機に立ち向かう包摂的社会政策のために. 2009.6.25:
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/Kohyo-21-t79-1.pdf>
107. 日本公衆衛生学会. 提言: 経済変動期の自殺対策のあり方に関する提言. (内閣府自殺対策特命担当福島みずほ大臣へ提出, 2010.2.8. 日本公衆衛生学会HP掲載, 2010.2.8)
108. 阿部彩. 日本の子どもの貧困: 失われた「機会の平等」. 学術の動向 第14巻8号: 66-72, 特集 反貧困 最前線. 2009.
109. 小林章雄. 格差社会及び子どもの健康をめぐる日本学術会議の諸活動. 学校保健研究 51 Suppl: 72, 2009.
110. 「無保険の子」特集(毎日新聞, 2008.12.20)
111. 「病院行けぬ生徒」(朝日新聞, 2009.9.24)
112. 富永妙子. 養護教諭から見た子どもたちの健康と社会格差の現状－沖縄県の場合－. 学校保健研究 51 Suppl: 64-65, 2009.

113. 井上智恵子.養護教諭から見た子どもたちの健康と社会格差の現状 ー千葉県市川市の場合ー. 学校保健研究 51 Suppl:66-67,2009.
114. 関根道和.子どもの社会経済的環境・生活習慣と健康:富山出生コホート研究. 学校保健研究 51 Suppl:78-79,2009.
115. <http://www.osaka-c.ed.jp/sog/kankoubutu16/kenkyuu16/pdf/a02/1-1.pdf>
116. <http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/3941.html>
117. 高橋浩之.子どもの教育と健康における格差.学校保健研究 51 Suppl:68-69,2009.
118. 朝倉隆司,高橋浩之.社会格差の広がり子どもの健康への影響 ー今、学校保健に何が求められているかー. 学校保健研究 51 Suppl:60-61,2009.
119. 上地勝.子どもの健康と社会格差(社会的不平等)に関する研究の現状. 学校保健研究 51 Suppl:62-63,2009.
120. 高倉実, 当真久美, 岸本梢, 小林稔, 和氣則江, 加藤種一. 沖縄県の高校生における危険行動の実態:2002年と2005年の比較. 学校保健研究 2007; 49: 313-321.
121. 岸本梢, 高倉実, 和氣則江ほか. マルチレベルからみた学校満足度が中学生の抑うつに与える影響. 学校保健研究, 50(Suppl):339, 2008.
122. 高倉実.すべての子どもに豊かな健康を マルチレベルからみた心理社会的学校環境の健康影響. 学校保健研究 51 Suppl:48-52,2009.
123. 朝倉隆司.ソーシャルキャピタルと子どもの健康の社会格差.学校保健研究 51 Suppl: 70-71,2009.

< 参考資料 >

図1 地域における包括的保健医療福祉の構築

ー 疾病対策の5段階と保健医療福祉・その他社会資源のネットワークー



(實成、1996、2004、2008 一部改変)

図2 児童相談所における児童虐待相談対応件数の推移
(厚生労働省平成18年度社会福祉行政業務報告より)

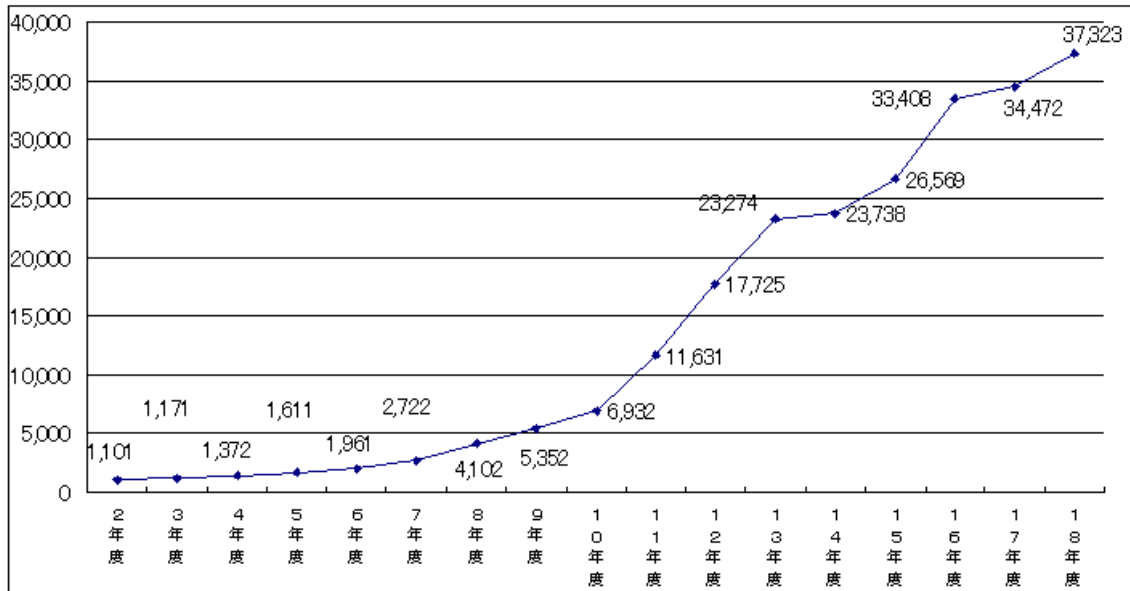
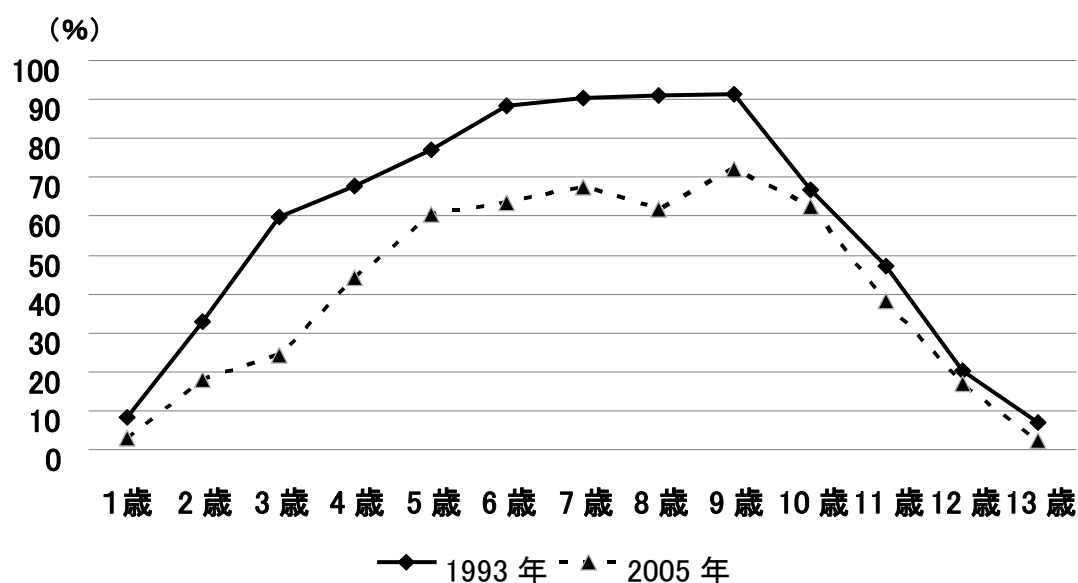
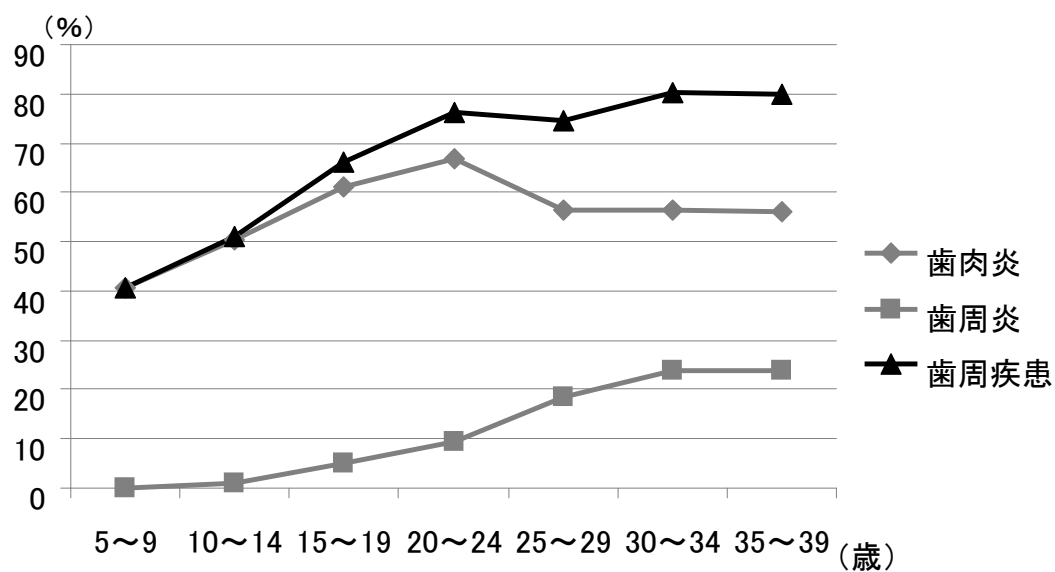


図 3 乳歯の齲蝕有病者率の推移（厚生労働省歯科疾患実態調査より）



コメント: 近年、乳歯齲蝕の減少傾向にあり、とくに2歳から4歳における齲蝕有病者率が減少している。
その背景には、保護者の意識の向上に伴う乳前歯部の齲蝕の減少が大きく影響している。

図 4 年齢階層別歯周疾患有病【厚生労働省歯科疾患実態調査報告（2005）より作図】



コメント: 5 - 9 歳児における歯肉炎罹患状況は、約40%と高値を示している。さらに、10 代における歯周疾患有病者率の増加が顕著であり、その背景には、生活習慣の乱れが影響している。

図5 子どもの食生活実態調査

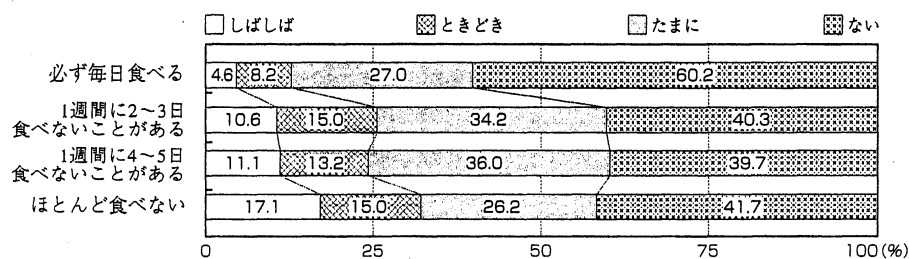


図 「朝食を食べる頻度 と 朝なかなか起きられず、午前中身体の調子が悪い」の関係

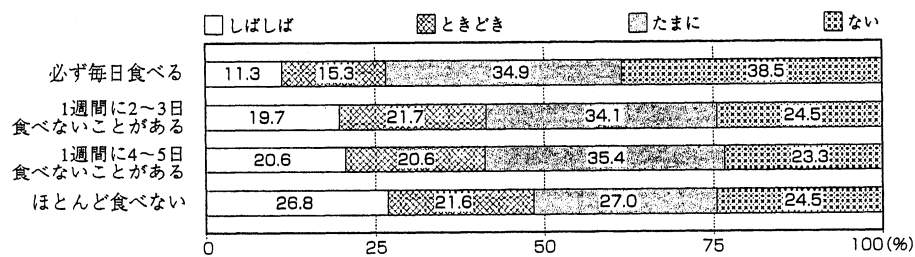


図 「朝食を食べる頻度 と 何もやる気がおこらない」の関係

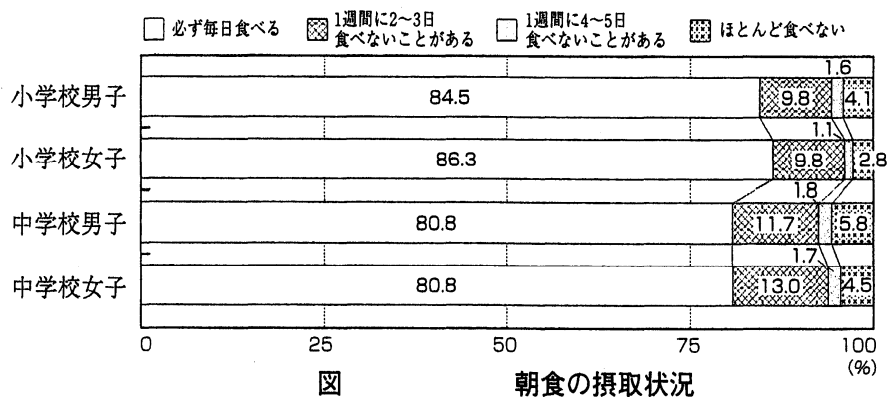


図 朝食の摂取状況

(平成 17 年度児童生徒の食生活実態調査:日本スポーツ振興センター)

図6 学年別、肥満度別にみたメタボリックシンドローム発症頻度（参考文献69）

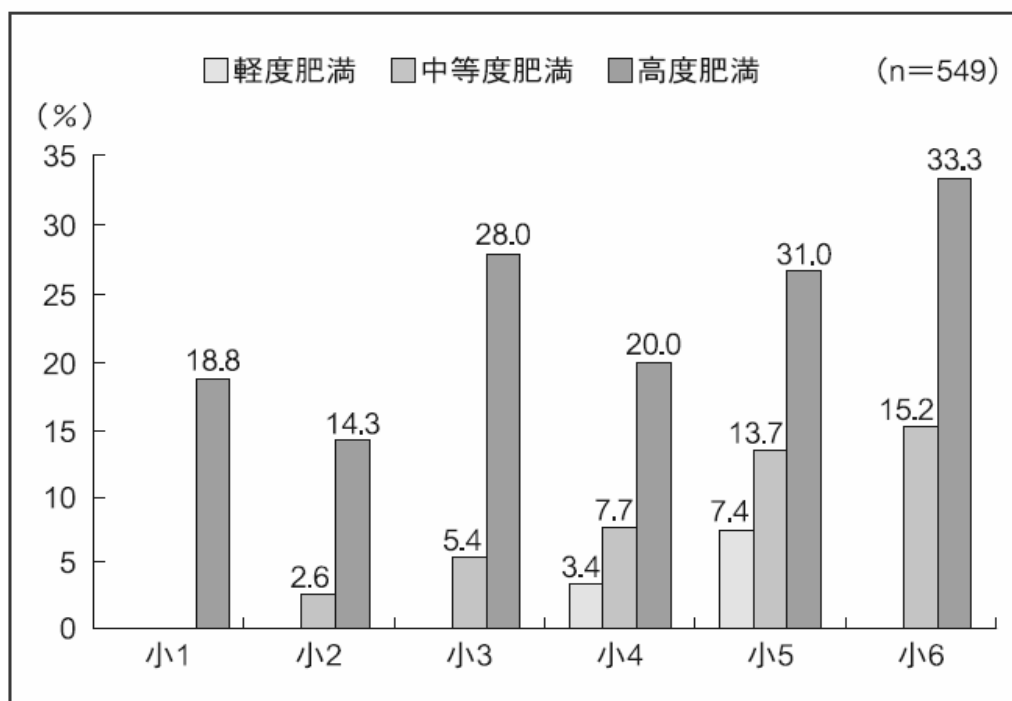
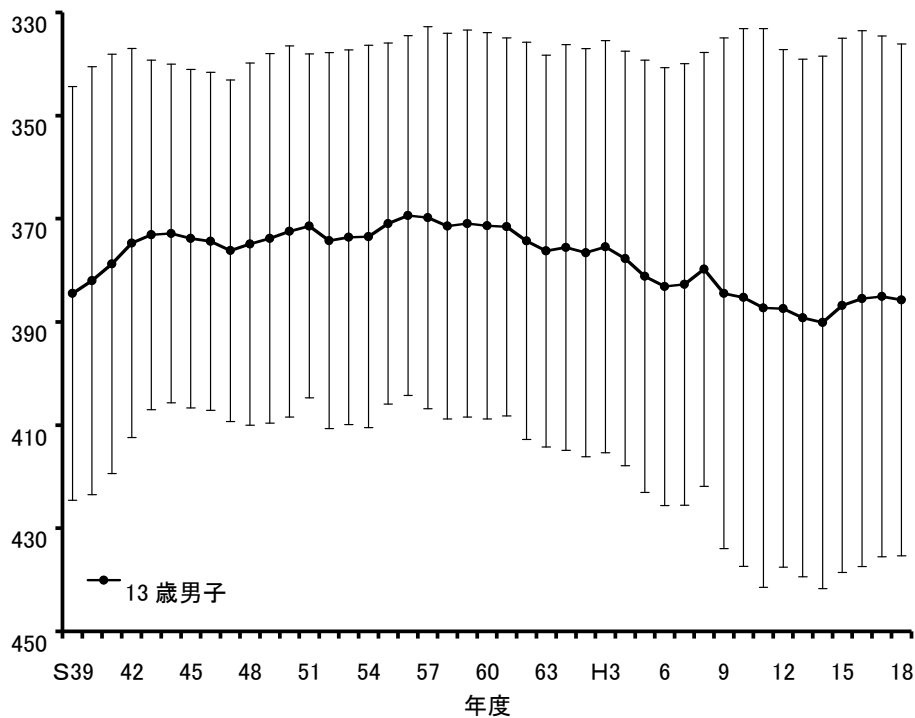


図7 持久走(1500m走)の経年変化(13歳男子)

1500m走タイム(秒)



昭和39年からの1500m走の記録を、平均値 $\pm$ 標準偏差(SD)で表した。平均値が標準偏差の増加を伴いながら低下しているため、成績が上位(+1SD)の記録にはあまり大きな変化がみられないが、下位(-1SD)ではその低下が著しいことが伺える。なお、図は3年ごとの移動平均値を用いて作成してある。(文献70より引用)

図8 性・年齢階級別にみた主な死因の構成割合(平成19年)
(人口動態統計月報年計(概数)の概況より)

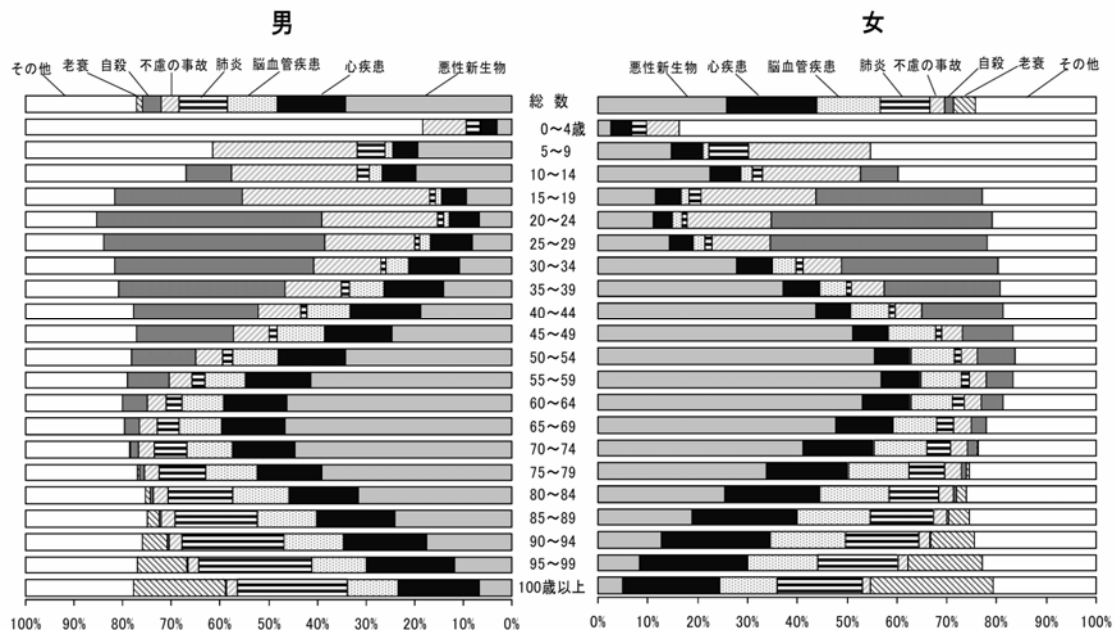


図9 発達障害の子どもの支援全体図（時間的）

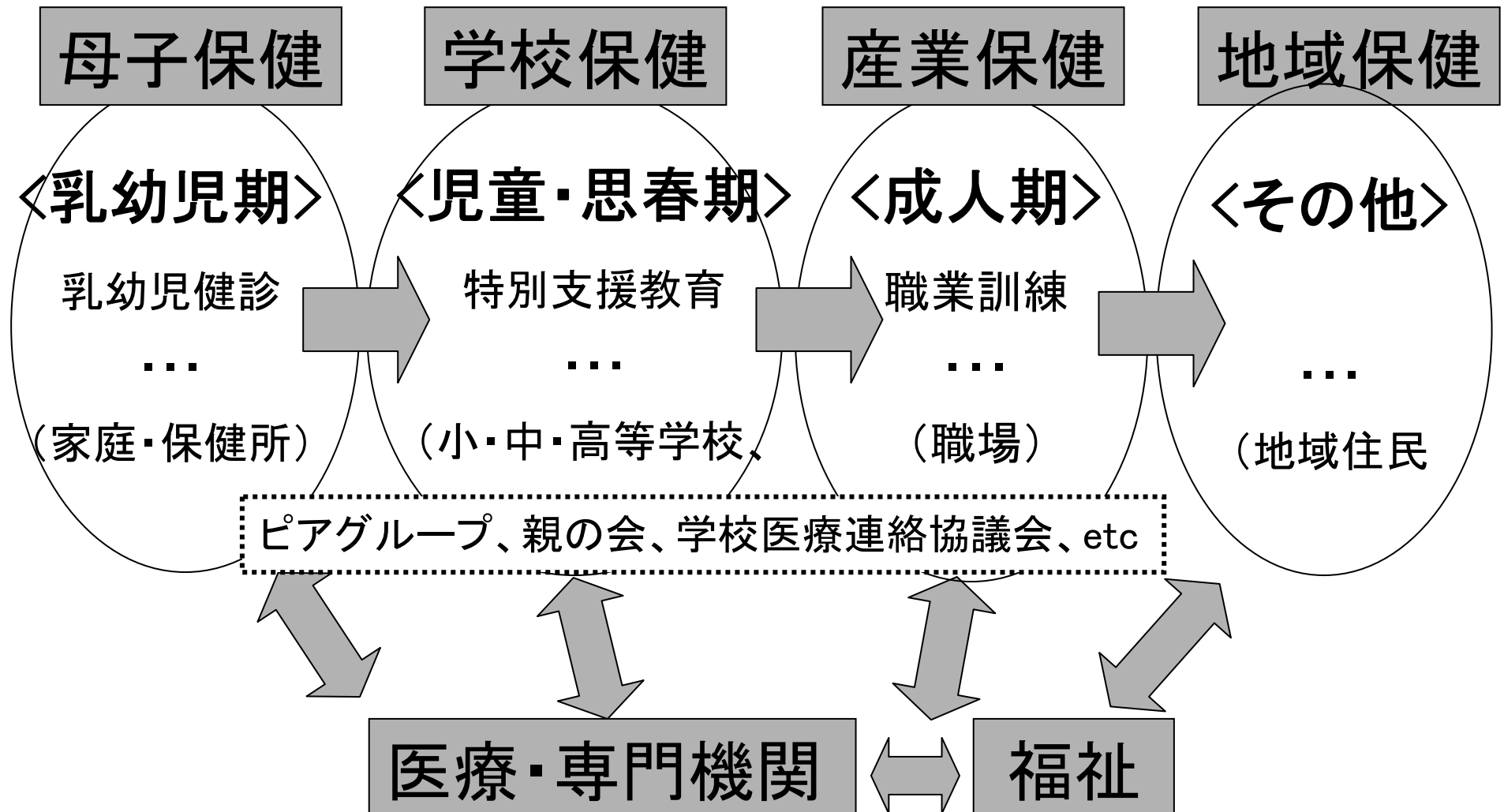


図10 発達障害の子どもの支援全体図(空間的)

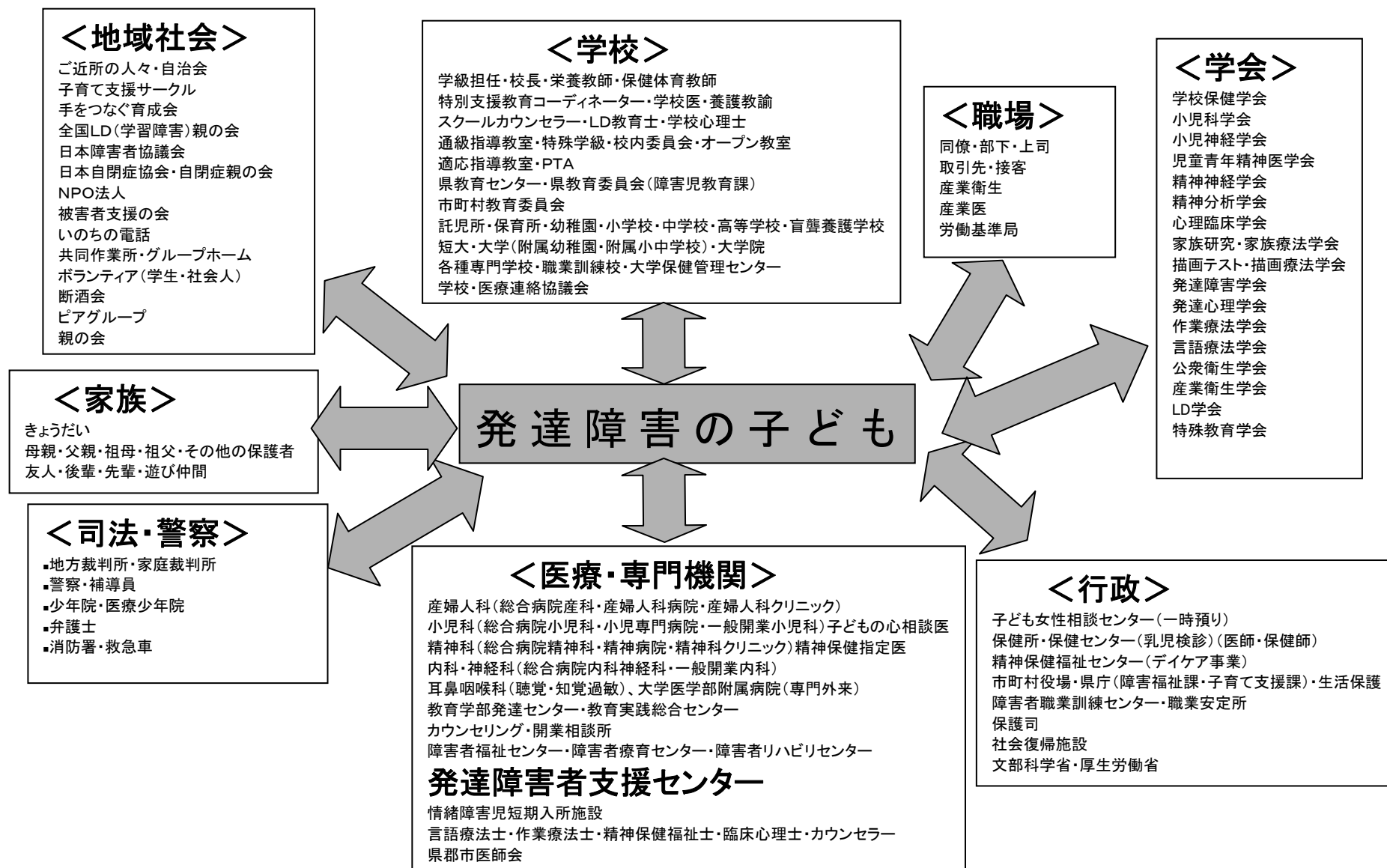
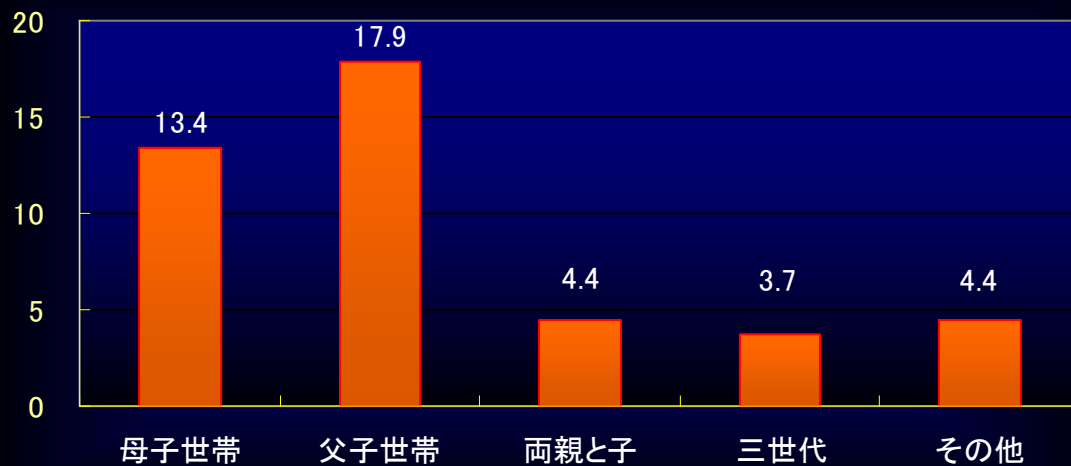


図11 家族構成別の朝食の欠食率(%)

— ひとり親世帯の子どもにおいて朝食の欠食率が3－4倍高い —

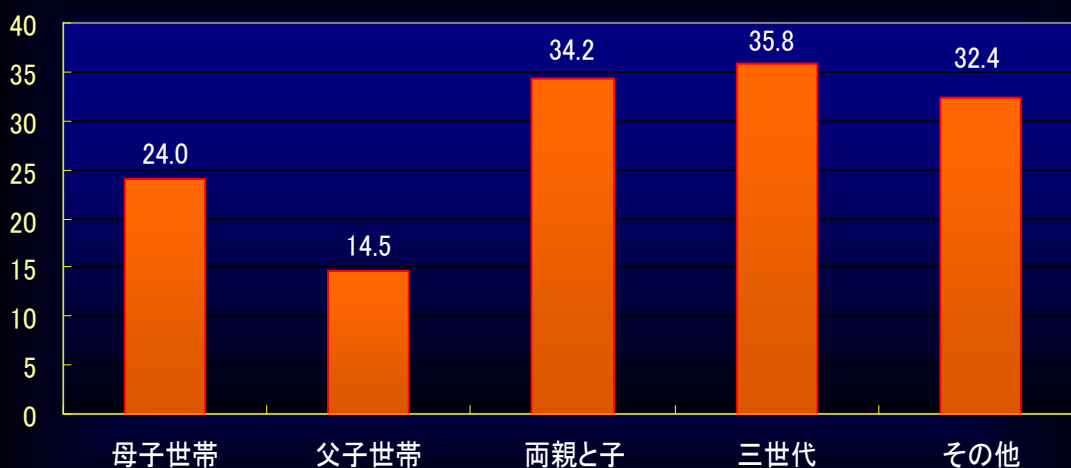


第4回富山スタディ(中学1年生)

朝食の摂取頻度は、「毎日食べる」「食べる日のほうが多い」「食べない日のほうが多い」「ほとんど食べない」の4段階で評価し、「食べない日のほうが多い」「ほとんど食べない」と回答した生徒を、朝食の欠食ありとした。(n = 9471)

図12 家族構成別の学習塾の通塾率(%)

— ひとり親世帯の通塾率は、他の世帯と比較して10－20%低い —

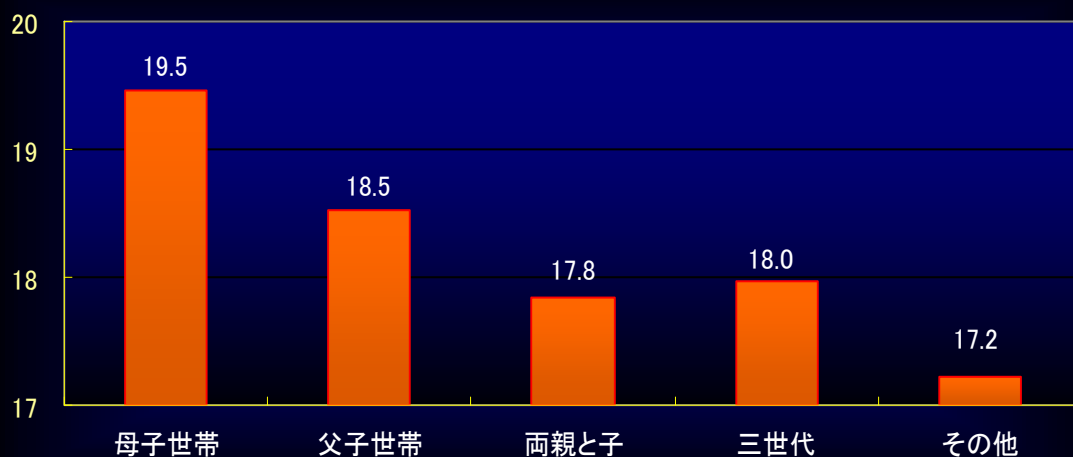


第4回富山スタディ(中学1年生)

学習塾への通塾率は、学習塾へ「通っている」「通っていない」の2カテゴリで評価し、「通っている」と回答した生徒を通塾とした。(n = 9283)

図13 家族構成別の自覚的健康感が低い生徒の割合
(%)

— ひとり親世帯の子どもは自覚的健康度は低い —

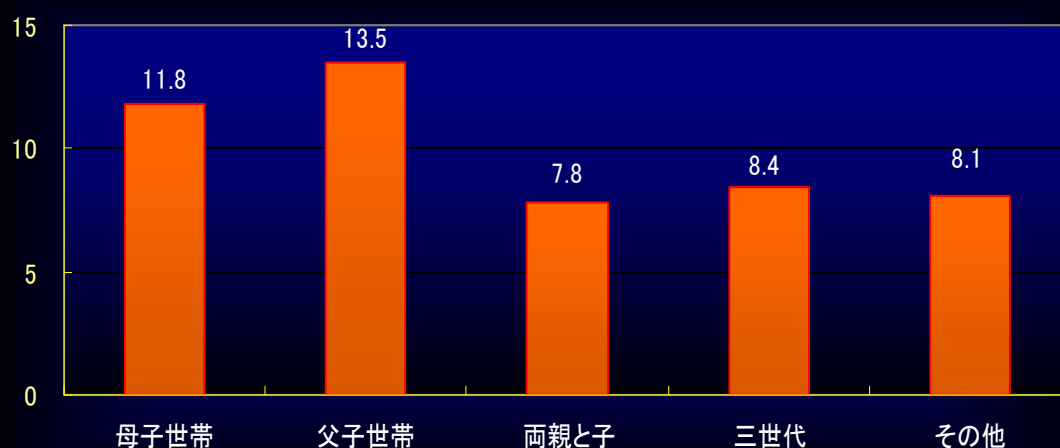


第4回富山スタディ(中学1年生)

自覚的健康感は、過去4週間の健康の自己評価で、「最高に良い」「とても良い」「良い」「あまり良くない」「良くない」の5段階で評価し、「あまり良くない」と「良くない」に回答した生徒を「自覚的健康度が低い」とした。(n = 9345)

図14 家族構成別の「頭痛」の頻度が多い生徒の割合(%)

— ひとり親世帯の子どもは「頭痛」が多い —



第4回富山スタディ(中学1年生)

頭痛に関する質問は、過去6カ月の頭痛の頻度を、「毎日」から「ほとんどない」までの5段階で評価し、「毎日」が「週に1回以上」と回答した生徒を頭痛の頻度が多いとした。(n = 9333)

図15 社会の絆と頭痛 ～ 社会の絆が多いほど 頭痛少ない ～

家庭と学校生活の満足感

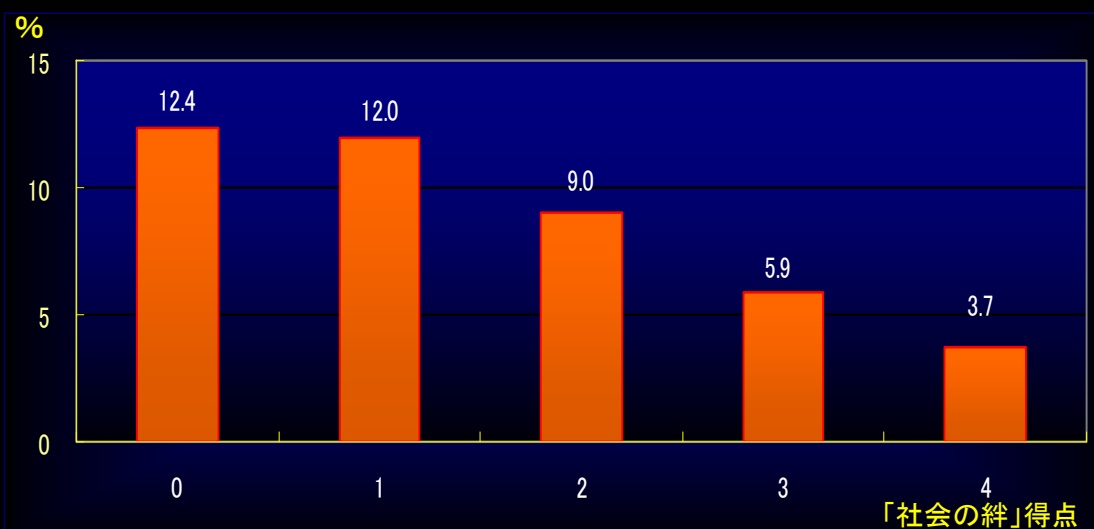
- ① 親との関係に満足
- ② 兄弟姉妹との関係に満足
- ③ 友人関係に満足
- ④ 学校の先生との関係に満足



1つもあてはまらない子どもは、
全てあてはまる子どもと比較して
頭痛(週1回以上)が3倍

第4回富山スタディ
(中学1年生)

図16 学校や家庭の満足度と「頭痛」(週に1回以上)の関係 — 学校や家庭の満足度が少ないほど「頭痛」が多い —

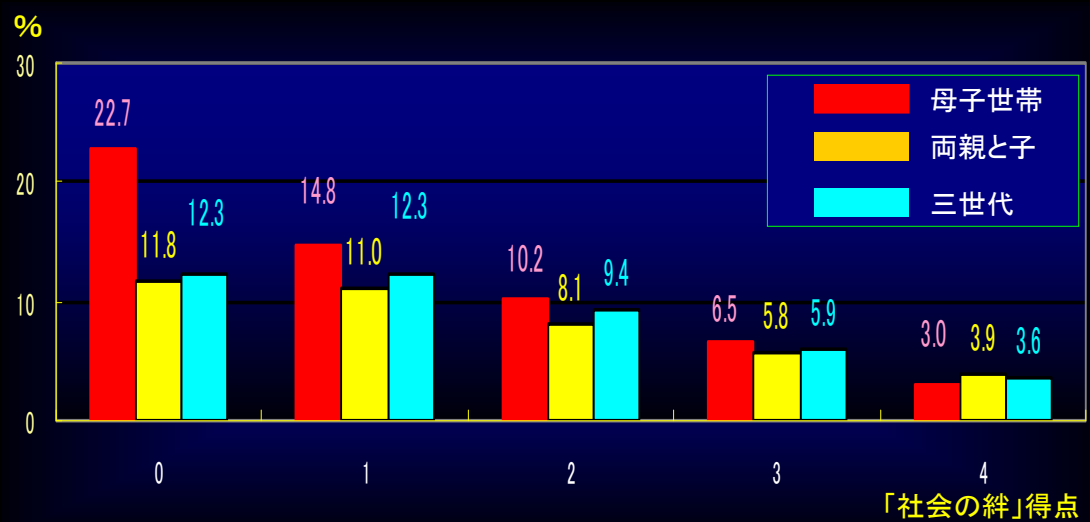


第4回富山スタディ(中学1年生)

頭痛に関する質問は、過去6カ月の頭痛の頻度を、「毎日」から「ほとんどない」までの5段階で評価し、「毎日」が「週に1回以上」と回答した生徒を頭痛の頻度が多いとした。(n = 8293)

図17 学校や家庭の満足度と「頭痛」(家族構成で層化)

— 満足度が高い子どもは、世帯構成にかかわらず「頭痛」が少ない —



第4回富山スタディ(中学1年生)

頭痛に関する質問は、過去6カ月の頭痛の頻度を、「毎日」から「ほとんどない」までの5段階で評価し、「毎日」が「週に1回以上」と回答した生徒を頭痛の頻度が多いとした。(n = 8063)

図 1 8 中学校数学の得点分布の変化

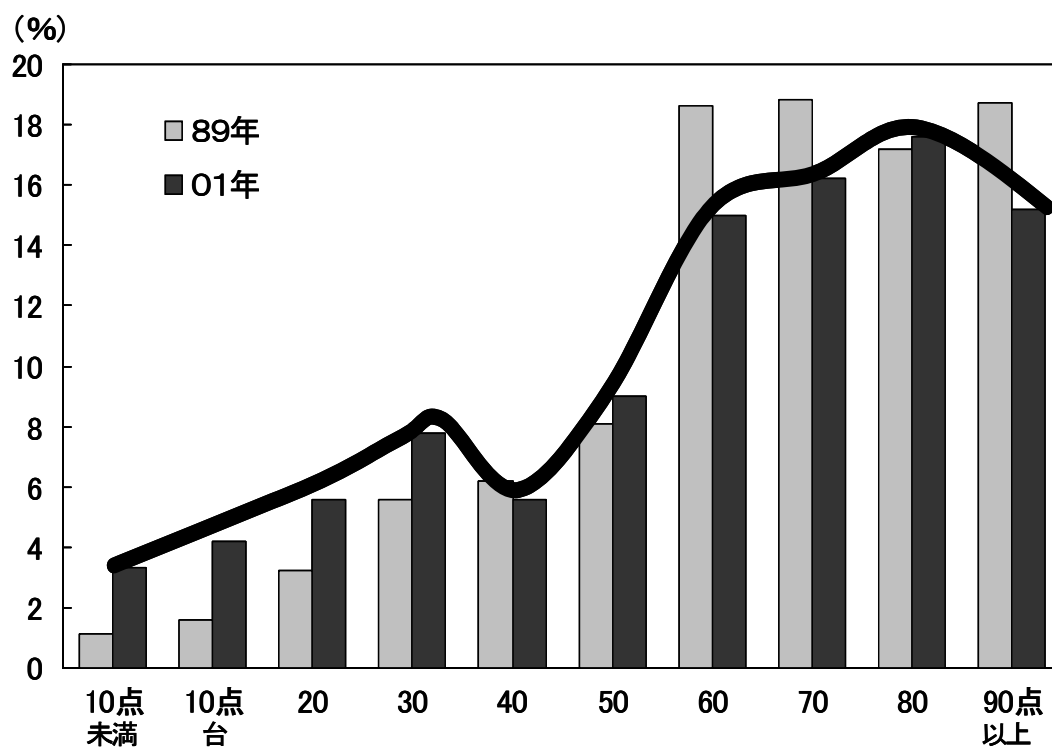
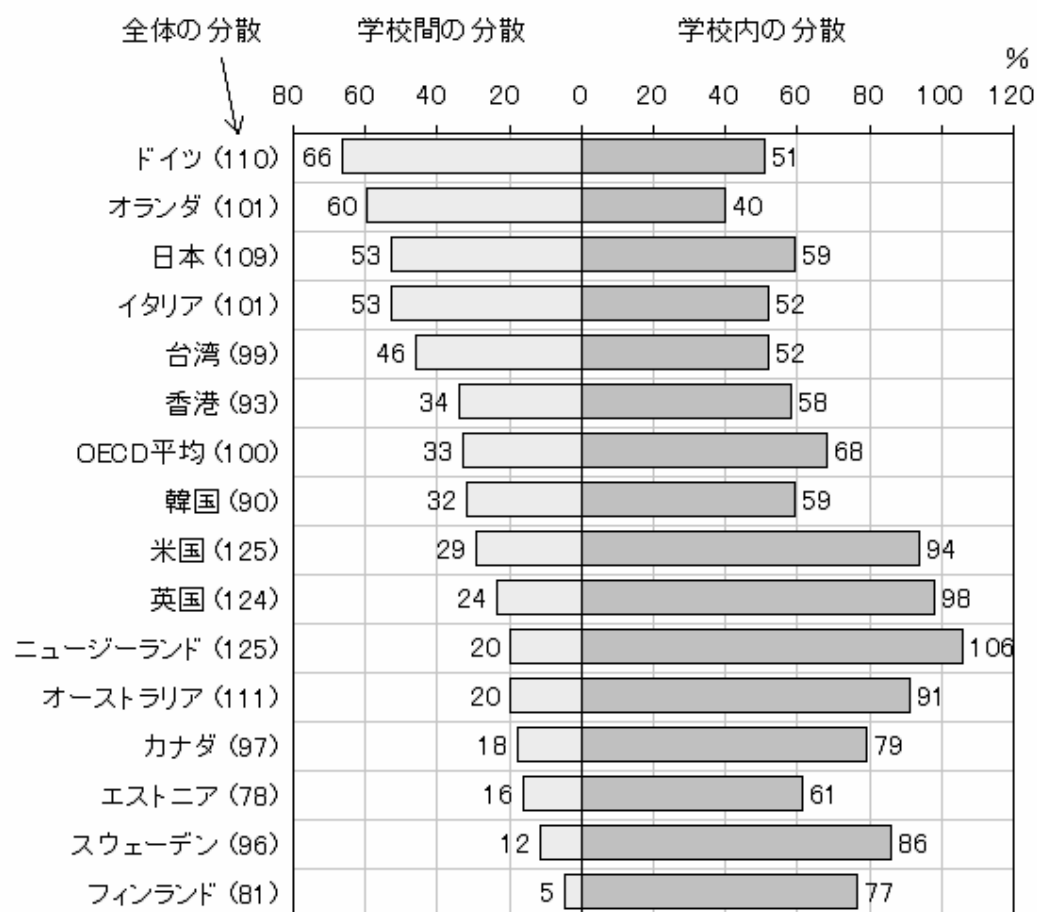


図 19 科学得点の分散（学力格差）の国際比較

科学得点の分散(学力格差)の国際比較



(注) PISA2006参加国中、高1の科学テスト上位9カ国(1位から順にフィンランド、香港、カナダ、台湾、エストニア、日本、ニュージーランド、オーストラリア、オランダ)と主要OECD諸国を掲げた。分散の値は学校間、学校内を問わない全体のOECD平均の分散を100とした場合の値である(学校間と学校内の値の合計が100となるわけではない)。

(資料) OECD生徒の学習到達度調査(PISA)

表1 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 ³²⁾

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、健康保険適応で接種
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		○	日本は 2008 年 12 月より任意接種
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員が定期接種の対象
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、

*:米国だけでなく、英国、フランスなどの EU の先進国はほぼ同じ状況である。

(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を一部改変)

表2 保育所で多く報告される腸管出血性大腸菌感染症集団発生事例

(「腸管出血性大腸菌 (EHEC) 感染症 2009 年 4 月現在」、国立感染症研究所・厚生労働省健康局結核感染症課：病原微生物検出情報(IASR) Vol.30 No.5 (No.351) May 2009 より)

表2. 腸管出血性大腸菌感染症集団発生事例, 2008年

No. 発生地	発生期間	報告された 推定伝播経路	発生施設	血清型	毒素型	発症者数	摂取者数	菌陽性者数 ／被検者数	家族内 感染	IASR 参照記事
1 佐賀県	3.7~3.24	食品媒介	オーストラリア修学旅行	O26:H11	VT1	91	249	75 / 477	有	Vol. 29, No. 6
2 大分県	3.12~3.24	人→人	保育所	O157:H-	VT1&2	3	...	10 / 102	有	本号7ページ
3 京都市	5.24~6.14	人→人	保育所	O26:H11	VT1	不明	...	27 / 207	有	
4 長崎市	6.9~6.21	不明	病院	O111:H-	VT1&2	67	...	32 / 217	有	Vol. 30, No. 3
5 神奈川県	6.11~6.13	不明	北海道修学旅行	O26:H11	VT1	52	...	25 / 36	無	Vol. 29, No. 9
6 富山県	6.20~7.6	人→人	保育所	O26:H11	VT1	8	...	34 / ?	有	本号8ページ
7 山形県	6.20~7.13	不明	不明	O111:H-	VT1	6	...	13 / 116	有	
8 福井県	7.7~7.23	食品媒介	飲食店(肉類)*1	O157:H7	VT1&2	6	23	11 / 41	無	Vol. 29, No. 12
9 大阪府	7.19~	人→人	保育所	O157:H7	VT2	17	...	18 / 112	有	Vol. 30, No. 3
10 東京都	7.29~8.27	人→人	保育所	O26:H-	VT1	18	...	32 / 308	有	本号9ページ
11 東京都	8.2~9.26	人→人	保育所	O26:H-	VT1	4	...	14 / 207	有	本号9ページ
12 福井県	8.25~8.31	食品媒介	その他(肉類)*2	O157:H7	VT1&2	10	53	12 / 51	無	Vol. 30, No. 1
13 岩手県	8.27~9.28	不明	2幼稚園	O26:H11	VT1	29	...	84 / 475	有	本号10ページ
14 山形県	8.30~10.28	人→人	家庭・保育所・幼稚園	O145:H-	VT1	6	...	13 / 176	有	本号12ページ
15 福岡市	10.7~10.10	食品媒介	その他(肉類)*3	O157:H7	VT1&2	5	46	19 / 46	無	本号14ページ
16 東京都	10.11~	人→人	保育所	O111:H-	VT1&2	61	...	39 / 249		
17 佐賀県	10.14~11.20	人→人	保育所	O26:H11	VT1	6	...	10 / 51	有	本号15ページ
18 佐賀県	10.31~12.3	人→人	保育所	O157:H-	VT1&2	15	...	23 / 352	有	本号15ページ
19 山形県	11.9~	人→人	保育所、幼稚園	O26:H11	VT1	不明	...	11 / 129	有	
20 佐賀県	11.20~12.20	人→人	保育所	O157:H7	VT2	12	...	21 / 388	有	本号15ページ

菌陽性者(無症状者を含む)10名以上の事例。*1生レバー、牛刺し等、*2バーベキュー、*3焼肉、...人→人伝播と推定されているので該当せず。
地方衛生研究所からの「集団発生病原体票」速報(病原微生物検出情報:2009年5月7日現在)とIASR記事による。

IASR

Infectious Agents Surveillance Report

表3 乳幼児保育施設において夏期に大腸菌群が検出された検体

検体名	場所分類	保育 年令他	備考	一般生菌	大腸菌群	大腸菌	黄色ぶど う球菌	サルモネラ
トイレ床	③トイレ等		小便器前タイル	48	158	0	1	NT
テーブル	①乳児室(0～1歳)	0歳	H13:食事直後、食べ物で汚れあり	120	39	1	0	NT
保育士の手指	⑦手指			11	12	0	0	NT
カーペット/畳	①乳児室(0～1歳)	0歳	3畳敷き中央	29	9	0	0	NT
沐浴槽内側	③トイレ等	0歳	H13: 使用している	55	6	0	0	NT
テーブル	①乳児室(0～1歳)	0歳	H13:食事直後、食べ物で汚れあり	45	5	0	0	NT
カーペット/ドリーム マット	①乳児室(0～1歳)	0歳	へり	22	4	0	0	NT
おむつ交換台	③トイレ等	0歳	タオル:トイレの中(う んち用)	96	3	0	1	NT
布巻手摺り	①乳児室(0～1歳)	0歳	畳の周囲、良くなめる	71	3	0	0	NT
ヒータールーバー	①乳児室(0～1歳)	0歳		55	2	0	0	NT
ヒータールーバー	②保育室	4.5歳		52	2	0	0	NT
階段カーペット	⑤その他	階段	中央部、第一コーナー から上がった中段	29	2	0	0	NT
昆虫等飼育箱	⑥屋外、ペット、金魚	園庭	金魚槽の上辺(ホテイ アオイ多数、金魚20 匹くらい)	94	1	0	0	0
ペット小屋	⑥屋外、ペット、金魚	屋外	うさぎ、手すり(北側)6 羽	85	1	0	0	0
トイレ手洗いコック	③トイレ等	0歳	おむつ処理後の手洗 い用	75	1	0	0	NT
ヒータールーバー	①乳児室(0～1歳)	1歳		70	1	0	0	
ペット小屋	⑥屋外、ペット、金魚	屋外	うさぎ、餌箱(昼用)	30	1	0	0	0
玩具/木製	②保育室	3歳	ガスレンジ	29	1	0	0	NT
床/木	②保育室	5歳	園庭出口(砂有り)	24	1	0	0	NT
おむつ交換台	①乳児室(0～1歳)	0歳	遊戯室(おしっこ用)、 H13:布団の上のマット	22	1	0	2	NT
玩具/布製	②保育室	3歳	くま人形	13	1	0	0	NT
テーブル	②保育室	5歳		6	1	0	0	NT

採取検体総数: 300, 大腸菌群陽性検体数: 22. ただし, 菌数はフードスタンプ10 cm²あたりのコロニー数.
NT: 検査せず.

[春日文子: 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]より

表4

付表 栄養教諭配置状況

(H20. 4. 1現在 文部科学省資料)

都道府県名	H17	H18	H19	H20	都道府県名	H17	H18	H19	H20	都道府県名	H17	H18	H19	H20
北海道	10	67	194	261	石川		4	4	11	岡山		3	9	21
青森			6	6	福井	10	32	30	32	広島			10	10
岩手			17	32	山梨			6	5	山口		7	16	32
宮城		3	10	25	長野			5	20	徳島		9	17	25
秋田		1	4	8	岐阜			4	4	香川		5	5	19
山形		1	5	12	静岡				3	愛媛		16	41	57
福島			12	20	愛知		10	10	67	高知	5	11	15	19
茨城		10	20	36	三重		11	48	72	福岡		9	40	70
栃木			9	22	滋賀		4	11	15	佐賀		3	5	10
群馬			6	14	京都		58	91	122	長崎			12	33
埼玉		5	10	15	大阪	9	9	20	139	熊本			15	30
千葉		5	10	15	兵庫			51	285	大分			7	14
東京				5	奈良			10	20	宮崎		6	11	16
神奈川			8	12	和歌山			3	3	鹿児島		69	144	163
新潟			2	32	鳥取				3	沖縄			4	14
富山		1	4	8	島根			14	29					
										計	34	359	986	1886

注1) 栄養教諭制度の特徴

- 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)

注2) 栄養教諭の果たすべき役割

- 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」
- 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

資料1 (出典:平成 17 年度児童生徒の食生活等実態調査報告書)