

令和7年度日本医師会学校保健講習会

テーマ「学校健康診断に関する諸課題について」

と き 令和7年4月13日（日）10:00～16:00

ところ 日本医師会館 大講堂

〔報告：副会長 沖中 芳彦〕
〔常任理事 河村 一郎〕

学校保健施策の動向

文部科学省初等中等教育局健康教育・

食育課学校保健対策専門官 堤 俊太郎

近年、裸眼視力1.0未満の小中学生が増加しており、文科省では令和3年度から5年度までの3年間視力低下の詳細を調査した。結果、視力低下や近視の予防として屋外で過ごすことを増やすこと、できる限り近い所を見る作業は短くすることが重要であると示唆された。近視はメガネなどで矯正すれば視力ができるものとしてこれまであまり問題視されなかったが、近視が将来の目の病気のリスクを高めることがわかってきた。近視は特に小学1年、小学2年から急激に増加することがわかり、屋外での活動時間が長い子は視力低下との関連が小さい、スマートフォンやゲーム機、勉強や読書の時間が長いと視力低下や近視につながるということで長時間の近業に気をつけることが重要とわかった。

脊柱側弯症は小学高学年から中学生の女子に多く、症状が進行すると側弯変形による心理的ストレスの原因や腰痛、背部痛、呼吸機能障害、まれに神経障害を伴うことがある。検査機器を用いた脊柱の検査を導入された自治体もあり、令和4年12月から令和5年1月の間に全国の教育委員会を対象としてアンケート調査を行った。全国1,806の教育委員会のうち966教育委員会から回答があった。139委員会で検査機器が導入されており、827委員会で未導入であった。愛媛県、秋田県、千葉県では60%以上の委員会が導入、検査をしているのは小学4年生から中学3年生で特に小学5年生、中学1年生が多かった。女子のみを対象としている委員会もあった。未導入の委員会で具体的な検討しているのは25委員

会（3%）であった。未導入で今後も導入する予定はないと回答した委員会では、その理由として視触診における検診で満足いく結果が得られているという回答が最も多かったが、そもそも何のこともわからないと回答した委員会も59あった。未導入の委員会に検査導入時の課題について質問したところ、予算が確保できないという回答が最も多かったが、ついで検査機器を用いた検査のことがよくわからないので回答を控えるという回答が多かった。文科省では検査機器を用いた脊柱の検査等にかかる体験会の開催、疾病の理解にかかる周知資料の作成を企画している。

脊柱側弯に関する機器を用いた健康診断に関するアンケート調査

日本医師会常任理事 渡辺 弘司

運動器検診は主に内科校医が行っており、精度の問題がある。令和4年文科省脊柱側弯症機器検診についての調査を行い、導入している139教育委員会のうちモアレ法を採用している委員会は98%で、使用している機器は、Di-Boss 42.4%、3Dスコリオグラフィー 24.5%、3Dバックスキャナー（現在販売中止）20.9%、フジノンFM405C（製造中止）10.8%、スコリオマップ（独自法）1.4%であった。日本医師会では令和6年5月から6月の間に全国の教育委員会に機器を用いた脊柱側弯検診のアンケート調査を行った。137件の回答（うち有効回答数124件）を得た。検査に用いた機器はDi-Boss、3Dスコリオグラフィー、3Dバックスキャナーが多かった。検査結果の判読者は業者、整形外科医が多く、一部学校医があった。男女とも実施しているのが98.4%であった。機器ごとの有所見率・標準偏差はDi-Boss 9.6%・

16.2%、3D スコリオグラフィ 15.2%・6.7%、3D バックスキャナー 9.6%・16.2%、その他 7.0%・5.7%であった。要精査率は平均 4.0%、要治療率は平均 0.3%、判定基準は医師によりばらつきがあった。令和6年度も機器を用いての脊柱側弯症検診を行うかの問いには 99.2% (123 件) が行う予定と回答した。脊柱側弯機器検診は精度の前に制度が必要、医師の負担と責任の削減を優先すべきと考えた。

機器による側弯症検診のメリット・デメリット

日本臨床整形外科学会顧問 新井 貞男

明治31年学校医制度が始まり、明治33年から健診の項目に脊柱が追加された。これは脊柱カリエスを発見するためであった。昭和33年学校保健安全法が施行され、就学時の健診で側弯症に注意することの記載が追加され、昭和53年学校保健法で追加された。平成28年4月から運動器検診が施行され、側弯症検診が完全義務化となった。平成28年度から令和5年度の8年間では32,302例中、受診勧告理由は側弯の疑いが最も多く年々増加している。診断結果では側弯症が最も多いが、ペルテス病、大腿骨頭すべり症、発育性股関節形成不全も一部見つかっている。

側弯症検診の課題としては、脱衣の問題、校医は内科・小児科医が主体であり、校医として側弯症疑いの児童生徒をチェックできているかという不安がある。脱衣に関しては、令和6年1月22日付の文科省からの通知で、児童生徒等のプライバシーに配慮する、児童生徒や保護者に対して事前に説明を行うとされている。

検査機器を用いた脊柱側弯症検診のメリットは、より正確で均質な検査の提供、デジタルデータによる経年比較、早期発見治療による児童生徒への負担軽減、校医の負担軽減がある。デメリットとしては、偽陽性が出やすい、時間がかかる、機器購入のための経費の問題、新たに検査費用が生じるがある。側弯症の機器を導入している都道府県では側弯症の被患率が高い傾向があった。機器検診の課題としては、方法論や機器の仕様が標準化されていない、X線撮影に比べ確実に判定できるわけではない、脱衣が必要、機器が大型で高額ということが挙げられる。Di-Bossは、軽量・

コンパクト、狭い場所でも使用できる、撮影にかかる時間が少ない、迅速なサポートシステムがあり安全性が高い。スコリオマップはまだ歴史が浅いが、多施設臨床試験を実施して薬事承認された唯一のクラスII医療機器である、着衣解析可能なAIソフトウェアによるバージョンアップ版を作成、開発した医師が検診現場に出張する指導体制がある。スコリオデバイスはまだ発売されて少しであるが、着衣のまま測定できる、誰でも（医師、看護師、養護教諭など）計測できる、価格が比較的廉価である。

[報告：常任理事 河村 一郎]

シンポジウム「北から南から」

北海道における眼科学校健診の現状

日本医師会常任理事・

北海道眼科医会会長 笹本 洋一

北海道は日本の国土の約2割を占めており、本州の約3分の1、九州の約2倍、四国の約4倍の面積である。人口は511万人で、全国の約4.1%になる。

札幌から函館までの距離は車で約250kmになる。札幌から釧路までの距離は車で約300km、根室だと約430kmあり、東京から神戸辺りまでの距離に匹敵する。学校健診を含め、医師はこの間を、飛行機を使って移動している。

北海道には35の市、129の町、15の村があり、合計で179の市町村がある。全国の市町村の合計が1,718なので、約1割が北海道にあることになる。これを、行政単位として14の区域に分けて、14の振興局と呼んでいる。ここに179の市町村と10の学校組合等で、全部で189の教育委員会がある。全国の教育委員会の合計が現在1,801であるので、約1割が北海道にあることになる。

この北海道で、現在524名の眼科医が所属する北海道眼科医会が眼科活動を行っている。現在北海道内で診療する眼科医は全て眼科医会に所属しているので、これらを10のグループに分けて、それぞれのグループの中で地域診療に加えて学校健診や講演会等、住民に対する活動を行っている。524名のうち、北海道大学と札幌医大がある札幌に約半数の245名の会員がいる。

この179の市町村のうち、眼科医がいる市町村、あるいは週に1回でも診療を行っている自治体は63にとどまっている。全く眼科医がいない市町村が116あることになる。これらの地域では、住民は他の市町村に行って眼科医の診療を受けることになる。

現在の眼科学校健診の方法は、1) 各自治体（教育委員会）が郡市医師会に健診を依頼し、自治体と個人との契約の上で眼科学校医として眼科健診を行う、2) 自治体に眼科医が不在の場合には他の自治体から個人又は医療機関と契約して眼科医を招聘して眼科健診を行う、3) 北海道学校保健会の眼科専門推進事業を利用して眼科健診を行う、4) 眼科医による健診はできないが、学校医を担当する内科医又は小児科医が健診を代行という形で行う、の4つである。

北海道の「専門医健診推進事業」について紹介する。医療機関に恵まれない地域の児童生徒の健康保持増進を目的として昭和36年より道教委が主体となり「児童生徒巡回診療事業」という取り組みを開始し、眼科及び耳鼻科の専門医の健康診断を、関係自治体と北海道とが応分の負担により実施していたが、昭和61年度で終了した。そこで、昭和62年度から北海道学校保健会を窓口として、自治体が主体となり、北海道教育委員会、北海道医師会、北海道眼科医会、北海道耳鼻咽喉科医会の協力のもと、「専門医健診推進事業」として現在に至っている。実際の流れとしては、毎年12月ごろに北海道教育委員会に依頼して市町村教育委員会に眼科・耳鼻科専門医の派遣希望調査を行う。2月に事業の推進打ち合わせ会を開始し、3月から5月にかけて眼科・耳鼻科の派遣医を決定し、各市町村委員会へ通知する。6月以降に専門医健診が実施される。これは、通常の学校健診とは別枠で行われる。

自治体内の眼科学校医が眼科健診を実施しているのが179市町村中25市町村（14.0%）で、自治体内に眼科医がいないため他の自治体から眼科医を招聘しているところが53市町村（29.6%）、眼科専門医推進事業を利用しているところが19市町村（10.6%）。以上の合計が、何らかの形による眼科医による健診を実施しているところで54.2%となる。反対に、眼科医による健診が行

われていないところは82市町村（45.8%）である。

北海道における眼科健診の問題点は、医師の偏在により眼科医不在の自治体が多いこと。他の自治体から健診に来る場合、移動距離が長いこと、医師の負担が大きいこと。近隣の眼科医でも移動距離が長く、健診を引き受けられないことがあること。専門医推進事業の利用にあたっては遠方からの健診になるため、自治体の宿泊費、交通費等の負担が大きいこと。眼科医による健診が行われていない自治体の偏在が見られること、などがあった。北海道の半分近くの市町村で、眼科医による健診が行われていないことが明らかとなり、各自治体で可能な方法を選択していただいて眼科医による健診が実施される必要があると考えている。

改めて日本眼科医会の健診についての考え方を示す。眼科学校健診の項目は、当初の感染予防から、近視進行抑制などの視機能の管理に軸足をおく健診項目への見直しが必要になっている。「眼科学校健診の在り方」を検討し、健診の意義を明確にしていくことが必要と考えている。一方で、学校健診はセーフティネットの役割を持ち、眼科医が健診を行うことにより、ICT機器使用等による目の不調やコンタクトレンズの管理等のさまざまな健康指導や啓発活動が可能な大切な機会であるため、眼科医による健診が重要と考えている。

北海道における耳鼻科学校健診の現況

日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会北海道地方部会

学校保健委員会、北海道耳鼻咽喉科医会、

帯広・北斗病院耳鼻咽喉科・頭頸部外科

坂東 伸幸

小学校数が926校で毎年25校減っている。中学校は538校で10校ずつ減っている。義務教育学校が28校ある。公立学校を合計して1,492校、耳鼻科医師数は434名という状況である。

日本耳鼻咽喉科学会の学校保健委員会では、学校保健にとって耳鼻科医が健診に加わることが極めて重要としており、健診実施率100%を目指している。小・中学校において三校医制（内科・小児科、耳鼻科、眼科）の堅持が重要とされている。北海道の耳鼻科学校健診については、今まで一度

も調べられたことがなく、状況を把握している組織がなかったため、北海道耳鼻科医会会員、各教育委員会、北海道学校保健会に問い合わせた。

1学年でも健診があれば「健診あり」としたが、市町村数179のうち「健診あり」が100市町村(55.9%)であった。そのうち8市町村は小学校のみで、健診が全くない市町村は79(44.1%)であった。学校数では、1,492校中「健診あり」が1,102校(73.9%)となる。札幌市で約300校健診しているため、健診率が実質上がることになる。小学校では「健診あり」が729校(78.7%)、中学校は352校(65.4%)という結果が出ていた。

健診が行われている学年は、小学校では1年生・4年生で43.2%、2年生・5年生が旭川や函館など14.8%、全学年は僻地で90校(12.3%)に行われている。1年生のみ、3年生のみ、希望者のみという市町村もある。中学校は概ね1年生のみである。

耳鼻科健診の3つのパターンは、1) 郡市医師会と地域の耳鼻科医会が連携しているが673校(45.1%)、2) 市町村の教育委員会が個別に契約しているのは754校(50.5%)、3) 北海道学校保健会による専門医健診推進事業の利用は65校(4.4%)である。

専門医健診推進事業は学校保健会が市町村教育委員会に希望を聞いて、希望があれば北海道耳鼻科医会に連絡し、担当医が個人あるいは大学医局に依頼をするという事業である。利点は、市町村教育委員会の裁量で健診の年度、学年を決められるが、遠方のため健診医の2~3泊の宿泊を伴う、医師の確保が難しいといった問題点もある。最も多い年度で12町村が利用された。しかし、かつて利用したが、個別契約に移行した町村が11あった。

例えば、旭川医大が個別に健診を行っている稚内市に日本最北端の宗谷岬があるが、JR特急が1日2往復しかなく、片道4時間かかる。同じく、旭川医大が健診をしている根室市へは、旭川市からJRで札幌に行き、札幌から新千歳空港に行き、飛行機に乗って中標津空港に行き、そこから車で根室市まで、片道合計で約7時間かかる。

根室市の健診は、旭川医大の医師が非常に熱心で頑張っておられ、2000年から、2日間で根室

市内11の小・中学校、小4・中3、計319名の健診をされており、「健診がなければ先進国ではない」と言って、毎年新聞記事になっている。

北海道の学校健診実施率は、市町村ベースで55.9%、学校数ベースで73.9%、耳鼻科学校医配置率は45.1%である。昭和30~50年代の北海道の耳鼻科医のご尽力で体制が構築され、毎年健診に行っている先生のおかげで現在の実施率が保たれているが、実施率に地域格差がある。

北海道の耳鼻科学校健診についてまとめると、北海道は広く、市町村数が多いため、健診が広がりにくい。耳鼻科医は札幌・道央(北海道の西側)に偏在している。耳鼻科健診に積極的な耳鼻科医は少ない。責任感の強い医師が頑張っている。過疎化、少子化で郡部に児童生徒が少ない。教育行政の財政が厳しいのか、帯広市には古い校舎が多い。北海道学校保健会によると市町村教育委員会の関心が低く、新たな希望は上がってこない。北海道では耳鼻科医療が充実している都市部で健診が行われ、耳鼻科がない郡部では健診が行われていない。

沖縄県における耳鼻咽喉科学校健診の現状、大きな問題点、今後

真栄城耳鼻咽喉科 真栄城徳秀

沖縄県は人口が147万人、沖縄本島に134万人、38の離島に13万人住んでいる。小学生が100,367人、小学校が266校、中学生が50,405人、中学校が150校、合わせると小中学生が150,772人、小中学校が416校となる。人口に占める小中学生の割合は全国一(10.3%)である。38の離島のうち27の離島に小中学校がある。児童生徒数は12,460人、県全体の8%である。これに対して学校数は120校で、県全体の29%を占めていた。耳鼻科医は人口約5万人の石垣島と宮古島にそれぞれ2、3名ずついるが、残りの25の島は耳鼻科医が不在である。

人口10万人あたりの医師数は、全国平均が274.7人に対し、沖縄県は274.5人と、ほぼ同数であった。これに対して耳鼻科医数は全国平均が9.0人、沖縄県は7.29人で約20%少なくなっていた。

耳鼻咽喉科学校健診の現状である。琉球大学耳

鼻科で3万名弱、開業医で約11,000名の健診を行っている。残りの11万名余りの児童生徒は内科健診の中で耳・鼻・咽頭の健診を受けており、これが大きな問題である。沖縄県の耳鼻科医数は開業医48名、勤務医55名である。

令和5年に日本耳鼻咽喉科学会と医会合同で全国の公立小中学校を対象にした「耳鼻咽喉科学校医配置状況等の全国調査」が行われた。それによると耳鼻咽喉科学校医配置率は全国平均が79.8%に対し、沖縄県は僅か2%。400校余りある小中学校のうち、耳鼻咽喉科学校医が配置されているのは9校のみであった。

耳鼻咽喉科学校健診実施率（学年を絞った重点健診を行っている学校も含まれている）は全国平均が88.8%と高い数字であるが、沖縄県は37%であった。学校数ではなく生徒数でみると、さらに下がって27%であった。

なぜ耳鼻咽喉科学校医が2%の小中学校にしか配置されていないのか。学校医複数制が導入された際、沖縄県はまだアメリカ統治下にあり、本土復帰しておらず、復帰前の学校医一人制が現在まで続いている。そのため学校医は内科医又は小児科医が任されており、耳鼻科医に学校医の依頼が来ることは非常に少ない。沖縄県以外の都道府県では内科・小児科、耳鼻科、眼科の3校医制となっていることを教育委員会自体が把握していない。

なぜ耳鼻咽喉科健診実施率が27%と低いのか。教育委員会が耳鼻咽喉科学校健診の必要性を感じていないため、医師会に健診を依頼しようとせず、50年以上前から続く内科健診の中で耳・鼻・咽頭の健診を行うやり方を変えようとししない。もう一つはモチベーションの低い耳鼻咽喉科開業医が少なからず存在するからである。ただでさえ耳鼻咽喉科開業医は少ないのに、医会から健診を依頼すると「医会に入っていない」「仕事が忙しくて今はできない」と断る医師がいる。一部のやる気のある人たちが頑張っても、埒が明かない。

取り組むべき課題としては、①耳鼻咽喉科学校健診実施率の現在の27%を100%にする。②耳鼻咽喉科学校医配置率を上げるために、耳鼻咽喉科学校医を増やすことは重要であるが、もっと重要なことは「耳鼻科医によって耳・鼻・咽頭の健診を行う」ことである。学校医は無理でも、健診医

として耳鼻科医による健診を優先すべきである。③医師会又は耳鼻科医会に入っていない開業医が10数名存在する。教育委員会からの依頼を受けて、地区医師会、耳鼻科医会あるいは大学医局が耳鼻科医に健診をお願いするシステムになっている。地区医師会に入会していない耳鼻科医にも健診を依頼して構わないように、教育委員会と契約の見直しが必要と考える。

今後すべきことは、まず法改正である。学校保健安全法施行規則で耳・鼻・咽頭の健診は行われなければならないことにはなっているが、耳鼻咽喉科医が行うべきとは書かれていない。耳鼻咽喉科学会、医会、日本医師会の連名で文部科学省に「耳・鼻・咽頭の健診は、耳鼻咽喉科医が行うことが望ましい」と法改正を提言していただきたい。

次に教育委員会への啓発活動である。耳・鼻・咽頭の健診には特別な器具が必要である。そのため、他科の医師では見落としが起りやすいというイメージを持ってもらうことは重要である。

もう一つ重要なことは耳鼻咽喉科医の意識改革である。耳・鼻・咽頭の健診は耳鼻咽喉科医が行うべきものという基本的なことを再認識して、「健診は診療の一環」、したがって、「健診依頼が来たら可能な限り引き受ける」という気持ちを日ごろから持つておくことが大切である。

[報告：副会長 沖中 芳彦]

講演1

体とこころの学校健診～学校医が子どもを救う～

国立病院機構南和歌山医療センター

小児アレルギー科・小児科医長 土生川千珠

人が幸福に生きる(Well Being)にはBioPsychoSocialな健康が大切である。不登校は近年急増しているが、不登校のきっかけ・要因は子どもの・保護者の認識では体のつらさ、不安、起きられない・眠れないが7割以上占めており、病院に受診できていないが86%ある。こころのつらさから身体の不調が起り、それが不安を増大して不登校となっていく。思春期こころの学校健診を始めて不登校になる前の予防をしている。「学校けんしんくん」というソフトを使い、生徒に端末から回答してもらいそれを学校でチェックして、児相、ソーシャルワーカー、スクールカウン

セラール、医師など最適な介入者を選定する。

神経発達症のある子は睡眠の困りごとを持つことが多く、コミュニティで困った時が介入のタイミングであり、グレーゾーンの診断は専門医を紹介する。起立性調節障害には新起立試験を行う。高校進学を機会に軽快する例が多く、「大きな病気ではない、大丈夫」という声掛け、自分で考え治療に参加することが大事で、1日2Lの水分摂取が基本治療である。起床困難、午前中の倦怠感、立ちくらみ、頭痛がある中学2年生女子の症例では、介入のポイントとしては、就寝時間の確保（部屋の電気を消す、起床アラームを6時50分に1回のみセット）、部屋の電気は間接照明にして携帯電話の使用は就寝30分前には終了することを約束（ゲームは制限しない、本人の唯一の楽しみなので）、朝食はスープでもいいので摂る（無理に食べさせない）であった。

プライマリケア医による早期介入により欠席日数が減少、学校健診・予防的介入で身体症状、不安症状が軽減した。困りごとを持つ子は敗北感と不安を持っており、安心感と自信を持たせることが重要である。診療報酬では小児特定疾患カウンセリング料が増点されている。今までの学校健診では心身の評価はなく、不登校・自殺の増加があり、学校健診でバイオリズム・身体症状への早期医療介入をすることで子どもの健康を守ることが重要である。

講演2

発達障害の児童生徒と心の健康

～学校生活につまずきやすい子どもの健康をどう守るか～

明治学院大学心理学部

教育発達学科教授 小林潤一郎

子どもの発達障害のタイプには、知的発達症、限局性学習症（SLD）、注意欠如多動症（ADHD）、自閉スペクトラム症（ASD）とあるが、日本の法律では知的発達症は発達障害に含まれない。SLDには読み、書字表出、算数の機能障害を伴うものがあり、読みの機能障害では、文字から音への変換困難、音韻認識の発達異常があり、読み書きにひどく時間がかかり、読み誤り、読みとぼしが多く、単語の区切りを誤ったりする。ADHDは不注

意、多動、衝動性があり、叱責が多いので自己肯定感、学習意欲が下がり二次性併存障害を来すことがある。ASDは社会性（人とつながる力）の障害があり、友達付き合い、学習参加、学習内容の理解が難しく、感情のコントロールも難しく、感覚過敏・感覚鈍麻がある。発達障害には幅があり、症状の薄い軽度の人が多い。

2022年に行われ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調査では学習に著しい困難を示す児童生徒が8.8%で2012年から2.3%増加している。発達障害があることで学校生活に不適應を生じやすくなる。そういった子はストレスがかかりやすいのに対処する術を身に付けにくい。不安や混乱がかんしゃく、そわそわなど行動化されたり、こだわりが強いために行き詰っており、身体症状がでやすいので不登校になったりする。発達障害の子どもの心の健康を守るには、子どもが理解しやすいよう指導法、教材を工夫する、子どもが学びやすい環境を整える、援助要請、相談力、自己理解について学ぶ機会を設けるなどが必要である。

小学校における特別支援教育体制は、ほぼすべての小学校で校内委員会の設置、実態把握の実施、特別支援教育コーディネーターの指名、教育職員免許法施行規則の改正などが行われている。個別に配慮・支援していても発達期ゆえの難しさもある。生活をともにして子どもを教える教師には学習と心の健康のバランスが取れているか分りにくい。入学、新学期など生活環境が変化する時ストレスが高まりやすく、ASDでは入学直後に学校生活への参加の困難が、小学3年生ごろから友達関係の困難が、SLDでは小学2年生ごろから学業の困難が顕著になりやすい。

演者は知的障害特別支援学校において校内巡回方式による精神科健診を行っており、保健調査票による情報収集、養護教諭との打ち合わせ、教室で授業参加状況を観察し、下校後に担任とのミニカンファレンスを行っている。

通常学級に在籍するASDの子どもの場合は、学習環境の調整を働きかけてみることで、学校・教師を支えることが重要である。

[報告：常任理事 河村 一郎]