

## 分科会報告

---

**第1分科会**  
**『からだ・こころ(1)』**  
**こころ・心臓・腎臓・実態調査**

座長

熊本県医師会副会長 前田 利 爲

熊本県小児科医会理事 北野 昭 人

前年度の第41回群馬大会で「からだ・こころ」の分科会が3つになったが、今回も発表演題が27にのぼり、3分科会と引き続き行った。

この第1分科会では、実態調査1題、心身について6題、心臓検診と腎臓検診関連各1題の合計9題について研究発表が行われ、活発な質疑応答がなされた。

**第1席 熊本県における学校保健の現状 ～県下  
全学校及び学校医に実施した学校保健ア  
ンケート結果よりみた意識の違い～**  
(熊本県医師会 樽 美 光 一 先生)

学校と学校医との連携は不可欠な事であるが、両者が十分な認識を持って活動しているかの実情を熊本県で調査を行った。

県内小・中・高・特別支援学校722校と学校医774名にアンケート調査をし、その効果が見えてくるものを報告した。

- ① 学校保健委員会に出席している学校医が少なかった
- ② 脊柱側弯症検診はほとんどの学校で行われていた。
- ③ 生活習慣病検診は、実施した方が良いと考えているが、普及率は低い。
- ④ 学校危機管理対策には学校医はほとんど携っていない。
- ⑤ 学校保健安全計画については学校医は知らないし、学校医の意見は反映されていなかった。
- ⑥ 学校医からは学校からもっと色々要望が欲しいという反面、学校からはもっと積極的に関わってほしいと意識のくい違いが見られた。

今回の調査の総括としては、学校医に任務の重要性を再認識してもらうよう努力せねばと報告された。

**第2席 東京都多摩市小中学生における頭痛実態  
調査**

(東京都医師会 桑 原 健太郎 先生)

小児の頭痛の実態については不明な点が多いことを考え、東京都多摩市の小中学校生徒7,564名(9,878名中)で、実態調査を行い、小児の頭痛の実態を明らかにし、生活改善に結ぶべく、結果考察を行った発表が東京都医師会桑原健太郎先生よりあった。

- ① 頭痛の有病率には学期間に差はみられなかった。
- ② 小学生より中学生が有病率は高かった。
- ③ 学校生活への影響では頭痛のあるでは半数～2/3の児童で楽しく過ごすことができていなかった。
- ④ 欠席経験も多く、欠席日数が多いが不登校の原因となる頭痛もあった。ただ、発熱に伴う頭痛による欠席経験の方が多い結果であった。
- ⑤ 家族内頭痛持ちの傾向があった。

今後の検討により、小児の頭痛の理解と生活指導に反映につながると考えられる報告であった。

**第3席 学校こころの検診に自我構造分析(エゴ  
グラム)を取り入れた試み**

(岩手県医師会 齊 藤 恵 子 先生)

岩手県医師会齊藤恵子先生は、地元の女子高等学校の校医をされている中で、一年生の自己肯定感の低さに着目され、こころの検診に自我構造分析(エゴグラム)を取り入れ、生徒と教師相手に自立性の確立を促す努力なされた結果について発表された。

1)自分の役割を果たせているか 2)自分を知っているか 3)人と共感できるか 4)人と仲良くできるか 5)自分の持ち味を十分に生かすことができるか、の5点を根底にして、エゴグラムから今の自分の自我状態を理解させ、教師も参加、学習し



て、知識の共有を図っていた。

- ① 1年生7名のエゴグラムの解説を示した。
- ② 3年生5名のエゴグラムを示し、3年間の指導とその成長の跡を示し、良好な自我分析の有効性を強調した。

今の自分を知り、理想とする自己肯定、他者肯定の人格像の目標を持つことができた。と結論づけた。

#### 第4席 学校メンタルヘルスのかさ上げ活動— 個別児童生徒への内面理解が学校を変える—

(三重県医師会 長尾圭造先生)

三重県医師会長長尾圭造先生は5年間にわたって取り組んできた中学校で、生徒、教師、家庭の三者を含んだメンタルヘルスのかさ上げ、活動について発表された。

教師と医師会が①生徒の学校生活の居心地調査②学校生活の意欲調査、③自己肯定感（満足感、達成感、適切対応感）調査、④不安、抑うつ症状などの健康症状の調査をし、同時に保護者にも生徒の学校生活、家庭での学習の状況のアンケート調査を行い、内面の理解した上で個別指導をしやすくする試みを続けた。

その結果、

- ① 生徒が先生を見る目が公平で、生徒を理解しようとする態度として映った。

教師は生徒が学校生活が楽しく、目標をもって学校生活を送り、授業内容の理解度が上り、部活動、体育祭、文化祭の充実につながっていく姿を見ることができた。

#### 第5席 不登校の予防

(徳島県医師会 二宮恒夫先生)

徳島県医師会メンタルヘルス対策班の二宮恒夫先生は永年携ってきた不登校の予防についての試みを発表された。

- ① 不登校のとらえ方について言及された。

学校生活の中での身体病状と心理的環境を知る為、子どもの声、母親の声と家族病理の評価から

手順を示された。

#### 第6席 発達障害を抱える子どもたちと学校介入 (埼玉県医師会 平岩幹男先生)

埼玉県医師会の平岩幹男先生は、発達障害を抱える子どもの学校生活への学校医の関わりについて発表した。

学校現場は医療機関と連携なしには対応ができない訳で、就学に結びつかない場合もある。

個別の対応と連携の為の情報提供、研修の積み重ねで適応を高めていく努力が学校医にも求められる。又、小中学校では必ず卒業できるので、就学猶予の方法もあるので、子どもの発達状況を考えながら、通常学級の就学と就学後の対応を行っている。

特別支援学校の就学も適応を十分考えて、行うべきである。

#### 第7席 秋田県の学校における震災後の子どもの 心の状態についてのアンケートについて (秋田県医師会 小泉ひろみ先生)

秋田県医師会の小泉ひろみ先生は東日本大震災の被災地から非難してきた転校生の心の状態を知る為に、秋田県内の全ての小中高学校の生徒に2回のアンケート結果を行い、その結果を発表した。アンケートは日本小児精神神経研究会のものを使用した。

- ① 以前から秋田在住の児童では割合は少ないもののストレス症状を呈した者がおり、その中に震災以前から心理的な問題を抱えていた者が含まれていた。
- ② 小学生児童の場合、被災地より転校してきた児童では、震災直後は3%、3ヵ月後0.6%でPTSDの症状があったが、1年後は0%となった。
- ③ 中学生児童の場合、被災地より転校してきた児童では、震災直後は5.1%、3ヵ月後2.5%、1年後5.1%に症状があった。
- ④ 高校生の場合、被災地より転校してきた生徒では被災直後は15.3%、3ヵ月後7.6%、1

年後5.9%に症状があった。

- ⑤ 特別支援学校の生徒では被災地よりの転校児童含めて、症状はほとんどなかった。  
PTSDは被災後年を追って増加するといわれているので、今後も専門的に診察していくよう留意すべきであろう。

②尿潜血のみ③尿蛋白+尿潜血の3つで作成した。

- ③ 診断名は暫定診断と確定診断に区別した。  
蛋白尿を中心にする事で手間、労力削減が期待される。

#### 第8席 京都市小学校大文字駅伝出場選手の心臓 検診

(京都府医師会 林 鐘 声 先生)

京都府医師会学校医部会心臓検診委員会委員の林鐘声先生大文字駅伝出場の京都府小学生6年生選手の心電図検診と聴診を実施したので、その結果と精密検診について発表した。

大会に登録された正選手と補欠選手、昭和62年～平成24年の25年間の15,430人で心臓事故防止を目的に検証した。

- ① この25年間に心臓事故はなかった。  
② 精密検査を施行したのは339例で、先天性心疾患23例(6.9%)、不整脈169例(43.9%)、心電図異常57例(16.8%)であった。  
③ 出動禁止した4名を含めて管理指導すべき心疾患が185名に認められた。  
④ 運動能力が高く健康と考えられる選手集団は迷走神経過緊張状態にあるスポーツ心臓の関与がある為、精検率が高かった。

適度な運動の検討を念頭において、今後とも心臓検診を継続していくことが必要である。

#### 第9席 蛋白尿を中心とした学校腎臓検診の全県 統一フォローシステムの確立

(静岡県医師会 和 田 尚 弘 先生)

静岡県医師会学校腎臓検診結果小委員会委員、和田尚弘先生が腎臓検診の中で蛋白尿中心にした第三次健診フォローの統一システム確立に向けた運用について発表した。

- ① 多くの地域で採用されているB方式を三次健診用紙に変更して、県内統一フォローをできる体制にしていく  
② 三次健診のフォローチャートは①蛋白尿のみ



第2分科会  
『からだ・こころ(2)』  
健康教育・生活習慣

座長

宇城総合病院名誉院長 村上幹彦

第1席 大阪市立中学校におけるMRワクチン  
(3期) 集団的個別接種の試み  
(大阪府医師会 武本優次先生)

大阪市では平成20年度から21年度の2年間の第3期接種率が70%前後と低迷が続いていた。これには大都市特有の事情があり、人口規模が大きいため予防接種台帳の整備が不十分で積極勧奨ができず、集団接種を行うにしても学校数が多く不可能に近い状況であった。有効な接種率向上の方法が打ち出せない中で、大阪府医師会は大阪府小児科医会の提案もあり、行政との話し合いで学校に巡回診療所を開設し学校医が主導となる集団的個別接種の方法を用いることにした。

施行は平成22年度から始まり、大阪府行政(保健所)、大阪府教育委員会との打ち合わせの結果、23年度2学期から実施された。個別接種の積極勧奨で解決できなかった未接種者に対して集団的個別接種を行うことを基本方針とした。市立中学校128校中88校で述べ90回実施され、市立中学校接種対象者18,970名中2,257名(11.8%)にこの方法で接種された。その結果、接種率は平成20年度68.9%、21年度70.4%、22年度79.9%、23年度89.2%と向上し、95%以上の接種率を達成できる可能性も示唆されたという報告であった。大都市ならではの困難な状況を述べられ、その解決に向けて多大の労力を費やされた経過と結果についての示唆に富む発表であった。

第2席 愛知県医師会が医学部4年生へ『学校保健』を教授する目的  
(愛知県医師会 吉田貴先生)

愛知県医師会では平成15年から毎年、藤田保健衛生大学医学部4年の学生へ「地域医療・安全管理」講義内の4コマを受け持ち講義を行ってきたが平成24年度から学校保健に特化して6コマ(1コマ:90分)の講義を行うことになった。

授業計画は次の通りである。講義1 愛知県医師会会長「地域保健・地域医療と医師の役割」、講義2 学校保健部会幹事会「学校健診、検診の役割」、講義3 同幹事会「学校保健会からの視点での学校保健」、講義4 学校保健部会健診委員会「地域における医療の分担、小児医療センターの立場から」、講義5 学校保健部会理事「行政医療の視点からの学校保健総論」、講義6 同理事「行政医療の視点からの学校保健総論、救急医療と学校安全の関連について」

今後への課題として、学生は疾病、治療の話には興味を持った様子であったが、予防医学・健康管理については関心が薄いと思われたので、講義に先立って学校医に同伴して春の定期健診に立ち会う実地研修を体験させて意識改革を図ることも重要であろうと述べられた。

まとめの中で、次年度コマ数追加に余裕があれば更に講師を充実して「学校保健教育プログラム」を確立したいと考えているという報告であった。

第3席 「親子で体験 健康教室」その意義と今後の課題  
(鹿児島県医師会 佐藤昭人先生)

始良郡医師会は平成元年から学校医、学校関係者、児童生徒、保護者などが一体となり「親子で体験 健康教室」を実施し今年で22回目を迎えた。第3回から学校へ出向いて健康教室開催をしており、その具体的内容の紹介とその意義および今後の課題についての発表であった。

平成23年度の内容は次の通りである。午前中に開会行事の後、「こころ」の教室を親と子に分けて全員に実施、その後6班に分かれて「栄養」



「超音波、放射線」「手洗い・うがい（感染予防）」  
「たばこ」「小児生活習慣病」「歯科」の各教室を  
20分ごとにチャイムの合図で移動し全教室を一  
巡する。午後は全大会として管理栄養士の説明を  
聞きながらヘルシーランチを皆で食べ、食事の後  
は懇談会となり、講師陣が参加者の質問に答える  
質疑応答の時間を設け、最後に閉会行事があり受  
講証の授与などを行い終了する。

毎回100名以上の参加があるが、課題として参  
加できなかった人たちへの内容伝達の方法が構築さ  
れていない、教室開催後も健康に対する取り組み  
が継続してなされているかのフォローがされてい  
ない、年1回の開催のため地区内全校での開催が  
困難であるなどの点を挙げられた。

一教室20分という時間は参加者に緊張感と期  
待感を持続させるのに丁度よい時間と思われた。

#### 第4席 思春期世代の生活リズムと電子メディア 接触状況—中学校での4年間の啓発と変 化について—

(島根県医師会 中島匡博先生)

島根県益田市内のA中学校1～3年生に平成  
20年と24年に生活リズムとメディア接触に関す  
るアンケートを実施した結果の報告であった。

また平成20年度から毎年1年生にメディア授  
業を行った。

メディア長時間接触は休日に高学年ほど高率で、  
携帯電話所有率は高学年ほど高率であった。平成  
20年から24年で長時間接触の割合が減少し、短  
時間接触の割合が増加し啓発効果が考えられた。

高学年ほど睡眠不足、倦怠感を訴え、朝の目覚  
めがよくない傾向を認め、長時間メディア接触に  
よる影響の可能性が考えられた。

以上の発表であった。

---

#### 座長

熊本県小児科医会副会長 杉野茂人

---

#### 第5席 生活習慣チェックシートを用いた生活習 慣病予防に関する取り組み

(三重県医師会 富樫健二先生)

生活習慣病の初期の兆候は小児期に見いだされ  
ることもあり、基本的な生活習慣が形成される学  
童期からの対策が必要である。三重県では、こう  
した課題に対応するため、適切な生活習慣を早期  
から身に付けられるよう「生活習慣チェックシー  
ト」を用いた取り組みを行い、いくつかの生活習  
慣関連項目と肥満ややせといった体型項目との関連  
性を示し、生活習慣の重要性を明らかにしてきた。  
しかし、これまでの検討では横断的な手法を用い  
ていたので生活習慣要因と肥満（やせ）との因果  
関係を直接説明できなかった。これに対し、今回、  
同一個人の体型について期間を空けて（4月と翌  
年1月）複数回計測することで体形変化の差異を  
抽出し、生活習慣要因との関連性を明らかにした。

その結果分かったことの一部として、食事にか  
ける時間が短い、食事の量が多い、味付けの濃い  
ものが好き、炭酸飲料やスナック菓子が好き、体  
を動かすことが好きでないと4月の段階で答えて  
いた児童は、翌年1月の段階で他の生徒より体重  
の増加量が多かった。このように、4月の段階に  
おける生活習慣チェックシートの有効活用で将来  
の体重増加量のある程度予想し、肥満や生活習慣  
病の予防につなげていくことが可能であると報告  
している。

#### 第6席 長野県飯田医師会域内で実施された過去 5年間の学童検診から～BMI標準値との 対比による体格変化の検討～

(長野県医師会 原政博先生)

長野県飯田医師会は、飯田市内の学童脂質検診  
を2007年度から実施している。この5年間で男  
児2,486人、女児2,456人の集積されたデータか  
ら、小児の体格変化を97, 90, 75, 50, 25,



10, 3パーセンタイルに対応するBMI値の推移から検討した。過体重をBMI $\geq$ 85パーセンタイル、肥満をBMI $\geq$ 95パーセンタイルと定義し、各年度に於ける過体重児と肥満児の発症頻度と、全児童を含めた各々のカテゴリー内の平均BMI値を、男女別に求めた。

日本成長学会・日本小児内分泌学会合同標準値委員会が2011年に公表した「日本人小児の体格の評価に関する基本的な考え方」の日本人小児BMI成長曲線による検討では97, 90, 75パーセンタイル値は男女とも1980年代、1990年代、2000年代と年代が進むにつれて上昇しており、日本人小児の肥満傾向は遅くとも1980年代前半から始まっていると述べている。これに対し、今回の検討によるデータでは小学6年生に於ける過体重児と肥満児の平均BMI値、BMIの97, 90, 75, 50, 25, 10, 3パーセンタイル値は、2007年から2011年にかけて上昇傾向は示していない。近年における飯田市学童の過体重～肥満児の出現率は増加していないと言える。このような結果が最近の全国的な傾向と重複するなら、2000年標準値に基づく肥満度は過小評価される可能性がある。肥満度は学術的には世界標準ではなく我国特有の指標である。小児の体格変化の記録を残す際には、肥満度だけではなく、標準値に左右されないBMIも併記すべきと報告している。

**第7席 長野県飯田医師会域内で実施された過去5年間の学童検診から～脂質パラメータに対する採血時刻の影響評価～**  
(長野県医師会 原 政 博 先生)

小児メタボリック症候群診断基準の脂質項目の判定基準は、空腹時採血を条件として、中性脂肪(TG)が120mg/dl以上ないしはHDLコレステロール(HDL-C) 40mg/dl未満であるが、2010年に厚生労働省研究班より採血が食後2時間以降である場合は、TG 160mg/dl以上を基準とするとの附則が追加された。長野県飯田医師会は、飯田市内の学童脂質検診を2007年度から実施している。この5年間で集積された男児2,486人、女児2,456人のデータから、採血開始時刻が午前10時前・

後で小学校を2群に分け、学校での採血時間が脂質パラメータに与える影響を評価した。今回の分析では女児、男児別に採血開始時刻が午前10時前の群と午前10時後群それぞれでTG、HDL-C、BMIの平均値( $\mu$ )標準偏差( $\delta$ )、群間差、正規分布での95%信頼区間の上限値に対応するTGとBMIの $\mu + 2\delta$ の値と、下限値に対応するHDL-Cの $\mu - 2\delta$ が検討された。その結果、男女児共に、10時“前”群と10時“後”群の両群間にはBMIに有意差はなく、HDL-Cは採血時刻の影響を受けないが、TGは有意差をもって10時“前”群で高値を示し採血時刻の影響を受けることが示された。

これらの結果から、前記のように厚生労働省研究班より2010年に附則が追加された小児メタボリック症候群診断基準で採血が食後2時間以降である場合は、TG 160mg/dl以上をスクリーニング値とするのは、今回の分析結果(TGの $\mu + 2\delta$ )と比較すると、男女児共に10時“前”群(女児189.0mg/dl、男児177.1mg/dl)よりは低く、10時“後”群(女児153.9mg/dl、男児154.9mg/dl)よりは高くなっているため、食後の経過時間に依存して過大評価～過小評価の結果を招く可能性があり、非空腹時のTGのスクリーニング値を決定する困難さが推察されると報告している。

**第8席 熊本県内小中生への喫煙に関するアンケート調査**

(熊本県医師会 高 野 義 久 先生)

2010年4月～2011年3月にかけて喫煙防止のための講演を行った熊本県内の小中学校13校(小学校5校、中学校8校)において喫煙に関するアンケート調査を実施した。対象者は小学校5～6年生185名及び中学校1～3年生1,429名、合計1,614名である。その結果、受動喫煙暴露に関する質問には47%の小中学生が「はい」と答えた。「家族でタバコを吸う人がいますか」の質問では58%が「はい」と答えている。中学生1,429名に自分の周囲で喫煙する人を質問した結果、父が49.8%、学校教師29.0%、部活指動者18.2%、母17.6%、祖父14.1%、塾講師7.6%、友人7.0%、兄5.7%と続いた。「一度でも喫煙した経験が



あるか」との質問には小学生0.1%、中学生6.6%の生徒が喫煙経験ありと回答した。さらに初めての喫煙に関する問いでは、保育園・幼稚園時代25名（小学生0名、中学生25名）、小学校時代44名（小学生11名、中学生33名）、中学校時代50名（中学生50名）であった。

以上の結果より熊本県内の小中学生の家族には喫煙者が多く、半数が受動喫煙を受ける環境で生活していた。家族以外では、学校教師や部活指導者の喫煙を多く経験していた。喫煙経験者は幼少時から開始している者もあり、すでにニコチン依存症に陥っていると考えられる生徒もいた。

家庭や学校で大人が喫煙をする環境は子どもの喫煙開始に重要な要因となる。未成年者の喫煙防止のために、家庭、学校やクラブ活動ではタバコのない環境作りを進めていく必要があると報告している。

#### 第9席 佐賀県下小学6年生を対象にした防煙教育の試み—アンケート調査からみえること—

(佐賀県医師会 徳 永 剛 先生)

佐賀県では、平成18年度から県内すべての中学1年生を対象に防煙教育が行われている。全国調査では2010年の中学生の喫煙経験率は男子10.2%、女子7.2%であるが、平成18年度（2006年）に全県下で実施した調査では、中学1年生の時点で6.3%（男子8.5%、女子2.9%）の者がすでに喫煙を経験していた。そこで平成21年度より県内すべての小学6年生へ防煙教育を拡大し、防煙教育実施時に全児童を対象にアンケートを行った。その結果、タバコを吸ったことがあると回答したのは3.1%、タバコを吸ってみたいと回答したものが4.2%であった。喫煙経験のある児童の吸った理由は、「何となく」が最も多く、次に「興味」、「親や友達のすすめ」の順であった。初めて吸った時期は、男子は小学5年生が最も多く、次いで入学前、小学4年生と続いた。女子では小学校入学前が最も多く、次いで小学5年生、小学4年生と続いた。受動喫煙を受けている児童は67%、喫煙者は父親47%、祖父17%、母親15%の順に

多かった。講義前後のKTSND総合スコア（社会的ニコチン依存度調査票を用いた評価）（点数が高いほど喫煙を肯定的にとらえている）では、講義前、平均4.85（男子5.22、女子4.47）に対して、講義後3.0と有意に低下していた。また講義前のスコアでは受動喫煙のあるもの5.07に対しては4.41であった。その他、喫煙願望者11.2、ない者4.56、喫煙経験者7.59、ない者4.75であった。本研究により、防煙教育直後の将来の喫煙予測やKTSNDスコアの改善効果が大規模集団で確認できたと報告している。

#### 第10席 学校医による新成人への喫煙防止アプローチとアンケート調査結果の報告 (和歌山県医師会 大 谷 和 正 先生)

和歌山県日高医師会が学校医を担当する1市6町において、2012年1月の成人式で新成人を対象として喫煙に関する実態調査を行い喫煙防止のアピールを実施した。成人式出席者の67.0%から有効回答が得られ、13%が現在喫煙していた。過去に喫煙し現在は禁煙していたのは5.9%であった。生育家庭に喫煙者がいたのは67.0%で、喫煙者がいたことは喫煙歴および現在の喫煙習慣と有意な関連を認めた。非喫煙のグループでは、将来の喫煙の危険性が伺える回答を認め、喫煙に負のイメージを持つ割合は高いとは言えなかった。学校医によるスライド映像を使った喫煙防止の授業を受けたことがあると60.7%が回答し、喫煙経験の有無によって割合に有意な差は認めなかった。各市町の小中学校の学校医が、教育委員会の協力を得て調整と工夫をした結果、成人式当日に会場において10分間前後の喫煙防止のアピールを実践できたと報告している。



**第3分科会**  
**『からだ・こころ(3)』**  
**運動器検診・スポーツ傷害**

座 長

熊本県医師会理事

林 邦 雄

**第1席 熊本市における子どもたちの脊柱側わん  
症検診**

(熊本市医師会 中 村 孝 文 先生)

熊本市における側わん症検診システム方法、及び側わん症早期発見のcheck pointの説明が行われ、治療として、骨成長が終了していないカブ法で20度前後のものを早く見つけて早く治療を行っている」と説明された。学校検診の問題点として、学校で検診して二次検診を勧めても、なかなか行かない。これが問題。又、オーバートリートメントも問題であり、たいした角度でないのに側わん症と言われ、本人が精神的ダメージを受けたり、家族に必要以上の心配をかけたりすることがある。二次検診する医師は、ちゃんと本人、家族に説明する必要・義務があることに言及された。但し、見逃し防止という点からオーバートリートメントもあるかもとつけ加えられた。

**第2席 精神発達遅滞児に対する整形外科医の関わり**

(徳島県医師会 高 田 信二郎 先生)

整形外科医が精神発達遅滞者の検診に関わるのは、次の理由からだ」と強調された。「精神発達遅滞児は関節がゆるい、転倒しやすい、関節の老化が促進される。それ故骨折と変形性関節症を将来危惧する必要がある。そして、それを予防するためには、先ず詳細な四肢関節機能の評価を行う必要があるし、それが、見出されたならば立位・歩行バランス訓練を講じるような転倒予防策を立てる必要があるということ、それから関節の軟骨の変性防止のため、装具処方等で関節の安定性を改

善する必要がある」と強調され、日常生活動作(ADL)の自立や生命の質(QOL)の改善を実現するために不可欠であると述べられた。又、遺伝子異常を原因とする精神発達遅延の原疾患、脆弱X症候群とダウン症候群についても詳述された。

**第3席 宮崎で実施している学校における運動器  
検診について**

(宮崎県医師会 山 本 恵太郎 先生)

宮崎県でも「学校における運動器検診体制の整備・充実モデル事業」に2007年より参画していて、宮崎方式は小・中学校対象者全員のアンケート調査および、直接運動器検診を実施し、その結果から二次検診としての医療機関受診を判断されている。検診システムは年度毎に少し改善されている、初年度の内科検診時にあわせての運動器検診から、2008年度は整形外科医が必ず来校することを加えて、チェック項目問診表の修正も加えられておられます。又、2010年より、理学療法士や健康スポーツナース、事務などの協力も求められています。

今後は、現在の諸問題を解決し、学校検診体制に取り組むためには、現場や学校医を含めた関係者の相互理解と連携体制づくりが必要と述べられ、運動過多と過少の二極化現象により児童・生徒の健全な運動器の発育・発達が阻害されつつあり、この運動器検診は運動器の形態異常・機能不全・障害の早期発見・運動不足の啓発が可能であり、健全な運動器の発育・発達をサポートし、将来的なロコモティブシンドロームやメタボリックシンドロームの予防につながり、全国に広く展開されることを希望していると強調された。

**第4席 中学校武道と運動器検診**

(埼玉県医師会 柴 田 輝 明 先生)

埼玉県でも平成19年度から運動器検診を行っている。平成23年度は中学校1校を対象に運動器検診を行った。その結果運動器疾患・障害のみならず運動器機能不全・低下の子供たちが多く認められた。例えば両肩が180度以上上がらない、



両肘の動きのバランスが悪い、片足立ちができない、フラフラする、しゃがみこみができない、後ろに倒れる、脊柱前屈で指が床に届かず体が硬い等々の児童・生徒が多くみられた。こういう現状の中、平成24年度より中学校保健体育授業に武道（柔道・剣道・相撲など）が必修化となった。武道必修化は礼儀作法を習得するという、いい意味もあるけれども、問題は外傷疾患を併発する危険大であることだと問題提起された。頭部外傷、頸損などの重症例も多く、又、死亡事故もかなりの頻度で起こっている。それ故、今後の課題は武道の授業での傷害発生をいかに防ぐか、また発生後の医療体制の構築等の整備が重要であると述べられた。最期、整形外科医だけでなく、運動器の専門医、健康スポーツ医、内科、小児科、眼科等の武道に伴う疾患の対応を、県教育委員会、現場の学校とも協議し対応・対策を取りたいと結ばれた。又、日医から文部省をはじめ関係各位への働きかけも要望された。

---

座 長

熊本県臨床整形外科医会副会長 岩 倉 雄一郎

---

第5席中学生の食育、体育促進を目指して、中学生2～3年生の骨密度測定の報告、第6席スポーツ外傷の応急処置であるRICE処置の認知度の調査、第7席スポーツ中に発生する見逃され易い上前及び下前腸骨棘裂離骨折での3DCT検査の有有用性の報告、第8席中学校の武道必修化をうけて、柔道における重症頭部外傷発生例の報告とその予防のための提言がありました。各々の現場での生徒学童のスポーツ障害・スポーツ外傷予防活動には頭が下がります。しかし、学校保健安全法や学校保健安全法施行規則では学校医の内科・眼科・耳鼻咽喉科の三校医制とられていて、スポーツ障害・スポーツ外傷予防活動がなかなか前に進みません。確実に前進させるには各々の現場での活動に加えて、日本医師会、日本整形外科学会、日本臨床整形外科学会等の団体の法整備に向けての一致した更なる活動が必要ではないかと考えます。

第5席 豊島区内中学校における骨密度測定事業  
について—第1報—

(東京都医師会 猪 狩 和 子 先生)

平成22年9月～平成23年11月に東京都豊島区内の8中学校の生徒、男子1,101名、女子1,238名の骨密度測定を行った。測定は超音波骨密度測定装置GE社製（A-1000EXPRESS）の超音波画像診断装置を用い、踵骨の骨密度測定を行った。「スティフネス値」と呼ばれる骨密度指標を算出し、同時に平均スティフネス値と比較した割合（%）「スティフネス同年齢比較」を表示した。その結果「スティフネス同年齢比較」70%未満の低骨密度傾向の者は男子1.3%（14/1101名）、女子0.2%（2/1238名）で男子に多い傾向であった。適度な運動と良好なカルシウム摂取を含めた「食育」を実施するためにもこの事業を継続する予定であると結ばれた。

第6席 小・中・高校生のRICE処置の認知度の  
現状

(広島県医師会 松 本 治 之 先生)

RICE処置とは、外傷時初期に行う次の4つの応急処置の総称である。安静：Rest、冷却：Icing、圧迫：Compression、挙上：Elevation。日本整形外科学会のホームページにも一般の人に向けてのスポーツ外傷の応急処置として推奨されている。ところが、日常診療において初期の処置がなされていないで外来受診する例が多いので、その認知度を調査して発表された。対象は小・中・高校生54人と同伴していた保護者38人である。RICE処置を知っている、は生徒4名で、聞いたことがある、小学生1人、中学生1人、保護者1人であった。『R』『I』『C』『E』は何を意味しているかに関して正解は0名であった。この調査結果から、一般の人にRICE処置が広く認知されているとは言い難い。RICE処置の言葉だけでなく、内容の啓発が大切であると訴えられた。



## 第7席 前腸骨棘裂離骨折の経験

(広島県医師会 周 鉦 文 先生)

上前腸骨棘裂離骨折と下前腸骨棘裂離骨折の2症例の発表で、症例1は16歳男子体育授業中リレーで走っていて右股痛出現。症例2は13歳女子バレーボールでレシーブしようとした時に右股痛出現。レ線と3DCT検査で診断したが、特に3DCTが有用であったと発表された。

## 第8席 柔道における重症頭部外傷—中学校の武道必修化をうけて—

(徳島県医師会 本 藤 秀 樹 先生)

徳島大学脳神経外科の永廣氏らは日本柔道連盟(全柔連)から要請を受け、2003年から2010年の7年間に発症した重症頭部外傷30名を分析した。年齢は7歳から76歳で平均16.5歳であった。男子26名、女子4名で中学一年生と高校一年生がピークで、初心者によく発生している。内訳は急性硬膜下血腫28例、脳挫傷・外傷性くも膜下出血2例であった。開頭術が26例に行われ、転帰は死亡50%、重度障害23%、高度障害14%、正常13%であった。平成24年4月から中学校で武道とダンスが必修化された。全国的には柔道を選択する学校が6割に達するが、徳島県では県内86公立中学校で剣道52校、柔道22校、相撲10校、合気道と空手各1校である。中学生を中心とした柔道競技者の増加に伴い、柔道による頭部外傷事故の増加の可能性がある。学校体育を統括する文部科学省のみならず、現場の指導者、競技者や保護者を含めた柔道に関与する全ての人達が、柔道によって重症頭部外傷が起り得る事を確認し、起こさない為の指導法や、不幸にして起こった場合の適切な対応策を身につけなければならないと警鐘を発している。

## 第4分科会 『耳鼻咽喉科』

熊本大会では全国より71名の参加があり、各演題も内容が深く時間オーバーになるほどの熱心な討議がなされた。全部で9題の演題が出されて、就学前健診に関するものが4題、各県の健診状況の報告に関するものが3題出された。その他に、教職員の発話環境と音声障害に関する報告があり、滋賀県医師会の小児科からは小児アレルギーへの環境影響についてのユニークな報告があった。

今度の耳鼻咽喉科分科会では、マンパワーの減少問題、学校や生徒児童・保護者への耳鼻科疾患のPR不足の問題、現在の耳鼻科健診形態の見直しの必要性それに就学前健診の重要性を求める演題が多くあった。

### 座長

熊本県耳鼻咽喉科医会理事 定永恭明

### 第1席 新生児聴覚スクリーニングを受け学齢期に達した児童の現状 (大阪府医師会 佐野光仁先生)

大阪府では新生児聴覚スクリーニング検査体制が2003年に構築され、検査マニュアルが2006年に完成した。今回、大阪府立母子保健総合センターにおいて2002年から2005年の4年間で高度難聴児が学齢期に達した時の進路動向を調査した。まず精密検査を依頼されるのが年間110～150名あり、そのうち両側高度感音難聴と診断されるのが約20～40名であった。難聴児の進路では年々聴覚支援学校ではなく、地域の学校への進学する者が増えている。これは人工内耳手術を早期に受け早期に聴覚学習を開始できたことによるものと思われる。また聴覚障害を含む重複障碍児の増加も明らかになり現在の問題点となっている。

### 第2席 「言語聴覚士と関わった耳鼻咽喉科症例」について (神奈川県医師会 寺崎雅子先生)

耳鼻咽喉科医師と言語聴覚士の間には、子供の疾患に関し情報を共有すべき症例は多い、今回両者の間で特に言語発達遅滞、構音障害、聴覚障害に対し相談、検査、リハビリテーションを依頼した小田原市立病院の122症例にて検討した。言語発達遅滞57例、構音障害38例、聴覚障害20名があり、どの障害にも聴覚障害を疑う例が含まれ、耳鼻咽喉科医と言語聴覚士の緊密な連携が重要とされている。そして3歳時健診から就学時健診までの期間が長すぎるとの指摘があった。

### 第3席 教員の発話環境と音声障害についての検討 (徳島県医師会 宇高二良先生)

保育士、教員など長時間にわたり音声を酷使する職業従事者に対しその職場環境を検討するために、データログ機能を持つ補聴器を用いて発話者や周囲の環境音を測定後解析し、保育士では自己発話の平均音圧が75dBとかなり高く他職種に比し音声酷使状況が客観的に証明された。次に実際の保育士、教師の音声障害4症例の提示があり、長い自己発話時間と大きい発話音圧が確認されいずれも声帯に結節病変などがあり、呼吸法や発声法の指導などで改善が見られたことを報告された。この補聴器のデータログ機能を用いた発話収集方法は、簡便かつ有能な発話環境評価法と思われた。

### 第4席 ことばの異常と難聴 (東京都医師会 大島清史先生)

軽度から中等度の難聴は学習面の低下だけでなく、深刻な言語能力の遅れをきたすことがある。演者は自院の小学校健診で言語異常とした26例(歯間生構音17例、置換2例、歪み6例、吃音1名)のなかに、平均聴力30dB以上の聴力障害の有無を検討しその40%に何らかの異常を認めた。そのうち2名のみが難聴の自覚があり、音声言語



検診がその背景にある軽、中等度の聴覚障害の発見につながったことを報告した。音声言語と聴覚が表裏一体であることを再認識させられる演題であった。

#### 第5席 学童におけるアレルギー性鼻炎発症に関連する因子の検討

(滋賀県医師会 楠 隆 先生)

近年の学童におけるアレルギー性鼻炎の有病率の増加は著しいものがある、このアレルギー性鼻炎の発症には周産期、成育歴や運動食事などの生活習慣、摂取栄養が関与していると考えられるために、演者は滋賀県の小学生で入学時に周産期歴、家族喫煙歴、同胞構成、託児所通所歴、予防接種歴、アレルギー疾患の家族歴と、小学2年時には生活習慣(運動、食事)、アレルギー疾患の症状、身体計測などを調査し、これらの情報をそれぞれの因子として、ロジスティック回帰分析を用いて調べると、スポーツ活動を行わないことおよび通学時間が短いことはアレルギー性鼻炎にかかわらないことに関連すると結論された。具体的な機序は今後の前向き調査に期待されている。

#### 第6席 静岡県における就学時健診の実態調査と今後の課題

(静岡県医師会 鳥居 智子 先生)

新生児健診や3歳児健診では重度難聴児は発見されているが、軽度、中度難聴児が見逃されている。静岡県では就学時健診を充実させるため、県下の教育委員会に現在の就学時健診へのアンケート調査を行った。県下35カ所の教育委員会全部からアンケートの回答を得た。その結果、就学時健診を63%の教育委員会は行っていたが、全児童33,022人のうち3,468人(10.5%)の児童が耳鼻科健診を行っていなかった。74%で事前調査が行われているが、中には耳鼻科に関する項目がないものもみられた。音声言語調査では、耳鼻科健診をやっているところでも54.5%がしていない。事後処置の報告をしているところは77%であったが、勧告後の受診は11%でほとんどが

家庭任せであった。

アンケート結果より、各教育委員や現場で基準や方法も違うことがわかったので、そこで同じ基準やレベルに持って行くことが今後の大きな課題であると判明した。そのため我々は就学前健診の際に、①問診票に耳鼻科の項目1つでも入れる。②音声異常の検査を行う。③結果(勧告書)の配布と受診の徹底。④受診結果の入学後の学校への連絡。⑤耳鼻科医のいない地域への応援の5項目を提案したい。

#### 第7席 新潟市の学校健診に関するアンケート調査の結果

(新潟県医師会 大 滝 一 先生)

市町村合併により80万の新潟市が誕生した。それにより耳鼻咽喉科健診について様々な意見が出てきたので、健診に携わる耳鼻咽喉科医師40名に対してアンケート調査を行って38名の回答を得た。項目によっては新市域と旧市域に分けて検討した。一人あたり健診校は平均で3.2%であるが、最も多い人は8校で新市域で4.2校、医師の多い旧市域で2.7校であった。新市域では全員が単独での健診を希望しており、検診方法は、隔年健診や1、4年生中心の重点健診への変更を望んでいた。健診日数は新市域では7.3日であったが、旧市域では全員健診のため10日を越えていた。健診医の疲労度調査では、旧市域で76%に、全員では63.9%が何らかの影響を訴えていた。そこで、旧市域では健診学年、健診日を減らして欲しいとの要望が多かった。他科との比較でも内科医、小児科医の数は耳鼻咽喉科の10倍であり、眼科医数は耳鼻咽喉科医と同数であるが所要時間は3から5分の1であるので耳鼻咽喉科医の負担は大きい。旧新潟市の全学年健診は素晴らしいものではある。しかし、小学校の高学年有所見者のほとんどが鼻炎であり、その多くがすでに受診経験がある。これに見られるように昔に比べ耳鼻咽喉科の疾病も変わってきているので、全学年健診が必要かは疑問が残ることである。そのために奇数学年健診に改め検診回数を減らし、その分の費用や時間を有疾患の高い就学前健診に持って行く



のも一つの方法である。また、児童と父母、教職員に対して耳鼻咽喉科疾患の啓蒙活動をするのが良いと思われる。そのために効率よい健診を行うために、今後、新潟市の学校や教育委員会と協議する時期に来たと考える。

#### 第8席 熊本県内における耳鼻咽喉科学校健診の地域別現状比較

(熊本県医師会 定永恭明先生)

熊本県内の耳鼻咽喉科医に対し、県北、熊本市、県南に分けてアンケート調査を施行した。

県内98名にアンケート用紙を配布して50名の返答を得た。その結果、県北では90%、熊本市で75%、県南では83%の医師が健診を行っていた。受け持ち健診校は県北が5.9校、熊本市が5校、県南が8.8校であった。県北では全員健診が少なく、県南では全員健診が多かった。選別健診をしている理由として、①児童数が多く時間的に全員健診する余裕がない。②前任者の方法を踏襲している。③学校側より選別健診を希望。④特定学年は全員健診しているが、他の学年は希望者のみ健診している。⑤全員健診の必要性はない等の回答があった。音声言語健診の実施は県北33%、熊本市67%、県南で80%、全体平均で58%であった。プライバシー保護をしているかでは、視覚的保護しているが31%、病名記号化しているが41%であった。

校医か協力医かとの設問には、県北が校医と協力医が複数校を担当して集団健診をするという特殊健診形態が見られた。今度のアンケート調査で、低い回答率に見られるように会員の健診への熱意が減少している現実が見られた。その他多くの問題点が見いだされたが、なかでも会員が持つ今の健診方法の疑問への対応や今の健診形態の再検討が必要であることが分かった。次に会員への健診現場でのプライバシー保護や音声言語健診の重要性を浸透させる努力の必要性も判明した。

#### 第9席 耳鼻咽喉科学校健康診断における事後措置の現状と問題点

(熊本県医師会 宇野正志先生)

今回、耳鼻科健診と事後措置の現状把握のため熊本県内の養護教諭161人にアンケートを配布して70校より回答を得た。その結果、事後措置の通知を出しているところは76%であった。医療機関での健診後の受診確認は94.4%であった。受診率の高いのは耳疾患で61.3%、鼻疾患で35.1%、喉疾患で41.3%が受診していた。

眼科との受診率を比較すると眼科が55%、耳鼻科が45.9%であった。

受診を促すために必要なことの質問には、印刷物を用いたり保健指導や健康相談を行い健診前の事前指導を通しての啓蒙が必要。運動や学業の能率低下を保護者に伝えること。それから受診を急ぐものと定期受診で済ませる疾患を知らせて欲しいとの意見もあった。

受診後の確認についての質問には、保護者の報告で済ませているところが31.9%あり、受診の確認出来なかった場合は30.4%が放置していた。全く受診を確認していないところが5.6%あった。その他の意見では、保護者は学校健診と医療機関での診察とを同じレベルと考えている。耳鼻科医と内科医との間で診断基準が違う等の報告があった。今回のアンケート調査より養護教諭より忌憚ない意見を聞いた。また、当初の目的であるお互いの意思の疎通をはかる一助になった。今後はこのアンケートを基によりよい耳鼻科健診の方法を考えたい。



## 第5分科会

### 『眼科』

#### 座長

熊本県眼科医会会長 日隈 陸太郎

熊本県眼科医会副会長 小島 祐二郎

各地から10題が出題されましたが、眼科学校健診で一般的に行われている外眼部疾患に関する演題は第6席の外眼部健診の意義と必要性に連結した眼科健康教育、第7席の10歳代の角膜感染症のほとんどがコンタクトレンズ関連であるためコンタクトレンズのケアの重要性をうたった2題のみで、他は低視力者や読字、書字困難児、視覚発達障害児、心因性視力障害児、小児心身症また、携帯末端による視力機能異常により学校生活に支障を来す例等に関するもので、これらにいかに関科学校医が対処していくべきかという大変重要な問題提起なされた分科会でした。

#### 第1席 小学生の視力、屈折、調節機能について —第2報—

(千葉県医師会 川端 秀仁 先生)

一定の割合で近見視力不良の子どもが存在し、近見視力不良児は視行動に多くの問題を抱えており、その原因に調節機能が関与していることを昨年報告した。今年度は837人の小学生を対象に遠見視力、近見視力、屈折検査、調節効率検査を行った。遠見視力検査は検査距離5mで「370方式」による簡易遠見視力検査を、近見視力検査は検査距離30cmで単一視標「0.3」「0.5」「0.8」を判別する簡易近見視力検査で行った。調節効率検査は検査距離を30cm、視標「0.7」、±2.00D球面レンズを眼前において±を交互に変え30秒間で明視できる回数を検査した。「30秒間に0回」を不良者とし、遠見視力または近見視力B以下のものに対して眼科での精密検査を勧めた。遠見視力良好で、近見視力のみ不良の児童が8%いることが

確認された。また調節効率検査で30秒間に反転回数 $2.75 \pm 1.41$ 回で学年とともに調節効率が向上すること、調節効率検査から調節緊張の状態で過ごしている児童が50.5%と多数存在することが確認された。学校健診後、遠見視力不良で眼科受診する児童に対し、遠見視力だけでなく、近見視力及び調節機能検査を行い、適切な対処を行う必要がある。また、学校眼科健診で近見視力検査を実施することを提案する。

#### 第2席 板書に困難をもつ児童の視覚機能について

(千葉県医師会 川端 秀仁 先生)

各クラスに板書が苦手または上手に出来ない児童が一定の割合で存在する。原因はさまざまであるが、視力・屈折・調節機能不良に関連があると考えられる視機能不良群(A群)、眼球運動不良に関連があると考えられる眼球運動不良群(B群)、目手の協応、不器用さに問題があると考えられる視覚運動協応不良群(C群)形態認知不良に関連があると考えられる形態認知不良群(D群)読書障害に関連があると考えられる読書障害群(E群)の5つの障害特性分け分析した。837人の小学生を対象に調査を行い板書が苦手な児童の割合が4.5%程度であることが確認された。原因障害は視覚運動協応不良、眼球運動不良、形態認知不良、読字障害、視機能不良の順であった。いわゆる視力などの視機能では、学習の困難を説明しきれない可能性が示された。視覚をもう少し幅広く捉えて対処する必要がある。

#### 第3席 平成23年度名古屋市屈折特別検診のまとめ—学校生活において、見え方で援助を必要とする児童の調査、および今後の方策を考える

(愛知県医師会 元倉 智博 先生)

屈折特別検診とは春の学校健診の結果、見え方の低い児童に対して「目の特別検診受診のお勧め」を家庭に持たせて学校医眼科診療所を受診して適正な眼鏡矯正視力を指導するものである。目的は、



学校生活で見え方に不自由のある子どもを一人残らず全て見つけ出し学校で学び、活動するために必要な見え方での最上の援助を学校と教育委員会、学校眼科医が協力して実施することである。名古屋市小学校262校11万3,702名の児童を対象に見え方の検査を行った。その中で212名(0.2%)の児童が両眼ともに矯正視力でDランクであった。この児童たちが屈折特別検診の勧告を受けた。検診の結果両眼ともに矯正視力がDランクの児童は27名でそのうち11名が普通学級に在籍していた。特別支援学校あるいは特別支援学級に在籍すべき特別支援を必要とする児童生徒が増えたと考えられる。普通学校に在籍する視覚に障害を持つ児童生徒の教育環境を整える支援を目的に屈折特別検診を生かしたい。

**第4席 学校におけるヘアバンド禁止は止めるべきであるー正常に見える眼瞼下垂症も不眠、頭痛、肩こり、冷え性、鬱、登校拒否、喘息、便秘などの原因になるー**  
(静岡県医師会 栗橋克昭先生)

上眼瞼の中にある挙筋腱膜が瞼板から外れると腱膜性眼瞼下垂症になり、ミューラー筋機械受容器から固有知覚という信号が強く生じ続け、交感神経過緊張を誘発し、鬱、不眠、頭痛、肩こり、冷え症、便秘、アトピー性皮膚炎など色々な疾患が起こるだけでなく、全身的に血行・代謝が悪くなり老化を促進する。挙筋腱膜を瞼板に固定する眼瞼下垂手術を行うと上記症状が改善し若返る。これらの疾患を起こす腱膜性眼瞼下垂症の治療は手術だけでなくセロファンテープによる瞼つり上げ治療も効果である。

セロファンテープで信号が強く出続けなくなるからである。ヘアバンドやポニーテールでもよい。しかしヘアバンド禁止が校則になっている学校もある。ヘアバンドは眼瞼下垂手術と同様に脳に対する瞼のスイッチ機能を正常化し色々な症状や疾患の予防や改善に役に立つので一概にヘアバンド禁止という校則は問題である。

**第5席 携帯端末で子供たちの眼球に何が起きているか**

(岩手県医師会 鈴木武敏先生)

最近の携帯端末の普及はめざましいものである。それと共に、頭痛や肩こりを訴える子供たちが増えている。携帯端末の問題点は画面が小さいことであり、凝視による輻湊により、調節が入りやすいことである。そのためか過矯正眼鏡を装着している子どもたちの症例が増えている。これらの症例を見逃さないために眼科医が視力矯正の際にすべきことは調節検査の重要性を知ることである。現在の学校検診で行われている遠方視力検査のみでは調節の異常を確認することはできない。近見視力検査は調節検査の一つでもあり、特殊な装置がなくても、調節異常の発見に使える。もう一つの方法は積極的に調節麻痺剤を使用することである。眼鏡店と同じような検眼をして、調節異常に気づかずに眼鏡処方している眼科医が多いことも問題である。きちんとした検眼をすべての眼科医にしてもらうためにも検眼方法、手順のガイドラインを作成すべきである。調節麻痺剤を使用しない、調節を無視した検眼の問題点を保護者に理解してもらうための啓発活動も重要である。眼鏡処方に際し調節麻痺剤の使用と近見視力検査が調節異常の発見するためには不可欠な検査である。

**第6席 外眼部視診で分かること分からないこと**  
(神奈川県医師会 鈴木高遠先生)

学校保健での外眼部健診のスクリーニングが視力検査と共に眼疾診断のスタートであるが、眼疾患だけでなくアレルギー体質など全身疾患の発見のチャンスでもある。ペンライトを用いて瞳孔・眼球運動・眼位チェックが神経眼科の基本であることは眼科専門医には常識であるが生徒や教職員をはじめとして一般にはそれらの意義やフォローの重要性が認識されていない。外眼部健診の際に発赤などの所見を認めたら、眼科受診の意義と必要性を説くパンフレットを渡すなどして指導してほしい。学校保健での健康教育の重要点として外眼部健診の意義とポイントを述べた。



**第7席 中・高校生の結膜嚢内検出細菌の検討**  
(神奈川県医師会 坂本 則敏 先生)

10歳代の感染角膜炎の原因は96.3%がコンタクトレンズ（以下CL）関連であると2003年日本眼感染症学会の感染性角膜炎全国サーベイランスで報告されている。CL装用生徒の好気性菌・嫌気性細菌のCL汚染状況を調査した。調査1. 高校生14名28眼で検査を行い眼部から2眼、1個のCLケースから菌が検出された。調査2. 高校生22名44眼で検査を行い10眼に好気性菌、3眼に嫌気性菌、CLケース15個のうち3ケースに菌が検出された。調査3. 中学生15人30眼で検査を行い2眼に好気性菌、1眼に嫌気性菌、CLケース8個のうち2個に菌が検出された。CLケアは最重要課題であり、CLが汚染された場合長時間の装用を避けることにより、また充血、軽い痛み等自覚症状が軽微なときにCLを外し眼科を受診することにより重篤なCL角膜炎感染症状の発症は防げる。日頃のCLケア、CLケースのケアが重要であり、学校現場での指導、啓発も重要である。

**第8席 心因性視覚障害に関するアンケート調査について**  
(大阪府医師会 保倉 透 先生)

心因性視力障害は、学校の視力検査後の受診で診断されることが多く、医療機関と学校の十分な理解と連携が求められる。大阪府眼科医会所属会員のうち任意抽出した300名にアンケート調査を行った。調査内容は実施した検査・治療方法・疾患原因に関する項目などについて行った。その結果約70%医師が心因性視力障害を疑った児童を経験し約63%の医師は実際に治療を経験していた。学校に対しての受診結果報告書は全体の6割が報告し、児童を経由して学校へ報告をしたのが約7割でその半数が「心因性視覚障害」と記載した。心因性視力障害について学校・養護教諭への報告に関し新たに病名「非器質的視覚障害」など考慮するか、既存の「前思春期症候群」「原因不明の視力低下」などの統一した病名が必要であると考えられた。保護者への説明や学校への報告に

配慮が必要であり、心因性視力障害について保護者および学校と連携し児童の心因反応に組織的に対応していくことが重要である。

**第9席 見る力に発達障害のある児童の支援について**  
(静岡県医師会 松久 充子 先生)

現行の学校保健法の健康診断時の眼科の検査項目は視力と眼疾患の有無とされているが、この検査だけでは見る力に発達障害のある児童すなわち視覚認知発達障害児は検出できない。平成24年の学校健診で本疾患疑いの児童は2,411名中46人(1.91%)であった。本疾患は衝動性眼球運動(目のジャンプ)、全国の追従性眼球運動(ゆっくりと追いかける)を診ることと本疾患を考慮した問診をすることで発見できる。本来であれば本疾患は眼科医、小児科医、臨床心理士が連携して診断して治療指針を示し、ビジョントレーニングは発達障害支援施設にて作業療法士や視能訓練士が実施し、教育支援は学校で特別支援教育士が実施すべきである。現時点では認知度の低いこの疾患を眼科学校医、小児科医、教育関係者に啓発する必要がある。

**第10席 眼科医が発見できる小児心身症**  
(埼玉県医師会 河鍋 楠美 先生)

いじめによる自殺が問題になっている現今、眼科医として事前に発見する方法はないだろうか。眼科検診で調節麻痺剤による他覚的屈折検査でなんら屈折異常がないのに視力が出ない場合、心因性視力障害として心身症の客観的判断となり得る。心因性視力障害の児童生徒と長時間かけて語りあい、治療を施すと子供たちは明るい表情を取り戻して視力も戻る。眼心身症は今後ますます増加し、低年齢化すると思われる。よって、両親および教師など周囲の人々の細かい観察と配慮が必要となる。眼科検診は、その際の客観的判断となり得るもので、眼科医はその時点で両親や教師に心身症の可能性を指摘できる立場にあるといえる。児童生徒の心の病の発見には裸眼視力と他覚的屈折度

の相違の発見など他覚的に数値的に掴める眼科検診が有効である。眼科検診によって、児童生徒の心身症が自殺など深刻な状態に至る以前に発見できると確信する。