



平成24年度【第43回】


全国学校保健・学校医大会

「子どもたちの健やかな成長を願って」

記録誌

期日 平成24年11月10日(土)

会場 ホテル日航熊本

 **[主催]** 日本医師会 **[担当]** 熊本県医師会

目 次

開催要項・プログラム	1
記録写真	11
都道府県医師会連絡会議	21
開会式および表彰式	25
分科会報告	35
シンポジウム	55
特別講演	87
次期担当都道府県医師会長挨拶および閉会	101

平成24年度 第43回全国学校保健・学校医大会

開催要項・プログラム

平成24年度 第43回全国学校保健・学校医大会

開 催 要 項

大会名称 第43回全国学校保健・学校医大会
 メインテーマ 『子どもたちの健やかな成長を願って』
 日時 平成24年11月10日(土) 午前10時
 会場 ホテル日航熊本
 熊本市中央区上通町2-1 TEL096-211-1111
 主催 日本医師会
 担当 熊本県医師会
 参加者 日本医師会会員及び学校保健に関係のある専門職の者
 日程

9:00	受付	5F ホワイエ	
10:00	分科会 第1分科会	『からだ・こころ(1)』 ころこ・心臓・腎臓・実態調査	5F 阿蘇B・C
	第2分科会	『からだ・こころ(2)』 健康教育・生活習慣	5F 天草A
	第3分科会	『からだ・こころ(3)』 運動器検診・スポーツ傷害	5F 天草C
	第4分科会	『耳鼻咽喉科』	7F ガーデンバンケット
	第5分科会	『眼科』	5F 天草B
12:00	昼食	各分科会会場	
	都道府県医師会連絡会議	5F 阿蘇D	
13:00	開会式・表彰式		
14:00	シンポジウム テーマ：『現代の子どもたちの「身体の二極化」について考える』 ～運動器検診と小児生活習慣病検診への取り組み～ 基調講演：『子どもの体と運動』 講師：熊本大学大学院生命科学研究部整形外科学 教授 水田 博志 シンポジウム ①『熊本県における運動器検診への取り組みと課題』 - 整形外科専門医の立場から - 熊本県医師会学校保健委員会委員 おぐに整形外科医院院長 梅田 修二 ②『子どもたちの生活習慣病予防～熊本市小児生活習慣病予防検診の現状』 - 小児生活習慣病専門医の立場から - 熊本県医師会学校検診委員会委員 熊本大学医学部附属病院小児科講師 中村 公俊 ③『中学生のこころとからだ』 - スポーツ指導者の立場から - 山鹿市立山鹿中学校主幹教諭（軟式野球部顧問） 吉野 栄治	5F 阿蘇A	
	15:40		特別講演 演題：『悩む力－意味への意志について』 講師：東京大学大学院 教授 姜 尚中 先生
	16:40		次期担当都道府県医師会長挨拶・閉会
16:50	休憩		
17:45	懇親会 アトラクション 山鹿燈籠踊り（山鹿燈籠踊り保存会）、ひよっこ踊り（肥後ひよっこ笑福会）	5F 阿蘇A・B・C・D	
19:45			

平成24年度 第43回全国学校保健・学校医大会

プログラム

① 受付 5Fホワイエ 9:00 ~ 10:00

② 分科会 10:00 ~ 12:00

第1分科会『からだ・こころ(1)』こころ・心臓・腎臓・実態調査

5F「阿蘇B・C」

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

1. 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

2. 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

3. 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

4. 学校メンタルヘルスのかさ上げ活動 - 全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

5. 不登校の予防

徳島県医師会 二 宮 恒 夫

6. 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

7. 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

8. 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

9. 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

第2分科会『からだ・こころ(2)』健康教育・生活習慣

5F「天草A」

座長 宇城総合病院名誉院長 村上 幹彦
熊本県小児科医会副会長 杉野 茂人

1. 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
2. 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
3. 「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
4. 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 -
鳥根県医師会 中島 匡博
5. 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
6. 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
7. 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
8. 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
9. 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
10. 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

第3分科会『からだ・こころ(3)』運動器検診・スポーツ傷害

5F「天草C」

座長 熊本県医師会理事 林 邦雄
熊本県臨床整形外科医会副会長 岩倉 雄一郎

1. 熊本市における子どもたちの脊柱側弯症検診
熊本県医師会 中村 孝文

2. 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

3. 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

4. 中学校武道と運動器検診

埼玉県医師会 柴田 輝明

5. 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

6. 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

7. 前腸骨棘裂離骨折の経験

広島県医師会 周 鉅文

8. 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

【第4分科会『耳鼻咽喉科』】

7F「ガーデンバンケット」

座長 日本耳鼻咽喉科学会熊本県地方部会理事 春野 博一
熊本県耳鼻咽喉科医会理事 定永 恭明

1. 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況

大阪府医師会 佐野 光仁

2. 「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

3. 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

4. ことばの異常と難聴

東京都医師会 大島 清史

5. 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

6. 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

7. 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

8. 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

第5分科会『眼科』

5F「天草B」

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

1. 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

2. 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

3. 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

4. 学校におけるヘアバンド禁止は止めるべきである

-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-

静岡県医師会 栗橋 克昭

5. 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

6. 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

7. 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

8. 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

9. 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

10. 眼科医が発見できる小児心身症

埼玉県医師会 河鍋 楠美

昼 食 各分科会会場 12:00～13:00
 都道府県医師会連絡会議 5 F 阿蘇D 12:00～13:00

3 開会式・表彰式 5 F 阿蘇A 13:00～14:00

開	会	熊本県医師会副会長	前 田 利 爲
挨	拶	熊本県医師会会長	福 田 稠
		日本医師会会長	横 倉 義 武
表	彰	学 校 医 8 名	
		養 護 教 諭 8 名	
		学校関係栄養士 8 名	
記	念		
品	授		
謝	辞	受 賞 者 代 表	緒 方 俊 一 郎
祝	辞	文 部 科 学 大 臣	田 中 眞 紀 子
		熊 本 県 知 事	蒲 島 郁 夫
		熊 本 市 長	幸 山 政 史
		日本学校保健会会長	横 倉 義 武
		熊 本 県 教 育 長	田 崎 龍 一

4 シンポジウム 5 F 阿蘇A 14:00～15:40

テーマ『現代の子どもたちの「身体の一極化」について考える』
 ～運動器検診と小児生活習慣病検診への取り組み～

座	長	熊本県臨床整形外科医会会長	高 橋 洋
		熊本県小児科医会会長	後 藤 善 隆

基調講演

『子どもの体と運動』

講	師	熊本大学大学院生命科学研究部整形外科学	教授 水 田 博 志
---	---	---------------------	------------

シンポジウム

①『熊本県における運動器検診への取り組みと課題』

－整形外科専門医の立場から－

熊本県医師会学校保健委員会委員

おぐに整形外科医院院長

梅 田 修 二

②『子どもたちの生活習慣病予防～熊本市小児生活習慣病予防検診の現状』

－小児生活習慣病専門医の立場から－

熊本県医師会学校検診委員会委員

熊本大学医学部附属病院小児科講師

中 村 公 俊

③『中学生のこころとからだ』

－スポーツ指導者の立場から－

山鹿市立山鹿中学校主幹教諭（軟式野球部顧問）

吉 野 栄 治

5 特別講演 5 F 阿蘇 A 15:40 ~ 16:40

座 長 熊本県医師会会長 福 田 稔

演 題 『悩む力－意味への意志について』

講 師 東京大学大学院教授 姜 尚 中

6 次期担当都道府県医師会会長挨拶 5 F 阿蘇 A 16:40 ~ 16:50

秋田県医師会副会長 坂 本 哲 也

7 閉 会 5 F 阿蘇 A 16:50 ~

熊本県医師会副会長 高 橋 洋

8 懇 親 会 5 F 阿蘇 A ・ B ・ C ・ D 17:45 ~ 19:45

平成24年度 第43回全国学校保健・学校医大会

記 録 写 真

開会式・表彰式



挨拶／日本医師会
会長 横倉 義武



挨拶／熊本県医師会
会長 福田 稔



開会の辞／熊本県医師会
副会長 前田 利為



祝辞／文部科学大臣 田中眞紀子 様
代読／文部科学省スポーツ・青少年局
学校保健教育課長
大路 正浩 様



祝辞／熊本県知事 蒲島 郁夫 様
代読／熊本県副知事
村田 信一 様



祝辞／熊本市長 幸山 政史 様
代読／熊本市副市長
寺崎 秀俊 様



祝辞／日本学校保健会
会長 横倉 義武 様
代読／日本学校保健会
副会長 道永 麻里 様



祝辞／熊本県教育長
田崎 龍一 様
代読／熊本県教育委員会
教育理事 松葉 成正 様



日本医師会長表彰 受賞者記念撮影



表彰式／受賞者代表 熊本県：緒方俊一郎 様

第1分科会



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 利為



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／熊本県小児科医会
理事 北野 昭人

第2分科会



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2分科会『からだ・こころ(2)』
健康教育・生活習慣
座長／熊本県小児科医会
副会長 杉野 茂人

第3分科会



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／熊本臨床整形外科医会
副会長 岩倉雄一郎

第4分科会



第4分科会「耳鼻咽喉科」
座長／日本耳鼻咽喉科学会
熊本県地方部会
理事 春野 博一



第4分科会「耳鼻咽喉科」
座長／熊本県耳鼻咽喉科医会
理事 定永 恭明

第5分科会



第5分科会『眼科』
座長／熊本県眼科医会
会長 日隈陸太郎



第5分科会『眼科』
座長／熊本県眼科医会
副会長 小島祐二郎

シンポジウム



座長／熊本県臨床整形外科医会
会長 高橋 洋



座長／熊本県小児科医会
会長 後藤 善隆



基調講演講師
熊本大学大学院生命科学研究部整形外科学教授
水田 博志



シンポジスト
熊本県医師会学校保健委員会委員
おぐに整形外科医院院長
梅田 修二



シンポジスト
熊本県医師会学校検診委員会委員
熊本大学医学部附属病院小児科講師
中村 公俊



シンポジスト
山鹿市立山鹿中学校
主幹教諭(軟式野球部顧問)
吉野 栄治

特別講演



座長／熊本県医師会会長
福田 稔



講師／東京大学大学院教授
姜 尚中 先生

次期担当県挨拶



秋田県医師会
副会長 坂本 哲也

閉会の辞



熊本県医師会
副会長 高橋 洋

懇 親 会



アトラクション



山鹿灯籠踊り (山鹿灯籠踊り保存会)



ひよっこ踊り (肥後ひよっこ笑福会)

平成24年度 第43回全国学校保健・学校医大会

都道府県医師会連絡会議

平成24年度 第43回全国学校保健・学校医大会

都道府県医師会連絡会議

主 催 熊本県医師会

日 時 平成24年11月10日(土) 12:00~13:00

会 場 ホテル日航熊本 5階「阿蘇D」

出席者 ・ 日本医師会関係者
・ 都道府県医師会関係者
・ 次期担当都道府県医師会関係者

次 第 1. 開 会
2. 担当県医師会長挨拶 熊本県医師会長 福田 稔
3. 挨 拶 日本医師会長 横倉 義武
4. 経過報告
5. 協 議
①大会運営について
②次期担当都道府県医師会の決定について
③その他
6. 次期担当都道府県医師会長挨拶
7. 閉 会

平成24年度 第43回全国学校保健・学校医大会

開会式および表彰式

【司会 FMKアナウンサー 水上清乃】

改めまして、皆様こんにちは。本日は、第43回全国学校保健・学校医大会に全国よりお集まりくださいまして、誠にありがとうございます。

申しおくれましたが、本日、司会進行のお手伝いをさせていただきます水上清乃と申します。どうぞ最後までよろしく願いいたします。ありがとうございます。

それでは、開会に当たりまして、熊本県医師会副会長・前田利爲より、開会の辞を申し上げます。

開会の辞

熊本県医師会 副会長 前田利爲

本日は、全国から多数のご参加をいただきまして、ありがとうございます。まずもって感謝申し上げますと思います。

既に午前中より分科会が始まりまして、終了いたしました。その中で、やはり大人の社会のゆがみがそのまま子供たちに落ち込んでいるようなことを認識させていただきましたが、ただいまから、平成24年度第43回全国学校保健・学校医大会を開会いたします。よろしく願います。

【司会 水上】

前田利爲より開会の辞を申し上げます。

続きまして、本大会担当県の熊本県医師会会長・福田稔より皆様にご挨拶を申し上げます。

担当県挨拶

熊本県医師会 会長 福田 稔

皆さんこんにちは。熊本県医師会の福田でございます。

第43回全国学校保健・学校医大会を、日本医師会の主催、熊本県の担当で開催いたしますに当たり、一言ご挨拶を申し上げます。

まずもって、全国から学校医の先生方、学校保

健担当の皆様にも、多数ご来熊いただいております。遠路のお運びに心から感謝をいたします。また、来賓の皆様にも多数ご出席を賜っております。ご多忙の中のご臨席に感謝申し上げます。

さらに、本日は、長年にわたって学校保健の普及啓発にご尽力を賜りました学校医の先生方、また養護教諭の先生、また学校関係の栄養士の先生方に、その功績に対しまして、日本医師会より、日本医師会長表彰を行います。ご受賞される皆様に、これまでの功績に心から敬意を表し、お祝いを申し上げます。

本会のメインテーマを「子どもたちの健やかな成長を願って」とさせていただきました。近年、社会環境や生活様式の急激な変化は、子どもたちの心身の健康に大きな影響を及ぼしております。例えば、いじめや不登校の問題、薬物乱用、性の逸脱行動、アレルギー疾患、さらには心の健康問題と、子どもたちの健康の問題は、我が国の大きな社会問題となっております。その解決は喫緊の課題でございます。

かかるときに、全国の学校医の先生方が、一堂に会して情報を交換し、また議論を深めることは、大変意義のあることだと考えております。本大会でも、午前中は、全国から寄せられました演題を5つの分科会に分けまして、報告、協議、研究発表していただきました。大変内容の濃いものであったと思います。

午後からのシンポジウムは、『現代の子どもたちの「身体的二極化」について考える』～運動器検診と小児生活習慣病検診への取り組み～』ということテーマとさせていただきます。ご参加の皆様方の活発な議論によって、小児生活習慣病、あるいは運動器疾患に対する議論が深まることを期待いたしております。

特別講演につきましては、東京大学大学院教授の姜尚中先生をお迎えいたしまして、「悩む力一意味への意志について」と題してご講演を賜ることになっております。姜先生は、皆様ご承知のように、政治学、政治思想史がご専攻でございますので、テレビ等のマスコミで大活躍でございますので、皆さんよくご存じだと思いますが、興味深いお話が聞けるものと期待をいたしております。

結びになりますが、熊本県医師会、本大会開催に対しまして、役職員一同、精一杯準備をいたしました。何分にも力不足、何分にも不慣れでございます。行き届かないところばかりでございますが、先生方のご協力によりまして、実りの多い大会にしていきたいと考えております。また、そして本大会が未来を担う日本の子どもたちの健やかな成長の大きな糧となることを祈念申し上げまして、冒頭のご挨拶とさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

【司会 水上】

次に、本大会の主催者であります日本医師会会長・横倉義武よりご挨拶を申し上げます。

主催者挨拶

日本医師会 会長 横 倉 義 武

第43回全国学校保健・学校医大会の開催に当たりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

本日お集まりの先生方におかれましては、日ごろより、地域の学校保健の推進にご尽力を賜り、厚く御礼を申し上げます。特に、昨年3月の東日本大震災以来、多くの難題に直面する学校保健現場で、子どもたちの心身のケアに心を砕いていただいた事実は、我が国の学校保健の財産であると、心から感謝をしております。

さて、幼年期から学齢期にかけては、身体、精神両面の発達と変化が著しく、その間の保健指導、健康教育は、生涯にわたる健康づくりとライフスキル向上のための礎となるもので、非常に重要です。しかし、時代の変化とともに、取り巻く環境の急激な変化によって、例えば、メンタルヘルス問題の深刻化、生活習慣病の若年化、アレルギー疾患、運動器疾患などの増加、そして新型インフルエンザや麻しん等の感染症の脅威の増大など、子どもたちが直面する問題は、多様化、深刻化をしております。

加えて、昨年3月の東日本大震災によって、被災者の方々が、いまだ全国に避難を余儀なくされ

ている中で、被災地の内外を問わず、子どもたちも、放射線の問題や学校安全、食品安全などの大変難しい問題にも向き合わなくてはならなくなりました。子どもたちの心身の負担を思うと、胸が痛みます。

子どもたちが直面する多くの課題を解決し、安心して学校生活を送れるようにするためには、学校のみならず、家庭や地域も一丸となった取り組みが不可欠であります。学校保健安全法の趣旨にものっとなって、地域の医療機関や専門医が密接な連携をとり、健康相談、保健指導、健康教育に携わり、子どもたちが成長の過程で心身の傷を抱え続けずに、健全に育つよう取り組むことが、我が国のこれからの学校保健における最重要課題であると考えます。

そして、大きな社会問題となっています学校でのいじめや暴力、自殺問題の解決に向けても、学校医を初めとする学校保健関係者が、多くの場面で貢献できるのではないかと考えています。この問題に関しても、日本医師会は積極的に提言をしていきたいと思っています。

本日は、学校医、養護教諭、学校関係栄養士の方々に、日本医師会会長表彰をさせていただきますが、皆様、長年にわたり、地域の学校保健の発展のために、著しいご功績を上げられた方々です。そのご功績に対して深く敬意を表しますとともに、今後一層、地域の学校保健の充実、推進にご支援を賜りますようお願いを申し上げます。

本大会のメインテーマは「子どもたちの健やかな成長を願って」です。今、我が国が直面するさまざまな問題の中で、次代を担う子どもたちの健やかな身体と豊かな心を育むために、学校医がなすべきことは何かという、学校保健の原点に立ち、建設的な議論を通して、地域の学校保健活動に反映していただければ幸いに存じます。

本日まで参集の皆様方におかれましても、生涯保健と地域保健の重要な基盤である学校保健活動の重要性を改めてご認識をいただき、なお一層ご活躍されますことをご期待申し上げます。

結びに当たりまして、今年7月に、九州北部豪雨災害にこの熊本市も見舞われました。その中で本大会の開催にご尽力を賜りました熊本県医師会・

福田稠会長を初め、役職員の皆様に厚く御礼を申し上げますとともに、ご参集の皆様方のご健勝とご活躍を心より祈念申し上げ、挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。(拍手)

表彰式

【司会 水上】

ありがとうございました。横倉会長よりご挨拶を頂戴いたしました。

それでは、これより表彰に移ります。長年にわたり学校保健の向上にご尽力され、またご功績のあった学校医、養護教諭、学校関係栄養士の方々に、日本医師会会長より、表彰状と副賞が贈呈されます。また、熊本県医師会会長からは、記念品が贈呈されます。

それでは、受賞者の方々のお名前をご紹介します。いただきます。大変恐れ入りますが、お名前をお呼びいたしましたら、どうぞその場でご起立をお願いいたします。

受賞者名簿

(敬称略)

県名	学校医	養護教諭	学校関係栄養士
福岡県	井上 賢太郎	節原 香留美	水上 みどり
佐賀県	鶴田 晋	武藤 順子	山下 庄子
長崎県	富永 弘徳	佐藤 順子	神林 光子
大分県	上野 聖二	関 司 和子	藤林 礼子
宮崎県	赤須 正道	高本 恵子	山本 邦治
鹿児島県	佐藤 山人	天木 朋代	池田 京子
沖縄県	岸本 華治	平良 勉津子	真志川 杏枝
熊本県	緒方 俊一郎	瀨本 祐恵	横田 桂子

【表彰状授与】

学校医代表 緒方 俊一郎
 養護教諭代表 瀨本 祐恵
 学校関係栄養士代表 横田 桂子

【記念品贈呈】

受賞者代表 緒方 俊一郎

謝 辞

【司会 水上】

それではここで、ただいま受賞されました方々を代表いたしまして、熊本県の学校医、緒方俊一郎先生よりお言葉を頂戴したいと存じます。受賞者の皆様方は、全員その場で御起立ください。

【受賞者代表 緒方 俊一郎 様】

受賞者を代表いたしまして一言御礼申し上げたいと存じます。

ただいまは、日本医師会長・横倉先生より、身に余る表彰を頂戴いたしまして、誠に恐縮に存じております。

振り返りますと、学校現場では、養護教諭の方々、それから栄養士の方々、さらにはその他の職員の方々のお力添えをいただきまして、また、さらに、医師会の先生方には、適切なお指導、それからご協力をいただきまして、任務を全うすることができました。ここに改めまして感謝の気持ちをあらわしたいと存じます。

そのおかげで、長年私どもも仕事を務めることができたけれども、さらに、ただいまの受賞を契機といたしまして、私ども研鑽を積みまして、混迷しております状況にあります学校教育、あるいは心身の健康に問題を抱えております子どもたちが多数いるという、先ほどからのお話もございましたが、ぜひ、そういった子どもたちの健全な発育に、今後も微力を尽くしたいと存じております。どうか、受賞者一同、そのような気持ちでおりますので、よろしくまた日本医師会としてもご指導いただければと存じております。

粗辞でございますけれども、今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。誠にありがとうございました。

【司会 水上】

ありがとうございました。どうぞ皆様、いま一度大きな拍手をお送りくださいませ。本日は誠に
おめでとうございます。

では、受賞者の皆様方、ご着席ください。

これをもちまして、日本医師会会長表彰を終了
いたします。

【司会 水上】

それではここで、本日も臨席を賜っております
ご来賓の皆様より、ご祝辞を頂戴したいと存じま
す。

それでは、文部科学省文部科学大臣・田中眞紀
子様、お願いいたします。

祝 辞

文部科学大臣 田 中 眞紀子 様

代読／文部科学省スポーツ・青少年局
学校保健教育課長

大 路 正 浩 様

私、文部科学省の学校保健教育課長の大路と申
します。大変僭越ではございますが、私が田中眞
紀子文部科学大臣の祝辞を代読させていただきます。

第43回全国学校保健・学校医大会の開催を心
からお祝い申し上げます。

学校医の皆様には、日頃から学校保健活動の充
実のためご尽力をいただいております、厚く御礼を申
し上げます。

長年にわたり学校保健活動の普及、発展にご活
躍いただき、大きな功績を上げられ、本日、表彰
の栄に浴された皆様に対し、深く敬意を表すると
ともに、心からお祝いを申し上げます。

昨年発生した東日本大震災は、現在も多くの児
童生徒及び保護者、教職員の健康にさまざまな影
響を与えております。また、今日、新型インフル
エンザや麻しんなどの感染症対策や、アレルギー
疾患、メンタルヘルスといった子どもの現代的健
康課題など、児童生徒等の心身の健康問題が多様

化、専門化しており、これらの問題に学校が適切
に対応するためには、家庭や地域社会との連携が
不可欠となっております。

文部科学省としては、健康相談や保健指導を行
うに当たって、地域の医療機関等との連携を図る
ことは重要と考えており、学校保健安全法の趣旨
も踏まえ、地域の実情を踏まえた医療機関等との
連携など、学校保健に関する課題解決に向けた取
り組みに対して支援を行うなど、各種施策を進め
ているところでございます。

学校医の皆様におかれましては、児童生徒等の
健康診断や疾病の予防処置のほか、健康相談や保
健指導の実施、地域の医療機関等との連携等にお
いても重要な役割を担っており、さらなる学校保
健の充実のため、今後とも皆様のご支援、ご協力
をよろしくお願い申し上げます。

本大会では、学校保健活動のさらなる充実を図
るため、「子どもたちの健やかな成長を願って」
をメインテーマに、シンポジウムや特別講演が実
施されると伺っております。本大会がご参会の皆
様にとって実り多い大会となるよう、心から期待
をしています。

結びに、本大会の開催に当たり、ご尽力いただ
きました社団法人日本医師会、社団法人熊本県医
師会を初めとする関係の皆様方に改めて感謝を申
し上げますとともに、大会のご成功とご参会の皆
様のご活躍を祈念し、お祝いの言葉といたします。

平成24年11月10日

文部科学大臣 田 中 眞紀子

代読。おめでとうございます。

【司会 水上】

ありがとうございました。

続きまして、熊本県知事・蒲島郁夫様、お願い
いたします。

祝 辞

熊本県知事 蒲 島 郁 夫 様

代読／熊本県副知事

村 田 信 一 様

皆様こんにちは。恐縮ながら、熊本県副知事の村田でございます。今日はようこそ全国からこの熊本の地においでいただきました。富山県からもお見えだと思いますが、本県の蒲島知事が、今富山に出張しております、お許しをいただいて、私のほうから預かってまいりました祝辞を代読させていただきます。

第43回全国学校保健・学校医大会がこの熊本の地で開催されますことを心よりお慶び申し上げます。

皆様方には、日頃から、子どもたちの健康の増進や健康教育の推進にご尽力いただいておりますことに厚く御礼申し上げますとともに、本日、日本医師会表彰を受賞されました皆様に心からお祝いを申し上げます。

また、今年7月の豪雨災害に際し、全国からたくさんの方の激励とご支援をいただきましたことに、この場をおかりいたしまして感謝申し上げます。

さて、近年の社会環境の急激な変化は、子どもたちの生活習慣に大きな影響を与え、心身両面にわたりさまざまな健康面での問題を引き起こしています。未来を担う子どもたちの健康を守り、育み、心身両面で健全な発育を推進していくためには、学校、家庭、地域社会が連携して、社会全体で子どもの健康づくりに取り組んでいくことが、極めて大切だと考えております。

本県では、県民一人一人が「幸せを実感できるくまもと」の実現を目指しておりますが、子どもの健やかな育ちは、その重要な柱の一つです。日頃、子どもたちの健康のためにご尽力をいただいている全国の学校医の皆様が、「子どもたちの健やかな成長を願って」をメインテーマとして研究発表やシンポジウムを開催されますことは、本県にとりましてもまことに意義深いことです。子どもたちの健全な成長の場である学校現場での保健

や安全をなお一層充実させていかれることを期待しております。

ここ熊本には、魅力ある豊かな自然と、熊本城を初めとする多数の歴史や伝統、さらにはおいしい食があふれています。ぜひこの機会に、火の国熊本の魅力を満喫していただければ幸いです。

結びに、子どもたちの健やかな成長のためにご尽力いただいている皆様に、改めて敬意と感謝の意を表しますとともに、本大会のご成功とご参会の皆様のみますますのご健勝、ご活躍を祈念いたしまして、お祝いの言葉といたします。

平成24年11月10日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

代読でございました。本日はまことにおめでとうでございます。

【司会 水上】

ありがとうございました。

続きまして、熊本市長・幸山政史様、お願いいたします。

祝 辞

熊本市長 幸 山 政 史 様

代読／熊本市副市長

寺 崎 秀 俊 様

皆様こんにちは。私どもの熊本市長・幸山政史、本日公務のため参れません。私、副市長の寺崎でございます。

皆様方、73万熊本市民を代表いたしまして、熊本市によるこそお越しくございました。ありがとうございます。

本日は、第43回全国学校保健・学校医大会、熊本で開催されますことをまことに喜ばしく思っております。

ここ熊本市は、今年の4月に政令指定都市として新たなスタートを切ったところでございます。恐らく先生方も、何人かご利用いただいたと思いますけれども、昨年3月には、待望の九州新幹線

も開通いたしまして、九州の各都市のみならず、大阪方面、中国地方の各都市とも直結する都市として成長しつつある都市でございます。

本日は、全国各地から、子どもたちの健康を担っておられる学校医の先生方を初め、学校保健関係者の皆様に多く集まっております。社会情勢の変化、少子高齢化を含めまして、さまざまに複雑多様化しておりますけれども、子どもたちを取り巻く環境、ますます複雑になっております。そのそれぞれの学校現場におきまして、先生方におかれましては、日頃から学校保健活動の推進に多大なるご尽力をいただいておりますことに心から敬意を表したいと存じます。また、本日でたく長年のご功績が表彰されました皆様方におかれましても、心からお慶びを申し上げます。おめでとうございます。

さて、これから、本大会におきましては、「子どもたちの健やかな成長を願って」というメインテーマで研究、協議が進められると伺っております。まことに意義深いものと考えておりまして、今後の学校保健活動に多大な成果をもたらすものと期待いたしております。

先生方、なかなかお忙しいと思っておりますけれども、ぜひ、お時間の許す限り、熊本の魅力を満喫いただきまして、本大会の成功を心からお願いいたしております。

最後になりますけれども、本大会の開催にご尽力を賜りました関係者の皆様方に心から感謝を申し上げます。皆様方のますますのご健勝とご活躍を祈念いたしまして、甚だ簡単ではございますが、私から市長に成りかわりましてのお祝いの言葉とさせていただきます。本日は誠におめでとうございます。

【司会 水上】

ありがとうございました。

続きまして、日本学校保健会会長・横倉義武様、お願いいたします。

祝 辞

日本学校保健会 会長

横 倉 義 武 様

代読／日本学校保健会

副会長 道 永 麻 里 様

私は、日本学校保健会副会長をしております道永と申します。横倉会長からのお祝いの言葉を代読させていただきます。

第43回全国学校保健・学校医大会が開催されるに当たりまして、一言お祝い申し上げます。

このたびの記録的な九州北部豪雨で被災された皆様、心よりお見舞い申し上げます。一日も早い復興をお祈りいたします。

本日お集まりの皆様には、日頃、児童生徒の健康教育に熱心にお取り組みいただくとともに、本会の学校保健活動にご支援、ご協力をいただき、心から感謝し、厚く御礼申し上げます。

また、長年にわたって学校保健の普及と向上にご尽力され、多大な成果を上げられて、本日は表彰の栄に浴されます皆様方には、心からお祝い申し上げますとともに、今後ともご健勝でますますのご活躍をお祈り申し上げます。

さて、現代において子どもたちを取り巻く環境の変化は目まぐるしく、子どもたちの心身に及ぼす健康課題は多岐にわたっております。このような、子どもたちが直面するさまざまな健康課題に適切に対応し、解決していくためには、学校、家庭及び地域社会が連携し、未来を担う子どもたちを健やかに育むことが重要な課題となっております。

このたびの大会では、「子どもたちの健やかな成長を願って」をメインテーマに研究、協議を深められることは、まことに意義深く、今後の学校保健活動の推進に多大な成果があるものと期待しております。

日本学校保健会においても、皆様もご承知のとおり、子どもたちの健康に関する調査研究、それによって得た情報の提供、新たな健康課題への対応など、学校保健に関するさまざまな活動を行っ

ております。

本年度は、これまでの本会の調査研究の成果を踏まえ、セミナーの開催や全国各地での指導者研修会など、学校保健の普及・啓発活動を実施しております。さらに、今年度は、児童生徒の健康状態サーベイランス事業で、内容の改訂を図る予定でございます。また、昨年度末、学習指導要領の改訂に準拠する「学校検尿」「学校心臓検診」の「生活管理指導表」と「学校検尿のすべて」の見直しを行いました。今年度は「学校心臓検診の実際」の改訂作業を行っています。

今後も、子どもたちの健康課題解決に積極的に取り組みたいと願っております。皆様のご協力をお願い申し上げます。

結びに、このたびの大会が、皆様にとって実りあるものとなりますように、また、本大会の今後ますますの御発展を祈念しまして、私のお祝いの言葉といたします。

平成24年11月10日

公益財団法人日本学校保健会会長

横 倉 義 武

本日は本当におめでとうございます。

【司会 水上】

ありがとうございました。

続きまして、熊本県教育長・田崎龍一様、お願いいたします。

祝 辞

熊本県教育長 田 崎 龍 一 様

代読／熊本県教育委員会

教育理事 松 葉 成 正 様

皆さんこんにちは。県の教育委員会教育理事をしております松葉と申します。

本日、全国保健・学校医大会の開催、誠におめでとうございます。お集まりの皆様方には、児童生徒のための健康保持増進のためにご尽力いただいております、大変感謝申し上げます。

また、本県の緒方先生、濱本先生、横田先生を

初めといたしまして、先ほど表彰を受けられました皆様、誠におめでとうございます。今後も後進の指導をいただきながら活躍をしていただきたいと思います。

本日、教育長の田崎が公務が重なっており、こちらのほうに参ることができませんでした。祝辞を預かってきておりますので、私のほうから代読をさせていただきます。

全国各地から、学校医の皆様を初め多数の学校保健関係者の皆様方をここ熊本にお迎えし、第43回全国学校保健・学校医大会が盛大に開催されますことを心からお慶び申し上げます。

ご参加の皆様方には、日頃から学校保健活動を通じて、子どもたちの健康の保持増進に対し、ご指導、ご協力をいただいておりますことに、心から感謝を申し上げます。

さて、近年の社会環境の急激な変化は、子どもたちの心身の健康に大きな影響を与えております。学校生活においても、基本的な生活習慣の乱れ、いじめ・不登校などのメンタルヘルスに関する課題、飲酒・薬物乱用などの問題行動、アレルギー疾患、感染症など、現代的な健康課題が顕在化しております。また、子どもが被害者となる事件・事故や自然災害への対応など、通学路を含めた学校における子どもたちの安全確保が重要な課題となっております。

このような課題に適切に対応していくためには、学校保健、学校安全に取り組む校内の組織体制を整備し、学校、家庭、地域の連携を一層深めるとともに、子どもたちが自らの健康課題を見つけ、自ら学び、自ら考え、主体的に行動できる生きる力を育む健康教育を推進していくことが大切です。

熊本県教育委員会では、平成21年3月に、くまもと「夢への架け橋」教育プランを策定し、「未来を拓く『くまもとの人』づくり」を基本理念として、家庭や地域と連携しながら、子どもたちの健やかな成長を目指した取り組みを推進しているところでございます。

このような中、本県において全国の学校医の皆様方が一堂に会し、「子どもたちの健やかな成長を願って」をメインテーマとして、分科会を初め、

現代の子どもたちの身体の二極化に関するシンポジウムなどが行われますことは誠に意義深く、皆様方のご意見、ご提言が今後の子どもたちの健康の保持増進につながるものと確信しております。

結びに、本大会の開催に当たりご尽力をいただきました日本医師会、熊本県医師会を初め関係の皆様方に心より感謝を申し上げますとともに、今後一層のご支援、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。お祝いの言葉といたします。

平成24年11月10日

熊本県教育長 田 崎 龍 一

代読。本日はまことにおめでとうございます。

【司会 水上】

ありがとうございました。

ご来賓の皆様よりご挨拶を頂戴いたしました。

それではここで、主催者側の関係者の皆様を紹介させていただきます。

主催者側関係者 紹介

秋田県医師会副会長 坂 本 哲 也 様

(次期担当県医師会副会長)

日本医師会常任理事 小 森 貴

日本医師会常任理事 石 川 広 己

日本医師会常任理事 道 長 麻 里

【司会 水上】

それでは、これをもちまして、第43回全国学校保健・学校医大会の開会式並びに表彰式を終了させていただきます。

皆様まことにありがとうございました。

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か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%前後と低迷を続けていた。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—

(鳥根県医師会 中 島 匡 博 先生)

鳥根県益田市内の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 冨 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(μ)標準偏差(δ)、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湾症検診

(熊本市医師会 中 村 孝 文 先生)

熊本市における側湾症検診システム方法、及び側湾症早期発見の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湾症と言われ、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歳時健診から就学时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。演者は自院の小児科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时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。静岡県では就学时健診を充実させるため、県下の教育委員会に現在の就学时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、就学时健診を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 ± 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)を診ることで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診断となり得る。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、その際の客観的診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。

シンポジウム

テーマ『現代の子どもたちの「身体の一極化」について考える』
～運動器検診と小児生活習慣病検診への取り組み～

座 長

熊本県臨床整形外科医会会長

高 橋 洋

熊本県小児科医会会長

後 藤 善 隆

基調講演

『子どもの体と運動』

熊本大学大学院生命科学研究部整形外科学教授

水 田 博 志

シンポジウム

『熊本県における運動器検診への取り組みと課題』

－整形外科専門医の立場から－

熊本県医師会学校保健委員会委員

おぐに整形外科医院院長

梅 田 修 二

『子どもたちの生活習慣病予防～熊本市小児生活習慣病予防検診の現状』

－小児生活習慣病専門医の立場から－

熊本県医師会学校検診委員会委員

熊本大学医学部附属病院小児科講師

中 村 公 俊

『中学生のこころとからだ』

－スポーツ指導者の立場から－

山鹿市立山鹿中学校主幹教諭（軟式野球部顧問）

吉 野 栄 治

【司会 水上】

大変お待たせいたしました。只今より、シンポジウムを始めてまいります。

『現代の子どもたちの「身体の一極化」について考える』をテーマに、基調講演及び3名のシンポジストによる発表を行ってまいります。座長を務めますのは、熊本県臨床整形外科医会会長 高橋洋先生と、熊本県小児科医会会長の後藤善隆先生でございます。

それでは、高橋先生、後藤先生、お願いいたします。

座長

熊本県臨床整形外科医会会長

高橋 洋

熊本県小児科医会会長

後藤 善隆

【座長 高橋】

皆さんこんにちは。午前中の分科会から表彰式に引き続きましてシンポジウムに移ります。

私は、座長を仰せつかっております高橋でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

本大会も今回で43回を迎えますが、子どもの運動に関する影響というのに関してのテーマとしては今回が初めてだということをお伺いしております。

本日は、基調講演に引き続きシンポジウムとして3人の先生方よりご発表いただくことになっております。座長につきましては、基調講演並びにシンポジウムの1番目を私が務めまして、シンポジウム後半2題を後藤先生にお願いすることになっております。

時間の都合もございますので、基調講演とシンポジウムの3題を連続してご講演いただきまして、後ほど質疑応答をさせていただきたいと思っております。よろしくご協力をお願いいたします。

それでは、水田先生の基調講演に移りますけれども、ここで水田先生のご略歴を簡単にご紹介させていただきます。

昭和53年熊本大学医学部ご卒業で、昭和59年

に大学院を修了、それから熊本大学整形外科の助手、講師、助教授を経て、平成17年より教授にご就任されております。更に、平成23年には、熊本大学医学部の附属病院の副院長ということで、現在ご活躍中です。なお、この間、平成8年には、アメリカのメイヨークリニックにご留学もされておられます。

所属学会といたしましては、日本整形外科学会の代議員、それから日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会の理事、評議員、それから日本臨床スポーツ医学会の理事、日本リウマチ学会評議員、日本運動器リハビリテーション学会の評議員、日本リハビリテーション医学会の評議員と、ほか多数の理事、評議員、役職を兼ねられてご活躍中でございます。

先生、よろしくお願いいたします。

【基調講演】

『子どもの体と運動』

熊本大学大学院

生命科学研究部整形外科学教授

水田 博志

こんにちは。熊本大学整形外科の水田でございます。高橋先生には、大変ご丁寧なご紹介をいただきましてありがとうございます。また、このような機会をお与えいただきました熊本県医師会の福田会長並びに樽美理事、座長の労をおとりいただきまして高橋先生、後藤先生に深く感謝申し上げます。

本日は、ご紹介をいただきましたように「子どもの体と運動」についてお話をさせていただきます。

子どもでは、運動はその楽しさや喜びを味わうとともに、体力や運動能力の向上、あるいは心身の健全な成長や発達を図る上で、非常に大切な役割を果たしていることは言うまでもございません。また、他人とのコミュニケーションでありますとか、ルールを守るとかの社会性、あるいは自主性を養い、社会生活を送る上での基盤を形づくるものでもございます。しかしながら、今日では、全

く運動をしない子どもというのが非常にふえてきています。一方で、小さいころからJリーグ、あるいは甲子園の出場を目指して、加熱したスポーツ環境の中にいる子どももいます。いわゆる運動習慣の二極化というものが見られていまして、それぞれに、片や体力の低下、片やスポーツ外傷・障害の多発という弊害が見られています。

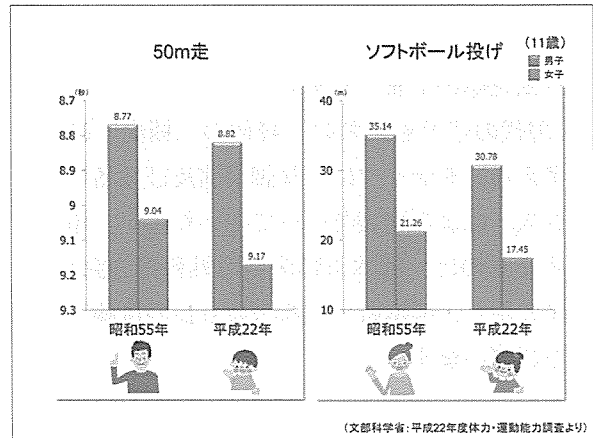
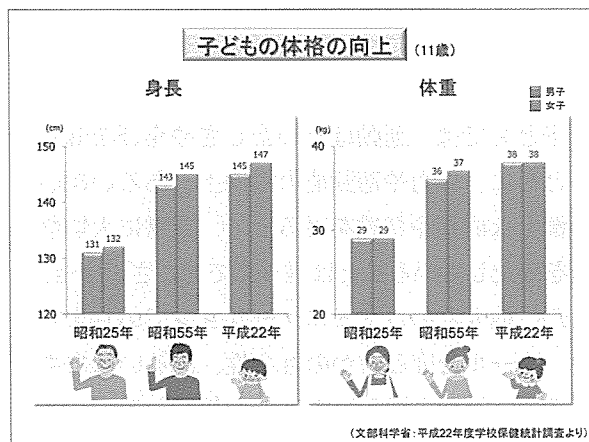
本日は、まず、子どもの体力の低下の現状と、これを取り巻くさまざまな問題について、まとめてみたいと思います。次に、子どものスポーツ外傷・障害とその特徴についてお話し、最後に、学校運動器検診の必要性につきまして、簡単に触れさせていただきます。

まず、子どもの体力の低下についてお話をさせていただきます。

ご承知のように、戦後、子どもの体格は非常に向上してきました。このスライドは、祖父母、親の世代、それから現在の子どもの体格を、11歳の子どもの身長と体重で比較したものでございます。祖父母の世代に比べますと、現在の子どもでは身長、体重ともに大きく向上しています。

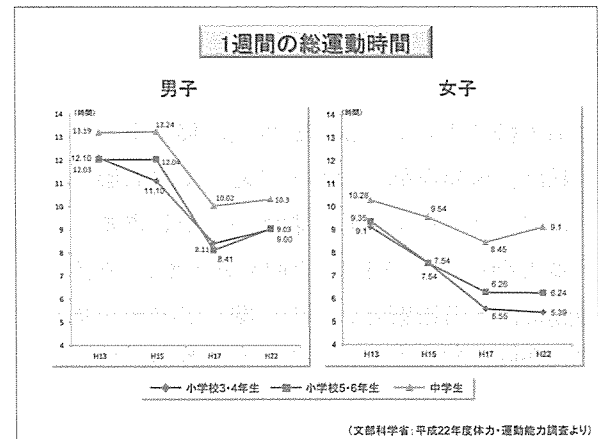
一方で、子どもの体力・運動能力は、昭和60年ぐらいがピークであったと言われており、その後徐々に低下しています。最近は種々の取り組みもあり、やや回復傾向にありますが、それでも、投げる、跳ぶ、いずれにおきましても、昭和60年のころと比べますとまだ低いレベルにございます。

このスライドは、50メートル走とソフトボール投げについて、11歳の子どもの例に、親の世代と子どもの世代で比較をしたものでございます。50メートル走もソフトボール投げも、男子、女

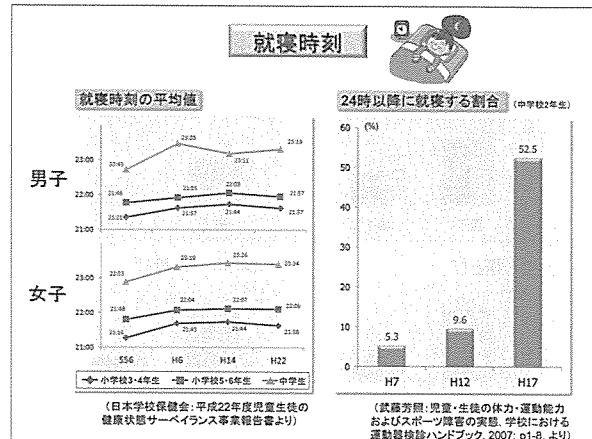
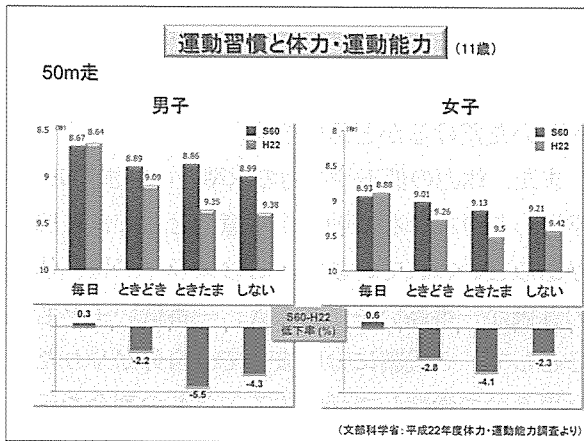


子どもに、まだ親の世代のレベルには達していません。

また、最近の子どもでは運動時間が減っていることがよく指摘されています。このスライドは1週間の総運動時間を示していますが、このように、男子も女子も、また小学生も中学生も、運動時間が以前と比べると減ってきている傾向にあります。

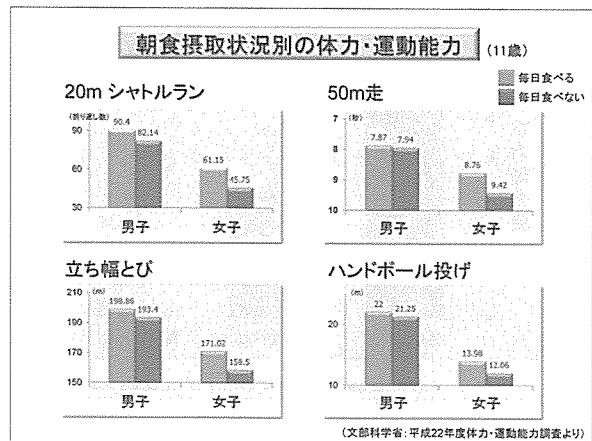
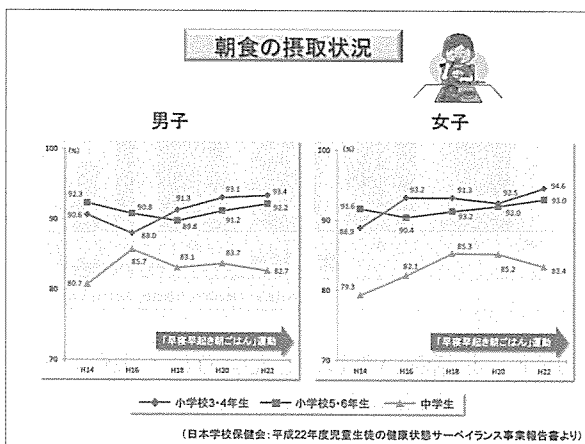


そこで、運動する習慣を、毎日の人、時々の人、時々たまの人、しない人の4つに分けて、50メートル走の結果について見たのがこの表でございます。ご覧のように、50メートル走が速いのはやはり毎日運動をしている子どもであり、運動しないとだんだんと運動能力が低下するということが示されています。また、もう一つ興味深いことは、昭和60年と比べた低下率を見ますと、運動をしない子の方が低下率が大きい傾向にあり、この結果から見ますと、運動をしない子の割合の増加というものが、現在の子どもの体力・運動能力の低下の大きな要因であるということがわかるわけでございます。



一方で、最近の子どもでは、食事や睡眠などの基本的な生活習慣が乱れているということも、指摘をされているところでございます。このスライドは朝食の摂取状況を調べたものでございます。ご承知のように平成17年から早寝早起き朝ごはん運動が始まりまして、これで少し持ち直してきていますが、それでも、ごらんになっておわかりのように小学生で約10%程度、中学生では約20%が朝食をとっていないという状況にございます。

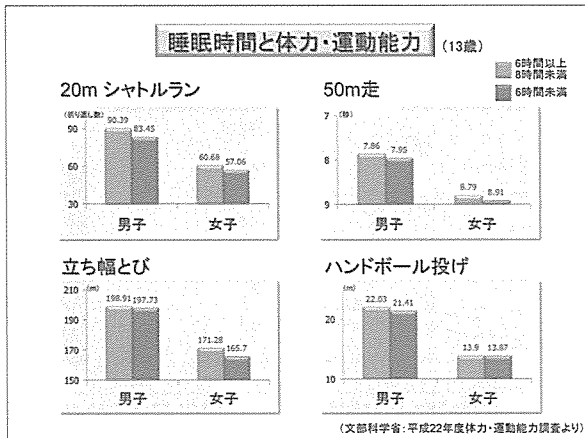
そこで、朝食の摂取状況別に体力・運動能力を比較したのがこの表でございます。20メートルシャトルラン、50メートル走、立ち幅とび、ハンドボール投げ、いずれも、毎日食べる者が、毎日食べない者に比べて運動能力がすぐれていることが示されています。これは年齢を変えましても、あるいは種目を変えましても、大体同じような傾向にございます。



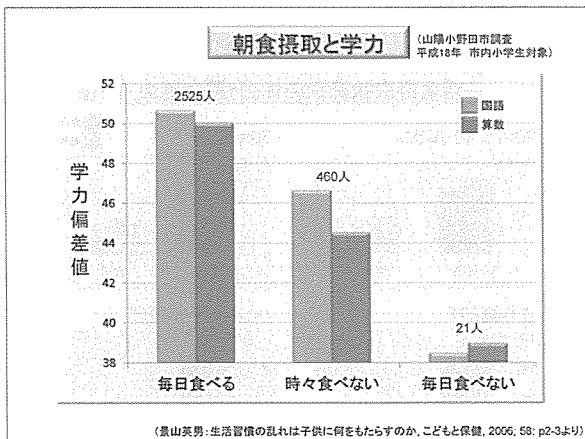
また、このスライドは就寝時刻を調査したものでございますが、昭和56年に比べて男子も女子も、また小学生も中学生も、就寝する時刻が少しずつ遅くなっています。また、これは中学2年生で12時以降に就寝する者の割合を調査したものでございますが、平成7年のころには5%、平成12年でも9.6%であったものが、平成17年には52.5%と過半数の子どもが12時以降に就寝しており、遅く寝る子、すなわち睡眠不足ということになりますが、そういう子どもが非常に増加してきています。

これは、睡眠時間と体力・運動能力の関係を、睡眠時間が6時間から8時間の子どもと6時間未満で睡眠不足の子どもで比べたものでございますが、これまた同様に、走る、跳ぶ、投げる、いずれでも、十分な睡眠をとっている子どもが、睡眠不足の子どもより体力・運動能力が高いということが言えます。こういう結果を踏まえますと、生活習慣の乱れというのも、現在の運動能力や体力の低下の一つの要因である、あるいはそれと密接に関連していることがおわかりいただけると思います。

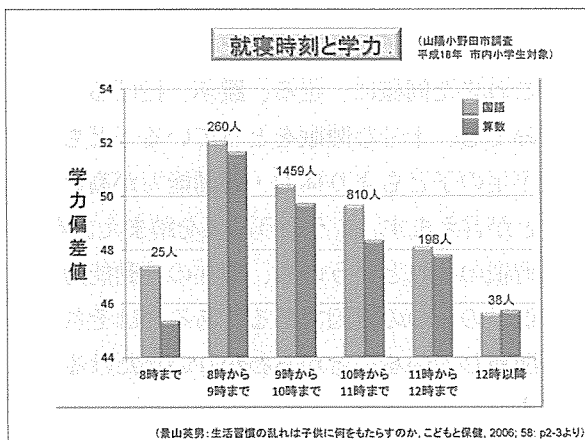
また、最近では、子どもの学力の低下も大きな



社会問題となっていますが、学力もまた生活習慣の乱れと非常に関係しているということが報告されております。このスライドは、山陽小野田市内の小学生を対象とした調査でございますが、ご覧いただくとお分かりのように、毎日朝食を摂取する子どもの方が学力が高いことが示されております。

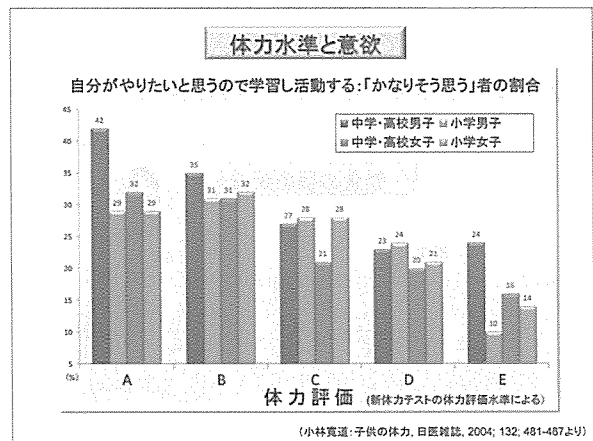


これは就寝時刻と学力の関係でございますが、余り早く寝る子は別として、やはり睡眠不足にな



るほど学力は低下するということが示されています。このように、生活習慣の乱れというのは、学力の低下とも結びついているということがお分かりいただけるかと思います。

また、体力の低下や体力の水準といいますのは、学習したり様々な活動をする意欲とも非常に関係があるといわれています。このスライドは、体力の評価が一番高い子どもをA、一番低い子どもをEとして、5段階に分けまして、自分がやりたいと思うので学習して活動する子どもの割合を示したものでございます。小学生、中・高校生ともに体力の評価が高いほど、自分で学習しよう、あるいは自分で活動しようという意欲が高い子どもが多いことがお分かりいただけるかと思います。このように、体力というのは、精神的なもの、あるいは心理的なものにも大きく影響すると考えられます。

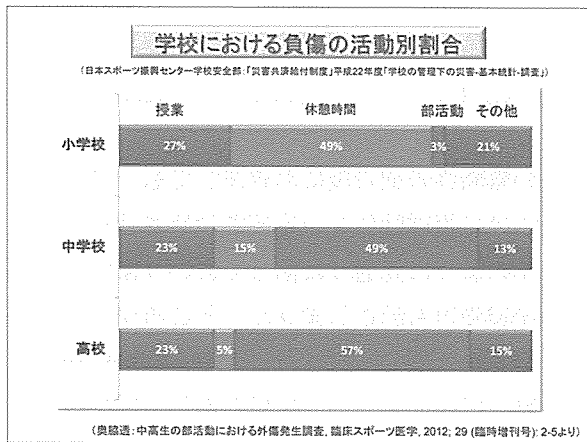


以上、お話をいたしましたように、現在の子どもでは、回復傾向にはあるものの、なお以前に比べると体力・運動能力の低下がみられ、この体力・運動能力の低下は、単に体力・運動能力の問題のみにとどまらず、運動や学習をする意欲でありますとか、食事、睡眠などの生活習慣、あるいは学力にも密接に関連していることがお分かりいただけるかと思います。すなわち、小林寛道先生が結論されていますように、体力や運動能力の水準が低い子どもでは、運動や学習に対する意欲も低く、日常の生活習慣についても好ましくない状態にあるということが言えると思います。

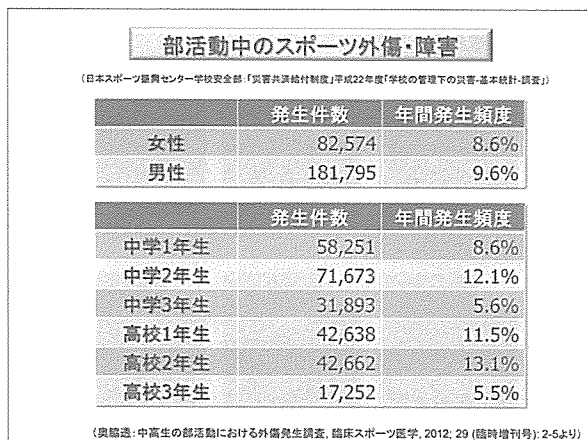
続きまして、子どものスポーツ外傷・障害とその特徴について述べさせていただきます。

冒頭にも申し上げましたように、今日では全く運動しないで体力が低下している子どもの対極に、非常に加熱したスポーツ環境の中にいる子どもも少なくなく、そういう子どもでスポーツによる外傷や障害を起こして私どもの外来を受診される子どもが後を絶ちません。私どもの印象としましては、そういう子どもは増えているような気がいたしますし、また、スポーツで外傷や障害を起こす子どもが低年齢化しているということも大きな問題であると思います。

学校でケガをした子どもがどのような時にケガをしたのかということ、災害共済給付制度のデータでみますと、小学生では部活動でケガをする子は3%と非常に少ないのですが、中学生になりますと49%、高校生では57%と、その半分ぐらいは部活動でケガをしているということがわかります。

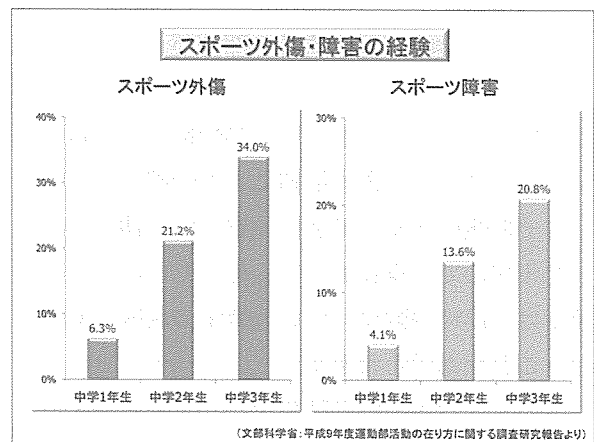


また、同じ災害共済給付制度のデータでは、部活動中のスポーツ外傷・障害の頻度は女性と男性ではほぼ変わりはありませんが、中学1年生で

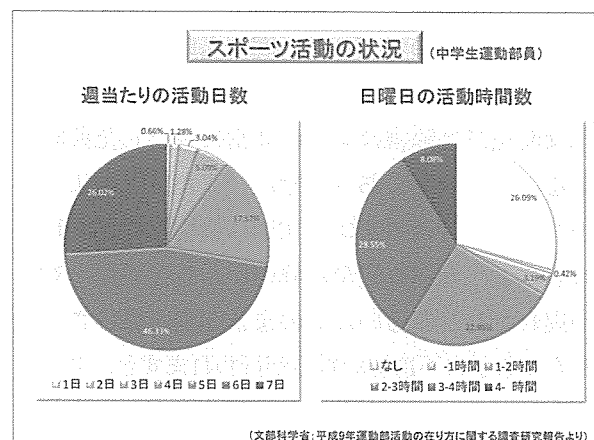


は年間の発生頻度が約8.6%、中学2年生になりますと12.1%とやや増加いたしまして、中学3年生となりますと1学期ぐらいでスポーツをやめる子どもがいるためか5.6%に減少しています。

これは、文科省で行われました運動部活動の在り方に関する調査で、平成9年と少し古いデータでございますが、運動部の部員で1週間以上運動を休んだ外傷・障害を経験した人の割合は、スポーツ外傷に関しましては、中学1年生で6.3%、中学2年生では21.2%、中学3年生では34%となっています。また、スポーツ障害については、中学1年生で4.1%、2年生では13.6%、3年生では20.8%となっています。こちらは累積でございますので、当然このような結果になりますが、やはり中学2年生の時にケガをしたり故障をしたりする割合が高いという、先ほどの災害給付制度のデータと同じ結果になっています。



また、この調査では、中学生の運動部員がどれ位の時間活動しているのかということも調査してありますが、週当たりの活動日数では、6日が



46%、7日が26%という結果であり、中学生の運動部員の4分の1は、365日練習をしていることになります。また、日曜日の活動時間についても、3時間から4時間ぐらいの人が28%、4時間以上が8%と、かなり長い時間練習をしている子どもが少なくないことがわかります。

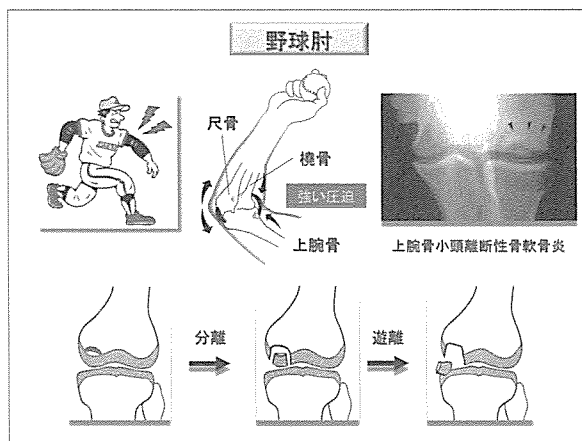
さて、スポーツによる外傷・障害は、小さい子ども、児童や生徒、あるいは大人と、その年代によりまして、障害が起こる部位、あるいは障害の形態などが非常に異なっています。これは、スポーツによって外傷や障害を受けるような、力学的に弱い部分が年代ごとに変化していくためです。

それでは、子ども、特に発育をしているような子どもの運動器はどうなっているのか、その特徴について簡単に述べますと、骨についてはここに骨端線という軟骨の線があることが大人の骨との大きな違いで、また骨の端にある関節軟骨も厚く、このため関節の幅も非常に広く開いています。このように力学的に弱い軟骨の部分が大人に比べて非常に多いというのが子どもの骨の大きな特徴でございます。それともう一つの特徴は、身長が伸びていく時には、まず最初にこの骨端線で骨が伸び、その後引き続いて筋肉や腱が引き伸ばされていきますので、身長が大きく伸びているような年齢では、筋肉や腱がいつも過緊張の状態にあるということがあげられます。

このような運動器の特徴を持つ子どもに起こるスポーツ障害の特徴は、関節、筋肉とか腱が付着している部分の軟骨と軟骨の下の骨の部分の障害が非常に多いということです。このような軟骨の障害は、初期にはほとんど症状がありません。このため、子ども本人も保護者も全く気づかないわけですが、その気づかない間にも障害はどんどんと進行してまいります、明らかに症状が出たような時点では障害はすでに非常に進行した段階にあることが少なくありません。また、このような子どもの軟骨の障害は、初期に適切な対応が行われますと、元通り完全に修復いたしますが、対応が遅れたり、あるいはそのまま運動を続けさせたりするなどの不適切な対応が行われますと、スポーツを続けることはもちろん無理でございますが、色々な後遺障害を残して日常生活にも支障を来す

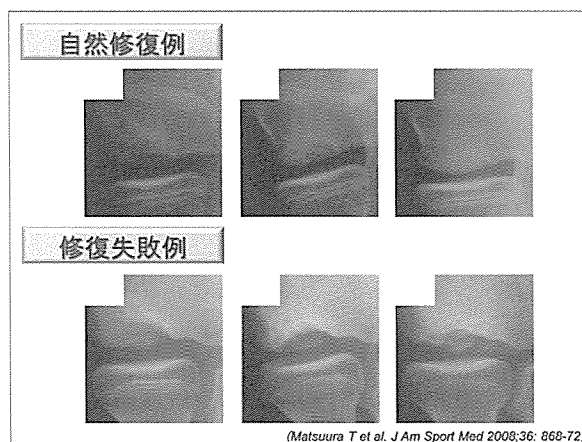
というようなことにもなりかねません。

ご承知のように、野球肘は子どものスポーツ障害の代表的なものでございますが、投球動作によって上腕骨の小頭部分に非常に強い圧迫が繰り返しかかりますと、この上腕骨小頭の部分に離断性骨軟骨炎が発症いたします。離断性骨軟骨炎といいますのは、軟骨の下の骨の部分に壊死が起こり徐々に周囲からの分離が進み、最終的には軟骨と骨が関節の中に遊離してしまうという病気でございます。



この離断性骨軟骨炎におきましても、早い段階で見つけて投球動作を一定期間やめさせますと、ごらんのよう元通りに治ってまいります。全く何の後遺障害も起こしません。ところが、ある程度進行した状態で発見されますと、なかなか修復は困難でございます、先ほど申し上げましたように徐々に分離が進行していき、遊離して、最終的には関節面はでこぼこになってまいります。

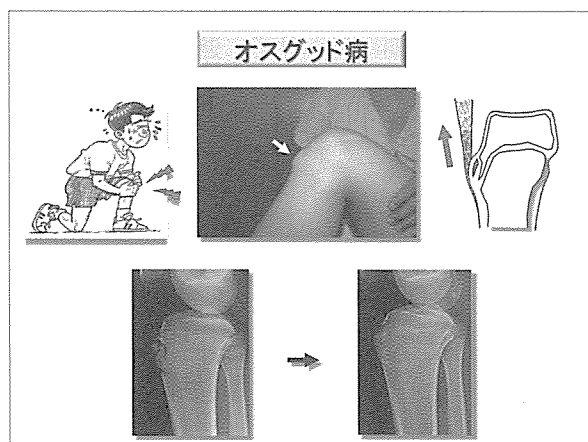
そのような例では、肘の関節は変形をして、肘を完全に曲げたり伸ばしたりすることができなく





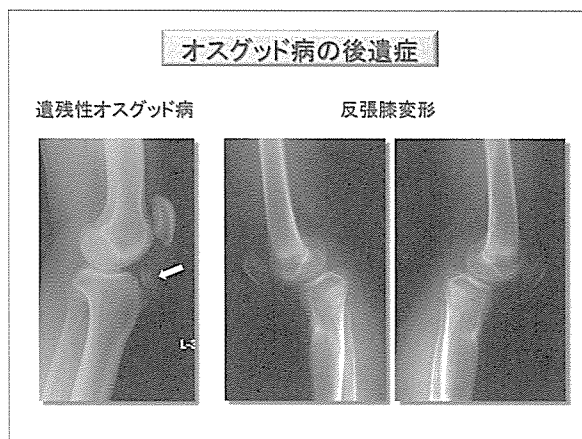
なり、日常生活にも色々な支障を及ぼしてまいります。

膝のオスグッド病というのも子どもによく見られるスポーツ障害でございます。これは、ジャンプをしたり走ったりを繰り返すことで、膝の下方の軟骨の部分にくっついている膝蓋腱が過度に牽引をされてその付着部が剥離骨折を起こしたものです。膝蓋骨の下方の出っ張りの部分を痛がりますが、この病気も、早い時期に見つけて、走ったり飛んだりするのを一定期間中止させますと、ごらんのようにきれいに修復をしております。



しかしながら、運動を続けたままですと、剥離骨片は大きくなり、後々も疼痛が持続する原因になります。もっとひどくなりますと、これは両側にオスグッド病を起こした子どもですが、このように両側の膝が後ろに反った反張膝となり、手術が必要になる場合もあります。

このような子どもに起こるスポーツ障害と申しますのは、申し上げましたように、骨や軟骨が脆弱である、筋力が大人に比べて未発達である、あ



るいは技術も未熟であるといった、子ども自身が持つ内的な要因、それに、練習量が非常に過度であったり、あるいは練習方法が誤っていたりという外的要因が加わって発生します。この内、内的要因については子ども自身の問題ですが、外的要因については、多分に指導者でありますとか、場合によっては保護者といった大人の関わりが非常に強くみられることはご承知の通りでございます。

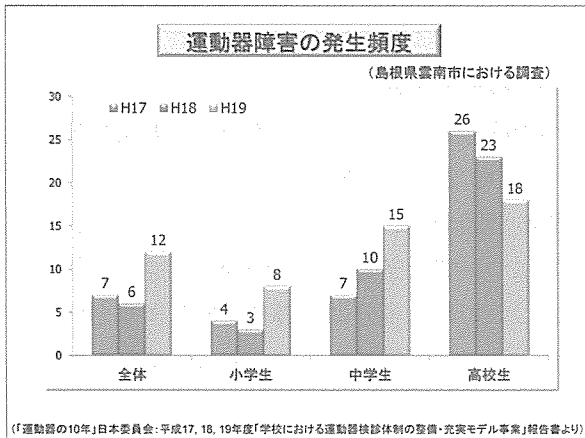
最後に、学校運動器検診についてお話しをさせていただきます。なお、学校運動器検診についてはこの後で梅田先生から詳しくお話がございますので、私は簡単に触れさせていただきます。

学校における定期健診は、ご承知のように学校保健法で義務づけられており、その検査項目の中には脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無を検査するとなっています。また平成6年には、骨・関節の異常及び四肢の状態にも注意することという文部省体育局長の通知が出ておりますが、実際には具体的な検査項目の指示がないことなどもあり、実効的な運動器の検診というのはなされておらず、多いのが多くの地域での現状かと思っております。

そこで、「運動器の10年」日本委員会におきましては、学校の定期健診において、各種運動器疾患の早期発見、早期治療、予防と、児童・生徒への直接的な教育・指導が可能となるような具体的な体制を構築することを目指しまして、運動器検診体制の整備・充実モデル事業に平成17年に着手いたしまして、平成20年の段階で、熊本県を含む10都道府県でこのモデル事業が展開されております。

熊本県での学校運動器検診の結果につきまして

は、梅田先生からお話があると思いますので、ここでは、島根県における結果をお示しますが、運動器検診で見つかる運動器障害の発生頻度は、平成19年の調査で、小学生で8%、中学生では15%、高校生では18%と、かなり高い頻度で運動器障害の子どもがいることが明らかとなっています。島根県だけでなく、検診が行われた他の都道府県におきましても同じような結果が出ています。



このような運動器検診で見つかる障害、特に子どもに多くみられる骨軟骨の障害の特徴は、初期の段階の障害が多く見つかることとございます。ごく少数例では終末期のものもありますが、見つかる障害のほとんどは初期の段階でのものです。

これに対して、症状があって病院を受診される子どもの場合は、進行期とか終末期とか、すでにかかなり進行したケースが多いということが全く違ってきます。先ほども申し上げましたように、初期の段階で病変を見つけ、適切な対応を行うと元と同じように回復いたしますが、終末期となります

	初期	進行期	終末期
検診群 (n=99)	94.9%	3.1%	2.0%
外来群 (n=206)	30.1%	26.2%	43.7%

(柏口新二ら、スポーツによる骨軟骨障害の予防、THE BONE, 2005, 19: 407-412より)

と、元と同じように回復するのは難しいと言わざるを得ません。したがって、運動器検診は、子どもの骨軟骨の障害を回復可能な早期に発見できるという意味で非常に意義が大きいと言えます。

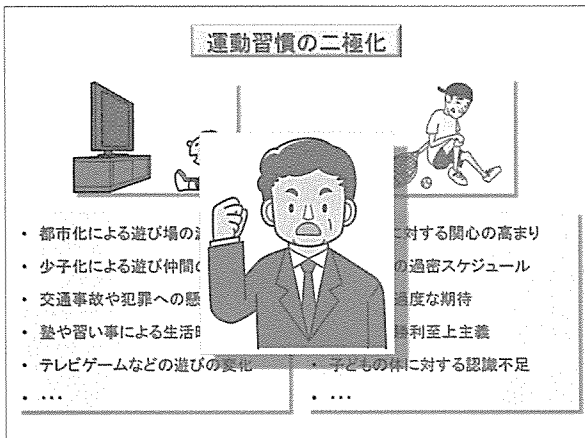
また、運動器検診では、運動器の疾患のほかに、運動機能の異常というものも見つけることができます。これはしゃがみ込み動作をさせたところでございますが、通常ですと、こういうふうにかかとをつけて完全にしゃがみ込むことができます。しかし、最近の子どもにしゃがみ込みをさせますと、このようにしゃがめない子どもが多くみられます。無理してしゃがみ込みをさせると後ろにひっくり返ります。このような子どもは非常に体が硬く、いわゆる運動器機能不全と呼ばれる子どもですが、このような子どもがかなりの頻度でいます。熊本県における調査では、21年度には18%の子ども、22年度には14%の子どもがしゃがみ込み動作ができないということが明らかとなっています。このように運動器機能不全があるような子どもが何の準備もなくいきなりスポーツを始めた場合には、スポーツ障害を起こす危険性が高いであろうということは容易に予想されることとあり、こういう子どもを早い時期に見つけて、運動器障害の発生を予防するために適切な対応をするということも、運動器検診に期待されることとございます。

しゃがみ込み動作

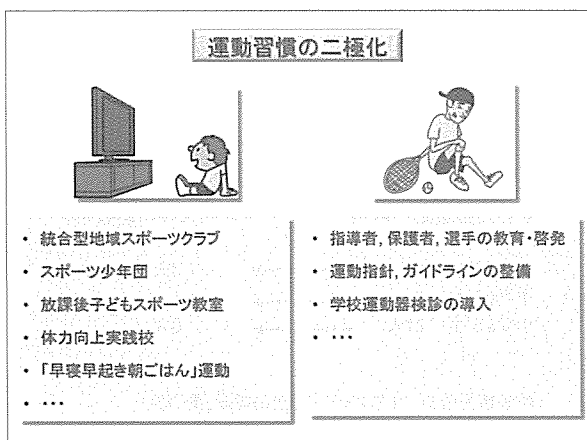
運動器機能不全 (熊本県における調査)

平成21年度	152名 / 853名	18%
平成22年度	158名 / 1107名	14%

以上、現在の子どものみられる運動習慣の二極化、またそれがもたらす体力低下とスポーツ外傷・障害についてお話をさせていただきました。運動をほとんどしない子どもの体力低下の背景には、スライドにあげていますように、都市化による遊



び場の減少ですとか、少子化による遊び仲間の減少、交通事故や犯罪への懸念、それから塾や習い事による生活時間の変化、テレビゲームなどの遊びの変化などがあります。一方で、スポーツによる外傷や障害の多発の背景としては、マスコミ報道などを通じた国民のスポーツに対する関心の高まりや、試合中心の非常に過密なスケジュール、Jリーガーやプロ野球選手を目指した保護者の子どもに対する過度な期待、またこれに応えようとする指導者の勝利至上主義、さらには子どもの体に対しての指導者や保護者の認識不足などがあげられます。すなわち今日の子どもの運動習慣の二極化とこれに伴って生じている弊害は、現在の社会の環境や価値観がもたらしたものと考えられます。したがって、このような社会を作ってきた大人には、子どもの心身の健全な発達を図るための有効な対策を早急に立て、現状を改善していくことが求められていると考えます。



子どもの体力低下に対しては、既に、統合型地域スポーツクラブ、あるいはスポーツ少年団であ

りますとか、放課後子どもスポーツ教室、体力向上実践校のモデル事業、あるいは先ほど申し上げましたような早寝早起き朝ごはん運動ですとかの方策が行政や学校の主導で実践されており、先にお示ししましたように、一定の効果を上げてきているところでございます。一方、スポーツ外傷・障害に対しましても、従来から行われております指導者、保護者、選手の教育・啓発事業に加えまして、運動指針あるいはガイドラインの整備でありますとか、今日お話をさせていただきました学校運動器検診の導入などにより、スポーツ外傷・障害を予防する、あるいは早期に発見して重症化しないようにするという有効な方策が確立されることが待たれます。

子どもの運動習慣の二極化とこれに伴います弊害は、現在の子どもがおかれた社会環境、生活環境、価値観などによってもたらされた結果と考えられます。わが国では、世界に類を見ない少子超高齢社会が進行しており、そういう中で、次世代を担う子どもの健全な成長・発達は、わが国が抱える最重要課題の一つであると考えます。行政、学校関係者、保護者、学校医、医療機関を始めとして、子どもを取り巻くすべての関係者が緊密に連携してこれに取り組んでいく必要があると思えます。

以上でございます。ご清聴ありがとうございました。

【座長 高橋】

水田先生、ありがとうございました。

いわゆる子どもの体力の低下と学習能力も影響してくるということで、スポーツ外傷、それから学校運動器検診の重要性というもお示しいただきました。

続きまして、シンポジウムに移って、学校健診について、梅田先生にお願いしたいと思います。

梅田先生は、平成元年に、大分医科大学を卒業されまして、直ちに熊本大学整形外科に入局されています。それから、平成9年には、アメリカの Jackson Laboratory に留学をされておられて、平成14年におぐに整形外科を開業されております。日本臨床整形外科の学校保健検討委員会の委

員を長年されております。また、平成21年より、熊本県医師会学校保健委員会の委員もお務めです。

それでは、「熊本県における運動器検診への取り組みと課題」ということで、ご講演をお願いします。よろしくお願いいたします。

【シンポジウム】

『熊本県における運動器検診への取り組みと課題』
— 整形外科専門医の立場から —
熊本県医師会学校保健委員会委員
おぐに整形外科医院院長 梅田修二

こんにちは。高橋先生、過分なご紹介ありがとうございます。

熊本県医師会学校保健委員会委員の梅田であります。今日は、このような機会を与えていただきました、熊本県医師会会長の福田先生始め関係の先生方、また、座長の役を引き受けていただきました高橋先生、後藤先生、ありがとうございます。

では、早速私の話を始めたいと思います。

熊本県におきましては、2008年から、阿蘇郡市におきまして、運動器検診システムを構築するモデル事業ということで開始いたしました。まずは最初ということで、阿蘇郡市の小学校1校と中学校1校を選びまして、小学校におきましては、部活動を始める4年生から6年生までを対象に行いました。方法としましては、健康診断前に保護者に問診を書いていただきまして、それを養護教諭の先生に一応チェックしていただき、異常を訴えていた児童生徒に対して学校医の先生に運動器検診を行っていただいた。学校医の検診の結果、必要があれば校長名にて専門医を受診を勧めさせていただくというような形で始めました。

これが実際そのときに使いました問診票ですけれども、既往歴とか現在の状況、あるいは痛みの場所があればここに丸をつけて、印をつけていただくという形でやってまいりました。これは結果なんですけれども、小学校125名中16名に問診票で異常があるという訴えがありましたけれども、実際専門医を受診するようという指示は一人も



ありませんでした。ただ、中学校におきましては、336名中85名、約4人に1人は問診票にて異常があるということで、実際37名が専門医を受診するようという指導が行われております。

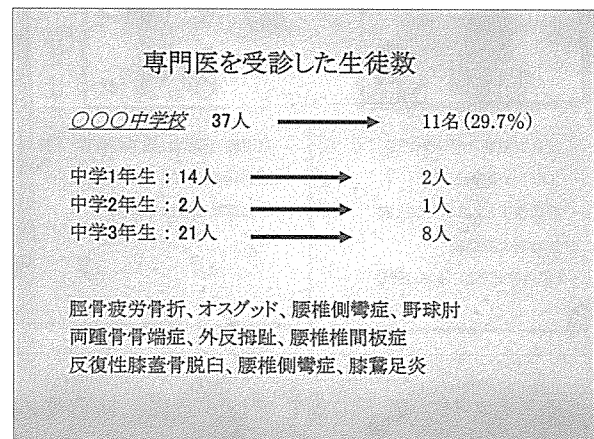
〇〇小学校 児童数125人(男子61名、女子64人)				
学年	人数	学校医の専門	問診で異常あり	要二次検診
4年生	36	内科医	6	0
5年生	47	内科医	4	0
6年生	42	内科医	6	0
合計	125		16	0

〇〇中学校 生徒数336人(男子177名、女子159人)				
学年	人数	学校医の専門	問診で異常あり	要二次検診
1年生	108	内科医	16	14(87.5%)
2年生	107	内科医	28	2(7.1%)
3年生	121	整形外科	41	21(51.2%)
合計	336		85(25.3%)	37(43.5%)

37/336名(11.0%) 全校生徒における割合

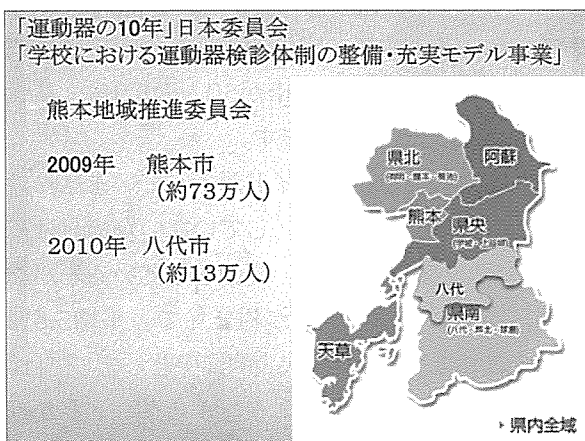
全校生徒で考えますと11%の生徒が専門医を受診するよう指示があったところです。

実際専門医を受診した生徒は11人ということでありました。このときの診断は、ここにスライドで示しましたように、脛骨の疲労骨折とかオス



グッド、あるいは腰椎側彎症というような診断で
ありました。

先ほどの水田先生からもお話がありましたけれど、熊本県におきましても、学校における運動器検診体制の整備・充実モデル事業に参入しまして、熊本地域推進委員会を立ち上げました。2009年度は熊本市におきましてまず調査を行いまして、2010年度は、熊本県の県南に位置します八代市、人口約13万人の市ですけれども、ここにモデル事業を行っております。方法としましては、問診票と全員の一次検診を行っております。これは、ボランティアの整形外科の医師で検診を行いました。



この中で二次検診が必要ですよという子に指導しまして、実際専門医の医療機関を受診していただきました。この場合は保険診療という形で今回進めております。問診票におきましては、中九州地区で内容を統一するために、既に宮崎県で作成されている問診票を使用しております。現在の運動部活動、現在の運動器疾患の状態、運動器疾患の既往についての質問であります。

これは一次検診項目でありますけれども、歩く、起立、しゃがみ込み、前屈・後屈、上肢の挙上、肩の外旋・内旋、それに肘の屈曲・伸展、それと脛骨結節の部分は触手するという11項目を行っております。

要二次検診者はどういうふうに出したかといいますと、一次検診で異常が認められ、整形外科疾患が疑われた者、問診票で現在何らかの症状があり、整形外科診療が必要と考えられる者、この1、2の両方及びいずれかを認める者を異常ありとい



う形で専門医を受診するよう指導しております。

全員、対象は中学校2年生を行っております。熊本市におきましては、地域性あるいは規模を考慮しまして5校を選びました。5校の975人に対して、大学病院の整形外科の医師によって一次検診を行っております。2010年度、八代、これは実際各地区でできるかどうかということで行ったのですけれども、全校の15校を選びまして、対象1,236人、これはもう地域の開業医の先生、あるいは勤務医の先生に検診をお願いしております。

要二次検診者の抽出

- ① 一次検診で異常が認められ、整形外科疾患が疑われたもの
 - ② 問診票で現在何らかの症状があり、整形外科診療が必要と考えられるもの
- ①②の両者およびいずれかを認めるものを「異常有り」

対象

中学2年生

	2009年 熊本市	2010年 八代市
抽出学校数(校)	5	15
抽出条件	地域性・規模	全校
生徒数(人)	975	1236
実施医師 (整形外科)	大学病院	地域開業 務医

結果1 問診票

	2009年 熊本市	2010年 八代市
問診票提出者	872/975 (89.4%)	1159/1236 (93.8%)
部活動あり 問診票提出者に対して (%)	595 (68.2%)	929 (80.2%)
障害有り 問診票提出者に対して (%)	145 (16.6%)	187 (16.1%)
部位(上位3)	膝関節 腰 足関節	膝関節 足 関節

結果であります。まず、問診票の提出者、熊本市におきましては89.4%、八代市は93.8%ありました。この中で、障害があると訴えがあったのは、熊本市が16.6%、八代市が16.1%でありました。実際一次検診を受けた生徒なんですけれども、熊本市が87.5%、八代市が89.6%で、そのとき多く指摘があったのは、先ほどのスライドにありましたように、しゃがみ込み、あるいは床に指がつかない、あるいは脛骨結節等の痛みと、こういうのが多かったように報告されております。

結果2 一次検診

	2009年 熊本市	2010年 八代市
被検診者数 (%:生徒数に対して)	853/975 (87.5%)	1107/1236 (89.6%)
部活動あり (%:一次検診者に対して)	576 (67.5%)	888 (80.2%)
指摘内容	「しゃがみ込み」 152(18%) 「床に指がつかない」 137(16%) 「土踏まずが低い」 95(10%) 「脛骨結節痛」 52(6%)	「床に指がつかない」 182(13%) 「しゃがみ込み」 54(4%) 「体を後ろに倒す」 83(7%) 「脛骨結節痛」 56(5%)

その中で、実際二次検診がどれぐらい必要だったかと、専門医を受けるようにということであったのが、熊本市におきましては21.1%、八代市でも20.5%、ほとんど21%の生徒にそういう指導がされております。

運動している、していないで分けてみますと、熊本市は、運動している子は25.9%、していない子は11.2%、八代市では、運動している子は21.6%で、していない子が16.0%ということに

結果3 要二次検診者

	2009年 熊本市	2010年 八代市
要二次検診者 (%:一次検診者に対して)	180/853 (21.1%)	227/1107 (20.5%)
部活動あり (%:要二次検診者に対して)	149 (82.7%)	192 (84.6%)
部活動をしている中で 要二次検診者	149/576 (25.9%)	192/888 (21.6%)
部活動をしていない中で 要二次検診者	31/277 (11.2%)	35/219 (16.0%)
指摘部位 (%:要二次検診者に対して)	膝関節 58(28%) 腰 51(25%) 足・足関節 26(13%) 肘関節 23(12%)	膝関節 99(44%) 腰 93(40%) 足・足関節 34(14%) 肘関節 15(6%)

なりました。

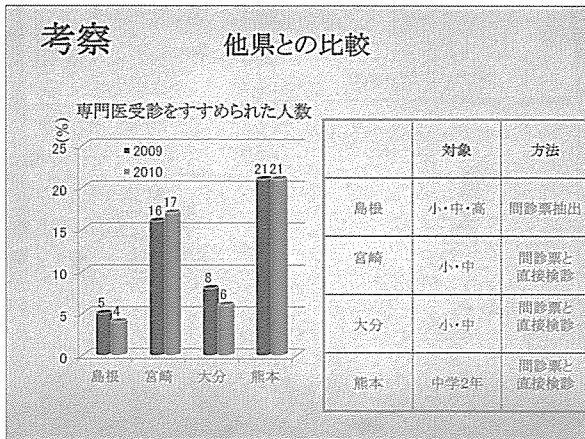
実際、二次検診を受けた生徒はどれぐらいいるかといいますと、熊本市が31.1%、八代市が39.6%ですね。その中で、実際運動器疾患が確認された数としましては、熊本市が50人の5.9%、八代市は61人の5.5%であります。

これは、ちょっとスライドが入っていませんけれども、運動しているか、していないかで分けてみますと、八代市の場合、運動をしている子が約7%、運動していない子が約4%で、平均5.5%という値でありました。代表的疾患としましては、スライドに上げていますようなオスグッドとか野球肘、あるいは腰痛症というのが報告に上がっております。

結果4 二次検診

	2009年 熊本市	2010年 八代市
二次検診者数 (%:要二次検診者に対して)	56/180 (31.1%)	90/227 (39.6%)
部活動あり (%:二次検診者に対して)	45 (82.1%)	78 (86.7%)
運動器疾患が確認された数 (%:二次検診者に対して)	50 (5.9%)	61 (5.5%)
代表的疾患	オスグッド病 野球肘 腰痛症 脛骨結節板ヘルニア	オスグッド病 腰痛症 側弯症 ジャンパー膝

考察でありますけれども、先ほどの水田先生の話の中にもありましたけれども、島根県、宮崎県、大分県、熊本県比べてみますと、結構熊本県、二次検診の必要性があるという子が多かったのですけれども、それにはやっぱりいろんな、対象とか方法も違いますので一概に比べることはできない



のですが、ただ、多くの子どもたちがやっぱりそういう運動器の障害を持っているということはこれでわかるのではないかなと思います。

そういう意味で、じゃあどういふふうに運動器検診を今後進めていくかということなんですけれども、一番は、学校保健安全法、ここで来て決めていただければ本当にすぐ終わることなんですけれども、なかなか現在の状況では難しいのではないかなと。そうしますと、やっぱり教育委員会あるいは学校現場、学校医の先生、そういう先生たちに理解と協力をいただいて、運動器検診を広めることができればなと考えております。

運動器検診を進めるために 1

学校保健安全法施行規則の改定

教育委員会(県・各自治体)
学校現場(校長、養護教諭)
学校医(医師会)

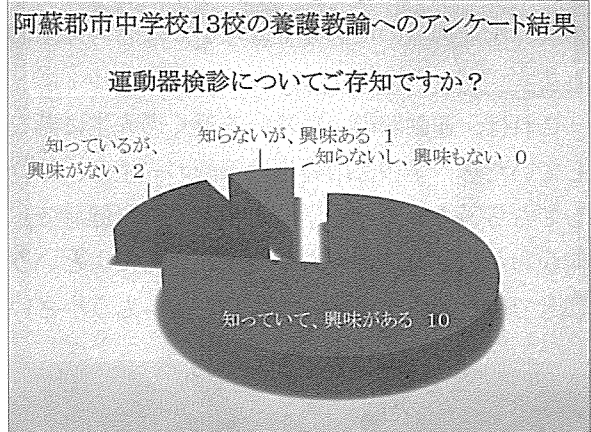
理解と協力

	熊本市	八代市
問診票提出者	89.4	93.8
被検診者数	87.5	89.6
二次検診者数	31.1	39.6

実際、八代市では、検診は教育委員長名で検診を行っております。そうしますと、熊本市と比較しますと、まだ問診票の提出者、被検診者数、あるいは二次検診者数とも八代市が上回っております。そういう意味で、教育委員会の協力というのも本当に必要になってくるのではないかなと考えております。

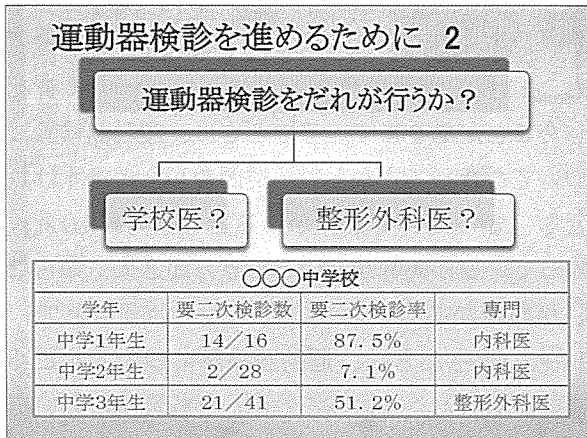
また、学校現場はどういふふうに考えているか

ということで、田舎で申しわけないのだけれども、阿蘇郡市の中学校は13校あるのだけれども、13校の養護の先生たちにアンケート調査をしたことがあります。そのときに、運動器検診についてご存じですかという質問をしたのだけれども、知っていて興味があるという方が10人、知っているが興味がないという方が2人、知らないが興味があるという方が1人ということで、11人の先生たちは、運動器検診についてすごく興味があると。ということは、学校現場においても、そういう運動器の障害というのはやっぱり養護の先生たちも気にかけている部分ではないかなと思います。



また、じゃあ実際運動器検診は誰がするのかという話を聞いていると、学校の先生たちがやるのかと思われている方がいらっしゃると思うのですが、整形外科医、我々が本当に現場でやるのが一番なんだろうけれども、なかなかこれは現実問題としては難しいと。そうすると、やっぱり学校医の先生に協力してもらうのが一番ではないかなと。運動器の必要性を認識していただいて協力していただければなと思います。

これは阿蘇郡市でやった結果なんですけれども、中学校1年生の内科の先生、中学2年生の内科の先生、これは別の先生なんですけれども、二次検診が必要ですよというふうに指導していただいたのは、1年生は87.5%いるんですけども、2年生は7.1%、さっきの水田先生の報告からいくと、2年生のほうがどっちかというと障害は多いわけですから、こっちが多くていいのかなと思うのですが、こういうところは、もしかする



と、ちょっと詳しく話は聞いていないのですけれども、そういう運動器というものにどれぐらい興味を持っていただくかということが、今後運動器の検診を進めるのに必要ではないかなと考えております。

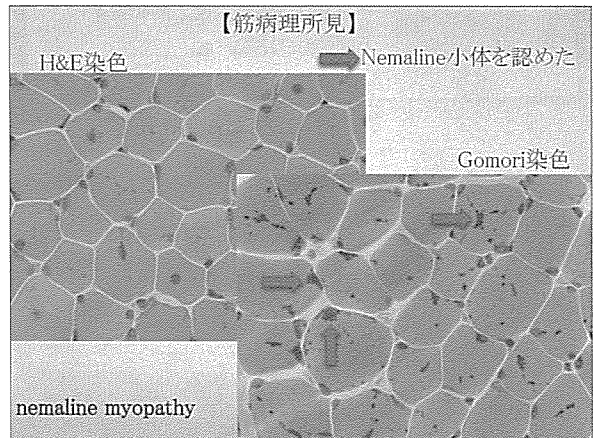
これは、運動器の、いろいろ近くの先生に話をしていたら、学校医の先生と養護の先生が、紹介してもらいました。中学校1年生の内科健診で、何かおかしいと、走り方がおかしいんだよということで紹介があったのですけれども、もう小さい

【症例】 12歳 男児
【主訴】 何かおかしい 特に走り方（筋力低下）
【現病歴】 帝王切開で出生。出生体重2600g。出生時5分間泣かず約2週間保育器に収容された。乳児期に運動発達がやや遅延していたが、言語・知的発達は正常だった。3～5歳の頃、遠足などで長距離を歩くことができなかった。徒競走で平均より遅く、10歳頃から運動が嫌いになった。中学1年の問診表にて「何かおかしい」ということで、近医受診し、筋疾患が疑われ、精査加療目的で熊大紹介受診となった。
(熊本大学医学薬学研究所小児発達学 小幡史郎先生より)

【身体所見】
 いつも口を少し開けており、ほっそりした顔つき
 上下肢に近位筋優位の筋力低下・筋萎縮を認める。
 上下肢とも腱反射はやや減弱。

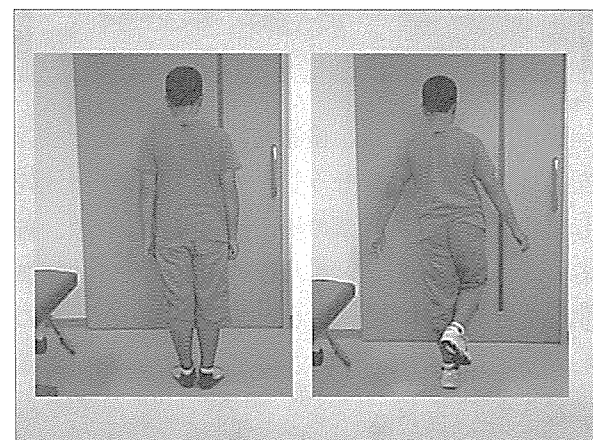
【検査所見】
 筋電図：軽度の筋原性変化を認める

筋疾患が疑われ、確定診断のため筋生検を行った



ころから、遠足なんかはすぐ歩けないと、やっぱり何か怠け者みたいな感じでずっと大きくなられたかもしれませんけれども、検査をしてみますと、筋レンズで筋原性変化を認めたんですね。で、筋生検を行っています。ゴモリ染色を行いますと、これはネマリン小体がありまして、最終的にはネマリンミオパチーという形で、中学校1年生で診断がついた子どもであります。

また、この子は小学校6年生で、片足立ちができないと、だから運動会とかもう大嫌いで、運動は大嫌いということなんですけれども、実際片足立ちをやってもらいます。こういうふうに片足立ちすると、すぐバランスを崩してしまいまして倒れてしまうんですね。当然足も遅いわけなんですけれども、よく見ますと、足は扁平足で、外反変形しています。足の問題でしようということで、靴型装具を作成しまして、靴を履いてもらいました。そうしますと、片足立ちはすごく安定していて、一回バランスを崩すんですけれどもまた立ち直るんですね。この子どもはすごく喜んで帰りま



した。おれは運動はできないんだ、運動音痴だと思っていた子がすごい自信を持って帰ってくれました。

こういうふうに、先ほど水田先生の話もありましたけれども、運動のしすぎだけでなく、こういう疾患も中にはやっぱり隠れていると、そういう意味で、運動器というのを頭の中に入れて診ていただければなどというふうに思っております。

じゃあ実際どんな感じで運動器検診を進めていくかと。やっぱり一次検診の簡素化とか、あるいは制度の確立、この当たりがやっぱり必要になってくるのではないかなと思います。問診票、あるいは一次検診の合わせ技となるんですけれども、八代市の例でとりますと、やっぱり問診票だけでは半分以上は見過ごしてしまうんですね。じゃあ一次検診をすれば大丈夫かという、やっぱりそれでも見逃しがあります。そういう意味でも、これを上手に組み合わせていいシステムができればと考えております。ただ、そんなときには、検診時間、大体1分20秒から30秒かかっています。ここにいらっしゃる学校医の先生たち、いや、おれにはできないよと言われるかもしれませんが、ぜひ、こういう一つでも興味を持っていただいで協力していただければと考えております。

検診判定方法
問診票のみ
一次検診のみ
問診票と一次検診

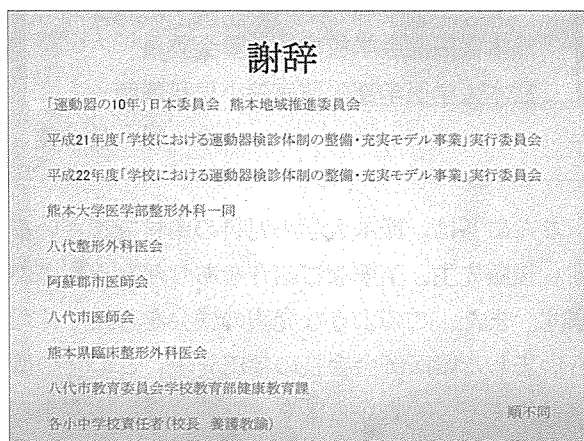
2010年八代市				
問診票	異常(+)	異常(-)	異常(+)	118/227
一次検診	異常(-)	異常(+)	異常(+)	191/227
要二次検診者数(227)	36	109	82	

検診時間の確保 1分20秒から1分30秒必要

まとめでありますけれども、熊本県における運動器検診の取り組みについて報告しました。問診においては、中学校2年生で約16%の生徒は何らかの障害を訴えていました。一次検診にて専門医による二次検診の必要性を指摘された生徒は21%であり、部活動をしている生徒の割合が多かったということです。二次検診にて約6%の生

徒において何らかの運動器疾患を有していることがわかりました。今後、早期に学校における運動器検診が整備、確立されることが必要であろうと思っております。

最後のスライドであります。今報告しました調査は、ここにスライドに上げていますが、挙げ切れないたくさんの方の手伝いがあったり行われております。そういう人たちに感謝をしながら、また、この今のデータが、今後子どもたちを守るための運動器検診にうまくつながってくれればなと思ひながら、私の報告を終わらせていただきたいと思います。ありがとうございました。



【座長 高橋】

梅田先生、ありがとうございました。

この運動器検診については、各県、市町村によって力の入れ方も違いがありますし、学校検診の形もいろいろとあるようでございますので、後ほどディスカッションの材料にさせていただきたいと思います。

それでは、3題目から座長を交代いたします。

【座長 後藤】

それでは、シンポジウムの3題目、一般的なシンポジストとしての2人目のご紹介をさせていただきます。

中村公俊先生ですけれども、お手元の抄録集に御紹介の御略歴とかは記載されておりますけれども、簡単にご紹介させていただきます。

熊本大学の小児科の講師をなされております。専門は、代謝とか遺伝とかが専門で、特に、県

の医師会、あるいは熊本市の医師会とかで、小児生活習慣病の検診の中心的な役割をしていただいております。

本日は、「子どもたちの生活習慣病予防～熊本市小児生活習慣病予防検診の現状」～小児生活習慣病専門医の立場から～ということでお話を伺いたいと思います。よろしくお願いいたします。

【シンポジウム】

『子どもたちの生活習慣病予防
～熊本市小児生活習慣病予防検診の現状』

～小児生活習慣病専門医の立場から～

熊本県医師会学校検診委員会委員

熊本大学医学部附属病院小児科講師

中村公俊

こんにちは。熊本大学小児科の中村でございます。後藤先生、丁寧なご紹介をありがとうございます。また、このような発表の機会を与えてくださいました県医師会会長の福田先生、この会の関係の先生方、それからスタッフの皆様には感謝申し上げます。

スライドをお願いします。私は、子どもの生活習慣病予防についてということで、熊本市で行われている小児生活習慣病予防検診の内容を含めてお話しさせていただきます。

肥満というのは、ご存じのとおり、健康問題を考える上で非常に重要なテーマです。成人ではBMIというのが一つの肥満の指標としてよく用いられております。ところが、小児では、その子が肥満かどうかを評価するのは必ずしも簡単ではございません。成人だと、身長が一定ですので、体重がふえればBMIは上がるということを指標とします。今日は懇親会がございますが、懇親会で食べ過ぎないように、飲み過ぎないようにと考えながら、つつい過ぎしてしまっ、熊本に来たからやっぱり熊本ラーメンも食べて帰らんといかんねと皆さん考えていらっしゃるんじゃないかと思っておりますけれども、今晩は体重のことは一旦忘れていただいて、食べていただいて、また明日思い出していただければと思います。

小児では、身長それから体重、体組成などが成長によって大きく変わっていくということがございます。成人では身長が一定になるわけですが、それをもとにしたBMIの評価とはまた違う考え方をしなければなりません。ご存じのとおり、子どものBMIを計算しますと、乳児期、それから幼児期、学童期というように、非常に大きく変わってまいりまして、そのときそのときのBMIの正常な値が幾つかということがわからないと、子どもが太ってきているのか、肥満が進んでいるのかを評価することが必ずしも容易ではありません。

子どもでの肥満の指標というのは、カウプ指数であったりローレル指数であったり、カウプ指数というのは、計算式としてはBMIと同じ考え方でございまして、これは、幼児期にBMIがほぼ一定だということを利用して使っています。ローレル指数は学童期にほぼ一定の割合でBMIが上昇していくということで、もう一回身長で割ると一定数になるということを利用して使っています。

こどもの「肥満」の判定

身長と体重からもとめる指数

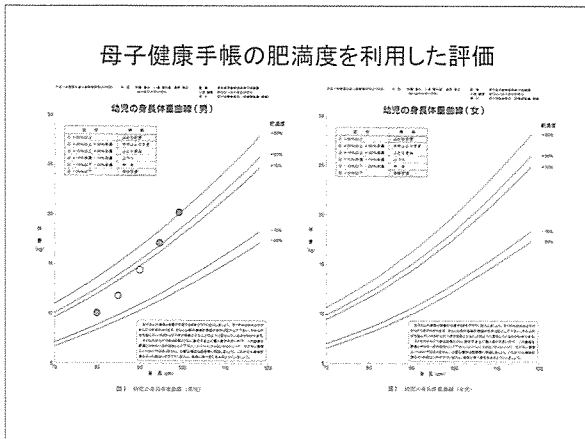
$$\text{Kaup(カウプ)指数} = \frac{\text{体重 (g)}}{\text{身長 (cm)}^2} \quad \text{Body mass index (BMI) と同じ}$$

$$\text{Rohrer(ローレル)指数} = \frac{\text{体重 (kg)}}{\text{身長 (m)}^3} \times \frac{1}{10}$$

$$\text{肥満度} = \frac{\text{実測体重} - \text{標準体重}}{\text{標準体重}} \times 100 (\%)$$

20～30% 軽度
30～50% 中等度
50%以上 高度

それとは異なりまして、肥満度という尺度がございまして、これは、標準の体重をもとにして実際の体重が標準の体重に比べて何割ぐらい多いかということを求める指標であります。肥満度というのは、1人の子どもが肥満度が変わっていくのが——肥満度の数字が増えていくと太っているかどうか分かりやすいという、1人の子どもを追いかけていくときの指標として便利であります。母子健康手帳には、その肥満度を利用した評価というのがございます。体重と身長からプロットすると、その子の肥満度が標準から外れていくかど



うかが容易にわかるということが記載されています。

BMIと肥満度を簡単に比較してみますと、肥満度というのは、標準体重を求めないといけない、そこが煩雑でございまして、標準体重というのは年齢、性別、身長などによって規定されるものがあります。それによって肥満度がわかると小児期の継続的な評価には非常に有効な指標です。

Body Mass Index (BMI) と肥満度

肥満度

- 標準体重を求めることが煩雑（年齢、性別、身長）
- 小児期の継続的な評価に有効

BMI

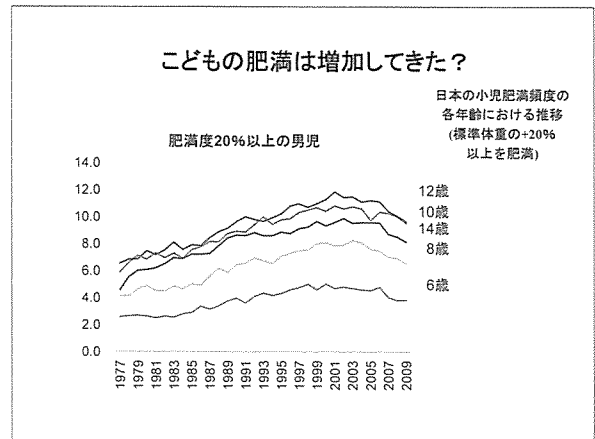
- 成長とともに標準値が変化する
- 算出が簡単で、国際標準として用いられる
- パーセンタイル値を用いた比較が可能

それぞれの特徴を理解して利用する

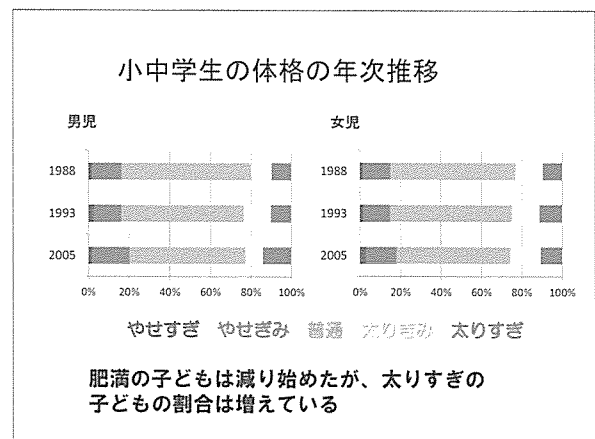
BMIは、成長とともに標準値が変化していくものですが、算出が簡単なので、国際標準として用いられます。論文を書くときにはやはりBMIを記載しなければ評価されません。そして、BMIは、パーセンタイル値を用いると、1人の子どもが継続的な指標として利用が可能です。

ただ、パーセンタイル値を用いるためには、結局はその計算をしないとイケないということで、やはり小児の肥満の評価ということが必ずしも容易ではないということがご理解いただけると思います。そのそれぞれの特徴を理解して利用していくことが必要です。

それで、最近よく言われることですがけれども、子どもの肥満が、以前は増加してきたと言われるんだけど、最近はそうでもなくなってきているということが新聞でも書かれるようになってまいりました。大体2000年ぐらいをピークに子どもの肥満というのはやや減少傾向に転じていることが知られています。

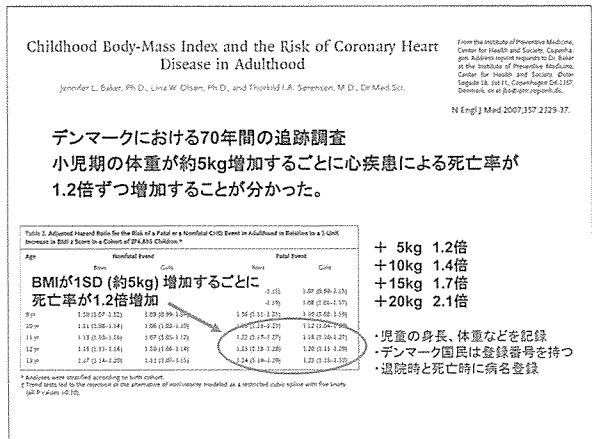


ただ、先ほどから二極化という話が出ておりますが、体格の推移というのを見てまいりますと、実は年度が進むにつれまして、やせ過ぎの子、それから太り過ぎの子の割合は増えてきているんだということも言われております。すなわち、肥満の子の割合というのは、数というのは減ってきているんだけど、それでも太り過ぎの子、それから目を転じるとやせ過ぎの子という面に対しての対策も考えてまいらなければなりません。



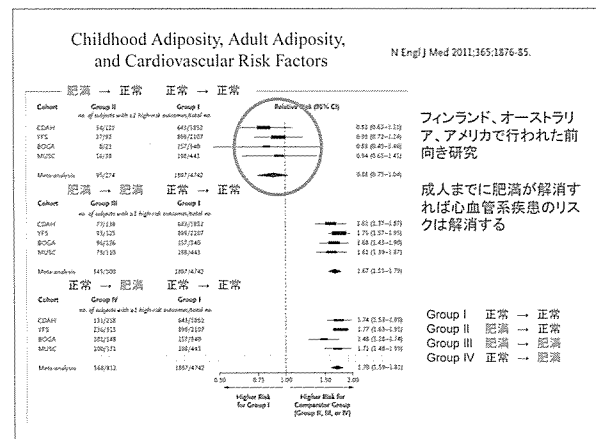
子どもの肥満をどうというふうに考えていけばいいかというのは、最近いろんな方法がなされております。これは代表的なものですけれども、デンマークで、子どもの体重が増加するごとに、成人

になってからの心血管系の疾患に対するリスクが変わるのかということ調べてありました。簡単に申しますと、子どもの体重が、大体小学生のころに5キロずつふえるとそのリスクが1.2倍ずつ増加するということが報告されています。



以前は、子どもの肥満というのは成人期の肥満につながりやすいし、成人期の肥満は、ご存じのとおりさまざまな合併症に結びつくということです。最近ではそれが直接子どもの肥満が成人期の疾患のリスクにつながるんだということが言われるようになってまいりました。

それでは、小児期に肥満に対する介入がどういう意義があるのかということもわかってまいりました。これは昨年ニュー・イングランド・ジャーナルに出された報告です。小児期に肥満があっても、それが成人期までに正常化した場合には、この場合には心血管系の疾患リスクについて評価してありますが、そのリスクというのは、もともと肥満がなかった子と同じになってしまいます。だから小児期に肥満があっても成人期までにそれが正常



化すれば、そのリスクというのはもともとなかったのと同じと考えられるんだという報告がなされています。これは、肥満が解消しなかった子、それから成人期に肥満になった子では、同様の高いリスクが見られるのに対して、介入すればそれがなかったことになってしまうということです。子どもの肥満に対する積極的な介入の意義があるんだということがわかります。

私どもは、小児生活習慣病予防検診というのを熊本市で行っておりまして、もう20年ぐらい続けているものでございます。対象が小学4年生、肥満度が20%以上で、熊本市が昨年度では約7,000名の小学4年生が在籍しております。肥満度20%以上の子ども、これは4月に、学校で身長、体重をはかることによって学校で計算していただいて、その対象者を教育委員会を通じて検診センターへの受診を勧めるということがシステム化されております。そして、肥満度20%以上の子が8.2%、実際にはその約半数ちょっとの子どもたちが検診センターを受診して、そこで計測、採血を行います。それから時間は限られていますが簡単な指導などを受けます。その結果の判定会議を経て、異常が見られた子どもたちは、かかりつけ医であったり、それから重症度によっては専門医を受診するというシステムになっております。

熊本市小児生活習慣病予防検診

熊本市教育委員会
熊本市医師会小児生活習慣病予防検診班

対象者: 小学4年生 肥満度20%以上

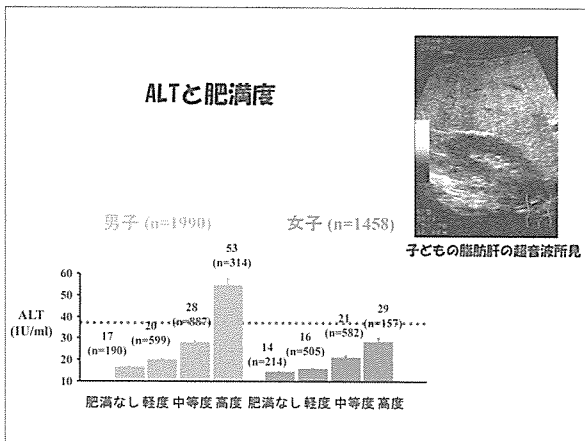
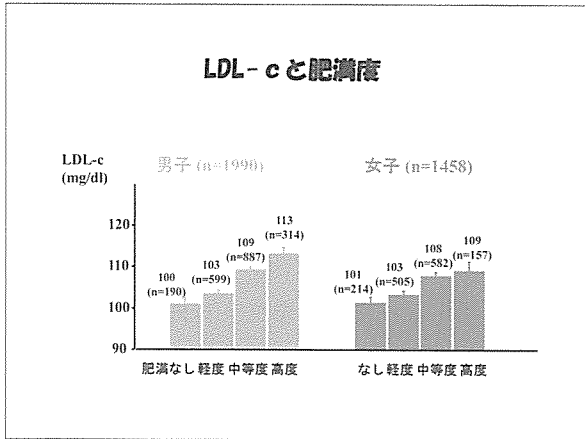
在籍数 6951名 (H23年度)
肥満度20%以上 572名 (8.2%)

検診センター受診
↓
計測、採血、指導
↓
判定会議
A 異常なし
B かかりつけ医受診
C 専門医受診

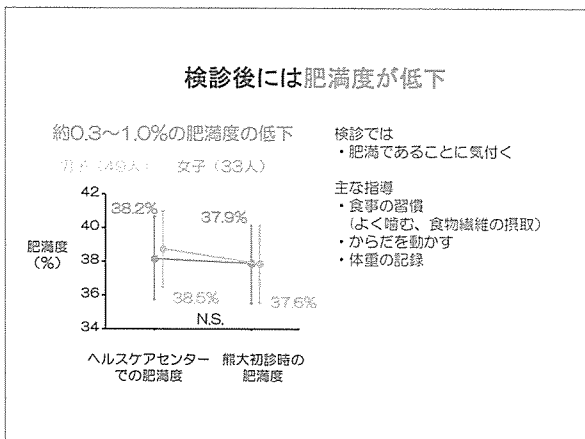
検診実績
受診者 301名 (対象者の52.6%)
有所見者 129名 (受診者の42.8%、在籍者の1.9%)

その結果として、わかってくることは幾つかございます。肥満度が高くなると、子どものときでも、いろんな肥満の合併症の指標となるものが上がってきます。これはLDLコレステロールの値で、子どもの正常の指標に比べるとまだ低くはありますけれども、その肥満が進むとこれは上がった

てくるのです。それから、ALT、これは脂肪肝の一つの目安と考えられますけれども、やはり肥満度が上がると異常値になるぐらいまで高くなる子どもたちもいることがわかってまいりました。

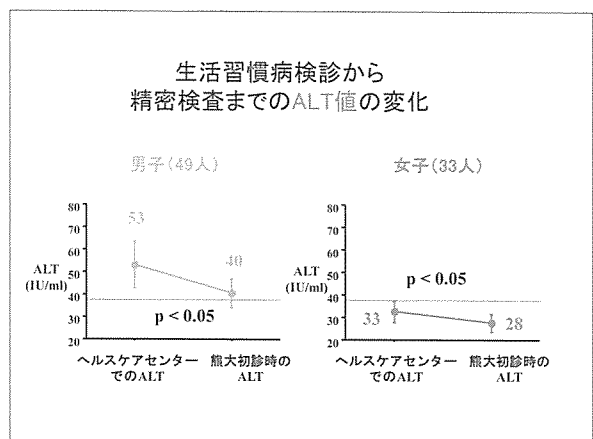
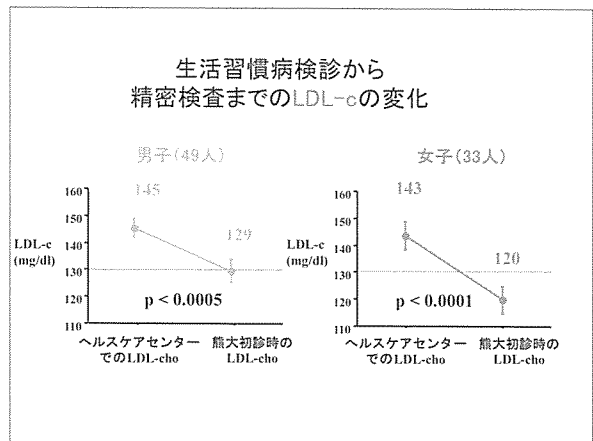


それが、実際に介入していくと検診を受けて、それから特に異常が強いと考えられる子どもたちは、大学病院に受診していただくわけです。そうすると、その間に肥満度というのがほんのわずか低下します。実際にその傾向を見ると、ほとんどの子どもたちはずっと肥満が増えてきている。

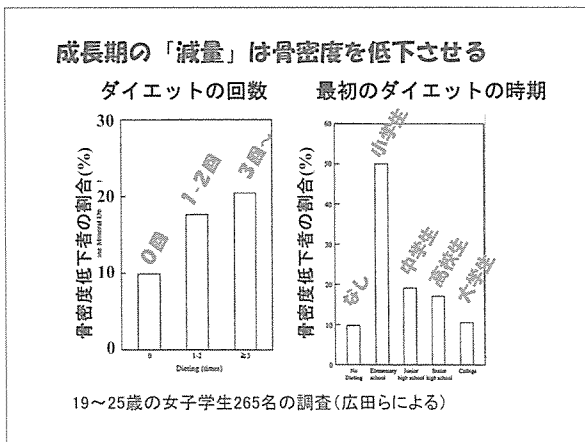


子どもたちが肥満度が変わらないか少し低下するというのは実際に非常に大きな違いだということが考えられます。そこで、検診ではやはり自分が、子どもさんが肥満であることに気づくということが重要なだろうと考えています。そして、時間は限られていますけれども、食事の習慣であったり、体を動かすことであったり、体重を記録するということがあったりというような話をその検診のときにはしております。

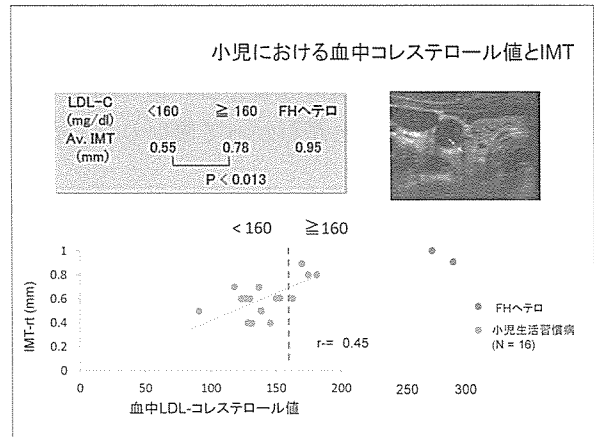
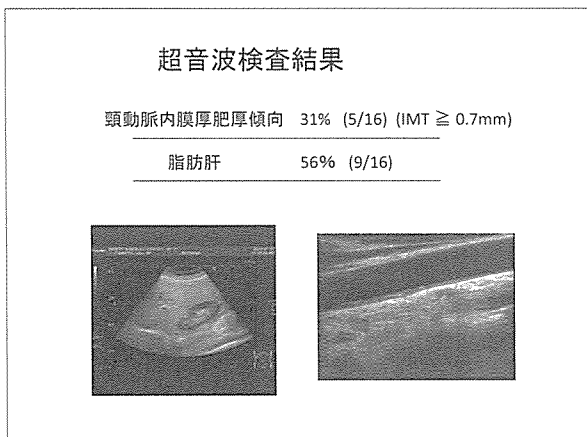
そうすると、LDLコレステロールの値、それからALTの値というのが有意差をもって低下してきます。実際の肥満度の変化というのは非常にわずかなのですけれども、検査の値でも明らかな改善が見られることが分かってまいりました。だから、体重が変わらなくても、身長が子どもというのは伸びていくので、その多くの肥満の子どもの合併症というのは改善していくんだろうということが考えられます。ただ、子どもたちの3分の1ぐらいは、ドロップアウトしたり、また体重が増えていったりしてしまうので、それを継続していくというのは、また別の意味で困難が伴います。



そういった介入していくときの問題点として、過度の減量、先ほどやせ過ぎの子も増えてきているというお話をしましたけれども、ダイエットをし過ぎることに気をつけないといけないというのを感じております。小児期にダイエットをすると骨密度が減る子ども、—これは女の子ですけれども—が増えてくると、特にダイエットの時期が早いほどそのリスクが高いことが知られております。



あと、薬物治療の介入が必要かどうか、これはまた議論があるところなんです。そういった精密検査の対象になった子どもたちに、IMT、頸動脈内膜厚の肥厚を評価しております。その結果としては、やはりLDLコレステロールが高い群と低い群の間にはIMTの有意差が見られております。通常成人では1.0mm前後を一つの基準としておりますが、年齢が低いとその基準は恐らく下がってくるだろうと考えられております。その中で、肥満それからコレステロールが高い子どもたちの内膜には実際変化が起こりつつあるんだとい



うことが考えられます。また、FHのヘテロ、家族性高脂血症のヘテロと考えられる子どもたちでは、まだ小学6年生の子で、プラーク形成が認められるような非常に強い変化が見られることもございます。

こういった介入の中で学校はどういう役割を果たしていくべきかということなのですが、これも2年前に、ニュー・イングランド・ジャーナルに報告がされています。糖尿病リスク軽減のために学校が介入するプログラムを行ったかどうかという報告がございました。これは、6年生から8年生までの期間に介入プログラムを行った結果、肥満の割合であったりBMI、腹囲、空腹時のインスリン値、肥満の有病率が低下したという報告です。これは過体重と呼ばれる軽度の肥満も含めた全体では変化がなかったのですが、その高度の肥満の人たちの割合というのは、有意差をもって減少しており、それとともに肥満のいろんな指標も改善しているという結果が得られています。

学校の役割も大きい

A School-Based Intervention for Diabetes Risk Reduction
N Engl J Med 2010, 363, 443-453

「糖尿病リスク軽減のために学校が介入」
アメリカの中学校42校で6年生から8年生まで4603人を対象とした介入プログラムの効果を検討した。

結果：肥満の割合、BMI、腹囲、空腹時のインスリン値、肥満の有病率が低下した。

その介入で実際にどういふことを行ったかを簡単に書いてありました。栄養教育、特にスタッフの方たちに対する教育にもお金をかけて、それから給食の内容の改善にも少しお金をかけてありました。介入期間や、生徒数からすると、この金額というのはそれほど大きいものではないのだろうと思われまふが、そのプログラムを行うことで介入の効果が得られるということも報告されています。

学校の役割も大きい

A School-Based Intervention for Diabetes Risk Reduction
N Engl J Med 2010, 363, 443-453

介入プログラムの例

栄養教育：15-30万円

給食の改善：25万円

担任の先生：

4時間の初期講習と1時間の追加講習

保健体育の先生：

6時間の初期講習と6時間の追加講習

給食センター職員：

4時間の栄養講習と2時間の追加講習



以上のことをまとめますと、子どもの時の肥満というのは、増加から転じて減少しつつありますが、太り過ぎの割合や、やせ過ぎの割合などは高く、その二極化が認められるのだろうと考えられます。そして、子どもの肥満への介入は、成人期の合併症を改善すると考えられています。検診等において肥満であることを知っていただく。すなわち肥満なんだというのをまず気づくということが重要です。それから、介入することによって、肥満度の改善、そして合併症の改善が期待できます。また、医療者、家族、学校、行政など、さまざまな機関の取り組みが重要でございます。

で、終わりましたら、熊本ラーメンのほうにまた気持ちを移していただければと思います。ご清聴ありがとうございました。

【座長 後藤】

中村先生、ありがとうございました。中村先生には、前半の2題といいますか、お2人のご講演とはちょっと趣を変えて、小児生活習慣病、特に肥満についてお話ししていただいて、検診を通しての肥満への介入とか学校の役割とか、そういう

のをお話ししていただきました。ありがとうございました。

それでは、最後になりますけれども、吉野先生のお話を伺いたいと思います。

吉野先生のご略歴のご紹介も抄録のほうにありますけれども、現場からのお話を今日はさせていただくことになると思います。山鹿市立山鹿中学校の教諭の方です。

今日のお話は、「中学生のこことからだ」ースポーツ指導者の立場からーということでお話をさせていただくことになります。よろしくお願ひいたします。

【シンポジウム】

『中学生のこことからだ』

ースポーツ指導者の立場からー

山鹿市立山鹿中学校

主幹教諭

吉野 栄 治

今ご紹介いただきました山鹿中学校の吉野です。どうぞよろしくお願ひします。

私は、お手持ちの抄録にあるように、教職生活が24年目を迎えています。初任の3年間は、小学校に勤務させていただきましたが、中学校のほうの勤務が長くなっており、保健体育のほうを担当しておりますので、今回のシンポジウムのテーマにあります「現代の子どもたちの「身体二極化」について考える」ということを現場で見えますので、そういった意味で、今回は現場の声が聞きたいということで私にお呼びがかかったと思っていますので、今日は、現場で日ごろ感じていること、特に体についてのことを中心にお話をさせていただきますたいと思います。

実際、私が教員になった約20年前と比べても、生徒の体力は落ちてきていると思います。最近のスポーツテスト、文部科学省が行っております体力・運動能力調査の結果では、体力の低下は横ばいであるという調査報告がなされていますが、運動ができる子どもと、そうでない子の差はとて大きく感じているように感じています。原因は、抄録にも書いているように、いろいろあると思いますが、

現場で感じていることをそのままお話ししたいと思います。

まず、体力低下の一番は、幼いころからの運動不足だと思います。運動というより、外遊びが足りていないように思います。これも抄録に載せましたが、現代の子どもたちは、やはり幼いころからゲームの時間が長く、体を動かす遊びが不足していると思います。そのため、運動経験の差だけでなく、遊びの経験の差で体の動かし方がわからなかったり、動きがぎこちなかったりすることが起きてくると思われます。

中学校で体育の授業を見ていても、体力がないとか、体がかたいし動きがおかしいなど感じる場合があります。例えば、私が勤務する山鹿中学校の場合、4月にすぐスポーツテストを行います。その中で持久走があります。男子が1,500メートル、女子が1,000メートルを走ることになるのですが、その持久走の計測中に歩いてしまう生徒がここ数年見られています。以前では、計測中に歩く生徒は、はっきり言って見られませんでした。最近では、どうしても歩いてしまう生徒が見られるようになってきています。

また、山鹿中学校では、体力向上のために、体力トレーニングというのを授業の導入で行っています。その際、腕立て伏せとか腹筋とかもさせているのですが、新入生の中には、この腕立て伏せとか腹筋が1回もできないという生徒も見られるようになってきています。そのほかにも、鉄棒の握り方が、大体親指を下にして物は握るようになっていないかなど私は思うのですが、言葉は悪いですが、猿のようにとというか、上からそのまま手をかぶせるだけで鉄棒を握るような生徒、また、逆上がりができない生徒は以前もありましたが、逆上がりというよりも、体を後ろに倒すという、逆さ感覚と言うんですが、そういう感覚のない生徒が非常に多いように思います。ですから、マット運動の後転もスムーズにいきません。なかなか後ろに行くことができなかったり、手を着かない生徒がいたり、大体足を着いて後転は完成するんですが、正座をしてしまう、回転して正座をしてしまう生徒、これも足首がかたいことが関係するのかもしれませんが、そうい

う生徒が見られるようになってきています。

また、学習指導要領というのが新しくなりまして、中学校でソフトボールを行うようになってきました。ただ、以前の私たちの年代と比べて、このソフトボールが本当にへたくそなんです。ボールが怖くてとれませんので、してみせるとよけながらとるだとか、以前で言うと、女性の方には失礼なんですけれども、私たちが女投げとかいって、えいって投げきらないような、そんな形でしか中学生がソフトボールができていません。ルールもわかりませんから、野球をされた方はご存じだと思うんですが、ノーアウトとかワンアウトでフライが上がっても、今の生徒はランナーについていても走っていきます。で、ダブルプレーとかになったりするんですが、それとか、一塁は駆け抜け抜けますが、二塁も平気で駆け抜けていくというような、そういう生徒が非常に増えています。ソフトボールをさせてこのような状態ですので、後から話しますけれども、私が担当している野球部の生徒も、以前とは大分変わってきています。

今、体育の授業を見ての気づきを幾つか例を挙げて話をしましたが、これも全ての生徒がそういう状態ではないんですが、一部の生徒ではあります。以前に比べると運動がうまくできていない生徒の割合は高くなっていると思います。

次に、私たちが指導している運動部活動の現状ですが、そもそも、運動部活動というのは、児童生徒がそれぞれの興味、関心に基づき、学年、男女の枠を超えて、共通の目標に向かって自主的に行う活動で、教育目標を達成する上で重要な役割を果たしています。

しかし、時代の変化に伴い、子どもたちの意識や価値観も多様に変化し、運動部イコール勝利指向というような、従来の一般的な部のあり方にも変化があらわれ始めておりまして、楽しみを第一と考える生徒が増えてきています。あわせて、保護者の思いも、もっと強くなるようにしてほしいと言われる保護者から、いやあ、先生、そこまでせんでもいいですよと言われる方まで、本当に多様になってきております。また、生徒数の減少とか顧問の先生の高年齢化、指導者不足、部活動を担当する先生方の多忙感というような、いろ

いるな問題も増えてきています。

また、最近の部活動で見られるのは、女子の運動部活動離れが見られているようです。私の学校は、一応全員が部活動に属するようになっているのですが、やはり、吹奏楽部とか合唱部といった運動部でない、いわゆる文化部に属する生徒が増えているようです。これも、運動部離れということで、体力低下の原因の一因になっているのではないかなと思っています。

ここで、私が長年担当させてもらっている野球部の現状について話をしてみたいと思います。

まず、ここ数年で一番感じていることは、運動能力の高い生徒が、残念ながら、野球ではなくサッカーを選んでいる傾向が非常に高いということです。特に、私の勤務する山鹿中学校では、その傾向が高いところです。今年の部員数だけでも、野球部は1年生から3年生までで27名ですが、サッカー部は71名おりました。

また、抄録に載せました日本中体連の運動部活動の調査数の結果からもわかるように、約10年前と比べると、子どもの数は減っているにもかかわらず、野球の部員数は3万人減っていますが、逆にサッカーの部員数は3万人増えています。この熊本県でも同じような傾向にありまして、ここ10年で、野球部の部員数は400人減っていますが、サッカー部の部員数は増えています。これは、学校部活動に参加している調査ですので、サッカーはクラブチームというのが結構ありますので、クラブで活動している子も含めると、さらにサッカーの人口は増えていると思われれます。

また、抄録では、キッズサッカーのことも触れていますが、サッカーは、キッズサッカーといって、保育園とか幼稚園のころから活動ができるようです。運動能力の高い子は当然活躍をすることになると思います。すると、周りからも、わあ、上手ねとか、すごいねと言われると、もう子どもは喜んで、サッカーを選択するのではないかなと思います。そうやって、最近では運動能力の高い子がサッカーを選んでいるのではないかなと思います。

余りサッカーが苦手だとか、走るのが得意でないという子がほかの運動に流れているような傾向

があるのではないかなと思っています。ちょっと偏りがあるような私見が入っておりますが、そう考えると、最近野球部員の1年生が各学校にいますけれども、ちょっとぼっちゃり体型の子がふえてきているなどというのも私の気づきであります。あくまでも私見なんですけれども。

いよいよ、野球部の指導をしながら最近思っていることをお話ししたいと思います。

最近の生徒は、以前に比べて、非常に体がかたく、野球動作の中で大事とされる肩甲骨や股関節、それから足首の可動域が非常に狭いです。肩甲骨の動きが悪いため、肘が上がらない投げ方になったり、股関節や足首がかたいため、ゴロをとる姿勢がいわゆる腰高となっていることが多いです。遊びの中で投げるという経験がありませんので、肩も弱いようです。そして、何より、幼いころの遊びの中での野球経験が少ないため、ルールに疎かったり、野球用語を知らないというケースがあります。

私のところの野球部員でも、この間は、満塁でゴロを打ったのに、3塁ランナーがベースに戻って、それを見た2塁ランナーもセカンドベースに戻っていくということがありました。それから、スクイズとかタッチアップというような野球用語を知らないですね。タッチアップぞと言ってもきょとんとして、言葉を知らないといったことが出てきております。

そのような状態であるため、私の指導方法も変化が出てきました。以前は、自分が経験したことをそのまま伝えていたのですが、それではとても野球ができませんので、子どもたちの体力のなさや運動経験のなさ、体をうまく操ることができないことに気づき、体の使い方、野球の動きを考えた指導へと変わってきました。ですから、可動域を広げるためのアップを多目に入れたり、技術指導では、基本の動きを中心に、その動きを段階を追ったパーツ、パーツの指導が多くなりました。

例えば投げ方に関しては、以前は余り投げ方とか教えなくても投げられたのですが、今の子どもには、ボールの握り方に始まって、肘の上げ方、腕の回し方、下半身の使い方、いわゆるトップのつくり方とか、フォロースルーまでというように、

もう部分部分を教えないとなかなかできないようになっていきます。そのため、チームづくりにはとても時間がかかるようになりましたけれども、基本中心の技術指導であるため、いわゆる故障者、野球肘だとか肩を傷めるという子は、私のところでは減ってきております。

ただ、最近の野球部員に限らず、子どもを見ていて多いのは、腰とか足のいわゆる疲労骨折という診断を受けてくる場合が多いです。私たち指導者側からすると、疲労がたまるほどの練習はしていないだけなどというのが本音です。もちろんやり過ぎはいけません、多分多くの指導者が同じように考えているのではないかなと思います。

もちろん、子どもたちの骨自体も、運動不足とか食生活の変化とか、または成長期ということで、弱いというのが原因ではないかなと思いますが、今日はこうやってドクターの前でお話をさせていただきますので、いっそのこと疲労骨折という名前を変えてはいただけないかなと思っております。成長期の子どもたちがやる骨折ですから、成長骨折とか、骨が弱いから折れてますという弱骨骨折とか言っていただくと、私たち指導者はどうしても疲労骨折という、やり過ぎの感が非常に強いですので、私たちも、いやあ、そんなにやってないのになという反省が出てきますので、もしよかったらそういう名前に変えていただいたらなど、冗談ですけども、思っております。

ただ、最近の子どもは、結構、違和感があると病院に行ってきますと行って行きます。以前の子は我慢する子が多かったのですが、結構病院に行く子が多いので、今日も私こういうお話をさせていただく機会を得ておりますが、スポーツ指導者と病院の先生方の連携も必要ではないかなと。今日席に着いてお話を聞いていましたが、やはり体のことについて、私たち指導者もよく分かってなかったなということが非常にありますので、連携をさせていただくことがこれから必要ではないかなと思います。

さて、最後になりましたけれども、以前と比べると体力が低下している子どもたちですが、学校現場では、体育の授業、運動部活動を通して、いろいろな運動経験を積ませて、継続的な体力トレ

ニングを行い、少しでも子どもたちの体力を向上させるように努力していますし、子どもたちが将来にわたって運動・スポーツに親しんでいこうという態度を育てていきたいと思っています。

今私が話してきたような現状をご理解いただき、先ほども申しましたけれども、私たち指導者とドクターの連携が図られて、私たちに少しでも専門的なアドバイスをいただくと、現場としても大変助かります。本日はどうもありがとうございました。

【座長 後藤】

吉野先生、どうもありがとうございました。疲労骨折について、後のディスカッションでまたちょっと……。

吉野先生には、現場からの現状を教えていただいたのと、それと、それに応じてどうやって対応を変えていくかとかと、そういう、最後には連携の必要性まで説いていただきましてありがとうございました。

それでは、ここで、ちょっと席をつくりますので、しばらくお待ちください。この後、15時40まで時間がございますので、ディスカッションなりご討議をお願いしたいと思います。

【司会 水上】

それでは、引き続きディスカッションに移らせていただきますが、ディスカッションの準備をさせていただきますので、少々お時間を頂戴したいと存じます。どうぞ皆様そのままお待ちくださいませ。

【座長 後藤】

それではお席に着いていただきまして、ディスカッション、ご質問とかを承りたいと思います。まずは、演者の先生方でご確認とか、何かございましたら。いきなりでありますけれども、会場の方のほうからでも結構ですけども。最初、水田先生の基調講演及びシンポジストの1番目の梅田先生は運動器の疾患についてのお話だったわけですけれども、あとの2題は、若干趣が変わってはおりますけれども、全体を通してとかでも結構で

すし、個別のご質問なりご討議はいかがでしょうか。じゃあ、前の方からどうぞ。もしよろしかったらご所属とかをちょっと言っていただければと思いますけれども。

【質問者 A】

4人の方、立派な講演どうもありがとうございました。

まず、水田先生の話と梅田先生の話にも絡むのですけれども、私、今日午前中、RICE処置の認知度について発表させていただいたのですが、その中でも言ったのが、やっぱり啓発が大事だということですね。あともう一つは、知識は最高の薬というのを申し上げました。水田先生も言われていたと思うのですが、野球肘で不適切な処置がなされると、もう回復ができなくなるということがありました。あとは、梅田先生に関しては、二次検診の受診率が私としては悪い、でもこれは以前から言われていたことで、ここに関しては、私は今日の講演でも言ったのですが、やっぱり保護者に目を向けるべきかなと思います。

ですから、何人の方も言われたように、学校、家庭、地域の連携というのはずっと言われていることなのですけれども、学校保健というのは、主役はやっぱり児童生徒。で、私としては、今もう43回もずっとこういう大会が行われても、やはりその二次受診が少ない、それはどういうことかということ、やっぱり保護者の関心度が低いとか、理解度が足りない、だからそこを変えないといけない。だから、これからはゲートパーソンとしては、やはり保護者が関与しているのかなど。だから、そこを変えないと。意識、保護者の方は、恐らく自分の子がまさかそういう病気になっているとは思わない。思い込みが激しいと思いますね。だから、その意識改革をすることが大事だと思います。

これは、吉野先生にもかかわるのですが、保護者の方で温度差があって、指導はそこまでなくてもいいという。吉野先生は、疲労骨折についてはすばらしいご意見を言っていただきまして、オーバーユースが原因なので、恐らく成長骨折というのはだめだと思います。あとは、考えるとしたら、

血流障害が起こってくるので血流障害性の骨折とかでも、先生も言われたように、今日ここで座って見て、わからないことが多かったと。だから、我々これからは、保護者の方もこういう会に参加してもらって、わからないところとか、そういう連携を深めるためにも、ネクストステージとして、保護者の代表の方もこういう会に参加していただければ、もっともっと児童生徒のためになるのではないかなど。

この4人の方に、今保護者に対してどういう教育をされているかと、これからもっともっと保護者の教育をするためにはどのようなことをしたらいいかを1人ずつお聞かせいただければありがたいと思います。

【シンポジスト 水田】

非常に難しい問題で、本日は子どもの運動習慣の二極化、あるいは体力の二極化ということを申し上げましたが、現実には、保護者も指導者も含めて、社会自体が二極化しているのだろうと私は考えております。もちろん、先生がおっしゃったことは非常に重要なことでございますし、私達が行っている活動としましては、教育委員会とかの依頼を受けたり、あるいは自分たちがチームドクターをしている所とかで、保護者の方にお話をさせていただくとか、あるいは指導者の方にお話をさせていただくという機会をいただいておりますが、現実にはその会に出てきている方がみんな聞いているかといいますと、居眠りをされているような方も結構いらっしゃって、先生もおっしゃられるように、みんなが関心が高いというわけではないと思います。啓発していく、教育していく、そして知っていることが一番重要なことだということには全く賛同いたしますが、なかなか、そういう気にさせるというのは非常に難しいのではないかと思いますね。粘り強くやっていくしかないのではないのでしょうか。それ以外に、私自身は有効な方法を思いつかないような現状です。

【シンポジスト 梅田】

そうですね、やっぱり保護者の方は、温度差というのはたくさんあると思うんですね。私は阿蘇

という山の中にいますので、狭い地区なので、養護の先生に頼まれて、養護の先生向けの話をしたりとか、そういう話をしていたら、ある中学校で、すごく運動し過ぎてけが人が多いから、先生、ちょっと保護者相手に話ししてと言われたので、行って話をしたことがあります。ただ、やっぱりそういうときに本当に理解してもらっているのかなというのが、なかなかちょっとつかめないんですね。そういう形で、少しずつ少しずつやっではいるところなんですけれども、なかなか広がっていかない。

また、本当に阿蘇は、最近阿蘇の医師会長あたりが、運動器検診ということに興味を持っていたかきまして、今年の春から、とりあえず問診票を入れてみようということで問診票を入れていただいて、運動器検診、始めたというか、問診票だけ入ったと。その中で側彎症を診るところがあるんですけれども、この前たまたま、咳が出るということで小児科へ行って胸写撮ったら、背骨曲がってるよとって、うちへいらっしゃったんですね。そのときに、春に問診票入ってたんですけれども、見てみましたかと言ったら、見てませんと、入ってたけど見てませんと言われて、そのためにこれを入れているので、ぜひ活用してくださいという話をしたんですけれども、やっぱり問診票が入っても、ただ出してくるというようなことがあると、なかなか難しいんですね。ただ、もう本当に一つ一つ啓発していく、それしかないのかなと思って、今やっているところなんですけれども。またいい案があれば、先生、ぜひ教えていただきたいと思えます。

【シンポジスト 中村】

肥満に関しては、やはり肥満に気づくということが重要だと考えております。小さいころには余り食べなかった子がたくさん食べるようになって、白御飯をたくさん食べますという方が、実は病的なとか、介入が必要な肥満ですよというのは言われるまで気づいていらっしゃらないというのはよく経験しますし、それから、これは食べ過ぎだったんですと言われることもときどきあります。だから、気づいていただくということは大事な

ですが、ただそれが、学校で先生が肥満を指摘するというのはなかなか難しいというもお話としてよく伺います。やはり、医療であったり行政のプログラムであったりというような形で子どもたちに介入していく、それを保護者の方に知っていただくというような形が必要なのかなというふうに感じます。あと、保護者の方としては、無関心というんですかね、子どもさんに対して関心が乏しいのではないかと思う方も、やはりお話ししていると感ぜまして、そういう方たちに、じゃあどうやって子どもたちの問題を伝えるかというのは、難しい部分があると思います。やはり、ある程度のプログラム、強制ではないんですけども、みんながやっているという意識を持っていただけるようなプログラムは必要なのではないかと考えております。

【座長 後藤】

中村先生どうもありがとうございました。

【シンポジスト 吉野】

私が思うには、先ほども言ったように、最近の子は違和感があると病院に行くので、はっきり言っていたかと、うちの生徒なんか、病院の先生が1週間休みなさいと言われたら、もうばっちり1週間休んで、次の日からはずごく元気に動き回りますよね。もうちょっと早くからできたんじゃないかと思ったりすることもあるんですけれども、結構素直に親子ともども聞いてこられる家庭が多いので、これ以上やるとこうなりますよというようなのを言っていた方がいいかなと思います。

ただ、指導者のほうが、すみません、私もそうやって、ええって、医者から1週間と言われたからって、3日ぐらいで大丈夫だろうとか、失礼なことを言う場合がありますので、やはりここで、信頼関係がドクターとあれば、ドクターがこうやって診断されたそうですけれども、ちょっと今度こういうことがあって、例えばこの子試合に出したいんですけれども、もう絶対無理なら無理と言ってください、もしくはテーピングしてなら出てもいいですよということであれば、というような会話ができればいいのではないかなと思います。た

だ、最近は行く子は増えていますが、行かない子もいますし、中学生って、発達段階の差があって、同じ練習をしても来る子と来ない子がいるというのが、ちょっと私たちには難しいところかなと思いますので、その辺を専門的な立場からアドバイスをいただけるような関係ができれば、さらにいいのではないかなと思います。

【質問者 A】

吉野先生、どうもありがとうございました。

信頼関係を得て、水田先生言われるように、粘り強く保護者の理解のボトムアップを努めていかないといけないのかなと感じました。どうもありがとうございました。

【座長 後藤】

先ほどの後ろの方どうぞ。

【質問者 B】

中村先生にちょっと教えていただきたいことがあるのですが、弘前市で小児科を開業していますが、当市では、熊本市のように、肥満に対してシステムとして検診というのはされてなくて、その肥満について医療機関を受診したほうがいいという指示も、学校医によって任されるような形で、概ね30%中等度肥満以上の人ということぐらいなんですけれども、私自身は後でちょっと細かいことで検診の仕方で教えていただきたいのですが、私自身は中等度以上の肥満ですと、以前、もう10年ほど前になりますでしょうか、小児肥満症の診断基準というのが出されたことがありまして、中等度肥満以上の人には、それにのっかって、血圧とか、B項目としては血液検査が種々あって、先生のお示しされたALTとかLDLコレステロールのほかに糖尿病ということで、血糖とかインシュリンとかも、それにのっかってやったりすることがあるのですが、先生のところで、システムとして、検診センターですか、そちらに来られたときの血液検査の項目というのはどこまでやられているのでしょうか。

【シンポジスト 中村】

ありがとうございます。先生が今上げられたような内容でございまして、血圧から、あと血液検査では、ALT、それから総コレステロールと中性脂肪と血糖、ヘモグロビンA1cと、その項目に、先生がおっしゃっているような項目に上げられているものを検診の段階で血液検査として行っております。

【質問者 B】

20%以上の肥満度で抽出ということですが、やはり20%以上のほうになると、かなり人数的に少し多くなると思うのですが、やはり20と30%の軽度肥満症でも検診されたほうがよろしいのでしょうか。

【シンポジスト 中村】

いつの時期に検診をするかということにもかかわってくるかと思うのですが、医療の介入が必要な肥満というのは、一般的に肥満度30%以上というふうに言われておりまして、20%以上だと、全体としての肥満に対する教育であったり、そういったことが望ましいと一般的には言われていますが、私どもは、20%の子どもたちも実際にその検診で話を聞いてみますと、やはり肥満度がどんどん上がってきている途上にある子が多くございまして、そうすると、中学校に入るところには30%を超えるような肥満の予備軍ではないかと考えております。

それで、実際に今のところ、そういった子どもたちを対象にしたプログラムというのをさせていただいております。結局、その結果として、医療の介入に結びつく方というのは、検査の異常がある方であったり、あとは肥満度が30%以上の方であったりという方たちが実際に病院に行っているという形にしております。

【質問者 B】

あともう1つだけ。検診後のことなんですけれども、先ほどのお話ですと、食事の習慣ということで、よくかむことと食物繊維をとるとというのがスライドにはあったのですが、私が病院小

児科に勤めていたときには、2日ないし3日の摂取カロリーの調査をして、栄養士さんがそれを概算して、極端に多ければカロリーを減らすという指導もする対象になる子どももいたのですけれども、そのようなこともやはりされているのでしょうか。

【シンポジスト 中村】

検診センターでは時間が限られておりますので、お話を伺った中で、例えば給食のおかわりをやめましょうとか、そういった具体的な話を少しするにとどまりますが、実際に病院に来ていただいた方は、栄養士の先生に栄養指導を受けていただいています。

【質問者 B】

どうもありがとうございます。

【座長 後藤】

すみません。向こうの方がお待ちだったので、どうぞそちらの方からお願いします。

【質問者 C】

実は、埼玉県では、学校の運動器検診は就学時から初めているんですよね。これは恐らく日本の中でどこもやっていない。就学時の運動器検診のいいところは、保護者の方が必ず全員来られます。子育て講座というのがありまして、そこで保護者の方に、運動器検診の意義を、あるいは運動器という言葉も含めて説明をさせてもらっています。で、これが非常に保護者に対するPRになる、ですから、小学校の1年生とか5年生とか中学生ももちろん今流れてやっておられると思うのですけれども、やっぱり就学時のお子さんから運動器検診を、あるいはそういうチェックをされるような動きをされたらいいんじゃないかと。先ほど広島県の方から質問あったと思うのですけれども、なかなか保護者へのアプローチというのは難しいんですね。アンケートで別に顔とかを合わせるわけじゃないので、顔と顔、声と声を合わせながらできるというのは就学時のときの運動器検診が非常にいいと思います。

で、ちょっと質問なんですけれども、運動器の疾患等を見つけるのはもちろん運動器検診でいいと思うのですけれども、埼玉県でも、運動器の機能不全、これが結構だんだん増えていると。吉野先生からも運動機能が落ちているというふうに言われたと思うのですけれども、本当にある子どもさんを見ても、しゃきっとしない子とか、片足立ってふらふらするとか、これは水田教授からもそういうお話ありましたが、この運動器の機能不全に対する対策は何かお考えでしょうか。何かいい案があるでしょうかという御質問、それぞれの。

あと、中村先生は生活習慣病ということなので、運動器の機能不全も含めて、これも運動が非常に大事だと思うんですね、食事の問題だけじゃなく。もちろん食事も大事なのですけれども。その辺、運動のほうの対策というのはどう考えておられますか。

【シンポジスト 水田】

運動器の方に関しましては私の方から回答させていただきます。

1年就学時の検診というのはすばらしい考えだと思います。私どもは人手の問題もあり、ある学年を抽出した形でやっていますが、運動器検診が広く拡がれば、先生がおっしゃるように、保護者とのコミュニケーションを取る意味でも非常に有用だろうと思います。

運動器機能不全に対する対策の問題ですが、現時点では個々の子どもを指導することはむずかしいので、学校長に報告書をお渡しする際に、養護教諭の先生などに「運動器がかたい子どもが多くみられるのでこういう運動や訓練を取り入れてはどうか」というようなことを、トータルとしてお話をするとどめています。

【シンポジスト 中村】

生活習慣病の運動に関しては、食事のことと、それから運動のことと、それから体重のチェックという3点について、その中でポイントを選んでお話ししているのですが、必ずしも皆さんにお話しできるわけではありませんが、小学4年生ぐらいというのは、例えば習い事で、運動を親が勧めて子

どもが応えてくれる最後のチャンスに近いのではないかと、そういったお話で、運動についても勧めることができます。

【座長 後藤】

どうもありがとうございました。シンポジストの方、基調講演をいただきました水田先生、ありがとうございました。

司会進行のまずさで、もう時間が迫ってまいりましたので、後の予定がありますので、ここら辺でもう打ち切らせていただきます。すみません。

今日は、運動習慣及び生活習慣の二極化という面から、子どもたちの身体の二極化について、ご討議、シンポジウムを開催させていただきました。今日のテーマでありますように、子どもたちの二極化について考えるとあります。だから、今日ここで全てを解決とは当然いかないわけで、今日このシンポジウムが今後の考える課題がある程度見つかったというところのきっかけになればと思っております。

水田先生及び皆さん方の、先生方のご講演の中でもありましたように、これは、社会全体の二極化という背景もあると思うんですね。今日は身体の二極化ということに限って、特に運動器疾患と生活習慣病という面から取り上げたわけですが、学校医の大会ではありますけれども、社会全体として取り組むべき課題とも言えるのではないかと思います。

これでこのシンポジウムを終わらせていただきます。皆さんご協力ありがとうございました。

【司会 水上】

ありがとうございました。座長をお務めいただきました高橋先生、そして後藤先生もお疲れさまでございました。ありがとうございました。

それでは、引き続き特別講演に移らせていただきますが、壇上の準備をさせていただきたいと存じます。どうぞいましばらくお待ちください。

特別講演

座長 熊本県医師会会長

福田 稔

演題 『悩む力ー意味への意志について』

講師 東京大学大学院教授

姜 尚中 先生

【司会 水上】

それでは、皆様お待たせいたしました。只今より特別講演を始めてまいります。

本日の特別講演は、東京大学大学院教授・姜尚中先生をお迎えいたしました。演題は、「悩む力ー意味への意志について」です。座長は、熊本県医師会会長・福田稔先生をお願いいたします。

それでは、福田先生よろしくをお願いいたします。

【座長 福田】

皆さんこんにちは。熊本県医師会の福田でございます。

只今から特別講演を始めさせていただきたいと思っております。しばらくの間、座長を務めさせていただきます。

本日の特別講演の講師は、東京大学大学院教授の姜尚中先生でございます。本日は、「悩む力ー意味への意志について」というタイトルでお話をいただきます。

先生は大変有名な方でございますので、皆さんよくご存じだと思いますが、恒例でございますので、少々先生のプロフィールをご紹介させていただきます。

1950年の熊本県熊本市生まれでございます。1974年に早稲田大学政治経済学部政治学科を卒業なさって、それから、1979年に同大学院の博士課程を修了しておられます。その後、ドイツエアランゲン大学に留学の後、国際基督教大学准教授などを経て、1998年、東京大学社会情報研究所助教授、2004年、東京大学社会情報研究所教授、さらに東京大学大学院情報学環・学際情報学府教授、現在では東京大学大学院情報学環 現代韓国研究センター長を務めておられます。

ご承知のように、著書は多数でございますが、私どもがよく存じ上げている著書で申し上げますと、例えば「母～オモニ」だとか「在日」といった著書がございます。そして、「悩む力」「続・悩む力」さらに「あなたは誰？私はここにいる」といったような著書、皆さんもお読みになっていると思いますが、著書多数でございます。本日は、その「悩む力ー意味への意志について」というタイトルでお話をいただきます。

先生、よろしくをお願いいたします。

悩む力ー意味への意志について

東京大学大学院教授

姜 尚 中 先生

皆さんのお手元に、今日の話の趣旨が述べられていて、ちょっと悲観論をいろいろ書いています。私もちょっと自分の個人的なことでもいろいろあって、そういうことも反映しているかもしれません。皆様方はお医者さんですから、ある意味においてはいろんなことを御存じの方だと思うので、私自身がここでいろいろ言うことはないかもしれませんが、要するに、やや文学的な話をちょっと今日はさせていただきます。

それで、お医者さんで文学に造詣が深かったというと、言うまでもなく近代日本では森鷗外ですね、森林太郎。私も、数年前、ドイツのある大学で教えているときに、彼がそこに留学した経験があったりしたもので、森林太郎というのは、言うまでもなくお医者さんであって、いわば人文社会科学に非常に造詣の深かった巨人ですね。

それから、もう1人挙げるとすると、木下杢太郎という人がいます。これは、北原白秋と同じ同人で、どちらかというところ、耽美派のいろいろな詩を書かれ、最後はたしか、これは私は詳しくは知りませんが、真菌というんでしょうか、そちらのほうの研究でフランスから勲章もいただかれていますね。

そして、3番目は、言うまでもなく斎藤茂吉です。アララギ派で有名な斎藤茂吉も、お医者さんであり、そして巨人として文学上非常に大きな足跡を残されました。

それで、私は、晩年だったんですが、加藤周一という評論家がいて、「日本文学史序説」というのは、これは大体7カ国ぐらいに訳されています。もともと彼も、東京帝大の医学部のたしか血液学の専門だったと思います。

私自身、今日、お医者さんを相手に話をすると、言うので、よくよく考えてみると、最近、お医者さんの中から余り文学者が出ていないんですね。

つまり、文学を志して、そしてもう一回大学に入り直して、医学部に入ってお医者さんになるというケースは、まずほとんどないと言っていいと思う。しかし、医学部を出てお医者さんになり、そして、やがて文学で名をなすという人が近代日本にはかなりあったはずなんです。その伝統がありました。しかし、最近、私が見る限り、芥川賞、直木賞、あるいはそれ以外のいろいろなプライズにお医者さんがなっているという例はまず見たことがありません。

晩年、加藤周一さんと話しているときに、自分はどうしても3人の人物を取り上げたいと、もちろん自分が出た大学の先輩であるけれども、森鷗外、木下杢太郎、そして斎藤茂吉、これを書きたいと思いながら、ちょっと冒頭だけ書いて、結局彼は亡くなってしまいました。

私、最近よく思うのは、どうも、大学にいてもそうなんですけれども、非常に科学技術や人文社会系が専門化し過ぎて、境界領域を超えているいろんなところに関心を持つという感性が、若い人からなくなっていきつつあるように思えてなりません。ノーベル賞をとった科学者であっても、ほとんど文学音痴というか、全くそういうものに無関心であるとかいう方は結構いるわけですね。

なるほど、ノーベル賞をもらうぐらいですから、世界的なその筋では権威になるんでしょうけれども、しかし、嘖然とするぐらいに、いわばそのヒューマニティー、人文文学というのはやっぱりヒューマニティーですから、そういう領域に非常に疎い。これは、私は、やっぱり戦後教育のある種の成れの果てがこうなったのではないかと思うわけですね。

私の情報学環というのは、分離融合形式になっていますので、工学部から医学部、薬学部、それから私のような人文社会科学系、これが一緒に集まって1つの部局をなしているわけなんですけれども、大体話をすると、ほとんどやっぱり自分のテリトリーの中で、いかにしてその斯界の専門雑誌に、できれば英語で書いて、そして業績を上げるかという、私は、そういうふうな傾向が、この10年、20年、顕著だなどと思うときがございます。これは、多分大学のグローバリゼーションとやっぱり

関わっているかなと。

教育現場にも、恐らく学校を初めとして、そういうものの影がやっぱり著しく出ているのではないかな。そういう点で、ここにいらっしゃる先生方は、学校の空気の变化というものを、生徒やあるいは先生を通じて一番知悉されていると思うのです。空気がやっぱり変わりました。20年間、あるいはタイムスパンで言うと、短くってこの10年、大学も変わりました。

その端的な例は、例えば私が入試問題を作成する。入試問題を作成しますと、その順番でローテーションがあって、私が英語の問題を出す。英語の問題を出すと、ある英文原文書があって、そこから引っ張ってきて英語の問題を出す。自分で今度はアルファベットを打ち直して、そして、それでひな形をつくる。しかし、もしかしてアルファベットの1文字でも間違えると、これは大変なことになるわけですね。特に東大の大学院の入試問題でミスった問題を出したとなると、かなり私にとってはこれは大変なミステークになる。そうすると、英文の問題を、今度は我々の同僚5人が集まって、1時間以上かけてなめ回すように一つ一つチェックしていくわけですね。そういうようなことをやらざるを得ない。

そしてまた、日々の業務の中に、多分皆さんそうだと思うんですが、いわゆるコンプライアンス、これはさまざまなルール、規則、情報公開、そして、そのためのアカウントビリティ、そして、さまざまなクレームに対して、こういう形で対応していかなければいけないと。これは前より増えました。

したがって、大学の中でも一番力のある人は、だんだんホームになってくるわけですね。ホームを実務にやっている方々が、例えば生徒から、自分は入試問題で落ちた、しかし、どうしてかわからないので、入試の点数はどのぐらいなのか聞きたいと。すると、必ずその情報公開の要請が来ます。それを我々は検討して、どこからどこまでを情報公開していいのか、これは頭を抱えながら検討するわけです。つまり、こういうことがどんどん幾何級数的に増えているわけですね、この20年、30年で。

一体何をやっているんだろうと。つまり、大学は、リサーチ、研究とそして教育、まずこれが2本の柱です。しかし、それ以上に忙しいのは、今申し上げたような実務、そして、その実務に伴うさまざまな情報の管理、ファイル、そして入試問題の場合には、やっぱりネット上というか、メールではなくて、どのようにして相手側に重要な情報を伝えるべきか、共有し合うべきか。当然、パスワードが必要になってきます。時々パスワードを忘れます、人間ですから。そうすると、一からやり直さなきゃいけない。多分、皆様方も、こんなコミカルなことを結構、いや、コミカルというよりそれは非常にシリアスなことですね。こんなことを朝から晩まであくせくやりながら、本当の教育というのはできるのだろうか、こう考えると、若い先生方は、もうマニュアルで動いたほうがいいと、マニュアルで動いたほうが瑕疵がないし、そして、お互いにいろんな突っ込みがなくて済む。また、学校の外側には、さまざまな意味で外部の目、特に世論の目もあるし、メディアの目もある。すると、針小棒大にいろんなことを嗅ぎつけていろいろ言われるのは嫌だと。すると、どんどんみんなが防衛していくわけですね。非常に防衛本能が働いていく。結果としてどうなるか。リスクを負うようなことはもうしたくない、またしないほうがいいと。つまり、車の運転でいえば、安全運転に徹する、こういうような感性が若い人々の中にも多分蔓延していると思います。

この点が、実は、私が、海外から来た留学生、韓国や中国、日本の学生と比べた場合に、もちろん、日本のよさも当然あります。しかし、考えてみますと、韓国は、これは徴兵制があります、約2年近く。そうすると、前線に出なければいけない。アメリカの将校相手に、いろんな形で自分が通訳になったり、これは待ったなし。しかも、不測の事態が起きる場合があるわけですね。これに対応していかなければいけない。つまり、大学を卒業する前に兵役を終えないと、結局職につけないわけですから、日本の学生諸君の中で、恐らく徴兵制がある国から来た学生諸君と日本の学生諸君との最大の違いはそこです。

つまり、徴兵制が私はあったほうが良いと言っ

ているんじゃないかと。ただ、身体感覚が違います。つまり、自分の身は自分で守るけれども、しかし、不測の事態に対してどう対応すべきかということが、ある程度はやっぱり自分の頭で考えて、そこで自分の行動を律していかなければいけない。完全にマニュアル化できない部分があるとしてもやっぱり出てしまうわけですね。この違いが私は、今の国と国との勢いの違いにまでつながっているんじゃないかと思います。

私の目から見ると、韓国のほうが遥かに格差が酷いです。格差社会は、これは水平的にも垂直的にも、つまり地域的にも階層的にも韓国のほうが遥かに酷いです。しかし、この閉塞感は、まだ韓国には日本ほどはありません。日本は、どこに行っても閉塞感が漂っています。

この間、作家の高村薫さんという、皆さん有名な方だから「マークスの山」とか「レディ・ジョーカー」とか読まれた方がいらっしゃると思いますけれども、彼女といろいろ対談をしている中で、共通の言葉は太宰治だったんですね。その心は何かということ、「斜陽」ですね。やっぱり日が傾いてきている。斜陽の国というイメージが払拭できない。

私も、3年前、共同通信から頼まれて話をしたときに、「先生、通信や新聞、テレビはどうなるんでしょうか」と聞かれて、「太宰治です」と、みんなきよんとしていました。「斜陽」と。つまり、斜陽産業が、日本の場合は、斜陽になればスクラップ・アンド・ビルドがあって、そこからまた新しいイノベーターが出てきていました。世界に冠たるソニーあるいはナショナルもそうですし、ホンダ、スズキ、まあスズキは今頑張っています。しかし、あれほどすぐれていたシャープですらも、亀山のあの世界に冠たる一貫工場をつくった後に、結局は台湾に買収されました。

この間、私、ソニーの本社に呼ばれて話をしたんですが、私は、学生時代、野球をずっとやってきて、そして大学に入って、いろいろ悩んだ末に、いろいろやりながら1社だけ一応就職を受けたんですね。それはソニーでした。ソニーであれば、もしかして国籍の壁を越えてと思ったらナシのつぶてで、この間、1年前でしたか、品川の本社に

呼ばれていって、「ソニーから蹴られたあの姜と
言います」と言ったら、皆さん笑っていました。
そして、皆さんが言うには、「よかったですね、
今ソニーだったら大変です」と。

みんな暗いんです。ええっ、かつてのソニーが
こんな状態なのかと。暗いんです。そして、皆、
もうどんどんマイナスのサイクルの中に入ってい
ます。どんなに頑張っても売れない、いい製品を
作っているはずなのにという、こんなはずではな
いという、つまり技術立国、ものづくり、世界に
冠たる日本というイメージがどんどんどんどん崩
れていく、こういう状況を斜陽と言わざるを得な
くて、でも、よくよく考えてみますと、この斜陽
の先輩格がおりました。これがイギリスですね。

私は、79年に、そのイギリスに初めて行っ
たんですが、マーガレット・サッチャーが出てきて、
そのときに大きくイギリスが変わろうとしていま
した。しかし、あのときのイギリスは、地下鉄に
乗ればごみだらけ、ストとそしてさまざまなデモ、
そして暴動も起きておりました。

70年代の後半、イギリスは、事実上のIMF
の管理下に置かれました。韓国も、皆さん御存じ
のとおり、97年、IMFの管理下に置かれまし
た。タイに始まったバーツ危機で、結局クレジッ
トクラッシュとか、要するに外資とか、ドルが完全
に枯渇して、完全にアウトになったわけ
ですね。

つまり、イギリスは、それから大きく変わ
りました。サッチャーがやった市場原理主義が余
りにも毒が多かったために、それを是正するた
めにブレアが出てきました。つまり、イギリスは、
アクセルを踏んだけれども、同時に、それからの
10年はブレーキを踏んで、そしてバランスを保
ったわけですね。

最近の市場化という言葉がよくありますけれど
も、よくよく見ると、それは劇薬であり、劇薬の
場合には、必ずそれを癒すための期間が必要です。
ところが、日本は、韓国ほど、いわば地べたに這
いつくばらなければならぬほど落ちてはいない
わけですね。徹底して落ちてはいません。かなり
大きいサイズですし、韓国のGDPのやっぱり4
倍以上はあります。今でも世界に冠たる経済大国

です。しかし、もう来年、いや、今年中に、大体
地方と国を合わせて1人当たり七百数十万円、恐
らく一千兆の負債を抱え込む国になるでしょう。
不沈空母ではありませんけれども、やっぱり戦艦
「大和」も結局沈没した。

イギリスや韓国は、まだ日本ほど大きくないの
で、言ってみれば、1回は落ちるところまで落ち
たわけですね。その経験をして、そこから這い上
がってきた。だから、韓国は、逆に言うと、非常
にいびつな問題はたくさん抱えています。日本以
上に、やっぱりそのいびつな問題点は、明らかに、
もう赤裸々に出ているんです。しかし、気分は日
本ほど落ち込んではいない。

留学生がよく言います。日本に来て、何かしら
暗いと、気持ちが悪。日本の国民は、こんなに豊
かで、我々よりもっといいはずなのに、どうして
なんだろうと。韓国は、非正規雇用が全就業人口
の半分になりました。これは、労働力のさまざま
フレキシビリティは日本以上に進んで、大変な
問題を抱えています。それでも、まだまだダイナ
ミズムは失われていない。じゃあ、どうしてなん
だろうと。

私の結論は、やっぱり悩む力がないからだ。
つまり、落ちこちるところまで落ちこちてどう
するかという、やっぱりそこまでは行っていない。
ある程度の余力が、そして、ある程度やっぱり余
裕が残されているが故に、新しいものあるいは新
しい事態に、これまでの自分たちのいい点をしっ
かりとキープして、それに対応していくというこ
とがなかなかできにくい。ですから、大学も学校
も会社も、いろんな官庁もそうなんです。結局
減点主義が蔓延しているわけですね。つまり、こ
れをやったらミスるんじゃないか、ミスるよりは、
結局可もなく不可もなくやろうと。

皆さんは、黒澤明のあの名作「生きる」という
映画をご存じだと思います、志村喬が出た。これ
はいろんな原作があるわけですが、志村喬
が出てきたあの地方の役所の中間管理職、つまり
可もなく不可もなく、こういうものがやっぱり官
公庁の中にも蔓延しています。

それをシャッフルするために、声高に市場原理
主義を唱えている人がいます。でも、私は、私た

ちの社会は、やっぱり急激な変化による劇薬というのはいくらも大変かということは、これは韓国の例を見ればよくわかります。やっぱりかなり劇薬を飲んだが故に、その後に物すごいしわ寄せが地域や若年層に覆いかぶさってきました。そういうことを考えれば、日本は、この10年で何とか少しずつ少しずつやっぱり変身を遂げていく、そういう社会であれば、私は、ソフトランディングは可能なのではないかと、そう思います。

そういうときに、この悩む力ということは非常に大切なことではないか。私が冒頭挙げたこの3人のお医者さんであり、文学者は、とどのつまり何を考えていたかということ、悩むということです。文学も、おおよそ芸術も、そこから発しています。

皆様方にこういうのはもう釈迦に説法だと思いますけれども、患者さん、これは英語ではペイシェントですね。ラテン語でパティというところは、苦しむ、悩むということです。皆さんは、患者さんとおっしゃる。英語では、ザ・イールと言えば、これは病気であると同時に病人ですね。ドイツ語でも、クランクあるいはクランケと言います。それは悪い意味です。しかし、ペイシェントは、これは悩む人という意味ですね、本来は。ですから、キリストの受難をパッションと言います。このパッションも、パティオから来ていますから、言うまでもなく苦しむということです。しかし、皆さん、パッションという情熱ですね。つまり、悩んだが故に情熱が出てくる。

こういうことが、なかなか若い人と話してわかんないんです。つまり、自分が本当に悩んで、そして徹底して物事を考えていった先に、すぐ生きるあるいは自分がやろうとしていること的情熱が湧いてくる。これは、非常に今の日本の社会には枯渇しています。

私は「日曜美術館」というのを人から頼まれて2年ぐらいたったんですが、一言で言うと、幸福な人はほとんど駄作しか残していません。もうこれははっきりしています。すばらしい作品を残した人も、幸福な時期は全く駄作です。これははっきりしています。すばらしい、後世に残る作品を残した人は、ほとんど不遇な人あるいは不幸な人です。あるいは、不幸な時期に大変な作品を残し

ているんですね。

幸福な人で、唯一例外がいます。それはルーベンスという、フランドル地方のこれは大家ですね。16世紀から17世紀に活躍しました。この人は、バロック芸術の北方ルネサンスの大家でもあります。この人は、実は画家であると同時に外交官にまでなりました。そして、たしか離婚した後に、離婚かあるいは死別したんでしょうか、何十歳も違う、本当にこの世ならぬような可憐な女性と一緒に生きた生涯幸せに暮らしました。この人は、生きている間に、その名誉も全てを獲得しました。

あとは全部そうではありません。ピカソですらも、たくさんの女性と浮き名を流しましたけれども、何で女性にあんなに入れ込んだのか。それは、老いて死ぬことが恐ろしかったからです。ドラキュラのように、やっぱり女性と一緒にいると、吸血鬼じゃありませんけれども、何か知らないけれども、若返るのではないかと、そういうものに取りつかれながら作品を描いているわけですね。

文学者も大抵そうです。文学者で、生きている間に功成名を遂げて私的にも幸せな人は、大体亡くなった後には見向きもされていません。漱石、今日、是非ともお話ししたいこの人は、ご案内のとおり、熊本に5年近くおりました。この近くに内坪井というところがありまして、そこに漱石の記念館がございます。49歳で亡くなりました。そして、これは、今でいうと極度のノイローゼですね。彼は、その中に書いています、一字一句は血の滴る思いで書いたと。そのお弟子さんが寺田寅彦。この人は、物理学者でもありながら、有名なエッセイストでもあります。

漱石は、何を書こうとしたか。結局、悩むことなんですね。近代日本に生まれてきて、馬車馬のように欧米を見習って前へ前へと進んでいかなきゃならない自分たち、これは結局病人だと、彼の言葉で言えば。ロンドン留学中に、こういうふうに日記に書いているんです。セルフコンシャスネス、自己意識とはイギリス人の病なり、そして、これは我々の病なりと書いてあります。私とか自我とか、こういうことに取りつかれた人間たちは、結局病気になるざるを得ないと。こんなものを目指して日本はあくせくと文明開化をやっていくのか

ということは、彼の落胆の中にあっただと思います。イギリスにいたときに、彼はノイローゼになって帰ってきました。

大体、漱石と鷗外の書籍を調べてみますと、鷗外は、すごいハードカバーの高いものばかり買っている。漱石は、ほとんど、それこそペーパーバックばかりです。なぜか、お金がなかった。ビスケットをかじりながら勉強をしていたわけですから、当然これは胃潰瘍になりますね。そして、彼は、それとともにやっぱり神経症を患う。

でも、病の人だからこそ見えた部分があります。健康で、幸せで、これを我々は望んでいるのです。戦後そうでした。アメリカ人を見れば、あんな、それこそアメリカ人の陽気で、快活で、でも、最近のアメリカはそうでもなくなりましたけれども、日本でも、やっぱりずっとこの60数年間、快活に、陽気で、前を見て幸福に、これはもうそれこそ栄養剤のCMをやるような形で、まず笑いがなければいけない。快活、そして陽気、根暗にならない。そして、いつも前を見て明るく、朗らかに。これは、我々、子どもに対してはそう言わざるを得ません。でも、ある評価によると、子どもたちの中にも実はうつ病がある。これは、前よりはもっと広がっていると聞きました。

アメリカでは、セールスマンが、いつも笑いをつくるために、サプリメントで抑うつ剤を飲まざるを得ないということを知ったことがあります。また、皆さんも知ってのとおり、アメリカ社会はセラピスト社会ですから、ちょっと何かあるとすぐにお医者さんに頼んでもらう、そして、すぐに薬物投与と。

こういうような形で、何でそんなに無理をして朗らかにこれは、若い人、特に中高生や大学生を見るとよくわかります。携帯電話で10秒以内に返事がないとしかとされたと思うとか、それから、絶えずやっぱり友達との関係でも笑って朗らかにしておかないと、もしかしていじめの対象になるんじゃないとか。つまり、みんながつながっていながら、本当の意味でつながっていない、こういう現実がやっぱり我々の社会の中にある。

ですから、若い人が、例えば男女それぞれ合コンをしますね。合コンをして、あの人がいいんじ

ないか、この人がいいんじゃないかと目をつける。大体、学生に聞くと、自分が選んでいる人は、快活、朗らか、明るい、おもしろそうと。まあ、吉本興業の悪口を言うわけじゃないのですが、この20年間、とにかく笑い笑いでやってきました。しかし、よくよく見ると、私たちの社会にはなかなか笑えないようなことがいっぱい起きているわけですね。

そういう現実、結局、悩むということ、何か後ろ向きで、暗くて前向きではないと。孤立はだめですけれども、孤独は必要なことですね。我々が何か悩んだときに本を読む、やっぱりそれは孤独になっているから。そこで、いろいろ自分の思索を深める、これは大切なことです。しかし、なかなかそういうことができにくい、そういう社会になっている。こういう中で、私自身は、今申し上げたような、この悩むということは非常に人間にとって大切なことではないか。

私は、高校時代に、今でいうと多分軽うつだったんじゃないかと思うのです。野球ができなくなって、かなり引っ込み思案になりました。そして、漱石を読むようになりました。漱石は、私のすぐ近くに下宿屋もありましたし、また、立田山という山は、いわゆる名作「三四郎」の中にも出てきます。ピアニストで有名なグレングールドが、20世紀で読むべき本は2つある、漱石の「草枕」とトーマスマンの「魔の山」だと。この「草枕」の舞台は熊本ですね。これは金峰山が見えます。我が家の前から西を見れば金峰山がある。漱石は、我々にとっては空気のような存在。その漱石の作品を読むことで、私は、目を見開かれたというか、ああ、これは悩んでいいんだと、いや、むしろ悩むことで人間のもっと深い部分が見えてくるんじゃないだろうかということを直感的にまあ、17歳ですから、まだまだ世界のことはよくわからなかったんですけど、思いました。

そこから、結局、悩む力ということ、高校時代の終わりぐらいから自分で考えていました。悩む力、悩むということの後で英語を調べたら、ペイシェントになっている。これがパッションにつながる。ドイツ語でも、ライデンというとライデンシャフト、つまり、悩みが、苦痛が結局情熱に

つながる。これは、本当に人間が生きる意味で、物すごく重要なことなんじゃないだろうかというふうに自分自身は直感して、どちらかという政治学の領域に入りましたけれども、ずっと自分の中にそれがございました。

そして、決定的に重要だったのは、この中に精神科あるいは神経科の先生もいらっしゃるかもしれませんが、いわゆるビクトール・フランクルという人でした。この人は「夜と霧」で有名なんですけれども、彼は非常に有名な神経症の専門家ですね。神経症の臨床医です。ウィーンで活躍しました。そして、アウシュビッツを初めとする幾つかの絶滅収容所から生き残った人です。これは大変な人で、そして、なかなか日本では読まれていないのですけれども、神経症についてのかなり理論的な本も書かれています。

それを私がたまさか読んでいたら、人間のヒエラルキー、位階秩序において、ホモ・ファールベル、工作人ですね。それよりは、悩む人、ホモ・パティエンスのほうがより高いんだと書いてありました。つまり、知識があって、そして利口な人間よりは、悩む人間のほうが人間的により高いんだと書いてあったんですね。私は、この言葉を見て、ああ、これだと思ったんです。自分がずっと考えてきたことを、はっきりとこの人は我々に指し示してくれた。そこから、私は、自分の専門領域ではないのですが、この人にちょっと取りつかれて、わざわざウィーンまで出かけていったりですね。今も彼が住んでいたアパートメントはまだあります。奥様も、そのときはまだ生きていらっしゃいましたから。

これは大変な人で、彼の基本的な考え方は、やっぱり人間の中には、必ずどんなに悩んでも、いや、悩むからこそ、悩みを通じて病から脱却できる力が備わっていると。医者というものは、それをいわばヘルプしてあげる、そういう存在であるというようなことですね、平たく言えば。

これは、間違いなく、当時の世界を席卷していたフロイト派に対する批判から彼は始まっていますけれども、悩みということ全体を全てのキーワードにして、そこから人間洞察についての深い深い英知というものを我々に残しました。私は、それを

読んで、ああ、これだというふうに思ったわけですね。

今我々に一番足りないことあるいはこの日本の社会で一番足りないことは、結局そういう悩むこと、これは皆さんはお医者さんですから、やっぱり病というのは、人間の病苦と言われるぐらいに、非常に大変な不幸の種ですね。これを通じて人間のある深い部分がやっぱり露呈してくるわけで、病気になるれば、必ずその背景になる家族の問題とかあるいは学校における人間関係とか、それを取り巻く個人のさまざまな面がそこに現れてくるわけですが、そういう中で、悩むということをやっぱりきっちり、それがいいと、それを通じて初めて人は本当の意味で自分の生きる意欲や情熱というものが湧いてくるんじゃないだろうか、こういうことを私は考えて「悩む力」というものを書いたわけです。これは、私なりに、専門領域とは違う領域ですが、それを自分なりに書いてみました。

私が、なぜこういう本がミリオンセラーになったのか、それは、一言で言うと、我々が不確実世界にいるからだと思います。リーマン・ショックがあって、その前に、私、大教室で教えていたので、一般教養は余り教えないのですけれども、東大の大きな駒場のほうの講堂で教えているときに、学生諸君に聞きました。どこに皆さんは就職したいと思っているのと聞いたら、みんなリーマンと言うんです。第1位がリーマン、第2位がモルガン・スタンレーでしたか、3位がトヨタ、4位が、どこだったでしょうか、とにかく外資系です。今聞きます、どこに行きたいのと言ったら、リーマンと言う人は誰もいません。当然のことです。つまり、日本の最高学府と言われている東大の学生ですら、こんな状況なんです。つまり、寄らば大樹の陰、悩みたくない、そしてリスクなことはしたくない。当然です。なぜか。

ほとんど東京大学に入る学生たちの9割は大都市圏だと思います。私は、必ず学生にどこから来たのか手を挙げてもらうようにしています。大体5万人以下、もしくは10万人以下の都市から来ている学生はほとんどいないと思います。北海道は札幌、仙台、あるいは関東は関東の周辺、そし

て、名古屋の周辺、大阪、京都、福岡。これは、僻遠の田舎から、秀才、貧乏、貧困、しかし、それをクリアして少なくとも最高学府に来るというパターンは、これはもう神話になってしまいました。

大都市圏にいて、そして、私は今62歳ですけども、大体40代から50代の親のもとに育った子どもたち、言ってみれば戦後の第3世代から第4世代、つまりふるさとを離れて大都市圏にやってきて、ある程度高学歴で、そこで定着して、そして家をつくって、そして相手のパートナーも高学歴で、そして、そこから生まれてきた子どもたち、ですから、学生たちは何を考えているかというと、親の水準であればいいということです。親の水準以下にはなりたくない。ここであれば、悩むということについて、いろいろなことの経験がほとんど豊富になっていくことはあり得ないと思います。

我々の学生時代であれば、極貧の男性ととてもリッチな女性がパートナーができるということは、皆さんよくありましたね。あったと思います。皆さんもよくわかると思うんですけども、大体異性は、同性が嫌っている人を好きになるわけですね。どうしてこんな男が、どうしてこんな女性がいいんだろうと、大体そうです。つまり、番狂わせがあるわけです、男と女の間には。でも、友達同士にはありません。番狂わせがありました。ですから、大学に行けばいろんな人間がいた。今、どうでしょうか。ガテン系の若者と東大のようなところに来た学生とがどこで出会うでしょうか。出会う場所、山手線、JRの電車の中だけでしょう。ほとんど会話を交わすこともない。つまり、ほとんど同じような人が、同じ形で、同じような環境で育って、同じような背景で、同じような感性、同じような大体教養を持って、そして輪切りにされて大学に来る。そして、結婚相手も、大体その輪切りにされた同じような環境の人を選ぶと、こうなっているわけです。

これは、明らかに社会のモビリティがもうなくなってきました。社会のモビリティがなくなれば、どんどんどんやっばりある種のよんだ状況が広がっていく。今そこに日本の社会の

斜陽と言っていいようなことが起きているわけで、しかし、同時に、世界は、皆さんおわかりになるとおり、この10年、予測不可能な事態が起きています。これは、経済学者に聞いても、なぜリーマン・ショックとその前のサブプライムローンが起きたのか、説明がつかないのです。今の欧州危機がなぜ起きたのと経済学者に聞いても、わからぬと言うのです。じゃあ、これからどうなるのと聞くと、わからぬと言うわけです。つまり、市場は、とにかく切った張ったの世界で動いていますけれども、これから数年後、どうなるか誰もわからない、カントリーリスクはどうなるかもわからない。そういうものが巡りめぐって我々の雇用を非常に貧しくしてきました。

こう考えると、我々は、今どういう時代に生きているかということ、不確実性の時代を生きざるを得なくなっています。不確実性の時代を生きざるを得ないが故に、みんながしがみつくように、結局現状維持に走らざるを得ないわけです。あるいは、もっと言えば、場合によってはマニュアル中心にならざるを得ない部分もあります。

漱石の時代は、まるっきり今の時代と似ていると思います。明日はどうなるかわからない、その典型が東日本大震災でした。ここにも福島からおいでになっていらっしゃる方もいるかもしれません。あるいは、先ほど千葉からおいでになった井上先生とちょっと名刺交換を、私、ちょっと名刺がなかったので出せなかったんですが、千葉からおいでになった千葉県医師会の会長さんですけども、市川のほうで開業医をされていると聞きましたが、私の住んでいるところも、やっばりホットスポットになって、かなり線量が上がっています。東大の柏キャンパスから私の住んでいるところは、かなりホットスポットになったので、地価が実は下がっています。そして、千葉県は、首都圏では珍しく人口が流出しています。やっばりそういう被害が起きているわけですね。

つまり、私が言いたいことは、我々は、戦後経験しなかったようなリスクな時代を生きているということです。そして、この不確実性社会時代の中に、我々は、今までのような形で生きられるのかどうかということを実際に考えなければいけ

ない時代に来ているんじゃないだろうかということですね。

私は、3月11日のあの震災が起きて、すぐに福島県の南相馬に入りました。それから、その後は飯館村、飯館村は、今は30キロ圏内でもう入れないと思いますけれども、皆さん九州の人はよくわからないと思います。シューベルトかシーベルトか、よくわからない。いや、そんなに目くじら立てなくてもいいと、それこそ私も、いろんな検診を受けるときは相当被爆しているわけで、まあ大気中にある程度あるんじゃないかといえそれまでです。

しかしながら、私が行ったところは、かなりやはり線量計が、たしか一番多いところは350マイクロシーベルトでしたから、これは局地的に人は住めないです、350という。これは、その当時、新宿区だけで0.001ぐらいでしたから、何万倍ですね。もう60歳過ぎたので、何か起きても10年後ぐらいだというつもりで、とにかく私は見てみたいと、現場がどうなっているのか。

それを見て、本当に思いました。これは、私の60年の歴史の中で初めての経験でしたし、戦争体験がない、その中で2万人近くの方が行方不明者、亡くなったわけですから、これは大変なことですね。これは、私も「日曜美術館」でいうと、フランドル地方の有名な北方ルネサンスの巨匠にブリューゲルという人がいるんです。その人の描いた「死の勝利」というのがあります。まさしくそうでした。こういうことがこの日本で起きた、しかも、この20年間のデフレ経済で喘いでいる中で、とどめを刺すようにここに起きたということですね。これはどういう意味なのかということ、私も、しっかりとこの目で、耳で確かめたいと。

やっぱりテレビで一番よくわからないのは何かという臭いです。やっぱり臭いというものは、人間の五感の中でもかなり原始的、プリミティブなものだと思いますけれども、その臭いたるや、ちょっと表現できないですね。そういうようなことが起きた。今後また起きる可能性もないとは言えない。東大の地震研でもいろいろ言われていますけれども、30年間のうちに70%ぐらいは東南

海・東海地震が起きるんじゃないかとか、東京直下型地震が起きるんじゃないかとか、あるいは富士山が、こういうように考えるとノイローゼになります。

そんなことは考えないで、ケサラケサラで生きていたいと思いますけれども、この間大江戸線に乗ってましたら、地下が一番深いですけれども、地震で一旦止まったわけですね。私も、それはぐっと我慢をしましたけれども、周りの空気を見ると、ぴりぴりしています。それはそうでしょう、電気が止まって暗くなるわけですから。ええっと思うわけですね。だから、みんなどこかで非常に何か思うところがあって、日々の生活を送らざるを得ない。

私は、やっと初めて最近、重要な発見をしました。無常ということですね。これは何もああ無情ではなくて、日本の一つの仏教的な観念から来ているのかもしれませんが、無常ということは私自身はよくわかりませんでした。無常観というのですね。

私たちの高校時代に、大学入試でたしか一番よく取り上げられたのは、現代国語では小林秀雄の「無常といふ事」じゃなかったかと思います。小林秀雄を読んだとき、私はよくわかりませんでした。死んだ人間は生きている人間よりも確かだと書いてある。それはそうだろうと。でも、生きている人間のほうが大切じゃないかというように反発は思ったんですが、今となってはこの「無常といふ事」もよくわかるようになりました。

それで、まじまじとかつて高校時代はよく読まなかった日本の古典を読んでみると、やっぱり無常観というものが横溢しているんですね。この日本列島に住む者は、自然災害、そして、それに起因する飢餓や飢饉、これを何度も経験してきたと思います。よくぞここまで、二千数百年かわかりませんが、これだけの高度な文化を連綿と保ち続けられたというふうに、私は、最近になって、今さらながら日本の底力というものをちょっと驚嘆するようになりました。

韓国は、自然災害はなかったけれども、戦乱に明け暮れていました。戦乱戦乱の時代の中で、日本のように、500年も続いたのれんなんてないん

です。つい最近まで、朝鮮戦争でもう焼け野原でしたから。日本にはそれがあります。数百年続いてきたのれん、そして、40都道府県にあるクラフトマンシップ、工芸品を初めとして、世界に冠たるソフィスティケートされた、そのような職人の技というものがあります。

それはなぜかという、やっぱり戦乱で断ち切られなかった。しかし、自然災害、激甚災害に遭って、何とかそれを継承していくために何を考えたかという、やっぱり私は無常だったんじゃないかなと。これは諦めではありません。受け入れる。この日本列島に生きる以上、これを受け入れる。受け入れるけれども、生きていくという、私のスローガンの言葉で言うと、運命は受け入れる、しかし、人為は乗り越えられる。それは人間が作ったものですから。人間が作ったものであれば、人間で変えられる。

戦後、どうだったでしょうか。私たちは、逆に考えていなかったでしょうか。長期政権がこれだけ長く続きましたから、科学技術によってはいろんなものは変えられるよ、しかし、政治は変えられないよと、我々はそう考えていたかもしれません。でも、これは、日本の連綿とした時代からすると、むしろ私はレアケースだったと思います。

戦後60数年、阪神・淡路大震災はありましたけれども、関東大震災から約90何年たっていると思います、約100年近く。この100年間でむしろ幸運だったと。戦争はありました。ですから、昭和20年から今日に至るまで60数年間、激甚災害に見舞われなかったということは、むしろ、日本の長い歴史からすると、かなり幸運なことだと思います。これを、いつの間にか我々は、当然のこと、常態のように考えていたのかもしれない。でも、決してそうではないということを、我々は、今回のことで知らしめられました。

大体、貞観地震は9世紀から10世紀に起きているんです。大体、地層を調べてみると、仙台まで津波が押し寄せていた。だから、1,000年前に起きていたわけですね。今、日本列島は、多分1,000年に1回の活動期に入っていると思います。だから、どこで何が起きても決して不思議ではな

い。でも、我々の戦後の60数年間の感性は、安全であることは当然、そして誰かが守ってくれる、そして余りそういうことに意を使わなくていいだろう、これが当然これからもハッピーな状態が続くだろうというふうに漠然とと思っていました。

この間、先ほど申し上げた高村さんと話して、彼女が大きく変わっていったのは、90年代の後半に、日本の債務が九百兆円を超えているということを知ったときだと、日本の国は冠たる経済大国で、そんなに酷くはないだろうと思っていたら九百兆円と、そのとき初めて自分は、今のハッピーな状態というものは、実はそんなに長くは続かないのではないだろうかと考え出したと言っていました。

つまり、今材料としていい材料がなくなってきているわけです。あの韓国の愚かな大統領がああいう言動をやり、愛国無罪という名であんな日本の製品を打ち壊すようなとんでもないことも起きています。しかし、日韓、日中は、戦争はできません。この3カ国は、やっぱり協力しなければいけない。しかし、それでも中国での日本の自動車の新車は、大体9月、10月単位でもう激減していますね。58%近くはもう落ち込んでいる。日本のリーディングカンパニーであるトヨタですらも売れなくなった。

こういう時代の中で、隣国ともいろいろな対立が顕在化すると、なかなか大変です。これを何とか収束させなければいけない。また、いろいろなところで、今まで我々が気づかなかったようなさまざまな問題が起きていて、日本は、何か集中して今いろいろなネガティブなことが起きている。

そうすると、どうなるかという、減点主義に入ると同時に、他人をバッシングしはがってくるわけですね。どうしても犯人捜しをしたい。だから、職場の中でも、ちょっとした瑕疵があって、それを何とかカバーしようとしてお互いにドンマイドンマイと言うよりは、瑕疵をあるいはミステークをした人を叱責するという方法が大体多くなっていくんじゃないか。すると、職場の空気が、だんだん何とはなしにぴりぴりしてきます。

つまり、学生を見ても、私たちの仲間を見ても、何とかもう少しお互いをドンマイドンマイと言

ながら、学校の中でもそういう雰囲気があればいいんですけども、なかなか先生方も大変なんじゃないかと思います。先生方が登校拒否になっているところも結構多いですから。校長先生に至っては、私もよく相談を受けるのですが、もう大変ですよ。管理職で本当に大変。みんな大変大変と言いながら、何とか今しのいでいる状態だと思います。

そのときに、私は、やっぱり悩むということはいいいことであって、もう一回徹底して覚悟を決めて、どんないろいろなことが起きて、やっぱり何とか不動心を持ってこれに対応していこうということをお互いがしっかりと確認し合うことが必要で、近代日本は、それを何度も繰り返しながら、こういう形で世界が羨むような国づくりを成し遂げてきたわけで、私は、このまま日本が沈没するとは思いません。これだけの国ですから、やっぱり人材はいる。しかし、この10年は大変だと思います。この10年を乗り切れば、私は、もう一度、やはり日本のプレゼンスというものが世界の中でも大きなものとして持続していくと思いますし、だから、そういう点で、これまでのある種の幸福の方程式が成り立たない時代になってきたと。

ですから、幸福の方程式にしがみつくのではなくて、私は、自分が年をとるとともに保守的になっているというのはよくわかります。どんなに先進的で革新的な頭を持っていても、体は保守的だと思います。お医者さんであれば一番おわかりになるわけで、釈迦に説法かもしれませぬ。人間の体は無理がききませぬし、やはり過度なものに走れば、必ずその後遺症が出てきます。でも、今、日本には、本当の意味での保守の思想がありません。保守は、変わらなければいけないから変わる。この「山猫」の言葉じゃないんですけども、昨日のようにあるためにこそ我々は変わる、昨日のようにあるためにこそ変わるんだと、これが保守の考え方ですね。体もそうだと思います。従来どおりありたい、しかし、環境は激変した、じゃあどうするか。やっぱり体も変わらざるを得ない。

今、日本には、本当の意味での保守の思想がありません。保守は、変わるべきときには変わる、しかし、決して変わってはいけないもの、これを

しっかりと見極めた上で、昨日のようにあるためには変わるんだというのが私は保守の思想だと思いますけれども、それも本当の意味で悩んでいないからだと思います。

政治家が悩んでいません。政治家が悩んでいたら、こんな政治になるわけではないわけで、私も、数年前から、日曜日の裏番組が「日曜美術館」、NHKの総合が「日曜討論」、どちらを選ぶかと思って「日曜美術館」を選びました。政治は3年間だめだろうと見切りをつけたわけです。正解でした。今では「日曜美術館」の裏番組が「日曜討論」だと思います。最近では、一応「日曜討論」に出るようになりましたけれども、もう3年前から私は政治はだめだろうと思って「日曜美術館」にくら替えをしました。正解でした。でも、私は、決して悲観というか、本当の意味で絶望はしていません。やっぱり日本には、それだけのポテンシャルはあります。

余りまとまりのない話でしたけれども、私の話にかえさせていただきます。どうぞご清聴ありがとうございました。

【座長 福田】

姜先生、誠にありがとうございました。

本日は、遠路、ご多忙の中、熊本にお運びいただきまして、「悩む力—意味への意志について」というご講演を賜りました。

悩むことの奥の深さあるいは悩むことの大切さ、または悩む力こそが何か問題を解決する糸口になるんだというお話から、例えば現在の我が国の状況、さらには日本人の状況について、いささか閉塞状況にある中に、悩むことこそ何かそこに出口があるのじゃないかというお話ではなかったかと思います。先生のお話、大変貴重なお話だったと思います。

先生のご多忙の中のご講演に心から感謝して、謝辞とさせていただきます。先生の今後ともますますのご活躍をお祈りいたします。

ありがとうございました。(拍手)

【司会 水上】

座長の福田先生、ありがとうございました。

次期担当都道府県医師会長挨拶
および閉会

【司会 水上】

では、続きまして、本日開催されました都道府県医師会連絡会議で来年度の担当県に決定いたしました秋田県医師会・坂本哲也副会長よりご挨拶を頂戴したいと存じます。

坂本副会長、よろしくお願いいたします。

次期担当県挨拶

秋田県医師会 副会長 坂本哲也

今の姜先生のお話が余りにすばらしくて、さっきまで覚えていた、暗唱した文章をすっかり忘れてしまいました。

ただいまご案内いただきました秋田県医師会の坂本でございます。来年度の本大会を担当することになりました。本来であれば、医師会長の小山田がここに出席してご挨拶を述べるところでございますが、地元にいなければいけない事情がございます、かわりに私にご挨拶をさせていただきます。

まずもって、昨年3月11日、東日本大震災で、全く意図しない不幸に出会いました子どもたちに対しまして、全国各地の学校医の先生方から多大なご支援をいただきましたことに、東北地方の仲間を代表して、一言御礼を申し上げさせていただきます。

さて、今年は第43回、来年度は44回の本大会、平成25年11月9日土曜日、秋田市において、秋田市の中心部であります秋田キャッスルホテル並びに隣接いたします県民会館で行わせていただくことを考えております。

なお、そのテーマでございますが、「子どもは希望、未来の力」というテーマで、さらに、シンポジウムといたしましては、現在学校医の直面する問題点を議題にしたいと考えております。

さて、ここで、恒例の秋田県のPRをさせていただきます。

今回の非常に立派な運営をしていただきました熊本県は、美人、そしてお酒、そして火の国とい

うことで有名でございますが、実は秋田県も、この点においてほぼ同じかなと思っております。特に、お酒は、こちらは焼酎、我々は日本酒ですけれども、美人ということに関しましては、いささか自負がございます。

その自負が高じまして、数日前まで、東京は銀座のど真ん中に、秋田美人の顔写真を、横12メートル、縦32メートルのフィルムシートを銀座のビルの壁に映し出して、そして秋田美人という名前をつけて、外国人も、余りきれいなのでほうっと口をあけて見ていたというぐらいですが、実は美人の「じ」と「ん」の間に「よ」があります。「あきたびじょん」と言うのですが、我々秋田県は、現在、少子化、高齢化、特に高齢化におきましては、世界、全国一、ですから、世界一の最先端を走っております。何とか県民挙げてこれを持ち切らなければいけないということで、その意思表示ということで銀座のど真ん中に秋田美人を出したということでございます。

さて、もう1つ、実は、秋田県、何だか私は余りよくわからないのですが、教育がいいとか、それから体格がいいとか、何か皆様のお耳を汚しているようでございますが、これも我々秋田県の学校医の自負というふうに少しは胸を張っております。

その他、我々は、平安の昔から、ホスピタリティーということで、非常にこれまで旅人に対して多くの温かさでもてなしてまいりました。ということで、来年、みちのくの晩秋ではございますが、ホスピタリティーと、そして十分な準備をいたしました勉強ということで、皆様をお待ち申し上げたいと思っております。

ということで、この立派な熊本の運営には及びもいかないかもしれませんが、秋田県医師会一同、大いに頑張ってお迎えしたいと思っておりますので、よろしくご指導をお願いしたいと思います。

【司会 水上】

坂本副会長、ありがとうございました。

それでは、閉会に当たりまして、熊本県医師会副会長・高橋洋より閉会の辞を申し上げます。

閉会

熊本県医師会 副会長 高橋 洋

これもちまして第43回全国学校保健・学校医大会を終了いたします。

長時間の研修、表彰式、シンポジウムと、皆様のご協力により無事プログラムを終了することができました。ここに感謝を申し上げまして、閉会を宣言いたしたいと思えます。

どうもありがとうございました。

【司会 水上】

高橋洋より閉会の辞を申し上げます。

以上もちまして、第43回全国学校保健・学校医大会を閉会いたします。

本日は、長時間にわたりご参加いただきまして、誠にありがとうございました。

