

平成13年度  
**生活習慣病予防対策活動報告書**

徳島県医師会学校医部会  
生活習慣病予防対策委員会

# も く じ

はじめに .....	1
これまでの経緯 .....	2
生活習慣病予防対策委員会の設置要綱 .....	4
●平成12年度生活習慣病予防対策委員会名簿 .....	5
●平成13年度生活習慣病予防対策委員会名簿 .....	6
●平成12・13年度 総括班名簿 .....	7
●平成12・13年度 調査班名簿 .....	8
生活習慣病予防対策委員会の平成13年度方針 .....	9
生活習慣病予防対策委員会事業報告 .....	11
体格調査結果 .....	17
小児生活習慣病対策に関するアンケート調査結果 .....	27
今後の計画 .....	54

# はじめに

徳島県医師会学校医部会  
生活習慣病予防対策委員会

委員長 古川 一郎

生活習慣病予防対策委員会は、平成12年8月29日、徳島県医師会学校医部会内に設置され、正式に発足しました。

目的は、健康徳島21の一環として、成人対象と並行して正しい生活習慣は小児期からの確立が大切であるとの認識で、将来を担う徳島県下の子ども達の健全な発育・発達を促し、支援することにあります。

目的遂行のため、子どもにかかわる多くの立場からの参加が求められました。そして医療、保健、福祉、教育、行政が連携し、相互支援、連携体制の構成が大切であるとして、比較的自由の立場にある県医師会が中心となり、医師会の学校医部会の中に委員会を設置しました。委員は各分野の代表者で組織して発足しました。

事業内容は県下の全児童・生徒を対象に、その実態を把握し小児期からの正しい健康づくりを推進することにあります。

具体的には委員会の下に実動する作業部門を置き、目的に添って個別アプローチ検討、集団アプローチ検討、調査、社会資源利用検討の各班と、これらを総括する総括班が対応します。各班は、専門的立場から活動を開始し、すでに県下の児童・生徒約7万5千人の体型を把握しています。

今後は更にデータを集積し、これらを基礎として学問的視点から検討を加えますが、やがては全国に類を見ない徳島方式の開発、モデルとして注目されると予想されます。

地味な活動ですが、やがて見事に開花し、結実されると確信します。しかしこの事業の進展と成功には、多くの理解と支援が必要であり、関係者一同心からこれを念願していました。

幸いにして、徳島県は格別のご理解をもって支援してくれました。円滑な運営へのご協力と財政的援助として予算計上下さいましたことに心より深く感謝いたします。

今後は県民にその成果を還元し得るよう努力する所存であり、更なるご高配を賜りますようお願いいたします。

# これまでの経緯

徳島大学医学部公衆衛生学教室

教授 中堀 豊

平成12年8月に発足した学校医部会生活習慣病予防対策委員会は、関係の方々のご理解とご協力を得てなんとか軌道に乗りはじめたようである。今後、実際に県民の健康増進の基盤を支える大きな力として存続していくことを期待している。

この機会に本委員会設立の経緯について記録しておきたい。

平成10年11月3日付けの徳島新聞の社会欄に「本県の糖尿病死亡率5年連続全国1位」という記事が出た翌日の11月4日に徳島大学公衆衛生学教室に何人かの小児保健関係の先生が集まって、その時点まで行われていた県内の学童対象の生活習慣病対策事業などについて、調べてきたことを互いに報告しあった。当時8保健所のうち、7つの保健所でなんらかの地域的活動が行われていた。「皆がそれなりの意識を持って、それなりに活動しているのにどうして徳島県は健康指標が悪いのか」「肥満児の多さを訴えているが、全ての地域が平均より肥満児が多いというようなことがあり得るのか」「さまざまな事業が行われているが、どのような成果が挙げられているのか」というようなことが話題となった。

そこではじめて分かったことであるが、施設により使っている「標準体重」が異なっていた。元になる標準体重が違えば、当然個人個人の「肥満度」は異なる。目安とされている20%以上肥満の子供の数も、異なる標準体重を使えば、もちろん違ってくる。したがって、地区毎の比較もできない状態にある。また、徳島県の子どもたちは全体として、全国レベルで出した「標準体重」に比べてどのような分布になっているのか。平均値だけの比較では何も分からない。

これでは、何かの事業をしても実際に改善したかどうか判断する基準がない。そもそも行うべき調査や事業の方向性さえ決めることができない。何回かの会合で話が進むうちにともかくまず基本的なデータを入手して「何をすべきか」から検討することになった。

ところが信じられないことだが「元になるべきデータ」がどこにも存在しないということが分かった。そこで勉強会を続けつつ、基礎データの収集についての可能性を検討してもらうために、平成11年8月20日に県教育委員会を訪問した。保健行政関係者は「健康の保持増進」が金科玉条だが、教育関係者にはそれ以前に、良かれ悪しかれ、さまざまな「社会的」「機構的」しぼりがあることを理解した。

子どもからはじめて、将来の県民の健康増進を図るためには、単に健康だけをいっていても始

まらない。さまざまな職種の人を巻き込んだ「社会的」な活動を継続的に行うことが必要でそのためにはきちんとした仕組みを作らなければならないと皆で納得しあった。その後、多方面への働きかけを継続し、特に鈴江襄治会長と古川一郎副会長に深い理解をいただいて、徳島医師会学校医部会の中に生活習慣病予防対策委員会を作り、その委員会に多くのセクターから参加していただくという案が浮上してきた。

このようにして、平成12年4月26日の徳島県医師会理事会で学校医部会生活習慣病予防対策委員会の設置が認められ、同年8月29日に第1回の委員会を開くことができた。総括班は毎月開催され、この場でさまざまな職種や立場の方から意見が出され、実際の活動が決められている。平成13年3月には、平成12年分の体格についての基礎データが教育委員会から提供され、徳島県の小中学生の体格の特性が明らかになってきた。また、平成13年度の体格についても解析がなされ地区毎の差などが明らかになってきている。このような基礎データは経年的に集めることが了解されているが、地道なデータの積み重ねこそが真に健康状態の把握や対策の立案に有効であると考えている。

現在、調査班は各地区における連携などの取組状況に関するアンケート集計中である。また、個別アプローチ検討班と集団アプローチ検討班は立ち上がったところで、今までのデータを元に実際に役立つプロトコルの開発を目指そうとしている。特に個別アプローチ班では、尿糖陽性の場合のフォローアップシステムを検討してきたが、近い将来実際に移す準備を進めている。また、今後、社会資源利用検討班が立ち上がる予定である。

以上述べてきたように、この委員会は実際の疑問や必要性から生じてきた草の根委員会である。総括班会議は、しばしば見られるような通り一遍で済ませる会議ではなく、班員のそれぞれが、さまざまな意見を出し合って作り上げていく会議となっている。特に養護教諭の先生方が大いに発言して下さるようになったことはすばらしいことである。多分、このような方式が今後の日本に求められている方式である。

このような活動は作るのは難しいが、潰すのは簡単である。一時盛り上げて、そのまましぼんでしまう事も簡単である。しかし、本当の成果を求めるならば、細々でも、ゆっくりでもよいから、長く長く、広い分野で続けていく必要がある。関係各位のご理解とご協力、そして多くの方々が実際に参加して下さることを切に願っている。

# 生活習慣病予防対策委員会の設置要綱

## 1 目的

### 小児期からの健康づくり（生活習慣病予防対策）の推進

高齢化の一方で、少子化が大きな問題となっており、将来を担う子ども達の健全な発育発達を図ることは、非常に重要な課題となっている。そこで、健康日本21（生涯健康づくり）の一環として、小児期（乳幼児期も含む）からの健康づくり、特に生活習慣病予防対策を行うことにより県民の健康に資することを目的とし、医療・保健・福祉・教育の連携を深め相互支援対策を構築する。

## 2 事業内容

徳島県における小児期からの健康づくりを推進するための目標設定、有効施策の企画、実施、評価のための情報収集、調査研究、並びに関係者の資質向上を図る。

- (1) 地域社会への普及啓発
- (2) 調査研究

ア 乳幼児・小中学生の健康指標の現状と生活習慣病関連要因

イ 体型の偏り（肥満・やせなど）の判定基準

ウ 全県的な小児期の健康データの統計疫学的分析・評価

エ 生活習慣病予防・改善アプローチ方法

- (3) 関係者の研修
- (4) 小児の自己健康管理能力の育成（子ども健康手帳の活用など）
- (5) 小児の健康管理システムの構築

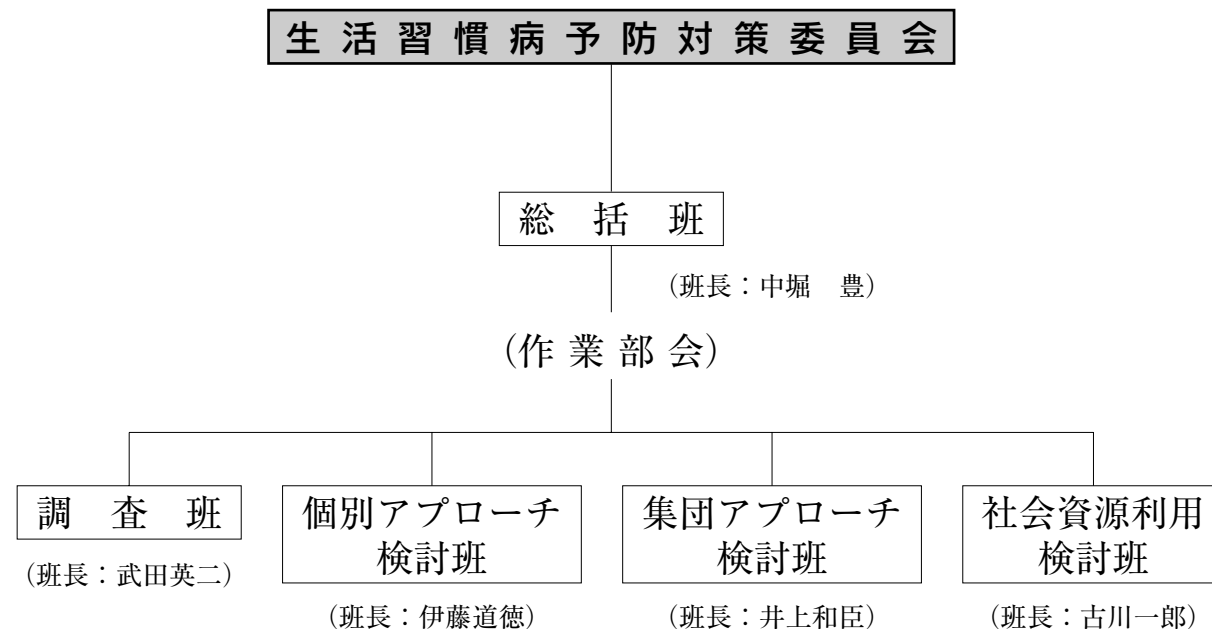
## 3 組織

徳島県医師会学校医部会に生活習慣病予防対策委員会を置く。

委員の構成は医療・保健・福祉・教育の現場と行政の代表による。

委員会の中に幹事会を置き、その下部組織として作業部会を置く。幹事は委員、または必要に応じて外部有識者（顧問、相談役）から選出し、幹事代表と作業部会を置く。

作業部会のメンバーは委員の属する組織から選出する。



## 平成 12 年度生活習慣病予防対策委員会名簿

	所 属	氏 名
委員長	学校医（徳島県医師会副会長）	古川 一郎
副委員長	学術（徳島大学医学部公衆衛生学教室教授）	中堀 豊
〃	行政（体育保健課長）	組橋 正人
〃	学校医（徳島県医師会常任理事）	馬原 文彦
委員	学校医（徳島県医師会常任理事）	日比野敏行
〃	学校医（心臓検診委員）	松岡 優
〃	学校医（メンタルヘルス対策委員長）	二宮 恒夫
〃	学校医（腎臓検診副委員長）	香美 祥二
〃	学校医（乳幼児保健副委員長）	三木 延茂
〃	学校医（小松島赤十字病院小児科部長）	中津 忠則
〃	学術（鳴門教育大学教授）	井上 和臣
〃	学術（徳島大学医学部病態栄養学教室教授）	武田 英二
〃	学術（徳島大学医学部小児科学教室助教授）	伊藤 道德
〃	幼稚園（園長会会長）八万幼稚園	伊東ムツ子
〃	教育（小学校養護部会担当校長）児安小学校	香川 俊治
〃	教育（中学校養護部会担当校長）口山中学校	堀北 茂生
〃	教育（高等学校養護部会担当校長）富岡東高等学校	宮城 文孝
〃	教育（小学校養護教諭）和田島小学校	松田可奈子
〃	教育（中学校養護教諭）美馬中学校	逢坂美恵子
〃	教育（高等学校養護教諭）鳴門第一高等学校	貴志知恵子
〃	教育（学校栄養職員）山城小学校	大西 欣美
〃	行政（学校教育課長）	前川 俊孝
〃	行政（健康増進課長）	西村 和博
〃	行政（児童家庭福祉課長）	吉川 真澄
〃	地域保健（徳島保健所長）	佐野 雄二
〃	地域保健（日和佐保健所長）	津田 芳見
〃	地域保健（市町村保健婦）	石原 節子
〃	徳島県 PTA 連合協議会会長	児島 勝

## 平成 13 年度生活習慣病予防対策委員会名簿

	所 属	氏 名
委員 長	学校医 (徳島県医師会副会長)	古川 一郎
副委員 長	学術 (徳島大学医学部公衆衛生学教室教授)	中堀 豊
〃	行政 (体育保健課長)	山川 勉
〃	学校医 (徳島県医師会常任理事)	馬原 文彦
委 員	学校医 (徳島県医師会常任理事)	日比野敏行
〃	学校医 (心臓検診委員)	松岡 優
〃	学校医 (メンタルヘルス対策委員長)	二宮 恒夫
〃	学校医 (腎臓検診副委員長)	香美 祥二
〃	学校医 (乳幼児保健副委員長)	三木 延茂
〃	学校医 (徳島赤十字病院小児科部長)	中津 忠則
〃	学術 (鳴門教育大学教授)	井上 和臣
〃	学術 (徳島大学医学部病態栄養学教室教授)	武田 英二
〃	学術 (徳島大学医学部小児科学教室助教授)	伊藤 道德
〃	幼稚園 (園長会会長) 八万幼稚園	伊東ムツ子
〃	教育 (小学校養護部会担当校長) 和田島小学校	香川 俊治
〃	教育 (中学校養護部会担当校長) 八千代中学校	藤野 幹泰
〃	教育 (高等学校養護部会担当校長) 徳島東工業高等学校	組橋 正人
〃	教育 (小学校養護教諭) 八万小学校	石井 恵子
〃	教育 (中学校養護教諭) 北井上中学校	青山小夜子
〃	教育 (高等学校養護教諭) 鳴門第一高等学校	貴志知恵子
〃	教育 (学校栄養職員) 山城小学校	大西 欣美
〃	行政 (学校教育課長)	鎌田 真城
〃	行政 (健康増進課長)	西村 和博
〃	行政 (長寿こども政策局こども未来課長)	河上美代子
〃	地域保健 (徳島保健所長)	佐野 雄二
〃	地域保健 (日和佐保健所長)	津田 芳見
〃	地域保健 (市町村保健婦)	石原 節子
〃	徳島県 PTA 連合協議会会長	児島 勝

顧 問	徳島県教育委員会教育長	松村 通治
〃	徳島県保健福祉部部長	神野 俊
〃	徳島大学名誉教授	島 健二
〃	徳島大学医学部衛生学講座教授	久繁 哲徳
〃	徳島大学医学部実践栄養学講座教授	山本 茂



## 平成12年度総括班名簿

氏名	所属
中堀 豊	徳島大学公衆衛生学教室教授
馬原 文彦	徳島県医師会常任理事
中津 忠則	小松島赤十字病院
井上 和臣	鳴門教育大学人間形成基礎講座
津田 芳見	日和佐保健所長
石本 寛子	穴吹保健所長
板東日出明	健康増進課
栞原 優子	健康増進課
寒川 健治	教育委員会生涯学習課
福島 史郎	教育委員会体育保健課
岸本万希子	教育委員会体育保健課
山村 圭子	教育委員会体育保健課
米本 元枝	児安小学校養護教諭
石井 恵子	阿井小学校養護教諭
長木 博代	入田中学校養護教諭
田原 洋子	口山中学校養護教諭
徳永 啓牟	鳴門教育大学大学院生(八万中学校)
丸川 裕司	鳴門教育大学大学院生(沖洲小学校)

## 平成13年度総括班名簿

氏名	所属
中堀 豊	徳島大学公衆衛生学教室教授
馬原 文彦	徳島県医師会常任理事
中津 忠則	徳島赤十字病院
井上 和臣	鳴門教育大学教育臨床講座
津田 芳見	日和佐保健所長
石本 寛子	穴吹保健所長
板東日出明	健康増進課
今川 玲代	健康増進課
櫻木 一男	教育委員会生涯学習課
江本ミサ子	教育委員会体育保健課
松田 徳恵	教育委員会体育保健課
山村 圭子	教育委員会体育保健課
石井 恵子	八万小学校養護教諭
岸本万希子	南小松島小学校養護教諭
南條 正子	不動中学校養護教諭
徳永 啓牟	鳴門教育大学大学院生(八万中学校)
丸川 裕司	鳴門教育大学大学院生(沖洲小学校)

## 平成12年度調査班名簿

氏名	所属
武田 英二	徳島大学病態栄養学講座教授
山崎 勝之	鳴門教育大学人間形成基礎講座教授
小松 龍史	徳島大学実践栄養学講座
香美 祥二	徳島大学小児科医局長
安友 康二	徳島大学小児科 助手
新家 利一	徳島大学公衆衛生学教室助手
松岡 優	徳島市民病院
大木元 繁	鴨島保健所長
佐野 富子	健康増進課
岸本万希子	教育委員会体育保健課
前田 有	富田小学校養護教諭
佐藤 明美	初草小学校養護教諭
椎本 幸代	北灘中学校養護教諭
喜多 章代	椿町中学校養護教諭

## 平成13年度調査班名簿

氏名	所属
武田 英二	徳島大学病態栄養学講座教授
山崎 勝之	鳴門教育大学人間形成基礎講座教授
香美 祥二	徳島大学小児科講師
新家 利一	徳島大学公衆衛生学教室助教授
松岡 優	徳島県医師会学校医部会理事
兼松 宏	徳島県医師会学校医部会理事
近藤 秀治	国立療養所東徳島病院
大木元 繁	鴨島保健所長
佐野 富子	健康増進課
松田 徳恵	教育委員会体育保健課
前田 有	富田小学校養護教諭
佐藤 明美	福島小学校養護教諭
樋口 恭子	神山東中学校養護教諭

# 生活習慣病予防対策委員会の平成13年度方針

## 1. 活動方針

小児期より適切なライフスタイルを身につけさせ、成人期からの生活習慣病の発生を予防する。このために、以下のような様々な角度からアプローチを行う。

- 1) 健康に関する本人の意識の確立  
小児期から健康に関する啓蒙を行い、自己管理能力を身につけさせる。
- 2) データ解析（調査班の項参照）  
体格、生活の実態等に関する正確なデータを収集し、客観的な解析を行うことにより本事業の推進および、その評価に役立てる。
- 3) 行政、学校、医療、地域保健、学術等の関係各機関が連携をとり、対策事業を推進する。

## 2. 各作業班の目的および役割

### 総括班

- 1) 委員会事業の円滑な進行のため、定例会議を行い、意見の交換を行う。
- 2) 委員会事業の具体的方針の決定を行う。
- 3) 新たな問題が発生した場合、迅速に解決策を講じる。

### 調査班

本事業を推進するにあたって必要な情報を収集し解析を行うことにより、取り組むべき課題を明らかにする。また、経時的にデータを取り、客観的に効果判定を行う。

- 1) 体格判定基準の統一  
全県の小児の体格のデータを集め、県下全体で統一した体格評価基準を作成する。これをもとに自己健康管理ソフトの開発を行う。
- 2) 実態調査  
各現場での取組状況および小児の生活習慣の現状についてのアンケート調査を行う。こ

れにより小児が健康上抱えている問題点を明らかにし今後の対策に役立てる。

- 3) フォローアップ調査  
当事業の効果判定のため、生活習慣や体格に関して経時的にフォローアップ調査を行う。

### 個別アプローチ検討班

高度肥満者、糖尿病患者などのハイリスク者のフォローシステムのためのガイドラインを確立する。

### 集団アプローチ検討班

学校、地域において、小児の健康増進のための取り組みを推進し、全体としての改善を目指す。

小中学校での健康教育の教材作りを行う。

自己健康管理ソフトの開発と普及につとめる。

これを活用し自己の健康に対する認識を向上させる。

### 社会資源利用検討班

小児の健康増進のための広告活動を展開する。

マスメディアの働きかけを積極的に行い、正しい情報の提供につとめる。

## 3. 活動計画

- 1) 身長・体重のデータの継続的収集と解析
  - 平成13年度より測定年月日・生年月日入りのデータについて解析
  - 体型の判定基準の統一化を行い、県下全体で統一した体格評価基準を作成する
  - 将来的には各学校現場で子ども自らの手によるデータの入力システムを確立しひとりひとりの啓発にも役立てることを目的とする

2) 本委員会開催（6月4日）後、まず調査班の開催（6月中旬～7月）

- 生活習慣病予防に関するアンケート調査の実施

各関係機関での現状を把握し、現場での問題点やサポートが必要な事項に関して検討を行うための資料を作成する。

- 生活習慣病予防ガイドラインの作成

日常生活においてこども、保護者が留意すべき内容に関して行動目標を作成する。

3) 個別アプローチ検討班・集団アプローチ検討班の設置準備

- 高度肥満児や糖尿病患者に対するフォロー

アップシステムの確立

- 学校での健康診断で要指導児のスクリーニングについての対策
- 医療機関への紹介、紹介後の医療機関でのフォローアップについてのガイドライン作成
- 尿糖陽性者のフォローアップシステムの確立
- 健康教育の教材作成
- 健康教室の開催

4) 第32回全国学校保健・学校医大会（平成13年11月10日（土）千葉県）へ演題提出

# 生活習慣病予防対策委員会事業報告

## 平成12年度

平成12年 8月29日	生活習慣病予防対策委員会	(徳島県医師会館)
平成12年10月27日	総括班会議	(徳島県医師会館)
平成12年12月15日	総括班・調査班合同会議	(徳島県医師会館)
平成13年 1月26日	講演会	(徳島県医師会館)
	演題：学校検診・身体計測と学校検尿から得られる情報の活用法を考える	
	講師：旭川医科大学小児科学教室 伊藤善也先生	
平成13年 2月23日	総括班会議	(徳島県医師会館)

## 平成13年度

平成13年 4月26日	総括班会議	(徳島県医師会館)
平成13年 5月25日	総括班会議	(徳島県医師会館)
平成13年 6月 4日	生活習慣病予防対策委員会	(徳島県医師会館)
平成13年 6月22日	総括班会議	(徳島県医師会館)
平成13年 7月23日	調査班会議	(徳島県医師会館)
平成13年 7月27日	総括班会議	(徳島県医師会館)
平成13年10月26日	総括班・調査班合同会議	(徳島県医師会館)
平成13年11月 7日	調査班会議	(徳島大学)
平成13年12月 7日	総括班会議	(徳島県医師会館)
平成13年12月26日	個別アプローチ検討班・ワーキンググループ会議	(徳島大学)
平成14年 1月23日	個別アプローチ検討班・ワーキンググループ会議	(徳島大学)
平成14年 1月25日	総括班会議	(徳島県医師会館)
平成14年 2月20日	個別アプローチ検討班・ワーキンググループ会議	(徳島大学)
平成14年 2月21日	総括班会議	(徳島県医師会館)
平成14年 3月20日	総括班会議	(徳島県医師会館)

## 学会報告

平成13年11月 1日	第60回日本公衆衛生学会総会自由集会	(香川県)
	徳島県教育委員会体育保健課・松田徳恵先生が「徳島県医師会学校医部会生活習慣病予防対策委員会」における教育委員会の立場からについて発表。	
平成13年11月10日	第32回全国学校保健・学校医大会	(千葉県)
	徳島県医師会学校医部会生活習慣病予防対策委員会副委員長・中堀 豊先生が「徳島県における小児生活習慣病予防対策委員会の試み」と題して講演。	

# 子どもの肥満予防対策へスタート

県医師会学校医部会

## 全国でも珍しい産学官で生活習慣病予防対策委を組織

目標設定・施策企画 にまずデータ収集から

生活習慣病の基礎が形成される幼少期から、健康への意識を高め、肥満など“生活習慣病予備軍”を予防しよう一と、県医師会学校医部会（部会長・鈴江襄治会長）に生活習慣病予防対策委員会が、8月29日に発足した。県医師会を中心に、県、県教委、大学、保健、福祉、学校の代表で組織。まず、関係機関が連携して子どもたちの生活習慣病にかかわる健康実態調査をして現状を正確に把握。健康づくり推進のための目標を設定。生活習慣病予防に有効な施策を企画、実施し、子どもの資質向上をはかる計画である。子どもの生活習慣病予防対策に官学民間が一体となって取り組むのは全国でも珍しい。各委員とも「子どもの人権、プライバシー保護に配慮しながら、健康づくりに努力したい」としている。

初会合には鈴江部会長をはじめ、古川一郎副部会長ら医師会、徳大、鳴門教育大、小、中、高校、幼稚園など教育関係、県、県教委、保健所、PTA 連合会各代表ら26人が出席。鈴江部会長があいさつ。「幼少期は生活習慣が形づくられる重要な時期だが、厚生、文部両省など縦割り行政のもとで、横の連携がスムーズにっていない。今回、県医師会の呼び掛けで関係機関の賛同を得て、協力一致して子供の健康づくりに取り組めることは幸いだ。全国のモデルになるような活動を期待したい」と述べた。

つづいて各委員に委嘱状を交付。会長推薦によって委員長に古川一郎副部会長を選任。さらに副委員長に学術代表の中堀豊・徳大医学部公

衆衛生学教授、行政代表の組橋正人・県教委体育保健課長、学校医代表の馬原文彦県医師会常任理事の3人を選んだ。

このあと古川委員長が、委員会組織の理由と、発生までの経緯を説明した。特に古川氏は「一部保健所が学校保健と連携し、子どもの健康づくりを地域保健に積極的に取り組んできた。だが、肥満一つ取り上げても、統一された判定基準がなく、健康水準も明確でないので地域間格差が生ずる。全県的に統一した子どもの健康データを収集、有効な施策を計画しようとしても縦割り行政の壁に突き当たる。そこで医師会が大学、行政、教育機関の理解を得て、やっと相互支援体制が構築できた」と報告した。

ついで各委員が自己紹介したあと、中堀副委員長が“いまなぜ生活習慣病”か、を説明。厚生省が推進する「21世紀における国民健康づくり運動」（健康日本21）のなかから子どもについての記述を解説した。

特に「健康実現のためには人生の各段階の健康課題や健康観等に応じた対応が必要。その中で健康について考える機会が多かったり、影響を受けやすい時期がある。この時期に働きかけることが、効果や効率の点で重要。幼年期と少年期は家族の保護下で、基本的な健康観を受容、形成するとともに、生活習慣のものが形づくられる時期であり、家族や学校を通しての影響が大きい」と指摘した。

そのうえで委員会の今後の活動方針案を次のとおり示した。

1. 対象 健康日本21では「長期的視点に

立って効果の持続性及び有効性という点から考えると、幼年期と少年期が最も重要。また、「その時期以降の影響力も考えると思春期も重要」とされている。従って当事業の対象は小・中学生に重点を置きつつ、幼稚園児（保育園児）、高校生も対象とする。

1. **事業内容** 小児期からの健康づくりを推進するための目標設定、有効施策の企画・実施、評価のための情報収集、調査研究、関係者の資質向上を図る。

①生活習慣病にかかわる健康実態調査事業の目標設定や効果的施策のためには、子どもたちの健康現状を把握することが必要。そこで、小児期からの生活習慣病予防対策に有効と思われる要因について正確なサンプリングによる実態調査を行い、今後の対策・評価のための基礎資料とする。例えば健康調査（身長、体重、皮脂厚、体脂肪など）、血液検査（脂質、肝機能、末梢血検査など）、生活習慣調査（食生活、運動習慣など）、生活環境調査、意識調査等。

②高リスク者へのアプローチ（健診のフォローアップ）。すでに生活習慣病を持つ子どもたちに対して、早期発見、早期対応（二次予防）を図る必要がある。現行の学校健診では検尿での尿糖陽性者についてのフォローアップシステムがないので、それを確立する。将来、生活習慣病発生の危険度が高いと判断される個人には、何らかの生活習慣病予防対策が必要である。確立した方法はないが、関係機関、家族との連携、協力で自発的・生活改善を目指した活動を試みる。より良い方法を検討し、ガイドラインを作成する。

③全体に対するアプローチ。集団全体の予防効果を考えると、集団アプローチが有効と考えられる。良い生活習慣の形成・維持や、酒、タバコなど現代的問題について集団で啓発活動を行う。

④地域社会への普及啓発。少年期の生活習慣形成や意識に影響力を持つのは家庭、学校、マスコミ、友人。効果的活動のために広報、社会資源を活用する。

⑤研修。生活習慣病予防には「栄養と運動」

についての生活習慣の改善が求められる。地域の特性に合わせた事業展開が必要。正しい科学的知見に基づき、地域に合った柔軟な対応ができるような人材を育成する。

このあと意見交換に移り、最初に馬原副委員長が「委員会内に総括、調査など5つの班を設置。総括班で今後進める具体的な事業を煮詰めたい。基本となるデータが不足しているため、まず、実態把握から実施することになろう」と報告。

各委員とも関係機関が連携し、相互支援する体制が組織されたことに賛成した。

ついで学校医委員から「子どもの健康状態を知るため実態調査するわけで、学校現場の先生の負担も増加するが、ご理解ご協力願いたい」と要望。

県教委側委員から「子どもを取り巻く社会環境は大きく変化。子どもの健康づくりのための今回の試みを評価している。実態調査には人権、プライバシー保護の関係もあり、教育現場の先生がどこまでかかわっていけるか。学校長、養護教諭の意見を聞き、学校医と一体となって、保護者と話しを詰めていきたい」と前向きな意見があった。

また、県行政側委員から「保育所関係の健康調査統計はない。公私立施設には委員会活動の趣旨を十分に説明、理解を得るよう努めたい」など協力的な意見が目立った。

学校検診データ

# 子ども健康づくりの基礎に

生活習慣病予防対策委

医療発展に欠かせぬデータ活用

## プライバシー保護との両立を伊藤氏（旭川医科大）が強調

県医師会学校医部会の生活習慣病予防対策委員会（委員長・古川一郎副会長）は、1月26午後7時から県医師会館で、学校健康診断の活用方法などの講演会を開いた。講師は旭川医科大学小児科学教室の伊藤善也医局長。「学校検診・身体計測と学校検尿から得られる情報の活用法を考える」と題して講演した。特に伊藤氏は「学校検診で得られたデータは、子どもたちの健康を守り、増進していくために非常に重要な意味を持つ。プライバシー保護に努めるのは当然のこと。データを解析した情報を保護者らに提供し、理解と協力を求めることが大切」と強調した。

### 学校検診の意義 保護者に伝える努力を

講演会には古川委員長をはじめ総括、調査両班のメンバーを中心に、県、県教委、大学、保健、学校関係者ら30人が出席。馬原文彦副委員長（県医師会常任理事）の司会で開会。

まず、古川委員長があいさつ。「生活習慣が形成される幼少期から、肥満予防などの有効な施策を確立推進しようと、全国でもめずらしい官、学、民間による委員会を昨年8月に組織した。作業担当の総括班が毎月検討し、いよいよ基礎データを集める段階となっている。小、中学生など全県7万人にのぼる膨大なデータ収集で、関係者にいろいろご苦労をお掛けして申しわけない。子どもの健康づくりのため、ぜひこの事業を成功させたいのでご協力をお願いします

す。今日は伊藤先生から専門的で有益なお話しをしていただけたと思う。今後の活動に役立ててほしい」と述べた。

ついで中堀豊副委員長（徳大医学部公衆衛生学教授）が伊藤講師を紹介し、講演に移った。

伊藤氏はスライド百枚を持参。「硬い話の前に北海道をPRさせてもらいたい」と、道中に位置する旭川医科大学を紹介。樹氷や広野に咲きほころぶラベンダーなど周辺の美しい自然の四季を上映した。

ついで本題に入り、学校検診にかかわる問題として①学校検診に何を期待するか②同検診と疾病の早期発見③体格の評価④体格のトラッキング⑤生活習慣病と小児肥満⑥健康教育への応用—などの順に、グラフや表をスライドに映して概要次のとおり説明した。

学校での検診結果は、これまで子どもたちの健康管理に有効に生かされていないのではないかと感じている。

例えば学校検尿で「尿糖陽性」など何らかの指摘を受けても、適切な治療や指導を受けることなく埋もれていたケース。成長曲線から成長率が低下していることが明らかうえ、体重減少や視力減退の症状が出ているのを父兄、養護教諭らが見逃し、脳腫瘍で死亡。成長率の低下に早く気づき、受診しておれば命を失うまでに至らなかったのではないかとと思われるケースもある。

子どもたちの健康管理や健康づくりを積極的に進めていくためには、効果的で適切な検診システムの構築が必要で、学校検診データの活用



が欠かせない。だが、最近ではプライバシー保護の観点からデータの活用が難しく、大きなハードルとなっている。

「プライバシー権」は、従来「そっとしておいてもらう権利」といった消極的な意味合いが強かった。最近では「個人の尊厳を保証するために、自己の情報をコントロールする権利」といった積極的意味に変化している。

一方、医学、医療は情報のやりとりや、データの蓄積があって初めて成り立ち、発展していくものだ。個人情報の積み重ねから医学が進歩し、情報システム化の進歩によって地域医療の質が向上することは否定できない。同じように学校検診で得られる情報を有効に活用するシステムは、子どもたちの健康づくりや病気の予防に大きく寄与することを忘れてはならない。

学校検診の情報の流れはどうなっているか。主要な項目である身体計測、検尿、心電図検査をみると、それぞれ異なった扱いをされている。

旭川市の例をみると、身体計測のデータは養護教諭と保護者間でのみ行き来している。検尿のデータは教育委員会に受診報告書が届く場合もあるが、全数把握に至っていない。心電図検査は教育委員会が医師会に分析を委託しているため、すべての情報が専門医のもとに届けられている。つまり検診結果の扱いに大きな差が生じている。

学校検診にかかわる人たちが個人情報をどのように受けとめているのかも調べた。個人情報を集められる立場、集める立場、そして解析する立場によって見方が大きく異なる。

子どもたちの健康を守るために、身体計測値や検尿結果が、心電図と変わらぬ価値を持っていることを保護者や学校・関係者に認識してもらう必要がある。医療関係者がそれを伝え、呼び掛けることが大切である。

「個人情報の保護」と「公的な利益」は、ある意味で二律背反の関係にある。だが、個人情報の利用で、公益とプライバシー保護の間のかね合いを考えた線引きも可能なはずだ。

学校検診データも、今後は情報の匿名化や、

個人を特定できない形で活用するといった妥協点を見い出すべきである。氏名をすべてのデータから削除してしまうと、追跡を必要とする調査は実施できなくなるからだ。

このため①どの情報が専門家に公開されるべきか、その原則と倫理態勢を確立する②疫学情報が医学、医療の発展に有用なことを、一般人、子どもたちに伝えること③個人情報を追跡可能な状態で匿名化する技術の開発—が重要だ。

そして学校検診で得られたデータをきちんと解析して保護者や関係者に結果を還元。その疫学研究の成果を子どもたちの健康教育に役立てることが大切だ。

体格評価に必要な測定項目は①名前②生年月日（6桁）③性別④検査月日⑤身長⑥体重。

体格測定は「異常のレッテルを張る作業ではない。母親らを不安に陥れるものでもない。子どもの個性を認めながら、健康基盤を作る生活習慣を考え直す作業のスタート地点に立たせることにある」という点を心掛け、関係者の理解を得る努力が必要だろう。

# 子供の健全な生活習慣確立を

## 生活習慣病予防対策委

### 全小中学生の身長・体重調査へ

#### 7万5000人ものデータを解析

県医師会学校医部会（部会長・鈴江襄治会長）の生活習慣病予防対策委員会（委員長・古川一郎副会長）が、6月4日午後7時から県医師会館で開かれた。小児期から適切なライフスタイルを身につけ、生活習慣病の発生を予防するため、関係機関が連携して対策に取り組んでいるもの。席上、総括班が県内小、中学校の全児童、生徒約75,000人を対象に身長、体重のデータを収集して解析した結果が中堀豊班長（徳大医学部公衆衛生学教授）から報告があった。全国に例をみない貴重な資料なので、さらに煮詰め11月に千葉県で開催される第32回全国学校保健・学校医大会で発表することを決めた。また、平成13年度の活動方針もまとめた。

同委員会には鈴江部会長、古川委員長をはじめ行政、学校、医療、地域保健、学術代表の委員23人が出席。馬原文彦副委員長（県医師会常任理事）の司会で開会。まず、鈴江部会長があいさつ。「将来を担う子どもたちの健全な発育、発達をはかることが大切。小児期からの健康づくりのために関係機関が、縦割りの垣根を取っ払って互いに連携して取り組んでおり、全国的に画期的な事業として評価されている。今後とも役割分担して実りある活動を期待したい」と述べた。

ついで古川委員長が昨年8月、委員会組織以後、総括班を中心に進めてきた活動経過を報告。メンバーが一部変更した関係から各委員が自己紹介したあと協議に入った。

最初に中堀総括班長が、県内の全小、中学校生徒75,196人（男子38,507人、女子36,689人）

から収集した昨年春現在の身長、体重のデータをコンピュータに入力して解析。全体、学年別分布などをヒストグラムで図表にまとめ、スライドを使って解説した。

このあと今後の活動計画を次のとおり決めた。

1. 身長・体重のデータを継続的に収集し解析。体型の判定基準の統一化を行い、県内全体で統一した体型評価基準を作成する。将来的には各学校現場で、子ども自らの手によるデータ入力システムを確立。一人ひとりの啓発にも役立てる。

1. 調査班で生活習慣病予防に関するアンケート調査を実施。各関係機関での現状を把握し、現場での問題点やサポートが必要な事項に関して検討する資料を作成。生活習慣病予防のガイドラインを作成する。

1. 個別アプローチ、集団アプローチ各検討班の設置を準備する。個別アプローチ検討班は、高度肥満児や糖尿病症状の児童などハイリスク者のフォローアップシステムを確立する。集団アプローチ検討班は学校、地域での子どもの健康増進へ取り組み、全体として改善を目指す。

また、学校の健康診断で要指導児のスクリーニングについて対策を検討。医療機関への紹介、紹介後の医療機関におけるフォローアップについてガイドラインを作成。尿糖陽性者のフォローアップシステムも確立する。なかでも肥満対策によって拒食症にならないよう心の注意も心掛ける。

さらに健康教育の教材作成や健康教室の開催も計画する。

# 体格調査結果

小児生活習慣病予防対策事業を進めるにあたり、対象となる学童の現状、とりわけ体格の状況を把握しておくことは、方針を決定するにあたり必須である。さらに、定期的にデータを収集し、事業の効果判定を行なう必要がある。

従来、学校における身体測定は学校保健法に基づいて行われており、これに関する統計としては、統計法による指定統計（第15号）として「学校保健統計調査」がある。学校保健統計は、全国から抽出したデータであるが、徳島県に関する数字として公表されているのは、年齢毎の身長、体重の平均と標準偏差のみであり、今後の活動の方針決定や事業の効果判定の基礎資料とするには不十分であると判断した。

また、統計法の調査票は他の目的には使用できない。したがって、本委員会では、平成12年、13年度の2年間にわたり、県教育委員会、市町村教育委員会を通して、各校に協力を依頼し、児童および生徒の名前を伏せて、学年、性別、体重、身長についてのデータを収集した。平成13年度はこれに加え、生年月日のデータも収集した。以下に解析結果を報告する。

## 1. 身長、体重、BMI の分布

### 身長分布

身長の分布は、各学年においては正規分布を示す。しかし、小1から中3の全員を対象にヒストグラムを描くと（図1）のようになる。平成12、13年の男女とも、ヒストグラムの中央部に陥没した部分が認められる。この部分は思春期発来による成長のスパートを意味していると考えられる。両年とも、この部分は男子が152-153cm、女子が139-140cmである。

### 体重分布

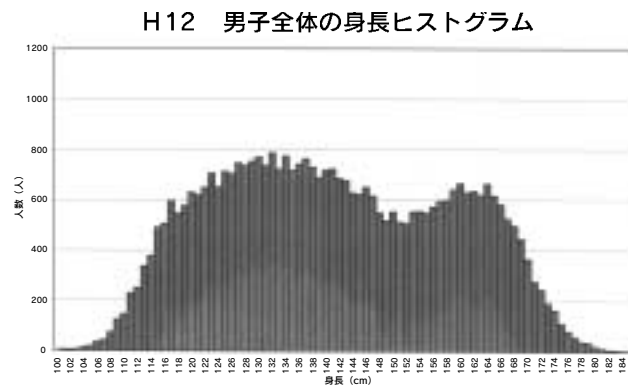
体重は全ての学年、性別で、重いほうに裾野を持つ分布となるが、学年が進むほど、また、男子は女子よりもこの傾向は顕著となる。（図2）

### BMI 分布

BMI も体重と同じように大きい方へ裾野をもつ分布となる。（図3）

図1

平成12年度



平成13年度

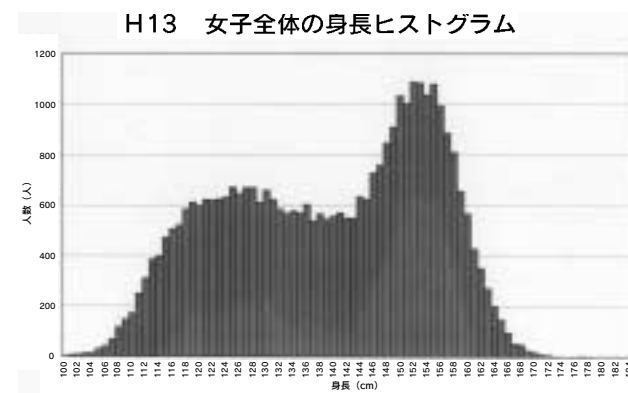
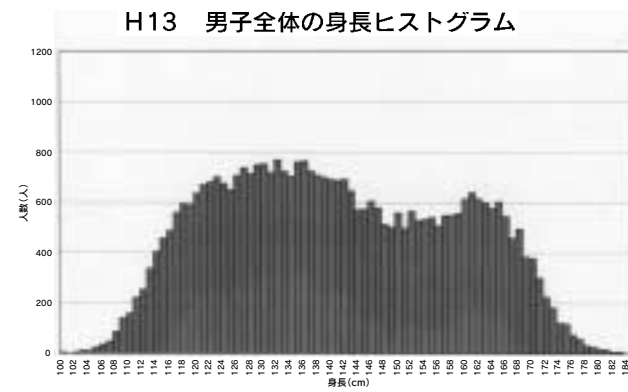


図2

平成12年度

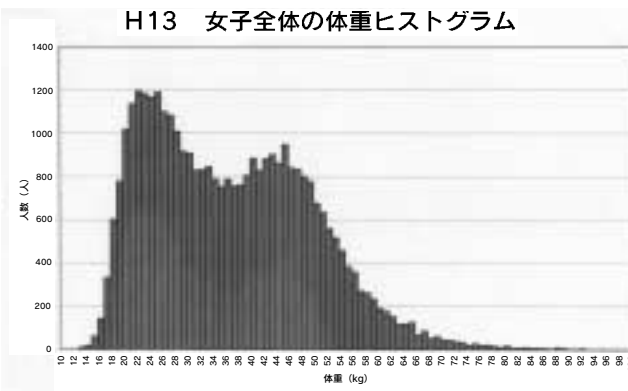
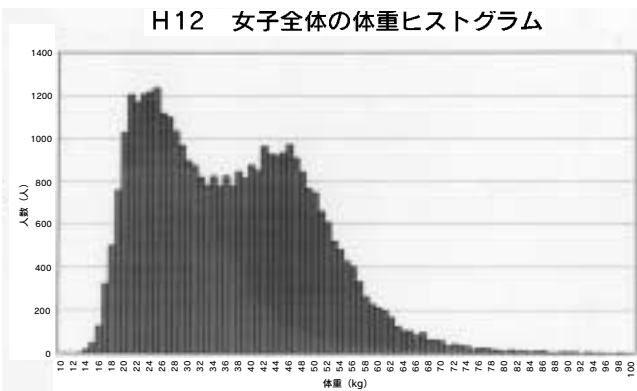
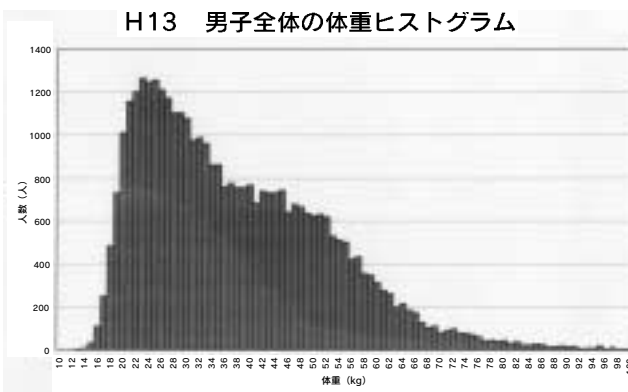
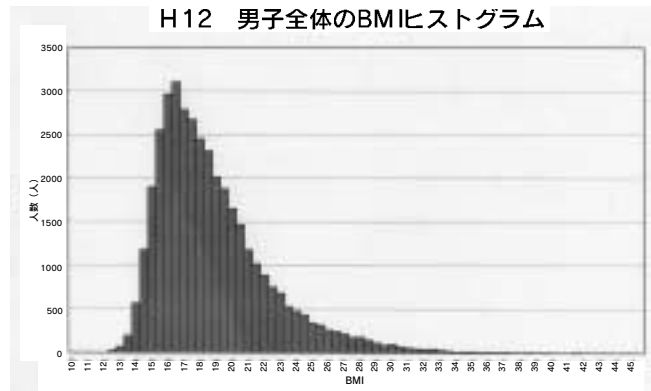


図3

平成12年度



平成13年度

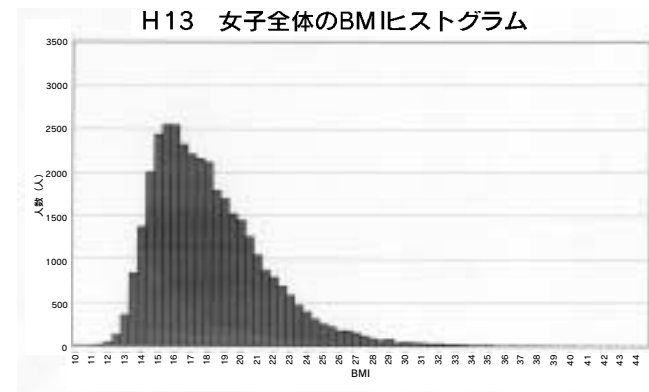
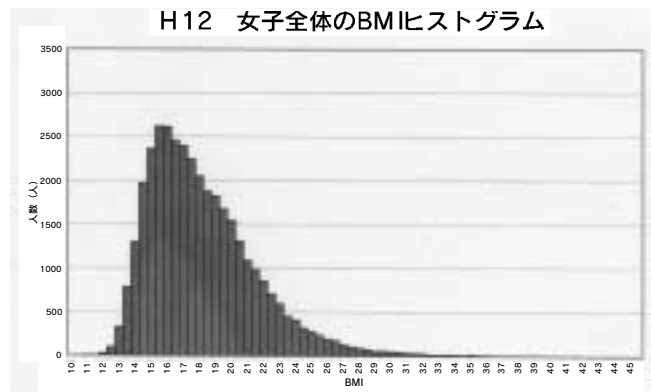
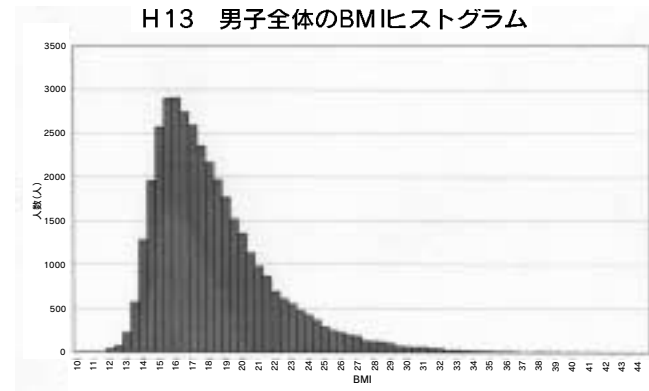
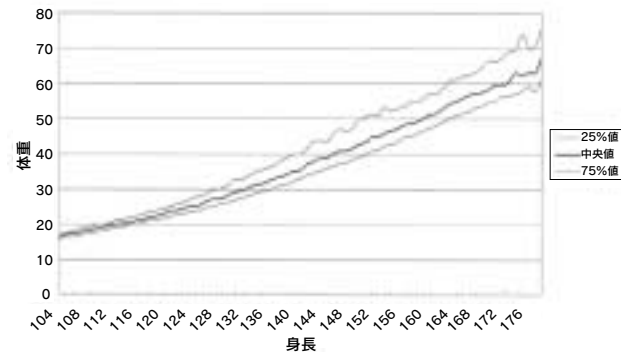


図4

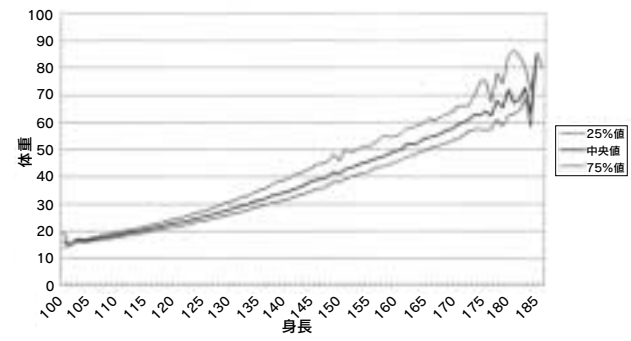
平成12年度

(男子) 平成12年度 男子身長別体重

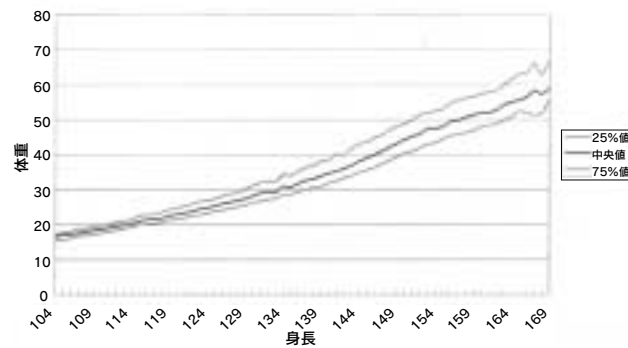


平成13年度

(男子) 平成13年度 男子身長別体重



(女子) 平成12年度 女子身長別体重



(女子) 平成13年度 女子身長別体重

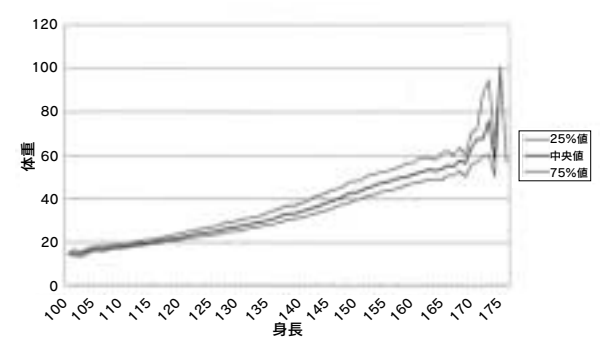


図5

平成12年度

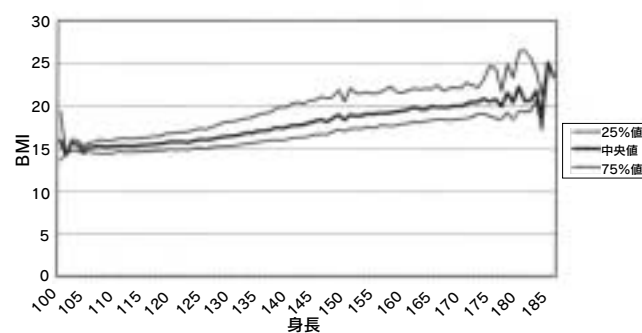
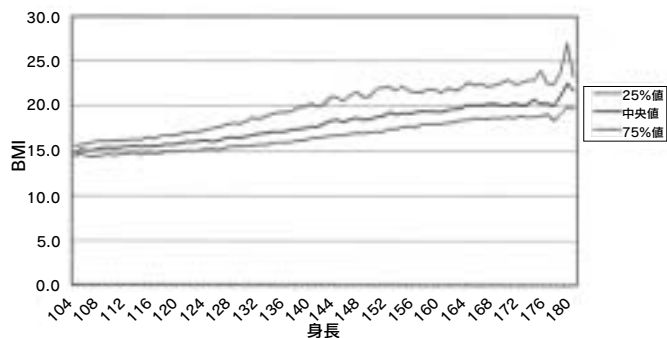
平成13年度

(男子)

H12 男子の身長別BMI

(男子)

H13 男子の身長別BMI

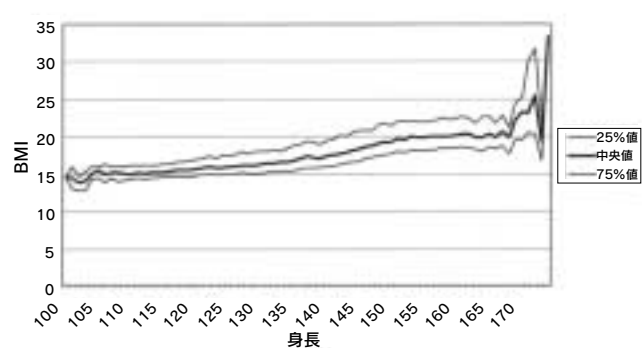
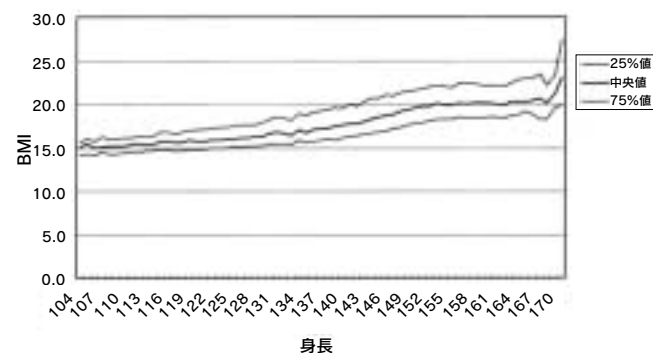


(女子)

H12 女子の身長別BMI

(女子)

H13 女子の身長別BMI



## 2. 発育曲線 (x軸：身長、Y軸：体重、BMI)

身長別に体重の中央値と四分位を示したものが図4のグラフである。以下に見られるとおり、必ずしも身長が大きくなるのに並行して体重も増えるのではなく、凹凸のあるカーブを描くことが明らかとなった。

また、Y軸にBMIをとってみると、(図5)男子が、直線的な増加傾向をとるのに対し、女子では、なだらかなS字型のカーブを描いていることがわかる。これは、思春期以降の生理的な体重増加によるものと思われる。

平成13年度より、生年月日のデータも収集した。これを測定年月日から差し引くことにより、年齢の算出が可能となる。そこで年齢をx軸にとり、身長、体重、BMIの年齢0.1歳ごとの平均値と $\pm$ SD、 $\pm$ 2SDを求めてこれをY軸とし、グラフを作成した。さらに、中央値と四分位を以下のグラフに示した。

男子平均身長のグラフでは(図6)、11.5歳ごろからばらつきが大きくなり、その後、平均値に向かって収束するが、女子の平均身長は、9.5歳ごろからばらつきが大きくなり、その後、平均値に向かって収束する。これは、思春期の発来時期が人により異なり、差が生じたものが、二次性徴が終了して最終的に収束へと向かうことを示している。

体重の中央値のグラフでは(図7)男子女子ともに、中央値が75パーセンタイル値の方が、中央値から25パーセンタイル値の幅よりも広い。これは、先述したヒストグラムにおける重いほうへの裾野の広がりを示していると考えられる。

図6

◆男子の平均身長、体重、BMI

S D：標準偏差

◆女子の平均身長、体重、BMI

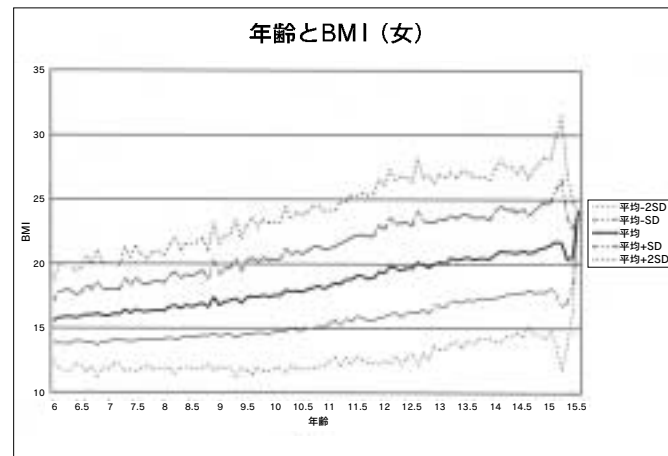
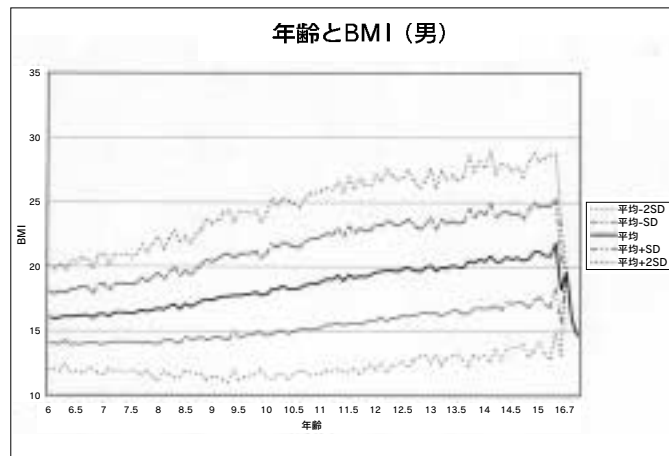
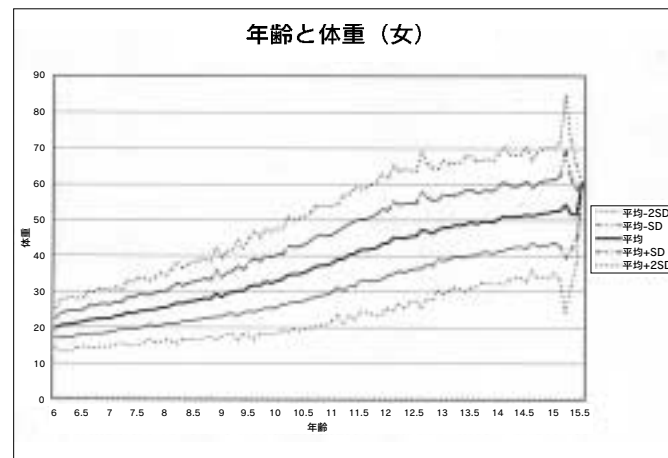
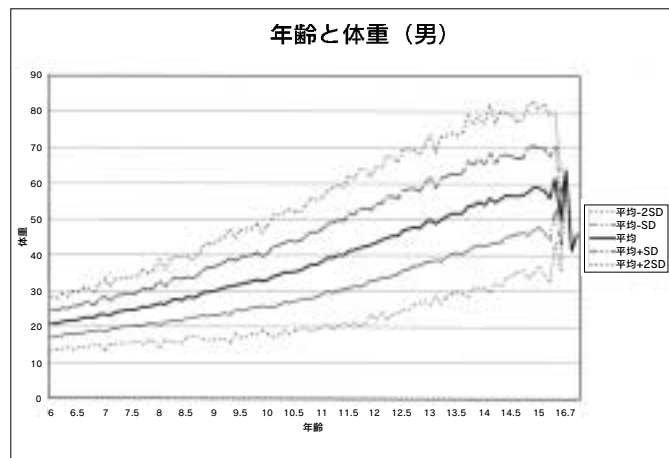
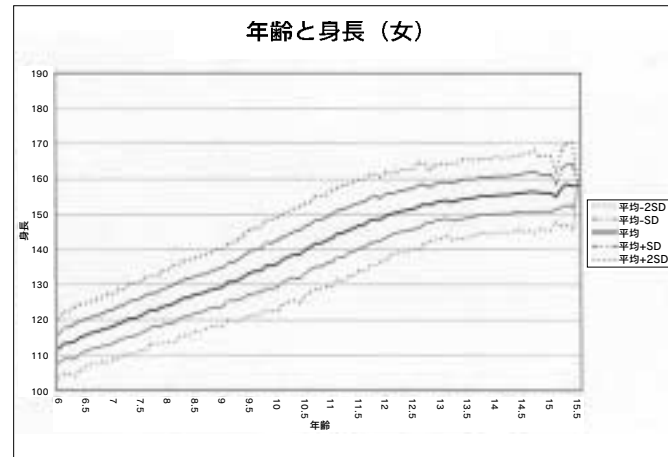
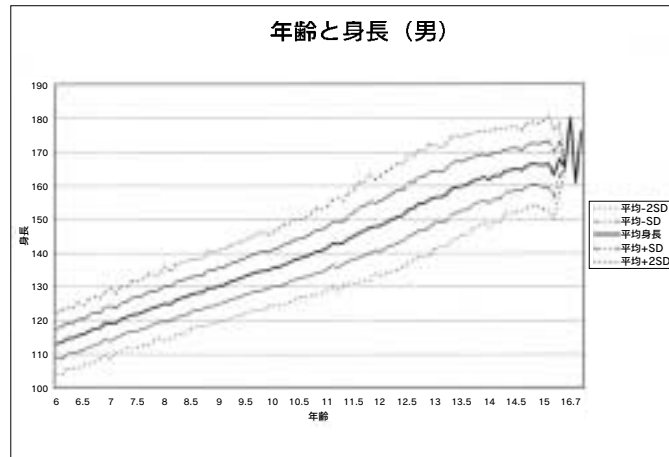
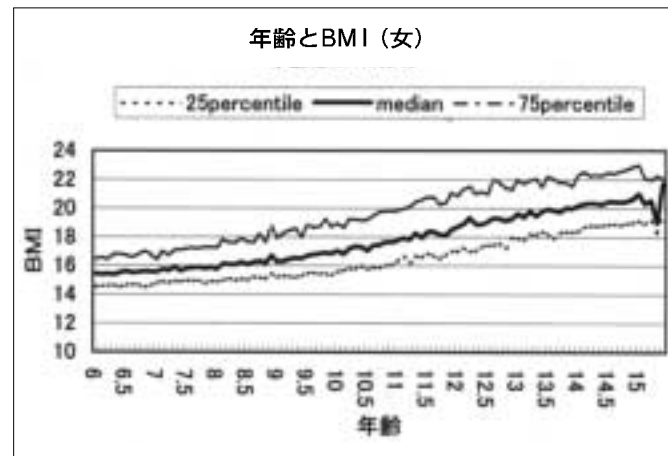
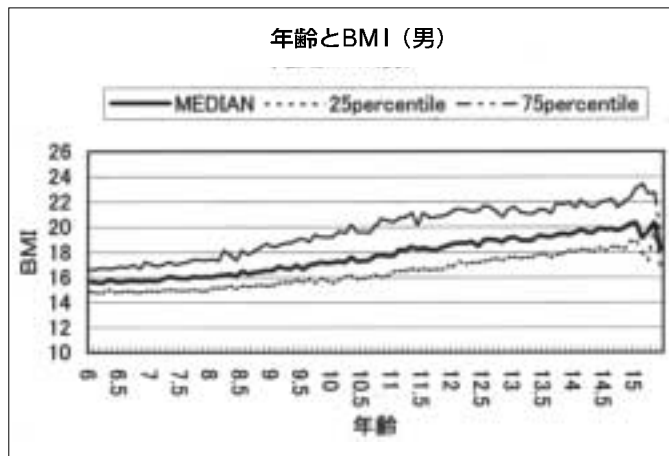
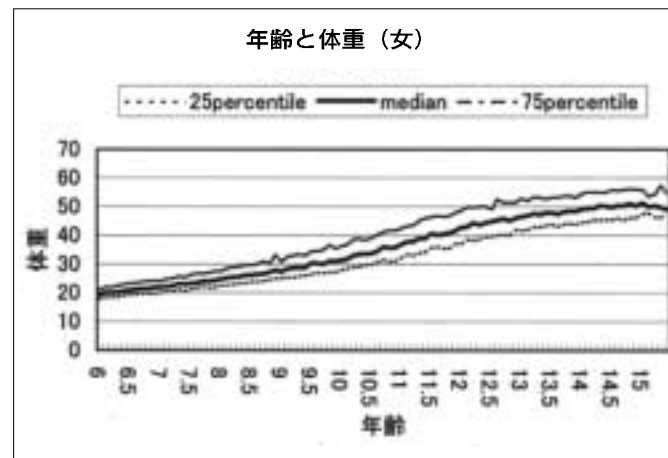
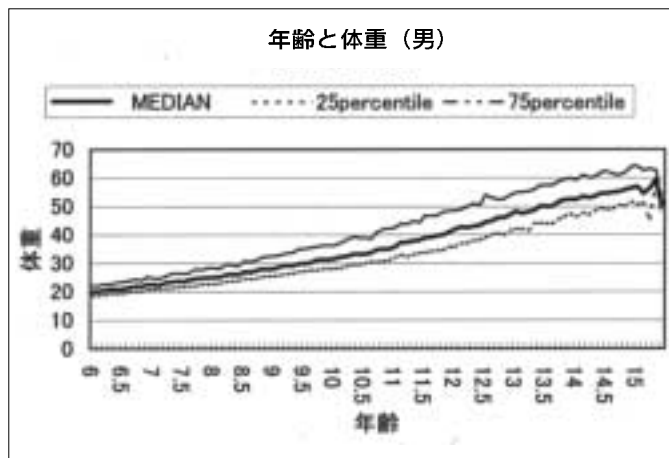
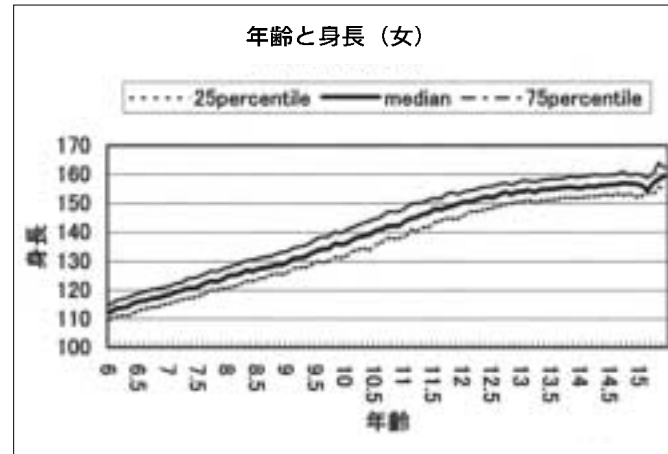
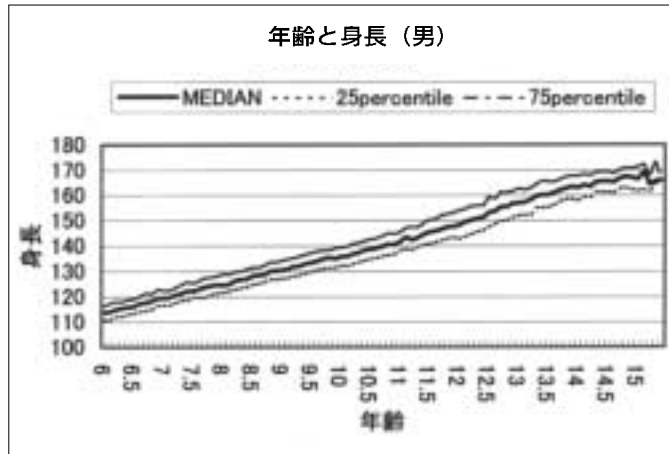


図7

◆男子の身長、体重、BMIの中央値、25、75パーセンタイル

S D：標準偏差

◆女子の身長、体重、BMIの中央値、25、75パーセンタイル





### 3. 地域差

県全体の学年毎の平均値をとり、その値から各郡市の対応する平均値を差し引いた。(図8) ▲は負の値を示す。

平成12年を総合的に評価すると、身長は女子では海部郡で大きい傾向が認められた。男女とも阿南市、三好郡で小さいという傾向が認められた。

BMI 値は、徳島市、阿南市、勝浦郡、那賀郡で小さく(全体と比較してやせ傾向)、鳴門市、美馬郡で大きく、全体と比較して肥満傾向が認められた。

身長は遺伝的背景によりほぼ100%決定されると考えられるが、それに対して、肥満の度合いは、生活習慣の違いが寄与する部分が多いと思われる。このことから、BMI 値の地域差が生じる背景を、地区毎の取り組みの違いや生活習慣の違いを詳細に調べることにより、今後明らかにする必要がありと思われる。

図8

#### H12 男子

身長	学年	徳島市	鳴門市	小松島市	阿南市	勝浦郡	名東郡	名西郡	那賀郡	海部郡	板野郡	阿波郡	麻植郡	美馬郡	三好郡	国立	私立
	小1	▲0.02	0.27	0.51	▲0.43	▲1.70	▲0.35	▲0.49	0.14	▲0.20	▲0.03	0.21	▲0.01	0.59	▲0.23	0.22	0.48
	小2	0.12	0.14	0.20	▲0.27	0.69	▲1.21	0.50	0.17	0.02	0.09	▲0.28	▲0.87	0.13	▲0.73	1.12	0.36
	小3	▲0.06	0.40	0.24	▲0.19	▲0.30	▲0.86	0.76	▲0.27	0.11	▲0.05	0.86	0.19	▲0.13	▲0.74	0.76	▲0.81
	小4	▲0.12	0.58	▲0.09	▲0.33	▲0.78	▲0.17	0.55	0.14	0.28	0.44	0.68	▲0.25	▲0.17	▲0.77	0.10	▲1.54
	小5	▲0.33	▲0.22	0.93	▲0.53	0.19	▲1.82	1.13	▲0.54	▲0.43	0.27	0.48	0.25	0.28	▲0.03	1.16	1.13
	小6	▲0.09	0.79	0.56	▲1.19	▲2.26	0.37	0.57	0.57	▲0.25	0.44	0.10	▲0.43	0.03	▲1.13	0.64	1.88
	中1	▲0.32	0.42	▲0.45	▲0.01	0.88	1.50	▲0.17	▲0.14	▲0.11	▲0.17	▲0.09	▲0.05	1.75	▲0.05	▲0.16	1.30
	中2	0.41	▲0.63	0.09	▲0.54	0.71	2.34	0.33	▲0.21	▲0.43	▲0.30	▲0.05	▲0.57	0.21	▲0.35	▲0.40	0.83
	中3	0.35	▲0.53	▲0.16	0.34	▲0.36	2.20	▲0.10	0.63	0.00	▲0.28	▲0.42	▲0.22	0.47	▲1.35	1.12	0.21

体重	学年	徳島市	鳴門市	小松島市	阿南市	勝浦郡	名東郡	名西郡	那賀郡	海部郡	板野郡	阿波郡	麻植郡	美馬郡	三好郡	国立	私立
	小1	▲0.27	0.35	0.11	▲0.17	▲0.77	▲1.67	▲0.04	▲0.16	▲0.49	0.17	0.27	0.61	0.69	▲0.14	▲0.50	1.11
	小2	▲0.07	0.39	0.09	▲0.46	0.41	▲2.09	0.83	▲0.53	▲0.36	0.15	▲0.25	▲0.04	0.44	▲0.31	▲0.22	0.59
	小3	▲0.28	0.99	0.40	▲0.79	0.24	▲0.82	1.05	▲0.63	▲0.21	0.36	▲0.78	0.26	▲0.45	▲0.20	▲0.38	▲1.43
	小4	▲0.61	1.13	▲0.78	▲0.42	▲0.36	▲2.18	1.14	0.33	0.13	0.46	0.11	▲0.04	1.29	0.36	▲0.99	▲1.41
	小5	▲0.71	▲0.10	0.48	▲0.70	▲0.33	▲0.98	0.35	▲0.15	▲1.29	0.56	0.67	1.23	1.19	0.50	0.05	1.09
	小6	▲0.45	0.75	▲0.00	▲1.07	▲3.81	▲1.17	0.81	▲0.54	0.03	0.85	0.57	0.05	1.16	▲1.28	0.44	3.12
	中1	▲0.45	1.14	0.37	▲0.41	▲0.56	2.83	▲0.38	▲0.58	▲1.90	▲0.14	▲1.46	0.54	1.73	0.32	▲1.13	2.75
	中2	0.43	▲0.24	▲0.00	▲0.74	0.40	3.02	▲0.41	▲2.22	▲0.63	0.46	0.06	▲0.61	0.52	▲1.00	▲0.06	2.85
	中3	0.52	0.03	▲0.49	▲1.18	▲2.07	▲4.03	▲1.79	0.61	▲4.03	0.60	0.10	0.05	1.00	▲1.05	0.82	1.88

BMI	学年	徳島市	鳴門市	小松島市	阿南市	勝浦郡	名東郡	名西郡	那賀郡	海部郡	板野郡	阿波郡	麻植郡	美馬郡	三好郡	国立	私立
	小1	▲0.18	0.19	▲0.09	▲0.01	▲0.11	▲1.09	0.11	▲0.13	▲0.30	0.13	0.16	0.42	0.33	▲0.06	▲0.41	0.63
	小2	▲0.08	0.20	0.01	▲0.22	0.07	▲1.05	0.41	▲0.39	▲0.24	0.07	▲0.09	0.20	0.24	▲0.02	▲0.41	0.28
	小3	▲0.15	0.48	0.18	▲0.42	0.29	▲0.19	0.40	▲0.34	▲0.15	0.23	0.19	0.13	▲0.22	0.08	▲0.38	▲0.60
	小4	▲0.30	0.42	▲0.39	▲0.12	0.06	▲1.04	0.51	0.17	▲0.01	0.15	▲0.09	0.05	0.73	0.37	▲0.56	▲0.48
	小5	▲0.27	0.02	▲0.00	▲0.21	▲0.25	▲0.08	▲0.08	0.11	▲0.49	0.18	0.27	0.55	0.52	0.25	▲0.31	0.22
	小6	▲0.18	0.16	▲0.13	▲0.22	▲1.15	▲0.60	0.26	▲0.37	0.15	0.25	0.18	0.14	0.53	▲0.30	0.04	0.95
	中1	▲0.10	0.38	0.27	▲0.24	▲0.49	0.85	▲0.11	▲0.20	▲0.76	▲0.01	▲0.52	0.22	0.31	0.15	▲0.45	0.80
	中2	0.07	0.03	0.01	▲0.15	▲0.04	0.41	▲0.25	▲0.79	▲0.33	0.25	0.01	▲0.09	0.14	▲0.31	0.13	0.86
	中3	0.10	0.13	▲0.12	▲0.50	▲0.66	▲1.96	▲0.63	0.08	▲1.47	0.28	0.15	0.07	0.23	▲0.05	0.06	0.63

#### H12 女子

身長	学年	徳島市	鳴門市	小松島市	阿南市	勝浦郡	名東郡	名西郡	那賀郡	海部郡	板野郡	阿波郡	麻植郡	美馬郡	三好郡	国立	私立
	小1	▲0.07	0.58	0.13	▲0.20	0.10	1.66	▲0.08	▲0.01	0.13	▲0.22	▲0.43	0.33	▲0.03	▲0.28	0.66	0.63
	小2	▲0.30	0.62	▲0.15	▲0.21	▲0.47	▲1.70	0.22	▲0.33	0.26	0.02	0.35	0.19	0.55	0.15	0.37	0.71
	小3	▲0.16	0.47	0.20	▲0.40	0.06	0.25	0.50	0.17	0.25	0.00	0.23	0.33	▲0.15	▲0.33	0.13	0.35
	小4	0.03	0.46	▲0.48	▲0.46	0.03	1.92	▲0.06	▲0.44	0.38	0.03	▲0.91	0.43	0.40	▲0.07	0.37	▲0.87
	小5	▲0.13	1.20	0.14	▲1.23	▲2.97	▲0.62	▲0.12	▲0.60	0.59	0.28	▲0.52	0.09	0.42	▲0.13	0.42	0.56
	小6	0.04	0.80	▲0.48	▲0.72	0.53	1.78	▲0.77	▲0.56	0.25	0.17	0.34	▲0.14	▲0.25	▲0.05	1.35	0.31
	中1	▲0.32	▲0.00	0.67	▲0.03	▲0.12	0.73	0.73	0.38	0.78	0.08	▲0.21	▲0.29	0.70	▲0.59	▲0.65	0.83
	中2	0.58	▲0.23	▲0.31	▲0.99	▲0.06	2.30	1.04	▲1.05	0.43	▲0.11	0.26	▲0.59	0.30	▲0.63	▲0.45	▲1.12
	中3	0.15	▲0.05	0.21	▲0.09	▲0.59	0.31	▲0.35	▲0.08	1.19	▲0.19	▲0.98	▲0.03	0.05	▲0.72	1.23	0.07

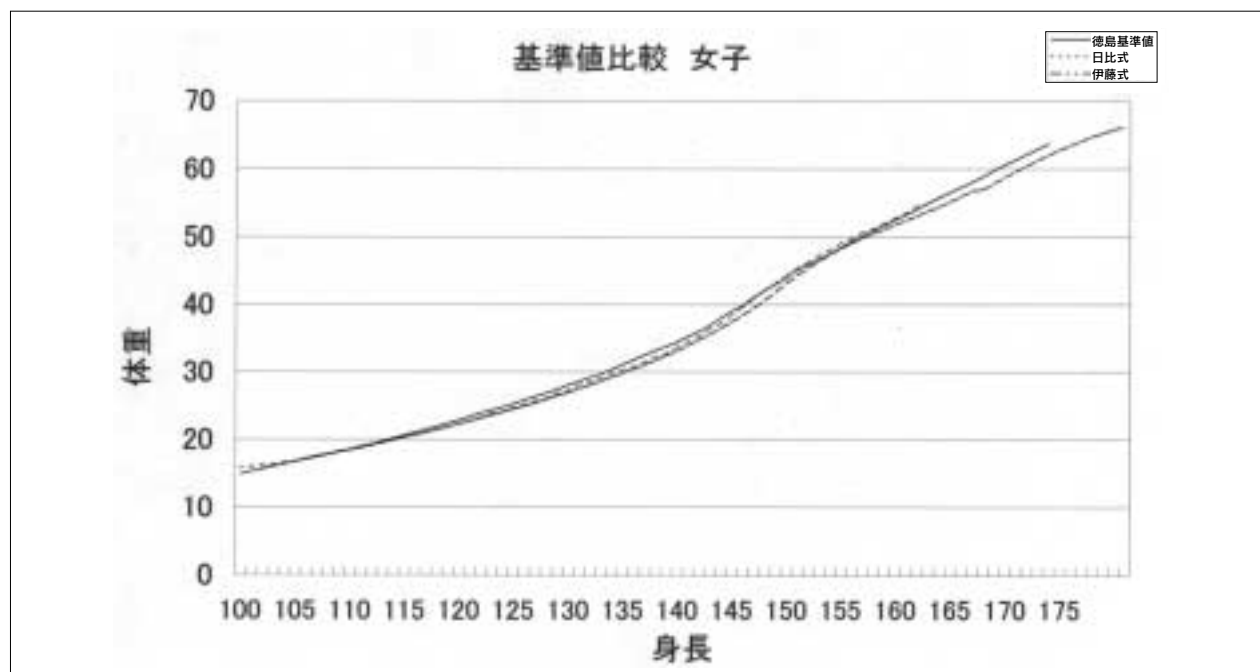
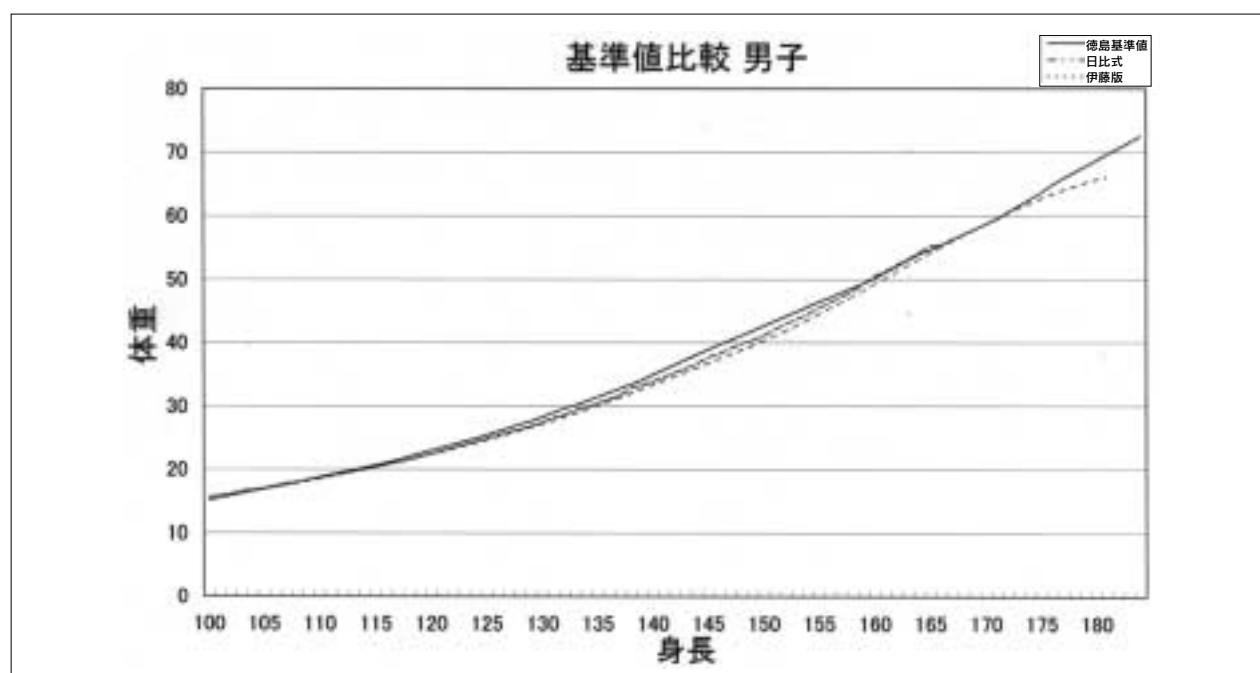
体重	学年	徳島市	鳴門市	小松島市	阿南市	勝浦郡	名東郡	名西郡	那賀郡	海部郡	板野郡	阿波郡	麻植郡	美馬郡	三好郡	国立	私立
	小1	▲0.22	0.71	0.05	▲0.25	0.11	0.55	0.19	▲0.32	▲0.26	0.32	▲0.49	0.80	▲0.07	▲0.14	▲0.91	▲0.35
	小2	▲0.47	0.67	0.11	▲0.22	▲0.32	▲0.85	▲0.03	▲0.34	0.22	0.23	1.34	0.37	0.31	0.24	▲0.32	0.05
	小3	▲0.49	0.85	0.47	▲0.54	▲0.18	▲0.37	0.85	▲0.02	0.25	0.08	0.68	0.48	0.45	▲0.68	▲0.47	1.52
	小4	▲0.47	1.38	▲0.58	▲0.33	▲0.30	▲1.00	▲0.14	▲0.55	0.34	▲0.17	0.42	1.32	0.75	0.06	0.05	1.22
	小5	▲0.74	1.00	0.47	▲1.08	▲3.02	▲1.21	▲0.41	▲1.18	0.73	0.47	▲0.43	1.03	1.07	▲2.12	1.07	0.85
	小6	▲0.29	1.17	0.39	▲1.40	▲0.33	▲0.51	▲1.14	▲0.56	▲1.55	0.69	▲1.16	1.36	0.31	▲0.08	1.05	1.14
	中1	▲0.08	0.54	0.70	0.16	1.05	1.37	0.52	1.28	0.14	0.18	1.09	0.04	2.15	▲0.99	▲0.59	0.12
	中2	0.13	0.03	▲0.41	▲1.28	▲0.30	0.29	▲0.27	▲1.96	▲1.19	0.48	1.38	0.56	1.85	▲0.04	▲1.92	1.12
	中3	▲0.24	0.30	▲0.52	▲0.55	0.97	3.37	▲0.36	▲0.53	1.04	0.19	▲0.50	1.35	1.60	▲0.49	0.31	▲1.57

BMI	学年	徳島市	鳴門市	小松島市	阿南市	勝浦郡	名東郡	名西郡	那賀郡	海部郡	板野郡	阿波郡	麻植郡	美馬郡	三好郡	国立	私立
	小1	▲0.14	0.33	0.00	▲0.15	0.10	▲0.06	0.18	▲0.22	▲0.23	0.29	▲0.20	0.50	▲0.06	▲0.03	▲0.80	▲0.43
	小2	▲0.23	0.27	0.11	▲0.07	▲0.17	▲0.19	▲0.05	▲0.11	0.06	0.15	0.77	0.18	0.05	0.12	▲0.30	▲0.30
	小3	▲0.25	0.37	0.25	▲0.20	▲0.06	▲0.25	0.34	▲0.04	0.06	0.06	0.34	0.20	0.26	▲0.14	▲0.28	0.87
	小4	▲0.26	0.62	▲0.21	▲0.07	▲0.13	▲0.95	▲0.04	▲0.18	0.09	▲0.10	0.46	0.60	0.30	0.06	▲0.10	0.98
	小5	▲0.34	0.71	0.23	▲0.23	▲0.76	▲0.45	▲0.12	▲0.40	0.19	0.15	▲0.13	0.52	0.43	▲0.96	0.43	0.18
	小6	▲0.15	0.33	0.35	▲0.45	▲0.26	▲0.22	▲0.35	▲0.12	▲0.72	0.25	▲0.61	0.63	0.19	▲0.00	0.18	0.44
	中1	▲0.31	0.24	0.14	0.09	0.48	0.41	0.05	0.43	▲0.12	0.07	0.53	0.13	0.70	▲0.27	▲0.04	▲0.13
	中2	▲0.10	0.09	▲0.08	▲0.27	▲0.15	▲0.46	▲0.35	▲0.54	▲0.64	0.24	0.50	0.40	0.66	0.14	▲0.66	0.49
	中3	▲0.15	0.15	▲0.25	▲0.19	0.59	1.13	▲0.06	▲0.17	0.10	0.13	0.05	0.54	0.64	▲0.03	▲0.16	▲0.63

#### 4. 標準体重の設定と体格判定シートの作成

これまでに、徳島県の教育現場では、様々な肥満度判定基準が用いられ、そのために県全体でどれぐらいの肥満度の学童がどれぐらいいるのか評価できなかった。また、これらの判定基準は、最新のものでも10年以上前のものであり、現状に即したものではなかった。このため、統一した判定基準を作成し、さらには、これにそって、肥満度を判定するコンピューターソフトウェアの作成を行った。なお、作成にあたり旭川医科大学小児科の伊藤善哉医師の多大な指導と協力を頂いた。

図9



## 方法

男子、女子それぞれにおいて、平成12年度と13年度の身長1 cm毎の体重の中央値の平均値を算出した。これを、グラフ化し、凹凸のあるところのみをピックアップし、 $\text{体重} = a \times \text{身長} + b$ のような一次近似式を作成した。身長値を代入し、算出した体重の値を入れかえ、再度グラフ化を行い、滑らかな曲線とした。このようにして最終的に得られた1 cm毎の体重値を標準体重とした。これを、従来の日比式、伊藤式と比較した。(図9) 男子、女子ともに、従来の基準値に比し、やや重い傾向が見られる。従来の方法は10年以上前の全国のデータをもとにして作成されており、全国と比較して、徳島が重い傾向にあるか、あるいは、全国的にも肥満傾向が進んでいることが理由として考えられる。

伊藤氏が作成した体格判定シートにこの新たな基準値を貼り付けた。

## 体格判定シート

データシートにおいては氏名、性別(男は1、女は2)、生年月日を入力するとランダムに数値化した、すなわち匿名化した数字がセルに現れる。(図10) この時、性別、生年月日、名前が一致しないかぎり、同じ数字となることはないため、匿名化に加え、個人の特定もできる。さらに、名前の列を隠し、「シートの保護」を行うことにより、個人情報保護することが可能である。(図11)

測定日と身長、体重の値を入力すると、従来の村田式、伊藤式に加え、今回あらたに作成し貼り付けを行った徳島版基準値をもとに判定する「徳島式」の3種類で、判定が瞬時に出るようになっている。

これを今後、教育委員会を通じ、現場に配布する予定である。

図10

																	*徳島基準値											
																	身長	体重 (kg)										
NO	名前		性別	生年月日	検査日	身長	体重	(~cm台)	男子	女子	身長SD	肥満度(村田)	肥満度(伊藤)	肥満度(徳島)	BMI	年齢	年	月										
1	伊藤善也	9629034584737804	1	S 530212	H 50912	170.0	55.0	99	14.8	14.6	0.36	- 7.7	- 6.4	- 6.3	19.0	15.58	15	6										
2	徳島tarou	6242184740417479	1	880302	10803	150.0	20.0	100	15.1	14.9	-1.06	-51.0	-50.4	-53.1	8.9	13.42	13	5										

図11

																	*徳島基準値											
																	身長	体重 (kg)										
NO			性別	生年月日	検査日	身長	体重	(~cm台)	男子	女子	身長SD	肥満度(村田)	肥満度(伊藤)	肥満度(徳島)	BMI													
1	9629034584737804		1	S 530212	H 50912	170.0	55.0	99	14.8	14.6	0.36	- 7.7	- 6.4	- 6.3	19.0													
2	6242184740417479		1	880302	10803	150.0	20.0	100	15.1	14.9	-1.06	-51.0	-50.4	-53.1	8.9													

## 5. 自己判定シート

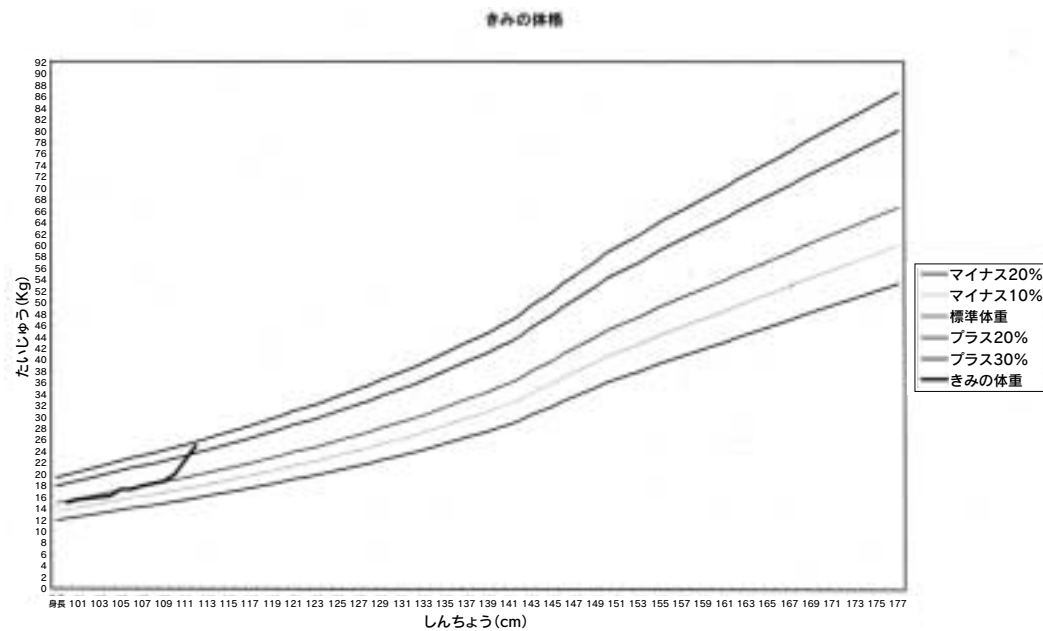
さらに、今回算出した1 cmごとの基準値をもとに、肥満度を算出し、グラフを提示するソフトウェアを作成し、仮称「きみの体格」とした。これにより個々人が自分の体重をあてはまる箇所に入力すれば、肥満度が算出され、(図12) さらには体格に関しての時間的な経緯も知ることができる(図13)。

今後、生年月日も加えた身長体重データを集積することにより、年齢ごとの身長、体重、BMI を評価する判定ソフトを作成する予定である。

図12

身長	標準体重	きみの体重	きみの肥満度
100	14.9		
101	15.3	15	-1.7
102	15.6	15.5	-0.8
103	16.0	15.7	-1.9
104	16.4	15.9	-2.8
105	16.8	16.1	-4.0
106	17.2	17.3	0.8
107	17.6	17.3	-1.5
108	17.9	17.9	0.2
109	18.2	18.3	0.7
110	18.5	18.7	0.9
111	19.0	19.9	5.0
112	19.3		
113	19.8	25	26.6

図13



### 要約

1. 事業開始時点における徳島県の全小中学生の体格データを解析し、身長、体重、BMIの全体分布、地域差について検討した。また、身長1cm毎の体重、BMIについて、平成13年度はさらに年齢0.1歳ごとの身長、体重、BMIについて、それぞれ中央値、25、75パーセンタイル値を算出し、分布の時間的経過について検討した。
2. 徳島県下での肥満度判定の統一に向け、収集したデータをもとに基準値を設定し、これをもとに肥満度の判定を行えるコンピューターソフトウェアの作成を行った。

# 小児生活習慣病対策に関するアンケート調査結果

## 【目的】

小児生活習慣病予防に対して適切な取り組みをおこなっていくための第一歩として、まず、現在学校現場や保健所そして市町村によって展開されている、小児の健康に関する様々な取り組みを明らかにする必要がある。そこで今回、各部門が小児の健康に関連するどのような取り組みを行っているかを知るためのアンケート調査を行った。

## 【対象および回答数】

小学校（244校／246校）中学校（102校／102校）各障害児教育諸学校含む  
保健所（6／6保健所）市町村保健教育課（49／50市町村）

## 【アンケート期間】

平成13年11月から12月の約1ヶ月間

## 【調査項目】

学校現場での取り組みについて（平成13年度）  
学校保健委員会について  
教育現場における健康教育の取り組みについて  
肥満児童の指導について  
保健室におけるパソコンおよび健康ソフトの使用について  
学校栄養職員について  
市町村との連携について 等  
保健所の取り組みについて（平成12年度）  
学校との連携、各事業 等  
市町村の取り組みについて（平成12年度）  
学校との連携、各事業、マンパワー、社会資源について 等

## 【分析方法】

今回は主として重要項目についての単純集計を中心に、アンケート結果の概略的解析を行った。

## 【結果および考察】

### I. 小学校について

主なアンケート項目についての解析結果を図1から図9、および表1-1から表8-2に示す。

#### 〈学校保健委員会について〉

学校保健委員会の開催については養護教諭が担当者になっている場合が最も多く、また構成員となっていることが多かった（表1-2、表1-3）。児童生徒が学校保健委員会の構成員となっている学校は開催校のうち39%程度であった（表1-3）。学校保健委員会の開催形式では意見交換が最も多かった（表1-4）。開催回数では年1回が最も多かった（表1-5）。内容は生活習慣病に関連したものや健康診断結果に関する説明が一番多かった（表1-6）。

健康教育に関する活動を実施しているかの問いでは回答した238校中232校が実施していると答えていた（図3）。内容では学級活動の中で歯科衛生や性教育、病気の予防、食物に関する健康教育活動を行っている学校が多かった（表3）。

#### 〈肥満児童の指導について〉

肥満児の指導を行っているかどうかの問いでは、回答した244校中142校が「実施している」と答えていた（図4）。指導方法としては、個人指導が71.8%と最も多かった。指導担当者は養護教諭が94%と最も多く、次いで学級担任が59.2%であった（表4）。

#### 〈学校施設を利用するスポーツ少年団等について〉

小学校の施設を利用するスポーツ少年団があるかどうかの問いでは、回答した244校中179校が「はい」と答えていた（図5）。種目別では野球が81%と最も多く、次いでサッカーが48%とであり、剣道、バスケットがこれに続いていた（表5-1）。スポーツ少年団に所属している割合は回答した169校中で、1割から2割との回答が最も多かった（表5-2）。またスポーツ少年団の指導者は外部コーチが83.2%と最も多く、次いで保護者が59.8%であった（表5-3）。

#### 〈保健室における公用パソコンおよびソフトについて〉

保健室専用の公用パソコンがあるかとの問いでは、回答した238校中25校のみがあると答えていた（図6-1）。また健康管理ソフトがあるかとの問いでは、回答した233校中58校のみがあると答えていた（図6-2）。使用状況については統計処理に使用している場合が56%と最も多かった（表6）。

#### 〈学校栄養職員について〉

学校栄養職員がいるかとの問いでは、回答した238校中73校のみがあると答えていた（図7-1）。

学校栄養職員は学級に出向いて指導を行うかとの問いでは回答した72校中半数以上の47校が指導を行うと答えていた（図7-2）。指導時間では1時間以下が最も多かった（表7）。

#### 〈PTA の子供の健康に関する活動について〉

PTA で子供の健康に関する活動をしているかとの問いでは、回答した228校中57校が「はい」と答えていた（図8）。

#### 〈市町村との連携について〉

市町村と連携している事業があるかとの問いでは、「はい」と答えた学校は回答241校中半数以下の109校であった（図9）。市町村と連携している事業の内容では、検尿が35校（32.1%）と最も多く、次いで血液検査が33校（30.1%）、肥満教室が27校（24.8%）の順であった（表8-1）。血液検査を実施している場合の検査項目では、貧血（100%）が最も多く、総コレステロール（87.9%）、HDLコレステロール（87.9%）、血糖（57.6%）、肝機能（42.4%）の順であった。

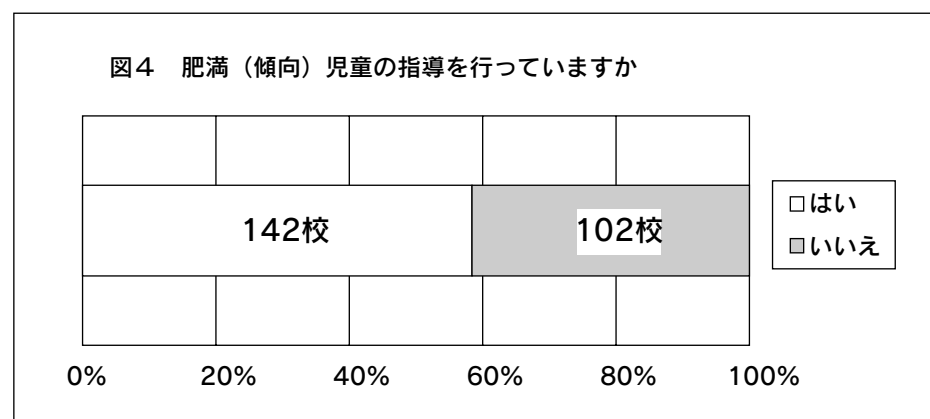
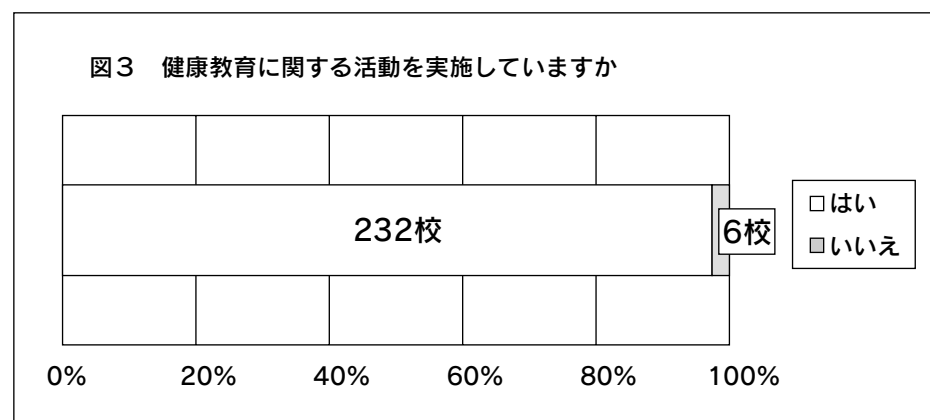
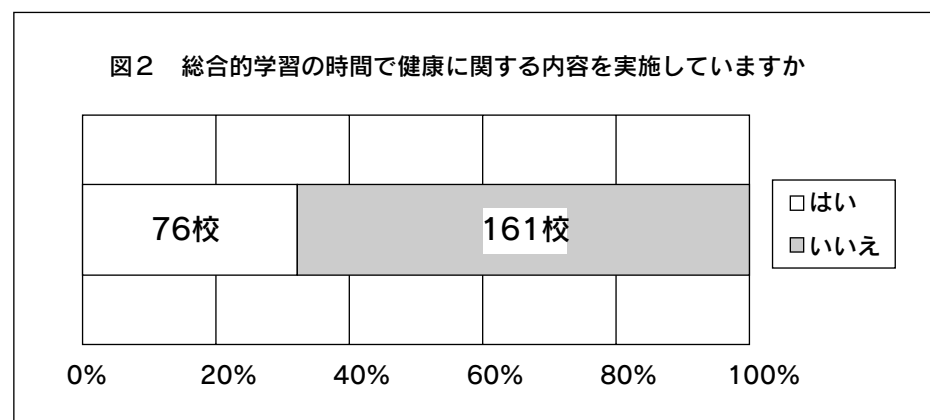
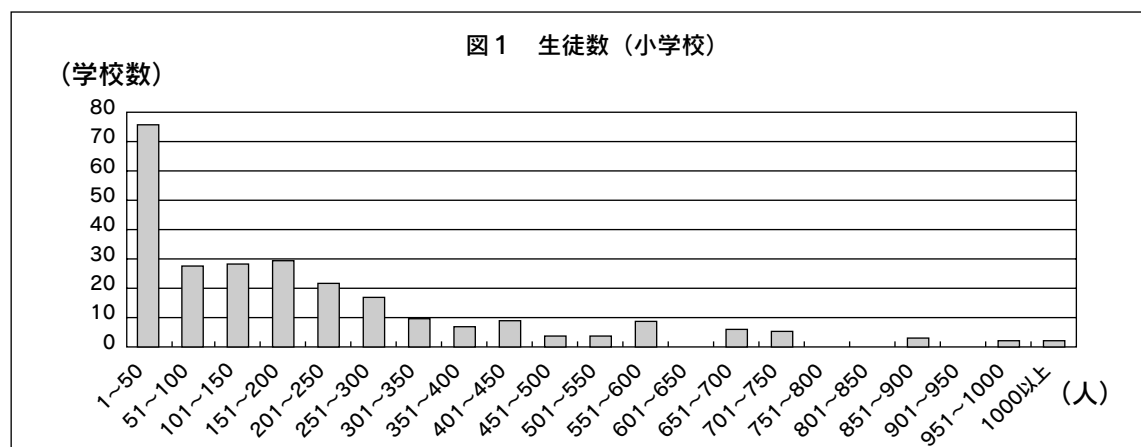


図5 小学校の施設を利用するスポーツ少年団はありますか

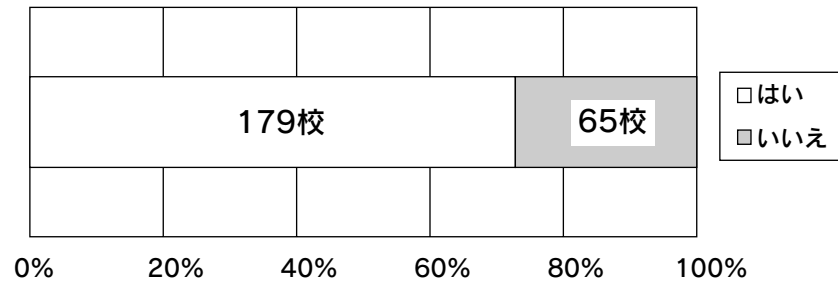


図6-1 保健室専用の公用パソコンがありますか

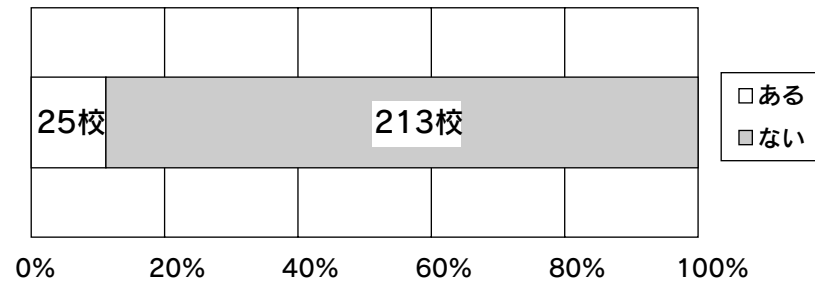


図6-2 健康管理ソフトがありますか

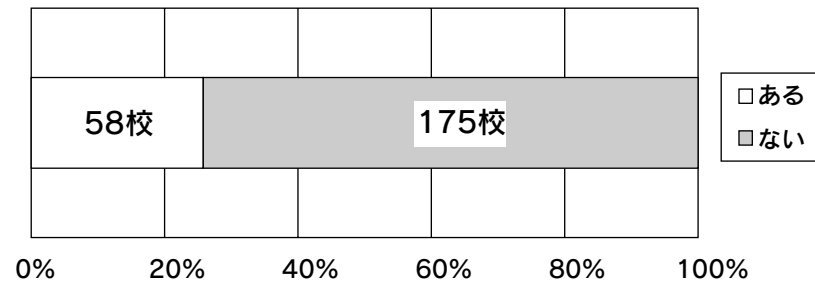


図7-1 学校栄養職員はいますか

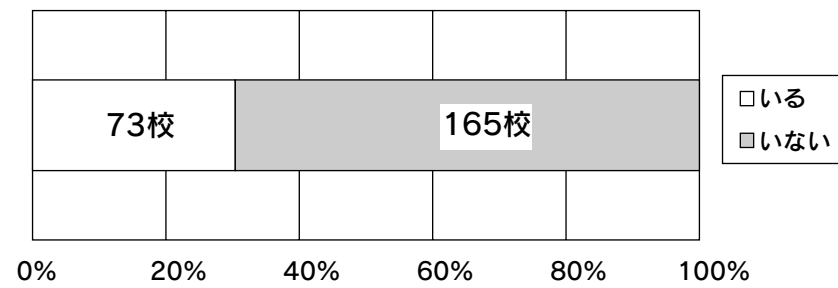




図7-2 学校栄養職員は学級で指導を行いますか

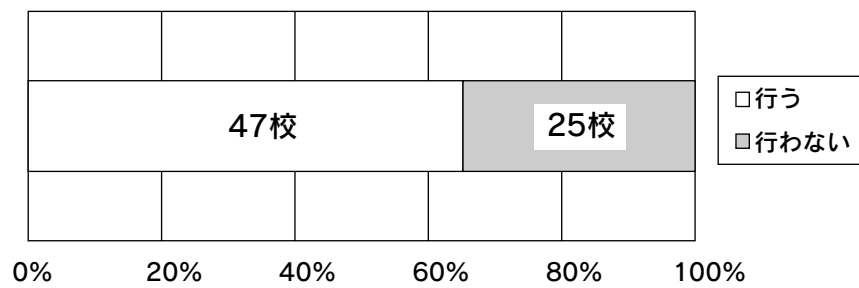


図8 PTAで子供の健康に関する活動をしていますか

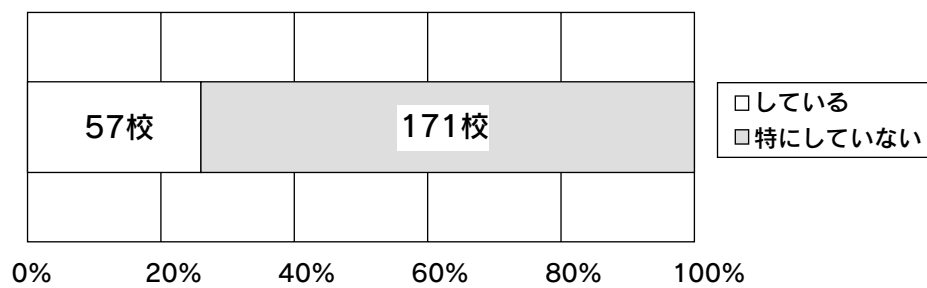


図9 市町村と連携している事業はありますか

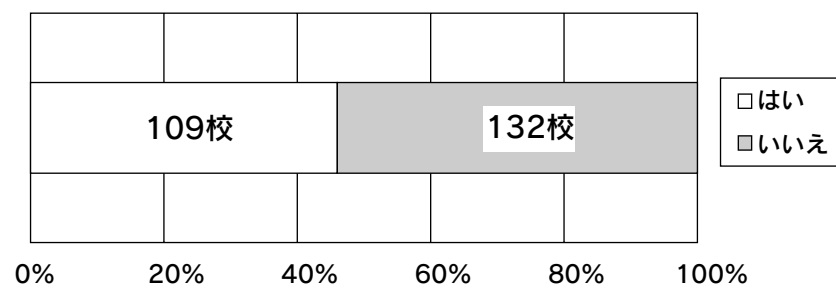


表 1 - 1 生徒数別に見た学校の分布

生徒数(人)	1-50	51-100	101-150	151-200	201-250	251-300	301-350
学校数(校)	74(30.5)	26(10.7)	27(11.1)	29(11.9)	21( 8.6)	16( 6.6)	9( 3.7)
生徒数(人)	351-400	401-450	451-500	501-550	551-600	601-650	651-700
学校数(校)	6( 2.5)	8( 3.3)	3( 1.2)	3( 1.2)	8( 3.3)	0( 0.0)	5( 2.1)
生徒数(人)	701-750	751-800	801-850	851-900	901-950	951-1000	1000以上
学校数(校)	4( 1.6)	0( 0.0)	0( 0.0)	2( 0.8)	0( 0.0)	1( 0.4)	1( 0.4)

校(%)

(%は生徒数を回答した243校に対する百分率)

表 1 - 2 学校保健委員会の担当者

	学校内	市町村全体	郡全体
保健主事教諭	54(29.3)	29(15.8)	12( 6.5)
養護教諭	109(59.2)	55(29.9)	17( 9.2)
教頭	14( 7.6)	3( 1.6)	2( 1.1)
その他	5( 2.7)	15( 8.2)	3( 1.6)

校(%)

(%は学校保健委員会を開催した184校に対する百分率)

184/244(75.4%)

表 1 - 3 学校保健委員会の構成

	学校内	市町村全体	郡全体
学校長	117(63.6)	62(33.7)	15( 8.2)
教頭	116(63.0)	19(10.3)	3( 1.6)
PTA 会長	108(58.7)	60(32.6)	15( 8.2)
学校医	103(56.0)	60(32.6)	16( 8.7)
学校薬剤師	91(49.5)	58(31.5)	15( 8.2)
学校歯科医	94(51.1)	59(32.1)	15( 8.2)
学年主任	45(24.5)	2( 1.1)	0( 0.0)
養護教諭	118(64.1)	63(34.2)	17( 9.2)
保健主事	114(62.0)	56(30.4)	17( 9.2)
学校栄養職員	36(19.6)	39(21.2)	1( 0.5)
保護者	105(57.1)	32(17.4)	3( 1.6)
児童生徒	71(38.6)	3( 1.6)	0( 0.0)
その他	39(21.2)	31(16.8)	1( 0.5)

校(%)

(%は学校保健委員会を開催した184校に対する百分率)

表 1 - 4 学校保健委員会の形式

	学校内	市町村全体	郡全体
講演	67(36.4)	44(23.9)	17( 9.2)
意見交換	98(53.3)	56(30.4)	10( 5.4)
その他	16( 8.7)	12( 6.5)	3( 1.6)

校(%)

(%は学校保健委員会を開催した184校に対する百分率)

表1-5 学校保健委員会の回数

	学校内	市町村全体	郡全体
年1回	98(53.3)	45(24.5)	13( 7.1)
年2回	18( 9.8)	18( 9.8)	1( 0.5)
每学期1回	4( 2.2)	0( 0.0)	3( 1.6)
その他	0( 0.0)	0( 0.0)	0( 0.0)

校(%)

(%は学校保健委員会を開催した184校に対する百分率)

表1-6 学校保健委員会の内容

	学校内	市町村全体	郡全体
健康診断結果説明	55(29.9)	47(25.5)	2( 1.1)
アレルギー	14( 7.6)	19(10.3)	2( 1.1)
肥満	30(16.3)	34(18.5)	4( 2.2)
生活習慣病	64(34.8)	41(22.3)	2( 1.1)
環境衛生	20(10.9)	22(12.0)	1( 0.5)
けがの防止	11( 6.0)	14( 7.6)	3( 1.6)
インフルエンザ予防法	11( 6.0)	12( 6.5)	1( 0.5)
その他	63(34.2)	30(16.3)	10( 5.4)

校(%)

(%は学校保健委員会を開催した184校に対する百分率)

表2 総合的学習で取り上げた健康に関する内容

	1年生	2年生	3年生
生活リズム	13(17.1)	10(13.2)	11(14.5)
運動	6( 7.9)	4( 5.3)	6( 7.9)
栄養(食事)	22(28.9)	25(32.9)	25(32.9)
歯科保健	8(10.5)	10(13.2)	8(10.5)
病気の予防	11(14.5)	11(14.5)	12(15.8)
性教育	23(30.3)	23(30.3)	27(35.5)
安全	16(21.1)	15(19.7)	13(17.1)
その他	2( 2.6)	4( 5.3)	11(14.5)

校(%)

(%は健康を取り上げた76校に対する百分率)

76/237(32.1%)

表3 健康教育活動の内容

	体育・保健、家庭科、理科以外の授業	学級活動	学校行事 (講演会開催)	学校行事 (体力づくり)
睡眠	32(13.8)	79(34.1)	2( 0.9)	—
食物	60(25.9)	121(52.2)	31(13.4)	—
運動	41(17.7)	78(33.6)	5( 2.2)	—
病気の予防	51(22.0)	125(53.9)	12( 5.2)	—
心の健康	32(13.8)	88(37.9)	22( 9.5)	—
歯科衛生	79(34.1)	159(68.5)	26(11.2)	—
性教育	75(32.3)	155(66.8)	10( 4.3)	—
喫煙飲酒	45(19.4)	70(30.2)	16( 6.9)	—
薬物乱用防止	43(18.5)	54(23.3)	36(15.5)	—
その他	9( 3.9)	11( 4.7)	17( 7.3)	—
マラソン	—	—	—	187(80.6)
縄跳び	—	—	—	159(68.5)
一輪車	—	—	—	82(35.3)
その他(体力づくり)	—	—	—	31(13.4)

校(%)

(%は健康教育活動の内容を回答した232校に対する百分率)  
232/238(97.5%)

表4 肥満(傾向)児童の指導

指導方法	集団指導	16(11.3)
	個人指導	102(71.8)
	両方で	31(21.8)
担当者	養護教諭	134(94.4)
	学級担任	84(59.2)
	学校医	10( 7.0)
	体育主任	5( 3.5)
	学校栄養職員	14( 9.9)
	その他	10( 7.0)
対象者	肥満度20%以上	58(40.8)
	肥満度30%以上	42(29.6)
	肥満度50%以上	30(21.1)
	希望者のみ	20(14.1)
	保護者	18(12.7)
	その他	13( 9.2)
内容	栄養(食事)	117(82.4)
	運動	108(76.1)
	睡眠	29(20.4)
	生活リズム	66(46.5)
	心の健康	18(12.7)
	健康チェック	73(51.4)
	その他	12( 8.5)

校(%)

(%は肥満の指導を行った142校に対する百分率)  
142/244(58.2%)

表5-1 小学校施設を利用するスポーツ団体の種目

種目	野球	サッカー	バレー	バスケット	テニス	卓球	剣道
男子	145(81.0)	86(48.0)	15( 8.4)	38(21.2)	5( 2.8)	17(9.5)	39(21.8)
女子	17( 9.5)	20(11.2)	120(67.0)	40(22.3)	6( 3.4)	16(8.9)	31(17.3)
種目	柔道	ソフトボール	相撲	バドミントン	水泳	体操	その他
男子	1( 0.6)	1( 0.6)	0(0.0)	8( 4.5)	2( 1.1)	1(0.6)	15( 8.4)
女子	0( 0.0)	8( 4.5)	0(0.0)	17( 9.5)	2( 1.1)	5(2.8)	14( 7.8)

校(%)  
 (%は学校保健委員会を開催した179校に対する百分率)  
 179/244(73.4%)

表5-2 小学校のスポーツ団体に所属する生徒の割合

対全生徒数割合	1割以下	2割以下	3割以下	4割以下	5割以下
	34(20.1)	63(37.3)	39(23.1)	13( 7.7)	8( 4.7)
対全生徒数割合	6割以下	7割以下	8割以下	9割以下	10割以下
	3( 1.8)	4( 2.4)	3( 1.8)	1( 0.6)	1( 0.6)

校(%)  
 (%は設問に回答をした169校に対する百分率)

表5-3 小学校のスポーツ団体の指導者

教員	外部コーチ	保護者	その他
20(11.2)	149(83.2)	107(59.8)	0( 0.0)

校(%)  
 (%は設問に回答をした179校に対する百分率)

表6 公用の健康管理ソフト使用状況

使用していない	15(26.3)
あまり使用していない	8(14.0)
統計処理に使用	32(56.1)
個別指導に使用	12(21.1)
授業・健康教育に使用	6(10.5)
その他	2( 3.5)

校(%)  
 (%はソフトを有する57校に対する百分率)

表7 学校栄養職員の学級における指導時間

	1年	2年	3年	4年	5年	6年
1時間以下	24(75.0)	23(82.1)	22(88.0)	21(84.0)	26(66.7)	24(75.0)
1-2時間	4(12.5)	3(10.7)	3(12.0)	1( 4.0)	7(17.9)	5(15.6)
2-3時間	4(12.5)	1( 3.6)	—	1( 4.0)	1( 2.6)	1( 3.1)
3-4時間	—	—	—	1( 4.0)	2( 5.1)	1( 3.1)
4-5時間	—	1( 3.6)	—	—	1( 2.6)	—
5-6時間	—	—	—	—	—	—
6-7時間	—	—	—	—	1( 2.6)	—
…						
11-12時間	—	—	—	1( 4.0)	—	—
…						
17-18時間	—	—	—	—	1( 2.6)	1( 3.1)
回答校	32校	28校	25校	25校	39校	32校
						校(%)

表8-1 市町村と連携している事業内容

肥満教室	血圧検査	栄養指導	体脂肪測定	骨密度測定	検尿	血液検査	その他
27(24.8)	9( 8.3)	20(18.3)	16(14.7)	1( 0.9)	35(32.1)	33(30.3)	31(28.4)
							校(%)

(%は市町村と連携している109校に対する百分率)

表8-2 血液検査の検査項目

貧血	総コレステロール	血糖	肝機能	HDLコレステロール	その他
33(100.0)	29( 87.9)	19( 57.6)	14( 42.4)	29( 87.9)	11( 33.3)
					校(%)

(%は市町村と連携して血液検査を行った33校に対する百分率)

## II. 中学校について

主なアンケート項目についての解析結果を図1から図9、および表1-1から表8-2に示す。

### 〈学校保健委員会について〉

学校保健委員会の開催については、小学校の場合と同様に養護教諭が担当者になっている場合が最も多く、また構成員となっていることが多かった(表1-2、表1-3)。児童生徒が学校保健委員会の構成員となっている学校は、委員会を開催するの学校のうち21.5%であった(表1-3)。学校保健委員会の開催形式では意見交換が最も多かった(表1-4)。開催回数では年一回が最も多かった(表1-5)。内容は生活習慣病に関連したものや健康診断結果に関する説明が多かった(表1-6)。

### 〈健康に関する学習および活動について〉

総合学習の時間で健康に関する内容を実施しているかどうかの問いでは、回答した98校中28校が「実施している」と答えていた(図2)。また内容では各学年を通じて性教育に関するものが最も多かった(表2)。

健康教育に関する活動を実施しているかの問いでは回答した98校中96校が「実施している」と答えていた(図3)。内容では学級活動の中で性教育、薬物乱用防止、喫煙飲酒に関する健康教育活動を行っている学校が多かった(表3)。

### 〈肥満児童の指導について〉

肥満児の指導を行っているかどうかの問いでは、回答した102校中60校が「実施している」と答えていた(図4)。指導方法としては、個人指導が86.7%と最も多かった。指導担当者は養護教諭が96.7%と最も多く、次いで学級担任が31.7%であった(表4)。

### 〈中学校の運動部について〉

中学校の運動部にある種目では男子では、野球が71.8%と最も多く、次いで卓球70.9%、サッカー54.4%、剣道64.1%などが多かった(表5-1)。

女子ではバレーが78.6%と最も多く、卓球67%、テニス63.1%などが多かった。

運動部に所属している割合は回答した98校中で、7割から8割との回答が最も多かった(表5-2)。また運動部の指導者は教員が93.2%と最も多く、次いで外部コーチが34%であった(表5-3)。

### 〈保健室における公用パソコンおよびソフトについて〉

保健室専用の公用パソコンがあるかどうかの問いでは、回答した98校中23校のみが「ある」と答えていた(図6-1)。また健康管理ソフトがあるかどうかの問いでは、回答した98校中31校のみが「ある」と答えていた(図6-2)。使用状況については統計処理に使用している学校が17校(54.8%)と最も多かった(表6)またソフトを所有していても「使用していない」、または「あまり使用していない」と答えた学校がそれぞれ6校(19.4%)および8校(25.8%)あった。

### 〈学校栄養職員について〉

学校栄養職員がいるかどうかの問いでは、回答した98校中37校のみが「いる」と答えていた(図7-1)。

学校栄養職員は学級に出向いて指導を行うかどうかの問いでは、「指導を行う」と答えていた回答した

37校中半数以下の16校であった（図7-2）。指導時間では1時間以下が最も多かった（表7）。

〈PTAの子供の健康に関する活動について〉

PTAで子供の健康に関する活動をしているかとの問いでは、回答した95校中14校が「はい」と答えていた（図8）。

〈市町村との連携について〉

市町村と連携している事業があるかとの問いでは、「はい」と答えた学校は回答103校中約半数の53校であった（図9）。市町村と連携している事業の内容では、回答した53校中で血液検査が23校（43.4%）と最も多く、次いで検尿が15校（28.3%）、栄養指導が9校（17%）の順であった（表9-1）。血液検査を実施している場合の検査項目では、貧血（95.7%）が最も多く、次いで総コレステロール（73.9%）、HDLコレステロール（69.8%）、肝機能（39.1%）、血糖（34.8%）の順であった。

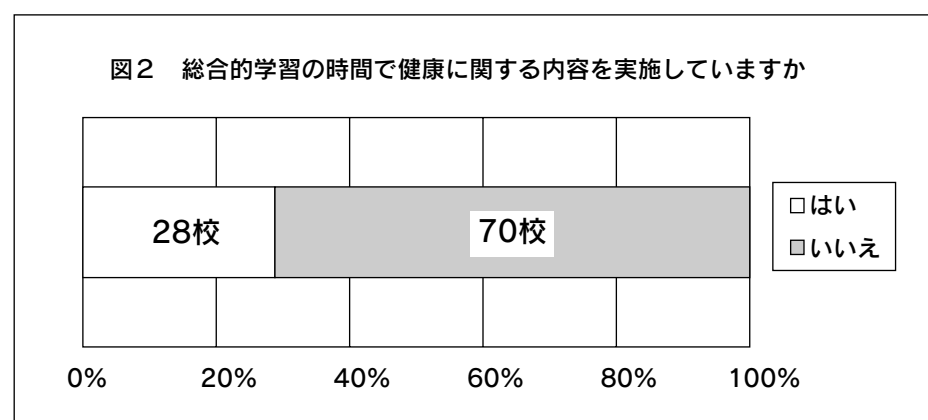
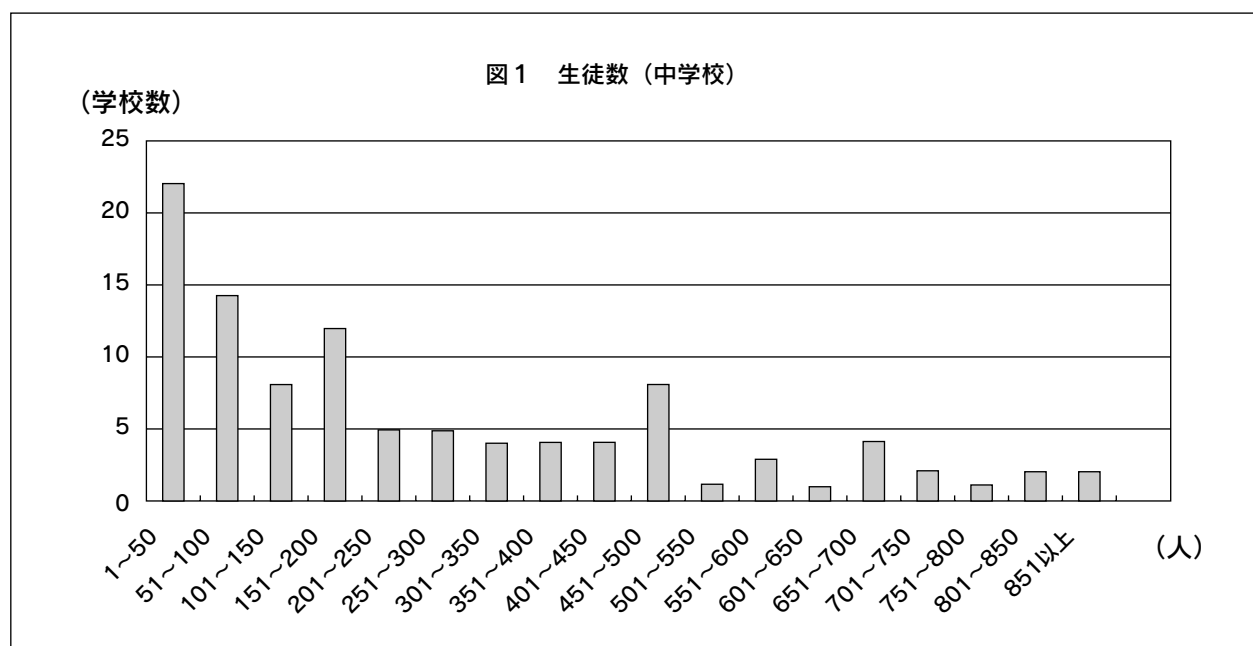




図3 健康教育に関する活動を実施していますか

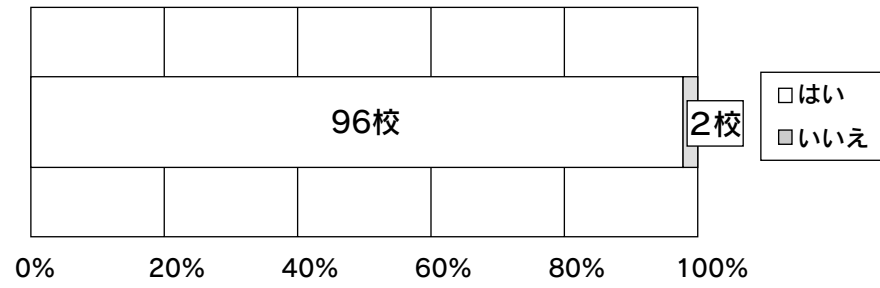


図4 肥満（傾向）児童の指導を行っていますか

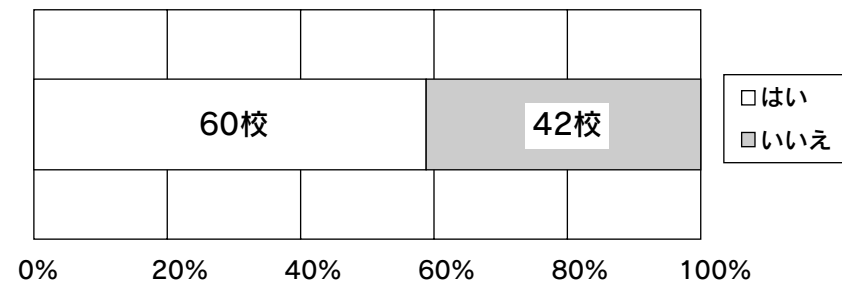


図6-1 保健室に公用で使用できる専用パソコンがありますか

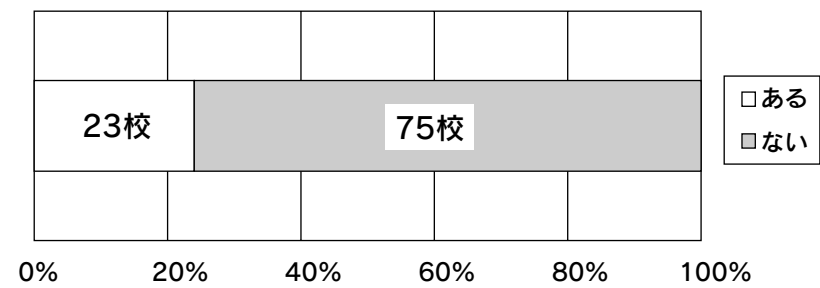


図6-2 公用で使用できる健康管理ソフトがありますか

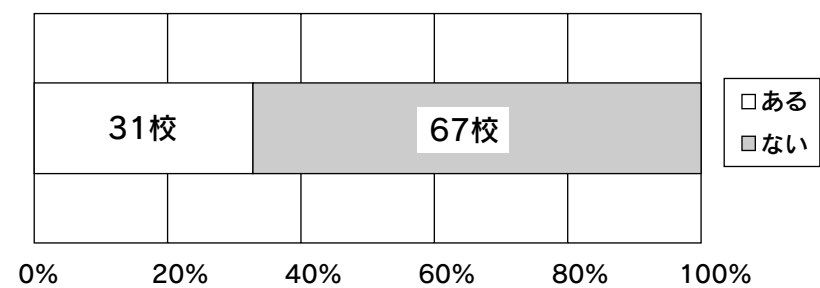


図7-1 学校栄養職員はいますか

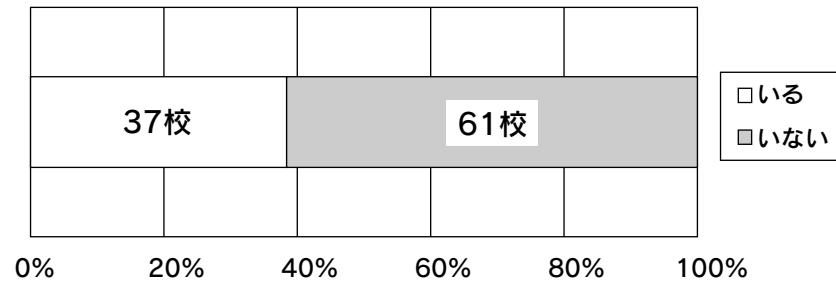


図7-2 学校栄養職員は学級に向いて指導を行いますか

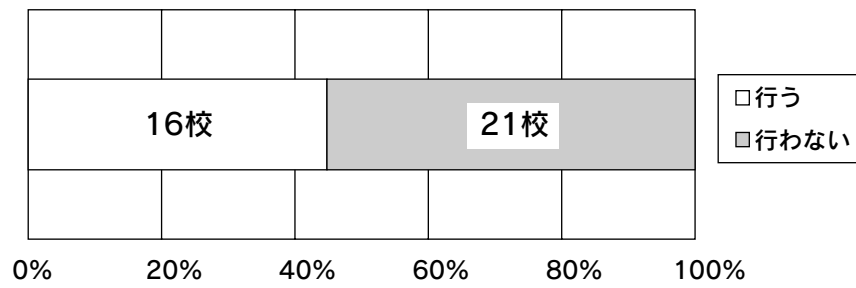


図8 PTAで子供の健康に関する活動をしていますか

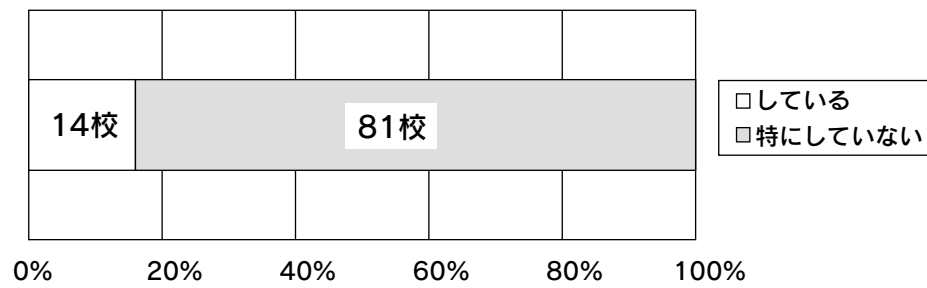


図9 市町村と連携している事業はありますか

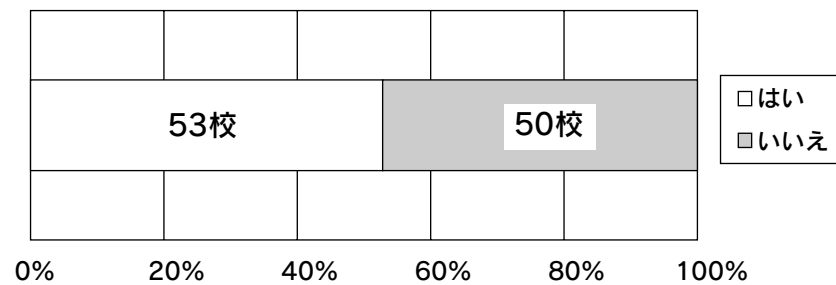


表1-1 生徒数別に見た学校の分布

生徒数(人)	1-50	51-100	101-150	151-200	201-250	251-300
学校数(校)	23(22.3)	14(13.6)	8( 7.8)	12(11.7)	5( 4.9)	5( 4.9)
生徒数(人)	301-350	351-400	401-450	451-500	501-550	551-600
学校数(校)	4( 3.9)	4( 3.9)	4( 3.9)	8( 7.8)	1( 1.0)	3( 2.9)
生徒数(人)	601-650	651-700	701-750	751-800	801-850	851以上
学校数(校)	1( 1.0)	4( 3.9)	2( 1.9)	1( 1.0)	2( 1.9)	2( 1.9)

校(%)

(%は生徒数を回答した103校に対する百分率)

表1-2 学校保健委員会の担当者

	学校内	市町村全体	郡全体
保健主事教諭	12(18.5)	10(15.4)	3( 4.6)
養護教諭	31(47.7)	28(43.1)	5( 7.7)
教頭	6( 9.2)	2( 3.1)	0( 0.0)
その他	3( 4.6)	5( 6.2)	0( 0.0)

校(%)

(%は学校保健委員会を開催した65校に対する百分率)

65/104(62.5%)

表1-3 学校保健委員会の構成

	学校内	市町村全体	郡全体
学校長	37(56.9)	30(46.2)	4( 6.2)
教頭	37(56.9)	10(15.4)	1( 1.5)
PTA 会長	30(46.2)	28(43.1)	3( 4.6)
学校医	30(46.2)	28(43.1)	3( 4.6)
学校薬剤師	28(43.1)	27(41.5)	1( 1.5)
学校歯科医	28(43.1)	27(41.5)	1( 1.5)
学年主任	19(29.2)	3( 4.6)	0( 0.0)
養護教諭	37(56.9)	30(46.2)	4( 6.2)
保健主事	34(52.3)	30(46.2)	4( 6.2)
学校栄養職員	15(23.1)	19(29.2)	1( 1.5)
保護者	27(41.5)	17(26.2)	1( 1.5)
児童生徒	14(21.5)	2( 3.1)	0( 0.0)
その他	12(18.5)	17(26.2)	1( 1.5)

校(%)

(%は学校保健委員会を開催した65校に対する百分率)

65/104(62.5%)

表1-4 学校保健委員会の形式

	学校内	市町村全体	郡全体
講演	15(23.1)	20(30.8)	5( 7.7)
意見交換	30(46.2)	26(40.0)	1( 1.5)
その他	2( 3.1)	5( 7.7)	1( 1.5)

校(%)

(%は学校保健委員会を開催した65校に対する百分率)

65/104(62.5%)

表1-5 学校保健委員会の回数

	学校内	市町村全体	郡全体
年1回	32(49.2)	21(32.3)	4( 6.2)
年2回	6( 9.2)	9(13.8)	1( 1.5)
每学期1回	0( 0.0)	1( 1.5)	0( 0.0)
その他	1( 1.5)	0( 0.0)	0( 0.0)

校(%)

(%は学校保健委員会を開催した65校に対する百分率)  
65/104(62.5%)

表1-6 学校保健委員会の内容

	学校内	市町村全体	郡全体
健康診断結果説明	24(36.9)	19(29.2)	0( 0.0)
アレルギー	7(10.8)	10(15.4)	0( 0.0)
肥満	11(16.9)	17(26.2)	0( 0.0)
生活習慣病	16(24.6)	22(33.8)	0( 0.0)
環境衛生	9(13.8)	9(13.8)	0( 0.0)
けがの防止	7(10.8)	4( 6.2)	0( 0.0)
インフルエンザ予防法	2( 3.1)	7(10.8)	0( 0.0)
その他	20(30.8)	14(21.5)	4( 6.2)

校(%)

(%は学校保健委員会を開催した65校に対する百分率)  
65/104(62.5%)

表2 総合的学習で取り上げた健康に関する内容

	1年生	2年生	3年生
生活リズム	6(22.2)	4(14.8)	4(14.8)
運動	3(11.1)	5(18.5)	4(14.8)
栄養(食事)	5(18.5)	4(14.8)	6(22.2)
歯科保健	3(11.1)	2( 7.4)	2( 7.4)
病気の予防	3(11.1)	4(14.8)	7(25.9)
性教育	9(33.3)	11(40.7)	11(40.7)
安全	4(14.8)	6(22.2)	6(22.2)
その他	4(14.8)	4(14.8)	4(14.8)

校(%)

(%は健康を取り上げた27校に対する百分率)  
27/98(27.6%)

表3 健康教育活動の内容

	体育・保健、家庭科、理科以外の授業	学級活動	学校行事 (講演会開催)	学校行事 (体力づくり)
睡眠	8(8.3)	18(18.8)	1(1.0)	—
食物	15(15.6)	22(22.9)	5(5.2)	—
運動	8(8.3)	16(16.7)	3(3.1)	—
病気の予防	14(14.6)	26(27.1)	6(6.3)	—
心の健康	15(15.6)	32(33.3)	12(12.5)	—
歯科衛生	16(16.7)	26(27.1)	11(11.5)	—
性教育	32(33.3)	48(50.0)	31(32.3)	—
喫煙飲酒	24(25.0)	33(34.4)	11(11.5)	—
薬物乱用防止	42(43.8)	32(33.3)	65(67.7)	—
その他	4(4.2)	5(5.2)	9(9.4)	—
マラソン	—	—	—	42(43.8)
縄跳び	—	—	—	1(1.0)
その他(体力づくり)	—	—	—	8(8.3)

校(%)

(%は健康教育活動の内容を回答した96校に対する百分率)

96/98(98.0%)

表4 肥満(傾向)生徒の指導

指導方法	集団指導	1(1.7)
	個人指導	52(86.7)
	両方で	8(13.3)
担当者	養護教諭	58(96.7)
	学級担任	19(31.7)
	学校医	6(10.0)
	体育主任	3(5.0)
	学校栄養職員	5(8.3)
	その他	3(5.0)
※ 対象者	肥満度20%以上	10(16.9)
	肥満度30%以上	16(27.1)
	肥満度50%以上	15(25.4)
	希望者のみ	9(15.3)
	保護者	7(11.9)
	その他	8(13.6)
内容	栄養(食事)	53(89.8)
	運動	47(79.7)
	睡眠	13(22.0)
	生活リズム	31(52.5)
	心の健康	15(25.4)
	健康チェック	25(42.4)
	その他	3(5.1)

校(%)

(%は肥満の指導を行った60校に対する百分率)

※ただし(対象者)のみは59校に対する百分率)

60/102(58.8%)

表5-1 中学校における運動部の種目

種目	野球	サッカー	バレー	バスケット	テニス	卓球
男子	74(71.8)	56(54.4)	27(26.2)	54(52.4)	44(42.7)	73(70.9)
女子	—	—	81(78.6)	54(52.4)	65(63.1)	69(67.0)
種目	剣道	柔道	ソフトボール	相撲	バドミントン	水泳
男子	66(64.1)	28(27.2)	10( 9.7)	9( 8.7)	11(10.7)	19(18.4)
女子	50(48.5)	15(14.6)	21(20.4)	—	17(16.5)	21(20.4)
種目	体操	新体操	陸上	その他		
男子	4( 3.9)		46(44.7)	9( 8.7)		
女子	4( 3.9)	8(7.8)	46(44.7)	10( 9.7)		

校(%)

(%は学校保健委員会を開催した103校に対する百分率)

103/104(99.0%)

表5-2 中学校の運動部に所属する生徒の割合

対全生徒数割合	1割以下 0( 0.0)	1-2割 8( 8.2)	2-3割 1( 1.0)	3-4割 4( 4.1)	4-5割 4( 4.1)
対全生徒数割合	5-6割 6( 6.1)	6-7割 12(12.2)	7-8割 23(23.5)	8-9割 18(18.4)	9-10割 22(22.4)

校(%)

(%は設問に回答をした98校に対する百分率)

表5-3 中学校における運動部の指導者

教員	外部コーチ	保護者	その他
96(93.2)	35(34.0)	8( 7.8)	2( 1.9)

校(%)

(%は設問に回答をした103校に対する百分率)

表6 健康管理ソフト使用状況

使用していない	6(19.4)
あまり使用していない	8(25.8)
統計処理に使用	17(54.8)
個別指導に使用	4(12.9)
授業・健康教育に使用	2( 6.5)
その他	0( 0.0)

校(%)

(%はソフトを有する31校に対する百分率)

表7 学校栄養職員の学級における指導時間

	1年	2年	3年
1時間以下	4(50.0)	5(35.7)	5(55.6)
1-2時間	2(25.0)	3(21.4)	3(33.3)
2-3時間	1(12.5)	3(21.4)	—
3-4時間	—	—	—
4-5時間	—	—	—
5-6時間	—	1(7.1)	—
6-7時間	—	1(7.1)	—
7-8時間	—	—	1(11.1)
…			
13-14時間	1(12.5)	1(7.1)	—
回答校	8校	14校	9校
			校(%)

表8-1 市町村と連携している事業内容

肥満教室	血圧検査	栄養指導	体脂肪測定	骨密度測定	検尿	血液検査	その他
7(13.2)	5(9.4)	9(17.0)	6(11.3)	0(0.0)	15(28.3)	23(43.4)	24(45.3)
							校(%)

(%は市町村と連携している53校に対する百分率)

表8-2 血液検査の検査項目

貧血	総コレステロール	血糖	肝機能	HDLコレステロール	その他
22(95.7)	17(73.9)	8(34.8)	9(39.1)	16(69.6)	6(26.1)
					校(%)

(%は市町村と連携して血液検査を行った23校に対する百分率)

### III. 保健所について

#### 〈保健所主催の子どもの健康づくりのための連携の会〉

名称が異なるものの全ての保健所にあり、平成12年度開催回数は1回－2保健所、2回－2保健所、3回、4回それぞれ1保健所であった(表1)。

主な活動内容は小児生活習慣病予防の取り組みについての協議、健康状況調査及び分析、研修会としての講演などである。

#### 〈学校または教育委員会主催の学校保健活動との連携〉(表2)

「学校または教育委員会主催の学校保健活動との連携を行っている」、と答えた保健所は5つであり、学校保健委員会への出席は1回－2保健所、2回－2保健所であった。

講師派遣は4保健所で行われ、食生活の改善、小児生活習慣病等をテーマとしていた。

「学校保健関係の調査の協力・支援を行った」、と答えた保健所は3ヶ所であった。

その他、就学指導委員会、不登校問題対策検討委員会、エイズ教育推進委員会、養護教諭研究会等への出席、特対事業の一環として小学校の授業で栄養・運動教育を実施した保健所もあった。

#### 〈小児生活習慣病予防のための事業〉(表3)

公開講座、肥満教室など小児生活習慣病予防のための事業を行っているのは4保健所で、平成12年度の回数は2回が2保健所、3回、4回がそれぞれ1保健所であった。事業の方法は4保健所とも講演、個別指導、運動実習(または体力測定)を行い、3保健所はそれに加えて調理実習やバイキングなどで食品を選択する実習も行っていった。

対象は学校関係職員－1、疾病対象となる児童・生徒－2、一般の児童・生徒－2、保護者－2保健所と様々であった(複数回答)。

#### 〈学校に対しての出前講座〉

学校に対しての出前講座は5保健所で実施されており、平成12年度の回数は5回－1保健所、11回－2保健所、14回、22回がそれぞれ1保健所であった。

対象を保護者のみとしたのは1保健所、学校関係職員も加えたのは1保健所であった。あと3保健所は学校関係職員、保護者、一般の児童・生徒を対象としていた。疾病対象となる児童・生徒を対象とする出前講座はなかった(表4)。

内容は禁煙・薬物、エイズ、性教育、しつけ、肥満、生活習慣病、食生活、食中毒、むし歯、精神保健等についてであった。

#### 〈その他の事業〉

平成12年度の小児生活習慣病予防のための事業、学校保健との連携事業として、市町村主催の学校保健連絡会等会議への参加、子供の健康に関する実態調査、高校の文化祭に保健所として参加(2保健所)、高校生を対象としたふれあい体験事業、関係職員を対象とした研修会等が各保健所で行われた。



表1 保健所主催の子どもの健康づくりの連携の会

会の有無	ある 6	ない 0		
開催回数	1回 2	2回 2	3回 1	4回 1

表2 学校または教育委員会主催の学校保健活動との連携

連携の有無	ある ない	5 1
学校保健委員会出席回数	1回 2回	2 2
学校保健関係の調査の協力・支援	ある	3

表3 公開講座・肥満教室など小児生活習慣病予防のための事業

事業の有無	ある ない	4 2
回数	2回 3回 4回	2 1 1
方法	講演 個別指導 調理実習 バイキングなどで食品を選択できる実習 運動・体力測定	4 4 3 3 4
対象	学校関係職員 疾病対象となる児童・生徒 一般の児童・生徒 保護者	1 2 2 2

表4 学校に対しての出前講座

実施の有無	ある ない	5 1
回数	5回 11回 14回 22回	1 2 1 1
対象	学校関係職員 疾病対象となる児童・生徒 一般の児童・生徒 保護者	4 0 3 5

## IV. 市町村について

各アンケート項目についての結果を図1から図3、および表1から表4に示す。

### 〈小中学生の肥満予防の事業〉

平成12年度、市町村が主催して小中学生の肥満予防の事業を学校または教育委員会と連携して行っているのは20（40.8%）市町村であった（図1-1）。調理実習が12と最も多く、次いで講演が8、血液検査、体脂肪測定も7市町村で行われた。その他運動実技などである。

事業を行っている20市町村中、対象を一般の児童・生徒としているのが16、保護者を対象としているのは9であった（複数回答）。その他職員、肥満者を対象としているものもあった。平成12年度の回数は1回から3回が多かった（表1）。

### 〈幼児の肥満予防の事業〉

市町村が主催して小学校入学以前の子ども（幼児）の肥満予防の事業を行っているのは7（14.6%）市町村であった（図1-2）。個別指導、調理実習が4、講演2等である（複数回答）。対象は主に一般の幼児、保護者であるが肥満幼児を対象とした事業も2市町村で行われていた。平成12年度の回数は表のとおりである（表2）。

### 〈肥満予防以外の学校または教育委員会との連携事業〉

市町村が主催して肥満予防以外の事業を学校または教育委員会と連携して行っているのは36（73.5%）市町村であった（図1-3）。事業名は思春期ふれあい体験実習（15市町村）、エイズ予防事業、育児等支援事業、はみがき教室、国保保健事業、福祉体験事業等である。分野、方法、回数は表3のとおりである。その他の方法では映画、集団指導、体験学習などが挙げられていた。

### 〈市町村の保健担当のマンパワー〉（表4）

常勤の保健婦は49市町村に1人から27人、常勤の栄養士がいる市町村は13カ所であり、栄養士が常勤、非常勤ともいないのは23カ所であった。表に事業毎の雇い上げは含まれていない。

### 〈各活動と市町村保健婦または栄養士の関わり〉（図2）

「歩け歩け大会は市町村で主催している」、と答えたものもあった。

### 〈子どもの生活習慣病予防に活用できる社会資源〉

市町村の子どもの生活習慣病予防に活用できる社会資源について図3に示した。成人対象のものを数にいているところといていないところがあった。

### 〈アンケート回答者の意見〉

子どもの生活習慣病予防のために妊婦、乳幼児から小中学校までの一貫した予防対策・体制づくり、保育士、養護教諭、保健婦等の話し合い・勉強会、単発ではなく、継続的な取り組み等の必要性を訴えるものが多かった。間食の摂りすぎ、朝食の欠食などの問題に対しては、何より保護者の協力が必要であり、保護者へのアプローチを重要視していた。

図1 市町村主催の事業について

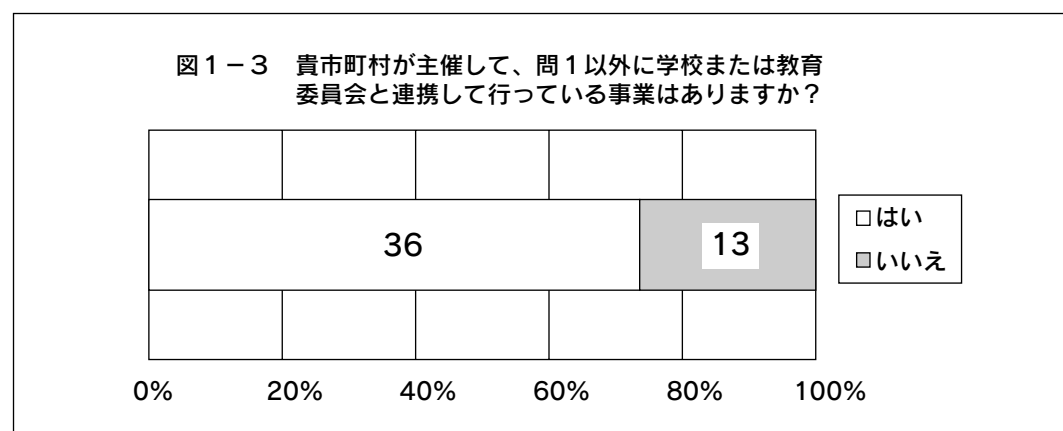
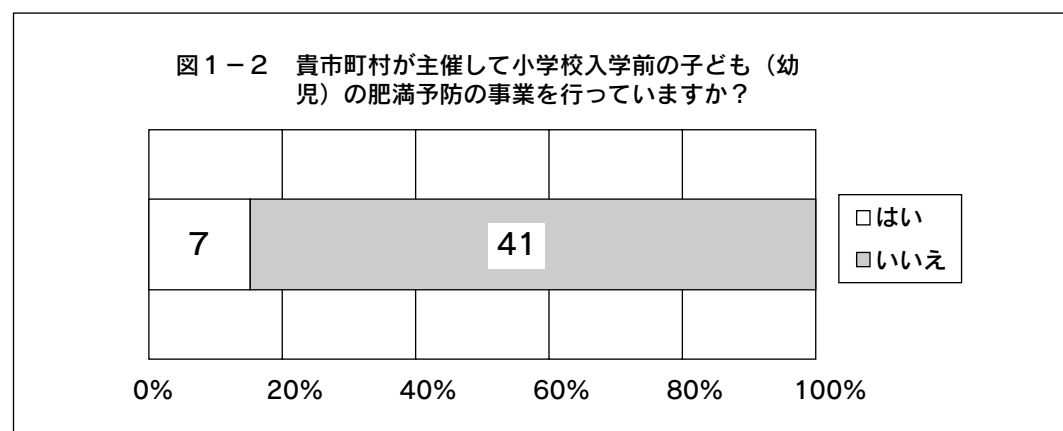
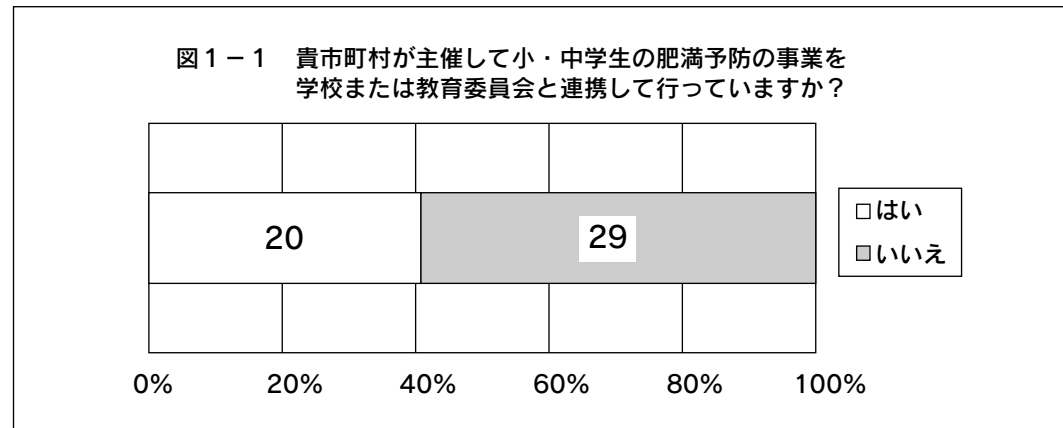


図2 保健婦または栄養士の関わりについて

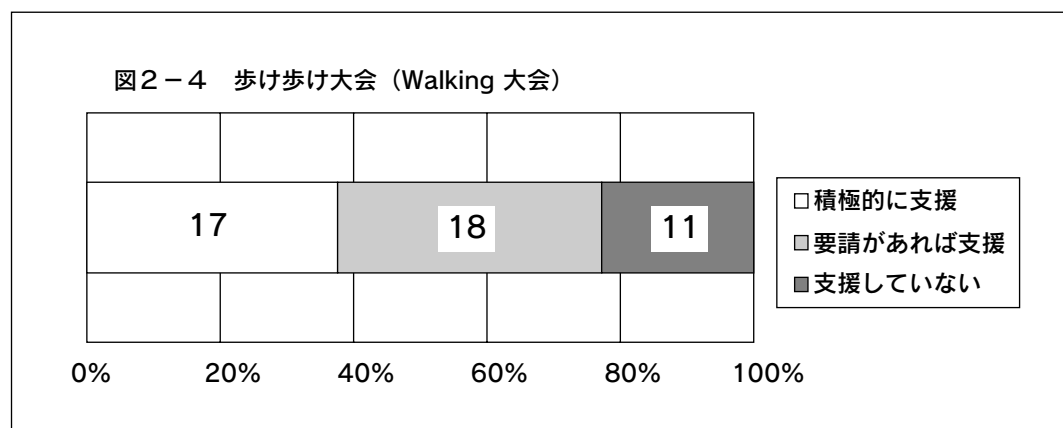
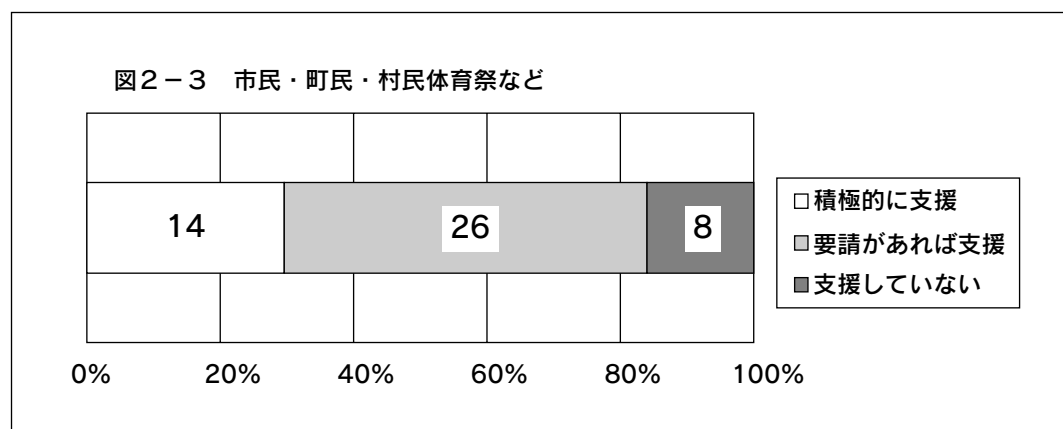
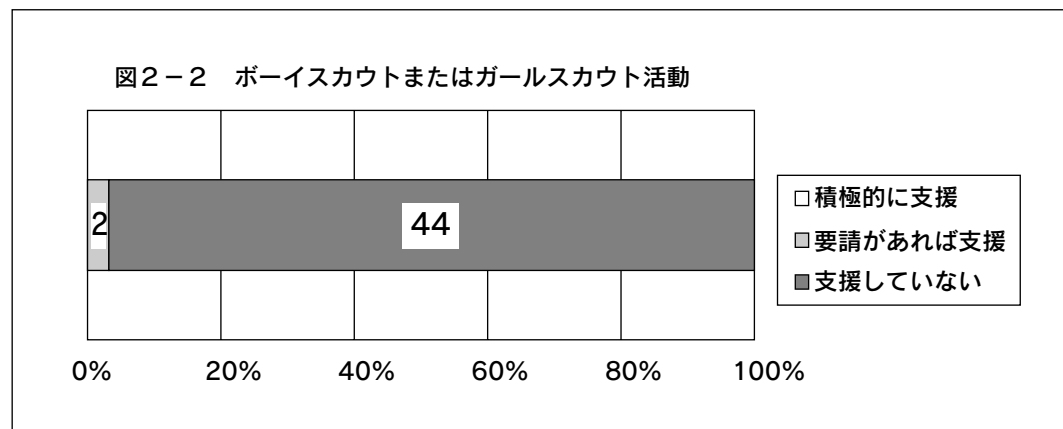
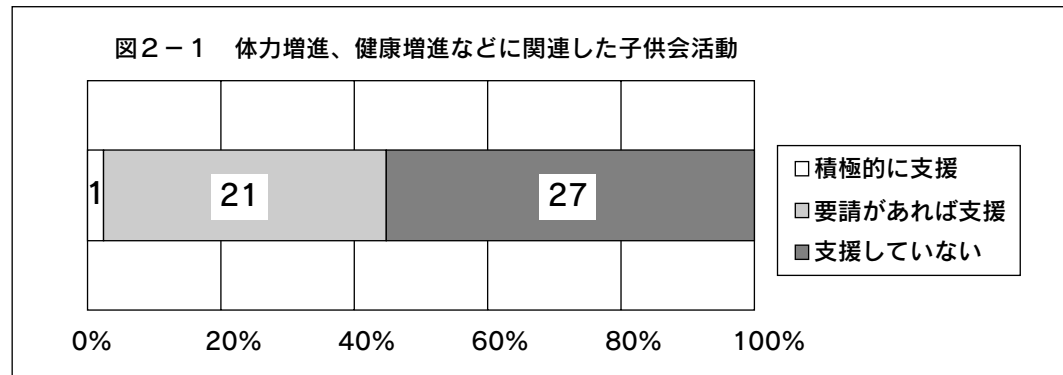


図3 子どもの生活習慣病予防に活用できる社会資源

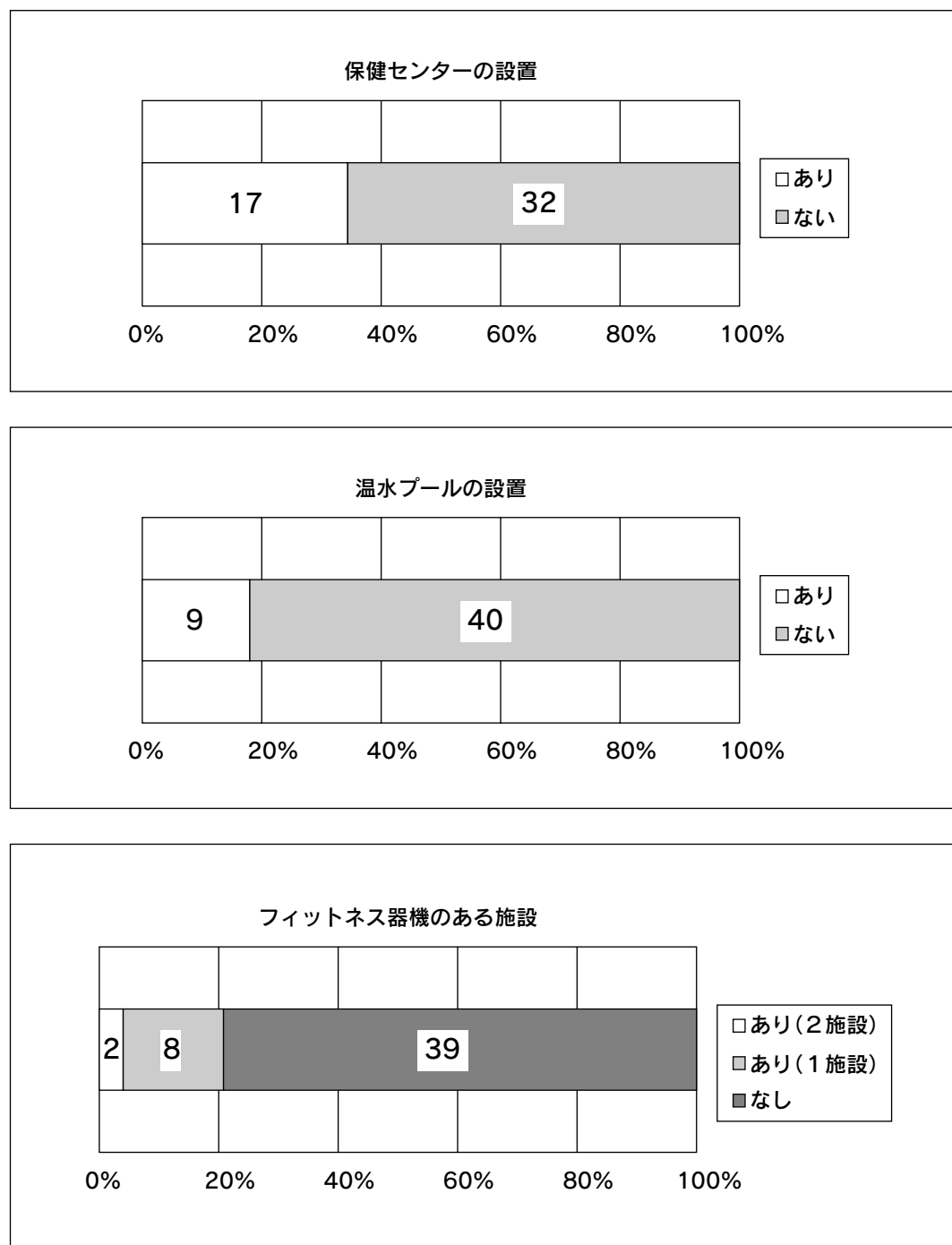


表1 小・中学生の肥満予防の事業

方法	講演	8(40.8)
	個別指導	3(15.0)
	調理実習	12(60.0)
	血液検査	7(35.0)
	体脂肪測定	7(35.0)
	バイキングなどで食品を選択できる実習	2(10.0)
	その他	9(45.0)
	対象	学校関係職員
	肥満(傾向)の児童・生徒	4(20.0)
	一般の児童・生徒	16(80.0)
	保護者	9(45.0)
	その他	0( 0.0)
回数(平成12年度)	1回	6(30.0)
	2回	6(30.0)
	3回	5(25.0)
	5回	1( 5.0)
	6回	1( 5.0)
	13回	1( 5.0)

市町村数(%)  
(%は小中学生肥満予防事業を行っている市町村20に対する百分率)

表2 幼児の肥満予防の事業

方法	講演	2( 28.6)
	個別指導	4( 57.1)
	調理実習	4( 57.1)
	血液検査	0( 0.0)
	体脂肪測定	1( 14.3)
	バイキングなどで食品を選択できる実習	0( 0.0)
	2歳児健診	1( 14.3)
対象	施設関係職員	0( 0.0)
	肥満(傾向)の幼児	2( 28.6)
	一般の幼児	5( 71.4)
	保護者	7(100 )
	その他	0( 0.0)
回数(平成12年度)	2回	2( 28.6)
	3回	2( 28.6)
	4回	1( 14.3)
	8回	1( 14.3)
	17回	1( 14.3)

市町村数(%)  
(%は幼児肥満予防事業を行っている市町村7に対する百分率)

表3 肥満予防以外の学校・教育委員会との連携事業

分野	アレルギー	0(0.0)
	性に関すること	18(50.0)
	歯科保健	14(38.9)
	エイズ	10(27.8)
	その他	15(41.7)
方法	講演	21(58.3)
	個別指導	7(19.4)
	健康診断	2(5.6)
	その他	28(77.8)
回数(平成12年度)	1回	4(11.1)
	2回	10(27.8)
	3回	6(16.7)
	4回	3(8.3)
	5回	3(8.3)
	6-9回	3(8.3)
	12回以上	6(16.7)

市町村数(%)  
(%は事業を行っている市町村36に対する百分率)

表4 市町村の保健担当のマンパワーの数

保健婦	常勤	1名	5(10.2)	
		2名	18(36.7)	
		3名	16(32.7)	
		4名	5(10.2)	
		5名	2(4.1)	
		8名	1(2.0)	
		11名	1(2.0)	
		27名	1(2.0)	
		臨時・非常勤	1名	1(2.0)
管理栄養士・栄養士	常勤	1名	13(26.5)	
		臨時・非常勤	1名	11(22.4)
		3名	1(2.0)	
健康運動指導士	常勤	1名	1(2.0)	
		臨時・非常勤	1名	2(4.1)

市町村数(%)  
(%は市町村49に対する百分率)

#### 【おわりに】

学校現場を中心として展開されている、小児の健康に関する様々な取り組みが明らかとなった。

特に保健室における公用パソコンや、健康ソフトの使用状況が判明した。また、保健所、各市町村での事業等についても回答が得られた。

今回のアンケート調査の様に、徳島県下における小児の健康全般に関してまとまった大規模なアンケート調査はなく、これ自体が貴重な資料となりうる。今後、今回得られたアンケート結果について詳細な分析をする必要がある。

# 今後の計画

平成12年8月の委員会発足当時、小児期からの健康づくりとして次の5項目の方向性が考えられていた。

- (1) 地域社会への普及啓発
- (2) 調査および研究
  - ア 全県的な小・中学生の健診データの統計疫学的分析・評価
  - イ 乳幼児・小中学生の健康指標の現状と生活習慣病関連要因に関する調査
  - ウ 体型の偏り(肥満・やせなど)の判定基準の統一
  - エ 健康教育(生活習慣病予防・改善アプローチ方法)の研究
- (3) 関係者の研修
- (4) 小児の自己健康管理能力の育成(子ども健康手帳の活用など)
- (5) 小児の健康管理システムの構築

これらの方向性に沿って、それぞれ具体的な事業について総括班会議を開催し、検討してきた。平成13年度に実施された事業としては、上記項目(2)調査および研究のアとして、全県的な小・中学生の健診データの統計疫学的分析・評価(平成12年度より開始)があり、現在、事業全体の基礎データとして蓄積されつつある。(体格調査結果参照)

平成13年度には、上記(2)調査および研究のイの前段階として、関係機関・関係者への取り組み状況を調査し、その後の事業に役立てることを考えている。(小児生活習慣病対策に関するアンケート調査結果参照)

## 平成14年度実施計画としては、

### 1) 体格の判定基準の統一を図る

上記(2)調査および研究ウとして体格の判定

基準(標準体重)を全県的に同じ方式で行う。また、(2)アを基礎として徳島県としての統一方式を考案し、合意形成を図る。

### 2) 小児生活習慣病フォローシステム事業

上記(5)小児の健康管理システムの構築のために、平成14年度はその準備期間とし、フローチャートを作成し、関係者や関係機関に周知を図り、そのための資料(ガイドライン、保健指導の手引き等)を整備する。

#### ① 尿糖陽性者フォローアップ事業

学校検尿で尿糖陽性を指摘されながらも医療機関未受診で診断がついていない児童生徒、あるいは糖尿病と診断されながらも自覚症状がないため放置される例などが増加しているようであるが、現在のところ尿糖陽性者をフォローするシステムが未整備である。スクリーニングから二次検診、三次検診に至るフォローアップ体制を構築し、追跡調査及び指導を徹底する。

#### ② ハイリスク体格者フォローアップ事業

調査により小中学生に肥満体格者が増加していることがわかっているが、現在のところフォローシステムがない。学校検診時に生活習慣病ハイリスク体格者を選別し、二次検診からその後のフォローアップに至る体制を構築する。

#### ③ 小児生活習慣病予防ガイドラインの作成

- 学校検尿検診(腎臓病・糖尿病)ガイドラインの作成

徳島県医師会学校医部会腎臓検診委員会作成の腎臓病ガイドラインに加え、糖尿病のフォローアップも可能なガイドラインを作成する。

- ハイリスク体格者フォローガイドライン



学校検診において肥満の選別、精密検査、診断、その後の対応についてガイドラインを作成する。

**3) 生活習慣病予防のための保健指導および栄養指導のための手引き作成**

生活習慣病ハイリスク者に早期に健康教育することが必要と思われ、関係者に指導のための情報提供を行う。

**4) 児童・生徒および保護者への生活習慣病予防および改善のための調査**

上記(2)調査および研究イに沿って、改善に向けての情報収集として実施を予定している。

**5) 関係者の研修**

小児生活習慣病フォローアップシステムを推進するため、関係者に対する研修を実施する。