母子保健情報誌 05

［特集］

母子保健対策における思春期保健の重要性

母子保健情報誌
第5号
（2020年2月）

特集「母子保健対策における思春期保健の重要性」

巻頭言

安心して子どもを産み育てられる社会へ …… 小林　秀幸　2
国民運動計画「健やか親子21（第２次)」とは？ …… 五十嵐　隆　3

健やか親子21（第２次）中間評価について …… 知念　希和　4

【課題Ⅰ】十代の自殺

十代の自殺とその予防
…… 竹島　正・山内　貴史・川野　健治・松本　俊彦・髙瀬　顕功・島薗　進　9

【課題Ⅱ】十代の健康教育

生きる力を育むヘルスリテラシー …… 尾島　俊之　18
性教育の新しい視点 …… 松浦　賢長　20
性感染症予防の現状と望まれる対策 …… 堀　成美　27
保健所が行う性教育－学校での取り組み報告－ …… 尾池　佑芽子・吉澤　佳代　34

【課題Ⅲ】十代の食育

朝食欠食がもたらす影響 …… 佐々木　渓円　39
学校給食を活用した食育推進 …… 田中　芳美　48

成育基本法による健やか親子21の推進に期待を込めて …… 山縣　然太朗　52

巻頭言　安心して子どもを産み育てられる社会へ

厚生労働省子ども家庭局母子保健課長
小林（こばやし）　秀幸（ひでゆき）

少子化の進展は、わが国の経済・社会の根幹を揺るがしかねないものであり、安心して子どもを産み育てられる社会の構築に向け、国や自治体、関係機関が連携して引き続きしっかりと取り組む必要があります。

昨今の核家族化の進展や地域のつながりの希薄化に伴い、妊産婦の孤立・負担感が高まっていることから、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を行う拠点として、子育て世代包括支援センターが法定化されました。2020年度末までの全国展開が目標に掲げられており、さらなる設置促進を求められています。

また、2018年12月には「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（略称：成育基本法）」（平成30年法律第104号）が公布されました。今後、保健・医療・福祉・教育などが連携して子どもたちの健やかな成育を切れ目なく、社会全体で支える環境の整備を進めていくことが一層求められています。今年から成育医療等協議会を開催し、成育医療等基本方針が策定される予定です。

さらに、2019年12月には母子保健法の一部改正により、産後ケアを必要とする方々に対して、心身のケアや育児サポート等を行い、産後も安心して子育てができる支援体制を確保する、いわゆる「産後ケア事業」が法的に位置付けられました。支援を必要とする母子が身近な場所で、専門的なケアも含めた質の高い産後ケアを受けられるよう、子育て世代包括支援センターなどの関係機関との連携のもと、産後ケアが各市区町村において事業展開されることが期待されます。

本誌「母子保健情報誌」は年に１回発行し、今号で第5号となります。今回は「母子保健対策における思春期保健」に焦点を当てました。2019年度の「健やか親子21（第2次）」の中間評価等に関する検討会において報告書を取りまとめたところ、全般的に改善した指標が多い中で、「十代の自殺死亡率」「朝食を欠食する子どもの割合」のような改善していない指標について取り上げ、報告をいただきました。

母子保健分野で活躍されている皆様のご参考となり、それぞれの場での取り組みに活用いただければ幸いです。引き続き、母子保健関係施策について積極的な取り組みをよろしくお願いいたします。

巻頭言　国民運動計画「健やか親子 21（第２次)」とは？

国立成育医療研究センター理事長／「健やか親子21（第2次)」の中間評価等に関する検討会座長
五十嵐（いがらし）　隆（たかし）

国民運動計画とは、個人が正しい知識を持って自らの意志で行動変容することを国民全体で推進する計画のこと。「健やか親子 21」は母子の健康水準を向上させるために、関係する団体が協力して個人の行動変容を推進することを目指す。2001年から14年間、第1次計画が実施された。母子保健は子どもが健やかに成長するための健康づくりの出発点で、次世代を健やかに育てるための基盤である。第2次計画は2015年から始まり、「すべての子どもが健やかに育つ社会」の実現に向けた基盤課題と重点課題、そして5年後、10年後の目標値が設定された。

⑴　基盤課題Ａ：切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策
　安心・安全な妊娠・出産・育児のために切れ目のない妊産婦・乳幼児保健対策の充実を目指す。5つの指標のうち、「全出生数中の低出生体重児の割合」は「健やか親子21」で悪化した2つの項目の一つである。

⑵　基盤課題Ｂ：学童期・思春期から成人期に向けた保健対策
　子どもが主体的に取り組む健康づくりの推進と次世代の健康を育む保健対策の充実を目指す。6つの指標のうち、「十代の自殺死亡率」は「健やか親子21」で悪化した2つの項目の一つである。

⑶　基盤課題Ｃ：子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり
　妊産婦や子どもの健康を見守り、親子を孤立させない地域づくりを目標とする。地域や家庭の差があっても、全国一律の健康水準が得られることを目指す第2次計画の根幹をなす。妊婦への理解と支援、出産後の育児支援や育児への父親の関与などが評価対象である。

⑷　重点課題：①育てにくさを感じる親に寄り添う支援
　　②妊娠期からの児童虐待防止対策
　親や子どもの多様性を尊重し、支える社会の構築を目指す「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」と、児童虐待のない社会の構築を目指す「妊娠期からの児童虐待防止対策」が指標となった。発達障害の子どもや児童虐待は国を挙げて取り組むべき大きな問題であり、重点課題である。

2019年の中間評価では、52指標の内65％が改善と評価された。しかしながら、15 ～ 19歳自殺死亡は減少したものの10 ～ 14歳の自殺死亡が増加し、深刻な状況は変わらない。十代の中絶件数は減少したが、15歳未満の女性の出産数は減少していない。十代の性感染症罹患（りかん）率は全体としては減少したが、これまで評価対象でなかった梅毒が激増し、新たな評価項目に梅毒を追加することになった。今回の中間評価でも、わが国では思春期の世代への健康課題について支援・介入が必要とされていることが示唆された。

5年後の最終評価に向け、関係者は本計画の推進にご協力をいただきたい。

健やか親子 21（第２次）中間評価について

厚生労働省子ども家庭局母子保健課　知念（ちねん）　希和（きわ）

1．健やか親子21（第2次）の背景と中間評価の結果

健やか親子21は、20世紀の母子保健の取り組みの成果を踏まえ、関係者、関係機関・団体が一体となって母子保健に関する取り組みを推進する国民運動計画である。21世紀の母子保健の主要な取り組みを提示するビジョンとして、2001（平成13）年より開始した。健やか親子21の計画期間（2001（平成13）～ 2014（平成26）年）の終了時に最終評価および次期計画の検討を行い、2015（平成27）年より健やか親子21（第2次）を開始した。

健やか親子21（第2次）は、健やか親子21の性格を踏襲すると同時に、安心して子どもを産み、ゆとりを持って健やかに育てるための家庭や地域の環境づくりという少子化対策としての意義や、少子・高齢社会において国民が健康で元気に生活できる社会の実現を図るための国民健康づくり運動である健康日本21の一翼を担うという意義を有する。

策定に向けた検討においては2つの方向性、すなわち、一つは地域間での健康格差を解消する必要性、もう一つは多様性を認識した母子保健サービスを展開することの必要性が示され、策定時から10年後に目指す姿を「すべての子どもが健やかに育つ社会」とした。

「すべての子どもが健やかに育つ社会」の実現に向けて、3つの基盤課題と2つの重点課題を設定した。3つの基盤課題は、従来からの施策や取り組みの確実な実施やさらなる充実を目指して設定し、2つの重点課題は、基盤課題A ～ Cの取り組みをより一歩進めた形で重点的に取り組む必要があるものとして設定した。

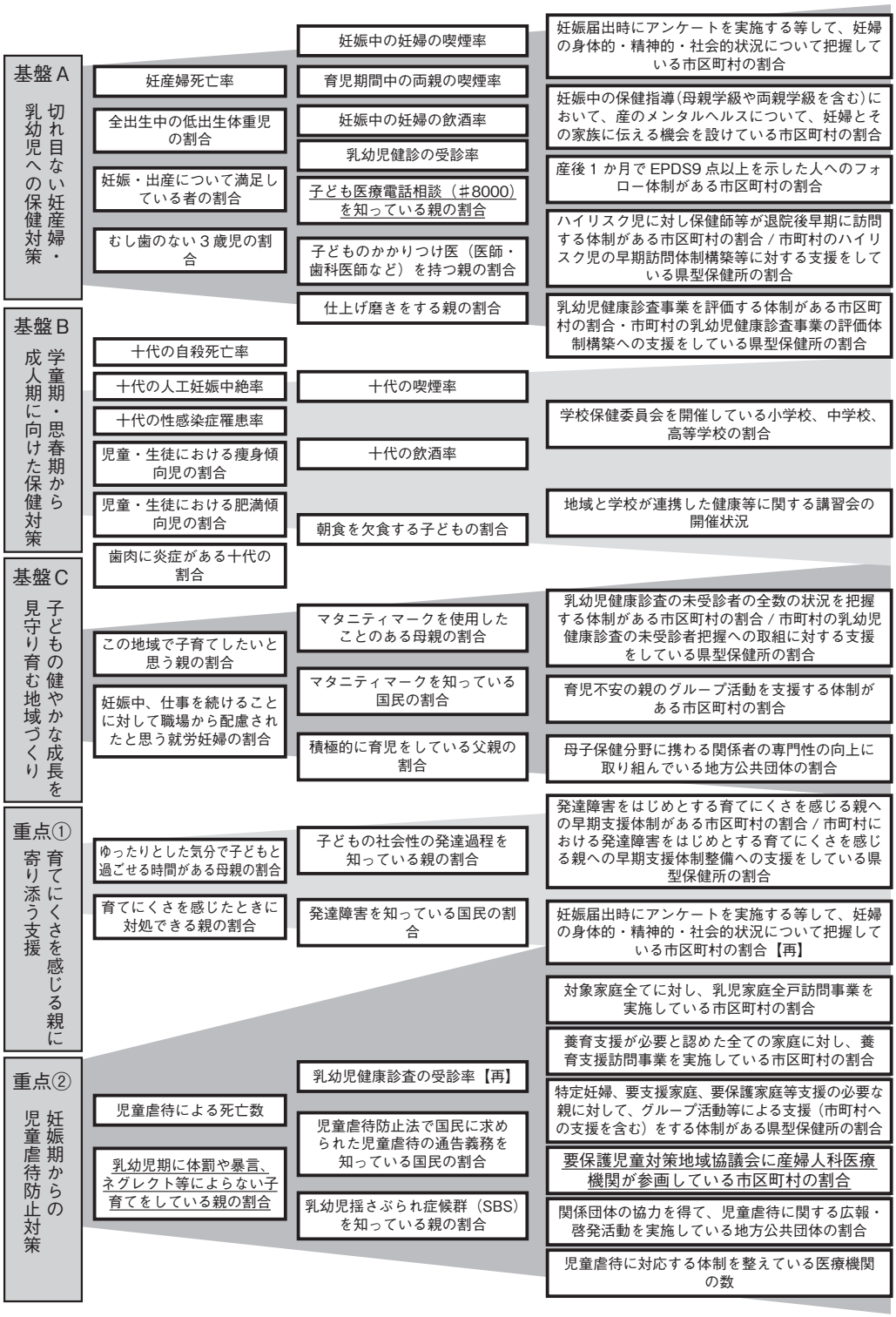
〈3つの基盤課題と2つの重点課題〉

基盤課題Ａ　切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策
基盤課題Ｂ　学童期・思春期から成人期に向けた保健対策
基盤課題Ｃ　子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり
重点課題①　育てにくさを感じる親に寄り添う支援
重点課題②　妊娠期からの児童虐待防止対策

各基盤課題と重点課題の指標は「健康水準の指標」「健康行動の指標」「環境整備の指標」の3段階に整理し、目標を掲げる52指標（うち再掲2指標を含む）と、28の参考指標を設定した（**図1**）。

「健やか親子21（第2次）」の対象期間は、2015（平成27）年度から2024（令和6）年度までの10年間であるため、中間年である2019（令和元）年度に、「健やか親子21（第2次）」のこれまでの実施状況等に関する中間評価を行った。

中間評価では、52指標のうち34（65％）が改善しており、これまで母子保健の向上にご尽力されてきた関係者の努力が形になって評価されたといえる（**表1**）。しかしながら、極めて重要な指標である「十代の自殺死亡率」「児童虐待による死亡数」は改善しているとは言えない状況にあるなど、引き続いての対策が求められることも明ら



※下線：指標名を変更

図1 「健やか親子21（第2次）」指標の体系図

表1　指標の評価状況

1①	改善した(目標を達成した)	12	23.1%
1②	改善した(目標に達していないが改善した)	22	42.3%
2	変わらない	5	9.6%
3	悪くなっている	4	7.7%
4	評価できない	9	17.3%
	合計	52	100%

かになった。また、体制の整備が進んだことが評価されたその先として、それぞれの取り組みや関係者の質の確保・向上という視点での評価が重要になってくることについても指摘された。

その中でも、特に自治体における今後の取り組みが重要と思われる分野について、以下に取り上げる。

2. 自治体における取り組みの充実が求められている課題

1. 母子保健行政における都道府県および県型保健所の役割の再認識

1994年に保健所法が地域保健法（昭和22年法律101号）に改正され、住民に身近なサービスは市区町村が担い、広域的・専門的な業務の実施主体は引き続き保健所が担うことになった。こうした中、健やか親子21の最終評価では、地域格差、市区町村格差という課題が示されたため、この課題に対して都道府県が力を発揮することを期待し、健やか親子21（第2次）では都道府県や県型保健所の取り組みに関する指標が設定され、より具体的な取り組みの内容を指標とすることにより、質も併せて評価することとされた。

しかし、今回の中間評価において、市区町村や県型保健所、都道府県の実施体制等に関する指標については、直近値の調査方法がベースライン値と異なっているため、両者の単純な比較はできないことから「評価困難」とした項目がほとんどであった。

一方で、検討過程においては、指標の設定の趣旨が都道府県に十分に周知されておらず、母子保健対策における都道府県の役割について、国、都道府県、市区町村の相互において共通の理解が不足していることが推察された。

今回の中間評価を機に、都道府県には、本計画策定時の背景等を踏まえ、管轄地域の市区町村間の格差の是正や母子保健サービスの質の向上に向けた積極的な支援を行うように求めたい。また、こうした取り組みは、母子保健分野に限られるものではなく、健康日本21（第二次）においても健康格差の縮小が目標として掲げられていることから、生涯を通じた健康づくりの視点でも取り組むべき課題である。その点からも、都道府県が担うべき役割は大きい。

2. 妊産婦メンタルヘルスケアの取り組み[1)]

日本の周産期医療体制は身体疾患の治療については世界に誇れる実績を持っているが、妊産婦のメンタルヘルス対策には改善の余地がある。妊産婦のメンタルヘルスとは精神疾患の有無に限定されるものではなく、妊産婦が安心して妊娠・出産・育児に向き合うことのできる心の状態を意味している。妊産婦はホルモンバランスの乱れ、環境の変化やストレスなどで心身のバランスを崩しやすく、妊産婦のうつ病は、妊娠や出産に関連した身体疾患より頻度が高い。また､妊産婦の自殺数は、産科的合併症による母体死亡を上回っていることなどが明らかになってきた。さらに、妊産婦のメンタルヘルスの不調は、本人の問題のみならず子どもの心身の発達にも影響を及ぼし、養育不全等のリスクにもなり得る。妊娠・出産という人生の一大転機を迎える全ての妊産婦が、喜びをもって子どもとの新生活を送ることができるよう、関係者の積極的な取り組みが求められている。

市区町村での取り組みは、例えば、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）で9点以上を示した人へのいわゆるハイリスクアプローチと、全ての妊産婦を対象とするいわゆるポピュレーションアプローチに大別される｡双方の充実が必要であるが、とりわけポピュレーションアプローチについては取り組みが見えにくく、評価されにくいという点がある。双方の取り組みの見える化を図り、より積極的な支援につなげることが必要である。

メンタルヘルス対策には、多機関の連携が必要であり、医療関係者（診療科として産婦人科、小児科、精神科など）、市区町村、保健所、児童相談所など、多領域の協働が必要不可欠である。こうした取り組みは、妊産婦支援を担う市区町村が中心となることが基本であり、子育て世代包括支援センターなどにおいて積極的に取り組まれることが求められている。加えて、さらに専門的な支援や、広域連携が必要となる際には、都道府県が主体となり、中核となる拠点病院と連携するなど、より専門的、より広域的なネットワークづくりの役割を果たすことが期待される。さらに今後は、同じ悩みの経験を持つピアカウンセリング等の取り組みも期待されている。

3. 十代の心と身体の健康

十代の自殺死亡率はベースライン値と比較して、10 ～ 14歳は増加、15 ～ 19歳は減少した。成人を含む全体の自殺死亡率は一時期に比べて相当改善された一方で、子どもの自殺については深刻な状態にある。自殺は防ぐことができる死であり、中でも子どもの自殺対策については、引き続き重要な課題である。学童期からの個人への対策のみならず、親を含む家族のこころの問題への支援が必要であり、子どもの発達特性も踏まえた上で、医療機関、行政機関、教育機関、民間機関における多職種の連携を、地域資源を活用して進めていくことが必要である。

また十代の中絶件数は減少しているが、15歳未満の出生数は減少しておらず、むしろ高止まりしている傾向にある。性行為、妊娠、避妊などに関するさまざまな選択肢があふれている現代において、正しい知識がなければ正しい選択ができないため、性教育の充実が喫緊の課題である。十代の妊娠は、例えば社会や学校での孤立、困難を抱えた家庭環境、家庭に居場所がないことなどの要因が大きく関与している。ソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）の普及等により性を取り巻く環境が大きく変化しているという社会的な背景も踏まえ、自己や他者の尊厳に深く関わる性に関するさまざまな課題については、引き続き適切な対応が求められる。

4. 父親の育児参加に関する支援

近年、育児に積極的に参加する父親の割合は増加傾向にある。父親の育児への取り組み状況は大きく変化している一方で、依然として長時間労働が課せられている場合も多く、父親の心身の健康の実態については十分に把握されていない。父親の約10％が産後うつを発症するという報告もあり、母親を支える役割が期待されている父親についても、また支援される立場でもあると言える。

これまでの母子保健施策においては、父親は育児への参加が少ない（参加しにくい）ことを前提とする施策が基本であった面があるが、その前提が変わってきたということを認識し、父親についても支援の対象者であるという意識が、これからの家庭支援には必要になってくる。両親学級の開催日や内容を工夫することや、乳幼児健康診査等において父親も相談支援の対象にするなど、父親の孤立を防ぐ対策を講じることが急務である。父親の安定的な関わりの中で、母親の精神的安定がもたらされることが期待される。

3. 総括

母子保健対策においては、地道な活動を長年続けている市区町村をはじめとする関係機関の尽力には深く感謝するところである。DOHaD仮説※で示されているように、胎児期や生後早期の環境は生涯を通じた健康に強く影響を及ぼすと考えられており、母子保健対策はまさに生涯の健康づくりの基礎を担っていると言える。従来からの母子保健の土台を崩すことなく、母子保健対策の中心を担う市区町村に加え、都道府県や医療機関との連携による多層構造で取り組みを進めることが求められる。

また、母子保健は現在深刻な問題となっている

※DOHaDとはDevelopmental Origins of Health and Diseaseの略であり、「将来の健康や特定の病気へのかかりやすさは、胎児期や生後早期の環境の影響を強く受けて決定される」という概念

児童虐待防止対策等の基盤となるものでもあり、ハイリスクアプローチが必要であることは言うまでもないが、地道なポピュレーションアプローチも非常に重要である。切れ目ない妊産婦・乳幼児への支援の充実に当たっては、現在、全国展開が図られている子育て世代包括支援センターが核となることが期待される。

全ての妊産婦・乳幼児・保護者等への情報提供・相談対応といったポピュレーションアプローチから始まり、多様な専門機関との連絡調整や連携の上でのハイリスクアプローチでの介入、父親支援などの新しい課題への対応など、地域における切れ目ない支援の拠点としての役割が求められている。

「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」（成育基本法）の成立（2018年12月）により、次代の社会を担う成育過程にある者の個人としての尊厳が重んぜられ、その心身の健やかな成育が確保されることの重要性が改めて示された。この法の精神は健やか親子21や母子保健施策の理念と合致するものであるため、今後はこれらが一体的に展開していくことが望まれる。

関係の皆様方には、今後も引き続き、さらなるご尽力をよろしくお願いしたい。

【引用文献】

1）公益社団法人日本産婦人科医会，「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」，平成29年

【課題Ⅰ】十代の自殺

十代の自殺とその予防

竹島 正[i]　山内 貴史[ii]　川野 健治[iii]　松本 俊彦[iv]　髙瀬 顕功[v]　島薗 進[vi]

1. はじめに

2015年から開始された「健やか親子21（第2次）」においては、「学童期・思春期から成人期に向けた保健対策」として、十代の自殺率の減少が主な目標の一つとされた。しかし、十代の自殺死亡率はベースライン値と比較して、10 ～ 14歳は増加、15 ～ 19歳は減少し、5年目の中間評価は「変わらない」とされた。自殺の多くは防ぐことのできる死であり、十代の自殺の原因や背景を把握し、指標の達成を促していくことが望まれる。

本稿では、はじめに既存の自殺統計から見た十代の自殺について述べる。次に著者らが自殺予防総合対策センター（CSP）当時にまとめた「若年者の自殺対策のあり方に関する報告書」（2015年3月）の概要を紹介する。なお、この報告書はCSPの設置した「科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム準備会」の「若年者の自殺対策のあり方に関するワーキンググループ」による学際的な検討によるものである（コンソーシアム準備会は、CSPの自殺総合対策推進センター（JSSC）への改組によって活動を停止している）。続いて、川崎市において取り組まれている社会実装の取り組みを紹介し、おわりに今後の十代の自殺予防の視点を述べる。

ⅰ川崎市精神保健福祉センター所長
ⅱ東京慈恵会医科大学環境保健医学講座講師
ⅲ立命館大学総合心理学部教授
ⅳ国立精神・神経医療研究センター薬物依存研究部部長
ⅴ大正大学地域構想研究所助教
ⅵ上智大学グリーフケア研究所所長

2. 既存の自殺統計から見た十代の自殺

人口動態統計「死因（死因年次推移分類）別にみた性・年齢（5歳階級）・年次別死亡数及び死亡率（人口10万対）」によると、わが国における十代の自殺死亡数および死亡率は男女とも2010年以降ほぼ同水準で推移している。しかしながら、特に男性では2010年以降で男性全体の自殺死亡数が顕著に減少しており、結果として自殺死亡者全体に占める十代の自殺者の割合は増加している（**図1**）。女性においても、男性と比較して死亡数は少ないものの、女性全体での自殺死亡数の減少に反して、十代の自殺死亡数はほぼ横ばいの状況である。

年齢別の死因順位については、2018年の人口動態統計「死因順位別にみた性・年齢（5歳階級）別死亡数・死亡率（人口10万対）及び割合」によると、10 ～ 14歳の女性を除き、10 ～ 24歳の死因の第1位は自殺となっている（**表1**）。十代では、15 ～ 19歳の男性では死亡者の約4割、同年齢層の女性では約半数が自殺による死亡である。

厚生労働省の「自殺対策白書」（令和元年版）によると、2009 ～ 2018年の警察庁の自殺統計において公表されている自殺の原因・動機について、その判断資料がなかった自殺死亡者の割合は、十代前半では3分の1以上と高く、15歳以上ではおおむね4分の1程度である。十代前半において、遺書や自殺を裏付ける生前の言動がない中で自殺に至った者が多い状況がうかがえる。

自殺の原因・動機が特定された生徒・学生にお

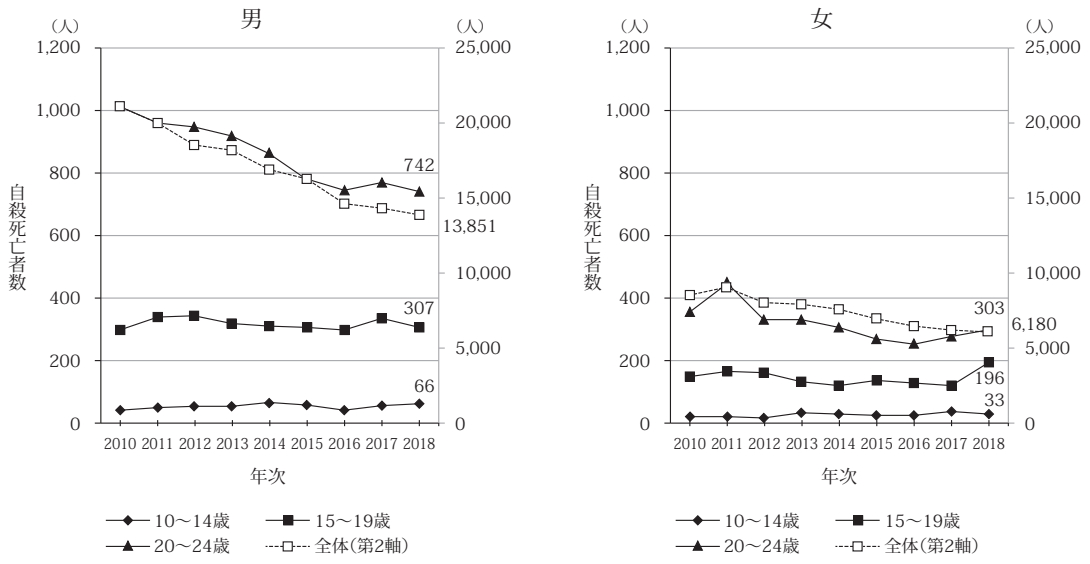


図1　性・年齢階級別の自殺死亡者数の推移（2010 ～ 2018年）

出典）人口動態統計 [1)]

ける、原因・動機として多かった要因では、小学生の自殺死亡数は相対的に少ないが、男女ともに家族からのしつけ・叱責や親子関係の不和などの「家庭問題」が最も多くなっている（**表2**）。男性は、中学生では家庭問題とともに学業不振に関する悩みが多くなり、高校生以上では学業や進路に関する悩みなどの「学校問題」による自殺が多くなっている。女性は、中学生では小学生と同様に親子関係の不和が自殺の原因・動機として最も多い。高校生以上では「健康問題」としてのうつ病による自殺が多くなり、特に高校卒業以降でこの傾向が強く見られる。なお、警察庁の自殺統計においては、「親子関係の不和」および「家族からのしつけ・叱責」は「被虐待」と、「その他学友との不和」は「いじめ」とそれぞれ区別して集計されている点に留意する必要がある。

2009 ～ 2018年の警察庁の自殺統計における、生徒・学生の月別の自殺死亡数は、中学生では8月、高校生では1月や9月に緩やかなピークが見受けられるが、大学生と比較すると季節による顕

表1　性・年齢階級別の死因順位および死亡数全体に占める割合（2018年）

	第１位	(%)	第２位	(%)	第３位	(%)
男						
総数	悪性新生物	31.3	心疾患	14.0	脳血管疾患	7.5
10 ～ 14 歳	自殺	24.8	悪性新生物	22.2	不慮の事故	12.8
15 ～ 19 歳	自殺	41.1	不慮の事故	24.5	悪性新生物	10.2
20 ～ 24 歳	自殺	52.8	不慮の事故	18.1	悪性新生物	7.2
女						
総数	悪性新生物	23.4	心疾患	16.6	老衰	12.3
10 ～ 14 歳	悪性新生物	27.9	自殺	16.8	不慮の事故	15.7
15 ～ 19 歳	自殺	49.5	不慮の事故	14.1	悪性新生物	8.8
20 ～ 24 歳	自殺	50.5	不慮の事故	10.0	悪性新生物	9.8

注）割合（%）は、それぞれの年齢別死亡数を 100 とした場合の割合である。
出典）人口動態統計 [1)]

表2　自殺の原因・動機が特定された児童・生徒における原因・動機の状況（上位３つ、2009 ～ 2018年）

		（人）	第１位	（%）	第２位	（%）	第３位	（%）
男	小学生	28	家族からのしつけ・叱責	43	学校問題その他	18	学業不振／その他学友との不和	14
	中学生	359	学業不振	19	家族からのしつけ・叱責	18	学校問題その他	12
	高校生	1,048	学業不振	18	その他進路に関する悩み	16	うつ病	9
	専修学校生等	587	学業不振	18	その他進路に関する悩み	17	うつ病	16
	大学生	2,493	学業不振	26	その他進路に関する悩み	21	うつ病	15
女	小学生	21	親子関係の不和	38	家族からのしつけ・叱責	33	その他学友との不和	14
	中学生	229	親子関係の不和	20	その他学友との不和	18	学業不振	14
	高校生	796	うつ病	18	その他の精神疾患	12	その他進路に関する悩み	12
	専修学校生等	288	うつ病	33	学業不振	13	その他の精神疾患／その他進路に関する悩み	10
	大学生	796	うつ病	29	その他進路に関する悩み	15	学業不振	13

注）厚生労働省「令和元年版自殺対策白書」をもとに作成[2)]

著な自殺死亡数の変化は見られない。大学生では3月に自殺死亡数が多くなっているが、就職・進学・進級関連の失敗や悩みによる自殺が多いことが示唆される。

なお、JSSCが公表している「地域自殺実態プロファイル（2019）」に「子ども･若者関連資料」の記載があるが、警察統計の2014 ～ 2018年の児童･生徒等の自殺の自殺日･住居地の集計であって、合計4,107人のうち、中学生以下577人、高校生1,141人、大学生1,864人、専修学校生等525人という人数が示されているのみである。

以上から分かるように、既存の自殺統計から、十代の自殺の原因や背景を把握することは困難である。

3．若年者の自殺対策のあり方に関する報告書

本報告書は「危機介入班（医療）」と「予防・啓発・地域づくり班」の2班から構成され、若年者の自殺や対策について科学的な観点から学際的に検討した本邦初の試みである。それぞれの班と全体のまとめの一部から要約して紹介する。なお、カッコ内は報告の執筆者である。

1．危機介入班（医療）

⑴　発達段階と自殺行動（齊藤卓弥）

児童青年期においては、認知、社会性、気分・情緒、生物学的、脳形態、脳機能の全ての領域が急速な変化を遂げ、生物学的な脆弱（ぜいじゃく）性に加えて社会的な要因が自殺行動に重要な影響を与える。幼少時の逆境体験による自殺の脆弱性（素因）の形成と、思春期以降の社会的ストレスの増大、精神疾患の発症、アルコールの使用などが引き金になり、自殺に至る発達的なモデルが想定される。

⑵　自殺企図に関する横断的な観察研究（渡辺由香、尾崎仁）

海外の研究からは、危険因子として、女性、過去の自殺企図歴、精神疾患、自殺手段へのアクセス、家族の自殺歴、家族の不和や虐待などの家族背景、学校不適応、喪失体験、メディアの影響が挙げられる。

自殺企図者の大半が精神疾患を有している。日本の知見からは、10歳代は20歳代と比べると適応障害圏の割合が大きく、環境因子の影響が大きい可能性が指摘される。日本では、統合失調症などの精神病圏が1 ～ 2割、発達障害が1割、若年者の自殺企図に認められている。適応障害例の多さ、環境因子の影響を考慮すると、薬物療法などの生物学的治療のみならず、環境への介入も必要であろう。広汎性発達障害については、診断すること自体が自殺企図予防の端緒となる。

子どもの自殺において、他の世代と異なることとして群発自殺という現象が見られ、メディアの影響がある。保護因子としては、家族との交流が

多いこと、学校とのポジティブなつながりがあることが挙げられる。

⑶　自殺と精神疾患（成重竜一郎、三上克央）

気分障害の有病率は若年者において成人と大きく変わらず、若年者においても非常にありふれた疾患である。気分障害は若年者においても成人と同様、自殺企図の最も大きな誘因である。抗うつ薬は自殺関連事象の危険性を高めるが、気分障害自体による自殺の危険性も高く、気分障害に対する適切な治療を行うことは重要である。

境界性パーソナリティ障害（BPD）は、対人関係、自己像、感情などの不安定および著しい衝動性を特徴とし、その特徴は思春期以降さまざまな場面で明らかになる。見捨てられることを回避するためのなりふりかまわない行動は、時に自己破壊的行動に至り、自殺企図に及ぶことがある。若年BPDの症状は浮動的であり、慎重な診断姿勢が望まれるが、若年の自殺企図例にはBPDが存在すること、自殺企図に及ぶときは気分の安定性のコントロールが不十分であることが示唆される。

統合失調症の生涯有病率は0.3 ～ 0.7％で、通常10代半ばから30代半ばに発症する。特に初回エピソードの後の自殺リスクが高いため、発症が多い若年者において問題となる。統合失調症は、年齢を問わず、病状の悪化そのものが自殺企図の誘因となりやすく、突発的かつ重篤な自殺企図が目立つ。社会参加の困難さも、通常の社会生活や人間関係が築けていないという心理的負荷を介して、自殺企図に影響している可能性がある。

自閉スペクトラム（ASD）は発達障害の一つであり、対人相互性、コミュニケーション、行動や興味の限定的、常同的な様式の問題を認める。ASDを有する者は、複雑な社会的課題や対人関係が要求される青年期になって、抑うつや不安などの精神症状や不登校や自殺などの問題行動を呈し、精神科受診につながることも少なくない。対人関係構築の繰り返しの失敗による自尊心の低下と、家族内葛藤ゆえに相談できない状況が存続すると、社会的孤立感が高まり、心理社会的準備因子の一つになると考えられる。

2. 予防・啓発・地域づくり班

⑴　心理学の立場から見た理論的検討（勝又陽太郎）

自殺に至る個人の心理過程、あるいは自殺に関連するさまざまな要因間の相互作用過程を説明する心理学的理論を中心にレビューを行った結果、認知的な自殺傾向（自殺念慮）のみならず、将来の自殺関連行動（自傷行為、自殺企図）をある程度予測することが実証されている理論として、絶望感理論と対人関係理論の2つの理論が挙げられた。

絶望感理論における絶望感（hopelessness）とは、ネガティブなライフイベントを自分で制御することができず、これから先も変化しないものとして認知し、より一層ネガティブな結果がもたらされると信じ、自分を欠陥がある存在であると確信するような認知傾向である。

自殺の対人関係理論（interpersonal theory of suicide）とはJoiner（2005）が自らの臨床実践をもとに提案した理論である。この理論では、まず自殺念慮と自殺企図を明確に区別し、前者は所属感の減弱（thwarted belongingness）と負担感の知覚（perceived burdensomeness）という2つの対人関係上の問題と関連して生じ、後者は自己保存の本能が弱まり自殺することができる能力（自殺の潜在能力）が高まることによって生じると仮定している。

Van Orden ら（2010）は対人関係理論に絶望感を組み込んだモデルを新たに提示している（**図2**）。このモデルによると承認的環境の提供によって所属感を高めつつ、対処スキルの習得と実行を治療者や周囲の者から強化（承認）されることによって、自己効力感の高まりとともに負担感の知覚が低減され、課題に対しての現実的協力や共同作業が強化されて所属感もさらに高まるという好循環が形成される可能性がある。具体的には、例えば学校における自殺予防教育やゲートキーパーのトレーニングにおいて、悩みを抱えた生徒を大人につなぐだけではなく、つないだ先の大人との

相互交流場面やその後の生徒同士の相互交流場面において、効果的な対人交流を生み出すことを組み込んだ対策が望まれる。

⑵　思春期学・公衆衛生の立場から（岩室紳也）

自殺対策はハイリスクな個人へのアプローチに傾倒しがちになる。しかし、ハイリスクアプローチに加え、ポピュレーションアプローチの基本となる「社会に蔓延（まんえん）するリスク」への対応を保護因子として実施する必要がある。自殺のみならず、思春期の諸問題につながる「社会に蔓延するリスク」としては、関係性、自己肯定感、居場所の喪失やコミュニケーション能力の低下が考えられる。生きる力を発揮するにはコミュニケーションが不可欠かつ重要である。思春期のように、本人自身がまだ成長過程にある時期に起こり得るさまざまな問題を予防し、解決するためには、彼らを受け止める立場の大人が、自殺につながる可能性のある「社会に蔓延するリスク」が何かを検証し、そのリスクへのアプローチも併せて行う必要がある。

⑶　社会学から見た若年自殺の背景（浅野智彦）

若年者の自殺状況が悪化した時期に若者全体の幸福度・生活満足度は上昇していることから、両面を視野に入れる必要がある。若者全体の幸福度・生活満足度の上昇は、身近な人間関係の良好さが幸福の重要な源泉になっていることによると推測される。

世代論的な要因に着目すると、1930年代生まれの自殺死亡率の高さには世代特有の価値意識が関与しているが、現在の若者の自殺に世代要因を想定することは難しい。しかし現在の子どもの貧困は、将来的に自殺の促進要因になる危険性がある。

社会経済的な要因として、失業率と経済格差が自殺死亡率を押し上げる度合いが日本では大きい。積極的労働市場政策などのマクロな政策の持つ自殺抑止効果は注目すべきである。また就活自殺を防ぐためにはライフコースのモデルの修正も

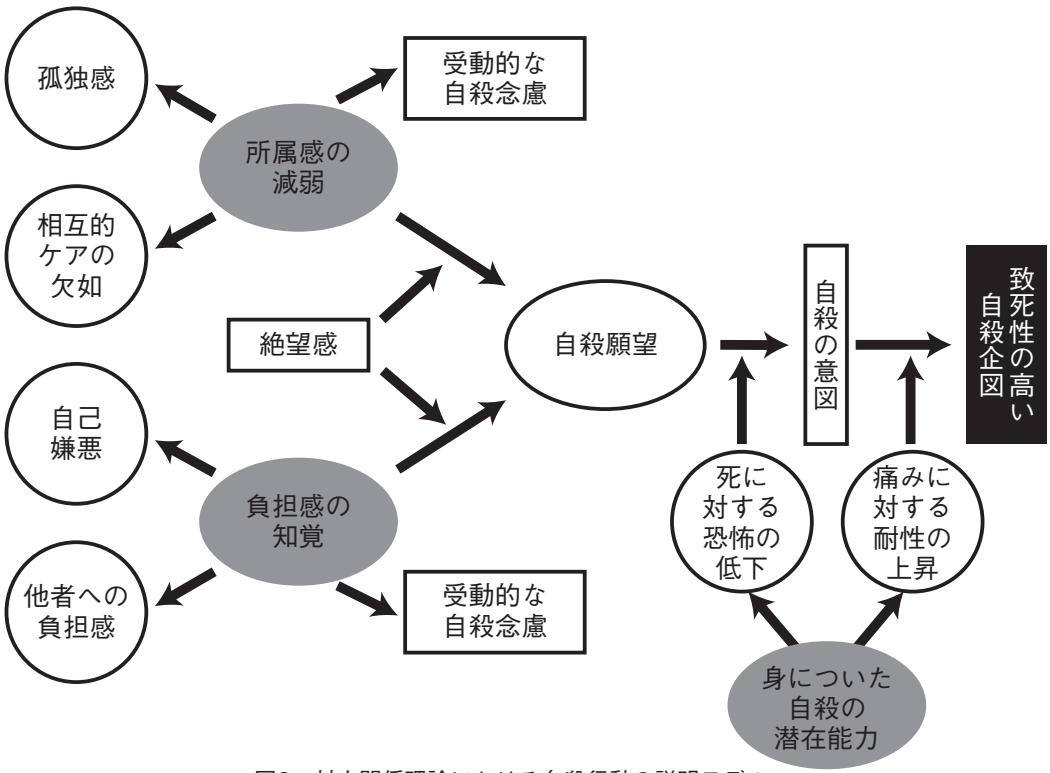


図2　対人関係理論における自殺行動の説明モデル

出典）Van Orden, et al.（2010）翻訳・改編 勝又陽太郎[3)]

必要である。

身近な人間関係に着目すると、家族関係の良好さは自殺を抑止するが、家族への見守りの期待が過重にならないように注意が必要である。友人関係の良好さは自殺を抑止するが、同時に友人ネットワークを通して自殺は「伝染」もする。マスメディアの報道の仕方は自殺の促進要因になり得る。「いじめ自殺」などについての語り方が、新たな自殺動機の供給にもなっている可能性に注意すべきである。

⑷　学校における自殺予防（窪田由紀）

学校においては、教育活動のあらゆる場面で自殺予防の視点に立った教育を行うことができる。全ての児童生徒対象に自殺予防教育を行うことは、生涯を通したメンタルヘルスの基礎づくりとしての意味を持っている。

児童・生徒に誰もが危機に陥る可能性があること、その際に他者に援助を求めることの重要性を伝えることは、自殺に限らず、いじめ、薬物乱用、暴力など他のリスク行動を防ぐためにも欠かせないメッセージである。悩みや困り事について相談することへの敷居を下げることは、既存の援助システムの有効性を高めることにもつながると考えられる。さらに授業実施前・授業実施後の取り組みを通して、教師同士、スクールカウンセラーや校外の専門機関とのチーム体制やネットワークが強化されることも期待される。

⑸　地域での自殺の予防啓発（鈴木晶子）

明確な所属を持たない若者は地域においても把握しにくい。すなわち「発見」そのものが難しい。支援への「誘導」も難しい。さらに支援につながった後も「支援」「出口」「定着」のフェーズがあるが、若者支援においてはとりわけ「出口」である就労支援は重要となる。就業の問題を抱える若者が自殺のリスクを抱えながら就労支援を求めてくる実態も指摘されている。若者を支援する地域ネットワークにゲートキーパー研修を行うなど、自殺のリスクへの感度を上げていくことが望まれる。

⑹　インターネットを活用した支援（末木新）

インターネットを活用した自殺予防に関する取り組みについてのレビューを行ったところ、援助資源マッチングの研究、ピアサポート研究、専門家による介入の3つに分類できた。

援助資源マッチングについてインターネットは、自殺の危機に瀕する人の減弱した「助けを求める力」を補うことができ、適切な支援者へとつなげるためのツールとして活用することが望ましい。

ピアサポート研究について、インターネットは、自殺の危険性の高い者同士が直接メッセージのやりとりをするという新たなつながりを生み出したが、自殺サイトの利用が自殺誘発的な影響を有することが示唆されている。ピアサポートをインターネット上で行うには、しっかりとした専門知識を持つよう訓練を受けた者の参画が必要である。

専門家による介入については、インターネットを介して提供される認知行動療法には、自殺念慮を低減させる力がある可能性がある。

インターネットを活用した支援は始まったばかりの領域であり、質・量ともに研究が十分に蓄積されているとは言い難い。インターネット上の新しいサービスの影響を検討することは可能かつ重要なことであるが、サービスや技術の刷新のスピードに研究は追いつくことができない。そのため、特定のサービスや技術の影響を検討するのみならず、新しいサービスや技術から悪影響を受けやすい人がどのような人なのか、そのような人をどうすれば自殺の危険から遠ざけることができるのかを検討していく必要がある。

3. 全体のまとめ

若年者における自殺の危険因子として共通する2つの知見が明らかにされた。一つは、成人の場合と同様、若年者においても気分障害、BPD、統合失調症、発達障害などの精神障害への罹患（りかん）が若年者の自殺行動に影響を与えているということである。そしてもう一つは、若年者の家族が抱える心理社会的問題やメンタルヘルスの問題もまた若

年者の自殺に無視できない影響を与えていることである。

また若年者の自殺行動の背景には、心理的な苦痛や社会的困難を抱えた家族の存在が無視できないこと、若年者の自殺の背景にも、中高年と同様、雇用などの経済的要因の影響があること、そして、家族や友人との関係性も無視できない影響を与えていることが明らかにされた。さらに、すでに若年者支援のさまざまな試みを通じて、援助希求能力やストレスへの対処能力を高める自殺予防教育、就労支援活動の意義、インターネットを用いた支援の可能性や、コミュニケーション能力を育む場の必要性も確認された。

報告書には考えられる対策を5つ挙げている。

1. 学校における自殺予防教育とハイリスクな若年者に対する早期支援の仕組みづくり
2. 学校と地域保健機関をつなげる仕組みづくり
3. 学校中退者・無職者等のための交流の場をつくり、インターネットやアウトリーチでつながる仕組みづくり
4. 背景にあるメンタルヘルス問題を看過せず、適切な治療・援助につなげる仕組み
5. 自殺リスクの高い親に早期介入する仕組みづくり

4. 川崎市において取り組まれている社会実装の取り組みの紹介

科学技術振興機構（JST）の社会技術研究開発センター（RISTEX）の「安全な暮らしをつくる新しい公/私空間の構築」領域の「都市における援助希求の多様性に対応する公私連携ケアモデルの研究開発」（以下、「島薗プロジェクト」という）では、孤立化が進みやすい都市型コミュニティーにおいて、公と私の領域の間をまたぐ複雑で多様な援助希求に対応する「集いのモデル」の生成を図り、公私双方の機能強化と相互の連携の拡充を目指して、2016年10月から2020年3月までの実施期間で研究開発を進めている。

島薗プロジェクトの研究成果は下記に要約される。

- 川崎市の中でも、川崎区は、子育て世代の転入に加え、高い外国人人口の割合と、住民の多様性が増している。また、自殺死亡率が高い。一方、地域課題に取り組む支援機関の連携がある。
- これら生活課題を持つ人の個人情報の取り扱いに関して、支援者間、または支援機関間での制限があり、情報共有は難しい。
- 人々が気軽に集い、交流できる集いの場は、個人情報の壁を越え援助希求を持つ人の早期発見や危機介入につながるだけでなく、支援者同士の連携促進に有効である 。
- そのような水平的ネットワーク（年齢・性別・所属に制約されない場）への参加による健康と幸福度の向上が確認されている。
- 他者からケアを受けた人は、他者にケアを提供する傾向にあり、集いの場が共助の人材資源の発掘に役立つ可能性を持つ。
- 寺社や教会等は、その特性を生かした地域活動を行い、集いの場を形成しているところも少なくない。

上記をもとに、研究者・行政・支援機関が連携して、川崎区における社会実装のための話し合いを繰り返し、支援機関同士や潜在的地域資源との連携モデル構築を模索してきた 。そこでは、援助希求を発することが阻まれる背景には、当事者のメンタルヘルスや当事者家族の抱える課題など、制度（高齢・障害・貧困・その他）を横断する複合的要素によって支援機関が介入しづらい状況があるだけでなく、そもそも援助希求を発することができない／しない状況に置かれた人もいる。従って「集いの場」が援助希求の早期発見に必要となるという結論に達した。

そして、生活課題を抱えた市民がその援助希求を負担なく発することのできる「集いの場」の要件として、

①安心・安全な場〈無条件の承認〉
②あげた声が支援につながる場〈専門機関との連携〉
③支援の受け手・支え手に二分されない関係性〈役割の付与〉

④地域に開かれ、社会と接続していることへの実感〈地域との共生〉

などをまとめた。

島薗プロジェクトの成果を踏まえた川崎区における社会実装の取組は2020年からスタートするが、ここにまとめられた「集いの場」の要件は、十代の自殺予防を進める上でも重要と考える。

5. おわりに ―今後の十代の自殺予防に向けて―

WHO（世界保健機関）は、2014年9月に、自殺と自殺企図が公衆衛生上の重要な問題であることへの意識を高め、多部門による公衆衛生アプローチとして包括的な自殺予防戦略の発展を各国に推奨し、支援することを目的に「Preventing suicide: A global imperative」（日本語タイトル「自殺を予防する：世界の優先課題」自殺予防総合対策センター訳）を刊行した[4]。本書には、自殺予防のために科学的根拠に基づく介入は、全体的、選択的、個別的予防介入という理路的フレームワークに区分されるとしている。

全体的予防介入戦略（universal）：ケアへの障壁を取り除き、援助へのアクセスを増やし、社会的支援のような保護プロセスを強化し、物理的環境を変えていくことで、健康を最大限に、自殺の危険を最小限にするもので、全人口に届くように計画される。

選択的予防介入戦略（selective）：年齢、性別、職業的地位や家族歴等の特徴に基づき、人口集団のうちの脆弱性の高い集団をターゲットとする。個人としては、現時点では自殺関連行動を示していないかもしれないが、生物学的、心理的、あるいは社会経済的に危険性の高い状態にあるかもしれない。

個別的予防介入戦略（indicated）：人口集団のうち、特定の脆弱性の高い個人をターゲットとする。例えば自殺の可能性を示す早期サインを表出している人や自殺企図歴のある人などである。

この理論的枠組みは、2012年8月に閣議決定された自殺総合対策大綱には掲載されているが、2017年7月の改訂では削除された。「健やか親子21（第2次）」の中間評価には、十代のメンタルヘルスケアについて「自殺死亡率に代表されるように、子どものこころの問題に関しては喫緊の課題である。学童期からの個人への対策のみならず、親を含む家族のこころの問題への支援が必要であり、子どもの発達特性を踏まえた上で、医療機関、行政機関、教育機関、民間機関における多職種の連携を、地域資源を活用して進めていくことが必要である」と述べているが、このためには選択的予防介入戦略（selective）は必須である。

また自殺の統計からは自殺の実態分析の充実が求められる。自殺の実態分析の一つである自殺の心理学的剖検は、2007年に自殺総合対策大綱が閣議決定されて以来、自殺総合対策大綱の「自殺を予防するための当面の重点施策」に記載があったが、2017年7月の改訂では削除された。CSPは2016年4月1日付でJSSCに改組され、自殺対策に係る研究実施方針が変化したことが関係しているかもしれないが、科学的根拠をもとに十代の自殺を予防していくためにも、自殺の心理学的剖検の再開を図るべきであろう。

さて、本稿ではわが国の自殺統計、CSPの報告書などを紹介したが、若年者の自殺予防には国際的動向からも学ぶ必要がある。勝又は若年者の自殺予防は諸外国においても重要な公衆衛生上の課題であるとして、諸外国の取り組みをレビューするとともに、今後も定期的にレビューし、情報を更新していくことや、わが国からも発信していくことの必要性を述べているので参考にされたい[5]。

謝辞

本稿に紹介した「科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム準備会」の推進役であった稲垣正俊先生（島根大学）に感謝します。また「若年者の自殺対策のあり方に関するワーキンググループ」の座長をお引き受けいただいた松本英夫先生（東海大学）に感謝します。

【引用文献】

1）厚生労働省．人口動態統計．https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&tclass1=000001053058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065

2）厚生労働省．令和元年版自殺対策白書．2019.

3）自殺予防総合対策センター（CSP）：若年者の自殺対策のあり方に関する報告書http://iwamuro.net/files/wg.pdf

4）Preventing suicide: A global imperative」（日本語タイトル「自殺を予防する：世界の優先課題」自殺予防総合対策センター訳）https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_jpn.pdf;sequence=5

5）勝又陽太郎（2019）若年者に対する自殺予防－日本の対策の変遷と国際的動向．社会と倫理 34, 59-71.

【課題Ⅱ】十代の健康教育

生きる力を育むヘルスリテラシー

浜松医科大学健康社会医学講座教授　尾島（おじま）　俊之（としゆき）

リテラシーとは、もともとは「読み書きの能力」や「識字率」を指すが、情報リテラシーや、ヘルスリテラシー（健康リテラシー）など種々の領域に関する知識や能力も指す。日本人の健康が世界のトップクラスである理由として義務教育の普及などが指摘[1]されている。また、中学生において、性に関するメディアリテラシーと性に関わる危険行動との関係[2]や、青少年におけるヘルスリテラシーと健康行動に関連がある[3]ことなどが示されている。日本語を十分に話せない外国人児童・生徒が増えている[4]中、もともとの意味のリテラシーへの配慮も重要となっている。

ヘルスリテラシーは、健康情報にアクセスし、理解し、使える能力[5,6]と定義されている。また、**表1**（一部著者改編）に示す３つのレベル[4,7]に分類されている。単に健康に関する知識を与えるのではなく、継続的に情報を入手し、コミュニケーションし、それを活用して適切な選択ができるようにする必要がある。

ヘルスリテラシーについて、リスクファクターモデル（疾病リスクが増大する要因が主眼）と、アセット（資産）モデル（より良いライフスタイルや環境整備が主眼）[4,8]の提唱もされている。

さらに、集団のヘルスリテラシー、国・社会のヘルスリテラシー、情報提供側のヘルスリテラシーなどの捉え方も広がっており、個人のヘルスリテラシーがたとえ低くても「思わず健康になる」[4]ような社会環境の整備が求められる。

ヘルスリテラシーのさらに具体的な領域として、メンタルヘルスリテラシーがある。それが高いと、自らのこころの不調に気付いたり、不調の予防に心掛けたりすることに役立つ[9]。生徒のストレスサインへの気付きなどを含めた「教職員の思春期メンタルヘルスリテラシー」事業を市で展開している報告[10]などもある。関連して、人は自分が信じたい事象を裏付ける証拠をより信じる傾向があり、特に分析力のある人の方が自分に都合のいい情報しか見ない確証バイアスにかかりやすい[11,12]という報告もあり、情報提供側のヘルスリテラシーも重要である。

情報リテラシーに関しては、従来からのメディアリテラシー[2]に加えて、インターネット・リテラシー[13]、ソーシャルメディア・リテラシー[14]も重要である。掲載されている情報が信頼できるかを評価して情報を選別すること、またトラブルにならない情報発信方法を身に付けることも重要であろう。

親の社会・経済的地位が、子どものリテラシー

表1　ヘルスリテラシーの3つのレベル

①機能的リテラシー	健康リスクとサービス利用の情報を獲得する力
②相互作用的ヘルスリテラシー	コミュニケーションによって情報を入手したり価値を引き出したりする力
③批判的リテラシー	情報を批判的に分析し、状況をコントロールするために活用する力

出典）Nutbeam D（2000；翻訳　江口泰正）より著者一部改編

に影響[15]することが確認されている。どのような家庭で生まれ育っても十分なヘルスリテラシーを獲得するためには、全ての子どもにアプローチすることができる学校教育の在り方が重要である。健康は、教育基本法第1条に定められている教育の目的にも含まれている。

学校教育との連携を図る際には、取り組みが学習指導要領[16]と整合しているとスムーズである。例えば中学校の保健体育の学習指導要領には、生活習慣病や感染症などを含めて健康な生活と疾病の予防についての理解を深めることや、思春期の変化に対応した適切な行動が必要となることなど、心身の機能の発達と心の健康についての理解やストレスへの対処などが記載されている。幼稚園の学習指導要領にも、自分の健康に関心を持ち、病気の予防などに必要な活動（手洗いなど）を進んで行うことなどが記載されている。

一方で、リテラシーの意味を再度考えてみると、受動的に知識を得てそれを蓄えておくことではなく、自ら情報を収集し、判断する力であり、それは現在の教育が目指している「生きる力」そのものでもある。とすると、健康教育に限らずに、いろいろな場面で体験を重ねながらリテラシーを伸ばしていく機会を設けることが、子どもたちの健康に結び付くと考えられる。母子保健関係者と学校保健関係者が連携し、大人たち自身のリテラシーも高めながら、子どもたちのリテラシー向上の支援を展開していく必要がある。

【引用文献】

1）Ikeda N, et al. What has made the population of Japan healthy? Lancet 2011; 378(9796): 1094-1105.

2）宋昇勲，他．中学生の性にかかわる危険行動と性に関するメディアリテラシーとの関係．学校保健研究 2018; 60(4): 209-218.

3）Fleary SA, et al. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. J Adolesc 2018; 62: 116-127.

4）江口泰正．健康教育の新しいキーワードとしてのヘルスリテラシー．日本栄養士会雑誌 2018; 61(10): 31-39.

5）Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot Int 1998; 13(4): 349-364.

6）福田洋．ヘルスリテラシー．ほすぴたる らいぶらりあん 2017; 42(4): 169-179.

7）Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000; 15(3): 259-267.

8）Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008; 67: 2072-2078.

9）大久保千恵．自殺予防の観点からみた中学生のメンタルヘルスリテラシーについての検討．心理相談研究 2019; 5: 15-21.

10）二宮貴至．学校コミュニティでの自殺対策．日本社会精神医学会雑誌 2018; 27(4): 327-334.

11）ターリ・シャーロット．ポピュリストの人心掌握術．Voice 2020; 505: 210-217.

12）ターリ・シャーロット．事実はなぜ人の意見を変えられないのか．白揚社，2019.

13）叶少瑜, 他．大学生のメディア／ソーシャルメディア使用とネット・リテラシーとの因果関係，及び社会的スキルと性別の効果．日本教育工学会論文誌 2016; 40(3): 165-174.

14）中山和弘．精神科医が注意すべきソーシャルメディアリテラシー．臨床精神医学 2016; 45(10): 1259-1267.

15）蝦名玲子．欧州のヘルスリテラシーの取り組み．公衆衛生 2018; 82(9): 712-715.

16）文部科学省．平成29・30年改訂 学習指導要領，解説等．https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/1384661.htm

【課題Ⅱ】十代の健康教育

性教育の新しい視点

福岡県立大学理事・教授　松浦（まつうら）　賢長（けんちょう）

1．はじめに

本稿では、性教育の展望について、公衆衛生の視点から記述することにする。すなわち、学校の性教育に外部講師などとして関わる方々を読者として想定している。

2．性教育の現状と課題

1．性教育の特性

「性」は人それぞれの「生」、いわゆる生き方に関わるが故に多様性が高い。そのため、大きな“柱（policy）”が立てづらく、あらゆる角度からの批判にさらされやすい。中でも集団（クラスや学年）に対する性教育は、そこに“しっくりこない”対象（あるいは“傷つく”対象）を生んでいる可能性がある。

性教育の実践は常に、社会と時代の趨勢（すうせい）を眺めつつ、その“落としどころ”を図っていくことになる。これはまさに「何が正しいのか」という問い掛けに対する答えの、不断の見直しである。

2．「性教育」という表現

性教育という言葉は、1972年頃から文部省関連部局にて用いられてきた（2005年頃まで）。息の長い教育行政用語であり、「性教育といえばまずは学校における性に関する教育である」とのイメージを生んできた。本稿でも、特に断りなき場合には、「性教育」は「学校における性教育」「学校における性に関する指導」を指すものとする。

3．性教育の2つの視点

これまで性教育をめぐる議論は多々あったのだが、その議論がなかなか実りあるものとならなかった原因の一つは、2つの異なる視点が混在していたことである。その2つの視点とは、「教育の視点」と「公衆衛生の視点」である。

視点が違えば言葉が異なり、意思疎通は難しい。教育の視点とは、知識・理解を中心に考える（子どもに知識を身に付けさせたい）視点である。公衆衛生の視点とは、行動変容を中心に考える（健康水準を改善したい）視点である。

この2つの視点は、理想的には**図1**のように結び付くはずであるが、それはある状況にのみ生じる（後述）だけである。たばこの害（知識）について分かっていても禁煙（行動）が結び付かないように、現実にはこの結び付きはすんなりとはいかない。性（性行動）に関しても、知識と性行動が結び付いているという根拠を提示する知見は少ない。

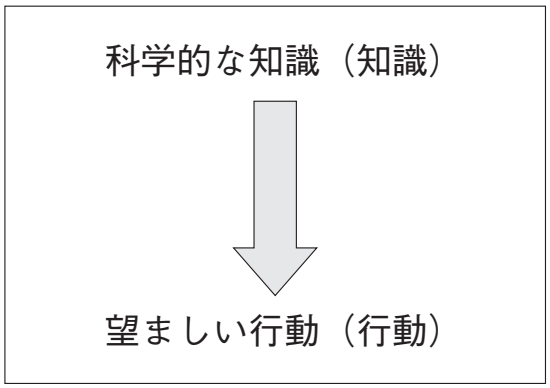


図1　2つの視点の関係（理想）

さらにこの2つの視点の混在は、すれ違いをももたらす。例えば、十代の人工妊娠中絶が5年間で約2倍になったころ（2000年前後）に、公衆衛生の視点から「人工妊娠中絶や性感染症を減らすために学校で性教育をしっかりと行う必要がある」という要求がなされていた。しかしながら、学校が教育の視点（知識理解を中心に）で性教育を展開している限りにおいては、その要求は現実（子どもたちの性行動の現実）とすれ違わざるを得なかった。

健やか親子21が2001年から始まり、子どもたち（十代）の性に関する課題の変化を見ると、これから求められるのは、この2つの視点を融合させる性教育の方法であることが分かる。本稿ではこれらの新しい視点・方法を提案していくことにする。

3. 新しい性教育の視点

1. 学校教育の視点

⑴　知識理解

学校性教育（性に関する指導）は「教育の視点」にて行われている。その前に、本稿における学校とは、公教育が展開される“学校”を指すこととする。公教育は、法制度によって規定されており、そこで扱われる内容も規準化されている。

教育の視点が、知識・理解を中心に展開されていることの証左は、上記規準であるところの学習指導要領において明記されている。**表1**のア「知識」に、高校の科目保健における性教育関連部分（「生涯を通じる健康」の一部分）を抜粋しておく。「理解」が中心になっていることが分かる。

⑵　2つ目の学力

現在の学校では、新しい時代の生きる力を身に付けさせるため、知識・理解の先にある取り組みが展開されている。それは2つ目の学力要素と位置付けられる「思考力・判断力・表現力等」である（3つ目の学力要素については他稿に譲る）。

「思考力・判断力・表現力等」を身に付けさせるために、学習指導要領（「生涯を通じる健康」の一部分）には、**表1**のイ「思考力、判断力、表現力等」の記述がなされている。つまり、知識を理解するだけではなく、課題に直面した時にそれを乗り越えていく力を醸成するということになる。しかし、公衆衛生の視点からすると、この2つ目の学力をもって、子どもたちの性行動変容にどう結び付くのかは見えないところではある。

⑶　これまでの“評価”

これまでの性教育、特に外部講師（その多くは公衆衛生の視点による）が関わる性教育（集団指導）の“評価”は、ほとんど変化が見られなかった。“評価”の多くは長らく「感想文」にとどまってきており、これは昭和の時代から変わらない。

しかしながら、「感想文」は適切な評価とは言

表1　学習指導要領（平成30年告示）における学校教育での性教育

（3）生涯を通じる健康
ア　知識
㋐　生涯の各段階における健康
㋑　結婚生活と健康
　結婚生活について、心身の発達や健康の保持増進の観点から**理解できる**ようにする。その際、受精、妊娠、出産とそれに伴う健康課題について**理解できる**ようにするとともに、健康課題には年齢や生活習慣などが関わることについて**理解できる**ようにする。また、家族計画の意義や人工妊娠中絶の心身への影響などについても**理解できる**ようにする。また、結婚生活を健康に過ごすには、自他の健康に対する責任感、良好な人間関係や家族や周りの人からの支援、及び母子の健康診査の利用や保健相談などの様々な保健・医療サービスの活用が必要であることを**理解できる**ようにする。
　なお、妊娠のしやすさを含む男女それぞれの生殖に関わる機能については、必要に応じ関連付けて扱う程度とする。

イ　思考力、判断力、表現力等
　生涯を通じる健康に関わる事象や情報から**課題を発見し**、疾病等のリスクの軽減、生活の質の向上、健康を支える環境づくりなどと、**解決方法を関連付けて考え**、**適切な方法を選択し**、それらを説明することができるようにする。
〈例示〉
・思春期と健康について、習得した**知識を基に**、心身の発達や性的成熟に伴う健康課題を解決するために、性に関わる情報を適切に**整理する**こと。
・結婚生活と健康について、習得した知識を基に、結婚生活に伴う健康課題の解決や生活の質の向上に向けて、保健・医療サービスの活用方法を**整理する**こと。

出典）文部科学省「高等学校学習指導要領（平成30年告示）解説　保健体育編　体育編」より一部抜粋
注）入学年次またはその次の年次に内容を扱うことになっている

えない。数学の授業を例にしよう。高校1年生が誰もが学ぶ「因数分解」について授業を受けた後に、「感想文」を書くことがあるだろうか。おそらくそれはまれなことで、「感想文」ではなく「筆記テスト」、すなわち理解を問う評価を受けることだろう。では、なぜ性教育ではいつも「感想文」なのか。

それは性教育の「目標」が立てられていないからである。「目標」に到達したかどうかを簡潔に判断するのが「評価」である。数学で言えば、単元「因数分解」の筆記テストにおける正解・不正解である。

性教育の授業（集団指導）において子どもたちにどのような力が身に付いたのか、（その先に行動変容を期待する限りは）的確に評価していく必要があるが、そもそも性教育の「目標」をいかに立てるのかということが、現在の学校では根底の課題として横たわっている。

⑷　目標

これまでの性教育の授業案・指導案にも、たしかに“目標”という項目は存在していた。しかしながら、その“目標”は、5 ～ 6行にもわたり、その授業を受けた児童・生徒が端的に目標に達したかどうかを評価することができなかった。もちろん、客観的にも評価は難しいところであった。

それは学校現場では長らく、「目標」が「めあて」や「ねらい」と同列に扱われてきたことが大きい。「めあて」や「ねらい」は、出発点の状況（将来こうなるとよいという理想）であり、「目標」の本来の意味である到達点の状況（end）とは根本的に異なる。

これからの学校性教育では、到達点の状況を「目標」として立て、それを的確に評価することが求められる。下記に、特別支援学校におけるある授業の目標・評価をルーブリック形式にて引用する（**表2**）。目標は5つあり、それらは■にて表されている。また各目標の中に、評価方法が書かれている。それらは2種類であり、知識・理解を問うワークシートを用いる方法と、表現力等を問うロールプレイ法である。

表2　特別支援学校におけるある授業の目標・評価

	3 十分達成	2 達成している	1 もう少し
知識及び技能 思考力・判断力・表現力	ワークシートもロールプレイも全てできている	ロールプレイの2項目はできている	ワークシート、ロールプレイともに1項目以上できていない
	■「かくすところ」とはどこか、ワークシートから正しく選ぶことができる ■「かくすところ」の約束「見ない・見せない・さわらない・さわらせない」について、ワークシートに正しい答えを記入することができる ■相手ととるべき「あいだ」がどのくらいかをロールプレイで表現できる ■相手が「あいだ」を越えてきた時の対応「お」「す」「し」をワークシートに記入できる ■相手が「あいだ」を越えてきた時の対応「お」「す」「し」をロールプレイで行うことができる		

提供）福岡県立学校 久我有希先生

表3　教育の視点：評価方法

①挙手
②ワークシート
③筆記テスト
④ロールプレイ・予行演習
⑤プレゼンテーション
（口頭・誌上）

⑸　評価方法

性教育の授業を、知識・理解を中心に組み立てたとする。その知識理解をどのように評価すればよいのか。

性教育の評価方法は、大まかには**表3**の5つにまとめられる。時間的に制約のある、外部講師が関わる授業においては、①挙手、②ワークシート、④ロールプレイが現実的なところであろう。ポイントは誰が目標に達したのか、達していないのかを必ず把握するということである。目標に達していない児童生徒には、その後、個別支援・個別指導（後述）が必要となるし、そこが外部講師の“腕の見せ所”でもある。

⑹　知識理解の分散

学力テストやOECD生徒の学習到達度調査（PISA）を見ると分かるように、児童生徒の知識

理解の程度は分散している。すなわち、外部講師が伝えようとする知識等が、意図するように“正しく”理解されているのは、多く見積もって7割程度だろう。専門的な知識であれば、さらにその割合は低くなる。

故に、外部講師は基本的な事項を学校で通常語られる言葉とは別の言葉をもって、リアルに、分かりやすく伝えることが必要になってくる。さらには、理解に至らなかった児童・生徒を把握して、個別に支援・指導する枠組みに導くことが必要となってくる（後述）。

⑺　知的理解の発達

学校の授業（教科等）は、学習指導要領に基づいて組み立てられている。さらには、その内容は、児童生徒の知的理解の発達（脳神経系の発達だろう）に合わせて、（おそらく）帰納的に組み立てられている。

単純に言えば、目に見えるものの理解から、目に見えないもの（そこにないもの）の理解に順を追って組み立てられている。例を挙げると、①小さな子どもの成長を学ぶ（保育所に出向いたりする）、②家族について学ぶ、③自分の将来について考える、④おなかの中の胎児の成長を学ぶ、という順である。

また、教科横断的に見ると、例えば、数学が全く理解できなくても、保健の教科書はよく理解できる、ということはまれである。保健の筆記テスト（知識・理解の程度を測る評価）がよくできる者は、他の教科等においてもそれなりの理解を進めていると考えられる。

これらから、集団指導（クラス・学年）形態による性教育は、想像以上に“漏れてしまっている（知識・理解が進んでいない）”対象が多いと考えられる。

⑻　合理的行動原理

公衆衛生の分野では、人々の健康行動を促進するための理論として、“合理的”という単語が入った理論が複数あるのをご存じだと思う。

先に、知識と行動は簡単には結び付かないと書いたが、それらが結び付く状況が少なくとも一つはある（**図2**）。それが合理的行動原理である。

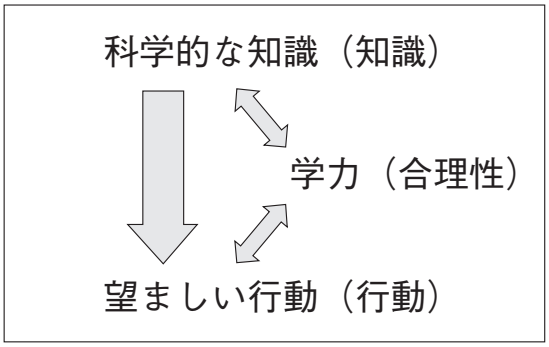


図2　合理的行動原理

知識と行動は、そこに合理性が担保されていれば、結び付くことが分かっている。合理性とは、簡単に言えば、学力（学校の成績で置換可能）である。近代教育は、この合理性の開発を目途として世界各地で展開されているが、その中心概念である。

しかしながら、ここで思春期特有の問題が生じる。合理性は必ずしも安定していないということである。「どうなってもいい」と思ったり、「もうだめだ」と思ったりと、思春期の精神状態（合理性の状態）は波を描くし、また、急降下もする。

故に、この知識・理解を問うという近代教育の主眼と並行して、それ以外のオプションを用意・展開する必要が出てくる。

2. 性教育を通した対策

⑴　集団指導のオプション

知識理解を前提とし、それを行動（形成・変容）に結び付けようとする標準的な性教育では、意外に“漏れ”が多いことを先述した。すなわち、合理的行動原理が見込めない場合の対応が必要になってくる。それらは4つにまとめられる（**図3**）。いずれも個別指導（個別対応・小集団対応）のレベルであり、集団指導とは別の枠組みとなる。

⑵　集団指導と個別指導

多様性が顕在化している状況であるが、授業形態（集団指導）と個別指導を同等に扱う時代になってきた。これまで性教育と言えば、授業（集団指導）がまずはイメージされていたが、これからは、

①不安定な環境から行動できない
➡ 保健福祉的対応

②快不快に基づく行動をしがちだ
➡ 認知行動療法的対応

③ピア圧力からの影響を受けがち
➡ 小集団への支援介入

④知的理解が苦手である
➡ パターン学習（ロールプレイ等）

図3　合理的行動原理が見込めない場合

同様に個別指導も組み合わせるべき時代である。

この集団指導と個別指導を同等に扱う考え方は、実は公衆衛生の視点とも親和性が高い。公衆衛生の視点から言えば、集団指導はポピュレーションアプローチに対応するし、個別指導はハイリスクアプローチに対応する。ポピュレーションアプローチは、メッセージ環境を構築し、その上に人々の行動変容が期待されている。

⑶　脱一般化

近年、十代の人工妊娠中絶率の減少傾向から見ると（**図4**）、2000年前後の「誰の身にも生じ得る」状況から、「ある程度リスクの高い子が分かる」状況になっているとも言える。しかしながら、「ある程度リスクの高い子が分かる」状況というのは、事前に分かっているのではなく、その多くは振り返ってみれば「分かる」ということにすぎず、予防的に支援・指導できる方策が整ったということを意味してはいない。また、それらの子どもたちは、必ずしも学校の教室で学んでいるとも限らない。個別、あるいは小さな集団をもとに子どもたちに丁寧に関わるべき時代が来ている。

⑷　個別指導の組み込み

子どもたちの性の問題（行動）は、（1回の）授業で変容するというよりも、そこに絡めた個別指導や相談・問い掛けによって変容する可能性が高い。これまで保健室等で行われてきた個別指導（健康相談や保健指導）は、あえて性教育のプログラムに組み入れられることはなかったが、今後はこの個別指導をどのように行うのかというプランの下で、集団指導を組み立てることが求められている（**図5**）。

外部講師として集団指導の場（授業・講演会）

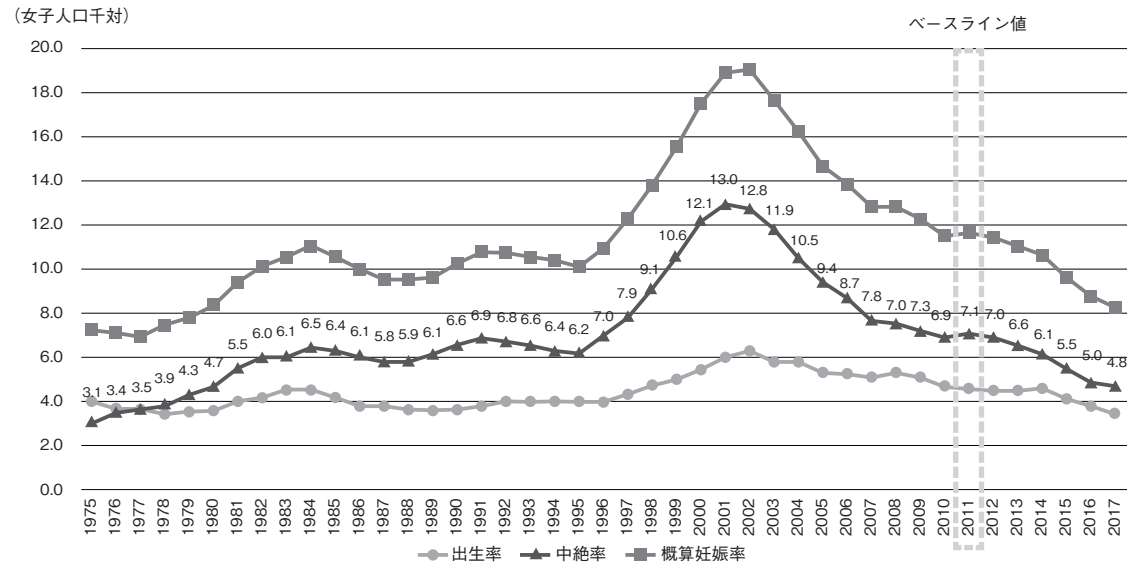


図4　十代の人工妊娠中絶率と出生率、概算妊娠率の年次推移
（1975年度～ 2017年度）
出典）「健やか親子21（第２次）の中間評価等に関する検討会報告書（2019）

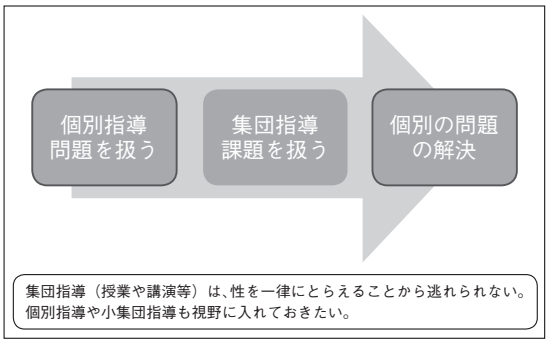


図5　個別指導と集団指導の位置付け

に出向くとしても、その前後の個別指導がどうあるべきかを、必ず学校担当者等と打ち合わせしていただきたい。外部講師の多くは、臨床・現場の個別指導の専門家でもあるからだ。

⑸　外部講師の講演会

外部講師の授業・講演会では、個別指導につながる内容を入れ込むことが必要となる。思春期の性の問題はいつなんどき、どこで生じるか分からない。故に、相談先となる情報（相談電話やクリニックや保健センターの電話番号等）を最後にハンドアウトとして写真入りで配布するとよいだろう。

また可能ならば、保護者にも授業・講演会を参観してもらい、親子ともども、「あの先生のお話を聞いたことがあるから、相談してみようか」という専門家・専門機関に対する“敷居の低さ”を作り出すことも必要なことである。

3. 性教育の新しい側面

⑴　性被害・性加害

これまで性教育を、教育の視点と公衆衛生の視点の2つの視点から論じてきた。現在、これらに加えて、3つ目の視点からも性教育が重要度を増している。それは性被害・性加害（性暴力）の視点である。

この3つ目の視点は、従来の性教育の概念を超えている。いわゆる学校の性教育は思春期発来に合せるかたちで（適時性をもって）、小学校4年生から始まるのが標準的であるが、性暴力、特に性被害は、その年齢を待ってはくれない。

小学校低学年（もちろん未就学でも）でも被害を受けるし、女子だけの問題でもない。さらに言えば、面識ある者からの被害も少なくはない。

ここに福岡県の性犯罪被害（2018年：強制性交等、強制わいせつ）の統計を見てみる（福岡県警および福岡県のホームページから数値を引用）。①性犯罪被害の46%を十代（36%）、十代未満（10%）が占めている。②性犯罪のうち面識のある者（親族含む）による犯罪は43%に上る。

これらの状況に鑑みると、これまでの性教育の根底に無意識に置かれていた「主体的行動論」、すなわち子どもたちは主体的に性行動に乗り出していくのだ（故にその主体である子どもに理性・知性を組み込むのだ）という考え方だけでは、太刀打ちできない時代になってきているのが分かる。もちろん、性被害の状況を見ると、合理的行動原理に期待できる年齢（発達段階）に至っていない子どもも多く、また、知識理解の程度、障害の有無を問わない。性教育は大きな変革期を迎えつつあるが、性被害・性加害の減少に結び付く性教育のトライアルはまだ端緒についたばかりである（エビデンスはほぼない状況）。

⑵　インターネット被害

スマートフォンを中心とするインターネットに関するトラブルは、大人・子どもを問わず多岐にわたる。特に子どもでは、そのトラブルの多くが性に関するものに結び付いている。

子どもにおいて、インターネット被害の多くは、性被害（刑法、他の法律、条令等に触法）と重複する。福岡県警の発表データを見ると、「いん行条例違反」「児童ポルノ」「児童買春」等は年々増加傾向にあることが分かる。そしてそれらの多くはソーシャル・ネットワーキング・サービス（SNS）を経由している。

また、児童ポルノについては、自らが撮影した画像・動画等によってトラブルに遭っているケースは約4割に上る。児童買春については、自らが話をSNS上に持ち掛けるという場合も多く、300件を超える補導がなされている（2018年：福岡県警）。そして、この補導された子どものうち約

8割は補導歴・非行歴のない子どもたちであった。

SNSにとどまらず、オンラインゲームによるつながりから、“誘拐”事案も全国で生じている状況であり、これはどこにおいても生じ得る状況となっている。

先ほど、人工妊娠中絶は脱一般化の状況にあるとも言えると述べたが、一方で、SNSが絡む性の問題は極めて一般化している状況であると読み取ることができる。性の問題は、妊娠や性感染症の問題と不可分である。ここから言えることは、性の問題はますますこれまでの見方では“見えなく”なってきており、その対策は従来の方策だけでは通用しないという結論に落ち着くことになる。

4. まとめ

十代の人工妊娠中絶等、健康水準の指標が改善する中、子どもたちの性の問題が多様化、深刻化していることを述べた。これまでの齟齬（そご）の原因であった、「教育の視点」×「公衆衛生の視点」のすれ違いに加えて、性被害・性犯罪の視点、さらにはネット被害の視点を紹介し（本稿では障害の視点は割愛した）、子どもたちの性の問題において可視化されている範囲が縮小していることを説明した。それはコントロール可能である部分の縮小を意味している。

性被害・性犯罪の視点は、近年ようやく表層化してきているものであり、またネット被害の視点は日々変化しているものである。子どもの性の問題に対応する方策は、これらを中心に後追いの状況になっている。手探りの中、全国各地で展開される性教育の“効果”を共有する仕組み（何に対する“効果”かはその目標による）が求められるが、まずそこに必要となるのは「目標」と「評価」という、教育にも公衆衛生にも通じる基本的概念であることを最後にあらためて記しておきたい。

【課題Ⅱ】十代の健康教育

性感染症予防の現状と望まれる対策

国立研究開発法人国立国際医療研究センター国際診療部特任研究員　堀（ほり）　成美（なるみ）

1．はじめに

性感染症は、「性行為・性的接触によって病原体に感染することによって健康リスクが生じる感染症」である。このため、心身の発達に伴い異性や同性への性的な関心が高まる思春期の前期に予防啓発を行い、感染の危険性を周知し、危険回避のための予防行動に導くことが教育や支援であるとされている。対策としては非常にシンプルであるが、その支援の効果は期待通りのものになっているだろうか。母子保健対策に関わる専門職や担当者は自信を持って回答ができるだろうか。

性感染症は妊婦が感染すれば胎児にも影響する。また、一度感染したら体内から消えることのないウイルス感染症は、高齢者医療や介護の問題にまで影響を及ぼす。思春期の健康を支える母子保健分野での取り組みは、生涯にわたる健康に貢献する。地域特性、対象特性を理解し、予防や早期ケアについて感染症対策の基本・各論としての性感染症対策について、理想や机上の理屈だけでなく、それぞれの対策の限界を知る中で最適化をしていくことが大切である。

2．感染症対策の基本

1．感染症対策の目的・ゴール

①個人の健康の影響を最小限にする
②集団・地域・社会への影響を最小限にする

「最小限にする」ことがゴールになるのは、ゼロにすることがそもそも困難な感染症もあるからであるが、同時にゼロにするという目標設定のリスクを軽視・無視することによって、本来ならば救えるはずの人が心理的負荷等のリスクにさらされてしまわないような責任を示すためである。これは健康教育の際の説明、啓発資料を作成する際の表現にも注意が必要な点である。例えば、「HIV感染症をゼロにする」ことは目標設定として妥当だろうか、またメッセージとしての問題はないだろうか。HIV感染症には予防ワクチンがなく、ゼロに押さえ込む目標になじまない。「なってはいけない」といったメッセージや目標は感染を知る人たちにどのような心理的負荷を生むだろうか、偏見や差別を助長しないだろうか、という視点も感染症の予防啓発において重要である（**表1**）。

表1　対策の目標とその病原体例

感染対策の目標	病原体の例	予防ワクチン
根絶　eradication 感染リスクをゼロにする	天然痘	あり
排除　elimination 一定の期間・地域で一定レベルに制御される	麻疹　HPV　ポリオ	あり
管理　control 予防と早期診断を行うことで全体の流行を制御する	HIV　クラミジア　結核　インフルエンザ	なし、または感染予防効果が限定的

2．感染対策の枠組み

性感染症の対策の枠組み（**表2**）の中で、母子保健対策が担う部分はどこだろうか。また「強み」はどこで、他の領域との連携強化によって乗り越えなくてはならない「限界」はなんだろうか。

母子保健対策が最も力を発揮するのは「感染しない」ことを目標にする1次予防である。

表2　性感染症対策の枠組み

	ゴール	実践者	対策	具体例
1次予防	感染しない	教育・公衆衛生部門 医療者（プライマリケア）	①予防ワクチンの普及啓発 ②リスク回避行動、問題発生時の初動についての知識・スキルの伝達	B型肝炎ワクチン、HPVワクチンの啓発 コンドームの入手・管理・失敗しない使い方、コンドームの脱落破損事故の際の相談先の紹介
2次予防	早期受診、 早期診断・治療	医療者 プライマリケア・専門医療機関	①相談・検査アクセスの改善 ②早期治療、パートナー検査による感染拡大防止	夜間や週末の診療 パートナー用の検査説明資料の配布 再感染防止支援
3次予防	重症化防止	医療者 プライマリケア・専門医療機関	①必要な治療・療養支援 ②パートナーへの感染予防、妊娠出産希望への対応	ウイルス抑制につながる治療の継続支援 定期受診しやすい診療体制づくり プライマリケアとの連携

予防ワクチンおよび予防のための知識やスキルの教育や啓発が主な取り組み課題である。学校教育で1コマ性感染症予防の話をするように講師の依頼を受けた際に、そのゴール設定は、講義を聞いた人が「リスクを回避・軽減できる」か、リスク回避に失敗した際に次善策としての「相談や早期診断のための行動が取れる」ことになる。

3. 性感染症の予防啓発の根拠

思春期の健康支援として性感染症の予防に関わる際に重要な根拠資料がある。一つは、国の性感染症についての「予防指針」である。これは全省庁を挙げての取り組みのベースとなるものである。ここでは、知識やコンドームの重要性だけでなく、ワクチン接種、パートナー検査の勧奨、咽頭感染の予防といった具体的な予防策も示されている。

もう一つの根拠資料は、文部科学省の学習指導要領である。コンドームがHIV感染症をはじめとする性感染症の予防に有効であること、感染症に負けないためには予防接種が重要であることなど、1次予防として伝える内容についての根拠が記載されている。

この2つの資料に書かれていることは、予防啓発のメッセージを作成する際、授業での情報提供の際に抜けてしまわないよう注意が必要である。

4. 取り組み効果の指標

性感染症の流行状況は、感染症法に基づいて行われる感染症発生同行調査によって観測されている。梅毒・急性肝炎・HIVのように、診断されたら必ず届出を行う「全数報告」の感染症と、特定の医療機関のみが集計報告をする「定点報告」の感染症がある。

しかし、思春期世代への予防教育や介入についての効果をこれらの数字を用いて評価することは困難である。それよりも手前でできる評価として、地域にどれくらいの対象がいて、性感染症予防情報にアクセスした人がどれくらいいるのかの可視化が重要である。例えば、保健所の管轄地域に中学校が10校ある場合、どのようにすれば卒業までの間に全員が平等に学習機会を与えられるのか。また、啓発や授業の中で紹介した相談先に対象年齢からの相談が実際に増えるのか、紹介した動画サイトのアクセス件数が増えるのか、予防ワクチン接種率が上がるのか、といった行動変容が地域レベルで観察できることが望ましい。

3. 現状と課題

1. 義務教育における学習機会・情報アクセスの不平等

性行為や性的接触があれば、誰にでも感染症のリスクが生じるが、その基本となる知識やスキルのための学習機会は平等に与えられていない。学校や担当教員の熱意や経験、地域の予算などの影響を受ける。

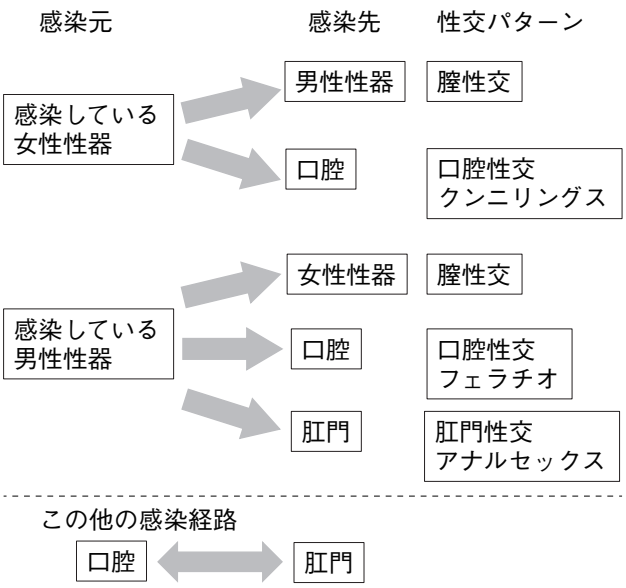


図1　性的接触での感染パターン

2. 曖昧な目標の設定

性感染症予防として行われる教育や啓発が、個々人における知識やスキルの習得ではなく、感染者理解や人権問題として展開されることがある。性行為について具体的な話題を扱うことよりも、情報提供側が扱いやすいために選択されてしまうことがある。

3. 外部講師の価値観による情報制限

啓発や講義の際に、特定の感染症の情報に偏ったり、その講師の価値観で情報がコントロールされることがある。例えば、実際の暴露・罹患（りかん）リスクが低いHIV／エイズの話に情報が偏り、より身近なリスクである他の性感染症の情報が不足することがある。また、予防接種に否定的な講師が、予防の選択肢としてのワクチンの話を一切しない、といったことがある。

4. 感染暴露リスクの全体像が伝えられていない

性感染症の原因となる病原体への暴露には**図1**のように生殖器、咽頭、肛門それぞれの接触パターンがある。性器―性器についてコンドームでの予防を説明するだけで終わると、咽頭感染などのリスクやその予防の必要性が学べなくなってしまう。

5. 行動変容につなげるための情報やアプローチが不足している

「コンドームはHIV感染症をはじめとする性感染症の予防に有効」という説明だけでは、予防のモチベーションにつながらない。また適切な使用のための情報提供としては不十分である。ペニスの模型を使った着脱デモンストレーションよりも、コンドームが使用されにくい場面や関係の理解、その際のリスク回避法を具体的に提示する必要がある。

4. 望まれる対策

1. 1次予防としてのワクチン接種の重要性について伝える

国の性感染症予防指針に明記されているワクチン接種が、性感染症予防の選択肢であることを学べるように情報提供をする必要がある。2020年3月現在、予防接種法に定められている定期接種

のワクチンで情報提供が十分でないものに、B型肝炎ワクチンとHPVワクチンがある。前者は乳児期に公費で接種が可能となったが、日本では思春期のワクチンとしては位置付けられていないため任意接種となる。このため、アクセスを改善するためには、その目的・効果について情報提供を行い、接種についての希望があれば、かかりつけ医などを受診して相談するように提案をする必要がある。HPVワクチンは思春期に接種をするワクチンであるが、接種後の体調不良者の調査を行うために2013年から積極的接種勧奨の差し控えが行われた。その影響として、自治体からの情報が全く届かず、公費接種が可能であることを知らされていない当事者・保護者が一定数いる。情報提供から予診票の入手、接種までアクセス改善のための支援が必要である。

上記の性感染症を予防するワクチンについて学習する際には、文部科学省学習指導要領に記載のある予防接種の意義をより包括的に理解するため、同じく国の予防指針のある麻疹・風疹ワクチンを含めた他のワクチン接種の重要性について学べるように工夫も可能である。また、妊娠前にパートナー同士でワクチン接種歴を確認することで、安全な妊娠・出産・子育て環境が整えられることの理解にもつなげたい。

2. 感染リスク回避が難しくなる場面と対策について学べるようにする

思春期は異性や同性、性に関する関心が高まる時期であるが、大多数は性行為は未経験であり、そのリスク発生場面がイメージされにくい。このため、どのような場面で性感染症の暴露・感染リスクが起こり得るのか、その時々に有効な行動の選択肢を理解できるようにする必要がある。

⑴　コンドーム使用の意思・技術の確認法（相手の評価・選択）

避妊や感染予防は相互の尊重や協力によって可能になるものであること、基本的な安全確認としてコミュニケーションの中で相手の意思や技術を確認することを提案する。デートDVと併せて説明をすると理解が深まる。安全と判断できないときは延期・中止する選択が最適であることを教える。

⑵　コンドームの選択

複数の種類があり、サイズ、素材等による違いを考慮し選択するものであることを理解できるようにする。コンドームは妊娠を計画するとき以外に使用をすることが重要であるが、装着時や使用時に違和感を感じる場合に使われないことがある。素材のアレルギーによる不快な反応の場合は、他の製品に変更をするよう提案する。例えば、ラテックスアレルギーが原因でコンドームが使用されない場合は、ウレタン製など別の素材のコンドームに変更する選択肢があることを伝える。

⑶　装着タイミング

コンドームを毎回使用していると自己申告があるのに複数回クラミジアになっているときには、装着のタイミングを間違えているケースがあることを例示する。その上で、感染は精液や膣分泌液・血液の暴露だけでなく、粘膜や皮膚の接触によって起こるため、射精の直前ではなく、接触前から装着する必要性を伝える。

3. 検査アクセスのハードルを下げる

若年層が性感染症に罹患することは、感染拡大や重症化のリスクだけでなく、将来の妊娠出産にも影響するため、性交開始後に感染リスクが生じた際の行動の選択肢が理解できるよう支援することが必要である。「×××検査がある」という情報だけでは自分がどのような行動を取ればそこにたどり着けるのかイメージが湧かないので、①どのようなとき、②どこに問い合わせ、③どのような行動をすればよいのかを例示する。例えば、①コンドームを使用しない性行為があり、その後に分泌物やかゆみ・痛みなどの症状が現れた場合、②保健所や医療機関に問い合わせ、③受診可能な曜日や時間、医療費の目安の情報を教えてもらう、といった内容が初期に必要な情報である。この際に、診療場面ではどのようなことが行われるのか、問診票記入、医師の診察、検査・投薬、再受診し

て治療効果を知るという流れを理解できるようにする。「何をされるのか」「聞かれるのか」を知ることで、受診への躊躇（ちゅうちょ）や不安を軽減することにつながる。また、性感染症については無症状のこともあるので、新しいパートナーができた際や妊娠を希望するためにコンドームを一時的に使用しなくなる前に念のため検査をすることも有意義であることを伝える。他の診療では、症状がないのに検査をするのは過大な要求と位置付けられることもあるため、あえて積極的に伝えることに意味がある。

保健所と医療機関での検査では、匿名性や費用負担について違いがあること、各地に保健所があるので将来生活をする地域でも相談先として有効であることを紹介する。保健所に電話をする際の問い合わせ先の紹介も、具体的な行動変容を支援するものである。

4. シングルイシューではなく、包括的な健康管理の相談・企画にする

事業予算の名称に影響され、学びの機会や企画に「思春期」「性感染症」といった名称がつくことがある。主催者側には日常的なことであるが、参加する側からは性的な側面のアピールは躊躇する要素、居心地の悪さにつながることもある。性感染症の予防の話も盛り込まれているが、別の学びも同時にできるようにし、参加の心理的ハードルを下げることも重要である。例えば、「性について学ぼう！」よりは、「健康管理の工夫について学ぼう！」とし、その中で一部を性感染症の情報にするといった工夫が可能である。「性感染症センター」という検査所には行きにくいが、「女性の健康センター」ならば入りやすい、ということも同じである。

5. IT技術を活用した学習・相談・多言語支援を拡大する

性感染症予防は、学校への出前講座やパンフレットの配布、無料匿名検査の定期開催などの取り組みが行われてきたが、昨今は印刷物よりも動画コンテンツが好まれ、また教室での学習だけでなくオンラインでの学習機会も広がっている。性感染症についての学びの場に行くことには抵抗がある人たちに情報アクセスをしてもらうためにも、プライバシーが守られた環境で一人で学ぶことも可能なオンラインでの情報アクセス改善の工夫は必要だろう。特に、近年増加傾向にある外国ルーツの子どもや思春期層への情報提供の際には、「やさしい日本語」や母国語でのサポートの拡充も各自治体の課題である。個々の自治体や学校だけでなく、他の地域でも共有できるような資材や教育プログラム開発が期待される。

5. 事例

性感染症の予防や早期診断につなげるための改善例を紹介する。

＜事例1＞ 情報アクセスの平等化

【変更前・問題点】

県のエイズ対策予算の範囲で、保健所の管轄内の学校に外部講師を派遣して思春期保健講習会として性感染症予防の講演会を開催していた。しかし、先着順であったため、意欲的な教員がいる学校では連続開催される一方、全く開催されない学校もあった。義務教育における機会の不平等について保護者から問題指摘が挙がった。

【変更後・改善点】

管轄内の学校の保健主事・養護教諭、地域の保健師が中心となり、隔年で必ず性感染症予防を含めた性の健康管理の学習機会を設け、卒業までに最低1回生徒が学べるようにした。外部講師派遣予算は県議会で承認された。

【ポイント】

外部講師は、地域の助産師・看護師に依頼をするとその後の相談にもつながりやすく、予算的にもリーズナブルである。外部講師予算の確保が困難な場合は、保健師が全ての学校を担当することが難しい場合は、養護教諭が他校に出掛けて講師をするなどの「たすきがけ式」も有用である。全ての子どもたちに学習する機会を提供するコンセ

プトは、学校や保護者間でも理解を得られやすい。

＜事例2＞性感染症の予防にフォーカスした内容への変更

【変更前・問題点】

県のエイズ対策予算による中学校・高校での性感染症講演会で、エイズをテーマに差別と偏見について学ぶ機会を設けてきた。しかし、性的な行動が始まった際に具体的な予防行動を取るためのスキルや知識を伝える機会となっていなかった。エイズの講演会の中では、コンドームの大切さについては触れられていたが、適切に使用するための具体的な情報が不足していた。

【変更後・改善点】

まず、エイズに特化したテーマ設定をやめ、より包括的な感染症予防の話にテーマを切り替えた。HIV感染症よりも感染リスクの高い、クラミジア、HPV、梅毒についても学べるようにした。コンドームについては、その有用性とともに、効果の限界を知り、それを補うワクチンの選択肢についても講演会の中で触れるようにした。

【ポイント】

エイズのみを強調する教育は、それ以外の性感染症の学習機会を奪うことにもつながる。また、エイズのみを前提としてコンドームの必要性を伝えると、自分は関係ないと思った場合にかえってコンドームの必要性の認識が低下する。特に講師の話が個人の体験をベースにしたドラマチックな内容が中心となる場合、感動や理解にはつながるものの、自分自身の健康管理との関連性にはつながらないこともある。日本におけるHIV感染症の流行レベルは低いため、他の感染症を例示しながら、コンドームでは予防できない際の対処法を含めて伝える機会にするとよい。

＜事例3＞学校で配布するパンフレットの記載内容の見直し

【変更前・問題点】

数年前に作成した性感染症の予防冊子の情報が古くなり、現在とはかみ合わなくなっていた。また、危険についての注意喚起はあるが、何をすればよいのかが書かれていなかった。

図2　男女別の性感染症啓発冊子

出典）厚生労働省ホームページ
（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/kekkaku-kansenshou/seikansenshou/index.html）

【変更後・改善点】

保健師・養護教諭によるプロジェクトチームを立ち上げ、地域の看護大学や教育系の学部の学生らで構成されている性教育サークルのメンバーにも参加をしてもらい、当事者が知りたい性感染症予防の情報についてヒアリングを行った。この際に、男子学生からは「女性の情報に偏っている」といった指摘があった。同性愛者を自認する学生からは、異性愛者向けの情報が前提であり、自分たちの健康管理についての情報が不足していることが指摘された。このため、冊子は女性向け、男性向けを作成し、それぞれに性的な対象が異性・同性両方の場合の情報も加えることになった。保健センターの相談電話やメールの紹介コーナーには、どのような相談ができるのか、秘密は守られるのかといったことも追記することが提案された。

男女別の性感染症の啓発の冊子は、厚生労働省が作成したものとして、次のものがある（**図2**）。

＜事例4＞パートナー検査推奨のパンフレットの作成

【変更前・問題点】

性感染症に罹患した人には、パートナー（性的接触者）の検査もするよう医師から説明が行われ

るが、実際にどれくらいの受診や検査につながっているのかが不明である。地域では梅毒の届け出が増え、先天梅毒の事例も発生した。中には、男性が先に診断治療されつつも、パートナーである妊娠中の女性には検査の必要性が伝えられていないケースもあった。当事者からは、「自分から相手に検査をするように」とは言いにくい、との指摘があった。

【変更後・改善点】

母子保健課と感染症対策課が連携をし、性感染症の予防啓発パンフレットと妊娠中の健康管理の説明資料に、二人で検査治療をする大切さ、男性・女性それぞれの相談先についても記載し、パートナー向けの検査の説明コラムを掲載することにした。

＜事例5＞ サロンの名称と内容の変更

【変更前・問題点】

数年前に「性について語りあう場」として企画されたトークサロンは、学校でピア教育活動に参加する意欲的な学生が中心となり、最初の１年間はにぎわっていた。しかし、この学生たちが卒業した後は活動が低調になっていた。

【変更後・改善点】

性の話そのものの話をする場ではなく、「健康について語り合う場」として保健師がミニレクチャーを行い、希望者には予約制で無料の相談ができる場を設けた。テーマを月経の不調や頭痛といった一般的な症状を入り口にしつつ、性の健康管理と関連付けた話が聞けるようにした。この結果、参加者が増え、性感染症の相談から、メンタルサポートが必要な事例、早期介入が必要な虐待事例の把握にもつながった。

＜事例6＞HPVワクチンの個別通知を受け取っていない対象への情報提供

【変更前：問題点】

2013年6月に積極的接種勧奨の差し控えが行われたHPVワクチンは、接種率がそれぞれ以前の約70％から1％前後まで低下した。その後の厚生労働省の調査では、個別通知を受け取らなかった家庭では、ワクチンの存在そのものを認識しておらず、予防接種法に定められた定期接種についての情報提供が行われていないことが問題となった。保護者からは公費接種の機会を奪われたとのクレーム、また問診票を入手するためには平日保健所に母子健康手帳を持参する仕組みについて、手間であるとの指摘があった。

【変更後：改善点】

当該バースコホートの対象の家庭に対し、予防接種法に定められた定期接種の対象年齢であることの案内文書と共に、接種希望の場合の手順を明記した資料を発送した。また、接種希望者には予診票の郵送やホームページからのダウンロードも可能とした。

千葉県いすみ市、栃木県小山市、岡山県などが保護者向けのHPVワクチン接種の案内を作成している（ホームページからダウンロード可能）。

【参考文献】

1）千葉県助産師会：助産師による「思春期の性の健康講座」
http://www.midwife-chiba.org/midwife-info/action/

2）堀成美；保健師に必要な予防接種のコンピテンシー , 保健師ジャーナル 70巻2号（2014年2月）94-98

3）金井瑞恵 ほか；先天梅毒児の臨床像および母親の背景情報に関する研究報告（2016 ～ 2017年） 国立感染症研究所　病原微生物検出情報　Vol. 39 p.205-206: 2018年11月号
https://www.niid.go.jp/niid/ja/syphilis-m-3/syphilis-iasrd/8437-465d03.html

【課題Ⅱ】十代の健康教育

保健所が行う性教育 －学校での取り組み報告－

厚木保健福祉事務所保健福祉課　尾池　佑芽子　吉澤　佳代

1．はじめに

当所管内では、2017年度から「10代からの性感染症の相談」「望まない妊娠を繰り返す若者への対応」「乳幼児ゆさぶられ症候群（以下、SBS）への対策」等への課題に対し、関係機関が協働して、高校生等への予防教育を実践している。

この予防教育の取り組みでは、「対象者（高校生等）が自分のこととして理解できる」「それぞれの関係機関の役割を共有し、目的を設定、達成できる」ことを大切にしている。

2．取り組みまでの経過

本県では、保健福祉事務所の保健師は、保健福祉課（以下、福祉課）では性教育、保健予防課（以下、予防課）では性感染症予防、児童相談所（以下、児相）の保健師はSBS予防教育に日頃から取り組んでいる。

2016年12月頃、福祉課、予防課、児相の保健師3名が、管内の10代の性の現状や従来の健康教育の行き詰まり感について情報交換をした。その中で「性感染症予防」「性教育」「SBS予防教育」を受けてほしいと考える対象者が重複することから、単発での教育ではなく、協働して働き掛けることで、教育効果を高められるのではないかと考えた。

2017年2月、所内保健師等連絡調整会議（当所福祉課・予防課保健師と厚木児相保健師で構成）において、「今後関係機関が連携して効果的な予防教育の実施を計画すること、性に関する課題が確認されている学校を優先し実施すること」が確認された。

3．教育の方法

現在、当所で実践している教育の方法は、**表1**の通り、「寸劇型」「体験型」「従来型」と大きく分けると3つの方法がある。

「寸劇型」「体験型」は、準備やマンパワーが必要なので、2019年度時点では、管内の高校2か所で実施している。

表1　当所の教育の方法

	関係機関	教育方法
寸劇型	予防課 福祉課 児相 市町村要対協	寸劇と、寸劇の意味を解説するスライドを使った講話 SBS予防教育のVTR上映（泣き声体験） 教育時間約70分
体験型	予防課 福祉課 児相	スライドを使った講話 性感染の広がりを体験的に学ぶ（性感染症拡大の見える化） SBS予防教育のVTR上映（泣き声体験） 教育時間約60分
従来型	予防課単独 または 福祉課単独	予防課作成スライドと福祉課作成スライドの両方を使った講演 教育時間40～60分

4. 学校との調整

「寸劇型」「体験型」の新たな教育方法の実施に当たり、当所では学校との調整を行っている。

従来の教育は、「性感染症予防」「性教育」など単独内容の依頼のため、標準的な内容を中心に、学校からの希望を付加して講演形式で実施していた。電話等の打ち合わせで当日を迎えることが多かった。

しかしこの教育方法は、複数のテーマを合体して行うことが必要で、学校側にも教育に参加してもらうことで効果が期待できることから、電話等ではなく、学校に出向いて事前調整を行った（**表2**）。そして限られた時間内で、生徒が教育内容を「自分自身のこととして理解」でき、目的を達成するために、生徒の特徴などを把握した上で効果的な教育方法を考えて行った。

1. 寸劇型の教育－A校の場合－

A校から保健福祉事務所に性感染症予防教育の依頼があったことをきっかけとして開始した。予防課で申し込みを受ける際、「今までの講演内容に加えて、望まない妊娠予防、SBS予防、命の大切さ等を加えた教育内容ではどうか」と提案し、学校の会議等で了承されてから具体的な相談に入った。

A校については、市町村要保護児童地域対策協議会（以下、要対協）の担当課保健師も課題意識を持っていたので、協働することになった。

初回の関係機関の打ち合わせでは、A校で過去に教育をした職員の話や、学校から確認した生徒の状況を共有した。そこで、「短時間での場面切り替えが効果的」「外国籍の生徒がいる」等の特徴から、視覚的な教材や寸劇、短時間で場面を切り替えることが有効と考えた。

そこで、70分間のプログラム構成と寸劇のあらすじ、スライドの原案を作成した。

この原案をもって、A校に各機関の担当者が出向き打ち合わせをした。学校と教育の目的、内容や性に関する言葉の使い方について確認した。そ

表2　各関係機関の教育の目的

関係機関	教育の目的
予防課	エイズ・性感染症予防
福祉課	命の大切さを伝える 望まない妊娠の予防
児相	児童虐待予防・特にSBS予防
市町村 要対協	児童虐待予防・特にSBS予防 特定妊婦対策

表3　A校の教育内容（70分）

時間	内　　容	担当
1分	挨拶・導入説明	予防課
9分	寸劇①高校生カップルの望まない妊娠・中絶・性感染症の罹患	予防課 福祉課
15分	スライド・講話「性感染症予防」	予防課
5分	休憩	
7分	寸劇②10代カップルの妊娠・出産・育児	福祉課 市町村
7分	代表生徒の妊婦体験・産声の感動体験	
11分	SBS予防DVD・泣き声30秒体験・解説	児相
15分	スライド・講話「かけがえのない命 ～自分を大切に・相手を大切に～」	福祉課

＊寸劇はスタッフ全員およびA校の教員で実施

表4　教育方法の工夫[1)]

対象の実態	方法の工夫
長時間の集中が困難	短時間で場面を切り替え
日本語が不得手の生徒がいる・言葉のみの講義には興味を持ちにくい	寸劇で課題提起・体験や寸劇に先生が出演等で興味をひく・講話は図や写真を多用し寸劇の解説とする
性体験の経験者が多い・妊娠や中絶の経験者もいる	コンドームの携帯方法、AIDS検査受診方法、アフターピルなど具体的な内容を含む

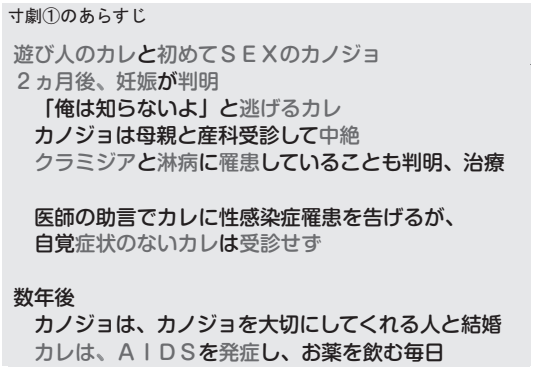


図1　寸劇①のあらすじ
出典）厚木保健福祉事務所資料

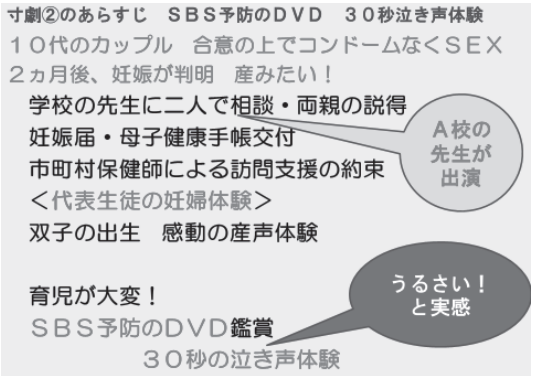


図2　寸劇②のあらすじ・妊婦体験・30秒の泣き声体験
出典）厚木保健福祉事務所資料

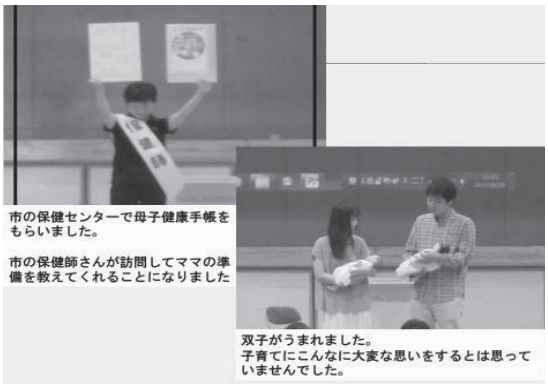


図3　寸劇②の場面より
出典）厚木保健福祉事務所資料

図4　寸劇①でのカノジョとカレの性病に感染した可能性を視覚化したスライド
出典）厚木保健福祉事務所資料

の後、スライド、寸劇台本、アンケート項目を修正し、A校とのファクシミリでさらに修正を重ねて当日の準備を完成とした。

最終的な教育内容、教育方法の工夫は、**表3**、**表4**の通りである。

寸劇（**図1～図3**）は学校の先生も参加したため、生徒は楽しみながら集中して見ることができた。その後､特に伝えたいメッセージをスライドにし、視覚化した（**図4**）。場面展開をし、飽きさせないプログラムとした。初めは、スマートフォンを操作している生徒もいたが、興味のある場面が来ると顔を上げて注目し、「ながら」であっても講話を聞いていることが推測できた。

養護教諭からは、「講話に対して生徒が反応していた」「泣き声体験はインパクトがあった様子だった」「講話だけでなく、寸劇や体験があったこと、担当教諭の寸劇への参加で、生徒も興味がわき、話を聞くことができた」との評価を頂き、来年度も同じ形式で、ぜひお願いしたいと言われた。

アンケート結果からは、8～9割以上の生徒が、今回の複数の教育目的を理解したことが分かった。また、自由記載欄には「コンドームは絶対にします！（男子）」「命を大切にしなくてはならないと思った（女子）」等の記載があり、終了後に、コンドームの使い方やピルの価格など具体的な相談をしてきた生徒がいたことから、自分自身の問題として捉えられたことがうかがわれた。

その後3年間、A校は同じ教育を続けている。初年度をベースにして、学校との事前調整は、毎年教育対象である生徒の状況を把握した上で、細かい点を修正、工夫をして、教育に臨んでいる。

2. 体験型の教育－B校の場合－

夜間定時制であるB校についても、性教育予防講演会の依頼時に同様に働き掛けた。

事前打ち合わせでは、B校は生徒の年齢が幅広く妊娠中や子育て中の生徒がいること、性感染症予防にコンドームを使う大切さも認識できていない可能性があること、短時間での場面切り替えが効果的であることを情報提供いただいた。性に関する言葉の使い方を確認し、教育を通じ身に付けてほしい行動を学校と関係機関の全員で確認した。

B校は夜間定時制の授業としての依頼であり、職員側が時間外のため、従事できる者が限られること、教室の構造から寸劇は難しく、それに代わる内容として、「性感染の広がりを体験的に学ぶ」方法を学校に提案して了承を得た。この方法は、水の交換を性行為と見立て、性感染症の広がりを体験的に学ぶことができるものである。

B校のプログラムは、**表5**の通りの構成とし、体験と講話を交互に組み合わせて場面を切り替え、興味を引く工夫をした（**図5**、**図6**）。

終了後のアンケート結果は9割以上の生徒から、「性感染症予防」「月経・妊娠・出産・中絶」「SBS予防」について、「理解できた」「予防したい」と回答があった。また、自由記載に「たった一回での性行為でも相手が感染していたら自分も感染してしまう」「思いがけない感染もあるんだと気づいた」「性感染症を防ぐためにはコンドームを使う」「出産にかかるお金や中絶の大変さ、重大さなどが印象に残った」「中絶は赤ちゃんがかわいそうだと思った」など自分自身の問題として考えていることが読み取れる記載が多数あった。

B校の先生からも同じ教育内容で次年度も継続してほしいとの希望があり、3年間にわたり継続している。

表5　B校の教育内容（60分）

時間	内　　容	担当
20分	テーマ：性感染症予防について パワーポイントによる講演、 性感染の広がりを体験的に学ぶ（性感染症拡大の見える化）	予防課
20分	テーマ：児童虐待予防 赤ちゃん人形抱っこ体験 SBS予防教育のVTR上映（泣き声体験）	児相
20分	テーマ：妊娠、出産、いのちの大切さについて パワーポイントによる講演（まとめ）	福祉課

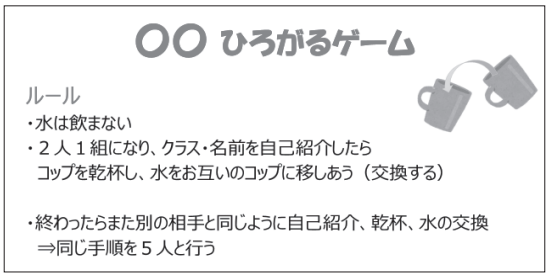


図5　性感染症の広がりを体験的に学ぶ①
出典）厚木保健福祉事務所資料

図6　性感染症の広がりを体験的に学ぶ②
出典）厚木保健福祉事務所資料

5. まとめ

性教育等の健康教育は、対象の若者が自分自身のこととして受け止められることが大切である。そのため、対象者の特徴に合わせて工夫していくことが必要であると実感した。

一機関での対応では、マンパワー的に難しいこともそれぞれの機関が協働していくことで、対象者に合わせた効果的な教育をできるよう継続していきたい。

【引用・参考文献】

1）吉澤佳代，他：関係機関が連携した高校生への健康教育の試み－望まない妊娠・STI・SBSの予防を身近な問題として伝える教育－．第63回神奈川県公衆衛生学会抄録．2017.

2）関上佑美，他：保健福祉事務所，児童相談所，市町村のそれぞれの目的を統合した講演会の取り組み－性感染症，望まない妊娠，児童虐待の予防－．第39回神奈川県地域保健師研究発表会集録．2018.

3）矢部志織，他：高校生の当事者意識を引き出す性に関する予防教育の協働実践．第40回神奈川県地域保健師研究発表会集録．2019.

【課題Ⅲ】十代の食育

朝食欠食がもたらす影響

実践女子大学生活科学部食生活科学科准教授　佐々木（ささき）　渓円（けまる）

1. はじめに

健やか親子21（第2次）は、「すべての子どもが健やかに育つ社会」を実現するために3つの基盤課題と2つの重点課題が設定されている。各課題には「健康水準の指標」「健康行動の指標」「環境整備の指標」の3段階に整理された目標を掲げた指標と、参考とする指標が設定されている。計画開始から5年後に当たる2019年度（令和元年度）に行われた中間評価の結果を基盤課題別で見ると、基盤課題Bでは改善した（目標を達成した）指標が2項目（18.2%）と最も少なかった[1)]。また、全課題を通じて唯一「悪くなっている」と評価されたものが、「朝食を欠食する子どもの割合（指標B-9）」である（**表1**）。本稿では、朝食欠食の問題と、それに連動する指標である子どもの痩せ、肥満について記述する。

なお、「朝食を欠食する子どもの割合（指標B-9）」は、策定当初は独立行政法人日本スポーツ振興センターによる「児童生徒の食事状況等調査」をベースライン値として設定していた。この調査は2010年度が最新値であり、その後の調査がなされていない。このため、中間評価時にデータソースが全国学力・学習状況調査[2)]へ変更された。

2. 朝食欠食率の推移

子どもの朝食欠食率の推移について、健やか親子21（第2次）の指標値である小学6年生と中学3年生の値を**図1**に示した。全国学力・学習状況調査[2)]では、質問紙調査に「朝食を毎日食べてい

表1　基盤課題Bにおける食生活に関する主な指標の中間評価[1)]

指標名	ベースライン	直近値	中間評価（5年後）目標	最終評価（10年後）目標	評価※1
【健康水準の指標】					
B-4　児童・生徒における痩身傾向児の割合	2.0%（2013年度）	1.9%（2017年度）	1.5%	1.0%	2
B-5　児童・生徒における肥満傾向児の割合	9.5%（2013年度）	8.9%（2017年度）	8.0%	7.0%	1②
B-6　歯肉に炎症がある十代の割合	25.5%（2011年）	26.3%（2016年）	22.9%	20.0%	2
【健康行動の指標】					
B-9　朝食を欠食する子どもの割合※2	小学6年生 11.0% 中学3年生 16.3% （2010年度）	小学6年生 15.2% 中学3年生 20.2% （2018年度）	—	小学6年生　8.0% 中学3年生 10.0%	3
【環境整備の指標】					
B-10　学校保健委員会を開催している小学校、中学校、高等学校の割合	小学校・中学校 89.7% 高等学校 86.9% （2015年度）	小学校・中学校 91.9% 高等学校 87.8% （2017年度）	—	100%	1②
B-11　地域と学校が連携した健康等に関する講習会の開催状況	53.6%（2013年度）	63.2%（2017年度）	80.0%	100%	1②

※1指標の評価状況：1②、改善した（目標に達していないが改善した）；2、変わらない；3、悪くなっている
※2目標策定時にデータソースとした調査が終了したため、データソースを変更して中間評価と最終評価目標の設定を行った。

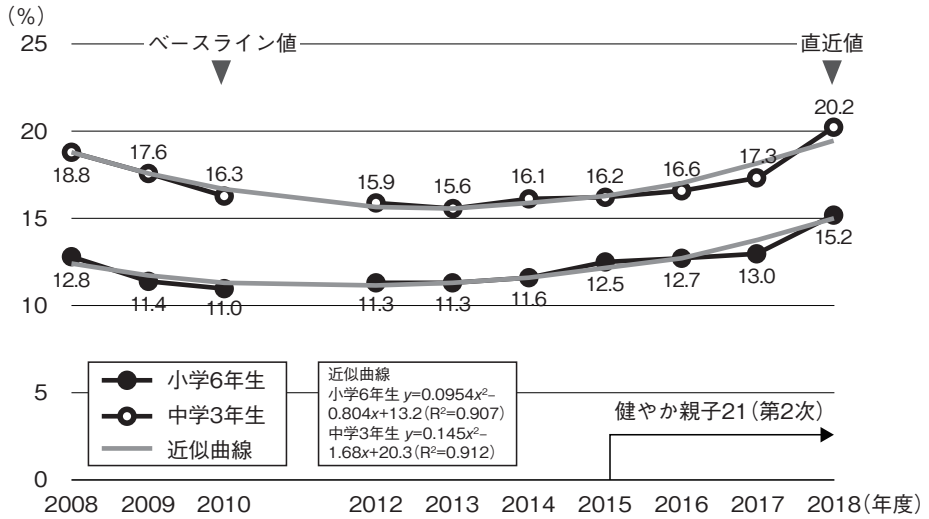


図1　子どもの朝食欠食率の推移

出典）全国学力・学習状況調査[2]より作図
注）2011年度は東日本大震災の影響等により実施されていない。

ますか」とする設問と、「している」「どちらかといえば、している」「あまりしていない」「全くしていない」の4つの選択肢が設定されている。朝食欠食率は、「どちらかといえば、している」「あまりしていない」「全くしていない」と回答した者の合計である。この10年間では、中学3年生の朝食欠食率は小学6年生より約5ポイント高く推移しており、直近値では中学3年生の5人に1人が朝食を摂取していない。2013年度までの朝食欠食率はやや減少傾向にあったが、2014年度から微増に転じている。

一方、成人の朝食欠食率については、国民健康・栄養調査[3]によって経年的な全国値が得られている。この値は調査年度間で変動が大きいため、本稿では、3年間の移動平均を用いて親世代（20～40歳代）の朝食欠食率を示した（**図2**、**図3**）。2000年度と比較すると、2016年度では男性は20歳代2.5ポイント、30歳代4.7ポイント、40歳代12.8ポイント、女性は20歳代8.3ポイント、30歳代7.5ポイント、40歳代8.1ポイントの増加を呈している。十代の子どもたちの親が含まれる40歳代の朝食欠食率は、2010年度頃に横ばいとなっていた期間があるが、2013年度から2016年度にかけて男性で4.2ポイント、女性で2.0ポイントの増加が見られる。全国学力・学習状況調査と国民健康・栄養調査は、異なる集団を調査対象としているため、両者の単純な比較から結論は導き出せない。しかし、同時期から子どもと親世代の朝食欠食率が増加していることから、中間評価報告書[1]では、子どもの朝食欠食率が上昇した要因の一つとして「親世代の欠食率の高さが、朝食がない家庭環境につながっている」と指摘している。

3. 朝食欠食による影響

子どもたちにとって「十代」は、乳児期に次いで成長率が高い時期である。また、アイデンティティー形成と二次性徴に伴う体型変化が認められるため、ボディーイメージに関する健康課題が生じやすい。朝食欠食は、摂取する総エネルギーの不足を単純に考えると痩身となり得るが、肥満[4,5]、耐糖能異常[4]、血圧上昇[6]、メタボリックシンドローム[7]をもたらすことが成人期を対象とした複数の研究で示されている。これらの病態の発生機序は、食事誘導性熱産生の低下や筋肉の異化亢進（こうしん）に伴うエネルギー消費量の減少、空腹による食欲亢進と代償的な昼食や夕食の過剰摂取だけでなく、時計遺伝子の関与が指摘されている。ヒト中枢では視交叉（ししこうさ）上核の時計遺伝子が光刺激によって

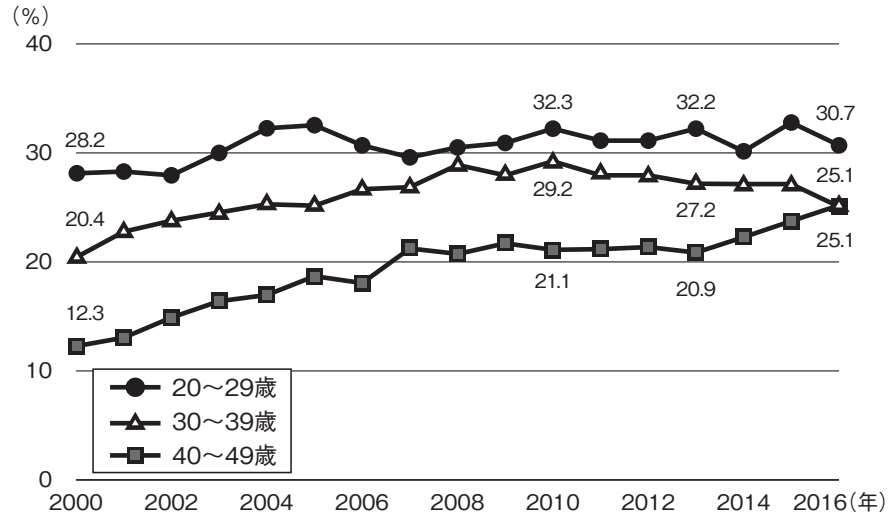


図2　若年成人男性の朝食欠食率の推移

出典）国民健康・栄養調査[3]から3年間の移動平均を算出して作図

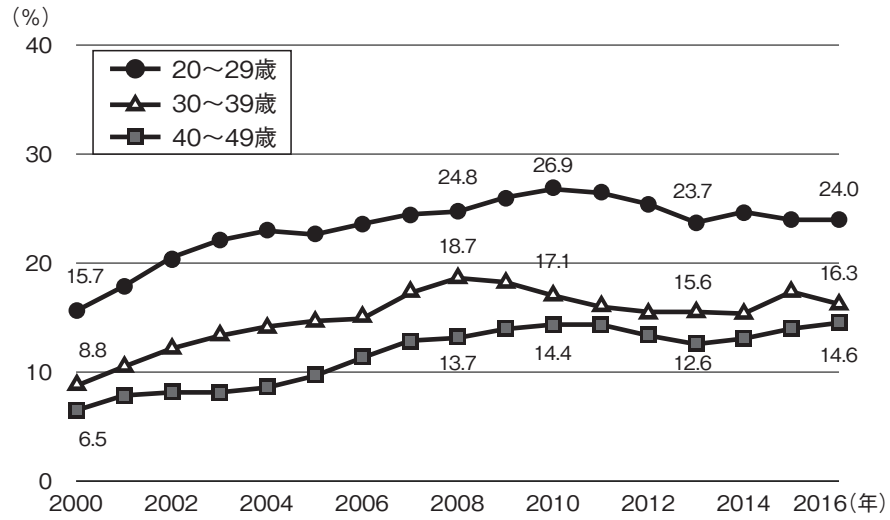


図3　若年成人女性の朝食欠食率の推移

出典）国民健康・栄養調査[3]から3年間の移動平均を算出して作図

活性化されるが、末梢（まっしょう）では朝食摂取による血糖上昇が時計遺伝子の調整に必要である[8]。従って、朝食欠食による概日リズムの乱れは夜型のクロノタイプと関連し、さらに起床時間の遅れは摂取時間がないために朝食を欠食するという悪循環が形成される。また、夜型のクロノタイプに伴う遅い夕食や夜食の摂取は、起床時の食欲低下に関連する。実際に、2016 ～ 2017年度児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書[9] では、十代の子どもたちが朝食を欠食する最も多い理由は「食べる時間がない」あるいは「食欲がない」であった。また、近年では夜間の人工照明による概日リズムの乱れが指摘されているが[10]、Kojimaら[11] は中学生におけるインターネット依存が朝食欠食に関連することを報告している。

朝食の摂取を含む食生活はQOL（生活の質）の維持・向上を左右する因子である[12]。根本ら[13] は中学生のQOL尺度であるKiddo-KINDL®を用い

た横断調査によって、朝食を欠食する者はQOLが低いことを報告している。Kiddo-KINDL®は6つの下位領域（身体的健康、情動的Well-being、自尊感情、家族、友だち、学校生活）で構成されているが、朝食欠食者はこれらの全領域の得点が統計学的に有意に低下していた。Kiddo-KINDL®の学校生活に関する質問文には「学校での勉強は簡単だった」とする学力に関する主観的な評価が設定されているが、朝食欠食と学力との関連性は全国学力・学習状況調査[2)]でも示されている（**図4**、**図5**）。これらは横断的研究であり、朝食欠食との因果関係を示す結果ではないが、ヘルスプロモーションの目標であるQOLが低いことは、朝食欠食が喫緊の課題であることを示している。

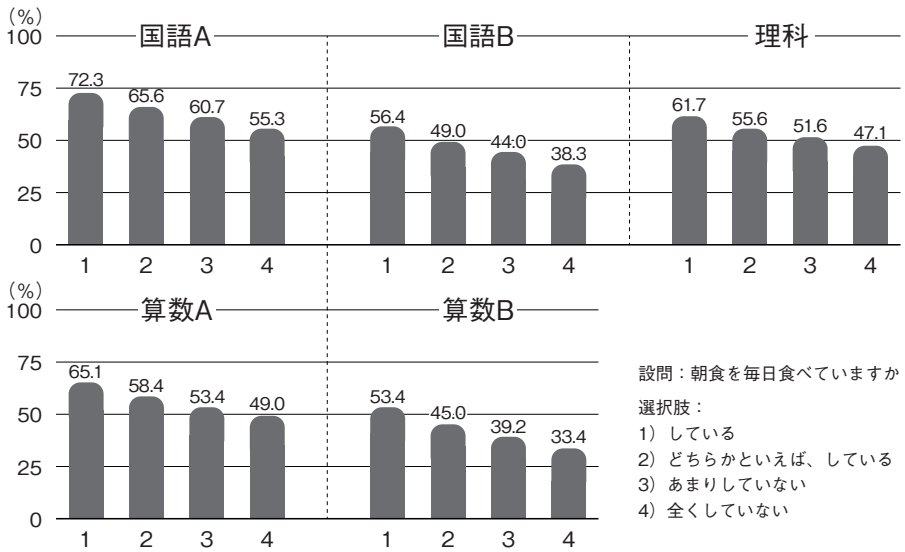


図4　小学生の朝食摂取状況別で見た全国学力・学習状況調査の平均正答率

出典）全国学力・学習状況調査[2)]より作図
A は「知識」、B は「活用」する力を問う内容であり、理科は両者を一体的に扱っている。

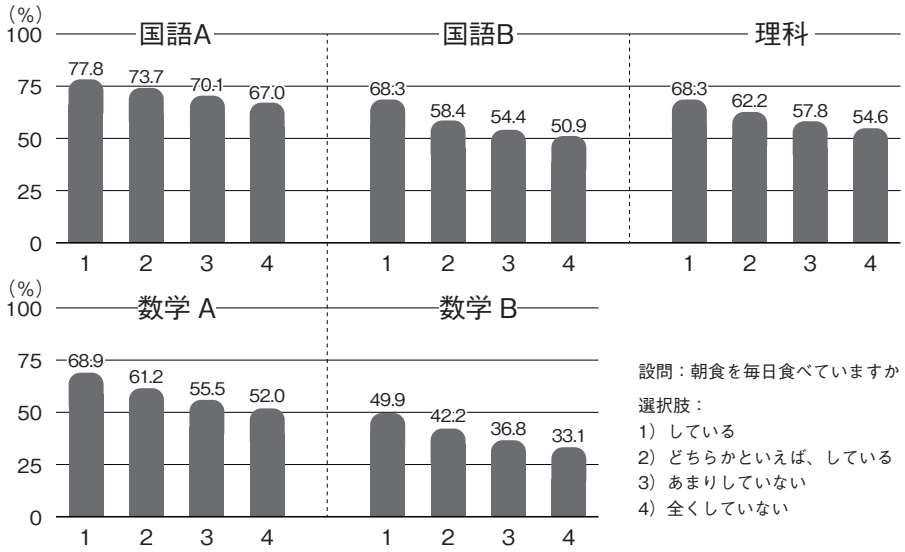


図5　中学生の朝食摂取状況別で見た全国学力・学習状況調査の平均正答率

出典）全国学力・学習状況調査[2)]より作図
A は「知識」、B は「活用」する力を問う内容であり、理科は両者を一体的に扱っている。

4. 十代の子どもたちの体格

痩身傾向児の割合は、ベースライン値から「変わらない」と評価された（P.39の**表1参照**、**図6上段**）。しかし、指標値である高校2年生女子と、参考データとしている中学2年生と小学5年生を比較すると、痩身傾向児の出現率は高校生よりも中学生、小学生の方が高値である（**図6下段**）。これらの結果から、中間評価報告書[1)]では、痩身傾向児の低年齢化と思春期やせ症の予測モデルを確立するための研究が必要であると指摘されている。一方で、本指標のデータソースである学校保健統計調査[14)]は横断的な標本調査であり、同一集団を経年的に評価した調査ではない。現在わ

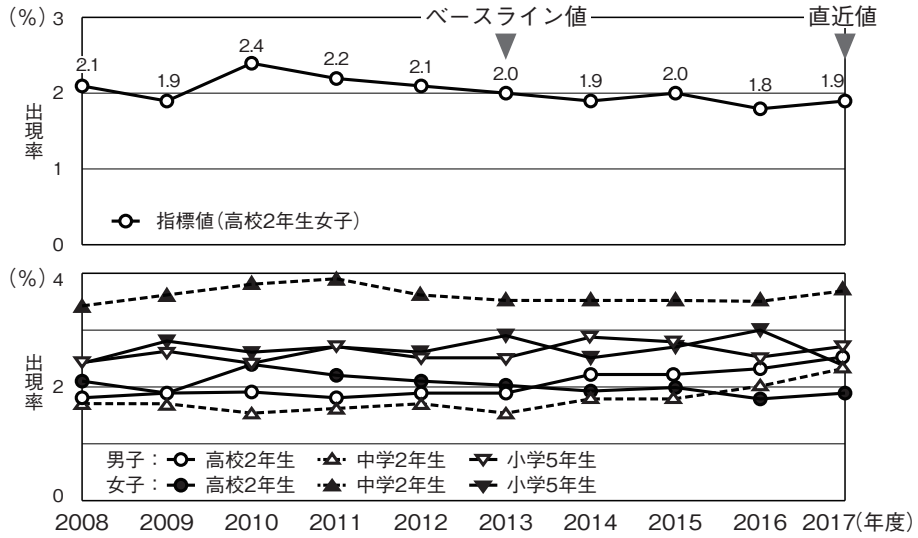


図6　痩身傾向児の出現率の推移（上段：指標値、下段：参考値）
出典）学校保健統計調査[14)]より作図

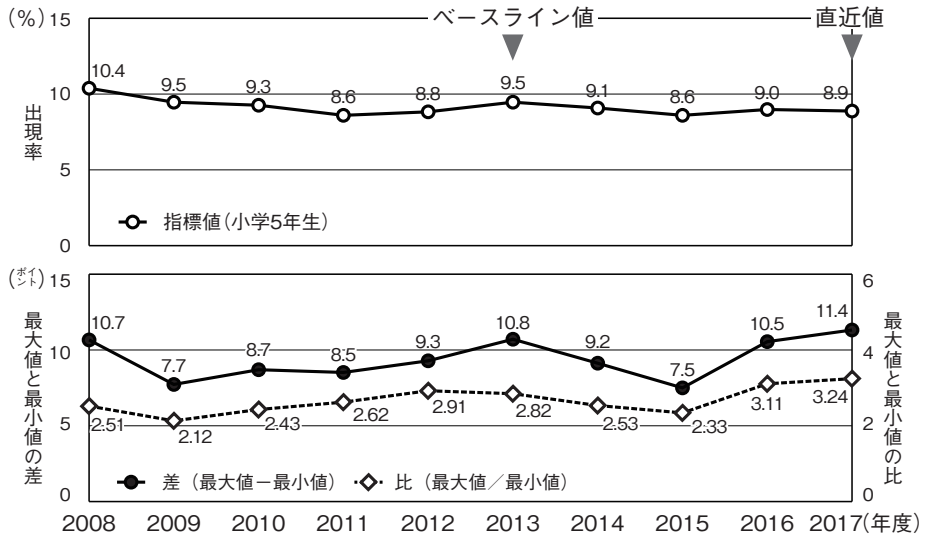


図7　肥満傾向児の出現率（上段）と都道府県間の地域差（下段）の推移
出典）学校保健統計調査[14)]より作図。

が国では、健康寿命延伸に向けたデータヘルス改革の一環として、母子保健領域では乳幼児健康診査で得られた情報の利活用が進められている[15]。経済財政運営と改革の基本方針2018[16] で示されたように、「乳幼児期・学童期の健康情報の一元的活用の検討などに取り組む」ことで、小児期の体格に関する評価と食生活や生活環境を含めた対策の推進が期待される。

肥満傾向児の出現率は「改善した（目標に達していないが改善した）」と評価された（P.39の**表1参照、図7上段**）。また、調査・分析上の課題として「肥満傾向児の出現率だけでなく、肥満の状況別にどのような分布を示しているのか」検討が必要であるとされた。健やか親子21最終評価[17] では地域間の健康格差が課題として指摘されている。これまでに、Sakiharaら[18] は、BMIを指標とした肥満児は北海道・東北地方に多いことを報告している。そこで本稿では、都道府県を地域単位とした肥満傾向児の出現率について最大値と最小値の差および比の推移を**図7下段**に示したが、その健康格差は解消されていないことが分かる。また、ベースライン値（2013年度）と中間評価値（2017年度）についてコロプレス地図（**図8**）を比較すると、肥満傾向児が北海道・東北地方および南九州地方に集積する傾向も改善されていない。Sakiharaらは、北海道・東北地方の食塩と炭水化物の摂取が多いことが、体格の健康格差の主要因であると考察している[18]。しかし、体格は食事摂取だけでなく児の運動習慣や保護者の生活習慣、社会的要因などの影響も受ける。学校では、子どもの健康・栄養状態の管理は主に健康診断によって行われている。成長曲線の活用を示した「学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令（文部科学省令第21号）」が2014年に公布され、健康診断に係る改正規定等が2016年度から施行されている[19]。健康診断はその評価を健康増進に活用することで意義が得られるため、生活習慣や社会的要因を含めた総合的な評価と、保護者に対する適切な啓発活動が期待される。

5. 朝食欠食の背景

玉井ら[20] が約10年前に報告した小児期の朝食欠食に関する論文のメタアナリシスでは、海外では朝食欠食は低所得者層に多いが、わが国における朝食欠食の原因は夜型のクロノタイプや生活習慣に起因し、経済的要因とは無関係であることが示されていた。この報告は、児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書[9] で挙げられた「食べ

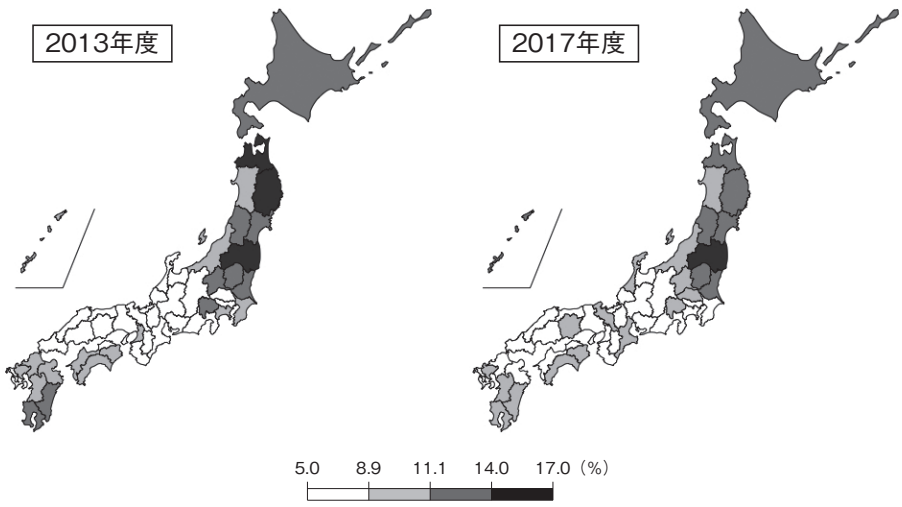


図8　都道府県別で見た小学5年生における肥満傾向児の出現率

出典）学校保健統計調査[14] より作図。
最適化法（Jenksの方法）を用いて2013年度の値を4階層に区分し、同じ境界値で2017年度の値を区分した。

る時間がない」あるいは「食欲がない」ことによる朝食欠食が多いことに一致する。しかし、近年では、わが国においても子どもの貧困が朝食欠食の原因になることが、複数の報告で示されている[21-23]。駒田ら[23]は大阪府全域の小学5年生・中学2年生とその保護者を対象とした横断調査を行い、生活困窮度が高くなるほど朝食欠食率とローレル指数が高いことを示している（**図9**）。2015年の国民生活基礎調査に基づく子どもの相対的貧困率は、2012年と比較して改善傾向にあったが（2012年16.3%、2015年13.9%）、経済協力開発機構加盟国の平均を上回っている[24]。さらに、ひとり親家庭の相対的貧困率は2015年で50.8%であり、経済協力開発機構加盟国で最大値である。

一方で、中間評価報告書[1]では、貧困や単純な生活リズムの乱れだけではなく、起立性調節障害などの疾患や保護者の心身の健康状態によって朝食を摂取できない子どもたちに、適切な対応が必要であることが述べられている。起立性調節障害の罹患率は小学生で約5%、中学生で約10%に至ると推計されており[25]、疾患に対する無理解が不登校などの二次的障害に至ることがある。こういった子どもたちの「生きづらさ」も考えながら朝食摂取を促す取り組みを行っていくことも求められる。

6. 朝食欠食について求められる対策

これまでにさまざまな食育活動がなされているが、中間評価で朝食欠食率が上昇したことは、子どもを取り巻く社会環境が関係者の想定以上に大きく変化していることを示唆している。中間評価[1]では、環境整備の指標である「学校保健委員会を開催している小学校、中学校、高等学校の割合（指標B-10）」と「地域と学校が連携した健康等に関する講習会の開催状況（指標B-11）」は「改善した（目標に達していないが改善した）」と評価されている（P.39の**表1**）。その背景として、社会的要因によって複雑化した健康課題への対応として研修や多機関連携を目的とした委員会の開催が増加したことが一因であると考えられている[1]。

朝食摂取の意義を啓発することは、子どもたちに対する食育が健康課題であると同時に教育課題であることから、意義があることである。一方、ヒトの行動は知識より無意識の決定や社会環境の

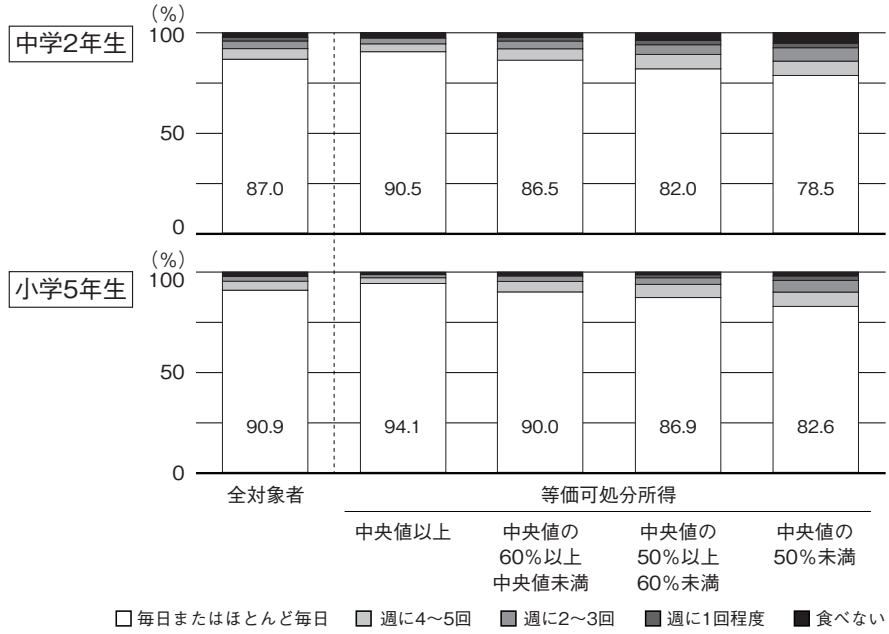


図9　所得別で見た朝食の摂取状況
出典）駒田安紀、他[23]より作図

影響を大きく受けるため[26]、特に無関心層の保護者や社会的弱者である貧困層に対しては朝食摂取の重要性を啓発するだけでは行動変容は達成できない。社会環境には多くの因子が含まれるが、貧困自体のように現実的に変え難い因子は介入目標から除き、健康を高める保護因子を強めてリスク因子を減らす環境整備が必要である。また、無関心期から準備期の保護者に対しては、各行動変容ステージに合わせて行動経済学の知見を活用した取り組みを考慮すべきである。

朝食欠食に対する環境整備の一つとして、急速に広まったのが「子ども食堂」である。貧困世帯は社会的に孤立していることが多く、相談できるつながりがないことがある。この課題に対して、子ども食堂には保護者の育児状況の改善や地域のソーシャルキャピタルを醸成する効果も示唆されている[27]。また、給食の無償化による朝食摂取に対する間接的な経済的支援だけでなく、多機関連携による学校朝食の導入モデル事業も始まっている[28,29]。貧困世帯のみを対象としたハイリスクアプローチは、当該層がレッテルを貼られることが懸念される。従って、学校給食を活用したポピュレーションアプローチによる環境整備は好事例となる取り組みと言える。

現代社会ではさまざまな健康課題が生じるため、対策の優先順位を考える必要がある。わが国の子育て世帯は国から受ける予算配分が高齢者世帯に比べて少なく、セーフティーネットの恩恵を受けていない状況にある。しかし、朝食欠食は子どもたちのQOLを低下させるだけでなく、生活習慣病の罹患率を高めることで将来の医療費増大をもたらす健康課題である。さらに、朝食を欠食した子どもが親となることで、世代を越えて影響が持続するリスクがある。従って、朝食欠食率の上昇は、健やか親子21（第2次）が目指す「すべての子どもが健やかに育つ社会」の実現だけでなく、わが国の厚生労働政策としても優先順位が高い健康課題と考えられる。

【参考文献】

1）厚生労働省．「健やか親子21（第2次）」の中間評価等に関する検討会報告書．2019．https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000041585_00001.html（2019年12月28日アクセス可能）．

2）国立教育政策研究所．全国学力・学習状況調査．https://www.nier.go.jp/kaihatsu/zenkokugakuryoku.html（2019年12月28日アクセス可能）．

3）厚生労働省．国民健康・栄養調査．https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyou_chousa.html（2019年12月28日アクセス可能）．

4）Timlin M.T., Pereira M.A. Breakfast frequency and quality in the etiology of adult obesity and chronic diseases. Nutr Rev 2007; 65: 268-281.

5）Watanabe Y., Saito I., Henmi I., 他．Skipping Breakfast is Correlated with Obesity. J Rural Med 2014; 9: 51-58.

6）橋本泰央，岩﨑陽佳，上田由喜子，他．朝食欠食と血圧の関係－朝食摂取頻度と血圧を報告した20研究のメタ分析－．厚生の指標 2019; 66: 18-26.

7）Deshmukh-Taskar P., Nicklas T.A., Radcliffe J. D., 他．The relationship of breakfast skipping and type of breakfast consumed with overweight/obesity, abdominal obesity, other cardiometabolic risk factors and the metabolic syndrome in young adults. The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES): 1999-2006. Public Health Nutr 2013; 16: 2073-2082.

8）香川靖雄．時間栄養学と生活習慣病予防．日本臨床 2012; 70: 1233-1240.

9）公益財団法人日本学校保健会．平成28 ～ 29年度　児童生徒の健康状態サーベイランス事業報告書．2018．https://www.gakkohoken.jp/books/archives/208（2019年12月28日アクセス可能）．

10）北村真吾．夜のブルーライトと睡眠・概日リズム．睡眠医療 2017; 11: 481-488.

11）Kojima R., Sato M., Akiyama Y., 他．Problematic Internet use and its associations with health-related symptoms and lifestyle habits among rural Japanese adolescents. Psychiatry Clin Neurosci 2019; 73: 20-26.

12）Green L.W., Kreuter M.W. Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach. Mountain View, CA: Mayfield Publishing. 1991;

13）根本芳子，松嵜くみ子，柴田玲子，他．睡眠時間・朝食の摂取状況と中学生版QOL尺度得点の関連性．小児保健研究 2006; 65: 398-404.

14）文部科学省．学校保健統計調査．https://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa05/hoken/1268826.htm（2019年12月28日 ア ク セス可能）．

15）厚生労働省．データヘルス時代の母子保健情報の利活用に関する検討会　中間報告書．2019．https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-kodomo_546947.html（2019年12月29日アクセス可能）．

16）内閣府．経済財政運営と改革の基本方針2018 ～少子高齢化の克服による持続的な成長経路の実現～．2019．https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2018/decision0615.html（2019年12月29日アクセス可能）．

17）厚生労働省．「健やか親子21」最終評価報告書．2013．http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000030389.html（2020年1月10日アクセス可能）．

18）Sakihara E., Kinjo R., Tamashiro T., 他．Local Differences in Japanese Children's Physical Development Over 55 Years Using Body Mass Index Cross-Sectional Analysis. 人間ドック 2007; 21: 23-27.

19）文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課．児童生徒等の健康診断等の適切な実施について．2016．https://www.mext.go.jp/a_me

nu/kenko/hoken/__icsFiles/afieldfile/2017/05/01/1383847_03.pdf（2019年12月28日アクセス可能）.

20）玉井浩，武田英二，朝山光太郎，他．子どもの朝食欠食について考える．日本小児栄養消化器肝臓学会雑誌 2008; 22: 22-32.

21）子ども・若者貧困研究センター 首都大学東京．東京都子供の生活実態調査報告書．2017．https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/joho/soshiki/syoushi/syoushi/oshirase/kodomoseikatsujittaityousakekka.html（2019年12月28日アクセス可能）.

22）硲野佐也香，中西明美，野末みほ，他．世帯の経済状態と子どもの食生活との関連に関する研究．栄養学雑誌 2017; 75: 19-28.

23）駒田安紀，嵯峨嘉子，小林智之，他．困窮度による子どもの健康格差　大阪府子どもの生活に関する実態調査より．厚生の指標 2018; 65: 16-23.

24）厚生労働省．国民生活基礎調査．https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21kekka.html（2019年12月28日アクセス可能）.

25）日本小児心身医学会．小児心身医学会ガイドライン集　改訂第2版．東京：南江堂．2015;

26）近藤尚己．健康格差対策の進め方：社会疫学の知見を踏まえて．日本健康教育学会誌 2018; 26: 398-403.

27）町田大輔，長井祐子，吉田亨．実施者が評価する子ども食堂の効果　自由記述を用いた質的研究．日本健康教育学会誌 2018; 26: 231-237.

28）大田原市教育総務課．令和元(2019)年度学校給食費無料化の概要．https://www.city.ohtawara.tochigi.jp/docs/2013082781383/（2019年12月28日アクセス可能）.

29）広島県健康福祉局子供未来戦略担当．朝ごはん推進モデル事業について．https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/260/2018breakfast.html（2019年12月28日アクセス可能）.

【課題Ⅲ】十代の食育

学校給食を活用した食育推進

町田市立南第三小学校栄養教諭　田中（たなか）　芳美（よしみ）

1．はじめに

町田市は、東京都多摩地域の南部に位置し、八王子市、多摩市と接しながら、神奈川県側に大きく突出した形状をしており、神奈川県と隣接しています。現在の人口は42万人を超え、首都圏の中核都市として発展を続けています。

急速な経済発展に伴って、食を取り巻く社会的環境は大きく変化しており、食に関する価値観やライフスタイルの多様化が進んでいます。そのような中で、健全な食生活を実践することが困難な場面が増えており、朝食欠食に代表される食習慣や食生活の乱れなど、食に関する多くの課題があります。

町田市では、食育基本法、国の第3次食育推進基本計画、東京都の食育推進計画、市民アンケート調査結果などから「第2次町田市食育推進計画」を策定しています（町田市独自のキャラクターで親しみやすさも出しています、**図1**）。学校教育では、町田市の特色ある取り組みとして、小中9年間を見通した教育活動行うため、「小中一貫町田っ子カリキュラム」を作成し、どの小中学校でも効果的な学習ができるように取り組んでいます。その中の「健康教育（食育）」では、児童・生徒が食に関する正しい知識と望ましい食習慣を身に付け、生涯にわたって健やかな心身と豊かな人間性を育んでいくための基礎を培うことをねらいに、各校で指導が行われています。

図1　町田市食育キャラクター　まちだ食育クインズ

これらの取り組みに基づき、本校では学校教育目標の「よく考えるこども」「心も体もたくましいこども」「仲良く助けあうこども」を実現するために、食に関する全体計画を作成し、各教科や給食時間の指導などを通して、食育を行っています。

2．本校での食育の取り組みについて

学校給食は、実際に食事をするという活動を通して、具体的な食育の指導が可能です。本校は、自校方式（学校の中に給食室があり、調理・提供を行う方式）での完全給食を実施しています。児童にとって、給食が身近にある環境のよさを生かし、日々提供する学校給食を生きた教材として活用し、食育を進めているところです。

1．本校の食育推進の基本方針

㋐食育の全体計画及び年間指導計画に基づき、各学年で栄養教諭と担任による授業の実施や給食を活用したさまざまな体験的活動を工夫する。児童が楽しく学べる活動を通して、食に関する興味・関心を高める。

㈠食育推進チーム（推進委員会）が中心となり、栄養教諭と担任、養護教諭との連携を深め、校内研修や授業実践を通して、教職員全体の食育に関する理解と関心を高め、趣旨の啓発を進める。
㈡学校給食における市内農産物の利用を促進し、地産地消を進める。保護者、地域の方々にも地元の食材を大切にした食育について発信し、給食のメニューや食材、行事食等についての興味・関心を高める。

2. 献立について

学校給食の献立作成は、国や東京都から示された学校給食摂取基準を満たし、給食費の範囲内で作成することを基準に、本校の実態（地域性や喫食状況）に合わせたものを作成しています。その他に、①旬の食材を使用した季節感のある献立や行事食を取り入れる、②既製品を使わず、手作りの料理を心掛ける（だしも昆布や鰹節から丁寧に給食室で取ります）、③安全性を考えて食材を選択し、地産地消を考慮する、④たくさんの種類の食材を使用し、多くの食材が体験できるようにする、⑤栄養のバランスに優れた食生活といわれている「日本型食生活」の定着を目指し、ごはん給食の回数を週4回とする、⑥児童が教科等で学習する内容にリンクした献立を作成する、といったことを行っています。児童に安全でおいしい給食を提供しながら、食育へつなげられるような献立作成を行っています。

3. さまざまな体験活動を工夫した食育の授業や給食の提供について

低学年では、自分たちが食べる給食の準備の一端を担うことで、食への興味関心を高める学習を行っています。生活科の学習で、旬の食材「そらまめ」「とうもろこし」について学習したのち、さやむきや皮むきを行うという体験を行い、給食室で調理されたその食材を、給食時間に味わいます（**写真1**）。

中学年では、社会科の学習や国語の学習で出てきた食材や料理を、その学習を行っている時期に合わせて給食で出します。給食で実際に食べる体験をすることで、教科の学習への理解がさらに深まるようにしています。

写真1　とうもろこしの皮むき（上）とその日の給食（下）

高学年では、家庭科や総合的な学習の時間と関連した給食の提供を行っています。秋の新米が出回る時期には、「お米の食べ比べ」と題して日替わりでいろいろな品種のお米を給食で提供しています。総合的な学習で米を学習した学年にとっては、より米について考える機会になっています。

また、家庭科では、栄養や献立作成の学習を行う際に、給食を例として取り上げたり、「ごはんとみそ汁」の学習を行う時期に合わせて、給食で「だしの味比べ」の給食を提供したりして、給食を使って実際に児童が学んだ学習がより深まるようにしています。

4. 市内農産物の利用や、行事食を取り入れた給食の提供と、それに関連した指導

保護者地域への食育についての発信について、町田市では、市内産農産物の学校給食での使用量を上げるために、年2回「まち☆ベジ給食の日」を設け、全市内の小学校給食で市内産農産物を使用した給食の提供を行っています（**写真2**）。本校ではそれ以外の日でも、毎月19日の「食育の日」に合わせて、市内産農産物を給食で提供しています。どんな食材が入っているのかは、教室へのおたよりや、給食時間の放送や掲示物で知らせています。また、社会科で町田市の学習を行っている学年が市内の畑見学に行く時期には、見学先の生産者と連絡を取り、児童が畑で見てきた野菜を給食に出し、給食時間に地産地消についてなどの指導も行います。実際に畑で見て、生産者の話を伺った野菜を給食で食べることで、地域の農産物への理解が深まるようです。また市内産農産物への愛着が湧き、生産者への感謝の気持ちも持てるようです。

ユネスコ無形文化遺産に登録された「日本人の伝統的な食文化（和食）」を、次世代へ引き継いでいき、日本の食文化を理解し、尊重する児童を育てるために、給食では和食や行事食を積極的に取り入れています（**写真3**）。和食や行事食を食べる機会が少なくなっている家庭もあり、ますますその必要性が高まっていると思います。また、今年開かれる「東京2020オリンピック・パラリンピック」に向けて、日本の食文化と世界の食文化について知り、国際理解を深めるために、世界の料理についても給食で提供しています。

保護者対象に給食試食会を実施し、試食とともに、給食の説明や食に関する話を行っています。参加された保護者には好評で、毎年多くの参加者がいます。また、給食だより等に給食のレシピをのせ、家庭でも作ってもらえるような工夫もしています。学校のホームページで毎日の給食の写真や、その日の給食についてのお知らせをしています。給食の様子を家庭に知らせ、家庭で給食を話題にしてもらいたいと思っています。

3．おわりに

今回ご紹介した例の他にも、本校では学校の教育活動のさまざまな場面で、食について体験したり考えたりする機会を作っています。そのため本校では、食への興味関心が高く、今年度取ったアンケートの結果でも、「給食が好き」「どちらかというと好き」と答えた児童が96％と非常に多く、嫌いな食べ物があっても、残さず食べる児童がほとんどで、給食の残菜も少ないです。本校の児童は素直で、学校全体としても落ち着いています。課題としては、生活時間が不規則な家庭もあり、そのような家庭への働きかけが難しいところです。そのような家庭は、給食試食会等学校からの発信を受け止めてもらい難く、発信の難しさを感

写真2　町田の米と野菜、牛乳を使った「まち☆ベジ」給食

写真3　行事食についての指導の様子

じています。そのため､食の重要性や食事の喜び、楽しさを理解し、健全な食生活を実現できる人になるための基礎を、児童自身にしっかりと根付かせる必要を感じており、そのために日々の食育を実践しているところです。

本校でも、朝食は基本的な生活習慣との関係が深く、子どものうちから良い習慣を付ける必要があると考え､「早寝・早起き・朝ごはん」の生活習慣の話は、全校朝会時の学校長の話の中に定期的に入れたり、給食だよりや保健だより、給食室や保健室前の掲示物で示したりと、継続的に行っています。朝食欠食の問題については、町田市の食育推進に関する市民アンケート調査（2017年）でも、小学生では「朝食をほとんど毎日食べる」割合が96.7%と、欠食している児童は少ない一方で、高校生では「朝食をほとんど毎日食べている割合」が80.3％という実態があるため、小学生の時に身に付いた朝食を食べる生活習慣を長く定着させることが課題になっています。

給食は、友達や先生と共に同じものを一緒に食べ、共に準備や片付けをするという時間です。家庭では食べないものでも、給食でなら食べるという児童もいます。給食がもたらす教育効果は多様です。食べることは生きることの基本です。食を大切にする児童を育てるために、日々の実践を積み重ねていきたいと思います。

成育基本法による健やか親子21の推進に期待を込めて

山梨大学大学院総合研究部医学域社会医学講座教授／
「健やか親子21（第２次）」の中間評価等に関する検討会委員　山縣　然太朗（やまがた　ぜんたろう）

1．はじめに

健やか親子21（第2次）の中間評価は全52指標についての評価の結果、34指標（65％）が改善しており、大きく悪化した指標はなく、おおむね順調に推進されていることがうかがえる。一方で、いくつかの課題も明らかになった。その一つが、母子保健における都道府県の役割が十分に果たされていないことである。これは、母子保健施策推進の在り方に係る問題である。地域保健法などにより住民サービスのほとんどを市区町村が担うことになったとはいえ、高度専門知識・技術の提供や健康の地域格差是正のための助言、精度管理や情報利活用の支援など、都道府県が市区町村と連携してすべきことは多い。

本稿では、健やか親子21（第2次）の中間評価で示された今後検討が必要な項目、および2018年12月に成立した成育基本法施行における健やか親子21の位置付けの視点から、母子保健の在り方について期待を述べる。

2．新たな指標と今後の検討項目

1．新たな指標

検討会では中間評価の際に一部の指標を見直すとともに、新たな指標として、梅毒の罹患率が加わった。これは、梅毒の罹患率が近年増加の一途をたどっていることを背景としている。

また、参考指標として、子どものスポーツ機会の充実・体力向上に関する指標と、虐待とドメスティックバイオレンス（DV）に関する指標が加わった。運動に関する指標は健康日本21（第二次）の「次世代の健康」として「健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもたちの割合の増加」が目標として掲げられていることに歩調を合わせたものである。DVに関する指標は、2019年に成立した「児童虐待防止対策の強化を図るための児童福祉法等の一部を改正する法律」において、DV対策の強化および関係機関の連携強化について盛り込まれるなど、虐待とDVに関連する指標の重要性が認識されたためである。

2．今後検討が必要な項目

今回の検討会では新たな指標として追加するには至らなかったが、今後に向けて検討が必要な項目として、次のことが挙げられた。

（1）産後メンタルヘルス対策についてのポピュレーションアプローチの指標の必要性

産後のホルモン動態の急激な変化や子育ては、ほとんどの産婦のメンタルヘルスに大きな影響を与える。そのため、質問票によるスクリーニングを行うハイリスクアプローチだけでなく、ポピュレーションアプローチも重要である。しかしながら市区町村が行っているポピュレーションアプローチに関する指標がなく、実態を把握できていないのが実情である。そのため、産後メンタルヘルスに関する市区町村の取り組みについて実態を把握する必要がある。

（2）父親の育児参加や心身の健康に関する指標の必要性

父親の育児への取り組み状況は大きく変化している一方で、父親の心身の健康の実態については

十分に把握されていない。父親の約10％が産後うつを発症するという報告もある。また、共働き世帯が増加する中で、働きながらも積極的に育児をしている母親・父親が子どもと過ごす時間や、里帰り出産によって子育てのスタート時期に父親が不在であることの影響等についても検討の対象となる。

このような状況を踏まえ、父親の育児参加や心身の健康に関する新たな指標の研究が必要である。

(3) 口腔機能の発達に関する指標の必要性

小児期において注意すべき点には、虫歯の予防のみならず、成人期の歯周病発症につながる歯肉炎対策、歯並びや噛み合わせ、口腔機能の問題などもある。自らの健康管理のためにも、家庭や学校において、歯磨きやよく噛むことについての教育が重要である。また、成長に合わせた対応が必要な面もあるため、口腔機能の発達に関する指標を設定することが望ましく、歯科保健分野全体の取り組み状況について注視していく必要がある。

(4) ICT（情報通信技術）が子どもの健康、子育てに及ぼす影響に関する指標の必要性

国際疾病分類の第11回改訂版（ICD-11）においてゲーム依存症が疾患の対象に含まれたことや、子育てにスマートフォンを利用することに関して懸念を感じている親が多いといった現状を踏まえ、スマートフォンなどのICT端末が子どもの発育や子育てに及ぼす影響等について、今後知見を集積し、それを踏まえた指標の設定について検討する必要がある。

3. 成育基本法がもたらす影響と期待

1. 成育基本法

「成育基本法」（**図1**）は、正式名称を「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必

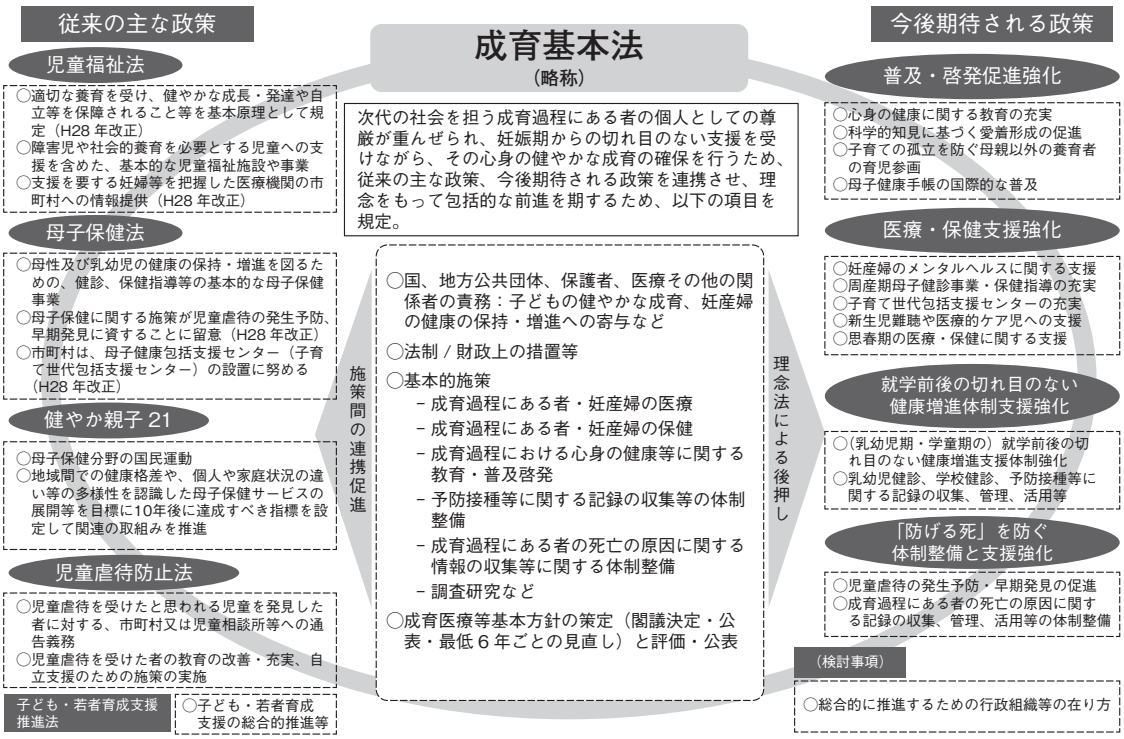


図1 「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律案」によって実現を目指す政策群

出典）超党派「成育基本法推進議員連盟」資料

要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律」と称し、2018年12月14に公布され、2019年12月1日に施行された。

「成育基本法」は、成長過程にある子どもおよびその保護者、並びに妊産婦に対して、必要な成育医療を切れ目なく提供するための施策を総合的に推進することを目的とする理念法である。子どもの健全な育成は国や都道府県、市区町村、関係機関の責務であることを明記し、保護者の支援を含め、教育、医療、福祉などの分野の連携を規定している。

また､政府は「成育医療等基本方針」を策定し、必要な財政措置を行い閣議決定することや、基本方針の作成に当たっては厚生労働省内に医療従事者や有識者から成る「成育医療等協議会」を設置し、その意見を聴くこと等が規定されており、その準備が進められている。

2. 健やか親子21および母子保健計画の法制化

母子保健施策を実施するに当たって、その基盤となる母子保健計画の策定は不可欠である。しかし、母子保健法を含めた関連法規による法的根拠は必ずしもなく、基づけるものは1996年の「母子保健計画の策定について」という厚生省児童家庭局母子保健課長通知（平成8年5月1日児母第20号）のみであった。しかし、2003年の次世代育成支援対策推進法による市町村行動計画の策定が義務付けられたために、母子保健計画はその中に包含してよいこととなり、母子保健計画を単独で策定する自治体が急速に減少した。その後、健やか親子21の最終評価での母子保健計画策定の必要性の指摘により、2014年に厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知（平成26年6月17日雇児発0617第1号）として、「母子保健計画について」で作成の指針を示したが、法律による規定がないためか、全ての都道府県、市区町村で母子保健計画を策定しているわけではないのが現状である。

2000年から推進されている健康日本21は2003年の健康増進法の施行により法的裏付けを得ることができた。これにより、第25条に規定された受動喫煙の防止が注目を浴び、その後、受動喫煙防止法にまで展開された。また、健康日本21を推進するために、自治体が健康増進計画を策定することとなった。法的根拠が自治体活動にとって最も重要な理由であることは疑う余地がない。成育基本法が健やか親子21および母子保健計画の法的根拠として位置付けられることを切に望む。

3. 連携の強化と情報の利活用

成育基本法の対象となる成育過程にある者について、第2条で「成育過程」定義を次のように定めている。「『成育過程』とは、出生に始まり、新生児期、乳幼児期、学童期及び思春期の各段階を経て、おとなになるまでの一連の成長の過程」。これまで、妊娠期、周産期、乳幼児期、学童期、思春期の各ステージにおける健康支援を切れ目なく行うことが重要であるとの認識からさまざまな対策、連携が図られてきた。だがこれを機にそのグランドデザインをあらためて確認し、最新の知見と技術を取り入れて、現在の課題にマッチした見直しをする必要がある。そのキーワードは情報の共有、分析といった情報の利活用である。2020年から妊婦健診、乳幼児健診データのデジタル化とマイナポータルの活用システムが稼働することが決まっており、学校健診データについても同様の検討がなされ、その基盤整備は急速に進んでいる。成育基本法の第15条には情報を利活用する体制整備とそれに必要な施策を講じるものと規定されており、情報の利活用をキーワードにステークホルダーの役割を明確にし、連携が強化され、支援の質が向上することを期待したい。

4. おわりに

健やか親子21（第2次）の中間評価は成育基本法の施行を見据えて、成育基本法における成育医療等基本方針の策定に当たり、現在の母子保健の

課題と方略を明確にすることが期待されていると認識している。一方で、健やか親子21（第2次）は第1次の時には含まれていた医療分野についての指標をほとんど含んでいない。医療や福祉分野の課題と方略もあらためて整理をして、成育過程にある者とその家族および妊婦の心身の健やかな健康を確保するために、関連団体等が協働できる保健、医療、福祉の包括的、継続的な総合施策を示した基本方針の策定を期待したい。

【参考資料】

「健やか親子21（第2次）」の中間評価等に関する検討会報告書「健やか親子21（第2次）」の中間評価等に関する検討会　2019

母子保健情報誌　第 5 号　2020 年 2 月 28 日発行

発 行 所：一般社団法人日本家族計画協会
〒 162-0843　東京都新宿区市谷田町 1-10　保健会館新館
TEL 03-3269-4727　FAX 03-3267-2658
印 刷 所：株式会社エイチケイグラフィックス

※許可なく複製・複写・転載することを禁じます

本誌は、厚生労働省子ども家庭局母子保健課の 2019 年度委託事業の一部として一般社団法人日本家族計画協会が作成したものです。

母子保健情報誌 05

2020年2月28日発行

※許可なく複製・複写・転載することを禁じます