

学校保健委員会答申

社会情勢の変容を踏まえた
学校健康診断に関する諸課題の再検討

令和 8 年 5 月

日本医師会学校保健委員会

令和 8 年 5 月

日本医師会
会長 松本 吉郎 殿

学校保健委員会
委員長 加藤 智栄

学校保健委員会答申

令和 6 年 10 月に開催いたしました第 1 回委員会において、貴職より「社会情勢の変容を踏まえた学校健康診断に関する諸課題の再検討」について諮問を受けました。

これを受けて、本委員会では令和 6 年度、令和 7 年度の 2 年間にわたり検討を行い、このたび審議結果をとりまとめましたので、ご報告いたします。

学校保健委員会 委員

委員長	加藤 智栄	山口県医師会	会長
副委員長	浅井 秀実	栃木県医師会	副会長
副委員長	弓倉 整	日本学校保健会	専務理事
委員	浅井 俊弥	日本臨床皮膚科医会	副会長
委員	朝比奈 紀彦	日本臨床耳鼻咽喉科医会	理事
委員	新井 貞男	日本臨床整形外科学会	理事長
委員	新垣 義夫	若年者心疾患・生活習慣病対策協議会	副会長
委員	荒木 啓伸	北海道医師会	常任理事
委員	磯貝 光治	岐阜県医師会	常務理事
委員	金生 由紀子	日本児童青年精神医学会	理事
委員	吉川 清志	高知県医師会	常任理事
委員	近藤 永子	日本眼科医会	常任理事
委員	佐々木 司	東京大学	名誉教授
委員	佐藤 正浩	岡山県医師会	会計担当理事
委員	高木 純一	宮崎県医師会	常任理事
委員	立元 千帆	鹿児島県医師会	常任理事
委員	辻野 智香	全国養護教諭連絡協議会	会長（R7.6まで）
委員	新澤 岳	茨城県医師会	常任理事
委員	林 伸樹	兵庫県医師会	理事
委員	弘瀬 知江子	東京都医師会	理事
委員	深澤 洋幸	静岡県医師会	理事
委員	福嶋 孝子	秋田県医師会	常任理事

委員	松下 享	日本小児科医会 副会長
委員	宮国 泰香	日本産婦人科医会 幹事
委員	森口 久子	大阪府医師会 理事
委員	吉田 真弓	全国養護教諭連絡協議会 会長 (R7.9 から)

学校健康診断に関するワーキンググループ

委員長	弘瀬 知江子	東京都医師会 理事
委員	立元 千帆	鹿児島県医師会 常任理事
委員	西川 美紀	全国養護教諭連絡協議会 副会長
委員	林 伸樹	兵庫県医師会 理事
委員	森口 久子	大阪府医師会 理事

メンタルヘルスに関するワーキンググループ

委員長	小林 潤一郎	明治学院大学心理学部教育発達学科 教授
委員	金生 由紀子	日本児童青年精神医学会 理事
委員	佐々木 司	東京大学 名誉教授
委員	辻野 智香	全国養護教諭連絡協議会 前会長
委員	三牧 正和	帝京大学医学部小児科学講座 主任教授

(委員、五十音順)

(肩書は最終委員会開催日：令和8年4月9日時点)

学校保健委員会答申
【目次】

I. 答申の要旨	1
II. 学校健診に関する提言（概要）	4
III. 児童生徒のメンタルヘルスに関する提言（概要）	6
IV. 総括	8

【資料】

- 学校健診に関する提言
- 児童生徒のメンタルヘルスに関する提言

I. 答申の要旨

日本医師会会長諮問「社会情勢の変容を踏まえた学校健康診断に関する諸課題の再検討」を踏まえ、委員会での検討を行った。

従来の学校保健では身体健康診断が主であったが、学校医不足の地域でどのような健診が最も合理的であるかを追求する必要と、不登校やいじめ・自殺の増加は喫緊の取組を要する児童生徒のメンタルヘルス問題であり、各々の課題に対するワーキンググループを作り、提言をまとめた。

国の発展の礎は、教育であり、学校教育の礎は心と体の健康の拠り所である学校保健である。我が国の学校保健は身体面では国際的に見て高い水準にあるが、心理面では遅れており、財政支援や体制作りが必要である。

学校健診に関して：以下6つの観点からまとめた。

学校健診の期日：学校健診は4月1日から6月30日までに実施することが学校保健安全法施行規則で定められているが、学校医不足等により6月30日までに実施できない地域が多く存在している。養護教諭も実施可能な測定は原則6月30日までに実施し、学校医不足等により全国统一の期日を設けることが困難な項目に関しては、年度内のできるだけ早い時期に実施することを提案する。

重点的健診：重点的健康診断は、十分な医師を確保できない場合に限り、医学的判断で重点的に健診を行うべき学年を定め、それ以外の学年には保健調査を実施することにより質を担保する健診であり、現時点でも多くの自治体で実施されている。どうしても学校医の確保が困難な地域では、少ない専門医を効率的に活用し健診の質を確保する対応策の一つである。

保健調査：学校健康診断は限られた時間の中で実施するため事前に児童生徒の健康情報を把握しておくことが大切である。保健調査票や学校生活管理指導表等の情報を養護教諭から得られる成長曲線等と併せて活用することにより、効率的かつ精度の高い健康診断を行うことができる。また、保健調査票を通じて保護者と学校が情報共有することは学校健康診断を理解していただくことや事後措置の対応に効果的である。

不登校者・通信制学校通学者の健診：不登校児童生徒の学校健診の場として、学校健診、学校医診療所健診、かかりつけ医健診等が考えられる。それぞれの地域で実施可能な選択肢を増やし、医療、必要であれば社会福祉に繋がるような学校健診が望ましい。通信制高校に通う生徒に対しても、学校健診は自身の健康課

題に向き合う良い機会として捉え、疾病等の早期発見、及び進学、就労時に必要なことも認識できるよう指導する。

学校保健を利活用した健康教育：学校健診の結果を単なるデータとして扱うのではなく、健康教育の教材や資源として活用する。単なる検査ではなく児童生徒が自らの健康について考え、行動を変容させる教育的機会として位置づける。

養護教諭から学校医への要望に応える：プライバシーや心情に配慮した実施方法や日程調整等、健康診断の事前準備における連携をとると共に事後措置における情報共有等、学校医と養護教諭は日頃からコミュニケーションを大切に

する。

メンタルヘルスに関して：

教育と医療の連携：児童生徒のメンタルヘルスはさまざまな形で低下し、年齢や発達段階により主要な問題や表れ方が異なる。その対策は、疾患の治療から活動参加の意欲や自己肯定感を高める健康増進まで連続的に行うことが効果的であり、教育と医療の連携が不可欠であるが、連携の公的な仕組みは整っていない。

児童生徒のメンタル不調に気付くには、担任による直接観察を基本に ICT による健康観察の活用が期待される。質問紙による方法もあるが、アプリやツールは今後の検討課題とする。いずれもスクリーニング後の一段詳しいチェックとケアにつなげる対応が課題となる。教育相談に関する教員研修や養護教諭による相談対応などがなされているが、学校だけの対応には限界がある。教育と医療が協働して児童生徒のメンタルヘルスを支える体制を整える必要がある。教育と医療の連携の目的は受診を促すだけでなく、初期対応の支援体制を整えることにある。学校全体の健康度を高めるにはメンタルヘルスリテラシー教育が重要となる。

メンタルヘルスの重点対象：メンタルヘルスの問題は広範で全年齢層が対象であるので最も効果が上がると考えられる年齢層を対象とする必要がある。本答申では、発達障害のある児童に注目し、そのような児童が失敗体験を重ねてメンタルヘルスが低下することに鑑み、早期の対応が効果的と考えられる小学校低学年に焦点をあてる。教師が児童の発達特性に伴う困難を理解し、学習環境を調整して支援するのを医療が支え、児童のメンタル不調を予防する。

具体的な対応：教育委員会が子供のこころと発達を専門とする専門医を小学校に派遣し、教室で児童の行動を観察して教師とコンサルテーションする仕組みを整えることが望まれる。専門医の人数や地理的条件など地域の実情を踏まえ、この実現に向けた課題の整理・解決に努めることが期待される。特別支援教

育コーディネーターを全校専任配置してこれを円滑に実施する。児童・保護者にメンタルヘルスリテラシー教育の機会を設ける。保護者の同意のもと、5歳児健診で支援が必要とされた幼児の情報を就学後の支援に活用する。

メンタル不調を生じ始めている児童についても同様の仕組みを整え、受診が必要な場合には学校医がハブとなって地域の医療機関を紹介できる体制が必要である。医療機関の見立てや治療方針などを学校が支援に活用できるよう、学校医には情報共有のハブとしての役割も期待される。養護教諭が学校医と教職員をつなぐ役割を十分果たせるように、養護教諭を複数配置する小学校を増やす。

Ⅱ.学校健診に関する提言（概要）

社会の急激な変化に伴い学校を取り巻く環境も変化し、児童生徒の健康に対する課題が多様化・複雑化してきている。特に、不登校や自殺などの問題行動の増加、発達障害を有する児童生徒への対応など、これまでの学校健康診断の項目では対処できない課題が増えている。そこで本WGでは喫緊の課題として6つを挙げ、提言を行う。

■学校健診の期日

学校健診は4月1日から6月30日までに実施することが学校保健安全法施行規則で定められているが、学校医不足等により6月30日までに実施できない地域が多く存在している。折衷案として医師以外の養護教諭も実施可能な身長、体重、視力、聴力などの測定は6月30日までに実施することとし、学校医不足等により全国統一の期日を設けることが困難な項目に関しては、年度内のできるだけ早い時期に実施することを提案する。

■重点的健康診断

重点的健康診断は、日本耳鼻咽喉科頭頸部外科学会と日本臨床耳鼻咽喉科医会が発刊している「耳鼻咽喉科健康診断マニュアル」に記載されている。十分な医師を確保できない場合に限り、医学的判断で重点的に健診を行うべき学年を定め、それ以外の学年には保健調査を実施することにより質の担保をしている健診システムであり、現時点でも多くの自治体で実施されている。もちろん、全員健診が円滑に実施されている地域ではそれを維持することとし、どうしても困難な地域では、少ない専門医を効率的に活用し健診の質を確保する対応策の一つとして、この考え方を応用することを提言したい。

■保健調査等の重要性

学校健康診断は限られた時間の中で実施するため事前に児童生徒の健康情報を把握しておくことが大切である。保健調査票や学校生活管理指導表等の情報を養護教諭から得られる成長曲線等と併せて活用することにより、効率的かつ精度の高い健康診断を行うことができる。また、保健調査票を通じて保護者と学校が情報共有することは学校健康診断を理解していただくことや事後措置の対応に効果的である。

■不登校者、通信制学校通学者の健診

不登校児童生徒の学校健診の場としては①学校健診②学校医診療所健診③かかりつけ医健診④その他（オンライン健診等）が考えられる。それぞれの地域で実施可能な選択肢を増やし、医療、必要であれば社会福祉に繋がるような学校健

診が望ましい。

通信制高校に通う生徒に対しても、学校健診は自身の健康課題に向き合う良い機会として捉え、疾病、体調不良の早期発見、及び進学、就労時に必要なことも認識できるよう指導する。

■学校健診を利活用した健康教育

学校健診の結果を単なるデータとして扱うのではなく、健康教育の教材や資源として活用する。単なる検査ではなく児童生徒が自らの健康について考え、行動を変容させる教育的機会として位置づける。

■養護教諭から学校医への要望に応える

プライバシーや心情に配慮した実施方法や日程調整等、健康診断の事前準備における連携をとると共に事後措置における情報共有等、学校医と養護教諭は日頃からコミュニケーションを大切にする。

Ⅲ.児童生徒のメンタルヘルスに関する提言（概要）

児童生徒のメンタルヘルスはさまざまな形で低下し、年齢や発達段階により主要な問題や表れ方が異なる。その対策は、疾患の治療から活動参加の意欲や自己肯定感を高める健康増進まで連続的に行うことが効果的であり、教育と医療の連携が不可欠である。

児童生徒のメンタル不調に気付くには、担任による直接観察を基本に ICT による健康観察の活用が期待される。質問紙による方法もあるが、アプリやツールは今後の検討課題とする。いずれもスクリーニング後の一段詳しいチェックとケアにつなげる対応が課題となる。教育相談に関する教員研修や養護教諭による相談対応などがなされているが、学校だけの対応には限界がある。教育と医療が協働して児童生徒のメンタルヘルスを支える体制を整える必要がある。教育と医療の連携の目的は受診を促すだけでなく、初期対応の支援体制を整えることにある。学校全体の健康度を高めるにはメンタルヘルスリテラシー教育が重要となる。しかし教育と医療の連携の公的な仕組みは整っていない。

そこで児童生徒のメンタルヘルスのための教育と医療の連携の仕組み作りを推進する。本提言では発達障害のある児童への支援に注目し、失敗体験を重ね、メンタルヘルスが低下してしまう前の小学校低学年に焦点をあてる。教師が児童の発達特性に伴う困難を理解し、学習環境を調整して支援するのを医療が支え、児童のメンタル不調を予防する。具体的には、教育委員会が子供のこころと発達を専門とする専門医を小学校に派遣し、教室で児童の行動を観察して教師とコンサルテーションする仕組みを整える。そのためには各教育委員会が予算措置を講じる必要があり、専門医が協力しやすいよう診療報酬の引き上げが望まれる。特別支援教育コーディネーターを全校専任配置してこれを円滑に実施する。同時に児童・保護者にメンタルヘルスリテラシー教育の機会を設ける。加えて保護者の同意のもと、5 歳児健診で支援が必要とされた幼児の情報を就学後の支援に活用する。

メンタル不調を生じ始めている児童についても同様の仕組みを整え、受診が必要な場合には学校医がハブとなって地域の医療機関を紹介する。医療機関の見立てや治療方針などを学校が支援に活用できるよう、学校医には情報共有のハブとしての役割も期待される。養護教諭が学校医と教職員をつなぐ役割を十分果たせるように、養護教諭を複数配置する小学校を増やす。

小学校中学年以降、特に思春期では精神疾患の発症、自殺など、気付かれない

まま問題が深刻化することから、教育と医療、福祉、司法の連携システムの構築が必要である。

IV. 総括

今期の日本医師会学校保健委員会は令和6年10月2日に第1回委員会を開催した。松本吉郎会長からの諮問「社会情勢の変容をふまえた学校健康診断に関する諸問題の再検討」を受け、答申に向けてスタートを切った。

本委員会は、各都道府県医師会、各専門医会・協議会、東京大学、および日本学校保健会からの委員25名で構成され、その後約2年間にわたり、8回の委員会を開催した。また委員会傘下に学校健診に関するWG(5名)とメンタルヘルスに関するWG(5名)を設けた。それぞれのWGが検討した内容を毎回委員会に報告し、全委員で議論を重ね、この答申をまとめ上げた。

委員会で討論を重ねることにより、学校医不足が深刻な問題になっている地域があることが判明した。特に耳鼻咽喉科医と眼科医の不足は顕著で、やむを得ず重点的健診で乗り切っているところもあった。学校医不足により、期日内での健診の実施が難しい地域もあり、6月30日という期日についての検討もおこなった。学校健診を効率的かつ精度の高いもの、かつプライバシーに配慮したものにするには、事前の保健調査と学校とのコミュニケーションが重要と考えられた。また、不登校者、通信制学校通学者等についても検討した。教育と医療が連携し、児童生徒のメンタルヘルスを支える体制整備も重要と考え、児童生徒のメンタルヘルスに関する提言も記載した。学校保健や学校健診、そしてメンタルヘルスについて、学校全体の健康度を高めるにはヘルスリテラシー教育が重要という意見で一致した。

本答申のターゲットを日本医師会のみならず、文部科学省、中央教育審議会、厚生労働省、都道府県医師会・市区医師会とし、特に、文部科学省には、政策に反映してもらえる内容にすべく留意した。

子供たちや国民の将来の健康のために、この答申は非常に重要な提言である。このことが広く伝わる必要があると考えている。引き続き、文部科学省をはじめ、関係機関・団体等へ働きかけていく。

おすびに、この答申が、将来の学校健診に資することを期待してやまない。

【資料】

■学校健診に関する提言

目次

1. はじめに	2
2. 学校健診の期日について	2
3. いわゆる重点的健康診断（重点的健診）について	4
4. 保健調査等の重要性の再認識について	5
5. 不登校者、通信制学校通学者の健診について	5
6. 学校健診を利活用した健康教育	8
7. 学校健診において、養護教諭から学校医へ希望すること	10
8. あとがき	11

1. はじめに

社会の急激な変化に伴い学校を取り巻く環境も変化し、児童生徒の健康に対する課題が多様化・複雑化してきている。特に、不登校や自殺などの問題行動の増加、発達障害を有する児童生徒への対応など、これまでの学校健康診断の項目では対処できない課題が増えている。学校医は、学校における健康診断でこのような児童生徒にどう接していく必要があるのか、また、学校医のなり手が少なくなる状況下で、今後どのように学校における健康診断を継続するのか、養護教諭とはどのように連携をとっていく必要があるのか、早急に方向性を定める必要がある。

この度は、喫緊の課題である「学校健診の期日について」、「いわゆる重点的健康診断について」、「保健調査等の重要性の再認識について」「不登校者、通信制学校通学者の健診について」、「学校健診を利活用した健康教育」、そして「学校健診において、養護教諭から学校医へ希望すること」について、提言を行う。

2. 学校健診の期日について

学校健診は4月1日から6月30日までに実施することが学校保健安全法施行規則で定められている。これは学校において水泳の授業が始まる前に済ます必要があるためと認識されていることが多いが、実際には実施時期に関して水泳と関連した記述は確認できない。

新年度の出来るだけ早い時期に学校健診を行い、「必要な児童生徒には受診勧奨を行うことで安全で健康な学校生活を送ることができるようにする」というのが実施時期を早めに設定する最大のメリットであり、年度はじめの短い期間で実施時期が決まっているほうが、他の学校行事より優先的に健診日程を組み込みやすく、学校側はスケジュールがたてやすい。さらに全国的に実施時期をあわせることで、地域ごとの比較、経年的な統計の比較をすることが可能になる。また学校健診の結果は、学校保健統計調査として文部科学大臣に9月30日までに調査票を提出する必要もある。

これらを総合すると新年度の早い時期、6月30日までに学校健診を実施するという現在の制度は妥当といえる。しかしながら、学校医不足等により6月30日までに実施できない地域が全国には多く存在していることも事実である。特に医師が不足している眼科、耳鼻科では1人の医師が10校を超える学校の健診を行うこともあり、専門医がいない地域では都市部から専門医を派遣してもらい巡回してやりくりしていることも珍しくない。このような状況では6月30日までに終了することは困難であり柔軟な対応が求められる。

<具体的な案>

- (1) 従来通りの6月30日を期日とする。
- (2) 1学期終了までに実施する。
- (3) 学校が実施できるものは従来通り6月30日を期日とし、医師による健診は地域ごとの事情を考慮のうえ、年度内のできるだけ早い時期に実施する。

(1)の6月30日までは従来通りであり、可能であれば変更する必要がないのだが、実際には実施困難な場合があるため現状にはそぐわない。

(2)の1学期終了までというのは後述の(3)との折衷案のようなもので、少しゆとりはもたせるが期日は設定するというものである。

教育現場は期日を定めたほうが健診の実施計画をたてやすく、事後対応も行きやすいため、(1)か(2)の案を希望する声が大きと思われる。しかし、医師不足の地域などでは(3)の期日を設けず年度内に実施とするしか手段がないとも言える。

(1)や(2)の案でも「特別な場合」や「やむを得ない事由」があれば実施は年度内でよいと思われるが、期日があると教育委員会、学校側から必ず期日内に実施するよう要請されることが多いため、結果的に現状とさほど変わらず柔軟な対応とはならない可能性が高い。また、期日を設けた場合は、やむを得ない事由で健診時期が遅くなった場合でも、病気の発見が遅れて健康被害が起こったのは実施時期を守らず健診が遅かったためではないかと責任を指摘される可能性も危惧される。

そこで、(3)の学校が実施する、身長、体重、視力、聴力などの測定、検査は6月30日までに実施することとし、「医師による健診など地域や診療科によって事情が異なり全国統一の期日を設けることが困難な部分に関しては、期日は記載せずに、年度内のできるだけ早い時期に実施する」とすることが現実的である。医師不足以外の事由の一例として、耳鼻科健診を春の花粉症シーズンの最中に行わず1学期後半から2学期に行うほうがよいという意見もあり、健診項目によっては必ずしも春先が適切な時期ではない場合もある。これらへの柔軟な対応策として、期限を設けない規定にしておいて、各地区の状況にあわせて医師会と教育委員会で、どの健診をいつ実施するかなどを協議していただくことを提案したい。

期日を設けない場合のデメリットとしては、疾病の発見が遅れる可能性があること、転居の際などに転校先と学校健診時期が異なるために受ける機会が失われる可能性があることなどがあげられる。転校の場合は長期欠席者に対する健診の対応に準じることで解決できると考えられる。また、成長期の子供では、1年度の間でも実施時期によって大きく変化する身長、体重の測定などは学校で測定できる項目であり、できるだけ新学期の早い時期に全国的に実施時期を統一しておいたほうが望ましく、項目ごとの具体的な実施時期に関しては更なる協議が必要である。

本WGとしては、学校健診の期日に関しては、健康診断の趣旨を十分に踏まえ、対応可能な健診項目(例えば、体重・身長測定、聴力、視力等)は6月30日までの実施を推進する。上記以外の項目はできるだけ速やかに実施する。適正な健診時期の確保を図る観点から必要に応じて柔軟に学校医と教育委員会、学校との協議を進め、児童生徒の健康を最優先に考え対応する。

3.いわゆる重点的健康診断（重点的健診）について

重点的健診という考え方は、耳鼻咽喉科学校医普及率向上を目指して日本耳鼻咽喉科学会（当時）が提案したものである。耳鼻咽喉科領域では過去の調査から、小・中学校ともに有疾者は入学初年度に多く、その後新規発症は比較的少ないという傾向を踏まえ、特定学年を中心に全員健診を行い、それ以外は必要に応じて実施する方法が検討された。具体的には学校健診の必要性が高い学年と、そうでない学年とに分け、前者にはより精度の高い健診すなわち「重点的健康診断」を行う。そして学校健診の重点化によって生ずる時間的余裕を機能検査に振り当て、静的健診から動的健診への転換を図るとともに、健康相談や保健指導などに力を注ぐことを目標とした。

重点的健診方式が議論された背景には、学校医の担い手が地域の開業医であり、内科学校医を担える医師の数に比して、耳鼻咽喉科の学校医の担い手が圧倒的に少ないという事情があった。実際、ある地区において内科学校医を務められる医師は複数人いても、耳鼻咽喉科医および眼科医は一人もしくはいないということは珍しいことではない。

例えば、離島やへき地を多く抱える地域では、専門医不足により一人の医師が多数の学校を担当するなど、学校医の負担が極めて大きい状況がみられる。このような地域では大学からの派遣等により健診体制を維持している例もあるが、その継続には限界が指摘されている。また昨今では全国的に開業医の高齢化や継承者不在、新規学校医のなり手不足が問題となっている。現在、全員健診が円滑に実施されている地域や診療科は、できるだけ現状を維持することに努めていただき、学校医不足等により全員健診の実施が困難な場合には、重点的健診の導入を検討する余地がある。その際には、地域の実情を踏まえ、地区医師会、専門医会、自治体、学校関係者が十分に協議し合意形成を図った上で、実施可能な方法により適切に運用することが望まれる。重点的健診は、限られた人的資源の中で健診を継続するための一つの方策であり、その導入にあたっては、必要な制度整備と各健診内容に応じた質の担保が不可欠である。

例えば鹿児島県は、28の有人離島をもち、43ある市町村のうち非医療過疎地域は鹿児島市のみとなっている。必然的に鹿児島市以外の学校医の負担は大きく、耳鼻咽喉科医および眼科医はクリニックの所在する市町を超えて10件近くの学校医を掛け持ちしている医師は少なくない。鹿児島県のある市においては、受け持つ学校数が多いためにそれぞれの学校保健委員会に参加できないことを理由に、耳鼻咽喉科医と眼科医は「学校医」ではなく「学校健診医」として定め、内科学校医に比較して著しく低い報酬となっている。別の地区では、耳鼻咽喉科医および眼科医が不在もしくは足りないことから、鹿児島大学病院のそれぞれの医局から派遣されているが、片道2時間以上の行程であるにもかかわらず、単発の健診であり「学校医」ではないとして、著しく低い報酬となっている。大学病院の医師による耳鼻咽喉科学校健診は、43市町村のうちすでに15市町村で行われており、大学病院からの派遣も限界に近いことが予想される。

昨今では全国的に開業医の高齢化や継承者不在が問題となっている。そのような中、たと

例えば 20 の学校がある地域で 2 つの耳鼻咽喉科クリニックのうちの 1 つが閉院することになった場合、残った 1 つのクリニックが 20 校の学校医を務めることができるであろうか？このような際に、健診学年が半分でよいということになれば、残った健診医師の負担軽減に寄与する。今後地域の学校医が減った場合に、健診学年のあり方を検討していくことが学校医の維持につながる可能性がある。

また、重点的健診を導入した場合、健診学年ではない児童生徒でも、保健調査などを踏まえ健診を希望する際には、これまでよりも多くの時間と注意を割けることになる。

学校健診は多くの児童生徒を安価にスクリーニングできる良いシステムであるが、健診医師がいなくては継続困難であり、さまざまな地域に対応ができるよう柔軟性を持たせた健診体制が望まれる。

地域差はあるが、専門医の不足、偏在という構造的問題は耳鼻咽喉科だけでなく内科、眼科健診も同様と思われる。全員健診が円滑に実施されている場合はそれを維持することとし、学校医不足等により全員健診の実施がどうしても困難な場合には、地域の事情に応じ、この「重点的健診」の考え方を応用することを提言したい。

4.保健調査等の重要性の再認識について

学校健診は限られた時間の中で行うため、事前の準備が重要である。校長の指導のもと、保健主事、担任、養護教諭が連携し、学校全体として学校健診に取り組むことが求められる。効率的かつ精度の高い学校健診を行うためには、担任や養護教諭等が事前に保健調査票や成長曲線、学校生活管理指導表等で児童生徒の健康状態を把握し、学校医に伝えることが重要となる。また保健調査によって児童生徒の健康に関する情報を保護者に提供してもらうことにより、児童生徒が円滑な学校生活を送るうえで必要な健康情報は何か、保護者自身も知識を深めることができる。

全国には耳鼻咽喉科学校医・眼科学校医による健診が行われていない学校が少なからず存在する。そのような学校では、現状では内科校医による対応を余儀なくされている。耳鼻咽喉科・眼科学校医あるいは健診医の配置を進めることが第一であるが、「内科校医で施行可能な耳鼻咽喉科・眼科領域の健診法」が問われることもある。しかし専門性を有する領域であるため、保健調査票を有効活用することが重要となる。

保健調査票の内容は、簡潔でありながら耳鼻咽喉科・眼科領域の学校健診を補うに十分な項目とする。保健調査票の内容を参考として、実際の健診結果から総合的にスクリーニングし、専門医受診の必要性が少しでもあれば受診を勧めることが望ましい。

5.不登校者、通信制学校通学者の健診について

(不登校児童生徒の健康課題)

文部科学省の調査では令和 6 年度全国の不登校者数は小・中学校生徒 35 万 4 千人、そ

のうち90日以上欠席者は19万2千人に上る。過去最多である。近年急速に増加している不登校児童生徒の健康管理は背景にある家庭環境も含めて検討すべき課題である。

不登校児童生徒の身体的症状には、起立性調節障害、アトピー性皮膚炎、気管支喘息、過敏性腸症候群、慢性疼痛などの疾患によるものがあるが、小児の固有性として精神的ストレスが身体症状化しやすい、ストレス耐性が低い、環境の影響を受けやすいなどの特徴があることが指摘されている¹。また神経発達症の診断率が高くなっていることで、学校になじめない児童生徒が一定数を占めることも想定される。さらに日本語が不自由な外国籍の児童生徒の中には、学業不振または登校しぶりとして対応されている場合もあり注意を要する。このように不登校の状態が持続することで、身体活動性の低下、社会活動性の低下が健康上のリスクとなりえる。コロナ禍後、不登校児童生徒は低年齢化が顕著であり、低年齢で不登校気味になると、学校で学ぶべき集団活動、学習及び課題遂行力、コミュニケーション力と言った、学校生活活動スキルの十分な習得がなされず、自己肯定感が低く、心身症状の出やすい傾向となる。小学校の不登校は中学校の不登校に繋がり、高校のドロップアウトの経過をたどることが少なくない。その後に社会参加する場合も職場定着率が良好とはいえない。近年不登校児童生徒の高校の進路として、通信制高校の需要が高まっていることから、通信教育を受ける児童生徒にも同様の健康問題が内在している可能性がある。特に通信制高校生には家庭背景として、ヤングケアラー、共働き世帯、ひとり親世帯、保護者自身の精神疾患により養育力が低い家庭が多いという状況を把握したうえで学校健診を実施することが重要である²。

(不登校児童生徒の学校健診の実際)

学校健診については学校保健安全法第一条にその目的が明記されているが、第十三条に「学校においては、毎学年定期に、児童生徒等（通信による教育を受ける学生を除く）の健康診断を行わなければならない」と明記されており、学校安全法施行規則第五条には「ただし、疾病その他やむを得ない事由によって当該期日に健康診断を受けることができなかった者に対しては、その事由のなくなった後すみやかに健康診断を行うものとする」とある。

不登校者の学校健診については、上記の現状を十分踏まえた上で学校医の関わりが重要である。最も実効性の高い方法として、学校医が学校健診以外で出務する日に個別に健診を受けることが想定される。例えば、行事前健診、学校保健委員会、健康相談などのタイミングで学校医が出務した際に実施される可能性が高い。すでに健診当日欠席者に対して実施している学校も多く、長期欠席者も他の児童生徒に接しなくても良いため、この機会に登校

¹ 日本小児心身医学会（2025年10月）：小児心身医学会ガイドライン集 改訂第3版

² 株式会社富士通総研（令和6年3月）：高等学校における教育の質確保への対応のための調査研究（高等学校の現状に係る調査・分析に係る調査研究） 定時制・通信制の課程を置く高等学校について（調査報告書）

https://www.mext.go.jp/content/20241007-mxt_koukou02-100002270_01.pdf

できる場合がある。

市町村教育委員会と地区医師会の密な連携があれば、学校医を務めているすべての医療機関を対象に個別健診が可能であるが、実費を伴う場合もある。加療中の疾患がある場合は、かかりつけ医、主治医を受診し健診結果を記入して頂く方法もあるが、多くは診断書作成に実費が発生する。そのため保護者記載の受診内容証明の提出を求めている市町村教育委員会もある。長期欠席者本人並びに保護者には、学校からの保健だより、健診の案内、行事予定等をわかりやすく丁寧に届けることが望ましい。クラス担任は長期欠席者がクラスの一員であることを常に念頭に置いて対応することが重要である。

(不登校児童生徒の学校健診の望ましい形)

- ①学校健診
- ②学校医診療所健診
- ③かかりつけ医健診
- ④その他（オンライン健診等）

上記を柔軟に運用する事が期待される。学校健診は学期当初に行われるため、学校健診スケジュールは健診当日欠席者並びに長期欠席者をあらかじめ組み込んだ年間健診スケジュールを立てている。それぞれの地域で実施可能な選択肢を増やし、医療、必要であれば社会福祉に繋がるような学校健診が望まれる。

(通信制高校通学者の健診)

令和6年度文部科学省の調査では、通信制高校に通う生徒数は過去最多の30万5221人であり、その内公立通信制高校に通学する生徒は6万2009人、私立通信制高校に通学するものは24万3212人で増加傾向である。全高校生317万8849人中9.6%にあたる。

通信制高校通学者には前述の様な健康課題が内在することが多いと推測されるため、学校健診は自身の健康課題に向き合う良い機会として捉え、疾病、体調不良の早期発見、及び進学、就労時に必要なことも認識することが出来るよう指導することが重要である。

一般的に公立通信制高校においては、年度初めの一定期間・スクーリング時期に学校内で学校健診を実施している。通常校にくらべて登校日が限られるため、新学期当初に余裕のある日程を組むことが工夫されている。通学が広域であり、学校医診療所における対応が困難であるため、協力医療機関などを学校が示すことも考えられる。私立通信制学校も同様で、入学時の一定期間にかかりつけ医を受診し診断書を有料で提出するところが多いと思われる。私立は通学区域が都道府県をまたぐ広域であり、教育委員会管轄でないため、学校経営者の判断となるが、生徒の健康管理には健診項目においても、効率化に偏ることなく学校医の意見を積極的に取り入れることが望ましい。

(市町村・都道府県医師会、教育委員会、学校の連携)

公立学校の学校医委嘱の多くは市町村・都道府県医師会が担っているため、学校医活動に

医師会の協力は欠かせない。増加する不登校児童生徒、通信制高校生の健康管理・学校健診の重要性をすべての医師会の共通認識とし、地域の実情に合わせた柔軟な方策を模索しつつ教育委員会、学校と連携することが望ましい。

(教職員の負担軽減)

不登校児童生徒、通信制高校生徒の学校健診には健診回数の増加と共に、丁寧な情報発信や、健康課題に対する細やかな配慮が求められるため、従事する教職員の負担が増大している。

学校健診に伴う教職員の負担軽減策としてはデータ処理の ICT 化、視力、聴力、運動器検診の機械化・デジタル化、オンラインによる健康状態確認が挙げられる。不登校児童生徒、通信制高校生徒の健康課題を考えると、業務効率化によって捻出された時間的余裕を、健診を通じて児童生徒とより良い関係を構築することに充てることが求められる。

6. 学校健診を利活用した健康教育

学校における健康診断は、児童生徒の健康状態を把握し、早期に疾患を発見・対応を目的として実施されている。健診の内容は学校保健安全法によって規定されており身長、体重、視力、聴力、内科健診、歯科健診など定期的な健診が全国の学校で行われている。しかし、現在の学校健診は「結果を通知して終わり」になってしまうことが多く、児童生徒が自身の健康状態を理解し、行動に結びつける仕組みが十分とはいえない。

近年、生活習慣病の低年齢化やメンタルヘルスの問題など、子供の健康課題が多様化、複雑化する中で学校健診の結果を単なるデータとして扱うのではなく、健康教育の教材や資源として活用することが求められている。

まず学校健診には(1) 疾病の早期発見(2) 健康状態の把握(3) 学校全体の健康管理の基礎資料という三つの意義があるが、一方で健診結果が保護者への通知で終わり、児童生徒自身が結果を主体的に理解活用する機会が少ないという一面もある。例えば視力低下や肥満傾向の指摘を受けても、それらの背景にある生活習慣や心身の要因を自ら振り返る学習の機会が不足している。健診の実施、結果通知までは形式的に行われてもその後の健康教育や生活指導への接続が不十分である場合が多く、学校健診を単なる検査ではなく児童生徒が自らの健康について考え、行動を変容させる教育的機会として位置づけることが重要である。

そのための具体的な方向性を以下に示す。

(児童生徒自身が自分の健康を知ること)

ヘルスリテラシーとは、健康に関する情報を正しく入手し、理解し、評価し、活用する力

と定義されている。現代社会では、インターネット、SNS などから多くの健康情報を容易に入手することができるが、その中には誤った情報や根拠の乏しい内容も少なくない。そのため、学校教育の中で健康結果を題材に健康情報を正しく読み解く力や、必要な時に専門医療機関に相談する判断力を育てることが求められる。このような力を身につけることは、将来にわたり自らの健康を守り、主体的に生活習慣を改善する基礎となる。

ヘルスリテラシーの育成は、将来的なセルフケア、セルフメディケーションの実践にもつながる。誤った判断を行えば病気の本質を見逃して受診が遅れ、症状を悪化させ、市販薬の誤った使い方により過量服用し、副作用を引き起こす危険がある。また、信頼性の低い情報に影響を受け、根拠のない健康法を試して結局健康を損ねてしまうこともある。このようなリスクを防ぐためには、学校健診をきっかけに自らの健康情報を正しく理解し、信頼できる情報に基づいて行動できる力を養うことが重要である。ヘルスリテラシーの向上は、誤った健康行動を防ぎ、生涯にわたり安全で効果的に健康を維持するための基盤になる。

（健診結果に基づく個別、集団への健康支援）

健診後に、結果から見えてくる課題をもとに個別あるいは集団指導を行うことが重要と考えている。例えば肥満傾向の児童生徒がいる場合には、食生活のバランスを考えた指導、虫歯の有病率が多い場合には、歯科衛生士や学校歯科医による講演や指導を行うことも効果的であると考えられる。また健診結果を学校全体で共有し、健康教育を行うことも重要である。

（教職員、家庭、学校医、地域などとの連携体制）

学校健診を学校教育に生かすためには、教職員、保護者、学校医、地域との連携が不可欠である。健診結果を養護教諭が学校保健委員会で報告・分析することで、学校全体で共有することができる。保護者会で健診結果や当該学校と全国平均との比較などを説明することで、家庭での取り組みにつながる。学校内で完結するのではなく、地域との連携も大切であり、必要に応じ専門家からの支援を受ける体制整備も重要である。

（ICT を活用した健康データの利活用）

近年、ICT の活用により健康情報をデジタルデータとして管理活用する動きが進んでいる。学校健診のデータを電子化することで個々の児童生徒の経年変化を容易に把握でき、保健指導の重点化に役立つことは誰もが知るところである。また個人情報保護に十分配慮し、個々の学校の傾向を可視化することで健康教育の計画立案評価にも応用できる。児童生徒自身がデータを分析し自身の改善目標を立てることも可能だ。ICT の利活用は、児童生徒の主体的、対話的で深い学びを促す健康教育の新しいツールとして活用できる。

健診結果は児童生徒の成長の記録として重要であり、単年度の結果ではなく、年度ごとの

取り組みを体系的に積み上げていくことが求められている。健康教育は単に疾病を防ぐためのものではなく、児童生徒がよりよく生きる力を育むための教育活動として考えることが重要である。

健診結果は児童生徒一人ひとりの健康状態を客観的に示す貴重な資料であり、活用次第で健康教育の質の向上に寄与するものである。

7.学校健診において、養護教諭から学校医へ希望すること

(事前準備における連携)

事前準備では、健康診断に関する保健調査票の項目や健康診断の判断基準、プライバシーや心情に配慮した実施方法などの留意事項と健診日程調整も含めて、特に学校医と養護教諭との綿密な連携が必須である。医療の専門家である学校医の考えと児童生徒等の発達段階ごとの状態を把握している学校の考え(例:既往歴やプライバシーへの配慮についてなど)を相互に確認し、健康診断の実施方法のみならず、健康診断結果に基づいて実施される健康教育までを見据えた事前の連携が重要である。

しかし、学校医を確保できない地域があることや、複数の学校を兼ねている学校医との事前の連携が難しく、健康診断実施に関わる深刻な状況があることも否めない。その改善に向けては、該当地域に限らず、広く地域を跨いだ各医師会等と学校の設置者が早期介入し、学校医を確保したり、状況に応じて健診期日を調整するなど、学校との連携が可能となるような柔軟なシステムを構築することが必要である。

(事後措置における情報共有)

健診結果について、学校医からの説明や指導内容は、その後の学校生活に関する配慮事項を含め、個人及び集団、学校全体に関わる保健管理の重要な役割を果たしている。学校健診だからこそ見えてくる集団の傾向と対策、さらに、学校医が日頃診察している地域の傾向も含め専門的立場からの指導や健康課題などの情報共有は、実態に即した健康教育に繋がる。

特に、保健管理・健康教育については、養護教諭のみならず、管理職や関係教職員も、学校医との連携を図っていく必要がある。学校医の負担をさらに増やしてしまうことも懸念されるが、学校医が養護教諭にさらに協力することが重要である。

(学校医と養護教諭をはじめとする学校の相互理解等)

養護教諭は、健康診断の事前準備として、保健調査票の内容や、日頃の健康観察などの情報を集約するとともに、学校生活管理指導表や成長曲線などの資料を用意している。さらに、学校医が健康診断を実施するにあたり、疾病のスクリーニングに必要な情報やプライバシーに関わる対応などについて、様々な確認や相談が必要になることがある。学校医及び養護教諭の相互の負担が増えない形で、必要な時に学校医に連絡相談できるシステムとし

て、オンライン等による ICT を活用した連絡相談ができることを願う。

例えば、学校医と養護教諭間のメールでの連絡、文書を安全に送受信できる機密性の高いファイル送信システムや ICT を活用したデータ共有できるものなど。また、時間の確保が必要となるが、学校医の来校がなくてもオンラインで相談できるシステムの活用なども検討したい。

日本医師会の学校保健委員会が行った平成 28 年度学校医の現状に関するアンケート調査報告書のまとめから、学校医活動の環境改善の一つに「学校とのコミュニケーション改善」が挙げられている。また、学校医の業務でやりがいを感じたという回答の自由筆記の中のキーワードには、「相談」の割合も多いという結果があった。一方で、養護教諭によっては、学校医に相談することは負担をさらに増やしてしまうのではないかとためらい、積極的なコミュニケーションをとることを控えている可能性も考えられる。そこに学校医と学校（養護教諭）との間にコミュニケーションに対する意識の相違が多少なりとも存在していることが分かった。

さらに、学校では、少子化による 1 校当たりの児童生徒等数の減少により教職員配置数が減少するとともに、子供たちの心身の健康課題の多様化、複雑化により、教職員の多忙化や負担の増大が課題となっている。養護教諭を中心に、学校健診の役割について、教職員に周知しているが、中には、負担軽減や授業確保の名のもとに健康診断及び健康教育を実施することを疎んじられている学校現場もある。

昨今の様々な課題を抱える学校では、健康診断結果を集計・分析し、学校における健康課題を学校、地域、関係機関等で研究協議するための学校保健委員会を充実させることが大切であるが、特に養護教諭は、学校医との連携が必須であり、日頃からコミュニケーションを大切にしていく必要がある。学校医の負担や学校医としての満足度等を鑑みながらも、相互理解を深められる新たな相談及び連携システムの導入が早期に実現し、学校医と養護教諭間での積極的なシステム利用による連携の強化が図れることを希望する。

8.あとかき

学校健康診断の項目は、平成に入ってから、心電図検査や四肢の状態が加わり、色覚検査・座高・寄生虫卵が必須項目から外れて以降、大きな改訂はなされていない。近年、脱衣の是非や学校医不足に伴う健診期日の在り方等様々な課題が顕在化してきている。このため、今後、現行の健康診断項目をすべて継続する必要があるのか、新たな健診項目を加える必要はないのかなど検討すべき時期に来ている。この度は、多くの課題が山積している中、喫緊に対処すべき 6 つの課題について提言を行った。今後は実施可能かつ効率的・効果的な学校健康診断の在り方に関して検討し提言を行っていきたい。

(分担執筆者 学校健診 WG 委員)

委員長 弘瀬 知江子

委員 立元 千帆

委員 西川 美紀

委員 林 伸樹

委員 森口 久子

■児童生徒のメンタルヘルスに関する提言

目次

1. はじめに	2
2. 学校における児童生徒のメンタルヘルス対策の現状と課題	4
(1) メンタル不調の児童生徒にどう気づくか	4
(2) メンタル不調の児童生徒への教師の対応	6
(3) メンタル不調の児童生徒を支える教育と医療の連携	10
(4) 学校全体の健康度、安心感を高める取り組み	12
3. 児童生徒のメンタルヘルスのための教育と医療の連携の仕組み作りの推進-小学校 低学年に焦点をあてて-	14
(1) なぜ教育と医療の連携なのか	14
(2) 教育と医療の連携に関する基本的な考え方	15
(3) 発達障害や発達特性に伴う困難を有する児童のメンタル不調を予防するための 連携	16
(4) メンタル不調を生じ始めている児童に対応するための連携	19
4. 小学校中学年以降、特に思春期の児童生徒のメンタルヘルス対策の課題	22
5. あとがき	22
【参考資料】	23

1. はじめに

(社会全体の喫緊の課題である児童生徒のメンタルヘルス)

児童生徒のメンタルヘルス対策は社会全体の喫緊の課題である。すべての児童生徒が心身ともに健やかに成長するよう誰もが願っているが、さまざまな形でメンタルヘルスが低下し、メンタルヘルスの問題を生じる児童生徒が少なくない。

不登校の児童生徒は増加の一途をたどり、小学生の2.3%、中学生の約6.8%が不登校で総数はおよそ35万4千人にのぼる¹。高校生でも約2.3%が不登校で、そのうち15.6%が中途退学に至っており、より問題が深刻となっている。不登校の小中学生とその保護者から学校に、学校生活への意欲の減退、生活リズムの不調、不安・抑うつといったメンタル不調に関する相談が多くなされており、学業不振、友人関係、親子関係、特別な教育的支援に関する相談など精神発達に関連する相談もなされている。

(精神発達と学校適応の課題、発達特性を持つ児童生徒の増加傾向)

知的能力、学習能力、行動コントロール、社会性といった精神発達に課題があると学校生活、家庭生活で困難を生じやすく、メンタルヘルスが低下しやすい。特に小学校低学年・中学年の児童では精神発達の課題が学校生活への適応に影響を与える。

精神発達の課題の中でも発達障害に着目すると、その有病率は医療機関調査で小学3年生の1.9~9.3%²、学校調査で疑いを含め4.5~12.2%²である。地域に暮らす幼児のおよそ10%、小学生のおよそ4%が療育センターを受診し、その多くが知的障害のない自閉スペクトラム症と診断されている地域もある³。また全国の小中学校の通常の学級には、知的発達に遅れはないものの学習面又は行動面で著しい困難を示す児童生徒が8.8%在籍しており、その割合は10年間で2.3%増加した。小学校ではその割合は10.4%であり、小学1年生の12.0%、小学2年生の12.4%が著しい困難を示している。学年が進むに従って通常の学級から特別支援学級等へ転級する児童もいるが、中学1年生で通常の学級に在籍する生徒の6.2%が著しい困難を抱えている⁴。これらの数値は発達障害と診断されたものの割合ではなく、特別な教育的支援を必要とする児童生徒の割合を示すものだが、学習面、行動面の困難の背景には限局性学習症、注意欠如多動症、自閉スペクトラム症が想定されている。

(小児心身症と不登校の関係)

不登校の児童生徒はしばしば、反復性腹痛、起立性調節障害などの小児心身症を生じる。小児心身症は身体疾患のうち、その発症と経過に心理社会的な因子が関与するもので、心身の未分化・未成熟を反映して成人より幅広くとらえられる。小学校低学年・中学年では反復性腹痛や頭痛など、小学校高学年以降では起立性調節障害、過敏性腸症候群などを認め、年代によって表れ方が異なる。

(いじめと重大事態の増加、若者の自殺)

いじめの認知件数は76万9千件あまりで83.9%の学校で生じている。その数は小学2年、3年で多く、小学校低学年・中学年で全体の6割近くに上る。いじめの態様として全体的に「冷やかしかからかい、悪口や脅し文句、嫌なことを言われる」が最も多く、小・中学校、特別支援学校では「軽くぶつかられたり、遊ぶふりをして叩かれたり、蹴られたりする」が続く。一方高等学校では「仲間はずれ、集団による無視をされる」「パソコンや携帯電話等で、ひぼう・中傷や嫌なことをされる」がこれに続く。いじめの重大事態は1,405件発生し、過去最多となった¹。さらに学校から報告のあった自殺した児童生徒数は413人となった。自殺は小学4年生以降で生じ、中学生で急増し、高校生が全体の7割を占める¹。近年、子供・若者の自殺の増加が大きな社会問題となっており、10歳代前半では死亡者のおよそ四分の一、10歳代後半では半数以上が自殺によって亡くなっている⁵。

(近年の新たな健康課題：オーバードーズ (OD)、小児期逆境体験)

OTC医薬品のオーバードーズの問題が10歳代の子供を含む若者に生じ社会問題になっている。虐待、家庭内暴力の目撃、家族の精神疾患などによる小児期逆境体験が成人後の身体的、精神的健康問題を生じることも知られるようになった。

(年齢や発達段階で異なるメンタル不調、教育と医療の連携の重要性)

児童生徒のメンタルヘルスの問題は多岐にわたり、年齢や発達段階により主要な問題や表れ方が異なり、育ちの環境の影響も受ける。メンタルヘルスが良好な状態では、児童生徒は意欲的に活動に参加し、日常生活に楽しみをもち、自己肯定感が高い。一方、低下した状態では、過度な不安、抑うつ、不眠などの精神症状、腹痛、頭痛、立ちくらみなどの身体症状を呈し、生活リズムも保てなくなる。しかし不安や腹痛といった症状は日常生活で誰もが経験するものであり、児童生徒がその背景にある心理的な問題を適切に説明したり訴えたりできるとも限らない。メンタル不調に気付かれず、必要な手当てを受けることなく経過すれば、症状は複雑かつ深刻になり遷延化しかねない。

メンタル不調が顕著になり精神疾患や小児心身症を生じた児童生徒を治療するのは医療の役割だが、治療により症状が軽減したからといって、メンタルヘルスが良好な状態にまで高まるわけではない。活動参加の意欲や楽しみ、自己肯定感を高めるには、参加する機会の提供と成功体験、所属できる場や仲間の存在が重要であり、教育の果たす役割は大きい。児童生徒のメンタルヘルス対策は治療から健康増進まで連続的に行うことが効果的であり、それゆえ教育と医療の連携が不可欠となる。

(メンタル不調の早期の気づきに関わる発達特性)

学校では児童生徒のメンタルヘルスを良好な状態に保ち、メンタル不調に早期に気付いて初期対応することが求められる。発達障害など生来性の要因を有する児童生徒、学校・家庭など育ちの環境要因を有する児童生徒、両者を有する児童生徒はメンタルヘルスが低下しやすく不調になりやすい。全国どこの学校どこのクラスにもこうした要因を背景にメンタル不調を生じている児童生徒、メンタル不調を生じやすい児童生徒が在籍する前提でメンタルヘルス対策を進める必要がある。

(本提言：小学校低学年、発達特性に焦点を絞る、5歳児健診との接続)

本提言では、小学校低学年に焦点を絞り、発達障害のある児童への支援に注目する。令和5年12月から国の事業として進められている5歳児健診や特別支援教育とのつながり、支援の連続性を踏まえた小学校でのメンタルヘルス対策を提言し、他の年代の児童生徒のメンタルヘルス対策の今後の課題についても言及する。

2. 学校における児童生徒のメンタルヘルス対策の現状と課題

(1) メンタル不調の児童生徒にどう気付くか

(メンタル不調への「気づき」が対策の起点)

一般にメンタルヘルス問題に気付くには、(i) 日々の様子を継続的に観察し、その変化に注目する方法と、(ii) 質問紙などを用いて、各個人の状態が平均からどれくらい偏っているか、心配なレベルかを調べる方法とがある。もし(i)(ii)を組み合わせれば実施できれば理想的かもしれない。ただしいずれも、あくまで「気付く」、すなわち「問題を抱えているのではと疑う」ためのものであり、それが受診などの専門的ケアが必要な段階か否かの見当をつけるには、もう一段詳しいチェック(対面相談など)が必要である。そうでなければ、全体の何割もが「受診必要」と判定され、現場の対応が混乱することになるからである。また「一段詳しいチェック」を行って「専門的ケアが必要だろう」と判断したら、どうやってその人をケアにつなげるか、対応方法をあらまし整えておく必要がある。

(担任による直接の観察を基本としたICTによる健康観察の活用)

上記の(i)を行えるのは日々の様子を観察できる立場と状況にある者である。職場のラインケアでは上司が代表的だが、児童生徒の場合なら保護者と学校の教員(特に担任)がそれに該当しよう。保護者と教員を比べるとそれぞれ利点はあるが、教員の強みはクラス・学年の他の子供と比較できることで、これにより、ある子供の「変化」が通常からどの程度偏っているのか判断しやすくなる。これは保護者には難しく、その意味で、児童生徒のメンタル不調に気づく上で学校の役割は大変大きいと考えられる。

現在(i)について学校で行われているのは、担任による朝の健康観察である。これは

朝の授業前に、担任が教室の前に立って教室にいる子供全員に、「元気かどうか」等を次々に答えさせるのが通常と思われる。全ての子供の様子を、毎日顔を見ながら観察できるのがこの方法の利点である。一方、1人の子供にかけられる時間が限られている点と、もし口頭で答えさせるなら、他の子供にも答えが聞こえるので、「具合悪いです」とは率直に答えにくいという点が限界である。ただ後者はタブレットなどのITデバイスを活用すれば克服可能と思われる。また、子供にどのような質問をして、どのように答えさせるかも問題である。「元気ですか」と尋ねて「ハイ、イエエ」と答えてもらうだけでは、得られる情報も限られてしまう。これについても、タブレットなどを使ってもっと情報量の多い回答ができるようにすれば良いかもしれない。ただ、タブレットでの回答を見るのに時間をとられて「毎朝顔を見る」がおろそかになれば、「表情や声の調子を直接観察する」ことが不十分となる可能性がある。現行の「教室で顔を見ながら口頭で返事をさせる」を基本にし、必要な場合はタブレット等で少し詳しい回答もできるようにしておく方法が良いかもしれない。

(ii) については、どのような質問紙を選ぶか、どれくらいの頻度で実施するかをまず検討する必要がある。

質問紙の選択で考えるべきは、1) 質問の分かりやすさと、2) 回答項目数を含めた質問紙の長さ、および3) 質問紙と回答のスコアの信頼性・妥当性である。また質問紙が有料か無料かも重要で、自治体の財政状況を考えれば、いくら優れた質問紙であっても有料では持続実施は困難かもしれない。その上で、3) については、国内でオリジナルに作成されたものより、海外で開発され、日本語版が作成・開発されたものに分があるかもしれない。後者の方が、これまでの検証研究とその際の被験者数が多く、信頼性・妥当性の検証も優れている可能性があるからである。ただ外国語から翻訳した質問紙の中には、訳文が不自然で質問内容が分かりにくいものもある。欧米語同士の翻訳と違って、英語などの欧米語と日本語では文の基本構造が全く異なるので、backtranslationなどを重視すれば、翻訳調で不自然な日本語となりがちである。読んでも意味・ニュアンスが分かりにくい場合も稀ではない。質問文の日本語の吟味が必要である。もちろん対象とする学年、その中でも成績上位でない子供にも十分理解できる言葉・文章となっていることは必須である。

質問項目の数も重要である。余り多いと子供がしっかりと回答できなくなる可能性があるからで、何問くらいまでが許容範囲かは教員等の意見を聞きながら検討する必要がある。ちなみに筆者がある県の公立学校でメンタルヘルスのスクリーニングを行った時は、WHO-5（質問数5問）と希死念慮に関する1問の質問文の計6問を用いた。この時の対象学年は中1であったが、小学校低学年でもこの程度の質問数なら可能かもしれない。

質問紙を紙で行うかWeb上で行うかも決める必要があるが、他の子供の目を気にしなくて良いよう本人以外が回答を見られない仕組みとすること、回答を採点と保存する側の負担軽減を考えれば、web実施に明らかな利点があるだろう。

(スクリーニングを実施する側の環境整備が不可欠 (学校医の専門性、教員不足))

最後に述べたいのは、スクリーニングを実施する側の負担、ならびに児童生徒との信頼関係の重要性である。負担については、スクリーニングに関わる教員と学校医、両方の負担を考えておく必要がある。学校医はメンタルの問題は専門外の人が大半であり、スクリーニングに関わってもらうには、知識の習得を含めた研修が必要である。特に大変と思われるのは、スクリーニング後の「一段詳しいチェック」あるいは「判定」で、これに関わるには相当十分な研修が必要と思われる。勿論、「一段詳しいチェック」も web 上、アルゴリズムでの自動判定もあり得るが、その後のケアにつなげる対応を考えると、人の関わりは避けることはできないだろう。これは実施者が学校医の場合にも養護教諭など学校側の場合にも大切なポイントである。

教員の負担についても考えておく必要がある。少なくとも公立学校では、教員の不足が近年急速に進みつつあり、メンタル問題による休職も増加している。3 か月を超える休みで休職に入っている公立学校教員は、令和 5 年度には 7 千人以上（教員全体の約 0.8%）に達している（休みが 3 カ月以内で「休職」には達していない教員はこれよりはるかに多い）。このような状況で、現実スクリーニングをどう実施できるかは、よく考えていく必要がある。

（スクリーニング実施者と子供の信頼関係が重要）

上記の（i）でも（ii）でも、児童生徒が本心で回答してくれるには、実施者との信頼関係が前提となる。上記教員の状況とも関わるが、ここ数年は経験年数の浅い教員の割合が高くなっており、学級崩壊などの問題も多くなっている。今後スクリーニングを開発していく際には考えておく必要がある。学校医と子供の信頼関係構築も課題となる可能性がある。

（2）メンタル不調の児童生徒への教師の対応

（教師の対応事例：文部科学省の COCOLO プランと ICT 活用）

文部科学省では、学びたいと思った時に学べる環境づくりや、心の小さな SOS を見逃さず、「チーム学校」で支援するなど、誰一人取り残さない学びの保障に向けた不登校対策（COCOLOプラン）を取りまとめている。これを受け学校現場ではそれぞれの対応の見直しを行っている。例えば、教室には入れないが別室（保健室、相談室など）には入れるといった児童生徒等のニーズに対応する教室の設置の推進や、教育委員会からの通知に基づき、大学等の研究者の協力の下、長期休み前後を中心に定期的なメンタルヘルスチェック（質問紙による確認）を行っている。そして生徒指導提要に基づき、担任教諭、学年主任、部活動顧問、教育相談コーディネーター、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー、養護教諭、管理職など関係者がチームで対応をしている。さらに、専門医学的な対応が必要と認める場合などは必要に応じて学校医へ相談したり、教育委員会がシステム化している教育相談対応（専門医や専門機関との連携を含む）を勧めるなどしている学校もある。

学校では DX が進む以前は、欠席、遅刻、早退などの連絡は保護者からの連絡帳や電話が活用されていた。現在はアプリやホームページを活用し学校に連絡が入るシステムを取り入れている学校（教育委員会の取組）もある。また、朝の健康観察は、担任の「呼名」の後、児童生徒が「ハイ、元気です」「ハイ、のどが痛いです」といったやり取りをしていたが、現在は児童生徒が登校後、各自に貸与されている 1 人 1 台端末を開いて、健康観察アプリに入力する方法も取り入れられている。教室で呼名し、顔を見合わせて行う健康観察は顔色や表情、声の調子などを観察し対応できたりする良さがある。一方で各自の体調は取扱いに配慮が必要な情報の場合もある。アプリ等を活用することで「今日〇〇さんは、調子が悪い。」という情報が周囲に認知されることがないため、児童生徒が回答しやすくなったり心身の症状を継続して訴えていることに担任が気づきやすくなったりと、サインを見逃さないことの一助になっていると考えられる。また、健康観察アプリの入力結果は担任だけではなく管理職・養護教諭なども即座に確認することができるなど、複数の教師の視点で対応することができる。

（教師の対応事例：自殺予防のためのゲートキーパー研修、生命の安全教育等）

メンタル不調対策を支える対策としては、教師への研修及び児童生徒への健康教育がある。各教育委員会は、教師の教育相談に係る知識の習得とスキルの向上を図る研修を実施している。自殺予防のためのゲートキーパー研修を年次研修に組み入れ、すべての教師が受講する仕組みをとっている教育委員会もある。独立行政法人教職員支援機構（NITS）では教師向けに、いじめ防止や自殺防止などの研修動画を公開しており、教育委員会の研修資料として活用されている。

さらに児童生徒は学校において、学習指導要領により、小学校では体育科保健領域「心の健康」で、心の発達・心と体の密接な関係・不安や悩みへの対処、中学校では保健体育科保健分野「心身の機能の発達と心の健康」で精神機能の発達と自己形成・欲求やストレスへの対処と自己形成、高等学校では保健体育科科目保健において「現代社会と健康」で精神疾患の予防と回復の内容が示されている。また、「生命の安全教育」を小学校 1 年生から学習するとともに、自殺防止教育を発達段階に応じて実施している学校（教育委員会）もある。

（養護教諭が児童生徒、保護者、教職員から受ける相談の傾向）

養護教諭は、全ての校種で児童生徒、教職員、保護者から健康に係る相談を受けている（図 1～図 3）⁶。令和 6 年度 養護教諭の「職務に関する調査」報告書によると、令和 5 年度の状況について総数 17,099 人が回答した（回答率 67.4%）。図 1 は子供からの相談を受けた内容についてである。最も高いのは「人間関係に関すること」90.5%、次いで「担任等教職員との関係に関すること」59.1%、「登校しぶり、保健室登校、相談室登校」57.0%、「不定愁訴」55.0%であった。図 2 は保護者からの相談を受けた内容についてである。「子供の心身の健康に関すること」83.9%と最も高い割合で、次いで「子供の

登校しぶり、不登校、保健室登校、相談室登校等別室登校に関すること」65.2%であった。図3は教職員から相談を受けた内容についてである。「子供の心身の健康に関すること」80.0%がもっとも高く、次いで、「子供の登校しぶり、不登校、保健室登校、相談室登校等別室登校に関すること」74.6%であった。

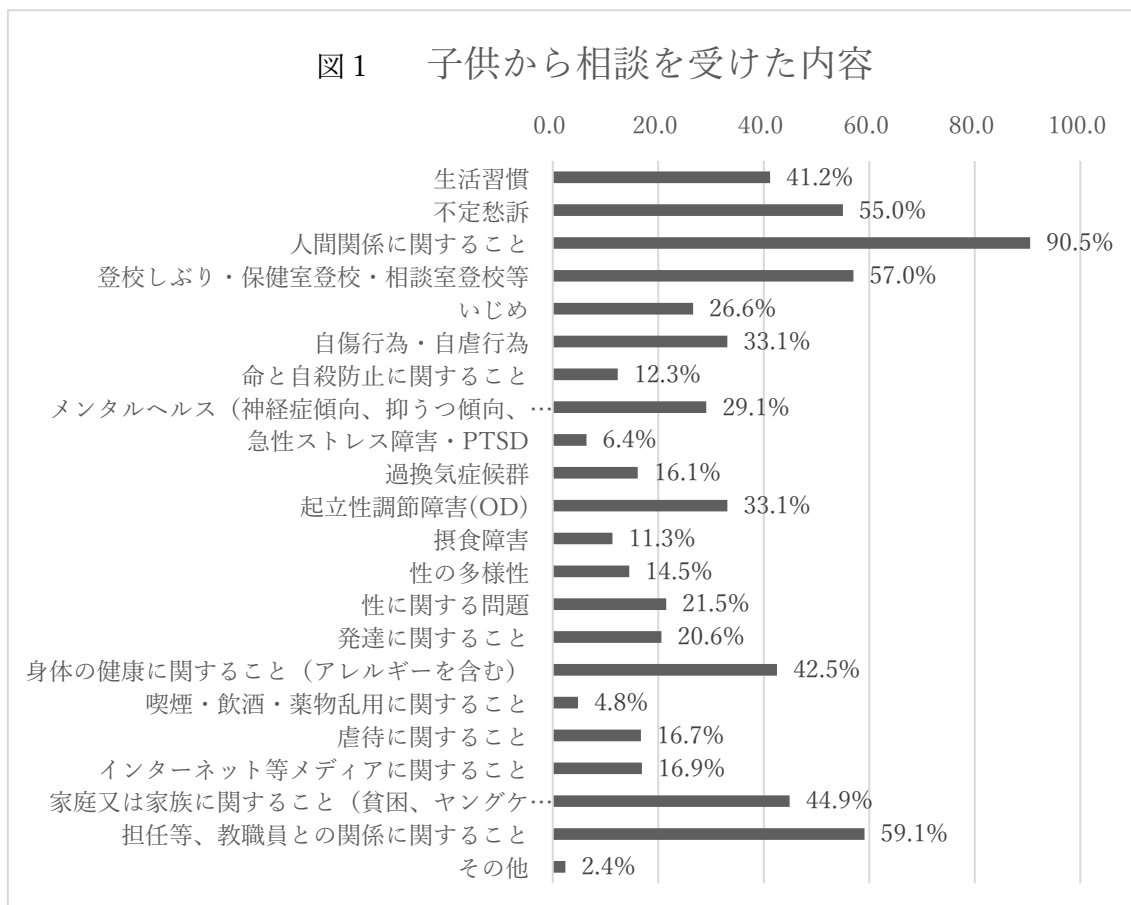


図2 保護者から相談を受けた内容

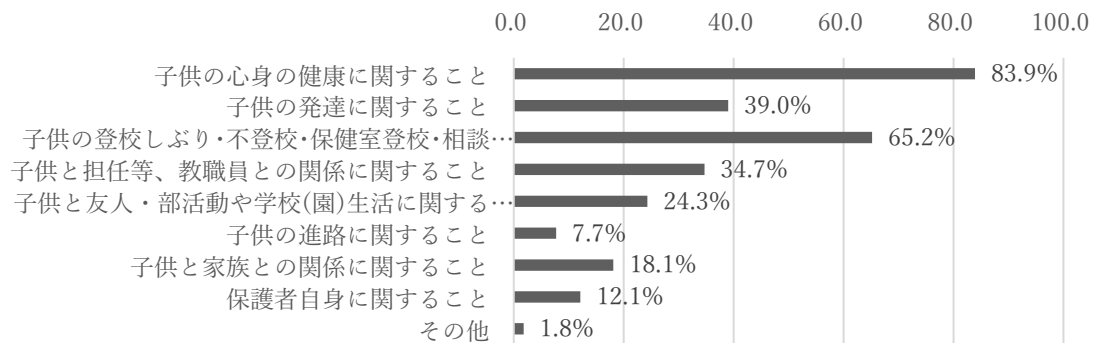
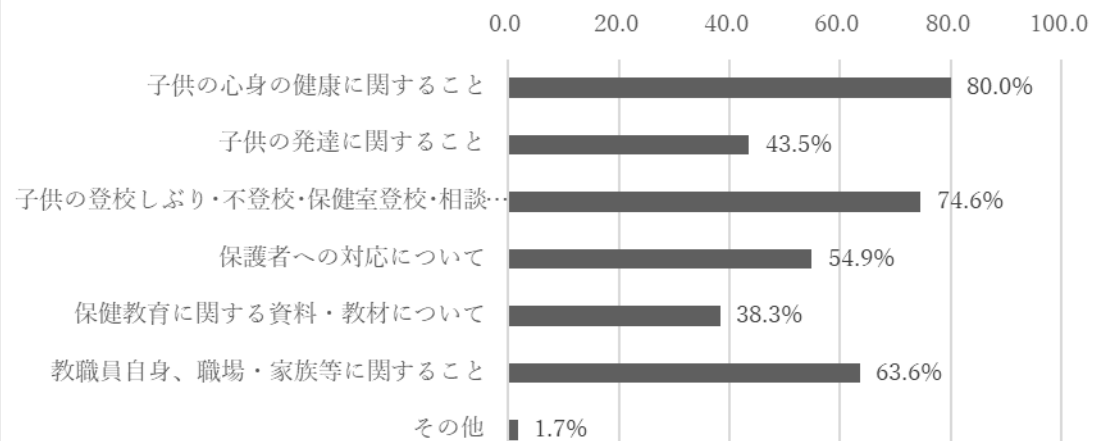


図3 教職員から相談を受けた内容



(養護教諭は学校内で相談しやすい窓口)

保健室来室が相談の糸口になったり、登校再開の折に児童生徒、保護者、担任等との連絡窓口になったり、関係機関との連携を図ったりするなど、養護教諭は現代的健康課題解決に向け重要な役割を果たしている。また、定期健康診断や健康相談等を通して、学校医やスクールカウンセラー等の専門職と学校や教職員をつなぐコーディネーター的役割も果たしている。

(地域格差のない ICT、医療連携、体制整備が必要)

教師が ICT を活用し、メンタル不調の児童生徒を早期発見し早期対応できる取組が推進される学校（教育委員会）がある一方で、従来通りの取組が継続している学校（教育委員会）があるなど、地域によってばらつきがある。医療や専門家の判断を必要としている児童生徒は地域を問わない。教育と医療の連携の仕組みが公的に整うことが必要である。

文部科学省は「人」台端末の活用等により、自殺リスクの把握、適切な支援、児童生徒の心や体調の変化の早期発見や、適切な支援につなげるためのシステム・マニュアル等に

ついて有償・無償で利用できるシステムやその活用方法、マニュアル等を整理し全国の教育委員会等に周知している⁷。これらのシステム・マニュアル等が学校現場で積極的に活用され、学校の実情に合わせた取組、より実効性のある取組となる体制づくりを望む。

さらに、現代的な健康課題の解決に重要な役割を果たしている養護教諭の定数配置基準の引き下げと、資質能力の向上のための研修の制度化及び充実を望む。

(3) メンタル不調の児童生徒を支える教育と医療の連携

(教育と医療による互いの専門性を活かした連携、学校が心の健康を支える文化を醸成する)

児童生徒の不登校や自殺、行動上の困難など、心の健康に関する課題の背景には、発達特性や家庭環境、いじめ、生活習慣の乱れなど多様な要因が複雑に絡み合っており、学校だけの対応には限界がある。教師や養護教諭、スクールカウンセラーなど教育関係者が、医療専門職と協働して互いの専門性を活かして児童生徒のメンタルヘルスを支える体制を整えることが重要である⁸。

教育と医療が連携する目的は、単に医療機関への受診を促すことにとどまらない。児童生徒の変化に早く気づき、早期に助言や支援につなげる初期対応の支援体制を整えること、学校全体がこころの健康を支える文化を育てる予防的アプローチを充実させることも重要である⁹。特にメンタル不調を呈する児童生徒は、学習・集団生活・家庭のいずれにも困難を抱えることがあり、医療的理解と教育的配慮をつなぐ協働が欠かせない。

(気づきがあった場合に学校医に相談、学校医は地域医療のハブとして専門医紹介)

連携の出発点となるのは、日常の中での「気づき」である。担任や養護教諭が児童生徒の変化に気づいた際に、学校医に相談できる体制があることが望ましい。学校医は定期的に学校と関わり、健康診断だけでなく、児童生徒の心理的・行動的問題に対しても初期的な助言を行うことができる。学校医が医師会や地域の医療機関とつながっていれば、必要に応じて子供のこころと発達を専門とする医師（以下、専門医）や医療機関に円滑に紹介することが可能となる。学校医は教育現場と地域医療を結ぶハブとして機能し、学校側が安心して支援を進められる基盤となりうる存在である。

もっとも、学校医は小児科医だけでなく、内科などの診療科の医師が担っており、必ずしも児童生徒のメンタルヘル스에専門的な知識や経験をもつわけではないが、日常の健康管理や初期対応の支援においては、専門医でなくとも役割を果たすことができる。担任や養護教諭が「気になる児童生徒」に直面した際、学校医が相談に乗り、受診の必要性や対応の方向を一緒に考えることは、それだけで学校現場の安心につながる。こうした初期対応を支える学校医の力を底上げするためには、医師会や教育委員会が連携し、メンタルヘルスや発達支援に関する研修会や事例共有の機会を設けることが望ましい^{8,10}。学校医が専門家から実践的な知見を学び合うことで、支援力の裾野が広がる。一方で、学校医は日常診療に従事しながら学校保健活動を担っており、その負担を過度に増やさないよう配慮

することも必要である。医師会としては、学校医が無理なく継続的に関われるよう、相談体制の分担や助言のネットワークを整えるなど、支援環境の整備が求められる。

現在、一部の自治体では教育委員会の教育相談室に嘱託医として専門医を配置し、学校からの医療相談に応じているほか、学校を訪問して個別相談やコンサルテーション、講話を行う例もみられる。これらの専門医は、学校医や教師、スクールカウンセラーからの相談に応じ、児童生徒の行動特性や背景要因を踏まえて支援方針を示す。たとえば、発達特性をもつ児童生徒や心身の不調をきたした児童生徒に対する環境調整の方法、家庭への伝え方、医療機関への紹介のタイミングなど、教育的対応に直結する具体的な助言が求められる。こうした助言活動を通じて、学校で安心して対応を進められるようになることが重要である。

(医師等による校内研修によるメンタルヘルスへの共通理解)

教育現場での支援をより効果的にするためには、教職員がメンタルヘルスについて共通理解を持ち、安心して相談できる風土をつくることも欠かせない。教師は多忙であり、児童生徒の変化に気づいてもどのように対応すべきか迷うことが少なくない。そこで、医師（学校医や嘱託医）やスクールカウンセラーが定期的に校内研修を行い、気づきのポイントや初期対応の方法を共有することも有効である。とくに、養護教諭は児童生徒と教職員の双方に近い立場にあるため、医師会や嘱託医と連携して教職員の支援を調整する中心的存在となりうる。

さらに、現場での支援の力を維持・向上させるためには、学校内外で学び合う仕組みが必要である。学校医や嘱託医、スクールカウンセラー、養護教諭が協働して事例検討や振り返りを定期的に行うことで、支援経験が次の支援へと蓄積される。また、医師会や教育委員会がこれを支える継続的研修や地域協議の場を設けることで、学校ごとの支援の力を地域全体で底上げしていくことができる。

児童生徒の行動や情緒の問題を理解し、支援の方向を一致させるためには、保護者との信頼関係も欠かせないが、ここでも医師が果たす役割は極めて大きい。医師の言葉には専門性と社会的信頼が伴い、その見立てや助言は、保護者にとって納得と安心をもたらす力をもつ。学校が医師（学校医や嘱託医）の助言をもとに家庭へ説明することで、保護者は支援や受診に前向きになり、教育現場との協働が進みやすくなる。とくに、医療専門職が第三者として関与することで、教師と家庭の間の信頼関係を維持し、支援方針の一致を導くことが期待される。さらに、医師（学校医や嘱託医）が教師からの観察や意見を尊重して診療や医学的見立てに反映させることにより、教育現場との相互理解が一層深まる。

(医師会は地域レベルで支援のつながりを支える役割)

医師会の果たすべき役割は、こうした支援のつながりを地域レベルで支えることである。医師会は学校医、嘱託医、小児科医、精神科医などを結びつけ、学校現場での相談体制をバックアップする体制を整えることが望ましい。今後は、教育と医療が日常的に情報

を共有し、課題を協議できる公的な連携の枠組みを地域ごとに整備することが求められる。その基盤の上に、学校・医療・家庭・地域がそれぞれの専門性と役割を生かして相互に支え合いながら、児童生徒の心の健康を継続的に支える体制を築いていくことが重要である。

(地域格差のない支援体制基盤の整備)

現在、教育と医療の連携は個々の学校や自治体の努力に依存しており、全国的に統一された公的な仕組みは十分に整っていない。学校医や嘱託医、医師会などの活動も多くが自主的な努力に支えられており、安定した財源や制度的裏付けが乏しい。このため、地域や学校によって支援体制に格差が生じている。こうした実情を踏まえ、教育と医療が持続的に協働できる制度的基盤の整備が求められる。

(4) 学校全体の健康度、安心感を高める取り組み

(メンタルヘルスリテラシー教育による予防、ウェルビーイングの向上の重要性)

健康度を高める取り組みとしては、健康教育があり、そのうちでメンタルヘルスに関するものとして、メンタルヘルスリテラシー教育があげられる。メンタルヘルスリテラシーの概念は、「精神保健の向上、精神疾患の予防、早期発見・診断、治療の継続や回復、のそれぞれの土台として基本的に必要な力やスキルである」と整理されている¹¹。メンタルヘルスリテラシーの構成要素としては以下の6つが挙げられている。すなわち、疾患を認識する能力、背景因子や疾患の原因に関する知識と信念、自身で解決できる介入に関する知識と信念、専門家の支援に関する知識と信念、支援に関する認識と態度、情報の入手法に関する知識、である¹²。これまで効果が確認されているメンタルヘルスリテラシー教育プログラムには、「精神疾患の症状に関する内容」「援助希求行動/援助行動を促す内容」「精神疾患の偏見の是正に関する内容」の3つが含まれているという¹¹。

また、学校におけるメンタルヘルス予防教育には、3つの予防レベルがあるとされる。すなわち、すべての児童生徒を対象とするユニバーサル予防、ハイリスク者を対象としてメンタル不調の未然防止及びこころの健康増進を図るセレクトティブ予防、症状のある子供を対象としてメンタル不調の早期発見と早期介入を目指すインディケイティッド予防である¹³¹⁴。ハイリスク者や症状のある子供にターゲットを絞る予防の方がすべての児童生徒を対象とする予防よりも症状の改善については有効性が高いとされるが、後者には、リスクのある児童生徒を発見するスクリーニングのコストの削減、スクリーニングによって抽出された子供に対する偏見の予防、現在はリスクや症状がなくても将来的に問題を抱えるかもしれない子供に対する支援、集団全体でのメンタルヘルスに対する偏見やスティグマの低減という利点があるとされる¹³。

健康度、安心感を高めるには、ウェルビーイングの向上という観点も重要である。小学生及び中学生では精神発達に伴って「楽しい」「安全」と感じるのが誰という時かは変化していくが、いずれにしてもウェルビーイングのためにポジティブな情動経験を特に学校

という場でどのように保障していくのかが大切と示唆されている¹⁵。ウェルビーイングの向上を目指す教育プログラムも考えられるようになっており、それにはレジリエンス（困難を跳ね返す力）の育成、社会性と情動の学習が含まれる¹⁶。社会性と情動の学習とは、自己への気づき、自己のコントロール、他者への気づき、対人関係、責任ある意思決定からなる社会性と情動に特化した教育プログラムである¹⁷。

（教職員の教育にメンタルについての枠組みが必要）

以上のようなこころの健康増進やメンタル不調の予防を目指すプログラムについては、心理系や精神保健系の専門家が中心となって学校と連携して実施している報告が多い¹²。実際に学校で行うには、これらの教育プログラムに対する教職員の知識や理解、時間の確保や枠組みの設定、ストレスマネジメントや認知行動療法も含めた心理的アプローチの受け入れなどが不十分なことが、阻害要因となるとされる¹⁸。

（生活の場である家族との連携）

健康教育を進めるにあたっては、児童生徒にとって学校と並んで重要な生活の場である家庭も考慮することになる。メンタル不調を感じた児童生徒に対応する家族への健康教育の必要性が示唆されているが¹⁹、こころの健康増進まで含めて家族との連携が重要と思われる。

（学校医の関与度の明確化）

学校全体の健康度、安心感を高めるにあたって、学校医がどのような役割を果たすのかが具体的に定まっていない。

学校医が養護教諭と連携して、ハイリスク者や症状のある子供にターゲットを絞る予防に参加することが期待されている¹⁴が、すべての児童生徒を対象とするユニバーサル予防を含めたこころの健康増進やメンタル不調の予防を目指す活動まで広げると、どれくらい関与するかについて検討の余地があると思われる。

とはいえ、基本となるのは、児童生徒のメンタルヘルスチェックを受けて予防的な介入をする際に学校内で関わる医療者という位置づけと思われる。必要に応じて外部の専門医や医療機関と連携を図れるという存在自体が学校に安心をもたらすと思われる。また、年齢の低さ、発達の未熟さに伴ってメンタルヘルスの問題が身体化、行動化しやすいことを考えると、身体疾患や身体症状を扱っている医師ならではの関わりをして、こころの健康増進やメンタル不調の予防の教育プログラムを充実させることができるかもしれない。さらに、発達障害と連続する発達特性のような子供側の要因にしても、児童虐待を含めた小児期逆境体験²⁰のような環境側の要因にしても、一人ひとりの児童生徒でリスクが異なり、ポジティブな面も含めて多様性を考慮することの重要性が増しており、個別の患者に合わせる医療の姿勢自体が参考になるかもしれない。

学校医が中心となって企画し、外部の専門医などと適宜連携してメンタルヘルスに関す

る健康教育の講義などを実施することも考えられるが、メンタルヘルスチェックのデータを踏まえて、リスクのある個別の児童生徒への対応についても児童生徒全体としての健康増進についても学校側に助言などできるような体制づくりがいっそう重要と思われる。

3. 児童生徒のメンタルヘルスのための教育と医療の連携の仕組み作りの推進—小学校低学年に焦点をあてて—

(1) なぜ教育と医療の連携なのか

(教育と医療が連続的に関与する必要性、治療と学びのバランス)

メンタルヘルス対策は精神疾患の治療だけでなく、メンタル不調の予防・早期対応、メンタルヘルスの増進まで連続的に行うものである。学校保健においては児童生徒が健康な状態で学び成長できる学校づくりをいかに進めていくかが重要になる。このため学校における児童生徒のメンタルヘルス対策においては、メンタル不調を生じにくい学習環境、メンタルヘルスを増進する学習環境の整備に注力する必要がある。もちろん精神疾患を発症した児童生徒には適切な治療を速やかに受けるよう受診を勧める必要はあるが、いかに速やかに医療機関を紹介するかがメンタルヘルス対策の中心ではない。医療機関で治療を受けていても児童生徒の学校生活は続いており、治療と学びのバランスをいかにとるかが重要になる。それには児童生徒の病状や治療方針を医療機関と共有し、学習環境の見直しと学習参加に必要な支援について学校が主体的に検討することが必要となる。

メンタルヘルスが良好な状態では、児童生徒は意欲的に活動に参加し、日常生活に楽しみをもち、自己肯定感が高い。そうした状態に近づけていくには、活動に参加する機会の提供と成功体験、所属できる場や仲間の存在などが重要となる。学校生活を通じて、そうした場や活動、経験を設けて児童生徒に働きかけていくことが教師に求められる。児童生徒が集まり、ともに学ぶ学校や学級は、そもそもそうした場であり、学校生活にはそうした活動や経験の機会が組み込まれている。学校生活を送る中で多くの児童生徒が意識することなく成功体験を積み、仲間を得て成長していく。そうして成長していく彼らのメンタルヘルスは良好に保たれている。通常、教師は児童生徒のメンタルヘルスの促進のために教育活動をしているとは思っていないが、メンタルヘルスの促進という視点をもって教育活動に取り組むことができれば、健康に学び成長できる学校づくりを大きく進めることになる。

(学校生活にうまく適応できない児童生徒への対処 (発達障害等の困難や特性の理解))

現実には学校生活に参加できない児童生徒、参加していても成功体験や仲間を得られない児童生徒も少なくなく、年々増加する傾向にある。発達障害や知的障害のある児童生徒、その特性を有する児童生徒、不安を生じやすく高まりやすい児童生徒、心身相関を生じやすい児童生徒、育ちの環境が不安定な児童生徒などは学校生活を通じて失敗体験が重なりがちで、所属の場につながらず仲間を得にくい。そうした状況が続けば、彼らのメン

タルヘルスは低下し、メンタル不調を生じる。これを予防し早期に対応するには、個々の児童生徒が有する困難や特性を理解し、それに応じて工夫した教育活動を展開することが重要になる。教師には発達障害、知的障害、不安、心身相関、育ちの環境について正しい知識と工夫した教育活動を展開する技量が求められるが、それらを習得している教師は限られている。メンタル不調を生じているかの判断やその対応についても同様である。

教師は教育職であって医療職ではない。ましてメンタルヘルスの専門家でもないのだから児童生徒のメンタルヘルス対策を教師だけで行うことは不可能である。ともかく心配な児童生徒を早く医療機関につなげたいと思うのも無理はない。ではメンタルヘルス対策を医療機関が行えばよいかといえ、それもまた無理がある。医療機関で精神疾患の治療を行うことはできるが、それはメンタルヘルス対策の一部に過ぎない。それゆえ、治療から健康増進まで児童生徒のメンタルヘルス対策を連続的に行うには、教育と医療の連携が不可欠である。教育は教育、医療は医療、医療機関につなげたら学校の役割を終わりというのでは児童生徒のメンタルヘルス対策は進まない。教育と医療が連携してこそ児童生徒のメンタルヘルス対策が可能になる。

(2) 教育と医療の連携に関する基本的な考え方

(教育と医療の連携に関する全国的な仕組みの整備のあり方)

教育と医療の連携は重要だが、メンタルヘルス対策に限らず、その全国的な仕組みは整備されていない。現状では個々の努力により連携が行われているが、全国規模の教育と医療の連携システムの構築やガイドライン作成の必要性¹⁰、国の連携ガイドラインに基づいた地域単位のマニュアル整備、気軽にリアルタイムに教師が医療者に相談できるシステムの必要性、教育委員会による相談医指定の可能性などが指摘されている²¹。

学校保健におけるメンタルヘルス対策においては、児童生徒の学校生活を教師がサポートできるよう医療がサポートする連携の仕組みを整備する必要がある。発達障害をはじめとして個々の児童生徒が有する困難や特性を教師が理解するのを医療が助け、教師が児童生徒の学習環境を調整し支援を行うことを医療が支える。こうしたことが児童生徒のメンタル不調の予防に寄与する。メンタル不調を生じ始めている児童生徒についても、学校という生活の場で児童生徒が相談できる窓口や機会を増やし、彼らの不調に気付いて声をかけるようにする。そうした児童生徒に担任、養護教諭、保健主事、特別支援教育コーディネーター、生徒指導・教育相談担当、スクールカウンセラー等が行う教育相談を医療がサポートする。医療の立場から、児童生徒のメンタルヘルスの状態、発達障害などの困難や特性との関係、受診の必要性などについて、これらの教職員、管理職などに助言する。チーム学校の一員として医療は、受診を必要とする児童生徒を速やかに医療機関につなぐ窓口となり、学校が医療機関の見立てや治療方針を共有し学習環境の調整や支援に活用することを助ける。

こうした連携を進めるには、医師が学校に出向き、児童生徒の学校生活、環境調整や支援の状況を直接観察し、教師と共有してともに検討することが効果的である。医療機関を

受診しても問題が解決できなかった児童について、医師が学校を訪問して教師や管理職とカンファレンスなどをすることで問題解決できた事例も報告されている²²²³。

(3) 発達障害や発達特性に伴う困難を有する児童のメンタル不調を予防するための連携(困難を有する児童に気づいたら適時に支援や教育的配慮が必要)

児童生徒のメンタル不調を予防するための連携について、本項では小学校低学年に焦点を絞って述べる。児童は学習参加の問題や学業不振、友人関係、教師との関係の問題などをきっかけに学校生活に不適応を生じ、メンタルヘルスが低下することが少なくない。このような問題は発達障害や発達障害に連続する発達特性を有する児童で特に顕著にみられるが、それ以外の児童でも、思春期を迎えてからは自殺リスクへの発展も含めて問題が深刻化しやすい。

メンタル不調を予防するには、発達障害や発達特性に伴う困難を有する児童に気づき、彼らの困難や特性がどのように学校生活に表れるかを理解して、彼らが参加しやすい活動場面の設定、成功体験を得やすい課題設定、適切な難易度の課題設定、わかりやすい教示など特別な教育的支援や教育活動上の配慮を適時に展開することが重要である。また個々の児童が有する困難の程度を理解して、学習とメンタルヘルスのバランスをはかることも重要である。心理的負荷をかけすぎないよう課題を簡単なものにすぎると本人の成長につながらず、課題を難しくしすぎると心理的負荷が強まりメンタルヘルスが低下する。成長途上の児童にはバランスを図りながら学習を進め、社会生活に必要なスキルを習得していくことが重要である。

(専門医が学校に出向いて教員や児童生徒をサポートする体制の整備)

特別な教育的支援や教育活動上の配慮は、学校組織として検討し教師が行うものだが、児童の発達障害やその特性、困難の表れ方、困難の程度といった実態を適切に把握できない場合も少なくない。教師は児童の特性や困難に気付いてもそれに応じた支援を始めるべきか判断に迷ったり、支援を始めるにあたって保護者にどう説明して理解を得ればよいかわからなかったりする場合もある。適切な支援を行えているか、支援の方向性がこれでよいか自信を持ってない場合もある。また児童と生活をともにするゆえに課題設定の難易度が本人の実態より高くなりがちになる。こうした課題を解消するため、子供のこころと発達を専門とする医師に教師が相談できる仕組みを整える必要がある。教師をサポートするために医師が学校に出向けば、教師は直接頼れる人がいると感じることができ、安心して児童をサポートできる。また医師も学校を訪問して児童の学校生活や支援などの状況を観察することで、教師に適切な助言をしやすくなる。

(小学校低学年から教員や児童をサポートする体制の重要性)

こうした取り組みは児童が失敗経験を重ね、学校生活の意欲を失ってしまう前に行うことが効果的であり、小学校低学年から始めることが望ましい。5歳児健診の広がりに伴っ

のある地域の小児科医、精神科医、心療内科医等が協働してコンサルテーションに応じること考えられる。

さらに専門医が小学校低学年の児童や保護者を対象に、こころの健康増進やメンタル不調の気づきなどについて講話するといったメンタルヘルスリテラシー教育の機会を設けることも、メンタル不調の予防や保護者と学校の連携体制作りに重要である。

- ② 教育委員会が専門医を嘱託医、指導医等として小学校に派遣できるよう、各教育委員会から専門医を育成・認定している機構、学会等に協力を依頼し、派遣可能な専門医と学校のネットワークを構築する必要がある。また教育委員会が専門医を嘱託医、指導医等とするための予算措置を講じる必要がある。さらに子供のこころと発達の診療は時間がかかる割に診療報酬が低いことが課題となっており、専門医が嘱託医、指導医等として教育委員会に積極的に協力できるよう診療報酬の引き上げが望まれる。
- ③ 専門医によるコンサルテーションを円滑に実施するため、現在、約18%に止まっている特別支援教育コーディネーターの専任配置を全校に広げる。コーディネーターはコンサルテーションをコーディネートするとともに、コンサルテーションの結果を踏まえてクラスでの配慮や支援、校内支援体制を整える。児童の困難な状況、支援と配慮の必要性について、必要に応じて専門医が医療の立場から保護者に助言できるよう調整する。さらにコーディネーターの職務に必要な研修を全国で義務化する。研修には児童のメンタルヘルスに関する内容や、個々の支援や環境調整に関する実技を加えることが考えられる。
- ④ 学校保健、特別支援教育、児童生徒指導の各校務分掌を横断して、発達障害あるいはその特性を有する児童の情報を共有し、専門医によるコンサルテーションには各担当者も参加して、学校全体で児童のメンタル不調を予防する。この積み重ねが、児童のメンタルヘルスに関する学校の支援力を高めることにつながる。
- ⑤ 5歳児健診で発達障害の特性を有し学校生活に配慮や支援が必要と判断された幼児の実態について、保護者の同意のもと、保健センターから教育委員会、就学先の学校に情報を共有し、就学後の支援や配慮に活用する。
- ⑥ どのクラスにも配慮や支援が必要な児童が複数在籍していることを踏まえて、指導力のある教師を適切な人数配置する。特に5歳児健診で気が付かれた子供の就学後のサポートを適切に行うため、小学校低学年を担当する教員に特別支援教育の専門性を有する教師を配置する。
- ⑦ 担任する学年に応じてOJT（On-the-Job Training）を取り入れた実践力を高める教員研修の体系を整える。通級指導教室や特別支援学級を担当する教師の特別支援学校教諭免許状取得率を高め、小学校における特別支援教育の水準を底上げする。あわせて大学等の教員養成課程において、発達障害あるいはその特性を有する児童をより適切に支援できる小学校教員を養成する力をいっそう高める。
- ⑧ 教師と専門医のコンサルテーションを実施するためのマニュアルを担任教師用、特別支援教育コーディネーター・養護教諭用、専門医用に整備する。コンサルテーショ

ンを通じて取得した児童に関する情報の学校内における扱い、5歳児健診に関する情報の学校内における扱いについてガイドラインを整備する。専門医とのコンサルテーションを実施するための校内での手続きについて、できるだけ簡素なものとして業務が過度にならないよう留意する。

(4) メンタル不調を生じ始めている児童に対応するための連携

(専門医が学校でコンサルテーションをする仕組み、学校医がハブとなって地域の医療機関を紹介するルートの整備)

メンタル不調を生じ始め、担任、養護教諭、保健主事、特別支援教育コーディネーター、生徒指導・教育相談担当、スクールカウンセラーなど教職員の教育相談を利用している児童について、(3)と同様に専門医とコンサルテーションする仕組みを整える必要がある。児童のメンタルヘルスの状態、発達障害などの困難や特性との関係、受診の必要性などに関する専門医の所見を参考に、教室での活動参加をどの程度促すか、課題設定や配慮は適切か、支援の方向性を見直す必要があるか、受診を勧めるかどうかなどをこれらの教職員と専門医がともに検討する。スクールカウンセラーがコンサルテーションの対象となる児童の教室、保健室等における行動を観察し、所見をまとめることでコンサルテーションをより有用なものにすることも期待される。

児童のメンタル不調が顕著になり教師等の相談では対応困難となった場合、学校は保護者に受診を勧める。主治医をもっている児童の場合には再診を促すことになるが、未受診の場合には保護者が児童の状態に適した医療機関を探さなければならない。専門医とのコンサルテーションの結果、受診の必要性があると判断された場合も同様である。養護教諭はこれまで受診した児童の受診先や主治医をもっている児童の受診先などから、地域の医療機関や診療科の状況などをある程度把握しているが、医療機関への紹介ルートを学校がもっているわけではない。未受診の児童について受診が必要と学校長が判断した場合、学校医がハブとなって速やかに地域の小児科医、精神科医、心療内科医を紹介することが期待される。学校医が医師会のネットワーク等をもとに地域の医療機関の診療状況を把握して、紹介ルートを開拓しておくことで紹介がスムーズになると考えられる。具体的には学校長の指示のもと、養護教諭やスクールソーシャルワーカーが学校医に依頼し、対象児童が学校医のもとを受診して、しかるべき医療機関への紹介を進めることが現実的であろう。受診が必要な児童の紹介ルートが整えば、教師らは安心して児童の相談に応じることができる。

(専門医紹介後も学校医と情報共有するなど、学校医がハブとしての役割を果たす)

医療機関を紹介した後も、後はお任せにならないよう、医療機関の見立てや治療方針(薬物療法、心理療法を含む)を学校が共有し、どうしたら児童が学校で上手くやっていけるか、学習環境の調整や支援を見直すことが重要である。そのために紹介した医療機関から学校医へ返信された内容を、学校医を通じて学校が理解するとともに、それだ

けでは情報が不足している場合には学校は医療機関に情報提供を求める必要がある。医療機関も学校医から紹介された児童を診療したら、保護者の同意を得て児童の状態や治療方針を学校と共有することが望まれる。こうした学校と医療機関の情報共有のハブとしての役割を学校医が担うことが期待される。

(地域でメンタル不調に対応できる医療のすそ野を広げる)

さらに地域の小児科医、思春期の生徒を診ている精神科医、心療内科医など児童のメンタル不調に対応できる医療の裾野を広げる必要もある。子供のこころと発達を専門とする小児科専門医、精神科専門医、内科専門医は数が限られ、地域によってその数も大きく異なる。加えて各専門医には受診を希望する患者が集中しており、長い受診待機期間を生じている。このような状況で学校が学校医をハブに専門医を紹介すれば、ますます受診待機期間が長くなり専門医療が破綻しかねない。メンタルヘルスの問題を生じる児童が多く、発達障害の児童がどのクラスにも複数在籍する現実がある以上、医療も裾野を広げて対応することが求められる。

(具体的には) (図5)

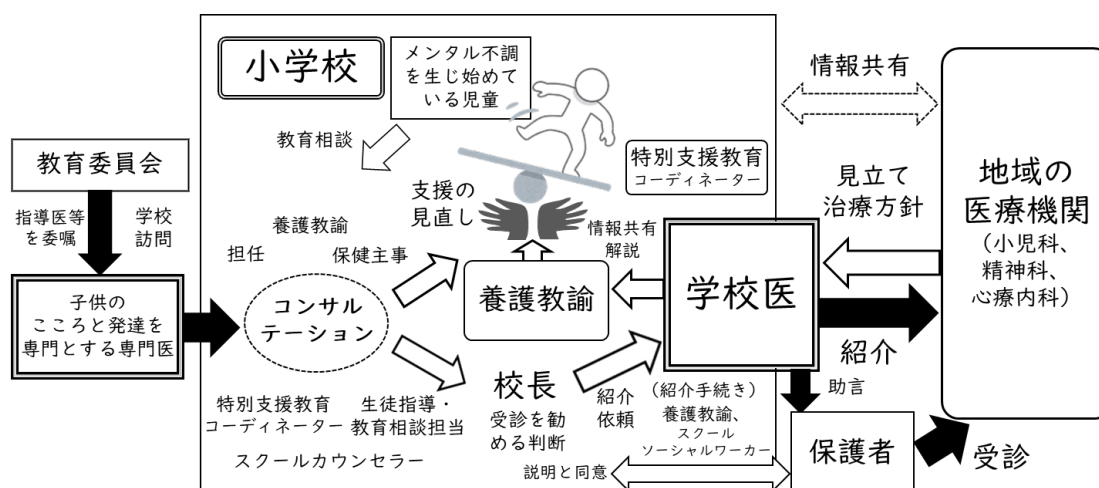


図5 メンタル不調を生じ始めている児童に対応するための教育と医療の連携

- ① (3) ①～③と同様、子供のこころと発達を専門とする医師を教育委員会が嘱託医、指導医等として小学校に派遣し、担任、養護教諭、保健主事、特別支援教育コーディネーター、生徒指導・教育相談担当、スクールカウンセラーなどとコンサルテーションする仕組みを整える。
- ② 医師会のネットワーク等を活用して学校医が学校と地域の医療機関（小児科、精神科、心療内科）をつなぐハブの役割を担う。受診を勧める判断は学校長が行い、学校医は当該児童を速やかに適切な医療機関に紹介する。学校医にはそのための紹介ルートを開拓することが期待される。学校からの求めに応じて学校医は保護者に

受診の必要性を助言する。紹介状を通じて、当該児童の学校生活に生じている問題、支援の状況などを医療機関に伝える。受診後に医療機関の見立てや治療方針等を学校が共有できるよう、紹介状の返信を校内で共有する。学習環境の調整や支援のための情報が不足する場合には、学校医は学校が保護者の同意のもと医療機関に情報提供を求めることについて助言する。学校医は医療機関から提供された情報について確認し、学校から求めがあれば管理職、担任、養護教諭、保健主事、特別支援教育コーディネーター、生徒指導・教育相談担当、スクールカウンセラー等に提供された情報について解説する。さらに保護者の同意が得られれば、情報提供をもとに学習環境の調整や支援の見直しを行った状況や当該児童の学校生活の様子などを、紹介先の医療機関に学校医から情報提供して共有を図ることが理想的である。医療機関への具体的な紹介手続きや情報提供依頼の手続きは、学校長の指示のもと、養護教諭やスクールソーシャルワーカーが学校医に依頼して進める。

- ③ 学校医がハブの役割を担えるよう、学校長からの依頼により学校医が地域のしかるべき医療機関を紹介する場合、診療情報提供料に教育と医療の連携加算を算定できるよう整えることも考えられる。あわせて学校医から紹介された児童を診療した医療機関は、教育と医療の連携加算を算定できるよう整えることも考えられる。
- ④ メンタル不調を生じ始めている児童を地域の医療機関に紹介したり、紹介先の医療機関から提供された情報を校内で共有したりするなど、学校と地域の医療機関をつなぐハブとして学校医が担う役割について、都道府県医師会、地区医師会で研修の機会を設けることが期待される。
- ⑤ 学校医が学校と医療機関をつなぐ役割を担えるよう、教育委員会に適切な数のスクールソーシャルワーカーを配置してサポートする。
- ⑥ 養護教諭は学校医と担任、保健主事、特別支援教育コーディネーター、生徒指導・教育相談担当、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカー等をつなぐ校内のハブの役割を担う。特に紹介先の医療機関から提供された情報を学習環境の調整や支援に活用することについて、養護教諭と特別支援教育コーディネーターが中心になって具体化する。発達障害に限らず、養育環境に問題がある児童や外国につながる児童など特別な教育的支援を必要とする児童にはメンタルヘルスの配慮が必要である。養護教諭の配置定数（小学校は児童数 851 人以上、中学校・高校は生徒数 801 人以上で 2 名配置）を見直し、保健室が、支援を必要とする児童、メンタル不調を生じ始めている児童の相談の場として、児童をサポートする教師の相談の場として十分に機能するよう複数配置する小学校を増やす。養護教諭の配置定数を見直しても児童数の少ない地域では小規模校に 1 名配置となるが、教育委員会単位で各校の養護教諭をサポートする養護教諭を配置することができるよう工夫する。こうした相談の場としての保健室の機能は、中学校・高校においてますます重要となる。
- ⑦ 教職員の教育相談について、発達障害の特性を踏まえた効果的な相談の進め方や

メンタル不調に対する効果的な相談の進め方に関する研修機会を十分に設ける。その際、教職員の業務量が過剰にならないよう働き方に配慮する。

- ⑧ 児童への対応について学年会など教師同士でも助言し合う組織づくりを進める。質問や助言はICT機器も活用して時間的制約を軽減する。必要に応じて①のコンサルテーションの機会を活用する。地域の小児科医、精神科医、心療内科医にオンラインで相談できるしくみを整えることも考えられる。
- ⑨ 学校医が児童を医療機関に紹介する際のマニュアル、学校医が紹介した児童を診療した医療機関に情報提供を依頼する際のマニュアル、児童の診療情報の学校での取り扱いに関するガイドラインを整備する。医療機関に紹介する手続きは、適時に紹介できるようできるだけ簡素なものとする。

4. 小学校中学年以降、特に思春期の児童生徒のメンタルヘルス対策の課題

この世代では精神疾患の発症、OTC医薬品のオーバードーズ、自殺など深刻な問題が多い。さらに問題が生じていることを児童生徒が周囲に隠して、気付かれぬまま深刻化することが課題である。本提言で示した専門医と教師のコンサルテーションの仕組みや学校と医療機関をつなぐハブとしての学校医の機能は、この世代の児童生徒のメンタルヘルス対策としても重要となる。

彼らのメンタル不調は抑うつや不安などの内在化症状だけでなく、暴力、家出、非行などの外在化症状としても現れる。学校、家庭以外の場面でより問題が深刻化することから、教育と医療だけでなく、福祉や司法（警察、家庭裁判所など）との連携システムの構築が必要となる。

またメンタル不調を背景に中途退学する高校生が増加していることも課題である。中途退学後に就労することにも困難を生じる可能性があり、就労支援や就労後にメンタルヘルスを保つ力の育成も課題になる。こうした問題を予防するため、小学校高学年以降の児童生徒にはメンタルヘルスに関する授業の必修化を検討する必要がある。

5. あとがき

さまざまな形でメンタルヘルスが低下し、メンタルヘルスの問題を生じる児童生徒に対して、学校保健はどのような対策ができるか検討した。これまでもさまざまな対策が講じられてきたが、児童生徒のメンタルヘルスの問題はますます増加し、新たな問題も生じている。どこから手を付ければよいか誰にも正解は分からないが、何もしないでいるはこの問題に歯止めをかけることはできない。

一般にメンタルヘルス対策というと精神疾患の治療を思い浮かべる人が多いかもしれないが、精神科医療はメンタルヘルスサービスの一部であってすべてではない。メンタルヘルスサービスは、精神疾患の治療からメンタル不調の予防・早期対応、メンタルヘルスの増進まで連続的に行われるよう設計されなければならない。学校保健においても同様だが、児童生徒すべてを対象にメンタルヘルスの専門家が常駐していない学校を中心に行う

という点で、より予防・早期対応、健康増進に注力する必要がある。そのためにメンタルヘルスの低下している児童生徒をスクリーニングする方法が重要だが、スクリーニングされた児童生徒への初期対応は教師が行わざるを得ず、それには教師をメンタルヘルスの専門家がサポートするしくみが不可欠である。児童生徒のメンタルヘルス低下は学習参加や仲間関係などの問題を背景にしていることが少なくなく、メンタルヘルス低下の予防・早期対応に教師が行う教育活動の工夫や支援が関与する。このことからメンタルヘルス対策においては、疾患をスクリーニングして速やかに受診を勧奨する対応とは異なる対応を講じる必要がある。なおメンタルヘルスの低下している児童生徒をスクリーニングするためのアプリやツールについては本稿で提言するに至らず、今後の検討課題とする。

本稿では、発達障害あるいは発達特性に伴う困難を有する小学校低学年の児童のメンタル不調を予防するための教育と医療の連携の仕組み作り、メンタル不調の早期対応のための教育と医療の連携の仕組み作りの推進を提言した。国の事業として全国に広がっている5歳児健診のフォローアップと特別支援教育と学校保健が連続的、横断的に児童を支援することは極めて重要である。具体的な方法として、子供のこころと発達を専門とする医師を教育委員会が学校に派遣して、教師とコンサルテーションする仕組みを提言した。専門医の確保や日常診療との両立など課題も多いが、教師を強力に支援することが児童のメンタルヘルス対策を進めるには不可欠である。また学校医が学校と医療機関をつなぐハブとして機能することも期待される。学校が児童のメンタルヘルス対策の中心となるには学校医を中心とした地域の医療機関とのネットワーク構築が鍵となる。

小学校中学年以降、特に思春期の児童生徒のメンタルヘルス対策も進めなければならない。本稿ではその課題についても言及した。この世代では精神疾患の発症、OTC医薬品のオーバードーズ、自殺など気付かれぬまま問題が深刻化する。このため教育と医療だけでなく、福祉や司法との連携システムの構築が必要となる。

子供のメンタルヘルス対策は社会全体で進める必要があるが、児童生徒のメンタルヘルス対策において学校保健が果たす役割は重要である。本提言の実現を強く望むとともに、本提言がすべての児童生徒がメンタルヘルスを良好に保って成長する一助になれば幸いである。

【参考資料】

¹ 文部科学省（2025）：令和6年度 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果について。

https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1422178_00006.htm

² 本田秀夫（2016）：発達障害児とその家族に対する地域特性に応じた継続的な支援の実施と評価。厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（身体・知的等障害分野））総括研究報告書。

³ 小林潤一郎（2022）：小児科における地域発達診療の特徴と児童精神科診療所に望むこと。日本児童青年精神医学会誌 63（4），479-484。

-
- ⁴ 文部科学省 (2022): 通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について。
https://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/2022/1421569_00005.htm
- ⁵ こども家庭庁 (2025): 第2部我が国におけるこどもをめぐる状況. 第1章こども・若者、子育て当事者の置かれた状況等. 令和7年版こども白書。
https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/26eaf394-b81d-4778-8303-eeb3d28c89c2/60425ddc/20250611_resources_white-paper_r07_06.pdf
- ⁶ 全国養護教諭連絡協議会 (2025): 令和6年度 養護教諭の「職務に関する調査」報告書
- ⁷ 文部科学省初等中等教育局児童生徒課 (2024): 1人1台端末を活用した健康観察・教育相談システム一覧 https://www.mext.go.jp/content/20250120-mxt_jidou02-000039266-01.pdf
- ⁸ 日本医師会 学校保健委員会(2024): 学校医の役割と研修の必要性。
https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20240605_22.pdf
- ⁹ 文部科学省(2024): 1人1台端末等を活用した「心の健康観察」について。
https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/19f3feb3-912a-4741-9bd9-7f523d28e971/c581e17b/20240808_councilsA_kodomonojisatsutaisaku-kaigi_19f3feb3_07.pdf
- ¹⁰ 日本小児科学会小児医療委員会 (2022): 「地域における教育分野との連携」web 調査. 日本小児科学会雑誌 126 (1), 140-145.
- ¹¹ 小塩靖崇, 住吉太幹, 藤井千代, & 水野雅文 (2019): 学校・地域におけるメンタルヘルス教育のあり方. 予防精神医学 4(1), 75-84.
- ¹² 竹森啓子(2020): 国内の教育領域におけるメンタルヘルスリテラシー教育の系統的レビュー. 人文論究 69(3), 147-167.
- ¹³ 岸田広平, 松原耕平, 肥田乃梨子, & 石川信一(2023): 日本における学校でのメンタルヘルス予防教育の現状と課題—こころあっぷタイム (Up2-D2) の社会実装—. 不安症研究 15(1), 10-19.
- ¹⁴ 清水栄司, 古川美之, 土屋綾子, 池水結輝, 小柴孝子, & 堀清一郎 (2024): メンタルヘルスの1次予防としての学校における子どものWEB ストレスチェックと学校医, 養護教諭, 教育相談担当教員, 保健体育教員, 学校長の役割. 子どものこころと脳の発達 15(1), 63-69.
- ¹⁵ 相澤雅文. (2021). 小学生・中学生の楽しみと安心に関する調査研究 子どもたちの Well-Being を育むために. 発達支援学研究, 2(1), 31-40.
- ¹⁶ 石本雄真, 松本有貴, 小林朋子, 宮崎昭, & 渡辺弥生(2021): 子どもたちのポジティブな側面を伸ばす心理教育実践 学校でのソーシャルエモショナルラーニング (SEL) 実践. In 日本教育心理学会総会発表論文集 第63回総会発表論文集 (pp. 96-97). 一般社団法人 日本教育心理学会.
- ¹⁷ 川上ちひろ, 今福輪太郎, 早川佳穂, 堀田亮, 高橋美裕希, 鷹羽律紀, ... & 西城卓也 (2024): 各論 1. 社会性と情動の学習 (SEL) とは何か. 医学教育 55(4), 301-308.
- ¹⁸ 嶋田洋徳, 小関俊祐, 伊東真吾, 須澤美和子, 原剛, 西中宏史, 長沼千夏, 杉山智風, & 桂川泰典(2024): 学校現場へのメンタルヘルス心理教育普及における促進要因と阻害要因. In 日本教育心理学会総会発表論文集 第66回総会発表論文集 (pp. 116-117). 一般社団法人 日本教育心理学会.
- ¹⁹ 上松太郎, 松下年子, 片山典子, & 田辺有理子(2017): 学校メンタルヘルスリテラシー教育

の実践報告. アディクション看護 14(1), 19-24.

²⁰ 八木淳子(2025): 小児期逆境体験が心身の健康に及ぼす影響. 岩手医学雑誌 76(6), 209-215.

²¹ 日本小児科学会小児医療委員会 (2024): 小中学校・特別支援学校教職員を対象とした「教育と医療の連携」に関する web 調査. 日本小児科学会雑誌 128 (5), 767-776.

²² 西村一、鈴木悠介 (2017): 学校訪問を契機に診療が大きく展開した 2 症例. 小児の精神と神経 57 (3), 199-204.

²³ 梶 瑞佳ほか (2022): アウトリーチ医療により学校生活が安定した神経発達症児. 日本小児科学会雑誌 126 (10), 1410-1415.

(分担執筆者 メンタルヘルス WG 委員)

委員長 小林 潤一郎

委員 金生 由紀子

委員 佐々木 司

委員 辻野 智香

委員 三牧 正和