

# 小児生活習慣病予防健診

## ■健診を指導した先生

大国真彦

日本大学名誉教授

岡田知雄

日本大学医学部教授

村田光範

東京女子医科大学名誉教授

## ■健診の対象およびシステム

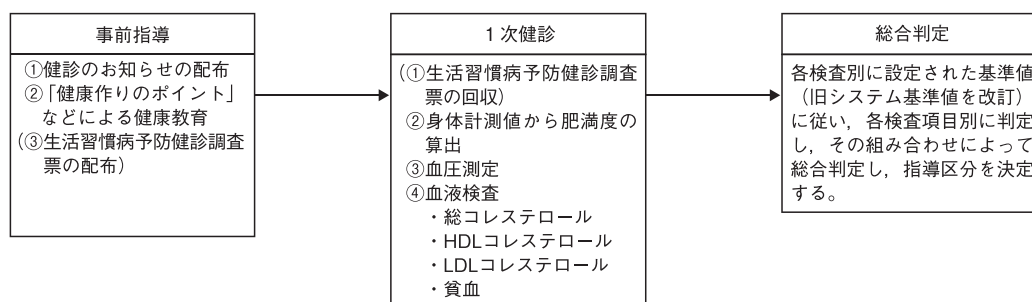
最近のわが国における食生活や生活環境は、豊かでいわゆる西欧型文化生活になってきているが、こうした西欧型文化生活が心臓病を始めとする動脈硬化を中心とした健康障害をもたらすこと、そしてその影響が若い世代に及ぶことが指摘されている。しかし、このような状況に適切に対応することで、将来の健康障害を予防することができると思われる。

そこで、この小児生活習慣病予防健診は、動脈硬化が促進した結果、将来起り得る心筋梗塞や脳梗塞を予防するために、動脈硬化を促進する危険因子をスクリーニングして、その危険性を本人に自覚させ、さらにスクリーニングを通じて、食事や運動を中心とした日常生活上での問題点を改善するように指導していく、といった健康教育に直結するものとして実施されている。

## ●小児コレステロールクリニック

東京都予防医学協会保健会館クリニック内に、「小児コレステロールクリニック」を開設して、治療についての相談や経過観察者の事後管理などを予約制で実施している。診察は岡田知雄日本大学医学部教授が担当している。

## 小児生活習慣病予防健診のシステム



# 小児生活習慣病予防健診の実施成績

村田 光 範

東京女子医科大学名誉教授

## はじめに

2000(平成12)年ごろから児童生徒のよくない生活習慣が健康におよぼす問題、端的には生活習慣病危険因子が少しかたちを変えてきているように思っている。その1つは体型の変化であり、肥満傾向児(文部科学省:学校保健統計調査報告書では、肥満した児童生徒を肥満傾向児、やせた児童生徒を痩身傾向児と言っている)が減少傾向を、痩身傾向児が増加傾向をみせている。2000年度以降の学校保健統計調査報告書に記載されている性別、年齢別平均身長と平均体重について検討してみると、2000年度から2010年度にかけて各年齢の身長平均値は全くといってよいほど同じであるが、体重は多くの年齢で減少傾向を示しているのである。言ってみれば今の児童生徒は全体としてやせ体型になってきていると言える。また、学齢期小児のみならず、新生児の平均身長と平均体重も年々減少傾向を示しているのである。このような背景があって、日本小児内分泌学会と日本成長学会は、合同の「日本人小児の体格標準値委員会」を立ち上げて、2000年度の乳幼児身体発育調査報告(厚生労働省)と学校保健統計調査報告に記載してある身長や体重の数値を、今後の日本人小児の体格評価のための標準値とすることを決めている。したがって、幼児期から学齢期までの子どもの肥満ややせの判定基準は、当分の間、現在のものが用いられることになると考えてよいであろう。このことは、つい最近2010年度の乳幼児身体発育調査結果が公表されたり、学校保健統計調査報告は毎年度公表されたり

しているので、混乱を招かないように十分に理解しておく必要がある。

以下、これまでの年報でも同じことを述べているが、小児生活習慣病予防健診を正しく理解していただくことが必要なので改めて述べておくことにする。

小児生活習慣病予防には集団的対応と個別的対応がある。集団的対応は保健体育に代表される教科教育や学校給食を通じた実践的食育指導などがあり、これは主に生活習慣病の1次予防、すなわち児童生徒が生活習慣病にならないように指導、支援することを目的とするものである。個別的対応は生活習慣病の2次予防と3次予防を目的とするものである。2次予防とは生活習慣病になっている状態を生活習慣病ではない状態に戻すことであり、3次予防とは生活習慣病になっている状態を生活習慣病ではない状態に戻すことはできないが、その生活習慣病が日常生活に支障をきたすような状態には進行しないようにすることである。

小児生活習慣病予防健診は生活習慣病に対する個別的対応を的確に、かつ効果的に行うことを目的にしている。学校保健における生活習慣病に対する個別的対応は、2次予防を原則としているが、時には家族性高コレステロール血症のように遺伝的背景が強く、3次予防に重点を置かなくてはならない場合もある。家族性高コレステロール血症についてはホモ接合体型のように病状の進行を止めることがなかなか難しいものもあるが、ヘテロ接合体型のように生活習慣が大きくその進行に影響を与えるものもある。

小児生活習慣病予防健診はこのような特殊な病気についても、その早期発見と早期対応に力を発揮するのである。

なお、本稿に記載してある健診結果は2010年度のものである。

#### [1] この事業が検診でなく健診である理由

毎年度述べていることであるが、この事業が検診とせず健診としていることについて説明する。この事業は小児期の生活習慣病の1次予防(生活習慣病にならないようにする)を目的にしている、次いで2次予防(生活習慣病になっている状態を正常な状態に戻す)を達成することを目的にしている。結論として病気の状態をみつけて、それに対応しようとしているものではないので検診ではなく健診を用いることにしている。学校保健ではこのような場合も原則として検診と言っているようなので、あえて説明を加えておいた。

#### [2] 学校保健における小児生活習慣病予防健診の目的と意義

##### 1. 健診の目的

生活習慣病は「よくない生活習慣によって引き起こされる病気」である。学校保健における生活習慣病予防対策には、1次予防を目的とした健康教育と2次予防を目的とした生活習慣病予防健診がある。ここで報告する小児生活習慣病予防健診は学校における生活習慣病の2次予防を目的としたものである。

次に、生活習慣病1次予防のための健康教育の成果を評価するためには、生活習慣病の実態がわからなければ、効果的な健康教育を行うことはできないであろう。今の児童生徒にみられる生活習慣病の実態を知ることが生活習慣病予防健診の大きな目的である。

小児生活習慣病予防の目的は、できれば1次予防(生活習慣病にならないようにする)、少なくとも2次予防(生活習慣病になったものを、健康な状態に戻す)にとどめなくてはならない。児童生徒については成人の生活習慣病の多くにみられるような3次予防(生活習慣病は治らないが、できるだけ日常生活に支障

がない状態を保つ)の状態に進んではならないのである。

##### 2. 健診の意義

以上のような状況の中で今の学齢期の子どもたちの生活習慣をみると、深刻な運動不足、広がる夜型生活習慣、朝食の欠食などに代表される「よくない生活習慣」の中で生活しているのである。この「よくない生活習慣」が原因で、この報告書でも述べるように、この健診結果からすると児童生徒の1~2%がすでに生活習慣病として医学的な管理・指導・支援が必要なもの、言い換えると要医学的管理群であり、5~6%前後が定期的な医学的支援が必要なもの、言い換えると要経過観察群であり、そして10%~20%がよりよい生活習慣を身につけるように積極的な指導・支援が必要なもの、言い換えると要生活指導群なのである。

できるだけ早期にこれら対象となる児童生徒に対応して、それら児童生徒を健康な状態に戻さなくてはならない。小児期であるからこそ、これら生活習慣病になっている児童生徒を健康な状態に戻すことができる可能性があると言える。これが学校保健において小児生活習慣病予防健診を行うことの大きな意義である。

#### 対象とシステム

##### [1] 対象

対象は原則として、小学校4年生、中学校1年生、高校1年生としている。その理由は次のとおりである

小児期に生活習慣病を予防するためには「よい生活習慣」を身につける必要がある。これには児童生徒自身がよりよい生活習慣を身につけるように行動変容する必要がある。この行動変容が自分自身でできるようになる年齢が10歳以降とされていることから、最初の健診対象を小学校4年生としたのである。次の対象は中学校1年生、高校1年としている。これは最初の健診から3年ぐらいい間は置いて、この期間に健診と健診結果に基づく事後指導(健康教育)を徹底させようという目的がある。欧米ではこれを5年とす

るという意見もあるが、わが国の学校制度もあって、中学校1年生、高校1年生としたことも事実である。

本稿では、小学校では4年生と5年生、中学校では1年生と2年生が対象になっている。これは実施主体であるそれぞれの地区事情の違いによるものである。

## 〔2〕システムについて

この健診システムの概要をP45に示した。本稿の内容は2010年度に実施したものである。この健診システムは2004年度から従来のシステムとは違った新しいシステムで行われている。新しいシステムに移行した事情は2006年版報告書に述べてあるので詳細は省くが、要するにこの健診が1987（昭和62）年に始まって20年ほどが経ち、この間、日本人小児について血清脂質や血圧などのいわゆる危険因子に関する資料が十分に集積されたので、これらの資料を検討して、日本人小児に則した基準値を設けたこと、および近年著しい進歩をみせている生活習慣病に関する新しい知見を加味したことである。

## 健診の実施方法

### 〔1〕健診項目

まず、保護者の同意のもとに、対象者全員に「生活習慣病予防健診調査票」を配布して、本人の既往歴、家族歴、食生活、運動習慣などについてアンケート調査する。

1次健診では、身体計測（身長・体重）値から肥満度を算出した。肥満度の判定については、「文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課監修、日本学校保健会編：児童生徒の健康診断マニュアル（改訂版）、2006年3月」に準拠している。これに続いて、血圧測定、採血による総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロールなどの血清脂質の測定と貧血検査を行う。貧血検査の結果については別の項目で説明されているので省略している。なお糖尿病については学校での健康診断結果を準用して判定している。

### 〔2〕結果の判定

表1に示したように、健診各項目を基準値と比較

してその異常の程度に基づき、a, b, c, d, nの5段階に区分する。肥満度の判定に当っては、最近児童生徒のやせ体型の増加に注目する必要性からy（やせ）の区分を設けている。

表2に示したように、各項目別の判定区分の組み合わせによってI, II, III, IV, Nの5段階に分けて総合判定する。

## 2010年度健診結果

### 〔1〕項目別判定の出現率

表3-1、および表3-2に2010年度の項目別判定の出現率を小学校と中学校について示した。

#### 1. 小学校

##### ①肥満

4年生男子では、a区分（肥満度50%以上－高度肥満）1.06%、b区分（肥満度30%以上、50%未満－中等度肥満）3.94%、c区分（肥満度20%以上、30%未満－軽度肥満）5.32%であり、肥満度20%以上の肥満群としてみると10.32%であり、2009年度の10.79%とほぼ同じ出現率で、女子の8.33%に比べ高かった。

男子のやせの出現率は2.92%であり、昨年の2.28%と比較して高かった。冒頭に述べたように男子においてもやせの出現率の推移に注意する必要がある。女子におけるやせの出現率は3.07%であり、男子のそれと大きな差はなかった。

5年生男子では、a区分（肥満度50%以上－高度肥満）0.78%、b区分（肥満度30%以上、50%未満－中等度肥満）3.51%、c区分（肥満度20%以上、30%未満－軽度肥満）6.04%であり、肥満度20%以上の肥満群としてみると10.33%であり、2009年度の7.30%と比較して大きな数字であり、女子の4.72%に比べても出現率は高かった。

##### ②血清脂質

血清脂質については4年生と5年生を合わせて、男子ではa区分0.75%、b区分1.88%、c区分14.15%であり、女子ではa区分1.15%、b区分2.54%、c区分16.52%であった。全体的に女子の異常出現率が高いが、女子は思春期に入ると生理的に男子よりも正

表1 項目別判定基準

① 糖尿病の判定		② 家族歴の判定																																	
本人に糖尿病がある場合は当然専門医を受診しているため、判定はaとnのみである		家族歴の詳細な調査はいろいろな理由で困難なこと、かつ2親等内の生活習慣病陽性の頻度は、現状では50%以上に達していることから、家族歴がある場合には、一律d判定とする。																																	
③ 肥満度判定 ※1		⑤-1 血圧判定 (小学校・男女, 中学校・女子) ※3																																	
50%以上	a	<table border="1"> <tr> <td rowspan="4">収縮期圧 (mmHg)</td> <td>145以上</td> <td colspan="4">a</td> </tr> <tr> <td>144 &gt; 135</td> <td colspan="4">b</td> </tr> <tr> <td>134 &gt; 120</td> <td colspan="4">d</td> </tr> <tr> <td>120未満</td> <td>n</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>70未満</td> <td>70~79</td> <td>80~89</td> <td>90以上</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="4">拡張期圧 (mmHg)</td> </tr> </table>	収縮期圧 (mmHg)	145以上	a				144 > 135	b				134 > 120	d				120未満	n						70未満	70~79	80~89	90以上			拡張期圧 (mmHg)			
収縮期圧 (mmHg)	145以上			a																															
	144 > 135			b																															
	134 > 120			d																															
	120未満	n																																	
		70未満	70~79	80~89	90以上																														
		拡張期圧 (mmHg)																																	
30~49.9%	b																																		
20~29.9%	c																																		
-19.9~19.9%	n																																		
-20%以下	y																																		
④-1 血清脂質判定 ※4 (総コレステロールとHDLコレステロールによる)		⑤-2 血圧判定 (中学校・男子, 高校・男女) ※3																																	
総コレステロール	HDLコレステロール		<table border="1"> <tr> <td rowspan="5">収縮期圧 (mmHg)</td> <td>150以上</td> <td colspan="4">a</td> </tr> <tr> <td>149 &gt; 140</td> <td colspan="4">b</td> </tr> <tr> <td>139 &gt; 120</td> <td colspan="4">d</td> </tr> <tr> <td>120未満</td> <td>n</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>70未満</td> <td>70~84</td> <td>85~94</td> <td>95以上</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="4">拡張期圧 (mmHg)</td> </tr> </table>	収縮期圧 (mmHg)	150以上	a				149 > 140	b				139 > 120	d				120未満	n				70未満	70~84	85~94	95以上			拡張期圧 (mmHg)				
	収縮期圧 (mmHg)	150以上			a																														
		149 > 140			b																														
		139 > 120			d																														
		120未満			n																														
70未満		70~84	85~94	95以上																															
		拡張期圧 (mmHg)																																	
40mg/dl以上	40mg/dl未満																																		
280mg/dl以上	a	a																																	
240~279mg/dl	b	a																																	
220~239mg/dl	c	b																																	
190~219mg/dl	d	c																																	
190mg/dl未満	n	d																																	
④-2 血清脂質判定 (LDLコレステロール) ※4																																			
190mg/dl以上	a																																		
160~189mg/dl	b																																		
140~159mg/dl	c																																		
110~139mg/dl	d																																		
110mg/dl未満	n																																		

(注) ※1 肥満度は季節や年齢による健康児の変動の幅が大きいため、d判定領域を設定することの意義や妥当性に乏しいため、d判定は設定していない。  
 ※2 肥満とやせではその意味合いが異なるので、-20%を超えるやせの場合は別枠のyと判定し、「医師との相談が望ましい」旨のコメントをつける。  
 ※3 血圧は、一定の基準値を上回るものを高血圧症とするため、やや病的ではないか(軽い高血圧)と思わせるc判定は設定していない。  
 ※4 血清脂質判定において、④-1と④-2の判定区分が異なるときはより重い方の判定を採択し、両者が同一判定区分であれば(aとa、nとnを除く)1ランク上の重い判定とする。

常血清脂質の平均値が高くなるために、同一基準で区分別の判定をすると男子よりも異常出現率が高くなる傾向があることを加味して検討する必要がある。血清脂質の異常をスクリーニングするという立場から、成人においても、血清脂質の性差を考慮することなく異常値の判定基準が定められているので、小児においてもこれにならって、男女別の血清脂質異常判定基準は設けていない。

③血圧

4年生と5年生を合わせて検討すると、a区分は極めて少なく、医学的な管理が必要なb区分以上は男子

0.11%、女子0.40%であった。対象1,000に対して男子1人、女子4人であり、この場合は生活習慣病の危険因子としてばかりでなく、高血圧をきたす原因疾患の有無についても検討しておく必要がある。

2. 中学校

①肥満

中学生は1年生と2年生を合わせて検討した。男子では、a区分1.63%、b区分4.80%、c区分4.43%であり、女子では、a区分0.90%、b区分2.26%、c区分3.88%であった。肥満度20%以上のものは男子10.87%に対し、女子は7.05%であり、男子の出現率が高かった。



表2 総合判定と指導区分

総合判定	判定基準	指導区分	指導コメント
I (要医学的管理)	I-1 糖尿病(a)	I	引き続き専門医を受診してください。 専門医に相談してください。
	I-2 各項目のうち1項目でも(a) (※I-1を除く)		
	I-3 どの項目にも(a)はないが 「脂質」「血圧」がともに(b)		
II (要経過観察)	どの項目にも(a)がなく いずれか1項目でも(b)	II	医師や学校の先生、保護者の方などと相談し、バランスのとれた食生活と適度な運動を心がけてください。6ヵ月～1年後には再検査を受けてください。
III (要生活指導)	どの項目にも(a)(b)がなく いずれか1項目でも(c)	III	バランスのとれた食生活と適度な運動を心がけてください。
IV (管理不要)	どの項目にも(a)(b)(c)がなく いずれか1項目でも(d)	IV	今後とも正しい生活習慣を心がけてください。次回健診時にいろいろな検査項目の変化にもよく注意してみましよう。
N (正常)	すべての項目が(n)	N	今回の健診結果では特に異常はありませんでした。現在のよい状態を続けるよう心がけてください。

小・中学生全般について男子の肥満出現頻度が女子よりも高いというのは一般的な傾向である。

やせは男子2.63%に対し、女子5.50%であり、前年と同じく女子が男子の2倍になっていた。小学校のところで述べたが、男女ともやせの出現率については今後とも注目しなければならないのである。

### ②血清脂質

中学生は1年生と2年生を合わせて検討した。男子でa区分0.37%、b区分0.77%、c区分7.07%であり、女子でa区分1.06%、b区分1.86%、c区分14.80%であった。これをc区分以上の総計でみると男子8.21%であるのに対して女子は17.73%であった。男子で小学校4・5年生より出現率が低くなるのは、男子が中学生の時期に総コレステロールが生理的に低くなるのが理由の1つであり、中学生でも女子の方が男子よりも異常出現率が高くなるのは、小学生の項で述べたように中学生では女子の血清脂質平均値が男子のそれよりも高いことが原因と言える。血清脂質の異常をスクリーニングする際に性別、年齢別の考慮をしていないのは成人と同様であり、これはスクリーニングという観点から煩雑さを避けるためである。

### ③血圧

中学生は1年生と2年生を合わせて検討した。医学的な対応が必要なb区分以上は男子0.47%、女子1.14%であった。これは対象1,000に対して男子5人、女子10人であり、小学生と同じく生活習慣病の危険因子としてばかりでなく、高血圧をきたす原因疾患の有無について検討する必要があると言える。

小学校および中学校の項目別(基準値以上)の出現率を図1にまとめて示した。

### [2] 総合判定・指導区分出現率

表4に小学校と中学校について総合判定・指導区分出現率を示した。

#### 1. 小学校

要医学的管理は男子1.72%、女子1.66%、要経過観察は男子5.46%、女子5.70%、要生活指導は男子16.84%、女子18.45%、管理不要は男子31.35%、女子30.52%、正常は男子44.63%、女子43.67%であり、男女に大きな差はみられなかった。管理不要(正常範囲ではあるが、標準値に比べて高い値を示しているもの)については2009年度と同じく、4年生の出現率が5年生より高かった。

小学校の総合判定管理別の出現率をまとめて図2に示した。

表3-1 項目別判定の出現頻度

【小学校 男子】			(2010年度)						
区 分	学年	受診者数	a	b	c	d	n	y	
肥 満	4年	2,160	23 (1.06)	85 (3.94)	115 (5.32)	—	1,874 (86.76)	63 (2.92)	
	5年	513	4 (0.78)	18 (3.51)	31 (6.04)	—	427 (83.24)	33 (6.43)	
	合 計	2,673	27 (1.01)	103 (3.85)	146 (5.46)		2,301 (86.08)	96 (3.59)	
血清脂質	4年	2,153	15 (0.70)	44 (2.04)	308 (14.31)	297 (13.79)	1,489 (69.16)	—	
	5年	511	5 (0.98)	6 (1.17)	69 (13.50)	57 (11.15)	374 (73.19)	—	
	合 計	2,664	20 (0.75)	50 (1.88)	377 (14.15)	354 (13.29)	1,863 (69.93)		
血 圧	4年	2,160	0 (0.00)	1 (0.05)	—	69 (3.19)	2,090 (96.76)	—	
	5年	513	1 (0.19)	1 (0.19)	—	26 (5.07)	485 (94.54)	—	
	合 計	2,673	1 (0.04)	2 (0.07)		95 (3.55)	2,575 (96.33)		

【小学校 女子】			(2010年度)						
区 分	学年	受診者数	a	b	c	d	n	y	
肥 満	4年	2,017	10 (0.50)	71 (3.52)	87 (4.31)	—	1,787 (88.60)	62 (3.07)	
	5年	509	1 (0.20)	9 (1.77)	14 (2.75)	—	464 (91.16)	21 (4.13)	
	合 計	2,526	11 (0.44)	80 (3.17)	101 (4.00)		2,251 (89.11)	83 (3.29)	
血清脂質	4年	2,011	27 (1.34)	54 (2.69)	356 (17.70)	300 (14.92)	1,274 (63.35)	—	
	5年	507	2 (0.39)	10 (1.97)	60 (11.83)	51 (10.06)	384 (75.74)	—	
	合 計	2,518	29 (1.15)	64 (2.54)	416 (16.52)	351 (13.94)	1,658 (65.85)		
血 圧	4年	2,017	0 (0.00)	7 (0.35)	—	68 (3.37)	1,942 (96.28)	—	
	5年	509	2 (0.39)	1 (0.20)	—	30 (5.89)	476 (93.52)	—	
	合 計	2,526	2 (0.08)	8 (0.32)		98 (3.88)	2,418 (95.72)		

(注) ( )内は、受診者数に対する%

表3-2 項目別判定の出現頻度

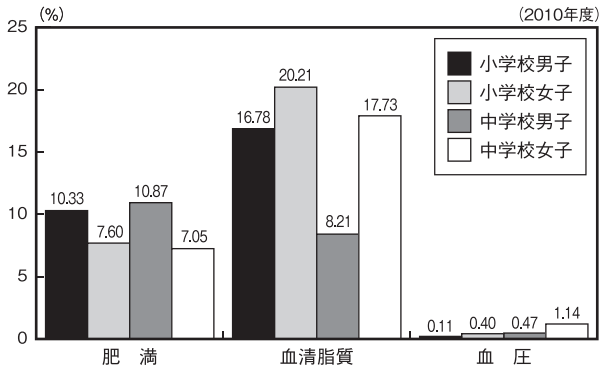
【中学校 男子】			(2010年度)						
区 分	学年	受診者数	a	b	c	d	n	y	
肥 満	1年	1,871	24 (1.28)	75 (4.01)	79 (4.22)	—	1,637 (87.49)	56 (2.99)	
	2年	2,167	42 (1.94)	119 (5.49)	100 (4.61)	—	1,856 (85.65)	50 (2.31)	
	合 計	4,038	66 (1.63)	194 (4.80)	179 (4.43)		3,493 (86.50)	106 (2.63)	
血清脂質	1年	1,868	6 (0.32)	14 (0.75)	143 (7.66)	184 (9.85)	1,521 (81.42)	—	
	2年	2,163	9 (0.42)	17 (0.79)	142 (6.56)	205 (9.48)	1,790 (82.76)	—	
	合 計	4,031	15 (0.37)	31 (0.77)	285 (7.07)	389 (9.65)	3,311 (82.14)		
血 圧	1年	1,871	1 (0.05)	4 (0.21)	—	166 (8.87)	1,700 (90.86)	—	
	2年	2,167	4 (0.18)	10 (0.46)	—	378 (17.44)	1,775 (81.91)	—	
	合 計	4,038	5 (0.12)	14 (0.35)		544 (13.47)	3,475 (86.06)		

【中学校 女子】			(2010年度)						
区 分	学年	受診者数	a	b	c	d	n	y	
肥 満	1年	1,785	16 (0.90)	35 (1.96)	58 (3.25)	—	1,552 (86.95)	124 (6.95)	
	2年	1,976	18 (0.91)	50 (2.53)	88 (4.45)	—	1,737 (87.90)	83 (4.20)	
	合 計	3,761	34 (0.90)	85 (2.26)	146 (3.88)		3,289 (87.45)	207 (5.50)	
血清脂質	1年	1,782	12 (0.67)	34 (1.91)	243 (13.64)	207 (11.62)	1,286 (72.17)	—	
	2年	1,975	28 (1.42)	36 (1.82)	313 (15.85)	230 (11.65)	1,368 (69.27)	—	
	合 計	3,757	40 (1.06)	70 (1.86)	556 (14.80)	437 (11.63)	2,654 (70.64)		
血 圧	1年	1,785	1 (0.06)	8 (0.45)	—	112 (6.27)	1,664 (93.22)	—	
	2年	1,976	2 (0.10)	32 (1.62)	—	170 (8.60)	1,772 (89.68)	—	
	合 計	3,761	3 (0.08)	40 (1.06)		282 (7.50)	3,436 (91.36)		

(注) ( )内は、受診者数に対する%

図1 項目別(基準値以上)の出現頻度



2. 中学校

要医学的管理は男子1.96%, 女子2.07%, 要経過観察は男子5.50%, 女子4.65%, 要生活指導は男子9.53%, 女子16.72%, 管理不要は男子24.69%, 女子22.92%, 正常は男子58.32%, 女子53.63%であり, 男女に大きな差はみられなかった。ただ, 管理不要(正常範囲ではあるが, 標準値に比べて高い値を示しているもの)については2009年度と同じく, 1年生の出現率が2年生より高かった。この現象は小学校4年生と5年生との間にもみられているので, 今後の課題として検討する予定である。

中学校の総合判定管理別の出現率をまとめて図

表4 総合判定・指導区分別出現頻度

【小学校】		(2010年度)						
性別	区分	受診者数	I: 要医学的管理	II: 要経過観察	III: 要生活指導	IV: 管理不要	N: 正常	
男子	4年	2,160	38 (1.76)	121 (5.60)	366 (16.94)	776 (35.93)	859 (39.77)	
	5年	513	8 (1.56)	25 (4.87)	84 (16.37)	62 (12.09)	334 (65.11)	
	合計	2,673	46 (1.72)	146 (5.46)	450 (16.84)	838 (31.35)	1,193 (44.63)	
女子	4年	2,017	37 (1.83)	124 (6.15)	398 (19.73)	703 (34.85)	755 (37.43)	
	5年	509	5 (0.98)	20 (3.93)	68 (13.36)	68 (13.36)	348 (68.37)	
	合計	2,526	42 (1.66)	144 (5.70)	466 (18.45)	771 (30.52)	1,103 (43.67)	
【中学校】		(2010年度)						
性別	区分	受診者数	I: 要医学的管理	II: 要経過観察	III: 要生活指導	IV: 管理不要	N: 正常	
男子	1年	1,871	30 (1.60)	89 (4.76)	196 (10.48)	605 (32.34)	951 (50.83)	
	2年	2,167	49 (2.26)	133 (6.14)	189 (8.72)	392 (18.09)	1,404 (64.79)	
	合計	4,038	79 (1.96)	222 (5.50)	385 (9.53)	997 (24.69)	2,355 (58.32)	
女子	1年	1,785	28 (1.57)	73 (4.09)	275 (15.41)	565 (31.65)	844 (47.28)	
	2年	1,976	50 (2.53)	102 (5.16)	354 (17.91)	297 (15.03)	1,173 (59.36)	
	合計	3,761	78 (2.07)	175 (4.65)	629 (16.72)	862 (22.92)	2,017 (53.63)	

(注) ( )内は受診者数に対する%

図2 総合判定管理別の出現頻度

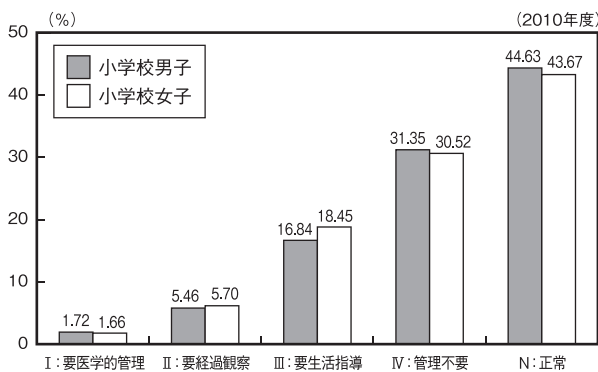
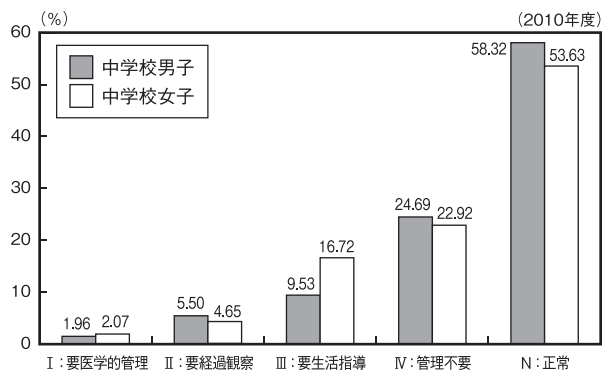


図3 総合判定管理別の出現頻度





3に示した。

#### まとめ

この報告書の冒頭において述べたように、2000年頃から学齢期肥満は減少傾向を示しているが、この報告書の肥満の出現率の経年変化からはまだ肥満が減少傾向に転じているという明確な資料は得られていない。やせを含めた体型の変化や、血清脂質、血圧の項目別の異常出現率、それに管理区分の年次推移については改めて検討する機会を設けたいと考えている。

このところ、要医学的管理が約2%、要経過観察が約5%、要生活指導が10～15%という数字は大きく動いていない。生活習慣病という観点に立つと要医学的管理に区分されるものは体質が大きく関与している可能性があるため、この健診においても年度による出現率の数字は大きく変わらないことが予想されるが、要経過観察と要生活指導については、その出現率が年々少なくなることが期待される。そのためにも、この報告書が示す各危険因子の数字を重く受け止めて、学校での健康教育の実践に役立てていただきたいと切に願うものである。