

令和3年度学校保健統計（確定値）を受けて

In response to the 2021 School Health Statistics (confirmed figures)

松本 健治¹⁾, 中村 俊之²⁾, 関 耕二³⁾

MATSUMOTO Kenji¹⁾, NAKAMURA Toshiyuki²⁾, SEKI Koji³⁾

¹⁾鳥取大学名誉教授, ²⁾和歌山信愛大学 教育学部 子ども教育学科,

³⁾鳥取大学 地域学部 地域学科 人間形成コース

キーワード：学校保健統計 School Health Statistics、発育状態 growth status、
健康状態 health condition

はじめに

令和4年11月30日に令和3年度学校保健統計（確報値）¹⁾が公表され、詳細な集計表が「政府統計の総合窓口（e-Stat）」²⁾に掲載された。本稿では、集計表を解析することで、子どもたちの「発育状態」や「健康状態」における問題点や傾向について解説する。

確報値の調査内容と新型コロナウイルス感

染症の影響に伴う対応

確報値では以下の（1）～（4）が記されている。

（1）調査対象：国立、公立、私立の幼稚園、幼保連携型認定こども園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校、高等学校の満5歳から17歳までの幼児、児童及び生徒の一部（抽出調査）。抽出率（発育状態）：全幼児、児童及び生徒の5.3%（695,600人）（健康状態）：全幼児、児童及び生徒の25.5%（3,336,191人）

（2）調査事項：学校保健安全法により実施される健康診断の結果に基づき、児童等の発育状態（身長、体重）及び健康状態（疾病・異常の有無）を調査。

（3）調査期日：令和3年4月1日から令和4年3月31日の間に実施。

（4）新型コロナウイルス感染症の影響に伴う対応：令和3年度については、令和2年度に引き続き、新型コロナウイルス感染症の影響により、例年4月1日から6月30日に実施される健康診断について当該年度末までに実施することとなったため、学校保健統計調査においても調査期間を年度末まで延長した。このため、本集計結果は、成長の著しい時期において測定時期を異にしたデータを集計したものとなっており、2020（令和2）年度に引き続き2019（令和元）年度まで及び2000年度の数値と単純な比較はできない。

保健統計の利用の諸側面

児童・生徒の保健統計データは、個々人の発育の評価、肥満の判定や健康状態の評価などに用いられるだけでなく、集団の健康水準の評価などにも利用されている³⁾。集国のデータの利用としては、①健康水準を示す指標として民力指数や国民生活審議会の社会指標の健康フレームに取り入れられており、②その経時的変化は発育促進現象⁴⁾やむし歯や視力低下の年次推移を実証する資料としても活用されている。なお、これらの利用のためのデータは、研究者自身が一定の方式で測定する場合と、文部科学省の学校保健統計資料を活用する場合とがあるが、自らの測定には限界がある。

データの利用に当たっての気掛かりな点

1) 一般的に学校現場で児童・生徒の身体発育を評価する場合、その学校における性別・年齢別の平均値と、全国あるいは都道府県別の平均値を単純に比較して、その優劣を論じている場面が多い。しかし、背が高いことに価値があるわけではない。身体計測値からみた発育が、各個人の年齢に見合って順調に進んでいるかどうかの経過が経年的に観察され、評価されなければならない。そのためには少なくとも年1回の身体計測が正確に行われる必要がある。

2) もしも、現在の計測値の全国的な位置づけを評価しようとするのであれば、乳幼児の場合と同様に発育基準曲線にのせて評価すべきであろう。

3) 身長の伸びが最も著しいのは、男子で12-13歳、女子で10-11歳の頃と性差がみられるが、この年齢層の身体計測値の変動係数が一生のうちで最も大きい。これは、発育や発達段階に大きな個人差が現れるためである。例えば、身長の発育速度がピークを示す年齢（最大発育年齢⁵⁾の分布を求めると、男女とも標準偏差は1歳を示し、最も早いものと最も遅いものとは6歳の差がみられる。この発育の個人差が小学校高学年から中学校の子どもたちにとっては種々の悩みの根底にあることが多い。学級担任および保健体育教師なら

びに養護教諭は発育のテンポを加味した発育基準値で各個人の発育や個人差の大きさについて、保健学習および保健指導をとおして子どもたちに正しく理解させておく必要がある⁶⁾。

4) 学校健康診断の項目は時代とともに変化してきており、例えば、座高の測定は2014年度から廃止された。そのため子どもたちの机・いすの適合状況は2018年の学校環境衛生基準の一部改正において削除された。しかしながら、同基準の参考資料には必要に応じて座高を測定し、机面の高さは座高÷3+下腿長、いすの高さは下腿長であることを謳っているが、身長だけで判断されている場面が多いと思われる。また、日本人のプロポーション変化や短脚化の検討ができなくなっている。児童・生徒の定期健康診断は、疾病異常や健康課題についてのスクリーニング検査であり、児童・生徒や保護者に対する事後措置の重要性和保健学習および保健指導への活用が期待されていることを学校関係者は理解しておく必要がある。

発育状態

(1) 身長

2021年の身長の発育曲線(図1)をみると発育交差がみられ、小5と小6で女子の方が男子より身長が高かった。

身長の年間増加量の年齢推移(図2)をみると男子で12-13歳、女子で10-11歳の頃にピークを示し、性差がみられた。最大年間増加量は男女それぞれ7.7cm、6.8cmであった。

身長の標準偏差の年齢推移(図3)をみると年間増加量の推移と同様、男子で12-13歳、女子で10-11歳の頃に最大の標準偏差を示し、性差がみられた。最大値は男女それぞれ7.94、6.83であった。

身長の変異係数の年齢推移(図4)をみると男子で11-12歳、女子で10-11歳の頃に最大値を示し、若干の性差がみられた。男子は0.052、女子は0.049であった。

身長を親の世代と考えられる30年前の1989(令和元)年度の数値(以下、親世代)の身長と2021年度の身長を比較すると、最も差がある年齢は、男子では12歳で2.3cm高くなっている。女子では10歳で1.4cm高くなっており、発育の大型化がみられている。しかしながら、2021年度は調査期日の関係で過去の数値と単純比較できないことから、比較可能な2019年度と親世代とを比較すると、最も差がある年齢は、男子では12歳で1.5cm高くなっている。女子では10歳で0.7cm高くなっており、発育の大型化がやはりみられている。

わが国のように人口の社会変動のほとんどない集団であれば、年次変化の極端に大きい時期を除けば、単年度の横断的資料からでも年間増加量を検討することが可能である。そこで横断的に身長の年間増加量(図5,6)をみると、男子では小6～中1にかけて最大の年間増加量(最大発育年齢:12.1歳)を示している。女子では小4～小5にかけて最大の年間増加量(最大発育年齢:9.9歳)を示している。最大発育年齢は、女子のほうが男子に比べ約2歳早くなっている。

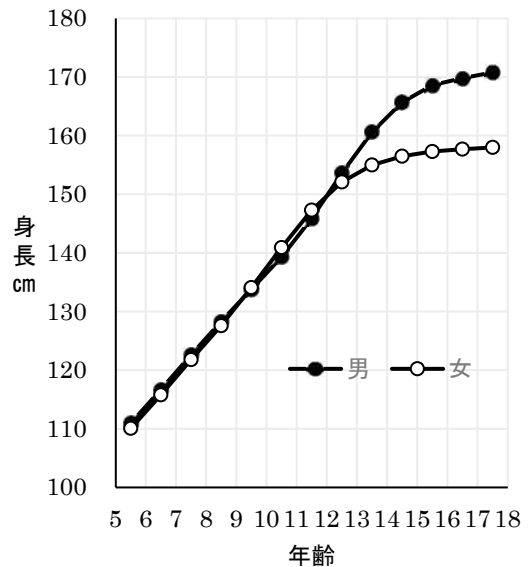


図1 身長の発育曲線

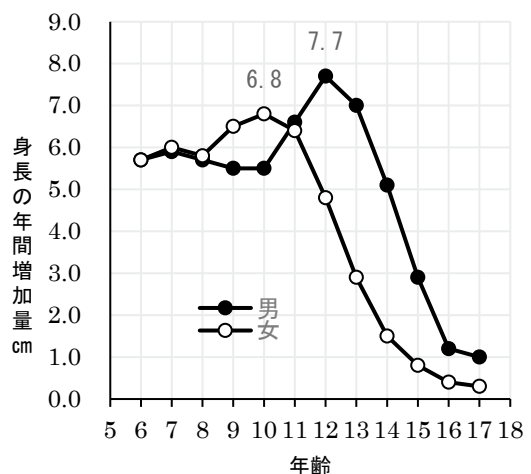


図2 身長の年間増加量の年齢推移

また、親世代の最大発育年齢は、男女それぞれ、12.7歳と10.6歳であり、発育の若年化がみられる。

比較可能な2019年度の最大発育年齢は、男子12.3歳、女子10.1歳であり、発育の若年化がやはりみられている。

図7、8に2000年から2021年における男女それぞれの身長の年齢別年次推移を示した。2000年以降の各年齢の推移をみると、男女ともいずれの年齢においても横ばいの傾向がみられる。しかしながら、2020年はそれまでの推移から高い方に突出していた。これは調査期間の年度末まで延長の影響が考えられる。

そこで、表1、2に男女それぞれの2000年から比較可能な2019年における経年変化の直線回帰分析結果を示した。

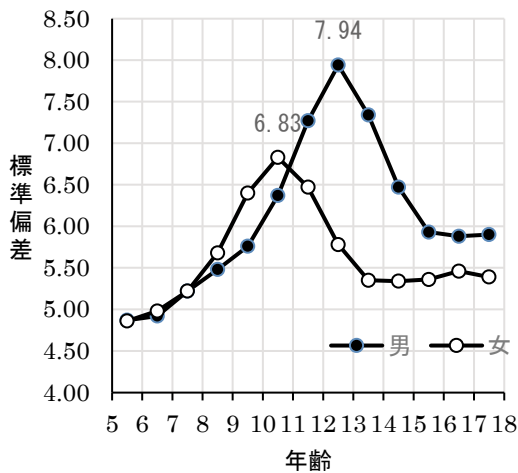


図3 身長標準偏差の年齢推移

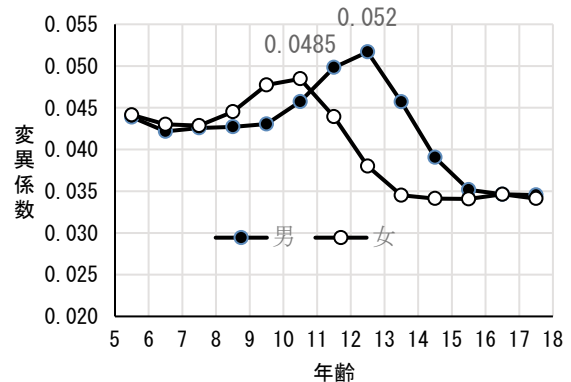


図4 身長の変異係数の年齢推移

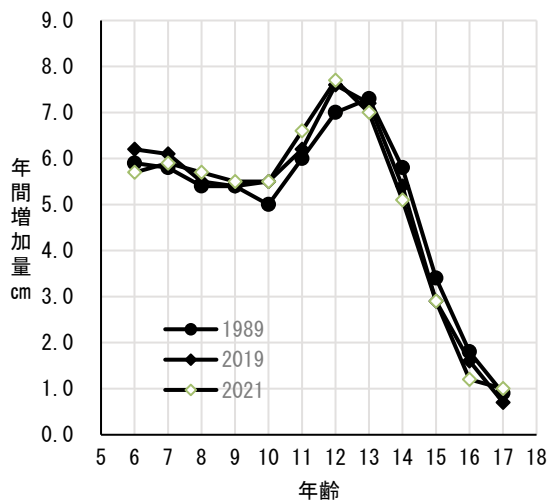


図5 横断的に見た男子身長の間年増加量の比較

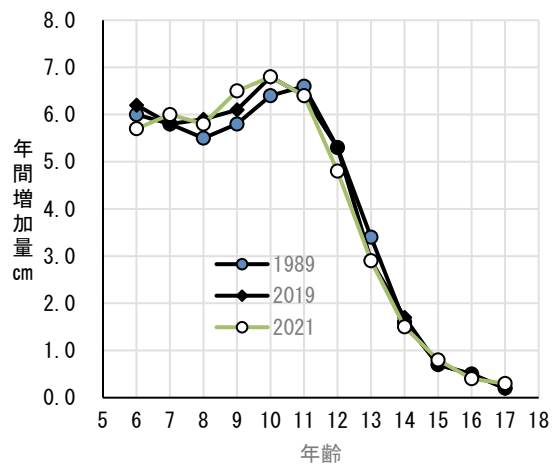


図6 横断的にみた女子身長の間年増加量の比較

男子では、7, 8, 9, 11, 12 歳を除いて勾配の有意性、すなわち有意に勾配が負の低下傾向が認められた。女子ではすべての年齢で有意に低下していた。

Morisaki ら (2017) ⁷⁾ は 1980 年以後に生まれた日本人の成人の平均身長は低下しており、低出生体重児増加も一因になっている可能性があることを示している。今後の検討課題と考える。

(2) 体重

2021 年の体重の発育曲線 (図 9) をみると明確な発育交差がみられなかった。

体重の年間増加量の年齢推移 (図 10) をみると男子で 12-13 歳、女子で 11-12 歳の頃にピークを示し、性差がみられた。最大年間増加量は男女それぞれ 5.6kg、4.8kg であった。

体重の標準偏差の年齢推移 (図 11) をみると男子で高 1、女子で 中 1 の頃に最大の標準偏差を示し、性差がみられた。最大値は男女それぞれ 11.00、8.01 であった。男子では第 2 発育急進期 (年間増加量のピーク年齢) と標準偏差の最大

値の年齢が大きくずれていることが明らかになった。また男女とも 中 1 以降、標準偏差が横ばいで、以降に明確な漸減傾向がみられなかった。

体重の変異係数の年齢推移 (図 12) をみると男子で 小 6、女子で 小 5 の頃に最大値を示し、若干の性差がみられた。男子は 0.227、女子は 0.206 と男女差が大きく、個人差は身長の場合と同様、男子の方が大きいと思われた。

親世代と 2021 年度の体重を比較すると、最も差がある年齢は、男子では 12 歳で 1.8kg 増加している。女子では 11、12 歳で 0.8kg 増加しており、発育の大型化がみられている。親世代と比較可能な 2019 年度とを比較すると、最も差がある年齢は、男子では 11, 12 歳で 0.8kg 高くなっている。女子では 10, 11 歳で 0.3kg、17 歳で 0.4kg 高くなっており、発育の大型化がやはりみられている。

横断的に体重の年間増加量 (図 13, 14) をみると、男子では 小 6～中 1 にかけて最大の年間増加量 5.6kg (最大発育年齢: 12.1 歳) を示している。女子では 小 5～小 6 にかけて最大の年間増加量 4.8kg (最大発育年齢: 11.2 歳) を示している。

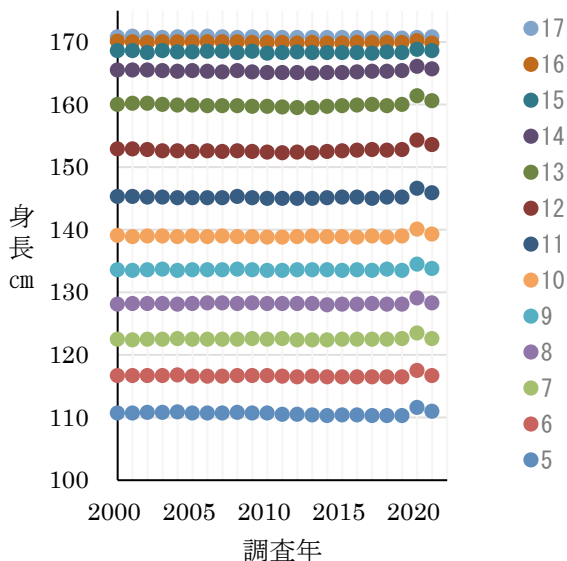


図7 年齢別平均身長の推移（2000～2021）男子

表1 男子身長の年次推移に対する回帰分析結果

年齢	決定係数	回帰直線 $y = ax + b$		勾配aの 有意性
		a	b	
5歳	0.787	-0.0302	171.3	$P < .001$
6歳	0.669	-0.0134	143.5	$P < .001$
7歳	0.002	0.0005	121.6	NS
8歳	0.119	-0.0046	137.4	NS
9歳	0.016	-0.0015	136.6	NS
10歳	0.146	-0.0055	150.0	$P < .05$
11歳	0.108	-0.0058	156.8	NS
12歳	0.035	-0.0057	164.1	NS
13歳	0.171	-0.0137	187.3	$P < .05$
14歳	0.306	-0.0146	194.6	$P < .01$
15歳	0.430	-0.0141	196.6	$P < .001$
16歳	0.505	-0.0096	189.3	$P < .001$
17歳	0.549	-0.0108	192.5	$P < .001$

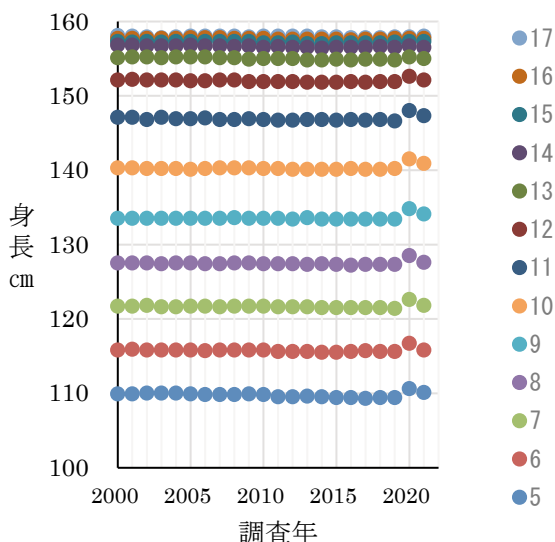


図8 年齢別平均身長の推移（2000～2021）女子

表2 女子身長の年次推移に対する回帰分析結果

年齢	決定係数	回帰直線 $y = ax + b$		勾配aの 有意性
		a	b	
5歳	0.854	-0.0379	185.8	$P < .001$
6歳	0.633	-0.0160	147.9	$P < .001$
7歳	0.671	-0.0141	150.0	$P < .001$
8歳	0.679	-0.0128	153.1	$P < .001$
9歳	0.350	-0.0064	146.3	$P < .01$
10歳	0.319	-0.0075	155.3	$P < .01$
11歳	0.625	-0.0191	185.2	$P < .001$
12歳	0.715	-0.0181	188.4	$P < .001$
13歳	0.752	-0.0223	199.7	$P < .001$
14歳	0.703	-0.0174	191.5	$P < .001$
15歳	0.453	-0.0122	181.7	$P < .001$
16歳	0.400	-0.0086	174.9	$P < .01$
17歳	0.233	-0.0071	172.3	$P < .05$

最大発育年齢は、女子のほうが男子に比べ約1歳早くなっている。

また、親世代の最大発育年齢は、男女それぞれ、12.4歳と11.7歳であり、男女とも発育の若年化がみられる。

比較可能な2019年度の最大発育年齢は、男子12.2歳、女子11.5歳であり、発育の若年化がやはりみられている。

確報値は体重の平均値の推移は、1988（平成10）年度から2006（18）年度まで上昇し、その後横ばい傾向であると述べている。

図15、16に2000年から2021年における男女それぞれの体重の年齢別年次推移を示した。2000年以降の各年齢の推移

をみると、男女ともいずれの年齢においても横ばいまたは低下の傾向がみられる。しかしながら、2020年はそれまでの推移から、高い方に突出していた。これは身長の場合と同様、調査期間の年度末まで延長の影響が考えられる。

そこで表3、4に男女それぞれの2000年から比較可能な2019年における経年変化の直線回帰分析結果を示した。男、女ともすべての年齢で有意に低下傾向が認められた。最近の日本人の肥満傾向の増大が深刻化する中で、痩身（やせ）願望が特に若年層での割合が急増していることが明らかとなった。

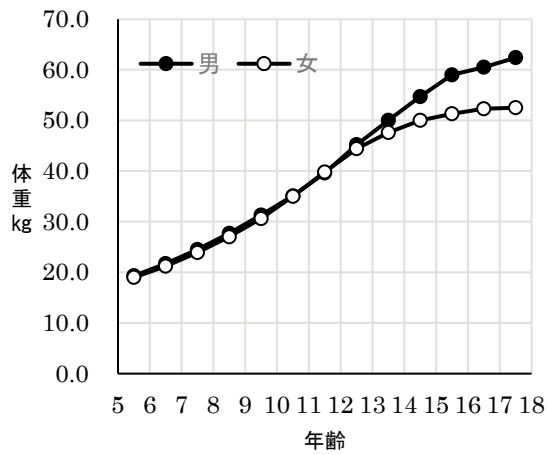


図9 体重の発育曲線

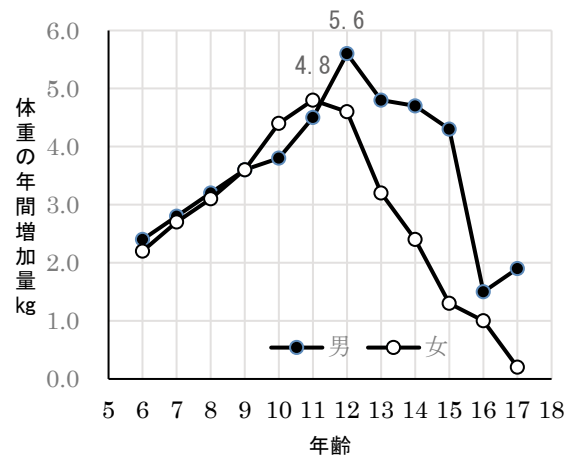


図10 体重の年間増加量

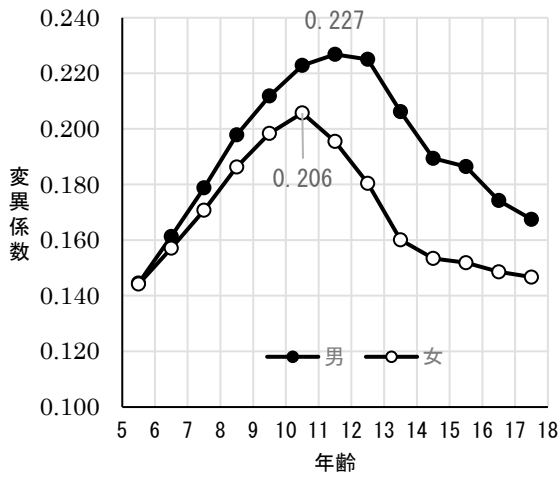


図12 年齢別体重の変異係数

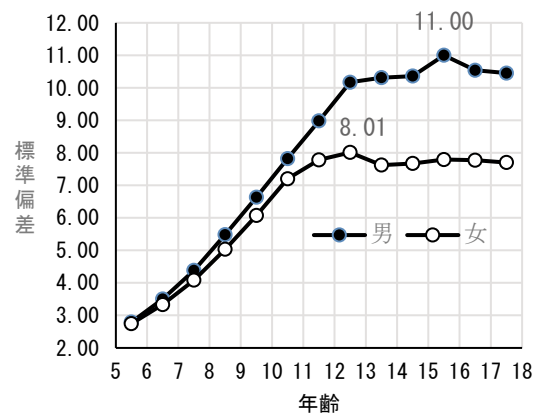


図11 年齢別体重の標準偏差

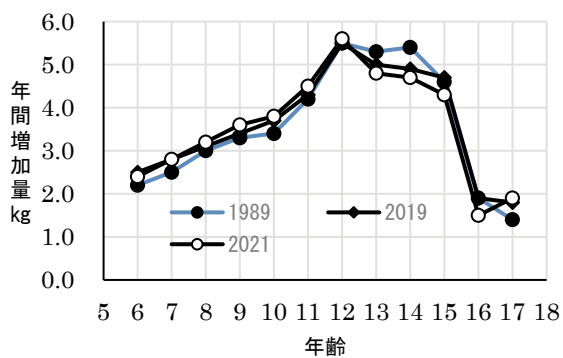


図13 横断的に見た男子体重の年間増加量の比較

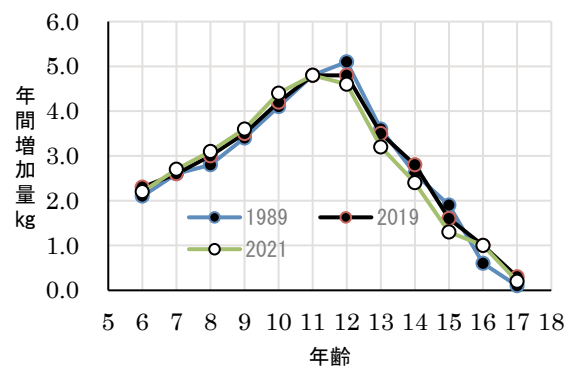


図14 横断的に見た女子体重の年間増加量の比較

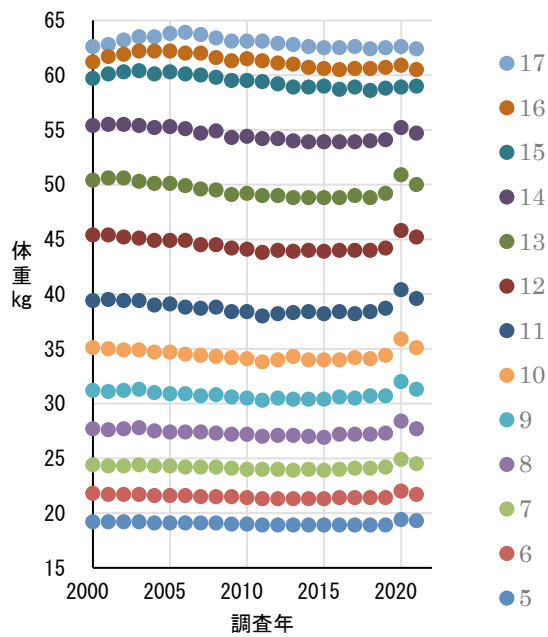


図 15 年齢別平均体重の推移 (2000～2021) 男子

表 3 男子体重の年次推移に対する回帰分析結果				
年齢	決定係数	回帰直線 $y = a x + b$		勾配aの 有意性
		a	b	
5歳	0.884	-0.0197	58.6	$P < .001$
6歳	0.739	-0.0232	68.2	$P < .001$
7歳	0.554	-0.0198	63.9	$P < .001$
8歳	0.619	-0.0334	94.4	$P < .001$
9歳	0.607	-0.0399	111.0	$P < .001$
10歳	0.651	-0.0525	139.8	$P < .001$
11歳	0.666	-0.0650	169.4	$P < .001$
12歳	0.795	-0.0825	210.2	$P < .001$
13歳	0.826	-0.1015	253.5	$P < .001$
14歳	0.887	-0.0998	255.2	$P < .001$
15歳	0.836	-0.0932	246.9	$P < .001$
16歳	0.688	-0.0850	232.2	$P < .001$
17歳	0.367	-0.0489	161.4	$P < .01$

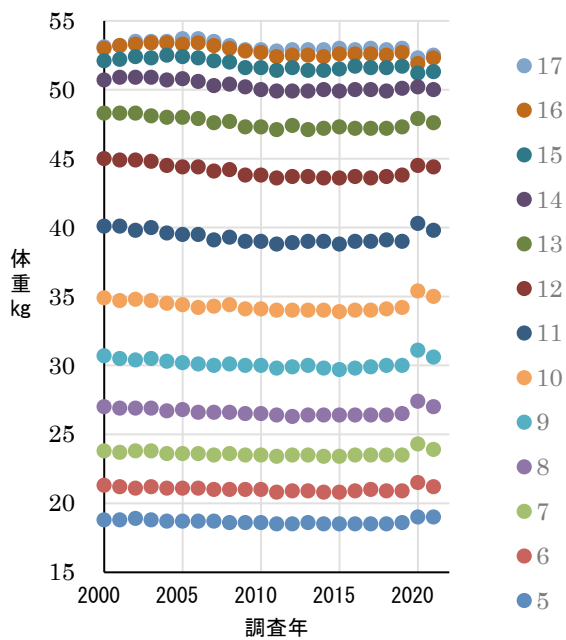


図 16 年齢別平均身長の推移 (2000～2021) 女子

表 4 女子体重の年次推移に対する回帰分析結果				
年齢	決定係数	回帰直線 $y = a x + b$		勾配aの 有意性
		a	b	
5歳	0.766	-0.0186	56.1	$P < .001$
6歳	0.700	-0.0200	61.2	$P < .001$
7歳	0.635	-0.0171	58.0	$P < .001$
8歳	0.775	-0.0319	90.6	$P < .001$
9歳	0.697	-0.0381	106.7	$P < .001$
10歳	0.722	-0.0443	123.3	$P < .001$
11歳	0.715	-0.0618	163.5	$P < .001$
12歳	0.821	-0.0773	199.4	$P < .001$
13歳	0.813	-0.0671	182.4	$P < .001$
14歳	0.777	-0.0588	168.5	$P < .001$
15歳	0.629	-0.0513	154.9	$P < .001$
16歳	0.652	-0.0505	154.3	$P < .001$
17歳	0.436	-0.0337	120.8	$P < .001$

(3) 肥満傾向児及び痩身傾向児の出現率

2005 (平成 17) 年度まで、性別・年齢別に身長別平均体重を求め、その平均体重の 120%以上の体重の者を肥満傾向児、80%以下の者を痩身傾向児としていたが、翌年 2006 年度から、性別、年齢別、身長別標準体重から肥満度 (過体重度) を算出し、肥満度が 20%以上 の者を肥満傾向児、-20%以下の者を痩身傾向児としている。

肥満傾向児の割合は男女ともに小学校高学年が最も高く、特に男子は 9 歳以降 10%を超えており、痩身傾向児の割合は、男女とも 10 歳以降約 2%～3%台となっている。図示しなかったが、男子の肥満傾向児の割合は令和 2 年度においてすべての年齢で令和元年度より割合が大きく上昇していた。女子は高校生期を除き、上昇していた。

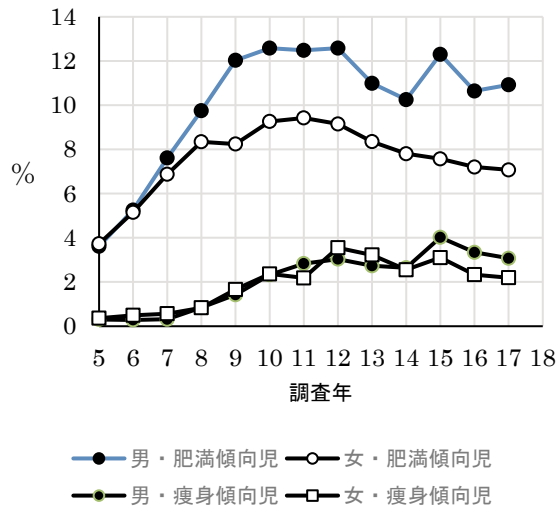


図 17 肥満傾向児、痩身傾向児の割合の年齢推移

瘦身傾向児の割合は女子中2を除いて男女すべての年齢で令和2年度において令和元年度より割合が上昇していた。これらはコロナ禍の影響も一部あると考えられた。

20%を上回る 20～39 歳の年代の朝食の欠食状況、20 代女性のやせの者の割合⁸⁾などが一般に指摘されるやせ・肥満、生活習慣病⁹⁾の次世代への伝播の可能性なども今後の検討課題と考える。

ところで-20%以下の者を痩身傾向児としていることについては、成人と同様-10%以下とするほうが、子どもたちに広く蔓延している痩身願望対策に資すると思っている。

健康狀態

(1) 疾病・異常の被患率等別状況

幼稚園・小学校では「むし歯（う歯）」が、中学校・高等学校では、「裸眼視力 1.0 未満の者」が最も高かった。

(2) 主な疾病・異常等の推移

「裸眼視力 1.0 未満」の割合

確報値において、裸眼視力 1.0 未満の者の割合は、年齢が高くなるにつれておおむね増加傾向となっており、小学校 1 年生で約 4 人に 1 人、小学 3 年生で約 3 人に 1 人、小学 6 年生では約半数となっていると記されている。

表6に示すように、幼稚園 24.81%、小学校 36.87%、中学校 60.66%、高校 70.81%となっており、前年度と比べると高校を除く各学校段階で増加している。表示しなかったが年齢別にみると、「0.3未満の者」の占める割合は年齢が進むにつれて高くなり、「裸眼視力 1.0 未満の者」全体に占める割合も高くなっている。

裸眼視力 1.0 未満の者とむし歯（う歯）の者の割合の年齢推移（図 17）をみると、小 5 以降で「裸眼視力 1.0 未満の者」の方が「むし歯（う歯）」より高くなっている。

表5 主な疾病・異常被患率の推移

	裸眼 視力 1.0 未満 の者	耳 疾 患	鼻・副 鼻 腔 疾 患	むし 歯 (う歯)	心 電 図 異 常	蛋白 検出 の者	ぜん 息
幼稚園							
28年	27.94	2.83	3.58	35.64		0.65	2.30
29年	24.48	2.25	2.86	35.45		0.97	1.80
30年	26.68	2.31	2.91	35.10		1.03	1.56
令和元年	26.06	2.57	3.21	31.16		1.02	1.83
2年	27.90	1.97	2.38	30.34		1.00	1.64
3年	24.81	2.00	2.96	26.49		0.66	1.48
小学校							
28年	31.46	6.09	12.91	48.89	2.44	0.76	3.69
29年	32.46	6.24	12.84	47.06	2.39	0.87	3.87
30年	34.10	6.47	13.04	45.30	2.40	0.80	3.51
令和元年	34.57	6.32	11.81	44.82	2.42	1.03	3.37
2年	37.52	6.14	11.02	40.21	2.52	0.93	3.31
3年	36.87	6.76	11.87	39.04	2.50	0.87	3.27
中学校							
28年	54.63	4.47	11.52	37.49	3.30	2.57	2.90
29年	56.33	4.48	11.27	37.32	3.40	3.18	2.71
30年	56.04	4.72	10.99	35.41	3.27	2.91	2.71
令和元年	57.47	4.71	12.10	34.00	3.27	3.35	2.60
2年	58.29	5.01	10.21	32.16	3.33	3.25	2.59
3年	60.66	4.89	10.06	30.38	3.07	2.80	2.31
高等学校							
28年	65.99	2.30	9.41	49.18	3.39	3.29	1.91
29年	62.30	2.59	8.61	47.30	3.27	3.52	1.91
30年	67.23	2.45	9.85	45.36	3.34	2.94	1.78
令和元年	67.64	2.87	9.92	43.68	3.27	3.40	1.79
2年	63.17	2.47	6.88	41.66	3.30	3.19	1.75
3年	70.81	2.51	8.81	39.77	3.16	2.80	1.70

表6 令和3年度 主な疾病・異常等の被患率

(%)												
区 分		視 力 1.0 未 満 の 者	眼 の 疾 病 ・ 異 常	耳 疾 患	鼻 ・ 副 鼻 腔 疾 患	む し 歯 (う ち 歯)	四 せ 肢 柱 の ・ 胸 状 ・ 咽 ・ 舌	ア ト ピー 性 皮 膚 疾 患	ぜ ん	心 電 図 異 常 (注 一)	歯 白 抜 出 の 者	
小 学 校	幼稚園	5歳	24.81	1.63	2.00	2.96	26.49	0.17	1.75	1.48	---	0.66
	計		36.87	5.13	6.76	11.87	39.04	0.79	3.20	3.27	2.50	0.87
	6歳		23.04	5.24	10.47	12.41	33.05	0.49	3.03	3.32	2.50	0.50
	7歳		28.09	4.87	7.32	11.34	40.26	0.56	3.12	3.46	---	0.50
	8歳		33.39	5.01	6.67	12.03	46.03	0.67	3.23	3.33	---	0.57
	9歳		40.27	5.45	8.92	12.79	45.59	0.76	3.29	3.27	---	0.71
	10歳		45.27	5.35	5.91	12.31	39.26	1.10	3.19	3.21	---	1.10
中 学 校	11歳		50.03	4.85	4.48	10.35	30.13	1.15	3.32	3.04	---	1.80
	計		60.66	4.84	4.89	10.06	30.38	1.72	2.95	2.31	3.07	2.80
	12歳		57.70	5.26	6.25	11.39	28.33	1.65	3.01	2.29	3.07	2.56
	13歳		62.03	4.63	4.36	9.62	29.66	1.75	2.91	2.33	---	2.99
	14歳		62.25	4.62	4.06	9.20	33.13	1.77	2.92	2.31	---	2.85
高 等 学 校	計		70.81	3.35	2.51	8.81	39.77	1.22	2.58	1.70	3.16	2.80
	15歳		71.39	3.62	3.35	9.19	34.85	1.38	2.62	1.67	3.16	3.43
	16歳		72.94	3.28	2.10	9.09	39.88	1.19	2.56	1.71	---	2.72
	17歳		67.89	3.12	2.02	8.13	44.52	1.09	2.53	1.70	---	2.70
	計		72.94	3.28	2.10	9.09	39.88	1.19	2.56	1.71	---	2.72

学校種別にみて過去最多を示した裸眼視力1.0未満の被患率は、6年生では男女合計、男、女すべてにおいて裸眼視力1.0未満の方が被患率は高くなっている。5年生の女では裸眼視力1.0未満の方が被患率は高くなっている。

裸眼視力低下の低年齢化の背景を説明するのは困難であるが、子どもたちの、学校や地域だけでなく家庭での遊びを含めたライフスタイルが関与しているであろう。

文部科学省は、令和2年に小中学生に1人1台の情報端末を配備するGIGAスクール構想による視力への影響に関

心が高まっていることなどから「児童生徒の近視実態調査」を実施した。その結果、進級につれ「眼軸長」伸長と近視も進行しており、女子に顕著であることを報告している¹⁰⁾。

台湾は近視対策として小学生の屋外活動の時間を増やす取り組みのため、法改正を行い、週に150分、屋外で体育の授業を行うことを義務化した。また理科など教室で行ってきた他の授業も、植物の観察を取り入れるなど屋外で行うことを推奨し、1日2時間以上、屋外にいることを目標に掲げている¹¹⁾。

「むし歯（う歯）」の者の割合（処置完了者を含む。）

むし歯（う歯）の者の割合は、8歳が最も高くなっていると記されている。

各学校段階で前年度より低下しており、幼稚園 26.49%小学校 39.04%、中学校 30.38%、高校 39.77%となっている。

「むし歯」の者の割合の推移をみると、42年前（昭和54年度）には、小・中・高の各学校段階で90%超だったが、昭和50年代半ば以降は着事な学校歯科保健活動の成果により減少傾向にある。

「喪失歯数(M)」は0.01本で前年度の0.01本と同じであったが、「むし歯数(DF)」は0.62本となっており、昭和59年に調査を開始して以降、減少傾向にある。また、10年前の平成23年度と比較すると0.57本減少している。なお、平成22年度を目途とした健康日本21の目標値 DMF 歯数1歯以下には平成26年度に到達している。

おわりに

年齢別体重の平均値及び標準偏差の全国値をみると、男子では第2発育急進期と標準偏差の最大値の年齢が大きくずれていることが明らかになった。また男女とも中1以降、標準偏差が横ばいで、以降に明確な漸減傾向がみられなかった。

これは、最大発育年齢以降の肥満や痩身などの増加で、個人差がより広がっているからと考えている。特記すべき現象である男女ともすべての年齢で体重の増加がみられないことは、一般に言われる男子にも痩身願望が広がっていることを示唆するものと考えている。児童生徒の発育については保護者や学校関係者にとっても大きな関心事であり、順調な発育を示している子どもたちの姿を素直に受け止めることのできる力が求められる。また、子どもたち自身にも、自他の発育の実像を認識し、正しく受け止めることが求められる。そのためには、とくに思春期の子どもたちの発育についての正しい理解と認識をすべての関係者が身につけていなければならない。そして、少なくとも、「一人ひとりの子どもたちのかけがえない尊厳」を損なうことのないよう心掛けるべきである。また、子どもの身体計測値に対する個人情報保護の考え方は、当事者にとってプラスになる情報であるとの認識を関係者に求めることが重要であると考えている。

主な引用・参考文献

- 1) 文部科学省：令和3年度学校保健統計（確報値），2022-04
- 2) 政府統計の総合窓口（e-Stat）：学校保健統計・全国表，<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/>
- 3) 松本 健治，三野 耕：学齢期の身長計測値の利用をめぐって，鳥取大学教育学部教育実践指導センター研究年報 2，41-49，1993-03
- 4) Matsumoto K.：Secular acceleration of growth in height in Japanese and its social background, *Annals of Human Biology*, 9 (5) 399-410, 1982
- 5) Matsumoto K. *et al*：A calculation method of the maximum growth age in height, *Wakayama Med. Rep.* 21: 79-86. 1978
- 6) 文部科学省：小学校学習指導要領（平成29年告示）解説 体育編，
https://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/_icsFiles/afieldfile/2019/03/18/1387017_010.pdf, Accessed Feb.2,2023
- 7) Morisaki N. *et al*：Ecological analysis of secular trends in low birth weight births and adult height in Japan, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 71: 1014-1018, 2017
- 8) 厚生労働省：令和元年 国民健康・栄養調査結果の概要，
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000687163.pdf> Accessed Feb.5,2023
- 9) 福岡秀興：胎児期からの生活習慣病予防—生活習慣病胎児期発症説，
<http://www.kagawa-u.ac.jp/setouchi/index-20111019-1.html> Accessed Feb.60,2023
- 10) 文部科学省：令和3年度文部科学省 児童生徒の近視実態調査 報告書，2022
- 11) NHK 健康チャンネル：近視が失明を招く!?「日光」を利用した意外な予防方法とは？，
https://www.nhk.or.jp/kenko/atc_1090.html Accessed Feb.2,2023