

小児保健栃木

第17号 2000年3月

栃木県小児保健会

小児保健栃木 第17号

目 次

はじめに 栃木県小児保健会会長 桃井真里子	1
○平成11年度栃木県小児保健会総会並びに研修会	2
シンポジウム テーマ「こどもの心と健康：新たな連携をめざして」	
1) 学習障害児の理解と対応	3
大宮心身障害総合センター 森 優子	
2) 不登校への対応：教育と医療の連携	6
小山市教育委員会青少年課 斎藤 英	
3) 保健室からみた子どもの心の問題	8
小山市寒川小学校 早乙女悦代	
特別講演	9
「描画を通してみるこどもの心」	
演者：J R 東日本中央保健管理所長 村山 隆志	
○平成23回栃木県母性衛生学会・栃木県小児保健会合同研修会	11
第11回とちぎ思春期研究会研修会	
講演・シンポジウム テーマ「母子保健：2000年以降の母子保健のあるべき姿」	
1) 上三川町における思春期保健の取り組み	12
上三川町健康福祉課主査（保健婦） 塚田 明美	
2) 思春期外来を通してみた10代妊娠	14
大草レディースクリニック 伊野田法子	
3) こどもたちは、今何を望んでいる	16
大正大学人間学部教授 中村 敬	
母子愛育会日本子ども家庭総合研究所情報担当部長	
特別講演	21
「これからの母子保健」	
栃木県保健福祉部保健医療監 揚松 龍治	
○平成11年度「こどもの健康週間」業務報告	25
○栃木県小児保健会役員名簿	26
○栃木県小児保健会規約	27
○栃木県小児保健会会員の加入状況	29
○編集後記	30

はじめに

全ての子どもが守られる社会を目指して

栃木県小児保健会会長 桃井真里子

平成11年度も、こどもを取りまく社会の状況は、様々な病理を映し出しました。経済も教育も、日本の社会が大きな転換期である現在、子どもたちは、転換期の社会システムの崩壊の中で最もゆらいでいる存在に見えます。「子どもをまず守るために」とうことが、至上命令として作動しにくい日本の社会ですが、それでも、小児保健に関わる皆様のご努力により、着実な改善や進歩があることも、事実です。今年度には、小児保健に関わる多くの皆様の多大なご尽力により、本会が後援をした「日本こどもの虐待防止研究会学術集会・栃木大会」が開催され、全国から2000名近くの方々が集結されました。この会において、こどもの虐待防止のための「宇都宮宣言」が採択されたことは、皆さまのご努力の結果として永く記憶されるべきことであります。この会であらためて、会員の皆様の素晴らしい行動力と英和に接し、小児保健に関わる方々の熱意と誠意に、明日の小児保健への希望を見る思いがいたしました。今後も、「何よりもまず、子どもを守る」視点から、社会のシステムが作動するように、私ども全員の努力が必要とされております。また、世を挙げて老人問題に話題が集まり、小児保健に必要な人的資源と財源の確保が、多くの市町村で危ぶまれる現状があります。小児保健に投入されるべき資源の量も内容も決して落としては成らず、むしろ、少子化社会に向けて、向上させねばなりません。これには、医療、行政、保健、福祉、全ての方々のご尽力を必要としております。健康な子どもも、疾患と闘う子どもも、安心して医療と療育をうけられ、両親達が安心して育児できる環境を作るために、皆様の本年度のご尽力に心から深謝申しあげ、来年度一層のご活躍をご期待申しあげて、平成11年度の会誌をお届け申しあげます。

平成11年5月31日

平成11年度栃木県小児保健会総会・研修会のご案内

栃木県小児保健会
会長 桃井真里子

記

日 時：平成11年7月3日（土） 午後1時 受け付け開始
会 場：宇都宮市医師会館 5階講堂
宇都宮市戸祭4-1-15 電話：028-622-5255

プログラム

1. 受け付け (13:00～13:30)
2. 総会 (13:30～14:00)
会長あいさつ
議事 平成10年度事業報告、平成10年度決算報告、監査報告
平成11年度事業計画案、平成11年度予算案、役員選任
3. 研修会 (14:00～15:20)
シンポジウム「こどもの心と健康：新たな連携をめざして」
司会：自治医科大学小児科 白石裕比湖
 - 1) 学習障害児の理解と対応
大宮心身障害総合センター（医師） 森 優子
 - 2) 不登校への対応：教育と医療の連携
小山市教育委員会青少年課（教育相談員） 斎藤 英
 - 3) 保健室からみた子どもの心の問題
小山市寒川小学校（養護教諭） 早乙女悦代
 - 4) 質疑応答ならびに全体討論
- 休 憩 (15:20～15:30) —————
4. 特別講演 (15:30～17:00)
司会：自治医科大学小児科 桃井真里子
「描画を通してみるこどもの心」
演者：J R 東日本中央保健管理所長 村山隆志

連絡先

〒329-0498 栃木県河内郡南河内町薬師寺3311-1 自治医科大学小児科 白石、塩川、栗田
電 話：0285-58-7366
F A X：0285-44-6123

こどもの心と健康：新たな連携をめざして LD児の理解と対応

大宮市心身障害総合センターひまわり学園 森 優子

I. はじめに

今回のテーマはこどもの心と健康であるが、学習障害（以下LD）は、最初に心の問題があるわけではない—即ち、器質的疾患であることを申しあげたい。LDのために二次的障害（不登校・問題行動）を生ずることはあるが、それはあくまでも二次的なものである。本稿では、医学的にLDはどのような疾患を含んでいるのかを述べ、その症状と対応・医療の役割・最近の知見について述べる。

II. LDの定義

1995年に文部省の協力者会議の中間報告でLDの定義がなされた（表1）。この定義で重要なポイントは次の5点である。

- ①明らかに精神遅滞と診断されるものは基本的には除くが、境界知能では重複の可能性がある。
- ②症状は辞彙として口語言語、書字言語、算数の演算と論理思考における基礎学力の習得と使用の特異な困難である。
- ③この症状発現の原因として中枢神経系の発達に関連する機能障害を推定している。
- ④症状の発現と持続については児童期だけに限定しない。成人期にも及びうる。
- ⑤多動などの行動上の問題、社会性などの発達上の問題の重要性についても認める。

一方、医学と教育ではその定義が異なる。教育におけるLDに、医学的診断では高機能自閉症（含むAsperger症候群）、LD（読字障害、算数障害など）、発達性言語障害、発達性協調運動障害、軽度精神遅滞、境界知能、注意欠陥多動性障害（以下ADHD）などが含まれる。

III. LDの頻度

国立特殊教育研究所で行った全国調査で、小学校高学年での2学年以上の学習の遅れを持つ児童は7～9%もいることが報告されている。この中には、軽度精神遅滞やさまざまな理由で学力の習得困難を累積している児もいるので、それらを考慮しても、LDは3%前後ではないかと推測されている。

IV. LDの発達的特徴と対応

まず、幼児期の発達的特徴として、言語発達の遅れ（初語・単語の増加・文への移行の遅れ）、感覚面（視覚・聴覚・触覚など）のかたより（過敏・鈍感）、運動発達の遅れ、手先の不器用さ、落ちつきのなさ、一緒に遊べない、があり、これに対し、丁寧な言葉の応答、動作を交えたコミュニケーション、楽しく、気持ちよい表出活動（言葉・描画）、集団参加（遊び・ゲームなど）の経験を行っていく。

表1. LDの定義

「基本的には、全般的な知的発達に遅れはないが、聞く、話す、読む、書く、計算する、推論する、などの特定の能力の習得と活用に著しい困難を示す、様々な障害を指すものである。LDは、その背景として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、その障害に起因する学習上の特異な困難は、主として学齢期に顕在化するが学齢期を過ぎるまで明らかにならないこともある。LDは、視覚障害、聴覚障害、精神薄弱、情緒障害などの状態や、家庭、学校、地域社会などの環境的な要因が直接の原因となるものではないが、そうした状態や要因とともに生じる可能性はある。また、行動の自己調整、対人関係などにおける問題が、LDに伴う形で現れることもある。」

文部省協力者会議の中間報告（1995年）

児童期には発達の特徴として、言語発達の遅れ（語彙の少なさ、文法的な習得困難、語義・語用の誤り）、言語的指示理解の悪さ、言語的表出の悪さ、教科面での学習困難、学習態度の悪さ（離席・多弁）、ゲームやスポーツへの参加困難、集団場面での喧嘩やトラブルがあり、それに対して、基礎学力の習得と補償、コミュニケーション技能の向上、ソーシャルスキルの体験的トレーニング、自己有能感の尊重、二次的障害への配慮（学習意欲の低下・無気力・不登校）、学校以外の地域の集団活動場面の利用などで対処する。

青年期には発達の特徴として、集団や社会で期待されるコミュニケーション能力の不全、学習能力の部分的不全（受験や単位取得の失敗）、感情の理解やセルフ・コントロール不足からくる対人関係の成立しにくさ、状況認知の悪さや柔軟な課題解決能力の低さからくる仲間関係や職場でのトラブルなどがあり、これに対し客観的な自己評価・自己概念の育成、対人・社会的場面を想定したソーシャルスキルトレーニング、就労意欲や態度の育成と指導、経済観念や余暇活動などに配慮した勤労意欲の向上と保持、非社会的行動や反社会的行動への予防的プログラムなどでの対応が必要になる。

V. LDにおける医療の役割

ところでLDに対し、医療からは何ができるであろうか。

1つは、環境的・生物学的ハイリスク児の出生後からのフォローを行う。たとえば、超低出生体重児や新生児仮死の児は、軽度の発達上の問題が出現することが多いので、これらの新生児集中治療部を退院した子ども達の発達のフォローを行い、異常の早期発見に努める。また、追跡中に母子関係に問題がみられたり、母親に精神疾患が存在する場合は、保健福祉と連携をとりながらフォローしていく。

また、乳幼児健康診断で要精検になった子ども達を診察し、訓練が必要か、経過観察が必要かを見極める。LDやその周辺の子も達は3歳児健診でチェックされることが少なく、むしろ集団生活に入った幼稚園・保育所で問題に気がつかれることが多い。その、3

歳以降のスクリーニング検査として、以前演者が勤務していた自治医科大学附属病院では日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査を使用している。

そして、経過観察、診断、診断がついた場合はそれに対する原因検索として、染色体検査・アミノ酸分析・画像診断を行う。そして、合併症の検索として聴性脳幹反応・脳波検査などが必要である。

これらを行った後、あるいは行いながら、療育を行う。心理指導や感覚統合療法・言語療法などである。これは児への援助であるが、児を育てている家族への援助も必要である。障害が目に見えてわかりにくいために、子どもの理解が両親も周囲の大人もうまくできず、両親が育児を負担に感じている場合もあるので、対処の仕方を助言する。これらを行いながら、不登校や意欲の欠如など二次障害の予防に努める。

もちろん、これら全てを、医療のみでは行い得ないので、保健福祉センターや児童相談所、地域の療育施設、特殊教育学校の先生方などと連携しながら行うことになる。

今、成育医療という言葉がある。LDや軽度発達障害児も義務教育が終了したから終了ではなく、ゆりかごから、継続したフォローが必要だと考えている。生まれた時から成人まで見ていくことができるのが医療である。

VI. 最近のトピックス

昨今、ADHDについての話題はマスコミでもしばしばみかけるが、医学や心理学でADHDの研究がすすんでいる。

- ①ADHDの病態 ADHDの病態について臨床的にはかなり種々の病態が混在している。単一の疾患や原因で生じている状態ではないが、近年、ADHDは前頭葉の障害であろうと考えられている。刺激剤（リタリン、アンフェタミン）の作用は、神経伝達物質（ドーパミン、ノルエピネフリン）を介して前頭葉に抑制性に作用しているのではないかと動物実験からは推測されている。
- ②ADHDの遺伝的要因 ADHDの家族集積性は2～8倍高い。ADHDの遺伝的要因について、Dopamine に関係する遺伝子の異常が指摘されている。しかし、多因

子遺伝か、単一遺伝子なのかなどについてさらに研究が待たれる。また、ADHDは成人病のように遺伝因子に環境因子が加わって発症する生活習慣病ではないかという考え方もある。

- ③ADHDの薬物療法として刺激剤（リタリン・ベモリン）を使用するが、リタリンは成人では薬物依存に注意する必要があることが指摘されている。そのため、電気生理学的検査（P300）や前頭葉機能検査などを用いて、刺激剤の有効性をチェックし、投与の適応を厳密にすることが望ましい。

Ⅶ. おわりに

LDはその障害がみえにくいために、乳幼児健診でも見逃しや経過観察のみで終了し、適切な対応ができにくい病態である。その早期発見・発見後の適切な対応を行い、二次的障害の発症を防止することが医療・福祉・教育に求められている。

不登校への対応：教育と医療の連携

小山市教育委員会青少年課教育相談員 齋藤 英

不登校児童生徒に対する、学校、相談室、医療機関等の連携について

——心のヘルスケアを中心にした——

I 子どもたちの現状と問題点・・・相談室からみた

——今、子どもたちは！

- 1 こどもの養育・発達について
- 2 不登校・・・学校に行けない、学校に行かない子どもたち
 - ・保健室登校
 - ・送迎・付き添い登校
 - ・適応教室、相談室通室
- 3 いじめと虐待
- 4 非行、暴走、暴力行為等、反社会的行動
- 5 薬物依存——喫煙も含めて
- 6 進路の変更——高・専・大学生の中退
特に高校生の中退
- 7 習癖、神経病、多動障害について
 - ※いじけ
 - ※しつけ、特に幼児への

II 上記問題の再確認と予防も含めた対応

——家庭・学校・医療機関も含めて
関係機関の連携——

※ 関係機関としては

III 資料

- 1 県内の小・中学校数と生徒児童数
 - ・小学校数 440校＋2分校
4,674学級 126,560名
 - ・中学校数 175校
2,162学級 72,074名
- 2 県内の小・中学校児童生徒の不登校の推移——過去4年間の
1,253名→1,398名→1,547名→1,791名
 - ※ 年間50日以上欠席の児童生徒数

◇テーマ 教育相談雑感（私感）

I 教育相談と生徒指導

- ・教育相談についての考え方
 - ・情報の収集
- いつでも どこでも だれにでも

II 生徒・保護者・同僚への対応10カ条

- 1 限界・理屈を抜きにした対応
——即時性・行動性
※相手を思う心が、
相手の人歩きを助長する
- 2 本気・本音での対応
 - ・本音を聴くことのむずかしさ！
- 3 共育の姿勢の確立
——謙虚さが肝要
- 4 協働体制の確立と実践
——学校という組織の中で——
- 5 気軽になんでも聴ける教師
——何気ない一言が相手を傷つけ、
苦しめ、悩ますことに
気づくことが大切！
- 6 生徒のシグナル、サインを
鋭く感得できる教師
——一日頃の観察、情報収集がカギ
授業、部活動、学校行事、休み時
間の生活等を通して
- 7 ネアカに徹する
- 8 ウマの合う教師の対応
——組織の力！
- 9 待つことのできる教師
- 10 Give and Give

生徒指導と魚道

☆テーマ

変容する子ども社会
—問われる家庭教育—

I. 子どもの現状—今、子どもたちは！

- ・小児虐待
- ・いじめ
- ・いじめ
- ・不登校
- ・暴言暴力—家庭、学校、社会で
- ・非行、暴走
- ・進路変更→中退、放浪
- ・ADHD—注意欠陥、多動的症状

II. 子どもをとりまく環境の変化

- ・遊びの今昔
- ・家庭のホテル化←家はあっても家がない
- ・心配と干渉の一体化
—家庭、学校、社会で—

III. 話せる大人への努力

1. 聴いてやる
2. 分かってやる ・理解とは？
3. 信じてやる カウンセリング
4. 赦してやる マインド
5. 励ましてやる 《迷わず、あせらず、
6. 待ってやる 根気よく》
7. 見届ける

IV. 大人（親、教師、先輩）の望ましい姿勢

- ・共育の姿勢の大切さ
- ・Give and Giveの心
- ・本音、本気で
—限界を抜きにしアトでを禁句に
- ・自信、勇気、決断をもって

V. まとめ

ダマシ、ダマサレ、ウラギラレ
それでも信じた
—今に賭けて—

資料Ⅲ

心のヘルスケアー ポイント10カ条

- 1 相手の気持ちを素直に聴く
自分の心を素直に開いて話す
①あるがままに受け入れる
「デモ」は禁句に！
②フィードバック→鏡の役割
③相手の土俵で話をする
④受容するのは「よし」ということではない
- 2 積極的に話を聞く—アドバイスは避けて
心理相談→言葉と感情の
キャッチボール
- 3 ボディーランゲージは止まらない
言葉は便利なものだが、時にはその背後
にある感情や葛藤を隠蔽し、ごまかして
しまう力がある
- 4 相手が自分について話す文脈を変えては
ならない
・本人は理解を求めているのであって、ア
ドバイスや対応を期待しているのではな
い
↓
本人の切望、不安、混乱とのつき合い
- 5 一杯の水をカラにしてから補給する
- 6 フィードバックの仕方に、聞き手の品位
気持ちが現れる
- 7 ボディーランゲージの大切さを知る
姿勢・位置・距離やひんぱんに使う言葉
に注意
- 8 同行二人
相手を治そうという意識はマイナス
- 9 リラックスした面接の工夫
- 10 自分分析
もし自分が相手の立場だったら・・・

- | | |
|---------|----------|
| ① 聴いてやる | ② 分かってやる |
| ③ 信じてやる | ④ 赦してやる |
| ⑤ 励ます | ⑥ 待つ |
| ⑦ 見届ける | |

カウンセリングマインド
ダマシ、ダマサレ、ウラギラレ。
それでも信じる姿勢が大切！

保健室からみた子どもの心の問題

小山市立寒川小学校 養護教諭 早乙女悦代

【保健室の相談特徴】

- 身体的な訴えが前面にあり相談意識は少ない
- 自分の情緒的な問題を言語化して表現することが不十分
- 一時的な小さな危機場面に来室（1～3回の相談が多い）
- 時間的場面的制約がある

【実際の対応】

- 受容とスキップで対応
- 居場所を提供し心を落ち着かせる対応
- 体の変化・身体不調等についての不安をやらげらるカウンセリングで対応
- 手当てを求めるが心の問題にまで触れて欲しくない児童生徒への一定の距離を置く対応

【保健室より事例をとおして】

- 「こころのオアシス」
 - ・自分の背負っている荷物をおろし、そこでひと休み
 - それは、休憩であると共にその後の活力を補給する機会
 - 手と手・心と心—
- 思春期の子ども
 - ・心の中に「おとなとこども」が同居している
- メガネ
 - ・大人から見れば小さな出来事でも、自我の発達が未熟な子どもにとってはそれがきっかけとなり混乱する。
- 身体測定
 - ・身長を測ることで成長を確かめ、前とは違う自分を発見している。
- やけどの手当て
 - ・「ストーブ使用時期でもないのに、なぜやけどをしたか」
- 良い子の心と体の疲れ
 - ・親からの期待というプレッシャー
- 保健室登校・不登校
 - ・もがきは初期サイン→SOSサインを見

逃さないように

- ある母子について（連携事例）
 - ・一貫した対応計画のもとに、密接な連携を図り、有機的に段階を追って援助する合言葉“亀の歩みのごとく”
- ＜連携の成果＞
 - ・学校組織はボトムアップ型だが、専門・医療機関との連携をはかることで解決策をダイレクトにトップダウンで下すことが出来る。しかも専門職・医療機関からの具体策は説得力を持つ。

【おわりに】

子どもたちのこころとからだの発達は多彩でまるで万華鏡のようである。くるくる回りながら次々と新しい色彩を私たちに表し人間の偉大さを教えてくれる。

描画を通してみるこどもの心

J R 東日本中央保健管理所長 村山隆志

はじめに

小児の心身症には次のような特徴がある。

- A. 治療対象は子ども自身とは限らない。
- B. 発達途上の子どもは自分の内面や感情を言語化する能力が十分とはいえない。
- C. 大人は子どもを理解出来ているとは限らない。
- D. 時に周囲が正常発達にある行動を異常と考えてしまうことがある。
- E. 子どもの症状は全身的な症状が多い。
- F. 過剰適応の子どもが心身症になりやすい。また、周囲のことに気を配り、優しい子が心身症になりやすいともいえる。

そして、カナーによれば、子どもの症状には次のような意味があるという。

- 1. 入場券としての症状
- 2. 信号としての症状
- 3. 安全弁としての症状
- 4. 問題解決手段としての症状
- 5. 厄介者としての症状

たとえば、不登校の子どもの初期症状は、頭痛、腹痛、倦怠感などのさまざまな身体症状といえるが、そういった症状を示すからこそ医療施設と関わる資格（入場券）が出来ることになる。また、その背景には家庭内に内在する問題や学校内での問題に対する警告（信号）の意味があることがある。そして、不登校は、陰湿ないじめから回避し、より深刻な自殺などを防ぐ（安全弁）意味もある。

症状にばかりとらわれていたり、いたずらに症状を無くそうとすることは、かえって解決に近づくことにはならないことを知っておくべきである。

子どもの内面を知る努力

発達途上の子どもは自分の内面を語るに十分な語彙を有して居らず、また、抽象的な概念は苦手でもある。そして、前述したとおり大人は子どもを理解しているとは限らない。むしろ、子どもの言語や身体言語を曲解する

危険性がある。

たとえば、シーガルがいうように、透明なグラスの中に入っている牛乳を赤いグラスの中に移し、子どもに、「牛乳の色はどんな色をしている？」と問うと、その子は、「牛乳の色は白い色に決まっているのに、なぜそんなことを聞くのだろう。

「きっと赤って答えて欲しいんだ」と考えて、「赤い色だよ」と答えてしまう。そうすると、質問者は「この子は現象的間違いをする」と判断してしまう。このようなことは実際にもよく見られることである。小児科医は身体医学的な検査手段を駆使することは得意であるが、こういった子どもの内面を知る手がかりを余り持っていないのではなかろうか。

今回のテーマである描画はその一つの手段である。

筆者の診療の実際を少し紹介すると、初回面談では病歴をざっと聞くことと、親の不安を軽減するように配慮しながら、考えられる病名などについて簡単な説明にとどめる。そして、家族の構成員全てへのYG性格検査、田研式親子関係調査、SDS、TEG等の用紙を必要に応じて手渡し、次の面談日を決める。次の回は約1時間の時間枠をとり、親子と一緒に質問用紙の採点をし、その後、親に退席して貰った上で、筆者の左に座って貰って描画テストを行う。時間を測定しながら、その描画過程を観察し記録する。

筆者が用いている描画テストは、「家と樹と人を描いて下さい」と指示する、HTP (House-Tree-Person)、「家族を描いて下さい」と指示する、DAF (Draw-A-Family)、そして、「樹を描いて下さい」と指示するBaum testである。

用いるものは表面が粗なA四版の画用紙3枚と2Bの鉛筆それに消しゴムである。

それぞれの画用紙には、その都度自分の名前と実施年月日を本人に記入して貰う。

名前を書いてもらうのは、緊張をとる意味と自分の名前を書くことによって、その画用紙を自分のものにするという意味もある。

通常はこの3枚であるが、1枚の絵を描くのに長時間が費やされるときは、途中で中断を余儀なくされることもある。途中で描くのを中断してしまう場合はそのままにしてどのくらい考えていたかを書き込んでおく。また、時間が余ったときには、自由画を描いてもらったり、学校の画を描いてもらったりすることもある。

描画テスト実施上の注意

描画は患者の内面を知る有効な補助手段となりうるが、一方、その危険性も知っておかなければならない。まず、第一に無遠慮に彼らの心の内面に押し入ることは慎まなければならない。家族内の大きな秘密を抱えている子に、まだラポールもとれていない初期段階で家族画を描かせることは残酷なことを強いることになりかねない。それは、不登校の子に学校の画を描かせることでも同じであろう。描けないときは決して無理強いをしてはならない。また、その理由を深く追求しない。

患者によっては、いきなり柔らかい素材に触れることによって、ようやくコントロールされている内面世界を露出され、acting outを誘われてしまうことがある。

筆者が色を用いない理由も、ある程度抑制が働くことを期待してである。また、用いられる紙の質や大きさによっても左右される。筆者は条件をそろえるためにA四版の大きさを用いているが、うつつな子には、A四版では大きすぎるかもしれない。

描画テストを行う前に、検者が少なくとも一度は被検者となって実際に自分で描いてみる必要がある。実際に、大きなケント紙などに画を描かされるのはどんなに恐怖感を感じるかは、経験してみないと実感できないことである。

また、描かれた作品には十分に敬意を払わなければならない。彼らの内面が描かれたものを粗末に扱うのは、彼ら自身を丁重に取り扱わないと彼らに知らせていることと同じである。

評価について

描画テストはその絵が出来上がる過程が重要なのであり、出来上がった絵について解釈しすぎることは避けなければならない。また、

その評価は芸術作品を鑑賞するのと同じである。むやみと詳しく論評する必要はない。親にも加わってもらい、どう感ずるかを一緒に述べ合う程度でよい。医療者が感ずることは多くの場合、彼らも感じている。決して、彼らを攻撃する材料として用いてはならない。最後に代表的な参考書を上げておくことにする。

参考書

1. 臨床描画研究：日本描画テスト・描画法学会機関誌、事務局：香川医科大学医学心理学教室内、住所 〒761-0793 香川県木田郡三木町池戸1750-1 TEL 090-278-62559
2. 加藤孝正、荻野恒一訳 HTP診断法 1982 新曜社 東京
3. 三上直子、S-HTP法 統合型HTP法による臨床的・発達のアプローチ 1995 誠信書房 東京
4. 林 勝造、一谷 彊編著、バウム・テストの臨床的研究1973日本文化科学社 東京
5. 津田浩一、日本のバウムテスト 幼児・児童期を中心に1992 日本文化科学社 東京
6. 高橋雅春、高橋依子共著 樹木画テスト 1986 文教書院 東京
7. Koch R., 林 勝造、国吉政一、一谷 彊編集 バウム・テスト事例解釈法 1980 日本文化科学社 東京

平成11年9月10日

第23回栃木県母性衛生学会・栃木県小児保健会合同研修会
第11回とちぎ思春期研究会研修会のご案内

栃木県母性衛生学会
会長 佐藤 郁夫

とちぎ思春期研究会
会長 荒木 重雄

栃木県小児保健会
会長 桃井真里子

記

日時：平成11年10月9日（土） 午後1時 受け付け開始
会場：宇都宮市医師会館 5階講堂
宇都宮市戸祭4-1-15 電話：028-622-5255

プログラム

1. 受け付け（ビデオ上映） (13:00~13:30)
2. 開会挨拶 栃木県小児保健会会長 桃井 真里子
3. 研修会 (13:30~15:15)
講演・シンポジウム「母子保健：2000年以降の母子保健のあるべき姿」
司会：自治医科大学小児科 白石 裕比湖
 - 1) 上三川町における思春期保健の取り組み
上三川町健康福祉課主査（保健婦） 塚田 明美
 - 2) 思春期外来を通してみた10代妊娠
大草レディースクリニック 伊野田 法子
 - 3) こどもたちは、今何を望んでいる
大正大学人間学部教授 中村 敬
母子愛育会日本子ども家庭総合研究所情報担当部長
質疑応答ならびに全体討論
- 休憩 (15:15~15:30) ——
- 特別講演 (15:30~16:10)
座長：とちぎ思春期研究会会長 荒木 重雄
「これからの母子保健」
栃木県保健福祉部医療監 揚松 龍治
4. 閉会挨拶 栃木県母性衛生学会会長 佐藤 郁夫

連絡先 〒329-0498 栃木県河内郡南河内町薬師寺3311-1
自治医科大学小児科 白石、内田、粟田
電話：0285-58-7366 F A X：0285-44-6123

上三川町における思春期保健の取り組み

上三川町健康福祉課主査 塚田明美

1. はじめに

上三川町は、県都宇都宮市の南側に位置し、人口約3万人の「田園工業のまち」です。

出生率及び婚姻率ともに、長年県内でトップの座にありましたが、平成になり出生率が一時減少したものの、再び最近の団地増設により転入者が増加し（平成10年出生率12.3%）核家族の進行等子供を生ま育てる環境の変化により、子育てに不慣れな親が増え、そのために生じる子供の問題が顕在化してきています。

そのような中、次代を担う子供の健全育成をめざす母子保健の中でも、特に、思春期は最も重要な時期であるため町の重点事業の一つとして保健センターを拠点として、思春期保健に取り組んでいます。

さらに、平成8年度から3年間において、文部省から「エイズ教育（性教育）推進地域事業」の地域指定を受け、学校・家庭・地域の連携による事業を実施してきました。

ここに、思春期の子たちに対するアプローチの必要性を痛感し、ライフステージに応じた母子保健事業の推進に向けた活動として、ご報告致します。

2. 保健センターを拠点として

1) サマースクール

中学生・高校生を対象に、夏休みを利用して行われている福祉体験学習の中で、「保健学習」を実施

（主催：社会福祉協議会）

目的：(1)身体（心・体）の正しい知識を学び、自分の体を知る

(2)生命の大切さを学ぶ

(3)自分の生き方を考える機会とする

内容：(1)高校生によるピアカウンセリング
保健学習の導入として
同世代からのメッセージ

(2)保健婦による講義

性とは………

一人一人の生きかた

性の意思決定能力

男女の体の仕組み、性の違い

レディースメモリーの活用

エイズ STD 避妊具

(3)ビデオフォーラム「ドキュメント出産」「赤ちゃん このすばらしい命」等

神秘的な生命誕生

命の尊さ 親への感謝の心

(4)赤ちゃんふれあい体験

肌で感じる貴重な体験

子育て中のお母さん方からのメッセージ

2) 思春期教室

思春期の子を持つ親への教育

目的：思春期に対する正しい知識を持ち、自分の子供に対する適切な対応を学ぶ。

内容：医師及び臨床心理士等による講話
講師からのメッセージ
グループワーク

3. 学校や地域への普及活動

—エイズ教育（性教育）推進地域事業—

趣旨：エイズを予防する能力を育て、エイズに対するいたづらな不安や偏見を払拭することを目的とするエイズ教育を推進するとともに、人間尊重、男女平等の精神に基づく性教育の一層の充実を図る必要がある。

このため、小学校・中学校及び高等学校を含むエイズ教育（性教育）推進地域を指定し、学校・家庭地域の連携によるエイズ教育（性教育）の実践研究を行い、その成果の普及を図る。

平成8～10年度 文部省の指定を受け研究を展開

1) 保護者等への健康教育

小中学校において保護者及び職員等に対してのエイズ教育（性教育）

目的：子どもが健全に育つために身近かな

相談者としての知識を学ぶ。

内容：保健婦・医師による講話

P T A 総会等にあわせて

2) 地域への普及

町の広報誌「広報かみのかわ」に掲載

目的：子どもを取り巻く社会への啓発普及

内容：活動の紹介・情報提供

保健センター、教育委員会、各学校から

4. 考察

思春期保健の中でも、保健婦として一番力を注いでいるサマースクールは、参加者にとって学校とは違いリラックスした学習の場となり、命の大切さ、親の愛情、自分の体のこと、異性のこと、生きかた、性のとらえ方等多くのことを考え受け止められ、又はボランティアのお母さん方にとっても育児への自信につながっています。終了後のアンケートに目を通しながら、携わるスタッフとして熱くなるものを感じることもあります。このサマースクールの開催にあたり主催である町社会福祉協議会・町内中学3校及び上三川高校・ボランティアのお母さん方の理解と協力により実施出来ることはたいへん嬉しいことです。思春期の子に直接ふれあう絶好のチャンスにもなるため、今後も企画力や調整力を高めながら発展させ継続して取り組んでいく考えです。

さらに、エイズ教育（性教育）推進地域事業の実践で学んだ小・中・高校のそれぞれの積み上げた具体的な教育を定着させ、合わせて学校間の垣根を越えた連携等も今後必要と感じます。

さまざまな思春期の問題を耳にする中、21世紀に向けて高齢社会を支える数少ない子供たちを、いかに健全に育成するか社会全体で真剣に考え取り組んでいかなければならない現状にあります。そのためには、「生きる力」「心の教育」も含め、人間の基盤をつくる乳幼児からの一貫した性（生）教育、地域・家庭・学校の関係者が連携を図り、各人が健康的で幸せな人生を送れるよう安心して子育てができる町づくりに向けて支援したいと思えます。

「母子保健：2000年以降の母子保健のあるべき姿」 思春期外来を通して見た十代妊娠

大草レディースクリニック 伊野田 法子

はじめに

当院における思春期外来と十代妊娠、分娩について、および最近経験した十代妊娠の症例の報告とわが国における思春期妊娠第4回調査報告より、学校における性教育の時期につき検討した。

成 績

1. 思春期外来の疾患別患者数

平成9年4月から平成10年3月（平成9年度）の1年間に思春期外来を受診した総患者数は1170名で、月経異常が45%、心身症が25%、早発思春期症が12%、その他が18%だった。

2. 思春期外来の年齢別新患者数

同じく平成9年度の新患者数は135名で、月経異常が51%、性感染症が17%、心身症が13%、早発思春期症が1.5%、妊娠が0.7%で、思春期外来を受診した妊娠例は1名だった。

3. 当院における十代の人工妊娠中絶件数

平成6年9月から平成11年8月までの5年間にわたった十代の人工妊娠中絶件数は97名で、年齢は13歳が1名、14歳が3名、15歳が3名、16歳が11名、17歳が11名、18歳が27名、19歳が41名だった。

そのうち、平成9年度の件数は18名おり、十代の妊娠でも思春期外来ではなく一般外来を受診し、多くは市販されている妊娠検査薬にて、すでに妊娠を知り受診していた。

4. 当院における十代の月別人工妊娠中絶件数

人工妊娠中絶をした97名について月別で見ると2月と9月がともに13名、1月が10名、12月が9名おり、冬休みや夏休みの後に多い傾向だった。

5. 当院における十代の分娩数

同じく、平成6年9月から平成11年8月ま

での5年間の十代の分娩数は、26名おり、17歳1名、18歳4名、19歳21名だった。

そのうち平成9年度の分娩数は、思春期外来患者数からは不明だったが6名いた。

6. 母の年齢別出生率（昭和25年から平成9年）

全年齢出生率は昭和25年の110.4、昭和35年の63.8とその後も減少し、平成2年の39.2から平成9年の39.4と横ばいの状態であるが、20歳未満の出生率は昭和35年の4.3から平成9年の4.3とほぼ横ばいの状態である。

全年齢において減少傾向にある出生率が、十代においてはみられない。

7. 年齢別人工妊娠中絶実施率（昭和35年から平成9年）

人工妊娠中絶実施率の総数は昭和35年の42.0、昭和55年の19.5、平成元年の14.9、平成9年の11.0と明らかに減少しているのに対し、20歳未満では昭和35年の3.2、昭和55年の4.7、平成元年の6.1、平成9年の7.9と増加傾向を示していた。

8. 栃木県における人工妊娠中絶件数の年次推移

栃木県においても総数は、昭和31年の13.718件から昭和40年の8.178件、昭和54年の7.579件、平成9年の5.885件と減少しているが、20歳未満では、昭和31年の160件から昭和54年の188件頃まではほぼ横ばいだったが、その後、昭和56年の271件、昭和60年の449件、昭和62年の540件、平成9年の740件とここ数年急激に増加していた。

9. 都道府県別、年齢別、人工妊娠中絶実施率（平成9年）

総数では都道府県別で23番目だが、20歳未満で見ると高知、北海道、福島、岡山に次いで5番目である。

特に、十代の人工妊娠中絶数が全国的にみて

も多いことがわかる。

症 例

年齢、14歳（中学3年生）。既往歴、特になし。家族構成、父方祖母、両親、姉（高校2年生）、本人。初経、10歳。

現病歴は、平成11年8月24日、部活の教師に腹部の異常を指摘され、母親と内科を受診し、妊娠の診断にて担任より当院を紹介され受診する。ほぼ毎月、性器出血を認めていたため、本人および母親は妊娠を全く考えてなく、最終月経も不明だった。

初診時所見は、身長149cm、体重43.2kg、血圧114/60、尿蛋白（-）、尿糖（-）。経腹超音波断層検査では、児頭大横径が75mm、大腿骨長が54mm、腹部断面積が44cm²、推定児体重が1374gだった。

診断は、経腹超音波断層検査の結果より妊娠29週で、人工妊娠中絶が不可能だった。

父親にあたる相手は13歳（中学2年生）で、両親は他県での分娩および児の養子縁組を希望したため、翌日、育児環境ができていない場合の養子斡旋事業（エンゼル支援センター）を実施している他県の産婦人科医院を紹介した。平成11年9月20日、某施設内の乳幼児園に入所し、子供達の世話をしながら分娩まで過ごし、平成11年11月15日、3238gの女児を正常分娩にて出産した。妊娠中に特別養子縁組が決まり、母子退院とともに児は養子先に引き取られた。

結 論

当院における十代の妊娠・分娩の症例と日本産科婦人科学会の思春期をめぐる諸問題検討小委員会による「わが国における思春期妊娠第4回検査報告」より、性教育は高等学校で行うべきで、その時期は高校1年生の冬休み前（2学期）から遅くも高校2年生の夏休み前（1学期）が適当と考える。性教育の内容も、正しい避妊法や性感染症、さらに人工妊娠中絶の方法や危険性も取り入れ、可能ならば、産婦人科医などの専門家が行うようにしたほうが望ましいと報告した。

参考文献

1. 厚生省児童家庭局母子保健課監修、母子保険の主なる統計；平成10年度刊行-1998-

2. 生殖・内分泌委員会、思春期をめぐる諸問題検討小委員会（わが国における思春期妊娠第4回調査報告）；日産婦誌1997；49：763-778

21世紀の母子保健 ―子どもは何を望んでいる―

大正大学人間学部教授 中村 敬

1. はじめに

わが国では世界に例のないスピードで少子高齢化の波が押し寄せてきている。今や、急増する高齢者とこれともなう痴呆などの高齢障害者への社会的介護の体制を確立することが社会全体の急務と考えられている。一方、少子化も止まるところを知らない勢いで進行しており、社会的に多くの問題が生じている。

われわれは、21世紀を担う子どもたちに何をすべきなのか。今、しっかりとその礎を築いておかなければならない。今回、機会を得たので、これからの母子保健どうあるべきかについて、主に子どもを中心に述べてみたい。

2. 21世紀の母子保健の課題

21世紀の母子保健のメインテーマは、子育ての社会的支援の確立と考えられる。元来、わが国における子育ては家庭の仕事と考えられていたが、地域における人々の結びつきが、地域共同体として子育てを支えていたことは事実である。ところが、都市化が進み、結びつきのない人たちが地域に集まり、核家族という小さな単位を形成し生活を営むようになってから、かつてのような住民同士の連携は希薄になり、隣人の家庭に深く立ち入ることのない世界が築かれている。

一方、女性の社会進出が高まったとはいえ、女性の就労率は欧米に比べれば低く、育児と就労との対立関係も大きい。日本社会の少子化の原因は出産適齢期である25～29歳女性の未婚率の増加が原因と考えられている。わが国では、社会的意識として性別役割分業が根強く残っており、男は外で仕事、女は家庭で育児というパターンが、従来からの日本型社会を支えてきた。そして、ここに母性神話が重畳し、女性にすべての育児の負担を背負わせ、よき母であることを強いる結果になっていた。最近では、高齢者介護も育児を終えた女性への新たな負担として重くのしかかっており、結婚、そして育児を回避するという女性の選択は社会が生み出した必然的な結末と考えられる。また、ソフト化された産業構造

からみても、社会は多くの女性の力を求めており、就業と育児の両立を図り、母性神話を撤廃し女性を育児から解放するための社会的な支援を構築しなければ、進行する少子化をくい止めることなどできようはずもない。

このような社会的背景を考えると、21世紀の母子保健のテーマは育児への社会的支援であり、単に子どもの健康を保持する医学・保健モデルの推進では解決しえない多くの問題を抱えている。

現在、日本で行われている子育て支援は、就労と育児の両立、育児への精神的支援、子どもの健康づくりと疾病予防、安全な妊娠・分娩、思春期の性とこころへの支援、適切な母性（父性）の発現など幅広い対策が講じられている。また、元来、連携が悪かった教育部門との連携も、母子保健事業の市町村委譲にともなって、市町村教育委員会が実施する家庭教育事業と母子保健事業との連携が期待されている。文部省では乳幼児をもつ親に家庭教育手帳を、小中学生をもつ親に家庭教育ノートを、1歳6カ月健診、3歳児健診、小学校入学時に順次配布している。また、子どもたちや親からの相談に応じる24時間子ども・家庭教育電話相談（子どもホットライン）を整備しつつある。

ここまで、述べてきた21世紀の母子保健は、従来の母子保健法に基づく母子保健事業の展開のみでは、地域の多様なニーズに答えられない。一言で言うならば、保健・医療、福祉、教育の場面で行われているさまざまな事業について、実現性の高い連携方法を編み出すということにある。

3. 子育てと社会サービス

1) 就労と育児の両立

就労と育児の両立を支援するための対策として、エンジェルプランの元で保育体制の整備が続けられている。女性の就労形態は様々であり、就業形態に合わせた多様な保育体制が求められている。低年齢児（乳児）の保育、時間延長保育、夜間保育、駅型保育、企業内

保育など様々なニーズが出現している。従来、利用する保育所は市町村長の措置により決定され、利用者には選択権がなかったが、児童福祉法の一部改正により、利用者が施設を選択できるようになり、定員数に空きがある限り希望の保育所に預けることができる。

低年齢保育など多様なニーズに対する対応は民間保育園を中心に展開されており、公立保育園における対応には遅れがあり、需要の変化に適応していないとの批判もある。

就労と育児の両立支援のための補完的対策として、急な残業や出張に対応するファミリーサポートセンター事業や家庭福祉員制度（保育ママ）があり、保育所の保育時間の開始前、開始後の保育ニーズに対応している。また、軽い病気や病後児の保育に対するニーズに対応して、乳幼児健康支援一時預かり事業があるが、従来は乳児院や診療所の空きベットを利用しており、必ずしも需要を満たすところまでには至っていなかった。厚生省は今後、一部の保育所を受け皿として事業拡大をはかろうという考えのようである。

21世紀に向けても、これらの就労と育児の両立支援はさらに充実させる必要がある。また、これらの社会サービスが、手続きや担当窓口など利用者にとって利用しやすい形態になっている必要がある。ときとして、制度としては評価されるが、利用するものとして利用勝手が悪く、利用しにくいシステムとして構築されているという声を聞く。

2) 冠婚葬祭、家族の病気など

これらは、宿泊を必要とする場合には、児童福祉施設を利用したショートステイやトワイライトステイが対応しており、一時的保育には、ファミリーサポートセンター事業や家庭福祉員制度が利用できるようになっている。

3) レスパイト・ケア

レスパイト・ケアは介護者の休養のために利用できる社会サービスで障害者や高齢者の介護者には認められている。子育てでは制度的には認められていないが、自治体の独自の判断や事業で、子育てにおけるレスパイトケアを認めている。受け皿としては、川崎市の子育て支援センターでは、子育てヘルパー（市民による子育て相互援助システム）が

自宅で子どもを預かる方法により、板橋区育児サポート事業（ファミリーサポートセンター事業の位置づけ）でも、また、他の自治体のファミリーサポートセンター事業でも、レスパイトケアを運用で認めている。21世紀に向けて、これは子育てへのストレスを解消し、育児不安や結果として生じる子ども虐待を予防する社会的サービスとして、今後さらに検討が必要な部分と考える。

4) 子育てへの精神的支援

子育て期間中は子育てにともなう様々な心配事が鬱積して、近くに相談相手がいないまま社会からも孤立して、深刻な育児不安に陥る母親が多いことは良く知られている。日本では、母親に子育てに対する精神的負担がかかり過ぎており、これを解消する対策が重要である。地域で様々な相談事業が行われており、列挙すると、

- ①市町村保健センター：電話と来所、育児学級や教室 子育てグループ支援など
- ②地域子育て支援センター：地域の中心となる保育所が受け皿になり、電話と来所相談、子育てグループなど地域活動の支援を行っているが、施設による格差が大きい。
- ③子ども家庭支援センター：これは、東京都の独自事業で、区市町村に1箇所あて整備の予定（現在8カ所）、子ども家庭に関する総合相談窓口、サービスの調整、サービスの提供、子ども自身からの相談への対応、地域活動への助言と支援などを行っている。

東京都三鷹市の子ども家庭支援センターでは、子育てグループ活動に場所を提供している。府中市の子ども家庭支援センターでは、一人親の子ども保育園などへの送迎サービスを行っている。

- ④地域の民生委員（児童委員）、愛育班員や母子保健推進員などの地区の保健委員
- ⑤子どもホットライン（教育委員会）

このほか、地域の医療機関による子育て相談や都市部では雑誌社、患者・親の会による電話相談や店舗内育児相談など民間の機関による相談サービスが展開されている。また、地域のよっては、産科と小児科医の連携により出生前小児保健指導が定着しているところもある。

5) 子どもの権利擁護

子ども虐待が増加し、厚生省に届けられた児童相談所の虐待に関する相談件数が、平成10年（1998年）では約7000件に達した。現在、都道府県単位で虐待防止ホットラインが設けられているが、さらに、きめの細かい対応が必要になっており、市町村ベースでの虐待防止ホットライン設置が検討されている。子ども虐待は密室の中での出来事であり、子どもの命は言うまでもなく、子どもの心の傷を最小限に食い止めるための抜本的対策が講じられる必要がある。これは、一職種や一機関で対応できる問題ではなく、多方面の専門家による稼働性の高いネットワークが必要である。児童相談所の機能強化、市民の通報義務など法的、制度的な改革も必要な時期にきている。日本では批准した子どもの権利条約に準拠した法や条例の整備が遅れている。

6) 子どもの居場所の提供

都市化が進んだ市街地では、子どもの遊び場がなく、子ども自身の居場所がないのが現状である。子どもの健全育成を目指すためには、子どもの居場所を用意する必要がある。これらの目的で、地域において児童館が新築あるいは増築整備され、子どもの居場所を提供するための事業が展開されている。また、東京都武蔵野市では0-1-2-3という第三セクターが運営する子どものための施設がある。ここでは、親子が自由な日の自由な時間に入出りができるシステムになっており、子ども同士が自由に遊べ、親同士も情報交換ができる仕組みになっている。少子化の影響を受け、近所に遊び相手のいなくなった子どもの居場所を提供しているユニークな施設である。

7) 子どもへの健康支援

日本では子どもの健康支援は母子保健事業として、子どもの疾病予防から子ども健康づくりに至るきめの細かい対策がとられてきている。中でもその受診率が高く、国民の中に定着している乳幼児健診は、安心な子育てのための大切なイベントになっている。また、様々な疾病予防のためのスクリーニングもその成果を上げている。中には、スクリーニングそのものの意義や、検査の精度上の問題が大きく見直さなければならない課題もある。

少なくとも、日本の母子保健事業は量的にも質的にもほぼ、完成されており、今後新たな事業を加えるよりも、一部のスクラップを考えながら、現在行われている事業を、いかに量や質を低下させないで維持するかという課題を抱えている。

平成6年に母子保健法が改正されて、母子保健事業は都道府県から市町村に委譲され、住民に身近な自治体による新たな体制で実施されるようになった。しかしながら、問題がないわけではない。力量のある市町村と脆弱な市町村との間の格差が広がってきており、一つ一つの事業をこなせばよいだけではなく、自己評価をしながら、いかにその水準を維持するかが課題となる。社会的には介護保険の導入により、高齢者保健福祉へと事業の重心が移りつつあるが、子ども家庭福祉、母子保健サービスが終結しているわけではない。未来を担う子どもたちの健全育成を置き捨てるようなことがあれば、われわれは、将来手ひどい代償を支払わされることになる。

母子保健における新たな課題について、一部を述べてみると、

①乳幼児死亡率からみると、わが国の乳幼児の死亡は著しく改善されている。しかし、

SIDSで死亡する乳児や事故で死亡する幼児が比較的多く予防策を講じる必要がある。

SIDSはもともと日本では頻度が低いが、特別な理由なしにうつ伏せ寝保育をさせない、低出生体重児などSIDSのリスクの高い乳児への家庭内モニタの使用の検討、家庭内喫煙防止、母乳栄養の推進などが考えられる。子どもの事故予防は重要な母子保健対策として認識されている。事故防止健康教育のためのリーフレット作成やビデオなど様々な対応がとられている。最近では、情報の提供源としてインターネットを利用したり、豊島区池袋保健所のようにモデルルームを保健所内に作成し、健診後の親が学習できる環境を整えている。筆者の考えでは、コンピュータの普及率が熾登りであることから、モデルルームや事故場面をバーチャルリアリティーの世界で再現して、CD化し健康教育の教材に供するのも一方法と考えている。

②重度の聴覚障害は、子どもの発達を遅らせるため、早期発見が重要なポイントになる。そこで、聴性脳幹反応を応用した検査方法で、

新生児期にスクリーニングする方法が検討され、5万人の新生児を対象にしたパイロットスタディーが行われことになっている。

③慢性疾患で入院している子どもの病院での生活を支援するために、病棟保母の配置がパイロット事業で行われている。わが国ではまだ、アメリカのチャイルド・ライフ・スペシャリストといった資格制度は確立されていない。長期入院を余儀なくされる子どもたちのために、日常生活空間を整備し、子ども自身の自己決定権を尊重した夢のある医療機関の整備が望まれる。

④乳児死亡率が世界一低い3.7にまで改善されたわが国で、重点的な救命医療と障害防止のための医療が必要な時期として周産期がある。母子保健法の改正にもない高度母子医療機関の整備は国と地方自治体の責務とされ、人口100万に1個所の総合周産期母子医療センターを整備する整備計画が策定された。一定の施設基準を満たして地域の中心になれる施設に対して、運営費も含めた補助金を拠出しようというものである。周産期医療の進歩は、極低出生体重児などの発達に関してリスクが高い新生児の出生が増加する。退院後のこれらの子どもの地域におけるフォローアップと療育および生活の支援が大切である。とくに、療育機関や入院していた医療機関との調整など個別のケースワークを地域の誰かが担当する必要がある。

⑤生殖医療の進歩が多胎妊娠を生み出している。多胎の増加はある種の社会的問題を引き起こしている。多胎の育児は単胎の育児と異なり、育児にかかる労力が膨大であり、サポートが必要である。現状では多胎の育児にヘルパーなどの派遣を利用できる制度はないが、将来的には考慮される必要があるかもしれない。平成12年より厚生省では、産褥期の産婦で精神的問題を抱えているような場合、ヘルパーを派遣するサービスを開始する。

⑥地域の小児科救急システムは、地域での安心な子育てに対して必要不可欠の地域サービスである。親にとって、一刻の猶予もない子どもに対する心配事は子どもの病気であり、病気の診断や重症度を判断できない親が安心してかかる24時間体制の地域におけるの小児科救急システムの整備は不可欠である。

⑦発達障害児の地域療育およびハイリスク新

生児の訪問指導

発達のおくれ、とくにコミュニケーション障害をもついわゆるグレーゾーンの子どもの増加してきているように思う。これらグレーゾーンの子どもたちは、ワークグループに加えることによって改善するケースもあるし、保育所のような集団生活に加えることにより、改善をみる子どももいる。しかし、保育所は保育に欠ける子どもを親に代わって市町村長が保育するという措置という概念は法的に残されており、子どものための保健適応は優先度が低い。したがって、母親に無理に就労してもらうなどの無意味な措置を講じなければならなくなることもある。保育所によっては統合保育の考え方が進んでおり、発達の問題を抱えた子どもの保育を積極的に行うところもある。治療の目的で集団保育が活用できる体制が望まれる。

⑧最近の児童・生徒のライフスタイルは、夜型で、朝食抜き、摂取する食品数が少なく、運動量が減少しているなど大人の悪いライフスタイルが身に付いている。将来高齢になっても、自立して疾病なく、天寿を全うするためには早い時期からのライフスタイルの改善が必要と言われている。かつて、小児成人病の名称で子どもの時期から肥満、高血圧、糖尿病、動脈硬化など中年期の病気を示す子どもがいることが指摘され、その予防対策が重要視されてきていた。平成10年には母子手帳にも、6歳まで利用できる身長別体重曲線が添付され、親が子どもの体重管理を行い、肥満を予防することができるよう工夫されている。この生活習慣病への取り組みは、21世紀における国民の健康づくりの焦点（健康日本21（仮称））になっている。

⑨マルチメディア

コンピュータの普及率は急上昇している。また、インターネットが21世紀の国民的インフラになることは間違いない。しかしながら、現状ではインターネットを子育て情報の収集や相談に利用している子育て中の人口は対人口比で見ると少ない（正確な数字は不明であるが）。今後、この分野が発展することは間違いなく、適正な情報の提供のあり方について検討しておく必要があるとされている。

4. おわりに

21世紀の母子保健（主として子ども）の課題について私見を述べた。おそらくもっと様々な課題があると思うが、少なくとも、現在行われている対策を推し進める必要があることは事実である。最後に申し述べたいことは、保健、医療、福祉、教育が一体になって一貫したサービスを提供できるように工夫をしつづける必要がある。また、整備された社会サービスが利用者にとって利用しやすいものである必要があり、絶えず住民との対話を通して、マイナーチェンジを行う努力が必要である。

また、高齢化の波に押し流されて、母子保健が置き捨てられないようにわれわれ関係者は、細心の注意を払う必要がある。子どもは社会の宝であり、われわれは、大人の怠慢のつけを彼らに残さないように努力をしつづけるなければならない。

特別講演

第23回栃木県母性衛生学会・栃木県小児保健会合同研修会
第11回とちぎ思春期研究会研修会 資料

演題 「これからの母子保健」

栃木県保健福祉部保健医療監 揚松龍治

【新生児死亡、乳児死亡の推移】

暦年	新生児死亡				乳児死亡			
	死亡数(人)		死亡率(出生千当たり)		死亡数(人)		死亡率(出生千当たり)	
	全国	栃木県	全国	栃木県(全国順位)	全国	栃木県	全国	栃木県(全国順位)
昭和60年	4,910	82	3.4	3.4 (23)	7,899	130	5.5	5.5 (24)
平成2年	3,179	64	2.6	3.2 (10)	5,616	112	4.6	5.6 (6)
3	2,978	53	2.4	2.7 (17)	5,418	87	4.4	4.4 (27)
4	2,905	64	2.4	3.3 (4)	5,477	120	4.5	6.2 (2)
5	2,765	67	2.3	3.5 (1)	5,169	105	4.3	5.5 (1)
6	2,889	52	2.3	2.6 (14)	5,261	90	4.2	4.6 (16)
7	2,615	54	2.2	2.9 (7)	5,054	96	4.3	5.1 (8)
8	2,438	50	2.0	2.6 (7)	4,546	86	3.8	4.5 (8)
9	2,307	38	1.9	2.0 (19)	4,403	70	3.7	3.8 (23)
10	2,353	43	2.0	2.3 (13)	4,380	73	3.6	3.9 (17)

資料：人口動態統計 (注) 新生児死亡率、乳児死亡率とも全国順位は高位順である。

【周産期死亡の推移】

暦年	周産期死亡				その内訳			
	死亡数(人)		死亡率(出生千当たり)		妊娠満22週以後の死産(人)		早期新生児死亡(人)	
	全国	栃木県	全国	栃木県(全国順位)	全国	栃木県	全国	栃木県
昭和60年	22,379	369	15.4	15.3 (22)	18,642	312	3,737	57
平成2年	13,704	265	11.1	13.1 (5)	11,367	215	2,337	50
3	10,426	189	8.6	9.4 (5)	8,258	154	2,168	35
4	9,888	203	8.1	10.4 (4)	7,758	156	2,130	47
5	9,226	187	7.7	9.8 (3)	7,191	138	2,035	49
6	9,286	182	7.5	9.2 (4)	7,200	145	2,086	37
7	8,412	167	7.0	8.9 (2)	6,580	128	1,832	39
8	8,080	161	6.7	8.4 (2)	6,333	122	1,747	39
9	7,624	118	6.4	6.3 (29)	6,009	87	1,615	31
10	7,447	159	6.2	8.4 (1)	5,804	126	1,643	33

資料：人口動態統計

(注) 平成6年以前は、出生千に対する妊娠満28週以後の死産と早期新生児死亡を合わせた数を集散期死亡としていたが、本表では、平成6年以前についても本文中と同じ定義で計上してある。
また、周産期死亡率の全国順位は高位順である。

保健医療対策の充実

(1)母子保健医療対策

【課題】

- ア 妊婦が安心して出産できる環境を整備する必要がある。
- イ 出産、育児に関する情報の提供や相談、指導を実施する必要がある。
- ウ 子どもを安心して育てることができる環境を整備する必要がある。
- エ 疾病や障害を持つ子などが、その子の持つ能力を十分に発揮することによって、生活の質が高められるような環境づくりが必要である。
- オ 生涯を通じた女性の健康の保持増進を図るため、健康教育を実施するとともに、相談体制の確立を図る必要がある。
- カ 妊産婦及び乳幼児の疾病の早期発見、治療を促進するため、医療費の経済的負担の軽減を図る必要がある。
- キ 母子保健サービスを効果的に実施するため、保健、医療、福祉及び教育関係者の連携を図るとともに、母子保健事業の実施体制の整備を図る必要がある。

【対策】

- ア 安全な妊娠、出産の確保
 - ① 妊産婦及び胎児・新生児への周産期医療が、適時、適切に提供されるよう周産期医療システムの円滑な運用に努める。
 - ② 妊娠中の異常を早期に発見し、適切な保健指導を行うため、妊婦健康診査を実施する。
 - ③ 助産婦・保健婦が妊産婦を訪問し、妊娠、出産、産褥に伴う疾病の予防等、妊産婦の健康増進に関し必要な事項について指導する。
- イ 安心のできる子育て環境の確保
 - ① 妊産婦・乳幼児の保健、栄養や育児等個々の問題に対する個別的な指導や相談に応じるとともに、両親学級、育児学級等講習会方式による集団指導を実施する。
 - ② 心身障害や疾病、異常を早期に発見し、適切な指導を行うとともに、生活や育児に関する指導を行うため、乳幼児を対象に健康診査を実施する。
 - ③ 先天性代謝異常等について、早期に発見し、障害の発現を防止するため、新生

【本県における主要な母子保健対策の体系】

	思春期	結婚	妊娠	出産	1歳	2歳	3歳	
安全な妊娠、 出産の確保			←①周産期医療対策の推進 ←②妊婦健康診査 ←③妊産婦訪問指導					
安心のできる 子育て環境の 確保	←①母子保健相談指導			←②乳幼児健康診査 ←③先天性代謝異常、神経芽細胞腫検査				
健康的な環境 の確保	←②思春期教室			←①新生児訪問指導		←③小児肥満予防教室		
個人の健康状態 に応じた施策の 推進			①養育医療 ②未熟児訪問指導 ③育成医療・指導 ④心身障害児療育対策 ⑤小児慢性特定疾患治療研究事業 ⑥長期療養児に対する療育指導事業					
医療費助成			←①妊産婦医療費助成				←②乳幼児医療費助成	
母子保健推進 体制の整備	①母子保健に関する協議会の運営 ②母子保健推進団体の育成、強化 ③母子保健関係者に対する研修							

児に対して検査を実施する。また、小児がんの一種である神経芽細胞腫について、早期発見、早期治療を促進するため、生後6か月の乳児に対し検査を行う。

ウ 健康的な環境の確保

- ① 新生児に対し、保健婦、助産婦等が訪問し、栄養、環境、疾病予防等について指導する。
- ② 思春期に特有の問題について相談指導を行うとともに、健やかな母性、父性を育てるため、思春期学級を開催し、正しい母性保健や育児に関する知識の普及啓発を行う。
- ③ 思春期における課題をのり越えるために友人との葛藤や思春期の悩みを自らの力で克服できる自己決定能力の獲得と他人への思いやり等の醸成を目的とした教育を行う。
- ④ 生活習慣病を予防するため、肥満傾向のある幼児やその保護者を対象に小児肥満予防教室を開催し、食生活、運動等の生活習慣等について具体的な指導を行う。

エ 個人の健康状態に応じた施策の推進

- ① 医療を必要とする未熟児に対し、養育に必要な医療の給付を行う。
- ② 家庭内で養育を行っている未熟児に対し、保健婦、助産婦等が訪問し必要な指導を行う。
- ③ 身体に障害のある児童に対し、生活の能力を得るために必要な医療や療育の給付及び指導を行う。
- ④ 乳幼児の心身障害の早期発見、早期療育を行うため、専門スタッフによる乳幼児二次健康診査を実施するとともに、二次健診等で要経過観察、要指導となった児を対象に、集団及び個別の療育指導を行う。
- ⑤ 小児慢性特定疾患に関する医療の確立、普及を図るとともに、患者家族の医療費の負担軽減を図るため、小児慢性特定疾患治療研究事業を行う。
- ⑥ 疾病により、長期にわたり療養を必要とする児童に対し、病態や療育状況を随時把握し、その状況に応じた適切な指導を行う。

オ 生涯を通じた女性の健康支援

女性が自分の健康状態を的確に把握し、これに応じて自己管理を行うことができるよう、健康教育を実施するとともに、気軽に相談できる体制の確立を図る。

カ 医療費助成

- ① 妊産婦の疾病の早期発見と治療を促進するため、医療費の一部を助成する。
- ② 乳幼児（3歳未満）の疾病の早期発見と治療を促進するため、医療費の一部を助成する。

キ 母子保健推進体制の整備

- ① 母子保健に関する協議会を設置し、母子保健事業の総合的、効果的な実施及び今後の在り方等について意見を聴取するとともに、関係機関との連携を図る。
- ② 母子保健推進員や母子愛育班など、組織的な母子保健活動を行う地域組織の支援を行う。
- ③ 母子保健事業に携わる従事者及び関係者等の一層の質の向上を図るとともに、ハイリスク児等に対する効果的な指導を行うため、専門的研修を実施する。

心身障害児者保健医療対策

【課題】

- ア 障害の発生を防ぐため、各ライフステージにおいて母性の健康維持の重要性に関する普及啓発や周産期における健康診査や保健指導等を充実するとともに、後天的な障害の発生を防ぐため、心身に障害が残る可能性のある疾病の予防対策など、乳幼児期から高齢期までライフステージに応じた対策の充実を図る必要がある。
- イ 障害が早期に発見し、早期に必要な治療、訓練等が行えるよう、各種健康診査体制及び相談指導体制の強化と、治療・訓練等の一層の充実を図る必要がある。
- ウ 障害を軽減・除去するため、専門的な医療及びリハビリテーションの供給体制を整備するとともに、医療費負担の軽減や受診機会の拡大策を講じる必要がある。
- エ 在宅障害者が必要な保健・医療・福祉サービスを利用し、住み慣れた地域の中で暮らしていけるよう地域ケア体制の充実を図る必要がある。
- オ スポーツを通じて、障害者の心身の健康づくりを促進するとともに、正しい医学的

管理のもとでの障害者スポーツの在り方等の検討を行う必要がある。

【対 策】

ア 障害の発生予防の推進

- ① 障害の発生予防に関する正しい知識を普及するため、両親学級等を開催するとともに、周産期における障害の発生を予防するため、妊婦健康診査等により、妊娠の異常を早期に発見し、ハイリスク者に対して保健指導を実施する。
- ② ハイリスク妊婦、新生児に対する専門的・高度医療を確保するため、総合周産期母子医療センターを中核として、周産期医療体制の整備充実を図る。
- ③ 乳幼児の発達段階に応じた各種健診、成人病対策、労働安全衛生対策、交通安全対策等の充実を図り、後天的障害の発生予防に努める。
- ④ 知的障害の発生につながる先天性代謝異常等について、早期に発見し治療を行うため、新生児等に対する検査や未熟児で出生した児に対し医療を行い、相談指導の充実を図る。
- ⑤ 障害者の歯科疾患の予防と口腔衛生管理の向上のため、障害者口腔衛生指導研修会等を実施する。

イ 早期発見・早期療育システムの充実

- ① 心身障害児の早期発見・早期療育システムの普及定着を促進し、保健・医療・福祉の連携を強化するため、地域療育推進体制を充実する。
- ② 市町村において乳幼児の各発達段階における継続的な健康診査や各種の相談指導を実施し、疾病や障害の早期発見に努める。
- ③ 市町村の乳幼児健康診査により発見されたハイリスク児に対し、健康福祉センターにおいて二次的な健康診査及び早期療育についての相談指導を実施する。
- ④ 障害児デイサービス事業（心身障害児通園事業）など心身障害児の早期療育の場の整備に努める。
- ⑤ 早期発見・早期療育の拠点施設として「総合リハビリテーションセンター（仮称）」に心身障害児総合通園センターを整備する。

ウ 専門的医療等の供給及び受診の機会の保障

- ① 身体障害医療福祉センター等が有する専門的な医療の技術やノウハウを県内各地域においても有効に活用できるよう、各種保健・医療機関の連携及び機能分担を図るとともに、地域医療のネットワーク化を推進する。
- ② 医学的リハビリテーションをはじめ、各種リハビリテーションを総合的かつ体系的に提供できるよう、総合リハビリテーションシステムを推進し、その中核機関として、とちぎ健康の森に総合リハビリテーションセンター（仮称）の整備を進める。
- ③ 身体障害者の原因となっている疾病を治療し、障害の除去・軽減を図るため、育成医療の給付や更生医療に対する助成を行うとともに、重度障害者の医療負担の軽減のため、重度心身障害者医療費助成事業を実施する。
- ④ 在宅障害者等の専門医への受診の機会を確保するため、各種訪問診査事業及び巡回診査更生相談事業等を実施する。
- ⑤ 障害児が歯科治療を受けやすくなるよう障害者歯科医療システム推進事業を実施する。

エ 地域ケアの推進

障害児者が住み慣れた地域の中で、必要な保健・医療・福祉サービスを利用しながら暮らしていけるよう、身体障害者相談員や精神薄弱者相談員等を活用した相談指導活動や必要なサービスの円滑な提供など、地域ケア体制の充実を図る。

オ 医学的管理に基づく障害者スポーツ等の振興

- ① 心身の健康づくり等を目的として障害者スポーツを振興する。
- ② スポーツ医学の観点から障害者スポーツの在り方等を研究するとともに、スポーツ的要素を取り入れたリハビリテーションの導入を図る。

平成11年度 栃木県こどもの健康週間 事業報告

平成12年2月1日

平成11年度の栃木県こどもの健康週間は、10月3日～10日に行われた。

計35施設（うち2施設は合同）が参加した。

35会場（うち2会場は1施設による）で健康診断・講話会などが開催され、延べ413名が参加した。

施設名	担当	開催日	催し	参加人数
渋川小児科医院	渋川 典子	10月6日	健康相談	5
羽石小児科医院	羽石 正三	10月4日	健康相談	6
ひまわりこどもクリニック	飯村 昭子	10月9日	健康相談	8
山崎小児科医院	山崎 トヨ	10月6日	健康相談	8
済生会病院小児科	上山 泰淳	10月5日	健康相談	8
ほうずみ医院	宝住 紀恵	10月9日	育児相談	2
吉野医院	吉野 良寿	10月6日	健康相談	0
国立栃木病院小児科	石井 徹	10月8日	健康相談	3
星小児科医院	星 紀彦	10月7日	健康相談	7
有村小児科医院	有村 秀人	10月8日	育児相談	15
石黒小児科医院	石黒 彬男	10月7日	健康相談	16
若草小児科	佐藤 和子	10月13日	健康相談	4
宗形医院小児科	宗形 薫子	10月7日	育児相談	10
大田原日赤小児科	小林 靖明	10月8日	健康相談	2
飯岡小児科	飯岡 鋼	10月5日	健康相談	3
布川小児科医院	布川 武男	10月7日	講話会	11
高橋医院	高橋 洋	10月4日	健康相談	(29)
獨協医大小児科（血液）	杉田 憲一	10月9日	講話会	12
獨協医大小児科（内分泌）	有坂 治	10月23日	健康相談	5
自治医科大学小児科	水口 雅	10月3日	講話会	6
桜井こどもクリニック	桜井 賢司	10月3日	健康相談	1
国際医療福祉大学小児科	伊藤 雅彦	10月6日	講話会	3
滝沢小児科	滝沢 渡	10月7日	健康相談	37
西方病院小児科	菅野 訓子	10月4日	健康相談	29
賀川診療所	賀川 治美	10月6日	講話会	13
佐藤医院	佐藤 恵子	10月7日	講話会	20
てらもと小児科	寺本 チエ	10月7日	健康相談	4
谷口小児科医院	谷口 洋子	10月10日	健康相談	1
いとうこどもクリニック	伊藤 直実	10月3日	健康相談	12
おかべこどもクリニック	岡部 一郎	10月7日	健康相談	1
国際医療福祉病院	荒川 洋一	10月3日	健康相談	8
下都賀総合病院小児科	佐藤 雄也	10月6日	講話会	8
こどものしあわせつくりあ	鈴木 直光	10月3日	講話会	100
おう会	奥野 章	10月4日	健康相談	1
国療東宇都宮病院小児科	柴 恵子	10月3日	健康相談	44
柴小児科				413人

(順不同)

栃木県小児保健会役員名簿

平成11年度

職 名	氏 名	所 属
会 長	桃井 真里子	自治医科大学小児科学教授
副 会 長	梶田 俊行 石黒 彬男 伊藤 正子	栃木県保健所長 県東健康福祉センター長 石黒小児科院長 栃木県看護協会長
常任理事	江口 光興 有阪 治 加藤 一昭 石井 徹 星 紀彦 吉野 良寿 高柳 慎八郎 木下 守之 椎名 良子 土屋 克巳	獨協医科大学小児科学（血液）教授 獨協医科大学小児科学（内分泌）教授 済生会宇都宮病院小児科医長 日本小児保健協会評議員 国立栃木病院小児科医長 星小児科院長 日本小児保健協会評議員 吉野小児科院長 栃木県身体障害医療福祉センター所長 栃木県栄養士会長 栃木県県北健康福祉センター地域保健課母子精神係長 栃木県保健福祉部児童家庭課長
理 事	野口 忠雄 布川 武男 大野 照子 名取 喜久雄 戸崎 紀代子 周藤 千代子	栃木県母性衛生学会 布川小児科院長 大野外科小児科副院長 栃木県歯科医師会 栃木県養護教育研究会副会長 市町村保健婦業務研究会副会長
監 事	高橋 良子 岡 文代	宇都宮市市民保健部健康課母子保健係長 栃木県看護協会看護婦職能理事
顧 問	友枝 宗正	日本小児保健協会名誉会員 友枝小児クリニック院長

（順不同）

栃木県小児保健会規約

第1章 総 則

(名称)

第1条 本会は栃木県小児保健会と称する。

(目的)

第2条 本会は小児保健に関する調査研究、知識技術の普及向上をはかり、もって小児の保健及び福祉の増進に寄与することを目的とする。

(事業)

第3条 本会は前条の目的を達成するため次の事業を行う。

- 1 小児保健に関する調査研究
- 2 学会、講演会等の開催
- 3 機関誌等の発行
- 4 その他、本会の目的を達成するために必要な事業

第2章 会 員

(組織)

第4条 本会員は正会員と賛助会員とをもって組織する。

- 2 正会員は本会の趣旨に賛同して入会したものとす。
- 3 賛助会員は本会の事業を賛助するため入会したものとす。

(会員)

第5条 正会員の年会費は1,000円とする。

- 2 賛助会員の年会費は1口10,000円とし、1口以上とする。

(入会)

第6条 本会に入会しようとするものは、別に定める入会申込書に会費を添えて、本会の事務所に申し込むものとする。

第3章 役 員 等

(役員)

第7条 本会に次の役員をおく。

- 会 長 1名
副会長 3名
理 事 若干名
(うち常任理事若干名)
監 事 2名

(選任)

第8条 理事及び監事は正会員の中から総会

において選任する。

- 2 常任理事は、理事の互選による。
(職務権限)

第9条 会長は、本会を代表し会務を総理する。

- 2 副会長は、会長を補佐し、会長に事故がある時は、あらかじめ会長が定めた順序によりその職務を代理する。
- 3 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。
- 4 常任理事は会務を分掌する。
- 5 監事は、会計を監査する。

(任期)

第10条 役員任期は2年とする。ただし再任を妨げない。

- 2 役員に欠員を生じたときは、理事会においてこれを補充する。
- 3 補充により就任した役員任期は、前任者の残任期間とする。

(顧問)

第11条 本会に、顧問をおくことができる。

- 2 顧問は、理事会の推薦により会長が委嘱する。
- 3 顧問は、会長の諮問に応じて意見を述べ、本会の事業を援助する。

第4章 会 議

(会議)

第12条 本会の会議は、総会及び理事会とする。

- 2 総会は毎年1回開催する。ただし、会長が特に必要と認める場合には、臨時総会を開くことができる。
- 3 理事会は必要に応じて開催する。

(議決事項)

第13条 総会は会員の半数以上の出席をもって構成し、次の各号に掲げる事項を決議する。

- 1 事業計画及び予算の決定
- 2 事業報告及び決算の承認
- 3 規約の変更
- 4 前各号に掲げるもののほか会長または理事会が必要と認める事項

2 理事会は理事の半数以上の出席をもって

構成し、次の各号に掲げる事項を決議する。

- 1 総会の議決した事項の執行に関する事項
- 2 総会に付議すべき事項
- 3 総会から委任された事項
- 4 前各号に掲げるもののほか、総会の議決を要しない会務の執行に関する事項

(議長)

第14条 総会の議長は、会長又は、会長があらかじめ指定した者が総会の承認を得てこれにあたる。

- 2 理事会の議長は会長がこれにあたる。

(議決)

第15条 会議の議事は出席構成員の過半数の同意をもって可決し、可否同数の場合は議長の決するところによる。

第5章 事務所等

(事務所)

第16条 本会の事務所は、会長のもとに置く。

(事務局)

第17条 本会の事務を処理するため事務局を置く。

- 2 事務局の職員は会長が委嘱する。

第6章 会計

(費用負担)

第18条 本会の運営に要する費用は会費、寄附金及びその他の収入をもってあてる。

(会計年度)

第19条 本会の会計年度は毎年4月1日に始まり翌年3月31日に終わる。

第7章 雑則

(規約外事項)

第20条 この規約に定めるもののほか、必要な事項については会長が別に定める。

附 則

- 1 この規約は昭和49年11月29日から適用する。

附 則

- 2 この規約は昭和53年6月24日から適用する。

附 則

- 3 この規約は昭和60年4月1日から適用する。

附 則

- 4 この規約は平成4年6月20日から適用する。

附 則

- 5 この規約は平成6年7月2日から適用する。

栃木県小児保健会会員の加入状況

(平成12年1月31日現在)

(1)正会員 269名

医師	46名
歯科医師	5名
保健婦	151名
看護婦	31名
助産婦	11名
栄養士	4名
教諭	3名
その他	18名

謝 辞

本会の運営に対し、自治体・医院および多くの企業の補助・ご寄付を頂きました。
ここにご協力いただきました、自治体名・医院名及び社名を掲げて暑く御礼申し上げます。

旭化成工業(株)

エーザイ(株)

塩野義製薬(株)

大正製薬(株)

バイエル薬品(株)

武田薬品(株)

日本ベーリンガー(株)

帝人(株)

萬有製薬(株)

明治製菓(株)

明治乳業(株)

森永乳業(株)

雪印乳業(株)

日本ワイス(株)

協和発酵工業(株)

吉富製薬(株)

ノバルティスファーマ(株)

小児保健後記

この2年間、挑井真里子教授の会長就任にともない、自治医科大学小児科が事務局として活動させていただきました。不慣れな点もあり、会員の皆様には、ご迷惑をおかけすることもあったかと存じますが、ご協力ありがとうございました。

この度、無事、年度内に「小児保健栃木第17号」をお送りすることができました。本号には、今年度の「栃木県小児保健会総会及び研修会」と「とちぎ患春期研究会研修会」の内容を掲載させていただきましたが、御発表いただきました先生方には、ご多忙の中、編集にご協力いただきまして、誠にありがとうございました。研修会に出席できなかった本会員の皆様にも、広く御講演いただいた先生方のお考えが伝わるものと確信しております。

最後に、ご寄付をいただきました各社に御礼申し上げます。

事務局 H. I

小児保健栃木 17号
平成12年 3月31日発行
発行 栃木県小児保健会
河内郡南河内町薬師寺3311-1
自治医科大学 小児科学内
電話0285-58-7366
印刷 (株)松井ビ・テ・オ・印刷