

# 小児保健栃木

第19号 2002年3月

栃木県小児保健会

# 小児保健栃木 第19号

## 目 次

はじめに 栃木県小児保健会会長 江口光興 .....	1
○平成13年度栃木県小児保健会総会・研修会	
シンポジウム 栃木県の小児保健—それぞれの立場から—	
1) 栃木県の乳幼児健診 .....	3
栃木県保健福祉部児童家庭課          鈴木 悦子	
2) 栃木県の学校心臓検診の調査成績 .....	5
宇都宮市医師会心臓検診判定委員会 吉野 良寿	
3) 就学児の予防接種状況調査について .....	12
宇都宮保健所感染症予防係          金子 祥代	
4) 小児の生活習慣病予防検診について .....	17
真岡中学校                                  横田かをる	
真岡西中学校                                小幡 順子	
5) 連絡・要望事項：新生児のマスクリーニングについて .....	23
栃木県保健衛生事業団小児保健部      加藤 一昭	
特別講演 .....	24
「学校教育とメンタルヘルス」	
演者：明治学院大学文学部心理学科教授    下司 昌一	
○第25回栃木県母性衛生学会・栃木県小児保健会合同研修会 .....	34
第13回とちぎ思春期研究会研修会	
研修会	
テーマ「命を育む・心を育む」	
1) 難しい子どもの子育て .....	35
国際医療福祉リハビリテーションセンター	
重症心身障害児施設 なす療育園      下泉 秀夫	
2) 若年出産 学校保健と地域の連携 .....	39
—なぜ若い母親は泣いたのか（事例から学ぶもの）	
栃木県立小山城南高等学校養護教諭      田邊 幸子	
3) 人工妊娠中絶を考える .....	42
獨協医科大学産婦人科                  渡辺 博	
特別講演 .....	46
「育つ、育てる—子どもの心」	
日本小児保健協会会長                          前川 喜平	
○平成13年度「こどもの健康週間」事業報告 .....	50
○栃木県小児保健会役員名簿 .....	51
○栃木県小児保健会規約 .....	52
○栃木県小児保健会会員の加入状況 .....	54
○編集後記 .....	55



## はじめに

### これからの小児保健に課せられた事

栃木県小児保健会会長 江口 光興

二十一世紀も2年目を迎えました。不況で国民の心に輝きを失った年はともすればスキャンダルや他人の落ち度などネガティブな面に興味が注がれ、それぞれの未来のビジョンを描けなくなっております。二十世紀後半からは移植医療など高度先進医療の進歩もめざましく、多く人がその恩恵にあずかりました。教育面では、だれでも大した苦勞なく、最高学府に行けるようになりました。食生活は豊かになり、栄養失調などはなくなりました。明るい二十一世紀を迎えたと思いましたが、経済面では不況、心もすさみ、いじめや登校拒否、被虐待児は増え、子供を育てる親たちの環境は厳しいものになっております。あまり明るい将来が見えない状態になっております。

このような中で平成13年度栃木県の小児保健は将来を見据えて幾つかの方向性を出してきました。平成13年度より始まった小児医療懇談会では栃木県の小児医療全般について提言がなされました。夜間の小児科救急医療については広域的なマンパワーの結集が必要で県全体としてのシステム作りが必要である事、小児の高度専門医療については自治医科大学、獨協医科大学と連携して整備する事が最も効果的である事、また、小児の精神・心理疾患や成育に際して生ずる問題点は保健・福祉・教育などの連携が必要な事などが提言されました。

提言の一つ一つをきちんと解決し、栃木県が子どもにとって住みよい環境を与えるには栃木県小児保健会を構成する多種多様の職種の方々の壁を超えた協力が必要かと思えます。小児保健会のようにあらゆる方面の専門家を集め、小児の健康を目指す集団は他にはありません。今後とも、私たちが力を合わせて頑張っていくことが、以前にも増して必要かと思えます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

平成13年 5月30日

## 平成13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 江口 光興

### 記

日時：平成13年 6月30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12年度事業報告、平成12年度決算報告、監査報告  
平成13年度事業計画案、平成13年度予算案、役員選任
3. 研修会 (14:00~15:20)  
シンポジウム 栃木県の小児保健 —それぞれの立場から—  
司会：栃木県保健衛生事業団小児保健部 加藤 一昭
  - 1) 栃木県の乳幼児健診 栃木県保健福祉部児童家庭課 鈴木 悦子
  - 2) 栃木県の学校心臓検診の調査成績 宇都宮市医師会心臓検診判定委員会 吉野 良寿
  - 3) 就学児の予防接種状況調査について 宇都宮保健所感染予防係 金子 祥代
  - 4) 小児の生活習慣病予防検診について 真岡中学校 横田かをる  
真岡西中学校 小橋 順子
  - 5) 連絡・要望事項：新生児のマススクリーニングについて 栃木県保健衛生事業団小児保健部 加藤 一昭
- 休憩 (15:20~15:30) —————
4. 特別講演 (15:30~17:00)  
司会：獨協医科大学小児科（血液） 江口 光興

### 「学校教育とメンタルヘルス」

演者：明治学院大学文学部心理学科教授 下司 昌一

### 連絡先

〒321-0293 栃木県下都賀郡壬生町大字北小林880番地  
電話：0282-86-1111（代） FAX：0282-86-2947  
獨協医科大学小児科（血液）教室 井上

## 栃木県の乳幼児健診

栃木県保健福祉部児童家庭課 鈴木悦子

### 1. はじめに

乳幼児の健康の保持・増進を図るためには、心身の障害や疾病の早期発見・早期対応が重要な要素となる。

本県においては、現在、4か月児・9か月児等の乳児及び1歳6か月児、3歳児を対象とする一次健康診査、発達に問題のある児を対象として行う乳幼児二次健康診査、さらに二次健康診査等の結果等により必要に応じて療育指導が実施されており、関係機関の連携のもと、乳幼児の心身の障害の早期発見、早期療育を推進しているところである。

この現行の乳幼児健康診査及び療育指導の体系は、昭和60年度から全県域で心身障害児地域療育システムとして実施されてきたものである。

それから15年あまりが経過し、全県域での定着が図られ一定の成果を上げてきた。

しかし、近年の少子化、核家族化の進行や女性の社会進出等に伴う育児不安や育児支援のニーズ等の増大、また、平成9年度には母子に対する健康診査や保健指導など基本的な母子保健事業が市町村へ一元化されるなど環境は大きく変化してきている。

このような状況を踏まえ、平成11年度の栃木県母子保健運営協議会において、乳幼児健診・療育対策専門部会を設置し、「乳幼児健診・療育システム」について検討をおこなってきたので、報告する。

### 2. 実施状況

#### (1) 乳幼児一次健康診査

本県における平成11年度の乳幼児一次健康診査の受診率は、4か月児等健診が93.5%、9か月児等健診が92.6%、1歳6か月児健診が92.1%、3歳児健診が91.2%でこれらは、厚生省でとりまとめた平成11年度の全国平均の受診率を上回っている。

受診結果は、乳児健診で、異常なしが84%、保健婦及び再診による経過観察が10%、残りの6%が治療や精密検査が必要な児である。

1歳6か月児健診は、異常なしが79%、保

健婦及び再診による経過観察15%、治療中が3%、残りの3%が治療や精密検査が必要な児である。

3歳児健診は、重複した振り分けであるが、異常なしが71%、経過観察が11%、要精密検査が9%、要治療が5%、残りの4%が治療や経過観察中である。

小児科医の配置状況は、4か月等健診で、毎回小児科医を配置が43%、小児科医を配置しない回もありが28.5%、残りの28.5%が毎回小児科以外の医師である。

1歳6か月児健診では、毎回小児科医を配置が43%、小児科医を配置しない回もありが26%、残りの31%が毎回小児科以外の医師である。

3歳児健診では、毎回小児科医を配置が34.5%、小児科医を配置しない回もありが、34.5%、残りの31%が毎回小児科以外の医師である。

スタッフの配置については、虐待を早期に発見・予防するため、今年度から1歳6か月児及び3歳児健診に心理相談員と保育士が配置された。

#### (2) 乳幼児二次健康診査

乳幼児二次健康診査は、宇都宮市、小山市及び県健康福祉センターが実施しており、従事スタッフは、小児科医・整形外科医・心理判定員・PT・OT・ST・保健婦である。

平成11年度の実施状況を見ると、初診児では、対象児が558人、受診児が522人で受診率93.5%、再診児では、対象児が422人、受診児が377人で受診率が89.3%となっている。

未受診児は、初診児で36人(6.5%)、再診児で45人(10.7%)となっており、そのうち未受診児の理由が「保護者の問題意識の欠如」とされているケースが、初診児で17人(未受診児の47.2%)、再診児で16人(35.6%)となっている。

対象児は、市町村の乳幼児健診や健康相談からの紹介が、82.8%をしめている。

受診した児は、初診・再診を合わせて899人であり、そのうち39.3%にあたる353人の

乳幼児が平成11年度中に健診によるフォローアップを終了している。そのうち、312人は、療育関係機関で引き続き指導を受けている。

### (3) 療育関係機関

乳幼児健診や乳幼児二次健診後に、子育て支援や治療・訓練のための指導を受けている療育相談は、保健婦による経過観察を30%、医療機関を17%、一般保育園・幼稚園を16%、言葉の教室を11%、障害児等通園ホーム9%、児童相談所を8%、障害児保育を4%が利用している。(残りの5%は、その他)

また、健康福祉センターでは、保育園、幼稚園等に通園する発達に配慮が必要な乳幼児のよりよい発達を支援するため、発達支援療育ネットワーク事業として、保育所・幼稚園等において小児科医・心理判定員等専門スタッフにより、保育士等に対する助言や保護者に対する相談指導を実施している。

## 3. 今後の課題

### (1) 未受診児対策

未受診児は、発達の遅れや児童虐待の早期発見・早期対応や家族への支援のため、全数の把握に努め、必要に応じて、健診の受診勧奨、訪問指導の実施、育児相談や発達相談等集団指導や教室への参加の呼びかけなど、必要な対応を図る必要がある。

### (2) スタッフに対する研修

適切で効果的な健康診査の実施のため、健診に従事するスタッフのレベルアップは、不可欠である。そのため、保健婦をはじめとする健診関係スタッフに対し、子どもの情緒、運動・精神発達や児童虐待防止を含めた育児支援等に関する専門的、かつ、体系的な研修が必要である。

### (3) 児童虐待への対応

健診において育児不安に関する相談をはじめとする子育て支援を実施し、児童虐待の予防を図る。

また、親子の不適切な関わりを早期発見する重要な機会として捉え、虐待の疑われる事例を発見した場合は、児童相談所や福祉事務所と連携するなど、関係機関が協力してフォローアップを図る必要がある。

### (4) 関係機関とのネットワークの確立

一次健診や二次健診、また、その結果により必要となる治療・療育指導等について、対

象となる乳幼児へのフォローがとぎれることなく、必要な時に必要な対応が図られるよう関係機関同士の積極的な支援とネットワークを確立する必要がある。

また、療育の場の不足については、身体障害医療福祉センターが今年の9月から、とちぎリハビリテーションセンターとなり、心身障害児の総合的な発達の促進や家族指導のための支援を行うが、身近な地域で必要な療育を受けられる療育資源の充実が求められる。

## 4. おわりに

乳幼児健診の受診率の高さや内容の充実は、子どもたちの健やかな成長を願う思いと関係者の地道で継続的な努力の結果と考える。

今後、現在の水準を低下させないような努力と新たな課題である子育て支援へのさらなる強化が求められる。

国においては、21世紀の母子保健のビジョンとして「健やか親子21」を策定し国民的な運動の展開を図っている。

本県においても、一親と子の輝く笑顔のために一と題した、栃木県母子保健事業指針を策定し、本県における母子保健の向上に努めているところである。

質の高い健診と子育て支援の場としての乳幼児健診の充実のため、残された課題の解決に向け、関係者の協力と連携をお願いし、この報告がその一助になればと願っている。

# シンポジウム 2

## 栃木県の学校心臓検診の調査成績

宇都宮市医師会心臓検診判定委員会 吉野良寿

### 歴史

宇都宮市においては昭和41年より作新学院幼・小・中・高等部・宇都宮大学教育学部附属幼・小・中学校において心臓検診がおこなわれた。昭和45年度から全国で初めての組織的な幼児心臓検診が宇都宮市において開始された。その後、実施する市町村が年毎に増加し、昭和58年度からは県下の全市町村でおこなわれるようになった。又昭和56年度からは全県下の中学1年生を対象に心臓検診が実施されていた。平成6年12月8日、当時の文部省令により学校保健法施行規則の一部が改正され、小・中学・高等学校の各1年時の健康診断に心電図検査、その他の臨床医学的検査が義務づけられた事か

表1 A (幼) 検診方式の違い

方式別 項目	東京方式 S.57	S.57
	H.1 選別方式	----- 自動解析方式 H.6
一次検診	心臓検診調査票 聴診 間接胸部レ線写真	心臓検診調査票 省略心電・心音図 自動解析 聴診を参考にする
二次検診	十二誘導心電図 全誘導心音図 H.4	左に同じ 間接胸部レ線写真
三次検診	必要に応じて 負荷心電図 再聴診 有所見の一部は保護者に説明、指示。 高度の検査を必要とするものについては疑病名を付けて専門医療機関に紹介する。	
判定機関	都市医師会内の判定機関	栃木県心臓検診判定委員会

表2 (幼) 実施市町村数の推移と方式別検診者数

年度	選別方式		自動解析方式		合計	
	市町村	検診対象数	市町村	検診対象数	市町村	検診対象数
* 昭45	1-0	5,216	0	0	1	5,216
* 46	2-0	4,888	0	0	2	4,888
* 47	3-1	5,975	0	0	3-1	5,975
* 48	4-3	6,195	0	0	4-3	6,195
* 49	4-5	11,837	0	0	4-5	11,837
* 50	5-10	15,031	0	0	5-10	15,031
* 51	5-13	15,882	0	0	5-13	15,882
* 52	5-15	16,951	0	0	5-15	16,971
* 53	6-16	18,644	0	0	6-16	18,644
* 54	6-16	18,905	0	0	6-16	18,905
* 55	6-19	18,639	0	0	6-19	18,639
* 56	6-21	18,236	0	0	6-21	18,236
* 57	6-25	18,892	1-1	2,857	7-26	21,749
* 58	6-21	17,469	6-16	9,858	12-37	27,327
* 59	6-20	17,129	6-17	10,319	12-37	27,448
* 60	6-19	16,177	6-18	9,592	12-37	25,769
* 61	6-18	15,283	6-19	10,176	12-37	25,459
* 62	6-18	15,288	6-19	9,972	12-37	25,260
* 63	6-18	15,031	6-19	10,103	12-37	25,134
* 平1	6-18	14,834	6-19	9,780	12-37	24,614
* 2	6-18	14,480	6-19	9,682	12-37	24,162
* 3	6-18	13,985	6-19	9,415	12-37	23,400
* 4	5-13	7,753	7-24	15,213	12-37	22,966
* 5	2-9	4,593	10-28	17,622	12-37	22,215
* 6	0	0	12-37	20,930	12-37	20,930
* 7	0	0	12-37	20,537	12-37	20,537
* 8	0	0	9-32	12,451	9-32	12,451
* 9	0	0	5-16	6,877	5-16	6,877
合計		327,313		185,384		512,697

ら、これまで蓄積された精度の高い幼児心検の実績を小学校1年時の心臓検診で引き継ぎ、さらに発展させることを前提として28年間の栃木県の幼児心検は平成9年度をもって終了することになった。

平成10年度より幼児心検と同様の方法で小学校1年生の心臓検診を実施した。又小学校・中学校と異なる方法で高等学校1年生の心臓検診も実施されるようになった。

更に宇都宮市においては平成13年度より小学4年生にも小学1年生と同様の心臓検診をおこなうようになった。



表3 (幼) 検診者数と検診率の内訳

年度	検診対象者数	一次検診者数	検診率 %	二次検診者数	要検診率 %	有所見者数	有所見率 %
昭45	5,216	4,589	88.0	317	6.91	66	1.44
46	4,888	4,428	90.6	304	6.86	30	0.68
47	5,975	5,519	92.4	326	5.91	20	0.36
48	6,195	6,056	97.8	457	7.55	41	0.68
49	11,837	11,158	94.3	519	4.65	61	0.55
50	15,031	13,820	91.9	839	6.07	53	0.38
51	15,882	14,195	89.4	558	3.93	59	0.42
52	16,951	15,703	92.6	814	5.18	59	0.38
53	18,644	17,563	94.2	781	4.45	79	0.45
54	18,905	17,943	94.9	760	4.24	98	0.55
55	18,639	17,804	95.5	888	4.99	121	0.68
56	18,236	17,397	95.4	916	5.27	117	0.67
57	21,749	20,428	93.9	1,632	7.99	188	0.86
58	27,327	25,973	95.0	1,657	6.38	286	1.10
59	27,448	26,303	95.8	1,498	5.69	270	1.03
60	25,769	24,797	96.2	1,525	6.15	354	1.43
61	25,459	24,467	96.1	1,287	5.26	323	1.32
62	25,260	24,495	97.0	1,294	5.28	336	1.37
63	25,134	24,296	96.7	1,445	5.95	298	1.23
平 1	24,614	23,880	97.0	1,474	6.17	349	1.46
2	24,162	23,538	97.4	1,407	5.98	360	1.53
3	23,400	22,744	97.2	1,313	5.78	330	1.45
4	22,966	22,391	97.5	1,527	6.82	459	2.05
5	22,215	21,441	96.5	1,533	7.15	484	2.26
6	20,930	20,346	97.2	1,626	7.99	446	2.19
7	20,537	19,870	96.8	1,638	8.24	460	2.32
8	12,451	12,078	97.0	1,001	8.29	287	2.38
9	6,877	6,529	94.9	524	8.03	146	2.24
計	512,697	489,751	95.5	29,860	6.10	6,180	1.26

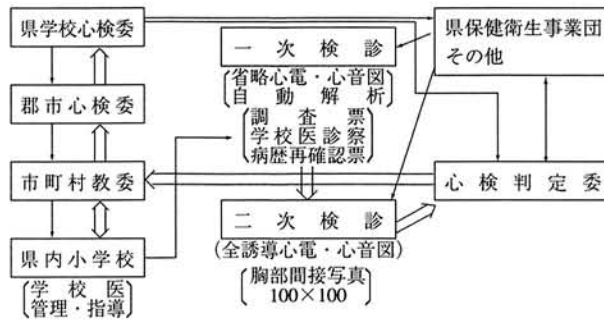


図1 栃木県の学校心臓検診システム (小学一年生)

検診方法

一次検診は幼児心検と同様に、省略心電図・省略心音図を記録して、自動解析を行う。一方学校では心臓病調査票と学校医による診察所見、健康観察結果により二次検診者を選出した。

一次検診者は改めて12誘導心電図、8心音心音図と胸部レントゲン撮影、専門医による聴打診を行い、その結果を心臓検診判定委員会で別に定めた管理・判定基準に従い、判定区分を決定した。

更に宇河地区では二次検診の有所見者で、

専門医の精密検査を要する児童・生徒については所見名を記入した紹介状と心臓病指導区分表を持参して専門医を受診し、その結果と専門医のコメントを記入した報告書を提出してもらい、追跡調査をしている。

### 調査成績

一次検診率は全県下、宇河地区ともに99.7～99.8%と高率であった。

二次検診率は8～10%であった。

二次検診受診者の一次検診有所見者項目別にみると、心電図によるものが最も多く、次いで調査票となっている。

二次検診者の病型別分類では心電図異常が最も多く、先天性心疾患および疑・後天性心弁膜症であった。

調査票による既往歴をみると、リウマチ熱既往は0～2名と少ないが、川崎病既往は全県下で100名以上みられる。

二次検診有所見者を病型別にみると、先天性心疾患および疑では心室中隔欠損症が最も多く、心房中隔欠損症・肺動脈狭窄、動脈管

開存、ファロー四徴もみられる。

心電図異常では不完全右脚ブロックが最も多く、上室性・心室性期外収縮、WPW症候群、QT延長症候群もみられる。

川崎病既往では冠動脈瘤合併がみられる。宇河地区における精密検査の結果をみると、先天性心疾患および疑、主な心電図異常、その他からも多くの心疾患、心電図異常が見出された。

### まとめ

精密検査の結果心弁膜症が多く見出されたが、幼児期より小学生になり、運動量の増加、血行動態の変化、更に医療機器の発達、特にカラードプラーの普及が弁膜症の検出率を高めたのかもしれない。

リウマチ熱既往は少ないが、川崎病既往に冠動脈瘤がみとめられるものもあるので、今後の経過観察が必要と思われる。

幼児心臓検診の2～3年後に、このように新たな心疾患、心電図異常が見出されることから、又学年別の突然死の発生数が小学4年生頃より増加し始めるとの全国統計を考えると、平成13年度より宇都宮市で小学校4年生の心臓検診が施行されるようになったことは喜ばしいことである。更に全県下にまで広がることを期待します。

表1 (小) 一次・二次検診者と検診率

項目	地区	
	全県下	宇河地区
検診対象者数	19,849	5,259
一次検診者数	19,808	5,242
一次検診率	99.8%	99.7%
二次検診者数	1,782	522
二次検診率	9.0%	10.0%

	項目	年度		
		平成10年度	平成11年度	平成12年度
一 次	対象者数	18,716	19,849	19,413
	受診者数	18,669	19,808	19,382
	検診率(%)	99.7	99.8	99.8
	有所見者数	1,652	1,782	1,724
二 次	対象者数	1,652	1,782	1,724
	受診者数	1,628	1,743	1,580
	検診率(%)	8.8	9.0	8.9
	有所見者数	913	1,076	1,004
	有所見率(%)	4.89	5.43	5.18

表2 (小) 二次検診受診者の一次検診有所見項目別内訳

項目	地区		
	全県下	宇河地区	
二次検診者数 (検診率)	1,782 (9.0%)	522 (10.0%)	
一次検診有所見の 項目別内訳	調査票	748(42.0)	190(36.4)
	学校医診察	105(5.9)	21(4.0)
	心電図	1,030(57.8)	322(61.7)
	心音図	181(10.2)	51(9.8)

表3 (小) 二次検診有所見者の病型別分類と有所見率

病型	地区	
	全県下(%)	宇河地区(%)
先天性心疾患および疑	232(1.17)	81(1.55)
後天性心弁膜症	29(0.15)	13(0.25)
心電図異常	683(3.45)	293(5.59)
その他	132(0.67)	30(0.57)
計	1,076(5.44)	417(7.96)
リウマチ熱既往	2(0.01)	2(0.04)
川崎病既往	129(0.65)	32(0.61)
総計	1,207(6.10)	451(8.61)

表4 (小) 二次検診有所見者の病型別分類 (全県下)

No.	病型別	所見名	人数	合計 (%)	
1	先天性心疾患および疑	心室中隔欠損	45 疑 3 48 (術後) 13 13 (自然閉鎖) 43 43	104(5.8)	
		心房中隔欠損	10 疑 4 14 (術後) 10 10 (自然閉鎖) 29 29		53(3.0)
		心内膜床欠損	1 (術後) 3 4	4	
		動脈管開存	10 (術後) 7 17	17	
		肺動脈弁障害	3	3	
		肺動脈先天異常	1	1	
		肺動脈狭窄	23	23	
		三尖弁異常	3	3	
		大動脈弁障害	2 疑 1 3	5	
		大動脈先天異常	(術後) 1 1		
		大動脈縮窄	1	1	
		大血管転位	2 (術後) 1 3	3	
		両大血管右室起始	1	1	
		ファロー四徴	1 (術後) 7 8	8	
		エプスタイン奇形	2	2	
		単心室	1	1	
		右胸心	3	3	
先弁性心疾患	(術後) 1	1			
2	後天性心弁膜症	僧帽弁障害	13 13 大動脈弁閉鎖不全兼狭窄	1	
		大動脈弁障害	1 1 三尖弁障害 (術後)	1 4	
		大動脈弁狭窄	2 (術後) 1 3 肺動脈弁障害	1 1	
		大動脈弁閉鎖不全	4 4 その他	2	
3	心電図異常	不完全右脚ブロック	310 心肥大 1 疑 2 3	683(3.45)	
		完全右脚ブロック	30 (右室肥大)		16
		完全左脚ブロック	1 (左室肥大)		10
		心室内ブロック	2 (両室肥大)		1
		心室性期外収縮	58 左房負荷		1
		上室性期外収縮	88 Q T 延長		7
		1度房室ブロック	12 房室結合部調律		1
		完全房室ブロック	1 補充収縮		1
		W P W 症候群	13 類 脈		2
		異常ST・T波・異常T波	2 不整脈		4
		異常Q波	62 移動性ペースメーカー		5
		房室解離	1 人口ペースメーカー		3
		P Q 短縮	2 低電位差		1
		軸偏位	45 その他		1
4	その他	僧帽弁逸脱症候群および疑	5 不整脈 (定期的受診)	5	
		心雑音および疑	64 定期的受診中	39	
		心筋疾患および疑	4 その他	5	
		心肥大 (X-P上)	10		
計		1,076 (5.44%)			
5	リウマチ熱既往	リウマチ熱既往および疑		2(0.01)	
6	川崎病既往	川崎病既往	129 (内 冠動脈瘤 2)	129(0.65)	
総計		1,207 (6.10%)			

表5 (小) 二次検診有所見者の病型別分類 (宇河地区)

NO.	病型別	所見名	人数	合計 (%)		
1	先天性心疾患および疑	心室中隔欠損	7	32(0.6%)		
		(術後)	2			
		(自然閉鎖)	22			
		心房中隔欠損	1	22(0.4%)		
		(術後)	2			
		(自然閉鎖)	3			
		動脈管開存	8	12		
		肺動脈弁狭窄	9			
		大動脈弁障害	1	1		
		ファロー四徴	1	(術後)	1	2
両大血管右室起始	1		1	1		
エプスタイン奇形	1		1	1		
単心室心	1		1	1		
2	後天性心弁膜症	僧帽弁障害	6	6		
		大動脈弁狭窄	1	(術後)	1	2
		大動脈弁閉鎖不全	2		2	2
		三尖弁障害	2		2	2
		肺動脈弁障害	1		1	
3	心電図異常	不完全右脚ブロック	151	異常Q波	28	
		完全右脚ブロック	5	房室解離	1	
		心室内ブロック	1	PQ短縮	2	
		心室性期外収縮	13	軸偏位	15	
		上室性期外収縮	52	心肥大(右室肥大)	7	
		I度房室ブロック	4	(左室肥大)	5	
		W P W 症候群	3	(両室肥大)	1	
				QT延長	1	
				移動性ペースメーカー	4	
					293(5.59)	
4	その他	僧帽弁逸脱症候群および疑	3	心肥大(X-P上)	2	
		心雑音および疑	21	定期的受診中	2	
		心筋疾患および疑	1	その他	1	
計		417 (7.96%)				
5	リウマチ熱既往	リウマチ熱既往	2	2(0.04)		
6	川崎病既往	川崎病既往	32 (内 冠動脈瘤 0)	32(0.61)		
総計		451 (8.61%)				

表6 (小) 先天性心疾患および疑の二次と最終診断の差 (宇河地区)

所見名	二次検診結果	最終診断結果	計 (%)
変わらないもの	心室中隔欠損	8 → 6	77(1.47)
	(術後)	2 → 2	
	(自然閉鎖)	22 → 22	
	心房中隔欠損	3 → 3	
	(術後)	3 → 3	
	(自然閉鎖)	16 → 16	
	動脈管開存	8 → 7	
	(術後)	4 → 4	
	肺動脈弁狭窄	9 → 8	
	大動脈弁障害	1 → 1	
ファロー四徴	2 → 2		
両大血管右室起始	1 → 1		
エプスタイン奇形	1 → 1		
単心室心	1 → 1		
変わったもの	心室中隔欠損	2 → 肺動脈狭窄 1	4(0.08)
		→ 不完全右脚ブロック 1	
	動脈管開存	1 → 異常なし 1	
肺動脈狭窄	1 → 異常なし 1		
総計	81 (1.55)	有所見 先天性心疾患 78(1.49) 心電図異常 1 異常なし 2	

表7 (小) 主な心電図異常の最終診断結果 (宇河地区)

二次検診結果	最終診断結果	人数
不完全右脚ブロック 151	不完全右脚ブロック	84
	心室中隔欠損	1
	心房中隔欠損	1
	心房・心室中隔欠損	1
	肺動脈弁閉鎖不全	1
	三尖弁・僧帽弁閉鎖不全	1
	II度房室ブロック	2
	異常なし	60
上室性期外収縮 52	上室性期外収縮	46
	心室性期外収縮	3
	II度房室ブロック(W)	1
	異常なし	2
異常Q波 28	異常Q波	9
	三尖弁閉鎖不全	1
	心室性期外収縮	1
	心筋障害疑	1
+ 心雑音	肺動脈狭窄	1
	異常なし	15
右室肥大 7	右室肥大	3
	+ P Q 短縮	1
	異常なし	3
238	有所見	158
	異常なし	80

表8 (小) 「その他」の二次検診と最終診断の差 (宇河地区)

二次検診結果	最終診断結果	人数
僧帽弁逸脱症候群および疑 3	僧帽弁逸脱症	1
	異常なし	2
心雑音および疑 21	心室中隔欠損	1
	収縮期雑音	心室中隔欠損・三尖弁閉鎖不全 1
	心房内隔欠損	1
	異常なし	18
心筋疾患および疑 1	異常なし	1
X-P上有所見 2	右胸心	1
	異常なし	1
定期的受診中 2		2
その他 1		1
計 (0.57%)	有所見 5 異常なし 22 その他 3 (0.10%)	

表6 (中) 先天性心疾患および疑の二次と最終診断の差

(宇河地区)			
所見名	二次検査結果	最終診断結果	計 (%)
変わらないもの	心室中隔欠損および疑	12 → 10	43(0.76)
	(術後)	7 → 7	
	(自然閉鎖)	13 → 13	
	心房中隔欠損	2 → 2	
	(術後)	1 → 1	
	(自然閉鎖)	2 → 2	
	動脈管開存	1 → 1	
	肺動脈狭窄	8 → 4	
	大動脈狭窄	2 → 2	
	大動脈弓離断	1 → 1	
変わったもの	心室中隔欠損疑	→ 肺動脈弁狭窄疑 1	6(0.10)
		→ 異常なし 1	
	肺動脈狭窄	→ 三尖弁閉鎖不全 1	
		→ 異常なし 3	
総計	49 (0.86%)	有所見先天性心疾患 45(0.08)	
		異常なし 4	

表7 (中) 主な心電図異常の最終診断結果

(宇河地区)			
二次検査結果		最終診断結果	
不完全右脚ブロック	156 →	不完全右脚ブロック 119	
		三尖弁閉鎖不全 2、大動脈弁閉鎖不全 1	
		僧帽弁閉鎖不全 1、心房中隔欠損 1	
		大動脈・肺動脈の疑 1	
		Ⅱ度房室ブロック(W) 1、完全右脚ブロック 3	
+ 上室性期外収縮 (頻発)	→	心室性期外収縮 1	
+ 肺動脈狭窄、1度房室ブロック	→	肺動脈狭窄術後、三尖弁閉鎖不全 1	
		異常なし 25	
完全右脚ブロック	3 →	完全右脚ブロック 1	
		上室性・心室性期外収縮 1	1
		心室性期外収縮 1	
心室性期外収縮	40 →	上室性期外収縮 2	
		心室性期外収縮 26	
		心室性期外収縮 (多源性) 5	
		多形性心室性期外収縮 (頻発) 2	
		僧帽弁閉鎖不全・心室性期外収縮 1	
		異常なし 4	
上室性期外収縮	36 →	上室性期外収縮 33	
		心室性期外収縮 2	
		異常なし 1	
1度房室ブロック	13 →	1度房室ブロック 8	
		三尖弁・僧帽弁・大動脈弁閉鎖不全 1	
		三尖弁閉鎖不全・心室性期外収縮 1	
		房室解離 (完全) 1	
		異常なし 2	
2度房室ブロック	2 →	2度房室ブロック 2	
左室肥大	11 →	左室肥大 1	
		肺動脈弁閉鎖不全 1	
		不完全右脚ブロック 1	
		上室性・心室性期外収縮 1	1
		異常なし 7	
QT延長	1 →	QT延長症候群 1	
クリック	7 →	僧帽弁逸脱疑 1	
		僧帽弁逸脱 2	
		三尖弁閉鎖不全 3	
		異常なし 1	
	269	有所見 229	
		異常なし 40	

表8 (中) 「その他」の二次検診と最終診断の差

二次検診結果	最終診断結果
僧帽弁逸脱症疑 1	僧帽弁閉鎖不全 1
心 雑 音 54	僧帽弁閉鎖不全 2
	心房中隔欠損・僧帽弁閉鎖不全 1
	肺動脈弁狭窄 2
	三尖弁閉鎖不全 1
	上室期外収縮 1
	1度房室ブロック 1
	僧帽弁逸脱症 3
	僧帽弁逸脱症疑 1
不完全右脚ブロックを伴った心雑音	三尖弁閉鎖不全 1 異常なし 41
心 筋 症 1	不完全右脚ブロック 1
X-P上有所見(心肥大) 2	異常なし 2
そ の 他 6	未 受 診 3
	不整脈(定期的受診) 3
計 64 (11.3%)	有所見 12 心電図異常 3 (0.21%) 異常なし 43 そ の 他 6

## シンポジウム3

### 宇河地区の幼児に関する就学時の予防接種状況調査について

宇都宮市保健所 金子祥代

#### I. はじめに

予防接種は、感染症対策の最も基本的な対策であり、疾病に対する免疫を保有させることにより、発症防止・重症化防止を目的として実施している。将来を担う乳幼児を感染症の脅威から守っていくためには、1人でも多くワクチンを受けてもらう必要がある。

しかしながら、1994年（平成6年）の予防接種法改正以来、個別接種の推進とともに義務接種から勧奨接種に変わったこと等により、接種率の低下が懸念されている。予防接種実施状況については、実数では把握しているが、ある年齢における横断的予防接種率は把握されていないのが現状である。

このため、宇河地域予防接種委員会専門部会においては、今後予防接種対策の推進を図る上で効果的な予防接種のあり方を検討する必要があることから、就学時（6歳）の予防接種状況調査を実施したので、その結果を報告する。

#### II. 対象及び方法

対象：1市4町（宇都宮市・上三川町・上河内町・河内町・南河内町）在住の平成12年4月小学校入学予定者

方法：就学時健康診断時に、保護者にアンケートを配布し記入してもらった。＜資料1＞  
予防接種の受け方について記したリーフレットも配布した。  
＜資料2＞

内容：予防接種法による定期予防接種5種（三種混合、麻疹、風疹、日本脳炎、ポリオ）、結核予防法による予防接種1種（ツベルクリン反応・BCG）、予防接種法により任意の予防接種2種（水痘、おたふくかぜ）計8種の予防接種について接種状況を調査した。

#### III. 結果

##### ○調査の概要

対象者：5,615人（平成13年度入学予定者）

回答者数：5,530人

回収率：98.5%

##### 1. 予防接種法による定期予防接種

※左欄の人数のアンケート回答者総数に対する割合

		受診者数(人)	%※
3種混合	1期初回	1回目	71 1.28
		2回目	184 3.33
		3回目	528 9.55
	1期追加		4,428 80.07
	未接種		319 5.77
麻疹	接種	4,956 89.62	
	未接種	248 4.48	
	罹患	326 5.90	
風疹	接種	3,638 65.79	
	未接種	1,892 34.21	
日本脳炎	1期初回	1回目	198 3.58
		2回目	1,161 20.99
	1期追加		3,164 57.22
	未接種		1,007 18.21
ポリオ	1回目	154 2.78	
	2回目	5,192 93.89	
	未接種	184 3.33	

##### ①3種混合

全く未接種である児は約6%であり、1回以上接種している児は約94%と高率であった。

しかし、1期追加まで全て受けている児は約80%となっていた。

##### ②麻疹

未接種者は約5%と低率ではあったが、罹患者数も326人と全体の6%を占めており、未接種者と罹患者数を合わせると、574人で約11%であった。

回答数から罹患数を除いた数を母数とすると、接種率は95%であった。

③風疹

接種率が約66%であり、他の予防接種と比べて低率であった。

④日本脳炎

全く未接種である児は約18%を占めていた。また、接種をしている児でも3回きちんと接種している児は約57%に過ぎなかった。接種回数が増えるに従って、接種率が低下した。

⑤ポリオ

約94%の児が2回接種と高率である。

2. 結核予防法による予防接種

	受診者数(人)	%
接種	5,127	93.73
陽性	60	1.10
未接種	343	6.27

接種率は約94%と高率であったが、ツベルクリン反応のみで、判定、BCG接種ができなかった児は85人、約2%であり、ツベルクリン反応検査を実施して陰性であった児の殆どはBCG接種を受けていた。

3. 任意の予防接種

		受診者数(人)	%
水痘	接種	1,646	32.75
	未接種	3,380	67.25
おたふく かぜ	接種	1,792	34.95
	未接種	3,336	65.05

両者とも、接種率は約30%と低率であった。

4. 未接種理由

	回答数	%
体調が悪かった	1,622	68.96
以前具合が悪くなった	42	1.79
体質に不安があった	107	4.55
受け方がわからなかった	109	4.63
その他	472	20.07
合計	2,352	

○その他の理由

- ・忘れていた
- ・必要がないと思っている
- ・これから受ける予定
- ・予防接種に不安がある
- ・忙しくてタイミングを逃してしまった

「体調不良」が約70%を占めており、未接種理由のほとんどが体調や体質等の不安をあげていた。また、調査対象者が6歳～6歳6ヶ月の児であり、予防接種法の定期予防接種の対象時期であるため、今後実施予定という解答もみられた。

IV. 考察

1994年（平成6年）の予防接種法改正では、従来の義務接種から勧奨接種へ、市町村長が実施責任者になるなど大きな変更があったが、勧奨接種に変わったことや個別接種の推進により、全国的にも、既に接種率低下が指摘されているのが原状である。

本調査では、乳児期から接種可能で回数が少ないものは、接種率も高率を示していた。しかし反対に、個別接種で接種期間が幼児期から複数回接種が必要なものは、低率であった。個別接種となると時期や場所、接種スケジュールを保護者主体で決めることとなり、このことが接種率低下の1つの要因として考えられた。

このことから、複数回接種で接種完了までの期間が長いものについては、接種の必要性や方法等の徹底を図る必要があり、それらの知識の普及の方法について検討していかなければならない。特に、日本脳炎については、1回は受けているという児は約80%を占めており、継続接種に向けて疾病や接種方法・回数について、積極的な情報提供が必要であると考えられた。

麻疹については約90%の児が接種していた。しかし、現在でも小児の重大な感染症であり、ワクチンによる予防可能な疾患であることから、罹患した326名も早期に接種を受ければ予防可能であったのではないかと推測された。

風疹については、この年代の児が法改正により接種対象が中学生女子から乳幼児に切り替わった時期の対象者であったことが、接種



率の低下に関連したと推測された。

以上のことから、今後児の健康に関心の高い場面と考えられる乳幼児健診において、「予防接種の有用性」についての、より一層の知識の普及を図り、接種率の向上に努めていきたいと考える。

本調査では、罹患状況については麻疹についてのみ調査した。しかし、風疹や水痘、おたふくかぜについても、未接種者の中に罹患した者が含まれている可能性は否定できない。これらの3疾患の予防接種の状況をより明らかにするには、調査項目の中に、罹患状況についての項目を加える必要があると思われた。

調査対象者は6歳児が対象であり、アンケート配布時に予防接種の受け方等のリーフレットも一緒に配布した。調査時に未接種理由として、「これから受ける予定」と解答している者がいたことから、本調査が予防接種受診の再確認のきっかけとなり接種勧奨につながるものと期待された。

本調査は、平成13年度の入学予定者について実施した。しかし、予防接種状況の動向を単年度のみの結果をもってみることは困難である。罹患状況を尋ねる項目を加えるなど、アンケートの内容について改善を加えながら、今後も引き続き調査を行い、経年的な結果を得ていく必要があると考えられた。

予防接種の状況調査について

資料1

本市では、今までにお子様が接種された予防接種の状況を調査分析し、接種率の向上を図るとともに、今後の予防接種事業の参考とさせていただきたいと考えておりますのでご協力をお願い申し上げます。なお、住所・氏名のご記入に関しましては、個別に予防接種状況を把握するためであり、個人のプライバシーは厳守いたします。又、まだ受けていない予防接種がある場合は、別紙一覧表を参照され、接種されることをお勧めいたします。

〒 \_\_\_\_\_  
 住 所 \_\_\_\_\_  
 保護者氏名 \_\_\_\_\_  
 お子様氏名 \_\_\_\_\_

定期の予防接種

1. 受けた予防接種には、太枠線の( )内に○をご記入ください。[該当する全ての( )内に○をご記入ください。]

1	三種混合 1期初回{( )1回目( )2回目( )3回目}・( )1期追加				
2	*百日せきにかかり医師の判断で二種混合を接種したお子さんのみご記入願います。 二種混合 1期初回{( )1回目( )2回目( )3回目}・( )1期追加				
3	( )麻しん(はしか)				
4	( )風しん				
5	日本脳炎 1期初回{( )1回目( )2回目}・( )1期追加				
6	ポリオ ( )1回目( )2回目				
7	( )ツベルクリン反応検査				
8	( )BCG接種・( )陽性のため接種していない				

2. 受けていない予防接種がある場合、太枠線の( )内に○をご記入ください。[複数回答可]

1	( )受けようとする時期に体調が悪かった		
2	( )予防接種の後、身体の具合が悪くなったのでその後受けていない。		
3	( )子どもの体質に不安があった。		
4	( )予防接種の受け方がわからなかった。		
5	その他の理由( )		

3. 麻しん(はしか)についてお尋ねします。太枠内の( )に○をご記入ください。

1	麻しん(はしか)に ( )かかった・( )かかっていない	
---	------------------------------	--

任意の予防接種

4. 受けた予防接種には、太枠線内の( )に○をご記入ください。

1	( )水痘(みずぼうそう)		
2	( )おたふくかぜ		

学校コード	
個人コード	

ご協力ありがとうございました。

## 受けていない予防接種がある方、これから受ける予定の方に、受ける方法等

下記の対象年齢内であれば無料で予防接種を受けることができますので、感染症にかからないように「予防のため」ワクチンを接種し免疫をつけてください。

種類	予防接種の受け方等	受ける場所等
三種混合 （ジフテリア 破傷風 百日せき）	生後3ヵ月から90ヵ月（7歳6ヵ月）に至る期間に、3週間から8週間おきに3回接種を受け、3回目の接種終了後、12ヵ月以上の間隔をおいて、1回接種を受けてください。	医療機関で通年実施。 予約が必要な場合もありますので、事前に電話等で確認してからおでかけ下さい。  〔個別接種〕
麻しん	生後12ヵ月から90ヵ月（7歳6ヵ月）に至る期間に1回接種を受けてください。	
風しん	生後12ヵ月から90ヵ月（7歳6ヵ月）に至る期間に1回接種を受けてください。 （麻しん接種の後に受けます。）	
日本脳炎	生後3ヵ月（3歳）から90ヵ月（7歳6ヵ月）に至る期間に1週間から4週間の間隔をあけて2回接種を受け、2回接種終了後おおむね1年後に1回接種を受けます。	
ポリオ	生後3ヵ月から90ヵ月（7歳6ヵ月）に至る期間に、6週間以上の間隔をあけて、2回接種を受けます。	公民館等の市の施設で実施〔集団接種〕 （10月・1月・3月）

集団接種の日程は、毎月第1水曜日発行の「広報うつのみや」をご覧くださいか、下記までお問い合わせください。

なお、ツベルクリン反応検査・BCG予防接種については小学校1年生に入学してから学校で実施します。

# シンポジウム 4

## 小児生活習慣病予防健診について

真岡中学校 横田かをる  
真岡西中学校 小幡 順子

はじめに

真岡市内の中学校では、中学1・2生に対し生活習慣病の予防健診を実施しています。この健診が始まって7年目を迎えました。市内の中学校で健診が実施される前、真岡市の大内地区で「学童からの健康づくり事業」として生活習慣病の予防対策事業が平成2年度から6年度まで実施されました。大内地区は総合検診の受診者に高血圧者と高（低）脂血症者が多く、脳卒中の発症率が県と市の平均値を大幅に上回っていました。そこで、児童・生徒を通して家族ぐるみの健康づくりを実践し、学童期からの生活習慣病予防対策を推進することを目的として事業が実施されました。この事業の目的と成果を生かすために、現在行われている中学生の健診へと発展してきました。

### 1. 目的

生活習慣病の危険因子を早期に発見し適切な医療や正しい習慣を身につけさせ、健康な将来を築くことができるようにさせる。

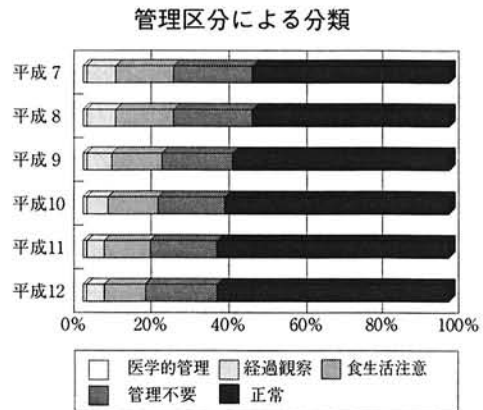
### 2 内容と手順

<p style="text-align: center;"><b>健診の事前指導</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 目的を理解させる。</li> <li>・ 小児生活習慣病予防健診調査票、同意書の配布、回収</li> <li>・ 対象生徒の身長と体重の測定と記入</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>健 診</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血圧測定</li> <li>・ 採血 検査項目 総コレステロール、HDLコレステロール、貧血</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>健診の事後指導</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個人結果通知書と保健だよりの配布</li> <li>・ 医学的管理者へ受診勧告と個別指導</li> <li>・ 経過観察、食生活注意者へのグループ指導</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>評価と反省</b></p>

### 3. 判定基準と管理区分 次頁参照

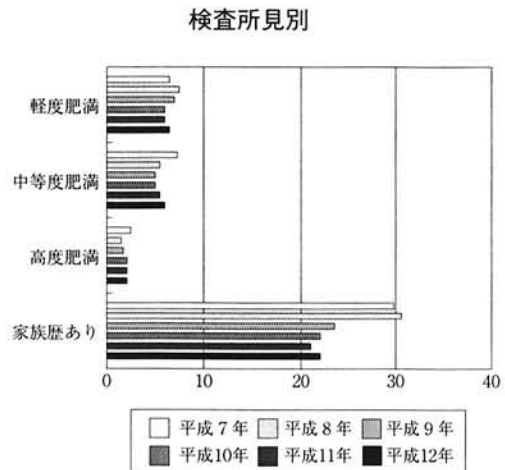
### 4. 検診結果と6年間の変化

#### 1) 管理区分について



医学的管理、経過観察、食生活注意の生徒の割合は27.1%から22.2%と減少がみられた。しかし、管理が必要な生徒は平成12年でも22.2%もあり、管理不要、正常の生徒の中にも生活リズムや食生活に問題がみられるので、健康教育が必要です。

#### 2) 検査所見について



下記の検査項目のスコアの合計により、管理区分が決まります。

表 1

検査項目	判定区分 (スコア区分)				解 説
	0	1.0	2.0	3.0	
肥 満 度	20%未満	20~30%	30~40%	50%以上	肥満は、将来の成人病発生の原因のひとつで注意が必要です。次の計算式で肥満度は、算出されています。 $\text{肥満度} = \frac{\text{実測体重} - \text{標準体重}}{\text{標準体重}}$
血 圧	最大	134以上 *139以下	135以上 *140以下		高血圧者については、定期的な血圧測定と原因を調べることが重要です。小学生の場合の高血圧の出現頻度は、2%程度です。
	最小	79以下	80~89	90以上	
総コレステロール	120~199	200~229 100~119	230以上 99以下		動脈硬化の原因の一つです。動物性脂肪のとり過ぎも高値を示すことがあります。
HDL-コレステロール	スコアの区分はありませんが、29以下の値の人は注意が必要です。				HDL-コレステロール（善玉コレステロール）は、動脈硬化性疾患に対する危険防止因子といわれており、総コレステロール中への存在比率が高い方がよいといわれています。
動脈硬化指数	1~2.9		3.0以上 (注1)		総コレステロールの中にどれだけHDL-コレステロールを含んでいるかを示す比率であり、次式により算出されます。 $\text{動脈硬化指数} = \frac{\text{総コレステロール} - \text{HDL-コレステロール}}{\text{HDL-コレステロール}}$
家 族 歴	(注2)	祖父母 脳卒中 父・母 高脂血症 糖尿病	祖父母 心筋梗塞 父・母 脳卒中	父・母 心筋梗塞	父・母・祖父母の家族歴を把握し、遺伝性の危険因子の状況を見ます。

\* 中学校男子基準

(注1) 動脈硬化指数のスコアは、総コレステロールが200以上または119以下の時に加算します。

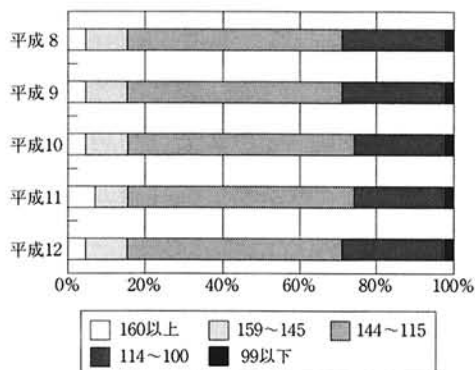
(注2) 祖父母で高脂血症・糖尿病家族歴のスコアは0.5です。

管 理 区 分

表 2

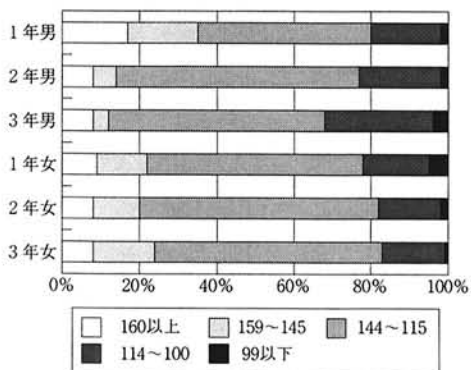
合計点数	区 分	
6.0点以上	A	医 学 的 管 理 が 必 要
3.0~5.9	B	定 期 的 経 過 観 察
2.0~2.9	C	食 事 運 動 を 中 心 と し た 生 活 指 導
0.5~1.9	D	生 活 注 意
0	N	正 常

### 肥満傾向ローレル指数による分類



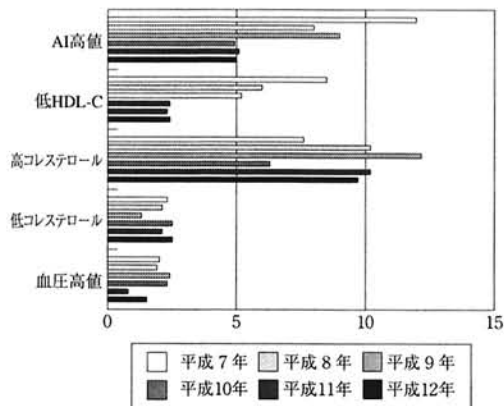
- ・肥満傾向（高度、中程度、軽度）がみられた生徒は、合計で15%前後であった。
- ・ローレル指数で分類してみると160以上の生徒は7～8%であり145以上まで含めると17～18%前後であった。
- ・管理区分で「医学的管理」に分類された生徒のほとんどに肥満がみられた。
- ・標準体重とローレル指数の分類では数の差があったが、動脈硬化促進の危険因子である肥満が大きな課題であることを改めて確認し、指導の重要性を再認識しました。

### ローレル指数の変化

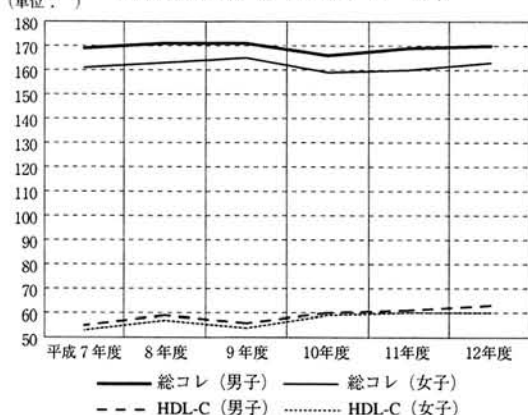


上のグラフは、ある中学校の平成10年度の入学生3年間のローレル指数の変化です。入学時肥満傾向だった生徒も背が伸び、運動量が増え肥満傾向が解消される生徒も少なくありません。この傾向は、男子にはっきり見られました。こうした時期に健診の結果をよく理解させ、生活を改善するきっかけとして活用していくことが大切であることがわかります。

### 3) コレステロールについて



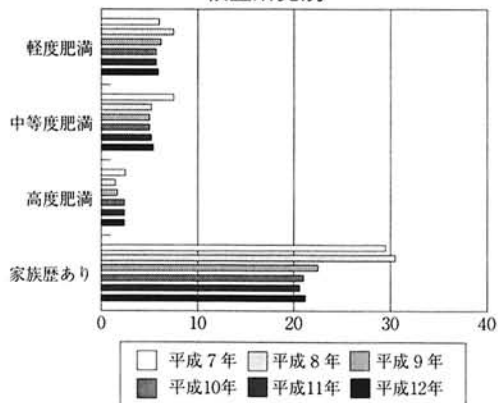
### 平均値の変化 (コレステロール)



- ・総コレステロールの平均値は男子160前後、女子170前後で、男女によって差がみられた。
- ・HDLコレステロールの平均値は、55～60の間にあり、男女差も6年間の変化もあまりみられなかった。
- ・高コレステロールの生徒は10%程みられた。年度によって差がみられた。

### 4) 家族の危険因子について

#### 検査所見別



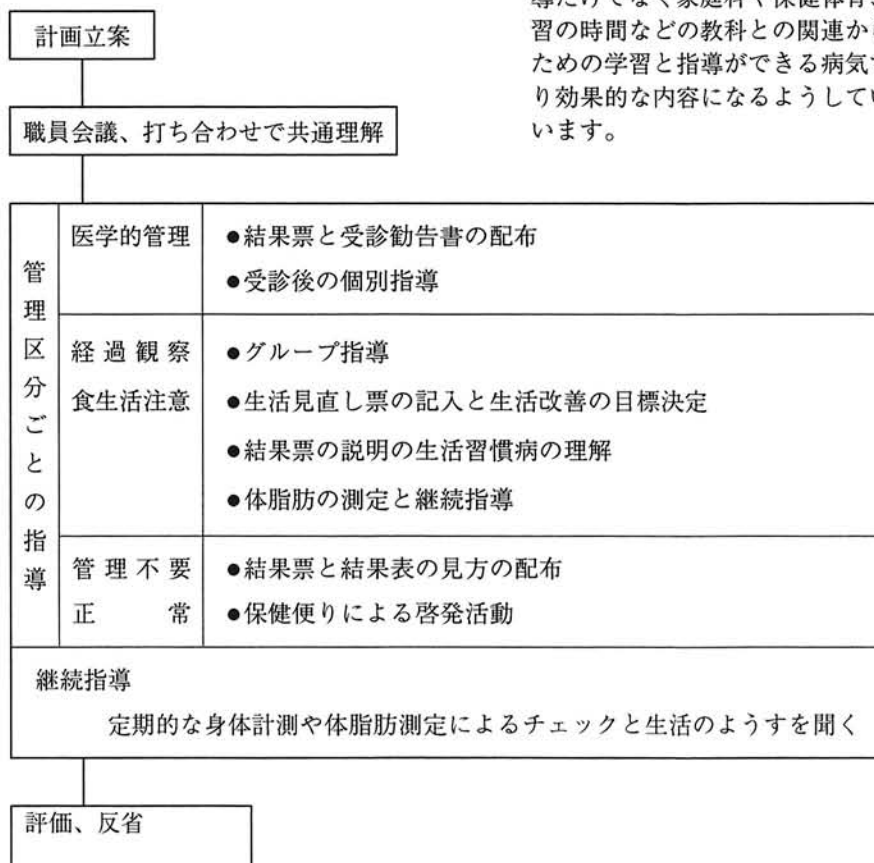
- ・ 家族に危険因子がみられた生徒は20～30%で年度によって差がみられた。狭心症、心筋梗塞、脳卒中、高脂血症、糖尿病、高血圧症を家族性危険因子として調査しました。危険因子の多くは祖父母にみられた。
- ・ 事後指導では、危険因子があっても病気になるということではなく、これからの生活が大切であることを強調しています。

## 5 事後指導

### 1) 目的

- ・ 健診の結果の持つ意味を正しく理解させる。
- ・ 健康な将来を築かせるために、生活習慣病に関心を持たせ自分の生活を見直し、改善できるようにする。
- ・ 精密検査及び治療が必要と判断された場合、医療機関への早期受診を勧める。

### 2) 方法と指導内容



## 6 成果と課題

### 1) 成果

- ・ 生徒の健康の実態、問題点が把握できた。
- ・ 健診、事後指導を通して自分の健康と生活に関心をもつ生徒がふえた。
- ・ 意識的に肥満解消に努める生徒が増えた。
- ・ 保護者の意識が高まった。

### 2) 課題

- ・ 健診の枠を3年生まで広げる。
- ・ 保健体育、家庭科、総合的な学習の時間など関連教科との連携をよくとり学習効果をあげる。
- ・ 指導時間の確保と指導内容の工夫。
- ・ 保護者や関係機関との連携。
- ・ 喫煙、飲酒予防教育の充実。

小児生活習慣病は、子どもを取り巻くすべてのことに関係する病気です。健診と事後指導だけでなく家庭科や保健体育、総合的な学習の時間などの教科との関連からも、予防のための学習と指導ができる病気ですから、より効果的な内容になるようにしていきたいと思っています。

また、子どもにとって家庭とは心も体もすこやかに成長する基盤となるところです。家庭での生活リズムや食生活が子どもの心や体の健康を左右すると言っても過言ではないほど、家庭とは重要な役割を持っています。家庭の機能が果たせるように子どもの健康実態を家族に返すのも私たちの役割だと思います。

WHOが説くヘルスプロモーションは、個々人の問題解決能力を向上させることに加え、個人を取り巻く環境を健康に資するよう変えていくことが強調されています。中学生になって生活の自己管理能力がついてきたと言っても、個人の努力だけでは生活習慣病の予防はできません。生活習慣病の予防のために、学校と家庭、地域、関係機関との連携も私たちの課題として実践していきたいと思っています。



新生児マススクリーニングの話題

栃木県保健衛生事業団小児保健部 加藤一昭

- 《見逃しや偽陽性の原因と対策》
- 診断の遅れ
- a 医療機関での原因  
採血時；
- ・早期退院による。  
十分な哺乳（生後5～7）でなければ0.3%見逃し。
  - ・低出生体重児  
2回目検査の不実施 周知と移動、転居にも対処
  - ・不備検体  
十分な血液が濾紙についていない。  
採血後日数が経過している。（古い）
  - ・ヨード系消毒剤、抗生物質の使用
  - ・検体の取り違い  
あらかじめ濾紙に名前を記入。
- b 検査機関での原因  
検査法の選択； 行政の理解  
ELISA法、脱水素酵素法の導入  
ガスリー⇒HPLC法の導入  
TSHとT4 ダブルチェックの導入  
精度管理；  
東京顕微鏡院 マススクリーニング  
精度管理センター。毎月  
カットオフ値の設定；全国統一化、ネット  
濾紙血値と血清値の違い  
病院では一回の検査に満足せず、フ  
ォローを。  
検体の取り違い

く分 5600万円 差 3400万円  
プラスになる。

クレチン、PKU、胆道閉鎖、ウイルソン  
氏病 は経済効率良い  
メイプルシロップ尿症、ホモンチン尿症、  
ガラクトース血症は 赤字

新しく検討されているマススクリーニング  
胆道閉鎖、ウイルソン病

県内のマススクリーニングで発見された患者数  
平成12年迄

確定診断され報告を受けたもののみ

	例数	頻度	総被検者
a フェニルケトン尿症；			
昭和57年開始	3	1/132136	396410
b ガラクトース血症；			
昭和57年開始	6	1/66068	396410
c クレチン症；			
昭和60年開始	42	1/7201	302446
d 神経芽細胞腫；			
昭和60年開始	33	1/8029	272970
e 副腎過形成；			
昭和63年開始	9	1/26628	239652

マススクリーニングには限界がある。

- 軽症、遅発上昇例がある。
- 検査時期による質的、量的誤差が生じる。
- 存在の周知と理解  
あらゆる機会を捉えて保護者、住民  
に理解を得る。

マススクリーニングのコストベネフィット  
(経済効率)

- 例 PKU 一人発見に 2200万円 要す  
治療でハンディーなく 国家の浮

## 新生児マススクリーニングに於ける 発見洩れ防止にご協力ください。

- 1 濾紙にはあらかじめ赤ちゃんの名前を記入してから採血してください。  
《検体の取り違い防止のため》
- 2 マススクリーニングの結果が異常高値で検査を依頼された場合、精密検査機関（病院など）では結果をすみやかに1次検査機関（県保健衛生事業団）に連絡してください。
  - A 診断確定（疑いも含む）した場合はこの事業の主催である栃木県保健衛生部に報告する事になっており、当事業団が報告義務がありません。
  - B 若し、精密検査が正常の場合、検体の取り違い（採血機関、当検査機関とも）の可能性が生じ、取り違いの有無を検討する必要があります。
- 3 逆に発見洩れの症例を各医療機関で診断した場合も県保健衛生事業団にご連絡ください。  
（検査当日の他測定者に異常がなかったか、全ての例で再検討します。）
- 4 高TSH血症について
  - 1) TSH遅発上昇例がまれにあります。一度の精密検査で、正常でも必ず経過を追って再検査をしてください。
  - 2) 同朋にクレチン症がある場合は必ず精密検査をし、経過を観察してください。
  - 3) TSH高値では、精密検査に甲状腺エコーを加えてください。
  - 4) ヨード消毒ではTSHが高値となり偽陽性率が高くなります。
- 5 事業団から異常値を指摘された例では、再採血が正常でも異常なしと判断せずに、経過観察をしてください。  
特に先天性副腎過形成ではあとから17OHPの上昇する例が多く報告されています。
- 6 低出生体重児では生後5～7日に第1回目、生後1ヶ月に第2回目をお願いします。第1回目の結果が正常でもこの結果に満足せず、必ず2回目の検査もお願いいたします。

### 参考文献

- 日本小児科学会雑誌  
102(7):817-819 1998 参照  
日本マス・スクリーニング学会誌  
VOL. 8 suppl. 2 参照  
日本マス・スクリーニング学会誌  
VOL. 9 No. 3 1999 参照

# 学校教育とメンタルヘルス

明治学院大学文学部心理学科教授 下司昌一

## I はじめに

現在、子どもの状態はどうなっているのでしょうか。私たちは様々な子どもの状態をマスコミなどを通じて知ることが多いのですが、ともすると子どもや学校の状況は、一部を過大に報道されることがあります。

私は教師を辞めてから数年間、文部省派遣のスクールカウンセラーとして何校かの学校を訪問しました。その後は文部省のモデル事業の学習障害児巡回相談員として、何校かの小学校を巡回して先生方のコンサルテーションを行っています。今日のお話を通して、そのような機会に体験したことをもとに、私たちがこれから学校教育や子どものことを考えていく一つの手がかりを提示できればと思っています。

わが国の学校では、子どもたちを集団として指導することが中心となっています。このような指導法が、全体的なレベルアップに役立っていることは事実ですが、その反面、集団の学習に付いていけない子どもには様々なストレスがかかります。学校を訪問して、いろいろな特徴を持った子どもに行き会ってみると、学校教育の場で一人ひとりの子どもの特性に目を向けていく必要性が感じられます。

一つの例をあげてみましょう。何年か前、あるお母さんから相談を受けたことがあります。「高校に進んだ息子が心理的に不安定なのでどうしたらよいか」との相談でした。その子は中学校の2年から不登校だったというので、その経緯を聞いてみたところ、次のようなことがわかりました。

その子は小さな時から数学だけが極端にできなかったのだそうです。中学2年の時、数学の先生に呼び出されて、「お前は何で数学だけやる気がないのだ」と何度も注意を受けました。そしてついに「何か俺に恨みでもあるのか」と言われ、たまりかねて先生を殴ってしまい、それ以来学校に行かなくなりました。しかし、他の教科の成績は良かったので高校には合格しました。しかし、高校でも同じようなことが起きそうだというの

です。

そこで、丁寧に小さな頃のことまで聞いてみたところ、幼少児から他の面は優れていたのですが、数に関しては極端に理解が遅かったことがわかりました。簡単に言うと、数的な面が極端に劣っている学習障害(LD)、つまり算数障害だったのです。

母親が相談に来た日に、彼は学校で教師に暴力を振るって高校を退学になってしまいました。その後、彼は街の有職少年たちとバイクを乗り回したりして、家に寄り付かなくなってしまうそうです。

生まれつき脳の機能に偏りがあるために、一部の学習につまずきやすい子どもがいるということを知っている先生がいたら、その子はそのような道を歩まないで済んだことでしょう。他が全部平均以上にできているにもかかわらず、数学だけが極端に悪ければ「どうして数学だけができないのだろう、不思議だな。」と思うのが普通だと思いますが、学習障害(LD)に関する知識がないと子どもをこのような取り返しのつかない状態に追いこんでしまうことになります。

「先天的な問題があるために努力してもなかなかうまくいかない子どもがいる」ということを、周囲の方々が知っているかどうかで、その子の一生が変わってしまいうことになります。一人ひとりの子どもの特性に即した対応が必要なのです。

## II 現代の子どもの状態

次に、マスコミで取り上げられる子ども像を通して、今どういう子どもたちが問題になっているかに触れてみたいと思います。

### 1 少年による凶悪犯罪

近年、私たちは、少年による凶悪な犯罪に関する報道に接する機会が増えています。「15歳や17歳の少年が起す犯罪」や「キレル」という言葉がよく用いられています。では、少年による非行や凶悪犯罪は増えているのでしょうか。

では、少年の非行や犯罪は増えているかど

うかを見てみましょう。まず、少年の一般的な非行についてです。ここにあげたのは主要な刑法犯で補導された少年の人数です(図1)。この図を全体的に見ると、少年非行は漸増している傾向が見られます。

次に殺人を犯すような凶悪犯の人数です(図2)。マスコミの取り上げ方によると、酒鬼薔薇事件以来、非常に増えているように思われますが事実は全く違います。少年による

殺人は、1960年代後半から急激に減少し続け、1970年代の半ばからはほぼ横ばいであると見ることができます。現在、急激に増加し続けているというようなことは全くありません。

昔と違うのはマスコミの報道です。現在は、全国各地で起こったことがすぐにテレビなどで報道されます。なかでも、少年による殺人のような人目を引く出来事は、即刻全国に伝わり繰り返し報道されます。それで私たちは、

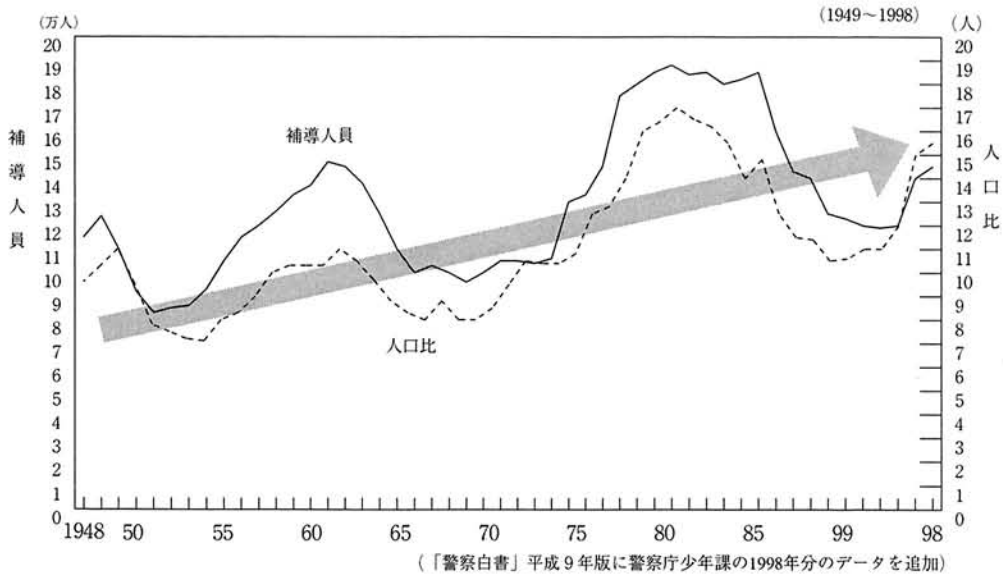


図1 少年非行の補導者数

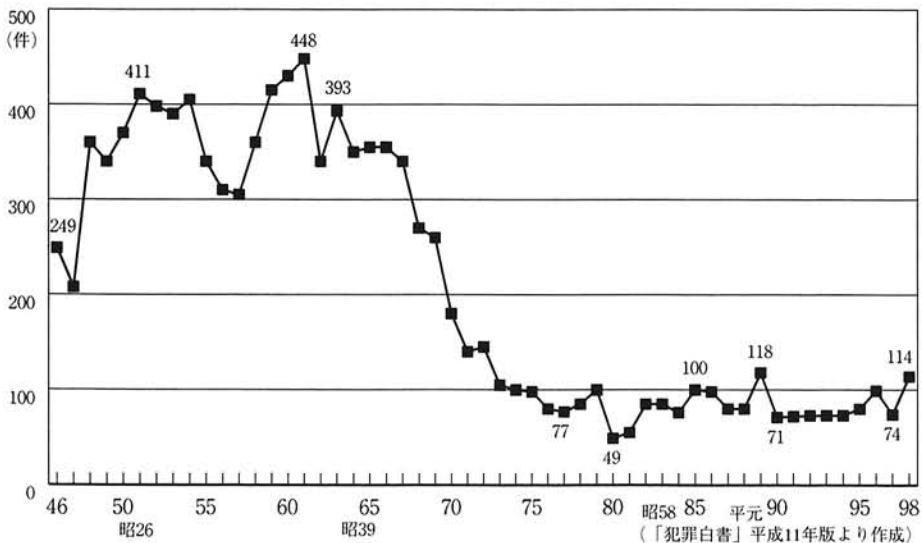


図2 少年による殺人事件 (福島、2000)

そのような事件が非常に増えているという錯覚に陥ってしまいます。報道されたことを客観的かつ冷静に受け止めていかななくてはいけないのです。

## 2 いじめ自殺

皆さんは「小・中学生のいじめ自殺が増加している」とお考えでしょうか。もし、そのようにお考えとすれば、それもマスコミによって作られたものです。

統計によりますと、児童・生徒の自殺者の数は、昭和50年代には非常に多かったのですが1988年以降は半数程度に減っています。小・中・高校生を比較してみると、小学生が最も少なく、小・中・高の順に次第に増加しています。

いじめ自殺は小学校高学年から中学生で出現してきますが、最近急激に増えているというわけではありません。愛知県の大河内清輝君がいじめられて自殺した後の1年間には10件近い自殺がありました。大河内君が亡くなった時に遺書の文章に至るまで詳細に報道したので、それを読んだいじめられている子どもたちが「自殺する」という方法を学んだのではないかと考えたのは私だけでしょうか。少なくとも、その1年間に自殺した子どもたちの多くは、大河内君と同様の遺書を残して

います。「誰と誰に、どこで、どのようにいじめられた」ということをはっきりと書いて自殺しています。その後、文部省からの要請もありマスコミは詳細な報道を控えるようになりました。

では次に、いじめ自殺の人数を平成10年度の統計で見てください（表1）。児童・生徒の自殺の中でいじめが原因となっているのはごくわずかです。いじめが原因と考えられる自殺は、小学生と高校生では全く見られず、中学生では69件のうち1件だけです。全体とすると、いじめによる自殺は少ないと言っよいのではないかと思います。この事実は、私たちがマスコミを通して得ている知識とは、大きな隔たりがあります。

## 3 不登校（登校拒否）

学校を長期にわたって休んでいる児童・生徒の中で、病気や経済的理由などの明らかな原因がなく、心理的な理由で休んでいる者を「不登校」（以前は「登校拒否」と呼んでいます。

以前は「登校拒否」という用語が用いられていましたが、心理的な理由で学校を休んでいる児童・生徒は、「学校に行きたくない」と思っているわけではないので「登校拒否」という用語はふさわしくないとの意見から、

表1 児童生徒の自殺の主たる原因状況（平成10年度）

区 分		小 学 生	中 学 生	高 校 生	計
家 庭 事 情	家 庭 不 和	- (-)	2 (2.9)	4 (3.4)	3 (3.1)
	父 母 等 の し つ 責	- (-)	6 (8.7)	4 (3.4)	10 (5.2)
	貧 困	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)
	そ の 他	- (-)	6 (8.7)	6 (5.0)	12 (6.3)
	小 計	- (-)	14 (20.3)	14 (11.8)	28 (14.6)
学 校 問 題	学 業 不 振	- (-)	- (-)	2 (1.7)	2 (1.0)
	進 路 問 題	- (-)	2 (2.9)	5 (4.2)	7 (3.6)
	教 師 の し つ 責	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)
	友 人 と の 不 和	- (-)	1 (1.4)	- (-)	1 (0.5)
	い じ め	- (-)	1 (1.4)	- (-)	1 (0.5)
	そ の 他	- (-)	1 (1.4)	2 (1.7)	3 (1.6)
	小 計	- (-)	5 (7.2)	9 (7.6)	14 (7.3)
病 気 等 に よ る 悲 観	2 (50.0)	- (-)	4 (3.4)	6 (3.1)	
厭 世	- (-)	3 (4.3)	4 (3.4)	7 (3.6)	
異 性 問 題	- (-)	- (-)	4 (3.4)	4 (2.1)	
精 神 障 害	- (-)	2 (2.9)	12 (10.1)	14 (7.3)	
そ の 他	2 (50.0)	45 (65.2)	72 (60.5)	119 (62.0)	
合 計	4 (100.0)	69 (100.0)	119 (100.0)	192 (100.0)	

(注) 主たる理由を1つ選択。

資料：文部省初等中等教育局「生徒指導上の諸問題の現状と文部省の施策について」2000

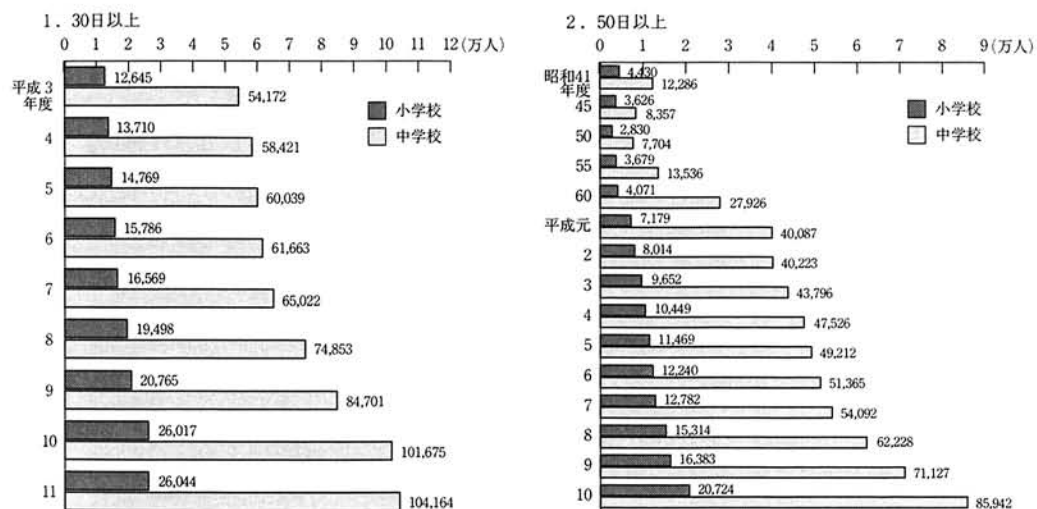
現在は「不登校」という用語が用いられています。つまり、このような子どもの中には、「学校に行きたいと思っても、心理的な状態から行くことができない」子どもたちが含まれているのです。

文部科学省の学校基本調査では、長期欠席の基準を年度内に30日または50日以上欠席した児童・生徒としています。1990年度までは50日以上欠席を調査していましたが、1991年度から30日以上欠席を調査に付け加えました。

では、不登校児童・生徒数の年度ごとの推移を見てみましょう（図3）。図は欠席の日

数が年間30日以上（左）と50日以上（右）に分かれています。どちらのグラフを見ても、小・中学生いずれも次第に増加している傾向がうかがえます。特に、中学生においては急激な増加を示しています。児童・生徒数が減少しているにもかかわらず、不登校児の数は増加の一途をたどり、減少する傾向は全く見られません。

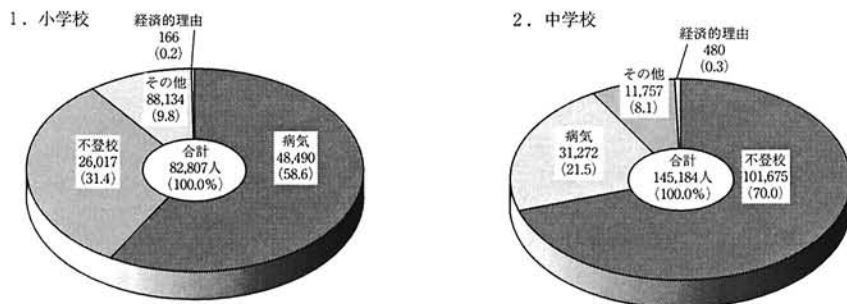
次に注目しなければいけないのは、長期欠席している児童・生徒の中に占める不登校児の割合です（図4）。その割合が、小学校では約3割（31.4%）ですが、中学校では約7割（70.0%）を占めています。



(注) 1. 登校拒否児童生徒：国・公・私立の小学校、中学校において「学校嫌い」を理由として長期欠席した者。  
2. 平成11年度は、「平成11年度の生徒指導上の諸問題について（速報）」による。

資料：文部省初等中等教育局「生徒指導上の諸問題の現状と文部省の施策について」

図3 登校拒否児童生徒数の推移



(注) 長期欠席児童・生徒：年度間に通算30日以上欠席した児童・生徒

資料：文部省大臣官房調査統計企画課「平成11年度学校基本調査報告書（初等中等教育機関 専修学校・各種学校編）」1999

図4 理由別長期欠席児童・生徒数（平成10年度間）

ここには詳細なデータは掲載しませんが、不登校児童・生徒の割合を小・中学校の学年順に並べてみると、学年が進むにつれて不登校が増える傾向が見られます。公立の高等学校では、欠席日数が増えると留年になってしまうので、実際は休学や退学を選択することが多いので長期欠席のデータは明らかではありませんが、小・中学校と同様な傾向が予測されます。つまり、年齢が上がるにつれて、心理的な理由で学校生活に適應できない子どもたちが増えてくる傾向にあると言えるのです。

現在は、学校の先生方も不登校児への対応の仕方を学んでいますので、軽い不登校の子どもは学校の教育相談係の先生が対処してかなり改善しています。また、都道府県や市町村の教育研究所（教育センター）・適應指導教室・民間のフリースクールなど、様々な機関での対応も進んでいます。しかし、不登校の数は増え続けているのです。

心理的な理由で学校に行けない子どもたちがこのように増えてきているのは、今の子どもたちが現在の学校教育のあり方に合わなくなってきたのではないかと考えられます。疲労が蓄積されてくると、身体がだるくなり食欲がなくなったり熱が出たりすると同様に、学校に行けない子どもたちの増加は、子どもたちが示しているSOSのサインと見てもよいのではないのでしょうか。

学校教育のあり方を見直すこと、子育ての仕方を考え直すこと、ひいては自分自身の価値観や社会参加のあり方を見つめ直すことなど、子どもたちのSOSの叫びに応えるために、私たち大人に課された課題は数多くあるように思えます。

#### 4 特別なニーズをもつ子どもたち

現在、小・中学校に通っている子どもたちの中には、様々な子どもがいます。私が学校を訪問して先生方のお話をうかがった経験から考えますと、先生方が対応に困難を感じているに子どもたちの中には、軽い障害を持ったお子さんが多数含まれているように思われます。

‘障害’という言葉からは、白い杖について歩く視力障害者、手話で意志を伝える聴力障害者、車椅子を利用する肢体不自由者など

の重い障害をイメージしがちですが、外見からは理解できないような軽度な障害を持っている方は非常に多いのです。

これは後でも触れますが、日本では特別な支援（特殊教育）を受けている子どもの数は小・中学校に在籍している数の約1.2%です。つまり、子どもが100人いれば一人くらいの割合です。ただしこれは盲・聾・養護学校など、いわゆる特殊教育諸学校に通っている重い障害をもつ子どもを含めた数字です。

これが日本ではやや遅れていると言っているところだと思いますが、一般の学級の中にたくさん軽い障害を持った子がいます。もちろんいることが悪いことではないのですが、諸外国に比べて日本は障害児を通常学級の中に入れていた率が一番多いのではないかと思います。

次に、各国における特殊教育の就学率を見てみましょう（表2）。アメリカは10%で日本は1%です。つまり、100人中10人が何らかの支援が必要な子どもだと考えると、わが国ではそのような子どもの中の9人は何の支援も受けずに通常学級に入っていることとなります。つまり、わが国では、人数の上からみると通常学級の先生方が多くの障害児の指導にあたっているということになります。そ

表2 世界各国の特殊教育就学率  
(全学齢児比)

国名	年度	%
アメリカ合衆国	1995/6	10.6
イギリス	1993	20.0 (18.0)
カナダ	1982/3	15.5
フランス	1988	2.3
旧西独	1986	4.2
イタリア	1987/8	1.8
オランダ	1990	2.2
ノルウェー	1988	12.0
スウェーデン	1989	3+α
ニュージーランド	1986	2.1
日本	1998	1.17

れも、障害があると思わずに指導していることが多いのです。

日本の特殊教育は、盲・聾・養護学校のような重い子に対する教育制度を中心に整備されてきました。盲・聾・養護学校（特殊教育諸学校という）には、現在、学齢期の子どもの約0.4%が就学しています。この割合は欧米の諸国とほぼ同じですので、諸外国なみに教育制度が整備されていると言えるでしょう。しかし、軽度の障害をもつ子どもたちに対する教育の面が、わが国ではまだ不十分です。通級指導教室の整備、通常学級の中での特別支援教育の実施など、多くの課題が残されています。

例えば、アメリカ合衆国の多くの州では、各小・中学校にリソースルームが設置されていて、学習障害など軽度障害をもつ子どもたちが一定の時間を通して小人数での指導を受けています。つまり、算数障害がある子は算数の時間だけリソースルームに通うのです。指導の内容や方法については、一人ひとりの能力や特性に応じて、IEP（個別教育プログラム）を作ります。学校長、スクール・サイコロジスト（学校心理士）、教科担任教師、言語療法士など各種の専門家が集まり、保護者を交えて話し合いを行い、長期目標や短期目標を決定するのです。

なお、日本で全く行われていないのは、通常学級の中での特殊教育です。アメリカではできるだけ一般の子どもと分け隔てなく教育しようとの考えから、通常学級で少しサポートすれば付いていける子どもに対しては、LDの専門教師が教室に出向いてサポートします。つまり、TTのような形で指導するのです。日本では、これから拡大しなければならない面ではないかと思えます。

さて、日本でも遅ればせながら、軽い障害を持つ子供たちの教育に少し目が向きつつあります。どんなことかといいますと、1999年に文部省（当時）による学習障害（LD）の定義が公にされました（表3）。この定義が出たというのは素晴らしいことです。これをきっかけとして、LDに対する研修や指導法の研究が全国各地で始まりました。各地の教育委員会は、教師に対する研修を開始しました。これを契機として、軽度障害児の教育が充実していくことを願いたいと思います。

表3 学習障害の定義（文部省、1999）

学習障害とは、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、計算するまたは推論する能力のうち特定のものの習得と使用に著しい困難を示す様々な状態を指すものである。

学習障害は、その原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的な要因が直接の原因となるものではない。

### Ⅲ 教師のおかれている状況

#### 1 教師のメンタルヘルス

次に、学校の教師はどういう状況にあるのかをお話します。

教師という職業は、子どものパーソナリティの形成や成長に直接関わるような極めて専門的な職業だと思いますが、先生方も周囲の方々もそのようなことはあまり考えていないようです。今は教師が教科を教えるのは仕事のごく一部であって、児童・生徒指導や学級経営ができなければ一人前でないと考えられています。

今、教育センターのような教師の研修機関では、カウンセリングの講座には希望者が殺到しています。いかに先生方が不登校・いじめ・学級崩壊などの問題に苦慮しているかがわかります。

先生方のメンタルヘルスは児童生徒のメンタルヘルスと表裏一体です。先生方が心理的に安定して仕事に向かえなければ、子どもたちも落ち着いて学習に取り組むことができません。教師の精神保健面に配慮することは、子どものためにも非常に重要なのです。

#### 2 忙しすぎる教師たち

では次に、先生方の勤務状況について考えてみましょう。

教師は重労働です。子どもが学校にいる間は、昼休みなどの休憩時間でもゆっくり休んでいることはできません。特に大変なのは小・中学校の先生です。高校になると教員の数が多く、学級数の倍くらい教員がいますが、中学校では学級数の1.5倍、小学校は1.2倍です。



私が小学校に勤めていたときのことを考えてみますと、ほとんど毎日何人かの教師が出張に出かけていました。すると、空き時間の教師が補教に出ますので職員室には誰もいなくなってしまう。教頭まで補教に出かけて、事務員と校長が職員室で電話番をしたり来訪者の応対にあたることになります。

中学校でも小規模な学校では小学校と同様です。2クラス掛け持ちで補教を担当し、両方のクラスを10分ずつ交代しながら監督するというようなことを行います。教師がいない学級で何か事故でもあると大変ですが、教員が足りないので仕方がないのです。

そのような状況ですので、教師はなかなか休憩時間がとれません。小学校を例にして考えてみますと、昼食時には給食指導がありますし、それが終わると校庭に出て子どもと一緒に遊ぶことになります。子どもたちが下校するまで、教師はいつも子どものそばにいることになります。

私の学校カウンセリングゼミに所属している学生が教育実習に行ってきたので、感想を聞いてみました。すると学生は、「先生方は、学校カウンセリングなんてできませんよ。放課後は会議があるし、忙しすぎて考える時間もないほどです。いつ教材研究をやるのだろうと考えてしまいます。あのような状況では、先生方にカウンセリングをやれとか、子ども一人ひとりを理解しなさい、などと言うのは無理です。」と言うのです。「よく現場の様子を見てきたな」と思う反面、寂しい思いをしました。

教師が忙しすぎる一つの例として、「教師は年休がとりづらい」ということがあげられます。どこにも明文化されていませんが、教師は夏休みなど学校が休みの時に休暇をとることが当然とされています。子どもが学校に来ている日にはなかなか休暇がとれないのです。教員の数が少ないので、自分が休めば仲間の教師に負担がかかるのは目に見えているからです。つまり、少くらしい体調が悪くても出勤するのが当たり前になっているのです。結婚式を挙げても新婚旅行は夏休みまで待つのが常識になっています。体調が悪い時に休暇がとれるくらいの余裕がないと、人間として子どもを大切に扱うのは難しいのではないかと思います。

### 3 学校への期待

わが国の学校は世間から非常に期待されています。客観的に考えてみると、学校は世間からの期待に応えようとして、いろいろなことを引き受け過ぎているのではないかと思います。絵・作文・標語・書道など各種のコンクールへの応募が様々な機関から要請されます。その他にも、各種の募金・地域の行事・各種のスポーツ大会・合唱や合奏のコンクールなど各種の参加依頼が次々と舞い込みます。どれも一つ一つの趣旨は素晴らしいのですが、それに参加させようとする子どもたちの指導のために放課後の時間がなくなってしまうだけでなく、ともすると授業時間の確保も難しくなるのです。

今日のわが国では、子供に関することは全て学校でやるのが当たり前だという感じになっています。家庭や地域社会の役割はどうなっているのだろうかと感じるのは私だけでしょうか。

ある東京の先生に聞いた話ですが、この間保護者会があった時に保護者の方から「先生、学校ではきちんと躰をして下さい。勉強は家で家庭教師を付けてやりますから心配ありません。」と言われたそうです。その先生はあきれ返っていましたけれど、そのようなおかしな話が時々あるのです。

何でも学校に任せるとするのは、きっと学校に期待が集まっているのでよいことではないかと思うのですが、様々な期待に応えるのはなかなか大変です。

学校も余計なことまでやりすぎている面もあります。「3年生までは、外で自転車に乗ってはいけません」という規則を保護者の要望で作ったりします。家に帰ってからのことまで学校で規則を作るというのはナンセンスですよ。各家庭が責任をもって行うべきことまで学校が引き受けるというのは、学校が家庭の教育力を奪っていることにはないでしょうか。

今はちょうど、学校と地域の役割の分担を考え直す時期にさしかかっています。ご存知のとおり、2002年度から学校週5日制がスタートします。2日は完全に地域にいることになるのです。これは、地域に子どもについての仕事の一部をお返しするよい契機になるのではないかと思います。学校の授業時間も減

りますので、現在、学校で行っている遠足・運動会・修学旅行・林間学校・臨海学校などの行事は、地域で行うことにしてはいかがでしょうか。

私が校長をやっている時は、土曜日・日曜日から夜間に至るまで自分の時間がなかなかとれませんでした。夜7時から様々な地域の会議が開かれます。土曜日や日曜日には、PTA関係の球技大会や研修会などの行事が行われます。消防署のはしご登りや自衛隊のお祭りにも招待されます。地域との結びつきということで重要なことも多いのですが、単なるお付き合いで顔を出さなくてはならない行事も沢山あります。いろいろな行事が重なるので教頭と分担して参加するのですが、もう少し整理しないと校長も教頭も疲れきってしまいます。

#### 4 教師とストレス

東京都のある病院の調査によりますと、教師と教師以外の職業人のストレスの種類を比較したところ、教師は職場内のストレスが引き金になって病気になっていることが多いことが分かりました(図5)。つまり、職場内のストレスが引き金になっている割合は、教師以外の職業では5割くらいですが教師では65%になっています。

職場復帰の状況(退院6ヵ月後)の統計では、完全に復職したのは教師以外の職業では6割ですが、教師は4割にすぎません(図6)。休職を延長しているのは、教師以外の職では16%ですが、教師は倍の33%となっています。教師は神経症などになると復帰がなかなか困難なのです。他の職種だと職場内での配置転換が行えますが、教師は学校に戻ったら他の

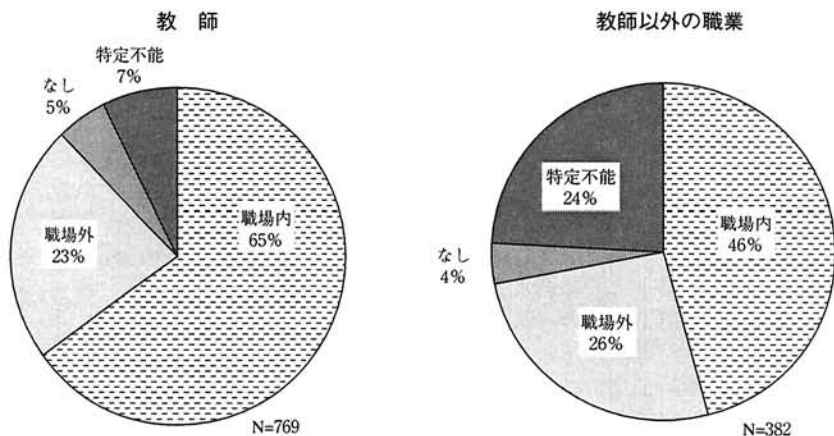


図5 ストレスの種類 (原因あるいは憎悪因子) (中島, 2000)

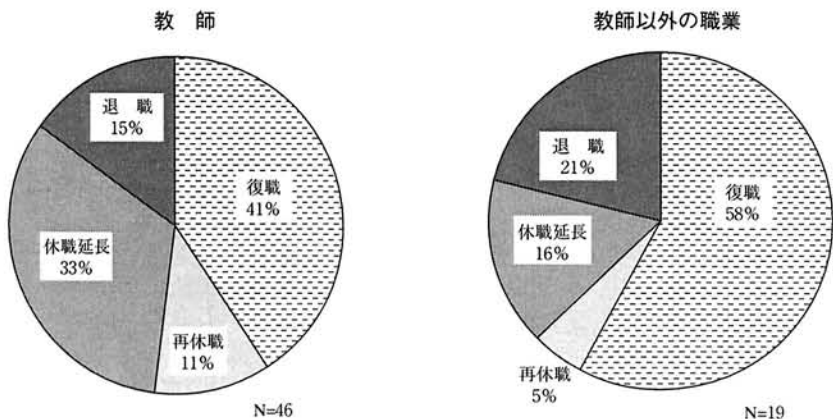


図6 職場復帰の状況 (退院6ヵ月後) (中島, 2000)

教師と同じように授業をやるしかありません。登校するという事は、朝から晩まで授業と雑務に追われるということです。3ヶ月以上傷病休暇をとると、その間非常勤の教員が来てくれるという制度はありますが、復帰した日からその教員はいなくなってしまう。どうしても自分で全部やらざるを得ないということになって、なかなか病気からの復帰がうまくいかないのです。

#### IV 教育改革の方向

さて、それでは、このような状況が今後どう変わるのだろうか、また私たちはどうしていけばよいのだろうかということ最後に付け加えさせていただきます。

##### 1 スクールカウンセラー制度

最近、文部科学省が教育の改革に積極的に取り組んでいます。その一つが、スクールカウンセラーの配置です。この制度は、「スクールカウンセラー活用調査研究委託事業」として1995年に始まり、2000年度まで継続して実施されてきました。そして、その成果を踏まえて、2001年度からは調査研究の段階は終了し新しい制度として再スタートしました。将来は、保健室に養護教諭がいるのと同様に、各学校に相談室が設けられスクールカウンセラーが配置されることを望みたいと思います。

文部科学省では、5年間で全ての中学校にスクールカウンセラーを配置する計画を立てています。現在のところ週1回の非常勤ですが、現場の要望があれば次第に訪問回数を増すことも考えられるでしょう。

スクールカウンセラー制度が定着しつつあることは、学校に教師以外の専門家を入れるというわが国の学校教育の歴史から考えても画期的な出来事です。これまでは関心のある教師が昼休みや放課後に相談を行ってきたのですが、これからは臨床心理士などの‘こころの専門家’が担当してくれることになります。今までは教員以外の専門家が子どもの指導に当たることがなかったわが国の学校に、新たに他の専門職が入り別の見方で子どもたちを見たり援助したりするという制度が導入されたことは学校教育の革新と言つてよいと思います。この制度がより充実していくことを願いたいと思います。

## 2 特別支援教育

わが国の教育制度の中で、これから発展していかななくてはならないことの一つが先ほどお話した特殊教育に関する分野です。日本では障害が重い子に関しては他の国と同じように教育体制の整備が進んでいますが、軽い障害をもった子どもや障害はないが学習につまずいている子どもたちに対する教育制度の整備が遅れています。そのような子どもたちは通常学級の中に数多くいます。そのような子どもたちに対する支援を行っていくことが今後の重要な課題です。

通常学級を担任している先生方に尋ねてみると、「特別な手立てを講じないと伸びない子が、40人学級の中に4～5人はいる」とおっしゃいます。実際に授業を見せてもらおうと、まさにその通りなのです。そのような子どもたちを支援していく体制作りが緊急な課題なのです。

文部省の中には障害児教育を担当する部門として‘特殊教育課’が設置されていましたが、省庁の再編成で文部省が文部科学省に変わった時に‘特別支援教育課’と名称が変更されました。つまり、これからは障害児だけでなく一斉指導では十分に伸ばすことができない子どもたち（特別な教育上のニーズをもつ子どもたち）に対して必要な支援を行っていくという大きな方針の変更なのです。

具体的には、通常学級の中で少しサポートすれば伸びる子がいた場合には、教科担任教師以外に加配の教師を付けてチームで指導したり、ある教科につまずきやすい子はその教科の時間は別の教室で小人数での指導を受けることができる制度を作っていく方向に発展していくのではないかと思います。

そのような指導のあり方を考えていく糸口となるのが学習障害児（LD児）です。一人ひとりのLD児の特性をとらえて援助していくとすることが、通常学級の中にいる多くの軽度障害の子どもを伸ばしていくことに結びついてきます。

教師を雇ったり施設・設備を充実したりする必要がありますので、簡単にはいきませんが、1歩1歩進んでいくことを期待したいと思います。

### 3 少人数教育と教員の増員

将来わが国を背負っていく子どもたちを十分に伸ばしていくために、今後行っていかなければならない課題の1つに、1学級あたりの子どもの数を減らすとともに教員数を増やすことがあげられます。これはいずれも多くを経費がかかることなので簡単には実現できないでしょうが、そのような方向で少しずつ努力していくことが必要です。

これからの見通しとして考えられるのは、教育の地方分権化が進むことによって、これらの課題が少しずつ実現されてくるのではないかという可能性です。文部科学省も教育行政は地方自治体に委ねていこうとの方針を打ち出していますので、各地方自治体の努力によって教育体制が整備されていく可能性は大きいと考えられます。

いくつかの地方自治体が国の考えを先取りして独自の路線を歩み始めました。ある地方自治体では、数年前から小学校1年生で35人以上の学級には教師を加配しています。また、別の地方自治体では30人学級を実現させようとしています。さらに、文部科学省が5年後に全中学校にスクールカウンセラーを配置するという方針を出したことを受けて、2001年度から全中学校への配置を実現したところもあります。

このように、各地方自治体の裁量によって、よりよい教育の実現が可能になる時代がやってきました。「私たちの〇〇市は、このような素晴らしい教育を行っている」と、各地方自治体が競い合うことを歓迎したいと思います。

### 4 諸機関との連携

地域や家庭との連携が大切なことは言うまでもありませんが、今後さらに重要性を増してくるのは各地域における教育関係機関・医療機関・福祉機関・矯正機関など様々な機関との連携です。前に述べましたように、教育の現場には様々な子どもがいますので、関係諸機関の協力を得なければ学校だけではどうにもならない状況が増えてきています。

学習活動に参加できず知的障害を疑われる子ども、特異な行動をとるので専門機関でのアセスメントが必要と思われる子ども、家庭の事情で朝食をとってこない子ども、保護者

からの虐待が疑われる子ども、非行少年のグループに入っているのではないかと思われる子どもなど様々な子どもが増えています。学校だけでは子どもの理解が困難であり、まして問題の解決には結びつかない事例が数多く存在しています。

これからは、「子どもの問題は学校で何とかする」という考えを捨てて、地域の関係諸機関と連携を深め協力し合いながら教育を推進していくことが大切です。お互いにサポートし合っていかなければ、教育の推進が困難な時代になってきているのです。

子どもの教育に関する課題は数多くあげることができます。しかし、わずかずつではありますが、教育体制も変わりつつあります。今後も、子ども一人ひとりに目を向けたよりよい学校教育の実現に向けて、各立場からお互いに努力していこうではありませんか。

### 【参考文献】

1. 稲垣忠彦・久富善之編「日本の教師文化」東京大学出版会 1994
2. 小泉英二・稲村博編「学校のメンタルヘルス」259号 1989
3. 近藤邦夫他「子どもの成長 教師の成長—学校臨床の展開—」東京出版会 2000
4. 中島一憲編著「教師のストレス総チェック」ぎょうせい 2000
5. 日本子ども家庭総合研究所編「日本子ども資料年鑑2001」KTC中央出版 2001
6. 馬場謙一編「学校臨床」現代のエスプリ 330号 1995
7. 福島章「子どもの脳が危ない」PHP新書 2000
8. 武藤清栄編「教師のメンタルヘルス」現代のエスプリ323号 1994

第25回栃木県母性衛生学会・栃木県小児保健会合同研修会  
第13回とちぎ思春期研究会研修会

主催：栃木県母性衛生学会  
栃木県小児保健会  
とちぎ思春期研究会

後援：栃木県  
下野新聞社

日時：平成13年10月6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. 開会挨拶 (13:30~13:40)  
栃木県小児保健会会長 江口 光興  
来賓挨拶  
栃木県保健福祉部部长 揚松 龍治
3. 研修会 (13:40~15:10)  
テーマ「命を育む・心を育む」
  - 1) 難しい子どもの子育て  
国際医療福祉リハビリテーションセンター  
重症心身障害児施設なす療育園 下泉 秀夫  
座長：栃木県小児保健会会長 江口 光興
  - 2) 若年出産 学校保健と地域の連携  
一なぜ若い母親は泣いたのか（事例から学ぶもの）  
栃木県小山城南高等学校養護教諭 田邊 幸子  
座長：とちぎ思春期研究会会長 高村 寿子
  - 3) 人工妊娠中絶を考える  
獨協医科大学産婦人科 渡辺 博  
座長：日本母性保護産婦人科医会栃木県支部性教育委員会委員長 大木 洋一
- 休 憩 (15:00~15:20)
- 特別講演 (15:20~16:20)  
「育つ、育てる一子どもの心の発達」  
日本小児保健協会会長 前川 喜平  
座長：栃木県小児保健会会長 江口 光興
4. 閉会挨拶 栃木県母性衛生学会理事 泉 章夫

「難しい子どもの子育て」

国際医療福祉大学国際医療福祉リハビリテーションセンター・なす療育園

下泉秀夫

1. 現代の子どもの心の問題

- ・学級崩壊（多動性行動障害・反抗挑戦性障害）
- ・非行、犯罪（行為障害、反社会的人格障害）
- ・いじめ
- ・不登校
- ・引きこもり
- ・援助交際
- ・神経性食思不振症

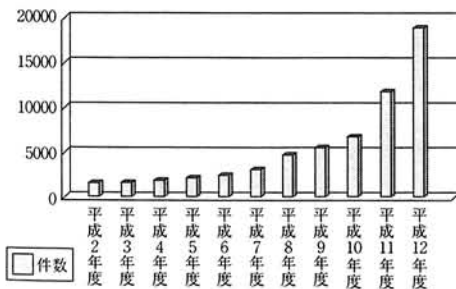
2. 子どもの心の問題の背景

- ・不適切な養育環境（過干渉、ネグレクト的養育環境、児童虐待）
- ・豊かになった日本

3. 虐待の事例の紹介

4. 急激に増加する児童虐待

全国の児童相談所における虐待に関する相談処理件数



5. 保育園児を対象とした児童虐待調査（4府県の全園児）

（H11年厚生科学研究「虐待の予防班」下泉秀夫）

●調査対象・アンケート回収率

府 県 名	保育所数	回収率(%)
栃 木 県	332	226(68.1)
群 馬 県	425	243(57.2)
和歌山県	232	112(48.3)
大 阪 府	736	204(27.7)
大 阪 市	325	106(32.6)
計	2050	891(43.5)

●虐待ハイリスク児：園児100人に1.54人

平成10年度に保育園に在籍した「育児や親子関係に問題があり、家庭への援助・指導が必要と思われた園児」

府 県 名	園児数	援助・指導が必要だった園児数(%)
栃 木 県	13970	200 (1.43)
群 馬 県	17897	222 (1.24)
和歌山県	8362	135 (1.61)
大 阪 府	17867	315 (1.76)
大 阪 市	9052	161 (1.78)
計	67148	1033 (1.54)

●園児の状態（複数回答、人（%））

虐待を受けている子どもは、行動・情緒の問題を示す。

行動・情緒の問題	不潔いつも体や衣服が	におやつや給食の時	にむさぼり食べる	精神発達の遅れ	いつも体に傷を作	運動発達の遅れ	極端にやせている	特に他の園児と変	わからない	身長が低い	他の疾患・障害がある	その他
370 (57.9)	194 (30.4)	145 (22.7)	134 (21.0)	109 (17.1)	82 (12.8)	70 (10.9)	70 (10.9)	68 (10.6)	23 (3.6)	79 (12.3)		

- 行動・情緒の問題の具体的内容
  - ・極端に甘えたり、つっぱったりする。大人に対し、べたべたと甘える。おどおどしている。(反応性愛着障害) 30名
  - ・大人から小さな事でも指摘されるとひどく反抗的になる。やりたい事を抑えられると怒る。(反抗挑戦性障害) 28名
  - ・他児へけがをさせる。ガラスを割る、物を投げる、万引きをする。(行為障害) 25名
  - ・落ち着きがない、とっさの行動が多い、多動で集団での行動がとれない。(注意欠陥・多動性障害) 15名
  - ・自分の世界に入りきり周囲のことは目に入らない。言語の発達が遅れている。(広汎性発達障害、知的障害) 20名

- 虐待を受けている子どもの4分の3は、そのまま家庭での生活を続ける。家庭への支援が必要である。  
現在の所在：在宅75.8%、施設入所：15.3%、親戚：2.7%、死亡：0.9%、里親：0.3%

- 学校、保健センター、保育所で、子どもが虐待を受けているのかなと最初に疑う。

最初に疑った機関	人数	%
学 校	204	25.5
市町村保健担当課・保健センター	95	11.9
保 育 所	78	9.8
児 童 相 談 所	73	9.1
健康福祉センター福祉部・市福祉事務所	62	7.8
保健所・健康福祉センター保健部	58	7.3
病 院	56	6.9
民生児童委員・主任児童委員	22	3.3
町 村 福 祉 担 当 課	12	1.8
警 察	9	1.4
診 療 所	5	0.8
幼 稚 園	5	0.8
障 害 児 通 園 施 設	3	0.5
婦人相談所・母子生活支援施設	3	0.5
児 童 福 祉 施 設 ( 入 所 )	2	0.3
そ の 他	22	3.3

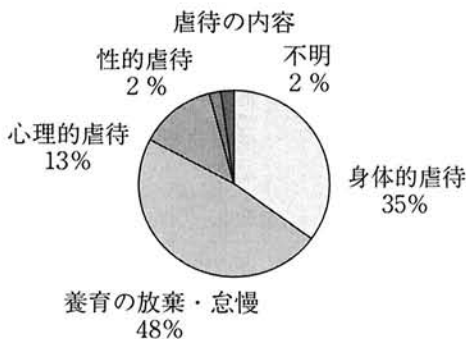
6. 平成11年栃木県小児虐待実態調査から

- 調査機関：2193か所へ郵送による調査、1199か所 (54.3%) から解答あり

送付機関	送付数	回収数	回収率(%)
医 療 機 関	733	278	37.9
小 学 校	437	440	100.7
中 学 校	176	179	101.7
附 属 ・ 私 立 小 中 学 校	10		
保 育 園 ・ 児 童 館	322	241	74.8
幼 稚 園	210	132	62.9
無 認 可 保 育 園 ・ 託 児 所	184	61	33.2
市福祉事務所・市町村福祉担当課	49	32	65.3
市 町 村 保 健 担 当 課	49	33	67.3
県 健 康 福 祉 セ ン タ ー	20	17	85
児 童 相 談 所	3	3	100
計	2193	1199	54.7
小 中 学 校 計	623	619	99.3

- 報告件数：223機関から799件、重複されて報告された事例を1例とすると658件  
(児童人口1000人あたり1.68人、市町村別では9.55~0.31とばらつきが多い)

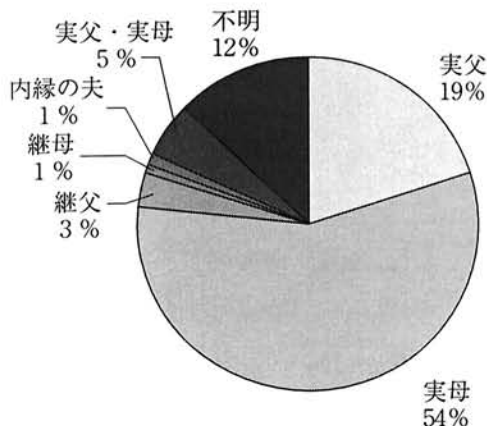
- 虐待の内容 死亡例は6例であり、そのうち虐待死は3例であった。



- 虐待を疑った理由

虐待を疑った理由	人数	%
子どもがほおって置かれている	227	28.4
不 潔	214	27.5
子どもの身体面の特徴(多数の外傷など)	170	21.3
育 児 能 力 が 低 い	154	19.3
食事の写え方に問題がある(極端にやせている)	138	17.3
子どもに落ちつきがない、乱暴など行動に問題がある	125	15.6
子どもの親に対する態度(おびえる、おどおどす、目を合わせない)	110	13.8
子どもの言葉が遅れているなど発達に問題がある	102	12.8
親 の 告 白	96	12.0
きょうだい虐待を受けている	90	11.3
子どもの身体発育が年齢に比べ遅れている	69	10.5
子どものけがや病気の時に病院への受診が遅れる	66	10.0
極 端 に 厳 し い し つ け	63	9.6
子どものけがなどの症状に対する親の言葉や不自然な態度	44	6.7
育 児 に 対 す る 不 安 が 強 い	32	4.9
そ の 他	88	13.4

- 虐待者は実母、実父が関係するものを全てあわせると80.7%。



・虐待者の要因：

虐待者の性格45.6%、家事能力が低い30.7%、被虐待歴などの生育歴の問題28.0%

⇒性格(=人格)の形成に、生育歴は大きく関係しているので、虐待者の要因として虐待の世代間伝達が大きな理由であることがわかる。

・虐待が起きている家庭の状況

経済不安47.7%、夫婦の不和・不安定41.6%、劣悪な生活環境26.0%、育児負担過大22.2%、近隣・友人からの孤立21.7%、親族からの孤立15.7%

⇒子どもへ虐待を行う虐待者へも、家庭へも、周囲の援助が届きにくい。

・虐待を受けている子どもの要因

不明34.8%、行動・情緒の問題11.6%、知的障害11.6%、なつかない5.0%、身体障害4.6%、未熟児4.1%、病気にかかりやすい3.3%

被虐待児の事例へ協力して援助に当たった機関

⇒育児負担の大きい子どもは虐待を受けやすい。

7. 学校で問題行動を起こす子どもたち

- ・症例の紹介
- ・症例のまとめ

- ・注意欠陥・多動性障害の展開(不満が外に向かうと=外在化障害)

注意欠陥多動性障害(ADHD) 5%

⇒反抗挑戦性障害(ODD) : ADHDの半数

⇒行為障害(CD)

⇒反社会的人格障害(APD)

- ・注意欠陥・多動性障害(不満が内にこもると=内在化障害)(斎藤万比古による)

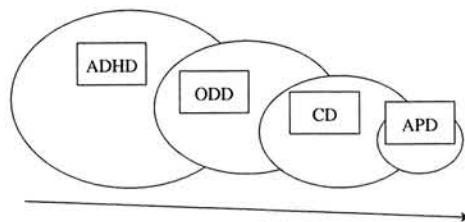
注意欠陥・多動性障害(ADHD)

⇒気分障害(MD)・反抗挑戦性障害(ODD)・不安障害(AD)

⇒回避的人格障害(AVPD)・境界性人格障害(BPD)・依存性人格障害(DPD)

注意欠陥・多動性障害(ADHD)の子どもたちの原因は様々であり、本人が持って生まれたもの(生物学的要因)によることが多いが、不適切な養育環境もその原因の一つであり、さらに重要なことはADHDの子どもたちが、将来立派な社会人になるかどうかは、子どもたちの家庭環境、社会環境(学校環境など)によっています。

ADHDの展開：外在化障害(DBDマーチ)(斎藤万比古による)



8. 難しい子どもの子育てへの対応

(1) 社会全体で取り組んでいくこと

子どもは、生命・社会を過去から未来へとつないでいく担い手として、社会全体で子育てを行っていく。



### ①児童虐待対策の強化

- ・児童相談所機能の抜本的強化。
- ・虐待を受けた子どもたちの心の成長を助けるための援助を積極的に行い（PTSDへの心理的対応）、大人になるまで見守る（福祉的対応）。
- ・家庭、子どもと日常的に向き合っている、教育機関、保育所、民生児童委員・主任児童委員を支える地域システム（県および市町村保健婦、県および市福祉事務所家庭相談員、児童相談所、医療機関との実際の連携を可能にするシステム）の構築。

### ②発達障害、肢体不自由児などハンディキャップを持つ子どもを持つ家庭へ援助を積極的に行う

- ・乳幼児期から青年期、成人期まで見通した支援が必要。
- ・関係者は、育てにくさに対して親へ共感を示しつつも、軽度の障害であってもその障害に対する理解を促していく。
- ・教育的、福祉的、医療的ケアを十分に行っていく。

### (2) 現在、自分で行っていること

- ・栃木県小児虐待防止ネットワークの活動
- ・日本子どもの虐待防止研究会への参加
- ・FOUR WINDS NASU の活動・「ウイメンズハウスとちぎ」の活動へのほんのちょっとのお手伝い
- ・発達障害を持つ子どもたち・その親への医療的援助、福祉的援助  
(話を聞くこと、薬を出すこと、リハビリテーションの職員と協力すること、地域保健所、保健センター、児童相談所、発達支援センター、子育て相談センターなどへ協力すること)
- ・アスペの会（アスペルガー症候群の親の会）への参加
- ・自分の子どもの子育て



# 若年出産 学校と地域の連携 何故若い母親は泣いたのか—事例から学ぶもの

栃木県小山城南高等学校 養護教諭 田邊幸子

はじめに

私が養護教諭になって、今年で30年目になります。本校で4校目になりますが、全ての学校に女子生徒がいました。

### <女生徒につきまとう妊娠不安>

養護教諭に相談される事例は、

- ・氷山の一角に過ぎないと思う。
- ・切羽詰まっている。(思いあまって・適当な相談相手がいない等)

相談された養護教諭のしたことは、

- ・生徒の話をよく聴き、生徒にとって最善方法を考えていこうと話し安心させる。そして、先ず診察を受けるために保護者との連絡をとらなければならないことを生徒に理解させる。  
→「親に話せるくらいなら先生になんか相談しない!」
- ←思春期独特の「大人に指図されたくない。」という意識だけでなく、親子関係に亀裂が生じていることがあるので<両親が名実共にあなたを愛し、支えてくれるひと>ということを理解させるのに時間がかかる。
- ・母親に連絡し、双方の両親と当事者で話し合ってもらおう。  
→大部分は中絶
- ・事後の指導—生徒の気持ちに寄り添いながら、心身共に回復するのを援助する。  
男子; 自責の念から別れることが多い。  
女子; ふさぎ込み、不安定な心理状態。  
相手の態度を不誠実と感じ不信感を持ち別れることが多い。  
→集団不適応・不登校となる事例もある。  
その他、STD不安、不正出血、不妊症不安等

### <小山市の取り組み>

1. 高校生の思春期保健講座  
(=ピア・カウンセリング) の開催  
☆実施機関と役割

### ①小山市保健予防課

- ・企画に関すること
- ・関係機関の調整及び会議、打ち合わせの運営
- ・広報活動に関すること
- ・費用の支出(一部)に関すること
- ・その他、実施に関する雑務

### ②栃木県南健康福祉センター

- ・企画に関すること
- ・関係機関調整
- ・費用の支出
- ・その他

### ③小山市学校保健会高校部会—校長会理解\* 養護教諭は、

- ・高校内部関係者(校長、教頭、生徒指導主事、保健体育主事、その他の職員)との連絡調整
- ・生徒の参加についての指導—募集
- ・参加生徒の事後指導及び校内(教職員と不参加生徒)に対し受講の様子の伝達等

### ④自治医大看護短期大学

- 学生: ピア・カウンセラーとして高校生に直接指導、相談に当たる。  
: 当日の講座運営(受付、司会進行)
- ゼミ: ピア・カウンセラーの育成、指導
- \*事前準備を十分にし、当日大人は黒子に徹する。

☆重要だった市役所・県南保健福祉センター及び大学からの主旨説明のための学校訪問  
☆養護教諭の学校内PR

生徒作成のポスター、HRへの伝達、感想文等

☆第1回目; 平成5年11月23日

☆平成9年度; 継続講座開講

☆平成13年度; 小山市のピア・ハウスにて実践講座開始

### 2. ピア・ハウス(思春期相談)

毎月第4土曜日の午後2~4時までとちぎ思春期研究会会員(親など大人対象)とピ

ア・カウンセラーの学生（思春期の子供達対象）による相談活動。

<事例>

家族；祖母・両親・姉・本人の5人

経過；中学3年の2学期に養護教諭が「少し太った？」と声をかけてから保健室に来なくなった。

欠席もなく、体育の授業も休まず元気に参加していたので、経過観察や担任との連絡を怠ってしまった。

卒業式で、保護者から「妊娠しているのでは？」と囁かれたと言う。

高校の入学式出席。その後欠席が続く、4月半ばに正常分娩で、女児出産。母親15才5ヶ月。父親は中学時代の1年先輩で高校2年生

出産の次の日、母親が校長と面接。休学を願い出たが、「子育ては1年間では終わらない。高校の勉強は、全日制でなくても可能だ。今は小さな命と年若い母親を家族みんなで励まし、支援していくことが大切だと考えるので、休学ではなく退学を勧める。」と諭され退学。

★男子は、学業を続けられるのに母親となった女子は、退学しなければならない。

<中学時代の友達である生徒から>

「家族から『恥さらし』と罵られ、生まれただけの赤ん坊を抱いて毎日暗い部屋で泣いてかわいそう。」と聴かされた。

←市役所の保健婦さんに家庭訪問を依頼。

→既に若年出産でリストアップして家庭訪問されていた。

★妊娠中の保健指導も受けず、自分自身の産褥の手当も新生児の扱い方も全く知らずに母親になってしまったことを説明して、他の産婦さんより時間をかけて指導してもらおうように連絡した。また、家族の対応の仕方についても指導をお願いした。

→徐々に明るさが出て保健指導を積極的に受けるようになった。

←1才になって保育所に入所、母親はパートで勤めはじめた。

←2才になったとき父親が、18才になり、

高校を卒業して就職したので、入籍した。母親17才。

終わりに

性教育は、小学校からカリキュラムが組まれ、教師が研究を重ね実施されるようになって久しいが、事例では、

本人が自分の妊娠に気付いたのはいつだったのか？

気付いても、親に叱られるなどと中学生の子供らしい心配が先に立ってしまってどうしたらよいか分からないでいるうちに時間が経ってしまったのではないのだろうか？

避妊の仕方について知っていたのだろうか？

家庭では、本人が高校に入学してから姉に相談しはじめて知ったと言う。そんなことがあるだろうか？

妊娠という重大な子供の身体の変化に気付かないほど子供に無関心な親がいるのだろうか？

この事例はそうだった。

出産してから、児の母親が父親と二人きりで会うことを制限したようだが、無意味ではないか？むしろ時間が許す限り、二人で協力して育児に当たるべきではないか？

妊娠不安で相談に来る事例の共通点は、不思議なことに

1. 家庭内不和
2. 親子関係に問題がある。私の関わった全ての事例に母親がいて、母子関係が希薄だった。
3. 思春期独特の大人に指図されたくないという意識が強い生徒が多かった。

望まない妊娠・若年妊娠をしないためのもう一つのキーワードは、思春期の不安定な心を支えることのできる家庭環境といえる。

養護教諭として、PTAに働きかけ、講演会やPTAだよりなどに関わっていくと共に

個別指導で、保護者とも気軽に話し合える保健室経営を日頃から心がけていたい。

## 人工妊娠中絶を考える

獨協医科大学産婦人科 渡辺 博

### 人工妊娠中絶の実態

わが国の出生数と人工妊娠中絶数の推移(図1)は、ともに長期減少傾向にあるが1995年以降出生数は年間120万人前後、中絶数は34万件前後ではほぼ一定となっている<sup>1)</sup>。全体としての中絶件数が減少する一方、近年24歳以下の人工妊娠中絶率が増加しており、特に20歳未満における増加が顕著である。また栃木県では10代の中絶件数が2000年には

1,000件を越え、人工妊娠中絶件数に占める10代の比率が全国一位となったという報道もなされた(2001年8月10日毎日新聞)。県全体の中絶率も1999年の全国平均11.3件(15-49歳女子1,000人対)を上回る12.5件であり、15-19歳女子1,000人あたりの中絶数も15.2件と全国平均の10.6件を大幅に上回っている。

### 人工妊娠中絶と法律

1948年優生保護法で人工妊娠中絶が合法化されるまで、わが国の法律では中絶(墮胎)は刑法における犯罪であった(表1)。優生保護法施行後1961年までは年間1,000,000件を越す人工妊娠中絶が実施されていた。1996年優生保護法は優生思想条項を削除した母体保護法と改められたが、現在でも中絶は定められた適応のもとに、母体保護法で指定された医師のみが行いうる特殊な医療行為であり、

表1. 墮胎罪(刑法)

- 第213条 女子の囁託を受け、又はその承諾を得て墮胎させた者は、2年以下の懲役に処する。よつて女子を死傷させた者は、3月以上5年以下の懲役に処する。
- 第214条 医師、助産婦、薬剤師又は医薬品販売業者が女子の囁託を受け、又はその承諾を得て墮胎させたときは、3月以上5年以下の懲役に処する。よつて女子を死傷させたときは、6月以上7年以下の懲役に処する。
- 第215条 女子の囁託を受けないで、又はその承諾を得ないで墮胎させた者は、6月以上7年以下の懲役に処する。
2. 前項の罪の未遂は、罰する。

表2. 人工妊娠中絶の適応(母体保護法第14条)

- 指定医師は次の各号の一に該当する者に対して、本人及び配偶者の同意を得て、人工妊娠中絶を行うことができる。
- 1 妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの
  - 2 暴行若しくは脅迫によって又は抵抗若しくは拒絶することができない間に姦淫されて妊娠したもの
  - 2 前項の同意は、配偶者が知れないとき若しくはその意志を表示することができないとき又は妊娠後に配偶者がなくなったときには本人の同意だけで足りる。

表3. 人工妊娠中絶の定義(母体保護法第2条)

2. 胎児が、母体外において、生命を保持することのできない時期に、人工的に、胎児及びその付属物を母体外に排出することをいう。

優生保護法第2条第2項の「胎児が、母体外において、生命を保持することのできない時期」の基準は、通常満22週未満であること。この時期の判断は、個々の事例について優生保護法第14条に基づいて指定された医師によって行われるものであること。

(平成2年3月20日、厚生省発健医第55号、厚生事務次官通知)

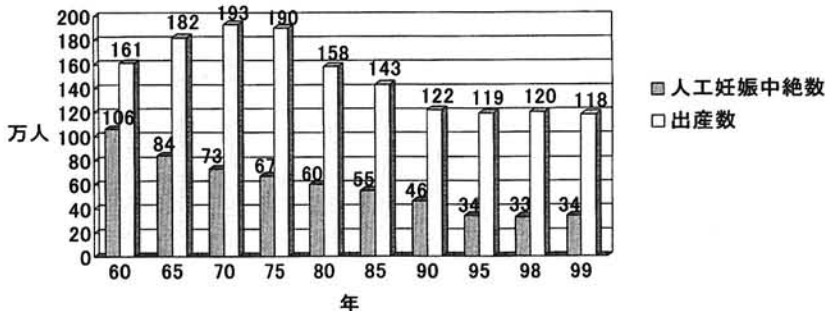


図1. わが国の出生数と人工妊娠中絶数の推移

中絶を実施可能な時期も厚生事務次官通知で規定されている（表2,3）。従って母体保護法に基づかない人工妊娠中絶は、今日でも墮胎罪が適用される可能性がある。

### 獨協医大における人工妊娠中絶

獨協医大での人工妊娠中絶数の推移を示す（図2）。毎年十数件程度であり決して多い数ではないが、2000年1月以降中絶を希望した妊婦に対して、窓口を一本化して対応している。一つには中絶を希望する理由に誤解がある場合には、正しい情報を提示してそれを解消する努力を行うためである。またこれまで通り医学的・社会的リスクや特殊な事情がある場合には当科で中絶を行うが、中絶の適応が乏しいと判断した場合や特にリスクがない場合には他施設に紹介している。そのような方針のもと2001年9月までの中絶希望者85名に対応した（表4,5）。中絶を希望する理由として最も多かったのは既に複数の子どもがいるためということであったが、出産を前提として通院しながらある時点で中絶を決意し

た妊婦が次に多く見られた。妊娠経過中に無脳症など胎児の致死的先天異常が発見された9名を除くと、未婚で妊娠して結婚することを計画していたがパートナーの両親の猛反対で挫折した事例や、妊娠後にパートナーが既に結婚していたことが判明した事例、入籍前の妊娠を両家に反対された事例、妊娠後に別れ話が進展した事例など、社会的事情も多く見られた。また妊娠初期に風邪薬を内服した、胸部X-P撮影を受けた、切迫流産で出血したため障害児が生まれることが心配などという、医学的には先天異常の発生する可能性が上昇することのない事象を理由に中絶を希望する妊婦もみられた。また多胎妊娠を理由に中絶を希望する妊婦もいた。これらの妊婦に数回の医療面接を行った結果、31名（36.5%）が妊娠を継続することを決意し、中絶を決意した54名中33名は他施設に紹介し、当科では21件の中絶が実施された。最終的に妊娠継続とした妊婦31名の転帰は、流産・死産が各1名、妊娠継続中4名、他の25名は母児とも特に問題なく出産を終了している。一般的に人工妊

表4. 中絶希望者の内訳（2000年1月-2001年9月）

中絶希望者数	85名
初産婦	43名
1回経産婦	15名
2回以上経産婦	27名
中絶希望理由	
出産予定一状況の変化	21名 (24.7%)
頻産婦（経済的）	27名 (31.8%)
合併症（健康上）	20名 (23.5%)
未婚	14名 (16.5%)
仕事のため	3名 (3.5%)

表5. 中絶希望者の転帰（2000年1月-2001年9月）

出産予定一状況の変化	21名 (継続 3名 中絶18名)
頻産婦（経済的）	27名 (継続11名 中絶16名)
合併症（健康上）	20名 (継続12名 中絶 8名)
未婚	14名 (継続 3名 中絶11名)
仕事のため	3名 (継続 2名 中絶 1名)
継続31名 (36.5%)	中絶54名 (63.5%)
中絶施設（当科21名 他施設33名）	

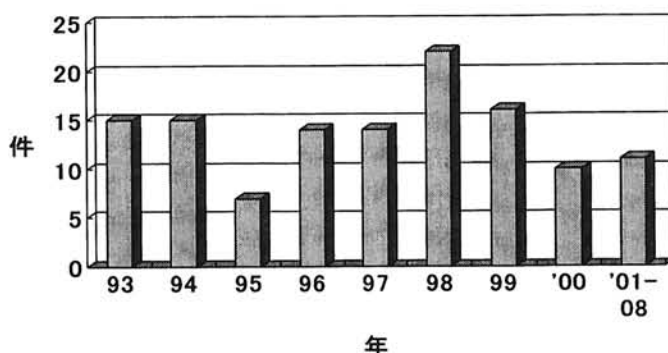


図2. 獨協医大における人工妊娠中絶件数の推移

娠中絶後の心理的影響は少なく、また中絶決意後妊娠を継続した女性の育児適応はおおむね良好であり、いずれにしても決定に至る過程において尊厳と支援のもと、女性自身が方針を決定することが重要である<sup>2)</sup>。

障害のある子は産みたくないということは可能か？

「障害のある子どもを産みたくない」ため、妊娠初期に何らかの事象が起きたので今回は中絶するという妊婦を多く経験する。しかし現実に出産児の3-4%に何らかの先天異常が見られること、多因子遺伝も含めた遺伝性疾患の頻度が10%近くあることは事実である。また羊水検査や超音波検査で判明する染色体異常や形態異常だけでなく、妊娠中の子宮内環境の悪化や早産児など様々な後天的な要因も、いわゆる障害の原因となりうることは明らかであり、誰でも障害のある子どもを出産する可能性はあるといわざるをえない。

妊娠初期に風邪薬を内服した、胸部X-Pを撮影したという理由で中絶を決意する妊婦も少なくない。わが国の薬剤添付文書では、妊娠中の投与についての記載指針が明確でないため判断に迷う場面にしばしば遭遇する。その場合製薬会社に問い合わせるか、多数の薬剤について妊娠中の相談事例をまとめた書籍<sup>3)</sup>や、FDAの示す薬剤の胎児危険度分類(表6)などを参考に判断することになる。実際には感冒症状に対して、ヒトの先天異常や発育異常を増加させる可能性のある薬剤が処方されることは殆どありえない。また診断用のX線照射の胎児への影響について、1991年アメリカ放射線学会は一回の放射線診断の被曝量では胎児の発育に悪影響を及ぼす

ことはないとの見解<sup>4)</sup>を発表している。また総量5rad以下の被曝量では胎児の先天異常、発育遅延、流産のリスクは上昇しない。従って妊娠初期に風邪薬のような胎児への危険が殆どない薬を内服した、あるいはレントゲン検査を受けたということを理由に今回の妊娠を中絶しても、次回妊娠でいわゆる障害のある子どもを出産する可能性は変わりがないことになる。

また人工妊娠中絶自体全く安全な手術ではなく、1991-1992年のわが国の妊産婦死亡230例のうち解析可能であった170例中3例が人工妊娠中絶時の死亡<sup>5)</sup>であった。さらに感染や癒着などにより中絶後に不妊となることも少なくはない。

### 中絶の歴史

中絶の歴史<sup>6)</sup>は古く、中絶の是非については4000年以上前から論議されてきたという。紀元前1500年以前のヒンドゥー教の教典では中絶は人間の生命に加える最大の罪であり、牛を食べるのと同じ生命の根源(魂)を減ぼす行為とされた。またアッシリア法典では胎児の生命はその父親の財産であり、故意に墮胎した妊婦は串刺しの刑に処された。一方古代ギリシアでは中絶はありふれたことであったが、アリストテレスは中絶は胎児が「意識と生命」を獲得しない期間(男児では40日、女児では90日)だけ合法とした。これは胎児がいつから人になるのかという問題を取り上げたものであるが、ローマ人は胎児は生まれたときに人間になり、従って中絶は児の父親の意志に逆らって行われた場合にのみ罪になるとした。ユダヤ教の教典タルムードでは胎児にいつから魂が宿るのかを回答するのは不可能であり、中絶の是非とは無関係であるとした。しかし、キリスト教がヨーロッパを席卷した後は、中絶は謀殺であり容認できない行為とされた。従って中世以後、中絶は広く実施されていたにもかかわらず法律で禁止され、死刑を含む処罰の対象となっていた。1920年ロシア革命後のソヴィエトが、中絶は希望する全ての女性がソヴィエト医療機関に限り無料で受けられると宣言したことがきっかけとなり、ようやく世界各地で中絶禁止法を緩和する動きが促進された。わが国では第二次大戦後優生保護法の成立により、事実上

表6. FDA薬剤胎児危険度分類

カテゴリー	ヒト妊娠初期(12週未満) 対照試験	ヒト妊娠後期	動物生殖試験	コメント
A	危険性なし	危険の証拠なし		
B	(1)未実施 (2)危険性なし	危険の証拠なし	危険の証拠なし	
C	(1)未実施 (2)未実施	危険の証拠なし	有害性の証拠あり	有害性が危険性を 上げる場合可 同上
D				ヒト胎児への危険 が明確にもかわ らず、妊婦への使用 が認められる薬剤
X	有害性あり	有害性あり	有害性あり	禁忌

D,Xは通常禁忌、mc,メーカーによるデータ(例Bm)

希望すればすべて中絶を受けられるようになった。しかし今日でも米国のように中絶賛成派と反対派が鋭く対立している国もある。

#### 今後の展望

中絶を合法にかつ安全にとする目標は先進国ではほぼ達成されている。近年リプロダクティブ・ライツのもとに、女性が産む産まないを決定する権利と、望まない妊娠を確実にさける権利をもつことが提唱されてきている。この点はわが国の母体保護法では全く触れられておらず、墮胎罪の問題も含めて今後の課題であろう。また中絶を合法に、安全に、しかし最少にするためにも中学生・高校生を中心に正しい性の知識を提示する必要がある、産婦人科医の役割がますます重要になってくることは間違いない。さらに生物としてのヒトを理解して、障害のある子ども・先天異常をもつ子どもが生まれることへの認識を広めることも大切である。

#### 文献

- 1) 母子保健の主なる統計 平成12年度刊行 (厚生労働省児童家庭局母子保健課監修) 母子保健事業団, 東京, 2001
- 2) 岡野禎治: 人工妊娠中絶に関連した心理学的影響と精神疾患. 産科と婦人科67: 902-908, 2000
- 3) 実践 妊娠と薬-1,173例の相談例とその情報- (佐藤孝道、加野弘道編) 葉業時報社, 東京, 1992
- 4) Williams Obstetrics 20th ed. pp1047-1050, Appleton & Lange, 1997
- 5) 日本の母体死亡-妊産婦死亡症例集- (妊産婦死亡検討委員会編) 三宝社, 東京, 1998
- 6) ロジャー・ローゼンブラット (くぼたのぞみ訳): 中絶 生命をどう考えるか, 晶文社, 東京, 1996



# 育つ、育てる——子どもの心の発達

日本小児保健協会会長 前川喜平

学級崩壊、キれる、いじめ、校内暴力など小・中学生の行動が問題となっているが、これらの問題行動の根源は乳幼児期の子育てにあると言っても過言ではない。どのようにして健康な子どもの心を育てるかは重大な課題である。学童の問題行動も、親が経済的に豊になり、時間的に余裕ができたために、子どもの本質を無視して、子どもを育て過ぎているとも解釈される。

お腹の大きいお母さんにどうですかと尋ねると「お腹の中で育ってます」と答える。生まれて間もない赤ちゃんのお母さんに尋ねると「子どもを育てます」という。小児科医は子どもは「育つもの」という。子どもは「育つ」のか、「育てる」のでしょうか。今日は子どもは育つのか、育てるのかの立場で、子どもの心の発達を考えてみました。

1. 育児とは；子どもを育てることを育児・子育てという。育児とは「子どもを養育すること」、養は子どもを保護し育てる、育は巣立つ、子どもの自立を促すこと。すなわち、育児とは子どもを保護しながら育て、自立させる過程を言い、大学卒か思春期過ぎまでを言う。決して乳幼児のみではない。

2. 子どもは「育てる」のか「育つ」のか

1) 赤ちゃんは育てるのか、育つのか

赤ちゃんは目を見つめる、語りかける、抱っこする、母乳を与える、身体をなでるなど母親が自然に行うスキンシップに応える不思議な能力を持っている。このお互いの「ふれあい」・スキンシップにより母親に「育てる力」が、児に「育つ力」が芽生える（スイッチオン）。

2か月頃になると、母親があやすと、赤ちゃんが笑い、赤ちゃんが声をだすと、母親が声を掛けるなどのお互いのやり取りが盛んに行われる。このように母と子は一方通行でなく、お互いのふれあいにより、母親は母親らしく、赤ちゃんは赤ちゃんらし

く育っていく、これを母子相互作用という。赤ちゃんは最初は泣く、ぐずるだけだったが、段々とそれ以外に声をだす、笑い掛ける、見つめるなどいろいろのサインを出すようになる。これらはお腹が空いた、ねむい、構って欲しい、おむつが汚れて替えて欲しいなどのサインで、これらのサインに的確に答えているうちに、この人なら頼れる、信頼がおけるなど人に対する信頼感と、特定の人に対する情愛の絆が形成されてくる。これをアタッチメントの形成という。乳児期はアタッチメントの形成と、赤ちゃんの心に肯定的人間像が芽生えることが重要である。情愛の絆は普通は母親であるが必ずしも母親でなくてよい。心を育てるためには、赤ちゃんが出すサインに応えることは大切であるが100%応えなくても良い。応えることの大切さを知り、気付いたときに応えてあげれば十分である（51：49の法則）。

赤ちゃんが出すサインをまったく無視して育てると、心身ともに育たない。これを母性剥奪症候群（愛情遮断症候群と言い、虐待の一つ「ネグレクト」）である。「育てる」には保護して育てる要素（ミルクを与える、おむつを替えるなどCARE）と子どもの持っている育つ力を育てるBRING UPの2つの要素がある。以上のことより乳児期は全体としては「育つ」要素より「育てる」要素が大きいと考えられる。

2) 幼児期前半（1－3歳）

歩き始め、意味のある言葉が話せ、理解力が深まるに連れ、母親に依存しながらも外へ出るようになる。母子分離が完全に行われる3歳頃までをいう。この時期に大切なことは家庭から外へ（探索行動）、第1反抗期、自律性の確立（しつけ）である。2歳ころはしてもよい、悪い、できる、できないは関係なくなんでも自分の好きなようにやりたがる。これを親の言うことを聞かないことより第一反抗期と呼ばれている

が、反抗期は世の中のきまりと自我の芽生えに重要な時期である。

しつけとは子どもが社会生活を行うために必要な、社会のきまりを意図的に身に付けさせ（習慣化）する過程をいう。しつけを行う前に、しつける人との間に①親に対する心からの信頼感、②愛されているという安心感、③親は絶対の味方だという心強さ、④親に信じられ、大切にされているという自信が存在していることが条件で、この関係があってはじめてしつけがスムーズにおこなわれる。そして失敗しても怒らない、励ます、子どもの発達を信じてゆっくり待つ態度が必要である。子ども発達や気持ちを見捨て無理にしつけると子どもの心はネジ曲ってしまう。

幼児期前半はアタッチメントの形成、肯定的多数の人間像、自己肯定感の芽生え（信頼されている、愛されている、大切にされている —— 自分が好き）を子どもの心に育てることが重要である。

幼児期前半は「育つ」と「育てる」がイコールのように考えられる。

3) 幼児期後半（4-6歳）：基本的行動と自立性の獲得、自己肯定感の獲得など子どもの心の発達に非常に重要な時期である。これらは親の養育態度と遊びを通して主に獲得される。

(1) 認知心理学・心の科学と子どもの心の発達

a) 心とは

認知心理学や心の科学などよりすると心は知性で、知性は言語的知性、絵画的知性、空間的知性、論理数学的知性、音楽的知性、身体運動的知性、社会的知性、感情的知性の8つの多重フレームより成り立っている。各フレームは多数の入力系、統合系、出力系のコラム（IC集積回路）より形成されている（図1）。これらの多重フレームを統合するのが自我・超知性で、前頭連合野に存在している。自我は知性のスーパーバイザーで「自分が持つ多重フレームを総括して、うまく操作し、将来へ向けた計画を建てる前向きに生きる知性」をいう。自我は社会的知性や感情的知性と最も関係しているので子どもの心の発達と関係があるところである。さらに自我は

多重知性の統括者であるばかりでなく、最も高度な働きを担う、人格（性格）、理性、さらに主体性、独創性などにも中心的役割を果たすものである。

b) 神経発達：

人間の脳に存在する神経細胞数は成人も生まれたばかりの新生児も140億で同じである。何故、新生児が大人と同じ行動ができないかと言うと、それは新生児は神経発達が未熟で学習が十分に行われていない為と解釈される。神経発達とは神経線維の髄鞘化と各部への連絡（シナプス形成）をいう。大脳半球の大部分の神経線維は脂肪の鞘で覆われている（髄鞘化）が、新生児は脳幹の一部までであり、シナプス形成も生命維持に関係した部位のみである。神経発達は下位中枢より

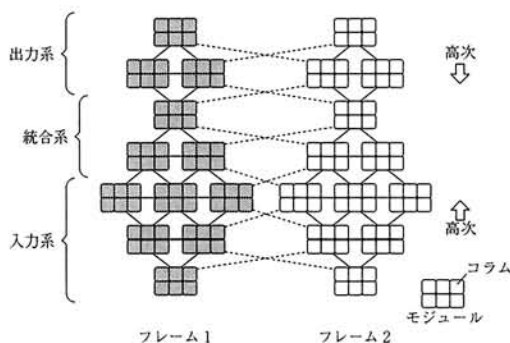


図1 多重フレームモデル

（澤口俊之：幼児教育と脳）  
文春新書

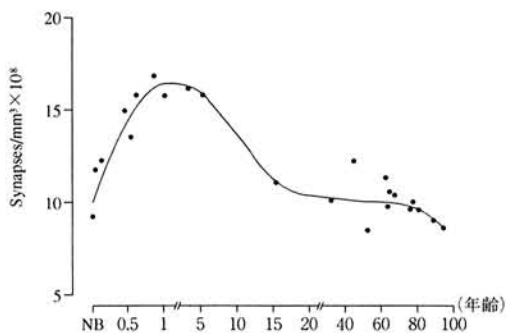


図2 ヒト大脳皮質（前頭連合野）におけるシナプス数（密度）の年齢変化

高位中枢へおこなわれ、基本的部分は小学校入学前に髄鞘化されるが、前頭葉、側頭葉など精神活動、思考、哲学などと関係する部位は20歳近くまでおこなわれる。最近の研究ではシナプス数は1-6歳までは大量に存在し、学習とともに、神経回路を形成し、使われないシナプスは段々と消失し、思春期頃には成人のレベルに達する。シナプスが多量に存在する幼児期から学童初期はいろいろの刺激を受けて、脳の機能を変えやすい。学習によりいろいろの機能が獲得される可能性がある。これを脳の可塑性という。

### c) 知性の育て方

これらの多重フレームと自我の発達は最も可塑性が強い8歳まで、ことに1-6歳の間に形成される。多重フレーム知性は子どもの好奇心により発達が促進することが知られている。好奇心による子どもの行動は遊びである。遊びは子どもの好奇心に基づく自発的な行動で、面白くて結果を期待しないものである。多重フレームを育てるのに最も適している。好奇心、自発性、集中することによりドパミンが分泌されフレームの形成が促進される。仲間同士の遊びは社会的ならびに感情的フレームの基礎的発達をも促進する。遊びを通して子どもはいろいろのものに興味を持つようになる。子どもが興味をもって何かに集中したら、それを認め、ほめる。そしてなにをやりたいか子どもの夢を尋ねる。夢に向かって少しでも努力したら、それを認め達成感を味合わせる。益々ドパミンが分泌され知的フレームの形成が促進される。このようにして、最初の遊び、興味などの原始的な好奇心から、高度の目的志向の好奇心へと段々とアップしていく。このようにすると、全体の知的フレームばかりでなく、特別な知性フレームを育てることも可能である。反対に子どもの好奇心や意欲を無視して、無理にやらせたり、怒られてばかりいると多重フレームの発達が抑制されるばかりでなく、連合野の感情的・社会的フレームが育たず、辺縁系からくる感情のインパルスを抑制することができなくなってしまう。すなわち、キレてしまったり、自分の感情を抑制できないで暴力に訴えてしまったりする。

### (2) 心の健康を配慮した養育態度

- ①バットマークからグットマークシステムへ  
欠点を見付けて直すより、よい所をみつけて伸ばす
- ②子どもを認める：傾聴と受容、ポジティブな言葉かけ、子どもは親のことばにより育つ
- ③叱り方とほめかた（車輪の両輪）：  
叱る前に：信頼関係が成立しているか、子どもの発達状態でできることか、親の対面で叱ってないか、子どもの立場で考える（子どもの気持ち）、  
叱るのは手段であって目的ではない。子どもの心が動くような叱り方をする、怒ると叱るの区別をする。  
叱り方：人ではなく行為をしかる、毅然とした態度で、簡潔に
- ④達成感を与える
- ⑤好奇心を伸ばす
- ⑥感受性を養う
- ⑦皆な違ってそれでよい

### (3) 子どもの社会性を育てるために

- \* 適量の法則：何事もほどほどに、子どもを愛しすぎることはない、溺愛と区別する。  
自分でできることは自分でやらせる。
- \* 失敗と挫折感を味あわす
- \* 年齢に応じて我慢するくせをつける
- \* 十分に遊ばせる、十分に兄弟けんかをさせる
- \* 挨拶と返事の励行
- \* 自己肯定感が他人への思いやりを育てる  
この中で、一番大切なのは、子どもに普通の環境を与えることである。人間関係や、ひとの行動には光と影がある。遊びのなかの意地悪やいじめ、けんか、ねたみなどは影の部分である。家庭や学校では影の部分は悪いこと、してはいけない事を教えている。ところが、子どもたちは兄弟や仲間との遊びで、この影の部分を体験して、社会的知性や感情的知性の基礎が段々と育っていく。これが育ってないと、学校に行くと集団生活に支障を来してしまう。さらに、そのまま、社会人となると、社会生活がスムーズにおこなわれない。  
次に大切なことは、親はできることを総て子どもにしないことである。以前は経済的に貧しく、時間もなく、親がしてあげた

いことがすべてできなかつた。この中で、子どもはいろいろの困難に直面し、自分で解決していった。現在は親が、豊かで、時間的余裕があるので、子どもにしてあげたいことを総てしてしまいます。このため、挫折感も、我慢も、困難も経験しないで育ててしまう。親は物質ではなく、心を育てる育児の大切さにもう少し気付いて欲しい。

幼児期後半：子どもを育てるより子どもの育つ要素が大

(育てる心をもって育つのを見守る)

- 4) 学童：子どもを信じて、子どもが育つ  
のを見守る

## 平成13年度 栃木県こどもの健康週間 事業報告

平成14年3月1日

平成13年度の栃木県こどもの健康週間は、10月7日～14日に行われた。  
計30施設が参加した。健康診断・講話会などが開催され、延べ399名が参加した。

施設名	実施場所	内容・タイトル	参加人数
有村小児科医院	有村小児科医院	健康・育児相談	3
石黒小児科医院	石黒小児科医院	乳幼児検診	8
くろさき こどもクリニック	くろさきこどもクリニック	講話会「あわてないで、夜間・休日の病気」	5
国立栃木病院 小児科	国立栃木病院 小児科外来	なんでも健康相談	2
佐藤医院	安塚幼稚園	流行性疾患や熱性痙攣などの応急対応の仕方	52
済生会宇都宮病院	済生会宇都宮病院 小児科外来	小児のなんでもよろず相談	1
国立療養所 東宇都宮病院小児科	国立療養所東宇都宮病院 小児科外来	健康相談(健診、てんかん、アレルギー、肥満などについて)	0
賀川診療所	賀川診療所	講話会「身体の発育と病気」 保育サービス者養成のため、健康相談	28
山崎小児科医院	山崎小児科医院	子育てミニサロン(健康・育児についての不安、悩み、喜びの経験談など)	5
日光市民病院	日光市民病院 外来待合室ロビー	乳幼児栄養教室(栄養士による解説)小児科医師との講話会	9
ひまわり こどもクリニック	ひまわり こどもクリニック	健康相談(要予約)日頃健康で不安なことについて 医師、栄養士、看護婦が相談に乗る	2
星小児科医院	梅林保育園	講話会「子供がかかりやすい病気の対応」	50
吉沢医院	吉沢医院	健康診断、健康相談、育児相談	37
若草小児科	若草小児科	なんでも相談(普段の診療中に聞けないことなど)	5
谷野小児科	谷野小児科待合室	育児なんでも相談(予防接種スケジュールや病気のこと)	1
宗形医院	宗形医院	育児相談(健康相談、育児の方法)	3
飯岡小児科医院	飯岡小児科	電話による子どもの健康相談	5
真岡市健康増進課	総合福祉保健センター	小児科と話そう第一部ベビーマッサージ・親子リズム遊び 第二部小児科医の健康相談	23
布川小児科医院	布川小児科医院	子どもの病気(主に子どもの感染症について)	16
大田原赤十字病院	大田原赤十字病院 小児科外来	個別相談(子どもの病気、子育て上の不安や心配事などの相談)	1
小児科吉野医院	小児科吉野医院	健康相談(よろず相談)	1
島野小児科医院	さくら保育園	講話会「子どもの病気と子育て」質疑応答	30
桜井 こどもクリニック	桜井こどもクリニック	健康相談(子どもの病気、発育、発達などについて)	0
獨協医科大学 小児科(内分泌)	獨協医科大学小児科外来	講話会「夜尿症」	1
獨協医科大学 小児科(血液)	おもちゃのまち幼稚園	講演会「子どもの救急処置」	9
恵生会黒須病院 小児科	恵生会黒須病院小児科外来	公開講座「小児の発熱時の家庭での手当法、注意点」	22
おざわ病院	田原コミュニティープラザ	講演会	10
高橋医院	河内町保健センター	個別健康相談(予防接種、事故予防、アトピー性皮膚炎に対する考え方、育児相談)	6
西方病院	西方なかよしこども園	講話会「こどもの健康増進について」健康相談会	35
自治医科大学 付属病院小児科	第2薬師寺幼稚園	講演「こどものあぶない生活環境」	37

(順不同)

## 栃木県小児保健会役員名簿

平成13年度

職 名	氏 名	所 属
会 長	江口 光興	獨協医科大学小児科学（血液）教授
副 会 長	梶田 俊行 石黒 彬男 伊藤 正子	県東健康福祉センター長 石黒小児科院長 栃木県看護協会会長
常任理事	桃井 真里子 有阪 治 加藤 一昭 石井 徹 井原 正博 星 紀彦 吉野 良寿 高柳 慎八郎 豊田 高子 大越 悦子 橋本 良男	自治医科大学小児科学教授 獨協医科大学小児科学（内分泌）教授 栃木県保健衛生事業団小児保健部 国立栃木病院小児科医長 済生会宇都宮病院小児科医長 星小児科院長 吉野小児科院長 とちぎりハビリテーションセンター所長 栃木県栄養士会理事・森病院 県西健康福祉センター地域保健課母子精神担当係長 栃木県保健福祉部児童家庭課長
理 事	野口 忠男 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常任理事 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 城山中央小学校、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・足利市保健センター
監 事	高橋 良子 岡 文代	宇都宮市役所保健福祉部健康課 栃木県看護協会看護婦職能理事・塩谷総合病院看護部長
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る。
- 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る。

(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14年 2月28日現在)

(1)正会員	268名
医 師	60名
歯科医師	4名
保健婦	123名
看護婦	47名
助産婦	8名
パラメディック	5名
栄養士	6名
教 諭	3名
その他	12名

### 謝 辞

本会の運営に対し、多くの企業の補助、ご寄付、ご協力を頂きました。ここに社名を掲げて厚くお礼申し上げます。(順不同)

グラクソ・スミスクライン(株)  
中外製薬(株)  
帝人(株)  
藤沢薬品(株)

山之内製薬(株)  
協和発酵(株)  
武田薬品工業(株)  
三共(株)

## 小児保健後記

平成12年度、13年度と獨協医科大学小児科学（血液）教室が栃木県小児保健会事務局を務めさせていただきました。12年度当初、以前に当教室が事務局を受け持たせて頂いたときの担当者は皆退任し、新担当者は何をどうしてよいやら全て手探りの状態でのスタートでした。前任の自治医科大学小児科学教室に色々と運営のノウハウを教えて頂き、どうにか任期を終えることができました。また総会・研修会や合同研修会の運営では製薬会社担当者の労務協賛を頂きました。自治医科大学及び協賛を頂きました皆様にはこの場を借りて厚く御礼申し上げます。行き届かぬ点多く、関係各位には色々とご心配やご迷惑をおかけしたことにはお詫び申し上げます。色々とありがとうございました。

小児保健栃木 19号  
平成14年3月31日発行  
発行 栃木県小児保健会  
下都賀郡壬生町北小林880  
獨協医科大学小児科（血液）内  
電話0282-87-2156  
印刷 (株)松井ピ・テ・オ・印刷