

小児保健栃木

第 8 号 ・ 平成 2 年 3 月

栃木県小児保健会

平成元年度栃木県小児保健会総会及び研修会



(友枝宗正会長)



(東邦大学医学部 諸岡啓一先生)



(自治医科大学 宮本信也先生)



(伊東利枝先生、山口えり子先生)



(研修会風景)

第13回 栃木県小児保健会・栃木県母性衛生学会合同研修会
第11回 とちぎ思春期研究会研修会及び平成元年度母子保健研修会



(日本大学医学部 大 国 真 彦 先生)



(栃木県教育研究所 日野宜千先生)



(自治医科大学看護短期大学 松本精一先生)

小児保健栃木第8号

目 次

高齢化社会と小児科医	栃木県小児保健会会長 友枝 宗正	1
平成元年度栃木県小児保健会総会及び研修会		2
特別講演		
「乳幼児健診における発達のチェックポイント」		
講 師	東邦大学医学部小児科助教授 諸岡 啓一	3
事例発表（栃木県乳幼児健診研究会）		
「乳幼児における育児態度・環境と発達」		12
司 会	自治医科大学小児科 宮本 信也	
「1歳6か月児をもつ母親の育児態度と児の健診結果との比較検討」		
発 表 者	今市保健所 伊東 利枝	13
「3歳児健診における児の問題行動と母親の育児態度・環境との比較検討」		
発 表 者	宇都宮保健所 山口えり子	18
第13回栃木県小児保健会・栃木県母性衛生学会合同研修会		
第11回とちぎ思春期研究会研修会及び平成元年度母子保健研修会		23
特別講演 「成人病の予防と小児の食生活」		
講 師	日本大学医学部教授 大国 真彦	24
講 演 「電話の向こうの子どもたち」		
—希望のダイヤルにおける性の悩み—		
講 師	栃木県教育研究所相談部長 日野 宜千	26
講 演 「思春期保健の最近の動向」		
講 師	自治医科大学看護短期大学学長 松本 清一	28
～ 交 流 の 広 場 ～		
県南における療育活動	友枝 宗正	30
栃木県における「在宅重症心身障害児(者)のための巡回療育事業」に参加して		
国立療養所足利病院 中村 博志		31
栃木県県南部発達障害懇話会のご紹介		33
栃木県小児保健会規約		34
栃木県小児保健会会員の加入状況		36
栃木県小児保健会役員名簿		37
編集後記		38

高齢化社会と小児科医

栃木県小児保健会会長 友枝 宗正

最近、日本小児科学会に出席して感じますことは総会会場にて名誉会員の証書授与が行われるのですが、その先生方のご出席が非常に少ないことです。その理由は推薦年齢が70才以上という高齢であられることも考えられますが、元気にお仕事をされておられても足腰が弱くなられて、お体に自信がなくなられてのこのように聞いております。

小児科医こそ子ども好きで、夢をもち、元気な子どもと若い母親を相手の楽しい健康的な仕事で体を傷めることが少ない筈なのですが、恐らく他科にくらべて非常に大勢の病人を診なければならぬというストレスと、現行の健康保険制度の下では、心と体をやすらげる休息時間と運動時間が十分に取れないくらい忙しすぎる診療生活の結果だと考えます。

私ごとですが、私は1915年生れの高齢で日常の生活はさしつかえありませんが、午後は何かしら疲れを感じて夕方以後の診療は診たくない気持ちになります。

ところが昨年より「小型子ども保健館」を併設し、午前中の診療で充分に説明、アドバイス出来なかった母親あるいは祖母へ30分ないし約1時間かけての予約制特別相談を行ったり、自動血圧計を使用してのOD検査、背筋力測定、前屈度検査、土踏まずの検査、大脳の覚醒度を調べるフリッカーテストなどの体力測定などを行ないますが、このような

予防医学の取り組みは気分の転換、さらに私自身の健康保持にもなっています。

この健康相談、体力検査は5時には終了させて、6時以後1時間位は母親が勤めていたり、高熱で心配している方々の診察を嫌な顔を見せず親切にして上げられるということは高齢老練小児科医だけが知る冥利としみじみ思います。

私が日本小児科学会で社会保険担当理事をしていました時、厚生省大臣官房統計調査部長加倉井駿一氏のご協力でご協力で小児科開業医の実態調査を行ないました時（1971年11月）診療形態として近畿ブロックにおいて午前のみ5.3%、午前と午後15.9%、午前と夜間39.4%、午前・午後・夜間38.8%、不詳0.6%という結果が出て午前と夜間という関東では見られない診療形態が目立ちました。このような診療形態は健康保持のため、さらに小児科開業医が予防医学をとり入れるためにも考えてよい方法と思いました。

さて初めに記しました医師が体を傷めているという問題は、21世紀の課題である成人病予防ということを考えても医者の不養生ということは許されないことです。率先して医師自身は勿論のこと、医師家族の健康保持を図り、健かに加齢して行くということの模範を示さなければならないと考えます。

平成元年度栃木県小児保健会総会及び研修会

期 日 平成元年7月15日(土)

会 場 宇都宮市医師会館

1. 映画上映 13:30～14:00

「母と子のきずな」

2. 総 会 14:00～14:20

(1) 会長あいさつ

(2) 来賓あいさつ

(3) 議 事

ア. 昭和63年度事業報告

イ. 昭和63年度収支決算報告

ウ. 昭和63年度監査報告

エ. 平成元年度事業計画(案)について

オ. 平成元年度収支予算(案)について

カ. その他

3. 研 修 会

(1) 事例発表(栃木県乳幼児健診研究会) 14:20～14:50

テ ー マ 「乳幼児における育児態度・環境と発達」

司 会 自治医科大学小児科 宮 本 信 也

ア「1歳6か月児をもつ母親の育児態度と児の健診結果との比較検討」

発 表 者 今市保健所 伊 東 利 枝

イ「3歳児健診における児の問題行動と母親の育児態度・環境との比較検討」

発 表 者 宇都宮保健所 山 口 えり子

休 憩 14:50～15:00

(2) 特別講演 15:00～16:30

テ ー マ 「乳幼児健診における発達のチェックポイント」

講 師 東邦大学医学部小児科助教授 諸 岡 啓 一

特別講演「幼児健診における発達のチェックポイント」

講師 東邦大学医学部小児科助教授 諸 岡 啓 一

発達 development とは機能上のものを指していて、形態学的に計測し得る身長、体重などの発育 growth と区別して用いられる。発達には運動発達と精神発達があるが、それぞれ別個のものなので、分けて検討する必要がある。

1 運動発達のアセスメント

運動発達の評価法の一つに、運動発達の段階 milestone がどの程度まで到達しているか、という見方がふつう行なわれている。この発達段階と姿勢反射を主にみる分野が発達小児科学である。フランスにおいては独特の神経症候学があるが、そのうちで、筋緊張の診方については後述する。

小児科においては、乳幼児健診以外に、急性の神経疾患も扱っている。後者においては、発達段階のみならず、質的異常が問題になる。それゆえ、両者に共通して行なえる診察法が望ましい。したがって、私は、発達神経学で扱う発達段階、姿勢反射（これらは月齢依存的な意義を有する）に加えて、神経学的症候（質的異常）、すなわち、姿勢、筋緊張、筋力、腱反射、病的反射（これらは月齢非依存的な意義を有する）も含めて、総合的な診察を行うべきと考える。〈1〉

2 問 診

母親の観察・記憶はかなり正確であるし、その訴えには重要な意味が含まれていることが多い。これを的確に聞き出すことが必要である。哺乳不良、体重増加不良、不機嫌、驚きやすい、多動、夜泣きが多い、などは精神

発達障害、運動発達障害の児に比較的多く見られる。「指しゃぶりをしない」、「両手合せをしない」などは、普通、発達の遅れの範疇に入れられているが、手を体の中央線上にもってくるのが少ないという姿勢の異常をも意味していると考える必要がある。

3 神経学的診察法

私が行なっている診察法を示す。〔第1表〕
運動発達に関して、2) 以下の項目をみる。まず、A) 発達神経学的症候（月齢依存性の症候）について、次で、B) 神経学的異常症候（月齢非依存性の症候）について述べる。以下、順に述べる。

A) 発達神経学的症候（“量的”異常、月齢依存性）

1) 発達段階 milestone

発達段階は、“早い／遅い”の量的異常を意味する診察項目であると言える。スクリーニングの目的では、90パーセントイルの月齢でも出来なければ、「遅れの疑いあり」と判断されている。50、90パーセントイルの月齢は本邦の検査〈2〉〈3〉のデータより抽出・引用して示した。〈4〉頸定、お坐りなどについては、一定の基準がない。私共の基準を具体的に述べる。

a) 頸定について：

- ① まず、坐位にして側胸部を持って軀幹を垂直に保つ。頭部が安定しているかをみる。
- ② 次に、軀幹をゆっくり左右に傾けて頭部の側方の立直り（反射）をみる。3～4ヵ月以後では頭部が軀幹軸上かより上方に来ればよい。

③ 引き起こし反応での頭部保持の状態も参考になる。3～4ヵ月健診では、軀幹を45度に起こした時点で頭部が水平以上であればよい。〈5〉

④ 腹臥位での頭部挙上はかならずしも頸定の発達程度を示していない。坐位での頭部保持の程度と不釣り合いに挙上が認められれば、(異常姿勢としての)頭部背屈 head retraction が考えられる。軀幹背屈、上肢伸展、下肢伸展などの伸展傾向を伴っているかどうかをみる。

b) お坐りについて：

① 坐位にして、手を着かずに安定している(背中は真っ直ぐ/曲っている)か——私は、(背中は曲っていても)1分以上安定していれば坐位可能としている——。手を着くと可能か、軀幹が二つ折りになるか(double fold、筋緊張低下のことが多い)をみる。

② 側方パラシュート反射の有無も有用である。坐位にて、側方に傾けた際に、手を出すかどうかを見る。

c) 歩行：

安定感、リズム、小走り(でしか歩けない)、膝の過伸展、歩幅、外反扁平、尖足などの有無を見る。歩行が完成するにつれて、上肢は、上方挙上、側方挙上、下方となってくる。

d) 運動発達障害における運動発達の達成度

1歳未満で運動発達の遅れ、筋緊張異常など運動発達障害を示した乳児を follow-up した。頸定の時期は、正常化群で7ヵ月までに見られ、CP群では5ヵ月以後に出現しており、オーバーラップがあった。寝返り、坐位、つかまり立ちでも同様である。這い這い、一人歩きに関しては、1歳半以後になるとオーバーラップはなくなるが、乳児期には発達段階のみでは診断や予後の

推測は出来ないと言える。〈6〉

2) 姿勢反射

姿勢反射は月齢依存性で、出現・消失の時期により、正常からの逸脱を問題にしている。同時に、筋緊張、姿勢の異常等もチェックされる。これには数多くの手技があるが(とくに Vojta 法で)、臨床的には、非対称性緊張性頸反射、引き起こし反応、腋窩懸垂反応(垂直抱き)、Landau 反応(水平抱き)、パラシュート反射(側方、前下方)で十分と思われる。〈1〉〈4〉

① 非対称性緊張性頸反射：顔面を横に向けた際に、向けた方の上下肢が伸展する現象である。4～5ヵ月までは生理的に出現する。

② 腋窩懸垂反応(垂直抱き)、Landau 反応(水平抱き)：

(a) まず、月齢依存性の面について、腋窩懸垂反応では、体幹の保持の程度と、下肢の支持の程度(陽性支持反応)を見る。坐位が可能にもかかわらず(また、上肢の発達と不釣り合いに)、下肢の支持が乏しいとき、解離性運動発達 dissociated motor development の可能性がある。いざり shuffling が見られれば、ほぼ確実である。CP(対麻痺型)、脊椎披裂、筋疾患などを除外する必要がある。

逆に、下肢の支持が強すぎれば(とくに下肢交叉や尖足を伴っているとき)、異常姿勢・筋緊張があると判断する。

(b) 次に、軀幹の筋緊張をみる。腋窩懸垂反応では shoulder through (肩甲帯での保持が悪く、すり抜ける現象)をみる。Landau 反応では、軀幹が柔らかく感じられる、または軀幹・四肢が屈曲して下垂する(逆U字形)場合は、筋緊張低下である。

(c) 私は、これらの際同時に、四肢の姿勢の異常も見る事になっている(上肢伸展、前

腕回内、上肢W字状、下肢伸展・交叉、尖足など)。安静時にはっきり認められなくても、これらの姿勢反射では、負荷をかけているので、姿勢の異常がより顕著になり、チェックしやすい。

B) 神経学的異常症候(“質的”異常、月齢非依存性)

姿勢、筋緊張、筋力、腱反射、病的反射などは、成人神経学で診察に用いられている症候で、月(年)齢に関係なくほぼ同じ基準でチェック可能である(すなわち月齢非依存性)ので診察しやすい。神経症状の中でも質的異常を示していると考えられる。

1) 姿勢

① 安静時の姿勢は、動作中または姿勢反射の際の姿勢に比べて、観察・記載が容易であり、したがってより客観性がある。私は姿勢の異常について、診察項目の中で最も神経学的意義があると考え、重視している。乳児期では、四肢は軽度に屈曲しており、これを基本に自由な動きがある。その結果として、手はしばしば体の中央線上来る。

この正常パターンから外れた姿勢をしばしば(好んで)取る場合には(preferred posture)、異常姿勢と判断する。

乳児期前半では、頭部、上肢、手指の異常姿勢が多く、後半以降では下肢の異常が増えてくる。

② 斜頸を示している場合、胸鎖乳突筋に腫瘤が触れるもの(筋性斜頸)は稀である。ここで、「斜頸」(または「斜頸様頭位」とは、斜頸の状態を呈しているが胸鎖乳突筋に腫瘤が触れないものをさしている。これは、ふつう習慣性斜頸と言われており頭部の変形の結果とされているようであるが、頸筋(胸鎖乳突筋など)の筋緊張低下/左右差があり、頭部の動きが悪いために生じたと考えられる。多くの場合、この他に神

経症状がみられることから、神経学的異常所見と考えるべきである。

③ 「上肢W字状」とは、私が仮に名付けたものであるが、上腕を回外、肘を屈曲して手を床に付けていて、W字状に見える姿勢である。〈1〉〈4〉筋緊張低下の児(フロッピーインファント)に見られることが多いが、亢進している児にも見られる。

④ 腹臥位での状態を見る。頭部挙上の程度、上肢を前方に出し肘/手で支えるか、下肢の姿勢がチェックポイントである。

(1) 頭部挙上については、顎定の程度に相應しているかを見る。著しく挙上している場合(背臥位での頭部後屈・背部弓張り・下肢伸展の有無も併せて判断して)、伸展筋緊張の異常亢進とする。

(2) 上肢(とくに上腕)を肩よりも前方へ出すようになるのは5ヵ月以後である。5ヵ月以前は臀部の方が高い(hip-up)。5、6ヵ月以後で、著しく上腕を後方へ引く(後挙retraction、「飛行機様」となる)のは異常である。背臥位での「上肢W字状」に対応する。(腋窩懸垂反応、Landau反応でも同じ所見を示す)。

2) 筋緊張

筋緊張の一般的な診方は、関節を他動的に動かした際に感じられる抵抗感である。簡単には、体~四肢の「硬さ、柔らかさ」と解釈してよい。肘関節・足関節の屈伸、股関節の開排を行なって判断する。筋緊張の異常があれば、姿勢などに異常所見が現われる。これらを表示した。〔第2表〕

前記のフランス流の症候学では、筋肉(または関節)の「伸びの度」(伸展性)extensibilité(extensibility)、「振れの度」(被動性)passivité(frappabilité)、「硬さ」consistanceをみる。次にこれらの手技について述べる。

a) 「伸びの度」とは、ゆっくりとはほぼ限界まで関節を屈曲／伸展した際の、関節の角度を意味している。「関節可動域」range of motion (ROM) と同義である。筋緊張が低下したら、伸びの度は、普通亢進する。しかし、筋緊張が長期間低下していたら、(運動量の減少のため) 関節「拘縮」がおり、伸びの度は減少する。

① 上肢を反対側に回して頸部(顎下)にぴったりと巻付けられるかを見る(スカーフ徴候)。肩甲帯筋の筋緊張低下(伸びの度の亢進)の現れである。

② 踵耳症状 heel to ear sign (背臥位で、踵を持って下肢を持ち上げ、踵を耳に着けられるかを見る)が陽性の場合、股関節・膝関節の伸びの度の亢進(筋緊張低下)を意味している。坐位での「軀幹二つ折り」double fold と同じ現象である。

③ 股関節について、開排制限が見られるときは、先股脱が有名であるが、頻度は稀である。股関節の開排制限～硬さは、普通、先天股脱の sign とされているが、クリックサイン、大転子の位置・脚長差など先股脱の所見がなければ、とくに両側性の場合、大腿内転筋の筋緊張亢進か関節周囲の結合組織の固さと解釈すべきである。大腿内転筋の筋緊張亢進による場合は、普通、内転筋反射陽性・膝蓋腱反射亢進を伴っている。

④ 腹臥位にて、下肢(大腿部)を閉じた(合せた)場合、腰が挙上する「尻上りサイン」hip up sign の有無をみる。これが陽性の時、大腿四頭筋の短縮(拘縮)が考えられる。

⑤ 足関節の屈伸で、筋緊張／拘縮を見る。筋緊張亢進(錐体路障害)による場合はアキレス腱反射、メンデルーベヒテレフ反射・ロツソリーモ反射ともに亢進している。拘縮の場合は、アキレス腱反射はほぼ正常

範囲で、メンデルーベヒテレフ反射・ロツソリーモ反射は陰性である。

b) 振れの度 passivite, pendulousness, frappability

よく行われているのは、患児の前腕遠位部を持って振った際に、手が受動的に動く程度(振れの度)である。

c) 硬さ consistence

筋をつかんだ際の硬さである。筋緊張低下の場合、柔らかく感じる。しかし、線維化が進んだ場合は硬い(仮性肥大、拘縮など)。また同時に、筋萎縮もみる。

d) 姿勢の異常

筋緊張低下または亢進時には、姿勢その他に異常所見を示すことが多い。第3表に示した。背臥位時の蛙状姿勢 frog posture はよく知られている。腰帯・大腿筋が重力に抗しきれない状態である。反張肘は可動域の亢進によるものである。

立位での反張膝も同様である。またこの際、しばしば、外反・扁平足がみられる。筋緊張低下のため体重に抗しきれない状態である。引き起こし反応の際の肘屈曲不良は、同様に、肘関節屈曲筋の緊張低下を示している。

3) 筋力

筋力とは文字どおり、四肢・軀幹の力であり、筋緊張とは異なる。乳幼児には成人と同様の筋力テストは行なえない。主に、暴れたときの力で判断する。他に、四肢の自発運動(挙上の程度)、腹臥位での頭部挙上の程度、上肢の支持力、立位での下肢の支持の様子、などで判断する。

脳性の障害では(運動発達障害、精神遅滞など)、筋緊張は低下しているが、筋力は正常である。ただし、錐体路障害では筋力もやや低下する。

4) 腱反射

運動発達障害では必ずしも腱反射異常を示す訳ではない。アキレス腱反射亢進の場合、安静時に尖足を認めたり、足間代陽性の事が多い。末梢神経障害では腱反射欠如が特徴的である。

5) 病的反射

バビンスキー反射では、母趾の持続的背屈（著者らの検討では、2秒以上）と他の4趾の開扇現象の2つをみる。バビンスキー反射、メンデルーベヒテレフ反射、ロッソリーモ反射とも、4ヵ月頃までは生理的に陽性である。乳幼児では正常でもバビンスキー反射が陽性となり得るとされているが、陽性率は低い。私の経験では、年長児においても他の錐体路徴候が陽性でもバビンスキー反射の出現率は比較的低い。むしろ、メンデルーベヒテレフ反射、ロッソリーモ反射の方が陽性率が高く、有用である。〈7〉

4 評価、鑑別診断

問診、診察所見を併せて評価～暫定診断を行なう。まず、精神発達遅滞の有無を記す。運動面については前記の7つの症候の有無と程度を検討する。その異常の種類・分布により鑑別診断を行なう。中枢神経系の障害の場合には、錐体路性、錐体外路性、小脳性、脊髄性など、その性質・障害部位を記す。特徴的な症候（チェックポイント）を示した。

〔第3表〕

これらの中で最も注意すべきは、脳性麻痺 cerebral palsy (CP) である。CPとは、運動障害（麻痺）があり、正常化していかないものである。乳児期には、比較的重度の神経症状があっても正常化していくことが多い。すなわち、CPと「正常化群」とは分化しておらず、鑑別困難である。私はこれをまとめて運動発達障害 motor developmental distur-

bance (MDD) としている。ほかには、運動発達遅滞、中枢性協調障害 zentrale Koordinationsstörung (ZKS)、危険児 Risikokind（後2者はVojta法での命名）などといわれている。診察時には、症状の程度（軽、中、重）と予後の推測（正常化する、CPを残すなど）を記載しておく。

5 1歳6ヵ月児健診

1歳6ヵ月児健診で運動発達の異常には、脳性麻痺、微細運動障害、解離性運動発達、精神遅滞による運動発達の遅れ、筋疾患、先股脱がある。鑑別点は前記のとおりである。

1歳6ヵ月児健診で、歩かない、歩きかたがおかしいなど歩行異常を示す14症例について検討した。経過観察による結果は、運動発達の遅れ3例（うち精神遅滞1）、微細運動障害8例（うち発達性言語障害2）、解離性運動発達3例であった。すなわち、整形外科的な異常の症例はなく、全て中枢神経系の異常であったことが注目される。

6 予後の推測

運動発達段階は90パーセンタイル値で遅れの有無を考えるので、10人に1人は「遅れの疑いあり」ということになる。軽度の運動発達の遅れのみでは問題ないが、これに加えて、姿勢・姿勢反射などの異常も示す乳児を運動発達障害として、1～2ヵ月毎にfollow-upする。

私は、79人の運動発達障害の乳児を追跡して予後を検討した。発達段階から病的反射までのうち、全ての症候の異常を呈していない場合は、全例正常化していた。全ての症候の異常を呈していた児は、正常化したものと、CPになったものの何れかであった。このように前述の神経症状をみることによって予後の推測がかなり可能である。運動発達のアセ

メントには、その時点の所見（症候）ないし重症度にとどまらず、予後の推測まで行なうのが望ましい。診察時の月齢、follow-upによる変化なども含めて検討する。

中等度以上の運動発達障害がみられる場合は、医学的に原因を検討しなければならない。乳児期の脳は可塑性に富み、軽度ないし中等度の場合は正常化していくので、赤ちゃん体操などの指導を行う程度でよい。運動発達障害が著しく遅れている場合や、前記のように全ての症候の異常を呈する時には、リハビリテーションを行なう必要がある。

II 精神発達のアセスメント

精神発達と運動発達は別個のものであるので、別に検討する必要がある。言語発達遅滞の場合、精神発達が正常範囲か精神遅滞（精神薄弱）であるのかをみる。

1. 精神発達アセスメントの問題点

乳児期から精神遅滞を診断できるか否かについて種々の議論がある。軽度のものや折れ線型自閉症では予測困難であろう。中等度以下の精神遅滞では疑うことは可能である。

発達検査法では、精神発達と運動発達に分けてみているが、発達指数を算出する際には全体をまとめて出す検査法もあるので注意を要する。〈8〉

2. 精神発達歴

精神発達の遅れでは回復傾向は比較的小さいので、(過去の)発達歴は予後の推測の上で重要である。

対人関係は、精神発達アセスメントにおいて最も重要な項目と考える。follow-upの結果から、発語と言語理解が生活年齢より遅れていても、対人関係が有意に遅れていなければ精神遅滞ではないと言える。また、言語理

解も重要である。指示の理解や身体部位の指差し（「お口はどこ？」など）の出現時期は、言語遅滞児で早い者から遅い者まで大きくバラついていたが、少なくとも24ヵ月以前に達成した者は精神遅滞とはなっていなかった。

〈9〉「バイバイ、ニギニギ」などの模倣（物まね、赤ちゃん芸）の出現時期もかなり重要である。

3. 診察時の所見

精神発達の診察時所見についても、対人関係、発語、言語理解の範疇に分けてチェックする。1歳未満は、前言語期であり、対人関係は大切である。顔貌が無欲状態でないか、周囲への関心（診察、問いかけに対する反応で判断する）の程度を見る。ペンライトや舌圧子電灯を点滅させて注視・追視の程度を見る。

1歳以上であれば、診察に対する協力の程度と（適度の）恐怖感を見る。とくに、聴診、腱反射を行なうときは、1歳半以上であれば比較的良好に反応するものである。小児科医は、ふだん上気道炎などで正常発達の小児を診察しているので、チェックしやすいと思われる。多動や注意集中の程度（short attention spanの有無）、視線が合うかも重要である。

言語理解については9ヵ月頃からチェック可能となる。「バイバイ(シャンシャン)して」と問いかけて反応を見たり(言語理解)、検者が行なって模倣させたりする(対人関係～社会性、認知)。「これをお父さんにあげて」などの指示の理解、「お耳はどこ？」など身体部位の指差しのチェックも非常に重要である。私は遠城寺式乳幼児分析的発達検査法を診察の場で行なっている。

小さな音にも振り向くか、テレビのCMがかかると隣室からでも来るかなど音への反応も大切である。

4. 1歳6ヵ月児健診

1歳6ヵ月児健診での問診のアンケートは、全国的にはほぼ同様の形式の物が使用されており、設問が適切で有用である。単語は2個言えればよい（私は確実にであれば1個でもよいと考えるが、健診の場で、'確実に1個'を聞き出すことは難しい）。下記のように言葉の理解面をチェックしない場合は、単語4個出現を確認するのも良い。

単語2個言えても、すなわち発語が見られても、必ずしも精神発達に問題はないとはいえない。言語理解を確認する必要がある。問診（指示の理解）を行ない、絵カードを用いる。車、犬、ご飯など6個の絵を見せて「○○はどれ？」と聞き、そのうち1個でも指差せればよい。「これを台所に持って行って」、「これをお父さんに渡して」、「これをごみ箱にポイして」などの指示の理解を聞く。これらの90パーセントの月齢は1歳4ヵ月なので、1歳6ヵ月児健診で見られなければ指示の理解の遅れの疑いありとする。

身体部位の指差しは、この年齢では出来なくてよい。1ヵ所でも差し始める50パーセントが1歳5.4ヵ月、90パーセントが1歳9.5ヵ月である。他の項目で不完全なものがある場合、これが出来ていれば問題なしとすることも出来る。

5. 言語発達

話し言葉 speech（狭義の言語）には発語 expression と言語理解 comprehension の両面がある。これらと状況の理解（認知 cognition、対人関係、ボディランゲージ）を併せて全体を言語 language, communication という。言葉の遅れの原因、種類を決定して対応するには、この3つのカテゴリーについて検討する必要がある。〈10〉〈11〉

言葉の遅れを来たす原因を頻度順に挙げる

と、

- 1) 発達性言語障害、
- 2) 精神遅滞、自閉症、
- 3) 環境性、
- 4) 難聴であろう。

発達性言語障害 developmental speech disorders とは、知的には正常範囲にありながら、言葉の出現（表出性 expressive）や理解（受容性 receptive）が遅れるが、のち追いつき、（ほぼ）正常になるものを言う。表出性のみの方が軽度で頻度が大である。受容性（この際、表出面の遅れも伴う）の場合は、より重く、多動や注意集中困難を伴うことが多い。この場合、幼児～学童期に微細脳障害、注意集中困難、学習障害を呈することがある。

両親が聾であるなどの特殊な例を除くと、環境性の言語遅滞は稀である。子供側にある要因を見ないで、安易に母親の育児上の問題とする（ときにこのような指導が見受けられる）ことのないようにしたい。もちろん子供の“脳の問題”を強調するのも不安を増強させるのでよくない。“個人差”ないし“偏り”という程度の説明がよいと思われる。

6. 発達歴の検討

言語遅滞の小児を経過追跡して、発達性言語障害、精神遅滞などと確認された症例の発達歴を検討した。

- (1) 単語の出現時期：発達性言語障害、精神発達境界例、精神遅滞の全てで遅れており、出現時期では各群の鑑別は出来ないと言える。しかし、発達性言語障害では30ヵ月（2歳6ヵ月）までに出ており、これが上限と思われた。〈9〉
- (2) 二語文の出現時期：これでも各群の鑑別は出来ない。発達性言語障害では42～46ヵ月（3歳6～10ヵ月）まで遅れる症例が見られた（これが“知能正常”の場合の上限と思われた）。
- (3) 指示の理解の出現時期：「これを台所に

持って行って」などの命令が分り始めた時期を見た。各群でかなりのオーバーラップがあるが、精神遅滞では有意に遅れていた。発達性言語障害でも30ヵ月まで遅れる症例があるが、24ヵ月（2歳）までに見られれば精神遅滞になっていなかった。

- (4) 身体部位の指差し：「お目目はどこ？」など聞かれて1ヵ所でも差し始めた時期である。指示の理解と同様の傾向が見られた。やはり、24ヵ月までに出現すれば、精神遅滞ではなさそうであるといえる。〈9〉

7. 検査

発達検査には多くの種類があるが、私は遠城寺式乳幼児分析的発達検査法が簡便かつ有用なので、診察の際には自ら行なっている（所要時間5～10分）。言語面は発語と言語理解に分かれており、表出面と受容面のレベルを知ることが出来る。遠城寺式乳幼児分析的発達検査法の妥当性（相関関係）を新版K式発達検査法と比較して検討したが、良好な結果であった。

対人関係の項目は、follow-upの結果では、児の知的能力の一面を示しており、診断すなわち予後の予測に重要であると考えられた。対人関係の発達指数（DQ）が75以上で、発語と言語理解のDQの平均が65以上の場合、精神発達は正常範囲であった。例えば、1歳6ヵ月児健診の場合の項目（領域）による鑑別診断を示す。〔第4表〕

発達検査には、この他に多くのものがあるが、2～4歳という低年齢の児に適用可能で認知面と言語面に分けて発達指数が出るものとしては、新版K式発達検査法が最もよいと考えられる。

表出性のみと言語遅滞では、脳波検査などの検査は必要でない。対人関係や状況の理解が良好なのに対して、言語の表出と理解が

なり障害されている症例は、ふつう、発達性言語障害（表出性・受容性）と診断されるが、難聴を否定する必要がある。このような症例や精神遅滞が疑われる児には、脳波と聴性脳幹反応を行ない、聴覚の閾値をみる。しかし、実際の聴覚障害と聴性脳幹反応とは一致しないこともあるので注意を要する。重度の表出性・受容性発達性言語障害、精神遅滞、難聴などでは、脳波、聴性脳幹反応、CTスキャン、血液生化学検査、体謝異常検査を行なう。〈12〉

8. 経過観察と指導

3～4ヵ月毎に経過を観察する。小児科医は児の全体像を把握できるので、心理職と併行して経過観察を行なうべきであろう。医学的診察の常として、診察毎に（初診時でも）、（暫定）診断名を記載する。もちろん母親にそのまま伝えることはしない。保健所などでの経過観察では毎回終了時に、小児科医が司会役となりケースカンファランスを行なうことが大切である。〈12〉

文 献

- 〈1〉 諸岡啓一：乳児期の神経症候学—神経症状の見方—、1985；38：231-242。
〈2〉 上田礼子：日本版デンバー発達スクリーニング検査—JDDSTとJPDQ、医歯薬出版、東京、1980。
〈3〉 遠城寺宗徳他：遠城寺式乳幼児分析発達検査法、九大小児科改定版、慶応通信、東京、1977。
〈4〉 諸岡啓一：III. 乳幼児健康診査、小児科1985；26：201-212。
〈5〉 松尾多希子、諸岡啓一、他：乳児期の顎定について、第29回日本小児神経学会、1987。

- <6> 諸岡啓一、他：乳児期運動発達障害の危険因子について、第29回日本小児神経学会、東京、1987。
- <7> 諸岡啓一、他：乳児期の病的反射の出現率とその意義について、第28回日本小児神経学会、松江、1986。
- <8> 諸岡啓一：乳児期精神発達評価の問題点とそのチェックポイント、小児科臨床 1983；36：2415-22。
- <9> 諸岡啓一他：言語発達遅滞における発達歴の検討、第30回日本小児神経学会、徳島、1988。
- <10> 諸岡啓一：言葉の遅れの診断と扱い方 小児科 1984；25：625-633。
- <11> 諸岡啓一：乳幼児期における発達アセスメント、発達障害 1988；10：18-24。
- <12> 諸岡啓一：ことばの遅れとそのチェックポイント、東京小児科医会報 1989；8：34-39。

第1表 神経学的診察法—神経症候とその神経学的意義

神経学的症候	神経学的意義	
	月 齢 依 存 性	月 齢 非 依 存 性
1) 精神発達 (顔貌, 関心の程度)	○	
2) 微細・粗大運動の発達段階	○	
3) 姿勢 (安静背臥位)		
頭部後屈, 斜頸, 上肢W字状		○
上肢伸展・回内, 手指屈曲, 蛙状肢位		○
下肢伸展, 内反・尖足		○
4) 姿勢反射		
引き起こし反応 { 頭部屈曲: 不良	○	
{ 肘 屈 曲: 不良	○	○
腋窩懸垂反応 { 上肢伸展/W字状/手握		○
Landau反応 { 下肢伸展/内反・尖足		○
{ 軀幹保持/低緊張	○	○
パラシュート反射 (側方, 前下方)	○	
5) 筋緊張		
肘・股関節の屈伸・開閉		○
踵-耳症状/軀幹二つ折れ		○
引き起こし反応 (肘屈曲)		○
腋窩懸垂・Landau反応での軀幹		○
6) 筋 力 暴れたときの力		○
7) 腱反射		○
8) 病的反射 (Mendel-Bechterew/Rossolimo)		○
趾の屈曲→錐体路症状		

第2表 乳児期の筋緊張の見方

	手技	判定法
I. 一般的 II. 筋緊張低下時	関節の他動的屈伸 安静時姿勢	抵抗感 “上肢W字状” 蛙状姿勢
	坐位 スカーフ症状	軀幹三つ折れ 上肢が顎の下に巻きつく
III. 筋緊張亢進時	踵-耳症状	踵が耳につく
	振れの度	手・足関節を振る
	引き起こし反応	肘屈曲が乏しい
	腋窩懸垂反応	軀幹が軟らかい
	Landau反応	軀幹が軟らかい
	安静時姿勢	頭部後屈, 後弓反張 上肢の硬い伸展, 回内 下肢伸展, 交叉 内反・尖足
	関節の他動的屈伸	強剛性*(鉛管様) 極直性*(折りたたみナイフ現像)
	股関節開排	抵抗感(硬い) 開排制限(角度)
	足関節背屈	背屈制限
	腋窩懸垂反応, Landau反応など	四肢の硬い伸展

* 乳児期には必ずしも認められない

第4表 言葉の遅れの鑑別診断

1歳6ヶ月で 単語1個以上	言語 理解	社会性, 認知	診 断
発語(+)	正	正	正 常
発語(+)	低	低	精神遅滞
発語(+)	正	正	育児 環境による遅滞
(-)	正	正	発達性表出性言語遅滞
(-)	低	正	発達受容・表出性言語遅滞
(-)	低	正	聞こえ 難 聴
(-)	低	低	精神遅滞

第3表 乳児期に運動障害をきたす疾患の鑑別診断

障害部位	疾 患 名	主要なチェックポイント
脳	脳性麻痺	運動発達遅滞(時にはば正常), 姿勢・姿勢反射異常, 筋緊張亢進 下記疾患をすべて否定すること
	運動発達の偏り(「正常化」)	上記症状が軽度, 6-18ヵ月ごろに正常化する
	解離性運動発達	下肢の運動発達の遅れ, 下肢を突っ張らない, いざり歩きをする, 歩行開始後は正常
	水頭症, 硬膜下血(水)腫	脳性麻痺に類似の症状, 頭囲, 大泉門, 脳圧亢進症状, 眼底同上
	脳腫瘍 脳変性疾患 精神薄弱	脳性麻痺に類似の症状, 発達の退行, 眼底, リンパ球中空胞 精神発達遅滞, 運動発達の遅れ, 筋緊張低下, 蛙状姿勢はあり得るが, その他の姿勢・姿勢反射異常, 筋緊張亢進はない
脊髄	Werdnig-Hoffmann病 炎症, 腫瘍, 血行障害	運動発達遅滞, 筋緊張低下, 腱反射欠如——これらが進行性, 知能正常 上肢正常, 対麻痺, 知覚障害, 膀胱・直腸障害, 知能正常
末梢神経炎	分娩麻痺 末梢神経炎	一側上肢, 特有の肢位, 分娩異常 腱反射消失, 弛緩性麻痺
筋	筋疾患の一般症状 先天性筋ジストロフィー 先天性非進行性ミオパチー(症候群)	筋力低下, 筋緊張低下, 蛙状姿勢, 腱反射低下→消失 上に加えて, 知能障害, けいれん, 顔面筋罹患, 拘縮, CPK上昇 上に加えて, 非進行性, CPK 正常~軽度上昇
関節	先天性股関節脱臼	開排制限(脳性麻痺ではふつう両側), X線所見陽性

事例発表「1歳6か月児をもつ母親の育児態度と児の健診結果との比較検討」

今市保健所 伊 東 利 枝

1：目的

乳幼児健診は、子供の心身両面にわたる健全な育成を促すことが目的となっている。しかし実際の健診では、発育や身体面のチェックに重きがおかれがちである。子供の心身両面の健康は、子供自身が持つ要因のほか、多くの要因が関係するが、母親の育児態度は其中で最も影響力の強いものの一つと思われる。そこで、我々は健全な児の育成をより促すために、母親の育児態度・育児環境を明らかにし、どのような要因が子供の発達に関係しているのかを検討した。

2：研究方法と内容

独自に作成した調査表を健診前に郵送配布し健診時に回収した。

調査期間：昭和60年9月～10月

調査対象：1.6才児 208名

調査項目：

- 母親の育児 (子供とよく遊ぶか。子供といる時の母親の気持ち。いたずらを見た時の母親の対応。など)
- 育児環境 (他の母親との交流の有無。育児上の意見のくい違いの有無。夫の健康度。夫の協力度。など)
- 子供の状況 (発育状況。問題行動。健診結果。など)

※対象者内訳

- ・性別：男児105名 (50.5) 女児103名 (49.5)

- ・出生順位：第一子78名 (37.5) 第二子92名 (44.2) 第三子36名 (17.3) 第四子2名 (1.0)
- ・母親の年齢：10代1名 (0.5) 20代100名 (48.1) 30代106名 (51.0) 40代1名 (0.5)
- ・父親の年齢：10代2名 (1.0) 20代61名 (29.3) 30代134名 (64.4) 40代9名 (4.3) 60代2名 (1.0)
- ・母親の職業：外で働いている45名 (21.6) 自宅で働いている41名 (19.7) 無職122名 (58.7)
- ・父親の職業：専門技術職19名 (9.1) 事務販売業52名 (25.0) 農林業14名 (6.8) 技能・労務職90名 (43.3) その他33名 (15.9)
- ・家族構成：核家族92名 (44.2) 夫の両親と同居88名 (42.3) 自分の両親と同居28名 (13.5)
- ・日中の保育者：両親160名 (76.9) 祖父母36名 (17.3) 保育所11名 (5.3) その他1名 (0.5)
- ・夜間の保育者：両親187名 (89.9) 祖父母21名 (10.1)

注 () 内は%

3：結果

母親の育児態度をみると、育児に困った時の対応は図3-1のとおりで、「上の子で判断する」は第一子を除いた残りのなかの人数の割合でみると、53.1%であった。「誰かに相談

する」と回答した母親は高率であり87.5%となっていた。その内訳は図3-2のとおり。最も多かったのが夫で30.2%、次いで自分の両親の23.7%となっていた。

図3-1 育児で困った時の対応(複数回答 総数208名)

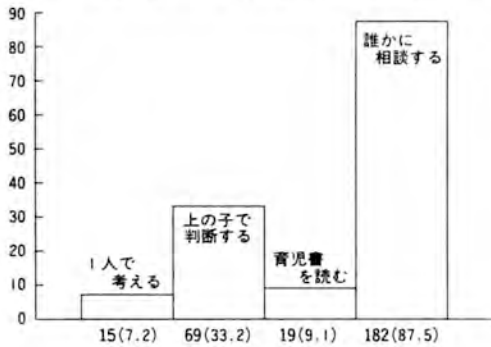


図3-2 誰に相談をするか(複数回答 総数182名)



又、「子供といると楽しいか」の問いに対しては(図3-3)、93.1%の母親が楽しいと回答していた。その反面、育児に対する訴えは図3-4より、「いやけあり」68.3%「イライラあり」64.4%「体のつかれあり」53.3%と、身体面・心理面での負担があると回答した人がかなりみられた。

図3-3 子供といると楽しいか

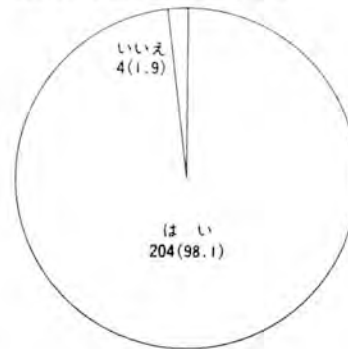
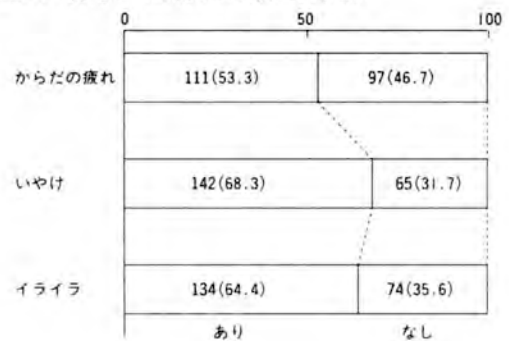


図3-4 育児での母親からの訴えの状況



母親の心理面が反映されやすい子供への対応状況に関してみると、図3-5より「しつけに関して子供ができないとおこるか」では、78.8%の母親がおこると回答していた。

次に育児環境についてみると、夫の育児への参加状況は図3-6のとおりで、「夫の子供あやしあり」96.9%「夫の協力あり」89.0%「夫との話しあいあり」87.5%と、いずれも高率を示した。

さらに子供の問題行動についてみると図3-7のようで、この中で多くみられたのは、「哺乳ビン使用」の24.5%、「指しゃぶり」の17.3%、「かんが強い」の15.9%というような結果になっていた。

図3-5 しつけに関して子供ができないとおこるか

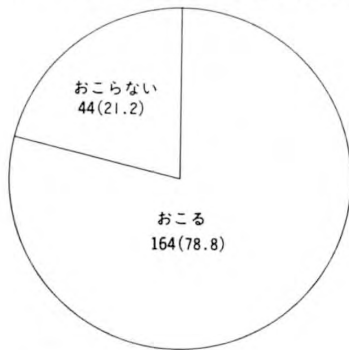


図3-6 夫の育児参加状況

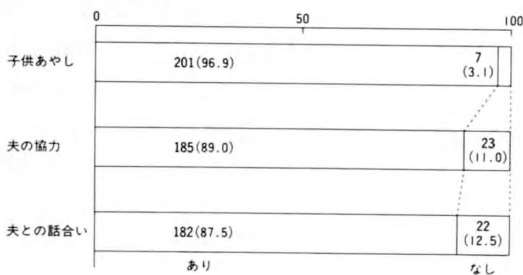
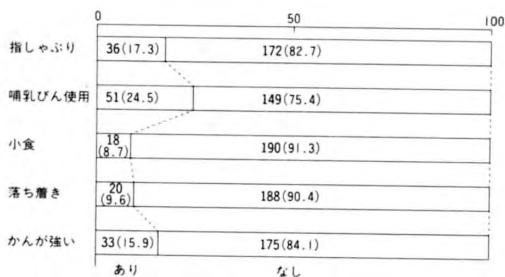


図3-7 子供の問題行動



「育児環境」と「育児態度」を比較検討してみると、「夫と話し合いがない」母親に「イライラあり」と回答する者が多くみられた。(表3-1)

育児環境と育児態度との関係では、「いたずらをみた時の対応の仕方」を「夫との話し合いの有無」でみると、「話し合いあり」の母親は「状況に応じて対応する」のに対し「話し合いなし」の母親は「すぐにやめさせる」と回答する者が多かった。(表3-2)

表3-1 母親のイライラと夫との話し合い

		イライラ	
		あり	なし
話し合い	あり	112 (61.5)	70 (38.5)
	なし	20 (90.9)	2 (9.1)

p<0.01

表3-2 いたずらをみた時の対応と夫との話し合い

		いたずらみたら	
		やめさせる	状況に応じて
話し合い	あり	31 (17.0)	151 (83.0)
	なし	8 (36.4)	14 (63.6)

p<0.01

さらに家族形態別にしてみると、「いたずらをみた時の対応」は、「自分の両親と同居」の母親は「状況に応じて対応」するのに対し、「核家族」の母親は「すぐやめさせる」というものが多かった。(表3-3)

次に、「しつけの際、子供ができなかった時の対応」は、78.8%の母親が「おこる」と回答していた。これは、仕事を持つ母親よりも専業主婦に多く(表3-4)、家族形態別では複合家族に多い傾向がみられた。(表3-5)

表3-3 いたずらをみた時の対応と家族構成

		いたずらみたら	
		やめさせる	状況に応じて
家族構成	核家族	22 (23.9)	70 (76.1)
	夫の両親	16 (18.2)	72 (81.8)
	自分両親	1 (3.8)	25 (96.2)

表 3-4 子供ができなかった時の対応と母親の仕事

		子供ができなかった時の対応	
		おこる	様子を見る
母親の仕事	あり	63 (74.1)	22 (25.9)
	なし	99 (82.5)	21 (17.5)

表 3-5 子供ができなかった時の対応と家族形態

		子供ができなかった時の対応	
		おこる	様子を見る
家族形態	核家族	77 (83.7)	15 (16.3)
	複合家族	87 (77.0)	26 (23.0)

さらに、「子供への言葉かけ」や「子供と一緒に遊ぶか」をみてみると、表 3-6(1)、(2)のとおりで、「夫との話し合いの有無」に関与し、話し合いが充分な程、言葉かけ、遊びも多い傾向がみられた。

表 3-6 夫との話し合いと子供とのかわり

(1)子供への言葉掛けと話し合い

		言葉掛け	
		あり	なし
話し合い	あり	160 (88.9)	20 (11.1)
	なし	17 (77.3)	5 (22.7)

p<0.01

(2)子供との遊びと話し合い

		子供との遊び	
		充分	時々
話し合い	あり	125 (68.7)	57 (31.3)
	なし	10 (45.5)	12 (54.5)

p<0.05

次に「子供の問題行動」と「育児環境」について比較検討した結果では、「小食あり」の者のうち、44.4%に「夫の長時間勤務」があり、また「かんが強い」と回答した者のうち「夫の夜勤あり」が21.2%となっておりこれらは有意な差が認められた。(表 3-7・3-8)

表 3-7 子供の小食と長時間勤務

		長時間勤務	
		あり	なし
小食	あり	8 (44.4)	10 (55.6)
	なし	31 (16.3)	159 (83.7)

p<0.01

表 3-8 かんが強いと夫の夜勤

		夜勤	
		あり	なし
かんが強い	あり	7 (21.2)	26 (78.6)
	なし	16 (9.1)	159 (90.9)

p<0.05

さらに、「母親の仕事」と「子供の問題行動」について比較してみると、「指しゃぶり」「小食」「かんが強い」は、仕事を持つ母親より無職の母親に多い傾向がみられ、逆に「哺乳び

ん使用」は、無職の母親に少ない傾向がみられた。(表3-9)

最後に、「子供の問題行動」と「出生順位」については、第3子以降に「問題行動」が少なく、また「核家族」「夫の両親と同居」に比べて「自分の両親と同居」している家庭の子供に、問題行動が少ないという結果もでている。

要があると思われる。

表3-9 母親の仕事と問題行動

		母親の仕事	
		あり	なし
問 題 行 動	指しゃぶり	12 (33.3)	24 (66.7)
	小食	5 (27.8)	13 (72.2)
	かんか強い	13 (39.4)	20 (60.6)
	補乳びん使用	29 (56.9)	22 (43.1)

4: 考 察

以上のことから、母親の育児態度は、特に夫の身体的な協力よりも、「夫との話し合い」のように精神的な支えが大きく関与し、子供にも安定した気持ちで接するための要因であることを確認できた。

また、仕事を持っていたり家族が多い母親の方が、子供に対して冷静に対応でき、子供の問題行動も少ないことなどから、母親と子供の間には、ある一定の距離が必要であると思われる。

さらに、子供の問題行動は、父親の勤務体制にも関与していることもわかった。

以上のことから、子供の発達や問題行動は、両親と子供の3者が互いに関連しあっていることが予測される。

今後は、このような育児態度・育児環境を充分配慮した健診のあり方を検討していく必

事例発表「3歳児健診における児の問題行動と 母親の育児態度・環境との比較検討」

宇都宮保健所 山口 えり子

1) 対 象

協力の得られた4か所の保健所で健診を受けた3歳児604名とその母親。

- ・性 別：男児316名 (52.3) 女児288名 (47.7)
- ・出生順位：第一子288名 (47.7) 第二子221名 (36.6) 第三子以上95名 (15.7)
- ・母親の年齢：10代1名 (0.2) 20代268名 (44.4) 30代319名 (52.8) 40代以降16名 (2.6)
- ・父親の年齢：10代8名 (1.3) 20代124名 (20.5) 30代422名 (69.8) 40代以降50名 (8.4)
- ・母親の職業：外で働いている101名 (16.7) 自宅で働いている105名 (17.4) 無職398名 (65.9)
- ・父親の職業：専門技術職76名 (12.6) 事務販売職169名 (28.0) 農林業27名 (4.5) 技能労務職215名 (35.6) その他117名 (19.3)
- ・家族構成：核家族370名 (61.3) 夫の両親と同居177名 (29.3) 自分の両親と同居57名 (9.4)
- ・日中の保育者：両親481名 (79.6) 祖父母67名 (11.1) 保育所51名 (8.4) その他5名 (0.9)
- ・夜間の保育者：両親544名 (90.1) 祖父母49名 (8.1) 保育所2名 (0.3) その他9名 (1.5)

注 () は%

2) 結 果

母親の育児態度についてみると表-1及び表-2のとおりである。感情面では「イライラする」「身体の疲れがある」「いやげがさす」「自信喪失がある」と訴える母親が約半数いる半面、ほとんどの母親が「子供といると楽しい」と答えていた。また行動面では「言葉かけをする」「子供と遊ぶ」「遊びに出かける」「相手になって行動する」「手遊びをする」と答えた母親が90%以上おり子供にとって望ましいと思われる行動がとられていた。

これを家族構成で見ると「身体の疲れがある」「いやげがさす」「自信喪失がある」と答えた母親は、同居家族より核家族に多く見られた。また母親の仕事でみると「イライラする」「自信喪失がある」と訴えたのは、自宅で働く場合に多く「いやげがさす」は、無職の場合に多かった。さらに「イライラする」場合「夫の長時間勤務がある」「夫の帰宅時間が決っていない」「夫との話し合いがない」と答えた母親が多く「身体の疲れがある」「いやげがさす」場合にも、同様の傾向がみられた。

表-1 母親の育児態度 (感情面)

	イライラする	身体の疲れ	いやげがさす	自信喪失	子供といると楽しい
あり	468 (77.5)	334 (55.3)	290 (48.0)	289 (47.8)	587 (97.2)
なし	136 (22.5)	270 (44.7)	314 (52.0)	315 (52.2)	17 (2.8)

表一 2 母親の育児態度（行動面）

	言葉かけ をする	子供と 遊ぶ	遊びに 出かける	相手になっ て行動する	手遊びを する
あり	597 (98.8)	588 (97.3)	575 (95.2)	567 (93.9)	559 (92.6)
なし	7 (1.2)	16 (2.7)	29 (4.8)	37 (6.1)	45 (7.4)

育児環境についてみると表一 3 のとおりである。「夫と母親の健康状態がよい」と90%以上の人が答えており、また「他の母親との交流がある」と答えたのは83.4%で、ほぼ望ましい育児環境にあった。反面「意見のくい違いがある」と24.5%の母親が答えており「誰と意見がくい違うか」その内訳をみると図1のとおり「夫の両親」52.7%「夫」29.1%「母親の両親」9.4%となっていた。これを家族構成でみると核家族よりも複合家族、特に夫の両親と同居している場合に意見のくい違いが多くみられた。

夫の育児参加や勤務状態をみると表一 4 のとおり、80~90%以上が積極的に育児に参加していると思われた。さらに夫の勤務状態をみると「帰宅時間」は58.1%が不規則だったが、「長時間勤務がある」と答えた母親はほとんどいなかった。

表一 3 育児環境

	母親の 健康	夫の健康	他の母親 との交流	意見のくい 違い
あり	580 (96.0)	573 (94.9)	504 (83.4)	148 (24.5)
なし	24 (4.0)	31 (5.1)	100 (16.6)	456 (75.5)

表一 4 夫の育児参加・勤務形態

	夫との 話し合い	夫の協力	夫の子供 あやし	夫の長時 間勤務	夫の帰 宅時間 規則的
あり	525 (86.9)	539 (89.2)	562 (93.0)	24 (4.0)	253 (41.9)
なし	79 (13.1)	65 (10.8)	42 (7.0)	580 (96.0)	351 (58.1)

児の問題行動をみると表一 5 のとおり「落ち着きなし」が112名18.5%と一番多く、ついで「かんが強い」91名15.1%「小食」88名14.6%「指しゃぶり」66名10.9%「性器いじり」26名4.3%となっている。

表一 5 児の問題行動

	落ち着き なし	かんが 強い	小食	指しゃぶり	性器いじり
あり	112 (18.5)	91 (15.1)	88 (14.6)	66 (10.9)	26 (4.3)
なし	492 (81.5)	513 (84.9)	516 (85.4)	538 (89.1)	578 (95.7)

児の問題行動と母親の育児態度、育児環境の項目で比較検討した結果、有意差の認められたものについて表一 6、7に示した。

児の問題行動と母親の育児態度でみると表一 6 のとおりである。「指しゃぶりがある」と答えた母親は、「子供と遊ばない」「子供のために遊びに出かけない」「子供の相手になって行動しない」「子供といても楽しくない」と答えた割合が「指しゃぶりが無い」と答えた母親より多かった。

児の問題行動と育児環境でみると表一 7 のとおりである。「性器いじりがある」と答えた母親は、「母親があまり健康ではない」「父親があまり健康ではない」「育児に関する意見のくい違いがある」と答えた割合が、「性器いじりが無い」と答えた母親より多かった。また有意差はみられなかったが、児の問題行動との関連で興味ある傾向がみられるものとして、

以下のようなものがあった。まず家族構成でみると、「落ち着きがない」「かんが強い」と答えた母親は核家族に多く、「指しゃぶりあり」は、核家族より夫の両親と同居している場合が多かった。出生順位でみると「落ち着きがない」「かんが強い」「指しゃぶりがある」と答えた者は、第一子を持つ母親に多く「性器いじりがある」では第三子以降の児を持つ母親に多かった。また、「指しゃぶり」については、「夫があまり子供をあやさない」「夫の協力が少ない」場合、「指しゃぶりがある」と答えた母親が多くみられた。

表一六 児の問題行動と母親の育児態度

		(1) 子供と遊ぶ		(2) 遊びに出かける	
		あり	なし	あり	なし
指しゃぶり	あり	61 (92.4)	5 (7.6)	59 (89.4)	7 (10.6)
	なし	527 (98.0)	11 (2.0)	516 (96.0)	22 (4.0)

P<0.01

		(3) 相手になって行動する		(4) 子供といると楽しい	
		あり	なし	あり	なし
指しゃぶり	あり	58 (87.9)	8 (12.1)	61 (92.4)	5 (7.6)
	なし	509 (94.6)	29 (5.4)	526 (97.7)	12 (2.3)

P<0.01

表一七 児の問題行動と育児環境

		(1) 母親の健康		(2) 父親の健康	
		あり	なし	あり	なし
性器いじり	あり	24 (92.3)	2 (7.7)	24 (92.3)	2 (7.7)
	なし	556 (96.2)	22 (3.8)	549 (95.0)	29 (5.0)

P<0.01

		(3) 意見のくい違い	
		あり	なし
性器いじり	あり	12 (46.2)	14 (53.8)
	なし	136 (23.5)	442 (76.5)

P<0.01

健診結果に望ましい影響を与えている育児態度、育児環境は表一八から表一四のとおりである。表一六及び表一十についてみると、「子供とよく遊ぶ」と答えた母親の子供では、総合所見で異常なく、カウプ指数が正常範囲で、予防接種を5種以上受けている児が多かった。また「子供と遊ばない」と答えた母親は少なかったが、その子供はカウプ指数で太り過ぎの傾向が見られた。表一十一から表一十二についてみると「他の母親と交流がある」と答えた母親は、その子供も総合所見で異常なく、予防接種を5種以上受けている児が多かった。表一十三、十四についてみると「子供と一緒に楽しい」と答えた母親は、その子供は体重が標準であり、カウプ指数も正常範囲の児が多かった。「子供と一緒に楽しくない」と答えた母親は少なかったが、その子供はやせぎみの児が多くみられた。表一十五についてみると「夫と話し合う」や「母親が健康」と答えた母親の子供は予防接種を5種以上受けている児が多かった。

健診結果に望ましくない影響を与えている育兒態度、環境は表-17、表-18のとおりである。表-17についてみると「子育てで自信をなくすことがある」と答えた母親は、その子供の総合所見では母親の訴えも含めて何等かの指導を受けたものが76.8%と多かった。表-18についてみると「育兒上の意見のくい違いがある」と答えた母親は、その子供の予防接種の回数が少なかった。

表-8

		総合所見	
		異常なし	問題あり
子供とよく遊ぶ	あり	518 (92.7)	41 (7.3)
	なし	38 (84.5)	7 (15.5)

P<0.01

表-9

		カウプ指数		
		15.1以上	15.1~19.0	19.0以上
子供とよく遊ぶ	あり	91 (15.1)	477 (82.2)	12 (2.1)
	なし	1 (6.3)	13 (81.3)	2 (12.5)

P<0.01

表-10

		予防接種	
		4種以下	5種以上
子供とよく遊ぶ	あり	333 (59.9)	223 (40.1)
	なし	26 (61.3)	16 (38.1)

P<0.01

表-11

		総合所見	
		異常なし	問題あり
他の母親との交流	あり	472 (93.7)	32 (6.3)
	なし	84 (84.0)	16 (16.0)

P<0.01

表-12

		予防接種	
		4種以下	5種以上
他の母親との交流	あり	288 (57.6)	212 (42.4)
	なし	71 (72.4)	27 (27.6)

P<0.01

表-13

		体重		
		-1.050以下	-1.0~+1.0	+1.050以上
子供と一緒に遊べる	あり	108 (18.4)	387 (65.9)	92 (15.7)
	なし	7 (41.2)	5 (29.4)	5 (29.4)

P<0.01

表-14

		カウプ指数		
		15.1以下	15.1~19.0	19.0以上
子供と一緒に遊べる	あり	89 (15.3)	478 (82.4)	13 (2.3)
	なし	3 (18.7)	12 (75.0)	1 (6.3)

P<0.01

表-15

		予防接種	
		4種以下	5種以上
夫との話し合い	あり	302 (57.9)	220 (42.1)
	なし	57 (75.0)	19 (25.0)

P<0.01

表-16

		予防接種	
		4種以下	5種以上
母親の健康	健康	339 (59.1)	235 (40.9)
	不健康	20 (83.3)	4 (16.7)

P<0.01

表-17

		総合所見	
		異常なし	問題あり
自信喪失	あり	67 (23.2)	222 (76.8)
	なし	110 (34.9)	205 (65.1)

P<0.01

表-18

		予防接種	
		4種以下	5種以上
意見の食い違い	あり	103 (71.0)	42 (29.0)
	なし	256 (56.5)	197 (43.5)

P<0.01

3) 考 察

今回の調査から3歳児の問題行動、健診結果、また母親の育児態度、育児環境について把握することができた。

児の問題行動や健診結果は、母親のさまざまな背景により影響されていることがうかがわれた。また父親との関係も母親の心理面に微妙に影響をおよぼし、さらには子供の発育・発達に影響を与える可能性もうかがわれた。

児の問題行動や健診結果と母親の育児態度・育児環境との間に有意の関連性の認められたものがあったことは、問題行動や健診結果を単に児の側だけの問題にとらえずに、家族全体の問題にとらえる必要性のあることを示しているように思われた。

これらの関連性の背景については、今後の研究を待たなければならないが、こうした育児態度・育児環境を十分考慮した上での健診の進め方を検討していく必要があると思われた。

第13回 栃木県小児保健会 合同研修会
栃木県母性衛生学会
第11回 とちぎ思春期研究会研修会
平成元年度 母子保健研修会

期 日 平成元年11月18日(土)
会 場 宇都宮市医師会館

主 催 栃木県小児保健会
栃木県母性衛生学会
とちぎ思春期研究会
財団法人 母子衛生研究会
財団法人 日本母子衛生助成会
財団法人 家庭保健生活指導センター
これからの母子保健を考える会

講 演 「電話の向こうの子どもたち—希望のダイヤルにおける性の悩み—」
栃木県教育研究所相談部長 日 野 宜 千

講 演 「思春期保健の最近の動向」
自治医科大学看護短期大学学長 松 本 清 一

特別講演 「成人病の予防と小児の食生活」
日本大学医学部教授 大 国 真 彦

特別講演「成人病の予防と小児の食生活」

講師 日本大学医学部教授 大 国 真 彦

1. 子どもの成人病とは

最近子どもの成人病が増えているというのが問題になっている。これは次の3つに分けられる。

- ① 成人病が子どもにはっきり出ているもの。
糖尿病とか胃潰瘍とか狭心症になる若い人が増えている。
- ② 外からはわからないが、成人病がすでに始まっている子ども。
10歳代の子どもの98%にすでに動脈硬化が始まっている。
- ③ 成人病の危険因子を持つ子どもたち。
コレステロールが高い子、血圧の高い子、肥満児など。

2. なぜ増えたか

最近の日本は飽食時代といわれる。食品が何でも手に入り、食生活の洋風化により動物性脂肪の摂取が増加し、運動不足と過食が加わって成人病予備軍が増加している。このままいけば、今の子ども達の平均寿命は今の大人達よりも10～20年も短くなるおそれがあるとする疫学者もいる。子どもの数の減少による親の過保護、高学歴時代のための塾通いなども大きく関係している。

早く成人病になるのは、その人の生活習慣が大きく関係するが、悪い生活習慣、とくに悪い食習慣は幼児期（1～5歳）にすり込まれるのが問題とされている。このことは幼児期に正しい食事習慣をつけることの重要性を示している。

3. 子ども達の食事の問題点

子ども達の食事の現状は次のようである。

- ① 朝食のとり方が少く、間食と夜食が多い。
これは太りやすいパターンで、しかも便秘をきたしやすい。
- ② 糖分と脂肪が多い。
間食の増加と洋風化食の影響で、太りやすく、コレステロールが上りやすい。
- ③ インスタント食品、スナック食品が多い。
食塩と脂肪が多い。また栄養素の不足が出やすい。
- ④ 植物繊維不足
便秘しやすく、将来大腸ガンになりやすい。
- ⑤ カルシウム不足
- ⑥ ビタミンB₂不足
- ⑦ 肉・鶏肉が多く、魚が不足。
カルシウム不足になりやすい。
- ⑧ 食塩が多い。
高血圧になりやすい。
- ⑨ 偏食が多い。
栄養素のバランスが悪くなりやすい。
このような食生活習慣を幼児期にすり込まれた結果、学校給食でもカレーライス、ハンバーグ、スパゲッティが好きで、野菜が嫌いになり、野菜が給食に出ても残してしまう子どもが多いという現象がみられている。
その原因となるのは、一般の家庭の主婦に料理嫌いの傾向がふえていることであろう。また過保護と、主婦の料理嫌いの結果、子ども達が家庭の台所の手伝いをしなくなり、その結果生鮮食料品にふれる機会が少なくなっているのも問題である。

4. これからの対策

まず子ども達に正しい食習慣をつけておくことが大切である。この場合、あれもいけない、これもいけないという「Noの保健学」ではなく、これからは何を食べさせるべきかという「Yesの保健学」を考えるべきであろう。このことを母親、保育園、幼稚園、学校の給食関係者、教師にも積極的に指導していくべきであろう。

成人病予防のための小児の食事指針は次のようにまとめられる。

① 雑食にする。

今日は洋風食、明日は和食、その次は中華風というようにいろんな料理を食わせることにより、食品の品数が増え、栄養素のバランスが良くなる。1日に食べる食品数を30品目以上に。

② 低食塩にする。

食塩が多いと血圧が上るのでうす味にする。ただしそのためにはよくだしをとり、料理の味つけをおいしくすることが必要である。

③ 砂糖と脂肪をとりすぎない。

砂糖のとりすぎは肥満とむし歯のもとになるので注意。脂肪もとりすぎは肥るもと。

④ カルシウムを十分に。

乳製品、海藻類、小魚を意識的に多く。

⑤ 植物繊維を十分に。固いものも与える。

便秘の予防、大腸ガンの予防になる。幼児のときに固いものを与えるとアゴが発達する。歯ならびにも影響。

⑥ 間食を位置づける。

ダラダラ食い、買い食いをさせないこと。偏食や肥満の原因になる。

⑦ 食卓に空腹でむかわせる。

偏食の予防に大切。

⑧ 食事の準備を手伝わせる。

情操教育の場として大切。食卓も楽しく。

今の子ども達は運動不足の傾向にあり、肥満、高脂血症の原因の一つになっている。よく運動している子はHDLコレステロールが高く、動脈硬化指数が低くてよい状態にある。日常からよく運動させる習慣をつけておくことは事故予防の見地からも大切である。

最近は成人病予防のための集団検診も始められている。その方法にはいろいろあり、アンケートと身体計測により一次スクリーニングを行う方法と、全員採血を行う方法などがある。地域の事情などにより方法を選択すべきであろう。

いずれにせよ自分の健康は自分で守らねばならないことを子ども達および両親によく理解させ、その具体的な方法をよく教えることが成人病予防のために重要であると考えられる。

講演「電話の向こうの子どもたち」 —希望のダイヤルにおける性の悩み—

講師 栃木県教育研究所 相談部長 日野 宜 千

1. 電話の向こうの子どもたち

昭和56年(1981年)から育児・教育のための電話相談を始めた。「希望のダイヤル」と言う。

年間3000件を越す相談を受ける。本年度も4月より9月までで1500件近くの相談を受けた。最近では成人の相談も多いが、小中高校生の相談が大部分を占める。

中学・高校生の相談は母親より本人自身のものが圧倒的に多い。かわいらしい相談もあるが、ドキッとするような電話もある。

中でも相談件数の多いのは、男の子では性の問題であり、30%を越す。全体でも15%を越し、異性交遊を含めると21%に達する。

面接相談では考えられない割合である。

理由はいくつか考えられるが、その最大のものは、電話相談のもつ匿名性であろう。

子どもたちの本音が出易いのが、電話の匿名性であり、その意味で「性」についての悩みは中学・高校の子どもたちにとって、最も本音の部分の悩みだと言える。

性の悩みを分析してみると、次の4つに分類できる。妊娠、倒錯、近親相姦など、相談者がどうして良いか分らず、どうしたら解決できるかを相談してくるものであり、いわば「問題としての性」とでも呼ぶべきものである。

次が、性的発達にかかわる悩みの相談であり、性器についてや性徴についての相談である。三番目は、異性との性交渉への不安やそのトラブルの相談である。

最後は相談と呼べるかどうか疑問ではある

が、性的衝動を女性の電話カウンセラーとの関係で満たそうとするものであり、中高生の男子の電話が多い。女性カウンセラーを悩ませるものである。

以下それぞれについて考察してみる。

2. 問題行動としての性

18歳の予備校生。父親が7ヶ月前に再婚した。父親42歳、継母28歳。その継母と肉関係を持ったと言う。誘惑された本人は言う。最初は夢中だったが、最近では父に知られたらという恐怖が強く、避けている。できれば関係を断ちたい。しかし、継母に迫られると拒めないところがある。

父親が留守勝ちで、自宅にいることの多い本人は継母を避けきれない。入浴している時にも継母が裸で入って来ると言う。

詐話とも思えるが、そうも言い切れない真剣さが言葉の端々に感じられた。

その他下着盗の告白や、倒錯的な性癖の悩みもある。女の子からの相談では、生理が止まった。妊娠したのではないかという相談が多い。

性のからまる問題行動は、その性格上顕在しにくい。対応は難しいが、電話相談が有効な援助の場になる可能性は大きいように思う。

3. 発達の中での性

自分自身の性的発達に伴う種々の悩みの相談は多い。男の子からのものがほとんどを占める。第2次性徴としての発毛や性器の変化への悩みという形をとるものが多い。

中でも包茎の相談が多い。雑誌などで知識は豊富なのに、それを確認するフィードバックが充分できていないのだ。以前は仲間集団の中で、自分の状態を他人と比較して確かめられたように思う。現在はそうした機能を持つ集団が乏しいのかも知れない。

4. 関係としての性

性は男と女の最も primitive な人間関係としてとらえることができる。

性は、両性が互いに相手を尊重し、愛くしむ関係の中で営まれる1つの行為である。そうした行為は美しく充実したものになるはずである。そしてそこには妊娠・出産という厳しゅうな事実をも伴っている。

こうした人間関係のないところに営まれる性は、種々の問題を生む。

女子高校生からの相談である。

ボーイフレンドから性行為を迫られた。彼とは3ヵ月程のつき合いであるが、彼はハンサムで競争相手は多い。

自分は高校生であり、性行為は将来のものとして取って置きたい気もする。妊娠への不安もある。しかし、ここでその行為を拒めば、彼は別の女性を恋人にするに違いない。それはまた耐えられない――。

こうした相談はかなりの数に上る。

子どもたちの意識や行為がその時代の大人のその反映であるとする、我々にとって両性間の真の愛情とそれによる人間関係のあり方を問われているようにも思われる。

5. 抑圧された性の衝動

どの時代でも思春期の子どもたち、ことに男の子たちの性の衝動は抑圧されていたように思う。それは以前には単に性だけでなく、その他の様々な欲求も抑圧され、その抑圧への思いが1つのエネルギーとなって、次の社

会に向っていったとも言えた。

現代の社会は、欲求は満たされることが多く、子どもたちにとっても例外ではない。そして以前は我慢させられ、そのために1日でも早く通り過ぎるべき時代であった青年前期が今では物質的には耐える必要のないモラトリアムとなっている。それだけに性の抑圧は耐えられないものとなり、子どもたちを苦しめる。

いたずら電話やテレホンセックスまがいの電話となる。その数は想像以上に多いのである。

以上、電話の向うの子どもたちの性の実態を記した。

匿名という暗闇からの彼等の本音を聞きとり、そうした子どもたちに、健全で充実した性を享受させてやるつとめがわれわれ大人の側にはあるように思う。

講演「思春期保健の最近の動向」

講師 自治医科大学看護短期大学 学長 松本清一

1. 思春期の保健対策

①身体と性の発達の成長経過を理解させること、②思春期の人々が持っている疑問や不安を解消させること、③自我の独立と社会への適応を援助すること、④異常（病気、望まざる妊娠、生活上の障害など）を予防することが大切である。また女性では健全な母性を発達させなければならない。

2. 青少年の性行動

昭和62年に日本性教育協会が行った「青少年の性行動調査」によると、18才女子の性交経験率は13.7%で、これを56年に行った調査と比較すると、高校生では前回と殆んど差がないのに、大学生では明かに高い。

婚前性交に対する考え方は、高校生では愛情があればよい、大学生では互いに納得していればよいとするものが最も多く、不可としたものは10%程度に過ぎない。昭和26年に女子高校生で行った調査によると、婚前性交を不可とするものは74.0%あり、昭和40年には63.8%あったが、62年の調査では僅か9.8%で、最近20年間でおよそ1/7になっている。このような著しい性意識の変化を十分に認識する必要がある。

3. 高校生の性知識と性教育の問題点

高校生の性知識は殆どが雑誌やマンガ、あるいは友人から得られている。しかし彼等の性に関する正しい知識はきわめて乏しい。

また月経教育は12才までに84.6%に実施されているが、指導の結果月経に対し否定的な印象を受けたものが53.4%にも上っている。

4. 十代の人工妊娠中絶の増加

20才未満の人工妊娠中絶は、昭和50年頃から顕著な増加を示し、全人工妊娠中絶に対する比率は昭和63年には5.9%に達した。

十代妊娠の激増が大社会問題となっているアメリカでその原因としてあげられている要素はすべて現在のわが国にも存在しており、このまま推移するならば将来アメリカの状態に近づく可能性を否定できず、予防医学的な見地から、思春期保健の重要な問題として、これを防ぐための適切な対策が早急に実施されなければならない。

5. 思春期外来

現在21医療機関の婦人科に思春期外来が置かれている。自治医科大学の開設以来15年間の新患者数は1203名で、昭和53年からと61年からに段階的な増加がみられる。

患者の年齢は16—18才が44.1%を占めて最も多く、初診時診断は続発無月経が21.9%で最多、月経困難症が17.5%でこれに次ぎ、月経異常が54.6%を占めている。

6. 健全母性育成事業

厚生省は、昭和59年からこの事業を始めた。現在14都道府県または指定都市で実施中で、また長野県、神奈川県では県独自で保健所で思春期保健相談を行っている。

東京都の電話相談では、十代の男性からの内容はマスターベーションや射精が最も多く、次いで包茎、性器の大きさであり、十代女性では月経と妊娠に関するものが多い。

担当者から今後の課題として一番あげられているのは、学校保健との連携の問題である。

7. 地域の思春期保健システム

福岡県では県立高校における産婦人科協力医の制度を発足させた。愛知県春日井市、静岡県清水市などでは関連諸機関を結んで家庭、学校、地域の連携、協力が図られており、またある地域では、思春期の子供を持つ親の会、teens library などユニークな活動も見られる。

8. 海外の思春期保健

欧米では十代妊娠の対策が保健の重要な問題として取り上げられ、学校と地域との連携によって性教育が推進されたり、思春期クリニックの設置がすすめられた。

アメリカでは学校内クリニックの設置、仲間教育、十代の演劇活動、両親のための地域家庭生活教育プログラムなどの活動が行われている。思春期の人々に対する性教育には色々な面からのアプローチが必要で、ニューヨークには総括的なケアセンターも設置されている。オーストラリアでも家族計画協会が新たに開設したセンターは、レクリエーションセンター、保健センター、カウンセリングセンター、グループ教育、図書館の5つの機能を総括的に果している。

デンマークでは性教育の一環として、年齢14-16才の8年生と9年生の生徒に家族計画クリニックを訪問させて避妊指導を行っている。またチェコスロバキアでは、義務教育の最後の年に当たる13才から14才の間の全女子が、その地区の小児思春期婦人科外来を訪れて婦人科的な予防的検査を受けることになっている。

なお最近 WHO では思春期の性の問題に

かかわる保健関係者のカウンセリング技術など、若者たちと交流する技術の訓練を重視している。

9. むすび

- (1) 包括的思春期保健：教育・レクリエーション・保健サービスなどが統合された総括的ケアセンターの設立や、地域社会の家庭、学校、地域を統合して対策を推進する体制の樹立がはからなければならない。
- (2) 学校保健と性教育：避妊教育を含む性教育の充実が必要で、性教育と正しい性情報の伝達が学校保健の重要な課題として、地域の保健機関などからの援助を受けながら、家庭との緊密な連絡のもとに進められなければならない。
- (3) 正しい性情報の伝達と社会の責任：大人や社会がもっと人のセクシュアリティについて理解を深め、無責任に歪んだ性情報を配布しているマスコミや、女性の性を売りものにしていく商業主義を駆逐するように努めることが大切である。

～交流の広場～

このコーナーは、地域で活躍されている皆様の
情報や行政の情報などを掲載します。

県南における療育活動

友 枝 宗 正

今年（1990年）の3月17日～18日那須郡馬頭町にある栃木県障害者保養センター「那珂川苑」において日本重症心身障害児（者）を守る会栃木県支部の療育訓練（キャンプ）が催された際、私は巻島 勇会長より障害児（者）の巡回療育相談が行われていて国立療養所足利病院院長中村博志氏および同副院長原沢孝夫氏に大変厄介になっていることを聞き、余り知られていない在宅障害児（者）の巡回相談と県南の先生方の活動について紹介してもらうことにしました。

栃木県における 「在宅重症心身障害児(者)のための巡回療育事業」に参加して

国立療養所足利病院 中村博志

障害児(者)療育は近年かなりの変化を来し、ノーマライゼーションやインテグレーションあるいはQOL(クオリティ・オブ・ライフ)などが叫ばれるようになった。その結果、私どもの関係する重症心身障害児(者)療育においても、かつてのように、単に施設入所をさせれば良いとの考え方から大きく変化し、有目的・有期限入所や緊急一時保護あるいは体験入所など施設を多角的に利用する方向に大きく変わりつつある。

かつて、島田療育園の創始者であられる小林提樹先生によって始められた在宅重症心身障害児(者)のための「巡回療育事業」が、全国重症心身障害児(者)を守る会によって引き継がれ、昭和41年には自転車振興会からの補助金により、全国的に行われているものである。栃木県においては、全国重症心身障害児(者)を守る会の主催で昭和63年度から「重症心身障害児(者)の巡回療育事業」を行うようになったのでこの事業の紹介と今後の問題点を述べてみたい。

これまで、守る会は全国各地の都道府県において、巡回療育事業を行ってきた。近年は年間7ヶ所の地域で行っていると聞く。

云うまでもなく、在宅の重症心身障害児(者)は家族などの患者を取り囲む色々な方々の協力で成り立っている。近年、緊急一時保護などの制度が内容的にかなり緩和され、一昔前と比較すれば、家庭において重い障害児を持ちこたえることが可能となったとはいえ、家族の負担はやはり大きいものがあると言わざるを得ない。従って、年にたとえ一度とは

いえ、医者、看護婦、その他の療育関係者が、いろいろとアドバイスすることはきわめて有益であろう。この為に、この事業は重症心身障害児(者)の歴史に於て、初期の段階から在宅重症心身障害児(者)のためにこの事業を行ってきた。

栃木県においても、このような観点から、国立療養所足利病院、児童相談所などの協力により、「巡回療育事業」が行われるようになった。

「巡回療育相談」の方法は過去2回は、延べ2日間にわたって行われ、児童相談所に来所してもらった症例と、家庭訪問する症例とに分かれる。多くは、一日は主として来所を中心として行い、別の一日は家庭訪問ということになる。療育サイドは医師、看護婦、児童指導員、それに児童相談所からケースワーカーが同行する。さらに、栃木県重症心身障害児(者)を守る会から会長以下数名、在宅・入所の親共に参加する。

症例数は2日間で約15名を目標としているが、残念ながら当日になって発熱したからとか諸々の事情で10名程度となることが多い。

一人の症例に対して、おおむね、1時間以上の時間をかけて、親も含めていろいろと話をしたり、診察をしたりするが、診療側のアドバイスだけでなく、親の会の方々の話なども親御さんにとっては身内の話として参考になるらしい。

親御さんからはこの様なわずかの援助ではあるが、それなりの評価は得ていると思う。

今後の問題点としては、当県においては、

まだまだ在宅者の把握が十分でなく、この為の問題がある。また、聞くところによれば、まだまだ在宅の障害児(者)の保護者で守る会などの障害者団体に加入していない親御さんもおられるようである。なんらかの障害者団体に参加して、親御さん同士いろいろと話をすることはきわめて重要と思われるのでこの機会にこの様な点を強調して置きたい。さらに、学校教育の段階では、重度重複障害児は、例え、親の希望があっても、訪問教育として取り扱われているなどまだまだ解決すべき事項は多い。

また、これまでのところ、足利病院が協力機関となっている関係もあり、主として県南児童相談所管内の症例となっており、今後県下全体にどのような方法で広げていくかも大きな問題であろう。

さらに、この事業はあくまで地域におけるシステム化を目的としているので、この事業のみで今後「在宅巡回療育事業」が地域に根ざしていくことは難しく、今後、なんらかの方法で行政サイドにおける施策化が行われなければならない。

最後に、在宅重症心身障害児(者)でこの様な検診ないしは訪問を希望の方がおられましたら、児童相談所ないしは足利病院中村までご連絡下さい。

栃木県県南部発達障害懇話会のご紹介

国立療養所足利病院 中村博志

栃木県県南部発達障害懇話会は平成元年に結成され、平成元年度は合計3回の会が開催されました。また、平成2年度の第1回目の会が先ほど4月11日に開催されました。

本会は、発達障害に関与する多くの方々が一同に会して、お互いにいつも顔見知りの間柄になり、仲間意識を持って毎日の仕事が出来るようにと昨年結成されました。

全県下を網羅することも考えられましたが、最初は県南部だけで家庭的雰囲気で行おうとの事で県南部といたしました。地域的にも、足利市、佐野市、田沼町、葛生町などの県南医療圏はもとより、大学との関係で自治医科大学、獨協医科大学などの関係各科のご協力も頂いて進めています。県下のみでなく、一部は県外の方の参加も頂いています。

参加する方々の職種もいろいろであり、医師、看護婦、保健婦、保母、児童指導員、PT・OTなどの訓練士、行政関係者、通園関係者、障害保育に関与する保育所の保母、心理、教育関係者、ケースワーカー、施設関係者などまさに各界からのご参加をえて学済的に進めています。

年に3~4回開催することが決められており、昨年は計3回佐野市の土屋先生の絶大なご支援の元、佐野市医師会館をお借りして行いました。お集まり頂ける先生方の地理的事情で、今後も当分佐野医師会館で開催の予定です。

第1回は「精神遅滞をめぐる諸問題」のテーマで、精薄施設の先生、医師、学校関係者が指定発言をおこない、その後参加全員でいろいろと討論をおこないました。

第2回は「言語発達遅滞」のテーマで、第

3回目は第2回の続きと云うことで症例検討を含めて討論を行いました。

今年度、第1回の先日の会では、参加しているいろいろの方々がどの様な対象者にどの様なことを行っているかを皆さんに知ってもらうことが肝要と云うことから参加している方々から、各々短時間で自分の施設紹介をかねて発言してもらいました。地域の主として社会福祉協議会が行っている母子通園センターや、障害児保育を行っている保育所の保母さん、また、県の事業として行っている二次検診事業の担当者や、あるいは、これらの事業に関係している保健所所長さんを始めとする行政関係の方々、言葉の教室や養護学校の先生方などからいろいろと貴重なご意見やご発言があり、参加している皆さんの関心呼びました。

職種やお互いが置かれている立場から、考え方や目的まで幅広いものがあり、きわめて興味深いものがありました。

会員は現在70名程度であります。今後多くの同好の諸氏を望みます。(会費は1000円/年)

現在、事務局は国立療養所足利病院におかれています。入会希望の方は下記住所までお問い合わせ下さい。

住所 〒326 栃木県足利市大沼田町615
国立療養所足利病院内

今後多くの方々のご協力、ご支援により、皆さんにとって喜ばれる会にして行くと、同時に更なる発展のために努力していくつもりです。

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おこなう。

- 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、本会の事務所に申込むものとする。

第3章 役 員 等

(役員)

第7条 本会の次の役員をおく。

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 会長及び副会長は理事の互選により選出し、総会において承認を得る。
- 3 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、会長に事故あるときは、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 役員の任期は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の任期は、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、理事会の推せん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、次の各員に掲げる事項を議決する。

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議決する。

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、副会長の遠藤小児科に置く。

(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。

栃木県小児保健会会員の加入状況

(平成2年3月31日現在)

(1) 正会員	443名	医 師	52名	保 母	3名
		歯科医師	10名	栄 養 士	6名
		保 健 婦	246名	教 諭	8名
		看 護 婦	104名	そ の 他	1名
		助 産 婦	13名		

(2) 賛助会員 22団体 (アイウエオ順)

潮 田 三 国 堂 薬 品	宇都宮市問屋町 3172-8
小 野 薬 品	宇都宮市東宿郷町 4-1-19 早河ビル内
か み や 薬 品	宇都宮市今泉町 2159
協 和 酸 酵	東京都中央区八丁堀 2-27-10 東八重州ビル内
ク ラ ヤ 薬 品	東京都千代田区外神田 1-1-5
三 共	宇都宮市中央 1-1-13
武 田 薬 品	宇都宮市江野町 6-1 大立ビル内
田 辺 製 薬	宇都宮市松ヶ峯 1-1-14 協栄生命宇都宮ビル内 (東京第二支店宇都宮出張所)
東 邦 製 薬	宇都宮市問屋町 3172-33
東 洋 醸 造	宇都宮市弥生 1-1-7
ナ カ ノ 薬 品	宇都宮市泉ヶ丘 5-7-20
日 本 新 薬	宇都宮市今泉町 2781-1
日 本 ワ イ ス	東京都港区西麻布 4-15-21 第六興立ビル内
ビオフェルミン製薬	東京都中央区日本橋 3-14-3 大和江戸橋ビル内 (東京営業所)
福 神	宇都宮市鶴田町1310-2
藤 沢 薬 品	宇都宮市大通り 2-3-1 千代田生命宇都宮ビル内
明 治 乳 業	宇都宮市平出工業団地 5-4 (関東支店宇都宮営業所)
森 永 乳 業	宇都宮市台新田 1-4-21 (関東支店宇都宮営業所)
ヤ ク ル ト	宇都宮市瑞穂 3-9-8
雪 印 乳 業	宇都宮市西一の沢 8-22 林業会館内 (宇都宮支店)
和 光 堂	東京都千代田区鍛冶町 2-7-15

栃木県小児保健会役員名簿

(平成2年3月31日現在)

職名	氏名	所 属 (役職)
会 長	友 枝 宗 正	日本小児科学会栃木県地方会 日本小児保健協会栃木支部長
副 会 長	遠 藤 昌 雄	” 日本小児保健協会評議員
”	田 中 久 夫	栃木県保健所長会
”	寺 沼 幸 子	日本看護協会栃木県支部長
常任理事	市 村 登 寿	日本小児科学会栃木県地方会 日本小児保健協会評議員 (獨協医科大学小児科学教授)
”	古 川 利 温	” (獨協医科大学小児科教授)
”	渋谷 勝 称	” (地方会会長)
”	斎 藤 和 雄	” (地方会副会長) (国立栃木病院長)
”	吉 原 重 称	”
”	羽 石 正 三	”
”	柳 沢 正 義	” 日本小児保健協会評議員 (自治医科大学小児科学教授)
”	加 藤 一 昭	” (済生会宇都宮病院小児科医長)
”	土 屋 弘 吉	”
”	高 柳 慎 八郎	栃木県身体障害医療福祉センター所長
”	高 久 全 輔	栃木県栄養士会長
”	中 塩 澄	栃木県衛生環境部健康対策課長
”	丸 山 秀 彦	宇都宮市民生部健康課長
理 事	高 橋 輝 雄	栃木県母性衛生学会
”	石 黒 彬 男	日本小児科学会栃木県地方会
”	布 川 武 男	”
”	川 畑 勉	”
”	大 野 照 子	”
”	鎌 田 定 男	栃木県歯科医師会
”	大 塚 雅 子	栃木県養護教育研究会
監 事	星 紀 彦	日本小児科学会栃木県地方会
”	市 本 喜 代	(財)宇都宮市医療保健事業団業務課長
顧 問	本 間 道	獨協医科大学小児科学教授

編集後記

今年の冬はわりに暖かったので、桜の花も例年より10日も早く咲き始めた。地球の気候が変化して来ているのか、また其の原因がCO₂の増加のためなのか気になるところです。

小児保健 栃木 第8号をお届けします。本号より1年1回の発行になります。

4ヶ月・8ヶ月・1年6ヶ月健診を行っている私達は、正常と異常との境界にある乳幼児を診ると、診断とその後の療育に迷う事があります。其のようなとき諸岡先生のお話はたいへん参考になると思います。

日野先生のお話も子供達の現状の厳しさを知らされ、考えこんでしまいました。

また松本先生の我が国及び諸外国の思春期教育の現状も大きな問題であり、学校保健、家庭での現実的な対応にはなかなか難かしい点もあると思います。

大国先生のお話は成人病も小児期から気をつけなければいけないが、母親、保育園、幼

稚園、学校の給食関係者、教師によく理解してもらう事が大切であるが、其れ等に関係する医師、保健婦、栄養士、保母、養護教諭が強い協力体制をとらねばならない。

昨年の秋から問題になっているM. M. R.による無菌性髄膜炎については、今もって厚生省からはっきりしたデータが示されず、第一線の医師は子供達のために接種したほうが良いのか、しないほうが良いのか迷っています。

会員の皆様の投稿のページを設けますので、小児保健に関係のあることでしたら何んでも結構ですから、御気軽に御投稿下さい。

この号の編集に当たりましては、健康対策課の関さん、大谷さんに大変御世話になりありがとうございました。

また、御援助戴いた賛助会員の乳業、薬品メーカー、卸の各社に感謝申し上げます。

遠藤昌雄

小児保健 栃木 第8号
平成2年3月31日発行
発行 栃木県小児保健会
宇都宮市大通り4-3-14
遠藤小児科医院内
電話 0286-22-3881
印刷 ヤマゼン印刷株式会社