

小児保健栃木

第14号 1996年3月

栃木県小児保健会

平成7年度栃木県小児保健会総会及び研修会



古川 利温会長



栃木保健所所長 田中 久夫



こどもの城小児保健クリニック 巷野 悟郎



宇都宮市 たんぽぽママの会 鱒淵 陽子



獨協医科大学病院看護婦 内堀 由美子



栃木保健所保健婦 中河原 幸子



栃木県県民生活部児童家庭課
副主幹

桑名 正史



栃木県衛生環境部健康対策課健康増進班
班長

篠原 洋

第19回栃木県小児保健会・栃木県母性衛生学会合同研修会
第7回とちぎ思春期研究会研修会



東邦大学医学部新生児教室教授 多田 裕



獨協医科大学第二小児科講師 田中 吾朗



自治医科大学看護短期大学教授 齋藤 ゆみ



大草レディースクリニック院長 大草 尚

小児保健栃木 第14号

目 次

はじめに	栃木県小児保健会会長 古川 利 温	1
平成7年度栃木県小児保健会総会並びに研修会		2
事例発表		
1. 「母親同志の子育て自主グループ活動」		
宇都宮市 たんぽぽママの会	鯉 淵 陽 子	3
2. 「障害者における子育て支援の活動」		
コスモスの会（二分脊椎症児親の会）の事例		
獨協医科大学病院看護婦	内 堀 由美子	4
3. 「保健所における子育て支援の活動」		
栃木保健所	中河原 幸 子	7
4. 「子育て環境づくりの視点」		
栃木県県民生活部児童家庭課		
副主幹	桑 名 正 史	10
指定発言 「母子保健医療の緊急対策事業について」		
栃木県衛生環境部健康対策課健康増進班		
班長	篠 原 洋	12
特別講演 「子育て支援のために」		
こどもの城小児保健クリニック	巷 野 悟 郎	14
第19回 栃木県小児保健会・栃木県母性衛生学会合同研修会		23
第7回 とちぎ思春期研究会研修会		
講 演		
1. 「県内における母子感染」		
獨協医科大学第二小児科講師	田 中 吾 朗	24
2. 「未熟児センターにおける院内感染のコントロール」		
自治医科大学看護短期大学教授	齋 藤 ゆ み	28
3. 「診療所における性感染症」		
大草レディースクリニック院長	大 草 尚	30

特別講演 「母子感染」		
	東邦大学医学部新生児教室教授	多田 裕 …………… 35
平成7年度「こどもの健康週間」イベント業務報告 ……………		37
交流の広場		
	「小児保健の地域化・社会化をめざして」	
	栃木保健所所長	田中久夫 …………… 38
	「思い出すポリオ」	
	石黒小児科医院長	石黒彬男 …………… 40
	「激動環境下の小児医療」	
	——慢性疾患児の生涯サポート——	
	済生会宇都宮病院小児科医長	加藤一昭 …………… 41
	「手」	
	吉野小児科医院長	吉野良寿 …………… 43
	「これからの地域保健活動」	
	宇都宮保健所健康指導課長	竹沢和子 …………… 44
おさそい		
	第43回日本小児保健学会 ……………	46
	第20回 栃木県小児保健会・栃木県母性衛生学会合同研修会 ……………	47
	第8回 とちぎ思春期研究会研修会	
栃木県小児保健会役員名簿 ……………		48
栃木県小児保健会規約 ……………		49
栃木県小児保健会会員の加入状況 ……………		51
編集後記 ……………		52

はじめに

栃木県小児保健会会長 古川利温

本年度の研修会では、「子育て環境づくりの取り組み」をテーマとして事例発表を田中久夫先生に立案、司会をお願いし、それぞれの立場からお話いただきました。どの発表も、これからの子育て環境づくりを考えるために示唆に富んだ内容で、興味深く拝聴しました。

特別講演は「子育て支援のために」と題して、巷野悟郎先生をお願いしました。豊富なご経験に基づいた具体的なお話で、会員一同大変感銘深く拝聴しました。当日出席出来なかった会員にも是非読んで欲しいと思い、録音テープから原稿を起こさせていただきました。ご多忙のところを本会のためにご講演、ご校閲いただきました先生に重ねて御礼申し上げます。

昨秋の栃木県母性衛生学会、とちぎ思春期研究会との合同研修会では、県内における母子感染、未熟児センターにおける院内感染のコントロール、診療所で診られる性行為感染症を中心に、重要な問題が取り上げられ、活発な討論がありました。

しめくくりとして、特別講演では、多田裕教授に広い視野から母子感染についてお話いただきました。日常の診療や保健指導で注意を要する問題点について、大変有益なお話をいただきました先生に心から感謝申し上げます。

平成8年度には、本会の研修会では「小児保健サービスの現状と今後の課題」をテーマに事例発表を予定しております。秋の合同研修会では、多胎児を中心に産科と小児科の両面から取り上げるようになっております。

栃木のこどもの健やかな発育にさらに貢献して行くために、多数の会員のご協力、ご参加をよろしくお願い致します。

平成7年度栃木県小児保健会総会並びに研修会

日時：平成7年7月8日（土）

会場：宇都宮市医師会館

1. ビデオ上映 「コミュニケーションー相互作用ー：乳児期」

2. 総 会

- (1) 会長挨拶
- (2) 来賓挨拶
- (3) 議事

- ①平成6年度事業報告
- ②平成6年度収支報告
- ③平成6年度監査報告
- ④平成7年度事業計画（案）
- ⑤平成7年度収支予算（案）
- ⑥役員選任

3. 研 究 会

テーマ「子育て環境づくりの取り組み」

(1) 事例発表

- ①「母親同志の子育て自主グループ活動」
宇都宮市 たんぽぽママの会 鱒淵陽子
 - ②「障害者における子育て支援の活動」
コスモスの会（二分脊椎症児親の会）の事例
獨協医科大学病院看護婦 内堀由美子
 - ③「保健所における子育て支援の活動」
栃木保健所保健婦 中河原幸子
 - ④「子育て環境づくりの視点」
栃木県県民生活部児童家庭課
副主幹 桑名正史
- 指定発言
「母子保健医療の緊急対策事業について」
栃木県衛生環境部健康対策課健康増進班
班長 篠原洋

(2) 休憩

(3) 特別講演

- 「子育て支援のために」
こどもの城小児保健クリニック 巷野悟郎

事例発表 1

母親同志の子育て自主グループ活動

宇都宮市 たんぽぽママの会 鱒淵陽子

たんぽぽママの会は、子どもを育てながら、家庭教育を自主的に講師さんをよんで勉強会を開いているお母さん達の集まりです。私は、この勉強会によって色々学び、頭の良い、正しい子にしようと思って子どもを育ててきたことが、子どもの心をずいぶんきずつけてきたことに気がついたのです。

勉強会は、今まで私が聞いたことのある勉強会や、講演会とはまったく違って、講師さんご自身の子育て失敗体験を通してのお話を中心ですので、とても身近でわかりやすく私と共通する失敗体験も多いのでとても参考になります。講師さんも失敗をしながら子育てされたと思うとほっとしました。

たとえば「三つ子の魂、百までも」ということは、三才までの環境が子どもの成長にもっとも大きな影響を与えるということですから、子どもの身近にいるお母さんが、心にゆとりをもって、愛情深く育てていくことが大切です。子どものすることをいわずらとだけみずに、能力が伸ばせるように、「認めて、褒めて、期待して、しかる時は、命にかかわる時と他人に迷惑をかけるような時だけにして、手は出すな目は離すな」と教えていただきますが、私はその日その時の気分で子どもに接していました。仕事で疲れていれば子どもに当たり、時間がない時は、早く早くと急ぎ立て、主人とケンカをすればつい主人の悪口を子どもにむかって言っていました。私のストレスの捌口になっていることがたくさんありました。また、気分の良い時は、何でもしたいほうだい放りっぱなし、だから親の顔を見て機嫌が良いか悪いかがうかがってから行動をするという具合です。そういうことを毎日して来た私です。教えていただいたように実行できない自分がだんだんいやになってくることもありました。

そこで講師さんから、講師さん自身もそうだったこと、気づいたことは、どんなに小さ

なことでも家庭に帰って実行すること、と教えていただきました。そして私の場合どうしたら良いかを質問をしました。

「今まで大きな声でしかったり叩いたりしてごめんなさい、これから勉強をして良いお母さんになるからね。」

と子どもにあやまってごらんないとおっしゃるので、家に帰ってさっそく当時小学校二年生の長男にしてみました。すると、

「お母さん、僕が悪い事をしたんだからいいよ。」

と言ってくれた時、私より子どもの心の方が大きく、暖かく純粋なんだと気づき、涙がとまりませんでした。あんなにひどいことをしてきたのに、他の子と比べて劣っていると思っていた我が子がこんなに素直に育っていたと思うと嬉しくなりました。そうなると、私にまわりついてうるさいと思っていた子ども達が可愛く見え、子育てとはこんなに楽しいものなんだと感じました。

次回の勉強会に参加して、講師さんに実行したことを報告しますとたいへん喜んでいただき、こんどは

「毎日、おはようございますが家族に言えるようになるといいですね。」

と目標を持たせていただきました。このように理屈よりも、実際にどうすればいいかということをお話していただけるので、友達を誘って楽しく勉強会をしています。これからも、子どもに学びながら、一人でも多く、賢い豊かな心のお母さんになっていただけるよう精一杯活動させていただきたいと思います。

事例発表 2

障害児における子育て支援の活動

コスモスの会（二分脊椎症児親の会）の事例
獨協医科大学病院看護婦 内堀 由美子

はじめに

二分脊椎症児と出会ったのは、私が獨協医科大学病院で未熟児室勤務となった時です。

当院の NICU・未熟児室には、低出生体重児の他に病気をもった新生児が入院してきます。その病気の一つに二分脊椎症がありました。

1988年、二分脊椎症児が集中して入院してきた時期に、親の戸惑い、不安が退院後も続いているため、脳神経外科医師と未熟児室の看護婦の間で「二分脊椎症児の親の会をつくろう」という話がもちあがり、1989年二分脊椎症児親の会が発足しました。数回の親の会をへて、小児外科医師も会に参加し、1991年に全国二分脊椎症児を守る会・栃木支部・コスモスの会となりました。

その会のボランティア参加へのきっかけ、ボランティアのなかからの学びを私なりに述べ、親の会と医療従事者が行なう障害児の子育て支援の活動を考えたいと思います。

I. 二分脊椎症とは

先天的な疾患であり、その原因は不明です。脊椎骨の一番下の部分が癒合せず、開いたままで出生したもので、脊椎骨のすきまから脊椎神経が膜をかぶったまま背中に腫瘤として飛び出しています。この腫瘤（脊髄髄膜瘤という）の中に入っている脊髄神経は、神経としての正常な機能を失っており、生後ただちに手術を受けても基本的には治りません。日本で出生する二分脊椎症児は、大部分が下部脊椎（腰椎、仙椎）に発生するため、神経の麻痺も脊髄の下の部分に起こる事が多く、色々な程度の歩行障害が生じます。腫瘤の位置が高くなる程歩行障害が強くあらわれ、重症の児は下半身麻痺となります。腫瘤の位置が低く、ほとんど歩行障害がなくても、膀胱

・直腸をつかさどる神経は脊椎の一部から出ているため、排尿・排便障害を生じることになります。排尿障害から膀胱炎、腎盂・腎炎など起こしやすく、常に注意が必要になります。また、二分脊椎症児は水頭症を合併することが多く、この場合放置すると、頭蓋内圧亢進症状を起こすだけでなく、大脳皮質の萎縮が起り、知能の発達が障害されることになります。そのため、脳室内にたまった髄液を他の部位（腹腔、心房）に流すシャント手術を行います。しかし、シャント手術を受けたから安心というわけではなく、シャントのため挿入したチューブがつまったり、長さが必要なくなり、髄液の流れが悪くなるシャントトラブルが生じることもあります。

以上のように二分脊椎症児は、歩行障害、排尿・排便障害、シャントトラブルと様々な問題をかかえて生きていかななくてはなりません。

II. ボランティア参加のきっかけ

私が未熟児室勤務となってから、二分脊椎症で手術を拒否した症例を2例続けて体験しました。手術を拒否した両親に対して、子供の将来や生命を親が決定してよいのか、という疑問が生じました。反面、健康で出生してくる事を願っていた両親の絶望を考えるとどのように対応したらいいか、などの悩みがありました。

その2例は、医師・看護婦の度重なる説得に応じることなく、最後まで手術を拒否しました。私は、この症例を忘れることができずにいました。

親の会をつくろうとした時、二分脊椎症児や両親の事を今以上に知ること、今後このような症例に出会った時、今とは違った対応ができるのではないかと、医療従事者が説得で

きなくとも、実際、体験している親の会で相談できるのではないかという思いがあり、お手伝いさせていただくことにしました。

Ⅲ．親から学ぶ障害児の教育

私のなかで、ボランティアという、できない事を助けるというイメージがありました。しかし、コスモスの会のボランティアに参加してからは、その考えはなくなりました。

夏期キャンプへ参加した時、下半身麻痺の子供が、車イスから降りようとした姿を見て私は、意味なく手をかしてあげたくなくなりました。その子が、「大丈夫」と言って簡単に一人で車イスから降りた時、その子の生活として当たり前的事であっても、大きな感動を受けました。同時に、その子の両親の事を考えました。その子がそこまでできるようになるまでには、とても辛いことがあったと思います。手をかすことは簡単ですが、いつまでも手をかすことは、いつまでも障害を乗り越えられないということになります。時として、心を鬼にして子供にチャレンジさせる事が必要であり、そのことが障害を乗り越える行動につながるものだと感じました。

白衣を着て看護婦としているときは、指導の立場で患者が自立できるよう援助していますが、私服になり、仕事を離れボランティアの立場で接する時は、助けてあげなければという気持ちが優先してしまい、つい必要以上の援助をしてしまいそうになっていたのです。ボランティアに参加する者として、子供の安全を第一に考えながら、色々な事にチャレンジさせてあげる、可能性を引き出せるようにする事が必要です。すなわち、一緒に遊んだり、スポーツを通して自然に可能性を引き出してあげられるような援助をしていく事が、看護婦ができるボランティアだと思います。

また、親の会を通して親から親が学ぶだけではなく、同じ障害を持つ子供同志が遊びの中から、お互いが刺激しあい自然に学び、成長していくことを感じました。

Ⅳ．障害児の就学問題とボランティア

障害児の就学問題は、一般の小学校に入れるか、と言うことに始まります。

知能が正常であっても車イスを使用してい

る、装具を着けている、導尿をしているオムツをしているという状況だけで、設備などを理由にされ、一般の小学校の入学は難しかったりします。現実には、車イス使用、排泄に問題のある障害児が一般の学校で学ぶためには、1～3年前から学校や教育委員会に相談に行かなくてはならず、受け入れてくれる学校のある地区に引っ越しをした方もいます。

設備以外に障害児が拒否される理由としては、何かあった時に困るということです。何かあったらと起こらないかもしれないことを心配する前に、ずっと障害とともに生きている子供たちにとっては、それが障害ではなく普通の生活であることを理解してほしいと考えます。障害を持った子が一般の学校に入れないと決めてしまう事が本当の意味での障害者を作ってしまうことを考えてほしいと思います。この事をより多くの方に理解していただくためには、教育者の方々にも参加していただける会にし、支援の和を広げていけたらと思っています。

就学問題にぶつかった時、個人で活動するのではなく、親の会や私たち医療従事者のボランティアが活動することで、今以上に一般の学校で学べる障害児が増えるものと考えます。

Ⅴ．看護婦がボランティアに参加する意味

看護婦は児に障害が予測された時、その障害の症状や予防について、両親に指導をします。両親は一所懸命に覚え理解しようと努力をします。しかし、オムツをして、ミルクを飲んでいる時期には、この子に歩行障害、排尿・排便障害がこれから起こるのだろうかという疑問や、障害が残らないかもしれないという期待などから、子供の問題として受け止められずにいる場合もあります。そのような両親には、コスモスの会の両親から「うちの子もこうだったから、気をつけてよく見ていったほうがいいよ」などとアドバイスを受けると、耳の傾け方が違い、看護婦が繰り返して指導する何倍もの効果があります。

患者にとって、どんな方法が一番効果的な方法かを考え指導する事は、とても重要であり、その方法の一つとして、患者会も大いに

利用するべきだと感じます。実際生活をしていくうえで、医療従事者にはわからなかった注意点や、生活上の知恵があります。例えば二分脊椎症の子は運動障害が軽い子でも知覚が鈍い事が多く、そのため低温熱傷を起こしやすく、電気アンカなどを使用する場合は注意が必要です。また、知覚の鈍い部分に熱傷や傷などができて本人は気付かず悪化してしまいやすいなどは、ボランティアに参加した中から知りました。

以上のように、看護婦がボランティアに参加し共に活動していくことは、不安や心細さの強い入院患児の親に患者会を紹介する橋渡し役をする、患者や家族から確かな生活の知恵を学び入院している患者に生かしていけるなどの意味があります。そして、それらが看護者としてのケアの幅を広げ、ケアの内容を深いものにしていく機会となっています。何よりも問題にぶつかった時や、ものの価値観などにおいて、自分自身が人間として成長していることを実感しています。

まとめ

大崎¹⁾は子育てそのものの特性として、長期労働による疲労、他の活動を制限されることによる欲求不満、生存に関与する緊張感、正答がなく不安要素の大きい労働、評価の低い労働、の5点をあげています。育児そのものが大変な労働であり、ストレスが生じるものであり、障害児の育児においてはそれらが倍増するものと考えられます。

小嶋²⁾は「母親が親としての役割をうまく遂行して、子育ての問題を解決していくためには、母親を支援しその役割遂行を援助する体制の存在が欠かせない」と述べています。健常児の場合は援助者が家族だけでも母親の役割が果たせるかもしれませんが、障害児においては家族以外にも援助する体制が必要になります。その援助の一つとして、親の会が大切な役割を果たしていくためには、医療従事者のボランティアが必要であると考えます。また、同時に地域での行政における保健活動やヘルパーなどのサポートシステムが不可欠であることは言うまでもありません。

引用文献

- 1) 大崎登志子：育児の小さな危機 母親の心理、同朋舎、1988
- 2) 小嶋 秀夫：家庭と教育、第一法規、1982

参考文献

- 3) 松本 悟他：SSK 二分脊椎症(症)の手引き、全国二分脊椎症児者を守る会、1984

事例発表 3

保健所における子育て支援の活動

栃木保健所 中河原 幸子
田中 久夫
子育て支援検討班一同

I はじめに

栃木保健所管内において、保健・福祉・医療・教育等の関係者による「子育て支援検討班」を保健所保健・福祉サービス調整推進事業の中に設置した。母親の不安を支える視点での月1回の検討会を開催し、乳幼児健診・相談・教室等の内容の見直し、

母親の自助グループ育成等のより具体的な方策のため「子育て支援」についてのアンケート調査を実施し、当保健所管内における子育て支援について検討したので、報告する。

II 子育て支援検討班の開催状況

班 員	検 討 内 容	
医師 3名	1) 子育て支援のアンケートの実施について アンケートの作成から実施方法・集計・分析 2) 乳幼児健診・相談・学級等の内容等の見直し 虐待児の早期発見 育児不安のある母親の対応 3) 自助グループ育成について 先進地からの学び 4) 管内の医療・保健・福祉・教育等の連携について	
市町保健婦 6名		
保母 2名		
家庭相談員 1名		
母子保健推進員 1名		
児童相談所 1名		
教育委員会 1名		
保健所 9名		
開 催 回 数		成 果
①子育て支援検討班 7回 (参加者127名)		・子育て支援のアンケートの実施により、現在の母親の状況について把握できた。 ・母親学級からの母親同士の横のつながりを大切に事業を実施できた。 ・1.6歳児健診、3歳児健診等の問診票の設問について検討し、3歳児健診については6年10月から独自の項目を追加し、母親の不安等を以前より聞き取ることができ、それが他の事業にもつなげられた。 ・管内の医療、保健、福祉、教育等連携について考えることができ、また検討班を継続することによりお互いの役割を理解することができ、個々の事例検討等、スムーズに対応できた。 ・各市町の保健事業や医療、福祉との連携等の情報交換ができ、今後の事業の参考になった。 ・管内の子育てに関する関係者が一堂に会しての研修会を実施でき多職種が活動していることが理解できた。
②サービス会議 2回 (参加者54名)		
③子育て支援研修会 1回 (参加者118名)		

III 子育て支援アンケート

1) 対象・方法：1994年9～10月の管内6市

町で実施している乳幼児（4、8、1.6児等）健診相談、保健所で実施している3歳

児健診受診対象児の母親1,452人に事前に調査票を配布し、健診時に持参してもらった。調査内容は家庭状況、母親の不安、相談相手等28項目である。

2) 結果

- ・調査票の回収 1,190人（健診受診対象児の82.0%、健診等受診児の89.1%）
- ・子の性別 男48.8%、女49.8%
- 月齢 ~6か月20.3%、7~11か月22.1%、12~30か月27.5%、31か月以上が29.8%
- 出生別 第1子43.8%、第2子以降54.5%
- ・母の年齢 10代0.9%、20代45.8%、30代49.7%、40代2.8%

① 母親の不安の有無について

母親は43.0%が不安・心配有であった。「第1子の母親・第2子以降の母親」「職業の有無」「核家族・複合家族」「慢性疾患の有無」「乳児・幼児」の5項目について四分表を用いた有意差検定を行った結果、母親の不安は第1子の母親に有意に高かった。

② 第1子の母親と第2子以降の母親について、「困った時の対応」「相談相手」「同年齢の子を持つ友人との交流」「サークル等の参加希望」の4項目について、四分表を用いた有意差検定を行った。

【困った時の対応】第1子の母親は「誰かに相談する（95.2%）」「育児書を読む（52.8%）」「一人で考える（10.6%）」の項目で有意に高く、第2子以降の母親は「経験（71.8%）」が有意に高かった。

【相談相手】第1子の母親は「実父母（67.4%）」「知人（50.9%）」「義父母（30.7%）」「兄弟（24.6%）」「専門家（13.6%）」の項目で有意に高かった。夫に関しては第1子の母親、第2子以降の母親ともに高い割合（65%以上）を示したが、夫の協力を満足しているは第1子の母親（69.3%）が有意に高かった。

【同年齢の子を持つ友人の有無とその交流】近所の友人有は第1子の母親（49.7%）であり、その交流も第1子の母親

（16.1%）で有意に低かった。近所以外の友人との交流の有意差はなかった。

【サークル等の参加希望】第1子の母親の「参加希望（75.2%）」が有意に高く、「母親同士の交流希望」も第1子の母親（57.4%）が有意に高かった。

3) 考察

調査の結果から、第1子の母親は困った時の対応としていろいろ行動化しているが、自分自身の不安・心配は多く、近所の友人との交流は少ない。サークル等の参加希望は多く、特に母親同士の交流を希望していることが明確になった。

この結果に基づき、「子育て支援検討班」では現在実施している健診の間診項目の見直しを行い、母親の交流ができるような健診のレイアウトを工夫（遊びの広場を設けて母親のサロンを意図とする）、母親教室・育児教室等も母親の交流を重視した内容に改善した。また、子育てに係わる関係者が一堂に会しての研修会、自助グループ育成に向けての活動も開始した。

iv まとめ

「子育て支援検討班」を保健所保健・福祉サービス調整推進事業として位置づけ、保健所活動として継続し、多くの関係者の協力のもと、地域の子育て支援について各分野の連携がスムーズになり、虐待事例への対応・虐待防止へと活動は展開している。

今後も「子育て支援検討班」を継続し、地域の子育て支援を多くの人と考えていきたい。

今後の対応——母親の不安を支える——子育て支援——虐待防止——虐待防止

保	健	福	社	医	療	教	育	そ	の	他
相談できる場の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・母親教室、育児教室、相談健診の見直し (母親の悩みを充分聞けるよう) ・問診項目の検討ー母の健康面もー ・母親同士話せる場の確保等) ・母子保健推進員の訪問 	<ul style="list-style-type: none"> ・保育所の母親同士の交流の強化 ・民生委員児童委員 ・主任児童委員 ・家庭相談員、母子相談員 				<ul style="list-style-type: none"> ・オビニオンリーダー 				
地域での自助グループづくり	<ul style="list-style-type: none"> ・母親教室からの母親同士の交流の場の確保 ・教室の実施(月齢一低く、内容一子は特に母親を主体としたもの、正しい知識の提供) 〔子供、母親自身〕 	<ul style="list-style-type: none"> ・子育て相談の実施の周知(パンフレットの作成) 								
家族の支えの強化	<ul style="list-style-type: none"> ・父親学級、両親学級・祖父母学級の開催の検討 ・成人病健診等時に子育てについての啓蒙 ・母子健康推進員の訪問 	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員児童委員 ・主任児童委員 				<ul style="list-style-type: none"> ・社会教育 ・オビニオンリーダー 				
外国人の母への支え		<ul style="list-style-type: none"> ・国際ボランティア 								
関係者の連携 検討等	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所・福祉サービス調整推進会議の開催 ・子育て支援検討班会議の開催 ・虐待防止ネットワークの開催 ・関係者の研修会 									

事例発表 4

子育て環境づくりの視点

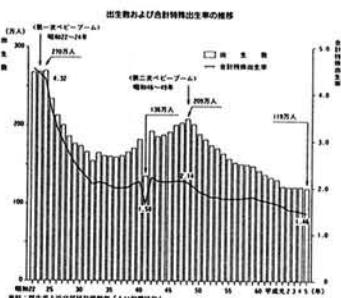
栃木県県民生活部児童家庭課
副主幹

桑名 正史

1. 子育て環境づくりの必要性

(1) 少子化の動向

我が国の出生数は、第2次ベビーブームの昭和46～49年には毎年200万人を超えていたが、その後は減少を続け、平成5年には120万人を割った。また、合計特殊出生率（一人



の女性が一生の間に生むこととなる子どもの数。)も、昭和50年に2.00を下回ってから低下傾向にあり、平成5年には1.46と史上最低を記録した。

平成6年には、出生数・合計特殊出生率とも若干上昇したが、今後の動向については不透明といわれている。

(2) 少子化の背景

少子化の原因としてよくいわれるのは晩婚化・晩産化の進行であるが、そのほか、少子化の背景となる要因として次のようなことが挙げられる。

- ・女性の職場進出
- ・子育てと仕事の両立の難しさ
- ・育児の心理的、肉体的負担
- ・教育費等の子育てコストの増大

(3) 少子化の影響

少子化の進行は、子ども同士がふれあう機会が減少し、自主性や社会性が育ちにくいなど、子ども自身への影響はもちろんのこと、社会全体にとっても、社会保障費用に係る現役世代の負担増や若年労働力の減少等により社会の活力が低下するなど、様々な影響が懸念されている。

(4) 子育て支援の考え方

いうまでもなく、結婚や子育ては、個人の生き方、価値観に深くかかわる問題であ

るが、前述した少子化の様々なマイナスの影響を考えると、子どもを持ちたい人が持てない状況を解消すること、たとえば、子育てと仕事の両立困難、子育てに伴う肉体的・心理的負担、教育費の負担などの要因を除去していくことについては、個人の生き方や価値観に干渉することなく政策的に対応することが可能であり、21世紀の少子・高齢社会に向けて重要な政策課題となっている。

2. 国・県の取り組み

(1) エンゼルプラン

国が平成6年12月に策定した「今後の子育ての支援のための施策の基本的方向について」(エンゼルプラン)は、平成7年度から概ね10年間で、社会全体の子育て支援策を総合的・計画的に推進するためのものであり、その基本的視点と施策は次のとおりである。

① 基本的視点

- ・子どもを持ちたい人が、安心して出産や育児ができるような環境を整備する。
- ・家庭における子育てを支援するため、あらゆる社会の構成メンバーが協力していくシステムを構築する。
- ・子育て支援の施策の中では、子どもの利益が最大限尊重されるようにする。

② 施策

- ・子育てと仕事の両立支援の推進
- ・家庭における子育て支援
- ・子育てのための住宅及び生活環境の整備
- ・ゆとりある教育の実現と健全育成の推進
- ・子育てコストの軽減

(2) 子どもが健やかに生まれ育つための環境づくり(提言)

県では平成4年度から全国に誇れる子育て環境づくりの推進を図ってきたが、平成6年10月には、栃木県子育て環境づくり推進協議会から、今後の子育て環境づくりのあり方について提言を受けた。

この提言では、「子育ての社会的評価の確立」「子どもの視点からの環境づくり」「総合的な取り組みの必要性」を基本的な考え方とし、今後の子育て環境づくりの新たな施策のあり方として次のことを掲げている。

- ① 子どもが健やかに生まれ育つための家庭基盤の整備
 - ア. 子育て相談支援体制の整備
 - イ. 子育てに関する経済的支援の充実
 - ウ. 母子保健・母子医療対策の充実
 - エ. 住環境の整備
- ② 子どもが健やかに育ち学ぶためのゆとりある教育の推進と地域社会の形成
 - ア. 一人一人を大切にされた教育の推進
 - イ. 子どもの健全育成の推進、多様な生活体験の場の提供など地域活動の充実強化
 - ウ. 子どもの遊び場の整備
 - エ. 子育てに配慮したまちづくりの推進
- ③ 子どもを育てながら働く人々を支援する社会づくり
 - ア. きめ細かな保育サービス
 - イ. 放課後児童対策の充実
 - ウ. 雇用環境の整備
- ④ 社会における子育て環境のための意識づくり
 - ア. 県民全体の関心の喚起
 - イ. 男女共同参画社会の形成
 - ウ. 総合的な施策の推進

3. 今後の展開

県では、前記の提言を踏まえて、平成8年度から5か年の「子育て環境づくりに関する行動計画」を策定中であるが、育てる大人の立場から、「子育てに喜びや楽しみを持ち、安心して子どもを生み育てることができる環境づくり」を目指すことはもとより、育つ子どもの視点に立って、「子ども自身が健やかに育っていける環境づく

り」にも留意して、具体的な施策を盛り込んでいきたいと考えている。

さらに、子どもと家庭を主な対象とする計画であることから、たとえば、「子どもも母も健康第一」「男女一緒に子育て参加」「働く家族の子育て支援」「共に育む子育て環境」といったわかりやすい目標を掲げて、県民に身近な子育て環境づくりの計画となるようにすることも考えている。

いずれにしても、子育て環境づくりは、福祉の分野に限らず保健医療、労働、教育など幅広い分野にわたって取り組むべき課題であるので、関係機関と十分な連携を図りながら、本県の子育て環境が全国に誇れるものとなるよう、各種の施策を推進していきたい。

指定発言

母子保健医療の緊急対策事業について

栃木県衛生環境部健康対策課健康増進班
班 長 篠 原 洋

平成 6 年

- 1 出生数 19,735人 775人増
- 2 合計特殊出生率
 - 県 1.53→1.59
 - 国 1.46→1.50
 理由一(21年ぶり増加)第2次ベビーブームの出産
- 3 栃木県と全国比較 ワースト順位

	5 年	6 年
乳 児 死 亡	1 位	14 位
新 生 児 死 亡	1	14
周 産 期 死 亡	2	8
- 4 地域保健法改正(平成6年7月)
平成9年に市町村に移るもの
 - ①1歳6月児健診(法定化) ②3歳児健診
 - ③市町村保健センター(法定化)
 - ④保健婦、栄養士の充実 ⑤福祉と一体的なサービスを提供
- 5 母子保健指導(平成7年度)
周産期保健指導マニュアル作成中一保健所や市町村を指導
- 6 周産期医療
平成7年度緊急対策事業
獨協医科大学にNICU3床を整備
周産期医療センターを造るべく準備中

脳 卒 中 医 療 対 策

医 療 機 関 名	病床数	建築費	運 営	運 営 費	完成年月	備 考
栃木県救急救命センター	100床	53億	済 生 会 託 委 託	赤字全額 負担 国、県	(昭56) 8年5月	済生会移転に伴う新築 三次救急医療
栃木県循環器センター (仮 称)	100床	県 補 助 34億	済 生 会	補 助 な し	8年5月	心疾患、 脳卒中治療等
救急救命センター (足利日赤)	30床	県 補 助 11億 5千万	足利日赤	一部負担	8 年 秋	三次救急医療
救急救命センター (大田原日赤)	30床	県補助額 未 定	大 田 原 日 赤	一部負担	9 年 中	三次救急医療

(参 考)

- 一次救急医療一軽傷
- 二次救急医療一重傷(入院、手術)
- 三次救急医療一重篤(心筋梗塞、脳卒中、頭部損傷等)

平成5年栃木県の母子保健に関する人口動態（概数）関係

順位 低率順

1 乳児死亡

区 分	総 数		率（出生千対）		全国順位
	栃木県	全 国	栃木県	全 国	
平成元年	87	5,724	4.3	4.6	33
2	112	5,616	5.6	4.6	6
3	87	5,418	4.4	4.4	27
4	120	5,477	6.2	4.5	2
5	105	5,164	5.5	4.3	1

2 新生児死亡

区 分	総 数		率（出生千対）		全国順位
	栃木県	全 国	栃木県	全 国	
平成元年	48	3,214	2.4	2.6	30
2	64	3,179	3.2	2.6	10
3	53	2,978	2.7	2.4	17
4	64	2,905	3.3	2.4	4
5	67	2,761	3.5	2.3	1

乳児死亡の死因

年	総 数	先天異常(率)	その他全ての 疾 患	低酸素症等の 呼吸器官疾患	心 疾 患	敗 血 症	他の死因
平成3年	87	35(40.3)	14(16.1)	15(17.2)	2(2.3)	1(1.1)	20(23.0)
4	120	41(34.2)	20(16.7)	19(15.8)	5(4.2)	8(6.7)	27(22.4)
5	105	37(35.3)	19(18.1)	14(13.3)	8(7.6)	6(5.7)	21(20.0)

3 死 産

区 分	総 数		率（出産千対）		総数内訳（県）	
	栃木県	全 国	栃木県	全 国	自 然	人 工
平成2年	895	53,892	42.8	42.3	430	465
3	788	50,510	38.0	39.7	372	416
4	826	48,896	40.8	38.9	377	449
5	762	45,087	38.6	36.6	350	412

5 合計特殊出生率

区 分	栃木県	全 国	全国順位
平成2年	1.67	1.54	33
3	1.66	1.53	31
4	1.60	1.50	27
5	1.53	1.46	23

4 周産期死亡

区 分	総 数		率（出産千対）		全国順位	総数内訳（県）	
	栃木県	全 国	栃木県	全 国		妊娠28週以降	早期新生児
平成2年	137	7,001	6.9	5.7	2	87(4.4)	50(2.5)
3	114	6,544	5.8	5.3	12	79(4.0)	35(1.8)
4	126	6,321	6.5	5.2	1	79(4.1)	47(2.4)
5	125	5,988	6.6	5.0	2	76(4.0)	49(2.6)

特別講演

子育て支援のために

こどもの城小児保健クリニック・小児科医 巷野悟郎

ただいま、古川先生から過分なご紹介を頂きまして、恐縮でございます。いつぞや、こちらで話をするように言われましたとき、私自身、栃木県足利の出身でございますので喜んで参じた次第であります。宇都宮の駅からこちらへ来る途中、タクシーに乗りますと、運転手さんがなつかしい栃木弁でしゃべっているのを聞いて、久しぶりに昔を思い出しております。こどもの頃にインプットされたのはいつまでも残っているものですね。前に、人間の記憶はいつ頃始まるかと、女子大の学生にアンケートをとりましたところ、だいたい4才以後が多いようです。そういうわけで、私もこちらへ参りますと、4才以後の故郷の山河をなんとなく肌で感じているのです。

今日は、「子育て支援」というテーマでお話しします。私どもも、かって「育てられた」わけです。今度は、先輩としてお話をするわけです。厚生省では、エンゼルプランとして、福祉施設、保健などハード面の強化を行っておりますが、私はそれに対して、ソフトの面について話していきたいと思っております。今回の演者のお一人、桑名さんから、「こどもからの視点」というお話がありました。私も育っていくこどもの視点から、こどもがどうやって育っていききたいのか、という考え方で述べたいと思っております。その前に、国のエンゼルプランの内容を2〜3みてみます。

最近では働く女性の増加から、家庭ではなく保育所での育児が増えております。戦後の昭和23年に児童福祉法ができましたが、そのなかで、家庭で育てられるのが困難なこどもを、保育所で育てるようになったのが始まりです。従って、それに対して、国から一人あたりいくらかという、措置費がでております。現在では、一人っ子などの増加で、集団生活の必要性という観点からも、保育所が利用されるよ

うにもなっております。そして一昨年には誰でも保育所を選んで入れるようにしようという考え方もでしたが、これは世論で撤回され、現時点では今まで通り、措置費での保育が続けられております。保育所のあり方は、国家財政の中で、今後も検討される問題と思っております。

保育の内容については、最近の女性の仕事にも関わることです。例えば、スチュワーデスなら、月のうち何日預かってほしい。パートで働いているなら一日のうち何時間預かって欲しいなど、女性の職業形態も多様になっています。したがって、朝から夕方まで預かる従来の保育所では、それに対応できなくなっています。これに対して、ベビーシッターが家庭に出向いたり、東京のある区のように0才児保育を行っていないところは、保育ママさんという制度で、少人数単位の託児を各地区で行っております。いずれにしても、集団保育、一時的な少人数保育など、多種多様な保育形態に変わりつつあります。最近では、若い両親が旅行をするとか、急な不幸に対してなど、半日の託児などが各地区で体制ができてつつあります。

子育ては誰か大人がいなければならないし、きめ細かい配慮が必要です。そのためには、税金がたくさん使われるなどハード面の充実もいわれております。しかし、全ての母親が働いているということではなく、家庭で24時間行う、在宅保育をしている母親もたくさん存在します。わたしはこれらの、家庭でのおかあさんに対する配慮について、まず考えてまいりたいと思っております。

昔は、こどもは「授かり者」でした、しかし今は「つくる」と表現されるようになりました。これは、あまりいただけない考え方ですが、この「つくる」という発想から、「どう育てるか」「どういう方向に育てるか」が問

題になります。この行き着く先が、英才教育、早期教育となって行くわけです。「つくる」ということがいろんなことに関わって参ります。また、「育児」ということばも問題とされます。「育児」ということばの延長線上に、どういう風に子どもを育てるかという、どうやらハウツウものがでてくるようにも思われます。そのあたりの子育て自体が子どもをおかしくしているようにも思われます。

考えてみますと、「育児」という言葉は日本的と思われます。子どもを育てると書きます。漢字の辞書で「育」の下をみると、こちら上州のほうで昔からの「おかいこさん」に関係して育蚕（いくさん）があり、また育種（いくしゅ）などがあります。「育てる」を辞書で見ると、なにかを未熟から成熟にすることとあります。そこで育てる人が必要になり、また方法論もでてくるわけです。そしてどういう方向に向けて育てるかということに至ります。いまの学歴社会にまさに強い関連を持った言葉として、育児がとらえられるようになったのではないかと考えるのであります。

外国における「育児」を辞書で調べますと、英語で infant care、ドイツ語では Kinder fursorge、要するにケアするという発想が存在します。つまり、「子どもは育てて行く」んですよ、育てていく子どもをまわりでケアする、あるいは育ちやすい環境をつくっていく、という考えがございます。そこには日本的な「育てる」という意味ができません。これは東洋的な考え方なのかも知れません。「君主を育てる」などからもうかがえます。こういうわけで、はじめに、育児という言葉が我々を混乱させているのではないのでしょうか。それを理解すると、放っておくというのは極端ですが、まわりで腕をくんでみているような余裕がでてくるのではと思います。

子どもからみると、子どもは育てていくものです。女子大で「大人と子どもの違いは何か」を入学の段階で書かせてみるのですが、高校までの知識でたくさんを書くのですが、一言でいえば、「子どもは発育する」ということです。飛行機でいえば上昇過程にある。車でいえば大量のガソリンを使って加速する時期と考えられます。それに対して大人はメ

ンテナンスで足りる様になります。このようなことを今のおかあさんは気づかないで、今の瞬間をみて判断するため、発育に気づかないことが多いようです。生後1カ月の赤ん坊を1カ月の時期だけでみてしまうのです。たとえばこの時期、成人を小さくしたものとしてみてもいいのです。検診などで拝見しますと、ブランド物の靴、服など着せ替え人形の発想で赤ん坊に接しているように思われます。今のおかあさんは、常に発育していることを忘れてしまっているために、我々に対してその瞬間のいろいろな心配事をぶつけてまいります。

例えばキリストの絵でも、昔はマリア様に抱かれたキリストは大人を小さくした「とっちゃん小僧」的に描かれていることが多いようです。近世のものでは、赤ちゃんらしく描かれているものが多いようですが……。

今のおかあさんは「赤ちゃんは大人を小さくした者」とみてしまうように思えてならないのです。最近のオウム事件、校内暴力などが、山積みしておりますので、彼らと世代が近い今のおかあさんが、どういう風に育ててきたのかという生活の背景を調べてみました。去年から集めた戦後50年の生活の変遷を表にしてみました。そうしますと昭和40年代に生まれた人が、現在30代で子育て中のおかあさんということになります。この40年代は日本が非常に変わったときです。働け、働けから生活をエンジョイしようとなった時代です。経済的にもある程度確立した時代です。自分のできなかったことを子どもに与えてあげようとヤマハのピアノが売れてきたのもあの頃です。まず、部屋の中から、ピアノの音が聞こえてくる子育てというロマンチックな夢が、その頃のおとうさん、おかあさんにあったものと思われます。いわゆる情緒面での早期教育が始まったのが昭和40年代なのです。

一方で、育児ノイローゼという言葉がでてきたのも、ちょうどその頃です。日本で初めての育児雑誌「ベビーエイジ」が婦人生活社から発行されたのもその頃です。私が、都立駒込病院に勤務していたときに雑誌の相談を受けたことを覚えております。単行本の育児書はありましたが、育児雑誌となると売れないと思っておりましたが、まもなく発刊され

るとものすごい売れ行きでした。

先ほどの演者の方のお話で、こちらでも電話相談が始まったことをお聞きしましたが、日本で電話相談の始まったのが、昭和46年です。その頃電話相談したいと相談を受けたときも、電話での育児相談とは何事か、と思ったものですが、マスコミがとりあげた結果でしょうか、ものすごい反響で日本中から東京に電話がかかってきたものでした。そのダイヤルサービス株式会社は大きくなりました。育児電話相談では常時20～30人の女性の方が電話を受けております。そのほか、思春期相談、性の相談、お年寄りの相談、AIDSの相談など一大企業にまで発展してきました。つい先週25周年をむかえたばかりです。そういうようなことの始まりが昭和40年代のことなのです。

しかし、今ではこどもの数も少なくなりました。昭和47年の第2次ベビーブームを境にどんどんこどもの数も減少しております。こどもが少なく、しかも大人社会になってきている。町の中でおっぱいをのませる姿や、おむつを替える姿もあまり見られなくなってきました。デパートには授乳室がみられるようになりました。そういう風に子育ての姿が町の中から消えてしまったのです。そういう大人社会のなかで今のおかあさん方は育ったものですから、こどもというものを知らないうちにある時、突然、目の前に赤ちゃんがいて、人の親になってしまった。これが、今のおかあさんの背景です。

昭和50年代になり、紙おむつができ、ベビーフードの商品化で、離乳食も簡単に与えられるようになりました。これが年輩の方々の眼からは手抜きに映ったものでした。簡単にベルトコンベアで赤ちゃんを育てているといった批判を受けたものでした。そういう時代ですから、ある時妊娠をして、生んで、おかあさんになったその日から、こんなはずではなかったという状態になる。そういう頃に生まれた今のおかあさんをどう支援するかということが、これからの本論なのです。

今のおかあさん方を一言でいえば、「こどもを知らない」ということが根底にあると思

います。こどもを知らないまま毎日自己流でやっているということが実状なのだと思います。これは表現を変えてみますと、おかあさんがたが、自分のこどものことがわからない、例えていいますと、私たちがいる時、兎のこどもをもらったり、あるいは猫のこどもをもらっても、どう育てていいのかわからない。極端に言えば、ライオンのこどもをどう育てていいのかわからないのと同じ状態ではないのでしょうか。ライオンが尻尾を振ると、何か機嫌が悪いのではと心配したり、ライオンが口を開けると何か飛びかかってくるのでは、そんな恐ろしさがあると思うのです。そんな風にたとえると想像できるでしょう。今のおかあさんはそういう背景をもってある時母親になったのではないかと。

さきほどご紹介いただいたNHKの電話による育児相談はどの程度聞いていただいているでしょうか。毎週木曜の10時5分から始まる番組に対して9時30分からの受け付け、1時間で100～200件の電話が全国からかかって参ります。それを3人の女性が電話で対応します。かからないのは自動的にカウントされますが、その数は少なく100件、多ければ300件にまで達します。問い合わせの内容を分析しますと非常に興味深いことが解ります。おそらく経験のあるおかあさんから見ると「どうしてあんな質問が出てくるのだろう」と思われるようなものがございます。たとえば、昨日あった質問は「うちのこどもは5カ月なんだけれど、主人が、動物性の肉や魚は、公害、農薬で汚れている。これから離乳食を与えるにあたって、肉類、バター、チーズは食べさせるな、と言う。どうしたらよいのでしょうか。」と言う質問がありました。それに対して、今までどういう栄養でしたか？と尋ねると、「混合栄養です」と答えるので、ミルクは牛乳でつくっているんですよ。と言いますと、「そうですか。知りませんでした。」と驚いておりました。今のおかあさんはそういう知識なんです。今まで、牛からでたミルクを飲んでいて何でもなかったでしょう。といいますと、「そうですね。」という答えが返ってきました。

ときには、「うちの2カ月の赤ちゃんがとぎどき口を開けるんですが大丈夫ですか？」

という質問を受けます。皆さん、どうお答えになりますか？。改めて育児書をも、
「2カ月の赤ちゃんはときどき口を開きます」とはどこにも書いてありません。「泣きます」などという相談がきても大変困ります。そういう風に、赤ん坊というものは泣くとは思っていないものですから、私は、今のおかあさん方は、子供に対しての知識はゼロということで、どうか皆様、支援して欲しいと思います。

その、「子育て支援」の内容についてこれから、話していきたいのですが、その前に、育っていくこどもの特徴について述べたいと思います。これは、どの教科書にも載っていることなので、今更、ここで繰り返してもしょうがありませんが、少し簡単に触れたいと思います。

こどもが大人と違う点は、発育することにあります。発育は、毎日同じ様に行くかという、必ずしも同じように行くわけではございません。臨界期というものがございます。あるところまで成熟していったら始めて、誰でも解るような機能が発揮されます。たとえば、一人歩きをとってみましても、「くびがすわる」「寝返りをする」「お座りをする」と頭の方から発達していったら、最後に一人で立ち上がって、歩き始めると、もうその日のうちにかかり歩けるようになってしまうものです。

言葉などでもそうですね。はじめはおかあさんのいうことの理解から始まります。そのうちに、口の動かし方も上手になる。さらに堅いものをかむ、そのあと、声を言葉に変える運動が起こって参ります。ですから、言葉なども、今日一つ、明日一つという出方ではなく、ある時期急に出てくることが多いのです。運動機能もそうですし、食欲なんかもそうですね。離乳期などでも、離乳食をはじめはよく食べるけれども、そのうちあんまり食べなくなることを、たびたび経験いたします。そしてまた、よく食べる時期が出てまいります。いずれも「階段状の発達」をていします。

小さいこどもが思春期に達するまでの身体の格好をみてみましても、赤ん坊から2~3歳頃まではまるまるとしております。それから、

小学校の低学年の頃までは身長がぐーっと伸びまして、体重の増え方は少ないですね。ですから、その頃は何となくやせたように見えるものです。それから、小学校の中学年の頃になりますと、身長があまり増えないで、体重が増える。そして何となく太り型。それがすぎて、思春期になりますと、身長がぐーっと伸びて、次第にすっきりしてまいります。この様に、まる型から、「伸長・充実」を繰り返しながら、大人の体型ができていきます。ですから、4~5歳でこどもが痩せたように見えるわけですけど、やせたように見えるときに知能が伸びることもあるわけですね。

この様に、体の格好をみましても、同じ格好で大きくなるのではなく、横に広がり縦に伸びを繰り返しながら、そういう階段を経て大きくなっていきます。発育にはこういうふうに階段状があるものです。ですから、階段状で横になっているとき、例えば、食欲がない、あまり食べない、どうも家の中でばかり遊んでいる、そういうときはなにか充電の時期なのですね。そしてそういうときは他のことが階段を上って急に発達している、そんなことが経験されます。

たとえば生後10カ月の赤ん坊で食べない子という質問をよく受けますけれども、そういう時に、無理に離乳食を食べさせようと思ってもこどもは食べません。しかし、それはそれとして、他の発達をみますと、10カ月になって、近頃歩くようになりました、とか後追いが始まった、とか他の面での発達があるわけです。食べないことはこどもの発達の1段階ということが理解できれば、おかあさんの心配事も随分少なくなると思います。

こういったことは、電話相談ではよく受けることなので、何回でも放送でお答えしています。「こどもは、一様には大きくなりませんよ、休みがあるんですよ」ということをいつもいっております。そして、「こどもの発育を見守ってごらんさない、待つんですよ」といつもいうわけです。

しかし、おかあさんがたは10カ月の時点ですべてを評価したがるものです。その10カ月のこどもが半年経ったときのことが解らないわけです。あと1カ月2カ月待てば、きっと食欲がでますよ。言葉がでますよ。そういっ

た例が随分あるわけなんです。相談を受ける立場としては、我々がおかあさんの心配事へのめり込まないことが大切です。のめり込んでしまいますと、答えが出なくなってしまいます。例えば、10カ月の赤ちゃんがミルクばかり飲んで、離乳食を食べません。そういう質問に対して、こちらが頭の中で知恵を絞って、離乳食をこうしてみたらどうか、味をこうしてみたら、ミルクを隠してしまったらどうだろうということでは解答にはならないんです。そういったことは随分とあります。

言葉の問題もあります。たとえば、2歳になって言葉がまだ3つ、4つしかでないという質問は非常に多い。最近は言葉の質問が非常に多くなってきたと私は思うのです。ラジオも10年続いてまして、今年は11年目ですけど、毎年の統計で前と比較してみると、言葉の質問が多くなってきているのが解ります。というのは言葉と言うのは人間関係の中で発達していくわけですね。おかあさんが子どもに話しかけたり、あるいは、子供同士の遊びとか、そういうなかで、言葉を覚えていくわけです。それともう一つは言葉というものは自分でつくっていくものです。これを構音といいますね。構える音と書いて構音といいます。そういう、言葉を作る唇とか、舌とかのどの奥とか、あるいは呼吸の調整と、そういうもので自分の言葉を作るわけですから、単にしゃべれることで作られて行くだけではなく、食べるということにも関係があります。最近では、おかあさんがいつまでも軟らかい物を与えて、硬い物を噛めない子が増えてきています。あるいは、飲み込めない子どももおります。そんな、食べるということがおかしくなっていること、それから、親子の会話がなくなっていることが、構音、言葉を作ることを遅れさせてしまっているのではないかと思います。

そういった食とか生活が集約されて、2〜3才で言葉がでないことにつながるのではと思います。しかし、言葉の理解面の発達については、構音に比べていいんですね。言葉の発達も、ある時急に進んでいくことが多いようです。

ラジオの電話相談で1歳半くらいのお子さ

んで、言葉がないという質問を受けます。それに対して、5〜6分でおかあさんに対するアドバイスを出すわけです。言葉が出る出ないにはその背景に、例えば脳神経系の異常とか全体の発達が悪ければ当然言葉はでませんから、それは、こちらからの質問でフィルターにかけてみます。それで、これは単に個人差だけの問題と判断された場合には、もう少したてば急に出来ますよと、答えることがあります。これは、勇気があるのです。もし、出なかったらどうなるのかということにもなりません。

育児相談とか育児指導では、おかあさんへのアドバイスの結果を確かめなくてはいけないと思います。また確かめることはこちらの勉強にもなるわけです。電話相談には、病気の相談、せっぱ詰まった相談、あるいはごくありふれた育児相談などがあります。それに対して、こちらの答えにおかあさんが何となく感謝して電話を切ってしまうと、その通りおかあさんがやっているかという疑問も出ます。それから、私のいったことを果たしてうまくやっているのか、ということも考えます。毎日やっていると、自分の答え方に一つのパターンができてしまいます。そのうち、おかあさんに対して、すらすら答えられるようになる。それで、変な自信がついて、電話相談の専門家になってしまう。これが、怖いのです。

そこで私は、ラジオでも年に何回か、NHKの方から数カ月前の質問者に対する経過の確認を行っています。これは、大分冒険がすることです。たとえば、言葉の問題でも「それから言葉は相変わらず出ませんでした」、などもありましたが、多くの場合はあれから急に出来ましたという答えだったのでホッとしました。このことから、言葉の発達も階段状であることがわかります。ですから階段が横になったとき、おかあさん方の心配が多いのです。

おかあさんは先が読めないわけですから、我々育児支援をする立場の者は、子どもの基本的な性質を常に伝えていかなければならないと思うのです。一つでもおかあさん方の理解が得られれば、ずるずると子どもを理解で

きるようになってまいります。ですから、一つ一つの質問にどう答えるかではなく、「子どもというものは」「赤ちゃんというものは」ということを繰り返しておかあさん方に教えてあげたい、と思っております。

昔の子育ては、例えば、おんぶして散歩していると、「いい顔しているね」、「まるまるしているね」、などと近所のおばさんがいてくれるということが自信につながったものです。そういう言葉かけが大事なのです。

かつての相談でいい例がありました。皆さんなら、どうお答えしますか。4人のこどもを育てているおかあさんの質問でした。「小学校1年生の子を頭に、2歳と、10カ月の双子という4人です。肉体的、精神的、経済的、いろいろな意味で負担がかかるのでどうしたらよいでしょう」、という相談です。そのとき、私は、なにかよい制度が利用できないか、保健所、児童相談所、町の担当のところで相談して下さい、という答えしかできませんでした。その後どうなっているか随分気になっていたのも、そのあとしばらくして電話相談の時間にこちらから電話すると、非常に明るい声が帰ってきました。先生の指示通り、保健所、保育所、児童課などに電話しましたが、どこも「がんばりなさいよ」といわれただけで、具体的には何も変わりませんでした。ところが、「先生、子育てってとても楽しいんですね」、と言う言葉がつづいたのでこちらは救われました。「どうして、そうなったのですか」というと、ある日、郊外に行って子どもと遊んでいたときのことを話してくれました。

近所のおばさんが通りかかって、子どもたちをみて、「みんな、お宅のお子さんかい？、昔は子育てはこんなもんだった。子育てって、楽しいね。」と言われて、そのときパッとひらめいたということです。今まで、つらいつらいと考えてきた子育てが、この一言でパッと切り替わったと言うのです。「だから、あれから、全然状況は変わっていないけれども、先生、子育てって楽しいですよ」。そう言われました。私は、これが心からの子育て支援と思うのです。こういう支援がおかあさん方に必要と思うのです。それは、心の中からで

てくるものでなければ支援できませんが・・・。

ダイヤルサービス電話相談の25周年のときの挨拶で、我々の小児科医の仲間、離乳食の研究をしている二木武先生がなかなかいいことを言っておりました。「電話相談は哲学です」と言っておりました。要するに、おかあさんからのいろいろな悩みが与えられたときに、そのときのこちらからのしゃべり方、熱意、そして励ましそれが電話相談だと。見えない相手に対して、声だけで、相手を応援するわけですから、電話相談とは哲学です、という彼の話を聞いて、今まであった私の思いがすかっと整理された気がいたしました。いろいろな「質問の多くは時が解決する」、心配する母親に対して、いかに応援するかという、こちらの熱意、それしかない。これが電話相談の役割と思うし、赤ちゃん110番がこれだけ続いたのは、そこで働く人たちがそういう考えでやっているからではといったときに、眼から鱗が落ちたような気がいたしました。

育児支援には、ハードとソフトの面があります。ハードの面は国がやります。建物とか施設は作られますが、一番最後は対一でおかあさん方を支援することにあります。これは、保健所でもどこでもできることです。ところが、一方では、育児指導、保健指導というときに、ややもするとおかあさんの足を引っ張るような答えになっていることがあります。例えば、4カ月で体重が小さいので保健所に相談に行ったら、「小さいから飲ませなさいと言われたのですが、先生、どうやって飲ませるんですか？」という相談を受けたことがあります。

おかあさんは一生懸命やっているのですが飲まないのです、それをもっと飲ませなさいと言ったのでは答えにはなりません。わたくしは、そんなときに母子健康手帳のパーセントの図表を見ながらそこに体重を書き込むわけですが、そして実際に体重が下の方であっても、身長も書き込んでみると、身長も5パーセントであるようなケースが非常に多いのです。これは、決して体重が小さい子どもではない、小柄な子どもなのです。身

長に応じた体重なのだから、これ以上飲む必要はない。そして、子どもはすくすくと育っているわけなのです。

体重だけみて批判されることが非常に多いのです。そして、母子健康手帳のパーセントイルのグラフへの記入がない。おそらく体重の数字だけを標準の数字と比べて、大きい、小さいといっているのではと考えるのです。そうではなく、必ず身長もパーセントイルのグラフに記載した上で相対的な評価をして欲しいと思うのです。親にとって「小さい」とか「遅れている」は大変なショックを与える言葉です。小さい、少ないという言葉を使うときは、必ず、解決が伴わないと無責任です。体重が小さいから、もっと飲ませなさいというのはコンピュータ的な発想です。飲ませるためにはこういう方法をやってご覧なさいなど、解決の具体的方法を言ってあげて欲しいのです。例えば、皮膚のあざ、股関節脱臼、髪の毛が薄いなどちょっとした悩み事に対しての我々の不用意な発言が、いかに子育ての自信をなくしてしまうか。子育て支援という立場からは、励まし、勇気づけを常に忘れないでいただきたいのです。

というのは、ついこの前まで、地震があっても眼を覚まさなかったようなおかあさんが、赤ちゃんを家に連れて帰ったその日から、ちょっとでも赤ちゃんが泣けば、目を覚ますようになる。まさに24時間勤務なのです。「子育てには労働基準法が通用しない」おかあさんは、保母さん、乳児院の看護婦さんのように休めない。遊びに行けないのです。そういうおかあさんに対して、赤ん坊が、小さい、遅れている、などという言葉だけを伝えることは育児支援の逆行といえるのではないのでしょうか。もし、相談で帰るとき涙ぐんでいるなら、育児支援の立場で考えるなら、むしろ、来ない方がよいと思うのです。

どうぞ、いろんな時に励ましていただきたい。いろんな悩みをおかあさん方はもって参ります。それは非常に幼稚かもしれない。子育ての経験者からみればどうしてこんなこと知らないのだろうか？と思われるかもしれませんが、しかし、そういう状況が今のおかあさん方の現状なのです。彼女たちが夜中でも起き

て育てているということを考えますと、どうぞ、笑顔で励ましてあげてください。相談が終わって母親が帰るときに明るい笑顔になることが本当の育児支援ではないか、と考えるのです。

テレビで「同情するなら金をくれ」という言葉があります。同情するのは誰でもできません。ただ、同情するからには何か解決してあげなければ、と思うのです。発育が悪く小さいという指摘、歩かないという指摘だけでなく、こうしてみたらどうですか、こうするといいですよ。解決方法を与えないと無責任な批評家にすぎないと思うのです。これは、私自身に対する戒めでもあるのです。診療のときでも、言うだけであれば、おかあさんに対して自信をなくさせるだけです。こうすればよい方向に行くという知恵を与えてあげるべきだと思うのです。よく、医者に話したら自信をなくしてしまうと言うこともあるようです。あまり、言いますと、医者である自分がみじめになってしまっていますが、要するに、子育てをしているおかあさん方を励ましていただきたいと思うのです。そして、言葉を大切にしたいと思います。

それから、もう一つ、ある時点だけで考えるのではなく、「時の流れの中で判断」していただきたい。時の流れの中でおかあさん方はいろいろな経験をします。経験しながら自分で解答を出すことも多いのです。おかあさんのクエスチョンに対して、アンサーを出すのではなく、おかあさん自体が答えを出すようなヒントを与えることが大事だと思うのです。特に、子育てというのはこうあらねばならない、ということはずないわけですね。例えば、乳を飲まない、というときでもなぜ飲まないか。これは、それだけ考えてみても、一冊の本ができるほど、あらゆる条件があります。あるいは「夜泣き」一つをとってみましても、こうすれば解決するという方法はないと思います。むしろ夜泣きの考え方を話してあげて、おかあさん自体が納得する。そうしますと、夜泣きという言葉が頭から消え去っていくことが非常に多いわけです。

「夜泣き」の質問はラジオで非常に多い。ですから、時々、私の考え方を復習して話し

てあげるのです。夜泣きは昨日も4件ありました。ちょうど今頃多いですね。夜泣きの質問は、梅雨時、年末が多いようです。おそらく今頃の夜泣きは、一日の中のけじめがない。何となくうっとうしい。昼間かーっと照って、夜は静かになるという、こういった生活のリズムが無くなってきますと、赤ちゃんのレム、ノンレム睡眠もどうもうまくいかない。そのためにほんのちょっとしたことでも、目覚めてしまうわけです。年末もあります。これは、秋から冬に向かっていくときの、気候の関係もあるかもしれません。あるいは、何となく家の中の落ちつきが無くなることも夜泣きを多くしている原因になっているかもしれません。

考えてみますと「夜泣き」というのは非常に日本的です。外国の言葉の中に、夜泣きという言葉はないわけです。私は、東京にある各国大使館にアンケートを取ったことがあります。「貴国に、夜泣きという言葉はありますか？」という質問に対して、返事が、28きましたが、夜泣きということばがあるのは2カ国しかありませんでした。たしか、ソ連、中近東のどこか、だったように思います。泣くので困るのは、おじいちゃん、おばあちゃん、お舅さんがいるという日本の家族制度、あとは木造家屋で泣かれると困るという状況で発生したのではないのでしょうか。「昼泣き」という言葉はありません、これは昼泣いても困らないからです。

ある時、若いご夫婦がこられて、夜泣きで目を真っ赤にしているのです。「父親は朝早い仕事なので、先生何とかありませんか？」というのです。2~3時間交代で抱っこしているというのです。それに対して、のどが渴いてるんではとか、おむつが濡れてるんではとか、暑いのではとか、ということも確認してみますが、これはおかあさんはみんなやっているんです。それでも泣くんです。だから、相談にくるのです。だから、それに対する答えではないんです。育児書のことはみんなやっているのです。そういう質問がきたときに大切なのは、大変だね、とまず同情することです。同情してから、考え方を話してみてください。どのおかあさんも、子育てではみんな苦労しているんだよ、という話から入るわけ

です。

いつか、幼稚園児のおかあさんに、0才児の育児で大変だったこと、つらかったこと、なつかしいことを書いてもらったことがあります。解答の中で、夜泣きが上位にあるのです。つらかったことにも、なつかしいことにも、夜泣きが入っているのです。子育ての中には、はたから見たら解らない楽しさもあるのです。はたから見たら大変でも、そういう中になつかしいことも含まれているのです。そういう話もして、じゃ、もし赤ちゃんが泣かなかったらどうだろうか、という、「親はよく眠れると思います。」と答えますが、それなら、昼間も泣かなかったらどうだろうか、と聞きますと、考えこんじゃいました。おかあさんは、おっぱいをいつ飲ませたらいいか解らないし、おむつをいつ替えたらいいか解らない、と答えました。夜中に赤ちゃんが泣くというのは、眠れなくて泣いているのだから、赤ちゃんはつらいのじゃないの、といてあげると、おとうさんは何となく、涙ぐんできました。子育てというのは、そういうものかとどこかで感じとってくれたのかもかもしれません。それによって、赤ん坊が夜中に泣いても、異常でも何でもない。赤ん坊が眠れないでいることに対して、親がどう手をかけてあげるかということを理解してくれたと思います。

こういったことが、私は、子育て支援だと思ふのです。そんなときに、昼間デパートにいったんじゃないのとか、批判的な言い方をしてしまいますと、おかあさんの行き着くところはなくなってしまいます。子育てはみんな大変です。労働だと思ふます。それを、どういうふうに喜びに転換させるかが、我々の役割と思っております。

しばらく前に、私は子連れ旅行、赤ちゃんツアーに毎年ついていったことがありました。いろんな時に行きました。春休みとか、夏とか、クリスマスとかにも行きました。非常に楽しかったことを覚えております。ある育児雑誌社から依頼があり、ハワイに4泊5日位ですが、誰かいませんか、というので、何人かに頼んだのですが、急なので該当者が無く、私がついていくことになりました。そのとき

私は「何も赤ちゃんを連れて、ハワイまで行くことはなかりう」といったんですが、一つ確かめてやろうと言う気持もあって、ツアーに参加することになりました。1回に30組から50組なんです。参考までにもうしますと、50組の赤ちゃんは一度に飛行機には乗れないのです。これは、酸素マスクの関係で一度には乗れないということを知りました。

旅行中は体温の調節がうまく行かずに熱を出す子どもがいますが、あるとき、むこうで40度位の熱を出した1歳位のベビーがおりました。そして帰る前の日にやっと熱が下がったのです。その間の若いおとうさんおかあさんは、部屋のなかでうろうろしていました。私は子どもの熱は心配ないと、発熱の講義をしたりしておりました。4日目に熱が下がって、近くへの外出を促すのがやっとでした。

帰ったあとで、いくらかかったか確認したところ、3人で60万くらいかかったということでした。それだけの経費をかけて、ハワイにきて何をやっていたかという、部屋の中で子どもの面倒を見ていたわけです。私が「大変でしたね」といったところ、ご両親とも涙ぐみました。どうしましたかと聞くと、「こんな良い旅はなかった」というのです。自分がやっと父親になったというのです。今まで、子どものことでこんなに心配したことはなかったというのです。東京の人だったのですが、こどもが病気をしたとき会社に電話があると「電話するな」と言ってしまっていたというのです。それが、ハワイでは逃げるわけにいかんわけですよ。とうとう、3~4日、子どもの熱とつきあって心配しました。それで、父親らしくなったのです。というその言葉を聞いて、旅はいいな、と私は思いました。

それからは、育児雑誌などで、旅はよいですよと大いに強調しているわけです。国外、国内に関わらず、旅をすると逃げ場が無く、強い結びつきをもたらします。旅は生活です。親が育てるのではなく、大人が生活する中で、赤ん坊は大人の生活の中で育つ、旅は良い機会と思っております。こんなことを言うとJRがよろこびそうなことですが・・・。

子育て支援の中で、旅も大切な手段と考えております。ハワイの旅行は時差があったり、

飛行機に乗ったりなど、赤ちゃんにとって問題もありますが、きれいなところです。そういうところで、親子水入らずの生活も必要ではと思います。こどもはそういう中で、自分を作っていくものと思います。

3歳以降になると自分がわかるようになることは先ほどお話いたしました。脳神経繊維が、一本一本できる3~4歳を過ぎてから、自分が完成して参ります。ですから、「教育」「しつけ」などは3~4歳を過ぎてから、ということがいえると思うのです。教育とかしつけとかいうのは、自分のきもちをおさえて社会のルールにのることです。

おかあさんが歌が好きで、歌うことが好きなら、赤ちゃんはそういう環境の中で育ち、静かな状態なら、静かな環境の中で育てて行くわけです。一人目は妊娠中からたいていは静かな環境でいるので、ちょっとしたことで目が覚めてしまし、2~3人目にはおなかの中からうるさい環境のなかで育っていくので、生まれたあとも多少うるさくても、ぐっすり寝てしまうことはよく経験されます。

3歳までの子育ては、おかあさんや家族が環境を作っていくことでもあります。環境の中で育てていくわけです。そういう中で生活しているおかあさんに対して、我々が勇気づけてあげる。そして、おかあさんの子育てを認めて励ましてあげることです。

皆様方も、なにも知らないおかあさんに接する機会が多いと思います。自分がおかあさんの立場で発想し、解決してください。「たった一言の励ましても大切な育児支援」になると思います。少なくとも、おかあさんの足を引っ張らないよう、いつも肝に銘じて接していきたいと思います。ご静聴ありがとうございました。

第19回栃木県小児保健会・栃木県母性衛生学会合同研修会
第7回とちぎ思春期研究会研修会

日時：平成7年10月14日（土）

会場：宇都宮市医師会館

1. 会長挨拶

2. 来賓挨拶

3. 講演

(1) 「県内における母子感染」

獨協医科大学第二小児科講師

田 中 吾 朗

(2) 「未熟児センターにおける院内感染のコントロール」

自治医科大学看護短期大学教授

齋 藤 ゆ み

(3) 「診療所における性感染症」

大草レディースクリニック院長

大 草 尚

4. 休憩

5. 特別講演「母子感染」

東邦大学医学部新生児教室教授

多 田 裕

講演 1

県内における母子感染

獨協医科大学第二小児科 講師 田中吾朗

1. はじめに

近年、わが国の周産期医療の進歩は目ざましく、周産期死亡率は5、新生児死亡率は2へと低下してきている。この改善には産科・小児科の各々の進歩と両者の密接な連携が重要であった。本稿ではその連携の代表的テーマである「母子感染」について、栃木県内でのアンケート調査の成績を中心に述べる。

母子感染といっても対象は広く、児の生命予後、神経学的予後に直接関係するものから、肝炎ウイルスなどの慢性疾患の経過を辿るものまである。また母子感染対策の歴史は長く、結核、梅毒、風疹、B型肝炎などでは優れた成果をあげている。

2. 調査対象

今回のアンケート調査の対象は栃木県未熟児研究会の10施設である。母子感染対策として各施設の産科で行われている妊婦スクリーニングの内容はこれらの施設の小児科を通じて調査した。

この10施設産科での分娩・出生数を1990-1994年の5年間に渡り調べた(表1)。栃木県の年間出生数は約2万人、10施設での分娩数は約6千人で、県内の分娩の約3割を扱っていると考えられる。この施設が県外の患者を取り扱い、また栃木県の住人が県外で分娩をするその出入りが等しいと仮定した数字である。この10施設は各地域の医療中核病院であり、異常の認められる児は周囲の産科施設より紹介入院してくるため、今回の調査は県内のほとんどの患者を拾い上げていると思われる。調査期間は5年であるので、今回の成績は出生10万人での患者発生率と見なすこともできる。

3. 妊婦スクリーニング検査施行状況

各施設でのスクリーニングの実施状況の集計を表2に示す。GBSとはB群連鎖球菌、Group B Streptococcusの略である。この細菌は前期破水の原因となり、児に肺炎、敗血症、髄膜炎を起し、肺炎による呼吸障害は

臨床症状、胸部レントゲン写真ともにRDSに類似し、新生児死亡の大きな原因となる。欧米でまず注目され、わが国でも20年以上前から患者が報告され、大きな新生児施設では数十人の症例を持っている。

妊娠の前期に培養検査を行い陽性者のみ追跡調査を行う施設が2、後期に行う施設が2、両者を行う施設が1です。合わせて5、半数の施設で施行されているに過ぎない。開業産科で施行しているところはまだまだ多くないと思われる。

梅毒検査は当然のことながら全施設で行われている。後期に追加している施設は3施設である。

B型肝炎(HBV)は全施設、C型肝炎(HCV)は9施設で行われている。

トキソプラズマの抗体検査は2施設、希望を聞いて行うのが1施設である。

AIDS検査は8+1施設である。

成人T細胞白血病ウイルスはATLともHTLV1ともいわれるが、5+1施設で抗体検査が行われている。母子感染のルートが母乳であることから、有効な予防法が確立してきている。

風疹は数年前に大流行があり、妊婦にも感染が見られた。抗体陰性者の発見は母子感染対策の有効な武器になると思われるが、4+1施設で行われているに過ぎない。

単純ヘルペスウイルスは新生児に感染すると脳炎、DICなどの予後不良の経過をとることがある。しかし、今の所有効なスクリーニング方法がなく、実施施設はない。

巨細胞封入体ウイルス(CMV)については、胎内感染よりむしろ輸血後の感染が問題になっている。ルーチンに検査を行っている施設はなく、未熟児出生が予想される妊婦のみを対象としているのが1施設である。

その他に、クラミジア抗原の検査が3施設、カンジダ、ウレアプラズマ各1施設である。

4. 新生児患者発生状況

1990-94年の5年間に出生し、10施設の小児科に入院した新生児症例の調査結果を表3に示す。調査疾患はGBS髄膜炎・敗血症、先天梅毒、先天風疹症候群、単純ヘルペスウイルス感染、先天性トキソプラズマ症の5疾患である。このうち先天性風疹症候群および先天性トキソプラズマ症については5年間、10万人の新生児からは顕性の患者は発見されなかったことになる。

先天梅毒と単純ヘルペスについては患者が各3名見つかり、GBSについては実に13名の患者が把握されており、患者を経験していないのは2施設のみであった。以下にこの3疾患についての患者像を見ることにする。

GBS感染症の重症型である敗血症・髄膜炎患者の一覧を表4に示す。2,500g未満の症例が3例認められ、出生場所は院内が7、院外が3、記載無しが3であった。病型としては敗血症と髄膜炎の合併が多く見られ、死亡は4例、生存した9名の中にも後障害症例が多く、精神発達遅滞、てんかんが各々2名見られる。症例数が多く、短期、長期予後はともに不良である。

獨協医科大学病院未熟児部の入院患者4,000名の内、GBSが分離され、診断が、肺炎、髄膜炎、敗血症および血液培養陰性で、臨床症状から敗血症疑いとしたものまで含めると、24例の患者がみられ、うち死亡は3例である。重複を許して集計すると、髄膜炎：4名、敗血症：10名、肺炎：12名、敗血症疑い：4名となる。

獨協医大第2小児科に入院したGBS髄膜炎症例は7例あり、4例が先に述べた未熟児部症例で早発型であり、3例は小児病棟に入院した遅発型症例である。全てが院外出生症例であり、妊婦のGBSに対する検査は行われていなかった。

症例1は1985年の生まれで、発症は生後1日、発熱、痙攣、チアノーゼを主訴に紹介入院となり、敗血症を合併していた。CT上、脳に広範な低吸収域を残し、救命されたが、重篤な障害を残した。

症例2は発熱、浮腫を主訴に入院した例で、前日より抗生剤の座薬が使用されていたために髄液からは菌が検出されなかったが、血液

から菌が培養された。本例は4歳まで経過を追い、後障害を認めなかった。

症例3は呼吸障害を主訴に0日に入院した児で、障害を認めずに治癒したと思われたが、2歳で痙攣を起こしててんかんと診断され、現在抗痙攣剤の投与を受けている。

症例4は36週の前期破水例で、日齢1に呼吸障害、痙攣を主訴に入院したが、既に重篤な状態で、髄液の細胞数は無数であり、日齢3に死亡した。前期破水にた対し治療を行わず分娩となったものである。

症例5は発熱を主訴に日齢16に小児病棟に入院した例で、てんかんを残した。

症例6は2,190g、33週の低出生体重児で、仮死を主訴に未熟児部に入院した。入院後CRPの高値が見られ、抗生剤を使用して経過を見ていたところ、咽頭などからGBSが検出された。肺炎は認められず、治療経過は良好で、GBS敗血症疑いと診断され、軽快・退院した。退院約1月後、発熱・哺乳不良を主訴に外来を受診し、直ちに小児病棟に再入院、髄膜炎、敗血症と診断された。髄膜炎治療中に硬膜下水腫を残し、脳外科にて手術を受けたが、今のところ発達は正常である。2回目発症の菌のルートは判明していないが、家族由来の可能性も考えられる。

症例7は発熱、痙攣、チアノーゼを主訴に生後11日に入院した。産科退院時より様子がおかしかったようで、発症はかなり早かった可能性がある。CT上、脳に多発性の低吸収域を認め、退院のめどがたっていない。

県内の患者調査でも、獨協医大の髄膜炎症例のまとめでも、GBSの新生児に対する影響は広範かつ重大であることが分かる。この被害を避けるためには妊婦のGBS検査が必須である。GBSの妊婦での保菌率は10%を超えるという報告が多く、特に選択培地を使用した調査では20%に近い成績も報告されている。

しかし、妊婦の陽性率が高い割には新生児の発症率が低いことが、この問題の管理方針を困難にしている。米国小児科学会のガイドラインは次のようである。

①無症状のキャリア妊婦への抗生剤の投与は勧められない。②キャリア妊婦の分娩に際しては、リスクファクター（37週未満の陣発、37週未満の前期破水、陣痛中の発熱、多胎出

産、18時間を超える前期破水)があった場合に、母体への抗生剤の投与が勧められる。③以前の分娩で児がGBS感染を起こしたことのある母体への抗生剤の予防投与は正当である。

これに従って管理しても、ときに児に感染が起こる場合があることが報告されている。GBS感染症を多く経験した小児科医の意見を求められる施設では、児の注意深い観察が方針となる。GBSキャリア妊婦より生まれた児をハイリスク児と認識して注意深く観察する体制を採ることが問題解決の第1歩となる。

先天梅毒症例の集計を表5に示す。母体搬送された低出生体重児に肝脾腫が見られた症例。生後2ヶ月で外来受診した水頭症症例。紹介入院のDIC症例の3例で、全員救命されている。症例1は梅毒検査を受けていないため感染を把握出来なかった古典的な例だが、症例2、3は妊娠前期の梅毒検査は陰性でその後感染したものと考えられる。

獨協医大の吉原はDIC、肝障害を起こした先天梅毒の1例を報告しているが、その例でも妊婦の初期の梅毒検査は陰性であった。また芳賀赤十字病院からも先天梅毒の症例が小児科栃木地方会に報告されている。このように患者はかなり多く、DICを起こした例は重症になる。妊娠前期、後期の2回の梅毒検査が勧められる。

単純ヘルペスウイルス(HSV)の新生児症例は3例集計された(表6)。院内出生が1名、院外出生が2名、病型では中枢神経型、全身型、全身および中枢神経型となっている。症例2が死亡、症例1は1歳時で、脳性麻痺、てんかんと診断されている。

新生児の治療はアシクロビルの登場でかなり改善した。発熱を主訴とした新生児を見たときには常にHSVを考慮して、産科病歴の聴取および児の診察を行うことが重要である。ウイルスの迅速診断としてPCR法が手近に行えるようになることが期待される。

先天性風疹症候群の患者は今回の調査では見いだせなかったが、獨協医大では過去に3例の経験がある。小児への予防注射の方式が変更されたため10年もすれば風疹の流行は日本からなくなると予想されるが、それまでは風疹の検査は必要と考える。

4. まとめ

今回の調査から産科施設が母子感染のスクリーニング検査として施行すべきだと判断されるものとしては、GBS検査、後期の梅毒検査が挙げられる。発熱をみた新生児では単純ヘルペスウイルスに対する注意が必要であり、有効な検査方法の開発が望まれる。また、患者は発見されなかったものの、風疹検査はなおしばらくの間中止すべきではないと考える。更に、先天性トキソプラズマ症の報告例がときどきみられるので、トキソプラズマの抗体検査も必要ではないか。治療可能な感染症を早期発見する努力を惜しんで障害児を作り出すべきでないと考ええる。

5. 追加事項

口演当日の会場での討論内容に付いて触れる。「GBSによる死亡例が多く、退院のめどもたらず小児病棟に入院している重度障害児をみると、これは至急何とかせねばと思う」、「年齢の若いときの脳障害ほどその人間が失うものが大きいという考え方がある」、「胎児医学がこれほど進んだなかで、治療可能な感染症の検査がなおざりにされていることは残念なことだ」という小児科側から産科側への意見が出された。この議論がなされるときには、まれな疾患に対する検査のコスト・パフォーマンスという意見が必ず出るが、それに対する見解が討論された。

その後の産科側の対応は驚くほど速く、妊婦スクリーニング検査の見直しが進んでいると聞いている。

表1：県内10施設での出生数の県出生数に対する割合

年	1990	1991	1992	1993	1994
施設出生数	6,237	6,272	5,697	5,616	5,652
県出生数	19,995	19,936	19,441	18,960	19,735
比率(%)	31.2	31.5	29.3	29.6	28.6

表2：妊婦スクリーニング検査施行施設数

病原体名	施行施設数	
GBS	5	
	初期のみ	2
	後期のみ	2
	両者	1
梅毒	10	
	後期も	3

病原体名	施行施設数
HBV	10
HCV	9
Toxoplasma	2 (希望者：1)
HIV	8 (希望者：1)
ATL	5 (希望者：1)
風疹	3 (希望者：1)
HSV	0
CMV	0 (未熟児予想：1)
Chlamydia	3
Candida	1
Ureaplasma	1

表3：母子感染症例(県内10施設、1990-94)

	GBS	梅毒	風疹	HSV	トキソ
足利赤十字	1	0	0	0	0
大田原赤十字	1	0	0	1	0
小山市市民	1	0	0	0	0
県南総合	0	0	0	0	0
国立栃木	0	0	0	0	0
済生会宇都宮	1	1	0	0	0
佐野厚生	1	1	0	0	0
自治医科大学	2	1	0	0	0
獨協医科大学	3	0	0	2	0
芳賀赤十字	3	0	0	0	0
合計	13	3	0	3	0

表4：B群連鎖球菌症例(県内10施設、1990-94)

出生体重(g)	週数	場所	診断	予後	検査	後障害
1	2,590	33 院内	S+M	生	-	-
2	1,370	29 院内	S	死	-	-
3	3,242	42 ?	S	死	?	-
4	3,100	38 院内	M	生	?	-
5	3,038	39 ?	S+M	生	?	-
6	1,636	33 院内	P	死	-	-
7	2,310	36 ?	M	生	-	MR(3Y)
8	3,567	39 院内	S	生	-	-
9	2,636	38 院内	M	生	-	MR(3Y)
10	2,510	39 院内	S	生	-	-
11	3,450	40 院外	S+M	生	-	Epi(3Y)
12	3,230	38 院外	S+M	生	-	Epi(4Y)
13	2,536	36 院外	S+M	死	-	-

S：敗血症、M：髄膜炎、P：肺炎

表5：先天梅毒症例(県内10施設、1990-94)

出生体重(g)	週数	出生	症状	予後	原因
1	1,300	31 母搬	肝脾腫	生	検査(-)
2	3,628	40 2M	水頭症	生	妊娠前期は陰性
3	2,750	38 院外	D I C	生	妊娠前期は陰性

表6：単純ヘルペス症例(県内10施設、1990-94)

出生体重(g)	週数	出生	病型	予後	後障害
1	3,070	38 院内	CNS型	生	CP,Epi(1Y)
2	2,590	36 院外	全身型	死	-
3	2,680	39 院外	全身+CNS型	生	-

講演 2

未熟児センターにおける院内感染のコントロール

自治医科大学看護短期大学教授 齋藤 ゆ み

I 序 文

ブドウ球菌、特にメチシン耐性黄色ブドウ球菌（以下MRSA）の院内感染は1980年代から1990年代にかけて増加の一途をたどり、治療や医療経済の面からも大きな問題となっています。

特に未熟児は自然免疫や獲得免疫、正常細菌叢等の未発達から、病原細菌の定着や浸入にたいする感染防御能は不完全で、また使用できる薬剤の制限もあり、コロナイゼーションの予防や治療はより困難な問題とされます。

著者は1992年5月から1994年にかけて本院未熟児センターをフィールドに院内感染対策に取り組んできました。

1992年頭初、対象センターでは、MRSAの感染症患者は出ていないものの、入院患児の咽頭や便の検体培養からMRSAが高率に分離され、新たに入院した患児から入院3日後にMRSAが検出される症例もあり、早急な感染対策が必要な状況にありました。

看護方法や環境の清潔保持などに関するきめ細かい現場調査やスタッフとの検討、学習などあらゆる試行錯誤の積み重ねを通して、この3年間に著者が取り組んできた院内感染防御に関する調査研究の成果と未解決の問題を含め報告いたしたいと思います。

II 感染防御対策

1992年7月入院中の未熟児に関するMRSAの保菌状況から、菌の水平伝播の可能性が高いことが予想されました。そこで伝播経路を明らかにすべく1992年7月から1994年10月にかけて、以下のような実態調査及び感染対策を実施しました。

- 1) 看護婦の処置後の手指細菌の検出
- 2) NICUの環境の汚染状況の調査
- 3) 患児の皮膚のMRSAの広がり状況調査
- 4) 分離されたMRSAのパルスフィールドゲル電気泳動法によるDNA解析

- 5) 日常頻回に行われる看護処置のビデオ撮影とその検討
- 6) 床の清掃方法や看護用具の検討と改善
- 7) 看護婦の処置前後の手洗い方法や清拭、おむつ交換、サクシオンなどの看護方法の改善策の検討と実施
- 8) 院内感染防御対策の周知と教育のためのビデオ作成や勉強会の実施

III 結 果

1992年7月に行われた環境調査の結果は15台のクベースの置かれた周囲の床から15か所中12か所（80%）、クベース内の頭側のシート上、及び足側の汚物を載せるプラスチックの台からは26か所中15か所（57.6%）、コットシート及びコット周囲の床からは8箇所中5箇所（62.5%）、看護準備室の床からは7箇所中6箇所（85.7%）からそれぞれMRSAが分離されました。

つまり環境の床及びその他の水平面からのMRSA分離率は38/56箇所（67.8%）と高率で、その内、黄色ブドウ球菌中のMRSAの占める割合は108/113菌株で95.5%に上っていました。

また同時期の看護婦の処置後の手指細菌の調査結果をみると、勤務に入る前のイソジンによる手洗い、及びブラッシング後にはほとんど手指細菌は検出されないものの、看護処置や何らかの理由で患者に接触後の手指からは13人中6人（46%）、ほぼ半数の看護婦の手指からMRSAが検出されました。特にサクシオンやおむつ交換後にはMRSAが高濃度に付着していました。

このような一回目環境調査の結果に基づいて看護用具や清掃の方法を改善し、3か月後再び一回目と同様な調査を実施しました。

一回目と比較するとそれぞれの箇所のMRSA検出率は減少し、環境の床及びその他の水平面からのMRSA分離率は11/43箇所（25.5%）で約半数以下に、黄色ブドウ球菌

中のMRSAの占める割合は30/192菌株で15.6%に減少していました。しかし処置後の看護婦の手指細菌は26.6%と前回の半数に減少していましたが、この時点でも入院患児からのMRSAの分離率に変化はありませんでした。そこで翌年3月におむつ交換及びサクシジョンに絞ってより詳しい手指細菌の調査を行いました。その結果は、処置前、後とも約80%以上の看護婦の手からMRSAが分離され、また環境からのMRSA分離率も増加しており、患者の身体のMRSAによる汚染が進んでいることが予測されました。

そこで日常の看護方法をビデオに収め検討した結果、従来の清拭、つまり蒸留水とガーゼによる児の清拭方法には問題があるのではないかという結論に達しました。

患児の皮膚細菌の検出結果は予想したように清拭後の皮膚は清潔どころか、前胸部からMRSAの検出された患児は12人中11人(91.6%)に及んでいました。

この結果は病棟全体のスタッフに提示され、勉強会を開き清拭方法をイソジン綿花によるふき取り清拭に改め、手順や必要物品の改善を行う一方、それをスタッフ全員の実行として徹底させるための教育ビデオを作成して周知を図りました。

以上のような改善を重ねた後、1994年10月に行った調査結果は患児の前胸部からのMRSAの検出率は11人中7人(63%)と減少し、また看護婦の処置前の手指細菌の検出率は9人中3人(33%)で、おむつ交換後の手指細菌の検出率は9人中6人(66%)、クベース下の床からは16箇所中4箇所(25%)とそれぞれ減少を示しました。

またこの間に、MRSAの伝播経路を明らかにする目的で入院患児12人から分離されたMRSA 35株についてパルスフィールド電気泳動法を用いたDNA解折を行いました。1株を除くその他すべてが同一の泳動パターンを示し、MRSAの水平伝播が強く示唆されました。

Ⅳ 考察

以上の感染対策の結果はいまだ感染防御に十分とは言えず患児の咽頭からのMRSAの検出率には有意な減少は見られていません。

しかし、1993年の12月には膿痂疹の出現率がそれまでの50%から23%へと半減したことを見ると清拭方法や各種の改善策によって細菌のレザボアとして最も重要と考えられる、患児の皮膚の清潔は徐々に確保されてきているといえます。また入院患児数に対するMRSAの分離見数を見ても60%前後に抑えられています。

かつて著者はアメリカのある院内感染コントロールナースとお会いした際、院内感染対策で最も重要なことはグローブを使用することだといっておられたことが強く印象に残っています。この点についてある報告では、NICUにおけるグローブの使用の強調が、通常のケアに比べてコロナイゼーションにかかる日数、感染者数、感染にかかる日数、発熱の日数などの点から明らかに有意な違いを示したとするデータがあります¹⁾。グローブの使用においてアメリカ等と日本は非常に違っているのが実態ではないかと考えます。今後この点に関して検討していく必要があります。

また皮膚のMRSAのコロナイゼーションを食い止める対策として、出生直後の児の鼻腔や臍にあらかじめ弱毒で薬剤感受性のある黄色ブドウ球菌を接種すると、バクテリアインターフェレンスによってその後の黄色ブドウ球菌は定着しないという実験データもあります²⁾。

MRSAの汚染は患児から処置後の医師、看護婦の手指へあるいは環境へと広がっていきます。

患児の全身に広がったMRSAのコロナイゼーションを食い止めることは難しく、手洗いなどの一般的な院内感染対策の徹底と同時に医療技術や看護技術の改善、そしてその周知、教育が今後、更に行われる必要があると考えます。

文 献

- 1) Barabara M. Soule, Elaine L. Larson, Gary A. Preston *Infections and Nursing Practice* Mosby 1995
- 2) 秋山 武久: MRSA 感染症への対応 薬業時報社 1994

講演 3

診察所における性感染症

大草レディースクリニック院長 大 草 尚

20年前の1975年 WHO により sexually transmitted disease (STD) が提唱され本邦では性行為感染症と呼ばれていたが、1988年日本 STD 学会発足とともに性感染症と呼ばれている。近年STDの世界的な増加が大きな社会的関心を招き、多くの問題を提起しています。その背景として性の自由化、性風俗の変化、性行為の多様化、新しい疾病（エイズ）の登場が挙げられる。今回このSTDの概要と当院における STD の現況について述べる。

現在知られている STD の病原体と疾患について表1に示した。病原体は細菌、ウィルス、マイコプラズマ、クラミジア、真菌など多岐にわたり、その疾患も多種多様である。その中で特に日常診察に多くみられるクラミジア頸管炎、性器ヘルペス、尖圭コンジローマなどの STD の特徴について表2に示した。

平成6年1月から12月までに当院外来を初診した患者婦人科585名、妊婦535名、思春期202名、総数1322名について検討した。婦人科患者のSTDは表3に示したように、カンジダ症、クラミジア頸管炎、膣トリコモナス症、性器ヘルペスの順に多い。妊婦のSTDは表4に示したように、カンジダ症、クラミジア頸管炎、HBV 肝炎、ATLAの順に多い。思春期患者のSTDは表5に示したように、カンジダ症、クラミジア頸管炎、性器ヘルペスの順に多い。全STD症例の年齢構成を見ると、25～29歳、20～24歳、30～34歳の順に多い（表6）。

STDの感染率は婦人科10.3%、妊婦18.8%、思春期3%、全体で12.7%であった。好発年齢は20～30歳に多く、特にクラミジアは20歳前半に多い。カンジダ症を除けば、現在クラミジアが最も感染力と汚染度が高い STD と考えられる。

STDの病原体と疾患

病 原 体		疾 患
細菌	梅毒トレポネーマ 淋菌 軟性下疳菌 カリマトバクテリウム・グラスロマチス	○梅毒 ○淋病 ○軟性下疳 鼠径肉芽腫
ウイルス	単純ヘルペスウイルス (HSV) ヒト乳頭腫ウイルス (HPV) 伝染性軟属腫ウイルス サイトメガロウイルス EB ウイルス B型・C型肝炎ウイルス 成人T細胞白血病ウイルス (ATLA) ヒト免疫不全ウイルス(HIV)	性器ヘルペス 尖圭コンジローマ 伝染性軟属腫 サイトメガロウイルス感染症 伝染性単核球症 B型・C型ウイルス性肝炎 成人T細胞白血病 AIDS(後天性免疫不全症候群)
マイコプラズマ	ウレアプラズマ・ウレアリチクム	非淋菌性尿道炎・子宮頸管炎
クラミジア	クラミジア・トラコーマティス(L1-L3型) クラミジア・トラコーマティス(D-K型)	○鼠径リンパ肉芽腫 非淋菌性尿道炎・子宮頸管炎
真菌	カンジダ・アルビカンス	外陰・膣カンジダ症
原虫	赤痢アメーバ 膣トリコモナス	アメーバ赤痢 膣トリコモナス症
寄生虫	疥癬虫 毛ジラミ	疥癬 毛ジラミ症

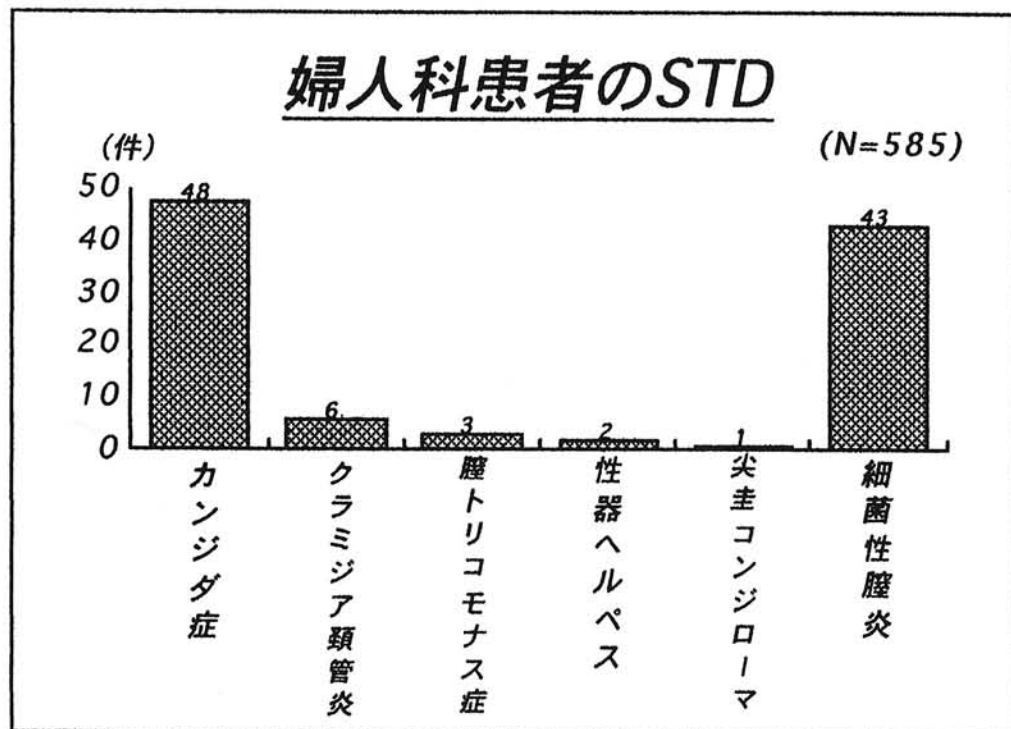
○は性病

—表 2—

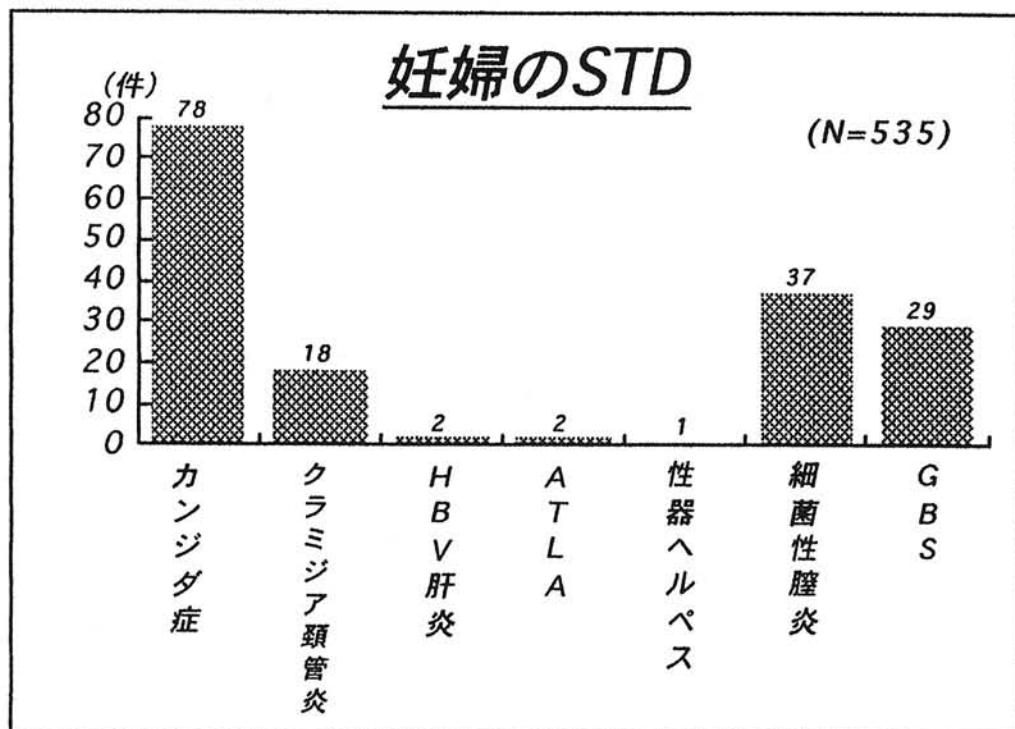
一般診療における主なSTDの特徴

	微生物	症 状	特 徴
クラミジア類管炎	クラミジア・トラコマトィス	液性あるいは淡黄色や 粘液膿性の帯下	不顕性感染が多い 骨盤内感染症の原因 卵管性不妊症
性器ヘルペス	単純ヘルペスウイルス	激しい疼痛 排尿困難 水疱・膿疱形成	再発する頻度が高い
尖圭コンジローマ	ヒト乳頭腫ウイルス	鶏冠様の腫瘍	20歳代前半に好発
膣トリコモナス症	トリコモナス原虫	黄色帯下（膿様・泡沫状） 悪臭を伴う掻痒感	30代～40代に好発 院内や家庭内感染でも 起こる
膣カンジダ症	カンジダ・アルビカンス	白色帯下（チーズ状、粥状） 強い掻痒感	自己感染・家庭内感染 でも起こる
淋 病	淋 菌	粘液性または膿性帯下 排尿時痛、膿性尿道分泌物	男性に多い 女性是不顕性感染 クラミジアとの合併

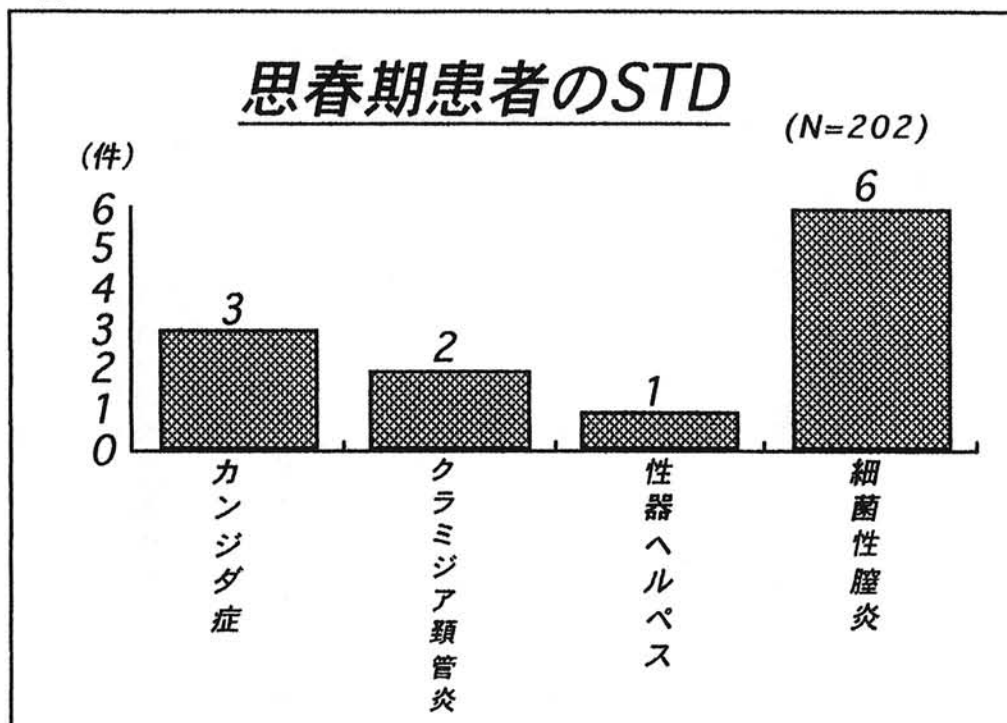
—表3—



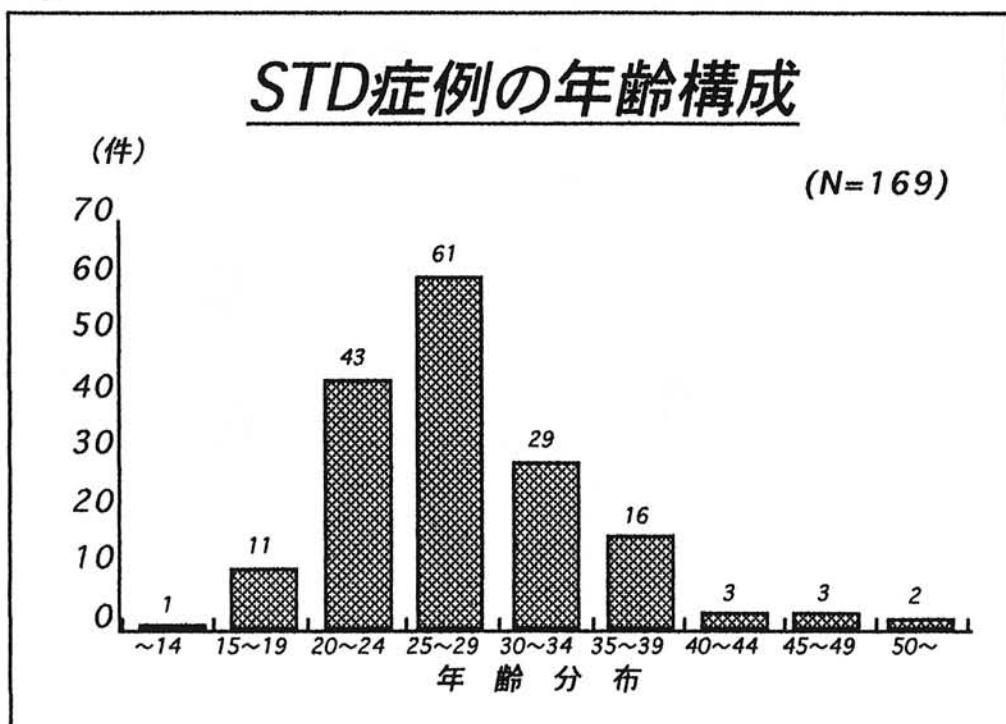
—表4—



—表 5—



—表 6—



特別講演

母子感染

東邦大学医学部新生児教室教授 多田 裕

新生児感染症の多くは病原体を母体から受けるので母子感染である。しかし、感染の中でも罹患した新生児が特有な症状や経過をとる疾患を、母子感染として特別に扱ってきた。

先ず結核や梅毒が問題になり、その後TORCH感染症が注目された。

次いでB型肝炎ウイルス(HBV)の母子感染とその予防が重要な課題となり、これに関連して同様な感染経路をもつ成人T細胞白血病ウイルス(HTLV-1)とAIDSウイルス(HIV)、最近ではC型肝炎ウイルス(HCV)の母子感染が問題となった。さらに母体の性感染症(STD)としての淋疾、クラミジア感染症、カンジダ症、単純ヘルペス感染症などや、産道に存在するB群溶血性連鎖球菌(GBS)などの児への感染が問題になる。

本講演では主な母子感染とその問題点につき考えてみたい。

1) 結核、梅毒

結核は妊娠に伴い悪化することと、母子感染で新生児に感染すると粟粒結核など重症な症状を呈することから、古くから妊婦のスクリーニングとしての胸部X線間接撮影が行われてきた。その後、結核の頻度の低下と放射線障害の心配から撮影は行われなくなってきたが、最近では結核が老人や外国人を中心に再び増加しており、病原菌不明の感染症ではNICUでも結核を念頭に置く必要が生じている。また、結核は通常の接触では感染しないとされているが、新生児では院内感染で発症することが多いので、特に注意が必要である。

梅毒も最近STDとして増加しており、妊娠中のスクリーニングと出産前の治療が重要である。

2) TORCH感染症

T(トキソプラズマ)、R(風疹)、C(CMV:サイトメガロウイルス)は妊娠中の初感染が問題になる。従来わが国では、妊婦のこれらの疾患に対する抗体保有率が高かった

ので初感染が少なく、児の異常は風疹を除けば比較的稀であった。このため、トキソプラズマでは約33万例に1例の疑わしい症例があったのみであったとの報告があり、その後一般にはスクリーニングが実施されなくなっている。先天性の感染症があっても、新生児期には症状が現れないことがあるなどの問題点もあるが、最近では妊婦の抗体保有率の低下が報告されており、今後TORCH感染症が問題になるのではないかと考えられる。

3) HBV, HCV, HTLV-1, HIV

これらのウイルス性疾患は、輸血を介して感染すること、母子感染によりキャリアが生じ周囲への感染源となること、STDとしての感染経路があるため他人から嫌われること、感染した新生児は症状を呈しないが後に重大な症状を伴い発症してくることなど共通な点が多い。

妊婦のHBs抗原の検査率は95%以上に達する上に、HBe抗原陽性のキャリア妊婦から出生した児に母子感染予防処置を実施することにより、96%の児はキャリア化を免れる。また出生後すぐに接種したワクチンの効果は6年以上持続するので、本年から予防対象がHBe抗原陰性のキャリア妊婦から出生した児にも拡大されたことと相まって、次世代にはHBVの感染は激減するものと期待されている。

一方、HCVは母子感染が存在はするが、陽性妊婦から出生した児の5%程度と推定され、母乳による感染も証明されていないので、母乳を与えることは問題がないとされている。

HTLV-1は、母乳が主な感染源であることが明らかであるが、人工栄養にしても5~7%程度の児には感染すること、短期の母乳では長期に母乳を与えた場合に比し感染率が低いことなどが知られるようになった。このため母乳哺育を希望した場合には凍結母乳以外に、われわれは3ヶ月程度の短期哺乳をす

すめている。

HIV に関しては、陣痛発来前の帝王切開、妊娠分娩時および出生直後の母児への抗ウイルス薬の投与などが試みられ、母子感染に関しては効果のある対策が明らかになりつつある。

4) STD

単純ヘルペス感染症に関しては、胎内感染例を提示したが、頻度としては稀であり、産道に感染症がある場合の帝王切開の適応が問題になる。分娩時に外部病変がある場合や、外部病変が認められなくても初感染では発症から1ヶ月以内、再発型、誘発型では発症から1週間以内は帝王切開が必要であるとされる。

クラミジア感染症では、眼脂があった場合に退院後に肺炎を起こすことがあるので、その危険性を認識し、産科的検査や児への点眼等の処置が重要である。

5) その他の感染症

上記の疾患の他、GBS その他の細菌感染症なども、子宮内感染あるいは産道感染が問題になり、妊娠中のスクリーニングと治療が望ましい。しかし全例を妊娠中に検査・治療することは困難であり、新生児の観察を徹底し、異常がある児を早期に発見することが重要であり、また異常児の評価を産科と小児科が協力して行えるシステムの構築が必要である。

水痘、麻疹、パルボウイルスなど小児期に多い感染症も、最近では抗体を保有しない妊婦が多くなり、妊娠中の感染の機会が増えている。これらの疾患では、児への影響ばかりでなく、感染母体に対する隔離病床の確保なども重要な問題であり、母子感染は今後とも周産期の重要な課題である。

平成7年度「こどもの健康週間」イベント業務報告

1. 県北地区

日時 平成7年10月1日(日) 午前10時～午後4時

場所 宇都宮市保健センター

内容 (1) 講演会「こどもの食事気になりませんか」

(2) 健康相談

(3) 体力測定

(4) おやつコーナー

(5) イベントステージ

・和太鼓

・フルーツ演奏

・親子ストレッチ体操

(6) 伝承遊びコーナー

(7) ヘルシーこどもクッキング

参加者 646名

2. 県南地区

日時 平成7年10月21日(土) 午後1時30分～午後4時

場所 足利市民会館小ホール

内容 (1) 講演会「いじめと不登校について－教育現場より」

(2) 育児・健康よろず相談

(3) アトラクション パネルシアター「ア・ラ・カ・ル・ト」

(4) 公演 人形サークル やじろべえ

参加者 150名

～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。

小児保健の地域化・社会化をめざして

栃木保健所所長 田 中 久 夫

保健所は、地域住民の健康増進及び環境衛生の生活全般に亘り広い業務に従事している行政機関ですが、小児保健に関わる主な活動について述べてみます。

保健所に勤め初めた頃、健康づくりの言葉を書類や会議で接するとき、当然なこと、当たり前なこととしてしか感じられませんでした。その後、小児肥満、小児成人病についての健康教育に参加するうちに、こどもの栄養運動、休養の健康づくりの要素が、こどもを取り巻く現代の食生活、車社会、ストレス社会が重大な阻害要因となっていることが理解され、健康づくりの言葉に重みを認識できるようになりました。

栃木県は、脳卒中死亡率が数年連続でワーストワンで、県の施策として脳卒中撲滅200万人大作戦の一環として、学童、生徒向けに脳卒中の副読本を作成し、平成8年度より減塩等の必要性を学校教育に取り入れていく予定です。成人の日常生活習慣改善を変えることは容易なことではなく、小児期からの教育が効果的なこと、学校教育から家庭への波及にも期待されております。更に、食生活改善推進員による地域組織活動として、母と子の料理教室をとおしての家族ぐるみでの減塩運動も取り組んでおります。

小児期における健康なライフスタイルづくりは、21世紀を担うこどもの体力、気力に肝要なことで、地域ぐるみでの小児保健が重要な課題と感じております。

近時、保健、医療、福祉、教育の連携が強調されておりますが、保健所では、従来より保健福祉サービス調整会議を開催しております。地域におけるそれぞれの関係者の、地域での処遇困難な事例の支援についての検討の場となっております。小児保健では、不登校児やこども虐待例が対象になり、着実に改善する状況もみられます。

3年前の小児保健研究に、小児保健の充実と題して、その社会的テーマを企画運営するSteering Committee（かじとり委員会）設置の提言が載っており共感いたしました。その頃、当保健所でも子育て支援の企画の要望もあり、タイムリーなことでした。

早速、地域で小児保健の実務的に活動している小児科医師、保育所保母、母子推進員、児童相談所、福祉事務所担当者、保健婦をもって、子育て支援検討班の設置の運びとなりました。

月1回精力的に開催し、先ず地域での子育ての実態についてアンケート調査を実施しました。その結果、育児不安をもつ母親が43%もいること、母親同志が育児について話し合いたい、特に第一子に多いことが明らかになりました。核家族等の社会背景より母親は育児知識は十分であるが、育児体験が少ないことから理解できることです。

そこで検討班では、母親同志の集まれるサロンの場を地域に数多く設ける計画をすすめており、既に母親による自助グループが育成

されているところもみられます。

健診票に親の健康状況や心配事の有無を加え、相談時に母親の育児不安の対応につとめております。また、運動言語発達遅延の疑われる二次健診での発達相談の場で、こどもの接し方が下手な母親が多くみられ、その対応の仕方が子育て支援に重要なことで、増加しているこどもの虐待への予防にも役立つものとも感じております。いずれにしても、今後の保健相談の場で育児不安の対応は重要な視点と考えられます。

子育て支援検討会の活動で、異なった職種職域の者が、それぞれの役割を理解し尊重し合って、人間関係を深めながら地域小児保健サービスにあたることは極めて大きな意義があります。検討会の事業である研修会でも、その意味から地域での子育てに関わる者が一堂に会して、それぞれの役割を紹介し合う交流の場ともしております。

私も臨床の場にいた時、虐待が疑われたケースに遭遇しましたが、親権等の問題から児童相談所でも介入できなく、間もなく希望退院となり、フォローもできなかった経験がありました。過日、保健所の企画で、管内の病院の場で虐待の3症例のカンファレンスが関係者により支援の調整がなされた時は感動いたしました。

最近も、福祉事務所の母子相談員や病院から保健所に連絡をうけ対応しております。

こども虐待の救出とその後のケアは、複雑な背景をもち、家族調整にエネルギーを要しますので、各職種のネットワークが鍵であることを感じております。栃木県でも、こども虐待防止ネットワークも設立され、地域でのシステム化もすすめられておりますので、かかる事例が疑われる時には、地域の児童相談所或いは保健所と連携し対応していただきたいと思えます。

なお、検討班の事業として、子育ての相談窓口を地域住民へのPRとしてリーフレットを作成いたしました。更に、子育てに関する外国人への対応も検討しております。

小児期の健康づくり、子育て支援事業も今回制定された地域保健法の中での母子保健の理念に沿ったもので、今後小児保健サービスの地域化、社会化をめざして関係者の協力の

もとに充実したく願っております。

思い出すポリオ

石黒小児科医院長 石黒 彬 男

ポリオといえば思い出す。呼吸麻痺、呼吸麻痺といえば鉄の肺、鉄の肺といえば死亡と大変恐ろしい病気だった。昭和35年に大流行があり、昭和36年から厚生省の要請により各大学でポリオ・ワクチンの接種成績の仕事が始まった。私もその時の一員であった為ポリオと聞くと当時の事が思い出される。数百人を対象に接種・採血・採便を数回行い、その数は莫大で、その中和抗体を測定しウイルス分離を行った。現在と違って当時は中和抗体測定にしても大変だった。生きた細胞を使っただけの測定のため無菌操作で行う。6畳ぐらいの無菌室で5～6本のバーナーをつけるため室温が35～40度になり、常夏のハワイ、いや灼熱のハワイなどと冗談をいながら毎日患者をみて午後3時頃から夜11時から12時までかかって1,000本位の試験管を使って測定したものだ。終わるとふらふらである。そのあと一杯飲んで帰ると午前様である。2～4年続いた（麻疹ワクチンの接種成績の仕事も途中から加わったため）。今考えると恐ろしい。若さだったんだなあとと思うと、逆にいうとうらやましい感じがする。そこで「思い出すポリオ」となった。

我が国においてはポリオは、昭和20年代から30年代前半まで患者は毎年2,000人から4,000人ぐらいあり。また死亡者は200人から500人ぐらいいた。昭和35年夏には北海道を中心として、乳幼児にポリオの大発生があり、全国で5,606名にも達した。昭和36年にソ連とカナダから生ワクチンを緊急に輸入し、全国一斉に12歳までの小児全員を対象に大規模な接種を行った。この成果は劇的で流行は阻止され、3年後の昭和39年には届出患者数は100人をきり、この年に国産ワクチンが製造され定期接種として始まりその結果、昭和45年には2～3例となり、我が国のポリオは殆ど根絶に近いといえる状態になり、現在では皆無である。このようになったのは、我が国の殆ど全部の子供がワクチンを続けて飲んでいるためです。現在我が国のポリオワクチン

受診率は95%以上です。これも地方自治体で完全といってもいいくらい予防接種が行われているたまものだと思います。ワクチンを飲まない子供が増えれば、再び患者が発生してきます。何故かといえば世界にはまだ多数のポリオ患者がいるからです。

世界規模での予防接種事業は1977年（昭和52年）に始まり、その後ワクチン供給体制、コールドチェーン（冷凍装置）の整備、さらに幅広い啓蒙運動により、当初10%にも満たなかった予防接種率は、1990年（平成2年）には80%に達した。予防接種率の向上とともに対象疾患（ポリオ、ジフテリア、百日咳、破傷風、麻疹、結核）の報告数も減少傾向を示してきた。特にポリオ症例数は1974年（昭和49年）には約5万例であったのが、1992年（平成4年）には1万3千例まで減少した。この成果に基づき、世界保健機関（WHO）は、1988年（昭和63年）にポリオを2000年までに地球上から根絶する決議案を採択した。この決議を基に、WHOを中心に関係各国は本格的にポリオ根絶事業に着手した。

それに先んじて世界ロータリーは、1985年（昭和60年）以来、2000年までに世界中の子供達をポリオから守るという夢の実現に向かって努力している。素晴らしい成果もたらされている。例えば、1993年現在、世界の子供達の80%以上がポリオ及びワクチン予防できる伝染病（ジフテリア、百日咳、破傷風、麻疹、結核）の予防接種を受け、143ヶ国からポリオが一扫されたと報告されている。

ちなみに、現在までに根絶された病気は痘瘡（天然痘）のみで、1980年にWHOは根絶できたとして、終息宣言を発表した。

以上、世界中でポリオ根絶に努力しています。我が国ではこのままの接種率を維持していくよう努力しましょう。

激動環境下の小児医療 ——慢性疾患児の生涯サポート——

済生会宇都宮病院小児科医長 加藤 一 昭

21世紀を迎える昨今ですが、老人の介護保険が本格化し、医療保険にも大きな変革が迫っています。この4月の改正で、小児科外来では3歳未満児では“小児科外来診療料”制度（外来医療費の所謂包括化）と従来どうりの出来高払いの制度を選択出来るようになりました。質の低下を心配する方もおられますが時間をかけてじっくり小児を診ることが可能となり、病院と診療所の役割分担も進み、診療所にとっては一つの前進だと思います。また宇都宮市にあっては、念願の3歳未満児の医療費の公費負担が小児保健、小児科学会、医師会、行政の皆さんのご努力で実現される事になり、県内の市町村ともども県の進めるエンゼルプランに恥じないシステムが整えられてきました。また周産期の面でも県の理解のもと2大学にセンターの開設が決まり、着工されるなど充分とは言えぬまでも大変面白いニュースがあります。

このように激動の環境ですが小児医療にたずさわる私たちも発想の転換をして、子供達の健やかな成長と将来を託す子供達の為に、また病の為、健康な生活が出来ない子供たちの為に努力しようではありませんか。

ところで、小児科医の皆さん、保健婦の皆さん、小児科の患者さんで、成人された慢性疾患の患者の経過観察を皆さんはどうなさっていますか。年齢で区切って、内科や他科に紹介し、フォローをお願いしているのが現実ですが、私は、最近困ったケースにあたる事が多くなり、疾患によっては年齢で分けるのを排し、いくつになっても小児科医から小児科医へとバトンタッチしていった方が患者のためではないかと強く感じます。一般診療所の先生や保健婦さん、また身障者に携わってこられた方々はなにを今更とお感じでしょうか、実際にたとえば、ある慢性疾患を年齢がきたからと他科をお願いしても、その科の多い患者に興味や焦点があっていて、（たとえば 老人など）いつも一抹の不安を覚え、実際に小児科に逆戻りして来る患者もあり、な

にかシステム化出来ないものかと苦慮しています。心疾患では先天性の心臓病では内科の循環器専門の先生でも、忙しさと、余り先天性の患者さんを扱った先生が少なく、特に術後で心不全や不整脈の残存する患者ではお荷物扱いされる事もあるように聞いています。川崎病も同様で、毎年の川崎病研究会でも、あの大流行前後の患者が次々と成人し、内科の先生にも研究会に入って頂き、安心してバトンタッチ出来ないかといった意見が発言され、それまでは小児科医が成人しても患者とお付き合いして行かねばならないのではないかと提言されています。喘息患者にしても、思春期、青年期ではなるべくステロイドの使用は避けてほしいところですが、実情は一般内科の患者と同じで、治療に日常的に使われる事も多いようです。血液疾患、悪性腫瘍でも長期寛解例が多くなって来ると何時まで小児科でみたらよいか、考えざるを得ません。IDDM（インシュリン依存性糖尿病＝若年性糖尿病）の患者や、内分泌の患者で、まだ思春期の初来がない患者では20歳を過ぎても小児科医が診ている例が多いのではないのでしょうか。身体障害はもとより、知的障害のある患者では生涯、つき合って行き、患者と向き合っている小児科の医師がいることも聞いています。小児科から内科への橋渡しがスムーズにゆけばよいのですが、十分に伝達されず、また急に治療や管理の方針が変化しますと、医療の治療、経過観察から脱落し、放置され、気がついた時には不可逆的病態に陥り、QOLの悪い成人期を送らねばならなかったり、短命な生涯に終わる事がしばしばあるように思います。

おそらくスムーズな橋渡しが出来なかった患者さんに直接、接して、心を砕き、相談にのり、試行錯誤で指針を与えてくださっているのは保健婦さん方ではないかと想像していますが、我々小児科医も忘れてたり、気がつかなかったり、しているではありません。少なからず、努力はしているつもりですが、な

かなか思うように行かないのです。慢性疾患のあるものでは、20～30年前では成人する可能性さえなかった疾患児が統々と成人になり、21世紀の少なくとも半世紀を生活する事は、我々小児科医にとっては嬉しい、夢のある事ですが、一方ではこれから彼らに起こるであろう既知の事がらを適切に伝達指導し、また未知の問題にはどう対処したらよいか、患者のもつハンディキャップをどう克服するか、彼らの指針を与えられるのか、不安です。小児科医はもっと体力をつけ、仲間を増やし、サポートしてゆかねばならない時代が、目の前に迫っているように思います。若い世代の小児科医の先生や保健婦さん、行政の方達に期待したいと思います。小児科医の皆さん、年齢がきたら他科にお願いするのではなく、自分で手がけた慢性疾患の患者さんはその患者さんの生涯を、小児科医から小児科医へ伝達して、一生涯、サポートし続けるという意気込みを持って、発想の転換をしてみてもいいでしょうか。無論他科の先生や保健婦さん達と連携しての話ですが、あくまで、主治医は小児科医であつたら素晴らしい気がします。かかりつけ医の中心は小児科医であるべきです。

手

吉野小児科医院長 吉野良寿

「手」は解剖学では手首の関節から指の先までをいう。「暗やみでも見える目」とも言われる。

動物が四足歩行から二足歩行をするようになり、手を使うことをおぼえ、脳が発達して道具を使うようになったと言う。それでは赤ん坊は「はいはい」という四足歩行から数ヶ月のうちに二足歩行と発達してゆくが手はどうだろうか。

赤ん坊の手は外観からみると、大人の手と違って掌は小さな指に比べて厚みがあり、ふっくらとしている。手の甲の関節は厚い筋肉でおおわれて、「えくぼ」でわかるくらいだ。

子供になると、親指の筋肉と手刀の厚みが赤ん坊のそれより薄くなり、指の長さや掌の長さが同じようになる。しかし手全体はころして「えくぼ」は残っている。

手は体の他の部分よりはるかにしなやかで適応性もあり、手ごろな大きさと重さのものであればどんな形をしていようと、「にぎる」「はさむ」「つまむ」「おす」「うつ」「さげる」というような複雑な運動パターンをすることができる。

このような複雑で繊細な運動はどうしてできるのであろうか。これは親指の対向性にあるといわれる。親指はラテン語で「Pollex」〈能力のある〉という意味の言葉が使われている。

類人猿に比べると、人の親指は長く、他の四本のどの指とも向い合わせることができる。この秘密は親指の中手骨と手根骨の内の大菱形骨との間が乗馬用の鞍のような鞍関節となり、多方向への運動が自由に行えるためである。

赤ん坊をみると、新生児で、もっとも握力は強く、反射的に物を握るので両手でつりさげることさえできる。しかしこの「サル」にも負けない握力も急激に弱くなり、握り反射としてしばらく残るが、4カ月頃にはほとんど消えてしまう。2カ月頃には体の前で両手

を組み合わせ、口に持って行ってなめはじめめる。5カ月頃には手で足を持って口にくわえるようになり、全部の手で「わしづかみ」にして物をつかむ、7カ月頃になると親指を使って「桡骨側づかみ」をする。9カ月頃になると「はさみづかみ」となり、11カ月頃になりやっと「ピンセットづかみ」ができるようになる。しかし「積木を重ねる」ような複雑な運動と繊細な感覚がコントロールされるのは1歳半から2歳まで待たなければならない。これが手の発達のマイルストーン（一里塚）といえないだろうか。

「暗やみで見える目」とはなんだろうか。我々は手をポケットに入れ、中をさぐっただけで必要な中味をさがしだし、時には硬貨を正確に選び出すこともできる。また点字を読むこともできる。このような動作は正常な触覚を持っている他の部分ではできない「かくれた目」である。

手の指はなぜ5本なのだろうか、今から3億6000万年前のデボン紀にロシアでみつかった両生類の化石の指は6本以上あり、それより5000万年位たってから陸上生活にうまく適応できるようになった両生類の指は5本になっていたといわれる。両生類から爬虫類をへて哺乳類になると指の骨の数が減り、手首の骨の数も整理され、6本目の指は小指側の手首に豆状骨として残っている。4本指や6本指は不都合があるのだろうか、理想の手をもとめて架空の手を考えた整形外科医が、体全体のバランスから、結局は5本指が理想の手であるということがわかった。

このように古生代から続いている手を使って、更に脳の働きを活発にしましょう。

これからの地域保健活動

宇都宮保健所健康指導課長 竹 沢 和 子

「小児保健栃木」が皆様のお手元に届くころ、今私が所属している栃木県宇都宮保健所は無く、宇都宮市に城を明け渡していることでしょう。

宇都宮保健所は昭和19年10月に発足し、昭和20年7月には戦災で建物が焼失し本庁で業務を実施したこともあり。昭和23年には現在の中央1丁目(旧旭町)に保健所を移し、厚生省からモデル保健所の指定を受け業務を再開しました。昭和36年7月に桜2丁目に新築移転、その後昭和54年12月に現在の竹林町に引っ越し、今年度末で51年と6か月の歴史を閉じようとしています。

国や栃木県の保健行政の歴史とも重なり、一つの時代が終り、新しい時代の幕開けを感じます。急激な人口の高齢化と出生率の低下、慢性疾患の増加等の疾病構造の変化、地域住民のニーズの多様化等に対応し、サービスの受け手である住民の立場を重視した地域保健方が平成6年6月22日に今までの保健所法に代わって可決・成立しました。

県と市町村の役割を見直し、住民に身近で頻度の高い母子保健サービス等について主たる実施主体を市町村に変更し、既に市町村が実施主体となっている老人保健サービスと一体となって生涯を通じた健康づくりの体制を整備するとともに地方分権を推進するというもので、平成9年4月1日の全面施行に向けて準備が進められています。

栃木県においても、平成8年度は宇都宮市の中核市移行を踏まえ、本庁の組織の変更も予定されています。保健医療福祉を所轄する部(保健福祉部)と県民文化国際交流に環境保全を所轄する部(生活環境部)とに別れます。平成9年度は、保健所と福祉事務所の統廃合が予定され、現在11の保健所と8か所の福祉事務所がありますが、5つの大きな保健福祉センターと5つの支所という案が出されています。

これからの保健所は、広域的・専門的・技術的拠点として機能を強化し、地域の医師会

の協力をいただき、医療機関との連携を図ること等により、保健・医療・福祉のサービスを提供することが重要になって参ります。

結核・エイズ・感染症・難病・精神障害・未熟児・低体重児等の保健指導及び相談事業乳幼児二次検診や心身の障害のある子どもの療育や健康管理・小児虐待の対策などを担うこととなります。

先般宇都宮保健所として最後の心身障害児療育対策事業全体会議を行いました。小児保健会の先生方をはじめ、自治医科大学・身体障害医療福祉センター・市幼児ことばの相談室・精神薄弱児通園施設(若葉園)・市母子係・管内各役場保健婦・保育園保母・県総合教育センター・中央児童相談所・河内福祉事務所・健康対策課・宇都宮保健所保健婦等35名の参加でした。昭和60年ここの事業を開始し11年が経過し、平成元年頃までは運動発達面の遅れの問題を持つ児が受診児の7から8割を占めていましたが、平成2年頃から精神発達面の遅れの問題が運動面の問題と順位が逆転しました。しかし、複合的な問題をもつ児も多く、被虐待児や育児不安がある母親等問題も複雑になっています。

3歳代の療育は、児童相談所・保健所・保育園の利用等で対応して来ましたが、現在満杯の状態です。1歳6か月から2歳代の早期療育機関は確立されておらず、各機関で応急的に実施している状況です。保健所での月1回の療育相談・親子教室・ことばの相談を継続しつつ、より専門の他機関へ紹介しますが、それも受け皿が満杯の状況です。関係者の努力や連携により何とかやっているものの問題が大きいに思います。これらの機能しきれない療育体制を整理する時期にあると思います。出席された各医療機関・教育機関・福祉関係者・保健関係者が、不安を抱えている母親や対象児への熱い思いを多く語った会議で、平成8年度から中核市となる市の保健所の療育対策事業に期待がかけられました。

主な意見①関係機関の役割分担の調査と他

機関に期待する役割、自施設の中心的役割と今後力を入れたいところ等を3月中旬に調査しまとめる。②市保育園で障害児保育の教室を増設。③子育てサロン事業の充実。④関係職員の資質の向上の必要性。⑤ケア・コーディネーション機能の充実。⑥療育には、医学的療育と療育的保育と保育的療育があるが、週に何度か行ける保育的療育機関が不足している。⑦⑥のような療育指導を受けている児の連絡ノートを作成し活用することで、現在の療育指導をより効果的にしていくことができる。⑧障害児を抱えた母親が安心して生活できる環境づくり等々貴重な意見の数々、これからのあるべき姿が見えるような気がしました。縦割りで仕事をしつつ、連携（横割り）を密にできるようなシステムの構築に関係者の一員として努力したいと強く思いました。

おさそい

第43回日本小児保健学会ご案内

1. 会 期 平成8年9月25日(水) プレコングレス・シンポジウム
(学習セッション)(午後)
26日(木) 学会・総会
27日(金) 学会
2. 会 場 学会(26日・27日)
パシフィコ横浜(横浜市西区みなとみらい1-1-1) Tel 045-221-2121
プレコングレス・シンポジウム(学習セッション) 25日(水) 午後
横浜市市民会館関内ホール(横浜市中区住吉町4-42-1) Tel 045-662-1221
3. 内 容
会頭講演 地域医療・保健・福祉とこども病院 小宮 弘毅(神奈川県立こども医療センター)
特別講演 障害を支える人々 大森 黎(作家)
招待講演 The Families of Children with Life-threatening Illnesses
how professionals can respond Adriata Taranta (LCSW)
教育講演
(1) 予防接種 加藤 達夫(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院)
(2) 障害児の口腔管理 池田 正一(神奈川県立こども医療センター)
(3) 病弱・身体虚弱児の教育 加藤 安雄(横浜国立大学)
(4) 障害をもった子どもたちの食生態をめぐる
足立 己幸(女子栄養大学)

シンポジウム

—障害を克服する医療の進歩—

- | | | |
|-----------------------------|----|-----------------------|
| | 座長 | 黒木 良和(神奈川県立こども医療センター) |
| (1) 先天異常の包括医療 | | 升野 光雄(神奈川県立こども医療センター) |
| (2) 胎児医療はどこまで進んだか | | 鈴木 薫(名古屋市立大学産婦人科) |
| (3) PVL(脳室周囲白質軟化症)
と脳性マヒ | | 高嶋 幸男(国立精神神経センター) |
| (4) 生活を豊かにするスポーツ | | 羽崎 泰夫(こどもの城) |
| (5) 親の立場から医療
に期待するもの | | 小林 信秋(日本児童家庭文化協会) |

プレコングレス・シンポジウム(学習セッション)

—長年に療育を必要とするこどもたちを支えて—

- 司会 日浦美智江(訪問の家 朋 施設長)
山多美代子(平塚保健所)

第20回栃木県小児保健会・栃木県母性衛生学会合同研修会
第8回とちぎ思春期研究会研修会

日時：平成8年10月5日（土）

13：00～

場所：宇都宮市医師会館 5階講堂

宇都宮市戸祭4-1-15 ☎028(622)5255

テーマ：『多胎をめぐる諸問題』

- 講演(1) 「多胎妊娠の現状－産科医の立場より－」
獨協医科大学産婦人科講師 渡辺 博
- 講演(2) 「新生児医療における双胎の問題点」
自治医科大学小児科講師 本間 洋子
- 講演(3) 「双子をめぐる諸問題－糖尿病を中心として－」
自治医科大学看護短期大学教授 松田 文子
- 特別講演「多胎をめぐる諸問題」
浜松医科大学産婦人科教授 寺尾 俊彦

栃木県小児保健会役員名簿

平成7年度

職 名	氏 名	所 属
会 長	古川 利温	獨協医科大学第二小児科学教授
副 会 長	田中 久夫	栃木県保健所長会
"	石黒 彬男	石黒小児科医院長
"	渡辺 映子	栃木県看護協会長
常任理事	市村 登寿	日本小児保健協会評議員・獨協医科大学第一小児科学教授
	五十嵐正紘	自治医科大学地域医療学科教授・日本小児保健協会評議員
	桃井真里子	自治医科大学小児科学教授
	吉原 重弥	吉原小児科医院長
	羽石 正三	羽石小児科医院長・栃木県小児科医会会長
	加藤 一昭	済生会宇都宮病院小児科医長
	土屋 弘吉	土屋小児科医院長
	星 紀彦	星小児科医院長・日本小児保健協会評議員
	老川 忠雄	国立栃木病院小児科医長
	高柳慎八郎	栃木県身体障害医療福祉センター所長
	寺内ミチ子	栃木栄養士会長
	菅沼 文男	宇都宮市民生部健康課長
	矢口富士夫	栃木県衛生環境部健康対策課長
理 事	高橋 輝雄	栃木県母性衛生学会
	布川 武男	布川小児科医院長
	川畑 勉	県南総合病院副院長
	大野 照子	大野外科小児科副院長
	鈴木 義央	栃木県歯科医師会
	吉野 良寿	吉野小児科医院長
	大塚 雅子	栃木県養護教育研究会副会長
	竹沢 和子	宇都宮保健所健康指導課長
	伊藤 正子	栃木県看護協会第一副会長
監 事	鈴木 敦子	宇都宮市健康課母子保健係長
	鯉淵タツノ	栃木県看護協会看護婦職能理事
顧 問	友枝 宗正	日本小児保健協会名誉会員・友枝小児クリニック所長
	斎藤 和雄	栃木県医師会常任理事

栃木県小児保健会規約

- 理事 若干名
(うち常任理事若干名)
監事 2名
(選任)
- 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 正会員は本会の主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に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
- 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、前任者の残任機関とする。
(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、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、寄付金及びその他の収入をもつ

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。

付則

この規約は昭和49年11月29日から適用する

付則

この規約は昭和53年6月24日から適用する。

付則

この規約は昭和60年4月1日から適用する

付則

この規約は平成4年6月20日から適用する。

付則

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8年3月31日現在)

(1) 正会員 432名

医師	56名	保母	4名
歯科医師	5名	栄養士	4名
保健婦	166名	教諭	5名
看護婦	168名	その他	6名
助産婦	18名		

(2) 賛助会員24団体（順不動）

旭化成工業(株)	テルモ(株)
日本イーライリリー(株)	日研化学(株)
日本ウェルカム(株)	萬有製薬(株)
エーザイ(株)	ファイザー製薬(株)
サンド薬品(株)	藤沢薬品工業(株)
塩野義製薬(株)	ブリストル・マイヤーズスクイブ(株)
清水製薬(株)	(株)ミドリ十字
スミスクライン・ビーチャム製薬(株)	明治製菓(株)
住友製薬(株)	明治乳業(株)
田辺製薬(株)	森永乳業(株)
中外製薬(株)	雪印乳業(株)
(株)ツムラ	ワイス・エーザイ(株)
杏林製薬(株)	協和発酵工業(株)

編集後記

小児保健栃木第14号をお送り致します。

本号には平成7年7月8日に行われた栃木県小児保健会研修会と、10月14日開催されました合同研修会で講演いただきました先生方をお願いして、その内容を掲載させていただきました。また、『交流の広場』では田中久夫先生、石黒彬男先生、加藤昭先生、吉野良寿先生、宇都宮保健所の竹沢和子様から様々な立場からのご意見をいただき、ここに掲載させていただきました。皆様方大変お忙しい中、貴重な原稿をお寄せいただきまして、誠に有難うございました。感謝申し上げます。

とくに、本号には研修会で多くの感銘をお与えいただいた巷野悟郎先生の特別講演を出来るだけ忠実に掲載致しました。御多忙の中、お目どおしいただいた巷野先生に深謝申し上げます。日常の業務の中でつい忘れがちになってしまう、または気付くことがなかった色々なことが発見できることと思います。

最後に御協力いただきました協賛各社に御礼申し上げます。

事務局 Y.I.

小児保健栃木 14号
平成8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 第2小児科学教室内
電話0282-86-1111
印刷 (株)松井ピ・テ・オ・印刷