



Title	母子保健指導者のチームワークと役割分担：心身障害児の発生予防のために
Author(s)	唯，正一；浜上，征士；降籙，和子 他
Citation	大阪公衆衛生. 1973, 29, p. 14-25
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/84291
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

母子保健指導者の チームワークと役割分担

— 心身障害児の発生予防のために —

母子保健の問題点のひとつとして、心身障害児の問題が大きくクローズアップされてきた。この不幸な心身障害児の発生を防ぐために、母子保健の現状はかならずしも前向きであるとは言い難い。こうした現状を打破するために、指導者のチームワークと役割の分担をここでもう一度検討してみる必要があろう。

司会 それではこれからパネル討議を始めます。5人の先生方と厚生省の島田先生にご出席願っておりますが、島田先生にはいろいろと助言をいただき、5人の先生方には一通りそれぞれの立場から考えておられることをおっしゃっていただいて、その後で質疑応答の時間をもちます。これから各先生にお話し願いますが、まず私の自己紹介をさせていただきます。私は府立金剛コロニーという精薄施設で昨年から医療部門を担当しております。今回のパネル討議は、副題にありますように、母子保健指導者のチームワークと役割分担をどうするかというのが主題であります。コロニーは障害が発生してしまった後のお世話をする施設であります。しかし私としては、皆さん方になるべく発生予防をしていただいて、私のいる所が不必要になるようお願いしたい。それでは最初に浜上先生をお願いします。

浜上 私だけは母子保健の分野外にいる者として、見当違いのことを言うかも知れませんが、その点はお許し願いたいと思います。私は10年程前に児童相談所に入ってから、児童福祉司をしております。児童相談所については皆さんご承知でしょうが、心身障害児に関して言えば、お母さん方の相談にのって調査とか診断—心理学的診断と医学的診断および社会診断—をして、その子どもを将来どのようにしたらよいかという判断をする、という仕事をしております。

10年程前は心身障害児に関する相談は少なかったのですが、近年は10年前の10倍位の相談があります。特に学齢前の相談が多くなっております。全国的にみて児童相談所やそこに働くケースワーカーの数は非常に少ないので、施設に入っていただく、お世話をする

という仕事に追われ、家庭訪問して指導するとかいうことは十分にできてない現状にあり、ましてそういう子供を早期発見して早期に訓練していくという業務までは手が出せないという現状です。

身障者即不幸者としてはならぬ

さて次に、心身障害児の発生予防ということに関して、これは特に精薄児とか脳性マヒの子供のお母さん方にお会いしてお話をいろいろ伺っている中で感じたことですが、幸せということは何かということについて述べたいと思います。不幸な子どもを生まない運動という運動があるようですが、不幸な子どもを生まないと言いますと、心身に障害を持つ子どもがすなわち不幸だというふうに聞えるわけです。それは心身に障害を持っている子どもは不幸だと決めつけてしまっているような気がするわけです。しかし私は、障害を持っているからすなわち不幸だということでは決していないと思います。そういう子どもを不幸にしている、そういう子どもの親を不幸にしているのは、社会であり、社会の方がそういう目で見ることによって不幸にしているのではないかと思います。

ですから、不幸な子どもを生まない運動というのが徹底していけば、また、障害児を生まないことが価値あることだということになっていけば、すでに生れている子ども、これから生れてくる子どもは、何か世の中から余計者というか、のけ者という扱いをされる恐れがあるのではないかと思います。私達は、そういう子どもを生まないように少しでも予防することは必要ですが、一方ではそういう障害を持った子どもを生んでも不幸にならないという社会をつくるように、努

力しなければならないのではないかと思います。

最近、NHKの生命についての番組の中で、脳性マヒの会の会長が、障害があるということによって自分達の仲間がこの世から抹殺されるということに対して抗議をするということをやられていましたが、私達はいつもそういった障害を持った子どもとか障害をもつ子どもの親に接しておりますし、そういう方々の気持はよく分るわけです。ですから技術的な面で、障害を持つ子どもを少しでも少なくすることは必要だと思いますし、それから妊娠中毒の妊婦が気を配って少しでも健康な子どもを生む努力をする必要は認めますが、そういう妊婦に対して母子保健に携わっておられる皆さん方が指導する場合に、不幸な子どもを生まないようにするにはこうしなければならないのだという指導の仕方をしますと、そういう子どもが生れた場合に母親はどういう感じをもつだろうと、私は危惧します。むしろ、できるだけ健康な子どもを生むようにという指導、そして、もし不幸にしてそういう子どもが生れた場合の覚悟ですね、そういうことも妊婦にしてあげる必要があるのではないかと思います。

医療と保健との連携を

次に、生れた後に、障害を少しでも早く発見して、



浜上氏

障害の程度を少しでも少なくしたり、なくしたりするために、いろいろなチームワークが必要になってくると思いますが、児童福祉の分野にいる者と母子保健の分野にいる者とのチームワークはほとんどできてない現状です。児童相談所と保健所とが連携して、早期発見し、早く訓練する適当な所に紹介するということが、全国的にあまりできてないと私は思います。産婦人科の医者とか助産婦、保健婦、児童相談所の職員、そういった役割の中で、皆さん精一杯やっておられますが、その縦割を打ち破って手を結んでいくことが、これから必要になってくると思います。私達の児童福祉の分野からでしたら、障害児がいた場合に、妊娠中の母親がどうであったか、こういう状態の妊婦からは結果的にこういう子供ができてくるのだということを、産婦人科の医者と手を組んで研究していくことも必要ではないかと思います。また、我田引水になるかもしれま

〈演 者〉

大阪府産婦人科医会・理 事 唯 正 一

大阪府中央児童相談所・措置課長 浜 上 征 士

大阪府吹田保健所・主幹兼保健婦長 降 旗 和 子

大阪府助産婦会助産婦 多 賀 琳 子

大阪府衛生部医務課・技 術 吏 員 小 林 美 智 子

厚生省母子衛生課長 島 田 晋

〈司 会〉

大阪府立金剛コロニー診療所長 張 知 夫



せんが、児童相談所の役割は母子保健の専門家にあまり知られていないということで、今後、仕事なり役割を知ってもらう努力も必要ではないかと考えております。

司会 児童相談所の役割と、人間の幸せとは何かという根本的な問題があるわけですが、一体、障害をもっていることが即不幸であるかという問題については、例えば不幸な子どもを生まないというキャッチフレーズは、それはそれである限定のうで、ある前提のうで正しいですが、そんなことはいけないと言うのではないけれども、それを包むもっと広社会的なものの考え方が定着しないので、そのことだけが先行するのは正しくないことだろうと思います。この問題に関しては、後程考えていただきたいと思います。

次に小林先生をお願いします。先生は新進気鋭の小児科医で、府の衛生部に勤め、保健所とか現場で仕事をなさりながら小児科学を研究されております。

小林 ご紹介のように、私は府下の保健所で小児保健の実践をしています。私達、昭和43年以降に阪大医学部を卒業して小児科医を目指している者達は、小児科医になるためには生活の場で子ども達の姿を知らなければいけないと考えて、次々と保健所に出かけていきました。今までに、府下を中心に12人の人が8カ所の保健所で小児保健を実践してきました。その仲間達で話し合った、人口が過密で流動の激しい大阪という地区での母子保健の問題点を、実践した立場から述べたいと思います。

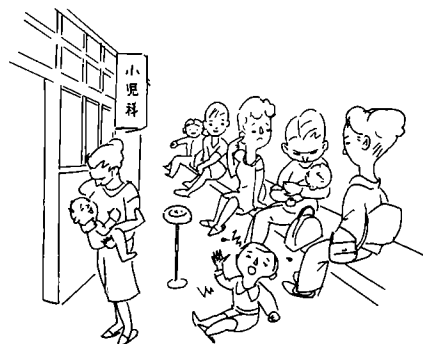
お粗末な保健所の乳幼児業務

私達が保健所に行こうと話し合ったときには、正直言って保健所は縁のない存在でした。ですが、医療体系全体を見渡したときに、保健所というのは、病院のように医療を求めてくる患者だけを相手にしているところとは違うはずであるし、子どもが正常に発達しているかどうかを医療の側から積極的に働きかける、有意の機関であると考えたのです。そして、医療を必要としても求められない人達の現状を知ることができる唯一の機関であると考えて出て行きました。

まず皆が驚いたのは、乳幼児健診とか保健婦等の訪問を含めて、乳幼児保健業務というのが非常にお粗末だということです。その理由は、まず第1に、保健所が乳幼児保健業務の目的としているものが、依然として、乳幼児が栄養失調で死んだり感染症で死んだりという時代の、大きな子どもに、丈夫に育てるということが目標だった時代のままであるということです。ですから例えば予診の時には、何のミルクをどれだけ与

えているか、何をどれだけの量食べているか、そのことは非常に詳しく聞かれています。が、妊娠中に何も異常がなかったかとか、お産は順調だったかとか、生れた時に子どもに変ったことはなかったかとか、いつ何ができるようになっていくかとか、最近何ができるかとか、そういうことに関してはほとんど聞かれていません。そして計測に関しても、体重や身重を計り厚生省が出している平均値と比較して大きい小さいと言って、かえって母親を心配させるだけで、その子どもが前回と比べて順調に大きくなっているかどうかという見方はされていませんでした。平均値は平均値にすぎないのであって、その子にとっての正常値ではないのです。しかも脳の発達を最もよく表して、発達の評価としては非常に重大な意味をもつとされている髄の測定というのは、府下の保健所ではほとんどされていませんでした。そして医者による診察も、太り具合をみて聴診器をあてることが多くて、手足の動きはおかしいだろうかとか、眼が本当に見えているのだろうかとか、耳が聞えているのだろうかという目では見られていませんでした。

これでは赤ちゃんコンクールに選ぶ子どもを捜しているだけだと思います。食糧事情が良くなって母親の知識水準も高くなってきた現在では、このような見方ではいけないと思います。やはり母子保健において、乳幼児死亡の原因の中で、どうしても先天性異常とか周産期の異常による死亡がとり残されています。そしてその回りには、そのときには生き残ったけれども障害が残ってしまった障害児がたくさんいるはずなんです。その人達の問題にと小児保健の目的を転換すべき時期にきていると思います。医学的にはどうしてもない障害児に関しても、放置されていると、生れつきの障害が他の発達を阻害するために、本来は冒されていない機能の発達まで阻害されてしまいます。早くから治療や教育をすることによって、残された能力を最大限に伸ばすことによって、機能の障害としては最小限に





小林氏

できることが、いろんな経験から分ってきました。

例えば脳性マヒでは、乳児期の早期5～6か月から異常反射を抑制する訓練をすることによって正常発達を促して、大きくなったときに残る障害を軽くできることが分ってきています。難聴の子どもには生後2～3か月からでも補聴器をつけて障害訓練をすべきだと、アメリカの科学会では指導しています。チエ遅れの子どもでさえも、早くから教育的な集団の中で、その発達段階に合った広い経験をさせることによって、片よりの少ない豊かさを身につけることが分ってきました。ですから総合保健の実践機関である保健所は、障害児を早期発見し、早期治療を受けられるようにする機関となっていかなければならないと思います。

第2には、保健所で行なわれている乳児健診の実際ですが、かなりの時間と人をかけてされていますが、大きな目でみると形だけ行なわれているにすぎないと思います。子どもというのは、特に乳幼児期には日々発達成長していき、変化していきます。いろいろ段階で正常発達からずれていないかどうか、障害がないかどうかを早期に発見する方法というのは、その発達の各段階でチェックしていく以外に今のところ方法はありません。そこで府としては、最低3、6、18カ月の検診を受けなさいという指導を一応しています。しかしその現実を調べてみますと、府下で生れて乳幼児期までに1回でも乳幼児相談を保健所で受けた子どもは50%にすぎない。府は少なくとも3回受けなさいと言っていますが、乳幼児の平均受診回数は1回です。3歳児健診の受診率は35%という低さです。この子たちは、保健所で受けない分だけ他の医療機関で受診しているのでしょうか。例えばある地区で、6カ月の時点でアンケート調査をしたとき、低所得階層の子どもは1回も乳児健診を受けていませんでした。やはり1回も受けてない人はあるはずですし、必要な回数だけ受けているかどうかということは疑問だと思います。そういう少ない回数で行なわれている健診ですが、1回の健診で60～70人、ひどい所では100人以上の受診者があり、ものすごい混雑です。ですから、母親の話をじっくり聞くヒマもありませんし、運動が正常かどうかを観察する時間ありません。保健婦も医者も、100

人を通過させるだけに等しいような状態です。これでは母親の育児上の不安を解消することも、異常の早期発見もおざなりになってしまいます。ですから母親は、あんなひどい目に会って得るところがないのでは、もう2度と行くまいと思ってしまいます。もっと母親の相談にのり、満足のいく指導をし、保健所にとっても早期発見という目的を果し得るように充実させる必要があります。

第3は保健婦の家庭訪問についてですが、母子に関してはあまりされていません。保健婦のすべての訪問の中で、母子の占める割合は大阪府では15%です。しかも、訪問計画をはっきり立ててなされているのではなさそうだということです。保健婦1人当りの出生数は500人弱です。これでは余程計画的に訪問しなければ、労力を費して訪問しても何をしているのか分らなくなります。しかし現在、保健婦がどこを訪問しなければならないか、どこに訪問指導を受ける必要がある人がいるかということを把握する方法さえ、保健所は持っていません。つまり換言すれば、母子保健に関してしなければならぬとされている、健診とか訪問とか衛生教育とかの業務をする目的が明確ではなく、したがって当然に改正らしきものはなくて、各業務がてんでばらばらに、住民からも上からも文句が出ない程度にだけされているにすぎないのです。

小児科医と保健婦の増員をはかれ

このような状況の中で、私達12人の仲間は、保健婦に正常な子どもの発達段階を知ってもらうための勉強会をそれぞれの保健所で始めることから始めました。そして、現在の母子保健の問題点を話し合い、保健所でしなければならないことを話し合っ、今できる範囲で健診体制を立て直したり、訪問や健診での子どもの見方を充実していきました。出生数の少ない保健所では、3カ月児と10カ月児の総健診を、発達の検診を含めて、内容も充実して始めています。出生数が1万に近い保健所では、6カ月児にアンケートを送って発達調査をして、スクリーニングされた子どもだけを検診するという方法を取り、中位の大きさの保健所では両者を組み合わせています。このように各保健所の事情に合せた方法でスタートすることによって実績をあげてきていますが、その中にはまだまだ問題が山積しています。

例えば予算が少ないこともその一つですが、母子保健をもっと充実させるためには、保健婦を増員することが絶対の条件です。また、小児科をする小児科医が少ないために、なかなか、すべての保健所に広げてい

けません。これらは一朝一夕には解決できない問題ばかりです。しかし、障害児の発生予防の体系を考えると、保健所は障害児を早期発見して早期治療のルートに乗せる努力をしなければならないと思います。ほかにはこういうことができる機関はありません。

収容訓練施設の整備も急務

次に、このような早期発見体制を整えてきた中で出てきた問題点について触れたいと思います。早期発見した子どもの事後指導に、どこの保健所でも困っています。脳性マヒの子どもは、出生千対3ですから、府全体で年に500人生れてきます。この子ども達は、生後5、6カ月から訓練すればかなりの子どもが歩けるようになるはずだと分っていても、現在、府下の肢体不自由児収容施設の定員は約350人です。しかも早期訓練をしている所は少ないので、みすみす放置しているのが現状です。チエ遅れの子どももたくさん生まれてきます。1Q75以下を精薄と名付けるなら、必然的に2%の子どもがチエ遅れということになります。乳幼児期に診断がつくのはその中の一部ですが、それでも脳性マヒの子どもは何倍かの子どもが、乳幼児期に診断がつきます。だが、医学的治療法がないケースがほとんどです。では、医学的に治療法がないからといって放置していて良いのでしょうか。チエ遅れであるということは、発達するのに正常な子どもより時間がかかり努力が必要だということです。チエ遅れだからこそ、正常な子ども達より早くから集団の中で、ちゃんとした教育者の指導を受けなければならないのです。

しかし、学齢前のチエ遅れの子どもの通園施設はほとんどありません。肢体不自由児の訓練施設も少ないです。保育所や幼稚園には入れてもらえません。親は何とかなければと思いますし、私達も何とかしたいと思います。ですが、どうしようもなく、そのまま家に置いておかざるを得ません。普通の子も達が外に出て友達と遊んだりして自然に経験することを、その子どもは経験する機会すらなくなるのです。そんな中では、せっかく残された能力さえ生かせず、障害はますます重くなってしまいます。

障害児の早期発見をしなければならないと話すとき、必ずといって良い程、早期発見しても放置せざるを得ない現状で問題を掘り起す必要はない、そっとしておくべきだという発言を聞きます。しかし、それは逆です。私達は、障害児がこんなにも多いことを、早く指導すれば効果のあることを知っています。しかも、今の施設では少なく、どうにもならないことを知っています。ですから私たちには、障害児の訓練、教育の

場を保障することの必要性を多くの人達に知らせる責任があります。また、障害児対策が大コロニーやマンモス福祉センターの建設で語られている中で、本当に必要なのは地域の中で生活して通える施設であり、学校であり、職業訓練所であるということを示す責任があります。今まで障害児の医療、福祉、教育がとり残されてきた責任の一部は、これらの障害児が初めには必ずといって良い程訪れる小児科医や保健婦が、これらの必要性を言わずにいたためだと思います。医学がどんなに進んでも、これらの子どもを直すことはできませんし、なくすこともできません。ですから、これらの子どもの実態を一番良く知っている私達が、地域の中にこういう施設が必要だということを訴えて動かなければなりません。そして保健婦の母子保健業務の中に、早期発見だけではなくてすでに生れてきた障害児の指導、これが入って来なくてはいけないと考えます。

司会 随分手厳しい府行政批判ですが、島田先生いかがですか。極端に言えば、厚生省は何もやっていないではないかということになるかもしれませんが……。

島田 先生方のおっしゃっていることは、もっともなことだと思います。浜上先生のお話のように、不幸な子どもを生まないようにすることから丈夫な子どもを生もうじゃないかと世の中の考えも変わっておりますし、我々も、今は丈夫な子どもを生んで丈夫に育てよという考えで仕事をしております。健康に生れた子ども達をより健康に育てるためにはどうしたら良いかという問題と、不幸にして生れた障害児をどのように育てていくかということは、非常に大きな問題です。心身障害の子ども達が余計者だとならないように、私共も一層努力しなければならないと思うわけです。不幸にして生れたときには精神的にどのようにやったらよいか、あるいはどういう施設にどういう相談をしたら良いかという指導を、お母さん方にはする必要はあるだろうと思います。たまたま産婦人科医院でそういう障害児が生れたら、保健所や児童相談所やケースワーカーに相談せよとか、あるいはいろんな施設を紹介するというような指導もぜひお願いしたいし、また、お母さん方が何とか心のよりどころをもてるような、世の中にたくさんいる先輩方の尊い経験というものをお母さん方に教える。そういう形での指導も必要ではなかろうかと、私も常々感じております。

それから小林先生が厳しい批判をされましたけれども、司会者が言われたように、これはむしろ厚生省に対する批判というように聞いておりました。実は私達、例えば3歳児健診においては何とかその内容を変



島田氏

えて充実したい、何とか障害児を早期発見できる体制をつくる必要がある、というようなことを考えまして、去年から予算要求をするなど、仕事を進めております。しかし保健所は70種程の法律に関係しております。保健所職員にそれら全部をやらせること自体が非常に無茶な話でありまして、そういう面からも、どういう仕事をとるか、どうやるかという整理も今後必要ではないかと思えます。現在、保健所問題懇談会が、今後の保健所のあり方と申しましょうか、そういうものを検討しておりますので、それがはっきりすると、保健所において保健婦なり助産婦がもう少し動き易くなるのではなかろうかと思えます。

地域組織の助成、活用を考えよう

私は保健婦、助産婦の立場での仕事のやり辛さというものは十分に理解しているつもりであります。今後、母子保健事業を進めていくについては、保健所だけではなくて、地域保健事業の中で母子保健をやるためのプランから実行面からいろいろ考えていけるような地域組織を何とか助成していただいて、生活に密着した母子衛生というものを考えていっていただきたい、ということを考えているわけです。地域の中のお母さん方が最も暇なのは何日頃だから、そのとき妊産婦健診を受けるようにしようではないか、その時にはこういう先生方が地域におられるから大いに参画願おうではないかと、こういうふうなことをできるような地域組織というものを助成していきたい。そういう地域組織ができますと、もっと深みのある保健所の技術指導ができてくるのではなかろうかと考えております。付言しておきます。

司会 次に降旗さんをお願いします。今話題になった保健所で母子保健がどういう形で扱われているかという一つのひな型として、現状をお話をお願いします。

降旗 私は保健婦の立場から、現在保健所の中でしている仕事を具体的に説明して、少し考えていることを述べさせていただきます。

私、吹田保健所に来て3カ月弱ですが、先程小林先生がお話くださったような考えで、異常児の早期発見に対する試みとして、現在6カ月児のアンケート調

査と身体障害児のクリニックをしています。これは昭和42年に保健婦の家庭訪問によって100例程を対象として心身障害児の実態調査を実施したことに端を発して、いろいろ経過を経て、現在行なわれているような6カ月児に対するアンケート調査と、各科の専門の先生方がチームを組んでの身障児クリニックがもたれているのです。その中で保健婦の活動について説明します。

詳しい方法は、昨年11月号の公衆衛生雑誌に発表しておりますが、6カ月児のアンケート調査というのは、パートの人により、まず市役所の予防接種台帳から対象者を選び、満6カ月になった時に全員にアンケートを送付します。それが返送されてくると、第1段階はパートの人によってスクリーニングし、それが回ってくると私達の日で第2段階のスクリーニングをして判定し、対象者を身障児のクリニックに呼び出しています。それから返送されてこない分が大部分ありますが、その人達に対しては再度調査表を送付し、それでも返送されてこない場合には、保健婦が家庭訪問をしてチェックしています。身障児クリニックでは予診をしています。それから身障児クリニック対象者の把握という点で、家庭訪問または所外の乳幼児健診において問題児を発見したときには、身障児クリニックに参加させています。つまり私達は、アンケート調査を1人漏らさず受けさせることと身障児のクリニックを受けさせることを一生懸命にやっています。今までにこのクリニックで10名程の人が脳性マヒと診断されています。ですからこういう方法で保健婦が活動することも、やはり大切なのだと思っています。

私達は日常業務の中でいろんな赤ちゃんに接するのですが、その心身の発達に注意深い観察の眼を向けるということ、小林先生が言われたように、心身障害児早期発見の手引とか正常児とはということで、私達も勉強し常に気をつけておりますが、さてこのクリニックで発見された障害児またはその母親との関係なり、





旗氏

現在クリニック先行先を紹介していますが、その状況を私達地区の保健婦としてしっかり掴んでいなかったということを反省させられています。クリニックはクリニック、地区の家庭訪問は家庭訪問と、ちょっと別々になっているように思われます。せっかく機会を得て早期発見されても、もし紹介された医療機関に長続きしなかったり中断されるようなことがあれば、意味がなくなります。それで私達は、少し違いののですが、その仕事に取り組みたいと思います。

多い対象、感じる無力感

そこで問題になるのは、先生方が同情してくれたり、良く理解願っておりますように、人員の不足です。特に大都市周辺の衛星都市においては、人口の流動過密ということはもちろん、住宅地ができるたびに、乳幼児の問題ばかりではなくて、結核だとか寝たきり老人だとか精神病だとか、いろいろと持ち込まれてくるのです。公衆衛生の面から考えると、保健婦は一体何をしたらいいのか考えただけで頭が痛くなってしまいます。しかし人数が少ないとばかりは言っておれないので、やはりどこかに重点を置いて仕事をしなければいけない。せっかくこういうシステムができてのだから、そこで発見された身障児を持った人達に対する援助に重点を置くということになっているわけですが、それでも保健婦にすると何か割り切れないのです。他にも問題があるのではないか、それだけで良いのかということと、私達の知識と技術でどれだけその人達の役に立てるだろうかということです。治療を中断してはいけません。続けなさいと指導し、母親と一緒に考えて慰めてあげるだけで良いのだろうかということ。話は何回も繰り返しながら、実際には進んでない現状です。で私としては、いろいろありますけれども、今日の議題にある発生予防まではできないが、せめて早期発見された人にはもう少し力を入れていきたいと思っています。

望まれる地域組織との共同

それから最後に、先程も話がありましたが、地域組織との共同作業をやればどうかと思います。この頃は

いろいろな情報が満ち溢れており、特に核家族世帯が多いので、お母さん方は本当に不安になっています。私達は直接一人一人にはできないので、母子会の人達がその地域の中心になって、普通の正常児とはこういうものだ、こういうことに気を付けていたらよいのだというようなアドバイスをしてくれる、ボランティア活動をしてくれる方があれば、育児に関することは普及していくのではないかと考えています。

司会 次に産婦人科医の唯先生をお願いします。

唯 産婦人科医の立場から障害児の発生予防ということと考えますと、不幸な子供を生まないということには抵抗はありますが、心身障害児を生まないようにということになると思います。できるだけ生むことを避けるにはどうしたら良いだろうかという問題に絞られてくると思います。

1割もある欠陥児

母子保健というものを地域的あるいは国家的に考えてみると、当然のことながら母体に対しては妊産婦死亡率、児に対しては周産期死亡率、さらに生存児のハンディキャップ率というようなことで判定されるだろうと思います。これは米国の例ですが、周産期死亡の頻度は約3%、生存児のハンディキャップ率が約7%ということですが、20週を越えた妊婦350万の行方を追ってみますと、死産が約5万、新生児死亡が5万、生存児の中で先天性奇型が約5万、IQ70以下が10万学习到に難点がある者が約20万です。そう考えてみると、少なくとも1割の幼児、学童は何らかの意味でハンディキャップを負っている。しかもその元が周産期に求められるということになります。

そのような周産期の条件の中で最も注目されるのは未熟児あるいは低体重児だろうということになります。死亡だけを比較すると、これは非常に小さな低体重児も含めてありますが、死亡率は40.2倍弱です。脳性マヒは低体重児それ自体が原因だとは言いかねますが約10倍、先程小林先生のご指摘は出生千対3ということでしたが、その倍位になります。奇型の頻度もその位になります。精薄の頻度も高くなります。乳児の突発死亡ということ、それから未熟児あるいは低体重児それ自体と関係があるとは言えませんが、最近では精神発達の面で、注意力不足とか引込思案であるとか協調性がないとかいう脳機能障害群というのが注目されています。

いずれにしても低体重児というものが、例えば心身障害児、特に脳性マヒの発生源としては重視しなければ

ばならない問題であり、従って母子保健の立場から周産期死亡を考えるに当たって、また、心身障害児を考えるに当たって、未熟児の出生ということが最近非常に注目を浴びているのは間違いない事実です。そこで、未熟児あるいは低体重児の出生予防という立場から種々の検討が各国でなされていますが、その意味でその予防策を羅列し、その中で皆さんの役割分担を考えてみたいと思います。

予防策と役割分担

先程も指摘されたように、日本の医療にはチームワークは存在していない、いわゆる縦割の医療はあってもチームワークと呼ばれるような体系は存在してないのではないかと思います。従って、これから先私達に課された問題は、チームの役割分担という考え方から出発しての医療の体系化ということに、大きく問題点が絞られてくると思います。

心身障害児の発生予防ということについては、第1に社会経済環境が改善されねばならぬということがあり、特にその場合の役割分担は、当然のことながら地域社会全員あるいは国家、自治体ということになると思います。その一つの例として、戦後の胎児発育曲線があります。体重の増加というものとは30週まで直線的に増加しますが、その直線的に増加する中で、どこでずれてくるかということが問題です。終戦直後の経済的、社会的条件が非常に悪いときには、妊娠の大体8カ月から9カ月のところで、米国あたりの曲線と比較すると日本は下を向いています。ところが63年から64年に調査したところでは、アメリカの曲線によく似てきています。そういうところからみても、心身障害児をつくらないためには、やはり地域社会の責任というものを最初に強調しなければならないと思います。

第2には、社会医学的な対策ということが問題になると思います。その中で特に妊娠あるいは子どもをつくるということに対する一つの基本的な科学として、医学の中でも特に青少年に対する医学というものがあり、現在ではなお確立されているとはいえないのであります。そういう意味で、より臨床的な立場をとるならば、今後は心理学あるいは社会学、教育学というものを含めた、いわゆる青少年医学というものが確立されるべきではないかと思います。

第3に家庭生活あるいは親としての態度といったものが、少なくとも妊娠の予後を左右しますから、思春期特に中学時代から基礎的な教育がなされなければならない。当然、この分担は教師となります。さらに性行動、妊娠責任、家族計画、その中には薬剤とか放射



唯氏

線というものが入りますが、これらの胎児に対する影響を妊娠前に十分教育されておらなければならない。そのためには、婦人会のみならず助産婦、保健婦の仕事も、その面で非常に必要になるだろうと思います。

4番目には、例えば風疹の予防注射、これは既に諸外国では実施されておりますが、日本でも実験段階を越えております、そういったものが公衆衛生レベルで取り上げられなければいけないだろうと思います。一方的な働きかけではなくて、地域社会からの働きかけ、少なくとも妊産婦あるいは児童の側からの働きかけも必要ですので、そういったものがこの教育の中で重視されなければならない。

次に産科的な対策の中で挙げてみたいと思います。まず、妊娠前から分っていること、例えば貧血、肥満、栄養等は少なくとも結婚前にチェックされるべきもので、内科医、栄養士等がその面に眼を向けなければいけない。その次には妊娠の早期診断、これが最も大切で、悪い妊娠も早く発見すれば管理が十分できますし、さらに中絶も行ない得ます。特に十代の妊娠というのは、日本でも今後は考えなければならない問題だと思います。その面について、婦人会のみならず助産婦、保健婦、教師というものがタッチしなければならない。

その次にはハイ・リスク妊娠、これは主として母体守護の立場から提唱していますが、年齢であるとか合併症、そういう妊娠が全妊娠の中で10ないし20%ある。従ってその妊娠を十分管理すれば前もって予防策が講じられ、全部が全部とは言えないまでも、予防できるもののがかなり出てくる。そういう面では、婦人会のみならず内科医等の各専門医の協力が必要になるわけです。それからダウン症候群、先天性代謝疾患等が診断されるようになってきて、それが中絶に結びついた。このような厳正な利用が、特に患者の十分な配慮の中で行なわれることが、今後進まなければならない方向であろうと思います。さらに遺伝科学面、心理科学面の問題も進めていかなくはならず、遺伝学者、心理学者の協力が必要になってきます。さらには禁煙、節煙の指導も必要です。

次にチームワーク、これは先程から何回も出ましたが、例えば照会制度あるいは診断制度、措置が体系化

されなければいけない。特に問題になるのは生れた子どものICU、こういったものが必要だとアメリカの医師会でも言っておりますが、そういうのは出生児の1~2%だということですが、こういった専門家の養成ということが、これからの課題の一つだろうと思います。それから恵まれない階層に低体重児が多いわけですから、ケースワーカー、保健婦、助産婦の訪問指導という面がそこに密着しなければならないと思います。

次に双子ですが、大体26週位で発見して、30週から先の体重増加というレベルで十分な体養をとらせるといことが行なわれるならば、双子の低体重児の出生は半分位に抑えられるのではないかと、特に子宮が非常に敏感な場合にはホームヘルパー制を確立するだけでも防げる流産はかなりの数ある。最近注目されている梅毒とかマイトプラズマ、リステリア等の疾病に対しては良い動物学者、検査センター等が必要になってくるし、妊娠最後の3カ月の栄養指導も重視されなければなりません。

その他いろいろありますが、最後に、やはり望まれない子につくらない家族計画の徹底と同時に、リスクの度合を分けて考えることが大切だと思います。例えば高、中、低に分けて考えて、特にある程度の分については縦割の追跡体制に結びつけていくことが必要だと思います。低体重児についても、3,000gを割るとメディアムリスクであることを考えると、そういう児を保健所等が追跡する手法が必要だと思います。簡単な成長度の測定表あるいは発達スクリーン、神経的な検査、母親の注意ということによって、ある程度追跡は可能です。そういう意味で、指導を十分にし6カ月あるいは12カ月の成長度合をしっかりと握れば、保健所の三歳児健診に結びつけることは可能だと思いますので、特にリスクの高い分のとりあつかいが最も大切なことだろうと思います。これから先、私共が縦割の観察を続けることによって、産科の医療がどれだけ低体重児あるいは身障児の出生低下に結びつくかということが分ってくるだろうと思いますので、そういう体制をつくるのが、チームワークの最も大切なことではなからうかと、最後に強調しておきます。

司会 では次に助産婦の立場から、多賀先生にお願いします。

多賀 私共、正常分娩を取扱う開業助産婦の立場から申します。妊婦の精神面を含めての保健指導を徹底させること、毎診察時に視診、問診、触診はもちろん体重、血圧測定、尿等諸検査を確実にしない、異常の早期発見に心がけております。また、妊娠末期におい



多賀氏

ては、出産予定日のみにとられず胎児と骨盤の適合に注意し、骨盤通過の最適時期を見極めることに留意しています。また、地域保健所、開業医、病院との連絡を密にして、早期発見した異常児の早期治療、治療に全力を尽し、何の不安もなく分娩に臨める体制を整えることが大切であると痛感し、努力しています。

以上の努力を払いながらもなお不幸な結果をみた一例を申しあげ、私共の使命がいかに重大であるかについて述べたいと思います。27歳の初妊婦が妊娠4カ月で来診しました。初診時の最高血圧130、最低血圧70、尿蛋白1,000ミリを検出したので、尿蛋白値が憂慮すべき段階にあること、妊娠末期に向ってはさらに妊娠中毒症が暴進しやすいこと等を説明して入院を勧め、入院させました。1カ月後に退院してきたので、減塩食の厳守と過労を避けることを指導しておきましたが、2週間後再び尿蛋白値が1,000ミリになっていたので再度入院を指導しました。約1カ月後に退院して、当方での分娩を希望しましたが、再々蛋白値の変化をみたことを懸念して、病院分娩することを指導しました。予定日より8日早く陣痛が発現し、陣痛微弱気味で経過中、突然、顔面に瘰癧を発生して早速開腹術にて母子とも命拾いしましたが、3,300gの女児が脳底圧迫もなく生れたのに、脳性小児マヒでした。現在まであらゆることを試みていますが、はかばかしくありません。

指導は地域、家族ぐるみが必要

そこで私が往々にして遭遇することについて1、2申します。減塩食とはただ単に塩の摂取を制限するだけだと考えて、みそ、しょう油、ソース等の加工食品に含まれている塩分については考え及ばない人が案外多い。また、過労をさける、安静にするということも、妊産婦自身には分っていても、家族の理解と協力がなければ実行できにくいことです。妊娠中の服薬は胎児にさわれると強度の浮腫、高血圧等の場合にも医者にかからない人があり、反対に医師の指示を受けないで勝手な服薬をする人もいます。これ位は分っているだろうと思われることも案外分っていないことが多く、大事を

引起すことになっている場合が多いように思います。

私達は、妊娠中毒症の訪問指導や新生児訪問指導のときを利用して、異常の早期発見とともに保健指導の徹底方に努力しています。助産以外の指導としては、家族計画の指導も含めて、妊娠中の診察時はもちろん、見舞にくる家族や知人等にも近親結婚、遺伝、血液型不適合、フェミールケトン尿症、ウィルス性疾病や過度の美容食による貧血の話、妊娠中の栄養の大切なこと等、機会あるたびに話合いをしています。また、家族ぐるみの精神的な種々な問題も聞くなど地味な活動も懸命にしていますが、婚前教育、新婚教育等の場が多く持たれて、一層早い時期から話合いが行われると、より大きい効果があると思います。

話は変わりますが、私、先輩の方々や先年ヨーロッパに行き、助産婦の方々の活躍ぶりを見てきました。整った設備の下に活躍しているのを見てちょっと羨しくもありましたが、私共日本の助産婦は、助産業務と家庭に浸透した保健指導方法に関しては決して劣っていない、むしろ優れているという自信を持ちました。というのは、ヨーロッパの助産婦は受動的に活動しているようでしたが、私達は能動的に活動することを先輩から受継いでおり、家族計画の指導では能率を上げています。

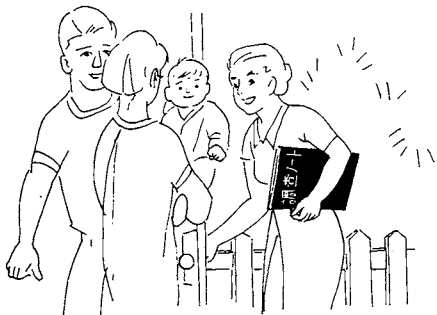
今後とも、祝福して迎えられる子どもを1人でも多く誕生させるために、一層努力したいと思います。どうか一層の指導と、よりよくチームワークのとれた、活躍できる場を賜るようお願いします。

質 問

司会 それではこれから質問にお答えすることとします。まず降旗先生に対して、アンケート調査を6カ月の時点でした理由は何かという質問です。

降旗 吹田保健所の阪井先生に答えていただきます。

阪井 42年に、約3,000人の母親に協力願って、1歳児の実態調査を4カ月間アンケートにより行ない、その中で6人の脳性小児マヒの患者を発見しました。



その時点で考えてみると、既に5カ月の時点で母親は子供の異常に気付き各病院で診断を受けており、1歳児のアンケートでは遅いということで、5カ月児の調査に切替えて2年間しました。しかし精密検査に呼び出す時期が6カ月後半から7カ月になり、その時点では既にできない項目があると経験的に分ったということで、幼児の精神発達について5カ月の後半から6カ月の前半にかけて質的な転換があるのではなかろうかということで、一昨年10月から6カ月でやっております。現在約1万人の母親についてアンケート調査をしていますが、その中から18名、0.2%弱の脳性小児マヒ患者を発見しております。

司会 島田先生に対して、第3児から児童手当が支給されているが、これは生めよふやせよという政策ではないかという質問です。

島田 児童手当制度が1月から実施されましたが、決してそういう趣旨ではありません。家計調査してみると、3人生れている家庭では、端的な話、食事に影響があります。3人目の子供が生れると途端に栄養のバランスが崩れ、最も被害を受けるのが母親です。母親が栄養不足になるということは子供の健全育成にも影響するのではないかとということで、あくまでも家庭を単位とした栄養面を考えて、児童の健全な育成がはかれるよう、まず第3子に手当を出そうということです。元来、子供を生むか生まないかということは各家庭が責任をもって考えることであって、行政側が言うことではなく、毛頭考えておりません。

司会 次に小林先生に対してですが、それでは保健婦に対して何をせよというのかという質問です。保健婦業務をどのように理解しているのか、それからまた、保健婦も一つの専門的な存在であるけれども広く浅い知識ではなかなか十分なことはできないので、保健婦の中で専門制度とか集中的な研究を行なうとかを考えられないかという意見であったり、小林先生の話は大阪府の特殊な問題であって他府県にはあまり適用できないのではないか、また、各府県レベルで努力すべきことが大いにあるのであって厚生省に全責任を負わせるのはどうかと思うとか、いろいろあります。先生かなり手厳しい批判をされたので、保健婦は何もしていないではないかというふうに受取られた方もあるのではないかと思います。そういう意見ではないと思います。これらの点についてお願いします。

小林 解説してくださったように、保健婦は何もしていない。怠慢だというふうに、それだけを言っているわけではありません。むしろ、保健婦がいろいろなことに追われて充実できなかったというところに、それ

は保健所の責任であるかもしれないし、都道府県、厚生省かもしれないが、問題があると私は考えています。保健婦の仕事についてどう考えているかということですが、保健所は正直言ってあまり仕事をし易い所ではないのです。その中で保健婦があれだけ懸命にやっていることには頭が下ります。しかもされてる内容は訪問してその家庭の事情に合った指導をするということで、他の医療機関や医者ではできないことを——それが本当の指導だと思います——されてるわけです。地域を受持って、地域を目で見て、そこでの問題点を掴んでいるということに関しては、多分保健婦が最も正しい知識を持っていると思います。そういう意味で保健婦の仕事は意味があるし、大切な仕事です。だからこそ、もっとやって欲しいわけです。ただ、今の状況の中で、持っている知識、能力を十分に活用できない面があることはやはり事実ではないかと思っています。それは人手不足に原因があるのかもしれないし保健所の中のチームの問題かもしれないが、そういう問題がいろいろあって、保健婦が学校を卒業した時に保健婦業務について考えていたことを実際の仕事の中で十分発揮できないようになってしまっていくということ、これは、東海、北陸等ではどうか知りませんが、大阪府は非常に対象が多くて保健婦1人当りの人口が2万人位という中では、非常に難しい問題になっていると思います。

それから、いろんな要求に応じられないから専門分化しなければいけないのではないかと、ということについては、私は母子保健に関して保健婦が専門家と同程度の知識を必ずしも持たなければならないとは思っておりません。正常ということを知ることによって異常児を発見することは可能ですし、訪問指導にしても普通人の生活上の要請面の指導をより細かくやっていくことで十分だと私は思います。だから現在の知識を十分生かすことで、かなり応じていけると考えています。

保健婦の批判というふうにとられました。私は医者立場から小児科の責任というものを話そうかと思っていました。それは省略しましたが、母子保健と言うか小児保健が保健所でずっと同じような調子で行なわれていて、そこに新しい知識や体制を要請することが保健婦にはできなかったと思うのです。その責任は本当は小児科医にあると思います。もっとこういう眼で子どもを見ること、そういう活動を地域の中でしなければいけないことを問題にしていかなければいけないと思っております。

司会 島田先生に対しては、地域組織は必要だが、育成するための方途を予算の面で考えているかという質問です。

島田 これについては、省会計課への説明の前の段階ですが、育成費というものについて考えねばならないのではないかと予算折衝するつもりでございました。しかし地域組織は自主的な民間組織であって、補助を考えているようではその地域には組織は育たないのではないかと、国や県の補助を貰わなければ地域組織のできない所は、たとえ補助がついても自主的活動に基く地域組織はできないだろうと、私は基本的には考えております。それはそれとして、そういう組織ができるだけたくさん育つような、予算的なものは考えていきたい。私の方としても、地域における総合母子保健管理体制整備資料を是非作らなければならないと思っています。

また先程、唯先生のお話で、そういう体制を作るべきだ、殊に横の連絡、相互協調というような体制を作るべきだというご意見には大賛成でして、厚生省と医師会と見事に意見が一致し、大変嬉しいのですが、地域では必ずしもうまくいっていないというのは、どういうところに問題があるのでしょうか。医師会、助産婦会、保健婦会という3者が非常にうまくいっている地域もあるが、仲良くないところでは母子保健事業はなかなか進まないのではないかと気がします。唯先生のような方々が各地域におられて、全員そういう地域組織に入っていたら、大いに引張っていただくとことは非常に大切なことではないかと思っています。そこで私が考えていることは、施設内分娩は全体で大体95%ですが、問題は初めて分娩した母親が退院して、母乳の飲ませ方、おシメの替え方、入浴のさせ方、これらが全然分らない。で10日なり20日なり悪戦苦闘して息切れになる母親が非常に多いということに関してです。これをどう指導していくかということですが、たまたま母子健康センターのある所では産婦リカバリルームを作って、そこで10日なり15日なり教育してから家に帰そう。ない所ではまさに地域組織を大いに活用してもらう。そこで一番良い方法は、その地域の助産婦と産婦人科医との間で話し合いが成立して、退院時に母親が地域の助産婦を教えてもらって地域に帰り、連絡して産後の指導をしてもらうことです。助産婦がそういう指導をしてくれるということを知らない母親も多いし、知っていても連絡先が分らない。退院してきてから助産婦にお願いしますとは何となく言い辛いということもあるようです。平均すると1産婦人科病院当たり2人位の助産婦がいますから、話し合いでそういう事等をできるのではないかと、そうすれば病院も助かるし母親達も喜ぶ、従ってそういうものを地域の中で作っていただくと非常に望ましいと思います。

こういうことは、それぞれの話し合いで大勢は決ることであって、予算がどうこういう問題ではなからうと思います。従って今日、私はそれらを含めたと解釈しますが、その意味の地域母子保健体制の整備というご意見をいただいたのですが、大変有難うございます。皆さん方地域に帰られても、できるだけそういう話し合いとか努力をしていただければ大変有難いと思います。

司会 多賀先生への質問は、今の島田先生のお話に含まれる問題だと思いますので、時間の関係で省略させていただきます。

唯先生への質問はかなりありますが、具体的な問題が多いので別の機会に譲らしていただいて先程の話の中で最も大切なものをピックアップしていただきたい。

それから、最初に浜上先生が提起された、障害者は即不幸なのであるか、障害児を生まないことだけを目指す努力は正しいかという問題については、時間があれば触れたいと思います。

唯 新生児のリスクを体重別にとってみますと、2kg以下（33週の終りまで）の場合の死亡率は10%を越えます。従って心身障害の発生も大変高くなります。3kg以下（37週まで）では0.5%～10%となり、少なくとも正常児より高くなっております。他方、4,250gを越える巨大児も0.5～10%の危険率です。今では体重と在胎週数だけである程度リスクが分るわけですし、ハイリスクあるいはメジアムリスクのものが20%位あるわけですから、そういうものを重点的に取り上げる体制が必要ではないかと思います。

次に低体重児と関連のある因子を拾ってみます。例えば分娩誘発は大変危険だと思います。これはアメリカのページが発表した、アメリカの総合的な周産期死亡調査結果です。で選択的誘発が7%で誘発してみると4%の低体重児ができます。帝切の場合は選択的適応が3.2%ですが、実に10人に1人は未熟児ができます。そんなに医学は信用できないのかという問題はありますが、確かに赤ちゃんの体重をお腹の中で予測することは現代でも大変難しいことです。ですから自然分娩の誘発ということが大変重要です。

こういうことで予防できるファクターを拾ってみます。血液型の不適合といったものは予防できる。20歳以下の出産はアメリカでは実に12%もあり、低体重児の出生が16%と普通の2～3倍に増加しております。受診の遅れは実に25%ですが、未熟児の出生は7%、これは大差ありません。それから低体重児を生んだ前歴のある者あるいは中毒症の前歴ある者、精神病・母体低体重者、これらはかなりの頻度で低体重児が生れて



張氏

きますから、こういうものをとらえて妊娠中から十分な管理が行なわれるならば、ICUあるいは教育が十分行なわれるならば、その中の半分位は防げるのではなからうかということになります。

アメリカで今一つ問題になっているのは、新生児のICUということです。医師会が提唱しております、もしこれを地域計画の中心にして考えると、いわゆる新生児死亡が半減する。従って新生児の心身障害児の発生も、半分とはいかぬまでも半程度になる可能性はあるということですね。その詳細は省略しますが、いわゆる組織化という問題になると思います。

司会 時間になりましたので討議はこれで終了です。お答えできなかった質問に対しては、後日何らかの形でお答えしたいと思います。

今日の話し合いの中で、この会場だけで得られたものは少ないかもしれませんが、質問は当然関係行政機関ではものを考える材料になりましょうし、皆さんもここで話し合われたことを参考にして各職場で再度考えいただくよすがとなるものが、あるのではないかと思います。

で、やはり考えておきたいのは、社会全体として障害児をどう考えるかという全体の役目の中で、障害児の発生予防であるとか早期発見であるとかが問題として出てくるのであって、具体的に保健所レベルではどうやるか、助産婦はどうやるかというふうな個々の技術な問題に分れていくのだらうと思います。

チームワークと役割分担については詳しい話に入ることではできませんでしたが、実際には役割分担はおぼろげながら分っている。ただしチームワークということにまで組立てていく方策はまだまだ立っていない、保健婦からの質問にもありましたように、具体的にそれでは何をしろというのかという問題になると決定的なものではできてないように思いますが、それを今後お互いに作っていかねばならないというあたりが、今日の結論にならざるを得ないと思います。幸い厚生省の課長も出席願っていて、その場の雰囲気をお感じいただけたと思いますので、国レベルの行政にもそういう点を是非組み入れていただきたいと思います。どうもありがとうございました。