

- (3) 母乳保育でピフィズス菌の腸内での定着をはかる。
- (4) 児に触れる前後の消毒剤による手洗いと沐浴の個別化（1回ごとに浴槽の消毒）。
- (5) 計測器具の個別化や消毒（体温計・聴診器など）。

### 1. 黄色ブドウ球菌感染症について

多剤耐性の黄色ブドウ球菌（MRSA）の新生児室内での流行（コアグラゼII型によるNTEDが多い）がよく報告されている<sup>4)</sup>。これらはほとんどが、母児異室制での新生児預かり室における発生であって、しかも帝王切開による分娩症例が多い。ここでは院内感染症対策の1例として黄色ブドウ球菌における感染予防の考え方を述べる。

#### 1) 黄色ブドウ球菌のすみか

ブドウ球菌全般の特徴として、皮膚や粘膜（気道、腸管）に常在菌として定着している。最もよく検出される定着部位は、後鼻腔（鼻の奥）である（医療従事者の場合10～30%）。「皮膚に常在する」ことは、毛穴の中に住んでいるということ。毛嚢（毛根）や皮脂腺の中にある菌は皮脂などで毛根の入り口が詰まっていると、水が入らないので洗うことはできない。しかし石鹸を使って皮脂を落とすと、消毒液が中に入り殺菌される。鼻腔の次に最も菌の定着しやすい場所は顔の皮膚の毛根部ということになる（5～10%の検出率）。その他の部位では5%以下である。また副鼻腔炎や蓄膿症のある方は、後鼻腔だけでなく副鼻腔にも炎症の部位があるため、そこから常に排菌があり、保菌者として問題になる<sup>5)</sup>。

#### 2) 新生児に定着する場合

胎内では無菌的な状態であるが、産道通過時に母親の腔内の菌叢に曝露される。出生後口腔には母親の乳房を早期に含むことで、母親の皮膚の菌をもらい、その中で最も繁殖しやすい *Streptococcus* や *Neisseria* そして各種の嫌気性細菌が増えることになる。福田ら<sup>6)</sup>のデータによると、出生後早期より母子同室で頻回授乳を行った正常新生児では、母乳中そして口腔内で同じように  $\alpha$ -streptococcus あるいは  $\gamma$ -streptococcus などの常在菌が急速に増加していた。また中村ら<sup>7)</sup>の報告

では、 $\alpha$ -streptococcus あるいは  $\gamma$ -streptococcus などの常在菌が定着していると、その菌により MRSA などの定着が阻止されることが証明されている。さらに中村らは、NICUに入院した超低出生体重児に積極的に母親の搾母乳を早期に口腔内に塗布して、口腔内の MRSA の定着率を下げたことを報告している。

新生児発疹性疾患（NTED）などの報告では、発症時期は帝王切開による出生児のほうが経膈分娩児に比べると早いあるいは発症率が高い。MRSA の定着にとって、皮膚や臍帯が無菌的であるほど容易になる。この場合、MRSA の保菌者は医療従事者であり、それによる水平感染と考えられる。つまり毒性のある細菌を定着しないようにするには、毒性のない似通った菌種により、その生息部位を占拠してもらうことが最も効果的であるということである。これを実行しようとするれば、経膈分娩であれ、帝王切開分娩であれ、生後すぐに新生児の皮膚と母親の皮膚を直接接触させて、母親の持っている良い表皮ブドウ球菌を移せばよい。これは生まれてすぐからの「カンガルーケア」あるいは「タッチケア」とも呼べる。これは新生児皮膚における感染防止の第一段階であり、林ら<sup>8)</sup>の報告がある。

### おわりに

（これから、新生児学を学ぼうとされる皆さんへ）

無菌の新生児に正常な菌叢を定着させることが、早期新生児期の一番自然なそして強力な感染予防となり、ひいてはそれが院内感染を未然に防ぐ最良の策であることが自覚されるようになる。病原性細菌に対抗するためには、人間が太古から伝えてきた共生菌としての、皮膚の表皮ブドウ球菌そして腸内のピフィズス菌などを活用することが、最も効果的であろうと思われる。今後は自然の知恵をもっと詳しく調べてゆく必要がある。

### 文献

- 1) 北島博之, 横尾京子, 竹内 徹: 新生児感染症のケア, ベリネイタルケア 5: 807-820, 1986
- 2) 北島博之: 新生児敗血症, 産婦人科の診断マニュアル

ル, 産婦治療 62: 681-686, 1991

3) 川本 豊, 藤村正哲, 竹内 徹: 試験紙による子宮内感染症の早期診断法, その 2. ルーコスティクスによる絨毛膜羊膜炎の評価. 新生児誌 28: 396-401, 1992

4) 牧本 敦, 久保雅宏, 川上浩一郎: メチシリン耐性黄色ぶどう球菌の菌体外毒素が原因と考えられた発疹を伴う新生児血小板減少症-14 例の臨床的検討-. 日児誌 100: 609-615, 1996

5) 北島博之: 正常新生児病棟における MRSA による SSSS (2つの事件). 未熟児新生児誌 16: 41-47, 2003

6) 福田雅文, 松尾孝司, 江頭昌典, 他: 母乳, 授乳, 母

と子のスキンシップが感染症に及ぼす影響 (第 2 報) 授乳による母乳中細菌と口腔内細菌の相互作用. 未熟児新生児誌 9: 369, 1997

7) Uehara Y, Kikuchi K, Nakamura T, et al: Inhibition of methicillin-resistant Staphylococcus aureus colonization of oral cavities in newborns by viridans group streptococci. Clin Infect Dis 15: 1399-407, 2001

8) 林 時伸, 中村英記, 長屋 建, 他: カンガルーケアが NICU 入院児の緑連菌定着に与える影響について. 日本周産期・新生児医学会誌 40: 287, 2004

\* \* \*

# 小児外科

第 35 卷第 8 号 (8 月号) (定価 2,700 円)

発行 東京医学社

## 特集 日常外来診療における小創傷への適切な対応

巻頭言 日常外来診療における小創傷への対応……………平井 慶 徳

小児期の小創傷の処置, 縫合における工夫および便利な器具・材料……………小室 裕 造

小児の頭部外傷……………松原 修

顔面の小創傷……………宇田川晃一

眼球の小損傷……………稲 富 誠

耳外傷, 鼻出血, 鼻閉, 鼻根部打撲……………工 藤 典 代

小さな創傷 (切創, 割創, 裂創, 刺創, 銃創, 貫通創, 挫傷, 挫創, 擦過傷, 打撲傷, 伏針等) の基礎と処置……………高 橋 茂 樹

超弾性ワイヤーを用いた嵌入爪の治療……………高 橋 修

四肢の外傷……………下 村 哲 史

急性炎症性皮膚病変 (膿痂疹, 毛包炎, せつ, よう, 汗腺膿瘍, 丹毒, 蜂窩織炎,

ひょう疽, 爪囲炎) ……………有 馬 透

伝染性軟属腫瘍の摘除と尋常性疣贅の冷凍手術……………大 橋 映 介

亀頭包皮炎, 嵌頓包茎……………古 田 靖 彦

肛門周囲膿瘍・痔瘻……………千 葉 正 博

会陰部杭傷……………野 口 啓 幸

小範囲・軽症の熱傷 (火傷), 化学損傷, 電気損傷……………出 口 英 一

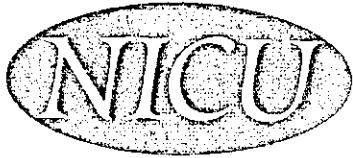
節足動物皮膚損傷 (虫刺症からスズメバチ刺症, ライム病まで) ……………百 瀬 芳 隆

小児動物咬傷……………北 原 修 一 郎

接触皮膚炎, おむつ皮膚炎, 真菌性皮膚炎, ヘルペス感染症……………新 井 健 男

暑熱障害 (熱中症) ……………土 岐 彰

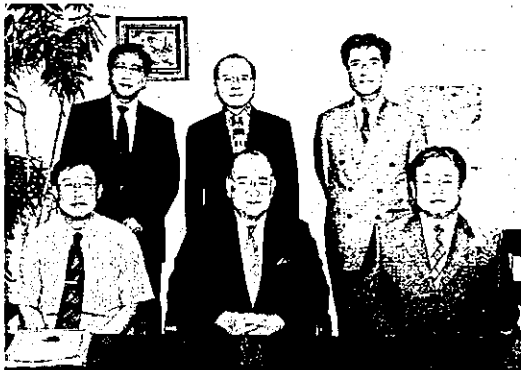
寒冷損傷……………宮 本 和 俊



最前線



座談会  
**新生児フォローアップの  
 実際と展望**  
 新生児科OB医師による  
**「赤ちゃん成育ネットワーク」の取り組み**



- 司会  
吉永小児科医院 吉永陽一郎先生
- 出席者  
大阪府立母子保健総合医療センター新生児科  
北島博之先生  
新津小児科 新津直樹先生  
いぬかい小児科 犬飼和久先生  
エバラこどもクリニック 江原伯陽先生  
かねはら小児科 金原洋治先生

新生児医療の進歩とともに、フォローアップの重要性は増し、内容も多様化してきます。また転居などで、入院していた病院だけを頼りにはできない状況もあるでしょう。日本全体を単位として考えなければならないときが来ているのかもしれない。今回は、フォローアップの問題点とポイント、とくに新生児科のOBで結成される「赤ちゃん成育ネットワーク」の活動を含めて、開業医が新生児医療とフォローアップのなかで果たせる役割、可能性について、みなさんにお話をうかがいました。

◎新生児フォローアップの現状と問題点

吉永：はじめに、地域に子どもたちを送り出す側からという意味も含めて、新生児センター現役の北島先生、退院児のフォローアップの実情をお話いただけますか。

北島：23年前に私たちの大阪府立母子保健総合

医療センターが始まっていますが、1,500g未満の子どもたちをハイリスクと考えて、その子どもたちを6歳までフォローする目的で発達外来というものをつくりました。マンパワー不足もあって、この5年間ぐらいは、必ずフォローする児を、1,500g未満児から750g未満児へというよう



吉永陽一郎先生  
よしなが よういちろう

1986年、福岡大学医学部卒業、同年、久留米大学医学部小児科学教室入局。久留米大学病院小児科、聖マリア病院小児科、同新生児科などに勤務。1994年、聖マリア病院に育児療養科を開設。以後、同科と吉永小児科医院で診療を続けている。現職は久留米大学小児科非常勤講師、久留米児童相談所嘱託医、校医・園医、その他地域のネットワークの事務局など。

に、限定せざるを得なくなっています。フォローアップ中に担当医が替わると、また脱落率が増えるんです。障害をもっている子どもたちの場合は、小児神経科など精神発達支援にかかわる他科と連携を取ってやっていますので、比較的フォローができていますが、障害のない子どもたちは3歳以降に脱落する子が多くなりますね。3歳以降に「もう元気だから」ということで多くの子が来てくれなくなるのです。1,000~1,500gぐらいの子どもたちは、約6~7割ぐらいまで落ちているのではないかと思います。

吉永：学齢期ではどのくらいフォローが続けられていますか？

北島：学齢期でのフォロー率は、出生体重1,000g未満、あるいは在胎28週未満の742名の子どものうち計570名と、およそ77%はフォローできています。しかし、残りの172名は途中で脱落しているというのが現状です。開院当初の1年間に入院した、今年20歳になる148名に連絡をしたのですが、90名が転居先不明でした。

連絡のついた58名に手紙を出して16名から返事をいただきました。障害をもっている子どもたちのほうがよく返事をくれましたね。

吉永：医師の忙しさというのも、フォロー率の低さにずいぶん影響しているのではないですか？

北島：37週未満の入院児の半分が多胎で、外来にも時間がかかるようになりますし、医師もNICUでの診療業務の間に外来に行きますので、ゆっくり話を聞く時間が足りなくなります。だから退院して半年を過ぎたら、予防接種など一般的な診察はできるだけ近くの小児科で診ていただくことを基本にしています。

吉永：脱落を含め、フォローアップの問題点に関して、どなたかご意見はありますか？

犬飼：私が勤務していた聖隷浜松病院(静岡県)は、出生体重1,500g未満の子が年間50~70名ぐらいで、基本的には全員3歳で発達検査をやっていました。また、普段のNICU退院後のフォローアップ外来では、予約して来られない方には必ず電話して様子をうかがっていました。つながっているということで安心できると僕は思っているんですね。基本的には1,500g未満が100%に近い形でフォローされています。

北島：電話連絡も大事ですね。われわれも、リスクのある方は来られなければ連絡して、必ずフォローするんです。みなさん、3歳まではほとんど来てくれるんですよ。しかし出生体重が大きめの子どもたちは、4歳半から6歳ぐらいになるとやっぱり来てくれなくなります。

## ◎小児科開業医が行うフォローアップ

吉永：センターを退院した子どもたちでも、一般的な健診は近くの小児科で診ていただくというお話が出ました。地域の小児科開業医がそういうフォローアップにかかわることに関して、どなたかご意見はありますか？

金原：下関は専門的にフォローアップできる施設がもともとありませんでした。比較的近距離からの入院児が大部分でしたので、多くの例は済生会下関総合病院だけでフォローアップされていました。しかし、日常の病気や予防接種など、すべてをその病院でやるということはまず不可能ですので、開業医がやる仕事はかなりあると思います。現在、できあがったシステムはないのですが、自然に流れができています。それは、私が長く済生会下関総合病院に勤めた経験があって、近いところで開業して、それにデイケアのようなものを併設して家族支援をしているからです。NICUを経験した医師はそういうことがやりやすいですね。田舎の町ですし、そういった情報は伝わりやすいようです。

吉永：NICUの勤務経験というのは、フォローアップには大事なポイントですか？

金原：ええ、そう思います。

新津：ハイリスク新生児を診ている人たちは、退院後の運動発達や精神発達をしっかりと診ながらフォローしている。それを今度は開業して生かすことができるんです。通常は、正常を知ることによって異常を判断しますが、逆に異常を



北島博之先生  
きたじま・ひろゆき

1976年、大阪大学医学部卒業。その後、淀川キリスト教病院でレジデント研修1年間。このとき、竹内徹、藤村正哲、船戸正久、島田誠一先生方と出会う。関小児病院でアルバイトをしながら1977年から4年間、大阪大学細菌学教室で大腸菌K1株のワクチンを作ろうと研究。1981年から現在の大阪府立母子保健総合医療センター新生児科へ。2000年に同科部長。

診ると正常な発達を診る役に立つということですね。健診や日常の診療で出生体重が小さい子に会ったりすると、フォローしてあげたいとか、いくらでも相談に乗ってあげたいという気持ちがある、みなさん出てくるんじゃないですか？

江原：私のところは兵庫県の三田市というちょっと田舎なんですけど、ある日大きなNICUの先生が保健所宛てに紹介状を書かれました。出生体重がとても小さい子にもかかわらず、その保健師さんを介して近くの小児科医に紹介するという状況なのでびっくりしました。もっと濃密にフォローしないといけない子なのに……。都会の近くで開業している先生はよいけれど、田舎はそうはいかない。NICUに通うのも大変です。しかも今みたいに数ヶ月に一度のフォローだけじゃなくて、赤ちゃんはすでに生活していて日常何が起こるかかわからないわけです。「生存」から「生活」への転換をはかるには、デイリーケアが身近ないとダメだと思います。

犬飼：本来小児科医であれば、みんなスタート



新津直樹先生  
にいつ・なおき

1970年、日本大学医学部卒業、同年、小児科学教室入局。神奈川県立こども医療センター新生児科、日本大学板橋病院NICU、埼玉県立小児医療センター未熟児新生児科医長を経て、1989年、甲府市で新津小児科を開業。山梨大学医学部非常勤講師を兼務。1998年、認定カウンセラーとともに「親と子の心の相談室」を開設、日本周産期・新生児医学会功労会員。

が赤ちゃんを診ることだったわけですね。しかし、スタートで赤ちゃんを診ずして専門分化してしまったことによって、小児科では赤ちゃんをまるで大人の小さいものを診ているようなところがある。今開業している人たちのネットワークをつくるのと同時に、日本小児科学会とか日本外来小児科学会のなかでも、もっと小児科医の誰もが赤ちゃんを診ることができるように発信していくべきでしょう。

北島：そうですね。

江原：NICUからもらった紹介状には、いろいろな病名が略語で書いてあります。実際にNICUを経験していないと、その意味がわからないですよ。どういう後遺症があるのかということも、そういうことが理解できる先生がやっぱり地域に必要なと思います。

新津：私も、新生児を診ることが小児科医の原点ではないかと思っています。新生児を診て、初めてすばらしい小児科医になれるのかなど。ともあれ、NICUの先生方と新生児医療の経験のある開業小児科医がもっと連携を取りなが

ら、正常児も含め、リスクのあった赤ちゃんを診られるようなシステムをつくっていかねばならないですね。

### ◎新生児科のOBで結成される 「赤ちゃん成育ネットワーク」とは

吉永：では、新生児科OBたちの集まり「赤ちゃん成育ネットワーク」とは何か、この会ができるまでの様子を含めて、ご紹介ください。

新津：1994年、第39回日本未熟児新生児学会のワークショップで、会長の仁志田博司先生（東京女子医科大学母子総合医療センター）の呼びかけで、「新生児科のOBは今—Neonatologyと小児科プライマリーケア」が行われました。それがきっかけになって、座長をなさった黒柳允男先生（黒柳医院）と一緒に新生児科OBの会をつくろうということになりました。新生児医療にかかわり、小児科を開業した先生方に声をかけ、1995年、岐阜で行われた第98回日本小児科学会中に新生児科のOBの集いが開催されました。その後の本格的な会の発展に関しては江原先生をお願いします。

江原：1999年、台湾で大地震が発生したので救援に行ったときに、ついでにNICUも見学してきました。その医療レベルの高さと規模の大きさにびっくりしました。翌2000年には、台北で開催されたアジア小児科学会に行き、藤村正哲先生（大阪府立母子保健総合医療センター）と台湾のフォローアップの実情を見て回ったんです。全国的に統一された展開をしていて、すば

らしいと思いました。日本では各NICUがそれぞれ個々に患者さんを診ていますが、台湾は全国ネットワークでやっているし、フォローのデータも全国集計していました。それで後の厚生大臣で、当時台湾の未熟児基金会の理事長である黄富源先生に仙台の第104回日本小児科学会(2001年)で講演会をしていただいたんです。それから正式にやろうということになりました。すべてのNICUに「辞めて開業した人はいませんか?」という手紙を出しました。それにたくさん返事をいただいて、会員数が30数名から130名ぐらいいきなり増えたんです。それで地区委員を選んで、2002年9月、東京に集まっていただきました。その後やっと、2004年4月の岡山の第107回日本小児科学会において初めて総会を開くことができました。そこでは「新生児OB会」という名称はわかりにくいので、名前を変えたほうがよいという意見が多く、最終的に「赤ちゃん成育ネットワーク」と命名されたんですね。

吉永：ハイリスク新生児のフォローという話になっていますが、この会では、正常新生児はどのように考えられていますか?

新津：開業してわかったことは、大半の正常新生児は小児科医ではなく、産婦人科医が診られています。正常新生児では、産科と小児科の連携はほとんどないのではないかと思います。連携を含めて、正常新生児のことも考えていかなければいけませんね。その一つとして、産科と小児科の連携によるプレネイタルビジットは非



犬飼和久先生  
いぬかい かずひさ

1975年、信州大学医学部卒業。大垣市民病院にて一般研修後、バルモア病院で周産期医療、母乳育児を研修。さらに名古屋国立大学小児科で研修後、1980年より聖隷浜松病院に赴任し小児科部長を経て2001年退職。同年、いぬかい小児科を創業。妊婦さんや赤ちゃんと接する機会を小・中学校の授業に取り入れる活動「妊婦・子育て未来体験」を推進中。

常に大切な事業であると思っています。

## ◎赤ちゃん成育ネットワークの会員におけるさまざまな試み

### 1) プレネイタルビジットの発展

吉永：会員のみなさんのさまざまな試みを、いくつか紹介していただこうと思います。まずは、プレネイタルビジットからお願いします。

金原：下関では「ペリネイタル」に今年から変えたのですが、今後、プレネイタルビジットは、当初のやり方ではちょっとうまくいかないのではないかと考えています。現在のプレネイタルビジットには、ある程度意識の高いお母さんは相談に来られるのですが、本当に来てほしい、子育て支援がより必要な方はなかなか来られません。初産の人の5~10%だけが相談に来られる。ハイリスク母子をチェックして、この事業を利用していただくような作業が必要です。僕はハイリスク母子というのは、要するに子育てをしていくうえでいろいろな困難を抱えている母子だと思います。お母さんの状況のハイリス



江原伯陽先生  
えばら・はくよう

1978年、九州大学医学部卒業。神奈川県立こども医療センターにて小児科研修。1980年、淀川キリスト教病院勤務。1981年、米国シカゴ大学新生児科。1982年、大阪府立母子保健総合医療センター新生児科勤務。1986年、米国国立衛生研究所共同研究員兼任。1990年、エバラこどもクリニック開業。元日本小児科医会国際部副部長。現在、兵庫県小児科医会理事、神戸YMCA理事。

ク、子どものハイリスク、そして家庭環境のハイリスクと考えて、それに確実に照準を当てた事業への転換をすべきだと思います。

吉永：ハイリスクな母子のなかに、「子育て困難」という要素が含まれるべきだということですね。

新津：産科の先生の意識改革も不可欠です。理解してくださる先生は妊婦さんに出産前の小児科訪問について話され、実際にプレネイタルビジットを受けられた親は「よかった」と言ってくれるのですが……。

北島：新生児医療を経験したことがあれば、プレネイタルビジットの大事さがすぐくわかると思うんですね。一般の小児科の先生方がどれぐらい興味をもっているのかはわかりませんが。

金原：新生児医療を経験した医師は、産後うつなどのハイリスクと思われる母子を、退院のときに保健所に紹介するようなネットワーク意識があるでしょうか？ そういう意味ではプレネイタルビジットをやって、その後さまざまと

ころにつなげる役としては、新生児を経験した開業医はよいかなという気がしますね。

## 2) 療育を支える取り組み

吉永：なかには療育を必要として、福祉施設や療育施設に通っている子が、かかりつけとして来ることもある。自分の施設で療育を行っている先生もいらっしゃると思います。

金原：私は、2004年4月から社会福祉法人の理事長になりました。1, 2階がクリニックで、3, 4階が社会福祉法人が運営する地域生活支援のための施設ということで、知的障害者通所更生施設、重症心身障害児(者)通園事業A型、心身障害児(者)デイケア事業をそこで行っています。重症心身障害児(者)通園事業A型というのは、医療的ケアを必要とするような、最も重い障害児と家族の生活支援の場です。お母さんは大変なので、毎日の生活をサポートする者がやっぱり必要です。18歳を超えた方もいますし、小さい子どもで気管切開している子や胃瘻をつけた子などが4~5名います。そうした子は総合病院にもかかっている、総合病院でフォローしにくいところをこちらがやるというような格好です (p.10参照)。

吉永：素晴らしいですね。北島先生、NICU退院児で療育の必要な子どもたちに、新生児科はどういうふうにかかわっているのでしょうか？

北島：新生児科医は直接、療育にかかわっていません。小児神経科の先生にお願いして、同時に外来で一緒に診ていきますが、最近、気管切



開の子どもたちや在宅人工換気の子どもたちは少しずつ増えてきています。たとえば、気切している子どもたちが風邪をひいても大きな病院からは遠い場合、開業医の先生方で、一時的にせよ、病院に入院するまでの間のことをやっていただけるとすごくありがたいですね。

金原：私たちはNICU勤務時代に経管栄養や呼吸管理に接しているのです、違和感がないじゃないですか。開業してもそれを全部やることはできないけれども、健康管理や在宅医療をやりながら親の気持ちに寄り添うことは、保護者には心強いと思いますね。

江原：赤ちゃん成育ネットワークにかかわっている先生方は、ハイリスクの赤ちゃんをたくさん診てきたので、その子たちをサポートする社会資源が自分の地域のどこにあるのかというのをよくご存知ですね。たとえば、どこに通園施設があって、どこに入所施設があるとか、それらの施設のスタッフとコンタクトが取れている先生方が多いです。だからいろんなケースに出会っても相談に乗れるんです。最近非常におもしろい経験をしました。海外に住んでいる4p症候群の子どもが、生後9ヵ月で痙攣重積状態になりました。その後、東京に帰るときになって、「いったい東京のどこに住んだらよいのだろう？」と。そのとき、このネットワークでは、行政的なサポートはこういうシステムがある、療育だったら板橋区に療育センターがある、国立成育医療センターでは同じ病気の子を集めて診察している神経内科の先生がいるというよう



金原洋治先生  
かねはら ようじ

1975年、山口大学医学部卒業。同年、山口大学医学部小児科教室入局。1980年、済生会下関総合病院に周産期母子センター開設。1998年、かねはら小児科開業と同時に、障害児地域支援のためのデイケアや親と子の心の相談室併設。2003年、社会福祉法人じねんじよ理事長に就任。下関市こども発達センター嘱託医、養護学校指導医、療育相談会嘱託医、各種親の会顧問など。

なことまで、あっという間に情報が集まって、それを参考にそのファミリーは住居地を決めたんです。

犬飼：そういった、はっきりした診断名のあるお子さんはしかるべきところがあるんです。しかし、落ち着きのない子、学習障害の可能性のある子などには、日常の生活のなかでご家族を支援したり、子育てのアドバイスをできる医療機関は少ないですね。

吉永：療育が必要だとはっきりわかる子、一方大丈夫だと言われてフォローがなくなる子、その中間の子がいます。そんな、大きな病院には行かなくなっているけれど、会えば何だか気になるような子のそばにいるのは、ひよっとしたら小児科の開業医なのかもしれません。その子の成長発達を見守ったり、お母さんの支えになってみたり、トレーニングが必要かもしれないと伝えたり、誰かにつないだりという役割は、小児科開業医の役割として大きいのもかもしれませんね。

犬飼：小児科医のアイデンティティとして、わ

れわれがそれをやらずして何が小児科医なんだとさえ思いますね。

### 3) ネットワークを広げて

吉永：筑後地区には、おもに健康な子どもの育児のことを話し合う「育児支援研究会」、福祉施設、保健師、児童相談所や行政、医師が集まっているいろんな療育の今の施策だとか事例などを話し合う「筑後地区療育システム協議会」、もう1つ「筑後地区ノーマライゼーション研究会」という、学校・幼稚園・保育園の場でハイリスクの子どもたちや障害をもった子どもたちにどう対応するかといった、3つのネットワークがあります。それぞれディスカッションする内容が違いますから、この3つは一緒にできません。これからは話題をほかの会に紹介したり、疑問を違う会に相談するというような橋渡しが必要だと考えています。地域ネットワークのなかでの小児科開業医の役割を考えてみてください。

金原：行政がつくるネットワークは啓発するには役に立ちますが、生きたネットワークにはなかなかありません。下関では専門職が集まっ



て、ケースカンファレンスのようなことをする会や、もっと一般の人も巻き込んで行う大きな会まで、いろいろな場をもっていますが、いずれも民間主導であること、これが大事ですね。

江原：最近、アフガニスタンからの研修医を連れて、私の地元のいくつかの療育の通園施設や訓練施設などを案内しました。そのとき初めて「えっ、こんなことをやってるんだ」ということを私自身が十数年開業して初めて気がついたんです。これから開業していくNICUの先生方には、開業する前にぜひ自分の地域を回ってほしいですね。開業の準備に忙しくて、実際その地域に何があるのかよく理解しないまま開業してしまう。いったん開業するとなかなかそれを体験する時間がないですね。

金原：小児科医会で月例会をやっているのですが、市のこども発達センターや養護施設で会を開いたんです。嘱託医以外は日ごろはそこへ行かないでしょう？ 多くの小児科医がリソースの場を知ることができるのでおすすめです。

吉永：ネットワークの会議をいろんな施設でやるといいですよ。たとえば盲学校で場所を借りてやったりすると、そこで「こういうトレーニングをします」「こういったレンズを使うトレーニングが何歳から始まります」といった話を聞きます。盲学校がどういう施設かということは知っていても、そこでいったい何が行われていて、どこまで進んでいるのかわからずにいますので、それはおもしろいですよ。

犬飼：こういう発想って、やっぱり新生児医療

を経験しているからだと思います。医療と福祉、療育というのはもう三位一体。だからそのうちのどれを欠かしてもダメなんです。

吉永：地域のネットワークという意味では、NICUは大事な1パーツであるはずですよ。

北島：母子センター設立のとき、いわゆる周産期部門と療育部門を2本立てにしようという発想が一番最初にありました。そこに巡回診療班をつくって、在宅医療を受けている児のケアなどで各地域の保健所や病院との連携を図ってみようとする企画が出ていました。学生だった僕はそれに参加したいなと思ったんですね。たとえばCP（脳性麻痺）だったら、小児科医はCPだと診断しただけで診てくれない。中心にオーガナイズする小児科医がいないといけません。新生児医療を経験すると、そういうことができるのではないかなと思って僕は新生児科に入りました。教育も含めて、若いときからそのような環境に曝露されると、開業するときにはものすごく地域に還元できると思います。

### ◎虐待を見極める目を養って

吉永：触れたかったことの1つに、虐待の話があるのですが。

金原：発達障害がある子は、虐待のリスクがありますよね。育てにくい子ですから。そのあたりのこともよく勉強しないと、子育て相談に適切な助言ができないということを痛切に感じます。

北島：虐待は増えていくのではないかと危惧し

ています。NICUの全体像としては、カンガルーケアをやる前に比べると、外来ではずいぶん落ち着いてきているのですが、正常の子どもたちのほうがむしろ心配になるというか……。母子同室でしっかりよいお産ができている病院と、そうじゃない病院との違いは怖いほど大きくなってきています。

犬飼：僕はお母さんからサインは出ていると思うんです。ですから、母子保健のスタートである産科領域が大切だし、それを受けて、虐待は小児科開業医が早く見つけて早く届けるということをやらなくちゃいけない。産科からの情報をもとにしながら、われわれ小児科医は健診の中でその家族を支援することが、虐待の予防につながると思います。

金原：まずクリニックでは、母親は心に厚化粧をして来るからそういう姿はわれわれの前では見せないでしょう？ 保育園は、送り迎えの様子などでわかりやすいと思います。幼稚園では、心理的虐待はあっても、ネグレクトはあまりないですよ。身体的虐待も少ない。おそらく保育園が早期発見や支援が一番やりやすいと思います。少し危ないなと思う事例を早めにピックアップして、みんなで考えましょうというくらいの虐待の事例検討会をやります。保育園の人たちの見る目も育ってきていますね。

### ◎赤ちゃん成育ネットワークが 目指すものは？

吉永：江原先生、赤ちゃん成育ネットワークの

今後のプランを紹介していただけますか？

江原：現在、会員は137名で、沖縄を除いてほとんどの都道府県に会員がいます。ゆっくりですけれど、今後も会員数は増加していくと思います。新生児医学は進歩していきますので、開業した先生方の知識更新を行っていく必要があります。現役の先生方には年2回程度、最新でしかも外来で役に立つような知識を講義していただきたいですね。

吉永：フォローアップガイドブックみたいなものを、新生児医療連絡会とタイアップしてつくり上げることができると、また有意義なプロジェクトになると思うのですが。

犬飼：一般に小児科プライマリーケアマニュアルというのは、内科の先生が使えるようにというのが趣旨みたいですね。だから新生児プライマリーケアマニュアルは、新生児科OBだけでなく一般の小児科医、内科小児科医の方たちが赤ちゃんをケアできるものにしたいですね。

江原：行政に、赤ちゃん成育ネットワークの存在を示していく必要もあると思います。また、4ヵ月健診での母乳率が下がってきていますから、これにも取り組みたい。母乳推進に関して、われわれが得た知識を発展途上国の役にも立てたいし、逆に発展途上国から学ぶ面もすごく多いです。たとえば母子結合の話にしても、これはもう発展途上国のほうが親子の結びつきを強くしないと生存していけないので、当然強いわけです。そういうものをフィードバックして日本の新生児医療にも役に立てたいと思います。

吉永：RSウイルスの予防接種のお手伝いもありますよね。

江原：これはもう実際に始まりました。NICUで極低出生体重児にRS抗体を接種しますが、冬場に、退院したばかりの子どもが毎月1回、NICUまで通うのは大変です。それに少しでもNICUの先生方の負担を軽減できればと思っています。

### ◎小児科開業医から新生児科医へのメッセージ

吉永：それでは最後に、ひと言ずつ新生児センタースタッフの人たちに、NICUを出て開業した先輩としてメッセージをお願いいたします。

金原：僕自身、新生児医療をやってよかったと思います。あのときに学んだ技術は開業しても立派に生かすことができるし、それを経験した人はネットワークの意識を小児科医のなかでは一番もっている人たちですよね。新生児医療を経験した医師は子育て支援の意識が最初からあるから、ネットワークをどうつくればよいか知っている、小児科医としては最高の財産だろうと思います。今、大変だろうけど頑張ってください。

江原：今後はNICUと、そこを退職した先生の間の数居を低くして、お互いがもっと自由に行き来できるような関係を目指したいです。

犬飼：新生児医療をなさっている小児科の先生が、本当の小児科の医療、保健、それから子育てネットワークの原点をつくっているというこ

とが開業して初めてわかりました。みなさん、地域の子どもたちがすこやかに育つスタートのところにかかわっておられるのですから、われわれにできることがあったら、地域でいろんな形で最大限に支援したいと考えています。

吉永：ありがとうございます。北島先生、最後に何かメッセージをいただけませんか。

北島：今日は参加できて非常にうれしかったです。私の学生時代の夢を実現してくれつつある方々が日本に生まれている。それからこのネットワークが、医療だけではなく、子育て支援、さらには教育にも影響を与えることができそうだということがうれしいです。命の大切さにかかわる教育というのは、実は新生児科医が一番よく知っているのではないかと思います。教育につなげることで、家族と一緒に少しずつ世の中をよいほうに向かわせていけるのではないのでしょうか。虐待も周産期で予防するしかないと

感じています。周産期に布石を打つことで、世の中が変わっていくんじゃないかなという気がするんです。そういう力をもった先生方がいるということに感激しています。

新津：ぜひ連携してお互いに勉強したいですね。今日の話の医学学生にも聞いてもらいたいです。こういう話を踏まえて、若い小児科医、新生児科医を育てていけるように、今後働きかけなければならないですね。

吉永：今日はどうもありがとうございました。

(2004年9月18日、メディカ出版本社にて)

赤ちゃん成育ネットワーク  
 (Network for Infant Health and Development; NIHD)  
 会長：新津直樹 事務局：江原伯陽  
 FAX：0795-62-8581  
 hakuyo@pluto.dti.ne.jp  
 必要な方は、名簿をご請求ください。