

乳・幼児の事故防止対策と救急医療*

Emergency Medical Care, Accident Prevention, and the Infant

松島富之助**

Tominosuke MATSUSHIMA

わが国では、近年ゼロ歳児の死亡率が低下した反面、1～4歳児の事故率と死亡率はきわめて高く、深刻な問題となっている。したがって、幼児の事故防止対策と救急医療体制の整備が必要なのはいうまでもないが、これは外科的なアプローチだけで解決できる問題ではない。道路・都市工学や環境問題、育児と教育、さらに住民意識とコミュニティなど、広範な視野からとらえなおさねばならない。本稿は、乳幼児事故の実態と、救急センター整備に関する諸条件について述べている。

While the Japanese infant mortality during the first year of life has declined, the accident and death rate for children, aged one to four years, is extremely high and this emerged as an acute problem in recent years. Accordingly, while it is of course necessary to administer accident prevention measures and maintain a system for emergency medical care, the problem cannot be solved by the medical approach alone. This difficult situation must be viewed from the broadest possible perspective, including such concerns as the problem of the environment and the construction of road and cities, the rearing and education of children, and regional awareness of local residents and the community. In this article, a discussion is offered of the actual situation in infant accident and of present conditions as they relate to the maintenance of emergency care centers.

I 乳・幼児の負傷の実態

1. 乳・幼児の死亡率と事故

わが国では、小児医学の発達によって、乳児の死亡率が近年著しく低下した。最近の統計では、死亡率の低い方から数えて世界で第3位となった。

ところが一方、幼児期(1～4歳児)に目を転じてみると全く逆で、日本は文明先進国のなかでは最も死亡率が高くなっているのである(Table 1)。たとえば、アメリカ、カナダ、ドイツ(西独)、フランス、オランダ、イギリス、スウェーデン、ニュージーランドの8ヵ国と比較した、昭和45年における統計によると、日本での1～4歳児の死亡は、人口10万人に対し108.5人となっている。他の国では、いずれも2ケタであり、なかでもスウェーデンは53.0人と、日本の半数の水準である。

さらに注目すべきことは、日本の幼児死亡108.5人のうち、事故によるものが45.7人、つまり全体の48%にも達していることである。この比率は、他の8ヵ国に比べるとかなり高い。死亡の最も少ないスウ

ェーデンでは、事故によるものは18.6人で、35.1%である。

事故の内容をみると、交通事故と溺死が大半を占めている。溺死は1～4歳児に多く、年齢が高くなるにしたがって減少しているが、交通事故は逆に4～5歳児に向かって増加する傾向がある。

5～14歳の学童期になると、わが国の死亡数は他の国々に比べて、そう多くはない。この時期に入ると、事故率は急激に減少する傾向がある。ここから

Table 1 児童の事故死の国際的比較

International comparison of infant mortality by accidents.

人口(各年令) 10万対(昭和45)	1～4才		5～14才	
	総数	事故	総数	事故
日 本	108.5	45.7	40.5	15.8
ア メ リ カ	83.5	30.9	42.2	19.8
カ ナ ダ	84.0	35.9	45.4	24.1
ド イ ツ	95.1	31.7	47.1	23.5
フ ラ ン ス	79.6	26.5	37.8	16.9
オ ラ ン ダ	81.9	31.3	40.6	19.6
イ ギ リ ス	71.7	18.0	31.7	11.5
ス ウ ェ ー デ ン	53.0	18.6	34.6	15.8
ニュージーランド	98.7	28.4	46.4	19.1

* 昭和50年10月8日、松島富之助氏に対し、詫間晋平氏(国立特殊教育総合研究所 教育工学研究室長)がインタビューを行なった。本稿は、その口述された内容を編集部がまとめたものである。

** 東京警察病院小児科部長

もわかる通り、日本では、1～4歳の子どもの事故にあう率が異常に高いということになる。

しかも、1～4歳あたりの時期に事故にあう子どもというのは、概して活発で、活動性や衝動性に富む子どもなのである。このような将来を囑望されるべき子どもが、幼くして生命を失っているということは、大きな損失であろう。最近、幼児期の子どもの質が低下しているという問題が、いろいろな角度からとり上げられているが、質の低下以前に、健康で有望な子どもを大量に殺しているという事実のほうが重大である。低年齢幼児の事故防止は、真剣に取り組むべき課題である。

これは小児科医が、脳外科とか救急処置などの面からのみとり上げて解決できる問題ではない。なぜなら、これから述べる通り、日本での幼児の事故の背景には道路行政や都市計画、あるいは地域社会の諸問題などがきわめて大きな要因として作用しているのである。したがって、これら広範な立場からのアプローチが必要なのであり、国際的な比較研究が不可欠なのである。

1～4歳の、活発で健康な子どもが、セレクトティブに事故の犠牲になっているのはなぜだろう。

まず、人間の発達段階という面から考えても、1～3歳のころは、その行動は衝動に支配されることが多く、目的にあった行動をとるという点では未発達な時期であるといえる。

このような時期に、自然に親しんだり外界と広く接触することは、大へん重要な意味をもっている。しかし、その行為が、結果として事故につながっているのが現状である。なにかに興味をもって戸外に飛び出していくというタイプの、健康な子どもにとって、その力を思いきり伸ばせる遊び場が十分に与えられていないことが、事故多発——高死亡率の背景にあることは明らかである。

一方、知恵の遅れている子どもは、母親の保護や警戒が行き届いているし、また行動記録などによると活動性も一般に低いから、事故にあう率は低い。

2. 乳児期の頭部外傷の特色

1964年から66年の3年間、パリ小児病院外科が、15歳以下の子どもの事故13,443件を外科的に分析したデータがある。¹⁾ これによると、損傷部位の主要なもの、頭部外傷が32.5%と最も多く、ついで軟部組織（筋肉など）の損傷が31.5%、四肢の外傷（手足の怪我、骨折など）が25%となっている。これ以

外は少なく、火傷（5%）、胃腸系外傷（高所からの転落、交通事故などによる。3.5%）、軟部組織への異物（1%）、腹部外傷（臓破裂など。0.5%）などである。

頭部外傷の原因は、転落事故が最も多い。子どもは頭が重いから、ベランダなどから転落しやすいわけで、そのようなケースは3歳以下の子どもにも多い。軟部組織や四肢の損傷については、全体に顕著な性差がみられ、男子のほうが事故にあうことが多い。また、入院を要する重傷だけを見ても男子のほうが多い。

交通問題という点から、特に注意を要するのは頭部外傷である。パリ小児科の統計では、頭部外傷の3人のうち2人は、検査後自宅に帰されるくらいの軽度のものであったという。

したがって、ここで頭部外傷の救急対策的なことがらを若干述べておこうと思う。

症状は、一般につきのような経過をたどる。車の衝突などの際、衝撃を受けると、まず脳に浮腫が起こり、迷走神経刺激状態とされる一種のショック状態になり、顔面そう白になる。脈が鈍くなり、一時的に意識を失い（脳震とう）、嘔吐が起こる。このような時期を過ぎると、つぎに交感神経刺激状態となって、発熱したり、脈が早くなったり、興奮状態になったりする。こうして次第に平常の状態に戻るわけだが、以上は、必ずしも重態ではなく、衝突というショックによって、だいたいこのような過程を踏むのである。

ここで注意したいことは、大きな年齢差があるということである。すなわち、2歳以下の乳幼児の場合は、頭部に相当ひどい怪我をしても、それが死亡に結びつく率は案外低いということが、統計的にみても明らかである。死亡率が低いのみならず、後遺症も残りにくいといわれている。しかし、それより年齢が高くなると、事情は変わってくる。

乳児の頭には、大泉門（前頭骨と頭頂骨の間の、骨のない菱形の部分）と、小泉門（後頭骨と頭頂骨の間の、三角形の部分）が、開いている。そのうえ、各骨の縫合が完成していない。これが、乳児の死亡率が低いことの一因である。

小泉門は生後2～3ヵ月で閉まってくるが、大泉門は早くても8ヵ月、普通は満1歳になっても完全に閉まりきらない。脳の重さは、誕生時に350グラムであったとすると、生後1年時には約850グラムに達し、3歳時になると約1100グラムくらいになる。

つまり、1年間で約2.5倍という急成長を示すが、このような急激な成長にも間にあうように、最初は縫合がゆるいのである。しかも、左右の脳の中間を区分する隔壁(*falx cerebri*)が未発達で、その表面は平滑になっている。そのため、脳に外圧が加わっても、ショックは自然に吸収されやすくなっている。

3. 頭部外傷の処置対策

モントリー(*E. Montoli*)²⁾は、1965年から69年の5年間に、イタリアのワレーゼ市(*Varese*)のVarese病院で、頭部外傷を受けたゼロ歳児755人を分析した。このデータは、1971年に「ミネルバ小児科」誌上に発表された。このなかには、墜落事故と自動車事故によるものも含まれているが、死亡率は755例中2例(0.26%)と著しく低い。

これによると、入院したもののなかでは、症状が軽く入院観察となったものが60%。骨折は見当たらないが神経感覚症状のために入院したものが28%。骨折があり神経症状が強くて入院したものが12%となっている。つまり、骨折を起こしたとか、かなり重傷とみられるものは、12%にすぎないのである。しかも、これは入院が必要と認められたものであるから、たとえば、1mくらいの高さのところから落ちたという程度のものは含まれていない。

実際、高さ1mくらいのところから落ちて、脳に少々浮腫が起る程度で、そう問題にすることはないし、2m以上もあるような階段などから、弾みながら落ちてくるような場合は、途中でショックが吸収されながら落ちるので、あとで少々発熱するくらいですむことが多い。

この程度の衝撃では、脳に出血が起こることは、ごくまれである。もし出血が起こっても、その場合は、すぐに痙れんや持続的な意識不明、半身不随といった症状が現われるので、それと知れる。

もし、このような症状が現われたら、患者を動かしてはならないことは、もちろんである。通常、医者に連れていくまでの間に、母親なり、患者の近くにいる人は、患者の症状をよく観察することが大切である。そして、衝撃の程度、落ちた高さ、子どもの反応をよく見ることである。患者は、一時的に、顔面そう白になり、呼吸が鈍くなったり、嘔吐などの症状がでる。しばらくすると、ワッと泣きだすが、このころ1~2回程度吐いても、あとよく泣けば、まず問題はない。

しかし、1昼夜経過後に出血が起こることも、ま

れにはあり、これは危険である。したがって、1日以上安静をとり、じっくり観察したほうがよい。この出血の有無を確かめるには、血管に造影剤を入れてレントゲン撮影を行なう方法もあるが、この動脈撮影は、どうしても患者の体を動かすことになるし、かえってわかりにくくしてしまうこともあるので好ましくない。むしろ、臨床家の経験豊富な目で見るほうが確かである。

脳波などをすぐに調べるのも、無意味である。これは強調しておかなければならないが、どうしても不安だというのなら、レントゲンだけとればよい。前後左右からレントゲン撮影を行ない、骨折の有無さえ確かめればよい。

なぜならば、すでに述べたように、事故ののちには、脳には浮腫が起きており、浮腫の起きた脳には独特な脳波が出てくるので、異常脳波と判断されてしまうことになる。しかし、この浮腫は1ヵ月もたたぬうちに完全に吸収され、その後は脳波ももとに戻るのである。したがって、もし脳波を調べるならば、1ヵ月たってから調べなければ、無意味なばかりか、のちのちまで両親などに無用の心配をさせることがあるからである。

前出のモントリーによれば、頭部外傷の場合、少ない報告でもそのうちの40%、重傷者を集めた報告では100%が、脳波の異常を起こしているが、1ヵ月経過後には、ほとんどその異常はなくなっているという。

頭部外傷時の措置として、世界的にほとんどの医師によって認められているのは、頭蓋のレントゲン撮影ができない昏睡状態のときに限って、必要に応じて血管造影を行なう、というものである。

強い衝撃を受けて意識が正常でなくなり、また、しばしば嘔吐するという場合は、脳圧が上昇していると判断される。脳圧亢進は眼底に現われるから、眼球を調べれば、出血、浮腫、網膜剝離などの有無は比較的容易にわかる。

また、脳内出血が明らかであるような場合には、脊髄液を採って検査することも、よく行なわれる。

以上、ゼロ歳児の頭部外傷を中心に、その死亡率が低い背景と、救急処置方法について述べたわけだが、逆に3~5歳になってからの、幼児の交通事故を主とする頭部外傷には、十分な注意が必要である。

4. 幼児~学童期の頭部外傷の影響

テルス³⁾(*D. Tertsch*; ドイツ マルチンルーテル

大学外科)は、1960年から64年までの5年間に、123件の幼児期から学童期の子どもの頭部外傷について調査した。これによると、死亡したものは123件中18名で、死亡率は14%となっており、さきに述べた乳児の場合よりも、はるかに高い。

テルスは、傷害をその程度によって、1度～3度に分けている。最も重い3度傷害の内容は、30分以上意識を喪失したものと、学校を30日以上欠席したものであるが、これに該当する23人について追跡調査を行ない、傷害の影響を調べた。

彼は、この23人をさらに傷害部位別に3つの群に分けて観察し、つぎのように報告している。

第1群(前頭葉傷害)は6人おり、異常行動があったり、就学困難になっている。しかし知能検査の結果は正常であり、ただ、対社会的活動が円滑にいかないというケースが多い。これは行動を規制する働きをもつ前頭葉に、傷害を受けているからである。

第2群(側頭部傷害)は11人いる。主に半身不随の症状が多く見られ、学業成績が低劣になり、のちのちまで影響が残る。

第3群(脳傷害)は6人である。すべてが強度な障害を残しており、半身不随、両足麻痺、アテトーゼ、どもり、痙攣といった症状が頻発している。また、癲癇をのちのちまで残したものが4例あったという。

このように、乳児期の頭部外傷に比べ、幼児期のそれは重大な結果になる可能性が強い。脳震とうのような一過性の障害では、ある時期からの記憶を喪失したりはするが、機質的な障害を後日に残すことは少ない。また、怪我のあと、すぐ泣きだすようなら、まず心配は不要である。しかし、怪我をしたときに、30分以上も意識がないというのは、後遺症を残すおそれがあり、厳重な観察が必要である。

ところで、以上いくつか例をあげたような追跡調査は、わが国では、まだあまり行なわれていない。パリ小児病院が13,000余件にものぼる事故による負傷を分析し得たのは、一定地域で負傷した子どものデータがすべてそこに送られてくる、という基幹病院であるからにはほかならない。すなわち、そこでは病院と地域との連帯感が強く、病院の守備範囲が明確にとらえられているのである。

異常に高いわが国の幼児死亡率を下げるためにはこのような基幹病院の整備が不可欠であろう。日本では、地域を守るといった意識をもった基幹病院的なものは、まだほとんど整っていない。この問題につ

いては、あとでさらに述べることにしよう。

II 救急体制の整備と事故防止

1. 生活環境と生活意識

さて、幼児の事故防止には、母親の役割り、地域の医療体制、ひいては都市づくりや住民全体の意識のあり方などが大きな意味をもっている。

たとえば、日本の都市づくりにおいては、子どもが中心に考えられていないということは、多くの人が認める事実であろう。東京や大阪では、1人あたりの緑地面積は約0.9m²である。これに対してニューヨークは19～20m²である。日本では、遊園地や遊び場の面積も小さい。

住居に対する意識すら、転換を迫られている。日本人にとって住居とは、従来、恵まれた自然環境のなかにあるものであった。家屋は平屋建てかせいぜい2階建てくらいであり、窓を開けば目の前に庭があるのがあたり前、という環境のなかで育ってきた日本人にとって、現在の都会生活は、このような「前提」とは、あまりにもかけ離れた環境にある。とりわけ問題なのは道路である。窓を開けば、そこは、庭ならぬ車の連なる道路である。

このような環境では、過保護につながるのではないかと思うほど十分に注意していないと、子どもの一命を失うことになる、というのが実情だ。特に、3歳以下の子どもには、絶対に保護者の目が必要である。しかし、保護者が四六時中、絶えず子供を守っているという環境は、子どもの発達にとって、育児・教育のどこから見ても、大きなマイナスである。

低年齢児にとって最良の教師とは年長児であり、いわゆる混合保育といわれるものが必要であるが、現代の都市にみられるような環境では、混合保育を十分に行なうことはむずかしくなっている。母親による過保護が現代の重大な問題であるというのは簡単だが、過保護にならざるを得ない環境的条件もあることは無視できない。

道路工学もまた、育児に非常に大きな影響を与えているファクターである。わたしの知る例では、スウェーデンのウメオという町——人口6万人に満たない小さな大学町だが——では、車道と交差するところすべてに、ごくゆるやかなカーブで歩道が続いており、人々は自分の家と市場を往復するようなどきにも、全然車に出会わずに乳母車を押して歩いていけるようにつくられている。つまり、街全体が歩道橋のようになっていると思えばよい。

日本の歩道橋は、大人本位につくられたものであって、母親が乳母車を押して渡るわけにはいかないものがほとんどである。そこで、母親は、東京の環状7号線のような幹線道路でも、乳母車を押したり子どもの手を引いて、スリリングな横断をすることになる。

そのうえ、環境の条件に加えて、母親もときには子どもから目を離すこともある。そこで事故が起こるわけだが、その責任は、ほとんど全面的にドライバーに課せられている。これは、法律的な問題だけでなく、当事者や周囲の人々の意識の問題でもある。

アメリカでは、事情は若干異なっている。ドライバーは、道路の脇からボールが飛んできたなら、つぎには子どもが飛びだしてくるのだから、なんとしても車を止めなければならない。日本との違いは、ここからである。アメリカでは、ドライバーは、飛びだしてきた子どもを連れてその家に行き、「お母さん、事故が起きたら、あなたの責任ですよ」と、見知らぬ母親に注意を促すという。社会全体に、事故に対する母親の責任が意識されているわけだ。

イタリアのポンペイは、紀元前69年にベスビオ火山の爆発によって全滅した町である。その遺跡からは、歩・車道を分離した道路跡が発掘されている。ゴーストストップのところには、石を3つ並べて置いてあり、車道が一段低くなっている。石と石の間には、2頭立ての馬車のもとみられる轍のあとが掘れて残っている。歩行者が道路を渡るときには、その石を飛び石にして渡ったのだらうと思われる。

一方、日本の道路はどうであろうか。戦国時代から、とりわけ江戸時代には、領主や徳川幕府の防衛的政策が、道路のあり方に大きな影響を与えていた。彼ら為政者は、外敵の侵入を防ぐために、馬車の使用を禁じたり、城下町には迷路のような袋小路をつくった。川に橋をかけることも、厳重に制限した。つまり、道路交通がスムーズに行なわれるということは、むしろマイナスの価値と考えられたのであり、こうしたことが、歩道しかない日本の道路の歴史的背景となっている。

その歩道に、いきなり車が出現したのだから、歩行者は電柱の背後をアクロバットのようにすり抜けて歩くハメになった。そこで無理矢理、歩車道分離のために、ガードレールをつけて急をしのいでいるわけだが、いかにも狭い。事故が起こるのも不思議ではない。

2. 救急センターと基幹病院

地域の医療体制の問題として、最も重要なことは、すでに若干ふれたように、基幹病院をつくることである。そして明確な分担区域をもつ救急センターを確立する必要がある。

たとえば、未熟児を収容することも、救急センターの重要な役割りのひとつになる。この研究は、現在、厚生省で行なっているが、ひとつの救急センターが、どの地域までの未熟児をカバーすべきかを明確にすれば、救急センターをどれだけつくればよいかかわかる。現在では、未熟児センターのベッド数が約40床あれば、人口約470万、20床でも約230万の人口地域をまかなえることが判明した(4)が、なかなか実行できないでいるし、また病院間に大きな格差が存在しているのが実情である。その格差は、たとえば東京都内の一定地域のなかだけでみても、いえることである。そのため、特定病院に、許容力を超過する患者がかつぎ込まれるといった状態も生じてくる。

ところで、救急センターを、プライベートな総合病院がやろうとしても困難である。当直医を24時間確保しなければならないし、脳外科の専門医も置いておかねばなるまい。看護婦ももちろん必要だ。これらの多額の費用は、プライベートな病院にとってはペイしない。

また、金額という具体的なことだけでなく、人間の緊張状態から考えても、大へんな負担である。救急センターに勤務している人は、いつ何とき、どんな重態患者が運びこまれるかわからないのだから、「仕事のあとの晩酌」を楽しんでいるわけにもいかない。このように受入れ側に弱い面があつては、勤務を希望する者が少ないのは当然であろうし、患者からの信用も期待しにくい。急患を運び込んでも受け入れてくれないので、何か所もまわっているうちに、患者を死なせてしまったという事態が、現実起こっている。

したがって、救急センターは、地方自治体が、十分に金をかけ、設備や人的な面(人材、勤務条件、待遇など)にも十分な配慮を払ってつくらなければならないのである。

現在東京には、東京警察病院や、日赤医療センターをはじめ、救急センター的な役割りを果たしているものが各所にある。しかし、人口1,000万人を越す膨大な都市をコントロールするには、東京都の東

西南北の各方面と中央部の計5ヵ所くらいに、救急センターを含む大病院が必要であろう。同時に、情報を管理する情報センターというべきものが必要である。

情報センターは、どの患者をどこの救急センターに収容するかを指示するものである。走りながら問髪を入れずに情報を入手できるようなシステムが完備してなければ、救急センターは使命を果たすことはできない。そのためには、消防庁や警察など関係官公庁との緊密な横の連絡も重要になってくる。

現在の救急体制の問題点を概観してみると、東京都では、伊豆七島などの周辺ではむしろ救急体制の整備が進んでいて、急患や重態が発生すると、すみやかにヘリコプターが出勤する体制が整っている。全国的にみれば、離島をはじめとする無医地区が深刻な問題を示しているが、そのなかでは伊豆七島は最も整備された地区のひとつである。一方、沖縄は、離島の問題点が浮き彫りにされている地区であり、ヘリコプターの使用は米軍駐留時代のほうがスムーズに行なわれていたが、現在は種々の制限を加えられているのが現状のようである。また、東北、北海道などの雪害地も問題が多い。基幹都市への距離や広さ、また気候の厳しさから考えても、北海道のへき地がかかえる問題は深刻である。

こういって、北と南の両端に問題が集中しているように思われるかもしれないが、中間の都市部も、それに劣らず問題をもっていることは、いままでの記述から理解されよう。

中間地域での、あらゆる機能と余裕をもった基幹病院の整備は、無医村や過疎地域の問題解決のためにも、基本となるであろう。1県1医大の構想は、各地域に有能な人材を育てるためにも、ぜひ実現しなければなるまい。

3. コミュニティの育成

医療体制を整備する基礎として、住民の連帯意識を育てることも大切である。

日本語には、もともと「家の名譽」とか「面子(めんつ)」という言葉はあったが、「社会」という言葉がないということは、しばしば指摘されている。このことにも象徴されるように、日本人の意識には、地域の連帯感が乏しいようである。特に、現代において、大都市化してくる地域では、その傾向はますます強まっている。核家族化がそれに輪をかけて、母親たちに孤独な日常生活を強いているといえる。

このような風土を改め、地域内の共通した欲求不満を吸収しながら、その地域では何が必要なのかをさぐる地域組織づくりを進めなければならない。ここでは、住民の欲求の強いものを行政が汲み上げていく、つまり、下から上への盛り上がりによってつくっていくことが必要である。医療関係に対する住民の需要はきわめて強い。

こうした組織づくりのなかで、なすべきことはすでに述べたような救急医療体制と母子保健の整備で

わが国では、妊婦の出血死は看過できない深刻な問題となっている。日本の妊産婦死亡率は、世界的にみれば、さきの幼児(1~4歳児)死亡率にも匹敵するほどの高さを示しているし、なかでもその大部分は出血死なのである。妊産婦、未熟児、新生児に対する救急体制の確立は、輸血の問題も含めて、火急の課題であろう。

4. 安全教育と地域社会

最後に、育児と安全教育に関する問題にふれておきたい。

育児については、過保護の問題と関連してすでにふれておいたが、人工的な育児環境は、子どもにとってあらゆるものがマイナス要因として作用するといっても過言ではない。したがって、育児上、母親に疑問が生じたときには、自然環境に親しむ育児に帰すのが、本来ならば最もよい方法なのである。自然の方向へもっていけば、子どもは間違いなくよい方向に育つものである。

しかし、現実には周囲に、生命をおびやかす危険があふれているのだから、そうもいってられない。となると、事故防止のためには、早期安全教育が必要なのではあるまいか。安全教育は1歳半以降でないと無理であるという人もいるが、果たしてそうだろうか。

わたしの経験では、1歳に満たぬ子どもでも、たとえば熱湯の入ったヤカンにさわらせれば、子どもは「アチッ」といって手を引っこめる。これを3、4回やれば、子どもは決して近寄らなくなる。また、玄関や縁側から2、3回落ちると、その後そこに近づくには大へん慎重になる。子どもは、このような日ごろの具体的なことからのなかから、家のなかには危険がたくさんあるということを感じていく。これが危険を察知し、回避する能力となるが、お誕生前後の乳児でも、十分に理解できているのである。

また、戸外では、3歳未満児に対しては決して目を離してはならない。しかし、安全な場所——児童遊園や公園——では十分に遊ばせてやる必要があるのである。児童遊園などは、不思議なくらい活用されていない。十分に体を動かさせないから、子どもの事故回避能力が育たず、大きな事故を誘発させることにもなる。

事故回避能力というものは、1～2歳ころの大筋内運動の激しい時期に、大いに体を使い、いろいろな軽い怪我をして痛い目にあいながら、体で覚えていくものである。

ところで、なぜ児童遊園や公園が利用されないのだろうか。そもそも少なすぎるということも確かではあるし、設備が不十分であるとか、誘かいされるのではないかという心配もあろう。しかし、公園で遊ばせるという社会習慣がないということも指摘されなければならない。

特に、1～3歳くらいの時期で、まだ幼稚園や保育園にも行っていないような幼児のためには、公園などを子だまり的な遊び場として、地域の人々がつくってやる必要があろう。そこに行けば、絶えず何人かの子どもが遊んでいて、母親たちはそれを1時間でも2時間でも眺めているとか、一緒になって遊んでやるというような公園である。

同時に、それを指導する厚生指導員も必要である。この厚生指導員は、単なるボランティア活動としてまかせられるのではなく、しっかりした待遇をしかるべき筋から与えられたものでなければならない。彼らは、子どもの遊びの指導もするし、事故防止の監視もする。また、場合によっては、遊具の管理やあと片づけなども義務づけられる。

ポジティブ・ヘルス(Positive Health)ということばがあるが、相当な出資をしてでも、そういうしっかりした設備や人材のあるところで遊ばせることが、教育的効果という点にも、事故防止のためにも、また身体の健康増進のためにも、つながるのである。

参考文献

- (1) D. Pellerin, P. Rigault and C. L. N. Pekete *et al*;
Surgical Aspects of Children's Accidents: 13,433 Cases
Experience in a Large Urban Children's Hospital
Surgical Clinic of the Hospital for Sick Children,
Paris: Revue de Pédiatrie, 1971, 7, pp. 403-416;
Annales Nestlé 31 Children's Accidentsより引用
- (2) E. Montoli and Pontiggia: Closed Cranial Trauma in
Infants; Minerva Pediatrica, 1971, 23, pp. 1023-1043;
Annales Nestlé 31より引用
- (3) D. Tertsch: Late Sequelae of Craniocerebral Trauma in
Children; Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1968,
64, pp. 288-290; Annales Nestlé 31より引用
- (4) 内藤, 宮崎他: 危急新生児の集中強化医療に関する研究: 日本総合
愛育研究所紀要9集, 1972.