ＩＳＳＮ 0912-0335

沖縄の小児保健

THE OKINAWA JOURNAL OF CHILD HEALTH

第 33 号

平成18年 3 月

社団法人 沖縄県小児保健協会

THE OKINAWA SOCIETY OF CHILD HEALTH

沖 縄 県 小 児 保 健 協 会
シンボルマーク・デザイン説明

「健全なる社会の発展は、健全なる小児の育成になければならない」という協会設立の主旨にそってマーク・デザインをした。

- まず、小児の「小」を白い鳩におきかえ出来るだけ単純化して、健全なる小児を象徴的に表現した。
- 外輪は沖縄の「O」であり、また協会員の「和」である。
- 地色は、協会の発展を願う意味で、若夏の明るい緑色を使用した。

琉球大学名誉教授　安次富　長　昭

巻　頭　言

初めての人口減少

特定医療法人敬愛会　中頭病院
院長　宮　里　善　次

漫画『サザエさん』の連載が始まったのは1946年〔昭和21年〕４月の『夕刊フクニチ』だそうだ。団塊の世代より１～３歳年上で、今年06年には60周年を迎える。テレビ放映は1969年に始まり、現在も延々と続いている。平均視聴率は15％前後と、業界では異例のおばけ番組との評価である。高度経済成長期以前の時代設定だから、現在とは相当な違和感があっても不思議ではない。面白いことに大和総研は“サザエさんの視聴率が上がったら、株価が下がる”と、国民の労働意欲まで関係するようなデータを05年２月付けで大まじめに発表している。ことほど左様に登場人物たちのキャラクターや時代背景が、いまだ多くの日本人の心を捕らえて離さないのは確かである。なぜだろう？

皆さんご存知の通り、磯野家は一軒家で三世代同居である。サザエさんとフネさんは専業主婦で、マスオさんと波平さんのサラリーで暮らしている。自家用車はないが、猫のタマを飼うくらいの余裕はある。一家団欒のひと時はちゃぶ台かコタツをはさんで、家族揃っての会話が多い。タラちゃんは保育園に行ってないようだが、近所に同年代の子がいるので、遊ぶのに不自由はしない。カツオ君やワカメちゃんの遊びはもっぱら戸外で身体を動かすことであり、波平さんやマスオさんの楽しみは仕事帰りの屋台でのささやかな一杯である。休日には近所のご隠居と囲碁を打ち、花鳥風月を愛でる。彼らのささやかな日常や生き方は、昭和30年代後半の私達の暮らしそのものである。と同時に、それは我々が過去という時代に脱皮してきた、想い出という抜け殻に過ぎない。ところが皮肉にもそこには、我々が求めてやまないはずの幸せや安らぎ、豊かな人間交流の情が息づいている、…んだよなあ…と、ふと考えさせられてしまう。

サザエさんの時代以降、わが国は高度経済成長を成し遂げ、あたかも芋虫が蝶に変わったごとく、世界に類を見ないほどのスピードで経済大国に大変身した。所得倍増政策による産業の担い手として人口は都会へ吸い上げられ、女性の社会進出が奨励された。田舎から若者が減り、子供が減少し、学級閉鎖や廃校が増えた。老人だけが取り残された村々や廃村は、日本の何処にでもある風景となっている。半世紀以上にわたって循環は繰り返され、今や人口分布の偏りは著しいものとなった。

しかし、その成果として高等教育が当たり前となり、一家に一台と言われた電話は一人一台の携帯時代だ。車やテレビもそうなりつつある。物質的には豊かになり、金さえあればその全ては手に入る時代になった。

ところが物欲には際限がなく、大都会では暮らし向きが十分であったとしても、自分より豊かな人間の存在を知れば知るほど、豊かさを実感できなくなっている人が多いという。暮らしや生き方

も芋虫と蝶くらい大きく変わった。実り豊かな成果を次世代に投資するより、己で満喫する人達の割合が増えつつある。現代社会で最もパワーがあるのは金であり、金神様のためなら手段を選ばない生き方も増加しているように思う。少女売春や振り込め詐欺、保険金殺人など、金と欲に絡む犯罪が絶えない。

“子供は授かりもの、社会の宝”と言う考え方は、バースコントロールの向上によって“つくるもの、つくれるもの”となった。“つくれるもの”であれば、対極には“こわす”発想があってもおかしくない。昨今の児童を巻き込んだ犯罪の増加や、殺害される一因にもなっているように思えてならない。こうした社会に疲れきって魂の救いを求める人たちにさえ、新興宗教と言う名の詐欺が網を張っている。自由経済主義の爛熟期ともいえる現代社会は、そこに至る過程でサザエさんの時代には当たり前に持っていた日本人の情と道徳心を、物質的な豊かさと引き換えてきたようだ。しかもその変わり様はわずか数世代の出来事なのだ。

さて、前置きが長すぎたが、本題は人口減少、少子化である。今回の人口動態調査で初めて日本の人口が減少した。政府は少子化対策として、専任の閣僚をおき、06年１月20日開催の通常国会に、①出産費の無料化　②児童手当の拡充　③乳幼児医療費の助成、の経済支援３点を提出すると報道されている。

はてさて、今の日本人は金を貰えば産むのだろうか？　金が足りないから子供を産まないのだろうか？　そんなに単純なものかな、というのが正直な感想である。

少子化に至った根本的な問題は人口の都市集中化、職種や働き方の地域格差、教育や医療福祉の地域格差などの社会システムのアンバランスと産んだ後からの子育てに金がかかりすぎることではないのか。また田舎と都会の少子化の原因は全く異なるのに、画一的な対応で良いのか、そうした観点からしても、随分と問題から意識がずれているように思う。とは言え、こうしたパッチワーク的な対応でも無いよりはましだが、せめて出生率を若干アップさせたスウェーデンやデンマークのように、ダイナミックな方法論をとって欲しいものだ。

政府はこのまま少子化が進めば、国力の低下につながると懸念している。今頃懸念するくらいなら田舎で少子化が始まった時点で、傾向と対策をしておけば、現在の事態にも現状よりはましな対応ができただろうと思う。

自給自足でこと足りた江戸鎖国時代の人口は四千万人である。現在はその３倍だ。少子化がどのポイントで下げ止まるか分からないが、減らさない努力をすると同時に、下げ止まりポイントの人口予測にあわせて、国のあり方〔現状でいくのか、新たなあり方を模索するのか〕を今から検討しておくのも課題である。

少子化に関する提案は多いが、ほとんどが個人への経済支援を軸としている。現実的かつスピーディーな短期的な対応策として最も望ましい。しかし長期展望を見据えるならば、逆の発想で子育てに金がかからないシステムの再構築も課題だと思う。

政治家の決断は個人のみならず、社会や国全体に多大な利益や損害を及ぼす。官僚が作り上げた試案をもとに、何回かの議論で結論を出すのではなく中長期展望にそって、ある程度の時間をかけながら対応策を考えて欲しいと思う。少なくとも、先の３点を財源がある間はやりますと言うお粗末な結論で終わらせてはならない。

遅まきながら、私なら下記の３点を総論として提案したい。

① 支援供給体制としての経済支援と社会支援
……安定的かつ大幅な経済援助
育児休暇と時間も含めた働き方の大幅な見直し

② 職場職種の地域差是正
都会集中型ではなく、若者が地域で働けるような職場職種環境の整備、ひいては人口分布の是正

③ 子育てに金のかからない社会システムの再構築
高等教育機関の授業料大幅な値下げ
働きながら学べる学校のあり方
育英資金の更なる増設
医療福祉の充実

と、ここまで書いて気がついた。『産めよ、増やせよ』は政治家の仕事だ。我々小児保健に携わる人間の役割は産まれた後であり、『将来社会に役立つように、子供達を心身共に健康に育てること』であった。

提案訂正

① こどもの健全なこころの育成
ところで皆さん、もしこれから子育てをするとして、サザエさんの時代かまたは現代のどちらか一つ選びなさいと問われたら、どちらを？
では、自分がもう一度生きるとしたら、どちらを？

目　　次

巻 頭 言

初めての人口減少 …… 宮里　善次

論　　壇

沖縄県の小児救急の現状と展望 …… 屋良　朝雄 …… 1

研　　究

小児科診療所受診児の麻疹ワクチン接種状況 …… 知念　正雄 …… 3

報　　告

児童デイサービス事業「アラジン」を開所して …… 前代　倫子 …… 8

「在宅支援としての短期入所事業実態報告」

肢体不自由児、重症心身障害児（者）の場合 …… 森根　庄子 …… 11

遠隔リハビリ・遠隔療育相談の試み

―「安心」はオンラインに乗るか―…… 泉川　良範 …… 15

新生児・乳児訪問指導内容の分析…… 宮城　章子 …… 18

育児支援型の乳幼児健診の検討 …… 嘉数　依子 …… 21

中城村における乳幼児健康診査について

―フォロー健診を中心に― …… 與儀智枝美 …… 26

那覇市五者会議の設立と効果について

―麻しん“０”を目指して― …… 上原真理子 …… 30

最初の一本を吸わせない官学協働事業（第１報）

「北部地区における学校敷地内・施設内禁煙、喫煙防止教育の実施状況について」

…… 山城　幸子 …… 33

保健セミナー

障害児の育児・養育 …… 當山　　潤 …… 38

特別寄稿

琉球大学熱帯医学研究会 …… 岩永　正明 …… 58

絵本と子どもの発達 …… 嘉数　朝子 …… 61

地域レポート

八重山のノースモークピア・エジュケーション・レポート

…… 譜久山民子 …… 63

宮古島市の多産の要因から（その２） …… 盛島 幸子 …… 67

海外レポート

世界で一番高い湖に浮かぶ小学校の子どもたち …… 比嘉 文子 …… 69

学会参加報告

学会報告 ……与那覇梨絵子 …… 71

第52回日本小児保健学会を終えて…… 新垣 賢昇 …… 72

第52回日本小児保健学会に参加して…… 上原 周子 …… 73

日本小児保健学会に参加して…… 川端 淳子 …… 75

第52回「日本小児保健学会」に参加して…… 下地知恵子 …… 77

沖縄小児保健賞

沖縄小児保健賞の設置 …… 79

沖縄小児保健賞を受賞して…… 中島 健 …… 80

沖縄小児保健賞を受賞して …… 泉川 良範 …… 83

協会活動報告

活動報告 …… 83

平成17年度総会・学会プログラム …… 84

平成16年度事業報告 …… 87

平成17年度事業計画 …… 118

平成16年度理事会審議事項 …… 120

定 款 …… 122

役員名簿 …… 128

投稿規程 …… 129

編集後記 …… 當間 隆也 …… 130

論　壇

沖縄県の小児救急の現状と展望

那覇市立病院小児科　屋　良　朝　雄

【はじめに】

全国的に小児救急が社会問題になって久しい。患者の需要（いつでも、小児科医に、すぐに、近くでそして高度な医療を提供して欲しい）と医療側の供給（救急現場のマンパワー不足、病院への患者集中による医師疲弊）のアンバランスにより生じていることが指摘されているが、なかなか解決の糸口が見つからない。一方、沖縄県では他府県に比較すると、以前からいわゆるたらい回し的なこともなく、保護者は余り危機感を持っていないというのが実情だろうか。

【本県の現状】

本県は五つの二次医療圏（北部、中部、南部、宮古、八重山）に分類され、いずれの医療圏にも県立病院があり、それぞれ中心的役割を担ってきている。救急医療についても同様であり、本県の小児救急医療は、各県立病院以外に那覇市立病院および沖縄協同病院などで行われている。他に時間制限のある病院を含めると十数カ所の施設が、小児救急医療に参画している。これらの施設は比較的分散しながら存在し（アクセスはいい）、短・中期的には、うまくいっているように思われる。これは、本県は病院全体における県立病院の割合が高く、行政主導で救急医療が行われてきたことが、大きな要因かもしれない。さらに、実際の医療現場では、諸施設がいろいろな工夫や一部献身的な行為によって小児救急医療を乗り切っていることも見落とせない（詳細は沖縄県小児科医会会報23号、2005年を参照）。決して、本県の小児科医が多い訳ではない（平成14年度の小児科医一人当たりの診療担当人口：沖縄1,500人、全国1,250人）。また、本県でも医療機関（医師）の都市地域への偏在化がみられ、特に北部、宮古および八重山医療圏の地方救急施設では４～５名の小児科医で対応しており、予備能はないのである。

【展　望】

一見潤ってみえる本県の小児救急医療ではあるが、もし今後小児科医が増えてこないと仮定し、長期的な視点で小児救急の解決を考えると、日本小児科学会が押し進めている小児科医の集約化を計る小児医療提供体制構想が本県でも必要であろう。すなわち、高度医療を行う「中核病院」を中心に、各二次医療圏に１～２カ所の「地域小児科センター」を整備し、それぞれに集約的に医師を集め、より効率的な医療を行おうとするものである。それ以外の「病院小児科」は少数の医師で外来および軽症・中等症の入院患者に対応し、病棟当直や夜間救急医療を行わない。夜間救急医療は「地域小児科センター」が主に担い、二次救急の中心的役割を果たす。そこは少なくとも十数名の医師を要する。「中核病院」は、一次～二次救急も行いながら、三次救急の中心的役割を果たす。理想的には30名以上の医師が必要である。このシステム

は、小児救急医療の整備から考えられた小児医療提供体制の改革であり理想である。小児科診療所（開業医）を巻き込みながら、病院小児科、地域小児科センターさらに中核病院がうまく連携しなければ稼動しないだろうし、各病院群の機能分担および住み分けを行い、患者だけでなく医療従事者にとっても有意義なものでなければならない。もちろん、これだけの小児科医がいるのであれば、別に集約する必要もないという気もするが、国（日本小児科学会）はそれだけ、小児救急に対して危機感を持っているという証でもある。幸い本県は、それ程切迫した状況ではないので、いろいろ調整しながらゆるやかに進めてゆけば良いのではと考えている。

2004年度から始まった新研修医プログラムにおいて、未曾有の沖縄ブームもあってか、多くの研修医が県内施設で初期研修を行い、幸い後期研修（専門科）でも小児科医を目指す医師が増えている印象にある。さらに、女性医師の問題がある。産科と同様であるが、育児の為いわゆる前線を離れた女性医師（埋もれた宝石?!）がうまく復帰できるような環境（たとえ救急の現場であれ）を整備できたら、小児科、産科そして救急医療（間接的に）に関しても、かなりその未来は開けてゆくような気がする。

平成18年４月には南部医療圏に高度多機能病院を目指すこども医療センターが開設する。本県の小児中核病院になると思われるこのセンターが整備されるにつれ、救急医療を含め、今後の沖縄県の小児医療の新たな展開が始まるかと思われる。小児科医だけでなく産科医を含めたマンパワーの配分（全県的）、機能分担、住み分け、開業医の参加などいくつかの問題を抱えているが、今後の発展が大いに期待されるところである。

【最後に】

いろいろ議論が多い小児救急医療であるが、結局のところ、大いなるコンセプトを持ちながらも、その地域地域、時代時代で考えるべきものなのでしょうか？　どのようなシステムを構築したとしても使命感、モチベーションは必要であり、それを持ち合わせた集団でなければ小児救急医療はなかなか根付かないかもしれない。小児救急医療は決してつらい学問ではなく、そこにこそ小児医療の原点があり、そして充実感を覚えるような臨床を行ってゆくことが、小児救急医療に携わる者の使命かもしれない。

研　究

小児科診療所受診児の麻疹ワクチン接種状況

―平成17年１月の受診児における調査―

知念　正雄　　新里ハツ子　　平田　和美　　石原　育子
上蔵　尚美　　比嘉さゆり　　大濱　千秋　　福崎　泰子

Ⅰ　はじめに

麻疹患者の感染源として、医療機関での感染は比較的多くみられる。院内感染を少なくするためには、病院や診療所の受診児のワクチン接種状況を絶えずチェックして、未接種者に対しては積極的に接種勧奨をおこない、受診児のワクチン接種率を高く維持することが重要である。今回私どもは、診療所を受診する子ども達の麻しんワクチン接種状況を把握し、今後の院内感染防止への対応を検討する目的で調査をおこなったので報告する。

Ⅱ　対象および方法

対象：

１）事前調査：当院における麻疹ワクチン接種の概略を把握するために、平成13年４月～平成16年３月までに実施された各年度毎の実績を調査した。

２）当院における３歳児の累積接種曲線を描出する目的で平成17年１月における当院受診児943名（予防接種のみも含む）の中から満１歳～３歳までの457名を対象に、接種月齢を調査した。

方法：対象児の診療録に記載された接種月齢を調べた。記載されていなかったものについては、保護者に直接電話で問い合わせて確認した。どうしても確認できなかったものは不明とした。

Ⅲ　結　果

１　麻しんワクチン接種の年齢別および市町村別件数（図１）

当院における麻しんワクチンの年間接種件数は、平成13年度が373件、平成14年度519件、平成15年度330件、平成16年度は317件となっている。平成14年度に多いのは、中部地区で実施されたチバ血清ワクチン接種者に対する２回接種による増加である。

平成16年度について市町村別の頻度をみてみると、（旧）具志川市172件（54%）が約半数を占めており、次いで沖縄市84件（24%）、読谷村14件（４%）の順になっている。当院における予防接種は、おおよそ12市町村と関わりがあるが具志川市と沖縄市で約８割を占めており、日常診療における患者分布に一致している。

The situation of measles vaccination in a pediatric clinic

－Study for the children who visited a clinic in January 2005－

Masao CHINEN，Hatuko SHINZATO，Kazumi HIRATA，Ikuko ISHIHARA，Naomi UEKURA，
Sayuri HIGA，Chiaki OHAMA，Yasuko FUKUZAKI

（医）いちご会　知念小児科医院

2　ワクチン接種時年齢（平成16年度）（図２）

平成16年度に当院にて麻しんワクチン接種されたものの月齢分布をみると、12か月の176例が最も多かった。次いで13か月30例、14か月15例となっており、75%のものが15か月までに接種されていた。４～５歳児に46例が接種されているのは、チバ血清ワクチン接種児に対して２回接種をおこなったためである。

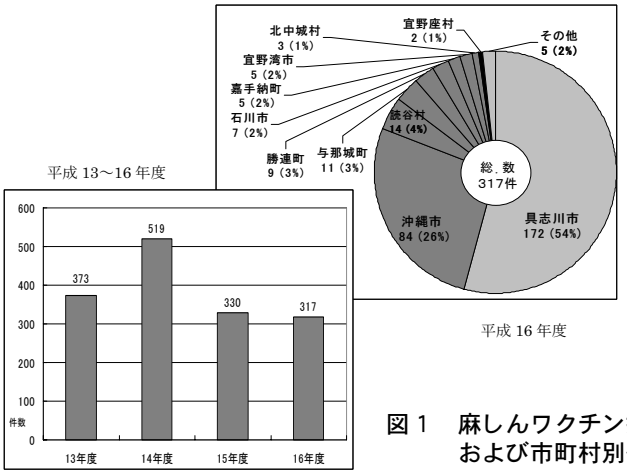


図１　麻しんワクチン接種の年度別件数および市町村別件数

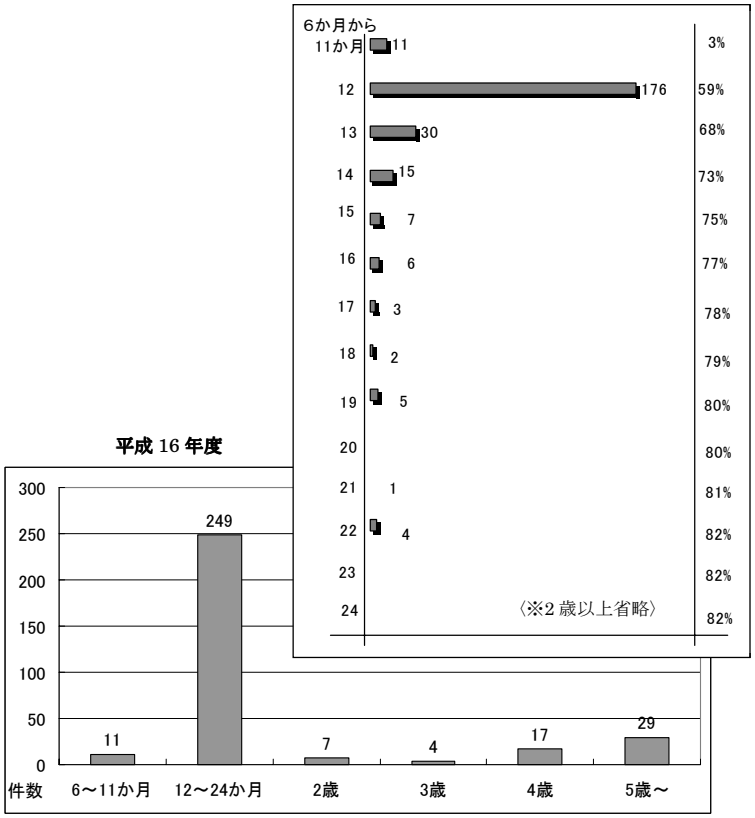


図２　麻しんワクチン接種の年齢別・月齢別分布

3　1歳～3歳までの受診児について（図3）

平成17年1月に受診した1歳～3歳までの457名について、麻しんワクチン接種状況をみてみると、424名（92.8%）がすでにワクチン接種されていて、未接種4件、不明29件であった。すでにワクチン接種されていた424名のうち95名（22.4%）は他の診療所又は病院にて接種されていて、当院における被接種者は329名（77.6%）であった。

ワクチン既接種者424名の接種月齢分布をみると、生後12か月の時点での接種が277例（61%）で最も多く、次いで13か月66例（14.4%）、14か月22例（4.8%）、15か月13例（2.8%）の順となっている。生後15か月までにワクチン接種されたものは405名で全体の88.6%を占めている。

4　3歳児の累積接種率曲線（図4）

平成17年1月に受診した3歳児は105名であったが、そのうち2名は未接種、その他2名は接種の有無を確認できなかった。ワクチン接種者101名の月齢別頻度をみると、生後12か月での接種者が54名と最も多く、次いで13か月での接種者が20名、14か月で5名の順になっている。生後15か月での累積接種率は86.7%、24か月で95.2%となっている。この累積接種率曲線を描出してみると、その立ち上がりは極めて良好であり、当院に受診した1歳児の95%は麻しんワクチン接種がなされていることが判明した。

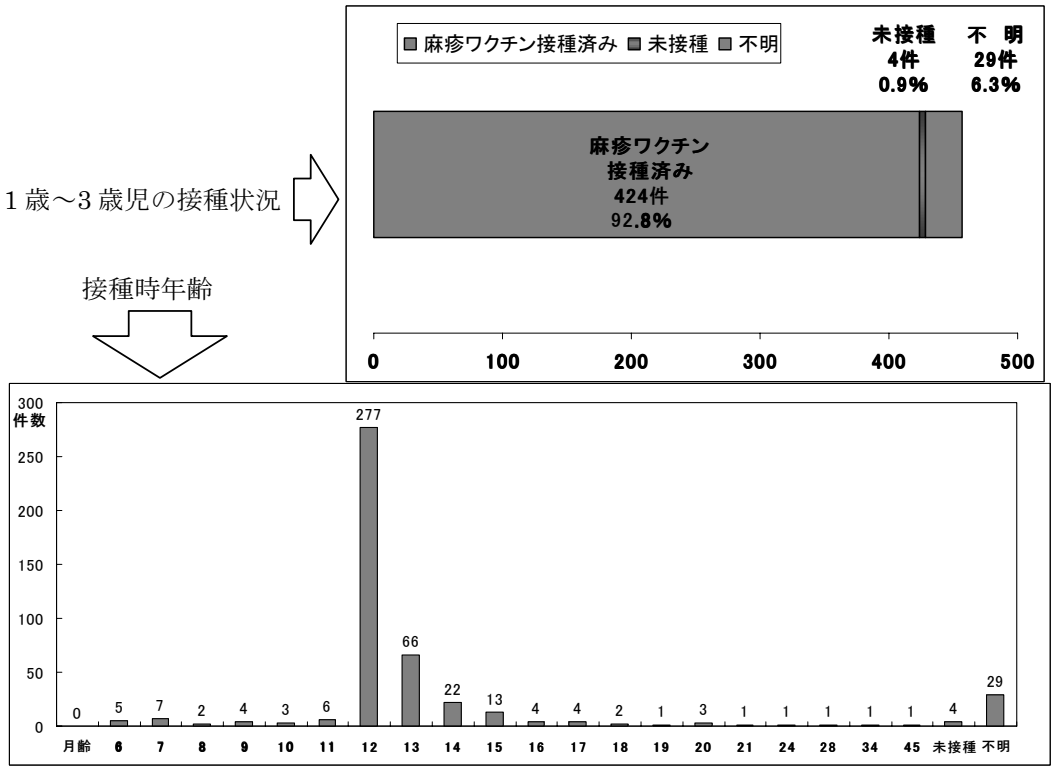


図3　平成17年1月受診児について

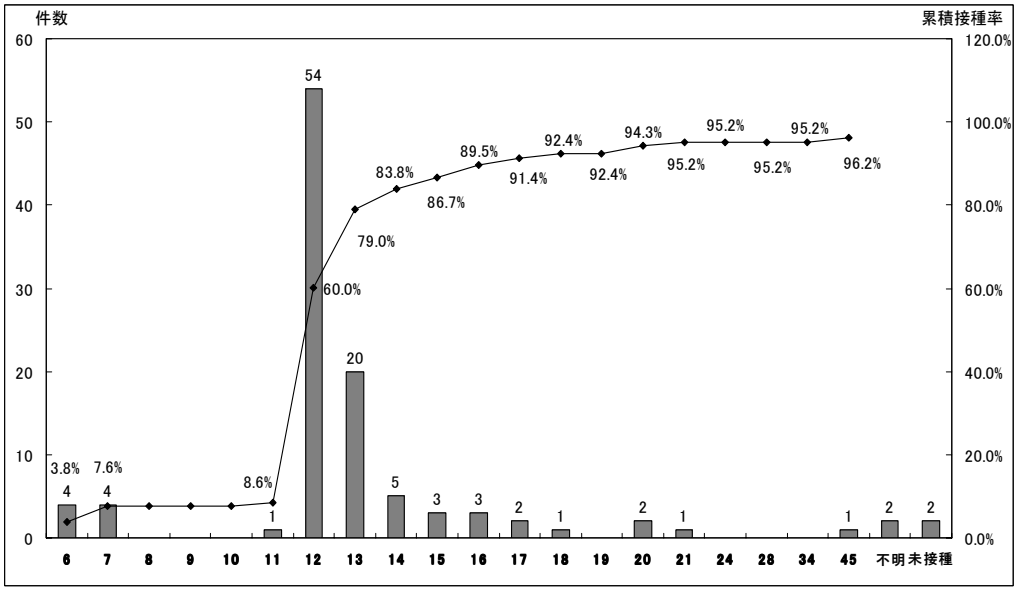


図４　平成17年１月の受診児 －３歳児接種時年齢と累積接種率曲線－

Ⅳ　考　察

麻疹流行時における感染場所として、病院又は診療所である場合が比較的多くみられる。したがって、院内感染対策は、感受性者を麻疹から守るために重要なことである。そのためには、診療所に受診する子ども達の麻しんワクチン接種率を高く維持して、院内感染をきたさない様に努力しなければならないが、集団における麻疹の流行を阻止するためには、ワクチン接種率を95%以上にすることが目標である。毎日の診療において受診者の母子健康手帳でワクチン歴をチェックし、未接種者に対する個別のワクチン接種スケジュールをたてて対応することが、最も効率の良い方法である。麻しんワクチンの累積接種率の調査は[1)]、これまで市町村で実施され報告されつつあるが、個々の病院や診療所での調査[2)]は少ない。今後院内感染防止対策の基礎データとして、集積されていく必要がある。

今回の当院における外来受診児の接種率調査は、受診者の多い冬の季節で１か月間という短い期間で、１歳～３歳までの受診児のみについて実施した。当月における３歳以下の患者の割合は59.0%であった点を考慮すると、１年間を通しての診療所の実態把握には不充分である。しかし当院の８割を占める具志川市および沖縄市の１歳児の麻疹ワクチン接種率は、平成16年度はいずれも90%を超しており、３歳児では93～94%である[3)]。このことも含めて考えるとおおよその傾向は反映しているものと思われる。

当院に受診した３歳児の累積接種率曲線の立ち上がりは極めて良好であるが、生後15か月の時点での累積接種率が86.7%であったことは予期したよりも低率であり、麻しんワクチン接種の標準適正年齢を考慮すると、生後15か月での接種率を90%に押し上げる必要があると思われた。生後12か月～15か月までの接種勧奨を積極的におこない、生後24か月までに95%を達することができれば、院内感染の危険は少なくなるであろう。しかしながら、散発的に麻疹患者が

院内で発生した場合には、１歳未満児は常に感受性者であることを念頭において対応しなければならないであろう[4]。当院においては、年間を通して入り口に貼り紙をして「発熱と発疹」の患者には注意を喚起しており、さらに全ての受診者に対して看護師による予診をおこない、感染性疾患が疑われる場合は別室に隔離して他への接触を避け、可能な限り感染拡大防止につとめている。さらに麻疹患者が確認された場合には、接触者の確認と追跡、緊急のワクチン接種やγ―グロブリンの使用などを考慮して危機管理意識をもって対応をするつもりである。

「満１歳になったら、はしかワクチンを！」をキャッチフレーズにした、はしか‘０’プロジェクト活動[5)6)]が少しずつ浸透して、１歳早期のワクチン接種がなされつつあるが、それぞれの小児科診療所において、日常診療の中でワクチン接種勧奨を積極的におこなっていくことが「はしか‘０’キャンペーン」の戦略である[7]。

Ⅴ　結　語

平成17年１月の当院における１歳～３歳までの外来受診児の麻しんワクチン接種状況を調査したところ次の様なことが明らかになった。

１　当院では年間300～500件の麻しんワクチン接種がなされているが、接種時月齢は12か月が最も多かった。

２　当院における１歳～３歳までの受診児457名の92.8%は麻しんワクチン接種がなされていた。生後12か月で66.5%、15か月で88.6%の接種率であった。

３　３歳児の105名について累積接種率曲線を抽出した。曲線の立ち上がりは極めて良好であるが、15か月の時点での累積接種率は86.7%で24か月で95.2%であった。

４　満１歳になったらはしかワクチンを！のキャッチフレーズはかなり有効であるが、15か月までに済ませることも強調すべきことが考えられた。

５　麻疹感染拡大防止には、診療所における院内感染対策は重要である。

文　献

１）崎山弘，梅本哲，高山直秀．我が国における麻しんワクチンの累積接種率、日本医事新報、2003；No4150：26-29

２）高山直秀，松永貞一，三輪操子，崎山弘．受診者における麻しんワクチン累積接種率調査の有用性、日児誌2004；108(12)：1458-460

３）(社) 沖縄県小児保健協会．平成16年度乳幼児健康診査報告書、2005．6.

４）安次嶺馨，知念正雄，浜端宏英他．１歳未満児に対する麻疹予防接種の有効性について、チャイルドヘルス2004；７(1)：63-66

５）知念正雄．沖縄における麻しんゼロ作戦―はしか‘０’プロジェクト委員会の活動、小児感染免疫、2003；15：87-94

６）知念正雄，野原薫，喜友名琢也他．沖縄県のはしか‘０’プロジェクト～３年間の活動の歩み～、チャイルドヘルス2004；７(10)：764-767

７）知念正雄．麻疹ゼロ作戦からみたワクチン戦略、小児内科、2004；36(3)：449-453

報　告

児童デイサービス事業「アラジン」を開所して

前代　倫子　　島袋　美香　　安里　　績
高良　幸伸　　當山　　潤　　喜友名和子

Ⅰ　はじめに

平成15年４月から支援費制度が施行され、当センターにおいても在宅障害児を支援するため同年９月より児童デイサービス事業「アラジン」がスタートした。

今回、平成15年９月の事業開始より平成17年３月までの１年７か月間の経過から、①利用者の変化　②サービス利用の実態　③運営上の課題等について報告する。

Ⅱ　対象及び方法

対象

午前のクラスは未就学児で、月水金のグループは自閉性障害児10名で以下Ａグループとする。火木のグループは肢体不自由児13名で以下Ｂグループとする。

午後のクラスは就学肢体不自由児25名で以下Ｃグループとする。

方法

① １日の定員を10名とし午前未就学児５名、午後就学児５名の２単位とする。

② 利用時間の午前クラスは９時30分から食事時間を含み12時30分まで、午後クラスは１時30分から５時までとする。

③ 保護者の意向に添って母子分離をする。

④ 担当職員は保育士２名､指導員１名である。

⑤ 契約時の保護者の意向として

Ａグループの場合：排泄指導６名、集団活動のルールを教える３名、食事指導３名、衣服の着脱指導２名等である。

Ｂグループの場合：母子分離して集団で過ごせるようになる10名、食事指導３名、排泄指導２名等である。

Ｃグループの場合：集団活動を楽しむ15名、パソコン指導７名、宿題指導４名等である。

⑥ 午前と午後の日課は表１に示す。

Ａグループは自閉性障害のこだわりやコミュニケーション障害等の特性を考慮し、活動の流れや場所がわかりやすいような環境にした。

次の行動の見通しが持てるように、時間と活動内容を決めて進める(写真１)。その中の朝の会ではその日の当番が歌、名前を呼び、カレンダーめくりをする。その次に一人一人交代で絵本やペープサートを本人の好きなよ

"Aradin" : Day Service Center For Disable Children

Rieko MAESHIRO, Mika SHIMABUKURO, Isao ASATO, Yukinobu TAKARA, Jun TOYAMA
Kazuko KIYUNA
肢体不自由児施設沖縄小児発達センター

表 1　日　　課

午前の部
- 9：30　登所、健康チェック
- 9：45　ストレッチ体操、朝の会
- 10：00　設定保育、感覚遊具遊び
- 10：45　水分補給、排泄指導
- 11：30　食事
- 12：15　終わりの会
- 12：30　降所

午後の部
- 1：30　登所、健康チェック、水分補給、排泄指導
  ストレッチ体操、感覚遊具
- 3：30　おやつ
  学習指導、集団活動（レク、工作、絵画等）
- 4：45　終わりの会
- 5：00　降所



写真 1

うにできる力で演じる。次の時間は学習室に移動しそれぞれの課題に取り組む。その後集団活動として、ボウリング、カラオケ等意図的に設定し、着席して順番を待つ等職員や他児との関わりの中でルールの認識やコミュニケーションを促す。その後排泄、食事、歯磨き、衣服の着脱指導をする。最後に終わりの会では友達と手をつなぐ事を意識させ対人関係の発達を促す。

Ｂグループは運動機能の障害が著しい肢体不自由児で保育では、子供の発達課題に添って感覚の発達、運動機能の発達、手指機能の発達等訓練的要素も取り入れた遊びの内容作りや素材の工夫をしている。更に排泄、食事指導も訓練士と連携を取って進めている。

Ｃグループは個別活動で宿題、パソコン指導、車椅子操作練習、感覚遊具遊び等を個々の適応課題に合わせて援助している。集団活動では、それぞれが主役で楽しめるような工夫をしレクリエーション、創作的活動を援助する。

Ⅲ　結　果

活動を通して見られた利用者の状況として

Ａグループ
- ①　各自が落ち着いて課題に取り組めるようになった（９名）。
- ②　集団活動で着席していられるようになった（８名）。
- ③　食事（３名）、排泄（２名）、衣服の着脱（５名）がほぼ自立した。

Ｂグループ
- ①　母子分離をしても泣かずに参加できるようになり社会性の芽生えが見られた（８名）。
- ②　食事では保護者以外とも食べられるようになった（12名）。
- ③　時間排泄誘導で排尿できるようになった（３名）。

Ｃグループ
- ①　宿題やパソコン操作の練習また、学習ソフトを使用し自己学習ができるようになった（９名）。
- ②　レクリエーション活動を楽しみにしている（16名）。

利用状況

１年７か月間の月ごとの参加率は表２に示

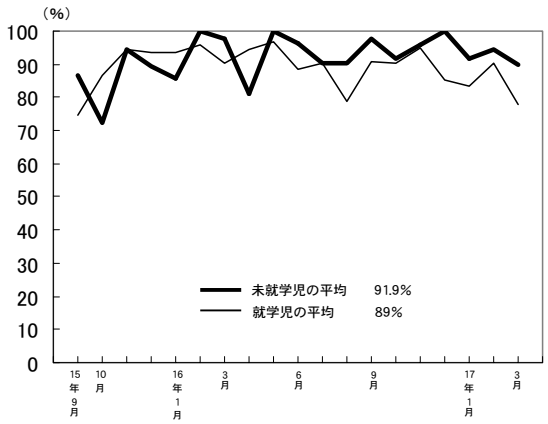


表２　月ごとの参加率と平均

す。平均参加率は90.5%で午前未就学児91.9%、午後就学児89%であった。

Ⅳ　考　察

活動を通して見られた利用者の状況から、Ａグループでは、行動の見通しが立つように時間と活動内容を掲示する等時間や空間の構造化を意識した環境を設定して、日々繰り返す事で安定した活動につながったと思われる。また、コミュニケーションにおいては、小集団で同じ職員が関わることで子供の要求サインが理解しやすく、個別対応が可能となり情緒の安定と双方の信頼関係も築きやすくなった。このことはＢ、Ｃグループにも言える。また、保護者のニーズに添って母子分離を進めてきたが親以外の人との関わりを経験したことで社会性の発達などの変化につながった事や親にとってはレスパイト的役割もあり、障害児の在宅支援策としての期待も多い。Ａグループの３名は当事業を利用する以前保育所に通っていたが、そこでは馴染めなかったとの事である。それは健常児の大きな集団で混乱を来す事が多かったのではないかと推測される。小規模児童デイサービス事業はこのようなケースの受け入れに適していると思われる。事業形態を障害種別と未就学児と就学児を区分することによって効率の良い事業展開につながったと思う。次に利用状況では午前の未就学児で10月と４月に利用率が低いがこれは体調不良による欠席が多かった為である。午後は隣接している養護学校の児童がほとんで、下校後引き続き利用できる便利さがある。しかし、学校が休みの場合は家庭から利用時間に合わせ保護者が連れてこなければいけない不便があり夏休みや春休みの利用率が低くなっている。これは送迎サービスを実施していない事も一つの原因だと考えられる。送迎のニーズはあるがマンパワーとの兼ね合いで実施していないが今後検討していく課題である。また、養護学校と隣接しているため就学児の利用希望が多く、一人あたりの利用回数が週１回に制限され、利用者のニーズに添えない事も今後の課題である。

Ⅴ　まとめ

① 小規模集団は個別のプロフィールが把握しやすく信頼関係やコミュニケーションが図りやすいため、利用者に変化が見られた。

② 親のニーズに合わせ母子分離を行った事によりレスパイト的役割を担っている。

③ 事業形態を午前、午後の２単位に分け障害種別と未就学児、就学児を区分する事によって効率の良い事業展開になった。

④ 運営上の課題として送迎サービスの提供及び就学児の利用ニーズ増加への対応があげられる。

報　告

「在宅支援としての短期入所事業実態報告」肢体不自由児、重症心身障害児（者）の場合

森根　庄子[1)]　當山　潤[1)]　大城　秀子[2)]
喜友名和子[2)]　高良　幸伸[2)]

Ⅰ　はじめに

沖縄小児発達センター及び周和園（以下両施設とする）で短期入所事業（以下本事業とする）が開始されて３年が経過した。本事業は肢体不自由児及び重症心身障害児（者）（以下重症児者とする）の在宅生活を支援する重要な事業の一つであり、利用者のニーズは年々高まる傾向にある。そこで本事業は平成15年４月に支援費制度へ移行したがその後の利用者の使い易さ、支給量の満足度、在宅支援に果たす役割等を明らかにするために平成15年11月に、また17年４月に沖縄県内の児童短期入所事業所を対象にアンケート調査を実施した。それらの結果及び両施設の平成15年度から２年間の利用実績も整理・考察し報告する。

Ⅱ　対象・方法

1　平成15年４月～10月末に両施設で本事業利用の119名のうち郵送による調査の結果回答の得られた56名。

2　平成17年３月現在沖縄県内で児童短期入所事業の指定を受けている16ヶ所を対象に郵送による調査の結果回答の得られた13事業所。

3　平成15・16年度の両施設の利用状況。

の、３点にまとめたい。

Ⅲ　結　果

利用者のアンケートの結果は次の通りとなった。

支援費制度移行後の本事業の使い易さは68%が「利用し易くなった」と回答。支給量の満足度は「満足」23%、「だいたい満足」50%であった。また、「満足でない」は25%で、その理由は「利用日数に限りがある」53%、「支給量を超えた場合、市町村への手続きが煩わしい」が42%となった（図１、２、３）。

短期入所の主な理由（複数回答）では「冠婚葬祭」「兄弟の学校行事」がともに29名で次いで「介護者の休息」25名、「家族の病気」18名の順であった（図４）。

利用してよかった点は「安心して預けられる場所が増えた」、「24時間いつでも予約できる事が安心」等の意見があり、良くなかった点では

The Report on the actual condition of Short Term Stay as supports of people with Physical and Mental Disabilities at home For Physically Handicapped children and Profound Multiple Disabilities.

Shoko MORINE, Jun TOYAMA, Hideko OSHIRO, Kazuko KIYUNA, Yukinobu TAKARA
1）重症心身障害児施設　周和園
2）肢体不自由児施設　沖縄小児発達センター

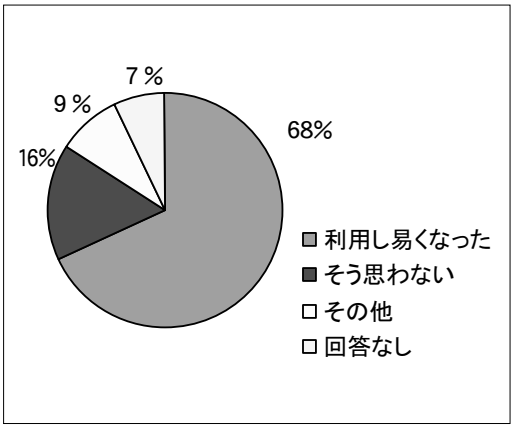


図１　短期入所事業の支援費制度の移行後の使い易さは？

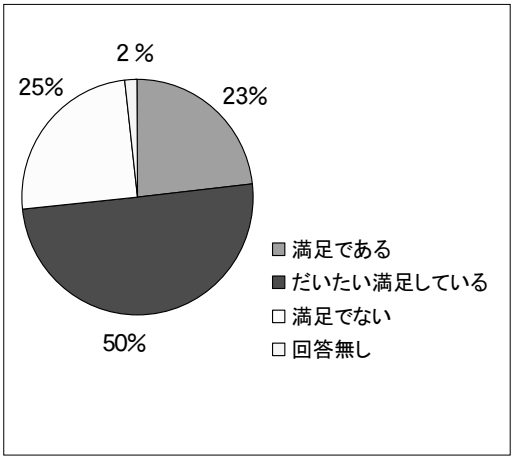


図２　支給量への満足度については？

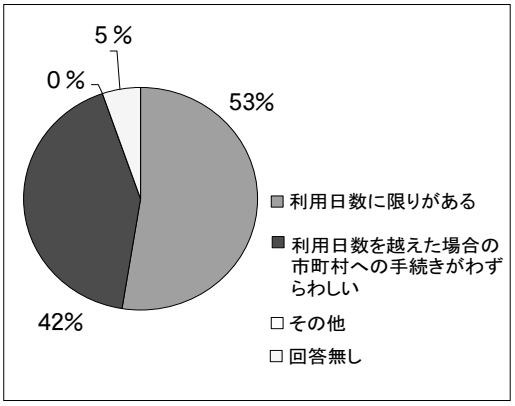


図３　満足でない理由は？

「希望した日に満床の為受入れてもらえなかった」、「対象児にとって慣れない場所での生活で疲れてしまう」等の意見を頂いた（表１、２）。

一方、事業所を対象とした調査では次の結果となった。

沖縄県内で児童短期入所事業の指定を受けているのは平成17年３月現在18ヶ所でその種別等については表３の通りである。両施設を除いた16ヶ所を調査し、回答のあった13ヶ所を対象とした。そのうち肢体不自由児及び重症児者の両方の受入の状況については表４にまとめた。受入をしていないと回答した事業所が４ヶ所であり、その理由は表５にまとめた。そのなかでは「利用者よりニーズがなく受入れてない」と回答した事業所が多かった。また、肢体不自由

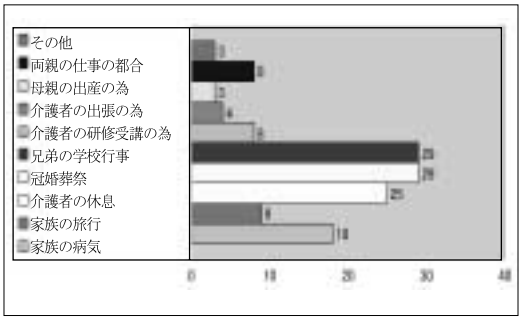


図４　短期入所利用の主な理由は？

表１　短期入所事業を利用して「良かった点」は？

- 兄弟の学校行事への参加が増えた
  （兄弟へ関わる時間が増えた）
- 安心して預けられる場所が増えた
- 介護者の負担軽減、資格取得、休息、リフレッシュができた
- 入所の子ども達とのレクリエーションの参加
- 子どもの視野が広がる（家庭、学校以外の生活の場づくり）
- 24時間いつでも予約できることが安心
- 食事がおいしい
- 自宅近くに緊急に預けられる身内がいないので安心
- 料金が以前に比べて安くなった事
- 紙オムツ等の日用品まで利用料金に込みになっていたこと

児・重症児者の受入状況についてまとめた表６では「利用希望があり定員に空きがあっても状況によっては断ることがある」と７事業所が回答し、１ヶ所が医療ケアの必要とする方はお断りしている状況であった。

ちなみに両施設の利用状況に関しては支援費制度が周知され始めた平成15年度後半から１日の利用平均が満床に近い形で推移し、最近では平均して毎日約２名の方の利用をお断りしている状況である。そのため、表７にまとめた利用施設が提供する本事業に対する要望として「緊急受入れの枠の設置」が多かった。

表２　短期入所を利用して「良くなかった点」は？

- 利用したい日に満床で利用できないことがある。
- （対象児が）慣れない場所で疲れてしまう。帰宅後精神的に不安定になり夜泣きする。迎えにいくと寂しそうな顔をしている。
- 食事後顔の周りに食べかすがついたままのことがある。
- 嘔吐しているのに気づかず衣服や車椅子の周りに吐物が残っていた。（誤嚥の原因にならないか心配だった）
- 定員に対してスタッフが少ない気がする。
- 入所児より食事介助が後回しになっていた事がある。
- 食事の注文が行き届いていなかった。
- 日数が限られている。
- 薬の飲まし忘れがある。
- 皆で横になって過ごしているときに隣の子の足が顔にぶつかろうとして危ないと思った。

表３　沖縄県内の指定児童短期入所事業所

平成17年3月1日現在

- 医療機関　　１ヶ所　（平成17年4月より休止）
- 知的障害児施設　４ヶ所
- 知的障害者更生施設　６ヶ所
- 身体障害者療護施設　１ヶ所
- 肢体不自由児施設　２ヶ所
- 重症心身障害児施設　３ヶ所
- 国立病院　重症心身障害児委託病棟　１ヶ所

以上18 ヶ所

今回の調査は上記18 ヶ所のうち、沖縄小児発達センターと周和園を除いた16 ヶ所を対象とし、そのうち回答のあった13 ヶ所についてまとめた。

表４　肢体不自由児･重症心身障害児の受入を行っていますか？

1、肢体不自由児、重症心身障害児両方の受入を行っている　⇒５ヶ所
2、重症心身障害児のみを受入れている　⇒３ヶ所
3、肢体不自由児のみを受入れている　⇒1 ヶ所
4、受入を行っていない　⇒4 ヶ所

表５　肢体不自由児､重症心身障害児の受入を行ってない理由は？

1、対象を本体施設に準じた対象の方のみとしている　⇒1 ヶ所
2、利用者よりニーズがなく受入れていない　⇒2 ヶ所
3、将来的に受入を検討している　⇒1 ヶ所

表６　肢体不自由児､重症心身障害児の受入状況については？

1、利用希望があり定員に空きがあれば受入れている　⇒2 ヶ所
2、利用希望があり定員に空きがあっても状況によっては断ることもある。　⇒７ヶ所

下記の２項目は該当無しであった。

3、肢体不自由児、重症心身障害児の受入数に制限を設けている
4、事業所で優先する対象を決めている

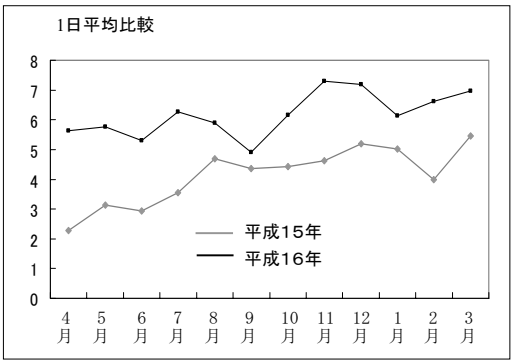


図５　沖縄小児発達センター（入所部）
定員：空床型＋併設型３名　日中受入２名

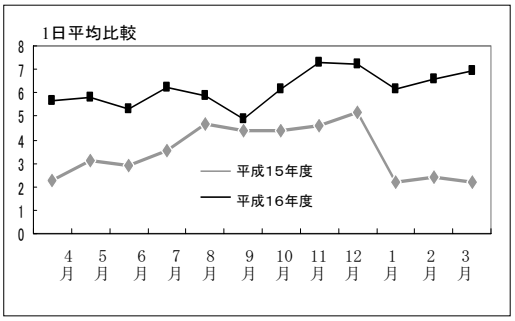


図６　沖縄小児発達センター（通所部）
定員：日中受入のみ３名

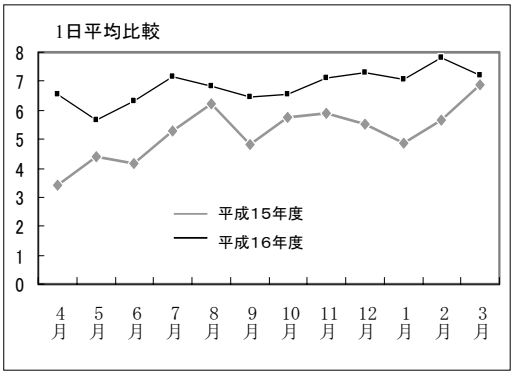


図７　周　和　園
定員：空床型＋併設型４名　日中受入のみ２名

表７　両施設の短期入所に関する要望について

- 緊急受け入れ用スペースの設置
- 利用者が少し体調不良でも預ってほしい
- 利用者が食べやすいおやつの工夫
- 毎月限られた日程に利用料金の支払いや書類の押印等の事務手続きの為だけに受付に行くのは大変
- おむつ交換をこまめにしてほしい
- 土・日・祝日の保育の充実（あらかじめ利用予定児数がわかっていたらそれに見合った保育士を配置してほしい）
- 全利用者が預けやすい工夫を（利用者によっては回数が多く、たまに預けようとしても満床で断られるので）
- 職員同士の連絡事項の徹底
- （周和園に対して）畳間をもっと多くして欲しい
- 申し込み時に簡単な利用許可証があると便利
- これからも安心して預けられる場所であってほしい

Ⅳ　考　察

今回の調査結果より支援費制度移行後の使い易さについて約７割の方が「そう思う」と回答し、制度が周知され利用件数の増からもその事が伺えた。支給量の満足度は「満足」「だいたい満足」で約７割の回答があり、おおかたの利用者は現在の支給量で満足あるいはだいたい満足している状況であるが、残り３割の方へは他の事業の紹介等さらなる支援の必要性を感じた。本事業が在宅支援に果たす役割としては、図４より在宅生活における主たる介護者である母が本事業を利用する事で、他の同胞の面倒をみることやかかわる機会が増えること、介護者のレスパイト的家族支援という役割が明らかになった。これらのことから肢体不自由児、重症児者の在宅生活を支えるとともに家族の機能を補完する大切な制度としての期待も多い事が今回の結果から伺えた。一方、課題としては本事業の利用状況が日常的に満床に近い為緊急時に利用できないのではとの不安があり、定員枠の増・緊急用の枠の設置、日中利用時の送迎等が明らかになりました。

また、一方の事業所対象の調査結果からは沖縄県内で児童短期入所事業の指定を受けた半数以上の11事業所が肢体不自由ならびに重症児者の受入を行っており、まだ行っていない施設でも将来的に受け入れを検討している事があきらかになった。今後、より身近な場所で利用が可能となることが利用者にとって望ましいと考える。さらに医療的ケアを常時必要とする人が利用できる施設の増加が望まれる。また医療機能を有する施設での本事業の受け入れが可能となれば重症児者の利用者及びご家族にとってより選択肢が増え在宅での生活に安心が高まるのではと考える。

報　告

遠隔リハビリ・遠隔療育相談の試み
－「安心」はオンラインに乗るか－

泉川　良範　　比嘉　正人　　小浜　厚司
勝連　啓介　　知念　元恵　　仲本千佳子

はじめに

平成15年度の本学会において「重症心身障害児者に対する在宅支援事業の展開についての調査研究」を発表した。その中で、特に離島に住む障害児者に対してはインターネットを使った支援の必要性を提言した。今回、東京大学国際産学共同研究センター安田浩教授らによる衛星回線の双方向テレビ会議システム実証実験に協力する形で、離島と本島間での遠隔療育相談（リハビリ指導を含む）を行ったので、障害児在宅支援の立場から報告する。

方　法

東京大学国際産学協同研究センター安田浩教授の主催する医療画像無線伝送特別研究会RC−46が設置した伊江村と名護市を結んだ衛星回線を使って双方向のテレビ会議システムによる療育相談を行った。

対象は、伊江村に住む７歳の脳性麻痺の男児とその両親で、伊江村保健センターと北部地区医師会病院（沖縄県名護市）に衛星回線を介したモニターを設置した。

2005年２月16日と３月９日、３月30日の３回にわたり、それぞれ午後４時15分から５時15分にかけて約60分間（〜80分間）行った。



図１　衛星回線を使ったテレビ会議システム。モニターの前にあるのが小型のテレビカメラ

A trial of tele-rehabilitation and "ryoiku" care by satellite telecommunication.

Is it possible to transport a supporting mind via telecommunication system?

Yoshinori IZUMIKAWA, Masato HIGA, Atsushi KOHAMA, Keisuke KATSUREN, Motoe CHINEN, Chikako NAKAMOTO
社会福祉法人五和会 名護療育園



図２　画面を通じての指導風景。ここでは画面を分割して双方が見えるようにして設定している。

伊江村保健センターには、本人と両親、保健師、技術担当者（NEC東芝スペースシステム）が待機し、また北部地区医師会病院（名護市）には、名護療育園の担当医師、福祉コーディネーター、理学療法士、技術担当者が待機した。

遠隔療育相談・遠隔リハビリの内容は、回線を開いた最初の10分は、医師による療育相談を本人と家族に対して行い、次の10分は、福祉コーディネーターによる相談、更に45分（～65分）は、理学療法士により本人と家族へリハビリ指導を行った。最後の５分は、次回の予定などについて情報交換を行った。２か月間で、３回実施した（図1，２）。

結　果

実施しての感想を家族やスタッフ間で話しあった結果、１）表情を見ながら、また会話しながらの療育相談あるいはリハビリ指導で大変わかりよかった。２）本人と両親、周囲の人と情報を同時に共有することができる特徴があり、笑顔等の情報が効果的に伝わるので、よいコミュニケーションがとれた（「安心」の提供につながる）。３）簡単な質問が手軽に行える。この「手軽さ」が大事であると思われた。

一方、課題として以下の点があげられた。すなわち、１）画面の大きさが小さく、できれば等身大が望ましい。２）画質の精度の問題として、画面上でパンフレットなどの文字情報が読める程度あるほうがよかった。３）カメラワークの問題として、カメラを動かし適切な画像を送るスタッフが必要である。４）被写体深度の問題で、前後の動きがわかりにくい（立体的でない）。５）衛星回線特有の音声のタイムラグ（遅れて音が聞こえる）によりぎこちないやりとりになる。６）左右が画面を通じて勘違いしやすい（左右反転等の画面処理が有効かもしれない）。７）体や場所のポイントを指示するのが難しい（画面上のポインターが必要である）。８）理学療法における力かげんが伝わりにくい。９）画像のみでのリハビリ指導では、無理がある（直接指導を定期的に行って上での補うリハビリととらえるほうが実用的である）。
10）設備と維持にかかるコストの問題をクリアしなくてはならない。

考　察

障害児の療育相談で離島を巡回する時に、脳性麻痺などの障害児の親の切実な願いは、リハビリを充実させることである。リハビリを理由に離島を離れ本島に家族で移り住むケースも多いとのことである。もし、リハビリのニーズをインターネットや衛星回線を使って離島に届けられれば、島で暮らすことが可能となるのであろうか。島にいながらにしてリハビリや療育の機会を提供できれば、子供たちは家族とともに、自分らしい生活を送ることができるのではないか。むしろ、そのことが大事なのではないだろうか。家族の精神的、経済的な大きな負担が軽減されるのではないだろうか。療育で最も

大切な「安心」を提供できるのではないだろうか。さらに進めて、リハビリを（思う存分？）提供することで、訓練への心理的捕われから解放されて、自立や参加といった本来のリハビリの目的へ辿り着くことができるのではないだろうか。そのためには、逆説的であるが色んな形でリハビリの提供に努めることが必要であると考える。インターネットや衛星回線はまさにその一つの手だてといえる。

まとめ

医療画像衛星伝送実証実験の一環として「遠隔リハビリ・療育相談」を行った。

コンテンツとしての遠隔リハビリ・療育相談の可能性が見えてきた。

一定期間（6か月以上）継続して行うことで、本来の有用性（安心の提供）や課題（慣れの問題など）が見えてくると思われた。

コストの問題は、クリアされなければならない。

謝　辞

衛星回線実証実験への参加を認めて下さった安田浩教授、機材管理と技術指導をして下さったNEC東芝スペースシステムのスタッフ、また場所を提供していただいた北部地区医師会病院、伊江村保健センターの関係者へ深謝致します。

文　献

1）石田健司，谷俊一，榎勇人他．映像伝送システムを利用した高知県遠隔地リハビリテーション診療に関する小経験、リハビリテーション医学．41：181，2004.

2）奈良浩之，下山恭史，湯浅昇子他．TV電話を用いた地域リハビリテーション支援システムの有効性と課題、作業療法．22：560－568，2003.

3）寺田雅彦．遠隔医療システムを用いた大学病院の在宅医療への貢献に関する研究、INNERVISION．18：42，2003.

4）宇都木敏浩，清水弘行，大山良雄．テレビ会議システム、人工衛星とケーブルテレビネットワークを利用した遠隔糖尿病教育、telecommunicationと糖尿病、糖尿病．46：423－427，2003.

5）近藤博史，大上亨，小川英敏他．衛星利用在宅医療(モバイルホスピタル)の実証実験．医療情報学22回連合大会論文集：722－723，2002.

報　告

新生児・乳児訪問指導内容の分析

宮城　章子

1　はじめに

近年、少子化、核家族化傾向の社会状況の中で生活体験の少ない母親が多くなっており、出生後新生児への関わりが初めての母親、父親もいます。このような生活体験の少ない両親にとって育児は予測ができない事であり、市町村ではそのサポートの一環として「新生児訪問」が行われています。当院では平成14年度より、市町村の委託を受け新生児訪問事業を行っています。今回、当院で行った新生児･乳児の訪問211件を対象に、訪問時母親にどのような指導が行われたか、また訪問時期による指導内容に変化があるのかを調査し、訪問指導の現状を把握することで母親への看護支援のあり方を検討することを目的としました。

2　研究方法

1)　対　象

市町村から新生児訪問依頼を受け訪問を希望した母親211名です。

2)　調査期間

平成14年12月から平成16年２月

3)　方　法

訪問にて指導を行った項目内容について訪問時期別（新生児期・乳児期に分けて）に分析を行いました。

①母乳栄養・離乳食のすすめ、与え方
②赤ちゃんの育て方
③保健スキンケア・沐浴指導
④予防接種指導
⑤事故予防指導
⑥母子手帳の活用

◎母親に関する項目

①産後の経過について
②母乳分泌指導
③産婦の栄養指導
④家族計画指導
⑤健診および市の制度紹介など

母親の平均年齢は28.7±8.7歳であり、初産婦94.3%、経産婦5.7%です。

訪問時期の内訳は生後28日迄の新生児期は122名（57.8%）それ以降の乳児期は75名（35.5%）、記入漏れ14名（6.7%）となっています。訪問場所で自宅79%、実家20%であり、分娩様式は経膣分娩が83%、帝王切開16%です。児の栄養方法は母乳栄養39%、混合栄養53%、人工栄養７%です。

訪問時期は、３週目の訪問が最も多く次いで２週目、４週目、５週目となっています。

育児の協力者は、実母が最も多く次いで

The analysis of the visit guidance of infants.
Shoko　MIYAGI
特定医療法人中頭病院

夫、姉妹の順です。しかし、育児の協力者がいないと答えた母親が11.4％となっています。

全体の指導内容で多いのは「母乳栄養のすすめ」、「赤ちゃんの育て方」、「スキンケア・沐浴」、次いで「母乳分泌」です。その他の項目は、訪問記録の中からみられた相談内容を示しています。新生児期に多い指導は「母乳栄養のすすめ」、「赤ちゃんの育て方」、「母乳分泌」で、乳児期に多い指導は「赤ちゃんの育て方」、「母乳栄養のすすめ」、「スキンケア・沐浴」となっています。

新生児期と乳児期別で指導内容に大きな変化はありませんが、その中で割合の差がみられた項目は、「母乳栄養のすすめ」、「産後の経過」、「健診及び市の制度紹介」です。

「母乳栄養」「赤ちゃんの育て方」「産婦の栄養」「事故予防」に関しては週数による差はみられないが、「産後経過」「母子手帳の活用」に関しては、週数による差がみられる。

「母乳栄養のすすめ」と「赤ちゃんの育て方」に関してどの週数でも高い割合となっています。

「赤ちゃんの育て方」に関して週数を追う毎に指導の割合が高くなっています。

「母子手帳の活用」と「健診及び制度紹介」に関して、７週目を除くと、週数を追う毎に高い割合となっています。

当院では、平成14年度から市町村の母子保健事業の一環としての「新生児訪問事業」の委託を受け助産師による新生児訪問を行っています。

依頼対象は基本的に第１子でその他、直接市町村に訪問依頼を行った母親となっています。

新生児訪問のシステムは、当院で出生した児に関しては、訪問依頼を受けている市町村の場合、生後２週目を目安に新生児期の訪問日程を調整します。

一方、他院で出生した児は、市町村から新生児訪問依頼書が届いた時点で、母親に電話連絡を取り訪問の日程調整を行う為、生後４～６週目の乳児期となっています。

今回の調査では、９割の母親に育児協力者があると答えている中、指導項目が多岐に渡っている事は、育児協力者がいて助かると答えている反面、育児不安があると考えられます。育児協力者は、実母、夫、姉妹となっていて、育児技術の経験をとおしての協力体制はあるが、親との育児環境や育児観の違い、また少子化により母親が子育てをみる機会がない事や情報の氾濫等で育児不安を抱える母親が多くなっていると考えられます。

全体の訪問指導項目としては６割が「母乳に関すること」、「育児に関すること」の項目が多い傾向にありますが、内容は多岐に渡り、多様な指導が求められていると言えます。

新生時期週数別の指導項目を見ると、新生児期は特に「母乳栄養のすすめ」「母乳分泌」の項目が多く週数による差は見られず、現代の母親の母乳育児のニードの高さが伺えます。母乳育児を支援するためには、退院後１か月以内の援助が必要であると言われている事や、さらに生後１か月ぐらいまでは、慣れない育児に昼も夜も振り回され、母親にとっては心身ともに大変な時期です。「こんなはずではなかった」「本にかかれていることとは違う」など母乳に関すること以外にも「赤ちゃんの育て方」も70％占めており１か月以内の新生児訪問は意義のあることと言えます。また「産婦の栄養」「事故予防」に関しても週数による差はみられませんが、指導が20％前後と指導する率が低いのは母親の関心が「母

乳に関すること」、「育児に関すること」に重点が置かれ指導が偏っていることがいえます。「産後の経過」「母子手帳の活用」に関しては、週数による差がみられ、両項目とも２週目に多く週数が経つにつれ指導率が低くなっているのは、週数が経つ中で「母体の回復」による問題解決や育児における不安や疑問が明確化してくるために母子手帳を活用しての全般的な指導が低くなっているではないかと考えられます。

又、乳児期週数別の指導項目を見ると「母乳栄養のすすめ」と「赤ちゃんの育て方」に関してどの週数でも高い割合となっており、「赤ちゃんの育て方」に関して週数を追う毎に指導の割合が高くなっています。このことは、乳児期では、児の発育・発達に伴う育児へのニードの高さが伺えます。さらに「健診及び市の制度紹介」「家族計画」が多くなっていることは、母親の関心が児や自分自身の関する早急に解決しなければならない問題から、乳児健診や予防接種といった先を見越した問題へと内容が変化していることが考えられます。

現在当院では、市の委託を受け新生児訪問活動を行っています。基本的には訪問は１家庭１回のみで、必要があれば２回目までの訪問が認められています。新生時期は母親の不安も大きく、児の健やかな成長のためにも、早い時期の訪問は重要ですが、今回の調査の中で、訪問時期による、指導項目に変化があることから乳児期の訪問や指導も必要だと考えます。

当院では、市町村と連携を取り新生児訪問の委託事業を行っていますが、当院で出生した児に関しての訪問活動は妊娠中から産後における継続看護の機能を果たしています。施設助産師が新生児訪問を行うメリットは、病院での指導の再確認と評価、さらに母親の生活の場の確認と育児が把握できその場に応じた指導が行える点です。

水野らの報告によると、「新生児訪問が役にたった理由として不安やストレスが解消された、心強い、精神的に落ち着いた等と専門家によるアドバイスや支援を求めている」ということから、施設助産師が新生児訪問を行う意義が大きいといえます。

平成９年から母子保健法の改正により、母子保健に関する事業が市町村に委譲され、よりきめこまやかな母子支援が求められるようになっています。お産をした施設の助産師による訪問は、母親の情報を把握した上で継続した支援が行えさらに家族を含めた生活背景を把握することで、家族に対する指導や協力体制の工夫などによる援助が行えます。また面識もあるため母親や家族が安心して相談が出来る利点もあり施設助産師による訪問の意義は大きいと考えます。

報　告

育児支援型の乳幼児健診の検討

嘉数　依子[1)]　金城和歌子[1)]　當山ヒロミ[1)]　金城　利枝[1)]
赤嶺　　豊[1)]　照屋　明美[2)]　知念　寿子[2)]　宮里　明美[2)]
知念　文枝[2)]　糸数　　公[3)]　大城　清子[3)]

Ⅰ　はじめに

豊見城市では、健やか親子21・児童育成支援基本計画の地方版である「子ども夢プラン」を策定し、子どもの成長を地域で見守り子どもを持つ親を社会全体で支援していくための総合的な子育て支援施策を展開しているところである。その中でも乳幼児健診は、公的機関の最初の出会いの場であり、育児不安や育児困難で悩む親をその後も支援することができれば、虐待は減少すると考えられる。そこで今回、平成16年度小児保健協会の「21世紀の乳幼児健診のあり方に関する研究」（以下「モデル健診」という）に、これまでの乳幼児健診の評価をする目的で参加した。乳幼児健診の場での育児支援とは何かについて議論を進める中で「健診票の分析」と「スタッフへのアンケート調査」を実施した。その結果をもとにこれからの乳幼児健診のあり方について検討したので報告する。

Ⅱ　対象と方法

1　主訴の分析

平成16年11月から平成17年１月までに行った乳児健診191名、１歳半健診56名、３歳児健診44名の健診受診票から「気になること・相談したいこと」を抽出して、保護者の主訴について分析した。

2　スタッフアンケート

医師、保健師、栄養士などへ保護者の主訴に対する保健指導内容についてアンケートを実施した。

3　モデル健診検討会議

乳幼児健診の場での育児支援とは何か、健診スタッフそれぞれでできる育児支援とは何かについて検討。

Ⅲ　結　　果

1　乳幼児健診受診票の主訴

モデル健診実施前の事前調査では、「健診に期待すること」は「役立つ知識を得る」ことが77.4％で、次いで「児の成長発達の確認」

The Report on the actual condition of Short　Term Stay as supports of people with　Physical and Mental Disabilities at home For Physically Handicapped children and Profound Multiple Disabilities.

Yoriko KAKAZU，Wakako KINJYOU，Hiromi TOUYAMA，Rie KINJYOU，Yutaka AKAMINE
Akemi TERUYA，Hisako TINEN，Akemi MIYAZATO，Fumie TINEN，Tooru ITOKAZU
Kiyoko OOSIRO
１）豊見城市役所　　２）沖縄県南部福祉保健所　　３）沖縄県小児保健協会特別研究班

71.1%、「気軽に相談できる」56%であった。受診者で「不安がある」と答えた36.6%のうち、健診を受けて「悩みや不安が解消した」と答えた者は87.3%であった。

受診者の具体的な「心配事」や「知りたいこと」について把握するため乳幼児健診票から「気になること、相談したいこと」をカテゴリー別に集計した（表1，表２）。

その結果は、「病気に関すること」が54件で、次いで「離乳食・母乳に関すること」49件、「育児に関すること」34件、「体重・身長に関すること」17件となっている。主訴記入なしの64件中、問診でのスクリーニングで23件は栄養相談や保健相談を必要とする事例だった。２件は精密検査になり、早産児や若年夫婦、鎖肛の手術後の事例もあった。

表１　健診票の主訴①

乳児健診受診者191人

主　訴	件数
病気に関することなど	54
離乳食・母乳に関すること	49
育児に関すること	34
体重・身長に関すること	17
予防接種	10
便に関すること	7
歯に関すること	7
発　達	5
夜泣き	4
主訴なし	64

貧血、ぜーぜーする、アレルギーか？
発疹、嘔吐、首を左右にふる、
出生時からの問題（陰嚢水腫、心雑音、動脈管開存、臍ヘルニアなど）

進め方、１回量、貧血予防、調理法、回数、アレルギー、母乳・ミルクの量、むら

湿疹の手入れ、かんしゃく、指しゃぶり、よく泣く、よく掻く、授乳後吐く、昼寝をしない、育児負担の軽減（双子）など

歯並び、大きさ、本数など

「主訴なし（本人記載）」のうち2件は要精査だった。
他に、31週の早産児、若年、鎖肛手術後もいた。
問診後、23件は栄養相談、保健相談でのフォロー。

表２　健診票の主訴②

１歳半健診　56人

病気に関すること（アトピー、熱性けいれんの処方、　陰嚢水腫、亀頭部の発赤、発熱・・）	15
歯に関する相談（歯磨き嫌がる、生え方、母乳とむし歯）	10
離乳食に関すること（卒乳、ムラ食い、幼児食と離乳食の違い）	10
身長・体重（小柄と言われる、低身長、太りぎみ？）	5
予防接種	4
育児に関すること（指しゃぶり、赤ちゃん返り、おしゃぶり、トイレトレーニング）	4
発　達（未歩行、１人遊びが多い、上に比べて言葉が遅い）	3
ミルクやめると便がでない	1
主訴なし	20

３歳児健診　44人

育児に関すること（子育ての方針、人見知り、排便の合図がない、アトピー）	8
発達に関すること（どもり、発音、言葉は順調か、発育）	7
歯に関すること（歯並び、ゆびしゃぶり、仕上げ磨き）	7
病気のこと	4
食事のこと（偏食など）	4
目に関すること	3
子育て（遊び場所など）	2
予防接種	2
主訴なし	19

1歳半健診受診者56人の主訴で多いものは「病気に関すること」が15件、「卒乳」や「ムラ食い」「歯並び」など、「歯に関すること」や「食」に関することがそれぞれ10件あった。

3歳児健診では、しつけや人見知りなどの「育児に関すること」が8件、発音やどもりなど「発達に関すること」と「歯並びや指しゃぶり」など「歯に関すること」がそれぞれ7件で、心配事の上位になっている。

2　スタッフアンケートの結果

健診に携わった医師、保健師、栄養士に対して、よくあるいくつかの主訴についてどう指導しているのかアンケートを実施した（表3）。結果は、

表3　スタッフアンケート

職種によっての違い（専門性の違い）
「あそこで聞いてね」「説明されているだろう」
同職種でも、人によって判断が違う？
判断の基準があいまい？（下痢の例）
主訴が曖昧だと助言も曖昧？！

スタッフアンケート結果（抜粋）

主　訴	医　師	栄　養　士	保　健　師
体重増加不良。母乳育児をしている時のミルクを足す条件	①体重増加量と排便状況 ②発達良好なら栄養士に相談 ③基本的に発達順調なら無理強いしない。増加不良が相当なら精査フォロー	①母乳の回数と時間を確認 ②子どもにとって何が大切で何が必要かを母親と相談	①ミルクの補充。後期であれば離乳食をすすめる ②成長曲線で確認。医師の指示、児の発達、飲み方、母の希望も勘案してミルクを足す ③明らかに増加不良でまだ離乳食からの栄養が得られない場合
下痢がある	①ミルク、離乳食は普段通り。2週間以上、1日10回以上あるなら病院へ ②母乳、ミルクは薄めず飲ませ、不足分を電解質液やイオン飲料、スープ、水などで普段と同量に近い尿量が得られるように補う ③機嫌よければ哺乳量、離乳食のすすめ方の検討を行う	①清潔、衛生面の配慮 ②ミルク、果汁の量、離乳食の内容	①回数、いつから？便の状態を聞き水分摂取を促す。続くなら病院受診促す ②水分補給、便の性状、程度の確認。必要時病院受診 ③便の性状、回数、本人の状態を聞いた上で食事、ミルクについての注意点を指導する
夜泣きがひどい	①方法論がない。時に蟯虫の子がいるので検査をしてみる ②日中十分な運動をさせ、入眠しやすくする ③「大変だけど頑張ってね」	①親や家族の生活リズム（小さい子どもに最も良い環境づくり）	①昼間の過ごし方 ②大変ね、頑張っているねと共感する。必要時、サービスなども紹介する ③まずは大変だねと受容。個人差があること、家事の手抜きもたまにはいいんだよと反応みながら話してみる。夫同伴なら妻の気持ちを一緒にきいてもらう

・それぞれの専門性で状態把握の仕方や助言の内容が違う場合もある
・「心配ないのであとはあそこで聞いてね」等、他の職種に委ねている場合もある
・同じ職種でも人によって判断が違うこともある（「すぐに精査」と「経過観察」、離乳食のスタートの時期など）
・問診の取り方のばらつきがある（主訴が具体的なものもあれば「離乳食」「貧血」「せき」などのように、それによって何が心配なのかということまでうまく引き出せていないケースも多くあった。）
・助言するうえで判断の基準があいまい

各事例についての実際の助言内容についてまでは今回のアンケートでは確認できなかった。分析を深めるため、保健所の保健師、栄養士と市の保健師間で意見交換を行った。

3　モデル健診検討会議（図１）

・問診で不安や相談内容を具体化すると助言も具体的になる
・「医師や栄養士は何て言ってた？」と受診者に聞いて再確認する指導もしていた
・健診で貧血や体重増加不良の所見があり母乳のせいにされたと自信をなくした事例やアレルギーは乳児にもあるのか？離乳準備期の果汁は今でも必要なんだろうか？など、判断が曖昧な部分もあった。
・生活を具体的に知らないと個々にあった助言ができない。

（1.5Lのイオン飲料を２～３日で飲む事例、虫歯のでき方は食事の取り方やリズムにも影響されるが、歯科衛生士や栄養士など他のスタッフはどこまで指導しているのか、共有していない。）

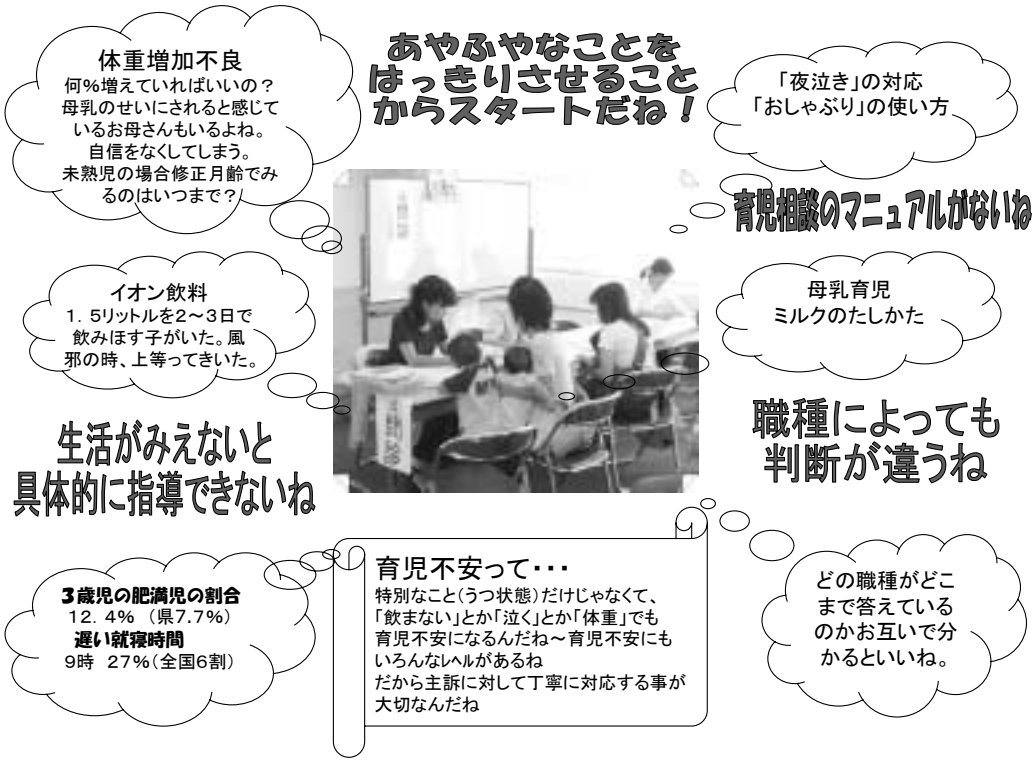


図１　モデル健診検討会議の内容

・育児不安とは、うつ状態など特別な事だけでなく、泣く・飲まない・体重が増えないなど、様々なレベルがある。だから主訴に対して丁寧に対応する事が大切である。

Ⅳ　考　　察

先行研究によると、乳児期は児の生理的な変化や発達に伴うものが多く[3)]、その後は児の成長に伴う生活の変化や育児を通して気づくこと、表面から目に付くことへと保護者の心配が変化していく。今回本市の調査においても、乳幼児健診では病気や栄養に関することや成長に応じて相談内容が変化するという認識で健診に望むことが重要だとわかった。

スタッフアンケートは、職種での指導内容のズレはないか、各分野でどこまで指導をしているのかを把握するために実施したが、今回の調査では児の状況による個別性が大きく「書きづらい」という意見があった。個別にあった指導の難しさを痛感した。

各職種間での指導内容の確認の場として、健診終了後のミーティングや個別事例の対応についての情報交換といった地道な取り組みを続けていくことで、関係者のネットワークにもつながっていく。

乳児モデル健診を通して「豊見城市における育児支援型の健診」とは従来の乳幼児健診に加え、潜在する支援ニーズを引き出し、親の１つ１つの不安に具体的に応えること、不安を受けとめることを意識した健診である。

今後必要な取り組みとして、集団健診の場においても個別のニーズに沿って対応していくことが結果として育児支援につながる。個別のニーズに対応するためには、問診で主訴を具体化させることが重要であり、問診をとる保健師の力量を高める必要がある。

また専門職種間の指導のばらつきを標準化していくことが必要である。

「乳幼児健診の場での育児支援」について議論を始めた時、まず「育児支援のイメージ」をはじめとして、「健診の考え方」についてのスタッフの捉え方も様々だった。健診に関わるスタッフの考え方の違いも共有できることが集団健診のメリットであると考える。

健診で解決できない問題は、後日、個別の相談や育児サークルの場など、健診以外の他の事業へリンクさせることも重要である。

Ⅴ　おわりに

集団で行われる乳幼児健診は、虐待の予防や生活習慣病の予防、子どもを含めた家庭へのアプローチなどもこれからの健診の可能性としてあげられる。

文　献

１）牧野カツ子．乳幼児をもつ母親の生活と〈育児不安〉家庭教育研究所紀要（３），34-56，1982.

２）嘉数朝子他．沖縄県の３～５か月児を持つ母親の育児不安Ⅰ　沖縄県の小児保健（30），３-９．

３）玉城三枝子他．沖縄県の３～５か月児を持つ母親の育児不安Ⅱ　沖縄県の小児保健（30），10-17.

４）川井尚．育児不安－子供虐待予防も視野に－日本小児保健協会50周年記念特別号　第63巻　2004　149-151.

５）熊谷勝子．事例７母親の育児能力を高める健やか親子21検討会資料集１　203-218

６）千葉良，高野陽，平山宗広他．乳幼児健康診査における心と行動の問題について　平成９年度　厚生省心身障害研究「市町村母子保健計画の評価に関する研究」　503-557.

報　告

中城村における乳幼児健康診査について

― フォロー健診を中心に ―

與儀智枝美[1)]　比嘉　昌子[1)]　照屋　淳[1)]
外間登美子[2)]

1　はじめに

本村では、乳児一般健康診査、1歳6か月児健康診査、3歳児健康診査に加え、より細かなフォローアップを行うため、昭和62年度から乳幼児健康診査（フォロー健診）を年4回行っている（図1）。

今回、乳幼児健康診査のフォローの状況とその意義を明らかにすることを目的に、追跡調査を行ったので、ここに報告する。

本村の概況は、人口15,172人（平成15年10月1日現在）、年間出生数148人、高齢化率15.8%、乳児一般健康診査受診率82.6%（年4回）、1歳6か月児健康診査受診率92.7%（年6回）、3歳児健康診査受診率83.8%（年6回）となっている。

乳幼児健康診査を行うようになったきっかけは、各健康診査から貧血や身体発育等の経過観察が必要という結果が出ても、保健師の訪問や相談だけでは充分ではなく、健診後のフォロー体制がないことが問題としてあげられたこと、及び、未受診者の乳幼児に対しての取り組みの必要性からであった。

健診スタッフは、小児科医師、栄養士、保健師、検査技師、母子保健推進員、母子保健担当である。

2　調査の対象及び方法

乳幼児健康診査の対象者は、各健診からの経

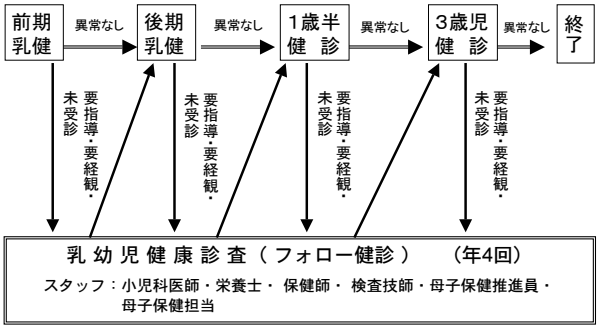


図1　各健診後のフローチャート

A survey on the follow up health examination of infants at Nakagusuku village.

Chiemi YOGI, Syouko HIGA, Jun TERUYA, Tomiko HOKAMA
1）中城村役場
2）琉球大学医学部保健学科母子・国際保健学分野

1）各健診（乳児・1歳6か月・3歳）の要経過観察者

血色素（Hb10.0～10.9g/dl）
低身長、低体重、体重増加不良
頭囲3p以下または97p以上
発達のチェック
心雑音、ヘルニア、乳腺腫大、包茎、尿潜血（±）
その他

2）各健診（乳児・1歳6か月・3歳）の未受診者

図2　乳幼児健康診査（フォロー健診）の対象者

過観察となった乳幼児と、受診できなかった乳幼児を対象にしている（図2）。乳幼児健康診査への案内は、郵送による個別通知と母子保健推進員による訪問で受診勧奨をしている。

調査の対象は、平成15年度出生児で乳児一般健康診査の対象となった160人のうち、要経過観察となった健診前期15人・健診後期25人の計40人と未受診者の健診前期17人・健診後期34人の計51人、合せて計91人とした。

方法は、乳児一般健康診査対象者名簿、乳幼児健康診査連続カルテ、健診結果台帳からフォローの状況を調査した。

3　結　果

①　経過観察者40人の状況と内容について

乳児一般健康診査、前期からの経過観察乳児15人中、受診者が11人、未受診者が4人であった。後期からの経過観察乳児25人中、受診者が18人、未受診者が7人であった。経過観察者合計40人中29人（72.5%）がフォローできていた（表1）。

経過観察者40人の所見は、低身長12人、低体重14人、頭囲2人、お座り1人、けいれん1人、停留睾丸1人、貧血24人の計55人であった。乳幼児健康診査を受診しフォローできたのが、低身長6人、低体重7人、お座り1人、けいれん1人、停留睾丸1人、貧血20人の計36人（65.5%）であった。また、貧血1人、停留睾丸1人については、医師より紹介状が出ていた。経過観察者の未受診状況は、低身長6人、低体重7人、頭囲2人、貧血4人の計19人（34.5%）であった（表2）。

次に貧血児24人のうち、20人が乳幼児健康診査を受診しフォローができていた。健診前期からの貧血児10人中7人(70.0%)、健診後期からの貧血児14人中9人(64.3%)、計16人に改善がみられた（表3）。

表1　乳児一般健康診査経過観察者40人の状況

単位：人（%）

		乳幼児健康診査		
		対象者	受診者	未受診者
乳児一般健康診査	前期	15	11（73.3）	4
	後期	25	18（72.0）	7
	計	40	29（72.5）	11

表2　経過観察者（乳児一般健康診査受診児）の乳幼児健康診査受診状況（延べ人員）

単位：人（%）

		低身長	低体重	頭囲	お座り	けいれん	停留睾丸	貧血	合計
	計	12	14	2	1	1	1	24	55
受診	前期	4	1			1		9	36（65.5）
	後期	2	6		1		1	11	
未受診	前期	3	3	1				1	19（34.5）
	後期	3	4	1				3	

表3　貧血児（乳児一般健康診査受診児）24人についての改善状況

単位：人（%）

対象者	乳児一般健康診査		
	前期	後期	計
	10	14	24
受診者	9	11	20
改善あり	7（70.0）	9（64.3）	16（66.7）
なし	2	2	4
未受診	1	3	4

表４　乳児一般健康診査未受診者51人の状況

単位：人（%）

		対象者	乳幼児健診	病院で受診	未受診
乳児一般健康診査	前期	17	8	4	5
	後期	34	15	5	14
	計	51	23 (45.1)	9	19 (37.3)
			32（62.7）		

表５　乳児一般健康診査未受診者のフォローが出来た23人の結果（実人員）

単位：人

		合計	貧血	臍ヘルニア	血管腫	身長・体重3p以下	体重増加不良	はいはい	異常なし
受診者数	前期	8	1	1					6
	後期	15			1	1	1	1	11
	計	23	1	1	1	1	1	1	17

②　未受診者51人の状況と内容について

乳児一般健康診査、未受診者51人のうち、病院で健診を受けた乳児が９人、乳幼児健康診査でフォローされた乳児が23人、全くの未受診が19人であった（表４）。

乳幼児健康診査を受診した23人の結果は、貧血１人、齋ヘルニア１人、血管腫１人、身長体重３p以下１人、体重増加不良１人、はいはいの発達１人の計６人と異常なし17人であった（表５）。

４　考　察

今回、乳児についてのみ調査を行ったが、経過観察児の40人中29人（72.5%）が乳幼児健康診査を受診し、また未受診者の51人中、病院で受診した９人と、乳幼児健康診査受診者23人をあわせて32人（62.7%）の半数以上が健診等を受診しており、乳児期における親の健診等への関心は高いことがわかった。

貧血児の乳幼児健康診査受診者20人中16人（66.7%）の約７割の人が、栄養指導等により改善がみられた。これは、健診で貧血所見があった乳児について、栄養士による貧血予防に関する指導や離乳食のあり方について具体的な指導を実践している事や、その後２～３ヵ月後の乳幼児健康診査を受診し、貧血の改善状況を把握するよう努めているからと思われる。

次に、フォローの内容で停留睾丸・けいれん・頭囲大小・ヘルニア等については、医師による相談が必要であり、身体発育、発達相談についても医師を中心として継続的に児の経過をみていくことに関して、このフォロー健診は重要な役割を果たしていると考えられる。

また、未受診者対策としても、23人が乳幼児健康診査を受診しており、新たに健診の機会を得ることができていた。さらに23人中６人が有所見児であることがわかった。

健診未受診児の中には、虐待のハイリスク者が多いといわれているが、病気を発見するだけではなく、専門職に気軽に相談ができる場所として、乳幼児健康診査は大切な役割を果たしていると考えられる。

このように、経過観察児、未受診児の健診の機会として、フォロー健診は、重要な健診のひとつと位置づけられる。

５　今後の課題

今後の課題として、

○貧血の改善がみられない児への対策検討

○乳児健診前期における栄養指導の強化

○乳幼児健康診査未受診者の状況把握の強化

があげられた。

今後も、この健診を継続し乳幼児の健康管理に努めていきたい。

文献

1）副田敦祐．乳幼児健診と事後処置．日常診療における健康小児科学Vol.53 No.10：2415-2420，1990

2）青木継稔．幼児健診．日常診療における健康小児科学Vol.53 No.10：2391-2398，1990

3）塩川明子他．中城村における乳幼児貧血の調査成績．沖縄の小児保健第23号：29-31，1996

4）野底奈月．乳幼児貧血と発達の検討．沖縄の小児保健第31号：56-58，2004

報　告

那覇市五者会議の設立と効果について

―麻しん〝０〟を目指して―

上原真理子[1)]　崎濱寿賀子[1)]　知名　保[1)]　糸洲　誠悦[2)]
上原　周子[2)]　屋嘉のり子[2)]　安慶田憲一[2)]　大嶺　紀夫[3)]
大城　義智[3)]　上地　政昭[4)]　瀬長　朝美[5)]　石底　早香[5)]
大嶺　紀子[5)]　屋良　朝雄[5)]　知念　正雄[6)]

Ⅰ　はじめに

沖縄県においては、この15年間４回の麻疹流行があり、特に平成10年から13年の流行では多くの患者と乳幼児９名の死亡という尊い犠牲を出している。平成13年発足のはしか〝０〟プロジェクト委員会によって、平成15年３月「県都那覇市を重点対策自治体と位置づける」ことが決まり、中央保健所が音頭を取って「那覇市五者会議」を召集し、那覇市の麻疹ワクチン接種率95％以上を目指すこととなった。

Ⅱ　目　的

麻疹発生をゼロにするため、那覇市の定期予防接種（麻疹）のワクチン接種率を95％以上にすることを目的とする。

Ⅲ　方　法

関係のある機関五者が集まって協議し、麻疹ワクチン接種率を95％以上とする対策を立てる。

五者とは、

・那覇市（健康推進課、こども課、教育委員会）
・那覇市医師会
・那覇市立病院
・中央保健所
・はしか〝０〟プロジェクト委員会

Ⅳ　経　過

１　第１回会議

平成15年８月夜７時～９時半、参加15名。

顔合わせ、自己紹介、各機関の現状報告。「すぐ受けようリスト」で健診会場からすぐ接種へ（那覇市と医師会の連携）。県の特別事業の説明として、那覇市の乳幼児健診の場で保護者アンケート実施すること、同時にそこでの接種勧奨強化予定について報告。県での「麻疹全数

Establishment of 5 organization conference in Naha city and its effect
-go toward measles eradication in Okinawa-

Mariko UEHARA, Sugako SAKIHAMA, Tamotu CHINA, Seietsu ITOSU, Syuuko UEHARA, Noriko YAKA, Kenichi AGEDA, Norio OOMINE, Yoshitomo OOSHIRO, Masaaki UECHI, Tomomi SENAGA, Sayaka ISHISOKO, Noriko OOMINE, Asao YARA, Masao CHINEN
1）沖縄県中央保健所　2）那覇市健康推進課　3）那覇市教育委員会　4）那覇市医師会
5）那覇市立病院　6）沖縄県はしか〝０〟プロジェクト委員会

把握調査」の紹介。保育所・病院でできることの提案。次回の会議には、那覇市教育委員会と県青少年児童家庭課の参加要請。次回は行動計画表にする（宿題）。

2　第2回会議

平成16年1月夜7時～9時半、参加20名。

行動計画表（表1参照）の確認。1歳半健診はキーポイントである。保育所（入り口）と就学時健診（出口）も重要であることの再確認。

3　第3回会議

平成16年11月夜7時～9時半、参加18名。

平成15年度の那覇市1歳児の麻疹ワクチン接種率はかなり上がって、90.7%（平成14年度78.3%）となり、結果が残せた。その那覇市予防接種担当者の活動を紹介してもらい、こども課での保育所の麻疹ワクチン接種率について、

表1　はしか〝0〟対策五者行動計画

	今後取り組むこと	いつまでに（期日）
那覇市 健康推進課	・1歳未満児任意接種の追跡調査	平成15年度中
	・累積接種率描出	平成15年度中
	・予診票の早めの発送（9M頃から）	
	・健診未受診者訪問での接種勧奨徹底	
	・漏れ者を接種につなぐ方法（健診後すぐ受けよう受け入れ）	すぐに
	・ワクチン接種デーの設定	
那覇市 こども課	・入園時健康診断書への予防接種項目挿入	平成15年度中
	・保育園におけるはしか予防接種率の把握	平成15年度中
	・保育園毎の接種率のマップ化（年度始め、途中、終わり）	平成15年度中
	・未接種での入園を粘り強くなくす方針を持つ	
那覇市医師会	・診療時毎の母子手帳確認と接種勧奨	平成15年度中
	・健診（乳児、1.6、3歳児、就学時、園）時勧奨	
	・漏れ者を接種につなぐ方法（健診後すぐ受けよう受け入れ）	すぐに
	・入園時健康診断書への予防接種項目記載	平成15年度中
	・院内感染防止対策の推進	
	・ワクチン接種デーの設定	
那覇市立病院	・定点報告の徹底	すぐに
	・外来での未接種者拾い上げ（看護師の協力）	平成15年度中
	・院内感染防止対策の推進の整備中	
はしか〝0〟 プロジェクト 委員会	・各市町村での健診時接種勧奨カード	平成15年度中
	・はしか全数サーベイランスの構築	平成15年度中
	・ワクチン接種のさらなる広域化	
	・広報、研修、研究など。	
	・プロジェクトの評価	
沖縄県 健康増進課	・はしか全数サーベイランスの構築・運営	平成15年度中
	・予防接種対策推進事業（保護者意識調査）	平成15年度中
	・県青少年児童家庭課と保育所に関する連携	平成15年度中
	・県民への広報を迅速・的確に流す	すぐに
中央保健所 健康推進課	・はしか全数サーベイランスの構築・運営	平成15年度中
	・はしか全数のガイドライン要項に沿った動き	平成15年度中
	・予防接種対策推進事業（保護者意識調査）	平成15年度中
	・就学時検診での漏れ者に接種働きかけ―教育委員会へ	平成15年度中

把握した結果を紹介。教育委員会からは、就学時健診での那覇市健康推進課との連携による接種漏れ者把握と接種勧奨について報告してもらった。那覇市医師会には、麻疹ワクチン接種優良保育所を表彰するポジティブキャンペーンについての紹介があった。

市立病院からは、成人麻疹対策で内科と連携して、小児のみでなく成人の発生報告も漏らさない体制の報告をお願いした。

Ⅴ　那覇市五者会議設立により協議・連携してできたこと

那覇市

健康推進課：１歳半健診・３歳児健診にて健診受診したうち、麻疹ワクチン接種の漏れ者を「すぐ受けよう」方式で、接種に繋げた。

健診の未受診者訪問で、未接種児の把握とその後接種済みの確認（母子保健推進員）をすることになっていたが、接種したかどうかの確認はできていない。

こども課：保育所の接種率把握

教育委員会：就学時健診での漏れ者把握と接種勧奨（健康推進課から母子保健推進員）

那覇市医師会：「すぐ受けよう」リスト作成と優良保育所表彰

那覇市立病院：全数把握調査がスムーズ

沖縄県青少年児童家庭課：認可外保育所を管轄する部署として連携の緒に就いた。

Ⅵ　効　果

人口30万都市である県都那覇市において、平成15年度の１歳児の麻疹ワクチン接種率が90.7％となった（平成14年度78.3％）。

Ⅶ　今後に向けての課題とまとめ

１　接種率95％以上にはまだ到達していない

２　那覇市健康推進課における予防接種係と母子係（乳幼児健診担当）の連携が異動によっても維持されること

３　保育所や就学時健診の連携が今後とも重要な意義を持つ（平成17年７月29日予防接種法改正）ことを、お互いで共有すること

４　予防接種に関わる関係者のモチベーション維持と情報の共有の場は今後もしばらく必要

５　関係機関の連携活動は、焦らず、たゆまず、楽しく、評価・還元・情報発信しながら実践すること



那覇市五者会議



那覇市麻疹予防接種担当の健闘を讃えて
ハッピーバースディの歌♪（参加者全員で）

報　告

最初の一本を吸わせない官学協働事業（第１報）

「北部地区における学校敷地内・施設内禁煙、喫煙防止教育の実施状況について」

山城　幸子　比嘉ミヨ子　具志堅桂子　儀部由紀子
上地　　香　糸数　　公　比嘉　政昭

Ⅰ　はじめに

去年、喫煙防止教育の依頼で管内の小学校へ出かけたとき、教頭先生が、校庭に落ちているたばこの吸い殻を一つ一つ拾っていました。休日に学校（運動場）を地域に開放しているため、月曜日の朝はたばこの吸い殻拾いをしているということを知り、「学校敷地内禁煙」を推進し、環境を整える必要を感じました。

北部保健所では､健康おきなわ2010の目標の一つである｢未成年者の喫煙をゼロにする｣に関連して｢最初の一本を吸わせない官学協働事業｣を展開しています｡①受動喫煙防止②未成年者の喫煙をなくすの二つを柱に､平成16年度は､１)連絡会議の開催､２)教材の開発､３)分煙の標語募集､４)喫煙防止教育の講師育成､５)北部地区禁煙外来医療機関リストの作成､６)喫煙防止教育の評価､７)調査を実施しました。

今回、受動喫煙防止対策・喫煙防止教育の推進に寄与する目的で北部地区における学校敷地内・施設内の禁煙状況及び喫煙防止教育の実施状況を調査し、まとめたので報告します。

Ⅱ　対象と方法

調査期間は平成16年11月29日～12月６日で、北部地区（国頭教育事務所管内）の小中高校80校に郵送で調査票を配布・回収しました。

Ⅲ　結果と考察

回収率は98.8%であった（図１）。調査票の

	対象数	回収数	回収率
全　　体	80	79	98.8%
小 学 校	54	54	100.0%
中 学 校	18	17	94.4%
高等学校	8	8	100.0%

図１　調査票回収状況

The anti-smoking program collaborated with school teachers for the young students who have never smoked.(The 1st repot)

"The present situation about preventing from passive smoking and implementation of anti-smoking education program in schools in the northern part of Okinawa."

Sachiko YAMASHIRO, Miyoko HIGA, Keiko GUSHIKEN, Yukiko GIBO, Kaori UECHI,
Toru ITOKAZU, Seisho HIGA
北部福祉保健所

記入は、教頭53.2%、養護教諭25.7%、校長8.9%、生徒指導担当1.3%、その他11.4%であった（図２）。

《禁煙・分煙の状況について》

敷地内全面禁煙は3.8%（３校）、建物内のみ禁煙･分煙は64.1%（50校）、その他32.1%（25校）でした（図３）。その他の内訳は喫煙する職員がいないので、話し合ったことがない、禁煙区域を決めてない、記載無し（11校）でした。

《建物内の禁煙・分煙状況について》

敷地内禁煙を実施している３校及び無記入を除いた74校の建物内の禁煙・分煙状況は、建物内全面禁煙は18.9%、完全分煙17.6%、部分分煙43.2%、喫煙自由が20.3%でした（図４）。

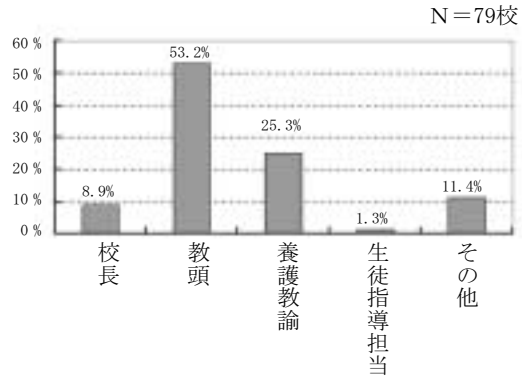


図２　調査票の記入者

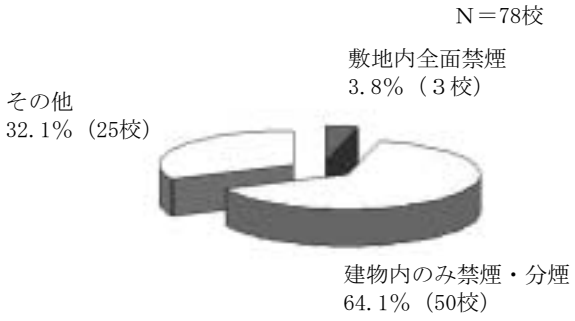


図３　禁煙・分煙状況

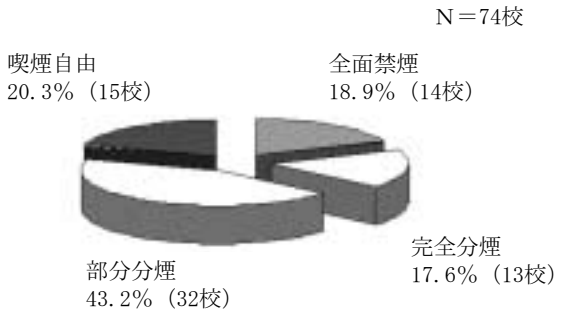


図４　建物内の禁煙・分煙状況について

喫煙自由は禁煙区域であることを示していないため来客者へ対しての喫煙自由となっています。喫煙自由というより、禁煙・分煙について、話し合っていないと思われます。

学校敷地内全面禁煙の今後の実施予定は1.4%、検討中62.2%、考えていない31.1%、その他5.4%でした（図５）。

今後の実施予定は少ないが、検討中が６割あるので、今後の働きかけによっては敷地内禁煙の実施率は高くなると思われる。その他の意見に、「建物内の禁煙は可能だが、運動会等の行事があり、敷地内実施となると難しい」があり、今後、学校敷地内禁煙を実施するためには、地域の協力を得るための具体的な働きかけを考える必要があると思う。

敷地内禁煙を実施するのに必要なこととして、父母の理解77.3%、地域住民の理解64.0%、職員の理解60.0%でした（図６）。

教育委員会・市町村の理解や県教育庁の方針決定より父母等の理解の方が多いのは意外でした。

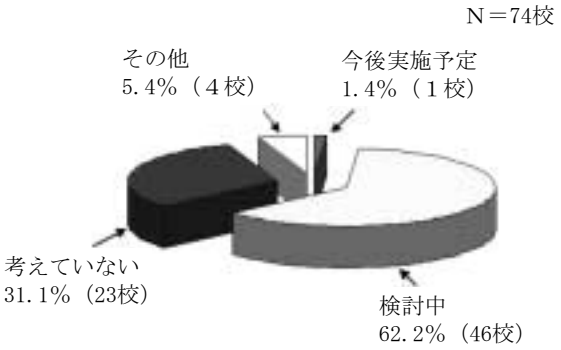


図５　学校敷地内全面禁煙の実施について

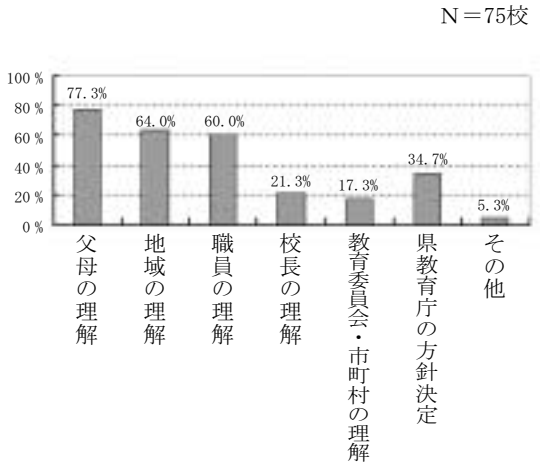


図６　敷地内禁煙実施に必要なこと（複数回答）

《禁煙区域の表示について》

校内に禁煙区域を表示しているのは3.8%（３校）で、３校とも室内の表示で、校門や建物の入り口に表示しているは０でした（図７）。

以上、北部地区の敷地内・施設内禁煙の状況調査から、北部地区の小中高校において、敷地内禁煙及び禁煙区域表示の実施が3.8%と低いことから児童生徒を取り巻く環境の整備を図る必要があると思います。校門や建物の入り口の見やすい位置に禁煙区域表示を行い、たばこの害について、ＰＴＡや学校職員へ健康増進法第25条（受動喫煙防止）を周知し、地域の協力と理解を得ることが必要である。学校敷地内禁煙を推進していく手始めに禁煙区域を明確に表示

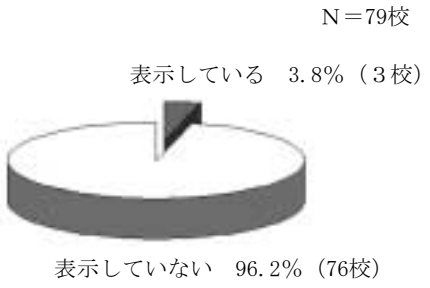


図７　禁煙区域の表示について

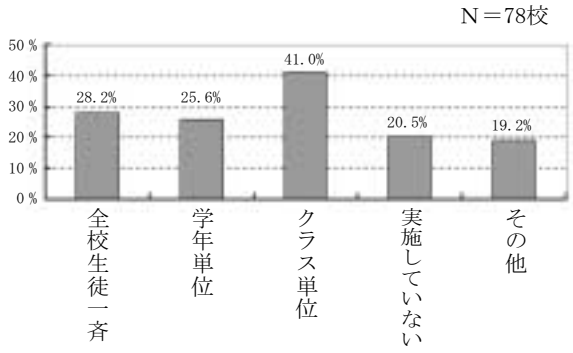


図８　平成16年度喫煙防止教育の実施状況（複数回答）

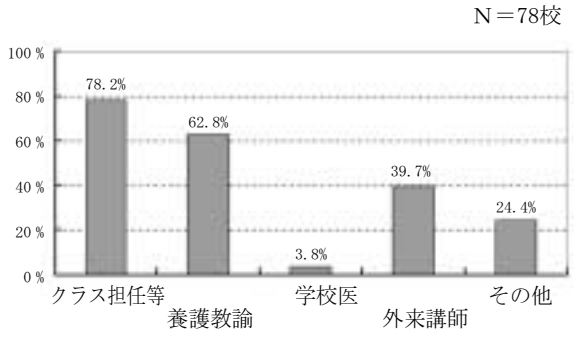


図９　喫煙防止教育の実施者について（複数回答）

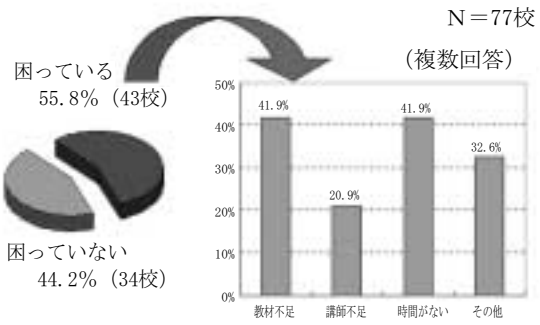


図10　喫煙防止教育を実施する上で困ったこと

することから始めるとよいと思います。

《喫煙防止教育の実施状況について》

喫煙防止教育はクラス単位での実施が41.0%、全校生徒一斉28.2%、学年単位25.6%、実施してない20.5%、その他19.2%でした（図８）。

その他は、個別の禁煙指導等で、実施してないの中には実施予定が入っています。喫煙防止教育は、ほとんどの学校でなんらかの形で実施されていることがわかった。尚、全校一斉の実施は高校が多く、クラス単位は小学校が多い傾向にありました。喫煙防止教育の実施者はクラス担任が78.2%、養護教諭62.8%、外来講師39.7%、学校医3.8%でした（図９）。

小学校ではクラス担任が、中学校では養護教諭が多い傾向にあり、外来講師は中学・高校が小学校より多い傾向にありました。

《喫煙防止教育を実施する上で困ったこと》

困ったことがあるが55.8%で、内訳は「教材不足」と「時間の確保が難しい」が41.9%と多く、講師不足が20.9%であった（図10）。

「教材不足」は小中学校で多く、「時間の確保が難しい」は中学校で多かった。

以上、学校における喫煙防止教育の課題として、喫煙防止教育を実施する上で困ったが半数以上あることがわかった。

喫煙防止教育を推進するためには、１）クラス担任や養護教諭が喫煙防止教育に使用できる教材の開発、２）喫煙防止教育の時間の確保、３）人材づくり（喫煙防止教育実施者）、４）学校医の積極的な活用を図ることなどが考えられます。

Ⅳ　まとめ

北部地域の小中高校の学校敷地内・施設内の禁煙・分煙状況を調査した結果、敷地内禁煙を実施しているところは、3.8%と低いことがわかった。児童生徒の受動喫煙及び、喫煙の防止を図るためには、学校敷地内禁煙の推進が必要と思う。学校敷地内禁煙を推進するには、父母や、喫煙者の理解を得る必要があり、禁煙区域の明確な表示は、理解を得るための手段になると思います。

また、学校における喫煙防止教育は、主にクラス担任や養護教諭によって行われているので、実施者が困らないように教材の開発等が必要です。

北部福祉保健所では調査の結果を踏まえて、平成17年度は禁煙区域表示ポスター募集事業で、禁煙区域の表示を促し、学校敷地内は禁煙区域であることを地域住民にしらせ、児童生徒がたばこに接する機会の無い、生活環境づくりを推進したいと思います。

保健セミナー

障害児の育児・養育

沖縄小児発達センター　副院長
重症心身障害児施設 周和園 園長
當　山　　潤

一般乳幼児健診から発達の問題などをいろいろとピックアップしてもらって、診せていただいていますけれど、どこまで正確なところをお返しできているのか、いつも疑問に思っています。汚い字で読みにくい字の返書ばかりですみません。できるだけ地域でみんながうまく過ごせるように、いつも考えているつもりではあります。今回この話で少しでも子供達や皆さんのお役に立てればと思って来させていただきました。よろしくお願いします。

きょうはスライドを使ってお話する予定ですけれども、プリントでスライドと全く同じ原稿がお手元にあると思います。どちらでも見ながら聞いてください。

最初に、いま副会長さんからも、少子化の時代ということでお話がありました。僕は子供が３人いるんですけど、最初の子のときは細かく一生懸命いろいろ調べてとかやりましたけど、３番目にもなってくると、「まあ、いいかな」という感じで、それでも結構育つものだなという感じをいま持っています。ただ、いまの時代は少子化ということで、お子さんが１人とか、２人とか、そんな親御さんの熱意というのはなかなか並々ならないものがあるなと感じています。

いまの時代をどうこう言う気はないんですけど、歌にもありましたよね。ナンバーワンにはならなくていいから、オンリーワンだという歌があって、なるほどなとは思ったんですけども。では、大事なうちの子を見てちょうだいとか、うちの子はこうだからこうしてくださいという感じの要求も最近多々あるような気がして、どうしても我々受ける側、保育園なり、学校なりもそうですけど、皆さんが集団として見ていく上では、いろいろなかなか対応しきれない部分もあるなと感じてはいます。でも親御さんも熱心でいろいろ調べてきて、うちの子はこうですからこうしてくださいとか、こうした方がいいですという形の要求は多々現場でもあると思います。

僕としては、個人的には、できるだけそういう要望とか、お子さんの個性を尊重してやってあげたいという気もありますし、そういう個性に合わせてこちらが変えていくとか、努力する。なかなか集団で見る場合にはうまくいかないこともあるんですけど、一人一人のやり方、家庭でのやり方とか、この子に合ったやり方を学ぶことで、自分のスキルアップになるんです。画一的にこうしましょうというと楽なんですけど、楽な分マンネリ化と言いますか、自分の進歩がないような気がしています。ですから、いまの多様化する子育ての親御さんのやり方は、自分としてはいい方向に受け止めて、自分の幅は広がっているような気がしています。

ちょっと余談でしたけど、早速本題です。きょうは「障害児の育児、養育」というタイトルで話をさせていただきます。これは最初いつも話をする機会があったら必ず言うようにしているんですけど、障害児って何でしょうかねという話からです。ここに書いてある、「障害は不便である、しかし不幸ではない」と、ヘレン・ケラーという有名な三重苦の方の言葉だそうです。

この言葉を最初に僕が見たのは、「五体不満足」という乙武洋匡さんという、いまはスポーツコメンテーターで活躍していらっしゃる方ですが、手足が全然なくって、その方が「五体不満足」という大ベストセラーを何年か前に書いたときに、帯に書いてあった言葉です。これを見てなるほどなと思ったんですけど、いまの時代、五体満足だから幸せかというとそんなことはないですよね。むしろ体は健康な方のほうが学校でトラブルがあったり、職につけなかったり、いろいろ不幸を感じていることもあるのかなと。

また、障害児だからじゃあ不幸かというと全然そんなことはなくて、むしろハンディをもった方々の方が伸び伸び元気に過ごしていらっしゃる。特にダウン症のお子さんなんかいつ見ても思うんですけど、天真爛漫ですよね。いつもニコニコして、人懐っこくて、一緒にいるといつも癒されるんですけど、まだまだ社会一般に出ると、どうしても同情や憐れみの目で見られたりとか、ちょっと恐がられたりとか、偏見がまだまだたくさんありますけれども、そこら辺は何とかなくなっていけば良いなと思っています。

人間ってわからないものに対しては怖いですよね。不安があって、例えば、バスの中でブツブツ独り言ばっかり言って、もごもごして、うろうろして居るお兄ちゃんがいたら、近寄りがたいですよね。おそらく自閉症とか、アスペルガーとか、あの辺の方だと思うんですけど、何をされるかわからないというか、遠巻きにして怖がって見ている。その方が自閉症なんだ、こんな特性なんだというか、彼は彼なんだというのがわかっているともっと近くに寄れる。ということで、障害者と言っていいのかわからないんですけど、こういうハンディを持った方がもっともっと街中に出て行くと、そんな方々が出て行けるシステム、社会になっていく。そうなると障害という概念もどんどん変わってくるのかなと思っています。

障害って何でしょうという話に戻るんですけど、これはひと昔前の、95年ぐらいのＷＨＯの分類で、何年か前にまた改定されたんですけど、僕はこの分類が一番わかりやすいと思って、しつこくこれを使っています。

１番が impairment 、身体不全です。精神的、生理的、解剖学的な構造や機能の欠如。運動麻痺で手足が動かしにくい、動かせないとか、知覚麻痺で知覚が感じない。膀胱、直腸の尿意、便意が感じないなどをインペアメント、身体不全と言います。それがあると能力傷害、disability になるわけで、運動麻痺があると歩くのが遅かったり、転びやすかったり、ぎこちなかったり、歩けなかったりという、正常な活動の制限がきます。そのお陰でＡＤＬの障害、歩行、排泄、学習、その障害に応じての困難さというのが出てきます。

それに対して３番目の handicap 、社会的不利益と書いてありますけど、社会的な役割を果たすのが制限される。就学、就職、結婚などと書いてありますが、例えば運動麻痺、足が動かせないとか、歩けないとなったときに、じゃあ歩けないから車イスになります。正常な活動としてはある程度の制限はされます。サンエーまで行くのにも時間はかかるでしょうし、ちょっと

努力しないといけないところはあります。ただ、これが社会的不利益につながるかというと、それは別問題だと思っています。車イスでも、自分で家から出て行ってバス停まで行って、バスに乗って那覇のまちでも、サンエー、ジャスコでも行ければそれはそれで不利益にはならないわけです。

逆に、例えばいまほとんどの方は右利きだと思いますけど、左利きの方というのはある程度不利益を被っています。日本語の書き方なんかもそうですけど、右利き用に右から左に流れて書くようになっています。車の運転席なんかもそうですけど、あれは全部右利き用なんです。野球選手とかは左利きの方が重宝されますけど。五体満足だから社会的不利益がないかというとそれはまた別問題で、ある程度の社会的不利益を被ることもあるし、じゃあ身体不全とか、能力障害があるから即社会的不利益、ハンディキャップにつながるかというと、それは社会が変わればこのハンディキャップはどんどん減らせるわけです。いつになるかわかりませんが、そんな社会になればいいかなと思っています。

障害の種類ですけど、精神遅滞、運動障害、肢体不自由、子供だと肢体不自由児になります。それと聴覚障害、平衡機能の障害、視覚障害、音声機能、言語機能、咀嚼機能の障害、内蔵機能障害、心臓機能障害です。一番上の精神遅滞は療育手帳という手帳が発行されます。程度に応じて等級があります。下の５つ、運動機能、聴覚、視覚、音声、言語、内臓機能、これは身体障害者手帳が発行されます。何でこうまとめたかというと、これだけが国が認めた障害、その障害に対しては福祉的にいろいろサービスを提供しましょうと、国の姿勢がこれだけということです。ですから、こういう方々というのは、今度自立支援ができて変わりますけど、法律でも保護されますし、それなりの恩恵を受けている。

それに対して軽度発達障害という人たち、中味は高機能自閉症、注意欠陥多動性障害、ＡＤＨＤと略します。学習障害、ＬＤという人たち。こういう人たちというのはこの中に含まれないです。いまこちらの方が問題になっていて、この４月１日、軽度発達障害者に対しての支援法が施行されますので、だんだんそういう福祉の手も伸びてくると思いますけど、現状では、ここまでなかなか福祉のサービスが届いていないのが現状です。

障害児の発見経路。これは小児発達センターに来る初診の子供たちを大まかにまとめたものです。内臓機能障害、心臓疾患だとか、腎疾患だとか、内臓機能障害は含まないですけど、大体乳児期に来る子は運動発達の遅れで来るお子さんばかりです。大体４カ月、５カ月ぐらいから寝返りして、６カ月、７カ月ぐらいから這い這いするようになって、お座りして、９カ月、10カ月、沖縄の子は早い感じがするので、10カ月ぐらいから立って歩いたりする子もいます。乳児期だと寝返りしないからとか、這い這いが10カ月になってもできません、お座りできません、１歳すぎても歩きません、といって来る方々がいます。

１歳半から２歳頃になると、だんだん言葉の遅れ、精神面とか、多動児、周囲への無関心などの精神面の訴えで来られる方が多いです。この頃を過ぎると言葉の遅れが中心になるんですけど、だんだん年齢が大きくなるにつれて、多動だとか、周囲への無関心だとか、あとは学力がついていかないとか、ほかの子とうまくやっていけないなどの訴えで来るお子さんが多くなっていきます。

僕らが臨床でみていく上では、運動面での遅れの方については、脳性まひがないかどうかと

か、神経筋疾患、筋肉の病気、筋ジストロフィーとか有名ですけど、そこら辺がないかどうか、器質的な異状がないかを診ていきます。1歳半を過ぎて言葉の遅れが中心で来たお子さんについては、精神遅滞、知恵の遅れがないかどうかとか、自閉的な傾向、自閉症ではないかなどをみていきます。

その時何時も気をつけているのが、難聴、聴覚障害です。聴覚障害については、治療可能ですので、早めに補聴器を入れて、音を入れてあげることが大事です。それと琉球大学の耳鼻科は人工内耳を一生懸命やっていて、日本の国内でもかなりトップレベルの研究をしていると思っています。早めに人工内耳の適応を決めてもらうなどの対応ができます。治療可能なものですから、聴覚障害はいつも気をつけて見ています。早く音を入れてあげることによって子供の発達にも影響しますし、一番大事なのは、治療してよくなる可能性のあるものをまず真っ先に見つける努力をするということです。

なかなか一般の検診の場面、みんないっぱいいて、わさわさしてというところでは難しいことが多いと思うんですけど、うちの病院もいつも子供がわさわさわさわさして、音楽が流れてうるさいので、だから細かい検査は検査の日にするしかないんですが、親御さんには次のことを言うようにしています。聞えているのか、聞えていないのかということで対応が大きく変わるので、家に帰ってもう一回その目で見てみてくださいと。例えば、好きな番組が始まる、好きなコマーシャルが始まる前に隣の部屋にいて、小さなテレビの音で走ってくるか。ここでやっていればパッと見れば見えるんです。だけど真後ろで始まった時に振り返るとか、隣の部屋から走ってくるというのは明らかに聞えてくるということですので、そういうお話をして、そこまで話して親御さんが大丈夫と判断したものについては、聴覚障害は否定していいと思っていますので、特別に聴覚検査はしていません。

聴性脳幹反応をうちではやっていて、睡眠薬で寝てもらって、その間に音を入れて脳の反応を見る。脳波を取る。無害な検査ではあるんですが、ちょっと寝てもらわないといけないので手間はかかります。

やっぱり一番多いのは知恵の遅れ、精神遅滞と自閉症、自閉傾向、広汎性発達障害と言われているものです。何人も見ていると、なんとなくわかってくるんですけど、来たら、一目見て何となくわかって、ちょっと話をしたりとか、子供の相手をして遊んだりするとわかってくるんです。しかしいきなり知恵遅れですねと言うと、親御さんも何でこんな短時間しか見ていないのにと思われるので、ちょっと時間をかけて、検査もしながらお話するようにはしています。知恵の遅れとか自閉症というのは、ゆっくり腰を据えて構えていっても問題はないというか、むしろあせって親御さんをこっちに引き込もうと、早く早くというと親御さんが逆に離れていってしまうこともありますので、そこら辺は慎重にしています。

多動とか、学習障害、注意欠陥障害もそうなんですけれども、なかなかこの辺も保育園、幼稚園とか、学校の先生のイメージと、親御さんが持っている子供に対するイメージとのギャップがあることがあります。学校から行けと言われて来ました、でも親は大丈夫だと思っていますという親御さんを、なかなか無理やり引き込むのがいいことかどうかです。今回のテーマは障害児の育児・養育ですが、障害児のという、この「障害です」というふうにとらえさせることがいいことかというのは、一概には言えないと思います。

一番大事なのは、子供が社会の中でうまくや

れることが大事なんです。社会というのは、子供は子供なりの社会がありますから、保育園へ行ったら保育園の年長さんの中でうまくやっていく。新しく幼稚園に上がるときに、幼稚園でもちゃんと環境の変化に対応して、日常生活とか、友達との遊びとかうまくやれる。学校に入っても、勉強面はわからないですけど、そこそこやれるという、そこの中でどううまくやっていくか。それがひいて言えば、自立して社会に出て、職を持って、お金を稼いで自分で暮していくという力につながるわけです。そういう、子供を社会に入れることが一番大事なことなので、親御さんに障害を認知させる、あなたの子は障害だからというのが大事とは限らないわけです。極端な話ですけど、親はこの子が障害とは思っていなくても、周りがそんなふうにサポートというと変ですけど、うまくこの子が同じ年齢の仲間とうまくやれていれば、とりあえずはいいのかなと思います。

とりあえずというのは、現場の先生方からすると、やはりどうしても障害告知をしてほしいだとか、特別に何かをするためには裏づけが必要なので、そういう診断を求めてくることも多々あります。実際に診断書を書くときになったら、お話して書くんですけど、そこまでに時間の経過がありますので、親御さんも受け入れてくることが多いです。いきなりみてこうですよ、障害ですと言って、それを受け入れてもらえるかどうかはわからないので、まず子供がうまくやっていくことを僕は考えています。

ただ、現場の保育士さんとか先生方からすると、ちゃんと診断名を言って、親が納得してくれないから子供に対応できないとかいうことがあるので、これはちょっとジレンマなんです。やはり親御さんをいかにこっち側に引き込むか、そのテクニックです。いろんなテクニックがあればいいなと思っています。いま勉強中で、親御さんから教えられることもあるし、コーチングの本とか読んで勉強してもいます。

発達障害児への対応ということで、医療的な対応として、専門的な医療。特にハンディをもった方のてんかんというのはちょっと難治てんかんがあったりしますので、専門的にやらないといけないかなと思いますし、自閉症なんかでも、一般の子育てとは違った育て方をしてあげないと、うまく社会にのっかってこれないことがありますので、そこら辺は専門家のアプローチが必要になるかと思います。一般的に風邪ひいたときはどうだとか、予防接種はどうだとか、そこら辺の医療は通常と同様です。心理学的な対応としては、発達検査、知能検査がありますが、それらをふまえてパーソナリティーとかまでつっこんでされることが理想です。

医療機関に紹介していただいたときに、まずこういう発達検査、知能検査をして、これは知能全体をみるので、検査で低いからこの子はこうですとは１回の検査ではなかなか決められないです。その検査結果がすべてかというと、やはりそこばっかりに目がいってしまうんですけど、その子の状況を表わしたただの１つ、いっぱいある中のちょっと１つの所見だということだと思います。検査は検査で参考にはしますが。

あと教育とか福祉的な対応まで、医療機関でアドバイスできるところはやることもありますし、実際地域によっていろいろ状況は違いますので、地域に戻って対応していただいた方がいいことも多々あると思います。こんな感じで、トータルでいろんな職種が絡まって対応していかないといけないということですけど、専門的な医療だけではどうしようもないということです。

今まで一般的な大まかな総論的なところをお話しました。きょうはこの精神遅滞のお話と自

閉症については広汎性発達障害と大きくくくるんですけど、自閉傾向をもった方々のお話と、ＡＤＨＤ、ＬＤの軽度発達障害のお話と、脳性麻痺の話をちょっとずつスライドにまとめてあります。

では精神遅滞のお話からです。知恵の遅れです。知的能力を略して知能です。知的能力に異常がなければ、一般に精神発達は正常とされるが、それは認知、記憶、思考、言語、微細運動、情緒、生活習慣、社会性など、多面にわたる能力からなる。それらを総合して精神発達の遅れを評価するということです。

ほとんど皆さん言葉が遅れているからといって来ます。親御さんの関心事はこれだけです。２歳になってうちの子は話しませんとか、３歳になって単語、単語でしかお話しません。言葉が遅いです。でも言っていることはわかります。という親御さんがほとんどです。だけど知能というのはそれだけではなくて、認知力、理解力とか、記憶力、思考言語、これらを全部ひっくるめて、総合して精神発達と呼ぶわけです。精神発達が遅れていれば知的な遅れがある、精神遅滞があるという評価をします。これは発達検査、心理検査もあわせてやります。

でも言葉ってそんなに大事ですかねと、親御さんには投げかけています。投げかけるだけで上から言わないのがポイントなんですけど、自分で習得したものとか、自分で読んで納得したもの、自分で考えて納得したものというのは強く残るんですけど、人から言われたことって、どれほど残るかわかりませんよね。きょうの僕の話も皆さんの中にどれだけ残るかというのは人それぞれです。やっぱり自分で体験したことは強く残るので、あまり親御さんにこうですよと言わないようにはしています。疑問だけ投げかけて終わる。そうすると親御さんは後で考えて、ああそうかと思ってくれたらめっけもんだというふうにして対応しているんです。同じような話をここでさせていただくんですけど、言葉ってそんなに大事ですかという話です。

言葉というのはただの道具なんです。コミュニケーションのための道具です。だから、別にほかの道具を使ってコミュニケーションを取れればそれはそれでいいんです。宇宙人がいて、テレパシーでやれれば言葉なんていらないわけです。同じように、僕もあまり英語をしゃべれなくて、フランス語なんか全然しゃべれないですけど、フランスとかドイツとか行って何もできないかというと、そんなことはないんです。片言の英語をちょっとしゃべって通じればラッキーですけど、フランス人なんか英語をしゃべれてもしゃべってくれないですからね。片言で言っても、フランス語でペラペラと返してきて、何がなんだかわからない。だけど、そこを何とかコミュニケーションをとろうとして、身振り手振りで何とかするとか、ジェスチャーでとか、ものを使ってとか、何とかコミュニケーションを取ろうとします。

いま若い人たちが、バックパック持って世界中あっちこっち行って１カ月間放浪したりとか、全然言葉の通じない所へ行ってうまくそれなりにやれている。だから、言葉というのは別になくてもやっていければ、それはそれでもいいんじゃないか。何が大事かというと、コミュニケーションをとるのが大事なんです。だから、言葉じゃなくてもちゃんとコミュニケーションがとれれば、それはそれでいいよね、という話です。いいよね、とまでは言わないことが多いですけど。

それ以上に大事なのが、コミュニケーションを取ろうとする態度、子供をそういう態度にさせる、子供から引き出す、意思表示をさせる、そっちの方が大事です。何かちょうだいというのを、ただ手を引っぱってきてこれとかされる

と、親はわかります。ジュースが欲しいんだなといって出してあげるんですけど、そうじゃなくて、「これちょうだい」と言わせるような対応をする。言葉が出ても使い方がわからないとどうしようもないです。電話なんか電話と言葉ではわかっていても、じゃあ何するものかとわからないとしょうがないので、電話がわからないのはちょっと極端ですけど、言葉だけがすべてじゃないですよねと言うのをちょっと投げかけています。言葉はコミュニケーションが取りやすくなりますので大事なんですけど、理解力だとか、社会性だとか、そういうのも大事ですよね、という話を何となくわかってもらえるような話し方をしたいといつも思っています。

そのためにはどうするかですけど、言葉だけ教えればそれで終わりかというとそんなことはなくて、やはり生活の中から身に付けていかないといけないことです。電話がなって、電話という言葉が出ても何するものかわからないという話をしましたけど、じゃあ電話がなってどうするって、「もしもし、何々です」と、そこまで言えればオーケーです。お母さんに代わりますとか。そういうのは経験させないと身につかない。経験するとだんだん身についていくものです。経験させるためには集団に入れたほうがいいと勧めています。保育園にその時期になったら入れたらと。

例えば、４カ月、５カ月、６カ月の赤ちゃんを保育園に入れて何かいいことがあるかというと、あまりないかなと。そんなことを言ったら、働く親御さんに失礼なんですけど、それはそれで大事なんです。働くために託児所に預ける、保育園に預けるのは当然なんですけど、発達だけを考えたときに、その時期があるわけです。大体正常発達だと、２歳を過ぎてからほかの子というのを意識する。仲間意識がだんだん出てきます。人と一緒にごっこ遊びをします、ウルトラマンごっことか、ままごとで役割を決めてやるとか、そういう子供同士のつながりが出てくるのが大体２歳前後ぐらいから出てくるんです。子供がその時期にきていると判断されれば、集団に入れた方がいいんなじゃいかという話をしています。

なかなか保育園に入れると、いまの時期インフルエンザ警報が出ましたけど、１人かかるとみんなかかります。うちの子もこの間シラミをもらって帰ってきていたんですけど、仲良くすればするほど律儀にもらってくるので、健康面だけを考えると、一長一短なんです。しかし社会性を身につけるとか、幅広く理解してもらおうと思うにはすごくいいことだと思って、その時期になったら保育を勧めています。その時期というのが大事な時期です。精神発達、発達としては１歳半から２歳ぐらいです。なかなかお家でトイレトレーニングはできなかったのに、保育園に預けて、みんなでオシッコと言ってオシッコするから自分の子も行きましたとか、よく経験されることだと思います。

次に心理判定、発達検査についてです。本来心理判定というとこれだけではなくて、心理の先生とか検査の方に言わせると、これだけ見てもらっては困ると。当然ですよね。ですけど、一応目安になるので持ってきました。参考にしてください。

ＩＱとかＤＱで、ＩＱはIntelligence Quotientの略で知能指数です。ＤＱはDevelopmental Quotientで発達指数です。定義はこれです。生活年齢５歳のお子さんが、精神年齢、精神的には３歳レベルですというと、５分の３で60ということです。だからＩＱ60になります。５歳の子は５歳相当の精神年齢だったら100。５歳の子が６歳レベルだったら120という意味です。発達指数も同じです。検査で知能をみるのか、発達をみるのかで、検査方法でちょっとＩＱで

出るのか、ＤＱで出るのか違いますけど、臨床的な意義としては同じものだと考えています。ですから、５歳の子がＩＱ、ＤＱが60と出ていたら、この子は３歳レベルなんだなというふうに考えていただければいいと思います。

何の意味があるかというと、どうしても５歳のお子さんでＤＱ、ＩＱが60のお子さんに５歳レベルのことを要求すると無理が生じます。この子は３歳レベルだから、３歳の子がわかるように話してあげようというと理解されるということです。発達に対しても、５歳でちょこちょこして多動で落ち着きがありませんと来るんですけど、３歳の子としてみたら普通の動きかなというのはよくあると思うんですが、発達レベルで見てあげられる指標にはなります、こういう検査というのは。そういうふうな使い方をしています。

重症度分類。ＩＱ、ＤＱをもとにして、80から85以上、最近は幅をもたせるようになっています。前は80で切っていたんですけど、これを正常と。この70台から80というのが境界領域と呼びます。ここから下が知恵の遅れ、精神遅滞という評価ですけど、軽度、中度、重度、最重度というふうな目安です。

だからどうだって。あなたのお子さんはＩＱ55だから、軽度の遅れですねと。隣のお子さんは45だから中度の遅れですねというのが、本来は全然問題にはならないと思うんですけど、その子なりの、その子にあった対応をしてあげられれば別に、軽度であろうが、重度であろうがどっちでもいいと思っているんですけど、福祉行政上必要なのです。手当をもらうときにどうだとか、程度を決めないといけないので重症度分類も必要だというぐらいの認識をしています。

個人的な話、僕の勝手な考えもたくさん言っていると思いますので、皆さん自分で消化して、納得できるものを使ってください。

次に自閉症です。自閉症については、定義がいまはＤＳＭの診断基準でやることが多いと思いますが、大きく分けるとこの３つのカテゴリーの障害です。１番目が、対人的相互交渉の質的診断で、２番目が言語、非言語性コミュニケーションの質的障害、３番目に、活動興味の範囲が著しく限局している。この３つのところでちょっとついていけない、障害とはあまり言いたくないですけど、障害になっているということです。

１番目は対人的相互交渉の質的障害です。乳児期は大人しく育てやすいことが多いが、１歳過ぎから視線を合わさず、あやしても反応しない。人の行動の模倣は少なく、他児とのかかわりをいやがる。あまり人と関わらないということです。自閉が強くなれば強くなるほど、親とのかかわりも薄くなってきます。乳児期は人見知りもしないで大人しくて、育てやすかったという方が多いです。それがだんだん人とのかかわりが必要な時期になってきたときに、あれこの子はおかしいね、というふうに思われる。

ですから、逆に言えば、乳幼児健診や１歳半健診とかで、僕の前に来てギャーッと泣く子もいっぱいいるんですけど、ああいう子っていいんです。人を意識していますから。親と違う人が何か見ているというので、この子は自閉的なところはないんだなというふうな判断をしています。

ちょっと極端な話ばっかりですけど、重度な自閉の方というのが、人と物の区別がつきにくいような印象を僕は持っています。親は親で当然認識するんですけど、そこに人がいるのと、ここで何か光がチラチラするおもちゃがあって、人は全くいないような感じで、興味の方向ばっかりいって、こればっかりで遊んでいるとかいう感じです。なかなか人がいても、人がい

るのにいないような行動をしいる。視線が合わなかったりだとか、あやしても反応しないとか、人のものまね、バイバイとか、おつむてんてんとか、おててパチパチとか１歳前後からするようになるんですけど、そういう模倣が少ないです。そういうのが自閉の１つの特徴です。人とのかかわりが薄いとか、かかわりを持ちにくい。

自閉の方を療育するときに、模倣が出てくると療育はしやすくなります。人の真似をするというのが出ると、そこから音声言語につなげていくとか、コミュニケーションにつなげていくとっかかりになるので、模倣が出てくるとよかったねというふうな話をしています。

２番目は、言語、非言語性コミュニケーションの質的障害。ここの対人相互関係ともオーバーラップするんですけれども、コミュニケーションも取りづらいということです。一度獲得した有意語が消えてしまう。これも自閉の特徴です。１歳半ごろには片言しゃべったけど、２歳ごろになって全然しゃべらなくなって、自分のこだわりの好きな遊びばっかりしているとか、パニックが多くなってきましたとかという特徴があります。言葉を話せる子供でも、コミュニケーションの道具としては使えないことが多いです。

高機能自閉症とか、アスペルガー症候群とかいうのは、知的な遅れはないことが多いんです。知恵の遅れ、精神発達、理解力というのは正常、ちょっと低めぐらいのことが多いですけど、それほど遅れてないんですけど、こういう対人関係とか、言葉のコミュニケーションというのが極端に遅れます。言葉を話せる子供でも、コミュニケーションの道具として使えない。

記憶は鋭いお子さんが多いので、テレビのドラマの台詞を覚えて、同じように使うとだとか、場面は合っていることも多々あるんですけど。沖縄の子供たちにはウチナーグチとはまた違って、沖縄独特のイントネーションがありますよね、だからさーとか。保育園に行っていると、本土の子でも長年いると大体そんな感じの話し方になってきます。自閉の子供たち、アスペルガーのお子さんたちってきれいな標準語を使うんです。ＮＨＫの言葉を。保育園に行っていても。そこら辺が特徴で、あれ変わっているなという印象をもたれると思います。

発音だけとってもそうなんですけど、それをじゃあコミュニケーションで使えるか。自分の意志を言葉で出してとか、相手が言ってきたことを理解できるかというと、なかなか理解できないというのが自閉の特徴です。

３番目が、活動や興味の範囲が著しく限局している。こだわりとか、多動とかです。常同行動、体の一部、あるいは全体を目的なく繰り返すパターン化した行動。手をヒラヒラさせるなどは発達の低い子供に多く、執着行動は水準の高い子供に多い。これは一般的なことですけど、何かしら行動が執着するとか、変わっているとかいう、大体ぱっと見の印象ではそんな感じの印象になります。

何をもってこだわりとするか。病的なこだわりというのでしょうか。正常なこだわりではなくて。何をもって病的なこだわりとするかというのは難しいんですけど、例えば、車を使って遊ぶというときに、お子さんはどうしますか。車をブーンと走らせて遊ぶ。車が大好きで、こだわって車ばっかり遊ぶんですよと言うんですけど、自閉のお子さんって車をどうして遊ぶかというと、例えば車のタイヤが回るのが好きだから、タイヤばっかりクルクル回して遊んでいるとか、いろんな車を持ってきて、大きさを順番に大きいものから小さいものにずっと並べて遊ぶだとか、車のエンブレム、ベンツとか、Ｂ

Mとか、トヨタとか、そういうエンブレムが好きでこれを集めていますとかいうこだわりが多いです。

ちょっと変わっていますよね。いい、悪いではないんですけど、そこら辺が子供の社会からはじかれるひとつの要因、誘因なのかなとも思うんです。やはり一般のお子さんとちょっと変わったところにこだわるとか、普通使うような使い方ではない使い方をするとか、そこら辺が見方のポイントになるかなと思っています。

先ほどお話した精神遅滞、知恵の遅れというのは、遅れがある分ではどうするかというと、いっぱいいろいろな経験をしましょうね、という話で終わるんですけど、自閉症の方は特別にちょっと工夫してあげないといけない。質的に歪みがあるので、それは何とかうまくやっていけるような対応をしてあげた方がいいということです。

それをするために、構造化と本では書いてあると思います。難しい言葉ですけど、一応読みます。自閉症児は自分を取り巻く環境の意味の理解が悪い。彼等はいつも自分に期待されていることが何かわからないで混乱している。そのために養育にかかわるものは、児がそれぞれの場面や機会に何を期待されているのかを明確にするために、生活や学習のための環境を再構成してあげる。これを構造化しましょうと、学問的な用語なんですけど、簡単に言うと、パターン化してあげようだとかいうようなニュアンスだと思っています。正確にはちょっと違うんですけど、そんな感じで思っていただければいいかなと思います。

構造化するに当たっては、物理的な構造化として場所の設定というのと、時間的な構造化としてタイムスケジュール、時間の設定、ワークシステム、作業の流れ、それをきちんと組織してあげるというようなことが必要になります。

自閉症訓練としては、小児発達センターではＴＥＡＣＣＨプログラムをもとに訓練をしています。日本では佐々木正美先生がアメリカのノースカロライナのショプラー先生の元で勉強して日本に広めてくれていて、多くの本が出ています。

余談ですけど、それ以外にもいろいろ自閉症のトレーニングとか、かかわり方、行動療法みたいなものもありますし、最近欧米でクローズアップされているのは、ＡＢＡといって、応用行動分析と訳されています。こんなにいろいろやり方があるということは、逆に言うと、これだけやっていればいいという絶対的なやり方がないということです。というので、別にこのＴＥＡＣＣＨプログラムが一番優れているとか、ＡＢＡがいいとか、それは僕は二の次だと思っています。いろんなやり方を習得して、この子には何があっているかというのを見つけるのが大事で、どんな方式がどうだからというのは、別に子供にとってはどうでもいいことだと思っています。

一応これはＴＥＡＣＣＨの考え方で、物理的な構造化です。治療室、教室、家庭の中を自閉症児が得意とする視覚的手掛かりによって、場面の意味を理解しやすくなるようにしてやるということで、ここにドアがあって、ドアから入ってきます。ここに教材が置いてあって、ワークエリアにテーブルがあって、子供が入って来たら、教材を取ってワークエリアに行く。こういう四角に囲まれたところで窓がなくて、机に向かって何かをする。その子にあったトレーニング、タスクをするということですけど、こんな環境でやる。隣に先生がいて、これは隣にいることもあるし、対面式でやることもあります。これで１つ作業が終わると返して、次のものを持ってきてまたやるとかいう感じの構造化です。

何が違うか。同じなんです。いつも同じ。いつもここのテーブルから取ってここに来て、ここに戻す。うちの外来診察は最近ちょっと増えてきて３診作っているんですけど、いつも第一診察室に呼んでお話をしていた子供に、たまたま第二診察室で呼ぶと、いつもの部屋とは違うわけです。同じ病院の中で、隣の診察室なんですけど、違う部屋に連れてこられてどうしていいかわからない。それでパニックになるとか、ここの部屋には入らないとかという態度に出るお子さんがいます。普通だと、隣だから、いつもの先生がそこにいるからという感じですが、こういう自閉のお子さんというのは、ちょっと変わっただけでどうしていいかわからなくなると、不安になってパニックになることが多いです。

ということで、構造化というのは、こんなふうにパターン化してあげて、訓練になじみやすくするとか、訓練に取り組みやすくする。この訓練、トレーニングの内容は個人個人で違います。文字を習得させたければそこに行くようなトレーニングをするし、それぞれに合った課題をさせるんです。

こういうのを家庭でもやると当然うまくいきやすい。毎朝起きたら、いつも同じところにコップが置いてあって、いつも同じところに歯ブラシが置いてあって、できればタオルなんかも同じ方がいいのかもしれないですが、それは子供それぞれですけど、ここにタオルが置いてあって、歯ブラシをしたらここのタオルで拭いてというパターンです。

次は時間的なタイムスケジュールと書いてありますが、時間的な構造化です。自閉症児は時間の要素を含む概念の理解や記憶が困難である。予期しない事態に直面したときに不安、混乱、恐怖が大きい。いつ、どこで、どのようなことをすればよいのか、スケジュールを提示する。

さっきの訓練の場面の中でも、訓練の流れを提示してそれから始めるんですけど、先ほど言った、いつもは第一診察室なんだけど、きょうは第二診察室になるとき、あらかじめわかっておれば、きょうは第二診察室だからねということを伝えればいいわけです。伝わるかどうかはまた問題なんですけど。だから第二診察室の写真か何かを見せて、きょうはここで診察だよと言って、その子が理解すればそこでパニックは防げることが多いです。

ということで、スケジュールを提示してあげる。日常生活でもそうですけど、きょうは発達センターに行こうねと言ったら、発達センターの写真を見せて、ここに行くからねと言って連れて行くとか、きょうはサンエーに行こうね、ジャスコへ行こうねといってジャスコの写真を見せて連れていく。そうすると、ジャスコに行くんだとわかるから、余計なパニックなどが防げます。本人にとっても、ここに行くんだというので安心感があるわけです。

それをどんどん応用してあげればいいわけで、ジャスコに行って、どこどこでご飯を食べてとか、どこどこで買い物して、どこそこへ行って帰って来るよ、ここになったら終わりだよというこの一連の流れが全部伝えられたら、それだけで子供は安心して行動できるということです。

なかなか伝え方も難しいので、さっき話しましたけど、言葉を使ってコミュニケーションをとるというのは非常に難しいです。だけど、図形とか、マークとか、写真とかの識別というのは、すごく鋭く能力の高いお子さんがたくさんいます。というので、絵カードだとか、写真を実際に提示して、流れをこうだよと見せてやった方がうまくいくことが多いです。

こういったやり方は、実際の保育士さんがい

っぱい勉強されていると思います。絵カードなんかじゃなくて、言葉でわからせたいと思ってしまうんです。けれども子供にとっては、絵で見せられた方がずっとわかりやすいし、生活でもそれをやっていくとだんだんわかってくるので、頑張ってやってみようかといって、親御さんに話をすることもあります。

でも、なかなかやったからと言ってうまくいかないこともある。きょう絵を提示したから明日理解するかというとそんなことはないので、１カ月かかる子もいれば、半年かかる子もいれば、１年たってもなかなか絵で提示してもわかってもらえない子もいます。そういうときには、ほんとに適切にしているのか、もう一回振り返ってみないといけません。子供の能力に合った提示の仕方をしないといけないのです。１歳の子供に言葉を教えたってわからないです。それと同じです。この子の絵を認知する能力、マークを認知する能力がどの程度あるのかというのをもう一回振り返って、では、こういう提示の仕方はわからなかったから、ではこうしましょうかとか、ちょっと落としてとか、ちょっと工夫してという、そういう日頃の工夫が非常に大事だと思います。

これは実際のトレーニング場面でのタイムスケジュールの例なんですけど、まず来たらパズルボックスをしましょうねと。左から右に進んでいくというルールを決めたらそのとおりにしないといけないんですけど、左から順にパズルボックスをしましょうね。終わったらビスとナットを入れましょうね。次に玉さしをしましょうね。そして最後にブランコ。これはごほうびです。

こういう大きな動きというか、活動的なというか、体を使う動きというのが好きなお子さんが多いので、これではブランコを持ってきていますけど、最後にごほうびを持ってくる。この子が最後までできたら好きなごほうびをやる、というパターンのスケジュールです。ブランコ以外にも、高い所が好きで、はしごに登って上で柱にぶら下がってとか、高い塀の上によじ登ろうとしたりとかあります。怖いですけど、あまり落ちて怪我する子はいないです、多動だけど。能力的には優れていると僕は感じているんですけど、でも危ないからやめようね、と言いはします。一応そういう最後に体性感覚、ブランコで揺れる感覚だとか、滑り台から落ちる感覚だとか、トランポリンで飛び跳ねる感覚とか、そういう感覚をたくさん入れてあげると気持ちいいみたいです。

こういう訓練の中味というのは、その子に応じてです。これは最初に形のマッチングです。形をマッチングさせると、文字につながったり、マークにつながったりするのでまずこれから入ることが多いんですが、将来こんなふうな機能につなげようという目標を持って、訓練内容を組んでいます。

ワークシステムとしては、トレーニング場面でどんな活動をするのか。どのぐらいの時間量をするのか。その活動がいつ終わるのか。終わった後に何をするのかと言うのを１対１、人それぞれ、子供に合わせたシステムを作るということです。やはりその子の能力に応じた訓練の設定、それが難しいんです。やれと言われたことが全部できることってつまらないですよね。きょうの話も全部わかっていることだとつまらないです。逆にできないこともつまらないです。チンプンカンプンで何を言っているのかわからない。それもつまらないです。ちょっと考えればとか、ちょっと勉強すればできた、わかるという、そういう内容を決めるのが非常に難しいです。

自閉の子供も一緒で、その子がちょっと努力してできること、そういう目標、タスクを設定

してあげるのが一番大事なんですけど、難しいです。日常生活の中でもそうです。できたら褒めましょうねと、いまの子育てはそうです。当然なんですけど、当り前にできることを褒められたって、子供はうれしくも何ともないです。何でできるのに褒めるのって。そうじゃなくて、努力した部分、ここを努力してできたからとほめられたらうれしいです。その見極めです。それがほめ方、叱り方につながっていくとも思うんです。

この子はこのあたりのレベルだから、こんなトレーニングをしましょう、こんなタスクを課しましょうというのは、専門的な知識が必要かと思います。システムとしては、左から右に進行するシステムとか、色あわせとかを用いたり、シンボルを教えたりとか、高度になってくると文字を認識させるんですけど、子供に合わせたトレーニングを決めています。日常生活でも同様で、この子はいまどこまでできるんだと、きちんと見て評価してあげて、そこから、これだけ努力したらここができるはずという目標を決める。そして、生活の中で目標を決めてそれを集中してさせる。そして、できたらほめてあげるということ、この目標の決め方が非常に難しいけど、大事なことだと思います。

外来で親御さんと話していると、いろいろ言ってくるんです。あれもできない、これもできない、こんなときこうなって、こんな時はこうなってと、特に問題意識を持っている親御さんはいっぱい出てくるんです。だけど、子供の能力、いまの能力からして、どれだけ頑張ったらどれだけできるのかという評価をきちんとしてあげないと、ずっとできないままで終わってしまうわけです。理想は理想であるんですけど、５年後、10年後はこうなってほしいというのはあるんですけど、いまの現状から、ではどれが優先するのか。問題行動がそれはやはり優先なんですけど、子供に理解させるために医療側や、教育、保健、指導の側がいくつかピックアップしてあげることが必要だと思います。きちんとした目標はある程度設定してあげた方がいいと思います。親御さんが決めてもいいんですけど。

その際に、いっぱいそれはあるんでしょうけど、３つか４つに絞って重点的に、例えば、朝起きたらあいさつをするでもいいし、ちゃんとイスに座って、30分は何かお絵かきでも、勉強でもする。何でもいいですけど、３つか４つぐらいに絞ってあげる。それが大事かなと思います。

それともう１つは、褒めてあげられるような目標をたててあげることです。例えば、おりこうさんにしましょうねと言われて、どうなったらおりこうさんですか。人によって基準が違いますよね。授業中におしゃべりはしないようにしましょうねって。どうなったらほめてあげられますか、ということなんです。おりこうさんにしましょうね、ではなくて、授業の間はイスに座りましょうとか、あいさつをしましょうとか、手を上げて発表しましょう、という目標はわかりやすいです。子供もわかるし、評価する側としても、できなかったらペケで、できたら丸ですから、評価しやすい。ちゃんと発表しましたねとか、ちゃんと朝来てあいさつしましたね、ということです。だけど、おりこうにしましょうとかいう漠全的なとか、あとは廊下は走らないようにしましょうという目標を立てられたって、なかなか評価しづらいところがあります。

というので、行動をさせる目標を立てるという、目標の立て方が大事です。評価できる目標です。一番いいのは数値目標で出した方がいいんですけど、毎朝来たら、お友達に「おはよう」と言いましょうと。それはすぐわかりますよ

ね。月、火、水、木、金、やった日は丸で、できなければペケで、１週間全然できないお子さんは、とりあえず３つは丸をもらうようにしましょうというふうにすると、この１週間を見て、「３つもらったね、よくできたね」と褒めるわけです。それが当たり前になってくると、じゃあ５つにしましょう。毎日あいさつしてちょうだい。それができるようになると、「よくできたね」と、褒める側も褒めやすいし、子供も乗りやすいです。目標設定が一番大事かと思います。

このスライドは、自閉症児をもった親御さんが自分の子供を育ててきて、こんなふうにしていますというのを引用させてもらいました。1, 行動する前に説明する。その説明の仕方もちょっと工夫が必要と話しましたけど、児の不安感を取り除く方法を常に考える。ちょっとした環境の変化ですぐ不安になりますので、ということです。これを常に考えるのが大事で、すぐに答えがでるわけではないです。この子はサンエーに行ったらいつも泣きじゃくるんだけど何でですかねって、僕に聞かれたってそれはわからないです。人それぞれですからね。だけど、いつも何でかね、何でかねと考えていると、ある日ふと閃くことがあるんです。それは人それぞれで、うるさいからいやな子もいれば、何かいやな臭いがするだとか、人ごみがいやだとか、いろいろ理由はある筈なんですけど。いつも考えていると、ある日ふとひらめくことがある。この子は○○が嫌なんじゃないかと。逆に、考えていないとひらめかないから先には進まないということです。いつも考えることが僕は大事だと思っています。

あとは子供の興味を大切にしてあげる。どうしてもできないところばっかり、あれもできない、これもできないと見ますけど、できるところもたくさんあるわけです。障害と言ったって、100％全部障害というわけではないですから、健常なところもたくさんあるし、むしろ秀でている所も沢山あるので、そういう興味を大切にしてあげるのも大事。そっちの方がむしろエンパワーメントとして大事かなと思っています。

４番目は、頭や耳、目、口、手足、体の全体を使わせることを心掛けるということで、これも先ほど話したように、体の全体を使うのもそうですし、耳とか、目とかの感覚刺激も大事です。言葉だけではなくて、こういうことを心掛けることも大切です、という話をします。

５番目は、障害児だからと特別視せず、普通の子供と同じような気持ちで接する。それは親御さんによるんですけど、この子はハンディを持っているからいいやと、甘やかしというと変ですけど、そういう人も中にはいます。しつけはしつけで当たり前に大事ですし、外にも出ないといけないし、いろいろ楽しい遊びもいっぱい経験しないといけないし。そのためにマナーを学ぶことは必要です。ただ、配慮は必要です。自閉症は自閉症なりの配慮が必要ですし、知恵遅れなら、さっきも言いましたように、５歳の子に５歳のレベルで接するのではなくて、その子に応じた接し方というのがあるはずです。配慮は必要なんですけど、しつける気持ちとしては一緒です。

６番目に楽しい経験をできるだけさせるということ。最後７番目に、母親が生産的な趣味をもつ。なかなか子供の世話ばっかりになってくると結構大変です。そういう意味では、デイサービスだとか、タイムステイ、ショートステイだとか、ちょっと子供から母親が離れる時間というのも大事なのかなと思います。

最初の話でありましたけど、なかなか地域とのコミュニケーション、コミュニティーを使ってとか、地域全体でバックアップという、いま

の現状ではなかなかないので、親は子供にかかりっきりになりがちです。けれどお母さんはお母さんで、自分の楽しいことを見つけるとか、自分の趣味を見つけるというのも非常に大事かなと思います。

自閉症児のノーマライゼーションについて考えてみましょう。健常児が優位で、健常児になれ、右へならえという意識を捨てる。自閉症児には彼らの世界があり、それは彼等の文化でもある。その世界に上手につきあう。その場合にも、きちんとしたルールを決めて約束は守る。きちんとスケジュールを立てて、児が好きなことをする時間を作る。それができないときは厳しく叱るのも必要である。そのためには日頃から褒めていることが大切で、褒めていると親子の信頼関係ができており、叱るのも効果的になるということです。

いま我々がいる社会、僕も社会の一員としてやっているつもりではあるんですけど、そこに入って来てもらいたいですよね。だけど、全部そうならないといけないかというとそうではないんです。いまのところ自閉症の原因については全くわからないです。脳の器質的な異常だろうと。育て方の問題だとかではなくて、脳のどこかに病因があるだろうとそこまでは分かっているんですけど、マルチファクターではないか。いろんな原因が組み合わさってなるのではないかという、ひとつの症候群としてとらえられています。だから原因がわからなくて治療法がわかっていないので、自閉症は治らないです。社会性を作るのが苦手、対人関係が苦手、言葉が苦手、苦手は苦手のままなんです、大人になっても。だけど、苦手は苦手なりに、うまく付き合えるようになればいいかなと思います。

ただ、社会の一員としてやっていくためには、やはりそれなりの最低限のルールは守らないといけないので、それは教えましょうということです。頭ではちゃんと聞いてわかっていることが多いが、体がいうことをきかないということも多々あります。どうしてもパニックになってしまうとか。ある程度しょうがないんですけど、それをいかに軽くしてあげるかというのは、何回も言いますけど、画一的なやり方はありませんのでいつも考えてあげて、ちょっと工夫をされればと思います。

次はＡＤＨＤとＬＤと脳性麻痺について順にお話しします。ＡＤＨＤは注意欠陥多動性障害、最近はＡＤとＨＤの間に「／」を入れることもありますけど、attention-deficit とhyperactivityのdisorder なんですけど、不注意型と次の多動衝動型があります。多動衝動型がメジャーなんですけど、あえて不注意型を最初にもってきました。これは後で読んでいただけるといいんですけど、不注意がひどいということです。注意の持続が難しい、例えば授業中気もそぞろで、外で何か鳥が飛んだらそっちに目がいって、窓の外ばかり見ているとか、明日の準備をしているつもりだけど、メモ帳を忘れましたとか、筆箱を見ると鉛筆が全然入っていませんとか、そういう忘れ物が多いだとか、注意の持続が困難だというようなものです。

人それぞれ皆さんあると思うんですけど、僕は忘れっぽくてねと。僕もそうなんですけど、最近やることが多くなってきて、言われてもすぐ忘れるんです。いつもメモを持ち歩いて忘れないようにしています。買い物はこれをするとか、明日はこれをするとかいうのをメモにして持ち歩いています。こんな忘れっぽい僕は病的ですかということです。何をもって障害、病気とするのでしょうか。忘れ物なんてみんなすると思うんですけど、外で何かお祭でもあればそっちに耳がいくし、目がいくし、特に小学校１、２年生の子、低学年の子なんか授業中40分間集

中して先生の話を聞いてろというほうが難しいです。。

診断基準をみてみましょう。例えば貧血でヘモグロビンが12以下だったら貧血ですと。それは検査で一発で出ます。線を引いて、ここから上は正常です、ここから下は異常ですと。

これはＤＳＭが作成したＡＤＨＤの診断基準なんですけど、見方によって違います。同じお子さんを見ていて、この子は不注意型のＡＤＨＤだという人もいれば、別の専門家といわれる人が見ると、これぐらいは普通じゃないのという判断をされることも多々あると思います。では何のために病名をつけるのか、障害をするのかということもいつも考えていただきたいと思うんです。何をもってこの子をピックアップして二次検診に回すとか、それなりにフォローアップして対応するとかするのか。僕は、その社会に入っていけないときにそれは障害だと思っています。障害というと一生ついてまわるようなイメージがあるので使いたくはないんですけど、ほかにいい言葉が浮かばないので障害と言っています。例えば小学校１年生になって、授業中40分間みんなは座っているけどこの子は座っていられないというと、それはやはり支障を来しているわけでハンディです。ですから、日常生活に支障を来す程度のものは障害というふうな呼び方をしています。

次に多動性、衝動性もそうです。ずっと落ち着きなくチョコチョコ動き回っているタイプの多動もあれば、普段はいいんだけど、何かのときにピューッと飛んでいってしまって、授業中教室から好きなものがあると飛んでいって、救急車が走っていると飛んでいって見に行くとか、学校の外まで走っていってしまうとか、そういう衝動、これも抑えられない衝動です。多動、衝動性型、これも診断基準をそのまま持ってきているので、参考にしてください。

では、こういう不注意型のお子さんにどうするとか、多動、衝動性のお子さんに対してどう接するのかというのも、やはりいつも考えてあげているとだんだんバージョンアップしてきて、うまい対応になっていくのかなと思っています。

一般的には、不注意が問題になることは少なくて、今は親御さんが一生懸命やりますよね、学校の明日の準備とか。多動、衝動性の方が問題になることが多いんですけど、１、２年生で多動だったからといって、大人になっても多動かというとそんなことはないです。黒柳徹子さんが「窓際のトットちゃん」を書いたときに、あれはＡＤＨＤじゃないかという話がありまして、中味を見てもそれっぽく感じるんですけど、あれを読むと、小学校の間は普通の公立校でやっていけなくてはじかれて、私立の学校に入ってうまくやりましたという話です。

では、公立の学校ではじかれたあの方がいま不幸かというと、そんなことはないです。ＡＤＨＤ、一般的には大体小学校高学年、中学に入る前ぐらいまでにはある程度落ち着いてくることがほとんどです。不注意はなかなか治らないようですけど、多動性、衝動性についてはだんだん落ち着いてきます。大事なのは、そこまでの間にドロップアウトしないように守ってあげる。どうしても多動で授業に身が入らないとか、不注意で身が入らないとなると、だんだん２年、３年、４年となるにつれて勉強が難しくなってきて、授業がわかりませんと。わからない授業を40分間座っていろというのはきつい話です。学校が楽しくない、もう学校行かないと言って不登校になったり、非行に走ったりとか、そういう二次的な障害の方がもっと大事です。ですから、ＡＤＨＤはそれを踏まえて二次的な障害にならないように守ってあげる。そのためにどうするかは、人それぞれいつも考えて

あげないといけないと思います。

いろいろなアドバイスとかも、いまの時代はネットでもたくさん手に入りますし、本もたくさん出ています。親御さんもいっぱい読んで勉強してきます。皆さんは医療側で、変な言い方ですけど、指導する立場ですよね。でもほんとに指導しているんでしょうか。僕がいま話していることが皆さんの役に立っているかもしれないし、全く役に立っていないかもしれない。僕が親御さんに指導するというのがいいことかわからないです。しかし根っこ・本質を教えてあげることは必要だと思います。細かくどうするかというのは、親御さんに決めてもらっていいんじゃないかと思っているんです。あなたのお子さんはこうだからこうしないとだめですよ、というふうな言い方をしたって、いまの親は納得しないです。いやうちの子は、私はこう思います、こうしたいですと。ＡＤＨＤのお子さんについては、高学年、中学生になるまでにはじかれないように、非行に走らないように、不登校にならないように守ってあげるのが大事なので、そのやり方として親御さんが提示してきたものは、いいんじゃない、やってみようね、というふうなとらえ方で僕はいいかなと思っています。

大事なのはフィードバックすることです。ではそれをやってみて半年してどうだったか。効果が上がった、上がらない。上がらなければ別のやり方をいつも考えてあげないといけないです。なかなか画一的に、みんな一斉にこうしましょうと言っても、親御さんも動かない時代ですので、それは踏まえて、人それぞれ尊重してあげるのがいいのかなと。

最初にも言いましたけど、そうすると自分の持ち駒も増えるわけです。こういうお子さんがいて、この親がこんなふうな対応をしてよくなりましたというと、じゃああの子にも使えるかもしれないというアドバイスはできる。具体的な対応の方法、駒が増えるわけです。別のお子さんに言うときにも、あなたのお子さんこうしましょうね、ではなくて、こんなふうにしてうまくいった子がいましたよという感じでいうと、うちもやってみましょうかねと思う人もいます。

次は学習障害、ＬＤです。読字、算数、書字表出において、個別思考されたその人の標準的検査成績が、年齢、就学、知的水準から期待されるより十分に低い。成績とＩＱの間の２ＳＤ以上の解離がある。難しく書いていますけど、知能検査で予測されるよりも習得度が低いということです。標準の知能はＩＱ100です。例えばＩＱ100と出た小学校４年生のお子さんがいて、ＩＱは100なんだけど、国語だけがいつも１を取ってくる。極端に悪い。全体としてみればできるけど、字が書けないとか、鏡文字になるとか、算数で計算はできるんだけど文章題は全然できないとか、ＩＱとかＤＱというのは、その人の精神知能をならして全体として見ますから、知能全体として見たら良いのだけれど、学習の習得度が極端に低いとき、基準は２ＳＤ以上の差なんですけど、その時に学習障害という診断になります。

鑑別としては、学業成績の正常偏異とか、正常範囲のばらつきでしょうとか、学習機会がなかったからわからないでしょうという正常の場合もあります。教育方法とか文化的なものもあります。しかし視覚聴覚障害があるかとか、精神遅滞とか、広汎性発達障害とか、ほかに何か知能に影響を及ぼすものがないかどうかというのをまず診ます。知能的に何も問題なくて、習得度が極端に低い場合は、やはり学習障害として対応が必要だと思います。これはいまうちでは、ＷＩＳＣなど知能検査と呼ばれている心理検査をいくつかやっています。ＷＩＳＣはあち

こちでやると思いますけど、ＷＩＳＣとか、ＫＡＢＣだとかいういくつかの知能検査をあわせて、プロフィール分析というのをします。

検査の項目にも調べる目的がありますので、この検査のここができていないというと、じゃあここが悪いんだと。例えば図形の組み合わせが悪いだとか、構成ができないだとか、文字の理解が悪いとか、そこら辺が検査をいくつか組み合わせて、プロフィール分析というのをやれば出てきますので、その問題点を浮びあがらせて、じゃあ学校側にどう返してあげようかというところです。これはちょっと専門でないと難しいことだと思います。

学習障害ではないかと疑うときにいつも考えていただきたいのは、知能はいいのかなということです。知恵の遅れはないのかな。自閉傾向はないのかなというのが大事だと思います。知恵の遅れがあって、勉強できない子にＬＤだと言ってもしょうがないので、やはりその子の知能レベルまで落としてあげないといけないし、自閉傾向がある方ですと勉強をさせるさせ方もちょっと変わってくるんです。ＬＤとしてではない対応になります。

いまは学校の先生が特別支援教育も始まってどんどん紹介してくることが多いんですが、やはりこれはある程度検査して、分析して、診断しないといけませんので、専門機関に送っていただきたいと思います。

読んで字の如く学習障害ですから、通常は就学してから、小学校１年、２年、３年と進むにつれてクローズアップされてくる問題として出てくるので、乳幼児健診の対象にはならないと思います。ただ、時々沖縄にも来られる小枝先生が提唱して、鳥取県では５歳児検診、就学前の５歳ぐらいに一斉検診をしているんです。沖縄県もそういう時代になれば、その頃にはちょっとピックアップ、クローズアップしないといけないのかもしれないと思っています。

脳性麻痺の定義は書いてありますので呼んでください。ポイントは３つです。まず１つ目、受胎から新生児期までに脳が障害されたということです。脳が傷ついたということです。筋肉とか、神経、末梢神経の病気ではないということです。２つ目、運動機能の障害であるということで、知的な問題、知恵の遅れは何も言っていないです。脳性麻痺でも知能の正常な子もたくさんいますし、てんかんをもっていない子もたくさんいます。３つ目、非進行性であるけど一過性ではない。この３つがポイントです。一過性でないというのは、どうしても筋肉は麻痺があると硬くなってきます。関節も硬くなってきます。おじい、おばあが使わないとだんだん硬くなってくるのと一緒です。子供も動かさないと硬くなってくるので、だんだん変形、拘縮が進んでくるという意味で、一過性でないという表現です。

そういう子らに対して療育というのをするんですけど、療育は療と育に分解できて、医療と保育・教育を両方やろうということです。医療側というのは病気だけをみます。肺炎になりました、肺のここに影があります、じゃあ抗生剤で治療しましょう、点滴しましょう、入院しましょう。病気が治ったら終わり、帰りましょう、良かったねと。ですけど、療育はそうじゃなくて、人間全体をみていこうという考えです。運動機能障害があれば、運動機能障害だけをみればいいかというとそうではなくて、そこからどうやって保育をしようか、教育をしようかというのを、トータルとしてみていこうという考え方です。

正常発達の応用。これは好きな言葉で、あちこちで言っているので、聞いたことがある方もいらっしゃるかもしれないですけど、一応読みます。子供は手で触れて、口、口唇、舌、お尻、

また手と手で遊ぶ。対象物に触れたり、口に入れたりして材質、形、温度を知る。目的物に手を伸ばしたときや、家具の上を登ったり、下をくぐり抜けようとしたときに、自分自身の体の大きさを理解する。移動と姿勢変改の適用能力は、身の安全と快感をもたらす。立ち直り反応や平衡反応の発達とともに、不快の施為から抜け出すことが可能になる。子供の認知や視覚、運動発達に大きく影響される。逆に子供の自発運動の能力の障害は、知覚能力の発達を遅らせ、そのためにすべての知的能力を疎外するということです。

難しく書いていますけど、何が言いたいかというと、例えば５、６カ月、７カ月ぐらいになると、赤ちゃんは寝返りをして、這い這いして、自分が好きな態勢になって、その前から、３、４カ月ぐらいから手を伸ばしてモグモグするようになります。おもちゃに手を伸ばしてつかんでモグモグと。ああいう経験って非常に大事なことで、例えばおもちゃに手を伸ばしてつかんで、口にくわえてモグモグする。ただ遊んでいるだけのように見えますけど、このモグモグした感覚を経験させることがとても大切です。唇はすごく敏感なところで、そこでおもちゃの材質、冷たさとか、質感なんかを感じるわけです。歯固めとかで歯茎でモグモグすると、歯の発達にも、アゴの発達にもいいんですけど、それだけではなくて、そういう感覚を脳に入れるので非常に大事です。それが十分できていると、離乳食をあげようとしたときに、いつも哺乳瓶で飲んでいたものが、スープとか、果汁の材質を口で感じて、飲み込めるようになるということです。離乳食を始めるに当たっては、その前にモグモグしたり、唇でペロペロなめたり、そういう刺激の入力というのは非常に重要な入力になります。

同じように、這い這いして移動するだとか、ゴロゴロ寝っころがるだとか、つかまり立ちしてバランスを崩しながらも立って歩こうとするという、こういう発達というのは、感覚を入力するのにもすごく必要な行為になるわけです。それができないと、物の大きさがわからないだとか、高さがわからないだとか、目で見えてもそこをくぐれるかどうかわからない。経験していれば、これぐらいはくぐれないと子供でもやめてしまったり、転んだら、これは転ぶから気をつけようとか、段差の認知だとか、そこら辺の認知能力につながるわけです。運動ができないことは運動だけかというと、その分認知面も遅れるとか、身につかないということがあります。

というので、じゃあどうすればいいかというと、麻痺があればあるほど、周りの訓練、トレーニングとか、そこは療育でやっていることですけど、介助者が経験させてあげる。唇に感覚を入れるマッサージをするだとか、熱い、冷たい感覚を入れてあげる。自分で手が使えないから人がやってあげる。マッサージをしてあげるとか、運動できない分、抱っこして滑り台をおりましょうとか、親が抱っこしてブランコに乗りましょうかということです。そういうできないところだけではなくて、ほかにもいろいろな不具合がくるので、そこは介助側がきちんと入力してあげないといけないと思います。

脳性麻痺も麻痺を治すことは無理なので、できる機能をどれだけ伸ばしてあげるか。できる機能を使って生活しようということをリハで訓練するんですけど、それ以上に、乳児期、幼児期早期のこういう感覚入力が大事になってきます。

ここまでがきょうの話で、痙攣は時間があったら話そうと思って載せてあります。今日は時間がありませんので、後ででも読んでください。痙攣は見た目も非常に怖い症状で出てくる

んですけど、痙攣して30分続いたから命にかかわるかというと、普通はそんなことはないので、落ち着いて対応してくださいということだけです。

これが最後です。障害児の親の反応過程と書いていますけど、ショック期から否認期になって、悲哀と怒りが出てきて、適応して、再編成、前向きになっていく。最初、障害ですと言われてガーンとショックを受けるんです。それから、違うんじゃないか、そんなはずはないと思います。当然です。それから、ああ残念、でもやっぱりしょうがないやとなると、残念だ、悲しいねという悲しむ方もいれば、怒りになって、何でこうなったんだという場合もあるでしょう。そこから乗り越えて適応していって、再編成していくという、これは皆さんそうだと思います。流れです。

うちに最初に来るのは何もわからずに来ますから、そこからショックを受けて、こうなって、こうなってという親御さんはたくさんいらっしゃって、初診から長くずっと来ている方も多いので、この辺の流れもよく見てとれるんですけど、対応の仕方として、この親御さんがいまどの時期にあるんだろうなと理解してあげないと、対応を間違えます。ショック期にある親御さんに、あれもやろう、これもやろうと言ったってそれは無理ですし、もう適応している方に、また１からあれこれ障害とはねと言ったってしょうがないということです。

親御さんがいまどんな状況にあるのかを認識して、対応してあげるのも大事ですし、後は、いつも目標にしているのは、ショック、否認、悲哀と怒り、この辺の時期をいかに短くするか。早く適応して、前向きになってほしいわけです。それを上から、こうだから早く前向きになりなさいと言ったって、それは無理なんです。理屈で言ったって、理屈ではわかっているけどねという話です。この時期をどれだけ短くするかで、子供の予後とか、子供のクオリティも変わってきますし、親御さんの対応も変わってくるので、いまはこの辺を目標にして、いろいろ勉強しています。難しいことですけど、だからこそうまく行けば自分自身の達成感にもつながります。理論は、カウンセリングの理論だとか、コーチングの理論だとか、いろいろ出ていますので、それを勉強しているところです。

最後は急ぎ足になりましけど、以上です。どうもありがとうございました。

特別寄稿

琉球大学熱帯医学研究会

琉球大学大学院医学研究科
岩　永　正　明

「目は口ほどにものを言う」、本当にそのとおりだと思う。私が強い印象を受けた目つきはいろいろあるが、一才前後の赤ちゃんの目は素晴らしい。どの赤ちゃんの目を見ても、何の邪心もない無邪気で澄み切ったひとみに思わず自分の濁った目が恥ずかしくなる。ところが物心が付いてくると次第に大人の様子・仲間の様子を窺ったり、好奇心が湧いてくるのであろう、目の輝き方も変わってくる。小学生にも成ると無邪気さを保ったまま好奇心が旺盛になっている目つきと、他人の様子を窺い顔を伏せがちで或種の恐怖心、欲心、無気力さなどが見えかくれするような目つきなど個人差が見えてくる。無邪気さを保ったまま好奇心が旺盛になっている目つきの子供達を見るのはとても楽しい。是非多くがそのような目つきの子供に育ってほしい。

私はこれまでに多くの発展途上国で仕事をしてきたが、発展途上国ではどこへ行っても子供が多い。そして貧富の差が大きいことも共通している。私の仕事は主として下痢関係のものであるため、貧困層の人々に接することが多く、たくさんの子供達を見て来たが、真っ黒によごれた半裸の子供達がみな好奇心に満ちて光り輝いた目をしているのが印象的であった。ちょっと手伝いを頼むとみな競い合って手伝ってくれる、なにか幸せそうにみえる。こうなると直ぐに日本の子供達はどうだろうかと考えてしまう。

貧しさにも程度があり、私が接した人々は「食料は不足していないレベル」の貧困層であった。毎日の食事を十分に取れるという貧しさだと子供の目は輝いているが、食に事欠くほどの貧しさになると子供達の目から輝きは失われる。途上国で貧困層の人口が50%以下という国は殆ど無いであろう。世界人口の10% 以上が毎日の食が満足にとれないというので途上国人口に限れば人口の20% くらいが食事を満足に取れていないことになり、目の輝きを失った子供が何億人も居ることになる。これはなんとかしなければいけないが、ただ食料を援助すればよいといったような単純なものではない。

我が国における死亡原因は悪性腫瘍と心血管系疾患が主であり、途上国では感染症と欠乏症（栄養、沃素、ビタミンなど）と言われる。悪性腫瘍や心血管系疾患は先進的治療において巨額の費用を使ったにもかかわらず空しい結果に終わることが多く、死亡年代は天寿を半分以上全うしかけた世代に多い。感染症や欠乏症は原因が明らかであり、あまりお金をかけない単純な治療で完治することが多いにもかかわらず、死亡するのはこれから先の人生に無限の夢を持つ幼小児が殆どである。死ななくても済むのに死んで逝く幼小児の数は年1000万人くらいといわれている。これをなんとかしなければいけないが、それはもはや医学的な問題ではなく、経済、行政、教育の問題である。

世界は人口問題で悩んでいる。現在の人口は太陽エネルギーを用いて生活出来る人口を遥かに越えており、尚増え続けている。過去に蓄積された太陽エネルギーともいうべき化石燃料を掘り起こして使っているがその限界も近い。人口調節のためにファミリープランニングという名の避妊指導を途上国において大規模に行っているが、殆ど成功していない。地球上の人口を減らさなければならないのに、途上国の人口は物凄い勢いで増えている。そこで、毎年感染症で死んでいく1000万人の命を救っていたら、更に人口が増えて地球ごと破滅するかといえばそうではない。なぜ途上国で人口が増えるのかといえば、それは生まれた子供が幼いうちに死んでしまうからである。生まれた子供がちゃんと育つという自信、親がその自信を持った時、親は生む子供の数を減らすのである。その証拠として乳幼児死亡率が低下した国から順番に人口が減り始めている。今や、日本の乳幼児死亡率は世界で一番低い。そして生まれる子供が少ないと嘆き、少子化対策に知恵を絞っている。この現象は日本の前に欧米で見られ、またインドにおける実験でも証明された。インドのケララ州で乳幼児死亡率を低下させたところ一時的な人口増加の後、出生率が激減した。

このような背景を前置きとして「琉球大学熱帯医学研究会」（熱医研）の話しに入ることにする。

琉球大学は「南に開かれた国際性豊かな特色有る大学」になることを理念としてかかげている。1983年、西原に医学部新校舎がスタートすると同時に着任した私はこの理念に魅せられて医学部は熱帯医学を中心として国際色をあらわすのだろう、私も精一杯頑張ろうという抱負を抱いていた。ところが大学という組織にぶつかりその夢は着任早々から崩されて途方に暮れた時、熱帯医学の話に目を輝かせた学生が居た。或る理念に基づいて組織を発展させようとする時、もっとも大切なことはその理念に賛同する人材である。この学生達が課外活動サークルとして結成したのが熱医研である。彼等こそを琉球大学を「南に開かれた国際性豊かな特色有る大学」に導く人材である。したがって全てはこの学生達に託して事の成就は10年、20年、30年というスパンで考えようと思い、以後今日まで学生達と共に語り合って来た。50名くらいの集団であるが卒業生と合わせて今や200名近い仲間達になっている。彼等は既に大学の内外で大きく貢献しているがその実例をあげると、彼等の活動実績が琉球大学とチェンマイ大学との間に大学間の学術人材交流協定が結ばせ、国内外での大学間学生交流や日本熱帯医学会への協力によって琉球大学の存在価値を広く世に知らしめてきた。また琉大医学部（医学科）同窓会の設立であるが、この設立は卒業生が５～６回で出てからその準備を始めたため、各人の所在を確認し、規約の同意を得ることに著しい困難と努力を要した。それを成し遂げたのは卒業後も絆を保っていた熱医研OB の行動によるところが極めて大であった。さらに国際保健医療協力の実践であるが、琉球大学医学部が引き受けたラオス公衆衛生プロジェクトを成功させ琉球大学の面子を保つことが出来たのも現地に溶け込んで活躍した熱医研OB の働きがあったからと言える。更に、ドミニカ共和国の消化器病対策プロジェクト、タイの漁村におけるフィールド保健活動、国立感染症研究所／WHOで活躍する中島一敏君や砂川富正君は、世界的に知られており本県の小児科関係者にもよく知られた存在になっている。実を言うと、「沖縄はしか“０”応援メーリングリスト」を管理している町田孝君も、リスト参加者のうちでは仲本千佳子、源川隆一、比嘉修江の諸君も熱医研のOBであり、学生時代の活動が卒業後にも繋がって

いく様子を感じることができる。琉球大学医学部の卒業生で初めて教授になったのも熱医研のOBであり、彼は熱医研の初代部長であった。彼は琉球大学への貢献を特に強く望んでいたが、その時まで本学では彼の居所がなく、大分医科大学へ助教授で呼ばれた後、長崎大学によってヘッドハンティングされていった。ほかにもこのような例はあるが、琉球大学は是非このような人材を活用しなければいけない。医学系において琉球大学は今まさに負け組の大学として認識され、このままで行くと2009年の大学評価では、医学専門学校への格下げも視野にいれなければならないような予感がする。琉球大学の特色領域である、「南に開かれた国際性豊かな特色有る大学」という夢を実現し、立派な大学にしていくには、大学がこの熱医研をうまく利用する他に道はないと考える。

特別寄稿

絵本と子どもの発達

琉球大学教育学部
嘉数朝子

はじめに

若者の活字離れが指摘されてから久しい。原因としてはTVやゲームなどメディア環境の変化が大きいだろう。読書の重要性は分かっているが、どう指導していいか分からないと悩む親や教師は多い。親自身がすでに活字離れの世代である。情報を得るためのメディアは本以外にもたくさんあり、情報収集の手段は読書にかぎらないのではという意見もある。しかし、現代においても子どもの発達に及ぼす読書の意義は大きい。特に幼児期においては、読書は絵本が主体となるが、絵本の持つ力は教育的意味だけでなく、親子間の情緒的つながりの面でも大きい。田代（2001）は端的に「子どもと楽しい時をすごそうと大人がよんであげたくなるのが絵本です」と表現している。河合・松居・柳田（2001）は絵本の持つ力について座談会をしているが、その中で松居は絵本の性質について次のように述べている。「絵本は大人に読んでもらうもの。耳から聞いた言葉と目で見た言葉の世界が子どもの中で1つになりそこに絵本ができる」。ここに親子の触れあいが生まれ、親子の絆も強まっていくと思われる。幼稚園や小学校で、保護者による読み聞かせも盛んであるが、一方で絵本は1冊もないという家庭もまた、多いのである。現在わが国では、経済の分野で下流社会がとりざたされているが、子どもの読書環境も二極化している。

読み聞かせの意義を母親に強調すると、若い母親から、「どんな絵本を選んでいいか分からない」、「子どもが興味を示さない。ページをとばしたがる。聞いてくれない。声を出すことに抵抗がある。気恥ずかしい」という感想が返ってくることがある。秋田（1998）は赤ちゃんが本の扱い方を1年間かけて習熟していく様子を観察記録している。その期間が待てずに、子どもが絵本に慣れる過程の途中であきらめてしまう親も多いようだ。多様なメディアが併存する現代において、幼児期に親子を含めた読書指導することは現代的意義がある。

○ブックスタートの取り組み

現在日本では、「ブックスタート（以下BS）」の運動が注目され始めている。これは、お母さんと赤ちゃんが絵本を通して歓びを分かち合うことで、親子の愛、絆を深めることが出来ること、また、それが人間の基本的なコミュニケーションの土台として大切であることを多くの人に実感してもらうため、親子への直接的な活動を推進する運動である。BSでは、お母さんと赤ちゃんが本を通して楽しい時間を共有するところで、親子の基本的なコミュニケーションの具体的な形を築くことが可能であるとしている。つまり、本を通した愛情豊かなコミュニケーションにより生きる喜びと力の土台が生まれ、これがコミュニケーションの基礎となる感情であることを重視している。

BSは1992年に英国バーミンガムで始まった活動に基づくものである。この運動発案の背景には、近年の英国社会における「多民族化」による識字率の低下という社会問題と、さらに本に関心を持たない子どもや保護者の増加傾向、活字離れ、子育て不安の増加などの問題が背景になった。BSは民族や社会経済的地位、個人的関心などに拘わらず、全ての赤ちゃんにできるだけ早期に平等に、言葉や文字に出会う機会を提供することを目指している。日本では2000年の「子どもの読書年」をきっかけに「子ども読書年」推進会議によって紹介され、現在はNPO団体が運動を推進している。2005年10月現在、日本国内の630自治体が活動を行っている。沖縄県内では、伊是名村、那覇市、宮古島市、今帰仁村の４自治体が実施している。この急速な広まりは、各地でこうした具体的な取り組みへのニーズが非常に高いことを示している。BSの効果については、日本での実証研究の中で、乳幼児期からの読み聞かせの経験が子どもの絵本への集中を育むこと、母子の安定した関係や育児ストレスは母親の読み方に影響することなどが報告されている（横山他、2002)。

○『小児科医が見つけた えほん エホン 絵本』

昨年の12月に出版された本で、小児科医の方々がさまざまな絵本の紹介をしている。ご存知の方も多いと思うが、新刊なのでとりあげた。佐々木こどもクリニックの佐々木邦明先生は「待合室に絵本を」と主張し、「診察の順番を待つのは親子にとって不安な時間ではあるが、親子の距離が接近する時間でもある。TVやVTRがおいてある待合室もあるが、せっかく出来た親密な時間をやりすごすのは、もったいない。待合室の時間を親子の絆を深めるために大切にすごして欲しい」とのべている。共働きの私にとっても、子どもが幼かった時のことを思い出してみると、待合室での時間は子どもと母親の私だけの貴重なひとときだった。この本は、待合室に並べる絵本の選定にも、良いガイドになる。小児科医が読み聞かせる本、赤ちゃんと絵本、お母さんのための絵本、診療室の絵本、いのちの絵本、のりものの絵本など14のジャンルにわけて、112冊の絵本が紹介されていて、利用しやすい親切な本である。

【引用文献】

１）秋田喜代美．1998 a 読書の発達心理学：国土社
２）河合隼雄・松居　直・柳田邦男．2001絵本の力：岩波書店
３）小児科医と絵本の会 2005『小児科医が見つけた えほん エホン 絵本』：医歯薬出版株式会社
４）田代康子．2001 もっかい読んで：ひとなる書房
５）横山真貴子・秋田喜代美・支援センター．2002ブックスタートプロジェクトにおける絵本との出会いに関する親の意識(4)：日本乳幼児教育学会12回大会研究発表論文集、118-119.

地域レポート

八重山のノースモークピア・エジュケーション・レポート

沖縄県八重山福祉保健所
譜久山　民　子

はじめに

八重山福祉保健所に平成15年４月から単身赴任で、着任と同時に始まる大きな業務が「５月31日の世界禁煙デーに向けての取り組み」でした。世界禁煙デーイベント当日に、高校生のノースモークピア・エジュケーションを実際に見て、大変に感激したことを忘れません。更にその後、高校生ピアは中学生ピアを育て16、17年度は管内の小中学校に高校・中学ピアがそれぞれ禁煙教育に出前講座を持つ状況にあります。そこで全国的にもまれでユニークな中学、高校生による“八重山の禁煙ピアの活動”について報告をします。

未成年喫煙率を０に

日本の喫煙率は、減少傾向が続いていますが、諸外国に比べてまだ高い状況です。成人男性平成３年61.2%、平成17年45.8%と減少の一方女性20代30代は増加傾向にあり平成17年20.9%です。（たばこ産業の［平成17年全国たばこ喫煙者率調査］）

全国・未成年の喫煙状況は2004年「男子月喫煙率」が中学１年生3.2%、高校３年21.7%で、1996、1999年の調査と比較すると激減している（月喫煙者率＝この30日に１度でも喫煙したもの＝中高生の喫煙者と定義）との報告があります。（『未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査』2004：厚労省研究班鳥取大学尾崎米厚報告）一方管内は2003年調査では各々5.8%、31.1%で、高校３年の喫煙経験者は57.2%と深刻な事態です。「健康おきなわ2010」では2010年までに「未成年の喫煙０」「妊婦の喫煙０」の目標を掲げて関係機関と共に取組中です。八重山保健所でも平成15年から未成年者の喫煙をなくす、受動喫煙対策の推進、禁煙サポートを課題として取り組んで来ました。私自身小児科医の立場としても子供達の未来を考えると是非達成したい課題です。

平成元年からの八重山地域での禁煙の取り組み

八重山のたばこ対策の核は「世界禁煙デー八重山地区実行委員会（以後、実行委員会と略す）」で、保健所が事務局となっています。

ＷＨＯが５月31日を「世界禁煙デー」と定めた1989年（平成元年）に、当実行委員会が結成され、以来地域的な取り組みが継続しています。当初より実行委員会は当日も含む啓発、イベントの他に要請行動なども積極的で、その成果として「平成７年のＪＴＡ機内禁煙決定」もあります。

一方肺がんの死亡率が高い県として沖縄県公務員医師会は早くから喫煙対策委員会を設け禁煙運動に取り組んできました。保健所側も積極的参加をしていました。今思うとこの喫煙対策委員である八重山県立病院の面々がこの禁煙デー八重山地区実行委員会の牽引役でしたし、当時の大濱長照院長が現在も実行委員会長であり、現石垣市長かつ八重山市町会長です。

「ぴあっこ」誕生背景

八重山では保健所保健師、病院助産師、養護教諭が昭和60年から思春期に関する研究会（天使のシンフォニー）を持ち調査、研究、啓発の活動を10年余り行っていました。八重山の子供達は高校を持たない島があり、大学もありませんので早い時期から親元を離れます。10代の出産の割合は県の平均より高い状況です。思春期の自立、自己決定能力向上に向け正しい知識を伝えたい共通の思いで地道な活動が続けられました。現在思春期研究会として15年から活動を再開し保健所保健師が事務局です。また禁煙対策において実行委員会結成前から現在までこの仲間達は大きな役割を果たしています。

平成14～16年石垣市はエイズ教育推進地域となり保健所も全面的協力を行いました。平成14年エイズピアカウンセラー養成講座を開催し高校生が35名受講し、その後保健所が「高校生のエイズピアの集まり」を持ち、中学校などへの思春期教室に出向いたり個別相談等の実践に取り組み、高校生ピアエジュケーターは45名になりました。

ピアとは、ちなみに英語ではpeerで、「年齢・地位・能力などが同等の者」を意味します。相談（カウンセリング）や教育の手段であり、思春期を含むリプロダクティブヘルスや障害者同士の相談、ＨＩＶ相談等で近年取り組みが多いものです。

一方高校現場では喫煙で指導される生徒対策に追われる現状でしたが、たばこ教育の中で“仲間にたばこの害を伝えたい”という意欲を持った生徒達が出ました。そこでエイズピアカ



中学生のピアエジュケーション
たばこ３大有害物質！　写真①



部活室・敷地内禁煙ポスター
写真③



ＯＢとして後輩の小学生対象に
ノースモークピアエジュケーション！　写真②



高校生のピアエジュケーション・市民へ
写真④

ウンセラー養成に関わった指導者達が、ノースモークピア・エジュケーターの養成にシフトしました。このスーパーバイザーは城所望医師と大原康子養護教諭の二人です。ちなみにピアの生徒達を八重山では“ぴあっこ達”と呼びます。早速ぴあっこ達は、たばこについての学習を深めリーダーの決定、役割分担教材づくりを始め、名前が“ラブ＆ピースYAENO”と命名し自主活動です。１回目の講義は自分の高校で“仲間が伝えるたばこの害”と題して行い地元新聞でも記事になり評価されました。次の発表の場が平成15年５月31日の禁煙デー実行委員会のイベントでした。標語やポスターに入賞した子供さん達、家族、親戚などや市町担当者、教育委員会等約150名の参加がありました。現市長である委員長も終わりまで参加です。この５月31日のぴあ講演も地元マスコミからも大きく報道されました。校長も大変喜び早速６月３日には「ノースモークピア・エジュケーター」の委嘱状が校長から生徒達に渡されました。

その後高校生ピア達は、全校生徒対象（奈良女子大教授高橋裕子講演とジョイント講演)、中学校、小中校、沖縄県思春期保健研修会（宜野湾市）等で講演を重ねました。全校生徒対象の講演時には喫煙中教師が今から禁煙しますとの会場宣言もありました

楽しい参加型講演

講演内容は、①導入：健康によい習慣、悪い習慣？、②たばこは体のどこに悪い？、③たばこの煙（主流煙、副流煙)、④たばこ有害成分、⑤クイズ（たばこ先端の温度、発生する強い毒は？)、⑥若い年齢で吸い始めると癌発生率は？、⑦たばこは若さの大敵、妊婦胎児への影響、⑧ニコチン血中濃度、⑨たばこが止めにくい理由、健康増進法第25条、⑩ニコチン中毒症、⑪禁煙を助ける方法（根性、グッズ：ガム・ニコチンパッチ、愛情）たばこを断るミニ劇で構成されています。項目毎に担当があり、視覚的なチャートを手作りしています。これをパネルに貼り付け説明をします。時には大きな模擬たばこを持ち上げて説明、肺がんの病理の写真、バージャー病の方の足の写真等のカラーコピーやニコチンパッチ等を会場内で何カ所かで見せて回ります(写真１)。会場の参加者はぴあっこからクイズを出されて考えたり答えたりのリズミカルなやりとり、会場内の出た答えや考えを受け“いろいろな意見をありがとう！”と相手を否定しない、クイズの終わりには正しい答えやポイントを会場内で唱和するなどの手法でいつの間にかなるほど！と思う参加型の学習です。講演内容も対象毎にその都度バージョンアップの工夫をします。

「ピアエジュケーション活動」の受賞

実際の所は実行委員会を動かす資金もない状態でしたので早速私は「ピアエジュケーション」について二つの賞を探し、保健所長として推薦人になりました。一つは日本家族計画協会主催の「手づくり健康教育媒体コンテスト」です。担当保健師に手続きの用紙を渡しました。実績、評価を詳細に書類、ビデオ、写真などにまとめ大変な時間がかかるものでした。見事に受賞となり、その内容は平成15年10月の第21回健康教育研究集会（東京）でプレゼンテーションの機会が与えられ担当の井上保健師により発表しました。もう一つは第７回チヨダ地域保健推進賞でした。これも平成15年10月末には受賞の知らせがありました。この二つの受賞はピアの活動をする子供達、指導する先生方をとても励まし、地元メディアからもその都度取材がありました。これによりぴあっこ達の多少の足代になりましたし、何より評価をされた子供達の次への意欲を起こしました。また高橋裕子先生が著者である「禁煙外来の子どもたちその後―東京書籍発刊」の中でも喫煙防止教育の一つとして

取り上げて頂きました。

平成16年には中学ピア“ピアライフ”が誕生し５月31日禁煙デーイベントが最初の発表の場です。高校生ピアが当日は会場の中でサポートでした。17年１月には単独で管内養護教諭、等関係者を対象に喉頭癌のために声帯を失ったコロンビアライトさんの講演とジョイント講演を行い、ライトさんからも中学生ピアにお褒めの言葉を頂きました。毎回講演では感想文をお願いしていて、後日ぴあっこ達にも渡します。次の講演に向けての練習ではその感想文が励みになるそうです。管内の小中校に出前講演を重ねていますが、時には卒業した小学校での講演もあって校長先生の誇りともなります。（写真１）管内教師対象の研修会、八重山地区総合文化祭等の大舞台でも発表も行いました。

ピア効果（仲間づくり、お互いの成長、敷地内禁煙化）

ピア活動の中での生徒における変化のいくつかを伝えます。校内では「たばこポイ捨て」に対する美化運動に発展し教師と共に吸い殻拾いとなり、先生方の喫煙も表向きにはなくなりました。また友人関係が希薄化している現代ですが活動をする中で充実感と連帯感も生まれ、喫煙していたピアが禁煙する、不登校の仲間が登校するようになるなどの効果もありました。

16年からは管内の敷地内禁煙校には認定証を出し始めましたが、このぴあっこ達の学校は未だでした。ぴあっこ達がその理由は何かと調べたところ校内に禁煙であるとの明示が無いことが原因とわかり早速ぴあっこ達は校長先生に交渉し、すぐに子供達の手で敷地内禁煙のポスターを作成し貼ったのです。しかし吸い殻が見つかり犯人は外部の業者だと判明しました。ポスターが目に付かなかったという理由です。それで今度は看板を校内に数カ所作り立てました（写真３）。ＰＴＡスポーツ大会では会場で喫煙する父母がいないかパトロールもしました。ぴあっこ達は喫煙する教師達に以前は何で吸うかと詰問調の北風型でしたが、今は先生も大変だねーと言う太陽型の声かけになったそうです。こうしてこの中学ではぴあっこ達の行動で実質敷地内禁煙を獲得しました。

元ピアが17年６月の那覇の禁煙アドバイザー講習会に参加し会場で“「ピアをして本当によかった」「楽しかった」この経験が保育という仕事選択になり、タバコの紙芝居を作成して保育園で実演するに至った”と発言して、会場の大拍手を受けました。思春期研究会も現在はＮＰＯ化して、元ピア、今ピアの子供達も参加しています。

今後は、実行委員会を核にした地域の関係機関の輪の中で、思春期の課題と連動させながらぴあっこ達を応援し、私たち地域自身が大きな励ましを受けてお互いに成長したいものです。是非子供達の喫煙が０になり健やかに育ちあう社会を達成しましょう。

地域レポート

宮古島の多産の要因から（その２）

沖縄県宮古福祉保健所
盛　島　幸　子

厚生労働省は1998から2002年の合計特殊出生率の平均値を調べた結果を平成16年の５月14日に発表した。

それを受けて、鳥取大学医学部社会医学講座環境予防医学分野の尾崎米厚助教授は、全国の市町村の10位以内に５市町村が占める宮古島に来島し、母親たちから少子化対策について何らかのヒントが得られることを期待し、平成16年９月13～15日にインタビューを行っている。

面接調査は保健所と市町村保健師が協力し、すでに４～５人子どもがいる親の同意を得て、宮古本島と本島から約60キロ離れた多良間島で実施している。

今回はその中でも合計特殊出生率が3.14と全国でトップの多良間村（平成15年10月１日現在人口1,381人）の母親３人にインタビューされているので、その内容と実施者の考察について紹介する。

多良間島には高校はないので、高校に出るためには島を離れて、宮古本島か沖縄本島のどちらかに行くことになる。

ここで紹介するお母さんたちは３人とも沖縄本島の高校を卒業している。

１人目（Ａさん）は、卒業後すぐに結婚し、19歳で第１子をもうけ、すぐ次の年に第２子が産まれている。第３子は５年間をおいてできた。この間に多良間島に戻り、夫も多良間島で仕事が見つかったことを機に島に帰った。

結婚当初は子どもは少なくていいと思っていたので、避妊しようと思っている。でもできたら産む。中絶は思ったことがない。夫は6:00に帰宅し、子育て、風呂付け、片づけ、掃除をしてくれる。いっしょに料理をすることもある。島は生活費がかからない。第４子を那覇で出産した時は、上の２人は夫が島で面倒を見てくれた（２ヶ月）。一番上の子が４番目のおむつを替え、ミルクを飲ませてくれる。夫はもっと子どもが欲しいという。

２人目（Ｂさん）は、28歳ですでに５人の子持ちである。卒業後県外就職したが体調が優れず、19歳で島に帰る。島の人と20歳で結婚。20歳で第１子が産まれ、22歳で第２子、24歳には第３子が産まれた。

25歳で第４子、26歳で第５子が誕生した。歯が生えるまで授乳しそれが終わると妊娠するようなことも多いと話している。

島内に夫の実家はあるが、あまり世話にならなくても子育ては平気だという。夫は自分の仕事の他、畜産と農業もしている。

夫は仕事が終わると、６時には帰宅し、子どもと遊んだり、風呂に入れたりしてくれる。夫は８人兄弟の４番目、本人は４人兄弟の３番

目。もう５人で子どもは十分と思っていて、家族計画をしているが、もしできたら産むつもりでいる。子育ては大変かもしれないが、大きくなった時が楽しみという。また、子どもは島に帰ってきてほしいと思っている。

３人目（Ｃさん）は、子どもが３人である。25歳で島の人と結婚。29歳で第１子を産んだ。37歳で第２子、38歳で第３子ができている。１子・２子とも女の子だったが、３番目は男の子が欲しいと思って産んだのではなく、一人が島を離れたら２番目が一人になってかわいそうだから３人目を作ったという。

団地で核家族５人暮らし。夫は子育てに協力的である。子どもと遊んだり、風呂など家事も手伝ってくれる。本人は働いていない。夫は４人兄弟の１番目、本人は８人兄弟の８番目。子どもはもうこれ以上はいらない。結婚当初は少なくてもいいと思っていたが、周りを見ると少ないとかわいそうだと思う。子育ては大変だが、近所のおばあが「子どもが多いことこそ宝さ」といってくれる。

尾崎助教授は考察の中で、現地で生の声を聴くことの重要性を話している。

①少子高齢化の要因を女性が結婚しなくなった、結婚年齢が高くなったからだという分析があるが、産み始めの年齢だけが要因ではない。なぜなら、生み始めが遅いにもかかわらず、子どもの多いケースもあるからだという。

②よく教育費の高さが産まない要因にされるが、宮古管内は沖縄県の中でも最も所得の低い地域である。経済面を気にして産まないわけではないと分析している。

③たくさんの子育てができるのは、３世代家族など家族が多い方が有利と思われるが、今回のケースは、意外にも核家族が多かった。

けっして、出産・子育てに有利とは言えない状況で多産はなぜだろうかを分析した結果、

①夫もしくは近所の人の協力がある。

役割分担がされている。夫が子どもと遊んでくれるのが妻は一番助かるといっている。

②生活費の安さと安心・安全な環境である。

近所から野菜・魚などをもらうことが多い。団地の家賃は２／３LDKで、１－３万円で住める。

③宮古島の人々の価値観、気持ちの持ち方にある。

尾崎助教授はこれが一番大切かもしれないという。妊娠した時は誰も中絶を発想しないことに驚いたようである。

南方のせいか「何とかなるさ」という考えがあり、夫もそういってくれるという。

そして何よりも大切なのは「子どもが多い方がよい」という価値観であると評している。

近所、地域で多産の家を見て育ち、そういう状態を幸せと思っている。そういうことが重要だと指摘する。

尾崎助教授は、宮古で得られた知見を本土に伝えることで、人々の考え方、社会規範、幸せの考え方を変え、子どもが再び産まれる社会につながるかもしれないと若者たちに望みを託している。

海外レポート

世界で一番高い湖に浮かぶ小学校の子どもたち

沖縄県看護協会
比　嘉　文　子

ペルーとボリビアの国境に位置する標高3,812メートルと富士山より高いところにあるチチカカ湖をご存じですか？

そこにある小学校が今回の話題です。

昨年２月、“伝説のインカ帝国「悠久のペルー世界遺産紀行」”と銘打ち「マチュピチュ」、「クスコ」、「ナスカの地上絵」そしてインカ文明発祥の地「チチカカ湖」を９日間で巡る某ツアーの新聞広告に惹かれ、是非一度は訪れたいと思っていた世界遺産の国で５本指の内の一つだったので、躊躇することなく友人の大嶺千枝子さんとともに出かけました。ツアーメンバーは総勢13名（添乗員を含む）でした。チチカカ湖の子どもたちの話に入る前に到着するまでの話をしたいと思います。

那覇→関西空港→バンクーバー→トロントを経由してペルーの首都リマに到着するまで17時間も要したのです。そして、季節も真冬から初夏へと。道中だけでもおみやげ話に花が咲くものをもっと大きなお土産話が付きました。歯車の狂いは空港での荷物受け取りからです。なんとトランクは１個のみで12名分届かなかったのです。カナダ便は週３回の運行で荷物を受け取るのに３日くらい要するだろうと言うことで、まずはリマのデパートへ直行です。与えられた買い物時間は30分。スペイン語のわからない旅行者がぱーっと押しかけ下着やら寝間着、靴下など着替え用品を買い求める様は見ものだったのか、店員ばかりでなくお客さんも遠巻きに見ていました。一番困ったのがブラジャーのサイズ。そしてパンツ（ショーツではなくズボンですヨ）。足の長さが違いすぎるのです。現地のソルを米ドルに換算し、支払いを終えると残った米ドルは、３分の１以下になってしまいました。フトコロが寒くなっての旅行の始まりであり、相棒との抱腹絶倒の旅の始まりでもありました。

さて、今回の本題であるチチカカ湖の子どもたちとその生活についてです。

チチカカ湖は、ご存じのとおり淡水湖で、約



トトラ（葦）で作った島。ウロス島全景、←の建物が学校

40近い島があるようです。チチカカ湖周辺には、先住民系の民族であるケチュ族、アイマラ族やウル族が住んでおり、沿岸の都市部で就労していたり、農業や漁業、観光などに携わって生計を立てているようです。私たちが訪ねたのはトトラという葦で作ったウロス島（葦の島の意）のひとつであるティリブナ島です。ウロス島は、葦を２メートルの厚さに束ねてつなぎ合わせて造った浮島で、切り離したり、くっつけたり自由自在のようです。現在、27～29あり、殆どがケチャ族で、2,000人位の人が住んでいるという。ティリブナ島には18世帯の人が住んでおり、小学校がありました。島の人は、女の人は独特の織物の刺繍をし、男の人は漁業や島の近くの陸地で農業をし、現金収入は島を訪れる観光客に手工芸品（刺繍した織物や葦で作った置物等）を土産物として売って生活しているようです。ウロス島で暮らすメリット（？）は税金を払わなくて済むことのようです。結婚は、ほとんど種族同士で、子どもが生まれると誕生の近い子どもの親同士で結婚の約束がされるので、生まれた時から許嫁が決まり、17～8歳頃結婚という慣習のようです。子どもの事故はほとんどないという（島から落ち、溺れる子が多いと思ったのですが……）。島の上は、陸地と変わらない営みで、違和感は緑がないということかな？

子どもたちは、万国共通の元気よい声で遊び、親の手伝いをしながら手工芸の仕事を覚えていくようで、また、島には、フジモリ元大統領の寄贈で小学校が造られ、ソーラーシステムの設備もありました。島の新婚さんの家にはテレビもありました。その日の授業は終わったとかで子どもたちは帰った後でしたが、先生の呼びかけで10人以上の子どもが集まって、私たちのために歌を歌ってくれました。歌い出した曲が「チューリップ」の唄で一同驚愕しました。後で分かったことが先ず訪れた観光客の国の歌からスタートして、英語やフランス語、スペイン語、韓国語など10カ国くらいの歌を次々と合唱し、その後に描いた絵を見せ、欲しい人に売っていくというパターンになっているとのことです。カラー鉛筆で小さな紙に描かれた絵は、伸び伸びと楽しそうでした。島には小学校しかなく、授業は午前中２～３時間位だという。

子どもたちは浅黒く、最初はおずおずと恥ずかしそうな表情でしたが、歌い終わった後の表情は明るく、チチカカ湖より澄んだ瞳をしていました。

トランクのこと気になりますか？

帰国前日の夜トランクを受け取りました。まずは、めでたし！



唄で歓迎する子供たち

学会参加報告

学　会　報　告

うるま市
保健師　与那覇　梨絵子

今回、沖縄県小児保健協会の市町村派遣事業により、日本小児保健学会に参加させて頂きました。日本小児保健学会は、小児保健学会の中でも３本の指に入る大きな大会ということで、医師会、保健師会、看護師会などの公衆衛生機関や教育現場、企業など多くの小児保健に関わる機関が参加し、会場はたくさんの人で活気づいていました。

研修内容としては、一日目は午後からの開始で、一般の方も参加可能な公開シンポジウムから始まり、子どもとメディアについて、子どものアレルギーについてなど最近の社会背景を基に、子どもが健全に育ち合う社会について考えさせられました。

２日目は、シンポジウムの中で、少年非行と発達臨床との関連について講演では家庭裁判所や、教育臨床学の領域、少年鑑別所などからの現場の状況報告などを聞くことが出来ました。また、特別講演としまして順天堂大学の奥村康先生による、「馬鹿な免疫と利口な免疫」と題して、身体に有効な物が「免疫」といい、身体に悪影響を及ぼす物が「アレルギー」といった内容を、分かりやすく講演していました。さらに、お昼には、教育セミナーで３つの講座から各自好きな講座を選んで、弁当を食べながら講演を聞きました。引き続き午後は、主催地である山口大学からは招待講演として、大学長の加藤先生による講演や川崎病の新しい展開など最先端の情報も聞くことが出来ました。２日目の、最後の招待講演は、山口県出身である金子みすゞさんの記念館長である矢崎さんによる、「みんなちがって、みんないい」－金子みすゞのまなざし－では、私自身童心に返り子どもと向き合う上での大切な心を学びました。

３日目は、100を超える一般演題から、自分の興味のある演題を選んで参加する内容になっていました。会場も、10会場に分かれ企業のブースや、休憩場、書籍コーナーも設けられていて、いろんな情報が得られました。

始めは、３日間と長期間での研修で、頭が飽和状態にならないかと思っていましたが、研修自体活気があって、自己啓発にもつながりました。また、研修の機会を与えて下さった小児保健協会の職員の方達には、懇親会など研修期間中のリフレッシュの機会をたくさん設けて頂いて、とても充実した研修期間を送ることが出来ました。

この研修には、小児保健協会の職員の他に医療現場から医師や看護師や保健所医師、市町村保健師など多くの小児保健の現場に携わっている職種の方々で17名の参加があり、懇親会などで情報交換会が出来てとても良かったです。ぜひ、今後もこのような機会を設けて頂けたらと思います。本当に、実りの多い充実した３日間でした。

第52回日本小児保健学会を終えて

浦添市役所
保健師　新　垣　賢　昇

沖縄県小児保健協会より、市町村枠として声掛けがあり、10月６日より３日間山口県下関市で行なわれた第52回日本小児保健学会に参加してきました。今学会のテーマは「健全な社会に向けての小児保健」と題し、幅広いプログラムが企画されました。１日目は「子どもとメディア」、「誤解されやすい子どものアレルギー」等、２日目は「少年非行と発達臨床」、「小児保健の最近の動向―行政機関に問う―」等、３日目は９会場に分かれ一般演題が報告されました。

今回は、多くのプログラムの中で私自身が一番感銘を受けたことについて報告します。

それは２日目の招待講演の金子みすゞ記念館館長矢崎先生による「みんなちがって、みんないい―金子みすゞのまなざし―」でした。矢崎先生は、子ども達を小さな人たちと表現し、詩を朗読しながら金子みすゞの想いを伝えてくれました。人と人との関係の中で「わたしとあなた」から「あなたとわたし」と見ることで、自己中心的な考えから自分自身は生かされている存在として、相手の存在を受け入れることの重要性を説いていました。例えば、「親と子」では、子がいることで親になることができ、親がいることで子になれることなどでした。あたりまえの事ですが、とっても衝撃を受けました。また今の大人に足りない事は子どもの声に対し、こだますること（①繰り返してあげること②うなずくこと）だと話していました。人には長所と短所が同じ数だけあり、短所は自分で見つけられるが、長所はあなた（周囲の人）によって気づかされることや、ほめて育てることは、長所を見つけてあげることだと述べていました。「母親は全ての子どもが平等に幸せになれるよう、不平等に子どもを愛している」と語り、それは母親が悩みながら子どもの状況に合わせて対応していることの凄さを伝えていました。最後に、つらい「辛」から、しあわせ「幸」では、１本足では不安定なので、支えあうから安定すると「倖」の漢字で、人と人との支え合うことの重要性を改めて学ばせてくれました。

この講演を聴きながら、日頃の自分自身の家庭での夫婦関係や育児だけでなく、職場の同僚や上司、市民などより多くの方々に自分自身が支えられている事に対し感謝の念でいっぱいになりました。そして、今後浦添市だけでなく、沖縄県全体の親子が安心して生活していけるよう沖縄小児保健協会や医療機関等の関係機関とお互いに支えあいながら力を合わせていくことの重要性を再認識しました。

このような機会を与えてくださった沖縄県小児保健協会の皆様に感謝申し上げ、報告とさせていただきます。ありがとうございました。

第52回日本小児保健学会に参加して

那覇市健康福祉部健康推進課
保健師　上　原　周　子

去った10月６日から８日までの３日間、下関市で開催された日本小児保健学会に浦添市、うるま市、南風原町の保健師のみなさんとともに市町村を代表して参加させていただきました。

今回のテーマが「健全な社会に向けての小児保健」ということで、子どもをとりまく様々な分野からの報告や問題提起がありとても興味深い内容でした。

学会初日、那覇からの移動の疲れを感じる間もなく会場入りして聴いた公開シンポジウムは、日本の子どもたちの深刻な問題をいきなり突きつけられたようで、少し眠気のきた頭には衝撃的でした。

「人間になれない子どもたち～メディア漬けと子どもの危機～」と題した、ＮＰＯ“子どもとメディア”の清川氏の講演は、テレビ・パソコン・ケータイなどの電子メディアの発達が日々の暮らしを多彩に変えてきた一方、近年の子どもたちの半数以上が一日平均６時間を超えるメディア漬け状態に陥っていること。また、授乳しながらテレビやビデオを見ている母親が７割を超え、電子メディアに「子守り機能」や「しつけ・教育機能」を依存することに何の疑問も抱いていないこと等の内容でしたが、つい最近も、那覇市の乳児健診でブックスタートを担当したスタッフから、10ヶ月の児にパソコンで絵本を見せてますと話す母親にビックリしたとの報告があり、ほんとに身近な問題なんだと改めて考えさせられました。

二日目のシンポジウムでは、大阪家庭裁判所の橋本和明氏による「最近の非行の特徴と少年の心」、北海道大学教育学研究科教育臨床の田中康雄氏による「発達障害と非行臨床～養育環境の重要性～」、鳥取少年鑑別所の小栗正幸氏による「発達障害の視点からみた少年非行の予防」についてそれぞれ興味深い内容の講演がありました。

最近の少年非行の特徴として、①動機のわかりにくさ、②顕著な精神的未熟さ、③背景にある漠然とした不安があげられ、その背後には希薄な対人関係があり、せつなさややりきれなさを感じきれず自分の目の前から消えるのではないかという対象しかもっていない子どもの心の状態が見られるとのことでした。また、最近注目されている軽度発達障害の子どもたちは、起用に問題を回避することができず事件や世相に振り回される傾向にあるため、いかに周りの大人が成長過程で気づいてケアしてあげるかが大事なことであること、発達障害は、発達する障害であり病気ではないこと、最も重要なことは生活環境の整備と修正であるということを、非行を示す現代の子どもたちとの類似・共通点を示しながら話してくださいました。

招待講演では、金子みすゞ記念館の矢崎節夫館長による作品の紹介があり、その中から「こだまることの大切さ」「いてくれるだけでいい」「相違のすばらしさ」を感じつつ、あらゆるものに対する謙虚な気持ちやいたわりの気持ちの大切さをかみしめて私自身の心が洗われる貴重なひと時を過ごすことができました。

今回の研修を通して、人と人とのふれあいやコミュニケーションの大切さを改めて感じました。大げさな話ではなくほんとに小さな心がけの積み重ねがいかに大事なことかを意識しつつ、日常出会う妊婦さんや乳幼児をもつ親御さんに対しても少しずつでも伝えていけたらと思います。

三日間を通していろいろ貴重な時間を得ることができ感謝します。



参加者全員で記念撮影

日本小児保健学会に参加して

南風原町役場
保健師　川　端　淳　子

今回、県小児保健協会のお計らいで、10月６日～10月８日の３日間山口県で開催された第52回日本小児保健学会に参加する機会をつくって頂いた事に感謝致します。

「健全な社会に向けての小児保健」をテーマに公開シンポジウム、教育セミナー、多くの一般演題と豊富なプログラムでどれも興味深く、大変充実した研修会でした。

その中の一つ「人間になれない子ども達―“メディア漬け”と子どもの危機―」と題して清川輝基氏（NPO子どもとメディア代表理事）の講演内容の一部を私の記憶の範囲で紹介します。

＜講演内容＞

＊日本の子ども達は今、人類史にかつてなかった人体実験の真っ只中にいる。50年前と違う環境にいる子ども達。

＊テレビ、ビデオ、パソコン、ケータイ、テレビゲームなど電子メディアの接触時間 の長時間化。半数以上の子ども達が１日平均 ６時間を超え、休日は平日の1.5倍、年間にすると2,200時間で学校の授業時間の1,100時間のなんと２倍。

＊乳幼児期からの早期のメディア接触。親達がテレビゲーム世代で、テレビを見ながら授乳をしている母親が７割、子守り機能や教育機能を電子シッターに依存することに何の疑問も抱いていない。

～子ども達のからだや
心の発達の歪みや遅れとして～

◎部屋の中で過ごすことが多く、外遊びの時間激減、友達との遊び、体のぶつけ合いがなくなった。足がおかしい。長時間立っていられない。立位の状態で重心の位置が踵側に移動し、転びやすい。 背筋力の低下。

◎自律神経が鍛えられなく、体温、血圧の調整が不良。

◎子どもの脳の回路が電子映像と機械音を“快”と感じるように形成される。

◎言語形成時期に一言も言葉を発しない事が１日６時間もある。

コミュニケーション力の低下自分の意志を伝え切れない。かみつく、ひっかく、体当たり、奇声をあげる等の行動。言葉で問題解決できなく、カッターで消す。

◎視力・立体視力の低下（テレビ等は平面画面の長時間の接触のため立体視力育たない）距離感がなく、飛んでくるボールをよけきれず顔面に当ててしまう等危険から身を守るための機能が育たない。

子どもの脳や諸機能の発達には、それぞれ臨界期がある。その時期を過ぎるとやり直しが難しくなる。

～地域での取り組み～

ノーテレビデーの設定

月に一日だけまったくテレビを見ない日をつくろうという運動

「毎週土曜日はテレビの声より人の声」
「ゆたかな心 ノー テレビ デー」

（結果）親達からの声

時間がゆっくり感じられた。子ども同士で、遊びを考え出して遊ぶようになった。必要な時だけ見ることの大切さがわかった。アニメ中心の会話から、今日あった事を話すようになった。虫の音をはじめて聞いた。

山口県では、11月にPTA主催でノーテレビ、ノービデオ運動の展開を地域ぐるみで予定されている。

～最後に～

テレビの安全性と有効性は一度も証明されていない。

以上が講演内容（おおまかですみません）

多くの家庭の中で起きたらすぐテレビやビデオをつけ、一日中テレビがついている生活がしっかりと根付き、普通の生活としてなんの疑問も持たない毎日。こんな習慣を作ってしまった私たち大人の責任の重大さとそれ故に起きたといっても過言でない子ども達のからだや脳の発達への衝撃の大きさをしっかり受け止めなければいけない事を改めて考えさせられた貴重な講演内容でした。

人間が未来を構想したり、理論的に考えたり、自分の感情を抑制したりといった“人間らしい”高度な精神活動をつかさどるのが脳の中の前頭前野だそうで、長時間のメディアとの接触は脳の前頭前野は働かない事も徐々に明らかにされてきているとのこと。地域の中で子ども達が乳幼児期からからだと心を健全に発達させ、社会性を獲得しながら成長させていくには、何が必要なのか真剣に考えていかなければいけないと思った。人間になれない子ども達との題名にショックを感じながらも、ノーテレビデーとして地域ぐるみですでに取り組んでいる地域にエールを送りながら、今私自身ができること職場でできることを実行してみようと思います。

第52回「日本小児保健学会」に参加して

沖縄赤十字病院
看護師　下　地　知恵子

今回、平成17年10月６日～10月８日山口県下関市にて開催された、日本小児保健学会に初めて参加させて頂きました。

初めての学会参加に加え、参加メンバーが小児保健において沖縄を代表する方々であることや、初めてお会いする方々ばかりということもあり、不安と緊張の中での参加であった。また、３日間の学会は全て講演であることから、日々病棟で走り回っている私にとっては、まるで学生にでも戻ったような気分を味わうことができました。

学会においては、社会背景を基に、テーマを「健全な社会に向けての小児保健」と題し、医療・保健・福祉・教育・行政の視点から、現場で生じている子供たちを取り巻くさまざまな問題・現状について垣間見ることができました。中でも、初日に行われたプレコングレスセッションでは、社会問題になりつつある「子どもとメディア」と題したシンポジウムが行われ、NPO「子どもとメディア」代表理事：清川輝基先生の講演の中で、電子メディアの発達が日々の暮らしを多彩なものに変えてきたことで、子供たちの体も心も「人間になる」ための条件や環境を決定的に破壊し、奪い取ることに繋がっている。このような現状下において“メディア漬け”からどう子どもたちを救い出し、「人間になる」ための場所と時間を確保するのか、大人たちの英知が問われている。との講演に、子を持つ親として、子育てのあり方について考えさせられる機会となりました。

雇用の不安定・子育て支援サービスの不十分な現代社会が、出生率の低下に拍車をかけている中、親自身が親子関係を十分に築けないまま、多忙な日々の中で、物質的な豊かさを与えることのみに満足感を覚えている結果ではないだろうか。

真の子育てのあり方について考える中で、「家庭での祖父母の関係が薄れ、家庭での躾は多忙な両親に求められている。家庭での気ままなくつろぎと、自由なおしゃべりがお互いの人権尊重に繋がるものであることを親自身が改めて認識する必要がある。」という会頭の挨拶の言葉がとても胸に響きました。

また、招待講演の中で行われた、矢崎節夫氏による「金子みすゞ童話全集」の朗読は、いつしか忘れかけていた純粋・無垢な気持ちを呼び起こされると共に、命の大切さ・相手を認め・思いやる気持ちの大切さを改めて考えさせられました。

相手を思いやる気持ちは、利害関係抜きで相手を知ることに自ら勤めることであり、相手の悲しみ・喜びを共感できるまでに自己研鑽に努めることが必要である。

患者中心の医療の提供が叫ばれる近年、医療現場において果たしてどれだけの人間が、金子みすゞ氏の心を持ち合わせているのだろうか。いつしか医療者主体になりがちな現場において、日々自問自答しながら、少しでも金子みすゞ氏の心に近づける様努力したいものである。

その他の報告においても、小児保健を取り巻くさまざまな職種の意見や、医療現場の情報を得る事ができました。小児科病棟を抱える現場において、今回の学会参加から得た情報をスタッフや患児・両親に向け提供していきたい。

最後に、参加者メンバーでの夕食会はとても楽しく、若輩者である私の意見にもちゃんと耳を傾けてくれたことに対し心より感謝致します。

今回このような機会を提供して頂いた、小児保健協会と派遣推薦を頂いた看護協会に深く感謝申し上げます。



早朝の散歩（学会にはちゃんと間に合ってます）

沖縄小児保健賞

沖縄小児保健賞

沖縄小児保健賞は、沖縄県小児保健協会が平成４年に第44回保健文化賞（主催＝第一生命保険相互会社　後援＝厚生省　朝日新聞厚生文化事業団 ＮＨＫ厚生文化事業団）を受賞したのを記念し、平成５年に設定しました。

この賞は、沖縄の小児保健活動に著しく功績があった者で、今後も引き続き活動が期待される個人または団体を顕彰するものです。

平成17年度沖縄小児保健賞

≪個人の部≫

中　島　　健　－伊是名村立歯科診療所－

伊是名村の幼児う蝕有病状況は、中島氏が就任した平成５年度の３歳児う蝕有病者率をみると85.7％（県平均60.8％）と良好とはいえない状況にあった。氏は、将来を担う子どもたちの今後の心身の健康を左右するこの様な状況について、早急に取り組むことの重要性を痛感した。

以後、氏は乳幼児対象の村主催育児歯科教室に協力する一方、診療所においては、妊婦対象のマタニティー歯科教室を開催するなどして、妊婦や乳幼児の歯や口の健全育成を図ってきた。また、伊是名小中学校の児童生徒には、デンタルカリエスリスク検査を導入し、健康教育及び個人に応じた歯科衛生指導にあたる。またう蝕のハイリスクグループには食生活指導、フッ化物の利用、ブラッシング方法を重点的に指導し、一人あたりのう蝕本数の減少やう蝕のない児童生徒が増加するなどの効果をあげている。３歳児う蝕有病者率は平成16年度には37.9％まで減少している。12歳児のう蝕経験歯数（DMFT）の推移は、平成８年度5.7％（県6.3％）、平成16年度1.3％（県3.4％）と北部地区でも改善傾向が顕著であり、氏の活動によるところが大きい。

≪団体の部≫

社会福祉法人五和会重症心身障害児(者)施設名護療育園

重症心身障害児(者)施設「名護療育園」は昭和57年に開設され、平成７年には北部地区の療育事業を一手に引き受け実施することになる。さらには、平成12年10月に、沖縄県より県内で初めて障害児(者)地域療育等支援事業を委託され、名護市以北の９市町村のすべての障害児(者)を対象に、療育支援事業を開始した。

地域療育等支援事業の基本的事業としては、障害児育児支援の赤ちゃん体操教室、学童保育、外来保育、病後児保育などである。

支援事業は、障害児が身近な地域で相談や療育指導、生活支援が受けられ、障害児のニーズに応える画期的な事業であり、平成13年度以降在宅支援訪問療育指導件数が飛躍的に伸び、施設内支援から地域支援へとシフトした。名護療育園は、支援サービスの開発に先駆的に取り組み、他の地域のモデルとなるなど成果を挙げている。

その他、園内療育研究発表会を毎年開催し、職員の資質向上と地域の保健・医療・福祉との連携を図りながら、北部地域の障害児の療育支援の体制づくりにも尽力している。

沖縄小児保健賞を受賞して

伊是名村歯科診療所
所長　中　島　　健

沖縄県の北部に位置する伊是名村は人口2000名弱の離島村で、まだ自然の多く残る美しい島です。1983年に村立歯科診療所が設置され、1993年に歯科医師不在のため要請を受けて、私は妻とともに北九州からここ伊是名島に越してきました。伊是名村には高校はありませんので、小中学校の校医に命ぜられ、子供たちの口腔内環境との格闘が始まったのです。

予想以上のむし歯の多さと、慣れない土地での奮闘であっという間に２年間が過ぎていきました。この間はむし歯の治療が中心ではありましたが、学校でのフッ素洗口の提案、PTAへの講演などを通して、むし歯は予防すべき疾患であるという意識改革を啓蒙する時期となりました。

平均４、５名の兄弟がいて、両親共働きがほとんどの島では、子供一人に対する十分なケアが家庭でできないのが現状でした。フッ素塗布による歯質強化、萌出してくる永久歯への予防填塞（シーラント）、診療前の歯垢を染め出ししてのブラッシング指導の徹底という、歯科診療所内での予防が次のステップでした。しかし、根本的なむし歯予防には生活改善が必要と考えるようになり、その方法を思案していました。

1998年には当時、全国でもわずかの歯科診療所でしか行われてなかったカリエスリスク検査を、伊是名小中学校全員（約250名）に導入しました。カリエスリスク検査とはむし歯の原因菌、唾液の量、性質、歯垢の量、間食の回数、フッ素の応用頻度などの情報から総合的にむし歯になりやすさを測定するものです。このころからは、妊婦や乳幼児にはマタニティー歯科教室、育児歯科教室等の母親教育、学童にはカリエスリスク検査に基づくむし歯予防教育（学校ならびに歯科診療所）を全員に行うことによって、むし歯予防へのコンセンサスが確立してきました。ここにきてようやく生活改善へのアプローチがみえてきました。

少しずつむし歯の数が減り、予防への取り組みが年々、強化され、結果が出てくることで、周囲の関係者も理解が深まり協力体制が整ってきました。学校では給食後のフッ素歯磨き剤でのブラッシング、学校内での定期的な染め出し指導、歯科診療所への定期健診やフッ素塗布などの漏れのないケアが行われ、両親の関心もむし歯のみならず歯肉炎や歯並びにも向くようになってきました。

現在９年間カリエスリスク検査を継続中で、全員の歯科ファイルを作成、学校に保管するようになり、以前からのリスク、口腔内写真、治療経過など一目でわかるようになりました。そしてリスクの高い生徒を抽出して、定期健診や重点的な指導など密度の高い予防管理ができるようになってきました。

このたび、沖縄小児保健賞を受賞したことは思ってもみなかったことだけに、本当にうれしく、また今後の活動への大きな励みになります。この小さなコミュニティーで可能なことが、沖縄のまだむし歯が多発している地域の参考になることを期待して、さらにむし歯ゼロをめざして努力していきたいと考えています。

沖縄小児保健賞を受賞して

社会福祉法人五和会 名護療育園
施設長 泉 川 良 範

この度は、本島北部の名護市にある一つの重症心身障害児施設が行ってきた小児保健活動に対して小児保健協会が暖かい眼差しを向けて下さったことに大変感謝しております。私どもの施設は、昭和57年（1982年）に開設した重症心身障害児施設です。「最も弱い者を一人ももらさず守り抜く」という理念に基づいて、園の創設者たちとその後継者は、道なき道を切り開いてきました。20年以上の時を経て、重症児施設で培われた障害児者を守る文化は、地域保健活動へと向かって行きました。これも時代の要請に沿う形で行われ、高江洲悦子先生（第五代園長）により、名護市をはじめとした北部地域の障害児保育巡回指導やてんかん患者を中心とした小児神経疾患児のための専門外来が始められました。外来通院する障害児の居場所作りのために、「外来保育」を先駆的に開始し、後に県内初の沖縄県重症心身障害児通園事業（「ひまわり」）へとつながっていきました。その後、平成12年（2000年）に県内では初となる沖縄県障害児(者)地域療育等支援事業（支援事業と略します）を受託し、北部の障害児療育を担う事となりました。昭和の時代から、北部地域は、日暮先生はじめ県外の先生や中南部（発達センターの落合靖男先生はじめスタッフの皆様）に支援されながら障害児療育がなされてきました。支援事業の受託を機会に、北部地域自らの手でこれを行うこととなりました。このために、北部福祉保健所の仲宗根正所長（当時）が中心となって、北部の障害児療育のネットワーク作りを行って下さいました。北部における地域ネットワークは、名護療育園の小児保健活動にとり、なくてはならぬものであり、むしろこのネットワークをして今回の受賞につながったものと考えております。関係者に「熱く」お礼申し上げます。

支援事業を転機として、発達障害の乳児健診後のフォロー体制作りとして赤ちゃん体操教室「よちよち」（本学会にて発表）を開始し、「外来保育」を経由して地域の障害保育や普通保育へつなげています。離島の療育支援は、北部福祉保健所の「親子ふれあい事業」とタイアップする形で継続し、衛星通信を使った遠隔療育相談やリハビリの研究も行っています（本学会にて発表)。県立北部病院に長期に入院する児の在宅化への支援も「ひびきの会」(本学会にて発表）を通じて継続しております。最近は、高機能自閉症児とその家族へのサポートのための「虹色ワクワク会」を立ち上げ、軽度発達障害児への支援も開始しております。

名護療育園のすべての地域保健活動が、地域ネットワークの中で機能するという特徴があり、北部独自のスタイルとして、今回その事が評価されたものとうれしく思います。また、この活動の基本には、声なき重症心身障害児の思いを担った重症児施設の熱い思いがあることをお伝えしたいと思います。

今回の受賞を励みに、益々頑張って行きたいと存じます。大変ありがとうございました。



《個人の部》　中島　健　氏



《団体の部》　名護療育園

協会活動報告

平成17年５月21日、定期総会と小児保健学会を、沖縄県医療福祉センターにおいて開催した。総会においては、平成16年度の事業報告・決算報告、平成17年度事業計画（案）・収支予算（案）、役員改選について審議された。

沖縄小児保健賞の顕彰は、団体の部“社会福祉法人五和会重症心身障害児(者)施設名護療育園”、個人の部“中島健氏(伊是名村立歯科診療所)”に行われた。

特別講演は、国立成育医療センター第一専門診療部内分泌代謝科医長の堀川玲子先生に「小児生活習慣病－なぜ治療が難しいのか－」と題して、講演いただいた。

学会は、一般講演12題の発表があり活発な意見交換がなされた。

平成17年７月１日に乳幼児健康診査実績報告会並びに市町村母子保健担当者研修会を、自治会館において開催した。報告会は、一般健診の部を本協会副会長宮城雅也先生が、歯科健診の部を理事の比嘉千賀子先生が担当し、健康診査結果から読み取れる統計情報について講演いただいた。研修会には、本協会の平成16年度特別研究事業「乳児一般健康診査－モデル健診報告－」について、理事の糸数公先生に報告いただいた。また、はしか“０”プロジェクト委員会委員長の知念正雄先生に「健康診査時におけるはしか予防接種勧奨」について講演いただいた。

平成17年８月28日乳幼児健康診査に関する医師研修会を、ホテル日航那覇グランドキャッスル３階歓会の間において開催した。講師には本協会会長玉那覇榮一先生「沖縄県における乳幼児健診の歩み」、副会長宮城雅也先生「成長の評価と助言方法（身長・体重・頭囲)」、沖縄小児発達センター院長高良幸伸先生「乳幼児健康診査における精神運動発達の診方」、アワセ第一医院副院長浜端宏英先生「乳幼児検査における検査（血液･尿）の評価」、沖縄市役所健康福祉部市民健康課嘱託管理栄養士高吉由紀子先生「乳幼児健康診査についての報告」とそれぞれ講演いただいた。

平成17年12月10日育児相談に関する研修会を、沖縄県との共催によりサザンプラザ海邦において開催した。講師は心身障害児総合医療療育センター臨床心理科長三浦幸子先生に「育児相談の基本」と題し講演いただいた。

平成18年１月19日、第39回沖縄県母子保健大会を沖縄県との共催により宜野湾市民会館大ホールにおいて開催し、600余名の参加者を得た。式典では、県知事表彰４名と大会長表彰15名の個人が表彰された。

特別講演は、芸術教育研究所長・おもちゃ美術館館長の多田千尋先生に「遊びが培う三世代子育て支援―ウチナーンチュだからできること―」と題して、講演いただいた。

平成18年１月20日に平成17年度保健セミナーを午前、午後の２部構成で、沖縄県看護協会において開催した。午前の部、沖縄小児発達センター副院長・重症心身障害児施設周和園園長の當山潤先生に「障害児の育児・養育」と題して講演いただいた。

午後の部は、母子保健推進員育成を目的に沖縄県と小児保健協会の共催で、「私の考える主体的な母子保健推進員活動とは」のテーマでグループワークを開催した。宮古島市健康推進課保健師仲宗根美佐子氏が「母子保健推進員育成の実践」と題した活動報告を行い、その後各グ

ループでの討議結果発表を踏まえて、千葉大学看護学部教授宮崎美砂子先生に「地域組織活動の進め方」について講演いただいた。

平成17年度の新規事業として、市町村保健師を日本小児保健学会へ派遣する制度を新設し、初年度は４名を山口県で開催される全国学会へ派遣した。

また、ホームページを開設することで、県民への情報提供に努めるとともに、長年の懸案事項であった「沖縄小児保健センター（仮称）」建設のためのプロポーザルコンペを実施し、センター建設に向けてスタートした。

経常的事業活動としては、主なるものが健康診査事業で、平成17年度49市町村から乳児と３歳児健康診査の委託を受け、１歳６か月児については、28市町村からの委託と16市町村からの健康診査結果情報処理業務の委託を受け事業実施した。また健康診査データについては「平成16年度乳幼児健康診査報告書」としてまとめ、市町村や関係者へ配布した。

広報活動の一環である機関誌「沖縄の小児保健」33号を発刊し、会員や関係者等へ配布した。

その他の活動は、はしか“０”プロジェクト推進活動と沖縄県母子保健推進員連絡協議会活動の事務局を担う等母子保健活動推進団体の支援を行った。

以上の事業や諸活動は、理事会および各種委員会での討議を踏まえて推進された。

平成17年度総会・学会プログラム

司会　宮　里　明　美

〔総　会〕

1　開 会 の 辞　　大　城　清　子

2　会長あいさつ　　玉那覇　榮　一

3　議長団選出

4　議　　事

(1)　平成16年度事業報告に関する件

(2)　平成16年度収支決算報告並びに会計監査報告に関する件

(3)　平成17年度事業計画（案）に関する件

(4)　平成17年度収支予算（案）に関する件

(5)　役員改選に関する件

(6)　その他

5　“沖縄小児保健賞”の贈呈について

6　閉 会 の 辞　　宮　城　雅　也

〔学　会〕

一般講演

座長　平　安　京　美（沖縄整肢療護園）

1　児童デイサービス事業「アラジン」を開所して

前代倫子　島袋美香　安里積　高良幸伸　當山潤　喜友名和子
（沖縄小児発達センター）

2　在宅支援としての短期入所事業実態報告
―肢体不自由児、重症心身障害児(者)の場合―

森根庄子　當山　潤（周和園）
大城秀子　喜友名和子　高良幸伸（沖縄小児発達センター）

3　遠隔リハビリ・遠隔療育相談の試み―「安心」はオンラインに乗るか―

泉川良範　比嘉正人　小浜厚司　勝連啓介　知念元恵　仲本千佳子
（社会福祉法人五和会　名護療育園）

座長　古　謝　安　子（琉球大学医学部保健学科地域看護学）

4　新生児・乳児訪問指導内容の分析

宮城章子　金城麻奈美（医療法人敬愛会　中頭病院）

5　過去３年間の未受診妊婦および出生した児の検討

小濱守安　源川隆一　真喜屋智子　木里頼子　橋口幹夫
（県立中部病院総合周産期母子医療センター）

6　育児支援型の乳幼児健診の検討

嘉数依子　金城和歌子　當山ヒロミ　金城利枝　赤嶺豊（豊見城市役所）
照屋明美　知念寿子　宮里明美　知念文枝（沖縄県南部福祉保健所）
糸数公　大城清子（沖縄県小児保健協会特別研究事業班）

7　中城村における乳幼児健康診査について

與儀智枝美　比嘉昌子　照屋淳（中城村役場）
外間登美子（琉球大学医学部保健学科母子・国際保健学分野）

座長　喜友名　琢　也（海邦病院）

8　診療所受診児の麻疹ワクチン累積接種率　―平成17年１月の受診児における調査―

知念正雄　新里ハツ子　平田和美　石原育子　上蔵尚美
比嘉さゆり　大濱千秋　福崎泰子（いちご会　知念小児科医院）

9　妊婦における気管支喘息・内科合併症の有無と出産時合併症の関連

奥間稔（豊見城中央病院）

10　那覇市五者会議の設立と効果について　―麻しん“０”を目指して―

上原真理子　崎濱寿賀子　知名保（沖縄県中央保健所）

糸洲誠悦　屋嘉のり子　上原周子　安慶田憲一（那覇市）
大嶺紀夫　大城義智（那覇市教育委員会）
屋良朝雄（那覇市立病院）
仲間秀人（沖縄県福祉保健部健康増進課）
知念正雄（沖縄県はしか“０”プロジェクト委員会）

11　最初の一本を吸わせない官学協働事業報告（第１報）
―北部地区の学校における敷地内・施設内禁煙、喫煙防止教育の実施状況について―
山城幸子　比嘉ミヨ子　具志堅桂子　儀部由紀子　上地香
糸数公　比嘉政昭（沖縄県北部福祉保健所）

12　最初の一本を吸わせない官学協働事業報告（第２報）
―学校における喫煙防止教育の評価について―
糸数公　山城幸子　比嘉ミヨ子　具志堅桂子　儀部由紀子
上地香　比嘉政昭（沖縄県北部福祉保健所）

〔特別講演〕

座長　玉那覇　榮　一（沖縄県小児保健協会長）

「小児生活習慣病　―なぜ治療が難しいのか―」

国立成育医療センター第一専門診療部
内分泌代謝科医長　堀　川　玲　子　先生

投　稿　規　程

1　投稿原稿の、共著者は会員であることを要します。
　他誌に掲載ずみ、または掲載予定のものは採用しません。
2　投稿原稿の採否は学術・編集委員会に一任して下さい。
3　論文は研究・報告・資料のいずれかを指定して下さい。場合により論文の種類の変更を求めることがあります。
4　論文の種類は次の通りです。
　①　研究（原著）とは、一般的研究論文で、査読の対象となります。
　②　報告は、自由な形式の調査・研究報告です。
5　原則原稿はワープロ打ち出しで、横46字詰め41行にして下さい。その際はフロッピーディスク、またはＣＤも一緒に提出して下さい。ラベルに機関名、呼び出し名、発表者も明記して下さい。
6　投稿論文は、コピー２部を添えて下さい。論文の１頁は、表題、英文表題、著者名、共著者名は姓名を邦字と英字で所属、勤務先を記して、原稿の表に付して下さい。
7　著者の所属、勤務先および自宅の住所ならびに電話番号を邦字で別紙に明記して下さい。
8　投稿原稿は、１篇25枚（400字詰め）以内で図表は１点１枚として計算します。
9　図表は明瞭に書いて１枚ずつ別々にＡ４用紙に添付し、文中に挿入の位置を明示して下さい。
10　章節のはじめの方は、なるべく、Ⅰ、Ⅱ…、１、２…、ⅰ、ⅱ…、ａ、ｂの順にして下さい。文中および図表の数字はアラビア数字、ギリシャ文字を用い（すなわち１、２、３…、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ…）度量衡の単位は次のように記して下さい。kg、ｇ、m、cm、mm、ℓ、dℓ、mℓ、ｇ／dℓ。
11　文中の引用文献には引用順に番号を付し、引用文献は末尾に一括して番号順に記して下さい。引用文献の記載は次の形式によって下さい。
　ⅰ）雑誌の場合：著者名、表題、雑誌名　発行年；巻：最初の頁－最後の頁
　ⅱ）単行本の場合：著者名、書名、版数　発行 社の所在地名：発行社，発行年　分担執筆の場合：著者名、分担執筆部分の表題、編集者名、書名、版数　発行社の所在地名：発行社　発行年：分担部分の最初の頁－同最終の頁
　ⅲ）著者名，編者名は３名までは全員を記載し、４名以上の場合は最初の３名を記載し、以下「他」（日本語文献の場合）あるいは「et al」（外国語文献の場合）とする。
　ⅳ）例
　　１）南国太郎，沖花子．乳児の貧血に関する研究．沖縄の小児保健　1995；１：43-44.
　　２）那覇志郎．乳児血色素量の標準偏差．沖一郎編．血液検査指導ガイダンス．第１版，沖縄：保健協会社，1998：24-26.
　　３）Atkins JT, Heresi GP, Coque TM, et al：Recurrentgroup B streptococcal disease in infants：Who should receive rifampin? J Pediatr 1998;132:537-539.
　　４）Klein JO, Marcy SM:Bacterial Sepsis and Meningitis. In Remington JS, Klein JO (ed)：Infectious Diseases of the Fetus & Newborn Infant, 4thed, Philadelphia, WB Saunders, 1995：835-890.
12　投稿論文は、別冊20部を無料で進呈します。それ以上を希望する場合は、予め申出により実費著者負担のうえ送付します。
13　原稿の送り先
　〒900-0034　沖縄県那覇市東町１番１号
　（社）沖縄県小児保健協会　編集部

編 集 後 記

平成18年は県立南部医療センター・こども医療センターが開院し、そして小児保健協会にとっては念願の会館建設がいよいよ始まる年です。このような時期にこの第33号は発行されます。おかげさまで満足のいく仕上がりになりました。執筆をしていただいた皆様に深く感謝申し上げます。

巻頭言は、宮里善次先生にお願いいたしました。少子化についての考察は興味深く、「物欲には際限がなく、自分より豊かな人間の存在を知れば知るほど、豊かさを実感できなくなっている人が多い」、「実り豊かな成果を次世代に投資するより、己で満喫する人たちの割合が増えつつある」、「今の日本人は金を貰えば産むのだろうか？」等、同感し、また非常に考えさせられます。

屋良朝雄先生には、小児救急の現状と展望について書いていただきました。本県の小児救急医療がうまくいっているように思えるのは諸施設がいろいろな工夫をし、一部献身的な行為によって乗り切っているからこそであると指摘され、本県でも小児救急医療体制構想の必要性を述べています。同感です。

知念正雄先生の提案する、麻疹など診療所における院内感染を少なくするための試みは非常に大事な視点からの提案だと思います。具体的には、日常診療において母子健康手帳でワクチン接種歴をチェックし、未接種者に対する接種スケジュールを立てて対応するという事ですが、常日頃から心がける必要があると反省させられました。

報告では、在宅障害児の支援方法として小児発達センターと秀和園から児童デイサービス事業と短期入所事業の現状が紹介されています。介護者のレスパイト的家族支援、家族の機能を補完する大切な制度としての役割を担えている反面、期待が大きく利用希望が多いため利用回数が制限され利用者のニーズに添えないという課題がある一方、利用者からのニーズがないと回答する施設もあるなど事業所間で温度差がある事も指摘しています。

名護療育園からは、離島に住む障害児者に対して衛星回線を使った双方向テレビ会議システムによる遠隔リハビリ・遠隔療育相談の試みの報告があります。課題は多いようですが大変興味深い試みであり、今後の行方を期待したいと思います。

各市町村からの報告はとても示唆に富む内容になっています。中頭病院からは新生児訪問事業を、豊見城市は、「乳幼児健診の場での育児支援とは何か」についての検討を、中城村ではフォロー健診が重要な役割を果たしていることを報告しています。

沖縄県は平成17年度、麻疹発生‘０’を達成しました。大変な快挙だと思います。はしか‘０’プロジェクト委員会を中心とした関係機関の努力が実を結んだ結果ですが、上原真理子先生の報告は那覇市での具体的な取り組みが紹介されています。

北部福祉保健所は、喫煙防止教育等の実施状況について報告していますが、PTAや学校職員の学校における禁煙・分煙に対する関心の低さ、学校敷地内禁煙推進の難しさが伝わってきます。一方で、八重山福祉保健所の譜久山先生の地域レポート「八重山の禁煙ピアの活動」は対照的です。生徒（ぴあっこ達）が中心になりタバコの害を講演し、その活動は二つの賞を受賞。教師や友人との関係にいい効果が現れ、学校の敷地内禁煙も達成しています。喫煙防止教育のとてもよい見本になる活動だと感心いたし

ました。

保健セミナーでは、當山潤先生に障害児の育児・養育について講演していただきました。障害とは何か、発達障害や自閉症、学習障害や脳性麻痺のこどもたちの特徴や接し方等、非常に具体的でわかりやすい内容になっていて読み応えがあります。

特別寄稿は、琉大の岩永正明先生にお願いいたしました。途上国のこども達の目の輝き、死ななくても済むのに死んで逝く子ども達、途上国の人口増加と日本の少子化の関係など、非常に考えさせられました。全国一の子だくさん、多良間島から盛島幸子さんの報告は対照的です。多良間島ではなぜ多産なのか、読み比べると非常に面白いですよ。

特別寄稿をもう一つ。嘉数朝子先生に書いていただきました。絵本の持つ力、ブックスタートの紹介の他、小児科の待合室やこどもたちが集まるスペースに並べる絵本の選定の良いガイドにと「小児科医がみつけた　えほん　エホン　絵本」を紹介していただきました。絵本を探している皆さん、是非参考にして下さい。

海外レポートは、比嘉文子先生に書いていただきました。マチュピチュ、クスコ、ナスカの地上絵、チチカカ湖。すごくうらやましいですね。浮き島に暮らすこどもたちの様子が生き生きと伝わってきます。

学会参加報告をして下さった皆さん、ご執筆ありがとうございました。

今年度の沖縄小児保健賞は、伊是名村立歯科診療所の中島健先生と名護療育園の活動に対して授与されました。今後の活動も期待しています。

（當間　隆也）

編集委員

當間隆也　嘉数朝子　安次嶺　馨　小渡有明
福盛久子　宮城仲健　泉川良範　呉屋良信
浜端宏英　比嘉文子

沖縄の小児保健第33号

平成18年３月31日発行

発行人　玉那覇　榮　一
編集代表　當　間　隆　也
発行所　社団法人　沖縄県小児保健協会
〒900-0034 那覇市東町１番１号
TEL 098－863－8462
印刷所　沖縄コロニー印刷