巻　頭　言

新たな事業へのご協力を

ＮＰＯこども医療支援わらびの会
理事長　真栄田　篤　彦

沖縄県内の乳幼児健診等の小児保健事業に取り組まれている会員の先生方のご活躍に敬意を表します。

昨年の厚生労働省発表の各種統計資料によりますと、沖縄県の新生児死亡率および乳幼児死亡率が年々改善し、平成15年度は全国でも42位まで下降しております。このことは日頃から小児保健に関わって来られました会員皆様方の御努力の成果の賜物と思います。

なお、那覇市医師会（私が副会長拝命中）ではこれまで長年にわたり、那覇市の１歳半健診事業を行って参りましたが、貴小児保健協会会員からかねてからのご意見があった「小児科医に１・６健診事業を」との件について、本年３月の那覇市医師会理事会で協議した結果、医師会事業として平成17年度から撤退することに決定しました。本年度は那覇市内で開業する小児科医や近郊市の小児科医の協力を得て、市の健診担当者が直接交渉依頼で協力医を募るとのことです。貴会員にも協力ご依頼が来ましたらご配慮ください。同健診事業は、平成18年度から貴会に「１歳半健診事業」の実施依頼が那覇市から来るものと思います。那覇市の大所帯の１歳半健診事業についてご協力をお願い申し上げます。今後は私も一会員として那覇市の同健診事業に協力していく所存です。

さて、平成８年から病児を持つ母親や保護者の各種団体の集まりからなる「こども病院を沖縄県にも」という趣旨で立ち上がった「母子総合医療センター設立推進協議会」では、約20万人近い署名を集め、国や県に対して県民の思いを要請してきました。そして稲嶺県政は「母子総合医療センター」建設を決定、高度・多機能病院（新那覇病院）に併設の形で、いよいよ平成18年４月に開院します。母子総合医療センター設立推進協議会では初代会長として前琉球大学医学部小児科教授・平山清武先生が就任、こども病院建設の決定に多大な貢献をされました。平山先生の後任として私が平成14年から今日まで同会会長として務めて参りました。今日まで当推進協議会では、病児と御家族が安心して「こども病院」で治療を受けられるよう病院設計に関しても、患者の立場を考慮した要望を県に伝えて参りました。こども病院が完成した後の、実際に病児たちが高度医療を受けられるよう小児専門医の確保を要請しております。なお、本年４月16日に同会を発展解消し、あらたに「ＮＰＯ法人こども医療支援わらびの会」を発足し、県に申請中です。

わらびの会の主事業は、平成18年４月のこども病院開院後、こども病院内で活動する「病院ボランティア」を養成していくことと、離島・遠距離からの入院御家族のための宿泊施設整備に向けて関係機関との調整を進めているところです。

「宿泊施設」は通称ファミリーハウスと呼ばれておりますが、前身国立小児病院と大蔵病院が国立成育医療センターとして移転した際、ドナルド・マクドナルド・ハウス・チャリティーズ・ジャパ

ン　デン・フジタ財団が同センター近くに国から土地を購入し、「ドナルド・マクドナルド・ハウス世田谷」を日本で１番最初に建設運営しております。２番目は宮城県こども病院に、同県浅野史郎知事が要請して同財団に土地を無償提供し「ドナルド・マクドナルド・ファミリーハウスせんだい」を建設・運営をしております。（インターネットウエブ検索で「宮城県/こども病院の開院」参照)。３番目は今年３月高知県のこども病院に橋本大二郎知事の要請で、同財団がファミリーハウスを建設・運営しております。来る10月には大阪府の国立循環器センター大阪に近在して４番目のファミリーハウスが開設します。同様なファミリーハウスは世界24カ国に237箇所（‘04年３月時点）マクドナルド・ファミリーハウス財団による建設・運営がなされております。1974年の世界第１号ハウスがフィラデルフィアに誕生して以来、ハウスの活動は国境を超え、海を越え、世界中に広がっています。これまでにハウスを利用された御家族は1000万人を超えています（ウエブ検索「ドナルド・マクドナルド・ハウス」参照)。ハウスの管理者も国外での研修を受けてから、日本国内のハウスの運営管理を行っており、単なる宿泊施設ではなく、入院児童の御家族のためのくつろげる、心の交流ができるファミリーハウスとして運営しております。私たちは沖縄県のこども病院にも是非、同財団に建設・運営をとご依頼申し上げて参りました。しかし、同財団は、新たなファミリーハウスの整備は今後行わないとの方針を示しており、運営に対する資金援助は前向きに検討する（初年度は1400万円、以後年間800万円）との考え方を同財団事務局長が県に対して表明しております。そのためファミリーハウス建設に関しては、関係機関・企業と今後も交渉していかねばなりません。

私たちわらびの会は小児医療を受けている15団体で構成しており、病児を持つご家族や、沖縄県の将来を支えてくれる子供たちのためにも、また新しくスタートするこども病院のためにも、貴協会会員の皆様方の協力を頂きたいと願っております。終わりにあたり、貴協会のご発展、ご活躍を祈念しております。

目　　次

巻 頭 言

新たな事業へのご協力を …… 真栄田篤彦

論　　壇

母子保健新時代 …… 糸数　　公 …… 1

研　　究

2003年３月～2004年３月における当施設でのインフルエンザ発生状況

大城　　聡 …… 3

早産児における直接授乳とビン哺乳の呼吸循環動態への影響の比較

島袋　　史 …… 7

報　　告

地域の中で子育て支援事業が果たす役割

―虐待の疑いのある母親、発達障害を持つ子どもへの支援から―

大城　栄子 …… 14

発達障害を持つ子どもと家族への育児支援

―障害児保育の実践を通して― …… 川平　夕子 …… 19

乳幼児健診のあり方に関する研究 …… 糸数　　公 …… 23

チャイルドシート着用の検討

―チャイルドシート着用率は改善したか― …… 小濱　守安 …… 28

母乳分泌維持、早期直接哺乳の確立にむけて

―ＮＮＳの導入前後を比較検討して― …… 當間　紀子 …… 33

具志川市麻疹対策事業

―家庭訪問等による予防接種指導の試み― …… 濱比嘉由美子 …… 37

当クリニックにおける予防接種実施状況と保護者の意識 … 奥平　貴代 …… 44

中央保健所管内（那覇市・浦添市）

麻疹予防接種保護者意識調査（ＫＡＰstudy）第１報 …… 上原真理子 …… 51

保健セミナー

乳幼児の難聴について …… 牛迫　泰明 …… 59

小児の発達と障害―その見方と対応― …… 栗原　まな …… 65

特別寄稿

小児医療専門三団体 …… 浜端　宏英 …… 87
小児医療施設における「あそびの空間」と「家族の空間」 … 仲　綾子 …… 90

地域レポート

多良間村3.14で日本一（その１） …… 盛島　幸子 …… 93

海外レポート

ニュージーランドの医療福祉施設を視察して …… 玉那覇榮一 …… 95

学会参加報告

第51回日本小児保健学会に参加して …… 垣花美智江 …… 99

沖縄小児保健賞

沖縄小児保健賞の設置 …… 101
小児保健賞を受賞して …… 仲宗根真知子 …… 102
沖縄小児保健賞を受賞して …… 平良　真知 …… 103

協会活動報告

平成16年度総会・学会プログラム …… 105
平成15年度事業報告 …… 108
平成16年度事業計画 …… 115
平成15年度理事会審議事項 …… 117
定　　款 …… 119
役員名簿 …… 125
投稿規程 …… 126
編集後記 …… 當間　隆也 …… 127

論　壇

母子保健新時代

沖縄県北部福祉保健所
糸数　公

この春から10年計画となる次世代育成支援対策推進法による地域行動計画が動き出す。わが国の少子化の状況は深刻で、将来の社会保障制度そのものの存立も危ういとして、平成15年７月に同法律が制定された。これまでエンゼルプランなどで行われていた児童福祉サービスだけでは少子化の進行に歯止めがかからないとして、母子保健、教育、生活環境、労働等の多部局が連携して総合的に対策を推進するというねらいがある。

これに伴いこれまで市町村の母子保健のルーチン事業の後ろ盾となってきた国の母子保健課長通知が廃止された。すなわち国のスタンスは、次世代育成という大きな枠組みの中に母子保健は含まれるというものだ。飛躍しているかもしれないが保健（予防）が福祉（後追い）の枠組みの中に取りこまれたとも考えられる。保育サービスや待機児童といった住民の需要（デマンド）に対し、それに見合ったサービス量を提供するという福祉の考え方に対して、保健は予防の視点から、地域に埋もれるニーズを拾い上げ施策に結びつけていくという流れなので、成果が見えにくい。しかしその視点は重要だ。

表題に「母子保健新時代」と掲げたが、旧時代、すなわち20世紀のわが国の母子保健は成果の見える活動を展開してきた。感染症や低栄養といった課題に対して、予防接種や健診、家庭訪問などのシステムを作り上げ、全国一律の保健政策を地域で展開することにより、これらの課題の多くを克服してきた。その成果を示す指標としてよく用いられるのが乳児死亡率である。1950年当時60であったその値は2001年には3.1にまで改善した。もちろん、その背景にある医療の充実、栄養・衛生状態の改善、経済成長といった因子も寄与したことはいうまでもないが、国が決定した政策を地方自治体で遂行するという行政システムが機能していた時代である。しかし、そのしくみはいつまでも続かなかった。高度経済成長や大量消費社会を経ていくうち、人々の価値観やニーズが多様化し、これまでの方法では対応できない部分も出てきた。そこで「地域の課題には地域で取り組む」という考えを基本とする地方分権の流れが生まれてくる。地方分権では住民に最も身近な自治体である市町村がその担い手である。これらを受けて平成６年には地域保健法が制定され、平成９年から健診事業などの一次的直接業務は市町村に移譲された。

健やか親子21はそんななか、2000年に策定された。21世紀の母子保健のビジョンが示された計画である。20世紀にわが国が作り上げたシステムを用いて、21世紀の母子保健の課題（児童虐待、子育て不安、不妊治療、荒れる思春期、子どもの事故など）にいかに対応していくかと

いう考え方で、これまでルーチン事業として行われてきた健診や訪問などを、新たな課題に対応できる形にモデルチェンジすることを推奨している。昨年度から本協会がとりくんでいる「乳幼児モデル健診研究事業」もその流れを受けたものである。しかし、これら多様化する課題に従来の保健事業だけで対応するのは困難なので、例えば「子育て中の親子がこの地域で充実した生活を送れる」という共通の目標を設定し、親子はサービスを受けるだけではなく、自らできることを行う(自助)。地域では住民組織や関係機関がそれぞれのできることを展開していく（互助)。役所の中では保健分野が他の教育、福祉、労働といった他部局を巻き込み、環境整備や政策づくりを行う（公助)。そういう「地域づくり」を目指した考え方が健やか親子21のベースにはある。

そして今、三位一体改革の影響を受け、これまで国から地方自治体に対して補助金という形で配られた予算が削られ、「事業をこなせば金がもらえる」時代は終焉を迎える。市町村は独自のプラン（次世代育成行動計画）に基づいて事業を実施し、交付金として配布された予算を「その成果に応じて配分」することになるであろう。乳幼児健診といえども、その目的や成果を図る指標を示し、必要性を計画に明記していないと財政サイドは説得できない可能性もある。

新しい時代を迎えつつある今、母子保健も、「公助」だけではなく「自助」や「共助」の比率を多くしなければならない。そのために何をなすべきか。住民の話に耳を傾け、共にどんな地域だったら良いか話し合い、できることから行動を起こし、その活動を評価する。本来の保健行政のあるべき姿をすればよいのである。国によって決められた事業に追われる時代から、住民と話し合い地域の問題を地域の力で解決する時代が到来するという認識で、地域に目を向けよう。

研　究

2003年３月～2004年３月における当施設でのインフルエンザ発生状況

大城　　聡　　平安　京美　　仲田　行克

【はじめに】

沖縄整肢療護園は、移動機能レベルあるいは日常生活動作（ＡＤＬ）レベルが比較的高い状態の肢体不自由児、ペルテス児が入所する第１病棟、医療的ケアが必要な重症心身障害児（以下、重症児）が入所する若夏愛育園第２病棟、同じく重症児だが療育を主体とするものが入所する第３病棟というそれぞれの特徴を持つ病棟から構成されている。当施設では平成11年度から希望する入所者に対してインフルエンザワクチン接種を実施してきたが、平成15年３月にＢ型インフルエンザ、平成16年２月にはＡ型インフルエンザ（Ｈ３Ｎ２）の施設内流行が発生した。それぞれの流行について、臨床的に検討を行ったので報告する

【対象および方法】

平成16年３月までに２年以上にわたり沖縄整肢療護園あるいは若夏愛育園に入所し、過去２回［平成15年３月Ｂ型インフルエンザ、平成16年２月Ａ型インフルエンザ（Ｈ３Ｎ２）］の施設内流行を経験した103例を対象にして検討を行った。このうち保護者の同意が得られた97名はインフルエンザワクチンの接種を受けていたが、残り６名は保護者の同意が得られずいずれのシーズンもワクチン接種は受けていなかった。表１にそれぞれの施設内流行時の発生者数を示した。このうち重症児20例の年齢は６～26歳で、男性11例、女性９例であった。大島分類[1)]では分類１が７例、分類２が８例、分類４が２例、分類５は３例であった。肢体不自由児８例については、年齢は８～17歳で、男性５例、女性３例であった。これら発症者に対して、発症時インフルエンザ抗体価（ＨＩ法）、インフルエンザ治療薬オセルタミビル投与後の臨床経過、合併症などについて調査し検討を行った。なお、Ｂ型インフルエンザ発症者１例を除き、全員がワクチン接種を受けていた。ワクチン製剤はデンカ生研および阪大微研のインフルエンザHAワクチンを用いた。またその接種量は体重当たりで決定し、体重19Kg以下は0.1ml、体重20-30Kgまでは0.2ml、体重31-40Kgまでは0.3ml、そして体重41kg以上では0.4mlを接種した。また13歳以下では２～３週間隔で２回接種、14歳以上で１回接種という方法を実施した。またインフルエンザに対するHI抗体価はすべてインフ

Clinical Sutdy of Patients with Influenza in Okinawa Seishi Ryougoen , 2002-2003.

Satoshi OSHIRO, Kyoumi HIRAYASU, Yukikatu NAKADA.

沖縄整肢療護園　小児科

ルエンザ発症後24時間以内に採血し、エスアールエルに依頼し測定した。インフルエンザの診断は免疫クロマトグラフィーを原理としたキャピリアFlu A, B（日本ベクトン・デッキソン）を用いて行った。なお発熱期間の有意差の検定にはWilcoxon検定を用い、５％を有意水準とした（$p<0.05$）。

表１　対象

①平成15年3月にB型インフルエンザを発症した7例
（重症児　６例　肢体不自由児 １例）

②平成16年2月にA型インフルエンザ（H3N2）を発症した21名
（重症児　14名　肢体不自由児　7名）

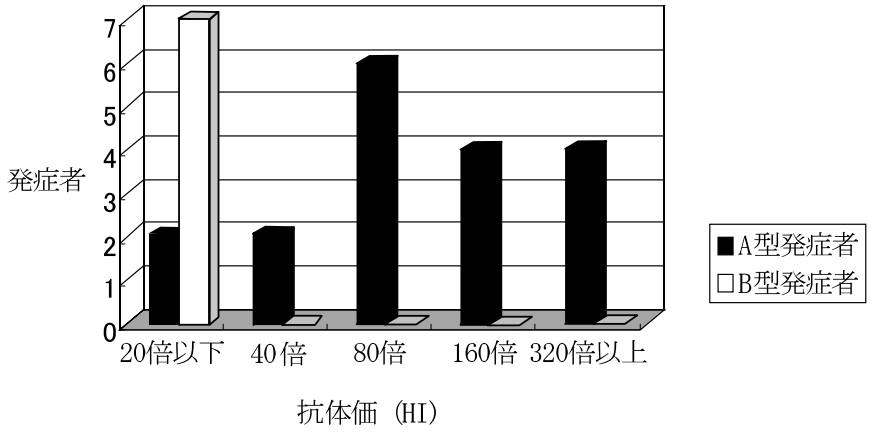


図１　インフルエンザ発症時の抗体価

表２　オセルタミビル投与後の発熱時間

	A型インフルエンザ発症者(n=24)	B型インフルエンザ発症者(n=11)
発熱からタオルタミビル開始までの時間（平均時間±SD）	14.8±12.2時間	10.5±11.8時間
オセルタミビル内服から解熱するまでの時間（平均時間±SD）	30.7±22.6時間※	66.2±24.5時間※

（※　$p<0.05$）

【結　果】

図１にA型(H３N２)およびB型インフルエンザ発症時のインフルエンザ抗体価を示した。この抗体価はいずれも発熱後24時間以内の採血結果であることから、ワクチン接種後抗体価として考えて差し支えないと判断した。A型インフルエンザ発症者21例は全例ワクチン接種者で、このうち抗体価を測定できた16例中14例はインフルエンザ感染防御レベルとされる抗体価40倍以上を獲得していた。一方、B型インフルエンザに罹患した７例については抗体価がいずれも感染防御レベル以下であり、このうち１例のみがワクチン非接種者であった。なお、今回A、B両方ともに罹患した入所者はいなかった。

表２はオセルタミビル投与後の発熱時間をインフルエンザA型、B型で比較したものである。A型に比較してB型ではオセルタミビル投与後の発熱時間が有意に長かった。

【考　察】

インフルエンザ迅速診断キットならびに治療薬としてのノイラミニダーゼ阻害剤などの開発により、インフルエンザ感染症に対しては、ワクチン接種による発症予防[2]、さらに発症した場合には診断キットにより早期診断し、ノイラミニダーゼ阻害剤による早期治療を行うという治療戦略が多くの重症児施設で標準化されている[3]。また一部のみではあるが、流行の際にノイラミニダーゼ阻害剤を予防投与する施設も見られるようになってきている。このような流れの中で、当園でも平成11年から継続的にワクチン接種を行ってきてはいるが、その間A型およびB型インフルエンザの施設内流行がみられている。今回はその原因を明らかにしたいと考えて検討を行った。

まずA型インフルエンザに関しては、これまでの継続的なワクチン接種により多くの入所者が感染防御レベル水準以上の抗体を保有していた。しかし、2003/2004シーズンはワクチン株と抗原性が大きく異なる流行株が施設内に持ちこまれたためと考えられるが、多くの入所者がこれに罹患していた。このため図２に示すように抗体価レベルだけでみると現在の体重当たりの接種法でも十分にワクチン効果が期待できるので、流行株とワクチン株が異なる可能性があ

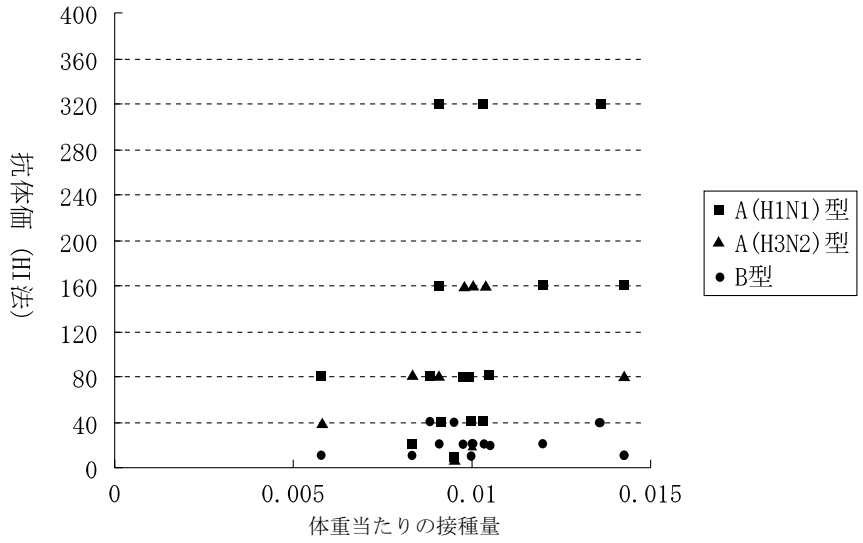


図２　体重当たり接種量の対する抗体価

るシーズンには、オセルタミビルなどの予防内服投与を考慮する必要性があると思われた。

次にＢ型インフルエンザについて述べる。図１に示すようにその発症者はワクチン接種を継続的に受けてきたにもかかわらず、感染防御レベル以上のインフルエンザ抗体価が獲得できた例はなかった。また図２にＡ型インフルエンザ罹患者の発症時採血で調べたＢ型インフルエンザ抗体価を体重当たり接種量で示した。感染防御レベル以上の抗体保有者は14例中４例（30％）のみで、多くの報告が接種者のおよそ70％前後で感染防御抗体を獲得と述べているのに対して、かなり低い結果であった。このように入所者が低い抗体保有状況にあること、また表２からオセルタミビルの予防内服投与も効果が低い[4)5)]可能性があることなどから、Ｂ型インフルエンザが施設内に持ち込まれた際に再び施設内流行することが予想される。このため今後の対策としては、感染防御抗体レベル以上の抗体保有者の割合の増加をはかる必要がある。特に現行ワクチンはプライミング効果が不充分であると言われている[6)]ことから、当園のこれまでの接種方法で繰り返しワクチン接種を行ってもプライミング効果が不充分で、ブースター効果が得られない可能性がある。したがって次年度からは、体重当たりではなく一般に行われているような、年齢別での接種量について検討していく予定である。

最後に当園においては毎年入所者の90％以上がワクチン接種を受け高い接種率となってはいるが、保護者の希望によりこれまで１度も接種を受けていない入所者が６人いる。しかしこの６人のうち、過去２回の流行においてインフルエンザを発症したのはＢ型を発症した１例のみであった。一方、２年以上の入所歴を持ち、過去２回の当園インフルエンザ流行を経験したワクチン接種者は97名で、このうちの26名がインフルエンザＡ型あるいはＢ型のいずれかを発症していた。扱った症例数が少なく、また閉鎖的空間で過ごす集団であることなどいくつかの問題点はあると思われるが、接種者と非接種者の発症率だけからみると、ワクチン接種者で発症率が高くなっており興味深く思われた。入退園がほとんどなく、入所者の変動が少ない閉鎖集団であり、今後も継続的に観察を行い重症児におけるワクチン効果について検討を行いたいと考えている。

文　献

１）大島一良．重症心身障害の基本問題. 1971;35:648-655.

２）武内可尚．インフルエンザの現状と問題点．小児内科2000;32:1844-1847.

３）菅谷憲夫．インフルエンザ，その診断と治療の進歩．小児科2002;55:763-769.

４）加藤英治，黒田文人，川村昌代 他．Ａ型およびＢ型インフルエンザの小児に対するオセルタミビルの臨床効果．外来小児科2003;6:289-292

５）幸地佑，杉本多恵子，吉岡静恵他．インフルエンザに対する塩酸アマンタジンおよびノイラミニダーゼ阻害剤の治療効果と問題点．新薬と臨床．2004;53:331-340.

６）庵原俊昭．個人予防としての有用性 pros and cons．小児科2003;35:1714-1717.

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16年度沖縄小児保健賞

《個人の部》

仲宗根　真知子　―沖縄市役所―

約３年間の養護教諭を経て、昭和54年より沖縄市の保健師として勤務している。その間、１歳６か月児健診を始めとし、妊婦乳幼児の保健指導や思春期教育等に積極的に取り組みつつ、母子保健推進員の組織育成等や市町村母子保健事業の基盤整備に尽力した。

昭和63年の母子保健推進員協議会「ひまわり会」の結成や自主活動の支援を行い推進員活動の活性化に繋げた。中でも乳幼児の事故防止ミニチュアハウス・妊婦シミュレーション模型を協働作成し健康教育に活用した。思春期教育においては、教育劇「いのち」を自ら脚本し母子保健推進員への上演指導に当たり、学校等や県母子保健推進員研修会等の上演は、子ども達はもとより関係者から高い評価を得た。このような母子推進員活動が全国からも注目され、母子保健推進員全国大会において「ひまわり会」が大会長表彰を受けたことは、氏の業績によるところが大きい。

また、母子保健計画の策定にも中心的に関わると共に、地域に密着した母子保健活動の実践に重要な役割を果たしている。その他保育所、看護協会等での講師としても活躍している。

平　良　真　知　―具志川市役所―

昭和46年に具志川市職員に採用され、現在まで主として予防接種等保健事業に従事してきた。

平成８年頃より定期予防接種の個別接種移行に伴い、全般的に予防接種率が低下し、特に麻疹流行が危惧されてきた。氏は、地域の小児科医、保健所等専門家の意見を参考に積極的に麻疹対策に取り組んだ。まず、定期予防接種率向上に向け１歳６か月児健診会場で予防接種相談コーナーを導入、さらに各乳幼児健診会場においても保護者への啓発を強化する一方で、予防接種を受けやすい体制づくりに努力してきた。そのことにより１歳代麻疹予防接種率を年々向上させ、平成15年度には接種率を98.4％（H14県平均78.2％）まで高めた。

特に、平成11年から13年の麻疹流行時には、全国に先駆けて公費による乳児接種（任意）を実現させた。また専門家の助言により接種後副反応や麻疹発生有無等の追跡調査及び保護者のＫＡＰ調査を実施し、乳児期接種の有効性と安全性に何ら問題がないことが明らかにされたことは、特筆すべきことである。氏のこのような活動が具志川市の取り組みとして評価され他市町村の範となり、沖縄県はしか“０”プロジェクト推進にも寄与している。また、麻疹予防接種事業の費用対効果の算出や事業効果について他市町村等への報告を行う等活躍をしている。

小児保健賞を受賞して

沖縄市役所保健師
仲宗根　真知子

「母がくれたたくさんの優しさを・・・」で始まるキロロの曲に合わせて出演者全員で合唱、佐賀県文化会館の母子保健家族計画全国大会において沖縄市母子保健推進員（以下推進員に省略）の思春期教育劇「未来へ」は、満場の拍手で終わりました。

幕が下りたときに、これまでに味わった事のない達成感と、ひまわり劇団（沖縄市推進員）の皆の心が一つになった感動に包まれました。毎年行われる推進員の新年会に披露される寸劇の芸達者ぶりに、このメンバーに中学生のセーラー服を着せたら・・・と思いつき、早速私の保健師の仕事より才能？があると思い込んでいるシナリオが瞬く間に出来上がりました。推進員の25周年記念式典に上演したところ大好評に気を良くし、早速市内の中学校での思春期保健福祉体験学習事業のプログラムに組み込みました。劇の内容は、タバコを吸っているつっぱり不良中学生が推進員のサポートで成長し結婚、家族みんなに望まれた出産をし、りっぱな母親になるプロセスを描いたものです。上演後中学生の感想を読んでみると「おばさん達が自分達の為に一生懸命演技している様子に心うたれた」、「タバコは体に悪いと思わなかった。吸わないようにしたい」等、さまざまな反響がありました。

私が沖縄市の保健師に採用され早25年が経過しましたが、その間、県から市町村への母子保健事業の移譲、老人保健事業の実施に伴い市町村保健事業が年々拡大されました。毎日の仕事に追われ、流されている状況の中、平成８年度の母子保健計画策定に携わり、コザ保健所と協同で地域づくり型保健活動モデル市町村として、母子保健検討会議を立ち上げ、住民参加による計画策定を行いました。育児サークル、保健福祉医療関係者とともに継続して進行管理し、さまざまな成果が得られました。計画策定の話し合いをしている過程で、推進員が子供の事故予防や思春期教育の重要性を感じ、自分達の役割を見いだしました。その成果として子供の事故予防のミニチュア模型「危ない家」作製があり、思春期教育劇が生まれ、推進員活動の活性化がなされました。また育児をしている母親と話しをする中で、育児についての情報がなく困るとの声が多く聞かれ、沖縄市の妊婦、育児をする人のための情報誌「子育て応援本」の作成（母子健康手帳交付時に配布）を子育てサークルの母親達と一緒にする事ができました。

計画策定は、沖縄市の母子保健の目標が行政だけでなく住民参加できめられたのが大きな成果です。その頃に「こんな事ができたらいいね」と皆で話したハード面の整備等も次世代行動計画で検討されており、時の流れを感じます。

私は昨年の４月から、高齢福祉課に異動し、介護保険の介護認定の仕事をしています。介護を支える家族と高齢者の関係を垣間見るにつけ親子の絆の重要性を再認識しているところです。

このたび私が、「小児保健賞」を戴けましたことは母子保健に携わる者として大変光栄であり、この賞を励みにこれからの保健師活動も頑張りたいと思います。

沖縄小児保健賞を受賞して

具志川市役所市民健康課
健康推進係長　平　良　真　知

―人の命も損なわないために
－麻しん予防接種率の向上を目指して－

2004年５月15日に催された、沖縄県小児保健協会の総会におきまして「沖縄小児保健賞」を受賞しました。

本賞はこれまでの具志川市市民健康課が取り組んできた「麻しんゼロ」に向けた各種事業にたずさわったスタッフ全員への賞としていただき感謝しております。

私共の取り組みは日常において、いかに「麻しんゼロ事業」を推進するかでした。

通常業務の中の「乳児健診」「１歳６か月児健診」「３歳児健診」等における保健指導での取り組み。その中で満１歳になったらその日に「誕生プレゼントとして麻しん予防ワクチンを！」を提言。また対象者には誕生日１日前に予診票の入った通知書を発送。その表に「お誕生日おめでとう！誕生祝いに麻しん予防接種を！」のシールを貼っています。

また保育所の入所受付の際、保健師による未接種児への接種勧奨。さらに幼稚園児に対する就学児健診でも未接種者にたいしては、７歳半までの法定接種について「具志川市は無料なので早目に受けて下さい」と予診票を配布し接種勧奨を行っています。さらに平成14・15年度には「地域緊急雇用創出特別基金事業」を活用して看護師１人を臨時に採用し個別訪問による予防接種相談を実施しました。生後３か月児宅を訪問し「その子にあった予防接種スケジュール」を保護者と共に計画、特に１歳到達後早期に麻しん予防接種を行うよう重点的に指導することにしました。核家族化が進んで久しくなります。そのため訪問してみると予防接種に加え、育児全般の相談も多く、若い母親には予想以上に歓迎されました。一方、むつかしいケースに対しては地域担当の保健師につなぎました。これら諸々の取り組みで平成15年度の麻しん予防接種率は97.7％を達成することができました。

－流行期における法定外１歳未満児接種の取り組みについて－

平成10年～11年にかけて県内では麻しん大流行があり、罹患者2,034人中８人の乳幼児が尊い命を失ってしまい、その８人全員が中部地域在住（３人が１歳未満児）で内１人が具志川市の住民でした。平成13年にも大流行が起き1,565人が罹患し１人が死亡しています。そのため具志川市では緊急に１歳未満児に対する法定外接種を「行政措置」として平成13年４月から無料で実施しこのことは県内新聞にも取り上げられ、またたくまに県内15市町村においても法定外予防接種実施の取り組みへと拡大し、麻しん発生対策が大きく前進しました。

本市における１歳未満児の接種者数は240人でした（対象者は800人ちょうど）。

１歳未満児という法定外接種であり、事後の健康被害等が心配されました。そこで全接種者に健康状態のアンケート調査したところ、(1)健康被害については、通常レベル以上は発生していないこと。(2)麻しん罹患に関しては接種後２人が罹患していること。しかしこの２人は外来治療の軽度であった。(3)未接種者の中か

らは30人罹患し、その内23人が入院治療を余儀なくされました。

その後の発生はなく県内全体で集団防御の効果が出ていることと思われ、１歳未満児の法定外接種は一定の評価が出来るものと確認しました。

これからも「麻しんゼロ」に向け努力を重ねていく所存です。関係各位のご指導をお願いすると共にこのたびの沖縄小児保健賞を授与していただいたことに対し、こころより感謝申し上げます。





学会参加報告

第51回日本小児保健学会に参加して

那覇市医師会那覇看護専門学校
垣　花　美智江

第51回日本小児保健学会は10月28日より３日間、岩手県盛岡市で開催されました。学会への参加が決まった日から、秋の岩手を満喫しながら、全国の「小児保健の課題と挑戦」について直に学べることを心待ちにしておりました。その最中、新潟中越地震が起き、毎日報道される悲惨な災害情報に心を痛めながら学会への影響を懸念しておりましたが、当初の計画通り施設見学、学会参加を日程通り進めることができました。

この３日間、私を虜にした出来事について、述べて見たいと思います。10月28日早朝に那覇空港を出発し、新幹線で仙台へ到着したのは午後２時を回ろうとしていました。そこから、ＪＲ仙山線で向かったのは『宮城県立こども病院』でした。こども病院は「全てのこどもにいのちの輝きを」「元気のでるファミリーホスピタル」のキャッチフレーズが示すように、広大で、奥深い北陸の山々を背景に、愛らしく優しい姿で建っていました。玄関ホールを抜けるとエントラルホールがあり、その一角に外来があり、診療待ちの時間を過ごす、プレイルームや図書室、授乳室がありました。外来で受けつけを済ませると、専用のPHSが渡され、診察までの間は好きな場所で過ごせるよう配慮されていましたし、また、お名前を呼ばずに済むようプライバシーへの配慮もなされていました。

魔法の広場と称される中庭は郵便ポストの滑り台やお菓子の家のエレベーターがあり、ディズニーランドを想わせる心弾む情景が広がっていました。お菓子のエレベーターに乗り、病棟へ上ると、病室は殆ど個室で、窓は広くとられ、広大な山々がまるで、庭のように眺められる設計で、複数部屋もベッド毎に、必ず窓がある状況が作られていました。フロアーはこどもたちの住む街をイメージさせる配慮がなされており、病室はまるで「家」の様に配置されていました。こどもが不安な気持ちを抱く事無く、治療に向きあうことができるよう、また、多くの人と接し、病気であっても、豊かな感受性を持ち、成長発達できるよう、環境に配慮されていました。

更に、私を驚かせたのは高度医療部門・周産期部門でした。こどもの手術や検査を私服のご家族がドア越しに見守ることができ、集中治療室ではベッドサイドに母親が付き添い、我が子に触れ、見守る。そして、すべての部所において面会は自由で家族と一緒に過ごす時間を大切にされていることでした。私たちが、夢に描きながらも実現は難しいと諦めていた施設がそこにはありました。宮城県立こども病院は病気のこどもを持つ親やお子様を病気で亡くされたご家族の思いを形にした施設であることを実感しました。時間のゆとりが無く、駆け足での見学

でしたが多くの感動と刺激を貰い、沖縄にも是非との思いを強くしました。

29日と30日は学会本番で、特別講演、シンポジウムはこどもの健康・健全な育成を目指す、周産期医療や病気のスクリーニング、こどもと家族が安心して医療を受けられるための医療者の役割と協働など小児保健の目的と課題を示唆するものでした。一般演題も数多く、どの演題を聴くか迷い、なかなか決めることができなかったのですが、今回の学会派遣は助産師として選ばれたことに立ち返り、関連の深い、母乳、防煙、虐待、思春期と沖縄県からの発表演題を選びました。印象に残った発表は「尿中ニコチンから見た乳幼児の受動喫煙」で、東京多摩の３歳児健診時に採取した尿の検査から換気扇の下での喫煙など乳幼児の側で吸っていなくても受動喫煙が発生していること、母乳を与えている母親が喫煙するのは乳児にニコチンが移行することをデータで示した報告でした。参加者から、親が喫煙しているこどもはお昼近くになると情動が不安定になり、一種の禁断症状のような行動が見られるので、その因果関係を調査してもらいたいとの要請もありました。その後の禁煙指導や受動喫煙防止指導等の発表を聴き、「親の喫煙はこどもへの虐待である」との思いを強くしました。

学会報告のまとめとして、沖縄県小児保健協会を代表して発表されたおふたりの先生方の演題について述べたいと思います。知念正雄先生は「沖縄のはしか０プロジェクト・３年間の活動の歩み」と題し、全数把握制度の実施、麻疹ワクチン接種の広域化、日曜日一斉接種・事業の予算化・ワクチン接種カード使用の取り組みで接種率が那覇市88.3パーセント、具志川市98.4パーセントと上昇していることを報告し、更に、目標の接種率95パーセントを目指して新たな課題を具体的に提起されました。糸数公先生は「乳幼児健診のあり方に関する研究」は「沖縄方式」と呼ばれる先駆的な集団による乳幼児健診にあらたに、住民ニーズに基づくプレイコーナーの設置･離乳食フードモデルの展示･父親参加型の健診・会場リフォームなどの取り組み内容を紹介されました。両演題ともに参加者の関心を集め、質問も多くよせられました。おふたりの発表を通し、沖縄県の小児保健の取り組みが全国をリードする内容であることを認識することができ、誇りに感じました。

例年より寒さの到来が遅いと言われる盛岡も、朝夕は吐く息も白く、満を期して用意した、コートは日本酒と海の幸を味わった夜の交流会の帰りに活躍しました。宿泊先のホテル近くの盛岡公園の紅葉は美しく、市内を流れる北上川をさかのぼり産卵に急ぐ鮭、目的を果たしていのちを終えたその鮭をついばむカラスに生命の輪廻を思い、橋の上で出会った高校生に「沖縄の人にはじめて会った」と感動されるなど、日常とは違う体験は学会での学びと同様、私の心を豊かにするものでした。また、貧困の中にありながら、素敵な詩や小説を私たちに残し、若くしてこの世を去った宮沢賢治や石川啄木の記念館を訪ねることもできました。このような機会を与えてくださった小児保健協会のみなさまに感謝申し上げ、報告の筆を置かせていただきます。ありがとうございました。

海外レポート

ニュージーランドの医療福祉施設を視察して

中頭病院
玉那覇　榮　一

平成16年12月初旬に、医療事情視察の目的でニュージーランドを訪れる機会がありました。小国であるが医療福祉制度が整い、医療福祉先進国と言われる同国の医療事情については、日本では余り知られていません。生活に最も密接に関係する医療・福祉制度は、その国の長い歴史的な変遷を経て形作られるものです。従って、他国の制度を、そのまま当てはめて、良し悪しを論じることはできませんが、現在、医療福祉制度の大変革期にあるわが国にとって参考になると思われた点が多々あったので報告したいと思います。

【ニュージーランドの概況】

地理的には、南半球のオーストラリア大陸の西の太平洋上に位置し、緯度的には、季節が全く反対（12月は日本の６月の初夏に相当する）である点を除けば、日本列島と似ている。僅か数十キロの海峡を挟んで南北の二島に分かれ、国土は日本の75％程度で人口が400万人、農業牧畜林業が盛んで人間より家畜の頭数の方が数十倍多い（羊が4,500万頭、牛も同程度）と言われる。一次産品を輸出し、工業品を輸入している。一家に１台以上あるという車は、80％が日本からの輸入・特に中古車が多く、街を走る車に日本語が書かれたのを多くみかけ（＊＊＊保育園送迎車とか）国内を旅行している気分になる（交通区分も同じ）。アイルランド系の移民が19世紀から本格的に始まり人口の80％はイギリス系白人で、15％が原住民マウリ族（ポリネシア系）、最近は、中国・インド・韓国・ポリネシアから移り住む人も多い。

イギリス連邦構成国の一つで、エリザベス女王を元首とする立憲君主国、議会は一院制で120議席の内、女性が34％を占め、現在、首相・総督も女性である。議席の20議席は、マウリ系の人に割り振られ、マウリ語は英語と共に公用語に指定され、公共機関の表示は英語と併記されている。マウリ文化・伝統の振興に国を挙げて取り組んでいる。定年制は廃止され、65歳になれば年金が支給される。税金は所得税が上限33％まで、消費税は12.5％である。

【医療・福祉制度など】

医療・福祉・教育は国の仕事で、国民には無料でそれを受ける権利があるという意識が強い。医療福祉サービスは基本的に無料だが、財産のある人は、その額に応じた負担がある。

国家予算の20％が医療費（ＧＮＰの９％、国民一人当り年間２千ドル相当）で、人口1,100名ごとに１名のＧＰ（一般家庭医）と言う開業医を任命し、患者数に応じて報酬を支払っている。しかし、地方は、まだまだ医者不足で、自由に開業できるようである。住民が登録するＧＰを自由に選べるのが英国の制度と違う。

ただし、オークランドのような大都市では、

セクション88という法律でＧＰの開業は制限され、現在のＧＰの開業権付の診療所を買い取るしか、新たな開業の道はない。若い医師は一般に病院で専門医になるか、開業医に雇われることになり、売りに出された診療所があれば、その権利とともに買い取って開業することになる。定年制はないので、現在大都市ではほとんど開業できない。家庭医の役割を果たすＧＰ（一般医）が一次医療を担い、専門的な検査や手術や入院が必要な場合は、専門医のいる病院へ紹介される。救急以外は、紹介状なしに、公立病院の外来を受診できない。医師や病院が不足していて検査や入院治療にはかなり待たされる(通常は、Waiting Listに登録され数カ月から数年待たされる)。早く治療をうけたい人は、民間保険（加入率は９％程度で代表的なのはサザンクロス）に加入し、私立の病院で自費診療を受けることになる。それには一定の額で政府から補助がある。

ニュージーランド独特の制度として、国内で起きた事故（交通事故や災害・医療事故など）に伴う治療費や後遺症の補償金は、ＡＣＣ（Accident Compensation Corporation）という公的な機関から支出され本人負担は初診料の30ドルだけですむ。加害者は負担を求められることもなく、被害者から民事訴訟で訴えられることもない（ただし刑事訴追はある)。ちなみに、病院訪問で、日本では大きな社会問題になっている医療事故や医療訴訟に関する対応を病院管理責任者に質問したら、怪訝な顔をされた。後で、このＡＣＣ制度のお陰で、そのような問題の対応に悩まされる事がないことが理解できた次第である。

【急性期医療と私立病院の現状】

今回は、北島にある首都・ウエリントンと同国の産業・経済の中心で人口120万のオークランドにある病院を視察し、医療福祉の現場から多くのものを学ぶ機会を得た。初日の視察先は、ウエリントン市内のWakefield Hospitalで小規模（70床）だが、同国では有名な私立外科病院でありQuality Health NewZland（ニュージーランドの病院医療機能評価機構‥後述）から最高の評価(第一号認定病院)を受けている。診療圏はウエリントン近郊と南島北半分で、年間１万件の手術があり、300件の心冠動脈拡張術を行う。医師は常勤でなく、約80名の非常勤である。多くの医師は公立病院に勤務（年収15万ドル）し、時給で民間病院でも働くことが認められている。他に看護師含め175名の職員がいる。

先に述べたように、ニュージーランドでは、医療費は原則無料であるが、救急以外の手術は待機患者名簿（Waiting List）にのり、６カ月から平均２、３年待たされるので待てない人は自費で、このような私立病院で治療を受けることになる。高齢化で患者は毎年５％増加している（人口増加率は年0.5%)。

私立病院も患者増と医療の高度化で設備投資に多額の資金が必要で、この病院も、この国で初めて株式上場し、資金を調達した。今後は、ＰＥＴの導入も検討している（まだニュージーランドには１台もない)。問題は、市場規模が小さいことである（病院の守備範囲はウエリントン近郊と南島北半分で人口100万程度)。

オークランド市では、キーメッド・アクシデント・アンド・メディカルクリニック（Quay Med Accident & Medical Clinic）という繁華街にある私立の病院を訪問する。日本人女性のスタッフでその病院の受付を担当しているMs.Chieko Uedaさんが迎えてくれて説明を受ける。前述したように、ニュージーランドでは公立病院やＧＰでは原則無料で医療を受けられるが、手術や入院治療／検査には、長く待たされるため

に、早めの治療を望む方は自費でこのような私立の病院へ受診し、初診料50ドルから55ドル（５歳以下は10ドル）を負担して治療を受ける。経済的にゆとりのある人は、民間保険に加入して医療費支払いに備えている。ニュージーランド政府では、私立病院を利用する方で低所得の人にはコミュニティーサービスカードやハイユースカードを発行して医療費の割引を行っている（初診料50ドルが35ドルに割り引かれる）。また国内で起きた事故（交通事故や災害・医療事故など）に伴う治療費や後遺症の補償金は、先に述べたＡＣＣという公的な機関から支出され、本人負担は初診の30ドルのみあり、加害者が負担を求められることは無く、又、被害者には民事訴訟の権利はない。

【リハビリテーションと老人・高齢者介護医療の現状】

訪問先の一つは、公立病院のWellington Public Hospital（500床、3,500名のスタッフ）で、病棟が古いために、工事中で２、３年以内に大規模な改築が終わり近代的なスーパーホスピタルに生まれ変わる予定とのこと。そこのRehabilitation Centreを訪問、20床に５名の医師（２名専任、３名非常勤）、５名の看護師などが勤務し、首都近辺のリハビリに関する機能訓練と医療を担い、日本の２、３倍の職員数で、仕事の内容は日本とほとんど変わりはなかった。

次の訪問先は、ニュージーランド開拓の発祥の地と言われるウエリントン近郊のハットバレーにあるハット市公立総合病院（150床、医師200名、看護師1,000名の規模）で、その中のハットバレー地域保健局高齢者介護ヘルスサービスHutValley District Health Board/Older Person Health Serviceであった。32床の病棟があり、年間予算500万ドルで運営されている。

この施設の訪問では、マウイ人の長老ジム・ニコリス氏からマウイ式の歓迎を受けた。遠方から来る方には、慣例で、マウイ語による歓迎の言葉と、お互いに握手と同時に鼻と鼻とを接触させる挨拶には少々戸惑った。主任医師はユン・リー氏で17年前に香港から来た方でイギリス・エジンバラ大学を卒業したそうである。高齢化はニュージーランドの全国的な傾向で、80歳以上の高齢者も年間２％ずつ増えつづけ、ハット市12.5万の人口で65歳以上が15,000人に達する。そのために、費用のかさむ入院治療は出来るだけ避け、平均在院日数も21日になった。地域への訪問介護・看護やデイケアに力を入れている。

医療費は原則無料であるが、ここでも問題になっているのが、入院治療には急性期医療と同様にかなり待たされる（Waiting List制度）ことである。

施設は古く、30年以上経過した木造の平屋建てであるが、設備・人員は充実し、リハからプールまで整い、予約制で、混雑もなく、ゆったりしている。例えばプールでの水中歩行訓練は30分間広いプールを占有し、個別訓練で１日７から８名の患者に職員が同数付いている。

12月６日（月）には、オークランド近郊にあるThe Laura Fergusoon Trustの経営するリハビリセンターを見学する。ユニークなのは、患者が自立訓練を受けるためにバンガロー形式の自炊可能な個室(52)を用意し、リハビリから生活支援まで、50名の職員（医師・看護師・理学療養士・作業療養士・言語療養士など）が世話をしている。年間360万ドルの費用の内、260万ドルは政府及びＡＣＣから補助され、残り100ドルが、民間の補助や寄付に頼っている。滞在期間は６～12カ月で、病院から自宅へ帰るまでの中間施設として位置付けられている。他に毎月80名ほどがデイ・ケアを受けに通院している。

生活用品一式が整った部屋を見学させてもらった。

12月７日（火）には、これもオークランド近郊にあるSt.Joans Hospitalを見学する。案内は、Ms.Raewyn Dunさん（Unit Manager）という女性で、ここの総責任者である。病床65床の療養型の病院で、入院患者は16歳から65歳までの脳卒中や、心臓疾患、多発性硬化症、ハチンソン病などが入院している。職員は75名で、25、24、26床の３病棟がリング状のユニークな構造で、ほとんどが個室、全室がきれいに手入れされた庭園に面し、恵まれた環境にある。病院機能評価機構から今年で３回目の優良認定を受けている。年間予算は150万ドルで全額国庫から支出される。退院できる人はまれで、多くは終生の棲家となっている。重症な医療的なケアを受ける人は少なく、慢性の軽症患者がほとんどで車椅子の人も多い。医師は非常勤で近在のＧＰが勤め、通常は看護師１、２名と看護助手４、５名で一病棟を受け持ち、丁度日本の障害者施設と老人病院をあわせたような形である。

【ニュージーランドの病院医療機能評価機構】

首都ウエリントン滞在中にQuality Health Newzilandを訪問し、NZでの病院機能評価機構の現状を学ぶ機会を得た。ここの責任者も女性（Tineke Strokesさん）である。ここは1990年に設立された非営利民間の独立した第三者評価機構で、医療と障害者サービスに関する基準及び業績を機能評価する。サーベイヤーには、医師・看護師などの専門職の他に一般有識者から選ばれた消費者代表も加わる。ニュージーランドの病院の70％が加入し、その会費で成り立っている。入会から認定を受けるまでに平均２、３年かかり、認定証の有効期間は３年で、18カ月後に監査がある。この認定は権威があり、認定証の交付式には市長や厚生大臣までも出席して盛大に行われる。

【まとめ】

一人当たりの国土面積は日本の20倍で、温暖な気候と豊かな自然に恵まれ、80％がイギリス系の住民で教育程度や勤労意欲が高い。医療・福祉・教育は国の責任であり、それを受けるのは国民の権利と考え、さらに世界に先駆けて女性参政権を獲得し、現在も世界で最も多くの女性の国会議員比率（34％）と三権の長が女性であるなど、女性の活躍が目立ち、さらにマウリ族など少数民族への優遇策など治安も社会の安定度も世界のトップクラスである。医療・福祉の制度面では整っているが、現場では、公益医療の弊害とも言える非効率性がみられる。原則無料ということで医療や福祉面で公平な制度であるが、一方では、入院や検査／手術をうける時に、生命の危険を感じるほど長く待たされ、一部豊かな人は、民間保険を利用して高度の医療が享受することができるなど、矛盾が目立ってきた。

最近では他国から不法移民の流入など、豊かな国なりの悩みを抱えているが、伝統的に勤勉な国民性で、さらに小国なりに改革が時代にマッチして迅速に行われるなど、今後とも、学ぶことの多いユニークな国の一つであり続けると思われる。

地域レポート

多良間村3.14で日本一（その１）

宮古福祉保健所地域保健課
盛　島　幸　子

はじめに

厚生労働省は、平成16年の５月に2002年の全国の合計特殊出生率（一人の女性が一生に産む平均のこどもの数）の平均値について人口動態統計を発表した。

それによると、全国一位がなんと当管内の多良間村の3.14で、最低は東京都渋谷区の0.75であった。上位30市町村のうち、九州・沖縄地方の離島地域が27カ所を占め、一方、下位30位のうち、東京都の特別区が14カ所入っている。

宮古管内はというと、上位10位以内に５市町村（２位下地町2.45、５位城辺町2.25、６位平良市2.21、10位上野村2.10）が入っている。

1. 多良間村の概要

今回トップになった多良間村は、人口が平成15年10月１日現在1,381人、世帯数573、出生数23人（出生率16.8、宮古管内10.1、沖縄県12.1）で、国の無形文化財の８月踊り等、いにしえの文化と伝統が息づく村である。

今回、鳥取大学の尾崎米厚先生の研究班が、宮古福祉保健所と提携し、管内市町村の保健師の協力を得て、合計特殊出生率に関する調査を実施したので、紹介する。

2. 調査の動機

国・県をあげて少子化対策に取り組んでいる中で、日本で特殊出生率の最も高い多良間村について、「沖縄、離島という要因を除いても残る多産要因が存在し、一部は本土にも適用できる要因があるのではないかという仮説」を持って、調査を実施した。

3. 調　査

①調査時期：2004年９月13～15日

②調査方法：面接調査

当福祉保健所の保健師を通して行い、半構造式の面接調査を実施。

③調査内容：母親の生年月日、生まれた場所、育った場所、教育、仕事の有無（現在･過去）、結婚年齢、世帯主の主な仕事、初経年齢、月経の認識、妊娠・出産歴、子育ての大変さ、自分と夫の兄弟数、自己認識している多くの子どもをもうけた要因、今後の出産希望などであった。

④調査場所：市町村役場または保健センター

4. 分　析

尾崎研究班は、これまで少子高齢化の要因は女性が結婚しなくなった、結婚年齢が高くなったという分析があるが、今回のインタビューでは、生み始めが遅いにもかかわらず、子どもの多いケースもいることがわかった。

決して、若いころから子どもを生み始めることだけが要因ではないということがわかった。

他で、子どもの少ないカップルになぜ生まないのかを尋ねた調査においては、教育費の高さがいわれるが、宮古管内は沖縄県でも最も所得が低い地域である。

それからすると、多良間の母親たちは、経済面を気にしてつくらないわけではないこともわかった。

また、たくさんの子育てが出来るには、３世代家族が有利かと思って調査しているが、今回の調査ケースは、意外にも核家族が多かったということである。多良間島には、外国の花嫁が15、６人いるが、子どもを生み始めたばかりで、全国統計には反映されてないので、それは影響してないという。

尾崎研究班は、出産、子育てには必ずしも有利とは言えない状況にある多良間島が多産が実現するのはなぜかいくつかのヒント（仮説）を得たようである。このことについては、第２弾で尾崎研究班の発表をいただけたら有り難い。

おわりに

多良間島は、私が昭和54年から55年に亘り、駐在保健婦として勤めた地域である。

教育面においては、ほとんどの子どもたちが中学校卒業後、沖縄本島にある高校に入る。宮古本島内の高校に入る子は、わずかであった。それは今も変わってないようだ。

多良間島は、神行事が多く、特に８月踊りには、小さい子どもから大人、学校の先生たちまでみんなが主役である。３日間行われる行事には、宮古本島からチャーター船が出て、島外に住んでいる島の出身者や観光客で、島は一段と活気づく。

あの頃から、出生率は横ばいの状況にある。もし、出生数が減ってしまうと、いろんなことに影響がでてくる。

全国版の毎日新聞（平成17年１月９日）に掲載されていた調査記事によると、「結婚したくない理由」の男性のトップは、「育児にかかる経費や時間を自分の楽しみに使いたい」、女性のトップは「出産や育児が煩わしい」ということであった。思春期教育の大切さを見せつけられた思いであった。

幸い、兄弟の多い中で、あやしたり、子守したりしながら、赤ちゃんに触れ、自然な中で育まれる父性・母性の育成と同時に、村の事業としての思春期教育も実施されている。

最近外国人のお嫁さんが多いことから、お互いの交流を通して、島の生活に慣れ、安心して子育てが出来るように「外国人生き生き子育て会」も開催されている。

宮古は６市町村のうち、５市町村が平成17年10月に合併することに決まったが、多良間村は独自の自治存続を決定している。今後も多良間村が日本一の地域として、ますます母子保健が向上し発展することを願う。

特別寄稿

小児医療施設における「あそびの空間」と「家族の空間」

仲建築研究所・東京電機大学非常勤講師
（工学博士・一級建築士）
仲　　綾　子

1. はじめに

建築計画・建築設計という領域においては、対象建築を利用する人の要望や行動を理解することは基礎的な前提課題といえる。小さな住宅であれ、大きな公共建築物であれ、利用者がどのようなことを望み、どのような行動をしているのかを知らずして計画・設計することはできない。

病院建築の計画・設計にあたっては、多種多様な利用者の要望を把握するため、膨大なヒアリングが実施される。各科の医師、看護師、放射線技師、検査技師、薬剤師、療法士、医療事務、等々。高度に専門化・複雑化した医療体系に対応すべく、指摘されたさまざまな要望を整理・統合したうえで計画・設計の基本方針が決定される。

ところで、上記のようなヒアリング対象となる利用者のなかに患者が含まれることは稀である。患者中心主義が謳われて久しいが、私たちは患者が病院にどのようなことを望み、また病院でどのような生活をしているのかをよく知らないのではないか。こうした問題意識のもと、患者の要望と生活実態の把握を目的として、ある小児医療施設において意識調査および行動観察調査を行った。

以下に、調査結果の概要をもとに小児医療施設の計画・設計における重要課題について簡単に述べたい。

2. 入院児の要望と生活実態

(1) 要　望

調査対象施設に入院する患者（以下、入院児と表記）のうち意識調査に協力が得られた46人を対象に「どのような病院がよいと思いますか」と尋ねたところ、様々な要望が挙げられたが、大きくは以下の二つをキーワードとして抽出できた。

第一に「あそび」である。「あそぶところがいっぱいあるといい」、「あそんでくれる人がいるといいな」、「おさんぽにいきたい」、「外の遊び場がほしい」等の声が数多く挙げられた。

第二に「家族」である。「いつでも家族と会える」、「家族と過ごす時間を大切に」、「親も一緒に泊まれる」等が挙げられた。なお、こうした要望は面会者として病院を利用する家族からも同様に数多く指摘されていることが、家族を対象とした意識調査の結果から示されている。

したがって、小児医療施設の計画・設計においては、医療空間としてのあり方を検討するのみならず、「あそび」と「家族」の空間のあり方を熟考することが重要な課題といえるだろう。

(2) 生活実態

全入院児167人の行動を午前７時から午後８時まで観察調査した結果からも、「あそび」と「家族」の空間の重要性が示されている。

まず、「あそびは入院児の生活において大きな比重を占める」といえる。入院児のすべての

行為を、その内容にもとづき医療行為（診察、処置、吸入等）、生命代謝行為（睡眠、飲食、排泄等）、日常生活行為（着替、入浴、移動等）、あそび行為、無為、学習行為、その他に７分類して集計した結果、最も多い行為は「あそび」であり、4割強を占めることが明らかとなった。

そして、「家族は入院児の行動に大きな影響を与える」といえる。たとえば、家族が病棟に入れる面会時間帯において、あそびが増加し、ひとりあそびよりも集団あそびが増加し、またコミュニケーションを主体とするあそびが活発化することなどが示された。

入院児にとっての「あそび」や「家族」の重要性は、すでに多くの文献が指摘するところ[1)]であるが、本調査からも同様の結果が示された。このことは、私たちが少し想像力を働かせて、入院児やその家族の立場になって考えれば首肯できることであろう。

3. 環境整備の現状

さて次に、全国の小児医療施設を対象として実施した環境整備調査の結果のうち「あそび」と「家族」に関連する項目ついて報告する。紙面の都合上ここでは結論のみを記載する。詳しくは拙著[2)]を参照されたい。

(1)「あそび」関連の諸施設

あそびのための空間としての役割を担うプレイルームの設置率は９割強と極めて高く、あそびの重要性をある程度考慮した結果と評価できる。ただし、その規模・配置については明確な指針がなく、いわば無計画に設置されている現状が示された。

(2)「家族」関連の諸施設

家族用の面会室の設置率は５割程度であり、ベッドサイドに家族のためのしつらい（椅子・ソファ等）がなされている例はほとんどみられない。今後、改善すべき課題が多いといえる。

4. まとめ

入院児の要望と生活実態を把握することを目的とした意識調査・行動観察調査の結果から、小児医療施設の計画・設計にあたっては、「あそび」と「家族」の空間が重要であることが示された。これこそが一般の医療施設とは異なる小児医療施設の特徴といえる。

全国の小児医療施設の整備状況をみると、「あそびの空間」、「家族の空間」は未だ十分に整備されているとはいえず、今後の展開が期待されるところである。なにも大げさに考える必要はない。たとえば、ちょっとした散歩道をつくること、他人の視線を遮って家族だけで過ごせるようなニッチ（くぼみ）をつくること、景色のよい窓のそばに椅子を置いて時には静かにひとり佇むことができる場所を用意すること等、こうした小さなことでさえ入院児や家族を勇気づけるものとなる。そして、このような「あそびの空間」、「家族の空間」は医療施設には必要のない贅沢な空間であると捉えるべきではない。このことは、医療空間としてのみならず、入院児の生活空間としての側面を持つことを考慮すれば明白だろう。また「退院してからあそべばよい／家族と過ごせばよい」と安易に考えるべきではない。小児の発達の連続的順序性を考えるとき、入院期間を例外的な一時期と軽視することはできず、発達の一過程として各発達段階の移行を支援する環境が不可欠なためである。

2006年開院予定の沖縄県高度・多機能病院（母子総合医療センター）においても、「あそびの空間」、「家族の空間」が入院児と家族を力づけるものとなることを願っている。

1) たとえば、Barbara F. Weller（大阪府立看護短期大学発達研究グループ）:HELPING SICK CHILDREN PLAY（病める子どもの遊びと看護）、

医学書院、1988年５月、など
2） 浦添綾子「あそび環境よりみた小児医療施設病棟の建築計画に関する研究」、東京工業大学博士論文、2002年３月

特別寄稿

小児医療専門三団体

アワセ第一医院
浜　端　宏　英

小児医療専門三団体とは日本小児科学会、日本小児科医会、そして日本小児保健協会のことである。これら三者は小児保健・医療の中で共通の認識を持って取り組むべき事項について昭和60年より定期協議会を行っており、それは三者協と呼ばれている。日本小児科学会雑誌108巻(3)590:2004には、三者協での最近の討議事項が記載されており、簡潔にまとめてみると、

1．少子化対策（提言）
2．小児医療のグランドデザイン作成（小児科医会が中心）
3．はしか撲滅運動
4．小児救急医療体制の構築
5．三者協のホームページ
6．小児医療の診療報酬問題
7．こどもの心とからだを育むキャンペーン
8．テレビ、テレビゲームの弊害キャンペーン
9．喫煙の弊害キャンペーン
10．その他

となっている。

今回、それぞれの下部組織である県内の三団体について調べてみました。

【日本小児科学会沖縄地方会】

日本小児科学会は明治29年に創立され、平成9年には100周年を迎えた小児医学の総本山です。その下部組織として沖縄地方会は年2回の例会開催が主な活動で、最近では10月に行われる「こども週間」も重要な仕事となっています。会長は歴代の二人の琉球大学小児科教授が務めており、現在の太田孝男教授は第48回（平成11年）からの役職です。事務局の琉大小児科医局には第5回例会からの資料は残っていましたが、それ以前についての詳細は不明でした。沖縄県小児保健協会の2代目会長を務められた稲福盛輝先生（故人）は、沖縄県の医学史を研究、編纂し東恩納寛惇賞を受賞していますが、その著書のひとつ「沖縄の医学―母子保健編」に少し資料を見つけました。最後尾にまとめられた母子保健年表には地方会は昭和42年の発足となっています。丁度中部病院でインターン制度が開始された年です。しかし年表の記載とは異なり、本文中の記述では地方会発足は昭和48年12月1日、初代会長平山清武教授となっており、第1回例会は昭和50年2月22日に開催され7例の報告があったと詳細に書かれています。外間登美子先生にお聞きしたところ、第1回地方会は確かに平山教授の下で行われたと記憶しているとのことでした。稲福先生の記述を重ね合わせてみますと、学会は42年に発足となりましたが、地方会例会は平山教授の就任まで待たなければならなかったことになります。

地方会例会は昭和57年より年2回開催されており、小児科の専門性を追求した学究的な会で、最近では外科の先生方の発表も多く、例会は活発になっています。また演題希望が多くポスター発表を併設したり、年1回は懇親会（9月）を設けたりと、演題に時間を掛けながらな

おかつ会員の親睦も諮るようにと会の運営も変化して来ています。平成16年９月現在会員数は216名。太田孝男会長、安次嶺馨副会長以下幹事は18名となっています。

【沖縄県小児科医会】

日本小児科医会は昭和59年創設で、それまで各地にあった小児科医会が全国的な組織になったものです。昨年20周年を迎えました。初代会長は「育児の原理」を著した内藤壽七郎先生です。小児科学会が大学を中心とした学究的な会であるのに対し、医会は開業医が中心となった民間の組織として趣があり、小児医療全般にわたる医療体制の確立を目指しています。「小児医療の無料化」を押し進めたのはまさに医会の働きでした。

沖縄県小児科医会は県医師会の分科会のひとつとして昭和40年に活動を開始しています。東京オリンピックの翌年で、1965年発足となり、今年で41年目になります。平成６年に発行された沖縄県小児科医会報第13号は医会30周年記念誌となっており、歴代会長が記録されています。渡口真清先生（初代、故人）、山本達人先生（２代、６代）、平山清武先生（３代、５代）、知念正雄先生（４代、８代）、宮里義弘先生（７代）、大宜見義夫先生（９代）、そして現在の野原薫会長は10代目です。

先に挙げた「沖縄の医学―母子保健編」によれば、医会は昭和40年発足したのち、昭和42年地方会の発足とともに発展的に解散となり、昭和57年に山本達人先生を会長として再結成されたと記載されています。再結成とされた時期は丁度山本先生が６代目の会長となった時期と一致しており、またそれまでの歴代会長の在職期間にも途切れはありませんので、医会は解散せず活動を続けていたことになります。

30周年記念誌を読むと興味深い内容となっています。玉那覇榮一先生の「2010年」当時から激変の時代であり、未来を語る識者や未来学者が居なくなり、代わりに玉那覇先生が2010年を語っています。不透明な時代は現在も続いているようです。小児医療に目を向けると高良聡子先生の心の問題の指摘、大城隆先生の園医の問題、そして拙著「子供達は長生きできるか」など今読み返しても興味ある内容だと思います。当時会長であった知念正雄先生は小児科医会の活動は小児科学会の学問的探求とは別に、小児科医のIdentityを求めたものと指摘しながらも、今後の小児医療は医療、福祉、保健の三つが統合し連携しなければならないと記念誌の巻頭に書いています。「沖縄県はしか“０”（ゼロ）プロジェクト」での先生のご活躍の原点を見る思いです。

医会の会員は開業小児科医が多数を占め、幅広い研修を多く行っています。会員数は10年前の69名から90名に増えました。副会長は普久原朝政先生、泉川良範先生の２名で、理事の数は11名となっています。この会は最近インターネットを利用したML（メーリング・リスト）が立ち上がりました。三つの団体の中では初めてのことです。今後MLを利用して、医会の活動も活性化されることでしょう。

【沖縄県小児保健協会】

日本小児保健協会は昭和８年に発足し、戦後昭和29年に再発足しています。平成16年は戦後の再発足から50周年になります。県協会については玉那覇榮一会長が「日本小児保健協会50周年記念特別号」に詳しく書いており参考にしました。

沖縄県小児保健協会は日本復帰翌年の昭和48年創設で、歴代会長は仲地吉雄先生（初代、４代、故人）、稲福盛輝先生（２代、故人）、佐久本政彦先生（３代）、知念正雄先生（５代）、そ

して小渡有明先生（６代）が長く会長を務められた後に、今年から玉那覇榮一先生が７代目会長を務めています。会の中心事業である乳幼児健診は医師として必ず小児科が参加し、歯科医師、保健師、栄養士、臨床検査技師などチームで行われており、沖縄方式と称される高い評価を受け、その功績から平成２年にエリエール賞、平成４年にはもっとも権威のある保健文化賞（第44回）が授与されています。健診事業以外でも特筆すべき事は多いのですが、そのひとつに昭和57年に協会主催で開催された第29回日本小児保健学会が挙げられます。当時は沖縄県での全国規模の開催は珍しく、また大学以外の民間団体主催としては初めてでした。しかし、当時から沖縄での開催は魅力的であったようで、全国から1,663名の参加を得て、一般演題274題の大きな大会となっています。協会の20周年記念誌には学会を担当した当時の忘れられない思い出が語られています。同学会は当初４代会長であった仲地吉雄先生のもとで開催される予定でした。ところがその準備の最中に仲地会長が急逝され（仲地先生はご開業後に医院を閉めて米国へ勉強に行かれたほどのすばらしい先生でしたが、持病の高血圧症があったようです)、急遽知念正雄先生が会長に指名され、学会開催を一致団結した協力で成功させています。昭和57年にはインターネットもFAXもなかった時代です。本当に信じられないような会員、事務局の働きがあった事でしょう。

宮古・八重山地区の健診には厚生省・心身障害児研究班（平山宗宏教授班長）の力を借りて平成11年まで健診事業が行われていました。この健診には平山宗宏先生、高野陽先生、日暮眞先生、高嶋宏哉先生など著名な先生方が参加されていました。復帰直後から最近まで県内小児科医が少ない時期にこのようなすばらしい健診事業が行われていた事も忘れてはなりません。

沖縄県小児保健協会は現在会員数421名、その中で医師109名、歯科医師10名、そのほか小児保健に関係する多数の職種の人々で構成され、理事・役員は23名、顧問２名となっています。毎年５月頃沖縄県小児保健協会学会、１月には母子保健大会・保健セミナーを行っており、その他にも小児保健に関係する講演会などを適宜開催しています。最近では「沖縄県はしか“０”（ゼロ）プロジェクト」の事務局として重責を担っています。

追記：今回は沖縄県の小児医療専門三団体の歴史をまとめましたが、県内で活躍された明治時代からの小児科医については長田紀春先生の名著「福木の白花」に詳しく書かれています。長田先生は平成14年に医院を閉めましたが「福木の白花」は先生が先の大戦で軍医として沖縄戦を体験し「ひめゆりの塔」となっている第３外科壕で九死に一生を得たこと、ご開業されてからは深夜に窓を壊して侵入してきた発熱児を抱えた父親の話（小児救急問題のはじまり)、そして沖縄県の疾病の歴史的な変化も知ることが出来るすばらしい本です。閉院にあたり地域の皆さんからお別れ懇親会が催された話なども小児科医冥利に尽きると思います。40余年ご開業され、県内の小児保健・医療を見守っていらした長田先生のご著書は県内の関係者には是非読んでもらいたいと思いました。

保健セミナー

小児の発達と障害

－その見方と対応－

神奈川県総合リハビリテーションセンター
小児科　栗　原　ま　な

私が昨日東京から飛行機に乗ったときはコートとマフラーと手袋が必要だったんです。そして仕事から帰るときには車の窓が凍っていて、少し温めないと出られないような環境にいたのです。沖縄がこんなに暖かいと思わなくて、突然３カ月ぐらい前に戻ったような感じでびっくりしています。

話したいことはたくさんあるのですが、メモをとる時間がもったいないと思ったので、スライドを全部プリントしてきています。

どうぞ聞いていてください。スライドお願いします。

きょうは、障害のある子供の話をしてほしいということで依頼を受けたのですが、障害のある子供を見るためには絶対正常の子供を知らないと話が先に行かないと思います。教科書的には何カ月の子が何をするということを頭に入れておくことは必要なんですけれども、私がいま言いたいのは、それを実際にいま皆さんが付き合っているお子さんについて、その子がどういう発達をしているんだろうと、むしろ逆の見方をしていただきたいということです。その後に障害をもつ子供の話をします。それほど重くない、軽い発達の遅れをもつお子さんたちの話の方が聞きたいだろうなとは思いつつ、でも基礎としては重い障害も最低限は知っておかなければいけないということで、脳性まひ、精神遅滞、てんかん、と話し、そのあとで軽い発達の遅れをもつお子さんの話をします。

私がいる神奈川県総合リハビリテーションセンターは、神奈川といっても丹沢の山のふもとで、実は小田急線の線路から10キロぐらい奥に入ったところです。病院の下には、道の入口に「ようこそ七沢温泉郷へ」と書いてあるような山の中で仕事をしています。

私共のセンターはリハビリテーションを専門としていて（スライド１）、重症心身障害の方たちが40人、知的障害の方たちが160人それから視覚障害者の方たちなど福祉施設合わせて全部で1,500人ぐらいの方たちが入所されています。病院の入院ベッドは約700床でいわゆる総合的な大きなリハビリテーション施設なんです。そこの小児科で働いているんですが、ご多分に漏れず小児科は忙しくて大変なんですが、小児科医は３人しかいません。

リハビリテーションセンターですから（スラ

スライド１



イド２)、リハビリテーションのスタッフがたくさんいますけれども、多分普通の病院と違うのは、医者も他のスタッフと同じような位置にいて、一緒に手をとりながら仕事をしているということでしょう。医師を中心としたチームで障害児を診る体制を取っている病院と思ってください。

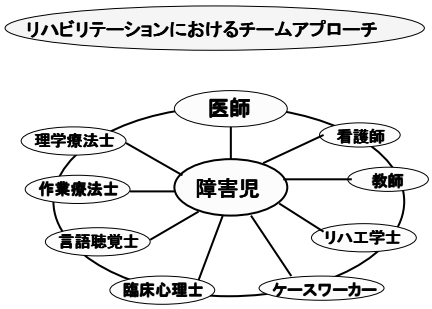
それでは、正常な子供の話に入ります。皆さんご存知の（スライド３）母子手帳にある成長曲線ですが、小児科医にとってこの曲線はとっても大切なものです。内科と小児科の一番の違いというと、小児科では正常値がどんどん変わっていくということでしょう。例えば身長も変わる。体重も刻々変わっていくということです。発達を見ている小児科医の診療机の引き出しには、絶対この表がすぐ手に出せるところにありますが、これは単純に大きさを記載するというだけではなくて、保健師さんたちは当然のごとくここに記録をしていきますけれども、単純にその子どもが大きくならないとか、小さいとかいうことはもちろん大切なんですけれども、それ以外に、例えば、身長とか、体重とか刻々記録していった時、その値は正常だけれども、過去の流れと比べて見たときに、普通に成長してきた子供の成長のスピードが変わったということも見つけ出せるんです。だから、ただ１つの点ではなくて、子供の成長の流れを見るという意味で、これをさらに使っていただきたいと思います。

ですから乳幼児健診では、できれば過去の数字でわかるものを全部書き込んでみて下さい。ある時点から急に身長・体重の伸びが止まっているのが発見されることがあります。それが、急に母乳が出なくなったぐらいのことだったらいいのですけれども、この時点から急にお母さんが子供をみなくなったとか、そういうものが何となく客観的に数値に出ることがある。そういう意味で、単純に今まで見ていたのとは違う目でこの成長曲線を見ていただけるといいと思います。

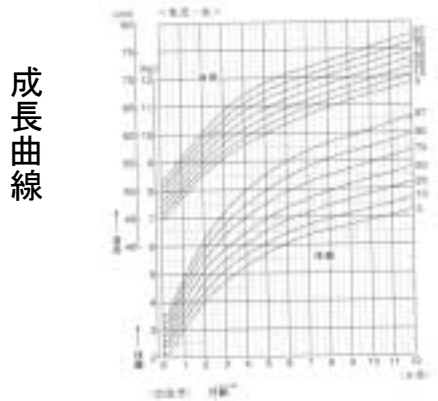
ここからのスライド十数枚は、皆さんがご存知のことばかりかもしれませんが、障害児をみていくのには、絶対に正常な子供の発達を頭に入れておかなければいけないのです。

今回ここ沖縄に私を招待して下さったのは、沖縄赤十字病院小児科の宮城先生が誘ってくださったからなのですが、私は彼と大学の同級生なのです。私は大学に入ったときには小児科医になろうと思っていましたし、大学を出た時点では、障害児をみる小児科医になろうと思っていました。これらのスライドは実は自分の子供の写真です。大学を出る時点で障害児をみよう

スライド 2



スライド 3



と思っていましたから、自分の子供の写真がいつか何かに役立つと思って、仕事に行く前に結構写真を撮りまくっていたのです。

子供の発達って自分の子供を育てられれば、本当に全部わかるのですけれども、それは理想論で、それがなければわからないというものではないのです。大学を出て小児科医になった時点で、いきなり乳児健診に行かされたのですけれど、実はわかってなかったんです。自分の子供が産まれたときは「どうしよう」という状況になってしまったのですけれども、多分この中で若い保健師さんもそういう状況におられると思うんですけれど、でもやっぱりそれではいけないのかなと思いつつ、乳児健診をしていたころを思い出します。お母さんの方がよっぽど知っているのに、「小児科の先生」ということでいろいろ聞かれました。

スライドを見て下さい（スライド４）。１カ月の子というのは首がそんなに上がらない。２カ月になると首が少し上がってくる。でも２カ月の時点では３、４カ月健診でやる、首の引き起し反応で首がついてこなくていいんです。これはモロー反射なんですけれど、４、５カ月までの子供は首を後ろにストンと落とすと、手をパーッと開きます。

４カ月というのは子供の発達にとってとても大切な月齢で(スライド５)、４カ月になると、引き起し反射で首がついてきます。これは原始反射の１つで、非対称性緊張性頚反射といい、首を向いた方向にフェンシングスタイルが出る反射です。３、４カ月ぐらいの子供に必ず出る反射です。この反射が10カ月の子供に出ていたら異常です。私たちは、ちょっと発達が遅れていて、何となく突っ張る子が来たときに、首を片側に向けて、この反射が出るか出ないかを見て、この子の脳の発達を見ていくんです。そういう意味でこういう原始反射が大切です。

それから、これは知的発達を見ているのです。変なものを子供の顔の上に載せるとお母さんに怒られてしまいますので、お母さんがガーゼのタオルかなんかを持っていたらちょっと借りて、健診のとき子供の顔にパッと載せると、初めてやられた子供はびっくりしてもがくだけなんですけれども、２、３回やっていれば取れるようになって、４カ月の子は何回かやると片手でパッと取ります。そうすると、この子の知恵は４カ月レベルはあるということが簡単にわかります。

６カ月のキーポイントとしては「座れる」かどうかを見ます。ちゃんと座れなくてもいいのですが、手をついてやっと座れれば合格です。次に体をちょっと左右に傾けたときに、首が垂直に立ち直ってくる反射が出てきます。頚の立

スライド 4



スライド 5



ち直り反射です。座位で体を傾けると手で支えるパラシュート反射が出てきます(スライド６)。

９カ月になると同じように体を後ろに傾けると、首が垂直に起きてくる首の立ち直り反射がしっかり出てきて、つかまり立ちが始まってきます（スライド７)。

１歳で歩かなくてもいいのですが、１歳で立ってほしい。私の息子は１歳でやっと立っています（スライド８)。

スライド 6

6カ月





スライド 7

9カ月





スライド 8

1歳

①数秒間、一人立ちする
②片手を引くと歩く
③すわった姿勢から手をついて
　立ち上がる
④拇指と示指の指先でものをつかむ



１歳３カ月ぐらいまでには歩いてほしいですね。

１歳半になると上手に歩けて、２歳になると一応走れて、階段が昇れるようになります（スライド９)。３歳だと、いろいろなことができます（スライド10)。３歳の３にこじつけてみると、三角形が書ける、色が３つわかる、三輪車に乗れるなど、上手なことができるようになります。

４歳はもうちょっと上手になって、ケンケン

スライド 9

2歳

①走る
②手すりをもって、両足をそろえて
　１段ずつ階段を登れる
③ボールがけれる
④両足跳びができる
⑤ことばがつながる



スライド 10

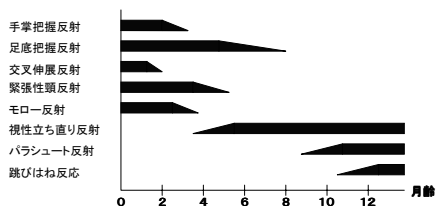
3歳

①手を使わずに一人で階段を登れる
②片足立ちができる
③クレヨンなどで丸を書く
④自分の名前が言える



スライド 11

反射の発達



スライド 12



スライド 13



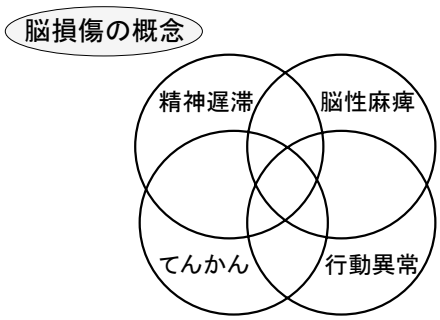
とかができるようになります。５歳ではスキップができるとか、ハサミでまっすぐ切れるとかです。スライド11はすごく簡単な反射の発達の図ですけれども、反射の検査は客観的評価という面で大切です（スライド11〜13）。

例えば、さっき言ったモロー反射というのは４カ月、つまり首がすわるぐらいには消えていかないと、次の運動に入っていけないのです。ですから、モロー反射が７カ月の子に出ていたら、やっぱりその子の脳の発達は４カ月より前のレベルでしか発達していないということで、異常だと分かるんです。

別の例では、緊張性頚反射が出ている間は寝返りができないのです。顔の向いた側の手が伸びてしまうので、この反射が消えてこないと、そちら側に寝返れるようにならないということで、必ず運動発達と反射の消失は平行しているのです。

それと同時に、あるところで反射が出てこないと発達が進みません。例えば目で見て体を立ち直らせる反射が出きないと垂直の姿勢を保っていられないとか、体を傾けたときに足がポンと出る反射がなければ歩行に結びつかないとか、そういう意味で出てくるべき反射というものがあるので、気になる子供がいたときに、私たちは反射が出るか確認していきす。

スライド 14



スライド 15

脳性麻痺とは、受胎から新生児期（生後4週間以内）までの間に生じた脳の非進行性の病変に基づく永続的な、しかし変化しうる運動および姿勢の異常である。進行性疾患や一過性の運動障害、または将来正常化するであろうと思われる運動発達遅滞は除外する（厚生省研究班1968）。

ここからが本題に入るんですけれども（スライド14）、いろいろな障害の話をして、いろいろな病名が出てきますけれども、でも、子供は一人ということを言いたいんです。いろんな障害を持っている子供はいる。例えば脳性まひだけ持っている子供もいれば、知的障害だけを持っている子供もいる。両方持っている子供もいる。いろんな病気を持っている子供はいるんですが、そこにいる子供は一人なのです。でもそ

の子供を考えるときに、一つ一つの障害を、一つ一つきちんと理解しないと、その子供を正しく把握できません。そういう意味でこのスライド(14)は深い意味を持っています。けれども、基本的に一つ一つの障害を分離して考えなければいけないけれど、最終的には子供は一人なのであって、人間として、一人の子供として見ていかなければいけないという意味も含んでいます。

では、一つ一つの障害の説明をしていきます。まず、いちばん基本的な脳性まひの話をします（スライド15)。脳性まひというのは、生まれつき、ないしは生まれてから１か月までの間に生じた脳の障害です。脳性まひというのは運動の障害です。

分類の仕方も決まっていて、痙直型、アテトーゼ型、不随意運動型、失調型などがあります。障害部位によって、手も足も同じように悪い四肢まひとか、早く生まれて仮死があった子供に多いのですけれども、上肢に軽く下肢に重い両まひとかがあります。障害部位と型で呼び方を決めてあります（スライド16)。一番多いのは痙直型の両まひ、それから次に痙直型の四肢まひです。話がちょっとずれますけど、片まひではてんかんの合併が多かったりということで型によって臨床症状に特徴があります。

きょうは脳性まひの話を細かくするつもりはないのですが、簡単に写真をお見せします。この子供はお腹の中にいたときから、水頭症がわかっていて、早めに生まれた子なのですが、見るからにつっぱっています（スライド17)。足首とか、膝とかも曲がりにくくなっている痙直型四肢まひの子供です。先天性水頭症があって、生まれてすぐにシャントが入った子供さんで、精神遅滞と難治性のてんかんを合併している、典型的な痙直型四肢まひの脳性まひです。

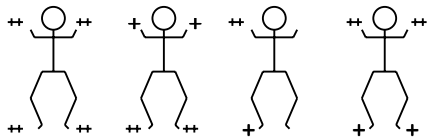
この子供（スライド18）は、乳児健診で異常を発見された子供で、痙直型四肢まひの方です。生後５カ月の写真ですが、かなり強く手を握り締めていて、そっくりかえって、首が座っていないお子さんです。

次に（スライド19)、この子供は８カ月健診から紹介されてきた子供で、それまでお母さんはほとんど気にしていませんでした。８カ月ぐら

スライド 16

脳性麻痺の分類

- **型分類：痙直型、アテトーゼ型、失調型**
- **障害部位別分類：**



四肢麻痺　両麻痺　片麻痺　両片麻痺

スライド 17





先天性水頭症
痙性四肢麻痺
精神遅滞
てんかん

スライド 18



いになって、お母さんが、どうも左の手を開かないということを訴えたためにこちらに紹介されてきた子供なのです。

こういう子たちはお座りもできているし、この子は言葉も普通に出てきているので、非常に見つかりにくい。軽い片まひの子では、親御さんが最初に気がつくことが多いです。写真を持ってこなかったのですが、この子供は右側の脳に大きな穴があいています。孔脳症といいますが、脳のＣＴ写真を見せたとたんにお父さんはびっくりして、真っ青になった程の大きな脳の欠損がある子供なのですが、この程度の症状なのです。でも片まひとして典型的な経過をとったお子さんで、４、５歳ぐらいからてんかん発作が起きてきて、何度も重積状態となり、苦労したお子さんです。いま５年生ですが、発作はほとんどコントロールされて、普通の学校に行っています。

次に（スライド20)、この子供も首が座らない

スライド 19





脳性麻痺（左片麻痺）

スライド 20





脳性麻痺（アテトーゼ型四肢麻痺）

ということで紹介されてきましたが、開けたいわけじゃないけれど勝手に口があいてしまったり、あっちに手がいきたいのにこっちに手がいってしまうという症状が見られました。この子の場合も周生的に何も危険因子はありませんでした。何の問題もなく生まれて、発達が遅れていたお子さんです。アテトーゼ型の四肢まひです。

次に（スライド21)、この子供はたまたまスライド20の男の子と同じ頃に来た女の子です。紹介されて来たときには首が座らない、発達が遅れていてふにゃふにゃしているということだったのですが、８カ月ぐらいになってもやはり座れないんですけれども、何か不随意な、手が勝手に動いてしまう動作が見られるようになってきました。うまく寝返れません。この子も知的に全然問題ないのですが、不随意運動が強くて、アテトーゼ型のお子さん達は口の動きがうまくコントロールできないので、言葉はまったく出ないのです。この４月に小学１年生になりますが、コンピュータを使って言葉を打たせる訓練をしているところです。言葉が出ないので、難聴の疑いで送られてくる可能性もあるのですが、知的にも、聴力にも問題ないお子さんです。

次に発達障害についてお話しましょう。ここ

スライド 21



脳性麻痺（アテトーゼ型四肢麻痺）





の示すＤＳＭ－Ⅳという（スライド22）とアメリカ精神医学会の分類です。発達障害の分類はいくつかありますが、小児神経科ではこの分類を使うことが多いです。精神遅滞という用語は医学用語だと思っていただければいいです。最近は知的障害という言葉を一般には使っていますが、精神遅滞イコール知的障害と思っていただいて構わないです。

精神遅滞、学習障害、運動能力障害、コミュニケーション障害、広汎性発達障害、注意欠陥および破壊的行動障害に分かれています。きょうはその中で精神遅滞と広汎性発達障害を中心に話そうと思います。

精神遅滞（スライド23）は、非常に数が多いです。脳性まひよりもずっと多いです。程度も、重いものから軽いものまであります。

ようするに知能指数が70以下を精神遅滞と定義づけています。例えば10歳の子どもが７歳ぐらいの知能だと知的障害があるかないかの境です。さらに軽度、中等度、重度に分けます。軽度ですと、10歳の子供が６～７歳ぐらいの能力です。もっと重くなると、自分の名前もわからなかったり、お母さんと他人を区別できなかったりという形で問題が出てきます。軽度、中等度の方たちは、適切な指導を受けていくと社会に出ていかれるレベルの方たちです。

老人性の痴呆と区別するために「発達は18歳未満」と定義されています。話が少し飛びますが、重症心身障害が、重症心身障害児施設を利用するときには、重症心身障害の認定を受けないと施設は使えないことになっています。それは何のためかというと、例えば50歳になってボケてきて寝たきりになった老人たちが、重症心身障害児施設に入所するのを防ぐための方策です。同じように、精神遅滞は老人の痴呆とは違います。

精神遅滞の原因です。（スライド24）医学が進めば進むほど、原因不明のしめる割合いは減っていくはずなのです。例えば遺伝子の診断とかがついてくれば原因不明は減ってくるのです。精神遅滞の原因の半分は原因がわからないのですが、原因がわかるものの大半は、染色体異常です。いわゆる、生まれつきもった異常というのは、いくら医学が進んでも、いくら早期診断が進んでも生じてくるし、ゼロにすること

スライド22

発達障害の分類（DSM－Ⅳ）

- 精神遅滞
- 学習障害
- 運動能力障害
- コミュニケーション障害
- 広汎性発達障害
- 注意欠陥および破壊的行動障害

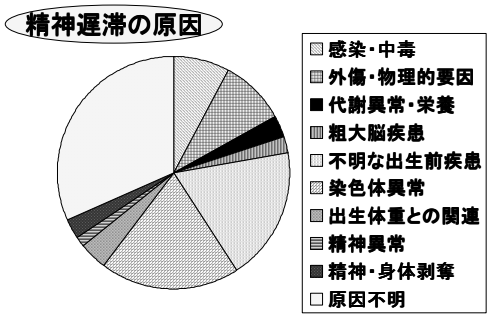
スライド23

精神遅滞

1. 明らかに平均以下の知的機能：IQ　70以下
2. 適応機能の欠陥・不全
3. 発症は18歳未満

軽度：　IQ　50～55から70
中等度：IQ　35～40から50～55
重度：　IQ　20～25から35～40
最重度：IQ　20～25以下

スライド24



はできません。こういう分野がからんでくるのが精神遅滞の分野なのです。その他、代謝異常だとか、感染症、そういったものが多くの原因になっています。

医学が進んでくると出生前の問題が少なくなって障害児の数が減ってくるはずなのです。例えば脳性まひの発生頻度を見ると、今から20年前は1,000人当たり大体２人だったのですが10年前には1,000人当たり約１人に減ったのです。その後、小さい子供達が生き残れるようになってきていて、700グラム、500グラムの子供達が生き残っていく。昔は障害を持つ子供が生き残れなかったのですが、今は生きていくことができて、その子供達が脳性まひになっていくというジレンマが生じているのです。また出生前要因や周産期の要因も、私たちの手に及ばない部分があるわけです。

願わくばこの「出生後の原因」は少しでも減らせるといいと思います。例えば、頭を怪我して精神遅滞になってしまう子供がいるとしたら、それはチャイルドシートがうまく普及すれば、交通事故で脳外傷は減るかもしれない。それから、例えば、後で話しますけれども、てんかんが出てきても、てんかんの治療が早くうまくいけば精神遅滞を起さないかもしれない。そういう意味で、出生後の部分は少し私たちが手助けすることができる部位なのです。

精神遅滞を診るときに、いろいろな医療検査はあります（スライド25)。血液検査で染色体を見るとか、脳のＣＴをとるとか、脳波をとるとかはあるのですが、それ以上に家族歴とか、過去にどういった病気をしたとかいう、問診がものすごく大事です（スライド26)。残念だけれども、精神遅滞のお子さんの親御さんは、知的に低めの方が多いのです。家族性の精神遅滞というのは結構あるので、その辺は上手に聞き出さなければいけません。ストレートに何でも医療職が聞いていいという時代ではないですから、その時に保健師さんとか、地域で関わる先生や、幼稚園の先生とかが結構上手に聞いてくださって、私たちが次の診断に入っていくのにとっても役に立つんです。

問診のあとに診察をするのですが、その中でさっき言ったように、姿勢の異常があれば、別の反射を誘発してみるとかという形で、いろいろな見方をしていきます。

精神遅滞そのものに対する治療というのは、非常に少ないのですが、新生児スクリーニングにあがっているもの、例えばクレチン症であれば、甲状腺の粉を飲ませるだけで精神遅滞に至るのを防げます。そういう意味で、さっきの難聴と同様に治せるものを少しでも早い時期に見つけ出すというのが、とっても大切です。治療でえる精神遅滞の数が多いわけではないです

スライド25

精神遅滞の診断（2）

検査：　血液・尿検査
脳波
筋電図
末梢神経伝導速度
聴性脳幹反応
頭部単純X線
CTスキャン
MRI・MRA
脳血管写
超音波

スライド26

精神遅滞の診断

問診：
家族歴：近親婚、家族における類似疾患
既往歴：妊娠・出産経過、発達歴、罹患疾患、
予防接種、外傷・発作の既往、家庭環境
現病歴：発症時期、初発症状、経過、発作などの
状態、その後の経過
診察：　神経機能（姿勢、自発運動、眼位、
筋緊張など）、精神機能（意識、理解力
など）、顔貌、形態異常、視力、聴力など

が、その子供が将来知的に正常で過ごせるという意味ではとっても大切なものです。

精神遅滞そのものの治療はなくても、教育によってその子供の将来がずっと変わってきますから、そうだとわかったときには、少しでも早く次のステップに移っていくことが大切です。それが通園施設であったり、幼稚園であったり、訓練施設であったりします。原疾患に対する薬物療法は少ないですが、動き過ぎる子供をちょっと落ち着かせるとか、人を傷つけてしまう子供の行動を抑えるためには薬を出します。合併症としてのてんかんにも薬物療法は大切です。

その中で、子供の治療はもちろん大切なのですが、小児科医というのは、多分７割ぐらいは親御さんと接しているのです。状況を聞くのも親、やってもらうのも親ということで親御さんとの対応が大切です。例えば子供が３歳ぐらいになって、精神遅滞が明らかになってきた時には、親御さんに診断名を伝えます。親御さんに心の準備をしてもらって次に進んでいくために、ある時期、きちっとした診断を伝えるということもとっても大切だと思っています。「何となく遅れています」ではなくて、障害があればあるで、しっかり伝えるということも小児科医の大切な役割であると私は思っています。

次に薬物のことですが（スライド27)、皆さんがよく耳にする「リタリン」という、薬物は注意欠陥多動性障害などに使います。ほんとによく効くのです。それから、すごく行動障害の強い子供達に対して、私たちは最後の切り札的に薬を使います。薬だけに頼るのではなくて、必要なときに、必要最小限使うという意味で、最後の切り札としては有効なものがたくさんあります。

精神遅滞の予防についてです（スライド28)。保健師さんたちにとっても大事なのがここです。いまの小児科学は、治療の医学から予防の医学に移ってきています。障害を持った子供達のリハビリテーションも大切ですが、障害を持った子供が少しでも減ることがもっと大切なのではないでしょうか。

スライド27

精神遅滞の治療 薬物療法

睡眠薬・抗パーキンソン薬・抗てんかん薬は略

中枢刺激薬	メチルフェニデート(リタリン)
抗精神病薬	ハロペリドール(セレネース・リントン) ピモジド(オーラップ) クロルプロマジン(コントミン・ウインタミン) レボメプロマジン(ヒルナミン・レボトミン) チオリダジン(メレリル)
抗うつ薬	イミプラミン(トフラニール) フルボキサミン(デプロメール・ルボックス)
抗躁薬	炭酸リチウム(リーマス) カルバマゼピン(テグレトール)
抗不安薬	ジアゼパム(ホリゾン・セルシン) ブロマゼパム(レキソタン) エチゾラム(デパス)

スライド28

精神遅滞の予防

- **妊娠前の教育**
- **妊娠中の教育**
- **遺伝相談**
- **妊娠中や周産期の薬剤モニタリング**

スライド29



精神遅滞
多発奇形

この辺の教育的なものは、地域保健に関わっておられるみなさま方の大きな役割だと思っています。

次に、精神遅滞に関連した写真をお見せします。このお子さんの手は合指症です（スライド29)。精神遅滞を持つお子さんにはいろんな奇形を合併していることがあります。何かこういう奇形的なものがあったときには、知的な問題が絡んでいる可能性があるということを念頭に置いていただくといいと思います。

次に、この子はコルネリア・デ・ランジュ症候群です（スライド30)。この２人の子供は別の家庭の子なのですが、親よりも同じ病気のよその子の方が顔が似ているんです。これも重度の精神遅滞をもっています。

次は、ソトス症候群（スライド31）です。これも別の子です。

これは（スライド32）筋肉の病気なのですが、精神遅滞とか、てんかんとかを伴ってきます。日本に多い筋肉の病気なのです。福山型の先天性筋ジストロフィー（スライド32）とか、レット症候群（スライド33）では最近遺伝子が見つかっています。レット症候群では手もみ動作が特徴的です。

これは（スライド34）別の筋ジストロフィーで、左側の子は乳児健診から、歩きが遅いとい

スライド30



コルネリア・デ・ランジェ症候群

スライド31

Sotos症候群



スライド32

福山型先天性筋ジストロフィー



スライド33



Rett症候群

スライド34

筋緊張性ジストロフィー



うことで紹介されてきたのですが、お母さんに抱かれて診察室に入ってきた瞬間にお母さんを見て診断名が予測できました。母子ともに同じ疾患で、お母さんはそれほど重症でないから、結婚もして、子供も生めたんですが、お子さんは重度の精神遅滞があります。精神遅滞を伴っている筋肉の病気です。

次に、これは（スライド35）ダウン症です。ダウン症はもちろん皆さんよくご存知でしょうが、この子は心疾患があるので、「太鼓のバチ指」がみられます。低酸素症状が続くと指の先の組織が増殖して太鼓のバチ状になってきます。これはあまり見たことがないのではと思って写真をお見せします。

これは（スライド36）、ムコ多糖症という珍しい病気なんですが、右側の子供は重度の精神遅滞を呈しています。こちらがむしろ典型的なのです。左側の子供は５歳ぐらいで体が堅いということで紹介されてきたのですが、知的にはまったく正常です。同じ病気です。同じ病気でも、精神遅滞を伴うことも、伴わないこともあります。

これは（スライド37）軽い精神遅滞がある子供で、見えにくいかもしれませんが、ミルクコーヒー様のシミがあちこちにあるのです。こういうのがあると神経疾患を伴うことがあるので、病院に来たお子さんは一応裸にして、全身くまなく見ましょう。ただ、保健師さんたちがいきなり全部裸にして見るわけにはいかないでしょうから、お母さんに、「体にシミありませんか」とか、さりげなく聞いて見せてもらうのがよいでしょう。これも危険因子に入れていただいていいものなのです。

スライド35

ダウン症候群



スライド36



ムコ多糖症
Hunter症候群

スライド37



カフェオレ斑

スライド38



次に、この子供（スライド38）は筋疾患なのですが、ちょっと変わった顔をしていて、重度の精神遅滞があります。何となく顔つきが変かなというイメージが大切です。

ここからは軽度発達障害（スライド39・40）の話です。境界域精神遅滞（ボーダーライン）学習障害、コミュニケーション障害と広汎性発達障害、注意欠陥・多動性障害、これらについて話そうと思います。

これらの軽度発達障害は、大きく２つのグループに分けられると思います（スライド40）。理解力の問題、認知力の問題を持つグループと、行動面の問題が主体になるグループです。前者の代表が学習障害（ＬＤ）と精神遅滞（ＭＲ）、後者の代表が注意欠陥・多動性障害（ＡＤＨＤ）と広汎性発達障害（ＰＤＤ）です。

さらに軽度発達障害の子供達の症状は、時にはとても把握しにくくなります。その子ども達は、言葉の問題、コミュニケーションの問題、ぶきっちょの問題とかで困っているわけですが、それに加えると、お友達に「お前できないじゃないか」とか、「お前馬鹿なんだから」とやられていくことによってどんどんやる気がなくなったり、反抗的になったりということで「二次障害」が重なっていきます。そのために、もとの状態がすごくわかりにくくなっているというのが一般的な状態なのです。また症状の重なり合いがよくみられるということで診断は結構難しいのです。根本的には認知の問題、それと行動の問題に大きく分けるということが大事であると思います。

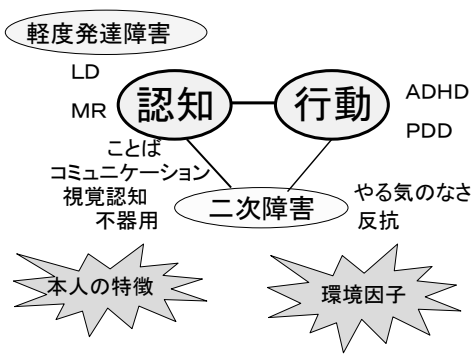
学習障害とは（スライド41）、読み書き、そろばんにおける問題です。知的な遅れがあってはいけないのです。精神遅滞の患者さんのお母さんが来られて、「この子は学習障害なんですよね」と言うことがありますが、これはまちがいです。読み書き、そろばんがうまくできないだけです。ですから３歳で学習障害はわからないです。学校に行く頃になって、または学校に行ってみたら、この子は算数がどうしてもできないとか、どうしても漢字が書けないとかとい

スライド 39

軽度発達障害

- **境界域精神遅滞(MR)**
  全体的知的発達レベルにおける問題
- **学習障害(LD)**
  文字の読み書き、計算能力の習得における問題
- **コミュニケーション障害**
  話しことばの表出と理解における問題
- **広汎性発達障害(PDD)**
  対人関係、社会性、思考の柔軟性における問題
- **注意欠陥・多動性障害(ADHD)**
  自己コントロールにおける問題

スライド 40



スライド 41

学習障害

- **読字障害**
- **算数障害**
- **書字表出障害**
- **特定不能の学習障害**

精神遅滞ではない
感覚器官の障害ではない
情緒障害が主な原因ではない
重度の運動障害ではない

う形でみつかってきます。

学習障害の対応でいちばん大事なのは（スライド42)、この子が何ができないのかをちゃんと知ることです。そこに至らずしては絶対先に進まないのです。それと、この子供達は自分がだめなんだ、これができないんだと自覚しますから、二次障害に至ることが多いのです。これを抑えていくことが大切です。具体的なことはスライド42に示してあります。

ことばの遅れには（スライド43)言語発達遅滞（精神遅滞、広汎性発達障害)、失語症、構音障害、聴覚障害があります。

ことばの遅れのチェック時期です（スライド44)。重いのは１歳～１歳半で、聴力の問題もここで絶対チェックされるべきです。中等度の知的な障害は２歳頃にみつかります。軽ければ軽いほど後で見つかります。

広汎性発達障害については（スライド45)、教科書にも書いてありますし、皆さんよくご存知だと思いますけれども、ようするに社会性の障害を持つ子供達なのですが、その中心となるものは自閉性障害（自閉症）です。自閉症の細かいことを話している時間がないので、すごく簡単に話しますが、社会性の障害、コミュニケーションの障害、それと想像力の障害と言う人もありますが、こだわりというか、興味の範囲がすごく狭い子供です(スライド46)。この３つが柱です。社会性がなくて、コミュニケーションがうまくとれなくて、何かにこだわっている子供、その３つがそろわなければ自閉症とは言わないのです。自閉症と精神遅滞とは別の障害ですが、合併することは多いです。

自閉症の頻度は500人に1人と言われたり、1,000人に１人と言われたりしていますが(スラ

スライド42

学習障害への対応

- 正しい診断
- 学習障害の理解
- 子どもを怒らず、誉めること
- 治療教育や個別プログラムの必要性
- 二次的情緒障害や自信喪失の防止
- 通級性への配慮
- 薬物療法（メチルフェニデート:リタリン）

スライド43

ことばの遅れ

1. 言語発達遅滞
   精神遅滞、広汎性発達障害
2. 失語症
3. 発声発語器官の構音障害
4. 聴覚障害

スライド44

ことばの遅れ ⟶ チェック時期

1. 初語出現の1歳～1歳半頃
2. 二語文出現の2歳頃
3. 会話がほぼ完成する3歳頃
4. 就学前 → 軽度障害群

スライド45

広汎性発達障害

- 自閉性障害
- レット障害
- 小児期崩壊性障害
- アスペルガー障害
- 特定不能の広汎性発達障害

中核をなすのは自閉性障害（自閉症）である

イド47)、自閉の症状が重ければ重いほど早い年齢から早くわかります。赤ちゃんのときは、「何だかこの子は人をあまり求めないな」ぐらいの感じなのですが、２歳ぐらいになると症状が目立ってきて、平気で親から離れて行ってしまったり、返事をしなかったり、クレーン現象といって、自分でやらないで親の手を引っぱっていってこれをやってと言ったり、というような症状が見られます(スライド48)。

スライド46

自閉症

①相互的社会関係の障害
②コミュニケーション能力の障害
③常同的な行動、興味、活動

・自閉症の70～80%は精神遅滞を合併
・執着性が土台となる問題行動は思春期以降増強
　→療育上の問題点
・自閉症児の約20%は成人期に達する前に
　てんかん発作を呈する
・種々の精神障害の合併：躁鬱病的状態、精神分裂病、
　チック障害、不登校、家庭内暴力、摂食障害など

スライド47

自閉症

・自閉症の有病率：　1人／1000人（男4：女1）
・自閉症の予後(Kobayashi 1991)：

かなり良好	35%
良好	15%
不良	50%

スライド48

幼児期の自閉症

・自閉症症状は2歳頃明らかになってくる
・親から平気で離れる、呼名に応じない、クレーン現象
　自己刺激行動へ没頭、言葉がない、身辺未自立
・早期療育にて症状は改善する
　→母親との関係が出現、オウム返し、フレーズの反復
・3～4歳頃より、こだわり、パニックが出現

学童期になると、自閉的な症状は多少減ってくるのですが、やはり社会性が悪く、こだわりが強く、一人の世界に入っていて、ということになってきます（スライド49)。

高い年齢まで皆さんが見ておられるのかどうかわからないのですが、私たちは幸い赤ちゃんから40歳、50歳まで自閉症の方たちを見ているのです。自閉症で何が困るかというと、思春期になったときによくみられる「パニック」が大きな問題になります(スライド50)。ある程度予防できれば、どうにか過ごしていけると思います。神奈川リハビリセンターの中の知的障害児施設では行動障害が強い自閉症の子供達を支援するプログラムを扱っています。ひどいときには２階から戸棚を下に投げるとか、ガラスを突き破ってしまうとか、こういう状況になってしまう子供達がいます。それらは止めきれないことが多いのですが、それでも小さいときから少しでもこれを予防するための治療をしていく

スライド49

学童期の自閉症

・自閉症児が母親に接近してくるのは小学校中学年以降
・10歳過ぎには過敏性や多動性が減ってくる
・社会的交流は依然として苦手
・興味の対象に没頭、こだわり
・肥満傾向が出現
・独特のコミュニケーション障害：内面の不理解・ファンタジー
・小学校高学年は最も伸びる時期

スライド50

青年期の自閉症

・問題は何と言っても**パニック**
　以前は25～35%にみられたが、今は20%程度
　早期療育・教育の効果であろう
　身体の急激な変化を基盤とすることが多い
　てんかん発作のはじまりや鬱病性の気分変調もある
　感情表出の誤り、自我の芽生えのこともある

と、少しは改善していきます。パニックをいかに防いでいくかというのが、この子供達を見続けていく医者としては、頭の中から離れないわけなのです。

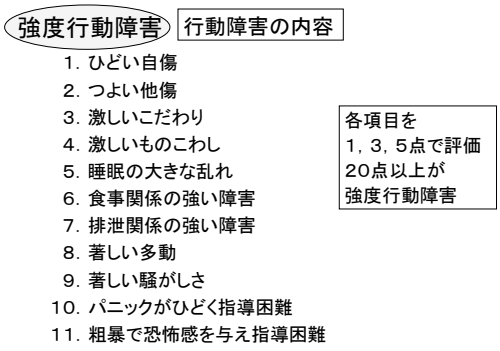
このような行動の問題が多い人たちを、２年間施設に入れて改善していこうという国の事業があるのですが（強度行動障害プロジェクト：スライド51)、その中の代表的なものは自閉症です。

高機能自閉症という言葉を最近よく聞くと思います。自閉症ですからさっき言った社会性の問題、コミュニケーションの問題、それからこだわり、興味の範囲が狭いという症状は必ずあるのです（スライド52)。高機能というのは、別に知恵が普通よりいいという意味ではないのです。知的な遅れがないぐらいの意味にとって下さい。大体知能指数が70以上あればいいという意味であって、決して知恵が普通よりいい自閉症というわけではありません。知的に問題のない自閉症です。

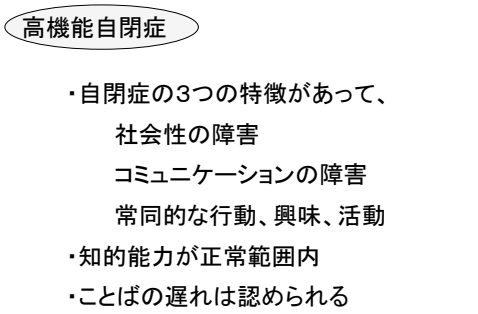
チェックポイントとしては言葉の遅れがあるということです。この子供達には自閉症の症状があって、軽いパニックがあったり、言葉が遅れたりということがあります。学校に行き始めるぐらいからその辺の症状は取れてきて、こだわりが少し軽くはなっていきます。いじめなどによる二次障害に対する対応が、学校側としてはとても大切な時期です。

さっき自閉症では「言葉の遅れがありますよ」と言ったところが大事なのです。高機能自閉症とアスペルガー症候群、最近世の中の話題になっていて、あちらこちらに書いてありますが、何かわかりにくいと思います。アスペルガー症候群、アスベルガー障害。アスペルガー障害というのは、さっきのアメリカ精神医学会の呼び方で、一般にはアスペルガー症候群と呼ばれています。学派によってはアスペルガーと高機能自閉をほとんど同じに取っている学派もあるのですが、やはり両者は少し違うと思います。その時のチェックポイントとして、アスペルガーでは言葉の遅れがないのです。厳密に区別しなさいと言われたときに、言葉の遅れがあるかな

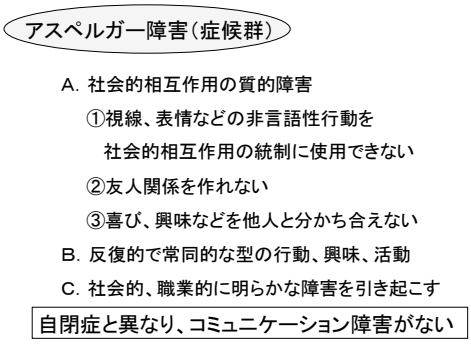
スライド51



スライド52



スライド53



いかで、アスペルガーと高機能自閉を分けたらわかりやすいかなと思います。アスペルガー子供達も社会性がないです。それからこだわりがあります（スライド53・54)。

言葉の遅れがないので、学校に入るぐらいまではわからないのですが、でも学校に入るぐらいで何だかおかしいと思われます。普通の子供では、例えば電話がかかってきて、「もしもし、何々さんですか、お母さんおられますか」と言われると、アスペルガーのお嬢ちゃんは、「お母さんはいますよ」と答えてもそこで終わりになってしまいます。普通の子供だと、言葉の裏を想像して判断するのですが、アスペルガーの子供は、そこで終わり、ストレートに言われたこと、出されたものはわかるけれど、言葉の裏がわからない。電話で「お母さんいますか」ということは、お母さんにかわってくださいということですよね。「かわってください」は推測できないのです。「います」で終わり。「います」と言ったらお母さんにかわりますでしょう、それをしないで「いますよ」で終わってしまうのです。

それから、お友達がとってもほしいものを貸してくれたくなくて、泣きそうな顔をして「貸してあげるよ」と言っても、「貸してあげるよ」と言われたから普通に貸してくれるんだ、「ありがとう」ということで終わってしまいます。だから友達関係が形成されていかないというのが、高機能自閉とか、アスペルガーの子供達の大きな問題なのですが、その子供達は自分からわざとやっているわけではないのです。できないのです。それは周りがくんであげて、何か配慮をしていないと次に二次的な問題が生じてくるわけです。

ですから、自分だけの世界に入っていたり、テレビを一緒に見ていてもおもしろくもないところで一人で笑ってしまうとかということがみられます。

同じように軽度の発達障害の中に注意欠陥・多動性障害があります（スライド55〜57)。チェック項目がたくさんあって、まず「不注意」

スライド54

アスペルガー障害（症候群）によく見られる行動

- 家の中で机の下や部屋のすみで幸せそうに一人遊びをする
- 特定のコマーシャルを好んだり、ひどく怖がったりする
- 言葉が大人びていて、敬語をよく使う
- 自動車、昆虫などが好きで、図鑑を好む
- 周囲の状況に構わず、一方的に話しかけてくる
- 兄弟や友人がまちがったことをすると許せない
- 家族でテレビを見ていて、笑う場面がずれる
- 冗談や比喩が通じにくい

スライド55

注意欠陥・多動性障害（1）　**6項目以上該当**

1・不注意
- 学業、仕事などにおいて綿密に注意ができない
- 課題、遊びの場面で注意を持続できない
- 話しかけられた時に聞いていないようにみえる
- しばしば指示に従えない
- 課題や活動を順序立てて行えない
- 精神的努力の持続を要する課題をいやがる
- 課題や活動に必要なものをしばしば無くす
- 外からの刺激によって容易に注意をそらされる
- しばしば毎日の活動を忘れてしまう

スライド56

注意欠陥・多動性障害（2）　**2＋3で6項目以上該当**

2・多動性
- 手足をそわそわ動かす
- 教室などで席を離れる
- 余計に走り回ったり、高い所に上ったりする
- 静かに遊んだり、余暇活動につけない
- じっとしていない
- しゃべりすぎる

3・衝動性
- 質問が終わる前に答えてしまう
- 順番を待てない
- 他人の邪魔をする

の項目ですが、自分に当てはまるところが１つや２つありますよね。でも、多分６個はないでしょう。

多動性とか、衝動性、これだってあるでしょう。例えば人が言う前に答えてしまうとか、じっとしていないとか。でもこれらを合わせて12個は当てはまらないでしょう。12個当てはまる子供というのは、授業に参加できなくて、困ってしまう子供達なのです。何しろどこかへ行ってしまう。スーパーとかに行くと消えてしまう子。人見知りもなくて、思いつくままにしゃべってしまうとかいう子供達です（スライド57)。

次にてんかんについて話します（スライド58)。てんかんというのは脳の病気で、脳の活動電位の異常があって、例えばそれが爆発するために何か症状が出てくると思ってください。

スライド57

注意欠陥・多動性障害によく見られる行動

- とにかくよく動く子
- 大きなスーパーなどで見失うことが多い
- 人見知りがほとんどない
- 家庭内より外に連れ出すと動きが増える
- 保育園や幼稚園の運動会で勝手な行動をとる
- 思いつくとしゃべらずにはいられないといった感じでしゃべる

スライド58

てんかん

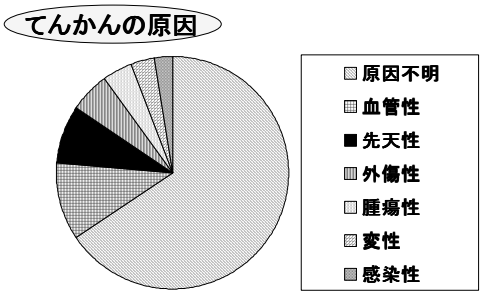
定義:

種々の病因によって起こる慢性の脳疾患で、脳の神経細胞の過剰な発射により引き起こされる。

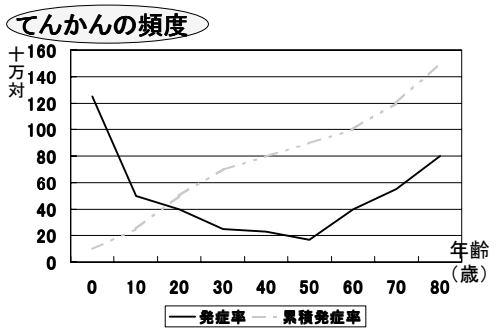
反復性の発作（てんかん発作）を主徴とし、その他に様々な臨床症状ならびに検査所見の特徴をもっている。

てんかんでは（スライド59・60）先ほどの精神遅滞以上に原因がわからないことが多いのです。これはてんかんの頻度を示した図です（スライド60)。直線は何歳のときにてんかんが初発したかを示しています。例えば０歳のときに10万人あたり125人ぐらい発症しています。10歳代では50人ぐらいということで、てんかんというのは、子供のときに発症することが多いのです。てんかんの治療というのは、発症してから少しでも早い時期に適切な治療をした方がよくなるのです。ですから、小児科医が早く知って、早く適切な治療をしたい病気なのです。けれども、てんかんというのは10年、20年単位の病気なので、患者さんの数はうなぎのぼりに増えていきます（スライド60の点線)。ですから患者さんの数は大人が多いのですが、とっても大事なのは子供の時期なのです。

スライド59



スライド60



てんかんの分類です（スライド61･62)。てんかんというのは、部分発作と全般発作の２つに分けられます。部分発作というのは、てんかんの元がここにあって、部分だけに症状が出る発作。全般発作というのは、脳全体がまきこまれる発作です（スライド63)。

てんかんというのは不思議な病気で、私たちが実際に見ないで診療していることがほとんどなのです。学校の先生とか、保育園の先生とか、親御さんからの情報を聞いて、経過も聞いて、それに対して予測をつけて治療をしているということです。いちばん伝えたいのは、皆さんからいろいろな情報を正確に教えてもらいたいということです。それが治療に役立つということです。

これが脳波（スライド64・65）です。こういうてんかん性の波、棘波（きょくは）とか、鋭波とか、棘徐波とか、こういうてんかんの波があるかどうかを確かめて、てんかんの診断をしていきます。

ＣＴスキャンとか、ＭＲＩを使って、脳の中をチェックします。そして、診断を決めて、薬物治療を開始するのですが、これがまた５年、

スライド61

てんかんの分類

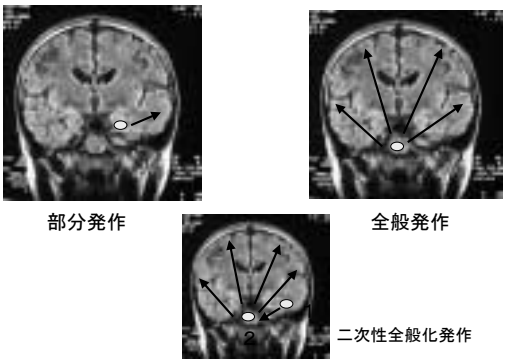
1. 局在関連性てんかん
2. 全般てんかん
3. 焦点性か全般性か決定できないてんかん
4. 特殊症候群

スライド62

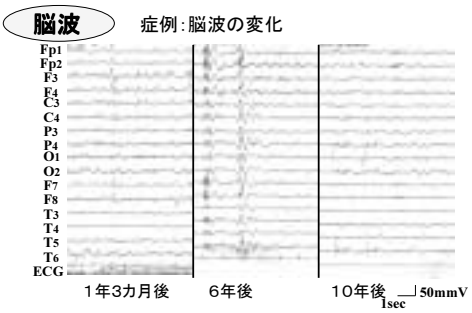
てんかん発作の国際分類

1. 部分発作
   - A. 単純部分発作
   - B. 複雑部分発作
   - C. 二次性全般化発作
2. 全般発作
   - A. 欠神発作
   - B. ミオクロニー発作
   - C. 強直発作
   - D. 脱力発作
   - E. 間代発作
   - F. 強直間代発作
3. 分類不能のてんかん発作

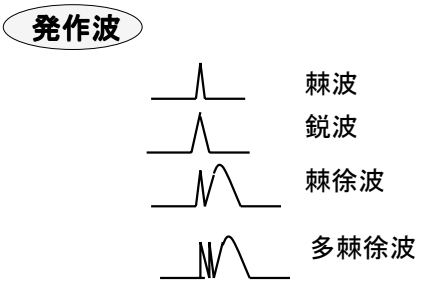
スライド63



スライド64



スライド65



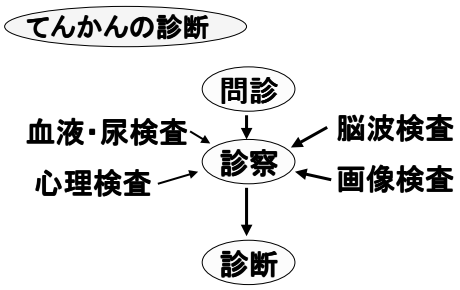
10年という単位で進んでいきます（スライド66・67・68）。

てんかんでは、発作が起きやすい条件というのがあります（スライド69）。寝不足とか、女の子だと生理のときとか、便秘とかです。それから、さっき言った行動を抑える薬でてんかんが少し起こしやすくなります。お子さんごとに異なってはいますがいろいろな要素があります。最も怖いのがてんかんの薬を中断したときです。

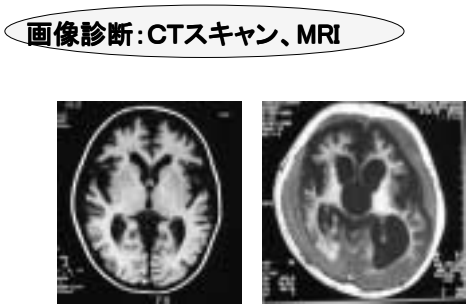
発作に伴う事故については知っていてほしいと思います。幼稚園とか学校ではプールの事故に注意していますが、発作が起きたら水から引き上げれば溺れないのでまず問題はないはずです。私が20年ぐらいてんかんをみてきた中で、直接発作に伴う事故で死んでしまった子供が３人いるのですが、３人ともお風呂で溺れてしまったのでした。３人とも知的な遅れのない思春期の子でした。自宅でお風呂に入っていて、久しぶりに発作が起きて溺れてしまったという事故でした。ですから障害を持っていない子供達のてんかん発作は、お風呂で溺れることがあるのだということを親御さんに言っていただけると、そういう事故が減るかなと思います。発作の時に転んだり、落っこちたりして、怪我をすることはよくあるのですが、死ぬというのは溺れです。

てんかんの薬はたくさんあります（スライド70・71）。例えばフェニトン（アレビアチン）という薬は、痙攣を止める力が最も強い薬です。それはすばらしいのですが、毛深くなったり、

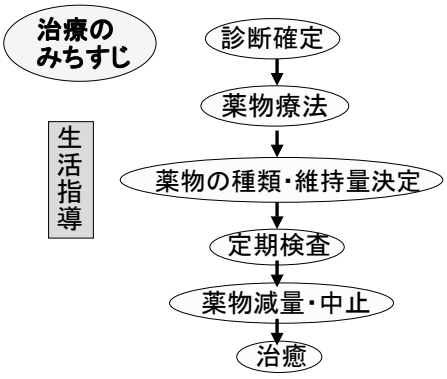
スライド66



スライド67



スライド68



スライド69

発作の誘因

1．知覚刺激により誘発されるもの
反射性てんかん

2．知覚刺激以外の刺激で誘発されるもの
睡眠不足、肉体的疲労、
精神的ストレス、激しい運動、月経、
飲酒、便秘、発熱、ストロボなどの光、
抗てんかん薬の中断、
種々の薬剤

歯茎がモリモリしてきたりという副作用があったりします。それからテグレトールはいい薬だけれども、アレルギーが出やすかったりとか、いろいろな副作用がありますが、必要なら注意して使います。

次に（スライド72）典型的なてんかんの治療例をお示しします。この子がインフルエンザ脳症、ライ症候群になった直後にγグロブリン療法、ＡＣＴＨ療法という特殊な治療をして、いろいろな薬の調整をして、10年以上たつと発作がかなり少なくなっています。こういうのが難治性てんかんの典型的な治療方法です。

最後に、私たちが行っている障害受容への支援についてお話します。この上の図（スライド73）は文献から取ったものです。発達小児保健をやっている方は見たことあるんじゃないかなと思いますが、ドローターという人の書いた有名な図です。

例えば、ダウン症のお子さんを持った親御さんの反応を表わしていると思って下さい。何もなく元気に正常に生まれてくる子供だったはずの子がダウン症で生まれてきて、親御さんはショックに落ち入ります。次に、「いや、そんなはずはない、私にそんな子が生まれるはずがない」と否定、否認が出てきて、次に悲しみ、「そんなのはいやだ」という怒り、しかし時間がたつと適応していくのです。そして、「さあ、頑張っていこう」。これが普通の流れで、１年とか２年の間でこういう形をとっていくのです。

私たちのところは、先ほどお示ししましたようにリハビリテーションセンターですから、発達の遅れのあるお子さんと同時に、後から障害

スライド70

主な抗てんかん薬

薬物名	商品名
フェニトイン	アレビアチン、ヒダントール
カルバマゼピン	テグレトール、テレスミン
バルプロ酸	デパケン、デパケンR、バレリン、ハイセレニン、セレニカR
ゾニサミド	エクセグラン
フェノバルビタール	フェノバール
プリミドン	マイソリン
エトサクシミド	ザロンチン、エピレオプチマル
クロナゼパム	ランドセン、リボトリール

スライド71

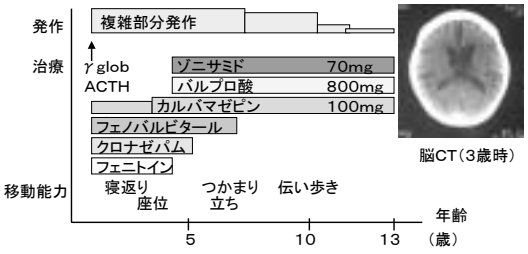
主な抗てんかん薬の副作用

薬物名	副作用
フェニトイン	眼振、複視、運動失調、眠気、多毛、歯肉肥厚、肝障害、造血器障害
カルバマゼピン	発疹、アレルギー、眠気、
バルプロ酸	肝障害、高アンモニア血症、眠気、胃腸障害、体重増加、ライ症候群
ゾニサミド	胃腸障害、体重減少、運動失調、眠気
フェノバルビタール	鎮静、認知障害、多動、精神的遅延
エトサクシミド	食欲不振、運動失調、造血器障害
クロナゼパム	眠気、脱力、胃腸障害、肝障害

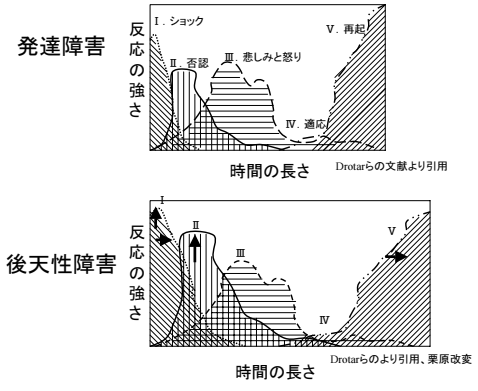
スライド72

症例：13歳男児

11カ月時熱性けいれんの既往あり。1歳3カ月時ライ症候群に罹患。急性期より複雑部分発作頻発。



スライド73



を持った子供達も来るわけです。交通事故とか、インフルエンザ脳症だとか、そういう子供達の家族を見ていると、同じような経過をとるのですが、でも反応がより強いのです。どっちが悪いとか、どっちが強いとか、どっちが悲しいとかいうことではないのです。昨日まで元気に過ごしていて、抱いていた子供が突然インフルエンザ脳症になってしまうものだから、ショックが強くて、回復していくのに時間がかかるのではないでしょうか。でも、この反応の強さと、再起までにかかる時間の長さを、少しでも軽くするための手段というものがいくつかあるように思います。

ある時に、後天性の障害を持ったお子さんたちの親御さんにちょっとアンケートをしたことがあるのですが、「何がいちばんのきっかけになったんですか」という問１）の答えとしては、家族とか、友達とか、ほかの障害をもったお子さんとその親御さんと述べられるんです。そういうことから、まず家庭を整えてあげられたらいいなと思っています。

発達障害も、後天性の障害も同じなのですが、障害児を持った家族は、すごく仲良く結びついていく家族と、障害を持った子どもが生まれたために壊れていってしまう家族とに、二分されることが多いようです。

療育をすすめていく際に、医療職が病院で待っているだけでは不十分だと思います。保健師さんとか、地域に入っていける人たちの手伝いがすごく大切です。幸い私たちの病院は外に出て行く事業があります。私たちも学校とか、家庭とか訪問するのですが、時間の制限があってそんなには行かれないのですが、みんなで協力していろいろなことを進めていくということが大切です。

その時に、医者、保健師、看護師、教師、それぞれの役割があるのですが、いかに御家族に寄り添えるのかなと思います（スライド74）。

障害が発生した後に、それを受容していくのには時間がいるのです。最初のショックの時期に焦ってもだめです。ある程度この流れに沿って、最初のショックの時期がちょっと乗り切れるぐらいの時にこの辺まで手伝うとか、その時期時期に添って、多分対応しやすい職員というのはいるんですけれども、でも基本的にはどこまで寄り添ってあげて、どこまで聞いてあげられるかということです。

最後のスライド（スライド75）にお示ししましたのは、私が神奈川リハビリセンターで行なってきた15年間のことをまとめた本です。リハビリのことをよく知らない小児科医や保健師さん、学校の先生を対象としています。お役に立てていただければ幸いに存じます。

スライド74

家族支援のポイント

- 家族の気持ちに寄り添えること。
- 相談に乗れる関係を作ること。
- 家族が子どもの能力や特性を理解し、
  対応に自信をもち、自己決定ができるように。
- 家族のQOLも大切。

スライド75

「眼で見る　小児のリハビリテーション」

神奈川県総合リハビリテーションセンター小児科部長　栗原まな著
診断と治療社　2004年4月1日発行　￥5,800+税

目次:
1. 小児リハビリテーションの実際
2. 小児の成長と発達
3. 発達検査・知能検査・言語検査
4. 乳幼児健康診査
5. リハビリテーションスタッフの役割
6. 疾患別リハビリテーションの実際
7. 社会復帰（復学）への支援
8. 障害の受容
9. 地域リハビリテーション
10. 福祉機器

6. 疾患別リハビリの実際
①言語障害
②脳性麻痺
③精神遅滞
④広汎性発達障害
⑤注意欠陥／多動性障害
⑥てんかん
⑦脳血管障害
⑧急性脳炎・脳症
⑨頭部外傷
⑩脳腫瘍
⑪二分脊椎
⑫脊髄損傷
⑬ギランバレー症候群
⑭筋疾患
⑮神経皮膚症候群
⑯変性疾患
⑰重症心身障害



保健セミナー

乳幼児の難聴について

琉球大学医学部医学科高次機能医科学講座
耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野
牛 迫 泰 明

きょうは乳幼児の難聴についてお話をさせていただきますが、テーマをいただいたとき、講演時間が40分だということで、非常にそちらの方で難しいなと思っています。

乳幼児難聴というのは、早く発見するということが一番になっています。それには、保健師の皆さん方の、私たちとは違うサイドからのご協力というものが必要になってまいりますので、きょうはその辺のところだけ、なぜ重要なのかというようなお話をさせていただこうかなというふうに思っております。それでは時間があまりありませんので、早速始めさせていただきます。

乳幼児難聴の原因といたしましては、遺伝性の難聴があります。劣性遺伝、優性遺伝、そして他の症状も合併したような、症候性難聴というようなものもございます。一番多いのは劣性遺伝です。このあたりもゆっくりお話したいところがあるのですが、ここをやりますととても時間が足りませんので、項目だけで進めさせていただきます。

胎生期難聴、赤ちゃんがお母さんのお腹にいるときに母体の感染とか、栄養障害とか、薬物中毒などで引き起される難聴です。特に沖縄では、このウィルス感染症の中の風疹ウィルスによる先天性風疹症候群、これは今からちょうど40年ほど前に大流行いたしました。一般に難聴児の発生率は1,000人に１人から２人と言われますが、高度難聴ということでは、おそらく2,000人に１人くらい、新生児2,000出生に１人くらいという割合ですが、今から40年前、沖縄県では１年間に360人という多くの先天性高度難聴児が生まれました。いわゆる沖縄風疹難聴児です。

現在、琉球大学耳鼻科では、40年たった沖縄風疹難聴児が、現在どのような生活をされているのか、これまでいったいどのような人生を歩まれてきたのか、そして現在どのような問題を持たれているのかというようなことを調査研究いたしております。もう少ししたらそのあたりもご報告できるのではないかと思っております。

周生期難聴、生まれるときにいろいろな問題があって起こる難聴もあります。最近は非常にこの分野の医療が進んで、後ほど講師の先生のお話があるかと思いますが、結果的に周生期難聴のパーセンテージが増えてきているという傾向があります。

そして後天性難聴と、乳幼児難聴の原因は以上の４つに分けることができます。この図は、1963年の古い統計ですが、検討症例が多いので、今でもよく使われています。これによると、最も大きな割合を示している乳幼児難聴の原因は、原因不明でして、おそらくこの原因不

明の中に、遺伝性によるものが多く含まれているのでしょうが、まだその遺伝子が見つかっていないために、原因不明という枠でくくられています。もう一つ、周生期難聴は9.3%という数ですが、これがもう少し、今は20%くらいに上がっているとの報告もあります。

乳幼児難聴の特徴は、非常に個人差が大きいことです。その個人差を生む一つ目の因子としては、障害部位からくる難聴の性質の違い、外耳とか中耳とかが障害されて起こる伝音難聴、中耳炎とかご存知と思いますが、このような病気が起こると伝音難聴になります。そして内耳や神経が障害されて起こる感音難聴、これは治らない難聴です。難聴の性質でもこのように二通りあります。また、二つ目の因子としては障害程度の違い、軽いものから中等度、高度そして、ろうといろいろです。三つ目の因子としては、これは乳幼児の言語発達を考える上で大事なところですが、いったいいつ聴力を失ったか、すなわち失聴時期です。言語習得前なのか、これには先天性も含まれますが、ようするに２歳以前、そして言語習得中なのか、２歳から３歳にかけてです。そして言語習得後の３歳以後なのかといった失聴時期の違いです。乳幼児難聴は以上の三つの因子がいろいろに組み合わさっていますから、結果的に個人差が大きいということになります。したがって、乳幼児難聴といっても個々に内容が異なります。

ここでは時間がありませんので、その異なったタイプそれぞれの特徴についてお話はできません。ただ、乳幼児難聴では、中等度から高度の感音難聴で、言語習得前（先天性）に失聴した子どもが一つの典型といえますので、ここではこのような例をあげてお話いたします。

では、そのような高度の治らない、しかも言語を獲得する前にそういう難聴になった子供の場合、いったいどのような問題が起こってくるのでしょうか。実際に映像がありますので、それを供覧いたします。３歳の先天ろうの女子です。

ちょうど３歳０カ月、よく見えないかもしれませんが補聴器を両側にしています。ここまでのところで皆さん方はすでにお気づきかと思いますが、３歳ちょうど、健聴ならかなり生意気なことまでしゃべる時期だと思うのですが、この子の場合、この時点ではもうほとんど単語らしい単語がないということです。ですから、このまま成長すると大変なことになるということはお分かりいただけたと思います。

乳幼児難聴のもっとも大きな問題は言語発達に影響が及ぶことです。この点が非常に成人難聴と異なります。成人の場合、難聴になると今まで当り前にできていたことができなくなる、例えば会話とか、電話とか、音楽を聞いたり、テレビを見たりとかです。そしてこのような能力障害によって、仕事を失ったり、病院や学校に行けなくなったりとかのハンディキャップへと障害が拡大していきます。成人難聴もこのように大変ですが、子供の場合は十分な言語を獲得できるかどうかであり、もっと根本的な問題といえます。私達が子どもの難聴の発見、診断そして治療に一生懸命な理由はここにあります。

では、なぜ人にとって言語習得が必要かということをお話いたします。当り前のことですけれども、人間らしく生きていくということ、社会の一員として教育を受け、生活をしていくために、言語は不可欠なものです。また、私たちは言語により物事の理解をし、思考して自己を表現することができます。とくに私はこの項が非常に大事かなと思っています。言語でもって私たちはいろんな情報を得ることができます。世界の出来事や人や文化や食べ物、ありとあらゆるものについて言語を通して知ることができ

ます。人がどのようなことを考えて、どのように行動したのかというようなことだって、言語を通して知ることができます。そして、この多くの経験から私たちはいつのまにか自分の中にいろいろなことに対する物差しを作っていく。そして、自分はいったい何者なのかということを知っていくのではないでしょうか。だから、さまざまな場面に出くわしても、自分がどのように行動すればいいかというような、いわゆるある種、自己の確立とでも言うのでしょうか、そういう判断ができるようになるのだと思います。

ですが、難聴のために言語というものが非常に貧困であれば、こういった物差しが非常にゆがんだものになったり、小さなものになったり、薄っぺらなものになったりするという危険性があると思います。

私たちは幼児期の本能的な行動から、より人間的な行動へと変化、発展していく、このことも言語を学習し、習得していく過程で得られます。オオカミ少年の例がありますが、これはある年齢以上で、いきなり人間社会、ことばの中に入れても、すでに言語の学習ができないため、もうその世界では生きてはいけないという一つの例なのでしょう。

以上のように言語には非常に重要な、人にはなくてはならない役割があります。ですから、難聴という障害のために言語発達が遅れることは、とにかく避けないといけないといつも考えています。

そのためには、難聴児に早くから音を、難聴なのだけれども補聴器を使って音を聞かせる。そして、早期にその音を手がかりに言語習得の訓練をしないといけません。できるだけ早期にというのがポイントです。どうしてかというと、それは脳の可塑性が関わっているからです。これは脳の神経回路網の形成ということなのですが、これはほとんど３歳ぐらいでピークになります。ですから、そこまでが音声言語習得のゴールデンタイムということになります。このような理由から、例え高度難聴児であっても、耳から音声言語を入力して、とにかく補聴器を使ってもいい、人工内耳を使ってもいい、とにかく音声言語を入れて、そしてまだ柔らかい脳、３歳前の柔らかい脳にその刺激を入れて、そして聴覚性言語野の神経回路網の形成をします。

可塑性がないというか、頭が固くなってしまうと、いくら音声言語を入力しても全然この聴覚性言語野の神経回路網ができません。ですから、乳幼児難聴は、とにかく早く発見し、診断して、そして早く音声刺激をして、そして聴覚性言語野を形成することが必要になります。

最近はＰＥＴという、皆さん方も何かで聞かれたことがあるかと思うのですが、新しい医療技術で脳の活動を画像で見ることができます。この図は、京都大学耳鼻咽喉科が行った仕事ですが、先天ろう８歳の子ども、まるっきり聞こえてなかった子に人工内耳手術を行って、そして聴神経を電気刺激して、脳の活動を見た画像です。ここ側頭葉上側頭回に聴覚連合野があって、そこのところで音声言語を理解するのですが、この子の場合、その場所は全然活動していなくて、ただ音を感じる第一次聴覚野、そこだけに脳の活動が見られたとのことです。この子は８歳になって人工内耳手術を受けて音声言語はよく聞こえるようにはなったけれど、それはただ単に音だけであって、言葉としては全く認識できない結果だったとの報告でした。

一方、後天ろうの子どもの場合で、この子は髄膜炎により、ろうになった子どもです。後天ろうですからこの子は既に音声言語は習得しているのですが、でもろうになったので、人工内耳手術を行い、そして人工内耳で電気刺激をし

てこの子の脳の活動を見てみると、立派に聴覚連合野が賦活されたと報告されていました。

８歳、先天ろうの子の場合は、いくらきれいな音声言語を入力したとしても、脳の神経回路網が形成されない、脳の可塑性がないということです。もし、早期にこの子が人工内耳手術をしていたとしたら、後天ろうのケースのように聴覚連合野の活動が観察できただろうと思っています。

もう一つおもしろい報告があります。いまこちらの通訳者の方が手話を使われておりますが、手話というのは視覚情報で、いわゆる聴覚情報ではありません。でも先天ろうの方に手話を見てもらうと、そうするとここの聴覚連合野の部分が活動するのが観察することができるのだそうです。本来、ここは聴覚言語中枢なのに、先天ろうの人ではこの部位が視覚言語中枢に置き換わっているというようなことが報告されています。おもしろいですね。ここではいろいろ例を上げてお話しましたが、大事なことは、脳の可塑性があるうちに、早く難聴を発見し診断して、そして早期に人工内耳をするなり、補聴器を使うなりして、音や音声言語を入力しないといけないことです。

本日のポイントは、乳幼児難聴はできるだけ早期に発見して、診断、治療をして、補聴を行い、訓練をして、言語習得する。ここがポイントでして、ここのところに今日参加していただいた皆さん方のご支援をいただきたいと私たちは願っております。

これから話はもう少しありますが、持ち時間が迫ってまいりましたので、少しタッタッタッと早く話します。分かりにくいところがあるかもしれませんが、大体これまでのところで私が本日話したいことは終わっております。では少しスピードアップしていきます。

乳幼児難聴の早期発見の手立てとしては、現在新生児聴覚スクリーニング事業とか、乳幼児健診という制度が試行されたり、実施されたりしています。いま沖縄県でもこの新生児聴覚スクリーニング事業を始めようとしているところです。でも、お金がかかる、産科と耳鼻科との連携などの問題もあって、なかなか実行に移せていません。また、乳幼児健診、これは制度としては確立されたものですが、そのうちの聴覚健診に関しては受診率や検査方法にばらつきがあって、取りこぼしもあります。そして何よりも３歳時というのが遅すぎます。

つい２、３日前のことですが、４歳９カ月、もうすぐ５歳の高度難聴の女子が大学病院を受診しました。この障害にしてはとても遅い受診です。それまでどうしていたのかというと、その子は乳幼児健診で１歳半のときに難聴の疑いはもたれていたのですが、そして母親に精密検査を受けるよう指導はされていたのですが、ほったらかしだったという例です。皆さん方の健診後に母親の受診行動に結びつく支援活動をお願い致します。

乳幼児難聴児の早期発見の手立てとしては、やはり母親が子供の聞こえに疑問を持つということが第一だろうと思っています。でも母親というのはいい方に判断しがちという傾向があります。例としては、周囲が騒がしくてもよく寝る子は手のかからないよい子だというように、いい方にいい方に物事を考えていく。そういう問題があるようです。でも母親の気づきと行動がポイントになるのですから、この面での教育なりプロパガンダが大切だろうと考えています。

このスライドは、両親が乳幼児の聞こえについてどのように考えるかということをまとめて示しています。一般に母親は子供が大きな音がしても目が覚めない、テレビを大きくつけても平気で寝ている、呼んでもふり向かないという

ことで、「あ、難聴じゃなかろうか」と思うのですが、でも先ほども言いましたように、やっぱりいい方に物事を考えます。例えば戸をガタンと閉めるとすぐに泣き出したりするし、電車の音はよく聞こえているみたいだし、太鼓をたたくと喜ぶから、だから大丈夫だというように考えて、これを心の中で行ったり来たり、行ったり来たりするわけです。

でも、この時点でここにいらっしゃる保健師の方に相談するなり、耳鼻科を受診するなりするということが必要になってくる。なぜかというと、難聴があっても、難聴の型や程度がさまざまだからです。一般に多くの難聴は、低い音の聞こえが比較的よく残っています。だから太鼓やドアの音に反応します。でも肝心の言葉は十分に聞こえません。両親による子供の観察が、難聴によるのか、視覚や震動感や残聴によるものかを判断することが大切です。両親は子供の耳は聞こえてるんだと解釈しがちだということを忘れてはなりません。

子供が満１歳以上になると、母親の訴えは、ことばが遅いとか、呼びかけには応じないが欲しい物をあげると飛んで来る、何かしてほしいときは私の手を引いていく、テレビに合わせて手足を動かしているが聞こえているかどうかは分からない等のように、母親の観察も非常に具体的になって、子供の聞こえよりむしろ言語や行動に関するものが多くなってきます。これはポイントとしてはいいのですが、ここにも喃語という落とし穴があって、「パパパ」とか「バババ」とかは、子どもがよく口にしますが、それをまたお母さんは都合よくとって「パパ」と言った、「ママ」と言った、「バイバイ」と言ったというように解釈してしまい、ことばは出ているから大丈夫だと考えて、受診が遅れたりするようなこともあります。でも、この時期、１歳以上では、確実に音声と物とが結びついているのが普通です。

子供の行動の異常が難聴による場合もありますが、他の障害、例えば体や知的発達の遅れとか、情緒障害という場合もあります。でも、１歳以上でことばが遅いというときは、とにかく耳鼻科なり、小児科に行っていただくということが大事だろうと思います。３歳を待ってはいけないと思います。

難聴児関連施設における難聴児の早期発見の問題点として、多くは耳鼻咽喉科が多いのですが、その他では小児科、そして専門施設、例えばヒアリングセンターとか、ろう学校とか、保健所とかですが、乳幼児聴覚検査は非常に専門的で、どこででもできる検査ではありません。また正確に診断するのも相当な経験がないとできません。ですから、難聴児関連施設を受診したからといって安心してしまうのも問題があります。やはり関連施設においては疑いがあれば適切な専門施設へ早く紹介するということが必要だろうと考えます。このようなことがスムーズになされないと、はじめにお話しました脳の可塑性がある時期を逃してしまって、言語習得に困難を来すということになってしまいます。

スライドは、琉球大学病院耳鼻咽喉科での難聴児診断と聴能・言語訓練に至る流れを示しています。問診から始まって、一般検査、ＡＢＲやＯＡＥの他覚的聴力検査、そして乳幼児聴力検査、ＣＴなどの画像検査、そして診断と両親への説明、補聴器装用や人工内耳の適用とかの聴覚補償、聴能・言語訓練の実施や、訓練施設への紹介など等です。時間がありませんので詳細は省略いたします。

次に、このスライドは診断の際に用いる難聴程度５段階の分類を示しています。正常、軽度難聴、中等度難聴、高度難聴、ろうの５段階です。

一般には、言語習得期では、中等度難聴以上

から補聴器の適用を考慮いたします。そして、高度難聴では、補聴器装用と、聴能・言語訓練を行わないといけません。中等度難聴までは適切に補聴器装用がなされていると、おおむね普通保育園なり幼稚園に行くことで言語発達がみられます。さらにろう、100デシベル以上では、補聴器効果は乏しく人工内耳の適応となります。

スライドは補聴器と人工内耳の違いを示しています。補聴器はただ単に音を大きくする拡声器で、人工内耳は聴神経を電気刺激します。補聴器では音は外耳、中耳を経由してそして内耳を刺激します。一方、人工内耳は外部装置で音を電気信号に変換して、手術で埋め込んだ内部装置で神経を電気刺激して音感を得ます。両者の外見は同じようですが、まるっきりその働きは違います。

この映像は、はじめに供覧した３歳の子どもが、その時に人工内耳手術を行い４年が経過したときの様子です。どのように言語が発達したか音声を聞いてみてください。

このように、現在は難聴を早期に発見して、そして言語獲得の支援が早期に適切になされると、いま聞いていただいたように、非常にはっきりときれいな発音で話ができるようになります。十数年前までは、ろう児は手話を用いて、また口話であっても発語明瞭度が悪い状態でコミュニケーションをしていました。今はこのような時代に来ております。ですから、乳幼児の難聴を見つけていただいたら、少しでもそういう疑いをもたれたら、とにかく早く、できるだけ早く病院とか、施設に連絡をして下さい。

障害児の発見・診断と療育は、とにかく病院だけでできる仕事ではありません。ここにお集まりの皆さん方を含めて、皆の力をもってしかできないことです。今後ともよろしくお願いいたします。

報　告

中央保健所管内（那覇市・浦添市）麻疹予防接種保護者意識調査（ＫＡＰstudy）第１報

上原真理子[1)]　田名サヨ子[1)]　平敷　礼子[1)]　知名　保[1)]
仲間　秀人[2)]　仲宗根　正[2)]　屋嘉のり子[3)]　西　千恵美[3)]
安慶田憲一[3)]　高江洲幸子[4)]　新垣　賢昇[4)]　玉城智津子[4)]

Ⅰ　はじめに

日本は世界から「麻疹輸出国」という謗りを受けるほど麻疹流行を繰り返す、先進国においては稀な国である。経済力も優秀なワクチンも持ち、相応の教養もあると言われる日本において、麻疹の予防接種率が上がらないのは何故か。沖縄県においては、平成10年から13年という短期間に２度の流行を見、９名の幼い生命を犠牲にした苦い経験を持つ。接種を受ける側にどのような接種を受けにくい要因があるのかを分析し、今後の予防接種率95%以上達成に資することを目的にＫＡＰスタディを実施した。

ＫＡＰ（Knowledge,Attitude,Practice）

Ⅱ　対象と方法

対象：中央保健所管内の那覇市・浦添市の１歳半健診と３歳児健診を受診する子どもの保護者（那覇市700名ずつ、浦添市200名ずつ）

方法:自記式アンケート調査（別添）。健診票の郵送時に一緒に発送。自宅において記入して持参してもらい、健診会場にて回収する。漏れや抜けがないかアンケート調査員が確認、追加聞き取りをして回収した。

調査時期：平成15年９月～平成16年１月

統計解析：SPSS　ver.11を使用

Ⅲ　結　果

那覇市１歳６か月健診受診率	79.8%
那覇市３歳児健診受診率	71.2%
浦添市１歳６か月健診受診率	81.0%
浦添市3歳児健診受診率	77.0%

アンケート項目：基本属性

①アンケート回答者の続柄：97%母親

②保護者の年代:～24歳7.1%､25～34歳58.7%､35歳～34.2%

③何子か：第１子46.6%、第２子33.9%、第３子以上19.5%

④生活環境：保育園59.6%、自宅38.4%、その

A Survey on Measles Immunization KAP study of parent who have 1.5 years old or 3 years old child in NAHA city and URASOE city. The first.

Mariko UEHARA, Sayoko DANA, Reiko HESHIKI, Tamotsu CHINA, Hideto NAKAMA
Tadashi NAKASONE, Noriko YAKA, Chiemi NISHI, Kenichi AGEDA, Yukiko TAKAESU
Kensyo ARAKAKI, Chizuko TAMAKI
1）沖縄県中央保健所　2）沖縄県健康増進課　3）那覇市健康推進課　4）浦添市健康推進課

他2.0%

共通質問

質問１．麻疹予防接種の有無（那覇１歳半88.3%、浦添１歳半86.1%、那覇３歳児87.7%、浦添３歳児92.5%）

質問２．麻疹罹患の有無（那覇１歳半0.4%、浦添１歳半0%、那覇３歳児11.5%、浦添３歳児8.0%）

質問３．予防接種についての知識・情報入手先（市役所からの広報･通知、かかりつけ医から、が多い）

質問４．麻疹が重篤な病気であることの認識率約90%

質問５．無料であることの認識率83～89%

質問６．予防接種を受けやすくするために必要なこと（いつでも受けられること、当日予約して受けられる医療機関があること、が多い）

選択質問

質問７．予防接種を受けた場合は受けた理由（病気が怖いので、通知が来たから）

質問８．予防接種を受けていない場合は受けていない理由（１歳半児では体調悪くて、３歳児では親の多忙・予約忘れ）

質問９．日曜ステーションの認知度は60%であった（浦添市のみ）

Ⅳ　考　察

アンケートに回答したのは、圧倒的に母親で、その年代は24歳以上で92.9%を占めた。

子どもの出生順位では、第１子が最も多く、第２子と合わせて８割を占めた。子どもの生活環境では、保育園が６割、自宅が４割を占めていた。そういった基本属性のもとに実施したアンケート調査において考察する。

健診を受けた子ども達の麻疹ワクチン接種率は、86.1%～92.5%と良好であった（表１）。しかし、麻疹罹患率は平成13年の流行に暴露された現３歳児では8.0%、11.5%であり、当時生まれていないかやっと生まれたばかりの現１歳半児では０%と0.4%という違いを認めた（表２）。

生活環境と接種率の関係については、保育園児と自宅保育児での接種率の差は大きくなかった（表３）。ただ、接種月齢については、自宅保育児より保育園児が接種遅い傾向（表４）で、生活環境と罹患率では保育園児が多く罹患していた（表５）。保育園という集団保育の場では、

表１　健診受診児の接種率

平成15年９月～平成16年１月

	那覇市	浦添市
１歳半	88.3%	86.1%
３　歳	87.7%	92.5%

表２　健診受診児の罹患率

	那覇市	浦添市
１歳半	0.4%	0.0%
３　歳	11.5%	8.0%

表３　生活環境と麻疹予防接種率

	生活環境	接種率
那、浦1.6	保育園	87.6%
	自　宅	88.3%
那、浦３歳	保育園	89.7%
	自　宅	86.5%

表４　生活環境と麻疹予防接種の平均接種月齢

浦添1.6	保育園	13.7ヵ月
170名	自　宅	13.3ヵ月
浦添３歳	保育園	13.3ヵ月
203名	自　宅	12.4ヵ月

表５　生活環境と麻疹罹患率

	生活環境	罹患率
那覇３歳	保育園	12.8%
700名	自　宅	9.7%
浦添３歳	保育園	8.7%
206名	自　宅	5.9%

表６　保護者の年代と予防接種率

保護者年齢	那・浦1.6歳	那・浦３歳
２４歳以下	78.1%	89.2%
２５－３４歳	88.3%	88.4%
３５歳以上	90.3%	89.6%
合　計	87.9%	88.9%

いろいろな病気の潜伏期や回復期に同世代の子が一緒に生活しており、病気になる機会が多いためであろう。

保護者の年代と接種率では、１歳半健診では若い保護者ほど接種率が低かったが、３歳児健診では差がなかった(表６)。保護者の年代と麻疹の重症化認識度については、若いほど認識度が低かった(図１)。保護者の年代と接種無料認識度についても、若い方が知らない傾向が窺えた（図２)。

予防接種に関する情報･知識入手先としては、「市役所からの広報・通知」が最も多く、それよりかなり少ないが２番目に「かかりつけ医から」となっていた（図３)。かかりつけ医の頑張りでもっと多くの接種が見込めるかも知れず、接種医からのさらなる啓発に期待する。

予防接種を受けた理由としては、「はしかという病気が怖いから」が特に多く、次に「通知が来たから」が多かった（図4, 5)。受けた人は受ける意識が高いのだから、当然のことであろうが、通知を出すタイミングは重要なようである。集団接種の時期と重なれば、その通知が優先されやすいため、但し書きを「麻疹の予防接種がまだのお子さんは、麻疹を先に受けて下さい」などと書いておく工夫が必要となる。つまり、優先順位が理解できるようにあらゆる機会を捉えて啓発していかなければならない。

予防接種を受けなかった理由としては、１歳半では「体調が悪くて」受けられず、３歳児では親の都合で「予約を忘れた」「多忙で仕事を休めない」などとなっていた（図６)。子どもの体調は、予防接種を受けられないほど悪かったのかは今回の調査では不明である。しかし、普段から主治医にどの程度なら受けられるか、また、軽い状態で受診した折を逃さず、接種するかかりつけ医であって欲しいと望む。

予防接種を受けやすくするために必要なこととして、「いつでも受けられる医療機関があること」「当日予約で受けられる医療機関があること」が過半数を占めて（図７）おり、子どもの体調と親の都合が折り合って初めて接種に漕ぎつけられることを表しているようだ。ただ、医療機関はコンビニではないし、土曜日診療する医療機関はたくさんあるのに、それでも日曜診療が必要なのかは不思議な気もする。

特に、浦添市においては、「浦添市予防接種ステーション」を日曜の午前中に浦添市内の２医療機関で実施されている。このことが知られているかどうか、浦添市の保護者に質問をした。すると、日曜接種できることを4割が知らなかった（図８)。「いつでも予防接種が受けられること」を望んだ回答者の中においてさえも、同様に４割が知らない結果となっていた。望む人に十分な情報が届いていない点において、浦添市は予防接種を受ける年齢の子の保護者に向けた有効な情報提供のあり方を、もっと十分に検討せねばならない。

健診を受診した子どもの接種率を検討してみると、質的評価可能な累積接種率で判定してみ

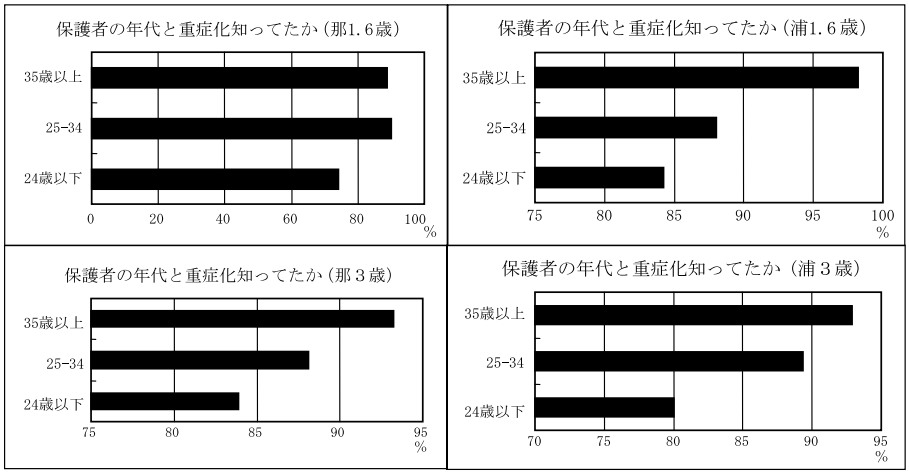


図１　保護者の年代とはしかの重症化認識度

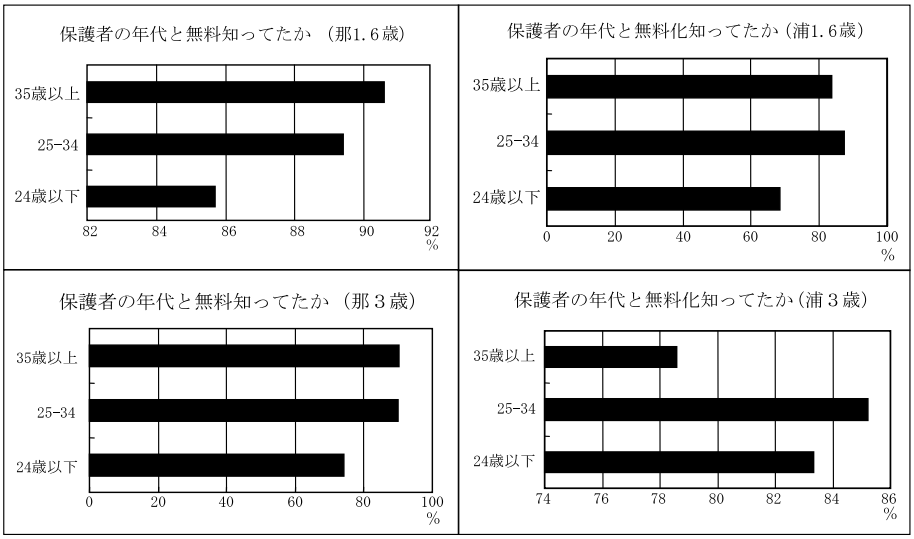


図２　保護者年代とはしか予防接種費用の無料化認識度

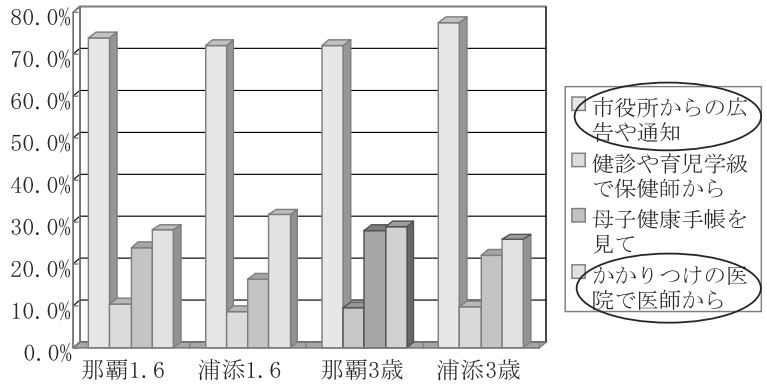


図３　予防接種に関する知識・情報の入手先

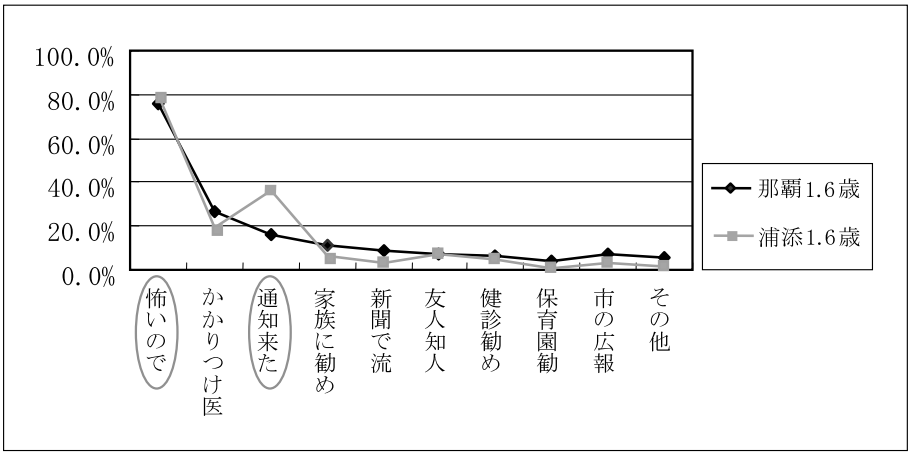


図４　麻疹予防接種を受けた理由（１歳半健診）

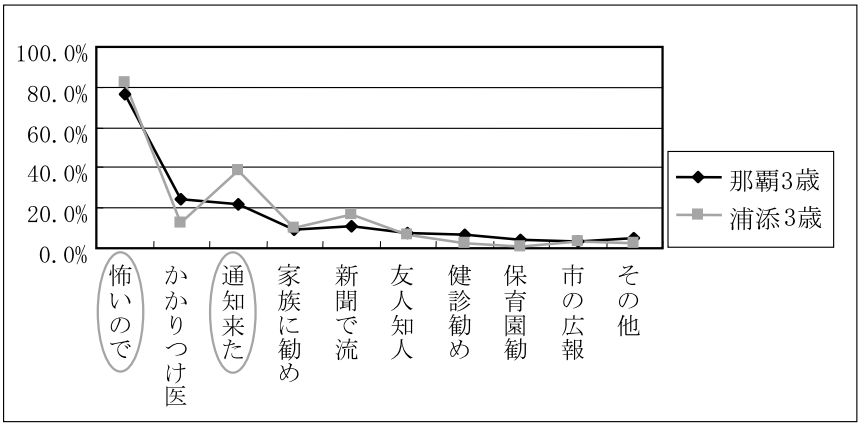
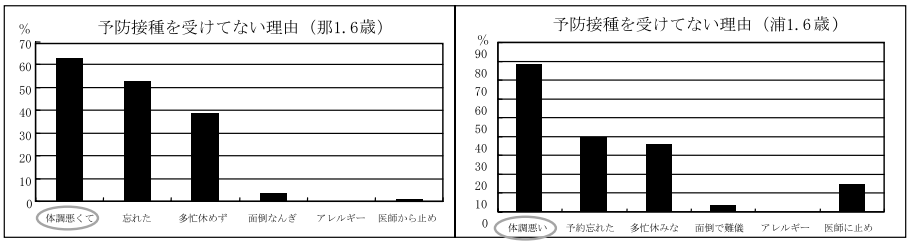


図５　麻疹予防接種を受けた理由（３歳児健診）



３歳では親の都合で受けないことが多くなる

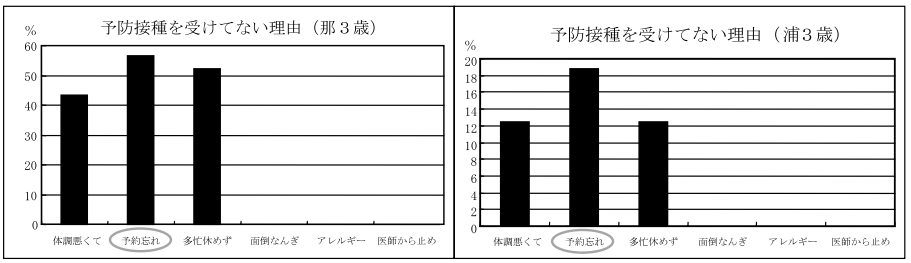


図６　予防接種を受けていない理由（２つ選択）

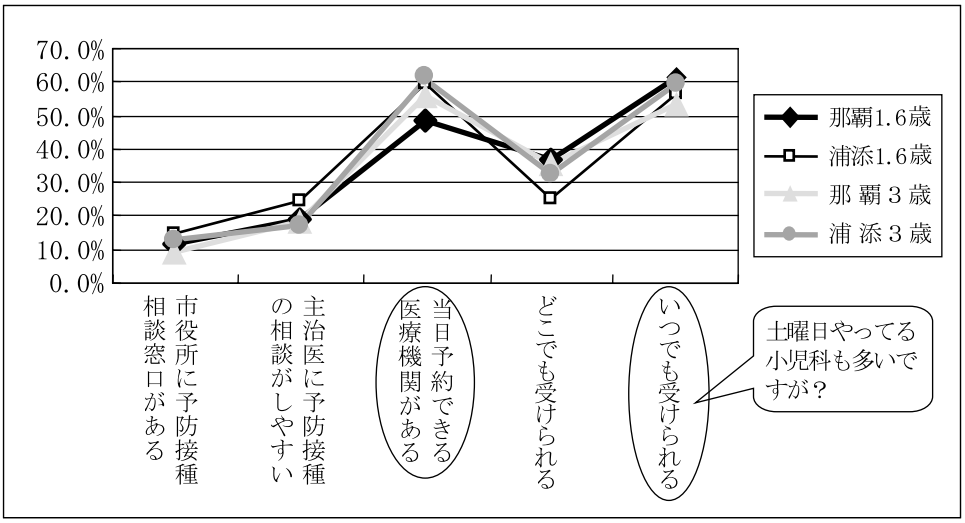
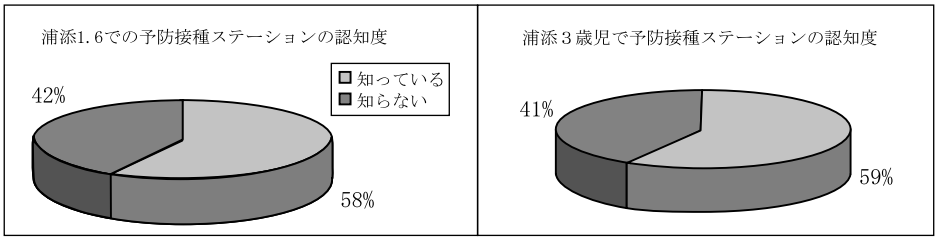


図７　予防接種を受けやすくするために必要なこと



「いつでも」受けられることを望む保護者も、４割は
その存在を知らなかった!!

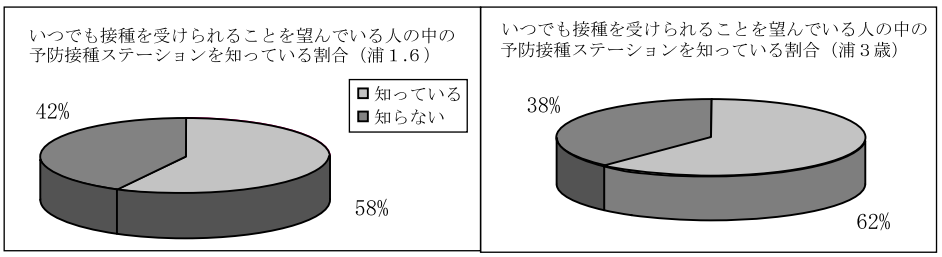
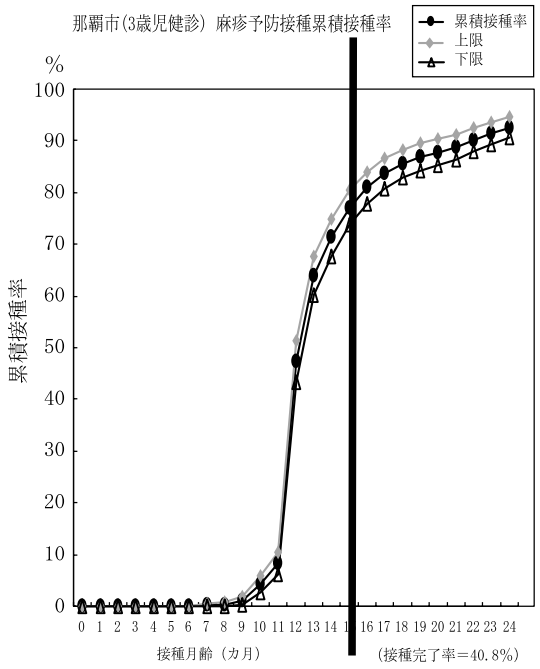


図８　浦添市の予防接種ステーション認知度

たが、那覇市も浦添市も１歳早期の立ち上がりを示していた。また、３歳児健診時より１歳半健診時の方がより早く立ち上がっており（図9, 10）、市町村の啓発の努力がその差につながったと考える。

［那覇3歳］15ヶ月で80％



［那覇1.6歳］15ヶ月で90％

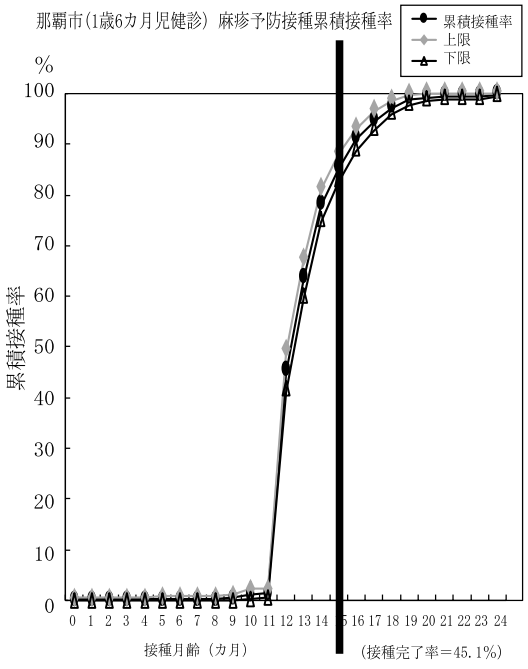
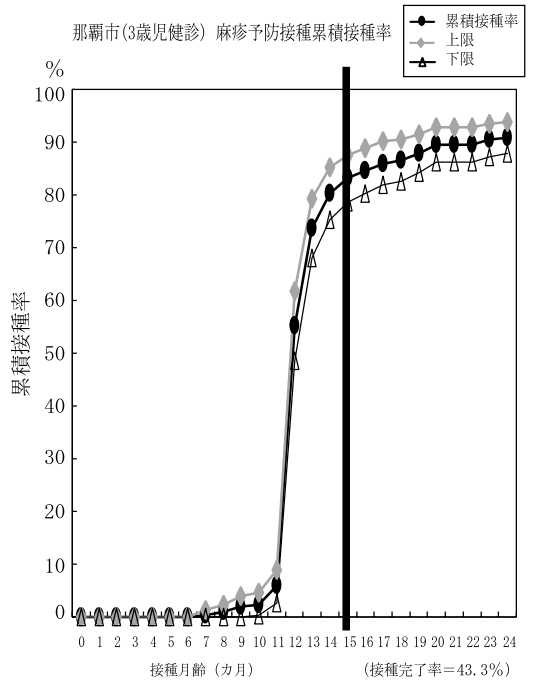


図９　那覇市３歳児健診と１歳半健診における麻疹ワクチン累積接種率

［浦添３歳］15カ月で90％



［浦添1.6歳］15カ月で90％以上

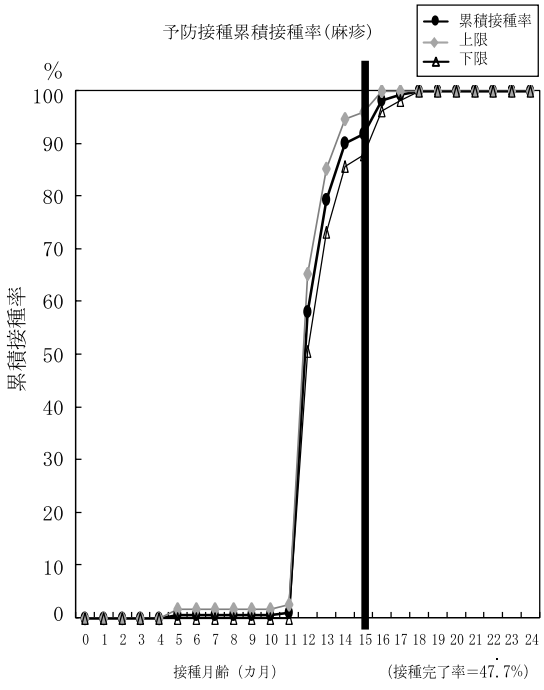


図10　浦添市３歳児健診と１歳半健診における麻疹ワクチン累積接種率

Ⅴ まとめ

・役所からの広報や通知はよく活用されているので、より効果的な啓発のあり方・時期を検討する必要がある。
・１歳早期には、麻疹接種が他の予防接種よりも優先すること。他の予防接種とぶつかっても麻疹を優先すべきことの周知徹底が必要である。その次に実施すべき風疹も忘れずに。
・健診の場や保育園での効果的啓発の工夫。
・１歳早期での接種率を上げていくには、まず乳児健診後期で「１歳になったらすぐ麻疹の予防接種を受けましょう」と徹底して啓発すること。
・１歳半健診においては、24歳以下の若年母の子の接種率が低いので、若年の母親向け対策を講じること。
・健診受診の際、麻疹予防接種を受けていない漏れ者には、すぐ受けられる機関の受け皿リストを作って、受けたところまで確認すること。
・健診未受診者には、未受診者訪問で麻疹予防接種の漏れ者を把握し、接種実施を確認するところまでフォローすること。
・今後は、禁忌でない程度の「体調が悪い」ことを保護者や接種医がどう判断して受診するか、接種するかという点についての検討による接種率向上も視野に入れる必要がある。
・平成12年立ち上げの「はしか“０”プロジェクト」と連動し、平成15年１月より開始された「沖縄県麻疹全数把握調査」の徹底により、市町村と共に是非「はしかゼロ」を実現したい。

文　献

1) 安井良則，砂川富正，藤岡雅司他．大阪における麻疹および麻疹予防接種調査結果と麻疹対策～堺市における保護者を対象とした麻疹および麻疹ワクチンに関するＫＡＰ study と麻疹対策を中心に～
小児感染免疫　15巻１号　P95-102.
2) 安井良則．予防接種と母親の認識
Medical Digest 52巻３号　P13-18.
3) 濱比嘉由美子，真鳥ゆきの，上原真理子他．具志川市における麻しん対策について～麻しん“０”定期予防接種率95％を目指して～
沖縄の小児保健　30号，2003，3，P57-63.

報　告

当クリニックにおける予防接種実施状況と保護者の意識

奥平　貴代　知念太衣子　渡口めぐみ　比嘉　綾子
山城　静子　栄野比順子　平　　洋代　仲村　涼子
上地　奈美　垣花ひとみ　石川ちえみ　兼城　綾子

Ⅰ　はじめに

予防接種は感染症が流行することを防ぐ（集団予防）だけでなく、個々人が感染症に罹患することを防ぐ（個人予防）という重要な役目を担っている[1]が、平成６年に予防接種法が改正され、集団接種から個別勧奨接種へと移行されてから接種率の低下が懸念されている[2]。当クリニックの一般外来を利用している児の中には学童期になってもほとんどの予防接種を受けていない児もみられた。そこで今回、保護者を対象として、児の予防接種経験の有無およびその意識や知識などを把握することにより、今後の予防接種率の向上に向けての示唆を得ることを目的として本調査を行った。

Ⅱ　対象と方法

調査は平成16年４月６日から19日にかけて、当クリニック小児科外来を受診した児の保護者に調査の趣旨を説明し同意が得られた者800名を対象として自己記入式のアンケート調査を行った。アンケートは児の年齢および出生順位、保護者と児との関係（続柄）、予防接種の経験およびその理由、予防接種を受けるにあたり困ったことの有無やその内容、予防接種についての認識、知識、情報源などについて調査した。分析は有効回答の得られた688名（有効回答率86％）を対象とした。また、当県は出生数が多いため、その順位によって相違があるのかを比較するため第一子群（以下Ａ群と略す）、第二子以上群（以下Ｂ群と略す）にわけ検討した。なお、今回、予防接種は麻疹、風疹、ＤＴＰ（ジフテリア、百日咳、破傷風）、日本脳炎、ポリオ、ＢＣＧの定期予防接種に規定した。

Ⅲ　結　果

予防接種の経験については、経験があると回答した者は全体では334名(92％)、経験がないものは27名(４％)であり、３ヶ月未満の予防接種対象外の者は30名（４％）であった。出生順位別でみると、予防接種の経験がないと回答した者は、Ａ群では５名(２％)、Ｂ群においては22名(６％)とＢ群の未接種率が若干高くなって

The state of vaccination and guardian's consciousness in our clinic.

Takayo OKUDAIRA, Taiko CHINEN, Megumi TOGUCHI, Ayako HIGA, Shizuko YAMASHIRO,
Junko ENOBI, Hiroyo TAIRA, Ryoko NAKAMURA, Nami UECHI, Hitomi KAKINOHANA,
Chiemi ISHIKAWA, Ayako KANESHIRO
特定医療法人敬愛会　ちばなクリニック

いた（図１）。その理由（複数回答）としては、両群とも「児の体調が悪かった」と回答した者が約４割と最も多く、次いで「都合が合わない」と回答した者が約２割であり、その他として「近くで行っていない」、「わからなかった」との回答もあった（図２）。また、接種する際に困った経験があったと回答した者はＡ群75名（31％）、Ｂ群が95名（34％）とＢ群が若干高かった。その内容（複数回答）では、両群とも「体調が悪かった」と回答した者はＡ群49名（65％）、Ｂ群が73名（77％）と最も多く、次いで「都合が合わない」と回答した者がＡ群26名（35％）、Ｂ群が27名（28％）であった。また、その他の理由としては、予約がとりにくい、接

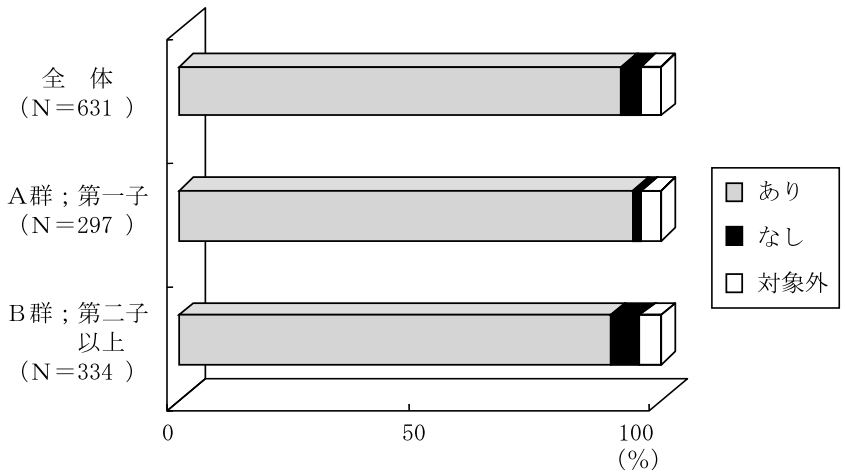


図１　予防接種の経験

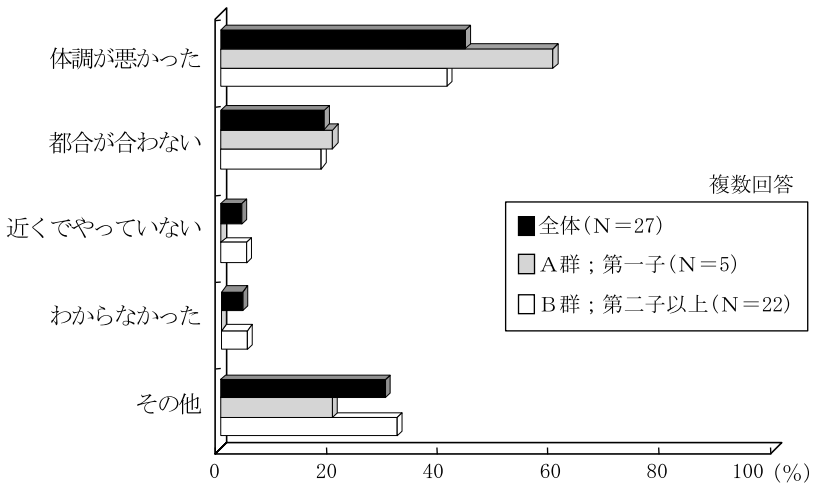


図２　予防接種を受けられなかった理由

種指定日を増やしてほしいなどの意見もあった（図３）。予防接種の必要性に対する認識では、両群とも「かかっても症状が軽くなる」と回答した者が約９割と最も多く、ほぼ全員が予防接種について正しく認識をしていたが、接種の時期や回数などの知識については、「ほとんどわからない」「全くわからない」と回答しており、それらの者をあわせると、Ａ群では111名

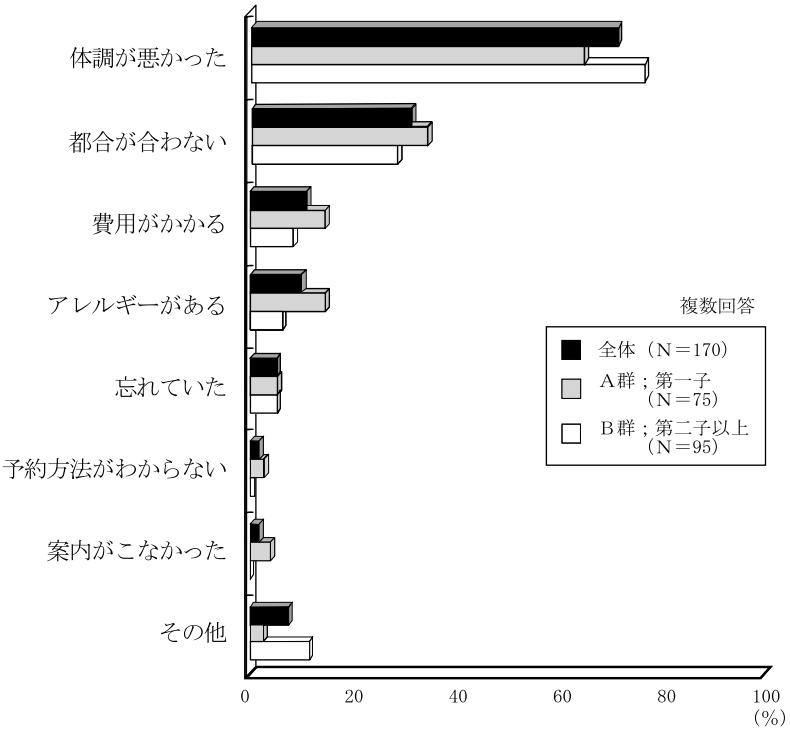


図３　困ったことの内容

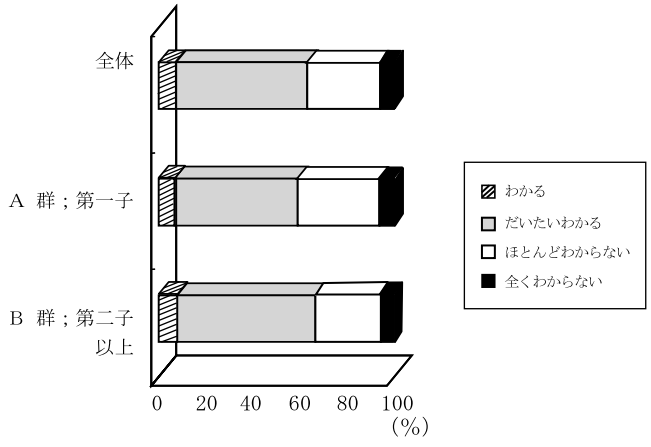


図４　予防接種についての知識（N＝588）

(41%)、B群においては106名（33%）でありA群の知識がやや低い傾向にあった(図４)。予防接種についての情報源（複数回答）上位３位はA群では、「市町村からの通知」248名（44%)、「母子手帳」114名（20%)、「家族」57名（10%）であったが、B群においては、「市町村からの通知」303名（51%)、「母子手帳」110名（18%)、「医療機関」49名（８%）であった（図５)。ま

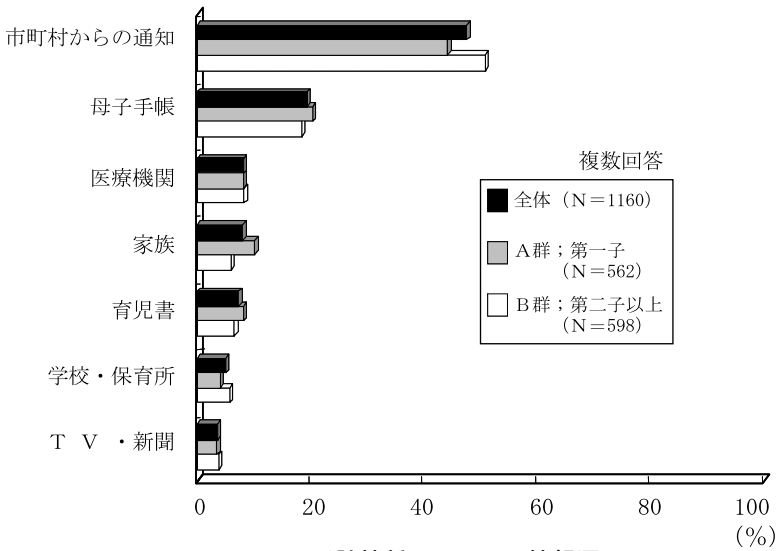


図５　予防接種についての情報源

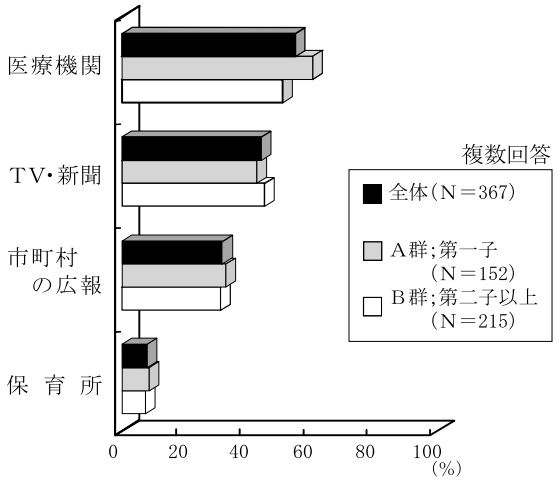


図６　麻疹０(ゼロ) プロジェクトの情報源

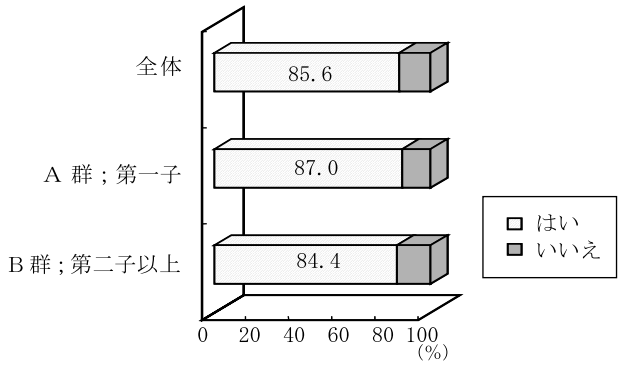


図７　相談窓口の必要性（Ｎ＝617）

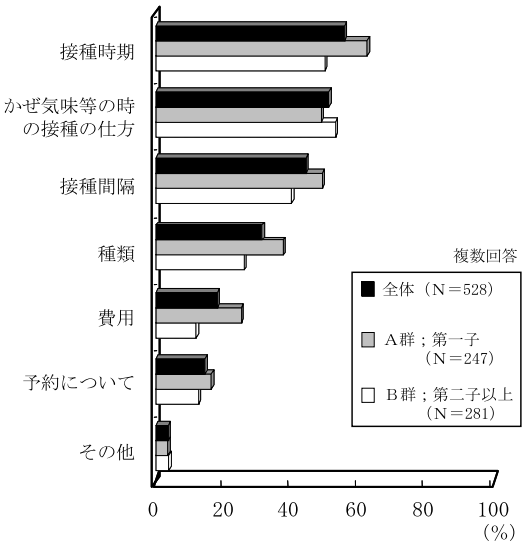


図８　相談したい内容

た、母子健康手帳の予防接種についての説明を見たことがある者はA群では214名（73.3%）、B群においては255名(75.9%)であった。一方、説明を見たことがない者、見たことはあるが読まなかったと回答した者をあわせると、A群では78名(26.7%)、B群においては81名(24.1%)であり、B群に比べA群の割合が若干高い傾向にあった。さらに、当県において平成13年に発足した「麻疹ゼロプロジェクト」について「知っている」と回答したものはA群では152名(53%)、B群215名(63%)であり、その情報源(複数回答)では両群とも「医療機関」と回答した者が最も多く約４割を占めていた(図６)。予防接種に関する相談窓口の必要性については、「必要である」と回答した者はA群では247名(87%)、B群281名(84.4%)であり、B群に比べA群が多い傾向にあった(図７)。その相談内容（複数回答）については、A群では「接種時期」

と回答した者が156名(63%)と最も多く、次いで「接種間隔」123名(49.8%)の順であり、B群においては、最も多かった回答は「かぜ気味等の接種の仕方」151名(54%)、次いで「接種時期」142名(51%)の順となっていた（図８）。

Ⅳ 考 察

今日、乳幼児、学童期に限らずほとんどの児は集団生活下にあり、これらの集団に対する予防接種の徹底は感染症防止対策上、重要な課題であるが、当クリニックの一般外来を利用している児の中には学童期になってもほとんどの予防接種を受けていない児もみられた。また、県内の平成10年８月～11年９月の１年にわたる麻疹の流行の最大原因はワクチンの接種率の低さであり[3]、また、平成13年度の１歳児の麻疹ワクチン接種率は71.9%と報告されている[3]ように、麻疹のみならず県内の予防接種率は十分に高いとはいえない現状にあると思われる。今回、当クリニックにおける児の予防接種経験率は約９割であったが、第一子群に比べ第二子以上群は予防接種経験が若干低い傾向にあった。また、保護者の予防接種についての認識は高かったが、その時期や接種回数などについて十分な知識がないと感じている者は約４割であった。相談したい内容においても予防接種の基本的な知識内容、つまり予防接種の種類や接種時期と回答した者は第二子以上群に比べ第一子群に多かったことから、第一子群は予防接種に関する知識がやや低い傾向にあることが示された。さらに、予防接種についての情報は市町村からの通知にたよっている者が約半数であり、母子健康手帳の予防接種に関する説明をみたことがある者は約７割であったが、その活用をしている者は第一子群、第二子群とも約２割であった。このことは、予防接種法改正後、保護者に予防接種の意思決定の大きな責任が委ねられているが、依然として予防接種に関する情報は市町村からの案内に依存している現状にあること、また、予防接種に対する知識不足があるにも関わらず予防接種情報の取得に関しても消極的な姿勢であると思われる。細谷ら[4]が保護者を対象として行った予防接種に対する意識調査においても、集団接種から個別接種への改正後、ほとんどの保護者が情報不足であると感じていることが報告されている。これらのことより、今後予防接種率をさらに向上させるためには、接種時期や接種する際の留意点などの情報を提供する機会をもうけ十分な理解が得られるよう、医療機関においても積極的に働きかけをすること、特に第一子の保護者に対してはよりサポートを行うことが重要であると考えられる。

Ⅴ まとめ

1　当クリニックにおける児の予防接種経験は９割であり、出生順位別にみると第一子群に比べ第二子以上群は若干低い傾向にあった。

2　予防接種については、ほぼ全員がその必要性を認識していたが、その知識（理解度）では「ほとんどわからない」「全くわからない」と回答した者は、第二子以上群に比べ第一子群が多い傾向にあった。

3　予防接種の情報源としては第一子、第二子以上群とも「市町村からの通知」と回答した者が５割と最も多かった。麻疹ゼロプロジェクトについて知っている者は全体の約６割であり、その情報源では医療機関が５割と最も多かった。

4　予防接種に対する窓口の必要性を約８割の者が感じており、特に第一子群の保護者に多い傾向にあった。また、相談したい内容としては「接種時期」などの予防接種の基本的知識に関する内容が多かった。

文　献

1）厚生統計協会．国民衛生の動向，50（9），厚生統計協会，東京都，2003：134-138.
2）平敷加津子，西里美佐子，伊波明美他．予防接種の向上をめざして－小児科診療所での工夫－．沖縄の小児保健．2001；28：42－43.
3）知念正雄．沖縄における麻疹プロジェクト作戦－はしか“０”プロジェクト委員会の活動－．小児感染免疫．2003；15（1）：87-93.
4）細谷京子，真下茂美．予防接種法改正にともなう保護者の意識調査．小児保健研究．2001；60（1）：51-56.

報　告

具志川市麻疹対策事業

―家庭訪問等による予防接種指導の試み―

濱比嘉由美子[1)]　村山　秀子[1)]　仲間　京[1)]
又吉　育子[1)]　　知念　正雄[2)]

Ⅰ　はじめに

本市では過去にくり返された麻疹流行で乳児１名の死亡及び重症麻疹患者の報告を受けたことを厳粛に受け止め、麻疹流行の原因は予防接種率の低さが引き起こしたものと考え、更なる被害を出さないよう麻疹対策の強化を図ってきた。今回は平成13年度に実施された「保護者意識調査（KAP study）」の結果より麻疹を中心とした予防接種対策を再度検討し、「地域緊急雇用創出特別基金事業※」を活用した事業を行ったので、内容と結果について報告する。

※地域緊急雇用創出特別基金事業（図１）：本市が事業許可を受け、平成14年６月～平成16年３月にかけ（医）いちご会知念小児科医院と委託契約を結び事業を展開。特徴としては委託先で看護師等１名を雇用し、本市に在籍し業務を

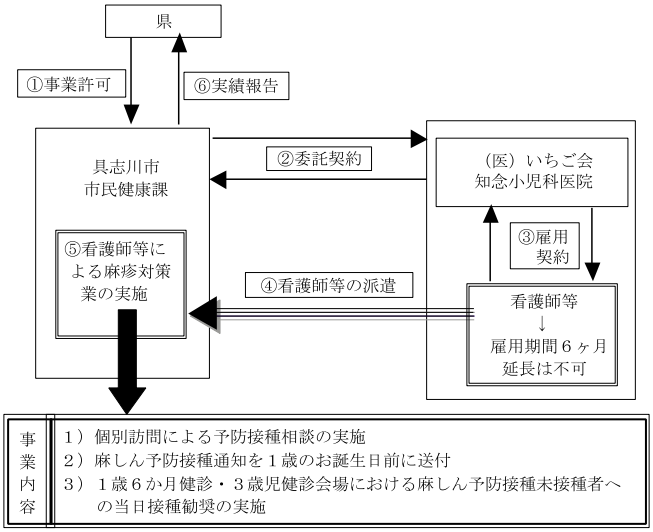


図１　緊急地域雇用創出事業特別基金事業のしくみ

Interventionto Control Measles by Gushikawa City, 2002–2003.

Effective Approach towards Increasing Vaccination Coverage Using HomeVisits

Yumiko HAMAHIGA, Hideko MURAYAMA, Miyako NAKAMA,
Ikuko MATAYOSHI, Masao CHINEN
1）具志川市役所　市民健康課　　2）(医)いちご会知念小児科医院

行ったこと等。

Ⅱ　緊急地域雇用創出特別基金事業による３つの麻疹対策と結果

１「個別訪問による予防接種相談」

1)　内容

対象を市内在住の生後２～３か月児をもつ保護者とした。この時期の設定理由は、保護者が赤ちゃんとの生活にも慣れゆとりが生じた頃であることや予防接種の開始時期で予防接種情報を必要としており、この時期に個々に応じた予防接種スケジュールを計画することで標準年齢での麻疹予防接種が行われると考えたため。また、母子保健事業との連携として育児不安の把握と対応も併せて実施した。

方法は、担当者が各家庭を訪問し「その子にあった予防接種スケジュール」を保護者と共に計画し、特に１歳到達後早期に麻疹予防接種を行うよう重点的に指導した。また訪問時不在の場合は訪問連絡票を置くことで、後日、保護者から連絡をもらい再訪問や状況に応じて電話や来庁による相談を行った。また、ＤＰＴ予防接種予診表の配布も実施した。

2)　結果

（図２）。個別訪問の実績としては、対象者が平成14年度821名、平成15年度837名の併せて1,658名に対して予防接種指導ができた方が平成14年度297名（36.2%）、平成15年度531名(63.4%)で併せて828名（49.9%）となった。

予約なしの訪問であったにもかかわらず、保護者からは「予防接種の受け方が難しいので助かった」など好評であった。また、予防接種相

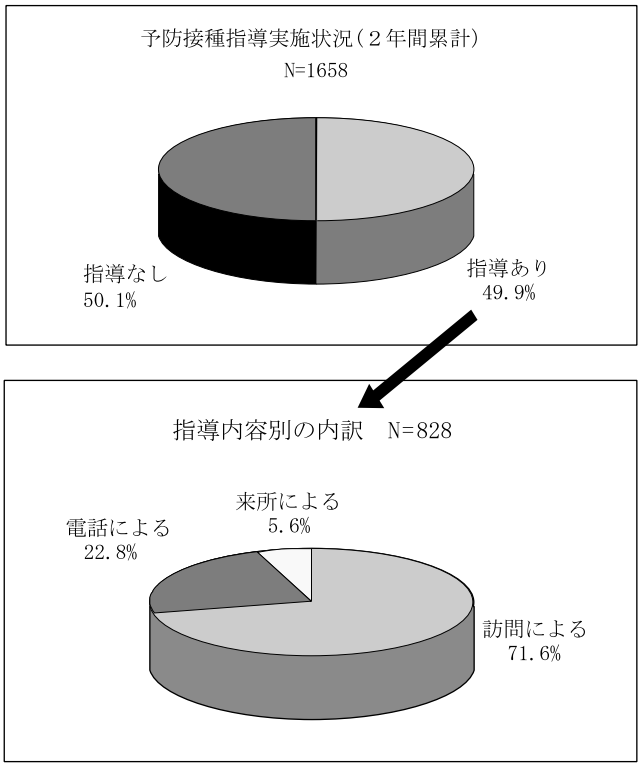


図２　予防接種指導実施状況

談の窓口が市役所にあることが周知され、電話等による相談が増加している。

2「麻疹予防接種通知を１歳のお誕生日前に送付」

1)　内容

これまで麻疹予防接種通知は年に３回程度のみで対象に応じた適正通知ではなかった。一つの改善策として乳児健診後期の１歳前の児については健診会場で予診表を手渡すことで対応していたが、乳児健診未受診者への対応が行えていないのが欠点であった。

改善後の通知は細かい配慮がなされ、対象の１歳のお誕生日直前（２～３日前）に自宅に届くように送付した。１歳直前の通知は１歳未満の接種間違いを避けるため。また、通知封筒の表に【１歳のお誕生日おめでとうございます「はしか」「風しん」予防接種のお知らせです！　１歳になりましたら「はしか予防接種」を優先にお勧めしています】との手作りのシールを貼り保護者の目を引くように工夫をした。

2)　結果

通知改善により１歳到達後早期での麻疹予防接種が行われているのかを確認するために、年次別麻疹累積接種率を１歳６か月健診４月対象児で比較した（図３）。結果は曲線が年々垂直な伸びへと改善しており、平成14年度からは12か月時点で接種率50％を超え、１歳到達後早期接種が行われていることが分かった。

3「１歳６か月及び３歳児健診における麻疹予防接種未接種者への当日接種勧奨の実施」について

1)　内容

対象は１歳６か月及び３歳児健診会場での麻疹予防接種未接種者に対して、健診当日に接種

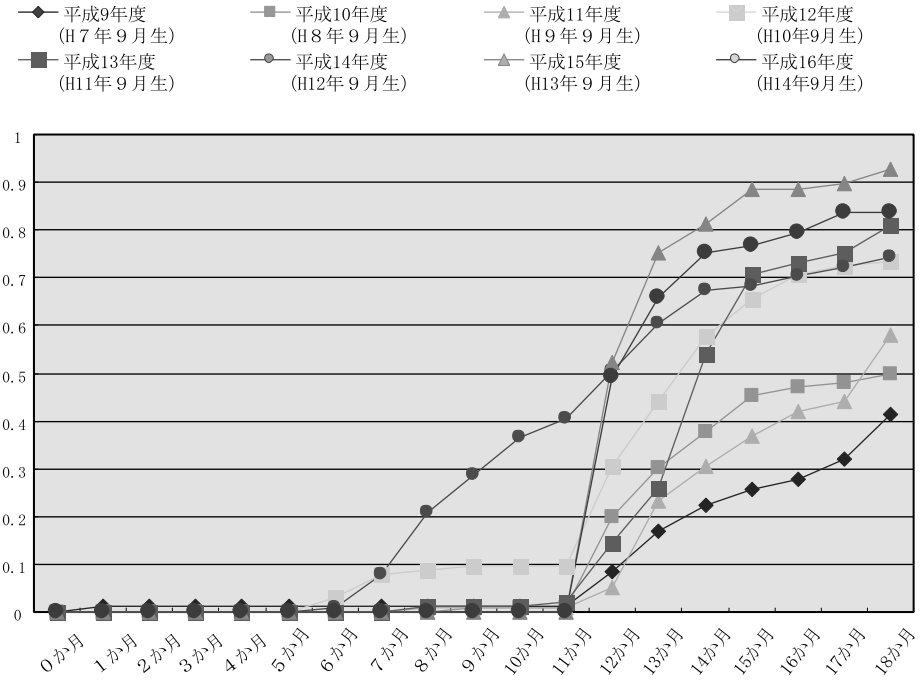


図３　年次別麻疹ワクチン累積接種率（１歳６か月健診４月対象児）

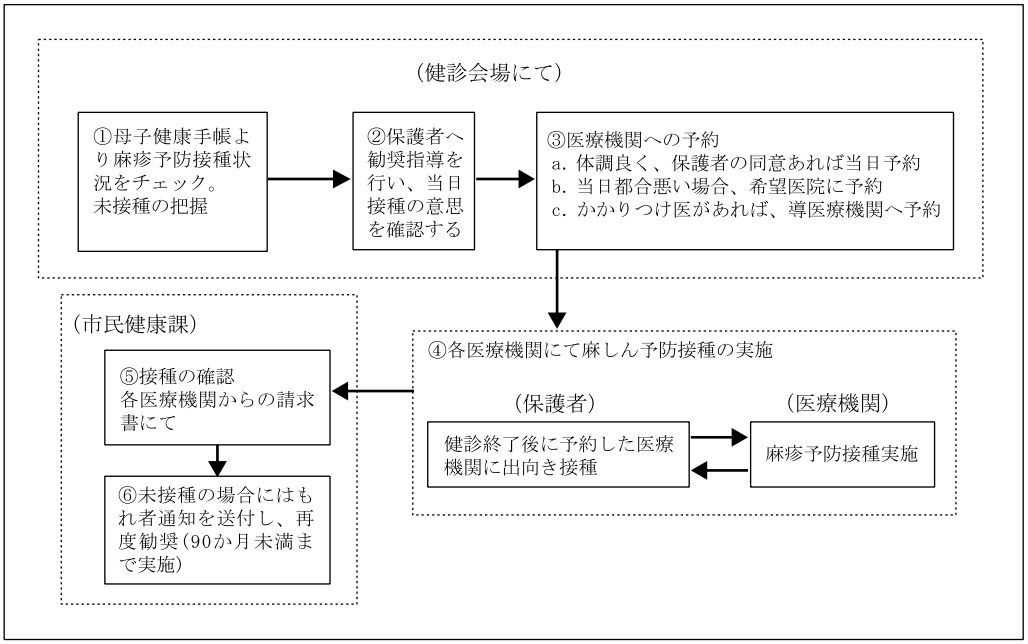


図４　１歳６か月及び３歳児健診会場における麻疹予防接種未接種者への当日接種勧奨の流れ

を行うことを目的に実施。

方法としては（図４）、1）健診会場受付で受診者の母子健康手帳より麻疹予防接種歴をチェック　2）麻疹予防接種未接種者の保護者に対して麻疹予防接種勧奨を行い、保護者の当日接種の意思を確認する　3）当日接種の意思を確認後、保護者の希望する医療機関等の中から当日接種可能な医療機関へ担当が電話予約を実施　4）健診終了後に麻疹予防接種のため医療機関へ出向いて頂く以上である。

対象児の体調不良がある場合や保護者の都合が悪い場合、又はかかりつけ医を希望し予約が取れなかった場合等には、後日接種を指導。また、接種確認は受託医療機関からの請求書で確認とした。勧奨後未接種の方に関しては、定例で行っている“麻疹予防接種もれ者通知”で再勧奨を実施している。

2）　結果

ａ．平成15年度の実績について

1）（図５）。１歳６か月健診受診者696名（受診率82.4％、実施回数23回）の健診当日の麻疹予防接種率は95.3％で、麻疹予防接種未接種者への勧奨後の接種率は98.4％とかなりの改善が見られた。また、未接種者33名の勧奨後の変化は当日接種が９名（27.2％）、１か月以内接種が10名（30.3％）、１か月以降接種２名（6.0％）、未接種11名（33.3％）となっている。

2）　図６参照。３歳児健診受診632名（受診率75.3％、実施回数23回）の健診当日の麻疹予防接種接種率は95.4％で、麻疹予防接種未接種者への勧奨後の接種率は96.1％と若干の改善が見られたが１歳６か月健診程の改善は見られていない。また、未接種者７名の勧奨後の変化は当日接種が２名（28.6％）、１か月以内接種が０名（0.0％）、１か月以降接種２名（28.6％）、未接種３名（42.8％）となっている。

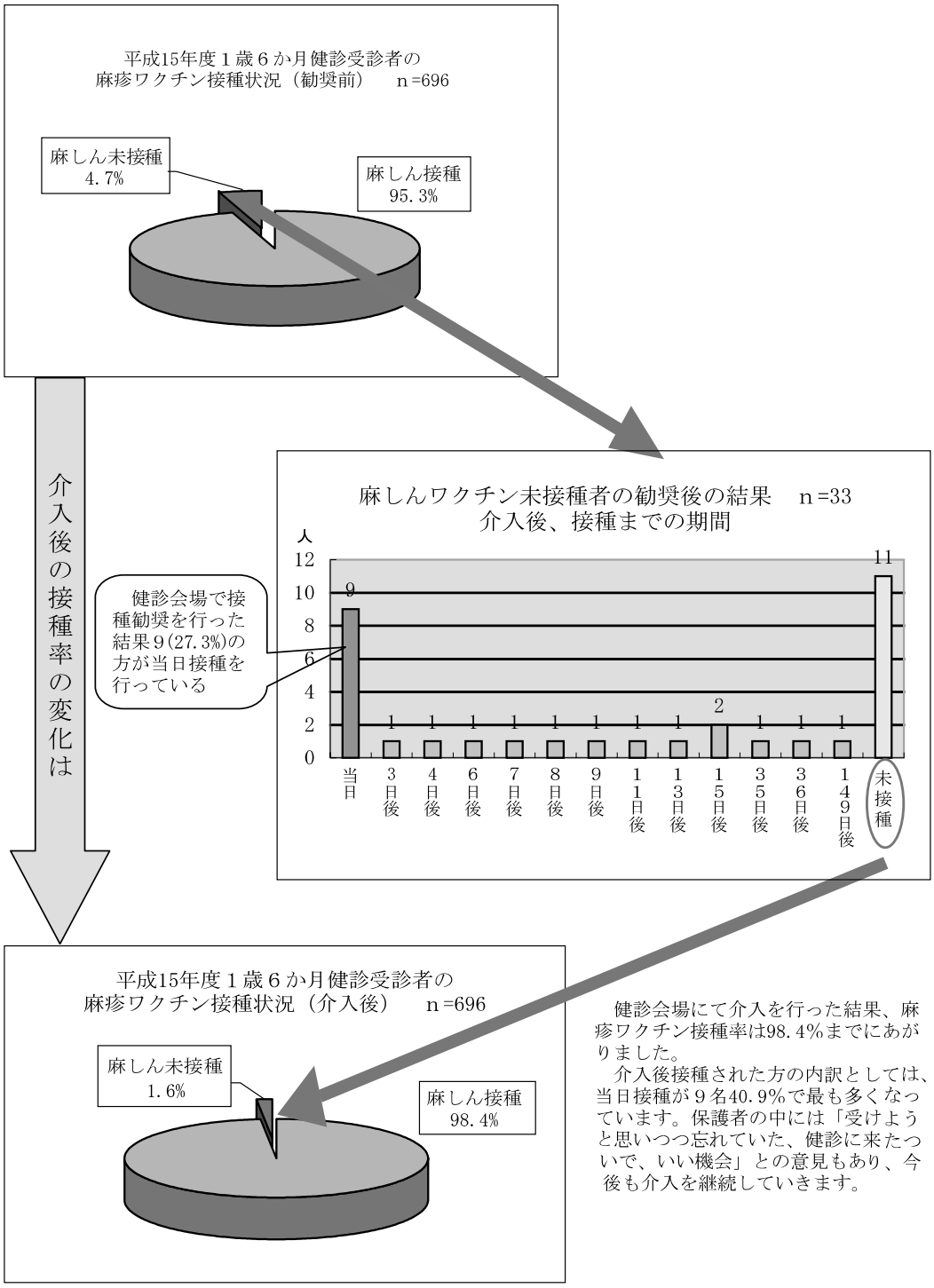


図５　１歳６か月健診における当日接種勧奨後接種率の変化

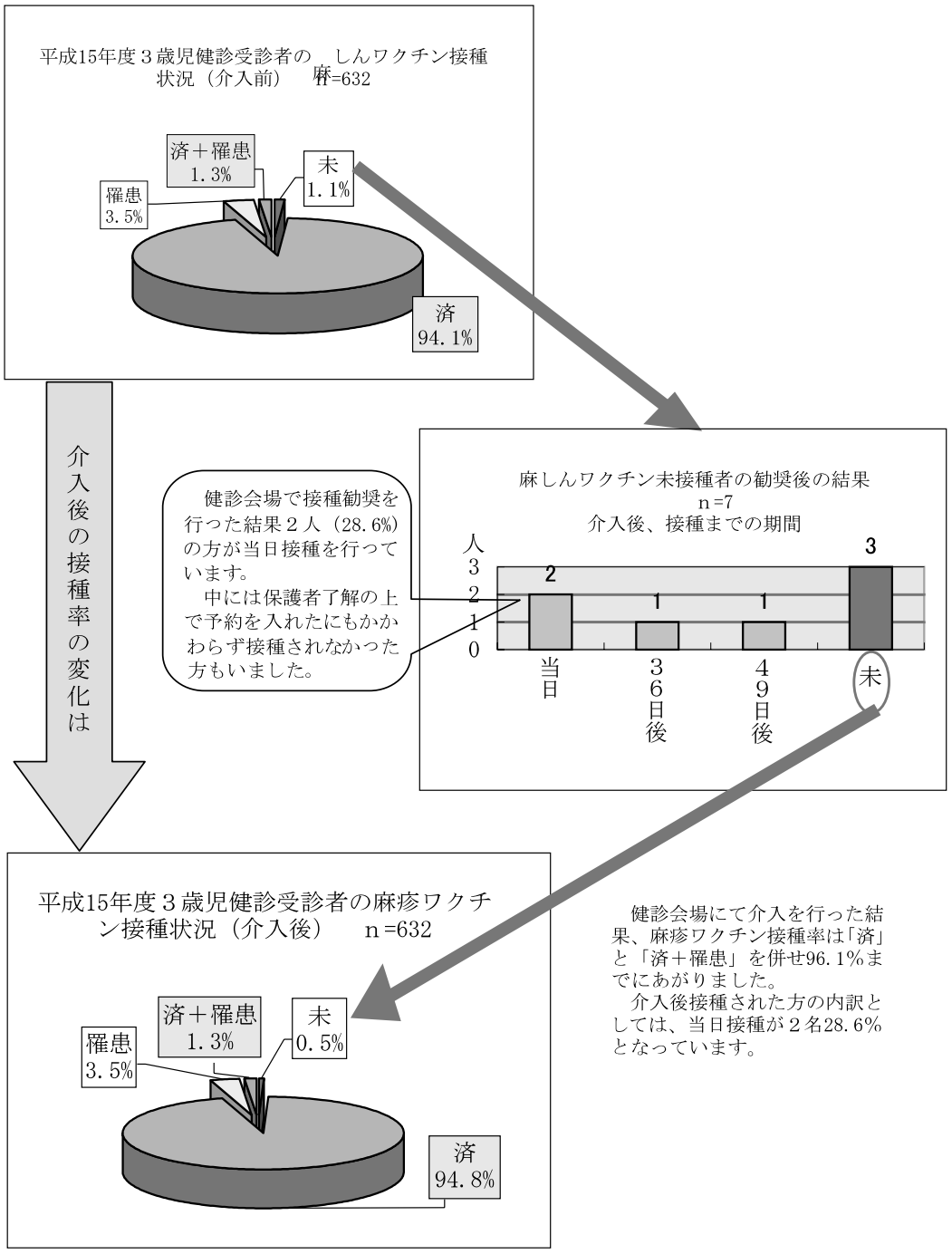


図６　３歳児健診における当日接種勧奨後接種率の変化

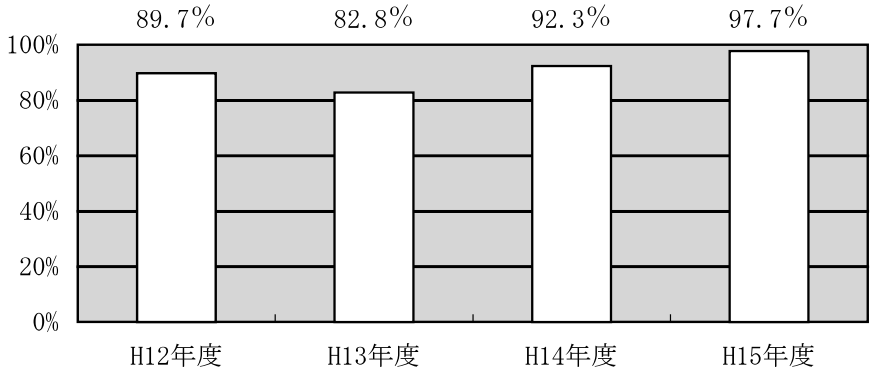


図７　年次別１歳児麻疹予防接種率

Ⅳ　具志川市麻疹予防接種率の改善について

本市における麻疹対策は、沖縄県はしか“０”プロジェクトの「2005年までに１歳児の麻疹ワクチン接種率を95%以上にする」との目標と連動したものであり、目標とする１歳代の麻疹予防接種率（図７）をみると、平成12年度から統計を取っている１歳代の接種率が年々改善され、平成15年度には97.7%の高い接種率を達成し、目標とする95%を越えることができた。

Ⅴ　考察

今回は「保護者意識調査」の結果に基づいた麻疹対策を展開し、勧奨の時期を「生後３か月」・「１歳」・「１歳６か月」の３ポイントで捉え、その時期に応じた指導を実施したことで目標とする１歳代での接種率95%を達成できたと思われる。

特に、予防接種及び母子保健事業の２つの事業を連携させサービスの提供を行えたことがより効果的であったと考える。

Ⅵ　課題

今回報告した３つの麻疹対策は効果的であったことが分かった。平成16年度以降は「個別訪問による予防接種相談」は中止したが、その他は通常業務の中で継続し指導を行っている。

今後は、高まった麻疹予防接種率を維持するために、保育所、教育機関、及び地域医療機関等との連携を更に充実させることが望まれ、特に、当日接種を行うに当たっての課題としては予防接種受託医療機関の協力が不可欠であり、地域の医療機関と行政の連携が重要である。

新たな課題として平成16年度中に市町村合併が予定されているが、今後は合併する３市町と共に麻疹対策が継続できるような取り組みが重要である。

Ⅶ　謝辞

今回、ご協力を頂きました（医）いちご会 知念小児科医院 知念正雄先生、麻疹ワクチン当日接種にあたってはご理解ご協力を頂きました予防接種受託医療機関の諸先生方、各関係者の皆様方に感謝申し上げ、謝辞とさせていただきます。

報　告

母乳分泌維持、早期直接哺乳の確立にむけて

－ＮＮＳの導入前後を比較検討して－

當間　紀子[1)]　友利美和子[1)]　渡慶次牧子[1)]
棚原やよい[1)]　比嘉　京子[1)]　石原　智美[1)]
比嘉　勝美[1)]　宮城　雅也[2)]　島袋　　史[3)]

Ⅰ　はじめに

早産児では、修正在胎35週前後から吸啜嚥下の協調が行われ経口哺乳が可能になる。従来、経口哺乳開始時には科学的根拠のないまま瓶哺乳より開始していた。

しかし、早期に母親の乳頭から直接授乳させる利点が、近年の研究で報告されてきた。NICUにおいては、母子分離を余儀なくされるため、母親の母乳分泌も低下し退院後の母乳栄養を確立することが困難であった。

そこで早期に直接授乳を確立するために、搾乳後の母親の乳頭を吸啜させるNon Nutritive Sucking（以後母乳頭ＮＮＳと略す）が注目されてきた。当院ではカンガルーケアと同時に早期母乳頭ＮＮＳを導入し、その安全性および効果を検討したので報告する。

Ⅱ　研究方法

1　対象

2003.9.1～2004.1.31までに入院していた在胎28週から34週の早産児でカンガルーケアを行い、その間に経口哺乳を開始した15例。

2　方法

①当院の基準に基づきカンガルーケア施行後、主治医とし、経口哺乳開始前にＮＮＳ施行。施行時は呼吸心拍モニター、パルスオキシメーターを装着し、全身状態を評価する。

②ＮＮＳを施行した母親に対して退院後の状況を電話によりアンケート調査。

Ⅲ　当院のＮＮＳ導入基準

①カンガルーケア時に、呼吸循環状態が安定している。

②原則としては修正週数32週以上（しかし児の発達が良好なら、それ以前の導入も否定しない）。

③主治医との検討を行い、注意点等の共通認識ができている。

④親へのインフォームドコンセントが済んでいる。

⑤看護師が充分に観察できる環境である。

Noriko TOUMA, Miwako TOMORI, Makiko TOKESHI, Yayoi TANAHARA, Kyouko HIGA,
Tomomi ISHIHARA, Katsumi HIGA, Masaya MIYAGI, Fumi SHIMABUKURO
1）沖縄県立那覇病院NICU　2）沖縄県立那覇病院小児科　3）琉球大学産婦人科

Ⅳ　母乳頭ＮＮＳ開始時期

母乳頭ＮＮＳを施行した15例の開始時期を示す。グラフからわかる通り、35週前後がもっとも多い（図１）。

Ⅴ　母乳頭ＮＮＳ施行中のSpO₂低下の異常例

この症例は、母乳頭ＮＮＳ施行時に酸素飽和度の低下が診られ、瓶哺乳開始後も退院時まで酸素飽和度の低下が診られていました。これは、経口哺乳時、上手く息継ぎができないためと思われます(図２)。

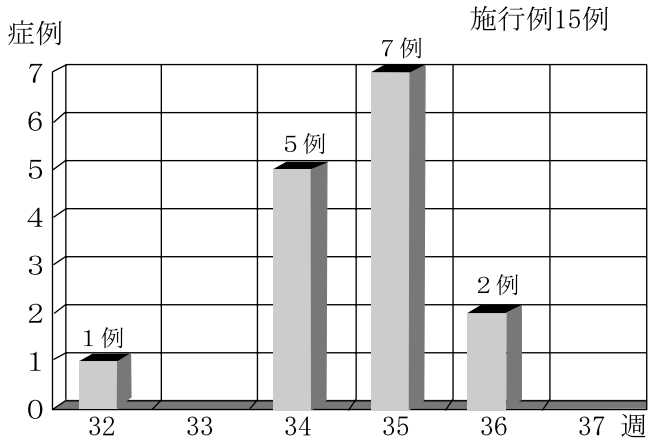


図１　母乳頭ＮＮＳ開始時期

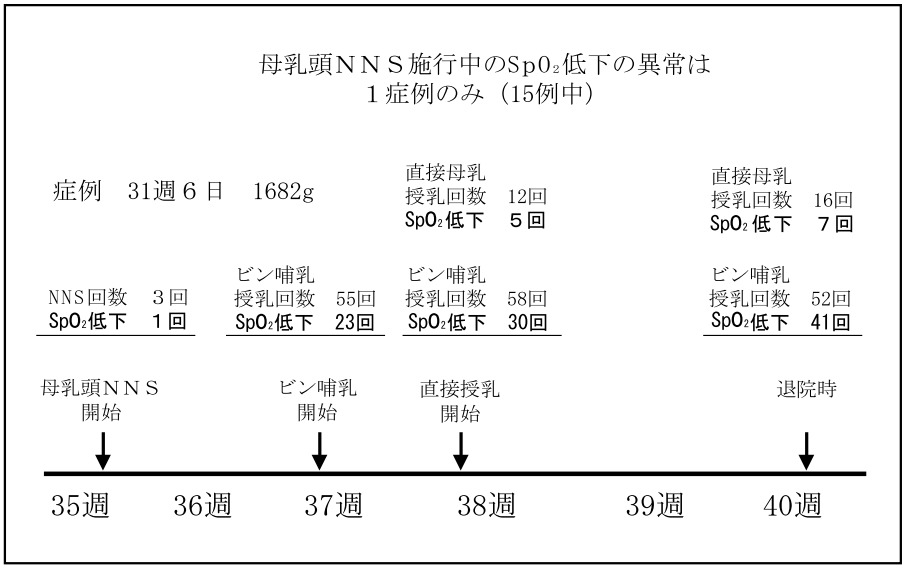


図２　母乳頭ＮＮＳ施行中のSpO₂低下の異常例

Ⅵ　アンケート結果

（15例中12例の解答あり、解答率80％）

1　母乳頭ＮＮＳを実施しての感想は？

（複数解答）

『嬉しかった』　75％

『怖かったけど、嬉しかった』　16％

『赤ちゃんが生きていると感じた』　８％

『安心した、自分のパワーをあげたい』８％

『温もりを感じた』　８％

『違和感はなかった』　８％

『吸ってくれた時涙が出た』　８％

2　母乳頭ＮＮＳを行って不安はあったか？

（複数解答）

『最初は管があり心配だったが、やってよかった』　41％

『怖かったが、看護師がついたのでできた』　25％

『不安はなかった』　25％

『無呼吸が起こらないか心配だった』　８％

『モニターの音に過敏になった』　８％

『体温が下がらないか心配だった』　８％

3　母乳頭ＮＮＳを実施して搾乳量は増えたか？（図３）

4　退院時～３か月までの栄養方法は？

図４は、沖縄県の正常新生児の母乳栄養率と当院の母乳栄養率の比較を示しています。

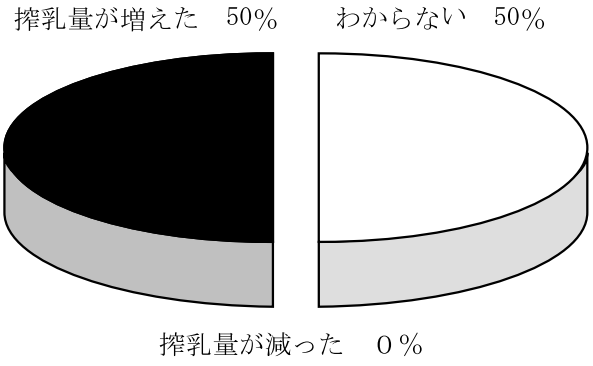


図３　搾乳量は増えたか

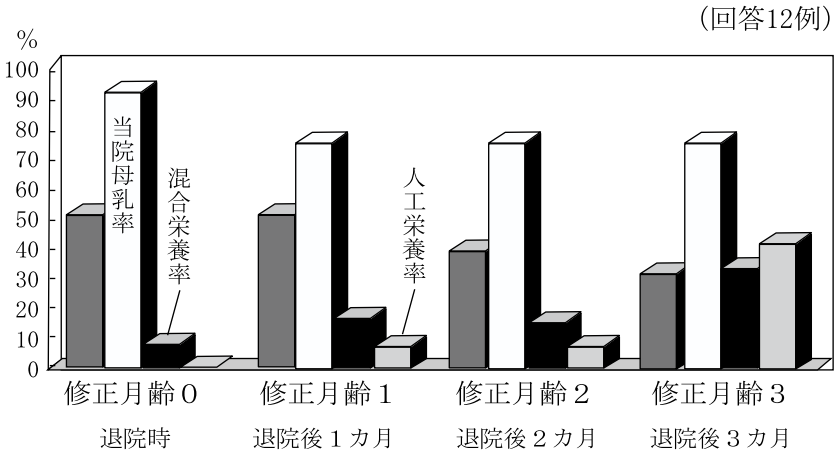


図４　母乳頭ＮＮＳを実施した症例のアンケート結果４

Ⅶ　搾乳方法によるプロラクチンホルモンの反応の違い

	直接授乳	手搾乳	搾乳器		
			手動	充電	電動
プロラクチン(ng/ml)	55～550	67	67	59.7	46～405 シングル 92.1±29.2 ダブル 136±31.6

この表からわかる通り、搾乳時より直接授乳時は55～550ng/mlと多くのプロラクチンホルモンが分泌されています。

Ⅷ　考察

今回の研究で、母乳頭ＮＮＳを開始した時期が最も多いのは35週前後でした。これは、吸啜嚥下の協調が行われ経口哺乳が可能になるために多くなった結果とおもわれる。

母乳頭ＮＮＳを施行時に酸素飽和度の低下がみられた異常例が１例あるが、この症例は、瓶哺乳開始後も退院時まで酸素飽和度の低下がみられ、経口哺乳時に上手く息継ぎができないためと思われる。

母乳頭ＮＮＳを実施し、アンケートの結果より母乳頭ＮＮＳの実施について母親からは不安であったと言う声もあったが、児に対して肯定的なイメージを持つ母親が多くなった。母乳頭ＮＮＳを実施し、『小さな我が子が、吸ってくれた』という事を実感し、さらに、母乳頭ＮＮＳを楽しみに面会へ来るようになったと言う母親もいた。母乳頭ＮＮＳを行う事で、児と直接触れ合い母児分離という悪循環をさけることと、母親が母乳をあげたいと言う思いに繋がり、母乳搾乳量にも影響したと考える。

今回、母乳頭ＮＮＳを実施した症例は、修正月例０カ月時92%が母乳栄養を確立しており、沖縄県の母乳栄養率より当院の母乳栄養率は上回っている事がわかった。しかし、修正月例３カ月で混合栄養から人工栄養へ移行し母乳栄養を全くやめた例が４列で、様々な理由であったが、母乳を止めようと思った時点に母乳栄養指導の介入を行えば母乳栄養を続けられたとおもわれる。

Ⅸ　まとめ

1. 早期直接授乳確立のために、カンガルーケア、母乳頭ＮＮＳは必要で安全に行うことができる。
2. カンガルーケア、母乳頭ＮＮＳを行う事により、児に対する気持ちが高揚し、母乳分泌が増加し、退院時の母乳栄養確立に効果があったとおもわれる。
3. 退院後も母乳育児が継続できるように、退院後３カ月以降の援助のあり方を検討する必要がある。

Ｘ　謝辞

アンケートに快く御協力くださったお母さま方、ならびに病棟スタッフの皆様御協力ありがとうございました。

文　献

１）大山牧子．低出生体重児と母乳育児　助産婦雑誌vol.56；no7-2002.7
２）仁志田博司．未熟児の栄養法，助産婦雑誌vol.55　no5-2001.5

報　告

チャイルドシート着用の検討

－チャイルドシート着用率は改善したか－

小濱　守安

Ⅰ　はじめに

2002年３月の第54回日本小児科学会沖縄地方会で０歳児の交通事故を検討し[1)]、５月の沖縄県小児保健学会において、３歳未満児のチャイルドシートの着用状況を報告した[2)]。非着用例では受傷率、重傷度が高く、また抱っこはチャイルドシートの代わりにならないことを示した。乳幼児の交通事故の現状を把握し、チャイルドシートが有効に使用されているかを検証する目的で、今回さらに検討を加え、道路交通法改正前後におけるチャイルドシート着用状況を３歳未満児を対象に後方視的に調査検討したので報告する。

Ⅱ　方法と対象

調査方法は1996年１月１日から2002年12月31日までの７年間に、救急室を受診した交通事故症例である。道路交通法が改正された2000年４月前後で改正前（1996年１月１日～2000年３月31日）、改正後（2000年４月１日～2002年12月31日）に分けて検討した。期間中に交通事故により救急室に搬送された３歳未満児139例を対象に外来および入院診療録を後方視的に、年齢、性別、事故の状況、発症機転、チャイルドシート着用の有無、車内での子供着座位置、外傷、転帰を調査した。また2003年９月に、小児科外来を受診した保護者に受診方法、チャイルドシートの使用状況について直接聞き取り調査を行った。その結果も合わせて報告する。

Ⅲ　結　果

１　入院診療録調査結果

調査期間中に交通事故で救急室を受診した患者は5,342人である。そのうち15歳未満の小児が762人（14.3%）を占めた。その中で３歳未満児は139人で全小児の18.2%を占めた。男女比は75:64で性差はなく、10人が入院した。道路交通法改正前の交通事故は3,061人であり、15歳未満が439人（14.3%）、３歳未満は79例（18%）で４人が入院した。改正後の交通事故は2,281人中323人（14.2%）、３歳未満が60人（18.6%）で６人が入院となった（表１）。年齢別では０歳児46例、１歳児42例、２歳児52例であった。受傷時の事故の状況を見ると、追突以外の車対車の衝突が59例と最も多く、38人が受傷した。ついで追突された事故が27例で13人受傷、轢か

The clinical study of the use of child restraint seat Is it improved the use of the child restrant device in infants ？

Moriyasu　KOHAMA

沖縄県立中部病院　小児科

表１　交通事故で救急室を受診した症例

症例	総数	改正前	改正後
総受診者	5342	3061	2281
15歳未満	762	439	323
3歳未満	139	79	60
男：女	75：64	44：35	31：29
入院	10	4	6
０歳	46	30	16
１歳	42	22	20
２歳	51	27	24

表２　事故の状況

受傷機転	症例	受傷
急ブレーキ	5	5
追突された	27	13
追突した	8	7
車と車の衝突	59	38
対物事故	7	7
車窓から落ちた	3	3
ひかれた，はねられた	22	20
その他･不明	8	6
計	139	99

れたり、はねられたりしたものが22例で20例が受傷した。139例中99例が受傷した（表２）。主な受傷としては打撲が63例と最も多く、頭部が43例であった。骨折では大腿骨骨折２例、頭蓋骨骨折３例などがあり、その他に頭顔部の裂傷６例、クモ膜下出血、硬膜下血腫、肝損傷、肺挫傷などがあった。チャイルドシート着用によるベルト痕も４例に見られた（表３）。チャイルドシートの有無による受傷状況を見ると非着用87例中に頭蓋内出血や肝損傷など重症が多く合併している。着用27例はほぼ半数が外傷なしであり、軽症が多い（表４）。

チャイルドシートの着用率は道路交通法改正前が79例中16例（20.3%）、改正後が60例中11例（18.3%）で有意差はなかった。受傷率では着用群が48.1%に対し、非着用群では74.7%と有意差を認めた。チャイルドシート非着用群の中には抱っこ、クーハン、子供だけ座らせている場

表３　主な受傷部位

なし	32	部　位	
骨折	6	大腿骨 頭蓋骨 鎖骨	2 3 1
打撲	63	頭部 顔面 四肢 胸部 全身	43 12 3 3 2
擦過傷	8		
出血・裂傷・挫創・損傷	13	頭顔裂傷 鼻出血 クモ膜下出血 硬膜外出血 肝損傷 肺挫創	6 3 1 1 1 1
ベルト痕	4		

表４　チャイルドシート着用と外傷

外　傷	非着用87例	着用27例
なし	22	14
顔面打撲･外傷	19	3
頭部打撲･外傷	38	6
骨折	3	1
打撲	3	1
頭蓋内出血･挫傷	3	1
膝外傷	2	
切創・裂傷	7	
肝損傷	1	
肺挫傷	1	
ベルト痕		4

表５　児の状況と受傷率

児の状況	症例	外傷あり	(%)
チャイルドシートあり	27	13	48.1
チャイルドシートなし	87	65	74.7
自　由	44	34	75.6
抱っこ	37	28	75.7
クーハン	5	3	60
屋　外	22	20	91.7
不　明	3	3	100

合、クーハン使用などがあるが、いずれも受傷率は高率であった（表５）。事故遭遇時の子供の着座位置を道路交通法改正前後で比較すると、助手席着座が最も多く、改正前36例、改正後27例を占めた。そのうちチャイルドシート着用は改正前16.7%、改正後で29.6%であった。後部座席では改正前22例、改正後19例で着用率は改正前31.8%、改正後10.5%であった（表６）。今回も抱っこをしながら運転する例があった。屋外での事故では、受傷場所の多くが駐車場である。

年齢別の着用率では０歳児が18.6%、１歳児40.5%、２歳児11.8%であった。道路交通法改正前後で比較すると、０歳児では改正前7.1%、改正後24.1%、１歳児では改正前38.9%、改正後42.1%、２歳児では改正前後とも11.8%であった。

２　外来での聞き取り調査の結果

外来で保護者150名に聞き取り調査を行った。双胎が９組含まれ子供の数は159例（男83例、女76例）である。150例中145例が自家用自動車での来院である。バスを利用したものはおらず、タクシー４例、徒歩１例であった。乳児が109例（72.7%）を占めていた。３歳未満児では

表６　事故時のこどもの状況

位　置	改正前	改正後
運転席	1	1
助手席	36	27
チャイルド シートあり	6 （16.7%）	8 （29.6%）
後部座席	22	19
チャイルド シートあり	7 （31.8%）	2 （10.5%）
屋　外	14	8
不　明	9	2

表７　装着しない理由

持っていない	10
子供が小さい	7
子供が嫌がる	6
他人の車で装着されていない	6
保護者がついている	3
数が足りない	3
装着できない(物理的，技術的)	2
面倒だから	2
抱っこがいいと思った	2
子供の具合が悪い	1
うしろではやらない	1

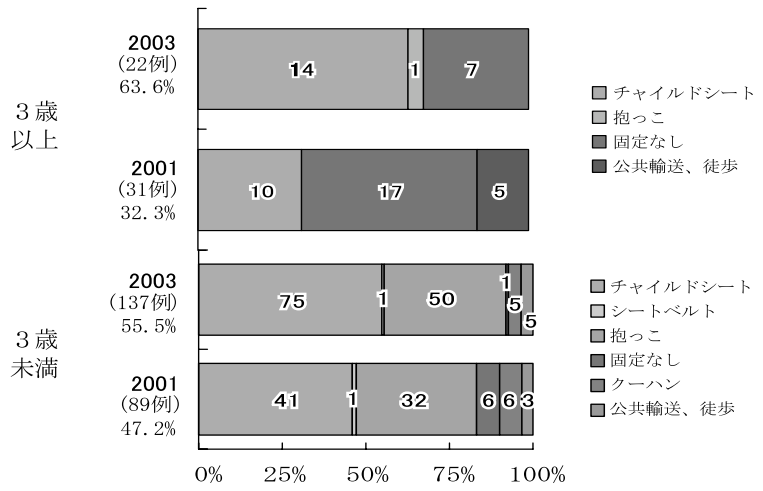


図１　外来受診者の着用状況

チャイルドシート着用は75例（55.5%）、抱っこが50例（35.7%）である。３歳以上の児が22例おり、チャイルドシート着用率は14例（63.6%）であった（図１）。装着しない理由としては持っていない10例、子供が小さいので抱っこが良いと思った７例、祖父母など他の人の車で来院したので準備できなかった６例などである（表７）。

Ⅳ 考 察

子供の死亡原因の第１位は不慮の事故である。2001年の厚生省統計では15歳未満児の不慮の事故死934人中371人（39.7%）が交通事故による死亡であり、１歳以上では不慮の事故死の第１位を占めている[3]。今回の調査対象とした３歳未満児の交通事故死例は101例である。歩行中の事故が最も多く55例を占め、次いで乗車中の事故37例である。加齢とともに歩行中の事故が増加している。乗車中の事故死は０歳児では25例中21例（84%）を占めている[3]。車内での放出による事故のほとんどが適切なチャイルドシートの着用で予防可能である[4]。チャイルドシートは小児を衝突の衝撃から守り、車内構造物への衝突を回避するものである。標準装備されたＣＲＳやエアバッグは成人を対象に設計設置されたものであり、乳幼児にそのまま使用することは危険である。やむを得ず新生児や乳児を自動車に乗せなければならない場合、欧米で報告されているように、最も衝撃の強い前方衝突を想定して後ろ向け45度にすわらせることが推奨される[2)5]。チャイルドシートは車内で子供達を拘束し、走行中の車内で自由に動き回らないように固定し、かつ万一の事故に際して子供が放出され車内構造物に衝突、あるいは車外に放出されないようにするための装置であることを認識しなければならない[4)5]。警察庁による平成16年の全国調査では、１歳未満児の着用率は73%前後である。今回の当院調査では着用率は約20%程度であり、散々たる状況である。事故遭遇時のチャイルドシートによる事故軽症化は今回の調査でも明らかである。警察庁の調査でも後部座席での着用率は低値であった。米国では1980年までにチャイルドシートの着用が法制化され、新生児の退院時の着用が義務化されている[5)6]。乳幼児の頃より乗車中のチャイルドシート着用は当然であることを認識させるためにも、同乗する保護者が後部座席でも積極的に着用し規範を示す必要がある。外来受診時の聞き取りで明らかになった問題点としては、保有していないことは論外であるが、子供が小さいので抱っこの方が安全と考えたり、すぐ近くなので、そばに保護者がいるから大丈夫と思ったなど今後もチャイルドシート着用の意義についてさらに啓発の必要性を痛感した。また今後の課題としてチャイルドシートを保有しているものの、家族の車には装着しているが、今回は祖父母または友人の車で来院したので装着されてなく、抱っこでつれてきたり、取り外しても自分では装着できない、子供の人数分のチャイルドシートを持っていない、または車に人数分のチャイルドシートが装着できないなどの問題点も明らかとなった[2)7]。障害児が乗車する際のチャイルドシートの問題も未解決である。障害児は移動に際し、自動車は不可欠のものである。安全に乗車できる対策は今後の課題である。また多胎児の家族でも大きな問題である。公的な機関で行っている貸し出しの場合、必ずしも車種に適合しないチャイルドシートが提供されたりなどの問題もある。また今回検討できていないがチャイルドシートが正しく装着されているかの検証も重要であり、地域における講習会の開催などにより、育児真っ最中の保護者や関係者が正しい知識を習得する機会の設定も必要である。

Ⅴ まとめ

チャイルドシートの着用率は道路交通法改正後も改善していない。非着用例では受傷率、重傷度が高く、抱っこはシートベルトの代わりとならない。着用例でも50%は助手席に装着しており、適切ではない。年齢が上がるにつれ着用率が低下しており、乳幼児の交通外傷防止のためにも、今後も継続した啓発や指導が必要である。運転席、助手席のみでなく後部座席でも大人が積極的にシートベルトを装着し、車に乗る際にはシートベルトの装着が義務であることを子供に示すことが今後の装着率向上に重要な要点である。

最後に我々子供の医療にかかわるものは、子供達の代弁者として子供達の安全のために事故防止対策を啓発していく義務がある。

文 献

1）小濱守安，安次嶺馨，我那覇仁．乳児の交通事故．第54回日本小児科学会沖縄地方会，口演．西原，2002.

2）小濱守安，安次嶺馨．乳幼児の交通事故とチャイルドシート着用の検討．沖縄の小児保健2002;30:64-69.

3）厚生労働省大臣官房統計情報部：人口動態統計年報，平成13年．2002.

4）Tibbs RE, Haines DE, Parent AD:The child as a projectile, Anat Rec 1988;253:167-175.

5）今井博之．Child Restraint Device（いわゆるチャイルドシート等）による自動車乗員外傷の防止．小児科臨床1997;50:113-119.

6）今井博之．周産期と交通事故．ペリネイタルケア2000;19:360-363.

7）北野恵美，鈴木カツミ，染野由美子他．チャイルドシートに対する母親の認識．小児看護2000;31:47-49.

報　告

乳幼児健診のあり方に関する研究

糸数　公　　普久原朝政　　大城　清子　　福盛　久子
親川　豊子　　永山さなえ　　知念　文枝　　川崎　道子
新垣　賢昇　　玉城智津子　　森田ゆかり

要　旨

新たな母子保健の課題に対応可能な健診のあり方を探るため、モデル健診を実施した。ニーズ把握のために行った事前アンケート調査では、健診の待ち時間が有効に活用されていない等の現状が明らかになった。これらのニーズに合わせて健診を見直したところ受診者からは概ね好評を得た。特に、地域の子育て支援センターを集団健診の場に活用することは子育て支援策の一つとして効果的であると思われた。

また健診スタッフに対してフォーカスグループインタビューを行ったところ、モデル健診に取り組んだ結果、健診を前向きにとらえるようになった等の変化が見られた。

今後、健診を魅力あるものにするためには、受診者のニーズを把握しスタッフや受診者が主体性を発揮できるような取り組みが必要であると思われた。

Ⅰ　緒　言

少子高齢化時代を迎え、児童虐待や思春期健康教育の強化という新たな課題に対応すべく、国は平成12年11月に「健やか親子21」を制定した。また、沖縄県としても平成14年３月には「健やか親子おきなわ2010」を策定し、2010年度までの母子保健の取り組みの方向性を示した。

そのなかで、市町村で行われる乳幼児健診事業については、発育発達の確認や疾病の早期発見という目的だけではなく、育児支援や仲間づくり、親への健康教育の場など、多くの役割が期待されている。

一方、乳幼児健診を個別化する動きもあり、これまで「沖縄方式」と呼ばれるユニークな取り組みを行ってきた本県の乳幼児健診も、その意義や今後のあり方を確認すべき時期に来ている。

県内各市町村の乳幼児健診を受託している沖縄県小児保健協会としても、特別研究事業班を設置のうえ、新たな母子保健の課題に対応可能な乳幼児健診のあり方を検討することになった。

Ⅱ　目　的

住民のニーズに基づいたモデル健診を実施し

Toru ITOKAZU，Tomomasa FUKUHARA，Kiyoko OSIRO，Hisako FUKUMORI，
Toyoko OYAKAWA，Sanae AGAYAMA，Fumie CHINEN，Michiko KAWASAKI，
Kensyou ARAKAKI，Chizuko TAMAKI，Yukari MORITA
沖縄県小児保健協会　特別研究事業班

その評価を行い、今後の乳幼児健診のあり方を検討する。また、その結果を市町村に提供することで乳幼児健診を充実させ、ひいては「健やか親子おきなわ2010」の推進に寄与することを目的とする。

Ⅲ 方 法

モデル市町村を市部から浦添市、郡部から大里村に設定し、以下の流れでモデル健診を実施した。

1 乳児健診会場で受診者を対象に事前アンケート調査を実施（浦添市10月、大里村11月）
2 調査結果をもとに、モデル健診についての内容を検討（検討委員会）
3 モデル健診を実施（各２回）
4 モデル健診実施会場で受診者からのアンケート調査を実施
5 モデル健診終了後に、スタッフを対象にフォーカスグループインタビューを実施（大里村のみ）

Ⅳ 結 果

1 事前アンケート調査の実施

事前アンケート調査より、受診者は「健診に要する時間を長い」（浦添38.1%、大里83.0%）と感じ、「待ち時間を有効に活用していない」（浦添49.7%、大里67.9%）という結果であった。また、健診に期待するものとしては、「役立つ知識を得る」（浦添80.3%、大里60.4%）、「児の成長発達の確認」（浦添61.9%、大里64.2%）が上位であった。役立つ知識としては、離乳食のこと、病気のことを挙げるものが比較的多かった。また「健診に父親が同伴する」割合は、大里村が5.7%であるのに対して浦添市では52.4%と地域による差が見られた。

2 モデル健診の検討、実施

１の結果を受けて、モデル健診の実施に向けての検討会を開催した。検討会には健診に関わるスタッフや母親代表も参加し、受診者のニーズを検討した。

モデル健診は両地区とも２回ずつ行われた。いずれも、待ち時間の解消のために健診の呼び出し方法を改善し、待ち時間の有効活用のために離乳食や病気についての情報提供を行うことが試みられた。また、付き添いのきょうだいのためのキッズルームを用意したり、地域での育児情報の提供のために子育て支援センターのコーナーを設置し、健診スタッフとして参加してもらった。

父親の同伴率が高いことが判明した浦添市では、問診や診察、指導などの各コーナーに父親用のイスを設置し、同席して健診に参加するよう働きかけた。

3 モデル健診についてのアンケート調査

２の新しい取り組みについてアンケート調査を実施した。モデル健診の前後の比較では、「健診に要する時間が長い」と答える割合が減少（浦添38.1%→23.6%）し、「待ち時間を有効に活用できた」と答える割合が増加（浦添38.1%→53.8%、大里22.6%→58.3%）するなどの変化が見られた。しかし、浦添市においては、２回のモデル健診のうち、１回目は「大型」と呼ばれる受診者が多い健診だったため、健診時間が長いとする割合が51.8%にまで増加した。

また、「健診の流れがわかりやすい」（大里84.9%→97.2%）、「子育てに父親の役割があることを確認した」（浦添市で健診に同伴した父親の74.5%）との回答は、独自の取り組みが受診者にも評価された形となった。

また、これらの取り組みについては、自由記載欄でも概ね好評であった。

4 スタッフの変化

モデル健診に関わったスタッフを対象に健診後に別の日を設けて、フォーカスグループイン

タビューを行った。

大里村で行ったインタビューでは、モデル健診を実施したことにより、「特にそういう疑問を持つこともなく、これが当たり前ということでやってしまってきた」状況から一歩進んで、「健診における自分の役割が何かを考えるようになった（母子推進員）」、「これまで不安を持ちながら行ってきた保健指導が役に立っていることが確認できてよかった（保健師）」、「集団健診は地域とのつながりを持つ場である（母親）」、「何か良い感じに変わっていたのでとっても嬉しかったんですよね。言ったのが反映されたなあって。（子育て支援センター）」など、見直し作業を前向きにとらえる意見が多く出された。

モデル健診の実施　大里

- 呼び出し方法を工夫（時間差をつける）
- 番号を利用した案内
- 子育て支援センターのコーナーを設置
  - 子育て情報の提供／遊び方アドバイス
- フードモデルの活用
- パネルによる情報提供
- 畳の部屋で計測を行う
- 健診会場の壁を取り払う

モデル健診の様子　大里

前



後



Ⅴ 考 察

1 受診者の乳幼児健診への期待

「健やか親子おきなわ2010」では、乳幼児健診に期待する活動として、事故やSIDS予防の指導、予防接種未接種児への未接種票の発行、子どもの健康への不安について相談支援を行うことなどが挙げられている。また、取り組みの目標としては、「健診に満足している者の割合を増やす」「育児支援に重点を置いた健診を行っている市町村を増やす」という項目があり、健診への期待は単に疾病や障害の早期発見にとどまらず、育児支援や健康教育、情報提供等へも及んでいる状況である。

事前アンケート調査の結果で、健診に期待することとして、「役立つ知識を得ることができる」「子どもの成長発達を確認できる」「育児の悩みが気軽に相談できる」との回答が上位を占めた。「役立つ知識」の内訳では、離乳食が最も関心が高く、特に乳児後期に受診したものでその割合が高い傾向であった。今後はこれらの指導内容をマニュアル等で標準化していく必要があると思われた。

また、健診へ期待することとして、決して多くはないが「他の親との交流をすることができる」という回答もあった。これらのニーズに対応できる健診に変化していくことが求められる。

2 集団健診の特徴

当協会では集団の乳幼児健診を行ってきているが、今後、健診が個別化へ移行していくことを指摘する意見もある。鈴木は集団健診と個別健診のメリットとデメリットを指摘しているが、今回事前調査で指摘された「健診に要する時間を長いと感じる」ことも集団健診のデメリットと見なすべきであろう。今回実施したモデル健診の主なテーマはその「待ち時間の有効活用」で、それなりの取り組みの効果は見られたが、それとは別に1回あたりの受診者の数が、「待ち時間を長く感じるか」どうかに影響を及ぼすことも示唆された。グループインタビューからも特に「乳健はもう40名も余るものだからワサワサしたかたちになる」との指摘もあり、ニーズに対応できる健診に変わるためには、1回あたりの受診人数なども考慮に入れる必要があると思われた。

一方、集団健診のメリットとしては「地域とのつながりが持てる」ことが挙げられた。児童虐待問題が顕在化する現在、その危険因子の一つと言われている「孤立」を防ぐ意味においても集団健診の果たす役割は大きいと思われる。

3 乳幼児健診の見直しについて

今回は健診会場での出口調査的なアンケートを行い、それをもとに健診の見直しに着手した。ルーチン事業として定着している健診を見直すことは容易ではない。現在のやり方を「当たり前」ととらえ、特に疑問を持たず粛々と事業をこなす状況に陥りやすいためである。スタッフへのインタビューの中でも「自分たちだけではなかなか見直せない」ため、「他の機関が入って一緒に見直しをしてくれる」ことが必要との意見が出された。このような市町村へのコンサルタント機能は、当然保健所が果たすべきものではあるが、当協会も乳幼児健診を受託している立場として今後積極的に健診の見直しに関わっていくべきであろう。

見直しに関しては、費用や人員を要するとのイメージが強いが、今回浦添市で行ったような父親同伴型健診や、大里村の呼び出し方法の工夫や会場の壁を取り去ることなどは、特に費用を必要とすることもなく容易に行えるので、モデル健診終了後も継続して行われることとなった。

また今回は、乳児健診の会場で地域の子育て支援センターがプレイコーナーをもうけ、活動

のＰＲをしたり子どもの遊ばせ方についてアドバイス等を行った。この取り組みは、受診者にも好評で、子育て支援策として効果的であると思われた。次世代育成支援推進対策法に基づく地域行動計画策定が進められているが、健診と地域の資源が連携する方策の一つとして関係機関に提案していきたい。

４　ニーズ把握の方法

受診率の低下傾向も懸念される中で、健診を魅力あるものにするためには、まず受診者のニーズを把握する必要がある。今回はアンケート調査のみを行ったが、それでもそのニーズに対応するためにスタッフ配置や動線を工夫して、健診を質的に変化させ、ある程度の効果を得ることができた。

ニーズの、特に質的な情報を収集する手法としては、フォーカスグループインタビューが注目されている。今回は健診スタッフを対象に行うことによって、「劇的にビフォーアフターみたいに見晴らしが良くなって（中略）良い感じに変わっていたのでとっても嬉しかった」などと健診に対するとらえ方の変化を聞くことができた。この手法をサービスの受益者である母親らに実施すると、魅力ある健診について議論することが可能であろう。また、議論した内容が健診に反映されることが、参加者のエンパワメントにつながるので、母親らが主体性を発揮して活動していくことも期待できる。

Ⅵ　まとめ

・乳児健診についてのニーズをアンケート調査により把握し、それに合わせて健診を「リフォーム」したところ、受診者からは概ね好評であった。
・特に、健診の場で子育て支援センター等の地域の資源と連携を図ることは有用であることが示唆された。
・これらのプロセスは、健診に関わるスタッフに対しても、健診を前向きにとらえる等の良い変化をもたらした。
・今後、健診を魅力あるものにするためには、受診者のニーズを把握しスタッフや受診者が主体性を発揮できるような取り組みが必要であると思われた。
・今後の検討課題としては、１回の健診に呼び出す人数や受診者のニーズに合うようなスタッフ配置、各コーナーでの指導内容の質の担保等が挙げられる。

報　告

発達障害を持つ子どもと家族への育児支援

― 障害児保育の実践を通して ―

川平　夕子[1)]　　大城　淳子[1)]　　大城　栄子[1)]
小浜ゆかり[2)]

Ⅰ　はじめに

当園は昭和56年から障害児保育に取り組み今年で22年目を迎える。現在、平成14年に入園した本児の保育を療育機関との連携を図りながら進めているが、２年の経過を経ていくつかの目標に対する成果が確認できた事を報告する。

1　ケース紹介

６歳男児、診断名は脳性麻痺（痙直型四肢麻痺）で、当園には平成14年４月より入園。

移動は伝い歩き・ずり這いで室外ではバギー・ウォーカーを使用している。日常会話は可能だが、緊張やストレスにより吃音がみられる。食事・排泄・更衣動作は現在は自立。（入園時は要介助)。

入園時、本児は母親と離れること、新しい環境に警戒心を持っていた。また、受け身で依存しやすく、自分の思いを伝える事が苦手で､｢仲間と同調したい｣という思いは強いが、関わる事ができない状態だった。また、保護者は、子どもの今の力を認めることができず、健常児に追いつくこと・障害が治ることを求めており､｢ちゃんとやりなさい｣等の声掛けが多く見られた。そのため、本児は自分に自信を持つことができずにいた。

2　保育目標

①　生活の中に見通し・目標を持ち、意欲的な生活をすごせる子へ

②　生活の様々な場面で自己選択・自己決定のできる子へ

③　仲間との共感関係の中で共に認め・励まし・助け合うことができる子へ

④　保育活動の中で､『できた』という成功体験を通して自分に自信が持てる子へ

3　保育実践の中で大切にしていること

ⅰ）『仲間と関わりたい』という思いを原動力に、楽しく意欲的に取り組める活動を組織する。

ⅱ）自己選択・決定・意思表示ができる場を保障する。

ⅲ）活動に見通しが持てるよう声掛けを行い、行動目的の明確化を図る。

ⅳ）保護者・療育機関・保育園が連携し、技術や情報を共有しながら、目標・関わり方を統一する。

Yuko KAWAHIRA, Junko OSHIRO, Eiko OSHIRO, Yukari KOHAMA
1) 社会福祉法人兼盛福祉会兼城保育園　　2) 沖縄整肢療護園

Ⅱ　実践と結果

～運動会の取り組みを通して～（図１）

運動会の取り組みは、本児が受け身ではなく主体的に取り組むことと、今の力を発揮できる事に挑戦することを目標とした。

その際、コーディネーターのアドバイスを受けることで、その援助内容や本児の今の力・課題を明確にする事ができた。本児の取り組みは同じように取り組みに励む仲間の存在や、本児に掛けられる「すごい!上手になったな～!」の仲間の励ましの声で、より意欲的になった。

本児は、取り組みの中で自己課題を意識することができ、その課題を達成したことにより、「できた」という強い実感と共に自信へとつなげることができた。

～砂遊びを通して～（図２）

入園当初は砂遊びに抵抗を見せ、それまでの生活の中で感覚遊びの経験の少なさが伺えた。保育者は本児に対し、砂遊びを楽しんでいる仲間の存在に気付かせ、仲間には砂遊びに戸惑っている本児の存在に気付かせた。その結果、仲間から本児に「一緒にやろう」との声が掛けられ、本児は砂遊びに向かうようになった。本児は仲間との遊びの中で砂への認識を太らせることができた。また、本児の体への認識を深めた仲間達は、本児の座位が安定し、遊びやすい様にと、砂場を掘って腰掛けられる様な状態にするなどの工夫を自発的に行うようになった。

～バギーを使用して～（図３）

本児にとって移動手段の一つであるバギーは“自分の意志とは無関係に動かされる、できれば乗りたくない”ものであり、その事から本児はバギーを敬遠し、園生活でバギーを使用することはなかった。しかし、本児が仲間との活動を楽しみ、一緒に手をつなぎたい、テーブルを運びたい、といった関わりを求めた事で、本児のバギーへの捉え方が変わり、生活の様々な場面でのバギーの使用を望むようになった。

その課程で、保育士が大切にした事は、バギーにこだわらない、いくつかのパターンを本児に経験させ、どちらを選ぶのかの最終決定を本人にさせる事であった。また、そのバギーを誰がどのように援助するかを本児が仲間に伝えられるよう、仲立ちとなることも心がけた。これらの経験は将来、本児が生活しやすい環境を自分で作り出していく力に結びつくと考えられる。

～階段登りを通して～（図４）

全身面での運動を促すことと、園生活の幅を広げる事を目的として、階段登りを取り入れた。その際、介助の内容や指導の上で大切なことは、コーディネーターのアドバイスを受けることにより明確にする事ができた。

取り組みの中で大切にしたことは、決して無



図１　運動会の様子



図２　砂遊び



図 3　テーブル運び



図 4　階段登り

理強いせず、本児の意志を尊重する事と二階へ上る目的を持たせる事であった。

今では、保育士の援助を受けずに仲間と共に自らの意志で二階に上がり、活動の幅を広げている。

Ⅲ　考　察

園は「生活する力」を育て、将来「自分の人生を主体的に生きる」事を本児の最終の目的としながら、その基礎となる課題に取り組めるような目標を設定した。特に発達に最も重要な意欲を育てることは、最大の課題と考えた。

本児は、様々な活動に対して、発達に最も重要とされる「意欲」を持って取り組むことができ、結果、いくつかの目標に対する成果を挙げることができた。

その意欲を引き出した要因の一つとして、仲間の存在が挙げられる。保育士の“集団や統合保育をどう生かしていくか？”といった視点での働きかけの中で、子ども達は本児の障害を受け入れ、同じ仲間として共に生き、泣き、笑い時にはぶつかり合いながら、愛情を持って助け



仲間と共に

支え合う関係・集団を築いた。その集団の中で本児は、人と関わる楽しさを知り、認められた経験を自信・意欲へとつなげていった(図５)。

また、このような子ども達の姿や、仲間の中で認められながら自分の力で生活している我が子の姿に教えられる事が多かったという、保護者の存在が挙げられる。保護者の意識は、それまでの、『追いつくための不安だけの子育て』から、『子どもの今の力を認め、これからに期待を持てる子育て』へと変化してきた。この変化は、本児の意欲を引き出し、自分に自信を持つ姿へと導いた。

更に、本児のその意欲を療育機関との連携の中で、生活や遊びにつなげていったことが本児の活動の幅を広げ、達成感と共に次の意欲へと向かわせた事も加えておきたい。

今後は、本児が様々な活動を通し、自分に自信を持つことと本児がこれから迎えるであろう、“自分の障害と向き合う”“自分で生活を作り上げる”時と決して無関係ではないことを認識し、保育園・療育機関・保護者が連携の中で指導・関わりを統一し、実践していく事が課題となると思われる。

障害の有無に関わらず、クラスの仲間と同じように将来“自分の人生を主体的に生きる”事を目標とした、本児の保育を今後も展開していきたい。

文　献

１）宮田広善．子育てを支える療育．3版．
ぶどう社：2003
２）佐々木正美．児童精神科医が語る～響き合う心を育てたい～．1版．岩崎学術出版社：2001
３）岡村由紀子，金田利子．年齢別保育研究４歳児の自我形成と保育～あおぞらキンダーガーデン・そらぐみの一年．初版．
ひとなる書房：2002
４）秋葉英則，白石恵理子監修．シリーズ◎子どもと保育「３歳児」．初版．
かもがわ出版：2003

報　告

地域の中で子育て支援事業が果たす役割

―虐待の疑いのある母親、発達障害を持つ子どもへの支援から―

大城　栄子[1)]　兼島　佳江[1)]　新田　光江[1)]
川平　夕子[1)]　中尾　園子[1)]　小浜ゆかり[2)]

I　はじめに

当保育園は、開園33年目を迎え、以来その時々の親のニーズに応えるべく、様々な事業の推進を図ってきた。そして、当園のシンボルであるがじゅまるの木のように、誰でも、どんなときでも受け入れ、包み込める存在でありたいとの思いを込めて、平成10年より自主事業ながら子育て支援事業「がじゅまる広場」を開設し、家庭で育児をしている人たちの相談・援助を行っている（図１）。その中で、子育ての孤立化による虐待の疑いのあるケース、発達に遅れがあり育児不安を抱えるケースの支援を経験したのでその経過を報告する。



図１　兼　城　保　育　園

Eiko OSHIRO, Katue KANESHIMA, Mitue NITTA, Yuko KAWAHIRA, Sonoko NAKAO, Yukari KOHAMA
1) 社会福祉法人兼盛福祉会兼城保育園　　2) 沖縄整肢療護園

Ⅱ　当園の子育て支援室に求められる親のニーズとシステム

当園の子育て支援に求められる親のニーズは、（図２）

① 子育ての仲間を求めて
② 子育ての不安を解消したい
③ ストレスを解消したい
④ 虐待しそうになる
⑤ 障害児を抱える親

というように大きく分けられる。

このような多様なニーズと子どもの発達状況に合わせた支援を行うため、園全体での子育て支援のシステムを作った（図３）。

園長・担当職員で検討会議を開き、子育て支援室での支援、各クラスでの支援、カウンセラーを配置しての支援など、それぞれの親子のニーズに寄り添う支援を心がけている。

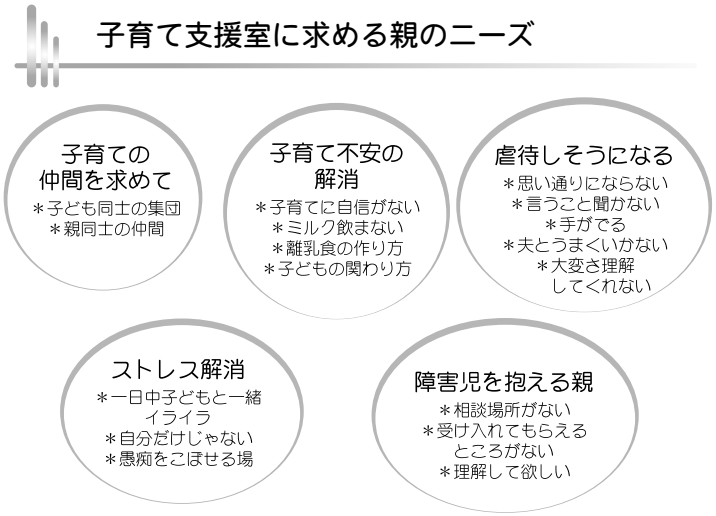


図２　子育て支援に求められるもの

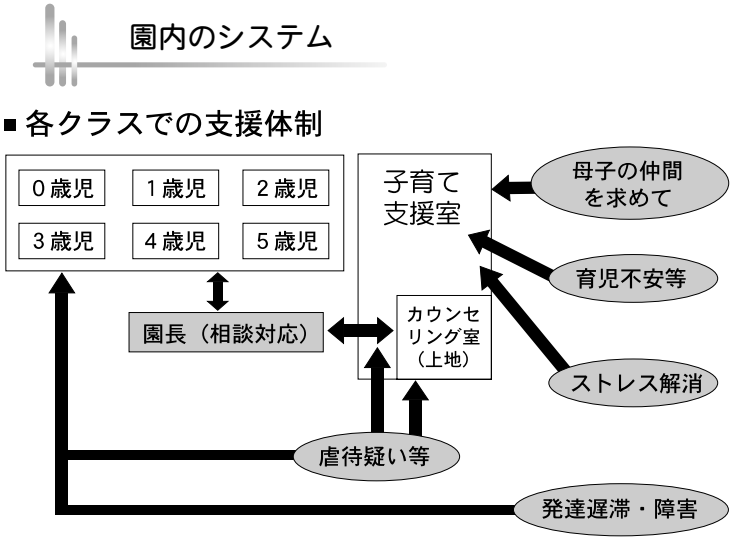


図３　兼城保育園の支援システム

Ⅲ　事例紹介

＜虐待の疑いのある母親の支援事例＞（図２）

二児の母親で、長男が１歳頃より子育て支援に通い始めた。母親は、夫や夫の実家との関係に悩み、自身のストレスに加え、子育てのストレスにより子どもに当たるという状況が続いていた。担当者は、母親の気持ちを受け止め、子どもへの関わり方のアドバイスを行い、支援室に通っている母親仲間の力も借りながら、見守り、２年後には長男の当園への入所につないだ。しかし、第２子の妊娠により母親の精神面が再び不安定になり、自殺を仄めかすような突発的な行動もあり、各機関への報告と再度の支援内容の検討会議を開いた。

≪支援内容≫

ⅰ）母親の状況を理解し、支えて、育児参加を促す目的で、夫婦揃っての面談を行う。

ⅱ）母親の精神面の安定を図る必要を感じ、カウンセリングにつなぐ。

ⅲ）出産後のサポートの検討を、各機関に申し出る。

その結果、父親も徐々に育児に参加するようになり、母親の精神面も安定し落ち着いてきた。

＜発達に遅れがある子の事例＞

ａ）全身運動の遅れがあり、食事が極端に細く（離乳食もペースト状態）母親の育児不安が強い事例

本児は当時１歳２ヶ月で、全身の筋トーンも低めで、食が細く食べてももどす事が続き、母親は育児に不安を抱えており、居住地の子育て支援センターへ相談したが、障害に対応できないと受け入れを断られ、沖縄整肢療護園の地域療育支援事業を経由し、コーディネーターの紹介で当園へ来園した。

≪支援内容≫

子育て支援室だけではなく、同年齢クラスへ母子参加させ、保育士の子ども達への関わりを通して子どもへの接し方を学び、摂食指導を受けられるようにした。さらに保育士がコーディネーターの指導を仰ぎ、発達を促す活動を展開した。その後、同年齢の仲間の刺激もあり、食事の問題も改善し、独歩を獲得した。現在２歳で言葉も出始め、育児不安も解消し、第２子妊娠の報告があった。

ｂ）先天性疾患を持つ難病の子どもと母親の事例

①　軟骨形成不全（４歳）……Ａちゃん

②　染色体異常（５歳）……Ｂちゃん

どちらも、医療的ケアが必要な子どもであり、同年齢の子ども達と一緒に遊ばせたいが、地元ではなかなか受け入れてくれる施設がないということで、コーディネーターからの紹介で当園に来園した。

≪支援内容≫

「同年齢の子ども達と遊ばせたい」という母親のニーズに添って、同年齢のクラスに母親と一緒に入り、保育園の通常の活動に参加させた（図４）。

二人とも、仲間の中でとてもいい表情をみせており、母親は我が子が、子ども同士で当たり前に触れ合える場ができた事に安堵していた。まわりの子ども達は、何の偏見も差別もなしに二人と関わり、その姿に感激した母親は、地域の幼稚園への入園を積極的に検討する気持ちになった。そして、そのうちの一人は今年度幼稚園への入園を果たしたが、残念なことに入園式を終えた数日後に他界した。訃報を聞いた当園の子ども達は、自発的に、手紙は書けないので、折り紙を折って、それぞれのメッセージを託した。短い期間であったが、当園の子ども達にとっても大切な出会いだったことを今更ながら感じている。

Ⅳ　まとめ及び考察

これらの事例から学んだことをまとめると、『虐待の疑いのある事例』でいえることは、一機関（当園）だけでの支援システムでは限界がある。

各機関は、それぞれのケースの把握はできていたものの、連係に乏しく、情報の共有化ができていないため、統一された支援が行えていない。共通様式による課題分析（アセスメント）用紙等が存在しなかったため、各機関独自の活動に陥りやすかったということが考えられる。危機管理として、情報をデータベース化し、関係機関相互の情報の共有化と連携の強化が今後の重要な課題であろう。

特に、今回のような虐待の疑いのある事例では、各機関をコーディネートする機能の充実と行政の支援システムの構築が急務であると、現場を預かるものとして痛感している。

それにより、虐待家庭や、リスク家庭への見守り支援等の充実、親の教育や、これから親になる人々の教育など啓発を強化し、予防活動を強化することも可能となると思われる。

『発達障害を持つ子どもの親への育児支援の事例』でいえることは、身近な（居住地）地域の子育て支援事業等で、障害児や難病の子どもも含めた受け入れができるような体制を作っていかなければならない。生活する地域での子育て支援に通うことが、子どもも母親も、身近な仲間を作るきっかけにもなるからである。

また、生活する地域で、障害児・難病の子や、その家族をサポートできる行政機関の体制の整備が急務である。



図４　子育て支援の風景

V　おわりに

子育てにおいては、障害の有無に関わらず、母親の不安を軽減し、親が心にゆとりをもって子どもに向かえるよう支えていくことが大切である。

当園では、支援事業のコーディネーターとの連携と協力で、発達障害のある子どもを安心して支援できたが、今後はより多くの関係機関が互いに連携を取り合い、子どもと家族をサポートできるシステムを早急に築く必要があると感じている。

一般に、子どもに障害がある場合には特に、子どもと家族が、地域社会から孤立しやすく、それが子育てを難しくしていると思われる。だからこそ、他の子どもや、保護者等と関わりを持てる身近な地域の保育園が果たす役割は大きい。もちろん、民間（地域住民）・行政・医療保健スタッフ等の強い連携支援は、必須である。

今後は、すべての子どもを等しく支援するという共通認識を持って、それぞれの子どもに関わる専門機関が子育て支援を展開していかなければならない。

文　献

1）山本和義．ノーマライゼーションの地域づくり～大東市の実践から～．作業療法22．433－438：2003

2）宮田広善．子育てを支える療育．3版．ぶどう社：2003

3）川崎道子，仲里幸子，大嶺千枝子他．渡嘉敷村における乳幼児を持つ親の子育ての現状と子育て支援ネットワークづくり（第一報）．沖縄の小児保健．2004：22－30

4）譜久山民子．児童虐待事例発生時・緊急対応と家族再生プログラムに学ぶ～CAT研究会米国視察報告～．沖縄の小児保健．2004：64－87

5）佐々木正美．児童精神科医が語る～響き合う心を育てたい～．初版．岩崎学術出版社．2001

6）奥山真紀子，浅井春夫編．保育者・教師のためのこども虐待防止マニュアル．初版：1997

研　究

早産児における直接授乳とビン哺乳の呼吸循環動態への影響の比較

島袋　史※　宮城　雅也　安慶田英樹　島袋　智志
天久　憲治　當間　隆也　前花　亜紀

はじめに

早産児の経口哺乳の開始時期については、一般的には35週前後から吸啜嚥下の協調が行われるようになるため経口哺乳が可能になるといわれている。

従来、早産児の経口哺乳開始方法としては、慣例的に授乳量の分かりやすく観察が容易なビン哺乳から開始し、この方法で一定量経口摂取でき、哺乳時に酸素飽和度低下や心拍数低下などの異常が見られないか、又は異常が少なくなってから初めて直接授乳を開始するという方法が行われてきた。しかしこの方法は慣例的なもので科学的な根拠はなく、むしろ、直接授乳の方が早産児には哺乳の際の呼吸循環動態への負担は少ないと報告されている[1)]。

そこで、直接授乳の呼吸循環動態への影響がビン哺乳よりも少ないことを実証するために、今回直接授乳とビン哺乳の呼吸循環動態へ与える影響を比較し、直接授乳の開始時期をできるだけ早めることが出来ないか検討した。

方　法

2003.9.1～2004.1.31に県立那覇病院NICUに入院中で経口哺乳を開始した在胎週数35週未満の早産児34例について、哺乳時の酸素飽和度や心拍数低下などの異常の有無について授乳方法ごとに診療録より後方視的に検討した。哺乳中に酸素飽和度低下や心拍数の低下などの異常が起こった場合には看護者が看護記録に記載することになっている。今回の研究は看護記録の記載より異常がおこった回数を抽出して検討した。

対　象

在胎週数35週未満の早産児34例

対象児の経口哺乳開始時期は、修正週数35週、36週が多かった。NICUでは母親が24時間付き添いできないため、直接授乳回数は１日に１～３回程度がほとんどで、それ以外の哺乳はビン哺乳が行われていた。ビン哺乳にて心拍数や酸素飽和度の低下がみられた症例で、直接授乳開始が遅れた症例があった（図１）。

The comparison of the influence on the breathing circulation movement of breastfeeding and the bottle feeding in the premature baby

Fumi SHIMABUKURO, Masaya MIYAGI, Hideki AGEDA, Satoshi SHIMABUKURO, Kenji AMEKU, Takaya TOUMA, Aki MAEHANA
県立那覇病院小児科　　※現　琉球大学産婦人科

対象児の授乳開始時体重は2000グラム前後がもっとも多かった。以前は慣例的に体重が2000グラムを超えてから経口哺乳を開始していたが、現在は主に修正週数を参考にして経口開始をしている。在胎週数相当よりも小さい体重で出生した児の場合には修正週数35週前後で1200グラム台で経口哺乳を開始した症例もあった（図２）。

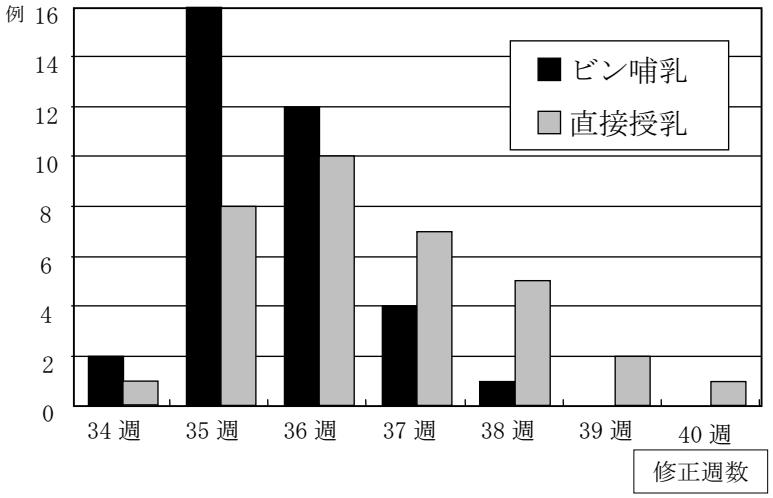


図１　対象症例経口授乳開始時期

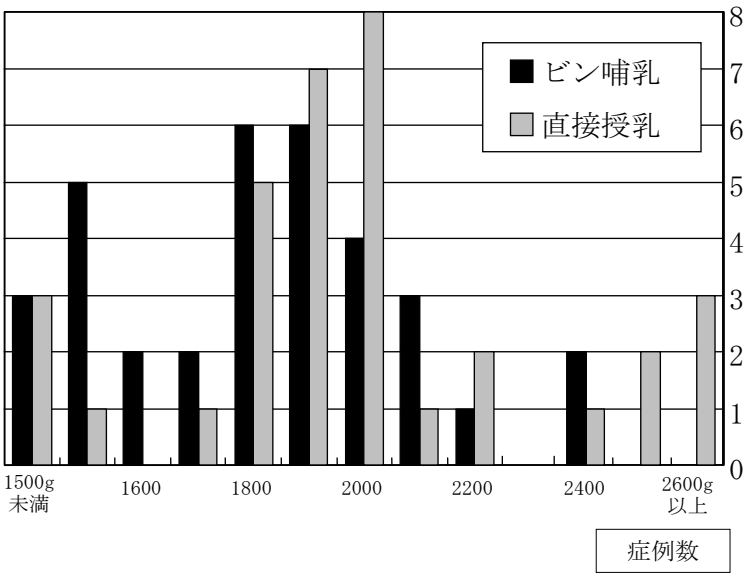


図２　授乳開始時体重

結　果

ビン哺乳と直接授乳の哺乳中異常回数の比較対象症例34例全体の入院中直接授乳回数の合計は全体で559回であった。これは、ビン哺乳回数5223回にくらべ約10分の１という結果であった。経口哺乳開始後には３時間毎の１日７～８回の授乳を行うが、直接授乳は、母親の面会時にしかできないため１日１～３回程度が多く、結果的に直接授乳の回数が少なくなっていた。

授乳時に酸素飽和度90%以下になった場合や心拍数100以下になるなどの異常が見られた回数を合計し、直接授乳とビン哺乳の比較を行った。異常回数の比較は統計処理をカイ２乗検定にて行い、Ｐ＜0.05を有意差ありとした。結果は有意差をもって直接授乳の異常がビン哺乳よりも少ないという結果が得られた（表１）。

症例毎の検討では、直接授乳で異常がみられた症例が34例中６例であったのに対し、ビン哺乳で異常がみられた症例は34例中22例と多かった。異常の多かった順に症例を呈示したグラフを示す（図３）。

図３では症例15と16において、直接授乳の異常の割合がビン哺乳よりも高くなっている。直接授乳で異常が起こった回数はそれぞれ１回ずつであったが、直接授乳回数が少なかったためにこのような結果になった。直接授乳で異常が見られたのは34例中６例のみであり、直接授乳で頻回に異常がみられたのは症例１の１例のみであった。それに対してビン哺乳では頻回に異常を認めた症例が多数みられた。

また、今回の研究開始時には哺乳をビン哺乳より開始していた症例が多かったが、研究途中より直接授乳とビン哺乳同時期に開始するかまたは直接授乳より先に経口哺乳を開始する症例が増えた。直接授乳とビン哺乳を同時期に哺乳開始した症例と、直接授乳から経口哺乳開始した症例は34例中17例であった。これら17例での哺乳中の異常の起こった割合を示す(図４)。図３の症例と重なる症例もあるが、これらの症例では直接授乳で異常が見られたのは１例のみで、それも入院中に１回のみの異常であった。ビン哺乳でも異常が見られたのは17例中10例のみで７例は直接授乳でもビン哺乳でも哺乳中に異常を認めなかった。

県立那覇病院では両親の面会は24時間可能ではあるが、母親が慣れないうちは、授乳時間は昼間に限られており、授乳回数は多くても１日３回程度であった。直接授乳から経口哺乳開始したとしても、続いてビン哺乳も開始するため哺乳開始後はほとんどビン哺乳で経口哺乳を行うこととなる。今回の対象症例の約半数はビン哺乳より哺乳開始しているが、直接授乳から経口哺乳開始した症例でも直接授乳での哺乳中の異常が多くないことから、ビン哺乳と直接授乳の哺乳中の異常の起こる割合の違いは児の成熟性によるものではないことがうかがえる。

表１　ビン哺乳と直接授乳の哺乳中異常回数の比較

	ビン哺乳	直接授乳	
授乳回数	5223回	559回	
心拍数低下あり	189回（3.6%）	５回　（0.9%）	Ｐ＝0.0007
酸素飽和度低下あり	362回（6.9%）	20回（3.58%）	Ｐ＝0.0024

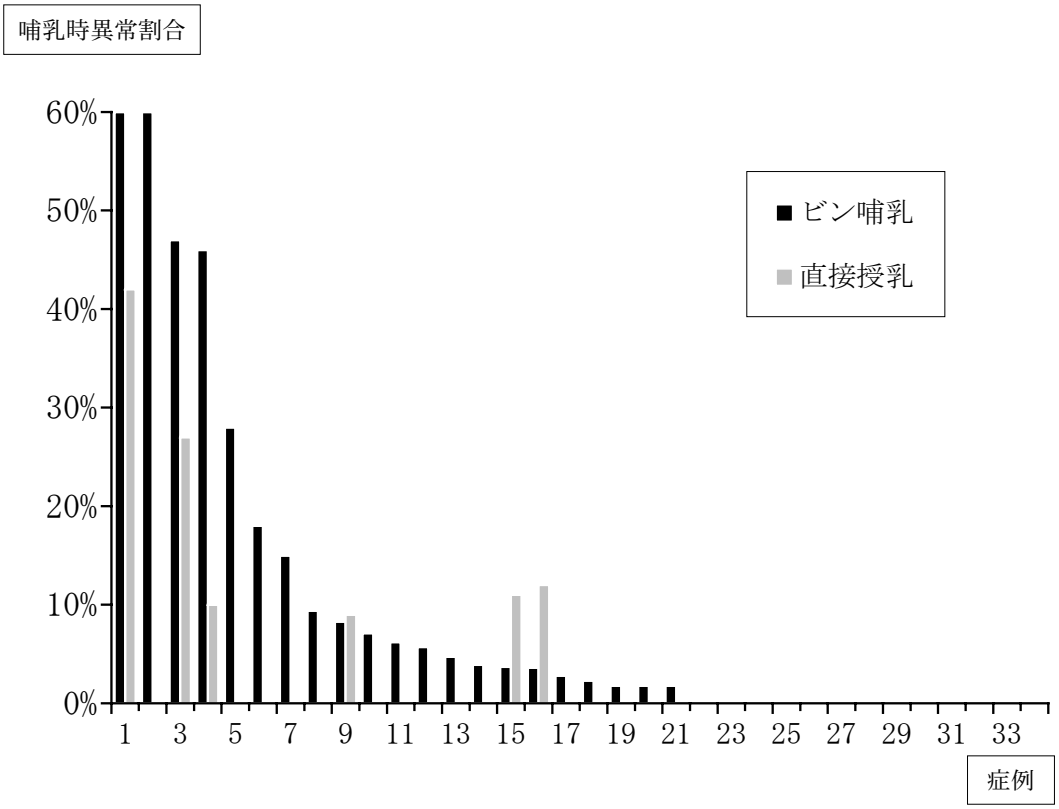


図３　症例毎の哺乳時異常割合

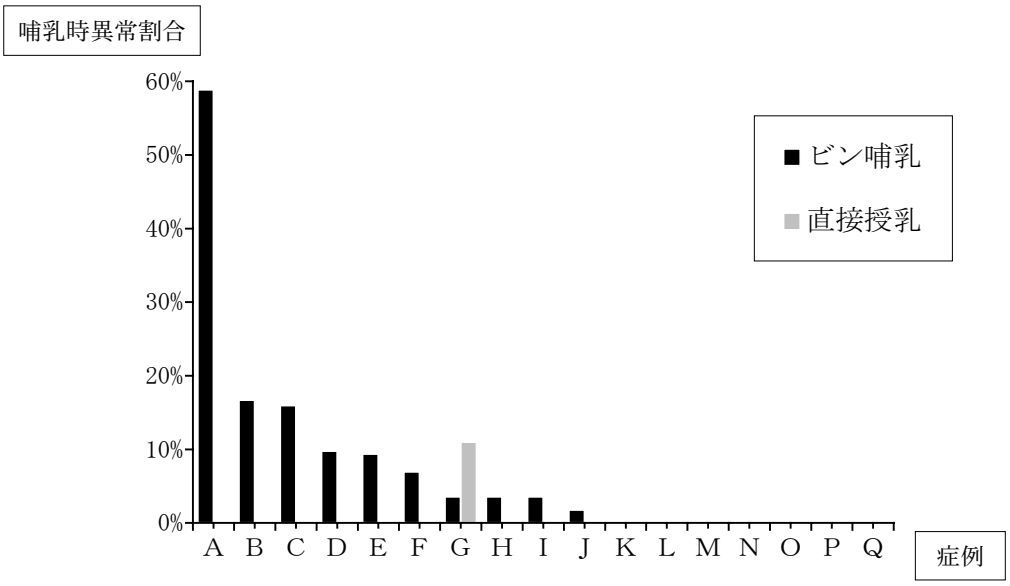


図４　直接授乳とビン哺乳同時期哺乳開始症例での哺乳時異常割合

考　察

成熟児に限らずほ乳類である人類にはその種に適した母乳が成長発達にもっとも優れていることは間違いない。早産児の母親は成熟児を出産した母親とは異なった組成の母乳を分泌することがわかっており、これは早産児の発育に最適である[1)~5)]。

妊娠中の母親への質問では、母乳育児をしたいという母親は９割にのぼるといわれている。しかし、実際に母乳で育てられている児は沖縄県では生後１カ月時で５割前後しかない[6)]。それは生後早期に母乳育児が継続できるように正しいケアが産科施設で行われていないことに起因する部分が大きい。このように母乳育児は支援をうけないと継続が難しい状況にあるが、直接授乳が出来ない早産児の場合は尚更母乳育児の継続は難しいといえる。乳汁分泌維持のために直接授乳が可能になるまで搾乳を継続しなければならないが、搾乳のみで乳汁分泌を長期にわたって維持するのは困難なことである。表２に示すとおり、直接授乳で乳汁分泌を促進するプロラクチン濃度はもっとも高まることがわかる[7)]（表２）。

母親の搾乳意欲をサポートすることは大切なことではある[8)]が、より早期に直接授乳を開始することは搾乳だけでは分泌量の低下しがちな母親の搾乳意欲を助け、児の吸啜による刺激も加わるため、母乳分泌量の促進につながるといえる。

経口哺乳開始時期であるが、一般的には35週前後と言われているが、文献上で32週前後から可能であるとの報告が散見される[9)10)11)]。

Nyquestらによると早産児は修正28週で探索反射を認め、吸着も可能であり、30週以降では呼吸循環動態に悪影響を与えずに哺乳を行うことも可能であり[10)]、また水野によると、ビン哺乳よりも直接授乳の方が吸啜嚥下の協調が行いやすく32～33週より経口哺乳が可能であるとのことである[11)]。

直接授乳のほうがより吸啜嚥下の協調が行いやすく、呼吸循環動態への影響が少ないのは、その哺乳方法の違いにあるといえる。授乳法の違いを表３に示す[12)]（表３）。

ビン哺乳では口をあまり開けなくても吸啜でき、吸啜回数がより少なく短時間で多量の乳汁を摂取するため乳汁が一気に口に入り、息継ぎができずにむせてしまうことがあるため、酸素飽和度や心拍数の低下が直接授乳よりも起こりやすいことがわかる。直接授乳でもむせることはあるが、吸啜がより頻回で吸気が長く呼気が短い哺乳方法のため酸素飽和度低下や徐脈が起こる頻度はビン哺乳に比べて少ないと考えられる。

水野は具体的な直接授乳とビン哺乳の吸啜パターンデータを研究しており、正期産児と早産児を比較している（表４）[13)]。

正期産児でも、低出生体重児でも、直接授乳の方が吸啜圧は高く、吸啜頻度はより多く、吸啜持続時間は短く、哺乳速度はより遅い。特に吸啜持続時間は低出生体重児において違いが顕

表２　搾乳方法によるプロラクチンホルモンの反応の違い

	直接授乳	手搾乳	手動ポンプ	電動ポンプ
プロラクチン（ng/ml）	55~550	67	67	46~405 シングルポンプ 92.1±29.2 ダブルポンプ　136±31.6

表３　直接授乳とビン哺乳の比較

	直　接　授　乳	ビ　ン　哺　乳
乳頭の捉え方の特徴	乳頭をとらえるために口を大きく開ける	口の開きが少ない 口唇は開きが狭く、突き出す
吸啜の回数	頻回の吸啜	少ない
下顎の動き	大きい	小さい
呼吸の状況	吸気が長く呼気が短い	吸気が短く呼気が長い
舌	乳頭を包み込むように密着し、授乳中、乳頭の下にある 前から後ろへの蠕動運動	乳頭を圧迫するように前上方に突き出す ピストン様運動をする ミルクの流れを調節
吸啜の際の音	静かな嚥下音以外は聞こえない	新しい吸啜の前に空気を入れるチューチュー音
授乳時間	数分から 30 分以上 栄養的、非栄養的な吸啜が混じり区別できない	通常 5～10 分 ほぼ完全な栄養的吸啜

表４　直接授乳とビン哺乳の吸啜パターンの比較

正期産児

	直接授乳	ビン哺乳
吸啜圧（mmHg）	－96±12	－90±11
吸啜頻度（１分間）	91± 7	69± 3
吸啜持続時間（秒）	0.57±0.05	0.83±0.05
哺乳速度（ml/min）	4.5±0.7	9.2±1.3

低出生体重児

	直接授乳	ビン哺乳
吸啜圧（mmHg）	－111± 9	－83± 6
吸啜頻度（１分間）	90± 6	63± 4
吸啜持続時間（秒）	0.49±0.04	0.84±0.07
哺乳速度（ml/min）	2.1±0.4	12.1±1.3

著である。

ビン哺乳での短時間に多量の乳汁を摂取する哺乳方法に慣れてしまうと直接授乳の哺乳方法と異なるために直接授乳に必要な口形態、吸着、吸啜行動が困難となる乳頭混乱を起こす可能性がある。しかし、このような状況に陥った場合でも、児の退院によって直接授乳を頻回に行える環境になれば直接授乳は可能になる。

NICUで慣例的にビン哺乳から経口哺乳が開始されてきた理由の一つに、ビン哺乳が哺乳量を把握しやすいということがあげられるが、直接授乳でも、哺乳前後の体重測定によって哺乳量を把握することは可能である。

保育器収容児は体温管理にも注意を払わねばならず、低体温にならないように母親の体に密着しながらの授乳を行うが、看護者のより注意深い観察が必要となるため、マンパワーの不足しがちなNICUにおいては頻回授乳が難しいことが問題となっている。頻回に行うのが理想だが、数日に1回としても母親の搾乳意欲を増し、母子愛着形成を促進するという意味では早期直接授乳開始は大変意義深いと思われる。

低出生体重児において母乳育児は、栄養学的、免疫学的にも重要であるが[1)～5)]、母子の愛着形成においてもっとも重要である[14)～16)]。

日本の母乳に対する公的な方針宣言はまだないが、アメリカ合衆国では母親の少なくとも75％が産後早期に母乳育児を行い、児が生後５

～6カ月になるまでは少なくとも50%は母乳育児を続けるという具体的な目標を出しており、これに続いてアメリカ小児科学会は1997年に、母乳と母乳育児に関する方針宣言を改訂している[17]。 宣言の中で母乳育児が急性・慢性疾患のリスクを著しく減らす一方で一般的な健康、発育、発達においても利益をもたらすことが示されている。

出生直後から母子分離を余儀なくされる低出生体重児において、母乳育児支援を行うことは児の発育発達と母子関係において最も重要な事柄の一つであると言える。

用語解説

直接授乳；母親の乳頭から直接哺乳すること
ビン哺乳；ほ乳瓶から経口哺乳すること
ＮＩＣＵ；新生児集中治療室
修正週数；分娩予定日より計算した出生後の週数のこと(32週0日で出生した児が生後2週間たった場合には、修正週数34週0日となる。)
酸素飽和度低下；モニターにて酸素飽和度 90%以下と定義する
心拍数低下；モニターにて心拍数100bpm以下と定義する

注：今回の研究データは沖縄県立那覇病院新生児集中治療室に入院中の児を対象とした。

文　献

1）Rijordan, J.et al. Breastfeeding and Human Lactation. Boston, Jones and Bartlett Publishers, 1999,449-82
2）瀬川雅史，大山牧子．低出生体重児にはなぜ母乳が必要か．Neonatal Care 2003;16：1210-16
3）吉永宗義．早産児の母乳育児　産婦人科治療．2002;85:4 426-430
4）大山牧子．低出生体重児と母乳育児 助産雑誌　2002;56:7 28-35
5）大山牧子．NICU入院児の母乳育児　ペリネイタルケア2003;22:7 25-29
6）平成14年度乳幼児健康診査報告書 平成15年８月社団法人沖縄県小児保健協会
7）大山牧子．あなたのなぜ？に答える母乳のはなし７～NICUでの母乳育児の援助Neonatal Care 2003;16:8 46-53
8）国立岡山病院編　産褥期における援助の実際④母子分離　ペリネイタルケア2000年春季増刊　2000;19:3 124-136
9）大山牧子．あなたのなぜ？に答える母乳のはなし11～低出生体重児への直接授乳援助その１ Neonatal Care 2003;16:12 69-73
10）Nyquest,KH.et.al. The development of preterm infant`s breastfeeding behavior. Early. Human.Dev. 55,1999,247-64
11）水野克巳．経口哺乳はいつから開始するべきか　Neonatal Care 2003;16:9 31-36
12） Rijordan,J.et.al. Breastfeeding and Human Lactation.Boston,Jones and Bartlett Publishers, 1999,114
13）水野克巳他．直接授乳とビン哺乳の吸啜パターンの比較― NICU入院児と正常新生児を対象として―　新生児学会雑誌 1999;35:791-95
14）堀内勁．母乳育児の生物学的意義　小児保健シリーズ№.49 1999年Ｐ9－15
15）大島清．親子の触れ合いと心の発達　周産期医学 2003;33:7 802-806
16）堺武男．母乳分泌の意義　周産期医学 2001;31:4 517-20
17）大山牧子他．母乳と母乳育児に関する方針宣言―アメリカ小児科学会の勧告　周産期医学 2001;31:4 555-562

協会活動報告

平成16年５月15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15年度の事業報告・決算報告、平成16年度事業計画（案)･収支予算（案)、役員の一部改選について審議された。

沖縄小児保健賞は“仲宗根真知子（沖縄市役所)”と“平良真知（具志川市役所)”の２氏が表彰される。

特別講演は、茨城大学保健管理センター助教授の内田千代子先生に「思春期、子どものうつ病と自殺」と題して、ご講演いただいた。

学会は、一般講演11題の発表があり活発な意見交換がなされた。

平成16年10月18日に、乳幼児健康診査実績報告会並びに乳幼児健康診査における情報交換会を、サザンプラザ海邦において開催した。

平成17年１月20日、第38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、750余名の参加者を得た。特別講演は女子栄養大学助教授の武見ゆかり先生に「食育とは－食生態学の視点から－」と題して、ご講演いただいた。大会長表彰に15名の個人と１団体が表彰された。

平成16年度保健セミナーを、平成17年１月21日サザンプラザ海邦において開催、琉球大学医学部医学科高次機能医科学講座耳鼻咽喉・頭頸部外科学分野の牛迫泰明先生に「乳児の難聴について」と、神奈川県総合リハビリテーションセンターの栗原まな先生に「小児の発達と障害－その見方と対応－」についてご講演いただいた。

機関誌「沖縄の小児保健」32号を発刊し、各会員等へ送付することになっている。

その他理事会および各種委員会を開催し、協会活動の充実を図ってきた。特に平成16年から沖縄小児保健センター「仮称」建設のための調整業務を開始した。

平成16年度は52市町村から、乳児一般健康診査、３歳児健康診査の委託を受け、１歳６か月児については、29市町村からの委託と18市町村からの健康診査結果情報処理業務の委託を受け実施した。昨年の実績は「平成15年度乳幼児健康診査報告書」とし市町村へ送付した。

特別研究事業として平成16年度も「新たな母子保健の課題に対応可能な健診のあり方を探る」モデル健診事業に対し支援した。

その他の活動として、はしか“０”プロジェクト推進活動を支援する。また平成16年７月より沖縄県母子保健推進員連絡協議会の事務局を担うことになった。

平成16年度総会・学会プログラム

司会　　西　　千恵美

〔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15年度事業報告に関する件

(2) 平成15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16年度事業計画（案）に関する件

(4) 平成16年度収支予算（案）に関する件

(5) 役員（一部）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　川 崎 道 子（沖縄県立看護大学）

1 地域の中で子育て支援事業が果たす役割

－虐待疑いのある母親、発達障害を持つ子どもへの支援から－

大城栄子　兼島佳江　新田光江　川平夕子　中尾園子

（社会福祉法人兼盛福祉会　兼城保育園）

小浜ゆかり（沖縄整肢療護園）

2 発達障害をもつ子どもと家族への育児支援 －障害児保育の実践を通して－

川平夕子　大城栄子　大城淳子

（社会福祉法人兼盛福祉会　兼城保育園）

小浜ゆかり（沖縄整肢療護園）

3 乳幼児健診のあり方に関する研究

糸数公　普久原朝政　大城清子　福盛久子　親川豊子　永山さなえ

知念文枝　川崎道子　新垣賢昇　玉城智津子　森田ゆかり

（沖縄県小児保健協会特別研究事業班）

4 チャイルドシート着用の検討 －チャイルドシート着用率は改善したか－

小濱守安　（沖縄県立中部病院小児科）

座長　源 川 隆 一（沖縄県立中部病院）

5 肺炎・喘息児へのプレパレーション（心理的準備）の効果と実際

－インフォームドコンセントを考えて－

渡慶次章子　真喜志凡子　宮里一美　當山さやか　石川ちえみ

（特定医療法人敬愛会　中頭病院）

6　早産児における直接哺乳とビン哺乳の呼吸循環動態への影響の比較

島袋史（琉球大学産婦人科）

宮城雅也　安慶田英樹　天久憲治　當間隆也　前花亜紀　島袋智志

（沖縄県立那覇病院小児科）

7　早産児における早期直接哺乳確立のための搾乳後乳頭を吸啜させる
ＮＮＳ（NonNutritiveSucking）の取り組み

當間紀子　友利美和子　前津里沙　渡慶次牧子　棚原やよい

石原智美　比嘉京子　翁長春美　比嘉勝美

（沖縄県立那覇病院ＮＩＣＵ）

宮城雅也（沖縄県立那覇病院小児科）

島袋史（琉球大学産婦人科）

座長　安慶田　英　樹（沖縄県立那覇病院）

8　2003年３月～2004年３月における当施設でのインフルエンザ発生状況

大城聡　平安京美　仲田行克（沖縄整肢療護園小児科）

9　具志川市麻疹対策事業　―家庭訪問等による予防接種指導の試み―

濱比嘉由美子　村山秀子　仲間京（具志川市役所市民健康課）

知念正雄（(医)いちご会　知念小児科医院）

10　予防接種実施状況の把握と今後の取り組み

知念太衣子（特定医療法人敬愛会 中頭病院）

比嘉綾子　山城静子　渡口めぐみ　栄野比順子　平洋代

（医療法人敬愛会 ちばなクリニック）

11　中央保健所管内（那覇市・浦添市）麻しん予防接種保護者意識調査（ＫＡＰ study）

上原真理子　田名サヨ子　平敷礼子　知名保（沖縄県中央保健所）

仲間秀人　上原強　仲宗根正（沖縄県福祉保健部健康増進課）

糸洲誠悦　桑江良一　屋嘉のり子　岸本多代　西千恵美　安慶田憲一

（那覇市健康推進課）

〔特別講演〕

座長　玉那覇　榮　一（沖縄県小児保健協会長）

「思春期、子どものうつ病と自殺」

茨城大学保健管理センター助教授

精神科医　内　田　千代子　先生

平成15年度事業報告

1　乳幼児健康診査の実施及び推進活動

(1) 乳幼児健康診査実施回数

1)	乳児一般健康診査	土曜日	132回
		日曜日	100回
2)	３歳児健康診査		321回
3)	１歳６か月児健康診査		23回
4)	乳幼児健康診査（乳児　３歳児　１歳６か月児）		70回
5)	幼児健康診査（３歳児　１歳６か月児）		45回

(2) 実施総数

1)	乳児一般健康診査	52市町村
	対象者数	33,103人
	受診者数	28,160人（受診率　85.1%）
	要精密検査数	766人（要精密検査率　2.7%）
2)	３歳児健康診査	52市町村
	対象者数	17,400人
	①一般健診	
	受診者数	13,452人（受診率　77.3%）
	要精密検査数	1,078人（要精密検査率　8.0%）
	②歯科健診	
	受診者数	13,373人（受診率　76.9%）
3)	１歳６か月児健康診査	29市町村
	対象者数	2,230人
	①一般健診	
	受診者数	1,941人（受診率　87.0%）
	要精密検査数	62人（要精密検査率　2.8%）
	②歯科健診	
	受診者数	1,922人（受診率　86.2%）
4)	１歳６か月児健康診査情報処理のみ	17市町村
	対象者数	11,258人
	①一般健診	
	受診処理件数	9,250 件（要精密検査数　277人）
	②歯科健診	
	受診処理件数	9,237人

(3) 乳幼児健康診査事業の受託推進活動
(4) 乳幼児健康診査受診票の整備
(5) 眼と耳の検査アンケート作成

2　広報活動

(1) 機関誌「沖縄の小児保健」第31号の発行（1,000部）
　　配布先　会員、52市町村、その他関係機関
(2) 母子健康手帳の印刷
(3) 離乳食指導用パンフレットの印刷

3　第37回沖縄県母子保健大会の開催

日　　時　平成16年１月15日（木）午後２時～５時
場　　所　宜野湾市民会館大ホール
参加人員　約700人
講　　演「寄言（ゆしぐとぅ）は宝」
一人芝居「いのち」　　役者　北島角子
主　　催　沖縄県、（社）沖縄県小児保健協会

4　平成15年度保健セミナーの開催

日　　時　平成16年１月16日（金）午前10時～ 12時
場　　所　おきでんふれあいプラザ
参加人員　204人
講　　演「子どもの事故について」
　　沖縄県立中部病院小児科副部長　小濱守安
「那覇市における小児生活習慣病の現状」
　　那覇市医師会生活習慣病検診センター副所長　崎原永辰

5　平成14年度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の開催

日　　時　平成15年８月８日（金）午前９時30分～12時
場　　所　沖縄県医療福祉センター
参加人員　120人
講　　演「平成14年度乳幼児健康診査実績報告　－一般健診の部－」
　　沖縄県小児保健協会乳幼児健診委員会　小渡有明
「平成14年度乳幼児健康診査実績報告　－歯科健診の部－」
　　沖縄県小児保健協会乳幼児健診委員会
　　沖縄県福祉保健部健康増進課歯科医師　比嘉千賀子

「１歳児のはしか予防接種95％を目指して」－乳幼児健診での勧奨を－

はしか“０”プロジェクト委員会

沖縄県八重山福祉保健所長　　譜久山　民　子

6　調査・研究等

(1) 関係団体が開催する講演会等への助成

『社団法人沖縄県看護協会』

日　　時　平成15年10月18日（土）

場　　所　沖縄県看護研修センター　４階 第１研修室

参加人員　43人

講　　演　「子どもへの虐待防止と早期発見・支援について学ぶ」

沖縄県中央児童相談所　児童虐待防止支援チーム　　主幹　砂　川　恵　正

『日本小児科学会沖縄地方会』

日　　時　平成15年９月７日（日）

平成16年３月14日（日）

場　　所　琉球大学医学部臨床講義棟２Ｆ大講義室

参加人員　140人

講　　演　「小児人工内耳医療と新生児聴覚スクリーニング」

琉球大学医学部耳鼻咽喉・頭頚部外科学教授　　東　野　哲　也

「最近の小児外科の話題－ABC・・・」

九州大学大学院医学研究院　臨床医学部門

生殖発達医学講座　小児外科学教授　　水　田　祥　代

『沖縄県小児科医会』

日　　時　平成15年６月14日（土）

場　　所　ホテル日航那覇グランドキャッスル　２階広福の間

参加人員　33人

講　　演　「 小児科医でもここまでできる！ 」

大分こども病院院長　　藤　本　　保

(2) 特別研究調査への助成

『 21世紀の乳幼児健康診査のあり方に関する研究 』

7　小児保健センター（仮称）建設にむけて

(1) 建設基本構想の設定

(2) ファミリーハウス建設の検討及び視察

○ ドナルド・マクドナルド・ハウス　せんだい

○ ドナルド・マクドナルド・ハウス　せたがや
○ 東海大学小児慢性疾患患者家族宿泊施設　かもめのいえ

8　平成15年度“沖縄小児保健賞”の顕彰

＝個人の部＝

1）普久原　朝　政（ふくはら小児科）
2）小　濱　守　安（沖縄県立中部病院小児科）

9　総会・学会の開催

日　　時　平成15年6月21日（土）
場　　所　沖縄県医療福祉センター大講堂

(1) 学　　会

一般講演

座長　糸　数　　公（沖縄県北部福祉保健所）

1　沖縄県における県外出身者の子育て
河田聡子　与那嶺尚子　上田礼子（沖縄県立看護大学）

2　K町における乳幼児の齲歯について
牧内忍　仲里幸子　大嶺千枝子　川崎道子
呉地祥友里　岡村純（沖縄県立看護大学）
新里真美子（沖縄県中央保健所）

3　渡嘉敷村における乳幼児を持つ親の子育ての現状と支援ネットワークづくり（第一報）
川崎道子　仲里幸子　大嶺千枝子　牧内忍　呉地祥友里
（沖縄県立看護大学　地域保健看護）
冨里好幸　栄幸枝　棚原まり子（渡嘉敷村役場）

4　Shaken　baby　syndromeの1例を通じて
－Not-always-apparent　abuseに対し医療現場から出来ること－
藤澤ますみ　又吉慶　岡朱美　松茂良力（沖縄県立中部病院　小児科）
玉栄智子（沖縄県立中部病院　地域連携室）

5　乳幼児貧血と発達の検討－Bayley式乳幼児発達尺度を用いて－
野底奈月　山城瑞穂　北畑早苗　具志堅美智子　外間登美子
（琉球大学医学部保健学科・母子保健学教室）

照屋淳　与儀智枝美　比嘉昌子（中城村役場・健康福祉課）

座長　大　城　　聡（沖縄整肢療護園）

6　北部地域に住む障害児者の家族に対するアンケート調査報告（第一報）

－居宅ニーズの分析－

比嘉正人　平山ゆきの　小浜厚司　泉川良範

（社会福祉法人五和会　名護療育園）

7　長期入院児のための新しい「在宅支援」地域基幹病院と療育機関の連係

泉川良範　比嘉正人　比嘉徳子　小浜厚司（社会福祉法人五和会　名護療育園）

照屋秀樹　佐々木尚美　島袋恵　伊佐真之　高良幸伸　古謝和美

（沖縄県立北部病院）

蔵根瑞枝　大浜淳子　宮城幸子　仲宗根正（沖縄県北部福祉保健所）

8　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

―沖縄県における今後の取り組みについての提言―

小浜厚司　比嘉正人　泉川良範（社会福祉法人五和会　名護療育園）

9　小児の在宅人工呼吸器管理の１症例―家庭に帰るまでの道のり―

又吉慶　蟹江健介　藤澤ますみ　堀越裕歩　松茂良力

（沖縄県立中部病院　小児科）

玉栄智子　加藤愛　渡嘉敷利恵（沖縄県立中部病院　地域連携室）

10　人工換気療法を要とした骨形成不全症Ⅱ型患児のＱＯＬ

―退院へ向けてのＡＤＬ拡大の援助―

兼本さくら　宮川智恵　翁長春美　比嘉勝美（沖縄県立那覇病院　ＮＩＣＵ）

座長　銘　苅　辰　美（沖縄県北部福祉保健所）

11　北部圏域における障害児の地域療育体制づくり（第３報）

―関係機関との連携―

蔵根瑞枝　大浜淳子　儀保恵美子　宮城幸子　仲宗根正

（沖縄県北部福祉保健所）

泉川良範　比嘉正人　小浜厚司（社会福祉法人五和会　名護療育園）

高良幸伸　伊佐真之　佐々木尚美　島袋恵　照屋秀樹　古謝和美

（沖縄県立北部病院）

12　北部圏域における障害児の地域療育体制づくり（第４報）

真栄城睦子（沖縄県北部福祉保健所）

鳩野洋子（国立保健医療科学院）

13　定期健康診断（小１ツベルクリン反応）から結核の家族内感染が明らかになった事例

島袋全哲　沖山陽子　新垣さと子　銘苅辰美　国吉秀樹
砂川恵徹（沖縄県南部福祉保健所）

14　４か月乳児を発端とした結核家族内感染事例

上原真理子　永山さなえ　池間恵子　池田和子
平安山あゆみ　山川宗貞　譜久山民子　比嘉政昭
（沖縄県中央保健所）
島袋全哲　銘苅辰美　新垣さと子　沖山陽子（沖縄県南部福祉保健所）

15　重症心身障害児（者）施設におけるインフルエンザワクチンの有用性

大城聡　平安京美　仲田行克（沖縄整肢療護園　小児科）

(2) 総　　会

1）開 会 の 辞
2）会長あいさつ
3）議 長 団 選 出
4）議　　事
①　平成14年度事業報告に関する件
②　平成14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15年度事業計画（案）に関する件
④　平成15年度収支予算（案）に関する件
⑤　定款変更に関する件
⑥　役員改選に関する件
⑦　その他
5）“沖縄小児保健賞”の贈呈について
6）閉 会 の 辞

(3) 特別講演

座長　　小　渡　有　明（沖縄県小児保健協会長）

「少子高齢化現象の展望：どうなる2025年の日本社会」

日本大学経済学部教授
日本大学人口研究所次長　　小　川　直　宏

10　はしか“０”プロジェクト推進活動

４団体共催のはしか“０”プロジェクト委員会への活動支援

（日本小児科学会沖縄地方会　沖縄県小児科医会　沖縄県小児保健協会　沖縄県医師会）

11　理事会及び各種委員会

理事会	７回
企画・運営委員会	６回
乳幼児健診委員会	６回
編集委員会	２回
庶務・会計担当委員会	２回
沖縄県母子保健大会実行委員会・その他	２回
沖縄小児保健賞委員会	１回
設計担当特別委員会	５回

12　その他

1）　日本小児保健協会支部長会議及び評議員会出席

平成15年４月25日　福岡市

平成15年11月13日　鹿児島市

2）　第50回日本小児保健学会へ関係団体代表者出席（３人）

平成15年11月13日～11月15日（鹿児島市）

看護師職能代表　兼島貴乃（豊見城中央病院）

助産師職能代表　宮城章子（中頭病院）

保健師職能代表　西千恵美（那覇市役所）

平 成 16 年 度 事 業 計 画

1　乳幼児健康診査の実施及び推進活動

1）子どもの健康の保持増進を図ることを目的として、会員が相互に協力し、市町村の委託を受けて県内全域の乳幼児を対象に乳幼児健康診査を実施する

2）乳幼児健康診査受託推進活動

2　啓発普及活動

1）健康教育活動を幅広く展開し、小児保健の啓発普及を図る

2）麻疹“０”実現に向けての啓発活動

3　広報活動

1）沖縄県小児保健協会機関誌「沖縄の小児保健」第32号（年刊）の発行

2）小児保健指導用のパンフレット、ポスター、パネル等を作成し、市町村等関係機関に配布する

3）母子健康手帳の印刷

4）創立30周年記念誌の発行

4　教育活動

1）沖縄県小児保健学会の開催

2）沖縄県母子保健大会の開催

3）母子保健指導者研修会・保健セミナーの開催

4）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の開催

5）教育講演会等の開催

6）育児講演会の開催

7）関係団体の日本小児保健学会への参加等

5　調査・研究等

1）小児保健に関する調査・研究のためのプロジェクトチームをつくり、特別研究を行う

2）関係団体が開催する小児保健に関する講演会等に対し補助を行い、会員の資質向上を図る

3）乳幼児健康診査結果の分析

4）子どもの健康に関して各分野から総合的検討を行う

6　小児保健センター（仮称）および付帯施設の建設

7　12回“沖縄小児保健賞”の顕彰

1）第44回保健文化賞受賞を記念し、沖縄の小児保健活動に顕著な功績があった個人並びに団体を顕彰する

8　総会並びに理事会の開催

1）社団法人沖縄県小児保健協会定款第４章に基づき定期総会を年１回、又必要に応じ臨時総会を開催する

2）定款に基づき理事会を定期的に開催する

9　各種委員会活動

1）企画運営委員会の開催

2）乳幼児健診委員会の開催

3）編集委員会の開催

4）会館基本構想委員会の開催

10　その他

平成15年度理事会審議事項

第1回理事会

平成15年５月１日（木）

那覇東町会館　４階会議室　議決権数 22名

議題　○平成15年度総会・学会の開催について

○平成14年度事業報告について

○平成15年度事業計画（案）について

○平成15年度乳幼児健康診査の受託について

○診療所開設について

○定款の改正について

○任期満了に伴う役員改選について

○その他

第2回理事会

平成15年５月22日（木）

那覇東町会館　４階会議室　議決権数 22名

議題　○平成15年度総会・学会の開催について

○平成14年度収支執行状況について

○平成14年度収支決算報告について

○平成15年度収支予算（案）について

○その他

第3回理事会

平成15年６月16日（月）

那覇東町会館　４階会議室　議決権数 17名

議題　○平成15年度総会・学会の開催について

○平成14年度会計監査報告について

○平成15年度沖縄小児保健賞について

○その他

第4回理事会

平成15年７月11日（金）

那覇東町会館　４階会議室　議決権数 21名

議題　○新役員体制について

○平成15年度委員会の設置について

○平成15年度事業計画及び収支予算について
○報告事項
○その他

第５回理事会

平成15年９月25日（木）
那覇東町会館　４階会議室　議決権数 18名
議題　○小児保健センターの建設について
○乳幼児健診における検査体制について
○特別研究について
○その他

第６回理事会

平成15年12月18日（木）
那覇東町会館　４階会議室　議決権数 22名
議題　○沖縄県母子保健大会の開催について
○保健セミナーの開催について
○平成16年度乳幼児健康診査受託料について
○乳児健診における検査体制について
○会館建設用地について
○その他

第７回理事会

平成16年３月26日（金）
那覇東町会館　４階会議室　議決権数 22名
議題　○報告事項について
○平成16年度事業計画（案）について
○平成16年度乳幼児健康診査受託状況について
○平成15年度事業報告について
○沖縄県母子保健推進員連絡協議会の事務局について
○その他

社団法人沖縄県小児保健協会定款

第1章　総　　則

（名　称）

第1条　この法人は、社団法人沖縄県小児保健協会という。

（事務所）

第2条　この法人は、事務所を那覇市東町1番1号に置く。

（目　的）

第3条　この法人は、小児保健活動を行うことにより、小児の健康を増進することを目的とする。

（事　業）

第4条　この法人は、 前条の目的を達成するため、 次の事業を行う。

(1) 小児保健の普及及び指導に関すること。

(2) 小児保健の調査及び研究に関すること。

(3) 小児保健事業の推進に関すること。

(4) 学術講演会及び講習会の開催に関すること。

(5) 子育て支援に関すること。

(6) 沖縄県小児保健会館の建設及び運営に関すること。

(7) 診療所の運営に関すること。

(8) その他この法人の目的を達成するために必要な事業。

第2章　会　　員

（会員及び会費）

第5条　この法人の会員は、この法人の目的に賛同して入会する個人及び団体とする。

2　会員は、総会において定める会費を納入しなければならない。

（入　会）

第6条　会員として入会しようとするものは、入会申込書を会長に提出し、理事会の承認を受けなければならない。

（退　会）

第7条　会員は、退会しようとするときは、その旨を会長に届け出なければならない。

2　会員は、次の各号の一に該当するときは、退会したものとする。

(1) 死亡し、又は解散したとき。

(2) 会費を1年以上納入しないとき。

（除　名）

第8条　会員がこの法人の名誉をき損し、又はこの定款に反する行為をしたときは、総会において

会員の同意を得て、その会員を除名することができる。
2　前項の規程により会員を除名しようとするときは、その会員にあらかじめ通知するとともに、当該会員に除名の議決を行う総会において弁明の機会を与えなければならない。
（会費等の不返還）
第９条　退会し、又は除名された会員が既に納入した会費その他の金品は、これを返還しない。

第３章　役員及び職員

（役員の種別）
第 10 条　この法人に次の役員を置く。
(1)　理事（会長１人、副会長２人及び常任理事２人を含む。）20人以上25人以内
(2)　監事　２人
2　前項第一号の常任理事は必要に応じて置くものとする。
（役員の選任）
第 11 条　理事及び監事は、会員のうちから、総会において選任する。
2　会長及び副会長は、理事のうちから総会において選任する。
3　常任理事は、理事の互選により定める。
4　理事及び監事は、相互に兼ねることができない。
（役員の職務）
第 12 条　理事は、理事会を構成し、業務の執行を決定する。
2　会長は、この法人を代表し、業務を統括する。
3　副会長は、会長を補佐し、業務を処理するとともに会長に事故あるとき、又は欠けたときは、その職務を行う。
4　常任理事は、常務を処理する。
5　監事は、民法第59条の職務を行う。
（役員の任期）
第 13 条　役員の任期は、２年とする。
2　役員は、再任することができる。ただし、補欠により選任された役員の任期は、前任者の残任期間とする。
3　役員は、辞任し、又は任期が満了した場合においても後任者が就任するまでは、その職務を行わなければならない。
（役員の解任）
第 14 条　役員に、役員としてふさわしくない行為があったときは、総会の同意を得て、その役員を解任することができる。
2　第８条第２項の規定は、前項の役員を解任しようとする場合について準用する。この場合において、第８条第２項中「会員」とあるのは「役員」と、「除名」とあるのは「解任」と読み替えるものとする。

（役員に対する報酬）

第 15 条　常勤の役員には報酬を与えることができる。

2　役員の報酬についての必要な事項は、総会の議決により別に定める。

（顧　問）

第 16 条　会長は、この法人の重要事業の諮問をさせるため、顧問を理事会の推薦により委嘱することができる。

（事務局）

第 17 条　この法人の事務を処理するため、事務局を設け、必要な職員を置く。

2　職員は、会長が任免する。

3　事務局及び職員に関する事項は、会長が理事会の議決を得て、別に定める。

第 4 章　会　　議

（種　別）

第 18 条　この法人の会議は、総会及び理事会とし、総会は、定期総会及び臨時総会の 2 種とする。

（構　成）

第 19 条　総会は、 会員をもって構成する。

2　理事会は、会長、副会長及び常任理事その他の理事をもって構成する。

（権　能）

第 20 条　総会は、この定款に別に規定するもののほか、次の事項を議決する。

(1)　重要な財産の取得又は処分

(2)　その年度を越えて弁済を要する資金の借入

(3)　予算を伴わない権利の放棄又は義務の負担

(4)　その他この法人の運営に関する重要な事項

2　理事会は、この定款に別に規定するもののほか、次に掲げる事項を決定する。

(1)　総会の議決した事項の執行に関する事項

(2)　総会に付議すべき事項

(3)　その他総会の議決を要しない業務の執行に関する事項

（開　催）

第 21 条　定期総会は、毎年度終了後 2 月以内に開催する。

2　臨時総会は、理事会が必要と認めたとき、又は会員の 3 分の 1 以上若しくは監事から会議の目的たる事項を示して請求があったときに 1 月以内に開催する。

3　理事会は、会長が必要と認めたとき、又は理事の 2 分の 1 以上から会議の目的たる事項を示して請求があったときに開催する。

（招　集）

第 22 条　会議は、民法第 59 条第 4 項に基づき監事が招集する場合を除き、会長が招集する。

2　会議を招集する場合には、会員及び理事に対し、会議の目的である事項、内容、日時及び場所

を示した書面により、少なくとも５日前までに通知しなければならない。

（議　長）

第 23 条　総会の議長は、その総会において、出席会員のうちから選任する。

２　理事会の議長は、会長がこれに当たる。

（定足数）

第 24 条　会議は、総会においては会員、理事会においては理事の２分の１以上の出席がなければ開会することができない。

（議　決）

第 25 条　会議の議決は、この定款に別に定めるもののほか、総会においては会員の、理事会においては理事の過半数の同意をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

（書面表決等）

第 26 条　やむをえない理由のため会議に出席できない会員又は理事は、あらかじめ通知された事項について書面をもって表決し、又は他の構成員を代理人として表決を委任することができる。この場合において前２条及び次条第１項第３号の規定の適用については出席した者とみなす。

（議事録）

第 27 条　会議の議事については、次の事項を記載した議事録を作成しなければならない。

(1)　会議の日時及び場所

(2)　会員又は理事の現在数

(3)　総会にあたってはその総会に出席した会員の数、理事会にあってはその理事会に出席した理事の氏名

(4)　議決事項

(5)　議事の経過の概要及びその結果

(6)　議事録署名人の選任に関する事項

２　議事録には、議長のほか、総会においてはその出席した会員のうちから、理事会においてはその出席した理事のうちから、その会議において選出された議事録署名人２人以上が署名押印しなければならない。

第５章　資産及び会計

（資産の構成）

第 28 条　この法人の資産は、次の各号をもって構成する。

(1) 会費

(2) 財産目録に記載された財産

(3) 寄附金品

(4) 資産から生ずる収入

(5) 事業に伴う収入

(6) その他の収入

（資産の管理）
第 29 条　資産は、会長が管理し、その方法は、会長が理事会の議決をもって定める。
（経費の支弁）
第 30 条　この法人の経費は、資産をもって支弁する。
（事業計画及び予算）
第 31 条　この法人の事業計画及び予算は、会長が作成し、その会計年度開始前に総会の承認を得なければならない。ただし、やむを得ない事情があるため、その承認を得られない場合には、その会計年度開始の日から２月以内に総会の承認を得るものとする。
２　前項ただし書の場合にあっては、総会の承認を得るまでの間は、前会計年度の予算に準じて執行する。
３　前項の規定により予算を執行した場合における収支は、新たに成立した予算に基づくものとする。
４　会長は、第１項の事業計画又は予算を変更しようとするときは、総会の承認を得なければならない。
（事業報告、決算及び財産目録）
第 32 条　この法人の事業報告、決算及び財産目録は、会長が作成し、監事の監査を経て、その会計年度終了後１月以内に総会の承認を得なければならない。
（会計年度）
第 33 条　この法人の会計年度は、毎年４月１日に始まり、翌年３月 31 日に終わる。

第６章　定款の変更及び解散

（定款の変更）
第 34 条　この定款は、総会において総会員の４分の３以上の同意を得、かつ、沖縄県知事の認可を得なければ、変更することができない。
（解　散）
第 35 条　この法人は、民法第 68 条第１項第２号から第４号まで及び同条第２項の規定により解散する。
２　総会の議決に基づいて解散をする場合は、総会員の４分の３以上の同意を得なければならない。
（残余財産の処分）
第 36 条　解散のときに存する残余財産は、総会の議決を経、かつ、沖縄県知事の許可を得て、この法人と類似の目的をもつ他の団体に寄附する。

第７章　雑　　則

（委　任）
第 37 条　この定款の施行について必要な事項は、会長が理事会の議決を経て別に定める。

附　則

(1) この定款は、 沖縄県知事の認可のあった日から施行する。

(2) この法人の設立以前に、 沖縄県小児保健協会の会員として第５条に定める昭和 55 年度会費を同会に負担した会員の会費は同条に規定する会費とみなす。

(3) この法人の設立当初の役員は、第 10 条及び第 11 条第１項、第２項及び第３項の規定にかかわらず、別紙役員名簿のとおりとし、その任期は、第 13 条第１項の規定にかかわらず、昭和57年３月31日までとする。

(4) この法人の設立当初及び次年度の事業計画並びに収支予算は、第31条の規定にかかわらず、設立者の定めるところによる。

(5) この法人の設立当初の会計年度は、第 33 条の規定にかかわらず、設立許可のあった日から昭和57年３月31日までとする。

附　則　（改正昭和60年）

この定款は、沖縄県知事の認可のあった日から施行する。

附　則　（改正平成元年）

この定款は、沖縄県知事の認可のあった日から施行する。

附　則　（改正平成２年）

この定款は、沖縄県知事の認可のあった日から施行する。

附　則　（改正平成４年）

この定款は、沖縄県知事の認可のあった日から施行する。

附　則　（改正平成７年）

この定款は、沖縄県知事の認可のあった日から施行する。

附　則　（改正平成13年）

この定款は、沖縄県知事の認可のあった日から施行する。

附　則　（改正平成15年）

この定款は、沖縄県知事の認可のあった日から施行する。

平成16年度役員名簿

会　長	玉那覇　榮　一	中頭病院
副会長	宮　城　雅　也	沖縄県立那覇病院
	大　城　清　子	
理　事	安次嶺　　馨	沖縄県立那覇病院
	糸　数　　公	沖縄県北部福祉保健所
	大宜見　義　夫	おおぎみクリニック
	小　渡　有　明	嬉野の園
	嘉　数　朝　子	琉球大学教育学部
	喜友名　琢　也	海邦病院
	下　地　ヨシ子	沖縄県中央保健所
	高　良　聰　子	たから小児科医院
	知　念　正　雄	知念小児科医院
	知　念　安　紹	琉球大学医学部小児科
	津　留　文　子	沖縄県中央保健所
	當　間　隆　也	沖縄県立那覇病院
	仲　里　幸　子	
	永　吉　盛　元	那覇第一法律事務所
	西　　千恵美	那覇市役所健康推進課
	野　原　　薫	のはら小児科医院
	福　盛　久　子	(社)沖縄県看護協会
	譜久山　民　子	沖縄県八重山福祉保健所
	宮　城　仲　健	みやぎ小児科クリニック
	宮　城　裕　之	沖縄赤十字病院
監　事	大　城　幸　市	
	玉　盛　　尚	
顧　問	山　本　達　人	
	原　　實	

投 稿 規 程

1　投稿原稿は、未発表のもので著者（連名者も含む）は個人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　原稿の採否は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。
　③　資料とは、考察を加えることのできない生データです。

5　原稿はＡ４判の400字詰横書き原稿用紙を用い、ペンで書いて下さい。
　なお、ワープロ打ち出しの場合は、横21字詰め20行にして下さい。その際は、フロッピーディスク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。
　表紙に、表題、著者名、共著者名、所属、英文表題を記して、原稿の表に付して下さい。

7　著者と共著者の姓名を邦字と英字で、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枚ずつ別々に原稿用紙に貼付し、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
　（平成11年４月１日改定）

編 集 後 記

昨年、井村修先生から編集委員長という大役を引き継がせていただきました。何とか第32号を出版することができましたが、自身が全く不慣れであったため、結局編集委員会は最初で最後の１回しか開けませんでした。編集委員の皆さまと事務局の皆さまにお詫びを申し上げます。しかし、皆さまのご協力のお陰で読み応えのあるすばらしい原稿が集まり、その仕上がりには満足をしております。ご協力ありがとうございました。

この第32号が出版された平成16年から17年（2005年）は、国内外で天候異変、災害多発の年でありました。スマトラ沖地震や新潟県中越地震、福岡県西方沖地震、台風による新潟・福島豪雨があり、インフルエンザは季節はずれに流行しました。沖縄国際大学への米軍ヘリ墜落事故があり、また、ＪＲの脱線事故といった痛ましい人災も起こりました。少子化に歯止めはかからずこどもの数は24年連続減少し、人口比も最低になりました。県内では、北部病院の産婦人科が閉鎖され、久米島病院は医師不足となり、社会問題になっています。そんな暗い話題が多い中、来年（平成18年）４月に、高度・多機能病院に併設の形で開院する「母子総合医療センター」（こども病院）は、沖縄県民にとって元気の出る、希望の持てる明るい話題ではないでしょうか。

本号には、母子総合医療センターに関する話題が３編ありました。まず、巻頭言では、NPOこども医療支援わらびの会理事長の真栄田篤彦先生が、わらびの会の主事業である「病院ボランティア」の養成と、主に離島・遠距離からの入院家族のための「宿泊施設」の整備について書かれています。関係機関との調整を進めているとのこと、どちらも大事な事業ですので話が順調に進むことを願います。

二つ目は、特別寄稿の中で仲綾子先生が小児医療施設における「遊びの空間」と「家族の空間」と題して、遊びの大切さと家族と過ごす時間と空間の重要性を指摘なさっています。こども病院に関わる時、見落としてはならないとても大切な視点だと再確認することができました。

三つ目は、学会参加報告の中で垣花美智江先生が宮城県立こども病院を見学したときの様子を伝えています。こども病院の生き生きとした様子がフルカラーで想像でき、その感動がしっかりと伝わって来ました。以上、こども病院に寄せる熱い思いが、これからのこども病院に生かされるようにと思います。

論壇では、糸数公先生が「母子保健新時代」について書かれています。地域が主役であり、「住民と話し合い地域の問題を地域の力で解決する時代が到来する」と結んでいます。しかし最近、少子化問題の解決策として仕事と子育ての両立を目指した次世代法が施行されて一か月を過ぎても、策定を義務づけられた子育て試験計画を県内の市町村の90％以上は策定していない、という報道がなされました。各市町村の底力を見せてもらいたいと思います。

研究・報告は計10題でした。施設におけるインフルエンザの発生状況、直接哺乳とびん哺乳の比較、子育て支援、乳幼児健診のあり方、チャイルドシート着用の検討、麻疹予防接種に関した発表など多岐にわたった内容になりました。

特別寄稿は、浜端宏英先生に沖縄県の小児医療専門三団体（小児科学会、小児科医会、小児保健協会）の関係について詳しく解説していただきました。それぞれの団体の成り立ちからわ

かりやすく書かれており、沖縄県で小児医療に携わる方、特に若い先生方にはぜひ読んでいただきたいと思います。

保健セミナーでは、牛迫泰明先生が乳幼児の難聴について、栗原まな先生が小児の発達と障害の見方とその対応について講演をしてくれました。健診を行う上でのポイントを改めて確認することができました。

地域レポートは、宮古島の盛島幸子さんが日本で特殊出生率の最も高い多良間村について報告してくれました。出産・子育てに必ずしも有利とは言えない状況にある多良間村が多産であるヒントをつかんだとのこと。第二弾の発表が待ち遠しくあります。

玉那覇榮一先生には、海外レポートとしてニュージーランドの医療福祉施設を視察したときの模様を報告していただきました。医療事情が詳しく解説され、学ぶべき所と矛盾点の指摘もあり、大変わかりやすく勉強になりました。

来年はいよいよこども病院が開院します。小児医療に関わるみんなで知恵を出し合い、協力しあって、みんなに元気を与える日本一のこども病院を目指しましょう。

（當間　隆也）

編集委員

當間隆也　安次嶺　馨　小渡有明　嘉数朝子
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32号

平成17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