

報 告

地域保健師と連携したハイリスク児のフォローアップ

真喜屋智子¹⁾ 小濱 守安¹⁾ 木里 頼子¹⁾
 下地 貴子²⁾ 新垣さと子²⁾ 松田寿美子²⁾
 宮城瑛利奈²⁾

I これまでの経緯

日本の人口動態統計に沖縄県のデータが含まれるようになった復帰以降、本県の出生率は常に全国一である。しかし、新生児死亡率は非常に高く、出生体重2500g未満の低出生体重児の割合が高いことも指摘されており、周産期医療体制の整備が急務とされていた。

2002年、当院に沖縄県初の総合周産期母子医療センターが開設され、その後、南部医療センター・こども医療センターでも総合周産期母子医療センターが設置された。この2施設を核とした周産期ネットワークの構築と地域産婦人科医院との連携によって、2002年以降、本県の新生児死亡率は明らかに改善してきた¹⁾ (表1)。

新生児期に治療の必要な児は、新生児集中治療室(以下NICU)に入院する。NICUに入院するハイリスク児は、複雑な家族背景を抱え、病院の定期健診を自己中断することも多く、虐待を受ける可能性も高い。また、後にハンディキャップが明らかとなることもあるため、いかに外来でのフォローアップ率を上げるかが重要となる。

当院では、月に1回、未熟児連絡会を開催している(図1)。この連絡会は中部福祉保健所の未熟児等ハイリスク児支援連携事業の一環として以前から行われていたが、通常診療業務多忙のため、全症例の検討はできていなかった。外来を中断する患者も

表1 医療圏別新生児死亡率の推移

年度(平成)	→ 当院周産期センター開設					→ 北部病院産科閉鎖		
	12	13	14	15	16	17	18	19
全国	1.8	1.6	1.7	1.7	1.5	1.4	1.3	1.3
沖縄県	2.4	2.2	1.5	1.5	1.0	1.6	0.9	1.2
北部	4.3	5.2	4.5	3.9	2.8	0	0	0.3
中部	2.4	1.8	0.8	1.2	1.0	1.2	1.5	1.3
中央	1.7	2.2	2.1	1.2	0.8	2.0	0.6	2.0
南部	2.2	2.0	1.8	1.6	0.7	1.3	0.3	0.6
八重山	1.5	1.5	0	0	0	0	0	6.7
宮古	3.2	3.4	0	3.3	2.9	9.0	1.7	1.7

注: 管轄福祉保健所別
 沖縄県の母子保健¹⁾より



図1 未熟児連絡会

参加者: 新生児科医、小児科研修医、NICU師長、周産期師長
 中部福祉保健所母子保健担当、(ときに北部福祉保健所も参加)

The follow-up of the high risk child by cooperate with regional public health nurse
 Tomoko MAKIYA, Moriyasu KOHAMA, Yoriko KISATO, Takako SHIMOJI, Satoko ARAKAKI
 Sumiko MATSUDA, Erina MIYAGI

1) 沖縄県立中部病院総合周産期母子医療センター 新生児科 2) 沖縄県中部福祉保健所

多く、極低出生体重児3歳時フォローアップ率は50%程度で、予後調査も不十分だった。

周産期センター開設以降、新生児科医の増員により、ようやく未熟児養育医療申請患者全員を含めたハイリスク児の検討を行う現在の未熟児連絡会の形式となった。

メンバーは当院新生児科医、NICU師長、周産期師長、中部福祉保健所の母子保健担当職員である。ここでは、NICU入院中の新規患者の情報共有や、保健師による訪問支援の結果報告などを約2時間かけて行っている。また、外来未受診となった児の場合、集団健診の受診やワクチン接種状況等を市町村に確認する。これにより、たとえ外来を中断しても、支援が必要な児を適切に療育へつなげ、ネグレクト等の虐待の早期発見にもつながると考えている。

今回、我々が行っている中部地区ハイリスク児フォローアップの現状を報告し、今後の問題点を考察する。

II 対象と方法

対象：2004年4月から2009年2月に未熟児連絡会で検討した、のべ782例。

方法：出生体重、連絡会の検討数、保健師の訪問指導件数、フォローアップ状況等を診療録および未熟児連絡会資料より後方視的に調査した。

III 結果

1) 早産児 (<2000g) の入院数の推移 (図2)

出生体重2000g未満の未熟児養育医療対象患

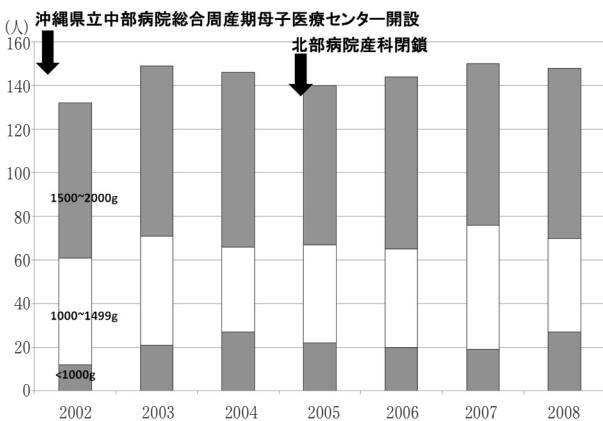


図2 早産児 (出生体重<2000g)の入院数
沖縄県立中部病院 2002年4月～2009年3月 (総入院数のべ2936人)

者は年間約140人で、明らかな増減はない。毎年、超低出生体重児が20人前後含まれている。現在は、これら養育医療対象患者全例を未熟児連絡会で検討している。

2) 検討症例数の推移 (図3)

2004年以前は問題症例のみ検討していた。2006～2007年は、これまでフォローできていなかった患者についても拾い上げて検討したため、症例数が増加した。結果、2004年から2009年にかけて検討症例は3倍に増加した。

3) 保健師による訪問指導数 (図4)

家族や病院から依頼のあった症例については、保健師が自宅を訪問して状況を確認し、必要があれば助言や支援を行う。早産児は中部福祉保健所が対応するが、症例によっては市町村の保健師と連携して関わっていく。訪問指導数は年間150～200件で、そのほか電話による確認や文書連絡も行っている。

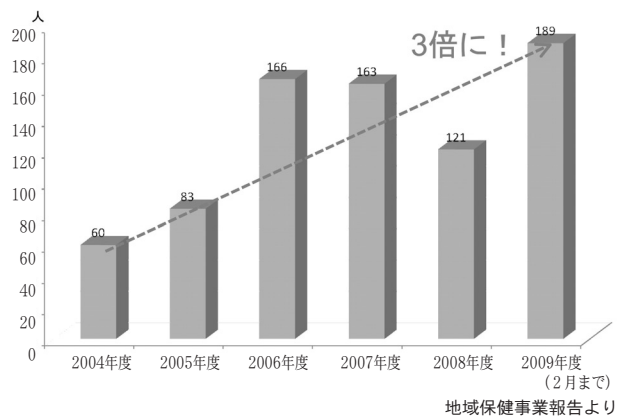


図3 未熟児連絡会 検討症例数
2004年4月～2009年2月 のべ782例

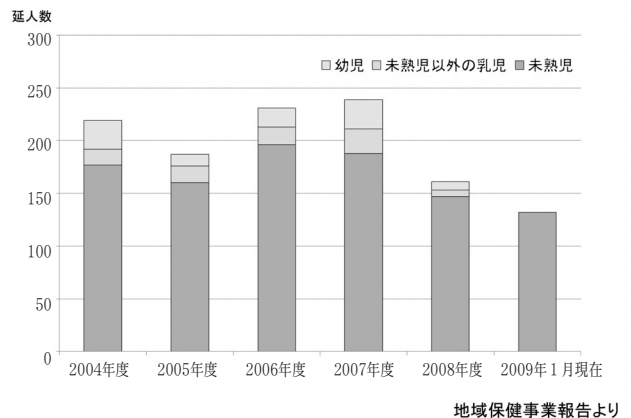


図4 保健師による訪問指導数
2004年4月～2009年2月

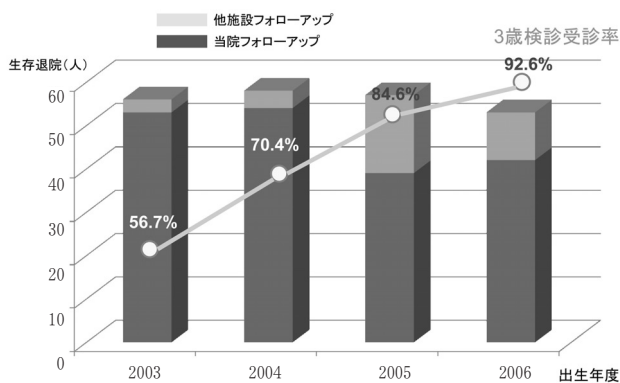


図5 当院の極低出生体重児フォローアップ状況 (2003年～2006年に出生した児の3歳検診受診率)

4) 当院のフォローアップ率の改善 (図5)

外来未受診患者へは、病院から受診勧告のハガキまたは電話連絡を行う。それでも受診がない場合、保健師へ自宅訪問を依頼する。未受診患者の追跡を強化した結果、極低出生体重児の3歳検診受診率は56%から92%へと改善した。

【症例提示】

症例 1

母親は17歳、初産、妊婦検診未受診。児は986gの超低出生体重児だった。インフルエンザ桿菌による敗血症性ショック、動脈管開存症、脳室内出血などの重篤な合併症を併発し、生後4カ月ごろNICUを退院した。

生後7カ月の外来で脳性麻痺を疑われ、療育施設へ紹介された。ところが、1歳以降未受診となり、連絡がとれなくなった。その後も保健師が所在確認を続けていたところ、市町村の集団健診受診をきっかけに母親と面談をもつことができた。母親は児の発達の遅れを気にしていたが、保険料未納のためリハビリも行っていないことが判明した。病院のケースワーカーや市の福祉課と連携し、福祉サービスを申請、1年ぶりに外来受診へつなげることができた。

症例 2

母親は17歳の1回産婦。児は在胎33週、1778gで出生し、1カ月間NICUに入院した。退院後は、父方実家に同居し育児を行っていたが、すぐに外来未受診となった。

生後2カ月のとき、RSV細気管支炎で5日間の人工呼吸管理を受け、ICUケアとなった。その後も「お金がない」との理由で受診がなく、未熟児連絡会で自宅訪問を依頼した。

生後9カ月、母親が第3子を妊娠。保健師が自宅を訪ねても母親から「訪問はいらないと話したのに」と消極的な発言があった。

1歳3カ月の時、意識障害を主訴に当院救急室を受診。全身の陳旧性のあざと眼底出血を認めたため、虐待を疑い、児童相談所へ通告した。児童相談所と家族の話し合いの結果、母親の妊娠による体調不良が虐待のきっかけになったとして、母親の負担を減らすために児を保育所へ入れ、家庭での見守りを行った。その後、母親は家を飛び出し、現在は父方祖母が養育している。

IV 考察

中部地区のハイリスク妊婦は、総合周産期母子医療センターである当院へ母体搬送されるため、ハイリスク児の多くは当院で出生する。我々が行っているハイリスク児支援体制を図6①~⑥に示す。

- ① 出生後、早産児の場合は医師が未熟児養育医療意見書を記入する。
- ② 家族が中部副趾保健所へ申請する。
- ③ 申請された意見書をもとに、保健所の母子保健担当が検討症例リストを作成し、全ての児について未熟児連絡会で情報交換を行う。
- ④ 児がNICUを退院する際、病院から保健所へ未熟児連絡票を提出し、支援してほしいポイント等を伝える。
- ⑤ 早めの支援が必要な場合は、退院前に保健師が病院訪問、家族との顔合わせを行う。
- ⑥ 保健所は、おもに早産児のフォローアップを担っており、早産児以外のハイリスク児(在宅医療を行う児や母親の精神疾患など社会的問題のある場合)は市町村母子保健担当へも支援協力を依頼する。

中部福祉保健所と市町村母子保健担当の協力により、市町村の集団検診受診状況の確認や外来未受診者への受診勧告なども比較的スムーズに行えている。

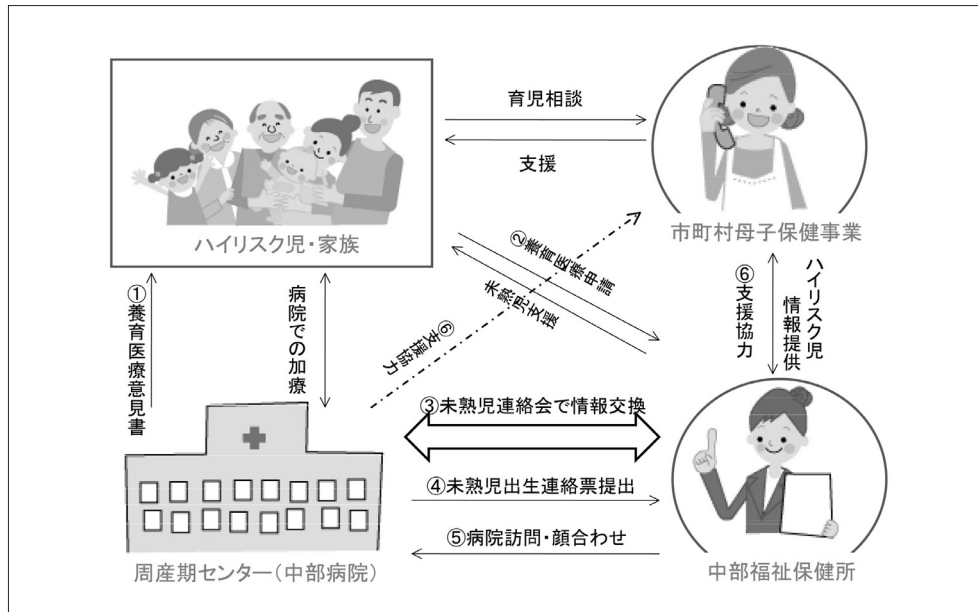


図6 中部地区のハイリスク児支援体制

以上のようなフォローアップ体制の強化により、入院中から一貫した支援が可能となり、外来のフォローアップ率が改善した。昨今、新聞やテレビで報道されている子供の虐待の多くは、外来や集団健診を受診しておらず、家庭という密室で虐待が行われている。核家族化がすすみ、若年出産や離婚率が高い本県では、地域で家族を支援し、養育環境や児の安全を確認する必要がある。症例2のように家族が介入を拒否したり、受診したがない場合が時としてあり、児童相談所との連携を検討することもある。

今後の問題点として、1番にマンパワー不足があげられる。現在の新生児科医師の数では急性期管理を行うのが精いっぱい、退院後のフォローアップまで手が回らない現状がある。また、退院後のフォローアップには地域保健師の支援が有効であり、今

後も地域の育児支援担当職員の増員が望まれる。

2番目の問題点は、北部地区へ逆搬送された児のフォローアップである。県立北部病院産科が診療制限をし、当院周産期センターの医療圏は中北部へと拡大した。北部地区在住の患者は、出生後、状態が落ち着き次第、県立北部病院へ逆搬送し、北部病院小児科でケアを続けてもらっている。しかし、北部病院の小児科も人員不足を抱えており、当院同様、十分なフォローアップが難しい状況にある。

今後は北部病院や北部福祉保健所とも連携をとり、中北部地区のハイリスク児フォローアップ体制を確立していきたい。

参考文献

- 1) 沖縄の母子保健 平成21年度刊行：沖縄県福祉保健部国保・健康増進課。

~~~~~  
報 告  
~~~~~

低出生体重児母親の育児不安と育児支援

當間美奈子¹⁾ 天久ひとみ¹⁾ 下地 久代¹⁾
永吉ルリ子¹⁾ 譜久山民子¹⁾ 新城 正紀²⁾

I はじめに

近年、周産期医療の進歩により、多くの低出生体重児が救命されてきた。石野¹⁾は、出生体重が軽いほど育児不安や心配事の割合が高いと捉えている。平成20年当保健所管内の低出生体重児出生率は11.0%と全国平均の9.6%より高い状況にある。今回、母親の育児不安の内容、不安解消法、育児支援等を把握し、効果的な育児支援体制や保健師の役割等を検討、今後の母子保健事業の推進に活かすこととする。

II 調査方法

- 1 対象者：南部福祉保健所管内において、平成20年4月1日～H21年3月31日までに出産した母親で、未熟児養育医療の給付を受けた74名（転出・死亡は除く）
- 2 調査方法：育児不安及び育児支援内容等を、留め置き無記名自記式質問紙で調査を実施した。
- 3 調査期間：平成21年6月末～8月末

III 倫理的配慮

調査の実施に当たって、無記名であること、統計的に処理するため個人が特定されることはないこと、アンケートの回答をもって同意をする旨、同意

の任意性やプライバシー保護を十分確保し、倫理的配慮に尽くした。

IV 調査結果

対象者74名中、有効回答は41名で、回答率は55.4%であった。基本属性について、出生体重別で見ると、1501～2000gが19名（46.3%）で最も多く、次に1001～1500gの11名（26.8%）である。

アンケート回答時の児の月齢は、7～9ヶ月が11名（26.8%）で最も多く、次に4～6ヶ月が10名（24.4%）、1歳以上が10名（24.4%）であった（図1）（図2）。

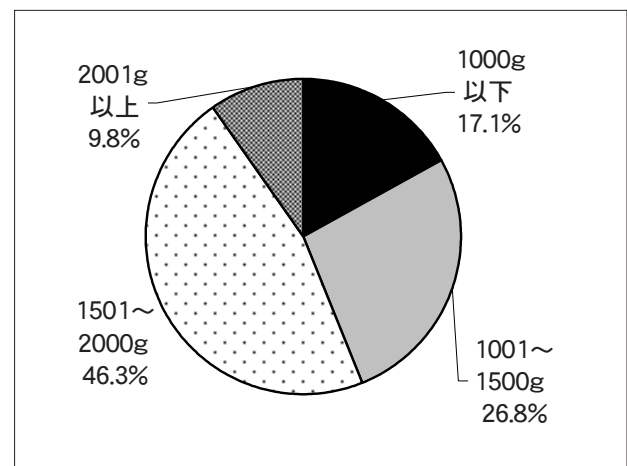


図1 児の出生体重別 (n=41)

The low birth weight infant's uneasy child care and child care support

Minako TOUMA, Hitomi AMEKU, Hisayo SHIMOJI, Ruriko NAGAYOSHI, Tamiko FUKUYAMA
Masaki SHINJYO

- 1) 沖縄県南部福祉保健所 2) 沖縄県立看護大学・大学院

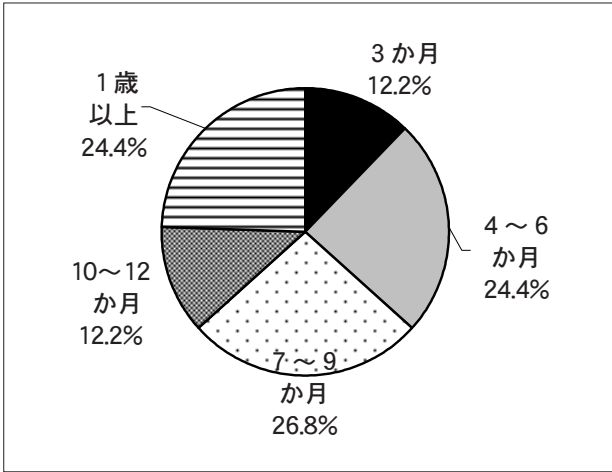


図2 児の月齢別 (n=41)

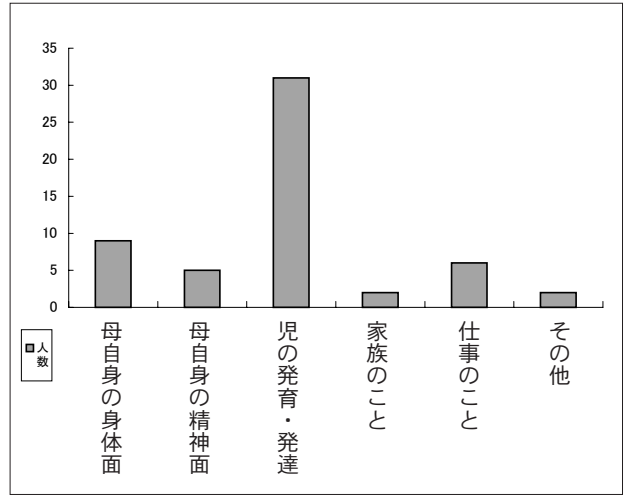


図4 不安の内容 (複数回答) (n=33)

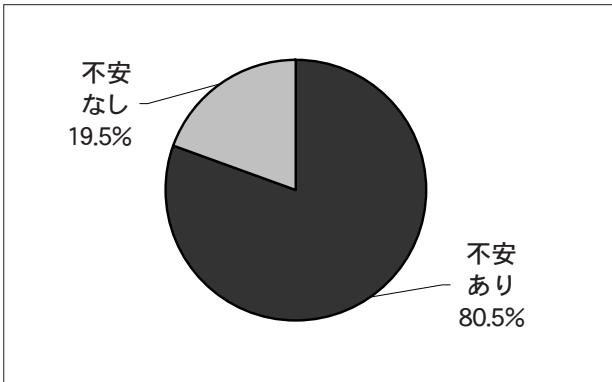


図3 不安の有無 (n=41)

表1 出生体重別不安の有無

不安の有無	出生体重		総計	割合 (%)
	1500g以下 (%)	1501g以上 (%)		
不安あり	16 (88.9)	17 (73.9)	33	(80.5)
不安なし	2 (11.1)	6 (26.1)	8	(19.5)
総計 (%)	18 (100.0)	23 (100.0)	41	(100.0)

不安の有無については、33名 (80.5%) の母親が出産後、何らかの「不安あり」と回答していた。出生体重と不安の有無について比較したところ、有意差は見られなかったが、出生体重1500g以下の児の母親は18人中16人 (88.9%) が「不安あり」と回答していた (図3) (表1)。

不安内容は、「児の発育・発達について」が31名 (75.6%) と最も多い結果である。不安が解消されたきっかけとして、「児の発育・発達を見ていて」という回答が16名と最も多く、次に「医師の言葉から」14名、「家族からの声かけ」13名の順であった。

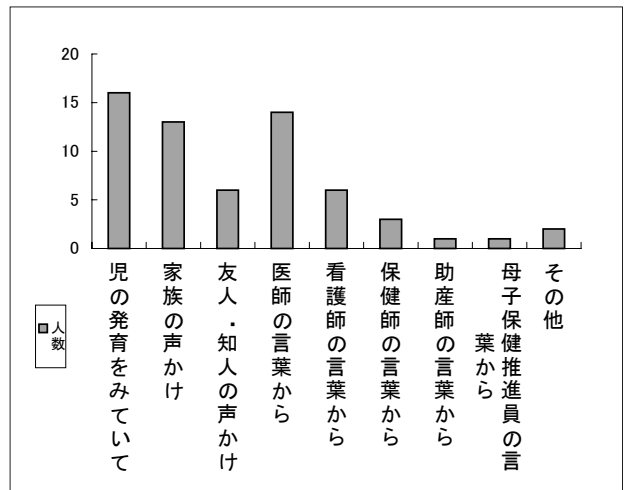


図5 不安解消のきっかけ (複数回答) (n=33)

医師・看護師・保健師・助産師の、医療保健関係者からの言葉により不安が解消された、と回答した人が延べ24名であった (図4) (図5)。

保健師の訪問希望時期として、「退院後1カ月以内」という答えが最も多く、「児の入院期間中」と合わせると約半数である。今回の調査対象74名中、出生体重1500g未満の極低出生体重児28名の家庭訪問実施状況は、退院前病院訪問実施率が3.4%、退院後1ヶ月以内の家庭訪問実施率は31.0%であった。退院後1ヶ月以内に家庭訪問ができなかった要因のひとつとして、退院日の把握が難しいことがあげられる。また、家庭訪問を希望しない方で、出生後の発育や生活状況等が把握しにくい場合は、出産病院や市町村に連絡し、健診時の状況等を確認している (図6) (図7)。

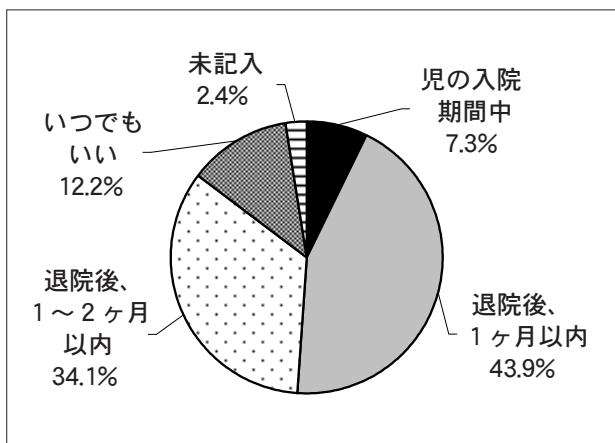


図 6 初回訪問の希望時期 (n=41)

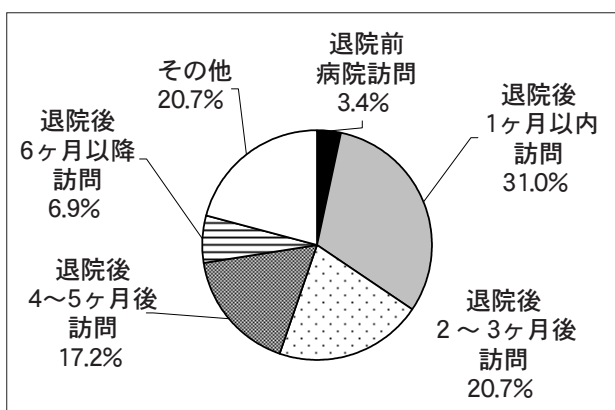


図 7 極低出生体重児 (1500g 未満) の家庭訪問状況 (H20) (n=28)

V 考察

低出生体重児保護者の不安要因は多岐に渡ると考えるが、今回の調査からも低出生体重児の母親の80%が何らかの不安を抱えており、とくに「出生体重1500g以下の児の母親89%に育児不安がある」という結果であった。

当福祉保健所では未熟児養育医療申請の際、全員に対して保健師による面接・相談をおこない、来所相談や電話相談を随時受け付けていることを案内している。同時に、地区担当保健師と顔合わせをおこなっている。未熟児養育医療申請には、出産後間もない両親が来所することが多く、児がNICU入院中であることなどから、不安を抱え動揺していることが多々見受けられる。

母親などの不安を傾聴し、声かけをおこなうことは、退院後のスムーズな個別支援につながるため、申請時の面接は重要な役割を担っている。退院後

も、継続して具体的な不安内容を確認するとともに発育・発達等、個々に適した助言をすることで、母親の不安軽減につながると思う。

母親の不安内容は、「児の発育・発達について」が最も多い結果となった。先行文献において、低出生体重児をもつ保護者の不安は、児の成長・発達・健康・日常生活と多岐にわたることが報告されている。石野¹⁾は「保護者が抱く病気や身体に関する内容の不安は、児の成長・発達につれて、内面的で社会性が問われるものや、教育や進路などに移行していく」と報告している。

家庭訪問においては今後とも、発達段階に応じた発育・発達の確認をおこない、個々の発達段階や不安内容に応じた相談・助言が必要である。

育児不安の解消には、専門家や身近な支援者のきめ細やかな支援が重要である。「医療関係者からの声かけで不安が解消された」との回答から、保健師は医療機関と連携し、定期的に情報を交換する場を設定し、母親との面会など、入院中からの早期介入を強化していく必要がある。それにより、入院中の経過や退院時期を早期に把握できるため、タイムリーかつスムーズな支援につながると思う。そのために、医療機関と保健師との情報交換会を定例でもつことが重要となる。医療機関は、問題の発見をおこない、地域の保健師は母親らとともに問題解決に向けて取り組むという役割分担が重要である。

上野²⁾は「育児の手助けが一番欲しい時期は、退院後1ヶ月と1歳前後である」と指摘している。今回、保健師の家庭訪問希望時期として「退院後1ヶ月以内」の割合が高かったことから、保健師は、退院後1ヶ月以内の早期に家庭訪問し、育児支援がおこなえるよう業務を充実、強化する。

文献

- 1) 石野晶子他. 極低出生体重児の育児不安と育児支援体制. 小児保健研究. 2006; 65 (5): 675-683
- 2) 上野淳子他. NICUを退院した児の母親の育児に関する心配事とニーズ等について. 周産期医学. 2000; 30: 1367-1371

~~~~~  
報 告  
~~~~~

粟国村における乳幼児の子育て支援に関する課題と方向性

野田千代子¹⁾ 前田 和子²⁾ 末吉 政春¹⁾
糸渕 洋一¹⁾

I はじめに

近年日本の少子化が進み、子どもを安心して産み、健やかに育てることのできる環境づくりは、社会全体の緊急かつ重要な課題となっている。その対策として、「次世代育成支援対策法¹⁾」が平成17年4月に施行され、全ての自治体において次世代育成支援施策の指針を示した具体的な行動計画の策定が義務付けられた。この行動計画の目的は「子どもの健やかな成長と安心して子どもを産み育てることができる地域社会の形成」であり、平成17～21年度を前期行動計画、平成22～26年度を後期行動計画とし、後期行動計画については平成21年度末までに立案することが求められた。

藤内²⁾は平成16年8月に全国調査をし、前期行動計画策定にコンサルタント業者を利用していた自治体は69.2%で、そのうちの80.5%は計画書の素案作成を依頼しており、コンサルタント業者に「丸投げ」に近い形で策定された自治体が多かったと報告した。粟国村でも平成17年度に前期行動計画を策定した際同様の方法をとった。そのため、養育者や子育て支援者の意見が十分に反映されず、ここ数年間、村の実情に応じた子育て支援の対策が十分取られてこなかった。この反省を踏まえ、今回は粟国村後期行動計画が形骸化したものにならないように、2段階方式の住民参加型のプロジェクトを立ち上げた。住民の意見を十分反映できるように、第1段階

では村の乳幼児の養育者と主な子育て支援者への質問紙調査を行った。第2段階では、両者の質問紙調査結果を踏まえ、養育者と子育て支援者がそれぞれグループ会議を重ね、具体的な子育て支援計画を作成していく参加型アクションリサーチを行った。本報告は第1段階の質問紙調査結果についてである。

本調査の目的は、乳幼児の養育者と子育て支援者がそれぞれの立場から、「現在の子育ての状況、村の子育て環境、およびその改善策」についてどうとらえているかを把握することにより、村の子育て支援の課題と方向性を見つけることであった。

II 方法

1 対象

1) 調査開始時の村の概況

粟国村は東シナ海に位置する1島1村であり、3つの字に分かれており、独自の伝統行事が多く残っている。平成21年3月現在の生活保護率は54.3%であり、沖縄県平均が18.1%³⁾という中で、県内で最も高い保護率となっている。人口は第2次世界大戦後の昭和25年には約2700名だったが平成20年9月には約850名まで減少し、年齢3区分による人口構造は年少人口(0～14歳以下)が15.7%、生産年齢人口(15～64歳)49.7%、老年人口(65歳以上)34.6%⁴⁾であり、県内でも高齢化率が最も高い

Problems and Future Directions of the Child Rearing Support System for Parents with infants and young children on Aguni Island.

Chiyoko NODA, Masaharu SUEYOSHI, Yoichi ITOSU, Kazuko MAEDA

1) 粟国村役場 2) 沖縄県立看護大学

村である。このように高齢化の進行や若年層の減少に伴い、離島及び過疎地域の特有の課題を抱えている。

平成20年11月現在、村の乳幼児は44名(男20、女24)であり、在宅の乳幼児が13名(29.5%)、保育園児が12名(27.3%)、幼稚園児が19名(43.2%)である。核家族率は83.3%であった。乳幼児のいる世帯は28世帯で、2世帯の母親が村外に居住し子ども・夫と別居中であった。村外出身の母親は平成16~17年の57%から平成20年に75%へと急増しており、母親28名は、出身地と居住状態により4群に分類できた。A群は村出身の永住者で7名(25.0%)、B群は結婚などで村に来て将来も住み続ける村外出身者で16名(57.1%)、C群は医師や警官の妻、教員など一時的居住の村外出身者で3名(10.7%)、D群は前述の村へ居住していない者で2名(7.1%)であった。

2) 研究参加者

養育者への調査は、乳幼児のいる全28世帯を対象とした。また子育て支援者への調査は、母子保健推進員4名、民生委員・児童委員5名、区長3名、診療者医師・看護師各1名、保育士2名、幼稚園教員2名、養護教諭1名、小学校教員3名の計22名を対象とした。質問内容は、現在の子育て状況、村の子育て環境及びその改善策等であった。

2 方法

方法は自記式質問紙調査法であるが、自分で記入できない3名は調査者が代筆した。記載後の質問紙は参加者に直接持参してもらるか、後日訪問により回収した。調査は平成20年9月~11月の間に実施した。データ分析はSPSS Statistics17.0を用いて記述統計、 χ^2 検定、Fisherの直接確率法を行い、自由記述は内容分析によりカテゴリー化した。

III 倫理的配慮

研究計画は沖縄県立看護大学の倫理審査で、同意の任意性、人権の配慮、プライバシーの保護等倫理

的配慮がなされていると承認された(承認番号08017号)。

IV 結果

1 回収率と回答者の背景

養育者調査では24世帯からの回収があり、回収率は85.7%であった。2歳未満の子どもをもつ養育者からは全員回答を得た。回答者は母親18名(75.0%)、父親6名(25.0%)であった。また子育て支援者調査では18名からの回収があり、回収率は81.8%であった。回答者は母子保健推進員3名、民生委員・児童委員4名、区長2名、保育士2名、幼稚園教諭1名、小学校低学年教諭3名、診療所医師と看護師各1名であった。

2 養育者自身の子育ておよび子育て環境について

養育者が自分の子どもと子育てをどうとらえているかについて、否定的回答(無回答含む)の割合が多かった項目は「A:子育てに不安がある」が10名(41.6%)、「B:子どもの健康・行動上気になることがある」が10名(41.7%)、「C:子育て中に困ることがある」が6名(25.0%)、「D:子どもとの生活で心がけていることはない」が6名(25.1%)、「E:家族の心配ごとがある」が5名(20.9%)、「F:相談したいことがある」が5名(20.9%)、「G:子育てを楽しみと感じない」が4名(16.6%)であった。また1歳半未満児を第1子にもつ母親は全員が「乳幼児の好きな遊び」を聞いた質問に、遊びではなくその年齢特有の行動を記述していた。この3名は在住2年未満の村外出身者で、日中は子どもと2人だけの生活であった。A~Gの7項目の否定的回答(無回答含む)を個人別にみると、5項目が3名、4項目が1名、3項目が2名、2項目が7名、1項目が7名、いずれも該当せずが4名であり、83.3%が1以上、58.3%が2以上であった(表1)。

養育者が自分の子育て環境をどうとらえているかについて、否定的回答(無回答含む)の割合が多かった項目は「H:子育ての相談相手がいない」が6名(25.0%)、「I:養育者同士の交流がない」

が9名(37.5%)、「J:養育者同士で信頼できる人がいない」が13名(54.2%)、「K:生活をする上での相談相手がない」が3名(12.5%)、「L:地域サービスを利用していない」が19名(79.2%)であった。H~Lの5項目の否定的回答(無回答含む)を個人別にみると、5項目が1名、4項目が5名、3項目が4名、1項目が5名、いずれも該

当せずが5名であり、79.2%が1以上、58.3%が3以上であった。

A~Lの12項目の否定的回答(無回答含む)を個人別にみると、8項目が2名、6項目が4名、5項目が2名、4項目が2名、3項目が8名、1項目が3名、いずれも該当せずが1名であり、95.8%が1以上、50.0%が4以上であった(表1)。

表1 養育者自身の子育ておよび子育て支援環境

ケース番号	母親からの出身居住状態	在住2年未満の母親	核家族	子ども数(乳幼児数)	末っ子、または一人っ子の年齢(*:在宅児)	子育てについて							子育て環境について					合計該当数	日常の保健師活動より把握した情報に基づく判断
						A 子育てが不安	B 子どもも健康気になる	C 子育て中に困ること	D 心がけていること	E 家族の心配ごと	F 相談したいこと	G 子育てが楽しくない	H 子育て支援該当数	I 子育て相談相手なし	J 養育者同士信頼なし	K 生活相談相手なし	L 地域サービス利用なし		
1	B ¹⁾	有	○	1(1)	5Y1M							5					3	8	要子育て支援
2	B	無		3(2)	4Y11M*							5					3	8	要子育て支援
3	A	有	○	2(1)	5Y0M							2					5	7	
4	B	○	無	○	1(1)	0Y11M*				N	N	5			N	N	2	7	要子育て支援
5	A	無	○	5(2)	4Y1M*							3					3	6	
6	B	有	○	4(1)	5Y11M	N					N	2	N	N	N	N	4	6	
7	D	-	有	2(2)	4Y3M	N					N	2	N	N	N	N	4	6	要子育て支援
8	D	-	有	1(1)	4Y10M							2					4	6	要子育て支援
9	B	○	無	○	1(1)	1Y3M*						1					4	5	要子育て支援
10	C	○	無	○	4(3)	1Y2M*			N			1					4	5	要子育て支援
11	A	有		4(1)	5Y11M							4					0	4	要子育て支援
12	B	○	休	○	1(1)	0Y10M*						3					1	4	要子育て支援
13	A	無	○	3(3)	1Y3M							1					2	3	要子育て支援
14	B	無	○	4(4)	0Y6M*				N			1			N	N	2	3	要子育て支援
15	B	有	○	3(1)	2Y2M							2					1	3	
16	B	無	○	1(1)	1Y11M							2				N	1	3	要子育て支援
17	C	○	無	○	3(1)	2Y4M						0					3	3	
18	A	有		3(2)	2Y2M							1				N	1	2	
19	B	無	○	3(1)	5Y1M							0			N		2	2	
20	C	○	無	○	3(2)	3Y3M						2					0	2	
21	A	有		4(1)	4Y11M							1					0	1	
22	B	○	無	○	1(1)	3Y7M						0					1	1	要子育て支援
23	B	有	○	2(2)	1Y11M*							1					0	1	
24	B	無	○	2(2)	4Y11M							0					0	0	

注1) A:村出身の永住者、B:結婚などで村に来て将来も住み続ける村外出身者、C:一時的居住の村外出身者、D:村へ居住していない者
注2) N:無回答

表 2 村の子育て環境をどうとらえているか：養育者と支援者の比較

	養育者 n=24				支援者 n=18				χ^2 検定	
	はい N	%	いいえ N	%	はい N	%	いいえ N	%	χ^2 値	p値
養育者と住民とのふれ合いがある	8	33.3	16*	66.7	8	44.4	10*	55.6	0.538	0.531
養育者同士の交流がある	13	54.2	11*	45.2	9	50.0	9*	50.0	0.072	1.000
村の養育者は子育てを楽しんでいる	17	70.8	7*	29.2	10	55.5	8*	44.5	1.046	0.347
栗国は子育てしやすい村である	17	70.8	7*	29.2	14	77.8	4	22.2	0.257	0.731

注) *:NAを含む

3 支援者からみた村の親子について

支援者は村の子どもと養育者をどうとらえているのかについて、否定的回答（無回答含む）の割合が多かった項目は「養育者に心配・気がかりがある」が14名（77.8%）、「気になる子どもがいる」が12名（66.7%）、「養育者は子育てが上手とはいえない」が7名（38.9%）であった。また、「村の子どもはしあわせに育っていない」とした者が2名（11.1%）いた。

4 村の子育て環境：養育者と支援者との比較

村の子育て環境について養育者と支援者を比較するといずれも有意差はなく、養育者と支援者のとらえ方は類似していた（表2）。課題として多かったのは「養育者と住民とのふれあいがいい」と回答した養育者が16名（66.7%）、支援者が10名（55.6%）、「養育者同士の交流がない」と回答した養育者が11名（45.2%）、支援者が9名（50.0%）、「養育者は子育てを楽しんでいない」と回答した養育者が7名（29.2%）、支援者が8名（44.5%）、「子育てをしやすい村ではない」と回答した養育者が7名（29.2%）、支援者が4名（22.2%）であった。

5 村の子育て支援の改善に向けて

村の子育て支援の改善に向けて養育者と支援者双方から前向きな提案が数多くあった。

最も提案者が多かったのは「子育てしやすい村にする方法」であった。提案者数は養育者12名（50.0%）、支援者12名（66.7%）であった。その内容は【生活環境の整備】【公的/経済的支援の充

実】など予算の伴う提案もあったが、養育者と支援者双方から【地域住民の連携強化】に関する提案が最も多く、これらの中には主体的ですぐにも実現可能な具体的提案も多くみられた（表3）。

次いで「村の養育者が安心して子育てをするために、自分にできること」で養育者9名（37.5%）、支援者12名（66.7%）であった。「村の養育者が安心して子育てをするために、自分にできること」については【声かけやあいさつ】【自分の子と同様に気を配る・相談にのる】などであった（表3）。

また「村の養育者がさらに生き生きと生活できる方法」では支援者が12名（66.7%）であった。その内容は【養育者や地域の意識改善】【生活環境の整備】などであった（表3）。

さらに「子育てや子育て支援について話合いたいこと」では養育者8名（33.3%）、支援者7名（38.9%）から、「子育てや子育て支援に関する夢」では養育者4名（16.7%）、支援者11名（61.1%）から記述を得た。「子育てや子育て支援について話合いたいこと」の内容は【保育所や幼稚園入所前の在宅での過ごし方や家庭教育のあり方】【子育て支援や助け合い】【村でしかできない遊び】【子育て総合支援施設について】【村の暮らしの悩みや疑問】などであった。「子育てや子育て支援に関する夢」の内容は【各所教室の開催】【相談】【月1回の親子ピクニックの開催】【絵本の読み聞かせ】【子育て総合支援施設の設置】などであった（表4）。

表3 村の子育て支援の改善に向けて(1): 自由記述

養育者	支援者
<子育てをしやすい村にする方法>	
地域住民の連携強化(5)	地域住民の連携強化(7)
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者・育児経験者との交流 ・協力者による手伝い ・親子参加のボランティア活動 など 	<ul style="list-style-type: none"> ・若い母親が参加しやすいサークル ・祖父母世代と養育者の集まり ・地域住民の声かけ ・父親の育児参加 ・村外出身母親への配慮 ・共同認識
生活環境の整備(6)	生活環境の整備(5)
<ul style="list-style-type: none"> ・公園/子育て総合施設設置など ・小児保健医療の充実 	<ul style="list-style-type: none"> ・子育てしやすい環境づくり ・乳幼児のための環境整備 ・緊急時の交通手段確保
公的・経済的支援の充実(1)	公的/経済的支援の充実(3)
	<ul style="list-style-type: none"> ・フェリー・航空運賃の補助 ・子育て家庭への経済的支援
その他(2)	その他(1)
<ul style="list-style-type: none"> ・子どもの増加/若夫婦の移住 	<ul style="list-style-type: none"> ・少子化問題の解決
<村の養育者が安心して子育てをするために、自分にできること>	
声かけやあいさつ(3)	声かけ(5)
相談にのる(1)	相談にのる(2)
自分のこと同様に気を配る(1)	子育て経験を伝える(2)
	情報交換や連携(1)
	子どもに養育者や周りの大人たちの想いを聞かせる(1)
	子育て支援(1)
	イベントへの積極的な参加(1)
	子育てについての知識や技術を身につける(1)
	子どもと遊ぶ(1)
<村の養育者がさらに生き生きと生活できる方法>	
	養育者や地域の意識の改善(13)
	<ul style="list-style-type: none"> ・趣味など養育者自身が楽しめる時間を持つ5 ・子どもとの会話やコミュニケーションを大切にする3 ・情報交換や交流の場づくり3 ・子育てを生きがいに思う考え方をする1
	生活環境の整備(3)
	<ul style="list-style-type: none"> ・養育者の趣味のサークルの集いを増やし、助成する1 ・働く場をつくる1, 生活が豊かになる1

表 4 村の子育て支援の改善に向けて(2)：自由記述

養育者	支援者
<子育てや子育て支援について 話合いたいこと>	
子育て支援・助け合い(2)	保育所や幼稚園入所前の在宅での過ごし方(1)
村でしかできない遊び(1)	家庭教育のあり方(1)
子育て総合支援施設について(1)	村の暮らしの悩みや疑問(1)
村に塾ができて嬉しいこと(1)	食育(1)
	歯の健康(1)
	学童(1)
	全村民で子育てを学び語り合う(1)
	安全マップの作成(1)
	子どもを夜更かしさせない(1)
	村で育った子が将来村に帰ってくる方法(1)
	村外との地域交流(1)
	フェリー運賃の割引など(1)
<子育てや子育て支援に関する夢>	
教室の開催(5):	教室の開催(4):
・アダンの根の紐の編み方や加工の仕方を教えてほしい(1)	・村の人材を活かして親子が楽しめる教室の開催 (1)
・村で食べれる野草やそてつみその作り方を教えてほしい(1)	・生活に密着した道具をつくる(1)
・かごの編み方や生活術を教えてほしい(1)	・子どもの体や病気、タバコやアルコールの弊害などの知識を学ぶ機会をつくる(1)
・三味線を教えてほしい(1)	・母親学級や父親学級の様な共に学ぶ場所の設定や養育者らが全年齢層の社会機関と連携できる組織の設置(1)
・月1回の親子ピクニックの開催(1)	
	相談(3):
	・子育て不安を持つ養育者へのきめ細かい相談活動と「集える場」の提供(1)
	・育児経験者と若い母親との交流の中でいろんな育児相談をする(1)
	・立ち寄りマップを作成し、児童委員の自宅に看板を立て、子どもが出入りし交流する(1)
子育て総合支援施設の設置(1)	子育て支援総合施設の設置(1):
	・広い敷地の中に保育所・幼稚園・老人ホーム等があり常に交流できる環境
	願望(4):
	・子どもが心身共に健やかに成長してほしい(1)
	・子どもが自分自身の夢(目標)を持って行動し、最後までやり抜く忍耐強さを身につけるようにしたい(1)
	・どんな環境にも適応し逞しく生きれる子になってほしい、家族思いの子、村を誇りに思う子になってほしい(1)
	・美しいものに感動する心、善悪の判断ができる子ども、社会的弱者へ気配りができる子どもになってほしい(1)
その他(1):	その他(3):
・絵本を読んであげたい、お話会が開けること(1)	・少子化対策(1)
	・高校進学すると親子二重生活になり心配なので月1~2回の船賃免除をしてほしい(1)
	・高校生に寮を造ってほしい(1)

V 考察

本調査結果から、粟国村の子育てに関する課題と、住民自身ができる改善策についての提案を把握することができた。まず、粟国村の課題は、第1に、タイムリーな育児相談と支援が必要な養育者が約8割いたことであった。彼らは、子どもの健康または行動上の心配、育児不安、家族の心配、相談したいことなどがある者であった。子どもの健康・行動上気になることがある当村の養育者は42%であり、同様に、子どもの発育や健康状態、生活習慣で心配なことがある養育者は49.1%とした中村らの調査⁵⁾結果とほぼ類似していた。

特に子育てを楽しいと感じていない者が4名(17%)いたことは無視できない結果であった。これは村の養育者についてどのようにとらえているかを質問した結果でも、養育者の3割、支援者の45%が「養育者は子育てを楽しんでいない」と答えていることから裏づけられた。子どもを虐待死させた母親の約3割に「育児不安」があったこと⁶⁾や「子育てを楽しんでいるか否か」の質問は児童虐待等のリスク者を発見するための有効な指標の一つと考えられていることからこれらの養育者へは早期対応が必要であろう。

第2に、何らかの教育的支援が必要と思われる養育者が2割強いたことであった。彼らは子どもとの生活で心がけていることがないと回答した者であった。また1歳半未満児を第1子にもつ母親全員が、乳幼児の好きな遊びを聞いた質問に、遊びではなくその年齢特有の行動を記述しており、彼女らは在住2年未満の村外出身者で、日中は子どもと二人だけの生活であった。これらの課題は、7~8割弱の支援者が養育者と子どもそれぞれに気になる者がいると答えていることや、4割が養育者は子育てが上手でないとした結果からも裏づけられていた。彼らは子どもの発達や養育の原則及び遊ばせ方を学ぶ機会が必要であろう。また村には1歳半未満児の託児制度がないため、日中は子どもと二人きりの生活をしている村外出身の母親は、慣れない育児に心理的なストレスが非常に大きいと思われるので、地域ぐるみのきめ細かな支援が必要であろう。

第3の課題は、子育ての相談相手がない25%、

養育者同士の交流がない38%、信頼できる養育者仲間がない54%など孤立している養育者が少なからずいたことである。これらは、養育者と支援者の両調査において、粟国村では養育者同士の交流または養育者とその他の村民との交流がないとした者が45%~67%あったことでも明らかとなった。

近年村外出身の母親が急増していることや、乳幼児をもつ村外出身の母親は転入して1年未満から数年前後であることから、第1筆者は“これらの母親は夫の親せき以外は知り合いが限られ、孤立しているのではないか、子育て支援の必要性が特に大きいのではないか”と日常業務の中で感じていたが、今回の調査結果から要支援者は村外出身の母親に限らないことが分かった。要子育て支援の項目に4以上の回答者が半数いたが、彼女らは出身地や在住年数・就業・家族形態・子どもの数など一定の特徴を示すものはなかった。以上から、当村の養育者への子育て支援のニーズは多様であり、個別の事例に合ったケアの提供が求められているといえよう。また保健師には村の母親全体を広く客観的にアセスメントする技術が求められていることも痛感した。

一方、これらの課題に対する対策として、養育者と支援者の両者から前向きな子育て支援改善案が多数提案された。特に支援者からの提案が多く、7割弱から「子育てしやすい村にする方法」、「村の養育者が安心して子育てをするために自分にできること」や「村の養育者がさらに生き生きと生活できる方法」について提案があった。その対策は、養育者や地域の意識の改善、地域住民の連携強化、子育てしやすい環境づくりなどに分類でき、支援の方向性を示すものであった。また、子育て環境について話し合いたいことも養育者と支援者それぞれの3割強から提案があり、粟国村でも住民参加型のプロジェクトにより後期行動計画を策定できる可能性が高いことが明らかになった。

尾形によると、地域がエンパワメントしていくプロセスの第1段階は「実態が分かる」段階であり、また、個人のエンパワメントのプロセスの核となるのは、他者との相互作用における「対話と気づき」であるとし、K町では地域ぐるみで子どもを見守り育てる環境づくりを目指して取り組んでおり、実態

調査に基づいて会議を重ねる形をとっていた⁷⁾。

今後は、粟国村においてもこれらの調査結果を養育者、支援者と村担当者の 3 者で共有した上で具体的な子育て支援策を話し合う会議を重ねていく第 2 段階を企画していく予定である。このようなプロセスを通して、養育者の多様な子育て支援ニーズに応じられるように、村民からの提案を実現させ、子育てしやすい村を作っていきたい。

VI まとめ

養育者と子育て支援者を対象とした調査結果から、粟国村の主な子育て支援の課題は、養育者の子育て等の不安の解消、養育者に必要な教育・指導、養育者の孤立化の防止などであった。また、これらを解決するために、住民が養育者とその子どもたちに関心を寄せ、養育者同士、養育者と住民との交流を活発化させることが有効と考えていることが明らかになった。今後は他者に期待するのではなく、住民自身ができる具体的な支援活動案を共同して作成していく予定である。

VII 謝辞

研究にご協力いただいた粟国村の乳幼児の養育者、子育て支援者をはじめ粟国村住民のみなさまに深く感謝いたします。

文献

- 1) 次世代育成支援対策法. 厚生労働省, 2009.
www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/jisedai.html
- 2) 藤内修二, 「市町村母子保健計画の見直しと推進に関する研究」研究報告書. 厚生労働科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業) 総合研究報告書, 2005 : 3.
- 3) 平成21年度版 沖縄県の生活保護. 沖縄県福祉保健部 福祉・援護課, 2009 : 42-48.
- 4) 平成17年国勢調査 (第4表年齢別割合) について. 総務省
- 5) 中村伸枝, 遠藤数江, 荒木暁子 他. 幼児と母親の生活習慣の実態と、母親の健康に関する認識. 千葉大学看護学部紀要30号 ; 2008 : 25-29.
- 6) 第1次報告から第4次報告までの子ども虐待による死亡事例等の検証結果総括報告. 社会保障審議会児童部会 児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会 ; 2008 : 5,49.
www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv31/dl/05.pdf#search,p
- 7) 尾形由起子, 山下清香, 山野利恵 他. K町における地域の子育て支援システムの構築—3地区のエンパワメント・プロセスを通して—. 2006 ; 976-981.

~~~~~  
報 告  
~~~~~

心身症児のハンドテスト反応

沖縄国際大学総合文化学部

井村 弘子

I 問題と目的

ハンドテストはさまざまな手のポーズの図版を見て、その手の行為を問う心理検査である。10枚の刺激カード（11.2cm×8.6cm）のうち9枚には手の絵が簡略な線で描かれており、被検者は順番にカードを手渡され、描かれた手が何をしているように見えるかを問われる。そして、最後の白カードに対しては、頭の中に思い浮かべた手が何をしているかを答えるよう求められる。このハンドテストはWagnerによって1961年に米国で考案されたが、1983年に改訂版マニュアル（邦訳は2000年）が出版されてから徐々に臨床現場で用いられるようになってきた比較的新しい心理検査法である。

生後間もない乳児は手を握っていることが多いが、数か月後には自分の手を眺めたり身近なものをつかもうとしたりする。生後半年を過ぎると、物を握ったり他方の手に持ちかえたりすることができるようになる。このように、「手」は外界へ働きかけた

り外界と関わったりする身体部位であることから、「手」には人の内的世界と外的世界とを橋渡しする機能があると考えられる。したがって、「手の絵」に対するテスト反応には、被検者の外界への関わりや、周囲に対する基本的態度が反映されると仮定できる¹⁾。また、検査に用いられるのが「手の絵のカード」という親しみやすい素材であり、遊び的な雰囲気の中で検査が実施できることに加え、教示も簡潔で短時間での検査を終了できることから、集中力の短い子どもにも無理なく取り組んでもらえる心理検

査である。

子どもは衣食住など生活に関わる多くの事柄を周囲に依存しているため、環境や周りの人々の影響を受けやすく、また、心身が未分化なために心に緊張や不安が生じると身体症状や行動の問題を発現しやすい²⁾。筆者はこれまで心身症児やその保護者に対する心理的援助のあり方を検討してきたが^{3),4)}、より効果的な援助を展開していくためには、子どもが日常生活の中で自分の周りの環境（事物や対人関係）をどのように受けとめ、外界にどのように向き合っているのかを把握することが重要であると考えられる。

本研究では、小児科外来を受診した小学校低学年の心身症児10事例のハンドテスト反応について、標準的な同年齢の子どもの反応⁵⁾と比較し、心身症児の外界との関わり方の特徴を検討・考察することを目的とする。

II 方法

1 対象

総合病院小児科外来において、小児科医によって心身症（心因性の身体症状）と診断された症例のうち、7歳から9歳まで（小学2年～4年）の児童10名。同病院で筆者（臨床心理士）が担当する「心理カウンセリング」導入時に援助方針を検討するために実施されたハンドテスト反応を分析の対象とした。収集したテスト反応を個別心理査定目的以外に研究目的で使用することについては、検査前に児童の保護者に口頭と文書で説明して承諾を得た。対

象児（被検者）のプロフィールは表 1 に示したとおりである。

表 1 対象児のプロフィール

No.	年 齢 (学年)	性別	身体症状
1	7 歳 4 か月 (小 2)	女	嚥下障害
2	7 歳 7 か月 (小 2)	男	遺糞
3	7 歳 10 か月 (小 2)	男	遺糞
4	8 歳 1 か月 (小 2)	女	頻尿
5	8 歳 2 か月 (小 2)	男	遺糞
6	8 歳 5 か月 (小 2)	男	周期性嘔吐
7	8 歳 10 か月 (小 3)	女	周期性嘔吐
8	8 歳 11 か月 (小 3)	女	視力障害
9	9 歳 4 か月 (小 3)	男	遺糞
10	9 歳 9 か月 (小 4)	女	頭痛

2 手続き

「ハンドテスト・マニュアル」⁶⁾に沿って施行し、テスト反応はスコアリング用紙に逐語的に記録した。テスト施行後、対象児ごとに反応数、初発反応時間、量的スコアリング、質的スコアリングを整理した。ハンドテストの量的スコアリング体系については図 1 に示したとおりである。得られた各反応を 4 つの複合カテゴリーグループ（15 種類のサブカテゴリー）のいずれかに分類した。

なお、本研究では、得られたデータのうち、反応数、初発反応時間、量的スコアリングの平均値を分析の対象とした。

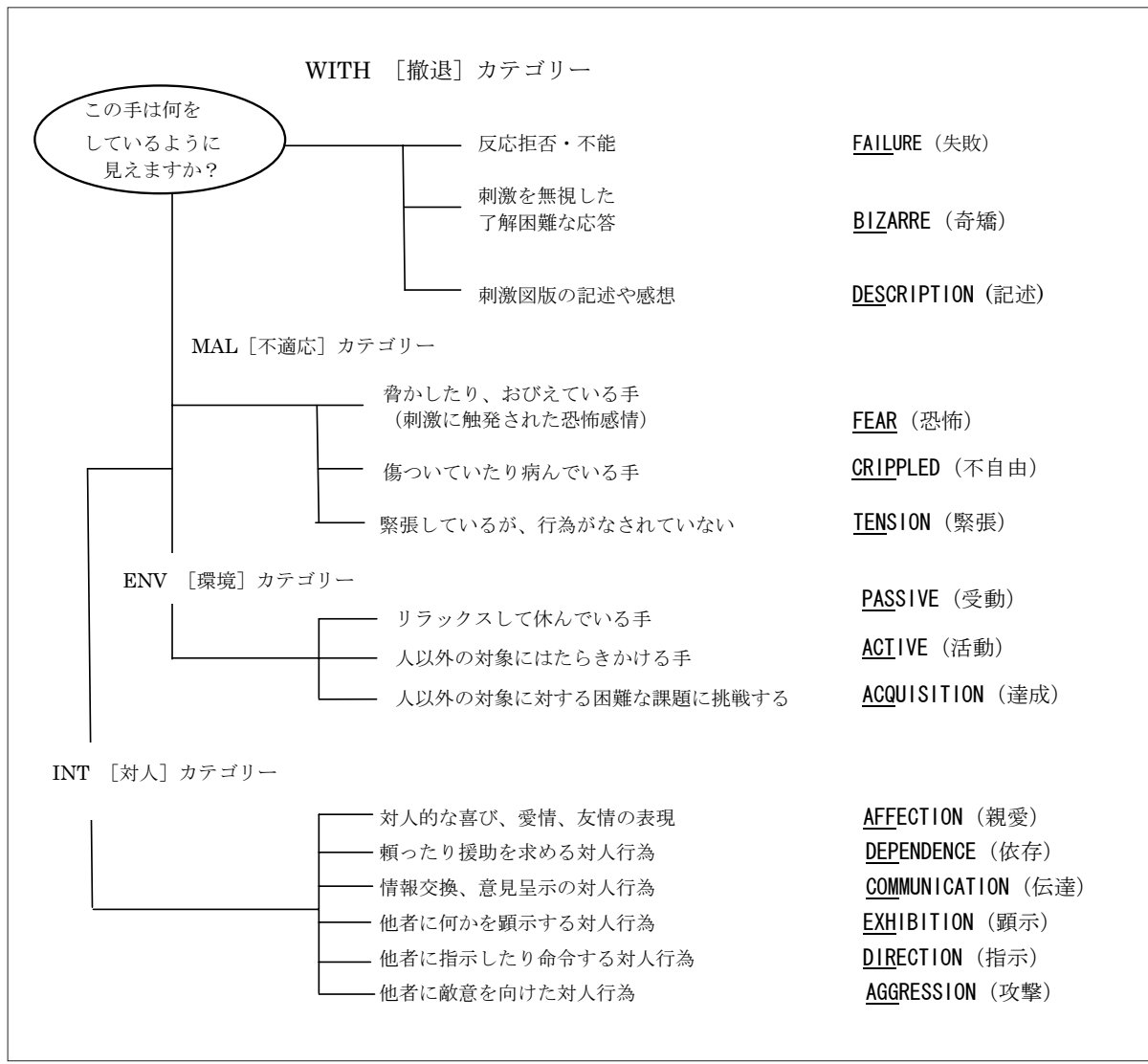


図 1 ハンドテストの量的スコアリング体系（吉川、2002より）

III 結果

比較するための標準データ⁵⁾の項目に合わせ、総反応数、平均初発反応時間と量的スコアの平均値と標準偏差 (SD) を算出した。両者の数値と、差の検定結果は表2に示したとおりである。

標準データと比較すると、心身症児は初発反応時間がやや短い傾向が見られた ($t=1.89$, $df=119$, $p<.10$)。量的スコアリングにおいては、心身症児では顕示スコア (EXH) と恐怖スコア (FEAR) がかなり多く出現し、標準データとの間に有意差があり ($t=3.60$, $df=119$, $p<.01$; $t=4.00$, $df=119$, $p<.01$)、また、達成スコア (ACQ) も標準データより有意に多いことがわかった ($t=2.07$, $df=119$, $p<.05$)。さらに、親愛スコア (AFF) がやや多い傾向 ($t=1.69$, $df=119$, $p<.10$) が見られた。

IV 考察

1 標準データとの比較からみた心身症児のハンドテスト反応の特徴

心身症児の総反応数は標準データよりも若干多いことから、基本的な活動性や心理的エネルギーは十分保たれている状態であることがわかる。一方、最初の反応までに要する時間 (初発反応時間) は標準データより短いことから、心身症児ではカードが呈示された後、あまり間を置かず素早く反応している様子がうかがえる。

次に、量的スコアを複合カテゴリーごとに見ると、まず、INT [対人] カテゴリー反応では、AFF《親愛》反応がやや多く、EXH《顕示》反応がかなり多いことが特徴的である。AFF《親愛》反応が十分表出されていることは、他者への親しみが表現さ

表2 標準データと心身症児データとの比較

項目	標準データ		心身症児		t 値	差
	Mean	(SD)	Mean	(SD)		
反応数と初発反応時間						
R 反応数	12.87	(5.23)	14.20	(2.20)	0.79	
AIRT 平均初発反応時間	10.91	(7.17)	6.52	(3.26)	1.89	+ $p<.10$
量的スコアリング						
INT 対人カテゴリー	7.02	(3.18)	8.10	(1.85)	1.05	
AFF 親愛	1.14	(1.17)	1.80	(1.03)	1.69	+ $p<.10$
DEP 依存	0.50	(0.70)	0.60	(0.70)	0.43	
COM 伝達	2.59	(1.59)	2.20	(1.40)	0.74	
EXH 顕示	0.40	(0.70)	1.30	(1.05)	3.60	** $p<.01$
DIR 指示	1.13	(1.19)	1.30	(1.25)	0.43	
AGG 攻撃	1.27	(1.41)	1.20	(0.92)	0.15	
ENV 環境カテゴリー	4.97	(3.10)	5.10	(2.33)	0.13	
ACQ 達成	0.45	(1.20)	1.30	(1.34)	2.07	* $p<.05$
ACT 活動	4.30	(2.84)	3.50	(1.43)	0.87	
PAS 受動	0.23	(0.53)	0.30	(0.48)	0.39	
MAL 不適応カテゴリー	0.50	(0.80)	0.70	(1.25)	0.71	
TEN 緊張	0.32	(0.63)	0.10	(0.32)	1.10	
CRIP 不自由	0.14	(0.38)	0.20	(0.42)	0.46	
FEAR 恐怖	0.04	(0.19)	0.40	(0.70)	4.00	** $p<.01$
WITH 撤退カテゴリー	0.87	(1.57)	0.50	(0.71)	0.73	
DES 記述	0.23	(0.65)	0.30	(0.48)	0.33	
BIZ 奇矯	0.15	(0.69)	0.10	(0.32)	0.23	
FAIL 失敗	0.50	(1.27)	0.10	(0.32)	0.98	

れているということであり、心身症児では良好な対人関係を望む気持ちや他者との円滑なやりとりができる潜在力は十分あることがうかがわれる。加えて、EXH《顕示》反応が多く出現していることから、他者からの注目や賞賛を喜びとし、「よい子」としての評価を重視するとともに、周囲からの期待に敏感であることが心身症児の特徴であると言える。また、ENV〔環境〕カテゴリー反応については、全体的なバランスは標準データと同様であるが、ACQ《達成》反応がやや多いのが特徴であり、難しい課題に挑戦しようする意欲や向上心などが反映されていると考えられる。一方、MAL〔不適応〕カテゴリー反応では、FEAR《恐怖》反応が多いことが特徴的である。特に、他者からの脅威に対する不安反応が出現しており、外界への脅え、外圧による心身の傷つきなどが表れたものとして注目される。WITH〔撤退〕カテゴリー反応については目立つ特徴は示されなかったことから、心身症児には深刻な精神病理的問題は少ないことがわかる。

上記の特徴をまとめると、心身症児は他者との円滑な関係を望み、多少の困難があっても目標達成に向けて取り組もうとする意欲や向上心に富んでいる。その一方で「よい子」としての評価を重視し、表面では適応的であるが、周囲の期待や脅威に敏感であり、内面には自分が非難されたり外圧に屈したりすることへの不安を抱えている。以上のような特徴がハンドテストによって示されたと言える。

2 「よい子」としての評価・期待と自己抑制

心身症児のハンドテスト反応の特徴の一つに、EXH《顕示》反応がかなり多く出現していることがあげられる（反応例：「影絵をしてお家の人に見てもらっている」「みんなの前でピアノを弾いているところ」「有名人同士の握手」等）。また、ACQ《達成》反応もやや多く（反応例：「高いところにある実を『よいっしょ』って取ろうとしている」「速いボールをさっと飛び込んでキャッチしようとしている」等）、難しい課題に挑戦しようする意欲の高さが特徴的である。前述したように、「よい子」としての評価の重視や周囲からの期待に敏感であることが心

身症児の特徴である。

これまでの発達心理学的研究において、「よい子」とは、「本来持っているエネルギーを自分自身のために生かしている子」と、「自分の感情よりも周囲からの期待を重視して、評価が高くなるように振舞う子」に二分されると考えられている⁷⁾。また、期待に沿った行動ができたときにはほめられるが、弱音を吐くとか愚痴を言うなど否定的な言動をしないように厳しくしつけられてきた子どもは、周囲の評価に過敏になり、自分の否定的な感情を抑圧したり切り離したりして「よい子」であり続けようとする傾向があることが指摘されている⁸⁾。成人の心身症患者に多く見られる心理的特徴として、自分の感情を認識したり適切な言動・情緒で表現したりすることが苦手の傾向が指摘されている⁹⁾が、子どもの場合も、「よい子」として振舞うあまり感情を過度に抑制してしまうことが繰り返されると、徐々に感情への気づきが鈍くなるとともに、出口を失った感情が内面にうっ積する。こうしたストレス状況が持続することによって身体症状が発現しやすくなるものと考えられる。

3 ハンドテスト・カードによる脅威と不安

手の絵のカードを見て、手の行為を答えるハンドテストにおいて被検者は、カードに描かれている手のポーズから手の動きを想像しなければならない。被検者は「絵」を手がかりにして自分の内にある感覚イメージを検索し、手のポーズとうまく合う動作を選び出して手の「行為」を特定する。ハンドテストには、こうした内的な動作感覚イメージを積極的に活用しながら外界を認知する能動的な過程が含まれている。一方、ハンドテスト反応を行為の主体とその内容によって分類すると、カードに描かれた手を「自分の手・他者の手」として見て、その主体が何らかの行為をしている反応（～している手・〇〇が～しているところ等）が多数を占めるが、カードの手を「他者の手」と見なした上で、その他者が自分に対して何かの行為をしている反応（〇〇から～されているところ）もわずかながら出現し、その内容に応じて各カテゴリーに分類される⁶⁾。

外からの刺激に敏感で脅威を感じやすい人の場

合、「絵のポーズに他者のイメージを投射し、自分に近づいてくる他者への不安や危害への恐怖が引き起こされる」と仮定した上で、吉川はこのときに生じる恐怖感情を「ハンドテスト・ショック」と命名している¹⁰⁾。本研究において数名の心身症児にFEAR《恐怖》反応が出現しているが（反応例：「ビンタされる時の手」「大切な物をこわして殴られるところ」）、カードが呈示された瞬間に「他者」のイメージに脅かされれば、カードに描かれた手のポーズに「自分」のイメージを投射することは難しくなるであろう。ハンドテスト・カードに他者の脅威を感じ、恐怖や不安によって能動的な自己動作感覚イメージの導入が妨げられ、「自分」を主体とした反応が出にくくなるのが心身症児の特徴であると考えられる。

4 心身症児の特性と心理的援助

これまでの研究において、心身症児に見られる行動・性格特性として「几帳面・完全癖・自己顕示的・感受性の高さ」¹¹⁾、「人間関係で緊張しやすい・神経質・無理によい子になって過剰適応する・失敗を気にしやすい」¹²⁾ 傾向等の特徴が挙げられている。本研究での心身症児のハンドテスト反応においても、おおむね上記の傾向が確認されたと言える。周りの評価を過度に気にせず、伸び伸びと自分らしく振る舞うことができれば、周囲と調和しながら意欲的に行動できる子どもとして、本来の持ち味・長所が十分に発揮できるであろう。テスト結果が示唆したように、自分の感情や動作感覚など自己の内面への気づきを促進する働きかけが、心身症児への心理的援助として有効であると思われる。

以上、まだ予備的研究であるが、心身症児10症例から得られた所見について述べてきた。今後、症例を増やしてさらに検討を進め、心身症児の心理的特性をとらえる一助となればと考えている。

文献

1) 吉川眞理 ハンドテスト入門. 臨床ハンドテストの実際 誠信書房 2002: 1-9.

- 2) 宮本信也 心身相関のメカニズム. 子どもの心身症 永井書店 2003: 3-14.
- 3) 井村弘子 子どもの心身症に悩む保護者への心理的援助. 沖縄の小児保健 2009: 36: 11-16.
- 4) 井村弘子 小児心身症児への母子並行面接による心理的援助. 沖縄国際大学人間福祉研究 2010: 7 (2): 1-14.
- 5) 吉川眞理, 山上栄子, 佐々木裕子 ハンドテストスコア日本人の標準データ. ハンドテスト・マニュアル 誠信書房 2000: 244-255.
- 6) Wagner, E.E., The Hand Test Manual (revised.) 1983/ The Hand Test Manual Supplement 1991 Los Angeles: Western Psychological Service, 1983. 吉川眞理, 山上栄子, 佐々木裕子 (訳) ハンドテスト・マニュアル 誠信書房 2000
- 7) 山川法子 いわゆる「よい子」の特徴および「よい子」を作り出す規定因に関する考察. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 教育科学 2001: 48 (1): 47-55.
- 8) 大河原美以 子どもの心理療法にEMDRを利用することの意義—感情制御の発達不全と親子のコミュニケーション—. ころのりんしょう à la carte 2008: 27 (2): 293-298.
- 9) 筒井順子 心身医療. 鈴木伸一 (編) 医療心理学の新展開 北大路書房 2008: 148-157.
- 10) 吉川眞理 ハンドテストにおける投射のプロセス. 吉川眞理, 山上栄子, 佐々木裕子 臨床ハンドテストの実際 誠信書房 2002: 186-204.
- 11) 富田和巳 小児心身症と心因性疾患. 富田和巳 (監修) 小児心身医学の臨床 診断と治療社 2003: 66-70.
- 12) 星加明德 小児の心と身体—心身相関のメカニズム—. 小林陽之助 (編) 子どもの心身症ガイドブック 中央法規 2004: 8-12.

報 告

A町における3歳児う蝕に関する母親の
育児意識と歯科保健行動園部 晋也¹⁾ 牧内 忍²⁾ 川崎 道子²⁾

I はじめに

幼児期は、口腔清掃、食習慣などの基本的な歯科保健習慣を身につけていく時期であり、乳歯う蝕は永久歯のう蝕に関連するため、生涯を通じた歯の健康づくりのための重要な時期である。幼児のう蝕は以前に比べて確実に少なくなっている。しかし、低年齢で重篤なう蝕を抱えている子どもへの対応が以前よりも困難でこれらの状況は、親や子どもの生活環境や家庭内の事情から影響を受けている¹⁾。

厚生労働省は2000年3月「健康日本21」を制定し、2010年までにう蝕のない3歳児を80%以上とする目標値を掲げている。2005年度の「健康日本21」中間評価報告書では、う蝕のない3歳児の中間実績が68.7%で、基準値59.5%からの増加はみられるが目標値の80%に達していない。沖縄県の2007年度3歳児健診でのう蝕有病率は42.9%で、2001年以降5年連続全国ワーストである。沖縄県A町の3歳児健診でのう蝕罹患率は1998年85.3%、2006年46.7%、2007年40.4%と、減少傾向にあるが、依然として全国平均よりも高率である。

幼児のう蝕の発生は、間食回数、歯磨き回数、フッ化物塗布回数など、様々な歯科保健行動の影響を受けている²⁾。また、母親の育児意識は乳歯う蝕の発生に関与する可能性が高いとの報告もある³⁾。

育児意識は、子どもの成長・発達を促進する母親の育児に関する意識で、育児に関するポジティブな意識とネガティブな意識がある⁴⁾。3歳児の母親のフッ化物塗布といった歯科保健行動を高めるには、育児意識「育児は楽しい」を高めていく必要があるという報告³⁾があり、育児意識と歯科保健行動の関連が示唆される。

幼児のう蝕と母親の育児意識、歯科保健行動に関する研究は少なく、沖縄県において、幼児のう蝕と母親の育児意識、歯科保健行動に関する報告はない。

本研究の目的は、3歳児の母親の育児意識と歯科保健行動に着目し、A町の3歳児健康診査受診票データより母親の育児意識と歯科保健行動、う蝕の有無との関係について明らかにし、今後の幼児う蝕予防に役立てることである。

II 対象および方法

1 対象

2004年4月～2009年3月の間のA町の3歳児健康診査を受診した525人の健診受診票である。そのうち必要項目に無回答のあった122人を除く403人(76.8%)の健診受診票を分析対象とした。

2 調査方法

2009年5月にA町の健康福祉課の母子保健担当保健師に調査の趣旨説明を口頭で行った。その

Child-rearing Consciousness and prevention behavior of Infant Cavity
for Mothers with 3-year-old Children in A town.

Shinobu MAKIUCHI, Shinya SONOBE, Michiko KAWASAKI

1) 長崎県精神医療センター 2) 沖縄県立看護大学

後、8月にA町の保健福祉課係長に公文書で、調査協力依頼を行い、了解を得たのち、無記名のデータ（健診受診票の両親・子供の氏名、住所、母子健康手帳番号、連絡先を除いたもの）を電子データで受領した。データから分析に使用した項目は以下の通りである（表1）。

3 分析方法

分析項目は表1より以下のように設定した。

1) う蝕の有無

う蝕の有無はfのむし歯の本数を利用した。う蝕（C0は含まない）が1本でもある児を「う蝕あり群」、う蝕が1本もない児を「う蝕なし群」とし、2群に分けた。

2) 育児意識

育児意識は「育児の楽しさ得点」、「育児不安の有無」の2項目を設定した。

育児の楽しさ得点はdの「子育てはどうか」の「楽しい」を2点、「どちらでもない」を1点、「大変」を0点として計算した。育児不安はdの「育児に不安がありますか」を利用した。

3) 歯科保健行動

歯科保健行動は「仕上げ磨き」、「フッ素塗布経験の有無」、「甘い飲み物」、「おやつ」の4項目を設定した。

仕上げ磨きはeの「歯磨きは仕上げ磨きをしている」、フッ素塗布の経験はeの「これまでフッ素塗布を受けたことがありますか」、甘い飲み物はeの「よく飲む飲み物」、おやつの時間はeの「おやつの時間を決めている」をそれぞれ利用した。甘い飲み物はジュース類、イオン飲料の両方または一方を飲ませている者を「与えている」とした。

4) 基本属性

基本属性は「性別」、「出生順位」、「昼間の保育者」、「家族構成」、「きょうだいの有無」の5項目を設定した。

性別はa、出生順位はb、昼間の保育者はcをそれぞれ利用した。家族構成はdの「家族人数」から両親の人数及び「兄弟姉妹」の人数を引き、0であれば「核家族」とし、きょうだいの有無はdの「兄弟姉妹」の人数が2以上を「あり」とした。

分析にはSPSS15.0J for Windows及びMicrosoft office Excel 2007を用いて、「う蝕あり群」、「う蝕なし群」の2群で χ^2 検定、t検定を行った。

4 倫理的配慮

A町の担当者へ調査協力依頼を行い、了解を得た。個人が特定できないように、データはす

表1 分析に使用した項目（3歳児健診受診票より）

a.性別	男・女
b.出生順位	第 子
c.昼間の保育者	①父 ②母 ③祖父母 ④保育所・幼稚園 ⑤その他 ()
d.家族状況	
家族人数	人
父親	歳 職業()
母親	歳 職業()
兄弟姉妹	人(本人を含む)
子育てはどうか	①楽しい ②大変 ③どちらでもない
育児に不安がありますか	①ある ②ない
e.生活習慣	
歯磨きは仕上げ磨きをしている	①はい ②いいえ
これまでフッ素塗布を受けたことがありますか	①ない ②ある
よく飲む飲み物	①牛乳 ②ジュース類 ③イオン飲料 ④その他()
おやつの時間を決めている	①はい ②いいえ
f.口腔所見	
むし歯	本

べて無記名のデータを使用し、統計的な処理および分析を行った。また、データは研究が終了するまで施錠して保管し、研究終了後はシュレッダーにて破棄した。

III 結果

1 基本属性 (表 2)

う蝕罹患者は 187 人 (46.4%) であった。児の性別は「男児」202 人 (50.1%)、「女児」201 人 (49.9%) であった。出生順位は「第 1 子」161 人 (40.0%)、「第 2 子以降」242 人 (60.0%) であった。家族構成は「核家族」370 人 (91.8%) であった。昼間の保育者は「保育所」332 人 (82.4%) であった。きょうだいの有無は「あり」328 人 (80.6%) であった。どの項目においてもう蝕の有無とは有意な差は見られなかった。

表 2 基本属性

	人 (%)			χ ² 検定
	全体 N=403	う蝕あり n=187	う蝕なし n=216	
児の性別				
男児	202 (50.1)	100 (53.5)	102 (47.2)	ns
女児	201 (49.9)	87 (46.5)	114 (52.8)	
出生順位				
第 1 子	161 (40.0)	71 (38.0)	90 (41.7)	ns
第 2 子以降	242 (60.0)	116 (62.0)	126 (58.3)	
家族構成				
核家族	370 (91.8)	168 (89.8)	202 (93.5)	ns
核家族以外	33 (8.2)	19 (10.2)	14 (6.5)	
昼間の保育者				
保育所	332 (82.4)	149 (79.7)	183 (84.7)	ns
保育所以外	71 (17.6)	38 (20.3)	33 (15.3)	
きょうだいの有無				
あり	328 (81.4)	155 (82.9)	173 (80.1)	ns
なし	75 (18.6)	32 (17.1)	43 (19.9)	

ns: 有意差なし

2 歯科保健行動 (表 3, 4)

歯科保健行動では仕上げ磨きを「行っている」369 人 (91.6%)、フッ素塗布経験「あり」324 人 (80.4%)、甘い飲み物を「与えていない」232 人 (57.6%)、おやつ時間を「決めている」220 人 (54.6%) の順に高率であった。う蝕なし群では仕上げ磨きを「行っている」が「行っていない」と比べると有意に高率であった ($p < 0.05$)。

また、仕上げ磨きを「行っている」母親では、フッ素塗布経験「あり」、おやつ時間を「決めている」がそれぞれ有意に高率であった ($p < 0.01$)。

歯科保健行動を基本属性でみると、出生順位「第 2 子以降」で、仕上げ磨きを「行っていない」、甘い飲み物を「与えていない」が有

表 3 う蝕の有無と歯科保健行動

	人 (%)			χ ² 検定
	全体 N=403	う蝕あり n=187	う蝕なし n=216	
仕上げ磨き				
行っている	369 (91.6)	164 (87.7)	205 (94.9)	*
行っていない	34 (8.4)	23 (12.3)	11 (5.1)	
フッ素塗布経験				
あり	324 (80.4)	148 (79.1)	176 (81.5)	ns
なし	79 (19.6)	39 (20.9)	40 (18.5)	
甘い飲み物				
与えている	171 (42.4)	85 (45.5)	86 (39.8)	ns
与えていない	232 (57.6)	102 (54.5)	130 (60.2)	
おやつ時間				
決めている	220 (54.6)	94 (50.3)	126 (58.3)	ns
決めていない	183 (45.4)	93 (49.7)	90 (41.7)	

*: $p < 0.05$, ns: 有意差なし

表 4 歯科保健行動と基本属性

	人 (%)											
	仕上げ磨き			フッ素塗布経験			甘い飲み物			おやつ時間を決めている		
	行っている n=369	行っていない n=34	χ ² 検定	あり n=324	なし n=79	χ ² 検定	与えている n=171	与えていない n=232	χ ² 検定	はい n=220	いいえ n=183	χ ² 検定
児の性別												
男児	183 (49.6)	19 (55.9)	ns	159 (49.1)	43 (54.4)	ns	95 (55.6)	107 (46.1)	ns	109 (49.5)	93 (50.8)	ns
女児	186 (50.4)	15 (44.1)		165 (50.9)	36 (45.6)		76 (44.4)	125 (53.9)		111 (50.5)	90 (49.2)	
出生順位												
第 1 子	150 (40.7)	11 (32.4)	*	132 (40.7)	29 (36.7)	ns	82 (48.0)	79 (34.1)	*	86 (39.1)	75 (41.0)	ns
第 2 子以降	219 (59.3)	23 (67.6)		192 (59.3)	50 (63.3)		89 (52.0)	153 (65.9)		134 (60.9)	108 (59.0)	
家族構成												
核家族	341 (92.4)	29 (85.3)	ns	302 (93.2)	68 (86.1)	ns	156 (91.2)	214 (92.2)	ns	200 (90.9)	170 (92.9)	ns
核家族以外	28 (7.6)	5 (14.7)		22 (6.8)	11 (13.9)		15 (8.8)	18 (7.8)		20 (9.1)	13 (7.1)	
昼間の保育者												
保育所	305 (82.7)	27 (79.4)	ns	273 (84.3)	59 (74.7)	*	138 (80.7)	194 (83.6)	ns	192 (87.3)	140 (76.5)	**
保育所以外	64 (17.3)	7 (20.6)		51 (15.7)	20 (25.3)		33 (19.3)	38 (16.4)		28 (12.7)	43 (23.5)	
きょうだいの有無												
あり	300 (81.3)	28 (82.4)	ns	261 (80.6)	67 (84.8)	ns	132 (77.2)	196 (84.5)	ns	185 (84.1)	143 (78.1)	ns
なし	69 (18.7)	6 (17.6)		63 (19.4)	12 (15.2)		39 (22.8)	36 (15.5)		35 (15.9)	40 (21.9)	

** : $P < 0.01$, * : $P < 0.05$, ns : 有意差なし

表5 育児の楽しさと歯科保健行動

	M±SD	
	育児の楽しさ得点	t検定
仕上げ磨き		
行っている	1.36±0.792	ns
行っていない	1.09±0.793	
フッ素塗布経験		
あり	1.34±0.795	ns
なし	1.33±0.796	
甘い飲み物		
与えている	1.23±0.819	*
与えていない	1.41±0.768	
おやつ時間		
決めている	1.41±0.791	*
決めていない	1.25±0.791	

*:p<0.05, ns:有意差なし

表6 育児不安と歯科保健行動

	人 (%)		χ ² 検定
	育児不安あり n=85	育児不安なし n=318	
仕上げ磨き			
行っている	75 (88.2)	294 (92.5)	ns
行っていない	10 (11.8)	24 (7.5)	
フッ素塗布経験			
あり	68 (80.0)	256 (80.5)	ns
なし	17 (20.0)	62 (19.5)	
甘い飲み物			
与えている	38 (44.7)	133 (41.8)	ns
与えていない	47 (55.3)	185 (58.2)	
おやつ時間			
決めている	36 (42.4)	184 (57.9)	*
決めていない	49 (57.6)	134 (42.1)	

*:p<0.05, ns:有意差なし

意に高率であった (p<0.05)。また、昼間の保育者が「保育所」で、フッ素塗布経験「あり」、おやつ時間を「決めている」が有意に高率であった (p<0.05, p<0.01)。

3 育児意識と歯科保健行動

1) 育児の楽しさと歯科保健行動 (表5)

育児意識の項目 (育児の楽しさ得点・育児不安の有無) とう蝕の有無では有意な差は見られなかった。

育児の楽しさ得点と歯科保健行動では、甘い飲みものを「与えていない」、おやつ時間を「決めている」で、育児の楽しさ得点が有意に高得点であった (p<0.05)。また、仕上げ磨き、フッ素塗布経験の有無では育児の楽しさ得点に有意な差は見られなかった。

また、昼間の保育者は「保育所」1.38±0.780点、「保育所以外」1.13±0.821であり、「保育所」が有意に高得点であった (p<0.05)。

2) 育児不安と歯科保健行動 (表6)

育児不安の有無と歯科保健行動では、おやつ

の時間を「決めている」は、育児不安「なし」の母親が有意に高率であった (p<0.05)。

また、出生順位が「第2子以降」で、育児不安「なし」が200人 (62.9%) と有意に高率であった (p<0.05)。育児不安の有無とその他の基本属性では有意な差はみられなかった。

IV 考察

1 歯科保健行動

歯科保健行動は仕上げ磨きを「行っている」、フッ素塗布経験「あり」、甘い飲み物を「与えていない」、おやつ時間を「決めている」の順に高率であった。幼稚園に通っている3~6歳児を対象とした研究⁵⁾では、幼児のう蝕予防法として最も取り入れられている方法は仕上げ磨きであり、ついでフッ素塗布を行っていると報告があり、本研究でも同様の結果が得られた。歯科保健行動の中で、仕上げ磨きは身近な幼児のう蝕予防法であり、簡単に行えること等より、最も取り入れやすい歯科保健行動だと考えられる。

母親が仕上げ磨きを「行っている」児のう蝕が有意に少なかった。沖縄県で3歳児を対象とした牧内ら⁶⁾の研究と同様の結果が得られたことより、A町においても幼児う蝕予防法として仕上げ磨きは有効である。

相沢ら^{7) 8)}によると仕上げ磨きを毎日実行している母親はう蝕の重大性の認識が高い傾向があり、保護者の歯科保健に対する意識との関連も示唆される。本研究では、仕上げ磨きは、おやつ時間、フッ素塗布経験との間に有意な関連が見られた。仕上げ磨きを行っている母親はう蝕の重大性を認識しており、その他の歯科保健行動にも積極的に取り組んでいることが明らかになった。

また、佐藤ら³⁾によると、母親は第1子により多くの関心を注ぐことから、第1子に対する口腔ケアの向上に繋がるとしている。本研究でも、第1子では仕上げ磨きを「行っている」が有意に高率であった。母親の意識の違いにより第2子以降の児では口腔ケアの向上に繋がらな

かったと考える。しかし、第2子以降では甘い飲み物を「与えていない」も高率であり、好ましい歯科保健行動も行っていたため、本研究では出生順位とう蝕の有無に有意な差が見られなかったと考えられる。

黒瀬ら⁹⁾は、保育所での養育は規則正しい間食の習慣が生じやすいと述べている。本研究においても、保育所に通っている児は、おやつ時間を「決めている」が有意に高かった。保育所では間食の時間が適切に決められていることから、保育所に通っている児は規則正しい間食の習慣が身に付いていることが示唆された。

2 育児意識と歯科保健行動

母親の育児意識と児のう蝕の有無では有意な差は見られず、育児意識と仕上げ磨きにも有意差がみられなかった。それらより、幼児う蝕・仕上げ磨きには母親の育児意識の他に歯科保健に対する意識・知識が関与していることが示唆される。また、仕上げ磨きは育児意識による影響を受けにくい歯科保健行動であると考えられる。

育児の楽しさと歯科保健行動との関連では、育児の楽しさ得点が高い母親で、おやつ時間を「決めている」、甘い飲み物を「与えていない」が有意に多かった。佐藤ら³⁾は、3歳児の母親のフッ化物塗布といった歯科保健行動を高めるには、育児意識「育児は楽しい」を高めていく必要があると述べている。本研究においても甘い飲み物の制限、間食の制限といった歯科保健行動を高めるためにも、育児の楽しさを高める必要性があると考えられる。

育児不安の有無と歯科保健行動との関連では育児不安が「なし」の場合、おやつ時間を「決めている」という母親が有意に多かった。西野¹⁰⁾は、育児不安は精神健康状態が大きく影響を及ぼす因子であり、抑うつ状態の高い母親は生活や食事が不規則になると述べている。また、岩田ら¹¹⁾は育児不安のある母親は子どもの間食摂取行動が不良になるとしている。本研究でも、育児不安「あり」の母親は児の間食が不規則であることが認められた。児の好ましい間食摂取行動を高めるには、間食摂取についての指導の

みではなく、背景にある母親の育児不安に配慮した指導が必要であることが示唆された。

V 研究の限界と今後の課題

歯科保健行動には育児意識のほかに、歯科保健に対する意識、知識が関連していると考えられるが、健診データでは把握することはできなかった。今後、保育所などで歯科保健に対する意識、知識に関する調査を行う必要がある。また、おやつの種類や回数、甘い飲み物の摂取頻度、フッ素塗布のタイミングなどを含めた調査を行うことが課題である。

VI まとめ

- 1 仕上げ磨きは幼児う蝕予防に効果がある。また、仕上げ磨きを行っている母親はう蝕の重大性を認識し、その他の歯科保健行動も行っていることが示された。
- 2 おやつ時間を決める、甘い飲み物を与えないなどの歯科保健行動には母親の育児意識が影響している。母親がこれらの歯科保健行動を行うためには育児意識に着目した保健指導が必要である。

VII 引用文献

- 1) 井上美津子. 最近の歯科事情. 母と子の健康 2002; 37: 33-36.
- 2) 佐野修司, 丹羽源男. 都市における1歳6ヶ月児口腔保健状況の3歳児う蝕におよぼす影響. 小児保健研究 2000; 59: 47-56.
- 3) 佐藤公子, 小田 慈, 下野 勉. 3歳児乳歯う蝕に影響する要因の検討—母親の育児意識とう蝕予防—. 小児保健研究2007; 5: 657-664.
- 4) 木村一絵, 西内恭子, 平野裕子他. 母親の育児意識を構成する概念とそれに関連する要因. 九州大学医学部保健学科紀要2006; 7: 69-76.
- 5) 江田節子. 幼児のう蝕に関連する生活習慣とその因子. 小児保健研究2001; 6: 757-763.
- 6) 牧内 忍, 大嶺千枝子, 川崎道子他. K町における乳幼児のう蝕について. 沖縄の小児保健 2004; 31: 16-21.
- 7) 相沢文恵, 阿部晶子, 岸 光男他. 母親の歯科

- 保健に対する意識と保健行動の関連性－第1報
1歳6ヵ月児の母親を対象とした研究－. 小児保健研究1998;4:2-11.
- 8) 相沢文恵, 阿部晶子, 岸 光男他. 母親の歯科保健に対する意識と保健行動の関連性－第2報
3歳児の母親を対象とした研究－. 口腔衛生会誌2002;1:521-528.
- 9) 黒瀬真由美, 森田 学, 渡邊達夫他. 幼稚園児におけるう蝕予防の試みと砂糖摂取がう蝕罹患に及ぼす影響について. 口腔衛生学会誌1997;47:683-692.
- 10) 西野瑞穂. 小児の齲蝕予防、齲蝕進行抑制に関する総合的研究－幼稚園児から中学生までの齲蝕活動性試験－. 小児歯学誌2001;3:477-495.
- 11) 岩田幸子, 大橋たみえ, 石津恵津子他. 3歳児乳歯う蝕と母親の育児不安. 日本公衛誌2003;12:1144-1151.

報 告

当園における在宅超重症児・者に対する リハビリテーション支援

金城 良子¹⁾ 池田 朝彦¹⁾
大城 聡²⁾ 平安 京美²⁾ 仲田 行克²⁾

I はじめに

在宅生活を送る超重症心身障害児（者）（以下、超重症児・者）は年々増加する傾向にあり、これら超重症児・者を支える在宅支援のサービスが望まれている。当園でも、沖縄県の委託事業である障害児等療育支援事業（以下、療育支援事業）のひとつである在宅支援訪問療育等指導事業（以下、訪問療育）を活用して、リハビリテーション外来の受診が難しい在宅超重症児・者の家庭を定期的に訓練士が訪問し、リハビリテーション支援を実施してきた。今

回、事業開始 7 年が経過し、本事業の今後の方向性について検討を行ったので報告する。

II 当園訪問療育の実施状況

i 訪問療育利用者数（図 1）

平成 15 年度開始～平成 21 年度までの訪問療育利用者数は 20 名（男性 13 人、女性 7 人、利用時年齢 1～23 歳）となっており、平成 15 年開始後、平成 17 年度までは利用者数は増加する傾向にあったが、平成 18 年度に 3 名が死亡、1 名が外来受診可能とな

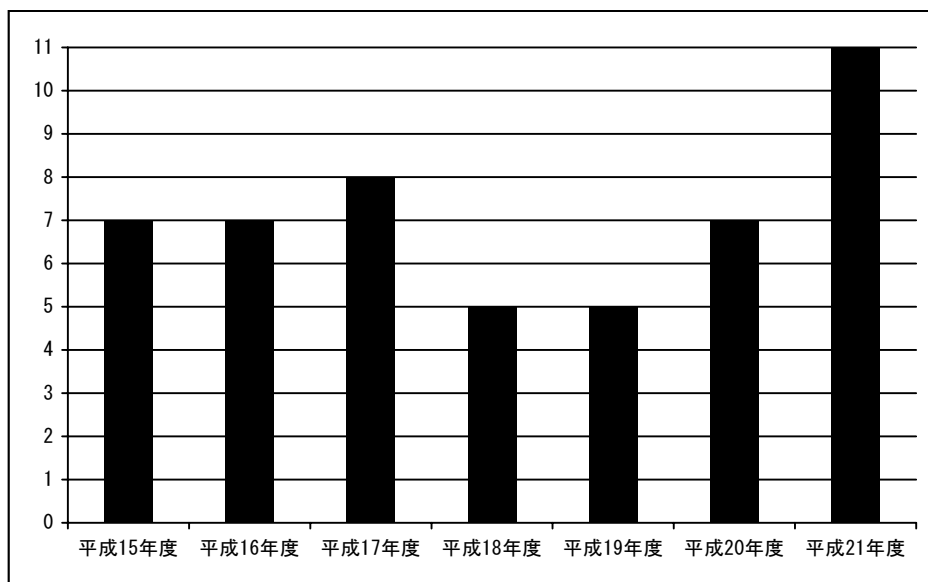


図 1 訪問療育利用者数

Rehabilitation support for the children requiring intensive care at home

Nagako KINJO, Tomohiko IKEDA, Satoshi OSHIRO, Kyoumi HIRAYASU, Yukikatu NAKADA

1) 沖縄整肢療護園相談支援員

2) 沖縄整肢療護園小児科

り、利用者数は一時的に減少した。しかし平成20年度からは利用者はふたたび増加する傾向にある。

ii 訪問療育実施圏域（図2）

訪問療育実施圏域は、沖縄県南部圏域となっており、平成15年度～平成21年度の訪問療育利用者20名の居住地は、那覇市内が10名で最も多く、以下は図2に示すとおりである。理学療法士（以下、PT）、作業療法士（以下、OT）、医師、相談員がチームとなって訪問を実施している。

iii 訪問療育実施内容

訪問療育は、PTやOTが月2回自宅を訪問し、1回40分～50分間、リハビリテーションなどの支援を行っている。健康診査が必要な際には医師が、福祉サービス相談が必要な際には社会福祉士が同行し

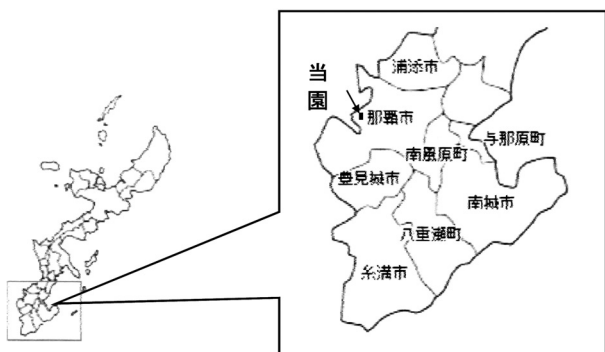


図2 訪問療育実施圏域

支援を行った。

III 調査対象と方法

今回平成15年度～平成21年度までの訪問療育事業の利用登録者20人の中で、平成21年度本事業を利用した11名を対象に、在宅支援サービスの状況について調査を行った。対象となった利用者は、未就学児4名、学齢児4名、成人3名で、全員が常時医療ケアを受けていた。医療ケアの状況は、図3に示すとおりで、いわゆる大島分類1に分類される超重症児・者である。調査した項目は、通所系サービスの利用状況、訪問系サービスの利用状況、現在受けている訪問療育事業への要望などで、相談員が面談を行いながら調査を実施した。

IV 結果

i 通所系サービスについて（図4）

デイサービスや日中一時支援等の通所系サービスについて、制度を知ると答えたものの、利用はないと答える方が多く、その理由としては、「まだ他の人に任せきれない。」「移動手段がない。」「（本人の状態では）自宅から外へ出ること難しい。」などの声が聞かれた。在宅超重症児・者の外出の困難さがあらためて浮き彫りとなった。

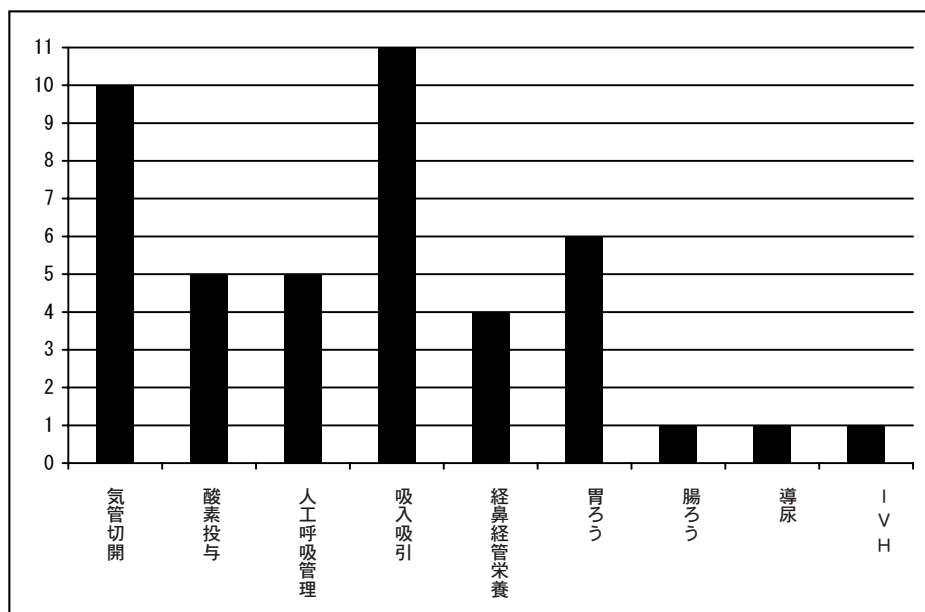


図3 医療ケアの状況

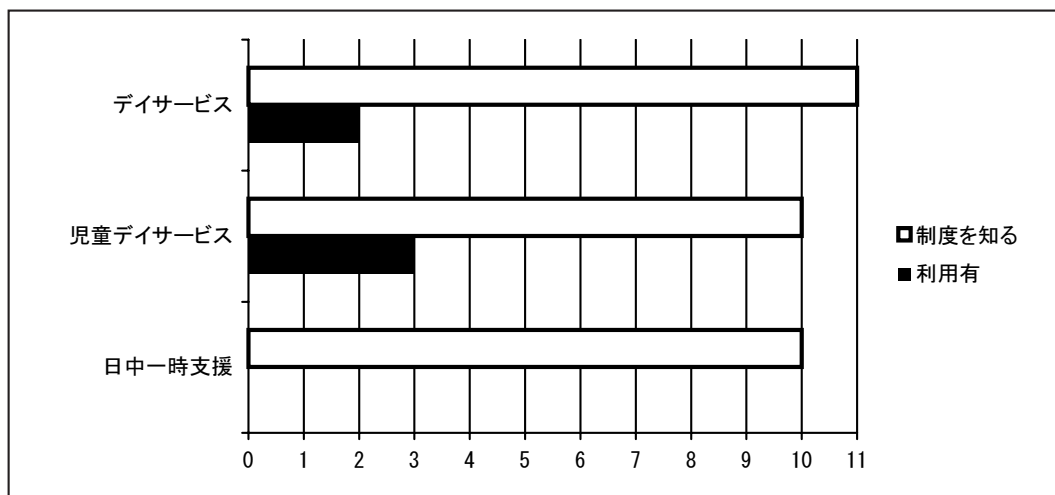


図 4 居宅系サービス

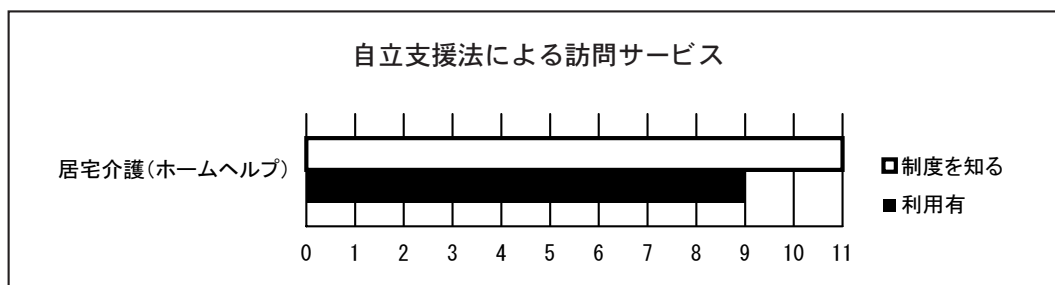
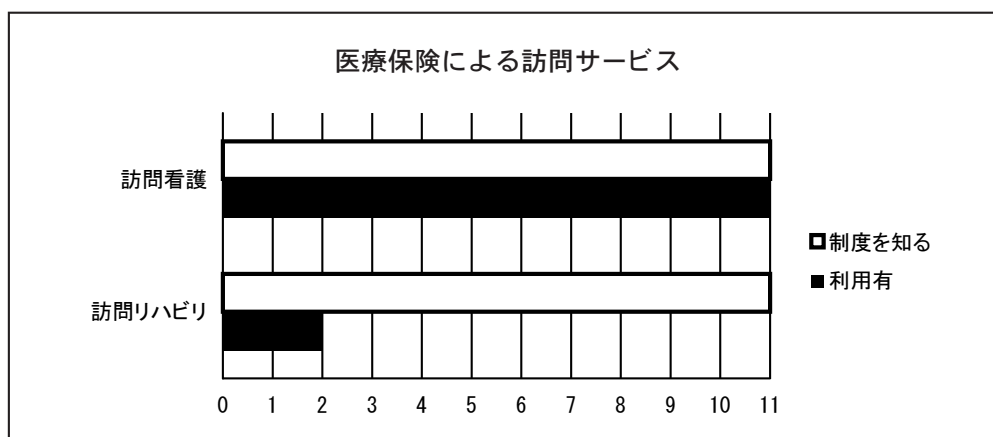


図 5 訪問系サービス

ii 訪問系サービスについて (図 5)

全員が訪問看護を利用し、胃ろう処置、気管処置等の医療ケアを週 1～5 回の頻度で利用していた。また、居宅介護に関しても 11 名中 9 名の方が利用していた。一方、訪問リハビリテーションに関しては全員がその制度を知ると答えたものの、実際の利用は 2 名のみとなっており、訪問系サービスについてはリハビリテーション支援が十分ではない状況が認められた。

iii 当園の訪問療育についての要望 (図 6)

当園の訪問療育について、「とても助かっている」「回数を増やしてほしい」という声が多く聞かれ、今後も継続したいという回答が全員から寄せられた。当園の訪問療育が、在宅超重症児・者のリハビリテーション支援において一定の役割をはたしていることが推察された。一方、「在宅だけでなく他児との関わりをもたせたい。」など、いずれは外来でのリハビリテーションを希望する声もあり、今後これ

ら通院希望者にどのように対応するかが、課題と思われた。

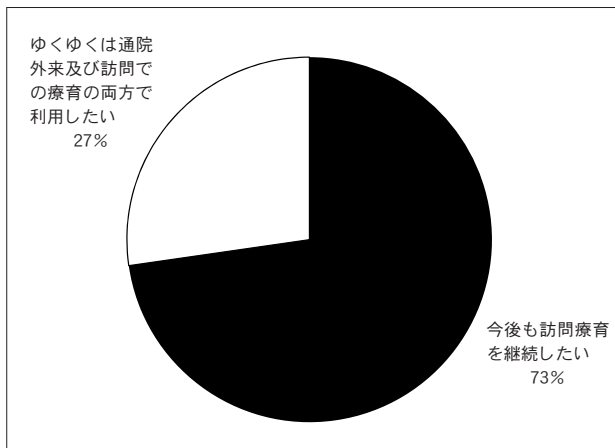


図6 当園の訪問療育について

V 考察

調査対象となった11例のように、何らかの呼吸管理を必要とする超重症児・者では、排痰訓練、ポジショニング、また関節拘縮予防のためのストレッチ訓練などが、身体機能を維持するうえで必要不可欠である。またリハビリテーションのみならず、介助方法に対する家族への助言、補装具作成のアドバイスなど、PTやOTが利用者に関わりながら療育支援を継続することは、彼らの在宅生活を支えるうえで重要である。ただ、彼らの多くは体調が不安定なためリハビリテーション外来への定期通院は困難であることから、訪問リハビリテーションは訪問看護と

ならんで医療機関が提供できる重要な在宅支援サービスである。しかし今回の調査では、訪問リハビリテーションを受けている者はわずか2名であり、高い支援ニーズにも関わらず、そのサービスが受けられていない現状を認めた。その大きな理由としては、訪問看護事業所におけるリハビリテーションスタッフの不足があげられる。

このような中で、当園のような経験あるリハビリテーションスタッフをかかえる療育施設の果たす役割は大きいと思われる、今後も療育支援事業を通じて在宅超重症児・者への在宅リハビリテーション支援を継続したい。

ただし、今回の調査からいくつかの課題もみえてきた。そのひとつは、やはり当園単独ですべてのリハビリテーション支援ニーズは充足できないということである。そこで、今後は図7に示すような体制を築き上げていくことを考えている。当園スタッフが訪問看護あるいは居宅介護事業所のスタッフにリハビリテーション支援のための各種情報を提供し、普段はこれら事業所のスタッフがリハビリテーション支援を行い、当園スタッフはその支援がうまく行われているかを定期的にチェックするなど、より効率的な連携を結びたいと考えている。そして、このような体制を築き上げることで、より多くの超重症児・者に対して在宅リハビリテーション支援を提供できるのではないかと考える。

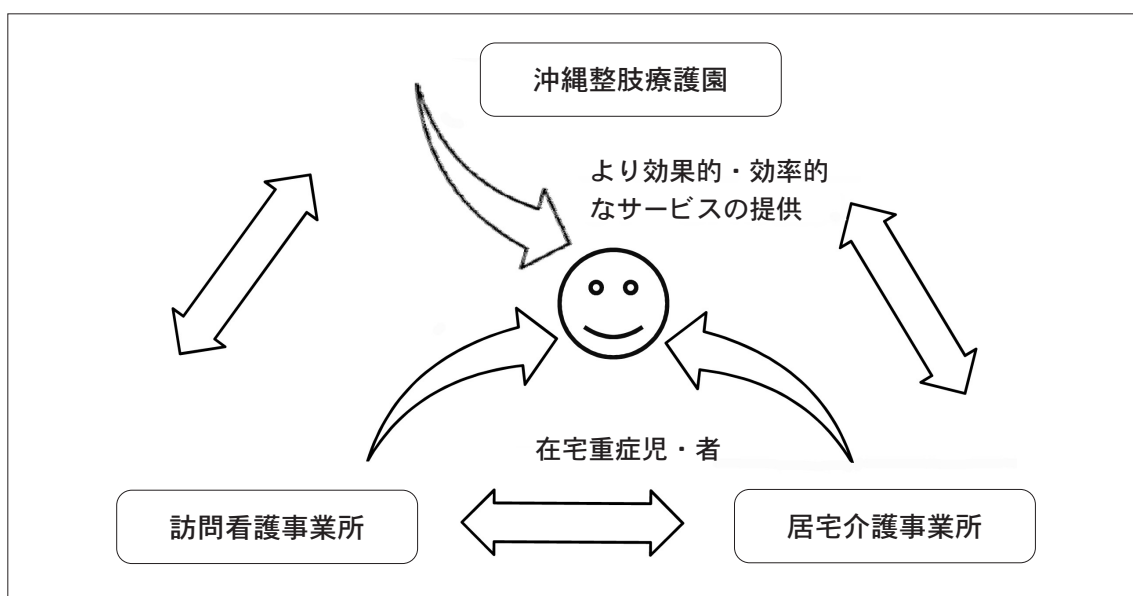


図7

報 告

乳幼児のテレビ・ビデオ視聴指導に関する保健師の認識と実際

上原 梨那¹⁾ 前田 和子¹⁾ 山城 五月²⁾

I はじめに

テレビやビデオ、DVDなどの映像メディアは今日、私たちの生活の一部となっており、「専念視聴」「ながら視聴」、子どもが積極的にみているわけではないが「ついているだけ」の時間を合わせたテレビ接触時間は、0歳児・1歳児で約3時間、2歳児～5歳児で約2時間半との報告がある¹⁾。このように乳幼児期の早い段階から子どもたちがテレビと接触する環境にあり、それらが子どもの就寝時刻の遅れ、起床時間の遅れ、朝食の未摂取、排便習慣など生活リズムの乱れと関係し問題となっている^{2)~6)}。平成18年度より文部科学省は「子どもの生活リズム向上プロジェクト」を開始し、国民運動として「早寝早起き朝ごはん」活動を展開している。また、保育園や幼稚園、小学校や中学校では、子どもたちのメディア接触自体を見直し相対化していこうとする活動としてノーテレビデーの取り組みや⁷⁾、絵本を介した言葉の発達と情緒の安定によって親子の絆を深めることを目的にブックスタートの取り組みも広がっている⁸⁾。

また、テレビが子どもの認知的・情緒的・向社会性の発達にどのような影響を及ぼすかについて、心理や医学、教育の場において強い関心事となっており、さまざまな研究が取り組まれてきた^{1) 9)~15)}。1999年にはアメリカ小児科学会が¹⁶⁾、2004年には日本小児科医会¹⁷⁾、2005年には日本小児科学会¹⁸⁾がそれぞれ子どもとテレビ視聴に関する提言を出し

た。テレビ視聴に関する問題は、新たな保健看護上の問題であり、乳幼児健診や育児相談の場において、テレビ視聴に関する適切な情報提供や指導を展開していく必要があると考える。しかし、沖縄県内においてこれらの指導への取り組み状況や保健師の認識、日本小児科学会の提言（以下、「提言」とする）の把握状況に関する資料がないため、今後の保健指導に資することを目的として調査に取り組んだ。

II 対象と方法

対象は、沖縄県49市町村（2005年8月現在）において母子保健活動に従事している保健師で、事前の研究協力依頼に対し、協力の意思を示した29市町村の保健師103名であった。方法は、郵送法による自記式質問紙調査を実施した。質問紙の内容は、基本属性、乳幼児のテレビ・ビデオ視聴に関する保健指導の必要性・実施状況、乳幼児の望ましいテレビ・ビデオとのつきあい方に関する考えなどであり、データの分析は、SPSS17.0J for Windows版を使用した記述統計、 χ^2 検定、Fisher直接確率法を行った。調査期間は、2005年8月上旬～2005年9月下旬である。

III 倫理的配慮

調査の協力依頼に際し、同意の任意性やプライバシーの保護を担保するために、対象者に対し下記の事項を約束し、倫理的配慮に尽くした。

Public Health Nurses' Perceptions and Practices of TV/Video Viewing Guidance for Young Children.

Rina UEHARA, Kazuko MAEDA, Satsuki YAMASHIRO

1) 沖縄県立看護大学 2) 東京衛生病院

- 1 調査の趣旨・目的を説明し、予め研究への協力の意思を示した対象にのみ調査票を配布する。
- 2 質問紙は無記名で回答してもらい、得られたデータは、統計的に処理し、個人が特定されないようにする。
- 3 調査結果は本研究の目的以外には使用せず、質問紙は研究終了後速やかにシュレッダーで破棄する。

III 結果

1 回収率と対象の背景

対象となった保健師103名中97名から回収でき、回収率は94.2%であった。

対象の保健師経験年数は、平均7.5年（標準偏差6.0）であり、0～5年41名（42.3%）、6～10年35名（36.1%）、11～25年21名（21.6%）であった。調査時点において乳幼児期にある子どもの子育てをしている者は27名（27.8%）、それ以外は70名（72.2%）であった。保健師自身が1日にテレビをつけている時間は、1～2時間が最も多く31名（32.0%）であり、次に1時間以内25名（25.7%）、2～3時間17名（17.5%）の順だった。「提言」を知っている者は31名（32.0%）であった（表1）。

表1 対象の基本属性

項目	n	%
経験年数		
0～5年	41	42.3
6～10年	35	36.1
11～25年	21	21.6
テレビ視聴時間		
2時間以内	56	57.7
2時間以上	39	40.2
その他	1	1.0
無回答	1	1.0
乳幼児の有無		
いる	27	27.8
いない	70	72.2
提言把握		
知っている	31	32.0
知らない	60	61.9
無回答	6	6.2

2 「提言」を知っている保健師の背景

「提言」を知っている保健師の背景については、保健師経験年数、調査時点において乳幼児期にある子どもの子育ての有無、保健師自身のテレビ視聴時間を2時間以内群、2時間以上群に分けて比較を行った。経験年数別の「提言」把握者の割合は、0～5年8名（20.5%）、6～10年14名（41.2%）、11～25年9名（50.0%）であり、経験年数の長い者程高率に知っていたが、有意差はみられなかった（ $\chi^2=5.989$, $p=0.050$ ）（図1）。また、乳幼児の子どもがいる群は14名（53.8%）が知っており、それ以外の群17名（26.2%）よりも統計的に有意に多かった（ $\chi^2=6.341$, $p=0.012$ ）（図2）。さらに、テレビ視聴時間では、2時間以内群53名（41.5%）であり、2

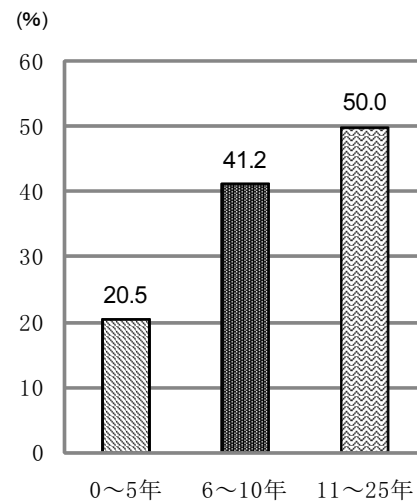


図1 保健師経験年数

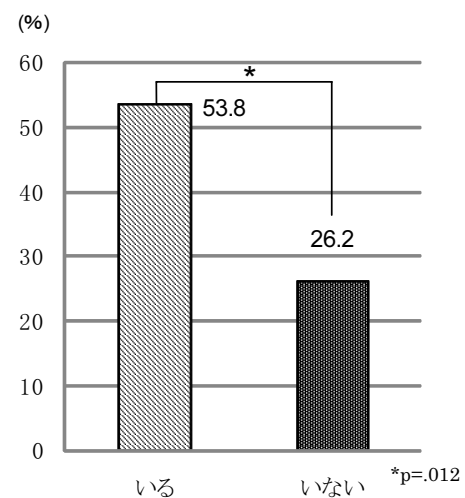


図2 保健師乳幼児の有無

時間以上群36名 (22.2%) より知っている者が多い傾向にあった ($\chi^2=3.569$, $p=0.059$) (図 3)。

3 「提言」に対する意見

全員に「提言」の内容を示し、賛否を聞いた結果、非常に賛成できる42名 (43.3%)、賛成できる51名 (52.6%) であり、96%が提言に賛同したが、3名がどちらともいえないと回答し、無回答が1名いた。賛否に対する理由についての回答は求めていないため、提言への具体的な考えを知ることはできなかった。

4 保健指導の必要性

乳幼児健診でのテレビ視聴に関する保健指導 (以下、保健指導とする) の実施について、「必要がある」と答えた者は、乳児健診時57名 (58.8%)、1歳6か月健診時82名 (84.5%)、3歳児健診時87名

(89.7%) であり、乳児期における保健指導の必要性は6割のみであったが、1歳6か月児、3歳児と年齢が高くなるに従いそれぞれ8割、9割と増加していた (図 4)。

乳児、1歳6か月児、3歳児全期について回答の得られた95名に関して、「必要がある」とした者について検討した結果、3期すべてに必要としたタイプ1が55名 (57.9%)、1歳6か月児健診、3歳児健診のみに必要としたタイプ2が25名 (26.3%)、3歳児健診のみに必要としたタイプ3が6名 (6.3%)、乳児、1歳6か月のみに必要としたタイプ4が1名 (1.1%) であった。すべての健診時において「必要はない」と回答したタイプ5が8名いた (表 2)。

「提言」把握別では、乳児健診での必要性を回答した者は、知っている群は24名 (77.4%) であり、知らない群の29名 (49.2%) より有意に高かった ($\chi^2=6.707$, $P=0.010$)。1歳6か月健診と3歳児健診では有意差はみられなかった (表 3)。

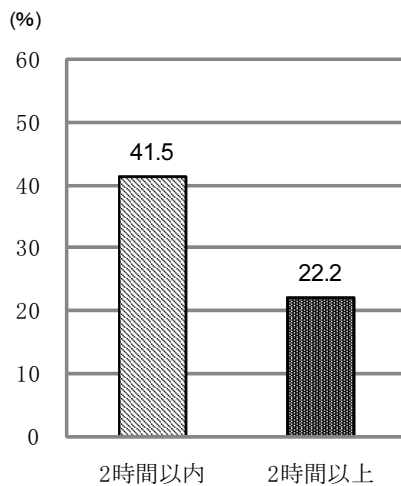


図 3 保健師テレビ視聴時間

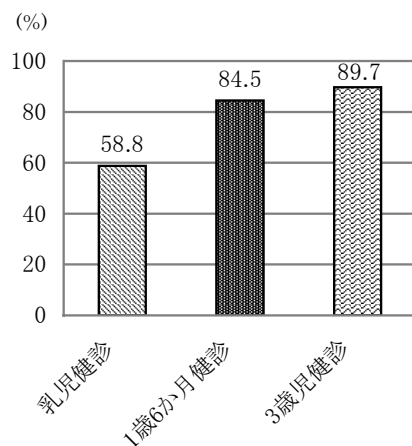


図 4 保健指導の必要性：健診別

表 2 保健指導の必要性：タイプ別

タイプ	n	%
タイプ 1	55	57.9
タイプ 2	25	26.3
タイプ 3	6	6.3
タイプ 4	1	1.1
タイプ 5	8	8.4
計	95	100.0

注) 健診全期について回答のあった95名中の%

表 3 保健指導の必要性：「提言」把握別

	知っている群		知らない群		χ^2 検定
	n	%	n	%	
乳児健診					
必要	24	77.4	29	49.2	$\chi^2=6.707$ P=10
どちらでもない/ 不必要	7	22.6	30	50.8	
1歳6か月健診					P=205 ^{注)}
必要	29	93.5	48	81.4	
どちらでもない/ 不必要	2	6.5	11	18.6	
3歳児健診					P=711 ^{注)}
必要	29	93.5	54	90.0	
どちらでもない/ 不必要	2	6.5	6	10.0	

注) Fisherの直接法

5 保健指導の実施状況

保健指導を実施している者は44名(45.4%)、実施していない者は48名(49.5%)であった(表4)。実施時期については、乳児健診6名(13.6%)、1歳6か月児健診23名(52.3%)、3歳児健診37名(84.1%)、「その他」9名(20.5%)であり、「その他」の記載内容として乳幼児訪問、育児学級や両親学級、食育教育等の回答があった(表5)。

経験年数別での実施者は、0～5年19名(46.3%)、6～10年13名(39.4%)、11～25年12名(66.7%)

表4 保健指導実施状況

実施状況	n	%
実施している	44	45.4
実施していない	48	49.5
無回答	5	5.2
計	97	100.0

表5 保健指導実施時期

実施時期	n	%
乳児健診	6	13.6
1歳6か月児健診	23	52.3
3歳児健診	37	84.1
その他	9	20.5
無回答	5	11.4

注) %は実施している44名中の% (複数回答)

表6 保健指導実施状況：「提言」把握別

実施の有無	知っている群		知らない群		χ^2 検定
	n	%	n	%	
実施している	18	64.3	21	35.6	$\chi^2=6.321$
実施していない	10	35.7	38	64.4	P=0.10
計	28	100.0	59	100.0	

で、0～10年では約4割、11～25年では約6割の実施率であり、経験年数の長い者の実施率が高かったが、有意差はなかった($\chi^2=3.537$, p=.171)。

「提言」把握別でみると、知っている群は28名中18名(64.3%)が保健指導を実施しており、知らない群より実施している割合が有意に高かった($\chi^2=6.321$, P=.010)(表6)。

6 3歳児健診受診票「TV等視聴欄」の活用状況

2010年4月に改定された沖縄県小児保健協会作成の乳幼児健診受診票において、1歳6か月健診、3歳児健診の両方に、1日にテレビ等を視聴する時間を把握できる項目(以下、「TV等視聴欄」とする)がある。本調査を実施した当時は、3歳児健診受診票にのみ「TV等視聴欄」があったため、3歳児健診における本項目の活用状況では、毎回活用している13名(13.4%)、時々活用している55名(56.7%)、活用しない27名(27.8%)であった(表7)。

経験年数別では、0～5年25名(62.5%)、6～10年27名(77.1%)、11～25年16名(80.0%)であったが、有意差はなかった($\chi^2=2.850$, p=.240)。

「提言」を知っている群の活用は、31名中28名(90.4%)で、知っている群は知らない群より活用

表7 「テレビ等視聴欄」活用状況

活用状況	n	%
毎回活用	13	13.4
時々活用	55	56.7
活用しない	27	27.8
無回答	2	2.1
計	97	100.0

表8 「テレビ等視聴欄」活用するとき

活用するとき	n	%
就寝時間が遅い	44	64.7
言語発達の遅れ	33	48.5
養育者が言語発達の遅れを気にしている	32	47.1
表情が乏しい	25	36.8
声かけに無反応	22	32.4
視線を合わせない	20	29.4
愛情を示さない	11	16.2
肥満傾向	2	2.9
その他	23	33.8

注) %は活用している68名中の% (複数回答)

している者の割合が有意に高かった ($\chi^2=8.496$, $p=0.003$)。

どのような時に活用するかについて選択肢を提示し回答を得た結果、「就寝時間が遅い」44名(67.4%)、「言語発達が遅れている」33名(48.5%)、「養育者が言語発達の遅れを気にしている」32名(47.1%)等であり、「その他」として、テレビ視聴時間が長い・2時間以上の視聴(13名)、子どもとの触れ合いを把握するとき(2名)、生活リズムが悪い場合(1名)、テレビに子守をさせていると感じるとき(1名)、おちつきがないとき(1名)、指しゃぶり(1名)、育児相談の内容(1名)、共働き・シングルマザー(1名)等であった(表8)。

7 望ましいテレビとのつきあい方

乳幼児の望ましいテレビとのつきあい方として選択肢を提示し回答を得た結果、8割以上であったのは「長時間視聴しない」「テレビからの距離を保つ」であった。「その他」では、視聴時間を決める、テレビに子守はさせない、姿勢に気をつける、内容や感想を親子で話す、子どもがどう感じているのかを知るであった。

経験年数別でみると「視聴する番組を親が選択する」「みないときは消す」「授乳中や食事のときは消す」では、経験年数が増すに従い増えていたが、「視聴する番組を親が選択する」のみ有意差がみられた($\chi^2=13.016$, $p=0.001$)。

「提言」を知っている群は知らない群より、すべての項目を望ましいつきあい方であると考える者が多く、有意に多かった項目は「長時間視聴しない」($\chi^2=4.379$, $p=0.044$)、「視聴する番組を親が選択する」($\chi^2=5.420$, $p=0.023$)、「授乳中や食事のときは消す」($\chi^2=6.983$, $p=0.008$)、「子ども部屋にテレビを置かない」($\chi^2=7.469$, $p=0.010$)であった(表9)。

IV 考察

テレビ視聴に関する保健指導を実施している保健師は45%であり、そのうち乳児健診での実施は14%、1歳6か月児健診52%、3歳児健診84%であり、年齢が高くなるに従い実施割合は高くなっていった。また、「提言」を知っている群は知らない群に比べ、乳幼児のテレビ視聴に関し高い意識をもち、保健指導を実施する者が有意に多く、「提言」を把握している保健師の背景として、乳幼児期にある子どもを子育てしている者が有意に多い現状が調査結果から明らかとなった。

テレビ視聴時間に生活時間を奪われることは、子どもの生活リズムの乱れや就寝時間の遅れ、活動性低下による運動不足や肥満、基礎学力の低下に繋がること等が明らかになっており^{2)~6)}、基本的な生活習慣の獲得において重要な時期にある子どもを支援する際には、子どもの生活にテレビがどのように存在しているかについて理解し支援する必要がある。現代の子どもは、乳児期から1日に約3時間テレビと

表9 望ましいテレビ・ビデオとのつきあい方：「提言」把握別

項目	知っている群		知らない群	
	n	% ^{注)}	n	% ^{注)}
長時間視聴しない*	31	100.0	47	87.0
授乳中や食事のときは消す**	30	96.8	40	74.1
テレビとの距離を保つ	29	93.5	44	81.5
みないときは消す	29	93.5	42	77.8
子ども部屋にテレビを置かない**	28	90.3	34	63.0
視聴する番組を親が選択する*	24	77.4	2	51.9
親も一緒に視聴する	23	74.2	30	55.6
その他	3	9.7	1	1.9

* $P<0.05$ ** $P<0.01$ (複数回答)

注) 知っている群31名中、知らない群54名中の%

接触しており¹⁾、生活の中にテレビが習慣化する前に、養育者が適切な基本的生活習慣の獲得に向け子どもを教え導けるよう早期に保健指導を開始することが望ましいと考える。

保健師が保健や看護の情報だけでなく、子どもの成長・発達に関する周辺領域の情報や最新の科学的知識に敏感であることで、現代のニーズにマッチした適切な保健指導を実施することが可能となる。しかし、結果から「提言」を把握しているか否かは、職務経験年数ではなく、乳幼児期の子どもの子育ての有無と関係があることがわかった。このことは、専門職としての職業的関心から情報を得ているのではなく、実際に子育て中である保健師が親として子どもや子育てに関する情報に敏感であるからと推測される。子どもの有無に関わらず、保健師自身が主体的に情報を得よう努めることは専門職業人として必要なことであり、同時に、保健指導に必要な最新の情報をすべての保健師が把握できるようタイムリーに職員研修を実施するシステムを作る必要があろう。

受診票の「TV等視聴欄」を活用するときについて、約6割の保健師が「就寝時間の遅れ」をあげ、活動性の低下による「肥満」は2名、「生活リズムの乱れ」は1名であり、生活習慣とテレビ視聴時間を関連させて子どもを捉えている者が極めて少なかった。逆に、「言語が遅れている」「養育者が言語発達の遅れを気にしている」「表情が乏しい」「声かけに無反応」「視線を合わせない」という自閉症などの発達障害を疑うきっかけとなるような症状をあげる者が半数近くおり、テレビ視聴と発達障害が関連しているような印象を養育者へ与えてしまう可能性が示唆された。日本小児科学会¹⁸⁾は、1歳6か月健診の対象児1,900名について、テレビ長時間視聴の子どもの言語発達に遅れがあるとした横断的研究による結果を根拠とし「提言」を出したが、テレビ視聴時間と言語発達の遅れに因果関係があることを証明したものではないことに注意しなければならない。その他、テレビ長時間視聴が言語発達に影響を及ぼすとする研究がある^{12)~14)}が、テレビ長時間視聴が自閉症などの発達障害を生じさせるという因果関係を証明するには至ってなく、さらなる科学的検討の必要性

が指摘されている¹⁵⁾¹⁹⁾²⁰⁾。しかし、テレビ長時間視聴が子どもの健康に何らかの悪影響をもたらすと推察される以上、誤った情報を養育者へ伝え不必要な不安を与える保健指導とならないよう注意した上で、予防的視点で取り組んでいくことは重要なことである。

さらに、保健指導の必要性を感じながらも実践に結びつかない保健師も多く存在していた。実践に結びつかない理由を聞き出すことはできなかったが、乳幼児健診の悩みについて、「相談の時間が十分にとれない」「スタッフ不足」をあげる保健師が多いこと²¹⁾を考えると、乳幼児健診時の時間的・人的要因も少なからず関係しているものと推測され、健診の運営方法に関しても検討していく必要がある。

文献

- 1) NHK放送文化研究所“子どもに良い放送”プロジェクト. 2010.
http://www.nhk.or.jp/bunken/research/bangumi/kodomo/pdf/kodomopro_100311.pdf (2010年6月21日現在)
- 2) 服部伸一、足立 正、嶋崎博嗣、他. テレビ視聴時間の長短が幼児の生活習慣に及ぼす影響. 小児保健研究 2004: 63(5): 516-523
- 3) 高橋真由美、小林美穂、細井舞子、他. 都市部における乳幼児の生活リズムと保護者の生活習慣との関連. 大阪市立大学看護学雑誌 2010: 6: 27-33
- 4) 子どもの生活リズム向上のための調査研究会. 子どもの生活リズム向上のための調査研究事業—朝食メニューが子どもの生活リズムを変える—. 「早寝早起き朝ごはん」調査報告書. 2007
[http://www.nara-kyushoku.or.jp/data_00\(shiryo\)/070704_hha-choshoku-07.07.04.pdf#search](http://www.nara-kyushoku.or.jp/data_00(shiryo)/070704_hha-choshoku-07.07.04.pdf#search) (2010年6月21日現在)
- 5) 豊田弘司. 学業成績の規定要因における発達的变化. 教育実践総合センター研究紀要 2008: 17: 15-21
- 6) 沖縄県立総合教育センター. 本県児童生徒に身につけさせたい力と教育活動支援に関する研究

- ー全国学力・学習状況調査結果並びにこれまでの研究成果を生かしてー. 2009
<http://www.edu-c.open.ed.jp/kyouka/chyousak/20cyoken/h20kanai/keiei.pdf#search>
(2010年6月21日現在)
- 7) 日本子どもを守る会編集. 子ども白書. 草土文化. 2004: 56-60
- 8) 日本小児科連絡協議会ワーキンググループ編. 心と体の健診ガイドー乳児編ー. 日本小児医事出版社. 2002: 151-152
- 9) 中井孝章. テレビ進化と現在の子どもの発達問題ー生活科学的アプローチー. 生活科学研究誌 2004: 3: 133-151
- 10) 旦 直子, 開 一夫. 乳幼児におけるテレビ映像理解の発達に関する研究. 発達研究 2009: 23: 115-130
- 11) 片岡直樹. 新しいタイプの言葉遅れの子どもたち. 日本小児科学会雑誌 2002: 106(10): 1535-1539
- 12) 加納亜紀, 高橋香代, 片岡直樹. テレビ・ビデオの長時間視聴が幼児の言語発達に及ぼす影響. 日本小児科学会雑誌 2004: 108(11): 1391-1397
- 13) 澤井 遵, 浅野純一, 藤本 保, 他. 「子どもとメディア」に関する意識調査ー乳幼児期のテレビ・ビデオ長時間視聴が子どもの発達、行動に及ぼす影響ー. 日本小児科医会会報 2005: 30: 113-119
- 14) 家島 厚, 山口文佳, 桑島克子. テレビ育児と情緒発達の遅れー言語発達遅滞児の増加ー. 茨城県立病院医学雑誌 2004: 21(4): 227-234
- 15) 石崎朝世. 乳幼児の長時間ビデオ・テレビ視聴の発達への影響. 小児科 2006: 47(1): 99-104
- 16) American Academy of Pediatrics Committee on Public Education: Media Education: PEDIATRICS 1999; 104(2): 341-343
- 17) 日本小児科医会「子どもとメディア」対策委員会. 「子どもとメディア」の問題に対する提言. 2004. <http://jpa.umin.jp/>
- 18) 日本小児科学会こどもの生活環境改善委員会. 乳幼児のテレビ・ビデオ長時間視聴は危険です. 2004. <http://www.jpeds.or.jp/saisin.html>
(2010年6月21日現在)
- 19) 平岩幹男. 発達障害 子どもを診る医師に知っておいてほしいこと. 第1版, 東京: 金原出版, 2009: 24-26
- 20) 日本小児神経学会. 提言「子どもに及ぼすメディアの影響」について. 脳と発達 2004: 36: 443
- 21) 塚田久恵, 大森せつ, 高瀬裕美他. 子育てをサポートする保健師の悩みや課題ー保健師経験年数別の結果ー. 北陸公衆衛生学会誌 2004: 30: 81-86