



b) 39 指標の実現可能性

抽出した 39 項目の指標について、調査が可能であるか否かについてアンケート調査を行った結果、人口規模が小さな自治体ではほとんどの項目の調査を実施することが可能であるという回答が多かった。人口規模が大きい自治体、また府県レベルでは、担当部署がない、あるいは担当部署がすでに決まっているため、母子保健担当部署では調査が不可能であるとの回答が多かった。

D. 考察

今回、日常診療で経験する事故による傷害事例につき、外来の場で聴取する情報の内容について検討した。

今までの情報では、事故の発生日時、場所、事故が発生したときの状況、傷害部位、傷害名、処置などの情報収集が行われてきた(16, 17)。しかし、これらの情報では事故を再現することが難しく、予防を考える上でほとんど役に立たないことがわかった(18, 19)。

そこで、事故が発生した状況についてより詳しく聞き取ることとした。詳しい状況の聴取によって、事故の発生状況はある程度はつきりした。さらに、保護者に図を描いてもらう、あるいは保護者に状況を聞きながら医療者側が描いた模式図を見ると、より詳しい状況がわかることが判明した。

模式図により、事故の発生状況を理解することが容易となった(20)。

傷害予防の指標として 39 項目挙げたが、これに取り組むには 2 つの点が必要である。一つは、事故予防とはどのような活動であるかを保健師に理解してもらうことである。事故予防の領域では、「気をつけてください」「目を離さないで」のような教育的な指導の効果はほとんどないことがわかっており、環境の改善を優先する必要がある。教育的な指導は計測できる指標にはなり得ないし、効果判定もできない。計測できる指標を取り上げ、計測値を出すことが保健活動であることを理解してもらう必要がある。

もう一つは、実際に活動を試みる必要性である。地域において、小児の事故でもっとも緊急性が高い問題を数個選び出す重み付けの作業を行い、それらの計測値を決め、実際に取り組む必要がある。調査は不可能と机上で言うだけでは何ら問題の解決にはならない。小児の事故の問題を解決するには、他部門との調整能力が不可欠であり、具体的に実践する中で問題点を一つ一つ解決していくしか有効な保健活動を展開することはできない。

E. 結論

事故による傷害を予防するためには、事故の発生状況を詳しく聴取し、いろいろな面から検討する必要がある。医療現場には重症度が高い傷害が日々、受診しているが、処置のみが行われ、事故の発生状況を詳しく聴取することは行われていない。しかし、医療現場は事故の発生時間、発生現場に近い場所にあり、当事者の記憶も新しいので、事故の詳しい発生状況を入手しやすい環境にある。

今回、診療の問診時に模式図の情報を入れることにより、事故の発生状況を理解することが容易となった。また、コンピュータグラ

フィクスで画像化する場合にもたいへん有用であることがわかった。今後は、模式図を併用しながら、事故の発生状況のデータを蓄積していく必要がある。

また、傷害予防活動の指標を 39 項目挙げ、具体的な活動を展開する必要性を指摘した。今後の傷害予防のキーワードは「地域」「連携」「継続性」「実行可能」などであろう。

子どもの事故予防に取り組むには、縦割りではなく、横断的な活動が必須であり、そのモデルとして WHO が推進している「Safe Community」活動に注目する必要がある(21-23)。

【参考文献】

- 1) 山中龍宏：子どもたちを事故から守る、連載第 7 回。小児内科 35：1386-1387, 2003
- 2) 山中龍宏：子どもたちを事故から守る、連載第 8 回。小児内科 35：1742-1743, 2003
- 3) 山中龍宏：子どもたちを事故から守る、連載第 9 回。小児内科 35：1892-1894, 2003
- 4) 山中龍宏：子どもたちを事故から守る、連載第 10 回。小児内科 35：2034-2036, 2003
- 5) 山中龍宏：子どもたちを事故から守る、連載第 3 回。小児内科 35：498-499, 2003
- 6) 山中龍宏：子どもたちを事故から守る、連載第 5 回。小児内科 35：1088-1089, 2003
- 7) 山中龍宏：子どもたちを事故から守る、連載第 11 回。小児内科 36：360-362, 2004
- 8) 山中龍宏：子どもたちを事故から守る、連載第 14 回。小児内科 36：686-689, 2004
- 9) 山中龍宏：子どもたちを事故から守る、連載第 6 回。小児内科 35：1240-1241, 2003
- 10) 山中龍宏：子どもたちを事故から守る、連載第 2 回。小児内科 35：354-355, 2003
- 11) 山中龍宏：子どもたちを事故から守る、連載第 4 回。小児内科 35：932-933, 2003
- 12) 山中龍宏：子どもたちを事故から守る、連載第 15 回。小児内科 36：984-987, 2004
- 13) 山中龍宏：子どもたちを事故から守る、連載第 20 回。小児内科 37：138-142, 2005
- 14) 山中龍宏：子どもたちを事故から守る、連載第 12 回。小児内科 36：508-510, 2004
- 15) 山中龍宏：子どもたちを事故から守る、連載第 1 回。小児内科 35：104-105, 2003
- 16) 山中龍宏：事故のサーベイランス。小児科臨床 51：418-426, 1998
- 17) 山中龍宏：事故の情報収集システム（事故サーベイランス）。小児科診療 59：1579-1587, 1996
- 18) 事故サーベイランスプロジェクト事務局：事故サーベイランスプロジェクト報告書。2006, 産業技術総合研究所デジタルヒューマン研究センター
- 19) 山中龍宏：子どもを不慮の事故から守る。公衆衛生 70:604-609, 2006
- 20) 西田佳史、本村陽一、山中龍宏：日常系の科学技術：乳幼児事故予防のための日常行動モデリング。計測と技術 45:1010-1017, 2006
- 21) 山中龍宏：子どもの事故予防と Safety Promotion, 小児科臨床, 58:695-701, 2005
- 22) 山中龍宏：Safety Promotion, 小児内科 37:878-883, 2005
- 23) 山中龍宏：小児の事故と安全教育, 小児

表 市町村において、小児の事故予防活動として取り上げる項目例とその計測値

交通事故

小児の交通事故データから	: 発生率・死亡率
自動車乗車時、チャイルドシートの着用（乳児、幼児）	: 着用率
自動車乗車時、全席でシートベルトの着用（学童、生徒）	: 着用率
チャイルドシートの適切な取り付け	: 適正率
自転車に乗るときにヘルメットの着用	: 着用率
自転車足部ガード付きの椅子の使用	: 使用率

溺水・溺死

浴槽に残し湯をしない	: 実施率
乳幼児が浴室に入れない仕掛けを設置する	: 設置率

転倒・転落

ベビーカーに乗せるときは5点式シートベルトの使用	: 使用率
ベビーベッドの柵はつねに上げる	: 実施率
クーハン、歩行器、ショッピングカートは使用しない	: 使用率
階段に転落予防の柵の設置	: 設置率
高層ビルに窓ガードの設置	: 設置率
手すり柵の高さ（足掛かりの上端から90 cm以上）	: 設置率
手すりの格子のあいだの幅（11 cm以内）	: 設置率
踏み台となりそうなものは手すり柵から60 cm以上離す	: 設置率

誤飲

セーフティ・キャップの水薬ビンの使用	: 使用率
子どもの環境からタバコを排除	: 実施率

学校・スポーツ事故

日本スポーツ振興センター災害共済給付状況	: 給付率
プールの吸排水口の金具の固定	: 固定率

サッカーゴールポストの固定	: 固定率
スキー、スケート、スケートボード、キックスケーターなど ヘルメットの着用	: 着用率
手袋、手首・肘・膝のプロテクターの使用	: 使用率
スポーツ（球技・団体競技、格闘技）時にマウスガードの使用	: 使用率
水遊び、釣り、ボート遊び時にライフジャケットの着用	: 着用率

表 市町村において、小児の事故予防活動として取り上げる項目例とその計測値（つづき）

窒息

早食い競争の禁止	: 実施率
ぶどう、プチトマト、コンニャクゼリーなど窒息の可能性のある食べ物	: 大きさを小さくして与えている

率

遊具による事故

遊具の定期点検	: 施行状況
鞆、ヘルメットなどループになったひも状のものを身につけて遊ぶことの禁止	: 実施状況
身体の拘束が必要な遊具	: 固定率

住宅内事故

住宅内の家具の固定	: 固定率
玄関ドアの蝶番側にカバーを設置	: 設置率
玄関ドアクローザーの設置	: 設置率

熱傷・火傷

テーブルクロスを使用しない	: 使用率
給湯温度の設定を 50℃以下とする	: 実施率
消火器の設置	: 設置率
住宅用火災警報器の設置	: 設置率
一酸化炭素の感知器の設置	: 設置率
難燃性のパジャマや毛布の使用	: 使用率

誤飲チェッカー使用状況と誤飲事故経験歴との関係について

分担研究者 谷原 真一（福岡大学医学部衛生学）

平成17年2月から平成18年8月までの10か月健診受診対象者および平成17年9月から平成19年2月までの1歳6か月健診受診者を対象として、誤飲チェッカー使用状況および誤飲を中心とする事故の経験歴に関する調査を実施した。10か月健診受診対象者については386名から調査票が改修された。誤飲チェッカー使用状況に関しては354名の有効回答が得られ、誤飲チェッカーの配布を受けた者の約半数は使用経験があると回答した。誤飲の危険性のために1 m以上の高さの場所に置き換えたことがある物品で最も多かったのはおもちゃであった。誤飲チェッカー使用状況と誤飲故による医療機関受診の関連についても検討したところ、オッズ比は1.14（95%信頼区間0.21-6.54）であり、統計学的に有意な関連を認めなかった。

1歳6か月健診受診者からは585通の回答が得られた。誤飲チェッカーの利用状況についての有効回答が得られた569名の内259名（45.5%）が誤飲チェッカーを使用したことがあると回答した。誤飲チェッカーを使用したことがある者で44名（内、医療機関受診9件）、使用しなかった者で36名（内、医療機関受診10件）が誤飲を経験したと回答した。兄弟姉妹がいる者（317名中160名）はいない者（251名中99名）よりも統計学的に有意に誤飲チェッカーを使用していたことが明らかになった。誤飲チェッカー使用状況と誤飲による医療機関受診及び誤飲経験の関連を検討したところ、誤飲による医療機関受診のオッズ比は1.22（95%信頼区間0.48-3.14）であり、誤飲経験のオッズ比は0.90（95%信頼区間0.56-1.44）と、いずれも統計学的に有意な関連は認められなかった。

乳児健診の場において配布した誤飲チェッカーの使用状況と事故による医療機関の受診経験の間には誤飲チェッカーの使用状況と明確な関連性は認められなかった。今後は費用対効果も含めた上で地域における乳幼児の事故予防対策の立案と評価を実施する必要がある。

A. 研究目的

わが国では過去数十年以上にわたって乳幼児死亡原因の第一位が不慮の事故によるものである。小児の健康問題として事故対策を検討することは重要である。中でも畳に代表されるわが国独自の生活習慣のため、異物誤飲事故の頻度は欧米諸国より高いことが知られている。乳幼児事故に関する保健指導によって事故予防対策の認識と事故の発生頻度の関連を検討することで、保健指導の評価を行うことを目的とした。

B. 研究方法

S県H市が実施している4か月健診の場を利用して誤飲チェッカーを配布し乳幼児事故に関する保健指導を実施した。さらに10か月健

診及び1歳6か月健診において誤飲チェッカーの使用状況及び医療機関を受診しないような誤飲及びその他の事故による医療機関受診の状況について調査を実施した。

保健指導の内容はわが国の乳幼児死亡原因の第一位が不慮の事故であることなどの基本的な情報に加え、誤飲チェッカーを用いて口径35mm以下のものを畳やカーペットから高さ1m以内の場所に置くようにする、などである。

誤飲チェッカーの使用状況及び事故による医療機関受診状況については、平成17年2月から平成18年8月までの10か月健診受診対象者および平成17年9月から平成19年2月までの1歳6か月健診受診者を対象として、誤飲チェッカー使用状況および誤飲を中心とする事故の経験歴に関する調査を実施した。10か月健

診受診対象者への調査は無記名の調査票を用いた郵送法によって実施した。1歳6か月健診受診者への調査は1歳6か月健診の案内と共に郵送した調査票を健診受診時に回収した。

誤飲チェッカー使用と事故による医療機関受診などの関連性についてはオッズ比を指標として求めた。1歳6か月健診受診者については、誤飲チェッカーを私用しなかった者と誤飲チェッカーに関する記憶がないと回答した者を合算して分析を実施した。統計学的分析に当たっては、Centers for Disease Control and Prevention (CDC)が作成したEPI INFO (Version 3.3.2)を用いた。

【倫理面に対する配慮】

本研究で実施した調査はいずれも質問紙法によるものであり、対象者の身体に対して侵襲を加える可能性は存在しない。郵送法による調査は無記名であり、個人を特定することは不可能なため、個人情報保護には問題はない。なお、郵送法による調査は調査票の返送をもって、調査に対する同意が得られたとみなすことが可能である。また、1歳6か月健診で行う調査では、目的、内容、意義についての説明を調査票配布と同時に書面で行い、必要に応じて1歳6か月健診の会場でも直接説明する機会を設け、保護者が本調査の内容を理解した上での同意を書面で確認した上で調査票を回収した。

C. 研究結果

I. 10か月健診受診対象者

期間中の10か月健診受診対象者から386通の回答が得られた。そのうち、誤飲チェッカーを配布されていたことを記憶していた者は354名であり、記憶なしは8名、転居などのためS県H市が実施する乳児健診を受診していなかった者は20名、不明・無回答が5名であった。以後の結果は誤飲チェッカーを配布されていたことを記憶していた354名についてのものである。

誤飲チェッカーの使用については188名が

使用したことがあり、161名は使用しなかったと回答した。使用しなかった者の半数以上は、チェックするのが面倒、気をつけているから大丈夫、であった(表1)。

表1 誤飲チェッカーを使用しなかった理由

理由	該当者	割合
1. なくしてしまった	13	8.1%
2. こわれてしまった	1	0.6%
3. 使い方がわからない	3	1.9%
4. チェックするのが面倒	85	52.8%
5. チェックする時間がない	45	28.0%
6. 気をつけているから大丈夫	83	51.6%
7. その他	25	15.5%

(有効回答161名)

誤飲チェッカーを使用したことがある者としてもっとも多かったのは、母親の192人であった。表2には母親を「使用したことがある」と回答した者の全数と考えて割合を算出した。父親は母親の40%程度であった。祖父や祖母が使用したと回答した者はごく少数であった。「その他」に該当する者には「兄弟姉妹」など保護者以外の者が含まれていた。

表2 誤飲チェッカーの使用者

使用した者の続柄	人数	割合
1. 母	192	100.0%
2. 父	76	39.6%
3. 祖母	5	2.6%
4. 祖父	1	0.5%
5. その他	37	19.3%

(使用者が母親と回答した192人を分母にした)

誤飲チェッカーを使用して誤飲の危険性があると判断した物品を1m以上の高さの場所

に置き換えたことがある者と回答した者は153名であった。置き換えたことがある物品で最も多かったのはおもちゃであり、置き換えたことがある者の約4分の3であった。硬貨や薬は約4割程度であり、タバコは2割強とおもちゃや硬貨や薬やボタンよりも少ない割合であった(表3)。

表3 移し替えを実施した物品

物品名	該当者数	割合
1. タバコ	34	22.2%
2. 硬貨	59	38.6%
3. ボタン	42	27.5%
4. くすり	56	36.6%
5. 豆類	10	6.5%
6. おもちゃ	114	74.5%
7. その他	17	11.1%

(有効回答153名)

誤飲チェッカーの使い勝手については、有効回答の得られた209人中、45人(21.5%)が「とても使いやすい」150人(71.8%)が「まあ使いやすい」12人(5.7%)が「やや使いにくい」2人(1.0%)が「とても使いにくい」と回答し、誤飲チェッカーの使い勝手については特に大きな問題はないと判断できた。

26人の者が事故やけがで病院や診療所を受診した経験があると回答した。報告数の多い順は「やけど」7名、「食べ物以外のものを誤って飲み込む」6名、「いすや階段などから落ちた」6名、「喉に何かを詰まらせた」3名、「手や足をドアにはさんだ」2名、「その他」8名(重複回答あり)であった。誤飲チェッカー使用状況とすべての事故による医療機関受診の関連を検討したところ、オッズ比は1.10(95%信頼区間0.51-2.35)であり、統計学的に有意な関連を認めなかった(表4)。誤飲チェッカー使用状況と誤飲事故による医療機関受診の関連についても検討したところ、オッズ比は1.14(95%信頼区間0.21-6.54)であり、すべての事故による医療機関受診と同様

に統計学的に有意な関連を認めなかった(表5)。

表4 誤飲チェッカー使用状況とすべての事故による医療機関受診の関連

		チェッカー使用		
		あり	なし	合計
事故による 医療機関受 診	あり	14	11	25
	なし	173	150	323
	合計	187	161	348

表5 誤飲チェッカー使用状況と誤飲または誤燕事故による医療機関受診の関連

		チェッカー使用		
		あり	なし	合計
事故による 医療機関受 診	あり	4	3	7
	なし	184	158	342
	合計	188	161	349

乳児健診における事故予防に関する講話についての感想は、大半の者が「とても参考になった」または「まあ参考になった」と回答していたが、「あまり参考にならなかった」「全く参考にならなかった」と回答した者も認められた。参考にならなかった理由としては、転居などのため、S県H市が実施する乳児健診を受診していなかったためと分類できる者が半数以上であった。また、「すでに知っていることで目新しいものではなかった」、「本を読んでの説明だけだったので、子育ての体験談など入れるほうが良い」、「集団検診の場で全員を対象にするのではなく希望者に限定する」という講話の内容に関する部分についてのコメントや、「子供が泣き出したので、あまりどんな話だったか覚えていません」など、講話の内容ではない部分についてのコメントも認められた。

その他の自由意見としては、「使わなくなった誤飲チェッカーの再利用」、「第2子以降の場合に複数の誤飲チェッカーを受け取ってしまう」、「1つ当たりの価格と費用的効果」、

「リサイクル」、「誤飲チェッカーは兄弟に誤飲の危険性のある物を判断させるのに有効であった」、「事故以外に感染症に関する対応を知りたい」などのようなコメントが認められた。

II. 1歳6か月健診受診者

1歳6か月健診受診者からは585通の回答が得られた。誤飲チェッカーの利用状況についての設問では、259名（44.3%）が誤飲チェッカーを使用したことがあると回答し、237名（40.5%）は使用しなかったと回答した。なお、誤飲チェッカーに関する記憶なしと回答した者が73名（12.5%）、無回答が16名（2.7%）であった。

誤飲チェッカー使用状況と性別については特に関連を認めなかった（表6）。しかし、誤飲チェッカー使用状況と兄弟姉妹の有無については統計学的に有意な関連（Pearsonの χ^2 乗値：7.137, $p=0.028$ ）を認めた。誤飲チェッカーの配布の記憶がある者に限定した場合、兄弟姉妹がいる者がいない者に対して誤飲チェッカーの使用のオッズ比は1.62（95%信頼区間1.11-2.35）であり、兄弟姉妹がいる者はいない者よりも統計学的に有意に誤飲チェッカーを使用していた（表7）。

表6 誤飲チェッカー使用状況と性別

	誤飲チェッカー使用状況			合計
	使用あり	使用せず	記憶なし	
性別				
男	125	126	28	279
女	134	111	45	290
合計	259	237	73	569

表7 誤飲チェッカー使用状況と兄弟姉妹の有無

	誤飲チェッカー使用状況			合計
	使用あり	使用せず	記憶なし	
兄弟姉妹なし	99	118	34	251
あり	160	118	39	317
合計	259	236	73	568

誤飲の経験については、誤飲チェッカーを使用したことがある者で44名（内、医療機関受診9件）、使用しなかった者で36名（内、医療機関受診10件）が経験したと回答した。誤嚥による医療機関受診は誤飲チェッカーを使用していない者の1件のみであった。誤飲チェッカーの配布の記憶がない者も誤飲チェッカーの使用がなかったとして、誤飲チェッカーの使用の有無と誤飲経験の有無に関するオッズ比は0.90（95%信頼区間0.56-1.44）であり、誤飲チェッカーの使用状況と誤飲経験の間には統計学的に有意な関連は認められなかった（表8）。

表8 誤飲チェッカー使用状況と誤飲経験回数

	誤飲チェッカー使用状況			合計
	使用あり	使用せず	記憶なし	
なし	215	200	61	476
1回	32	29	6	67
2回	7	5	6	10
3回以上	5	2	0	7
合計	259	236	73	250

（誤飲経験回数に関する無効回答1名あり）

誤飲の原因となった物品については薬によるものが「記憶なし」の群で頻度が高かった（表9）。食品などをのどに詰めた経験については誤飲チェッカーを使用したことがある者

で47名（内、医療機関受診0件）、使用しなかった者で27名（内、医療機関受診1件）が経験したと回答した。

表9 誤飲の原因となった物品

	誤飲チェッカー使用状況			合計
	使用あり	使用せず	記憶なし	
タバコ	13	12	8	33
おもちゃ	2	4	0	6
ボタン・小銭	4	3	0	7
電池	0	1	0	1
化粧水・化粧品	1	1	0	2
くすり	1	0	5	6
砂・小石	7	6	4	17
漂白剤・洗剤	2	2	0	4
防虫剤・乾燥剤	3	3	0	6
その他	27	11	1	39
合計	60	43	18	121

何らかの事故による医療機関の受診経験については誤飲チェッカーを使用したことがある者で22名、使用しなかった者で25名が経験したと回答した。また、誤飲チェッカーの配布の記憶がない者も誤飲チェッカーの使用がなかったとして、誤飲チェッカー使用状況と事故による医療機関受診の関連を検討したところ、オッズ比は0.99（95%信頼区間0.62-1.58）であり、誤飲チェッカー使用状況と事故による医療機関受診の間には統計学的に有意な関連を認めなかった（表10）。

表10 事故による医療機関受診の状況

	誤飲チェッカー利用			合計
	使用あり	使用せず	記憶なし	
事故による医療機関受診	216	197	62	475
受診経験なし	43	40	11	94
合計	259	237	73	569

誤飲による医療機関受診経験については誤飲チェッカーを使用したことがある者で9名、使用しなかった者で10名が経験したと回答した（表11）。また、誤飲チェッカーの配布の記憶がない者も誤飲チェッカーの使用がなかったとして、誤飲チェッカー使用状況と誤飲による医療機関受診の関連を検討したところ、オッズ比は1.22（95%信頼区間0.48-3.14）であり、誤飲チェッカー使用状況と誤飲による医療機関受診の間には統計学的に有意な関連を認めなかった。

表11 誤飲チェッカー使用状況と誤飲による医療機関受診の関連

	誤飲チェッカー利用			合計
	使用あり	使用せず	配布なし	
事故による医療機関受診	250	227	70	546
受診経験なし	9	10	3	23
合計	259	237	73	569

D. 考察

乳児健診の場で事故予防に関する教育を行う場合、健診の受診率は非常に高く、地域における対象者の大多数が参加することは昨年度以前に報告した。本研究において、10か月健康診断受診対象児に対する郵送調査についても回収率が約40%と郵送法としてはほぼ標準的な値であった。また、1歳6か月健診受診対象児については、健診の受診率や調査への協力状況から、対象者の90%以上から回答を得ている。1歳6か月健康診断受診児の事故による医療機関受診の頻度については、

先行研究と大きな差はなく、調査方法の妥当性も充分であると判断した。

乳児健診の場において誤飲チェッカーを活用した事故予防のための教育について、事故による医療機関の受診経験を効果の指標として用いたところ、誤飲チェッカーの使用状況の間に明確な関連性は認められなかった。誤飲の経験及び誤飲による医療機関の受診経験についても同様であった。このような結果をもたらした可能性の一つとして、調査に協力した者や誤飲チェッカーを使用した者は乳幼児の事故について関心が高く、このことが調査結果に影響を与えたことが考えられる。具体的には、誤飲チェッカーの使用経験が事故による医療機関受診の記憶と関連するというリコールバイアスの存在によって、誤飲チェッカーの使用経験と事故経験の頻度を過小評価させる方向に働いたと考えられる。また、本研究においては乳児健診の場において全ての受診者に誤飲チェッカーを配布して事故予防対策について具体的に指導を行った上で、10か月および1歳6か月の時点での使用状況を確認している。自由記載欄において、特に誤飲チェッカーを使用しなくとも誤飲事故の危険性を認識し、かつ危険のある物品を移動させている可能性も考えられる。

今回は、事故による医療機関受診を指標として、事故予防対策の評価を実施した。人口規模の限られた特定の自治体において、乳幼児が医療機関を受診するような事故の頻度はそれほど高くない。実際、本研究を実施したS県H市の国民健康保険において、平成13年～平成16年5月診療分のレセプトを検討した結果、1歳6か月未満の者が「損傷、中毒及びその他の外因の影響」で受診した件数は、1～4件/月であった。国保加入者は対象地域の一部でしかないが、加入率からはS県H市の約3～4分の1を反映していると考えられる。加入する保険の種類によって事故の頻度に差がないと仮定すれば、市全体でも10件/月という状況である。このことは、市町村レ

ベルにおいて事故の種類別に乳幼児の医療機関受診件数を指標とすると標本誤差の問題が生じる可能性が高いことを示している。

誤飲チェッカーを使用して置き換えたことがある物品で最も多かったのはおもちゃであったことや、兄弟姉妹がいる者はいない者よりも統計学的に有意に誤飲チェッカーを使用していたことなど、一部の結果は乳児健診の場において実施した教育内容に由来すると考えられた。保護者であれば肉眼でも誤飲の危険性が存在することを容易に認識可能であり、兄弟姉妹を対象とした指導としてみれば一定の有効性を示したと考えられる。このことは、自由記載の中に「これはどうかな？と思うおもちゃなどはチェッカーで確認することができて良かった」という内容があったことから、誤飲の危険があるかどうか肉眼では明確でない物品に対する認識を高める上で、誤飲チェッカーの配布は一定の有用性を示したと考えられる。

今回の調査では、S県H市以外の自治体で乳児健診を受けていたために、誤飲チェッカーが配布されなかったと推定できる者がある程度存在していた。転入者への子育て支援については、乳幼児健診以外の機会を設けることが有用である。誤飲チェッカーの利用はほぼ半数以上であったが、利用しない理由として「チェックするのが面倒」や「気をつけているから大丈夫」が過半数を占めるという結果は、事故に関するリスク認識をさらに高める必要性のあることを示唆している。また、事故予防以外の育児に関する状況について把握し、有効な事故予防対策が実施されない理由について明らかにすることで、事故予防対策への認知度を向上させることが期待できる。

E. 結論

誤飲チェッカーの配布によって、誤飲事故の危険認識を高め、予防対策を実践する者が存在することが明らかになった。しかし、事故減少効果については統計学的に有意な関連

は認められなかった。今後は費用対効果も含めた上で地域における乳幼児の事故予防対策の立案と評価を実施する必要がある。

【参考文献】

1) 谷原真一, 大牧真理子, 中村好一, 柳川洋: 乳幼児の事故経験歴に関する調査. 小児保健研究, 60:3:440-44, 2001.

F. 研究発表

1. 論文発表

特記事項なし

2. 学会発表

1) 谷原真一, 葉袋淳子, 近藤尚己, 鈴木孝太, 武田康久, 山縣然太郎, 藤田委由. 1歳6か月児の事故経験頻度. 第52回日本小児保健学会, 下関, 2005年10月8日, 第52回日本小児保健学会講演集, 374-375, 2005.

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

いずれも特記事項なし

保育所型病児保育に関する研究

島田 美喜	東京慈恵会医科大学医学部看護学科
遠藤 郁夫	浜町小児科医院
帆足 暁子	ほあし子どものこころクリニック
帆足 英一	ほあし子どものこころクリニック
森田 倫代	きらら保育園
山田 静子	ききょう保育園

要旨

現在の「乳幼児健康支援一時預かり事業」では、保育所での対象が「病気の回復期」の児童とされている。子育て支援の観点から、保育所において保育対象となる児童の範囲を広げることの可能性やそのための要件について研究班を設置し、検討を行った。その結果、「従来の病後児に加え、病初期を含めて病状が軽く、あまり急変の危険性が認められず、かつ、かかりつけ医より入室許可が出された児」を「保育所型病児」と定義し、受け入れに必要な要件や受け入れ可能な症状の範囲などを検討したものを『「保育所型病児保育」ガイドライン（案）』として作成した。

I. 研究目的

育児と仕事の両立や子育て負担の軽減のため様々な子育て支援策が実施されている。子どもが病気になった時は、共働き世帯で身近に支援者がいない場合には夫婦どちらかが仕事を休んで看護に当たることになる。育児・介護休業法において、小学校就学前の子を養育する労働者のために「看護休暇制度」の導入が企業の努力規定とされているが、2003年の日本労働研究機構の調査では、導入している企業は13.7%であり、実際の看護休暇の利用は1.3%に止まっている。また、同調査で子どもの看護に必要な支援として、女性雇用者の68%が「病児・病後児保育施設」を挙げている。

このような現状において、子育て家庭から子育て支援サービスの充実が求められ、とりわけ子どもが病気の際の支援が必要とされている。現在実施している「乳幼児健康支援一時預かり事業」では対象を「病気の回復期」にある児童としており、医療機関が実施施設の場合は急性期の児童も保育

が可能であるが、全国で240か所程度しか設置されていない。このことから、医療機関以外の施設、特に保育所での保育対象を広げることによって、支援の充実を図ることが可能であるかの検討を行い、もし可能であれば、どのような要件が整えば可能となるのかを明らかにすることを目的として研究を実施した。

II. 研究方法

平成17年10月に保育関係者、小児科医などからなる「保育所型病児保育に関する研究班」を設置し、6回にわたる研究班会議において検討を行った。

また、平成17年8月に厚生労働省母子保健課が実施した「乳幼児健康支援一時預かり事業に関する調査」の集計、分析を行い、検討の資料とした。

さらに全国病児保育協議会が平成12年度に実施した『「保育所型」病後児保育実施施設の実態調査』

も検討の参考とした。

Ⅲ. 結果及び考察

1. 乳幼児健康支援一時預かり事業に関する調査結果

1) 調査方法

都道府県・指定都市担当者を通して、各自治体内の乳幼児健康支援一時預かり事業を実施している保育所2カ所選定し、厚生労働省母子保健課より郵送で行った。(全国120カ所が対象保育所となっている。)調査期間は平成17年8月15日～9月5日で実施した。

2) 回収状況

4市34都道府県の65施設より回答(回収率54.2%)があった。回答施設は、A型施設(35.4%)、B型33施設(50.8%)、C型8施設(12.3%)、無回答1施設(1.5%)であった。

3) 調査結果

① 対象となる症状及び疾患

「感冒・感冒症候群」(95.4%)、「気管支喘息」(89.2%)、「発熱」(86.2%)の順で多く、東京都調査¹⁾の①感冒・感冒様症候群、②気管支炎、③喘息・喘息様気管支炎、④発熱とほぼ同様の結果であった。

② 受け入れられない症状及び疾患

受け入れられない症状及び疾患としては、「急性伝染病」(53.8%)、「ぜんそく等の慢性疾患」(21.5%)で「その他」(35.4%)にも具体的疾病を挙げての感染症や、医師の判断が不可の時を挙げているものが多い。平成15年度の全国病児保育協議会調査においては、「麻疹」、「インフルエンザ」、「水痘」等の感染症を入室不可としている病児保育室が多いという実態が明らかになっている。

③ マニュアルの整備状況

病後児保育に関するマニュアルの有無については、「ある」が58.5%、「ない」が41.5%で半数以上はマニュアルが整備されているが、まだ4割が整備されていない状況にある。

④ 協力医療機関の選定方法

協力医療機関は「保育所と契約している嘱託医に依頼」(66.2%)、「地区の医師会へ依頼」(29.2%)、「保育所周辺の医療機関に依頼」(27.7%)といった方法で選定されていた。

⑤ 子どもが病気になった場合や症状が強くなった場合の対応について

「保護者に連絡し引き取りに来てもらう」(58.5%)、「一定の基準に該当した場合、保護者に引き取りに来てもらう」(56.9%)が半数以上であり、嘱託医、協力医、かかりつけ医等の医師の診断の上で判断するところは合わせて41.5%あった。

⑥ 病児を受け入れることについての考え

「一定の条件があれば可能」回答している施設が31施設(47.7%)ある一方、「ニーズは高いが受け入れについては検討が必要」(22施設33.8%)、「ニーズは高いが、受け入れは困難」(11施設16.9%)と回答した施設も合わせて50.7%あった。

<参考文献>

- 1) 東京都、病後児保育に関するアンケート
(調査対象:平成15年度補助金交付対象29区市)

2. ガイドライン(案)の作成

研究会議での検討の結果を『保育所型病児保育ガイドライン(案)』としてまとめた。以下に概要を示す。

1) 基本的な考え方

病気の子どもは、健康な時にもまして、保護者による家庭看護を必要としており、本来は保護者が子どもの世話をすることが大原則であるが、現在の保護者のおかれている状況を鑑みると、親子にとって最善のサービスが必要な時に選択できることによって、保護者が育児への意欲を回復することができれば、サービスの提供も必要ではないかと考える。しかし、大前提としては子どもの安全、安心の体制が整えられた上でのサービス提供であることはいままでのない。

2) 病後児保育の現状と課題

現在、保育所併設の病後児保育室では「病気の回復期」にある児童を対象としており、定員2名に対し、看護職員1名のみの医療的には薄い配置となっているため、医療的なサポート体制が必要となる。医療機関が実施施設の場合には、未だ病気の「回復期に至らない場合」も含めて差し支えない、としていることから、急性期の子どもも保育の対象となる。

一方、一般保育の現状として、朝、健康な状

態で登園してきた子どもが発熱などした場合、保護者の引き取りがあるまでは保育を継続しなければならず、実態として病後児保育の対象よりも症状の強い子どもを保育しなければならない状況もある。

3) 「保育所型病児」の保育

現状の病気の子どもの保育に関する課題や子育て家庭のニーズなどから、病後児保育を実施している保育所であって、かつ、受け入れに必要な要件を満たす場合に限り、これまでの病後児よりも広げた範囲の子どもを受け入れることができるようにするための諸条件を明記した。

本ガイドラインでは「従来の病後児に加え、病初期を含めて病状が軽く、あまり急変の危険性が認められず、かかりつけ医より入室許可が出された児」を「保育所型病児」と定義している。

主な条件には、人員配置は、定員4名に対し常勤看護師1名、保育士1名の複数配置を最低基準とした。医療体制として、入室児のかかりつけ医からの連絡票を確認し、入室児の医療的な指導を行う「指導医」を選定することとした。症状変化時の体制として、対応マニュアルを作成し、協力医療機関との契約など具体的な対応を検討しておくこととした。また、「保育所型病児」の受け入れ範囲として、具体的な症状を明記した。受け入れ可能な症状と保護者への引き取りを必要とする状態を「発熱」、「嘔吐」、「下痢」、「咳嗽、喘鳴」の4点について明記し、さらに予測される症状への対応方法を記載した。

さらに、利用にあたっては必ず保護者がかかりつけ医を受診し、入室連絡票を記載してもらったからの入室とする。通常の保育を行っていた場合においても、この手続きは同様である。

保育の質を保つために、職員の資質向上を図ることや第三者も交えた運営協議会などを開催し、体制や保育看護の質の向上を図る仕組みが必要である。

今後の検討事項として、「園内方式による保育所型病（後）児保育室の検討」、「小児科診療所の保護観察室の利用」、「保育サービス評価の必要性」の3点について提起した。現在「乳幼児健康支援一時預かり事業」として、「病気の回復期」にある子ども（病後児）の保育が保育所や医療機関などに併設された保育室で実施されて

いるが、実施か所数は平成16年度で507か所に止まっている。「子ども・子育て応援プラン」では平成21年度までに1,500か所まで増やす目標を立てているが、補助金が廃止され、交付金化された状況下にあっては新たな方策を検討していかないとこのプランの目標を達成することは非常に難しいと考えられる。今後、さらに実施箇所数を増やすための具体的な方策について検討されることが望まれる。

IV. まとめ

現在「乳幼児健康支援一時預かり事業」として、「病気の回復期」にある子ども（病後児）の保育が保育所や医療機関などに併設された保育室で実施されているが、さらなる育児支援サービスの充実の観点から保育所併設の病後児保育室での対象範囲の拡大について検討をおこない「保育所型病児保育」とい範囲を設定し、保育可能な要件などを明記した「保育所型病児保育ガイドライン(案)」を作成した。親子が安心して預けられる、安全な保育看護が行われるよう、本ガイドライン(案)を活用されたい。

<参考文献>

1. 全国病児保育協議会、必携・新病児保育マニュアル、2005.
2. 東京都福祉保健局、東京都病後児保育事業マニュアル、2005.

「保育所型病児保育」ガイドライン（案）

2006年3月

「保育所型病児保育」ガイドライン（案）

目 次

- I 基本的な考え方 . . . 3（帆足暁子）
 - 1 子育て支援から「病気の子どもを保育すること」を考える
 - 2 子どもの立場から「病気の子どもの保育」を考える

- II 病後児保育の現状と課題 . . . 5（島田美喜）
 - 1 実施施設別の保育室の役割と特徴
 - 2 保育所における病後児保育の課題

- III 「保育所型病児」の保育
 - 1 「保育所型病児」とは . . . 7（島田美喜）
 - 2 「保育所型病児」の受け入れに必要な条件 . . . 8（島田美喜）
 - 1) 人員配置
 - 2) 施設設備
 - 3) 委託契約や予算について
 - 3 地域医療機関との連携体制 . . . 9（遠藤郁夫）
 - 1) 地域医療機関との連携
 - 2) 症状変化時の体制
 - 4 「保育所型病児」の受け入れ範囲 . . . 11（帆足英一）
 - 1) 受け入れ可能な症状の範囲と受け入れが困難な症状について
 - 2) 症状の観察と対応
 - 3) 症状が変化した場合の対応と留意すべき事項
 - 5 利用手続きの流れ . . . 25（島田美喜）
 - 6 運営上の留意点 . . . 27（山田静子）
 - 7 職員の資質向上 . . . 28（島田美喜）
 - 8 運営協議会の設置 . . . 29（森田倫代）
 - 1) 市区町村レベルでの関係者
 - 2) 「保育所型病児」保育室の運営に関わる関係者

- IV 今後の検討事項
 - 1 園内方式による保育所型病（後）児保育室の検討 . . . 29（帆足暁子）
 - 2 小児科診療所の観察室の利用 . . . 30（遠藤郁夫）
 - 3 第三者評価の必要性 . . . 31（帆足英一）

I 基本的な考え方ー病気の子どもを保育するということ

子どもは、病気であっても常に成長し続ける存在である。その前提のもとに、入院治療を必要とする疾病や病状の場合にも、小児科病棟に保育士を導入（療養環境整備加算）し、病気の子どもを保育することが勧められている。しかし、入院を必要とせず、医師の診察後に帰宅できる子どもの場合、つまり、この研究の対象である「病気の子ども」を保育することについては、依然として保護者（とりわけ「母親」）がみるべきという思想が根強い。もちろん、病気の子どもは、健康なときにもまして、保護者による家庭看護を必要としている。したがって本来は、保護者が子どもの世話をすることは大原則である。しかし、今の日本の社会は、複雑かつストレスフルな状況にある。保護者、子どもの置かれている状況や精神状態などをきちんと把握した上で、親子にとって最善の対応が選択できるようなサービスが提供されることが重要である。病後児保育施策は、平成6年から始まった子育て支援としてのエンゼルプランから本事業化されている。この研究の基本的な理念として、病気の子どもを保育することについて、まずは、子育て支援の視点から、次いで子どもの視点から考え、日本の現状における意義について明確にしたい。

1 子育て支援から「病気の子どもを保育すること」を考える

子どもの看護休暇が年間60日（1～3歳まで）認められるハンガリーのように、子育て施策が整備されている国はともかく、現在の日本においては、子どもの看護休暇制度が導入されている企業においても実質的に利用されることはほとんどない。国としての経済状態は回復傾向にあるといわれているが、子育て世代の実感とはかけ離れており、経済格差という言葉が普及しだした所以でもある。男女雇用機会均等法が施行されても、子どもが病気の時に休むのは圧倒的に母親である。祖父母の協力を得ようとしても、近隣にいない、現役世代として就労している、場合によっては高年齢出産の影響で祖父母の年齢も高く、要介護状態に陥っていることがあるなど、困難な状況がある。

また、3組に1組という離婚率に象徴されるように単親家庭が急増している。その場合には、子どもの病気のために仕事を休むという状況は、雇用の不安定さの要因となる。共働き家庭においても、常勤職員よりも派遣・契約職員を増員するという経済回復の裏にある雇用制度の変化を考えると、子どもの病気のために仕事を休むことによる雇用の不安定さは、単親家庭と同様である。

仕事を休めないために、風邪で39度の発熱をしている子どもをタクシーに同乗させて営業まわりを続けて悪化させてしまった親や、登園前に下熱剤を使用して保育園に通園させ、熱が上がったのでというお迎えの連絡に対しては無視するしかない親もいる。また、子どもは病気で保育園を休んでいたが、親はクリーニングの自営の仕事で忙しく、気づいた時には子どもがシーツにアイロンをかける業務用のローラーの機械に腕を挟まれていたという事故など、仕事と子育ての両立がいかにかに厳しい状況にあるかは明白である。

一方、各種調査からは、専業主婦の方が共働き世帯の妻よりも子育てに対する負担を

感じている人が多いという結果が出ている。夫や家族から支援を得られず、子どもと2人だけで向き合う生活が、心身両面から孤立感と疲労感を呼び、子育てに前向きになれない母の苦悩が浮かび上がった結果であると思われる。このように、「病気の子どもを保育する」事業に、専業主婦への対応も視野におかなければならないことが示唆される。

また、子育て世代に、子どもの看病についての知識や技術をもたない親が増えている。「子どもの熱の測り方がわからない」「悪寒を訴えているのに、発熱しているからと子どもを冷やす」「下痢の子どもに、好物だからと唐揚げを食べさせる」など、本来、世代間伝達のひとつとして受け継がれてきていた「子どもの看病の方法」さえも、伝達されない現状がある。さらに、急病でもないのに仕事を休むことはできないとか、受診のタイミングが判断できないなどの理由から、夜間救急に連れて行き、救急外来は走り回る子どもで一杯になり、そして小児科医は消耗しきって病院を辞め、小児科医が足りないという悪循環さえおきているのである。

このような現状においては、病気の子どもに専門的な看護と保育の両面からケアをしてくれる「病気の子どもの保育」が必要とされる。「病気の子どもの保育」には、子どもを保育室に預け、ひとときでも保護者（特に母親）が心身両面から自分を取り戻す時間を確保することで、改めて子どもを看ていこうという気力を取り戻していく役割もある。あるいは、病児保育室に出向き、看護師や保育士から正しいケアを学び、よりよい看病ができるような教育的役割もある。

2 子ども立場から「病気の子どもの保育」を考える

既述したように子どもは病気であっても常に成長している。子どもの体調に合わせた保育を提供することは、子どもの最善の利益を保障することに通じる。

親が仕事を休めずに保育園に通所し、途中で体調が悪くなった場合には、当然保育園から親にお迎えの連絡が入る。しかし、すぐに迎えに行かれる親は少ない。体調が悪い子どもは、保育園の一室やホールの片隅で寝かされていることが多い。保育所は、集団保育が前提であり、個別に子どもの体調に合わせた保育を行うことは難しい。また、集団であるために、子どもの体調の変化に気づきにくく、重症化する可能性もある。病気であるために活動に参加できず、集団の中で他児の活動を眺めていることは、特に幼児期後期の子どもにおいては、自尊感情が阻害されることも考えられる。このような環境で子どもが通常の子どもの保育園で1日を過ごすよりも、病児保育施設において保育者1人に子ども2人という手厚い個別的保育の中で、体調・精神状態・発達状態等に合わせた専門的な保育を受けることが望ましい。

また、病気の子どもを親が看護をする場合においても、看病の方法の伝達がなされていない世代の増加と、子どもの病気に直面した際に、親の就労の不安定さや精神的な未熟さから子どもへの虐待の契機となっていることを考えると、子どもの看護休暇制度の実現によって全てが解決されるわけではないことが示唆される。必ずしも家庭において親に看病してもらうことが子どもにとって幸せな体験とはなりえないという状況が現れてきているのである。病気のとときに、子どもは痛みやしんどさ等から万能感が崩れ、病気の自分に対する不安感や疎外感をもちやすい。そのような子どもの心理をよく理解

した専門職員が、子どものところに寄り添うことによって、子どもに病気を回復する活力を与えることが可能となる。そして、病児保育室において、子どもの体調にあわせた水分補給や食事の提供、クーリング、発達年齢に適した保育活動が提供されることで、子どもが安心して病気を回復する状態をつくりだす。

このように、日本社会の現状を鑑みると、子どもの立場から考えても病気の子どもの保育は必要とされる。

以上、子育て支援と子どもの立場両面から「病気の子どもの保育」の意義について考えた。今の日本社会においては、「病気の子どもの保育」は、子育て世代及び育つ子ども自身にとっても、必要とされていると結論づけられる。

II 病後児保育の現状と課題

1 実施施設型別保育室の特徴と受け入れ範囲の現状（表1）

現在の「乳幼児健康支援一時預かり事業」の実施施設は、保育所等の児童福祉施設、または病院もしくは診療所に併設された施設、あるいは本事業のための専用施設とされており、それぞれ実施施設ごとに特徴がある。（本ガイドラインでは、保育所に併設された保育室を「保育所型」とし、以下、病院・診療所に併設された「医療機関併設型」、保育所以外の児童福祉施設に併設された「児童福祉施設型」、専用施設を「単独型」とする。なお、「派遣型」については本ガイドラインでは扱わない。）

1) 医療機関併設型

「乳幼児健康一時預かり事業」の実施要綱では、「実施施設が病院、診療所の場合には、「病気回復期」にまだ病気の「回復期」に至らない場合も含めて差し支えない」としていることから、医療機関併設型病後児保育室においては「急性期」の子どもの保育も可能としている。医療機関併設型は、医師が子どもの症状変化や急変時に、即座に対応できるという前提をもって急性期の子どもの預かることができ、医師が不在の場合の支援体制が整えられていることが不可欠である。

2) 保育所型

保育所型では「病期の回復期の児童」（病後児）が対象となる。医療機関併設型と比較して、医師が配置されておらず、定員2名の場合には看護職員1名のみ配置となり、医療面での管理体制が希薄である。併設の保育所に看護職員が配置されていない場合も多く、地域の医療機関や嘱託医などと医療面でのサポート体制を整えておくことが必要である。また、病後児を預かることから、保育士には病気の理解が、看護師等には保育の理解が必要とされる。

3) 児童福祉施設型

乳児院や児童養護施設に併設されている病後児保育室である。乳児院には看護職が配置されており、日常的に嘱託医との連携はとれているため、保育看護の専門性は高いと考えられる。しかし、医師は常駐していないため、回復期の子どもが対象となり、急性

期の子どもは原則として受け入れていない。また、児童養護施設では看護職は必置ではないため、乳児院よりも保育看護の専門性は高くないと考えられ、回復期の子どもが対象となる。

4) 単独型

病児保育のみを専門として設立された病児保育施設である。一般的には急性期の病児は預からないとされているが、なかには、地域の医師会や保育園医会、あるいは近隣の医療機関の協力によって医師の管理下にある病児保育室もある。この場合は、急性期の子どもの預かりも可能である。

表1 実施施設別保育室の特徴と受け入れの範囲の現状

	実施施設型	特 徴	受け入れ可能な子どもの病状範囲	
			急性期	病後(回復期)
実施施設型	医療機関併設型	入院治療の必要のない「急性期」の子どもも預かりも可能	○	○
	保育所型	病気の回復期の子どもが対象	×	○
	単独型	病児保育のみを専門に行う	△※	○
	児童福祉施設型	病気の回復期の子どもが対象	×	○

※実施主体が医療機関で医師の管理下にある保育室は可能

2 保育所における病後児保育の課題

現状の「乳幼児健康支援一時預かり事業」では、対象を病気の「回復期」の児童としている。しかし、病初期と急性期、また、急性期と回復期は、発病してからの日数や一般的な病状の経過で明確に分けられるものではなく、回復期であっても、症状の急変や悪化によって急性期と同様の対応が必要となる場合もある。

一方、通常の保育所においても、乳幼児が急に発熱した場合であっても、保護者の引き取りがあるまでは保育を行わざるを得ない。比較的軽い発熱であっても、保育所型病後児保育室で入室を断られ、やむを得ずではあるが、一般の保育所で保育されているという矛盾した現状もある。そのような場合に備えて、保育士の病気に対する理解を深めることや、嘱託医や協力医療機関との連携が密にとれる体制となっていることが重要であるが、園によって体制整備には大きな開きがある。