

4. あなたは昔から子ども好きな方でしたか。

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1 かなり好きだった | 2 まあまあ好きだった |
| 3 ふつうだった | 4 あまり好きではなかった |
| 5 どちらかといえば嫌いだった | |

5. あなたは自分の子どもを出産するまでに赤ちゃんの世話をしたことがありますか。

- 1 抱いたことがあった
- 2 あやしたり、遊んだことがあった
- 3 ミルクをあげたり、離乳食を食べさせたことがあった
- 4 オムツをかえたことがあった
- 5 赤ちゃんの世話や相手をしたことはなかった

6. あなたはご自分の母親に対してどのような印象をもっていますか。

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1 とてもあたたかいと思う | 2 あたたかい方であると思う |
| 3 ふつうだと思う | 4 あまりあたたかい方ではないと思う |
| 5 つめたいと思う | |

7. あなたは日常の子育てについてどのようにお感じになっていますか。もっとも当てはまる番号を○で囲んで下さい。

	よくそう 思う	時々そう 思う	あまり思 われない	全くそう思 わない
a なんとなく子育てに自信がもてないように思う……………	1	2	3	4
b 子育てについていろいろ心配なことがある……………	1	2	3	4
c 子どもと一緒にいると楽しい……………	1	2	3	4
d 子どものことがわずらわしくてイライラする……………	1	2	3	4
e 子どものことでどうしたらよいかわからなくなることが…… ある	1	2	3	4
f 子どもをうまく育てていると思う……………	1	2	3	4
g 自分一人で子どもを育てているのだと思う……………	1	2	3	4
h 母親として不適合だと思う……………	1	2	3	4
i 子どもを育てるためにがまんばかりしていると思う……………	1	2	3	4
j 子どもが自分の生きがいだと思う……………	1	2	3	4
k 何かというと子どもに目がいてしまい気疲れする……………	1	2	3	4
l とくに理由はないが、子どものことがとても気になる……………	1	2	3	4
m 育児ノイローゼに共感できる……………	1	2	3	4
n 時間があればできるだけ子どもとかかわるべきだと思う……………	1	2	3	4
o 子どもがなぜ泣いたり、むずかったり、だだをこねたり…… するのかわかる	1	2	3	4
p 子どもが泣いて叫んでも無視してしまうことがある……………	1	2	3	4
q つい子どもを叩いて、ハッと我にかえることがある……………	1	2	3	4
r 同じ年頃の子どもをもったお母さん同士ですぐ仲良しに…… なれる	1	2	3	4
s 早く子どもの手をはなれればもっと自由になれる時間が…… もてると思うことがある	1	2	3	4

8. あなたは、今の家庭生活や現在の自分について、どのように感じていますか。当てはまるところに○をつけて下さい。

	とても満足	まあまあ満足	少し不満	とても不満
a 結婚したこと	1	2	3	4
b 子どもを産んだこと	1	2	3	4
c 主婦であること	1	2	3	4
d 母親であること	1	2	3	4
e 妻であること	1	2	3	4
f 女であること	1	2	3	4

9. お子さんの成長・発達ぶりはお母さんの目からみてどのような状態とお考えですか。

- 1 かなり順調である 2 まあ順調である 3 ふつうだと思う
4 少し遅れぎみだと思う 5 かなり遅れ気味だと思う

10. お子さんを育てていて何か困ったり、心配ごとがあったとき、相談できる方が現在いますか（いくつでも○をつけて下さい）。

- 1 夫 2 夫の親 3 自分の親
4 自分のきょうだい 5 親戚 6 昔からの友人・知人
7 幼稚園・保育園の先生 8 医師 9 保健所・市町村保健センター
10 児童相談所 11 心理カウンセラー 12 近所の人
13 子どもの遊び友達の親 14 その他（具体的に)

11. お子さんを育ててきて、下記のどの場所を受診したことがありますか（いくつでも○をつけて下さい）。

- 1 出産した病院 2 その他の病院・診療所
3 保健所・保健センター 4 児童相談所
5 その他（)

11-2. 上記の機関で一番役にたったのはどこですか、1つだけ挙げて下さい（記号で回答して下さい）。

- a 一番役にたった機関（)
b 不安は……… 1 解消された 2 解消されなかった 3 不安はとくに感じていなかった

11-3. 相談した内容はどのようなことでしたか（いくつでも○をつけて下さい）。

- 1 運動機能の遅れ 2 言葉の遅れ
3 病気にかかりやすい 4 落ち着きがないなど行動上のこと
5 睡眠や夜泣きのこと 6 食事の量が少ないこと
7 指しゃぶりやくせのこと 8 排尿・排泄のこと（昼間のおもらしなど）
9 おねしょ（夜尿）のこと 10 なんとなく
11 自分自身のこと 12 体重や身長伸びがよくないこと
13 発育・発達が全般的に遅れぎみなこと
14 その他（)

12. お子さんを育てていて「不安」が解消されたきっかけは何ですか。

- 1 子どもの発育の様子をみていて 2 子どもが保育器からでたから
3 子どもが退院できたから 4 医師・保健婦の方の言葉から
5 退院後の初めての健診で 6 保健所の健診で
7 「不安」は解消されていない 8 とくに「不安」はなかった
9 その他（)

13. 子育てについてどのような支援があればいいとお思いですか（いくつでも○をつけて下さい）。

- 1 経済的支援 2 保育・教育の充実 3 家庭への訪問指導
4 相談する場所 5 親同士の集まり（グループ）
6 その他（)

14. 最近は就労しているお母さん方が多くなっていますが、あなたご自身の就労についてどのようにお考えですか。
- 1 就労せず子育てに専念した方がよい 2 できれば就労せず子育てに専念した方がよい
3 条件によっては就労した方がよい 4 就労した方がよい
15. お子さんにきょうだいがいる場合、そのきょうだいについてあなたはどのような思いをおもちですか。
- 1 きょうだいにもほぼ同じように関心を向けている
2 きょうだいに目がいきとどかない
3 この子どもに目がいきとどかない
4 その時々への対応におわれてどの子どもも十分な関わりをもてていない
16. 身近な親族（おじいちゃん、おばあちゃんなど）は、
- 1 私の子育てを理解し協力してくれている
2 子育てについての考え方が異なっている場合が多くわずらわしい
3 私の子育てにあまり関心をもっていない
4 身近に親族はいない
17. ご主人とお子さんのことについて話し合う機会がありますか。
- 1 よくある 2 あまりない 3 ほとんどない 4 まったくない
18. ご主人は積極的にお子さんの相手をされますか。
- 1 積極的である 2 まあまあ積極的である 3 あまり積極的でない 4 消極的である
19. ご近所にふだん世間話をしたり子どもの話をする相手はいますか。
- 1 たくさんいる 2 数名いる 3 ほとんどいない 4 まったくない
20. 身近な人たちと子どもを預けあったりすることがありますか。
- 1 よくある 2 たまにある 3 ほとんどない 4 まったくない
21. 子育て支援の場として、どのような場を必要としますか。ご自由にお書き下さい。

お答え下さいましてありがとうございました。

なお、この調査にご意見ご希望がありましたらぜひお寄せ下さい。

ハイリスク児トータルケアの地域連携における保健所業務に関する研究

（分担研究：ハイリスク児の発達支援トータルケアのシステム化に関する研究）

分担研究者 前川 喜平1)

研究協力者 吉永陽一郎2)、松石豊次郎3)、庄司 順一4)、神谷 育司5)、川上 義6)

東京慈恵会医科大学小児科1)、聖マリア病院母子総合医療センター新生児科2)、

久留米大学小児科3)、日本総合愛育研究所4)、名城大学教職課程部5)、

日本赤十字社医療センター6)

研究要旨

ハイリスク児支援事業に関する保健所の現状を理解し、地域で多くの職種が連携をとることの重要性とそのためが必要であることを検討するため、全国保健所の母子保健担当者にアンケート調査を行った。担当する地域背景や母子保健担当者の状況は、保健所毎に様々であり、各保健所が担当すべき支援内容を全国一律に検討する事は困難である。しかし地域連携のシステム整備を必要だとする回答が多く、療育連携の中心は保健所が担当することが現実的だと思われる現時点では、保健所の状況と連携のあり方の検討は重要である。

A. 研究目的

ハイリスク児のケアは、地域の種々の職種が連携して行うことが必要である。しかし、それぞれの職種の現状を把握し、他の職種からその職種に求められていることや、その職種が他へ望んでいることを理解せずには連携は難しい。

基本的な母子保健事業の実施主体が市町村へ移され、保健所は今後ますますハイリスク児など専門知識を必要とする支援事業に取り組んでいく。保健所は多くの地域でハイリスク児のトータルケアの中心となることが望まれている。わが国におけるハイリスク児支援事業に関する保健所の現状を理解し、地域で多くの

職種が連携をとることの重要性とそのためが必要であることを検討するため、全国保健所アンケートを実施した。

B. 研究方法

全国658保健所の母子保健担当者に郵送によるアンケート調査を行った。なお母子保健法の改正により、いずれの保健所も新しい体制に移行する過渡期にあり、結果の解釈においては変化の可能性を考慮する必要がある。しかしそのような時期であればこそ保健所のこれまでの現状を知り、どのようなことが今後必要であるのか検討することは意味があると考えられる。

表1

		平均
管内人口	1.2万 ～179万人	20.2万
低出生体重児出生数/年	2 ～926人	
母子保健専任保健婦	記載無し：129、0人：51、～最高：21人	2.2
他部門との兼任保健婦	記載無し：102、0人：17、～最高：56人	5.3
未熟児・新生児訪問保健婦数	記載無し：3、0人：5、～最高：51人	6.5
未熟児訪問回数/年	記載無し：33、0回：12、～最高：802回	83.0
直接訪問	記載無し：33、0回：5、～最高：430回	68.0
電話訪問	記載無し：169、0回：39、～最高：381回	38.8
管内新生児医療機関	記載無し：17、0施設：76、～最高：44施設	
退院時に常に連絡がくる機関	記載無し：53、0施設：145、～最高：10施設	
連絡票が用いられていますか	記載無し5、はい287、いいえ86	

C. 研究結果

378 保健所から回答を得、回答率は57.4%であった。

1. 保健所の母子保健事業の状況

それぞれの保健所の地域背景、状況を表1に示す。管内人工：1.2万～179万人、年間の低出生体重児数：2～926人と、事業対象の規模は保健所によって大きな差がある。

保健婦の母子保健担当者の状況は、専任保健婦数0～21人（平均2.2人）、兼任保健婦数0～56人（平均5.3人）と差が有り、未熟児や新生児訪問に携わっている保健婦数は0～51人であった。

年間の未熟児訪問回数は0～802回であり、802回と答えた保健所で訪問に携わっている保健婦数は19名であった。平均は83.0回であった。

保健所管内にある新生児医療機関数は、0が76保健所と約20%の保健所では管内にNICUなどの集中治療施設を持つ新生児医療機関が無い。最多は44施設であり、人口14万人、年間低出生体重児出生数109名の地域であった。

退院時に自動的に連絡が来る新生児医療機関は0と答えた保健所は145あった。管内に新生児医療機関があって、全て常時連絡がくるのは78保健所。そのうち管内医療機関が2以上ある保健所は30であった。新生児医療機関から保健所への情報提供には287箇所連絡票が用いられている。

2. 地域の連携をとる上で困ったこと、今後必要と思われること

アンケートの結果を表2、3に示す。

訪問しても支援や指導に至っていない7.2%、一部のスタッフの熱意に負うところが多く、その後につながらない8.7%などと、保健所の支援業務をあまり意味のないもの、あるいは一時的なものであるとする回答は少なく、ハイリスク児に関わることの意義と必要性は実感されていた。

地域のシステム整備

地域連携が不十分であることを挙げるものは、ハイリスク児の退院後の連絡が来ない35.6%、地域システムの体制や役割分担が明確でない40.9%、複数の機関が関わるとフォロー状況がつかみにくい38.2%、入院しなかった子はハイリスク児としてあがってきにくい61.6%などであった。同様に今後必要なものとして、より多くのスタッフと会い理解し会える場88.1%、連絡票使用の徹底73.1%、母子健康手帳の利用65.7%などと連携の充実を望む回答も多かった。

医師との連絡がとりにくいと答えたものは27.4%で、その理由は医師が多忙だから61、連携への理解不足20、その他8であった。

表2

連携で困ったこと	はい	いいえ	特に思わない	無記入	はい%
・ハイリスク児の退院後の連絡がこない	130	163	72	13	35.6
・情報の内容が病状把握に十分でない	67	181	116	14	18.4
・訪問しても現状調査のみで、支援や指導に至っていない	26	230	104	18	7.2
・病状等、訪問時には情報と状況が変わっていた	56	183	124	15	15.4
・住所等、訪問時には情報と状況が変わっていた	50	211	103	14	13.7
・情報から訪問まで時間があいてしまう	154	142	67	15	42.4
・情報の流れをプライバシー侵害と受け取られた	11	290	61	16	3.0
・訪問後の報告書作成が大変	113	142	109	14	31.0
・訪問に何回も行けない	236	65	57	20	65.9
・入院しなかった子はハイリスク児としてあがってきにくい	223	64	75	16	61.6
・保健所内で熱心なスタッフに頼り、その後につながらない	31	189	137	21	8.7
・複数の機関が関わると、フォロー状況がつかみにくい	138	123	100	17	38.2
・地域システムの体制や役割分担が明確でない	149	113	102	14	40.9
・医師との連絡がとりにくい	98	137	123	20	27.4

保健所の支援体制

母子保健担当者の状況を示すものは、情報から訪問まで時間があいてしまう42.4%、訪問に何回も行けない65.9%、スタッフ増員が必要69.5%などであった。

新生児医療機関から保健所へ連絡があり、それを元に訪問などの支援が行われることを、プライバシーの侵害と受け取られたという実際の経験は3.0%と多くはなかった。しかし家族に関わる前のインフォームドコンセントを望むものは82.2%と多かった。

3. 地域連携の中心 表4

地域連携のキーパーソンとして望ましいのは市町村、現時点では保健所と答えたものが多かった。その他という答えの内容は「症例によって異なる」というものが多かった。

D. 考察

未熟児訪問等の保健所が行うハイリスク児への支援は有意義であると感じており、母子保健担当者はこれらの業務の必要性を実感している。しかし担当する地域背景や母子保健担当者の状況は、保健所毎に様々であり、各保健所が担当すべき支援内容を全国一律に検討する事は困難である。将来とも療育連携の中心は保健所が望ましいとしたものは少なかったが、現時点では保健所が担当すべきであろうと考えているものは多く、保健所の状況と連携のあり方の検討は重要である。今後は各保健所が経験した支援事例や連携事例を集積していくことで、連携のあり方や支援の実際がより具体的に検討できると思われた。

表3

今後必要なこと	はい	いいえ	特に思わない	無記入	はい%
・スタッフ人員の増加	257	30	83	8	69.5
・保健婦が研修を受けるシステムが必要	279	24	66	9	75.6
・連携の予算化	155	36	165	22	43.5
・より多くの地域スタッフと会い、理解し合える場	326	7	37	8	88.1
・訪問時に観察し、指導すべき事を教えてほしい	243	32	94	9	65.9
・家庭での禁止事項をはっきり伝えてほしい	249	26	91	12	68.0
・家族に関わる前のインフォームドコンセント	304	12	54	8	82.2
・連絡票の使用の徹底	269	20	79	10	73.1
・連絡票の内容の再考	117	68	170	23	33.0
・母子健康手帳の利用	243	24	103	8	65.7
・上に立つ者のより一層の理解	204	31	128	15	56.2
・民生行政とのいっそうの連携	247	21	96	14	67.9
・精神保健センターとのいっそうの連携	194	27	144	13	53.2
・児童相談所とのいっそうの連携	312	7	51	8	84.3
・教育委員会とのいっそうの連携	287	8	72	11	78.2

表4

地域の連携のキーパーソンとなる人は	
主として市町村が望ましい	174
現時点では保健所が望ましい	159
将来とも保健所が望ましい	59
医療機関や療育機関が望ましい	17
その他（症例により異なるなど）	19

ハイリスク児事例集

(分担研究 ハイリスク児の発達支援トータルケアのシステム化に関する研究)

分担研究者：前川喜平¹⁾

研究協力者：堀内勤²⁾，犬飼和久³⁾，宮尾益知⁴⁾，副田敦裕⁵⁾，松石豊次郎⁶⁾，
吉永陽一郎⁷⁾，川上義⁸⁾

ハイリスク児の健全な発達には発達環境，特に親子関係が重要な因子であることが知られているが，問題の解決には病院だけでは十分な対処が難しく行政機関との連携が必要なこともある。本研究では具体的な事例を通してハイリスク児の発達支援トータルケアについて検討し，ハイリスク児のフォローアップ・育児支援に携わるスタッフに資することを目的とした。本年度は研究班に参加している施設に依頼し，15例の事例を収集することができた。その中で今回は代表例として極低出生体重児を対象とし，病院と他機関（児童相談所，乳児院，学校など）との連携が重要であることを示唆する4例を選び以下に記した。ここに示した症例は虐待や母親が精神疾患など特殊な例が含まれているが，今後一般の極低出生体重児の両親のもつ不安やニーズにいかに対処したかの事例，また病院と保健所や保育園との連携の事例も集積していく予定である。

精神疾患で、援助者のないシングル・マザーと極低出生体重児の事例

聖マリアンナ医科大学
横浜市西部病院周産期センター
堀内勤 笹本優佳 橋本洋子

年齢・性：母親32才、女児

周産期の異常の有無：重症の妊娠中毒症のため、在胎29週4日に帝王切開にて出産する。出生体重1130gの極低出生体重児であった。

家庭環境：売春行為の結果として妊娠し、父親は不明。母親の実母とは幼少時の離婚別居以来不仲。育ててくれた実父は思春期に死去。援助をしてくれるような親戚・縁者はない。アルバイトをして生活をしてきたが、重症妊娠中毒症で入院時に生活保護を申請、受理される。

入院中の児の状況や問題点と経過：児は極低出生体重児ではあったが、順調に経過し特記すべき問題はなかった。母親は、面会時の様子より精神分裂病が疑われ、どのように精神科受診を

促そうかと苦慮していたところ、入院中に不安が強くなり出産後約1ヶ月時に、自ら希望して精神科受診となった。診断は精神分裂病であり、情緒性および共感性の乏しさと衝動性の問題から、この母親には育児は不可能であろうというのが、当初の精神科医の意見だった。

生後18日目に初回カンガルー・ケアを行なったが、最初母親は非常に硬く無表情で、自然な相互作用はほとんど見られず、後半にわずかに児を気づかう様子が観察された。その直後より網膜剥離の手術のため眼科病棟に入院、以後しばらく面会ができなかった。向精神薬服用のため、母乳哺育は行なわなかった。

出産後1ヶ月過ぎに母親は眼科病棟を退院、一時保護施設へ入所した。退院当初、母親は週1、2回の頻度で面会に訪れ、児のコット移床後退院までは、ほとんど毎日面会に訪れていた。初めの頃は、哺乳ビンによる授乳場面で、児が口の動きを止めると、母親はすぐにスポッと乳首を外し、乳首の方を見て「出ないのかな」と言うなど、自然な相互作用が乏しい傾向が観察された。沐浴場面では、手技はできているが、児の泣きには情緒的に揺さぶられている様子で、臨床心理士が「ドキドキなさる？」とたずねると「(あまり泣くので)死んじゃうかと思った」

1) 東京慈恵会医科大学，2) 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院周産期センター，3) 聖隷浜松病院，4) 大宮市心身障害総合センター，5) 都立母子保健院，6) 久留米大学，7) 聖マリア病院総合医療センター，8) 日本赤十字社医療センター

と答えている。また、カンガルー・ケア前に全員に実施しているアンケート（MBAS）には、「赤ちゃんを落としそう」「赤ちゃんを傷つけてしまいそう」という2項目に、「非常にそう思う」という5点満点がつけられていた。

生後2ヶ月を過ぎる頃から、母親の表情は少し和らぎ、他の母親とのコミュニケーションも少しずつとれるようになった。抱きかたも、手の使い方がしっくりとして、児を危なげなく支えられるようになり、授乳場面での相互作用も滑らかになっていった。

生後3ヶ月の頃には、母親自身が「〇〇ちゃんが目をしっかりとこっちに向けるようになった」とノートに記載しており、この頃から児は顔を見て笑うようになった。退院前には、児を抱いて歩きながら談笑する様子も見られるようになった。また、児より笑いかけ、それに母親が答えるように微笑し、母親の反応を待っているかのように目を見開いていた児が、母親の微笑を見て顔中で笑うといった、児が主導するかたちの相互作用が何度も観察された。その頃から「帰ったら、何が大変で何が不安なのかわからないけれど、連れてかえりたい気がする」という母親の言葉が聞かれ、生後4ヶ月前に退院となった。退院後は、約1ヶ月間母子で一時保護施設に入所し、その後母子寮に移った。生後10ヶ月より保育園に就園している。

対応の方法：

（1）母子を「抱える環境」

問題の大きい母親であったが、スタッフは問題視をするのではなく、少しでも母親が居心地良く児と共にいられるように、気を配った。スタッフはさりげなく笑顔で迎え、母親が評価されているのではなく包み支えられていると感じられるような、「抱える環境」をNICUに実現できるように心がけた。

（2）自然な相互作用を — 「d u l a」 的かわり

自然の相互作用が乏しい点については、関わり方を指導するのではなく、「d u l a」的に寄り添い支えることによって、自然に相互作用が生じてくるのを待つことを心がけた。面会時に看護婦や臨床心理士がゆったりと同席して、母親が安定して児と関わられるように、言語的・前言語的に「お母さん、それでいいのよ」というメッセージを送った。育児のモデリングを促す意図で、さりげなく児との関わりを持ったり、他の母子の関わりに注意が向けられるようにも

配慮した。

（3）児の情緒を豊かに

母子相互作用の一方のパートナーとしての児の情緒応答性を育てるために、スタッフは児との相互交流の機会をできるだけ増やした。

（4）チーム・アプローチ

NICUの医師、看護婦、臨床心理士に加えて、精神科医、病院のソーシャル・ワーカー、婦人相談員、福祉事務所のケースワーカー、児童委員、児童相談所相談員らが出席するカンファレンスを開き、チームで母子を支援する態勢を作った。随時開かれたカンファレンスでは、それぞれの情報を突き合わせ、理解を深めて、役割分担を話し合った。母親には、母子を支援するために皆が集まって話し合っていることを伝えていた。

（5）退院後のフォロー

上記メンバーの他に一時保護施設や母子寮の職員も参加して、退院後のカンファレンスが継続され、常に危機介入を行なえる態勢はとるが、万が一母親が育児不能の状態になったとしても、母子の情緒的つながりは永続的に保っていくという方向性が確認された。

退院後のフォロー・アップは、小児科の健診と精神科受診を同日に行い、臨床心理士も随時面接を行なった。来院時には、母子は自発的にNICUを訪れ、スタッフと交流することが習慣となっていた。

（6）母親による育児が可能であるか否かの見極め

精神科医の当初の見立ては「育児不能」であり、一般的にも、全面的に支えてくれるようなキー・パーソンの存在無しに分裂病の母親が育児をすることは難しいと考えられている。いかにチーム・アプローチが有効であろうとも、どの事例でも母子が共に生活をすれば良い結果が出るとは言い難い。

この事例の場合は、（1）（2）（3）のアプローチを行ないながら、同時に母子について詳細な臨床的観察を続け、母子の相互作用システムが動き出していることが確認できたことが、育児可能という見極めに重要な要因となった。退院後も、精神科医・小児科医による診察に加えて、臨床心理士により待合室での母子の自然な相互交流がさりげなく観察され、関係性の発達と母親の心理的状态が把握されていた。

（7）現在の状況

1才半の時点で新版K式発達検査を施行し、精神発達指数（DQ）は107と満年齢相応の

発達を示していることが確認された。情緒発達は非常に良好で、自己主張が年齢相応に育ち、理解と応答性も良好であった。言語発達も年齢相応である。

母親は表情豊かになり、会話も滑らかに進むようになった。児に対しての情動調律場面も多く見られ、自然な相互作用を楽しむ様子が観察される。当初の共感性と情緒性の乏しさは大きく改善され、病理的な印象は払拭されている。精神科医は、当初の見立て以上に母親の改善が見られると述べている。

児の発達には問題がないばかりか、児の発達が母親に大きな影響を与えて、母親の改善が進んでいることが推察される。周囲のサポートによって、母子の相乗的相互作用が良い方向へと動いた1例であると思われる。

未熟な人格の母親に虐待された児の治療と 肢体不自由児施設への措置の経過

聖隷浜松病院 精神科 堀 雅博
小児科 浅野 一恵 犬飼 和久

症例：A.男児・措置時1歳1ヶ月。

周産期の異常の有無：在胎24週2日、体重740gの超低体重出生児として帝王切開で出生。「呼吸窮迫症候群」「慢性肺疾患」で65日間人工換気施行。生後6ヶ月、体重3256gで退院。なお、第1子（女児B子）も、在胎35週で出生後1ヶ月間他院小児科に入院歴がある。

家族歴：○母親（27歳）：問題飲酒者を父親に持ち、父親が母親に暴力を振るうのを見て育った。両親は小学校6年のとき離婚。父親が出て行きその後交流はない。21歳年上の妻子ある男性との間に私生児（B子）をもうけ、その後、結婚 相談所で現在の夫と知り合い結婚した。
○父親（39歳）：元の妻との間に3人の子供をもうけたが離婚（真相は不明）。1年後に現在の妻と入籍し、その1ヶ月後に本児Aが誕生した。
○母親の実家には祖母と曾祖父母が同居している。

当初の児の状況や問題点：早期破水し近医産婦人科医院より当院に紹介された。児に障害が残る可能性があることが母親および家族に説明されたが、跡取り息子がほしいとの父親の強い希望で出産することになった。

①NICU入院（6ヶ月間）

在胎24週2日、体重740gの超低出生体重児。「呼吸窮迫症候群」にて呼吸管理を開始。Aは両家から大切にされたが、母親は生後3ヶ月頃から「Aちゃんがかわいく思えない」と言い出し面会の回数が減っていった。退院時は体重3256g、「軽度の慢性肺疾患」で内服薬服用のみ。退院当初は母親が自宅でみていたが、退院1ヶ月後からは母親と共に母親の実家に移り、主に祖母や曾祖父母が育児をした。

②小児科第1回目入院（生後8ヶ月、16日間の入院）

2日前から機嫌が悪く哺乳量も少なく啼泣時に5分間程度の四肢の軽度の硬直が出現。当日は昼頃から発熱し夕方から眼球の右方偏位があり、夕刻曾祖父母に伴われて当院救急外来受診。

頭部CTにて右後頭蓋窩に「くも膜下出血」を認め、小児科に入院。1週間後の頭部CTにて両側大脳半球のほぼ全域に「表層の出血性梗塞を主体とする虚血性障害」が認められ、入院時の「くも膜下出血」が原因と考えられた。この障害の成因について、母親および家族は「思い当たらない」と述べた。

かなりの障害が残ることを小児科主治医が両親に伝え、父親は深刻に受け止めていたが、母親は「Bちゃんの用事があるのでそんなに付き添えません」と語り、面会に現れてもAの顔を見るとすぐに帰ってしまうことが多かった。

③ 小児科第2回目入院（生後9ヶ月、41日間の入院）

前回の退院後風邪をひき哺乳量が減ったとのことで当院小児科外来を受診し入院。

入院3日目の深夜、父親から母親に付き添いが交替した直後に不自然な呼吸停止・心停止が起こり、母親の知らせで駆けつけたスタッフが蘇生し、PICUに移され呼吸管理開始。翌日の頭部CTにて「硬膜下血腫」と、それによる脳実質の著しい圧排を認め、外ドレナージ術施行。さらに3週間後にV-Pシャント術施行するも脳萎縮は改善せず。

④ 小児科第3回目入院（生後10ヶ月から措置されるまでの73日間の入院）

曾祖父母がAの右膝周辺の腫張に気づいて、当院整形外科外来を受診、X-Pにて「右脛骨・腓骨および大腿骨骨折」が認められ入院。入院翌日、整形外科医より「虐待の可能性あり」との指摘を受けて、小児科主治医が児童相談所に通報した。

当院および児童相談所の対応：通報の2日後、児童相談所職員が病院を訪れ小児科主治医と面接。1週間後に児童相談所職員の要請により、Aの全身のX-Pが撮られ、それぞれ異なった時期に受傷したと推定される「両側橈骨および尺骨の陳旧性骨折」が認められた為、両親、祖母、小児科主治医、整形外科医、ケースワーカー、児童相談所職員で話し合いが持たれた。この席でも母親および家族は虐待を否定。父親は「Aは脳に障害が出ており私達は必死にやっているのだから家族を疑うのはやめて欲しい」と語気を強めた。さらに1週間後には警察の刑事課が父親を呼んで事情聴取し「虐待の確証はないが今後気をつけるように」と注意を与えた。

この事情聴取の翌日、母親が精神科外来を初

診した。「Bちゃんと違ってAちゃんは全然かわいくないしほとんど抱いたことがない。ミルクをあげるのも面倒。虐待の覚えはないが知らないうちにやっているのかもしれない。もし私が虐待していたとしたら、このままではいずれAちゃんが死んでしまうのではないかと思う。退院後は私がAちゃんをリハビリに通わせることになっているが考えただけで憂鬱」という。それまで母親自身も虐待について強硬に否定してきたが、退院が目前に迫っていること、夫が警察の事情聴取を受けたこと、小児科医から精神科受診を勧められたことなどから、何らかの援助を求めて自発的に精神科を受診したと思われる。

これらの経過を踏まえ、小児科主治医、精神科医、ケースワーカー、児童相談所職員がAの処遇について協議し以下の方針を決定した。

①Aが退院して母親と暮らし始めた場合、深刻な虐待が繰り返される可能性が高く、Aの身体および生命の安全を図る必要がある。

②Aは脳に非可逆性の障害を有し、体温調節・哺乳が不十分で、今後も重度の身体および知的障害を残す可能性が高い。医療的観点からは児童福祉施設ではなく肢体不自由児施設に措置して当院医師と連携しながら経過をみていくのが妥当と考えられる。

③母親および家族は虐待を認めていないため児童福祉施設への措置を否定されると思われるが、身体的問題の重要性を説明すれば、肢体不自由児施設への措置を受け入れる可能性がある。

④措置までの間は、当院小児科病棟で付き添いなしの入院を続ける。

父親にこの方針を伝えたところ父親は「今回のことは病院が勝手に児童相談所に連絡をとり、それが警察に伝わって話が大きくなり妻が一番傷ついている。警察は別に虐待と決めつけているわけではなく、こういう怪我には十分気をつけて下さいと言われただけ。これ以上大騒ぎして妻を追い詰めないで欲しい」と語る一方「妻がAのことをかわいく思えないということは聞いているので、退院後妻とAを近づけない方がいいのかもしれない。私としてもどうしたらいいのかわからない」と苦悩をのぞかせ、最終的には肢体不自由児施設への措置を承諾した。

生後1年1ヶ月時、Aは肢体不自由児施設へ措置された。

現在の状況：・「びまん性軸索損傷」「慢性硬膜下血腫」により脳実質が正常の半以下に萎

縮しており、重度の身体および知的 障害が残ることは明らかである。

・ 母親はAが措置されたことを歓迎しているが、やがて自分のもとに戻ってくることについての不安も口にしている。Aの当院受診時には、Aおよび肢体不自由児施設職員と当院で合流し短時間Aと接触しているが、それさえも苦痛だという。

・ 母親の精神科通院は措置後1ヶ月現在不規則ながら継続されているものの、自己洞察は深まっていかない。

・ 母親はB子を溺愛しており、四六時中B子と行動を共にしている。

母親の病理について：この母親は幼少期から実父による実母への暴力を見て育っており、自身への虐待はなかったとしても、かなり過酷な状況を生き延びており、その意味ではここでも虐待の世代間伝達が起きている。

女子中学校、高校時代には異性との交流はほとんどなく、短大進学後にかなり年上の妻子ある男性との交際を繰り返すなど、対人関係のあり方は特異的である。それは自分を保護してくれる理想的な父親像を求める試みだったのかもしれないが、実際には恋愛が成就しそうもない相手を選択し、自ら不安定な人間関係の中へ足を踏み入れて破局を繰り返している。その心性は未熟なままであり、女性性や母性は乏しく、現実検討能力は不足している。そして虐待の甚だしさからすると、衝動のコントロールは極めて不十分であると推測される。

B子の出産後一段落する暇もなく現在の夫との結婚が決まり、特に希望するわけでもない時期に妊娠。周囲の期待に押し切られる形で超低出生児としてAを出産し、半年間の母子分離状態を経てAへの愛情を感じることでできない自分に気づいている。男性一般への嫌悪感、恐怖感と関連したAは、母親にとってはB子との母子共生状態への侵入者と感じられたのかもしれない。父親の愛情を得られなかった自らの境遇をB子に投影し、私生児として生まれたB子に対して罪悪感を抱き、B子とは対照的な環境で生まれたAに対しては羨望や敵意を抱いて、それが虐待に発展したとも考えられる。母親が虐待の事実を認めないのは、単なる虚偽なのか、現実の否認なのか、それとも一種の解離症状を伴っているためなのか、明らかではないが、さまざまな防衛機制が複雑にからみあっていることは間違いない。

肢体不自由児施設への措置によりAが虐待を受ける可能性は少なくなったものの、母親は当面のストレスから開放されてますますB子との関係に没頭し、精神科治療への動機づけは薄れている。面接場面における自己洞察は深まらず、今後の治療が継続されるか否かは微妙である。

今後Aの成長に伴い障害の程度が次第に明らかになるとき、母親および家族がそれをどのように受容していくかが課題である。また、B子が徐々に主体性を獲得し母親の思いのままの対象でなくなるときも危機的状況が訪れる可能性がある。母親の保護者的役割をも担わされている夫が、母親の病理をどのように理解し支えていくかが今後の重要な鍵のように思われる。その意味では、母親の精神療法と並行して、家族療法的アプローチも必要であり、さらに、病院、児童相談所、福祉事務所、肢体不自由児施設などがそれぞれの専門性を発揮し連携しながら、Aおよび家族（特に母親）の経過をみていくことが必要不可欠である。

注意欠陥多動性障害、軽度精神遅滞、てんかんの一例

大宮市心身障害総合センター
宮尾益知

症例：平成××年×月×日生 男 0歳0カ月初診

主訴：言葉の遅れ、多動

家族歴：父39歳 母37歳

既往歴：妊娠中 切迫早産、胎児仮死 在胎32W1D 625g SFD c/s Apgar 2-4-8 黄疸＋交換輸血 7回 仮死＋周産期 IRDS ROP CLD PNEUMOTHORAX HYPOSPADIA 100日呼吸管理 272日入院乳児期 頸定 修正3カ月 寝返り15カ月 2歳より熱性けいれん複雑型で内服PB, CBZ 5歳以降発作なし
9歳母の希望もあり、抗けいれん剤を減量中止。数カ月後に早朝に強直間代発作→CBZ再開

現病歴：15カ月で座位が出来ず、機能訓練

26カ月 「パパ」「ママ」「イヤイヤ」の単語、独歩

42カ月 保健所言葉の教室、通園ホームで療育 保育所入所

44カ月 注意欠陥多動性障害・協調性運動障害、模倣＋

70カ月 こだわり 反響言語 文字に対する興味が高い

6歳 このころより地域にて週一回SST（社会技能訓練）を、地域障害児の親の会にて行っている。

普通小学校入学 癩癩をおこしやすい、他人のことを理解して実行することが難しい

7歳 漢字は百点、音読すらすら、算数60点 絵をかく苦手(母からの情報)

3年生 学校いきたくない 学習指導について国際医療福祉大学（作業療法科）紹介、感覚統合訓練を始める

4年生 友達におこられる(集団行動できない、行動が遅いことなど)に対し、今までは友達も優しくだったが、だんだん友達同士で評価し、批判するようになった様子。いじめではないよう。学習進度についていけないことも問題) 現在も母がランドセルをもって学校に送る、「重いので、

背負えない」と母はいつている。

4年になり、担任の先生とうまく話を通じず、不登校になった。学校の校長先生の言葉「いいところを認めて、ほめてあげる。対応をする。」をきっかけに意欲的に学校へいく。担任の先生もよく面倒みてくれるようになった。

身体所見：筋緊張低下、体格 小→Russell-Silver症候群の可能性

脳CT：異常なし MRI：WNL 脳波：異常あり
田中ビネー IQ46（5歳9カ月）多動・注意転導

田中ビネー IQ50（7歳4カ月）

WISC-R（9歳4カ月）：VIQ55、PIQ43、FIQ45

（知識1類似3、算数5、単語2、理解2、数唱9、絵画完成1、絵画配列1、積み木構成3、組み合わせ2、符号2、迷路?）

K-ABC（9歳5カ月）：継次70、同時56、認知64、習得度66

手の動作4 絵の統合4 数唱7 模様の構成3
語の配列4 視覚類推3 位置探し3 算数68 なぞなぞ45 言葉の読み84

文の理解75

ITPA（CA9歳5カ月）：PLA4歳0か月

言葉の理解6-3 絵の理解4-11 形の記憶5-3

言葉の類推4-1 数の記憶6-6 絵の類推4-1、絵さがし3-3、言葉の表現2-11、文の構成?、動作の表現3-5

まとめ：母からみると、今までは曇っている感じがしたが、今は患児の反応がよくなったと思う。自分の状況などの認識もよくなっている。母、学習面のことは気にしていない（あまり心配していない）様子。

最近外来で母親の言った言葉「この子を育てることの原点はこの子が生まれた時でした。小さく生まれた子を松井先生はじめ、たくさんの先生が育ててくださり、『おかあさん、しっかりしてください』といわれた。あの時から、この子のためにできるだけのことをしてきました。」

この母親は、他の子どもと本児を比較することはなく、この子のよい点を認めてあげながら、これはできるようになってきたと評価しながら、可能性を信じて育ててきたことで、この子はのびてきたと思います。その点がよかったのではないかと思います。

母親の生き方は、周囲の思惑などはあまり、

考えにいれず、突き進むという、よく言えば積極的であるといえますが、トラブルが起こる可能性も含んでいます。しかし、極小未熟児で様々な問題点がおこってくることを考えれば、子どもを信じ、がんばっていく姿勢は、必要なのではないのでしょうか。ただ、我々を含め、医師、看護婦などには大変な信頼感を持っており、常に信頼しあいながらこの子を育ててこられたこと、よい結果を生んできたのだと思います。このこが、立派な社会人として独立できるようになるためには、まだまだ親との葛藤の時期も乗り越えなければなりません。地域の中での本人の居場所を作ってあげられることがこれからの課題です。

母親が不安神経症にて、育児困難をきたした症例

都立母子保健院 副田敦裕

症例：3か月、女児

新生児期診断名：極低出生体重児

(GA29W1D, BW1344g, Apgar 5点(1分)9点(5分)、新生児仮死、RDS、高K血症、特発性黄疸、無呼吸発作、未熟児貧血(破水あり〇〇医大より母体搬送され入院、帝切分娩となる)

家庭環境：祖母63才(母方)、父31才、母30才、兄2才3か月、兄3か月で同居。母親は不安神経症にて10年前より精神科通院中、内服中であつたが、出産後、母乳育児のため内服中断していた。父親は、母親の病気に対しては理解しており、協力的であつた。

児の状況・問題点：児の成長発達には異常認めない。

鼻閉感あり、哺乳やや緩慢であつた。夜間啼泣強く、母親が不眠状態となり育児疲労を訴える。また同時期、兄に水疱性膿痂疹(MRSA)みられ近医にて通院中で、膿痂疹は繰り返してみられ治癒せず、本児への感染を心配していた。その他にも育児全般での育児不安強く、養育困難となる。父親の同伴のもとに、母親と児が外来受診、上記訴えにより小児科入院となる。家族、主治医、ケースワーカーとの面接相談の結果、母親病気による養育困難と考え、乳児院に措置入院となる。

対応の方法：母親は、育児不安強く、夜間の睡眠不足による疲労の訴えが強かつた。兄の水疱性膿痂疹(MRSA)の経過も思わしくなく、疲労がみられていた。母親からは、夜間だけでも児をみてくれる人をとの要望があつた。まず、兄の治療に専念することとし、本児を預かることとし、母親の疲労回復と精神安定を図つた。乳児院への面会といった形式で育児経験を積んでもらい、育児不安の解消と対応の仕方の会得に努めた。また電話や手紙のやりとり、面会時の母親との会話を記録しスタッフ間での情報の共有をはかり統一した対応に努めた。その後試験外泊を試み、外泊期間を延長し、母親の自信の回復を待った。また児に対しては、抱っこや声かけを多くし、年齢的にも発達がみられ、他

児との接触期間も長くなり、喃語もみられ反応が良好となった。

外泊による家族との接触でも、発達の促進がみられ、母親も児の反応を楽しみ、児の成長発達を実感し喜べるようになった。また精神科とも連絡を取り、内服薬を再開し、精神状態にも安定がみられた。家族とも話し合いを持ち、対応の仕方、協力体制を整え、また児童相談所、保健福祉センターとも連携をし支援体制の確認をした。夜間ベビーシッターも、しばらく依頼することとなった。外泊期間においても、母親は安定し育児に取り組み、協力体制の確認もとれ、入院3か月後に自宅へ帰宅とした。

現在の状況：乳幼児健診にて、月1回の経過観察を実施。育児に対する不安は場面により時に見られているが、育児は順調になされている。成長発達に異常はみられていない。

低出生体重児の保健所を中心とした発達支援の実践

(分担研究：ハイリスク児の発達支援トータルケアのシステム化に関する研究)

分担研究者：前川喜平 東京慈恵会医科大学小児科教授

研究協力者：奈良隆寛 埼玉県立小児医療センター神経科医長

研究要旨：低出生体重児に保健所を中心とした地域主導型で発達支援（早期介入）を埼玉県の5つの保健所と1つの保健センターで行った。親子が地域で暮らしていくには地域主導型の発達支援は便利で通いやすく、母親は孤独感や不安から開放され、地域を利用しやすくなるという利点がある。また、保健所側からみると児の情報を得るためNICUの新生児科医との連携が必要で、さらに母親に参加を呼びかけることで関係をもつことができ有意義である。

見出し語：低出生体重児，早期介入，発達支援，保健所，地域主導型

A. 研究目的

発達支援（早期介入）にはNICUを持つ病院で行われている病院主導型と、保健所や保健センターなどの地域を利用して行う地域主導型がある。リスク児が東京に搬送されることの多い埼玉県の特徴をふまえ、地域主導型の発達支援事業を県内の5保健所と1保健センターで展開したため報告する。

B. 研究方法

地域主導型の発達支援事業を、平成9年から2保健所で、平成10年度から新たに3保健所と1保健センターで開始した。まず県下でもっとも対象児の多い川口保健所と、地域にNICUを持つ病院がないためにすべての対象児が東京の病院に運ばれてしまう朝霞保健所を選んで開始した。さらに、その成果を10年6月の埼玉県小児保健協会のシンポジウムで報告し、会場から反応があった3保健所と1保健センターでも平成10年度から開始することになった。

対象児は0歳から2歳までの極低出生体重児とし、保健所から文書で参加を呼びかけ、電話で申し込んでもらう形をとった。参加の申し込みがない家庭には保健婦が訪問したり電話をして参加を呼びかけた。

スタッフはいずれも保健婦と小児神経科医と栄養士が中心となり、他に必要なスタッフは表のように保健所ごとに依頼した。どの保健所においても小児神経科医が低出生体重児の発達について講演した後、保健婦が中心となってグループ討論を行い、質問に対して専門家（栄養士・PT・心理士・小児神経科医）が答弁する形式をとった。また、保健所では管轄の市町村の保健婦に召集をかけ、最後に市町村ごとにグループを作り懇話した。

C. 研究結果

川口保健所では年4回、朝霞保健所では年3回のペースで事業が定着し、大井町保健センターでは5回、草加保健所では2回、川越保健所と幸手保健所では1回の事業が始まった。どの保健所でも10～20組の親子が参加した。いずれの事業においても以下の4点が共通の成果として得られた。

①母親は同じ地域の中にいっしょに励まし合える仲

間がいることを知り安心した。とくに東京の病院NICUを退院し、東京までフォローアップ外来に通う母親は孤独感が強いいため有効であった。

②保健所でやっているサービスもいっしょに受けられ便利である。埼玉県の保健所では、12の保健所で小児科医とPTが発達評価の外来を行っているが、大部分の極低出生体重児や超低出生体重児はNICUのある病院で継続的にフォローアップされていることが多く、地域での健診にくることは少ない。異常があるときに地域における療育に乗りにくくなってしまいうため、地域で発達をみていくことは重要である。

③神経学的な発達評価を受けられる。リスク児のフォローアップには小児神経科医の診察が必須で、異常があれば病院で精査を進めたり、療育に乗せていくことが必要である。筆者はすべてに関われないため、近隣の病院の小児神経科医に依頼し、保健所から派遣依頼を出してもらった。

④保健所で行う育児支援事業に市町村の保健センターの保健婦に参加してもらうことで、保健所が保健センターを指導するという型の連携がとれ、保健婦の役割分担が明確になり、お互いに仕事がしやすくなった。

D. 考察

地域での低出生体重児の育児支援事業は、地域で親子が生きていくのに有意義である。母親の孤独感や不安からの開放や、母親が地域を利用しやすくなることも大きな利点である。一方、保健所の視点からみると、育児支援事業への参加をよびかけることでも保健婦が母親と関係を持つことができるため価値がある。また、新生児期から乳児期までの情報を得ることが重要であるため、NICUを持つ病院の新生児科医とも連携を持つことができ有用である。

E. 結論

低出生体重児の発達支援（早期介入）を埼玉県の5つの保健所と1つの保健センターで行った。親子が地域で暮らしていくには地域での発達支援は便利で通いやすく、母親は孤独感や不安から開放され、地域を利用しやすくなるという利点がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

奈良隆寛：ハイリスク児の支援の実際／保健所を中心とした支援. 小児科診療 62：207-211, 1999

2. 学会発表

磯貝 瑞, 筑波優子, 尼崎瑞恵, 奈良隆寛：地域主導型の極低出生体重児への育児支援事業の展開. 第45回日本小児保健学会総会, 東京, 1998, 抄録集 p344-341

表：保健所ごとの発達支援の内容

名称 保健所	管轄 市町村	1年間に生まれる 極低出生体重児数 管轄人口	東京 依存率	スタッフ
びよびよ グループ 川口保健所	川口市 鳩ヶ谷市	50人／50万人	5%	保健婦 栄養士 医師 看護婦 PT 心理士
わくわく 教室 朝霞保健所	朝霞市 和光市 新座市 志木市	20人／38万人	100%	保健婦 栄養士 医師 心理士
たけのこ会 大井町保健 センター	大井町	10人／4万人	50%	保健婦 栄養士 医師
ひよこ教室 川越保健所	川越市 大井町 上福岡市 三芳町 富士見市	30人／52万人	50%	保健婦 栄養士 医師 心理士
象さん 親子教室 草加保健所	草加市 八潮市	15人／30万人	60%	保健婦 栄養士 医師 PT 心理士
すくすく 教室 幸手保健所	幸手市 久喜市 白岡町 葛蒲町 鷲宮町 栗橋町 杉戸町 宮代町	15人／33万人	20%	保健婦 栄養士 医師
埼玉県全体	92市町村 22保健所	350人／680万人		

低出生体重児の地域におけるフォローアップ

研究協力者 青木 徹

要約：低出生体重児については、新生児医療機関と地域の関係機関が連携をとりながら、長期のフォローアップが必要である。新生児医療機関を退院してからの育児、身体発育、精神発達については母親や家族の不安は多い。入院していた医療機関での健診で、フォローアップされることが多いが、それとともに地域での支援も大事である。現在地域では保健所を中心とした体制が組み立てられている。深谷保健所の低出生体重児のフォローアップにつき検討した。

〔見出し語〕 低出生体重児 育児支援 地域療育

〔はじめに〕

低出生体重児については発育発達、育児などについての不安もおおく、心身に障害を残すこともある。地域の保健所は低出生体重児に対する育児支援を行っていく必要がある。

保健所の支援活動は未熟児養育医療給付実施要領、未熟児養育指導実施要領、地域療育相談指導事業実施要領によって行われている。

〔保健所における低出生体重児支援〕

(1) 未熟児養育医療給付

平成9年度は30名に医療給付が行われた。

(2) 未熟児養育指導事業

未熟児養育医療の対象者、保健所長が必要と認めた未熟児が対象である。

対象者の把握は、未熟児養育医療の申請があった時、また市町村長からの出生連絡表の受理による。

実施方法は保健婦が訪問を行い、その結果について未熟児指導管理表により管理を行う。

管内人口は119635人、平成9年度出生数1194人、この事業の対象児数は30人であった。保健所母子担当は1名である。

これらの児の入院した新生児医療機関は市内

の医療機関へ17人、県内の医療機関へ8人、県外の医療機関へ5人であった。このうち2人は入院中に死亡している。

出生時体重1000g未満は1人、1000g以上1500g未満は5人、1500g以上は24人であった。

退院時連絡表は17人について受理した。ほとんどの児に退院後の医療機関外来での経過観察が予定されていた。

訪問は11人に行った。訪問回数はそれぞれ1回であった。それ以外の児については電話連絡を行った。

市の乳児健診に7人が受診している。保健所の発育発達相談に2人が受診している。

(3) 地域療育相談指導事業(発育発達相談)
心身の機能に障害のある、あるいは障害をきたすおそれのある乳幼児を早期に把握して、適切な指導をおこない、障害の改善を図ると共に、地域の地域療育指導体制の確立を図る。実施回数は月にほぼ1回程度と定められており、当保健所では月に2回実施している。従事者は小児科医、保健婦、理学療法士、言語療法士、臨床心理士、保母などである。

実施内容は医師による診察、理学療法士、言語療法士による療育指導、臨床心理士、保健婦による相談、指導が行われる。

必要な場合には、医療機関、訓練機関への紹介、保育園、幼稚園への通園をすすめる。

市保健婦も参加して実施しており、市の親子教室への参加を必要な児にすすめる。

低体重出生児についても発育発達に障害の疑いのある場合には、この中で療育指導を行っていく。

平成9年度は全体で90人の療育指導を行ったが、養育対象児30人で療育指導を行った児は2人であった。

[考察]

地域保健法が平成9年4月1日から全面施行になり、保健所は地域における広域的、専門的技術的な機関として機能強化されることになった。母子保健の分野では、ハイリスク低体重出生児の地域における支援は保健所の役割となった。埼玉県では保健婦はいままで地区担当制で業務を行ってきたが、平成9年度からは業務担当制になり、より専門的に業務を行うことになった。

昨年行った埼玉県の全保健所に対するアンケート調査によると、組織がかわり低体重出生児の訪問がしやすくなったとした保健所は4か所であった。一方母子担当スタッフが少な過ぎる15保健所、他の業務が多過ぎてなかなか訪問できないが11保健所であった。当保健所においても、他の業務が多く、訪問回数が少ないのが現状である。また退院早期の訪問が望ましいが、これについても難しかった。保健所のスタッフの増員が望めない現在の状況においては、業務の見直しや、市町村保健センターとの連携を強めることが必要である。

保健所により、低出生体重児クリニックを行っている所と、地域療育相談事業（発育発達相談）の中で低出生体重児の療育を行っているところがある。当保健所では地域療育相談事業のなかで低出生体重児の療育を行っている。療育を行っていく上での問題点としては、先に行ったアンケート調査によれば専門職の従事スタッフ（専門医、理学療法士、言語療法士、臨床心理士）の確保が難しい、市町村により取り組みがことなる、親の交流が少ない、就園就学の連絡がとりづらい、管内に療育機関、専門病院がない、あるいは不足しているなどであった。来年度当保健所では、未熟児すくすく相談事業として、すくすくサロン（保健婦、看護婦による計測、相談）、医療相談（小児科医による診察、相談）を行うことにした。対象児の発育、発達を支援し、母親の育児不安を解消しつつ母親同士の親睦の場とする。

今後低体重出生児の療育を充実するために、地域の関係機関会議の開催、ケース検討会の開催、医療機関との連絡を密にする、受け皿となる療育機関を充実する、市町村との連携を密にする、研修を行う、育児支援としてのグループづくりをするなどである。

以上保健所における低体重出生児療育の現状と今後の実施について検討した。

文献

- 1) 大野勉：NICU退院後のフォローアップ，NICU，8（21），1993.
- 2) 川上義他：極低出生体重児の乳児期のフォローアップと早期介入システム，厚生省心身障害研究「ハイリスク児の健全育成のシステム化に関する研究，平成9年度研究報告書

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

（分担）研究報告書

要観察児等いわゆるハイリスク児の育児支援及び療育体制の確立に関する研究
分担研究：学童期の療育指導のあり方に関する研究

分担研究者 小西行郎 福井医科大学小児科助教授

研究要旨：学童期は障害を持つ児の療育が医療と教育の二つの分野にわたるのにもかかわらず、二つの分野の交流は不十分であった。そこで今回そうしたことを解決するためにそれぞれの分野の専門家を集め、学童期の障害児の療育における両者の効果的な連携のあり方について研究することにした。今年度はまず現在問題となっていると思われることについて、それぞれの立場から報告をしていただき、次年度の調査の対象と目的を明らかにした。

A. 研究目的

いままで、障害児の療育は小学校入学までは医療主体に行われてきた。そして、小学校入学と共に医療から離れて教育主体の療育が行われるようになり、やがて卒業と共にふたたび医療の場に戻されるということが多かった。そして、医療と教育の連携は必ずしもうまくいってはいなかった。最近重症障害児の養護学校での医療的ケアの問題がクローズアップされるようになり、両者の連携・協力のあり方が問われるようになってきた。そこで今回両分野の専門家を集め、知的障害、身体障害、重度重複障害、そして軽度障害あるいは境界児の学童期の療育に関するさまざまな問題を取り上げ、実態調査などを踏まえ療育指導における医療と教育の連携のあり方について検討することにした。

B. 研究方法

研究体制として、医療サイドからは障害児施設に勤務している医師と病院勤務医を、

教育サイドからは学校教育の現場の教師と臨床心理士、そして大学教員に参加してもらった。今年度はそれぞれの立場から問題点を列挙してもらい、全体で討論するなかで問題点を整理し、次年度の実態調査の対象と方法を検討した。

C. 研究結果

各研究協力者の報告をもとに検討した結果3つのグループに分けることになった。

第一のグループは養護学校の療育における医療と教育の連携について検討した。具体的には重度障害児の医療的ケアと肢体不自由児の自立活動（昔の養護訓練）がその課題である。北住、須貝、亀谷は現在重度障害児の療育を行っている学校における医療的ケアの実態をそれぞれ医師や教師の立場から検討し、来年度提出される文部省の「特殊教育における福祉・医療との連携に関する実践研究」の報告と相補的な成果が得られるような全国調査などを行い、医療的ケアの実施に役立つマニュアル作

製をしたいと考えている。杉本はこうした医療的ケアを実施するに当たって学校保健体制のあり方とくに、校医と主治医あるいは地域看護などとの関係についての問題点を大阪地区を中心に整理し、今後の2年間で在るべき姿を追求したいと考えている。

北原は脳性麻痺の医療的アプローチと学校における養護訓練（現在では自立訓練）との関わりを検討したが、二者の間の不一致が大きいことを指摘した。今後医療と教育の各々の立場から、その児のライフサイクルを考えた療育方法の見直しと各々の連携のあり方を提言するつもりである。

第2のグループは知的障害あるいは軽度障害の子供の療育について検討した。

広川は軽度脳性麻痺の普通学校における心理的問題について大阪地区の実態をプレリミナリーに調査したが、脳性麻痺児は運動障害だけでなく、教科学習と社会場面において特有の障害を呈し、種々の心理的問題を引き起こしていることが明らかになった。今後全国調査を行い、こうした心理的問題の解決方法を模索するつもりである。

白瀧は学習障害児などの軽度障害をもつ児童への学校・家庭における指導のあり方を検討するために、西宮市において、教育委員会と児童精神科医が連携してスクールコンサルタント制度を導入した。こうした新しい試みは一応成功したと思えるが、さらに多職種（心理士、カウンセラーなど）を含んだネットワーク造りが必要であり、今後新たな体制づくりを模索したい。吉武はさらにこうしたネットワークを地域ぐるみで行っている。岩手県山田町の試みは、町と大学の間でテレビ電話の回線を配し、老人問題から不登校、障害児、精神障害など

の全ての問題を地域ネットワークを通じて解決方法を模索するというものであった。今年度は特に学校コンサルタント事業を中心にネットワークづくりを考え、他地域へも拡大するつもりである。矢倉は軽度障害とくに学習障害児にたいしてソーシャルスキルなどに関する実態把握と保護者のニーズの把握を行った。学習障害児の教育的ニーズに応じた教育的支援を高める指導内容や方法についてさらに追求する必要性を感じると共に個性を生かす教育、個に応じた教育の発展と充実が必要であることを強調している。病弱養護学校は年々増加し、すべての国立大学付属病院に学校が設置された。しかし、入学児童の病気の種類の変化、とくに心身症の増加などによって、教育方法も目的も変化しつつある。時代にあった学校へと適応していないことも多く、病弱養護学校のあり方がいま問われている問題は多い。今後は実態調査を通して、病弱養護学校のあり方を追求して行きたい。

第3のグループは地域と学校との関係を考えて。

栗原は在宅障害児の家族短期施設利用を試みているが、精神遅滞児に対する家族の理解を深めるために、短期に施設入所を行い、家族に専門家集団が集団指導を行っている。伊藤は滋賀県における保健所における学童期の療育指導のあり方、特に小児慢性特定疾患面接指導、訪問指導、医療機関からの療育指導依頼などについて実施状況を分析し、教育機関と専門医療機関との連携の必要性を強調した。

今後、福祉機関を含めたこれらのネットワークづくりのキーパーソンとしての保健所保健婦の役割について検討する。松木は