

システムについて述べた。ハイリスク児の支援には多くの専門家がかかわり、費用や場所も必要であるが、上に紹介したシステムはこどもを支える地域社会に必要不可欠なものである事を強調したい。

また今後も行政や地域療育機関とも連携を取りながら、ハイリスク児と親のニーズに答えていくことが大切である。

1. 福田清一¹、吉永陽一郎¹、橋本武夫¹、松石豊次郎²

1. 聖マリア病院総合周産期母子医療センター新生児科
2. 久留米大学小児科

参考文献

- 1) 橋本武夫. NICU 退院児の包括的フォローアップシステム. NICU 4 春季増刊: 67-70, 1991.
- 2) 吉永陽一郎. 新生児のすべて, ハイリスク児の育児支援. 小児科診療 62: 1944-1949, 1999.
- 3) 堀内 勁: カンガルーケア —新生児医療の新しい出発— 日児誌 101:1259-1262, 1997.
- 4) Field TM et al.: Tactile / Kinetic stimulation effects on preterm neonates. Pediatrics 77:654-658, 1986.
- 5) 福田清一、岩間 直、野中路子ら. 新生児期におけるハンディキャップ児への対応—染色体異常—. 周産期医学 30: 323-328, 2000.

3. ハイリスク児のニードと親の希望

6) 療育機関

ハイリスク児は乳児期には運動発達の遅れを、また幼児期には言語発達の遅れを呈することがしばしばある。こどもがハイリスク児であることから、親は遅れへの不安が強く、発達遅滞の解決（発達促進）のニーズは高い。地域に総合療育センターがあるなら有効に利用するとよい。ただし、「発達遅滞があるから、即、療育センターへ」というのでは、親は療育センターに行って重い障害児をみると、「自分のこどももこうなってしまうのだろうか？」と愕然としてしまう。脳性麻痺や知的障害が明らかな場合でも、親を不安にさせないように事前に話してから療育センターに向かわせる必要がある。まして、グレイゾーンのこどもたち（境界児）に対しては、療育センターには慎重に紹介しなければならない。

グレイゾーンのこどもたちには、地域で行っている発達クリニックや親子教室での指導がすすめられる。地域で行う事業に参加することで、親にはこどもと地域で生きていくのに必要な「地域の輪」ができる。病院で丸がかえでフォローアップされているハイリスク児はなかなか地域へのデビューの機会を逃してしまうために、保健婦の方から積極的に地域を利用することを勧める必要がある。

運動発達の遅れに対して、理学療法士の指導は効果がある。保健所では乳幼児発育発達支援事業として、保健所に月1回の割合で小児科医と理学療法士を雇い、発達診断をして遅れのあるこどもに理学療法士が指導するというシステムを持っているところがある（埼玉県では22保健所のうち12保健所でこの事業を行っている）。この事業は医師が診断するだけでなく、次回の診察までに発達促進の方法を理学療法士が指導してくれるために、母親は安心して育児と発達促進に取り組めるために有用である。

親が次に心配するのはことばの発達である。ことばの発達はこどもによって言語理解は良いのに発語だけが遅い者から、精神発達が全般的に遅れている者まで様々である。「発語と言語理解の発達が何歳レベルなのか」「他の発達のレベルはどうか」を遠城寺式発達検査やKIDSなどを用いて判定する必要がある。発語だけが遅れているなら、時期を待つか親子教室に入れればよい。ここで、理解もしくは理解だけでなく発達全体も遅れているなら言語聴覚士の指導を受けたほうがよいだろう。市町村の保健センターでは言語聴覚士を非常勤で雇い言語指導を行っていることがあるため、これを利用させるとよい。

低出生体重児の脳性麻痺の場合には、運動面ばかりでなく、視知覚認知障害などの認知面の問題もかかえることがある。したがって療育を理学療法士や保母だけに任せるだけでなく、小児科医の定期的な発達評価を入れ、認知面の評価をしていかなければならない。

3. ハイリスク児のニードと親の希望

7) 児童相談所

児童相談所の役割はハイリスク児を扱う医療従事者には、意外と実態が知られてないのが現状である。児童相談所は児童福祉法により、人口 50 万人に 1 箇所を設置が必要とされており、福岡県には中央児童相談所と他に 5 つの児童相談所、1 つの支所がある。今回紹介する中央児童相談所は福岡市および北九州近郊の 5 つの保健所管内をカバーする児童相談所である。相談業務の内容は両親の離婚、入院などによる子どもの養育困難、棄児、被虐待児、低出生体重児を含む医療、健康相談、肢体不自由児、視聴覚、言語発達遅滞、知的障害、自閉症、重症心身障害、不登校、家庭内暴力などの相談など多岐にわたっている。¹ また近年、被虐待児の増加、新聞紙上をにぎわす少年問題などから、毎日の業務に追われ、なかなか極低出生体重児を含むハイリスク児に関する支援に時間が十分とれないのが悩みである。一般業務の中では低出生体重児を含むハイリスク児や、発達境界児、精神運動発達遅滞児の発達検査 (DQ) や知能検査 (IQ)、および療育手帳や特別児童扶養手当の判定に多くの時間をとられている。福岡県中央児童相談所におけるハイリスク児の支援事業として、はじめは心身に障害を持つ子どもの療育としてスタートし、現在はハイリスク児を含む親子の通園事業の一つとして発展した「なかよし学級」を紹介する。なかよし学級はハイリスク児や発達上の問題や不安をかかえた親子のため、第 2、第 4 火曜日に午前 10 時～12 時の 2 時間、中央児童相談所のプレイルームで親が子どもと遊ぶ楽しみを体験してもらう学級である。現在参加登録児は 21 名で、平均 13 組 (26 人) が参加し、遊びや母親同士の交流、アドバイスにより育児不安の解消に役立っている。児童相談所とハイリスク児の家庭、医療機関、療育機関、保健所などの相互連携の実態および将来のあり方を図示した (図 1)。児童相談所の役割として、ハイリスク児およびその家庭からの相談を受けており、一方では保健所、地域の療育機関、小児科開業医、産科開業医との連携が求められる。今後ハイリスク児の相談に関わる小児科医、産婦人科医、およびその他の福祉、療育機関はもっと児童相談所の役割を認識し積極的に連携をおこなう必要があると思われる。²

児童相談所はハイリスク児の発達支援上に重要な役割を担っているが、案外その役割は医療サイドに正しく認識されていない。今後、相互の連携を深めてハイリスク児および家庭を支援する事が必要である。

松石豊次郎¹、山下裕史朗¹、松尾昌子²

1. 久留米大学小児科
2. 福岡県中央児童相談所

参考文献

- 1) 児童相談所 業務概要, 福岡県中央児童相談所, 久留米児童相談所, 大牟田児童相談所, 田川児童相談所, 平成 10 年度版 P1-P52.
- 2) 療育マップ筑後. 支え合う地域を目指して一障害を持つ子どものために一筑後地区療育システム協議会編集, 初版, P1-P93, 1998.

7)児童相談所

児童相談所は都道府県が設置する相談機関で、全国に174カ所ある。児童福祉の中核であり、児童（18歳未満の子ども）に関するあらゆる相談に応じる。児童相談所の業務は、相談、判定、処遇（指導、措置、一時保護）に大別される。

相談件数は、平成10年度、336,241件であった。相談内容は、児童の養育が困難な場合の施設入所などに関する養護相談(36,819件)、非行関係相談(17,669件)、障害の判定などの障害相談(177,059件)、しつけや性格行動上の問題、不登校などに関する育成相談(70,881件)、その他の相談(33,813件)であった。障害相談が約半数を占めている。虐待相談は養護相談の中に含まれている。その他、児童相談所の行う事業には、1歳6か月児、3歳児精神発達精密健康診査および事後指導がある。

判定は、受け付けた相談について、児童福祉司等による社会診断、心理判定員による心理診断、医師による医学診断、一時保護所の児童指導員、保育士等による行動診断などによる総合診断として行われ、処遇方針が策定される。

処遇は、児童福祉司等による在宅指導、施設入所措置、一時保護等からなる。

職員には児童福祉司（ソーシャルワーカー、約1200名）と、心理判定員(約800名)、医師（約500名、非常勤が主）などの専門職が配置されている。児童福祉司の配置基準は人口10万人に1人である。従来、児童福祉司は専門職として採用されず、その専門性が問われてきたが、厚生省の通知等により、今後改善されることが期待される。

児童相談所の業務の特徴は、チーム協議によるところである。

児童相談所の相談業務を補完するために、平成9年度より児童家庭支援センターが全国で約50カ所設置された。これは社会福祉法人に設置されるもので、児童相談所との連携のもとに相談を行うものである。

4. 地域における発達支援システム

1) 県レベル：埼玉県

埼玉県では小児神経科医が地域の保健所ごとに退院後の極低出生体重児とその親を集め集団で指導し、座談会を設け親同士が仲良く地域で暮らしていけるようにしている。この事業の内容と問題点について述べる。

1. 埼玉県の周産期事情

埼玉県では、ハイリスク児のネットワークシステムがあっても、極低出生体重児や超低出生体重児の約半数が東京に運ばれてしまうという特殊な事情がある。したがって、親は退院後のフォローアップ外来に通うのに労力が必要で、フォローアップから脱落してしまうこともあるのが現状で、まして育児支援となるとシステムが不十分である。したがって、病院主導型の育児支援では親子が通うのに無理があり、地域主導型の育児支援を行政として行っていかねばならないことになる。

2. 低出生体重児の育児支援事業

筆者は管轄人口が 50 万人(川口)と 38 万人(朝霞)の保健所で極低出生体重児を集め育児支援事業を開始した。保健所から対象児(1500g以下で出生した乳幼児)に通知を出し、年3回の会にいつでも参加できるように保健婦が連絡を取り参加を勧めた。まだ入院中のこどもの母親にも母親だけ参加できるように勧めた。事前に質問や不安なことを用紙に記載してもらうように郵送し持参してもらった。会の前半は講演形式に、後半は地域ごとに小さなグループとなり座談会を行った。座談会は保健婦が司会し、質問用紙をもとにしながら会を進めた。

この2保健所で3年間継続する中で明らかになってきたことは、母親が求めているのは、相談にのってくれるエキスパートと、身近に住んでいる同じ境遇の友人である。ここで求められるエキスパートとは、超低出生体重児や極低出生体重児の発達の経過を追ったことがある小児科医であればよく、日常生活で困っていることをよく聞いて、返答してあげればよいのである。離乳食や予防接種や生活パターンなどのごく一般的なことで、低出生体重児用の母子手帳や育児書がないため、母親は頭を悩ましているのである。座談会形式で数人のグループで膝をつき合わせて話すと、いろいろな質問が飛び交うようになる。

筆者と2保健所の保健婦が埼玉小児保健協会のシンポジウムでこの取り組みについて論じたところ、他の5つの保健所と1つの町の保健センターから、同様の支援事業を開きたいので協力してほしいという申し出があり、他の6つの施設でも開始した。

保健所によっては、母親が講話を落ち着いて聞けるように、保母を雇うところも保育ボ

4. 地域における発達支援システム

ランティアを頼むところもあった。保母がいる場合には導入に母子がいっしょの時間を設けて手遊びを行なった。

後半の座談会は有意義である。グループごとに保健婦が中心になって話を進めてもらうとよい。そこに医師や栄養士（できれば理学療法士や臨床心理士）が助言者として加わる形がよいと思う。事前に質問事項をとっておくと進めやすいし、食生活のことや寝かしつけや入浴のことなどテーマを決めて保健婦が誘導していくと会は活発になる。栄養の話題は豊富にあり、母親のニーズも高いため栄養士に活躍してもらうことになる。母親によっては、育児書を読みあさり育児書どおりに食事が進まないといライラする者もいるので、うまく指導していかねばならない。

3. 保健所における育児支援事業の問題点

この育児支援事業に参加した102名の母親にアンケートをとったところ、全員がこのような事業が保健所で行われることを希望し、地域との連携ができたことを喜んでいて、スタッフから有益な話が聞け、発達の仕方は様々であることを聞き安心したばかりでなく、同じ境遇の母親と話し合えたことがとても有意義だったと答えている。病院のフォローアップ外来ではリラックスした雰囲気で見入った育児の内容まで質問することはできない。また、ふつうの乳幼児健診では未熟児の発達について知識の少ない医師にあたることもあるため、発育発達について相談する相手がいないというのが現状であろう。とくに、埼玉県のようにNICUも持つ中核病院が少なく、患者の半数が東京に運ばれてしまうようなところでは、地域での支援が重要になってくる。したがって、このような育児支援事業を保健所が中心になって行うことは有意義であることがわかる。

この事業は母子担当保健婦の意欲に左右される。埼玉県の保健所には、保健婦課という部署はなくなり、保健婦課長の命令で業務が進むわけではなく、それぞれの保健婦の意欲に負う部分が多くなった。事業を条例化しなければ、担当保健婦が変わると事業がなくなってしまうことがある。ある保健所では担当保健婦が変わったことで年間だけ事業が行われなかった。行政の事業として行う場合には、事業を条例化しない限り、担当保健婦の意欲と誠意に事業の存続がかかっている。また、ボランティアで来てくれるような小児科医も見つけなければならない。地元の医療機関とタイアップしながらシステム化していくことが重要である。

7. 連携の仕方

2) 医師との連携

NICU を退院したハイリスク乳児は、気管支肺低形成・頭蓋内出血・脳室周囲白質軟化症・発育遅延・発達遅滞・先天性心疾患・未熟児網膜症などの様々な問題を抱えることが多い。また、母親が十代であったり、上の児が幼少で育児が困難だったり、離婚したりなどと調整を要する問題もある。保健婦は、児の健全な発育発達のために今何が必要かをよく把握し、医療と連携をとりながら、親との信頼関係を築きあげていくことが大切である。

NICU のある医療機関でフォローアップする医師は、児が退院する前に両親のひとりとなり把握して退院指導しているものだが、入院中には把握できないこともある。退院後に初めて強い育児不安におそわれパニックに陥る母親もいるため、退院後は保健婦の訪問に負うところが多い。親の不安が何かを把握し、主治医と担当看護婦に連絡をとって、不安を解決してやる必要がある。育児困難からくる虐待には十分に介入し阻止しなければならない。医療機関では主治医が虐待を把握していないこともあるため、訪問する保健婦が判断し、主治医と連絡をとり、児童相談所に依頼していく必要がある。

母親が育児についてもっとも不安を感じる時期は退院直後から1か月間だと言われている。とくに早産に立ち至った母親はお腹の中にいるはずのこどもがいなくなってしまうという喪失感とリスク児を生んでしまったという失敗感にさいなまれ、これらからまだ脱しきれない頃に退院となる。育児の現実には育児書どおりにはいかず、同じ境遇をもった仲間をしっているわけでもないので相談にもものってもらえないので、不安からパニックになりかねない。ここで母親を援助できるのは保健婦である。こどもがそれぞれ個性をもった個別的な存在であることを問題点に具体的な解決策を与えて確認させるとよい。主治医と連絡を取り合い、医学的な問題点だけでなく、生活をしていく上での問題点を洗い出し、相談にのってほしい。

また、医療機関ではややもすれば目先の問題ばかりに気を取られ、予防接種・栄養相談・事故防止の注意などの、乳児の健康増進のための助言がぬけてしまうことがあるので、保健婦の介入が必要になってくる。医療機関でのフォローアップから脱落することは、時間的理由（母親の育児休暇が終わった場合など）や距離的理由（遠くて通いきれない）や経済的理由から、ときおりみられる。また、医療機関の方でも脱落していく親子まで連絡しきれないのが現状であるし、きちっとしたフォローアップができていないところもある。この穴を埋めていくのが保健婦の役割であろう。フォローアップ外来を継続する意味を母親によく説明し、主治医と連絡をとって脱落を防いでほしい。

A 縣市など地域における実践

1 県レベル

石川県においては平成8年度の県事業として、「未熟児が健やかに育つために保健・医療・福祉関係者の連携を強化し、未熟児やその保護者への支援体制の整備を図る」ことを目的として「大きくなあれ未熟児総合ケア推進事業」を実施している。これは未熟児保健・医療連携事業、大きくなあれフォローアップ事業、未熟児育児支援ケース検討会の開催、「大きくなあれ親の会」の育成と支援の4本柱より構成されている。以下、本事業について紹介する。

大きくなあれ未熟児総合ケア推進事業実施要綱

1. 目的：未熟児を健やかに育てるため、保健・医療福祉関係者の連携の強化を図るとともに、未熟児総合支援体制の整備を図る。
2. 実施保健所：県保健所
3. 対象者：未熟児養育医療給付申請書及び低体重児出生届または人口動態出生票より把握し、事業実施に当たって保護者の承諾を得た児およびその保護者
4. 事業内容
 - 1) 未熟児保健・医療連携事業
 - ア 退院時連携
 - イ 未熟児かかりつけ医紹介
 - ウ 未熟児保健・医療連携研修会の開催（年1回）
 - エ 未熟児保健・医療連携会議の開催（年1回）
 - 2) 大きくなあれフォローアップ事業
 - ア フォローアップ健診の実施
 - イ フォローアップ教室の開催
 - 3) 未熟児育児支援ケース検討会の開催
 - 4) 「大きくなあれ親の会」の育成と支援
5. 実施方法
 - 1) 未熟児保健・医療連携事業：これについては「退院後の連携」Ⅲ－6を参照
 - ア 退院時連携：親の許可を得て、地域の保健婦が未熟児の入院中にNICUを訪れ、

図2 入院中及び退院時連携フローチャート

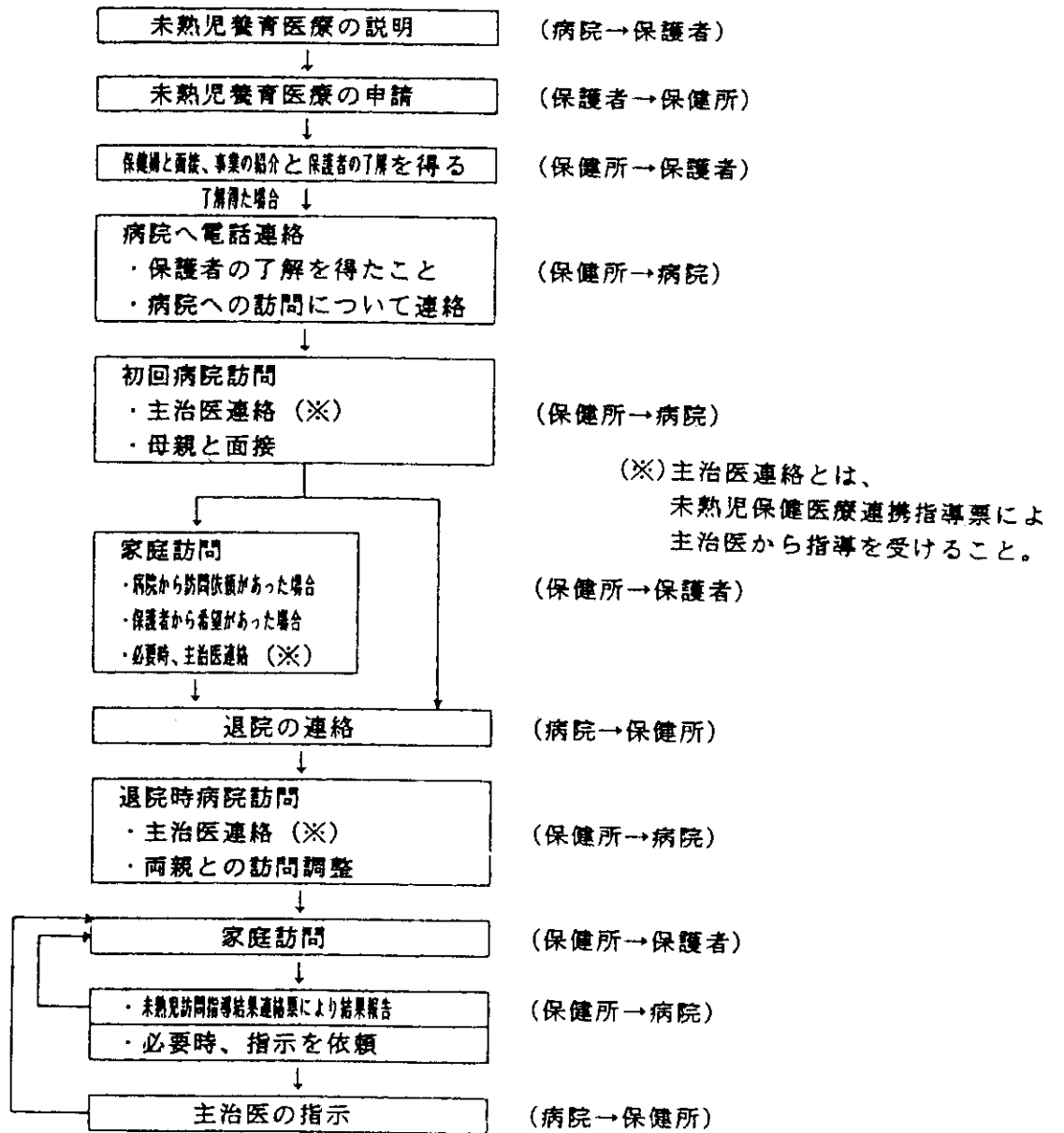
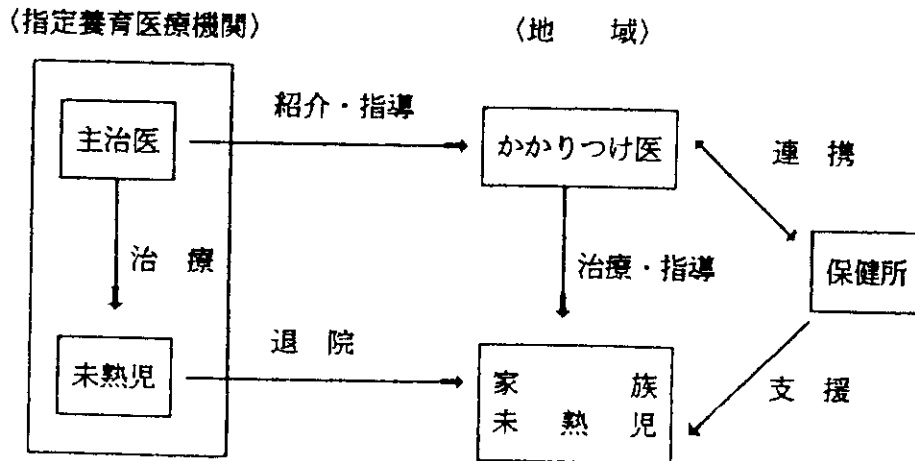


図3



主治医、看護婦、両親と一緒に話を聞き、退院後の保健指導に結びつける。

イ 病診連携未熟児かかりつけ医紹介：NICUと地域のかかりつけ医との連携の強化を図ることを目的とし、例えば、里帰り分娩などのときに主治医がその地域で最も適当な医療機関を紹介する。

ウ 未熟児の訪問指導の実施：保健所保健婦などは、主治医及びかかりつけ医の連携のもとに、母親等の育児不安を軽減するよう留意して訪問指導を実施する。

エ 費用の支払い。

未熟児保健医療指導票に基づき、1件3、310円の報償費を県立中央病院を除く主治医に支払う。

2) 大きくなあれフォローアップ事業

(1) フォローアップ健診の実施

未熟児の発育、発達経過を就学まで定期的に健診し、観察する。

ア 内容

問診、身体計測（体重、身長、頭囲、胸囲）、神経学的診察など

イ 実施者：医師、保健婦、心理判定員、看護婦

ウ 記録：健診をした対象児について、その経過などを記録しておくものとする。

(2) フォローアップ教室の開催：

未熟児の離乳食や栄養、運動等の育児教室を開催する。これが実際の支援に繋がるものである。

ア 内容：離乳食などの食事指導、日常動作などの自律訓練、言語発達指導など

イ 実施者：医師、保健婦、作業療法士、栄養士など

ウ 記録：教室の参加状況について、記録しておくものとする。

3) 未熟児育児支援ケース検討会の開催

フォローアップ健診、フォローアップ教室などで発見された問題のある事例について行なう。保健所保健・福祉サービス調整推進会議を活用し、未熟児の処遇困難事例について、関係者と協議する。

ア 実施者：医療機関の医師、保健所の保健婦・作業療法士・栄養士、保母など

イ 実施回数：年1回以上

4) 「大きくなあれ親の会」の育成と支援

未熟児を出産した親の会を組織・育成し、親同志で育児等の悩みの解決を図っていくための自助グループへの支援を行なう。

実施者は保健婦、作業療法士、栄養士、保護者などである。

6. 関係機関との連携：

本事業を実施するに当たっては、医師会、市町村、児童相談所、その他関係機関と連携を密にするとともに、本事業の目的・内容等についても、あらかじめ関係機関と協議の上、その効果が十分得られるよう配慮するものとする。

7. 保健所長は、大きくなあれ未熟児総合ケア推進事業実施報告書を事業終了後すみやかに厚生部長に提出するものとする。

平成8年に本事業実施に当たり、未熟児保健・医療連携研修会（5月実施）、NICU保有医療機関の小児科医や看護婦長への事業説明（6月実施）、保健所保健婦長や業務担当者との打ち合せ会（7月実施）をおこなった。そして未熟児の退院時の連携は9月より開始した。事業開始平成8年に保健所保健婦はNICU保有医療機関の担当医や婦長から、養育医療申請者76名（平成8年4—12月）中28名（36.8%）がすでに指導を受けている。平成9年度には「大きくなあれ未熟児総合ケア推進事業保健・医療連携会議」が下記の内容で開催され、内容の見直しが行なわれている。

1. 平成8年度大きくなあれ未熟児総合ケア推進事業報告等
2. 平成9年度南加賀保健所の当事業の取り組みについて
3. NICUにおける母親への支援報告
4. 意見交換

事業は現在も進行中で、今後、本事業が中心となって、石川県の各地域における未熟児の発達支援が推進されるものと考えられる。

飯田芳枝 石川県厚生部健康推進課

ハイリスク児の発達支援マニュアル

4. 地域における発達支援システム

1) 県レベル 2) 市町村レベル?

神戸市においては、平成6年度より神戸大学周産母子センターを退院した極低出生体重児を対象にして親子教室を実施してきたが、平成9年度より神戸市内の主要な新生児医療施設である兵庫県立こども病院周産期医療センター、神戸市立中央市民病院新生児センター、済生会兵庫県病院の退院児も含めて行うようになった。さらに平成12年度からは東播磨地区の加古川市民病院の退院児も対象とすることができた。この試みを紹介して全県にまでは至らないものの地域の複数の医療機関の連携によるearly interventionの実施について考えてみる。

1) 背景:

兵庫県では、ハイリスク新生児の入院をスムーズにかつ確実に実施するために県下の7医療圏にそれぞれセンター病院と協力病院を設置して新生児救急医療システムを稼働させている。神戸市には4つのセンター病院があり（神戸大学周産母子センター・兵庫県立こども病院周産期医療センター・神戸市立中央市民病院新生児センター・済生会兵庫県病院）、日頃からお互いに空きベッド情報や患者情報のやり取りを行ってきた。加古川市民病院とも時々患者紹介を行い合う関係ができあがっている。このように日頃から様々な点において連携がとれている状況が今回のように共同して実施する事業において連携を取りやすくする重要なポイントである。それぞれの病院は十分な人的資源があるわけではなく、early interventionの重要性は認識しているものの、実際には人的問題、場所の問題などで実施までには至らなかったのが現実であった。そこで公的機関の協力を得て、神戸大学周産母子センターで、まずearly intervention programを開始した。

2) 神戸大学周産母子センター退院児を対象とした親子教室¹⁾ :

a 協力機関

このような事業を実施するに際してできるだけ公的な機関と協力することが様々な点で望ましい。ただ、極低出生体重児という極めて限られた集団に対して発達支援を行うことが、公的な機関による事業としてなじむかという懸念があったが、残念ながら毎年一定の割合で出生し、この中から将来的にサポートを必要とする人達が現れる可能性が高いことを考えると、公的機関も決して無視できない。神戸市にもこの点を理解していただき、これまで繋がりがあった神戸市児童相談所および神戸市総合児童センター（社会福祉協議会）に全面的な協力を得ることが出来た。さらに神戸大学発達科学部、神戸常盤短期大学の教育心理学者にも協力を得られ、4機関が協力して平成6年度より極低出生体重児支援のための親子教室を開始した。

b スタッフ

全体で10～15名が参加した。すべてボランティアである。

①小児科医師

児、母親を最も理解している存在として、多くのスタッフをコーディネートする。
実際の現場では見ているだけのことが多い（その場にいることが重要）。

②看護婦・助産婦

母親にとっては最も気軽に話せる立場にある。

③教育心理学者

母親に対する育児指導、相談の主体となっている。

④音楽指導員

こども、親との遊びの指導を行う。

⑤臨床心理士、心理相談員

発達評価を担当し、母児の観察が十分に行える。

⑥保母

遊びを上手に提供している。

⑦大学院生

ボランティアとして参加している。

c 場所

交通の便利な場所にある神戸市総合児童センター内の和室を主として使用し、体育室も適宜使用した。

d 対象児

修正月齢6か月に達した極低出生体重児で、発達に問題ないと考えられる児を対象に参加を呼びかけた。脳性麻痺など発達に問題のある児は既に何らかのサポートを受けているので、対象からは除外した。6か月ごとに5から10組の親子で1クラスを作り、月1回で2年間の予定で教室を実施した。

e プログラム

予め年間スケジュールと毎回のスケジュールを大まかに決定し、母親用のプログラムとしては、毎回宿題テーマを設定し全員での話し合いを中心とした。子供用のプログラムは、親子体操、ボール遊び、粘土遊びなどを月齢に応じて用意し、母親と子供が一緒になって行う遊びを中心に構成した。

3) 複数の医療機関の連携による親子教室²⁾ :

はじめて親子教室を実施するに際して神戸大学単独で試みたために混乱なく行えたのではないかと考えている。3年間実施してある程度スタッフ間の意志疎通も出来たところで対象を広げ、4つの医療機関さらに神戸市以外の地域からの極低出生体重児を対象とすることにした。

a 実施に際して心掛けたこと

①実施する際、異なった医療施設の母児が集まるので、各施設からできるだけ看護婦の

参加を募り、母親が顔見知りの方がいることで安心できるようにした。

②参加者の募集は当該施設の小児科担当医師と実施主体である神戸大学スタッフの連名で行い、フォローアップ外来及び手紙を通じて呼びかけた。

③施設のちがいにによりお互いに違和感を抱かないようにできるだけ区別なく接するように心掛けた。

b 問題点

①参加する母児が30組と一挙に増加したため、対応するスタッフの増員を図る必要があった。これは児童相談所や総合児童センターのスタッフ及び大学院生の増員で対応した。

②母親同志が顔見知りと言うこともあり、各施設単位で自然にグループが形成された。しかし、施設間での違和感は見られなかった。

③各施設がカバーしている地域がかなり広いいため、遠方のために参加できない母児が多かった。

④保健婦の参加がなかった。この事業には残念ながら保健婦は参加していないが、是非参加してもらうべきである。保健婦は未熟児や新生児の訪問指導に携わっているが、特に極低出生体重児の成長・発達については十分な知識と経験を積み重ねる機会が少ない。従って、直接極低出生体重児に接することのできるこのような機会はまたとないものである。将来的に親子教室に参加できない母児のために訪問指導が実施できれば、極めて意義深いものとなる。

4) 今後の方向性：

地域の中で各施設毎に親子教室を開催するのは、人的資源や場所の問題で困難なことが多い。その際にいくつかの施設が集まって、公的機関と協力してひとつのプログラムを実施すれば、さほど無理なく実施できる可能性が大きい。しかし、あまりに広域にわたって対象を募れば、地理的に参加が困難となることも多くなる。そのためには、大都市においては複数の施設で連携を取り、周辺地域ではそれぞれの地域ごとに公的機関が中心となってこのような事業を進めることが望ましい。また、どうしても参加できない母児のためには、この分野のエキスパートの保健婦が訪問指導を行って、少しでも育児支援ができる体制を作る必要がある。

(上谷良行・神戸大学)

参考文献

1) 上谷良行、高田哲、常石秀市他：乳児期の極低出生体重児を対象とした親子教室（神戸市における試み）。前川喜平。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8年度研究報告書。1997：29-30

2) 高田哲、上谷良行、中村肇他：極低出生体重児と両親に対する子育て支援（地域化の試み） 日本未熟児新生児学会雑誌、9：394。1997

ハイリスク児の発達支援マニュアル

4. 地域における発達支援システム

2) 市町村レベル 久留米・筑後地区

久留米・筑後地区でおこなわれている筑後地区療育システム協議会、療育マップおよび早期介入（early intervention）について解説する。

療育マップ筑後の作成

行政区分および保健医療圏として、福岡県は福岡市、北九州市の2政令市と、準政令市である大牟田を除いて、そのほかの地域が福岡地方、筑豊地方、筑後地方の3つに分けられ、このうち筑後地方は甘木・朝倉地区、久留米地区、八女・筑後地区、有明地区の4つに分けられている。甘木・朝倉地区、久留米地区、八女・筑後地区（以下これを広義の筑後地区と呼ぶ）におけるハイリスク児の発達支援システムを紹介する。筑後地区ではハイリスク児のフォローアップおよび育児支援のため、病院、保健所の母子保健担当者、通園・入園の療育施設、児童相談所、訪問助産婦等が定期的（原則的に2ヶ月に1度）に集まり、情報交換や検討会を実施してきた。1996年に筑後地区療育システム協議会として発足し、各施設の紹介と見学、療育マップの作成、療育上の問題ケースや虐待などのケースカンファレンスを行っている。

定例会では病院、行政、地域の療育機関、福祉施設が話し合い、各職域から他業種への相談や、相互連携のあり方が検討され、情報交換を行い、ハイリスク児を含む児と両親への対応が話し合われてきた。その中で、地域におけるハイリスクを含む児の適切なフォローアップとケアのため、療育マップを作成し、相互の有機的な連携に役立っている。療育マップには保健所、児童相談所、福祉事務所、医療機関、入所・通所福祉施設、特殊教育施設などの各機関が載せられ、各機関の住所、対象児、相談内容、相談時間、担当者、連絡先の電話、ファクシミリ番号といった項目が含まれている。また、親の会、協同作業所などの情報も含んでいる。このマップの作成により、各関係機関の役割の明確化と連携の強化が図られた。療育マップは子どもの健康にかかわるすべての機関が利用でき、自分たちが正しい情報を得る目的のみならず、発達遅滞のある子どもやその家庭に必要な情報を正しく提供する事に役立っている。

早期介入（early intervention）

次に久留米市の幼児教育委員会（幼研と略す）がおこなっている1,500g以下の極低出生体重児のearly intervention（早期介入）を紹介する。久留米市は人口23万人、福岡県の南西部の商業都市で周産期医療をになう聖マリア病院母子総合医療センター、久留米大学周産母子医療センターがありハイリスク児は久留米市のみでなく、佐賀県、大分県、その他の近隣都市からも搬送されてくる。平成5年10月～平成7年10月まで厚生省のパイロット事業として、極低出生体重児の早期介入を幼研の全面的な協力でおこなった。目的は1. 極低出生体重児の発達を促進する、2. 母親、家族を支援し、この場を家族の育児に対するコミュニケーションの場として活用し、育児不安や過干渉によって生じる二次的な障害を予防する、3. 共同の取りくみを通して医療機関・療育機関相互の連携を強化するなどである。パイロット事業終了後もハイリスク児を持つ家族の要望で継続され、平成8年度からは全国に先がけて、市の「発達支援事業」の療育部門の1つとして定着した。²ハイリスク児への早期介入は厚生省でおこなった多施設共同研究では、児の発達促進のみならず、むしろ親の不安解消に有効である事が報告されている。³

以上、代表的な二つの事業を紹介したが、今後も低出生体重児などのハイリスク児を持つ母親、家庭への支援サービスとして関係機関相互の話し合いを増やし、さらに福祉・教

育との連携も強化し、地域での継続的支援のあり方について検討していく必要がある。

松石豊次郎¹，吉永陽一郎²，福田清一²，
山下裕史朗¹，橋本武夫²

1. 久留米大学小児科
2. 聖マリア病院母子総合医療センター

参考文献

- 1) 吉永陽一郎，橋本武夫. ハイリスク児の支援の実際. 育児療養科と筑後地区の支援体制. 小児科診療 1999 ; 2 : 203-206.
- 2) 松石豊次郎，石橋紳作，山下裕史朗ら. 極低出生体重児の early intervention. 脳と発達. 1996 ; 28 : 149-155.
- 3) Matsuishi T, Ishibashi S, Kamiya Y et al. Early intervention for very-low-birth weight infants. Brain Dev 1998; 20:18-21.

4. 地域における発達支援システム

青木徹

2) 保健所

保健所は地域におけるハイリスク児に対する発達支援の中心機関である。保健所がおこなうハイリスク児に対する発達支援活動は、地域の関係機関と連携をとりながら、地域の発達支援システムを整備する役割と、ハイリスク児を個別に支援する役割とがある。保健所は地域のハイリスク児支援関係機関会議を開催して、それぞれの機関から出された問題点の解決をはかり、ハイリスク児が地域において適切な発達支援が受けられるように検討する。地域で不足している分野の充実については、各機関が協力して、必要な部署に働きかけをおこない、地域でのハイリスク児の支援体制の整備をはかる。ハイリスク児に対して個別に行う発達支援活動としては訪問、低体重出生児支援事業、発育発達相談事業がある。保健所は未熟児養育医療給付申請および人口動態出生票により低体重出生児を把握する。NICU 訪問が可能な保健所は、対象児の入院中に保護者の承諾を得たうえで NICU を訪問し、主治医と面接し、指導を受けるとともに、対象児の情報収集につとめる。対象児が入院中に情報を得たうえで、母親の支援をおこなうことは、児の退院後の育児にとって有用である。NICU 訪問が不可能な保健所においては、電話やその他の方法により主治医や母親と連絡をとり情報を得たうえで、発達支援について検討するとともに、対象児の退院後の支援について準備しておく。

〔訪問〕

NICU 退院直後は母親の育児にとって、不安の多い時期である。退院後の早い時期にはじめての家庭訪問をおこなう。しかし里帰り分娩で現住所に退院していない場合もあり、この場合には現住所への帰宅後なるべく早い時期に訪問をおこなう。訪問の目的は未熟児を出生して、いろいろと育児不安がある母親の立場をよく理解して、相手の話しを聞いて、良い人間関係をつくり、育児支援をおこなっていくことである。訪問するときには前もって電話をして訪問を予約する。身分、氏名、訪問目的を告げて、母親の承諾を得てから訪問する。訪問時にはまず自己紹介をおこない、個人的に支援していくことや、一緒にやっついこうとする態度を示す。相手が答え易い質問や話題から会話をはじめて、家族の状況、妊娠分娩の経過や新生児期の経過について質問して記録する。育児不安や心配事についても質問をして、よく話を聞いて対処法について相談する。これらの訴えに対して適切な回答ができるように、日頃からよく勉強しておくことが大切である。新生児期にハイリスク因子を有し、四肢の働きが悪い、泣き方が弱い、哺乳力が弱いなどの訴えのある児で、発達遅滞のある児については、専門医と療育について相談する。発達の遅れの疑いや心配がある場合には、1ヶ月後の経過観察のための再訪問が必要なことを話して、次回の訪問を予約する。発達発育に問題なく、その他の問題もない場合には、その後の訪問は終了として、経過観察は市区町村の乳幼児健診でおこなう。訪問を終了する時は最後に、こちらの連絡場所、連絡方法を伝えておく。市区町村担当者とは、日頃から連絡を密にして情報交換をしていく。

〔低体重出生児相談〕

低体重出生児を対象にして集団指導のなかに個別相談をとり入れた型で実施する。スタッフは小児科医、PT、OT、臨床心理士、ST、保母、保健婦とするが、各保健所の事情により参加する職種は変わってくる。実施内容は低体重児の育児、発達指導、栄養などについての講義や実技指導をおこなう。健康診査をおこなう。母親がそれぞれ育児上の心配や不安、悩みにつき話をする。各自の話をきいてから、共通する悩みや心配事について、スタッフを交えて話し合いをおこなう。他の母親の話聞いたことで、自分だけの悩みではないことがわかり、悩みの軽減をはかることができる。さらに同様の境遇の親子がいることを知り、お互いに力になり、仲間づくりをすることができる。このように地域において保健所がおこなう育児支援は、遠くのNICUでおこなわれる育児支援と比べて、家の近くで参加できることや、地域の低体重出生児親子が誰でも参加できることから、後からも親の会をつくり継続して交流できることなど、地域での発達支援活動として、重要な役割をはたしている。

〔発達発育相談〕

保健所において発育や発達に遅れのある児を対象にして発育発達相談がおこなわれている。スタッフは小児科医、PT、OT、臨床心理士、ST、栄養士、保母、保健婦である。参加する職種数は各保健所によって異なっている。開催回数はずきに1～2回程度である。乳児期では運動発達の遅れ、筋緊張の異常、姿勢の異常が認められる場合には、運動発達を促すための指導をおこない経過をみる。運動発達が改善すれば、そのまま経過観察をおこなう。運動発達が改善せずに、発達障害が明らかになってきたときには、専門機関へ紹介して診断や治療訓練を受けさせる。

乳幼児期になり言語発達遅滞が認められるときには言語指導や遊びの教室での訓練をおこないながら言語発達についての経過観察をおこなう。言語発達遅滞には生理的な範囲のことばの遅れ、発達性言語障害、精神遅滞、自閉症、注意欠陥多動性障害、難聴などの原因がある。まず、聴力については検査をおこない確認しておく。STや心理士が個別や集団で指導をおこない言語やその他の発達について経過観察をおこなう。3歳になっても言語発達障害が認められるときには脳機能障害も疑い専門機関へ紹介し診断、治療訓練をおこなう。

日赤医療センターにおける極低出生体重児を対象とした育児支援システム

日赤医療センター新生児未熟児科
川上 義

【はじめに】

極低出生体重児は明らかな障害のない児でも、乳幼児期に発育・発達の遅滞を認める例が少なくない。また、極低出生体重児をもつ両親の育児不安が児の発達に悪影響を及ぼす危険性がある。このため、育児不安の解消と児の発達促進を目的に極低出生体重児を対象とした育児支援を施行している。

【方法】

1. NICU退院から1歳《発達援助健診》

退院後に毎月1回通院し、医師による健康状態や発育・発達のチェックを行うが、これに加え別室で未熟児室の看護婦と臨床心理士が育児・発達指導を行うことが特徴である。これまでのハイリスク児健診は児の異常の発見に重点が置かれていたが、この健診では育児不安の解消と発達支援を目標としている。

健診の場に入院中から顔見知りの看護婦がいることで、医師には話しにくいような質問も気軽にできたり、入院中の児の状態を知る看護婦がいるため退院後の日常生活の指導も行いやすい。また、臨床心理士は児の発達状態をチェックするだけでなく、次の発達ステップへの遊びの指導を行っている。さらに、極低出生体重児だけの健診の日とすることにより、親どうしが育児上の悩みなどを話し合う交流の場となることを期待している。

2. 1歳から3歳《キラキラ星の会》

この時期、極低出生体重児の中には身体が小さいだけでなく発達も遅い児がおり、公園などで同年齢の子供との遊びに加わるのに躊躇する親もいる。発達の遅いことに加えこのような経験不足が、将来幼稚園などでの集団生活にスムーズに適応できない原因となることが危惧される。

このため、発達援助健診を終了した1歳以降は、月に1回集団での遊びを通し新しい経験を積む中で発達を促すことを目的とした「キラキラ星の会」を開催している。病院の保健婦・保母などが発達援助健診のスタッフと併に参加している。

【問題点】

1. 地域での育児支援

この活動を始めた数年前までは地域での育児支援の場が少なかったが、最近ではこのような活動を行う保健所が増えてきている。遠方の病院に行かなくても地域での体制を整えば、今後の育児支援活動は病院から地域の保健所へと移行していくかもしれない。

2. 経済的支援

「キラキラ星の会」は病院が休みの土曜日にスタッフがボランティア活動として行っているが、長期にこのような活動を続けるには経済的な支援がないと難しい。

3. 3歳以降の問題

当初は3歳まで発達支援活動を行い、それ以降は幼稚園などで一般の子供と遊ぶことにより発達がキャッチアップしていくことを期待していた。しかし、就学前健診の場で、幼稚園生活では問題を指摘されていないが、学校生活にスムーズに適応できるか心配な児にしばしば遭遇する。今後は3歳以降も幼稚園などでの生活と併行して、継続した発達支援システムを作ることを検討中である。

4. 地域における発達支援システム

3) 病院レベル

東京都立母子保健院での早期介入・発達支援システム

東京都立母子保健院 小児科

副田 敦裕

東京都立母子保健院では、極低出生体重児を対象とした育児支援サークルを設定し活動している。共通した経験を持つ極低出生体重児の家族の集まりは情報交換や育児不安の解消などに有用であった。また保育士による親子遊びなどを経験することで、両親はより積極的に子供に接するようになり、また他の子供達と遊ぶ姿を見ることで、客観的に子供の発達を把握することができるようになっていた。

極低出生体重児が入院した病院を主体とした育児支援活動は、入院中に家族と病院スタッフ間とに信頼関係が樹立されているため、家族に安心感があり、サークルへの参加を容易かつ積極的なものにしていった。同時期に入院していた家族との再会は、育児談義を容易なものとし、同胞としての一体感を生み、互いの成長を喜び合うことで、積極的に育児に取り組む姿勢を喚起していた。また未熟児病棟看護婦が参加することにより、親は面識があることから気軽に些細な心配事を相談し、医療スタッフも、家族や児の特徴にあった適切な助言をすることができていた。また入院中の頃のことを知っている看護婦に退院後の成長した姿を見せることで、医療スタッフと共に喜び・達成感を共有し、育児への自信、充実感がさらに形成されていた。

当院では、育児支援サークルとして、ふたつの異なった特徴を持つ「Hai-Haiクラブ」と「すくすくクラブ」が現在活動している。

会の運営には、保育士、未熟児病棟看護婦、医師などがあたり、病院の講堂にて、1時間30分～2時間の保育士や看護婦による遊びを主体とした会を運営している。会の進行は、最初に自由遊びをおこない、その後保育士による親子遊び、おもちゃの制作、未熟児病棟看護婦をリーダーとした自由懇談などをおこなっている。

1) Hai-Haiクラブ

「Hai-Haiクラブ」は、育児不安が特に強い歩行が確立する頃までの児を対象とした集まりとした。原則として毎月1回の開催とし、各回10家族程度の参加者を対象としている。

同年齢のサークルとしたため、育児上の共通の話題が持ちやすく、同時期に入院していた家族がいるため、育児仲間といった一体感が容易に持たれていた。また比較的近い、6か月ほど先に生まれた児との接触がとれ、育児面での具体的な経験談を聞く機会が得られていた。

2) すくすくクラブ

「すくすくクラブ」は、先輩母親との交流を持ちたいと言った要望をもとに、年齢制限を設けず縦のつながりに主眼をおいた集まりとし、年4回の開催とした。公園でのピクニックなど戸外での活動もおこない、会報（年4回発行）や会員名簿を作成し会員の交流を深めている。また家族や医療スタッフを含めた自主サークルとしての運営も試みている。各回10～20家族の参加がみられているが、遠方の家族は会報による参加といった形態をとる場合もみられている。

「すくすくクラブ」は、年齢制限を設けなかったため、各年齢層の参加があり、先輩家族との交流がもたれていた。またピクニックなど、戸外での実施は交流を深めるきっかけ