

となっていた。会報は、家族の手記などに勇気づけられ、心新たにしたといった意見が多く聞かれた。また家族に役員として運営に参加してもらうことにより、より会への直接的な要望や意見を聞くことが出来、会の運営の意義を見直すことが出来た。

育児支援サークルに対する家族からのニーズは高く、発足当初はボランティアによる活動であったが、現在は病院の事業として予算化することが出来、また広報が進むことで近隣に住む他病院を退院した児や転居してきた児などの参加もみられるようになっている。

4 地域における発達支援システム

3) 病院レベル

東京女子医科大学母子総合医療センター

山口 規容子・ 三石 知左子

東京女子医大母子総合医療センターでは極低出生体重児の発達の特徴を解析した上での発達援助の効果的プログラムを取り入れて発達援助教室を実施している。

重度脳障害のない極低出生体重児2歳児約10名を対象に月1回2時間、大学付属体育館で幼稚園教諭経験者を指導者として実施している。親子参加の遊びを主体とした全身をつかった動きと制作を中心としたプログラムで構成されているが、この年齢の極低出生体重児の発達の特徴として空間関係の理解や指先の器用さ、注意の集中力と持続力が不得手であることが理解されている。これら発達を側面からサポートするプログラムとして折り紙、粘土、ブロック遊びといった指先を使った遊び、またはさみ、輪ゴムなどを使用する制作課題への取り組みが重要である。さらに視覚の適応性と大小の骨格筋の協調性が要求される動作に無理なく取り組んでいけるものとして新体操のリボンを使った遊びが効果的な介入として積極的に取り入れている。

また少子化に加え当大学は都心にあるため教室参加者は同年代の児と触れあう機会も少ないため「ごっこ遊び」などの子ども同士のかかわりを持った遊びを体験できる内容も取り入れている。

間にはさむ休憩のおやつタイムに保護者同士の談話にアシスタントでと参加している医師や看護婦が加わり日常の育児などの相談を受けている。

当大学の特徴として遠方から母体搬送されて出生するハイリスク児例が多く、このような発達援助の教室には距離的に参加不可能なケースも少なくない。そのような保護者が抱える未熟児の健康面や発達などに対しての不安を軽減する意味でもNICUの同窓会は大きな役割を果たしている。東京女子医大には超低出生体重児の同窓会「さんしょの会」があり幹事の父母と母子センターのスタッフで運営にあたり年に1度の同窓会とスタッフや保護者、あるいは成長した未熟児自身の原稿を載せた会報の発行を年4回おこない、縦の関係の充実に努めている。

発達援助早期介入教室

開催日	月1回 2時間
場所	東京女子医大体育館
対象	極低出生体重児2歳児（重度脳障害例は除く）10名
スタッフ	指導 幼稚園教諭経験者 アシスタント 医師、看護婦
参加費用	月1000円（おやつ、教材費として）

地域における発達支援システム - 病院レベル (聖隷浜松病院) -

NICU 卒業生を中心とした子育てグループは

- 1) たまひよの会 (1才までの乳児) : 午前10:30~11:30 (月2回、水曜)
- 2) ひよこ組 (2~3才までの幼児) : 午後3:00~4:00 (月3回、月曜)
- 3) ホッピングクラブ (月3回、土曜) :
 幼児クラス : 午後2:30~3:30
 児童クラス : 午後3:30~4:30

の4クラスで年齢別に行っている。

指導者 : 先生1名とアシスタント1名

場 所 : 病院内のアリーナ (体育館) : 使用料は無料

参加費 : 1ヶ月2000円

(先生への謝礼、季節毎の行事の費用、障害保険掛け金、備品購入費用などに使用)

当院での子育てグループは、NICU 卒業生の母親4名が中心となって1988年4月当院の体育館を使って幼児クラスが始まった。幸いなことに母親のひとりが幼稚園と幼児体操教室の先生の経験があり、彼女が先生役を引き受け子どもたちを楽しく導いてくださった。子どもたちが体を動かしている間、母親同士は子育ての悩みを話したり、日々生活上の情報を交換したりして、母親にとっては大変良い息抜きの時間でもあった。その後、参加人数が増えるとともに、より低年齢の時からこうした試みを始めた方が良いとの意見があり、1993年7月より2~3才までの幼児クラス(ひよこ組)が、1997年10月より乳児クラス(たまひよの会)が発足した。

NICU 退院時にこれらのクラスを紹介した毎月のチラシを御家族に配布して、子育てグループが院内にあることを伝えている。希望者は直接担当指導者に連絡すれば自由に参加する事ができる。しかし直接母親からの申し出による参加は少なく、退院後の未熟児フォローアップ外来において、外来担当医からの勧めで参加する場合が多い。

NICU 卒業生のフォローアップ外来も子育て支援の役割を担っており、当院では週1回(NICU 勤務の医師3名が担当)実施している。先ず退院後の2週間以内に1回目の健診を行い、その後は1才までは2~3ヶ月毎に行う。この間に神経学的異常が疑われた児は、小児神経科医の診察をうけて、リハビリの必要性がある児は療育センターを紹介する。1500g未満の極低出生体重児の健診は、1才半、2才、3才、4才、5才、6才、9才で行い、3才、6才、9才では小児神経科医と臨床心理室との協力をえて、神経心理学的検査を施行するとともに臨床心理士が日常生活上の相談にもものっている。低身長であれば3才以降にホルモン学的検査を実施、NICU 退院後早期に聴力検査としてABRを実施、眼科的健診も小学校入学前に行っている。更に言葉の遅れを心配されている家族には言語訓練室を紹介して、聴力検査の再検査と日常生活上のアドバイスを受けると同時に必要あれば言語訓練を開始する。離乳食については健診日に栄養士が参加しており気軽に相談できる体制をとっている。

予約した健診日に来院されなかった家族にはその日のうちに電話連絡して、現在の発育発達の様子を伺うと同時に健診の再予約をとるかどうかを決めている。予約して来院しなかった児をフォローアップから脱落させないように電話連絡することも重要な保健活動の一環と考えている。

3. ハイリスク児のニーズと親の希望

医療機関（聖隷浜松病院）

プレネイタルビジットができる周産期センターでは、時間的余裕がある時は産科医および NICU 入院後の小児科主治医、プライマリーナースとが一緒になって、分娩前の早い時期から病室訪問を行い母親となる妊婦をはじめ家族に児の出生後に予想される問題点や長期的な予後の説明を行うとともに御家族の疑問点や心配事をうかがうことが大切である。NICU を説明した写真入りパンフレットの配布や、希望があればわが子が入院する NICU を出産前に見学してもらうのもよい。

次に入院後の NICU における治療、養育環境と家族への子育て支援方法のひとつを示す。入院した児に対する不必要な検査を行わないことをまず第一に心がけ、治療、検査手技に伴う痛みの発生を最小限にする対策をたてる。同時に痛みを含めた種々のストレス解除や軽減化にむけて、わが子に対応する気持ちを持って“なだめ”のための語りかけと身体的接触（例えば手指を口元へもっていかとか、児を両手で包み込むようにしたり、タオル等で包むように壁をつくりその中に入れる）を行う。更に NICU の環境を考えると、児にとってもスタッフにとっても騒音となるモニターの心拍同調音を消し、警報音も小さくする。電話の呼び出し音も極力小さくして、スタッフの会話も出来る限り小声を心掛ける。保育器の窓を閉める際にはボタンと音を立てることなく静かに閉め、保育器の壁を叩かない（実際にあなたの耳を開いた窓につけてみて、どんなに大きな音が出ているかを体験してみてください！）。明るさについても出来るだけ照度をおとして、必要な時はスポットライトを使用する。また昼夜のリズムをつけるために夜の照度は昼より下げることが必要である（昼間でも照度をおとすとスタッフの会話する声も小さくなるのです！）。このように環境整備をすることは、ディベロップメンタルケア（発達促進ケア）を取り入れることにも繋がる。

両親に対する支援としては、まず面会時間の制限を撤廃して、わが子にはいつでも自由に面会出来る体制を作り、NICU を両親にとって開かれた場にするところこそが親子の絆を作りあげるうえで不可欠である（祖父母の自由面会も可能な施設がすでに幾つかある）。また電話での問い合わせも自由にできるようにするとともに、毎日の赤ちゃんの変化をはじめ両親やスタッフの思いを記載できる日記の活用も有効である。さらに両親とくに母親のケアへの参加を積極的に推し進めるとともに、カンガルーケアやタッチケアの導入、さらには直接授乳や搾乳は母性発現のためにも積極的に取り入れる。このように児の治療養育上、家族を医療者の良きパートナーとして位置付けることが、家族（特に母親）における児の喪失感を軽減させるだけでなく、しっかりした母子の絆、家族の絆の形成にも寄与することになる。

スタッフ全員は来院した両親への気配りとして、気軽に日常の挨拶を交わすことを心がけるとともに担当スタッフ（医師あるいは看護婦）は必ず児の状態を伝えるとともに、どんな疑問にも誠意ある態度で答えることを日々忙しい業務のなかで忘れてはいけない。

地域の子育て支援ネットワークづくりと子育てグループ

世田谷区烏山保健福祉センター 健康づくり課

1. はじめに

社会情勢や経済状況の変化、少子高齢化の進行などの影響により、子供を取り巻く環境は大きく変化している。烏山地域においても、核家族化の進行や地域社会とのかかわりの希薄化が進み、子育て中の母親を地域の中で孤立させ、育児不安やストレスを増長させている状況にある。さらに、父親の転勤に伴う年少人口の移動も多く、転入した母子が、適切に地域の情報を収集し、地域環境に適應する為には多大の時間を要しているのが現状である。また、個々のニーズや問題も多様化・複雑化してきており、解決に向けての活動は保健婦の訪問活動や個別的な指導では限界を超えたものになってきている。

そこで、烏山保健福祉センター（以下当センター）の子育てグループの保健婦が中心となり、子育て支援にかかわる機関がともにネットワークを組み、様々な取り組みを試みたので紹介します。

2. 烏山地域の概況

烏山地域は世田谷区の北西に位置し、商業地域を中心にアパート、公団、都営住宅が多く、居住者が地元住民と借家・転入者で二分される。人口約10万人、乳幼児、学童を含む人口はその約1割であり、年間出生数は900人弱である。

子育て支援に関わる関連施設、児童館（4箇所）、区立保育園（11箇所）、区立幼稚園（3箇所）、私立保育園（3箇所）、私立幼稚園（3箇所）では、通常の業務以外に育児相談や一般児への施設の開放等を行っている。また、児童館では0～1歳児を含めた遊びのグループへの支援を全児童館で行っている。

当センターでは乳幼児健診事業や各種医療費助成をはじめ、家庭訪問、育児相談を実施している。

3. 子育てグループ（あんぱんまん）活動

当センターでは、平成8年度より、子育てがうまくいかないと感じている親や、子供が集団遊びに溶け込めず、親子で自宅に閉じこもりがちになる、乳幼児に何らかの発育発達の遅れが予測されるなどの母子を対象に、毎月2回当センターに集めて親の育児指導や育児不安の解消、児の発育発達の確認を目的とした子育てグループを実施している。

対象の親子は必ずしも発達の遅れや親子関係の希薄さを認識していないため、保健婦が家庭訪問や電話相談で参加を促している。グループの参加・継続が難しい親子に対しては、地区担当保健婦が個別に追跡し、時期を見て参加を勧めている。さらにグループの中で、明らかに自閉傾向や発達遅滞が疑われる場合は、言語聴覚士の相談や、発達の専門医の相談を経て、より専門の機関を紹介している。

1) スタッフとその役割

職種	人数	役割
保健婦	2名	グループ運営全体の責任、個別支援の連動
心理職員	1名	個別的な心理学的判断、グループ運営のスーパーバイズ
保育園・児童館職員	1名～2名	プログラム準備、課題遊びの進行

2) 経年別グループ参加人数 (実数)

	H8	H9	H10	H11	H12
実数(人)	32	22	19	20	35
延数(人)	91	75	154	127	150

3) 参加理由 (複数回答)

内容	H10	H11	H12	内容	H10	H11	H12
言葉が遅い	10	8	18	言動身体的暴力	5	3	4
発達が遅い	7	7	14	低出生体重児	—	—	1
多動	7	7	7	集団に入れない	—	—	1
母子関係不全	6	6	8	母から離れられない	—	—	1
ネグレクト	3	4	4	ダウン症	—	—	1
自閉傾向	3	4	5				

4) 事例紹介 (1事例)

「未熟児で生まれたため地域の児童館やサークルになじめず、

子育てグループにつながったケース」

在胎 34 週、1414g で出生。前置胎盤剥離で帝王切開にて出産。仮死もあり、6 週間クベースに収容された。(定頸 5 ヶ月、寝返り、ずりばい 9 ヶ月、高ばい 1 歳、つかまり歩き 1 歳 2 ヶ月、独歩 1 歳 4 ヶ月) 小柄であり、発達も遅めだったことと、母自身が本児と同じような児を持つ母同士の交流を望んでいたため、児が 11 ヶ月の時から子育てグループの利用を開始する。

安全な子育てグループの中で、本児はゆっくりながらも身体的、心理的に発達し、母同士の交流も積極的にもっていた。独歩が安定してきた 1 歳 8 ヶ月頃には、自然に活動の中心を子育てグループから、児童館へ移すことができ、地域へはばたいていった。

4. 子育て支援ネットワークについて

烏山地域の子育て支援に関わる関連施設では、通常業務以外に、育児相談や地域への施設開放を行っている。また、児童館では、従来の幼児や学童への支援のほか、0～1 歳児のグループ支援を全児童館で行い、利用者が急増している。当センターで実施している子育てグループに、児童館や保育園から保育士が派遣され、また児童館等の活動に定期的に保健婦が出向くなど、相互の活動を通して関係機関の連携が図られている。

子育て支援ネットワークでは、各々の専門職種が共通の認識をもてるように、定期的な学習会や情報交換・意見交換を行うとともに、区民向け講演会等の共同事業の企画や子育て情報誌を年間 5 回発行している。

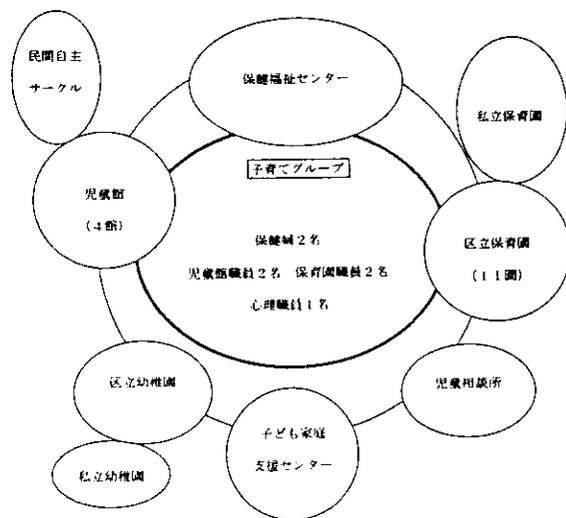


図 1 : 子育て支援ネットワーク

5. 考察

子育てグループの運営は親子の抱えている問題が多岐にわたっているため課題遊びや母親ミーティングがスムーズに行えない困難さがある。参加当初はグループにつながりにくい親子が多いが、長い期間利用することで唯一の安心できる場となっている。参加しつづけた親子は、地域で生活するためのエネルギーを蓄え、羽ばたいていっている。

今後ともグループでの体験を重ねることにより、地域での交流がより一層拡大されることを期待する。

また、草の根的な活動を通して始まった子育て支援ネットワークの存在により、組織の枠にとらわれることのない、効果的な連携活動が展開し始めている。その活動効果は以下の通りである。

第一に、地域での親子の問題を共有することができ、母親の精神不安や育児不安に対して、各々の施設の職員が受容的態度で支援することができる。

第二に、各々の機関の職員が問題意識を持って対応することができ、問題を早期に発見し、適切な場やより専門的な機関に繋げることができる。

第三に、情報誌の発行や講演会などの共同事業は多くの情報を地域の母親に届けられると同時に、母親同士の交流の機会となり、地域での子育ての輪が広がる。また、職員にとっては縦割りの関係から、横並びの関係が作られている。

世田谷区は福祉領域に平成12年4月に「子育て総合相談窓口」を開設し、より区民が相談しやすい体制を整えた。このような流れの中で、今まで私たちが取り組んできた「子育て支援ネットワーク」と「子育て総合相談窓口」が一体となって、地域の課題を行政の施策として吸い上げ事業展開していく仕組み作りが出来つつある。

6. まとめ

平成8年から積み上げてきたネットワーク活動が実を結び、より充実したものに発展してきている。このような実践的な取り組みを一層拡充し、世田谷区が目指す「子育て・子育てを地域社会全体で支える仕組み」を作り上げていかなければならない。

多くの専門職が共通の理念を持ちつつ、専門分野の役割を發揮し、多様なニーズにいていねいに、また、効果的に対応することがネットワークの「要」であると考えられる。

4. 地域における発達支援システム

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、一緒にやっという態度を示す。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おく。

〔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

サークル

吉永陽一郎 聖マリア病院母子総合医療センター育児療養科
荒木 章司 社会福祉法人ゆうかり学園

地域には様々な障害児の親の会がある。発足時期もきっかけも多様であり、「何人かの保護者で療育訓練について話していたらサークルができた」「親も子ども家に閉じこもったままになっているので、社会とのつながりを持ちたかった」「我が子に職場が見つからず、どうしても授産施設が必要だったので会を設立した」などという話を聞く。子どもの今の生活や将来を考えての親の会であるが、「障害児を子として持ち、悩み、悲しみ、泣き、その後ふらふら」と立ち上がった」親の会の運営そのものが、親たち自身の場でもある。新しく参加したものにとっても、支え合う家族のモデルをみることができたり、福祉情報等もより早く、よりわかりやすく知ることができるかもしれない。

障害を持つ人は、養護学校卒業後就職もうまくいかず、多くの施設は満員で、行き場のないものは在宅しているしかない。疾病や障害を持つ児も能力を十分に発揮することで生活の質を高め、自立への支援をしていくことが施策としてあげられてはいるものの、生き生きと、自分が育った地域で生きていくためには、「生きる場」を自分や家族で作らなければならない場合は少なくない。きっかけは目の前にいる子どもだった。子どもに障害があり、様々な施設に関わり、成長を見守っていくうちに、次第に成長した子どもに見合った生活の場が必要になる。ノーマライゼーションとリハビリテーションの実現としての生活の場は、いくらでも用意されているわけではない。多くの親の会は、障害児（者）が地域で普通に暮らせるように、共同作業所の設立や運営に努力している。

親の会の活動は、療育相談、訓練会、学習会、地域交流、啓発、旅行、レクリエーション、行政への提言、共同作業所運営、通所授産施設設置、広範囲の組織の支部活動など多様である。親でなければわからないこともあり、障害についての正しい知識を得たり、ピアカウンセリングが行なわれたりと、勇気づけられることも多い。活発で多様な活動を実現しているような会、地域の支援を確実に受け止めることができている会、静かのできるならば名前の公表も控えたいと思っている会、クローズドの会、これから始めようとしている人達など、その様子は様々で、親の会としてこのようであればならないと決められるものでもない。

療育等の支援スタッフは、親の会と連携をとったり、ある人を親の会に紹介するときには、地域の親の会のリストをあげるだけでなく、それぞれの会に直接接触した者が、その会の特徴をよく理解して連携へのヒントを提供していく必要がある。

保健所（保健婦）が関わった ハイリスク児（極低出生体重児）の事例

保健所を中心とした地域でのハイリスク児の発達支援の現状を把握し、問題点を明らかにするため、保健婦が実際に関わったケースの中で、困った例、印象に残った例、他の機関（病院・児童相談所）との協力が必要だった例などの紹介を、全国の保健所に要請した。今回はハイリスク児の中でも極低出生体重児を対象とした。

640ヶ所の保健所に依頼状を送付し、35保健所から46例の事例を頂戴した。

事例の内容は大きく分けて、①虐待、②障害児の療育、③家庭環境（問題のある親）、④外国人、⑤親の会、⑥保健所の育児支援システムについてであった。

以下に代表的な事例を示すが、プライバシー保護のため数字は一部伏字とした。なお、同様の理由で執筆者名も省略したが、ご協力いただいた伊丹・甲府・静岡・茅ヶ崎・名古屋市港・深川をはじめとする全国の各保健所の保健婦さんに深謝するものである。

事例1：虐待が疑われるケースへの関わり

I. 事例の概要

在胎週数23週×日、7××gで出生した極小未熟児。出生後も状態安定せず、約6ヶ月間の長期入院となる。母親が性格的に未熟な面があった上、母子分離の期間が長かったため退院後も良好な母子関係を築けず、母親による虐待が疑われたケース。出生した病院、こどもセンター、市児童課、市保健センター、保育所、保健所など多くの機関が関わりを持っている。

<児の状況>

切迫早産により在胎週数23週×日、7××gで出生。出生後直ちにNICU入院となり、人工呼吸器管理となる。生後9日目より経管栄養開始。生後11×日目に抜管し、生後14×日目に経口は乳確立。生後18×日目、体重28××gで退院となる。発育、発達に遅れはあるものの特に大きな障害がでることなく経過する。

<母の状況>

妊娠前から赤ちゃんがほしいと思っていたと話すが、切迫流産で入院中も自分自身の身体的苦痛を訴え、絶対安静を守れない。また初めての抱っこが生後12×日目ということもあるのか「自分の子どもという実感がない」「お人形のように思う」と話していた。母親は出産後、仕事に復帰しており児の面会にも積極的でなく、育児練習にも十分に通うことができないまま児が退院となる。父親一人の収入では生活が厳しいとのことで母親も仕事を続けていたが、児の退院についての話し合いの中で育児のためにやめる決意をする。身体面では高血圧があり通院治療中。通院が不規則で薬が切れると頭痛などの訴えがある。意識がなくなり救急車で運ばれたこともあった。またかなりの肥満である。

<家族構成>

父23歳、母26歳、患児は2歳×月。

育児の協力者は父方の祖母がいるが母親との関係は良いとはいえ、母親の育児負担は大きい。父親についても不満がおおく、話をしても分かってもらえない、離婚も考えているなどと話しており関係が良いとは言えない。父親は職を転々としている。

II. 関わりの経過

<病院から市保健センターへ>

入院していた病院からその当時居住していたA市の保健センターに退院連絡がある。本ケースがB市に転入してきたことから、A市よりB市保健センターに連絡が入り、保健婦が家庭訪問を実施。母親は育児不安を訴えてはいるものの、「子どもがかわいく思えるようになってきた」と話す。父親のあやし方も上手く、楽しく育児に参加している様子であった。その後の訪問では、「どこへ行っても子どもが小さいと言われるのがいや」と話している。

<母親から保健所に電話>

退院から10ヶ月後（保健センター保健婦の最後の訪問から半年後）、母親から保健所に相談の電話が入る。「子どものことで相談したい」とのことであったが、電話で話しているうちに「本当はミルクもちゃんとあげていない」「何度も叩いた」「ベランダから放り投げたい」「赤ちゃんをかわいと思ったことはない」という発言がある。子どもの泣き声が電話口から聞こえ、母親も涙声になる。なかなか名前を名乗らなかったが最後に名乗ったため、訪問約束をする。翌日訪問するが不在。母親から電話が入り「（訪問に）来てくれていたことはわかっていたが起きれなかった」と。保健所保健婦から病院、こどもセンター、家庭児童相談員へ連絡を入れる。その後児が体重増加不良のため入院となる。保健所保健婦が病院を訪問すると「雑誌に児童虐待の特集が載っていたがその中のケースが私とそっくり。重症と書いてあった。それを見るまでは虐待とは思わなかったが、口をふさいだこともあるし、殴ったり蹴ったりしたこともある。」と言う。保健婦はそれとなく乳児院や保育所の話をも母親にする。

<こどもセンターの関わり開始>

児が退院後、保健所保健婦が電話相談を受けたり訪問をしていたが、「叩いている」「あざができている」等の訴えが続いたため、こどもセンターケースワーカーと同行訪問を行う。乳児院等の話をするも児を預けることについては「お金がない」「よけいに心配。手元においておきたい」と拒否。

3ヶ月後、主治医からこどもセンターに連絡が入る。定期受診時、児の指の爪が1カ所はがれており、噛んだ後も数カ所あり。母に尋ねたところ噛んだり叩いたりしていると。どこか預かってくれるところがほしいと訴えた。

<保育所へ>

以前から保育所の申込みをしており、キャンセルが出たため入所できることとなった。母親は児童福祉課に入所希望の意志を伝えるがその後手続きを行わず、何度も児童福祉課から連絡を入れるうちに、経済面を理由に断りを入れてくる。また保健所保健婦の関わりも拒否する。児童福祉課担当が経済面で相談にのること、仕事はゆっくり探せばよいとの話をし保育所入所となる。入所後も保育所通所は不規則になりがちで長期に欠席することもある。また欠席明けにはかかると火傷のあとも見られる。

<事例検討会>

多くの機関が関わっており、なかなか支援の方向性が見いだせないことから、保健所保健福祉サービス調整推進会議にて事例検討を行う。主治医（大学病院小児科医）、市児童福祉課、市保健センター、こどもセンター、保育所、こころのケアセンター、保健所が参加。情報交換、対応の検討を行い、母親の精神的な支えを保育士と保健婦でしながら虐待の早期発見に努め対応していく、関係機関の連携をスムーズに行う等の方針がたてられる。また母親は主治医を信頼しており、受診には行くことから保育士等が傷やあざを発見した時には主治医から母親に話をし、虐待へのブレーキをかけてもらうこととする。

<関係機関間の協力>

事例検討会を受けて、保育所から保健所へ密に連絡が入るようになる。相変わらず安定して通所することはできず、欠席が続くことも多い。しばしばあざも認められる。保健所保健婦が産休のため担当が変わることから母親への関わりの中心を家庭児童相談員へと

徐々に移行しようとするが、家庭児童相談員も経験が浅いためどのように関わっていいのかわからず、ちぐはぐな動きも見られる。関係者が集まりカンファレンスを重ね、それぞれの役割を確認していく中で連携がスムーズに行くようになる。

Ⅲ.まとめ

極小未熟児は虐待のハイリスクケースの一つに挙げられている。今回のケースは母親・父親自身の未熟さも大きな要因であるが、児が極小未熟児として出生したことも少なからず影響していると考えられる。長期入院で母子分離期間が長かったこと、成長・発達両面で遅れがあること、未熟児特有の虚弱体質・気管支炎等で育児の難しさがあることなどが挙げられる。ケースとの関わりが始まった頃、児の生命の安全をどのように確保していけばいいのか、母親への対応はどのようにしていくべきなのか、関係機関とどのように連携をとっていけばいいのか、担当保健婦への負担が大きく焦りがあった。しかし事例検討会・カンファレンス等を通して問題が整理できていった。また今回のケースに関しては主治医の積極的な協力が不可欠であったと考える。

現在も保育所を欠席する、あざが見られるといった問題は続いており、関係機関による母子支援は継続している。

事例2：極小未熟児を出産した未婚の母

I.事例の概要

家族は本児(2歳)と母親(27歳)

本児は在胎26週で、重症妊娠中毒症による帝王切開で出産となる。母親は妊娠を疑いながらも受診が遅れ、初めての産科受診で重症妊娠中毒症と診断され、急遽搬送されての出産となる。母親は帝切後の安静がとれた後クモ膜下出血で倒れ手術。本児は脳室周囲白質軟化症の診断。本児の父親は、母親の同級生。同時期に別の女性と結婚。

未婚で障害児を出産し、父親の男性も近くに住んでいる等の理由で、義兄の母親の住む当区に転居。出産後6ヶ月で退院した本児との生活を始める。

保健婦は、本児の医療、療育面での援助および全く知らない土地に転居してきた母親への精神的援助を行っている。

II.経過

転居してきた当時の本児は生後6ヶ月(修正2ヶ月)で呼吸状態が安定せず、喘息様の発作をよく起こしていた。A病院小児科で発育・発達について定期的にフォローしてもらい、生後9ヶ月(修正5ヶ月)には、B病院にてソケイヘルニアの手術を行う。

生後11ヶ月(修正7ヶ月) 定額(+)寝返り(+)、呼吸状態も安定してきたので、C療育医療センター受診。訓練開始となる。

保健婦は訪問や受診同行時に母親の話聞き、また、母親からも必要時には電話で相談をしてもらう関係を作った。

1年ほどその状態が続いたが、本年2月に義兄が借金を残したまま行方不明になり、母親の両親にも多額の負債ができたため、経済的援助が望めなくなった。住んでいた所も義兄の母親の勤める会社のマンションだったため、急遽転居しなければならなくなった。

障害児を抱えての就職は、本児のリハビリもあり難しく、ワーカーにも関わってもらい、生活保護を開始してもらうことになった。

住居に関しては、都営住宅の申し込みと同時に、民間アパートも保健婦も一緒に探したが、母子家庭というだけで、アパートが借りられないという現実を目の当たりにした次第である。結局、母親が内職をしていた会社の紹介で、なんとかアパートを借りることができた。

引越しも落ち着いた本年12月(本児2歳9ヶ月)入浴中に本児がけいれんを起こしたため、検査の結果を見て今後の方針を検討する予定である。

C療育センターのリハビリは週2回継続中で、装具をつけてのつかまり立ちが可能となっている。3歳以降は毎日の通所も検討されている。

Ⅲ.まとめ

なんとか生活が落ち着いてきたところではあるが、けいれんのこともあり、今後も医療面でのフォローは必要と考えている。

また、母子共に地域との接触が今のところ全くないので、地域の療育施設の活用や障害児の親の会等、随時紹介していくつもりである。

あまりにも大変な経過をたどっての生活の中で、本児に対してあたることがあるのかと母親に聞いてみたことがある。答えは「出産した病院の助産婦さんから、お母さんのしたことがこどもの顔に出るから、こどもをしっかり愛してあげなさいといわれた。その言葉を忘れないようにしている。」とのことだった。本児の顔はいつ会ってもニコニコとしていて、母親の言葉は嘘ではないことを証明しているようである。

事例3：極低出生体重児への関り

I.事例の概要

新生児訪問指導連絡票にて出生を把握。児は超低出生体重児。母は妊娠中より精神的に不安定(マタニティーブルー・うつ傾向)。育児不安もあり保健婦が関わり始める。

<家族構成>

父：会社員(34歳) 母：主婦(33歳)

<出生時の状況>

在胎31週×日/体重8××g

超低出生体重児にて呼吸窮迫症候群・胎便栓症候群・未熟児貧血あり。

生後4ヶ月間入院治療を受ける。

<退院時の状況>

体重28××g(生後4ヶ月)

アパートでの3人暮らし。両親の実家は共に遠く1週間母の実母の援助を受けるが、お互いに気を使いかえって負担となってしまう。

Ⅱ.経過

新生児訪問指導連絡票を受け母に連絡。児は入院中であったが、母の暗い声と体調不良との訴えあり訪問する。母は妊娠をきっかけにうつ傾向出現。出産後精神科受診し服薬治療を行う。育児に対して強い不安があり、妊娠自体が夢のようで、子どもが可愛く思えない等の発言も聞かれた。搾乳や子どもの面会もわずらわしく思え、家事も手につかないような状況であった。退院前には、母自身だいぶ落ち着き「家に帰ってやってみるしかない」と言えるまでになる。母が精神の服薬を続けることで母乳を与えられないことが母の負い目と感じていることもあったが、母が良い状態であることが児への良い影響になるという病院での説明を受け、安心される。児の退院後は育児がきちんと行えるのか、また育児によって母の精神状態が更に不安定になるのではないかと心配されたが、児の成長に伴い母の精神状態も次第に安定していく。児の経過も良好で体重増加や発達面については順調に成長していく。

しばらくして、実家へ里帰りするがかえって精神的に気を使い服薬増量してしまう。育児は一通りこなしてはいるものの、夫以外に身近に育児協力者がいないため、子育ての心細さが常にある様子。「これでいいのだろうか・・・」と児をじっとみて涙ぐむ様子も見られる。病院での外来フォローや保健婦の自宅への訪問の他、保健センターの育児教室や離

乳食教室への参加を促し、同じ子どもを持つ親と接する機会を持つよう勧める。その後も継続的に育児教室に顔を出し、教室内での顔見知りもできる。以前は子どもと遊ぶことがほとんどなかった母だが、子どもに話しかけあやす場面が多く見られるようになる。母の表情が柔らかくなり、以前のようにすぐに涙ぐむことも少なくなった。併せて児の表情も豊かになり、発語も増えていく。(現在、生後9ヶ月)

3、まとめ

極低出生体重児の場合、長期の入院が必要となる。他児との発育のずれも生じやすい。本児の場合、児と思うように接することのできない入院期間中や、退院し児の状態が安定したときに感じる周りの児との発育のずれによる不安へのフォローが大切であると感じた。

児の成長は現在も順調である。母も定期的に育児教室に参加し、保健婦との面接も継続している。離乳食や予防接種等その時々に必要な指導がタイムリーに行えるよう心掛け、また今後も母が家庭にこもらずに、地域に参加できるようなライン形成を念頭に置き関わっていく方針である。

事例4：両親ブラジル人で産後双児の育児に困った例

I. 事例の概要

ブラジル人の両親と双児の4人暮らし。
極低出生体重児の双児を出産したが日本に育児協力者がいないため、病院と区役所児童係、保健所が連携した事例。

<双児の状況>

妊娠中毒症・第2子が胎内で成長せず29週で帝王切開となる。

・第1子 13××g・心房中隔欠損症

生後7日目・胃手術(1mmの穴あり)

呼吸器2週間・保育器6週間

経管栄養6週間

生後2ヶ月×日目に退院：28××g

・第2子 9××g

呼吸器4週間・保育器9週間

経管栄養9週間

生後3ヶ月×日目に退院：25××g

II. 経過

保健所への出生報告がなく、人口動態で生後1ヶ月22日で把握。電話番号不明、訪問するが不在のため、保健婦は名刺で自己紹介してくる。5日後、母から相談の電話がある。

<母からの相談：生後1ヶ月27日>

第1子の退院予定が1週間後だが、第2子はそのまま入院しているため、母が病院に通うとき第1子の世話をしてくれる協力者がいない。(両親の親はブラジル在住) 父は勤務。母一人で2人の子供の世話をしなければならない。困っているという内容である。

<対応>

- 1、利用できる社会資源がないか情報収集するが、有料ベビーシッター以外はない。
- 2、区役所児童係を紹介するとともに、保健婦からも連携・相談。

<保健所のかかわり>

1、家庭訪問(保健婦・栄養士)

双児の育児方法、体重増加の状況、離乳食の与え方など、母からの相談に家庭訪問で対応する。母は日本語会話は良くできるが、字はポルトガル語しかわからない。健診、予防接種等のポルトガル語版でのフォローも含め、必要時訪問している。

2、乳幼児発達相談

病院での小児科定期検診の中間時期に保健所で開催している乳幼児発達相談に来所している。病院に対する信頼は強いが、母が育児の相談と発達の確認をする場所として病院とは違った意味あいでも有効に活用している。話しができる場所として母の精神衛生に役立っている。

1、2のフォローを合わせると、生後3ヶ月から月1回程度保健所のかかわりがある。

3、児童係が母から相談を受けた結果

祖母が育児協力のためブラジルから20日後に来日予定。それまで第1子の退院を延期してもらうことができればベストの方法として、病院ケースワーカーに連絡。翌日病院から連絡があり、祖母来日まで退院延期となる。

<退院後の経過・問題点>

1、第1子の退院後、第2子が退院するまで双児で慣れない育児への協力者がいたが、祖母帰国後は日中母一人で育児をしていくことへの不安が強い。第1子、2子とも発育は順調であるが、車(タクシー)で片道1時間の病院に小児科、眼科、リハビリと月3回は通院が必要。

2、極低出生体重児のため、気持ちのうえでは、その子なりの成長を見ていくように心がけていても、双児の違いが気になったり、成長についてとても心配である。

Ⅲ.まとめ

日本に育児の協力者がいない外国人が、双児で極低出生体重児の育児をしていくことへの不安を抱えたケースであるが、母がしっかりと考えて判断できる人であったこと、児の成長が順調であったことが、さほど支援をするにあたり困難でなかった理由である。

しかし、人口動態で保健所が把握するまでは、母自身がどこに相談したらよいのかも知らない状況であったことから、ケースの早期把握とタイムリーな関わりが必要であり、そのためにも、フォローが必要なケースに対しての関係機関の連携が大切である。

事例5:超低出生体重児のママたちのサークル(カンガルー・クラブ)結成

I.母親との出会い

<妊娠から退院まで>

妊娠時の経過：胎児発育不良のため1か月間入院、妊娠29週の時破水、母体搬送でこども専門病院入院となる(過去に500gで死産、自然流産1回)。

出生時の状況：平成10年4月、30週、帝王切開で8××gの男児出生。

入院中の経過：超低出生体重児、脳室拡大、未熟児貧血、未熟児クル病、未熟児黄疸。

退院時の状況：1××日日 25××g 退院指導を受けて母親の実家に戻る。

家族構成・家庭環境：両親(母は37歳)本人の3人家族、日当たりのよいマンションに居住、母親は過去に幼稚園の先生をしていたことあり。

＜退院から保健所事業（発達相談支援事業）に來所するまで＞

平成10年5月生連格票をもとに保健婦が自宅や実家に電話、子供の入院中の状況や母親の健康状況を聴きその時々心配に答えていく。また、養育医療の申請に來所した父親との面接により、本児や母親の状況把握、父親の役割等について助言。平成10年8月、母親より自宅に戻ったので訪問してほしいとの依頼により家庭訪問。

本児は小さいながらも順調に成長、母親は実家での生活が長かったため、帰宅後は疲れ気味、直母による乳首の痛み等あったが、電話による助言で解消。

平成10年11月（7か月）首も座り、喃語も発生、表情も豊か、病院には月1回受診、2か月に1回ハピリに通っていた。母親も健康を取り戻し車での外出ができるようになったため、保健所で実施している「発達相談事業」に誘う。この時、保健所で把握したもう1人の超低出生体重児を持つ母親との交流を働きかける。

Ⅱ.保健所としての取り組み

平成11年1月（9か月）保健所の「発達相談事業」の場に来てもらい本児の健康診断実施、前回の訪問で話しておいた母親と交流を持ってもらう。平成11年3月事業担当課での話し合いを実施し、4月より超低出生体重児の母親の交流の場として1室を設け、自由に活用してもらうこととした。また、保健婦・栄養士の相談に加えて歯科相談（歯科医師、歯科衛生士）も併設した。

Ⅲ.サークル結成

平成11年4月より外国人の母1人を含めて3人の母親が交流を持つことになり、月1回「発達相談事業」に來所しながらお互いの情報交換を実施。3人とも「カンガルーケア」をやってきたことから、グループ名を「カンガルー・クラブ」に決定。母親の手によって1か月後にはチラシや連絡ノートが出来上がった。現在、超低出生体重児で入院中の母親への支壊としてグループの紹介や、励ましの手紙、電話等をしている。サークルの活動は保健所を起点に実施し、部屋は相談をしている隣室に設け、ミルクのお湯、母親用のお茶等を準備し自由に部屋を使ってもらっている。

Ⅳ.まとめ

過去に死産、流産の経験をし今回3回目超低出生体重児を生んだ母親は、幼稚園の先生としての経験、母親としての経験を生かして子育てサークルを結成した。

このサークルは、家庭訪問をした超低出生児の母親の『今までの経験を人のために』という思いを大切に、母親同士の交流の場（発達相談事業）を設定したのがきっかけで出来上がったものである。

事業担当課の職員の話し合いのもと、持てる機能を活用しつつ、母親のバックアップができたらと、保健婦・栄養士の相談に加えて歯科相談を実施することになった。

外国人の母親1人を含め母親の手により、グループ紹介のチラシや連絡ノートも出来上がり、新しいケースへの支援を始めつつある。

事例6：当保健所における低出生体重児へのアプローチ方法

I.事例の概要

＜出生時の状況＞

患児は第1子。平成×年4月×日、妊娠33週4日、14××グラムで出生。AP6/9。仮死あり。

＜妊娠・分娩時児の状況＞

切迫流産。骨盤位のため膝胸位をとる体操をしていたところ破水となる。

産婦人科医院で緊急帝王切開となるが、低体重及び仮死状態であったため、養育医療指定機関に搬送入院となる。

<入院中の経過>

一過性無呼吸により保育器管理29日間。黄疸により光線療法施行。貧血あり鉄剤投与。

母親退院後は、自宅で搾乳し冷凍保存した母乳を、毎日病院に届けると共に児と面会をしていた。

入院中の児の状況については病院が、児の写真と併せてコメントを綴った交換ノートを作成し、面会に訪れる両親に見せるなどの配慮を行った。両親は病院内での我が子の成長の様子が、写真を通して伝わったことで非常に励まされ、退院後の受け入れを円滑に進めた。

体重2500グラムを越えたところで、2泊3日の母子入院を行い、育児手技に慣れてもらい親の不安解消を図りながら、日令5×日目に退院となる。

II. 保健所の関わり状況

4月×日（日齢3日）【父親来所】

養育医療申請のために父親が保健所に来所。

地区担当保健婦が面接。第1子が早産で低体重児出生。他の医療機関に搬送保育器に収容されたことから、父親もショックを受けており動揺がみられた。面接の中で不安解消を図りながら、退院後は保健所保健婦が訪問等を行いながらサポートさせていただくことを伝える。

4月×日（日齢17日）【母親から電話あり】

児の発育は順調に経過している。体重増加良好。5-6月頃まで入院と言われている。

5月×日（月齢1月5日）【母親から電話あり】

保育器から出た。予定より早めに退院できるかも知れないとのこと。

母乳で育てたいが、母乳が足りるか心配。

5月×日（月齢1月15日）【母親から電話あり】

体重が2500グラムを越えた。退院が近くなったとのこと。

5月×日（月齢1月25日）【母親から電話あり】

退院が翌々日に決定したとのこと。

退院日翌日の訪問約束。

5月×日（月齢1月28日）【家庭訪問】

身体測定。発達状況のチェック。病院の退院時指導内容等の確認。

退院後も継続して定期的にフォローアップが必要な疾患等についての相談、退院直後の母親の不安解消等を図る。

6月×日（月齢2月6日）【児の退院にあわせて病院から継続看護連絡票の送付あり】

入院中の経過、退院時の問題点及び地域で行ってほしい援助内容等のケース連絡。

6月×日（月齢2月8日）

訪問結果を継続看護連絡票にて返送。

6月×日（月齢2月21日）

病院にて乳児健診。

7月×日（月齢3月27日）【家庭訪問】

身体測定、発達状況のチェック。離乳食開始、予防接種等について助言。

病院受診結果の確認等。

9月×日（月齢5月25日）【家庭訪問】

身体測定、発達状況のチェック。精神運動発達及び身体発達良好。

離乳食をさらに進める。予防接種が開始され、順調に接種が進んでいる。

現在 順調に発育発達をとげており、母親も自信を持って育児にあたっている。

Ⅲ.まとめ

現在の保健所における低体重児への関わりは次のとおりである。

- ・医療給付申請の来所時を利用して、可能な限り地区担当保健婦が面接を行い必要なケースには必要なフォローアップを行うため、初回面接を大切にするという、保健所の方針がある。

- ・出産、退院など不安の強い時期にタイムリーに関わることが出来、両親と保健所保健婦との人間関係が確立しやすかった。

このため入院中に、母親から児の退院見込み時期等についても連絡が入り、退院の翌日に家庭訪問が出来るよう業務計画が調整しやすかった。

- ・保育器29日間、入院期間53日という、母子アタッチメントが出来にくい状況をカバーするための病院スタッフの細やかな配慮が非常にプラスに作用した。

併せて医療・看護関係者への信頼関係をも深めた。

- ・日頃から保健所と医療機関の連携体制が出来ていること。特に看護サイドでの継続看護の思想が浸透しており、看護サマリーをはじめ必要に応じて、お互いに電話連絡が取りあえる関係が出来ている。

保健婦がよく聞かれる質問、聞かれて困る質問回答例集

吉永陽一郎 聖マリア病院母子総合医療センター新生児科

ハイリスク児のケアは、新生児医療機関をはじめ、地域の種々の職種が連携して行うことが必要である。地域の施設資源の中で、保健所は今後ますます専門知識を必要とする支援事業に取り組み、ハイリスク児家庭に対し、地域支援の中心的な役割を果たしていくことが望まれている。地域支援システム全体の窓口としての保健婦業務を考えると、各家庭での問題解決方法や回答内容は、担当保健婦個人の問題ではなく、地域全体の総意として、または我が国のハイリスク支援に携わる全員の問題として検討され整備されていくことが望ましい。

家庭訪問や健診等の場で保健婦がよく聞かれる質問、聞かれて返答に困る質問などを募集。整理検討し、回答案を作成した。質問は全国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により、実際に地域で療育支援に関わっている保健婦から募集した。421保健所から回答を得、回答率は64.0%であった。

保健婦に問いかける質問は多様であり、中には画一的な返答が困難なものもある。医療機関で十分な対応ができなかったことから生まれた質問もある。その場での対応がうまくいかなければ今後のフォローアップや地域支援に支障を来すことも考えられる。これらの質問は、地域のサポートシステム全体に対して尋ねられているということを確認し、システムの窓口である保健婦の立場に立って回答の内容を事前に検討しておくことは地域システム全体として有意義なことであると思われる。

各質問は、回答者の個人的な意見に偏らないように、可能な限り複数の回答例をもうけた(A～D)。実際の支援の場では、一辺倒の回答ではなく、それぞれの回答例を参考にして保健婦が自分の個性や立場によって多様に組み合わせ、柔軟に対応していくことが望ましい。

回答例執筆者 (50音順)

青木 徹	深谷保健所
安藤 朗子	愛育病院
飯田 芳枝	石川県厚生部健康推進課母子保健係
石井のぞみ	東京女子医科大学
犬飼 和久	聖隷浜松病院小児科
上谷 良行	神戸医科大学保健院小児科
神谷 育司	名城大学教職過程部
川上 義	日赤医療センター新生児科
庄司 順一	青山学院大学文学部
常石 秀市	神戸医科大学保健院小児科
副田 敦裕	都立母子保健院小児科
奈良 隆寛	埼玉県立小児医療センター神経科
堀内 勁	聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院周産期センター
前川 喜平	(社)日本小児保健協会
松石豊次郎	久留米大学小児科
宮尾 益知	大宮市心身障害総合センター ひまわり学園
山口規容子	愛育病院
吉永陽一郎	聖マリア病院育児療養科