

図9 IT システムの利用希望（介護者の年齢および地域との関連）

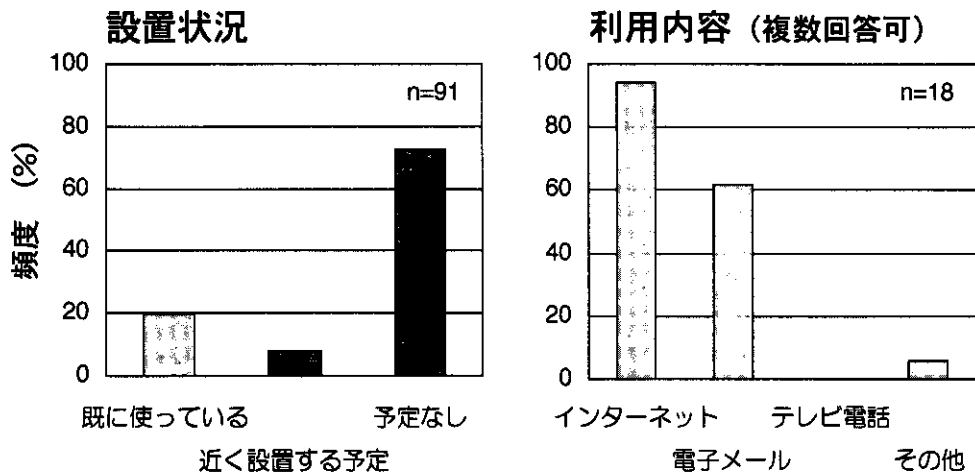


図10 デジタル回線の設置状況と利用内容

(5) デジタル回線の設置状況と利用内容

デジタル回線は20%の居宅に設置されており、主たる利用内容はインターネット、次いで電子メールであった。ITシステムの導入に際しては多くの場合デジタル回線の新設を前提に考えるべきことが明らかにされた。

IV. 結 語

アンケートとITシステムの実験的試行を通して在宅重症児のITによる支援のニーズを調査した結果、重症児と介護者の年齢差が約30歳あり、また、介護者の高齢化が進行していることが明らかになった。在宅ケアの限界と将来の

施設入所を視野に入れ、ITを利用した医療・療育・福祉情報の継続的なデータベースの蓄積が必要あることが示唆された。在宅支援希望の内容は医療関連が多く、次に生活(療育)、各種サービス関連であった。特に遠隔地では医療関連の支援が切望された。また、半数の家族がITによる支援を期待し、利用を希望した。IT支援システムの具体的なイメージが理解されれば、利用希望はさらに増えると推察される。

引用文献

- 1) 江草安彦(監)：重症心身障害療育マニュアル。医歯薬出版(1998)

- 2) 江草安彦(監)：重症心身障害通園マニュアル。医歯薬出版(2000)
- 3) 平元 東：北海道療育園における在宅重症心身障害児(者)支援の現状と課題。日重

障誌25：49—56(2000)

- 4) 三田勝己：ユニバーサルデザインについて。小児看護24：1203—1209(2001)

表1 情報通信技術（IT）を使った重症心身障害児（者）の在宅支援に関する調査項目（抜粋）

<p>(A) IT システムを使ってどのような支援を希望されますか。(当てはまるもの全てに○印)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健康状態のチェック 2. 急変時の対処に関する助言 3. 慢性的合併症に関する助言 4. 訓練士（理学、作業、言語）によるリハビリ指導 5. 日常生活介助の相談や指導 6. 介護者（主に家族）への精神的な支援 7. 補装具、姿勢保持椅子、車椅子関係の紹介や助言 8. 生活自助具などの紹介や助言 9. 各種手帳などの福祉制度の説明と利用の仕方 10. 短期入所の説明と利用の仕方 11. 地域の通所施設の紹介 12. 地域の医療機関の紹介
<p>(B) 上記以外にどのような支援を希望されますか。(簡条書き)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____
<p>(C) IT を利用した在宅支援についてどう思われますか。(いずれか一つに○印)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. あったほうが良い 2. どちらでもよい 3. あまり利用価値はない 4. よくわからない
<p>(D) 実際に利用を希望されますか。(いずれか一つに○印)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 是非利用してみたい 2. できれば利用したい 3. あまり利用したくない 4. 何ともいえない
<p>(E) デジタル回線（ISDN など）を使われていますか。(いずれか一つに○印)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 既に使っている 2. 近く設置する予定である 3. 使っていない（設置する予定はない）
<p>(F) デジタル回線を既にお使いの場合、何に利用されていますか。(当てはまるもの全てに○印)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. インターネット 2. 電子メール 3. テレビ電話 4. その他（ ）

障害児の発達支援のあり方と市町村との関係に関する研究

発達障害児の実態と市町村の対応について

分担研究者

宮城県子ども総合センター

本 間 博 彰

厚生科学研究（障害保健福祉総合研究）岡田研究班

分担研究報告書

発達障害児の実態と市町村の対応について

（主任研究：障害児の発達支援のあり方と市町村との関係に関する研究）

分担研究者	次	長	本	間	博	彰	（宮城県子ども総合センター）
研究協力者	所	長	宮	田	広	善	（姫路市総合福祉通園センター）
	係	長	関	谷	澄	子	（青森県中央児童相談所）
	参	事	薄	田	祥	子	（新潟県中央児童相談所）
	医	長	新	田	初	子	（新潟県立はまぐみ療育センター）
	教	諭	鈴	木	久	一郎	（宮城県名取養護学校）
	心理判定員		片	瀬		道	（宮城県中央地域子どもセンター）
	心理判定員		川	越	聡	一郎	（宮城県中央地域子どもセンター）
	技	師	丹	野	百合	子	（宮城県子ども総合センター）
	技	師	杉	山	謙	治	（宮城県保健福祉部障害福祉課）
	係	長	川	嶋	ミ	ヨ	（岩沼市保健課）

要旨 発達障害児の実態は種々の理由により、正確な実態はいまだ把握されていない。また、障害児・者に対する支援のあり方が大きく変わり時代にあって、いまだ整理されていない乳幼児期・幼児期の支援のあり方は今後の市町村の取り組みに大きく影響することが予想される。本研究では、こうした乳幼児期・幼児期の発達障害児の支援の現状を把握し、時宜に富んだ支援システムを発展させつつある地域の実地的取り組みを取り上げながら、今後の取り組みを検討した。特に母子保健システムこそが市町村の発達障害児支援の中心をなすシステムとなるだけに、児童相談所との連携を含めて精神発達精密健康診査のあり方とその可能性について検討を加えた。

I. はじめに

発達障害の実態については、その発生数においても取り組みの実際についても正確なところは十分には把握されていない。その理由の一つは、知的障害の範疇に含まれる障害に加えて、知的障害とはされない発達障害が注目され、これらの障害に対して適切な概念あるいは定義が共有されていないことが挙げられる。その結果、診断や評価に至らないまま経過観察に付される

ケースが少なくない。この障害が適切に診断・評価されるためには、ある程度の年齢に達するとか、あるいはある程度の期間フォローして可能になるようなケースも存在する。第二点目には、発達障害を診断・評価する専門職の量と質が十分に確保されていないことが挙げられよう。特に早期の年齢での診断や評価については児童相談所や療育センターの診断・評価能力に左右されるが、こうした専門スタッフの現状は十分に整えられているとは言い難い。第三点目には、

発達障害に対する医療的な援助に関わる専門領域は小児科医療と精神科医療にまたがるが、発達障害は双方の専門性を必要とする障害であるものの、こうした医療の専門性が発達していないことが挙げられよう。第四点目は、発達障害児の発達のプロセスの理解をめぐる問題を挙げなくてはならない。彼らは、前思春期の発達、思春期の発達の経過で困難性に直面する場合が少なくないのであるが、発達の経過で出現してくる二次的な問題に対する支援や援助の体制がまだ不十分である。

乳幼児期や児童期早期の発達障害対策の遅れのみならず思春期の発達障害時の対策の遅れも大きな課題となってきた。対策の遅れた発達障害がらみの諸問題が児童の社会的な環境に大きな波紋を拡げてきた。保育所領域においては、手がかかるとか落ち着かない幼児の保育に困惑する保育所の悲鳴が聞かれるようになってきた。小学校においても同様で、ドロップアウトさせてしまうようなケースも少なくないようである。問題が膨れあがってはじめて発達障害の存在が明らかになり、そののちに必ずしも体制が十分でない児童相談所に持ち込まれるケースも多々あり、また医療機関に持ち込まれる場合もある。

さて、こうした発達障害に対する新たな課題として、生活と近接した地域で、かつ家族や親のもとで彼らの有する能力や資源を可能な限り活かせるような環境の中で支援を行うという課題が求められている。その一つとして市町村レベルでのケアシステムの整備を押し進める必要がある。その一環として市町村における発達障害児に対する支援のあり方を検討するのがこの研究の目的である。

II. 研究の目的

市町村における発達障害児の支援あるいは療育体制を構築するためには、地域療育等支援事業が果たす役割や課題を考慮に入れながら検討する必要がある。地域療育等支援事業は、従来の措置制度を大きく見直し、支援のあり方を大

きく変えようとしたもので、これからの障害児・者の支援システムの根幹になることが期待されてスタートしたものと理解される。しかし、障害児の発達支援あるいは市町村における支援のあり方を考えるとき、いくつかの課題について検討をする必要がでてくるものと考えられる。

まず第一は、この制度は障害児であることが明らかにされた後に提供される支援制度であること、第二に障害児に関わりのある施設を中心にしていることから、障害が明らかになる前の段階の援助のあり方は別枠で検討しなくてはならないということになる。事実、実際の障害児療育の臨床では、障害児としての療育が開始される手前の段階で、重要な介入と援助活動が行われていると同時に、より適切に行われるような整備が必要である。療育が提供されるその前の段階で、児の発達障害を発見し、障害を気づいた母親の戸惑いや否認に対処する取り組みが提供されなくてはならない。それが市町村の母子保健の重要な課題となる。母親と当該の障害児がこの段階を通過して初めて療育につながるのである。

よって、市町村における発達障害児の支援については、母子保健による行政的な取り組みと地域療育として整備されてきた障害福祉領域の施設機能が効果的にリンクしていなくてはならない。母子保健は健診を通して発達に遅れや問題のある乳・幼児とその親に対して、早期から関わり、まさに発達障害の支援の入り口を担当する。さらには明らかになった発達障害児を療育につなげる「つなぎ手」を担当する役割を持つ。しかも健診の事後措置として精密健康診査制度を活用することができる。子どもの発達の遅れに戸惑ったり否認する親に対する支援を行いながら、児の発達支援や療育の橋渡しをするのである。

もうひとつ見逃してならない課題がある。それは児童相談所の障害児対策に関する事柄である。児童相談所の受理する相談件数の約6割近くは障害児に関する相談である。児童相談所は児童虐待対応で奔走されてはいるが、障害児関

係の相談の重要な機関である点は変わりがない。加えて、児童福祉行政機関ゆえに市町村の保育所をはじめとして障害に関わる社会資源との関わりは広くかつ深い。児童相談所は児童虐待対策に力を尽くさなくてはならないが、従来からの主たる業務であった発達障害関係業務に対する臨みかたやその展開に関して検討を要するであろう。市町村が発達障害児の支援や療育の主役になる流れの中で、児童相談所は市町村をサポートする役割を有するが、どのような支援を行うのか検討する必要がある。

Ⅲ. 研究の方法

本研究は、市町村の発達障害児に対する取り組みに積極的に関わっている地区に焦点を当て、その取り組みを検討することとした。また、3つの分担研究班の研究活動が関連していることから、合同で拡大班会議を開催し、それぞれの班の研究内容を参考にしながら、研究テーマである「障害児の発達支援のあり方と市町村との関係に関する研究」の一つである「発達障害児の実態と市町村の対応について」について検討した。「Ⅰ. はじめに」述べたように、本研究は、療育につながるもっと前の段階である発達障害児の支援の入り口をどのように整えるか、そして市町村がこれら発達障害児の支援に取り組む場合にどのような展望を持ち、専門機関としてどのように連携・協力するかという点が重要な課題となるので、以下のようなフィールド調査を中心に行った。

平成12年度の研究では、障害児の早期発見と地域の取り組みの現状を中心に、調査研究を行った。特にこれから地域的な障害児支援体制を展開する上でモデルとなるような取り組みに焦点を当て、3つの地域システムを検討した。

一つは、県立肢体不自由児施設が中心となっており、この施設の診療を基盤にして、保健所における療育相談や市町村の活動を支援し、全県レベルの障害児支援のネットワークを展開している例である。肢体不自由児施設も設立当初の役

割が大きく見直され、知的障害児の地域的な支援に向けて、利用者の多岐にわたるニーズに答えてゆかなくてはならない時代にある。また、障害児の知的な活動を支援するに当たって、あるいはメンタルな問題の対応を行う上で、医療の役割は大きく、医療施設や包括的な医療を提供できるような医師の活動は欠かせられない。こうした点で、この度紹介した新潟県はまぐみ学園の活動はこれからの障害児支援を展開する上で重要なモデルとなりうる。二つ目は、市町村母子保健活動によって早期介入が可能となるハイリスク乳幼児対策と児童相談所の関わりを中心に取り組みされているシステムである。母子保健は障害児の早期発見のみならず、それ以前の時期においてハイリスク児のチェックあるいはフォローが可能になる。すなわち出産以前からのハイリスク対策あるいは低体重出生児のフォローに至るまで、育児に当たる母親の負担に対して支援をする中心的な活動が母子保健活動である。障害福祉とは密接な関係を持ち、重要な位置を占めることに改めて焦点を当てた。三つ目は、すでに発見された障害児に対して、市町村が母子保健と障害児福祉が連携して取り組んでいる例である。人口規模の小さな市レベルで、市の関係機関の連携および職員の協同作業と工夫によってなかなかの地域障害児支援活動が可能になり、これからの障害児支援を展開する上で重要なモデルとなりうる。

後者二つの例はいずれも児童相談所のサポートを得ながら展開されている。こうして地域障害児療育（養育）支援ネットワークが可能となり、そのためには、市町村とその上に当たる県の機関の役割の検討が重要となるが、こうした課題の現状を調査検討した。

平成13年度は、発達障害児としての支援が開始される前の段階、つまり療育が開始される前の段階の支援の中心をなす市町村の活動とそれをサポートする児童相談所の取り組みをとおしえて見えてくる問題を検討した。次いで12年度の調査研究をした地域活動をさらに調査し、本研究のテーマを展開するための課題と取り組みを

検討した。

IV. 発達障害児の実態と市町村および児童相談所の関わり

1. 健診と精神発達精密健康診査を軸にした市町村の取り組み

先に述べたように発達障害児の実態は十分に把握できていない。特に発達障害の診断や評価が明らかにされてゆく時期においては、健診や精神発達精密健康診査が最も実態を把握しうるシステムとなる。以下に宮城県における発達障害児の実態を市町村の健診と、児童相談所と共に実施する精神発達精密健康診査の実績から見てみることにする。

(1) 発達障害児の実態と精神発達精密健康診査受診率

宮城県中央児童相談所管内の市町村における平成12年度の健診受診率と精神発達精密健康診査受診率は表1のようになる。ここで精神発達精密健康診査受診率とは、精神発達精密健康診査受診数÷健診受診者数×100である。この数値はそれぞれの地区で把握された発達に何らかの問題のある幼児のおおよその実数を表すものと考えられる。健診の受診者数が100%に近くなることと、健診担当保健婦が見落とすケースが減ることとでさらに実態に近づくことになる。こうした健診からもれる幼児も少なくないことを考え併せると、精神発達精密健康診査受診者数および受診率は、発達に問題のある幼児の総数の低い数値を示すことになる。

1歳6ヶ月児健診の受診者の平均は92%、精神発達精密健康診査者は受診の年齢が1歳から2歳の範囲となるが、精神発達精密健康診査受診率の平均は0.38%である。これに対して3歳児の場合は、健診受診率は91.2%であり、精神発達精密健康診査を受診する年齢は3歳から6歳にわたり、精神発達精密健康診査受診率は2.64%であった。2歳頃の年齢では発達障害児の把握率は0.38%であるのに対して、幼児期を終え

る頃までの把握率は2.64%となり、年齢が高くなるにつれて発達障害の把握率が高まることが示された。さらには、市町村の母子保健の取り組みの差が明白になり、3歳児で見ると受診率は高いところで、5.13%であるのに対し低いところでは1%以下になるほどに取り組みの差が認められる。

2. 市町村の発達障害児への取り組み

発達障害児に対する市町村の取り組みは、母子保健活動をとおして開始される。発見から親への援助そして児童相談所との連携を含めて、支援の初期の段階での社会資源の活用は、母子保健領域の主要な業務となるようである。逆に、母子保健から発達障害児への支援という課題を取り除いた場合、対象者である児童とその家族に大変な不利益を与えることになる。

そこで、母子保健活動を発達障害児支援として取り組む際に、その戦略の組み方やさまざまな工夫と配慮が不可欠であるが、岩沼市の母子保健と発達障害児とその親に対する支援システムを取り上げ検討することとしたい。詳しくは別稿 Part 1 に記載する。

3. 児童相談所による広域を対象として支援する取り組み

市町村は発達障害児支援の入り口に当たる段階で、重要な役割を発揮する。その次の段階の取り組みは児童相談所や療育センターが関わらざるをえない。特に親に対するケアや発生数がそれほど多くない障害やより専門性を必要とする発達障害の子どもの場合は市町村と児童相談所あるいは療育センターが連携・協力して、支援のプログラムを用意しなければならない。宮城県では自閉症の親に対する支援として、親が自閉症について理解を深めたり、親なりの取り組みが少しでも展開するようにと、自閉症親のグループワークを行ってきた。その前身となる児童相談所の取り組みも含めて紹介する。また昨年からは自閉症の兄弟に対するプログラムを宮城県子ども総合センターと協同して実施してい

表1 健康受診率と精神発達精密健康診査受診率

市町村名	平成12年度（1歳6ヶ月児）					平成12年度（3歳児）				
	対象数	受診数	受診率	精健数	精健率	対象数	受診数	受診率	精健数	精健率
A市	1,176	1,075	91.4	7	0.65	1,245	1,086	87.2	28	2.58
B市	740	703	95.0	2	0.28	697	615	88.2	10	1.63
C市	707	642	90.8	1	0.16	754	690	91.5	9	1.30
D市	479	446	93.1	1	0.22	546	497	91.0	10	2.01
E市	386	378	97.9	1	0.26	418	390	93.3	20	5.13
F市	321	297	92.5	1	0.34	329	316	96.0	8	2.53
G市	253	249	98.4	0	0.00	301	290	96.5	10	3.45
H町	355	348	98.0	1	0.29	331	327	98.8	9	2.75
I町	337	314	93.2	1	0.32	419	377	90.0	4	1.06
J町	328	318	97.0	2	0.63	312	313	100.3	16	5.11
K町	297	270	90.9	2	0.74	324	301	92.9	9	2.99
L町	290	272	93.8	1	0.37	305	281	92.1	4	1.42
M町	273	237	86.8	0	0.00	259	231	89.2	4	1.73
N町	236	224	94.9	1	0.45	232	210	90.5	10	4.76
O町	201	182	90.5	2	1.10	206	186	90.3	3	1.61
P町	140	116	82.9	3	2.59	137	121	88.3	5	4.13
Q町	136	131	96.3	1	0.76	132	121	91.7	3	2.48
R町	133	106	79.7	0	0.00	132	118	89.4	4	3.39
S町	129	122	94.6	0	0.00	115	109	94.8	1	0.92
T町	122	100	82.0	0	0.00	122	97	79.5	4	4.12
U町	106	101	95.3	0	0.00	120	111	92.5	7	6.31
V町	100	82	82.0	0	0.00	97	87	89.7	3	3.45
W町	86	77	89.5	0	0.00	107	101	94.4	2	1.98
X町	86	37	43.0	0	0.00	96	93	96.9	3	3.23
Y町	82	75	91.5	0	0.00	88	87	98.9	2	2.30
Z町	68	62	91.2	0	0.00	61	56	91.8	0	0.00
a町	62	61	98.4	0	0.00	68	65	95.6	0	0.00
b町	38	37	97.4	0	0.00	48	38	79.2	0	0.00
c町	26	21	80.8	0	0.00	31	24	77.4	1	4.17
d町	21	15	71.4	0	0.00	37	26	70.3	4	15.38
e町	15	15	100.0	0	0.00	16	14	87.5	1	7.14
f村	56	47	83.9	0	0.00	69	58	84.1	2	3.45
計	7,785	7,160	92.0	27	0.38	8,154	7,436	91.2	196	2.64

精健率（％）＝精健数／受診数×100

精健数：1歳6ヶ月児＝受診時年齢が1～2歳・3歳児＝受診時年齢が3～6歳

るので、これについても紹介する。Part 2 を読まれたし。

V. 市町村と専門機関によるバックアップ体制から見た実態

全国的に見たとき、発達障害児に対する支援の実態はさまざまである。肢体不自由児施設はいまや都道府県の療育センターとして大きな力を発揮しつつあり、知的障害やより上位の概念である発達障害の支援についてもまさにセンター的な役割を持つべきものと考えられる。こうした専門機関が市町村の活動とどのように連携あるいは支援して取り組むか、まさにこれからの時代のテーマであるが、その好例として、帯広で取り組まれている活動と、新潟県で県の療育センターが取り組んできた例を取り上げる。

詳細は Part 3、Part 4 を参照のこと。

VI. 考察と今後の課題

1. ライフステージと支援の中心的担い手について

(1) 地域における療育のつなぎ手としての母子保健

発達障害児の支援あるいは療育のあり方は大きく変わりつつあり、生活の場である地域や家庭に近接した場で必要な援助を受ける流れが主になりつつある。施設のあり方や施設から提供される援助の内容にも変更が加えられつつある。こうした大きな変革の中で、県の障害福祉行政

の取り組み方のみならず市町村の対応も社会的な要請に見合うべく整備を急がなくてはならなくなってきた。

地域療育等支援事業は、明らかになった障害児・者に対して支援を行う制度であるが、発達障害がまだ診断・評価される前の段階の児童や、まだ障害を受け入れることができない段階の親に関しては、障害を明らかにしてゆく時期にこそ支援をすることが重要な課題となる。親が子どもの障害をどのように受け入れてゆくか、障害児と共に親がどのような歩を進めてゆくかが、関係者が一番苦勞をするテーマである。また、この時期の関係者の障害の理解や援助の姿勢に親は苦しむのである。この時期を越えた後に、はじめて障害児としての療育や支援の提供を求めることになるのである。こうした早期の重要な課題を担当する役割は母子保健にあるのである。図1は母子保健と地域における療育施設との関係を示す。

精神遅滞やその他の多くの発達障害児は、健診の後を受けて実施される精神発達精密健康診査によって、障害の存在が次第に明らかにされる。多くの親は発達の遅れを気づき、不安な想いの中で育児に当たっているのが実際である。中度あるいは軽度の発達障害児は経過観察を行いながら、親とともに障害の存在を明らかにしてゆくことになる。障害が明らかになって、療育に関係する施設を利用するにいたるまでには、数ヶ月あるいは数年を要する場合もある。あるいは障害児であることに直面できず、通常学級に進ませる親も少なくない。発達障害を診断・

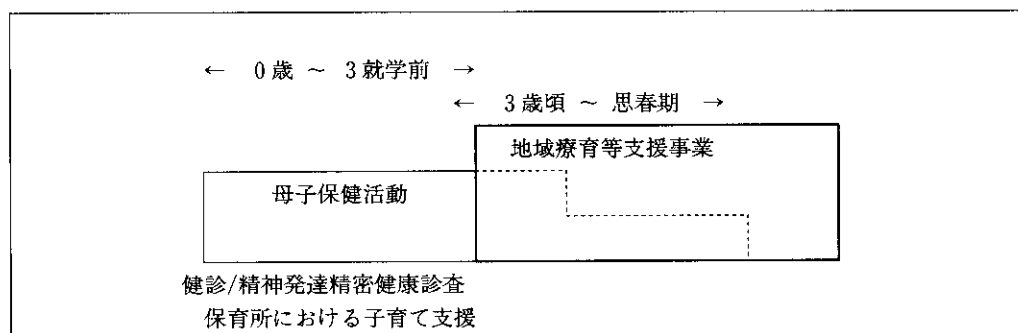


図1 発達障害児に対する取り組みの全体的な構図

評価するまでの期間の対策が忘れがちであるが、この段階に至るまでにさまざまな問題が生じてくることが多いし、親子共に迷い苦しむことが少なくないのである。

こうした乳幼児期の母子に関わる最も中心的なシステムは、母子保健である。健診をとおして親子の抱えた問題の援助に関わるのである。健診は、特に1歳6ヶ月児および3歳児に精神的な発達に焦点を向ける。そして発達に問題を抱えた幼児に対して精密健康診査が用意される。精神発達面については精神発達精密健康診査がなされることになる。あるいは保育所などに進んだ後で障害が疑われた場合に、改めて発達の評価が必要となることもあり、保育所もこうした大きな役割を担う施設となる。健診関係の事業や保育所のあり方と運営は市町村が発達障害児とその親に提供する援助の重要な部分となる。子どもの障害が明らかになり、親の心の準備が整い、療育を担当する施設や機関に結びつくにつれ、母子保健の役割は減少してくる。

(2) 発達障害児の支援システムの入り口をなす健診と精神発達精密健康診査について

発達障害児の療育に向けた取り組みにおいては、母子保健が最も早期の支援を提供し、必要な介入を行う機関であることを知っておかなくてはならない。その後に障害児・者に関わる施設が提供する療育がなされることになる。母子保健の主たる業務である健診は、障害の早期発見のみならず、乳児期から育児支援としての役割も併せ持つことから、我が子の発達の遅れを気づき不安に駆られたり、あるいはこのような状態にある子どもの育児にきちんと向かえない母親に対して、唯一制度的に関われる利点もある。この段階の支援は、障害の発見にとどまらず、親支援を含めた全体的なケアマネジメントを行うことにもなる。

さて、健診の事後措置としての精神発達精密健康診査は、障害のアセスメントを行い、必要に応じて親の療育ガイダンスを提供できる。当然、担当の保健婦の支援の内容についてのコン

サルテーションをも提供できる。宮城県の場合は、健診と精神発達精密健康診査が比較的機能的にシステム化され、対象である児童と家族のみならず市町村の障害児保育や母子保健活動に対してさまざまな支援を提供している。その内容は、発達のアセスメント、親ガイダンス、コンサルテーションそして時にスーパービジョンが提供される。

2. 児童相談所と市町村が連携して取り組む発達障害児支援

(1) 児童相談所の発達障害児に対する役割の検討の必要性

発達障害児に対する援助のあり方が大きく変わってきた。施設の役割や措置制度にも手が加えられてきた。一方、発達相談は児童相談所の相談件数の半数を超えるものの、社会的な問題となった児童虐待対策に追われる中で、児童相談所は発達障害に関する取り組みについてはほとんど検討することなく現在にいたっている。

現在のところ児童相談所は児童虐待対策に奔走しているのであるが、全相談件数の6割から7割が障害児の支援に関する相談であることを考えると、健全育成相談と障害児相談を担当してきた従来からの児童相談所の相談体制が検討されなくてはならないであろう。また、政令指定都市においては、障害児の療育センターがかなり整えられてきて、児童相談所の守備範囲が限定されてきた状況を考えあわせると、児童相談所と一口に言っても、大都市における児童相談所と小都市や郡部を担当する児童相談所とは自ずと役割やテーマが異なろう。

(2) 親の勉強の機会の提供

親に対する支援として、親が自閉症などの障害について適切な知識を得るための機会を提供し、親自身も積極的に療育に関われる体制を整備することは今後の障害児の地域生活の展開にとって欠かせられない。親はたぶんこのような勉強の機会を望んでいるであろうし、しかしなかなかこのような機会が得られない。児童相談

所における障害児の臨床の場でそうした声が聞かれる。数年前から親に勉強の機会を提供し、今では事業として定着してきたのでここにその取り組みを報告した。

(3) 障害児の兄弟の支援プログラム

障害児の療育はかなりの関心が持たれ、援助の体制も整えられつつあるが、その陰で忘れられている問題がある。障害児を兄弟に持つ他の子どもの負担や不備である。親の大変さについては理解が進んできたが、他の兄弟についてはまだまだという状態にある。そして、こうした他の兄弟が精神的な問題に悩むケースも少なくない。つまり、兄弟が抱える問題をどのように理解し、どのような援助をするかという課題がある。

3. 発達障害児の実態

最期に発達障害児の発生数の実態について考察を加えたい。まず一般的なデータについてであるが、精神遅滞は、理論的には2.2%で、諸外国の調査結果では人口の1%とされている。そのうち軽度精神遅滞は精神遅滞全体の85%といわれている。厚生省の平成7年度の調査では、人口の0.33%とかなり低めに報告されており、日本においては実態把握が難しいことが示されている。この理由の一端は冒頭で述べたとおりである。

他の発達障害である ADHD は、研究者によってばらつきがあるが、宮本によれば2~3%とされている。自閉症に関しては、1,000人に一人くらいといわれ、アスペルガー症候群は、1,000

人に3.4人とされている。

以上から、日本の発達障害児の実態はかなり低く見積もられ、低く見積もられた発達障害児に対しての支援がなされているとも言える。

さて、健診や精神発達精密健康診査を適切に実施した場合、発達に問題のあった幼児の実態はもう少し高くなる。しかし、数値が高いことを問題にする以上に、支援を提供する場合診断や評価を適切に行う必要があることと、児童の年齢段階によって支援のあり方を考えてゆかなくてはならないということについても強調したい。例えば、幼児期、児童期、思春期のライフステージによって必要とされる支援が変わってくるであろう。幼児期においては、1歳6ヶ月健診が対象とする幼児は1~2歳であるが、この年齢の幼児の精神発達精密健康診査には0.38%の幼児が把握され、親の受診の目的も育児の大変さと不安であった。3歳から6歳の年齢の幼児では、精神発達精密健康診査受診者が2.6%と増加してくる。

支援をより適切に提供するためには診断や評価のあり方についても整えてゆかなくてはならない。幼児期の発達障害児の診断や評価については、DSM-IVでは対応できず、欧米では「Zero to Three」を使用している。早期幼児期では大人や児童などに適用する診断評価では対応できず、経過観察に付されてしまうので、幼児に対応できる診断システムを用いるような準備が必要になる。こうした意味でもわが国の発達障害児に対する支援対策はこれからの努力に期待される。

分担研究報告書

発達障害児の実態と市町村の対応について (Part 1)

市町村 (岩沼市) における障害児支援の取り組みについて

— 母子保健による早期支援の試み、EPDS の導入 —

片 瀬 道 (宮城県中央地域子どもセンター)

1. はじめに

著者は、児童相談所 (宮城県中央地域子どもセンター) に勤務している臨床心理士であり、乳幼児精神発達精密健康診査を主に担当している。さらに県内の岩沼市保健課に心理技術者として雇いあげられていて、保健婦と共に遊びの教室の運営や発達相談を行っている。

昨年度の本報告では、その岩沼市の障害児支援について、保健課が中心となり福祉事務所と連携をはかりながら体制を整えていった経過を述べた。今回は、その体制の中で来年度よりまた一つ新しい取り組みを始めることになった。新生児訪問の見直しである。それは乳幼児健全発達支援事業の一環として位置付けられ、従来以上により早期の支援として機能することが期待されている。

ところで、産婦が経験するマタニティーブルーについては一般に知る人も多いかと思う。それは出産直後から1週間頃までに現れる一過性の気分と体調の障害である。しかし、それは独立した一つの状態として『産後うつ病』というものがある。母親がもし産後うつ病を発症した場合、子どもへの好ましくない影響があることはいうまでもなく、早期の介入が必要とされる。そこで、岩沼市では新生児訪問の機会を利用し、母親のメンタルヘルスへの支援をより早期に開始することとなった。それは同時に、育児に関してよりハイリスクである障害児や育てにくさをもった子どもをもつ母親への、早期

の支援開始をも含みこむものと考えられる。

本報告の表題にある EPDS とは、新たな支援を始めるに当たって導入した、産後うつ病をスクリーニングするための質問票のことである。まだ我が国ではあまりなじみのないこの質問票及びその活用方法を紹介しつつ、乳幼児の健全な発達のために、岩沼市がどのようにそれを組み込んでいこうとしているのかについて報告したい。

2. 母子への早期の支援 —— 新生児訪問を振り返る

(1) 岩沼市の現状

岩沼市では、新生児訪問を次のような体制で実施している。

- ① 担当者 委託契約による助産婦 (S 病院 (民間) 助産婦および在宅助産婦)
- ② 対象 母子手帳別冊の綴じ込みハガキを出した者全員
※希望者全員に実施。(毎年産婦の 8~9 割が希望してくる。)
- ③ 内容 生後 1 ヶ月以内に家庭訪問し、児の計測、その他、母への育児・保健指導など

毎月 1 回、「定例新生児訪問打ち合わせ」を行なっていて、そこに保健婦も参加して情報を共有し、今後の対応について確認した上で申し送りが行われる。多くの場合は、この 1 回の新生児訪問で終了となるが、何かそれ以上の関わり

が必要とされる場合には、次のような対応がとられることが多い。

- 担当助産婦から再度連絡を取る。電話のみ、あるいはさらに1～2回の訪問。
- 担当助産婦に加え当該地区担当の保健婦との共同訪問。
- 数としては少ないが未熟児などの場合は、県の保健所の担当となっていて、新生児訪問そのものは岩沼市は行わない。

(2) 「何か気になるお母さん」

上で述べたように、岩沼市の保健婦が新生児訪問を手がけることはほとんどなく、出産後の母子と出会うのは、生後3ヶ月の赤ちゃん健診まで待たなければならない。それは多くの母親にとって、保健婦と初めて出会うのが健診の場であるということを意味する。大勢の親子が一つの会場に集められる。保健婦としては不本意ながら、場合によっては流れ作業的な対応にならざるを得ない状況である。つまり母親にとっては保健婦がなかなか身近な存在になりがたい。現場の保健婦自身、そういったなかで母親の状態をどの程度汲み取りどのように切り込んでいくかというのは、自分たちの課題として持ち続けていたものの、保健婦間で共有できる具体的な対処を明確にすることは難しいのが現状であった。結局「何か気になるお母さん」という保健婦としてのカンに頼って、次の段階の対応が時に遠慮がちに取られたり、あるいはつい先延ばしされたりするのであった。

たとえば育児不安をもつ母親、あるいは障害児を含めいわゆる育てにくい子どもに十分な対応をしていくのは、この時点では実現できていないのが現状である。しかし、このような母子にこそ早い時期からの支援を用意することが望ましいのはいうまでもない。生後3ヶ月の赤ちゃん健診ではもうすでに100日前後の日数が経っており、母子の状態は良くも悪くも安定してしまっているともいえる。できればそれよりももっと早く、保健婦が母子と出会う必要がある。

3. EPDS との出会い

(1) 産後うつ病とは

産後うつ病は、出産後1～3ヶ月をピークに発症しやすく、産婦の10～20%に起こり、さらにそのうちの20%程度の人に精神科の治療が必要になるといわれている。発症しやすい要因としては、産後に、夫からの精神的、実質的なサポートがないなどの夫婦関係の軋轢や障害、家族や周囲からのサポートの欠如、上に子どもがいる場合はその育児の負担、妊娠中や出産前後に経験したライフイベントなどがあげられる。また、妊娠中、出産前後にかかわらず、うつ病その他の精神科既往歴があることも要因となる。

診断にはうつ病の診断基準を用いる。つまり、気持ちが落ち込み、物事を悪い方にばかり考えたり、意欲や集中力の低下がみられる。疲れやすい、食欲がない、眠れないなどの症状もある。主婦であれば、買い物や食事の献立などの日常的な物事を決めるのにも時間がかかるという事態にもなる。また、産後うつ病に特徴的な訴えとして、「赤ちゃんの具合が悪い。」「母乳の飲みが悪い。」など、自分のことではなく子どもにすることが出されることがある。また、「赤ちゃんに対して愛情がわからない。」「自分は母親としての資格がない。」「赤ちゃんの世話が十分にできない。」などといった母親としての自責感や自信のなさを訴えたり、場合によっては子どもに対して罪悪感をもつことなどもある。

治療としては、まず母親本人の気持ちをゆっくりと聴く。はじめから医師の面接が必要なわけではなく、話を聴くのは助産婦などの医療従事者や、場合によっては家族や友人でもよい。より重症であれば精神科医師などの専門家を受診し、時には薬物治療を要することもある。

また、家族や友人による援助としては、夫に自分の落ち込んでいる状態や気持ちを理解してもらい、家族や周囲の人に赤ちゃんの世話を手伝ってもらい、あるいは家事を代わってもらいなどが必要とされる。精神科の治療が必要となる一部の母親を除くほとんどのケースでは、産

後うつ病となっても、家族や友人の援助によって乗り越えていくことができる。

従来「産後の肥立ちが悪い」といわれたり、基本的には治療の必要がない、自然に軽快する「マタニティーブルーズ」と混同されたりしてきた産後うつ病をきちんと認識し、的確な対処、支援があれば、症状は2～3ヶ月で軽快し、気分の落ち込みが次第に少なくなる。子どものほうちも笑ったり表情が豊かになってくるので、母親は我が子への実感がわき、育児が楽しめるようになることが多い。

一方、母親がうつ状態で十分に育児ができないまま長く経過すると、子どもの発達への影響が懸念される。したがって、産後うつ病に対して早期に適切な対応をすることが課題となる。その際、母親の状態をスクリーニングする方法として開発されたのがEPDSという質問票である。乳幼児の健全な発達を支援するためには、出産後の母親のメンタルヘルスという視点をもって早期の母子関係に関わっていくことが重要と考えられる。

(2) EPDS とは

EPDSとはEdinburgh Postnatal Depression Scale (エジンバラ産後うつ病質問票) のことである。イギリスのCoxらにより1987年に開発され、産後うつ病のスクリーニング法として有効とされているが、我が国ではまだ広く普及してはいない。(資料1参照)

この質問票は10項目で構成されており、母親に過去7日間に感じたことと最も近い答えに○をつけてもらう。評価は4段階(0、1、2、3)で行われ、項目1から10までの合計点は最低で0点、最高では30点となる。母親の抑うつ感や日常生活の機能不全の程度、不全感や自責感、不眠や希死念慮について把握できるようになっている。記入するのに必要な時間は数分である。

我が国では産後うつ病をスクリーニングするための区分点を9点としている。産後うつ病が疑われた場合は、早期に支援、介入を行う。

全項目がうつ病のスクリーニングの意味合いをもつのではなく、うつ項目は10項目のうち、No.1・2・8・9・10である。No.3・4・5・6は育児不安項目として、産後誰もが高くなりやすいが、時間の経過に伴い育児に慣れるにつれて改善する傾向がある。No.7(不眠)については、うつ病によるものか疲労によるものかを見極める必要がある。

(3) 新生児訪問と EPDS

産後うつ病は産後2週間後くらいから発症し、そのピークは産後4週目前後といわれている。新生児訪問は原則として産後4週目以内に行われており、まさにその時期は産後うつ病に対する支援が必要な時期と重なる。

新生児訪問と産後うつ病への対応とは切り離しがたい一連の支援として捉え得るべきものである。

(4) 新生児訪問担当者の受け止め方

前述のように、岩沼市の現状では、新生児訪問は助産婦が担当している。EPDSの導入を推し進めるに当たって、担当者はどのような疑問と懸念をもったのであろうか。

これまでも新生児訪問をして子どもや母親の状態が思わしくないと担当者が感じた場合には、自主的、積極的に母子に関わっていて、訪問後に電話をしたり、再度訪問をしたりしていた。つまり、体重の増加不良、児の飲みが悪い、母乳・乳房の問題、母の訴えが多く育児不安が疑われる、核家族で身近に相談できる人がいないなどの場合である。なかには母親から児の同胞への虐待を相談され、そちらへの対応を含めてフォローが開始されたという事例もある。また、医療機関の受診を勧めた場合には、その結果を確認する意味で継続ケースになることもある。こうして、1回のみでの訪問で終了するのか、さらに関わりを続けていくかの判断は担当者に委ねられていて、いわばその人のカンに左右されるのが現状である。

産後うつ病、ましてEPDSなどというものを

取り込んだりしなくても、現実にはある程度の対処はしているといえる。あえてなぜ今 EPDS なのか。その重要性を十分認識しながらも、一部の担当者には不安が見られた。すなわち、自然な流れの中で母親から話を聞くことはしているが、こうしたものを取り入れることにより不自然な、ぎこちない訪問になりはしないか、あるいは質問項目の中にかえって母を刺激するようなもの (No.10 自殺指標) があるのはいかなものか、母親に書いてもらうというのが面倒くさがられないか、等々。

担当の助産婦に、民間の S 病院の助産婦が含まれているが、S 病院ではうつ状態やうつ病を疑われた産婦に一般のうつ病の質問紙などを使用し、その後の対処の参考にしてのことであった。さりげなく勧めれば母親のほうでも気負わずに協力してくれること、現代の(若い)母親はアンケートなどに答えるのに慣れていて抵抗感は少ないことなどが S 病院助産婦からあげられ、訪問時での不安はだいぶ解消された。

もう一点、さらに重要なこととして、もしこの手続きによって産後うつ病の母親が発見された場合にはどう対処するのか、発見するのはよいが、すぐに治療を依頼できる医師、病院が市内に整っているとは言いがたい状況で「寝た子を起こす」事態になるのではないかという心配であった。

この点について情報を集め、検討したところ、次のようなことがわかった。まず第一に、岩沼市の現在の出生は月間40人程度である。産婦の、多く見積もっても20%に産後うつ病が疑われるとしても、月に8人程度が産後うつ病となる可能性が出てくる。そのうち要治療は20%、つまり月に1ないし2人の産婦に治療の必要が生じるということである。これは最大に見積もったの数字であるので、実際にはもっと少ないことが見込まれる。

また、医学的、精神科的治療が不必要な程度の比較的軽症の母親に対しては、今の辛い気持ちや大変な思いを聴き、何回かの訪問をする内に快復していくとのことである。

さらに著者の勤務先に関わる医師が、産後うつ病は子どもの発達に重大な影響を及ぼすものであり、必要に応じて治療を担当することを申し出てくれたので、岩沼市のスタッフも安心して、EPDS の導入が具体化されることとなった。

4. EPDS の導入に向けて研修

(1) 研 修

参加者 新生児訪問担当助産婦 保健婦 臨床心理士 (著者)

講義受講

- 産後うつ病について
- シンポジウム「児童虐待と母子保健のあり方を考える」
- EPDS について 意義、使用方法

ロールプレイ

新生児訪問場面を母親役と助産婦側とに別れ、EPDS を用いての訪問の疑似体験

- 1点以上の項目への質問の仕方、深め方
- 話の聴き方
- 母親への労いや評価の重要性を確認

(2) 視 察

我が国で EPDS を先進的に取り入れている地域である、福岡県の博多保健福祉センター (旧博多保健所) への視察を岩沼市の保健婦や著者などで行った。そこで私たちは、課長 (小児科医) と新生児訪問担当の保健婦とから EPDS を導入した経緯とその成果などを中心に聞くことができた。さらに視察当日に新生児訪問を予定していた家庭に私たちを同行してくれ、新生児訪問の実際を参観でき、訪問後に実施するスタッフ会議への参加も許された。EPDS 導入の方向性を打ち出し指導的立場にある方と現場を担当している方々との双方からの話と、実際の現場をわずかとはいえ経験したことは私たちを励まし、岩沼市への導入を決心させるものとなった。

私たちがこの視察を通して学んだのは次のようなことである。

① EPDS の実施時期について

新生児期が望ましい。産後うつ病のピークは生後1ヶ月である。乳児健診（3ないし4ヶ月時）では、時期的に遅い。訪問の時期が遅れると、事態が改善されているかどうかは別として、EPDS の得点そのものは低くなっていく傾向があり、母親の状態を正しく把握することが難しくなる。

② 博多保健所では EPDS 導入に当たりどのような研修をしたか

- 産後うつ病についての学習
- 産後の母親のメンタルヘルスの重要性の確認
- EPDS のスケールの読み方 特に No.10（自殺指標）が1点以上の場合の対応について
- EPDS が9点以上になった場合の対応について

③ EPDS の具体的な使い方について

【訪問時】

新生児の計測や母親の身体症状への指導、母乳指導などが一通り終わった後に、「ところで、あなたの今のお気持ちをここに書いてみませんか？」と EPDS を勧める。このとき、訪問者が知りたいというよりは、母親が自分自身のためにするという構えで臨むのがよい。

1点以上の項目について、その内容を具体的に母親に尋ねる。ただし、その場で母親から出された辛さや苦しさをすべて解決しようとはしなくてよい。「そのような思いをもったお母さん」と捉えておく。また、母親自身がどのようにして欲しいのかを確認しておくことも必要である。

母親が何事かに対して「できない」と答えた場合、どのような対処をしているのか、尋ねたり、確認しておいたりする。もしうまく対処できているのならば「それでいいのですよ。」と相手を認め、労うことが大切である。時には母親のもつ力を信じることも忘れてはならない。

No.10（自殺指標）が1点以上の場合には、まず「絶対に死なないで下さい。」という言葉と、

訪問者が母親の力になりたいということを伝える。

EPDS の得点を直接母親に伝えることはしない。「辛いようですね。」と受け止め、得点の高い項目には「ちょっとこのところ、教えてもらっていいですか？」と深めていく。

EPDS 記入を躊躇したり、拒否したりする人は経験上ほとんどいないので、そのようなことがあったこと自体、要注意ケースとする。

【訪問後のスタッフ会議時】

会議参集者（多職種の方が望ましい）

助産婦、保健婦、医師

会議にかけるケース

- EPDS の合計が9点以上
- “ ” 8点以下でも気になるケース

会議の要点

- 重度か軽度かの見極め
- 実際的なサポートの有無
- 母親のライフイベント（妊娠・出産・育児の時期に、母親が親しくしていた人が大きな事故に遭うとか亡くなるといった出来事）の有無
- 10項目のうちどの項目の得点が高いのか
- 家事、育児機能が落ちているかどうかの見極め

処遇について

全10項目の合計点が9点以上の場合、2～4週間以内には必ず再訪問する。とにかく母親に会い、話を聴くことが大切である。そこで援助の方法を具体的に示すと同時に、守秘義務を守り、母親の立場で支援をするという訪問者の役割をはっきりと伝える。

9点以上の全ケースに医療が必要な訳ではない。家事、育児機能への実質的なサポートが得られるように配慮し、利用できる社会的な資源があればその情報を提供する。

再訪問の際にも EPDS を実施し、点数やどの項目に○がつけられるのかを確認する。ただし、母親に各項目や合計の点数を具体的に伝えるこ

とはしない。例えば、再訪問で点数が低くなっていれば「落ち着いてきましたね。」といった言い方をする。

(3) 実習（同行訪問）

訪問者は、計測、その他指導等の後、EPDSを母親に記入してもらい、その用紙を見ながら適宜質問や確認をしていく。母親から発せられた言葉をできる限りそのままの形で用紙の余白に書き込んでいく。母親がEPDS記入を躊躇することはなく、また、自分が記入したことについての質問であるため抵抗なく答えられるようだ。実際、ある母親から「このアンケートがなければ、保健婦さんから何か困ることや心配なことがありますかと訊かれても、何もないです、と答えてしまうところでした。」と自分の気持ちがわかって良いという感想も聞かれた。

また、博多保健福祉センターではEPDS以外の質問票も独自に作成、使用しているが、それへの回答も踏まえた上で母親の心の状態やサポートの実際を把握することで、より詳細な情報を得ることができている。というのは、付加的な質問票の中には夫との関係や経済的な悩みがあるかどうか、や、ライフイベントがあったかどうかなども訊く項目があり、必要であれば訪問者はさりげなくそれらの問題にも触れることができるからである。こうした質問票を用いるまでは、ごく一部の例外を除いては担当者は新生児訪問で初めてその母親に会うのであるから、そのような立ち入ったことは訊けなかったということである。

(4) 視察を終えての所感

まず、あらためて認識したのは、ともすれば身体的な問題に傾きがちなこの時期の母子に対し、EPDSを実施することで心理的な視点を持ち込むことができるということである。その上で、EPDSが高得点（9点以上）になったからといって、全部のケースにすぐに医療が必要な訳ではないとわかったのは、まず大きな収穫だったろう。岩沼市の場合、他の多くの中小都市

がそうであるように、産後うつ病について理解のある精神科の医療は確保しがたい。しかし、連携できる医療機関がないからといってEPDSの導入をあきらめることはなく、地域に身近な保健婦サイドで対応できることがいくらかあることがわかった。

また、EPDSといったある一つのスケールを使うことで、訪問を担当する者の主観や経験に左右されない一定の質の情報が得られるというのも大きな利点である。つまり、新生児訪問をして「何か気になるお母さん」に出会った場合に、その気になる点をその場に居合わせていないスタッフと具体的に共有できる。そのことにより、必要な支援をより提供しやすくなる。特に、新生児訪問の担当者から、より継続的に支援するために他のスタッフ（例えば保健婦）へと引き継ぐことが今以上にスムーズになることが期待できる。

しかし一方で、大事なことは、必要な人に必要な手立てができるということであって、EPDSがすべてではないということも教えられた。得点が9点に満たなくても、「気になるお母さん」は実際にはいるし、質問票の上での訴えが多くはなくても、母親自身が元来持っている力を超えている場合もある。そのようなケースは積極的にスタッフ会議に出し、今後の方針を検討することになる。

結局のところ、EPDSというのは大変有用な道具であるが、万能ではないし、唯一の基準でもない。そこを踏まえた上で、互いの経験や資質の如何を問わず、共有できる情報を私たちに与え、要支援者を発見しやすくしてくれるものとして活用していくことが必要であることがわかった。

5. より早期の支援を目指して

この項では「乳幼児健全発達支援事業 岩沼市産婦・新生児訪問『ママサポート』」の事業概要から抜粋、要約をして報告する。(資料2参照)

(1) 目的

母親の心の安定は母子の愛着形成や子どもの健やかな発育、発達に大きな影響を及ぼし、さらには虐待の予防につながるものである。そこで、生後早期に母親の心の問題を把握し、今後の母子保健における精神的なサポートシステム構築の一助としたい。

現在、新生児訪問、3ヶ月健診ともに、担当が必要と感じた場合に継続訪問などのフォローを実施しているが、実施体制の見直しを図り、より一層適切で効果のある対応を目指す。

(2) 対象

新生児訪問対象者/母子手帳別冊の綴じ込みハガキの投函者全員

(3) 方法

新生児訪問にて、訪問カルテに沿って情報収集と育児・保健指導を実施し、さらに EPDS その他スケールを母親に自己記入してもらう。

(4) 対応

- ① EPDS 8点以下 終了
- ② EPDS 8点以下かつ項目10が1点以上
- ③ EPDS 8点以下かつ気になるケース
- ④ EPDS 9点以上または

その他の要因あり

- ・心理・精神的病歴
- ・サポート体制
- ・ライフイベント
- ・育児不安

[訪問直後]

②、③、④の場合は、訪問者はすぐに市保健課に連絡する。その時点での対応としては

- ・継続訪問（Ⅰ） 誰が？/助産婦(新生児訪問担当者)、保健婦、両者の共同、その他
いつ？/緊急、1週間後、1ヵ月後、随時
- ・電話フォロー 誰が？/助産婦(新生児訪問

担当者)

いつ？/緊急、1週間後、1ヵ月後、随時

[定例新生児訪問打ち合わせ（月1回）]

- ・今後の対応について再検討をする。
- ・高得点者のチェックや情報の共有をする。

[その後の対応]

- ・継続訪問（Ⅱ）

誰が担当するかについての基準は次のようなものである。

助産婦/1、2回の訪問で改善が予測されるケース。ただし、その過程で EPDS を再施行し点数増加の場合、あるいは症状悪化の場合、保健婦対応へ移行。

共同/問題が複雑あるいは深刻で、対応がやや長引きそうなものに関しては、保健婦担当に移行することを念頭に、当初は共同訪問とする。

- ・2ヶ月健診（医療機関）
- ・3ヶ月健診（市保健課）

子どもの発達、発育および母親の状態の確認（気分、食欲、疲労、睡眠、家族の協力など）

- ・保健婦の継続訪問
- ・その他、「赤ちゃん相談」「ママの相談」「あそびの広場」「母と子のふれあい教室」など、市が事業として実施している各種の相談や場の提供

- ・市民が自発的に運営している育児サークルなどの利用

- ・継続訪問（Ⅱ）の段階で、次のようなフォロー体制を必要に応じて用意できる。

乳幼児精神発達精密健康診査（宮城県中央地域子どもセンター（旧児童相談所）に依頼）

医療機関（宮城県子ども総合センタークリニック、その他）

「心の相談」（岩沼市精神保健福祉相談）

岩沼市心理判定員（臨床心理士）の相談など

6. EPDS と障害児支援 まとめにかえて

これまで、著者が臨床心理士として関わって

いる岩沼市が乳幼児健全発達支援事業の一環として新たに導入する『ママサポート』について、その内容や導入までの経過を報告してきた。新しい試みは新生児訪問の見直しであり、その中心となるのはEPDS（エジンバラ産後うつ病質問票）という母親の心の状態を把握するためのチェックリストの活用である。周囲の者も、また母親自身も、とかく生まれたばかりの子どもの方に関心を注ぎやすいものだが、実は母親の方にも少なからずリスクを負う可能性があるということを私たちはもっと認識する必要がある。

さて、生まれた子どもに障害があった場合の母親のメンタルヘルスはどのような様相をおびるのであろうか。出産直後から我が子の障害や重大な病気を告知された親は、そのときから受容の過程を歩むことを期待される。しかし、それは親や家族だけではとうてい担いきれるほどのものではなく、時に応じた周囲の支えがあって初めて達成できる過程であろう。まして子どもの障害に合わせた育児を求められたとしても、母親が抑うつ的であれば、十分に必要な関わりを子どもが得られるかどうかはおぼつかない。今までともすれば置き去りにされてきた、障害児をもつ母親のメンタルヘルスへの取り組みが求められるところである。そこで昨12年度の報告では、単に障害児への直接的な支援にとどまらず、障害児をもつ母親への子育て支援という視点をもった岩沼市の取り組みを紹介した。

今年度はそれをさらに発展させ、またより予防的な観点からともいえる、出産後すぐの母親のメンタルヘルスに焦点を当てていくことにした。生後すぐの時点では明白ではないことが多いにしても、障害があったり発達が遅れている子どもたちや、またいわゆる育てにくい子どもはそもそも育児そのものがハイリスクである。おそらく母親には、子どもからの反応が期待とは異なったり、豊かではなかったりして、何らかの気づきがあるものと推察される。そのように考えていくと、岩沼市が14年度から本格的に開始する支援事業『ママサポート』は、産後うつ病の母親にのみ何らかの支援や治療を提供す

るだけではなく、より早期の障害児支援でもあり、また虐待を含めた早期の母子関係におけるハイリスクをローリスクにし得る予防的な取り組みでもある。

これまでの新生児訪問においても、母親のメンタルヘルスへの支援はなされてこなかったわけではない。しかし、それらが訪問者のカンに頼ってなされてきたために、支援のばらつきがあったことは否めない。また、的確な支援がなされていても、それらを必ずしも意識してやってきたわけではないというのが現状であろう。そこにEPDSを持ち込むことで訪問者間のばらつきが少なくなり、さまざまな支援をより自覚的に行うことができると考えられる。

最後に、岩沼市の母子保健に臨床心理士という立場関わっている者として一言付け加えたい。子育てをする母親や家族に対して保健婦がより身近な存在になるためには、『ママサポート』を、現状の委託助産婦中心のやり方から、保健婦自身がより多く担えるようになることがより望ましいのではないだろうか。なぜならば、新生児訪問というのは母子にとって最も介入的でない保健婦との出会い方の一つと考えられるからだ。新生児をもつ母親は容易には外に出ることができない。そこに家庭訪問という形で、母子の様々なニーズに対応できる専門家に会えるのは母親にとっては有難く、そのことが保健婦との間で信頼関係を築く第一歩になるともいえる。

保健婦の熱心さや誠意とは関わりなく、健診といった集団での場面では、保健婦と母子がしっかりと出会うことは難しく、ゆっくりと話を聴いたり、母子の様子を観察したりが十分にはなし得ない。新生児訪問ですでに出会い、そのときに話をよく聴いてもらえたという経験があれば、母親が子育てに関して身近に相談できる相手を探しているとき、保健婦が今まで以上に頼もしい選択肢の一つになるはずである。そこに、この『ママサポート』のもう一つの意義があると考えられ、期待しているところである。