

けども。

親御さんたちの声の中には、自分が産んだ産科の先生に、1歳のお誕生日を迎えた今、あの時は本当に自分がつらかったということを、手紙に書いて伝えたい。そして、その声をまた次々と、同じ思いをするお母さんたちが、自分と同じようにつらい目に遭わないように伝えたいなんて、切々とおっしゃるお母さんも、中にはいます。

そういう例という話でしかできないんですけど、よろしいでしょうか。

【多田】 斎藤先生。

【斎藤】 先ほどスライドの中で、ちょっと読み上げませんでしたけれども、リファーマと告げられたショックは大きかったものの、新スク自体には、わが子のコミュニケーション面を中心に、早期に対応できたと肯定的にとらえる意見が多く寄せられた、というふうにとままとって、これは確かに否定的だけでは決してないと思います。

今、菅原先生のほうからも、時期の話が出ましたけれども、かえって乳児の体調が変化したり、里帰り出産などのことで、地域がずれ込んだ親御さんのほうが安定していたという結果らしいんです。

実は、その調査をやりました福島さんがここへ来ていますので、今の件、ちょっと追加してお話ししてあげたらどうですか。

【多田】 ありがとうございます。それじゃあ、よろしくお願ひします。

【福島(筑波ろう学校)】 福島と申します。アンケートにかかわった者なんですけども。先ほどの大塚ろうの菅原先生がおっしゃっていたのと、ほぼ同じようなことで、スクリーニングを受けて良かったという声は、確かに多かったんですが、先ほども、僕はあえて、条件付けですけども、やはり支援が受けられたということで、そのほかの、支援が、われわれのほうの教育相談に通って、支援が受けられたということで、コミュニケーションとか改善ができた

か、補聴器をあてがって良かったとか、そういうことがあってのことだと思います。

やっぱり最初の当時の精密検査を受けるまでの間というのが、やっぱり不安、苦しかったということが、たくさん聞かれました。

特に、われわれのほうの鎌ヶ谷・船橋地区の所から送られる親御さんは、割合事前に説明がなされたというのがあって、その結果の説明とか、精密検査の結果のほうも、ちゃんとした形でなされていますので、そういったところからは、割合親御さんも安定していらっしゃるんですが、逆に、先ほどの菅原先生の事業として行われていない。産科医のところのほうが大変に問題が多くて、事前の説明もなしに、突然聞かされて、それから、家族もいるのに、母親だけが聞かされてというような、大変いろんな問題があって、突然のことで、もう動揺してしまっというようなところのほうで、非常に問題が多くてというところがあります。

【多田】 ありがとうございます。

今のご意見の通りであるか、これは非常に大事な問題だと思うので、ここでちょっと議論をしたいと思うんですけど。

説明をしてなくて、産科の対応なり、発見された時の対応が悪かったから希望しないと言っているのか、本当に理解しても、もっと後のほうが良かったと思っているかというのは、私、ちょっと別問題だと思うので、ここら辺は、今、鎌ヶ谷のお話がありましたけども、モデル地区は、ある程度みんな、産科の先生も、小児科の先生もでしょうか、理解していてやっているというのと、そうでないのでは、随分違いがあると思いますので、そこら辺で、岡山の例についても、少しコメントをいただきたいと思うんですが。

【福島(岡山大学)】 先ほどまとめられた通りじゃないかと思いますが、それはもう、福島先生が言われている通りというか、言われている部分だと思

ます。

実は、耳鼻科の中でも、よくそんな話はしてまして、千葉の子ども病院の工藤先生とか森田先生とかからは、よく、お母さんにいろいろと言われて困ったという話は聞くんですが、その話を一通り聞いた後で、秋田の中澤先生と2人で話していると、そんな経験ないんです。

確かにショックがないとは言いませんけれども、やっぱり恨みつらみが熟成される期間が短いと、そこまでにはならないんじゃないかなというふうに思っています。ですから、いかにトラブルを少なくするかというか、そういうものまで含めて1つのシステムを作っていくかどうかというのが、一番大切なんじゃないかなと思います。

【多田】 はい。どうぞお願いします。森田先生。

【森田(帝京大学耳鼻咽喉科)】 耳鼻科の森田ですけども。今、福島先生がおっしゃったのは、1つの側面を表してまして、私のところには、そういうきちんとシステムの整ったところから来る方と、すごく混乱したところから来る方とがありますので、その反応は全く違います。

ですから、きちんと整った船橋・鎌ヶ谷地区から来る人たちというのは、岡山とか秋田と同じような対応の仕方なわけです。そうじゃないところが多いからということになるんですけど、もう1つ、先ほど加我先生がおっしゃっていたようなことについてなんですが、前に取ったデータですと、パスしたお子さんの保護者の方、その方たちが新生児スクリーニングをいつ受けるのがいいと思ったかというアンケートを取った時に、パスしたお母さんの、新生児期が良かったという割合は、7割から7割ちょっとなんです。それだけでは、やはり不安なので、その後の検診でも聴覚のチェックをしてほしいというのをに入れて、8割だったということなんです。

ですから、やはり受けてパスしたという方でも、100%ではないということと、逆に、受けて精査に

なった人たちは大体4割ぐらいということで、菅原先生は5人のうちの2人とおっしゃった。全体像はそれぐらいなんだと思うんです。

ですから、これからシステムが整っていくという中で、その割合は、新生児期にやって良かったという割合は増えていくわけで、そのキーポイントは、やはりみんながコンセンサスを持っている、1つの考えでまとまっているという、そういうことができるかどうかにかかっているんじゃないかというふうに思います。

【多田】 ありがとうございます。はい、どうぞ。

【福田】 岡山の福島先生の追加になりますけども、うちでやったアンケートですと、ほとんどの方が、やって良かったと。やって良かったというより、早く発見されて、早く手当ができて良かったという方が多いんです。

というのは、すぐ早く紹介されてきて、いろいろなことがスタートしてしまう。相談機関もあるし、相談者も多いと。紹介される時に、この先生に相談しなさいとか、ここへ行って大体のことができますよという、そういうことで、1つ安心感が出来るというご意見が多いわけです。

ですから、当然それまで言われたことでショックはあるけども、次につながるような話を当然していただくと、やっぱりそこでアンケートの結果がかなり違ってくるんじゃないかなと。

【多田】 内山先生。

【内山(富士見台きこえとことばの教室)】 私どもの施設で、実は、新生児聴覚スクリーニングもしくはそれに類似して、0歳の、6ヵ月未満で発見された子どもたちが療育を受けている過程があるわけですが、私どもも、その初期から、お母さまやお父さまの話を聞いているわけですが、最初のうちはご不満のある方も多いということで、いろいろ言われたり、いろいろあると思うんですが、少なくとも、きちんと訓練して、人工内耳等を含め

て、3歳以降に、親子で自由に言語力でしゃべるようになったら、早く発見して良かったと。これは否定する人はいないわけです。

つまり、初期のいろんな問題があるにしても、その結果、言語力が上がるという、そこが大変大事なことでして、何もしないで、ただぼっとしているというのは、私も加我先生に非常に似たような、そういうケースも見ているわけでございますし、地方で、私、いくつかの施設を見た時に、せっかく新生児聴覚スクリーニングで見付かったものの、事実上、某聾学校等で放置されて、何も効果なかったというお子さまも、実は見ているんでございまして。まさにここに、やって、きちんと訓練して、3歳なら3歳レベルで、常に親子で良いコミュニケーションを取れるところまで、そこまで持ってくれば、いろいろあるにしてもクリアできる。

それが大変大事なことで、初期の時に、いろいろあるかもしれませんが、それを越えるだけの効果を上げると。それが私は大事だと思うんでございます。

【多田】 一方では、その通りだと思いますけども、久保先生、何かありますか。

【久保】 今のは、そのいろいろな条件設定の中で、いいとか悪いという話をしているんですが、1個だけ覚えておいてほしいのがあって、今、僕の領域の中では、すごく危惧をしているんだと。

それは、お産をした人の、1年間の間のデプレッションのうちの産婦の率は12、3%。見事に変わりません。すなわち、10人に1人は、うつ病になる。これは何もマタニティーブルーではなくて、精神科医が診断するデプレッションになるわけです。

ですから、10人に1人の妊婦さんというのは、1年間の間、特に3、4ヵ月ぐらい、なりやすいわけです。その時期に、こういう異常が見付かってくるわけですから、そういう点を十分理解されて対応していただかないと、単に、頑張れ頑張れだと、ますます追い込んでしまうことになるので、そういう点

を1つ理解してほしい。

もう1つあるのは、今、ウイルスの関係で、僕は風疹のウイルスとサイトメガロをやっているんですけども、もう妊婦さんのサイトメガロの抗体率は、僕は高知で97、8%、20年前の時から、今はもう6割。東京ももう5割です。ですから、アメリカ並みになってきています。

それから、去年先天風疹症候群の班会議をやったんですが、去年、先天風疹症候群が10例出ました。ですから、当然こういう難聴になってくるお子さんは、これからますます増える可能性があるのも、やはりこれは妊婦さんに、早くからインフォメーションして、やっていくと、見付かってくるんじゃないかと、逆に思って危惧しています。

【多田】 ありがとうございます。今の2点、非常に大事な点だったと思います。1点は10%がデプレッシブになると。その0.4%が引っ掛かるのがいるわけですから、それが二重に来ちゃうという問題がありますが、これは1つ私は、産婦人科で、どう説明して、どう対応するかという問題で解決すべきことであって、それで見付かった人が、結局内山先生おっしゃったように、結果が良ければ良かったということになると思います。その時のデプレッシブであることを、どうするかというのは、これはちょっと耳鼻科の先生よりは、産婦人科や、そこに扱う医師がかかわる問題ではないかという気がします。

【久保】 母親の気持ちも考えて、説明をしていただきたい。

【多田】 はい、そうです。

そのために、この研究班で、三科先生が説明書を作ってくださいましたが、おそらく、あれを知っている産婦人科の先生、あるいは、今日大塚からも頂きましたけども、ああいうものを利用しておられる産婦人科の先生は、ほとんどいらっしやらないのが現状じゃないかと思うんです。

あの説明書を渡すだけでも、あるいはそれを直す

べきだということであれば、この研究班で、今後直していかなければいけない。

それを、あえて、そういうことも含めて議論をした上でも、やっぱり1ヵ月とか3ヵ月にやるべきだと。あるいは1年目でというのは、今日のあれだと、1年だともう遅いというお話がありました。1ヵ月なり何なりに、リファア率を、さらに50%が、いくら努力しても、僕は60%かそこらにしか、1ヵ月ではできないと思いますし、現実には30%行かないんじゃないかと思いますが、それを目指すべきであるというご議論があるのか、それとも産婦人科なり対応をして、そこで広げていこうという議論にするのか、この研究班で非常に大事な結論ではないかと思えます。

今、菅原先生や斎藤先生からご指摘があった問題は、あるのは分かっていますけども、それは少なくするようにしなければいけないという方向でいいのかどうかを、ちょっとご議論をいただければと思うんですが。山口先生お願いします。

【山口】 その説明の件なんですけども、同じく千葉県でアンケートを行いました。パンフレットその他使ってますかと。やっぱり5割切ってます。

それから、スクリーニング全部受けるから出るんだということになるかと思うんですけど、私は、小児科の先生とか一般の産婦人科の先生に、そういう検査があるということは知らせるんだけど、訓練といいますか、先々の説明までさせる必要は、逆でないんじゃないかと。

例えば千葉県ですと、年間に5万人ぐらいの出生です。そうすると、告知は50人ぐらい。リファア率が、われわれの施設だと多分、60人で50人ぐらいということになるんだと思うんですけども。

そうしますと、千葉県で今、僕が言っているのは、千葉県の中で説明する保健師さんなり、言語訓練士の人を2、3人作ってくれば、その人たちが回って、産科の医者が説明するのに、一緒に説明するこ

とにしたほうが、よっぽどトラブルが少ない。

産科の医者が普通一般的に年間扱うお産って、1人200か300。そうすると、数年に1回の説明がうまくできるわけがないと思うんです。それであれば、いついつもう1回検査して、リファアになるだろうから、その時一緒に説明してくださいというふうな専門の人を作ってしまったほうが、全部の産科の医者とか、全部の小児科の医者に説明させるよりも、主治医と専門の職員が説明するほうが、よっぽどトラブルが少ないんじゃないかなと私は思うんですけど、いかがでしょうか。

【三科】 私も、今までいろいろなところからご意見を伺って、最初に両親学級の時に、この聴覚スクリーニングの話をする時に、既に聾者の生活とか、いろんなことまで全部含めて話をせよというご意見なんかも、今まで伺ったんです。

しかし、やはりすべての産科の先生に、そこまでを要求するというのは、産科の先生は、こういう子だけを扱っているわけじゃなくて、あらゆる産婦人科の疾患を扱っていて、本当に、今、山口先生おっしゃったように、何年間に1回しか、そういうところにぶつからないわけですから、そういう方に、聴覚だけをやっている方面から見た見方で要求するのは、ちょっと日本全体の産婦人科医に、それをやっていただくというのは、ちょっと難しいことかなと思います。

そこで、やはり、いかに、リファアだったときには、その次につなげる機関に、しっかり紹介をするということと、そのときに、こういういろいろなパンフレットがあれば、有意義的なパンフレットをお渡しするというのと、次にどこへ、相談できる場所をしっかりとってあげるということです。

今、山口先生は、県の保健師さんは何人かとおっしゃいましたが、それが保健師さんであっても、その地域によって、聾学校の先生であっても、難聴支援の先生であってもいいかと思うんですけど、そ

ういう、どなたか専門家が、やはりそこに立ち合うなり、紹介して、リファーマってというのは、どういう意味なのかということ、それを耳鼻科の先生も一緒に加わってくだされば、またさらにいいかと思うんです。

アメリカでは、コーディネーターが診断の後に家族支援の中心になっていますが、日本だとなかなか診断までの時間も掛かりますので、コーディネーター的な方を、しっかり養成して、そういう方に、リファーマの方にも支援していただくようなことにしていくのがいいんじゃないかなというふうに、常日ごろ考えているんですけども。

今後、まだそのコーディネーターの養成には時間が掛かるかと思うんですけど、当面は、やはり、その地域によって、保健婦さんに活躍していただける場所もあると思うし、聾学校の乳幼児担当の先生に、そういうことまでやっていただける場所もあるかもしれませんし、齋藤先生がおっしゃってくださった、特別支援教育のコーディネーターという方も今度出てきますので、そういう方も、おそらく、そちらのほうまで余裕があればやってくださるんじゃないかというふうに思ってるんです。

けれども、まだまだこれから私たちも努力していかなければいけないところもたくさんあって、課題は大きいかと思っています。

【多田】 田中先生お願いします。

【田中(美郷)】 非常に重要な問題で、デプレッションのお話が出ましたけど、私も、母乳が出なくなったというお母さんに何人か会ってるんです。

だけど、私も療育にかかわっていますから、経過を見ていって、お子さんがかわいいとか、言語発達が始まりますと、安心して、やっぱり早くやって良かったという、結果的にはそういう人が多いんです。

ですから、われわれの目標とするところは、私は特に、全国数カ所、講演を頼まれて回ったんですけども、一番うまく行っているのは、やっぱり岡山と

秋田県。あとは問題を、やっぱり抱えているという。東京も問題だらけですけど。

要は、そういういいところがあったら、1つのモデルになるわけで、やればそうなるんだという1つの目標ですよ。それに向かったの努力が私は大事じゃないかと思います。

東京は、もうとにかく大都会で、一筋縄では行かないという厄介な所なんですけど、やっぱり自分の領域、分野の人たちに、こういうことを認識してもらおうという、そういう意味で、去年、耳鼻科地方部会単独で、研修会をやったんです。残念ながら、耳鼻科の医者全部じゃないんですけども。いろいろありました。でも、やって非常に良かったと。出た人はですね。

そういうことの積み重ねが、私は必要じゃないかと思っております。

【多田】 ありがとうございます。はい、どうぞ。菅原さん。

【菅原】 私、岡山と秋田は回らせていただいて、本当に素晴らしいなと思ったんですが、東京が、やっぱり同じようには行かない現実の中で、例えば秋田のほうが、1ヵ月後に必ず親御さんにリファーマかパスかを伝えるという。リファーマについては、1ヵ月後に伝えるというのが、もう当たり前になっているとか、OAEは使わないで、自動ABRを使うようになっていたりとか、必ず伝える人は、決まった医者と、オリブ園という療育者が決まっているとか、それは本当に、東京で同じことはできないと思うんですが、例えば産科の中で、そういうスクリーニング検査の伝達、その時期については、そういう1ヵ月後という辺りの考え方では、どうなんでしょうか。

その辺が普及すると、少し、もちろん私たち早期支援の機関で、子どもを伸ばすという中で、安定はしていただきたいと思うんですけども、先ほどの、うつ問題は大きいと思うので。

【多田】 そちら辺が、この研究班にとって非常に

大事なことだと思います。

その議論の中で、今までの班でもやったことではあるんですけども、1つは、先生おっしゃるように、再検をしたり何かしている時に、親が結果を知らないということに対する不安が、また出てくるという問題もあると思います。

それから、1ヵ月で、もう1度再検するなり何なりして、説明をして、それから、リファーであるというのが確実であるならば、また1ヵ月で、すごいのかもしませんが、その前から、ある程度、リファーであるから、こういうところへといって紹介。東京なんか多いですから、紹介をして精密検査をお願いしたりすると、遅くなりほしくないかという問題が2つあると思います。

それから、今、お話がありましたのは、先ほどありました0.08%の聴覚障害の方は、それでいいと思うんですけども、結局、リファーなり再検して、正常になっちゃう人っていうのが、かなりいるんで、久保先生がおっしゃった問題提起は、その人たちのことも考えないと。

障害があって、内山先生もおっしゃったように、療育で成績が上がれば良かったよと、結果として是認するんだということでない、不安だけで終わって、パスしたから良かったけどもっていう不安な人たちのことも、デプレッションでは考えなきゃいけないんですが、そこら辺のタイムスケジュールや何かのことで、福島先生、何かご意見ございますか。告知の時期の問題や何か。

【福島(岡山大学)】 岡山県では、検査をしてすぐ告知するという方式を取っているんですが、いつ言うか、いつ検査するかというのも、始める時には、たくさんディスカッションがありました。

やはり、僕らとしては、全体のカバー率を上げたほうが、トータルではメリットが大きいだろうというふうに判断しましたので、そして、検査をした以上、やっぱり産婦人科の先生方の立場としては、検

査をした以上、その結果を伝えないわけにはいかなさうと。臨床の現場では、ということで、その場で話をしましょうということで、スクリーニングの結果を。

その分、精密療育機関で、待たせることがないように、極力努力をしましょうという形で、岡山県はシステムを作っています。

【多田】 御牧先生、続けて山口先生。

【御牧】 岡山の御牧ですけど、制度的の問題なんですけども、昔は、精密検査機関で検査が終わってから、保健師のほうに話が行くような形になっておりました。それで1年度を過ぎまして、それではまずいというのが保健師のほうから上がってきまして、現在では、2回、今の段階で、既に保健師のほうに話が行くようになっていきます。

そういうふうな形を制度的に取る必要が、やっぱりあるのではないかなというものです。それを1回のリファーで行くと、ちょっと過度にはなるかと思うんですが、そういう形で、保健師のほうへ早く移すことは多分できるのではないかなというふうに思います。

【多田】 山口先生どうぞ。

【山口】 その結果の件ですけど、やはり船橋・鎌ヶ谷では、もう何度でもリファーだったらやってくれというお話してますので、相当もう嫌っていうほどやります。ですから、そのたびに精度は上がりますけども、その結果は、やっぱりお話ししないわけにはいかない。

それからあと、退院時の段階で、OAE だと、船橋で1%弱ぐらいのリファー率ですけども、もともと説明する段階で、ちょっと大幅に、1ヵ月ぐらいの10%はリファーに出るんだからって、もう出て当たり前っていうふうな意識で検査をさせています。

それで1週間後には、それが大体まず半分になります。ですから、説明して、1ヵ月ぐらいまでとか、2ヵ月ぐらいまでは、再検査を引きずってますので、

これはどんどん変化していくんだからっていう軽い話し方をしていけば、別に、リファアってそんなに、聞こえないんだよっていう意識じゃなくて、これは、あくまでもスクリーニングなんだよってという説明をしていけば、その説明をいつするかっていうのは、あんまり意味がないんじゃないかなと、僕は思うんですけど。

【多田】 よろしいでしょうか。じゃあ久保先生。

【久保】 一応うちも、3日目にOAEを1回して、それでリファアが出た人は、5日目の日にOAEをして、OAEでリファアが出たら、AABRをして、6日目の退院の時に、耳鼻科のリファアコースということで、やはり1週間から2週間のところで、行ってABRを取ってという話でなってます。ですので、一応お話は全部するようにしている。

これまで3,000例で、最終的には両側難聴1人と、片側が1名の2名です、3,000ぐらいで。ですから、最終的にはします。

リファアに出ても、最終的には、そういうような方が多いんだよという話をするようにしています。

【三科】 ほかにございますでしょうか。

【田中(昭和大学)】 今の話と若干関連するんですけども、療育機関まで行く両側難聴の方もいらっしゃると思うんですけども。

片側で見付かったお子さんですと、耳鼻科で1回検査をしていただいて、その後は、結構間隔が空いて、片側の耳、正常なほうが、異常になってないかどうかとか、そういうようなことも含めて、定期的にフォローはされていくんですけども。

やはり発見された早期から、しばらくの間は、かなり不安を持っているお母さんが多数いらっしゃいますので、そこでやはり、そういうお母さんをフォローするのは、小児科医ではないかなと、非常に思うんですけども。

やはり検診とか、そういう中で、いいところを、例えば体重が増えてますねとか、そういうようなこ

とを話しながら、そういう聴力のことの不安を引き出したりとか、その間で、耳鼻科の先生とか、臨床心理士の人がいれば、そういう方とネットワークを組むというところで、そういうはっきりしてない方もそうですし、片側の方とか、そういう方のフォローアップも、今後大事じゃないかなと思います。

時期もそうなんですけども、リファアっていうことも、1つは告知ということになると思いますので、やはり、それに対する責任というのは、非常に重いかと思うんですけども。

お母さんだけではなくて、僕の一番最初の、本当に一番最初にやった時には、突然産科の病棟に行って、自分が話しているお母さんに、精密検査は嫌だと言われて、その後、3年後にお会いしたら、片側だったんですけども、聞こえてますねという話になったんですけども。

やはり産科の先生と一緒に話して、できれば、おじいちゃん、おばあちゃんがいれば一緒に来てもらったりとか、そういうことも必要じゃないかなと思います。

【三科】 ありがとうございます。

【多田】 今の件なんですけども、大変大きな問題になってきたのは、かなり普及してきたので、今日お話しいただいた中でも、加我先生のお話もありましたけど、遅れちゃった人たちが、そろそろ、なぜ遅れたんだっていう、だれが見逃したのかっていうことを、何か問題にされる方が、だんだん出てきたみたいな感じがいたします。

従って、先ほど、遅発性のものも含めて、1回でいいのかどうかっていうことも問題がある。どこかで、もう1度スクリーニング、先ほどの母子手帳が、もう駄目だったという話だと、ちょっとショックなんですけども。

何か、1回だけでいいということも含めて、1回だけで駄目ということもないんですけど、問題があれば、またかかるというのも、班として、最初から

きちんとやってたはずなんですけども、一般にはなかなか普及してない。そこら辺も含めて、産科と初期の告知の問題を、やっぱり検討していくべきなんだろうと思います。

ただ、基本的な姿勢で、新生児スクリーニング100%を目指して、新生児期に、時期の問題は、1週間目になるか、多少遅くなるかは別として、また告知の問題もあると思いますけれども、そこでやるということに対して、何かご意見があれば、ここで頂いておいて、もしそちらの方向でいいんなら。

【久保】 今の話で、うちも最初、結構結果を言わずに退院してしまった人がいたんです。それで、結局は1歳半と3歳のチェックリストを、必ず退院の時に渡しなさいと。渡すたびに、その代わり、結果をチェックして渡しなさいというふうにしてから、全例告知に漏れがなくなりました。

ですから、何かそこで、1つ置かないと、そのまま中央検査室でやってしまって、そのまま行ってしまうことがあるので、何かそこら辺を考えれば、今の漏れはないんじゃないかと思います。

【三科】 新生児期のスクリーニングだけで全て発見されて、その後聴覚障害は起きないということはあり得ないわけですから、先生がおっしゃったように、言語発達のチェックリストなど、色々なものを、最大限利用していかなくてはいけないんですけど、やはり遅発性難聴などを有効に見付けるといのは、本当に難しいことだと思います。

現状では、今、田中先生がされている、1歳6ヵ月、3歳の検診がありますけども、それ以前に、どこかのポイントで、ハイリスクの子は、例えば1歳とか、9ヵ月とか、そういう時点で、何か、やはり生理的な検査を用いてやれる方法がないんでしょうか。

私は、すごくそれが必要なと、特にハイリスクの子どもなんかでは、小児科医が診ていて、先ほど加我先生が、すそ野のほうを見ていれば分かるみた

いにおっしゃったんですけど、なかなかそれは難しいことなんで、やはり、この新生児スクリーニングも、新生児の反応を見ているだけではできなくて、こういう機械があるからこそ、これだけ発見できるわけですので、どこかもっと早く、1歳前の時点で、もう1度検査するのは、おそらく、今の現時点だったら、DPOAEを使うことができるのかなというふうに思うんですけども。

田中先生、いかがでしょうか。

【田中（美郷）】 今、DPOAE、これは新しい機械ですから、ぜひ検討してみる必要があると思います。加我先生のお話の時に、多田先生が、小児科医に何かというようなお話がございましたんですが、3歳児検診には聴覚検査というのは法定化されてるんです。

あれは検査法は、僕ら研究班で、森田先生が検討していただいて、結果は結構いいんです。ところが、あれは人がやるわけですから、やるほうがそれなりの知識を持ってないという、そこでうまくいかないと。そのところを、小児科の先生とか、保健婦さんの方は徹底していただくと。

もう最後の砦ですから、後発性の難聴というのは、あそこで拾い上げられるというように、研究班の段階では、そういう結論を出しましたんですけど、それをひとつお願いしたいと思います。

【三科】 ありがとうございます。

時間が、もう終了の時間になってしまったんですけども。今日は本当にいろいろ実のあるディスカッションもできましたし、内藤先生、斎藤先生には、遠くから来ていただいて、ご講演いただいて、本当に有益な講演をいただいてありがとうございました。

今後の研究にも生かしていきたいと思いますので、また先生方も、ぜひご協力をよろしくお願ひいたします。今日は本当にありがとうございました。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
三科 潤	新生児の診察法	五十嵐 隆	小児科学	文光堂	東京	2004	70-80
Tanaka,Y	Current Issues on Language Education for Young Hearing-Impaired Children	Suzuki J, Kobayashi T & Koga K	Hearing Impairment	Springer	Tokyo	2004	143-147
加我君孝	スクリーニングの目的および歴史 日米の比較	加我君孝	新生児聴覚スクリーニング	金原出版	東京	2005	1-3
加我君孝	聴覚の発達の基本	加我君孝	新生児聴覚スクリーニング	金原出版	東京	2005	99-106
加我君孝	バランスと運動発達	加我君孝	新生児聴覚スクリーニング	金原出版	東京	2005	166-171
加我君孝	Auditory neuropathy	加我君孝	新生児聴覚スクリーニング	金原出版	東京	2005	122-126
加我君孝	視覚言語と Deaf culture	加我君孝	新生児聴覚スクリーニング	金原出版	東京	2005	184-187
福島邦博	スクリーニングの実際	加我君孝	新生児聴覚スクリーニング	金原出版	東京	2005	12-15
福島邦博	先天性難聴の病態生理 1) 遺伝性	加我君孝	新生児聴覚スクリーニング	金原出版	東京	2005	107-110
福田章一郎	乳幼児の補聴器とそのフィッティング	加我君孝	新生児聴覚スクリーニング	金原出版	東京	2005	50-54
坂田英明	骨導 ABR が必要な時	加我君孝	新生児聴覚スクリーニング	金原出版	東京	2005	31-36
田中美郷	小児の中枢性聴覚障害例 —その臨床と言語教育—	田中美郷	小児の中枢性聴覚障害例 —その臨床と言語教育—	田中美郷教育研究所	東京	2004	
田中美郷 芦野聡子 的場真木	新生児・乳児期に検出された高・重度難聴児に対する手話による日本語教育	田中美郷	新生児・乳児期に検出された高・重度難聴児に対する手話による日本語教育	子ども家庭総合研究事業	東京	2005	1-32

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
三科 潤	新生児聴覚スクリーニング	聴覚障害	59(1)	4-15	2004
三科 潤	新生児聴覚スクリーニングの 理念と実際	ENTONI	33(1)	9-14	2004
三科 潤	新生児聴覚スクリーニングの 現状と今後の課題	発達障害医学の進歩	16	61-68	2004
三科 潤	新生児聴覚スクリーニング	日本医師会雑誌	132(5)	68	2004
三科 潤	新生児の聴覚検査法の進歩	医科器械学	74(8)	408-412	2004
三科 潤	新生児聴覚スクリーニング	音声言語医学	45(3)	212-216	2004
三科 潤	新生児の聴覚スクリーニング	小児内科	36(12)	1938-1942	2004
三科 潤	新生児聴覚スクリーニング	日本小児科学会雑誌	108(12)	1449-1453	2004
三科 潤	新生児聴覚スクリーニングは 必要か？	周産期医学	34 (増巻号)	717-719	2004
多田 裕	会長講演；周産期からの親子支 援 新生児聴覚スクリーニ ングと早期療育から考える	日本周産期新生児会誌	40(4)	621-626	2004
多田 裕	新生児聴覚スクリーニング	小児科	45(10)	1918-1922	2004
加我君孝	新生児聴覚スクリーニング、 補聴器、人工内耳	日本小児科医会会報	28	37-40	2004
田中美郷	教育最前線：わが国における 新生児聴覚スクリーニング	手話通訳問題研究	90	16-17	2004
田中美郷	言語発達のトラブルとケア(1) 症状と疾患について	チャイルドヘルス	8	91-96	2005
Sano M, Kaga K, Tsuzuku K, Sakata H	Temporal bone pathology in hydrocephalus: changes in the inner ear due to increased intracranial pressure.	J Pediatric Otorhinolaryngol	68	627-631	2004
Sheykholes lami K, Schmerber S, Kermany MH, kaga K	Vestibular-evoked myogenic potentials in three patients with large vestibular aqueduct.	Hearing Research	190	161-168	2004
Sakai Y, Kaga K	Hearing evaluation in two sisters with a T8993G point mutation of mitochondrial DNA.	Int Pediatric Otorhinolaryngol	68	1115-1119	2004

川崎聡大 福島邦博 福本裕子 長安吏江 国末和也 片岡裕子 西崎和則	認知能力の個人内差が人工内 耳装用後の言語発達に及ぼし た影響	小児耳鼻	25	46-50	2004
山本恵美 川崎聡大 福本裕子 福島邦博 国末和也 長安吏江 西崎和則	認知能力の個人内差が人工内 耳装用後の言語発達に及ぼし た影響	小児耳鼻	25	51-55	2004

IV. 研究成果の刊行物・別刷

周産期からの親子支援 —新生児聴覚スクリーニングと早期療育から考える—

東邦大学医学部新生児学教室

多 田 裕

Key words

system of perinatal medicine
neonatal mortality rate
neonatal hearing screening
automated ABR
early intervention

昭和40年に第1回の日本新生児学会が開催されてから40年、昭和58年に日本周産期学会が開催されてから21年が経過し、本年は両学会が合同した第40回日本周産期・新生児医学会が開催されている。この間の周産期をめぐる両学会の貢献には著しいものがあった。ここでは、この間の歩みを振り返り、これからの周産期医療に課された役割について考えてみたい。

1) 周産期の医学・医療の歩み

わが国の周産医療の変化を10年ごとに分けて表1に示した。第II期から日本新生児学会の活動が始まっている。昭和39年を第II期のスタートとしたのは、小生が大学を卒業した年であり、第I期以前のことは先輩からの伝聞によるためである。しかし、10年を区切りとすると、49年、59年、平成6年は変化の始まりの年であり、本年は丁度新しい学会の始まりの年でもあり、それなりに意味があったと考えている。

第II期はハイリスク妊娠やハイリスク新生児の管理が進んだ時期である。新生児に対する点滴などの治療や検査が一般的に実施されるようになり、新生児の死亡率が著しく改善した。分娩監視装置が普及し、仮死や胎便吸引症候群も減少した。

第I期はその前の時代で、妊娠、分娩に対するリスクが認識され、施設分娩が普及してきた時代である。

第III期はNICUが始まった時期である。出生体重別の早期新生児死亡率の5年ごとの変遷を図1に示したが、NICUが普及した第III期に相当する昭和50年以降、超低出生体重児や超低出生体重児の早期新生児死亡率には著しい低下が認められている。

第IV期(昭和59年以降)になると、サーファクタン

トが使用され、超低出生体重児などの重症な児でも生存が期待できることになり、超早産例や妊婦と胎児の異常に対する産科管理が積極的になった。この結果、NICUのある産科センターへの母体搬送が増加し、新生児は良い状態で出生し出生直後から集中治療を開始できるので、予後が更に改善した。表2には出生体重別の早期新生児死亡数、出生数、カッコ内に死亡率を示したが、死亡率が低下しただけでなく、わが国の出生数が全体しては減少しているのに、低出生体重児の出生は増加しており、超低出生体重児は昭和45年と平成14年を比較すると実数では2.1倍、全出生数の中の割合では3.6倍に増加している¹⁾。

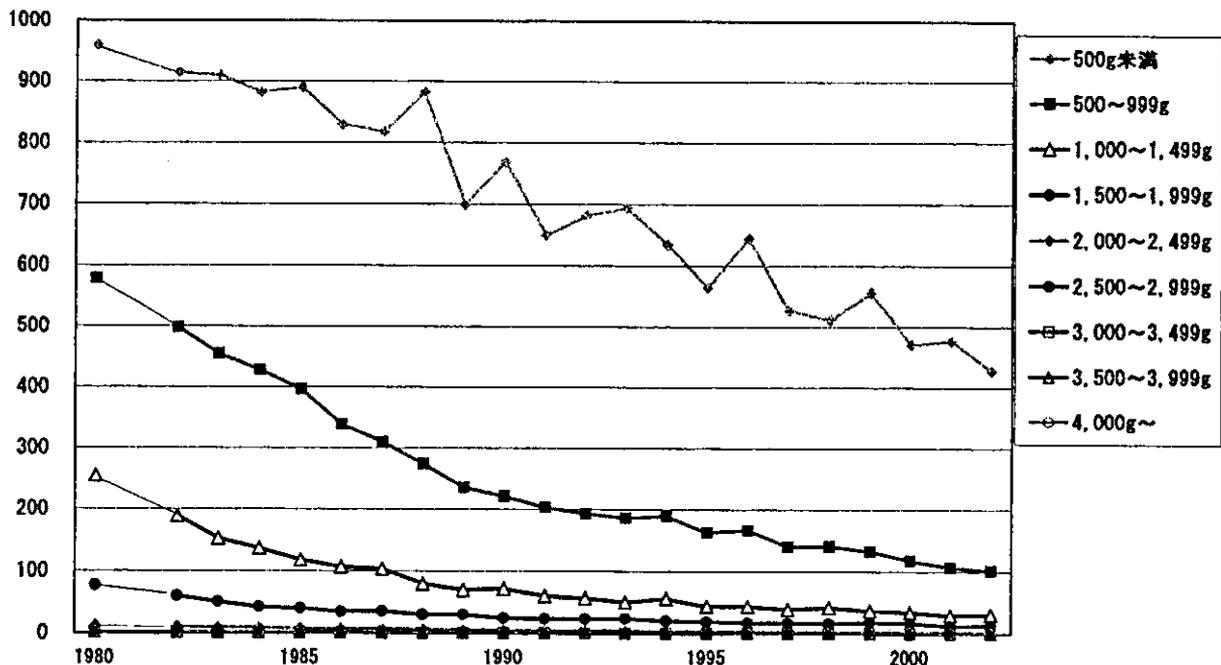
日本小児科学会新生児委員会の施設別の予後調査の結果を図2に示したが²⁾、NICUとしての整備が整い、扱う重症患者数が多い施設ほど予後が良好であり、重症児は整備の整った地域の周産期センターに収容することが望ましいことが示されている。

超および極低出生体重児の出生数の増加は、重症な新生児でも生存が可能になったことと多胎の増加が大きな要因であるが、予後の改善と相まってNICUの必要病床数が増加し³⁾、NICUの不足が深刻になり、社会的な問題としてマスコミにも取り上げられるようになった。

第V期にはNICUを含む地域の周産期医療体制の整備が重要な課題になり、平成8年から国による地域周産期医療整備対策事業が開始された。この事業では、人口100万当たり1カ所の総合周産期母子医療センターを指定し、さらにこれを補うために人口10万から30万に1カ所の地域周産期母子医療センターを認定することになっている(表3)。

表1 周産期医療の変遷

<ul style="list-style-type: none"> ➤ 第Ⅰ期 (S29年～38年) 産科施設での分娩 未熟児は養育医療施設に入院 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 第Ⅳ期 (S59年～H5年) 周産期医療センター化 サーファクタント治療 母体搬送の普及 胎児管理の改善
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 第Ⅱ期 (S39年～48年) High Risk 妊娠・新生児のケア 異常児の早期発見・早期治療 胎児心拍監視装置の普及 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 第Ⅴ期 (H6年～H15年) 周産期医療システムの整備 疾病：総合・地域周産期母子医療センター 不妊症治療成績の向上 フォローアップ体制の整備 (異常児・正常児)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 第Ⅲ期 (S49年～58年) 新生児集中治療の確立 機械的人工換気の導入 呼吸心拍モニターの普及 新生児搬送・分娩立会い 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 第Ⅵ期 (H16年～H25年)

図1 出生時体重別 早期新生児死亡率
(1980～2002)

総合周産期母子医療センターは地域のセンターとしての機能を有し、地域で生じた重症な異常を持つ妊娠、分娩、新生児にいつでも対応する必要があるため、その機能を維持するために運営補助金が交付される。また、この事業の最も評価されるべき点は、都道府県単位で周産期医療協議会を設け、地域の周産期医療の現状を把握し、安心して妊娠分娩、子育てが出来る医療体制を整備することが都道府県に義務づけられたことである。

すでに25都道府県で38の総合周産期母子医療センターが指定され、本年と来年の指定を加えて、平成18年末までには38都道府県で57施設の指定が予定されている。未指定の県が8県残るが、指定はしていないがす

でにセンター的施設がある県もあり、真の意味での未指定は少なく、ようやく全国的に総合周産期母子医療センターが整備されることになった。今後の課題は総合周産期母子医療センターを補う地域周産期母子医療センターの整備と医師の確保を含めた各施設の内容の充実である。

2) これからのわが国の周産期医療

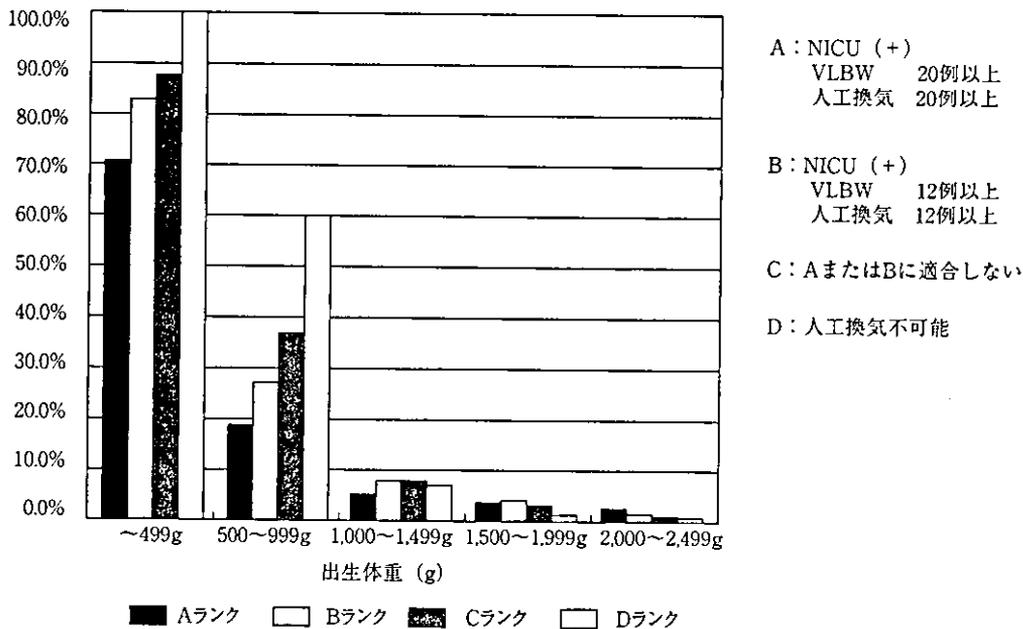
各地の周産期医療体制はようやく整備されてきたが、最近では医師の勤務時間が問題になっており、総合あるいは地域周産期母子医療センターに指定や認定されても、現状の医師数では診療を続けることが出来なくなる恐れがある。

表2 体重別出生数, 早期新生児死亡数, 死亡率の変化

年	～999g	1,000～1,499g	1,500～1,999g	2,000～2,449g	2,500g～	Total
1970 (S45)	911/1,446 (63.0)	2,531/5,878 (43.1)	2,606/18,743 (13.9)	1,990/83,659 (2.4)	4,772/1,824,513 (0.3)	12,810/1,934,239 (0.7)
1975 (S50)	850/1,040 (81.7)	2,057/5,281 (39.0)	1,977/15,711 (12.6)	1,525/74,935 (2.0)	3,836/1,804,473 (0.2)	10,245/1,901,440 (0.5)
1980 (S55)	881/1,490 (59.1)	1,143/4,482 (25.5)	973/12,565 (7.7)	825/63,122 (1.3)	2,332/1,495,230 (0.2)	6,154/1,576,889 (0.4)
1985 (S60)	890/2,154 (41.3)	547/4,645 (11.8)	461/11,456 (4.0)	468/59,919 (0.8)	1,371/1,353,403 (0.1)	3,737/1,431,577 (0.3)
1990 (H 2)	551/2,291 (24.1)	302/4,227 (7.1)	264/10,800 (2.4)	318/60,014 (0.5)	902/1,144,253 (0.1)	2,337/1,221,585 (0.2)
1995 (H 7)	485/2,610 (18.6)	207/4,703 (4.4)	228/11,836 (1.9)	239/69,963 (0.3)	673/1,097,952 (0.1)	1,832/1,187,064 (0.2)
2000 (H12)	398/2,866 (13.9)	176/5,034 (3.5)	224/13,299 (1.7)	209/81,689 (0.3)	512/1,087,659 (0.0)	1,519/1,190,547 (0.1)
2002 (H14)	388/3,124 (12.4)	161/5,078 (3.2)	187/13,682 (1.4)	220/82,430 (0.3)	418/1,049,541 (0.0)	1,374/1,153,855 (0.1)

早期新生児死亡数 / 出生数 (死亡率%)

図2 ランク別新生児死亡率の変遷³⁾



各施設での周産期医療が充実するためには収支が確保されなければならない。総合周産期母子医療センターにはNICUが設置されているので、社会保険でのNICU加算と公的な運営補助で収支が確保されるべきである。一方、地域周産期母子医療センターには公的な補助金は期待できず、今後地域の小児救急医療の整備が求められるようになると、NICU加算がとれるための要件である常時専属の当直の確保が出来なくなる可能性がある。地域周産期母子医療センターに相当する施設は、新生児医療とともに小児医療の地域のセンターとなっているので、新生児部門の不採算が拡大すると、新生児医療から撤退し小児救急医療の整備をはかり、地域の新生児医療

体制が崩壊する懸念がある。このような危惧を無くするためには、一昨年に新設された新生児入院医療加算の点数を改訂し、準NICUとしての金額に設定することが必要である。

最近の第V期の10年間には医療面で多くの進歩があったが、システムの整備とともにfollow up体制の充実と育児への支援の重要性の認識も大きく変わってきた。

follow upから見えてきたことは、後遺症のない生存に向けての努力とともに、障害があってもqualityの高い生活が出来る様に支援することの重要性である。NICUに入院した児だけでなく、全ての新生児や家族が少子化

表3 周産期医療整備対策事業

<ul style="list-style-type: none"> ➤ 総合周産期母子医療センター NICUとMFICUが規定に合致した施設 (人口約100万人に1カ所指定) ➤ 地域周産期母子医療センター 総合周産期母子医療施設を補完し地域の周産医療を担当する施設 (人口約10～30万に1カ所)
--

表4 スクリーニングによる疾病の早期発見に求められる要件

<ul style="list-style-type: none"> ➤ 早期発見による治療(予防)効果の確立 ➤ スクリーニング方法の確立 ➤ 高い発生率と検査以外での低い発見率 ➤ 許容範囲内の偽陽性率と偽陰性率 ➤ 正常だった場合の検査負担が軽微 ➤ 早期発見, 早期療育による本人と家族への大きな利益
--

の進行によりある程度の育児上のハイリスクを有しているため、これらの親子を支援する体制の整備が求められているが、これからは周産期関係者の努力のみでなく、社会的な制度として確立することが必要である。

3) 障害の早期発見と療育の例としての 新生児聴覚スクリーニング

(1) 新生児聴覚スクリーニングの実施方法

これから始まる第VI期に周産期医療や小児医療に求められるのは、安心して妊娠、分娩、育児ができる体制の整備と育児不安の軽減策であり、異常があった場合の早期からの療育体制の整備である。そこで、障害を早期に発見し、早期に療育を開始する事業のモデルになるのが新生児難聴スクリーニングと聴覚障害児に対する早期の療育開始である⁹⁾。

スクリーニングを実施する上で必要な要件を表4にあげてみた。はじめに早期の難聴を発見して療育すると効果があるか、あるなら検査方法はあるかが問題になるが、コロラドでの成績では、早期に難聴を発見し生後6カ月以内に療育を開始すれば、2歳以降の療育開始に比較して言語獲得が容易になることが報告されている⁹⁾。

検査方法に関しては、聴性脳幹反応検査(ABR)は新生児期から実施が可能であり、NICUではハイリスク児の退院時に検査が実施されてきた。最近ではABR検査を鎮静なしに数分間で測定出来、自動的に正常波形が得られているかを判定し、正常をpass、正常と判定できない場合をreferと表示する自動ABRが開発された。

厚生科学研究班(主任研究者三科潤)で実施した約2万名の検査成績を表5, 6に示した⁶⁾。自動ABRの初回検査ではreferは0.74%であったが、再検では0.38%になった。再検でreferとなった児のABR検査では、80.8%に異常を認めた(表5)。聴覚異常と考えられた児

表5 新生児聴覚スクリーニング成績⁶⁾

スクリーニング実施総数	19,071例
(実施期間 1998.11～2001.3: ABR使用)	
(スクリーニング陽性)	
初回両側 refer 率	0.74% (142/19,071)
再検両側 refer 率	0.38% (73/19,071)
(ABR検査結果)	
ABR異常	59例 (0.30%)
両側聴覚障害	28例 (0.15%)
片側聴覚障害	31例 (0.16%)
感度	100%, 特異度 99.6%
厚生科学研究(主任研究者三科潤)	

表6 スクリーニングによる新生児聴覚異常の頻度⁶⁾

スクリーニング実施総数	19,071例
(実施期間 1998.11～2001.3: ABR使用)	
ハイリスク児	867例
スクリーニング陽性率	3.92% (34例)
両側聴覚障害	19例 (2.19%)
片側聴覚障害	15例 (1.73%)
ローリスク児	18,204例
スクリーニング陽性率	0.14% (25例)
両側聴覚障害	9例 (0.05%)
片側聴覚障害	16例 (0.09%)
厚生科学研究(主任研究者三科潤)	

表7 先天代謝異常(マススクリーニング)と新生児難聴の頻度

➤ フェニールケトン尿症	1/78,600
➤ 楓糖尿症	1/509,700
➤ ホモシスチン尿症	1/187,800
➤ ガラクトース血症	1/35,400
➤ 先天性副腎過形成症	1/15,400
➤ 先天性甲状腺機能低下症	1/4,000
➤ 新生児難聴	0.5～1/1,000

は、NICUで検査を受けた難聴に関するハイリスク児では3.92%(両側聴覚異常2.18%, 片側聴覚異常1.73%)、新生児室で検査を行ったローリスク児では0.14%(両側聴覚異常0.05%, 片側聴覚異常0.09%)であった(表6)。

ローリスク児から約2,000例に1例の両側難聴、約1,000例に1例の片側難聴の発見率は、現在マススクリーニングが実施されている先天代謝異常や内分泌異常の頻度に比べ高頻度である(表7)。その他の表4にあげたスクリーニング実施に必要な項目も新生児期の聴覚スクリーニングはほぼ全てを満たしており、難聴はスクリーニングを行って早期に発見し療育を行うべき疾患である。

スクリーニング方法としては、自動ABRの他、内耳からの反射音を測定し内耳の機能を測定する耳音響放射法

表8 Low risk 児の初回検査 refer 率⁷⁾

生後時間	OAE		AABR	
	refer 率	refer 数 / 実施数	refer 率	refer 数 / 実施数
～ 23	32.3%	10/31 *	12.5%	4/32
～ 47	14.3%	10/70	1.4%	1/70
～ 71	11.8%	9/76	1.3%	1/76
～ 95	2.1%	1/48	0%	0/48
96 ～	4.2%	3/71 *	0%	0/72
計	11.1%	33/296	2.0%	6/298

* 1 耳検査不能

(otoacoustic emission : OAE) も利用される様になっている。表8は我々の施設で実施した生後の時間別の natus 社の ALGO2e による自動 ABR (AABR) と Fischer-Zoth 社の echo-screen による OAE を比較した結果である⁷⁾。自動 ABR に比べ OAE の refer 率がやや高くなっているが、どちらの検査でも生後早期に検査した場合には refer が高い。この結果から、我が国では新生児の入院期間が長いので、聴覚スクリーニングに関しては入院期間の短い欧米より有利であり、擬陽性率のために不安になる親を少なくすることが可能である。また、OAE では自動 ABR より refer 率は約 10 倍あり、また refer 率には施設間の差が大きく擬陽性を少なくするために検査に習熟することが必要である⁷⁾。

(2) 聴覚スクリーニング refer となった場合の対応

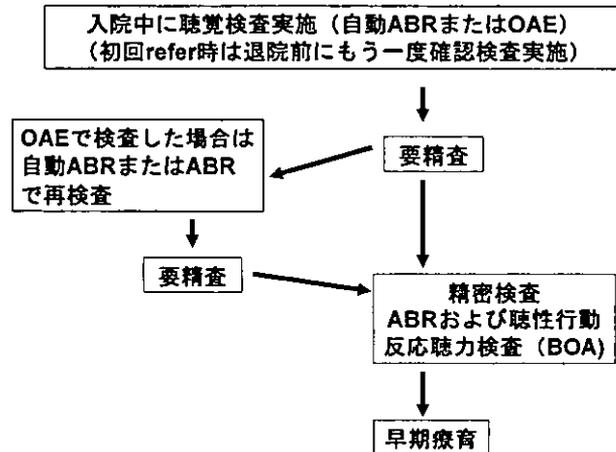
ローリスク児の難聴スクリーニングで refer となった場合の流れを表9に示したが、refer となった児は、耳垢が詰まっていたり外耳道に異常がないかについて耳鼻咽喉科での診察と ABR での検査が必要である。ただし、新生児期のスクリーニング検査では擬陽性の頻度が高いので、自動 ABR で refer の場合には日を改めて再検し、OAE では繰り返し再検しても refer となった場合には自動 ABR でも検査することが必要である。再検でも refer であることが確認された児のみを専門施設に紹介することが、専門医療機関の負担や家族の不安を軽減するために重要である。

スクリーニング検査で pass の場合にはその時点で聴覚は正常とすることが出来るが、refer の場合には、この時点での ABR が異常であっても、児の聴覚は発達するので後に正常と判定されることもあるので、乳児期早期の ABR 検査だけで聴覚障害と確定は出来ず、このような児は専門施設で経過を追って ABR 検査を行い、異常が続く場合には聴性行動反応聴力検査 (behavioral observation audiometry) や条件検索反応聴力検査 (conditioned orientation response audiometry) などさらに特異性の高い検査を実施し、聴覚障害の疑いが強い児に対して補聴器の装用を含む療育が実施される⁸⁾。

(3) 聴覚障害児に対する療育

新生児期の聴覚スクリーニングを全出生時に普及させ

表9 聴覚スクリーニングでreferとなった症例への対応⁸⁾



るためには、早期発見と早期の療育が本人と家族の大きな利益となる必要がある。

周産期医療に携わる者がスクリーニングを担当し、専門医療機関や療育施設に確定診断を依頼することになるが、refer になった場合に、正常か難聴かの診断がつくまで親の不安を軽減することも周産期医療に携わる者の役割である。

難聴診断され療育が開始されるまでの時期に、聴覚ばかりでなく他の刺激を通じてコミュニケーションを豊かにして発達を促進することは、難聴であった場合には療育に有効に働き、最終的に聴覚が正常であった場合でも無駄ではない。我々はハイリスク児の follow up の経験を積んできたので、この経験を生かして refer となった児の主治医として両親を支援し、療育開始までの時期の相談にあずかることが可能である。

療育を実施する難聴幼児通園施設や聾学校幼稚部の整備も現状では十分ではない。しかし難聴児の発見の時期は早くなるが、発見され療育を受ける児の数は変わらないはずであり、行政を含めた関係者の努力により、乳児期から療育を開始出来る体制の早急な整備が望まれる。

4) これからの親子支援

これからの親子への支援体制は、子どもを中心にして社会全体で子どもや親を暖かい眼差しで支援し、さらに

親の負担をなるべく軽くすることが重要である。

ここで取り上げた聴覚障害を例にとると、難聴児の親には、療育に通うための大きな負担がある。聴覚障害の疑いが新生児期や乳児期早期に明らかになった場合に、療育施設に通う前、あるいは通園を開始した後も療育に通じたアドバイザーが自宅を訪問し、家庭で指導したら療育は非常に効果的になる。しかも家族の都合に合わせて夜間や土曜日曜に家庭訪問して貰えば、家族の負担が軽減し療育の効果が上がることは明らかである。

わが国の障害児に対するこれまでの医療や療育の体制からこれは不可能であると諦めていた。しかし、米国その他の国では聴覚障害児の発見直後から家庭訪問をして支援することはすでに実施されている。このような支援体制は、単に聴覚障害に限らず、全ての障害児にも必要であり、聴覚障害児への支援体制の確立は、他の障害児やハイリスク児支援のモデルともなる重要な事業である。

この40年間の周産期医療の集積の上に、「後遺症のない生存」から「障害があっても quality の高い生活への支援」への段階に進んできたが、周産期からの親子支援はこれから我々が取り組むべき重要な課題である。

文 献

- 1) 母子保健の主なる統計平成15年度版 母子衛生研究会 2004.3
- 2) 多田 裕. 周産期医療システム化への歩み. 日本新生児学会誌 1996; 32: 527-531
- 3) 日本小児科学会新生児委員会新生児医療調査小委員会. 我が国の主要医療施設におけるハイリスク新生児医療の現状(1996年1月)と新生児死亡率(1995年1月~12月). 日児誌 1996; 100: 1931-1938
- 4) 多田 裕. 聴覚障害児の発見と対応—スクリーニングと健診の戦略の違い. JOHNS 2000; 16: 1675-1678
- 5) Yoshinaga-Itano, C. Sedey, A.L., Coulter, D.K. and Mehi, A.L.. Language of Early- and Late-identified Children with Hearing Loss. Pediatrics 102: 1161-1171
- 6) 厚生省子ども家庭総合研究事業「新生児期の効果的な聴覚スクリーニング方法と療育に関する研究(主任研究者:三科潤)平成11年度報告書
- 7) Hiroshi Tada, Naoki Uga, Hirokō Arai, Jun Mishina: Neonatal Hearing Screening in Japan. 第6回世界周産期学会 大阪, 2003.9.13
- 8) 新生児聴覚検査事業の手引き 厚生科学研究「全出生時を対象とした新生児聴覚スクリーニングの有効な方法及びフォローアップ, 家庭支援に関する研究」班(主任研究者三科潤)作成 平成14年3月