

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、女兒

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。

① NICU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陈旧性骨折」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ついこうとしているのに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すると思われるが、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分以下に萎

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生きている。

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を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の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32WID 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強い

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が通じず、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、母親と兄が外来受診、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、母親病気によるの養育困難と考え、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。



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。