

## 報 告

## 令和2年度「市町村乳幼児健診事後フォロー事業実施に関する調査および乳幼児健診事後教室実施状況調査」

大城 勇輝<sup>1)</sup>嘉陽真由美<sup>1)</sup> 久貝 晶子<sup>1)</sup> 高山 朝陽<sup>1)</sup> 玉城みなみ<sup>1)</sup> 天久 親紀<sup>2)</sup> 大城 貴子<sup>1)</sup>

## 要 旨

【目的】 沖縄県内自治体における、乳幼児健康診査後の発達に気になる子に対する支援取り組み状況について調査を行い、自治体の現状および課題等を把握することにより、今後の体制整備の促進することを目的とした。

【対象と方法】 沖縄県内41自治体の母子保健主管課に対し、質問紙調査を行った。

【結果】 自治体の人口規模によって、乳幼児健診事後のフォロー体制に違いが見られた。人口規模の大きい自治体は様々な支援方法を有しているが、情報共有や移行支援、関係機関連携が課題として挙げられた。人口規模の小さな自治体は、障害児等療育支援事業など都道府県が実施する事業を利用したフォローを行っているが、支援へのアクセス性などが課題として挙げられた。その他、県内で共通した課題として保護者支援・対応や対象児の評価・アセスメントが挙げられた。

【考察】 発達に気になる子への支援体制整備を行う際には人口規模や資源の有無など地域の実態に合わせて検討を行う必要性が示された。保護者支援やアセスメントなどの共通した課題については、継続的な研修の実施や、健診事前事後ミーティングの充実などを行い、従事者の資質向上を促すことが望ましい。

キーワード：発達障害、乳幼児健康診査、乳幼児健診事後フォロー、早期発見、早期支援

Key words：developmental disability, health checkups for infants, follow-up after health checkups for infants, early detection, early intervention.

## I. はじめに

発達障害を抱える子どもに対しては、早期から子どもの発達段階や特性に合わせた途切れない支援を行うことが重要であり、また、発達障害を持つ子どもの保護者は、一般の保護者に比べ抑うつが高く(野呂ら, 2010)<sup>1)</sup>、子どもだけでなく保護者への支援も重要となる。乳幼児健康診査(以下、健診と略す)は、運動、精神、社会性など、子どもの発達を色々な角度から確認できるとともに、保護者が様々な専門職と顔を合わせ相談ができる場として、重要な役割を持つ。

2004年に制定された発達障害者支援法では、発達障害を生まれ持った脳機能の特異性により生じる障

害で、その症状は通常低年齢より発現すると定義し、乳幼児における発達障害の早期発見に十分留意する必要性について明記されている。しかし、自閉スペクトラム症のスクリーニングでは、特異的な早期の生物学的なマーカーについて検討が行われている(Motoko Maekawa, 2020)<sup>2)</sup>が、健診における実用には至っておらず、現在は仮説的な行動学的マーカーを用いざるを得ない。そのため、わずかでも問題が疑われるケース(診断がついていない対象を含めるため、本論では以後、発達が気になる子とする)を把握し、その後、支援を行う中で抽出していくことが有効だと思われる。健診で発見される発達上の問題は身体的な疾病や運動機能発達の遅れに

Yuki OSHIRO<sup>1)</sup>, Mayumi KAYO<sup>1)</sup>, Akiko KUGAI<sup>1)</sup>, Asahi TAKAYAMA<sup>1)</sup>, Minami TAMAKI<sup>1)</sup>, Shinki AMEKU<sup>2)</sup>, Takako OSHIRO<sup>1)</sup>

1) 沖縄肢体不自由児協会 沖縄県発達障害者支援センター

2) 沖縄肢体不自由児協会 沖縄中部療育医療センター

比べ保護者と共通認識を持つことが難しく、発達障害特性やその疑いを保護者に理解し支援につなげるのは健診の限られた時間で困難な場合も多い。以上のことから、子どものより詳細なアセスメントや、保護者支援を行う機会として乳幼児健診事後のフォロー（以下、健診事後フォローと略する）が重要な役割を担うと考える。自治体が実施する健診事後フォローの主な方法として、遊びを通して子どもの姿の確認を行いながら保護者が数居低く相談を行う乳幼児健診事後教室（以下、健診事後教室と略する）、心理職や言語聴覚士など専門職が個別に相談を行う発達相談、子どもが所属する保育等施設において子どもの行動観察や支援者への助言を行う巡回支援、健診従事者が後日、家庭訪問や電話相談を行うといった支援が挙げられる。また、上記の巡回支援に加え子育て支援センターなど子どもや保護者が集まる場が対象となる任意の自治体事業である巡回支援専門員整備事業や、発達障害児を含む在宅障害児等が身近な地域で療育指導等が受けられるよう療育機能の充実を図り、在宅の障害児等の福祉の向上を図ることを目的として都道府県が実施している障害児等療育支援事業などが活用される。

沖縄県が策定した第3期沖縄県発達障害者支援体制整備計画では、乳幼児健診受診率や要フォロー率の精度向上に加え、健診後の支援体制の整備などを課題として取り上げている（沖縄県，2019）<sup>3)</sup>。2017年に実施した沖縄県の健診事後フォローの実施状況として、個別の家庭訪問・電話相談が33自治体、発達相談等の個別の事後相談が29自治体、健診事後教室が18自治体、子育て機関等への情報提供が17自治体で、その他の項目として保育施設の巡回や医療機関の専門職派遣などが挙げられた（沖縄県発達障害者支援センター，2018）<sup>4)</sup>。また、母子保健領域では「すこやか親子21（第2次）」を受けて沖縄県では「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」を重点課題として掲げ発達障害を含めた子育て支援対策強化を挙げている。健やか親子21（第2次）の中間評価において、2017年度沖縄県内の発達障害をはじめとする育てにくさを感じる親への早期支援体制がある市町村の割合（41.5%）は、全国平均（64.6%）

より低く、市町村における育てにくさを感じる親への早期支援体制整備への支援をしている県型保健所の割合（20%）も全国平均（25%）より低い数値に留まった（厚生労働省，2019）<sup>5)</sup>。

以上を踏まえ本論文では、沖縄県内自治体における早期発達支援に関する取り組み状況について調査を行い、自治体の現状および課題等を把握することにより、今後の体制整備の促進することを目的とした。

## II. 調査方法

### 1. 調査デザイン

人口や出生数などの基礎統計と、自治体における健診事後フォローの実施状況や課題などを問う質的な質問紙調査を、各自治体母子保健主管課に回答を求めた。

### 2. 対象者

沖縄県内全41自治体の母子保健主管課に回答を求めた。41自治体中36自治体より回答が得られた（回収率：87.8%）

### 3. 調査期間

令和3年1月5日～同年2月17日

### 4. 調査方法

Excel質問票によるアンケート調査。沖縄県発達障害者支援センターが質問項目を作成し、内容について沖縄県地域保健課、沖縄県小児保健協会が確認を行った。本調査実施について、調査の目的を記した依頼書とともに沖縄県地域保健課よりメールにて配布を行った。回収は沖縄県発達障害者支援センターが行った。

### 5. 調査内容

本調査は、主に令和元年度における健診事後フォローの取り組みについて回答を求めた。

- 1) 基礎情報（自治体名、令和2年4月時点の人口、令和元年度の出生数、令和元年度養育医療新生児数、低出生体重児数）
- 2) 乳幼児健診後の「発達が気になる子」フォローの取り組み状況
- 3) 乳幼児健診後の「発達が気になる子」フォローにあたっての充実・改善点

4) それぞれの健診事後フォローにおける実施方法、対象、開催頻度、従事者、実績

## 6. 倫理配慮

本研究は、自治体の取り組み状況を調査したものであり、個人を特定しない数的情報のみを取り扱っている。

## III. 結果

### 1. 対象者の特性

県内、41自治体の母子保健主管課に配布を行い回答のあった36自治体を対象とした（回収率87.8%）。内訳は、市11カ所、町9カ所、村16カ所であった。

### 2. 健診事後フォロー事業実施状況

健診後の「発達が気になる子」のフォローにあたって実施している事業数を表1に示す。専門家による発達相談、保育園など子どもが在籍する施設への巡回支援、健診事後教室などが半数の自治体で実施されていた。人口規模の小さい自治体になるほど、健診事後フォローの実施割合が減少しており、大規模の自治体は複数の健診事後フォロー事業があるのに対し、規模の小さい自治体は健診事後フォロー事業数が少なかった。発達相談は、どの自治体規模においても、一番多く実施されていた。健診事後教室は人口1万人以上では

表1 健診後の「発達が気になる子」フォローにあたって実施している事業数（実施割合）

	人口 1万未満 (n=14)	人口 1万以上、 3万未満 (n=7)	人口 3万以上 (n=15)	全体 (n=36)
発達相談	9 (64)	6 (86)	15 (100)	30 (83)
巡回支援	6 (43)	5 (71)	10 (67)	21 (58)
健診事後教室	2 (14)	5 (71)	12 (80)	19 (53)
巡回支援専門員 整備事業	5 (36)	0 (0)	7 (47)	12 (33)
障害児等療育支 援事業	3 (21)	1 (14)	1 (7)	5 (14)
その他	1 (7)	0 (0)	1 (7)	2 (6)

\*複数回答可 ( )内の単位は%

70%以上の自治体で実施されているが、人口1万未満では実施自治体の割合が14%と大きな差が見られた。県が実施主体である障害児療育等支援事業は、人口規模が小さい自治体ほど実施割合が高かった巡回支援専門員整備事業、障害児等療育支援事業、その他自治体の取り組みの詳しい内容について表2に示す。規模の小さい自治体では、巡回支援専門員整備事業や障害児等療育支援事業を活用して、発達相談や巡回支援などの健診事後フォローを実施している他、医療など外部機関を定期的に招いて専門職による健診事後フォローを実施していた。

表2 巡回支援専門員整備事業・障害児等療育支援事業・その他 内訳

巡回支援専門員 整備事業	・外部機関(医療)による保育所等の巡回、 個別相談 ・専門職(保健師、心理職等)による保 育所等巡回 ・専門職による発達相談 ・健診事後教室の実施
障害児等療育支 援事業	・外部機関(医療)による助言、発達検査、 相談 ・専門職による助言、相談
その他	・専門職による個別相談、発達検査 ・経過観察を目的としたフォロー健診(小 児科による診察、発達・子育て・栄養 相談等)

各事業に関わっている専門職を表3に示した。どの健診事後フォロー事業においても保健師、心理職が携わっている自治体が多く、発達相談や健診事後教室など親子で利用する事業においては言語聴覚士などが参加している自治体もあった。巡回支援では上記の専門職の他に、幼稚園教諭や教育相談アドバイザーなど教育領域の職種が関わることや、医療機関や福祉事業所が委託を受けて実施されることがあった。巡回支援専門員整備事業や障害児等療育支援事業などは、医師や言語聴覚士、作業療法士、理学療法士など様々な職種が関わっていた。

表3 各事業に携わっている職種

発達相談	心理職* (27) 保健師 (17) 言語聴覚士 (7) 保育士 (1)
巡回支援	保健師 (10) 心理職* (8) 保育士 (6) 看護師 (1) 助産師 (1) 栄養士 (1) 言語聴覚士 (1) 幼稚園教諭 (1) 家庭児童相談員 (1) 教育相談アドバイザー (1) 就学前教育専門指導員 (1)
健診事後教室	保健師 (15) 心理職* (15) 保育士 (12) 母子推進員 (8) 言語聴覚士 (5) 事務職 (3) 助産師 (1) ファミリーサポート (1)
巡回支援専門員整備事業	心理職* (6) 言語聴覚士 (5) 保健師 (2) 保育士 (2) 作業療法士 (1) 理学療法士 (1)
障害児等療育支援事業	言語聴覚士 (4) 保健師 (3) 心理職* (2) 理学療法士 (1) 母子推進員 (1)
その他	医師 (2) 保健師 (2) 心理職* (2) 事務職 (1)

( ) 内は自治体数、\*心理職は公認心理師、臨床心理士、臨床発達心理士、認定心理士等の心理資格所持者を指す

3. 健診事後フォローにおける課題

健診事後フォローについて、自治体が課題だと回答したカテゴリー割合を表4に、自由記述の詳細を表5に示す。回答した自治体の75%から課題として挙げられた『保護者支援・対応』が一番多く、『対象児の評価・アセスメント』『情報共有』『関係機関・関係課連携』『移行支援』『フォロー後の受け皿』『地域住民への啓発』と続いた。『保護者支援・対応』は、どの人口規模においても一番多く課題として挙げられており、主に保護者と子どもの発達や特性について共有を行う困難さ、保護者が利用可能な支援サービスの不足、保護者同士の交流の場の不足などが課題として挙げられた。『対象児の評価・アセスメント』は人口規模の大きい自治体の多くが課題として挙げており、主に保健師による発達に関する知識や見立てに関

するスキルの差や、統一した基準がなく専門職個人の判断になっている、健診事前・事後のミーティングの時間が十分ではないなどの課題が挙げられた。『情報共有』は人口規模の大きい自治体の多くが課題として挙げており、進学など子どもの在籍場所が変わる際の情報引継ぎの途切れや、担当の保健師が変更になる場合など環境が変化する際の情報引継ぎの途切れ、支援者同士の情報共有の方法などが、課題として挙げられた。『関係機関・関係課連携』は人口規模の大きい自治体の半数以上が課題として挙げており、関係機関が集い支援方針の決定や情報交換を行う場がない、医療機関受診の待期間が長いなどが挙げられた。『移行支援』では、支援者間での共有や、障害児通所支援事業者等のサービスを利用するために、市区町村から交付される通所受給者証（以下、受給者証と略す）取得に保護者が抵抗を感じるなどの課題が挙げられた。『フォロー後の受け皿』について、人口1万以上3万未満規模の自治体で課題として多く挙がり、医療機関受診や受給者証取得に時間が要し支援が受けられない期間が発生することや、資源が不足しているなどが挙げられた。

表4 健診事後フォローにおける課題 回答自治体数（該当自治体割合）

	人口 1万未満 (n=14)	人口 1万以上、 3万未満 (n=7)	人口 3万以上 (n=15)	全体 (n=36)
保護者支援・対応	10 (71)	7 (100)	10 (67)	27 (75)
対象児の評価・アセスメント	4 (29)	3 (43)	10 (67)	17 (47)
情報共有	3 (21)	2 (29)	10 (67)	15 (42)
関係機関・関係課連携	4 (29)	2 (29)	8 (53)	14 (39)
移行支援	4 (29)	1 (14)	6 (40)	11 (31)
フォロー後の受け皿	2 (14)	3 (43)	3 (20)	8 (22)
地域住民への啓発	1 (7)	1 (14)	0 (0)	2 (6)
その他	2 (14)	1 (14)	2 (13)	5 (14)

\*複数回答可 ( ) 内の単位は%

表5 健診事後フォローにおける課題について 項目

カテゴリー	主な項目
保護者支援・対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健診で発達に課題があっても、親の気づきがなく理解が得られないこともあるため、親の気持ちに配慮しながら丁寧に関わる必要を感じる。</li> <li>・健診会場では十分な困り感の傾聴や個別の指導が難しく、個別相談で各世帯にあった個別の指導ができると良い。保健師自身のスキルアップが必要。</li> <li>・保護者同士の交流する場がない。利用できる支援サービス等がない。</li> </ul>
対象児の評価・アセスメント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師の経験年数や経験によって「気になる」の基準に差があり、保健師間の共通認識や知識の底上げが必要。</li> <li>・事前・事後ミーティングの時間が十分に取れないため、結果検証の質が上げられない。</li> <li>・保健師全体で基準が統一できるとよい。</li> <li>・待機が多くタイムリーな評価・アセスメントが行えていない。移行支援や連携の取り方を整理し健診後早期にアセスメントができる体制を整えたい。</li> </ul>
情報共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健師の変更や就学のタイミングで支援が途切れてしまうことがある。引継ぎを確実に行う工夫が必要。</li> <li>・要支援の対象者について、支援者関係者間で情報共有することは重要だが、情報共有する部分と不必要な部分の線引きが各支援者で認識が異なるため、難しいと感じることがある。</li> <li>・保育所等へ入る場合の情報提供について、保育所等入所申し込みの主管課と認識に違いがあり、すりあわせが必要。</li> <li>・他市町村の保育所や幼稚園に登園している場合、連携や共通理解が手薄になり、次の段階の支援に繋げることが難しいケースがある。</li> </ul>
関係機関・関係課連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係機関スタッフとの支援方針の共有ができるような体制づくりが必要。</li> <li>・関係者が一堂に会し情報等を交換する場がない。</li> <li>・年度ごとに担当者が変わるため、継続して情報が引き継がれるように連携していく。</li> <li>・医療機関の予約が取りづらい状況であるため、受診や障害児通所支援サービスの利用などまで時間がかかる現状がある。</li> </ul>
移行支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一対象者への、各支援者間の支援方針や対象者の到達する目標の共通理解ができていないと、同一対象者への支援がバラバラになってしまうことがある。</li> <li>・健診事後教室終了後、療育への移行支援の際には受給者証の手続きをとることに躊躇する親が多い。</li> </ul>
フォロー後の受け皿	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在実施している健診事後教室は、3歳未満までを対象にしており、3歳児以降の受け皿が不十分になっている。</li> <li>・健診事後教室フォロー中に受診や療育が必要と判断されても、受診や福祉サービスの手続きまでに数カ月時間を要する。</li> <li>・自治体内に親子通園がなく、家庭保育となることで個別支援が主となり、横の繋がり・集団適応を促す機会が少ない。</li> </ul>
地域住民への啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門職や子ども支援に関わる人以外、発達障害という名前自体なじみがないため、啓蒙活動は必要と思う。</li> <li>・発達障害についてまだ広く知られておらず保護者の理解が得られないため、地域全体への啓発が必要。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・教室に参加したいが仕事の都合で参加できない親子へのフォローをどうするか。教室参加申し込みも多く、(中略)定員を超える申し込みがある。参加できない親子へのフォロー検討が必要。</li> <li>・保育園からの発達で気になる子の相談も増え、対応している保育士さんも親に対しての助言や伝え方で悩んでいる。</li> <li>・健診においてスクリーニングし心理相談を経て通園事業につながってもその後自治体内の保育所に入れず町外の認可外へ通っている現状がある。継続した支援という点で課題がある。</li> <li>・発達の気になる子を繋げる場が療育相談のみのため、保護者のハードルが高い。気軽に相談ができる場を提供できたら良い。心理士の面談、子育て相談など。</li> <li>・自治体で働く関係者(保健師、教員等)の入れ替わりが多く、一貫した継続的な支援が行えていないことが考えられる。</li> </ul>

\*自治体が特定される表現を一部改変した。

## IV. 考 察

### 1. 自治体規模における健診事後フォローの実施状況について

2004年に制定された発達障害支援法の第1条にも記載されるなど、発達障害児者に対する支援では早期発見・早期支援が地方公共団体の責務として位置づけられ重要視されてきたが、我が国では、母子保健法に定められる健診が大きな役割を担っている。発達障害はその特性がスペクトラムに生じることにより障害と非障害に分けることが難しく、表面上に表れる特性が目立たない場合にも将来、深刻な不適応に繋がるおそれがあることから、継続的な発達の確認や支援が必要であろう。また、生物学的マーカーなどの基準の利用の難しさによる不明確さから、保護者の障害受容の困難さもある。そのため、健診による発見に留まるだけでなく、健診事後フォローを通じた継続的な支援が重要である。健診事後フォローの方法として、発達相談が最も多くの地域で実施されており、巡回支援、健診事後教室と続いた。人口1万人以上の自治体においては、発達相談、巡回支援、健診事後教室の実施割合が7割を超えているのに対して、人口1万人以下の自治体では実施割合が低かった。つまり人口規模の大きい自治体においては健診事後フォロー資源の選択肢を有しているが、規模の小さい自治体では健診事後フォロー事業が少なく、親子の状況に合わせた事業の選択肢が少なかった。その理由として、専門職の確保の困難さが挙げられる。各事業に携わっている職種として保健師だけでなく心理職や言語聴覚士などを挙げている自治体が多く、健診事後フォロー事業という性質上、発達や発達障害に詳しい職種が担当することが適切だが、離島を含む人口規模の小さい自治体ではその確保が難しい。そのため、人口1万未満の自治体では、県が実施する障害児等療育支援事業を活用し、医療機関等の専門機関より専門職派遣を受け、発達相談や支援者に対する助言などが実施されていた。しかし、年間で巡回できる回数に限りがあること、また障害特性の受け入れが困難な保護者の場合には医療機関の専門職に相談することのハードルの高さなど、課題が考えられる。厚生労働省（2022）

は医師によるオンライン診療のガイドラインを定めているが、今後、発達障害児者や発達が気になる子の支援においてもICTを活用した遠隔による相談体制を整えることで、専門職との相談に関する敷居を下げアクセス性を高めることが期待され、合わせて、身近な支援者が相談を行いながら経過について確認が行えるよう地域支援者の資質向上が求められる。また、人口規模の小さい地域では住民の凝集性が高く、偏見などを恐れて支援に抵抗を感じやすいため、地域住民に対する啓発も必要となるだろう。

### 2. 保護者支援・対応

健診事後フォローにおける課題について、保護者支援・対応が多くの自治体から挙げられた。その具体的な項目として、保護者と子どもの特性についての共有、気づきを促すことの難しさが挙げられた。子どもが発達障害特性を持つ場合の親は、健常児の親より抑うつの可能性が高いことから、早期に支援が必要な対象である一方、英国国立保健医療研究所（2011）<sup>7)</sup>のガイドラインに、「両親や養育者が発達や行動の状態を疑っておらず、むしろ苦痛の原因となっているのだとしたら、彼らが気づきをもって専門家チームのところに来るのは時間がかかるかもしれない」と記載があるように、早期介入の困難さが窺える。岩佐（2016）<sup>8)</sup>は、保護者に対する診断告知の適切な時期として、子どもの症状の程度や経過、親の気づきや精神保健の状態、地域におけるシステムや専門職との関わり、発達障害に関する世間一般の関心の度合いなどが関係してだろうと予測し、個別性が高いとした。そのため、子どもに発達障害の特性が認められた時に、すぐに告知をするのではなく、支援を行う中で支援者との信頼関係を築きながら、保護者の気づきを促していくことが求められる。すぐに医療機関への受診を促したり、発達検査をすすめるのではなく、保健師や心理職による子育て相談など敷居の低い場の設置が有効であることも多い。しかし、乳幼児健診では時間が限られており、また、保健師などの専門職は他業務がある中で、健診事後フォローへの時間確保の困難さなどの課題が挙げられる。そのため、健診事後教室のような集団

で決まった日に多くの対象者が参加できる場の活用や、沖縄市で実施されている発達相談担当保健師の設置（眞榮田，2021）<sup>9)</sup>のように専任者を置くなどの工夫が有効だと考えられる。

保護者が利用できる支援資源整備の不十分さについても課題として挙げられた。保健領域だけでなく、保護者が利用する施設、例えば子育て支援センターなどの子育て支援施設など、地域にある既存の資源と連携を行うことも有効である。また、今後ペアレントメンターなど保護者同士が交流を行うことができる場の設置も求められる。

### 3. 対象児の評価・アセスメント

2番目に多かった課題として対象児の評価・アセスメントが多かった。沖縄県が行った2017年度に行った発達支援体制に関する調査（沖縄県，2018）<sup>4)</sup>では、健診事後フォローが必要な児童の判断基準について、医師・保健師判断が一番多く、次いで問診スクリーニング、心理士判断と続いた。また、問診スクリーニングとして、沖縄県小児保健協会が作成した乳幼児健康診査マニュアルに記載のある積木課題、指差し課題、指示理解など発達を確認する課題を実施している自治体が多かった。発達障害に関するアセスメントツールM-CHATやPARSを活用している自治体は2か所にとどまっており、県内半数以上の自治体では「ツールについて知らなかった」「知っているが活用する予定はない」などの回答があり、使用について消極的な自治体が多かった。以上のことから、保健師による問診課題等は県内で統一されている一方で、支援の必要性に関する是非は各々の判断にゆだねられていると考えられる。しかし、保健師の経験年数や発達過程や発達障害に対する理解度によって判断基準の差が生じていることが懸念される。現在行われている問診課題に関する定期的な研修の実施と、発達障害に関するアセスメントツール周知が必要だと考えられる。また、人口規模の大きい自治体においては業務の忙しさなどから健診前後のミーティング時間が設けられず共有する機会が不足していると回答した自治体もあった。健診前後のミーティングは、情報共有の場になると同

時に、ベテランの同職種や様々な専門職の話を通して研鑽の場としても重要な役割を担う。そのため、円滑なミーティング開催方法の検討や、ミーティング時間を確保するための業務の整理などの検討が必要だと思われる。

### 4. その他、課題について

他の課題として、情報共有、関係機関・関係課連携、移行支援など、乳幼児健診従事者同士の内部連携と、関係機関などの外部機関との連携が挙げられた。時間が限られた乳幼児健診では発達障害特性を有しているかの判断が難しいことが多く、また保護者の気づきや受け入れを支援するために時間を有することが多いため、継続的な介入が必要な場合も少なくない。また、母子保健職だけではなく、医療、福祉、教育など様々な職種などが関わるため、支援者同士の円滑な連携がなければ、支援が統一せずに対象児や保護者の混乱につながる恐れがある。

内部連携に関しては、人口規模が大きい自治体が課題としていることが多く、規模が小さい自治体は支援者同士が密にやり取りできるのに対し、対象者数や健診従事者の数が増えると情報共有の難しさが生じると思われる。また、支援者の担当交代のタイミングで支援が途切れてしまうなど、引継ぎも課題となるだろう。そのため、健診前後のミーティングや、児の発達や保護者との相談内容経過を追うことができる記録の工夫を行うことなど、継続性を持った支援を行うための手立てを検討することが必要だろう。

外部連携に関しては、支援方針のすり合わせの困難さ、情報の取り扱い、地域資源の不足、手続きに時間を有するなどの課題が挙げられた。これらの課題は、健診実施部署や機関単独で解決できるものではなく、関係課で検討を行う場が必要となる。例えば、長野県（2022）<sup>10)</sup>では「発達障がい者に対して、乳幼児期から成人期までの各年代を通して一貫した支援のあり方を協議する」ことを目的に、医療、福祉、教育、司法、親の会を含めた協議の場を設けている。また、沖縄県内の自治体でも関係課で協議会、行政と医療機関での勉強会などが開催され保健領域の

職員が参加している（例えば、うるま市，2020<sup>11)</sup>）。こうした場はお互いの業務に関する共通理解が図れるだけでなく、関係を築く中で個別のケースの連携が円滑になり、資源不足や仕組みに関する地域の課題について検討を行うことができる。特に保健領域においては、子どもや保護者の状態に合わせて適切な支援につなぐ役割も求められるため、医療、福祉、教育、保育、福祉など関連領域に関する内容や、資源とその利用手続きについての把握が必要であるため、積極的な参加が求められる。

## V. まとめ

1. 発達障害特性を有する児、また疑われる児とその保護者に対する健診事後フォローは、県内全域で発達相談が多く、人口規模の大きい地域は健診事後教室の実施、小さい地域は障害児等療育支援事業を利用した医療機関などの専門機関による相談実施が多かった。健診事後フォロー体制については人口規模や資源の有無など地域の特性に合わせて整備していくことが求められる。
2. 乳幼児健診・健診事後フォローの課題として、保護者支援・対応、対象児のアセスメント、情報共有や関係課連携・移行支援などが挙げられた。今後、保護者支援や対象児アセスメントに関する研修の実施、健診事前事後ミーティングや情報共有の充実、発達に関する関係会議の開催や参加などが求められる。

## VI. 謝辞

本調査にご協力いただきました、県内母子保健主管課担当者様に心より感謝いたします。

なお、本研究に利益相反はない。

## VII. 引用文献

- 1) 野呂健二、金子一史、本城秀次、他. 高機能広汎性発達児の母親の抑うつについて. 小児の精神と神経2010 ; 50 (3).
- 2) Motoko Maekawa, Tetsuo Ohnishi, Manabu Toyoshima, et al : A potential role of fatty acid binding protein 4 in the pathophysiology of autism spectrum disorder. Brain Communications 2020.
- 3) 沖縄県. 第3期沖縄県発達障害者支援体制整備計画. 2019.
- 4) 沖縄県発達障害者支援センター. 平成29年度市町村発達障害児（者）支援体制整備状況に関する実態調査報告書. 2018.
- 5) 厚生労働省. 「健やか親子21（第2次）」の中間評価等に関する検討会報告書. 2019.
- 6) 厚生労働省. オンライン診療の適切な実施に関する指針. 2022.
- 7) Royal College of Paediatrics and Child Health : NICE Clinical Guideline. Autism : recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum. 2011.
- 8) 岩佐光章. 早期発見をめぐる親の葛藤への支援. 本田秀夫編. 発達障害の早期発見・早期療育・親支援. 東京都：金子書房2016.
- 9) 眞榮田恵. 子育て支援と発達支援をつなぐ～沖縄市の早期発達支援体制～. 小児保健研究. 2021.
- 10) 長野県ホームページ：2022：発達障がい者支援対策協議会.  
<https://www.pref.nagano.lg.jp/jisedai/happyou/happyou/220210press.html>
- 11) うるま市. 第2期うるま市子ども・子育て支援計画事業計画. 2020.



## 報 告

## 低出生体重児における親子間の相互交渉の在り方と 育児ストレスとの関連

金城 志麻<sup>1)</sup>、新田 あや<sup>2)</sup>、田中 芽生<sup>1)</sup>、木里 頼子<sup>3)</sup>、真喜屋智子<sup>3)</sup>

### 要 旨

本研究は、低出生体重児を育てる養育者の子育てに対するストレスの理解および親子の関わりに対する支援の一助となる知見を明らかにすることを目的に、子どもの低出生体重別による育児ストレスおよび相互交渉の関連性について検討を行った。その結果、極低出生体重の養育者は正期産児の養育者よりもストレスを感じにくく、さらに子どもの発信に繊細に応答することで相互交渉に繋がっていた。しかし、子どもが不安を感じる場面で愛着行動が消極的な低出生児の養育者は、「子どもの状態に問題」等のストレスを感じており、さらに遊び場面で養育者は子どもに関わろうとするものの子どものシグナルには応答できないという関わりのずれ違いが示された。出生体重に支援の目が向きがちだが、親子の関係構築に注目した支援を行う重要性が示されたと考えられる。

**キーワード**：低出生体重児、育児ストレス、愛着、相互交渉

**Key words**：Low Birth Weight Infant, Parenting Stress, Attachment, Parent-Children Interaction

### 目 的

近年、医療の進歩や新生児集中治療室（Neonatal Intensive Care Unit：以下NICUと称す）の増加による乳児死亡率の低下に伴い、低出生体重児の割合は増加している。低出生体重児とは2,500g未満で産まれた乳児のことを指し、さらに1,500g未満を極低出生体重児、1,000g未満を超低出生体重児と分類している。厚生労働省による人口動態統計によると、低出生体重児の全出生数に対する割合は1980年に5.2%、1990年に6.3%、2000年に8.6%、2009年に9.6%と上昇傾向にあり、その後9.5%前後で横ばい状態が続いている（厚生労働省、2020）<sup>1)</sup>。新生児の死亡率低下に寄与しているNICUだが、出生直後に新生児は保育器の中で人工呼吸器や点滴等の医療が開始されることで、誕生早期の親子分離が余儀なくされるため、親子の愛着形成が困難になる要因

も孕んでいる。愛着とは、子どもが不安や不快を感じた際に養育者など特定の対象への近接を介して安心感の回復・維持することを指し、こうした経験に基づいて養育者との間に築く情緒的絆である（Bowlby, 1976）<sup>2)</sup>。つまり、新生児は養育者との愛着を基に新しい経験を積み重ね、自身の世界を広げていくのである。低出生体重児はNICU入院児に虐待が高率な理由との指摘もあり（小泉、2010）<sup>3)</sup>、新生児期の母子分離という愛着形成の阻害リスクがある低出生体重児の親子にとって愛着関係構築は重要な課題である。

さらに、低出生体重児は障がいが見れるリスクが高いことから、母親は小さく産んでしまったことに対する罪悪感や子どもの脆弱性への不安、子育ての困難さの実感が生じるとの指摘もあり（佐藤、2012）<sup>4)</sup>、そのような母親の心理も子育てのリスク

Parent-Children Interaction and Parenting Stress in Low Birth Weight Infant

Shima KINJO<sup>1)</sup>, Aya NITTA<sup>2)</sup>, Mei TANAKA<sup>1)</sup>, Yoriko KISATO<sup>3)</sup>, Tomoko MAKIYA<sup>3)</sup>

1) 琉球大学障がい学生支援

2) 沖縄市役所こども相談・健康課

3) 沖縄県立中部病院総合周産期母子医療センター新生児内科

の要因として考えられる。低出生児の母親の育児ストレスについて田中ら(2011)<sup>5)</sup>は、正期産児の母親より総じて高く、親自身のストレスについては「子どもに愛着を感じにくい」や「退院後の気落ち」「健康状態」に関するストレスが高く、子どもについては「子どもに問題を感じる」「子どもの機嫌の悪さ」「親につきまとう/人に慣れにくい」「子どもが期待どおりに行かない」ことに関するストレスが高いことを明らかにした。さらに育児ストレスの高さは、養育態度との関連性が示されており、母子相互交渉場面において育児ストレスの高い母親は、子どもの行動に応答しない様子や自身の主張に固執する対応を示す一方で、育児ストレスの低い母親は、子どもを励ましたり、褒めるといった対応をとることが明らかにされている(長谷川, 2008)<sup>6)</sup>。

以上のように、正期産児の親子を対象にした育児ストレスと親子の関わりに焦点をあてた研究は多くあるものの、低出生体重児の親子についての知見は少ない。さらに、低出生体重児の中でも極低出生体重児では超低出生体重児の予後におけるリスクが正期産児より高いことが示されている(金澤, 2018)<sup>7)</sup>ことから、養育者は育児が困難となり、よりストレスが高まる可能性が考えられる。

そこで本研究では、低出生体重児を育てる養育者の子育てに対するストレスの理解および親子の関わりに対する支援の一助となる知見を明らかにすることを目的に、子どもの低出生体重別による育児ストレスおよび相互交渉の関連性について検討を行う。

## 対象と方法

### I. 対象者

正期産児の養育者19名(母親17名, 父親2名, 平均年齢36.32歳,  $SD=5.08$ , 子どもの平均月齢39.68ヶ月,  $SD=14.65$ ), 低出生体重児の養育者22名(母親21名, 父親1名, 平均年齢33.67歳,  $SD=4.74$ , 子どもの平均月齢42.03ヶ月,  $SD=13.59$ )の計41名であった。子どもの平均出生体重は、正期産児3048.85g, 低出生体重児1359.28g(低出生体重児10名1931.80g, 極・超低出生体重児12名977.60g)であった。

### II. 調査期間

2016年7月～2017年1月中旬であった。

### III. 手続き

低出生体重児の養育者に対しては出産したA病院のフォローアップ外来において、正期産児の養育者に対しては複数の子育て支援センター等の施設で調査を行った。

### IV. 材料

#### 1. フェイスシート

フェイスシートにおいては、子どもの生年月日、性別、出生体重、通園の有無、持病の有無と種類、家族構成、及び養育者の続柄、生年月日について記入を求めた。

#### 2. 日本語版Parenting Stress Index ; 日本語版PSI

養育者の育児ストレスを測定するため、日本語版Parenting Stress Indexを用いた。本尺度は親自身に関するストレスである「親の側面」40項目、子どもの特徴に関するストレスである「子どもの側面」38項目の計78項目から構成されている。回答は、「まったく違う」～「まったくそのとおり」の5件法であった。

#### 3. 遊び場面 (VTR録画)

##### ① 不安喚起場面での愛着行動

愛着行動とは、個体がある危機的状況に接し、あるいはまた、そうした危機を予知し、恐れや不安の情動が強く喚起された時に、特定の他個体への近接を通して、主観的な安全の感覚(felt security)を回復・維持しようとする行動(Bowlby, 1991)<sup>2)</sup>である。Harlow(1956)<sup>8)</sup>の恐怖テストによる愛着行動の研究では、不安を喚起させる新規の玩具として音のなるクマの玩具が用いられていたが、現代の幼児にとってクマの玩具は見新しいものではないため、本研究では、新奇な玩具かつ倒れた時に大きな音をする玩具としてジェンガを用いて不安喚起場面を設定した。なお、不安喚起場面への倫理的配慮から養育者は同部屋で距離をとって見守ってもらった。具体的には、対象児にジェンガを用いて1人遊びをしてもらい、ジェンガが倒れた

瞬間の反応を愛着行動として測定した。愛着行動測定までの時間は約1分程度であった。なお、対象児にとってジェンガは新奇の玩具であることを確認している。

## ② 親子遊び場面での相互交渉行動

ジェンガで一人遊びをしてもらった後、親子で自由に遊んでもらった(10分間)。玩具は、ジェンガに加え、ままごと道具、画用紙とクレヨン、パズルを用意した。

## ③ 養育者への教示

「最初に、遊び道具として“ジェンガ”を出します。お子さんがジェンガを用いてどの様に遊び始めるかを見たいので、まずは声掛けや手伝ったりすることなく見守って頂くようお願いいたします。お子さんのみ遊んでもらった後、『どうぞ』と合図をします。それからは自由に関わって頂いて構いません。また、途中で遊具を追加しますので好きな道具を用いて、家で遊ぶように自由に遊んでください。」と教示した。どちらの場面も許可を得てビデオ撮影を行った。

## V. 倫理的配慮

本研究は、研究協力を得たA病院倫理審査委員会

の承認を得て実施した(H28中倫小題11号)。研究を依頼する際には口頭および書面にて、研究目的、研究協力の自由、途中辞退の権利、プライバシーの保護およびデータ管理方法、研究論文の公開について説明し、すべてに同意が得られた者を研究協力者とした。データは個人が特定されないよう個人名を記号化して管理を行った。

## 結果

### I. 出生体重別による育児ストレス

出生体重の3群(正常産児, 低出生体重児, 極・超低出生体重児)を独立変数, 育児ストレス(ストレスの総計, 親側面ストレス, 子ども側面ストレス及び各ストレスの因子)を従属変数としたKruskal-Wallis検定を行った(Table.1)。その結果, 親側面の「役割/規制」因子のみ5%水準で有意差が認められた( $H=6.56, df=2, p<.05$ )。ベンフェローニ法で多重比較を行った結果, 極・超低出生体重児の養育者は, 正常産児の養育者より「親役割によって生じる規制」によるストレスが低いことが示された( $p<.05$ )。

Table 1. 正常産児, 低出生体重児, 極・超低出生体重児におけるPSI得点の分析結果

PSI項目	平均値			H値	p値		
	正常産児	低出生体重児	極・超低出生体重児				
育児ストレス(PSI)総計	22.28	26.80	15.79	4.547	0.103	n.s.	
親側面ストレス	23.73	25.20	14.71	5.250	0.072	†	
子ども側面ストレス	20.98	27.40	17.46	3.654	0.161	n.s.	
親側面 ストレス	親役割によって生じる規制	25.40	23.30	13.50	7.372	0.025	*
	社会的孤立	23.75	23.20	16.33	3.019	0.221	n.s.
	配偶者との関係	24.55	22.15	15.88	3.828	0.147	n.s.
	親としての有能さ	21.55	24.30	19.08	0.995	0.608	n.s.
	抑うつ・罪悪感	22.10	25.40	17.25	2.529	0.282	n.s.
	退院後の気持ち	23.38	25.80	14.79	5.361	0.069	†
	子どもに愛情を感じにくい	21.35	24.65	19.13	1.136	0.567	n.s.
	健康状態	20.85	26.65	18.29	2.667	0.264	n.s.
子ども側面 ストレス	親を喜ばせる反応がない	21.03	23.40	20.71	0.327	0.849	n.s.
	子どもの機嫌の悪さ	22.53	27.40	14.88	5.976	0.050	†
	子どもが期待通りにいかない	19.45	27.80	19.67	3.497	0.174	n.s.
	子どもの気が散りやすい多動	20.45	27.30	18.42	3.163	0.206	n.s.
	親につきまとう/人に慣れにくい	22.43	25.40	16.71	2.977	0.226	n.s.
	子どもに問題を感じる	19.02	28.50	19.79	4.359	0.113	n.s.
刺激に敏感に反応する/ものに慣れにくい	20.63	26.65	18.67	2.555	0.279	n.s.	

† $p<.10$  \* $p<.05$ .

II. 親子の相互交渉の様相

1. 親子遊び場面で見られた相互交渉行動の分類

VTR録画した親子遊び場面での相互交渉行動の1分間を深田ら(1999)<sup>9)</sup>を参考に、養育者、子どもの言動について①意図的発信、②非意図的発信、③応答、④無反応に分類した。心理学を専攻する大学生1名と筆者は、同じ分類基準に基づいて分類を行い、一致率は96.5%であった。不一致の場合は協議によって分類を決定した。

2. 出生体重別に見た親子の行動特徴

出生体重の3群(正期産児、低出生体重児、極・超低出生体重児)を独立変数、養育者及び子どもの発信・応答の4分類(「意図的発信」「非意図的発信」「応答」「無反応」)をそれぞれ従属変数としたKruskal-Wallis検定を行った(Table.2)。その結果、養育者の「非意図的発信」「応答」に有意差が認められた( $H=6.92, df=2, p<.05$ )ため、ベンフェローニ法にて多重比較を行ったところ、正期産児の養育者は低出生体重児の養育者よりも子どもに対して意図しない行動を多くとる傾向にあり( $p<.10$ )。また極・超低出生体重児の養育者は正期産児の養育者よりも子どもに応答する関りが多いと示された( $p<.05$ )。

3. 出生体重別に見た相互交渉の量的側面

出生体重の3群(正期産児、低出生体重児、極・超低出生体重児)を独立変数、1分間の相互交渉数の総計および相互交渉における最長の交渉数を従属変数としたKruskal-Wallis検定を行った(Table.2)。その結果、どちらも有意な差は示されなかった。

II. 子どもの状態による相互交渉と育児ストレスとの関連

1. 愛着行動による群分け

不安喚起場面であるジェンガが倒れた瞬間の反応を、子どもが不安を感じた際に示す愛着行動として測定した。測定された愛着行動の分類は、Bowlby(1991)<sup>10)</sup>を参考に「定位行動:愛着関係を築いた相手がどこにいるのかを確認する行動(例;チラッと見る)」、「信号行動:愛着関係を築いた相手に注意や関心を引き、相手をしてもらおうとする行動(例;呼ぶ、手招きをする)」、「接近行動:子どもが自ら愛着関係を築いた相手に近づき、気を引こうとする行動(例;抱きつく)」に加え、「1人遊び:養育者に注意を向けない(例;表情が固まり動けない)」をオリジナルで加えた4つに分類を行った。分類は、親子遊びの分類に携わった2名が上記の基準に基づいて行い、一致

Table 2. 正期産児, 低出生体重児, 極・超低出生体重児における相互交渉の分析結果

	平均値			H値	p値		
	正期産児	低出生体重児	極・超低出生体重児				
相互交渉総数	17.98	21.15	27.67	4.717	0.095	†	
最長交渉	18.13	20.65	27.83	4.787	0.091	†	
養育者発信の交渉	23.10	19.50	20.50	0.732	0.694	n.s.	
子ども発信の交渉	17.05	25.40	25.67	5.410	0.067	†	
養育者の応答による交渉	23.58	23.10	16.71	2.652	0.266	n.s.	
養育者による	意図的発信	24.00	19.45	19.04	1.655	0.437	n.s.
	非意図的発信	24.90	17.50	19.17	6.498	0.039	*
	応答	16.50	23.00	28.58	7.531	0.023	*
	無反応	21.85	21.40	21.00	0.079	0.961	n.s.
子どもによる	意図的発信	17.25	25.00	25.67	4.890	0.087	†
	非意図的発信	23.95	22.50	16.58	2.879	0.237	n.s.
	応答	18.93	19.60	27.38	3.899	0.142	n.s.
	無反応	22.65	22.15	19.04	0.819	0.664	n.s.

† $p<.10$  \* $p<.05$ .

率は98.8%であった。なお、不一致の場合は協議によって分類を決定した。養育者に注意を向けない「一人遊び」<「定位行動」<「信号行動」<「接近行動」の順に養育者に対するアクションが大きくなる。不安喚起場面でも養育者に注意を向けずにその場で固まる1人遊びあるいは養育者の方を見るだけに留まる定位行動を示した場合は、不安解消としては消極的な行動と捉え「消極的愛着行動」群、逆に養育者に対する不安解消のアクションが大きかった接近行動と信号行動を示した場合は「積極的愛着行動」群とした。その結果、正期産で積極的な愛着行動を示した児は9名、正期産で消極的な愛着行動を示した児は10名、低出生体

重で積極的な愛着行動を示した児は5名、極・超低出生体重児2名、低出生体重で消極的な愛着行動を示した児は8名、極・超低出生体重児9名であった。極・低出生体重児群においては人数が少なかったため、今回は極・超低出生体重児を分けずに低出生体重児群とした。

2. 出生体重および愛着行動による育児ストレスと相互交渉

正期産児群と低出生体重児群の不安喚起時における愛着行動の積極性の違いによる、育児ストレスと親子の相互交渉の様相を検討するためPearsonの相関係数を算出した (Table.3, Table.4)。

Table 3. 正期産児における親子遊び場面の行動と育児ストレスの関連

	積極的愛着群								消極的愛着群							
	養育者				子ども				養育者				子ども			
	意図的 発信	非意図的 発信	応答	無反応	意図的 発信	非意図的 発信	応答	無反応	意図的 発信	非意図的 発信	応答	無反応	意図的 発信	非意図的 発信	応答	無反応
総計	-.23	-.02	-.30	.21	-.04	.55	-.52	-.44	.17	.60	-.48	-.23	-.57	.52	-.34	.36
親側面	-.67 *	.68 *	.24	.45	.30	.21	-.28	-.68 *	.05	.43	-.26	-.28	-.51	.73 *	-.25	.41
子ども側面	.21	-.54	-.56	-.07	-.28	.55	-.46	-.06	.24	.64 *	-.59	-.14	-.52	.23	-.36	.25
役割/規制	-.42	.14	.49	.04	.20	.65	.12	-.67 *	-.06	.69 *	-.76 *	-.03	-.56	.46	-.55	-.19
孤立	-.72 *	.63	.42	.33	.03	.06	-.03	-.57	-.17	.48	-.27	-.13	-.50	.72 *	-.31	.14
配偶者	-.25	.73 *	-.01	.48	.36	-.26	-.32	-.07	.44	.12	.24	-.26	-.10	.06	.34	.75 *
有能感	-.04	.21	-.03	.14	.16	.29	-.25	-.34	.07	.15	-.23	-.23	-.73 *	.65 *	-.07	.46
抑うつ	-.83 *	.44	.21	.43	.50	-.10	-.07	-.26	-.58	.11	-.11	-.20	-.06	.62	-.37	-.22
気持ち	.27	.20	-.03	-.11	-.02	-.33	-.02	.11	.16	.14	.09	-.36	.16	.53	-.16	.46
愛着	-.39	.05	-.03	.03	.06	.26	-.19	-.69 *	.01	.38	-.15	-.15	-.53	.96 *	-.27	.41
健康状態	-.47	.45	-.30	.56	-.19	.13	-.58	-.39	.14	.36	-.24	-.34	-.50	.66 *	-.20	.47
喜ばせる	-.32	-.30	-.30	.06	-.2	.61	-.38	-.56	-.20	.73 *	-.56	-.19	-.17	.53	-.71 *	-.19
不機嫌	.41	-.49	-.33	-.33	.04	.14	-.18	.31	.42	.53	-.67 *	-.13	-.47	.09	-.32	.22
期待不和	-.26	-.42	-.11	-.21	-.16	.47	-.10	-.50	.26	.55	-.44	-.07	-.48	.20	-.28	.42
多動	.22	-.53	-.36	-.25	-.16	.70 *	-.47	-.16	.04	.55	-.46	-.18	-.43	.04	-.28	.28
人見知り	.71 *	-.51	-.76 *	.02	-.50	.19	-.44	.63	.25	.64	-.47	-.12	-.50	.22	-.29	.35
問題	-.41	-.02	.14	.28	.16	.46	.12	-.46	.45	.10	-.20	.32	-.69 *	.13	-.12	.32
敏感性	.23	-.07	-.73 *	.36	-.42	.11	-.58	.13	.15	.69 *	-.60	-.46	-.45	.28	-.32	.12

※セル内はr値 p<.05\*, p<.01\*\* .

Table 4. 低出生体重児における親子遊び場面の行動と育児ストレスの関連

	積極的愛着群								消極的愛着群							
	養育者				子ども				養育者				子ども			
	意図的 発信	非意図的 発信	応答	無反応	意図的 発信	非意図的 発信	応答	無反応	意図的 発信	非意図的 発信	応答	無反応	意図的 発信	非意図的 発信	応答	無反応
総計	.37	.30	-.52	.39	-.05	.11	-.36	-.09	.50	-.43	-.03	.48	-.03	-.06	.05	.00
親側面	.43	.38	-.49	.34	.07	-.07	-.26	-.13	.54 *	-.34	-.14	.50 *	-.06	-.13	-.02	.06
子ども側面	.29	.19	-.52	.43	-.19	.32	-.46	-.03	.39	-.47	.08	.40	.00	.01	.12	-.06
役割/規制	.77 *	.33	-.36	.58	.13	-.36	.03	-.18	.24	-.03	-.31	.66 *	-.24	-.16	-.08	-.21
孤立	.41	.14	-.77 *	.72	.00	.26	-.58	.16	.47	-.08	-.26	.40	.00	.06	-.29	.04
配偶者	.73	.64	-.14	.25	.46	-.72	.38	-.50	.33	-.24	-.02	.08	-.12	-.38	.05	.23
有能感	.17	.19	-.23	-.04	-.04	-.17	-.16	.10	.60 *	-.38	.04	.38	.00	.03	.19	.04
抑うつ	.16	.22	-.50	.36	-.22	.43	-.48	.10	.72 *	-.33	-.29	.34	-.40	-.25	-.02	.19
気持ち	.43	.18	-.29	.38	.39	.06	-.33	.16	.30	-.34	-.19	.22	.02	.03	-.12	.12
愛着	-.27	.19	-.63	.09	-.26	.64	-.72	.18	.18	-.29	.36	.22	.15	-.20	.37	-.19
健康状態	.16	.66	-.57	.19	.10	.11	-.28	.36	.23	-.38	.12	.27	.39	.22	-.08	.18
喜ばせる	.25	.41	-.75	.48	.17	.25	-.54	.40	.45	-.14	.11	.42	.01	.14	.16	-.13
不機嫌	.18	.14	-.46	.39	-.38	.42	-.42	-.04	.23	-.37	-.16	.31	-.09	.08	-.10	-.11
期待不和	.53	.34	-.62	.54	.24	-.06	-.36	-.05	.13	-.47	.23	.57	-.04	-.02	.12	.16
多動	.22	-.07	-.23	.40	-.50	.47	-.32	-.17	.41	-.41	.20	.29	.17	-.19	.35	-.10
人見知り	.30	.06	-.42	.39	-.26	.28	-.43	-.26	.35	-.38	-.19	.57 *	.02	-.06	.01	-.29
問題	.29	.24	-.49	.33	-.06	.19	-.42	-.10	.54 *	-.53 *	.21	.17	-.23	.03	.09	.36
敏感性	.13	.27	-.52	.31	-.17	.42	-.49	.13	.29	-.45	.19	.51 *	.15	.18	.10	-.16

※セル内はr値 p<.05\*, p<.01\*\* .

## ① 正期産児・積極的愛着群

養育者の意図的発信と「抑うつ」、「孤立」( $r=-.83, p<.01, r=-.72, p<.05$ )に強い負の相関、「親側面」( $r=-.67, p<.05$ )に中程度の負の相関、及び「人見知り」( $r=.71, p<.05$ )に強い正の相関が認められた。また、養育者の非意図的発信と「配偶者」( $r=.73, p<.05$ )、「親側面」( $r=.68, p<.05$ )には、それぞれ強い正の相関、及び中程度の正の相関が認められた。さらに、養育者の応答と「人見知り」、「敏感性」( $r=-.76, p<.05, r=-.73, p<.05$ )にはそれぞれ強い負の相関が認められた。また、子どもの非意図的な発信と「多動」( $r=.70, p<.05$ )に強い正の相関が認められ、子どもの無反応と「親側面」、「役割/規制」、「愛着」には、それぞれ中程度の負の相関が認められた( $r=-.68, p<.05, r=-.67, p<.05, r=-.69, p<.05$ )。

## ② 正期産児・消極的愛着群

養育者の非意図的発信と「喜ばせる反応」( $r=.73, p<.05$ )に強い正の相関、「子ども側面」、「役割/規制」、「人見知り」、「敏感性」にそれぞれ中程度の正の相関が認められた( $r=.64, p<.05, r=.69, p<.05, r=.64, p<.05, r=.69, p<.05$ )。また応答と「役割/規制」( $r=-.76, p<.05$ )、「不機嫌」( $r=-.67, p<.05$ )にそれぞれ強い負の相関および、中程度の負の相関が認められた。また、子どもの意図的発信と「有能感」( $r=-.73, p<.05$ )、「問題」( $r=-.69, p<.05$ )にそれぞれ強い負の相関および、中程度の負の相関が認められた。また、子どもの非意図的発信と「親側面」、「孤立」に強い正の相関( $r=.73, p<.05, r=.72, p<.05$ )、「有能感」、「愛着」、「健康状態」には、それぞれ中程度の正の相関が認められた( $r=.65, p<.05, r=.69, p<.05, r=.66, p<.05$ )。子どもの応答と「喜ばせる」には、強い負の相関が認められた( $r=-.71, p<.05$ )。子どもの無反応と「配偶者」には、強い負の相関が認められた( $r=-.75, p<.05$ )。

## ③ 低出生体重児・積極的愛着群において

養育者の意図的発信と「役割/規制」に強い

正の相関が認められ( $r=.77, p<.05$ )、一方で、養育者の応答と「孤立」には強い負の相関が認められた( $r=-.77, p<.05$ )。

子どもの発信・応答の様相と育児ストレスには相関はみられなかった。

## ④ 低出生体重児・消極的愛着群において

低出生体重児・消極的愛着群では、養育者の発信・応答と育児ストレスとの関連として、養育者の意図的発信と「抑うつ」( $r=.72, p<.01$ )との間に強い正の相関が認められ、「ストレスの総計」、「親側面」、「有能感」、「問題」との間には、それぞれ中程度の正の相関が認められた( $r=.50, p<.05, r=.54, p<.05, r=.60, p<.05, r=.54, p<.05$ )。また、養育者の非意図的発信と「問題」( $r=-.53, p<.05$ )との間には、中程度の負の相関、養育者の無反応と「親側面」、「役割/規制」、「人見知り」、「敏感性」( $r=.50, p<.05, r=.66, p<.05, r=.57, p<.05, r=.51, p<.05$ )との間には、それぞれ中程度の正の相関が認められた。

子どもの発信・応答の様相と育児ストレスとの関連においては、相関はみられなかった。

## 考 察

## I. 極・超低出生体重児の養育者の育児ストレスおよび子どもへの関わり

出生体重と育児ストレスに関しては、極・超低出生体重児を有する養育者は、正期産児を有する養育者より「親役割によって生じる規制」によるストレスが低いという結果が示された。「親役割によって生じる規制」とは、「私の生活のほとんどが子どものために費やされている」等の項目で構成されており、親としての役割によって生じる時間的・行動的制約のことである。出生時の体重が小さい程NICUへの入院日数が長く(仲村ら, 2004)<sup>11)</sup>、極・超低出生体重児の養育者は、NICU退院後も出産後のフォローアップのため病院を定期的に受診する等、子どものために費やす時間は実質的に多いことが推察される。それにも関わらず、親としての役割によって生じる時間的・行動的制約へのストレスを最も感

じていないという結果であったことは興味深い。

育児ストレスについて研究した田中ら (2011)<sup>5)</sup>の研究では、正期産児の母親より総じて育児ストレスが高いと示されており、本研究の結果とは異なる。田中ら (2011)<sup>5)</sup>の研究では対象児の月齢が29ヵ月に対して、本研究の対象児は42ヵ月であった。低出生体重児の発達の予後に関しては、退院時の発育が修正週数相当であれば、その他で発育に大きな影響を及ぼす病気を有していない限り、3歳までには修正月齢(予定日からの月齢)相当の発育を示すことが多いことが言われている(佐藤, 2012)<sup>4)</sup>。つまり、先行研究の対象児は3歳未満であり、その養育者は子どもが3歳の誕生日を迎えるまでは養育者はわが子の発達に対して何らかの障害がでないか様々なストレスを抱えて過ごしていると推察され、その時期の養育者では田中ら (2011)<sup>5)</sup>の研究で示されたように育児ストレスは高いと考えられる。しかし、NICU退院後の定期的な病院受診は時間的・行動的制約はあるものの、子どもの発達や育児について専門的サポートを受ける場でもある。そのような専門的サポートが、命さえも危ぶまれた小さなわが子が順調に成長していることや、子育てができる喜びといった気持ちをあらためて実感できる場として機能し、3歳以降の養育者の育児ストレスの低減につながったと考えられる。さらに、本研究では遊び場面でも正期産児の親子より、極・超低出生体重児の養育者の方が子どもに応答することが多いと示された。本研究での応答行動とは、子どもが遊んでいる様子に注意を向け、子どもが養育者に関わりを求めてきたときに応答するだけでなく、直接養育者に向けていない行動に対しても笑顔や声掛けを示したり等の反応も含まれている。極・超低出生体重児の養育者は、上記で述べたような子どもの発達や子育てに関する専門的サポートを受けることで、正期産児の養育者よりも、子どもの行動に目が向き、子どもの発信に繊細に応答することができるような関わりの成立につながったと推測される。親子間でジェンガのような相互交流的な遊びにおいて養育者が応答するほど子どもの発達にポジティブな効果があると示されている(Hutt, 2009)<sup>12)</sup>ことから、養

育者の応答が発達リスクの高い極・超低出生体重児の発達を促している可能性も考えられる。

今後、どのような専門的サポートがストレス軽減や親子の良好な関りにつながるのかより多角的な検討が必要と考えられる。

## II. 愛着行動別に見た相互交渉と育児ストレスとの関連

### 1. 積極的愛着群において

正期産で積極的な愛着行動を示す児の養育者は、養育者の意図的発信と「抑うつ」、「孤立」の間に強い負の相関、及び「人見知り」との間に強い正の相関が認められた。また、さらに、養育者の応答と「人見知り」、「敏感性」の間にはそれぞれ強い負の相関が認められた。つまり、養育者が抑うつや孤立に関するストレスを感じていない状態や、子どものことを人見知りだと感じていると、養育者から意図的な行動を行い、逆に人見知りや敏感ではないと感じていると応答的に関わっている姿が伺える。また、子どもの非意図的発信と、養育者が子どもに「気が散りやすい/多動」のストレスとを感じていることに強い正の相関が示された。子どもの行動を気が散りやすい/多動とストレスに感じているものの子どもの状態に応じた関わりが持てているため、良好な関係性が築けていると考えられる。

一方、同じ積極的愛着群でも低出生の場合は、養育者の意図的発信と「役割/規制」との間に強い正の相関が示され、低出生で産んだことによる親としての役割によって生じる時間的・行動的制約を感じつつも、我が子の発達を願い我が子に対して積極的に関わろうとしている養育者の姿が推察される。また、養育者の応答と「孤立」との間には、強い負の相関が認められた。子どもの育ちへの不安感子どもの発達や成長に関する悩みを、同じ養育者や専門家である園の先生から助言をもらうことが有効である(荒牧・無藤, 2008)<sup>13)</sup>ように、病院でのフォローアップといったサポート源を活用することは孤立を感じずに子どもへの応答につながると考えられる。さらに、正期産児群とは異なり、子どもの行動との相関は

示されなかったことから、子どもの状態に左右されず、役割規制のストレスを感じながらも懸命に関わっている姿や、周囲にサポートされながら子どもへ応答していることが、子どもが養育者に対して不安な時に適切にヘルプを出せる関係性構築につながっていることが推察される。

## 2. 消極的愛着群において

本研究で消極的愛着行動とは、不安喚起場面においてその場で固まるあるいは養育者の方を見るだけに留まる等の行動を指し、不安解消としては消極的な行動である。

正期産児・消極的愛着群における、親子の発信・応答行動と育児ストレスの関連では、養育者の非意図的な発信と、子ども側を要因としたストレスの高さに相関が示され、特に「喜ばせる反応」との関連が強かった。「喜ばせる反応」は、“この子のために何かする時この子にあまり喜ばれていないと感じる”等の項目から構成されている。さらに子どもの「人見知り」と「敏感性」へのストレスにも中程度の相関が示されたことから、養育者は子どもへの関わりに難しさを感じており、それが直接的な関わりを避けることに繋がっていると推察される。さらに子どもの非意図的な発信と、親側面のストレスの高さに相関が示され、特に「孤立」との関連が強かった。「孤立」は“以前のように人々に興味が持てない”“孤独で友達がいないと感じている”等の項目から構成されている。また「有能感」、「愛着」、「健康状態」にも中程度の相関が示された。このように養育者自身が対人関係や自分自身に関して自信が持てないと感じている場合、子どもは養育者の状態を敏感に察知し、養育者への直接的な働きかけが出来ない可能性が考えられる。正期産児・消極的愛着群の養育者においては、互いに非意図的な発信を行うという交渉のズレを呈している可能性が想定される。また、この関係は、Ainsworth (1972)<sup>14)</sup> が提唱する回避型の子どもの、養育者との分離の際に、内実は不安や苦痛に満ちているものの表面的には混乱を示さない様に、本研究における見も、不安場面において養育者を積極的に求めることが出来ない様

相を呈した可能性が推察される。

低出生体重児・消極的愛着群では、養育者の意図的な発信の多さと親自身の「抑うつ」に強い相関が示され、さらに「ストレスの総計」や「親側面全体」親自身の「有能感」、子どもの「問題」に対するストレスの高さが関連していた。この結果から、養育者自身が抑うつ状態や有能感を感じられない状態であったり、子どもに対して問題を感じている状態にも関わらず、積極的に子どもに関わっていた可能性が考えられる。子どもへの意図的な発信とストレスの高さにおける正の相関は、低出生体重児の両群に見られたことから、ストレスを感じていながらも低出生で産んだ我が子の発達を願い、積極的に関わろうとしている養育者の姿が推察される。

一方、養育者の無反応と「親側面」や「役割/規制」、子どもの「人見知り」、「敏感性」のストレスの高さが関連していた。育児ストレスの高い養育者は、無反応により応答性が低い（長谷川, 2008)<sup>6)</sup> という先行研究と同様の結果である。子どもの「人見知り」、「敏感性」のストレスの高さが養育者の無反応との相関については、子どもが不安を感じた際に養育者に対して積極的に助けを求めないことを、子どもが「人見知り」「敏感」と捉えてどのように反応していいか分からず無反応となり、一方子どもは、養育者は自身の発信に応答してくれない存在としてのイメージを定着させ養育者に積極的に助けを求めないといった親子ともに関りが持てていない状態が推察される。さらに低出生体重児群では、遊び場面での実際の子どもの行動とストレスには相関が示されなかった。つまり、低出生児の養育者のストレスは関りに重要な要因であり、養育者のストレスに対する支援を行うことが、子どもが不安な時に養育者を安全基地として利用できる良好な親子関係につながると考えられる。

## 結 論

1500g未満と極低出生体重で小さく生まれた場合は、子への心配から親役割によって生じる自身の時間的・行動的制約というストレスは感じにくく、



さらに子どもの発信に繊細に応答することで相互交渉に繋がっている姿が浮かんできた。その一方で、子どもが不安を感じる場面で愛着行動が消極的な低出生児の養育者は、「子どもの状態に問題」等のストレスを感じており、さらに遊び場面で養育者は子どもに関わろうとするものの子どものシグナルには応答できないという関わりのすれ違いが示され、親子の関係構築に注目した支援を行う重要性が示されたと考えられる。本研究では、対象人数の少なさから愛着行動に関して極・超低出生体重児を取り上げることができなかつた。出生時の体重が小さい程NICUへの入院日数が長くなることに伴い、必然的に親子の分離期間も長くなるため、極・超出生体重児と養育者との愛着関係により影響を及ぼしている可能性も考えられる。今後の課題として、対象児を増やして極・超出生体重児の愛着関係を検討することが望まれる。

なお、利益相反に関する開示事項はありません。

#### 引用文献

- 1) 厚生労働省 2020：成育医療等を巡る状況について 第1回成育医療等協議会 資料3. <https://www.mhlw.go.jp/content/11908000/000689458.pdf> (2022年1月20日アクセス)
- 2) Bowlby.J.1976 黒田実郎, 大羽葵, 岡田洋子訳: 母子関係の理論 I 愛着行動. 岩崎学術出版社. 1991.
- 3) 小泉武宣. NICU入院と子ども虐待. 周産期医学 2006 ; 36 (8) : 941-946.
- 4) 佐藤拓代. 低出生体重児の訪問指導に関する研究 低出生体重児保健指導マニュアル ～小さく生まれた赤ちゃんの地域支援～. 大阪府立母子保健医療センター 2012.
- 5) 田中克枝, 鈴木千衣, 古溝陽子, 他. ハイリスク児をもつ母親の育児ストレスと育児支援の検討 —NICU退院後1年以上経過した早期産低出生体重児について— 弘前医療福祉大学紀要 2011 ; 2 (1) : 39-46.
- 6) 長谷川麻衣. 母親の育児ストレスと母子関係 —縦断研究による検討— Human Developmental Research. 2008 ; 22 : 37-48.
- 7) 金澤忠博. 超低出生体重児における発達障害様症状の特異性と発症メカニズムの解明 科学研究費女性事業データベース 2018 ; <https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-15K04061/15K04061seika.pdf> (2022年1月20日アクセス)
- 8) Harlow, Harry F. (1958). "The nature of love.". American Psychologist (American Psychological Association (APA)) 13 (12) : 673-685.
- 9) 深田昭三, 倉盛美穂子, 小坂圭子, 他. 幼児における会話の維持：コミュニケーションの連鎖の分析 発達心理学研究 1999 ; 第10巻 ; 第3号 : 220-229.
- 10) J・ボウルビィ (著), 黒田 実郎・大羽葵・岡田洋子・黒田聖一 (翻訳). 母子関係の理論(1) 愛着行動, 岩崎学術出版社, 1991.
- 11) Hutt RL, Wang Q, Evans GW. Relations of parent-youth interactive exchanges to adolescent socioemotional development. Social Development. 2009 ; 18 : 785-797.
- 12) 仲村美津枝, 高江洲なつ子, 儀間継子, 他. 合併症の少ない低出生体重児の出生体重からみた入院日数予測. 日本新生児看護学会誌 2004 ; 10(1) : 19-25.
- 13) 荒牧美佐子, 無藤隆. 育児への負担感・不安感・肯定感とその関連要因の違い：未就学児を持つ母親を対象に. 発達心理学研究 2008 ; 第19巻 : 第2号 : 87-97.
- 14) Ainsworth M.D.S. Attachment and dependency A comparison. In J. L. Gewirtz, Attachment and dependency, V. H. Winston & Sons New York. 1972.