

乳幼児の発達支援と乳幼児健診の役割

—支援システムの検討—

芦澤 清音

1. はじめに

乳幼児健康診査(以後乳幼児健診と呼ぶ)は、1947年の児童福祉法及び1965年の母子保健法に基づくわが国固有の制度であり、乳幼児の発達に関わる問題の早期発見と早期対応を可能にするなど乳幼児の発達支援において重要な役割を果たしてきた。乳幼児健診は、終戦後の社会的混乱期に、乳幼児死亡率の減少、栄養状態の向上、感染症の予防と治療を主な目的として始まった。その後、社会経済の安定と発展、乳幼児医療の進歩により、わが国の乳幼児死亡率は世界で最も低くなり、健診の目的は、衛生・栄養・疾病予防と治療から発達・教育・障害の早期発見と予防へと変化したり、1961年3歳児健診が国の施策として開始され、1977年には、地方自治体が実施主体となり1歳6ヶ月児健診が開始された。1歳6ヶ月児健診開始は、障害の早期発見と早期療育にとって画期的な変革をもたらした。それまでは比較的重い発達障害を持っていても3歳になって初めてフォローの対象となったが、早期の発見によって障害の固定化や2次障害を生じる前に対応することができるようになり発達障害の支援において多大な成果をあげた²⁾。1980年代には、各地で療育システムの整備も始まり、健診後のフォロー体制の充実に力が注がれるようになった。しかし、その一方で、支援システムの整備に関して著しい地域格差ができた³⁾⁴⁾⁵⁾。1997年、母子保健法の改正により乳幼児健診は地方自治体が一括して行うことになり、一貫した乳幼児のフォロー体制がとられるようになったが、1980年代以降にできた療育体制の地域格差は解消されないまま現在に至っている。また、近年の社会経済の低迷に

よる地域経済の悪化と少子化は母子保健領域へも深刻な影響を及ぼし始め、行政からの予算削減の圧力に母子保健の現場では、現状維持を死守しているのが実情である。

一方で、虐待、いじめ、学級崩壊などが社会問題化し、乳幼児期からの子育てが注目されるようになってきた。健診の果たす役割として、障害の早期発見と早期対応に加え、子どもとそれを取り巻く環境への支援という視点が増大している⁶⁾⁷⁾⁸⁾⁹⁾。

2000年、厚生省では、21世紀に向けての母子保健の新しいビジョンを示すものとして「健やか親子21」を発表した。そこには『子どもの心のやすらかな発達の促進と育児不安の軽減』が指針として示されており、乳幼児健診を含む母子保健において、子どもの心の発達や子育て支援重視の方針が出された¹⁰⁾。地域によっては、このような育児支援事業の予算増額や事業新設への動きも見られる。表1は、乳幼児健診の移り変わりを示したものである。このように「からだからこころへ」と行政側の関心が移行しているが、前述のように多くの地域で障害児の早期発見と対応という課題は未解決のままである。また、2003年3月には、文部科学省から「今後の特別支援教育のあり方について」の最終報告が発表され、通常学級においてLD、ADHD、高機能自閉症など軽度の発達障害を持つ子どもたちが全在籍児の6%にのほり¹¹⁾、特別支援教育の対象であることが示された。この報告は、就学前にさかのぼって乳幼児期からのより精度の高い発達上の問題の発見と環境の整備を含めたきめ細かい対応の必要性を提起することになる。

乳幼児健診開始後半世紀以上が経過し、その支援ニーズは時代とともに多様化している。子ども自身の発達の問題、養育者を中心として子どもを取り巻く環境への支援など子どものすこやかな成長発達のための包括的な支援システムを構築していかなければならない時代といえよう。子どもの公的な発達支援の出発点である乳幼児健診が、今後果たしていくべき役割を整理し、新しい役割を検討していくことが乳幼児期からの一貫した支援システム構築につながると考える。

筆者は、地域の保健センターで心理相談員として1歳6ヶ月児健診、3歳児健診及び健診後のフォロー事業において、乳幼児の発達と養育者の子育てに関する支援事業に携わっている。前述のように、乳幼児健診の支援体制の地域格差は大きく、筆者の関わるH市とC市においても、健診後の支援システムに大きな違いがある。C市は、母子保健事業としての健診事後フォロー事業とそれに続く療育体制が整備され、虐待予防に向けての養育者支援事業を新設するなど、母子保健の新しい動向にも敏感に対応している地域である。一方H市は、健診での早期発見後の支援体制の整備が不十分で、支援体制の構築が従来からの課題となっている。しかし、地域経済が悪化している現状においては、1980年代の施設の新設を含めた大規模な早期発見早期対応システムの整備と同様の取り組みを現在に提案することは、机上の空論に等しい。地域の実情にあったこれからの発達支援の取り組みを提案していかなければならない。

本稿では、乳幼児健診で心理相談員が子ども

の発達支援において直面する問題を整理し、H市のような早期療育体制を整備できないまま現代の新しいニーズに対応していかなければならない地域とC市のようにその時代のニーズに比較的迅速に対応している地域の状況を比較しながら、乳幼児健診の果たすべき役割と支援のあり方を検討する。

2. 乳幼児健診事業の概要

地域により実施方式の違いはあるが、3~4ヶ月児健診、1歳6ヶ月児健診、3歳児健診は集団方式で実施され、その他の乳(幼)児健診は、民間委託されている場合が多い。

それぞれの健診は、その時期の子どもの発達に応じてその役割が異なる。母子保健マニュアルによれば、乳児健診は、発育栄養状態と精神・運動機能の発達のチェック、疾病または異常の発見が目的で、その他虐待の発見や、養育者の育児不安、家庭環境への配慮も重要とされる。この時期には、主に、医学所見が明確な比較的重い疾病や障害の発見が中心となる。1歳6ヶ月児健診以降の幼児健診では、それまでに発見できなかった軽度あるいは境界領域の発達の遅れ、視聴覚異常を見出して、適切な事後指導を行うことが重要であるとされている。発達については、運動発達、知的発達、言語発達、情緒発達ならびに生活習慣の自立、社会性の発達について観察が行われる。その他、情緒・行動的問題、自閉傾向、社会(環境)適応不全、学習障害、心身症、児童虐待の早期発見と適切な援助なども実施目的となっている¹²⁾。

乳幼児発達健診は、一般に保健師、医師、歯

表1. 母子保健施策の流れと健診の目的の移り変わり

母子保健施策	健診で重視される内容
1940 乳幼児の健康診査や保健指導の全国実施	← 衛生・栄養・疾病予防と治療
1947 児童福祉法公布	
1949 東京都3-4ヶ月児健康診査実施	
1961 3歳児健康診査(国)、新生児訪問指導	
1965 母子保健法公布	
1977 1歳6ヶ月児健康診査(地方自治体)	← 発達・教育・障害の早期発見と予防
1987 1歳6ヶ月児精密健康診査	
1990 3歳児健康診査に視聴覚検査導入	
1997 母子保健法改正	
乳幼児健診を一括して地方自治体に移管	
2001 「健やか親子21」発表	← 子どもの心の発達と育児支援

科医師、歯科衛生士、栄養士、心理発達相談員がスタッフとして関わる。健診は、子どもの発達や母親の気持ちや体調を知るための問診票を養育者に記入してもらい¹³⁾、それをもとに保健師が養育者に問診をし、身体発育計測、医師の診察、歯科健診などを経て、必要に応じて栄養相談、保育相談、心理相談が行われる。健診で所見のあった子どもは、医療機関へ紹介されたり、健診後の事後フォローシステムを利用して、経過観察や継続相談が行われる。母子保健事業における事後フォローは、医師による発達健診、歯科相談、栄養相談、心理相談やグループワークなどが一般的であるが、地域によって内容は異なる。心理相談員が関わるのは一般に1歳6ヶ月児及び3歳児健診とその後のフォロー事業で、医学的所見はないが、子どもの発達や養育において気になる子どもと養育者が対象となる。

表2、3は、東京都内の23区および市町村で実施されている3歳児健診の受診状況と有所見者数および、心理相談来談者の内訳である¹⁴⁾。

3歳児健診の受診率は87.0%、その内有所見者数は27.9%と比較的高い数値を示している。その内訳は、日常習慣5.0%～言語3.1%の順に続く。また、3歳児健診受診者の9.2%が心理相談を受けている。相談項目(複数回答)では、養育者の問題がもっとも多く37.5%、ついで、言葉の問題35.4%、行動・性格の問題33.8%と続く。このうち、子ども自身の問題は言葉の問題と行動・性格の問題であるが、この時期の子どもの発達の問題は、養育者や家庭・環境、生活習慣とも密接に関連しており、9.2%が何らかの

支援対象となる子どもたちといえよう。

図1に筆者が心理相談員として相談業務に従事している都内H市とC市における乳幼児健診に関する保健センターの母子保健事業の概要を示す。

(1) H市の健診事業の概要

H市は東京都の西部に位置する人口約50万の都市である。H市では、健診に続くフォロー体制として図1にあるように、乳幼児発達健診、乳幼児健診(2歳児経過観察)、1歳6ヶ月児心理(個別相談、グループワーク、子育て支援グループワーク)、3歳児経過観察(心理)がある。

乳幼児健診(2歳児経過観察)は、1歳6ヶ月児健診時に再確認が必要な子どもの保護者宛に2歳時点でアンケートを送付し、子どもの状態に変化が見られない場合や養育者が子どもの発達に不安を持っているような場合に、心理相談員が発達の確認を行うものである。2歳時点で再チェックを行うのは、1歳6ヶ月頃は個人差が大きく、子どもによっては2歳近くになって急激に変化するからである。このようにH市では、発達障害の早期発見は比較的丁寧に行われている。

健診後の事後フォローとして、1歳6ヶ月児心理と3歳児経過観察(心理)があり、心理相談員が、親子の個別相談を行っている。この相談は、発達上の問題が心配される子どもや、比較的深刻な育児不安やストレス、養育上の問題が疑われる養育者が対象で、養育者自身が相談を希望する場合と保健師の勧めで実施される場合がある。主に、問題の確認と支援の方針を立て

表2. 3歳児健診実施状況と有所見者数内訳(抜粋)

対象者数	受診者数(受診率%)	有所見者数(有所見率%)	有所見者数内訳抜粋(%)
100,264	87,271 (87.0%)	24,330 (27.9%)	日常習慣 4,355 (5.0%)
			皮膚 4,392 (5.0%)
			眼 4,177 (4.8%)
			耳鼻 2,746 (3.1%)
			言語 2,712 (3.1%)

表3. 3歳児健診心理相談項目

来談者数率	養育者の問題	言葉の問題	行動性格	家庭・環境	生活習慣
9.2%	37.5%	35.4%	33.8%	17.9%	18.1%

るために実施され、2次スクリーニングの役割を持つが、相談自身が問題解決の役割を果たすことも多い。

個別相談と同様に、2次スクリーニングと支援の役割を担う事業として、グループワークがある。これは、1歳6ヶ月児健診及び2歳児経過観察において経過観察が必要であると判断された親子を対象とした親子遊びのグループ活動である。発達上の問題を有する可能性の高い3歳未満の子どもとその養育者が主な対象であるが、親子の関係性や養育が心配なケースも対象としている。ただ、現状としては、グループの収容人数の関係で、後者への対応が十分にできず、療育の準備グループとしての色彩が強くなっている。このグループでは、保育士が遊びのリーダーを務め、保健師と心理相談員が親子の関わりの支援を行う。また、心理相談員は、集団での子どもと親子の様子を観察し、発達や親子関係の評価および、実際の関わりを通して支援の可能性を探っていく。また、グループワークを通して、養育者が子どもの発達上の問題に気づき、療育の必要性や適切な対応について認識が持てるように動機付けをしていくことも役割の一つとなっている。活動は隔週で3ヶ月間計6回を1クールとして年3クール実施される。グループワークが必要な親子ができるだけ多数参加できるように固定メンバーで行われ、1クールずつメンバーは入れ替わる。1クール6回の実施のため、子どもがグループに慣れたところに終わってしまうという場合もある。会場の広さの関係で、親子15組程度が限度のため、2、3組の親子が毎回選定もれとなっている。

子育て支援グループワークは、メンバーはオープン制で月1回行われ、保育士と保健師が運営している。親子が地域へスムーズに移行するための子育て資源の1つとして位置付けられている。

(2) C市の健診事業の概要

C市は東京都内の人口約20万人の都市である。C市の特徴は、充実した健診後のフォロー体制が整っていることである¹⁵⁾。

図1に示したように1歳6ヶ月児健診及び3歳児健診後の相談事業として、「ことばの相談」、

「うんどうの相談」及び「こころの相談」がある。「ことばの相談」は、文字通り言葉の遅れなどを主訴とする発達の問題を持つ子どもが対象で、言語聴覚士が相談を担当する。始歩の遅れや体や手先の動かし方など運動発達に気になる点のある子どもは「うんどうの相談」に誘う。この相談は、市の障害児通園施設から派遣された作業療法士が担当している。このように精神発達や運動発達の問題が疑われる子どもは、「ことばの相談」や「うんどうの相談」の対象となる。「こころの相談」の対象となるのは、顕著な発達の遅れなど明確な発達上の問題はみられないが養育者が子育てに困難を感じていたり、多動や乱暴、集団に入れないなど行動上の問題が気になる子ども及び、養育者の子育てストレスや不安の強いケースなどである。こころの相談は心理相談員が担当する。また、こころの相談に続くグループワークとして2つの親子遊びのグループがある。一つは、1歳6ヶ月児健診後のフォローグループでもう一つは3歳児健診後のフォローグループである。グループそのものは1年間継続して行っており、対象児は原則として6ヶ月間フォローを受けることになっているが、親子の様子いかんで6ヶ月以上継続することもある。したがって、構成メンバーは随時入れ替わりながら10組余りの親子が常時参加している。このグループには保健師、保育士、及び心理相談員がスタッフとして関わっている。H市と同様保育士がリーダーをつとめ、心理相談員は、子どもと養育者のアセスメントと親子関係の支援を行う。また、各回の終了後、順次参加親子の個別相談を行い、グループワークとこころの相談を併行して行う。グループ活動において発達上の問題が明確になり療育が必要と判断した場合は、以下に述べる保健センター内で行われている療育グループや市の総合福祉センター内の療育や障害児通園施設に紹介する。問題が解消されると卒業という形で児童館など地域資源を利用することになる。3歳児グループではグループ終了後幼稚園に就園する子どもが多い。6ヶ月以上経過しても問題が継続し、さらに経過観察が必要な場合は、こころやことばの相談を継続する。C市にはその他に発達上の問題を持つ子どものグループワークとして療育グループがある。健診で発達の問題が明確であ

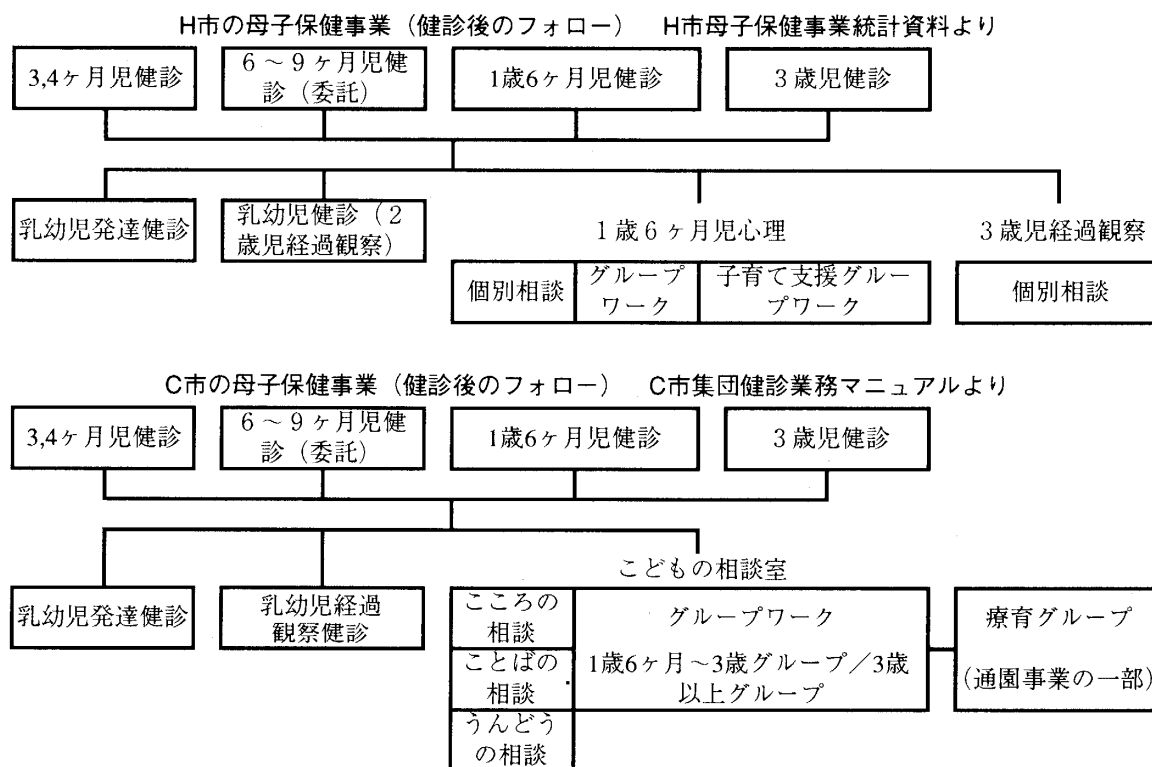


図1. H市とC市の母子保健事業（健診後のフォロー事業）

子どもとその養育者（通常母親）数組の固定メンバーで、週1回3ヶ月間行われる。対象は1歳6ヶ月児健診後で3歳未満の子どもたちである。健診から直接紹介される場合もあるが、ことばやこころの相談経由で紹介されるケースもある。このグループには市の障害児通園施設の指導員と言語聴覚士及び保健師がかかわり、グループワーク終了後は市の障害児通園施設で継続して療育を受けるケースが多い。以上3つのグループがあるが、各グループとも常時何人かの待機児がいる状態である。この他に養育者のフォローグループとしてMCG(mother and child group)がある。これは、虐待対応グループであり、虐待が疑われたり、虐待に移行する可能性が高い養育者を対象にグループの話し合いを通して虐待のリスクを軽減することを目的としている。ここには、心理臨床の専門家と保健師が関わっている。

以上、H市とC市の保健センターで実施されている1歳6ヶ月児および3歳児健診と事後フォロー事業を概観した。両市の比較から、H市は健診のスクリーニングに関しては丁寧に行われ、早期発見の体制がとられているが、スクリーニング後の対応が十分とはいえない。さら

に、H市は、健診後、療育が必要とされる子どもたちが利用できる地域の療育資源はごく限られており、市内に民間の障害児通園施設が1園あるのみで、専門性の高い公的な療育資源はほとんどない。近隣市の療育病院で行っている療育指導に頼っているのが現状である。需要に対して供給が圧倒的に不足している。

一方、C市は、子どもの状態に応じた相談とグループワークがあり、養育者に対しても、育児不安やストレスから養育者自身の精神面まで多様な問題への対応が可能である。公的な療育体制も整っており、市立の障害児通園施設の通園事業と外来指導、および総合福祉センターの療育相談と指導がある。指導内容は、感覚統合、音楽療法、運動、言語、心理指導など多様で、健診で経過観察処置となった子どもや養育者は、健診後、保健センター内の事業を含め、必要な支援を受ける。

このように、C市では、健診後のフォロー体制に関してきめ細かく対応するシステムが整備されている。しかし、心理相談員として子どもや養育者に関わると、現在のシステムでは対応しきれないケースに遭遇する。これについては、事例で紹介する。

3. 事例による検討

次に、心理相談員が健診制度の中で出会った親子と、それに対する支援を紹介し、両市のシステムの比較を行いながら必要な支援体制について検討を行う。

実際に健診において心理相談とグループワークによるフォローの対象となる親子は3つのタイプに大別される。子どもに発達障害の可能性がある場合、養育者の養育スキルの未熟さが子どもや親子関係に影響している場合、母親自身が未解決の心理的な問題を抱え養育や親子関係に影響がある場合である。ここでは、3つのタイプの事例をあげ、両市の対応の比較を行う。さらに、各市において現行のシステムの枠をこえて対応した事例を紹介し、支援システム拡張の可能性を検討する。

(1) 発達障害の発見と対応の比較

H市の相談事例1：療育資源の不足により早期発見後の対応が遅れたA（男児）

1歳6ヶ月児健診の保健師の問診で、子どもの発達と母親の状態に気になる点が多く、後日1歳6ヶ月児心理相談が実施された。心理相談において、子どもの発達面で気になる所見が確認され、また、家庭環境においても、母親が家事や育児が苦手で、子育ては放任状態になっており、父親が仕事の合間に家事や育児のかなりの部分を担っていることなどがわかった。家庭での発達支援を期待できないことから、できるだけ早期に療育施設の通園を開始することが望ましいと考えられた。心理相談には両親で来談した。両親は、Aの行動を個性と考えていたため、療育の必要性を認識できるようにグループワークを紹介した。グループワークでのAは、活動への理解や関心が乏しく、ふらふらと歩きまわり、気分が崩れやすく、ぐずり続けることが頻繁にみられた。発達の遅れと自閉的な傾向が明らかで、両親も子どもの発達上の問題を認識し始めた。その後、相談員の勧めに応じて、療育病院を受診し、障害児通園施設に入園の申し込みを行ったが、募集人数が少なく、3歳児での入園はかなわなかった。1年間入園待機となり、4歳児でようやく入園し現在通園中である。

H市には、定員45名の民間の障害児通園施設

が1ヶ所あり、制度上は2歳児からの入園が可能であるが、例年10名程度の園児募集しかなく、事例のように3歳児からの入園も困難な場合が多い。事例のように早期発見をしてもその後の対応がとれず、時間が経過してしまうことも少なくない。

C市の相談事例1：相談過程で発達障害が明確になったB（男児）

1歳6ヶ月児健診で、母親の育児不安が高いことから「こころの相談」を受けることになった。個別相談で、母親自身の生育歴に由来する自己肯定感の低さが顕著であること、育児スキルの未熟さが明らかになった。B自身は、言語の理解と表出において多少発達が遅れており、発達の経過を確認していくことにした。母親にBへの具体的な関わりを伝えながら、母親の自信の回復を目指して、母親が専門としている仕事への復帰を促した。母親の就労にともない、Bは保育園に入園することになった。その後、母親はBへ熱心に関わるようになり、育児への自信も持ち始めた。保育園入園後しばらくして、母親はBの言葉の遅れを心配し始めた。経過観察から、理解力が未熟であること、やり取りが成立せず、対人・コミュニケーションの発達に遅れがあることが明らかになった。育児への意欲を失わせないように配慮しながら母親へBの問題を伝え、市の総合福祉センターで実施している療育を紹介した。紹介時には、母親はかなり混乱したが、緊急に「こころの相談」を実施し、地区担当の保健師が電話や面談をした結果、母親は落ち着き、療育にも前向きになった。保育園と療育を併行することになり、保健センターでの「こころの相談」は終了となった。

本事例では、母親の育児不安への支援が目的で相談が始まったが、発達過程で子どもの発達障害が明らかになり、迅速に療育につながった。C市では、前述のように公的な療育体制が整っており、障害の状態に応じて療育が受けられる。

本事例では、また、療育移行時の母親の心理的不安は高く、保健師と心理相談員がフォローを行った。通常、療育移行時には母親の不安が高まるため母親の不安を支え療育へのスムーズな移行を促すことが相談事業の重要な役割の1つといえよう。

(2) 養育者の育児スキル向上への対応

現在、乳幼児を持つ養育者の大半がこれまで乳幼児の世話をした経験がない。健診においても、不慣れな育児に直面し、とまどい自信を失っている養育者に出会う。このような養育者に具体的に育児スキルを学んでもらうことで問題が改善されることが多い。

H市の事例2：人との関わりが苦手な母親への支援により発達が促されたC

1歳6ヶ月児健診で母親の表情が堅く、保健師の間診から、ほとんど外出せず引きこもり気味の生活をしていることがわかり、養育環境が子どもの発達に影響を及ぼす可能性があるため2歳児経過観察健診対象となった。2歳児経過観察健診の心理相談では、母親の対人緊張が高いこと、養育スキルに欠け、Cへの関わりが少ないことがわかり、また、Cは、生活経験の不足に由来すると思われる幼さがあるため、親子遊びを通して、親子の関わりや生活経験を豊かにしていくことが必要であると判断しグループワークを紹介した。グループ参加をきっかけに生活リズムが整い、母親は自転車に乗ってCをグループに連れてくるようになり、その後、自転車でCと公園や買い物にでかけるなど親子の行動半径が広がった。グループワークでの親子の関わりは、当初全くちぐはぐで、Cが母親に視線や声で関わりを要求しても母親は全く見ておらず、母親のCへの応答的反応はほとんど見られなかった。Cも、母親より、遊んでくれるスタッフに近づいた。グループワークを通して母親のCへの関わりを支援した結果、母親は徐々にではあるが、子どもと遊べるようになり、グループ終了時には、Cと関わるのが楽しくなってきたとの感想を述べた。グループワーク終了後も個別の心理相談を継続し、母親の日常の不安に耳を傾け気持ちに寄り添いながら、できるだけ現実的な対応の仕方を伝え、母親ができる範囲でCと関わりCを同年齢集団に参加させるように促した。3歳を過ぎ、Cのコミュニケーションの力は伸び、他児との関わりの未熟さがみられる程度になっている。また、相談の過程で母親はCを保育園に入園させることを決め、仕事を探し始めるなど徐々に生活に広がりが出てきている。

本事例では、養育や家庭環境がCの発達に影響を及ぼしていた。そこで、個別相談で母親の不安を支え、グループワークと個別相談によって具体的な育児スキル向上の支援を行った。その結果、母親はCに関わることが楽しくなり、自分自身の世界を広げられるようになった。育児支援が母親の自信の形成を促したといえよう。また、Cは、母親との関わりと遊びの経験が豊かになり本来の力を発揮できるようになってきた。

C市の事例2：放任的な育児のため行動のコントロールができなかったD（女兒）

3歳児健診でDの落ち着きがなく、育児が負担であるという母親の主訴があり、グループワークで発達の確認と具体的な親子の関わりを支援することになった。参加当初Dは、気に入った活動には短時間参加するがそれ以外の活動には参加せず自分勝手に動き回っていた。制止したり、無理に参加させようとすると激しく抵抗し、多動と衝動性などADHDを疑う特徴がみられた。グループワークにおいて母親がDに関わることは少なく、遠くから「だめよ」と制止する程度でDの耳には届いていなかった。Dの顔や手足の汚れが目立ち、入浴を十分にさせていないと思われることもあった。グループでの様子から母親は、機敏に動くことが難しいと考えられた。乳児の妹の世話に手をとられることから家庭でのDは放任状態になっており、そのことがDの行動や感情のコントロールの未熟さにつながっていると推察された。そのため、発達と養育の問題の両面から観察と支援を行った。Dには社会性を育てるような関わりを行った。具体的には、少しでも参加できたところはほめながら見通しをもたせ、待つなどの行動が取れるようにしていった。Dは、課題の理解は良いことから、課題の面白さがわかるにつれ行動のコントロールがとれるようになり、ADHDを疑う特徴は消失していった。母親には、グループワークと併行して個別相談を行い、具体的な関わり方をグループ内と相談の両方で伝えていった。その結果、子どもへのメリハリのある関わりが徐々にできるようになってきた。半年余りのグループワークを実施したことで幼稚園就園を迎えグループワークと相談は終結となった。

本事例では、子どもが落ち着かない背景に養

育の問題があり、母親は意図せず結果としてDを放任していた。そこで、グループワークと個別相談によって、母親に対し具体的な養育スキル習得の支援を行い、Dには、グループワークにおいて社会性の向上への支援を行い効果が見られた。

(3) 養育者の心理的な問題への対応の比較

虐待や育児不安、育児ストレスの背景に母親自身が未解決の心理的な問題を抱えており、健診後の心理相談の過程で明らかになってくる場合がある。

H市の事例3：母親の心理的な問題が子どもの行動に影響していたE（男児）

1歳6ヶ月児健診の保健師の問診で発達の確認が必要と判断され、2歳児経過観察健診対象となった。その間に母親は第2子を出産し、経過観察健診で心理相談を受けた時には母親の育児ストレスと疲労感はかなり強く、Eへ手をあげるようになっていた。Eは言葉の遅れが若干みられ、多動傾向と強いかんしゃくなど行動や感情のコントロールの未熟さが目立った。グループワークに誘い、発達の確認を行うとともに、親子の関わりが円滑になるように支援を試みた。グループワークでは、Eが遊びを十分に楽しめたのに対し、母親はリラックスできず、周囲を意識しすぎるといった様子が最後まで変わらなかった。グループワークの様子から、子どもの行動問題は親子の関わりに起因する可能性が高いと判断し、グループ終了後も個別相談を継続し母子の支援を行った。その過程で、母親が実母から身体的虐待を受けてきた生育歴をもち、子どもへの接し方に自信が持てず心理的に不安定であることがわかった。3歳を過ぎ、Eの言葉の遅れはなくなったが、母親の育児疲労や育児不安は依然として高かったため、母親がEと離れる時間を持つことと、E自身の集団での成長を期待して、保育園入園をすすめ、Eは保育園の3歳児クラスに入園した。入園後、落ち着きのなさが目立ち、他児への乱暴も多発した。保育園は巡回相談を受け、保育環境の改善が図られ、Eの行動問題は減少したが、心理的な不安定さは継続し、落ち着きのなさや唐突な他児への乱暴は依然としてみられた。母親は、Eに手をあげることはほとんどなくなったが、厳

しく接するという態度は変わらなかった。その後就学のため保健センターでのフォローは終了した。

本事例では、母親自身の心理的安定と成長に向けてのより密度の濃い心理臨床的専門性からの面接と、母子の関係を育てるための具体的支援が必要であった。保健センターの個別相談は本来経過観察が目的のため相談は概ね3ヶ月に1度の間隔で実施され、また、H市のグループワークは3ヶ月間という短期間で終了する。さらに、就学でフォローは終結となる。したがって、健診の事後フォロー事業では、本事例の支援には限界があった。

C市の事例3：母親の対人不安が高く、閉じこもり気味の生活をしていたF（女児）

1歳6ヶ月児健診で、母親の育児不安とストレスが高く、また、家の中で閉じこもりがちな生活を送っていることがわかり、こころの相談を実施した。一見社会的に見える母親であったが、こころの相談で、学生時代に受けたいじめの後遺症のため、対人不安が高く、地域の母親たちとの交流が難しいことがわかった。母親自身、自分の問題とその原因には自覚的であり、カウンセリングを希望していたが、クリニックなどでカウンセリングを受けることは経済的に困難であった。3ヶ月に1度のペースでこころの相談を続けることと、グループワークに参加することを勧めた。子どもは、対人良好であったが、母親との孤立した生活の影響で、遊びやコミュニケーションは全体に幼く、子ども自身にもグループワークでの遊びの経験が必要であると判断した。グループでの子どもの姿は生き生きしており、定期的に行う母親同志のミーティングで、母親は率先して話題を提供するなど参加に意欲的であった。しかし、このグループワークが、親子が外出して他の親子と交流する唯一の場所となり、母親のグループへの依存が顕著になったため、母親の対人面での広がりを期待して、母親支援のグループ(MCG)を紹介した。このグループは、種々の心理的な困難を抱え、子どもを虐待してしまう母親への支援グループである。Fの母親は、虐待には至らないが、家庭での孤立した育児で、Fに手を出してしまうこともあり、また、母親自身が解決したい心理的な問題を抱えているため、このグ

グループへの紹介となった。その後母親はこのグループに参加し、徐々に対人面の広がりを見せている。また、Fは現在、幼稚園に元気に通っている。

本事例では、母親の心理的な不安を支え、母親が自立していくための支援を行った。育児不安やストレスの背景には、本事例のように養育者自身の心理的な問題が隠れている場合が多い。しかし、こころの相談などの健診事業だけでは3ヶ月に1度程度の相談となり十分に対応できない。また、民間のカウンセリングを利用するには経済的な負担が大きい。本事例ではMCGの利用が有効であった。このように高い専門性を持つ公的な母親支援システムが健診の一環として整備されることがのぞましい。

(4) 新たな課題への各市の取り組み

H市の事例4：保育園との連携により問題が改善されたG

1歳6ヶ月児健診の保健師の問診で発達の確認が必要であると判断され、2歳児経過観察健診の対象となった。Gは0歳から保育園に通っており、2歳児経過観察健診前に母親から、保育園で落ち着きがなく、担任から保健センターに相談に行くようすすめられたとの電話連絡が入り心理相談を実施した。相談場面で、言葉と理解の遅れが確認され発達遅滞と判断した。当初母親は、Gの発達について心配はしていなかったが、相談の過程で発達上の問題を認識し、心理相談員の勧めに従って療育病院を受診した。Gは、軽度の発達遅滞と診断され、療育病院内の療育が開始された。通常は療育が開始された時点で相談が終了となるが、母親と保育園の担任との関係が悪く、母親はそのことを悩んでいたため、母親の心理的不安を支えることを目的に3ヶ月に1度の割合で心理相談を継続した。その後、2歳児クラスの後半に、市の障害児対象の保育園巡回相談を受け、保育園で保育士が加配された。保育園での問題行動は依然として多かったが、巡回を受けたことで担任のGに対する理解が進み、心理的に安定し、保護者との関係が改善した。Gは、2歳半頃から言葉は多数でてきたが、コミュニケーションにならないこと、切替えの悪さ、強いこだわりなど自閉的な特徴が顕著になり始め、医師の診断も

発達遅滞から自閉傾向へと変わった。その後、母親の障害への認識は進んだが、焦りから早期療育への依存が見られるようになったため、心理相談で、療育の意味や家庭での関わり的重要性と具体的な関わり方を伝えていった。母親の子どもへの視線もゆとりのあるものになり、子どもに合わせた関わりができるようになった。また、子どもの将来についても、子どもに適切な教育が必要であるとの認識を深め、障害児学級への入学も含め就学について考えるようになり、就学を前に相談は終了した。

本事例で、心理相談員は、Gを療育につないだ。そして、焦って多様な療育を受けさせようとする母親に、家庭での関わり的重要性を伝え、母親の不安を支えながら母親が見通しを持って子どもに関われるように通常より長期にわたって支援を行った。また、母親の不安軽減とGの発達支援において保育園巡回相談の果たした役割は大きかった。

尚、本事例では、心理相談員が母親の了解のもとに巡回相談員と連携をとり、母親と保育士との関係調整を行った。巡回相談以前は、保育士はGの問題行動に疲弊しており、母親の養育を責め、母親が保育士の負担に無理解であると感じていた。しかし、巡回相談の結果、Gの問題は母親の養育によるものではないこと、母親も保育士同様Gの育児に困難を感じていることを知り、保育士の母親への理解が深まり、両者の関係は改善した。

本事例では、健診事業と子どもが所属する機関との連携の重要性が示唆された。

C市の事例4：知的な遅れがなく、行動問題のみの療育が課題となったH（男児）

Hは3歳児健診で乱暴と多動傾向がみられることから「こころの相談」で相談を受けることになった。言葉や理解面での問題はなく、個別相談とグループワークを併用して、Hの集団での様子の確認を行い、集団活動を通して行動のコントロールを中心に支援をしていくことにした。個別相談の場面では、落ち着いており、コミュニケーションもよくとれ、遊びも豊かに展開した。一方、グループワークでは、活動中に走り回ったり、他児への乱暴は顕著で目が離せない状況であった。Hからスタッフや他児への関わりはあるが、スタッフに関わろうとすると

激しく拒否し、他児の些細な行動や刺激に反応して乱暴な行動がみられた。過敏さと衝動性がきわめて強く、ADHDの衝動型と考えられた。グループでは本児との信頼関係を築き、叱らずに好ましい行動を示しながら、わずかな変化や上達もほめるようにした結果、徐々に行動の改善がみられた。また、母親の育児疲労感が顕著であったため、個別相談において母親の育児負担を理解し共感しながら、子どもの特徴や見通しについて説明し、子どもを理解することと子どもの成長にとって望ましい具体的な関わりについて伝えていった。母親もHを叱ることが減り、グループワークでの子どもへの関わりは落ち着いて好ましいものとなった。相談とグループワークはHの幼稚園への就園で終了となったが、就園後はより専門的な指導を受けていくことが望まれた。市の療育施設を紹介したが、ここでは、知的に高く、行動の問題のみの子どもへの指導を行っていないという理由で一旦受け入れが拒否された。しかし、その後交渉を重ね受け入れが了承され保健センターでの相談は終結となった。

C市では療育体制は整っているが、Hのように知的な問題のない子どもへの療育は原則として行っていない。というのは、これまで、このような子どもは療育の対象とは考えられていなかったからである。しかし、近年、高機能広汎性発達障害やADHDやLDのような知的な問題は少ないが行動や集団での適応の問題を抱える子ども達が注目されるようになった。このような子ども達が問題となるのは主に就学後の場合が多いが、それ以前にも集団適応の問題や育児における困難がある。Hにおいても、放置されれば、2次的な情緒的問題を生じる可能性が危惧された。Hの事例では、療育機関が柔軟に対応したが、今後もこのようなケースが増えていくことが予想される。Hのような子どもが専門的指導が受けられる支援システムを作っていくことが今後の課題といえよう。

(5) H市とC市の対応の比較と課題

上記の8例について、H市とC市の対応の違いについて整理し表4に示す。

表4に基づき、乳幼児健診と各市の課題について整理し、必要な支援について検討する。

①療育機関の整備

C市は、早期療育の体制が整備されているため、障害の発見後速やかに市の療育システムに乗って療育を受けることになる。病院受診や診断は療育の経過をみながらになる。

一方、H市では、療育資源が乏しく、事例Aのように健診で発達の問題が明らかになっても、すぐに療育を受けることが困難な場合が多い。心理相談員は、AやGの事例のように発達障害がわかった時点で他市の療育病院を紹介する。子どもはそこで診断を受け、状況に応じて病院内で実施されている療育(言語・心理指導など)や障害児通園施設の外来事業として行われている指導を月2回程度受けて、市内のごく限られた療育資源を利用しながら幼児期を過ごしている。このように、H市では、発見→病院受診と診断→療育の開始という経過をたどる事例が一般的である。またAのように障害児通園施設で十分な療育を受ける必要のある子どもも入園できずに通常の幼稚園や保育園に通園して、月に1~2回の療育を受けるという事例が少なくない。従って、H市の場合は、幼稚園や保育園での配慮が大きな課題になってくるといえよう。

H市では、保育支援として、保育園への発達臨床の専門家の巡回相談と障害児への保育士の加配制度を実施しており、幼稚園への同様の専門家の巡回相談も昨年度より開始された。このようにソフト面での支援システムの拡張の動きが子どもに関わる関係機関に起こっている。また、療育資源の不足については、子どもに関わる各機関の悩みとなっていて、保健機関と相談機関や大学および行政機関などが効率よく連携することにより、よりよい療育支援環境の構築をめざして各機関のネットワーク作りを始めている。その中核となる障害児等保育連絡会が1997年に立ち上がり、関係機関が定期的に会議を行い、情報交換や資源の不足に起因する種々の課題の解決にむけて話し合いを持ち、各機関の連携が広がっている¹⁶⁾。

②養育者への支援

事例C~Gのように実際の相談場面では、子どもの問題とあわせて養育者の問題に直面することが多い。表3の3歳児健診の心理相談来談者における相談項目においても養育者の問題が全相談数の37.5%ともっとも高くなっている。

表4. H市とC市の対応の比較

問題	H市	C市
①発達障害	事例A:療育資源の不足による早期発見後の対応の遅れ	事例B:障害発見後の迅速な対応
②養育スキル	事例C:短期間のグループワークとその後の個別相談によるフォロー	事例D:グループワークの継続とグループと併行した個別相談
③養育者の問題	事例E:グループワークと個別相談では対応に限界あり。より専門性の高い母親への支援の必要性	事例F:グループワークと心理相談での対応の限界あり。MCGでの母親への専門的支援
④その他	事例G:保健センターと保育園巡回相談の相談員の連携	事例H:知的な問題がなく、行動問題のみの子どもへの支援体制

その内容是对応面から大別すると事例のように養育スキルの問題と養育者の心理的な問題ということになるが、両者は密接に関連している場合が多い。養育スキルの習得には経験が必要であり、第一子を持った大半の養育者はこれまで育児の経験がない。不慣れな状態からの出発となるが、一般には、日常の親子のやり取りや関わりを通して、養育スキルを習得していく。事例のように公的な支援が必要な養育者には、養育者側の問題の他にも、子ども側の問題および家族の問題や周囲からのサポートの欠如などの要因が複雑に絡んでいる場合が多い。事例Cでは、グループワークに参加するまで、養育者は引きこもり気味の生活をしており、親子の相互作用を含む情緒的な交流が欠如していた。その背景には、母親の気質や心理的な問題および身近なサポートの欠如などが関わっていた。また、事例Dでは、子ども自身の気性の激しさなど子どもの育てにくさと母親自身の生活面での処理能力の限界が育児スキルの習得に影響していた。このように育児スキルの習得を困難にしている要因は多様で、それを把握した上で必要な支援を検討することが重要である。しかし、事例CやDのように問題が比較的軽微な場合は、具体的な親子の関わりを支援していくことで、親子関係に良い循環が生じ、問題が解決に向かうことが多い。このことは、問題が深刻になる前にできるだけ早期の段階で親子への介入を行い、サポートを提供することの重要性を示している。

一方、育児スキルの獲得を中心とした具体的

な支援では問題が解決しない事例も多くみられる。子どもがかわいいと思えない、子どもの些細な行動に激しく怒り、コントロールができなくなるなどと訴える養育者の訴えの背景として、EやFの事例のように、母親自身が未解決の心理的な問題に悩み、子どもとの安定した関わりが持てない場合がある。事例Eにおいては、結局健診事業内では十分に対応できず、未解決のまま就学を迎えてしまった。本事例では、心理臨床の専門性からのより頻度の高い相談が必要であったと考えられる。健診事業内では対応しきれないため他の専門機関との連携が必要であったが、実際には経済的な理由で民間の専門機関を利用することは困難であった。これはEに限らず、乳幼児を持つ若い親達一般についてあてはまる。H市には、いくつかの大学で一般に利用できる心理相談室をもち、地域支援を行っている。これらの機関との連携も今後考えていくべきであろう。

Fの事例では、MCGという母親支援のグループワークがあり、そこでの専門的支援を行うことができた。C市のMCGは始まったばかりで、その効果についてはまだ十分には確認されていないが、健診後の母親への早期の公的支援として注目される。

③他機関との連携

事例Gでは、保健センターでの相談に加え、心理相談員が親の承諾を得て保育園巡回相談の発達相談員と連携をとり、母親との関係調整を行ったことによって母親が心理的に安定し、保育園での適切な支援を生み、Gの成長につな

がった。この事例は、健診事業と保育現場との連携の重要性と可能性について示唆している。以前から保健活動の一環として保育園と親との関係調整のために保健センターの保健師が保育園と連絡をとったり、園に出向くということは少数例ではあるが行われている。しかし、Gの事例では、直接保育園との関係をとるのではなく、保育支援を行う巡回相談と連携をとるというシステム間の連携を行うことによって、より効果的に保育支援と親支援を実施することができた。このように、子どもに対して一貫した支援が行えるように柔軟に連携がとれる体制を今後作っていくことが重要であると考え。特にH市の場合、療育資源が乏しく、そのままでは、支援の対象となる子どもが専門的な支援を十分に受けられない。従って、子どもが関わる機関が有効に連携をとり子どもに専門的な配慮ができるようにしていくことが重要であると考え。H市においては、前述のように障害児支援のネットワーク作りが進行し、各機関の代表者間の連携は広がりを見せているが、現場で直接子どもに関わる関係者が連携をとりやすいシステム作りが今後の課題であろう。

④ADHD、高機能広汎性発達障害、LDが疑われる子どもへ対応

Hのように知的には問題はないが、行動問題が顕著な子どもに相談場面でしばしば出会う。表3においても、行動・性格の問題は心理相談の33.8%を占めている。しかし、そのような子どもたちを支援できる公的な専門機関は全国的にもきわめて限られている。療育施設が充実しているC市においてもFを受け入れることが難しかった。このような子どもはこれまで療育の対象となっていなかったためである。しかし、彼らは、学校教育においては、特別支援教育の対象となる子どもたちである。2003年3月に文部科学省によって発表された「今後の特別支援教育のあり方について」の最終報告では、通常学級においてLD、ADHD、高機能自閉症を持つ子どもたちが全在籍児の6%にのぼり、特別支援教育の対象であることが示された。1980年代に障害の早期発見と早期対応の視座の広がりにより大きな成果をあげたように、これらの子どもたちに早期発見と早期対応の対策をとり、制度としての支援システムを構築していくこと

が、今後の乳幼児支援システムにおける大きな課題といえよう。

5. まとめ

子どもの発達に関わる問題の早期発見の場である乳幼児健診の実際を紹介し、必要な役割と支援についてH市とC市の比較を行いながら検討を行った。健診の役割としては、子どもの発達上の問題の早期の発見を必要な支援に結び付けていくこと、子どもの発達に関わって養育者の支援をしていくことである。養育者支援については、育児スキルを習得することで問題が解決に向かった事例と養育者自身の問題が深刻で健診内でのフォローでは十分対応できない事例が見られた。

H市とC市の比較においては、支援体制の整備に大きな違いが見られた。C市は、支援体制が充実しており、子どもの状態に応じて多様な支援が受けられ、障害の発見後迅速に療育に移行する。また、母親の心理的な問題においても専門的な対応がある程度できるシステムも作られている。一方、H市においては、療育資源が乏しく、必要な支援が受けられないことが多い。このような現状は、子どもに関わる現場でも認識されており、地域関係機関が相互に連携しネットワークを作っていくことで療育環境の向上を目指す動きがある。今後、現場レベルでネットワークが有効に活用されることが望まれる。

最後に、C市のように子どもと養育者への支援体制が整った地域においても、学齢期に特別支援教育の対象となるような高機能広汎性発達障害、LD、ADHDなどの知的に問題が少なく行動上の問題や社会適応に困難を持つ子ども達への幼児期の支援システムがなく、これらの子ども達の早期の支援体制を構築することが今後の課題である。

文献：

- 1) 三宅篤子 1985 乳幼児のための健康診断—心理相談員のみた発達と指導— 尾関夢子・三宅篤子編著 青木書店
- 2) 石堂志津子 2002 臨床発達心理学概論 1 発達支援の理解と実際 第12章フィールドにおける発達支援 p 247-252 ミネルヴァ

書房

- 3) 近藤直子、佐々木美智子、白石恵理子、松原巨子 1991 自治体における障害児乳幼児対策の実態 障害者問題研究 67 p.22-39
- 4) 近藤直子、白石恵理子、超貞京、藤野友紀、松原巨子 2001 自治体における障害児乳幼児対策の実態 障害者問題研究 第29巻 第2号 p.96-123
- 5) 杉山登志郎 2000 発達障害の豊かな世界
- 6) 益邑千草 2002 これからの乳幼児健診を考える Part1 1歳6ヶ月健診は点検整備の時期です チャイルドヘルス Vol.3 No.4 p.256-260
- 7) 吉田弘道 2002 これからの乳幼児健診を考える Part1 育児不安と健診—養育機能不全家庭の早期発見と支援—
- 8) 前川喜平 2002 親子が育つ乳幼児健診 これからの健診—従来とどこが違うか— チャイルドヘルス Vol.5 No.4 p248-251
- 9) 巷野悟郎 2002 これからの健診—過去・現在・未来— チャイルドヘルス Vol.5 No.4 p252-255
- 10) 平山宗宏 2001 「健やか親子21」について 小児保健研究 第60巻 第1号 p.3-4
- 11) 文部科学省 2003 「今後の特別支援教育の在り方について」最終報告
- 12) 厚生省児童家庭局監修 1996 母子保健マニュアル 母子保健事業団 東京
- 13) 片岡基明、安田有里子 2002 健診における発達チェック項目の検討—発達障害児の初期行動特徴— 京都女子大学教育学会「教育学科紀要」第42号 p.31-40
- 14) 東京都健康局地域保健部健康推進課監修 2002 母子保健事業報告年報 平成14年度(平成13年度統計)
- 15) 中川信子 1998 健診とことばの相談 ぶどう社
- 16) H保健所編集 2001 H市障害児ネットワーク報告書