

## 報 告

## ハイリスク新生児フォローアップ外来における育児困難を呈した母子への支援

<sup>1</sup>東京女子医科大学医学部小児科学<sup>2</sup>同 女性生涯健康センター

ヨシカワ	ヨウコ	ヒラサワ	キョウコ	タケシタ	アキコ	タカザワ	ミユキ
吉川	陽子 <sup>1</sup>	平澤	恭子 <sup>1</sup>	竹下	暁子 <sup>1</sup>	高澤	みゆき <sup>1</sup>
テラサワ	ユウ	イトウ	フミエ	カモト	シコ	オオサワ	マキコ
寺沢	由布 <sup>1</sup>	伊東	史 <sup>2</sup>	加茂	登志子 <sup>2</sup>	大澤	眞木子 <sup>1</sup>

(受理 平成24年11月5日)

## Support and Follow-up of Mothers and High-risk Children Experiencing Childcare Difficulties

Yoko YOSHIKAWA<sup>1</sup>, Kyoko HIRASAWA<sup>1</sup>, Akiko TAKESHITA<sup>1</sup>, Miyuki TAKAZAWA<sup>1</sup>,  
Yu TERASAWA<sup>1</sup>, Fumie ITO<sup>2</sup>, Toshiko KAMO<sup>2</sup> and Makiko OSAWA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Pediatrics, Tokyo Women's Medical University School of Medicine<sup>2</sup>Institute of Women's Health, Tokyo Women's Medical University

Children in neonatal intensive care units undergo long-term follow-up based on common protocols advocated by high-risk-child follow-up study groups. Feedback on neonatal care is one purpose of these groups, together with support of children's development and families' childcare. Although the frequency of follow-up usually decreases at approximately 3 years of age, children experience emotional and behavioral development after turning 3 years old. Thus, childcare difficulties may emerge at this time.

We experienced two cases in which intervention positively affected childcare difficulties that arose between a mother and her 3-year-old child after the child's medical examination. Support was provided to the mother and child in the form of counseling for the mother and mutual exchange between the parent and child. Parent-child interaction therapy was performed in Case 1, and child play therapy and parent interviews were conducted in Case 2. It is important to avoid unsuitable child-rearing methods and promote the development of high-risk children by carrying out evaluations and positive interventions in the child-parent relationship from infancy to the early childhood stages. The child-parent relationship should be given careful attention to accommodate the child-rearing difficulties encountered by parents.

**Key Words:** neonatal intensive care unit (NICU), high-risk child, parent-children interaction therapy (PCIT), play therapy, childcare difficulty

## 緒 言

低出生体重児をはじめとしたリスク因子を抱えた新生児は、医学的な管理を必要とするため、出生直後に新生児集中治療室 (neonatal intensive care unit: NICU) に入院となり、親子は引き離されて過ごすことになる。出生直後の入院という予期せぬ出来事を迎え、親も子も精神的に大きく揺さぶられる。多くの健康的な母親は周囲からの情緒的なサポートと子ども自身の成長に支えられて、その危機を乗り越え、子どもとの関係をゆっくりと築いていく<sup>1)</sup>。一

方で、周囲のサポートが乏しく、母親自身に、何らかの葛藤が内在している場合、様々なリスク要因が複雑に絡み合い、親子の関係性が悪循環に陥ってしまうことが報告されている<sup>2)</sup>。そうした親子に対して、早期からの予防的な介入の必要性が指摘されている。現在、NICU から退院した児は、ハイリスク児フォローアップ研究会が提唱した共通のプロトコル<sup>3)</sup>に基づいて、長期的なフォローアップが行われるようになってきた。それは、新生児医療へのフィードバックを一つの目的としたものではあるが、異常

Table 1 Kyoto Scale of Psychological Development test results for case 1

		P-M	C-A	L-S	Average
Twin 1	18 month (corrected age)	83 (94)	73 (84)	64 (73)	74 (84)
	3 years old	99 (107)	102 (110)	89 (95)	97 (104)
Twin 2	18 month (corrected age)	83 (94)	77 (89)	64 (73)	77 (88)
	3 years old	99 (107)	102 (110)	86 (92)	94 (101)

Postural-Motor (P-M; fine and gross motor functions); Cognitive-Adaptive (C-A; non-verbal reasoning or visuospatial perceptions assessed using materials); and Language-Social (L-S; interpersonal relationships, socialization, and verbal abilities). The results in the table show the Developmental Quotient (DQ). Developmental Quotient (DQ)=Developmental Age (DA)/Chronological Age (CA)×100. DQ=100 is equivalent to chronological age. The results in parentheses are the corrected age.

の早期発見，発育・発達への支援，保護者への育児支援の場としての役割も大きい。通常，乳児期は体調が安定しにくく，発達の異常や合併症を早期発見し介入していくためにフォローアップ間隔が密であるが，2～3歳になると，体調も安定し，急速に発達しておおむね同年代の子に追いついてくるため，フォローアップの頻度が減少する。しかし，3歳を過ぎて，子どもの感情面や行動面の発達とともに育児困難感が明らかとなり，注意深いフォローアップが必要となるケースもある。

今回，我々はハイリスク新生児フォローアップ外来(フォローアップ外来)において，3歳児健診以降に，母子の関係性障害から育児困難を呈した2ケースを経験した。低出生体重児を育てる母親の対児感情や児の発達に伴って出現する育児不安について考察し，今後のフォローアップ外来における育児支援・心理的支援について検討した。なお，報告にあたって，口頭にて本人および家族の同意を得た。また科学的考察のために支障のない範囲でプライバシーに配慮し，症例の内容を改変した。

## 症 例

### 1. ケース1：3歳の双子女児

周産期歴：母親は30代後半の1回経産婦。

児は，在胎28週6日，前期破水にて緊急帝王切開で出生した1絨毛膜2羊膜の双子女児。第1児は出生体重1,258gで，Apgar Score 1分後8点，5分後9点であった。新生児一過性多呼吸，先天性肺動脈狭窄症の合併がみられたほかは，経過は順調だった。第2児は出生体重1,174gで，Apgar Score 1分後6点，5分後9点であった。呼吸窮迫症候群に対し30日間の人工呼吸管理が必要だったが，その他，特に大きな問題はなかった。両児とも退院時の頭部MRI検査は正常で，神経学的にも異常は認めず，日齢96

に退院した。

出産後の母親は，早産になったことに対して自分を責め，流涙する姿が多くみられたが，助産師と妊娠中のことを語ることで徐々に前向きになった。母乳育児に意欲的に取り組み，NICUへ面会に行くなど愛着はみられた。このほか，特に母親自身や家庭環境で問題となることはなかった。

外来経過：NICU退院後，両児ともフォローアップ外来で経過を観察した。児の乳児期から，母親からの医療スタッフへの育児に対する質問は多く，母親の不安の高さが感じられた。

第1児の発達は，初歩が修正1歳2ヵ月，有意語の出現が修正1歳6ヵ月と，発達はゆっくりであり，修正2歳までは言語の遅れはみられるも，修正2歳6ヵ月には発語も増えた。Table 1に修正1歳6ヵ月と3歳の新版K式発達検査(K式)の結果を示すが，3歳には正常発達に追いついた。第2児の発達もほぼ同様であり，初歩が修正1歳3ヵ月，有意語が修正1歳6ヵ月であった。修正2歳時に発達・言語面および微細運動での若干の遅れがみられたが，経験不足の可能性が考えられた。集団保育参加を勧めたが，その後も家庭内中心の生活であった。修正2歳6ヵ月に有意語の発現はやや少ないが，Table 1に示す通り，3歳時の第2児のK式の結果は，第1児と同様に正常発達に追いついており，発達は良好であった。

しかし，この3歳健診時に，発達良好な結果を示しても，母親からは児への否定的な評価が聞かれた。また「家事のために2日に1回は徹夜になってしまう。子どもに対していらいらしてしまう。」などが語られた。これに対し，一時保育などの環境調整を行うために，東京女子医科大学病院メディカルソーシャルワーカー(MSW)が介入したが，母親は特に

Table 2 Mother's mental status

	Pre-treatment	Post-treatment
BDI-II <sup>1)</sup>	47	13

<sup>1)</sup> Beck Depression Inventory-II: [Level of depression] slight <13 points, mild 14-19 points, moderate 20-28 points, severe >29 points

地域のサポートは受けず、両児は3歳3ヵ月時に幼稚園に入園した。両児が3歳6ヵ月時の外来で、母親から、第1児については、「あまり笑わない、視線をはずす、場面の切り替えがうまくできない、なぜかんしゃくを起こすのかわからないことがある」、第2児については、「場面が読めず、パニックを起こす。母子分離ができない。すぐに怒る。」などが語られた。母親が両児には発達障害があるという不安を強く訴えたため、臨床心理士による心理面接を開始した。

**面接経過：**児の発達評価では、3歳時と同様の良好な結果で、発達障害などの問題は認められなかった。

母親との小児科心理士による心理面接では、両児の家庭での行動面の問題のほか、小学1年生の兄のチックと友達とのトラブルや、「しつけができずにすぐに手が出てしまう、頭が真っ白になって怒ってしまい、あとには罪悪感が残ってしまう」などの訴えがあった。家庭環境は、夫は多忙でほとんど不在、祖父母は高齢ということで、周囲からのサポートを受けるのは難しい状況にあった。また、母親の成育歴では、実母が不安定で育児ノイローゼがあり、そのことで嫌な思いをした養育体験があった。その体験が母親自身の子育ての中で蘇り、葛藤として存在していると推測された。両児の行動面の問題については、不安や葛藤を抱えた母親の対応が両児に影響を与えていた可能性があった。そこで、母親の精神面へのサポートによる母親の安定が、子どもへの対応の変化をもたらすと考え、当院女性生涯健康センターでの母親のカウンセリングと親子相互交流療法 (parent-children interaction therapy : PCIT)<sup>4)</sup>を開始した。

今回、PCITでは母親と両児に12回のセッションを行った。治療前後には、母親の精神状態の評価として Beck Depression Inventory-II (BDI-II)<sup>5)</sup>を、児の行動面の評価として、Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)<sup>6)</sup>、Child Behavior Checklist (CBCL)<sup>7)</sup>、Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF)<sup>8)</sup>を行った (Table 2, 3)。表に示す通り、結果からは母親のうつ症状の改善と両児の問題行動の減少

Table 3 Child's behavior evaluation

		Pre-treatment	Post-treatment
Twin 1	ECBI <sup>2)</sup>	145	96
	CBCL <sup>3)</sup>	internalizing: 83 externalizing: 63 total: 90	internalizing: 38 externalizing: 42 total: 40
	PSI-SF <sup>4)</sup>	147	133
Twin 2	ECBI	198	83
	CBCL	internalizing: 70 externalizing: 66 total: 77	internalizing: 32 externalizing: 41 total: 38
	PSI-SF	145	102

<sup>2)</sup> Eyberg Child Behavior Inventory: [Evaluation of child's difficult behavior] normal <114 points, intervention >136 points

<sup>3)</sup> Child Behavior Checklist: [Evaluation of child's mental status and behavior] Internalizing: normal <59 points, borderline 60-63 points, clinical range >64 points

<sup>4)</sup> Parenting Stress Index-Short Form: [Parenting stress] clinical range >90 points

がみられた。PCITを通して、母親は児に対する適切な対応方法を具体的に習得することができ、日常生活における母親の児への対応の変化につながり、その結果、両児の行動にも変化が現れた。この治療への母親の満足度は高く、4歳時のフォローアップ外来では、両児の指示理解が良好になったことや、母親と両児とのやり取りが円滑になったことが語られた。

## 2. ケース2：5歳の女兒

**周産期歴：**母親は、30代後半の1回経産婦。

児は、在胎25週6日、前期破水にて経膈分娩で出生した。出生体重771gで、Apgar Score 1分後5点、5分後6点であった。慢性肺疾患のための37日間の呼吸管理以外は問題なく経過、日齢197にNICUを退院した。退院時の頭部MRI検査は正常で、神経学的な異常はなかった。出産後の母親の様子には特に問題を認めず、このほか、家庭環境などでも問題となることはなかった。

**外来経過：**NICU退院後、フォローアップ外来での経過観察を行った。児が1歳のときに弟が生まれ、それを契機に、母親は児の世話を祖母に任せることが多くなった。母親自身の児への関わりが極端に減少し、早産低出生体重児である本児に対しての否定的な発言を認めるようになったため、母子関係にはより注意してフォローアップを行った。

児の発達は、初歩が修正1歳5ヵ月で、修正1歳6ヵ月時のK式 (Table 4) では、言語面での遅れを認めたが、全体的には修正年齢で正常下限を維持していた。修正2歳時は、単語の表出は少なく、2語文

Table 4 Kyoto Scale of Psychological Development test results for case 2

	P-M	C-A	L-S	average
18 month (corrected age)	57 (67)	67 (78)	59 (69)	64 (75)
3 years old	103 (113)	78 (86)	75 (80)	73 (80)

The results in parentheses are the corrected age.

の出現を認めなかった。母親には家庭での取り組みなどを指導し、3歳時のK式では正常発達に追いついた。しかし、3歳児健診の際に、行動面について、母親から「気に入らない事があるとだまって立ったまま動かなくなることがある。時々こちらから話しかけるようにしているが、児の反応がない時にはそのままにしている。それで児が食事をとらないこともある。自分の要求が通らないと激しく怒る。」などが語られた。診察室での児の様子は、活発ではあるが、社会性の幼さがみられた。そのため健診後、当院が極低出生体重児のために行っている早期介入プログラム“うさぎの会”への参加を促したところ、児は父親と参加した。プログラム場面で、児は一切ぐずることなく、同年齢の児との交流にも楽しく参加しており、他児と交流できるような環境を経験させることが本児にとって有効であると判断した。このような児の明るい活発な活動にもかかわらず、一転して、児は家ではだまりこんでしまっていた。そのため、母子関係についての問題を強く感じた父親より、母親のカウンセリングなどの必要性について主治医へ相談があった。しかし、母親はカウンセリングに拒否的であったため、児の環境を変えることなども必要と考え、まずは地域の保健師の介入や一時保育の参加など、日常生活から母親のサポートを行うことを提案し、当院MSWによる調整を開始した。しかし、これも母親からの同意が得られず、受診も途絶えた。

5歳4ヵ月時に両親と児で受診した。母親からは「注意をすると機嫌が悪くなり、だまりこんでらむ。時に、何時間もだまりこんで食事をとらないこともあり、とても頑固。また、大人の顔色をみて動こうとするようなずるさがある。幼稚園生活には何も問題がないとの幼稚園からの情報はありますが、このままでは心配なので受診した。」と語られ、父親から母親へのカウンセリングの希望が出された。この診察時の児は、両親が一緒の状況では、問いかけに少し表情が緩むことはあったが無言であった。しかし、両親が退室し、主治医と二人だけになるとしっかりと受け答えもあり、発達や行動面の大きな問題

は認めなかった。「お母さんは怖い？」と質問すると、「うん」と答え、「お父さんは？」の問いには首を振った。母子関係に問題があると考え、心理士によるプレイセラピーを含めた心理面接を開始した。

面接経過：心理士による心理面接では、母親から「NICU退院後に児がなかなかミルクをうまく飲まず、いらないと拒否する様子があり、授乳に苦労した。」ということが語られ、児のNICU入院という出産後の母子分離に加え、児への授乳困難を「児からの授乳拒否」と受け止めており、母子愛着形成の始まりにつまずきを経験していた。これにより母性・育児機能に大きな傷つきを持っていると思われた。それに対し、父親は受診に協力的であるが、母親と児の関係については「児の頑固さも問題であるが、むしろ母親の叱り方・関わり方に問題がある」と感じていた。一方、母親は、「父親が児を甘やかしている」と不満をもっており、両親の間での児をめぐる考え方の不一致が明らかになった。このような環境の中で、母親への理解者が不在であったことから、児に対して怒りや恨みといった否定的な感情が投影されているものと考えられた。児は、超低出生体重児ではあったが、心理面接や診察場面での様子からは発達障害は否定的で、児の問題行動の背景には、言葉での表現がうまくできず、相手の注意をひきたい、保護されたい、かまってもらいたいなどの感情があることが推測された。

面接開始の2ヵ月後、児と母親の間でのトラブルの結果、児に食事を与えないというエピソードがあり、翌日の幼稚園通園時、児の「家に帰りたくない」という主張と児の頭に傷があったことから、児童相談所保護となった。保護中の約2ヵ月間に、心理士による両親面接は週1回のペースで継続したが、保護後の両親の行き違いは増え、父親は母親を責め、母親は自分の思いが理解されないことで不満がさらに大きくなっていった。心理士は、両親に対して、児の寂しい・辛い気持ちを伝えるとともに、児と同様に母親自身もこの子育てに傷つき、苦しくて寂しい思いをしていること、その思いをただ父親に分かってもらいたいが、怒りになってしまっていることを

説明した。当初、夫婦の相互理解はなかなか進まなかったが、次第に母親自身も反省し、今後のことを含めて自問自答する様子がみられた。父親も少しずつ母親への理解を示した。児童相談所との話し合いの結果、心理士と児童相談所で連携をとること、週1回の面接への通院をすること、母方祖母の養育援助を受けること、児童相談所の家庭訪問や通所指導を受けることを条件に退所となった。

退所後、母子並行面接を開始し、児にはプレイセラピーを行った。セラピー場面で児は、道具の使い方や遊び方がわからなくても、なかなか治療者を頼ることができずに諦める姿があり、初対面の相手には信頼感・安心感を持ちにくい様子がみられた。しかし、回を重ねると、児は早期段階で愛着を持つことができた。母親面接開始1ヵ月後、母親一人では緊張が強いことや、両親間での理解・対応が一致せずにトラブルが多かったことから、再度両親面接へと移行した。母親の児に対する拒否的な態度はなかなか改善せず、継続して母親を受容し、母親自身に内在する問題を引き出す必要があると思われた。

### 考 察

近年の新生児医療の進歩に伴い、超低出生体重児をはじめとしたハイリスク新生児の救命率は急速に改善し、わが国の新生児死亡率の世界最低水準の維持に貢献してきた。しかし一方で、不適切な育児の究極の姿である虐待の調査では、欧米のデータだけでなく、日本でも高率に低出生体重児が存在することが報告されている<sup>29)</sup>。その原因の説明の一つとして、Bowlbyが導入した“maternal deprivation(母性剥奪)”という概念がある<sup>10)</sup>。それは、母親、またはそれに代わる養育者から、親密かつ持続的な、満足と幸福感に満ちたケアを受ける機会を奪われた乳幼児にみられる状態を指すものである。現在、母子の分離体験そのものだけによって愛着形成が阻害されることはない<sup>11)12)</sup>との意見もあるが、その分離体験は一つのリスク要因となり得る。また、低出生体重児であるがゆえに、その健康面や発達面に対する親の不安は強く、年齢があがるに従い新たな心配が現れてくる。そこにさまざまなリスク要因が重なり合うことで、親子関係が悪循環に陥ってしまう可能性は高い。そのため、NICU入院中からの家族のケアと支援(family centered care)が大切であることはいうまでもないが、さらに、NICU退院後の地域と連携した育児支援ならびに親子の関係性に着目したフォローアップが重要である。

### 1. 親子の関係性に着目したフォローアップ外来の重要性

今回、私たちがフォローアップ外来で経験した2ケースは、いずれも母親の産科入院中や児のNICU入院中には、母親自身や家庭環境について特に問題が挙がらなかったケースである。また、NICU退院後の児の発達は比較的順調で、3歳の心理発達検査で異常は認めなかった。

しかし、ケース1では、双胎児であるという育児上の負担がある上に、母親は乳児期から両児が低出生体重児であったことで、両児にはなんらかの発達障害などの合併をもつ可能性があるのではという不安が強い状態が観察された。そのため、発達とともに児の行動が不可解となり、それが不安を呼び適切に対応できなかった。さらにそこに自らの養育体験なども重なり、育児困難へとつながったと思われた。ケース2では、児が早産超低出生体重児であったため母子分離期間が長く、そのうえNICU退院後すぐに母親は上手に授乳できなかったため、それを児の授乳拒否ととらえ、母子愛着形成の始まりにつまずきを経験した。また、早産超低出生体重児である本児を受け入れることができないまま、児が1歳の時に弟が出生したために、母親の児への関わりは減少した。そこに未熟性のために幼児期早期に認められる発達の遅れが加わり、それがさらなる児への拒否感につながって、母子関係を悪化させ、育児困難につながったと思われた。

わが国では、NICUを退院した児のフォローアップについて、ある程度標準化されたものが推奨され<sup>3)</sup>当院もそれに則り、1,500g未満の極低出生体重児の健診を、通常、1歳6ヵ月未満は2~3ヵ月ごとに、1歳6ヵ月以降3歳までは6ヵ月ごとに、3歳以降6歳までは年1~2回、就学後は小学3年生で行うが、特にkey ageとして、1歳6ヵ月(修正年齢)、3歳にはK式、6歳、小学3年生にはWISC-IIIなどの精神発達・知能評価を臨床心理士により実施している。これまでの研究で極低出生体重児は、学習や行動・社会性の発達に困難を抱えることが多いことが指摘され<sup>13)</sup>、9歳までのフォローアップ体制が整えられ始めている。一方で、それ以外の子ども達や、極低出生体重児であっても発達が正常発達に追いつき問題がないと思われる子ども達は、フォローアップの頻度が3歳以降で減少する。しかし、極低出生体重児の保護者、特に母親は、児が正常に育つかという不安を常に抱え、児の未熟性による授乳困難や育児上

の様々な問題を児の母親への拒否や、児の発達上の異常、軽度発達障害の症状ととらえ、それが、母子関係の形成にマイナスの影響を与えているのではないかと考えられる。その結果、今回のケースのように発達がキャッチアップした3歳以降で親子の関係性障害がより明白になり問題となってくると考えている。よって、フォローアップの乳児期早期には、育児困難についての十分なサポート、幼児期になっては母子関係の問題の有無に注意するなど型どおりではない慎重な対応が必要である。

## 2. 母子への支援内容の選択

今回の2ケースでは、フォローアップ外来で、3歳児健診までに、日常生活におけるサポートをたびたび提案したが、母親がサポートの介入を好まず利用しなかった。

乳幼児を抱えた養育者は、育児で身動きがとれず、核家族化などの社会環境の変化によって、現実的にも情緒的にも孤立しがちである。このような状況下で、極低出生体重児は発達障害のリスクが高いといわれていることから、少しでもそれに当てはまるような症状があると、その診断にあてはまるのではないかと過剰に心配している保護者は少なくない。私たちが行っている早期介入プログラム“うさぎの会”は、保護者が前向きに児をとらえることができるようになることを目的として立ち上げたプログラムであり、保育者（保母など）が適切に子どもたちに関わることで子ども達から得られる反応・行動を実際に保護者に見せるように工夫している。プログラムへの参加によって保護者の子どもの捉え方が変化するという成果をあげている。このプログラムのように、保護者の対応によって子どもの反応が変化し、行動が改善するということを保護者に実体験させることは非常に有効であり、このプログラムをより特化した方法といえる PCIT は非常に期待できると考えられる。

ケース1では PCIT を行い、母親を情緒的に支持しながら、実践的に養育能力を強化していくことができ、有用であったと考える。PCIT は、親子間の愛着（アタッチメント）の回復と養育者の適切な命令の出し方（しつけ）の2つの柱を中心概念とした行動療法である。治療室内で親（養育者）が子どもに直接遊戯療法を行い、セラピストは別室からマジックミラー越しにトランシーバーを使って親に育児スキルをライブコーチする。1セッションは1回60～90分で通常12～20回行う。治療開始前後で着替

え・食事といった生活習慣や、かんしゃくをおこす・すぐに泣くといった情動、兄弟姉妹・友達との人間関係などの36項目の問題行動について点数化する ECBI による評価（1項目7点でその頻度を点数化、点数が高いほど問題が多い。136点以上が臨床的に問題とされる。）を行い、子どもの問題行動が減少し、ECBI が114点以下になることが終了基準となる。ペアレントトレーニングなどとともに、今後母子支援の方法として選択される治療法であると思われる。

ケース2では、母子の愛着形成障害と両親間の理解・対応の食い違いが問題点として挙げられたため、児に対するプレイセラピーと両親面接による夫婦間の調整および母親の受容を行った。プレイセラピーは、言語での自分の気持ちの表出や相手の気持ちの理解が難しい、言語発達の未熟な子どもたちに行う精神療法である。原則に基づいた治療構造によって、子どもは遊びを通じて自分の本当の気持ち（無意識的なものも含めて）を安心して表現し発散できるようになる。治療者が根気よく寄り添い、繰り返し遊び続けることで二人の間に信頼感が芽生え、閉ざされた子どもの心が開く。そしてその信頼感がまたほかの人に対する信頼感を育てる基礎となるのである。

今回の方法以外にも、母子の相互作用に障害が生じた場合、母子を合同で面接することで、親子の間で営まれる相互作用に焦点をあて、それに治療介入を行う母子治療などもある<sup>14)</sup>。母子の支援には、母親自身の葛藤や特性、子どもの問題点を理解する必要があり、また、こういったケースに対してどのような支援が有効であるかを検討し積極的に介入することが重要である。

## 結 論

今回の2ケースでは、育児困難に対し様々な方法で積極的な介入を行った。早産児などのハイリスク新生児フォローアップ外来では、乳児期早期から保護者の育児上の困難感などの把握に留意することが重要である。また、3歳を過ぎて、正常発達に追いついた児であっても、児の感情面・行動面の発達に伴い、様々な要因により母親の否定的な対児感情が露見する場合もあるため、引き続き親子の関係性に着目して、積極的に親子関係の評価・介入を行い、不適切な育児を回避し、児の発達を促進していくことが重要である。

開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 橋本洋子：新生児集中治療室 (NICU) における親と子へのこころのケア. *こころの科学* **66** : 27-31, 1996
- 2) **Tanimura M, Matsui I, Kobayashi N**: Analysis of child abuse case admitted in pediatric service in Japan. I. Two types of abusive process in low birth-weight infants. *Acta Paediatr Jpn* **37**: 248-254, 1995
- 3) 厚生労働科学研究「周産期ネットワーク：フォローアップ研究」班：フォローアップの概念. 「ハイリスク児のフォローアップマニュアル」(三科 潤・河野由美編), pp2-5, メディカルビュー社, 東京 (2007)
- 4) **Brestan EV, Eyberg SM**: Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *J Clin Child Psychol* **27**: 180-189, 1998
- 5) **Beck AT, Steer RA, Ball R et al**: Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* **67**: 588-597, 1996
- 6) **Eyberg SM, Pincus DB**: Eyberg Child Behavior Inventory & Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised: Professional Manual, Psychological Assessment Resources, Odessa FL (1999)
- 7) 井潤知美, 上林靖子, 中田洋二郎ほか：Child Behavior Checklist/4-18 日本語版の開発. *小児の精と神* **41** : 243-252, 2001
- 8) **Abidin RR**: Parenting Stress Index/short Form Manual, Western Psychological Services, Los Angeles, Calif, USA (1990)
- 9) 岡本伸彦：未熟児で出生した子ども. 「大阪の乳幼児虐待—被虐待児の予防・早期発見・援助に関する調査報告」, pp130-134, 大阪児童虐待予防研究会 (1993)
- 10) **Bowlby J**: Attachment and loss: retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry* **52**: 664-678, 1982
- 11) **Rode SS, Hang P, Fisch OR**: Attachment patterns of infants separated at birth. *Developmental Psychology* **17**: 188-191, 1981
- 12) **Egeland B, Vaughn B**: Failure of “bond formation” as a cause of abuse, neglect, and maltreatment. *Am J of Orthopsychiatry* **51**: 78-84, 1981
- 13) 金澤忠博, 安田 純, 糸魚川直祐ほか：超低出生体重児の精神発達予後. *日未熟児新生児会誌* **15** : 183-195, 2003
- 14) 渡辺久子：乳幼児—親精神療法の実際. 「乳幼児精神医学の方法論」(小此木啓吾, 小嶋謙四郎, 渡辺久子編), pp145-164, 岩崎学術出版社, 東京 (1994)