

第 39 回

ハイリスク児フォローアップ研究会 プログラム・抄録集

会 頭 大木 茂

聖隷浜松病院総合周産期母子医療センター新生児科

日 時

平成 29 年 6 月 24 日 (土) 13:30~18:00

平成 29 年 6 月 25 日 (日) 10:00~16:30

聖隷浜松病院 医局管理棟内大会議室

第 39 回ハイリスク児フォローアップ研究会開催のご挨拶

第 39 回ハイリスク児フォローアップ研究会を聖隷浜松病院において開催させていただくことになり、そのお世話を仰せつかり誠に光栄に存じます。

さて今回の研究会ではメインテーマを「ハイリスク児の教育現場」としました。幼稚園や学校での学びや仲間とのふれあいが、どれだけ人生の中で重みを持っているのかは、皆様ご自身のこれまでに照らし合わせていただければ十分にお分りいただけるかと思えます。NICUを退院したお子さんたちの成長発達を語る際にも教育の場でどういう時間を過ごしているのか、どういう問題があるのか、教育関係のスタッフから我々に求められているものはあるのかを知ることにより質の高いフォローアップを行うことができるのではないかと考え、今回のテーマを選ばせていただきました。

病院の枠内で診療しているとなかなか接点のない教育関係の皆様から話題を提供していただき、特に発達特性のあるお子さんたちの教育問題を中心に皆様と共に学び考える時間になりたいと考えております。

24 日のスキルアップセミナーでは就園前のお子さんとその家族への対応について講義とグループワークで参加者の理解を深める予定です。

25 日の研究会では午前中の一般演題の後、午後から障害児教育の分野で豊かなご実績とご経験をお持ちの 3 人の特別講師をお招きして障害児教育に関するお話をお聴きし、皆様からのご質問にお答えいただく予定です。

わずか 1 日半ではありますが、今回の研究会が参加された皆様にとってこれからのご診療に役立つものとなればと願っております

平成 29 年 6 月 吉日
第 39 回フォローアップ研究会 会頭
聖隷浜松病院総合周産期母子医療センター 新生児科
大木 茂

第39回 ハイリスク児フォローアップ研究会 メインテーマ「ハイリスク児の教育現場」

- 会頭：大木 茂（聖隷浜松病院総合周産期母子医療センター新生児科）
- 日時：平成29年6月24日（土）13:30～17:30（18:30～懇親会）
6月25日（日）10:00～16:30
- 会場：聖隷浜松病院 医局管理棟内大会議室
- 会費：6月24日（土）スキルアップセミナー
会員：無料
非会員：2,000円＋抄録希望者(1,000円)
懇親会：3,000円
6月25日（日）研究会：3,000円

聖隷浜松病院 医局管理棟への道順



- ① 聖隷浜松病院の前の道路を南東に向かってください。
- ② 聖隷PETセンターの手前で左折してください。
- ③ 渡り廊下の下をくぐった先で右折してください。
- ④ 左側に医局管理棟があります。



プログラム

6月24日（土） スキルアップセミナー

テーマ：「就園前発達障害の診断と対応」

会場：聖隷浜松病院医局管理棟内大会議室

講師：浜松医科大学 児童青年期精神医学講座 特任教授 高貝就先生

司会：聖隷浜松病院総合周産期母子医療センター 新生児科 小泉正人

13：00 ～	開場、受付開始
13：30 ～ 13：40	開会、講師・ファシリテーター・グループリーダー・司会の紹介
13：40 ～ 14：30	基調講演 「就園前発達障害児の診断と対応」 浜松医科大学児童青年期精神医学講座 特任教授 高貝就
14：30 ～ 15：40	小グループ討論（ファシリテーターが随時巡回します） 模擬症例について情報共有、問題点について討論
15：40 ～ 15：50	休憩（10分）
16：00 ～ 17：00	各グループからの発表
17：00 ～ 17：20	全体討論
17：20 ～ 17：30	まとめ・講評、閉会

（スキルアップセミナーは事前申し込み参加者のみです。当日参加はできません。）

懇親会：

18：30 ～ 20：30 会場：ホテルコンコルド浜松「花菖蒲」（セミナー会場からバスで移動）
〒430-0946 静岡県浜松市中区元城町109-18
TEL：053-457-1111 / FAX：053-455-4614
参加費：3,000円

6月25日(日) ハイリスク児フォローアップ研究会

テーマ：「ハイリスク児の教育現場」

会場：聖隷浜松病院 医局管理棟内大会議室

司会：聖隷三方原病院 小児科 白井憲司

9:30～ 開場・受付開始 参加費：3,000円

9:55～10:00 開会の辞 会頭 聖隷浜松病院総合周産期母子医療センター新生児科 大木 茂

10:00～12:00 一般演題(1 演題あたり発表7分、質疑応答3分)

一般演題 I

座長：県立広島病院新生児科 福原里恵

1) 修正3歳時の問診結果からみる低出生体重児の発達特性

○黒宮寛之¹⁾・儀間裕貴²⁾・渡辺はま¹⁾・中村友彦³⁾・多賀徹太郎¹⁾

¹⁾ 東京大学大学院教育学研究科・²⁾ 鳥取大学地域学部附属子どもの発達・学習研究センター・
³⁾ 長野県立こども病院

2) 在胎23-25週の超早産児の発達検査と就学状況について

○野口聡子¹⁾・豊島勝昭¹⁾・盛一享徳¹⁾²⁾・岸上真¹⁾・下風朋章¹⁾・柴崎淳¹⁾・星野陸夫¹⁾・

大山牧子¹⁾・猪谷泰史¹⁾

¹⁾ 神奈川県立こども医療センター新生児科・²⁾ 国立成育医療研究センター臨床疫学部

3) 学齢期における超低出生体重児の発達障害様症状(続報)

○金澤忠博¹⁾・井崎基博²⁾・鎌田次郎³⁾・田島真知子⁴⁾・平野慎也⁵⁾・北島博之⁵⁾

¹⁾ 大阪大学人間科学研究科・²⁾ 愛知淑徳大学・³⁾ 大阪成蹊短期大学・

⁴⁾ プール学院大学・⁵⁾ 大阪府立母子保健総合医療センター

4) 学齢期の極低出生体重児における実行機能と発達障害様症状

○村井良多¹⁾・金澤忠博¹⁾・井崎基博²⁾・鎌田次郎³⁾・田島真知子⁴⁾・安田純⁵⁾・清水真由子¹⁾・

日野林俊彦⁶⁾・南徹弘³⁾・平野慎也⁷⁾・北島博之⁷⁾・藤村正哲⁷⁾・糸魚川直祐⁸⁾

¹⁾ 大阪大学人間科学研究科・²⁾ 愛知淑徳大学・³⁾ 大阪成蹊短期大学・⁴⁾ プール学院大学・

⁵⁾ 美作大学・⁶⁾ 藍野大学・⁷⁾ 大阪府立母子保健総合医療センター・⁸⁾ 武庫川女子大学

一般演題Ⅱ

座長：倉敷中央病院小児科 渡部晋一

5) 超早産児の修正3歳時のGMFCSレベル2以上の粗大運動障害のリスク因子

○中野玲二・野口哲平・佐藤早苗・山田浩介・後藤孝匡・浅沼賀洋・中澤祐介・伴由布子・古田千左子

静岡県立こども病院新生児科

6) Papile 分類3度以上の脳室内出血を合併した超早産児の修正3歳時の神経学的予後

○中野玲二・廣瀬彬・野口哲平・佐藤早苗・山田浩介・後藤孝匡・浅沼賀洋・中澤祐介・伴由布子・古田千左子

静岡県立こども病院新生児科

7) 極低出生体重AFD児のNICU入院中の体重増加量(ΔZ)と9歳時の体格との関係

○高柳俊光・七條了宣・江頭政和・江頭智子・水上朋子

NHO 佐賀病院総合周産期母子医療センター小児科

8) 極低出生体重LFD児のNICU入院中の体重増加量(ΔZ)と9歳時の体格との関係

○高柳俊光・七條了宣・江頭政和・江頭智子・水上朋子

NHO 佐賀病院総合周産期母子医療センター小児科

一般演題Ⅲ

座長：今給黎総合病院新生児科 丸山有子

9) 千葉県におけるNICU施設での極低出生体重児フォローアップの現状

○川戸仁

成田赤十字病院新生児科

10) 修正1歳半の極低出生体重児と母親の相互作用

○福岡明日香¹⁾・丹羽早智子²⁾・鬼頭修³⁾・早川昌弘⁴⁾・永田雅子⁵⁾

¹⁾元大垣市民病院小児科・²⁾名古屋第一赤十字病院精神科・

³⁾名古屋第一赤十字病院小児科・

⁴⁾名古屋大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター・

⁵⁾名古屋大学心の発達支援研究実践センター

11) 食事アンケート結果から見た超・極低出生体重児の固形食摂取状況

○大山牧子¹⁾・友滝寛子²⁾・豊島勝昭¹⁾

¹⁾神奈川県立こども医療センター新生児科・²⁾京都大学医学部附属病院小児科

12) 遺族支援における NICU 看護師の負担感について

○ 北尾真梨¹⁾・瀬藤乃理子²⁾・高田哲³⁾

¹⁾ 九州大学大学院保健学部門・²⁾ 甲南女子大学看護リハビリテーション学部・

³⁾ 神戸大学大学院保健学研究科

13) [誌上発表] 就学前健康診査で発達評価をするのに適当な心理検査は何か？

—K-ABC 検査の意義について

○ 三好真佑¹⁾・重川智子¹⁾・中島節子¹⁾・垣生真由子¹⁾・小林雅代¹⁾・越智恭恵¹⁾・矢野薫²⁾・

長友太郎²⁾・穠吉眞之介²⁾・長尾秀夫³⁾

¹⁾ 愛媛県立中央病院臨床心理室・²⁾ 同 周産期センター・³⁾ 同 発達外来

12:00 ~ 13:00

昼食 (幹事会: 12:10~管理棟4階センター会議室)

13:00 ~ 13:10

総会

特別講演会「ハイリスク児の就園就学就業までのライフステージ別の教育現場を知ろう」

座長: 聖隷浜松病院総合周産期母子医療センター 新生児科 大木 茂

13:10 ~ 14:05 特別講演Ⅰ

「発達に心配な子どもの乳幼児期から学齢期への支援について」

日本相談支援専門員協会 顧問 福岡寿先生

<休憩 10分>

14:15 ~ 15:10 特別講演Ⅱ

「浜松市の発達支援教育、就学支援の現状と課題」

浜松市教育委員会学校教育部教職員課発達支援グループ 高橋祥二先生

<休憩 10分>

15:20 ~ 16:15 特別講演Ⅲ

「特別支援学校の教育と課題」

子どもの発達科学研究所 主席研究員 和久田学先生

16:15 ~ 16:30 全体質疑応答

16:30 ~

閉会の辞

聖隷浜松病院総合周産期母子医療センター新生児科 大木 茂

就園前発達障害児の診断と対応

浜松医科大学児童青年期精神医学講座

特任教授 高貝就

発達障害児への早期介入と切れ目のない支援の重要性は、平成 28 年に改正された発達障害者支援法のポイントの一つにもなっている。具体的には、1 歳 6 か月検診でのスクリーニングと就園後の親子への支援が途切れない働きかけが特に重要であると思われる。精度の高いスクリーニングのためには、①医療従事者のアセスメント技術の向上、②簡便に施行できる検査機器の開発が望まれる。①については、信頼性の高い半構造化面接の活用が望ましい。②については、スクリーニングの機器開発が行われており、すでにいくつかの自治体で検診に用いられている。

本日の講義の前半では、児童精神科医の立場から乳幼児期での発達障害の早期診断のポイントについて説明する。また、ADOS-2、ADI-R、Vineland-II といったアセスメントツールの概要を紹介する。そして、精度の高いスクリーニング機器として、産学連携により開発された Gazefinder のあらましを紹介する。

また、切れ目のない支援を提供するための行政資源の一例として、浜松市の発達支援広場の概要を紹介する。

講義の後半では、日常臨床で遭遇することが多いと思われる典型的な事例を紹介し、診断、介入、家族支援のコツについても解説する。

講義に続くグループワークでは複数の模擬症例を提示いたします。参加される先生方のそれぞれの経験や視点に基づいたアイデアを伺い、一緒に勉強させていただければと考えております。

【略歴】

高貝 就（たかがい しゅう）

浜松医科大学児童青年期精神医学講座 特任教授

1967 年 静岡県藤枝市生まれ。

1996 年 新潟大学医学部卒業、2006 年 浜松医科大学大学院修了。

市立静岡病院精神科長、浜松医科大学病院精神科神経科講師、国立病院機構天竜病院児童精神科部長、浜松医科大学子どもこころの発達研究センター特任准教授などを経て 2016 年 4 月より現職。専門は児童青年期精神医学。浜松市精神保健福祉審議会委員。博士（医学）。

【著書】

『子どもの発達障害家族応援ブック』（単著、法研、2013）、『子どもの PTSD 診断と治療』（共著、診断と治療社、2014）、『浜松医大流エビデンスに基づく精神療法実践集』（共著、金芳堂、2015）、『必携発達障害支援ハンドブック』（共著、金剛出版、2016）ほか

<MEMO>

発達に心配な子どもの乳幼児期から学齢期への支援について

日本相談支援専門員協会

顧問 福岡 寿

平成8年度から、当時の厚生省の事業（地域療育等支援事業）に基づいて、保育園へ関係スタッフ（市町村保健師、教育委員会就学担当、療育コーディネーター、心理職等）と出向く取り組みを継続してきました。

その目的は

- ① 発達特性が見られ、園やクラス的环境、保育士の対応によっては、適応障害（発達障害）に至ってしまう心配のある子どもさんも含め、「クラスづくり」と「発達に心配な園児への個別対応への実践的な力」を保育士につけて頂くため。
- ② 発達特性のある子どもを育てている保護者に対し、遅くも年長までには、わが子の「苦手さ、戸惑い、不安感」を知ってもらうこと。
そして、わが子が不適応にならずに成長していくためには、保育士や関係者の専門的な「配慮」が必要なこと、保育園でのそうした「配慮」を学校にもしっかりとつなげていくこと。この理解を得て伴走者の存在を信頼してもらうことです。

そのためには、ばらばらにならず、健診担当の保健師・子育て相談担当・教育委員会の就学相談担当者・療育支援担当が一緒に行動しています。

そして、幼稚園・保育園⇒小学校⇒中学校⇒高校⇒社会と、ライフステージ毎の「つなぎ」「のりしろ」を作っていくことが大切です。

関係機関が連携できるようになれば、出来てきた連携を、ライフステージの変わり目毎に途切れさせない「つなぎ」と「のりしろ」づくりが大切になります。

具体的には

- ① 「保育園」：わが子の特性について、保育園の段階で保護者とすれなく共通認識をもてる。そして、保育士も適切なスキルを学校に引き継げるだけの力量を備える。
- ② 就学相談、年長」：一年を掛けて、ていねいに就学相談を続けていく。（例「さまざまな学校と支援タイプの見学、体験（特別支援学校、特別支援学級、通級等）」「年長児に小学校で実施される発達検査に向け、スムーズに取り組める準備」「小学校入学式のリハーサル等々」
- ③ 「小学校」：入学してそれまでの関わりが、途切れないように学校において「定期的な就学した児童のケース進行会議」や「個別支援会議」等の開催を行う。

こうした、縦横連携を小学校⇒中学校⇒高校⇒社会…と継続していくことが大切です。

※興味のある方は、以下の本を参照下さい。

「こうすればできる！ 発達障害の子がいる保育園での集団づくり・クラスづくり」

「すぐに役立つ！ 発達障害の子がいる保育園での集団づくり・クラスづくり Q&A」

(福岡寿著 エンパワメント研究所)

<MEMO>

浜松市の発達支援教育、就学支援の現状と課題

浜松市教育委員会 指導課 教育総合支援担当課長
高橋祥二

1 発達支援教育の推進における「多様な学びの場」の充実

文部科学省中央教育審議会初等中等教育分科会「共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進」(報告)(平成 24 年 7 月 23 日)では、「インクルーシブ教育システムにおいて、同じ場で共に学ぶことを追求するとともに、個別の教育的ニーズのある幼児児童生徒に対して、自立と社会参加を見据えて、その時点で教育的ニーズに最も的確に答える指導を提供できる、多様で柔軟な仕組みを整備することが重要である。小・中学校における通常の学級、通級による指導、特別支援学級、特別支援学校といった、連続性のある『多様な学びの場』を用意しておくことが必要である。」と報告している。

2 「多様な学びの場」のニーズの高まり

浜松市の発達支援教育※、特に「多様な学びの場」の現状は、年々ニーズが増大し、学級や教室が増加している。発達支援学級数※はここ 10 年間で 2 倍に増えていて、在籍児童生徒数も 2 倍強増えている。

また、通級による指導は言語障害、発達障害(LD、ADHD、高機能自閉症等)の児童生徒が対象であるが、平成 28 年 5 月 1 日時点での通級している幼児児童生徒は、通級(言語)が 458 名、通級(LD 等)が 260 名で、通級による指導のニーズの高まりに応じて通級指導教室を新設・増設すると、通級する幼児児童生徒も増えるという状況である。

通常の学級に在籍する児童生徒を対象とした別室による個別支援、教室における寄り添い支援のできる発達支援教室は、毎年小中学校で数教室ずつ増設しており、平成 28 年度までに小学校で 52.5%、中学校で 52.1%の学校で設置している。発達支援教室で支援を受けている児童生徒は、平成 26 年度が 526 人、平成 27 年度が 655 人、平成 28 年度が 755 人と毎年 100 人強増えてきている。

※浜松市では特別支援教育を発達支援教育、特別支援学級を発達支援学級と言う。

3 発達支援教育の課題

「多様な学びの場」のニーズの高まりにより、施設設備の増設、担当者・支援者の増員をしてきているが、担当者・支援者の専門性の確保という課題も浮き彫りになってきている。

発達支援学級の増設によって、その分担当者も必要となり、発達支援学級の担当経験の少ない担当者が増えてきている。発達支援学級の専門性の確保のためにも担当者の育成が急務となっている。

通常の学級における特別な支援を必要とする児童生徒の割合が、平成 24 年度の 4.7%から平成 28 年度 6.3%と年々高くなり、教室で不適応行動、問題行動を起こしている児童生徒が増加している。学級、学校における支援体制の充実、整備、予防的な支援が大きな課題となっている。

4 幼児児童生徒の就学支援の現状と課題

就学教育相談の件数がここ数年、毎年 100 件以上増えてきている。特に新学齢児(幼児年長)の相談件数の伸びが顕著で、約 80 件ずつ増えている。

小学校に入学する前に就学教育相談を受け、就学支援委員会で少人数の発達支援学級への就学が適当と提案された幼児のうち、約半数が提案とは異なる通常の学級に就学している。少人数で(1 学級 8 人以下)、特別な教育課程を編成できる発達支援学級ではなく、大きな集団で(1 学級 40 人以下)である通常の学級へ就学すると、個に応じた特別な支援が十分行き届かず、学習不振や離席、登校渋りなど不適応な行動の要因となる傾向がみられる。

今後の就学支援に関わる課題として、就学教育相談の増加による相談・支援体制の見直し、保護者の思いを受け止め、合意形成できる就学相談・就学支援の推進が挙げられる。

5 発達支援教育の充実、推進

「小・中学校における通常の学級、通級による指導、特別支援学級、特別支援学校といった、連続性のある『多様な学びの場』」を充実させること、そして、個々の児童生徒の教育的ニーズを把握し、適正な就学先を選択することが最大の支援と考えている。児童生徒が楽しく生き生きと安定した学校生活を送れるよう、一つ一つの課題解決、発達支援教育の推進に向け取り組んでいきたい。

<MEMO>

特別支援学校の教育と課題

子どもの発達科学研究所 主席研究員
和久田学

1 はじめに

2006年に学校教育法の一部が改正され、2007年より特別支援教育が始まった。これにより、対象に知的な遅れのない発達障害を含まれ、特別支援教育は全ての学校において行われるものになった。よって、全ての学校において、特別支援教育コーディネーターがおかれ、校内委員会が設置されることになり、さらには障害者差別解消法の制定施行により、2016年4月から、合理的配慮の提供が義務づけられることになっている。

2 特別支援学校の教育と課題

(1) 教育課程

特別支援教育が始まって以来、盲学校、聾学校、養護学校が特別支援学校に一本化されてきたが、現実には障害種別の学校、もしくは教育課程が行われている。

多くの場合、通常の小中学校に準ずる教育を行うグループ、下学年の指導内容を行うグループ、知的発達の遅れに対応した教育を行うグループ、自立活動を主に行うグループに分けられている。これらは一見、児童生徒の状況に合った指導内容に見えるが、実は通常教育に沿った内容を目指すものであり、場合によっては特別支援教育が目指す個別の教育的ニーズにあったものとは言い難い場合がある。

(2) 個別の教育支援計画

特別支援学校に在籍する児童生徒については、学校が中心になり個別の教育支援計画を策定しなければならない。実際、既に個別の教育支援計画の策定は全国的に進んでいる。

しかし、その形式、記載内容については混乱が見られる。

本来、個別の教育支援計画は、長期的視野を持ち、さらには学校と保護者はもちろん、医療、福祉、行政、地域の連携をしつつ子どもを支援することが目的である。しかし、学年や学校を越えての引き継ぎ、学校外からの情報の取得、もしくは学校から外部への情報の発信について、困難な状況にあり、まだその目的が十分に果たされていないように見受けられる。

(3) 子どもの問題行動

近年、通常学級における暴力行為が話題になったが、特別支援学校においても、思春期における生徒のパニック等が大きな問題になっている。これらの多くは、障害に起因するものではなく、むしろ対応のまですさなどの積み重なりによる二次障害の様相を取ることが多い。

また、こうした問題に対する対応にはスタンダードがなく、各学校、教師の資質に頼る部分が多い。

(4) 卒業後

現在、特別支援学校中学部卒業生の 98.3%、中学校特別支援学級卒業生の 94.1%が進学をしている一方、特別支援学校高等部卒業生の進学者は 2.1%である（教育訓練機関等の入学者は 1.8%）。また、就職する者は 28.8%であり、結局、6割を越える 63.1%は社会福祉施設等の入所、通所ということになっている。

発達障害に限ってみると、発達障害の診断のある大学・短大・高等専門学校の卒業生の就職率は 25.6%（一般学生は 61.2%、障害学生全体は 46.4%）とのことである。

3 まとめ

我が国の特別支援教育は制度上の整備が進んできているものの、中身の面では、まだ課題が大きい。特別支援教育のセンターとしての役割を期待される特別支援学校にあっても、児童生徒の個別性の尊重、教師の専門性、生涯を通じた支援の連続性などの面で、課題が山積していると言えよう。

これらの問題を解決し、障害のある子どもたちの幸せな生涯を実現するためには、現状を正確に把握し、関係者がそれぞれの立場から科学的根拠に基づいたアプローチをすることが必要であろう。

【参考】

文部科学省、特別支援教育資料（平成 27 年度）、2016

独立行政法人、日本学生支援機構、大学、短期大学及び高等専門学校における障害のある学生の修学支援に関する実態調査分析報告について、2015

<MEMO>

修正 3 歳時の問診結果からみる低出生体重児の発達特性

○黒宮寛之¹⁾・儀間裕貴²⁾・渡辺はま¹⁾・中村友彦³⁾・多賀巖太郎¹⁾

¹⁾ 東京大学大学院教育学研究科

²⁾ 鳥取大学地域学部附属子どもの発達・学習研究センター

³⁾ 長野県立こども病院

【背景・目的】

低出生体重児に特有の発達特性を理解してより良い発達を支援するためには、コホートの縦断的なフォローアップと、その過程や結果から見えてくる傾向を細かに観察することが必要である。今回、総合周産期母子医療センターをもつ子ども病院における低出生体重児コホートのフォローアップ経過をまとめたデータベースを用い、特に修正 3 歳時点における保護者への問診データから児の発達特性について検討した。

【方法】

N 病院において、極低出生体重児をもつ保護者に対して、児が修正 3 歳時点に実施した問診票（ハイリスク児フォローアップ委員会作成）の回答を集計し、選択肢別に修正 6 歳時点での発達状況（定型発達、境界、発達遅滞、自閉スペクトラム症、脳性麻痺）の割合を比較した。また、自由記述項目について形態素解析を用いて名詞のみを抽出し、出現頻度が高かった語を調べることで保護者の抱える不安や悩みの傾向について検討した

【結果】

3 歳時問診票に回答した保護者は 565 名で、この内、修正 6 歳時点の発達状況が把握できた児は 367 名であった。問診票のうち、14 項目（設問番号：2-1、2-2、2-3、2-5、3-1、3-3、4-1、5-2、5-3、5-5、6-1、6-4、7-1、7-2）において有疾患（発達遅滞、自閉スペクトラム症、脳性麻痺など）児の保護者が選択する傾向が高い選択肢があることがわかった（棄却率 $\alpha=0.05$ ）

【考察】

自由記述欄項目の形態素解析では、「言葉」、「食べる」、「落ち着き」、「成長」などの語の出現頻度が高く、修正 3 歳時点の低出生体重児を持つ保護者が抱える悩みや不安の傾向が示唆された。いくつかの設問項目において、定型発達児の保護者と有疾患児の保護者で回答の偏りが確認できたが、その因果関係についてはさらなる検討が必要である。

在胎 23-25 週の超早産児の発達検査と就学状況について

○野口聡子¹⁾・豊島勝昭¹⁾・盛一享徳^{1) 2)}・岸上真¹⁾・下風朋章¹⁾・
柴崎淳¹⁾・星野陸夫¹⁾・大山牧子¹⁾・猪谷泰史¹⁾
¹⁾ 神奈川県立こども医療センター新生児科
²⁾ 国立成育医療研究センター臨床疫学部

【目的】

在胎 23-25 週の超早産児の就学状況を調査し適切な支援について考察する。

【方法】

2002-07 年に当院で出生した在胎 23-25 週の児のうち小 3 時にフォローを継続していた 51 例 (23 週 8 名、24 週 18 名、25 週 25 名) について 6、9 歳時の発達検査結果 (WISC-III, IV) と就学状況を診療録より調査した。

【結果】

フォローアップ率は 90% であった。就学状況は入学時普通級 31 名 (61%)、支援級/通級 19 名 (37%)、特別支援学校 1 名 (2%)、小 3 時普通級 25 名 (49%)、支援級/通級 25 名 (49%)、特別支援学校 1 名 (2%) であった。小 3 までに 8 名 (16%) が学習環境を変更した。6 名は普通級から支援級、1 名は支援級から特別支援学校、1 名は特別支援学校から支援級への変更であった。普通級から支援級への変更は学業の難しさ、自閉症状の悪化やいじめによるものであった。6、9 歳時の発達検査結果は両年齢時とも全領域 DQ85 以上 (正常) 41%、70~84 (境界) 28%、70 未満 (遅滞) 31% であった。入学時普通級の児の 6 歳 DQ は正常 20 名 (65%)、境界 7 名 (22%)、遅滞 4 名 (13%) であり、入学時支援級の児の 6 歳 DQ は正常 1 名 (5%)、境界 6 名 (32%)、遅滞 12 名 (63%) であった。6 から 9 歳で DQ が低下 (「正常」から「境界」へなど) した児が 7 名 (14%)、上昇した児が 6 名 (12%) いた。低下した 7 名のうち 5 名 (正常から境界 3 名、境界から遅滞 2 名) は入学時普通級で、うち 2 名が小 3 で支援級へ変更した。入学以降 6 名が家族からの相談で児童精神科を受診した。

【考察】

発達の伸びや遅れは学童期にも認める。適切な学習環境の選択と入学後のフォローは二次障害の予防と早期対応のためにも重要である。また学校でのトラブルを外来で把握しきれていない可能性があり、児を個別面接するなど配慮が必要と考える。

学齡期における超低出生体重児の発達障害様症状（続報）

○金澤忠博¹⁾・井崎基博²⁾・鎌田次郎³⁾・田島真知子⁴⁾・平野慎也⁵⁾・北島博之⁵⁾

1) 大阪大学人間科学研究科・2) 愛知淑徳大学・

3) 大阪成蹊短期大学・4) プール学院大学・

5) 大阪府立母子保健総合医療センター

【目的】

早期産児や低出生体重児に発達障害様の症状を示す児が多く見られるという報告がある。Hack et al. (2009)は、8歳の超低出生体重（ELBW）児の6.2%に自閉スペクトラム症（ASD）が認められ、うち自閉症は3.7%、アスペルガー症候群は2.5%であったという。Johnson et al. (2010)は、11歳の超早期産児の11.5%に注意欠如多動症（ADHD）、8%（SCQでは15.8%）にASDの症状がみられることを報告した。金澤ら（2014）は、平均年齢8歳の超低出生体重児173名についてスクリーニングを行った結果、ASD様の症状は13.3%、ADHD様の症状は19.7%、限局性学習症（LD）様の症状は23.7%に見られた。今回はその後、新たに行った学齡期のELBW児についてのスクリーニングの結果について報告する。

【方法】

＜研究協力者＞平均年齢8歳のELBW児47名（男29名、女18名）。平均出生体重755±188g、平均在胎週数26.8±2.9週。

＜用いた尺度＞①IQ：WISC-4；②LD：LDI-R，③ASD：ASSQ+対人コミュニケーション質問紙（SCQ），④ADHD：ADHD-RS4，⑤行動問題：Conners-3。

【結果と考察】

ASD様の症状がみられた児は47名中12名（25.5%）であり、前回より12.2%増加した。そのうち、ASDと診断された児は4名（8.5%）であった。ADHD様の症状は23.4%で前回よりわずかに増加した。一方で、知的障害と境界知能を合わせた精神遅滞の出現率は8.5%と前回の21.4%に比べ半分以下に減少した。LD様の症状の出現率も21.3%で前回よりもやや減少した。

ASDの出現率が大きく増加した理由は不明であるが、今回ASSQに加えて新たにSCQという尺度を導入したことが影響した可能性がある。ASSQではカットオフを下回ったがSCQのカットオフを上回った児は2名（4.3%）いた。ASSQは現在の症状をチェックするだけであるのに対してSCQは生まれてから現在までに見られた症状を答える尺度であり、より正確な評価が可能になる。また、今回は二次検診という形態をとり、一次検診を受診した児の中から希望者を募って行ったスクリーニングであることも関係しているかもしれない。

学齡期の極低出生体重児における実行機能と発達障害様症状

○村井良多¹⁾・金澤忠博¹⁾・井崎基博²⁾・鎌田次郎³⁾・田島真知子⁴⁾・安田純⁵⁾・
清水真由子¹⁾・日野林俊彦⁶⁾・南徹弘³⁾・平野慎也⁷⁾・北島博之⁷⁾・
藤村正哲⁷⁾・糸魚川直祐⁸⁾

1) 大阪大学人間科学研究科・2) 愛知淑徳大学・3) 大阪成蹊短期大学・
4) プール学院大学・5) 美作大学・6) 藍野大学・
7) 大阪府立母子保健総合医療センター・8) 武庫川女子大学

【はじめに】

極低出生体重 (VLBW) 児では、実行機能の障害がみられることが報告されているが、VLBW 児における実行機能と発達障害様症状との関連について調べた研究はほとんどない。本研究では、学齡期検診を受診した VLBW 児を対象に、WISC-Ⅲ知能検査結果を用いて実行機能の評価を行い、発達障害様症状との関連について検討した。

【方法】

2007 年度、2009 年度、2011 年度の学齡期検診を受診した出生体重 1500g 未満の VLBW 児のうち、WISC-Ⅲ全検査 IQ が 80 以上であった児 102 名 (男児 49 名、女児 52 名、平均出生体重内 812.94g) を対象とした。実行機能の評価は、WISC-Ⅲ知能検査の下位検査評価点を用いて抑制、ワーキングメモリ、切り替えからなる実行機能 3 要素の得点を作成した。各発達障害様症状の程度の評価には、自閉スペクトラム症 (ASD) 様症状については自閉症スペクトラムスクリーニング質問紙、限局性学習症 (SLD) 様症状については児童評定尺度、注意欠如・多動症 (ADHD) 様症状の程度については改訂版コナーズ教師用評定尺度を用いた。

【結果】

実行機能の 3 要素と出生体重を独立変数、各発達障害様症状の程度を従属変数とする重回帰分析を実施した。この結果、ADHD 様症状、LD 様症状に対してはワーキングメモリ要素による有意な影響がみられた ($p < .01$) が、ASD 様症状では出生体重による影響のみがみられた ($p < .05$)。

【考察】

VLBW 児における発達障害様症状は、NBW 児の発達障害ではみられる切り替え要素による影響がみられなかったことから、実行機能の面においても NBW 児の発達障害と異なる可能性が示唆された。

超早産児の修正3歳時のGMFCSレベル2以上の粗大運動障害のリスク因子

○中野玲二・野口哲平・佐藤早苗・山田浩介・後藤孝匡・
浅沼賀洋・中澤祐介・伴由布子・古田千左子
静岡県立こども病院新生児科

【目的】

超早産児の修正3歳の粗大運動障害のリスク因子を明らかにする。

【方法】

2008年から2013年の6年間に当院NICUに入院した在胎28週未満の児のうち、染色体異常及び死亡例を除外した156例のうち、修正3歳時に粗大運動能力分類(GMFCS)により粗大運動発達を当院外来で評価できた130例を対象にした。後方視的に、修正3歳でのGMFCS、在胎期間、出生体重、性別、Apgar5分値4未満、SGAの有無、多胎の有無、Papile分類3度以上の重症脳室内出血の有無、cystic PVLの有無、退院時MRIでの白質の異常所見の有無、院外出生の有無を調べ、粗大運動障害の有無により比較検討した。

【結果】

GMFCS2以上の粗大運動障害の頻度は、在胎23週(3/7=43%)、在胎24週(5/21=24%)、在胎25週(4/23=17%)、在胎26週(3/37=8%)、在胎27週(1/42=2%)。GMFCS4以上の重度粗大運動障害の頻度は、在胎23週(2/7=29%)、在胎24週(2/21=10%)、在胎25週(2/23=9%)、在胎26週(1/37=0.03%)、在胎27週(0/42=0%)。GMFCSレベル2以上群(16例)は、GMFCSレベル1群(114例)と比較して、在胎期間が短く(25.1 ± 1.1 vs 26.3 ± 1.2 wk, mean \pm SD)、出生体重が低く(666 ± 126 vs 827 ± 214 g, mean \pm SD)、重症脳室内出血の合併が多く(8/16=50% vs 4/114=3.5%)、退院時MRIでの白質の異常所見が多い(9/16=56.3% vs 13/114=11.4%)。その他の項目では、両群間の有意差を認めなかった。多変量解析では、GMFCS2以上の粗大運動障害は、低い出生体重と重症脳室内出血の合併に関連を示した。

【結論】

超早産児の修正3歳の粗大運動障害は、低い出生体重と重症脳室内出血と関連している。

Papile 分類 3 度以上の脳室内出血を合併した超早産児の修正 3 歳時の神経学的予後

○中野玲二・廣瀬彬・野口哲平・佐藤早苗・山田浩介・後藤孝匡・
浅沼賀洋・中澤祐介・伴由布子・古田千左子
静岡県立こども病院新生児科

【目的】

重症脳室内出血を合併した超早産児の修正3歳の神経学的予後を明らかにする。

【方法】

1996年1月から2013年12月まで当院NICUに入院し生存退院した在胎28週0日未満の児のうち、Papile分類3度以上の脳室内出血(severe IVH)を合併した20例を対象とした(他院フォロー1例を除く)。修正3歳時点の発達指数(DQ)と粗大運動能力分類(GMFCS)を調べ、発達遅滞の重症度による比較検討を行った。

【結果】

修正3歳時点の新版K式発達検査では、DQ85以上は4例、DQ70-84は0例、DQ60-69は3例、DQ50-59は4例、DQ49以下は9例であった。DQ70以上群(4例)はDQ70未満群(16例)との比較では、在胎週数が高く(26.8 ± 0.38 vs 24.7 ± 1.3)、出生体重(g)が高く(976 ± 167 vs 708 ± 144)、GMFCSが低かった(GMFCS 1 ± 0 vs 2.9 ± 1.5)。データは全て平均値±標準偏差。修正3歳時点のGMFCSは、レベル1が8例、レベル2が3例、レベル3が4例、レベル4が1例、レベル5が4例であった。GMFCSレベル1群(8例)はGMFCSレベル2-5群(12例)との比較では、DQ70未満が少なく(50% vs 100%)、抗痙攣薬内服症例が少なかったが(12.5% vs 66.7%)、在胎週数および出生体重には有意差を認めなかった。

【結論】

severe IVHを合併している超早産児において、修正3歳時点の発達遅延群(DQ70未満)では、在胎週数および出生体重が有意に低いが、粗大運動障害群(GMFCS2以上)は粗大運動良好群(GMFCS1)と比較して、在胎週数および出生体重に有意差を認めなかった。

極低出生体重 AFD 児の NICU 入院中の体重増加量 (ΔZ) と 9 歳時の体格との関係

○高柳俊光・七條了宣・江頭政和・江頭智子・水上朋子
NHO 佐賀病院総合周産期母子医療センター小児科

【目的】

出生時体重 z スコアと予定日 (退院時) 体重 z スコアの変動量 (Δz) は NICU 入院中の体重増加の客観的指標である。 Δz の多寡と 9 歳時身体発育 (身長体重 z スコア)、体格 (肥満/痩せ) の関係を後方視的に検討する。

【対象と方法】

9 歳時健診で腹囲を含む身体計測を施行した出生体重 z スコア -1.5 以上の AFD 児 97 名 (27.6 週、1054 g、 $-0.09SD$) を NICU 入院中の z スコアの多寡で 3 群 (small (S 群) ; $<25\%$ tile (25.1 ± 2.1 週・ 831 ± 276 g)、moderate (M 群) ; $25-75\%$ tile (27.8 ± 2.2 週・ 1060 ± 284 g)、large (L 群) ; $>75\%$ tile (29.8 ± 2.0 週・ 1265 ± 249 g)) に分け、各々で 9 歳時の身長体重の z スコアを比較した。次に 9 歳時の肥満度から各症例を痩せ ($O.I. < -20\%$)、標準 ($-20\% < O.I. < 20\%$)、肥満 ($O.I. > 20\%$) に分けた。尚、 $O.I. < 20\%$ でも腹囲/身長 ≥ 0.5 の症例は肥満と判定した。

【結果】

9 歳時の身長 z スコアは SML 群の順に -0.77 ± 1.12 、 -0.44 ± 0.97 、 0.13 ± 1.01 、体重 z スコアは順に -0.83 ± 0.81 、 -0.61 ± 0.66 、 0.04 ± 1.01 でいずれも L 群は S、M 群より有意に高値であったが SM 群間では有意差はなかった。全体の痩せの割合は 7/97、肥満の割合は 11/97 (うち全身肥満は 7/97)。痩せの割合は SML 群の順に 5/24・2/49・0/24、標準の割合は順に 15/24・45/49・19/24、肥満の割合は順に 4/24・2/49・5/24 であり、M 群に標準体形が多い傾向が認められた。

【まとめ】

NICU 入院中の良好な体重増加は 9 歳のより大きい身長体重 z スコアに反映される。一方、9 歳時の肥満や痩せを防ぐ意味ではより大きな体重増加が必ずしも望ましい訳ではないのかもしれない。

極低出生体重 LFD 児の NICU 入院中の体重増加量 (ΔZ) と 9 歳時の体格との関係

○高柳俊光・七條了宣・江頭政和・江頭智子・水上朋子
NHO 佐賀病院総合周産期母子医療センター小児科

【目的】

前報と同じ検討を LFD 児で行う。

【対象と方法】

9 歳時健診で腹囲を含む身体計測を施行した出生体重 z スコア -1.5 未満の LFD 児 66 名 (29.6 週、885 g、 $-2.56SD$) を NICU 入院中の z スコアの多寡で 3 群 (small (S 群) : $<25\%$ tile (27.9 \pm 2.6 週 \cdot 671 \pm 214 g)、moderate (M 群) : 25-75%tile (29.4 \pm 2.9 週 \cdot 865 \pm 331g)、large (L 群) : $>75\%$ tile (31.5 \pm 2.5 週 \cdot 1143 \pm 277g)) に分け、各々で 9 歳時の身長体重の z スコアを比較した。次に 9 歳時の肥満度から各症例を痩せ ($O.I.<-20\%$)、標準 ($-20\%<O.I.<20\%$)、肥満 ($O.I.>20\%$) に分けた。尚 $O.I.<20\%$ でも腹囲/身長 ≥ 0.5 の症例は肥満と判定した。尚 8 名で低身長の為の GH 補充療法を行った。

【結果】

9 歳時の身長 z スコアは SML 群の順に -1.38 ± 0.78 、 -0.96 ± 1.10 、 0.72 ± 0.33 、体重 z スコアは順に -1.03 ± 0.98 、 -0.92 ± 0.93 、 -0.33 ± 1.34 で L 群が S 群より大柄な傾向にあった。全体の痩せの割合は 3/66、肥満の割合は 10/66 (うち全身肥満は 8/66)。痩せの割合は SML 群の順に 1/16 \cdot 1/34 \cdot 1/16、標準の割合は 11/16 \cdot 31/34 \cdot 11/16、肥満の割合は順に 4/16 \cdot 2/34 \cdot 4/16 であり、AFD 児同様 M 群に標準体形が多い傾向が認められた。

【まとめ】

LFD 児も AFD 児と同様に、「より少ない」・「より多い」体重増加がいずれも肥満体型に関連する可能性が示唆された。

千葉県における NICU 施設での極低出生体重児フォローアップの現状

○川戸仁
成田赤十字病院新生児科

【はじめに】

千葉県は年間 370 人前後の極低出生体重児が出生しており、他県と比較すると広域であり未熟児診療が集約化されずに比較的分散している。NICU 退院後のフォローアップに関しても同様で、新生児臨床研究ネットワーク（以下 NRNJ）登録施設が 2014 年門戸拡大後も少なく、お互いの現状がみえづらいこともあり 2016 年 12 月に県内 NICU 施設にアンケート調査を行ったので報告する。

【方法】

約 10 項目に渡りメールおよび郵送にて調査、結果を後方視的に検討した。

【結果】

回答施設は 12 施設中 9 施設（回収率 75%：総合周産期 2、地域周産期 7）下記のような傾向を認めた。

- ・フォローアップの中心の多くは自施設、新生児科医が施行
- ・フォローアップの基準は概ね NRNJ に準じていた
- ・臨床心理士・言語聴覚士は各施設とも少人数、発達検査が自施設で可能な施設は 5 施設
- ・急性期管理を多く担当している施設が必ずしもフォローアップまで充実していなかった
- ・地域との連携システムが比較的確立している施設は 3 施設
- ・多くの施設で就学含めた教育現場や地域との連携は個々の繋がりで行っていた
- ・新生児科医の人員のゆとりが必ずしもあるわけではなく、病棟業務が多忙であるがゆえに外来に時間を割くことが現実的に困難になっている現状も認めた

【結論】

全体として NRNJ に準じたフォローアップは行っており、地域によっては限られた資源で連携に努めているもののどの施設も満足なフォローアップ体制は確立されていなかった。今回のアンケート調査は NICU がない施設までの現状調査は行なっておらず限界があるが、NICU を退院したら終わりではなく救命したその先のフォローアップに関しても新生児科医のみでなく、多職種で目を向け施設を越えて限られた資源で県全体としてどういう方向でフォローアップを行ってゆくの望ましいかももう少し踏み込んだ議論が今後必要と思われた。

修正 1 歳半の極低出生体重児と母親の相互作用

○福岡明日香¹⁾・丹羽早智子²⁾・鬼頭修³⁾・早川昌弘⁴⁾・永田雅子⁵⁾

1) 元大垣市民病院小児科・2) 名古屋第一赤十字病院精神科・3) 名古屋第一赤十字病院小児科・

4) 名古屋大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター・

5) 名古屋大学心の発達支援研究実践センター

【目的】

近年、周産期・新生児医療の進歩にともない新生児の死亡率は減少し、LBW 児の出生率は増加している。その一方で、現場の医療者からは、LBW 児と母親の関係性障害が懸念されている（北ら，2007）。これまで、LBW 児と母親の相互作用は海外において様々な知見が積み重ねられてきた（Singer ら，2003；Feldman ら，2007 など）。しかし、我が国においては LBW 児と母親の相互作用に関する研究は未だ少ないのが現状である。そこで、本研究では修正 1 歳半の VLBW 児と母親の相互作用を正常産児と比較しながら詳細に検討する。

【方法】

VLBW 群 14 名（中央値で在胎週数 29 週、出生体重 1,021g）と対照群 15 名（全員在胎 37 週以上、出生体重 2,500g 以上）の母子相互作用を約 5 分間ビデオ観察し、Child and Parents' Interaction Coding System (Hedenbro & Liden, 2002) という手法によってコーディングした。

【結果】

両群の相互作用を Mann-Whitney の U 検定で検定したところ、[母親の文脈]において対照群と比べて VLBW 群で『親の承認の割合』が有意に低いこと、[子の文脈]では『親の承認の割合』に対照群と VLBW 群で有意差はみられないこと、どちらの文脈においても VLBW 群は対照群と比べて『やりとりの平均回数』が有意に少ないこと、[母親の文脈]において『子どもの反応の割合』は対照群と VLBW 群で有意差は認められないことが示された。

【結論】

親子の相互作用において非常に重要な部分で、VLBW 児と母親は困難を抱えていることが示された。本研究の結果は、VLBW 児と母親の相互作用に介入していく際の一つの手がかりになると考えられた。

なお、本研究は科学研究費の助成を受けて実施された（基礎研究 B：課題番号 24330198）。

食事アンケート結果から見た超・極低出生体重児の固形食摂取状況
養育者の視点から見た情報提供資料となるか

○大山牧子¹⁾・友滝寛子²⁾・豊島勝昭¹⁾

¹⁾神奈川県立こども医療センター新生児科・²⁾京都大学医学部付属病院小児科

【目的】

超・極低出生体重児が補完食をどのように開始され、確立されていくのかを養育者の視点から実態を調査し、食事の相談や摂食障害の予防につなげる。

【対象と方法】

2015年10月から2016年12月までにそれぞれA)修正年齢1歳6ヶ月と、B)暦年3歳から3歳半に達した極低出生体重児を対象に、離乳食の開始からこれまでの食事の様子を、保護者に対してそれぞれの年齢別に2種類の対面式アンケート形式で状況を調査した。

【結果】

A)B)それぞれ85名、80名のうち12名、16名にアンケートを完了した。対象の在胎週数、出生体重、アンケート時の歴月齢(修正月齢)は以下の通りである。

A) 27.8(23.1~34.3)週、808(569~1266)g、19~27カ月(17~25カ月)

B) 28.9(23.0~33.0)週、883(473~1368)g、36~42カ月(34~38カ月)

SGAはA)に4名B)に9名含まれる。

A) 固形食の開始時期、もぐもぐ食べ、手づかみ食べはそれぞれ修正で4~11カ月、6~13カ月、7~19カ月。乳汁以外の水分摂取をしていなかった例が半数あった。食事への興味があまりなかったのは1名で、他はとてもあった。

B) 「食事中に立つ・走る」が1名を除く全員に「よく見られた」が、1名を除く全員が食事への興味があつた。「食事を吐く、飲み込まない」児はいなかった。

【考案】

摂食機能を反映する固形食の開始と進み方については、修正月齢でも幅があることがわかつた。水分摂取が遅れる傾向があつた。3歳以降の困難感食事中の立ち歩きが際立って多かつたが、摂食障害に見られる吐く・飲み込まないはなかつた。今回の少ない検討例では食事困難例は見られなかつた。

今回の結果を今後の育児支援の情報提供に役立てたい。

遺族支援における NICU 看護師の負担感について

○ 北尾真梨¹⁾・瀬藤乃理子²⁾・高田哲³⁾

¹⁾九州大学大学院保健学部門・²⁾甲南女子大学看護リハビリテーション学部・

³⁾神戸大学大学院保健学研究科

【はじめに】

死にゆく子どものケアや看取り、遺族支援では、支援者にも大きな負担が生じる。私たちは、遺族支援時の負担感について小児科医を対象に調査し、女性、経験年数の少なさ、対処法がないこと、無力感、の4 要因が関連すると報告してきた。看護師は医師に比べ女性の割合が高く、勤務年数も短い。本研究の目的は、①NICU に勤務する看護師の遺族支援への負担感とそれに関連する要因を明らかにすること、②医師を対象とした研究結果と比較し両者間の違いを明らかにすること、の2点である。

【対象と方法】

全国の周産期医療センターのうち、ハイリスク児フォローアップ研究会の会員が属する周産期医療センター120施設に書面にて調査協力の可否を尋ね、協力の回答が得られた64施設に勤務する看護師を対象とした。2014年11月～12月に質問紙を送付し、施設側でNICU看護師5-6名の抽出、質問紙の配布・回収を実施した。医師への質問項目と対応させた自記式質問紙を用い、ロジスティック解析により負担感と関連する因子を抽出して医師との比較を行った。研究実施に際しては、神戸大学保健学研究科倫理委員会の承認を得た。

【結果】

全回答者384名のうち、遺族支援の経験があると答えた人は190名(49.5%)であり、そのうち2項目以上の欠損のない169名を分析対象とした。123名(72.8%)は遺族支援の負担感が高いと答えており、その割合は医師(55.4%)よりも高かった。また、遺族支援に関連した研修の受講割合も医師の26.3%に比べ看護師は59.8%と高かった。一方、性別、年齢、経験年数、研修の有無などは負担感に関連せず、負担感の高さとバーンアウト尺度との関連もなかった。逆に、負担感の強い看護師ほど多くの対処法を持っていると答えていた。

【まとめ】

遺族支援における負担感と関連する要因は医師と看護師で異なっていた。看護師のもつ対処法の多くは情動的な対処法であり、問題解決型のアプローチや環境要因からの方策を検討する必要性も考えられた。

就学前健康診査で発達評価をするのに適当な心理検査は何か？ -K-ABC 検査の意義について

○三好真佑¹⁾・重川智子¹⁾・中島節子¹⁾・垣生真由子¹⁾・小林雅代¹⁾・越智恭恵¹⁾・
矢野薫²⁾・長友太郎²⁾・穠吉眞之介²⁾・長尾秀夫³⁾

¹⁾愛媛県立中央病院臨床心理室・²⁾同 周産期センター・³⁾同 発達外来

【はじめに】

本研究では、極低出生体重児の就学前健康診査を行う際に、子どもの発達状態を評価するのに適当な心理検査について検討した。その結果を踏まえ、本研究で選んだ K-ABC 心理・教育アセスメントバッテリー検査 (K-ABC 検査) の有用性を報告する。

【対象と方法】

対象は、1999 年 4 月から 2011 年 3 月に極低出生体重で出生し、本院で定期的フォローアップを受けている子ども合計 509 名である。在胎週数は平均 29 週 2 日、出生体重は平均 1072 g、検査実施年齢は平均 5 歳 11 か月であった。

K-ABC 検査では、検査の適用年齢は 2 歳 6 ヶ月～12 歳 11 ヶ月、検査時間は平均約 30～60 分とされ、継次処理・同時処理という 2 つの尺度によって認知特性を分析することもできる。

統計学的分析は、一元配置分散分析 (対応あり)、ソフト SPSS22 を用いて行い、危険率 5%を有意差の判定基準とした。

【結果】

認知処理過程尺度は 95.99 ± 14.26 、習得度は 93.31 ± 16.19 であった。下位検査は、継次処理尺度 99.34 ± 15.96 より同時処理尺度 93.64 ± 14.04 が有意に低かった。習得度のうち、算数 95.14 ± 18.25 、なぞなぞ 90.55 ± 14.34 、ことばの読み 95.43 ± 18.72 であった。

【結論】

極低出生体重児の就学前健康診査には検査適用年齢、検査時間、認知特性の分析などの観点から K-ABC 検査が有用であると考えられる。

K-ABC 検査を使用することにより、同時処理尺度が低いという極低出生体重児の認知特性を掴むことができた。また、習得度が数値として示されることで、認知処理過程尺度との比較が可能となり、子どもの側では読字障害、ADHD 等、環境側では家族、家庭環境等の問題に気付く機会となり、支援に有用な情報を得ることができた。

入会申し込み・お問い合わせ先

事務局：〒162-0054 東京都新宿区河田町 8-1
東京女子医科大学母子総合医療センター内
ハイリスク児フォローアップ研究会事務局
TEL・FAX 03-3341-9538
Mail: followup.ae@twmu.ac.jp
HP : <http://highrisk-followup.jp/>