

Ⅱ 育児支援の基礎知識

この章では、育児支援に必要な知識について、様々な分野の先生方に執筆いただいておりますが、基礎的な内容となります。そのためⅦ基礎知識を深めるための書籍紹介をご参照ください。

Ⅱ 育児支援の基礎知識

育児支援のために必要な基礎知識

女性の妊娠 22w 出産/子どもの誕生(NICU 入院) 子どもの成長過程(NICU 退院後 地域での育児生活)

-
- (1) 一般的な妊娠・出産の経過、母乳育児
 - (2) 母子保健サービス
 - (3) 産科合併症～身体～
 - (4) 産科合併症～精神疾患～
 - (5) 産科合併症～その他～(若年・高齢妊娠、胎児奇形、人工妊娠中絶、不妊治療)
 - (6) N I C U入院、早産児の入院～退院、フォローアップ
 - (7) N I C Uにおける子ども・家族へのケア
 - (8) N I C Uにおけるこころのケア
 - (9) 乳幼児期の発達障害
 - (10) N I C Uから退院した子どもの在宅診療
 - (11) 重症心身障害児の在宅生活
 - (12) N I C U退院児の訪問看護
 - (13) 乳幼児期の療育サービス、リハビリテーション
 - (14) 育児支援サービス
 - (15) 子どもの戸籍
 - (16) 養子縁組手続きと母と子どもへの援助について
 - (17) 周産期における虐待
 - (18) ジェンダーバイアス、DV被害者支援
 - (19) 外国籍家庭の妊娠・出産・育児への留意点
 - (20) 外国籍者の出生届、国籍、在留資格等登録手続き

1 一般的な妊娠・出産の経過、母乳育児

一般的な妊婦の保健指導および入院中と産後に行われる保健指導や支援

妊婦の妊婦健診では妊娠予後に与える合併症のスクリーニングとして、①妊娠時期に応じた経過の診断②妊娠合併症や産科異常の有無の診断③胎児の健康状態の把握④リスク因子の発見などが行われる。妊婦健診により正常な妊娠経過から逸脱が発見された場合には適宜健診間隔を短くしたりしている。

妊婦の保健指導は、妊婦健診が行われた結果より正常な妊娠経過から逸脱が予想される場合や逸脱が認められた場合、妊婦自身と必要に応じてその家族が自分たちの生活を調節できるよう実施する。

産後も同様に妊婦とその家族が円滑に育児を行い、また褥婦の産後の経過が心身ともに良好に経過するよう支援をする。

(1) 妊娠初期

妊娠初期は非妊時と大きくホルモン動態が異なり、身体的にも心理的にも変化が著しい。妊娠のホルモンの影響により起こる“悪阻（つわり）”“便秘”など、妊娠に伴うマイナートラブルへの指導が必要になる。

集団指導である“出産準備クラス”の案内、妊婦や家族の出産への意向を示す“バースプラン”の紹介もこの時期から行う。

(2) 妊娠中期

妊娠中期に入ると身体的にも妊娠によるホルモンに適応し、妊娠初期に比べると気分が安定してくる時期である。

増大する子宮の影響により、妊娠初期とは違うマイナートラブルも出現し、それに対する保健指導が要求される。

妊娠後期に向け“妊娠高血圧症”“切迫早産”など正常な妊娠経過から逸脱が起こらないよう、妊婦健診の結果や家族因子を加味して、逸脱予防を図る支援を行う。

また分娩入院に必要な荷物の準備、新生児物品の準備もこの時期から行うアドバイスをする。

(3) 妊娠後期

妊娠後期は出産に向けての指導が中心となってくる。分娩・育児に必要な物品の最終確認、分娩入院時期の知識の確認、分娩入院中の家族の調整の確認などを行う。

分娩や分娩入院生活および育児など妊婦とその家族の意向の確認も“バースプラン”などを活用して行い、妊婦の主体性を尊重した助産ケアが提供されるように調整する。

(4) 入院中

分娩入院直後は産婦とその家族の意向を“バースプラン”などで確認し、助産ケアを展開する。

分娩後は心身の回復や乳汁分泌の状況、育児についてより健康状態を高めるよう支援を行う。退院後の生活についても合わせて指導を行う。

分娩後に書かれる分娩の振り返りである“バースレビュー”を確認し、褥婦の話を傾聴する。

(5) 退院後

施設によっては産後健診までの間に受診できる母乳および育児支援が可能な外来があり、母乳育児のアドバイス・乳房トラブルの対応・育児全般の指導などを行う。

産後健診の時には今後の生活についての指導が中心となり、日常生活の指導・家族計画・異常時の対応・育児指導、必要時社会資源の紹介などを行う。

ベビーマッサージの会などを企画し、褥婦同士のコミュニケーションの場を作ることもある。

表2—1 一般的な妊婦健診と保健指導および入院中と産後に予想される健診と保健指導

妊娠各期	妊娠初期				妊娠中期				妊娠後期				産後																													
	2ヶ月		3ヶ月		4ヶ月		5ヶ月		6ヶ月		7ヶ月		8ヶ月		9ヶ月		10ヶ月		入院中	母乳外来	産後健診																					
妊娠週数	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	入院時診察	産後1~4週	産後~6週
健診間隔	3回程度				4ヶ月週間に1回				2週間に1回				1週間に1回		1週に2回		退院時診察	1~2回	1回																							
分娩分類	流産								早産								正期産	過期産																								
主な検査・診察と時期	超音波検査(初診時)				超音波検査				超音波検査				超音波検査				内診		超音波検査																							
	内診(初診時)				内診				内診				内診(以降健診毎)				尿検査		内診																							
	尿検査(初診時)				尿検査(以降健診毎)												血液検査		尿検査																							
	胎児心拍確認(初診時)								血液検査(中期)				血液検査(後期)				胎児心拍陣痛モニター																									
	血液検査(初診時)																																									
	子宮癌検診(初診時)																																									
													産分泌検査																													
													胎児心拍陣痛モニター																													
計測・観察と時期	体重(健診毎)																体重	母乳量測定	体重																							
	血圧(健診毎)																血圧		血圧																							
	浮腫(健診毎)																浮腫																									
	身長(初診時)																母乳量測定																									
					腹囲(以降健診毎)												他																									
主な説明	妊娠初期の生活				妊娠中期の生活				妊娠後期の生活				母子同室説明	乳房ケア	産後の生活																											
	妊娠に伴う胎児の発育				妊娠に伴う胎児の発育				妊娠に伴う胎児の発育				授乳について	育児相談	乳房ケア																											
	流産予防				妊娠週数に合わせた活動				分娩徴候と入院の時期				沐浴について		育児相談																											
	悪阻の対処				体重コントロール				分娩経過				産後の栄養について		家族計画																											
	栄養指導				妊娠高血圧症候群について				入院中の生活				調乳について																													
	定期健診と検査				早産予防				入院物品の確認				退院後の説明																													
	出産準備クラスの案内				マイナートラブルと対処				乳房ケアと母乳育児				パースプランの確認																													
	パースプランの説明				着帯				パースプランの確認				パースレビューの確認																													
					栄養指導																																					
					パースプランの確認																																					

〔参考文献〕

- 『産婦人科診療ガイドライン 産科編』日本産科婦人科学会／日本産婦人科医会編集・監修（2011年）
- 『マタニティアセスメントガイド 東京』吉沢豊予子・鈴木幸子著（2007年）、真興交易(株)医学書出版部
- 『新版 助産師業務要覧 増補版 東京』日本看護協会監修（2011年）、日本看護協会出版会

2 母子保健サービス

母子健康手帳の交付、妊産婦・乳幼児の健診等、主な母子保健事業は区市町村が実施主体となっており、妊娠、出産、子供の成長に応じたサービスが体系的に提供されている。乳幼児健診など基本的な母子保健事業は、すべての母子を対象としているが、特定のリスクがある母子を対象とした育児グループなども実施しており、重層的なサービスの提供を行っている。

また、支援が必要な家庭に対しては、保健師が個別に電話、面接、家庭訪問等により継続的な相談を行い、必要に応じて関係機関との連携、調整を図る。

(1) 母子健康手帳の交付

保健所や保健センターなど区市町村の所定の窓口で、妊娠届を申請すると、「母子健康手帳」と、妊婦健康診査の受診票や母子保健サービスの案内等が入った「母と子の保健バッグ」が交付される。妊娠届の際に保健師等の専門職による面接や、アンケートの実施などで、リスクがある妊婦の把握を行っている区市町村もある。

(2) 母親学級・両親学級

区の保健所・保健センター、市町村の保健センターで、妊婦のための母親学級や両親学級などを開いている。妊娠や出産の正しい知識、出産の準備や赤ちゃんの世話についての講義や実技のほか、悩みや不安を分かち合える仲間づくりの場となっている。

(3) 妊産婦・新生児訪問指導

妊娠中の妊婦の健康のために、必要時に保健師・助産師が訪問をしている。主に若年や高齢、母子健康手帳の交付の際や医療機関からの連絡などにより把握されたハイリスクの妊婦が対象となる。

赤ちゃんが生まれてからは、新生児期に助産師または保健師が家庭訪問を行い、母親の産後の生活、児の発育や栄養、日常生活など育児上必要な事項について指導を行う。対象の月齢、乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）との区分は自治体によって異なる。

新生児訪問では、産後の母親の精神的な支援をより効果的にする1つの方法として、EPDS（エジンバラ産後うつ病質問票）を活用している区市町村もある。

(4) 未熟児訪問指導・未熟児相談

入院治療が終了し退院した未熟児に対し、未熟児の母親やその看護者に対して、未熟児の症状や家庭環境に応じて、保健師が訪問や相談を行っている。

(5) 乳児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)

すべての乳児がいる家庭を訪問し、様々な不安や悩みを聞き、子育て支援に関する情報提供等を行うとともに、親子の心身の状況や養育環境等の把握や助言を行い、支援が必要な家庭に対しては適切なサービス提供に結びつけることを目的としている。自治体により、新生児訪問指導と合わせて訪問を行っている場合もある。

(6) 乳幼児健診

診察、保健・栄養・歯科相談等を行い、疾病や障害の早期発見し、早期治療、療育に結び付けるとともに、保護者の育児不安の解消を図ることを目的とする。

3～4か月児健診、6～7か月児・9～10か月児乳児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診が実施されている。3～4か月児健診、1歳6か月児健診、3歳児健診はほとんどの区市町村が集団による健診を実施しており、6～7か月児・9～10か月児健診は、都内委託医療機関における個別健診として実施している。

一般健診等で発育、発達など、経過観察が必要と判断された児については、経過観察健診や発達健診が実施されている。

(7) 育児学級

育児支援のための学級やグループが区市町村で開催されている。若年の母親、多胎児の保護者、育児不安の強い母親のグループなど、地域により内容、対象は様々である。

(8) 予防接種

予防接種は、感染予防、発病の防止、症状の軽減、まん延の防止等を行われる。予防接種には、予防接種法によって対象疾病、対象者、接種期間等が定められた定期の予防接種と、それ以外の任意の予防接種がある。子供が対象となる定期の予防接種には、ポリオ、ジフテリア、百日咳、破傷風、日本脳炎、BCG、麻疹、風疹、任意の予防接種には、Hib（インフルエンザ菌b型）、肺炎球菌、インフルエンザ、水痘、おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）、B型肝炎、A型肝炎、HPV（ヒトパピローマウイルス）などがある。

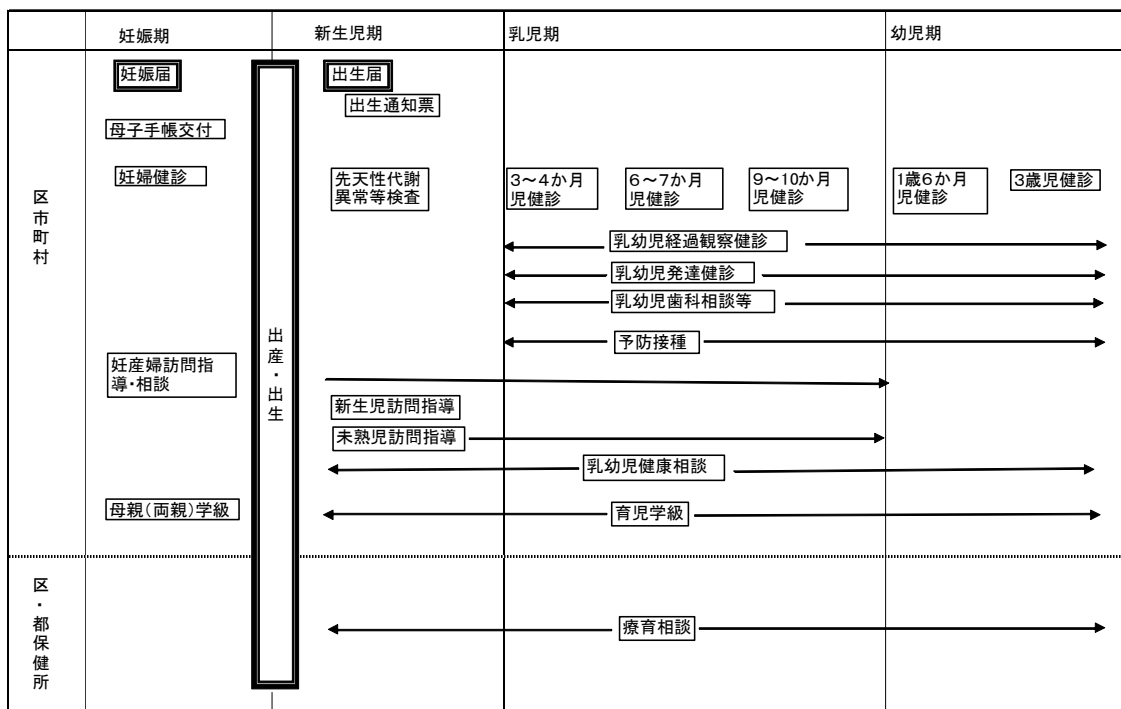


図2-1 妊娠期から幼児期の予防接種

〔参考文献〕

- ・『東京の母子保健』東京都福祉保健局少子社会対策部子ども医療課（2009年）、P3～11、P77～109
- ・『母子保健事業報告年報 平成22年版』東京都福祉保健局少子社会対策部家庭支援課（2011年）、P6
- ・『要支援家庭の把握と支援のための母子保健事業のガイドライン』東京都福祉保健局少子社会対策部子ども医療課（2006年）、P27

3 産科合併症 ～身体～

(1)切迫早産

妊娠 37 週未満に子宮口が開大したり子宮頸管短縮の見られる状態

ア 原因 感染（絨毛膜羊膜炎）・頸管無力症（子宮頸管の維持力がなく中期より頸管短縮）であることが多いが原因は明確ではなく、予防は困難。頻回の流産手術既往・早産歴・子宮膣部円錐切除術後などの人はリスクがあるとされている。

イ 症状 頻回に自覚する子宮収縮・性器出血・水様帯下
無自覚であっても、検診で子宮頸管長の短縮を指摘される。

ウ 治療 流産領域での子宮頸管の短縮を認めた場合、子宮頸管縫縮術をする場合もある。
安静＋子宮収縮抑制剤＋抗生剤（必要時） 破水を伴うこともあり、状況によってはベッド上安静で分娩までの入院となることが多い。

エ 転帰 早産領域での出産は帝王切開となる場合もある。墜落産予防のため誘発分娩となることもある。早産での出産になると、児は予定日周辺までの入院となる。
早産児の出産や育児に伴い出産後に専門的な精神的ケアを必要とする場合もある。

(2)妊娠高血圧症候群

妊娠 20 週以降、分娩後 12 週まで高血圧が見られる場合、または高血圧に蛋白尿を伴う場合のいずれかで、かつこれらが単なる妊娠の偶発合併症によらないもの

ア 病型 ①妊娠高血圧腎症：妊娠 20 週以降に高血圧初発しかつ蛋白尿を伴うもので分娩後 12 週までに正常化する。

②妊娠高血圧症：妊娠 20 週以降に高血圧初発し分娩後 12 週までに正常化する。

③加重型妊娠高血圧腎症：

・慢性高血圧が妊娠前あるいは妊娠 20 週までに存在し妊娠 20 週以降蛋白尿を伴う。

・高血圧＋蛋白尿が妊娠 20 週まで（含妊娠前）に存在し 20 週以降両所見もしくはいずれかが増悪する場合。

・蛋白尿のみを呈する腎疾患が妊娠 20 週まで（含妊娠前）に存在し妊娠 20 週以降に高血圧が発症する。

④子癇：妊娠 20 週以降に初めて痙攣発作を起こし、てんかんや 2 次性痙攣が否定されるもの。妊娠中・分娩中・産じょく期いずれの時期も起こりうる。

イ 治療 食事療法（減塩・カロリー制限）・安静・降圧剤投与を行いコントロールを図る。
軽症例であれば外来で降圧剤投与をして管理されることもあるが、安静のため休職を指示する場合もある。重症例（血圧 160/110mmHg 以上・蛋白尿 2g/日以上）の場合は入院管理とする。ただし妊娠を継続している限りは軽快することはない。

ウ 転帰 血圧コントロール不能・腎機能障害・凝固障害出現時は分娩。急激に悪化することもあり、突然分娩とならざるを得ない場合、心理的に受け止めきれず、また自身の状態も良くない場合も多いため精神的にもダメージを受ける。実際産後血圧管理のために入院長期化する場合があります、帰宅後も休息必要。重症な場合は胎盤早期剥離、頭蓋内出血、肺水腫を併発し集中治療を要する事もある。

(3) 前置胎盤

胎盤の一部・全部が内子宮口にかかっている状態

ア 管理 施設によって違うが、妊娠後期より管理入院となることもある。

ご本人にこれとあって症状がなく長期入院となるのでフラストレーションがたまる。

イ 転帰 子宮収縮を伴わない急激な大量出血を起こすことがあり、その場合緊急で分娩となる（分娩方法は必ず帝王切開）。分娩に伴い大量出血から輸血・子宮摘出となる場合もある。最近では自己血輸血が知られるようになり、貯血をする施設も多い。

(4) 多胎妊娠:二人以上の胎児を妊娠すること

ア 分類 ①絨毛膜1羊膜腔性：胎盤・羊水腔ともに一つ 時に結合双胎

②1絨毛膜2羊膜腔性：胎盤は1つを共有 羊水腔は2つ

③2絨毛膜2羊膜腔性：胎盤も羊水腔もそれぞれ別

イ 合併症 切迫早産（物理的に重い）・妊娠高血圧症候群・双胎間輸血症候群（1絨毛膜性の場合のみ）・子宮増大による圧迫所見（下肢血栓症・嘔気・呼吸苦・腰痛など）

ウ 管理 施設間で取り扱いは異なるが、妊娠後期に管理入院となる場合が多い。3胎以上は早産予防のため頸管縫縮術を行う。

エ 転帰 施設間で取り扱いは異なるが、膜性・胎位により帝王切開分娩となることも多い。通常単胎妊娠時より早い時期での分娩となることが多い。（3胎以上は帝王切開）育児に関しては協力者の確保が必要なことが多い。

(5) 子宮筋腫合併妊娠

一般的には5cm以上の筋腫があると周産期トラブルとなることが多いとされる。最近妊娠年齢の高齢化に伴い多発子宮筋腫合併の方が多

ア 合併症 ①切迫流早産 容積的な問題があり子宮の十分な伸展が得られない。

②筋腫感染 妊娠による子宮の血流変化に伴い筋腫が変性・壊死を起こし炎症源となり子宮収縮を併発する。抗生剤長期投与が必要になることもある。局所炎症所見が強くコントロール不良な場合、妊娠中であつても筋腫核出手術となることもある。

③分娩障害 産道近くに存在したり、子宮頸部発生の筋腫の場合分娩障害となり帝王切開となる。

④産後出血 産後収縮不全の原因となり弛緩性の出血から子宮摘出を余儀なくされる場合もある。また、高齢な方も多く帝王切開時にリスクを下げる意味合いで同時に子宮摘出を予定される場合もある。

イ 転帰 上記のようなトラブルなく経過した場合は通常の産じょく経過をたどる。子宮摘出に至った場合、医学的には更年期症状なども出現しないはずであるが女性としての喪失感からそのような症状を訴える方も多い。周囲は子供の誕生の喜びに満ちており本人の喪失感に思いを寄せることは少ない。身体的・精神的休息を必要とする。

4 産科合併症 ～精神疾患～

(1)統合失調症

緊張病性混迷・幻覚・妄想などを主症状とする疾患で、妊娠中の再発・再燃が多い。胎児と関連した妄想も出現する。病状によっては、母体保護法による人工妊娠中絶術を選択することも多い。妊娠継続をする場合は、妊娠前から何らかの治療を受けている患者が多いので、神経科医師と連携を取りながら管理する必要がある。病状を一定に保つためにも、薬物療法（後述）は継続することが望ましい。

(2)双極性障害

妊娠中は、抑うつ状態・行動量減少・不定愁訴などで妊娠初期に発症することもある。躁状態の発症頻度は少ない。産後に一気に増悪することもあり、自殺企図の危険もあることから、妊娠中から神経科医師との連携し同時に診療を行う必要がある。妊娠前から治療を行っている場合は、それを継続していく。主な薬物療法は、うつに対してはベンゾジアゼピン系抗うつ薬・モノアミン再吸収阻害薬などで、躁病には炭酸リチウムを用いる。

(3)てんかん

妊娠前（多くは幼少時）に診断され、神経内科・脳神経外科などで管理されていることが多い。妊娠中でのてんかん発作は、母体・胎児の低酸素状態を引き起こすことから、抗てんかん薬は継続して内服し発作を抑える必要がある（抗てんかん薬については後述）。

(4)神経症・パニック障害など

妊娠初期・後期は不安や心配を起こしやすく、心因反応としてパニック障害や抑うつ・ヒステリーなどの身体症状を起こしやすい。神経科医師と連携し、抗不安薬の投与やカウンセリングなどの治療を行う。産科スタッフ（医師・助産師）も積極的に介入し、精神的サポートを行っていく必要がある。

(5)人格障害

従来の境界例・精神病質の後身にあたる概念で、思春期または成人期に生じる性格障害である。一般的な成人に比して極端な考え方や行動をとり、結果として社会への適応を著しく困難にし、感情・思考の制御障害や衝動的な自己破壊行為などの特徴がある。原因として、先天的異常・幼少期の身体的性的虐待体験・機能不全家族もしくは過干渉な家庭での養育などが考えられている。治療は精神療法が主体となり、薬物療法を併用することもあるが、十分な効果は得られない傾向がある。

近年、同疾患患者の妊娠・分娩は増加しており、いわゆる社会的ハイリスク妊娠の多くを占めている。出生児への虐待につながるケースも多く、十分な介入が必要となる。

(6) 覚せい剤精神病(その他薬物摂取後精神障害)

覚せい剤使用後に出現する精神障害で、症状としては統合失調症に類似し同様の薬物療法を要する。近年若年層に増加しており、妊産婦でもみられる。妊娠初期に薬物摂取既往をもつ妊婦もおり、再犯も多いことから出産後もハイリスク家庭として介入していく必要がある。

表2-2 精神疾患の薬物療法

適応疾患	薬剤系統	薬物名	主な商品名	催奇形性	投与時注意事項
統合失調症	ブチロフェン誘導体	ハロペリドール	セレネース	心奇形・口唇口蓋裂	特になし
統合失調症	フェノチアジン誘導体	クロルプロマジン	ウインタミン・ヒルナミン	明らかな報告なし	特になし
統合失調症	非定型抗精神病薬	リスベリドン	リスパダール	明らかな報告なし	特になし
		アリピプラゾール	エビリファイ		
うつ	モノアミン再取り込み阻害薬	SSRI	パキシル・デプロメール	死産の増加	特になし
		SNRI	トレドミン		
うつ・不眠症	ベンゾジアゼピン系	ジアゼパム	セルシン	一部に奇形発症の報告あり	特になし
不安障害		フルニトラゼパム	サイレース		
		その他	マイスリー・ハルシオン・アモパンなど		
躁病	炭酸リチウム		リーマス	心奇形・母体血中濃度上昇	特になし
てんかん	抗てんかん薬	フェニトイン	アレピアチン・ヒダントール	神経管欠損(二分脊椎・無脳児)	葉酸・Vit K吸収障害あり
		フェノバルビタール	フェノバル	心奇形・口唇口蓋裂	妊娠中は補充する
		バルプロ酸Na	デバケン・セレニカR	多指症	新生児出血傾向に留意
		カルバマゼピン	テグレート		

・ 薬物療法の新生児への影響

出生直後は鎮静効果（活動性低下・筋緊張低下・吸吮力減少）が出現することがある。

日齢7日前後で多動・興奮・痙攣・嘔吐・下痢などの離脱症候群を生じる。母体の内服薬の内容を新生児科医師に十分伝え、観察・加療する必要がある。

・ 精神疾患合併産褥婦の授乳・育児

殆どの精神疾患治療薬は、授乳禁止もしくは回避が望ましいとされている。

母児の愛着確立などを目的に母乳を推進する手段もあるが、**overwork** となり調子を崩しては元も子もない。褥婦の精神状態を安定させて、育児に取り組んでいくよう管理することが重要である。本人にその点を十分理解させて、断乳を進めていくことも多い。

多くの精神疾患は、夜間の睡眠が必要不可欠であり、肉体的に疲労しないことが重要である。そのためには、積極的に育児サポートを行う存在（主に家族）が必要となる。退院後の家庭における支援体制を確認し、その上で自宅での育児を開始できるよう介入することは非常に重要である。家族不在の場合は、子ども家庭支援センターへ橋渡しを行い、地域の育児サポートシステムを利用するなどの支援が必要となる。

* 妊娠と薬情報センター <http://www.ncchd.go.jp/kusuri/>

5 産科合併症 ～その他～

(1)若年・高齢妊娠

若年妊娠の明らかな定義はないが、一般的には 20 歳以下での妊娠・分娩を表す。身体的・精神的・社会的に未発達である母体からの分娩となるため、周産期予後不良因子となり得る。具体的には、妊娠中の身体管理不良（妊娠していることを言い出せない等、妊婦健診未受診も含む）・身体発達不良～狭骨盤～経膈分娩困難・育児困難などである。

就学中など社会的自立以前に分娩となるため、夫・パートナーが不在で、経済的目途がついていない親が多い。母親方の祖父母によるフォローが一般的だが、得られない場合は社会的資源による介入を要する事例も多い。

高齢妊娠とは、初産婦で 35 歳以上・経産婦で 40 歳以上での妊娠・出産を表す。近年増加しており、平成 17 年の統計では、35 歳以上の分娩は全分娩の 16%となっている。増加の理由として、不妊治療の進歩・普及が挙げられる（後述）。妊娠合併症を併発することも多く、妊産婦死亡は 35-39 歳で 2.5 倍、40 歳以上で 5.3 倍となっている。経済的には恵まれている家庭も多いが、高齢での育児に困難をきたす場合もある。育児に行き詰まり精神的に不調を起こすことも多く、周囲からのサポートが必要になることもある。しかし育児をサポートする家族も高齢化し、ままならないことも多く、社会的資源を投入するケースもある。

(2)胎児奇形

先天異常の原因としては、遺伝子がかかわる場合（単一遺伝子病・多因子遺伝病・染色体異常）と、妊娠中の外的要因や母体環境によって発生異常や障害を生じる場合に分類される。

妊娠中に胎児の異常を診断された場合は、原因検索を十分に行い、その結果を慎重に伝えていく必要がある。臨床遺伝専門医・遺伝カウンセラーなどの専門家に病状説明を依頼し、妊娠継続の可否・分娩方法などを考えていく。妊娠時期によっては人工妊娠中絶術を選択する場合もある。出生後は異常の程度により治療が必要となり、在宅介護等が必要となるケースもある。経済的にも育児の面でも、サポートが必要になることが多い。

(3)人工妊娠中絶

人工妊娠中絶は、昭和 23 年に制定された母体保護法(旧優生保護法)により定められている。その第 14 条 1 項では、『妊娠の継続又は分娩が身体的又は経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのある』妊娠について、本人及び配偶者の同意を得て人工妊娠中絶できる権利が定められている。配偶者不明の場合は、本人の同意だけで行える。施術は、各都道府県の医師会が認定する母体保護法指定医が行う。

平成 20 年の統計では、約 24 万件の人工妊娠中絶術が行われ、出生 100 に対し 22.2 件（全妊娠の 5 分の 1）となっている。一般的に考えられているよりも多く、人工妊娠中絶が行われている実態がある。

(4)不妊治療

結婚後2年以上経っても自然妊娠に至らない場合、不妊症と診断される。女性側の要因が40%（卵巣機能不全・子宮卵管因子など）、男性側の要因が40%（乏精子症、精子奇形症、精子運動率低下など）、双方の原因が15%と言われている。

近年、不妊に対しての治療は非常に普及している。排卵誘発・タイミング法・AIH（人工授精）・IVF-FT（体外受精-胚移植）・ICSI（顕微授精-胚移植）などが挙げられる。自費診療であり治療費も高額になっている（体外受精代30-40万円、前後の投薬・検査も入れると1回100万円程度かかる）。不妊治療普及により、高齢妊娠が増加しそのせいでハイリスク妊娠も増加している。多胎妊娠も一時増加したが、現在は学会より胚移植の個数制限が勧告され減少した。不妊治療（特に体外受精）での妊娠において、胎児奇形は増加しないとの報告が多い。不妊治療は奇形を生む直接的原因にはなり得ない、との認識が通説である。しかし高齢出産・ハイリスク妊娠が多いことから、染色体異常や早産児が多い印象は拭えない。

不妊治療後に妊娠した場合、妊娠成立がゴールとなり、出産後のイメージを持ちにくいことから育児困難に陥るケースがある。出産後抑うつ状態になり、育児不能となることも多い。そのような場合は、家族のサポートが必要となり、社会的資源投入も視野に入れた介入が必要となる。

コラム <子どもの権利条約>

「子どもの権利条約」は1989年に国連で採択され、日本は1994年に批准しました。子どもの生存・成長・発達・保護・参加という包括的な権利を実現・確保するために必要となる具体的な事項を規定しています。子どもの権利の柱となるものは、「子どもが、自分らしく、しかもほかの人に対して、思いやりある大人になる権利」（成長発達権）とそれを実現するための「自分の思いや願いを自由に出し、それと向き合ってもらえる権利」（意見表明権）です。

「伝えること」が意見表明です。うまく言葉に出来なくても、気持ちを何らかのかたちで伝えること、ものに当たったり、反抗したりすること、黙っていること、赤ちゃんが「おぎゃー、おぎゃー」と泣くことも立派な意見表明であるといえます。大人はきちんとそれに向き合い、応答する義務があります。

子どもには、人権はあるのですが、大人と同じ権利を持っていても、まだそれをうまく使うことができません。だからこそ、「子どもの権利」が必要となったのです。国連の「子どもの権利委員会」は、1998年6月と2004年1月の2回にわたって勧告を出しています。子どもの権利条約から見て、日本の子どもたちの現状を、教育をはじめ様々な面から改善すべきものとして指摘されています。

藤平 輝明(東京医科大学病院 SW)



6 NICU入院、早産児の入院～退院、フォローアップ

(1) 新生児医療

ア ハイリスク新生児

新生児には健やかな成長発達が望まれるが、医学的に、あるいは家庭環境、社会環境に関して不利な条件をもつ新生児をハイリスク新生児と総称し、そのようなハイリスク児に対しては、比較的早期からなんらかの援助、支援の手を差し伸べることが望ましいと考えられる。

イ 周産期医療の整備・配置

安心して子どもを産める体制作りとして周産期医療整備事業により整備が進められてきているが、ハイリスク新生児のためのNICU病床は1000の分娩に2から3床必要であり、都道府県ごとに周産期センターが設置されている。東京都では年間10万人の出生があり、それに対して25の周産期母子医療センターがあり、約279床のNICUがある（平成23年5月現在）。都内全体が8ブロックに分けられ、それぞれに総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターが配置され互いに協力して地域における役割を果たしている。産科病院や診療所で生まれたハイリスク新生児は、各地域の周産期母子医療センターに母体搬送（生まれる前）若しくは新生児搬送されてNICUに入院となる。

ウ ファミリーセンタードケア

出生直後からの母子分離は、長期化するほど親子の愛着形成に深刻な影響をあたえる。周産期医療の現場ではそのことをよく理解して、子供に対して医療ケアを提供すると同時に、病気の子供を持った親を支援し、親子の絆が育まれるよう家族を中心とした医療を提供することが望まれる。

エ チーム医療

NICUは昼夜を問わず集中治療を提供する場であるため、医師・看護師・助産師・検査技師・放射線技師・心理士・医療ソーシャルワーカー・理学療法士などの多職種でのチーム医療の実践が必須である。

(2) NICUに入院する子ども

NICUは出生後直後から数日以内に治療を要する新生児を管理治療する専門的な治療室で、呼吸心拍監視装置や人工呼吸器・保育器・血液学分析装置・超音波診断装置などを有し、低出生体重（特に出生体重1500g未満の極低出生体重児）・呼吸障害・重症仮死・黄疸・痙攣・先天性の外科疾患（心疾患、消化器疾患、水頭症など）・染色体異常・奇形症候群（21トリソミー・18トリソミー・13トリソミー他）など様々な疾患に対応する。

新生児管理の基本は、栄養（母乳）、体温保持、感染予防、minimal handling（安静）であるが、特に早産児では呼吸調節の未熟さがあり容易に無呼吸となるため呼吸心拍監視装置と人工呼吸器は不可欠である。

ア 母親の疾患や妊娠合併症

妊婦に糖尿病や腎疾患などの疾患があると、妊娠により母の病気が悪化したり胎児の発育が阻害される。母体への薬物投与も子どもにも影響が出るものがあり、妊婦の喫煙や飲酒は胎児発育遅滞を来すことも明らかになっている。切迫早産や妊娠高血圧症候群など妊娠経過

や分娩そのものの合併症も、生まれてくる子どもの状態に直接影響する。胎盤の異常などから常位胎盤早期剥離や前置胎盤の出血なども、突然の大出血で、母児共に危険な状態を招くことがある。近年女性の出産年齢が高齢化してきており、不妊治療による出産の増加や高齢化による妊娠合併症も多くなっている。不妊治療による妊娠は多胎妊娠のリスクがあり、多胎妊娠は早産や低出生体重児のハイリスクでもある。

イ 低出生体重児・早産児

低出生体重児とは出生体重が 2500g 未満、極低出生体重児は 1500g 未満、超低出生体重児は 1000g 未満を指す。出産予定日は在胎 40 週であるが、出生時の在胎週数が 37 週未満であれば早産児となり、28 週未満を超早産児と言う。

出生数は減っているにもかかわらず、低出生体重児の数は増え続けている。1975 年には 5% 程度であった低出生体重児の出生数は、近年では 9.6% を越えている。その背景には不妊治療による多胎児の増加、出産年齢の高齢化、妊婦の喫煙と飲酒、若い女性の痩せなど多くの要因が推測されている。

早産児の NICU 入院期間は、およそその出産予定日までである。1000g 未満の超低出生体重児では約 3 か月間、22-23 週の子どもは、生後 18 週間、およそ 4, 5 ヶ月病院で過ごすことになる。

(3)NICU 長期入院

NICU に入院した子どもの 2-3% は生後半年以上の入院となる。そのうち約半数は合併症を持つ超低出生体重児で、いずれは病状が軽快して入院が 1 年を超えることはほとんど無い。しかし残りの半数は染色体異常や奇形症候群などの先天異常、重症仮死後の重症心身障害児であり、将来的にも病状が治癒することはなくさらに長期入院となりがちである。

治癒する見込みのない子どもが NICU から退院できない理由は、人工呼吸管理・気管切開・気道吸引などの呼吸管理や経管栄養などの医療ケアが必要であることに加えて、その介護が家族の手に負えないと判断されているためである。家族の養育力があり在宅医療の支援が充分であれば、長期に入院している子ども達も自宅の家族の元へ退院可能である。

ア 親の気持ち

「自分が親である」という実感は親としてのアイデンティティーの確立に必要であるが、出産後毎日の生活の中で子どもとふれあう事があってこそ育まれる。NICU に子どもが入院していると、母親は自分のせいでこのような事態になったと思ひ呵責の念に苛まれ次第に足が遠のき、NICU の治療の中で母親として何もできないことに無力感を覚える。その結果、子どもと家族の距離がさらに離れていく悪循環に陥りがちである。NICU ではたとえ重症な子どもであっても母親に何か出来る役割を与え、子どもへの愛着と子どもの理解を深めることができるような支援が必要である。

子どもの病状が治る見込みがない場合でも、子どもと家族がどうすれば一緒に過ごせるのかを常に家族と共に考えて、支援計画を実施することで在宅も可能になる。

(4)退院後の成長発達フォローアップと家族の互助活動

現在周産期センターでの退院後フォローアップは、NICU 入院中の治療に引き続き大切な診療である。退院後のフォローアップは身体発育と精神運動発達の両面をみていくこと、未熟性に起因した疾患（未熟児貧血・慢性肺疾患・未熟児網膜症など）の経過観察と検査・治療などである。早産児では1歳半ぐらいまでは出生予定日から月齢を換算した修正月齢に相当する発達をすることが多い。現在全国の周産期母子医療センターでは全国共通のフォローアップスケジュールがあり、それにしたがって発達検査などを行い、全国集計などもしており、超低出生体重児の3歳予後・6歳予後・9歳予後などのデータがすでに発表されている。

ア 育児支援 互助グループ

生まれた在胎週数が若いほど子どもの成長発達には時間がかかり、親の心配も大きい。NICU に入院した子どもの家族支援として、墨東病院では家族と共に「育自（児）サポートネットワーク」という互助組織をつくり活動をしている。また、退院した親子が集う「おたまじゃくしの会」毎月第4金曜日、テーマを決めた分科会（未熟児網膜症、在宅酸素、多胎、脳性麻痺など）、年3回の機関紙発行などとなっている。

イ 退院後もチーム医療

NICU を退院した子どもたちの診療は、子どもの状況により様々ではあるが、多くの職種連携による支援が必要である。特に継続した医療ケアが必要な重症児では、周産期母子医療センターのフォローアップ担当者（医師・コーディネーター）と保健所、在宅診療所、訪問看護ステーション、療育機関等との連携が大切である。発達の遅れなどの課題がある場合には、保健所、療育機関、保育園・幼稚園、小学校などの先生との連絡を密にして、その時々に必要な支援を家族と共に考えていく必要がある。

コラム <妊娠期からの支援>

社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会がまとめる第7次報告（平成23年7月）の数字は私たちに多くのことを伝えてくれる。報告による虐待死において、0歳児の死亡数は20人で、全体の42.6%であり、第1次報告から第6次報告までと同様、年齢別で最も高い。

また、0歳児を月齢別にみると、0歳児の虐待死事例20人のうち7人（0歳児の35.0%）が生後1か月に満たない時期に死亡していることがわかる。

この時期の、特に死亡事例に対して効果的なアプローチが可能となるのは医療機関に他ならない。つまり、子ども虐待防止のための支援は、周産期、特に妊娠期から介入することの大切さが浮かび上がる。産科外来通院の中で拾い上げられる小さな気付きを見逃さず、対象者に接するチャンスを医療機関は最大限活用し、課題を明確にし、対象者本人と共有し、地域の育児支援につなげることができる。このサポート体制は、安全な育児を保証することが目的となる。虐待予防の視点が、育児の機会を奪うことや、母性の確立を妨げることなく、母子関係の形成に生かせるよう専門職として働きかけていきたいと思う。



加藤 雅江(杏林大学医学部付属病院 SW)

7 NICUにおける子ども・家族へのケア

NICUには、胎児期から疾患が判明している児や出生後初めて疾患が明らかになった児、何らかの原因で早産となった児など様々な新生児が入院する。いずれの場合も、子宮内環境から胎外環境への移行期にある極めて身体機能が未熟な状態であるところに、疾患や未熟性などハイリスク条件を持ち合わせ、生命を維持するために様々な養護を必要としている。また、出生と同時にしくは出生後早期にNICUに入院することで、新生児は家族からの分離を余儀なくされる。このことは大人や幼児の入院体験と違い、家族としての実生活を送る前の分離であることから、愛着形成に障害をもたらす危険性を秘めているといえる。更に、たくさんの機械類や管につながれた新生児を見た母親は、満足に生んでやれなかった罪悪感を抱き自尊心が低下しやすい状況にある。一方、父親は母親と生まれてきた我が子を支えるために突きつけられた大きな課題に苦悩する。幼い同胞も父母の変化を敏感に察知し行動が変容するなど、家族にとっても危機的な状況だといえる。

以上の特徴から、NICUでの看護では生命を維持するための保温・栄養・感染防止、神経学的発達を促進するためのディベロップメンタルケア、分離を余儀なくされた児とその父母・同胞を「家族」として育むための家族ケアは重要な援助だといえる。

(1) 保温

新生児は大人と違って、自ら身体を動かしたり、震えを起こして熱を作り出すことができない。また、早産児をはじめとするハイリスク新生児では、熱産生機能がさらに未熟であることから、容易に低体温に陥り、様々な弊害をきたす可能性がある。そのため、NICUに入院する児は閉鎖式保育器や開放型保育器に収容され、適切な温度・湿度管理を提供されている。また、熱の喪失を防ぐための工夫として、聴診器や超音波用ゼリーなど新生児の肌に直接触れる物品はあらかじめ温めて使用することや壁が二重の閉鎖式保育器を選択すること、閉鎖式保育器の窓を不必要に開放しないこと、開放型保育器を使用する場合は空調の吹き出し口付近の場所を避けることなどが挙げられる。

(2) 栄養

新生児期は発育が急速な時期であり、この時期の十分な正しい栄養が適切な発育を左右し、体格のみならず知能にも影響を及ぼしうるといわれる。しかし、新生児は腸管壁の筋層が薄く、蠕動運動が不規則なことから容易に腹部膨満などの消化器症状を起こしやすく、病態によっては腸管血流が減少することでその傾向は著明となる。また、脂肪やグリコーゲンなどエネルギー源の貯蔵量が少ないことから、飢餓に耐える能力が低く栄養不足になりやすい。経腸栄養が困難な場合に行われる経静脈栄養では適切な点滴管理が必要となる。経腸栄養では消化を促進するために腹臥位でのポジショニングを取り入れることや積極的な排便コントロールを行うなど援助している。そして、人工乳に比べて母乳は消化吸収・腸管発育など新生児にとって有利であることから、母親に対して出産後早期から母乳育児に関する教育を行うと共に産科病棟と連携して母乳分泌促進・維持への援助をしている。

(3) 感染防止

新生児は免疫能が不十分で容易に感染するだけでなく、急速に悪化する。特に、在胎 28 週未満の超早産児や胎内発育遅延児では母体からの免疫移行が十分でなく、その傾向は著明となる。

感染を防ぐために処置前と処置後の手指衛生（1 処置 2 手指衛生）を徹底することや、体温計や聴診器など物品は可能な限り個人使用とすることで水平感染を予防している。また、両親によるタッチングや母乳の口腔内塗布を行い、常在細菌叢の早期定着を促し、病原菌による感染を防いでいる。その他、母乳中には免疫物質が含まれていることから母乳育児を支援することは感染防止の観点からも大切な援助だといえる。また、新生児は皮膚の構造も未熟であり、在胎 24 週以前では角質層そのものが発育しておらず、細菌やウイルス、有害物質に対するバリア機能を持ち得ていない。そのため、モニターの装着や気管挿管チューブの固定・点滴固定など粘着剤の貼付と剥離、経鼻的持続陽圧換気法施行時など脆弱な皮膚が機械的・化学的刺激にさらされ、皮膚損傷から感染を引き起こす可能性がある。皮膚損傷を回避するために、貼付部位の最小化や皮膚保護材の使用、愛護的な剥離方法など注意している。

(4) ディベロップメンタルケア

早産児は脳の発達が急速で感受性が高く、外界からの影響を最も受けやすい。NICU に入院した新生児は最初の数日間に 1 日 200 回以上ものストレスにさらされるといわれる。過剰なストレスは自律神経系に作用し徐脈や血圧低下を招くばかりでなく、将来的には学習障害や注意欠陥多動性障害といった高次脳機能障害を引き起こすのではないとも言われる。早産児などハイリスク新生児の神経行動学的発達がより高いレベルに進むのを助けるために、ストレスから保護し発達レベルや反応にあわせてケアを行うことがディベロップメンタルケアである。具体的には、薄暗く静かな子宮内環境に近づける目的で NICU の室内照度を下げたり、保育器を布で覆って直接光が児に当たらないようにしている。また、モニター同期音の消音や閉鎖式保育器の窓の開閉音を小さくするなどして騒音を軽減している。また、重力によって良肢位を維持できない場合には、子宮内にいた頃の体位（正中屈曲位）を維持できるようタオルや物品を使って体位を整えている（ポジショニング）。処置ケアは必要最低限とし、新生児に与える処置刺激を減らすよう心がけている。

(5) 家族中心のケア

全ての親は、元気でかわいらしい子どもの誕生を夢見ており、我が子が NICU に入院することは予想に反した出来事だといえる。退院への支援は、子どもの状態が安定し退院指導を行う時期から始まるのではない。誕生した子どもを両親が家族の一員として迎え、関係性を深め、自らの力で新しい家族を築き、発展させていけるように、急性期から危機的状況にある両親の心理状態の回復と親子関係の確立に向けた支援を行うことが重要となる。初期には子どもへの早期接触が大切であるが、罪悪感をもち自尊心が低下している状態では否定的な感情をもつ場合も少なくない。まずは面会に来たことを肯定的に認め、感謝の気持ちを伝える。そして、そばに寄り添うなど想いを表出できる環境づくりを心がける。その後、少しずつ児に接触できるように関わっていく。我が子が医療機器に囲まれ、親としての自己効力感を失いがちになるが、看護師が児の反応の意味を言葉にして親に伝えることで、親も児の反応を理解できるようにな

り、愛着形成が促進されていく。また、母乳栄養は母親にしかできない親役割であり、母親も医療チームの一員であることを意識することで自己効力感の回復につなげることができる。児の安定に伴い、少しずつ育児ケアに参加することは更なる親役割の実感につながるといえる。そして、親子の肌と肌が触れあうカンガルーケアを体験することは、より身近に子どもの存在を感じることができ、親子関係の発達に有効だといえる。

〔引用・参考文献〕

- ・『新生児学入門』仁志田博司（2004年）、医学書院、P105, 169
- ・『この一冊からはじめるNICU看護のすべて』入江暁子編（2004年）、メディカ出版、P13

コラム <新生児特定集中治療室退院調整加算導入の現場から>

チーム医療の現場において患者の在宅にあたり退院支援を行なっていくことが通常業務となっている。平成22年度の診療報酬の改定に伴って入院基本料加算に退院調整加算が創設され、急性期・慢性期病棟と同様に新生児病棟においても加算が認められることになった。総合周産期母子医療センター機能を有するA病院でも、NICUからの円滑な退院に向けた取り組みを推進する目的で加算の導入を行なった。平成24年度の診療報酬の改訂に伴ういくつかの変更点があるが、加算対象はNICUに一日以上入院し退院（転院、死亡も含む）した児であり、GCUのみの入院は認められない。算定は「退院支援計画書」の策定時及び退院時に行うこととなっている。加算の施設基準は、①退院調整に関する部門が設置されていること、②退院調整に熟練した専従の看護師が1名以上、又は専任の看護師及び社会福祉士がそれぞれ1名以上配置されていることが要件となっている。A病院においてもSWが専任となった平成22年末より加算を導入し、多い月で30件を扱っている。他病棟の加算に比べれば数が少ないと感じられるが、導入後は新生児科スタッフの退院支援へのモチベーションが高まっており、以前より活発に退院支援カンファレンスが増加した。点数のみにとどまらず「決められた時間の中でいかに良質と思われる児と家族のケアを行っていくか」をメディカル、コメディカルの領域を超えてチームで協働する意識が高まったことがこの加算導入で得られた大きな意義といえるのではないかと感じ、基準を満たす他の医療機関でもこの動きが広がればと考えている。

ハンドブック作成検討会メンバー

8 NICUにおけるこころのケア

(1)こころのケアが必要な理由

医療の場では、どの診療科でもこころのケアが必要とされているが、NICU では、さらに切実な理由のもとにこころのケアが求められている。周産期の赤ちゃんは、親をはじめとする養育環境との相互作用によって、こころの土台を創っていく。親は、子どもと出会うことで、子どもに育てられるように親になっていく。そこに関係が育ち、赤ちゃんを含む新しい家族が形成されていく。NICU 入院中にも、このプロセスは動き始めているので、赤ちゃんの治療と並行して、これらのプロセスを支えるこころのケアが必須とされるのである。

(2)こころのケアの対象

妊娠・出産とその後をめぐり辛い体験をしている母親に加えて、父親・きょうだいなどの家族もこころのケアを必要としている。そして、何より生まれたばかりの小さな赤ちゃん自身と、赤ちゃん和家人との関係が、こころのケアの対象である。たとえ、赤ちゃんが亡くなったとしても、赤ちゃんの存在は重要であり続ける。また、家族の持つ心理社会的問題の大きさや、赤ちゃんの重症度によって、こころのケアの必要性が決まるのではなく、NICU に入院しているすべての赤ちゃん和家人が、こころのケアの対象である。

(3)チーム・アプローチとしてのこころのケア

こころのケアは特別なものではない。真摯な治療と丁寧な看護そのものが、優れたこころのケアの意味を持つ。ソーシャルワーカーによる社会的サポートもこころを支えるもう一つの基盤である。臨床心理士を含め、専門の異なる多職種が、各々の視点を尊重しつつ、相互コミュニケーションによって互いの視点を重ね合わせていくことで、一人の赤ちゃん和家人の全体像が見えてくる。それが、分業や依頼と報告による役割分担を超えて、チーム・アプローチとしてのこころのケアを実現させる。

(4)NICU の赤ちゃん和家人

NICU に入院が必要な赤ちゃんは生命の危機状態にあり、入院当初は親子関係の一方のパートナーとしての力も微弱であるが、治療が功を奏し、母性的なケアが行われることで、少しずつ成熟・発達のプロセスをたどり、外界との交流が始まる。親は、予期せぬ展開に傷つきを覚え、何もしてあげられない無力感と、先の見えない不安に駆られている場合が多い。傷つきを癒しつつ、ゆっくりと進む赤ちゃんとの出会いのプロセスを待てるように支えられることで、少しずつ赤ちゃんとの関係が育まれていく。表 2-3 は、筆者が発表し、現在も看護領域を中心に実際に臨床に使用されている「低出生体重児と親における関係性の発達モデル」(橋本,1996,2000) である。

表2-3 「低出生体重児と親における関係性の発達モデル」短縮版

		ステージ 0	ステージ 1	ステージ 2	ステージ 3	ステージ 4	ステージ 5
親の 児についての 認知・解釈		胎内からの連続性を持ったわが子という実感がない	「生きている」存在であることに気づく	「反応しうる」存在であることに気づく	反応に意味を読み取る 肯定的—否定的	「相互作用しうる」存在であることに気づく	互恵的な相互作用の積み重ね
親のコメント		「これが私の赤ちゃん？」 「これで人間になるのだろうか」	「生きている」と思えた 「頑張っているんだ」	「〇〇ちゃん」そっと名を呼ぶ 「お目目開けて」	「帰ろうとすると、泣く」 「手足を引く」 「視線を避ける」	「本当に目が合う」 「私が抱くと、泣きやむ」	「顔を見て笑う」 「お話しをするんです」 (クーイング)
親の 行動	接触	触れることができない	促されて触れる 指先で四肢をつつく	指先で四肢を撫でる	掌で躯幹を撫でる 頬、口の周りをつつく	掌で頭をぐりぐりと撫でる 接触に抵抗がない	くすぐる 遊びの要素をもった接触
	声かけ	無言	(涙)	呼びかけ そっと静かな声	一方的な語りかけ 成人との会話 口調	対話の間をもつ語りかけ	マザリーズ (母親語)
	注視	遠くから“眺める”	次第に顔を寄せる	児の視線をとらえようとする	児の表情を読み取ろうとする	見つめあう	あやす(と笑う)
児の状態 ・行動		(急性期) 生命の危機 筋肉は弛緩し、動きはほとんどない	顔をしかめる 時々目を開ける	持続的に目を開ける 四肢を動かす 泣く	眼球運動の開始 (33週) 自発微笑の増加 指を握る・吸う	18~30cmの正中線上で視線を合わせる (38週) alert な時間増	社会的微笑の出現

『NICUとこころのケア 第2版』橋本洋子 (2011年)、メディカ出版、P9

関係性の発達には、まず親の側からの子どもないしは関係そのものについての認知や意味付けが進む形で進行し、やがて子どもの成熟・発達とあいまって両者の相互作用へと進行していく。表1のステージの進行が、子どもの成熟・発達と並行せず滞る場合には、親の傷つきが癒える過程が停滞していることが多く、より個別的なこころのケアが必要とされる。ただし、親と子の関係性の発達プロセスは、関係の内側から生まれ出る前意識的なプロセスであり、親の意識的な努力や外側からの操作によって推移するものではない。NICUのスタッフができることは、居心地のいい空間と時間を提供し、「器」のように親子を守ることなのである。

(5) 臨床心理士による心理臨床

臨床心理士も、赤ちゃんと家族を支える「器」の一端を担う。「問題がある」とみなされた家族のみに面接をするのではなく、NICU の中で親子の面会場面に同席するところから始めることが多い。親の抱くさまざまな思いを否定することも評価することも安易に励ますこともせず、親子の傍らにそっと佇むことを大切にしている。そして、少しずつ信頼関係を築きながら、親が自らと向き合い、赤ちゃんと出会っていく、こころの仕事に同行することになる。

ベッド・サイドを離れ、面接室で心理面接を行うと、位相の違う語りがなされて戸惑うこともある。例えば、ベッド・サイドでは赤ちゃんが生きることを祈っているのに、面接室では「死んでくれたほうが…」という言葉がもらされることさえある。一体どちらが本心なのだろうと考えがちであるが、その両方をしっかりと受け止めることが、大切である。揺らぎを止めようとするのではなく、揺らぎの中からこそ新たな思いが生まれてくると信じられる経験を、多くしている。

(6) 赤ちゃんに障がいがのこる時

治療することのできない「障がい」がのこると告げられる、その時からの丁寧なケアが求められる。そもそも「伝える」こと自体が、単に情報提供であるだけでなく、大切なケアである。障がいを伝えられ、重大な危機状態にいる家族に対して、まず求められるケアは、そっと「包む」ことである。「早く受け容れ、早く立ち直り、早く前向きに」と家族が思わずに済むように、支えたい。言葉がこぼれ出たなら、それをひたすら「聴く」ことも大切なケアである。家族の揺れを止めようとするのでも、導こうとするのでもなく、深くコミットしながら、操作せずに「待つ」ことが、次に求められる。「包む」「聴く」「待つ」という営みを丁寧に行った後、家族の間をつなぎ、家族を福祉や療育、リハビリテーション、親の会などと「つなぐ」ケアが有効になる。

(7) 亡くなっていく赤ちゃん和家族

どんなに医療技術が進歩しても、赤ちゃんが亡くなるという事態は避けられない。流産、死産、新生児死亡のいずれであっても、喪失の悲しみに対するケアだけではなく、赤ちゃん和家族が出会い、共に生きて、別れの時を持つという過程を通してケアを行うことが大切である。リアルタイムのケアは、その後のグリーフケアへとつながる。赤ちゃんが亡くなっていく時のケアには医療チーム全体で関わる必要があり、そこに臨床心理士が加わることで、家族の時間の流れを守り、医療従事者のメンタルヘルスを支えることにも貢献できるのではないかと思う。

(8) 退院に向けて

退院は嬉しいことであるが、NICU の中で親としての自信が育まれていないと、不安や恐怖さえ覚えることがある。赤ちゃんが重篤な疾患や障がいを抱えている場合は、親にとって、退院は子どもの死を看取る覚悟を必要とする。退院が見捨てられる感覚につながらないような支援が必要である。

〔引用文献〕

- ・『新生児集中治療室（NICU）における親と子へのこころのケア』橋本洋子（1996年）、こころの科学、66 日本評論社、P27～31
- ・『NICUとこころのケア』橋本洋子（2000年）、メディカ出版、P114～115

9 乳幼児期の発達障害

NICU に入院している児には下記のような発達の問題を認めることがあり、これらはしばしば合併して生じる。

(1)脳性麻痺

胎児期から新生児期に原因を持つ運動と姿勢の異常である。先天性疾患(脳形成異常や先天感染)、出産時の問題(早産や仮死)、新生児期の疾患(脳出血や髄膜炎)が原因となる。一般に身体は硬く突っ張り(緊張亢進)、動きがぎこちない。首のすわり・おすわり・這い這い・独り歩きなどの移動運動が遅れるほか、物を握る・つまむ・丸を描く・積み木を積むなどの微細運動も遅れる。

NICU に入院している児では重症の脳性麻痺を生じることも多く、首も座らず自分では全く移動できない臥床状態となってしまうこともある。このような子どもたちには全身的な合併症も多い。喉の緊張コントロールがうまくできないために息を吸う時に気道が狭くなってゼイゼイと苦しんだり、唾液や食物がうまく飲み込めず肺に入ってしまうために(誤嚥)、呼吸器感染を繰り返したり、胃の動きが悪いために胃液が食道に逆流して嘔吐を繰り返したり(胃食道逆流)、手足の関節や脊椎の変形(拘縮や側彎)をきたしたりする。また後で述べるてんかんの合併も多い。行われる可能性のある医療としては、てんかんに対する投薬、鼻から胃まで管を入れて栄養剤を注入する経管栄養、胃食道逆流を防ぐための噴門形成術や胃瘻造設術、気道の狭窄による呼吸障害を防ぎ、誤嚥したものを吸引するための気管切開術などがある。全身の緊張亢進に対しては、薬物療法や理学療法の他に、緊張の強すぎる筋肉を弛緩させるボツリヌス毒素の注射が行われることがある。従って、重症な児が NICU から退院して在宅生活を始めるためには、地域の医療機関ならびに療育施設との連携が非常に重要であり、日常の健康管理をする診療所や病院、気道感染症などの救急時に入院を受け入れる救急病院、訓練や装具の調整をする療育施設を確保する必要がある。胃瘻や気管切開を施行する時には専門病院を紹介することもあるので、これに関する知識も必要である。また、両親の不安や介護疲労も強いので、地域の保健師、訪問看護ステーション、ホームヘルパーの導入も重要である。医療機器としては、血液中の酸素飽和度を持続的に計測する経皮的酸素飽和度モニターや、唾液や喀痰を吸引する吸引器が必要である。また、吸引や経管栄養に必要な消耗品(カテーテルや注入セット)の入手経路も確認する必要がある。さらに呼吸障害の強い児では、家庭に酸素濃縮器や液体酸素を設置して酸素投与を続けたり(在宅酸素療法)、家庭で人工呼吸器を使用することもある(在宅人工呼吸療法)。この場合には酸素及び呼吸器業者との連絡も必要になる。行政からの支援を受けるために、身障手帳・自立支援医療・小児慢性特定疾患などを取得しておくことも必要である。

(2)知的障害、自閉症、注意欠陥/多動性障害

脳性麻痺の原因として挙げた様々な疾患に加え、染色体異常症、先天奇形症候群、代謝異常症などにより、知的障害を生じる。原因の分からないことも多い。追視・あやし笑い・人見知り・指差し・人の真似・発語・ことばの理解など、乳幼児期に見られる知的発達が遅れ、また不器用さが目立つ。

NICU に入院していた児では、自閉症や注意欠陥/多動性障害(ADHD)など、対人関係や社会

性に問題を認めることも多い。自閉症はコミュニケーション障害を主な症状とし(類似した疾患と合わせ広汎性発達障害とも呼ばれる)、言葉の発達が遅れる他に、眼を合わせない、仲間と遊べない、ワンパターンの言葉・行動・興味を示す、こだわりが強い、などの特徴を示す。注意欠陥/多動性障害とは、不注意・多動性・衝動性を特徴とし、注意散漫で気が散りやすい、不注意な間違いが多い、忘れっぽい、多動で落ち着きがない、かんしゃくが強い、といった症状を示す。頑固な夜泣きなどの睡眠障害を認めることもある。

これらの疾患では、脳性麻痺に比べ、全身状態に影響するような合併症は少ない。しかし、集団生活での不適応や両親の育児ストレスを生じやすい。適切な集団への参加(保健センターのグループなど)や保育園での保育士加配対応などが必要である。また、育児指導・生活指導が必要となる。極端な多動・興奮・パニック・不眠に対しては、投薬が行われることもある。

なお、NICU 出身児には、未熟児網膜症・斜視などの視覚障害や、感染などによる聴覚障害を認めることも多い。これらが知的機能や社会的適応の遅れの原因となっていないかについても注意する必要がある。

(3)てんかん

大脳の神経細胞が突然過剰に興奮することで生じる発作をてんかん発作という。てんかん発作は、明らかな原因がなく発達の正常な子どもにも見られることも多いが、脳性麻痺や知的障害の児にも高頻度に合併する。四肢を硬直させた後でがたがた震わせる発作(強直間代発作)が有名だが、その他に、ぼんやりするだけの発作、カクッと力が抜けて倒れる発作、全身をピクッとさせる発作、身体の一部だけの発作(左右どちらかに眼が寄る、どちらかに顔を向ける、半身だけのけいれん)、など様々な発作型がある。治療には抗てんかん薬が投与される。最近では新薬も次々販売され、うまく組み合わせることで一定の効果を得ることが多い。ただし、抗てんかん薬を、特に多剤併用で投与すると、眠気・ふらつき・唾液の増加・肝機能障害などの副作用も生じるので、効果と副作用のバランスを見極めて使用している。あとで述べる點頭てんかんに対してはホルモン剤(ACTH)を投与することがある。最近では特殊な食事療法(ケトン食)も行なわれている。難治性てんかんの場合には、脳内の連絡通路を遮断したり、発作の原因となる焦点の部分切除したりする脳外科手術が行われることもある。

注意すべき疾患として點頭てんかん(ウエスト症候群)がある。これは乳児期に生じる特殊なてんかんで、頭部を前屈して手足を曲げる数秒の発作の反復を、1日に何度も起こす。通常何らかの脳障害のある児に起こるので、NICU 入院中または退院後の児にも見られることも多い。點頭てんかんを生じると、難治性てんかんに移行することが多く、乳児期以降にも様々なてんかん発作を生じる。またこのてんかんは発達にも悪影響を及ぼすとされ、一旦獲得した運動及び知的能力に退行を生じることがある。

けいれん発作が長時間(30分以上)続いたり、短い発作でも意識が回復しないまま繰り返し生じたりすることがある。これをけいれん重積という。てんかんを持つ障害児では、高熱を生じた時や、薬の飲み忘れや嘔吐下痢症のために抗てんかん薬の血中濃度が下がった時に生じやすい。けいれん重積を生じると、その後に麻痺の悪化など、神経障害の一層の悪化を生じることがあるので、その予防と治療は重要である。発熱時などに長いけいれんを起こしやすい児では、即効性のけいれん止め薬を常備して、発熱時や痙攣開始時に速やかに使用する。また数分以

上げいれんが持続した場合にはその後自然に治まる確率は低くなるので、病院へ救急搬送する。

まとめ:

NICU 入院児は多くの発達ならびに身体上の問題を抱えている。在宅開始にあたっては、地域と連携して、医療・療育・行政・その他の社会資源を整えることが最も重要と思われる。

〔参考文献〕

- ・『重症心身障害医学 最近の進歩』黒川徹 監修、黒川徹、平山義人、有馬正高 責任・編集 (1999年)、知的障害福祉連盟
- ・『小児神経学』有馬正高 監修、加我牧子、稲垣真澄 編集(2008年)、診断と治療社
- ・『小児てんかん診療マニュアル 改訂第2版』藤原建樹 監修、高橋幸利 編集(2010年)、診断と治療社
- ・『発達障害医学の進歩 No.19 2007』栗原まな 編集(2007年)、診断と治療社

コラム＜NPOの存在～グループワーク・ピアカウンセリングの安心感～＞

「児の診断名は理解したが将来を想像しにくい、親としてどう受けとめたらよいだろうか?」、「他の家族はどのように生活しているのだろうか?」など、親が児の身体的な状況を理解し、自分たちの育児生活をイメージする際に思い悩んでしまうことは多い。

フォーマルなグループとして、地域の保健センターや子ども家庭支援センターでダウン症児のグループや若年母親、双子家庭のグループが運営されている地域もある。このハンドブックの社会資源の章では様々なNPO等を伝えているが、同様の立場にある親同士として気兼ねなく出会い、話すことができる場としてインフォーマルなネットワークもとても大切である。

難病等のグループもあれば、流産・死産・新生児死亡を体験された家族のグループ、陣痛促進剤による被害で生じた脳性麻痺のお子さんを育てているグループなど様々なグループがある。

NICU卒業児やダウン症児のグループ等院内グループ活動として支援している病院は多いが、その他医療機関で支えられない部分もある。そういった部分を担ってくれるNPOの存在は心強く、家族が自宅生活での不安を表出できる窓口として、またこれからの生活の参考情報として活用できるとよいだろう。

ハンドブック作成検討会メンバー

10 NICUから退院した子どもの在宅診療

(1) 小児在宅医療のニーズの高まり

ア NICUから在宅に移行する重症児の増加

小児在宅医療の重要性が高まっている。我が国の新生児医療は、世界一の救命率を誇る一方で、救命した後、長期入院になる子どもがいて、NICUの稼働率が低下している。これは、「NICU満床問題」として社会的にも注目された。その結果、NICUの長期入院児を減らそうと様々な試みが全国的に行われ、長期入院児は、2007年をピークに減りつつある。しかし、人工呼吸器を装着したまま退院する子どもは、年々増加している。そして、そのような子どもたちは、ほとんどがそのまま自宅に帰っているのである。

イ 重症児を支える地域の社会資源の不足

このような、医療ケアに依存して自宅で生活している子ども達の正確な数や分布など、行政も小児科学会などの学術団体も把握していない。2007年に日本小児科学会倫理委員会が八府県で行った20歳未満の超重症心身障がい児（超重症児）を対象にした調査によると超重症児の67%が新生児期に発症し、発生率は1000人対0.3であるとされている。そして、超重症児の70%が在宅療養中であるが、訪問診療を受けている子どもはわずか7%、訪問看護を受けている子どもが18%で、ホームヘルパーを利用しているのは12%に過ぎないと報告している。すなわち、極めて医療依存度の高い超重症児が、家族の力だけで在宅療養を送っているのが我が国の現状である。

(2) 地域における重症児支援のためのコーディネート

ア 小児在宅医療における種々の支援

医療ケアが日常的に必要な子どもを在宅で支えるためには以下の支援が必要となる。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 医療的支援・・・・・・・・・・訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ2. 生活支援・介護支援・・・・・・・・ホームヘルパー等の介護3. 家族のためのレスパイトケア・・短期入所施設、デイサービス施設等の整備4. 相談支援・・・・・・・・・・上記を適切にコーディネートし調整する |
|--|

よく訪問診療をしてくれる医師が見つからないという話を聞くが、訪問診療は様々な支援の一部であり、訪問診療だけでは、子どもと家族を支えることは困難である。逆に、訪問診療が無くても、訪問看護やヘルパーなどが充実していれば、子どもたちを支えることが可能になる。

イ 生活支援の重要性

特に、生活支援の体制をどう作るかは、非常に重要である。平成24年4月から、定められた研修と手続きを経ることでヘルパーが吸引、注入を行うことが法的に可能になる。そのようなヘルパーを導入し、長時間の滞在をおこなうことで、子どもたちは自宅にいながら、家族の休息、レスパイトケアが可能になる。

ウ 相談支援の重要性

訪問看護、ヘルパーの導入に際して、ニーズの掘り起こしが必要なことは小児在宅医療の特徴である。適切なケアコーディネーターが介入しなければ、たとえ訪問看護やヘルパーのニーズが存在しても、それは表面化しない。この傾向の原因として、「子どもの面倒は親がみるべき」という社会通念が、介護者である親に影響し、他者に支援を求めることを躊躇わせていると考える。従って、小児の在宅支援に関しては、ニーズの掘り起こし、すなわち相談機能とコーディネート機能が必須であり、それを基に訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護、そしてレスパイトケアが適切に組み合わせたり、更に、病院との連携を図ることではじめて、小児の在宅支援はうまく機能する。

エ 福祉と医療の協働が鍵

重症児の在宅支援において、全ての支援、サービスの共通の理念となるべきは、「子どもと家族のニーズに合わせて、福祉と医療が協働してその生活と人生を支える」ということであろう。福祉と医療は、発想が異なる点があり、その違いを認識しておくことが重要である。重症児の在宅支援において、医療ケアは必須であるが、病院における医療ケアをそのまま適用しようとする生活に支障をきたす。医療者の発想は、患者、利用者の生活上のニーズより、命を守るために、安全と医学的正しさを優先する傾向がある。安全を優先すれば、活動範囲を制限せざるを得ず、ケアの手順は複雑になり、生活を阻害する。福祉には、もともと、利用者のニーズを最優先し、それに応える発想が根強い。この両者が、互いを理解し合い、「子どもの命を守りつつ、その生活や人生を豊かにし輝かせる」という共通の目的に向かって協働することが、小児在宅支援を成功させる鍵であろう。

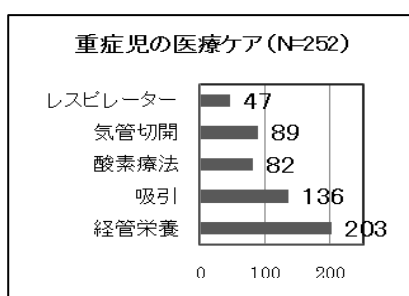
〔参考文献〕

- ・『NICU長期入院児の動態調査』重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究、楠田聡（2008～2010年）、P54～64
- ・『超重症心身障害児の医療的ケアの現状と問題点』杉本健郎、河原直人、田中英高・他日本小児科学会倫理委員会（2008年）、日本小児科学会雑誌、P112、P94～101
- ・『長期NICU入院児の在宅医療移行における問題点とその解決』重症新生児に対する療養・療育環境の拡充に関する総合研究、前田浩利（2008～2010年）、P150～153

11 重症心身障害児の在宅生活

在宅は病院の「治療の場」と異なり、「生活の場」である。重症心身障害児は医療ケアが伴うことが多いが、重症児の生活する部屋は病室ではなく家族が共に生活する家であり、家族の生き方や価値観が大切にされる場である。地域の関係機関で構成する在宅支援チームは、重症児への医療・看護・介護・教育の提供とともに日常生活の中で介護する家族への支援が必要とされる。

(1) 重症心身障害児は生命維持に繋がる複雑な合併症と心身の障害が重複



重症児は呼吸機能の障害、消化管障害、筋緊張・低緊張、けいれん等を抱えており、医療ケア・療養支援・療育と多岐にわたる看護・介護が必要である。23区全域を担当する重症心身障害児在宅療育支援センター東部訪問看護事業部の平成22年度の対象者(都が訪問看護を決定した大島分類1~4の重症児)は252人で乳幼児が約9割を占め、人工呼吸器管理や痰の吸引等の医療ケア(図)があり、超重症児と準超重症児を合わせ

図2-2 東部訪問看護事業部(平成22年度)医療ケア 6~7割と多い。

重症児へのケアとして訪問看護では、健康状態の観察・アセスメント、人工呼吸器の管理や気管切開部の処置、痰の吸引、経管栄養剤の注入、排痰ケアやポジショニングなどのリハビリ、入浴等清潔介助、口腔ケア、おむつ交換、感覚刺激を活用した遊びや本の読み聞かせなどの医療・看護・療育を実施し、関係者と連携し生活支援を行っている。そして、これらは通常の多くの時間帯は家族が行っている。

(2) 重症心身障害児の看護・介護を24時間・毎日行っている家族への支援

重症児の生活は24時間・毎日にわたり家族介護で支えられており、医療ケア以外にも健康状態の観察や状況判断に迷うことも多く、家族は不安を感じながら介護している。

この在宅生活の不安をいかに少なくし、家族の健康や家族機能を維持させることが在宅支援では重要である。

パルスオキシメーターや人工呼吸器のアラーム音などの機械音、頻回の吸引や定期的な注入、過敏で泣き騒ぐ子ども、けいれん発作への対応など家族は昼夜を問わず休息がとれない状況にある。訪問看護師は、重症児の生活リズムや家族の生活パターンがある程度安定するために家族と相談しながら在宅生活を調整している。

主たる介護者は母親であることが多いが、健康問題への配慮が大切である。出産から続く高血圧症、う歯・歯槽膿漏、次子の妊娠等がある。

表2-4 日・週間スケジュール 例

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
水分体交				吸引・体交・回路水拭			「おはよう」	吸引注入・体交・薬		吸引・体交	入浴・着替え・気切処置	水分体交	吸引・体交	吸引・体交	吸引・体交	吸引・体交	吸引・体交	吸引・体交	吸引・体交	吸引・体交	吸引・体交	吸引・体交	吸引・体交
人工呼吸器管理、モニター管理、吸引:9回以上/日、経管栄養剤注入:3回/日、水分補給(水分):3回/日、口のケア:1回/日、目のケア:数回/日、体位交換(体交):7回/日、おむつ交換4回/日、体温測定:5回/日																							

月	火	水	木	金	土	日
訪問看護事業部(都事業)	A訪問看護ステーション	B訪問看護ステーション		重症児通園	B訪問看護ステーション	
			在宅医の往診	A訪問看護ステーション		

母親は緊張の中で重症児の介護をしており、兄弟の生活を犠牲にしていることが多い。留守番や直接介護を手伝うなど、他の家庭と比べても兄弟以上のかかわりを持たされていること、両親の手が行き届かない寂しさを味わっている。両親が少しでも兄弟児との時間が作れるような配慮が必要である。

重症児も家族として、お節句や家族の誕生日等のイベントに参加する機会も大切にしたい。

(3) 重症児と家族を支える地域関係機関

重症児のニーズは多様で個別性が大きく、成長に合わせてライフステージごとのケアが地域で継続されなければならない。重症児の在宅生活を支えていく上で、医療・福祉・教育などの多職種の地域ネットワーク(図2-3)が必要である。

重症児と家族支援は、家族の意向を大切にしながら関係機関連携会議の実施、家庭に置く家族・関係機関の連絡ノート、電話やファクシミリ等の関係者間の連絡などで情報を共有し総合的に行っている。

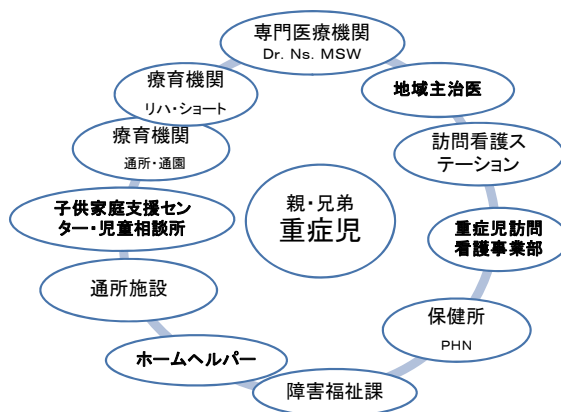


図2-3 地域のネットワーク

(4) 東京における重症児訪問看護の現状

東京都の在宅重症心身障害児(者)訪問事業は、(社福)全国重症心身障害児(者)を守る会が受託し在宅支援センター東部訪問看護事業部(23区担当)、西部訪問看護事業部(多摩地域担当)で実施している。都が決定した訪問看護は無料だが1年以内の期限(更新あり)がある。診療報酬にとらわれず、退院前の外出・外泊訓練への支援、受診時の同行などができるが、サービスは原則週1回3時間以内である。

また、訪問看護ステーションが東京には約580か所あり、その中で訪問看護事業部が把握している小児看護・重症児看護に特化したステーションは23区に4か所、多摩地域に4か所あり、最近では1~3人程度の小児・重症児の訪問看護を受けるステーションが増えている。訪問看護ステーションは医療保険、介護保険等の保険により看護を提供しており、2年ごとの診療報酬改定に大きく左右される。週当たり訪問回数も増え、週末のサービスを実施しているところもある。重症児にとってポジショニングを始めPT等のリハビリも大きな要素であり、リハスタッフと協働しているステーションも増えている。

表2-5 重症児の訪問看護の違い

	訪問看護ステーション	在宅重症心身障害児(者)訪問事業 (東部訪問看護事業部・西部訪問看護事業部)
根拠	医療保険・介護保険等	東京都の事業
対象	医師が必要と認めた者	在宅の重症心身障害児(者)(大島分類1~4)
申込	家族が直接事業所に申し込む	住所地の保健所等に申請
職種	看護師・保健師・助産師・准看護師、PT、OT、ST	看護師
日数	週3日(月に12日) 特別訪問看護指示書(1か月に1回は14日の制限なし)	原則週1回 3時間以内
費用	医療保険等で定める額 交通費やおむつ代等の日常生活物品代は、実費負担	無料、主治医の指示書は利用者負担
訪問内容等	・高齢者の訪問看護を中心とした事業所が多い ・訪問対象を重症児や小児看護、リハビリテーションを中心とした事業所がある ・設立主体は多様	・重症児の在宅療育を支援する目的 ・都単独の事業で、医療保険等他の訪問看護制度と併用の制限がない ・看護を提供する場所は居宅以外に退院前の試験外泊・外出や受診等の同行なども必要に応じ実施

最近では、複数の訪問看護ステーションや都の事業とで訪問看護を連携して構成していることが増えており、訪問看護師同士の緊密な連携が求められている。

[参考文献]

- 『訪問看護師のための重症心身障害児在宅療育支援マニュアル』
重症心身障害児在宅療育支援マニュアル作成委員会(2011年)、東京都福祉保健局

12 NICU退院児の訪問看護

近年、医療の進歩に伴い救命率が上昇し、超低出生体重児や重症児の多くが在宅へ移行できるようになっている。在宅支援の充実が求められ、訪問看護のニーズも高まっている。

(1)NICU退院児の訪問看護の特徴

医療者が常時存在するNICUから、自宅の生活に移行することはギャップが大きく、ご家族は多くの不安を抱えている。乳幼児の訪問看護は病院と地域をつなぎ、ご家族が地域に溶け込めるよう支援する役割も担っている。小児在宅医療は児とご家族の日常生活と未来を支える医療である。

(2)訪問看護の仕組み

医療保険による訪問看護は医師の「訪問看護指示書」に基づき実施される。

東京都においては「乳児医療費の助成」や「小児慢性疾患医療費助成」、「心身障害者（児）医療費助成」などの公費で一部またはすべての自己負担額が助成される。（注：訪問看護の保険適応に関しては都道府県により異なる） 1回の訪問時間は90分以内、週3回程度まで医療保険の適応となる。回数、時間に関しては主治医、ご家族と相談し児の状態に合わせて決定する。

*診療報酬については厚生労働省 HP 参照

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken12/index.html>

(3)訪問看護開始までの流れ

当施設では退院前に必ずカンファレンスを実施している。

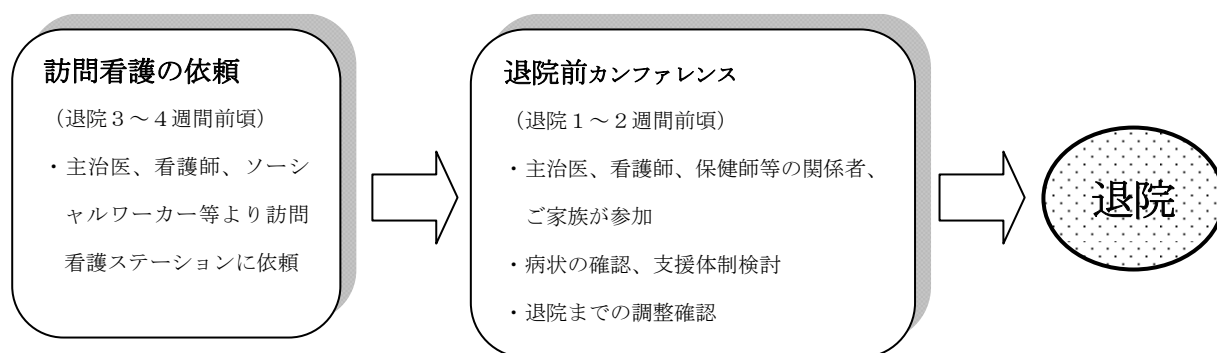


図2-4 訪問看護開始までの流れ

カンファレンスでは、関係スタッフ（主治医、看護師、保健師、ソーシャルワーカー、保健師、訪問看護師など）が顔を合わせ、円滑に連携を図るための準備、確認を行う。緊急時の対応や、必要物品、地域資源などを共通理解し、ご家族が退院後の生活をより具体的にイメージできるようにしていく。また、退院前に関係者と顔を合わせることは、ご家族の安心にもつながり、在宅支援での信頼関係を築く上で重要となってくる。

(4) 訪問看護の実際

実際の訪問では児の経過観察や異常の早期発見、予防ケアなどの医療サポート、授乳や沐浴といった日常ケアなどを行う。NICU退院児は未熟性が強く繊細なケアが求められる。児の成長発達をふまえ、今後の方針を念頭におきながら主治医と連携を図り、それぞれのご家族に合わせた無理のない看護計画を立案する。

NICU退院児の母親の多くは自責の念を持ち「退院してからは自分が頑張らなくては」と感じてしまう傾向がある。そのため周囲に援助を求められず、過度な負担を負ってしまうケースも少なくない。

在宅医療を継続していくためには、ご家族の育児力がポイントとなる。退院時から訪問看護を導入することで、ご家族はそれぞれの育児力を早期に獲得することができる。また、訪問看護師が一番身近な医療者としてご家族に寄り添い、地域につなげていくことで、今後児に必要とされる社会資源を円滑に取り入れていくことができる。

(5) NICU退院児の訪問看護における課題

- 現在、訪問看護ステーションの多くは高齢者の介護が中心であり、小児在宅医療に対する取り組みが十分とはいえない。その理由として「小児は状態が変動しやすく対応が難しい」、「小児の経験がないため受け入れられない」などの意見がきかれる。今後、NICU退院児の訪問看護の利用拡大を目指し、訪問看護ステーションにおける小児受け入れを増やしていくことが課題である。
- 現代社会では核家族が増加し閉鎖的な育児環境となりやすく、虐待、育児放棄など問題もあげられる。保健師や児童相談所、療育センターなど、多職種が連携し地域全体で児とご家族を見守る環境作りが望まれる。
- 訪問看護は重症心身障害児が対象というイメージが強いが、重症度に関わらずすべてのNICU退院児にスクリーニングが必要である。NICU退院児においても訪問看護を利用できるということが医療機関にも浸透され、医療的ケアの有無だけでなく、児の成長発達の予測やご家族の育児力をふまえて支援を検討することが重要である。退院後の不安定な時期に訪問看護を短期間利用するなど幅広く活用されることで、NICUの退院支援は広がる。
- NICUからの退院が進む一方で、社会資源や医療制度が追い付かずご家族の負担が大きいといった現状がある。医療的ケアが複数ある重症児や、急変の可能性がある児などは退院後の支援体制が整わずに入院期間が長期に及ぶこともある。レスパイトや、ヘルパーの利用といったご家族の支援の充実も今後の大きな課題である。

* 訪問看護ステーションの情報はワムネット参照 <http://www.wam.go.jp/>

13 乳幼児期の療育サービス、リハビリテーション

(1)はじめに

NICUに長期入院を余儀なくされている子どもは多くの治療を要する状況にあり、退院が可能となっても発達の遅れが認められたり何らかの障害を有する場合も少なくはない。そのような場合、在宅生活の準備の一つとして療育環境の検討が必要とされる。在宅生活が落ち着いて外出が可能な状態であれば、こうした療育施設の利用を積極的に検討して頂きたいと考える。

(2)「療育」とは

初期においては肢体不自由児に対する①治療 ②教育 ③職業訓練を意味する用語として使われていた言葉であったが、その後広く知的障害や発達障害なども含めた障害のある児童に治療や訓練、保育（教育）などによって発達を促す環境を示す言葉として変化してきたもので、専門機関としての療育施設では、外来診療、各種訓練（PT・OT・ST・心理）、通園（保育）等のサービスを受けることができる。また、診療機能を有さない福祉型の施設や訓練を行わない通園（保育）のみの事業所もある。

(3)療育施設について

療育施設にはどのようなものがあるか、特に乳幼児が利用可能な施設をあげてみる。

表2-6 早期療育に関わる施設一覧

福祉型施設	知的障害児通園施設 難聴幼児通園施設 知的障害児施設 盲児施設 ろうあ児施設 第2種自閉症児施設 肢体不自由児療護施設	医療型施設	肢体不自由児通園施設 肢体不自由児施設 第1種自閉症児施設 重症心身障害児(者)通園施設 重症心身障害児施設
		その他	児童デイサービス事業所 特別支援学校幼稚部 (視覚・聴覚のみ)

『新 福祉制度要覧』社会資源研究会編（2008年）、川嶋書店

『2011 社会福祉の手引』東京都福祉保健局 編集・発行（2011年）

(4)早期療育としての母子入園について

医療機関から療育機関へと繋がるタイミングは早期に診断が出るようになると共に早くなっており、単なる「療育」から「早期療育・超早期療育」へと障害があるまたは恐れがあると判った段階で療育機関の利用を勧められるケースが多くなっている。外来での療育という形で開始する他に、当センターでの療育の中で特筆すべきものとして「母子入園」というプログラムがある。これは1～3ヶ月の間、就学前の子どもと養育者（母・父・その他の家族）とで入園し、その子どもに合わせた個別または集団指導などの療育プログラムに参加して頂くもので、

医師・看護師のフォローを基に、PT、OT、ST、心理相談、保育、福祉相談など様々な援助が受けられる総合指導となっている。特に当センターに於いては医療的ケアの高いケースや中途障害のケースにも対応しており、都外からの利用者も多い。

母子入園の利用目的は様々で、ある程度通園などでリハビリを経験したうえで、短期集中の入園リハと位置づけるものから、在宅生活ではなかなか実践できない療育を学びたいという養育者のニーズのためのもの、あるいは在宅へ移行するためのものなどである。また、親同士のふれあいの場となっており、例えば疾病は違ってもその後の親子にとって支えとなる繋がりになることも多く、早期療育の場として母子入園は有効と考える。

(5)療育におけるPT(理学療法)

ヒトの子どもは健常児でも未成熟で生まれる。出生後の環境に適応するため多様な能動的運動と視・聴・嗅・触覚などの感覚情報を取り入れながら試行錯誤を繰り返し姿勢や運動を発達させる。NICU 管理を必要とする早産児や低出生体重児では中枢神経障害などを合併する児も多く、環境適応困難や姿勢運動パターンの固定化を引き起こしやすい。理学療法は、身体状況の改善を行ないながら子ども自身の潜在能力を見出し、自発運動の促進と適切な環境適応能力の向上を図っていくためのものである。また、養育者が疾病の理解不足や受容困難により子どもの対応に混乱をきたしている場合も多く、理学療法士はこうした養育者の気持ちを傾聴しながら育児の中で少しずつ子どもの理解を深めるように働きかけていく様になっている。NICU を卒業し、発達・子育ての場である家庭で過ごす乳幼児期は子どもと養育者の両者に対して援助していくことが大切である。

(6)療育におけるOT(作業療法)

生まれたときに濃厚な医療ケアを必要とし、NICU という環境で育つ子どもは、おっぱいやミルクを口から飲む経験ができなかったり、不快な状況から緊張を高め反り返ったりすると自分の手を眺めたり指しゃぶりができなかったりする。作業療法士は、医療的な問題や身体的な問題を考慮に入れつつ正常な発達に近づけられるよう、なるべく早く指導に入れることが望ましい。抱き方やミルクのあげ方（経口摂取の指導）や体・手での遊び方（自分の手や体の役割や大きさを学習すること）を子どもが生まれてから経験することを参考にしながら援助をする。母と子が少しでもお互いが心地よい関係の中でできるよう母子相互交流を高められるように指導する。早く生まれてきた子どもの中には母胎内で経験してくるしっかりと抱えられる感覚を（子宮胎盤の中で丸く包まれた状態）育ててあげる必要のあるケースもいる。

(7)療育におけるST(言語療法)

言語・コミュニケーションは、聴覚、視覚、知能、運動、口腔機能、人との関係性等の諸条件が互いに絡み合いながら発達していく。医療的には問題なく出生し、新生児・乳児期と発達している場合は、“コミュニケーションがとりにくい”“ことばが遅いかな”と気になった時点でSTによる相談指導が必要である。

しかし、NICU を経た乳幼児の場合、上記言語発達に関係する諸条件のどこかが問題となっている可能性が大きい。特に、聴覚障害や口腔機能障害の疑いがある場合は、当該の科による

精査と ST の関与が早期から開始されることが望ましい。

全般的な精神運動発達の遅れによるコミュニケーション行動の遅れについては、年齢および養育における対人的・環境要因等を総合的に判断し、ST 指導の必要性和時期を考える。前言語期のコミュニケーションは、養育者とお子さんが気持ちを通わせながら楽しく育児されることにより発達促進されるため、ST に限らず、関わる機会のある看護師・保健師・保育士・心理士など多種スタッフによるサポートを大事にしている。

(8)療育における心理相談

乳幼児期にリハビリテーションがスタートする子どもの心理相談では、家族、特に主たる養育者となる母親についての理解や、子どもの発達や特性を臨床的にとらえる視点、家族を囲む環境や事情の把握、医療的な状態や治療経過についての知識などを踏まえた、多角的な関係性に基づく理解が重要になる。多様な背景を持つ家族が、予測せず治療やリハビリに通いはじめ、ときに医療的なケアも伴う労の多い子育てと向きあうときに、それぞれの適性や置かれている状況に応じた援助が必要とされるからである。それは、母が心情を語り見つめる過程に寄り添うことであったり、遊びや関わり方の提案であったり、子どもと過ごす時間をあたたかく感じられる場面の展開であったりするが、それぞれの親子の歩みに即して、幅広く柔軟に提供されることが求められるものである。

〔参考文献〕

- ・『障害をもつ子を産むということ 19人の体験』野辺明子・横尾京子・加部一彦編（1999年）、中央法規出版
- ・『手足の不自由な子どもたち 療育 第51号』第54回全国肢体不自由児療育研究大会特集号「母子入園利用者の満足感及び要望」日本肢体不自由児協会（2009年）、P56
- ・『手足の不自由な子どもたち はげみ No. 300（平成17年2. 3月号）』特集「作業療法」各論7NICUからの作業療法、日本肢体不自由児協会（2005年）
- ・『作業療法ジャーナル 1999年6月号』特集「NICUの作業療法」（1999年）、三輪書店

14 育児支援サービス

児童相談所

(1) 児童相談所とは

児童相談所は、児童福祉法に基づいて設置され、子供の健やかな成長を願って、保護者、子供とともに考え、問題を解決していく専門の相談機関である。

18歳未満の子供に関する相談であれば、本人・家族・医療機関・学校など、どなたからの相談も受け付ける。

(2) 児童相談所の三大機能

ア 相談機能

子供に関する相談を受けると、必要に応じて家庭、地域状況、生活歴や発達、性格、行動等について専門的な角度から調査、診断、判定（総合診断）する。それに基づいて処遇方針を定め、独自又は関係機関等を活用し一貫した子供への支援を行う。医療機関にも協力をお願いする場合がある。

相談の内容としては、保護者の病気などの事情で子供が家庭で生活できなくなった場合、虐待など子供の人権にかかわるおそれがある場合、発達の遅れ、身体の障害が予想される場合等多岐にわたる。

イ 一時保護機能

事情により家庭で生活できない子供を緊急に保護する必要がある場合や、生活指導を行いながら子供の行動を観察する必要がある場合に、児童相談所の判断で一時保護をする。

一時保護は、児童相談所に付属した一時保護所や施設、里親、病院等に委託して行う。新生児の場合は、乳児院に委託する場合がほとんどである。

ウ 措置機能

措置は児童相談所が決定する行政処分である。大きく分けて、在宅で子供やその保護者に児童福祉司、児童委員、児童家庭支援センター等の指導を受けさせるものと、一定の期間、乳児院、児童養護施設、知的障害児施設、肢体不自由児施設等の施設入所させるものがある。

新生児の場合は、乳児院入所とする場合がほとんどである。

* 乳児院とは

保護者の疾病その他の事情により、保護者による養育が困難または不適當な場合に、入所措置を行う。入所の場合は、原則保護者の同意が必要となる（同意のない場合は一時保護委託の形で入所となる）。

子供が生活するに当たり、医療的な配慮が必要な場合には病院に併設された乳児院に入所することになる。東京の場合、受け入れ可能施設は2箇所ある（都内の乳児院は10箇所）。

(3)相談時間

各児童相談所で相談を受けるのは原則、午前9時から午後5時まで（月曜日から金曜日）である。保護者からの相談は、あらかじめ予約して相談していただくと待たせないで対応できる。

夜間、各児童相談所が閉庁時間帯の、虐待等、緊急性のある通報・連絡は児童相談センターで対応している。また、土曜日、日曜日、祝日（年末年始を含む）も児童相談センターで虐待等、緊急性のある相談に対応している。

(4)周産期に関する対応

平成20年12月に児童福祉法が改正され、出産後の養育について出産前において支援を行うことが必要と認められる妊婦（以下「特定妊婦」という。）に対し、区市町村が養育に関する相談、指導、助言、その他必要な支援を行うことが法定された。

児童相談所では、妊婦からの相談については、相談の趣旨を十分受け止めた上で、必要に応じ福祉事務所、保健所、市町村保健センター、医療機関等適切な機関にあっせんする。

出産後に新生児等に対する児童相談所の指導・援助の必要性が想定される事例については必要に応じて受理し、特定妊婦の主たる対応機関との密な連携を図りながら相談に対応している。

(5)特別養子縁組を前提とした里親委託

未婚、若年出産など望まない妊娠による出産で、養育できない・養育しないという保護者の意向が明確な場合には、特別養子縁組を検討する必要がある。特別養子縁組は原則として6ヶ月以上の里親の養育状況を踏まえ、家庭裁判所の審判により成立する。この制度は、要保護児童の権利関係を的確に確保できる制度である。

保護者から養育できない旨の相談があった場合、まず養育を支援する制度の紹介や親族による養育が可能かなどを調査し、養育の意向の有無について丁寧に確認して対応する必要がある。

「里親委託ガイドライン（H23.3.30 厚労省通知）」では、出産した病院から直接里親の家庭へ委託する取組について提言されているが、東京都は乳児院等で預かり、子供の発育状況、保護者・親族の意向等を十分確認した後「養子縁組里親（各児童相談所に登録）」に委託している。

子ども家庭支援センター

<なぜ悩んでしまうのか>

子育ては、自分の思い通りにならないことばかりで、自分のコントロールの利かないもの、発育発達、授乳、睡眠、オムツもすべて本に書いてあることや、人が言ったとおりではないもの、ということが妊娠中には想像がつかない。第2子以降であっても、産後思わぬ反応を上の子が起こすことで、養育者が心身ともに追い詰められることがある。

核家族化や、転出入で地縁関係が薄く、頼る家族は労働時間が長く、「そういうものだ、当たり前のことだ」と言ってくれる人や、一緒に悩んでくれる家族や、気軽に話のできる人がそばにいない家庭が多いのが現状である。また、できないことを恥ずかしいと感じ、助けてと言えない人も多く、大丈夫でないのに「大丈夫です」と言ってしまう人が多いと感じている。

<悩むことを前提とした、専門職の関り ポピュレーションアプローチ>

育児環境に入るには、こどもをどの子ともちがう特性を持った個体であると認識し、産後早い時期から「思い通りに行かない」体験をし、「思い通りにならないよね」と言ってくれる人との関係が必要と考えている。産院から自宅に帰り、周囲が出産をねぎらい、こどもをかわるがわる抱いて過ごす産後が終わり、家族がそれぞれの元の仕事に戻っていったら、こどもと二人きりになった時の母親の孤独や緊張感は計り知れない。

産後の心身共に疲労しきった母親がどうやってその時を乗り切るか、その姿を子育て支援に関わる専門職がどれだけ想像力を働かせ、母親を取り巻く環境の実態を短時間に情報収集し、次の策を練って退院を迎えるか、が勝負であると考えている。

すべての産婦を、産院で完結しない、自宅に帰る親子を必ず地域の子育て支援の輪の中に送り込むことを心がけていくことが大切である。

<育児支援サービス> 各自治体でサービスには違いがある。

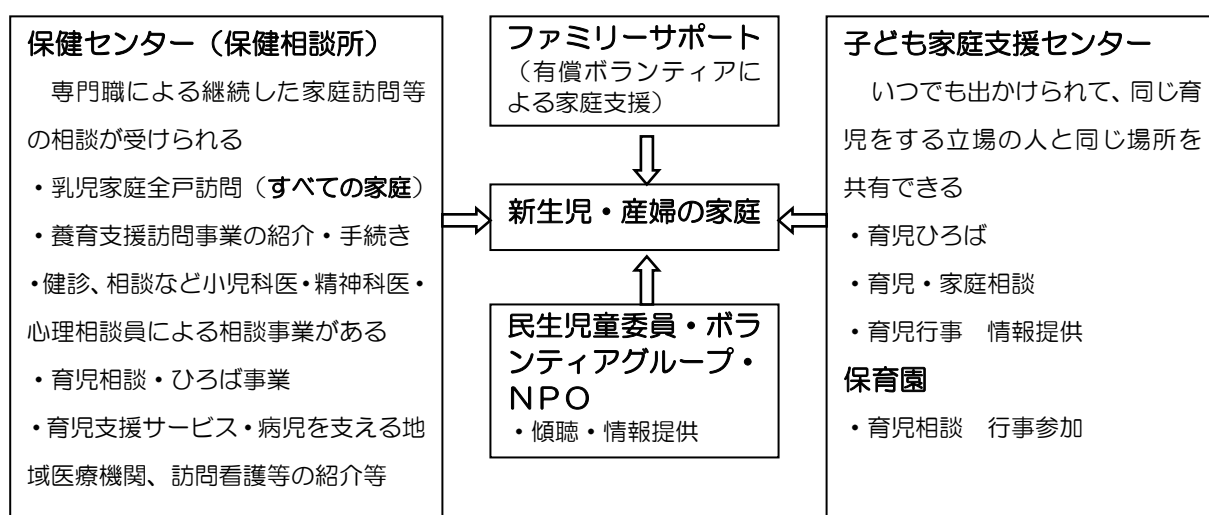


図2-5 自治体の育児支援サービス

<育児支援サービスを効果的に利用するために>

外来・病棟・その他保健センターからの情報等からハイリスク児、要支援家庭と判断した家庭については、入院中から妊娠前のより細かな情報収集を行う。

病棟内で注意点や情報収集のポイントを確認しあったら、SWを通して地域の保健センター（保健相談所）の担当保健師か子ども家庭支援センターに連絡する。

下記のようなリスク要因がありリスクが高いと判断した場合は、虐待予防の観点を意識して必要に応じて退院前に個別ケース検討会議を行う。退院後のケース会議参加の要請にも、積極的に参加することが求められる。

リスク要因

低出生体重児、病児、多胎児、分娩・産後の異常、母子手帳の不所持・未記入、妊婦健診の未受診、母親やその他の家族の年齢や精神状態、面会時の産婦・家族の様子、国籍・戸籍状況、経済状態、出生届へ非積極的など。

15 子どもの戸籍

(1) 戸籍とは

戸籍は、出生、婚姻、離婚、養子縁組、離縁、死亡など、人の身分に関する重要な情報や親族関係などを登録し、公証する制度である。

戸籍を考えるうえで、実務上ポイントとなる点をいくつか指摘してみたい。

ア 日本国籍のある人だけ

戸籍に記載されるのは日本国籍がある者に限られる。日本に住んでいる外国籍の者は、外国人登録法に従い、住んでいる市町村に届け出て登録（外国人登録）をされることとなっている。

日本人男性が外国籍の女性と結婚した場合、男性の戸籍の身分事項欄に妻としてその女性の名前が記載されるが、外国籍であるその女性自身が男性の戸籍に入ることはない。

イ 結婚すると新戸籍がつくられる

結婚すると、原則として新しい戸籍がつくられる。戦前の民法は家制度を重視していたため、例えば祖父が戸主となっている戸籍に一族郎党、孫まで入っている戸籍もあったが、戦後の民法は家制度を廃止した。現在では結婚すると新戸籍がつくられるため、いわゆる三世代戸籍はない（戸籍法17条）。

ウ 婚姻していない母が出産したとき

婚姻していない母が子を生んだときは、母を筆頭者とする戸籍があるときは子はその戸籍に入り、母を筆頭者とする戸籍がないときは、新たに母を筆頭者とする戸籍を編製し、子はその戸籍に入る。ただし、子を筆頭者とする新戸籍を編製するときは（つまり、母子が同じ戸籍に入らないときは）、母はそのまま従前の戸籍のとどまる。

婚姻していない未成年の母が子を生んだときは、母の親権者が母の子に対する親権を代行する（母が婚姻すれば成人擬制が働く結果、母が直接親権を行使する）。

エ 離婚しても子はそのまま

父母が離婚し、母が子の親権者となった場合も、子は当然には母の戸籍に入らず、以前として従前の戸籍にとどまる。ただ、家庭裁判所の許可を得れば、親権者である母は、父の同意がなくても子の戸籍を自分の戸籍に移すことができる。この許可はきわめて簡単に認められる運用になっている。

オ 戸籍の附票

戸籍には附票があり、現在の住所及び過去の住所が記載されているから、本籍地から現住所を探したり、過去の居住地を調べるのに有用である。^{*1}

(2) 戸籍の記載で何がわかる？

親子関係に関して言えば、戸籍謄本等を入手すると、誰と誰との間の子どもか、養子縁組の有無、誰が親権者か、親権制限の有無や未成年後見人選任の有無などがわかる。

母子関係は分娩の事実により形成されるが、*2父子関係の形成はやや複雑である。まず、母が男性と婚姻中に懐胎したときは、その男性の子と推定される（嫡出推定。なお、嫡出推定をめぐる諸問題については後記）。嫡出推定がある場合はその推定が破られない限り、戸籍上もその男性の子として記録される。嫡出推定がないときは、認知によって父子関係が形成される。

母子関係や父子関係が形成されると、相続関係、扶養関係、親権関係がそれぞれ生じる。親が親権を失っても親子関係が失われるわけではないから、依然として相続関係や扶養関係は残る。

養子縁組は、子が15歳に達すると自分自身で行うことができるが、15歳未満のときは親権者が子に代わって縁組に同意をすることになる（代諾養子縁組）。普通の養子縁組は前の親子関係はそのまま残り、養親子関係が重層的に生じる。ただし、親権は養親が行使する。これに対し、特別養子縁組の場合は前の親子関係は切断されるから、前の親子との間では相続関係、扶養関係なども生じない。

(3) 戸籍に関する実務上の諸問題

ア 出生の届出

出生の届出は、父または母が *3 出生の日から14日以内に *4 出生地*5または届出人の所在地*6の市町村に届け出なければならない。

届出をすべき者が意思無能力や行方不明等で届出ができない場合は、①同居者、②出産に立ち会った医師、助産師等の順で届出義務を負う。*7出生が公立病院であったときはその院長が届出義務を負う。*8 父母が死亡または行方不明で、上記同居人等もおらず、出生を証する資料及び日本国民であることを証する資料などがあるときは、市町村長が職権記載することができる。*9届出をすべき者が催告を受けたにもかかわらず届出をしないときも、同様である。*10

届出をすべき者が死亡または行方不明によりいない場合で、市町村長が職権記載をしないときは、本人が（15歳未満のときは未成年後見人または親権代行者が行うから、児童福祉法により施設長または児童相談所長*11が行うことができる）、家庭裁判所に就籍許可審判を申立て、その審判を得た上で、就籍届をすることができる。*12*13

イ 嫡出推定と300日問題について

民法は、婚姻中に懐胎した子については、婚姻中の夫の子であると推定することとしている（嫡出推定）。*14 しかし、婚姻中に懐胎したかどうかは、必ずしも明らかでない。そこで、民法は、婚姻解消後300日以内に生まれた子は婚姻中に懐胎したものと推定することとした。*15 この嫡出推定は夫からの嫡出否認の訴えによってしか覆すことができないが、この訴えは厳格であり、妻や子からは行えず、しかも夫が出生を知ってから1年経過すると行うことができない。

その結果、いくつか問題が指摘されてきた。第一は、本当は婚姻後に別の男性の子を懐胎したのだが、早産のため婚姻解消後300日以内に生まれた場合、元夫の嫡出子とされてしまう。第二に、婚姻中に別の男性の子を懐胎したのだが、当時、夫との夫婦関係は破綻しており、客観的にも夫の子を懐胎する可能性がなかったにもかかわらず、夫の嫡出子とされてしまう。

このうち、第一の問題については、平成19年5月17日の法務省民事局長通達により、医師が婚姻解消後に懐胎したことを証明する文書を作成し、これを添付して出生届をすれば、元夫の子とされないことになった。

第二の問題については、客観的に夫の子を懐胎する可能性がなかったときは、実務上、嫡出推定が及ばない子とされ、嫡出否認の訴えを経なくても嫡出関係を否定できる。従って、親子関係不存在確認の調停または訴えを提起したり、実父を相手に認知請求の調停または訴えを提起することができる。ただし、「客観的に夫の子を懐胎する可能性がなかった」というのは事実認定に帰着するが、判例実務はDNA鑑定のみによって決することには消極的である。

なお、元夫も父子関係を否定しているときは、妻や子から嫡出否認の調停を提起し、元夫との間で合意に相当する審判を得て、^{*16} 嫡出関係を否定することが行われている。もっとも、元夫が出生を知ってから1年以上経過すると、原則として困難である。^{*17}

以上の第一、第二に当てはまらない事例（例えば、夫と婚姻かつ同居中に別の男性との間で不貞行為を行った場合）については、現段階で救済手段はない。

- * 1 戸籍の附票については、いわゆるDVやストーカー等の被害者を保護するため、被害者の申し出により、加害者に交付しないこと等の取扱がなされている。
- * 2 いわゆる代理母による出産については、実際に出産をした女性を法律上の母と解さざるを得ない。外国で代理母による出産をし、その国では依頼母が法律上の母とされたとしても、その効力はわが国において認めることはできない。最高裁判所平成19年3月23日判決。
- * 3 戸籍法52条1項
- * 4 戸籍法49条1項
- * 5 戸籍法51条1項
- * 6 戸籍法25条1項
- * 7 戸籍法52条3項
- * 8 戸籍法56条
- * 9 戸籍法44条3項、同法24条2項
- *10 戸籍法44条1項～3項、同法24条2項
- *11 児童相談所長が可能となるのは、未成年後見人選任の申立をしている場合を除き、平成23年児童福祉法改正の施行後
- *12 戸籍法110条1項
- *13 虐待をしていた実母が出生届をしないまま行方不明になったため、法務局が支援して就籍届をした事例について、福岡法務局戸籍実務研究会『最新戸籍の知識122問』日本加除出版(2008年、489頁)
- *14 民法772条1項
- *15 民法772条2項
- *16 親子関係の存否や認知は第三者に対しても効力があるため、単に当事者の間だけで合意ただけで効力を生じさせることは問題である。そこで、家事審判法では、当事者の合意に加え、裁判所が必要な事実調査をしたうえで、審判の形式により効力を生じさせる方法をとっている。家事審判法23条
- *17 もっとも、起算日を柔軟に解した例として、札幌家裁昭和41年8月30日審判(判例タイムズ213号214頁)、東京家裁昭和42年4月18日(家庭裁判月報19巻9号76頁)

16 養子縁組手続きと母と子どもへの援助について

NICU に入院している子どもの中には、予期しなかった妊娠の結果の、いわゆる「飛び込み出産」といった社会的問題を抱えるケースも散見される。

経済的困難、社会的困難、家庭環境の不都合などにより、母親（もしくは父親、あるいはその他の親族）のもとで養育が困難な場合、乳児院への入所や里親委託が検討されるが、長期的な見通しとして“産みの親”による養育が難しい場合は、養子縁組も視野に入れた支援が必要となる。

ここでは、「養子縁組の手続き」を視野に入れた、母と子どもへの援助を概説する。

医療関係者の中には、「里親」と養子縁組における“育ての親”を混同される方が多い。

「里親」は、法律的な手続きは取らず、一時的な「仮りの親」として、子どもの養育に当たるものであり、親権は“産みの親”にのみある。

それに比べ、養子縁組における“育ての親”は、法律的な手続きを取ることで、親権を有するものである。

法律上、“育ての親”は「養親」、「産みの親」は「実母」という表現がなされるが、極めて硬い印象を受けやすいため、ここでは、それぞれ“育ての親”“産みの親”と表記する。

これまで、日本国内にあっては、「養子」に対し、暗いイメージを持たれることが多かったようだが、特別養子縁組により子どもを迎えている“育ての親”同士の、民間における自助的活動の展開により、「養子」が決して暗いものではなく、ごく普通の親子関係、家庭環境の子どもと、全く変わらない存在であることが確認されている。そのような意識が徐々に広がりつつあることも、基本的事項として、理解しておくことが必要である。

具体的な養子縁組の手続きとしては、通常、児童相談所あるいはその他の養子縁組支援機関に、各ケースの支援を要請することとなる。

(1) 養子縁組の方法

養子縁組の方法としては、表に示すとおり、制度上、「普通養子縁組」と「特別養子縁組」の2つがある。

ア 普通養子縁組

親族間の養子縁組、あるいは、親族以外であっても、“産みの親”と“育ての親”の、双方の話し合いによる養子縁組の場合は、普通養子の手続きが取られる。

この手続きは極めて簡単で、役所への戸籍についての届け出により、完了する。

普通養子では、子どもにとって、“産みの親”と“育ての親”の2組の親が、法律上も存続し続ける。

そのため、双方の両親と相続権が存続する。また、双方の親同士の協議により、離縁も可能である。

イ 特別養子縁組

子どもの福祉のために施行されている縁組の方法である。

法律上、“産みの親”との間の親子関係は終了し、“育ての親”の実の子と同様に、「長男・

長女」といった表記がなされる。

縁組の成立のためには、“育ての親”が家庭裁判所に申し立てをし、実質6ヶ月以上の養育期間を経て、審判を受けることが必要である。

基本的に、子ども自身による以外、離縁することは不可能であり、法律的に安定した状態を期待することができる。

(2) 養子縁組を視野に入れた、母と子どもへの援助

養子縁組の方法を選ぶかどうかについては、母親に対して、支持的な姿勢での、丁寧な非指示的カウンセリングが必要である。

未婚で、学生、10代、予期しなかった妊娠、妊婦健診は数回しか受けていない、パートナーとは別れてしまい、連絡がつけられない、というようなケースの場合、ソーシャルワーカーサイドの常識的な判断で、「養子が一番いいだろう」と見込まれるような場合もあるかもしれない。

そのような場合にも、母親自身の意思を確認することが必要である。本人の意思の確認をしないまま、周囲の判断のみで、養子縁組の手続きを進めてしまった場合、その後、「自分が産んだ子は、どうなったのか？」と、悩むことになる。まれながらも、養子縁組の手続きを進める段階で、意思を覆すことになり、却って、子どもの立場を不安定な状況に陥れることになりかねない。また、自分が生んだ子どもの行く末を知らないまま過ごすことは、母親にとって、大きなストレスとなり、精神疾患を発症する契機ともなり得る。

「どうにかして、自分で育てられないか?」「親族には、養育をお願いできないか?」と、「自分で育てる」方法を検討することも必要かもしれないが、むしろ、苦渋の選択として、「養子」を考え始めている場合には、病院内のサポートとしては、具体的な養子縁組の方法について簡単に説明し、専門機関の情報を提供するだけで、十分であろう。養子縁組以外の方法について、希望がないかどうか、などについての確認は、当該専門機関で行われることになる(図2-6)。

なお、子どもを、養子として託すと決断しているような場合も、子どもの行く末を案じる母親、もしくは祖父母の意思を汲み取るカウンセリングが必要である。

子ども自身の立場、そしてその後の人生を考えると、子どもが、「自分の母親(もしくは親族)は、自分の幸せを願ったからこそ、ママ(“育ての親”)とパパに、自分を託してくれたんだ」という思いを胸に、育つことが、必要である。

そのためにも、子どもを“育ての親”に託すと決断した母親への援助は、「子どもが大きくなったら、自分のところに、会いに来るかもしれない。その時に、大きくなった子どもと、笑顔で会えるように、子どもを“育ての親”に託した後、自分の人生を、毎日、しっかり過ごそう」と思えるように、面接を重ねたいものである。

子どもの養育を“育ての親”に託したことを、その後の人生の糧とすることができるように、配慮した言葉かけが、必要である。

ア 普通養子縁組を希望する場合の援助

普通養子縁組を希望する場合、子どもが“育ての親”のもとに迎えられた後も、双方の親同士の話し合いにより、随時、子どもの成長過程を見守ることが可能である。

“育ての親”と子どもとの関係が不調である場合など、親同士の話し合いの結果、養子縁組を解消することが可能であるため、“産みの親”にとっては安心できる方法かもしれない。

しかし、子どもにとっては、“育ての親”のみならず、“産みの親”の側との法律関係も継続するため、“産みの親”の死後、“産みの親”側の兄弟との相続の争いなども、想定されることになる。

また、戸籍には、「養子」という記載がなされるため、その後の人生の中で、社会的な不利益を被ることも想定される。

そのような限界を認識した上で、普通養子を希望するのかどうかを確認することが必要である。

イ 特別養子縁組を希望する場合の援助

特別養子縁組は、子どもの福祉のための制度であり、法律上、1組の夫婦のみ（“育ての親”）が、親となり、社会的に不利益を被ることはない。

しかし、縁組を仲介する組織によっては、養子縁組成立後に、“産みの親”のフォローアップを行わない組織もあり、その場合は、“産みの親”が、子どもの行く末を見守ったり、子どもが自分のルーツを辿ることが難しくなる。そのため、養子縁組を支援する組織を選ぶ際、そのようなことが可能なかどうか、確認することを促すことが必要である。

また、特別養子縁組の成立には、家庭裁判所の審判が必要であり、ケースによっては、家庭裁判所が「“産みの親”との親子関係を解消する必要性がない」といった判断により、養子縁組の成立に至らないこともある。そのため、特別養子縁組の手続きを取るためには、児童相談所に相談するか、特別養子縁組について実績のある養子縁組支援機関を選ぶことが必要である。

〔参考文献〕

- ・『医療と福祉の連携で見えてくる 子どもの側からの養子縁組』横田和子、星野寛美（1995年）、医療と福祉 社団法人日本医療社会事業協会 P69～77
- ・『産みの親から育ての親へ』横田和子（2001年）、月刊福祉 P42～44
- ・『特別養子縁組をご存知ですか？』横田和子（2005年）、周産期医学 東京医学社 P1415～1418

表2-7 特別養子縁組と普通養子縁組

養子制度	普通養子縁組	特別養子縁組
目的	「家」の存続のため	子どもの福祉のため
施行年	明治31年(1898年)	昭和63年(1988年)
養親	単・独身者可	婚姻している夫婦
養子の年齢	制限なし	申し立て時、6歳未満
試験養育期間	なし	6か月以上
縁組の方式	契約型(当事者間の合意による)	審判型(審判による)
産みの親との親族関係	存続	終了
離縁	当事者の協議により、可	原則として、認められない
戸籍の記載	養子・養女	長男・長女(実子と同様)

『産科と婦人科 Vol.72 No.10』星野寛美(2005年)、診断と治療社、P1281

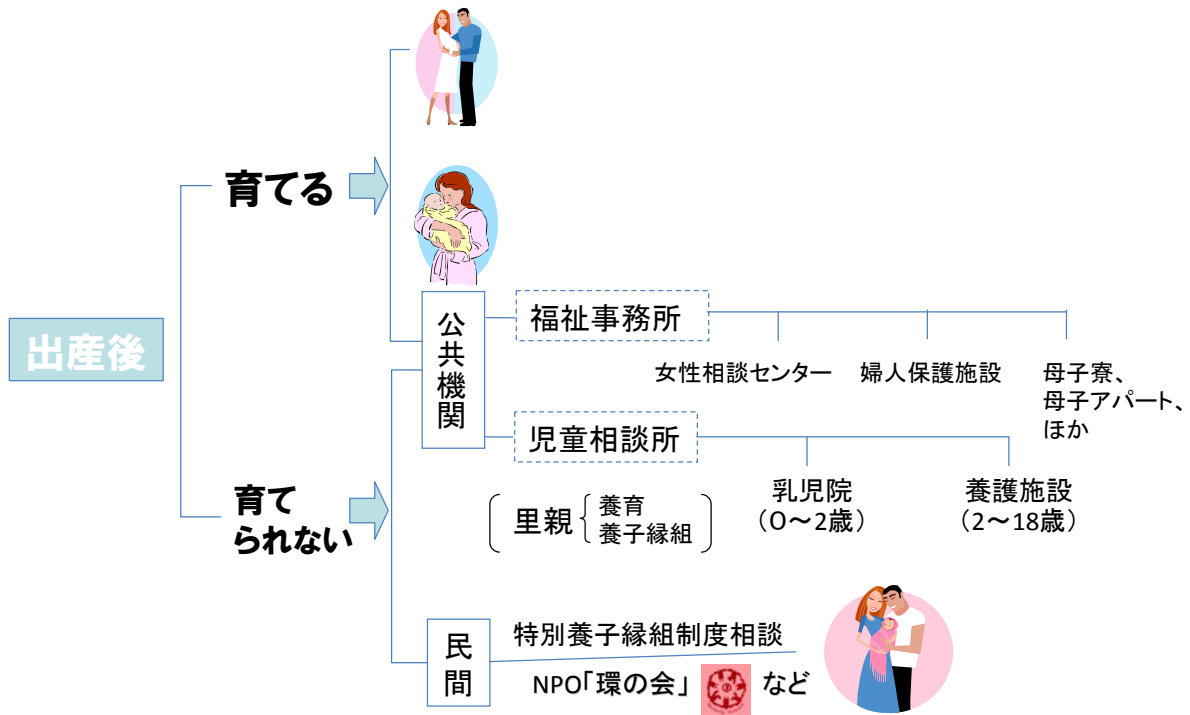


図2-6 産みの親: 出産後に考えられる選択肢

『助産雑誌 Vol.57 No.3』横田和子(2003年)、医学書院、P44

17 周産期における虐待

(1)はじめに

なぜ、周産期の育児支援にかかわる専門職者が、「虐待」について学ぶのか。それは、視点がぶれないように支援を行うためである。何に焦点を当てて介入するのか、何を支援目標とするのか。医療の場において「虐待」は見逃してはいけないことである。一方、「虐待防止」の枠組みで支援をする中で、対象者の成長の機会や可能性を奪うようなことがあってもいけないと思う。私たちが行う支援は、対象者に「虐待」のラベルを貼って、家族関係形成のための大事な第一歩を踏み出すことを妨げることが目的ではない。安全に育児が行えるよう課題の気づきを対象者に促し、そのサポート体制を地域の中に作り上げていくことがその目的である。乳幼児の命や、クオリティを守るといったリスクマネジメントの視点と、対象者の、育児体験を通しての成長・アイデンティティの確立を支援する視点のバランスを、どうとっていくのが重要となる。

そこに、不可欠となるのは、アセスメントをする力、課題を見立てる感性であると思う。

(2)周産期における虐待防止の持つ意味

専門職者は「虐待」について知識を持つべきである。どのようなことが「虐待」なのか。その行為が「虐待」であるならば、どのようなリスクが想定されるのか。

なぜ、「虐待は連鎖する」といわれるのか。虐待が人に与える影響にも目を向けることが必要である。

虐待の背後にはDV（ドメスティック・バイオレンス）の存在も頭に入れておかなければいけない。DVが存在する家庭では、子どもがコミュニケーションの手段の一つとして暴力を取り込みやすい。不安定な環境の中では、子どもたちは自己肯定感が低く、他者との距離の取り方が苦手になる。つまり、虐待にしてもDVにしても、暴力や不当なコントロールが介在するコミュニケーションは、人を混乱させ、疲弊させる。そして、精神的に不健康となり、感覚や感情が鈍くなる。程度の差こそあれ、このような環境で、子ども時代をすごさなければならなかった人たちが、親となる。自分のことを認められない、他者を信用することができない、感情をうまく表すことができない、様々な課題を背負って親となる。親としての役割を担おうとすることで、これまで潜在化していた課題が表面化する。理想とする親モデルのない中で、親にならなければならない葛藤がそこには存在する。

子どもに対して愛情が持てないから、事象として虐待が起きるわけではない。SOSとしてのサインを拾い上げること、親モデル獲得のプロセスを支えていくことが周産期での虐待防止の意味である。つまり、養育支援の視点でかかわることが虐待防止の第一歩となる、このことを意識することが重要である。虐待の統計ではいつも、0歳児の死亡事例、通告数の多さが問題となる。この時期の発達に合わせた養育支援の必要性が感じられる。母親側に関して言えば、慢性的な睡眠不足や体調の変化、育児に対する不慣れさからくる不安、こういった心情を理解し、具体的な対策を立て、先の見通しがつくように情報提供する。子どもの側に関して言えば、哺乳力の不安定さ、睡眠の不規則さ、何をしても泣き止まない状況、これら母親や周囲の人を

不安にさせる要素があることを伝えていく。現場で養育者からよく聞く言葉として「しつけ」がある。子どもの成長、発達過程でみられる事柄にあまりに知識がなく、理解がないゆえに、「しつけ」としての「虐待」があるように思えてならない。夜鳴きがひどいから手を挙げた、離乳食の食べ方にムラがあるのに激怒した、おすわりが遅いから訓練をさせた、などはその一例である。医療機関の役割として、子どもの発育や発達の段階に合わせて、養育者が不安を表現できる関係を作り上げ、情報提供により安定した親子関係の構築を促す。そして、発達段階に合わせた支援は長期的に続くことから、その役割を地域関係機関に移行していくことが必要となる。

(3) 早期介入のための視点

周産期のどの場面で出会う母子に対しても、養育者の状況（心理・社会・経済）や子どもが養育される環境について、専門職として十分なアセスメントを行う必要がある。医療機関では、外来時、入院時、面会時等、母親や父親と接する時間も限られ、その人柄や生活について触れる機会も少なく、一面としてしか知ることができないことが多い。重篤な虐待症例の検討結果を見ても、両親の養育姿勢に課題は感じず、子どもに対しての愛情もみられたため、あえて情報を伝えることをせず、地域との連携が十分でなかった、といった反省が多い。

例えば、低出生体重児の支援を考える際、最優先しなければいけないことは、子どもの安全の保障と子どもの発育、発達を適切に促すことにある。私たちは多くの経験や知識から、医療者として多くのリスクや、養育者が持つであろう不安を予測することができる。

しかし、この予測をするときに、私たちの目に偏りはないだろうか。思い込みはないだろうか。見落としていることがないだろうか、ということ、再度考える必要がある。

母親の体調はどうだろうか、子どもの養育に専念できる状況にあるだろうか。父親の協力は得られるのだろうか。実家や近所との関係はどうだろうか。

課題やSOSは見ようとしなければ見えてこないものである。その為に、それぞれの専門性から、多面的に対象者をとらえ、「見立てる」ことが大切である。何がリスクとなるのか、スタッフ間で話し合い、リスクアセスメントを行い、支援の必要性について検討していくことが重要である。「虐待」を防ぐためには、終始一貫して、子どもの視点に立ち、子どもが子どもらしく育つ環境を用意しなければならない。周産期の時期に、私たち専門職は、小さな躓きを見守り、サポートするという大きな役割を持つことができる。

そして、適切な時期に、地域関係機関とつなぐことができるよう、社会的なネットワークの有無、サポート体制について情報を得ておくことも必要となる。

明確な看護計画・支援計画を立て、支援を行うことは、地域移行の際にも大きな意味を持つ。医療機関の中でだけ、子どもの安全が図られていても意味がない。地域に、その支援がスムーズにつながるように、支援の意図を伝え、地域への依頼内容を具体的に提示する。何のために介入してもらうのか、どのような点に気を付けてもらいたいのか、どの時点で、支援計画を再考するのか。情報提供を受けた側が、困らないように、動きやすいようにうまくバトンを繋ぎたいと思う。

医療者が、課題に気付いているのに、関ろうとしないのは医療者によるネグレクトに他ならない。虐待が重症化する前に、子どもたちが辛い思いをする前に、もう一度、支援方針を見直すことのできる専門性を身につけたい。

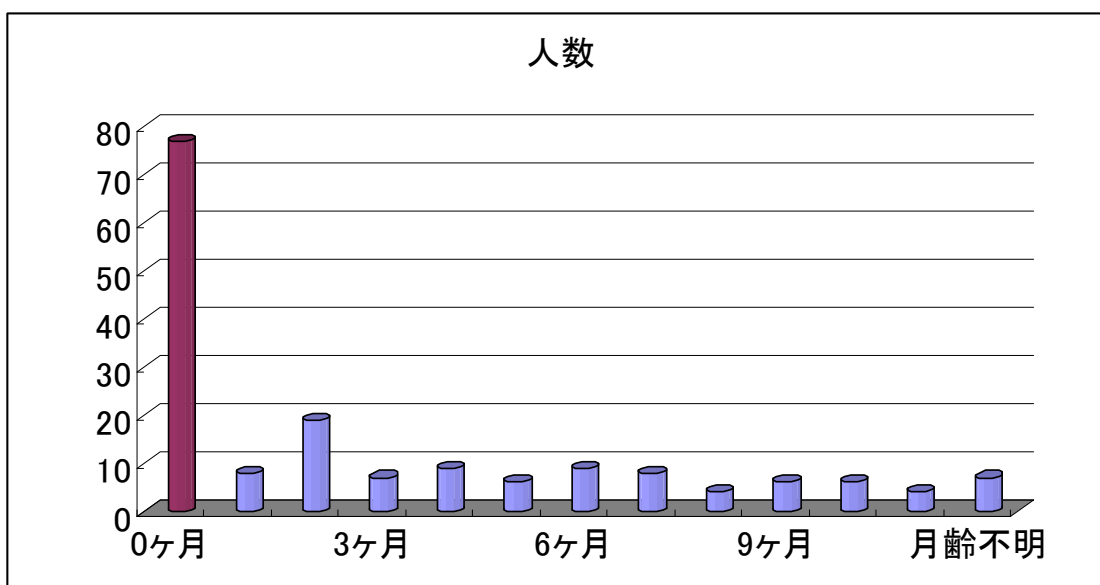


図2-7 虐待による0歳児月齢別死亡人数(平成15年7月1日～平成22年3月31日)
 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会
 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第7次報告(平成23年7月)

コラム <乳児院と家庭支援専門相談員 (FSW)>

乳児院は都内に10施設あり、原則として乳児(1歳未満)を入院させて養育する施設である。実際には、2歳、3歳まで生活していることも多く、個々の子どもの状態や家庭的背景を考慮しながら、看護師や保育士が専門的で家庭的な養育を行なっている。現在、乳児院で生活している子どものほとんどは親がおり、家庭環境が整えば家庭に復帰していく。最初から、或いは途中で親が養育を放棄し里親委託される子どももいるが、家庭復帰に向けて家族調整を専門的に行なうのが、家庭支援専門相談員(FSW:ファミリーソーシャルワーカー)である。具体的には、子どもと親の想いに寄り添い、抱える課題を児童相談所等の関係機関と連携し調整し、親子関係の再構築を支援し、退院後の親子関係も見守っていく。乳児院には2004年から配置され、当院は現在定員40名に対しFSWは2名である。入院理由は虐待や母親の精神疾患によるものが増えており、抱える課題も貧困、DV、孤立、虐待の世代間連鎖など複雑化、重層化している。乳幼児は生命の危険が孕むため、周産期医療からの直接入院のケースも多く、連携がより一層必要だと感じている。

中川久美子(二葉乳児院 FSW)

18 ジェンダーバイアス、DV被害者支援

(1) ジェンダーバイアスとは

ジェンダーバイアスとは男女の性差について社会的文化的な偏見である。従来からの男性と女性の社会的文化的役割が固定化され、男女同権であってもそれが当然だと信じていることである。例えば、家族の中で働いて妻子を養うのは男性、家事育児は女性の仕事だとか、男性は強くたくましくなければならない、女性は優しく母性的でなければならないとか固定観念を持つことである。社会的にはまだまだ性別役割分業を色濃く残しているため、男女それぞれが葛藤や摩擦を起こしトラブルになっている。特に育児は母親がするのが当然だという考えは、社会的にもまだまだ容認されているようである。たとえば男女雇用機会均等法により、育児休業も男性が取得することができるが、実際にはごく少数である。

その中でここではドメスティックバイオレンス（DV）について説明する。

(2) DV(ドメスティックバイオレンス)とは

DV(ドメスティックバイオレンス)とは親しい関係にある男女の間で起こる暴力のことで、日本の法律的には配偶者間、特に、夫から妻への暴力が主になっている。これは、夫のいうことに妻は逆らってはいけないという封建時代の名残りだけでなく、男性が家庭の中でも社会的にも主導権をとるのが当たり前という思い込みが、言うことを聞かないなら妻を躰けるには叩いて解らせなければならないと暴力に繋がってきている。

DVは、身体的暴力の他に、性的暴力、精神的暴力、経済的暴力、社会的隔離があり、妊娠中や子どもが生まれてから増加する傾向にあるといわれている。

ア 妊娠中のDVは赤ちゃんへの影響がある

妊娠を契機にDVが始まることが多くある。お腹への直接的な暴力だけでなく、言葉や心理的暴力により、母体が受けるストレスにより胎児の成長の遅れや切迫流産、早産などのリスクが高まる。

イ DVに対する国の対策と支援体制

2001年10月に「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律（DV法）」が制定された。その内容は、身体的暴力を受け生命や身体に重大な危害を与える恐れがある場合に被害者がその居住する地方裁判所に申し立てることにより、加害者に対して、保護命令（接近禁止命令、退去命令）を出すことができる。

もし、加害者が保護命令に違反した場合は罰金もある。また、それぞれの期間が過ぎても状況が変わらなければ、再度申し立てることもできる。

申し立ては、各県の配偶者暴力相談支援センターや警察に相談した事実が必要である。

相談は、各県に設置されている配偶者暴力相談支援センター以外に、区市町村の福祉事務所の婦人相談員が受けている。電話相談、面接相談だけでなく、いざという時のシェルターなども紹介してくれる。東京都の場合は女性相談センターとウィメンズプラザの2か所が配偶者暴力相談支援センターである。

ウ 医療機関における支援体制

DV法が施行されて、各医療機関では現場での対応を当事者の意思を尊重して安全に行う必要があり、DV対策チームや虐待対応委員会、暴力対応プロジェクトなど名称は異なるものの、院内での学習会や支援活動をしているところが増えている。

そこでは、患者家族のDVスクリーニングの実施、啓発活動、診療記録への記載の工夫、個別対応、職員間での情報の共有、外部機関との連携などを志向している。

エ DVスクリーニング

DVスクリーニングは、各医療機関で独自に開発されているが、共通しているのは初診時の問診票に含まれていることが多いようだ。それによって、当事者が自分がやられていることはDVなのだを知ったり、自分が悪いわけではないと思えたりという効果もある。

オ コーディネーターの対応について

NICUに入院していると他の場面よりDVについて見えにくくなることがあるので、注意する必要がある。さらに、DVは単に配偶者間の問題だけではなく、子ども虐待に繋がる要素が大きいので自宅に退院する時にも慎重な対応が必要となる。

院内はもちろん、関係機関との連携も入院中から確認、連絡して、状況によっては退院準備の会議も拡大して対応が必要となる。

当事者への対応は、①本人が自覚している場合、②DVではないかとなんとなく感じて相談された場合、③関係者が気づいて話をしても本人は無自覚だったり、そんなことはないと否定的だった場合では方法が違う。

- ①その緊急性によっては、すぐに警察や配偶者暴力支援センター、区市町村の婦人相談員につなぐ必要がある。すぐではなくても、相談機関につないでおくことは重要である。
- ②本人がどうしたいかで、DVについての情報や相談機関の連絡先や方法を説明し、その情報カードを渡す。
- ③状況によって対応が違うが、関係機関には子どものことに絡ませて連絡してそれとなく対応してもらうことが必要になるかもしれない。

最後にDVにかかわった支援者の気持ちのフォローについて述べておく。

DVは何回も繰り返すが、暴力による支配が家庭内で行われている状況である。そこでの状況を聞けば聞くほど支援者も傷つく。場合によっては支援者が考えた方向にいかず、元の家庭に戻る例も多数存在する。不安定な厳しい状況が続いていくことも予想され、その対応もさらに大変になるかもしれない。そのことは、支援者のやる気をそぐだけではなく、無力感にもつながっていく。

この状況を打開するには、それぞれがDVについての理解を深めると同時に、職員間でお互いに気持ちを出し合う、院内での検証をきちんとする、などをこまめにしていくほかに、機関として他の医療機関のNICUやその他の関係機関とのつながりを持ちそれぞれの対応をきいて、それを共有することで解消されていくのではないかとと思われる。

19 外国籍家庭の妊娠、出産、育児への留意点

(1)はじめに

日本における外国人登録者数は2009年12月末で2,186,121人であり、日本の人口の1.71%を占める。東京都の登録者数は415,098人で全国の外国人の19%である。

これにさらに次に述べるような、国籍は日本であっても言葉と文化が異なる人々を加えるとその数はさらに多くなる。このように、現在、日本殊に東京都においては生活のあらゆる分野で「外国人」と出会う。人間の生活に欠かせない医療、殊に妊娠、出産、さらに育児の場においては当然ともいえよう。そこで本章では、NICUにおける援助者の外国籍家庭の援助について述べたい。

(2)「外国人」「外国籍」とは

日本人は一般的にことばや文化の違う人々を「外国人」と呼ぶことが多い。

しかし「外国人」といわれる人々の内容は多様である。例えばことばや、文化が異なる多くの人々は日本以外の国籍を持つ「外国人」である。一方日系南米の人々、中国帰国者などは日本国籍を持つ「日本人」であるが、ことばと文化は異なる。「在日コリアン」一世は歴史の中で「日本人」にされたり「外国人」にされたりと翻弄された方々である。

また「難民」はその文化と言語を受けた国はいまや「母国」ではない。増加する国際結婚で生まれ、日本以外のことばと文化で育てられるこどもも含まれる。そのため現在「外国人」でなくさまざまな呼び名があるが、ここでは便宜上行政等でよく使われる「外国籍」で呼ぶこととする。さらに滞在資格を持たない人々「非正規滞在者」も存在する。また旅行、商用など明らかに一時的な滞在以外の「外国人」は、かつての「出稼ぎ」から長期化、定住化に移りつつある。このように、われわれが「外国人」と思う人々は多岐にわたり、それによって在留資格や適用される法律、制度も異なる場合がある。外国籍住民と出会うとき、まず彼らの滞りの背景とそれに基づく在留資格を明確に理解しなければならない。

(3)制度活用の留意点

外国籍住民には日本の制度を使えないと思っている人もあるが、正規の滞在資格があり制度の求める要件を満たせば利用できる。また非正規滞在者であっても出産関係では母子健康手帳、入院助産、養育医療、育成医療、小児の予防接種は利用できる。

その他、感染予防法、精神保健制度、行路病人法（「行路病人及び行路死亡人取り扱い法」）労働者災害補償保険法がある。また患者さんにはなく医療機関に対してではあるが、東京都など自治体によっては「外国人救急未払い補填制度」などが適用される。支援の際にはこれらの制度活用について、正しい理解を持っていることが必要である。

制度活用の際、申請先の役所の窓口のことばの不自由な外国籍住民が申請に行くと円滑に進まないことがある。職員が事前に電話をする、同行する、または言葉のわかる信頼できる人に同行してもらうなどきめ細かな配慮が求められる。

また外国籍住民が、母国と日本の制度が異なるため日本の制度の理解が難しいことも多くあるので、その点に配慮しながら、わかりやすい説明をすることが必要である。

さらに、出生時、国籍取得の問題が生じることもある。こどもの人権の保障のため重要なことであるので、専門家に相談するなどして適切な支援を行う必要がある。

(4)ことばへの配慮

ことばがわからなければ診療もその他の支援も出来ない。命や健康、生活に関わることなので安易に考えず、通訳を活用することが必要である。通訳については日本語のわかる家族、知人、職場の人などに依頼する医療者も多いがこれは望ましくない。第一に医療用語や内容はいくら医師が易しく話したとしても一般の人には難しい。また家族、知人、会社の人ではプライバシーの問題も生じる。殊にこどもに学校を休ませて、時に辛い内容の通訳をさせることは、こどもの人権の面からも問題である。よく「英語のわかる職員がいるから大丈夫」という医療者があるが、多くのアジア、南米の国は英語を使わない。やはりその国の人のことばでコミュニケーションをとるべきである。その際 医療の通訳としての研修を受け、かつ中立的な立場の通訳を依頼することが望ましい。

(5)文化、社会背景への配慮

出産、育児は死と並びその国の文化がもっとも色濃く反映される出来事である。そのために家族の国の文化をよく理解し、尊重することが大切である。また一般的に日本人に馴染みの薄い宗教は、多くの外国籍家庭にとって何よりも大きな意味をもっていることを心に留め、彼らの文化的宗教的ニーズや禁忌は最大限に尊重しなければならない。それを軽んじると援助どころか彼らを著しく傷つけ、人権侵害ともなりうる。NICU 入院など危機的状況にあっては、この配慮はさらに必要である。習慣についても産着を生涯大切に持つ文化の母親が入院した病院の産着がレンタルで持ち帰ることが出来ず、嘆き悲しんだという例も聞いた。また家族の母国の自然社会環境の理解も必要である。水の貴重な国の家族があまり沐浴をさせなかったとしてもそれは「虐待」でなく、かれらにとって当然の行動である。妊娠中や育児への態度も、日本人の基準から見ると文化やその国のシステム（乳幼児健診の制度がないなど）によって「いい加減」に見える家庭もあるが、一方的に日本の物差しや病院の規則を押しつけたり、非難するのでなく、まずかれらの背景を理解しつつ、日本への適応とのバランスをとりながら、家庭やこどもに最善の環境が提供されるよう努めなければならない。その際、文化や習慣については後に述べる外国籍住民の生活に詳しいNPOなどから情報を得ることもよい。

(6)連携の必要性

日本人の場合と同じく、支援は「退院」をもって終わりではない。医療機関だけでなく多くの機関と連携してゆくことで切れ目のない支援が行われる。保健所等フォーマルな資源のほか「外国人」の場合はNPO、ボランティア、教会、殊に当事者のコミュニティなどインフォーマルな資源を知り連携することが欠かせない。フォーマルな資源、インフォーマルな資源、それぞれ強みと限界を知って活用することが大切である。まだまだ地域には外国籍家庭支援のための資源は不十分である。これらの機関との連携の中で資源を創り出してゆく努力も必要であろう。

(7)おわりに—まず向き合う姿勢を

外国籍家庭の患者さんの関わりに対し、構えたり不安に思ってはならない。ことばも文化も異なる国で、厳しい生活と戦いながら、妊娠、出産 育児に臨む彼らのほうが、もっと不安は大きいはずである。「外国籍」固有の問題は踏まえておかなければならないが、基本的には日本人と同じく「人と人との関わり」であり、相手を大切に、真摯に向き合うことであろう。また「外国籍家庭」は決して「弱者」や「面倒な存在」でなく、日本人が学ぶべき多くの良さ、力を持っている。その良さや力を生かす援助が何よりも求められる。

20 外国籍者の出生届、国籍、在留資格等登録手続き

日本国籍の子どもが日本で生まれた場合、市区町村役場に出生届を提出することで、戸籍と住民票が作成され、様々な公的サービスにアクセスできるようになる。

外国籍の子どもの場合は、日本の市区町村役場で一元的に手続きできるものではないので、様々な手続きを個別に行う必要がある。手続き先が複数にわたることから、必要な場合には援助者から、手続きの必要性や手続き先について、外国人親に知らせていただけるとスムーズであろう。

(1) 出生届(居住地の市区町村役場)

日本人の出生の場合と同様、外国籍者の場合も、出生地である日本の市区町村役場へ出生届を提出するのが一般的である。

外国籍者は戸籍が作成されず、届出書は提出先の役場に保管される。そして求めればいつでも提出先の市町村役場で「出生届出書記載事項証明書」を受けることができるようになり、この証明が子どもの出生証明の一つとして機能する。

出生届を提出する際、多くの場合は居住地の市区町村役場に提出すると思われ、その場合は同時に下記(3)の外国人登録の手続きを行うとよい。

(2) 親の国籍国での出生登録手続き(各国在日大使館)

上記1の手続きを行っても、両親ともに外国籍である子は国籍を取得することはできない。日本の役所から外国の役所への報告などは一切行われないので、子が国籍を取得するためには、外国人親の国籍国での出生登録手続きを当事者自身が行う必要がある。

手続きや必要書類は各国で異なるため、在日大使館へ問い合わせの上、必ず手続きを行っていただきたい。子の正式な氏名も、この本国での出生登録手続きを完了することで確定する。

本国での出生登録を行わない場合、子は出生手続き未了のために国籍がない状態におかれてしまう。近年、この手続きを行わないため、パスポートの発行が受けられないなどの様々なトラブルに直面しているケースが見受けられる。必ず早々に手続きを行っていただきたい。

また今後、子が日本で暮らしていくためには、その子自身のパスポートも必要になる。この出生登録の手続き時に、パスポートの発行(ないしは親のパスポートへの記載)の手続きも同時にされるとよい。

(3) 外国人登録(居住地の市区町村役場): 出生から 60 日以内

日本で出生した子が日本に在住する場合、出生日から 60 日以内に外国人登録が必要と定められている(外国人登録法 第 3 条)。ただし、日本での滞在期間が 60 日未満で日本から出国する場合には、外国人登録の必要はない。

上記1の手続きを、居住地の市区町村役場に届け出る場合には、その際に外国人登録の手続きも同時に行うとよい。上記2の手続きが完了していない状態で手続きを行う場合が大半だと思われるが、その状態でも登録手続きは可能である。その後、上記2の手続きを完了して子の国籍や氏名が確定した後、従前に行った外国人登録の登録内容と異なる部分があれば変更手続きをすれば足りる。

なお、2012年7月より外国人登録法は廃止され、新たな在留制度がスタートすることが決まっている。本稿執筆時点で新制度開始後の手続きを記すことができないため、手続きについては市区町村役場および入国管理局の該当部門へお問い合わせいただきたい。

(4)在留資格取得許可申請(入国管理局):出生から30日以内

日本で出生した外国籍の子は、出生から30日以内に、居住地を管轄する入国管理局（以下、入管）で在留資格取得申請を行わなければならない(出入国管理及び難民認定法 第22条の2)。子が16歳未満の場合には親が申請を行うことができるので、乳児を同行させて手続きをする必要はなく、親だけが入管に手続きに赴けば足りる。

申請は「出生から30日以内」と定められており、出生後には速やかに手続きをする必要があるが、外国人親でもこの点を理解している方は極めて少ないので、遅延での手続きが頻発しているのが現状である。そのため、援助者からの情報提供は非常に重要かつ有益であろう。

子の在留資格は、親の在留資格によって決まる。ただし両親が二人ともオーバーステイの場合には子も在留資格は得られないため、この在留資格取得許可申請を行うことはできない。しかし両親の一方がオーバーステイでも、もう一方に在留資格があれば、子はこの手続きによって在留資格を得ることができるので、確実に手続きをしていただきたい。

なお、出生から30日以上経過してしまった場合でも、できるだけ早く入管へ行って手続きをするように伝えていただきたい。入管では多くの場合、特別受理などの扱いで申請を受け付ける対応を取っており、子は在留許可を得られる可能性が高い。

(5)日本国籍の父、外国籍の母をもつ子の日本国籍取得について

現在の日本の国籍法は、生地主義(国内で生まれた子はその国の国籍を取得するという考え方、例：カナダ、アメリカ、ブラジルなど)を採用していないため、子が単に日本国内で出生したという事実だけでは、日本国籍を取得することはできない。子が出生によって日本国籍を取得するのは、子の父又は母が「出生の時に」日本国籍である時と定められている(国籍法 第2条)。

これまでの支援の経験から、子の父親が日本国籍、母親が外国籍で、かつ両親が結婚していない場合、そしてその子に日本国籍を望む場合には、手続き上の困難に直面することが散見され、あるいは手続きに際して事前の知識が必要となるといえるので、本項ではごく簡単に手続きを説明したい。

子の父が日本国籍、母が外国籍の場合でも、両親が結婚していれば子は出生届出によって日本国籍を取得する。問題とされるのは両親が結婚していない場合である。

最もスムーズなのは、子の出生前に父親が認知届を出す方法である(胎児認知といわれる)。この手続きは母親が独身であることが必要で、母親が既婚の場合には「15 子どもの戸籍」の項にもある通り、母親とその法律上の夫との子であるという嫡出推定がはたらくため、単純に認知届を行うことができない。従って子の出生後に家庭裁判所で「親子関係不存在確認」の申立をする必要がある。

一方、子が出生した後に父親が認知した場合であるが、2008年の最高裁判決までは、子は日本国籍を取得することができなかった。2008年に最高裁で違憲判決が出されて手続きが改まり、現在では子の出生後に認知された場合には、法務局国籍課で、認知された子の国籍取得の届出を行うと日本国籍を取得できる(国籍法 第3条1項)。

なお、子の父親によって認知がなされなければ、法律上は、子と父の親子関係があるとはされない。家庭裁判所で、子の父親に認知を求める調停を申し立てるなどの対応が必要となる。

ただし援助者の方々に注意喚起しておきたいのは、子の日本国籍取得を親が希望しているのか、きちんと確認していただきたいという点である。様々な考え方や主張があり、日本に居住していても子の日本国籍を望まない方もいるということは、日本在住の日本国籍者には忘れがちな視点と思われる。充分ご注意いただきたい。