育児支援サービスの質の確保と制度に関する日米比較研究

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科
小児・家族発達看護学　教授　廣瀬　たい子

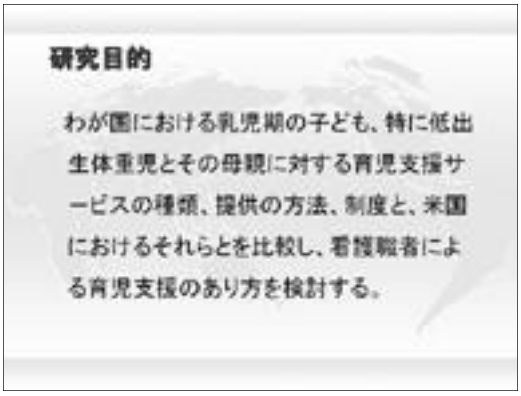
【スライド-1, 2】

研究目的から申し上げます。

わが国における乳児期の子ども、特に低出生体重児とその母親に対する育児支援サービスの種類、提供の方法、制度と、米国におけるそれらとを比較して、看護職者による育児支援のあり方を検討するという、かなり大きな目的ですが、そのうちのもっと具体的なことについて、今日は限られた時間の中でお話しさせていただきたいと思っております。

スライド-1

スライド-2



【スライド-3】

この研究は調査1と2の二つで構成されております。

まず、調査1の方は、低出生体重児に対する育児支援のシステム調査ということで、日本の場合は、A・B県の2保健所保健師、4病院の看護師、医師を訪問して聞き取り調査という形で行いました。アメリカの方は、私の共同研究者でありますワシントン大学看護学部のRebecca Kang準教授と協力し、かつBarnard博士のご協力をいただきました。具体的にワシントン州の方で調査を一緒にしてくれたのはAndrea Kovalesky助教授で、私のかつての同級生だった人です。訪問調査ですので限られた数しか訪問はできませんでしたが、それらの人と協力しながら、ワシントン・コロラド州の小児病院、看護師、臨床心理士、発達センターの医師、保健所の保健師、それと訪問看護協会の看護師さんを訪問いたしました。

スライド-3

また、日本側の調査に関しましては、約10名ほどの人間で協力し合いながら行いま

した。

【スライド-4】

スライド-4

早速結果に入りますが、調査1の方では、日本の低出生体重児がどれくらいで退院するかということですが、どこもだいたい2,000g以上が基準になっております。週齢は36週から40週。北海道で冬場が寒いということもあると思うのですが、40週まで入院させている所もあり、かなり長い期間病院にいるということでした。

そして、退院時保健所に連絡し、保健所保健師が未熟児訪問を行う。これはすでに皆さんご存じの通りです。

他に、前川先生が厚生科研で、早期介入ということでいろいろ展開なさったご研究が、直接、間接に影響して出来た部分がかなりあると思うのですが、病院主導型の育児支援システム、地域主導型の育児支援システムといったことについても、調査の結果、知ることができました。

今日は時間の限られた中でお話しなければいけないので、日本のことについては端折り、主にアメリカでの調査の結果を具体的にお伝えしたいと思います。

【スライド-5】

スライド-5

ワシントン州タコマ市のMary Bridge Children's Hospitalという所で、非常にユニークな育児支援活動プログラムを実施していましたので、それをご紹介します。

Mary Bridge Parenting Partnershipプログラムというものでした。

理論背景としては、Ainsworthの愛着理論を用いたもので、約20年ほどの長年に渡る研究の蓄積に基づいて作られたということでした。ミネソタ大学の心理学者のMartha EricksonそれからByron Egelandという人達が開発したSTEEP（Steps Toward Effective Enjoyable Parenting Model）というものでした。これを用いて、NICU退院児と母親に対して家庭訪問しながら支援をしていくというものです。

しかし、すべての母親と子どもということではなくて、「リスクの高い人を中心に」ということですので、そのスクリーニング、つまりどのようにそういう人を見つけ出していくかということについては、基準として、児が身体的リスクを持つ、そして母親が心理社会的リスクを持つ、児童虐待を経験した、出産前のケアを受けていない、もしくは出産間近に受けたのみ、子どもの発達についての知識が乏しい（特に10代の親がそういったことですが）、育児にかなりの困難・ストレスを伴う、家庭内暴力を経験している、精神障害・知的障害を持つ、薬物依存の経験を持つ、貧困家庭である、

住所不定もしくは住環境の安全性に問題がある、それから、法律違反行為に関与したことがある、というようなことで対象を選定します。

【スライド-6】

スライド-6

具体的には週一回の家庭訪問を行います。月4週あるとして、3回は家庭訪問をして、最後の週にはグループセッションを病院で持ちます。そのグループセッションでは、愛着形成の促進と心理的トラウマの治癒というようなことで、治療的な関わりをします。育児の方法を教えたり、親の相談にのることからはじめて、愛着形成を主とする心理面への支援を行い、親子相互作用と愛着形成を促進するというようなことです。

具体的にどういうことをするかというと、母親と支援者が一緒に親子相互作用のビデオを見ながら振り返りを行い、良いところだけを褒める。決して批判はしないということで、良いところを伸ばしていくことをします。これには、共同研究者として関わっていただいたBarnardが開発したNCASTという尺度を使いながら行っています。親の育児の良いところを褒め、悪いところには言及せず、また子どものCue、つまり非言語的サインの読み方を教えます。年齢が低ければ低いほど、子育てをする際に子どもの非言語的サインを読み取ることに困難性を伴いますので、そういったことを教えてあげたり、あるいはセルフコントロールの訓練、親子の活動計画を助ける、カウンセリング、薬物アルコール依存者を治療に結びつける、というようなことを行います。病院でのグループセッションは2時間かけてするのですが、最初の1時間は子どもとの遊び方を学ぶということで、残りの1時間では、母親自身のいろいろな問題に関するグループセッションを持つ。同じような問題をもった母親が集まって、それぞれにピア・カウンセリングを、ファシリテーターが入って運営する形でした。

【スライド-7】

スライド-7

費用ですが、これも日本ではあまり見られないユニークな財源でして、2つの研究補助金と複数の寄付金からなっているということでした。

1家族に対して年に6,000ドル（約66万円）かかるということで、現在30家族を対象に活動しておりますので、年間経費は18,000ドル（1,980万円くらい）です。もし子どもが虐待を受けたり適切な育児を受けることができなくて、NICUに再入院するということが起こりますと、その子どもに対する費用は年間約32,000ドル（352万円くらい）で、これを30名としますと1億

560万円という膨大な金額になるわけです。その予防にこういうお金を掛けることは、決して高額ではないと言っていました。

成果として、スライドに書いてありますようなことが挙がっていました。

【スライド-8】

スライド-8

次に、コロラド州デンバー市のVNA（Visiting Nurse Association：訪問看護協会）で調査をしたときの結果です。

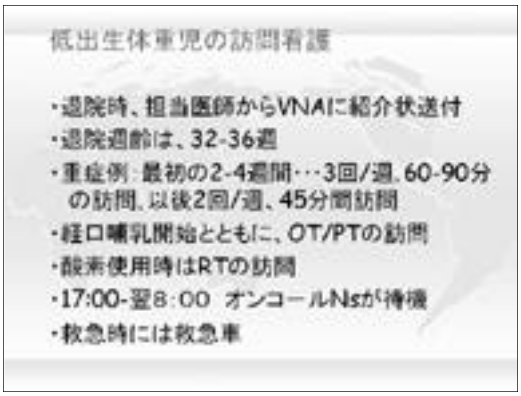
これは非営利的な組織であり、小児対象のいろいろな訪問看護を行っているのですが、その中の低出生体重児について聞いてきました。NPOそのものは、スライドに掲がっている人たちで構成されています。「家政婦」というのは、home makerと書いてあったのでそう訳したのですが、日本で言えばヘルパーさんに近いかと思います。これらの人たちが協力して仕事をしているということでした。

看護師の業務としては、特に低出生体重児は退院してからも呼吸の管理に非常に注意を要するので、そういったこと。それから、全身のフィジカルアセスメント、経管栄養法の指導、各種検査、輸液管理、酸素療法の管理というようなことで、半径20マイル以内の家庭を1日5件ずつ担当して訪問するということでした。

この訪問をする人は、5年以上臨床経験があって、かつ看護学士号をもっている人ということでした。

【スライド-9】

スライド-9



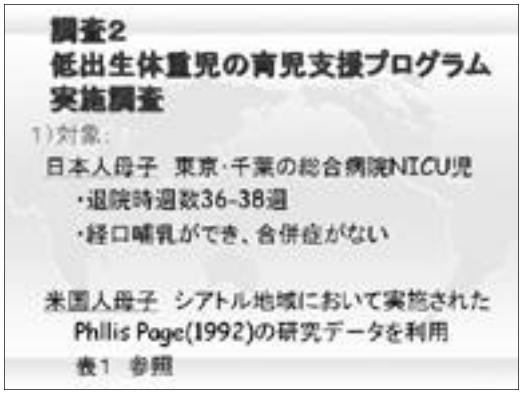
そして、退院のときには日本と同じように紹介状が出ます。ただ日本と大きく違うのは、退院時の週齢が32週から36週ということで、比較的早いことです。そして重症の場合は、最初の2～4週間の間、週3回の訪問をして、1回につき60分から90分という比較的長い時間滞在し、子どもを家族でケア出来るように、いろいろな教育的・指導的な関わりをする。以後週2回になって、経口哺乳が出来るようになりますと、訓練の為のOT/PTの訪問。それから酸素を使用している場合には、呼吸療法士の訪問ということで、夜間もオンコール体制が整っているということでした。

【スライド-10, 11】

こういったアメリカ特有の背景の中で、訪問看護師が日本ではあまり行わないような活動をしているわけですけれども、今度は、日本で実際に低出生体重で生まれた子どもに、アメリカで開発されたプログラムを使うことを行ってみました。それが調査2です。

日本人母子で、東京・千葉の総合病院NICU児を対象としました。修正週齢が36週から38週で退院でした。特に問題がないということを条件として、対象者に協力をお願いをして、シアトル地域において実施された研究データと比較するという形をとりました。実際のプログラムについては、共同研究者を日本に招聘して、その方法を教えてもらって行いました。

スライド-10

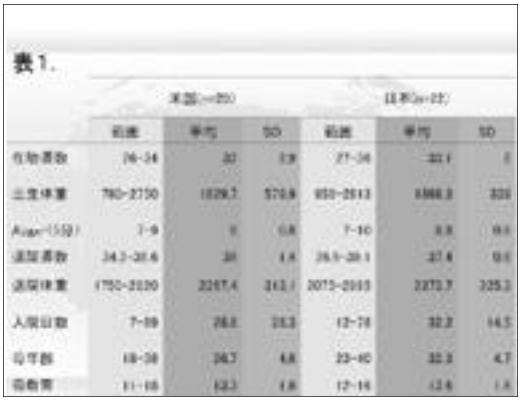


スライド-11

【スライド-12】

日米の属性で特に大きな違いがあるところは、退院時週数の範囲が、アメリカの34.3～38.6に対して、日本は36.6～39.1ということで、遅くなっていました。当然体重も重くなりますし、入院日数も日本の方が平均して長い。アメリカでも長い子はいるのですが、平均すると日本の方が長い。あとは、だいたい同じです。

スライド-12



【スライド-13】

対象とした児そのものの在胎週数は大きく変わらないのですが、退院週数の違いが一番多い頻度のところにグレーの色を付けました。アメリカは35週での退院が10名と一番多くて、日本の場合は38週が10名で一番多いという結果です。日本がアメリカより遅いということが、これでよくわかります。

スライド-13

【スライド-14】

アメリカがいかに早く退院させてVNAの看護師さんがやっているような活動が必要かということで、それを如実に示しているのが図1になります。

【スライド-15】

それから、児の哺乳時間です。介入してステートの調整をしたのですが、なぜそれが必要かというと、低出生体重児の場合は脳が十分成熟しないうちに退院をして、哺乳しなければいけない状況に置かれることがアメリカでは多いからです。37週になると、脳が成熟して、覚醒と睡眠がはっきりして、完全に覚醒しておっぱいを飲むということが出来やすくなっているのですが、それが十分出来ない32週だとか36週で退院した場合には、ウトウト、トロトロしている状態でお母さんがミルクを時間をかけて飲まさなければいけない。それを、栄養摂取を良好にし、母子相互作用もうまくできるように、ステートがアラートな状態にもっていくような方法を教えるというプログラムだったのです。それを行なって出したデータがアメリカのデータですが、それでも55分から60分も一回の哺乳に掛かった事例が6例もあります。それに対して、日本の場合は退院後1～2週経過していたということもありますが、ほとんどが短時間のうちに飲んでしまって、15分未満で飲んでしまった子が一番多いという結果が得られました。

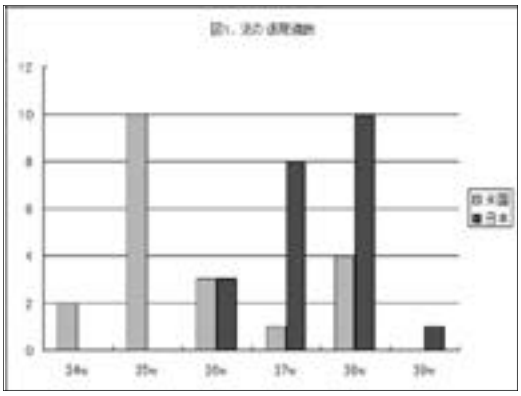
【スライド-16】

60週時の育児トレスの結果ですが、これは、ステート調整の支援をした・しないでこういう違いが出たということです。日本においても、ステート調整を用いたプログラムは効果があったということを示す結果でした。

【スライド-17】

ということで、アメリカでは日本の低出生体重児より早い時期に退院するため、

スライド-14



スライド-15

表4. 児の哺乳時間

哺乳時間（分）	米国（退院時/退院後数日）	日本（退院後1-2週）
15未満	0	7
15~20	4	5
25~30	5	2
35~40	3	1
45~50	2	0
55~60	6	0
計	20	15

スライド-16

表5. 60週時の育児ストレス（PSI日本版）

	平均値（SD）	
	介入群（n=10）	コントロール群（n=7）
子どもの特徴に関わるストレス	76.8（14.6）	84.9（16.8）
親自身に関わるストレス	90.5（19.2）	99.0（21.3）
総得点	167.3（25.1）	183.9（37.5）

スライド-17

結論

1. 米国では日本の低出生体重児より早い時期に退院するため、家庭訪問による在宅育児支援システムが整備されている。しかし、親・家族の負担は大きい
2. 日本では医療保障制度が整備され、入院期間が長いため家族への負担軽減をもたらしているが、母子関係への悪影響が懸念される
3. 日米ともに、家庭訪問による育児支援は効果的であり、日本の医療制度、文化、育児様式に適した育児支援方法を考案し、提供する必要がある
4. 家庭訪問による育児支援の主体となるのは、日本においても看護職を中心としたコメディカル スタッフが望ましい

家庭訪問による在宅育児支援システムが整備されているが、親、家族の負担は多い。日本ではそうではないのですが、入院期間がこんどは逆に長くなっているために、母子関係あるいは親子関係への悪影響が懸念される。育児支援プログラムは日本にせよ、アメリカにせよ、効果をもたらしているということですが、そういったプログラムを看護職が中心になってやっていくと、恐らく日本でも低出生体重児の育児支援として、効果があるだろうという結果でした。

質疑応答

会場： NIH（当時）に留学中の1992年に、日本人会の中でペアレンティングのセミナーがあり、5、6人で集まりました。ビデオは英語だったのですが、日本語の教材がもう既に出来ており、こういうシステムがスタートしていたのですが、その後、日本でこのペアレンティングの応用とか、先生が調査されたようなことが進んでいるのかどうかということに関して、お教え願えませんでしょうか。

廣瀬： これの関連で、前川先生達が厚生科研で行った「早期介入」という論文について調べて読みました。遊び方を教える育児教室ということで、退院した未熟児を集めて「キラキラ星の会」だとか「ゆりかごの会」を月に1回行って、そこに保母さんが入り、心理の方も入り、医師、看護師が入って、未熟児の子育てをどうしたらよいかということを教えてあげたり、発達を促進するような働きかけをして、効果があったといった報告がされています。現在もそれが続いているということを聞いておりますし、それが地域で行われれば地域主導型、病院が主導で病院に集まってきてもらってやっている場合は病院主導型という形で報告されております。ペアレンティングもその中に入っていると思うのですが、ただ、今先生がおしゃったような“ペアレンティングだけ”というのは、私は十分調べておりません。

会場： 実際にあちらで使われているペアレンティングの教材等が、日本で使われているということでしょうか。

廣瀬： たぶんどこかで使っていらっしゃるとは思うのですが、そこまでは私はわかりません。