

報 告

「子育て相談外来」を受診した子どもの 家庭における養育能力の問題点と小児科医の 役割についての検討

鈴木 悠貴¹⁾, 伊藤 康^{2,3)}, 河野 香⁴⁾
溝口枝里子⁴⁾, 石井のぞみ⁴⁾, 相原 由香⁵⁾

〔論文要旨〕

育児支援を目的に開設した「子育て相談外来」において、育児機能不全家庭の事例から、その問題点や実際に行った育児支援を明らかにし、小児科医の役割を検討した。2016年5月～2017年10月の同外来受診児を対象とし、家庭における養育能力に問題があり要支援と考えた事例を抽出し、受診理由、家庭の養育能力の問題点、対応・支援などについて調査した。同外来の初診119人のうち23人(男12, 女11)が分析対象となり、対象者の調査時年齢は0歳2か月～14歳3か月であった。主な受診理由は、発達遅滞9人、育児困難4人、集団不適応3人などであった。養育能力の問題点は育児へのサポート不足23人、養育者の医療的背景14人、生活背景要因12人、対処力不足10人、育児へのネガティブな感情8人に分類された。全対象者で公認心理師による心理面談、医師による育児相談を継続し、また療育的支援や、地域保健・福祉行政、保育・教育施設への連携や、養育者を心療内科へ紹介すること等で養育環境の調整を行った。発達遅滞や育児困難を主訴とし受診した症例の中に、家庭における養育能力に焦点を当てるべき事例が存在することを確認した。家庭の養育能力の問題は虐待へと繋がる危険因子となりうるため、我々小児科医には子ども自身の問題解決だけでなく、家庭における養育者の問題対処能力を向上させる支援も重要と考えた。

Key words : 育児機能不全, 育児支援, 養育能力, 育児困難, 虐待

I. 目 的

「健やか親子21」は「すべての子どもが健やかに育つ社会」を目指して、すべての国民が地域や家庭環境等の違いに関わらず、同じ水準の母子保健サービスが受けられることを目標としている¹⁾。その中でも「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」が重点課題としてあげられており、日常診療の中で育児困難を抱える親を選別し、支援につなげることは小児科医としての重要な責務となる。我々は総合母子保健センター小児科として育児支援を行うため、気になる症状の窓口と

して「子育て相談外来」を開設した。病院ホームページに、「子どもたちの成長、発達、健康を見守り、日々の子育てにおける様々な心配事、不安や悩みについても相談にのり、必要に応じ精密検査、治療、経過観察、専門医療機関への紹介などを行っていき、子どもたちだけでなく養育者にも目を向け、育児を支援していくことを目指す」と、理念を開示した。また、「育児の中で様々な気になることに対して、いつも元気で、機嫌も良いし、病気ではないかもしれないけど、そのまま様子を見ていても大丈夫なのだろうか、他の子とちょっと違うのかしらと思われることなどがあれ

A Case Series of Dysfunction in Childcare among Families Visiting the Pediatric Consultation System
Yuki Suzuki, Yasushi Ito, Kaori Kawano, Eriko Mizoguchi, Nozomi Ishii, Yuka Aihara

[32075]

受付 20. 8.27

採用 22. 1. 6

1) 母子愛育会総合母子保健センター愛育病院小児科 (医師 (小児科))

2) 母子愛育会総合母子保健センター愛育病院小児科 (医師 (小児科))

3) 母子愛育会総合母子保健センター愛育病院地域医療連携室 (医師 (小児科))

4) 母子愛育会総合母子保健センター愛育病院小児科 (医師 (小児科))

5) 母子愛育会総合母子保健センター愛育病院地域医療連携室 (公認心理師・臨床心理士)

表 1 育児困難の先行要因の分類²⁾と自験例との対比

構成要素	鈴木 ²⁾ の分類		自験例 (n 値, 重複あり)	
	カテゴリー	サブカテゴリー	具体例	カテゴリー
母親の 要因 (※1)	母親の疾病・障害・パーソナリティ	母親の精神疾患・慢性疾患, 未熟なパーソナリティ, 他者に頼れない	親自身が神経発達症群 (6人), 不安障害 (4人), 気分障害 (3人)	養育者の医療的背景
	母親の自己承認への希求	承認要求, 評価へのとらわれ	子どもの病名を求める (3人) 他人の評価を気にする (2人)	
	偏った育児感	子どもへの偏った認知, 体罰の信念, 子どもへの愛着の薄さ, 過度の期待	独特な養育方針 (3人)	
	不適切な被養育体験	母親の被虐待歴, 不適切な被養育体験	なし	
	育児へのネガティブな感情	犠牲感情, 負担感・閉塞感, 母親役割の葛藤	育児不安が強い (6人), 同胞間差別 (2人), 子どもへの愛着がない (2人)	育児へのネガティブな感情人
	母親の育児知識・体験不足	育児体験・育児モデルのなさ, 育児知識・対処力の不足	柔軟性がない (9人), インターネットサーフィンによる過度な情報収集 (1人)	対処力不足
	母親の肯定的自己評価の低さ	母親役割肯定感の低さ, 自尊感情の低さ, 自信のなさ	子育てに自信が持てない (1人)	
子どもの要因	子どもの要因	発達遅滞・発達障害 (13人), ストレス反応 (1人), 起立性調節障害 (1人), 注意喚起行動 (3人)		
育児への サポート不足	孤独な育児	孤立・孤独感, 継続的・膨大な育児負担	母子家庭 (3人), 父親の単身赴任 (1人)	育児へのサポート不足
	夫婦間不調和	夫サポート不足, 夫婦間同盟のなさ, 育児の考え不一致	両親の不和 (2人), 父親の非協力 (1人), 国際結婚 (1人), 両親の育児方針の相違 (2人)	
	サポート不足	祖父母の干渉と非協力, 社会的サポートの不足	核家族 (23人)	
生活背景要因	生活背景要因	低収入, 低学歴, 非意図的妊娠, 婚姻状況, 子どもの数, 人種的文化的背景の違い	経済的理由 (3人), 海外への転居 (1人) 育児に余裕が持てない (10人), 複雑な家庭事情 (2人)	生活背景要因

※1 自験例は父親要因も含む。

ば, 何でもご相談下さい」と案内文を配布・掲示した。院内においては, 地域医療連携室 (看護師・公認心理師・医療ソーシャルワーカー), 看護部育児支援委員会, 周産期メンタルヘルスケアチーム, ファミリーサポートチーム (旧虐待対策委員会), 理学療法士, 栄養士と, さらに, 行政の子育てあんしんプロジェクトと協働している。

この「子育て相談外来」において, 外来経過観察および心理面談を通して家庭の養育能力に問題がある事例が散見された。鈴木²⁾は, 関連文献の検索と解析により, 乳幼児をもつ母親が抱える育児困難の概念分析を行い, 育児困難の先行要因をまとめた (表 1)²⁾。こうした先行要因と, 虐待が生じた家庭で認められる要因³⁾は重複しており, 育児困難感と虐待との関連性は指摘されている⁴⁾。家庭の養育能力の問題は, 虐待につながる危険因子となりうることに留意しなければならない。

今回我々は, 養育能力に問題があり, 育児機能不全と考えられた家庭の事例に対して, 個々の事例が抱える養育上の問題点および実際に行った育児支援を明らかにし, 小児科医の役割について検討した。

II. 対象と方法

2016年5月~2017年10月の期間, 「子育て相談外来」を受診した子どもを対象とし, 複数回の診察, および臨床心理士や医療ソーシャルワーカーとの面談を重ねて, さらに産科医師, 看護師, 助産師も含めた多職種連携ケース会議を通して, 背景に養育能力の問題があり要支援と考えられた家庭を抽出した。研究対象者は番号化し, 連結可能匿名化を行った上で調査した。調査項目として, 受診理由 (重複あり), 子どもの診断名 (重複あり), 家庭の養育能力の諸問題 (重複あり), 対応・支援について, 診療記録および会議録から後方視的に情報を収集した。鈴木による先行研

表2 症例の属性と家庭の養育能力の問題点

症例 No.	調査時年齢	性別	受診理由	高齢出産	母年長	児の知的水準	家庭の養育能力の問題点				
							養育者の医療的背景	育児へのネガティブな感情	対処力不足	育児へのサポート不足	生活背景要因
1	0y2m	F	発達遅滞	+	+	NE			+	+	
2	0y10m	M	体重増加不良		+	NE	+			+	
3	1y0m	F	哺乳不良, 反り返り, 寝ぐずり, 育児困難	+	+	NE	+	+		+	
4	1y1m	M	多動			NE		+	+	+	
5	1y5m	M	言語発達遅滞			NE	+			+	
6	1y8m	M	発達遅滞	+	+	平均域	+		+	+	
7	1y10m	F	つま先歩行, 発達遅滞	不明	不明	平均域	+	+	+	+	
8	1y11m	F	発達遅滞			軽度遅滞			+	+	
9	2y0m	M	言語発達遅滞	+	+	NE	+			+	
10	2y2m	M	発達遅滞, 変な癖 (横目遣い)			平均下域			+	+	
11	2y5m	M	育児困難			境界域			+	+	
12	3y3m	M	育児困難, 癇癩			平均域	+			+	
13	3y11m	M	言語発達遅滞		不明	軽度遅滞	+	+		+	
14	4y5m	M	発達遅滞	+	+	中等度遅滞	+			+	
15	4y11m	F	夜尿, 日中頻尿, いじめ (集団での不適応)	+		平均上域		+	+	+	
16	5y10m	F	こだわり	+		NE	+			+	
17	6y11m	F	不注意・多動, 癇癩, 育児困難, 嘘をつく		+	NE				+	
18	7y6m	M	集団での不適応, 多動, 衝動性, 注意散漫, こだわり			平均域	+			+	
19	8y3m	F	多動	不明	不明	平均上域	+	+	+	+	
20	9y7m	M	集団での不適応, 学習困難	+	不明	平均域	+	+	+	+	
21	13y7m	F	不登校			NE				+	
22	13y9m	F	起床困難	+		NE	+	+		+	
23	14y3m	F	手の震え	+		NE				+	

略語：M, male ; F, female ; NE, not examined ; +, あり ; -, なし

究²⁾を参考に、外来主治医と公認心理師による評定で、診療記録や会議録から自験例での養育能力の問題点を抽出し、主に5つのカテゴリー（養育者の医療的背景、対処力不足、育児へのネガティブな感情、育児へのサポート不足、生活背景要因）に新たに分類した（表1）。精神障害の診断はDSM-5の診断基準で行い、新版K式発達検査、日本版児童用ウェクスラー知能検査第4版（WISC-IV）を用いて測定し総合的に評価した。養育者の診断は、心療内科での診断、および心理面談における生育歴聴取、言動・心理状態の観察に基づいても行われた。

本研究では、後方視的に、家庭における養育能力の問題点を抽出し分類したが、事例数が少ないことと、バイアスを避けるようなランダム化も行えておらず、「養育者の医療的背景」、「対処力不足」、「育児へのネ

ガティブな感情」、「育児へのサポート不足」、「生活背景要因」について従属変数としての明確な分類基準はなく、客観性に乏しいカテゴリー化であった。研究対象者の属性と家庭の養育能力の問題点に関連性があるかの検討に関しては、表2にまとめて検討した。

研究は、総合母子保健センター愛育病院倫理委員会で承認され、オプトアウト方式で実施した（決裁番号2019-42, 2021-10）。本研究は診療記録や会議録に基づく後方視的調査研究であり、研究対象者に対して本研究に特異的な介入は行ってはいない。研究の実施に際しては個人が特定されないよう匿名性には十分配慮し、今回扱ったデータは対象集団から得られた集計データのみである。本稿の事例の提示では、個人情報特定されず、研究対象者にプライバシー上の不利益が生じないように配慮するために抽象的に記載した。

Ⅲ. 結 果

1) 研究対象者の年齢分布と受診理由

研究対象期間に同外来を初診で受診した 119 人（男児 73 人，女児 46 人）の初診時年齢は，14 生日～14 歳 3 か月（中央値 0 歳 11 か月）で，受診理由（重複あり）は，成長・栄養関連 38 人，発達関連 38 人，育児困難 28 人，身体的特徴 24 人，発作性エピソード 11 人，生活習慣 8 人，消化器関連症状 8 人，習癖 5 人であった。

2) 家庭の養育能力に問題があった子どもと家族の特性

その 119 人の中で，家庭における養育能力の問題に焦点を当てるべきであると考えた 23 人（以下，調査対象者；男児 12 人，女児 11 人）の家庭について詳細を検討した。

(i) 調査対象者の特性

①年齢分布

対象家庭における子ども 23 人の調査時年齢は，0 歳 2 か月～14 歳 3 か月（中央値 3 歳 3 か月），初診時年齢は日齢 26～14 歳 2 か月（中央値 3 歳 3 か月）であった。

②受診理由（重複あり）

最も多かったのは，子どもの発達遅滞が 9 人で，育児困難 4 人，集団不適応 3 人，こだわりの強さ 3 人で，その他，学習の困難，多動，つま先歩行，手の震え，起床困難，不登校，体重増加不良，夜尿，日中頻尿が各 1 人ずつであった。

③最終診断（重複あり）

自閉スペクトラム症（autism spectrum disorder；ASD）が最多の 7 人で，言語発達遅滞 4 人，注意喚起行動（attention seeking behavior）3 人であった。その他，注意欠如・多動症（attention-deficit hyperactivity disorder；ADHD），限局性学習症，触覚過敏症，良性先天性筋緊張低下，生理的振戦，起立性調節障害，ストレス反応と各 1 人ずつ診断された。そして，医学的に問題なしが 3 人であった。発達・知能検査は 12 人において実施され（新版 K 式発達検査 9 人，WISC-IV 3 人），研究対象者の知的水準は，平均上域（発達指数 DQ/ 知能指数 IQ 110～119）3 人，平均域（DQ/ IQ 90～109）4 人，平均下域（DQ/ IQ 80～89）1 人，境界域（DQ/ IQ 70～79）1 人，軽度遅滞域（DQ/ IQ 50～69）2 人，中等度遅滞域（DQ/

IQ 35～49）は 1 人であった。

(ii) 家庭における養育能力の問題点（重複あり）

鈴木²⁾がまとめた育児困難の先行要因と対比し，自験例での家庭における養育能力の問題点を具体例として表 1 に挙げた。さらに，5 つのカテゴリーに分類し，「養育者の医療的背景」14 人，「対処力不足」10 人，「育児へのネガティブな感情」8 人，「育児へのサポート不足」23 人，「生活背景要因」12 人となった。「養育者の医療的背景」には，両親が神経発達症群，不安障害を伴っている例が含まれた。「対処力不足」の大多数は育児への柔軟性のなさであり，「育児へのサポート不足」は核家族が全例であることに加えて，母子家庭，両親の育児方針の相違，両親の不和，父親の非協力，父親の単身赴任，国際結婚など母親単独での育児に繋がる事例が占めた。「生活背景要因」に関しては，育児に余裕が持てないが 10 人と多く，その詳細は，同胞の存在 6 人あるいは仕事関連 4 人であった。

(iii) 子ども，家庭の属性と家庭の養育能力の問題の関連

研究対象者の属性と家庭の養育能力の問題点（養育者の医療的背景，対処力不足，育児へのネガティブな感情，育児へのサポート不足，生活背景要因）に関連性がないかを検討した（表 2）。父親 23 人（年齢不詳 4 人）の調査時年齢は 30～55 歳（平均値 37.9 歳），母親 23 人（年齢不詳 2 人）の調査時年齢は 28～54 歳（平均値 37.7 歳），出産時年齢は 21～41 歳（平均 33.8 歳）であった。調査時の両親（19 人）の年齢差は 0～9 歳（平均 2.6 歳）で，父親が年上は 11 人，母親が年上は 6 人で，同学年を含めて 0～2 歳差の同世代は 14 人（74%）であった。調査時年齢と「生活背景要因」の関連性では，3 歳以上の年長児全員で「生活背景要因」の問題が認められており，その主な要因は，同胞の存在や母親の復職であった。高齢出産（母親の出産時年齢 ≥ 35 歳）あるいは母親が父親より年長であることの有無と，家庭における養育能力の問題点の有無には関連はなかった。

(iv) 虐待につながるリスク

本研究では積極的な虐待や親の被虐待歴の事例はなかったが，「我が子のことが好きになれない」2 例，「母子家庭で夜勤があり，我が子の夜間非行を黙認している育児放棄例」1 例，「同胞と比較することで差別してくる母親に対して子どもが親の注意を引こうとする行動をとっていた」2 例，「独特な養育方針で子どもの能力以上のことを期待していた」2 例，「夫との不

和が背景にあり、子どもに病名を求める」2例があり、将来的に虐待にエスカレートする危険性が考えられる事例が9例あった。

(v) 実際の対応と支援

全対象者で臨床心理士による心理面談、および医師による育児相談を継続した。当院理学療法科(4人)や公的・民間療育機関(11人)での療育的支援や、地域保健・福祉行政(地域保健師9人、子ども家庭支援センター3人)との連携を行った。療育機関への紹介は3人で拒否されたが、そのうち共働きであるため時間的に余裕がない1人において訪問作業療法を導入した。保育園、幼稚園、学校など保育・教育機関への連携が主に年長児の5人で行われ、入園や加配申請のための意見書・診断書作成も6人に行った。また、同意のもと3人の母親を心療内科に紹介した。主たる養育者は全例母親であったが、父親への育児参加の依頼、ファミリーサポート利用案内、夜間母親不在時の民生委員の訪問などの支援依頼をそれぞれ1人ずつで行い、1人に地域の子育て座談会への参加を紹介した。また自身の決断で退職した母親も1人いた。抗ADHD薬療法やペアレントトレーニング導入もそれぞれ1人で行った。

3) 事例の提示

今回は、養育者が子どもの発達障害を疑って当院外来を受診した事例の中で、継続的な診察や面談を継続した上で、最終的には子ども本人には発達障害・発達遅滞の診断がつかず、家庭に養育能力に問題があると判断され、対応を誤らずに済んだ印象的な事例を提示する。

(i) 事例A:1歳0か月の女兒。生後2か月時より母乳およびミルクの飲みが悪く、反り返って啼泣することが多いなど、育児困難を主訴に受診した。入院後の経過観察では、看護師による授乳では問題はなく、体重も増加した。画像など諸検査を行うも異常所見は認めなかったが、母親の原因追究の要望が強く、入退院を繰り返した。育てにくさは、発達障害の潜在や、出産直後にミルクを足す指示がなかったことによる低血糖性脳症が原因ではないか、哺乳量が少ないのに体重が増えているのはなんらかの病気があるからではないかと、母親は繰り返し訴えた。心理面談を通して、夫の育児協力が得られず育児に余裕がないこと、情報収集のため過度にインターネットに依存していたこと

などが、家庭の養育上の問題点としてあげられた。育児行動の不安定が子どもの不安定につながっており、夫との関係で自身の子育てが否定されたくないこともあり、「子どもに原因や病名を求めている」と判断された。虚偽やねつ造による訴えはなかったため、代理Munchausen症候群とは診断しなかったが、エスカレートする恐れはあった。対応として、医学的には問題なかったが、地域保健師と連携し、当院では母親と心理面談を繰り返し、心療内科を受診することの同意を得た。

(ii) 事例B:8歳3か月の女兒。3歳時から通わせていた習い事の中で、注意散漫や多動、指示が通らない問題が指摘されていた。8歳時、家庭内で暴れたり、閉じこもったり、怒られると「自分がいなくなればいい」と言って、家を飛び出したり、飛び降りようとするを繰り返す、対応に困り受診した。初診時に、注意散漫、多動、衝動性に対する治療を母親から希望された。面談を通して、母親は年下の同胞の方が育てやすく可愛がっている様子であり、学校の担任からも本児の母親への愛情希求の発言が確認された。母親は、本児に対して常に叱っており、育てやすい同胞と比較し徹底的に否定していた。本人の面前でも母性放棄的な発言を行ったり、心的外傷を残しかねない対応も行っていた。母親自身の発達特性も関連し、同胞の存在で育児に余裕がなく、両親ともに育児に対し柔軟性がないことなどが問題点としてあげられた。本児は、飛び降りる際に布団の上など必ず安全な着地点を選んでおり、本児の証言も含めて、多動・衝動性とされたものは母親に対する「注意喚起行動」であったと判断した。心理面談を繰り返し、学校との連携を図り、ペアレントトレーニングを開始した。

(iii) 事例C:2歳0か月の男児。1歳健診まで異常は指摘されなかった。1歳半健診でことばの遅れを指摘され、その後も有意語が増えてこなかったことで受診した。言語表出はyesを意味する「ヤー」のみで、日本語・英語とも指示の理解は問題なかった。母親は英語圏で長期間生活しており、両親は日本人であるにもかかわらず、英語で育児をしていた。両親に強いこだわりがあり、「独特な養育方針」による英語を用いての育児が言語発達遅滞の原因で、リミテッド・バイリンガリズム(1つ以上の言語を使用する環境にいるが、どの言語も年相応の段階に達していない)状態にあると考えた。地域の子ども発達センターへ紹介した。

日本語での育児に納得し、その後の言語発達は良好であった。

IV. 考 察

1) 現代社会における育児困難要因と養育能力の低下

鈴木²⁾は、乳幼児を持つ母親の育児困難の先行要因を、母親の要因、子どもの要因、育児へのサポート不足、生活背景要因と、大きく4つに分類した(表1)²⁾。その中でも大きな割合を占める母親の要因は、さらに母親自身の疾病(精神疾患など)やパーソナリティの問題、育児知識・体験不足、育児へのネガティブな感情、肯定的自己評価の低さ、母親の自己承認への希求、愛着の薄さや過度の期待など偏った育児感、被虐待体験などの不適切な被養育体験に細分類された。また、孤独な育児、夫婦間不調和、祖父母や社会的サポート不足など、育児への周囲のサポート不足も、現在社会における大きな問題の1つである。近年、少子化、核家族化、都市化、地域における地縁的なつながりの希薄化など、家庭やそれを取り巻く社会環境の変化の中で、家庭や地域における養育・教育能力が低下してきていることが問題視されている⁵⁾。育児が孤立しており、一方で高度情報化社会であり、育児情報に関しては昨今混乱も多い。自験例での家庭における養育能力の問題点も鈴木の分類に基づいて抽出・分類することができた(表1)。自験例では、全例核家族で、母親単独での育児など「育児へのサポート不足」があり、同胞の存在や母親の復職などで育児に余裕がもてないなどの「生活背景要因」、経験に基づく柔軟性のなさからくる「対処力不足」、子どもおよび養育者が対人関係に支障をきたす神経発達症群であるなどの医療的背景があり、育児の孤立問題につながると考えた。まれな要因として、自身への低評価を避けるために子どもへの病名を求める事例もあったが、その母親は悩みを一人で抱え込み続け、問題は複雑化してしまった。

2) 育児困難感・養育能力低下と虐待との関連性

また、虐待が生じた家庭では、親の被虐待体験などに起因する子どもに対する否定的感情や認知のゆがみ、子どもの発達障害などへの無理解による養育の混乱、育児知識・技術や育児支援の不足、親の発達障害などによる養育能力の不足、社会的孤立・貧困などによる強い心理社会的ストレスなどの要因が認められる³⁾。そして、育児困難感と虐待についての関連性も指摘され

ている⁴⁾。虐待は、親の誤った子育てにより、子どもの心身の健やかな発達が阻まれてしまう状態であるが、いくつかのリスク要因が相互に重なることで出現する³⁾。家族が抱えているリスク要因を、(1)親側の要因として、親の被虐待歴、精神疾患、発達障害など、(2)子ども側の要因として、発達障害、低出生体重児など、(3)養育環境の要因として、経済的困窮、夫婦間不調和、加えて(4)心理社会的孤立などの4つの側面から捉えることが、支援を考える上で重要である^{3,6)}。これらのリスク要因は、乳幼児を持つ母親の育児困難の先行要因²⁾(表1)と重複するところである。また、児童虐待死亡例のリスク要因を調査した研究において、養育者の抱える心理的・精神的問題の中で、養育能力の低さと育児不安がそれぞれ1位、2位と上位を占めていた⁷⁾。つまり、育児困難感への対応や、養育能力への支援を行うことは結果的に虐待防止につながると考えられる。子どもに何らかの育てにくさがあり、両親なりに努力をしても、相対的に子どもが健全な発達を遂げるに必要十分な内容とはいえない状態もあり得るため⁸⁾、小児科医の役割として、育児困難の先行要因である「子ども要因」に対する対応に加えて、全ての小児の診療にあたって家庭背景を念頭におき、新生児期・乳幼児期から両親をはじめとする子どもをとりまく家族に対し適切な育児指導を行うことが大切である⁹⁾。また、育児困難の先行要因に対する気づきや介入として、コメディカルスタッフとの連携は欠かせないものであり、問題事例に対しては早期に介入を行い、他の職種とのチーム医療で、養育者の背景にも目を向けた育児支援を行うべきである。本研究で確認された、“我が子のことが好きになれない”は「育児放棄」につながる危険があり、“我が子の夜間非行を黙認”はまさに「育児放棄」である。“親の関心や愛情を引こうとする”「注意喚起行動」は親が困惑する問題行動として受診の契機ともなるし、さらに“独特な養育方針”は「教育虐待」、**「菜食主義強制」**は、「健康被害(意図的でない身体的虐待)」に、“父親との不和から子どもに病名を求めつづける”ことは「代理Munchausen症候群」にエスカレートする危険性があり、注意を要すると考えた。

3) 晩婚・晩産化と育児困難

近年、晩婚・晩産化の進行が指摘されており、2016年時には、平均初婚年齢が女性29.4歳、男性が31.1

歳，またそれに伴って第一子の平均出産時年齢が30.7歳，第二子が32.6歳，第三子が33.6歳と現在高齢出産の定義とされている35歳に迫る数字となっている¹⁰⁾。今回の検討においても，20代での出産例は少なく，30代での出産が多い結果となった。高齢出産に関しては，育児に必要な体力的な問題や，祖父母も高齢であるケースが多く子育ての援助が得られにくいなど，育児困難感を感じる原因となりうる要因が存在している。また，それに伴う少子化も育児経験の不足につながっている。高齢出産の母親が持つ特有の背景も理解し，包括的な援助をすることが必要である。今回の我々の検討では，高齢出産や母親が年長であることは，必ずしも家庭の養育上の問題に繋がっていないことが示された。

4) 養育者への支援

育児困難の原因に関して大きな割合を占めている母親の要因(表1)に対しては，養育者(両親)の養育能力への助言や支援が重要といえる²⁾。子どもの成長に関わる問題が重篤化する前に，母親が内面に抱える育児のストレスや，不適切な養育状態の有無について乳幼児健康診査の場などを利用し，スクリーニングすることで早期支援が可能である²⁾。育児不安や困難を抱える養育者の支援については，全戸訪問などの訪問による個別の支援は，出産直後で孤立しがちとなり，育児不安があつて相談できない母親に対して有効であった¹¹⁾。母親同士のピアサポートへの支援では，母親同士の交流で体験を共有できることで，育児不安が軽減し，誰かの役に立つことでの自己効力感がたかまった¹¹⁾。少人数のグループで，精神科医師が進行役となり，保健師も交えて育児の困りごとや夫への不満等テーマを決めて話し合うといったMother and Child group (MCG)によるグループケアにより，ありのままの感情を受容される体験を通して母親自身の自己肯定感が高まり，育児に対する不安も軽減されたという報告がある¹²⁾。育児困難に悩む母親は，他者を頼れない傾向が強いこともわかっており¹³⁾，その心理はさまざまであろうが，育児相談外来の設置は，気軽に受診できる相談窓口として有意義と考える。また，今回の検討において，継続的な，公認心理師による心理面談や，医師による育児相談は，家庭の養育能力の問題を見落とすことなく，そして養育者の訴えを鵜呑みにすることもなく，適切な支援に結びついたと考え

る。療育機関に紹介した症例の中で，養育者も発達障害であった際，自身の発達特性とそれによる長年の生きづらさも理解できて，子どもと同時に対処法を学べた事例もあった。子どもの特性を理解して継続的に子どもを支援する環境があることで，養育者の負担は当然軽減される。同意のもと母親を心療内科に紹介した事例は3例あり，時に養育者自身に医療的な介入を行うことも必要である。また，個別の介入ではあつたが，父親への育児参加の依頼やファミリーサポート利用案内など主たる養育者以外に援助を求めることや，子育て座談会への参加案内なども，養育者の育児負担や不安の軽減に繋がった。

5) 小児科医の役割と多職種連携による支援

コメディカルスタッフとの連携により，養育者の問題対処能力を高めるような助言を行うことで，養育者の成功体験へ導き，育児そのものへの自信，意欲につながるように小児科医が支援できることが望ましいと考える。また，子育てストレスの多い環境にいる母親が，孤立無援にならないための支援ネットワークの強化や，貧困・うつ傾向など育児放棄につながりやすい危険のある家庭には，必要に応じてスムーズに児童相談所等に繋げる体制整備も重要である¹⁴⁾。「子育て相談外来」において，小児科医による診療だけでは気付かず，確信を持てなかったことが，コメディカルスタッフによる養育者との会話や面談を通して得られた印象や情報によって問題点を挙げることでできた点では，現診療体制は機能していると考えられた。育児相談外来は，家庭での養育能力の問題に気づくことができる良い機会となり，小児科医が中心となり，コメディカルスタッフ，地域の福祉行政や保育・教育施設などと連携して調整していく多角的なサポート体制が，養育者の育児困難感の改善，そして虐待予防にもつながると考える。

本研究は，「養育者の問題対処能力を高める」支援体制の構築を検討する上での予備的研究であり，事例数は少なく結果の妥当性までは統計的に実証できなかった。

V. 結 論

我が子の発達の遅れや育てにくさなどを主訴として受診した症例の中に，養育能力の問題に焦点を当てるべき育児機能不全家庭の事例が存在した。対象事例に

ついて公認心理師による心理面談, および医師による育児相談を継続的に行うことで, 療育的支援, 地域保健・福祉行政との連携, 保育・教育の現場との連携, 子どもあるいは養育者への医学的介入などに結びついた。子どもとそれを取り巻く環境を適切に評価し, 支援につなげていくためには, コメディカルスタッフや地域医療との連携は欠かせないものであり, また子どもに対する養育支援や環境調整だけでなく, 養育者の問題対処能力を高めるような助言を小児科医が行っていくことが重要と考える。

本稿の要旨は, 第60回日本小児神経学会学術集会(平成30年5月31日, 千葉), 第7回日本小児診療多職種研究会(平成30年11月24日, 小倉)で報告した。

日本小児保健協会の定める利益相反に関する開示事項はありません。

文 献

- 1) 厚生労働省. “健やか親子21について”. 健やか親子21(第2次)ホームページ. <http://sukoyaka21.jp/about> (参照2020.04.20)
- 2) 鈴木浩子. 母親の「育児困難」の概念分析. 日保学誌 2014; 17: 127-134.
- 3) 犬塚峰子. 子ども虐待とケア. 子ども虐待における家族支援—治療的・教育的ケアを中心として—. 児精医誌 2016; 57: 769-782.
- 4) 望月由妃子. 養育者の育児不安および育児環境と虐待との関連. 日本公衛誌 2014; 61: 263-274.
- 5) 文部科学省. “地域・家庭の教育力の現状と課題”. 平成17年度文部科学白書. https://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/html/hpba200501/001/002/0101.htm (参照2020.03.08)
- 6) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課. “虐待の発生を予防するために”. こども虐待対応の手引き(平成25年8月改正版). https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/120502_11.pdf (参照2020.03.08)
- 7) 笹川宏樹. 児童虐待の現状とリスク要因. 心理臨床科学 2019; 9: 31-38.
- 8) 星野崇啓. 子ども虐待の発生メカニズム. 小児内科 2010; 11: 1748-1753.
- 9) 古荘純一. 育児困難と虐待. 小児科 2001; 42: 319-324.
- 10) 内閣府. “少子化の状況及び少子化への対処施策の概況”. 平成30年版少子化社会対策白書. <https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/index.html> (参照2020.03.08)
- 11) 島田葉子, 杉原喜代美, 橋本実里. 育児ストレスや育児不安, 育児困難を抱える母親への育児支援の実際とその効果についての文献レビュー. 看護学研究紀要 2019; 7: 69-81.
- 12) 松野郷有実子. 育児不安を抱えた母親に対するグループ・ケアの試み. 小児保健研究 2004; 63: 453-458.
- 13) 東 雅代. 乳幼児をもつ母親の育児困難の状況—母親および子育て支援に関わるエキスパートへのフォーカス・グループ・インタビューから. *Ishikawa Journal of Nursing* 2009; 6: 1-10.
- 14) 周 燕飛. 母親による児童虐待の発生要因に関する実証分析. 医療と社会 2019; 29: 119-134.

[Summary]

Through our consultation system, the authors discussed the role of pediatricians in interventions in families with dysfunction in childcare. Out of 119 cases visiting the system between May 2016 and October 2017, 23 cases that required interventions were selected according to the factors illustrated in a previous study. Their medical records were retrieved and their chief complaints, causes of dysfunction in childcare, and the provided supports, were analyzed. The age of children ranged from 0.17 to 14.25 years, during their first visits. The chief complaints included developmental delay in 9, difficult childcare in 4, and maladaptive to the peers in 3 cases. We sorted the attributes of dysfunction in childcare to lack of supports in 23, medical conditions of parents in 14, life background in 12, low coping skills in 10, and negative affection to childcare per se in 8 cases. We continued providing these families with psychological counseling and pediatric consultation, concurrently provided preschool therapeutic intervention, collaborated with nursery schools, and referred the parents to psychiatric units. We presented three representative cases with favorable outcomes. The results suggest that families claiming difficulty in childcare included those with less capacity in childcare, and since poor capacity for childcare can be a risk factor for child maltreatment, it is recommended that pediatricians encourage coping skills in such families.

Key words: dysfunction in childcare, childcare, difficulties in childcare, child maltreatment