

北海道における新生児聴覚スクリーニング検査と母親支援

滝 沢 広 忠

要 約

わが国でも新生児聴覚スクリーニング検査が実施されるようになった。聴覚障害の疑いのある子どもを早期に発見し、早期に療育に結びつけるという点で、このスクリーニング検査は意義あることといえる。しかし再検査後にリファーとなった子どもの母親に対する支援体制は十分整っているとはいえない。そこで今回帯広地域で実施された新生児聴覚スクリーニングによってリファーとされ、聾学校に紹介された母親を対象に、新生児聴覚スクリーニングに関する意識調査を行った。その結果、不安を抱えている母親がいること、関係機関の連携がスムーズに行われていないことなどが明らかにされた。健全な母子関係を育むためには、母親に対する心理的な援助が必要である。今後聴覚障害についての理解を深めるとともに、行政、医療機関、教育機関が共通認識をもち、連携しながら保護者支援に取り組んでいく必要があるだろう。

キーワード：新生児聴覚スクリーニング、母親の不安、心理的支援体制

I はじめに

聴覚に障害をもつ子どもの早期発見・早期療育をめざして自動聴性脳幹反応（Automated Auditory Brainstem Response ; AABR）検査等の医療技術を活用した新生児聴覚スクリーニング検査^{注1}が実施されている。先天性の難聴は、その程度が重度であれば、1歳頃までに気づかれるが、軽度・中等度の場合、言葉の発達の遅れとして、2歳以降に発見されることが多い。早期に適切な指導がなされない場合、言語発達の遅れだけではなく、認知能力、社会性、感情の発達も遅れる。そのため早期に聴覚障害を発見し、言語発達の援助を行うことが重要だといわれている（三科 潤, 2002）。

このような状況のなかで新生児期のスクリーニング検査の必要性が叫ばれるようになった。アメリカでは1960年代から試みられていたが、当時の機器は感度および特異度が低く、有効なスクリーニングの方法とはいえなかった。ところが近年聴性脳幹反応（ABR）や耳音響放射（Otoacoustic Emissions ; OAE）を用いた自動解析機能をもつ新生児聴覚スクリーニング用の機器が開発され、従来の方法と比較して有効なスクリーニングが可能となった。

厚生労働省の研究班は自動 ABR を用いて新生児聴覚スクリーニングを実施している。その結果によれば、19,071例のうち初回検査で両側要再検（リファー）となったものは142例（0.74%）、再検査では73例（0.38%）がリファーであった。この中で ABR の異常（40dB で V 波分離不良）は58例（0.3%）あり、このうち両側聴覚障害と診断されたものは28例（0.15%）であった。つまり出生1,000例あたり1.5例ということになる。なお片側リファーは0.6%あり、このうち31例（0.16%）が片側聴覚障害と診断されている（ただし、片側聴覚障害の場合、耳鼻科的なフォローは必要であるが、療育の必要はないとされている）。

極低出生体重児、重症仮死、子宮内感染、先天性難聴の家族歴など新生児期の異常を合併した新生児、すなわちハイリスク児は、聴覚障害の頻度が高いことからローリスク児を分けて考える必要がある。18,204例のローリスク児の中からスクリーニングで陽性となったもの、すなわち再検査でも両側リファーとなったものは39例（0.21%）であり、そのうち両側聴覚障害と診断されたのは9例（0.05%）であった。2,000例の新生児あたり1例の割合で発見されている。

一方、新生児集中治療室（NICU）に入院したハイリスク児では、両側リファーが3.92%もあり、両側聴覚障害も2.19%認められた。

わが国で行われている先天代謝異常のマス・スクリーニングで発見されるフェニルケトン尿症の頻度が出生75,700例あたり1例、クレチン症でも4,500例あたり1例であるのと比較すると、その発症頻度は高く、スクリーニングを行う意義はあると考えられている。

ところで、新生児が生まれた直後に検査を実施し、たとえ聴覚障害が発見されたとしても、その後の支援体制が未整備の状態であれば、検査は単に母親に不安を与えるだけではないかという疑問が出されている。母親にしてみれば無事出産を終えて安堵し、子どもを授かった喜びに浸っている時期である。親子の絆はまだしっかり出来上がっていない。このような時期に「難聴」ないし「難聴疑い」を知らされた親は動揺し、その後の子育てにも影響を与えるものと思われる。まだ親が子どもの障害の可能性に気づいていない段階で医師から一方的に診断される戸惑いもあるだろう。保護者に対する告知の仕方は慎重であらねばならないし、難聴の子どもの療育に関する詳しい情報提供も必要だろう。心理面での支援が適切に行われなければ、乳児期の大切な母子関係を損ねかねない。そこで早急に臨床心理的な支援システムを確立していかなければならない。

厚生省（当時）は平成12年度に通達を出し、平成13年度からモデル事業として岡山県、秋田県などでスクリーニング検査が開始された。北海道では帯広がモデル地域となり実質的には平成14年10月から開始されている。リファーとなった子どもの療育は帯広聾学校が一手に引き受けているが、聾学校に辿り着くまでの過程は必ずしも円滑に行われていたとはいえない。今回聾学校で療育を受けている子どもの保護者の協力を得て実態の調査を行うことにした。

II 北海道新生児聴覚検査モデル事業の概要

北海道では帯広市を新生児聴覚検査モデル事業地域に指定し、確認検査を含め最大2回まで公費負担の対象とする形でスクリーニング検査が実施されることになった。そして検査に必要な検査機器が整備されており、適切な検査体制が整っている市内の帯広厚生病院、帯広協会病院、慶愛病院、坂野産科婦人科の4医療機関（以下スクリーニング機関）に検査が委託された。

検査機器は、検査の感度（真の異常者のうち検査で異常と判定される割合）はほぼ100%，特異度（異常のない者のうち検査で異常なしと判定される割合）が約98%といわれている自動ABR装置を用いている。

モデル事業の流れは図1の通りであるが、「手引き」には以下のことが明記されている。

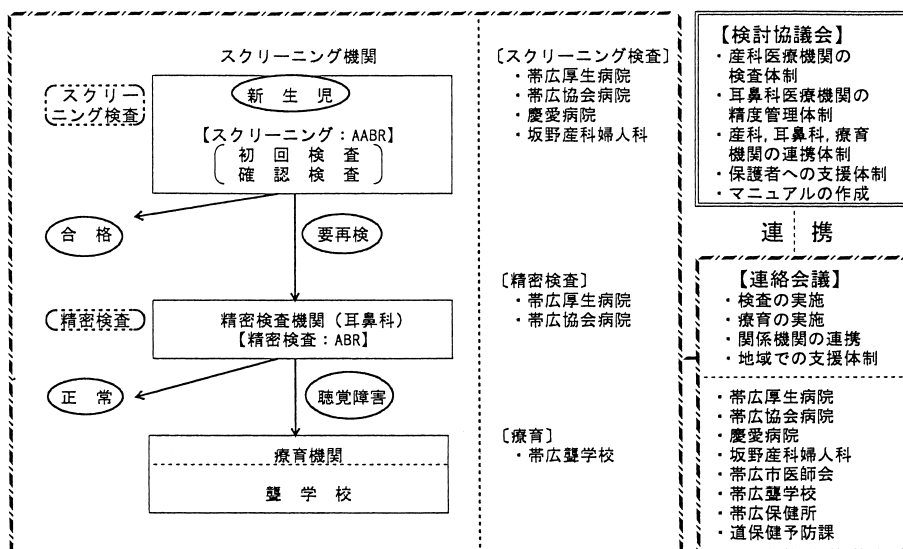


図1 新生児聴覚検査モデル事業フロー図

まず分娩入院時あるいは分娩後の早い時期に、保護者に対して新生児聴覚検査について説明を行う。その際、パンフレットを参考にし、聴覚障害の頻度、早期発見・早期療育の重要性、検査結果が「要再検（Refer）」になった時の対応などについて説明することになっている。また検査は、新生児聴覚検査申込書の全ての項目に同意し、聴覚検査を希望した場合のみ実施する。検査担当者は、新生児についての一般的知識と新生児聴覚検査の意義について理解している者ということで、医師、助産師、看護師、検査技師が適任とされている（慶愛病院では看護師が行っている）。

初回検査は出生後入院中に実施することになっている（原則として、出産2日～退院前日までの自然睡眠下に実施）。この検査で「合格（Pass）」すれば聴覚に異常ないと考えられるが、

その後の聴覚の発達などに十分注意することを担当医師から保護者（特に、母親）に説明する。

「要再検」の場合、退院前もしくは1か月検診時に確認検査を実施する。それでも「要再検」の場合は、必ず医師が保護者に対して説明を行う。「反応は不十分であるが、偽陽性のこともあり、聴覚障害があるか否かは現時点では不明であるため、再度、精密検査を受けることが必要」であることを保護者に説明し、保護者同意の上で、精密検査機関（帯広厚生病院、帯広協会病院の耳鼻科）に連絡することになっている。

精密検査機関は、生後6ヶ月以内に療育が開始できるようすみやかに諸精密検査を実施する。

ABRを中心に行うが、必要に応じて行動反応聴力検査（Behavioral Observation Audiometry ; BOA）、条件詮索反応聴力検査（Conditioned Orientation Response Audiometry ; CORA）、聴覚発達チェックリストなどを実施し、総合的に判断する。具体的には、生後3～4ヶ月目までの確定診断を目標として検査のスケジュールを立てる。

「難聴疑い」として放置されることは、保護者に多大な心理的苦痛を与えるため、結果の十分な説明と疑問に丁寧に応えとともに、精密検査の迅速な実施が重要である。北海道では、スクリーニング機関が保護者に説明を行った後、精密検査の実施時期について直接精密検査機関と連絡をとることになっている。

精密検査の結果、難聴の疑いがあっても成長とともに改善される例があり、確定的な結果として説明することはできない。しかし必要のあるケースについては、コミュニケーションの方法や早期療育について説明する。療育機関としては帯広聾学校の乳幼児教育相談室を紹介する。

ここで具体的な母子コミュニケーション関係を形成し、聴覚の活用と心身の発達の促進を図るよう指導がなされる。

Ⅲ 乳幼児教育相談を受けている母親に対するアンケート調査

1. 目的

帯広では、新生児聴覚スクリーニング検査の結果リファーとなった子どもの療育は、帯広聾学校の乳幼児教育相談室で行うことになっている。しかし検査を受け、聾学校に辿り着くまでの経過は保護者によってさまざまである。教育相談担当教諭との面接で、以下のような実態が明らかにされた。

医師から3ヵ月後に精密検査が必要といわれながら、地域の保健師がフォローせず、不安をかかえながら過ごしていた母親がいたという。これは保健師がスクリーニング検査のフォロー体制について知らなかったために起こったと考えられる。また一度パスし、その後ABRでリファーとなった子どもの場合、保健師は把握していなかった。帯広で生まれながら生後8ヵ月後に札幌の大学病院から紹介された例もあるという。

このモデル事業は北海道庁が主管となって実施しているものであるが、関係機関との連携は

スムーズに行われていたとはいえ、本来であればリファーとされる子どもを把握していなかったり、ルートからもれてしまっている子どももいた。地域社会における支援ネットワークの問題点が浮き彫りにされた。

また母親が子どもの障害を認めることができず、適切な療育相談を行えないケースもあったという。乳児の様子を見ても他の子どもと違ってよいには感じられない。ちゃんと泣いているし、耳が悪いとはとても信じられない。自分が子どもの障害に気づいたわけではなく、一方的に告知されて戸惑っている母親もいた。この母親は子どもの障害を受容できず、聾学校で他の親ともかかわりを持たずに孤立していた。

軽度の難聴ということでリファーとなったある子どもは、母親によれば、話ができるという。呼べば振り向き、ちょうだいといえば「ウーッ」と声を出す。だめといえば止める。親にしてみれば聴覚に障害があるといわれても信じられない。軽度の聴覚障害については、保護者の方でも誤解しているところがある。

このように、関係機関との連携が有機的に行われていなかったり、地域の担当者が新生児聴覚スクリーニング検査のフォローについて共通認識をもっていないという事態が発生していた。また保護者自身、聴覚障害についての理解が乏しいことから、事前の説明も不十分であったと考えられる。こういった状況のもとでリファーと告知されれば、親は当然動揺するだろう。不安を抱えた母親に対する配慮が欠けていたことは否めない。

そこで実際に乳幼児教育相談を受けている母親を対象に、新生児聴覚スクリーニング検査を受けたときの状況を調査することにした。そして保護者の心理的な問題を明らかにするとともに、今後のあり方について検討したい。

2. 方 法

対象

現在帯広聾学校で乳幼児教育相談を受けている子どもは17名いる。そのうちアンケートに回答してくれた6名の親を対象とした。

調査期間

2004年11月～12月

調査方法

乳幼児教育相談担当教員に、個別指導の時間を利用してアンケート調査を依頼してもらった。

調査内容

出生病院で新生児聴覚検査について事前にどのような情報が与えられたか、病院で検査後要精密検査（リファー）が必要といわれたときのこと、精密検査を受けたときの状況などについて、選択肢もしくは自由記述で回答を求めた（20項目）。

3. 結 果

(1) 出生病院入院中のことについて

- ① 新生児聴覚検査の目的や方法について、「きちんと説明を受けた」と回答した人は2名、「あまり説明はなかった」が3名（そのうち、チラシを見てわかったと記述していた人が1名）、無記入が1名であった。親は新生児聴覚検査について、必ずしも明確な説明は受けていたとはいえないようである。すなわちインフォームド・コンセント（検査が新生児の利益になるのか保護者が判断する）は不十分であったと考えられる。
- ② 新生児聴覚検査の効用と限界について、「きちんと説明を受けた」「あまり説明はなかった」がそれぞれ3名いた。この検査でどのくらいのことが分かるのか、理解していた親と理解していなかった親が半々であった。
- ③ 聴覚障害とは何かという説明をきちんと受けた人は誰もいなかった（そのうち1名は、出生時の検査では「合格」だったので説明は受けていなかったと述べている）。すなわち、ほとんど「聴覚障害」の内容について知らないまま検査を受けたと考えられる。

(2) 病院で検査後、要精密検査（リファア）が必要といわれたことについて

- ① 誰から要精密検査が必要といわれたのかという質問に対して、小児科医5名、産科医1名、という回答であった。
- ② プライバシーが守られている場所で説明されたと回答した人は4名、守られていなかったという回答が2名であった。
- ③ 誰が医師からの説明を受けたかという質問に対しては、「夫婦そろって」「母親のみ」がそれぞれ3名であった。必ずしも夫婦一緒ではない。
- ④ 要精密検査の必要性について「きちんと説明してくれた」と回答した人は4名、「納得できなかった」という回答は2名であった。

(3) 精密検査を受けたときの様子、その他について

- ① 検査結果について終了後すぐに教えてもらった人は3名、翌日が1名、2週間後が1名、無記入が1人であった。
- ② 精密検査の結果（告知）をきちんと教えてくれたと回答した人は3名のみであった。具体的には「お子さんは難聴です」「聾学校に通う必要があるかもしれない」「上の子と同じですね」（ろう家族）。はっきり教えてもらえなかったと回答した人は3名である。
- ③ 告知されたときの気持ちについては、「お子さんは難聴です」といわれた親は、「まさか自分の子どもが難聴で生まれてきたのかと動揺した」と回答している。「聾学校に通う必要があるかもしれない」といわれた親は、「大変なショックを受けた」という回答であった。また、「上の子と同じですね」といわれた親の場合は、「あ、そうでしたか」と素直に受けとめている。はっきり検査結果を教えてもらえなかった人は、「不安になりました。今

後の説明があまりなかったもので、どうしたらよいかわかりませんでした」「頭が真っ白になりその後ははっきり覚えていない」「年が小さいからはっきり分からないとのことで、納得いかなかった。」と回答している。すなわち、ろう家族以外の人には、告知に対してかなりショックを受けた様子が見られる。

- ④ 家族の方が告知をどう受けとめたかということについて、ろう家族の人は、「上の子で分かっているからか別に」と淡々としていた。その他の家族では、「現実的になれなかったと思う。『うちの子はそんなことあるはずがない』という気持ちが強かった」「受けとめなかった」「これからがんばろうと話し合いました」などの回答がみられた。
- ⑤ 支援機関をきちんと紹介してもらったと回答した人は5名である。検査結果をはっきり教えてもらえなかった人の1名は、支援機関について「よくわからなかった」と回答している。
- ⑥ 心理的援助については、特に受けていないと回答した人が3名いた（ひとりとはろう家族で、「上の子がいるから説明はしなくていいですね」といわれた）。心理的援助を受けたと回答した人は1名で、「保健師が何回も家庭訪問してくれた」とのことである。
- ⑦ 今後のことで必要な情報が得られたかどうかについては、保健師あるいは聾学校で情報を得たという回答はあったものの、病院からは情報を得たのはひとりだけであった。
- ⑧ 病院側の説明内容や話し方に満足しているかどうかという質問に対しては、「まあまあ満足」2名、「やや不満」1名、「かなり不満」2名。無記入1名であった。「まあまあ満足」と回答した人は、「これからの子供の生活していくことについて色々指導してくれた」「細かくきちんと（図を見せてもらいながらなど）難聴について説明してもらった。大きくなると、良くなる場合があるとされたのが印象的」とのことである。「やや不満」の人は、「遺伝関係を詳しく聞かれて、それで役に立つものか分からなかった。血液検査も受けたが、結局分からなかったと言われて、小さい子を連れて行ったりして疲れた。」と答えている。「かなり不満」と回答した人は、「ほとんど詳しい話は受けませんでした」「結果があいまい（小さいからはっきりとした聴力が分らないとの事）。それも説明不足（病名とか詳しい事も話してくれない）」と回答している。
- ⑨ 聾学校以外のところで支援を受けているかどうかについては、大学病院、障害児を受け入れている保育所、保健師の訪問指導がそれぞれ1名、支援を受けていない人が2名であった。
- ⑩ 聾学校で指導を受けていることについて不安を感じていることとして、ひとりのみ「人との関わり（子供同士で）が少ない」ことをあげていた。
- ⑪ 今後の見通しについての質問では、「インテグレーションについて考えている」「ゆっくり経過をみながら」「まったく解からない（しかし今は以前よりもあせっていない）」「もう少し大きくなったら将来補聴器なくても生活できるかも？」という記述があった。
- ⑫ 難聴の子どもをもつ親との交流の機会としては、「（学校以外では）ない」が3名、「前

からある」と回答した1名はろう家族である。その他は無記入であった。

- ⑬ 何か今気になることがあればということで自由に記述してもらったところ、ろう家族の人のみ回答していた。そこには「聾者は自分も聾者なので、『残念ですが…』って言われるのは変な気持ち。健聴の親はその『残念ですが…』は、人生の終わりと思ってしまうのかもしれないので、言葉のフォローも考えて欲しい。聾学校の他に聾の成人もいますよ、とか加えて欲しいなと思います。」と述べられていた。

IV 考 察

新生児聴覚スクリーニング検査を受けてリファーとなった乳児の親は、当初このスクリーニング検査がどのようなものか、それほど理解していなかったように思われる。特に聴覚障害についての説明はほとんど受けておらず、わが子が難聴の疑いがあると知らされたときは、まさに青天の霹靂だったのではないかと推察される。このようなショック体験をしているにもかかわらず、医療関係者は必ずしも親に納得できる説明は行っていなかった。しかも親に対する心理的な配慮もあまりみられなかった。すなわち、支援システムが十分整っていない状態の中でスクリーニング検査は始まったと考えられる。

このような報告は他県のモデル事業でもみられ、「新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム」が過去2回開催された理由も、この現状に対する疑問からであった。

新生児聴覚スクリーニング検査は行政、医療機関、療育機関が連携を取りながら実施しているものであるが、医療、教育、あるいは心理臨床という立場でその取り組みに対する見解は異なっているように思われる。医療サイドからみれば、出現頻度の高い聴覚障害を早期に発見し、早期に療育に結びつけことは意義あることであろう。そのことは否定できない。

今回のモデル事業は帯広市内の4病院で実施されたが、そのうちのひとつである慶愛病院では、1999年1月から2002年3月まで、自動ABRを使用してスクリーニング検査を実施し、その結果を独自にまとめている(丸山剛史, 2003)。それによると、約3年間に出生した新生児は4,321名であった。初回検査で正常だったのは4,285名(99.16%)で、リファーは36名(0.84%)であった。この36名に対して1ヵ月後に再検査を実施したところ、24名は合格し、3ヶ月の時点では12名(0.28%)に難聴の疑いがみられた(片側性難聴8名、両側性難聴4名)。

北海道庁のモデル事業のうち、2003年度のみの集計をみると、検査を実施した2,962名のうち、初回検査でリファーとなったものは61名いた。確認の再検査で合格は40名おり、リファーは21名(0.71%)であった。このうち13名が精密検査を受検し、聴覚障害と診断されたのは4名(0.14%)である(全ろう1名、片側性難聴1名、両側性難聴2名)。

これらのことから、聴覚障害の出現率は1,000人に1～2名の割合という従来の説を裏付ける結果となっている。スクリーニング検査としての意義はあるといえよう。

しかしリファーとなった後、合格するものが少なからずおり、「取り込みすぎ」(聴覚が正常

であってもリファアとなる）が存在することも明らかにされた。逆に、自動 ABR は「検査の敏感度はほぼ100%、特異度は約98%であることから、スクリーニングとしての適正が高い」とされているが、完全なものではない。教育相談担当教諭が紹介した例にもあるように、後発性難聴、進行性難聴の発見は不可能であり、「取りこぼし」もありうる。したがって、あくまでスクリーニングであることを認識すべきだろう。現実には道外へ里帰り出産する人もいるし、あるいは実家のある帯広で出産し、再び道外の自宅に戻るといったケースもあるだろう。そのようなケースについては、フォローがむずかしい。またスクリーニング検査を実施できない病院等での出生例もあり、地域での支援体制を考えると、ユニバーサル・スクリーニングとして実施するのはほとんど不可能に近いものと思われる。

保護者にとってこの検査がどのような意味をもつか明らかにする必要もあるだろう。わが子の聴覚に障害があるという実感がなく、医師から一方的に難聴を告知された親の気持ちをどのように受け止めればよいのだろうか。帯広聾学校にも実際このような例があり、教育相談を担当する教諭も対応に苦慮している。「新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム」（2003）で松原洋子がこの検査のリスクについて述べているが、「知らずにいる権利」も時に必要であろう。

子どもが将来どのようなようになっていくのかという見通しについても親は不安をもっている。しかし子どもが小さいだけに、それほど実感がもてないようである。「もう少し大きくなったら将来補聴器がなくても生活できる」とアンケートに回答した母親は、聴覚障害について正確な知識をもっているのか疑問である。難聴は基本的には治るものではなく、一生かかえていかなければならない問題である。健聴者をモデルとした生き方を模倣しようとするれば、子どもは成長するにつれて不全感を抱き、やがて自信をなくしていくことになるだろう。聞こえない世界に生きることを自分なりに自覚し、アイデンティティを形成していく必要がある。

聴覚障害者に対する誤解や偏見はまだあり、保護者は障害というだけで悲観的に捉えやすい。難聴だからかわいそうという見方ではなく、耳が聞こえない状態で将来どうしたら社会で自立していけるのか、それを目標とした取り組みを考えるべきであろう。親もこのような現実をはっきり認識し、子どもの障害をありのままに受け容れ、前向きに育てていけるよう援助することが大切である。しかし親がこのような意識をもつようになるには時間がかかるだろう。

このように考えると、新生児聴覚スクリーニング検査にかかわっている行政、医療機関、療育機関の役割は重要である。お互いに連携をとりながら適切な指導を行わなければ、親を混乱に陥れるだけである。今回の帯広での試みをもみても連携が密に行われた機関とそうではなかった機関があったようである。所管の保健師に連絡が届くのに時間がかかったり（要精密検査を受けるまでの2、3ヶ月間、不安を抱えたままの母親がいた）、関係機関のそれぞれの専門家がスクリーニング検査について共通認識を欠いていたところもあった。

関係機関の担当者に新生児聴覚スクリーニング検査の内容やフォローの仕方を周知徹底さ

せ、また担当の保健師に難聴を早期に発見することの意義をよく理解してもらうことが大切である。それと同時に、聴覚障害や子供の言語発達、難聴に関する知識も必要だろう。

しかしながら、支援体制のネットワークは重要であるが、それぞれの立場によって考え方が異なることも問題である。医療関係者は聞こえる方がよいという志向性のもとで治療を試みようとする。そのため補聴器、あるいは人工内耳を装用して聴力を補償し、口話による言語指導を推奨しようとする傾向がある。しかし母子関係を重視する臨床心理学の立場から見れば、音声言語にこだわらず、母子のコミュニケーションを大切にしながら親密な関係がもてるよう、積極的に手話を取り入れることも視野に入れたかわり方を強調する。特に難聴が高度であればあるほど手話言語を活用することは必要であると考えている。田中（2004）は、聴力が90dB以下の場合には聴覚口話法で言語指導を進め得るが、90dBを越える場合にはジェスチャーや手話、指文字など視覚的手段を導入した方がコミュニケーションは円滑になるし言語獲得を容易にすることができる」と述べている。乳幼児期からコミュニケーションモード（手話言語・音声言語）の選択が自由にできるようにすることが望ましいといえる。

いずれにしろ、子どもの成長にとって何が大切なのか明確にし、保護者にそれを示し、あたたかく見守りながら援助していく必要がある。その点、秋田の例が参考になるだろう。秋田県ではスクリーニングにおいて、保護者に対する事前の説明、関係職種間全員に共通認識をもつこと、精密検査機関における初回面接のあり方など、きめ細やかな具体的な取り組みを行っている。また難聴幼児通園施設において言語聴覚士が多角的な療育を行っている。行政サイドでこのような支援体制を作るのが先決なように思われる。さらに、同じ難聴児をもつ子どもの親と交流する機会がえられたり、将来の見通しについて情報交換できる場を提供することも必要である。中澤（2004）が述べているように、聴覚障害児療育体制が整っていない中で安易に新生児期のスクリーニング検査を先行させることは問題であろう。母子関係の重要な時期に親に不安をあたえるのであれば、むしろ行わない方がよいのかもしれない。

今回の親のアンケート調査の結果を見ても、行政、医療機関、療育機関の連携が必ずしも十分とれていたとはいえないし、関係機関の共通認識も徹底していなかった。母親をはじめとする保護者のなかには、今回のスクリーニング検査により心の傷を負った人もいた。家族に対する心理的援助なくしてこのスクリーニングは意味をなさないだろう。

いくつかの先行研究によって新生児聴覚スクリーニング検査の問題点はすでに明らかにされている。臨床心理士などの参加を含め、地域の中でいかに支援体制を作っていくかが今後の課題といえる。

V おわりに

療育機関の担当者によると、今回新生児聴覚スクリーニング検査を実施したことで、以前より軽度、中等度の難聴の子どもが発見されるようになり、また、6ヶ月未満で乳幼児教育相談

室を訪れるケースが増えたという。すなわち、聴覚障害の疑いがある子どもの早期発見、早期療育という点では意義があったといえる。さらに医療機関と療育機関との関係も、従来より密接なものになってきた。医療機関からケースの紹介があり、一方療育機関の方でも子どもの様子をフィードバックするなど、情報交換が頻繁に行われるようになったという。しかし地域のすべての関係機関との連携がうまくいっていたわけではなく、特に母親指導に重要な役割を果たすと考えられる保健師との連携はスムーズではなかった。そのため不安をかかえた母親がいたことも事実である。モデル事業のマニュアルがあったとはいえ、関係機関の共通認識は徹底していたとはいえないようである。

いずれにしても、スクリーニング検査そのものの意義については、一定の評価はできる。今後は関係機関で共通の認識をもち、行政、医療機関、療育機関が連携を保ちながら、保護者に対する支援体制を整えて行く必要があるだろう。また、聴覚障害についての理解が不十分なところもあり、保護者だけではなく医療関係者に対する啓蒙も必要のように思われる。

注) この検査は新生児がおとなしくしている状態のときに行う（必ずしも寝ていなくてもよい）。両耳介にイヤークラップを装着して音圧35dBのクリック音を聞かせる。この音によって誘発された聴性脳幹反応の波形を、前額部に装着した電極から検出する。その波形をパソコンで、聴覚が正常な新生児のABR波形と比較して、正常を合格（Pass）、正常波形が検出されない場合を要再検（Refer）と自動的に判定する。Passであれば聴覚は正常と判定できるが、Referになっても再検査でPassすることもまれではない。再検査でPassにならなくても、耳鼻咽喉科で精密検査が必要な症例ということであって、聴覚障害と診断されたわけではない。35dBでReferの場合は、40dBと70dBでも検査を行う。この検査機器は、熟練者でなくても比較的容易に検査を行うことができ、また自然睡眠下に短時間で済む、検査結果は自動的に解析される。

付 記

アンケート調査を行うに当たって北海道帯広聾学校の秋田茂校長の協力を得た。また、乳幼児教育相談担当の熊谷英雄教諭には療育相談におけるさまざまな問題についてご教示していただいた。記して感謝致します。

文 献

- 北海道保健福祉部子ども未来づくり推進室編 2003 北海道新生児聴覚検査モデル事業の手引き
丸山剛史 2003 新生児聴覚スクリーニング検査—当院における実際と今後の展望— 聴覚障害, 58, 21-32.
三科 潤 2002 新生児聴覚スクリーニング 小児保健研究, 61, 363-368.
中澤 操 2004 聴覚スクリーニングならびに精密検査に関するインフォームドコンセントのあり方
ENTONI, 33, 49-58.
新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集・編集委員会編 2003 新生児聴覚スクリー
ニング検査を考えるシンポジウム記録資料集
新生児聴覚スクリーニング検査を考えるシンポジウム記録資料集・編集委員会編 2004 新生児聴覚スクリー
ニング検査を考える京都シンポジウム記録資料集
田中美郷 2004 聴覚障害児の効果的な早期療育支援に関する実践的研究—新生児聴覚スクリーニングに関連
して— 田中美郷教育研究所

The newborn hearing screening and the related support for mothers in Hokkaido

TAKIZAWA Hirotada

Summary

Recently, newborn hearing screening, which is important in identifying hearing loss at an early age, for adequate intervention at the early developmental stage, had become more widely available in Japan. However, there is very little support for the mothers of children who are referred to auditory diagnostic test after community-based screening. We conducted a survey on mothers in Obihiro whose children were diagnosed as hearing-impaired and were referred to a deaf school. We found there are mothers who suffer from anxiety. Also we found that the relevant organizations do not cooperate smoothly. It is necessary that mothers be given psychological support to ensure a healthy mother-child relationship. The public including professionals will have to develop a better understanding about hearing disabilities. Furthermore, government agencies, medical institutions, and educational institutions must come to a common understanding and work together to support parents with hearing-disabled children.

Key words: newborn hearing screening, mothers who suffer from anxiety, psychological support system

(たきざわ ひろただ 本学人文学部教授 臨床心理学専攻)