

低出生体重児の現況と成長・発達の支援

自治医科大学・小児科学
河野由美

COI

利益相反に関する開示事項はありません



低出生体重児の出生、新生児 医療とフォローアップの現状

用語の定義

1. 出生体重児による分類



2. 在胎期間による分類



用語の定義

3. 在胎期間に応じた出生時の体格による分類

- Light-for-dates (LFD) 児 :

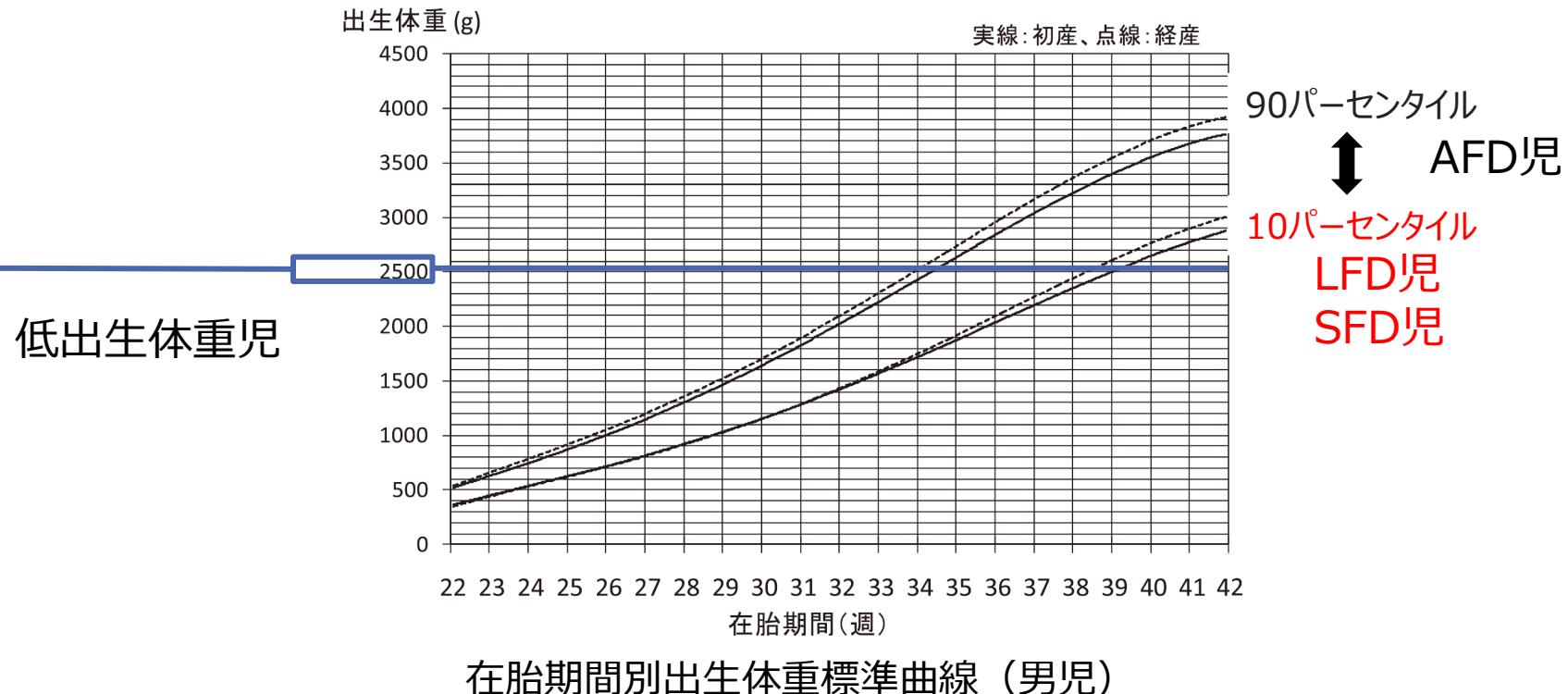
体重が在胎期間別出生時体格標準値における10パーセンタイル未満の児

- Small-for-dates (SFD) 児 :

身長・体重ともに在胎期間別出生時体格標準値における10パーセンタイル未満の児

- Appropriate for dates (AFD) 児 :

身長・体重ともに在胎期間別出生時体格標準値における10～90パーセンタイルの間



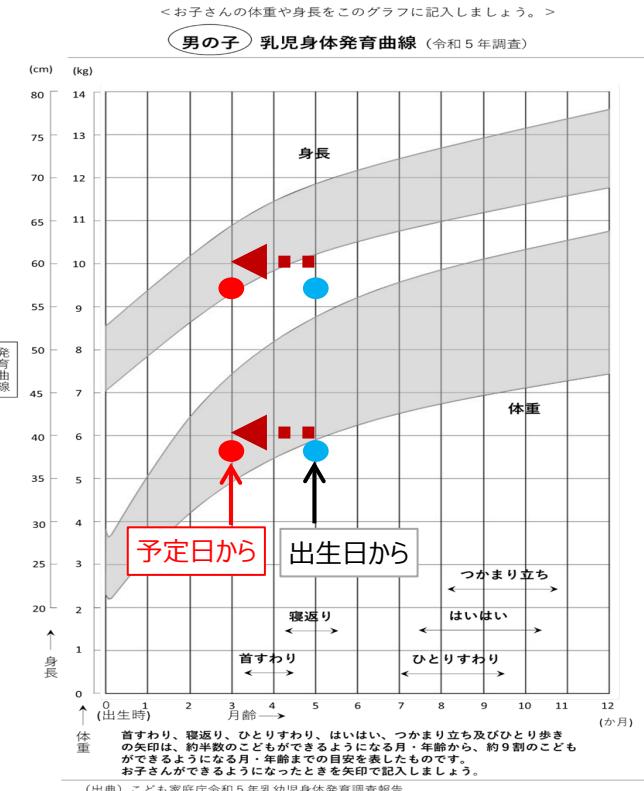
用語の定義

4. 修正月・年齢の考え方

修正月・年齢は、出産予定日(在胎40週0日に相当)を出生日として月齢や年齢を数える

出産予定日より2ヶ月早く(在胎32週)出生した男の子が、生後5ヶ月(暦月齢5か月)になった時

修正月齢にすると、2ヶ月さかのぼり、修正月齢は3ヶ月



母子健康手帳の身体発育曲線を用いて作成

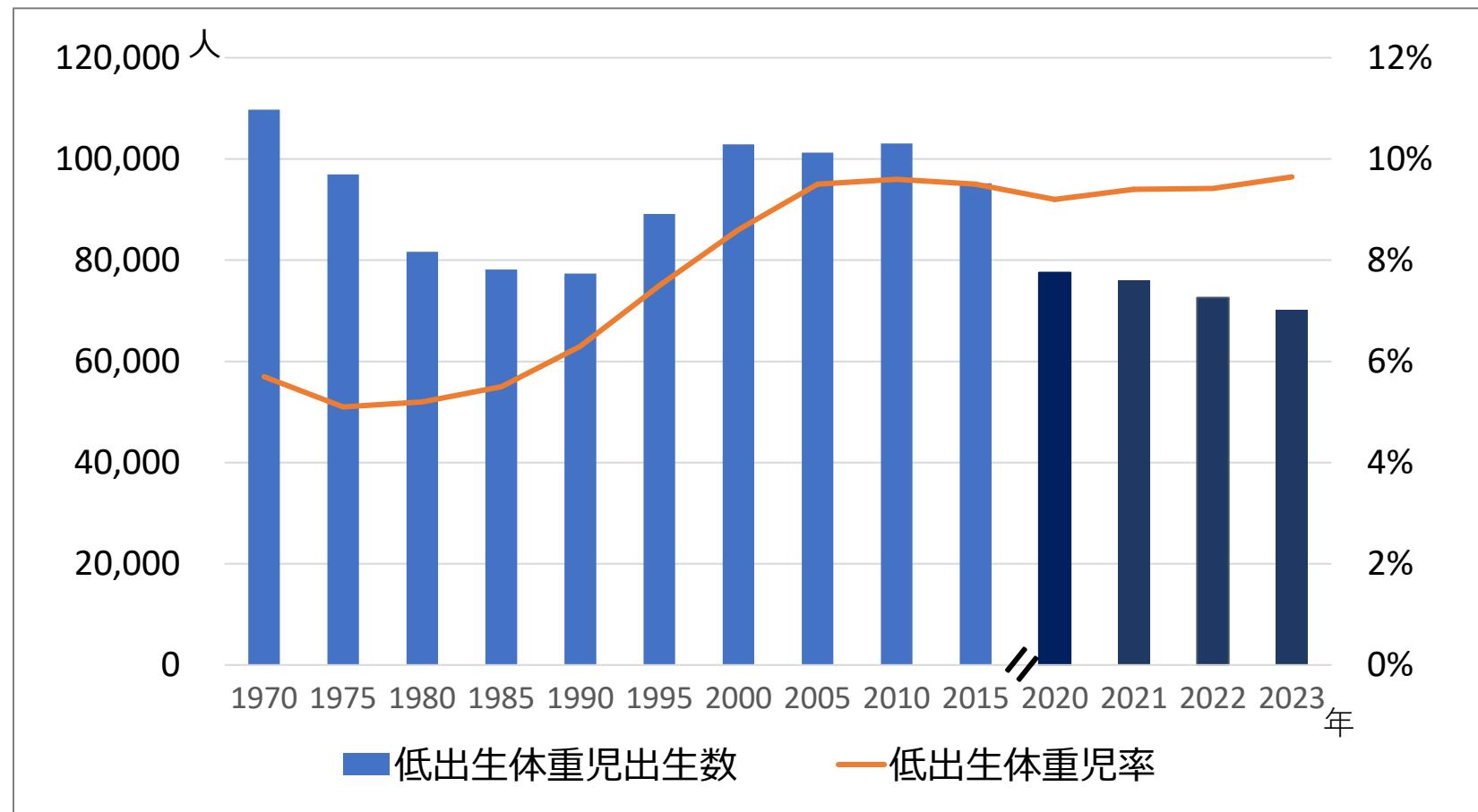
低出生体重児の出生

日本の**低出生体重児**の出生数と全出生に占める割合の推移

出生数のピークは2000~2010年

割合は9.5%前後で2005年以後ほぼ一定

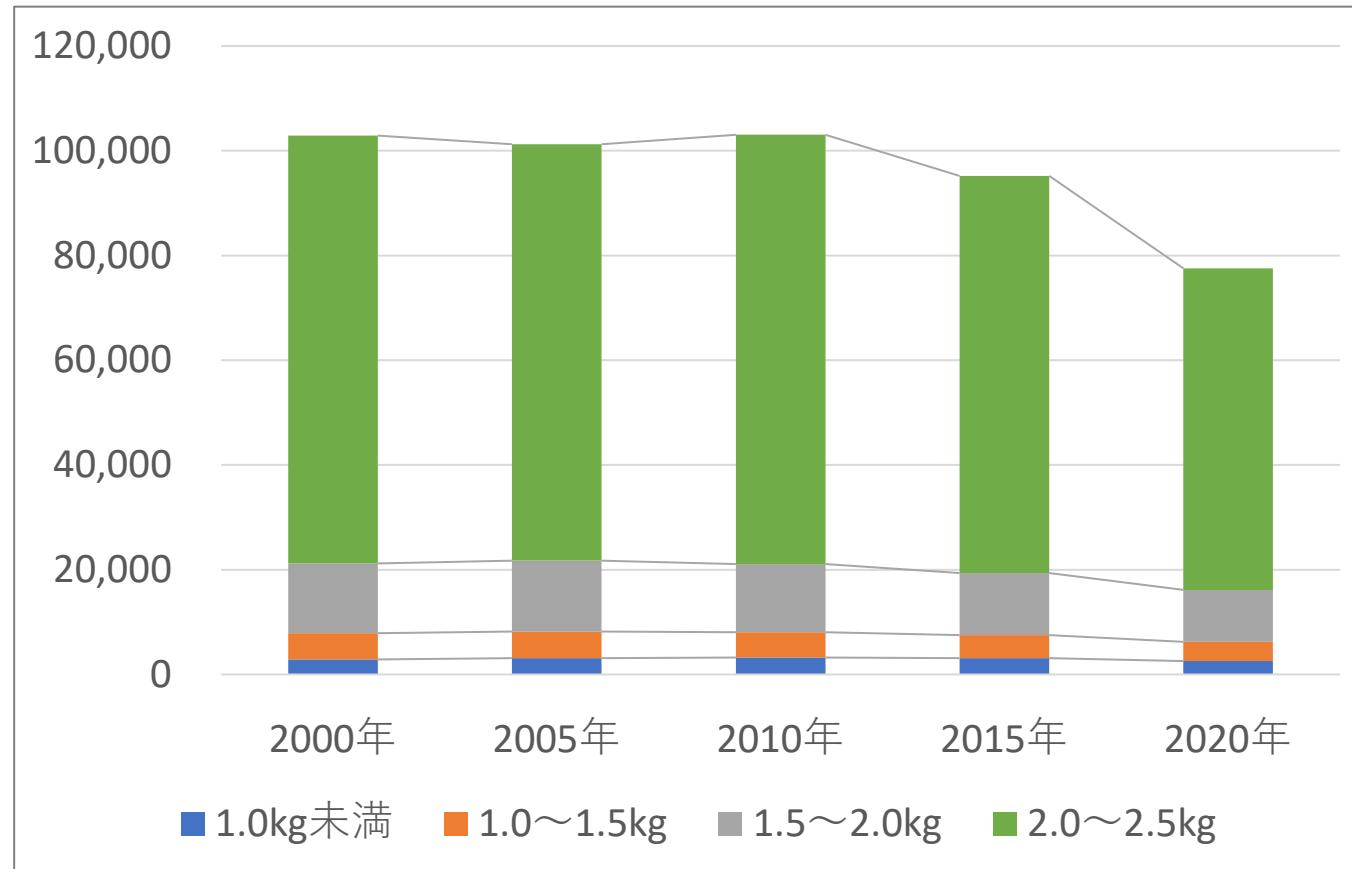
OECD諸国の中で上位 (<https://www.oecd.org/en/data/datasets/child-well-being-outcomes0.html>)



低出生体重児の出生

出生体重500g区別別の低出生体重児の出生数

主に1500～2500gの出生数が減少傾向

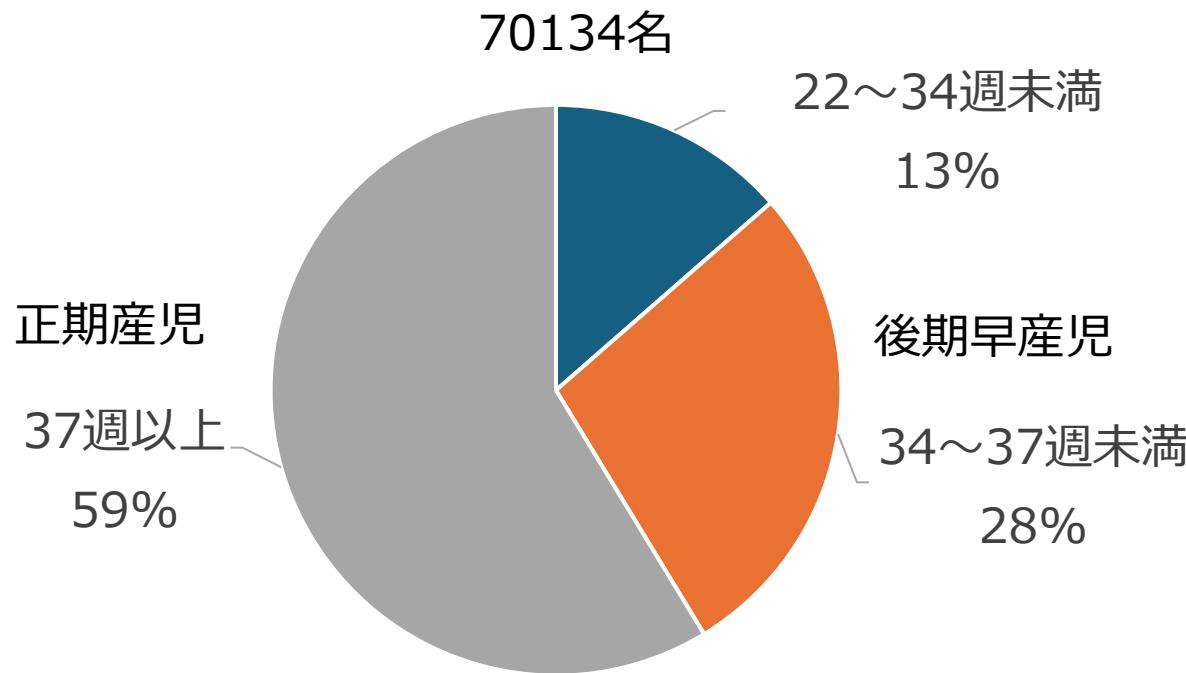


低出生体重児の出生と在胎期間

低出生体重児の約60%が正期産児、28%は後期早産児

→ Small for dates(SFD)児やlight for dates(LFD)児が多いことが予想される

2023年出生の出生体重2500g未満の低出生体重児

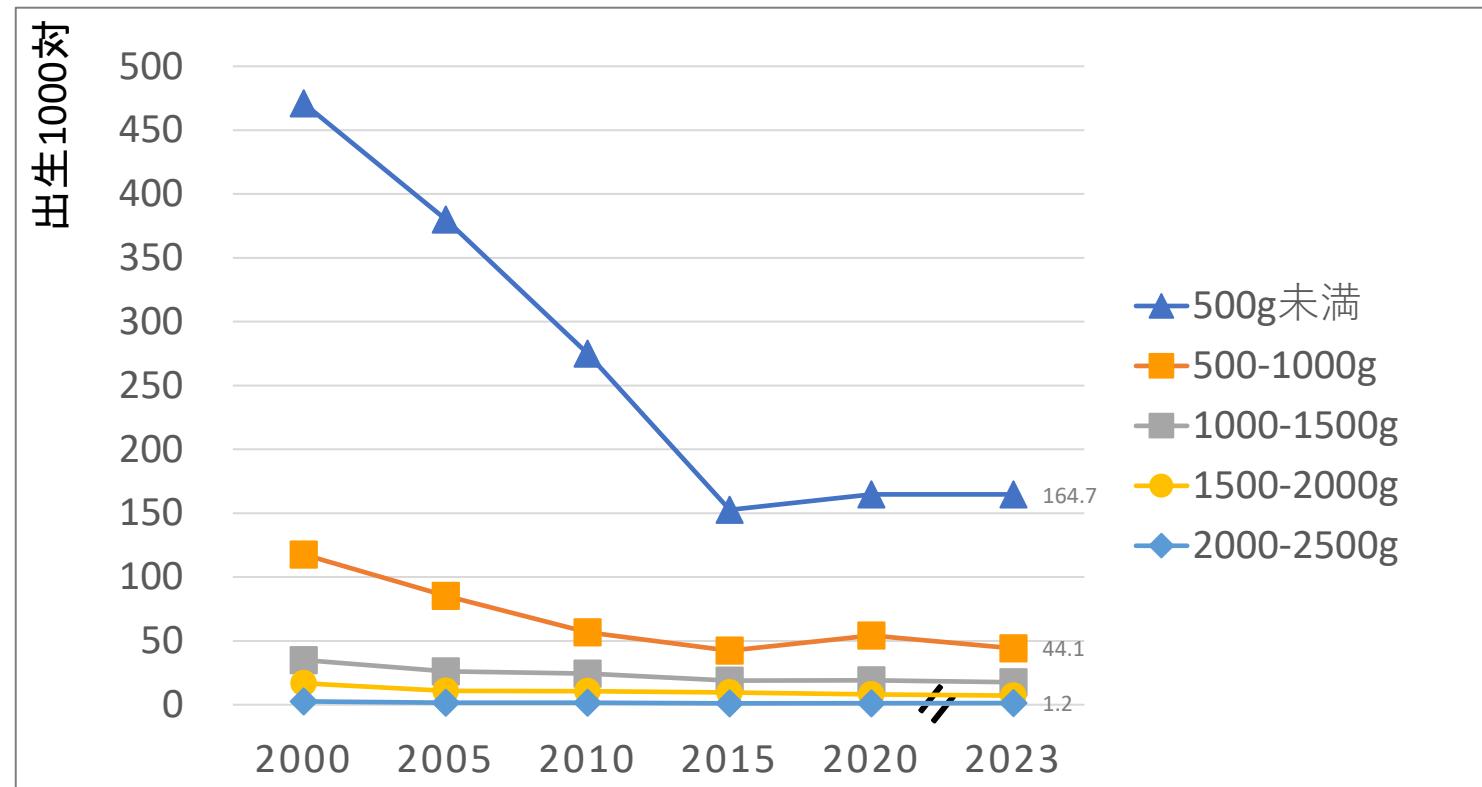


低出生体重児の生存退院の増加

出生体重500g区分別・出生1000対早期新生児死亡率の経年変化

出生体重500g未満、1000 g 未満で死亡率の減少が著しい

新生児死亡率は1990年以降先進諸国の中で最低レベル



低出生体重児の新生児期合併症

令和3～4年度厚生労働科学研究費補助金

「低出生体重児の成長・発達評価手法の確立のための研究」班

盛一享徳、他 日本新生児成育医学会雑誌 2024;36:108–114

出生体重500g区分別・低出生体重児の新生児合併症の合併率(%*)

総数 n=9587	A群 <500g n=318	B群 <1000g n=1892	C群 <1500g n=2303	D群 <2000g n=2542	E群 <2500g n=2532
入院中疾患・合併症					
呼吸窮迫症候群	87	73	46	18	7
動脈管開存症	53	52	25	5	2
慢性肺疾患**	85	54	10	1	1
壞死性腸炎	5	3	1	0.1	0.2
敗血症	21	10	3	1	1
脳室周囲白質軟化症	4	5	3	1	1
脳室内出血3/4度	7	6	2	0.3	0.4

%* 各項目の該当ありの評価数に対する割合を示す

** 36週相當時に呼吸補助を必要とする慢性肺疾患

低出生体重児の入院期間と医療的ケア

令和3～4年度厚生労働科学研究費補助金
「低出生体重児の成長・発達評価手法の確立のための研究」班
総合研究報告書より

出生体重500g区分別・低出生体重児の入院期間と在宅医療ケアの頻度

	A群 <500g n=318	B群 <1000g n=1892	C群 <1500g n=2303	D群 <2000g n=2542	E群 <2500g n=2532
入院日数	中央値(日)	166	113	63	34
退院時体重	中央値(g)	3020	2899	2674	2515
在宅経管栄養	あり	16%	3%	1%	1%
在宅酸素療法	あり	32%	14%	2%	1%
気管切開	あり	2%	1%	0%	0%
在宅人工呼吸器	あり	2%	1%	0%	0%

医療機関での退院後フォローアップ

フォローアップの目的

低出生体重や早産で出生に起因する

1. 合併する疾患や障害の医学的管理
2. 疾病や異常への早期介入
3. 家族がもつ不安や社会的課題への対応
4. 成長発達を遂げていく過程を家族とともに見届け、支援する
5. アウトカムを、医療に還元する

クリニカル

リサーチ

医療機関での退院後フォローアップ

時期と評価内容

フォローアップの**時期**により**評価可能な内容**が異なる

2歳：神経学的障害、神経発達症を評価するための**最小年齢**

4-5歳：**知能、言語発達**をより的確に評価

7-9歳：微細な神経学的異常、行動上の問題、学業成績などが評価可能

思春期～：メタボリック症候群、精神疾患、社会適応困難などの評価

極低出生体重児の key-age

修正1歳6か月（～修正24か月）

暦3歳（～3歳6か月）

暦5歳～6歳（就学前の年長児）

暦8歳～9歳（小学校3年生）

暦11歳～12歳頃（小学校高学年）

医療機関での退院後フォローアップ

令和5～7年度子ども家庭科学研究費補助金
「低出生体重児の中長期的な心身の健康リスクの解明とフォローアップ・支援
体制の構築に向けた研究」班 令和6年度報告書

全国の新生児医療機関の出生体重群別のフォローアップの状況とフォローアップ期間
数値は各項目に該当する医療機関の割合（%、回答なし例は除いた割合、総数188）

フォローアップ状況	フォローアップ対象の出生体重グループ			
	<1000 g	<1500g	<2000 g	<2500 g
概ね全例フォローアップ	88%	91%	71%	25%
一部フォローアップ	7%	6%	27%	69%
フォローアップしていない	5%	3%	2%	5%
フォローアップ期間				
1.5歳以上			88%	
3歳以上			59%	
6歳以上	98%	88%		12%
9歳以上	69%	49%		
10歳以上	15%	7%		

出生体重1500-2500gは、一部のみの医療機関でフォローアップ。その期間も比較的短い。

BW1500g以上の低出生体重児の成長発達

令和3～4年度厚生労働科学研究費補助金

「低出生体重児の成長・発達評価手法の確立のための研究」班

総合研究報告書

盛一享徳、他 日本新生児成育医学会雑誌 2024;36:108–114

出生体重500g区分別・低出生体重児の成長ホルモン治療、神経発達の合併症の割合(%*)

	A群 <500g n=318	B群 <1000g n=1892	C群 <1500g n=2303	D群 <2000g n=2452	E群 <2500g n=2532
成長ホルモン治療	23	5	2	2	1
脳性麻痺	15	8	4	1	1
発達遅滞	57	25	11	7	5
発達障がい	38	18	10	7	5
視力障がい	17	6	1	1	1

%*は各項目の該当ありの評価数に対する割合を示す



低出生体重児の退院後の 成長と発達

低出生体重児の身体発育の特徴

1. 出生体重が小さいほど、早産であるほど、一般児とくらべ小柄

2. SFD児では、早産であるほどキヤッチアップ率が低い

キヤッチアップ:年齢相応体格基準の-2.0SDまたは10パーセンタイル値を上回る場合

3. 成長障害を伴いやすい疾患を合併

慢性肺疾患（エネルギー消費の亢進と水分制限）

消化器疾患に伴う吸収不全（壞死性腸炎等で腸切除後の短腸症候群）

先天異常（チアノーゼ性先天性心疾患など）

頭蓋内出血（頭囲の大きさ）など

4. 養育環境（過度な不安、育児過誤、ネグレクト、虐待）が影響^{1), 2)}

¹⁾乳幼児身体発育評価マニュアル 令和3年3月改訂 平成23年度 厚生労働科学研究費補助金「乳幼児身体発育調査の統計学的解析とその手法及び利活用に関する研究」

²⁾Upadhyay RP, et al. *BMC Pediatr* **22**, 586 (2022)

低出生体重児の身体発育の評価

1. 厚生労働省・乳幼児身体発育調査

月齢・年齢、性別の基準値から体重、身長、頭団の該当パーセンタイル、SDスコアを確認

- 母子健康手帳の発育曲線(2010年)にプロットして比較
- SGA(small for gestational age)性低身長の成長ホルモン治療
→3歳以降で、身長が2000年調査の基準値の-2.5SD未満

2. 医療機関を退院した低出生体重児の身体発育曲線(2022年)

令和3～4年度厚生労働科学研究「低出生体重児の成長・発達評価手法の確立のための研究」班作成

出生体重500gグループ毎・性別の6歳未満までの体重、身長、頭団の発育曲線

- 健やか親子21HP <https://sukoyaka21.cfa.go.jp/useful-tools/thema3/>

厚生労働省・乳幼児身体発育調査

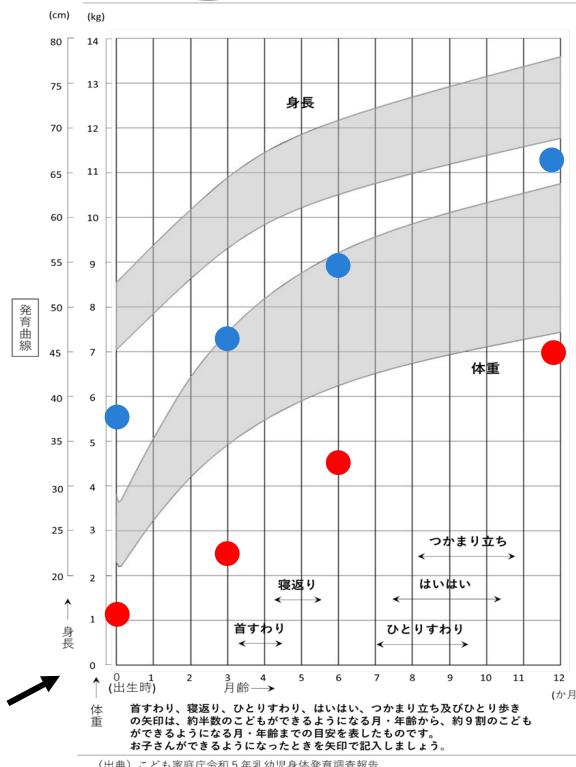
乳幼児身体発育調査 母子健康手帳掲載の曲線に暦年齢でプロット

例) 30週4日 出生体重 1158 g、出生身長 38 cm、AFD男児

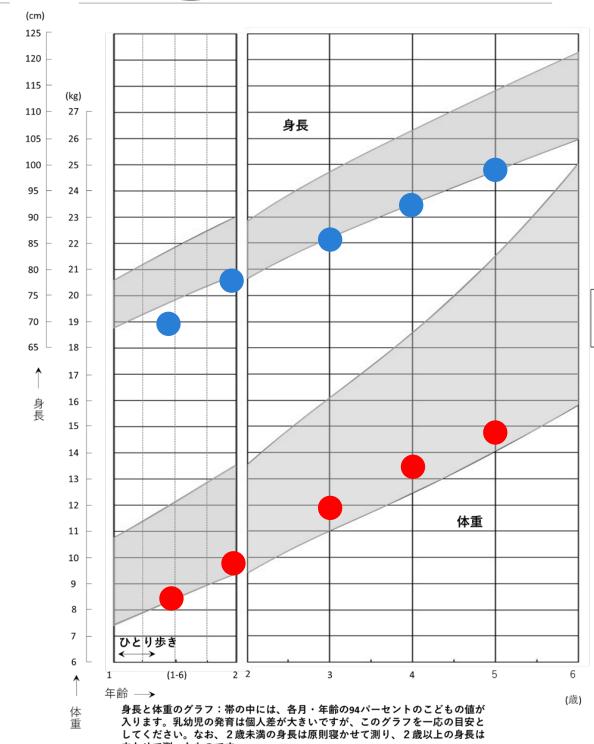
乳児期前半は一般児の3パーセンタイル曲線のはるか下方で評価しづらい

→保護者の不安が強い

＜お子さんの体重や身長をこのグラフに記入しましょう。＞



＜お子さんの体重や身長をこのグラフに記入しましょう。>



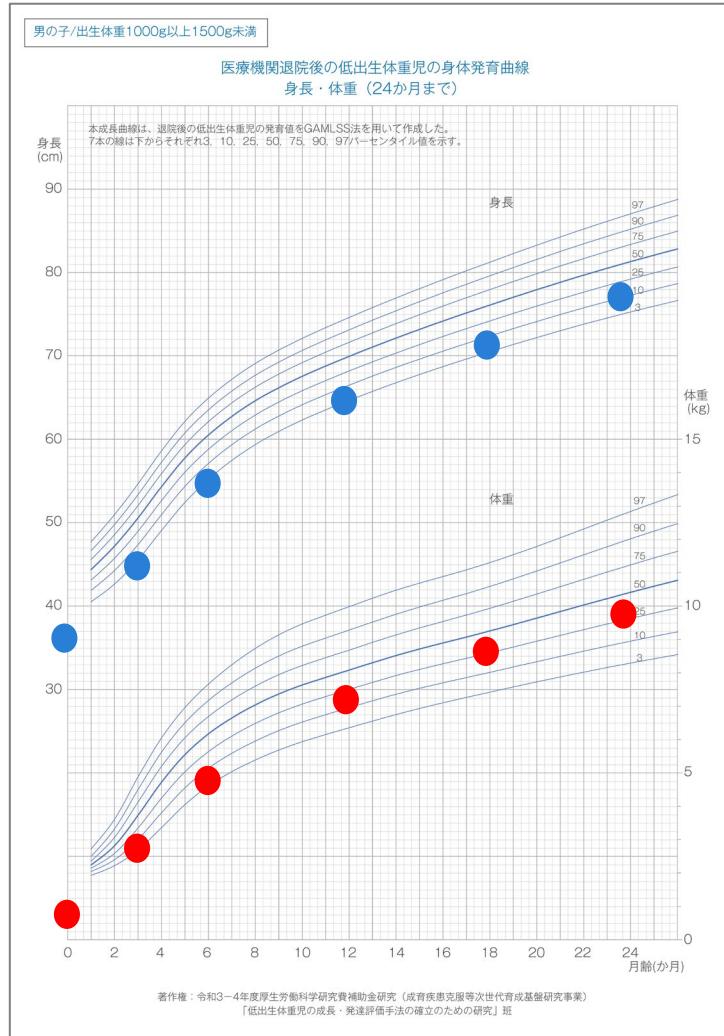
平成6年より
0からスタート

母子健康手帳の身体発育曲線を用いて作成

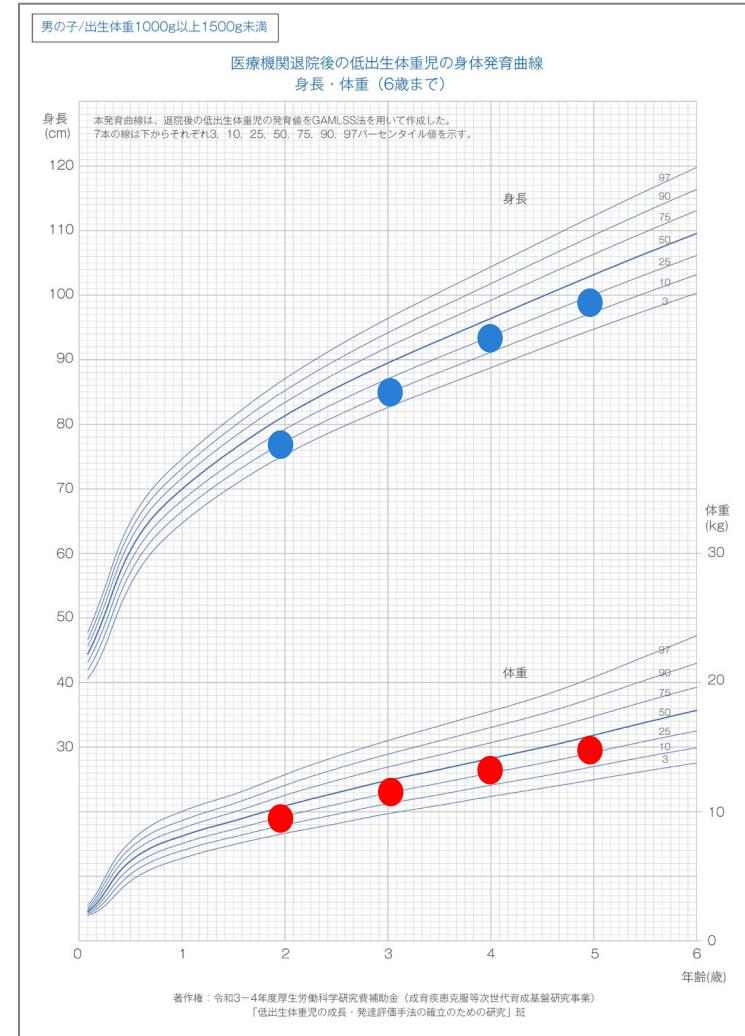
医療機関を退院した低出生体重児の身体発育曲線(2022年)

「低出生体重児の身体発育曲線」に暦年齢で体重・身長をプロット
例) 30週4日 出生体重 1158 g、出生身長 38 cm AFD男児

身長・体重(24か月まで)



身長・体重(6歳まで)



医療機関を退院した低出生体重児の身体発育曲線(2022年) + 乳幼児身体発育調査

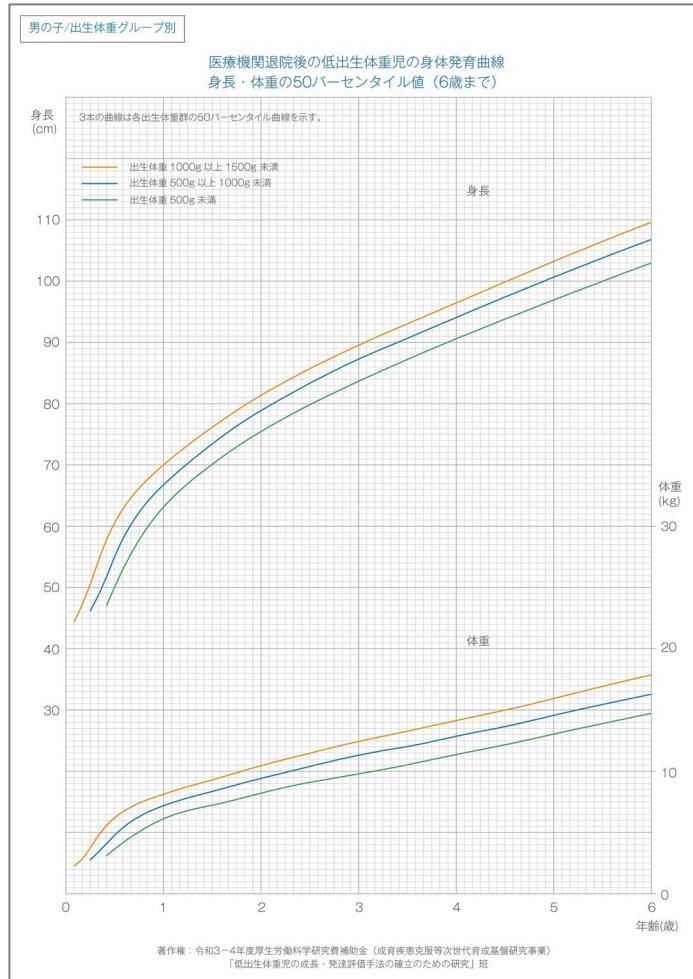
出生体重500g未満群

出生体重500～1000g群

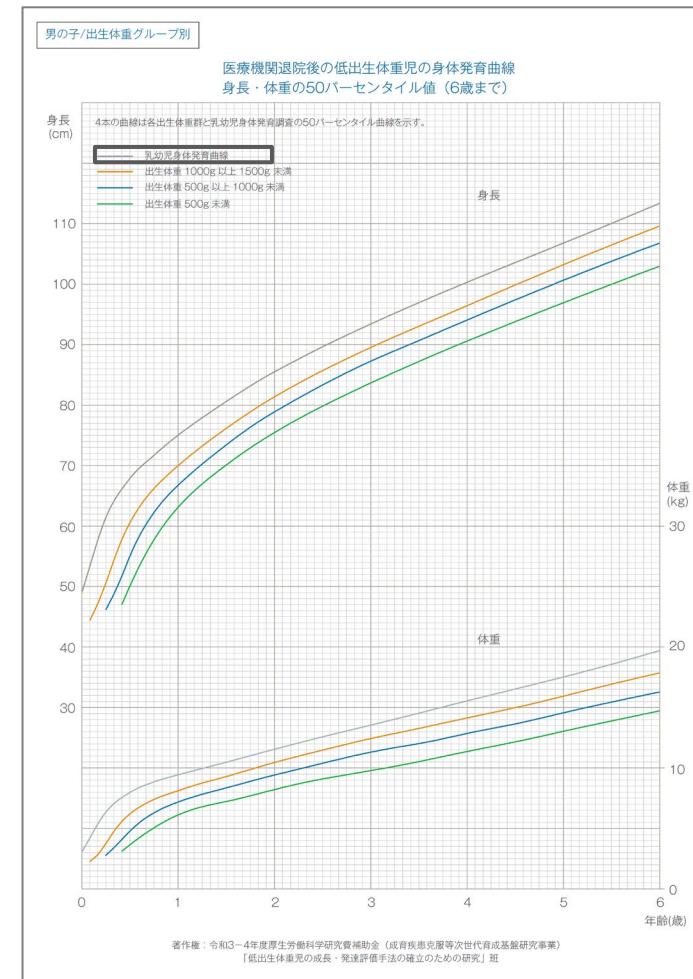
出生体重1000～1500g群

+ 2000年乳幼児身体発育調査

男児
身長・体重50パーセンタイル値



男児
身長・体重50パーセンタイル値



低出生体重児の発達評価

1. 乳児期の発達は修正月齢（出産予定日を0日）で評価する
 - 出生体重1500g未満では、2歳～3歳頃まで
 - 出生体重1500g～2500g未満では、およそ1歳まで
2. 修正月齢でも、より出生体重が小さいほど発達が遅れる傾向がある
3. 修正月齢でも、より早産であるほど発達が遅れる傾向がある
4. 遅れが認められた場合、成長とともにキャッチアップが期待される例も多いが、「小さく生まれたからね」でなく適切な評価に基づき更なる評価や何らかの介入の必要性

低出生体重児の神経発達予後

NRNJ(新生児リサーチネットワーク)のデータベース解析から

河野. 日本新生児成育医学会雑誌 2022;34:123-128 より引用・作成

NRNJデータベース2003～2017年出生登録児の3歳時予後(2022年1月27日登録データ)

	出生体重	
	1000g未満	1000 g ~1500g未満
3歳予後評価数	11544	14082
3歳予後評価率	47%	41%
NDI(下記のいずれかあり)	25.0%	13.0%
脳性麻痺	6.6%	3.8%
発達遅滞	21.8%	11.0%
失明	3.5%	0.7%
聴覚障がい	2.7%	1.2%

NDI: 神経発達障がい(neurodevelopmental impairments)

出生体重が小さいほど、神経学的障がい合併のリスクが高い

低出生体重児の運動発達の特徴

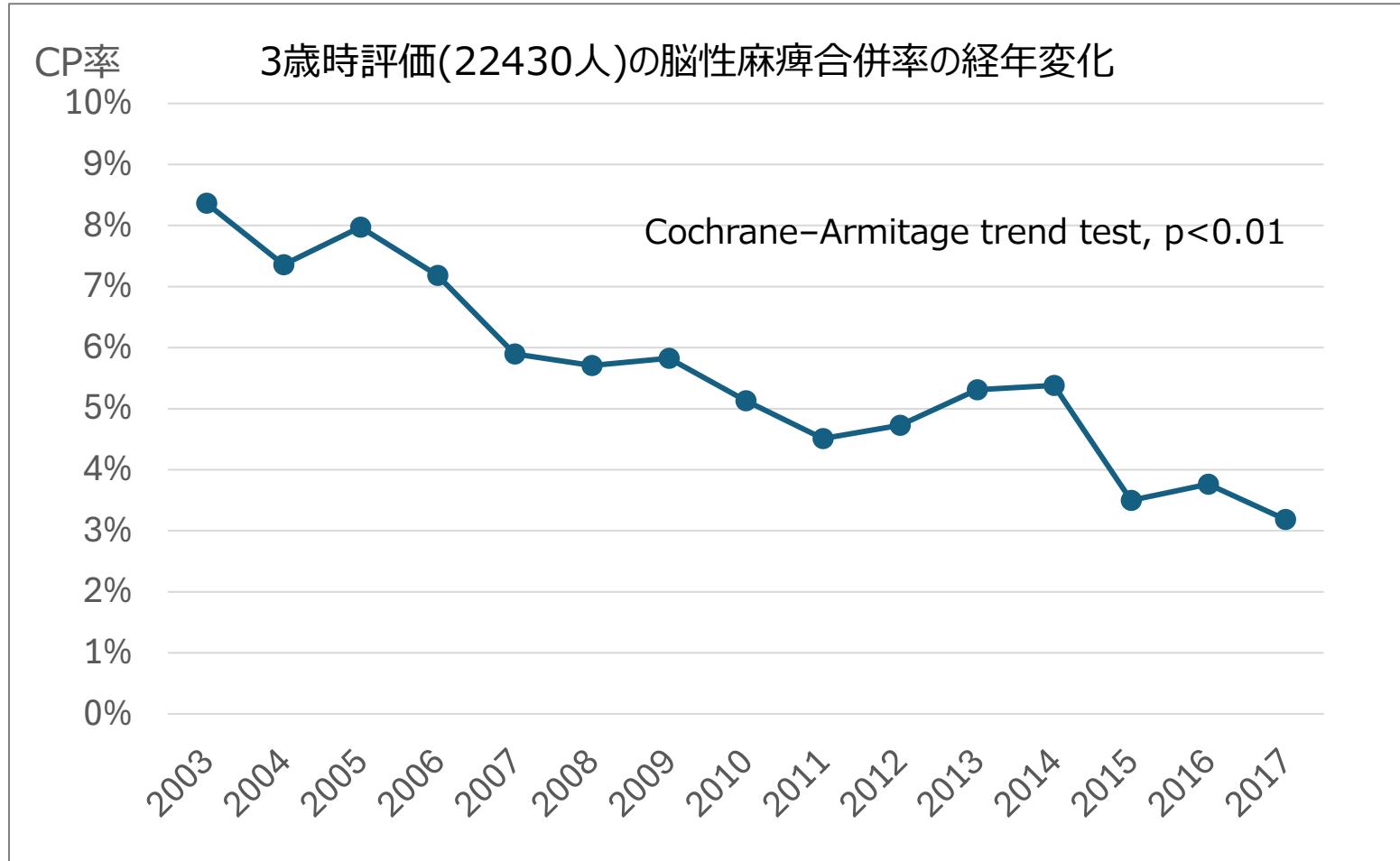
1. 粗大運動の発達は個人差が大きく、variationを考慮
2. マイルストーン到達は、早産、低体重であるほど遅れがち
3. 運動獲得の順序（寝返り、座位、はいはい、つかまり立ちなど）が必ずしも通常どおりでない
4. 視力、聴力、知的発達に影響される
5. 筋緊張の低い、関節弛緩性の強い子どもでは、反張膝や外反扁平足がみられることがある

脳性まひの診断では、神経学的所見、画像診断が重要

極低出生体重児の脳性麻痺は減少傾向

NRNJ(新生児リサーチネットワーク)のデータベース

2003–2017年出生、出生体重1500g以下かつ在胎32週未満
(生存退院49006人)



低出生体重児の認知・行動発達の特徴

1. 発達遅滞・知的発達症のリスクが高い
2. 出生体重/在胎期間が小さいほどその割合は高い
3. 境界レベルは極低出生体重児の評価例の20～30%程度にみられる
4. 年齢による変化が大きい
 - 就学までに同年代児に追いついてくる例
 - 就学時に知的発達症と判定される例
 - 発達障がいの症候が明らかになってくる例
 - 就学後に行動・学習の問題がでてくる例

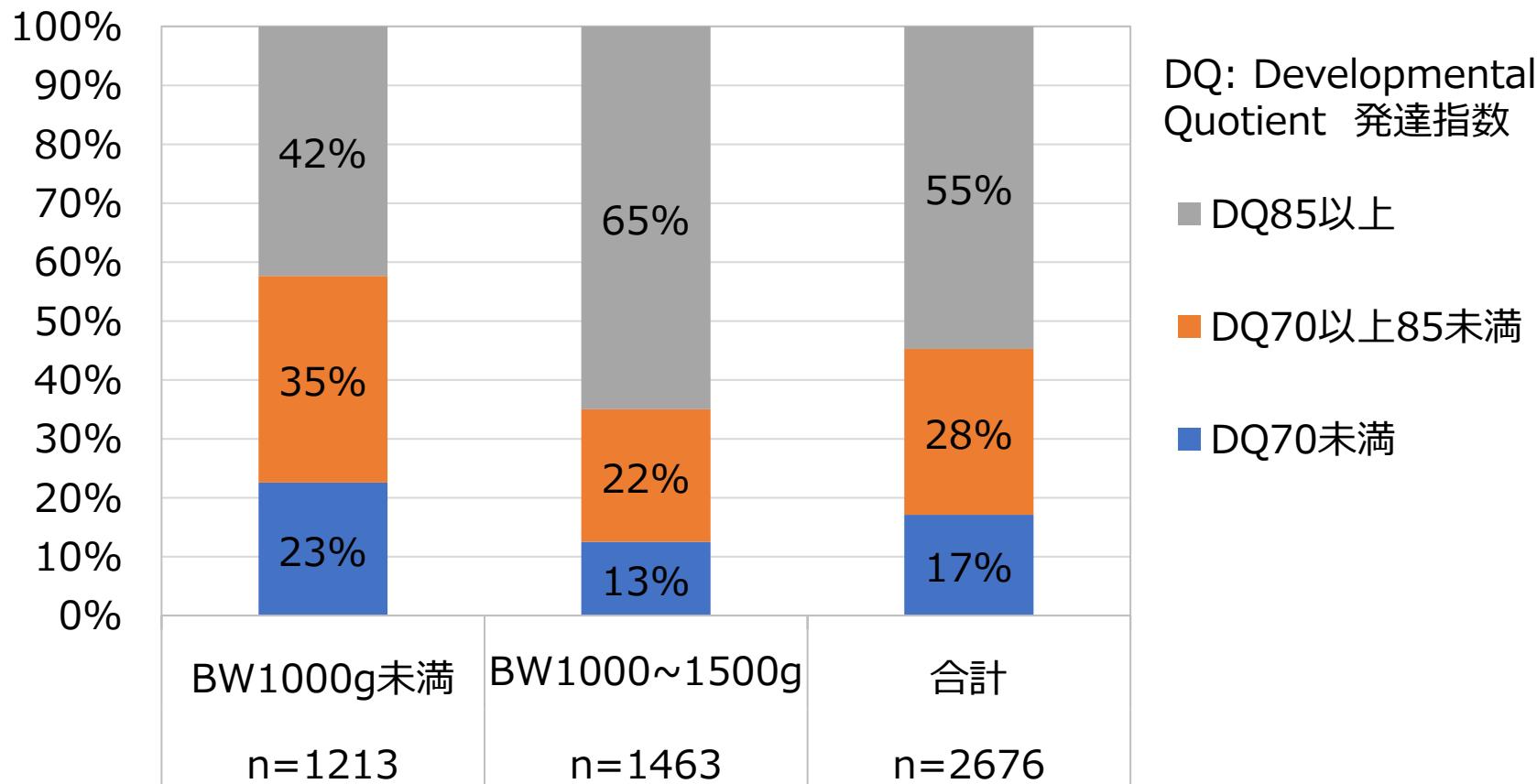
→継続したフォローアップが必要

極低出生体重児の発達予後

INTACT研究(2012–2014年出生) 登録 出生体重1500g以下の児

3歳時発達検査実施例のDQ値による発達評価（フォローアップ率89%、
検査実施率82%）

極低出生体重児の発達検査による3歳時発達評価



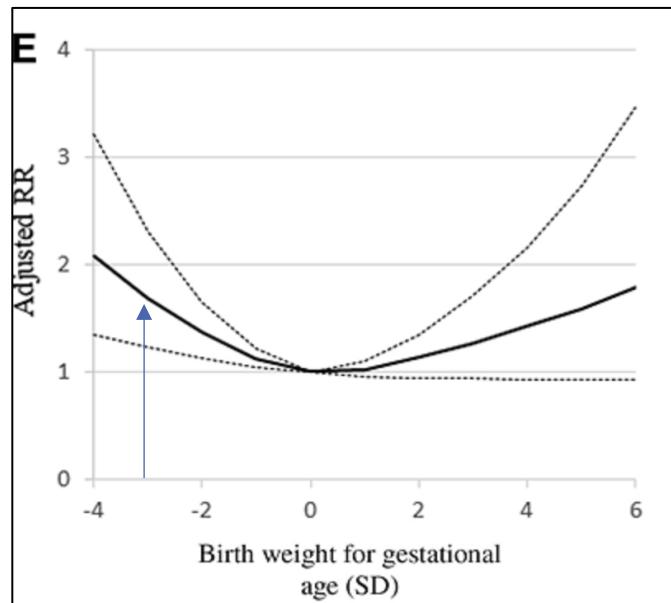
正期産の低出生体重児の発達

21世紀出生児縦断調査(2010コホート)からの報告

Tamai, et al. *J Pediatr.* 2020;226:135-41 より引用

正期産児の出生体重のSDスコアと生後30か月での発達状況の関連

SDスコアが小さくなるほど平均体重で出生した児にくらべ、言語発達遅滞のリスクが高い

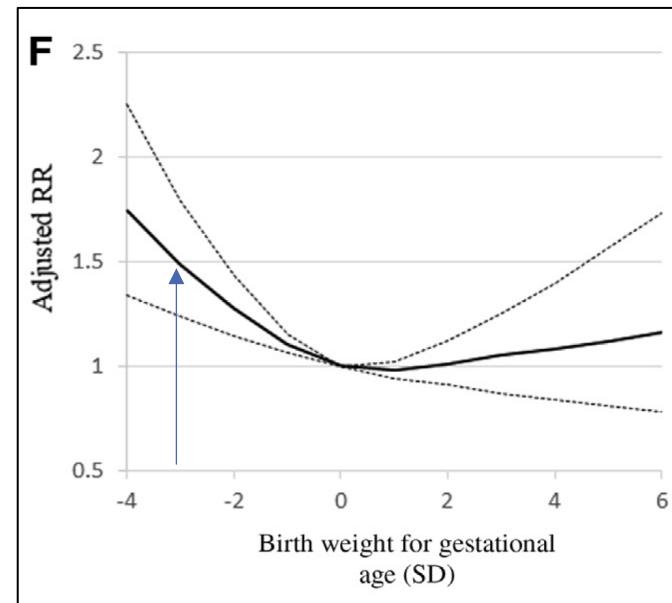


30か月で二語文を話さないリスク比

例) 37週0日男児

2633g = 0SD

1660g = -3SD



30か月で自分の名前をいえないリスク比

低出生体重児の認知発達評価

- 医療機関・療育機関等では、主に極低出生体重児に対面式個別検査実施
 - 年齢による変化が大きい
 - 家庭や幼稚園などと異なる状況で実施→フォローアップの継続が必須だが、脱落例も多い
- 出生体重1500g以上の低出生体重児の多くは、自治体や1次医療機関の健診で評価



一般健診でのスクリーニングの重要性

低出生体重児の神経発達症の特徴

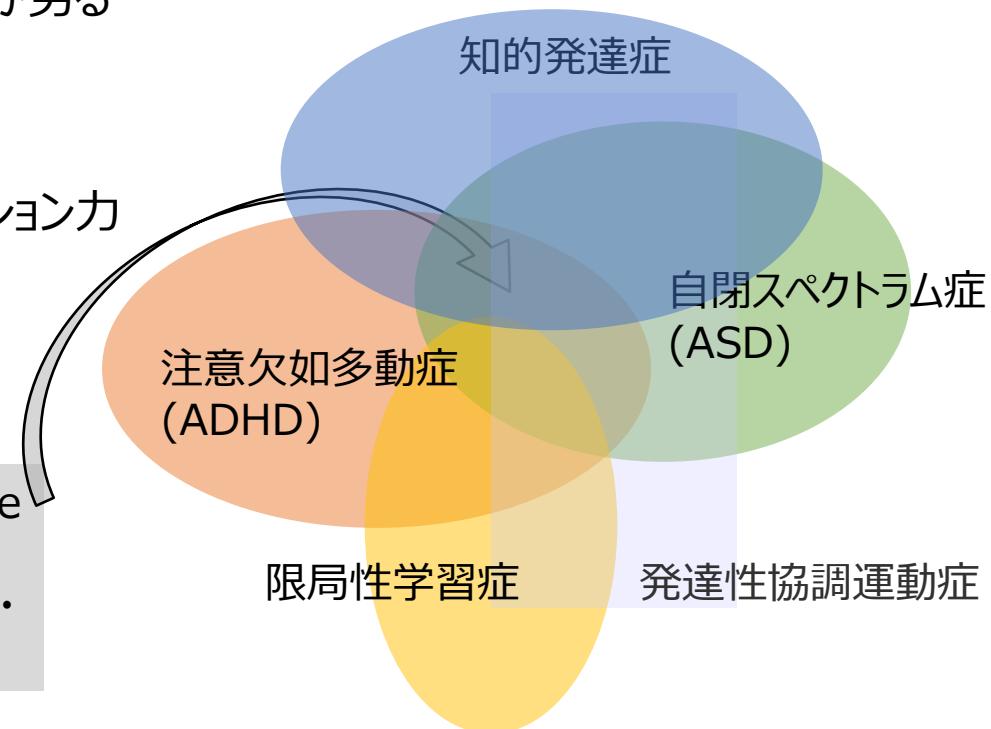
幼児期後半から就学期で、自閉スペクトラム症(ASD)、注意欠如多動症(ADHD)などの発達障がいの出現のリスクが高い

1. 男女差が小さい
2. ADHDでは不注意型が多い
3. 言語概念の理解、言語性・非言語性のワーキングメモリー、処理速度、計画力などが劣るなどの脳機能の特徴と関連
4. 多くが知的発達症を合併
5. 社会的活動の中での対人コミュニケーション力が低い

preterm behavior phenotype

「早産児に特徴的にみられる注意・情動・活動性などの行動特性」

主な神経発達症

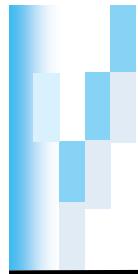


小括

低出生体重児の出生と成長・発達の現状

1. 現在、約7~8万人/年の出生、出生に占める割合は約9.5%
2. 極低出生体重児であっても90%以上の生存退院が可能
3. 新生児期の合併疾患のリスク
4. 早産・低出生体重は、乳幼児期の成長・発達に影響
 - 1) 小柄
 - 2) 運動機能・感覚器の障がい
 - 3) 知的発達症を含めた神経発達症

低出生体重児を育てる家族は、子どもの成長発達について不安を生じやすい
出生体重、年齢、合併症に応じた適切な評価と支援が必要



低出生体重児の成長・ 発達への支援

自治体調査：保護者から多い相談

令和5～7年度子ども家庭科学研究費補助金

「低出生体重児の中長期的な心身の健康リスクの解明とフォローアップ・支援体制の構築に向けた研究」班 令和6年度分担報告書（低出生体重児の支援に関する自治体調査）

9都道府県172自治体の母子保健担当者から回答

相談の多い上位5項目		カテゴリー
3歳頃まで	1位 低体重・低身長	身体発育
	2位 授乳	栄養
	3位 離乳食・食事	栄養
	4位 親のストレス/不安	親のメンタルヘルス
	5位 言語発達	発達
3歳～小学生	1位 言語発達	発達
	2位 療育	発達への介入
	3位 知的発達	発達
	4位 不注意多動	発達
	5位 その他	



身体発育の相談への対応

相談内容と対応

相談内容	対応で苦慮する点	心がけている支援
<ul style="list-style-type: none">・退院後の増加量・同じ月齢・年齢の児にくらべて小さい・通常の成長曲線が入らない・今後の発育	<p>保護者の心理</p> <ul style="list-style-type: none">・曲線より下方の時の不安・小さく産んだことへの自責の念・保護者の認識と支援者の認識のずれ <p>医学的判断</p> <ul style="list-style-type: none">・どれだけ伸びがあればよいのか判断・いつまで修正評価を行うか・医療機関につなぐタイミング	<p>心理的サポート</p> <ul style="list-style-type: none">・家族に寄り添う・その児なりに発育していることを肯定・成長過程を保護者と共有 <p>医学的サポート</p> <ul style="list-style-type: none">・その児に応じた増加がみられているか、発育曲線にプロットし評価・低出生体重児の身体発育曲線の利用・修正月齢で考える・医師の見立てを保護者と共有・継続したフォローを理解してもらう

医療機関を退院した低出生体重児の身体発育曲線(2022年)

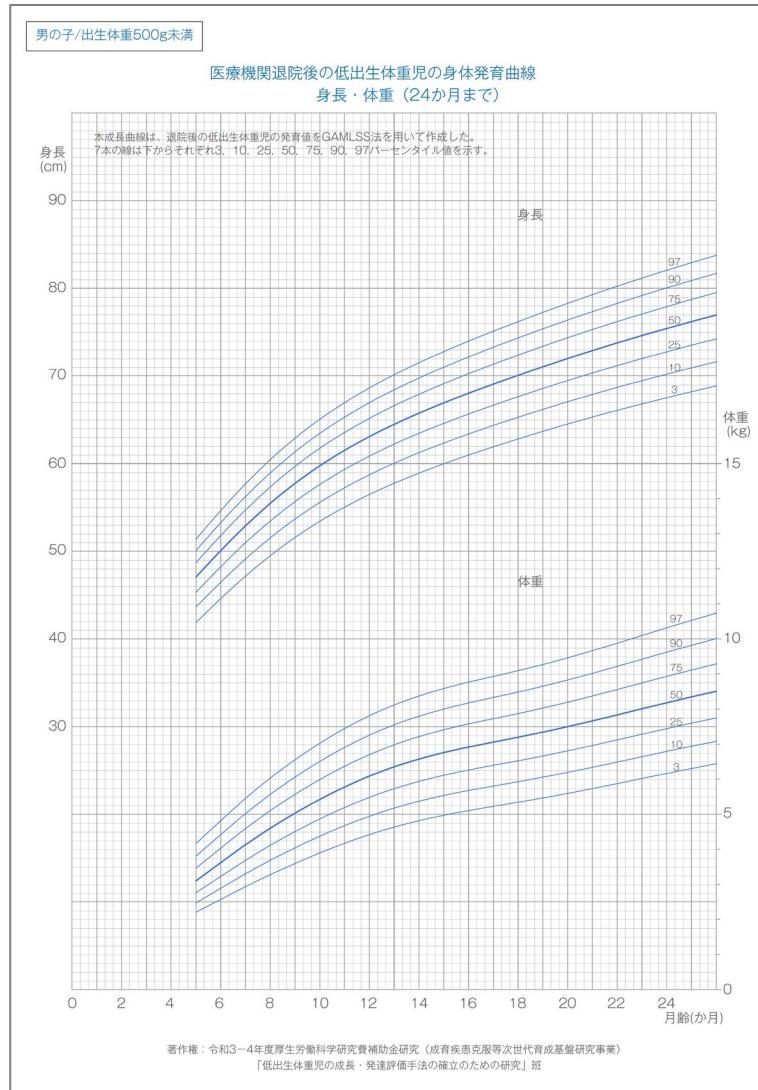
健やか親子21HP

<https://sukoyaka21.cfa.go.jp/useful-tools/thema3/>

群		男子	女子
A	出生体重 500g未満	身長・体重(24か月まで) 身長・体重(6歳まで) 頭囲(24か月まで及び6歳まで)	身長・体重(24か月まで) 身長・体重(6歳まで) 頭囲(24か月まで及び6歳まで)
B	出生体重 500g～1000g未満	身長・体重(24か月まで) 身長・体重(6歳まで) 頭囲(24か月まで及び6歳まで)	身長・体重(24か月まで) 身長・体重(6歳まで) 頭囲(24か月まで及び6歳まで)
C	出生体重 1000g～1500g未満	身長・体重(24か月まで) 身長・体重(6歳まで) 頭囲(24か月まで及び6歳まで)	身長・体重(24か月まで) 身長・体重(6歳まで) 頭囲(24か月まで及び6歳まで)
D	出生体重 1500g～2000g未満	身長・体重(24か月まで) 身長・体重(4歳まで) 頭囲(24か月まで及び4歳まで)	身長・体重(24か月まで) 身長・体重(4歳まで) 頭囲(24か月まで及び4歳まで)
E	出生体重 2000g～2500g未満	身長・体重(24か月まで) 身長・体重(4歳まで) 頭囲(24か月まで及び4歳まで)	身長・体重(24か月まで) 身長・体重(4歳まで) 頭囲(24か月まで及び4歳まで)
A, B, C群一括		身長・体重 50パーセンタイル発育曲線	身長・体重 50パーセンタイル発育曲線
A, B, C群一括+乳幼児身体発育調査		身長・体重 50パーセンタイル発育曲線(6歳まで)	身長・体重 50パーセンタイル発育曲線(6歳まで)

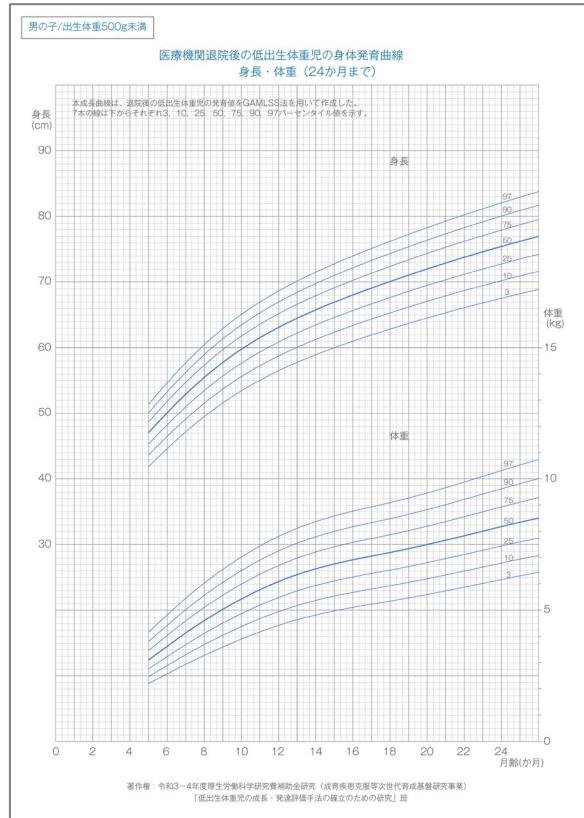
男の子 出生体重500g未満 (A群)

身長・体重(24か月まで)

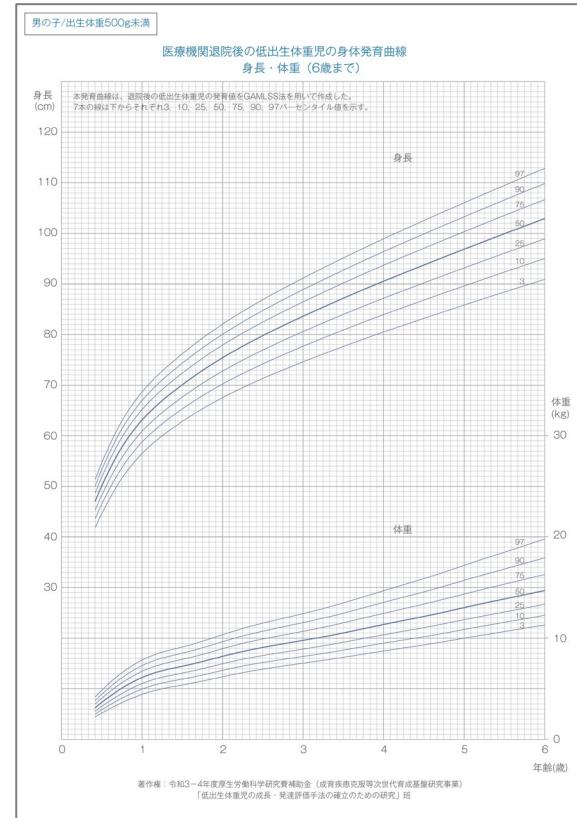


男の子 出生体重500g未満 (A群)

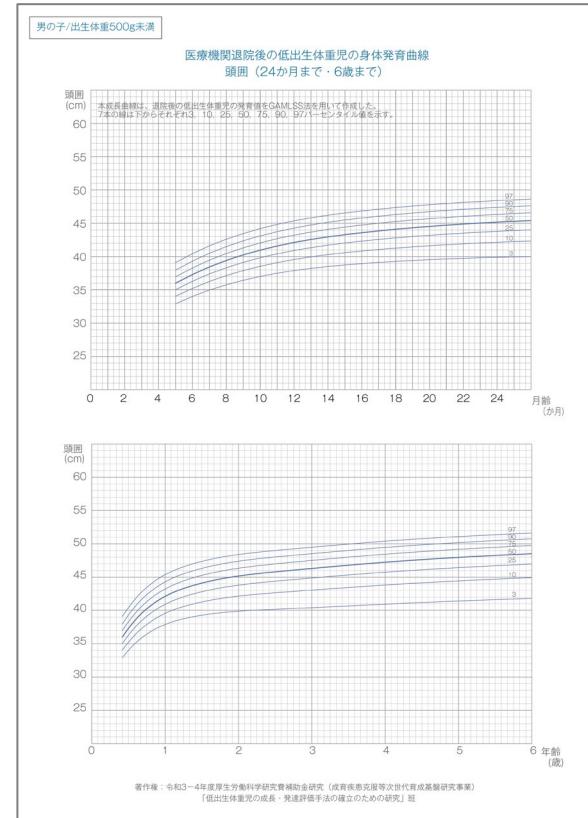
身長・体重(24か月まで)



身長・体重(6歳まで)



頭囲(24か月まで及び6歳まで)



身体発育曲線を用いた保護者への説明

- 該当する性別・出生体重群の発育曲線から大きく外れることなく成長
⇒ 子どもの出生体重を考慮すると、目安に沿った発育を説明
- 該当する発育曲線から大きく外れている
- 傾きが横に寝てくる、下降する、主要パーセンタイル曲線を二つ以上またいで低下する
- 短期間で過度に上昇する
⇒ プロットした曲線を見せながら説明、栄養摂取、育児状況などの確認
⇒ 保健指導、医療機関での精査
- 繙続的な身体計測が重要

保護者への配慮と支援

保護者の心理面への配慮

- ・「小さく生まれた」ということへの思い
- ・発育状態への過度な心配
- ・栄養方法に自信を持てない

⇒他とくらべることより、該当する発育曲線に継続的にプロットして、
一人一人の状況に応じた速度の発育を遂げているかどうかを見る

⇒その児に応じた成長の過程を保護者と共有し、継続して支援する



授乳・離乳食・食事の 相談への対応

相談内容と対応

相談内容	対応で苦慮する点	心がけている支援
授乳 <ul style="list-style-type: none">・母乳が足りない・母乳が上手に吸えない・ミルク量の増やし方	保護者の心理 <ul style="list-style-type: none">・母乳の栄養不足の心配・授乳方法に自信がない・母乳栄養をあきめられない・小さく生まれたことへの焦り	支援方法 <ul style="list-style-type: none">・産後ケア事業所の利用、助産師訪問・離乳食教室、育児相談の場で栄養士と相談・個別訪問や面接 心理的サポート <ul style="list-style-type: none">・精神的な負担の理解と配慮・よりそった支援
離乳食 <ul style="list-style-type: none">・開始時期、進め方・離乳食を食べない		
食事 <ul style="list-style-type: none">・偏食、食べ歩き、食事が細い、食べ過ぎる・適切な食事量や内容がわからない	医学的判断 <ul style="list-style-type: none">・体重増加不良を伴う・医療機関への受診勧奨のタイミング	医学的サポート <ul style="list-style-type: none">・成長・発達に応じた説明・食事の量や形状、食事時の環境、生活全般、発達などを確かめながら個別対応・体重増加不良時は、医療機関への相談を促す

低出生体重児の乳児期の栄養摂取の特徴

授乳

- 授乳の確立に時間がかかり、NICU 退院時までに確立していないこともある
- 胃食道逆流症(GER)を合併しやすく、頻回の嘔吐がみられることがある
- 哺乳量は個人差が大きい
- 体重増加が適切な授乳量の目安となるが、体重増加の速さも出生体重や在胎期間、AFD かSFDかによって異なる

離乳食

- 早産児は咀嚼機能の発達が遅れがちであるが、修正月齢で判断すると正期産児と明らかな有意差はない
- 開始のタイミングは、修正月齢5～6ヶ月が勧められるが、修正月齢を用いても1～2ヶ月遅くなることもある
- 離乳食の形態と量は、個々の発達により異なる

低出生体重児の幼児期の栄養摂取の特徴

食事

- ・ 食事摂取量が少ないことが多い
- ・ 歯の萌出時期が遅い例、咀嚼機能が遅れる例がある→うまく噛めず、呑み込めない
- ・ 神経発達症の特性が、食事摂取量や偏食に関係することがある

Pados BF, et al. BMC Pediatrics. 2021;21:110 より引用

在胎37週未満で出生した早産児の4歳未満までの**摂食の問題の有病率**
22文献(4381人)のメタ解析

在胎期間別	超早産 (<28週)	極早産 (28-31週)	中～後期早産 (32-36週)	全体	
	46%	42%	38%	42%	
評価時年齢別	0～5か月	6～11か月	12～23か月	24～48か月	全体
	43%	38%	33%	33%	42%

低出生体重児の授乳・食事摂取への支援

授乳

- 原則、母乳育児を推奨するが、母親の思いに沿ってすすめる
- 哺乳量は個人差が大きいこと、体重、身長が発育曲線に沿っていることが大切であること

離乳食

- 修正月齢で、開始し、すすめる
- 形態と量は、個々の発達にあわせてすすめる

食事

- 「食事は楽しいもの」「食べれるものを、食べられるだけ」
- 大人が一緒に食事をしておいしさを共感する
- 食材や食形態は児にあわせて選択する。食べられないものを無理に食べさせない

共通して

- 保護者の精神的な負担に配慮する
- 急速な体重・身長の増加が目標ではないとの理解をすすめる
- 医師、助産師、栄養士等との連携



発達・療育に関する相談 への対応

相談内容と対応

相談内容	対応で苦慮する点	心がけている支援
発達 <ul style="list-style-type: none">・言葉が遅い・発音が不明瞭・全体的な発達遅滞・集団行動ができない・発達の偏り・落ち着きがない	保護者の理解・心理 <ul style="list-style-type: none">・現状を受け入れられない・理解力や養育力に問題・不安・介入を拒否 医学的判断 <ul style="list-style-type: none">・個々に合わせて伝えることが難しい・医療機関での説明とのちがい・受け入れ先・つなぎ先がない	支援方法 <ul style="list-style-type: none">・3歳児・5歳児健康診査、育児相談、発達相談(心理相談)、電話、訪問 心理的サポート <ul style="list-style-type: none">・思いの傾聴・段階的な支援・児の発達過程を共有する 医学的サポート <ul style="list-style-type: none">・多職種で評価・保育園・幼稚園や小学校、教育委員会と連携・医療機関での評価、保護者への説明の確認
療育 <ul style="list-style-type: none">・療育とは？・療育を受けたい		

発達遅滞・知的発達症・神経発達症の医療機関での告知

1. 幼児期

発達の遅れやアンバランスを認めることが多い

1回の発達検査結果だけでは評価は困難

暦年齢と修正年齢の差、遅れの程度の説明



養育上の困難さや不安をもっている場合

早期から地域の療育サービスなどの支援を利用

受け入れが難しい場合 療育の説明

療育は、専門家が子どもの苦手な部分に関わり、関わりのコツを身につけていくよう援助することが目的であることを説明しながら、つなげる時期を見極める

2. 就学前

遅れではなく知的発達症として対応

知的発達症とADHDやASDと重複していることが少なくない



就学先の説明

環境を整え、子どもがよりよい支援を受けられる、保護者が納得できる就学先の選択が大切であることを説明



保護者のメンタルヘルスへの対応

相談内容と対応

相談内容	対応で苦慮する点	心がけている支援
不安 <ul style="list-style-type: none">・漠然とした不安・成長・発達への不安・将来への不安	母親の心理面 <ul style="list-style-type: none">・母の精神疾患等の基礎疾患・夫婦関係、家族関係・ネットで調べた情報過多・親自身の理解不足	支援方法 <ul style="list-style-type: none">・利用できる支援を紹介する（相談窓口、産後ケア事業所、レスパイト事業、心理士面談など）
自責・焦燥 <ul style="list-style-type: none">・自責の念・悲しみ、焦燥感・周囲と比較してしまう	サポート不足 <ul style="list-style-type: none">・人的サポートが希薄・金銭面でのサポートがない・経済的に困窮	心理的サポート <ul style="list-style-type: none">・保護者の気持ちに寄り添い、傾聴・頑張りを認める・信頼関係を築くこと・事実をきちんと伝えること・安易な言葉かけはしないこと
負担感 <ul style="list-style-type: none">・養育負担が大きく、疲弊・金銭面での負担		医学的サポート <ul style="list-style-type: none">・医療機関、福祉担当との連携

低出生体重児の親のメンタルヘルス

Sandnes R, et al. J of Affective Disorders 2024;355:513–525

早産低出生体重児の親のメンタルヘルスに関する45論文のシステムティックレビュー

育児ストレス

- 極低出生体重児の母親の15～56%が出生後2年以内に高い育児ストレスを感じる
- 7年後も親の育児ストレスは高い

抑うつ

- 超早産児・極低出生体重児の母親の約20%が、出生後1年以内に抑うつ症状
正期産児母親では12%
- 7年・13年後も早産児の母親は心理的苦痛が高い
- 父親の4～16%が、出生後1年間に抑うつ症状の上昇を経験

不安

- 極早産児(<32週)の母親の19～27%が、生後1年まで不安が高いまま
- 超低出生体重児の母親が、7年・13年後に不安を抱えるリスク：正期産に比べて2.5倍

片親がメンタルヘルス上の問題を抱えている場合、もう片方の親も抱える可能性が高い

リスク因子：環境要因(年齢、経済状況、教育歴)、精神疾患の既往、対人要因(未婚、社会的支援不足)、児に関連する要因(入院期間、脳室内出血、障害合併、自宅での医療機器使用、双胎)など

親のメンタルヘルスへの介入・支援方法の例

介入・支援方法	方法・内容	効果・報告例
心理教育	発達リスクや育児方法に関する情報提供（説明会、オンライン資料、冊子）	育児自信の向上、ストレス軽減 ¹⁾ 、不安・無力感の軽減
認知行動療法・ストレス管理	ストレスの記録、呼吸法・リラクゼーション法の指導	親の抑うつ・不安スコア低下 ²⁾ 、前向きな育児態度
親子相互作用支援	ビデオフィードバック、家庭での発達遊びの指導、スキンシップ練習	親子相互作用の質向上による親子の絆強化、児の発達改善 ^{1), 3)}
ピアサポート	家族会、オンラインフォーラム、メンタリング	孤独感の軽減、経験共有、育児不安緩和による心理的ストレス・抑うつ軽減
家族全体への支援	家族カウンセリング、家族の共同育児プラン作成	家族の協力的育児態度の向上、親の心理的安定による育児環境の向上

1) Dewi DTK, et al., Int J Nurs Stud. 2025

2) Padilla-Muñoz, et al., Fam Process. 2024

3) Leppänen M, et al., Front Psychol. 2024

総括

低出生体重児の成長・発達の特徴

- 低出生体重/早産であるほど、新生児期の疾患合併のリスクが高い
- 幼少期は、身体発育(小柄)、神経発達障がい(遅れ)のリスク要因となりうる
 - 低出生体重児を育てる家族は不安を感じやすく、出生体重、年齢、合併症や障がいに応じた適切な対応が必要

低出生体重児の成長・発達への支援

- 身体発育：低出生体重児の発育曲線の利用、キャッチアップの時期
- 神経発達症：早産児に特徴的にみられる知的発達と注意・情動・活動性などの行動特性
 - 心理的サポート：一人一人の状況に応じて、家族の思いに沿って支援する
 - 医学的サポート：情報を共有し、医療機関でのフォローアップの現状を踏まえ、多職種で連携して対応する

令和3－4年度 「低出生体重児の成長・発達評価手法の確立のための研究」班

研究代表者

河野由美 自治医科大学小児科学講座

研究分担者

伊藤善也	日本赤十字北海道看護大学看護学部
長和俊	北海道大学病院周産期母子センター
水野克己	昭和大学医学部小児科学講座
九島令子	東京都立墨東病院新生児科
豊島勝昭	神奈川県立病院機構神奈川県立こども医療センター新生児科
石井のぞみ	愛育会総合母子保健センター愛育病院新生児科
盛一享徳	国立成育医療研究センター研究所小児慢性特定疾病情報室
木本裕香	大阪母子医療センター新生児科
山口健史	北海道大学環境健康科学研究教育センター
橋本圭司	昭和大学医学部リハビリテーション講座

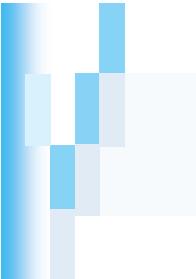
令和5－7年度 「低出生体重児の中長期的な心身の健康リスクの解明とフォローアップ・支援体制の構築に向けた研究」班

研究代表者

河野由美 自治医科大学小児科学講座

研究分担者

諫山 哲哉	国立成育医療研究センター周産期・母性診療センター
盛一享徳	国立成育医療研究センター研究所小児慢性特定疾病情報室
伊藤善也	日本赤十字北海道看護大学看護学部
長 和俊	北海道大学病院周産期母子センター
豊島勝昭	神奈川県立病院機構神奈川県立こども医療センター新生児科
岩田幸子	名古屋市立大学医薬学総合研究院
平野慎也	大阪府立病院機構大阪母子医療センター
中野有也	昭和大学医学部小児科学講座
竹内章人	国立病院機構岡山医療センター臨床研究部成育医療推進室
落合正行	九州大学環境発達医学研究センター
橋本圭司	昭和大学医学部リハビリテーション講座
永田雅子	名古屋大学心の発達支援研究実践センター



ご視聴ありがとうございました