

## 子どものこころの診療におけるひとり親家庭の現状

研究分担者 山崎 知克（浜松市子どものこころの診療所）  
研究協力者 野村 師三（浜松市子どものこころの診療所）  
青田奈津紀（浜松市子どものこころの診療所）

### 研究要旨

本研究では当院を受診したひとり親家庭における検討を実施した。平成 26～27 年度における当院初診患者 1,388 世帯の中で、ひとり親家庭は 246 世帯(17.7%)であり、母子家庭は 211 世帯(15.2%)であった。診断名別割合の比較では、反抗挑発症(OR2.02)、小児期反応性愛着障害(OR3.87)、心的外傷後ストレス障害(OR3.06)、解離性障害(OR7.80)であり、いずれもひとり親家庭の方が高かった。家族背景の比較では、子ども虐待(OR8.43)、DV(OR9.70)、保護者の精神科受診(OR3.15)、保護者の被虐待歴(OR3.28)、子どもの要保護歴(OR5.87)、子どもの施設入所歴(OR8.69)と、いずれもひとり親家庭の方が高かった。以上の結果より、ひとり親家庭に至るまでに親子が逆境的境遇により傷いているため、子どもがより重症の精神疾患を抱えていても母親が治療のためのキーパーソン機能を十分に担えられなくなっていることが示唆された。ひとり親家庭における子どものこころの診療では、親子並行治療の体制整備や、経済的困窮の改善も含めた包括的支援体制が必要と考えられた。

### A. 研究目的

我が国では子ども虐待、発達障害をはじめとした社会問題への対応の必要性が叫ばれ、児童虐待の防止等に関する法律（2000 年、以下虐待防止法と記す）や発達障害者支援法（2004 年）により法整備はなされたものの、実際の効力を発揮するには至っていない。

全国児童相談所における児童虐待相談対応件数は毎年増加している。2016 年度では 122,578 件となり、虐待防止法施行前年である 1999 年との比較では約 10.5 倍の増加<sup>1)</sup>となった。虐待された子どもとその親を治療することができる医療機関の整備は全国的に進んでおらず、遺憾なことだが子どもの虐待死（心中を除く）が毎年 50 名前後発生<sup>2)</sup>している。

発達障害では、その特性を有しながら小

学校および中学校普通級に在籍する子ども 6.5%（文科省，2012）<sup>3)</sup>と特別支援学級および特別支援学校在籍の児童生徒 2.7%（文科省，2011）<sup>4)</sup>を合わせると、発達障害児数は小・中学生の 9.2%に及んでいることになる。一方で、発達障害児に必要な診療および支援は不十分な状況が継続しているため、2017 年 1 月に総務省は「発達障害者支援に関する行政評価・監視」を公表<sup>5)</sup>した。その中で、初診待機が 3 か月以上と長期化していること、専門医療機関が不足していることを指摘し、厚労省に対する是正勧告がなされた。こうした流れを受け、今後我が国における子どものこころの診療が充実して、問題解決に向けた取り組みが進捗していくことを願うものである。

全国を基準として考えた際に、子どもの

こころの診療における課題は「専門医療機関の確保」となるが、浜松市子どものこころの診療所（以下、当院）では専門医を既にある程度確保し、子ども虐待や発達障害をはじめとした子どものこころの診療を行いながら、診療上不可欠となる教育・保健・福祉機関との関係構築がなされている。そのような行政的医療を行う立場の当院では、受診する子どもたちの「家庭基盤の脆弱さ」について注視している。なぜなら、子どもの診療は保護者の同意を得て行うことが一般的であり、伝えられた治療方針に沿って改善を目指すためには保護者の役割（キーパーソン機能）に期待する部分が非常に大きいからである。ここ数年の診療における印象として、キーパーソン機能が低下している保護者が増えており、子どもの問題解決が以前より一層困難となっているのである。

こうした状況を踏まえて、家庭への支援が必要になることが多い「ひとり親家庭」について分析して検討を実施したので、文献的考察を加えて報告する。

## B. 研究方法

### 1) 浜松市子どものこころの診療所の概要

当院は 2007 年より政令市となった浜松市により 2011 年に設置された児童精神科クリニックであり、1992 年に設立された浜松市発達医療総合福祉センター友愛のさと診療所と浜松市における行政的医療を二分している。常勤精神科医師 2 名、非常勤精神科医師 5 名、臨床心理士 5 名、言語聴覚士 3 名、精神保健福祉士 4 名、保健師 2 名、看護師 3 名が配置されている。開業医（小児科・精神科）、総合病院（小児科・精神科）、保健所、児童相談所、教育

委員会などの紹介にて初診予約を行い、初診待機期間は約 3 か月となっている。

### 2) 当院における初診患者の診断別分類と年齢構成

当院の平成 26・27 年度初診患者 1,451 名の診断別分類(図 1, 第 1 病名のみ集計)では広汎性発達障害 35%, 注意欠如多動障害 19%, 知的障害 6%, 不登校 5%などとなっており、いわゆる虐待により生じる小児期反応性愛着障害(4%)や、心的外傷後ストレス障害(3%), 解離性障害(2%)など重度の精神疾患も診療対象としている。初診患者の年齢構成は就学前幼児 31%, 小学生 48.4%, 中学生 19.8%であった。これとは別に、初診患者の約 15%に相当する 210 名の保護者において診療カルテを作成して親子並行治療を実施した。

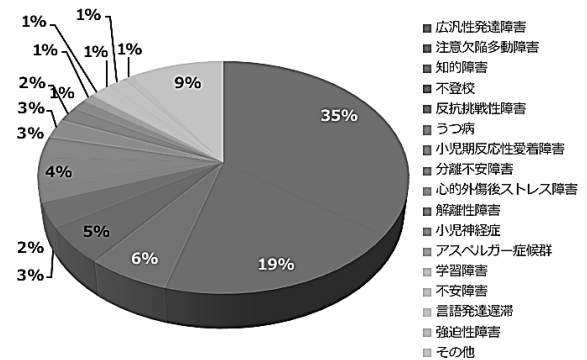


図 1 浜松市子どものこころの診療所における H26～27年度初診患者の診断別分類(1,451名)

### 3) 初診時における家庭基盤の脆弱さの状況

当院ではソーシャルワーカーにより初診時のインタビュー面接を実施しているが、その際に初診患者の 59.8%において何らかの家庭基盤の脆弱さがみとめられた。重複を含む内訳(図 2)では、虐待 20.9%, 保護者の精神・知的障害 18.7%, ひとり親家庭 18.6%, 保護者の被虐待歴 15.8%, ドメスティックバイオレンス(DV) 13.0%などであった。

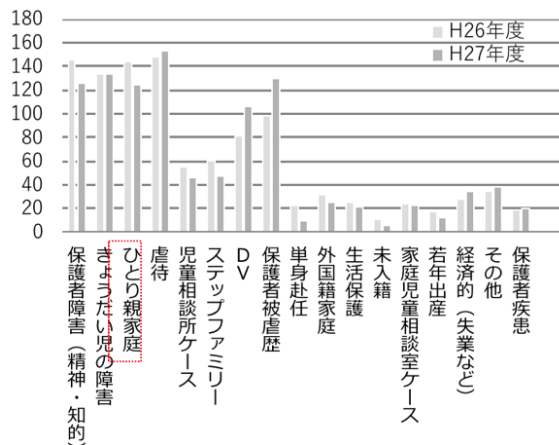


図2 初診患者における家庭基盤の脆弱さ

平成 26・27 年度のきょうだいケースを除く 1,388 世帯中、ひとり親家庭は 246 世帯と全体の 17.7% (図 3, 母子家庭 211 世帯・15.2%, 父子家庭 35 世帯・2.5%) を占めており、ひとり親家庭の全国的割合 7.6% (母子家庭 6.8%, 父子家庭 0.8% : 厚労省, 2012) <sup>6)</sup> の割合を上回った。ひとり親家庭となった理由では離婚が 90.6% と最多で、未入籍 5.6%, 死別 3.6% などであった。

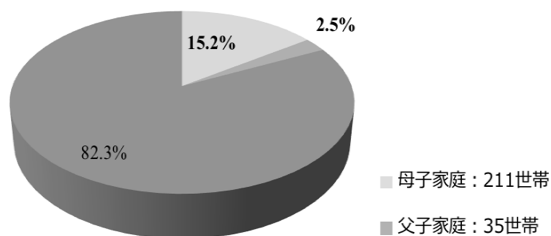


図3 ひとり親家庭の割合

#### 4) 本研究における対象と方法

平成 26・27 年度に当院初診となったひとり親家庭 246 世帯とその子ども 269 名を対象とし、それ以外の家庭(1,142 世帯, 1,182 名)について診断別割合および家庭背景の比較を行うと共に、保護者の学歴、就業状況、生活保護受給率、保護者の学歴・就業状況と子どもの IQ について比較をおこなった。

方法としては、診療録およびソーシャル

ワーク記録による記載事項より必要な情報の抽出をしない、オッズ比および  $\chi^2$  検定を実施した。

なお、本研究は浜松市発達医療総合福祉センターにおける倫理委員会の承認 (H26-12) を得て実施した。

### C. 研究結果

#### 1) ひとり親家庭とその他の家庭におけるオッズ比 (表 1)

ひとり親家庭では反抗挑戦性障害におけるオッズ比 (Odds ratio, 以下 OR) が 2.02(1.20-3.39, 95% 信頼区間, 以下 95%CI), つまり発症リスクが 2 倍であった。以下、小児期反応性愛着障害では OR 3.87 (2.43-6.16, 95%CI), 心的外傷後ストレス障害では OR 3.06 (1.78-5.28, 95%CI), 解離性障害では OR 7.80 (4.12-14.8, 95%CI) であった。

診断名	全体 (%) N=1451	ひとり親 (%) N=269	その他家庭 (%) N=1182	オッズ比
自閉症スペクトラム症	50.1	36.4	54.7	
注意欠陥多動症	27.7	30.1	27.2	
知的発達症 (知的障害)	9.0	10.7	8.8	
反抗挑戦症	4.9	8.2	4.2	2.02
小児期反応性愛着障害	5.4	13.0	3.7	3.87
心的外傷後ストレス障害	3.9	8.6	3.0	3.06
解離性障害	2.9	9.7	1.4	7.80
うつ病	3.3	3.3	3.3	
不登校	7.6	6.0	8.2	

表1 ひとり親とその他家庭における診断名別割合 (\*重複含む)

#### 2) ひとり親家庭とその他の家庭における家族背景のオッズ比 (表 2)

ひとり親家庭では、虐待の家族背景が 59.1% で確認され、OR は 8.43 (6.30-11.3, 95%CI) であった。以下、DV(41.6%)では OR 9.70 (6.96-13.5, 95%CI), 保護者の精神科受診歴 (35.0%) は OR 3.15 (2.34-4.25, 95%CI), 保護者の被虐待歴 (34.6%) は OR 3.28 (2.43-4.43, 95%CI), 要保護ケース歴 (27.9%) は OR 5.87

(4.11-8.39, 95%CI), 施設入所歴(11.9%)  
では OR 8.69 (4.93-15.3, 95%CI)であっ  
た。

	ひとり親家庭 N=269		その他家庭 N=1182		オッズ比
	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)	
虐待	159	59.1	173	14.6	<b>8.43</b>
DV	112	41.6	81	6.9	<b>9.70</b>
保護者精神科受診	94	35.0	172	14.6	<b>3.15</b>
保護者被虐待歴	93	34.6	164	13.7	<b>3.28</b>
要保護歴	75	27.9	73	6.2	<b>5.87</b>
施設入所歴	32	11.9	23	1.9	<b>6.80</b>

表2 ひとり親とその他家庭における家族背景の比較 (\*重複含む)

### 3) 保護者の学歴

ひとり親家庭では中卒者（高校中退を  
含む）の占める割合が 27.2%と多く，母  
子家庭の 27.5%，父子家庭の 25.7%を占  
めていた。全国平均は 13.8%（厚労省，  
2015）<sup>6)</sup>であり，当院のひとり親家庭に  
おける中卒者は約 2 倍と高かった。

### 4) 保護者の就業状況（表 3）

母子家庭における就業状況ではパート  
47.4%，無職 27.5%，正規職員 22.3%で  
あり，全国比較でも母子家庭の就業率は  
低く，非正規就労率は高い結果であった。  
就労状況は不安定であり，無職の場合も  
多いため何らかの就労できない理由の存  
在が示唆された。

就業状況	母子家庭 N=211		父子家庭 N=35	
	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)
正規職員	47	22.3	20	57.1
自営	6	2.9	7	20.0
パートなど	100	<b>47.4</b>	7	20.0
無職	58	27.5	1	2.9

表3 保護者の就業状況

### 5) 生活保護受給率

ひとり親家庭における生活保護受給率  
は 15.4%であり，全国割合 <sup>7)</sup>と比較して  
大きな差異をみとめなかった。

### 6) 保護者の学歴・就業状況と子どもの IQ 比

較（図 4， $\chi^2$ 検定）

初診患者全体における保護者の学歴お  
よび就業状況と子どもの IQ について比  
較した。保護者が中学卒である際の子ど  
もの平均 IQ は 83.1 であり，短大卒およ  
び大学卒の保護者の子どもの IQ と比較  
して有意な低下( $p<0.001$ )をみとめ，高校  
卒と大学卒の子どもの IQ 比較でも有意  
な低下( $p<0.05$ )を示した。また就業状況で  
は，親が正規職員の子どもと比較して，  
無職の親の子どもにおける平均 IQ は  
84.9 と有意な低下( $p<0.05$ )をみとめた。

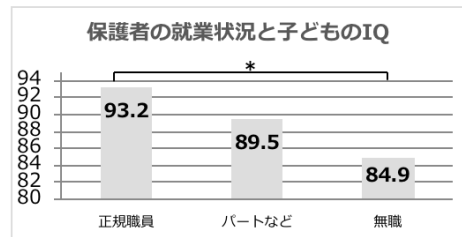
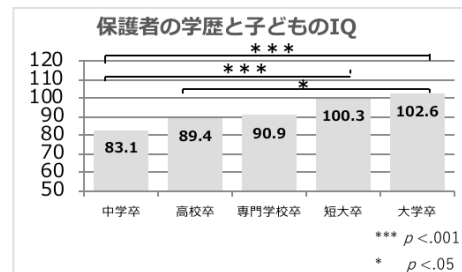


図4 保護者の学歴・就業状況と子どものIQ比較

### 7) 症例提示

ひとり親家庭における親子併行治療例  
を提示する。当該親子から誌上報告にお  
ける同意を得ているが，個人情報保護の  
観点から文意を損ねない範囲で細部の修  
正を行なっていることを付記する。

[症例] 初診時 10 歳女兒

[診断] 注意欠如多動症，反抗挑発症

[家族歴] 母親（40 歳，看護師）と本人  
（同胞三人の第三子）と次兄の三人暮らし。  
父親は金銭面や生活態度に無頓着で，き  
ょうだいと母親への暴言が多く，仕事は  
していたが生活費を入れないため，本人

が2歳の時に離婚となった。長男(18歳, アルバイト)は1年前に窃盗と器物損壊により少年院に収監された。次兄(13歳)は登校継続していたが夜遊びが多く, 喫煙の常習などの問題行動により児童相談所が関わっていた。

[現病歴] 本人は小学校で人の持ち物を持ってきてしまうことが度々あり, その都度注意を受けていたが改善はなかった。小4となって爪噛みや自傷行為(ライターで腕や足に火傷をつくる)ことがみられ, 学習面でも遅滞を認めていた。次兄のことで関わりのあった児童相談所に相談し, X年4月(小5)当院初診となった。

[受診後経過] 診察後の評価にて, FSIQ98 と正常範囲であったが, ADHD-RS 35点と高得点であった。母親から見て不注意と落ち着きのなさが顕著であること, 教諭から授業中に集中が持続できないことを指摘されており, 本人も集中して取り組めないことにイライラしてしまうとの訴えがあったため, 注意欠如多動症(ADHD)と診断した。臨床心理士による認知行動療法とOROS-MPHによる薬物療法を行ったところ, 特に苦手だった日記や書き取りなど学習面での改善を認めて授業態度が改善し, 本人の悩みや不安を言語化して表現できるようになり, 問題行動は激減した。一方で母親には本人の良い行動を増やし, 母子関係の改善を目標としたペアレントトレーニングを実施し, また母親自身の焦燥感や睡眠障害を改善するための薬物療法を行ったところ, これらが奏功して毎日の生活がうまく回るようになった。本人への心理・薬物療法と母親へのペアレントトレーニング・薬物療法に

よる母子並行治療により, 双方の自尊感情と関係性を改善することができた。

## D. 考察

### 1) ひとり親家庭とその他家庭における診断名別割合と家族背景の比較

ひとり親家庭では表1に示すように小児期反応性愛着障害, 心的外傷後ストレス障害, 解離性障害など, 子どものこころの診療においてより重篤な疾患のオッズ比上昇が認められた。ひとり親家庭の中で母子家庭が多いことを念頭に, この解釈上の注意喚起をしたい。それは母子家庭であることが重症疾患を呈する原因ということではなく, 母子家庭に至るまでの経緯が子どもと母親にとって逆境的境遇になっているという点である。家族背景の比較(表2)として, 虐待, DV, 保護者の精神科受診歴・被虐待体験, 子どもの要保護歴・施設入所歴などのオッズ比が上昇しており, ひとり親家庭における逆境的境遇の可能性が示唆された。

はじめに述べたとおり, 子どものこころの診療における諸問題の解決を困難にする大きな要因の一つはキーパーソン機能の低下であるが, この原因として母子関係の希薄があり, 問題解決以前に子どもの病状をより一層進行させることにつながるため, 看過できない大問題である。ひとり親家庭の家族背景の中で最もオッズ比の高いDVについて, バンクロフト<sup>8)</sup>は「母親の権威をおとしめること」「子どもが頼るべき母子関係を希薄にさせ, 子どもの安全感を剥奪すること」など母子への影響として述べている。母親自身が離婚することはできたもののDVによって傷つき, 精神的回復が十分でない段階で子どものこ

るの問題を改善するためにキーパーソンとして取り組むことは非常に困難なのである。

## 2) ひとり親家庭に必要となる包括的支援

ひとり親家庭の保護者においては高校中退を含む中卒者が27.2%であり、パートなどの非正規就労率が高いことから、経済的問題を抱えている可能性が示唆された。貧困により家庭でのコミュニケーションが少なくなり、余暇時間を家族で過ごしにくくなることなどについての報告<sup>9)10)</sup>は既に多数あるが、貧困は母子関係の希薄さにもつながる大きな問題の一つである。非正規就労の場合には母親が子どもの診療のために時間を捻出できないことが多く、子どものこころの診療において問題となっている。助成制度等の利用についても支障をきたしている。例えば、母子家庭等医療費助成制度を用いた際に当座の支払いが発生し、DVから逃げているために居場所の特定を恐れて保険証が使えない際には医療費の全額実費負担が必要になることが例としてあげられる。

ひとり親家庭は、世代間連鎖、DV被害、子どもの障害など、自己責任論ではまとめられない様々な要因が重なり合って多くの困難を抱えており、有効な支援がなければ次世代に問題が連鎖することが容易に想像される。その支援の方向性としては、子どものこころの問題をきっかけとして、ソーシャルワーカーによる家族介入によって親子を精神科受診させることが、高いオッズ比を示した精神障害(RAD, PTSD, DD)の治療と、その背景要因(虐待, DV, 保護者のトラウマ)への支援につながる一助となるであろう。しかしそれだけでは不十分で、教育的配慮や経済的負担の軽減など、

生活を改善するための包括的かつ重層的な支援が必要となる。現内閣が方針を示している幼稚園・保育園や公立高校と大学の教育無償化や、市役所など公共機関の土日開庁、母子手当の引き上げなど、制度改革が必要ではないだろうか。6人に1人が貧困家庭の子どもであることを念頭として、その多くの割合を占めるひとり親家庭への支援として何が有効なのか、今後多方面の検討がなされていくことを期待したい。

## 3) 子どものこころの診療におけるパラダイムシフトの必要性

現在の我が国において一般的となっているひとり親家庭を対象とした本研究を通じ、従来の子どものこころの診療という視点のみでは治療的解決が困難となっている現状に直面した。子どものこころの診療における今後の方向性について、以下の三点を提言したい。

一つ目は、子どものこころの診療をすべての小児科医における基本的な診療範囲として考えるという意識改革である。注意欠如多動症や自閉スペクトラム症など発達障害の有病率は約10%<sup>3)</sup>であり、不登校(有病率約2%)<sup>12)</sup>や子ども虐待(同2%)<sup>13)</sup>を含めた当該診療範囲における有病率は14%に及んでいる。これは喘息(同5%)<sup>14)</sup>、アトピー性皮膚炎(同12%)<sup>14)</sup>、食物アレルギー(同2%)<sup>14)</sup>など小児のアレルギー性疾患と比較しても遜色ない程の有病率でもあり、卒前卒後の小児医学教育においても基本領域として位置づけがなされるべきではないだろうか。

二つ目は、小児科医が子どもだけを診療対象とせず家庭の問題すべてを守備範囲にするという意識改革である。従来から小児科医には *another side of Pediatrics*

という考え方があり、保護者や子どもを取り巻く環境や生活そのものへの対応を大切にしていこうという信念がある。子どもだけではなく、親自身の生活、保育園・幼稚園や学校環境を考える視点を重視し、家庭生活全般を見ていく視点はこころの診療だけではなく全ての診療領域で求められるものであろう。さらに、子どもと同様の精神的問題を抱える保護者に対して、子どもと並行した治療を行うことで改善し、キーパーソン機能を再構築できるようにできれば良いが、同一施設で親子並行治療が難しい場合には大人の治療機関における連携診療が円滑になされていくことが望ましい。

三つ目は、前述の視点を持って生活そのものの改善を考えていくために、コメディカル職員(ソーシャルワーカー、臨床心理士等)を積極的に配置することである。これにより十分な情報収集をしたうえで多角的評価を行い、親子双方への専門的な関わりを効果的に実施することができる。今後は家庭や園・学校に出向いて、家族や教諭などの協力で生活場面での環境調整を直接実施できる精神科訪問看護、保育所等訪問事業など個別支援が求められる時代へと推移するのではないだろうか。医療は時代や社会情勢とともに変化するべきものであり、様々な環境で生活するすべての親子が幸せになれるようにするため、医療として何をしていくべきかを考えていくことが重要である。

## E. 結論

本研究は当院における単一施設を対象としており、行政医療の役割を担っていることによる以下のバイアスが考慮される

べきである。すなわち、児童相談所や児童福祉施設などが関与する症例の割合が多い可能性、地域における専門医療機関として重症疾患症例が集積した可能性、社会福祉課が関与する貧困およびひとり親家庭が集積した可能性などである。

また、先行研究として同様の報告を見つけ出すことができなかつたため、ひとり親家庭における子どものこころの診療という点での比較検討ができなかつたことが限界点である。

ひとり親家庭の現状を検討する中で、子どものこころの診療における多くの課題が見えてきたように感じている。特に市町など行政との緊密な連携構築がとても重要である。近年では制度改正などにより改善傾向ではあるが、前述したソーシャルワークや療育的関わりは不採算な場合が多い。また子どものこころの診療には地域の保健所や保健センター、社会福祉課、児童相談所、教育委員会、園・学校と緊密な連携が必要となるため、行政が連携の要として一義的に関わり、必要に応じた予算措置を講じることができるかどうかは地域の問題解決の成否に関わる最重要事項である。

行政の一義的参画のためには国公立の大学や治療機関が地域の子どものこころの診療に注目して、積極的にその役割を担うことがまず必要となるため、諸先生におけるさらなるご尽力をぜひお願い申し上げたい。

本研究が今後の我が国における子どものこころの診療の発展のための一助となることを願うものである。

## 【参考文献】

- 1) 厚労省ホームページ(平成 28 年度児童相談所での児童虐待相談対応件数<速報値>)  
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouuhappyou-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000174478.pdf> (H29.11.30 閲覧)
- 2) 厚労省ホームページ (子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について<第 13 次報告>及び児童相談所での児童虐待相談対応件数)  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000173365.html> (H29.11.30 閲覧)
- 3) 文科省ホームページ (通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果について)  
[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/tokubetu/material/\\_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729\\_01.pdf](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/tokubetu/material/_icsFiles/afieldfile/2012/12/10/1328729_01.pdf)  
(H29.11.30 閲覧)
- 4) 文科省ホームページ (特別支援学校の現状)  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chukyo/chukyo3/044/attach/\\_icsFiles/afieldfile/2012/05/28/1321571\\_1.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/044/attach/_icsFiles/afieldfile/2012/05/28/1321571_1.pdf) (H29.11.30 閲覧)
- 5) 総務省ホームページ (発達障害者支援に関する行政評価・監視)  
[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000459242.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000459242.pdf) (H29.11.30 閲覧)
- 6) 厚労省ホームページ (ひとり親家庭等の現状について)  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000083324.pdf>  
(H29.11.30 閲覧)
- 7) 厚労省ホームページ (生活保護制度の現状について)  
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000164401.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000164401.pdf) (H29.11.30 閲覧)
- 8) Bancroft L, Silverman JG : The Batterer as Parent. Addressing the impact of Domestic Violence on family dynamics. (邦題 DV にさらされる子どもたち) pp.38-31. 金剛出版. 2004.
- 9) 水無田気流. シングルマザーの貧困. pp.15-52, 131-174. 光文社新書. 2014.
- 10) 阿部彩. 子どもの貧困—日本の不公平を考える. pp.39-72. 岩波新書. 2008.
- 11) 子どもの貧困白書編集委員会. 子どもの貧困白書. pp.10-65. 明石書店. 2009.
- 12) 文科省ホームページ (不登校児童生徒への支援)  
[http://www.mext.go.jp/component/b\\_menu/shingi/toushin/\\_icsFiles/afieldfile/2016/08/01/1374856\\_2.pdf](http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2016/08/01/1374856_2.pdf)  
(H30.3.3 閲覧)
- 13) 杉山登志郎. 子ども虐待という第四の発達障害. p.20. 学研のヒューマンケアボックス. 2007.
- 14) 厚労省ホームページ (アレルギー疾患の現状等)  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10905100-Kenkoukyoku-Ganshippeitaisakuka/0000111693.pdf> (H30.3.3 閲覧)

## F. 研究発表

### 1. 論文発表



- ・山崎知克他. 子どものこころの診療における「ひとり親家庭」の現状と課題. 子どもの心とからだ. (投稿中)

## 2. 学会発表

- ・野村師三、山崎知克、他：児童虐待におけるアウトリーチ（精神科訪問看護と相談支援事業）. 一般口演.  
第 21 回日本子ども虐待防止学会. 新潟市. 2015. 11.
- ・青田奈津紀, 山崎知克, 他：子どものこころの診療を困難にする家庭基盤の脆弱さについての検討—ひとり親家庭の分析を中心に. 一般口演. 第 115 回日本小児精神神経学会, 東京. 2016. 6.
- ・山崎知克, 齊藤和恵：ひとり親家庭における子どものこころの診療の現状と課題. 一般口演. 第 34 回日本小児心身医学会学術集会, 長崎. 2016. 9.
- ・山崎知克：子どものこころの診療における現状と課題. モーニングセミナー 1.  
第 64 回日本小児保健協会学術集会. 大阪府. 2017. 6.
- ・山崎知克, 岩城貴美枝, 杉山登志郎：小児精神診療における「ひとり親家庭」の現状と課題. 一般口演.  
第 113 回日本精神神経学会学術集会, 名古屋. 2017. 6.
- ・山崎知克：ひとり親家庭と乳児院研究から見えてきた親子の実情. 教育セミナー 1.  
第 35 回日本小児心身医学会学術集会. 金沢市. 2017. 9.
- ・淵野俊二, 山崎知克：安定化と EMDR を用いた DV 被害母子の一症例. 一般口演.  
第 35 回日本小児心身医学会学術集会. 金沢市. 2017. 9.

## G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 1. 特許取得

なし

## 2. 実用新案登録

なし

## 3. その他

なし