

平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）

親子の心の診療を実施するための人材育成方法と
診療ガイドライン・保健指導プログラムの作成に関する研究

平成 29 年度 総括・分担研究報告書

平成 30 年（2018）3 月

研究代表者

久留米大学医学部 小児科学講座

永光信一郎

目次

I. 総括研究報告書

親子の心の診療を実施するための人材育成方法と診療ガイドライン・保健指導プログラムの作成に関する研究

永光信一郎 (久留米大学小児科学講座)

II. 分担研究報告

1. ライフステージからみた親子の心の診療に関する多職種連携に関する研究

永光信一郎 (久留米大学小児科学講座)

2. 小児科視点からみた親子の心の診療に関する課題整理と対策

村上 佳津美 (近畿大学医学部堺病院 心身診療科)

3. 親子の心の診療が必要な家族の実態調査に関する研究

岡田 あゆみ (岡山大学大学院医歯薬学総合研究科小児医科学)

4. 子どものこころの診療におけるひとり親家庭の現状

山崎 知克 (浜松市子どものこころの診療所)

5. 摂食障害の子どもと親の関係性調査に関する研究

道端 伸明 (東京大学大学院医学系研究科ヘルスサービスリサーチ講座)

6. 親子の心の診療に関する研究

大西 雄一 (東海大学医学部専門診療学系精神科学)

7. 産後健診による育児困難事例の早期発見

荻田 和秀 (りんくう総合医療センター産婦人科)

8. 親子の心の診療 における産科・精神科連携体制 の提案 関する研究

川名 敬 (日本大学医学部産婦人科) 鮫島浩二 (さめじまボンディングクリニック)

9. 産後うつ病の母親と子どもの関係に関する研究

山下 洋 (九州大学病院子どものこころの診療部)

10. メンタルヘルスの問題を抱える妊産婦と家族への支援体制の構築

片岡 弥恵子 (聖路加国際大学大学院ウィメンズヘルス・助産学)

11. メンタルヘルス・育児の問題を抱える妊産婦と家族への支援体制の構築

—1 地方における支援体制の現状と課題—

平林 優子 (信州大学医学部保健学科 小児・母性看護学領域)

12. 発達障害をもつ家庭の親子支援に関する研究 食事に関する問題行動への対応策

岡 明 (東京大学医学部小児科)

13. 学校における保健教育の現状

内山 有子 (東洋大学ライフデザイン学部)

14. 健やか親子21(第2次)との連携・事業推進—子どもの自殺に対する意識向上と対策

の共有に関するアンケート調査—

三牧 正和 (帝京大学医学部小児科学講座)

15. 研究思春期医療を担う人材育成のための教育プログラム開発に関する研究

関口 進一郎 (慶應義塾大学医学部小児科学教室)

16. CBTを用いた親と子の心のケアを実施するための人材育成法と保健プログラムの開発

堀越 勝 (国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター)

17. CBTを用いた親と子の心のケアを実施するための人材育成法と保健プログラムの開発

片柳 章子 (国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター)

III. 参考資料

- ・ 親子の心の診療に関する多職種連携に関するアンケート

- ① 福岡県/ 大分県 市町村用アンケート
- ② 福岡県/ 大分県 小児科医療機関用アンケート
- ③ 福岡県/ 大分県 精神科医療機関用アンケート
- ④ 福岡県/ 大分県 産婦人科医療機関用アンケート

(アンケートは福岡県用のみを掲載。大分県用の設問項目は福岡県用と同一)

- ⑤ 都道府県 小児科医会用アンケート
- ⑥ 都道府県 精神神経科診療所協会用アンケート
- ⑦ 都道府県 産婦人科医会用アンケート

- ・ 親子の心の診療に関する多職種連携に関するアンケート集計結果

- ① 福岡県/ 大分県 行政機関 小児科 産婦人科 精神科医療機関比較
- ② 福岡県/ 大分県 行政機関比較
- ③ 福岡県/ 大分県 小児科医療機関比較
- ④ 福岡県/ 大分県 産婦人科医療機関比較
- ⑤ 福岡県/ 大分県 精神科医療機関比較
- ⑥ 福岡県 (福岡地域 北九州地域 筑豊地域 筑後地域) 行政機関比較
- ⑦ 福岡県 (人口 3 万人未満地域 3 万人以上地域別) 行政機関比較
- ⑧ 大分県 (人口 3 万人未満地域 3 万人以上地域別) 行政機関比較
- ⑨ 都道府県 小児科/ 産婦人科医会・精神神経科診療所協会比較 (行政参考データ含む)

親子の心の診療を実施するための人材育成方法と診療ガイドライン・
保健指導プログラムの作成に関する研究 (H29-健やか-一般-005)

研究代表者 永光 信一郎 (久留米大学小児科学講座)

分担研究者 (順不同)

三牧 正和 (帝京大学医学部小児科学講座)
岡 明 (東京大学医学部小児科)
川名 敬 (日本大学医学部 産婦人科学講座)
荻田 和秀 (りんくう総合医療センター産婦人科)
堀越 勝 (国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター)
山下 洋 (九州大学病院子どものこころの診療部)
片岡 弥恵子 (聖路加国際大学大学院ウィメンズヘルス・助産学)
村上 佳津美 (近畿大学医学部堺病院 心身診療科)
山崎 知克 (浜松市子どものこころの診療所)
岡田 あゆみ (岡山大学大学院医歯薬学総合研究科小児医科学)
大西 雄一 (東海大学医学部専門診療学系精神科学)
道端 伸明 (東京大学大学院医学系研究科ヘルスサービスリサーチ講座)
内山 有子 (東洋大学ライフデザイン学部)
関口 進一郎 (慶應義塾大学医学部小児科学教室)
片柳 章子 (国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター)
平林 優子 (信州大学医学部保健学科 小児・母性看護学領域)

研究協力者 (順不同)

小柳 憲司 (長崎県立こども医療福祉センター小児心療科)
鮫島 浩二 (さめじまボンディングクリニック)
藤内 修二 (大分県福祉保健部参事監 兼 健康づくり支援課)
伊藤 正哉 (国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター)
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)
柳村 直子 (日本赤十字医療センター)
重安 良恵 (岡山大学病院小児医療センター小児科子どものこころ診療部)
藤井 智香子 (岡山大学病院小児医療センター小児科子どものこころ診療部)
芳賀 亜紀子 (信州大学医学部保健学科 小児・母性看護学領域)
徳武 千足 (信州大学医学部保健学科 小児・母性看護学領域)
鈴木 泰子 (信州大学医学部保健学科 小児・母性看護学領域)
石井 隆大 (久留米大学小児科学講座)
松岡 美智子 (久留米大学神経精神医学講座)

研究要旨

【目的】

現在の子どもを取り巻く社会環境は、少子化、経済格差の拡大、SNS に依存した生活習慣、母子保健課題の地域格差拡大など 10 年前に比べ大きな変容を認める。その様な中、子どもの心の問題もライフステージに沿って多彩な様相を呈している。妊娠期～新生児期は、特定妊婦、要保護児童、虐待死、特別養子縁組の問題を認め、乳幼児期は発達の偏りを軸にした育てにくさの問題、そして思春期には自殺率の上昇や不健康なやせの増加を認めている。これらの問題に共通する点は、1) それら問題は親を含む家族の心の問題が背景に存在することがあること、2) その解決には多職種（小児科医、産婦人科医、精神科医、心理士、保健師、助産師、看護師、養護教諭）と行政の連携が不可欠であることである。本研究班に求められる課題は、1) 親子の心の診療に関する課題整理 2) 親子の心の診療に関する様々な専門家による連携体制の構築 3) 親子の心の診療を実施するための人材育成と研修プログラムの開発 4) 親子の心の診療ガイドライン・保健指導プログラムの作成である。初年度は、親子の心の診療の実際における様々な課題に関して、研究代表者、分担研究者が所属する学会、または研究者の活動フィールドにおける課題の整理を実施した。

【方法および結果】

小児心身医学会に所属する会員 500 名を無作為に抽出し、子どもの心の問題の診療に関するアンケート調査（回収率 51.8%）を行った。子どもの心の問題の診療時間の内、親の面談や支援に 50%以上の時間を割いていることが全てのライフステージの診療で確認された。親の心の支援や診療の内容は、親、家庭の社会的孤立、子どもの病気への親の対応の苦慮、親自身の問題の 3 つであった（村上・永光）。小児心身外来を受診した 860 例の中で母親に精神疾患を認めたものは 69 例（8%）で支援者がいない場合、子どもの転帰において悪化や中断を多く認めた（岡田）。子どものこころの診療所を訪れた 1,388 世帯の中でひとり親家庭は 246 世帯（17.7%）あり、子どもにより重症の精神疾患を認め、家族背景でも保護者の精神疾患、被虐待歴などを多く認めた（山崎）。摂食障害の子ども（66 名）と親の関係性に関する調査では 1 年後の親子関係が良好なほど、望ましい体重増加が得られていた（道端）。児童青年精神神経学会代議員における調査（100 名 回収率 62%）においても子どもの心の問題に養育者の心の問題の関係が強く関わり、家族全体の診療が重要である認識が確認された（大西）。周産期分野に関する調査では、産後 2 週間検診対象妊婦 755 人のうち 542 人（70%）が利用し 1 名が健診結果にて継続見守りが必要、5 名が赤ちゃんの気持ち質問紙で見守りが必要と判断された（荻田）。特別養子縁組の養父母から見た親子支援における意識調査（57 組 回収率 100%）では監護期間中の公的育儿支援が受けにくいことに対する不安が浮き彫りとなった（川名、鮫島）。周産期の養育者のメンタルヘルスと親子関係に関する文献的研究では、産後うつと並んでボンディング障害の重要性が見出された（山下）。周産期メンタルヘルスに関する社会的ハイリスク妊婦と家族の支援に関して、助産師に対する半構成的のインタビューでは課題として 1) 支援体制の課題、2) 連携の課題、3) 支援者の課題が抽出された（片岡）。同様の調査を地方都市でも実施し、【地域で構築してきた連携・支援体制】、【対象の特性からの支援・連携上の方略や配慮】【支援体制・連携上

の課題】の3つのカテゴリを抽出した（平林）。福岡県および大分県の全市町村および小児科、産婦人科、精神科の全医療機関の計1,267カ所に親子の心の診療に関する連携課題のアンケートを実施した（回収率60.5%）。行政機関、医療機関とも山積する母子保健課題に対する危機意識を有し、互いの連携を切望しているものの、情報の共有化、具体的連携の在り方の術を有していないことが抽出された（永光）。乳幼児期の育てにくさの要因のひとつである発達障害の食事課題に対して、文献的考察から得られる情報提供の重要さが親子支援に重要であることが指摘された（岡）。学童思春期の子どもに対する保健教育において心の健康教育が十分実施されていないことが明らかとなった（内山）。思春期の喫緊の保健対策である自殺予防教育について健やか親子21推進協議会に所属する88団体・学会に対するアンケート調査（回収率64%）では各団体・学会が関わることのできる施策が抽出された（三牧）。親子の心の診療に対する人材育成のための教育プログラムの国内外文献レビュー（関口）と認知行動療法を用いた親と子のこのケア実施のための人材育成・保健指導プログラムに対する草案（堀越・片柳）の検討も行われた。

【考察】

親子の心の診療に関する課題整理として以下の5項目を抽出した。

- 1) 親・家族の心の診療の重要性・必要性の共有
- 2) 診療報酬に反映させた親子の心の診療の構築
- 3) 行政機関と医療機関の間での情報共有の推進
- 4) 親子支援の在り方の多職種間相互理解の促進
- 5) CBT, e-learning等を活用した人材育成の開発

子どもの心の診療には全てのライフステージにおいて、親を含めた家族の心の支援・診療が必要であることが、各分担研究者の調査結果、文献的考察からも改めて明らかとなった。子どもが幸せになるためには、親や家族も幸せになれることが必要である。子どもの心の診療の中で、現在も実施されている親・家族の心の支援・診療が必要かつ重要であるとの認識を、診療に携わる関係者および患者家族当事者の間で共有していくことが必要である。本研究班での目標である「親子の心の診療ガイドライン」作成が期待される。また、心の支援、親子の支援には多くの人材と時間が提供されていることも明らかとなった。診療報酬に反映されるシステムが、親子のこころの診療を活性化させることが予想される。精神疾患を有する家庭やひとり親家庭など、経済的困窮や逆境的境遇から子どものキーパーソン機能を担えなくなった家庭もあり、医療の枠組みだけではなく行政的支援の充実が期待される。さらに周産期領域にはとくに行政機関と医療機関の情報共有の推進が求められ、多職種連携のためのコーディネーターの設置などが期待される。班会議での議論を通して、多職種連携推進のためには、各職種における親子の心の支援手法の相違などを互いに理解を深めることが重要であると思われた。親子の心の診療の推進のために、多職種が集まる機会を行政主導で実施することなどが期待される。親子の心の診療に携わる人材育成のためにICTやモバイルテクノロジーなどを利用した教育プログラムの開発も今後検討が重要と思われる。

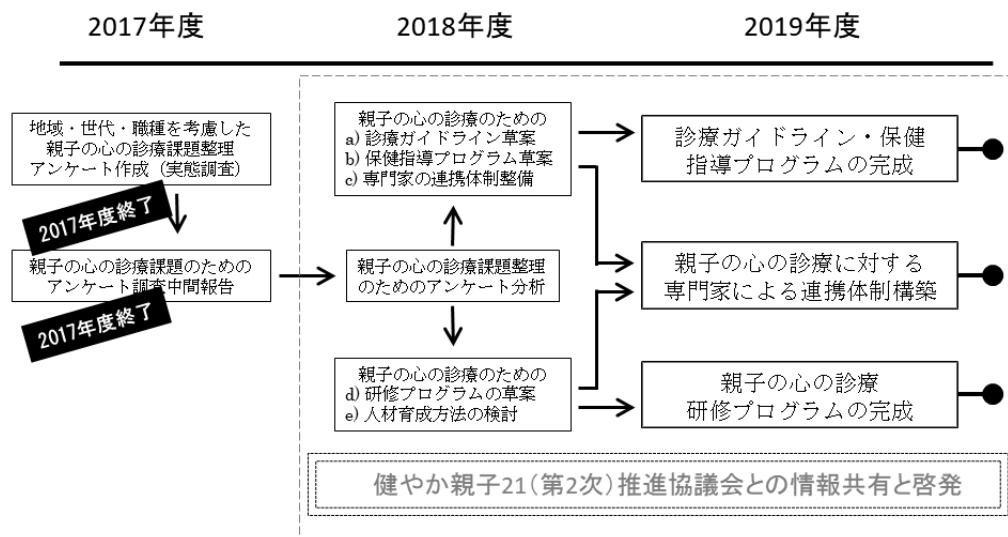
A. 研究目的

不登校、いじめ、虐待、自殺、摂食障害、発達障害など子どもの心の問題が常に社会的な関心を集める中、この10年間で子どもの心の診療体制が厚労省の施策のもと大幅に整備されてきた。平成17年に「子どもの心の診療医の養成」に関する検討会(柳澤班)が設立され、子どもの心の診療に携わる医師を三類型に分類し到達目標を示すことで、多くの医師が子どもの心の診療に従事する機会を作った¹⁾。平成20年からの子どもの心の診療拠点病院事業は、その後の子どもの心の診療ネットワーク事業として継続され、本格的に稼働している²⁾。しかし、子どもの心の問題は、時代背景や経済基盤とともに刻々と変容するため、講じてきた対策を常に見直し、更新していく事が求められる。子どもの心の問題は多様化している。自殺率、不健康なやせの上昇(健やか親子21第1次最終報告)や、情報媒体の普及に伴ういじめ、犯罪被害の増加に加え、今後は子どもの貧困率の上昇や経済格差による健康・希望格差の拡大で新たな問題が生じてくる。

子どもの心の問題は、親を含む家族の心の問題が背景に存在することがある。健やかな親子の関係確立と親子の心の診療が、妊娠期から乳児期における母子保健のメンタルヘルス課題の克服や虐待防止、学童期の発達障害の支援、思春期のメンタルヘルス課題の克服に必要である。本研究班に求められる課題は、親子の心の診療に関する課題整理を実施し(平成29年度)、1)子どもの心の問題解決のためのa)親子の心の診療体制の構築、b)小児科医・産婦人科医・精神科医の連携促進、c)医療と行政の連携強化案を構築し(平成30年度)、親子の心の診療に関する2)人材育成の強化、3)研修プログラム・診療ガイドラインの作成、4)保健プログラムの作成を実施することである(平成30、31年度)。研究計画のロードマップを図1に示す。

初年度は、親子の心の診療ガイドライン作成・保健プログラムの作成のために、親子の心の診療の実際における様々な課題に関して、研究代表者、分担研究者が所属する学会、または研究者の活動フィールドにおける課題の整理を実施した。

ロードマップ



B. 研究方法、および C. 研究結果

本年度の各分担研究者の研究課題名、方法、結果、結語について記す。詳細は分担研究報告を参照。

1. ライフステージからみた親子の心の診療に関する多職種連携に関する研究 (永光信一郎)

【目的】親子の心の診療に関する多職種連携のための課題整理

【方法】福岡県および大分県内の全市町村および、両県内の産婦人科・小児科・精神科の全ての医療機関、47 都道府県小児科・産婦人科医会、精神神経科診療所協会を対象とした (N=1,267 力所)。平成 29 年 9 月～10 月に実施した。

【結果】回収率は 766 施設の 60.5%。12 項目の課題が抽出された。

【結語】山積する母子保健課題に対する危機意識を有しているが、医療機関側は行政機関との連携を切望しているものの、具体的な手法の情報を有していない。多職種を結びつけるコーディネーターが必要とされる。

【倫理番号】久留米大学倫理委員会
(研究番号 17084)

2. 小児科視点からみた親子の心の診療に関する課題整理と対策 (村上佳津美)

【目的】親子の心の診療における課題抽出

【方法】日本小児心身学会会員 500 名を無作為に抽出しアンケート調査を実施した。親子の心の診療に関する 5 つの部門、22 項目について質問を設定し、平成 29 年 11 月～12 月に実施した。

【結果】回収率は 51.8%。子どもの心を診療場面では親への対応にかなりの時間を割いていること、親への対応が重要であることを、心療医が充分に理解していることが明らかになった。

【結語】親への診療に関する診療報酬の設定の必要性、親の心の診療の視点から他科との連携強化が重要と思われた。

【倫理番号】久留米大学倫理委員会
(研究番号 17131)

3. 親子の心の診療が必要な家族の実態調査に関する研究 (岡田あゆみ)

【目的】親子の心の診療ガイドラインを作成するうえで、保護者面接の質を担保するために、精神疾患を抱えた保護者の実態を調査した。

【方法】1999 年度から 2011 年度までに子どものかころ診療部を受診した症例 860 例を後方視的に解析し、母親のアセスメントと対応方針を階層化した。

【結果】母親に精神疾患を認めたのは、69 症例、51 家族で、母親の 8.0% だった。母親は家事ができない、周囲に支援者がいない群では子どもの転帰も悪化や中断を多く認めた。

【結語】母親の診断にかかわらず、家事が可能か否か、支援者の有無などでアセスメントを行い対応することで一定の治療効果を認めた。

【倫理番号】岡山大学病院倫理委員会
(番号 1069)

4.子どものこころの診療におけるひとり親家庭の現状（山崎知克）

【目的】親子の心の診療における「ひとり親家庭」の課題と支援策についての検討

【方法】浜松市子どものこころの診療所を平成26～27年度に受診した1,388世帯を対象として、ひとり親家庭における家族背景因子、診断名別割合を検討した。

【結果】子どもの精神疾患はいずれもひとり親家庭のほうが高率で、家族背景も子ども虐待、DV、保護者の精神科受診、保護者の被虐待歴など高率であった。

【結語】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。

【倫理番号】浜松市発達医療総合福祉センター倫理員会の承認（H26-12）

5.摂食障害の子どもと親の関係性調査に関する研究（道端伸明）

【目的】親子関係と子どもの摂食障害の治療効果の関連の解析

【方法】平成26年度～28年度の厚労科学研究費補助金(内田班：小児摂食障害におけるアウトカム尺度開発に関する研究)のために収集された多施設コホート研究データを二次利用した。親子関係と体重の増加の相関について解析

【結果】親子関係が良い群がそうでない群と比較して有意に1年後の体重が増加(10.8kg vs 6.4kg, p=0.0125)していた。

【結語】摂食障害の成因、治療効果に親子関係が影響している可能性が示唆された。

【倫理番号】久留米大学倫理委員会
(研究番号 13211)

6.親子の心の診療に関する研究（大西雄一）

【目的】児童精神科医の親子の心の診療に関する意識調査を実施

【方法】児童青年精神医学会代議員100名に対して、親子の心の診療に関する課題についてアンケート調査を実施した

【結果】子どもの心の問題に養育者の心の問題が関係しており、家族全体の診療が必要であると考えていた。多職種の連携が必要であると感じていた。

【結語】親子の心の診療ガイドライン作成に向けて、問題点をさらに明らかにしていく。

7.産後健診による育児困難事例の早期発見（荻田和秀）

【目的】産後2週間健診における育児困難例の早期発見支援に関する実態調査を実施、親子の心の診療に役立てることを目的とした。

【方法】平成28年4月より平成30年12月までのりんくう総合医療センターで分娩した1321人のうち事業対象者の775人について解析。

【結果】1名が健診結果にて継続見守りが必要、5名が赤ちゃんの気持ち質問紙で見守りが必要と判断された

【結語】産後健診事業は多くの育児困難とは考えられない産婦にとっても有用な制度になり得るが、妊娠中から見守りが必要であると考えられた産婦などには保健師や助産師による訪問事業の併用が望ましいと考えられる。

8.親子の心の診療における産科・精神科連携体制の提案 関する研究 (川名 敬)

【目的】特別養子縁組の養父母から見た親子支援についての問題を明らかにすることを目的とした。

【方法】さめじまボンディングクリニック特別養子縁組を行った 57 組の養父母を対象として、育児不安、養子育児における問題点を質問した。

【結果】育児における子どもの行動で気になる点の問い合わせ、「特に無し」が 70% であったが、「困ることをされた、養親の傍を離れない、赤ちゃん返り」が 30% で認められた。監護期間は“他人”扱いであるために育児支援を受けづらいことを認めた。

【結語】特別養子縁組が増加している日本の現状に則した育児支援体制を構築する必要がある。その体制において、養子となった子どもと養親の関係と、子どものこころの発達の実態を把握するために更なる調査を行う。

因や転帰が明らかになった

【結語】ボンディングとその障害は周産期における親子の心の診療において産後うつ病と並んで重要な問題であり、その診断と評価の方法を多職種で共有する必要がある。

10.メンタルヘルスの問題を抱える妊産婦と家族への支援体制の構築 (片岡弥恵子)

【目的】社会的ハイリスク妊婦のメンタルヘルス課題と家族への支援において、地域の支援機関、医療施設、産後ケア施設等との連携・協働の現状を分析し、課題を明らかにすることを目的とした。

【方法】5名の助産師に半構成的インタビューを行った。

【結果】【支援体制の課題】【連携の課題】【支援者の課題】について 3 つのコアカテゴリと 10 のカテゴリが明らかになった。

【結語】多機関・多職種の連携の基盤の構築、垣根を越えた柔軟な支援体制の構築、助産師の能力向上にむけて取組が今後の課題と考えられた。

9.産後うつ病の母親と子どもの関係に関する研究 (山下 洋)

【目的】親子の心の診療ガイドラインを作成するうえで、は周産期の養育者のメンタルヘルスと親子関係に関する文献的研究を行った。

【方法】英文および和文文献検索ソフトを用いて周産期のボンディングの Key Word によるデータ収集を行い、概念分析を行った。

【結果】国内外で標準化されたボンディング評価スケールを使用することで、ボンディングの障害の診断学的定義、関連要

11.メンタルヘルス・育児の問題を抱える妊産婦と家族への支援体制の構築—1 地方における支援体制の現状と課題— (平林優子)

【目的】メンタルヘルスの問題等社会的ハイリスク妊婦と家族への支援において、地域の支援機関、医療施設、産後ケア施設等との連携・協働の課題整理を目的とした

【方法】4 名に半構成的インタビューを行った

【結果】【地域で構築してきた連携・支援体制】、【対象の特性からの支援・連携上の方

略や配慮】【支援体制・連携上の課題】の3つのコアカテゴリーと9つのサブカテゴリーを抽出した。

【結語】地域に見合った連携方法を関係者が摸索し、実践評価して、地域全体に有効なシステムをつくること、資源や人材の柔軟な活用、支援者の資質の向上をはかることが重要である。

12.発達障害をもつ家庭の親子支援に関する研究 食事に関する問題行動への対応策

(岡 明)

【目的】育てにくさを感じる親への支援の一環として、家族支援のための保健活動用の使用可能な指針や資料を作成することを目的とした。

【方法】自閉症児の食行動の課題と養育支援に関する英文および邦文の中から、Autism、Food refusal、Food preference、 Eating problems、Feeding problems、Sleep、自閉症、食行動、偏食、睡眠をキーワードとして文献を検索し、現時点での研究報告について文献的な検索を実施した。

【結果】ASDにおける食事に関する問題行動の頻度、ASD児の栄養状態、ASDにおける食事に関する問題行動、ASDにおける食事に関する問題行動の背景因子、食行動異常への行動介入、ASDにおける食事の課題の予後について考察を行った。

【結語】発達障害の親子支援については、児の特性に起因する日常生活の課題に対する支援が重要である。

13.学校における保健教育の現状 (内山有子)

【目的】養護教諭が関わる心身の保健教育につ

いて、現場での現状と課題を抽出し、親子の心の支援に役立たせることを目的とした。

【方法】平成29年12月に国際医療福祉大学にてスキルラダー研究会の主催により開催された現職養護教諭への研修会の参加者へ、保健教育の必要性や関わりなど自記式質問紙を配布した。

【結果】養護教諭は「欲求やストレスへの対処と心の健康」を学ぶ必要性が高いとしているが、担当している者は少なく、また、保健教育を行う際に約6割の学校で外部講師を依頼していたが、「心の教育」に関する専門家は招かれていた。

【結語】学校における効果的な保健教育のあり方について、学外の専門家との連携も考慮した検討を重ねる必要性が示唆された。

14.健やか親子21(第2次)との連携・事業推進—子どもの自殺に対する意識向上と対策の共有に関するアンケート調査— (三牧正和)

【目的】健やか親子21推進協議会の所属団体・学会で取り組み可能な自殺防止対策を検討することを目的とした。

【方法】協議会に所属する全88団体・学会を対象に、子どもの自殺防止のための施策に関するアンケート調査を、自殺総合対策大綱の重点施策「子ども・若者の自殺対策をさらに推進する」7項目の内容に沿って実施した。

【結果】64%から回収。45%の団体が参画できる項目がないと答え、30%は1~2項目の参画が可能で、残り4分の1の団体では3項目以上の参画が可能であった。

【結語】若年層の自殺に対する対策の困難さとともに、多くの学会・団体が取組の必要性を認識していることが示された。

15. 研究思春期医療を担う人材育成のための教育プログラム開発に関する研究(関口進一郎)

【目的】わが国の思春期医療を担う人材を育成するための教育プログラムの開発

【方法】我が国と米国、欧州連合（EU）における思春期医療／保健への取り組みについての文献レビューを実施。

【結果】日本小児科学会の「小児科医の到達目標（改訂第6版）」, Society for Adolescent Health and Medicine (SAHM), EuTEACH (European Training in Effective Adolescent Care and Health) を基にモジュールを比較した。

【結語】わが国で思春期医療／保健に関するe-learning教材を作成するにあたっては、学習者に対して学習目標を明確に提示すること、重要性や優先度の高い学習単位に項目を集約すること、臨床場面や地域の保健活動と学習内容との関連を示すことが必要である。

16, 17. CBTを用いた親と子の心のケアを実施するための人材育成法と保健プログラムの開発(堀越 勝) (片柳章子)

【目的】親と子の心のケア体制を構築するうえで、CBTの治療原理に基づいた心理教育マテリアルを開発して、専門家を対象とした研修プログラムに応用することを目的とする。

【方法】親と子の心のケアのための心理教育マ

テリアルの開発と親と子の心のケアのための専門職を対象にした研修プログラムの開発を採用した。

【結果】平成29年度は児童・青少年用のメンタルヘルスに関する心理教育マテリアルや文献を検索し、関係者や業者との会議を重ね、日本版親と子の心のケアに関する心理教育マテリアルの草案を作成した。

【結語】親と子の心のケアのための心理教育マテリアルを作成するための情報収集を行い、親と子の心のケア用の教育マテリアルの草案を練った。

D. 考察

17人の研究分担者（敬称略）が、所属する学会、または研究者の活動フィールドにおいて、子どもの心の問題、または親子の心の問題に関する課題調査を実施した。荻田、川名、山下、片岡、平林は、周産期～乳児期について、山崎、岡は主に幼児～学童期について、岡田、道端、内山、三牧は、主に学童～思春期の子どもの心の課題、親子の心の課題について調査または文献的考察をおこなった。永光、村上、大西は全てのライフステージを含んだアンケート調査を実施した。関口、堀越、片柳は、親子の心の診療に携わる関係者への人材育成マテリアルの開発を草案した。

Parent-child relational problem(親子関係、親子問題)が、子どもの心の問題の経過、治療、予後に影響を与えることが様々な研究³⁻⁵⁾で示されているように、各分担研究者の調査内容から、子どもの心の診療には、親を含めた家族の心の支援・診療が不可欠であることが改めて示唆された。

初年度は研究分担者の調査研究をもとに、

「親子の心の診療に関する課題整理」として研究代表者が、以下 5 つの課題を抽出した。

- 1) 親・家族の心の診療の重要性・必要性の共有
- 2) 診療報酬に反映させた親子の心の診療の構築
- 3) 行政機関と医療機関の間での情報共有の推進
- 4) 親子支援の在り方の多職種間相互理解の促進
- 5) CBT, e-learning 等を活用した人材育成の開発

以下、各々について調査結果、文献的検索をもとに説明を行う。

1) 親・家族の心の診療の重要性・必要性の共有

分担研究者の山崎、岡田らの調査からも、子どもの心の問題に対して、親・家族の心の支援・診療の重要性が示され、村上、大西のアンケート調査からも、子どもの心の問題は親の影響を受けることがあり、多くの治療者が親を含めた家族の心の支援、診療が重要であることを認識していた。道端の摂食障害の転帰調査からも子どもの心身の回復には親子関係が重要な因子となっていた。家族が支援を受けることや、親が治療を受けることで、子ども自身も安心感を得て、症状が軽快することがしばしばある。子どもの心の診療の中で、親・家族の心の支援・診療が、重要かつ必要であることは治療者の中では認識されているものの、この事が発行物やガイドラインとして治療者の中で共有されているとは言い難い。研究協力者の小柳が編集し、日本小児心身医学会から本年に発刊予定の「小児心身医学テキストブック」では、治療項目に「家族支援」が記載される予定である。しかし、親の心の診療までに明記した手引書やガイドラインは見当たらない。分担者の山崎が述べているように、保護者自身の被虐待歴や生活困窮など逆境的境遇から、養育者としてのキーパーソン機能を担えなくなり、子ども自身の

回復過程が遠のくこともある。子どもの心の診療医が適切に親の生育歴や疲労感、不安感をくみ取り、適切な支援または治療を提供することが必要と思われる。誤解を招かない配慮が重々に必要であるが、子どもの心の診療において、親を含めた家族自身も支援や診療を受けることのできる医療体制の構築が望まれる。そして、親・家族自身も自らが支援や診療を受けることが子どもの回復に有益であることを、自然に受け入れられるようになることが期待される。親子の心の診療ガイドラインを通して、この事の必要性、重要性、必然性を治療者、当事者（親・家族）が共有していくことが望まれる。

2) 診療報酬に反映させた親子の心の診療の構築

分担研究者村上の調査で、心の診療に要する時間は乳児期では 30 分以上かける医師が 39.5% で、その比率はライフステージがあがるにつれ高くなり、思春期は 68.8% であった。さらに診療時間の中で親の面談時間は乳児期で 67.1%、思春期でも 45.3% であった。直接的、間接的に親支援や親の疲労感、不安感に子どもの心の診療医が対応しているものと思われる。岡や山下らの文献調査においても、保護者が抱く子どもへの気持ちへの配慮や、子どもの行動に対する適切な具体的指導の提供が養育者へは必要であり、子どもの診察とともに親への面談時間を確保する必要がある。しかし、親の不安や疲弊が強い場合に、その親支援・診療にどこまで踏み込むのか、踏み込むべきなのか、踏み込んではいけないのか、判断に迷うことがしばしば子どもの心の診療医にはある。多くは診療時間の制約があること、診療報酬に反映されないことから、支援や診療が中途半端にならざるを得ない。適切に親や家族を成人科（心療内科、精神科）へ紹介できるシステムが必要であるが、日頃からの連携がないと十分な効果を発

揮しないことが少なくない。子どもの心の診療医が親や家族の生育歴、育児の疲労感、不安感、価値観など傾聴し、適切な支援や診療を専門レベルではなく、プライマリ・ケアレベルで施すことができれば、子どもと親・家族にとって望ましい結果をより早く得られる可能性がある。そのためには、親子の心の診療マニュアル（ガイドライン）や、診療報酬で親の診療に割く時間が保障されていることが必要である。

3) 行政機関と医療機関の間での情報共有の推進

永光の福岡県および大分県の行政機関と医療機関（小児科、産婦人科、精神科）宛のアンケートでは、抽出された課題として、行政と医療機関の情報共有があげられた。例えば、地域での周産期メンタルヘルス外来の有無について問う設問では、行政が外来の存在を認知している率と産科医療機関が認知している率では20%以上の差があった。多職種間連携も行政機関の50%はしばしば連携が行われていると回答するも、医療機関は小児科、産科、精神科いずれもしばしば連携を実施していると回答するのは10%前後であった。また、精神科医にとって周産期メンタルヘルスの診療で知りたいことは、向精神薬の母体、胎児、母乳への影響よりも行政機関または産科機関との連携の仕方と答える率が2倍近く高かった。連携のために困っている事項として、小児科、産科、精神科とも行政の担当部署の把握を選択していた。周産期領域で最も連携が必要と思われる状況は母親の精神疾患、養育能力不全、虐待防止であった。多職種の連携のためには互いの理解と機動力が求められるが、異なる職種をつなぎとめるコーディネーターの必要性を80%近くの医療機関が回答していた。片柳、平林の調査結果でも垣根を越えた柔軟な支援連携体制の構築が、親子の心の支援のため重要と述べて

いる。親子の心の支援・診療では、山崎や岡田の調査結果が示すように、保護者の心の診療以外にも、生活基盤安定化のために行政サービスの積極的利用や行政支援の受給など socio-economical な支援も必要なため、医療と行政の情報共有、連携が必要となる。荻田の調査研究では産後2週間健診において、30%の対象者の受診がなく、医療が貰えない部分を行政が補完するシステムが必要である。川名・鮫島らが取り組む特別養子縁組の支援についても、養親の継続的支援に関して行政一医療連携が互いに情報をフィードバックし合うことにより良い養子縁組の支援が期待される。地域ごとに、どのような手段で異なる機関が「情報共有」を行えるのか、キーパーソンおよびコーディネーターを明示することなどが期待される。

4) 親子支援の在り方の多職種間相互理解の促進

親と子どもの幸せを願う気持ちにおいて多職種間の意見相違はないが、手法や治療概念が多職種間で異なり、しばしば意見が対立することも少なくない。それらをすべて理解することは不可能であったとしても、異なるアプローチを知ることは、既存の手法や考えを再考させ、新たな手法を発見する機会になることもある。中村⁶⁾は多職種間の連携を促進させる因子として、現状では限界であるという危機意識をもつこと、異なる職種が互いに接する場を作り、継続的な学習をしていくことを述べている。一方で連携を阻害する因子として、上記の理解不足のための対立や、同種間が効率的であるという誤解などをあげている。三牧の健やか親子²¹⁾推進協議会内でおける自殺対策に関するアンケート調査でも各団体が関わることのできる施策を知ることで、団体・学会同士の連携を図ることが可能になる。学術集会やセミナーなどで多職種連携のシンポジウムが開催され互い

に学習する場の設定も重要であるが、限られた資源（支援者）であったとしても、各地域において学習を行う場を設けていくことが必要と思われる。その際にハブになる機関として平成32年度末までに全国市町村に設置が予定されている「子育て世代包括支援センター」の活用があげられる。さらには多職種のつなぎ役であるコーディネーター（行政）と、地域のアドバイザー／オーガナイザー（医師会）との協働が重要と思われる。

5) CBT, e-learning 等を活用した人材育成の開発

本研究班に求められる成果のひとつとして、親子の心の診療を実施するための人材育成と研修プログラムの開発を2年目に設定している。本年は堀越、片柳によって草案が検討された。親子の心の診療に携わる関係者の診療スキルの向上が求められる。従来から実施されてきた「傾聴」に加え、患者または保護者自らが問題を整理して別の考えをもち（認知再構成）、行動活性化が導き出されるような支援方法（認知行動療法：Cognitive behavioral therapy, CBT）を支援者が習得することが望まれる。心の支援には専門家だけではなく、幅広いマンパワーが求められ、地域の保健師、看護師、養護教諭等が CBT 理論に沿った親との関り合いで、有機的な親子の心の支援が実施されることが期待される。内山の養護教諭の学校保健教育に関する意識調査でも、学校内での心の支援の学習方法を教諭が求めていることが示されている。幅広く効率的に人材育成をおこなう手段としてインターネット等を利用した ICT の活用が期待される。また、関口は思春期医療を担う人材育成のための教育プログラムに関して、思春期の保健教育方法などの e-learning 教材を用いた教育法を検討している。思春期の心の診療にも親子関係の影響を考慮する必要

がある。思春期医療に担う人材は少なく教育プログラムの開発が期待される。以上、モバイルテクノロジーや ICT を活用した効率的な保健指導の開発が必要である。

E. 結論

親子の心の診療を実施するための人材育成方法と診療ガイドライン・保健指導プログラムの作成のために初年度は、親子の心の診療における課題整理を多軸的に実施した。アンケート解析、調査研究の二次利用、文献的考察を実施し、親子の心の診療の課題として以下の5つを設定した。来年度においては、それら課題に対する支援方法や解決方法を記した「親子の心の診療ガイドライン」の草案を作成する。

【親子の心の診療を実施するための課題】

- 1) 親・家族の心の診療の重要性・必要性の共有
- 2) 診療報酬に反映させた親子の心の診療の構築
- 3) 行政機関と医療機関の間での情報共有の推進
- 4) 親子支援の在り方の多職種間相互理解の促進
- 5) CBT, e-learning 等を活用した人材育成の開発

【参考文献】

1. 厚生労働科学研究成果データベース
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NI DD00.do?resrchNum=200500427A>
(H30.3.13 アクセス)
2. 国立成育医療研究センターホームページ
https://www.ncchd.go.jp/kokoro/medical/pdf/04_h23.pdf (H30.3.13 アクセス)
3. Bernet W, Wamboldt MZ, Narrow WE. Child Affected by Parental Relationship Distress. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016;55:571-9.
4. Wamboldt M, Cordaro A Jr, Clarke D. Parent-child relational problem: field trial results, changes in DSM-5, and proposed

- changes for ICD-11. Fam Process. 2015;54:33-47.
5. Pasalich DS, Dadds MR, Hawes DJ, Brennan J. Assessing relational schemas in parents of children with externalizing behavior disorders: reliability and validity of the Family Affective Attitude Rating Scale. Psychiatry Res. 2011;185:438-43.
 6. 中村 洋. ヘルス分野における多職種・多機能間連携の促進ならびに阻害要因への対応—構造的ミスマッチと多様性のマネジメントならびに連携と健全経営との共進的発展—医療と社会 2013;22:329-342

F. 研究発表

各分担研究者の報告書を参照

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

ライフステージからみた親子の心の診療に関する
多職種連携に関する研究

研究分担者 永光 信一郎 (久留米大学小児科学講座)

研究要旨

【背景・目的】少子化、核家族化、子どもの貧困率の増加など社会構造が変容する中、地域の家族間交流の稀薄化、育てにくさを感じる親の存在、子ども虐待の増加、子どもの心の問題の増加など解決すべき母子保健課題が山積している。子どもの心の問題は、時代背景や経済基盤とともに刻々と変容するため、講じてきた対策を常に見直し、更新していく事が求められる。行政施策として、「子どもの心の診療医の養成」、「子どもの心の診療ネットワーク事業」が現在までに実施してきた。しかし、子どもの心の問題は、親を含む家族の心の問題が背景に存在する事を鑑み、子どものみならず、親子の心の診療体制を築く事、とくに親子の心の診療に携わる専門家(小児科医、産婦人科医、精神科医、心理士、保健師、助産師、看護師)と行政の協働が不可欠である。ライフステージからみた親子の心の診療に関する多職種連携のための課題整理を行った。

【方法】福岡県および大分県内の全市町村および、両県内の産婦人科・小児科・精神科の全ての医療機関、47都道府県小児科・産婦人科医会、精神神経科診療所協会を対象とした (N=1,267カ所)。親子の心の診療を実施するうえでの多職種連携のための課題についてライフステージを考慮したアンケート調査を実施した。調査項目は多職種連携の頻度、連携が必要な理由、連携を強化したい職種/機関、連携のための課題、行政施策の認知度、多職種連携におけるコーディネーターの必要性/適任職種/役割等に加え、育てにくさの要因や支援策、子どもと親の心の問題の関係性などを設定した。解析項目は医療機関(小児科・産婦人科・精神科)県別の比較、行政県別/地区・人口別の比較、共通質問項目における医療機関間の比較(都道府県または福岡・大分両県)を実施した。【結果】回収率は766施設の60.5%であった。以下の12項目の課題が抽出された。1) 行政機関と医療機関の情報共有の強化、2) 医療機関内の情報共有の必要性、3) 母親支援の在り方の検討、4) 虐待対応の連携強化、5) 診療科により異なる育てにくさの要因、6) 育てにくさの「発信」と「受信」の充実、7) 地域のニーズにあった連携強化、8) 子どもと親の心の問題の密接な関係、9) 親自身が抱える様々な問題への対応、10) 虐待/自殺/うつ/不登校の連携強化、11) SSW、SC、養護教諭との連携、12) コーディネーターの設置希望 【考察】行政機関、医療機関(小児科・産婦人科・精神科)とも山積する母子保健課題に対する危機意識を有しているが、医療機関側は行政機関との連携を切望しているものの、具体的手法の情報を有していない。また、子どもの心の問題の解決のために親の心の支援が重要であることも行政、いずれの診療科も認識している。今後有機的な多職種間の連携が促進されるためには、行政、各診療科が問題意識を共有する機会や、他部署や他科の役割を理解し合う機会を作ることが重要である。そのための多職種を結びつけるコーディネーターを地域の中に設置することが期待される。

A. 研究目的

健やか親子 21（第2次）は「すべての子どもが健やかに育つ社会」の実現を目指し、関係するすべての人々、関連機関・団体が一体となって取り組む国民運動であり、平成13年度から26年度までの14年間（第1次）で、母子の様々な保健課題が向上した。しかし、“子どもの自殺率の上昇”、“低出生体重児の増加”の2項目の悪化を認めた¹⁾。その背景には、核家族化、少子化、育児の孤立化、子どもの貧困化、晩婚化・晩産化などの社会的因子に加え、地域に開かれていない家族機の問題や、子どもの心の問題があると思われる。

子どもの心の問題は、親を含む家族の心の問題が背景に存在することがある。DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアルおよび ICD-10において「臨床的関与の対象となることのある他の状態」項の家庭の養育に関する問題として、親子関係の問題（Parent-Child relational Problem）を明記して、親子関係の質が精神疾患または他の医学的疾患の経過、予後、治療に影響を及ぼすと記している²⁾。親の不適切な支配、監督、子とのかかわり、親の過保護、圧力、問題解決回避、両親の不和などが含まれ、今後は子どもの心の問題の解決には、子どものみならず親を含む家族全体の心の診療が必要と思われる。

周産期の産後うつは 10～20%の妊婦に発症すると言われて、数%は中長期に母親のうつ症状が継続する^{3,4)}。母親の不安、疲弊は育児に影響を及ぼし子どもの情緒面の発達に影響を及ぼすことが危惧される。産科医、保健師によって母親のメンタルヘルスの不調に気づくが実質産後検診が産後1か月で終了する中、いかに必要な母親を精神科医療につなぐか、そして子どもの養育支援者につなぐか重要なとなる。さ

らに、乳幼児期においては、子どもの要因、親の要因、親子の要因、親子を取り囲む環境の要因などからくる“育てにくさ”を実感する保護者も少なくない。育児疲労や達成感を得られないことから抑うつなど心身の不調を来たす母親も少なくなく、子どもの診療に加え母親の心の支援も大切である⁵⁾。さらには、学童思春期の心の問題にも、親自身の問題や親子関係の問題が関わってくることがある。未だその発生報告数の歯止めが効かない子ども虐待については、被害者の6割は小学生以上の学童思春期症例である。親自身の精神疾患、親の生育歴や親を取り巻く生活環境が発生に深く関わっていることもある。このようにライフステージ各々に子どもの心の問題は存在しており、その解決にも、ライフステージの連鎖を考慮した多職種の連携による支援が必要となる⁶⁾。

現在までも多職種の連携の試みは単科内で実施（例：精神科診療内での精神科医と心理士、ソーシャルワーカー等、産科診療内での産科医師と保健師等）されているが、ライフステージの視点から診療科の枠を超えた多職種連携の実施は少なく、さらに親子を対象としたアプローチも少ない。異なる診療科においては、治療概念・治療文化・治療環境が異なること、診療に対しての時間軸が一致しないことから協働しづらいことが障壁となっている可能性も考えられる。しかし、親子が抱える心の問題への気づきには、保健所、行政機関、医療機関、学校、園、地域コミュニティなどで様々な職種が関わることになり、親子自身も体のこと、生活のこと、心のこと、福祉のことなど支援を求める点が多彩かつ変容することも考えられる。そのためには、医師、心理士、保健師、看護師、福祉・行政・教育関係など多職種がもつ機能を有機的に活用していくことが重要である。

本研究は、多職種の連携による親子の心の診療のための課題を抽出することを目的に、行政機関、精神科医療機関、小児科医療機関、産婦人科医療機関にアンケート調査を実施した。

B. 研究方法

《対象》

福岡県および大分県内の全市町村および、両県内の産婦人科・小児科・精神科の医療機関を対象とした。対象数を表1に示す。福岡県は研究代表者の勤務地であり、他科とのネットワークを有するため研究協力を得やすかったこと、大分県には研究協力者が勤務しており、また、日本において最も小児科、産婦人科、精神科の連携が進んでいる地区であるため対象として選択した。また、全国レベルでの課題を抽出するために47都道府県の小児科医会、産婦人科医会、精神神経科診療所協会も対象とした。

	送付数	回答数	回収率
福岡県 行政(全市町村)	60	53	88.3%
福岡県 小児科医療機関	386	240	62.2%
福岡県 産婦人科医療機関	243	122	50.2%
福岡県 精神科医療機関	213	97	45.5%
大分県 行政(全市町村)	18	16	88.9%
大分県 小児科医療機関	88	57	64.8%
大分県 産婦人科医療機関	53	35	66.0%
大分県 精神科医療機関	66	37	56.1%
47都道府県 小児科医会	47	39	83.0%
47都道府県 産婦人科医会	47	40	85.1%
47都道府県 精神神経診療所協会	46	36	65.2%
	1,267	766	60.5%

《アンケート実施までの過程》

本研究課題について久留米大学での倫理審査で承認された後に、研究計画について福岡県健康増進課母子保健係、大分県福祉保健部 健康づくり支援課母子保健班、福岡県・大分県産婦人科医会、福岡県・大分県精神神経科診療所協会、福岡県・大分県精神科病院協会、福岡県・大分県小児科医会、公益社団法人日本産婦人科医会、公益社団法人精神神経科診療所協会、公

益社団法人日本小児科医会に説明を行い、了承を得た。研究機関より返信封筒を同封したアンケート用紙を表1に示す行政機関、医療機関に平成29年9月～10月に発送をおこなった。

《アンケート内容》

各種機関用に作成したアンケートを参考資料として末尾に添付する。

ライフステージに考慮して、アンケートは3部構成【A:妊娠期～乳児期 B:乳幼児期 C:学童思春期】とした。各ライフステージ別に親子の心の診療における多職種連携に関する課題整理のために主に以下の項目について、調査を実施した。

【妊娠期～乳児期】

- ・ 地区
- ・ 多職種連携におけるコーディネータの必要性、適任職種、役割、設置場所
- ・ 子育て世代包括支援センター設立の認知度（行政機関以外）
- ・ 多職種連携の頻度
- ・ 連携が必要な理由
- ・ 各機関との連絡票、連携システムの有無
- ・ 周産期メンタルヘルス外来の有無
- ・ 多機関連携のための課題
- ・ 連携を強化したい職種/機関
- ・ EPDSの認知度/使用歴
- ・ 多職種連携のための課題
- ・ 改正児童福祉法の認知度
- ・ 里親制度/特別養子縁組の認知度

【乳幼児期】

- ・ 育てにくさの要因
- ・ 育てにくさの支援項目
- ・ 多職種連携におけるコーディネータの必要性、適任職種、役割、設置場所

- ・ 多職種連携の頻度
- ・ 連携を強化したい職種/機関
- ・ 多職種連携のための課題

【学童思春期】

- ・ 子ども/親の心の問題の関係性
- ・ 親の心の問題の背景
- ・ 親子の心の問題が関与する身体・精神疾患について（行政機関以外）
- ・ 多職種連携におけるコーディネータの必要性、適任職種、役割、設置場所
- ・ 多職種連携の頻度
- ・ 連携を強化したい職種/機関
- ・ 多職種連携のための課題

《解析項目》

1. 福岡/大分県の行政機関/小児科/産婦人科/精神科医療機関間における共通質問項目の比較
2. 福岡県/大分県の行政機関の集計結果比較
3. 小児科医療機関における福岡県と大分県の集計結果比較
4. 産婦人科医療機関における福岡県と大分県の集計結果比較
5. 精神科医療機関における福岡県と大分県の集計結果比較
6. 福岡県4地区における行政機関回答の比較
7. 福岡県人口別（人口3万人未満と3万人以上）における行政機関回答の比較
8. 大分県人口別（人口3万人未満と3万人以上）における行政機関回答の比較
9. 都道府県小児科医会/産婦人科医会/精神神経科診療所協会（及び福岡/大分県行政機関）における共通質問項目の比較

《倫理面への配慮》

本研究課題は久留米大学倫理委員会の承認を得ている（研究番号17084）

C. 研究結果

福岡/大分県の行政機関/医療機関および47都道府県医会の1,267カ所に発送し、766カ所（回収率60.5%）から回答を得た。

前記解析項目に関する集計結果は末尾の参考資料に記す。久留米大学研究推進課HPから各解析に関する結果をPDFでも取得可能。（<https://www.kurume-u.ac.jp/site/joint/kosodate.html>）アンケートから抽出された多職種連携の課題について妊娠期から乳児期（表2）、乳幼児期（表3）、学童思春期（表4）に抜粋する。以下、課題番号に沿って代表的データを数種類提示する。

表2 妊娠期から乳児期の多職種連携のための課題

1. 行政機関と医療機関の情報共有の強化	課題1
2. コーディネーターの設置希望	課題12
3. 母親支援の在り方の検討	課題3
4. 虐待対応の連携強化	課題4
5. 医療機関内の情報共有	課題2

表3 乳幼児期の多職種連携のための課題

1. 診療科により異なる育てにくさの主な要因	課題5
2. 育てにくさの「発信」と「受信」の充実	課題6
3. 行政機関と医療機関の情報共有の強化	課題1
4. コーディネーターの設置希望	課題12
5. 地域のニーズにあった連携強化	課題7

表4 学童・思春期の多職種連携のための課題と対応

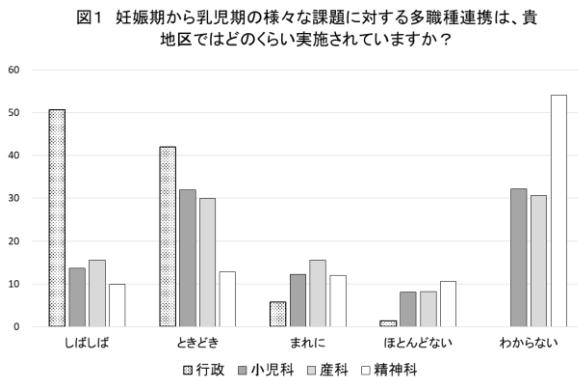
1. 子どもと親の心の問題の密接な関係	課題8
2. 親自身が抱える様々な問題への対応	課題9
3. 虐待/自殺/うつ/不登校の連携強化	課題10
4. SSW、SC、養護教諭との連携	課題11
5. コーディネーターの設置希望	課題12

D. 考察

アンケート集計結果から得られた課題についてさらに図表をもって課題毎に解説、考察を行う。

課題 1：行政機関と医療機関の情報共有の強化

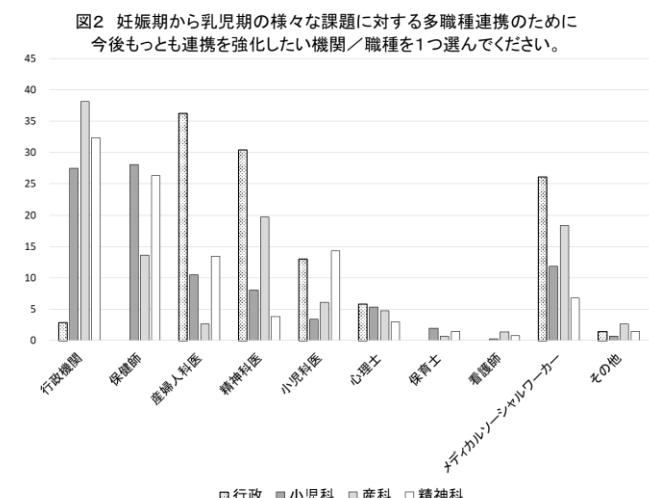
妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携について、各々地区でどの程度連携がなされているかという設問に対して、行政機関は 50% の機関においてしばしば連携が実施されているかが、医療機関（小児科、産科、精神科）ではその意識は少なく、多くの機関が“ときどき”か“わからない”であった（図 1）。連携の定義（行政および医療それぞれの機関内での連携なのか、行政と医療の連携なのか等）によって、回答は異なってくる可能性はあるが、40 ポイント近くの差があり、また、今後妊娠期から乳児期におけるもっとも連携を強化した機関/職種に関する質問において、行政機関は産婦人科医、精神科医をあげ、医療側は行政機関とのさらなる連携を希望している（図 2）ことも、連携が十分実施されていない可能性が示唆される。各地区における周産期メンタルヘルス外来があるかについての設問に関しても、行政機関と精神科医療機関は 50% の回答が、“ある”であったが、産科医療機関の認識においては“ある”と回答した率は 30% で 20 ポイントの差を認め



た（図 3）。また、47 都道府県精神科診療所協会会長に実施したアンケートにおいて“周産期メンタルヘルス外来において知りたいことはなにか？”の設問においても、精神科医側の回答として、抗精神病薬の母体、胎児、母乳への影響より行政機関、または参加医療機関との連携の仕方を希望していた（図 4）。行政機関および、医療機関における情報共有の方法を検討することが必要と思われる。その際、行政のどの部署がどのような案件に関して受け付けをおこなっているかを、利用者側にわかりやすく開示することが“”という設問の中で明らかとなつた（図 5）。

課題 2：医療機関内の情報共有の必要性

医療機関内でも情報共有が難しいことが明らかとなつた。平成 32 年度末までに全国市町村に設置が推奨されている子育て世代包括支援センターの設立について知っているかを尋ねると、都道府県小児科、産婦人科医会レベルでの周知率は 70～80% であるが、現場医療機関では 30% 前後と 40～50 ポイント近くの差が認められる（図 6）。同様に、平成 28 年度～29 年度に改正された児童福祉法について知っている率も都道府県小児科、産婦人科医会レベルでは 60～65% であるが、現場医療機関では 30



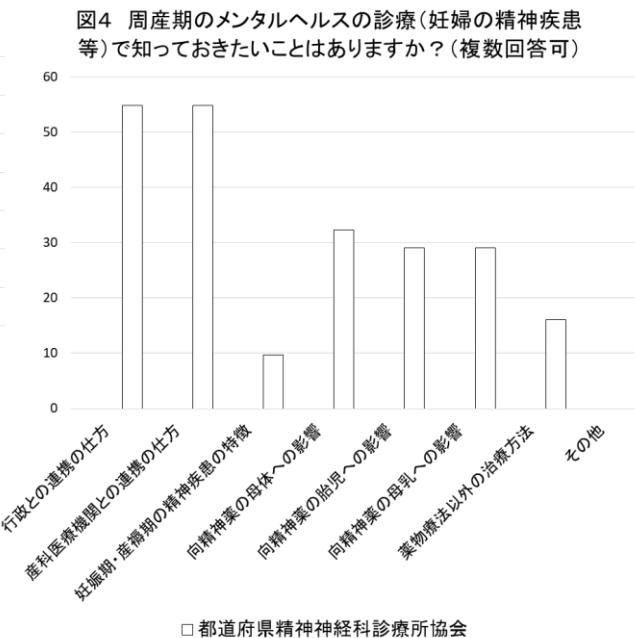
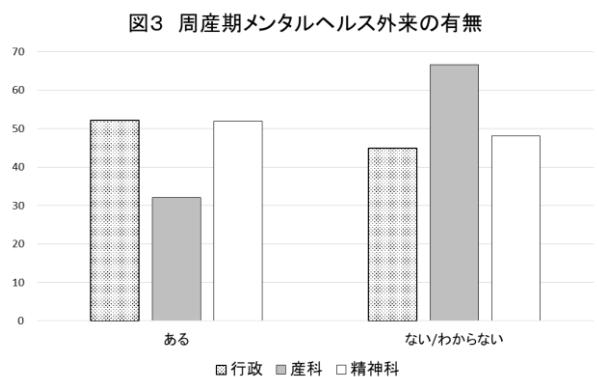
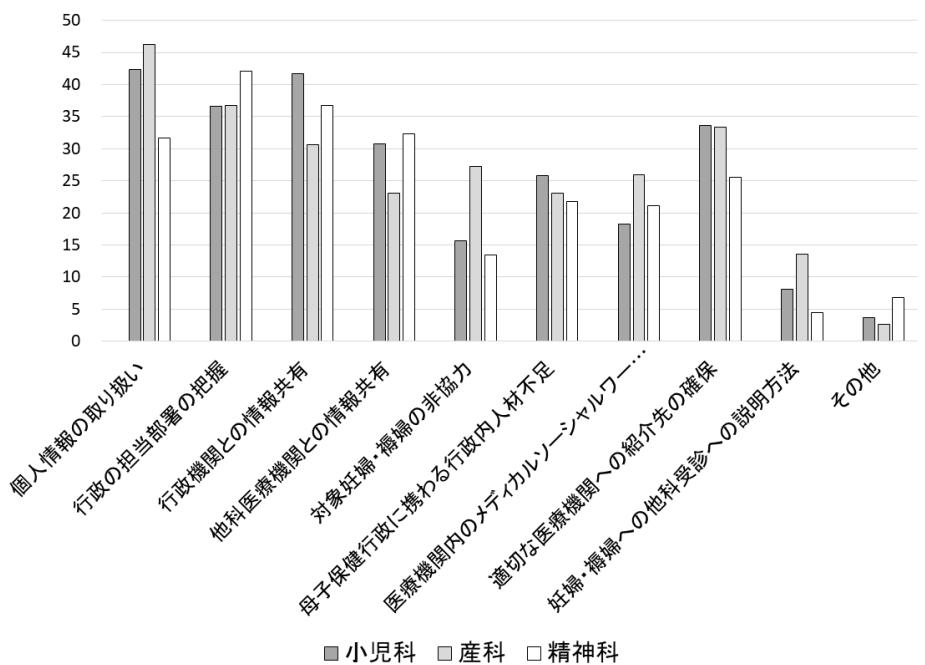
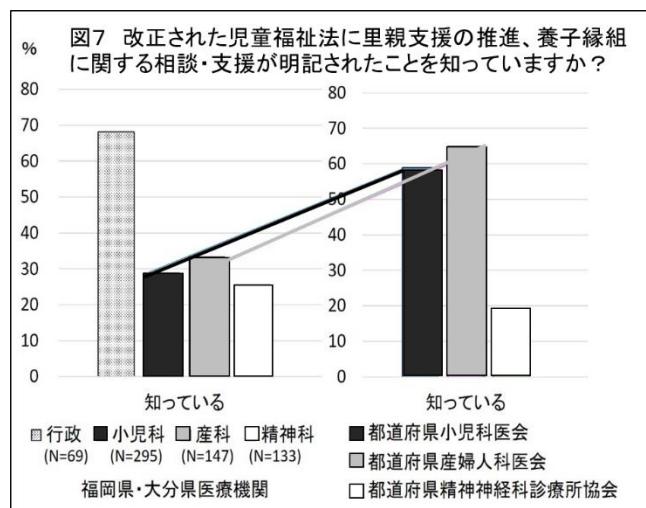
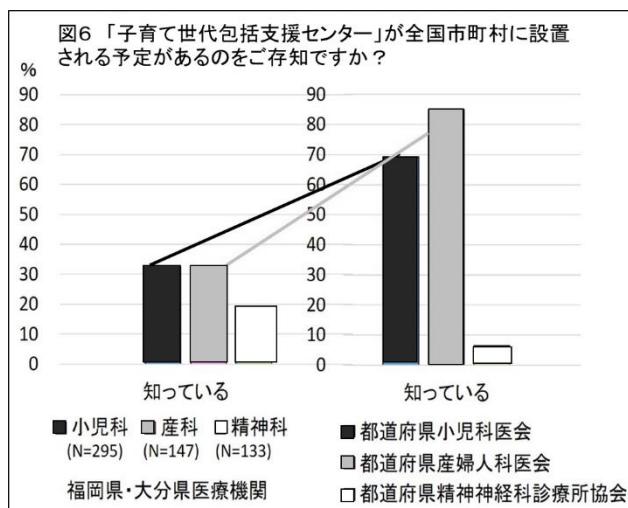


図5 行政機関・他科医療機関との連携のために困っておられるることは何ですか？(複数回答可)



～35%と大きな差を認めた（図7）。都道府県の医会レベルでは定期的に行政機関（主に母子保健担当課）との定例会議が実施されており情報や課題などを共有することが可能であるが、その情報が十分に現場レベルまで浸透していない可能性が示唆された。有機的なシステムを

構築した場合にいかに有効利用を推進していくかを考慮すると、企画する側と利用する側が共通の問題意識や情報を共有することが（多職種の）連携のためには重要と思われる。



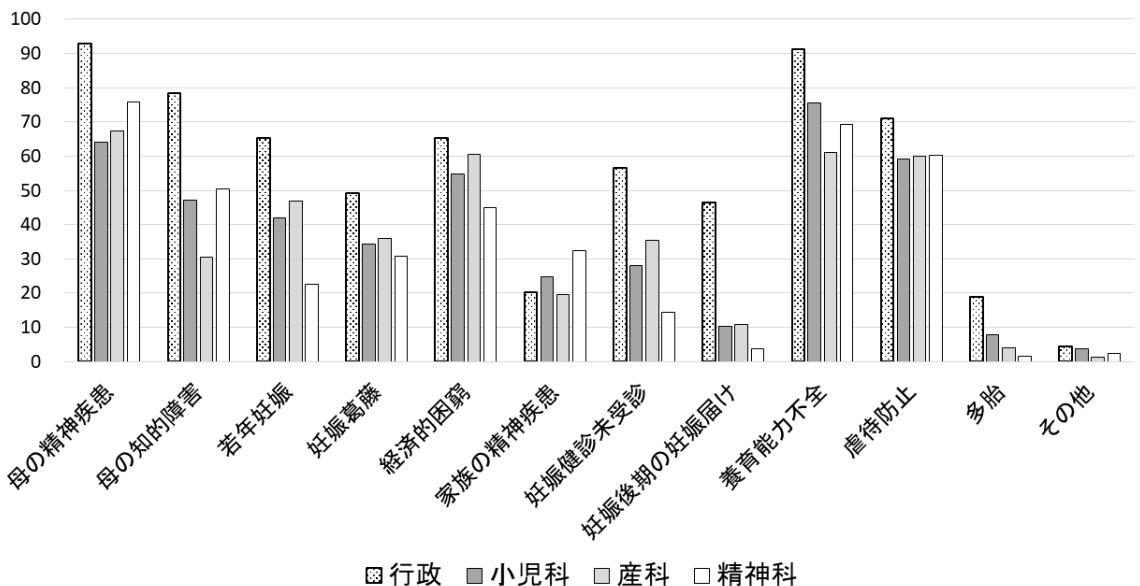
課題3：母親支援の在り方の検討

課題4：虐待対応の連携強化

妊娠期から乳児期の多職種連携において連携が特に必要と思われる理由が、“母の精神疾患”であった（図8）。全ての機関で60%以上が選択していた。またそれに引き続くであろう“養育能力不全”、そして“虐待の防止”が特に連携が必要と各機関回答している。妊婦が元々精神疾患に対して精神医療機関を受診している場合は、妊娠継続や出産においてかかりつけ精神科医の協力を得やすいが、かかりつけ医への受診が途絶えている場合や新たに保健師や産科医が周産期メンタルヘルスの支援が必要と判断されたケースへの対応が問題となる。通常、産科医療機関（産科クリニック等）から、妊婦を精神科医療機関に直接紹介することは、地域や家族の事情から消極的になることも少なくない。子育て世代包括支援センターなど公的な行政機関が窓口となり周産期メンタルヘルス支援を行っている医療機関等を紹介することもシステム作りの一案と思われる。しかし、一般にハイリスク妊婦は10%～15%前後あるとされ、すべてを行政が窓口となると、行政機能が破綻する可能性もあり、ハイリスクを層別化

するシステムも多職種間で必要とされる。また、母親の精神疾患や様々な家庭の事情に伴う養育機能不全や虐待防止についても多職種連携が求められている。虐待加害者の54.3%は実母（平成25年度データ）であり、虐待死の多くが0か月、0生日に多いことなどのデータについて、産科、小児科、精神科医療機関にて情報を共有することが必要である。産後検診が生後1か月で終わるために、産科医療機関が持つ家族情報や支援の必要性について、行政機関を通して、小児医療機関や精神科医療機関といかに共有するかが課題となってくる。行政機関が十分にケース内容をアセスメントするために時間を要することがあること、個人情報保護法の視点からプライベートな情報を共有できないこと、要保護児童対策地域協議会を迅速に開催することが難しいことなど、多職種連携において、人員面、法律面、時間面などの障壁も存在する。周産期、乳幼児期、学童思春期、各ライフステージにおいて、多職種が母子の健康推進のためにいかに母親支援を行っていくか検討が重要である。

図8 連携が特に必要と思われる主な理由は何ですか？(複数回答可)



課題5: 診療科により異なる育てにくさの要因

課題6: 育てにくさの「発信」と「受信」の充実

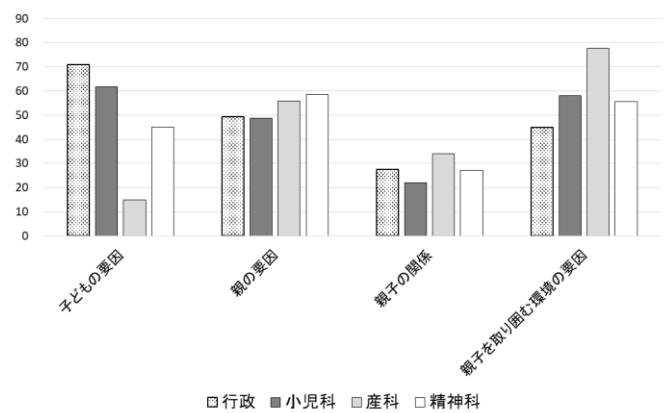
育てにくさとは、子育ての中での難しさや心配などを感じる親の感情を表し、その要因には、子どもの要因、親の要因、親子の要因、親子を取り巻く環境の要因がある。具体的には子どもの心身状態や発達・発育の偏り、疾病によるもの、親の育児経験の不足や知識不足によるもの、親の心身状態の不調などによるもの、家庭や地域など親子を取り巻く温かな見守りや寛容さ、或いは支援の不足によるものなど多面的な要素を含んでいる。両親の養育態度が子どもの情緒面に影響することも考えられる。

育てにくさの要因について、各医療機関および行政によってその要因の頻度が異なっていた（図9）。行政機関と小児医療機関では“子どもの要因”が最多であったが、産科医療機関では“親子を取り巻く環境”を、精神科医療機関では“親の要因”が最多であった。それぞれの職種において誰と関わっているかもその要因を選

択した理由となるが、育てにくさの要因が多様であることを示し、職種の専門を活かした支援が育てにくさの解消に寄与すると思われる。

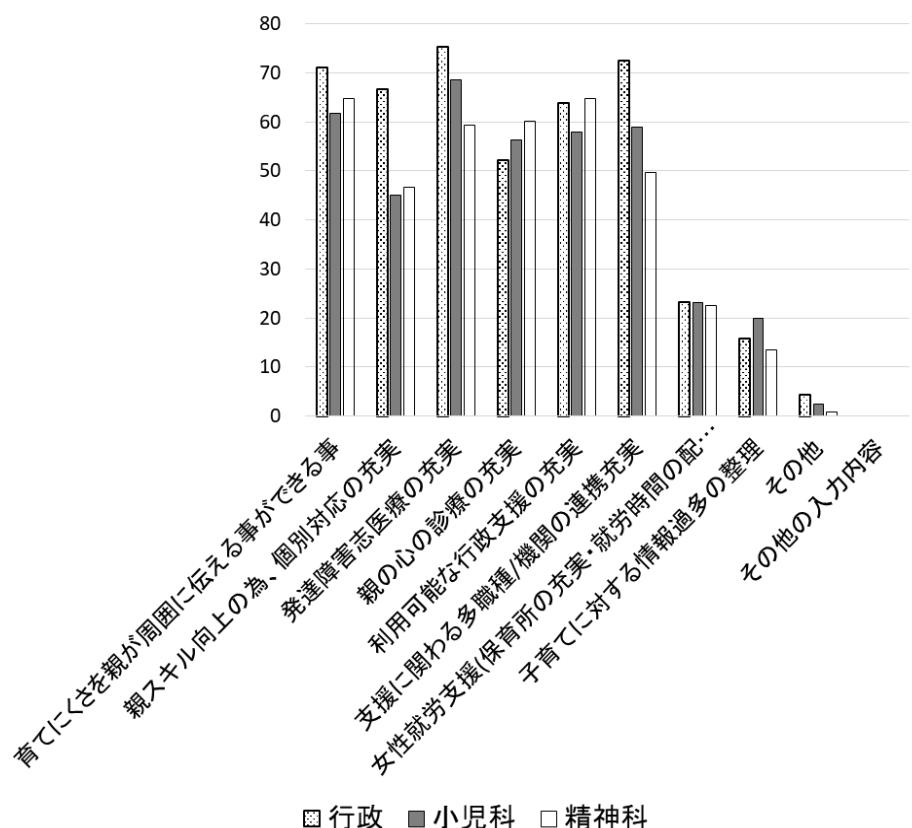
「育てにくさ」を支援するために何が必要と思われますか？という設問に対して、行政機関、小児・精神科機関とも発達障害者医療支援の充実を最もあげているが、同様に親自身が育てにくさを周囲に発信していくことの重要性も指摘している（図10）。例えば、発達障害には睡眠障害の合併が知られているが、発達障害の診断がつく以前に子どもを寝かせつけることによ

図9 保護者が感じる「育てにくさ」の主な要因は以下のどれだと思われますか？ 2つ選んでください。



家族が戸惑うことも少なくない。しかし、一般診療現場でも、また乳幼児健康診査においても、子どもの睡眠を尋ねる機会は少なく、親自身も困っていても訴えることは少ない。今後、「育てにくさ」を受け止める機関の充実とともに、「育てにくさ」を発信しやすい環境作りも必要と思われる。

図10 「育てにくさ」を支援するために何が必要と思われますか？(複数回答可)



課題7：地域のニーズにあった連携強化

福岡県は行政区画として、福岡地区、北九州地区、筑後地区、筑豊地区に分かれ。また人口3万人未満の行政地区が24箇所、人口3万人以上の行政地区が29箇所ある。「育てにくさ」を含む乳幼児期の多職種の連携について、最も連携を深めたい機関/職種について尋ねると、地区の違い、人口の違いで連携先が異なっていた。例えば福岡地区では精神科医との連携を、北九州地区では小児科医/保育士との連携を、筑後・筑豊地区では心理士との連携を最も行政機関は求めていた(図11)。さらに人口3万人以上の地区では小児科医や精神科医との連携を最も希望され、人口3万人未満では、医療機関数も限られているためか、または心理士数が

少ないためか心理士との連携を希望している(図12)。地域地区におけるニーズを適格に把握することが連携システムを構築するためにも大切と思われる。

課題8：子どもと親の心の問題の密接な関係

課題9：親自身が抱える様々な問題への対応

課題10：虐待/自殺/うつ/不登校の連携強化

本研究班の主課題である親子の心の診療のシステム構築において、親子の関係、親の心の問題など課題整理をするうえで、親子関係がある程度成熟した時期の学童期・思春期から、課題を整理することは重要である。

小児科・精神科・産婦人科の医療機関および行政機関のほとんどが子どもの心の問題は、親

図11 多職種連携のため連携を強化したい機関／職種は？
(乳幼児期)

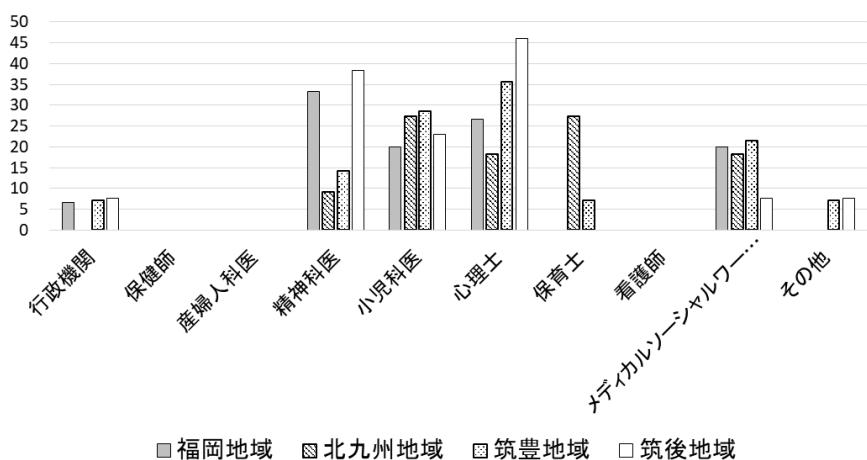
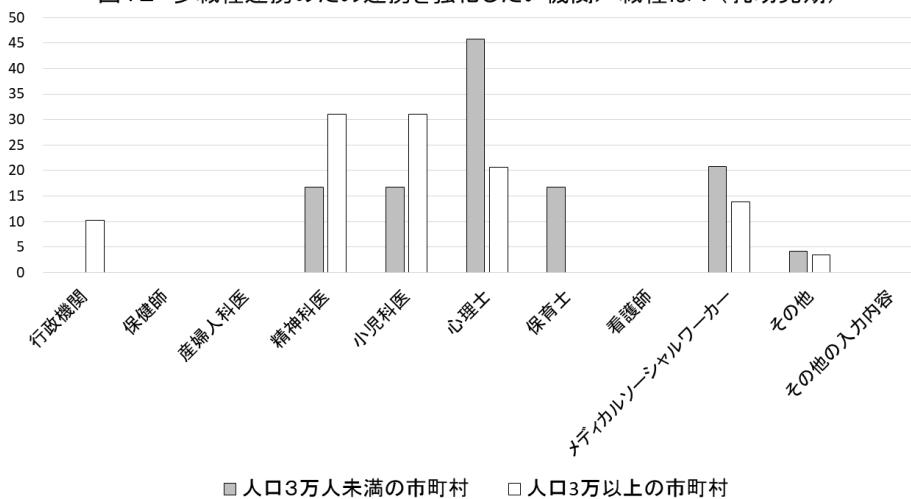


図12 多職種連携のため連携を強化したい機関／職種は？(乳幼児期)

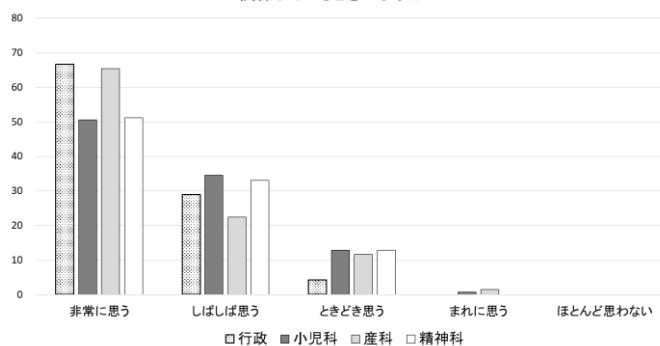


の心の問題（親子関係、親の病気等）が非常にまたはしばしば関係していると回答している（図13）。子どもの心の問題の解決に親を含めた家族の支援が重要であることを親または子の診療の関わる医師は思っている。さらに、親の心の問題、またはその問題の背景として重要なと思われるものはどれですかという設問に対して、医療機関、行政機関とも、親の精神疾患、親の問題行動、経済的困窮、親自身の生育歴、養育不全や、両親の不和をあげている（図14）。親自身が抱える様々な問題への対応が必要である。特に、親の生育歴などを把握して親自身の体験に基づく育児観や価値観などを傾聴、共感し、問題の解決の糸口を見つけることが必要

である。分担研究者の村上が実施した「親子の心の診療に関するアンケート調査」では、小児科医が子どもの心の診療を実施する時に、限られた診療時間の中で、親の面談に全診療時間の50%以上の時間を割り当てる率は、各ライフステージとも50%以上であったことが明らかとなっている。親、親の心の支援の重要性を示している。子どもの心の問題に親の心の問題が頻繁に関係していることは前述したが、その中でも医療者が考える家族を含めた親の心の問題が重要と思われる疾患として、虐待/自殺/うつ/不登校が上がっていた（図15）。虐待の児童相談所等に寄せられる相談の年齢別内訳では小学生が35.3%、中高生が22%（平成25年度デ

ータ)と学童思春期で過半数を越し、全てのライフステージにおいて、虐待に対する対策が必要である。子ども虐待に対して、親の精神疾患、養育機能不全、生活困窮などどのような親の心の問題が関与しているのか明らかにしていくことが必要である。子どもの自殺率は現在も明らかな減少には転じていない。平成28年度子ども子育て調査支援事業による思春期のアンケートの結果では、子どもが死にたいと思う危険因子に、ネットいじめや両親との関係に関する悩みなどが高いオッズ比で示されていた。また子どもの不登校や心身の不調においても、親の心身不調を反映している時もあり、親が心の治療を受けることで子どもも安心して回復していくことも経験する。子どもの心の問題を治療していくうえでの親の心の支援についてのガイドライン作成が望まれる。

図13 子どもの心の問題は、親の心の問題(親子関係、親の病気等)が関係していると思いますか?



課題 11 SSW、SC、養護教諭との連携

周産期の多職種連携においては前述したように行政機関と各医療機関との連携を重視する傾向がみられたが、乳幼児期および学童思春期においては、最も医療機関が、連携を強化したい機関/職種に、前者が心理士、後者が養護教諭/スクールカウンセラーも多くが選択していた(図16 図17)。学校医またはプライマリ・ケア医と心理士、及び養護教諭、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカーとの連携マニュアルの作成も求められる。

図14 親の心の問題、またはその問題の背景として重要と思われるものはどれですか? 5つ選んでください。

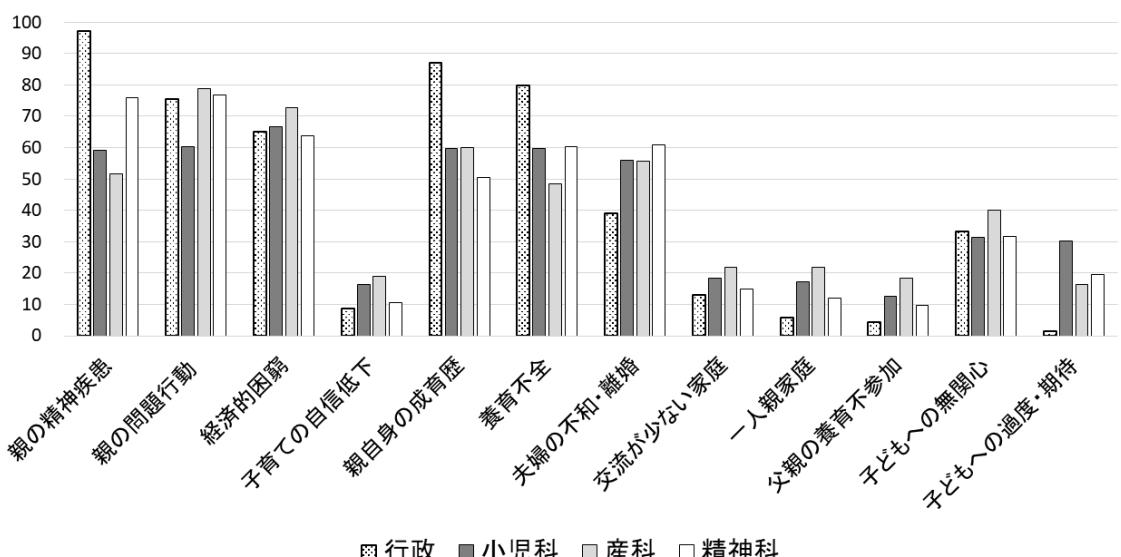


図15 下記の子どもの疾患や心の問題で、親を含めた家族の心の問題の関与が強いと思われるものはどれでしょうか？5つ選んでください。

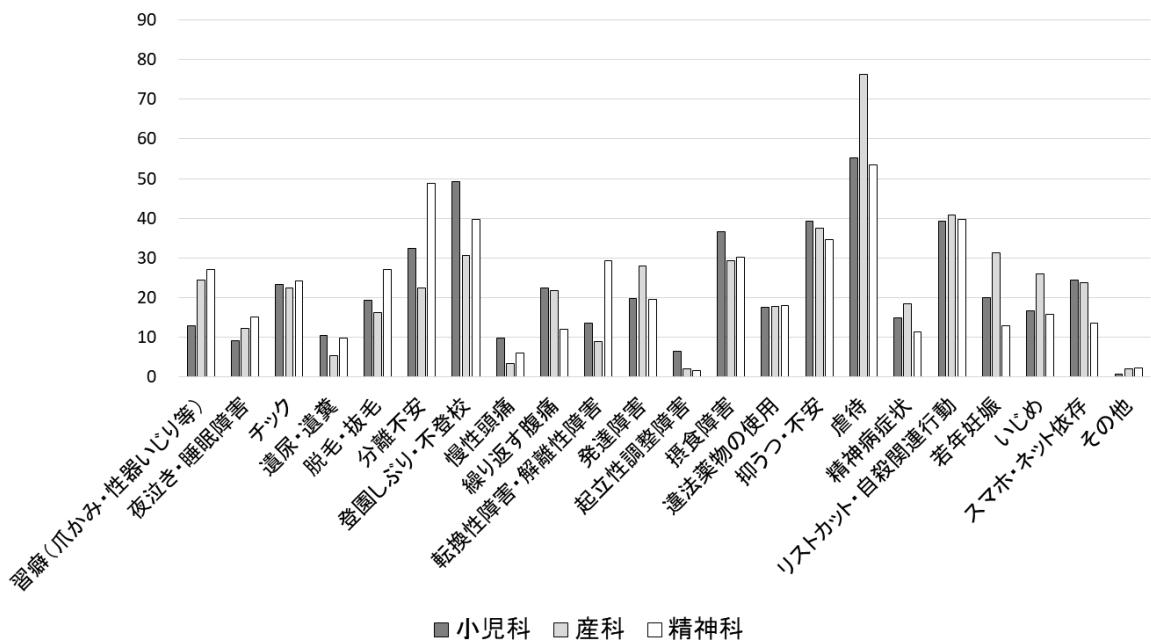
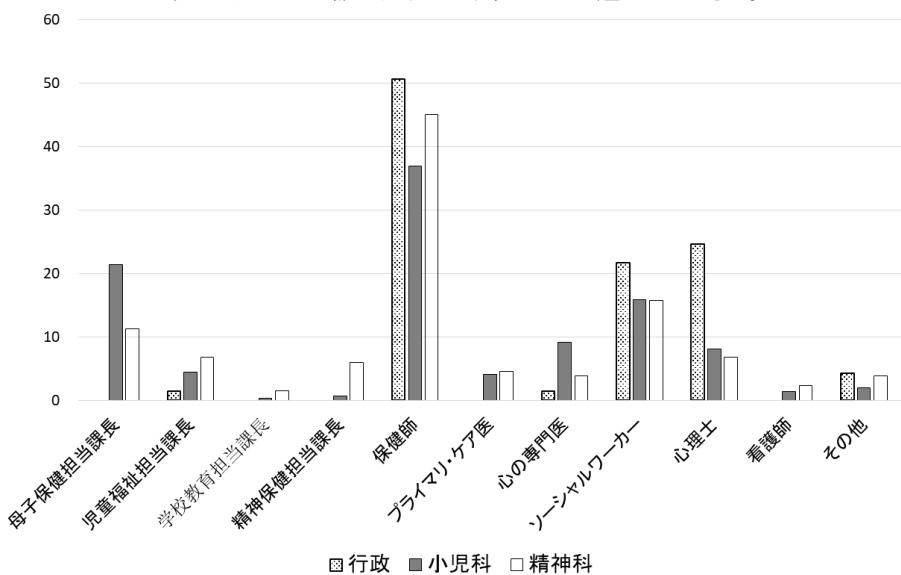


図16 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。

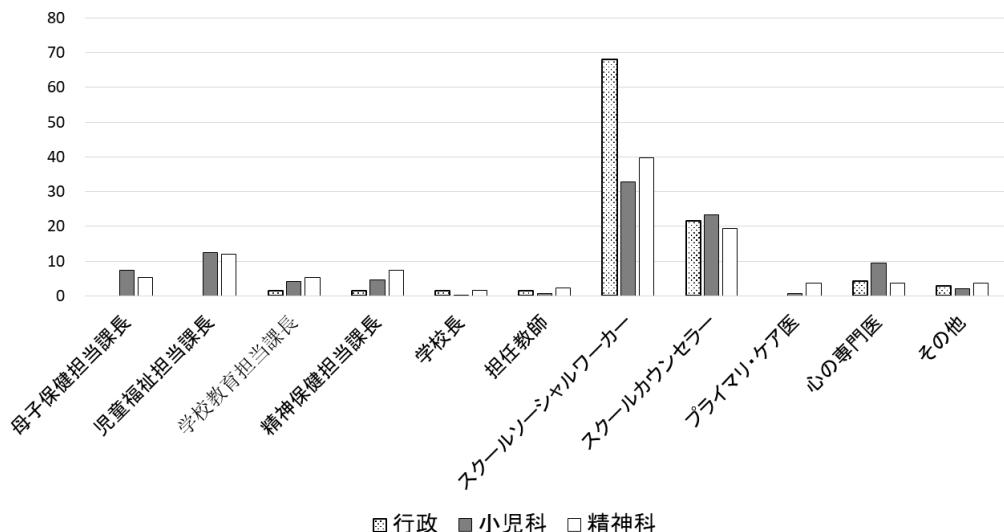


課題 12 コーディネーターの設置希望

親子の心の診療における多職種の連携を有機的に実施するためには、治療環境・治療文化が異なる多職種の技能を互いに尊重し合うことが大切である。情報を共有するうえで、多職種

機関に適切に情報を伝達する役割や、必要時に迅速に関係者会議を開催するマネジメントや、システムが機能していることを随時確認する役割などを担うコーディネーターが必要と思われる。医療機関内で行われている高度先進医療の臓器移植においても、関係家族との関わ

図17 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。



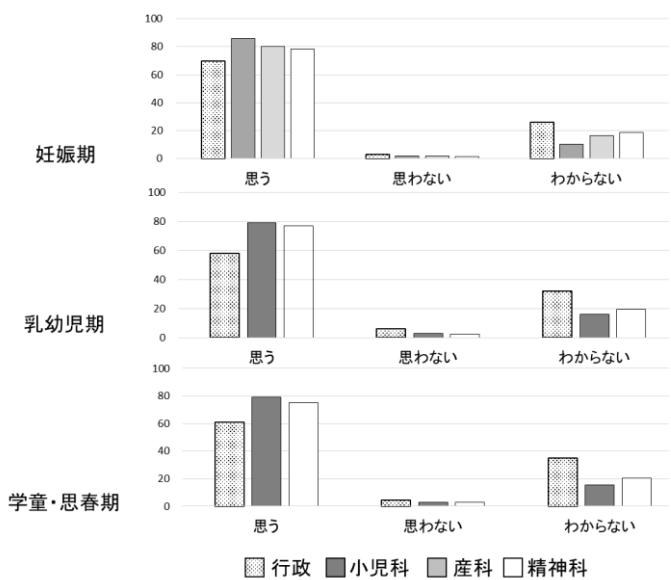
りや、外科医、救急医、内科医などの多職種との関わりの調整において臓器移植コーディネーターが設置されており、また臨床治験においても治験コーディネーターが設置されているように多職種の技能が効率的に機能するためにはシステムをオーガナイズするコーディネーターが必要と思われる。

各ライフステージにおいて、コーディネーターの設置を希望する率は医療機関側で強く70%前後に認めた（図18）。職種としては妊娠期と乳幼児期には保健師を、学童思春期にはスクールソーシャルワーカーを希望する率が高かった（資料ページ参照）。さらにはコーディネーターを支援する医療知識、行政知識に長けたアドバイザーの存在も重要と思われる。

中村⁷⁾は、多職種間連携における2つの阻害要因と4つの促進要因を掲げている。多職種間連携を阻む要因として、1) お互いの理解不足のために対立しやすいこと、2) 同質的なメンバー間の方が仕事の高率が高いという認識をもっていることを述べている。一方、多職種間連携を促進する因子として、1) 組織が現在の

手法では限界があるという危機意識をもっていること、2) 異なる職種がお互いに接する「場」があること、3) 繙続的な学習、そして4) small start with BIG picture 今後の大きな方向性を明確に共有したうえで、小さくてもやりやすいことからはじめていくことと述べている。

図18 親子の心の診療の多職種連携のためには、各市町村単位にコーディネーターが必要と思いますか？



E. 結論

ライフステージからみた親子の心の診療に関する多職種連携のための課題整理を行った。行政機関、医療機関（小児科、産科、精神科）への連携に関するアンケート調査を実施し、12の課題を抽出した。親子の心の診療のための有機的な多職種間連携が促進されるためには、各機関が問題意識を共有する機会の確保や、相互の役割を理解し合う機会を作ることが重要である。また、地域の多職種を結びつけるコーディネーターやアドバイザーの確保や設置が期待される。

【参考文献】

- 1) 健やか親子 21 ホームページ
<http://sukoyaka21.jp/about> (平成30年3月1日アクセス)
- 2) DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引
日本精神神経学会 医学書院
- 3) 吉田敬子. 母子と家族への援助 妊娠と出産の精神医学, 金剛出版, 2005
- 4) 安藤智子, 無藤隆. (2008). 発達心理学研究第19巻第3号 283-293.
- 5) 秋山千枝子. 【これから的小児保健を考える】「育てにくさ」を感じる親に寄り添う支援 小児科 2015;56:663-669
- 6) 立花良之 【周産期メンタルケア-多職種連携の作り方-】妊娠期からの切れ目ない連携支援体制づくり 精神科治療学 2017;21:791-795
- 7) 中村 洋. ヘルス分野における多職種・多機能間連携の促進ならびに阻害要因への対応—構造的ミスマッチと多様性のマネジメントならびに連携と健全経営との共進的発展— 医療と社会 2013;22:329-342
- F. 研究発表
1. 論文発表
1. Suda M, Nagamitsu S, Kinoshita M, Matsuoka M, Ozono S, Otsu Y, Yamashita Y, Matsuishi T. A child with anorexia nervosa presenting with severe infection with cytopenia and hemophagocytosis: a case report Biopsychosoc Med. 2017;11:24.
2. Yuge K, Hara M, Okabe R, Nakamura Y, Okamura H, Nagamitsu S, Yamashita Y, Orimoto K, Kojima M, Matsuishi T. Ghrelin improves dystonia and tremor in patients with Rett syndrome: A pilot study. J Neurol Sci. 2017;377:219-223.
3. Okabe R, Okamura H, Egami C, Tada Y, Anai C, Mukasa A, Iemura A, Nagamitsu S, Furusho J, Matsuishi T, Yamashita Y. Increased cortisol awakening response after completing the summer treatment program in children with ADHD. Brain Dev. 2017;39:583-592.
4. 永光信一郎、秋山千枝子、阿部啓次郎、安炳文、井上信明、加治正行、齋藤伸治、佐藤武幸、田中英高、村田祐二、三牧正和、山中龍宏、平岩幹男、伊藤悦朗、廣瀬伸一、五十嵐隆. 思春期医療の現状と展望—日本小児科学会会員および保護者へのアンケート—. 日本小児科学会雑誌 2017;121:891-99
5. 石井隆大、永光信一郎、櫻井利恵子、小柳研之司、神原雪子、古荘純一、石谷暢男、角間辰之、山下裕史朗、松石豊次郎、田中英高. 小児心身症評価スケール (Questionnaire for triage and assessment with 30 items) 日本小児科学会雑誌 2017;121:1000-1008.
6. 永光信一郎. 小児心身の広場 子どもの

- 自殺予防に対して、私たちは何ができるのか？ 子どもの心とからだ 2017;26;303.
7. 松岡美智子、永光信一郎. 神経・筋疾患、精神疾患、心身症 反応性愛着障害. 小児科診療. 2017;80:397-400
8. 永光信一郎. 「Adolescence-わからないことがここにある。」(思春期(中学生・高校生)を対象とした資料) 2017.12.13 厚生労働省ホームページ
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshi-hoken/gyousei-01.html
9. 内田創, 井口敏之, 井上建, 岡田あゆみ, 角間辰之, 北山真次, 小柳憲司, 作田亮一, 鈴木雄一, 鈴木由紀, 須見よし乃, 高宮靜雄, 永光信一郎, 深井善光 Japanese Pediatric Eating Disorders Outcome: a Prospective Multicenter Cohort Study (J-PED study) : 小児摂食障害におけるアウトカム尺度の開発に関する研究 - 学校保健における思春期やせの早期発見システムの構築, および発症要因と予後因子の抽出にむけて - : 子どもの心とからだ 日本小児心身医学会雑誌 25(4): 383-385, 2017.
2. 学会発表
1. Yuge K, Saikusa T, Shimomura G, Okabe R, Okamura H, Hara1 M, Nagamitsu S, Yamashita Y, Kojima M, Matsuishi T. Can Ghrelin Improve Dystonia, Tremor and Autonomic Nerve Dysfunction in Patients with Rett Syndrome? AOCCN2017 2017.5.13 (Fukuoka) (アプリ抄録のため雑誌なし)
2. Yamashita Y, Yuge K, Okabe R, Iemura A, Nagamitsu S, Okamura H, Tada Y, Anai C, Mukasa A, Egami C, Inagaki M. Summer treatment program for children with ADHD: Efficacy comparison between 2weeks STP and 1week STP AOCCN2017 2017.5.13 (Fukuoka) (アプリ抄録のため雑誌なし)
3. Yamashita Y, Yuge K, Okabe R, Iemura A, Nagamitsu S, Egami C, Inagaki M. Summer treatment program for children with ADHD: Efficacy comparison between 2weeks STP and 1week STP. The 13th Congress of Asian Society for Pediatric Research (ASPR) 2017.10.6 (Hong Kong) (アプリ抄録のため雑誌なし)
4. Nagamitsu S, Mimaki M, Koyanagi K, Tokita N, Hattori R, Yamashita Y, Yamagata A, Igarashi T. Prevalence and Prediction of Suicide Ideation in Japanese Adolescents: Results From a Population-Based Questionnaire Survey. AACAP's 65th Annual Meeting 2017.10.26 (Washington) (アプリ抄録のため雑誌なし)
5. Nagamitsu S, Akiyama C, Hirose S, Igarashi T. Current Status and Perspectives in Adolescent Medicine: Questionnaires for Pediatricians and Parents. 17th International ESCAP Congress 2017.7.9 (Switzerland) (アプリ抄録のため雑誌なし)
6. 永光信一郎、山下裕史朗、古莊純一. 食行動から見た思春期摂食障害の QOL, 抑うつに関する研究. 第 12 回日本小児科学会学術集会 2017.4.14 (東京) 日本小児科学会雑誌 121;2:270.(2017.02)
7. 須田正勇、澁谷郁彦、下村豪、弓削康太郎、岡部留美子、永光信一郎、佐々木孝子、八ツ賀秀一、山下裕史朗. 1型糖尿病とてんかんについての検討. 第 12 回日本小児科学会学術集会 2017.4.15 (東京) 日本小児科学会雑誌 121;2:429(2017.02)
8. 岡部留美子、澁谷郁彦、下村豪、須田正勇、

- 弓削康太郎、大矢崇志、永光信一郎、本田涼子、山下裕史朗. 焦点切除術を行った小児難治性てんかんの検討. 第 12 回日本小児科学会学術集会 2017.4.15 (東京) 日本小児科学会雑誌 121:2;429(2017.02)
9. 石井隆大、永光信一郎、山下裕史朗. 地方病院から見る外来受診における心身症. 第 12 回日本小児科学会学術集会 2017.4.15 (東京) 日本小児科学会雑誌 121:2;432(2017.02)
10. 下村豪、澁谷郁彦、須田正勇、弓削康太郎、岡部留美子、永光信一郎、山下裕史朗. 携帯型 1 チャンネル脳波計を用いた小児の睡眠評価. 第 12 回日本小児科学会学術集会 2017.4.16 (東京) 日本小児科学会雑誌 121:2;482(2017.02)
11. 弓削康太郎、澁谷郁彦、下村豪、須田正勇、岡部留美子、永光信一郎、山下裕史朗. 睡眠の質が Hypothalamic-pituitary-adrenal 活性に与える影響に関する検討. 第 12 回日本小児科学会学術集会 2017.4.16 (東京) 日本小児科学会雑誌 121:2;483(2017.02)
12. 下村豪、永光信一郎、山下裕史朗、福岡地区小児科医会乳幼児保健委員会、福岡市医師会. 妊娠期／育児期の母親の喫煙と 5 歳児の行動・生活習慣. 第 495 回日本小児科学会福岡地方会 2017.6.10 (福岡) 日本小児科学会雑誌 121;10:1768(2017.10)
13. 七種朋子、弓削康太郎、川口真知子、谷岡哲二、池永敏晴、平山千里、角間辰之、岩間一浩、松本直通、永光信一郎、山下裕史朗、松石豊次郎、伊藤雅之. 日本における Rett 症候群のデータベース解析: 粗大運動機能の分析から. 第 59 回日本小児神経学会 2017.6.15 (大阪) 脳と発達 49:Suppl;S3 11(2017.05)
14. 寺澤藍子、弓削康太郎、八戸由佳子、下村豪、須田正勇、岡部留美子、澁谷郁彦、永光信一郎、本田涼子、小野智憲、戸田啓介、山下裕史朗. 脳梁離断術目的にてんかん外科へ紹介する適切な時期の検討. 2017.6.15 (大阪) 脳と発達 49:Suppl; S379(2017.05)
15. 須田正勇、澁谷郁彦、下村豪、弓削康太郎、岡部留美子、岩田欧介、永光信一郎、山下裕史朗. 新生児期に低体温療法を施行した児の短期的予後の検討. 第 59 回日本小児神経学会 2017.6.16 (大阪) 脳と発達 49:Suppl;S458(2017.05)
16. 弓削康太郎、須田正勇、下村豪、澁谷郁彦、岡部留美子、永光信一郎、家村明子、江上千代美、山下裕史朗. ADHD 児に対する 1 週間 Summer Treatment Program の効果. 第 59 回日本小児神経学会 2017.6.16 (大阪) 脳と発達 49:Suppl;S461(2017.05)
17. 下村豪、弓削康太郎、須田正勇、岡部留美子、澁谷郁彦、永光信一郎、岡本伸彦. ケトン食療法を早期開始し発達経過良好のグルコーストランスポーター 1 欠損症の 1 例. 第 59 回日本小児神経学会 2017.6.16 (大阪) 脳と発達 49:Suppl;S455(2017.05)
18. 下村豪、永光信一郎、山下裕史朗、福岡地区小児科医会乳幼児保健委員会、福岡市医師会. 妊娠期／育児期の母親の喫煙と 5 歳児の行動・生活習慣. 日本赤ちゃん学会第 17 回学術集会 2017.7.8 (久留米)
19. 石井隆大、八戸由佳子、寺澤藍子、須田正勇、下村豪、弓削康太郎、岡部留美子、澁谷郁彦、大矢崇志、家村明子、永光信一郎、山下裕史朗. 進行性の歩行障害を認めた 9 歳女児例. 第 83 回日本小児神経学会九州地方会 2017.8.6 (佐賀)
20. 永光信一郎、小柳憲司、鶴田夏子、服部律子、小林順子、山下裕史朗. 健やか親子

- 21 の思春期保健対策推進に向けて—中高生 2 万人のアンケート調査報告—. 第 65 回九州学校保健学会 2017.8.20 (久留米) なし
21. 永光信一郎、小柳憲司、鶴田夏子、服部律子、小林順子、山下裕史朗、三牧正和、五十嵐 隆. 健やか親子 21 (第 2 次) : 思春期の保健課題の克服—中高生 2 万人のアンケート調査から 第 36 回思春期学会 2017.8.27 (宮崎) 日本小児科学会雑誌 121:10;1766-67(2017.10)
22. 永光信一郎、小柳憲司、村上佳津美、山下裕史朗、健やか親子 21 推進協議会. 思春期の希死念慮に影響を与える要因の解析 第 35 回日本小児心身医学会学術集会 2017.9.15 (金沢) 子どもの心とからだ 26;2:222(2017.08)
23. 山下美和子、永光信一郎、山下裕史朗、下村国寿 (福岡地区小児科医会)、福岡市医師会 産後の母親の抑うつ気分と育児・子どもの発達について 第 498 回日本小児科学会福岡地方会 2018.2.10 (福岡)
24. 永光信一郎, 酒井さやか, 山下美和子, 下村 豪, 須田正勇, 石井隆大, 弓削康太郎, 山下裕史朗. 周産期メンタルヘルスにおける小児科医の役割について 第 14 回九州沖縄小児心身医学会地方会 2018.3.18 (沖縄)

3. その他

なし

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

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

小児科視点からみた親子の心の診療に関する課題整理と対策

研究分担者 村上佳津美 (近畿大学医学部堺病院 心身診療科)

研究要旨

目的) こどもの心の診療において親子関係が重要な要素であることは言うまでもない。母親の子どもに対する幼少期からの養育態度が子どもの心の発達に強い影響があることは多数の研究成果から指摘されていることである。また幼少期だけでなく思春期における心身の問題について、親の心理社会的問題が、影響することも多数報告されている。その事実を踏まえ、日本小児心身医学会は、小児心身症に対する治療ガイドラインにおいて、子どもに対する治療の一環として親への対応を重要な位置づけとして挙げている。そのような背景からこどもの心に診療を行っている現場においては、親への対応を常に行われていると思われるが、その実態について報告されたものは少ない。今回親子の心の診療に関する課題抽出のため、子どもの心の診療場面において、親への対応をどのように行っているかを明らかにすることを目的とした。

方法) 日本小児心身医学会の理事及び代議員、会員の一部の 500 名に対して、子どもの心の診療場面での親への対応についてのアンケート調査をおこなった。アンケート内容は 1、子どもの心の診療に親への対応が必要かどうかの設問 2、子どもの心の診療時に親についての情報収集をしているかどうかの設問 3、子どもの心の診察時に親への対応のために割いている時間の設問 4、子どもの心の診療時に親へのガイダンス、面接時の内容についての設問 5、親へのガイダンス、親面接における他機関との連携についての設問の 5 つの部門に 22 の設問を設定した。

結果) 回収率は 51.8% であった。子どもの心を診療場面では親への対応にかなりの時間を割いていることが明らかになった。また診療上、親への対応が重要であることを、診療している医師が充分に理解していることも明らかになった。

考察) 子どもの心の診療において親への対応が重要であることは明らかであるが、その診療に対する報酬の制度が確立されていないことが問題として抽出された。今後の課題としては

- 1、親への診療を行った場合の報酬が得られていないので、報酬が得られるような制度（保険制度）の確立
 - 2、必要な時に速やかに他科（心療内科、精神科など）他機関（女性相談所、発達支援センター、児童相談所、福祉事務所など）との連携が取れるシステムの確立
 - 3、子どもの心を診るうえでの親への対応のマニュアル（ガイドライン）の作成
- が課題である

A. 研究目的

こどもの心の診療において親子関係が重要な要素であることは言うまでもない。それは子ど

ものこころの発達の観点からも言えることであり、母親の子どもに対する幼少期からの養育態度が子どもの心の発達に強い影響があるこ

とは多数の研究成果から指摘されていることである。また幼少期だけでなく思春期における心身の問題について、親の心理社会的問題が、影響することも多数報告されている。その事実を踏まえ、日本小児心身医学会は、小児心身症に対する治療ガイドラインにおいて、子どもに対する治療の一環として親への対応を重要な位置づけとして挙げている。そのような背景から子どもの心に診療を行っている現場においては、親への対応を常に行われていると思われるが、その実態について報告されたものは少ない。今回親子の心の診療に関する課題抽出のため、子どもの心の診療場面において、親への対応をどのように行っているかを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

親子の心の診療の現状を把握するために、日本小児心身医学会の理事及び代議員、会員の一部の 500 名に対して、郵送によるアンケート調査をおこなった。日本小児心身医学会は子どもの心身症を扱う小児科医を中心となって設立された学会で、現在会員数は約 1300 名、小児科医が多く在籍している。小児の心身症は小児期の特徴として心身が未分化であることなどから、心の問題が身体に現れる心身症が成人に比べ多いと言われている。そのため子どものこころを扱う医師は心身症の知識が必須であることは言うまでもない。よって日本小児心身医学会は子どもの心を扱う小児科医が多く在籍している。また学会はガイドライン作成も熱心に行っており、小児期の代表的な心身症である、起立性調節障害、摂食障害、慢性疼痛などのガイドラインや子どもの心理社会的問題の代表である不登校についてもガイドラインを作成している。いずれのガイドラインにおいても子どもの症状出現、悪化、軽快に親の心理社会的

因子の影響が少なくないことから、診断治療において、親への対応が重要であることを指摘している。よって日本小児心身医学会の役員に対してのアンケートは子どもの心の診療における親子関係をどのように専門家が扱っているかを明らかにする良い対象と考えられる。

(アンケート実施までの過程)

本研究課題について久留米大学(本研究代表者所属団体)での倫理審査で承認された後に、研究計画について一般社団法人日本小児心身医学会理事会で説明を行い、承認を得たのち研究機関より返信封筒を同封したアンケート用紙を前述の対象者に平成 29 年 1 月～12 月に発送をおこなった。

(アンケート内容)

アンケート内容は子どものこころの診療を行っている医師が、子どもの心を診療にあたり、親への対応について明らかにするために、5 つのブロックに分けて質問を設定した。

- 1、子どものこころの診療に親への対応が必要かどうかの設問
- 2、子どもの心の診療時に親についての情報収集をしているかどうかの設問
- 3、子どもの心の診察時に親への対応のために割いている時間についての設問
- 4、子どもの心の診療時に親へのガイダンス、面接時の内容についての設問
- 5、親へのガイダンス、親面接における他機関との連携についての設問

(倫理面への配慮)

本研究課題は久留米大学倫理委員会の承認を得ている(研究番号 17131)

C. 研究結果

日本小児心身医学会理事、代議員等 500 名に対して、郵送でアンケート用紙を発送し、259 名からの回答が得られた(回収率 51.8%)

以下の項目別の回答を列記する。単位は%

1. 子どもの心の問題への対応には、親の心への支援が必要と思いますか？

非常に思う	81.9
しばしば思う	15.4
ときどき思う	2.7
まれに思う	0.0
ほとんど思わない	0.0

2. 子どもの心の問題には、親の心の問題（親自身の親子関係、親の病気等）が関係していると思いますか？

非常に思う	54.4
しばしば思う	38.6
ときどき思う	6.6
まれに思う	0.0
ほとんど思わない	0.0

3. 関係している場合、それは子どもがどの時期に現れやすいと思いますか。より多いと思われる時期を、2つまで選択して下さい

妊娠期	2.3
新生児期(生後4週未満)	4.2
乳児期(1歳未満)	23.2
幼児期(1~6歳)	70.3
学童期(7~12歳)	51.0

思春期(13歳以上)46.7

4. 親の心の支援または診療が必要なときは、主にどのようなときですか？ 3つ選択してください

子どもの病気のため、親が二次的に不安や抑うつになっている	49.8
子どもの病気のため、親が子どもに対して過度の欲求又は過保護になっている	29.0

1人の保護者(親)に子どもへの対応の負担が集中している 17.8

子どもの家庭内暴力・ひきこもり等で家庭内緊張が高い 34.4

親自身が適切な養育を受けていない 28.6

親自身に精神疾患の既往がある。治療中である 39.8

他の家庭への対応で親が困惑・疲弊している(きょうだいに慢性疾患がある等) 10.8

親が他の家族からDVを受けている 17.8

親の周囲に支援者がいない・相談する人がいない 56.0

地域の支援・社会的資源がない 4.6

経済的困窮がある 4.2

その他 2.3

5. 子どもの心の診療時に、親の成育歴について

聞くように心がけていますか？

常に 12.0

しばしば 25.5

ときどき 37.5

まれに 15.1

ほとんどない 9.7

6. 子どもの心の診療時に、家庭環境について聞くように心がけていますか？

常に 64.1

しばしば 24.7

ときどき 8.9

まれに 0.8

ほとんどない 0.8

7. 子どもの心の診療時に、親の育児・養育ストレスについて聞くように心がけていますか？

常に 34.7

しばしば	37.1
ときどき	23.2
まれに	2.7
ほとんどない	1.5

8.子どもの心の診療時に、1 ケースに充てる時間はおよそ何分ですが？

	0~15 分	15 ~ 30 分	30 ~ 60 分	60 分 以上
乳児期	15.6	40.3	35.4	4.1
幼児期	7.0	39.9	45.7	6.2
学童期	4.5	30.5	54.3	11.1
思春期	4.1	28.0	55.6	13.2

9.子どもの心の診療時に 親面接に当てる時間はおよそ何割ですが？

	0~2 割	3~4 割	5~6 割	7~8 割	9~10 割
乳時期	13.6	13.2	11.5	28.4	27.2
幼児期	12.3	15.6	23.0	32.9	12.3
学童期	11.9	26.7	42.0	14.0	3.7
思春期	16.5	36.2	35.4	6.2	3.7

10. 親へのガイダンス、親への診療のために、親のカルテを作成していますか？

常に	3.1
しばしば	3.9
ときどき	13.9
まれに	16.6
ほとんどない	61.0

11. 子どもの心の診療における親面接として心がけているものは何ですか？（複数回答可）

子どもの心理/精神状態の把握	68.3
親の心理状態の把握と配慮	78.0

親以外の家族の心理/精神状態の把握	25.9
家族と子どもの生活状態の把握	66.0
親の成育歴	27.8
疾病の説明(病態)	62.5
今後の見通し	58.7
今後の治療	40.2
薬物療法	26.3
子どもへの具体的な対応法 (ペアレントトレーニングを含む)	76.4
子ども自立を促す・別人格である事を説明する	38.2
学校や地域との連携	49.8
各種精度の紹介(手当、支援サービスなど)	29.3
その他	3.1

12. 親の心の問題、またはその問題の背景として重要と思われるものはどれですか？5つを選択して、（ ）に○をつけてください

親の精神疾患	69.1
経済的困窮	37.8
親自身の成育歴	51.4
夫婦の不和・離婚	67.2
一人親家庭	17.4
子どもへの無関心	23.2
親の問題行動(家庭内暴力・アルコール依存等)	52.9
子育ての自信低下	28.2
養育能力不全	59.1
交流が少ない家庭	17.0
父親の養育不参加	17.0
子どもへの過度の欲求・期待	55.6

13. 下記の子どもの疾患や心の問題で、親を含めた家族の心の問題の関与が強いと思われる

ものはどれでしょうか。 5つ選択して、()内に○をつけて下さい

習癖	9.7	チック	10.8
脱毛・抜け毛	12.4	登園しぶり	42.1
繰り返す腹痛	14.7	発達障害	15.1
摂食障害	53.3	抑うつ・不安	39.8
精神病症状	5.8	若年妊娠	17.8
スマホ・ネット依存	16.6		
夜泣き・睡眠障害	10.0		
遺尿・遺糞	6.6	分離不安	56.8
慢性頭痛	11.6		
転換性障害・解離性障害	35.9		
起立性調節障害	5.4		
違法薬物の使用	14.3		
虐待	69.1		
リストカット・自殺関連行動	45.6		
いじめ	3.9	その他	1.2

14. 親・家族の心の診療が必要と思われたことはありますか？

常に	18.1
しばしば	43.6
ときどき	33.2
まれに	4.2
ほとんどない	0.0

15. 親・家族を精神科・心療内科に紹介されたことはありますか？

常に	0.4
しばしば	9.3
ときどき	45.2
まれに	23.9
ほとんどない	20.8

16. どの様な時に親・家族を精神科・心療内科に紹介されますか？

子どもの病気のため、親が二次的に不安や抑うつになっている	68.0
子どもの病気のため、親が子どもに対して過度の欲求または過保護になっている	2.7
1人の保護者(親)に子どもへの対応の負担が集中している	3.9
子どもの家庭内暴力・ひきこもり等で家庭内緊張が高い	18.1
親自身が適切な養育を受けていない	7.3
親自身に精神疾患の既往がある・治療中である	
	62.5
他の家族への対応で親が困惑・疲弊している (例: きょうだいに慢性疾患がある等)	8.1
親が他の家族からDVを受けている	19.3
親の周囲に支援者がいない・相談する人がいない	
	19.7
地域の支援・社会的資源がない	6.6
経済的困窮がある	1.5
その他	5.4

17. 親・家族を紹介できる相談先(精神科・心療内科)はありますか？

ある	79.9
ない	18.5

18. 紹介(精神科・心療内科)をするうえで、親・家族への説明に困ることがありますか？

常に	6.2
しばしば	10.4
ときどき	30.9
まれに	24.3
ほとんどない	23.9

19. 親・家族を公的機関や心理カウンセリングに紹介したことはありますか？(公的機関: 女性相談所、発達支援センター、児童相談所、福祉事務所など)

ある	75.7
ない	22.4

20. 親・家族を紹介できる相談先（公的機関・心理カウンセリング）はありますか？

ある	74.9
ない	22.8

21. 紹介（公的機関・心理カウンセリング）をするうえで、親・家族への説明に困ることがありますか？

常に	4.2
しばしば	11.6
ときどき	27.8
まれに	22.0
ほとんどない	28.6

22. あなたの職種を教えてください

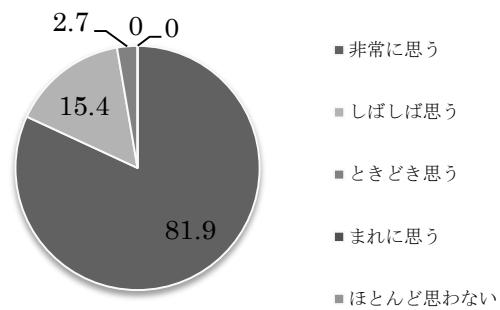
医師	86.1
心理士	12.0
その他	2.3

D. 考察

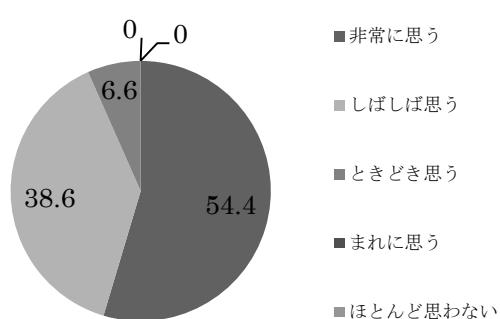
結果について前述した項目ごとにまとめて再提示し、それぞれに考察を加える。

1. 子どものこころの診療に親への対応が必要かどうかの設問（設問 1 から 4）

1. 子どもの心の問題への対応には、親の心への支援が必要だと思いますか？



2. 子どもの心の問題には親の心の問題が関係していると思いますか？

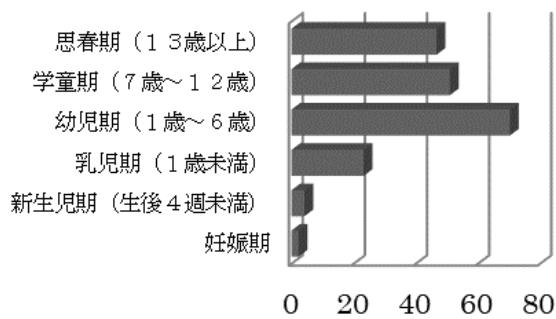


以上 2 設問からは子どもの心の診療に親の心の問題は関係していると 9 割以上が考えており、子どもの心の問題解決のためにその親の問題解決が必要であると考えているものがほとんどであることがわかる。

小児期の心の問題に親子関係が重要であることは言うまでもないが。小児心身症を扱う場面においても親の心の問題が重要な要素であることがここで明らかになった。

設問 3

関係している場合、それは子どもがどの時期に現れやすいと思いますか。より多いと思われる時期を 2 つまで選択してください



小児の発達段階において、年少であればあるほどさまざまな面で親への依存は高いため、影響も年少であるほど大きいと考えられるが、本設問の結果では、学童期、思春期においても影響が大きいことが明らかになった。

設問4

親の心の支援または診療が必要なときは、主にどのようなときですか？ 3つ選択してください

上位3回答

親の周囲に支援者がいない・相談する人がいない	56.0
子どもの病気のため、親が二次的に不安や抑うつになっている	49.8
親自身に精神疾患の既往がある。治療中である	39.8

上位3回答から言えることは、親、家庭の社会での孤立、子どもの病気への親の対応の苦慮、親自身の問題と3つの問題が浮き彫りになっており、それぞれに対しての対応が必要であることがわかる。親、家庭の社会での孤立については医療機関での対応では充分ではなく公的機関との連携による対応が必要になる。子どもの病気への親の対応についてのガイドンスは子どもの心を診療するにあたり重要な要素と位置付けられる。親自身の問題については必要あれば他の医療機関との連携を視野にいれ

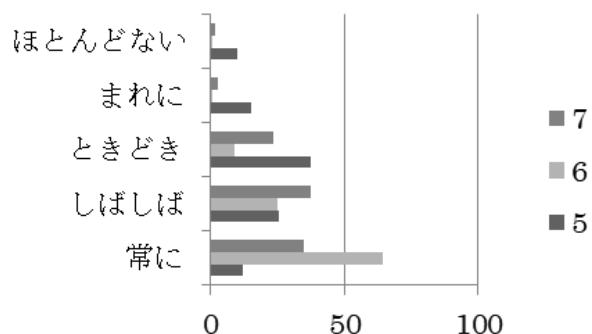
た対応となる。

2、子どもの心の診療時に親についての情報収集をしているかどうかの設問（設問5から7）

設問5 子どもの心の診療時に、親の成育歴について聞くように心がけていますか？

設問6 子どもの心の診療時に、家庭環境について聞くように心がけていますか？

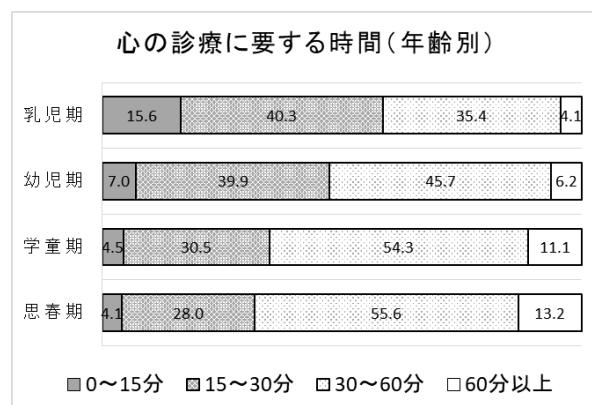
設問7 子どもの心の診療時に、親の育児・養育ストレスについて聞くように心がけていますか？



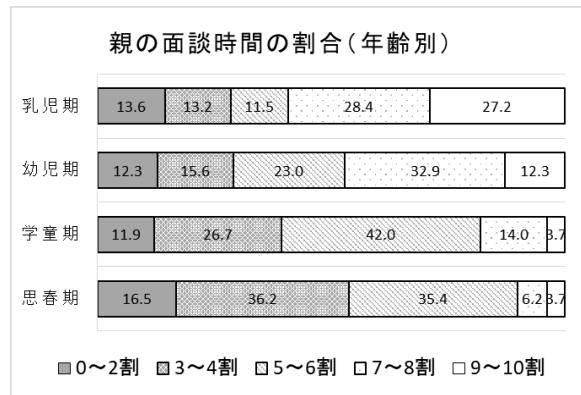
どの設問においてもときどきまで含めると70%以上の者が親の背景因子について質問をしている。

3. 子どもの心の診察時に親への対応のために割いている時間（設問8、9）

設問8 子どもの心の診療時に、1ケースに充てる時間はおよそ何分ですか？



設問9 子どもの心の診療時に、親面接に当てる時間はおよそ何割ですか？

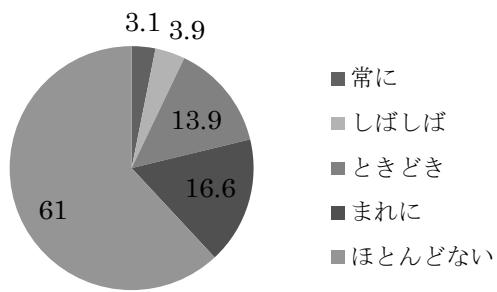


子どもの心の診療に要する時間は子どもの年齢が上がるにつれて長時間に及び、30分以上を学童期では65%思春期では約70%の人が要している。そのうち親への面談時間の割合は年齢が上がると下がる傾向にあるが、思春期においても約45%が7割以上の時間を割いており、5割以上割いているのは85%に及ぶ。しかも設問7で明らかになったように年齢が上がると診療時間が延びる傾向にあるため、子どもの年齢が高いほど、親への面談時間は増えていることになる。これは子どもの心の診療において、親への対応は年長児においても重要な要素であることが読み取れる。

4. 子どもの心の診療時に親へのガイダンス、面接時の内容について(設問10から13)

設問10

親へのガイダンス、親への診療のために、親のカルテを作成していますか？



設問8.9の結果から子どもの心の診療において、親への対応が重要であり、診療現場においてはかなりの時間を割いていることが明らかになったが、本設問では、親のカルテを作っている場合は少ない。カルテを作成しないとするとその面談の記録については子どものカルテに書き込むことになるが、診療報酬上は診療内容が反映されない結果となっている。診療報酬上は心身医学療法において、20歳未満で家族へのガイダンスがあれば加算があるが(平成29年度時点)充分とはいはず、保険診療上の対応が望まれる。母親のカルテを作成する場合、親になんらかの病名が必要となり、子どもに対するガイダンスのみでは作成しにくいのが現状である。

設問11 子どもの心の診療における親面接として心がけているものは何ですか？

上位回答

親の心理状態の把握と配慮 (78%)

子どもへの具体的な対応法(ペアレントトレーニングを含む) (76.4%)

子どもの心理/精神状態の把握 (68.3%)

家族と子どもの生活状態の把握 (66.0%)

上位回答では親子の状態を把握することは当然として、子どもの診療場面において親に対して子どもへの対応を具体的な指示を行っていることが特徴である。これは後述する他科、多施設との連携の問題が関連する。

設問 12

親の心の問題、またはその問題の背景として重要と思われるものはどれですか？5つを選択して、（ ）に○をつけてください

上位回答は親の精神疾患、夫婦の不和・離婚養育能力不全、子どもへの過度の欲求・期待である。上位ふたつは親自身の問題であり、残り二つは養育における親の能力不全と逆に子どもに対する過度の期待、関わりであると推察され、適度な子育てができない親が推察される。

設問 13

下記の子どもの疾患や心の問題で、親を含めた家族の心の問題の関与が強いと思われるものはどれでしょうか。

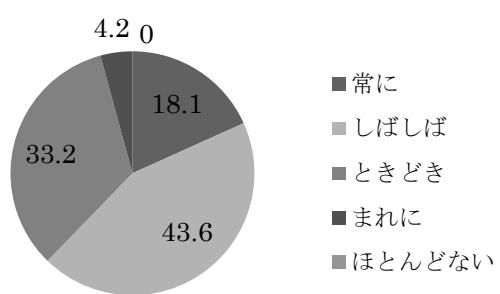
上位回答

虐待 分離不安 摂食障害 リストカット・自殺関連行動 登園しぶり

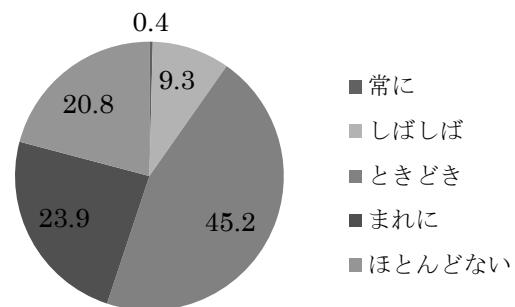
虐待、分離不安については親が直接関わる内容であり、また小児の摂食障害において親子関係が重要であることは周知の事実であるが、リストカット、自殺関連行動が上位（45.6%）であることは注目すべき点であり、10代の自殺が増えている現状においてその自殺予防対策に、親への対応が重要であることが読み取れる。

5. 親へのガイダンス、親面接における他機関との連携について（設問 14 から 21）

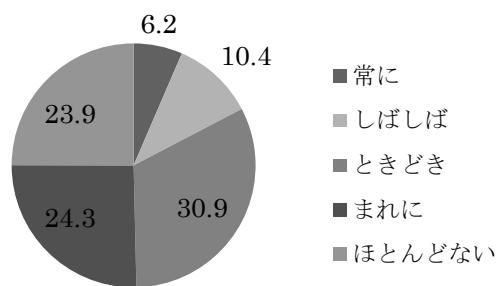
設問 14 親・家族の心の診療が必要と思われたことはありますか？



設問 15 親・家族を精神科・心療内科に紹介されたことはありますか？



設問 18 紹介（精神科・心療内科）をするうえで、親・家族への説明に困ることありますか？



親・家族の心の診療について必要性は 時々まで含めると 95%がそう感じているが、実際他科への紹介は約 50%である。設問 17において、親・家族を紹介できる相談先（精神科、心療内科）があるのが約 80%であり設問 18において紹介するうえで困ることは 50%以下である。これは親・家族の心の診療の必要性は高いが、それをある程度子どもを診ている場面で行っていること（大人を診る専門家に任せるのでなく）を表している。

設問 16 どの様な時に親・家族を精神科・心療内科に紹介されますか？

上位回答は

子どもの病気のため、親が二次的に不安や抑うつになっている。

親自身に精神疾患の既往がある・治療中であるであった。この二つが大方を占めており親の精神疾患の時には紹介するが、それ以外の親の問題の時には子どもを診る機関で対応している可能性が高いと推察される。

設問 19

親・家族を公的機関や心理カウンセリングに紹介したことはありますか？（公的機関：女性相談所、発達支援センター、児童相談所、福祉事務所など）

設問 20

親・家族を紹介できる相談先（公的機関・心理カウンセリング）はありますか？

いずれの設問にも約 75% があると回答していて公的機関や心理カウンセリングを活用していると思われた。

E. 結論

本研究において、明らかになったことは、

- 1、子どもの心の診療を行うにあたり親の心の診療がかなりの確率で必要である。その内容は親、家庭の社会的孤立、子どもの病気への親の対応の苦慮、親自身の問題の 3 つが問題である。
- 2、子どもの心の診療を行っている医師はその点についての重要性に充分理解をしている。
- 3、実際に親への対応は子どもの心の診療を行っている場所で行われている
- 4、必要があれば、心療内科や精神科、その他公的機関（女性相談所、発達支援センター、児童相談所、福祉事務所など）を利用している

今後の課題

- 1、親への診療を行った場合の報酬が得られていないので、報酬が得られるような制度（保険制度）の確立

2、必要な時に速やかに他科（心療内科、精神科など）他機関（女性相談所、発達支援センター、児童相談所、福祉事務所など）との連携が取れるシステムの確立

3、子どもの心を診るうえでの親への標準的な対応のマニュアル（ガイドライン）の作成が必要である。

【参考文献】

1. 一般社団法人日本小児心身医学会研究委員会編 小児科医のための心身医療ガイドライン 子どものこころとからだ 第 23 卷 3 号 2014 年 11 月
2. 一般社団法人日本小児心身医学会 O D ワーキンググループ編 小児起立性調節障害診断・治療ガイドライン 子どものこころとからだ 第 23 卷 4 号 2015 年 2 月
3. 一般社団法人日本小児心身医学会 I B S ワーキンググループ編 くり返す子どもの痛みの理解と対応ガイドライン B 腹痛編 子どものこころとからだ 第 23 卷 4 号 2015 年 2 月
4. 一般社団法人日本小児心身医学会 I B S ワーキンググループ頭痛班編 くり返す子どもの痛みの理解と対応ガイドライン C 頭痛編 子どものこころとからだ 第 23 卷 4 号 2015 年 2 月
5. 一般社団法人日本小児心身医学会不登校ワーキンググループ編 小児科医のための不登校診療ガイドライン 小児心身医学会ガイドライン集 南江堂 2015 年 7 月
6. Matsuo Risa Inoue Masahiko, Maegaki Yoshihiro : A Comparative Evaluation of Parent Training for Parents of Adolescents with Developmental Disorders Yonago Acta medica 2015;58:109-114

7. 岡田あゆみ 子どもの成長・発達と成育環境 育児環境としての親子のあり方 小児心身症外来で気づくこと 日本小児科医会会報 (0912-1781)45 号
Page89-96(2013.04)
8. 石崎優子 心身症発症の心理社会的要因 親子関係から見る心身症発症要因 日本心療内科学会誌 (1342-9558)16巻3号
Page149-151(2012.08)

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

無し

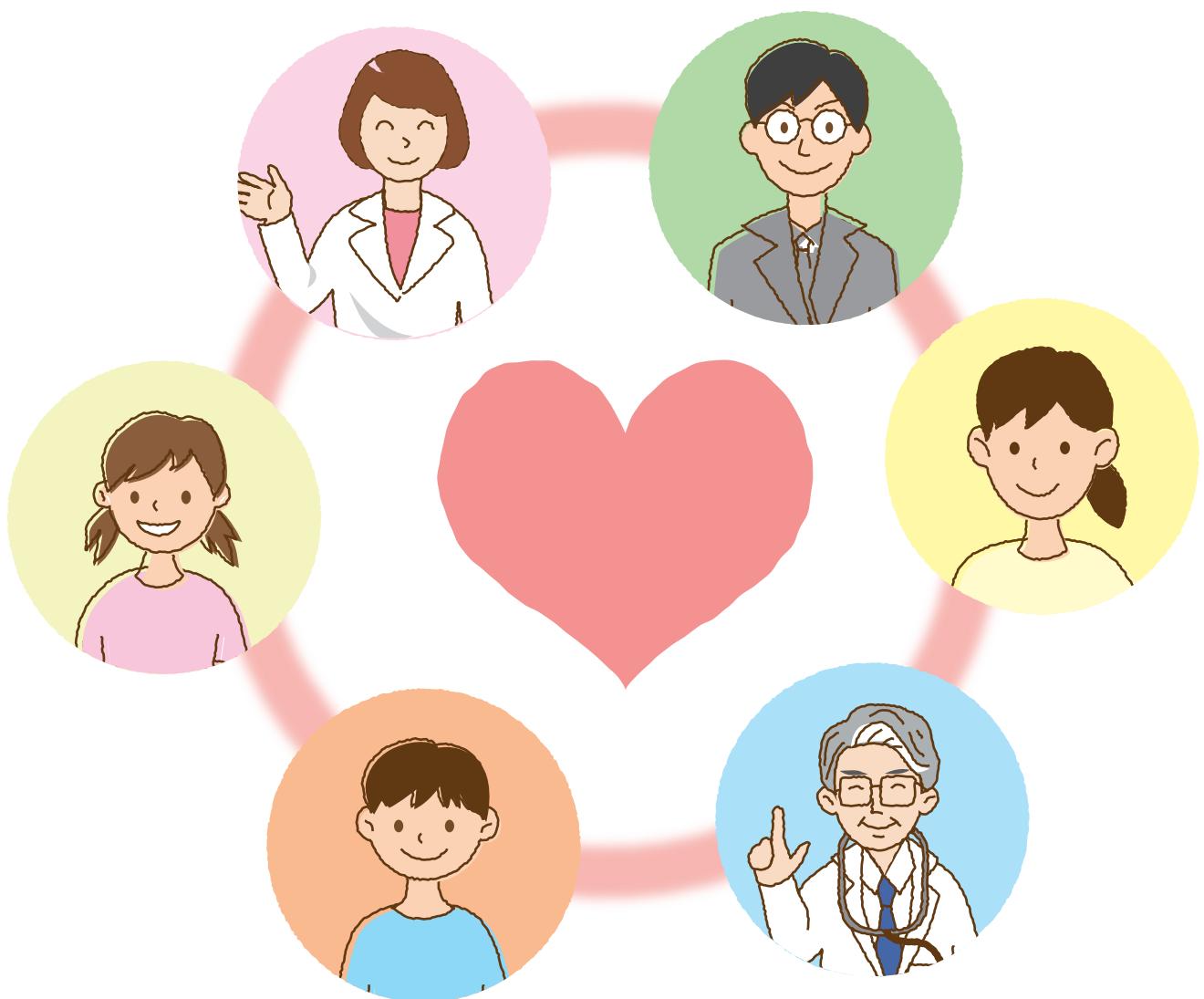
2. 実用新案登録

無し

3. その他

特になし

親子の心の診療に関する アンケート調査ご協力のお願い



厚労科研成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

親子の心の診療を実施するための人材育成方法と診療ガイドライン・保健指導プログラムの作成に関する研究

分担研究者 日本小児心身医学会理事長 村上 佳津美

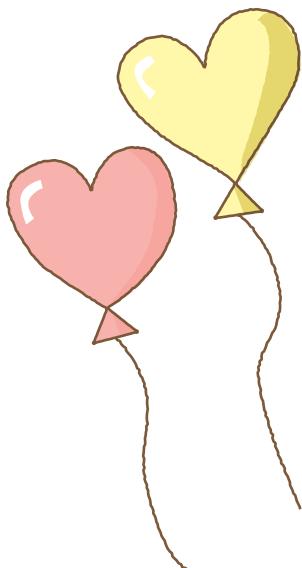
親子の心の診療に関するアンケート協力のお願い

子どもの心の問題に対する社会的関心が高まる中、子どもの心の診療を行う医師への社会の期待は増しています。日本小児心身医学会では、様々な活動を通してこの領域の発展に貢献しています。

さて、子どもの心の問題への対応には、子ども自身へのアプローチとともに、親（保護者、以下「親」）を含めた家族への支援や、親・家族の心の問題への対応が必要となることも少なくありません。治療者が、親や家族の成育歴や家庭状況を考慮して、親の育児感・価値観・心理精神面を理解することは診療上重要です。結果として、親ガイダンスの効果を高め、また親・家族の心の問題への対応にも繋がっていくと考えます。本学会の理念である、「全人的治療」の点からも、子どもの診療に際して、親を含めた家族への支援は不可欠です。また、時には子どもの心の問題の解決に、親を含めた家族への治療が必要となることもあります。

今回、研究担当理事の永光信一郎先生（久留米大学小児科）が、厚労科研「親子の心の診療ガイドライン作成（略）」を取得され、私、村上も分担研究者として参画しています。診療ガイドライン作成のために本学会が貢献できることは多いと考えます。実臨床に役立つガイドライン作成のためには、親子の心の診療に関する課題を明確にする必要があります。このため、理事・評議員の先生方にアンケート調査にご協力頂ければ幸いです。

ご協力、お願い申し上げます。



日本小児心身医学会

理事長 村上佳津美

1. 子どもの心の問題への対応には、親の心への支援が必要だと思いますか？

- () 非常に思う () しばしば思う () ときどき思う
() まれに思う () ほとんど思わない

2. 子どもの心の問題には、親の心の問題（親自身の親子関係、親の病気等）が関係していると思いますか？

- () 非常に思う () しばしば思う () ときどき思う
() まれに思う () ほとんど思わない

3. 関係している場合、それは子どもがどの時期に現れやすいと思いますか。より多いと思われる時期を、

2つまで選択して下さい

- () 妊娠期
() 新生児期（生後4週未満）
() 乳児期（1歳未満）
() 幼児期（1～6歳）
() 学童期（7～12歳）
() 思春期（13歳以上）

4. 親の心の支援または診療が必要なときは、主にどのようなときですか？ 3つ選択してください

- () 子どもの病気のため、親が二次的に不安や抑うつになっている
() 子どもの病気のため、親が子どもに対して過度の欲求または過保護になっている
() 1人の保護者（親）に子どもへの対応の負担が集中している
() 子どもの家庭内暴力・ひきこもり等で家庭内緊張が高い
() 親自身が適切な養育を受けていない
() 親自身に精神疾患の既往がある・治療中である
() 他の家族への対応で親が困惑・疲弊している（例：きょうだいに慢性疾患がある等）
() 親が他の家族からDVを受けている
() 親の周囲に支援者がいない・相談する人がいない
() 地域の支援・社会的資源がない
() 経済的困窮がある
() その他 _____

5. 子どもの心の診療時に、親の成育歴について聞くように心がけていますか？

() 常に () しばしば () ときどき () まれに () ほとんどない

6. 子どもの心の診療時に、家庭環境について聞くように心がけていますか？

() 常に () しばしば () ときどき () まれに () ほとんどない

7. 子どもの心の診療時に、親の育児・養育ストレスについて聞くように心がけていますか？

() 常に () しばしば () ときどき () まれに () ほとんどない

8. 子どもの心の診療時に、1ケースに充てる時間はおよそ何分ですか？

乳児例 () 0～15分 () 15～30分 () 30～60分 () 60分以上

幼児例 () 0～15分 () 15～30分 () 30～60分 () 60分以上

学童例 () 0～15分 () 15～30分 () 30～60分 () 60分以上

思春期例 () 0～15分 () 15～30分 () 30～60分 () 60分以上

9. 子どもの心の診療時に、親面接に当てる時間はおよそ何割ですか？

乳児例 () 0～2割 () 3～4割 () 5～6割 () 7～8割 () 9～10割

幼児例 () 0～2割 () 3～4割 () 5～6割 () 7～8割 () 9～10割

学童例 () 0～2割 () 3～4割 () 5～6割 () 7～8割 () 9～10割

思春期例 () 0～2割 () 3～4割 () 5～6割 () 7～8割 () 9～10割

10. 親へのガイダンス、親への診療のために、親のカルテを作成していますか？

() 常に () しばしば () ときどき () まれに () ほとんどない

11. 子どもの心の診療における親面接として心がけているものは何ですか？（複数回答可）

- 子どもの心理 / 精神状態の把握
- 親の心理状態の把握と配慮
- 親以外の家族の心理 / 精神状態の把握
- 家族と子どもの生活状態の把握
- 親の成育歴
- 疾病の説明（病態）
- 今後の見通し
- 今後の治療
- 薬物療法
- 子どもへの具体的な対応法（ペアレントトレーニングを含む）
- 子どもの自立を促す・別人格であることを説明する
- 学校や地域との連携
- 各種制度の紹介（手当、支援サービスなど）
- その他 _____

12. 親の心の問題、またはその問題の背景として重要と思われるものはどれですか？5つを選択して、

（ ）に○をつけてください

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 親の精神疾患 | <input type="checkbox"/> 親の問題行動（家庭内暴力・アルコール依存等） |
| <input type="checkbox"/> 経済的困窮 | <input type="checkbox"/> 子育ての自信低下 |
| <input type="checkbox"/> 親自身の成育歴 | <input type="checkbox"/> 養育能力不全 |
| <input type="checkbox"/> 夫婦の不和・離婚 | <input type="checkbox"/> 交流が少ない家庭 |
| <input type="checkbox"/> 一人親家庭 | <input type="checkbox"/> 父親の養育不参加 |
| <input type="checkbox"/> 子どもへの無関心 | <input type="checkbox"/> 子どもへの過度の要求・期待 |

13. 下記の子どもの疾患や心の問題で、親を含めた家族の心の問題の関与が強いと思われるものはどれで
しょうか。 5つを選択して、() 内に○をつけて下さい

- | | |
|--------------------|-------------------|
| () 習癖（爪かみ・性器いじり等） | () 夜泣き・睡眠障害 |
| () チック | () 遺尿・遺糞 |
| () 脱毛・抜毛 | () 分離不安 |
| () 登園しぶり・不登校 | () 慢性頭痛 |
| () 繰り返す腹痛 | () 転換性障害・解離性障害 |
| () 発達障害 | () 起立性調節障害 |
| () 摂食障害 | () 違法薬物の使用 |
| () 抑うつ・不安 | () 虐待 |
| () 精神病症状 | () リストカット・自殺関連行動 |
| () 若年妊娠 | () いじめ |
| () スマホ・ネット依存 | () その他 |

14. 親・家族の心の診療が必要と思われたことはありますか？

- () 常に () しばしば () ときどき () まれに () ほとんどない

15. 親・家族を精神科・心療内科に紹介されたことはありますか？

- () 常に () しばしば () ときどき () まれに () ほとんどない

16. どの様な時に親・家族を精神科・心療内科に紹介されますか？

- () 子どもの病気のため、親が二次的に不安や抑うつになっている
() 子どもの病気のため、親が子どもに対して過度の欲求または過保護になっている
() 1人の保護者（親）に子どもへの対応の負担が集中している
() 子どもの家庭内暴力・ひきこもり等で家庭内緊張が高い
() 親自身が適切な養育を受けていない
() 親自身に精神疾患の既往がある・治療中である
() 他の家族への対応で親が困惑・疲弊している（例：きょうだいに慢性疾患がある等）
() 親が他の家族から DV を受けている
() 親の周囲に支援者がいない・相談する人がいない
() 地域の支援・社会的資源がない
() 経済的困窮がある
() その他 _____

17. 親・家族を紹介できる相談先（精神科・心療内科）はありますか？

（ ）ある （ ）ない

18. 紹介（精神科・心療内科）をするうえで、親・家族への説明に困ることがありますか？

（ ）常に （ ）しばしば （ ）ときどき （ ）まれに （ ）ほとんどない

19. 親・家族を公的機関や心理カウンセリングに紹介したことはありますか？（公的機関：女性相談所、発達支援センター、児童相談所、福祉事務所など）

（ ）ある （ ）ない

20. 親・家族を紹介できる相談先（公的機関・心理カウンセリング）はありますか？

（ ）ある （ ）ない

21. 紹介（公的機関・心理カウンセリング）をするうえで、親・家族への説明に困ることがありますか？

（ ）常に （ ）しばしば （ ）ときどき （ ）まれに （ ）ほとんどない

22. あなたの職種を教えてください

（ ）医師 （ ）心理士 （ ）その他 _____

*ご協力ありがとうございました。



親子の心の診療が必要な家族の実態調査に関する研究

研究分担者 岡田あゆみ（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科小児医学科）

研究協力者 重安 良恵（岡山大学病院小児医療センター小児科子どものこころ診療部）

藤井智香子（岡山大学病院小児医療センター小児科子どものこころ診療部）

研究要旨

子どものこころの診療に際しては、家族と協力して行う環境調整や子どもへの関わりの工夫が重要である。このため、親子並行面接を実施される場合もあるが、保護者が精神疾患に罹患している場合、保護者自身の病状悪化にも注意が必要となる。

診療ガイドラインの作成に先立って、保護者面接の質を担保し適切な対応を行うために、精神疾患を抱えた保護者の実態を調査し有効な対応を検討した。

1999 年度から 2011 年度までに受診した症例 860 例の中で母親に精神疾患を認めたのは、69 症例、51 家族で、母親の 8.0% だった。家族構成は、離婚 19 家族 (37.3%)、死別 2 家族 (3.9%) で 21 例 (41.2%) が母子家庭だった。経済状況は、就労 12 例 (23.5%)、生活保護 10 例 (19.6%) だった。

複数の問題が家族に集積しているとともに、支援者が居ない場合が約半数で、これが難治化の要因と考えられた。保護者面接を通して家族の協力を得るとともに、支援者が居ない場合は家庭外の支援につなげることが必要だった。

A. 研究目的

思春期を含む子どもの心の問題は、親を含む家族の心の問題が背景に存在することが指摘されている。よって、子どもに対する診療に加えて、親を含む家族全体を診療することが求められている。本研究班では、多領域、多職種が連携して、親子の心の診療を実施するための課題整理と科学的根拠の収集を行い、その結果に基づき親子の心の診療ガイドラインなど診療支援となるツールの作成を目指している。

岡山大学病院子どものこころ診療部では、主に小児の心身症治療を行っているが、治療に際しては、家族と協力して行う環境調整や子どもへの関わりの工夫が重要である。このため、親子並行面接を治療の基本として、保護者（親）と定期的な相談を行っている。しかし、保護者

が精神疾患に罹患している場合、親役割への葛藤、新たな課題への負担感などが発生しやすく、保護者自身の病状悪化にも注意が必要である。

よって、診療ガイドラインの作成に先立って、保護者面接の質を担保し、適切に親と子の診療を行うために、精神疾患を抱えた保護者の実態を調査しどのように対応すべきかを明らかにしたいと考えた

以前我々は、保護者に精神疾患を認めた 34 症例を検討し、診断と転帰に関連性はないが、保護者は家事ができず家庭内外に支援者の居ない場合は悪化や中断が多いことを報告（山中, 2005）した。

その後は、治療開始時に保護者（主に母親）の状態や家庭内外の支援者の有無をアセスメントし、家族の状況に合わせた対応をおこなっ

ている。

今回我々は、母親に精神疾患を認める症例を検討し、上記の対応の有効性や注意すべき点について考察したので報告する。なお、

A) 患者家族の転帰

B) 患者家族への対応

を検討した。

B. 研究方法

対象：1999 年度から 2011 年度までに当院子どものこころ診療部（旧心身症外来）を受診した 860 症例の中で、3 回以上受診歴があり母親に精神疾患を認めた 69 症例、51 家族。母親は、子どもの症状出現前から発症し、精神科あるいは心療内科で診断を受けた症例とした。

なお、当院は予約制の外来を基本としており、小児科医 1 名または小児科医 1 名と臨床心理士 1 名が担当者となり、30～60 分の親子継時面接、または親子並行面接を行う治療構造である。

方法：家族構成、就業の状態、家庭内外からの支援の有無など診療録から後方視的に調査した。診断は、受診時診断としたため、アメリカ精神医学会精神疾患の診断・統計マニュアル

（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）第 4 版改訂版に従った。

転帰は、下記の分類に従った。

終了：主訴が改善し受診が終了

改善：主訴の改善

不变：主訴の持続

悪化：主訴の悪化、新たな問題の発生、精神科転科など

中断：無断キャンセル、受診拒否など

母親の話から、食事の準備や掃除などの「家事が可能か」、親戚、学校関係者、公的機関などの関係者と連絡を取ることに苦痛がなく相談ができるなどの「支援者が居るか」について、主治医が判断し、その有無により下記の 4 群に

分類して検討した。（図 1）

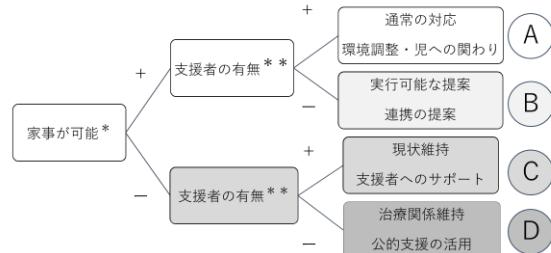
A 群：家事が可能、支援者が居る

B 群：家事が可能、支援者が居ない

C 群：家事が不能、支援者が居る

D 群：家事が不能、支援者が居ない

母親の話から受診早期に主治医が判定し、4群に分類する



*：朝起き、食事の準備、買い物など **：家族、学校、公的機関の支援

図1：母親のアセスメントと対応方針

倫理面への配慮：守秘に留意し、個人が同定されないように検討した。岡山大学病院倫理委員会の承認を得て実施した。（番号 1609）（番号 研 1801-036）。また、提示症例は、研究発表について同意を得て行った。

C. 研究結果

1) 患児の特徴

対象となる患児は 69 例で、治療を行った 860 例の 8.0% だった。性別は、男児 26 例、女児 43 例、平均年齢 10.0 歳だった。

診断は、適応障害 19 例、身体化障害（鑑別不能の身体表現性障害例を含む）16 例、排泄障害（遺尿症・遺糞症）8 例、社交不安障害 7 例、摂食障害 4 例、転換性障害 4 例、強迫性障害 2 例、分離不安障害 3 例、全般性不安障害 1 例、外傷後ストレス障害 2 例、疾病恐怖症 1 例、反応性愛着障害 1 例、うつ病性障害 1 例と様々だった。

発達障害の合併は、26 例（37.8%）に認めた。内訳は、広汎性発達障害 17 例、注意欠陥多動性障害 2 例、軽度知的障害 7 例だった。

不登校の合併は 42 例 (60.9%) だった。

2) 母親の特徴

精神疾患の診断の内訳は、統合失調症 7 例、うつ病性障害 16 例、不安性障害 21 例、パニック障害 4 例、摂食障害 2 例、身体表現性障害 1 例だった。

家族構成は、離婚 19 家族 (37.3%)、死別 2 家族 (3.9%) で 21 例 (41.2%) が母子家庭だった。経済状況は、就労 12 例 (23.5%)、生活保護 10 例 (19.6%) だった。

3) その他の特徴

4 家族では、父親も精神疾患に罹患しており、両親ともに治療中であった。診断の内訳は、うつ病性障害 2 例、双極性障害 1 例、薬物関連性障害 1 例だった。また、5 家族は家庭内暴力 (DV) のため離婚しており、子どもも父親から母親への暴力・暴言を目撃していた。

同胞発症は、17 家族 (33.3%) に認めた。

4) 転帰 (表 1)

51 家族 (母親 51 例) の内訳は、A 群 18 例、B 群 11 例、C 群 10 例、D 群 12 例だった。患児の内訳は、A 群 27 例、B 群 14 例、C 群 12 例、D 群 12 例だった。

転帰は、A 群は、終了 19 例、改善 7 例、不变 0 例、悪化 0 例、中断 1 例だった。B 群は、終了 2 例、改善 6 例、不变 1 例、悪化 3 例、中断 2 例だった。C 群は、終了 3 例、改善 3 例、不变 3 例、悪化 3 例、中断 0 例だった。D 群は、終了 2 例、改善 5 例、不变 0 例、悪化 6 例、中断 3 例だった。

表1：転帰

母親	状況	患児の転帰 (69例)						
		家事支援	終了	改善	不变	悪化	中断	合計
A群	18例	可能あり	19例	7例	0例	0例	1例	27例
B群	11例	可能なし	2例	6例	1例	3例	2例	14例
C群	10例	不可能あり	3例	3例	3例	3例	0例	12例
D群	12例	不可能なし	2例	5例	0例	6例	3例	16例
合計	51例		26例 37.7	21例 30.4	4例 8.4	12例 17.4	6例 8.7	69例 (%)

5) 悪化した症例の特徴 (表 2)

母親のアセスメントとして A 群は認めなかった。同胞例は 2 家族で、両親共に精神疾患を認めた家族と母子家庭で生活保護を受けていた家族だった。患児らは、精神病やうつ病を疑う状況で精神科転医が必要であった。その他の患児も、発達障害で不登校状態を呈しており、行動上の問題が悪化して転医が必要となった。

表2：悪化例の特徴

状態	母親の診断	家族の特徴	性別・年齢	患児の状態・診断	悪化転医の要因
1	B	不安性障害	12歳、女	不登校、PDD	家出・受診拒否
2	B	パニック障害・被虐待	父家庭内暴力	12歳、男 不登校、PDD	問題行動
3	B	不安性障害	父ギャンブル	14歳、男 遺棄症、PDD	不登校
4	C	統合失調症	父双極性障害	14歳、女 摂食障害 14歳、男 不登校	幻聴 摂食障害
5	C	不安性障害		15歳、男 不登校、PDD	ひきこもり
6	D	うつ病性障害	母子家庭	12歳、男 遺棄症、PDD	不登校
7	D	うつ病性障害	母子家庭	12歳、男 不登校、PDD	家庭内暴力
			生活保護	16歳、女 不登校、PDD	抑うつ
8	D	パニック障害・被虐待		11歳、女 愛着性障害、MR	問題行動
9	D	うつ病性障害		14歳、女 不登校、PDD	抑うつ
10	D	統合失調症		19歳、男 頭痛、不登校	ひきこもり

MR: 感的障害、PDD:广泛性発達障害、ADHD:注意欠陥多動性障害

6) 有効だった対応

【症例 1】小6、女児、C 群

主訴：歩けない、学校へ行けない

診断：身体化障害

家族構成：父親、母親 (統合失調症)、患児

経済状況：父親は契約社員、母親は無職

支援状況：母親は家事ができないことが多く、症状が悪化すると、不眠、外出困難、物を盗まれるなどの被害妄想が出現する。

家庭内：父親は母親の診断を知らず、家事ができないと暴力・暴言を認める。

家庭外：母方祖父母は母親の家事を手伝っている。父親と母方祖父とが対立し、父親は祖父の介入を拒否していた。母親は学校との連携も困難だった。

アセスメント：家事不能、支援ありでC群
治療経過：患児は母親の疾病を告知されておらず、親子継時面接を実施した。家族面接で父親や祖父と面接し、母親への支援と双方の協力を依頼した。また、家庭外支援として、学校連携により別室登校開始した。その後、独歩が可能となり、中学校で別室登校、高校は通常の登校が可能となり、大学進学した。一時父親もうつ病を発症し休職したが、母親面接を継続し、不安の傾聴や具体的な生活上の問題解決を図った。

【症例2】小4、女児、D群

主訴：夜は眠れない、登校を嫌がる

診断：恐怖症

家族構成：母親（双極性障害）、長女、次女（広汎性発達障害）、患児

経済状況：母親は無職、生活保護受給

支援状況：母親は気分に波があり、周期的に家事ができなくなる。症状悪化時には、イライラ、子どもへの暴言などが出現する。

家庭内：父親とは離婚し支援はない。母方祖母とは疎遠で支援を受けられない。

家庭外：母親は母子登校を提案されているが、学校との連絡・連携を負担に感じている。

アセスメント：家事不能、支援なしでD群

治療経過：親子並行面接を実施した。患児は臨床心理士が面接を行い、呼吸法を修得するなど、不眠や登校への不安について対処行動を学んだ。母親は当初家事の困難さを訴えなかつたが、経過の中で家事ができないことへの罪悪感や焦燥感を語った。地区担当保健師と連携し、母

親の精神科主治医の協力を得て、精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）を導入したところ、安定した。

D. 考察

1) 母親と家族の特徴

同胞発症を約3割に、不登校を約6割に認めており、因果関係は不明だが、複数の問題が家族に集積して難治化につながっていると推測された。

上野（2010）は、精神疾患を有し子育てをしている女性の実態調査で、離婚率が高い（23%，一般人口 5.2%）ことを指摘し、9.5%に相談者がいないと報告している。今回の検討でも、約40%が母子家庭で、家庭内の支援に乏しかつた。親子の診療にあたって、家族内支援が乏しい場合は、外部機関との連携を勧めることが必要となる。

この際に、子ども側だけでなく、母親も含めた保護者側にどのような提案が可能か、治療者は常に検討しなければならない。近年スクールソーシャルワーカーを配置する教育委員会が増えるなど、利用できる資源は増えているので、診療ガイドライン作成においては、このような情報の提供が有用と考えられた。

2) 母親面接による診療

患児の転帰は、約70%が終了・改善となっており、保護者に精神疾患の罹患があつても必ずしも転帰不良ではないと考えられた。しかし、D群の家事不能、支援者なしの症例では、悪化や中断が多く治療には課題が残った。「受診を労い現状維持を目標として伝える」「信頼関係を構築し家庭外支援の利用を提案する」などに配慮することで中断例を減らす効果があると推測されたが、家庭訪問や家事支援の提案を行っても拒否する症例があり、難治化につながっていると考えられた。

診療ガイドライン作成にあたっては、保護者への直接支援のみならず、家庭内外の支援につなげる診療を行う必要があると考えられる。井上（2017）は、「ひとたび医療側との信頼関係をつくることができれば治療を安全に続けられるため、こうしたケースとの面接においては通常より人的・時間的リソースを投入することの意味は大きいと思われる」と述べている。今回の検討でも、症例1、2については、母親面接を行うことで信頼関係を形成することが可能となり、病院以外の支援の提示を受け入れたことを契機に母親自身の負担が軽減し、最終的に子どもの改善につながったと考えられた。

3) アセスメントの課題と本研究の限界

今回の検討は、予約制、30分以上の面接時間の確保が可能な治療構造における一施設の結果で、これを汎化するには課題がある。また、家事が可能か否か、支援者が居るか否かを主治医が母親との面談の内容から判断しており、客観的な指標にかける。今後、診療ガイドラインの作成にあたっては、限られた時間で（1）一定の健康度（家事ができるレベル）、（2）支援者の存在、（3）外部と関係を持つ力などの評価を行い、これに合わせた対応を提案できるような工夫が必要である。

芳賀（2011）は、小児科診療で遭遇する親を5群に分け、E群：精神障害タイプについては、「精神病理性を把握し対応：病理性に巻き込まれない」ことの重要性を指摘している。今回の検討でも、悪化例の中で、精神科転科後心理的虐待を疑われた症例を認めた。表面的に問題のない保護者に見えて、親の要求が一方的、治療への操作性が高い場合は、背景に虐待環境が形成されている可能性に注意を要する。また、このような場合、保護者の診療に過度の期待を持たず、他の方法を探すこと必要となる。

よって、図2に示すように、各段階での状況

をアセスメントし、各段階に応じた支援方法を提案できるような診療体制の構築が重要である。



図2：保護者支援の方略

E. 結論

診療ガイドライン作成のための課題整理として、母親に精神疾患を認める症例の治療について後方視的に検討した。69症例、51家族について検討を行ったところ、母親の診断にかかわらず、家事が可能か否か、支援者の有無などでアセスメントを行い対応することで一定の治療効果を認めた。

【謝辞】

本研究の実施にあたって、山中医院小児科山中絵里子先生にご協力いただきました。ここに深謝致します。

【参考文献】

- 1) 山中絵里子、細木瑞穂、他：保護者の精神疾患が子どもに与える影響. 心療内科：9号；p159-164, 2005
- 2) 上野里絵、上別府圭子：精神疾患を有し子育てをしている女性の特徴およびサポートの実態. こころの健康：25(2)；p35-43, 2010
- 3) 芳賀彰子：患児とその親ー小児科医師との治療的信頼関係の確立と治療的自己. 日本

- 小児心療内科学会誌 : 15 ; p137-145, 2011
- 4) 井上祐紀:親がメンタルヘルスの問題を抱えているケースへの対応. 小児の精神と神経 : 57 (Suppl) ; p112-113, 2017
- 2. 実用新案登録**
なし
- 3. その他**

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 岡田あゆみ、藤井智香子. 心因性発熱 16 症例の検討. 心身医学 : 57 (12) ; P1252-1260, 2017.
- 2) 梶原彰子、岡田あゆみ、堀内真希子、鶴丸靖子、赤木朋子、藤井智香子、重安良恵、塚原宏一. ドメスティック・バイオレンス(DV)を目撃した 2 例の検討. 発達に課題のある児の心理療法について
- 3) 藤井智香子、岡田あゆみ、鶴丸靖子、赤木朋子、重安良恵、梶原彰子、堀内真希子、塚原宏一. 長期に経過を観察した起立性調節障害患者 23 例の検討. 子どもの心とからだ 26 (1) ; P34-38, 2017

2. 学会発表

- 1) 藤井智香子、岡田あゆみ、重安良恵、鶴丸靖子、赤木朋子、梶原彰子、堀内真希子、塚原 宏一. 過敏性腸症候群児の患者背景についての検討: 第 35 回日本小児心身医学会学術集会. 子どもの心とからだ: 26 (2) ; P187, 2017
- 2) 重安良恵、岡田あゆみ、藤井智香子、鶴丸靖子、赤木朋子、梶原彰子、堀内真希子、塚原宏一. ネグレクト環境への対応 心因性発熱男児例の治療を通して. 子どもの心とからだ: 26 (2) ; P214, 2017

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

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、実際の効力を發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¹⁾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²⁾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）³⁾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）⁴⁾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、発達障害児に必要となる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⁵⁾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・福祉機関との連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児童 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。

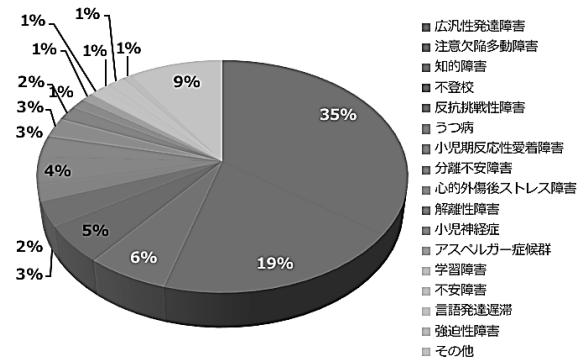


図 1 浜松市子どものこころの診療所における H26~27 年度初診患者の診断別分類（1,451名）

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テーク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。

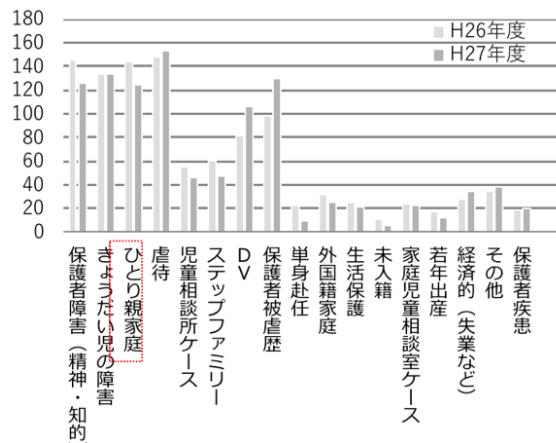


図2 初診患者における家庭基盤の脆弱さ

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)⁶⁾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.

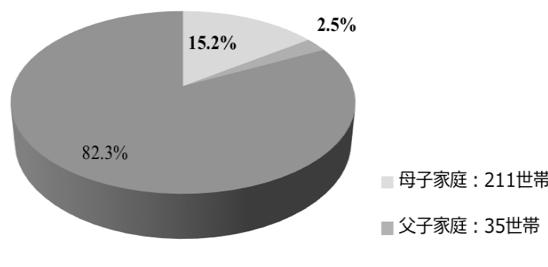


図3 ひとり親家庭の割合

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ない, オッズ比および χ^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	
反抗挑発症	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 ひとり親とその他の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	8.43
DV	112	41.6	81	6.9	9.70
保護者精神科受診	94	35.0	172	14.6	3.15
保護者被虐歴	93	34.6	164	13.7	3.28
要保護歴	75	27.9	73	6.2	5.87
施設入所歴	32	11.9	23	1.9	6.80

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）⁶⁾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。

	母子家庭 N=211		父子家庭 N=35		
	就業状況	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	47.4		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⁷⁾と比較して大きな差異をみとめなかつた。

6) 保護者の学歴・就業状況と子どものIQ比

較（図4, χ^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。

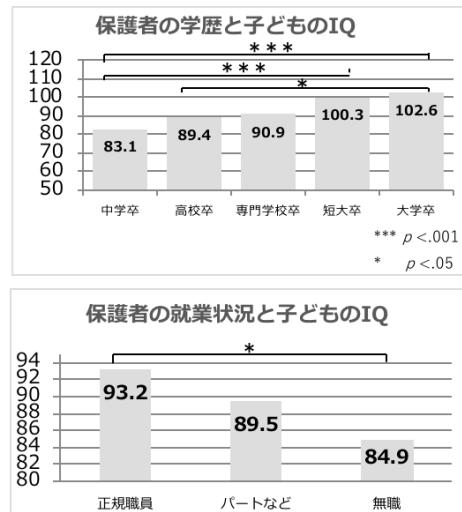


図4 保護者の学歴・就業状況と子どものIQ比較

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歳女児

【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⁸⁾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

ろ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関する報告⁹⁾⁻¹¹⁾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%³⁾ であり、不登校(有病率約 2%)¹²⁾ や子ども虐待(同 2%)¹³⁾ 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%)¹⁴⁾、アトピー性皮膚炎(同 12%)¹⁴⁾、食物アレルギー(同 2%)¹⁴⁾ 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に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の対応を大切にしていくこと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なれば良いが、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に、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ることができなかったため、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っ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はあるが、前述したソーシャルワーカー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-Houdou_uhappyou-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/000173365.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/shotoku/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 (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 (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-Seisakuouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000083324.pdf>
- 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 (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 にさらられる子どもたち) 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 (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ブックス. 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-Ganshippetaisakuka/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, 齋藤和恵：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

摂食障害の子どもと親の関係性調査に関する研究

研究分担者 道端 伸明 (東京大学大学院医学系研究科ヘルスサービスリサーチ講座)

研究要旨

背景：親子関係と摂食障害の治療効果の関連は十分に解明されていない。方法：平成26～28年度の厚労科研内田班のコホート研究データを利用し親子関係が一年後の体重増加と関連があるかを解析した。結果：合計66名で、92%が女性であった。初診時の親子関係と、1年後の体重増加に有意差は認めなかった。一年後の親子関係が良い群(n=37)とそうでない群(n=29)とでは、親子関係が良い群が有意に1年後の体重が増加($p=0.0125$)していた。考察：1年後親子関係と体重増加に有意な関連を認めた。結論：今後、更に解析を進め因果関係を明らかにする予定である。

A. 研究目的

「健やか親子21(第一次)」では、近年中高生の不健康やせが増加していることが明らかになった。摂食障害に分類される神経性やせ症は、思春期に好発する精神疾患である。神経性やせ症は、低栄養のため様々な身体合併症を有し、他の精神疾患と比較しても死亡率が高い。先行研究では、摂食障害の発症は、家族機能や親子関係と関連があるという報告は散見されるが、親子関係が治療効果と関連があるかは十分に分かっていない。本研究は、小児摂食障害におけるアウトカム尺度開発のために収集されたコホート研究データを用いて、親子関係と摂食障害の治療効果の関連を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

研究データは、平成26年度～28年度の厚労科学研究費補助金(内田班：小児摂食障害におけるアウトカム尺度開発に関する研究)のために収集された多施設コホート研究データを利用した。2年の調査期間のうち、11施設から合計131例の小児摂食障害患者(初診時16歳未満)が登録された。調査項目は、リスク因子

を含めた患者背景情報の他に、Eating Attitudes Test-26、Children's Depression Inventory、Kid Kindle中学生版等の質問紙を初診時、1, 3, 5, 12, 18, 24ヶ月で繰り返し評価している。

対象は、データベースに登録された全小児摂食障害患者とし、初診時と1年後の体重の記録がない児は除外した。アウトカムは、体重増加とした。親子関係は、医師が回答した家族関係(親・同胞)について(良い、どちらとも言えない、不良、非常に悪い)の良いと回答したものを親子関係が良いとした。親子関係が良い群とそうでない群の2群間で1年後の体重増加についてt検定を行った。

本研究は倫理委員会で承認済みの研究説明書を用いて本人、保護者から同意を得て集められた匿名化(個人を識別できないもの)データの二次利用であり、本人・保護者に不利益が生じることはない。

C. 研究結果

治療開始1年後の体重の欠損があった65名を除外した合計66名で解析をした。男女比は、92%が女性であった。初診時年齢は、中央値

13.1 (四分位範囲 11.8-14.5) 歳であった。初診時に推定罹病期間は中央値 0.5(0.2-0.9)か月であった。診断分類は神経性やせ症が 67%で非定形が 33%であった。初診時の健康時からの推定体重減少は中央値 8.4(四分位範囲 5.1-13.4)kg、最大 25kg 以上であった。初診時の親子関係が良い群 (n=31) とそうでない群 (n=35) とでは、1 年後の体重増加に有意差は認めなかつた。一年後の親子関係が良い群 (n=37) とそうでない群 (n=29) とでは、親子関係が良い群がそうでない群と比較して有意に 1 年後の体重が増加 (10.8kg vs 6.4kg, p=0.0125) していた。

D. 考察

先行研究と異なり、初診時の親子関係は、その後の体重増加と関連が無かつた。1 年後の親子関係と体重増加に有意な関連を認めた。しかし、本解析からは、親子関係が良かったため体重増加したのか、体重増加したため親子関係が良くなつたかという因果関係の言及はできない。

E. 結論

1 年後の親子関係と体重増加に有意な関連を認めた。今後は、更にパネルデータ解析等を進めその因果関係を明らかにする予定である。

【参考文献】

- 1) Wallis A, et al. How does family functioning effect the outcome of family based treatment for adolescents with severe anorexia nervosa? *Journal of Eating Disorders* 2017;5.
- 2) Goossens L, et al. The Parent-Child Relationship as Predictor of Eating Pathology and Weight Gain in

Preadolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2012;41:445-57.

F. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

親子の心の診療に関する研究

研究分担者 大西 雄一（東海大学医学部専門診療学系精神科学）

研究要旨

子どもの診療・親子の心の診療における問題整理のため児童青年精神医学会の代議員 100 名に対し、アンケートを郵送し結果を整理した。62 名から返信があり、集計・解析の対象となつたのは 56 名であった。多くの回答者（精神科医、小児科医、心理士）は、子どもの心の問題に養育者の心の問題が関係しており、家族全体の診療が必要であると考えていた。また、その診療においては多職種の連携が必要であると考えられており、現在も連携が行われていることが明らかとなつた。しかしながら、必ずしも現在の連携の状況は十分ではなく、改善すべき多くの点を挙んでいると考えられた。

A. 研究目的

子どもの診療・親子の心の診療におけるガイドラインを作成し普及することが目的である。

B. 研究方法

児童青年精神医学会の代議員に対し子どもの診療・親子の心の診療についてのアンケートを郵送し、返信してもらい結果を整理する。

（倫理面への配慮）

本研究では患者情報を扱うことはない。調査より得られたデータを取扱う際は、被験者の秘密保護に十分配慮する。また、自施設外に情報の持ち出しあは行わない。

C. 研究結果

本研究では、児童青年精神医学会の代議員 100 名にアンケートを郵送した。これら 100 名のうちアンケートに返信が得られた 62 名の中で、アンケート結果の公表について承諾を得られた 56 名の回答者（精神科医、小児科医、心理士）を集計と解析の対象とした。

1. アンケートに回答した 56 名が診療を行っている施設については、精神科・心療内科

診療所が 10 名(17.5%)、単科精神科病院 9 名(15.8%)、総合病院 11 名(19.3%)であり、大学病院 18 名(31.6%)、その他の施設 9 名(15.8%)であった。総合病院 11 名のうち 8 名(72.7%)の施設には産科が、10 名(90.9%)の施設には小児科が存在していた。また大学病院 18 名のうち 17 名(94.4%)の施設には産科が、17 名(94.4%)の施設には小児科が存在していた。1 名の回答者が 2 施設を選択していたため、この項目は合計回答数が 57 となっている。

2. 子どもの心の問題に対し、養育者の心の問題（親子関係、親の病気 等）がどの程度、関係していると考えるかの質問項目に対しては、「1. 非常に」が 38 名(67.9%)、「2. しばしば」が 18 名(32.1%)、「3. まれに」および「4. ほとんどない」が 0 名(0%)であった。
3. 子どもの心の診療には養育者を含めた家族全体の診療が必要と考えるかの質問項目に対しては、「1. 非常に」が 28 名(50.0%)、「2. しばしば」が 26 名(46.4%)、「3. まれに」が 2 名(3.6%)、「4. ほとんどない」が 0

- 名(0%)であった。
4. 子どもの心の診療に多職種(産婦人科・小児科・精神科医師、助産師、看護師、心理士および行政の方々等、子ども達に関わる多くの職種)の連携はどのくらい必要と思われるかの質問項目に対しては、「1. 非常に」が 33 名(58.9%)、「2. しばしば」が 19 名(33.9%)、「3. まれに」が 4 名(7.1%)、「4. ほとんどない」が 0 名(0%)であった。
 5. 連携が特にどの時期において必要と思うか、多い時期 2 つを選択する質問項目に対しては、「1. 妊娠期」が 9 名(8.5%)、「2. 新生児期」が 4 名(3.8%)、「3. 乳児期」が 21 名(19.8%)、「4. 幼児期」が 34 名(32.1%)、「5. 学童期」が 26 名(24.5%)、「6. 思春期」が 12 名(11.3%)、「7. 必要ない」が 0 名(0%)であった。選択肢にない「全て」という回答 2 名、「しほれない」という回答 1 名が除外され、有効回答総数は 106 となっている。
 6. 所属施設で多職種連携がなされているかに関する質問項目に対しては、「1. 非常に」が 23 名(41.1%)、「2. しばしば」が 24 名(42.9%)、「3. まれに」が 9 名(16.1%)、「4. ほとんどない」が 0 名(0%)であった。
 7. 特定妊婦という言葉を知っているかという質問項目に対しては、「1. 知っている」が 36 名(64.3%)、「2. 知らない」が 20 名(35.7%)であった。
 8. 子どもの診療、親子の心の診療についての自由回答に対しては、「大変有意義な研究対象だと思います」、「この分野での連携は急務だと思います」、「現状、大学、病院が中心で地域医療の視点が学会に欠けている」、「精神疾患と言えない心の問題を、医療でなく福祉や教育の中で対応する仕組みを望みます」、「親と子の関係性が、子

どもの発達に大きく関与していることの十分な理解が子どもの診療には大切である。“発達障害(子どもの発達の障害)”という言葉が関係性を無視して、子どもに責任を課すことにならないようにすべきである」、「問 4 に関して、保育や教育に関わる職種はその他のくくりで良いのか? 多職種は医療職のみではないと思います。子ども、家族の健康度を保証することが必要であると考えます」、「多職種連携はとても重要です。相互理解の機会がより多くなるとよいのですが、現状全体で協議することはなかなか時間を作るのが難しいと思います」、「各科・多職種連携は難しく、とくに幼少期は小児科が抱え、問題が大きくなつてから精神科に丸投げされるケースが多いと感じます。人手不足が最大の問題かと思われます」、「院内の子ども養育支援チームに入って、各科の Dr. や Ns. と連携しています」、「子ども病院精神科の弱点は、親の心の診療がやりにくい点にある。これを連携でカバーできるようにするモデルが欲しい」、「問 5 は 2 つにしほれません」、「出産前からの介入が必要と考えるケースは少なくないが実際の介入は非常に難しいと感じています」、「心の診療の効果を考えると、幼少期から始める方が大きいと思います」、「問 5 について新生児期～乳児期は母子保健で何とかしてもらえる可能性を考えて、精神科領域の staff が中心になって介入する時期を考えました。幼児期に生命予後への影響よりその後の精神面への影響が大きいと思っています。尚、本当は思春期も、大いに親子関係が揺れるので、精神科領域の親子支援としては重要だと思います」、「連携は必要だと思いますが多い時期となると年齢が上がってからと思いま

す」、「多機関・多職種の連携を包括するシステムが必要に思います。院内においても同様です」、「幼児期、学童期の診療が多いのですが、学童期の場合、学校との連携が重要と考えています。しかしながら残念なことに教師とともに面談の調整がむずかしいということがあり充分な連携がとれていません」、「十分なスキルを有する専門家がまだまだ不足していると感じます」といった回答が得られた。

D. 考察

1. 回答者の専門性について

今回の調査の対象施設については大学病院が 31.6%と最多であるが、精神科・心療内科診療所、精神科・心療内科病院、総合病院、その他の施設はいずれも 15~20%の範囲内の構成となっていた。大学病院に所属する回答者が多いものの、おおよそあらゆる規模の施設の状況を反映できていると考えられる。

2. 子どもの心の問題に対し、養育者的心の問題(親子関係、親の病気 等)がどの程度、関係しているかについて

回答者は全員が「しばしば」あるいは「非常に」関係していると考えており、子どもの心の問題と養育者的心の問題の関係は密接なものであるという考えが共通認識であると言える。

3. 子どもの心の診療には養育者を含めた家族全体の診療が必要かについて

この質問項目に対しても、「まれに」を選択した 3.6%以外の回答者は「しばしば」あるいは「非常に」必要であると考えており、子どもの心の診療には家族全体の診療が必要であるという考えが共通認識であると言える。

4. 子どもの心の診療に多職種(産婦人科・小児科・精神科医師、助産師、看護師、心理士および行政の方々等、子ども達に関わる多くの職

種)の連携はどのくらい必要と思われるかについて

この質問項目に対しても、「まれに」を選択した 7.1%以外の回答者は「しばしば」あるいは「非常に」必要であると考えており、子どもの心の診療には多職種の連携が必要であるという考えが共通認識であると言える。

5. 連携が特にどの時期において必要と思うかについて

選択肢にない「全て」という回答が 2 名、「しほれない」という回答が 1 名あり、さらに自由回答の中でも「選ぶことが難しい」というコメントが寄せられていたことから、いずれの時期も連携が必要である中で苦渋の選択をしていることがうかがわれた。「妊娠期」が 8.5%である背景には、なるべく早期からの介入が必要であるという考えがあると推測された。また、一方で「新生児期」には 3.8%と一旦減少し、「乳児期」が 19.8%、「幼児期」が(32.1%)、「学童期」が 24.5%と増加する背景には、回答者が関わる時期で、なるべく早期に介入を行うべきであるという思いがうかがわれた。

6. 所属施設で多職種連携がなされているかについて

この質問項目に対しては、「まれに」を選択した 16.1%以外の回答者は「非常に」あるいは「しばしば」多職種連携がなされていると回答しており、多くの回答者が現状でも既に連携がなされていると認識していると考えられた。

7. 特定妊婦という言葉を知っているかについて

この質問項目に対しては、「知っている」が 64.3%、「知らない」が 35.7%であった。子どもの心の臨床において頻繁に登場する言葉ではないため、6 割を超える回答者が知っていたという事実は、多職種連携がなされているというこれまでの回答を裏付ける高い数値であった

と考えられる。

9. 子どもの診療、親子の心の診療についての自由回答について

これまでの質問項目の結果とはうってかわって、十分な多職種連携を行うことの困難さや、現在の連携の問題点を指摘するコメントが多く寄せられていた。これまでの結果も考慮すると、多職種連携の必要性は理解しており可能な限り連携を行っているが、現状では決して十分には連携を行えていないという思いがあることが推測された。

E. 結論

ほとんどの回答者は子どもの心の問題には、養育者の心の問題が関係しており、子どもの心の診療には養育者を含めた家族全体の診療が必要であると考えていた。また、その診療においては多職種の連携が必要であると感じており、現在も連携が行われていることが明らかとなった。しかしながら、必ずしも現在の連携の状況は満足できるものではなく改善すべき多くの点を孕んでいるという意見も少なくないと考えられた。

今後の研究では家族全体の診療を行う際の問題点や、多職種連携を行う際の問題点を明らかにし、より実用的な子どもの診療・親子の心の診療におけるガイドライン作成を目指したい。

【参考文献】

なし。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

産後健診による育児困難事例の早期発見

研究分担者 萩田 和秀 (りんくう総合医療センター産婦人科)

研究要旨

「産後うつ病」は現在でこそ一般認知度の高いワードであるが、妊娠・出産に関してのメンタルヘルスを厚生労働省が個別項目として政策に挙げるようになったのは、ここ15年程度の話である。平成13年度厚労科研（中野仁雄班）が国内3370名の婦婦を対象に行った大規模研究「産後うつ病の実態調査ならびに予防的介入のためのスタッフの教育研修活動」が報告されたことから始まる。その報告では保健施設が行う産後120日以内の母子訪問において、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）9点以上をカットオフとした場合、13.9%の婦婦が該当しており、産後うつ病に罹患していると推測された。さらに過年度の研究では、その中核となる産後大うつ病の罹患率は5%とされた。更に全国で妊産婦の自殺が年間最大80例ある可能性があると私的され、親子の心の診療を実践するためには周産期からの切れ目のない評価と見守りが極めて重要であることが再認識されている。これを、雇児発第0823001号要項が平成28年1月に改訂され、妊娠・出産包括支援事業と定められた中に①産前産後サポート事業、②産後ケア事業、③妊娠・出産包括支援緊急整備事業、④妊娠・出産包括支援推進事業、の4つが条文化され、平成30年度より多くの自治体で産後健診事業が開始されることとなった。これに先立つ平成28年度より、大阪南部の泉佐野市では産後2週間サポートを試験的に開始した。評価は平成28年度は「赤ちゃんの気持ち質問票」で行い、平成30年度よりエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）で行うこととした。

当院で分娩した対象妊婦775人のうち542人がこの事業を利用し（70%）、うち1名が継続見守りの対象となり地域保健の見守り下で育児をしている。

A. 研究目的

「産後うつ病」は現在でこそ一般認知度の高いワードであるが、妊娠・出産に関してのメンタルヘルスを厚生労働省が個別項目として政策に挙げるようになったのは、ここ15年程度の話である。

世界において古くは1980年台より産後うつ病についてのコントロールスタディが報告されているが、国内に関して言えば、平成13年度厚労科研（中野仁雄班）が国内3370名の婦婦を対象に行った大規模研究「産後うつ病の実態調査ならびに予防的介入のためのスタッフの教育研修活動」が報告されたことから始まる。その報告では保

健施設が行う産後120日以内の母子訪問において、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）9点以上をカットオフとした場合、13.9%の婦婦が該当しており、産後うつ病に罹患していると推測された。さらに過年度の研究では、その中核となる産後大うつ病の罹患率は5%とされた。加えて産後うつ病は児童虐待を減らす上で重要な因子となる。厚生労働省社会保障審議会児童部会の児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会から毎年出される「子ども虐待による死亡異例等の検証結果等について」という報告の中に、望まない妊娠・出産を理由に、実母が一人で自宅分

娩をし、その日のうちに子を殺める事例が児童虐待死の 44%を占める、という衝撃的な記載がある。このような「望まない妊娠・出産」を抱えた妊娠婦、育児不安や孤立感を抱える妊娠婦が産科診療機関や市町村相談窓口へ中々足を運ばないことである。そこで分娩後早期に母親のメンタルヘルスや育児に対する状況・気持ちを理解し、母親への包括的なサポートを行うため、上記マニュアルでは自己記入式質問票として「育児支援チェックリスト」「エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)」「赤ちゃんへの気持ち質問票」の 3 つを使用することが推奨された。そこで厚労省も、雇児発第 0823001 号要項が平成 28 年 1 月に改訂され、妊娠・出産包括支援事業と定められた中に①産前産後サポート事業、②産後ケア事業、③妊娠・出産包括支援緊急整備事業、④妊娠・出産包括支援推進事業、の 4 つが条文化された。①～③については任意事業とされているが、産後ケア事業については多くの自治体が平成 28 年度より活動を始めており、日帰り型やショートステイ型、訪問型など個々にプランを組んで事業を開始している。これらを受けて平成 28 年度より、大阪南部の泉佐野市では産後 2 週間サポートを試験的に開始した。当該地域で行う産後 2 週間サポート事業手引では、必須項目として産婦に対し：問診、血圧測定、尿検査、乳房・授乳指導、育児相談（抱っこやおむつ替えなどの関わり方の指導を含む）、赤ちゃんへの気持ち質問票、乳児に対し：体重測定、身体チェック、保健指導（スキンケアなど）として制定している。この地域では日本産婦人科学会発刊の「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業関連マニュア

ル・平成 26 年 3 月」で提示されている自己記入式質問票の中から「赤ちゃんへの気持ち質問票」を取り入れており、赤ちゃんへの気持ち質問票で特定項目にチェックをした要フォロー者は数日以内に居住市/町の保健センターや健康課などへ通達することとしている。

本研究ではりんくう総合医療センターで分娩し、平成 28 年 4 月から平成 29 年 12 月までの泉佐野市の事業を利用した産婦の産後健診の結果を解析した。

B. 研究方法

平成 28 年 4 月より平成 30 年 12 月までのりんくう総合医療センターで分娩した当該事業対象者には助産師が事業の説明を行い、産後 2 週間目に来院させ、問診、血圧測定、尿検査、乳房・授乳指導、育児相談（抱っこやおむつ替えなどの関わり方の指導を含む）、赤ちゃんへの気持ち質問票、乳児に対し：体重測定、身体チェック、保健指導（スキンケアなど）を行い、その結果を集計した。

C. 研究結果

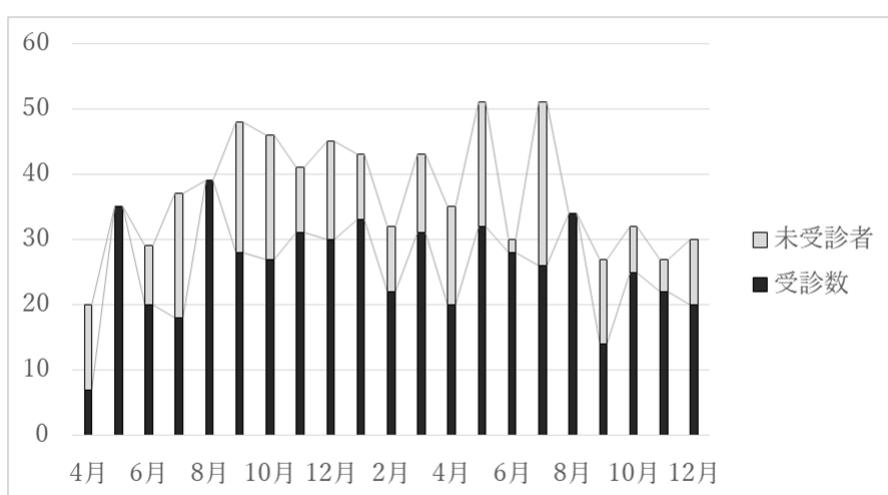
平成 28 年 4 月より平成 30 年 12 月までのりんくう総合医療センターで分娩した 1321 人中、当該事業対象者は 775 名であった。このうち、産後 2 週間目の健診に来院したものは 542 名で 70% であった。

問診、血圧測定、尿検査、乳房・授乳指導、育児相談、乳児体重測定、身体チェックで見守りが必要と判定したものは 1 名、赤ちゃんの気持ち質問票（図 1）で見守りが必要と判定されたものは 5 例であった。

質問項目		A 殆どいつも強く感じる	B たまに強くそう感じる	C たまに少しそう感じる	D 全然そう感じない
1	赤ちゃんをいとしいと感じる。				■■■■■
2	赤ちゃんのためにしないちいがないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある。	■■■■■			
3	赤ちゃんのことが腹立たしくいやになる。	■■■■■	■■■■■		
4	赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがわからない。	■■■■■			
5	赤ちゃんに対して怒りがこみ上げる。	■■■■■	■■■■■		
6	赤ちゃんの世話を楽しみながらしている。				■■■■■
7	こんな子でなかつたらなあと思う。	■■■■■			
8	赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。				■■■■■
9	この子がいなかつたらなあと思う。	■■■■■			
10	赤ちゃんをとても身近に感じる。				■■■■■

図1 赤ちゃんの気持ち質問票

図2 産後2週間健診事業の受診率の水位



対象の拡大と共に受診者は増えたが、受診指導に応じた妊婦は分娩月により多少の違いはあるもののほぼ 7 割の受診となった(図 2)。産婦への聞き取りでは、85.5%の産婦が産後健診によって育児や自分の身体への不安が減ったと回答している。

D. 考察

当該期間の受診率が 70%であったことは、産婦のニーズにも合致しているのではないと考える。しかし、妊娠中より見守りが必要であると考えられていた妊婦や未受診であった妊婦は産後健診を受診して居らず、最も見守りが必要と考えられる産婦は受診していない。

今期用いられた「赤ちゃんの気持ち質問票」では、0.85%の産婦が見守り対象として抽出され、現在地域の保健師が見守りを継続している。

更に 85.5%の産婦が産後健診で不安が減ったと回答しており、産後健診事業は見守りが必要な産婦を抽出するということのみならず、多くの育児困難とは考えられない産婦にとっても有用な制度になり得る。

E. 結論

産後健診事業は多くの育児困難とは考えられない産婦にとっても有用な制度になり得るが、妊娠中から見守りが必要であると考えられた産婦などには保健師や助産師による訪問事業の併用が望ましいと考えられる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

平成 29 年度泉州広域母子医療センター症例検討会

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

1) 第 70 回日本産科婦人科学会
(予定)

2) 第 54 回日本周産期・新生児学会 (予定)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得 : なし
2. 実用新案登録 : なし
3. その他 : なし

I. 問題点と利点

特になし

J. 今後の展開

現在産後 2 週間健診後一ヶ月検診などで再度「赤ちゃんの気持ち質問票」を施行し、産婦の心理状況がどう変化するのかについて検討を開始している。

当該地域では平成 30 年 4 月より、「赤ちゃんの気持ち質問票」を廃止し、EPDS を採用することとなり、4 月以降は EPDS による見守りが必要な産婦の抽出について検討する予定である。

参考文献

- (1) 平成 17 年 8 月 23 日雇児発第 0823001 号
(平成 28 年 1 月 20 日改訂版)
母子保健医療対策等総合支援事業の実
施について
- (2) 平成 28 年度 産後ケア事業 事例集 厚生
労 働 省
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/H28sangokeazireisyu_1.pdf
- (3) 自殺総合大綱 (平成 24 年 8 月および平
成 29 年 7 月閣議決定版)
- (4) 未受診や飛び込みによる出産等実態調
査報告書 平成 28 年 3 月 大阪産婦人科
医会
- (5) 平成 28 年度大阪府妊産婦こころの相談
センター 業務実施報告書 平成 29 年 3
月 大阪府立母子保健総合医療センター
光田 信明
- (6) 大阪府小児救急電話相談(#8000)に寄せ
られる新生児の相談と育児不安の検討
福井 聖子、三瓶 舞紀子、金川 武司ら
平成 29 年 4 月 母性衛生・第 58 卷 1 号

親子の心の診療における産科・精神科連携体制の提案 関する研究

研究分担者 川名 敬（日本大学医学部）

研究協力者 鮫島 浩二（さめじまボンディングクリニック）

研究要旨

晩婚化に伴い生殖補助医療への依存とともに、妊娠に至らなかった夫婦からの養子縁組のニーズが高まっている。特に特別養子縁組は近年増加の一途である。この潮流の中で、育児支援における医療機関や行政に対するニーズは変化しつつある。本研究では、特別養子縁組の養父母から見た親子支援についての問題を明らかにすることを目的とした。本年度は、研究倫理委員会の承認を得て、養父母に無記名アンケート調査を行った。特別養子縁組の監護期間中に育児支援の困難さ、養子への真実の告知等が浮き彫りとなつた。来年度に予定しているより詳細な実態調査を行うための基礎資料を得ることができた。

A. 研究目的

特別養子縁組制度は 1988 年に制定された制度で、児童福祉のための適切な環境に置かれない乳幼児が別の家庭で養育を受ける制度である。普通養子縁組と異なり、目的は子どもの福祉である。養親は結婚している必要があり、養子の年齢は 6 歳未満と定められている。また、実親との関係は終了することから、児童虐待防止のための 1 つの対策としても注目されている。近年、虐待死をはじめとする児童虐待が社会問題となっており、いわゆる社会的ハイリスク妊婦、特定妊婦等から生まれる乳幼児の中には、虐待防止の出口対策として特別養子縁組を行うことによって、子どものみならず、実母も虐待の被疑者になることから免れるという恩恵を受けられる。

一方で、近年の晩婚化によって、生殖補助医療を駆使しても、夫婦が実の子どもを授からないケースが少なくない。生殖補助医療が不成功に終わった夫婦にとって特別養子縁組は実子を得る機会となる。

日本では、H24 年以前は、特別養子縁組件数

がほぼ毎年 300 件くらいであったものが、H25 以降 H27 年度まで 474, 513, 544 件と増加の一途である。養父母となる夫婦のニーズと、社会的ハイリスク妊婦を中心とする育児不能の母親のニーズが合致していることが窺われる。この件数増加にともない、社会的な問題が新たに生じてきた。養子縁組の民間あっせん団体が増え、無秩序なあっせんが進むと人身売買となる。それを規制するために、H30 年 4 月から、養子縁組あっせん法が施行される。縁組自体の法的な整備は進んできたが、育児支援という意味での社会の対応は依然として不十分であり、かつ縁組をした養父母と養子の親子関係や育児、子どもの心の支援等は行政レベルでは動いていない。

今後、益々特別養子縁組が盛んになる日本社会においてこれらの親子の支援は、厚生行政にとって重要な課題と考えられる。

そこで本研究では、養父母が抱える育児支援の課題を浮き彫りにすることを目的とした。特に、養子となった子どもの心の発達に影響する因子もしくはそれを不安に考える養父母への

支援について探ることである。

B. 研究方法

特別養子縁組を積極的に行っているさめじまボンディングクリニック院長の鮫島浩二先生が研究協力者として参画する。さめじまボンディングクリニックを中心とする全国の産婦人科医から成る「あんしん母と子の産婦人科連絡協議会（以下、あんさん協）」を介して特別養子縁組を行った養父母を対象として、実態調査を行う。調査方法は、無記名アンケートとして、あんさん協のメンバー（19施設）の協力を得て実態調査を行う計画である。本研究は、日本大学医学部研究倫理審査委員会の承認を得て実施している。

あんさん協では、H25年9月から特別養子縁組を開始し、約4年が経過している。

本年度は、研究協力者の鮫島浩二先生のもとでパイロット調査を行った。養父母を対象として、背景、意識、育児不安、養子育児における問題点を問うこととした。

（倫理面への配慮）

実態把握のためのアンケート調査は、すべて無記名アンケートとし、医学部研究倫理委員会の承認のもと、倫理的な配慮、個人情報保護を十分に確認してうえで実施される。

C. 研究結果

あんさん協を介して特別養子縁組をした57組の養父母に対して、無記名アンケートを実施した。実施場所は、さめじまボンディングクリニックとした。回収率は100%であり、全養父もしくは養母から回答を得た。養父55%，養母45%であった。養父の年齢分布は40歳以上が約75%、養母の年齢分布は40歳以上が約80%

であった。養子の性別は男女比が1:1、縁組をした時の養子の年齢は、90%以上が0歳であった。子どもの現在の年齢は0-4歳であるが、育児における子どもの行動で気になる点の問い合わせ、「特に無し」が70%であったが、「困ることをされた、養親の傍を離れない、赤ちゃん返り」が30%で認められた。養子である事實を伝えた養親は約半数であった。子どもが2歳以降で伝えているケースが約7割であった。

特別養子縁組の子どもを育てるうえで課題となっている点として、監護期間は“他人”扱いであるために育児支援を受けづらいこと、都道府県によって特別養子縁組制度の扱いが異なっていること、養育相談会等の育児支援事業に参加しにくい自治体があること、等が浮き彫りとなつた。

D. 考察

特別養子縁組の親子に関する調査研究は、国内ではまだ多くない。今後、国内で特別養子縁組の必要性が益々高まっていく中で、今回の調査が実施された。また、H30年4月から施行される養子縁組あっせん法によって特別養子縁組のシステムが整備され、そのケアも進むことが期待される。法整備のうちに各自治体で実際的に何を行うべきかを明確にするための資料として、厚生行政に役立つことを目指している。

本研究で最も注視しているのは、養親の育児支援に必要なものと、養子となった子どもの心のケアに対する養親の対応、である。養子縁組という真実に直面した子どもと接する養親の取るべき姿勢や育児方針をサポートする体制構築に向けた一歩と考えられる。

今回の調査は、パイロットであるため、詳細は見えていない。

アンケート調査に回答した養親のうち、半数が養父であったことから、一般的な父親の育児

に対する関心度よりも養父は高い関心を持っていることと推察された。

また、今回の調査の限界として、養子の子どもがまだ4歳以下であるため、真実を伝える段階に至っていない親子が約半数を占めた。こどもが2歳くらいからは真実を伝え始めている。

この研究は長期的な継続が必要である。養子となった子どもの人間形成やこころの発達に養子縁組が影響をもたらすとの報告もあり、養親はそれを理解し、どのように対応していくかを精査していく予定である。

E. 結論

特別養子縁組が増加している日本の現状に則した育児支援体制を構築する必要がある。その体制において、養子となった子どもと養親の関係と、子どものこころの発達の実態を把握するため更なる調査を行う必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

- (1) 鮫島浩二、親になりたい人を支える、親を支える、子どもを支える 特別養子縁組がもたらすもの、日本不妊カウンセリング学会誌、16: 28-34, 2017
- (2) 川名 敬、荻田和秀、鮫島浩二、健やか親子21（第2次）の推進に向けて、妊娠婦の視点から見た児童虐待 産婦人科としての取り組み、子どもの心とからだ、25: 370-372, 2017

2. 学会発表

無し

(発表誌名・巻号・頁・発行年等も記入)

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

特に無し

2. 実用新案登録

特に無し

3. その他

特に無し

産後うつ病の母親と子どもの関係に関する研究

研究分担者 山下 洋（九州大学病院 子どものこころの診療部）

研究要旨

背景と目的：親子の心の診療において関係性の問題の診断・評価はライフステージを通じて重要な課題の一つである。なかでも周産期は関係性発達の最早期にあたり産後うつ病など養育者のメンタルヘルスが絆形成の過程に与える影響は看過できない。このため本年度は周産期の養育者のメンタルヘルスと親子関係に関する文献的研究を行った。

方法：英文および和文文献検索ソフトを用いて周産期のボンディングのKeyWordによるデータ収集を行い抽出された72編の文献について概念分析の方法を用いて検討を行った。

結果：産前産後を通じてボンディングは養育者から胎児・乳児に向けられる特別な絆の感情が形成される過程とされ、その実践における評価では情動の領域の多次元の事象として操作的に定義されていた。この概念にもとづく評価方法としてMother-to-Infant Bonding ScaleおよびPostpartum Bonding Questionnaireが作成され国内外で標準化と妥当性の検証が進められた。その結果ボンディングの障害の診断学的定義とともに関連要因や転帰も明らかになった。

考察：ボンディングとその障害は周産期における親子の心の診療において産後うつ病と並んで重要な問題であり、その診断と評価の方法を多職種で共有する必要がある。

A. 研究目的

親子の心の診療の周産期における重要課題である養育者のメンタルヘルスと親子関係の関連を検討する。今年度は周産期のメンタルヘルスの重要な課題の一つである、ボンディングとその障害について診断・評価の現状を検討することとした。

B. 研究方法

英文（Pubmed, CINAHL, PyschINFO / PsychARTICLES）および和文（CiNii, 医中誌web）文献検索ツールを用いて、Maternal Infant bonding, prenatal bonding, perinatal bondingおよび周産期のボンディング、ボンディング障害を検索用語として、データ収集を行い抽出された72編の文献を中心に概念分析の方法を用いて検討を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は文献研究であり個人情報は取り扱わないため倫理面の配慮は要さない。

C. 研究結果

I 養育者と子どもの絆の形成過程とその障害—ボンディングの概念分析—

1. 歴史的背景 ボンディングは当初、周産期看護ついで小児医療の領域で重要な概念として取り上げられ、その実践に大きな影響を与えた。看護領域の学術誌では、ボンディングは母親役割の獲得、母性—養育行動の形成のプロセスの一つとして記述された(Rubin, 1967)。一方小児科医療においては生物学—医学モデルとしてのボンディング理論が提唱され母子同室の推進につながったが(Klaus &

Kennell, 1976) 関係性の形成過程の過度な単純化への批判が相次ぎ、理論の修正がなされた。

周産期メンタルヘルスの実践では周産期うつ病と並ぶ主要な問題の 1 つとして親子の絆形成の障害が位置付けられ、母親の側からの記述として Bonding という用語が用いられた (Kumar, 1997) (Brockington et al., 2001)。母親のうつ病との関連が論じられる中で、ボンディングの概念はうつ病の社会学的モデルやアタッチメント理論を援用して、より複雑な心理社会的な過程として示された (Crouch, 2002)。

2. ボンディングの定義 これらの知見も踏まえて、近年の周産期の看護実践の領域でボンディングの概念の再検討がなされている。Atwerli ら (2010) は、進化的概念分析の方法を用い、その定義を “敏感期にみられる特別で親密な母親と子どもの関係であり、そのかけがえのないユニークな体験により母親は子どもへの絆を育てる” とした。さらに Kinsey ら (2013) は、多職種が関わる臨床領域の視点から方法論的概念分析を行い、その定義を “ボンディングとは母親から子どもへの情緒的絆を育てる過程であり、出生後の最初の週から 1 年間の成長の過程で生じる” とした。そのうえで看護実践での Bonding の有用性は増しているが定義と用語の一貫性は十分ではなく相互作用としてのアタッチメントや母親の精神保健の問題との混同がみされることを指摘した。これらの問題に対して Kinsey ら (2013) はボンディングを、母親の子どもに対する情動の次元の事象として操作的に定義し測定、記述することを改めて提唱した。

II 周産期メンタルヘルスにおけるボンディングとその障害の診断と評価方法

養育者の絆の形成は周産期を通じて進行する過程である。誕生後の養育者と新生児、乳幼

児の絆の感情については、この時期のうつ病などの精神障害のリスクに注目する周産期精神医学の実践家によって研究が進められ診断やスクリーニングの視点が強調されている。

1. 周産期メンタルヘルスにおけるボンディングの評価尺度

Kumar ら (1997) は、不安・抑うつなどの精神症状をもつ女性の乳児との関係性の困難の指標として 44 人のうつ病などの精神疾患のある女性の我が子への感情の分析から Mother to Infant Bonding Questionnaire (MIBQ; Kumar, not published) を作成した (山下, 2003)。これは、乳児への感情を表す形容詞の 10 項目からなるが、Taylor らが標準化の手続きを行ない、8 項目からなる Mother to Infant Bonding Scale (Taylor et al., 2005) として報告した。因子分析では 2 因子が見出されたが、ボンディングの障害を示す 1 次元の尺度として EPDS と総得点の関連を報告している。MIBS は日本語、スペイン語にも翻訳され、それぞれ 10 項目の文章で記述された情緒的絆の欠如、および怒り・拒絶の 2 次元からなる日本語版日本語 (Yoshida ら, 2012) (Kitamura ら, 2013)、および 12 項目の形容詞で肯定的、否定的、未分化の 3 次元からなるスペイン語版 (Figueiredo et al., 2007) として臨床研究に用いられている。最近小原らは、Kumar らの 10 項目の形容詞による Mother to Infant Bonding Questionnaire を妊娠期にも用いて標準化を行い、2 項目の因子構造と妊娠期と出産後のボンディングの連続性を報告している (Ohara et al., 2016)。

一方、Brockington らは、乳児との関係性の困難から情緒的な拒絶や不適切養育に至る臨床的障害として乳児の情緒的拒絶についての精神医学的記述の文献的検討と診断クライテリアを提唱している。診断基準となる構造化面

接 Birmingham Interview では多次元の診断クライテリアが設定されている。同時に診断基準に準拠するスクリーニングを目的として、25 項目からなる Postpartum Bonding Questionnaire が開発された(Brockington, C et al., 2001)。因子分析により、5 つのサブスケール（ボンディングの障害、拒絶と怒り、肯定的認知、ケアの不安、虐待のリスク）が見出され、ボンディングの障害および拒絶と怒りについては先の構造化面接の結果に基づくスクリーニングの区分点を設定した。PBQ も各国語に翻訳され、ドイツ語版では 16 項目に短縮され一次元の尺度として用いられている(Reck et al., 2006)。日本語版も複数の研究者による標準化手続きがなされ、4 次元（ボンディングの障害、拒絶と怒り、育児の不安、愛情の欠如）からなる 14 項目 (Suetsugu ら, 2015)、3 次元（怒りと束縛、愛情の欠如、怒りと恐れ）からなる 25 項目 (Ohashi ら, 2016)、1 次元の 16 項目 (Kaneko & Honjo, 2014) の各モデルが報告されている。その他に永田は 19 項目からなる Postpartum Maternal Attachment Scale (Nagata et al., 2000) を開発し縦断的な調査を行った結果、中核的愛着とケアへの不安の 2 因子からなることを示した。

2. 疾患単位としての検証

上述のようにボンディングの概念と評価尺度にはディメンジョンナル・モデル（質と強度、アタッチメント・スタイルなど）と診断クライテリアに対応するカテゴリカル・モデル（障害；症候群として）に基づくものがある。ディメンジョンナル・モデルは一般人口における母性への適応過程と関連し、カテゴリカル・モデルは臨床群やハイリスク群における疾患モデルと関連する。すなわち評価尺度の対象となる集団の属性によって示される因子構造のモデルが異なる可能性がある。PBQ を用いた研究で

も一般人口を対象とした調査では、一次元のディメンジョンナル・モデルが示され (Reck 2006; Kaneko, 2014)、臨床群を対象とする調査では診断クライテリアに近似した構造が示されている (Brockington, 2006)。

またボンディングの障害を疾患単位として考える際には、気分障害・不適切養育との異同・因果的関連を明らかにする必要がある。これらの検証として、うつ病にボンディング障害が先行することや(Kokubu et al., 2012)、うつ病とボンディング障害が不適切養育に独立して寄与することが構造方程式モデリングによる検証によって示されている(Kitamura et al., 2013) (Ohashi et al., 2016)。またボンディングの障害を正常と区別される病理的状態として仮定するカテゴリカル・モデルの妥当性も検討されている。松長らは MIBS を用いた産後の調査において、MIBS の総合得点のクラスター分析を行なった結果 2 つのクラスターを見出し産後 5 日目で 3/4 産後 1 カ月目で 4/5 が最適な区分点であることを報告している (Matsunaga et al, 2017)。

これらの知見も含め疾患単位としてのボンディングの「障害」の頻度を推定すると、周産期精神保健の領域で 15-18% では、うつ病の女性の 32%、一般人口では 1% 以下と考えられている (Brockington, 2016) (Ohashi et al., 2014)。

III ボンディングとその障害の転帰と介入

ボンディングの概念には養育者の精神的健康の指標とする視点と、その障害を疾患単位として定義する視点とがあるが、いずれも臨床的な介入を前提としている。ボンディングとその障害の転帰、介入を概観する。

1. ボンディングとその障害の転帰 精神保健の問題や不適切養育の世代間伝達の連

続・不連続性に関わる要の時期として妊娠・出産は捉えられてきた。養育者の転帰として、Bonding とうつ病が不適切養育—Abusive Parenting に独立して寄与することが明らかにされている。児の側の発達の転帰については、周産期からのコホート研究において周産期うつ病の否定的影響が示されているが、ボンディング障害独自の寄与を明らかにする報告は限られている(Verkuijl et al., 2014)。Hairston らは生後 4 か月の時点でのボンディングの障害が、睡眠の問題を媒介して 1 歳半の時点での子どもの外在化する問題行動と関連していたことを示している(Hairston et al., 2011)。また心的外傷をもつ母親では、ボンディングの障害と生後 1 か月の児の情緒・行動の発達との間に産後うつ病を媒介要因として関連がみられた(Choi et al., 2017)。

2. ボンディングとその障害に対する介入 前述のようにボンディングの概念と評価方法の確立に伴い、当初の生物学的側面への注目から心理社会的側面の重要性が明らかにされてきた。これに伴い介入についても身体接触—近接性を保障する周産期の環境調整からさらに進んで養育者の児への情緒的応答性の発展のプロセスへの介入が試みられている。情緒的絆の発達—適応過程（ディメンジョナル・モデル）にもとづく、ポピュレーション・アプローチとして妊娠・出産への肯定的な反応や親となる準備を促進することや養育者とその子育てに対して支持的・共感的な家庭・社会環境づくりは言うまでもない。

さらに心理社会的逆境状況や精神保健の問題をもつ養育者については、ハイリスク・アプローチとしてボンディングの阻害要因を軽減する介入が考えられる。例えば母親の要因のうつ病や心的外傷に対する治療的介入である。また子どもの要因として乳児の難しい気質や睡

眠の問題による育児疲労を軽減することが考えられる。N I C U など分離状況にある母子へのケアとして身体接触を促す配慮や、それらが困難な状況での写真やビデオの活用(妊娠中であれば 3D,4D 超音波画像など) すること等が報告されている。

ボンディングの障害の治療は、望まない妊娠が背景にある場合などは慎重を期すべきであるが育児の継続と改善を望む養育者に向けては母子単位への精神療法的介入がなされる(Brockington & Brierley, 1984)。また母親へのアプローチとして動作法や内観法を試みた報告がある(古市ら, 2006) (吉川 & 今野, 2008)。母子の関係性へのアプローチとして、プレイセッションなどを通じて母子相互作用にコーチングやビデオフィードバックなどの方法で働きかけ肯定的な反応を引き出し、関係性を強化することが試みられている。

D. 考察

医療や保健の実践において養育者の評価を行う際の課題として、現場の状況に応じ実施可能なスクリーニングや面接法の開発がある。妊娠から出産、子育てへ切れ目のない支援のシステム作の取り組みによって、養育者に接触しスクリーニングやアセスメントを行う機会が増すことが考えられる。そのような場合に自己質問票は胎児・乳児に対してもつ感情を知る有効な手立てであるが、用いるタイミングやセッティングには配慮を要する。すなわち自己質問票を反復使用することで、回答者の側に社会的な望ましさ (Social Desirability) に基づくバイアスが生じることが考えられる(北村俊則, 1986)。またスクリーニングの対象となる母集団の性質によっても因子構造や妥当性検証の結果に差があることが考えられる。スクリーニング後の介入効果の検討の手続きも含め、一般

人口が若年、精神疾患を有するハイリスク集団か、など対象の置かれている心理社会的文脈の違いによって、ボンディングの概念を使用する意義が異なる可能性も検証する必要がある。

E. 結論

多職種による親子の心の診療において養育者の要因に注目することの臨床的意義として、周産期看護では養育者のボンディング形成の過程に気づき関わることが育児困難や不適切養育に対する妊娠期からの継続的・予防的な介入の手がかりとなることが挙げられる。新生児医療においても肯定的なボンディングの形成を促すことを通じて、養育者の生活の質や精神的健康の質を高め家族の関係性を強化する分離などのストレースー阻害要因に対する早期介入・環境の最適化につながる。また地域での子育ての支援においても養育者の子どもへの絆の感情に気づくことは、個別的で情緒的なサポートの提供につながる。さらに子どもの発達支援においても関係性臨床の側面では母親の子どもに対する肯定的な感情は、子どものコミュニケーションや愛着欲求に対する随伴的応答的な反応の基盤となるものである。精神疾患をもつ養育者の妊娠出産の過程への支援にあたっては育児も含めた対人関係の大きな変化に伴い、生活機能の評価と合わせて母親の児への感情を把握することは心理社会的介入に向けたアセスメントの要になると考えられる。

【参考文献】

- Altaweli, R., & Roberts, J. (2010). Maternal-infant bonding: a concept analysis. *British Journal of Midwifery*, 18, 552-559.
- Bienfait, M., Maury, M., Haquet, A., Faillie, J.-L., Franc, N., Combes, C., . . . Cambonie, G. (2011). Pertinence of the self-report mother-to-infant bonding scale in the neonatal unit of a maternity ward. *Early Human Development*, 87(4), 281-287.
- Brockington, I. (2016). Emotional Rejection of the Infant: Status of the Concept. *Psychopathology*, 49(4), 247-260.
- Brockington, I. F., & Brierley, E. (1984). Rejection of a child by his mother. Successfully treated after three years. *Br J Psychiatry*, 145, 316-318.
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., . . . Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Arch Womens Ment Health*, 3(4), 133-140.
- Choi, K. W., Sikkema, K. J., Vythilingum, B., Geerts, L., Faure, S. C., Watt, M. H., . . . Stein, D. J. (2017). Maternal childhood trauma, postpartum depression, and infant outcomes: Avoidant affective processing as a potential mechanism. *Journal of affective disorders*, 211, 107-115. doi:10.1016/j.jad.2017.01.004
- Crouch, M. (2002). Bonding, postpartum dysphoria, and social ties : A speculative inquiry. *Human nature (Hawthorne, N.Y.)*, 13, 363-382. doi:10.1007/s12110-002-1020-7
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). Mother - to - infant and father - to - infant initial emotional involvement. *Early Child Development and Care*, 177(5), 521-532.

- 古市厚志, 溝部宏二, 貫名秀, & 川原隆造. (2006). ボンディング障害に対して内観療法が奏効した一例. *精神神經學雜誌=Psychiatria et neurologia Japonica*, 108(5), 449-458.
- Hairston, I. S., Waxler, E., Seng, J. S., Fezzey, A. G., Rosenblum, K. L., & Muzik, M. (2011). The role of infant sleep in intergenerational transmission of trauma. *Sleep*, 34(10), 1373-1383.
- Kaneko, H., & Honjo, S. (2014). The psychometric properties and factor structure of the Postpartum Bonding Questionnaire in Japanese mothers. *Psychology*, 5(09), 1135.
- Kinsey, C. B., & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal-infant bonding: A principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29(12), 1314-1320.
- Kitamura, T., Ohashi, Y., Kita, S., Haruna, M., & Kubo, R. (2013). Depressive mood, bonding failure, and abusive parenting among mothers with three-month-old babies in a Japanese community. *Open Journal of Psychiatry*, 3(03), 1.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1976). Maternal-infant bonding: The impact of early separation or loss on family development.
- 北村俊則. (1986). 日本語版 Social Desirability Scale について. *社会精神医学*, 9, 173-180
- Kokubu, M., Okano, T., & Sugiyama, T. (2012). Postnatal depression, maternal bonding failure, and negative attitudes towards pregnancy: a longitudinal study of pregnant women in Japan. *Arch Womens Ment Health*, 15(3), 211-216.
- Kumar, R. C. (1997). "Anybody's child": severe disorders of mother-to-infant bonding. *Br J Psychiatry*, 171, 175-181.
- Matsunaga, A., Takauma, F., Tada, K., & Kitamura, T. (2017). Discrete category of mother-to-infant bonding disorder and its identification by the Mother-to-Infant Bonding Scale: A study in Japanese mothers of a 1-month-old. *Early Human Development*, 111, 1-5. doi:10.1016/j.earlhhumdev.2017.04.008
- Nagata, M., Nagai, Y., Sobajima, H., Ando, T., Nishide, Y., & Honjo, S. (2000). Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatr Scand*, 101(3), 209-217.
- 中島, 登. (2002). 母親の愛着質問紙(MAQ)の信頼性・妥当性の検討. *小児保健研究*, 61(5), 656-660.
- Ohara, M., Okada, T., Kubota, C., Nakamura, Y., Shiino, T., Aleksic, B., . . . Murase, S. (2016). Validation and factor analysis of mother-infant bonding questionnaire in pregnant and postpartum women in Japan. *BMC psychiatry*, 16(1), 212.
- Ohashi, Y., Kitamura, T., Kita, S., Haruna, M., Sakanashi, K., & Tanaka, T. (2014). Mothers' bonding attitudes towards infants: Impact of demographics, psychological attributes, and satisfaction with usual clinicalcare

- during pregnancy. *International Journal of Nursing and Health Science*, 1(3), 16-21.
- Ohashi, Y., Kitamura, T., Sakanashi, K., & Tanaka, T. (2016). Postpartum Bonding Disorder: Factor Structure, Validity, Reliability and a Model Comparison of the Postnatal Bonding Questionnaire in Japanese Mothers of Infants. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 4, 50. doi:10.3390/healthcare4030050
- Ohashi, Y., Sakanashi, K., Tanaka, T., & Kitamura, T. (2016). Mother-To-Infant Bonding Disorder, but not Depression, 5 days After Delivery is a Risk Factor For Neonate Emotional Abuse: A Study in Japanese Mothers of 1-Month Olds. *The Open Family Studies Journal*, 8(1).
- Reck, C., Klier, C., Pabst, K., Stehle, E., Steffenelli, U., Struben, K., & Backenstrass, M. (2006). The German version of the Postpartum Bonding Instrument: psychometric properties and association with postpartum depression. *Arch Womens Ment Health*, 9(5), 265-271.
- Rubin, R. (1967). ATTAINMENT OF THE MATERNAL ROLE: Part I. Processes. *Nurs Res*, 16(3), 237-245.
- Suetsugu, Y., Honjo, S., Ikeda, M., & Kamibeppu, K. (2015). The Japanese version of the Postpartum Bonding Questionnaire: Examination of the reliability, validity, and scale structure. *Journal of psychosomatic research*, 79(1), 55-61.
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Arch Womens Ment Health*, 8(1), 45-51.
- Verkuijl, N. E., Richter, L., Norris, S. A., Stein, A., Avan, B., & Ramchandani, P. G. (2014). Postnatal depressive symptoms and child psychological development at 10 years: a prospective study of longitudinal data from the South African Birth to Twenty cohort. *The Lancet Psychiatry*, 1(6), 454-460.
- 山下, 洋. (2003). 【養育者の愛着スタイルとボンディング障害】 産後うつ病と Bonding 障害の関連. *精神科診断学*, 14(1), 41-48.
- Yoshida, K., Yamashita, H., Conroy, S., Marks, M., & Kumar, C. (2012). A Japanese version of Mother-to-Infant Bonding Scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. *Arch Womens Mental Health*, 15(5), 343-352.
- 吉川, 延., & 今野, 義. (2008). 動作法のリラクゼーションにおける胎動知覚による妊娠に対する不安定感の軽減と妊婦・胎児の愛着形成の促進. *特殊教育学研究*, 45(6), 405-422. doi:10.6033/tokkyou.45.405.

F. 研究発表

1. 論文発表

山下 洋, 吉田敬子. 産後のボンディングの概念と測定方法 「胎児・新生児へのボンディング障害・虐待は精神疾患か?」. *精神科診断学*, 10(1):7-14, 2017 6

山下 洋：特集「環境とライフコース：精神はどのように発達していくのか、精神疾患はどのような経過をたどるのか」周産期の親のメンタルヘルスと子どもの発達. 日本社会精神医学会雑誌 26(2): 143-152, 2017

5

2. 学会発表

山下 洋、錦井友美、岩元澄子、鈴宮寛子、吉田敬子. 産後の抑うつ症状の臨床経過からみた予防的介入の検討 シンポジウム①「どうしたら産後うつ病を減らせるか？」

第 14 回日本周産期メンタルヘルス学会 大分 2017 10

山下 洋 周産期精神保健における「母親の感情」と「子どもの視点」の意義 パネルディスカッション “いのち”との出会いを支える 第 3 回日本周産期精神保健研究会 名古屋 2018 1

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

メンタルヘルスの問題を抱える妊産婦と家族への支援体制の構築 －現状と課題の明確化－

研究分担者 片岡 弥恵子 (聖路加国際大学大学院ウィメンズヘルス・助産学)

研究協力者 柳村 直子 (日本赤十字医療センター助産師)

研究要旨

本研究は、メンタルヘルスの問題等社会的ハイリスク妊産婦と家族への支援において、地域の支援機関、医療施設、産後ケア施設等との連携・協働の現状を分析し、課題を明らかにすることを目的とした質的記述研究である。5名の助産師に半構成的インタビューを行った結果、3つのコアカテゴリと10のカテゴリが抽出された。コアカテゴリ【支援体制の課題】は【自治体による支援の差】[必要な人への必要な情報・支援・周知の不足] [助産師の支援期間が限定されていること]の3カテゴリ、【連携の課題】には、[多機関連携の不均衡] [支援の必要性や緊急度の認識の違い] [複雑なケースの連携の困難性] [縦割りという障壁]の4カテゴリ、【支援者の課題】は[切れ目のない支援の理想と現実のギャップ] [支援者が巻き込まれる可能性] [支援者である助産師のメンタルヘルスに関する知識・技術の不足]の3カテゴリが抽出された。今後これららの課題を解決していくために、支援者間の信頼関係を強め、より柔軟な支援体制の構築していく必要がある。

A. 研究目的

近年、メンタルヘルスの問題を有する妊産婦の増加は深刻である。周産期のメンタルヘルスの問題は、妊娠中のうつ病や不安障害、産後うつ病、強迫性障害、ボンディング障害など多様であり、重症化も危惧される。特にうつ病は、妊娠中に7-20%と高率に出現し、産後うつ病の最も強いリスクファクターであることが指摘されている¹⁾。また妊娠中の不安障害も妊婦・胎児に影響を及ぼし、強迫性障害と出生体重の関連や外傷後ストレス障害と子どもの情緒障害の関連も報告されている¹⁾。産後うつ病は、近年注視されている母親の自殺との関連が強く、早期発見と早期対応の重要性が強調されている。

妊産婦のメンタルヘルス、特にうつ病とボンディング障害は、子どもの虐待やネグレクトとの関連が多数報告されている。子どもの虐待は

通報の義務や支援の拡充など様々な取組みにもからわらず、児童相談所への相談件数は増え続けている。または虐待による死亡は0歳児が約6割と最も多く、若年妊娠、未婚、貧困、DVなど妊娠前からの潜在的なリスクが明らかにされている²⁾。妊産婦がおかれた状況や環境、妊婦自身のメンタルヘルス、子どもの虐待は密接に関連しており、多面的な情報収集、柔軟で個別的な対応、多職種が協働しての支援が必須であると考えられる。

このような問題に対応するため、健やか親子21(第2次)の基盤課題では、切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策を掲げており、各事業間や関連機関間の連携体制の強化を推進している³⁾。平成21年の児童福祉法の改正により、出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦を特定妊婦と定義し、地域と医療機関との連携の必

要性が示された。さらに、平成27年には、妊娠期から子育て期にわたる様々なニーズに対して総合的相談支援を提供するワンストップ拠点として子育て世代包括支援センターの整備が開始され（「まち・ひと・しごと創生基本方針」）、5年後までに地域の実情等を踏まえながら全国展開を目指していくとされている。東京都では、平成28年4月時点で、28区市町村にて102か所設置された。また、出産後に育児支援が必要な場合には、産後ケアを受けることが可能となり、宿泊やディサービスも展開されている。

しかしながら、これらの支援を効果的に活用するためには、自治体、保健所・保健センター、助産所や産後ケアセンター、医療機関など多機関連携が欠かせないが、その連携が円滑に行われているとは言えない状況がある。

本研究の目的は、メンタルヘルスの問題を有する、または虐待リスクが高い妊婦等社会的ハイリスク妊婦（母親）と家族への支援において、自治体、保健所・保健センター、子ども家庭支援センターなど地域の支援機関、医療施設、産後ケア施設等との連携・協働の現状を分析し、課題を明らかにすることである。

本研究によって、社会的ハイリスク妊婦（母親）と家族への支援に関する多施設連携・協働の課題が明確化されれば、連携・協働体制の構築を促進し、切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策の効果的な運用に貢献することができる。引いては、子育て期の母親のソーシャルサポートを増やし、継続的な支援を展開することができ、母親の自殺、そして子どもへの虐待の減少に寄与する可能性が期待できる。

B. 研究方法

研究デザインは、インタビューによる質的記述研究である。対象は、医療施設、自治体、産

後ケア事業に関わる助産師とした。

- 1) 妊産婦の継続的な支援に向けて、実際に医療施設と地域との連携・協働を行っている者
- 2) 医療施設と地域との連携・協働に関する十分な情報を持っている者

対象者は便宜的抽出法にて抽出した。医療者は、特定妊婦等の支援や連携に関する文献や報告書を検索、または特定妊婦等の支援や連携をテーマとしている研究者・実践者から紹介してもらった。

研究対象候補者には、研究の趣旨と研究者のメールアドレスを伝え、候補者から参加の意思があれば、研究者に連絡をもらった。インタビューは、候補者の都合のよい場所（個室）を指定してもらい、研究者または共同研究者が出向いた。インタビューの前に、再度文書および口頭にて研究説明を行い、同意が得られたら同意書に署名してもらった。

インタビューは、インタビューガイドに沿って半構成的に実施した。インタビューガイドは、研究対象者の職種、職歴（年数）、主な役割、研究対象者の地域の特性、妊娠期から育児期までの連携・協働の現状、支援の流れ、関連する組織、連携・協働体制、連携・協働に関する現状の課題、改善策などで構成した。インタビューは1時間程度を予定し、研究対象者の承諾が得られたら、ICレコーダーにて録音を行った。連携・協働体制を示す資料など提供可能なものを持参してもらった。

解析方法は、萱間（2007）の質的データ分析方法を参考にし⁴⁾、分析を行った。まず、インタビューの録音データから逐語録を作成し、次に、逐語録を熟読し、連携・協働に関する現状と課題に関する要素や内容を抜き、データのコードを作成した。そして、類似性、相違性を検討しながら分類し、抽象度を上げ、カテゴリー化する。カテゴリー間の関係性を分析し、連携・協

働に関する課題を明らかにし、その対応について示唆を得た。

分析は、2名以上でメンバー・チェックングを行い、確実性を確保した。個別に構造化した体験を該当する研究対象者に返し、体験の捉え方に差異がないか確認を依頼し、真実性の確保に努めた。また、インタビューの実施に先立って、プレインタビューを実施し、効果的なインタビュー方法や内容についてのフィードバックから、インタビューガイドの修正を行った。

本研究は、「ヘルシンキ宣言」「人を対象とする医学研究に関する倫理指針」を遵守して人権擁護に配慮する。研究対象者には、研究の目的と方法、依頼内容、以下の倫理的配慮について口頭及び文書で十分説明し、同意を得た。本研究は、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った（承認番号：17-A087）。

C. 研究結果

研究対象者は、5名の助産師であった。研究対象者の年齢は、30歳代2名、50歳代2名、60歳代1名であった。精神科クリニックで勤務している助産師1名（A氏）、産後ケア事業に関わる助産師2名（B氏、E氏）、自治体で母子保健に従事している助産師2名（C氏、D氏）、であった。

分析の結果、【支援体制の課題】、【連携の課題】、【支援者の課題】の3つのコアカテゴリ、10のカテゴリを抽出した。研究対象者である助産師の語りは「」を用いて斜体で示した。また研究者が文脈から確認し、語りがわかりやすいように補足したところは（）で示した。

1. 支援体制の課題

1) [自治体による支援の差]

母子保健事業、妊娠・出産包括支援事業等は、区市町村によって、支援の柱は同じであっても実際のサービスに大きな差がある現状が示さ

れた。その差異は、「不公平」と語られ、自治体に限定されない開かれた支援の場の必要性が強調された。また、自治体によってハイリスクへの対応の可否、迅速性も大きく異なっている様子が示された。

「不公平感というか、区民なら安い値段で使えるけど、区民じゃないと自費になっちゃうのでなかなか（利用できない）。みんなに開かれている場っていうのがあったらいいと思う」（C）

「（産後ケア入院について）A区は自己負担1日1万円7日まで、初産、経産どちらでも。B区は自己負担は3割だったかな。C区は初産に限りかつ3日までに限定されている」（E）

「地域によってまちまちです。特定妊婦さんとか虐待リスクがありそうな方に要対協（要保護児童対策地域協議会）を立ちあげてほしいと言ったときに、“それは必要ないと思います”と、会ってもないのに。すぐに動いてくれて、様々な人を集めてくれるところもありますが」（A）

2) [必要な人への必要な情報・支援・周知の不足]

地域の中で、妊産婦のリスクや状況にあった利用できる支援、それに関する情報提供が十分ではないこと[必要な人への必要な情報・支援の不足]が語られた。具体的には、ハイリスクでなくても利用できる支援の場の不足が指摘された。一方、うつ病などのメンタルヘルスの問題を抱えている場合は、逆に支援の場を利用できていないという課題も示された。自治体の支援やサービスが周知されておらず、必要な人が必要なものを活用しにくい状態にあることが語られた。

「（ハイリスクに）ひつかからなくても、不安な人って結構いる。だけど、区がやってい

る産後ケアとか受けることができない。そういう集えるところ、行けるところとかがあるといいんだろうな」(C)

「子育て広場を勧めたとしても、行くパワーがないんだと思うんですよ。そこがすごく、どうしたらいいんですかね。一人じゃ出れないんですよ」(D)

「(自治体のサービスが) いろいろあり過ぎてよくわからないと思います。“結局私は、だれを頼つたらいいのですか?”って言われます。わかりにくいんですよ。もっと図式化するなり、こんなことで困つたらこっちに行ってとか。人としゃべるのは嫌だな、出掛けるのは億劫だな、ということだったら〇〇へ、とかやってくれたらいい」(D)

3) [助産師の支援期間が限定されていること]

子ども家庭センターなどにおける支援では、助産師の訪問の目安は6か月となっており、その後は保育士、場合によっては臨床心理士の支援に移行する。しかし、生後6か月は離乳食の開始など新しい育児の局面を迎える。切れ目ない支援という視点では、助産師が期限を限定せずに支援を継続できることへの要望が語られた。

「期間が6か月って決まっているんですよ。関係性が作られるようになって、心を開いてくれたなってタイミングで終わってしまったりとか。もう少し見守りたいなって感じることもある」(C)

「ぶつって切れちゃう感じが。期間っていうのが決まっているので。もうちょっと長い目でサポートできたらいいな」(C)

2. 連携の課題

1) [多機関連携の不均衡]

メンタルヘルスの問題を抱える妊産婦への

支援は、保健センター、子ども家庭支援センター、病院、精神科クリニックの有機的な連携は必須である。しかし、それらがつながっていないったり、一方通行であったり、十分に生かされていない現状が語られた。連携において、お互いに垣根を低くすることに努めること、顔の見える関係を構築していくことが重要であることも語られていた。

特に、病院やクリニックから保健センターなどに情報提供したりするが、逆に保健センターからの情報提供やフィードバックが少ないことが指摘された。また、病院から精神科クリニックへの紹介も少ないことが示された。

「(精神科クリニックに) 保健センターなどから紹介はないです。院長も本来は地域からくるケースがあつてもいいと思うんだけど、残念ながらないねって。こちらから保健師さんに連絡とったりするのですが」(A)

「産後うつ病の方。医療機関からくるケースって少なくて、ご自分で(クリニックを)見つけてくる人の方が多いんですよ。よく話を聞くと、妊娠中から症状が出てたりとかあるので」(A)

「(保健センターに紹介したケースについて) その人がどういう介入を受けてどういう予後をたどっているのかは全然わからなくて。もうちょっと垣根を低くしてもらえたらいな」(A)

「病院が主体となって事例検討会を1か月、2か月に1回やっているんです。でも、保健師さんの参加が少ないのが残念です。夜にやっているからかもしれません」(D)

「もっとなんかね。一堂に会してできたらいいのに。悪口的な聞こえ方になってくるんですよ。あそこでミルク足されたとか、そのせいで母乳が出なくなったりとか。実はあの時本当の疲れていたってわかれば、誤解も解ける」

(D)

「保健所とは紙のやり取りはするけど、あんまり顔は見えないよね。顔が見えるようで見えないよね」(E)

2) [支援の必要性や緊急度の認識の違い]

支援機関や支援者によって、ケースの緊急度の認識が異なり、「あまり伝わらない」「状況に応じて対応してほしい」との要望が出され、それぞれの支援機関のやり方やペースを超えて、適切に対応することの難しさが指摘された。また、各職種によって、視点の違い、支援の必要性の査定が異なることが語られた。しかし、助産師と保健師の間に基本的な信頼関係があると、認識の違いも埋めることができることが示されていた。

「こっちがすぐにでもっていう感じで提案しても、2週間、3週間先になってしまった。状況に応じて対応してほしい」(A)

「保健師さんの印象と実際にここに来た時が違う場合がある。意外と保健師さんが言うほどじゃないって方が多かったり。やっぱりその辺で、保健師さんと助産師が見る目はちょっと違うかなと感じる」(B)

「精神疾患の方とかすごく手がかかるだろうって思いがちだけど、そうじゃない人の方が大変だったりするので、普通の人の方がよっぽど大変とかっていう場合もある。その辺の(事務方との)認識の違いは、なんか大変」(B)

「こちらが(産後ケアセンターに)来てっていうと、やはり保健師も来ないといけないんだろうなみたいに(思うだろう)。そう。どうてもいいことで呼んだりしないよねみたいな感覚っていうか、そのあたりのすり合わせはできるんだと思う」(B)

3) [複雑なケースの連携の困難性]

メンタルヘルスの問題や虐待リスクの高い母親、家族は、複雑な背景を持っていることが少なくない。住民票はA区にあるが、住居はB市である、母親も家族もメンタルヘルスの問題を抱えているなど対応や連携が難しいケースがあることが示された。

「住民票は何区にあるけど、移住地はここって時は、本当だったら移住地の方が対応した方がいいと思いますが、住民票がないと動けませんということも実際はあります」(A)

「周りの人からもうらう情報と本人から聞くことが違ったりする。うつ症状で会話が全然出てこなかつたりすると本人からの情報はないから、家族から聞かないといけないこともあります」(A)

「家族絡みで病んでいる人が多い印象です。両親とか、家族とかもうつだったり。要するにキーパーソン、支援者がいない」(B)

「住所不定の方がいて、どれも嘘だってことがわかつたんですね。連携機関から情報があったのですが、彼女の話が本当に嘘なのか、どれを信じていいかわからなくなつたんですよ」(E)

4) [縦割りという障壁]

同じ自治体の中でも、担当する課が異なると、支援が切れてしまう、継続していない現状もあることが指摘された。特に産後ケアは、有料であることもあり、必要な人が利用するというより、利用したい人がするシステムとなっており、コーディネータを中心とした支援との連携が薄いことが課題であると語られた。

「産後ケアは、これがちょっとぶち切れで。産後ケアは、あくまでもママが行きたいですと言う必要があります。これは、A課という

所なんんですけど、そこは保健師さんが窓口ではないのです」(D)

「特にメンタルヘルスの問題があるお母さんは特にそうだと思うのですが、(産後ケア)施設だけではどうしようもなくて、上の子をケアしてくれる所も必要だったりとか(略)全部それが連携していないから、全部違う方向から行かなくちゃならない。そういう意味では大変。その辺り、コーディネートしてくれる人がいればいいと思うのだけど」(B)

3. 支援者の課題

1) [切れ目のない支援の理想と現実のギャップ]

コーディネータ役の相談員は、ハイリスクのスクリーニングから継続的な支援を中心的に行う役割を担っている。しかし、実際は、母子手帳配布時の相談等に時間をかけられず、マニュアルありきのルーティンワークになってしまっているという現実が示された。一人の妊婦を継続的に支援することが難しく、助産師によつてはやりがいを見いだせず、離職する人も少なくないことが語られた。

「思い描いていたのと違うっていう人も結構多いみたいです。時間かけてしっかりお話ししたいのですが、マニュアルありきみたいな感じになってしまって」(C)

「深く切り込んでいくみたいのができず、助産師としてやりがいとか、感じられないなと。デスクワークという感じがあるので。でも責任だけ重い」(C)

「一人の助産師が理想としては妊娠中から関わるのをやりたい人多いんだと思います。だけど、まだ分断されないので。なかなか全部がうまくいくって難しい」(C)

「意外と離職率が高い。前任の人は1年で辞めてしまった。多分、やりがいが本人的に感

じられずに」(C)

2) [支援者が巻き込まれる可能性]

メンタルヘルスの問題を持った妊婦への支援は、容易ではなく、距離を保つことが難しかったり、巻き込まれることもあることが示された。「ちょっとしんどいなと感じる」「疲弊してしまう」ことがあると語られた。

「統合失調症の方とか、リストカットしちゃったとか。こっちも揺さぶられる感じはすごくありますね。(略) 対象のママさんとの距離感みたいのが難しいし、同調しそうちゃうというか」(C)

「巻き込まれちゃったりすることがある。ちょっと自分の中ではしんどいなって感じることも」(C)

「一人勤務だから、どうしても手がかかるたり、こだわりが強くて、1回行くと(訪室すると)なかなか帰ってこれなかつたりちょっと難しい」(B)

「やっぱりすごくエネルギー取られちゃうから、(スタッフが) 疲弊しちゃうの。本当にいろんな人がいるから。大きな声を出したりする人もいて、そうすると他の部屋にも聞こえちゃう。途中で薬を飲んでいることがわかつたり」(E)

「操作されちゃうときも。こっちが振り回されて。名指してあの助産師はいい、この助産師はダメとか言ってくるから、チームワークが悪くなっちゃうの」(E)

3) [支援者である助産師のメンタルヘルスに関する知識・技術の不足]

助産師は、妊娠・分娩・産褥期の女性と家族の支援の専門家であるが、メンタルヘルスの問題や対応に関しての知識や技術は十分とは言えないことが指摘された。

「精神科の知識は、やはり精神科の看護師さんと比べるとかなり劣っている部分があります。周産期のメンタルヘルスの問題はうつ病だけでもないことも知らなきやいけない。強迫障害の方もいて、赤ちゃんを落としそうなんですが本当に強迫的に怖くなっちゃう人もいますし」(A)

「エジンバラをやるようになったけど、スクリーニングして終わりという所も結構多いので。点数が高い人は、看護師、助産師が30分でも話を聞くとかだけでも違うと思うのです」(A)

「助産師って、精神的な病を抱えたりとか、傾向がある人に関してはあまり得意じやないというのが実情で、どう対応したらいいかわからないってところは、やっぱりすごく難しかった」(B)

D. 考察

本研究では、コアカテゴリ【支援体制の課題】は【自治体による支援の差】【必要な人への必要な情報・支援・周知の不足】【助産師の支援期間が限定されていること】の3カテゴリ、【連携の課題】には、【多機関連携の不均衡】【支援の必要性や緊急度の認識の違い】【複雑なケースの連携の困難性】【縦割りという障壁】の4カテゴリ、【支援者の課題】は【切れ目のない支援の理想と現実のギャップ】【支援者が巻き込まれる可能性】【支援者である助産師のメンタルヘルスに関する知識・技術の不足】の3カテゴリが抽出された。

1. 多機関・多職種の連携の基盤となるもの

多機関・多職種連携は、メンタルヘルスの問題を抱える妊婦と家族にとって必須である。黒川・入江⁵⁾は、特定妊婦に対する保健師の支援として【閉ざされないサポートづくり】や【安

全のためのネットづくり】を抽出しており関係機関と連携し、情報共有しながら協働する保健師の支援の特性を示した。しかし、本研究において、現状の中では【多機関連携の不均衡】【支援の必要性や緊急度の認識の違い】があり、保健所・保健センターと医療施設や産後ケア施設の連携の課題があげられた。各職種は、異なる役割を持ち、置かれた状況も大きく異なっているため、【支援の必要性や緊急度の認識の違い】が生じ、連携支援の障壁となっていた。これに対し、お互いの状況を理解しながら信頼関係を築くことは連携の基盤となり、認識の違いを埋めることにもつながることも本研究にて示された。大友・麻原⁶⁾は、母子の継続支援を行う助産師と保健師の連携の条件として、虐待予防のために協力する意識を高めること、互いに信じて支え合うことをあげている。常日頃から顔の見える関係づくりは、互いの努力があってこそ達成され、それこそが切れ目ない支援のベースとなる。

2. 基盤を越えた柔軟な支援体制の構築

虐待の相談件数は増え続け、日々痛ましい事件が後を絶たない。健やか親子 21<第2次>の目標に虐待による死亡数の減少が掲げられているが、これを達成するためには新たな方略を検討する必要があるだろう。本研究にて、【自治体による支援の差】や【複雑なケースの連携の困難性】、【縦割りという障壁】で示されたように、現在ある体制や制度の枠や壁の存在が明らかになった。そしてこれらの枠や壁は、支援や連携を阻む重大な要因となっていた。今後、その枠に捉われず柔軟な支援活動こそが、切れ目ない支援を達成し、虐待を減らすことに寄与すると考えられる。

3. 助産師の能力向上にむけて

助産師にとってメンタルヘルスの問題を抱える妊産婦や家族の支援は、容易なものではない。経験がある助産師であっても、メンタルヘルスについて専門的に学んだ人は少なく、[支援者である助産師のメンタルヘルスに関する知識・技術の不足]が示された。正確な知識や技術に裏打ちされた適切な支援ができるこそ、妊産婦の安全や健康に貢献することができる。さらに、知識の不足は、[支援者が巻き込まれる可能性]を高めることも危惧される。今後、さらに増加が見込まれるメンタルヘルスに問題を抱える妊産婦に対応するため、助産師の教育体制を整え、能力向上を目指していく必要がある。

E. 結論

メンタルヘルスの問題を有する、または虐待リスクが高い妊婦等社会的ハイリスク妊婦と家族への支援において、地域の支援機関、医療施設、産後ケア施設等との連携・協働の課題は、【支援体制の課題】【連携の課題】【支援者の課題】について9つのカテゴリが明らかになった。今後これらの課題を解決していくために、支援者間の信頼関係を強め、より柔軟な支援体制の構築が望まれる。

【引用文献】

- 1) 日本周産期メンタルヘルス学会(2017). 周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド2017.
http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html
- 2) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2016). 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).
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173329.html>
- 3) 厚生労働省. 健やか親子21(第2次)「健やか親子21」の基盤課題・重点課題と目標.
<http://sukoyaka21.jp/about>
- 4) 萱間真美(2007). 質的研究実践ノート—研究プロセスを進めるclueとポイント. 医学書院.
- 5) 黒川恵子, 入江安子(2017). 特定妊婦に対する保健師の支援プロセス—妊娠から子育てへの継続したかかわりー. 日本看護科学学会, 37, p.114-122.
- 6) 大友光恵, 麻原きよみ(2013). 虐待予防のために母子の継続支援を行う助産師と保健師の連携システムの記述研究, 33(1), p.3-11.

メンタルヘルス・育児の問題を抱える妊産婦と家族への支援体制の構築 —1 地方における支援体制の現状と課題—

研究分担者 平林 優子（信州大学医学部保健学科 小児・母性看護学領域）

研究協力者 芳賀 亜紀子（信州大学医学部保健学科 小児・母性看護学領域）

徳武 千足（信州大学医学部保健学科 小児・母性看護学領域）

鈴木 泰子（信州大学医学部保健学科 小児・母性看護学領域）

研究要旨

本研究は、妊娠中ならびに産後、育児期におけるメンタルヘルスの問題等社会的ハイリスク妊産婦と家族への支援において、地域の支援機関、医療施設、産後ケア施設等との連携・協働の現状を分析し、課題を明らかにすることを目的とした質的記述研究であり、本報告は、1地域の現状と課題について、それぞれ役割が異なる4名に半構成的インタビューを行った結果である。暫定的に、【地域で構築してきた連携・支援体制】、【対象の特性からの支援・連携上の方略や配慮】

【支援体制・連携上の課題】の3つのカテゴリーについて、サブカテゴリーを抽出した。

【地域で構築してきた連携・支援体制】は、【地域の関係多職種の定期的な検討会】【地域独自に開発してきたチェックリスト】他合計9のサブカテゴリーを抽出した。【対象の特性からの支援・連携上の方略や配慮】では、特にメンタルヘルス面の特別な配慮を必要とする対象者に合わせた【支援が必要な人に専門職が近づくための連携アプローチ】他合計4つのサブカテゴリーを抽出した。【連携・支援上の課題】は、【自治体や施設・機関による受け入れや支援の違い】、【決められたシステムの弊害、当初の意味を失う危険性】他8つの課題が抽出された。

今後は立場の異なる研究対象者の分析を重ね、カテゴリーの洗練を行い、地域における連携・支援の現状と課題を明確にしていく必要がある。連携や支援においては、対象者を中心とした柔軟な情報共有と、状況に応じて役割をスムーズに移行するための体制づくりが必要である。

A. 研究目的

近年、メンタルヘルスの問題を有する妊産婦の増加は深刻である。周産期のメンタルヘルスの問題は、妊娠中のうつ病や不安障害、産後うつ病、強迫性障害、ボンディング障害など多様であり、重症化も危惧される。特にうつ病は、妊娠中に7-20%と高率に出現し、産後うつ病の最も強いリスクファクターであることが指摘されている¹⁾。また妊娠中の不安障害も妊婦・胎児に影響を及ぼし、強迫性障害と出生体重の関連や外傷後ストレス障害と子どもの情緒障害の関連も報告されている¹⁾。産後うつ病は、

近年注視されている母親の自殺との関連が強く、早期発見と早期対応の重要性が強調されている。

妊産婦のメンタルヘルス、特にうつ病とボンディング障害は、子どもの虐待やネグレクトとの関連が多数報告されている。子どもの虐待は通報の義務や支援の拡充など様々な取組みにもからわらず、児童相談所への相談件数は増え続けている。または虐待による死亡は0歳児が約6割と最も多く、若年妊娠、未婚、貧困、DVなど妊娠前からの潜在的なリスクが明らかにされている²⁾。妊産婦がおかれた状況や環境、

妊婦自身のメンタルヘルス、子どもの虐待は密接に関連しており、多面的な情報収集、柔軟で個別的な対応、多職種が協働しての支援が必須であると考えられる。

このような問題に対応するため、健やか親子21（第2次）の基盤課題では、切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策を掲げており、各事業間や関連機関間の連携体制の強化を推進している³⁾。平成21年の児童福祉法の改正により、出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦を特定妊婦と定義し、地域と医療機関との連携の必要性が示された。さらに、平成27年には、妊娠期から子育て期にわたる様々なニーズに対して総合的相談支援を提供するワンストップ拠点として子育て世代包括支援センターの整備が開始され（「まち・ひと・しごと創生基本方針」）、5年後までに地域の実情等を踏まえながら全国展開を目指していくとされている。

長野県では、平成29年4月1日現在で、22市町村35箇所が設置されており⁴⁾、1年前の16市町村25箇所から拡大してきている。また、子ども・子育て世代包括ケア推進事業として、長野県看護協会では、松本支部（2市5村）を実施地区として、平成28年度に『子育て支援体制の充実と虐待予防のための連携構築』事業を実施している⁵⁾。

しかしながら、これらの支援を効果的に活用するためには、自治体、保健所・保健センター、助産所や産後ケアセンター、医療機関など多機関連携が欠かせないが、その連携が円滑に行われているとは言えない状況がある。

本研究の目的は、メンタルヘルスの問題を有する、または虐待リスクが高い妊婦等社会的ハイリスク妊婦（母親）と家族への支援において、自治体、保健所・保健センター、子ども家庭支援センターなど地域の支援機関、医療施設、産

後ケア施設等との連携・協働の現状を分析し、課題を明らかにすることである。

本研究によって、社会的ハイリスク妊婦（母親）と家族への支援に関する多施設連携・協働の課題が明確化されれば、連携・協働体制の構築を促進し、切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策の効果的な運用に貢献することができる。引いては、子育て期の母親のソーシャルサポートを増やし、継続的な支援を展開することができ、母親の自殺、そして子どもへの虐待の減少に寄与する可能性が期待できる。

本報告は、片岡弥恵子分担研究者を主任研究者とする研究の一部であり、首都圏での状況と地方での状況を検討するための調査の一部である。本報告では4例の役割の異なる対象者による調査結果を示した。

B. 研究方法

研究デザインは、面接法による質的記述研究である。調査の対象の条件は以下のようである。

- 1) 妊産婦の継続的な支援に向けて、実際に医療施設と地域との連携・協働を行っている者
- 2) 医療施設と地域との連携・協働に関する十分な情報を持っている者

対象者は便宜的抽出法にて抽出した。本研究のテーマに関して精通する研究者・実践者からの情報を得て、研究対象候補者の所属する施設・機関の管理者に紹介依頼を行い、研究対象候補者の紹介を得たのち、研究対象候補者には研究説明を文書で渡し、研究参加の意思があつた場合に、研究者との連絡をとれるようにしてもらった。

インタビューは、候補者の都合のよい日時と場所で行った。インタビューの前に、再度文書および口頭にて、研究の主旨、方法、倫理配慮等について説明を行い、同意が得られたら同意

書に署名を得た。

インタビューは、インタビューガイドに沿つて半構成的に実施した。インタビューガイドは、研究対象者の職種、職歴（年数）、主な役割、妊娠期から育児期までの連携・協働の現状、支援の流れ、関連する組織、連携・協働体制、連携・協働に関する現状の課題、改善策、地域の特徴、などで構成した。インタビューは約1時間を予定し、研究対象者の承諾が得て、ICレコーダーで録音を行った。

分析方法は、萱間（2007）の質的データ分析方法を参考にした。インタビューの録音データと研究者の面接記録を情報元とし、記録を熟読し、連携・協働の現状と課題に関する文脈を抽出し、データのコードを作成した。コードの類似性、相違性を検討しながら分類し、抽象度を上げ、カテゴリー化した。コード、サブカテゴリー、カテゴリーの関係性を検討しながら実施した。

本研究は、「ヘルシンキ宣言」「人を対象とする医学研究に関する倫理指針」を遵守して人権擁護に配慮した。研究対象者には、研究の意義・目的、研究方法、依頼内容、倫理的配慮等について口頭及び文書で十分説明し、同意を得た。本研究は、片岡弥恵子分担研究者を主任研究とした、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号：17-A087）ならびに、信州大学医学部医倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：3956）。

C. 研究結果

研究対象者は、新生児・NICU病棟看護管理者（A）、小児専門病院保健師（B）、総合病院産科病棟看護管理者（C）、総合病院助産外来看護師（D）の4名である。研究対象者の看護・保健での経験年数は、10-15年1名、20-25年1名、25-30年2名であった。

分析の結果、【地域で構築してきた連携・支

援体制】、【対象の特性からの支援・連携上の方略や配慮】【支援体制・連携上の課題】の3つのカテゴリと各サブカテゴリを抽出した。

今回の報告は、対象者が少なく、サブカテゴリー、カテゴリーの命名や関連性の検討は十分ではない。今後も対象者を増やして継続的に検討するため、今回はインタビュー項目の目的に沿った形での暫定的な結果である。

【】カテゴリー、〔〕サブカテゴリー、具体的な語りを例として上げ、“ ”を用いた。ただし、語りの内容は逐語ではなく、意図を変更しない範囲で要約して記述している。

1 【地域で構築してきた連携・支援体制】

調査地域において、必要性により、あるいは地域性に応じて独自に構築してきた、周産期・子育て期に関わる連絡・支援体制があり、これらの体制は、地域の医療構造の特徴から構築されており、継続した情報共有、関係者間での有意義な情報交換や検討により、メンタルヘルスや育児の課題が予測される妊産婦や家族の発見、支援、連携を産む重要な役割を持っていた。

1) [医療機関の特性を活かした周産期医療連携体制と共通診療ノートシステム]

調査地域においては、医療機関の特性や、地域内の受診状況等から、医師を中心となり、地域の医療機関の特性を活かした周産期医療連携体制が構築されていた。これは、健診機関と分娩機関の役割分担の体制であり、健診機関は、妊娠の確認や予定日の確定、ローリスク妊婦の健診を担当し、分娩機関は、健診機関で妊娠が確定された妊婦の初期検査を実施し、ハイリスクはそのまま健診も行い、ローリスク、ハイリ

スクの妊婦の分娩を担当するというものである。

これに伴い、サブカルテのような役割として、『共通診療ノート』が作成され、健診機関と分娩機関の情報共有ならびに妊婦自身が記録を持つことで、意識の向上につながる目的をもつことに役立つものであった。

2) [地域の関係多職種の定期的な検討会]

調査地域では、『こどもカンファレンス』が定期的に行われており、該当地域の医療圏の周産期に関する分娩機関の助産師、MSW、市町村保健師、賛同を得た医師、乳児院保健師などが参加して、学習会や事例検討会を実施していた。情報共有や、具体的な課題に対する方略の生成、各職種の役割理解、顔の見える有機的なネットワークづくりとして、支援連携に活かされている。直接現場での情報・課題を共有でき、さらに課題解決の場でもあり、地域で共通理解やスムーズな連携につながっていた。

また、当該地区の『要保護児童対策地域協議会』では、特定妊婦の会議を行っており、地域から病院、病院から地域の情報交換になっている。

“行っていることは、事例検討や勉強会などがあるが、年間計画を断てて月1回の会議をしている。例えば先月サマリーに必要な情報共有のあり方を話し合ったり、サマリーを受け取る側の意見が聞けた (C)”

“他の市町村にも要対協はあるが、現時点で特定妊婦の会議をしているのは当該地区のみ。2-3年前から出席するようになった (C)”

3) [地域独自の妊婦の問診チェックリスト]

前項のカンファレンスの検討から、調査地域独自に課題解決の1つの方略として作成されたものである。調査地域の市町村や分娩機関、診療所において、できるだけ早期に、見守りや支援が必要な妊婦に適切に関わることを目的

とし、誰が問診しても必要な項目について漏れがないように、市町村要チェックリスト（母子健康手帳配布時に保健師面談）と、医療機関用（スタッフがチェックする）の2種類を作成した。6年ほど前より使用している。これは、スクリーニングとして使用し、必要時、医師やMSW、自治体保健師等必要な専門職につなげられるようになっている。

また、どの機関においても、共通した情報として使用でき、それぞれの場で実施と評価をし、『こどもカンファレンス』

で検討して、改訂を重ねている。現場での評価が共有されて改訂されるため、連携に役立つている。

“「こどもカンファレンス”で、できるだけピックアップして関わることが必要だという共通認識で妊産婦に関わることを目的に作成した (B、C、D)”

“様々な項目があるが、実際にはチェックしても拾いきれない部分があり、最近「なにか気になる」という項目を追加してもらった (D)”

4) [EPDS の地域・施設での活用]

今回調査に協力いただいた医療機関では導入を開始しているところと、していないところがあった。分娩する妊婦の基本的な状況が異なっていたためと考えられる。導入している医療機関では、EPDS でのスクリーニング結果は、関連職種にすぐにつなげ、退院後にも早期にフォローアップする体制を構築していた。

今後導入予定の施設においても、EPDS の利用について、より深い連携や、有効な支援への活用を期待しているが、点数を測ることが目的化するという危険についても認識し、施設内の学習会や活用方法の検討をはじめていた。

“EPDS を1年半前から導入している。9点以上のハイリスクは必ずカンファレンスを実施する。また本人同意の上医師、MSW、精神科につなぐ。また母乳外来は1週間以内に来てもらうようにし、早い人では3日後に予約を入れることがある”

(C)。”

“新生児科でもハイリスクケース、予後があまりよくないケース、母親に精神的なリスクがあるケースなどにチェックをしてもらって、それを基に現在よりも一步踏み込んだ面談をスタッフができるようなチャンスとして受け取っている。点数だけを出すのを目的としないように現在産科と新生児科でチームをつくって勉強会などをしている。点数だけではなく、ツールとして地域でも病院でも少し踏み込んだ関わりにつながらないかなと思っているんですけど。(A)”

5) [ケースカンファレンスにおける連携]

様々な場で、支援が必要な妊産婦のケースカンファレンスが実施され、情報共有や、役割の確認、見通しづくり、課題検討等が行われている。当事者が含まれる退院カンファレンス等では、意思決定の場になることもあり、連携上の必要な役割を果たしている。

“病棟と外来では、外来スタッフやMSWを含めたカンファレンスが実施されたり、特別な支援が必要な人の情報がわかるような記録を特別に作っている (C)。”

“産科外来で特別な支援が必要そうな妊婦さんの情報共有や今後の支援や連携のあり方についてのカンファレンスを週1回実施している。産科医師・看護師、療育支援部保健師、遺伝カウンセラー、新生児科医師・看護師などが集合する(A)”

“月1回の病棟会でハイリスクケースの報告がある (D)”

“出産後の支援は課題だと思っている。主産後は日々変化していくため、その都度カンファレンスで対応している。(C)”

“助産師(師長・外来助産師)とMSWの情報交換を月1回実施 (C)”

6) [記録類や配置による院内連携]

病棟でも外来でも注目が必要な対象者については、「ハイリスク情報ファイル」を作成し、電子カルテ上ででもそのことがすぐに表示できるようにしていた。また、病棟のリーダーノートに特に配慮すべき患者について記載するようにしていた。

また、病棟助産師が外来にも出ており、外来

を受診する妊産婦の状況を把握しやすくなっていた。

7) [研修会による交流]

研修会は、知識の補完、スキルアップの場であるだけでなく、事例を通しての課題解決、顔の見える関係づくりによる連携強化と、相互の役割サポートにつながっていた。

特に子どもが疾患を持つ家族には特別な支援が必要なことが多い。保健師が関わる上で、疾患や治療、その後の経過の知識不足を補完したいニーズがあり、医療機関として、保健師向けの研修会を開催したり、保健師から家族全体のアセスメントや社会資源の活用における視点で研修会を開催し、専門機関や専門職の特色を活かした、相互の知識の補完や、現実的な介入への手段を持つことに貢献していた。

また、個々のケースの検討の中で、専門職間の検討を重ねていく中で、各人のスキルアップが図れていた。さらに、研修会で顔を合わせる中で、関係が作れることで、それぞれの現場に入りやすくなったり、相談や情報交換しやすい場としても活用され、相互支援を得られる安心から、一步支援を踏み込んでみようというきっかけにもなっていた。

“新生児病棟と療育支援部で県内の保健師研修会を開催した。保健師さんからの聞き取りで、疾患とか、疾患をもつた子どもの成長、どんなポイントで医者がフォローするかを聞きたいというニーズがすごくあり、超出生体重児のフォロー、その子たちの発達、心疾患、経管栄養の指導など、ドクターサイド、リハ、看護などを組み合わせて年2回研修会をやっている。今は21トリソミーのお子さんが多く、受け入れが難しかったりするので、医師、カウンセラー、ソーシャルワーカーに入つてもらう企画をしている (A)”

“一方的に話すだけでなく、情報交換できたり、(市町村保健師に)子どもさんに少し会っていきませんか?といった話もしできるようになる。私としては、ただ連絡がいっているというしくみだけでなく、少し距離が近くなつた気がする (A)”

“家族へのアプローチについて研修会の講師を

したり、特にケースで家族のアセスメントのグループワーク等に関わっている。病院ではかなり家族アセスメントのレベルがあがってきた。しかし、それだけに難しいケースが多くなってきたということ。相談が保健師に全部来ても、夜相談にのるとかはできない。スタッフにスキルアップしてもらう必要がある。(B)"

8) [当事者間と多職種間の交流の場づくり]

同じ疾患や状況の子どもと家族が集まる機会をつくって当事者の情報交換や、多職種が関与する中で、親同士のつながりや様々な職種に支えられることを知る機会になっていた。

"21 トリソミーのお子さんはグループ外来などで、横のつながりができたりするので、保育園に入るまでの間いいのかなと思う。他のお母さんと連絡先を交換したり、先生とかいろんな人に話を聞いたり、遊び方をやったりとか (A)。

9) [必要な職種とつながるしくみ]

必ず必要な職種に連絡ができるような仕組みをつくっていることが述べられていた。特に病院内で新しい役割や活動を行う場合には、その条件や連絡システムをつくることでつながるようにしていた。

また、病院によっては外来助産師が他職種と早急にかかわるリスクを判断し、必要な職種に即座につながるようにしていた。

また、対象となる妊産婦や家族のみではなく、スタッフへのフォローや相談口としての役割を担う専門家や、院外でも適切な人材を探すなど柔軟に必要な専門職につなげる工夫をしていた。

"行政(保健師)ではずっと自分から関わるケースをみつけて動く体制だったが、病院では要請があつて入る体制だった。院内での自分の役割を果たしていくため、問診のチェックリストが導入されたので、1つでもチェックが入ったら自分を呼んでもらうしくみをいれてもらつた。また産科のスタッフは詳細に情報を得ているため、チェックリストだけでなく、『気になれば』連絡をしてもらえるように伝えてある (B)"

"10代の妊娠であつてもサポートがしっかりとさ

れていれば経過を見るが、シングルマザー、父親が不明、妊娠していることを親に伝えていないなどのケースは早急な支援が必要で、その日のうちにMSWと連絡を取る。(D)

"明らかに難しいケースはMSWを通して保健師に連絡を取り、可能な訪問日を提案して早期に訪問してもらうようにする。(C)"

"遺伝カウンセラーには、染色体検査を受けたケースのアシスタントや、結果説明についてもらつたり、個々の面談をしもらつたりしている。あとはスタッフが受け入れ困難なケースのお母さんの関わりで困つたりすると相談している。(A)"

"病院には精神科の先生がいないので、精神科を受診したほうがよいときには、病院の近所でよくお母さんの話を聞いてくれる女医さんがいるので、その先生につなげることも多い (A)"

2. 【対象の特性からの支援・連携上の方略や配慮】

特別な支援が必要な妊産婦や家族について関わるには、不安が強かつたり、精神的な状況に波があり、危険に陥る可能性がある対象者や家族に各職種が信頼されることが重要である。話ができ、役割を理解してもらうことが先決になり、個別の課題に踏み込んでいける。妊産婦や家族への接近や、専門職としての状況の把握、安心できる期間はオーバーラップして支援する体制をつくるなど、連携をしながらも、対象に合わせた柔軟な対応が必要となっており、連携・支援上の様々な配慮や工夫がされていた。

1) [専門職としての目で確認し、つなげる]

産科外来の問診結果や、カルテや他職種からの情報提供は得るが、それだけで支援の方向を判断せず、必ず専門職として自分の目で対象者に向かいあい、確認し、得た情報と総合的に判断するようにし、また、その結果をフィードバックするようにしていた。

"私のこだわりかもしれません、情報をうのみにしないで、必ず直接面談するようにしています。(B)" "助産師さんやお医者さんはユニホームを着て医療者の役割をもつているとお母さんに認識されている。私は、私服で話をし、『お医者

さんや看護師さんに聞けていますか？話せていますか』から話します (B)"

2) [支援が必要な人に専門職が近づくための連携アプローチ]

特別な支援が必要な妊産婦に、他職種の専門職が関わって役割を果たすには、不安や警戒心が強い対象者と近づき、役割を受け入れてもらったり、警戒を解き、信用してもらう必要がある。そのため、連携をとりながら、①関わる他職種・他機関の役割やメリットを説明し、役割を理解したり期待できる地盤をつくっておく、②自分だけが特別なことではなく、誰もに関わる役割として説明する、③対象者が受け入れやすい立場の人が説明する、④徐々に接近する、⑤常に情報を得るようにする、といった方法をとりながら、他職種が対象者に入りやすい方法をとっていた。

“まず、お母さんたちには、全員に保健師さんってどんな人なのか、保健師さんの役割や保健師さんとつながるメリットを説明するようにしていて、病院や市町村の保健師さんと関わることがよいことをわかつてもらうようにしている (A)”

“保健師さんと関わりを拒むお母さんもいる。人に入ってほしくないとか。でもちらからもけっこう押します。保育園、小学校、健診や予防接種とかすぐあるかもしれない顔合わせてしまう。安心材料が増えるかもしれないからって。(A)”

“保健師の産前訪問も昔より多くなっている。保健師による訪問を嫌がる人もいるので、助産外来で必要性理解するように説明をしている。自宅訪問に抵抗がある人は、健診に合わせて病院で保健師と面会することもある (D)”

“「病院には保健師がいて関わらせていただいている」と説明して、自分の役割を受け入れてもらいややすく (B)”

“無理そうな人には、けっこう医者とか、「師長」から言ってもらいます。”

“精神の人はコミュニケーションは難しい。波がある。気持ちが落ち着かない。1回では関係がつくれない。少しずつ関係が保てて、やっと育児に目を向けていく。それでも精神の周期を知って介入していくことが必要。(B)”

3) [支援が必要な家族に誰かが関わっているしくみをつくる]

病院から地域への移行は、情報を送れば十分にフォローできるとは限らない。対象によっては状況が悪化する危険性もある。状況の把握や支援の継続が適切にされているかを判断したり、必要に応じて医療機関でフォローできるような、オーバーラップした体制を整えることも必要であり、そのためには、医療機関が定期的に介入できるしくみをケースに合わせてつくることもあった。

“ケースによっては、このまま市町村に帰っただけでは大丈夫かなと思われるケース、上のお子さんから入るのを拒否しているケースもある。でもどこかに絶対つながっている必要がある。市町村では保健師が毎日訪問できるわけではないので。状況がわかつてフォローできるように、病院の外来に来るしくみを作つておく。予防接種は他の病院でもできるんだけど、この病院に通うように計画してもらい、その際に病院の保健師に面談してもらって、家族の状況を判断できる仕組みを帰る前に作つておく (A)”

“治療を自己判断で中止したお母さんは、家族とも相談し、赤ちゃんは病院に継続してかかるように新生児科の医師と連携して体制を整え、市町村にもフォローを依頼した (B)”

4) [支援者の役割をスムーズに移行できるようする]

特別な配慮が必要な妊産婦や家族は、入院から地域に支援を移行していく準備として、入院時から地域の保健師が関わるようにしたり、施設と外の施設の連絡・連携体制をつくったり、状況によってはオーバーラップして支援の役割をとり、どの役割の施設、職種が重点的に関わることが適切なのかを、対象者の経過にしたがって検討し、個別に対応していた。その上で、次第に地域での支援の役割を移行していくようにしていた。

また、施設等を利用する体験や説明を受けることで安心材料にすることもあった。施設を利

用する抵抗感を少なくして資源を活用しやすい基盤をつくっていた。

“産科がずっと関わるわけではない。精神科であっても、お母さんを診るのは、自宅から近いところ。お母さんが地域に戻った時にどうフォローするかをどうつくっていくかが役割。病院にかかっている間に、目に見えるチーム、みえないチームが受け入れてもらえるか、また、地域につなげていけるようななしきみができたが大切 (B)”

“ハイリスクのケースだと、大丈夫になったら地域にゆだねていくのだが、ちょっと大変かもしれないが、重なるところを作つておく。お母さんの性格とかも知っている(病院の)保健師が関わる場も重ねておいて、徐々に向こうにいきましょうっていう感じで最近やっている。病院の医師は、全部背負い込んだら・・と言つけれど、このケースは必要なんだと交渉みたいにする感じ。(A)”

“乳児院はMSWが連絡をとってくれるが、妊娠中から共有しておくこともある。このような場所があることで安心を得ることもある (D)”

“育児の手技を学んだり、子どもと触れ合う機会として妊娠中に体験に行くこともあるが、乳児院に抵抗を感じる人もいるので、いろいろなパターンで対応している。気軽に見学に来てもらえるようにチラシを配ったりしている (C)”

3. 【連携・支援の課題】

1) [自治体や施設・機関による受け入れや支援の違い]

自治体や組織・機関の違いによって、支援体制が異なっている場合があり、必ずしも検討したような方向で支援がされない場合もあったり、利用したい支援が異なったりする場合があった。また精神科疾患の妊婦が受診している開業医、医師の考え方も様々であり、医療機関の考えにより個々の対応を検討する必要があった。また、大きな組織になるといわゆる「縦割り」によって、対象者を総合的に支援するというよりも担当部署ごとへ連絡が必要となるという弊害も語られた。

また、実績をつみあげてケアの方策を発展させるには、ケースの振り返りを他部門と行うことが必要であるが、専門の科で行つてることを他科に容易には依頼できないことが述べら

れていた。また、病院医と開業医の連携を提案するなどは難しいと考えていた。

“地域の病院でも受診してもらつてもマンパワーがほんとうにいろいろなので、小児外科、新生児のフォローで受診しましたって言つてもほぼ看護師も関わらない病院も実際にあって拾い上げられないこともある。そういう時には、ハイリスクケースは医師にお願いして予防接種だけ関わるとか (A)”

“精神疾患の妊婦が受診している開業医の先生の考えも様々で、そのまま継続して診てくれるところもあれば、他院への受診を促される場合もある。病院内での異なる科同士の連携もうまくとは限らない (D)”

“組織が大きくなると担当で分かれている。同じ職種で仲間であるが、組織の中では、担当が違うと、「そのことは〇〇課だから」と言われる。そうなら中でつなげてくれればいいと思つてしまつ (B)”

病院の精神科医とかかりつけの精神科医の連携がもっとあるとよいと思うが、内服状況の情報共有のみにとどまつてしまつている (D)。

精神科の患者が産科に入院する場合は、精神科医とのカンファレンスを頻繁に実施する。ケースに合わせて行つてはいる。本当は振り返りを行つたい気持ちはあるが、精神科医を巻き込んで行うことはなかなか難しい (C)。

2) [必要な時期の必要な資源や人材の不足]

支援をよりよくしていくためには、さらに必要な人材があるのだが、マンパワーを十分満たすのは容易でないことが挙げられた。地域に帰つて支援を得ながらも自立して子育てをしていくためには、時間と人材を投入して準備する時間も必要である。しかし、経済的な面からマンパワーが削減される傾向もある。本当に必要な時期に必要な人材を投入することに診療報酬などでのカバーがされないことが課題であると語られた。

“本当は心理カウンセラーさんに入つてもらいたいんだけど、なかなかそこが難しい。けつこう入院日数が経過しているお母さんが、特にターミナルの患者さんやお母さんのメンタルが落ちているときに、人間関係をつくつて入つていくのが難しいと思っている。保健師さんもじっくり話を聞いてくれる人としてはいるんだけど、そこはな

んでも看護師と保健師ができるわけではない。
「診立て」をしてくれる人が必要だと思う (A) ”

“いろいろな病院との関わりを持つ中で、マンパワーが変化していく。以前はお任せできたものが、今はお願いできないとか。小児科も混合病棟になったりとか、その辺の難しさもわかるけど、社会として時間をかけるとき、手間をかけるときにはかけましょうといったことが必要なのは、ひとりの人材が入ったら一気に変わることもあるじゃないですか。診療報酬のくくりとか、難しいなと思う (A) ”

“産後うつの人気が増えてきた。これをしましょう。助成金出しますはよはいいんだけれど、産科だけではない。赤ちゃんを育てていかなきやならないし、その子が病気になったらそこだって手当が必要。そういう手当を国がつくると必然的に充実した連携の仕組みができるのではないかと思います。人の努力で連携していくことも大事だけど、その努力以外のところで、手当があつて仕組みがあれば。人はいないとか時間は割けませんってなつちやうとそこにある大事な命や、お母さんも苦しくなる。苦しんだり辛い思いだけで育てていくのはきついと思う。 (A) ”

“連携するところの部署のマンパワーやうまくつなぐ専門の人がもう少しいってくれるといいと思います。人がいないことには始まらない (A) ”

3) [決められたシステムの弊害、当初の意味を失う危険性]

チェックリストや尺度の使用は、もともとは支援が必要な対象を早期に発見し、適切な判断のもとに連携・支援を開始できるようにするためのものであるが、それがシステム化されて、義務化されたとき、決められた手順を踏むことや数値を把握すること自体が目的となり、その行為自体に含まれる危険性が認識されなかつたり、目的を見失う可能性を懸念していた。また繰り返し同じ尺度を使用することで、数値の信頼性にも疑問が生じることを危惧していた。

“もともとお子さんに問題があつて、入院してくる妊産婦が、EPDS が高いのは当然。繰り返し実施するはどうなんだろうか。数週間のうちに複数回測定している病院があるが、妊娠中からつらい思いをしてようやくお産に至った家族に関わっているスタッフからみて、EPDS でもないだろうと思う気持ちもある (B) ”

“数値が低くても高くても、その先の家族の支援をどう行うかにつながっていないと。誰がどう担うのか。精神科の診立ての必要性は数字で判断するのか? (B) ”

“妊婦健診は、2ヶ月先とかに結果が来る。今更こんな結果が来ても遅い。ということはないのか。データを取るだけになる危険をはらんでいるのではないかと心配。 (B) ”

“産婦健診は2週間と1週間で EPDS を行い、助成券と一緒に結果を出す必要がある。病院では産後の入院中にチェックをしていて、市町村でも2ヶ月と4ヶ月で行っている。母の負担が懸念される。チェックだけでなく、サポート体制を地域で考えていかないと (D) ”

4) [資源の活用しにくさ]

産後のケアを継続し、出産後の負担を軽減しながら、子育ての自信をつけたり、そのスキルを養っていく「産後ケア」は、制度として提示されていても、種々の条件が必要であり、また経済的な面も関与して資源が活用にくい現状にあった。

産後助産師が関わる時間には限界があり、その後は有効に資源を活用することが必要だと考えるが、それが容易には進まない課題を語っていた。

“分娩後の5日間で本人に必要性を理解してもらうことが難しい。その後産後ケアが活用できるとよいのだが (課題がある) (D) ”

“お母さんが自分で調べて手続きをしてもらう。自分でできない人は MSW に入つてもらい進める。産後ケアを行う機関が限られるので、空き状況をみながらとなる。またメンタル面も含めて合併症があると受け入れが難しいケースがある (D) ”

“また整備が進んでおらず、一定地域に限られ、他地域では使えない。また調査地域においても、有床の助産院はなく、医療機関の実施も少なく、分娩数に対する活用には限界がある。さらに1泊2-3万円の自己負担となり、家族に簡単に活用を進められない状況にある。制度の使えない自治体は、産後訪問に頼るしかなく、保健師にゆだねることになる (C) ”

5) [他職種・機関との情報理解と活用の課題]

退院時の情報が地域で活用できるには、相互に理解できる情報である必要がある。また連携先の役割を認識している必要がある。

活用できる情報、情報提供の内容や目的を明確にしていかないと、それぞれの機関で実施してきた経過が活きないことになる。

また、緊急性や重要性が高いと判断して情報提供しても、連携先ではそのように受け取られず、方向性の認識にギャップがあることも課題となっていた。さらに情報提供しても、それが使われるのに時間を要し、その間に対象者をとりまく状況は変化しているという、タイムラグがあり、タイムリーに効果的に情報を活用する上で課題であると述べられた。

“病棟から地域に送られる退院時記録は、看護サマリーが用いられるが、略語や業界語が使われていて、地域では読めない。また身体状況や疾病の経過が主体である。地域で何をしてほしいのかは記載されていない。地域に渡すのが遅くなってしまうが、自分で必要な箇所を読めるように翻訳して書き直し、プラスここをみてくださいということを加えて送っている (B)”

“ここが危険とかリスクのとらえ方の温度差があって難しいなと思うことがある。それなりにリスクをお伝えしたんだけど、あっさり転院になってしまい、実はお母さんが大変だったとか。逆もあると思う。うちがスルーしちゃったりとか、そのへんの情報共有って難しいなと思って。(A)”

6) [支援者につながらない困難なケース]

地域の保健師につながらないことで、サポートがなかなか受けられない家族もある。また、精神疾患で、受診が難しいケース、家族背景が複雑なケースなど、支援者につながらない事例への対応に苦慮していることが語られていた。

“保健師につなげられないケースの対応が課題。現時点では病院で対応している。医学的な問題がなくても小児科受診を継続してもらうなど、なんらかのサポートが続けられるようにして、その間に地域のサポート、受診行動がとれるように検討していく (C)”

“精神疾患の妊産婦で、病気があると思っていない人を病院にいかせるのは本当にたいへん。病気だとは思っていないわけだから。精神科や診療内科の受診は、敷居が高い。家族にアプローチするなど周囲にわかってもらうことも必要。家族から聞くとなにかあったら行っていたという (B)”

7) [支援者個々人の感性や経験の問題]

特別な見守りや支援が必要ではないかとキャッチするのは、問診チェックリストなど連携し共通化できるツールがあったとしても、結局個人の感性や経験の問題になることもある。それらのことも加味して、他職種の目で見たり、経験したケースのアセスメントを共有していく必要がある。

また、メンタルヘルスの問題を持つ家族に深く入っていくことへのスタッフの苦手感などもあげられ、取り組みを始める検討をしていることも語られていた。

“(気になる人をピックアップする) その辺は感性でもあるじゃないですか。優秀でもそのあたりが苦手な人もいる。だからチェックリストは必要なんだけれども。 (B)”

“自分はこれまで地域で精神科をみていたので、判断できることもある。服薬終了(治療終了)と情報収集されていた患者が実は服薬中止だった。退院後の仕組みを急速つくったが、経験していないと難しいこともある (B)”

“お母さんへの一步踏み込んだ面談ってスタッフはしたいんだけど、苦手というか、ちょっと躊躇してしまうこともある (A)。”

8) [地域性に関わる課題]

近隣とのつながりが強く、個人の情報が拡散しやすい地方であることが、連携や支援を活用しにくいという課題が挙げられた。

“『田舎なので』、○○市役所とか書いてある車を(家の前に)とめられるのは困るというんですね。何があったの?って。頻繁に来れば何なのって。本当は助けてほしんだけど困る。 (A)”

“長男の嫁で、何かと家に人が集まってくる。まだ気持ちの折り合いがつかないので、周りからあれをやっておけばいいとか勧められて、そんなところだからなおさら不安がある (A)”

“地域の役場の窓口に行けば、何々さんの孫だわと一気にうわさが広まってしまうし、窓口なんか知っている人だらけで行けない。手帳なんて、この子の結婚に関わることだからそんなのいけないって (A)”

“上の子どもを保育園に送りに行くのに、障害

のある子どもをつれていけない。都会でもそうだからかもしれないけど、田舎はなおさら周囲の目が気になる。発信しづらいっていうのがあるかもしれない。(A)"

"でもお母さんたちは強くなっていくんですね。子どものために強くなっています。ここは整えた方がいいとか、自分の中で落ちたとか、地域で見守ってもらわないと逆に困るというのがわかつたらすごくアクティブに動かれるんだけど、退院した直後、子どもをどう守つたらいいんだろうって (A)"

D. 考察

本報告では、暫定的に、【地域で構築してきた連携・支援体制】、【対象の特性からの支援・連携上の方略や配慮】【支援体制・連携上の課題】の3つのカテゴリーと各サブカテゴリーを抽出してきた。

1. 地域の現状から作り上げられる連携・支援体制

今回のひとつのカテゴリーである、【地域で構築してきた連携・支援体制】は、調査地域の特性、医療体制、現場から出された課題から創生されたものである。本地域では、総合母子周産期センター、ならびに地域周産期センターはじめ診療所との医療連携の上で、分娩施設、健診施設、あるいは特別な支援が必要な妊産婦の施設などの体制を整えてきた。多職連携も、地域の実情を踏まえたこの基盤の上で検討する必要がある。特に今回の結果の中で、【地域の関係多職種の定期的な検討会】(「こどもかんふあ」) (要対協での特定妊婦の検討) などは、周産期や育児に関わる関係職種による有機的な連携で、情報交換や、現実的な課題解決方略を創生する場になっており、しかも地域全体での活用が可能な提案をもたらしていた。ここから作成された【地域独自の妊婦の問診チェックリスト】は、現場で活用され、検討会で評価され、必要な支援対象に有効に活用できるように柔

軟に変更されて地域全体に発信されている。

一方で、【連携・支援上の課題】で抽出された【決められたシステムの弊害、当初の意味を失う危険性】では、特に今回は、EPDS の実施が取り上げられたが、対象の状況の選択、実施による負担、その後の介入方法などの課題が多く示されていた。こちらは提示されたシステムを、どう地域や施設、支援対象者の実情に密着させていくか、どう有効に活用するかが後付で検討されるものである。しかし、いずれも地域で検討する基盤があるため、有効性や危険性も共有し、対象と現実に見合った支援のツールとして地域で活かせるかを検討していくものと考えられる。

福澤・鄭⁷⁾が、産科医療機関の助産師に行政保健師との連携について調査したところ、今後の連携において必要な取り組みで最も多く期待されたのは、「行政保健師との会議や交流の場が必要」であったが、今回の結果にも、顔の見える関係づくりの中で、地域に見合った情報交換や具体的な連携が進んでいることが示されていた。

2. 柔軟な支援体制の必要性

メンタルヘルスの課題や育児の困難感が予想される妊産婦においては、どこかに支援の手をつなげておくことが必要である。しかし、【支援につながらない困難なケース】にも対応しなければならない。今回、【対象の特性からの支援・連携上の方略や配慮】において、【支援が必要な人に専門職が近づくための連携アプローチ】が抽出された。黒川・入江⁵⁾は、特定妊婦に対する保健師の支援として《妊婦とのつながりづくり》《閉ざされないサポートづくり》を挙げているが、今回の結果でも、メンタルヘルス上の特別な支援が必要な妊産婦への、配慮ある介入方法や次第に必要な職種が入ってい

けるようなアプローチを行っていることが示された。また、[支援が必要な家族に誰かが関わっているしくみをつくる]では、支援がオーバーラップする時期があっても、家族がどこかでは支援につながっているしくみを個々に柔軟につくっていた。これには、診療を継続する医師や、地域の病院、地域の保健師等が状況を共有し方向性を理解していることが必要であり、施設全体、地域全体の理解や共有により、個々の柔軟な支援体制がつくれるものと考えられる。

今回、連携・支援上の課題として、[自治体や施設・機関による受け入れや支援の違い]が抽出され、その中でも組織の「縦割り」の対応の弊害も示されていた。ひとつの家族にとって有効な支援が行われるためには、全体を俯瞰しながら、誰かが横断的に関わる必要もある。現在の連携支援においては、その役割の認識の上で動く職種がいなければ、ひとつの家族の支援が「切れ目ない支援を」継続して受けるものにはならない。資源の柔軟な活用、状況を俯瞰できる職種の活動の検討、診療報酬の検討など、部署・診療科・施設や地域を越えた「柔軟」な支援をつくるための検討を行っていく必要がある。

3. 支援者の資質向上のとりくみ

今回、[支援者個々人の感性や経験の違い]が課題として挙げられていたが、支援・連携の能力向上のために、また、特別な配慮を要する対象者のケアや支援のスキルの向上のために、研修会の開催、検討会の開催などが有効な手段として挙げられていた。

個々の事例は複雑であり、マニュアルでは対応できないものである。どの検討においても、事例検討を主体に活用しているように、ケースを分析する経験、多職種とともに支援方法をつ

くっていく経験を積み重ねる機会が必要である。多職種がかかわる検討会は、視点の異なる考えを持つことができ、相互の役割理解も進むことになる。

E. 結論

メンタルヘルスや育児期の問題を持つ妊産婦の連携・支援においては、地域背景を含んだ【地域で構築してきた連携・支援体制】、支援対象者の特性に配慮した【対象の特性からの支援・連携上の方略や配慮】、【支援・連携上の課題】が挙げられた。対象者を連携して支援していくには、地域に見合った連携方法を関係者が模索し、実践評価して、地域全体に有効なシステムをつくること、資源や人材の柔軟な活用、支援者の資質の向上をはかることが重要である。

【引用文献】

- 1) 日本周産期メンタルヘルス学会(2017). 周産期メンタルヘルス コンセンサスガイド2017.
http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html (2017.12.1 アクセス)
- 2) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会(2016). 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).
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173329.html> (2017.12.1 アクセス)
- 3) 厚生労働省. 健やか親子21(第2次)「健やか親子21」の基盤課題・重点課題と目標.
<http://sukoyaka21.jp/about> (2017.12.1 アクセス)
- 4) 厚生労働省. 子育て世代包括支援センターの実施状況.

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000139067.html> (2017.12.1 アクセス)

- 5) 日本看護協会健康政策部保健師課 (2017) . 看護がつなぐ地域包括ケアのススメ 平成28年度子どもと子育て世代を対象にした地域包括ケア推進 子どもと子育て世代包括ケア推進のためのモデル事業報告書. 日本看護協会.
- 6) 萱間真美 (2007) . 質的研究実践ノート—研究プロセスを進める clue とポイント. 医学書院.
- 7) 福澤雪子、鄭香苗 (2016) . 周産期の継続的支援と連携の現状に関する医療機関助産師の認識. 第46回日本看護学会論文集;ヘルスプロモーション, 184-187.
- 8) 黒川恵子、入江安子 (2017) . 特定妊婦に対する保健師の支援プロセス—妊娠から子育てへの継続したかかわりー, 日本看護科学学会, 37, p.114-122.

発達障害をもつ家庭の親子支援に関する研究 食事に関する問題行動への対応策

研究分担者 岡 明（東京大学医学部小児科）

研究要旨

発達障害の中で、自閉症スペクトラム障害の保護者は特に高い精神的ストレスを抱いている。支援の方法としては、具体的な課題解決を通じて問題焦点型のコーピング・スキルを育むことが重要である。特に家庭生活内で問題となり、保護者のストレス要因となる極端な偏食などの食事の課題は、自閉症スペクトラム障害で極めて高い頻度であり、これまでの報告では多くの例では必ずしも低栄養状態には至っていないが極めて頻度が高く、親子支援の中でまず取り組むべき課題と考えられた。課題は食べられる食事のバラエティの狭さ、かんしゃくなどの食事の忌避行動、さらにこだわりなどからくる食事時の問題行動に大きく分類され、その背景として感覚過敏の関与が考えられた。従って、児が苦手とする食材の形態などの要因を分析し、調理方法などを工夫することにより感覚過敏による食事の課題の改善を通じて問題行動を予防することが対応の中心となるが、こうした情報を親子支援の場面に提供し一般化することが今後重要である。

A. 研究目的

発達障害の親子支援には、保護者のストレスとなる要因を解析し、それに対応することが不可欠である。

発達障害の中でも自閉症スペクトラム障害（ASD）は親子支援が特に必要であるが、定型発達の児だけでなく、Down症候群の児や自閉傾向を持たない発達遅滞児を持つ保護者と比較しても高い精神的ストレスを持つことが知られている^(1, 2)。特に保護者のストレスは児の幼児期に高いことが指摘されており⁽³⁾、障害の受容も含めた保護者への負荷が大きいことから特に支援の必要な時期と考えられる。この時期のASD児はソーシャルスキルが未発達であり、ASD特性の重症度と保護者の心理的ストレスやうつ状態などの関連が示されている^(3, 4)。特に、食事や睡眠などの日常生活場面での問題行動への対処が、保護者の精神的スト

レス要因として大きいことが指摘されており、親子支援の際に特に重要な課題と考えられる^(3, 5)。

こうした精神的ストレスへの対処方法（ストレス・コーピング）としては、問題焦点型（problem-focused coping）と情動焦点型（emotion-focused coping）に分類されているが、自閉症の保護者における研究では前者の方策が適していることが指摘されている^(1, 3, 6)。従って、保護者を心理的に支えることだけでなく、前向きに問題解決や障害の受容に向けた支援が、ASDの親子支援では特に重要と考えられる。すなわち、まず生活に根差した課題を支援の入り口として具体的な支援から始め、「育てにくさ」に寄り添うことでその後の円滑な支援につなげられる。

生活場面での問題行動が特に家族のストレス要因として大きいことが指摘されている食

事や睡眠といった課題について、その行動の制御に関する相談は家族支援の鍵となる^(3, 4)。こうした課題に対する支援について、家族支援のための保健活動のための資料は不十分であり、今後は現場で使用可能な指針や資料を作成することは親子支援の基礎的な資料として重要と考えられる。

B. 研究方法

英文 (Pubmed) および邦文 (医学中央雑誌) の中から、Autism、Food refusal、Food preference、Eating problems、Feeding problems、Sleep、自閉症、食行動、偏食、睡眠をキーワードとして文献を検索し、現時点での研究報告について文献的な考察を行った。また、自閉症に関する成書の中で、食行動あるいは睡眠に関する具体的な対応に関する記述を含むものを検索した。

C. 研究結果

(1) ASD における食事に関する問題行動の頻度: 自閉症に関する食事の課題の頻度については、すでに多数の報告があり 46-89%⁽⁷⁾ と、極めて高い頻度であることが報告されている。また、ASD における食行動に関する 16 の研究のメタ解析⁽⁸⁾では、定型発達児と比較して自閉症児には約 5 倍の相対的リスクがあり、他の発達障害の児と比較しても約 3 倍と高い頻度であった。

(2) ASD 児の栄養状態: 成長期にある小児での食行動異常は、栄養の観点から児の身体的成长への影響が心配され、ASD を持つ児では経管栄養などを必要とした重症例の報告がある⁽⁹⁾。摂取栄養に関する研究のメタ解析では、不足する栄養素としては、カルシウム、蛋白質が指摘されている一方で、総摂取カロリー、脂肪、纖維質、鉄分、亜鉛、ビタミン C, D, E 等につい

ては、不足は認められなかった⁽⁸⁾。また、身体発育についても、身長、体重、BMI について、定型発達児との統計的な差は認められなかった。こうした点から、個々のケースでの特殊性は考慮するとしても、基本的に ASD 児の食行動については、栄養的な見地よりも日常生活での問題行動としての課題が大きい。

(3) ASD における食事に関する問題行動 :

Lukens 等は ASD における食行動の特性についての保護者に対する調査結果において、探索的因子分析を行っており、3 因子の下記の様なモデルを提案している⁽¹⁰⁾。この方法では分類の恣意性は否定できないが、ASD の行動特性を認識するにあたって有用な素因に分けられている。

①食べられる食事のバラエティが乏しい。

- ・新しい食材を食べようとしない
- ・特定の食物を食べようとしない
- ・同じ食べ物をいつも食べたがる
- ・カリカリした食感の食べ物を好む
- ・いろいろな食材を食べようとしない
- ・同じ様に食物を出されるのを好む
- ・同じ様に食物を調理されるのを好む
- ・甘いものだけを好む

②食事の忌避

- ・食事の際に泣いたり叫んだりする
- ・食物から顔をそむける
- ・口に入れた食べ物を引っ張り出す
- ・かんしゃくをおこしたりする
- ・食べ物を前にもっていっても口を固く閉ざす

③その他自閉症関連した行動特性

- ・食事の際に座っていられない
- ・食事の際に攻撃的になる
- ・食事の際に自傷的な行動をする
- ・食事の際に決まったルーチンがある
- ・よくかまないといけない食べ物は拒む

なお、各因子の寄与率としては、「食べられる食事のバラエティが乏しい」は 23%、「食事の忌避」は 13%、「その他自閉症関連した行動特性」が 9%であり、特に食材の制限に関する課題が大きいことが示唆されている。

(4) ASD における食事に関する問題行動の背景因子: こうした ASD 児に見られる食行動異常のうち、特に食材が乏しい Selective Eating の背景因子として、ASD の特性の中でも感覚過敏との関連が指摘されている⁽¹¹⁾。感覚過敏は 78 から 90% の ASD の児に見られる症状であり⁽¹²⁾、精神障害の診断と統計マニュアル第 5 版 (DSM-5) では、診断基準の中にも記載されている。

こうした食行動異常の症状と感覚過敏との関連を検討した研究では、感覚過敏の程度と問題となる食行動の数には関連が認められ、興味深いことに直接関連する味覚嗅覚の過敏に限らず、触覚や視覚聴覚などの過敏との相関も認められている⁽¹¹⁾。このことは臨床現場での感覚に一致するとともに、後述する様な具体的な介入策を考える上で重要であり、その際に食材の色、大きさ、食感など、感覚全体に配慮する必要がある。

(5) 食行動異常への行動介入: ASD への介入では、現在は応用行動分析 (ABA) 等の行動療法の考え方の有効性が示されており標準的な介入方法となってきている^(13, 14)。ABA では問題行動の予防策を、行動に先行する原因を振り返ることにより分析し、それを避けることによって問題行動を抑えることが原則となっている。

西村等は、ASD の感覚過敏と食事の問題との関係を分析し、ASD の児が苦手をしていることとして下記をあげている⁽¹⁵⁾。

- ・食感、におい、音
- ・温度

- ・形、大きさ、色 (こだわり)
- ・(味や食感が) 混ざる
- ・(手や口が) 汚れる

ASD 児の食事に関する問題行動に対しても、起こってしまった行動に対する対応方法を考えよりも、ABA で先行事象に相当する ASD 児の過敏の対象となる要素を分析することが予防を考える上で重要となる。過敏の対象を除去して、ASD 児にとって不快と感じられない様に、例えば盛り付けをかえる、混ぜるのは少量のみとする、食感や大きさなどが変わる調理方法にする、不快に感じられない温度に配慮するなどの予防が可能となる。それによって、食事の際に ASD の児が失敗をする可能性をできるだけ下げる工夫が重要となる。

食行動に関しては、感覚過敏以外にも ASD 特性として強い思い込みがある。例えば初めての食べ物が苦手などの要素もあり、そうした要素についても予防策を提示することは実効性があり、重要である。

食事に関する問題行動を予防をすることで少しづつ成功する体験を重ねることが重要であり、西村等もスマールステップの重要性を強調している。

(6) ASD における食事の課題の予後: Bandini 等は、同じコホート集団で平均 6.8 歳と平均 13.2 歳での食事の課題について比較をしている⁽¹⁶⁾。食材のレパートリー自体には改善が明らかではなかったが、性状や混ざることへの過敏は改善が認められているほか、食事の際のかんしゃくなどの忌避行動には明らかな改善が認められており、学童期を通じて日常生活上の課題が軽減されている。

D. 考察

ASD における食事に関する問題行動の頻度は非常に高く、少なくとも半数以上の児には認

められる。従って、生活場面において、特に保護者にとって極めて身近な問題である。カルシウムや蛋白質が有意に不足している一方で、身長体重などの身体発育は基本的に有意差が認められておらず、栄養的な課題は限定的であると考えられる。

一方で、食行動異常についての課題は、保護者などに対する調査では頻度が高く、食事を忌避する行動など問題行動が高率に認められていた。特に食材やレパートリーが限られている点については、ASDの特性である感覚過敏との関連が認められており、保護者への支援に際しては、こうした説明を行うことの有用性が考えられる。

食事に関する問題行動に介入する際に、感覚過敏と児のこだわりの視点での原因の分析が必要である。食感、におい、音、温度、形、大きさ、色などの特性や、混ざることが苦手、手や口の汚れなど多様な過敏の対象があり、ASDの児は自分で言葉では表現はできないので周囲の大人が分析を行い、それをパターンから把握することが対策のポイントとなる。感覚過敏が食事の障害となる要因を可及的に避けることにより少しでも食事への忌避行動を抑制できるように介入する方法について、今後さらに具体的な検討が必要である。

ASDの児の食事行動の長期的な予後についての調査研究は乏しいが、食材のレパートリーの改善は少ないものの、かんしゃくなどの行動が落ち着くにつれて食事場面の課題は軽減するという報告があった。食材のレパートリーを広げるためには、今後さらに食育的な介入が必要である。

ASDは多様な原因による症候群であり、食行動の背景にも、その児特有の原因からくる消化管の問題がある可能性もある。特に症候性のASDでは身体疾患として胃食道逆流が併存す

ることがあり、嘔吐などを介して食行動への影響がある場合もあり、こうしたASDの原因疾患についての検討も必要である。さらにASDの原因として、遺伝子レベルのリスク因子が明らかとなってきているが、感覚過敏についても遺伝子多型などのリスク因子が背景としてある可能性が指摘をされている⁽¹⁸⁾。今回の検討はあくまでもASD全体でのものであるが、病因がある程度明確な症候群性のASDと、非症候群性のASDに分けた検討など、原因の病態に即した検討は、適切な対応を考える上で必要である。今後、診断時の医学的な検索を通じて、症状のリスクを推定し、適切な早期介入につなげる等の可能性がある。

E. 結論

発達障害の親子支援については、児の特性に起因する日常生活の課題に対する支援が重要である。今後、食事や睡眠などの生活課題に対する具体的な支援に対する資材などの提供を通して、有効な親子支援が広く行われる体制作りが必要である。

【参考文献】

1. Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *J Intellect Disabil Res*. 2010;54:266
2. Estes A, Munson J, Dawson G, Koehler E, Zhou XH, Abbott R. Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*. 2009;13:375
3. Davis NO, Carter AS. Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child

- characteristics. *J Autism Dev Disord.* 2008;38:1278-
4. Benson PR. The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: the mediating role of stress proliferation. *J Autism Dev Disord.* 2006;36:685
 5. Hodge D, Hoffman CD, Sweeney DP, Riggs ML. Relationship between children's sleep and mental health in mothers of children with and without autism. *J Autism Dev Disord.* 2013;43:956
 6. Benson PR. Coping, distress, and well-being in mothers of children with autism. *Res Autism Spectrum Disorders* 2010;4:217
 7. Ledford, JR., & Gast, DL. Feeding problems in children with autism spectrum disorders: A review. 2006. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 2006;21:153.
 8. Sharp WG, Berry RC, McCracken C, Nuhu NN, Marvel E, Saulnier CA, Klin A, Jones W, Jaquess DL. Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: a meta-analysis and comprehensive review of the literature. *J Autism Dev Disord.* 2013;43:2159.
 9. Tang B, Piazza CC, Dolezal D, Stein MT. Severe feeding disorder and malnutrition in 2 children with autism. *J Dev Behav Pediatr.* 2011;32:264
 10. Lukens CT, Linscheid TR. Development and validation of an inventory to assess mealtime behavior problems in children with autism. *J Autism Dev Disord.* 2008;38:342.
 11. Nadon G, Feldman DE, Dunn W, Gisel E. *Autism Res Treat.* Association of sensory processing and eating problems in children with autism spectrum disorders. *Autism Dev Disord.* 2011;2011:541926.
 12. Lukens CT, Linscheid TR. Development and validation of an inventory to assess mealtime behavior problems in children with autism. *J Autism Dev Disord.* 2008;38:342
 13. Myers SM, Johnson CP; American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics.* 2007;120:1162
 14. 行動原理 米国小児科学会編集 *Autism自閉症スペクトラム障害* 日本小児医事出版社 2017,p42
 15. 西村美穂,水野智美,徳田克己. 具体的な対応がわかる気になる子の偏食—発達障害児の食事指導の工夫と配慮 チャイルド本社 2014
 16. Bandini LG, Curtin C, Phillips S, Anderson SE, Maslin M, Must A. Changes in Food Selectivity in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* 2017;47:439.
 17. McElhanon BO, McCracken C, Karpen S, Sharp WG. Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2014;133:872.
 18. Riccio MP, Franco C, Negri R, Ferrentino RI, Maresca R, D'alterio E, Greco L, Bravaccio C. Is food refusal in autistic related to TAS2R38 genotype? *Autism Res.* 2017 [Epub ahead of print] children

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

岡明 発達障害のこどもと生活 食事、睡眠。

第5回東京小児行動療法研究会 2018年2
月 東京

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

学校における保健教育の現状

研究分担者 内山 有子（東洋大学ライフデザイン学部）

研究要旨

学校における保健教育から得る知識や技術を連結させ「生涯を通じる心身の健康」に繋げていくため、養護教諭がどのように保健教育に関わっているか調査し、学校における保健教育の現状と課題を抽出した。結果、養護教諭は「欲求やストレスへの対処と心の健康」を学ぶ必要性が高いとしているが、実際にこの項目を担当している者は少なく、また、保健教育を行う際に約6割の学校で外部講師を依頼していたが、「心の教育」に関する専門家は招かれていなかった。

学校において「心の健康に関する教育を誰が担当しているのか」「誰が担当すべきなのか」「どのような内容を教授すべきか」など、学校における効果的な保健教育のあり方について、学外の専門家との連携も考慮した検討を重ねる必要性が示唆された。

A. 研究目的

現在、学校教育の中で行われている保健教育は「保健学習」と「保健指導」から構成されている。

「保健学習」は、体育・保健体育及び他の教科における保健に関連した学習で、小学校では主に学級担任、中学校や高等学校では保健体育教員が担当する。保健学習の目的は、健康を保持増進するために必要とされる基礎的・基本的事項の理解を通じ、思考力、判断力、意思決定や行動選択等の実践力の育成を図ることであり、学習指導要領により指導内容や時数などが教示されている。現在の日本では小学3・4年より保健学習が始まり、高校に至るまで発達段階に応じて「心身の発育発達」「傷害の防止と応急手当」「心身の機能の発達と心の健康」「健康な生活と疾病の予防」などの多岐にわたる学習が展開されている。

「保健指導」は、特別活動の学級活動、ホームルーム、学校行事などの場で行う保健に関する指導で、日常生活における健康課題について自己決定し、対処できる能力や態度の育成、習

慣化を図るため、日々の学校教育活動全体を通して営まれ、学級担任や保健体育科教員のみならず、養護教諭を含めた全ての教職員が関わる領域である。保健指導では、健康相談や日常観察により児童生徒等の心身の状況を把握し、健康上の問題があるときは、集団指導や個別指導、保健だよりなどの方法を用いた指導が行われている。

また、「保健学習」「保健指導」以外に、2000（平成12）年より始まっている「総合的な学習の時間」においても、「保健学習」の領域を含んだ授業が展開されることがあり、自他の健康な生活の向上や、活力ある社会の構築に主体的、創造的に取り組む資質や能力の育成が図られている。

しかし、これらの保健教育から得る知識や技術を連結させ「生涯を通じる心身の健康」に繋げていくには、学習内容や指導内容、授業時間数が十分であるのかという危惧もある。

そこで、今年度は、学校において児童生徒等の心身の健康を保持増進する養護教諭が、どのように保健教育に関わっているか調査し、学校

における保健教育の現状と課題を抽出することとした。

B. 研究方法

2017（平成29）年12月に国際医療福祉大学にてスキルラダー研究会（SLIPER: Skill Ladder for Improvement and Evaluation Running of School Health Nursing）の主催により開催された現職養護教諭への研修会の参加者へ、自記式質問紙を配布し回収した。

調査内容は勤務校種、勤務経験年数、所有免許、保健教育の必要性や関わり、外部講師との連携などであった。

C. 研究結果

（1）回答者の属性

回答者は23名で、勤務校種は幼稚園1名（4.3%）、小学校11名（47.8%）、中学校4名（17.4%）、高等学校3名（13.0%）、特別支援学校2名（8.7%）、小中一貫校1名（4.3%）、中高一貫校1名（4.3%）であった。

平均勤務経験年数は13.5（標準偏差9.5）年で、勤務地は静岡県5名（21.7%）、東京都4名（17.4%）、埼玉県3名（13.0%）等であった。

（2）取得免許

回答者が取得している免許は養護教諭専修免許状1名（4.3%）、養護教諭1種免許状17名（73.9%）、養護教諭2種免許状5名（21.7%）で、1種免許状に加えて看護師資格所持者が1名いた。

（3）保健教育の効果

「現在、行われている保健教育は子どもたちの健康問題の解決に役立っていると思うか？」との質問に対して、「思う」と回答した者が10

名（43.5%）、「思わない」が4名（17.4%）、「わからない」が8名（34.8%）、無回答が1名（4.3%）であった。

（4）保健教育の必要性と担当

「保健教育の中で、子どもたちに必要と思われる内容」「現在、授業などで担当している項目」「得意領域」について質問した。

その結果、必要性としては「欲求やストレスへの対処と心の健康」、「生殖にかかる機能の成熟」、「身体機能の発達」などが上位にあがつたが、養護教諭が実際に担当している項目は「生殖にかかる機能の成熟」「身体機能の発達」が多く、「欲求やストレスへの対処と心の健康」を担当している者は少なかった。

また、担当する際の得意領域としては「身体機能の発達」、「欲求やストレスへの対処と心の健康」、「生殖にかかる機能の成熟」が上位にあげられていた。

表1 保健教育の必要性・担当・得意領域

保健教育内容	必要性	担当項目	得意領域
欲求やストレスへの対処と心の健康	22(95.7%)	3(13.0%)	17(73.9%)
生殖にかかる機能の成熟	20(87.0%)	9(39.1%)	16(69.6%)
身体機能の発達	20(87.0%)	7(30.4%)	19(82.6%)
精神機能の発達と自己形成	18(78.3%)	2(8.7%)	11(47.8%)
交通事故や自然災害などによる傷害の発生要因	16(69.6%)	1(4.3%)	5(21.7%)
飲料水や空気の衛生的管理	11(47.8%)	1(4.3%)	4(17.4%)
生活中に伴う廃棄物の衛生的管理	9(39.1%)	0(0.0%)	2(8.7%)
その他	1(4.3%)	1(4.3%)	

（5）外部講師との連携

保健教育を実施する際に外部講師を入れていると回答した者は13名（56.5%）で、外部講師の種類は「保健師」9名（69.2%）、「歯科衛生士」4名（30.8%）、薬剤師3名（23.1%）、「助産師」「医師」各2名（15.4%）（複数回答）で、外部講師に依頼している内容は「命の教育」

「歯科衛生」「喫煙防止」「薬物乱用防止」「飲酒防止」「メンタルヘルス教育」などであった。

D. 考察

今年度は、学校における心身の健康に関する保健教育に養護教諭がどのように携わっているかを調査し、課題整理を行った。

本調査の結果、養護教諭は学校における保健教育において「欲求やストレスへの対処と心の健康」を学ぶ必要性が高いとしているが、実際にこの項目を担当している養護教諭は少ないという現状が把握できた。

また、保健教育を行う際に約6割の学校で外部講師を依頼しているが、保健師を招き「命の教育」を行っている学校が多く、「心の教育」に関する外部講師は本調査では招かれていた。

日本では約10年毎に学習指導要領が改訂されているが、2017年（平成29年）から行われている改訂では、「主体的・対話的で深い学びとなるアクティブ・ラーニング」の導入やプログラミング教育の充実が図られることになっている。保健教育においても、心身の健康に関する知識の習得のみではなく、学修した知識を適切な意志決定や行動選択に活用することができるようになることが求められているため、外部講師を活用した専門家による実践的な保健教育を展開することも、深い学びの一つになると考えられる。

本調査の対象者は研修会に参加した少人数の養護教諭であったため、今後、本調査結果を踏まえて、学校において「心の健康に関する教育を誰が担当しているのか」「誰が担当すべきなのか」「どのような内容を教授すべきか」などを、保健体育科教員や保健師などを対象にした調査を行い、心の健康教育のあり方や学外との連携など、学校における効果的な保健教育の

あり方について検討を重ねる必要性が示唆された。

【参考文献】

- 1) 文部科学省. 小学校学習指導要領解説 体育編. 2008年
- 2) 文部科学省. 中学校学習指導要領解説 保健体育編. 2008年
- 3) 文部科学省. 高等学校学習指導要領解説 保健体育編・体育編. 2009年
- 4) 勝亦紘一, 家田重晴. 新しい体育の授業づくり. 大日本図書株式会社. 2012年
- 5) 内山有子. 保健体育科教諭をめざす大学生のからだの仕組みや疾病に関する知識について. 日本女子体育大学紀要. 2013年. 第43巻. 99-105
- 6) 大澤清二編. 学校保健の世界. 杏林書院. 2016年
- 7) 日本教育保健学会編. 教師のための教育保健学. 東山書房. 2016年

健やか親子21（第2次）との連携・事業推進
—子どもの自殺に対する意識向上と対策の共有に関するアンケート調査—

研究分担者 三牧 正和（帝京大学医学部小児科学講座）

研究要旨

近年若年層の自殺が増加していることは、社会的に大きな問題となっており、その対策が喫緊の課題になっている。平成29年度の政府の「自殺総合対策大綱」にも、「子ども・若者の自殺対策を更に推進する」ことが施策として掲げられている。また、母子の健康水準を向上させるための国民運動計画である健やか親子21（第2次）でも、基盤課題「学童期・思春期からの成人期に向けた保健対策」のひとつに十代の自殺率の上昇に対する対策が挙げられている。健やか親子21との連携・事業推進を目指す本研究では、健やか親子21推進協議会内で子どもの自殺対策の意識向上を図ること、および推進協議会の所属団体・学会で取り組み可能な自殺防止対策を検討することを目的し、アンケート調査を行った。若年層の自殺に対する対策の困難さが示されたが、医療や保健、教育関係者をはじめとした学術・職能団体からなる推進協議会内で、子どもの自殺防止にむけた施策を実行していくことの重要性を共有することができた。今回の調査を踏まえて、各団体が関わることのできる施策を抽出し実際の取組を促していくこと、さらに、取組可能な施策・課題を共有している団体同士の連携を図り、厚生労働省等行政と協力して取り組んでいくことが期待される。

A. 研究目的

近年の小児を取り巻く状況の変化に伴い、思春期の児童の心身の健康が脅かされている。なかでも若年層の自殺が増加していることは、社会的にも大きな問題となっており、その対策が喫緊の課題になっている。平成29年度の政府の「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」の「第4 自殺総合対策における当面の重点施策」の11.にも、「子ども・若者の自殺対策を更に推進する」と掲げられている。また、母子の健康水準を向上させるための国民運動計画である健やか親子21（第1次）で悪化した指標の1つに十代の自殺率があり、健やか親子21（第2次）で基盤課題「学童期・思春期からの成人期に向けた保健対策」のひとつに十代の自殺率の

上昇に対する対策が挙げられている。

そこで、健やか親子21との連携・事業推進を目指す本研究では、平成29年度においては、健やか親子21推進協議会内で子どもの自殺対策の意識向上を図ること、および推進協議会の所属団体・学会で取り組み可能な自殺防止対策を検討することを目的し、アンケート調査を行った。

B. 研究方法

健やか親子21推進協議会に所属する全88団体・学会を対象に、子どもの自殺防止のための施策に関するアンケート調査を、推進協議会幹事会の承認を得て実施した。自殺総合対策大綱（平成29年7月25日閣議決定）に記載されている「取組が求められる施策」の内容に沿って、

各団体・学会が取り組み可能な項目の回答を求めた。アンケートの内容については、実際に使用したアンケート用紙を資料として添付する（詳細な設問については、添付資料または、研究結果の項を参照）。各団体にアンケート用紙を送付する際に、参考資料として、厚生労働省ホームページ

（<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000172203.html>）に記載されている自殺総合対策大綱の概要・重点施策のリーフレットを同封した。平成29年12月中旬にアンケートを送付し、平成30年1月中旬までに郵送にて回答を得た。

C. 研究結果

アンケートは88団体中56団体（64%）から回収を得た。子ども・若者への自殺対策の重点施策に関するアンケート結果を以下に示す。

子どもの自殺防止のための施策に関するアンケート調査

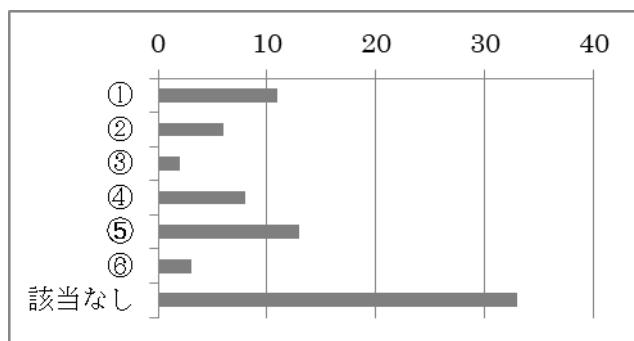
1. いじめを苦にした子どもの自殺予防

ネットいじめ/学校でのいじめなどは、自殺の危険因子になるという報告が数多くあります。いじめを苦にした子どもの自殺予防に対して、貴団体・貴学会が関わることができる事項に○をつけてください。

- ① いじめはどの学校でも起こり得るものとして、いじめの兆候に気づく意識をもつための教育関係者に対する指導
- ② いじめはどの学校でも起こり得るものとして、いじめ問題を隠さず学校/家庭/地域で連携して、いじめ問題を日頃より検討できる環境を設ける体制の構築
- ③ 子どもがいつでも不安や悩みを打ち明けられる24時間全国統一ダイヤル/SNS相談

体制の設置

- ④ いじめを受けたき、いじめを目撃したときの対応を事前に家庭で話し合うこと等の家庭教育の実施
- ⑤ いじめられた人の気持ち、いじめる人の気持ちなど、学校保健教育で伝えること
- ⑥ いじめが人に与える影響の大きさへの理解を促すため、いじめ体験談/いじめ苦で自殺した子をもつ遺族の話を聞く機会を設けること
- ⑦ 該当なし

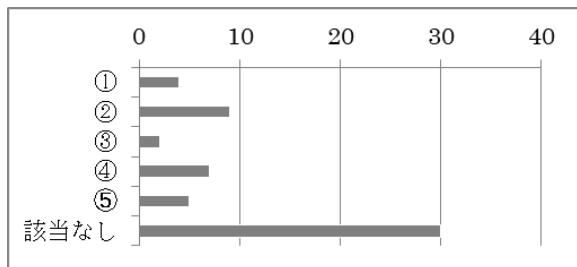


2. 学生・生徒への支援充実

長期休み明けに自殺が急増するなど、自殺の原因として成績不振/人間関係の疲弊/将来進路の不安などがあります。自殺を予防するための学生・生徒・児童への支援充実として貴団体・貴学会が関わることができる事項に○をつけてください。

- ① スクールカウンセラー/スクールソーシャルワーカー等の常勤化・相談体制の充実
- ② 養護教育等における健康相談の推進
- ③ 子どもがいつでも不安や悩みを打ち明けられる24時間全国統一ダイヤル/SNS相談体制の設置
- ④ 不登校/中途退学者等への民間団体を含めた関連機関と連携した支援
- ⑤ 大学等における学生の心の問題の課題やニーズへの教職員の理解を深めるための

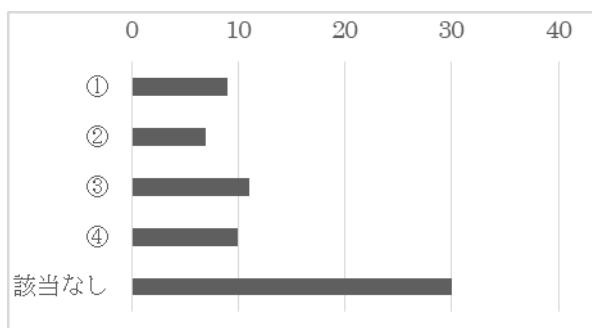
取り組み
⑥ 該当なし



3. SOS の出し方に関する教育の推進

自殺の予防には、help-seeking behavior (援助希求行動)という SOS を出せるかが重要になってきます。SOS の出し方に関する教育の推進として、貴団体・貴学会が関わることができる事項に○をつけてください。

- ① SOS の出し方に関する児童・生徒・学生に対する教育の充実
- ② SOS にはどのようなサインがあるのか、家庭/学校における学習教育の充実
- ③ SOS を受け取った子ども側および大人側の対応の仕方の指導
- ④ SOS を出しやすくするために性的違和をもつ児・者への無理解や偏見の解消の推進
- ⑤ 該当なし

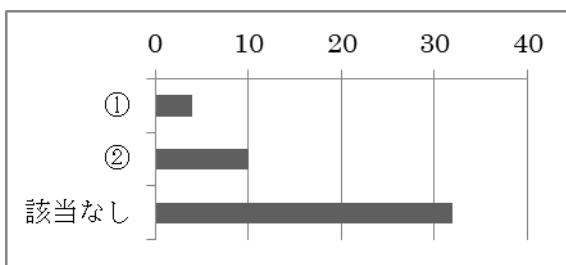


4. 子どもへの支援の充実

貧困を含める社会経済状態による健康格差/希望格差や、児童虐待後の人格形成などは、自殺

のリスク要因になると考えられています。子どもへの支援の充実として、貴団体・学会が関わることができる事項に○をつけてください。

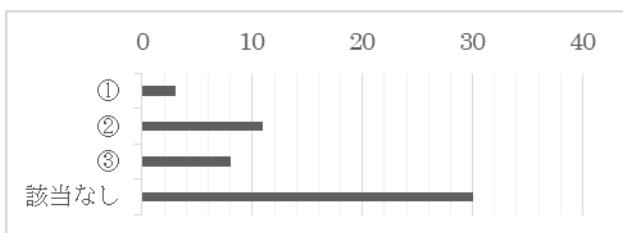
- ① 生活困窮世帯の子どもを対象とした居場所づくり/学習支援事業の実施
- ② 児童虐待などで社会的養護の下で育った子どもへの自立支援の充実
- ③ 該当なし



5. 若者への支援の充実

若者のうつ、ひきこもり、性暴力の被害者やその他精神的問題を有する場合は、自殺のリスク要因になると考えられています。若者への支援の充実として、貴団体・学会が関わることができる事項に○をつけてください。

- ① 若者の自殺対策強化のため、電話相談事業等の民間支援団体による支援の強化
- ② 精神疾患の早期発見/早期介入のための医療/保健/福祉による支援の充実
- ③ 性暴力被害者の精神的負担軽減のためのカウンセリング体制の充実
- ④ 該当なし



6. 若者の特性に応じた支援の充実

若者は自発的には相談や支援につながりにくい傾向がある一方で、インターネットや SNS

上で自殺をほのめかしたり、自殺の手段等を検索したりする傾向があります。若者の特性に応じた支援の充実として、貴団体・学会が関わることができる事項に○をつけてください。

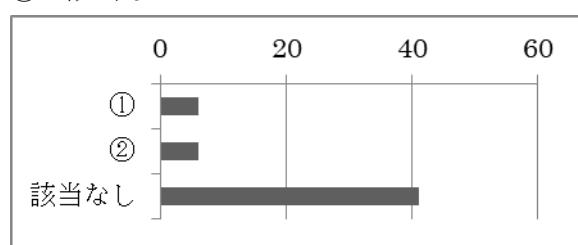
- ① ICT(Information Communication Technology)を活用した若者へのアウトリーチ策の強化
- ② 該当なし



7. 知人等への支援

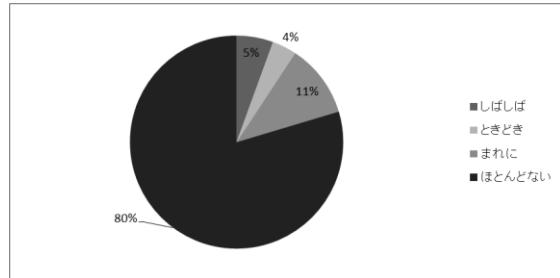
若者は希死念慮など、友人等の身近な人に相談する傾向があります。悩みを打ち明けられて、自らも追いつめられることもあります。知人等への支援として、貴団体・学会が関わることができる事項に○をつけてください。

- ① 自殺をほのめかされたときの対応を事前に学校等で話し合うことの指導
- ② 自殺既遂に至った場合に相談を受けていた当事者を支援する取り組みの推進
- ③ 該当なし



Q: 貴団体・貴学会のセミナー・学術集会にて、十代の自殺に対するテーマはどのくらい取り上げられますか？

- () しばしば () ときどき
 () まれに () ほとんどない

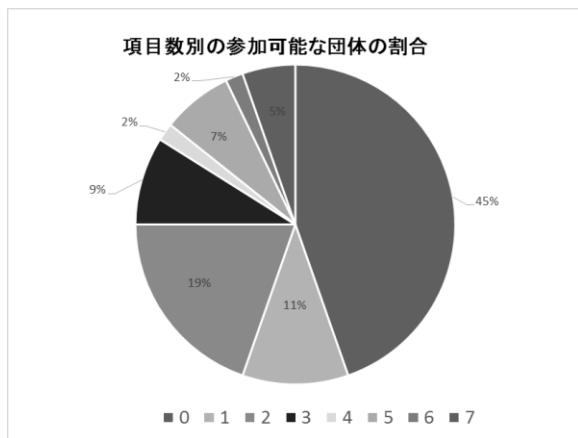


D. 考察

健やか親子 21（第 2 次）では、「すべての子どもが健やかに育つ社会」を目指し、現在の母子保健を取り巻く状況を踏まえて 52 指標を掲げ、平成 27 年度から平成 36 年度までの 10 年間で、母子保健における課題解決に向けた国民運動を実施している。健やか親子 21（第 1 次）で改善しなかった指標の 1 つの十代の自殺率が挙げられ、その低下を目指すことは重点的に取り組むべき課題となっている。課題克服に向けて、推進協議会は国民を巻き込んだより一層の取組を促すために、団体内及び団体間の活動をより活性化する必要がある。しかしながら、多種多様な学術団体や職能団体からなる推進協議会においては、自殺問題に対して可能な取組手法について、団体間の相互理解が十分だとはいい難く、必ずしも協働が実現できていない状況にある。

今回のアンケートの回収率は 88 団体中 56 団体と約 3 分の 1 の団体からは回答が得られなかつたが、回答率は 64% に達した。回答しなかつた団体では自殺対策の取組が行われていない割合が高い可能性があり、バイアスの存在が考えられる。一方で、間接的には自殺対策を行っているものの、今回の設問に対する直接的な取組が行われていない場合などで、回答を控えたいと希望する学会もあった。したがって、約 3 分の 2 の団体から回答が得られたことで、推進協議会全体の一定の傾向がえられるものと考えた。

自殺総合対策大綱(平成29年7月25日閣議決定)に記載されている重点施策「子ども・若者の自殺対策をさらに推進する」に具体的に示された「取組が求められる施策」は、7つの施策「いじめを苦にした子どもの自殺予防」「学生・生徒への支援充実」「SOSの出し方に関する教育の推進」「子どもへの支援の充実」「若者への支援の充実」「若者の特性に応じた支援の充実」「知人等への支援」からなっている。その各々につき具体的に挙げられた取組につき、推進協議会の各団体が関わることのできるものの回答を求めた。7つの施策のいずれについても、30から40団体程度、すなわち回答した56団体の半数から3分の2程度が関わることのできる取組がないと答えた。しかしながら、今回のアンケートを通して若者の自殺防止が大きな問題となっていることを認識し、推進協議会を構成する団体における子どもの自殺の現状や対策に対する意識向上と課題の共有に繋がったと思われる。



全項目のうち一つも参画できないと答えた団体は上図のように45%にのぼり、半数近くの団体が子どもや若者の自殺問題対策に関与する状況にない、あるいは具体的方策をもっていないことがわかった。また、セミナーや学術集会で十代の自殺をテーマとして取り上げる機会のある学会・団体も、4分の1以下の少数派

であることがわかった。周産期や乳幼児期など、十代の若者世代とは異なるライフステージに関わる団体や、自殺問題から活動フィールドが大きく離れている団体も含まれていることが影響していると思われた。また、間接的関与はあるものの質問が設定された施策への直接的取組がない場合、個々の学会員の取組はあるが学会全体のテーマとしていない場合なども「該当なし」と回答しているケースがあり、実際の取組の状況を把握しきれていない可能性がある。

一方で、複数の項目に関与可能だと回答した団体は半数近くにのぼり、3つ以上の項目に関わる団体も4分の1に達した。このことから、若年層の自殺対策に関心をもち取り組む団体同士の連携と、今後の活動の活性化の可能性が示された。また、現時点では自殺問題に取り組んでいないが、今後テーマとして取り上げることが可能である、あるいは他団体から連携を求められた場合は応じると表明する団体も見受けられ、潜在的には施策に関与できる団体はさらに多いと思われた。

E. 結論

今回の調査で若年層の自殺に対する対策の困難さとともに、多くの学会・団体が取組の必要性を認識していることが示された。医療や保健、教育関係者をはじめとした学術・職能団体が個々の活動を活性化するとともに、団体間の連携を図ることにより、子どもの自殺防止にむけた施策を実行していくことの重要性は明らかである。今回の調査を踏まえて、各団体が関わることのできる施策を抽出し、それぞれの専門的知識・能力やコンテンツを活かした実際の取組を促していくことが必要と考える。さらに、今回のアンケート調査をもとに、取組可能な施策・課題を共有している団体同士の連携を図り、

厚生労働省と協力して取り組んでいくことが期待される。

F. 研究発表

平成30年2月28日（水）午後2時30分から4時、中央区立日本橋社会教育会館8階ホールにおいて行われた第17回健やか親子21推進協議会総会にて本研究結果を報告した。

子どもの自殺防止のための施策に関するアンケート調査のご依頼

健やか親子 21 推進協議会 所属関係機関の皆様へ

健やか親子 21 の活動に日頃よりご尽力頂きありがとうございます。

健やか親子 21 (第 2 次) の基盤課題「学童期・思春期からの成人期に向けた保健対策」のひとつに十代の自殺率の上昇に対する対策があります。

平成 29 年度政府の自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～の第 4 自殺総合対策における当面の重点施策の 11.に、「子ども・若者の自殺対策を更に推進する」と掲げられています。

健やか親子 21 推進協議会内で、「子どもの自殺の現状や対策」に対する意識向上を促し、今後、所属団体・学会内で行える子どもの自殺防止対策を検討して頂くことを目的にアンケート調査を実施させて頂きたい所存でございます。アンケート調査の結果は、平成 29 年度健やか親子総会で発表し、報告書等を協議会所属の関係機関様に配布させて頂く予定です。

お忙しいところ恐縮でございますが、貴団体・貴学会内の健やか親子 21 事業の担当の方にお答え頂き、同封の封筒にて投函頂ければ幸いです。平成 30 年 1 月 12 日にまでにご返却頂ければ幸いです。

平成 29 年 12 月 11 日

健やか親子 21 推進協議会 テーマ 4 調査研究主担当 永光信一郎
健やか親子 21 推進協議会 幹事団体代表 三牧 正和

【アンケートの回答方法】

平成 29 年度自殺総合対策大綱に記されている当面の重点施策 11.に記載されている“子ども・若者の自殺対策を更に推進する”ための取組の項目（下記 1.～7.）に沿って、具体的対策を記しています。貴団体・貴学会が関わることでのできる事項に○をつけてください（複数回答可）。また各項目においてその他の活動もございましたら、その他（自由記載）にご記載ください。

厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000172203.html>）に記載されています自殺総合対策大綱の概要・重点施策のリーフレットを添付いたします。

1. いじめを苦にした子どもの自殺予防

ネットいじめ/学校でのいじめなどは、自殺の危険因子になるという報告が数多くあります。いじめを苦にした子どもの自殺予防に対して、貴団体・貴学会が関わることができる事項に○をつけてください。

- () いじめはどの学校でも起こり得るものとして、いじめの兆候に気づく意識をもつための教育関係者に対する指導
- () いじめはどの学校でも起こり得るものとして、いじめ問題を隠さず学校/家庭/地域で連携して、いじめ問題を日頃より検討できる環境を設ける体制の構築
- () 子どもがいつでも不安や悩みを打ち明けられる 24 時間全国統一ダイヤル/SNS 相談体制の設置
- () いじめを受けたき、いじめを目撃したときの対応を事前に家庭で話し合うこと等の家庭教育の実施
- () いじめられた人の気持ち、いじめる人の気持ちなど、学校保健教育で伝えること
- () いじめが人に与える影響の大きさへの理解を促すため、いじめ体験談/いじめ苦で自殺した子をもつ遺族の話を聞く機会を設けること
- () 該当なし
- () その他（自由に記載ください） _____

2. 学生・生徒への支援充実

長期休み明けに自殺が急増するなど、自殺の原因として成績不振/人間関係の疲弊/将来進路の不安などがあります。自殺を予防するための学生・生徒・児童への支援充実として貴団体・貴学会が関わることができる事項に○をつけてください。

- () スクールカウンセラー/スクールソーシャルワーカー等の常勤化・相談体制の充実
- () 養護教育等における健康相談の推進
- () 子どもがいつでも不安や悩みを打ち明けられる 24 時間全国統一ダイヤル/SNS 相談体制の設置
- () 不登校/中途退学者等への民間団体を含めた関連機関と連携した支援
- () 大学等における学生の心の問題の課題やニーズへの教職員の理解を深めるための取り組み
- () 該当なし
- () その他（自由に記載ください） _____

3. SOS の出し方に関する教育の推進

自殺の予防には、help-seeking behavior (援助希求行動) という SOS を出せるかが重要になってきます。SOS の出し方に関する教育の推進として、貴団体・貴学会が関わることができる事項に○をつけてください。

- SOS の出し方に関する児童・生徒・学生に対する教育の充実
 - SOS にはどのようなサインがあるのか、家庭/学校における学習教育の充実
 - SOS を受け取った子ども側および大人側の対応の仕方の指導
 - SOS を出しやすくするために性的違和をもつ児・者への無理解や偏見の解消の推進
 - 該当なし
 - その他 (自由に記載ください) _____
-

4. 子どもへの支援の充実

貧困を含める社会経済状態による健康格差/希望格差や、児童虐待後の人格形成などは、自殺のリスク要因になると考えられています。子どもへの支援の充実として、貴団体・学会が関わることができる事項に○をつけてください。

- 生活困窮世帯の子どもを対象とした居場所づくり/学習支援事業の実施
 - 児童虐待などで社会的養護の下で育った子どもへの自立支援の充実
 - 該当なし
 - その他 (自由に記載ください) _____
-

5. 若者への支援の充実

若者のうつ、ひきこもり、性暴力の被害者やその他精神的問題を有する場合は、自殺のリスク要因になると考えられています。若者への支援の充実として、貴団体・学会が関わることができる事項に○をつけてください。

- 若者の自殺対策強化のため、電話相談事業等の民間支援団体による支援の強化
 - 精神疾患の早期発見/早期介入のための医療/保健/福祉による支援の充実
 - 性暴力被害者の精神的負担軽減のためのカウンセリング体制の充実
 - 該当なし
 - その他 (自由に記載ください) _____
-

6. 若者の特性に応じた支援の充実

若者は自発的には相談や支援につながりにくい傾向がある一方で、インターネットやSNS上で自殺をほのめかしたり、自殺の手段等を検索したりする傾向があります。若者の特性に応じた支援の充実として、貴団体・学会が関わることができる事項に○をつけてください。

() ICT(Information Communication Technology)を活用した若者へのアウトリーチ策の強化

() 該当なし

() その他（自由に記載ください）

7. 知人等への支援

若者は希死念慮など、友人等の身近な人に相談する傾向があります。悩みを打ち明けられて、自らも追いつめられることもあります。知人等への支援として、貴団体・学会が関わることができる事項に○をつけてください。

() 自殺をほのめかされたときの対応を事前に学校等で話し合うことの指導

() 自殺既遂に至った場合に相談を受けていた当事者を支援する取り組みの推進

() 該当なし

() その他（自由に記載ください）

その他設問

Q1： 貴団体・貴学会のセミナー・学術集会にて、十代の自殺に対するテーマはどのくらい取り上げられますか？

() しばしば () ときどき () まれに () ほとんどない

Q2： その他、十代の自殺対策についてご意見をご自由にお書き下さい

思春期医療を担う人材育成のための教育プログラム開発に関する研究

研究分担者 関口 進一郎 (慶應義塾大学医学部小児科学教室)

研究要旨

本研究は、わが国の思春期医療を担う人材を育成するための教育プログラム、とくに e-learning を用いた思春期医療の教育法を開発することを目的としている。日本、米国、欧州連合 (EU) における思春期医学の研修に関する情報、とくに e-learning に関する情報を収集した。米国 Society for Adolescent Health and Medicine のレジデント向け思春期医学カリキュラムと EU の European Training in Effective Adolescent Care and Health (EuTEACH) では、それぞれ 10, 25 の学習単位 (モジュール) が設けられており、各項目に学習目標、スライドや動画コンテンツ、文献などが掲載されている。わが国で思春期医療／保健の e-learning 教材を作成するにあたっては、学習者に対して学習目標を明確に提示すること、重要性や優先度の高い学習単位に項目を絞ること、臨床場面や地域の保健活動と学習内容との関連を示すことが必要と考える。

A. 研究目的

本研究は、わが国の思春期医療を担う人材を育成するための教育プログラム、とくに e-learning を用いた思春期医療の教育法を開発することを目的としている。健康を決定する要因 determinants of health には生物学的要因 (biological), 環境要因 (ecological), 社会的要因 (social) の 3 つがあるが、とくに思春期の子どもや若者においてはこれらが複雑に絡み合って健康に影響を与えていることが多い。したがって思春期の保健向上のためには、医師だけでなく、思春期の子どもや若者にかかる多職種 (看護師、保健師、臨床心理士、学校教諭、養護教諭、スクールカウンセラー、医療ソーシャルワーカーなど) が連携して取り組む必要がある。e-learning 教材は学習者のニーズに合わせて利用できるため、より多くの人に学習機会を与える。そこで、おもな利用者は医師になるだろうが、思春期医療／保健にかかるさまざまな職種のかたが利用できるような e-learning 教材の開発を目標としたい。

B. 研究方法

わが国的小児科領域における思春期医学への取り組みについては、日本小児科学会が行っている、あるいは行ってきた思春期医学に関する活動を調査した。米国と欧州連合 (EU) における思春期医療／保健への取り組みについてはそれぞれ Society for Adolescent Health and Medicine (SAHM), European Training in Effective Adolescent Care and Health (EuTEACH) の活動に関する情報をウェブサイトから収集した。それらの情報を整理したうえで、わが国の思春期医療／保健の向上につながるような e-learning 教材を開発するための必要条件について考察した。

(倫理面への配慮)

本研究は、倫理委員会や施設の承認が必要な内容に該当しない。

C. 研究結果

1. 日本小児科学会の思春期医学に関する取り

組み

1) 小児科医の到達目標

日本小児科学会の「小児科医の到達目標（改訂第6版）」¹⁾では、思春期医学に関する目標が3つの大項目、すなわち一般目標・態度（小児科医としての姿勢）、診療能力（実践できる）、知識（理解・判断できる）に分けて提示されている。

一般目標・態度（小児科医としての姿勢）

各一般目標のあとに括弧内には小児科医の医師像（アウトカム）との関連が示されている。

23. 1 思春期の子どものこころと体の特性を理解する。（子どもの総合診療医、育児・健康支援者、学識・研究者）

23. 2 思春期特有の健康問題を理解する。（子どもの総合診療医、育児・健康支援者）

23. 3 健康問題を抱える子どもとその家族に対して、適切な判断・対応・治療・予防措置などを含めた支援ができる。（子どもの総合診療医、育児・健康支援者、子どもの代弁者）

23. 4 成人期医療への移行を見据えて、関連する診療科・機関と連携し、医療だけでなく社会的支援ができる。（子どもの代弁者、学識・研究者、医療のプロフェッショナル）

23. 5 思春期の子どもに思いやりある態度で接し、健康問題とそれが影響する社会生活状況とに理解を示す。（育児・健康支援者、子どもの代弁者、医療のプロフェッショナル）

診療能力（実践できる）

ここではレベルA（専門医レベル）のみ掲載する。

（1）患者・家族からの生物心理社会的因子を考慮して思春期に関連する病歴 聴取ができる。家庭環境、学校生活、課外活動、飲酒・薬物使用・喫煙、性行動、生活習慣（食事、睡眠、便通、月経、メディアとの接触時間、運動習慣など）、心理状態、インタビュー（家族同席か、

非同席かの判断、プライバシーの保持）。

（2）思春期に関連する身体所見を患者に配慮して適切にとれる。

（3）思春期に関連する基本的検査の実施と解釈ができる。

（4）思春期の患者の理解力に合わせた説明ができる。

（5）思春期の予防医学を実践できる。予防接種（ジフテリア破傷風混合ワクソイド、日本脳炎ワクチン、麻疹風疹混合ワクチン、インフルエンザワクチン、ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチン、B型肝炎ワクチン、水痘ワクチン、ムンプスワクチン）、学校健康診断の知識と実際、学校生活管理指導表への記入（心疾患、腎疾患、アレルギー）。

知識（理解・判断できる）

ここではレベルA（専門医レベル）のみ掲載する。

主な思春期の健康問題の説明と判断ができる。

（1）思春期の正常な成長・発達に対する理解と判断ができる。BMIの算定、肥満・やせ・低身長、性成熟度の評価（Tanner分類）。

（2）思春期に問題となる疾患の説明と判断ができる。慢性疾患や障害をもつ子ども、貧血、栄養、運動とスポーツ、思春期遅発、生活習慣病（肥満、高血圧、糖尿病、高脂血症）、尋常性ざ瘡、頭痛、起立性調節障害、機能性胃腸症（胃食道逆流症、過敏性腸症候群）、疲労、睡眠の異常、筋骨格系の異常、精巣・陰嚢の異常、乳房の異常、性行動、月経の異常、妊娠、緊急避妊、性感染症（梅毒、淋菌、クラミジア、ヒトヘルペスウイルス、ヒトパピローマウイルス、ヒト免疫不全ウイルス、B型肝炎など）。

（3）社会生活に関連する問題の説明と判断ができる。不登校・いじめ、喫煙・飲酒、ドラッグ（合法・違法薬物）の乱用、性行動に関連する影響。

2) 社会に対する提言

子どもの性の問題に関しては2008年に日本小児科学会次世代育成プロジェクト委員会が社会に対する提言²⁾を発表している。その内容は以下の通りである。

「子どもたちが大人になってから、理想のパートナーを見つけて、産みたくなったときに安全に子どもを産み、幸せに子育てができることが理想であることは言うまでもありません。しかし、現実には、若年妊娠にともなう若年出産や人工妊娠中絶、性感染症による健康被害などの問題が起きています。また、性的虐待や性の商品化などの問題も子どもたちを巻き込んでいます。これはわが国だけの問題ではなく、世界の多くの国々に共通した問題です。私たちには、子どもたちの『健全な性』を育成し、子どもたちの『性の健康』を守り、子どもたちが『将来に安全で幸せな出産・育児』ができるような支援を行うことが求められています。

自分、パートナー、次の世代の健康を守る責任を持つことが困難な思春期の子どもたちの性交渉は基本的に勧められるべきではありません。しかし、実際には、知識や相談機関が少ないために妊娠したり、性感染症によって健康を損なう子どもたちがいます。また、性的な虐待を受けている子どもたちや金銭などで性を買われている子どもたちもいます。

この様な現状を考えるとき、子どもたちを守るために社会自体もその在り方や子どもたちを大切にするための方策を考えなくてはならない時期に来ています。

子どもたちの性を守るために、子どもたちを取り巻く大人が未来を支える子どもたちの権利が守られるように努めてゆくことが基本です。子どもたちにとって将来の目標となるような大人たちを増やしてゆく必要があります。

例えば性を商品化することを謳っている一

部のマスメディア、規範によらないインターネットでの情報氾濫、増加する出会い系サイトなどについては、子どもたちを守るためにも何らかの対策が必要と考えられます。言論は本来自由であるべきですが、自由にはそれを守ってゆくための責任が伴います。

現在は真偽とりまぜて様々な性の情報があふれています。子どもたちには、命の大切さを考えるという観点からの生命の誕生にいたる知識、性交渉を行った場合に遭遇しうる健康被害としての妊娠や性感染症のリスクについての正確な知識を伝えるための教育が必要です。教育によって防ぎうる『不幸な事態』は決して少なくないと考えます。」

3) テキストの発行

2008年に学会編集の「思春期医学臨床テキスト」が発行された³⁾。

4) 思春期医学臨床講習会の開催

2007年から日本小児科学会主催で思春期医学臨床講習会が年に1回開催されている。過去の講習会⁴⁾で取り上げられたテーマを挙げると次のようになる。

第12回(2017年)：思春期心性の理解、思春期の性の問題から子どもを守る、慢性疾患を持つ子どもの思春期—意思決定支援—、思春期から自立にむけての発達障害支援、思春期医療と子どもの権利、思春期と慢性疾患。

第11回(2016年)：思春期の睡眠障害の診断と治療、スマホ・ネット依存、思春期の子どもの自殺関連行動、発達障害児へのライフスキルトレーニング、性別違和をめぐる諸問題、思春期の摂食障害への対応。

第10回(2015年)：思春期の神経性やせ症—プライマリ・ケアと家族支援—、子どもたちを性の不安から守るには、メディア漬けで壊れる子どもたち—スマホ社会の落とし穴—、成人移行を見据えた慢性疾患の思春期医療、いじめへ

の考え方と対応, 不定愁訴をもつ思春期児への診療の実際.

第9回 (2014年) : わが国での思春期医療の取り組みとこれから, 思春期の性感染, 思春期の頭痛をどう診るか, Adolescent Health in the U.S.: Where we have been, where we are, and where we are going, 10代のADHDへの対応, 不登校をともなう身体症状をどう診るか.

第8回 (2013年) : メディアと子どもたち, 思春期の問題行動—虐待との関連を巡って, 思春期の起立性調節障害, 小児科医が LEP(low dose estrogen-progestin)を処方するとき, 脳科学からみた摂食障害, 不登校と学校介入.

第7回 (2012年) : 思春期の子どもたちへの面接手法, 思春期の子どもたちへの性教育と性感染症予防, 命の授業—ライブ, 学習障害とその周辺, 思春期における過敏性腸症候群の現状と治療, HPVワクチン: 開始後2年を経過しての現状と問題点, 思春期医学のこれから.

第6回 (2011年) : 思春期に遭遇する健康問題とその解決を目指して, 思春期の糖尿病管理について, HPVワクチンとその周辺: 思春期の性感染, 思春期の子どもたちへの対応: 発達障害の問題, 思春期を経験できない若者たち: 中絶, 性感染症が減っている背景を考える, 子どもの権利条約と医療における自己決定権.

第5回 (2010年) : 性についての内分泌学的根拠: 思春期の問題をめぐって, 社会的に考える性: 性は与えられるものか, 性同一性障害に対する外科的治療, 現在の子どもたちの性の現況, 産婦人科医の性教育, 泌尿器科医の性教育, 小児科医の性教育, 思春期の性交渉は認められるべきか.

第4回 (2009年) : 思春期の性感染症とその周辺, 膜原病を抱える子どもたちの思春期, 脳科学からみた思春期の虐待, 少年が男になる時, 不登校: なぜ介入が必要か, 思春期の心身症と

外来心理面接, ADHDの子どもたちへの対応, 救急外来における思春期の子どもたちへの対応と問題点, メディアと思春期の子どもたち.

第3回 (2008年) : 思春期相談における基本と対応, 学校保健における最近の話題, 思春期の発達障害, 思春期喘息の問題点と喘息死, 思春期の虐待と性被害, 児童思春期のうつ病, 少年が男になる時, 学校検尿と思春期の腎疾患, 不定愁訴をもつ子どもへのアプローチ, 思春期の成長発達とその内分泌異常, 思春期の摂食障害とその周辺.

第2回 (2007年) : 思春期の子どもの心疾患, 思春期の子どもの乳腺・甲状腺疾患, 思春期の子どもの卵巣機能障害, 思春期の子どもと腎尿路疾患, 思春期の子どもの薬物乱用, 思春期の子どもの喫煙と卒煙指導, 思春期の子どもの心と行動の問題, 思春期の子どもの性的虐待, 思春期の子どもの暴力行為の見立てと対応.

第1回 (2007年) : 思春期の身体成熟とその内分泌異常, 思春期の性の問題と行動の問題, 思春期妊娠と避妊, 性感染症—思春期の若者の命を守ろう—, 行動障害, うつ, 自殺等, 小児から成人へのメタボリックシンドローム, ストップ・ザ・アノレキシア—小児科医による思春期やせ症へのアプローチ—, 小児・思春期の頭痛, 10代の睡眠関連病態.

これら89演題をテーマ別に分類すると, 総論4, コミュニケーション2, 権利2, 成長と発達4, 性と生殖に関する健康23, 頭痛2, 救急1, 肥満1, 生活習慣7, 慢性疾患13, 成人期への移行1, 発達障害7, メンタルヘルス9, 摂食障害5, 薬物乱用1, 暴力・虐待6, 学校保健1であった.

2. 米国的小児科レジデント向けの思春期医学カリキュラム

米国の思春期医学に関する学術団体である Society for Adolescent Health and Medicine

(SAHM)は2017年8月にレジデント向けの新しい思春期医学カリキュラムを発表した⁵⁾。このカリキュラムは4週間の思春期医学ローテーションにおいても、またレジデントの経年的な研修においても利用できる。カリキュラムは10の中核となる学習単位から構成されており、それぞれの学習目標にはスライドや動画のファイル、参考文献や臨床素材が結び付けられている。学習単位は次に挙げる10項目である。

- (1) 日常の思春期医療 Routine Adolescent Health Care
- (2) 成長と発達 Growth and Development
- (3) 同意と秘密保持 Consent and Confidentiality
- (4) 性と生殖に関する健康 Sexual and Reproductive Health
- (5) 心と行動の健康 Psychological and Behavioral Health
- (6) 摂食障害と過体重・肥満 Eating Disorders & Overweight/Obesity
- (7) 薬物使用と乱用 Substance Use and Abuse
- (8) 安全と暴力 Safety and Violence
- (9) スポーツ医学 Sports Medicine
- (10) 成人期医療への移行 Transition to Adult Care

これら中核となる学習単位は2~7個の学習項目によって構成されており、それぞれに学習目標、文献や動画、ウェブサイトその他の教材、臨床や地域保健との関連が示されている。たとえば(5) Psychological and Behavioral Healthの学習単位には3つの学習項目、すなわち

- ・スクリーニング Screening,
- ・紹介／治療 Referral/Treatment,
- ・自殺傾向のマネジメント Management of Suicidality

があり、それぞれについて

- ・ Learning Objectives
- ・ Readings and Videos
- ・ Interactive Learning Opportunities
- ・ Materials to Develop Educational Sessions
- ・ Clinical and Community Settings

の枠組みに沿って情報が整理されている。このカリキュラムはウェブサイトで閲覧することができ、またダウンロードすることもできる。

3. EuTEACH カリキュラム

EuTEACH (European Training in Effective Adolescent Care and Health) はイスのローザンヌ大学を中心に、EU 各国から多職種の専門家が集まって開発された思春期医学・保健の研修パッケージである。研修者の能力向上と指導者育成に力点が置かれたこの研修パッケージは、開発当初の1999年にはEU諸国が対象であったが、現在ではEU諸国だけでなくロシア、ポルトガル、コソボ、マダガスカル、サウジアラビア、ジョージア、エジプトなどの各国でも幅広く活用されている。

EuTEACH カリキュラムは双方向的で参加型の学習ができるようにデザインされており、25の学習単位(モジュール)から成る。各モジュールにはケース・シナリオやパワーント・ファイルや動画、指導のためのガイダンス文書が用意されている。EuTEACH カリキュラムのモジュールは次のような構成になっている。

基本テーマ

A1. 思春期の定義と身体発育、心理社会的発達
Definition of adolescence and bio-psychosocial development during adolescence

A2. 家族の影響と力動 The family: Influences and dynamics

A3. コミュニケーションと面接のスキル
Communication and interviewing skills

A4. 秘密保持、同意、権利、アクセス、アドヴ

オカシー Confidentiality, consent, rights, access and personal advocacy

A5. 背景と影響：社会経済的，文化的，民族的な問題，ジェンダーの問題 Context and impact : socio-economic, cultural, ethnic and gender issue

A6. 資質，レジリエンス，探索行動，リスク行動 Resources, resilience, exploratory and risk behaviors

A7. 臨床・公衆衛生における倫理的問題への対応 Addressing ethical issues in clinical care and public health

個別テーマ

B1. 成長と思春期の身体発育 Growth and puberty

B2. 思春期男子の健康 Male adolescent health

B3. 性と生殖に関する健康 Sexual and reproductive health

B4. 日常よく遭遇する思春期の医学的問題 Common medical conditions of adolescence

B5. 慢性疾患 Chronic conditions

B6. メンタルヘルス Mental health

B7. 摂食障害 Eating disorders

B8. 薬物の使用と乱用 Substance use and misuse

B9. 傷害と暴力，事故，自傷，虐待等 Injuries and violence, including accidents, self-harm, abuse, etc.

B10. 機能性疾患 Functional disorders

B11. インターネットと情報通信技術

Adolescents, internet & ICTs

B12. 栄養，運動，肥満 Nutrition, exercise and obesity

公衆衛生のテーマ

C1. 思春期の健康概観：疫学と優先事項 Overview of adolescent health :

epidemiology and priorities

C2. 10～19 歳の若者に対する公衆衛生活動 Public health as applied to young people aged 10 to 19 years

C3. 10～19 歳の若者のためのアドヴォカシー Advocacy for the health of young people aged 10 to 19 years

C4. 健康教育，健康増進，学校保健 Health education and promotion, including school health

C5. 若者に親しまれる健康サービス Youth friendly health services

教育

D1. 思春期の健康に関する指導者の養成 Training of trainers in adolescent health

各モジュールには学習内容の解説と指導の要点，文献等が書かれた PDF ファイルと，スライドのパワーポイント・ファイルが用意されている。学習者の到達目標が示され，それぞれに対して，ミニレクチャーやグループ討論，ロールプレイなどの教育手法を用いて，どんな教育セッションを行ったらよいかが示されている。

D. 考察

日本小児科学会は思春期医学に関する到達目標を定め，テキストを作成し，さまざまなテーマを扱う講習会を開催してきた。これまでに開催された講習会の各講演タイトルを集めてみると「小児科医の到達目標」の思春期医学の章に挙げられている項目の多くが取り上げられていることがわかる一方，性と生殖に関する健康についての演題が 26%(23/89)，発達障害・メンタルヘルス・摂食障害を合わせると 24%(21/89)を占めているように，特定のトピックに偏る面もある。講習会のポスター やチラシには学習目標が示されていないため，受講者

にとては、その講習会に参加すると何ができるようになるのか、何が身につくのかがわかりにくいかもしれない。

一方、米国の思春期医学カリキュラムや EuTEACH は全体構造が明確で、各学習単位（モジュール）に、学習者がその単位を学習することによって何がわかるようになるのか、何ができるようになるのかを意識して学習できるように到達目標が記載されている。学習単位ごとに文献やスライド、参考となるウェブサイトなどの情報が整理されている。EuTEACH ではさらにそれらの教材を用いた指導の手引きを含み、理論の解説をするレクチャーや、討論しながら課題を解決するグループ作業、参加し体験するロールプレイなどさまざまな教育手法を用いた教育セッションが提案されている。

わが国で思春期医学／保健に関する e-learning 教材を開発するにあたっては、まず教材全体の構造を明確化する必要がある。そのためには思春期医学／保健の多様な学習内容をいくつかの学習単位（モジュール）に集約しなければならない。重要性や優先度の高い学習内容の選別も必要である。さらに e-learning 教材の学習単位と「小児科医の到達目標」との関係性も明示したい。

次に、米国 SAHM のカリキュラムのように、学習者がそのモジュールを学習すると何ができるようになるか、到達目標を明確に記載し、各モジュールに関連するスライドや文献リスト、ウェブサイトとのリンクなどを挙げていきたいと考えている。参考文献には日本語の文献を中心に掲載したい。各モジュールでの学習内容が実際の臨床や地域保健活動のどの場面で必要とされるか、あるいは応用できるか、についての関連性も示したい。

学習教材としての構造・構成が確立した次の

段階として、EuTEACH のような指導者育成の要素も盛り込んでいきたいと考えている。

E. 結論

わが国で思春期医療／保健に関する e-learning 教材を作成するにあたっては、学習者に対して学習目標を明確に提示すること、重要性や優先度の高い学習単位に項目を集約すること、臨床場面や地域の保健活動と学習内容との関連を示すことが必要である。

【参考文献】

- 1) 日本小児科学会生涯教育・専門医育成委員会：小児科医の到達目標—小児科専門医の教育目標—（改訂第 6 版）。日児会誌 2015 : 119 : 751-98.
- 2) 日本小児科学会次世代育成プロジェクト委員会：わが国の社会への「子どもの性の問題に関する」提言。日児会誌 2008 : 112 : 553.
- 3) 日本小児科学会編、別所文雄、五十嵐隆監修：思春期医学臨床テキスト。診断と治療社、東京、2008.
- 4) 日本小児科学会主催思春期医学臨床講習会ポスター（第 1 回～第 12 回）。
https://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=3 (2018 年 3 月 12 日アクセス)
- 5) Society for Adolescent Health and Medicine : New Adolescent Medicine Resident Curriculum.
<https://www.adolescenthealth.org/SAHM-News/New-Adolescent-Medicine-Resident-Curriculum.aspx> (2018 年 3 月 12 日アクセス)
- 6) European Training in Effective Adolescent Care and Health.
<https://www.unil.ch/euteach/en/home.html>
(2018 年 3 月 12 日アクセス)

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

1. 関口進一郎:小児科医にとって何が思春期医療の障壁となっているのか. シンポジウム「思春期医療の障壁を取り除くために小児科医には何ができるか」, 第120回日本小児科学会学術集会, 東京, 2017年4月16日.
2. 関口進一郎:非専門医が取り組む心身症と発達障害の臨床. 第384回川崎小児科医会症例検討会, 川崎, 2018年2月21日.

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

CBT を用いた親と子の心のケアを実施するための人材育成法と保健プログラムの開発

研究分担者 堀越 勝（国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター）

研究要旨

認知行動療法(Cognitive behavior therapy; 以下、CBT)は、うつ病、不安障害、強迫性障害、心的外傷後ストレス障害など、年齢を問わず幅広い対象に対する効果が示されており(Clark, 2010 他)、医療だけでなく、教育、産業など様々な分野で用いられている。本研究における CBT 班では「CBT を用いた親と子の心のケアを実施するための人材育成方法と保健指導プログラムの作成」を目指し、親と子の心のケア体制を構築することを目的とする。平成 29 年度は海外や本邦で使用されている児童・青少年用のメンタルヘルスに関する心理教育マテリアルや文献を集め、関係者や業者との会議を重ね、本邦で求められている親と子の心のケアに関する心理教育資材の内容とそれらの提供方法について検討した。

A. 研究目的

本研究班では、子どものみならず、親と子の心のケア体制を構築すること、さらに世界的に様々な精神疾患に対してその有効性が認められている CBT の治療原理に基づいた心理教育マテリアルを親と子、さらに専門家に提供することを目標としている。親と子を対象に CBT を用いた心のケアを実践のために、有用でユーチューフレンドリーな心理教育マテリアルを作成するとともに、教育資材の有効活用を目指して、専門家を対象とした研修プログラムを開発する。

B. 研究方法

本研究の方法は以下の通りである。

1. 親と子の心のケアのための心理教育マテリアルの開発
 - ・ 様々な精神症状に合わせた親用と子ども用の心理教育マテリアルを作成
 - ・ コミュニケーションスキルの訓練用のハンドブックを作成（親用と子ども用）

2. 親と子の心のケアのための専門職を対象にした研修プログラムの開発
 - ・ コミュニケーションスキル訓練の研修（医療従事者用）
 - ・ 短時間 CBT 実施訓練の研修（医療従事者用）

C. 研究結果

平成 29 年度は児童・青少年用のメンタルヘルスに関する心理教育マテリアルや文献を検索し、関係者や業者との会議を重ね、日本版親と子の心のケアに関する心理教育マテリアルの草案を作成した。

D. 考察

平成 29 年度は、日本版親と子の心のケアに関する心理教育マテリアルに関する情報収集を行いマテリアルの原案作成を行った。平成 30 年度には、親、養護教員、医師、心理士、看護師など、親や専門職が子どもと一緒に読み合せるだけで心理教育と精神的なケアの介入が可能な心理教育マテリアルの作成を計画し

ている。その後、医療従事者や専門家にヒアリングを行い、マテリアルの改善を施し、効果的な心理教育用冊子の検討を考えている。

E. 結論

29年度CBT班は、親と子の心のケアのための心理教育マテリアルを作成するための情報収集を行い、親と子の心のケア用の教育マテリアルの草案を練った。引き続き平成30年度中には親と子の心のケアのための心理教育マテリアルの完成を目指す。また、同年後半には、親と子の心のケアのための専門職を対象にした研修プログラムの開発に着手することを目標とする。そして、平成31年度前半に、研修プログラムの完成を目指し、同年の中頃には、連携機関での研修を実施できるよう立案していく必要がある。

【参考文献】

- 1) Clark DA & Beck AT. Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice. Guilford Press, 2010.

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

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

CBT を用いた親と子の心のケアを実施するための人材育成法と保健プログラムの開発

研究分担者 片柳 章子（国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター）

研究要旨

認知行動療法(Cognitive behavior therapy; 以下、CBT)は、40 年前に最初の効果研究が示されて以降、うつ病、不安障害、強迫性障害、心的外傷後ストレス障害など、年齢を問わず幅広い対象に対する効果が示されている(Clark, 2010 他)。本研究の CBT 班では「CBT を用いた親と子の心のケアを実施するための人材育成方法と保健指導プログラムの作成」を目指し、親と子の心のケア体制を構築することを目的とする。平成 29 年度は海外や本邦で使用されている児童・青少年用のメンタルヘルスに関する心理教育マテリアルや文献を集め、関係者や業者との会議を重ね、日本版親と子のメンタルヘルスに関する心理教育用冊子の構成を検討した。

A. 研究目的

子どもの心の問題は、親を含む家族の心の問題が背景に存在することを鑑み、本研究では、子どものみならず、親と子の心のケア体制を構築することを目的とする。

そこで、CBT 班は、親と子を対象に CBT を用いた心のケアを実践するにあたって心理教育マテリアルと研修プログラムを開発する。

B. 研究方法

本研究の方法は以下の通りである。

1. 親と子の心のケアのための心理教育マテリアルの開発
 - ・ 様々な精神症状に合わせた親用と子ども用の心理教育マテリアルを作成
 - ・ コミュニケーションスキルの訓練用のハンドブックを作成（親用と子ども用）
2. 親と子の心のケアのための専門職を対象にした研修プログラムの開発
 - ・ コミュニケーションスキル訓練の研修（医療従事者用）
 - ・ 短時間 CBT 実施訓練の研修（医療従事者用）

C. 研究結果

平成 29 年度は児童・青少年用のメンタルヘルスに関する心理教育マテリアルや文献を検索し、関係者や業者との会議を重ね、日本版親と子の心のケアに関する心理教育マテリアルの草案を作成した。

D. 考察

平成 29 年度は、日本版親と子の心のケアに関する心理教育マテリアルの草案に留まったが、平成 30 年度は、親、養護教員、医師、心理士、看護師など、親や専門職が子どもと一緒に読み合せるだけで心理教育と精神的なケアの介入が可能な心理教育マテリアルの作成を計画している。その後、医療従事者や専門家にヒアリングを行い、マテリアルの改善を施し、効果的な心理教育用冊子の検討を考えている。

E. 結論

CBT 班は、現時点で研究の進行が遅れているため、平成 30 年度中に親と子の心のケアのための心理教育マテリアルの完成を目指し、同年後半には、親と子の心のケアのための専門職を

対象にした研修プログラムの開発に着手することを目標とする。そして、平成31年度前半に、研修プログラムの完成を目指し、同年の中頃には、連携機関での研修を実施できるよう立案していく必要がある。

【参考文献】

- 1) Clark DA & Beck AT. Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice. Guilford Press, 2010.

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

1. 特許取得

なし

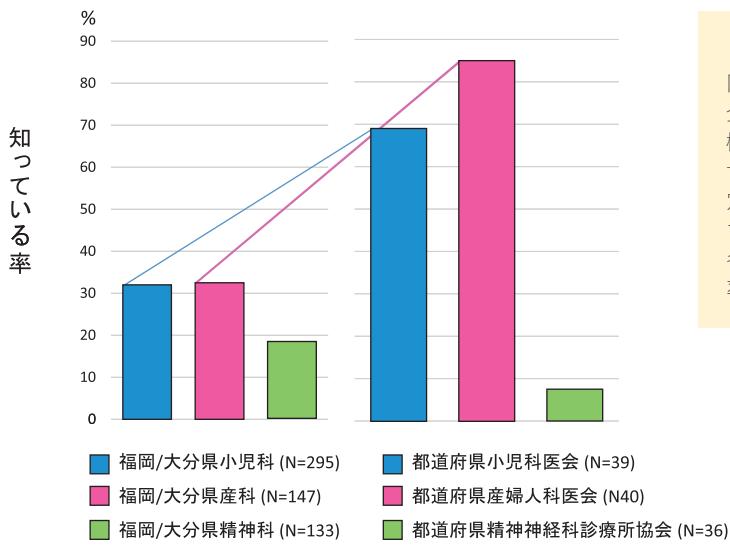
2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

妊娠期から乳児期までの様々なニーズに対して切れ目ないワンストップ総合的相談支援を提供する「子育て世代包括支援センター」が全国市区町村に設置される予定があるのをご存知ですか？



◆データの読み方◆

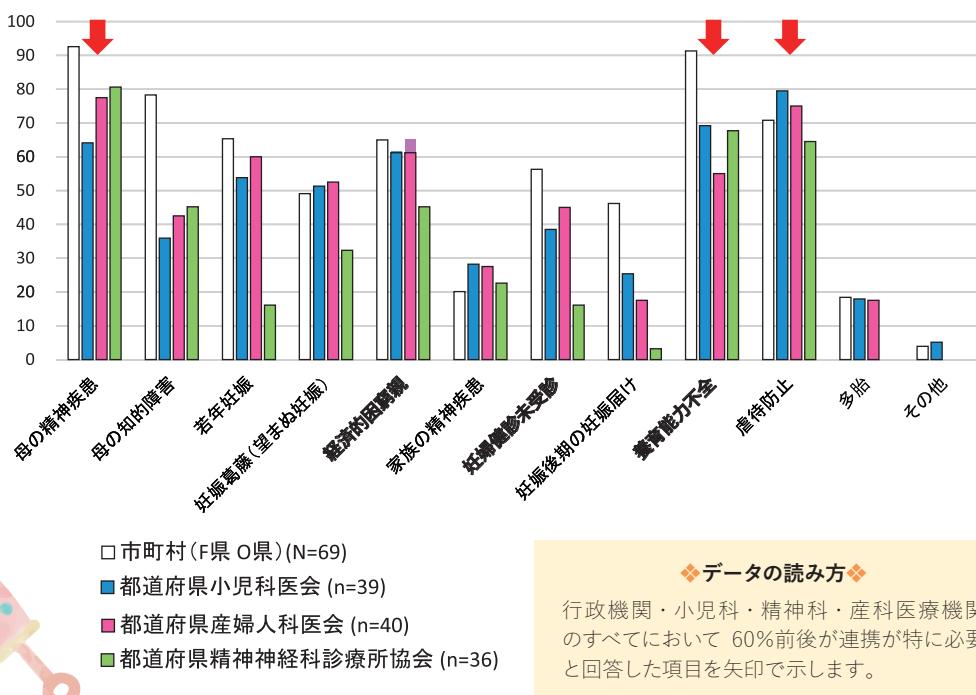
同じ調査を福岡県と大分県の全小児科・産科・精神科医療機関で実施しました。「子育て世代包括支援センター設置予定」の情報について、プライマリ医療機関調査と都道府県各医会調査で、“知っている”率に大きな差がありました。



医療機関内的情報共有の推進が重要

各医会の理事会レベルにおいては、行政機関との母子保健会議等で情報が共有されています。その情報をプライマリ現場の医療機関まで十分に伝えていくことが必要です。

(妊娠期から乳児期までの) 連携が特に必要と思われる主な理由は何ですか？(複数回答可)



◆データの読み方◆

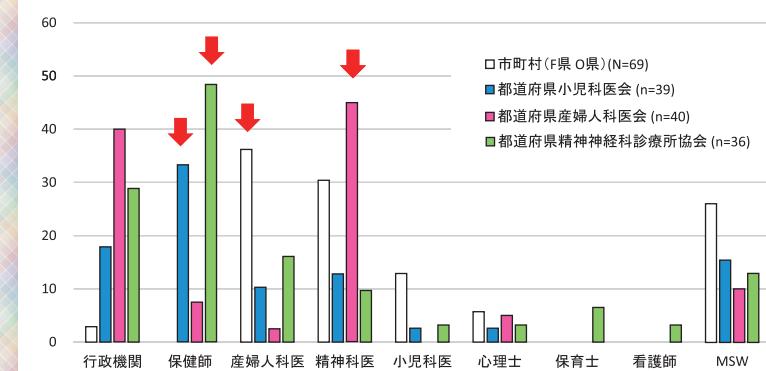
行政機関・小児科・精神科・産科医療機関のすべてにおいて 60%前後が連携が特に必要と回答した項目を矢印で示します。



母親支援の在り方の検討が早急に必要

社会的ハイリスク妊婦の項目の中で、母親の精神疾患、養育能力不全、虐待防止について、特に、多職種の連携が必要と行政機関・小児科・産科・精神科とも感じています。

妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携のために
今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください



◆データの読み方◆

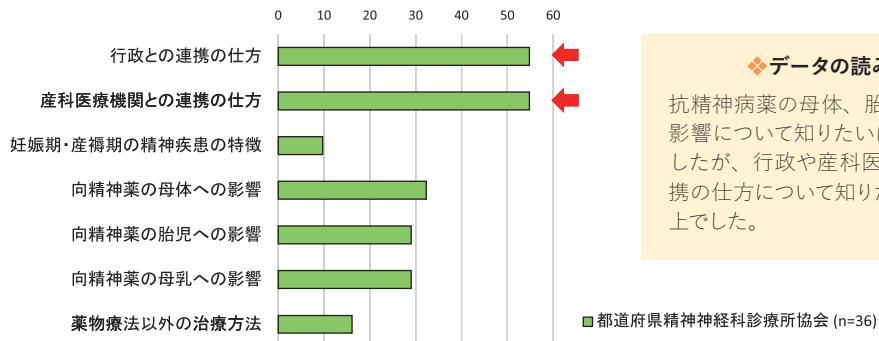
妊娠期の多職種連携のために、行政機関は産科医・精神科医と、小児科医師は保健師さんと、産科医は行政機関と精神科医を、そして精神科医は保健師さんや行政機関との連携を求めています。MSWとの連携希望も多く認めました。



産科医は精神科医と行政機関を、 精神科医、小児科医は保健師さんとの連携を求めています

職種によって、今後もっと連携を協会したい機関／職種は異なっています。多職種が情報を共有できる機会があると、連携が進むでしょう。

周産期のメンタルヘルスの診療(妊婦の精神疾患等)で知っておきたいことはありますか？(複数回答可)



◆データの読み方◆

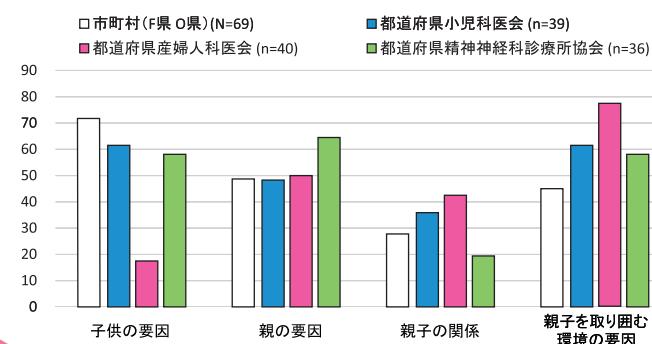
抗精神病薬の母体、胎児、母乳への影響について知りたいは30%前後でしたが、行政や産科医療機関との連携の仕方にについて知りたいが50%以上でした。



周産期メンタルヘルス外来で精神科の先生が知っておきたいこと

精神科の先生方は、周産期メンタルヘルスの診療において、行政や産科との連携の在り方を求めておられます。

保護者が感じる「育てにくさ」の主な要因は以下のどれだと思われますか？
2つ選んでください



◆データの読み方◆

子どもを診る機会が多い機関、親を診る機会が多い機関など、それぞれの機関が思う要因はその立場から異なっていました。各々の要因は、子ども心身/発達、親の育児経験/心身不調/養育態度、地域の寛容さ/支援の有無などを示します。



育てにくさの要因は様々で、職種によって各々の支援ができます

育てにくさとは、子育ての中での難しさや心配などを感じる親の感情を表します。職種の違いによって、様々な視点からの支援ができます。

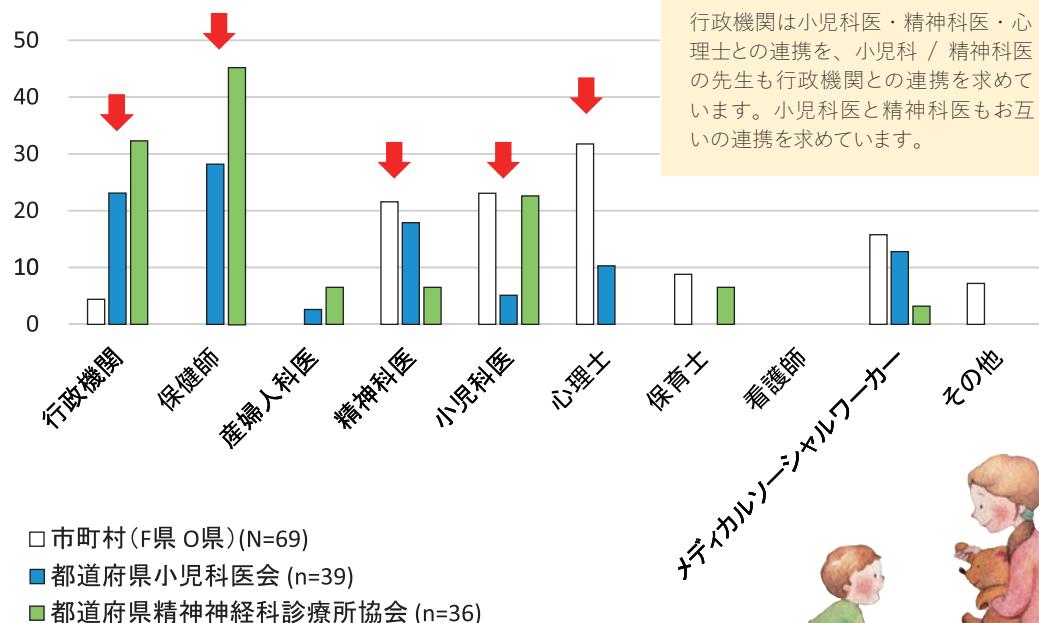
乳幼児期



Infants



育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください



◆データの読み方◆

行政機関は小児科医・精神科医・心理士との連携を、小児科 / 精神科医の先生も行政機関との連携を求めています。小児科医と精神科医もお互いの連携を求めています。



育てにくさの解消にも多職種の連携が大切

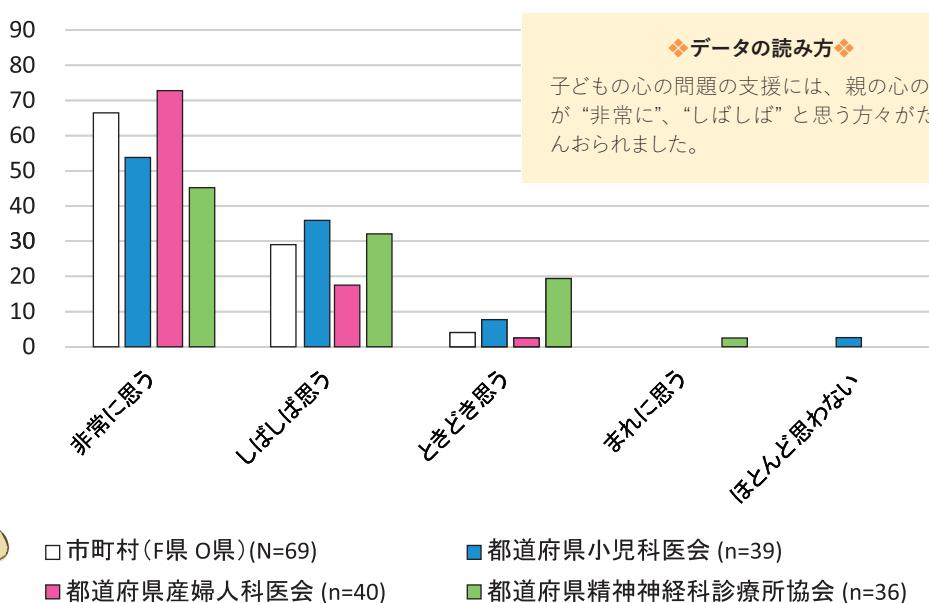
育てにくさには、様々な要因があるので、それぞれの職種の特性を活かした連携支援が求められています。

学童思春期

SCHOOL AGE



子どもの心の問題は、親の心の問題（親子関係、親の病気等）が関係していると思いますか？



◆データの読み方◆

子どもの心の問題の支援には、親の心の支援が“非常に”、“しばしば”と思う方々がたくさんおられました。

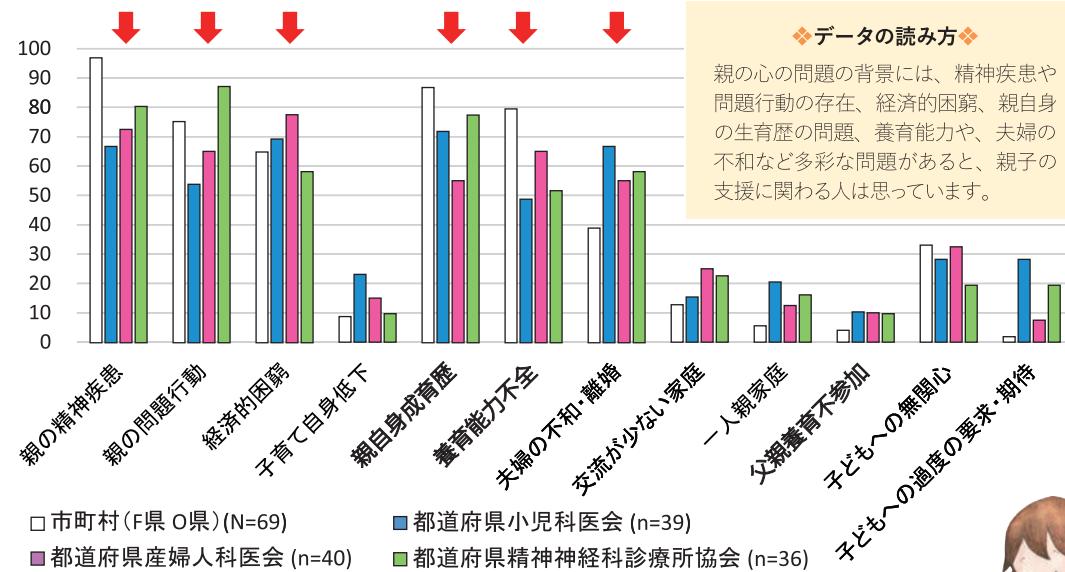


子どもの心の問題の支援には親の心の支援が必要

子どもが幸せになるためには、その親も幸せであることが大切です。多職種が連携して、子どもの心と同時に親の心の支援が必要です。

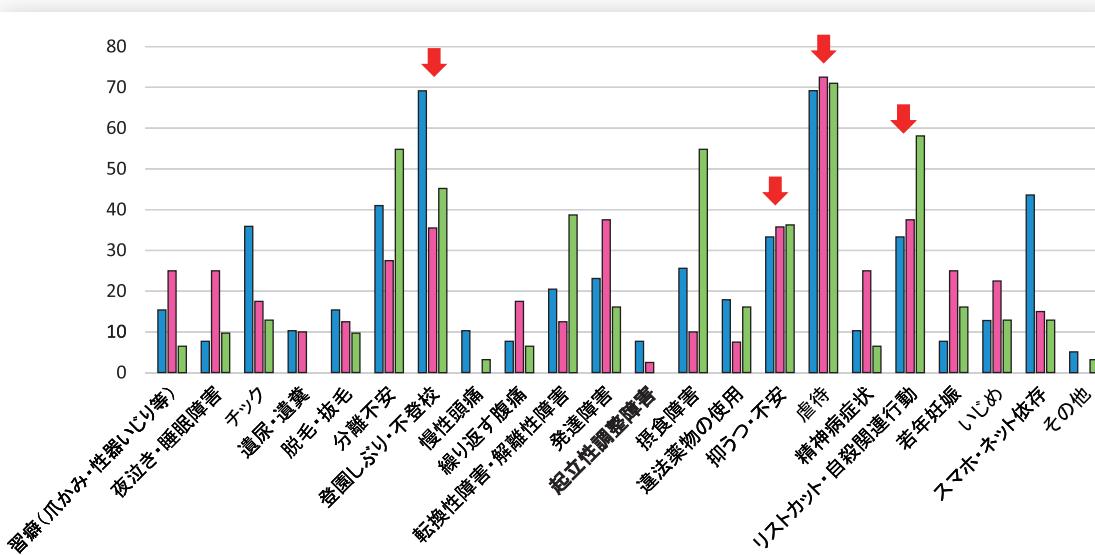
学童思春期

親の心の問題、またはその問題の背景として重要と思われるものはどれですか？
5つ選んでください。



親の心の問題の背景には様々な因子があります

親御さんが抱える心の悩みの背景には様々な出来事があります。そのことが子どもの心の問題に影響することも考えられます。そのような背景を考慮した親の心の支援が必要です。



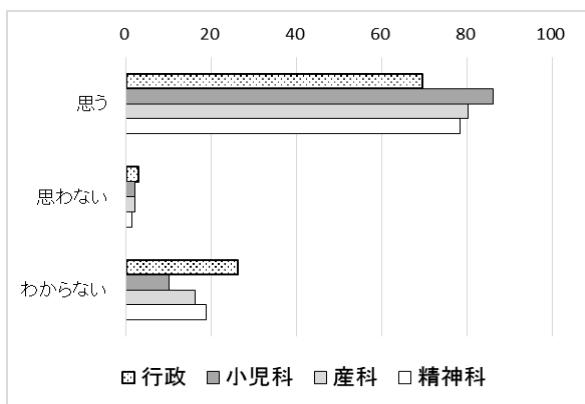
子ども虐待の対応には多職種の連携が重要

親御さんの心の支援をおこなうことで、これらの子どもの心の問題が解決されることが望まれます。とくに虐待については、多職種が連携して、その解決に取り組むことが必要です。

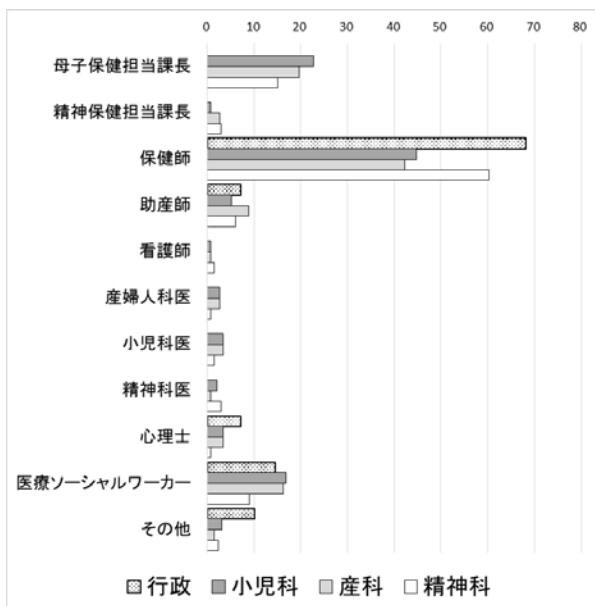
◆データの読み方◆

親を含めた家族の心の問題の関与が強いと思われる子どもの心の問題に、虐待、登園しぶり・不登校、自殺関連行動、子どもの抑うつ・不安などが抽出されました。特に虐待は職種を問わず多くの方が心配しています。

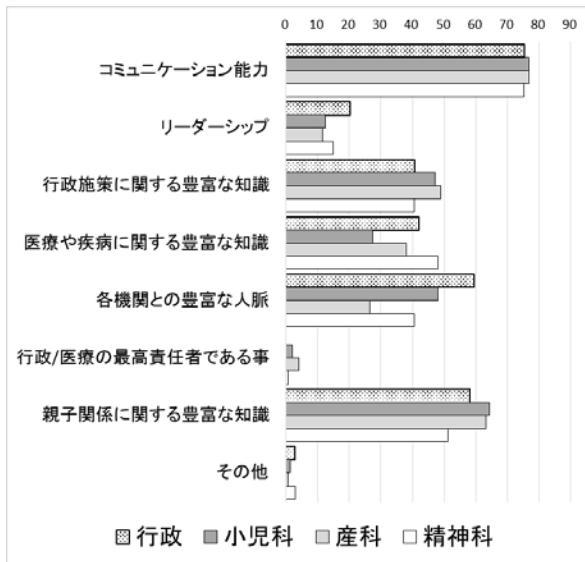
妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携のためには、各市町村単位にコーディネーターが必要だと思いますか？				
福岡県・大分県				
	行政機関 (N=69)	小児科 (N=295)	産科 (N=147)	精神科 (N=133)
思う	69.6	86.1	80.3	78.2
思わない	2.9	2.0	2.0	1.5
わからない	26.1	10.2	16.3	18.8



コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください				
福岡県・大分県				
	行政機関 (N=69)	小児科 (N=295)	産科 (N=147)	精神科 (N=133)
母子保健担当課長	0.0	22.7	19.7	15.0
精神保健担当課長	0.0	0.7	2.7	3.0
保健師	68.1	44.7	42.2	60.2
助産師	7.2	5.1	8.8	6.0
看護師	0.0	0.7	0.7	1.5
産婦人科医	0.0	2.7	2.7	0.8
小児科医	0.0	3.4	3.4	1.5
精神科医	0.0	2.0	0.7	3.0
心理士	7.2	3.4	3.4	0.8
医療ソーシャルワーカー	14.5	16.9	16.3	9.0
その他	10.1	3.1	1.4	2.3

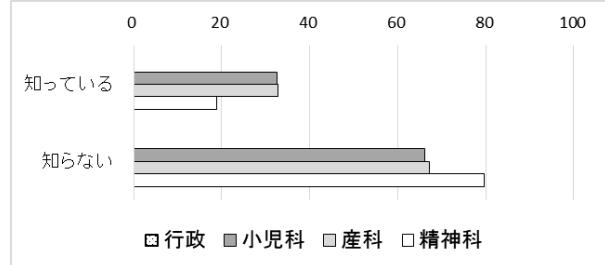


妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携のためには、各市町村単位にコーディネーターが必要だと思いますか？				
福岡県・大分県				
	行政機関 (N=69)	小児科 (N=295)	産科 (N=147)	精神科 (N=133)
コミュニケーション能力	75.4	76.9	76.9	75.2
リーダーシップ	20.3	12.5	11.6	15.0
行政施策に関する豊富な知識	40.6	47.1	49.0	40.6
医療や疾病に関する豊富な知識	42.0	27.5	38.1	48.1
各機関との豊富な人脈	59.4	48.1	26.5	40.6
行政/医療の最高責任者である事	0.0	2.0	4.1	0.8
親子関係に関する豊富な知識	58.0	64.4	63.3	51.1
その他	2.9	1.4	0.7	3.0



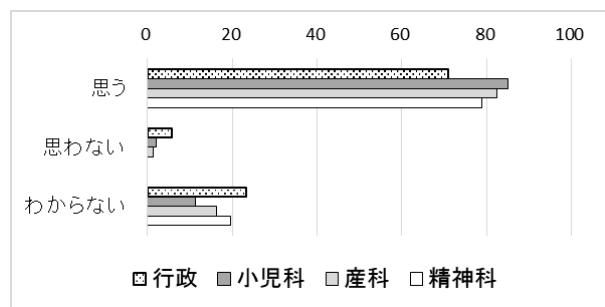
妊娠期から乳児期までの様々なニーズに対して切れ目ないワンストップ総合的相談支援を提供する「子育て世代包括支援センター」が全国市区町村に設置される予定があるをご存知ですか？

		福岡県・大分県		
		行政機関	小児科	産科
		(N=69)	(N=295)	(N=147)
知っている			32.5	32.7
知らない			66.1	67.3
			79.7	
値は%を示す				



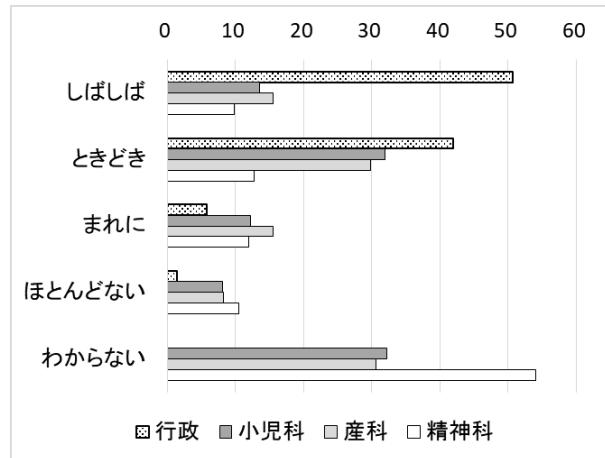
コーディネーターを、将来（現在）設置される（されている）「子育て世代包括支援センター」に配置することを必要と思われますか？

		福岡県・大分県		
		行政機関	小児科	産科
		(N=69)	(N=295)	(N=147)
思う		71.0	85.1	82.3
思わない		5.8	2.0	1.4
わからない		23.2	11.2	16.3
		19.5		
値は%を示す				



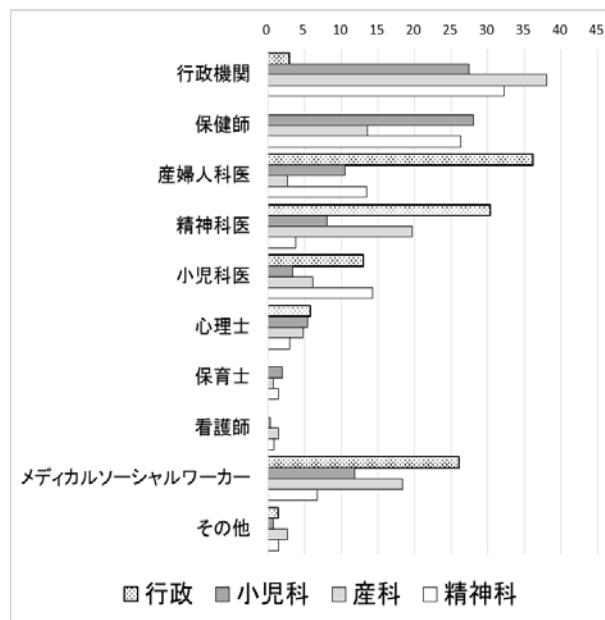
妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

		福岡県・大分県		
		行政機関	小児科	産科
		(N=69)	(N=295)	(N=147)
しばしば		50.7	13.6	15.6
ときどき		42.0	31.9	29.9
まれに		5.8	12.2	15.6
ほとんどない		1.4	8.1	8.2
わからない		0.0	32.2	30.6
		54.1		
値は%を示す				

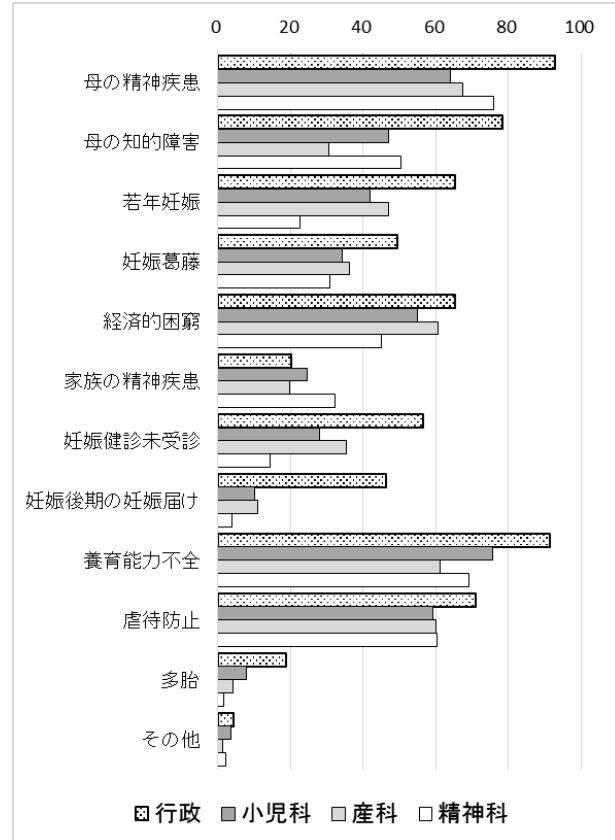


妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。

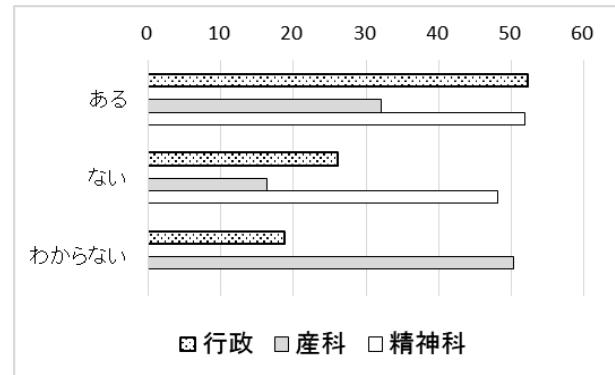
		福岡県・大分県		
		行政機関	小児科	産科
		(N=69)	(N=295)	(N=147)
行政機関		2.9	27.5	38.1
保健師		0.0	28.1	13.6
産婦人科医		36.2	10.5	2.7
精神科医		30.4	8.1	19.7
小児科医		13.0	3.4	6.1
心理士		5.8	5.4	4.8
保育士		0.0	2.0	0.7
看護師		0.0	0.3	1.4
メディアソーシャルワーカー		26.1	11.9	18.4
その他		1.4	0.7	2.7
		1.5		
値は%を示す				



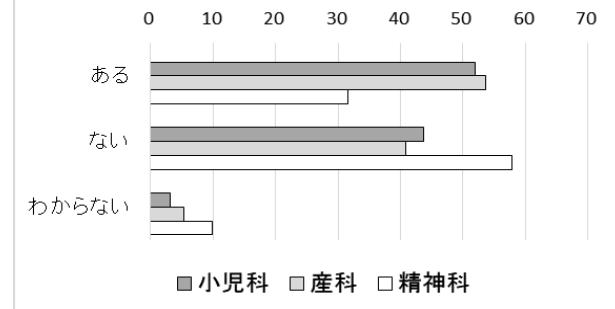
	福岡県・大分県			
	行政機関	小児科	産科	精神科
	(N=69)	(N=295)	(N=147)	(N=133)
母の精神疾患	92.8	64.1	67.3	75.9
母の知的障害	78.3	47.1	30.6	50.4
若年妊娠	65.2	42.0	46.9	22.6
妊娠葛藤	49.3	34.2	36.1	30.8
経済的困窮	65.2	54.9	60.5	45.1
家族の精神疾患	20.3	24.7	19.7	32.3
妊娠健診未受診	56.5	28.1	35.4	14.3
妊娠後期の妊娠届け	46.4	10.2	10.9	3.8
養育能力不全	91.3	75.6	61.2	69.2
虐待防止	71.0	59.3	59.9	60.2
多胎	18.8	7.8	4.1	1.5
その他	4.3	3.7	1.4	2.3



	福岡県・大分県			
	行政機関	小児科	産科	精神科
	(N=69)	(N=295)	(N=147)	(N=133)
ある	52.2	32.0	51.9	
ない	26.1	16.3	48.1	
わからない	18.8	50.3		



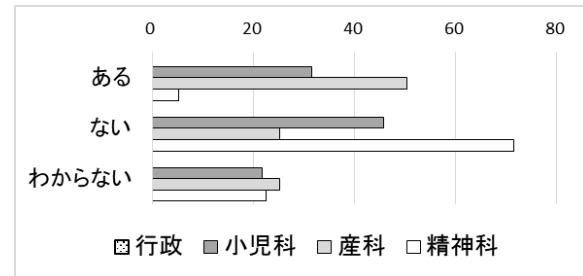
	福岡県・大分県			
	行政機関	小児科	産科	精神科
	(N=69)	(N=295)	(N=147)	(N=133)
ある		51.9	53.7	31.6
ない		43.7	40.8	57.9
わからない		3.1	5.4	9.8



行政との間で母子保健支援に関する連絡票をもっているか？

福岡県・大分県				
	行政機関	小児科	産科	精神科
	(N=69)	(N=295)	(N=147)	(N=133)
ある		31.5	50.3	5.3
ない		45.8	25.2	71.4
わからない		21.7	25.2	22.6

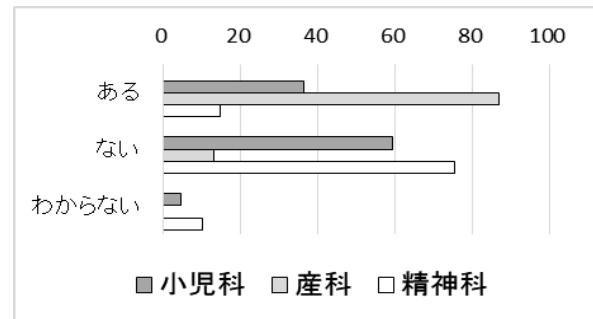
値は%を示す



行政が母子保健支援に関する連絡票を各診療科との間でもっているか？

福岡県・大分県				
	行政機関	小児科	産科	精神科
	(N=69)	(N=295)	(N=147)	(N=133)
ある		36.2	87.0	14.5
ない		59.4	13.0	75.4
わからない		4.3	0.0	10.1

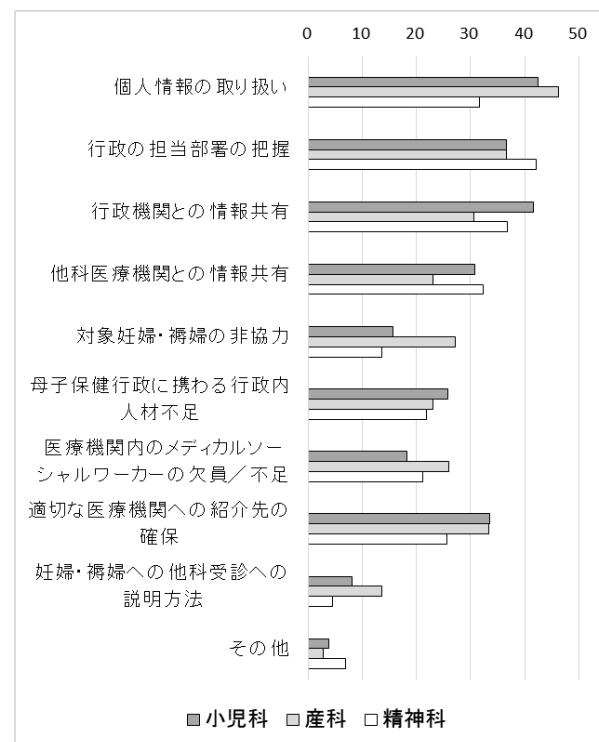
値は%を示す



行政機関・他科医療機関との連携のために困っておられるることは何ですか？（複数回答可）

福岡県・大分県				
	行政機関	小児科	産科	精神科
	(N=69)	(N=295)	(N=147)	(N=133)
個人情報の取り扱い		42.4	46.3	31.6
行政の担当部署の把握		36.6	36.7	42.1
行政機関との情報共有		41.7	30.6	36.8
他科医療機関との情報共有		30.8	23.1	32.3
対象妊娠・褥婦の非協力		15.6	27.2	13.5
母子保健行政に携わる行政内人材不足		25.8	23.1	21.8
医療機関内のメディカルソーシャルワーカーの欠員／不足		18.3	25.9	21.1
適切な医療機関への紹介先の確保		33.6	33.3	25.6
妊娠・褥婦への他科受診への説明方法		8.1	13.6	4.5
その他		3.7	2.7	6.8

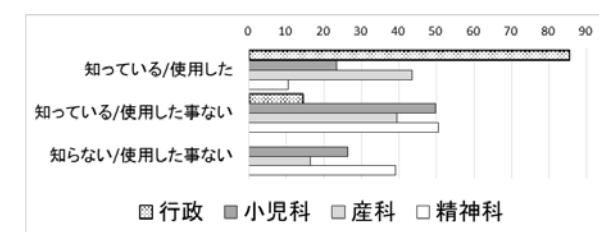
値は%を示す



エジンバラ産後うつ病自己尺度(Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS)をご存知ですか？/ご使用されたことがありますか？

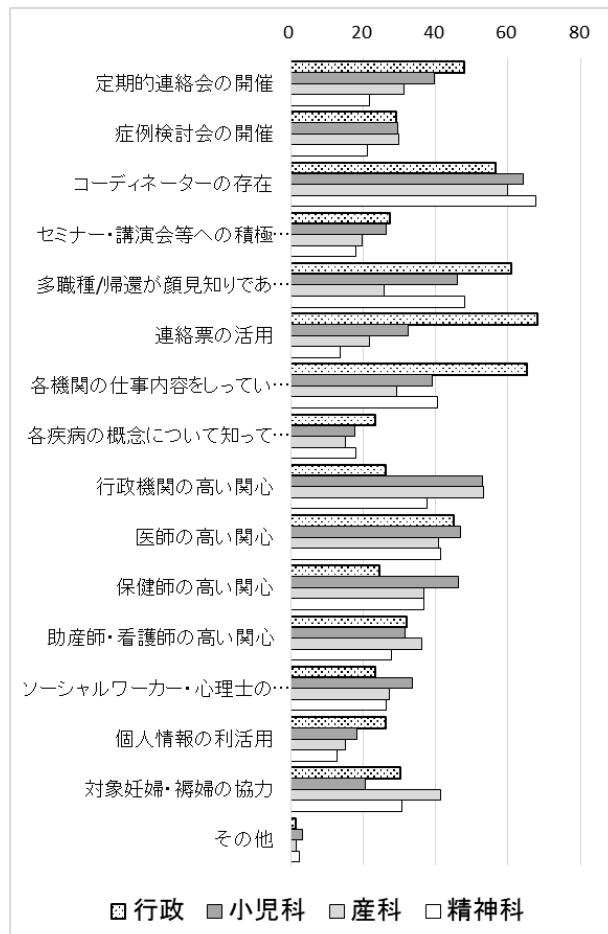
福岡県・大分県				
	行政機関	小児科	産科	精神科
	(N=69)	(N=295)	(N=147)	(N=133)
知っている/使用した		85.5	23.4	43.5
知っている/使用した事ない		14.5	49.8	39.5
知らない/使用した事ない		0.0	26.4	16.3

値は%を示す



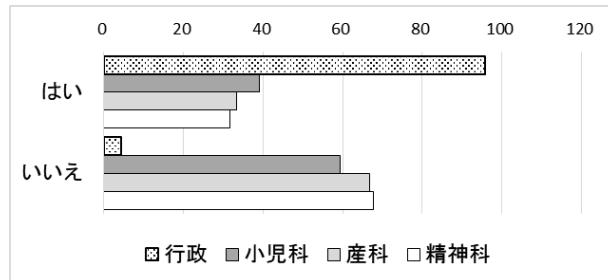
妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携推進のために大切なことはなにでしょうか？（複数回答可）

	福岡県・大分県			
	行政機関 (N=69)	小児科 (N=295)	産科 (N=147)	精神科 (N=133)
定期的連絡会の開催	47.8	39.7	31.3	21.8
症例検討会の開催	29.0	29.5	29.9	21.1
コーディネーターの存在	56.5	64.1	59.9	67.7
セミナー・講演会等への積極的参加	27.5	26.4	19.7	18.0
多職種/期間が顔見知りである事	60.9	46.1	25.9	48.1
連絡票の活用	68.1	32.5	21.8	13.5
各機関の仕事内容をしっている事	65.2	39.0	29.3	40.6
各疾病の概念について知っている事	23.2	17.6	15.0	18.0
行政機関の高い関心	26.1	52.9	53.1	37.6
医師の高い関心	44.9	46.8	40.8	41.4
保健師の高い関心	24.6	46.4	36.7	36.8
助産師・看護師の高い関心	31.9	31.5	36.1	27.8
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	23.2	33.6	27.2	26.3
個人情報の利活用	26.1	18.3	15.0	12.8
対象妊婦・褥婦の協力	30.4	20.7	41.5	30.8
その他	1.4	3.1	1.4	2.3



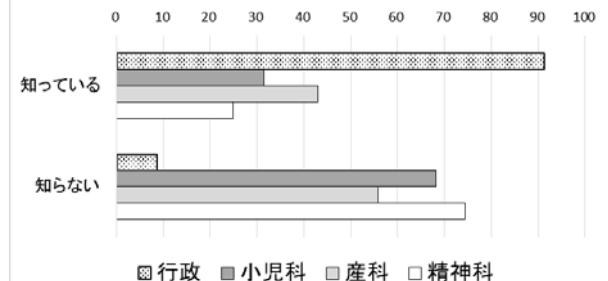
■ 行政 ■ 小児科 ■ 産科 ■ 精神科

平成28年～29年にかけて一部、児童福祉法が改正されたことはご存知ですか？				
	福岡県・大分県			
	行政機関 (N=69)	小児科 (N=295)	産科 (N=147)	精神科 (N=133)
はい	95.7	39.0	33.3	31.6
いいえ	4.3	59.3	66.7	67.7



■ 行政 ■ 小児科 ■ 産科 ■ 精神科

改正された児童福祉法に下記内容が明記されたことはご存知ですか？				
a. 医療機関や学校等は、支援を要する妊婦を把握した場合には、その情報を市町村に提供するよう努めること	福岡県・大分県			
	行政機関 (N=69)	小児科 (N=295)	産科 (N=147)	精神科 (N=133)
知っている	91.3	31.5	42.9	24.8
知らない	8.7	68.1	55.8	74.4

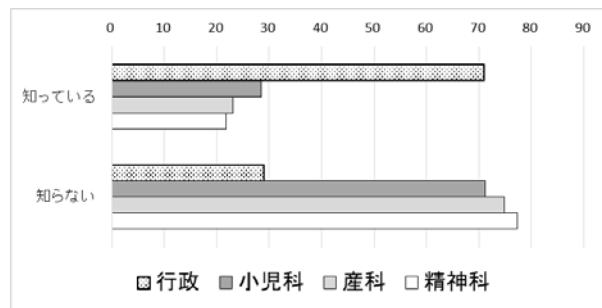


■ 行政 ■ 小児科 ■ 産科 ■ 精神科

b. 市町村の要保護児童対策地域協議会が実効ある役割を果たすために、医師や心理士などの専門職:

	福岡県・大分県		
	行政機関	小児科	産科
	(N=69)	(N=295)	(N=147)
知っている	71.0	28.5	23.1
知らない	29.0	71.2	74.8
		77.4	

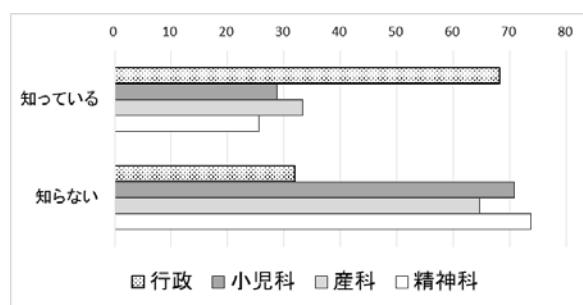
備は%を示す



C. 都道府県の業務として、里親支援の推進、養子縁組に関する相談・支援が明記されたこと

	福岡県・大分県		
	行政機関	小児科	産科
	(N=69)	(N=295)	(N=147)
知っている	68.1	28.8	33.3
知らない	31.9	70.8	64.6
	73.7		

備は%を示す

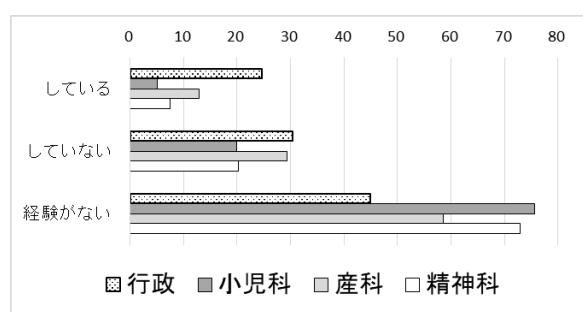


児童虐待のハイリスク妊婦／衛婦に遭遇した場合の対応についてお聞きします。

a. 里親制度について母親に情報提供していますか？

	福岡県・大分県		
	行政機関	小児科	産科
	(N=69)	(N=295)	(N=147)
している	24.6	5.1	12.9
していない	30.4	20.0	29.3
経験がない	44.9	75.6	58.5
	72.9		

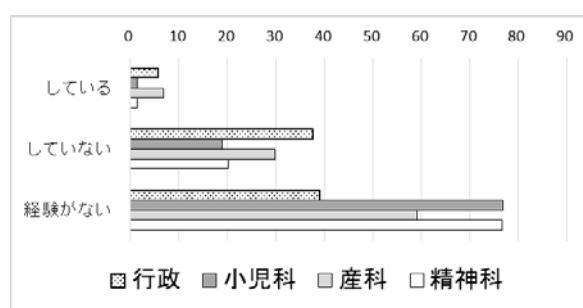
備は%を示す



b. その場合、斡旋団体を紹介していますか？

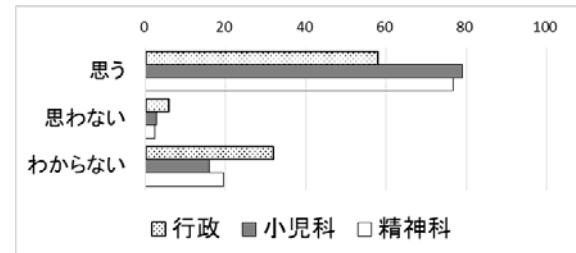
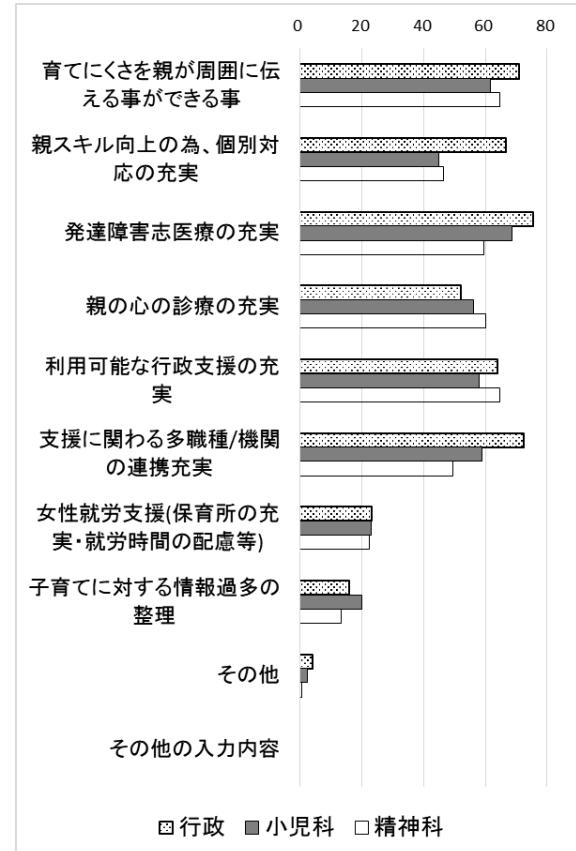
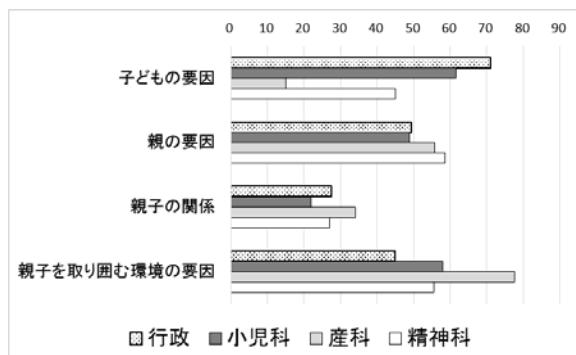
	福岡県・大分県		
	行政機関	小児科	産科
	(N=69)	(N=295)	(N=147)
している	5.8	1.4	6.8
していない	37.7	19.0	29.9
経験がない	39.1	76.9	59.2
	76.7		

備は%を示す



保護者が感じる「育てにくさ」の主要な要因は以下のどれだと思われますか？ 2つ選んでください				
	福岡県・大分県			
	行政機関 (N=69)	小児科 (N=295)	産科 (N=147)	精神科 (N=133)
子どもの要因	71.0	61.7	15.0	45.1
親の要因	49.3	48.8	55.8	58.6
親子の関係	27.5	22.0	34.0	27.1
親子を取り囲む環境の要因	44.9	58.0	77.6	55.6

「育てにくさ」を支援するために何が必要と思われますか？ (複数回答可)				
	福岡県・大分県			
	行政機関 (N=69)	小児科 (N=295)	産科 (N=147)	精神科 (N=133)
育てにくさを親が周囲に伝える事ができる事	71.0	61.7		64.7
親スキル向上の為、個別対応の充実	66.7	45.1		46.6
発達障害志医療の充実	75.4	68.5		59.4
親の心の診療の充実	52.2	56.3		60.2
利用可能な行政支援の充実	63.8	58.0		64.7
支援に関わる多職種/期間の連携充実	72.5	59.0		49.6
女性就労支援(保育所の充実・就労時間の配慮等)	23.2	23.1		22.6
子育てに対する情報過多の整理	15.9	20.0		13.5
その他	4.3	2.4		0.8
その他の入力内容	0.0	0.0		0.0

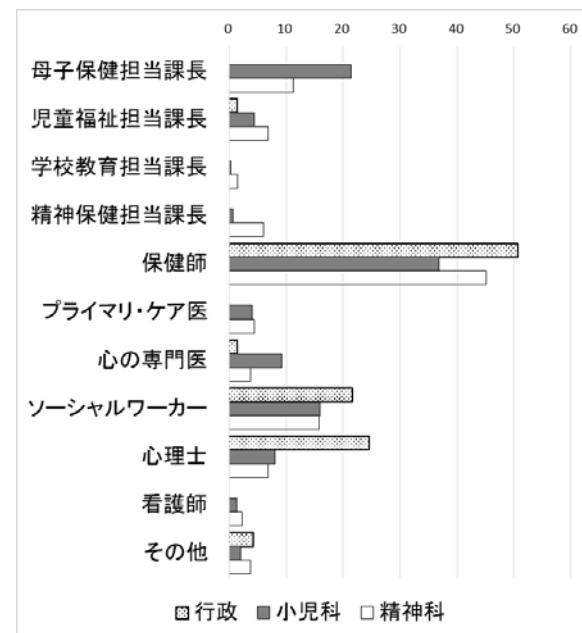


育てにくさを感じる親子の心の診療のために、各市町村単位にコーディネーターが必要と思いませんか？				
	福岡県・大分県			
	行政機関 (N=69)	小児科 (N=295)	産科 (N=147)	精神科 (N=133)
思う	58.0	79.0		76.7
思わない	5.8	2.7		2.3
わからない	31.9	15.9		19.5

コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。

	福岡県・大分県			
	行政機関	小児科	産科	精神科
	(N=69)	(N=295)	(N=147)	(N=133)
母子保健担当課長	0.0	21.4		11.3
児童福祉担当課長	1.4	4.4		6.8
学校教育担当課長	0.0	0.3		1.5
精神保健担当課長	0.0	0.7		6.0
保健師	50.7	36.9		45.1
プライマリ・ケア医	0.0	4.1		4.5
心の専門医	1.4	9.2		3.8
ソーシャルワーカー	21.7	15.9		15.8
心理士	24.6	8.1		6.8
看護師	0.0	1.4		2.3
その他	4.3	2.0		3.8

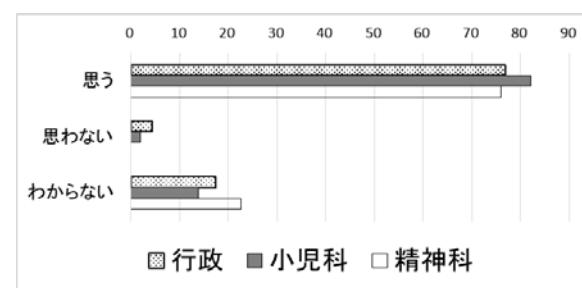
値は%を示す



コーディネーターを、「子育て世代包括支援センターに配置することを必要と思われますか？

	福岡県・大分県			
	行政機関	小児科	産科	精神科
	(N=69)	(N=295)	(N=147)	(N=133)
思う	76.8	82.0		75.9
思わない	4.3	2.0		0.0
わからない	17.4	13.9		22.6

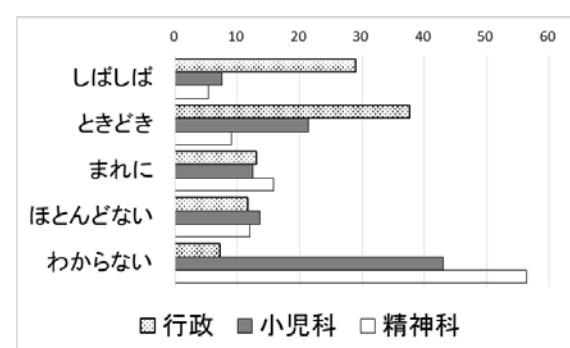
値は%を示す



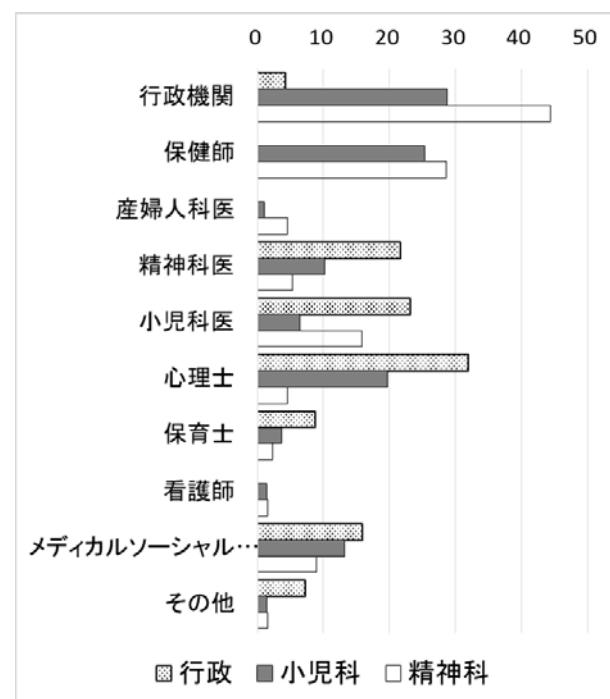
育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

	福岡県・大分県			
	行政機関	小児科	産科	精神科
	(N=69)	(N=295)	(N=147)	(N=133)
しばしば	29.0	7.5		5.3
ときどき	37.7	21.4		9.0
まれに	13.0	12.5		15.8
ほとんどない	11.6	13.6		12.0
わからない	7.2	43.1		56.4

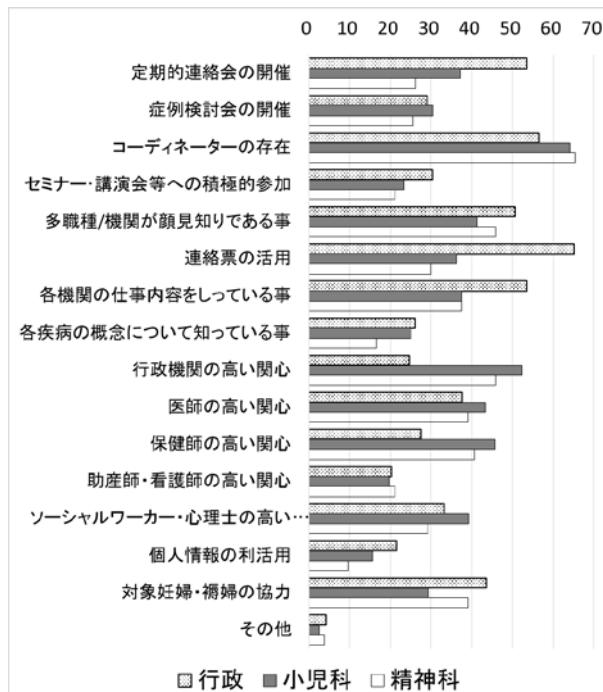
値は%を示す



育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。				
	福岡県・大分県			
	行政機関 (N=69)	小児科 (N=295)	産科 (N=147)	精神科 (N=133)
行政機関	4.3	28.8		44.4
保健師	0.0	25.4		28.6
産婦人科医	0.0	1.0		4.5
精神科医	21.7	10.2		5.3
小児科医	23.2	6.4		15.8
心理士	31.9	19.7		4.5
保育士	8.7	3.7		2.3
看護師	0.0	1.4		1.5
メディカルソーシャルワーカー	15.9	13.2		9.0
その他	7.2	1.4		1.5



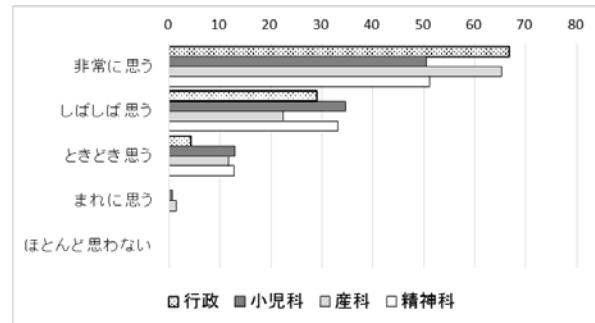
育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携推進のために大切なことはなにでしょうか？ (複数回答可)				
	福岡県・大分県			
	行政機関 (N=69)	小児科 (N=295)	産科 (N=147)	精神科 (N=133)
定期的連絡会の開催	53.6	37.3		26.3
症例検討会の開催	29.0	30.5		25.6
コーディネーターの存在	56.5	64.1		65.4
セミナー・講演会等への積極的参加	30.4	23.4		21.1
多職種/期間が顔見知りである事	50.7	41.4		45.9
連絡票の活用	65.2	36.3		30.1
各機関の仕事内容をしつている事	53.6	37.6		37.6
各疾患の概念について知っている事	26.1	25.1		16.5
行政機関の高い関心	24.6	52.2		45.9
医師の高い関心	37.7	43.4		39.1
保健師の高い関心	27.5	45.8		40.6
助産師・看護師の高い関心	20.3	19.7		21.1
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	33.3	39.3		29.3
個人情報の利活用	21.7	15.6		9.8
対象妊婦・配偶者の協力	43.5	29.5		39.1
その他	4.3	2.7		3.8



子どもの心の問題は、親の心の問題（親子関係、親の病気等）が関係していると思いますか？

福岡県・大分県				
行政機関	小児科 (N=69)	産科 (N=295)	精神科 (N=147)	精神科 (N=133)
非常に思う	66.7	50.5	65.3	51.1
しばしば思う	29.0	34.6	22.4	33.1
ときどき思う	4.3	12.9	11.6	12.8
まれに思う	0.0	0.7	1.4	0.0
ほとんど思わない	0.0	0.0	0.0	0.0

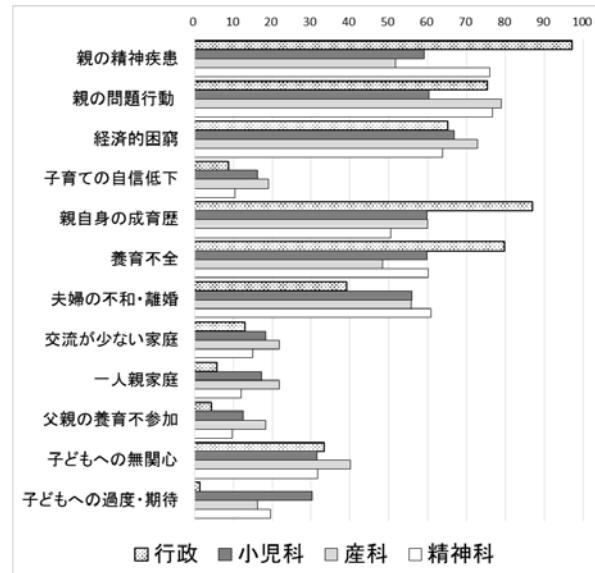
値は%を示す



親の心の問題、またはその問題の背景として重要と思われるものはどれですか？5つ選んでください。

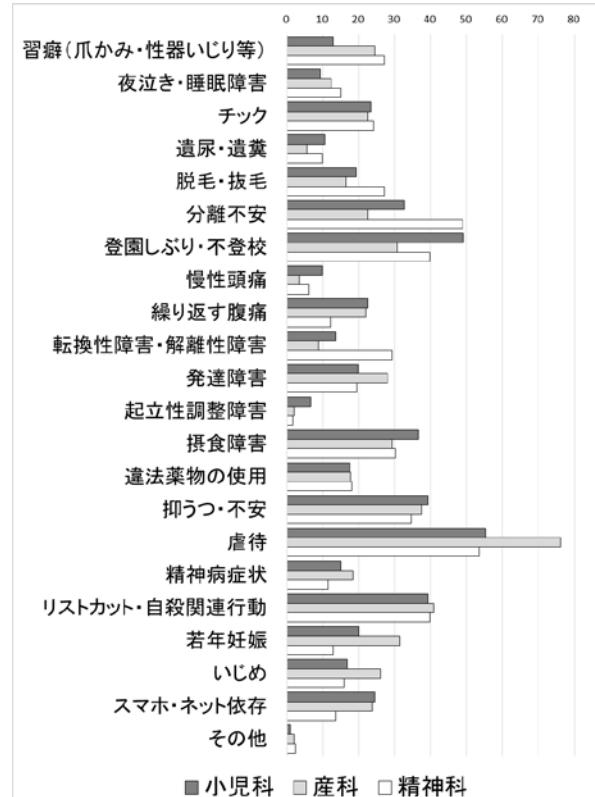
福岡県・大分県				
行政機関	小児科 (N=69)	産科 (N=295)	精神科 (N=147)	精神科 (N=133)
親の精神疾患	97.1	59.0	51.7	75.9
親の問題行動	75.4	60.3	78.9	76.7
経済的困窮	65.2	66.8	72.8	63.9
子育ての自信低下	8.7	16.3	19.0	10.5
親自身の成育歴	87.0	59.7	59.9	50.4
養育不全	79.7	59.7	48.3	60.2
夫婦の不和・離婚	39.1	55.9	55.8	60.9
交流が少ない家庭	13.0	18.3	21.8	15.0
一人親家庭	5.8	17.3	21.8	12.0
父親の養育不参加	4.3	12.5	18.4	9.8
子どもへの無関心	33.3	31.5	40.1	31.6
子どもへの過度・期待	1.4	30.2	16.3	19.5

値は%を示す



下記の子どもの疾患や心の問題で、親を含めた家族の心の問題の関与が強いと思われるものはどれでしょうか？5つ選んでください。

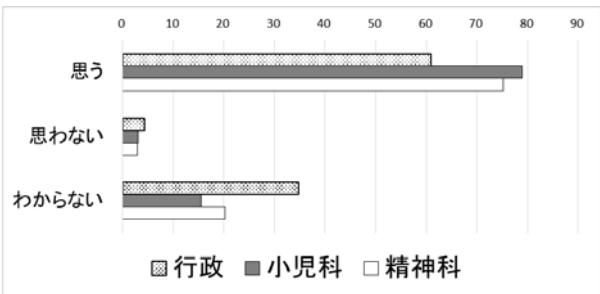
福岡県・大分県				
行政機関	小児科 (N=69)	産科 (N=295)	精神科 (N=147)	精神科 (N=133)
習癖（爪かみ・性器いじり等）		12.9	24.5	27.1
夜泣き・睡眠障害		9.2	12.2	15.0
チック		23.4	22.4	24.1
遺尿・遺糞		10.5	5.4	9.8
脱毛・抜毛		19.3	16.3	27.1
分離不安		32.5	22.4	48.9
登園しぶり・不登校		49.2	30.6	39.8
慢性頭痛		9.8	3.4	6.0
繰り返す腹痛		22.4	21.8	12.0
転換性障害・解離性障害		13.6	8.8	29.3
発達障害		19.7	27.9	19.5
起立性調整障害		6.4	2.0	1.5
摂食障害		36.6	29.3	30.1
違法薬物の使用		17.6	17.7	18.0
抑うつ・不安		39.3	37.4	34.6
虐待		55.3	76.2	53.4
精神病症状		14.9	18.4	11.3
リストカット・自殺関連行動		39.3	40.8	39.8
若年妊娠		20.0	31.3	12.8
いじめ		16.6	25.9	15.8
スマホ・ネット依存		24.4	23.8	13.5
その他		0.7	2.0	2.3



学童・思春期の親子の心の診療のために、各市町村単位にコーディネーターが必要と思いますか？

福岡県・大分県				
行政機関	小児科 (N=69)	産科 (N=295)	精神科 (N=147)	精神科 (N=133)
思う	60.9	79.0		75.2
思わない	4.3	3.1		3.0
わからない	34.8	15.6		20.3

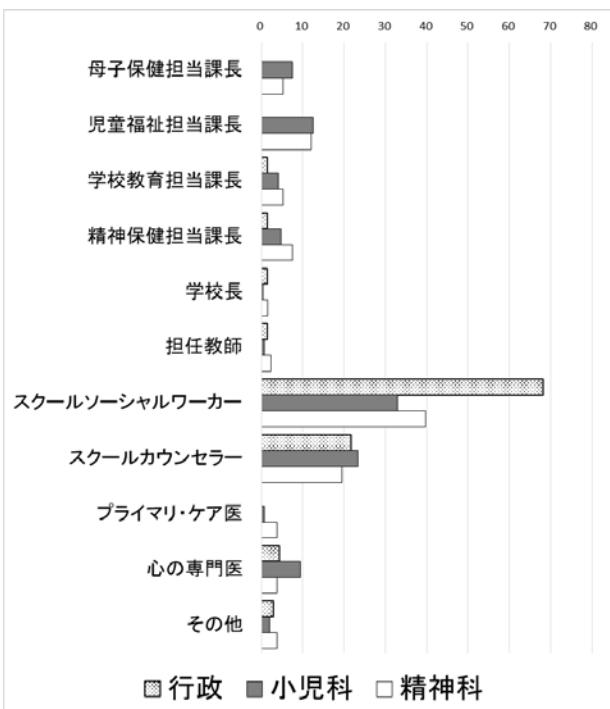
値は%を示す



コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。

福岡県・大分県				
行政機関	小児科 (N=69)	産科 (N=295)	精神科 (N=147)	精神科 (N=133)
母子保健担当課長	0.0	7.5		5.3
児童福祉担当課長	0.0	12.5		12.0
学校教育担当課長	1.4	4.1		5.3
精神保健担当課長	1.4	4.7		7.5
学校長	1.4	0.3		1.5
担任教師	1.4	0.7		2.3
スクールソーシャルワーカー	68.1	32.9		39.8
スクールカウンセラー	21.7	23.4		19.5
プライマリ・ケア医	0.0	0.7		3.8
心の専門医	4.3	9.5		3.8
その他	2.9	2.0		3.8

値は%を示す

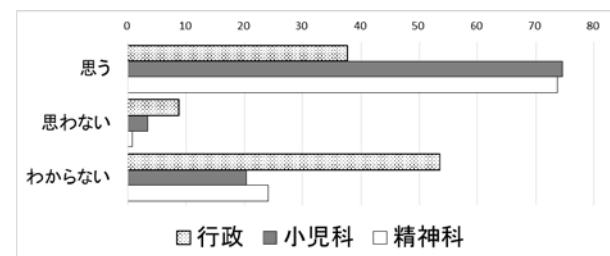


□ 行政 ■ 小児科 □ 精神科

コーディネーターを、「子育て世代包括支援センター」に配置することを必要と思われますか？

福岡県・大分県				
行政機関	小児科 (N=69)	産科 (N=295)	精神科 (N=147)	精神科 (N=133)
思う	37.7	74.6		73.7
思わない	8.7	3.4		0.8
わからない	53.6	20.3		24.1

値は%を示す

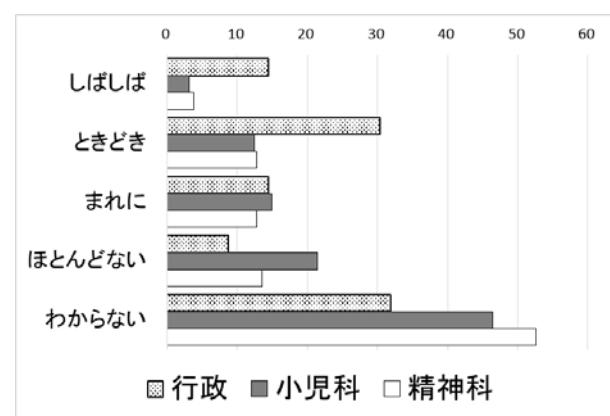


□ 行政 ■ 小児科 □ 精神科

学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

福岡県・大分県				
行政機関	小児科 (N=295)	産科 (N=147)	精神科 (N=133)	精神科 (N=133)
しばしば	14.5	3.1		3.8
ときどき	30.4	12.5		12.8
まれに	14.5	14.9		12.8
ほとんどない	8.7	21.4		13.5
わからない	31.9	46.4		52.6

値は%を示す

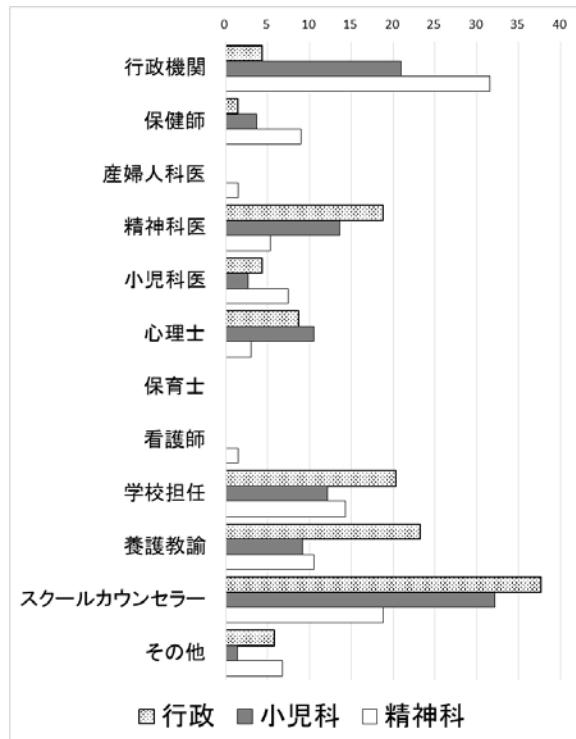


□ 行政 ■ 小児科 □ 精神科

学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。

	福岡県・大分県			
	行政機関 (N=69)	小児科 (N=295)	産科 (N=147)	精神科 (N=133)
行政機関	4.3	21.0		31.6
保健師	1.4	3.7		9.0
産婦人科医	0.0	0.0		1.5
精神科医	18.8	13.6		5.3
小児科医	4.3	2.7		7.5
心理士	8.7	10.5		3.0
保育士	0.0	0.0		0.0
看護師	0.0	0.0		1.5
学校担任	20.3	12.2		14.3
養護教諭	23.2	9.2		10.5
スクールカウンセラー	37.7	32.2		18.8
その他	5.8	1.4		6.8

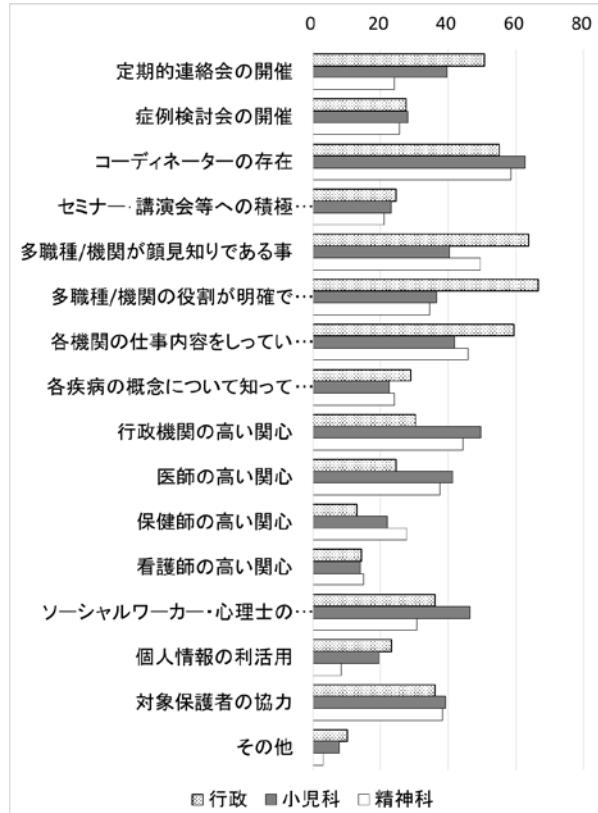
値は%を示す



学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携推進のために大切なことはなにでしようか？（複数回答可）

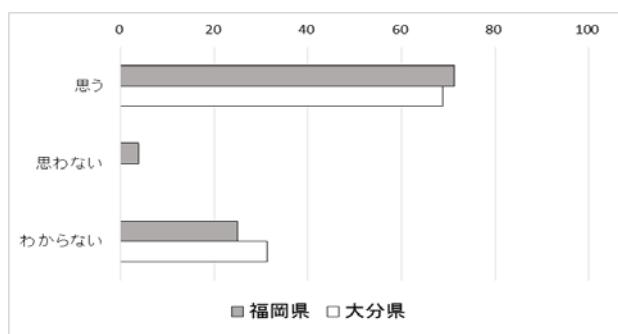
	福岡県・大分県			
	行政機関 (N=69)	小児科 (N=295)	産科 (N=147)	精神科 (N=133)
定期的連絡会の開催	50.7	39.7		24.1
症例検討会の開催	27.5	28.1		25.6
コーディネーターの存在	55.1	62.7		58.6
セミナー・講演会等への積極的参加	24.6	23.1		21.1
多職種/期間が顕見知りである事	63.8	40.3		49.6
多職種/機関の役割が明確であること	66.7	36.6		34.6
各機関の仕事内容をしつこくしている事	59.4	42.0		45.9
各疾患の概念について知っている事	29.0	22.7		24.1
行政機関の高い関心	30.4	49.8		44.4
医師の高い関心	24.6	41.4		37.6
保健師の高い関心	13.0	22.0		27.8
看護師の高い関心	14.5	14.2		15.0
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	36.2	46.4		30.8
個人情報の利活用	23.2	19.7		8.3
対象保護者の協力	36.2	39.3		38.3
その他	10.1	7.8		3.0

値は%を示す



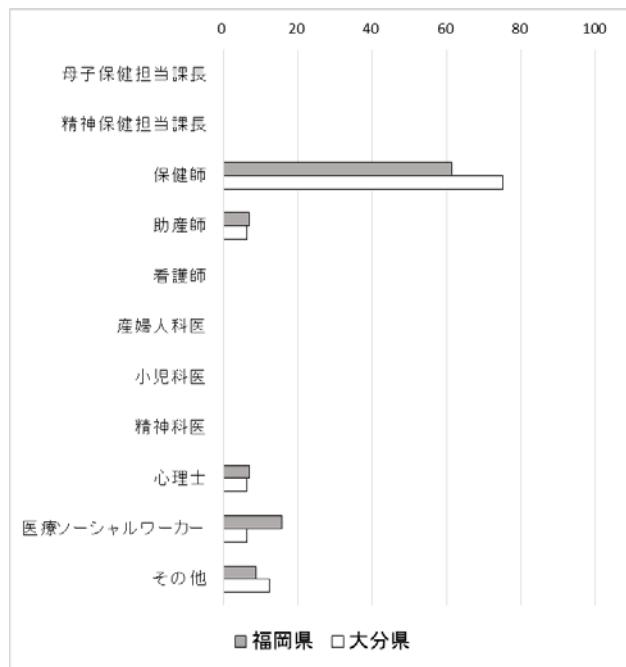
A1 妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携のためには、各市町村単位にコーディネーターが必要だと思いますか？

	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
思う	37	71.2	11	68.8
思わない	2	3.8	0	0.0
わからない	13	25.0	5	31.3



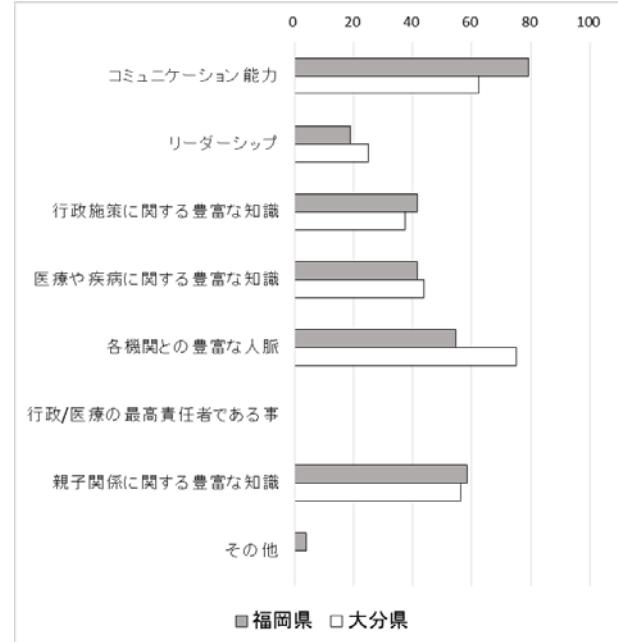
A2 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください

	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
母子保健担当課長	0	0.0	0	0.0
精神保健担当課長	0	0.0	0	0.0
保健師	35	61.4	12	75.0
助産師	4	7.0	1	6.3
看護師	0	0.0	0	0.0
産婦人科医	0	0.0	0	0.0
小児科医	0	0.0	0	0.0
精神科医	0	0.0	0	0.0
心理士	4	7.0	1	6.3
医療ソーシャルワーカー	9	15.8	1	6.3
その他	5	8.8	2	12.5

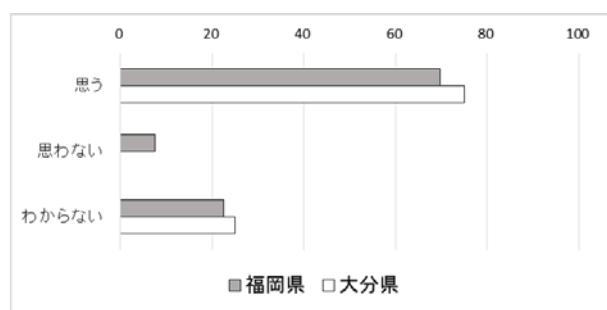


A3 コーディネーターに求められるスキルは何でしょうか？ 3つ選んでください。

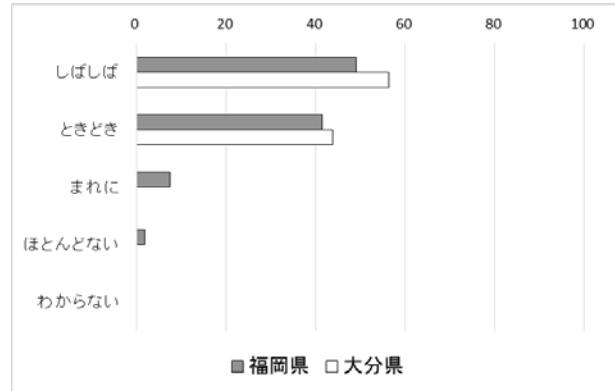
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
コミュニケーション能力	42	79.2	10	62.5
リーダーシップ	10	18.9	4	25.0
行政施策に関する豊富な知識	22	41.5	6	37.5
医療や疾病に関する豊富な知識	22	41.5	7	43.8
各機関との豊富な人脈	29	54.7	12	75.0
行政/医療の最高責任者である事	0	0.0	0	0.0
親子関係に関する豊富な知識	31	58.5	9	56.3
その他	2	3.8	0	0.0



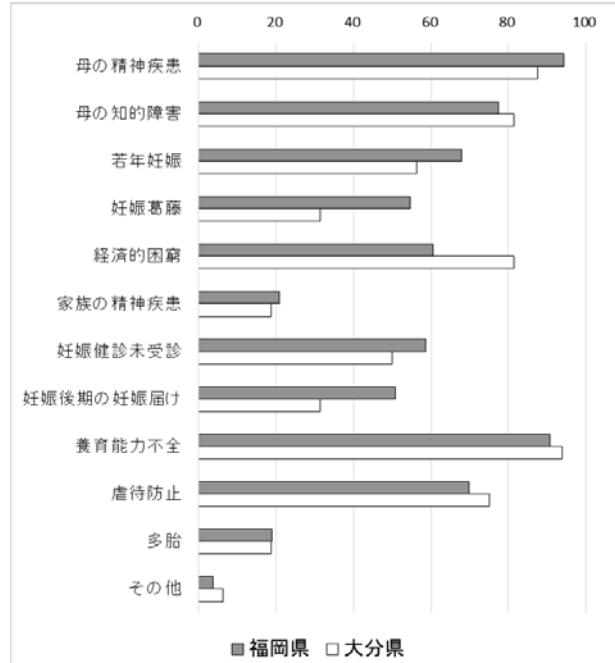
A4 コーディネーターを、将来（現在）設置される（されている）「子育て世代包括支援センター」に配置することを必要と思われますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
思う	37	69.8	12	75.0
思わない	4	7.5	0	0.0
わからない	12	22.6	4	25.0



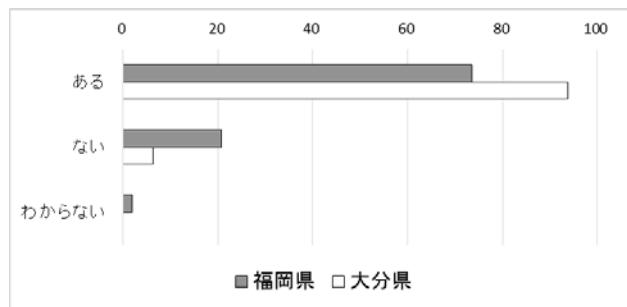
A5 妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
しばしば	26	49.1	9	56.3
ときどき	22	41.5	7	43.8
まれに	4	7.5	0	0.0
ほとんどない	1	1.9	0	0.0
わからない	0	0.0	0	0.0



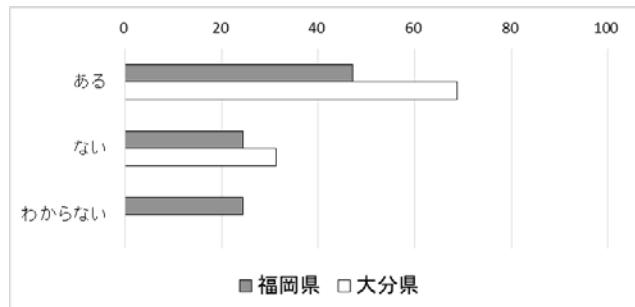
A 6 連携が特に必要と思われる主な理由は何ですか？（複数回答可）				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
母の精神疾患	50	94.3	14	87.5
母の知的障害	41	77.4	13	81.3
若年妊娠	36	67.9	9	56.3
妊娠葛藤	29	54.7	5	31.3
経済的困窮	32	60.4	13	81.3
家族の精神疾患	11	20.8	3	18.8
妊娠健診未受診	31	58.5	8	50.0
妊娠後期の妊娠届け	27	50.9	5	31.3
養育能力不全	48	90.6	15	93.8
虐待防止	37	69.8	12	75.0
多胎	10	18.9	3	18.8
その他	2	3.8	1	6.3



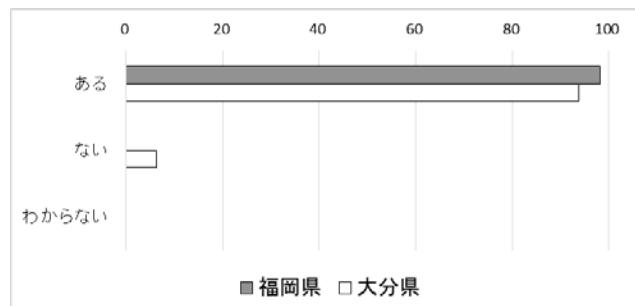
A 7 特定妊婦が転居するときに、市町村単位で情報を共有、申し送りするシステムはありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
ある	39	73.6	15	93.8
ない	11	20.8	1	6.3
わからない	1	1.9	0	0.0



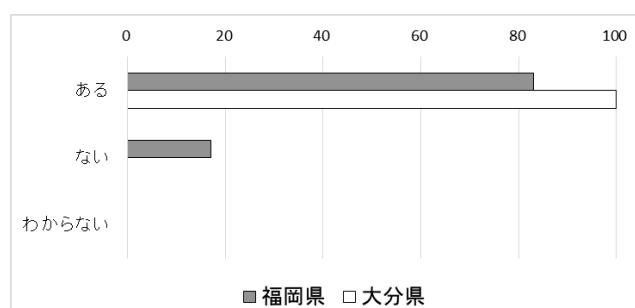
A 8 地域の中で周産期のメンタルヘルスの問題（妊婦の精神疾患等）を診ている精神科はありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
ある	25	47.2	11	68.8
ない	13	24.5	5	31.3
わからない	13	24.5	0	0.0



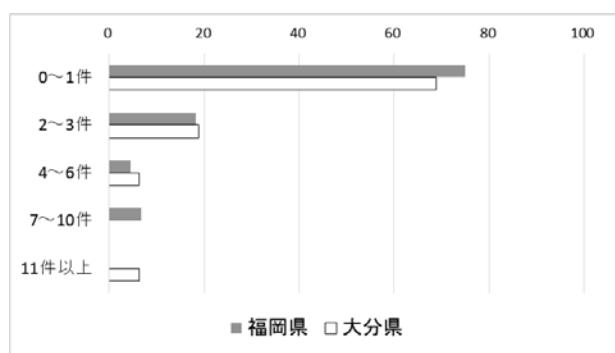
A 9 特定妊婦の情報を何らかの形で、産科医療機関と共有したことはありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
ある	52	98.1	15	93.8
ない	0	0.0	1	6.3
わからない	0	0.0	0	0.0



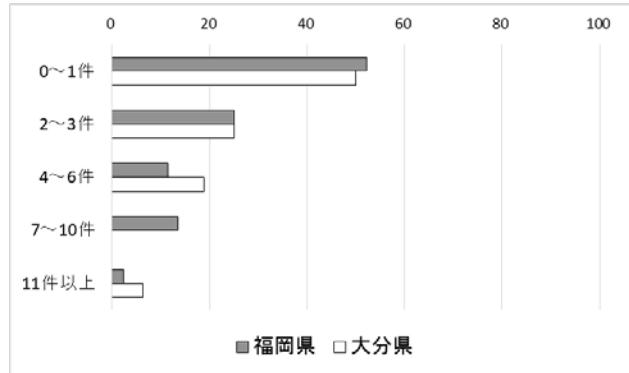
A 10 産科医療機関との間で、母子保健支援に関する連絡票等はありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
ある	44	83.0	16	100.0
ない	9	17.0	0	0.0
わからない	0	0.0	0	0.0



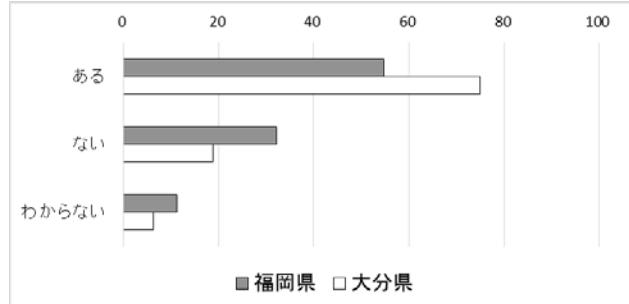
A11 A10であるとお答えの方にお聞きします。1ヶ月で行政→医療機関（産科）への連絡票はおよそ何件ありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
0~1件	33	75.0	11	68.8
2~3件	8	18.2	3	18.8
4~6件	2	4.5	1	6.3
7~10件	3	6.8	0	0.0
11件以上	0	0.0	1	6.3



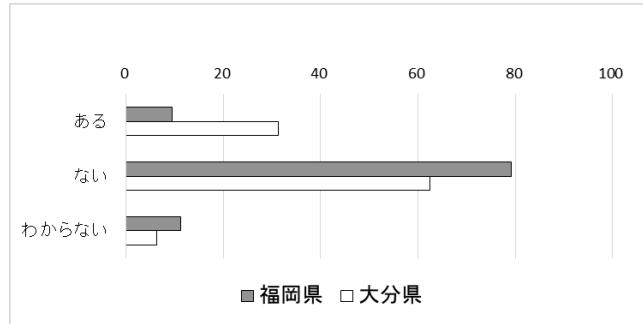
A12 A10であるとお答えの方にお聞きします。1ヶ月で医療機関（産科）→行政への連絡票はおよそ何件ありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
0~1件	23	52.3	8	50.0
2~3件	11	25.0	4	25.0
4~6件	5	11.4	3	18.8
7~10件	6	13.6	0	0.0
11件以上	1	2.3	1	6.3



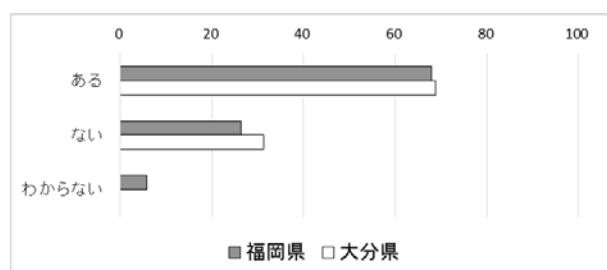
A13 特定妊婦の情報を何らかの形で、精神科医療機関と共有したことはありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
ある	29	54.7	12	75.0
ない	17	32.1	3	18.8
わからない	6	11.3	1	6.3



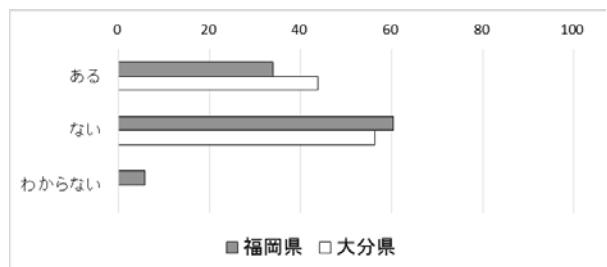
A14 精神科医療機関との間で、母子保健支援に関する連絡票等はありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
ある	5	9.4	5	31.3
ない	42	79.2	10	62.5
わからない	6	11.3	1	6.3



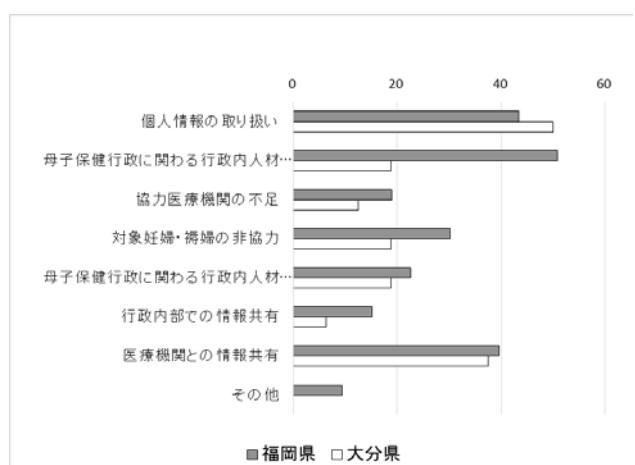
A17 特定妊婦から出生した子どもに関する情報を、何らかの形で小児科医療機関と共有したことありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
ある	36	67.9	11	68.8
ない	14	26.4	5	31.3
わからない	3	5.7	0	0.0



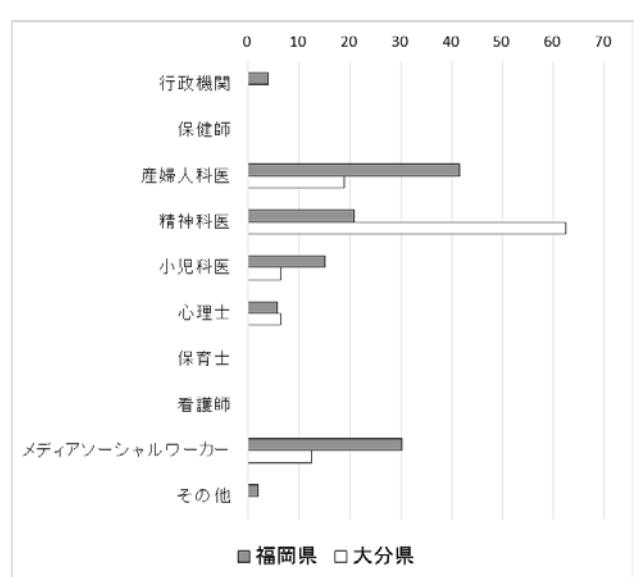
A18 小児科医療機関との間で、母子保健支援に関する連絡票等はありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
ある	18	34.0	7	43.8
ない	32	60.4	9	56.3
わからない	3	5.7	0	0.0



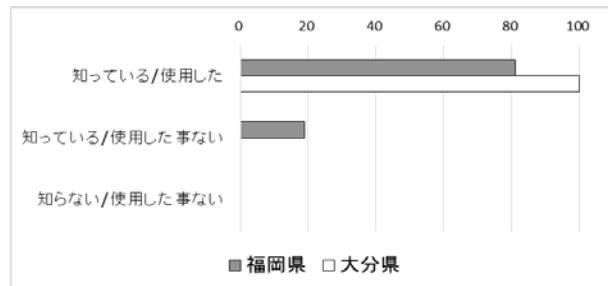
A21 各医療機関との連携のために困っておられることは何ですか？（複数回答可）				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
個人情報の取り扱い	23	43.4	8	50.0
母子保健行政に関わる行政内人材不足	27	50.9	3	18.8
協力医療機関の不足	10	18.9	2	12.5
対象妊婦・褥婦の非協力	16	30.2	3	18.8
母子保健行政に関わる行政内人材育成	12	22.6	3	18.8
行政内部での情報共有	8	15.1	1	6.3
医療機関との情報共有	21	39.6	6	37.5
その他	5	9.4	0	0.0



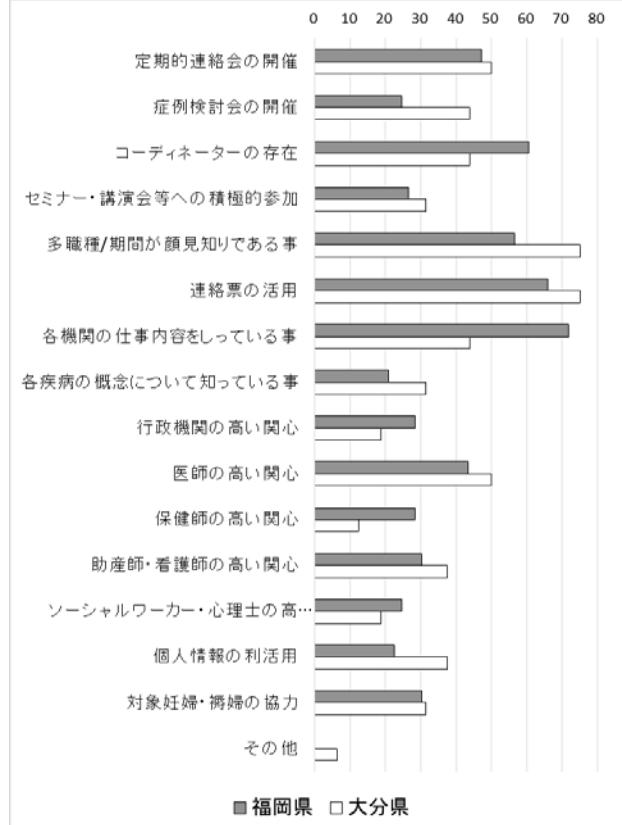
A22 妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
行政機関	2	3.8	0	0.0
保健師	0	0.0	0	0.0
産婦人科医	22	41.5	3	18.8
精神科医	11	20.8	10	62.5
小児科医	8	15.1	1	6.3
心理士	3	5.7	1	6.3
保育士	0	0.0	0	0.0
看護師	0	0.0	0	0.0
メディアソーシャルワーカー	16	30.2	2	12.5
その他	1	1.9	0	0.0



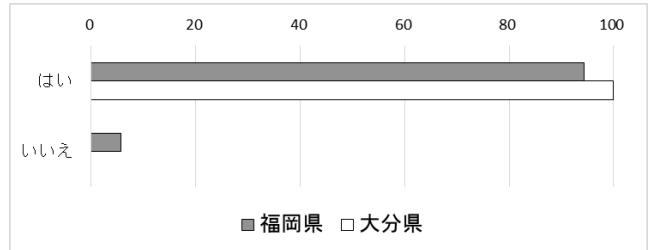
A23 エジンバラ産後うつ病自己尺度(Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS)				
をご存知ですか／ご使用されたことがありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
知っている/使用した	43	81.1	16	100.0
知っている/使用した事ない	10	18.9	0	0.0
知らない/使用した事ない	0	0.0	0	0.0



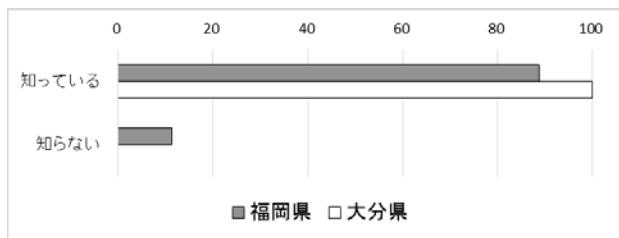
A24 妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携推進のために大切なことはなにで しょうか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
定期的連絡会の開催	25	47.2	8	50.0
症例検討会の開催	13	24.5	7	43.8
コーディネーターの存在	32	60.4	7	43.8
セミナー・講演会等への積極的参加	14	26.4	5	31.3
多職種/機関が顔見知りである事	30	56.6	12	75.0
連絡票の活用	35	66.0	12	75.0
各機関の仕事内容をしつている事	38	71.7	7	43.8
各疾病の概念について知っている事	11	20.8	5	31.3
行政機関の高い関心	15	28.3	3	18.8
医師の高い関心	23	43.4	8	50.0
保健師の高い関心	15	28.3	2	12.5
助産師・看護師の高い関心	16	30.2	6	37.5
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	13	24.5	3	18.8
個人情報の利活用	12	22.6	6	37.5
対象妊婦・配偶者の協力	16	30.2	5	31.3
その他	0	0.0	1	6.3



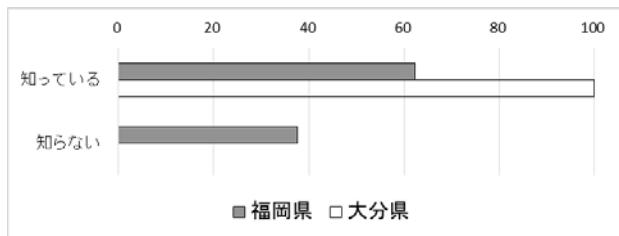
A25 平成28年～29年にかけて一部、児童福祉法が改正されたことはご存知ですか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
はい	50	94.3	16	100.0
いいえ	3	5.7	0	0.0



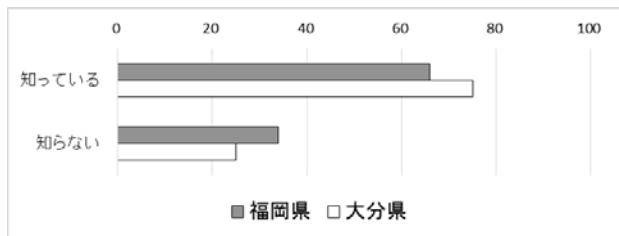
A26 改正された児童福祉法に下記内容が明記されたことはご存知ですか？				
a. 医療機関や学校等は、支援を要する妊婦を把握した場合には、その情報を市町村に提供するよう努めること				
	福岡県	大分県		
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
知っている	47	88.7	16	100.0
知らない	6	11.3	0	0.0



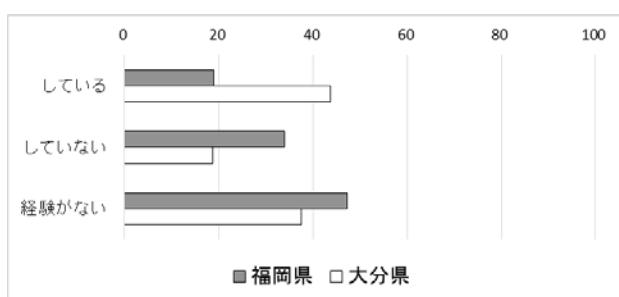
b. 市町村の要保護児童対策地域協議会が実効ある役割を果たすために、医師や心理士などの専門職を配備すること				
	福岡県	大分県		
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
知っている	33	62.3	16	100.0
知らない	20	37.7	0	0.0



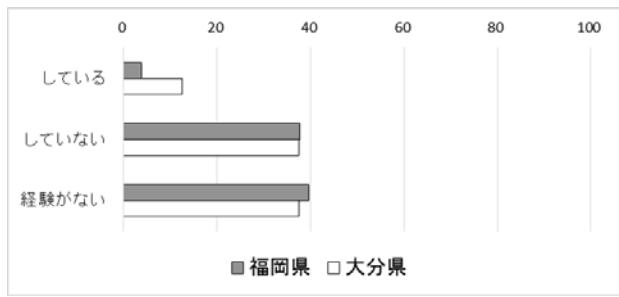
c. 都道府県の業務として、里親支援の推進、養子縁組に関する相談・支援が明記されたこと				
	福岡県	大分県		
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
知っている	35	66.0	12	75.0
知らない	18	34.0	4	25.0



A27 児童虐待のハイリスク妊婦／術婦に遭遇した場合の対応についてお聞きします。				
a. 里親制度について母親に情報提供していますか？				
	福岡県	大分県		
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
している	10	18.9	7	43.8
していない	18	34.0	3	18.8
経験がない	25	47.2	6	37.5

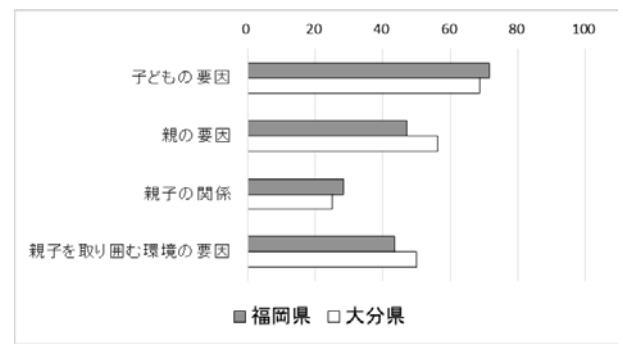


b. その場合、斡旋団体を紹介していますか？				
	福岡県	大分県		
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
している	2	3.8	2	12.5
していない	20	37.7	6	37.5
経験がない	21	39.6	6	37.5



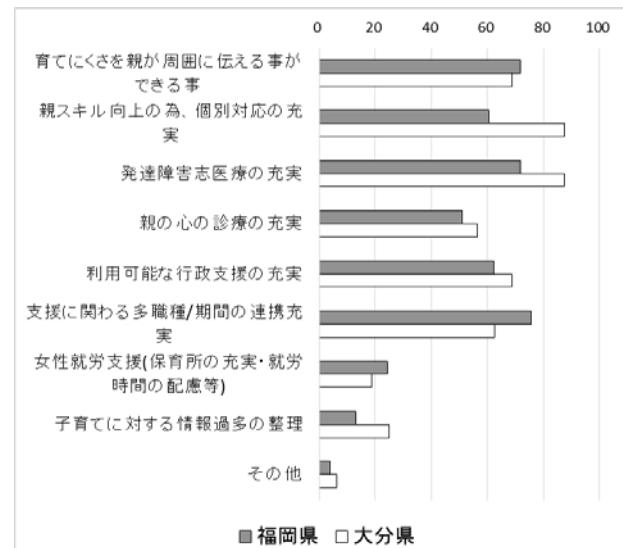
B 1 保護者が感じる「育てにくさ」の主な要因は以下のどれだと思われますか？ 2つ選んでください。

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
子どもの要因	38	71.7	11	68.8
親の要因	25	47.2	9	56.3
親子の関係	15	28.3	4	25.0
親子を取り囲む環境の要因	23	43.4	8	50.0



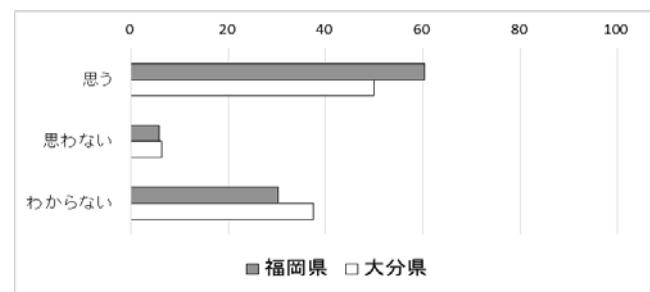
B 2 「育てにくさ」を支援するために何が必要と思われますか？（複数回答可）

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
育てにくさを親が周囲に伝える事ができる事	38	71.7	11	68.8
親スキル向上の為、個別対応の充実	32	60.4	14	87.5
発達障害志医療の充実	38	71.7	14	87.5
親の心の診療の充実	27	50.9	9	56.3
利用可能な行政支援の充実	33	62.3	11	68.8
支援に関わる多職種/機関の連携充実	40	75.5	10	62.5
女性就労支援(保育所の充実・就労時間の配慮等)	13	24.5	3	18.8
子育てに対する情報過多の整理	7	13.2	4	25.0
その他	2	3.8	1	6.3



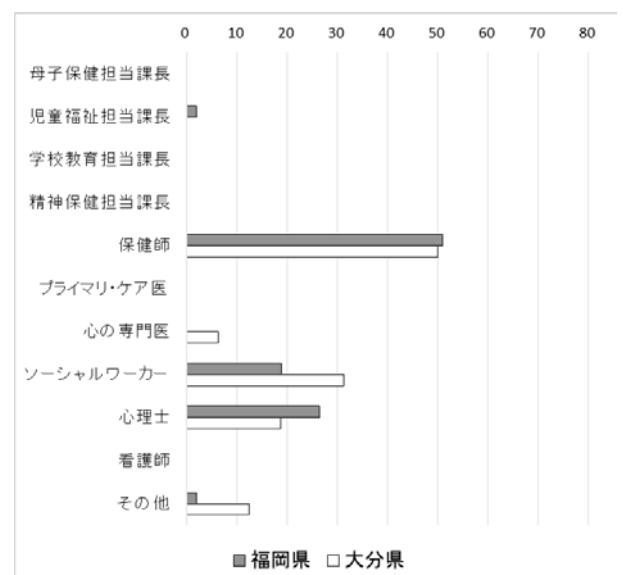
B 3 育てにくさを感じる親子の心の診療のために、各市町村単位にコーディネーターが必要だと思いますか？

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
思う	32	60.4	8	50.0
思わない	3	5.7	1	6.3
わからない	16	30.2	6	37.5

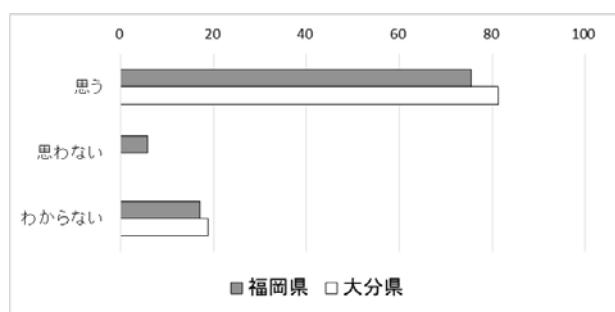


B 4 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？ 1つ選んでください。

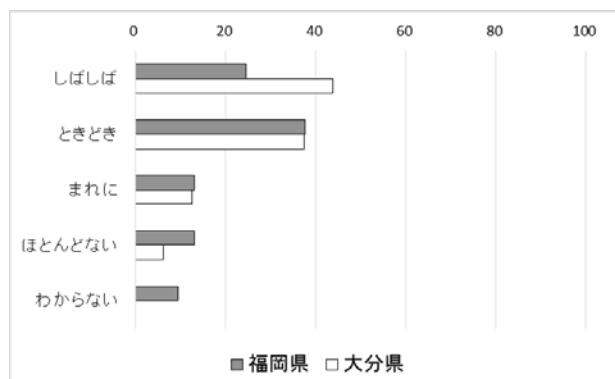
	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
母子保健担当課長	0	0.0	0	0.0
児童福祉担当課長	1	1.9	0	0.0
学校教育担当課長	0	0.0	0	0.0
精神保健担当課長	0	0.0	0	0.0
保健師	27	50.9	8	50.0
プライマリ・ケア医	0	0.0	0	0.0
心の専門医	0	0.0	1	6.3
ソーシャルワーカー	10	18.9	5	31.3
心理士	14	26.4	3	18.8
看護師	0	0.0	0	0.0
その他	1	1.9	2	12.5



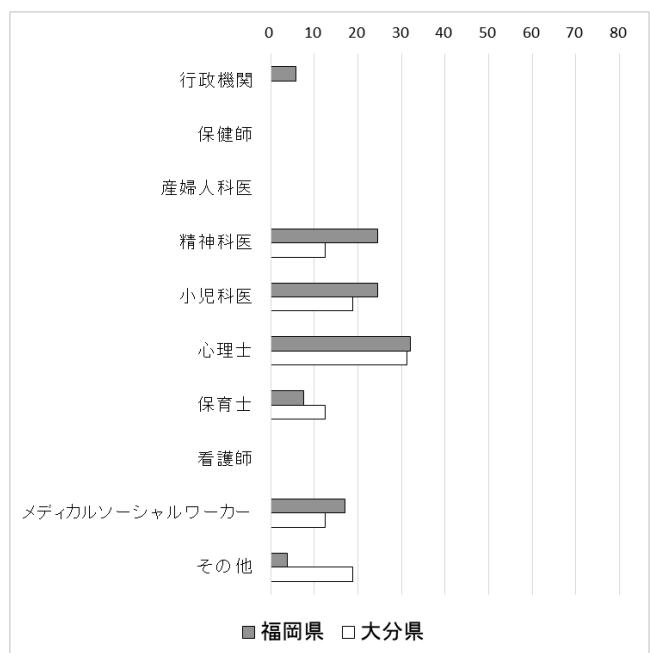
B 5 コーディネーターを、「子育て世代包括支援センターに配置することを必要と思われますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
思う	40	75.5	13	81.3
思わない	3	5.7	0	0.0
わからない	9	17.0	3	18.8



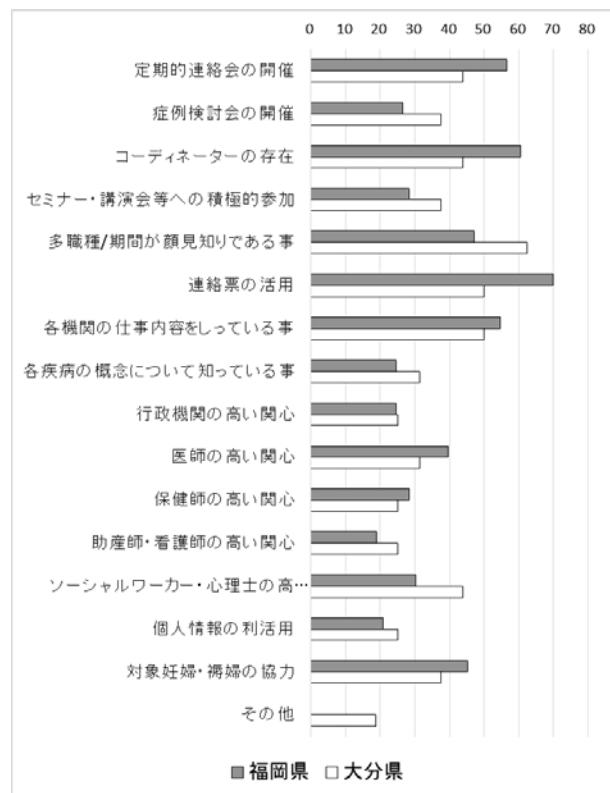
B 6 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
しばしば	13	24.5	7	43.8
ときどき	20	37.7	6	37.5
まれに	7	13.2	2	12.5
ほとんどない	7	13.2	1	6.3
わからない	5	9.4	0	0.0



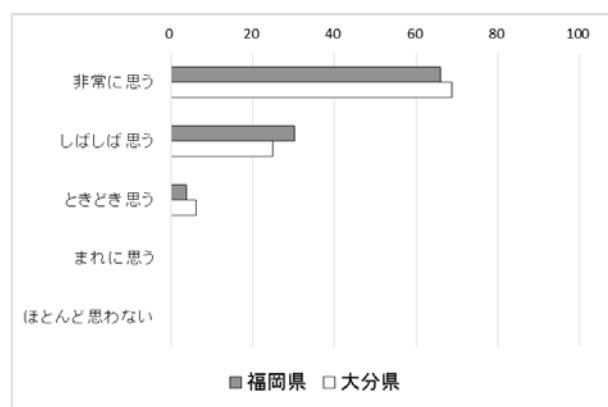
B 7 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
行政機関	3	5.7	0	0.0
保健師	0	0.0	0	0.0
産婦人科医	0	0.0	0	0.0
精神科医	13	24.5	2	12.5
小児科医	13	24.5	3	18.8
心理士	17	32.1	5	31.3
保育士	4	7.5	2	12.5
看護師	0	0.0	0	0.0
メディカルソーシャルワーカー	9	17.0	2	12.5
その他	2	3.8	3	18.8



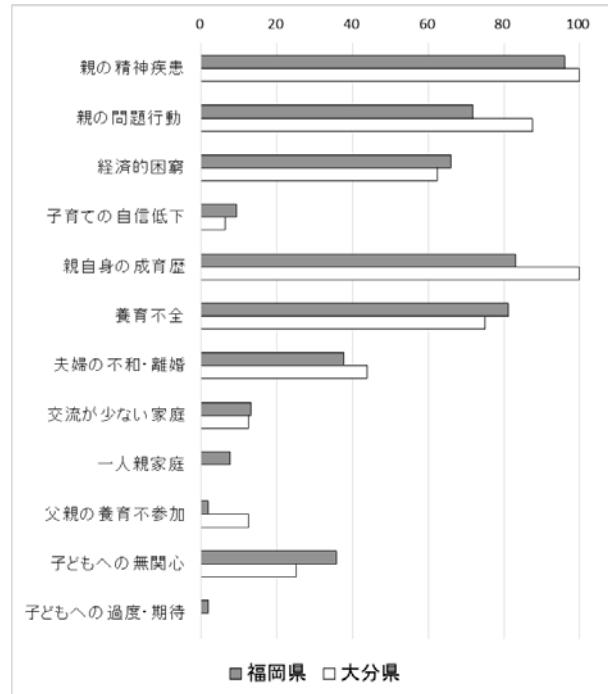
B8 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携推進のために大切なことはなにで しょうか? (複数回答可)				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
定期的連絡会の開催	30	56.6	7	43.8
症例検討会の開催	14	26.4	6	37.5
コーディネーターの存在	32	60.4	7	43.8
セミナー・講演会等への積極的参加	15	28.3	6	37.5
多職種/機関が顔見知りである事	25	47.2	10	62.5
連絡票の活用	37	69.8	8	50.0
各機関の仕事内容をしつている事	29	54.7	8	50.0
各疾病の概念について知っている事	13	24.5	5	31.3
行政機関の高い関心	13	24.5	4	25.0
医師の高い関心	21	39.6	5	31.3
保健師の高い関心	15	28.3	4	25.0
助産師・看護師の高い関心	10	18.9	4	25.0
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	16	30.2	7	43.8
個人情報の利活用	11	20.8	4	25.0
対象妊婦・褥婦の協力	24	45.3	6	37.5
その他	0	0.0	3	18.8



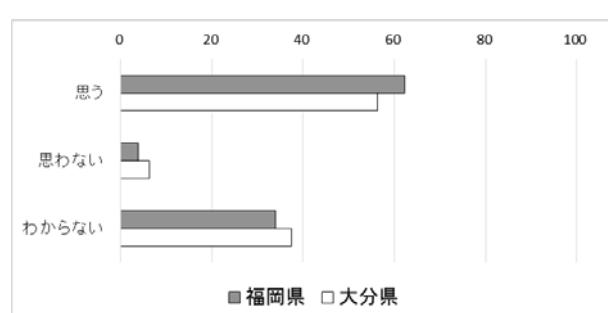
C 1 子どもの心の問題は、親の心の問題（親子関係、親の病気等）が関係していると思いますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
非常に思う	35	66.0	11	68.8
しばしば思う	16	30.2	4	25.0
ときどき思う	2	3.8	1	6.3
まれに思う	0	0.0	0	0.0
ほとんど思わない	0	0.0	0	0.0



C 2 親の心の問題、またはその問題の背景として重要と思われるものはどれですか？ 5つ選んでください。				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
親の精神疾患	51	96.2	16	100.0
親の問題行動	38	71.7	14	87.5
経済的困窮	35	66.0	10	62.5
子育ての自信低下	5	9.4	1	6.3
親自身の成育歴	44	83.0	16	100.0
養育不全	43	81.1	12	75.0
夫婦の不和・離婚	20	37.7	7	43.8
交流が少ない家庭	7	13.2	2	12.5
一人親家庭	4	7.5	0	0.0
父親の養育不参加	1	1.9	2	12.5
子どもへの無関心	19	35.8	4	25.0
子どもへの過度・期待	1	1.9	0	0.0

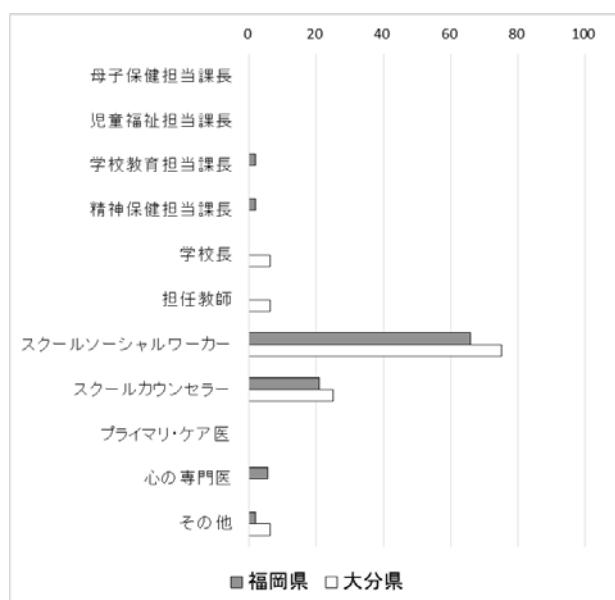


C 3 学童・思春期の親子の心の診療のために、各市町村単位にコーディネーターが必要だと思いますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
思う	33	62.3	9	56.3
思わない	2	3.8	1	6.3
わからない	18	34.0	6	37.5



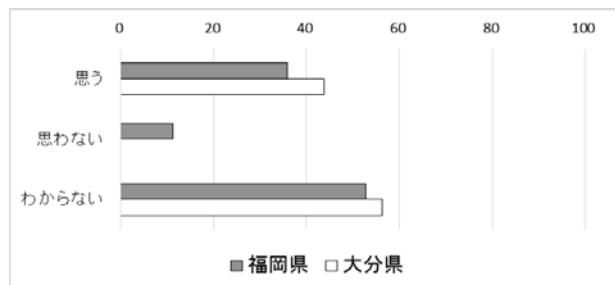
C 4 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
母子保健担当課長	0	0.0	0	0.0
児童福祉担当課長	0	0.0	0	0.0
学校教育担当課長	1	1.9	0	0.0
精神保健担当課長	1	1.9	0	0.0
学校長	0	0.0	1	6.3
担任教師	0	0.0	1	6.3
スクールソーシャルワーカー	35	66.0	12	75.0
スクールカウンセラー	11	20.8	4	25.0
プライマリ・ケア医	0	0.0	0	0.0
心の専門医	3	5.7	0	0.0
その他	1	1.9	1	6.3



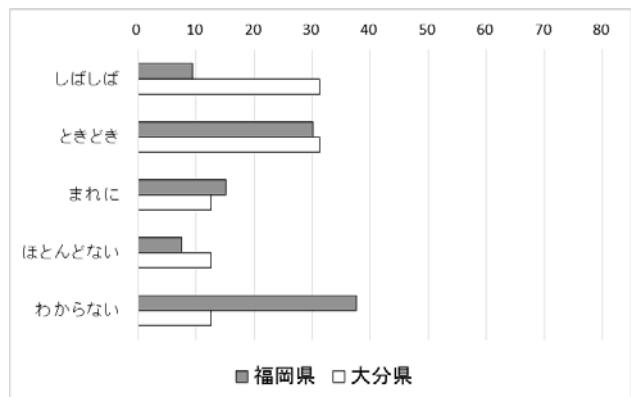
C 5 コーディネーターを、「子育て世代包括支援センターに配置することを必要と思われますか？

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
思う	19	35.8	7	43.8
思わない	6	11.3	0	0.0
わからない	28	52.8	9	56.3



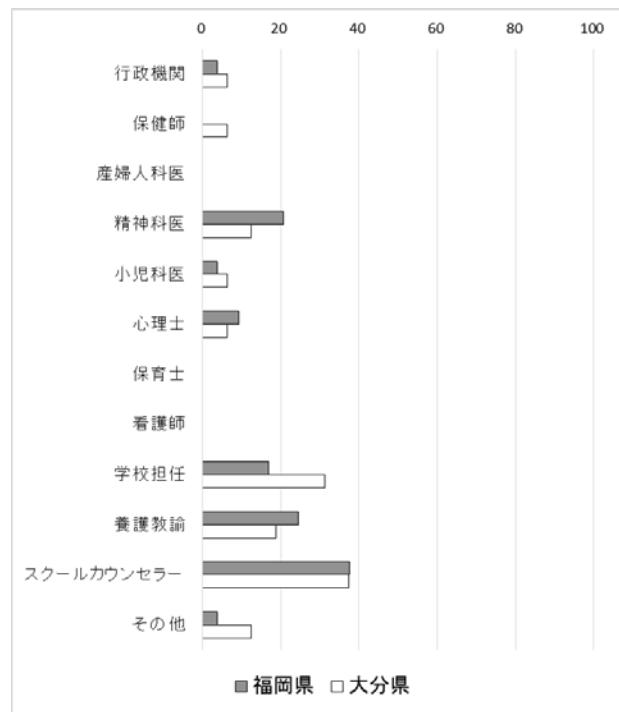
C 6 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
しばしば	5	9.4	5	31.3
ときどき	16	30.2	5	31.3
まれに	8	15.1	2	12.5
ほとんどない	4	7.5	2	12.5
わからない	20	37.7	2	12.5



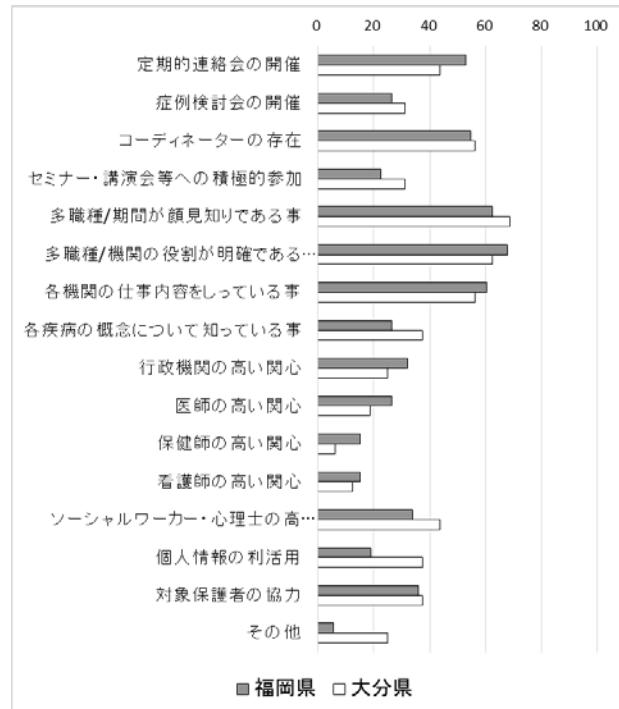
C 7 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
行政機関	2	3.8	1	6.3
保健師	0	0.0	1	6.3
産婦人科医	0	0.0	0	0.0
精神科医	11	20.8	2	12.5
小児科医	2	3.8	1	6.3
心理士	5	9.4	1	6.3
保育士	0	0.0	0	0.0
看護師	0	0.0	0	0.0
学校担任	9	17.0	5	31.3
養護教諭	13	24.5	3	18.8
スクールカウンセラー	20	37.7	6	37.5
その他	2	3.8	2	12.5

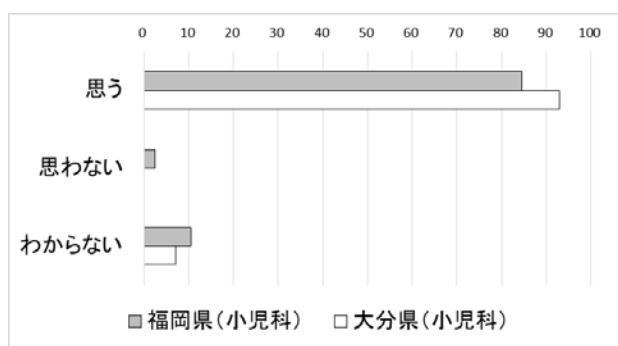


C 8 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携推進のために大切なことはなにででしょうか？（複数回答可）

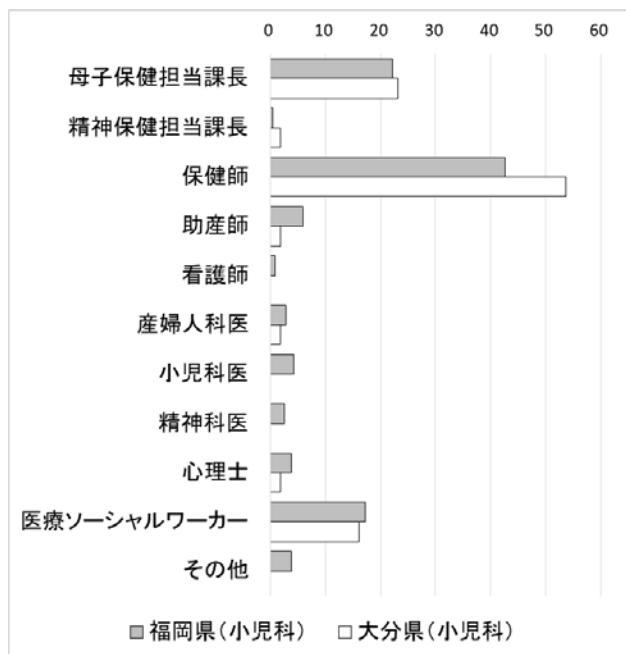
	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
定期的連絡会の開催	28	52.8	7	43.8
症例検討会の開催	14	26.4	5	31.3
コーディネーターの存在	29	54.7	9	56.3
セミナー・講演会等への積極的参加	12	22.6	5	31.3
多職種/機関が顔見知りである事	33	62.3	11	68.8
多職種/機関の役割が明確であること	36	67.9	10	62.5
各機関の仕事内容をしつている事	32	60.4	9	56.3
各疾病的概念について知っている事	14	26.4	6	37.5
行政機関の高い関心	17	32.1	4	25.0
医師の高い関心	14	26.4	3	18.8
保健師の高い関心	8	15.1	1	6.3
看護師の高い関心	8	15.1	2	12.5
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	18	34.0	7	43.8
個人情報の利活用	10	18.9	6	37.5
対象保護者の協力	19	35.8	6	37.5
その他	3	5.7	4	25.0



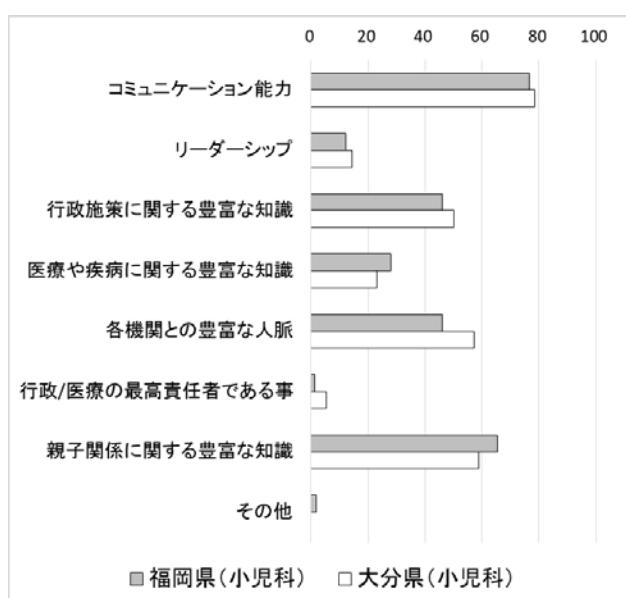
A 1 妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携のためには、各市区町村単位にコーディネーターが必要だと思いますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
思う	202	84.5	52	92.9
思わない	6	2.5	0	0.0
わからない	25	10.5	4	7.1



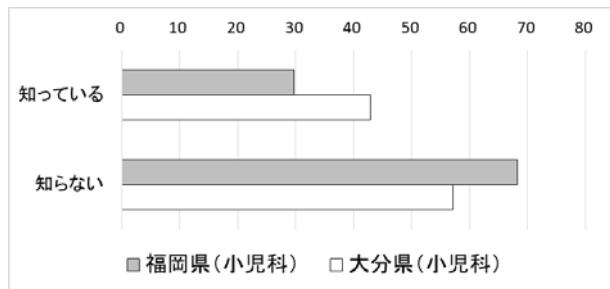
A 2 コーディネーターが必要となった場合、各市区町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
母子保健担当課長	53	22.2	13	23.2
精神保健担当課長	1	0.4	1	1.8
保健師	102	42.7	30	53.6
助産師	14	5.9	1	1.8
看護師	2	0.8	0	0.0
産婦人科医	7	2.9	1	1.8
小児科医	10	4.2	0	0.0
精神科医	6	2.5	0	0.0
心理士	9	3.8	1	1.8
医療ソーシャルワーカー	41	17.2	9	16.1
その他	9	3.8	0	0.0
その他の場合入力内容	0	0.0	0	0.0



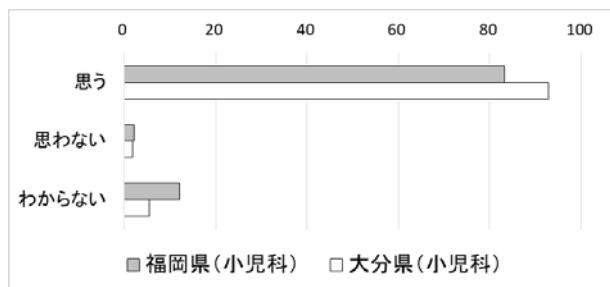
A 3 コーディネーターに求められるスキルは何でしょうか？3つ選んでください。				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
コミュニケーション能力	183	76.6	44	78.6
リーダーシップ	29	12.1	8	14.3
行政施策に関する豊富な知識	110	46.0	28	50.0
医療や疾病に関する豊富な知識	67	28.0	13	23.2
各機関との豊富な人脈	110	46.0	32	57.1
行政/医療の最高責任者である事	3	1.3	3	5.4
親子関係に関する豊富な知識	156	65.3	33	58.9
その他	4	1.7	0	0.0
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



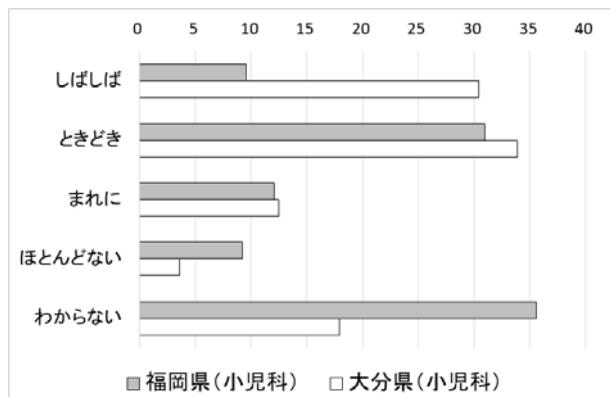
A 4 妊娠期から乳児期までの様々なニーズに対して切れ目ないワンストップ総合的相談支援を提供する				
	福岡県	大分県		
	件数	率(%)	件数	率(%)
知っている	71	29.7	24	42.9
知らない	163	68.2	32	57.1



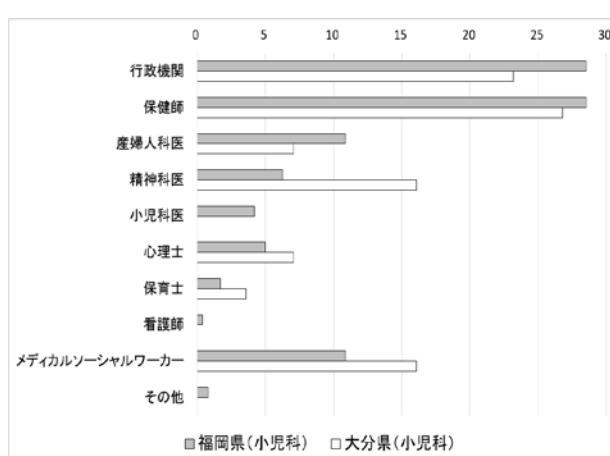
A 5 コーディネーターを、将来(現在)設置される(されている)「子育て世代包括支援センター」に配置することを必要と思われますか?				
	福岡県	大分県		
	件数	率(%)	件数	率(%)
思う	199	83.3	52	92.9
思わない	5	2.1	1	1.8
わからない	29	12.1	3	5.4



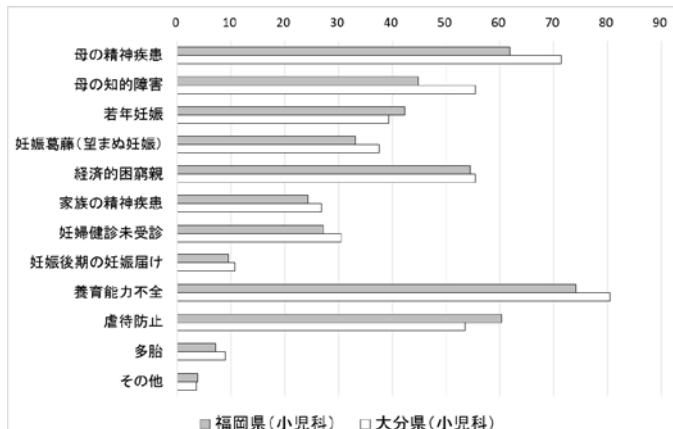
A 6 妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか?				
	福岡県	大分県		
	件数	率(%)	件数	率(%)
しばしば	23	9.6	17	30.4
ときどき	74	31.0	19	33.9
まれに	29	12.1	7	12.5
ほとんどない	22	9.2	2	3.6
わからない	85	35.6	10	17.9



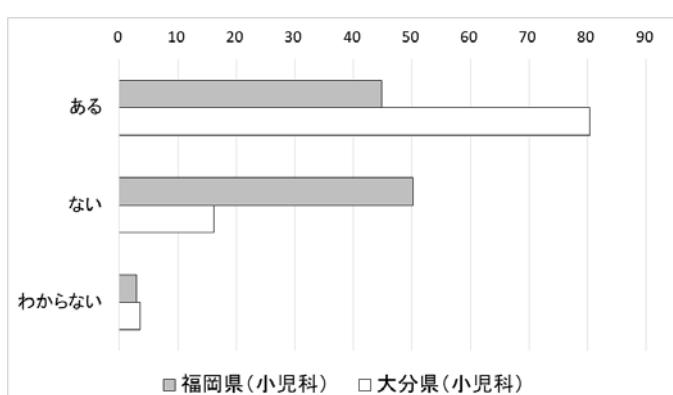
A 7 妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関/職種を1つ選んでください。				
	福岡県	大分県		
	件数	率(%)	件数	率(%)
行政機関	68	28.5	13	23.2
保健師	68	28.5	15	26.8
産婦人科医	26	10.9	4	7.1
精神科医	15	6.3	9	16.1
小児科医	10	4.2	0	0.0
心理士	12	5.0	4	7.1
保育士	4	1.7	2	3.6
看護師	1	0.4	0	0.0
メディカルソーシャルワーカー	26	10.9	9	16.1
その他	2	0.8	0	0.0
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



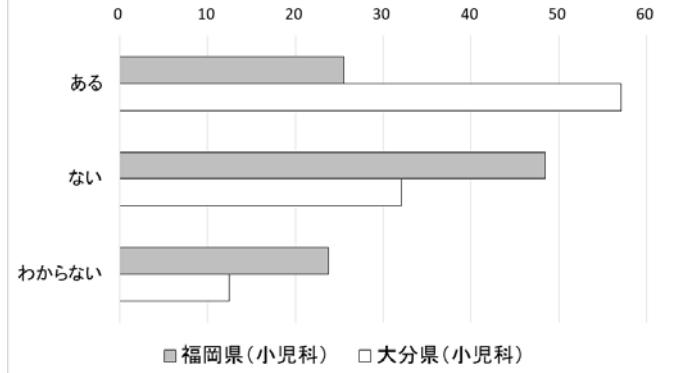
A 8 連携が特に必要と思われる主な理由は何ですか？（複数回答可）				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
母の精神疾患	148	61.9	40	71.4
母の知的障害	107	44.8	31	55.4
若年妊娠	101	42.3	22	39.3
妊娠葛藤（望まぬ妊娠）	79	33.1	21	37.5
経済的困窮親	130	54.4	31	55.4
家族の精神疾患	58	24.3	15	26.8
妊娠健診未受診	65	27.2	17	30.4
妊娠後期の妊娠届け	23	9.6	6	10.7
養育能力不全	177	74.1	45	80.4
虐待防止	144	60.3	30	53.6
多胎	17	7.1	5	8.9
その他	9	3.8	2	3.6
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



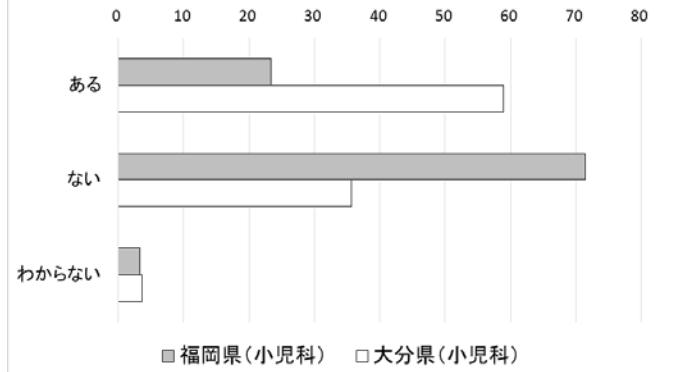
A 9 特定妊娠から出生した子どもに関する情報を、何らかの形で行政機関と共有したことありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
ある	107	44.8	45	80.4
ない	120	50.2	9	16.1
わからない	7	2.9	2	3.6



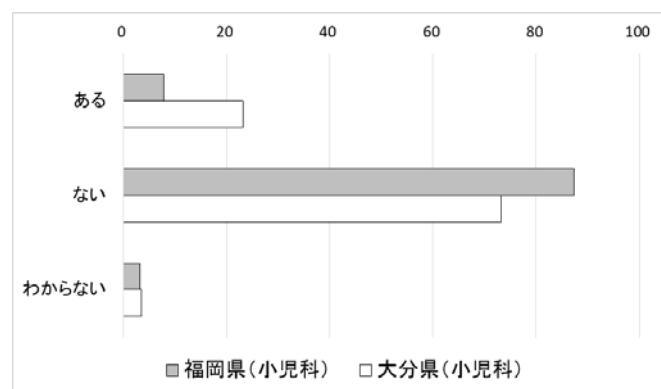
A 10 行政機関との間で、母子保健支援に関する連絡票等はありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
ある	61	25.5	32	57.1
ない	116	48.5	18	32.1
わからない	57	23.8	7	12.5



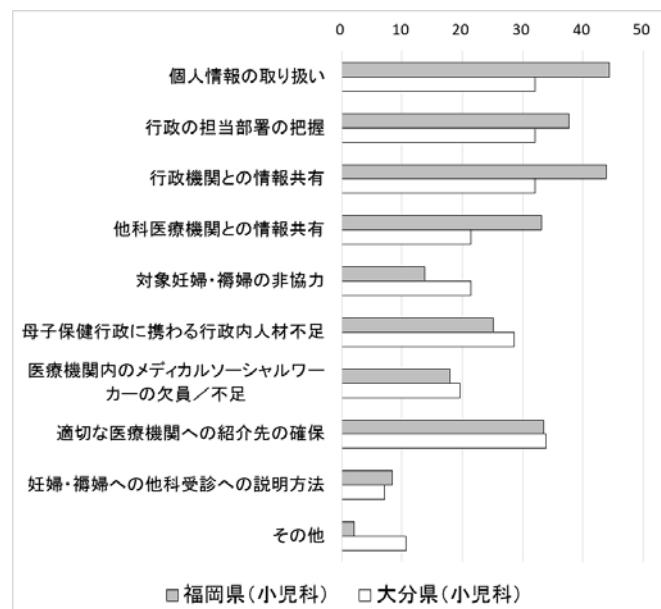
A 13 特定妊娠の情報を何らかの形で、産科医療機関と共有したことはありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
ある	56	23.4	33	58.9
ない	171	71.5	20	35.7
わからない	8	3.3	2	3.6



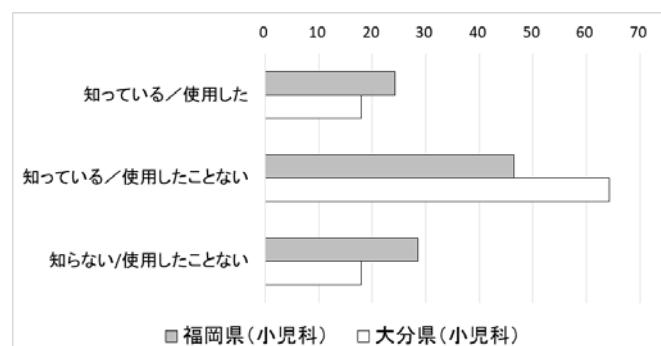
A 14 特定妊婦の情報を何らかの形で、精神科医療機関と共有したことありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
ある	19	7.9	13	23.2
ない	209	87.4	41	73.2
わからない	8	3.3	2	3.6



A 15 行政機関・他科医療機関との連携のために困っておられることは何ですか？（複数回答可）				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
個人情報の取り扱い	106	44.4	18	32.1
行政の担当部署の把握	90	37.7	18	32.1
行政機関との情報共有	105	43.9	18	32.1
他科医療機関との情報共有	79	33.1	12	21.4
対象妊婦・褥婦の非協力	33	13.8	12	21.4
母子保健行政に携わる行政内人材不足	60	25.1	16	28.6
医療機関内のメディカルソーシャルワーカーの欠員／不足	43	18.0	11	19.6
適切な医療機関への紹介先の確保	80	33.5	19	33.9
妊婦・褥婦への他科受診への説明方法	20	8.4	4	7.1
その他	5	2.1	6	10.7
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0

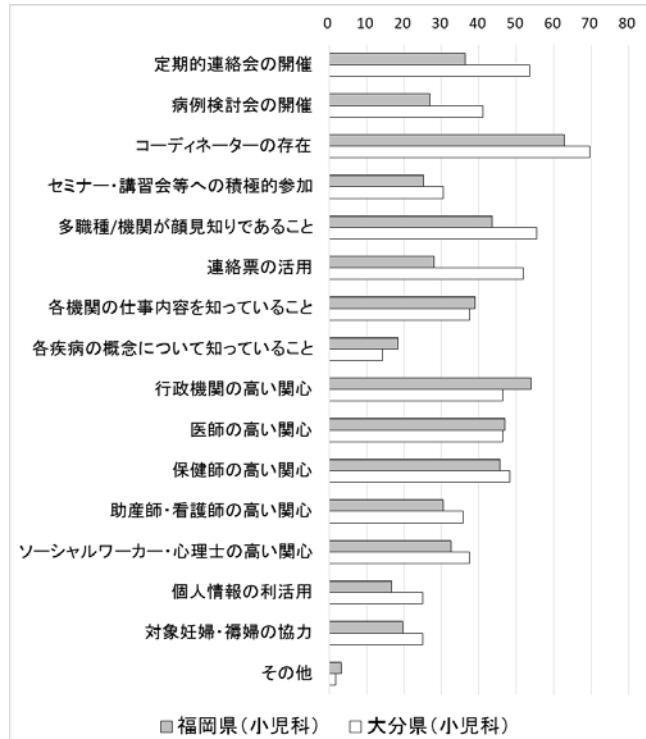


A 16 エジンバラ産後うつ病自己尺度(Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS)をご存知ですか／ご使用されたことがありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
知っている／使用した	58	24.3	10	17.9
知っている／使用したことない	111	46.4	36	64.3
知らない／使用したことない	68	28.5	10	17.9



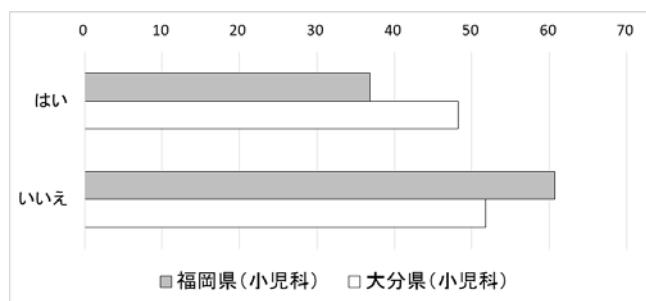
A17 妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携推進のために大切なことはなにでしょうか？（複数回答可）

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
定期的連絡会の開催	87	36.4	30	53.6
病例検討会の開催	64	26.8	23	41.1
コーディネーターの存在	150	62.8	39	69.6
セミナー・講習会等への積極的参加	60	25.1	17	30.4
多職種/機関が顔見知りであること	104	43.5	31	55.4
連絡票の活用	67	28.0	29	51.8
各機関の仕事内容を知っていること	93	38.9	21	37.5
各疾患の概念について知っていること	44	18.4	8	14.3
行政機関の高い関心	129	54.0	26	46.4
医師の高い関心	112	46.9	26	46.4
保健師の高い関心	109	45.6	27	48.2
助産師・看護師の高い関心	73	30.5	20	35.7
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	78	32.6	21	37.5
個人情報の利活用	40	16.7	14	25.0
対象妊婦・配偶者の協力	47	19.7	14	25.0
その他	8	3.3	1	1.8
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



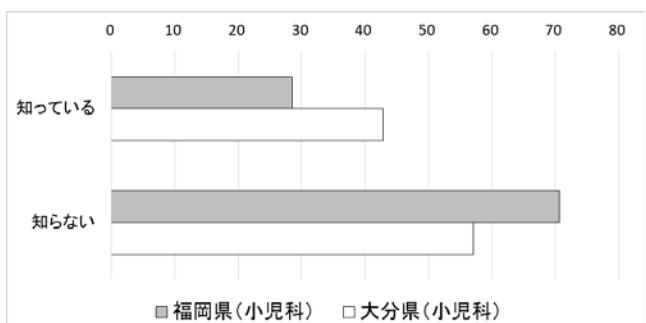
A18 平成28年～29年にかけて一部、児童福祉法が改正されたことはご存知ですか？

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
はい	88	36.8	27	48.2
いいえ	145	60.7	29	51.8



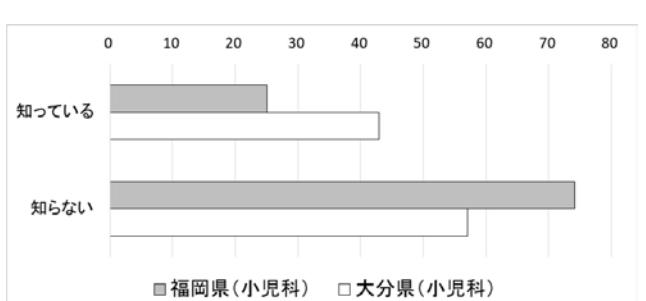
A19 改正された児童福祉法に下記内容が明記されたことはご存知ですか？

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
知っている	68	28.5	24	42.9
知らない	169	70.7	32	57.1

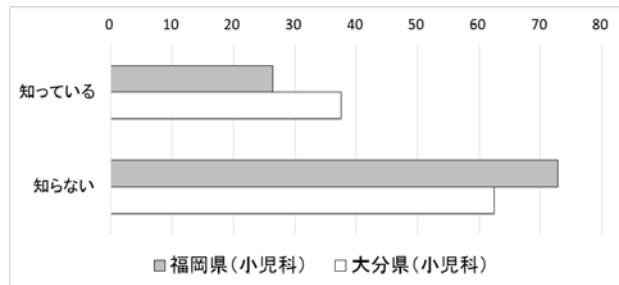


b. 市町村の要保護児童対策地域協議会が実効ある役割を果たすために、医師や心理士などの専門職を配備すること

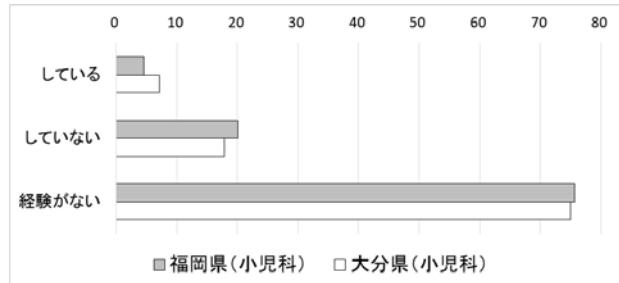
	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
知っている	60	25.1	24	42.9
知らない	177	74.1	32	57.1



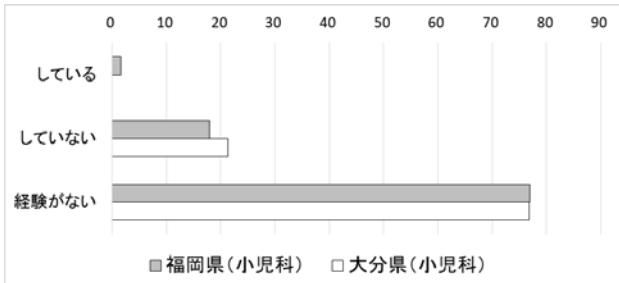
c. 都道府県の業務として、里親支援の推進、養子縁組に関する相談・支援が明記されたこと				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
知っている	63	26.4	21	37.5
知らない	174	72.8	35	62.5



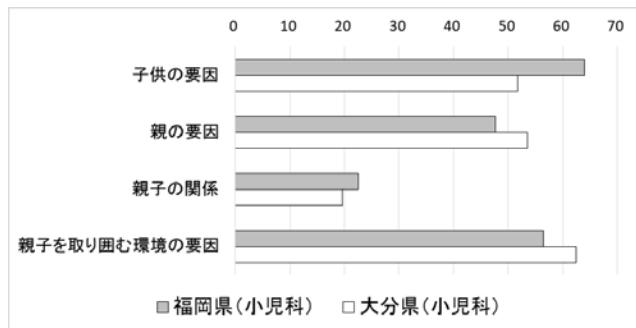
A 20 児童虐待のハイリスク妊婦／荷婦に遭遇した場合の対応についてお聞きします。				
a. 里親制度について母親に情報提供していますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
している	11	4.6	4	7.1
していない	48	20.1	10	17.9
経験がない	181	75.7	42	75.0



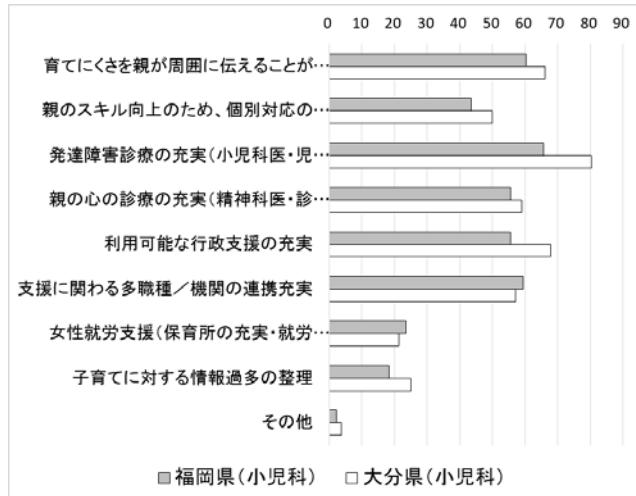
b. その場合、斡旋団体を紹介していますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
している	4	1.7	0	0.0
していない	43	18.0	12	21.4
経験がない	184	77.0	43	76.8



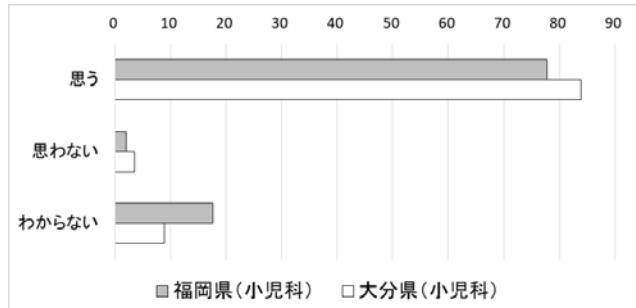
B 1 保護者が感じる「育てにくさ」の主要な要因は以下のどれだと思われますか？ 2つ選んでください。				
	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
子供の要因	153	64.0	29	51.8
親の要因	114	47.7	30	53.6
親子の関係	54	22.6	11	19.6
親子を取り囲む環境の要因	135	56.5	35	62.5



B 2 「育てにくさ」を支援するために何が必要と思われますか？ (複数回答可)				
	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
育てにくさを親が周囲に伝えることができる	144	60.3	37	66.1
親のスキル向上のため、個別対応の充実	104	43.5	28	50.0
発達障害診療の充実 (小児科医・児童精神科)	157	65.7	45	80.4
親の心の診療の充実 (精神科医・診療内科医)	133	55.6	33	58.9
利用可能な行政支援の充実	133	55.6	38	67.9
支援に関わる多職種／機関の連携充実	142	59.4	32	57.1
女性就労支援 (保育所の充実・就労時間の配慮等)	56	23.4	12	21.4
子育てに対する情報過多の整理	44	18.4	14	25.0
その他	5	2.1	2	3.6
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0

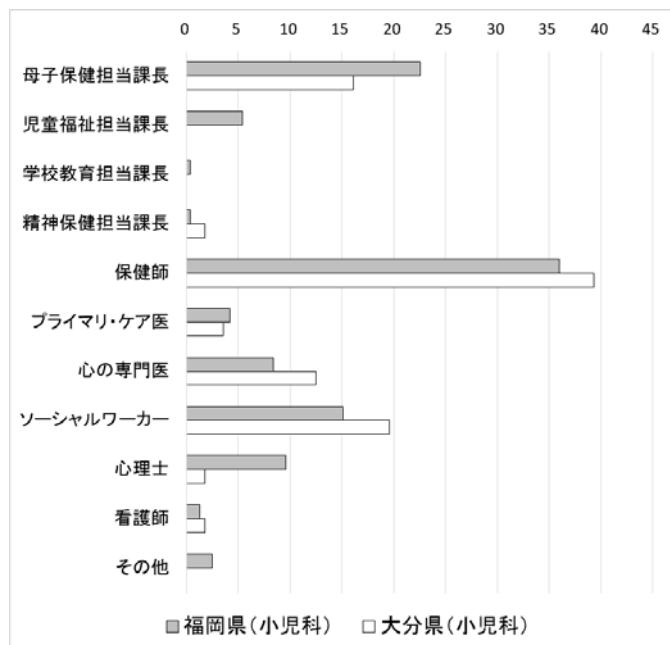


B 3 育てにくさを感じる親子の心の診療のために、各市町村単位にコーディネーターが必要だと思いますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
思う	186	77.8	47	83.9
思わない	5	2.1	2	3.6
わからない	42	17.6	5	8.9



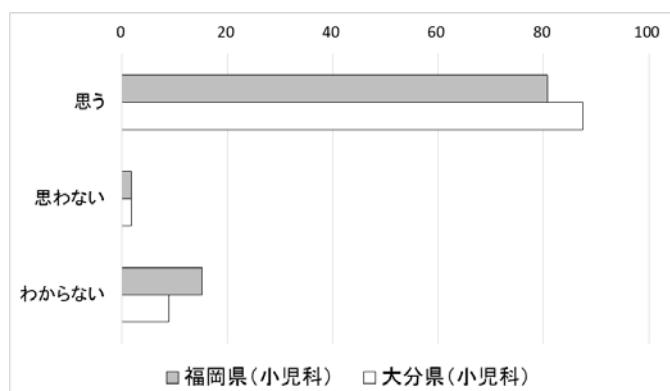
B 4 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
母子保健担当課長	54	22.6	9	16.1
児童福祉担当課長	13	5.4	0	0.0
学校教育担当課長	1	0.4	0	0.0
精神保健担当課長	1	0.4	1	1.8
保健師	86	36.0	22	39.3
プライマリ・ケア医	10	4.2	2	3.6
心の専門医	20	8.4	7	12.5
ソーシャルワーカー	36	15.1	11	19.6
心理士	23	9.6	1	1.8
看護師	3	1.3	1	1.8
その他	6	2.5	0	0.0
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



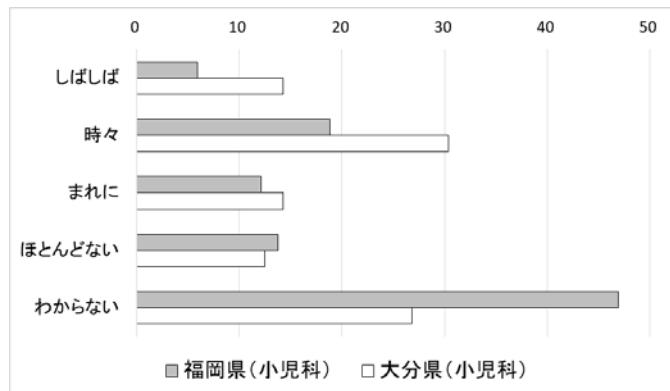
B 5 コーディネーターを、「子育て世代包括支援センター」に配置することを必要と思われますか？

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
思う	193	80.8	49	87.5
思わない	4	1.7	1	1.8
わからない	36	15.1	5	8.9

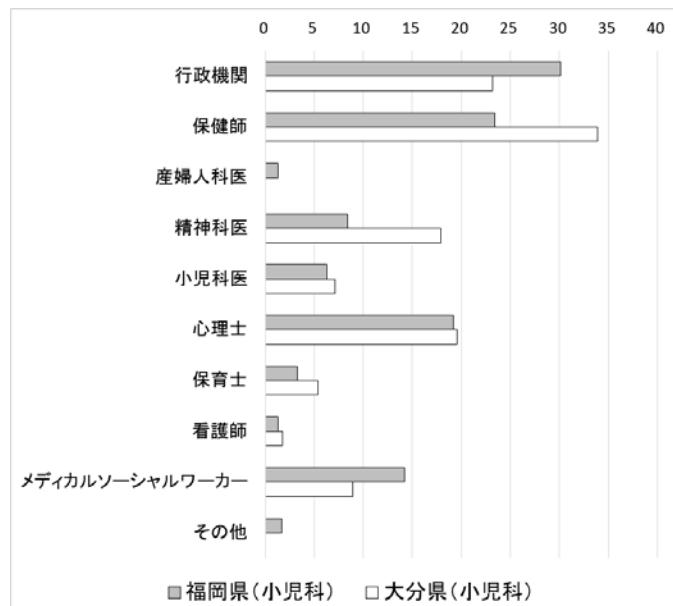


B 6 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

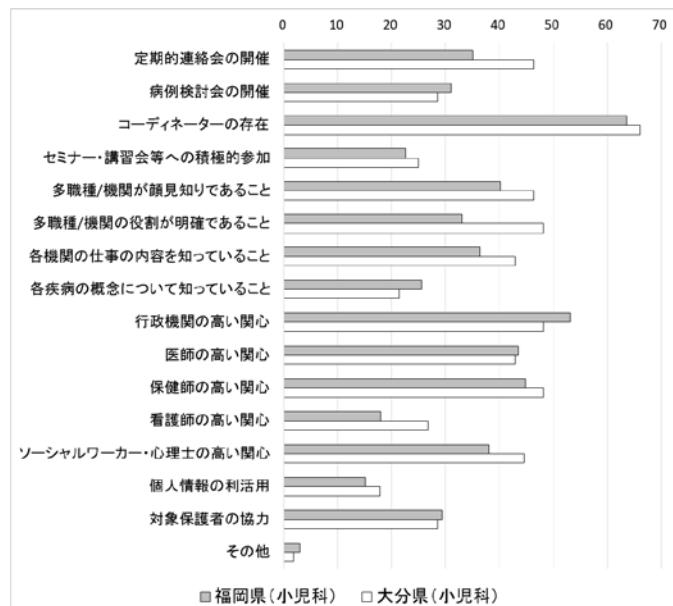
	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
しばしば	14	5.9	8	14.3
時々	45	18.8	17	30.4
まれに	29	12.1	8	14.3
ほとんどない	33	13.8	7	12.5
わからない	112	46.9	15	26.8



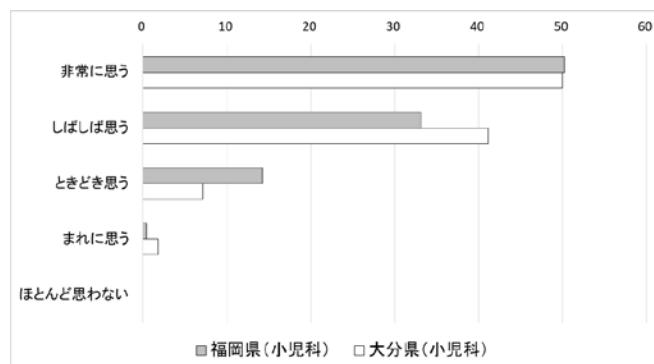
B 7 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
行政機関	72	30.1	13	23.2
保健師	56	23.4	19	33.9
産婦人科医	3	1.3	0	0.0
精神科医	20	8.4	10	17.9
小児科医	15	6.3	4	7.1
心理士	46	19.2	11	19.6
保育士	8	3.3	3	5.4
看護師	3	1.3	1	1.8
メディカルソーシャルワーカー	34	14.2	5	8.9
その他	4	1.7	0	0.0
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



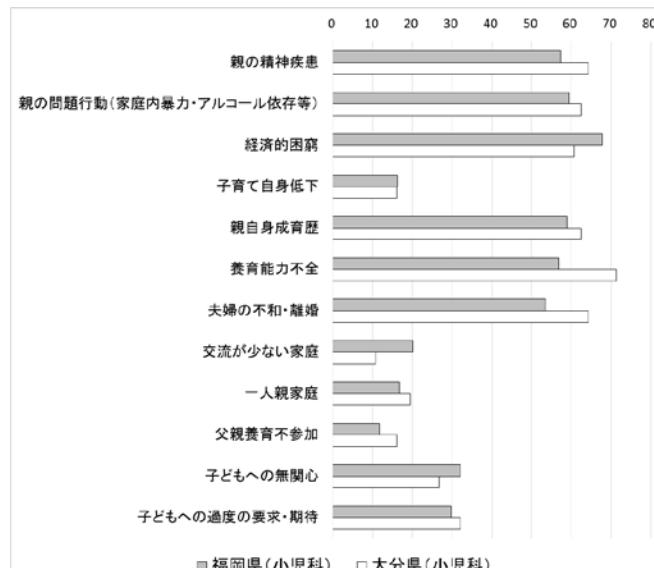
B 8 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携推進のために大切なことはなにでしょうか？（複数回答可）				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
定期的連絡会の開催	84	35.1	26	46.4
病例検討会の開催	74	31.0	16	28.6
コーディネーターの存在	152	63.6	37	66.1
セミナー・講習会等への積極的参加	54	22.6	14	25.0
多職種/機関が顔見知りであること	96	40.2	26	46.4
多職種/機関の役割が明確であること	79	33.1	27	48.2
各機関の仕事の内容を知っていること	87	36.4	24	42.9
各疾患の概念について知っていること	61	25.5	12	21.4
行政機関の高い関心	127	53.1	27	48.2
医師の高い関心	104	43.5	24	42.9
保健師の高い関心	107	44.8	27	48.2
看護師の高い関心	43	18.0	15	26.8
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	91	38.1	25	44.6
個人情報の利活用	36	15.1	10	17.9
対象保護者の協力	70	29.3	16	28.6
その他	7	2.9	1	1.8
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



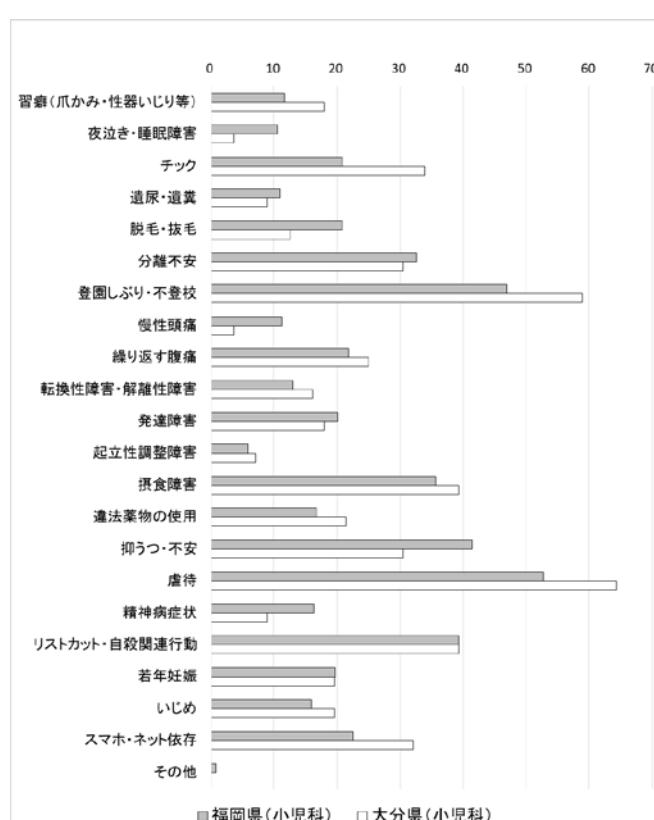
C 1 子どもの心の問題は、親の心の問題（親子関係、親の病気等）が関係していると思いますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
非常に思う	120	50.2	28	50.0
しばしば思う	79	33.1	23	41.1
ときどき思う	34	14.2	4	7.1
まれに思う	1	0.4	1	1.8
ほとんど思わない	0	0.0	0	0.0



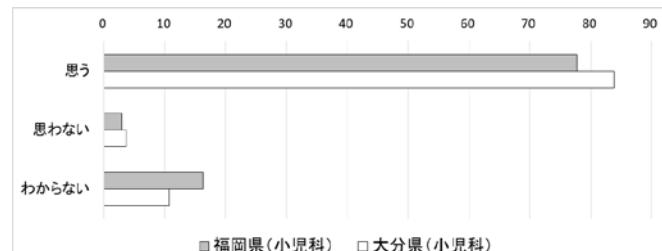
C 2 親の心の問題、またはその問題の背景として重要と思われるものはどれですか？5つ選んでください。				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
親の精神疾患	137	57.3	36	64.3
親の問題行動（家庭内暴力・アルコール依存等）	142	59.4	35	62.5
経済的困窮	162	67.8	34	60.7
子育て自身低下	39	16.3	9	16.1
親自身成育歴	141	59.0	35	62.5
養育能力不全	136	56.9	40	71.4
夫婦の不和・離婚	128	53.6	36	64.3
交流が少ない家庭	48	20.1	6	10.7
一人親家庭	40	16.7	11	19.6
父親養育不参加	28	11.7	9	16.1
子どもへの無関心	77	32.2	15	26.8
子どもへの過度の要求・期待	71	29.7	18	32.1



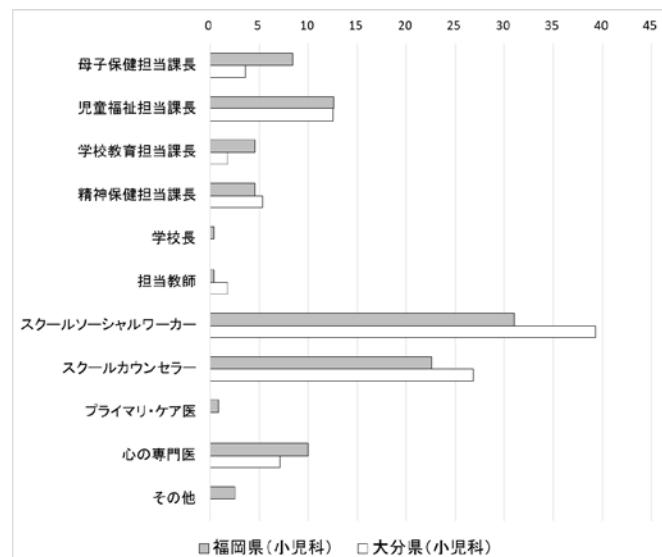
C 3 下記の子どもの疾患や心の問題で、親を含めた家族の心の問題の関与が強いと思われるものはどれでしょうか？5つ選んでください。				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
習癖（爪かみ・性器いじり等）	28	11.7	10	17.9
夜泣き・睡眠障害	25	10.5	2	3.6
チック	50	20.9	19	33.9
遺尿・遺糞	26	10.9	5	8.9
脱毛・抜毛	50	20.9	7	12.5
分離不安	78	32.6	17	30.4
登園しぶり・不登校	112	46.9	33	58.9
慢性頭痛	27	11.3	2	3.6
繰り返す腹痛	52	21.8	14	25.0
転換性障害・解離性障害	31	13.0	9	16.1
発達障害	48	20.1	10	17.9
起立性調整障害	14	5.9	4	7.1
摂食障害	85	35.6	22	39.3
違法薬物の使用	40	16.7	12	21.4
抑うつ・不安	99	41.4	17	30.4
虐待	126	52.7	36	64.3
精神病症状	39	16.3	5	8.9
リストカット・自殺関連行動	94	39.3	22	39.3
若年妊娠	47	19.7	11	19.6
いじめ	38	15.9	11	19.6
スマホ・ネット依存	54	22.6	18	32.1
その他	2	0.8	0	0.0
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



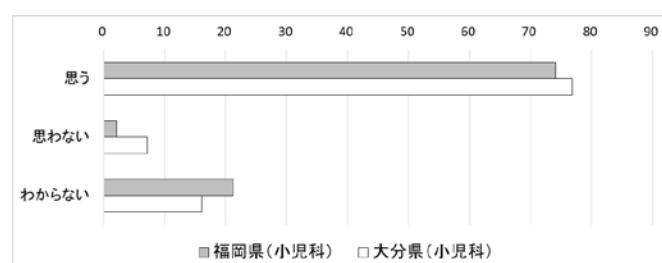
C 4 学童・思春期の親子の心の診療のために、各市町村単位にコーディネーターが必要と思いますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
思う	186	77.8	47	83.9
思わない	7	2.9	2	3.6
わからない	39	16.3	6	10.7



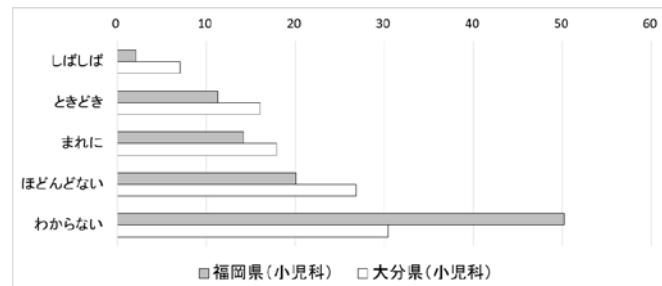
C 5 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。				
	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
母子保健担当課長	20	8.4	2	3.6
児童福祉担当課長	30	12.6	7	12.5
学校教育担当課長	11	4.6	1	1.8
精神保健担当課長	11	4.6	3	5.4
校長	1	0.4	0	0.0
担当教師	1	0.4	1	1.8
スクールソーシャルワーカー	74	31.0	22	39.3
スクールカウンセラー	54	22.6	15	26.8
プライマリ・ケア医	2	0.8	0	0.0
心の専門医	24	10.0	4	7.1
その他	6	2.5	0	0.0
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



C 6 コーディネーターを、「子育て世代包括支援センター」に配置することを必要と思われますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
思う	177	74.1	43	76.8
思わない	5	2.1	4	7.1
わからない	51	21.3	9	16.1

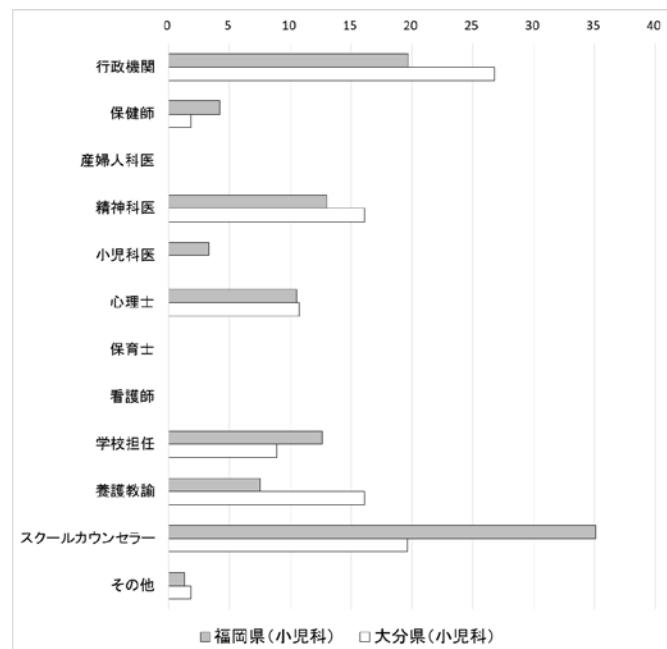


C 7 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
しばしば	5	2.1	4	7.1
ときどき	27	11.3	9	16.1
まれに	34	14.2	10	17.9
ほとんどない	48	20.1	15	26.8
わからない	120	50.2	17	30.4



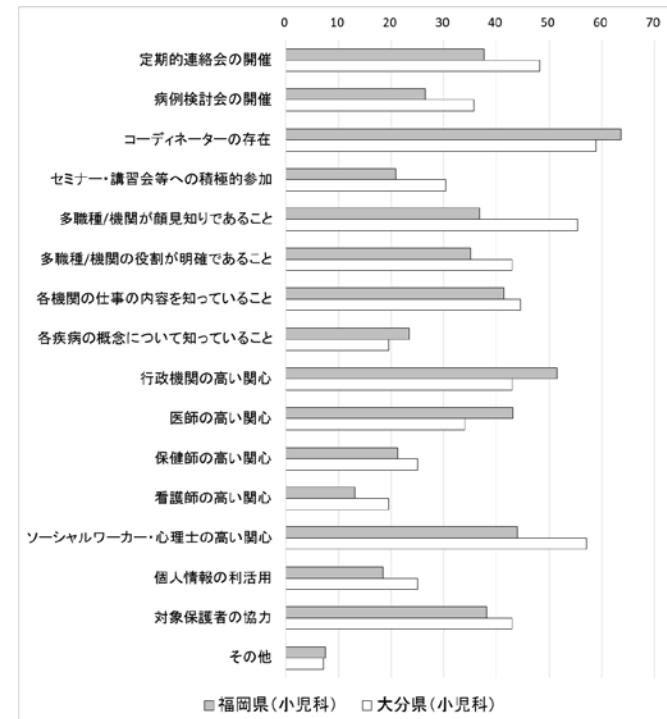
C 8 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
行政機関	47	19.7	15	26.8
保健師	10	4.2	1	1.8
産婦人科医	0	0.0	0	0.0
精神科医	31	13.0	9	16.1
小児科医	8	3.3	0	0.0
心理士	25	10.5	6	10.7
保育士	0	0.0	0	0.0
看護師	0	0.0	0	0.0
学校担任	30	12.6	5	8.9
養護教諭	18	7.5	9	16.1
スクール君セラー	84	35.1	11	19.6
その他	3	1.3	1	1.8
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0

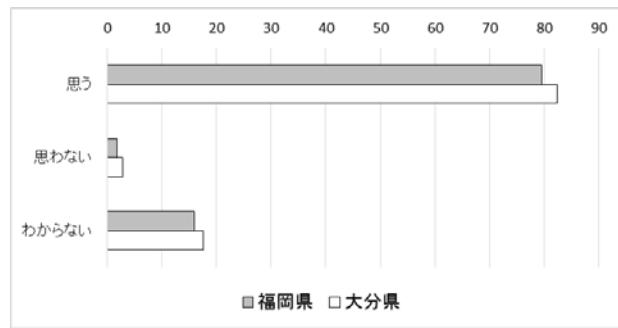


C 9 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携推進のために大切なことはなにでしょうか？（複数回答可）

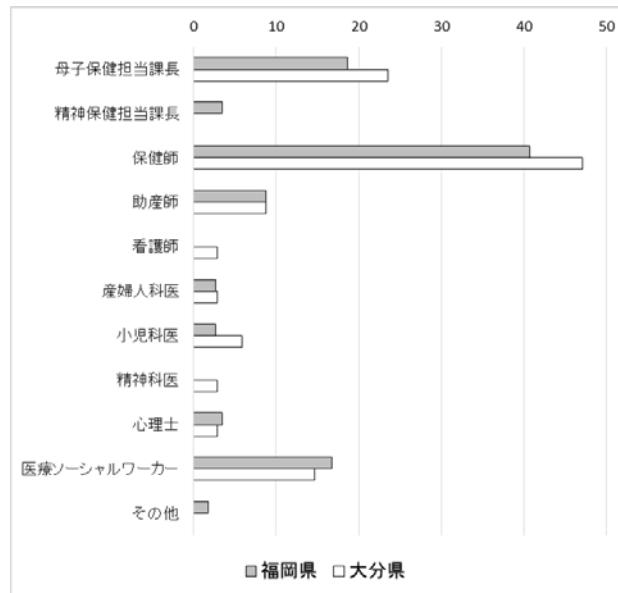
	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
定期的連絡会の開催	90	37.7	27	48.2
病例検討会の開催	63	26.4	20	35.7
コーディネーターの存在	152	63.6	33	58.9
セミナー・講習会等への積極的参加	50	20.9	17	30.4
多職種/機関が顔見知りであること	88	36.8	31	55.4
多職種/機関の役割が明確であること	84	35.1	24	42.9
各機関の仕事の内容を知っていること	99	41.4	25	44.6
各疾患の概念について知っていること	56	23.4	11	19.6
行政機関の高い関心	123	51.5	24	42.9
医師の高い関心	103	43.1	19	33.9
保健師の高い関心	51	21.3	14	25.0
看護師の高い関心	31	13.0	11	19.6
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	105	43.9	32	57.1
個人情報の利活用	44	18.4	14	25.0
対象保護者の協力	91	38.1	24	42.9
その他	18	7.5	4	7.1
その他の場合の入力内容				



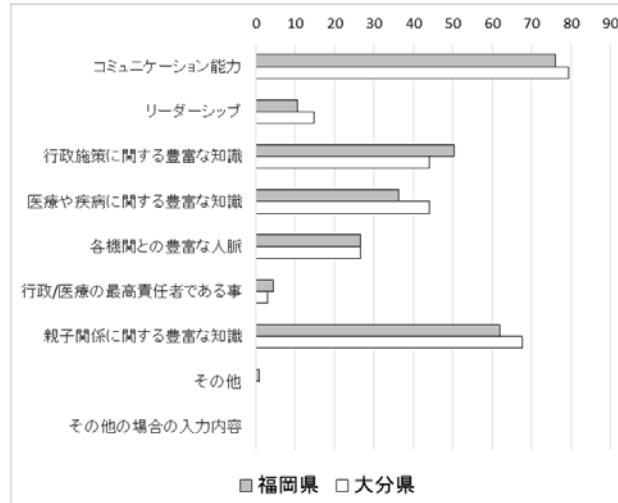
A 1 妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携のためには、各市区町村単位にコーディネーターが必要だと思いますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
思う	90	79.6	28	82.4
思わない	2	1.8	1	2.9
わからない	18	15.9	6	17.6



A 2 コーディネーターが必要となった場合、各市区町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
母子保健担当課長	21	18.6	8	23.5
精神保健担当課長	4	3.5	0	0.0
保健師	46	40.7	16	47.1
助産師	10	8.8	3	8.8
看護師	0	0.0	1	2.9
産婦人科医	3	2.7	1	2.9
小児科医	3	2.7	2	5.9
精神科医	0	0.0	1	2.9
心理士	4	3.5	1	2.9
医療ソーシャルワーカー	19	16.8	5	14.7
その他	2	1.8	0	0.0
その他の手書きの場合	0	0.0	0	0.0

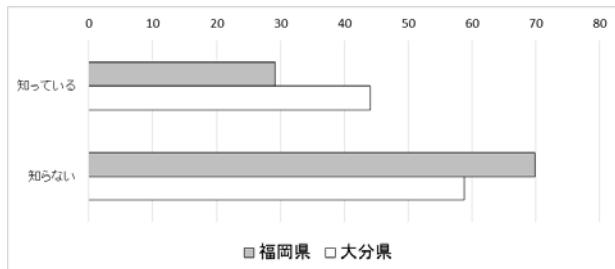


A 3 コーディネーターに求められるスキルは何ででしょうか？3つ選んでください。				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
コミュニケーション能力	86	76.1	27	79.4
リーダーシップ	12	10.6	5	14.7
行政施策に関する豊富な知識	57	50.4	15	44.1
医療や疾病に関する豊富な知識	41	36.3	15	44.1
各機関との豊富な人脈	30	26.5	9	26.5
行政/医療の最高責任者である事	5	4.4	1	2.9
親子関係に関する豊富な知識	70	61.9	23	67.6
その他	1	0.9	0	0.0
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



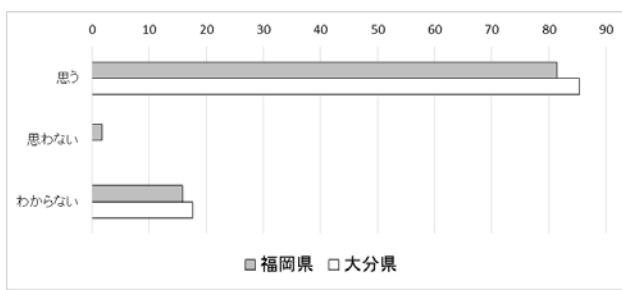
A 4 妊娠期から乳児期までの様々なニーズに対して切れ目ないワンストップ総合的相談支援を提供する「子育て世代包括支援センター」が全国市区町村に設置される予定があるのをご存知ですか？

	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
知っている	33	29.2	15	44.1
知らない	79	69.9	20	58.8



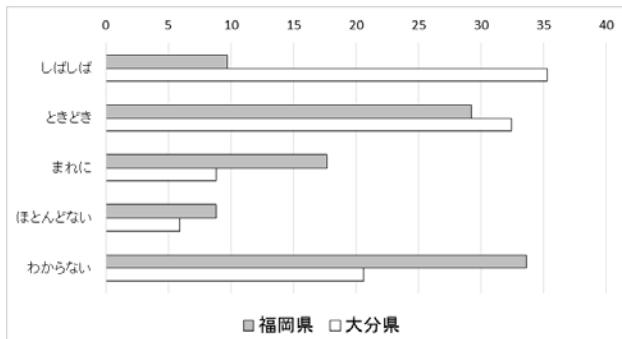
A 5 コーディネーターを、将来（現在）設置される（されている）「子育て世代包括支援センター」に配置することを必要と思われますか？

	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
思う	92	81.4	29	85.3
思わない	2	1.8	0	0.0
わからない	18	15.9	6	17.6



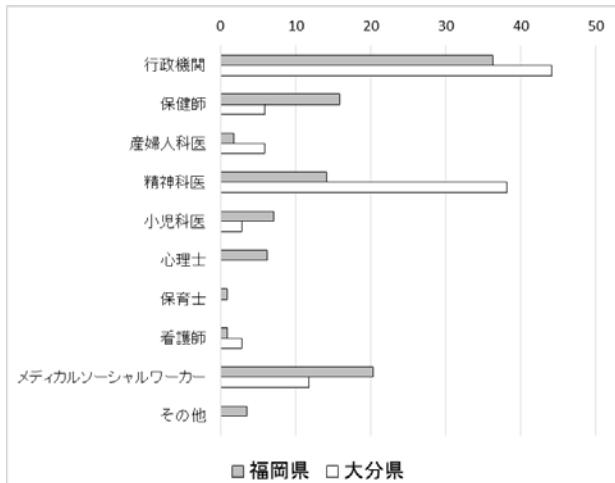
A 6 妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
しばしば	11	9.7	12	35.3
ときどき	33	29.2	11	32.4
まれに	20	17.7	3	8.8
ほとんどない	10	8.8	2	5.9
わからない	38	33.6	7	20.6

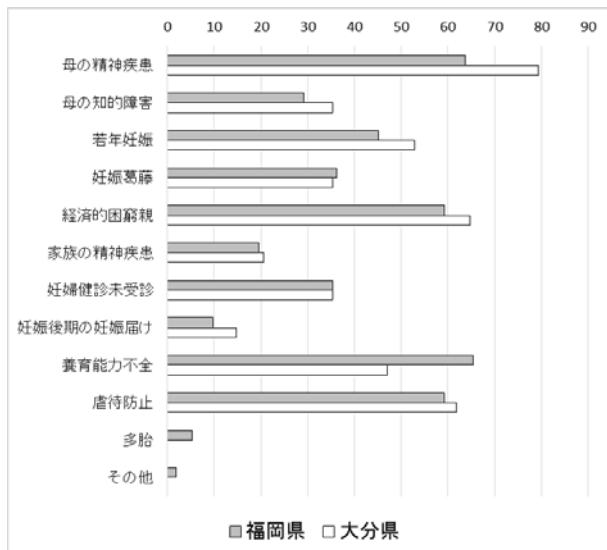


A 7 妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。

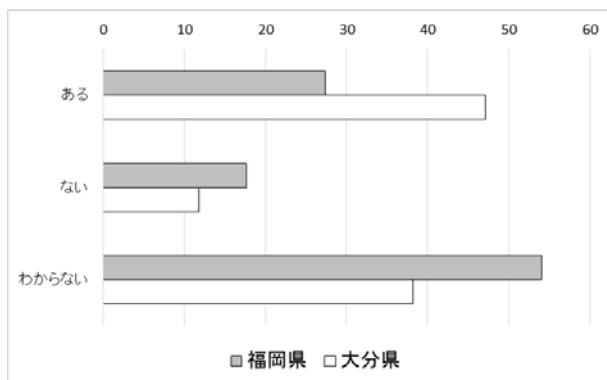
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
行政機関	41	36.3	15	44.1
保健師	18	15.9	2	5.9
産婦人科医	2	1.8	2	5.9
精神科医	16	14.2	13	38.2
小児科医	8	7.1	1	2.9
心理士	7	6.2	0	0.0
保育士	1	0.9	0	0.0
看護師	1	0.9	1	2.9
メディカルソーシャルワーカー	23	20.4	4	11.8
その他	4	3.5	0	0.0
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



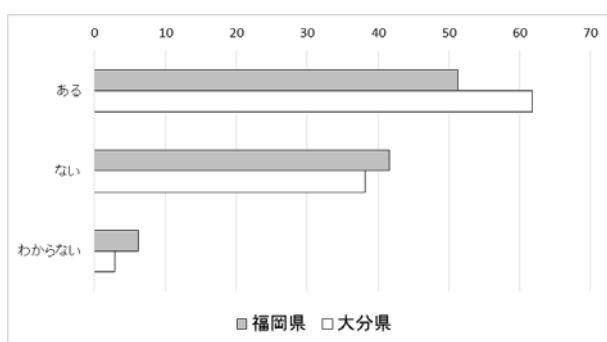
A 8 連携が特に必要と思われる主な理由は何ですか？（複数回答可）				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
母の精神疾患	72	63.7	27	79.4
母の知的障害	33	29.2	12	35.3
若年妊娠	51	45.1	18	52.9
妊娠葛藤	41	36.3	12	35.3
経済的困窮親	67	59.3	22	64.7
家族の精神疾患	22	19.5	7	20.6
妊娠健診未受診	40	35.4	12	35.3
妊娠後期の妊娠届け	11	9.7	5	14.7
養育能力不全	74	65.5	16	47.1
虐待防止	67	59.3	21	61.8
多胎	6	5.3	0	0.0
その他	2	1.8	0	0.0
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



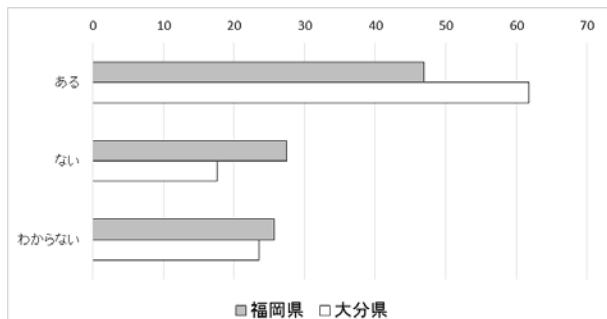
A 9 地域の中で周産期のメンタルヘルスの問題（妊婦・褥婦の精神疾患等）を診ている精神科はありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
ある	31	27.4	16	47.1
ない	20	17.7	4	11.8
わからない	61	54.0	13	38.2



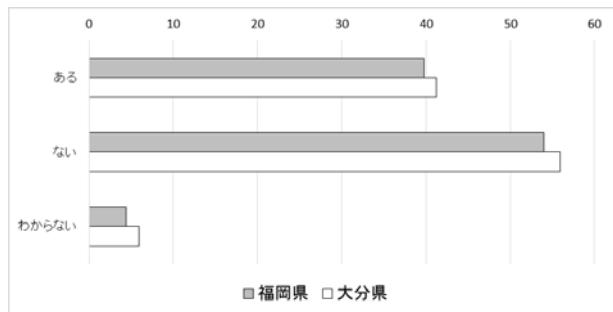
A 10 特定妊婦の情報を何らかの形で、行政機関と共有または提供したことはありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
ある	58	51.3	21	61.8
ない	47	41.6	13	38.2
わからない	7	6.2	1	2.9



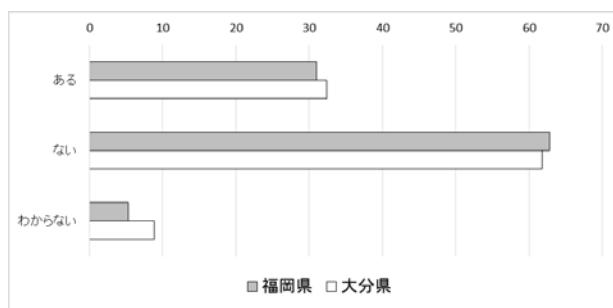
A 11 行政機関との間で、母子保健支援に関する連絡票等はありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
ある	53	46.9	21	61.8
ない	31	27.4	6	17.6
わからない	29	25.7	8	23.5



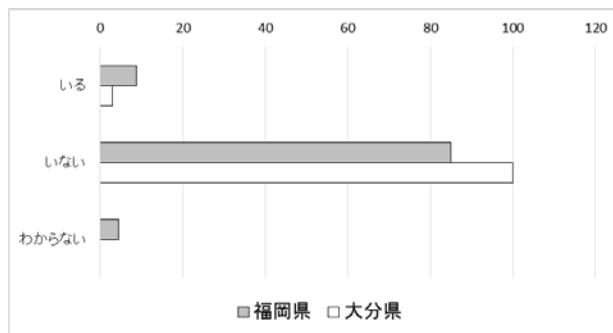
A 14 特定妊婦の情報を何らかの形で、精神科医療機関と共有したことはありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
ある	45	39.8	14	41.2
ない	61	54.0	19	55.9
わからない	5	4.4	2	5.9



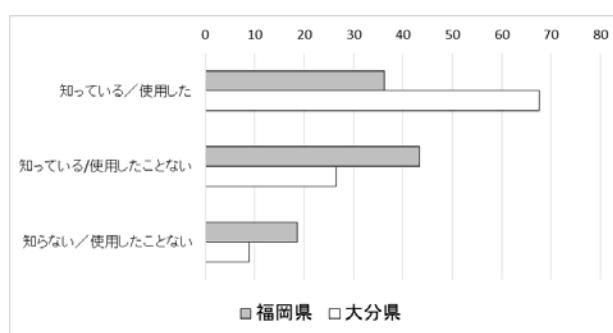
A 15 特定妊婦の情報を何らかの形で、小児科医療機関と共有したことはありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
ある	35	31.0	11	32.4
ない	71	62.8	21	61.8
わからない	6	5.3	3	8.8



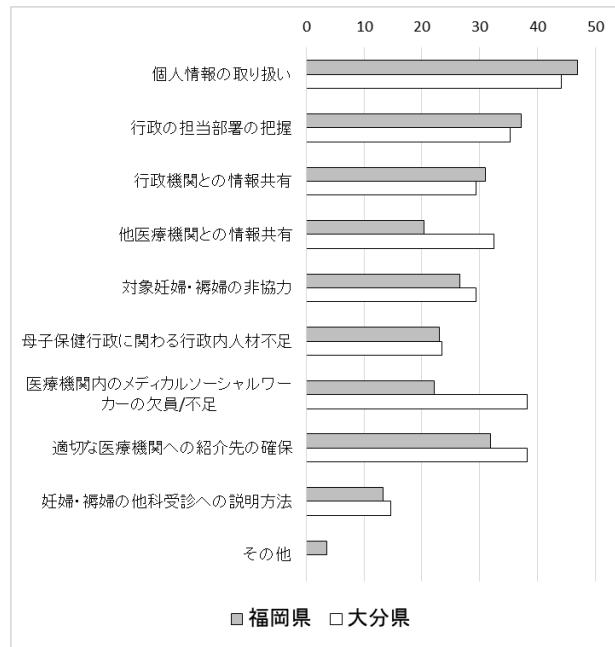
A 16 貴医療機関には周産期医療を担当されるメディカルソーシャルワーカーはおられますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
いる	10	8.8	1	2.9
ない	96	85.0	34	100.0
わからない	5	4.4	0	0.0



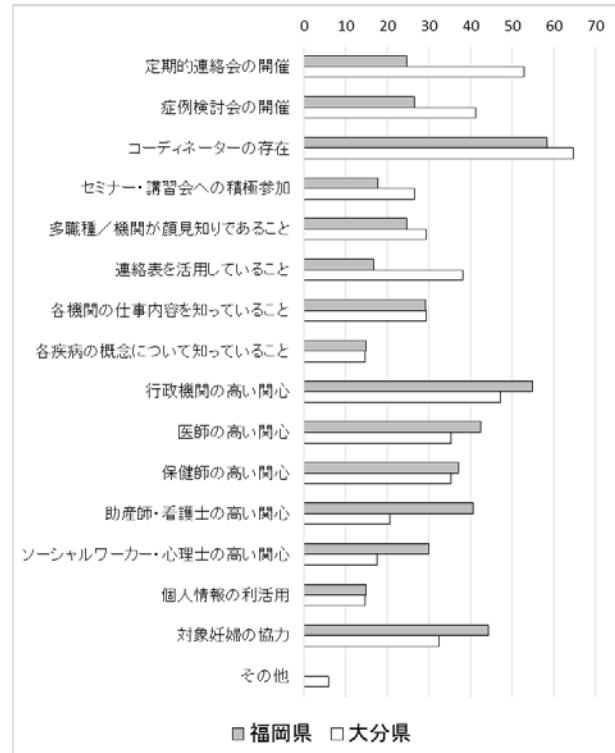
A 17 エジンバラ産後うつ病自己尺度(Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS)をご存知ですか／ご使用されたことがありますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
知っている／使用した	41	36.3	23	67.6
知っている／使用したことない	49	43.4	9	26.5
知らない／使用したことない	21	18.6	3	8.8



A18 行政機関・他科医療機関との連携のために困っておられることは何ですか？（複数回答可）		福岡県		大分県	
		件数	率 (%)	件数	率 (%)
個人情報の取り扱い		53	46.9	15	44.1
行政の担当部署の把握		42	37.2	12	35.3
行政機関との情報共有		35	31.0	10	29.4
他医療機関との情報共有		23	20.4	11	32.4
対象妊婦・配偶者の非協力		30	26.5	10	29.4
母子保健行政に関わる行政内人材不足		26	23.0	8	23.5
医療機関内のメディカルソーシャルワーカーの欠員/不足		25	22.1	13	38.2
適切な医療機関への紹介先の確保		36	31.9	13	38.2
妊婦・配偶者の他科受診への説明方法		15	13.3	5	14.7
その他		4	3.5	0	0.0
その他の場合の入力内容		0	0.0	0	0.0

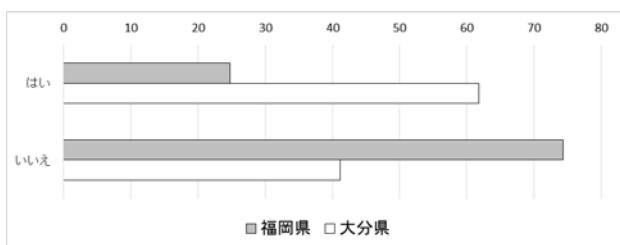


A19 妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携推進のために大切なことはなにでしょか？（複数回答可）		福岡県		大分県	
		件数	率 (%)	件数	率 (%)
定期的連絡会の開催		28	24.8	18	52.9
症例検討会の開催		30	26.5	14	41.2
コーディネーターの存在		66	58.4	22	64.7
セミナー・講習会への積極参加		20	17.7	9	26.5
多職種／機関が顔見知りであること		28	24.8	10	29.4
連絡表を活用していること		19	16.8	13	38.2
各機関の仕事内容を知っていること		33	29.2	10	29.4
各疾病の概念について知っていること		17	15.0	5	14.7
行政機関の高い関心		62	54.9	16	47.1
医師の高い関心		48	42.5	12	35.3
保健師の高い関心		42	37.2	12	35.3
助産師・看護士の高い関心		46	40.7	7	20.6
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心		34	30.1	6	17.6
個人情報の利活用		17	15.0	5	14.7
対象妊婦の協力		50	44.2	11	32.4
その他		0	0.0	2	5.9
その他の場合の入力内容		0	0.0	0	0.0



A 20 平成28年～29年にかけて一部、児童福祉法が改正されたことはご存知ですか？

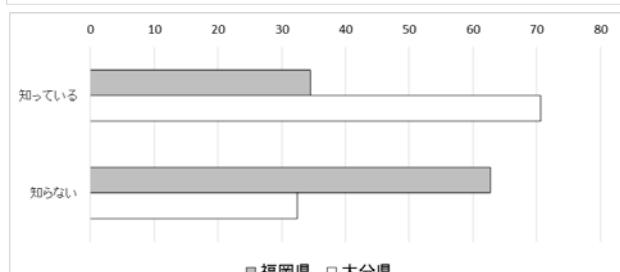
	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
はい	28	24.8	21	61.8
いいえ	84	74.3	14	41.2



A 21 改正された児童福祉法に下記内容が明記されたことはご存知ですか？

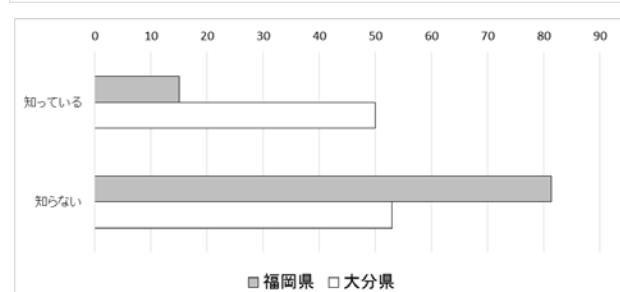
a. 医療機関や学校等は、支援を要する妊婦を把握した場合には、その情報を市町村に提供するよう努めること

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
知っている	39	34.5	24	70.6
知らない	71	62.8	11	32.4



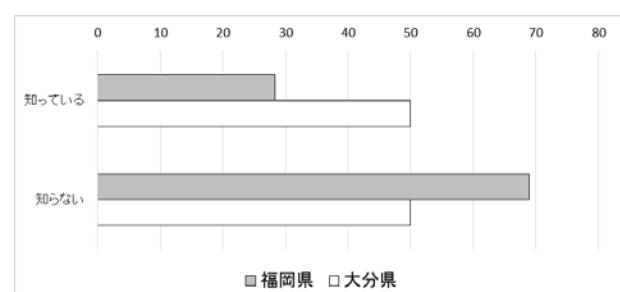
b. 市町村の要保護児童対策地域協議会が実効ある役割を果たすために、医師や心理士などの専門職を配備すること

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
知っている	17	15.0	17	50.0
知らない	92	81.4	18	52.9



c. 都道府県の業務として、里親支援の推進、養子縁組に関する相談・支援が明記されたこと

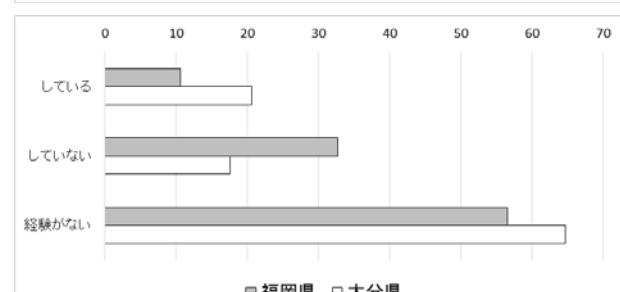
	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
知っている	32	28.3	17	50.0
知らない	78	69.0	17	50.0



A 22 児童虐待のハイリスク妊婦／褥婦に遭遇した場合の対応についてお聞きします。

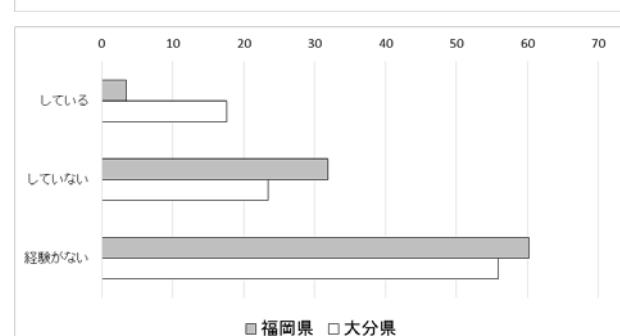
a. 里親制度について母親に情報提供していますか？

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
している	12	10.6	7	20.6
していない	37	32.7	6	17.6
経験がない	64	56.6	22	64.7

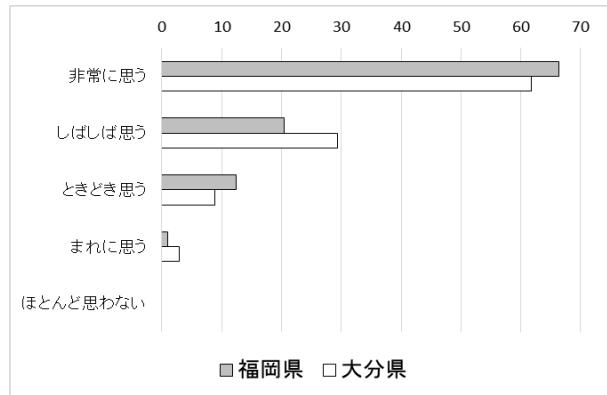


b. その場合、斡旋団体を紹介していますか？

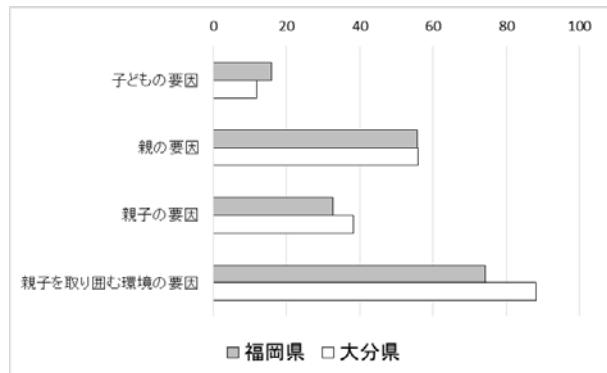
	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
している	4	3.5	6	17.6
していない	36	31.9	8	23.5
経験がない	68	60.2	19	55.9



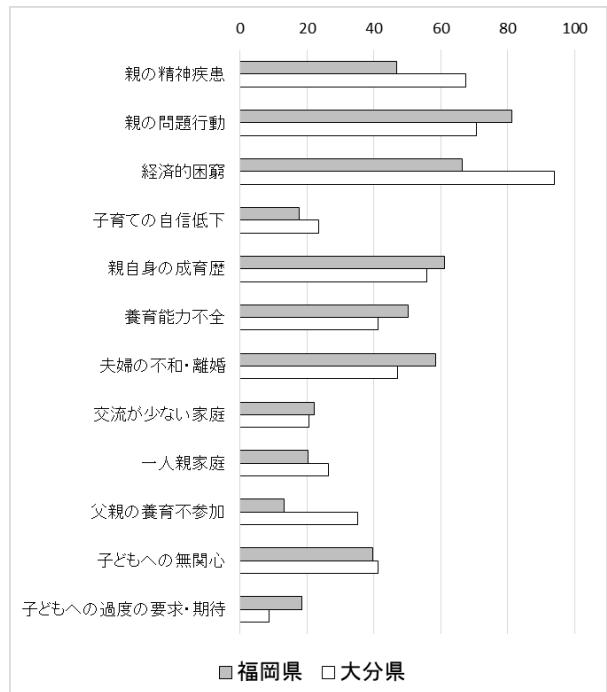
C 1 子どもの心の問題は、親の心の問題（親子関係、親の病気等）が関係していると思いますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
非常に思う	75	66.4	21	61.8
しばしば思う	23	20.4	10	29.4
ときどき思う	14	12.4	3	8.8
まれに思う	1	0.9	1	2.9
ほとんど思わない	0	0.0	0	0.0



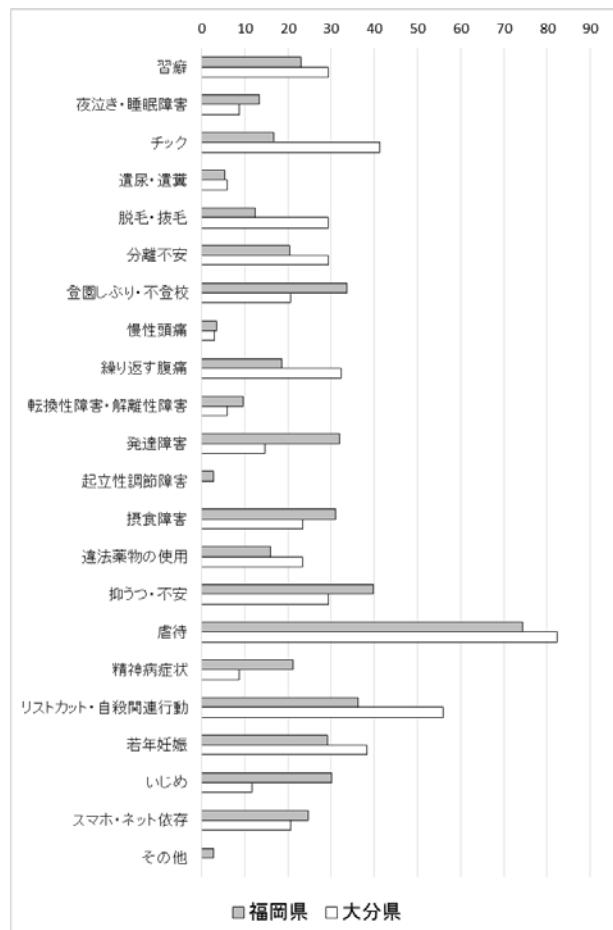
C 2 保護者が感じる「育てにくさ」の主要な要因は以下のどれだと思われますか？ 2つ選んでください。				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
子どもの要因	18	15.9	4	11.8
親の要因	63	55.8	19	55.9
親子の要因	37	32.7	13	38.2
親子を取り囲む環境の要因	84	74.3	30	88.2



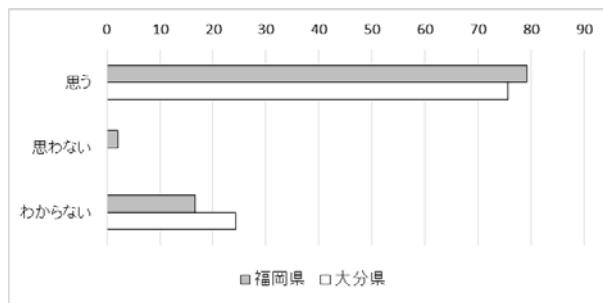
C 3 親の心の問題、またはその問題の背景として重要と思われるものはどれですか？ 5つを選び、（ ）に○をつけてください。				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
親の精神疾患	53	46.9	23	67.6
親の問題行動	92	81.4	24	70.6
経済的困窮	75	66.4	32	94.1
子育ての自信低下	20	17.7	8	23.5
親自身の成育歴	69	61.1	19	55.9
養育能力不全	57	50.4	14	41.2
夫婦の不和・離婚	66	58.4	16	47.1
交流が少ない家庭	25	22.1	7	20.6
一人親家庭	23	20.4	9	26.5
父親の養育不参加	15	13.3	12	35.3
子どもへの無関心	45	39.8	14	41.2
子どもへの過度の要求・期待	21	18.6	3	8.8



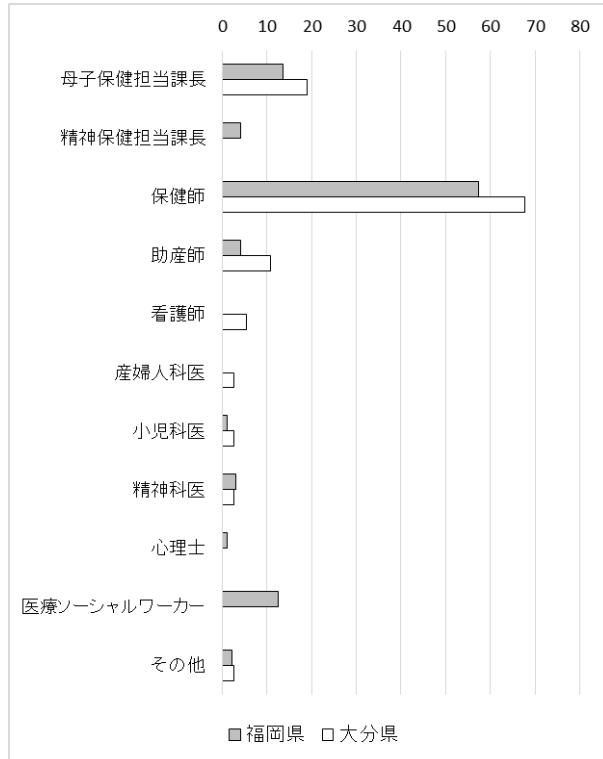
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
習癖	26	23.0	10	29.4
夜泣き・睡眠障害	15	13.3	3	8.8
チック	19	16.8	14	41.2
遺尿・遺糞	6	5.3	2	5.9
脱毛・抜毛	14	12.4	10	29.4
分離不安	23	20.4	10	29.4
登園しぶり・不登校	38	33.6	7	20.6
慢性頭痛	4	3.5	1	2.9
繰り返す腹痛	21	18.6	11	32.4
転換性障害・解離性障害	11	9.7	2	5.9
発達障害	36	31.9	5	14.7
起立性調節障害	3	2.7	0	0.0
摂食障害	35	31.0	8	23.5
違法薬物の使用	18	15.9	8	23.5
抑うつ・不安	45	39.8	10	29.4
虐待	84	74.3	28	82.4
精神病症状	24	21.2	3	8.8
リストカット・自殺関連行動	41	36.3	19	55.9
若年妊娠	33	29.2	13	38.2
いじめ	34	30.1	4	11.8
スマホ・ネット依存	28	24.8	7	20.6
その他	3	2.7	0	0.0
その他の場合の入力内容				



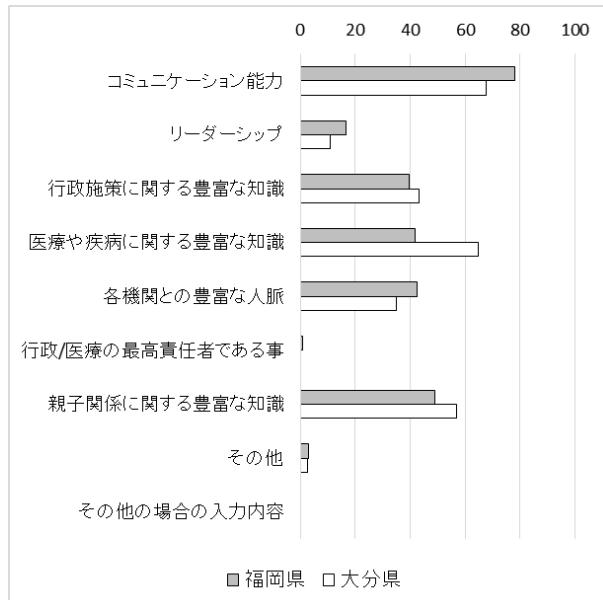
A1 市町村単位にコーディネーターが必要か？（妊娠期～乳児期）				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
思う	76	79.2	28	75.7
思わない	2	2.1	0	0.0
わからない	16	16.7	9	24.3



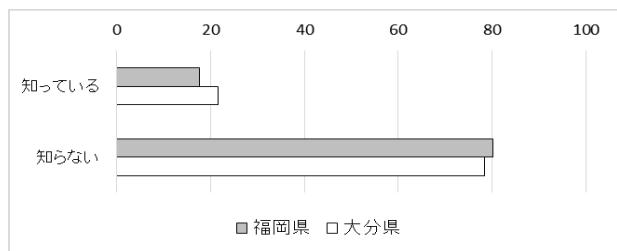
A2 コーディネーターは誰が適任か？（妊娠期～乳児期）				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
母子保健担当課長	13	13.5	7	18.9
精神保健担当課長	4	4.2	0	0.0
保健師	55	57.3	25	67.6
助産師	4	4.2	4	10.8
看護師	0	0.0	2	5.4
産婦人科医	0	0.0	1	2.7
小児科医	1	1.0	1	2.7
精神科医	3	3.1	1	2.7
心理士	1	1.0	0	0.0
医療ソーシャルワーカー	12	12.5	0	0.0
その他	2	2.1	1	2.7
その他の手書きの場合	0	0.0	0	0.0



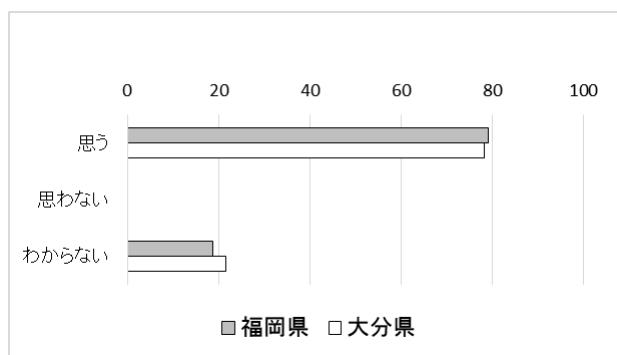
A3 コーディネーターに求められるスキルは？（妊娠期～乳児期） 1つ選択				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
コミュニケーション能力	75	78.1	25	67.6
リーダーシップ	16	16.7	4	10.8
行政施策に関する豊富な知識	38	39.6	16	43.2
医療や疾病に関する豊富な知識	40	41.7	24	64.9
各機関との豊富な人脈	41	42.7	13	35.1
行政/医療の最高責任者である事	1	1.0	0	0.0
親子関係に関する豊富な知識	47	49.0	21	56.8
その他	3	3.1	1	2.7
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



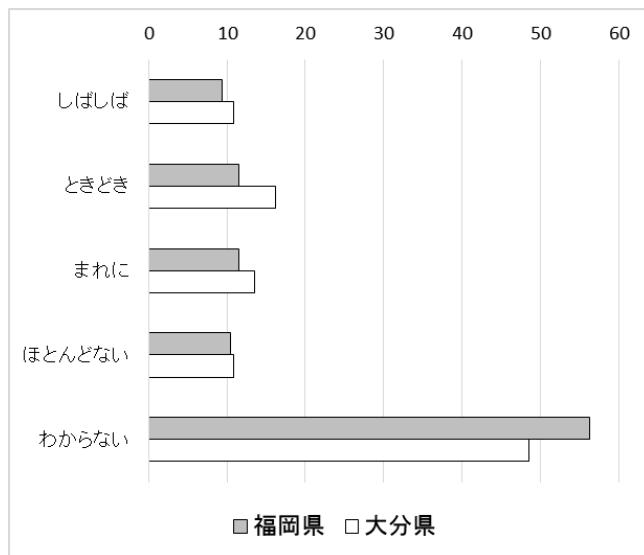
A4 子育て世代包括支援センターの設置は知っているか？		福岡県		大分県	
		件数	率 (%)	件数	率 (%)
知っている		17	17.7	8	21.6
知らない		77	80.2	29	78.4



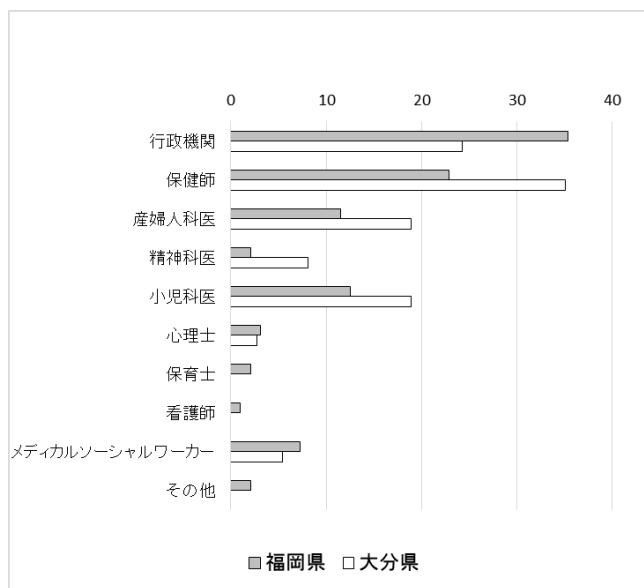
A5 子育て世代包括支援センターにコーディネーター配置は必要か？（妊娠期～乳児期）		福岡県		大分県	
		件数	率 (%)	件数	率 (%)
思う		76	79.2	29	78.4
思わない		0	0.0	0	0.0
わからない		18	18.8	8	21.6



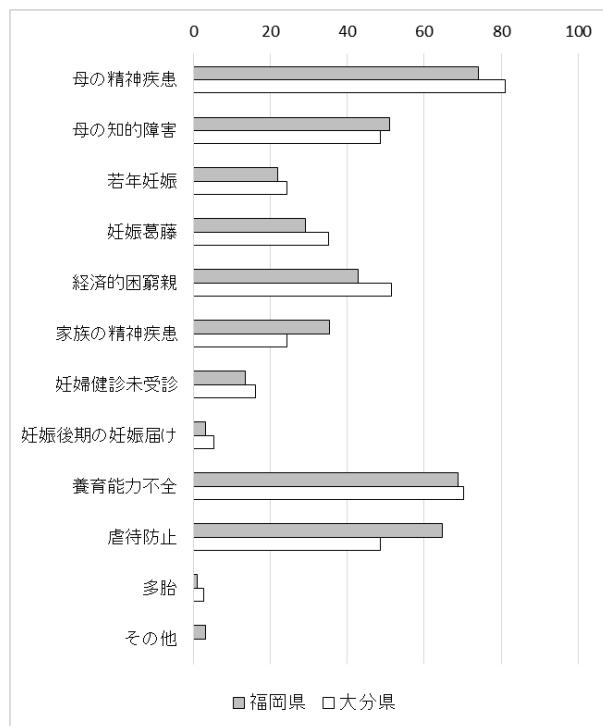
A6 多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施？（妊娠期～乳児期）		福岡県		大分県	
		件数	率 (%)	件数	率 (%)
しばしば		9	9.4	4	10.8
ときどき		11	11.5	6	16.2
まれに		11	11.5	5	13.5
ほとんどない		10	10.4	4	10.8
わからない		54	56.3	18	48.6



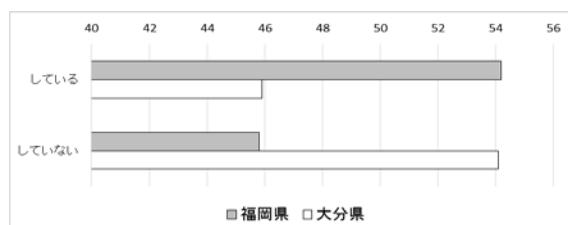
A7 多職種連携のため連携を強化したい機関／職種は？（妊娠期～乳児期） 1つ選択		福岡県		大分県	
		件数	率 (%)	件数	率 (%)
行政機関		34	35.4	9	24.3
保健師		22	22.9	13	35.1
産婦人科医		11	11.5	7	18.9
精神科医		2	2.1	3	8.1
小児科医		12	12.5	7	18.9
心理士		3	3.1	1	2.7
保育士		2	2.1	0	0.0
看護師		1	1.0	0	0.0
メディカルソーシャルワーカー		7	7.3	2	5.4
その他		2	2.1	0	0.0
その他の場合の入力内容		0	0.0	0	0.0



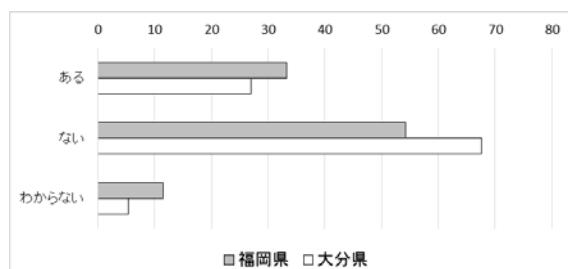
A8 連携が特に必要な理由は？（妊娠期～乳児期）（複数選択）				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
母の精神疾患	71	74.0	30	81.1
母の知的障害	49	51.0	18	48.6
若年妊娠	21	21.9	9	24.3
妊娠葛藤	28	29.2	13	35.1
経済的困窮親	41	42.7	19	51.4
家族の精神疾患	34	35.4	9	24.3
妊娠健診未受診	13	13.5	6	16.2
妊娠後期の妊娠届け	3	3.1	2	5.4
養育能力不全	66	68.8	26	70.3
虐待防止	62	64.6	18	48.6
多胎	1	1.0	1	2.7
その他	3	3.1	0	0.0
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



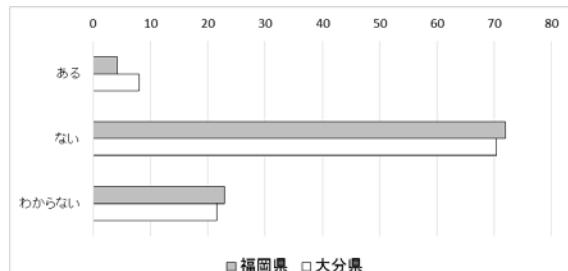
A9 周産期メンタルヘルスの診療をされていますか？				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
している	52	54.2	17	45.9
していない	44	45.8	20	54.1



A10 特定妊娠に関する情報を行政機関と共有は？				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
ある	32	33.3	10	27.0
ない	52	54.2	25	67.6
わからない	11	11.5	2	5.4

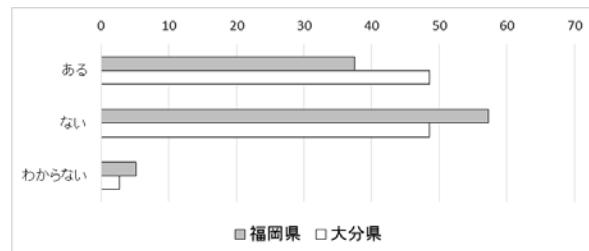


A11 行政機関と母子保健支援に関する連絡票は？				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
ある	4	4.2	3	8.1
ない	69	71.9	26	70.3
わからない	22	22.9	8	21.6



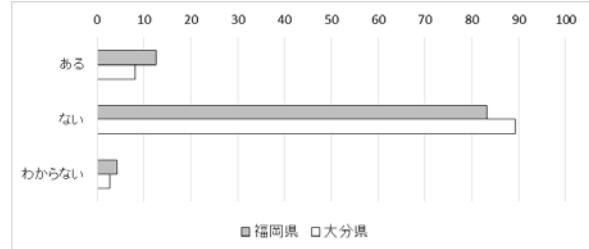
A14 特定妊婦情報、産科医療機関と共有は？

	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
ある	36	37.5	18	48.6
ない	55	57.3	18	48.6
わからない	5	5.2	1	2.7



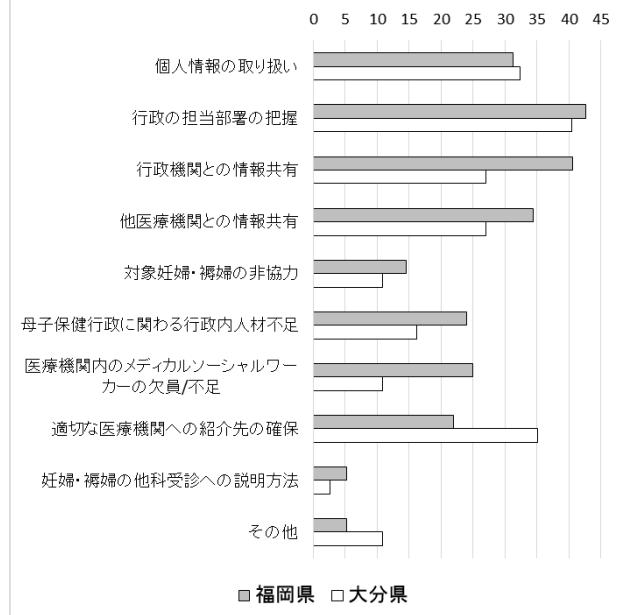
A15 特定妊婦情報、小児科医療機関と共有は？

	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
ある	12	12.5	3	8.1
ない	80	83.3	33	89.2
わからない	4	4.2	1	2.7

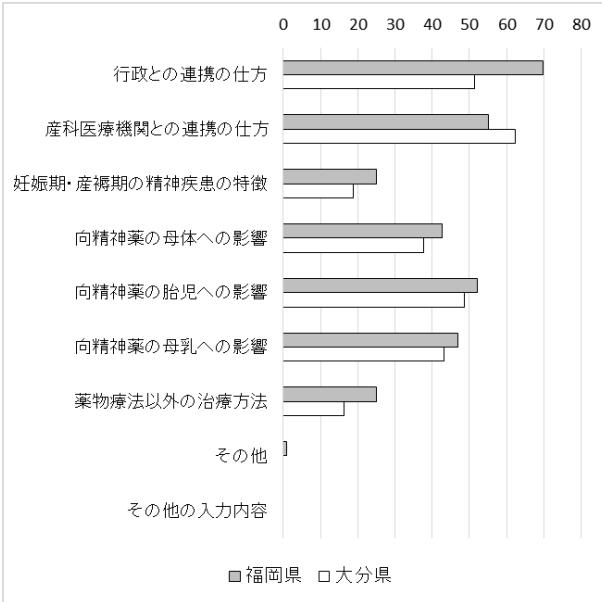


A16 行政機関・医療機関との連携のために困っておられるることは？（複数選択）

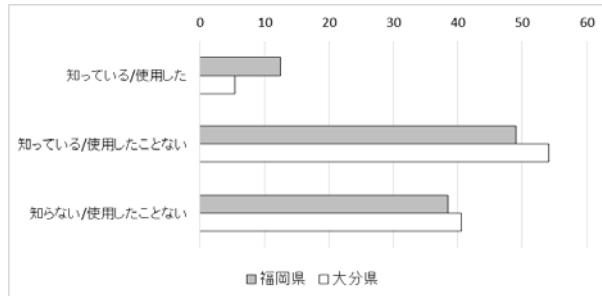
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
個人情報の取り扱い	30	31.3	12	32.4
行政の担当部署の把握	41	42.7	15	40.5
行政機関との情報共有	39	40.6	10	27.0
他医療機関との情報共有	33	34.4	10	27.0
対象妊婦・褥婦の非協力	14	14.6	4	10.8
母子保健行政に関わる行政内人材不足	23	24.0	6	16.2
医療機関内のメディカルソーシャルワーカーの欠員/不足	24	25.0	4	10.8
適切な医療機関への紹介先の確保	21	21.9	13	35.1
妊婦・褥婦の他科受診への説明方法	5	5.2	1	2.7
その他	5	5.2	4	10.8
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



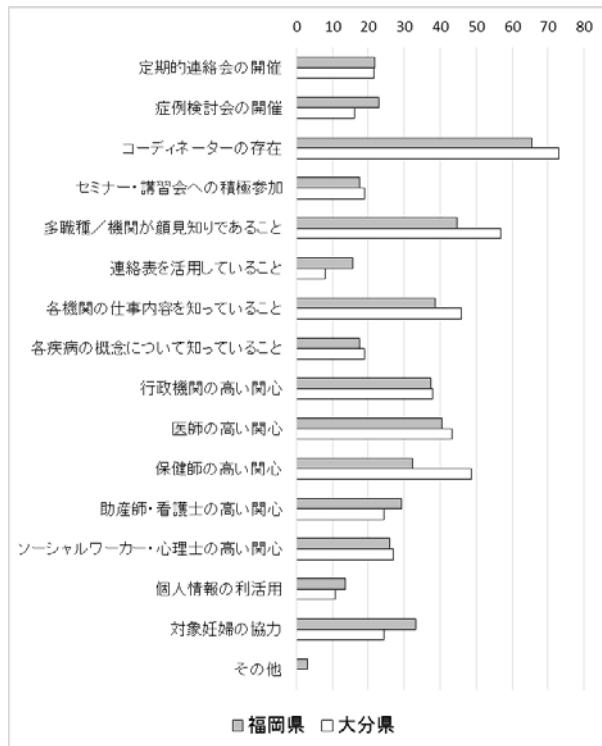
A17 周産期のメンタルヘルス診察で知っておきたいことは？（複数選択）				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
行政との連携の仕方	67	69.8	19	51.4
産科医療機関との連携の仕方	53	55.2	23	62.2
妊娠期・産褥期の精神疾患の特徴	24	25.0	7	18.9
向精神薬の母体への影響	41	42.7	14	37.8
向精神薬の胎児への影響	50	52.1	18	48.6
向精神薬の母乳への影響	45	46.9	16	43.2
薬物療法以外の治療方法	24	25.0	6	16.2
その他	1	1.0	0	0.0
その他の入力内容	0	0.0	0	0.0



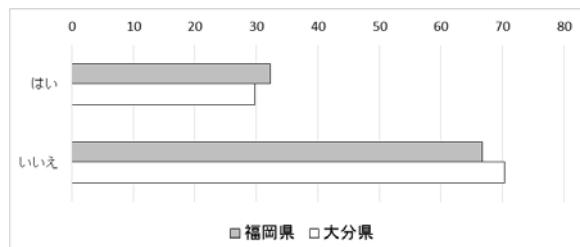
A18 エジンバラ産後うつ病自己尺度(EPDS) を知っている／使用した？				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
知っている／使用した	12	12.5	2	5.4
知っている／使用したことない	47	49.0	20	54.1
知らない／使用したことない	37	38.5	15	40.5



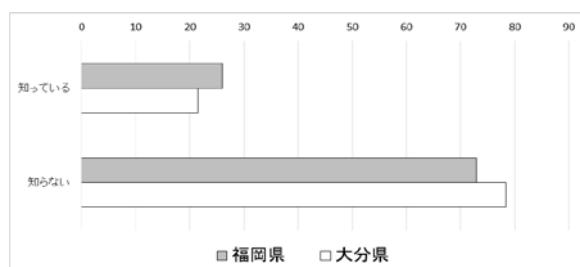
A19 多職種連携推進のため大切なことは？（妊娠期～乳児期）（複数選択）				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
定期的連絡会の開催	21	21.9	8	21.6
症例検討会の開催	22	22.9	6	16.2
コーディネーターの存在	63	65.6	27	73.0
セミナー・講習会への積極参加	17	17.7	7	18.9
多職種／機関が顔見知りであること	43	44.8	21	56.8
連絡表を活用していること	15	15.6	3	8.1
各機関の仕事内容を知っていること	37	38.5	17	45.9
各疾病的概念について知っていること	17	17.7	7	18.9
行政機関の高い関心	36	37.5	14	37.8
医師の高い関心	39	40.6	16	43.2
保健師の高い関心	31	32.3	18	48.6
助産師・看護士の高い関心	28	29.2	9	24.3
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	25	26.0	10	27.0
個人情報の利活用	13	13.5	4	10.8
対象妊婦の協力	32	33.3	9	24.3
その他	3	3.1	0	0.0
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



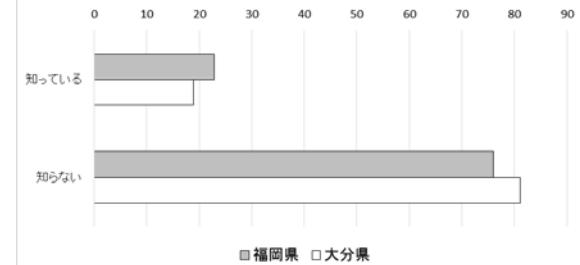
A20 児童福祉法が改正されたことは知っている？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
はい	31	32.3	11	29.7
いいえ	64	66.7	26	70.3



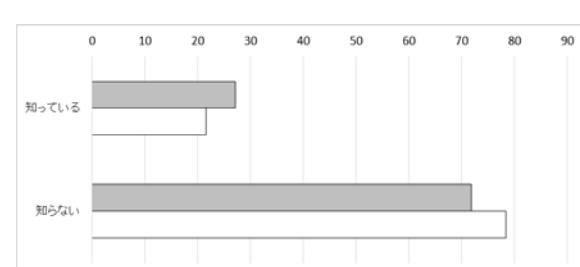
A21 児童福祉法に下記が明記されたことはご知っている？				
a. 医療機関や学校等は、支援を要する妊婦を把握した場合には、その情報を市町村に提供するよう努めること	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
知っている	25	26.0	8	21.6
知らない	70	72.9	29	78.4



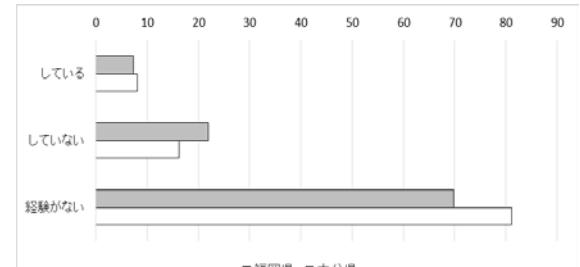
b. 市町村の要保護児童対策地域協議会が実効ある役割を果たすために、医師や心理士などの専門職を配備すること				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
知っている	22	22.9	7	18.9
知らない	73	76.0	30	81.1



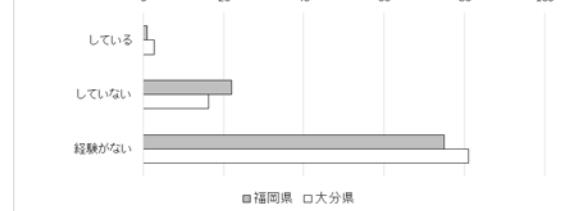
c. 都道府県の業務として、里親支援の推進、養子縁組に関する相談・支援が明記されたこと				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
知っている	26	27.1	8	21.6
知らない	69	71.9	29	78.4



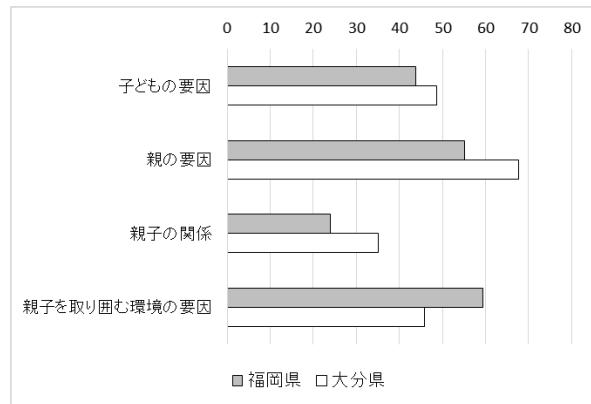
A22 児童虐待のハイリスク妊婦／漸婦に遭遇した場合の対応				
a. 里親制度について母親に情報提供は？	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
している	7	7.3	3	8.1
していない	21	21.9	6	16.2
経験がない	67	69.8	30	81.1



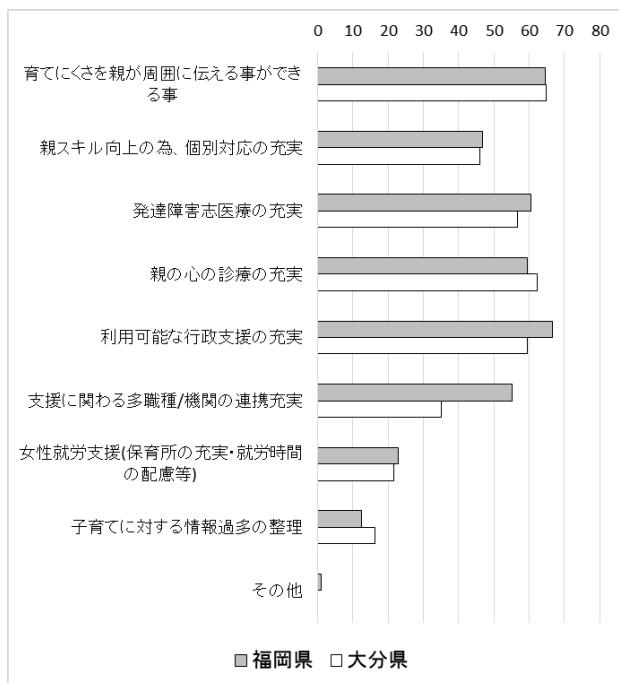
b. その場合、斡旋団体を紹介は？				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
している	1	1.0	1	2.7
していない	21	21.9	6	16.2
経験がない	72	75.0	30	81.1



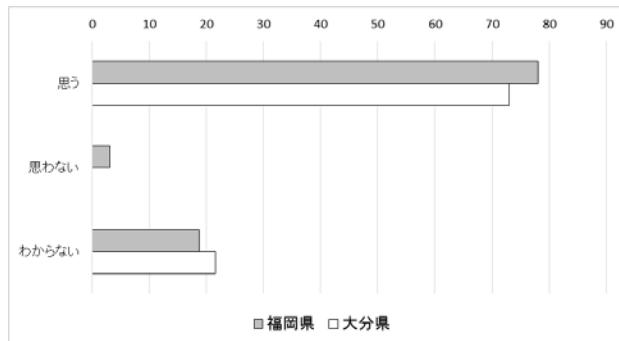
B1 「育てにくさ」の主な要因は？（乳幼児期） 2つ選択				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
子どもの要因	42	43.8	18	48.6
親の要因	53	55.2	25	67.6
親子の関係	23	24.0	13	35.1
親子を取り囲む環境の要因	57	59.4	17	45.9



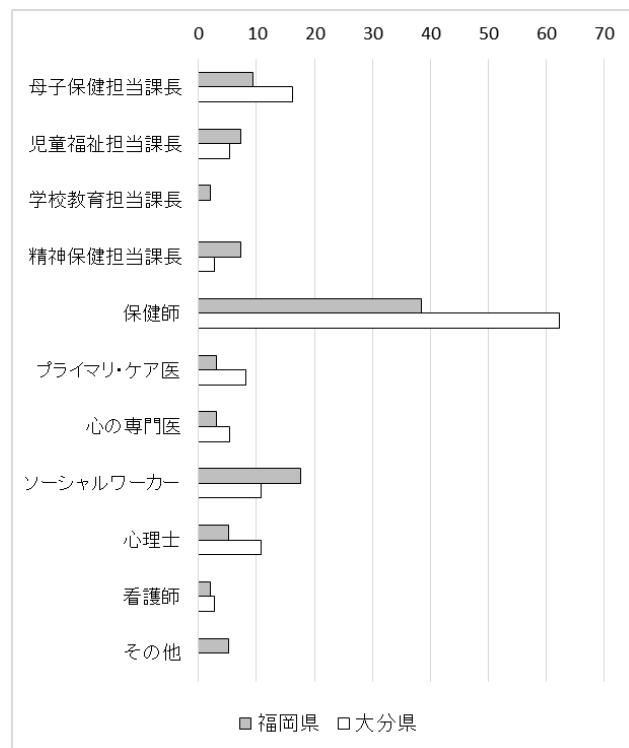
B2 「育てにくさ」の支援のため何が必要？（乳幼児期）（複数選択）				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
育てにくさを親が周囲に伝える事ができる事	62	64.6	24	64.9
親スキル向上の為、個別対応の充実	45	46.9	17	45.9
発達障害志医療の充実	58	60.4	21	56.8
親の心の診療の充実	57	59.4	23	62.2
利用可能な行政支援の充実	64	66.7	22	59.5
支援に関わる多職種/期間の連携充実	53	55.2	13	35.1
女性就労支援(保育所の充実・就労時間の配慮等)	22	22.9	8	21.6
子育てに対する情報過多の整理	12	12.5	6	16.2
その他	1	1.0	0	0.0
その他の入力内容	0	0.0	0	0.0



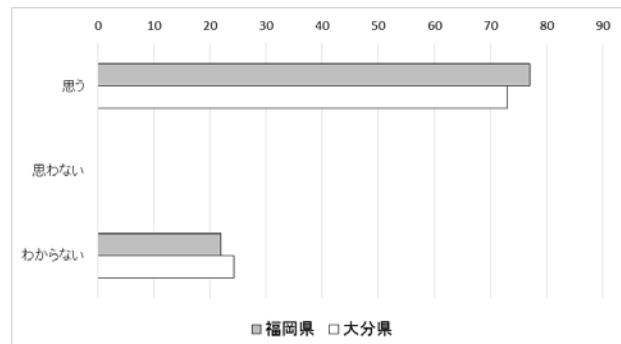
B3 育てにくさを感じる親子の心の診療に、市町村単位にコーディネーターが必要か？（乳児期）				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
思う	75	78.1	27	73.0
思わない	3	3.1	0	0.0
わからない	18	18.8	8	21.6



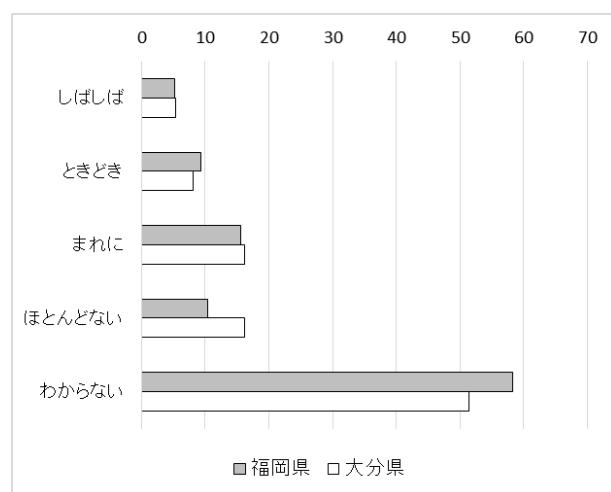
B4 コーディネーターは誰が適任か？（乳幼児期）（1つ選択）				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
母子保健担当課長	9	9.4	6	16.2
児童福祉担当課長	7	7.3	2	5.4
学校教育担当課長	2	2.1	0	0.0
精神保健担当課長	7	7.3	1	2.7
保健師	37	38.5	23	62.2
プライマリ・ケア医	3	3.1	3	8.1
心の専門医	3	3.1	2	5.4
ソーシャルワーカー	17	17.7	4	10.8
心理士	5	5.2	4	10.8
看護師	2	2.1	1	2.7
その他	5	5.2	0	0.0
その他の入力内容	0	0.0	0	0.0



B5 コーディネーターを、「子育て世代包括支援センターに配置は必要？」（乳幼児期）				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
思う	74	77.1	27	73.0
思わない	0	0.0	0	0.0
わからない	21	21.9	9	24.3

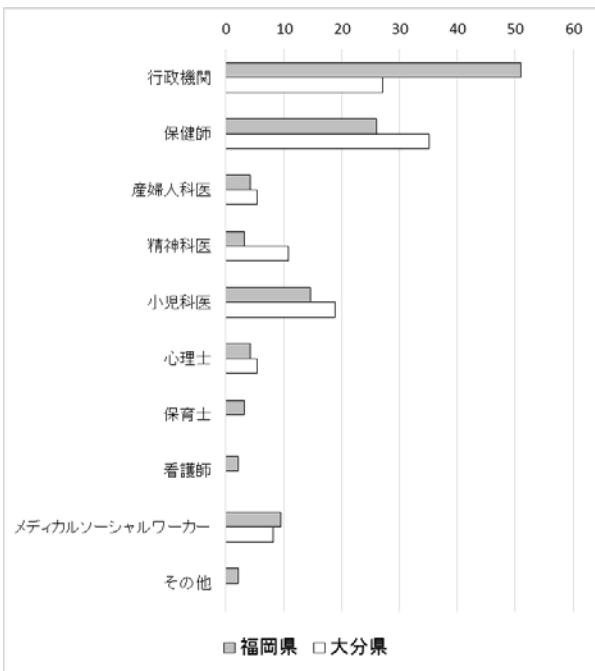


B6 多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施？（乳幼児期）				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
しばしば	5	5.2	2	5.4
ときどき	9	9.4	3	8.1
まれに	15	15.6	6	16.2
ほとんどない	10	10.4	6	16.2
わからない	56	58.3	19	51.4



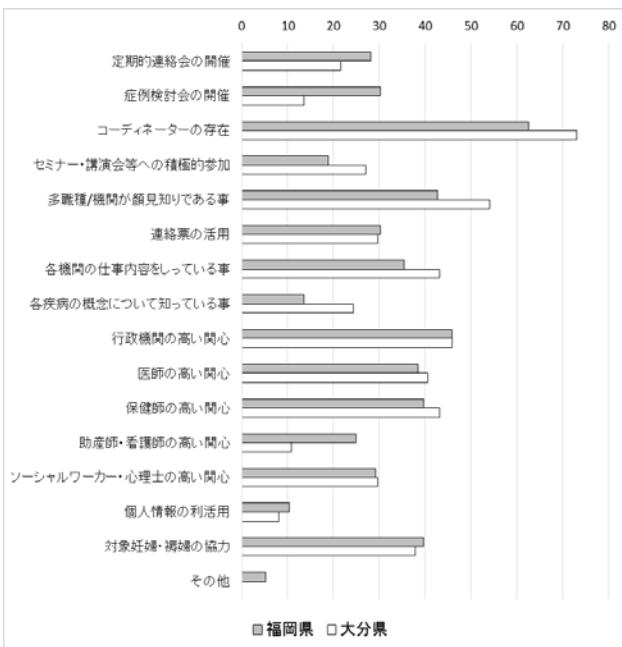
B7 多職種連携のため連携を強化したい機関／職種は？（乳幼児期）

	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
行政機関	49	51.0	10	27.0
保健師	25	26.0	13	35.1
産婦人科医	4	4.2	2	5.4
精神科医	3	3.1	4	10.8
小児科医	14	14.6	7	18.9
心理士	4	4.2	2	5.4
保育士	3	3.1	0	0.0
看護師	2	2.1	0	0.0
メディカルソーシャルワーカー	9	9.4	3	8.1
その他	2	2.1	0	0.0
その他の入力内容	0	0.0	0	0.0

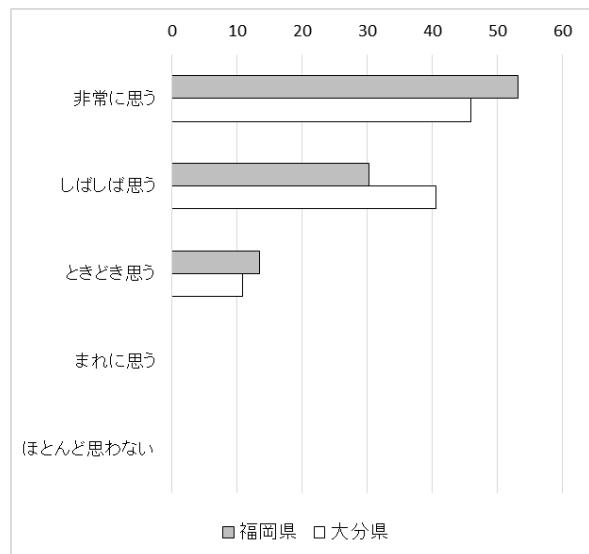


B8 多職種連携推進のため大切なことは？（乳幼児期）（複数選択）

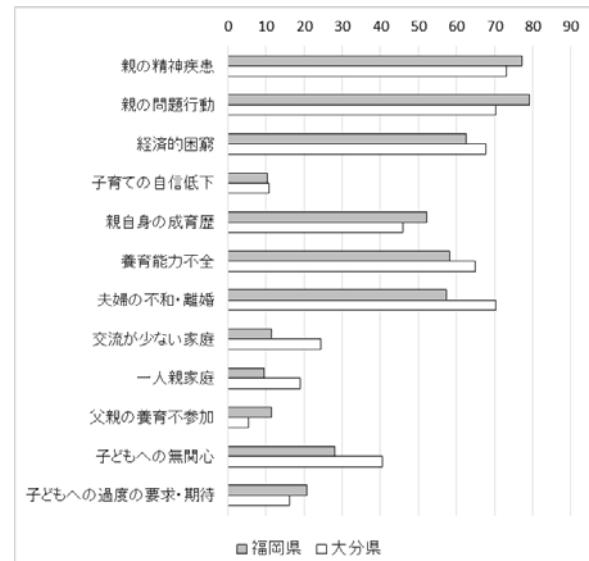
	福岡県		大分県	
	件数	率(%)	件数	率(%)
定期的連絡会の開催	27	28.1	8	21.6
症例検討会の開催	29	30.2	5	13.5
コーディネーターの存在	60	62.5	27	73.0
セミナー・講演会等への積極的参加	18	18.8	10	27.0
多職種/期間が顔見知りである事	41	42.7	20	54.1
連絡票の活用	29	30.2	11	29.7
各機関の仕事内容をしつている事	34	35.4	16	43.2
各疾患の概念について知っている事	13	13.5	9	24.3
行政機関の高い関心	44	45.8	17	45.9
医師の高い関心	37	38.5	15	40.5
保健師の高い関心	38	39.6	16	43.2
助産師・看護師の高い関心	24	25.0	4	10.8
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	28	29.2	11	29.7
個人情報の利活用	10	10.4	3	8.1
対象妊婦・配偶者の協力	38	39.6	14	37.8
その他	5	5.2	0	0.0
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0



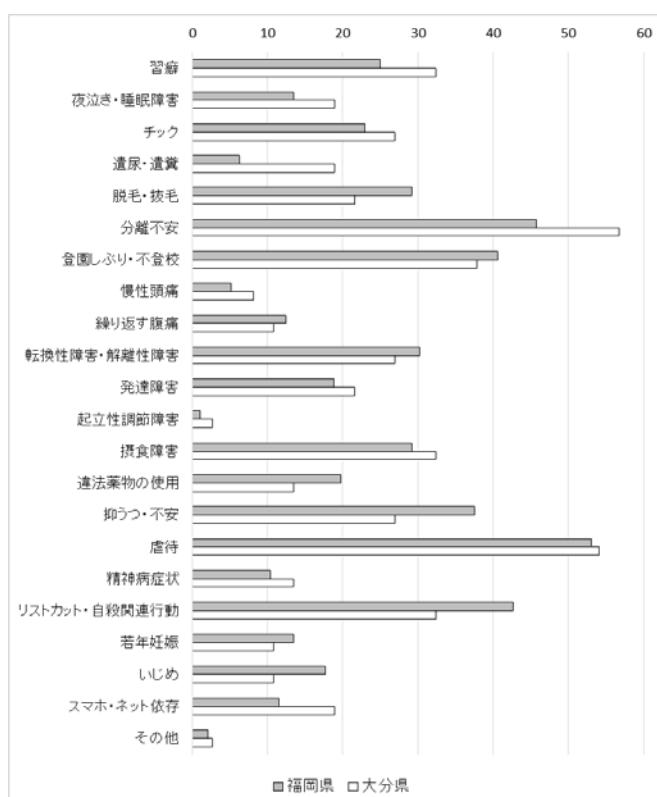
C1 子どもの心の問題は、親の心の問題が関係？（学童～思春期）				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
非常に思う	51	53.1	17	45.9
しばしば思う	29	30.2	15	40.5
ときどき思う	13	13.5	4	10.8
まれに思う	0	0.0	0	0.0
ほとんど思わない	0	0.0	0	0.0



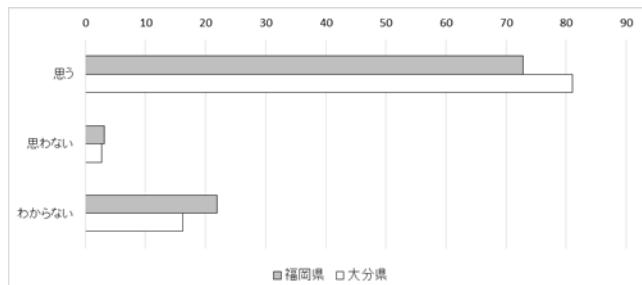
C2 親の心の問題、その問題の背景は？（学童～思春期）（5つ選択）				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
親の精神疾患	74	77.1	27	73.0
親の問題行動	76	79.2	26	70.3
経済的困窮	60	62.5	25	67.6
子育ての自信低下	10	10.4	4	10.8
親自身の成育歴	50	52.1	17	45.9
養育能力不全	56	58.3	24	64.9
夫婦の不和・離婚	55	57.3	26	70.3
交流が少ない家庭	11	11.5	9	24.3
一人親家庭	9	9.4	7	18.9
父親の養育不参加	11	11.5	2	5.4
子どもへの無関心	27	28.1	15	40.5
子どもへの過度の要求・期待	20	20.8	6	16.2



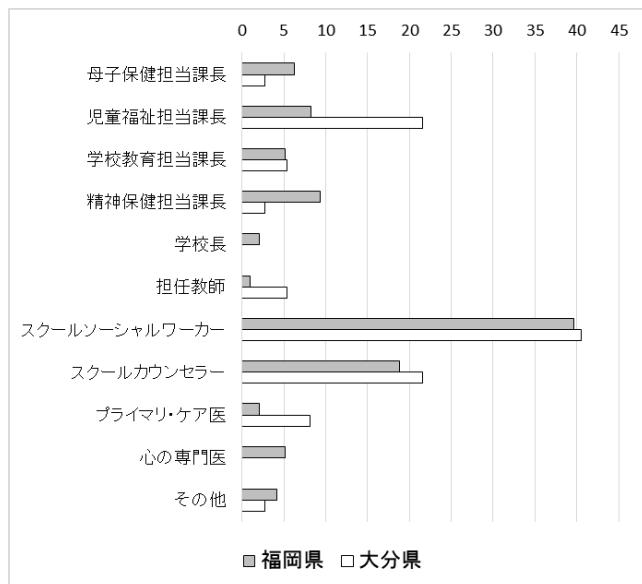
C3 家族の心の問題の関与が強い疾患は？					
	福岡県		大分県		
	件数	率(%)	件数	率(%)	
鬱病	24	25.0	12	32.4	
夜泣き・睡眠障害	13	13.5	7	18.9	
チック	22	22.9	10	27.0	
過尿・過糞	6	6.3	7	18.9	
脱毛・抜毛	28	29.2	8	21.6	
分離不安	44	45.8	21	56.8	
登園しぶり・不登校	39	40.6	14	37.8	
慢性頭痛	5	5.2	3	8.1	
繰り返す腹痛	12	12.5	4	10.8	
転換性障害・解離性障害	29	30.2	10	27.0	
発達障害	18	18.8	8	21.6	
起立性調節障害	1	1.0	1	2.7	
摂食障害	28	29.2	12	32.4	
違法薬物の使用	19	19.8	5	13.5	
抑うつ・不安	36	37.5	10	27.0	
虐待	51	53.1	20	54.1	
精神病症状	10	10.4	5	13.5	
リストカット・自殺関連行動	41	42.7	12	32.4	
若年妊娠	13	13.5	4	10.8	
いじめ	17	17.7	4	10.8	
スマホ・ネット依存	11	11.5	7	18.9	
その他	2	2.1	1	2.7	
その他の場合の入力内容	0	0.0	0	0.0	



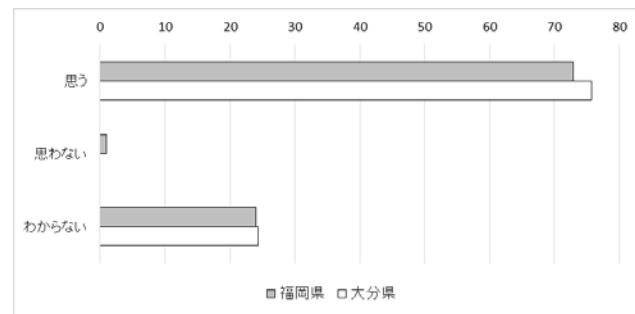
C4 親子の心の診療のために、各市町村単位にコーディネーターが必要か？（学童～思春期）					
	福岡県		大分県		
	件数	率(%)	件数	率(%)	
思う	70	72.9	30	81.1	
思わない	3	3.1	1	2.7	
わからない	21	21.9	6	16.2	



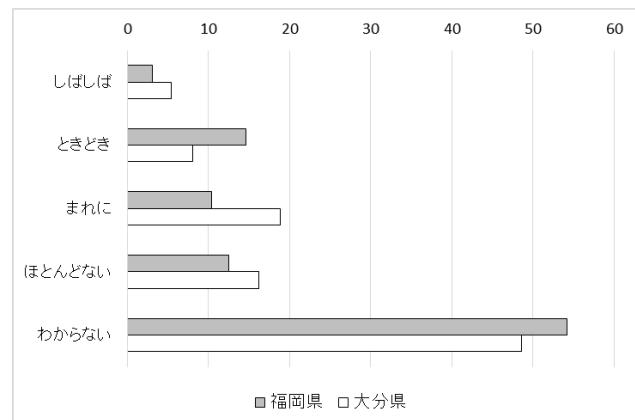
C5 コーディネーターとして誰が適任か？（学童～思春期）					
	福岡県		大分県		
	件数	率(%)	件数	率(%)	
母子保健担当課長	6	6.3	1	2.7	
児童福祉担当課長	8	8.3	8	21.6	
学校教育担当課長	5	5.2	2	5.4	
精神保健担当課長	9	9.4	1	2.7	
学校長	2	2.1	0	0.0	
担任教師	1	1.0	2	5.4	
スクールソーシャルワーカー	38	39.6	15	40.5	
スクールカウンセラー	18	18.8	8	21.6	
プライマリ・ケア医	2	2.1	3	8.1	
心の専門医	5	5.2	0	0.0	
その他	4	4.2	1	2.7	
その他の入力内容	0	0.0	0	0.0	



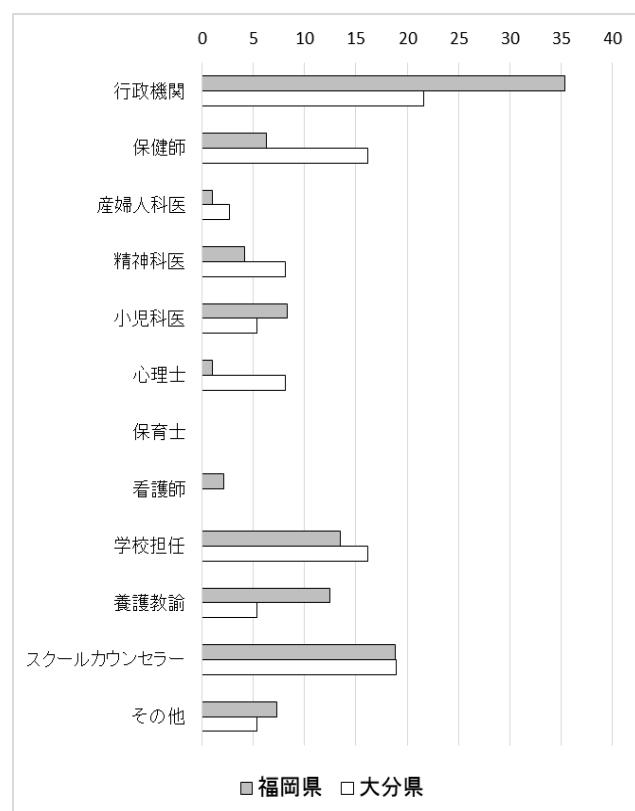
C6 コーディネーターを、「子育て世代包括支援センターに配置は必要? (学童~思春期)				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
思う	70	72.9	28	75.7
思わない	1	1.0	0	0.0
わからない	23	24.0	9	24.3



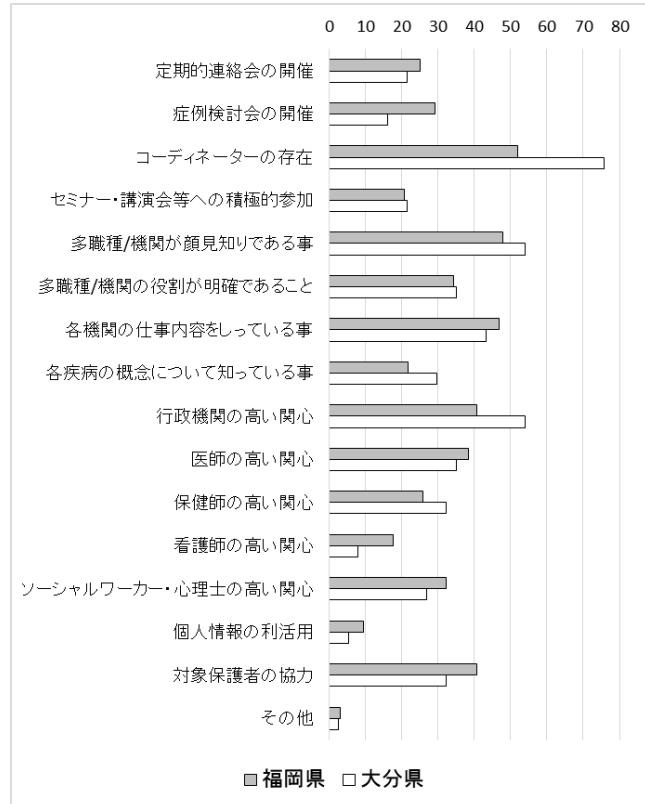
C7 多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施? (学童~思春期)				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
しばしば	3	3.1	2	5.4
ときどき	14	14.6	3	8.1
まれに	10	10.4	7	18.9
ほとんどない	12	12.5	6	16.2
わからない	52	54.2	18	48.6



C8 多職種連携のため連携を強化したい機関／職種は? (学童~思春期)				
	福岡県		大分県	
	件数	率 (%)	件数	率 (%)
行政機関	34	35.4	8	21.6
保健師	6	6.3	6	16.2
産婦人科医	1	1.0	1	2.7
精神科医	4	4.2	3	8.1
小児科医	8	8.3	2	5.4
心理士	1	1.0	3	8.1
保育士	0	0.0	0	0.0
看護師	2	2.1	0	0.0
学校担任	13	13.5	6	16.2
養護教諭	12	12.5	2	5.4
スクールカウンセラー	18	18.8	7	18.9
その他	7	7.3	2	5.4
その他の入力内容	0	0.0	0	0.0

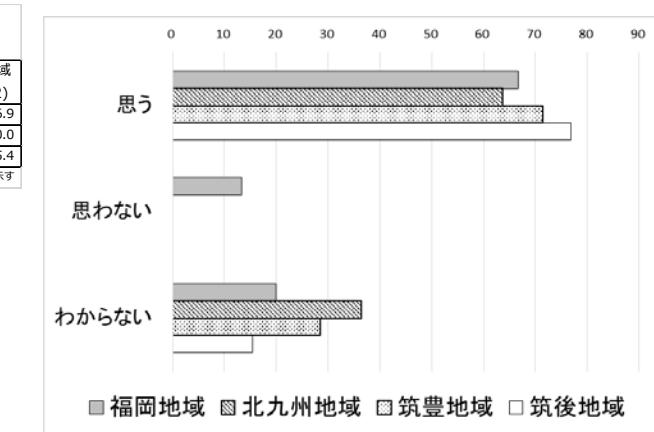


C9 職種連携推進のため大切なことは？（学童～思春期）（複数選択）				
	福岡県		大分県	
	件数	率（%）	件数	率（%）
定期的連絡会の開催	24	25.0	8	21.6
症例検討会の開催	28	29.2	6	16.2
コーディネーターの存在	50	52.1	28	75.7
セミナー・講演会等への積極的参加	20	20.8	8	21.6
多職種/機関が顔見知りである事	46	47.9	20	54.1
多職種/機関の役割が明確であること	33	34.4	13	35.1
各機関の仕事内容をしつている事	45	46.9	16	43.2
各疾病の概念について知っている事	21	21.9	11	29.7
行政機関の高い関心	39	40.6	20	54.1
医師の高い関心	37	38.5	13	35.1
保健師の高い関心	25	26.0	12	32.4
看護師の高い関心	17	17.7	3	8.1
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	31	32.3	10	27.0
個人情報の利活用	9	9.4	2	5.4
対象保護者の協力	39	40.6	12	32.4
その他	3	3.1	1	2.7
その他の場合の入力内容				



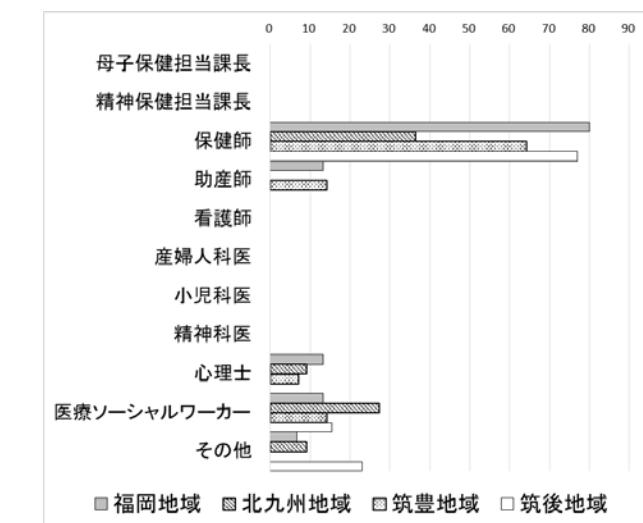
A1 妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携のためには、各市町村単位にコーディネーターが必要だと思いますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
思う	66.7	63.6	71.4	76.9
思わない	13.3	0.0	0.0	0.0
わからない	20.0	36.4	28.6	15.4



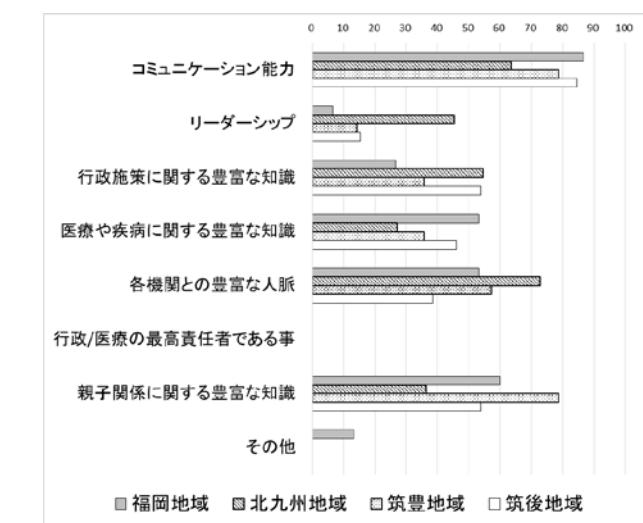
A2 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
母子保健担当課長	0.0	0.0	0.0	0.0
精神保健担当課長	0.0	0.0	0.0	0.0
保健師	80.0	36.4	64.3	76.9
助産師	13.3	0.0	14.3	0.0
看護師	0.0	0.0	0.0	0.0
産婦人科医	0.0	0.0	0.0	0.0
小児科医	0.0	0.0	0.0	0.0
精神科医	0.0	0.0	0.0	0.0
心理士	13.3	9.1	7.1	0.0
医療ソーシャルワーカー	13.3	27.3	14.3	15.4
その他	6.7	9.1	0.0	23.1



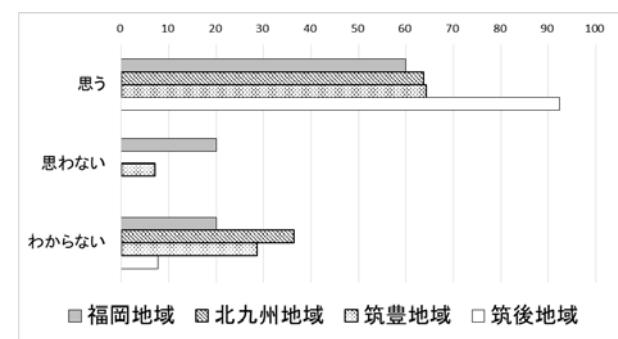
A3 コーディネーターに求められるスキルは何でしょうか？3つ選んでください。

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
コミュニケーション能力	86.7	63.6	78.6	84.6
リーダーシップ	6.7	45.5	14.3	15.4
行政施策に関する豊富な知識	26.7	54.5	35.7	53.8
医療や疾病に関する豊富な知識	53.3	27.3	35.7	46.2
各機関との豊富な人脈	53.3	72.7	57.1	38.5
行政/医療の最高責任者である事	0.0	0.0	0.0	0.0
親子関係に関する豊富な知識	60.0	36.4	78.6	53.8
その他	13.3	0.0	0.0	0.0
その他の場合の入力内容	0.0	0.0	0.0	0.0



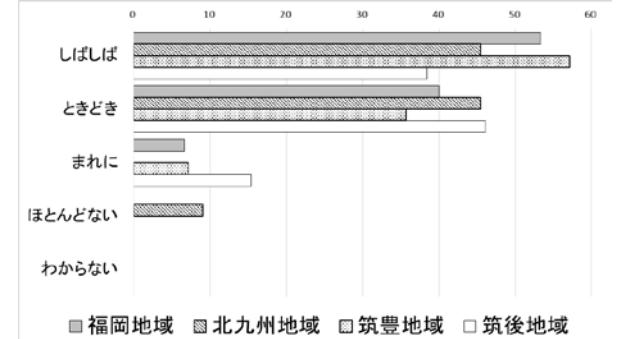
A4 コーディネーターを、将来（現在）設置される（されている）「子育て世代包括支援センター」に配置することを必要と思われますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
思う	60.0	63.6	64.3	92.3
思わない	20.0	0.0	7.1	0.0
わからない	20.0	36.4	28.6	7.7



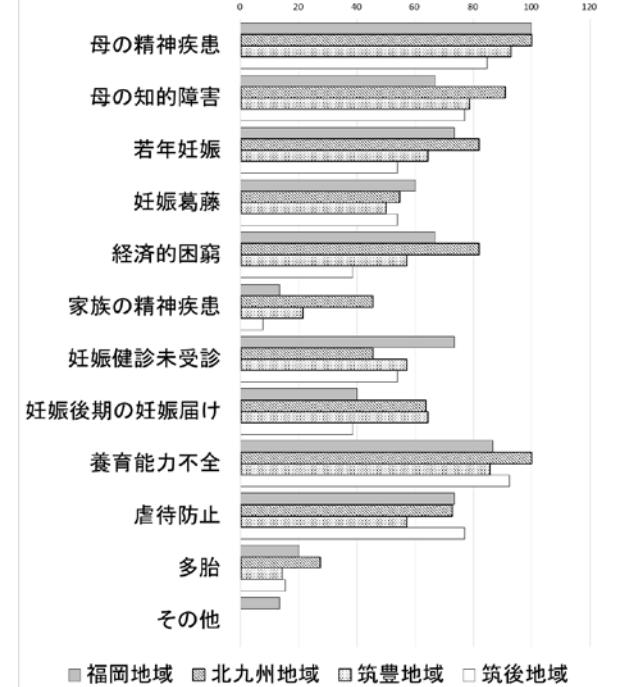
A5 妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
しばしば	53.3	45.5	57.1	38.5
ときどき	40.0	45.5	35.7	46.2
まれに	6.7	0.0	7.1	15.4
ほとんどない	0.0	9.1	0.0	0.0
わからない	0.0	0.0	0.0	0.0



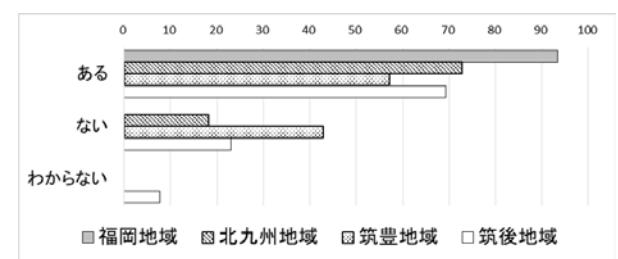
A6 連携が特に必要と思われる主な理由は何ですか？（複数回答可）

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
母の精神疾患	100.0	100.0	92.9	84.6
母の知的障害	66.7	90.9	78.6	76.9
若年妊娠	73.3	81.8	64.3	53.8
妊娠葛藤	60.0	54.5	50.0	53.8
経済的困窮	66.7	81.8	57.1	38.5
家族の精神疾患	13.3	45.5	21.4	7.7
妊娠健診未受診	73.3	45.5	57.1	53.8
妊娠後期の妊娠届け	40.0	63.6	64.3	38.5
養育能力不全	86.7	100.0	85.7	92.3
虐待防止	73.3	72.7	57.1	76.9
多胎	20.0	27.3	14.3	15.4



A7 特定妊婦が転居するときに、市町村単位で情報を共有、申し送りするシステムはありますか？

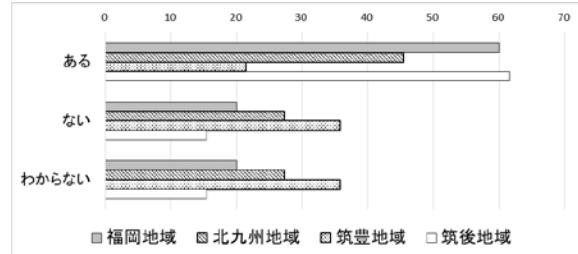
	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
ある	93.3	72.7	57.1	69.2
ない	0.0	18.2	42.9	23.1
わからない	0.0	0.0	0.0	7.7



A8 地域の中で周産期のメンタルヘルスの問題（妊婦の精神疾患等）を診ている精神科はありますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
ある	60.0	45.5	21.4	61.5
ない	20.0	27.3	35.7	15.4
わからない	20.0	27.3	35.7	15.4

値は%を示す

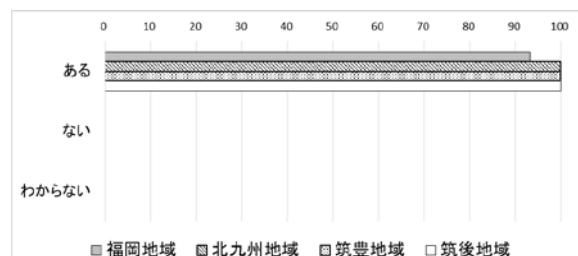


■福岡地域 ■北九州地域 □筑豊地域 □筑後地域

A9 特定妊婦の情報を何らかの形で、産科医療機関と共有したことはありますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
ある	93.3	100.0	100.0	100.0
ない	0.0	0.0	0.0	0.0
わからない	0.0	0.0	0.0	0.0

値は%を示す

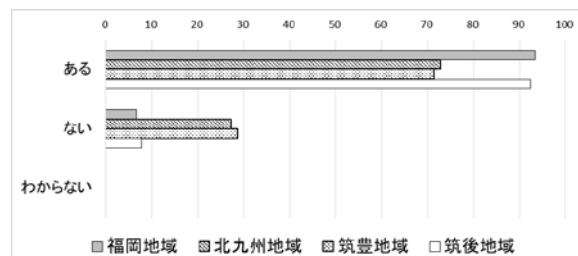


■福岡地域 ■北九州地域 □筑豊地域 □筑後地域

A10 産科医療機関との間で、母子保健支援に関する連絡票等はありますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
ある	93.3	72.7	71.4	92.3
ない	6.7	27.3	28.6	7.7
わからない	0.0	0.0	0.0	0.0

値は%を示す

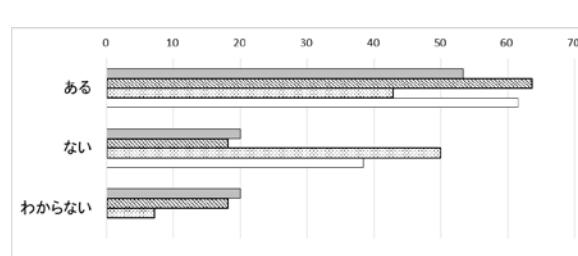


■福岡地域 ■北九州地域 □筑豊地域 □筑後地域

A13 妊婦の情報を何らかの形で、精神科医療機関と共有したことはありますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
ある	53.3	63.6	42.9	61.5
ない	20.0	18.2	50.0	38.5
わからない	20.0	18.2	7.1	0.0

値は%を示す

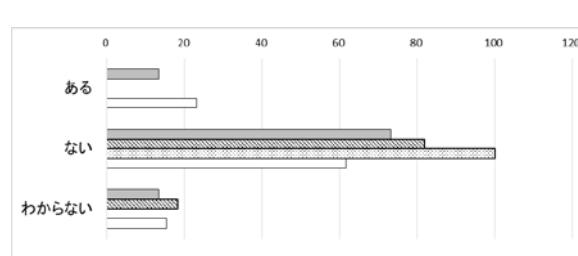


■福岡地域 ■北九州地域 □筑豊地域 □筑後地域

A14 精神科医療機関との間で、母子保健支援に関する連絡票等はありますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
ある	13.3	0.0	0.0	23.1
ない	73.3	81.8	100.0	61.5
わからない	13.3	18.2	0.0	15.4

値は%を示す

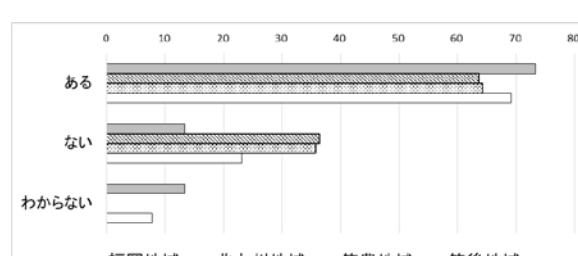


■福岡地域 ■北九州地域 □筑豊地域 □筑後地域

A17 特定妊婦から出生した子どもに関する情報を、何らかの形で小児科医療機関と共有したことありますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
ある	73.3	63.6	64.3	69.2
ない	13.3	36.4	35.7	23.1
わからない	13.3	0.0	0.0	7.7

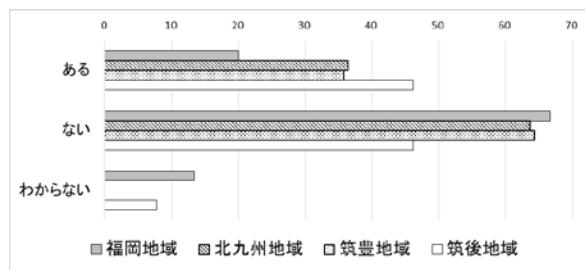
値は%を示す



■福岡地域 ■北九州地域 □筑豊地域 □筑後地域

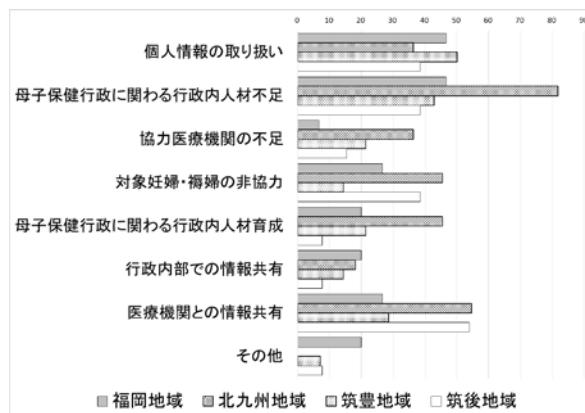
A18 小児科医療機関との間で、母子保健支援に関する連絡票等はありますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
ある	20.0	36.4	35.7	46.2
ない	66.7	63.6	64.3	46.2
わからない	13.3	0.0	0.0	7.7



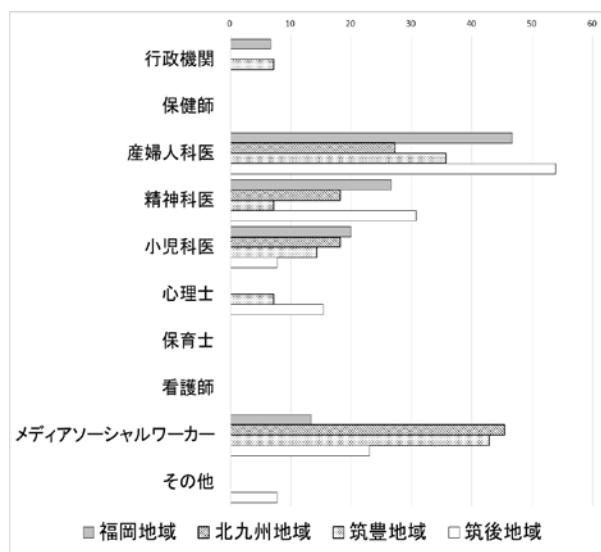
A21 各医療機関との連携のために困っておられることは何ですか？（複数回答可）

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
個人情報の取り扱い	46.7	36.4	50.0	38.5
母子保健行政に関する行政内人材不足	46.7	81.8	42.9	38.5
協力医療機関の不足	6.7	36.4	21.4	15.4
対象妊婦・梅婦の非協力	26.7	45.5	14.3	38.5
母子保健行政に関する行政内人材育成	20.0	45.5	21.4	7.7
行政内部での情報共有	20.0	18.2	14.3	7.7
医療機関との情報共有	26.7	54.5	28.6	53.8
その他	20.0	0.0	7.1	7.7



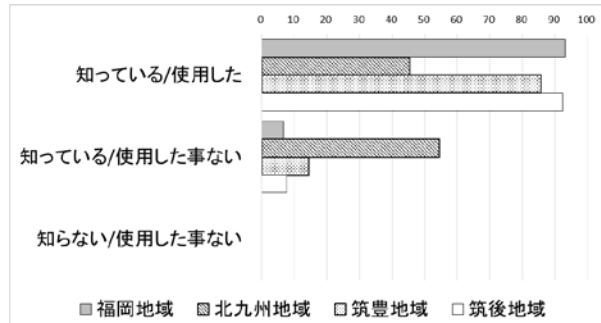
A22 妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関/職種を1つ選んでください。

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
行政機関	6.7	0.0	7.1	0.0
保健師	0.0	0.0	0.0	0.0
産婦人科医	46.7	27.3	35.7	53.8
精神科医	26.7	18.2	7.1	30.8
小児科医	20.0	18.2	14.3	7.7
心理士	0.0	0.0	7.1	15.4
保育士	0.0	0.0	0.0	0.0
看護師	0.0	0.0	0.0	0.0
メディアソーシャルワーカー	13.3	45.5	42.9	23.1
その他	0.0	0.0	0.0	7.7



A23 エジンバラ産後うつ病自己尺度(Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS)をご存知ですか/ご使用されたことがありますか？

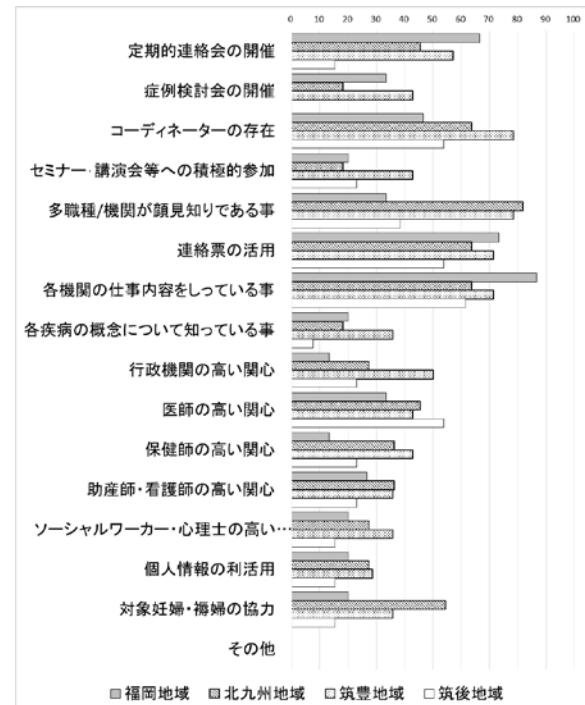
	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
知っている/使用した	93.3	45.5	85.7	92.3
知っている/使用した事ない	6.7	54.5	14.3	7.7
知らない/使用した事ない	0.0	0.0	0.0	0.0



A24 妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携推進のために大切なことはなにでしょうか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
定期的連絡会の開催	66.7	45.5	57.1	15.4
症例検討会の開催	33.3	18.2	42.9	0.0
コーディネーターの存在	46.7	63.6	78.6	53.8
セミナー・講演会等への積極的参加	20.0	18.2	42.9	23.1
多職種/機関が顔見知りである事	33.3	81.8	78.6	38.5
連絡票の活用	73.3	63.6	71.4	53.8
各機関の仕事内容をしつている事	86.7	63.6	71.4	61.5
各疾病の概念について知っている事	20.0	18.2	35.7	7.7
行政機関の高い関心	13.3	27.3	50.0	23.1
医師の高い関心	33.3	45.5	42.9	53.8
保健師の高い関心	13.3	36.4	42.9	23.1
助産師・看護師の高い関心	26.7	36.4	35.7	23.1
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	20.0	27.3	35.7	15.4
個人情報の利活用	20.0	27.3	28.6	15.4
対象妊婦・褥婦の協力	20.0	54.5	35.7	15.4
その他	0.0	0.0	0.0	0.0

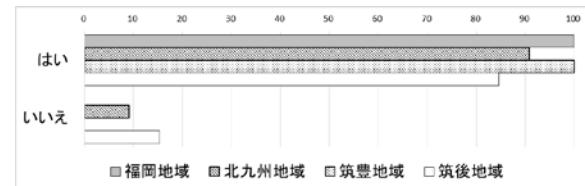
値は%を示す



A25 平成28年～29年にかけて一部、児童福祉法が改正されたことはご存知ですか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
はい	100.0	90.9	100.0	84.6
いいえ	0.0	9.1	0.0	15.4

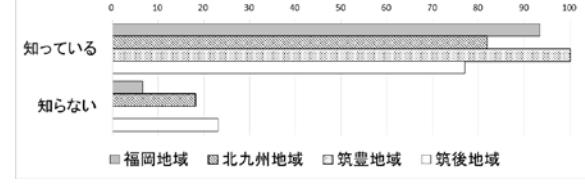
値は%を示す



A26 改正された児童福祉法に下記内容が明記されたことはご存知ですか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
知っている	93.3	81.8	100.0	76.9
知らない	6.7	18.2	0.0	23.1

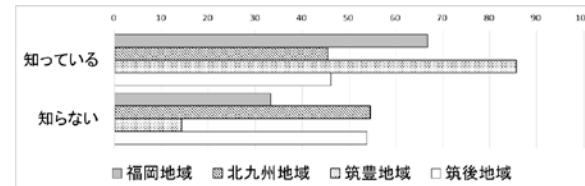
値は%を示す



b. 市町村の要保護児童対策地域協議会が実効ある役割を果たすために、医師や心理士などの専門職を配備すること

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
知っている	66.7	45.5	85.7	46.2
知らない	33.3	54.5	14.3	53.8

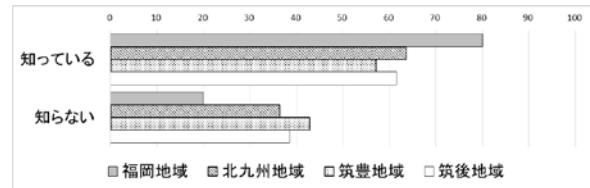
値は%を示す



c. 都道府県の業務として、里親支援の推進、養子縁組に関する相談・支援が明記されたこと

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
知っている	80.0	63.6	57.1	61.5
知らない	20.0	36.4	42.9	38.5

値は%を示す

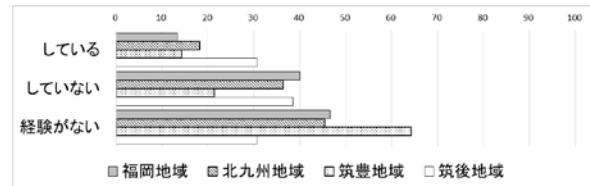


A27 児童虐待のハイリスク妊婦／薬婦に遭遇した場合の対応についてお聞きします。

a. 里親制度について母親に情報提供していますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
している	13.3	18.2	14.3	30.8
していない	40.0	36.4	21.4	38.5
経験がない	46.7	45.5	64.3	30.8

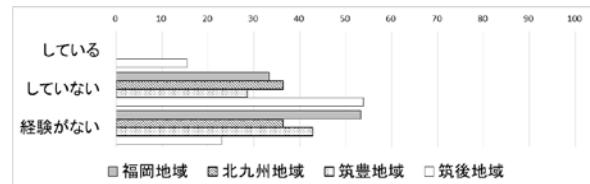
値は%を示す



b. その場合、斡旋団体を紹介していますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
している	0.0	0.0	0.0	15.4
していない	33.3	36.4	28.6	53.8
経験がない	53.3	36.4	42.9	23.1

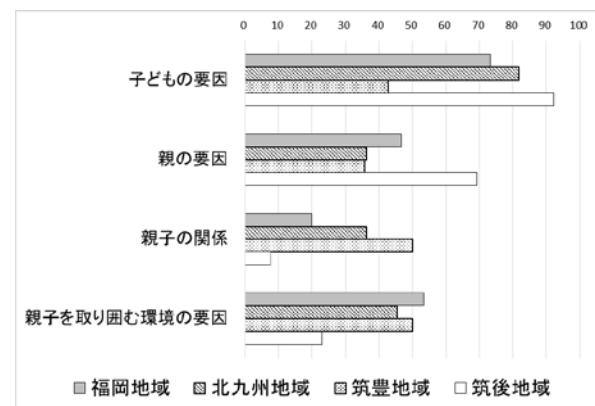
値は%を示す



B1 保護者が感じる「育てにくさ」の主な要因は以下のどれだと思われますか？ 2つ選んでください。

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
子どもの要因	73.3	81.8	42.9	92.3
親の要因	46.7	36.4	35.7	69.2
親子の関係	20.0	36.4	50.0	7.7
親子を取り囲む環境の要因	53.3	45.5	50.0	23.1

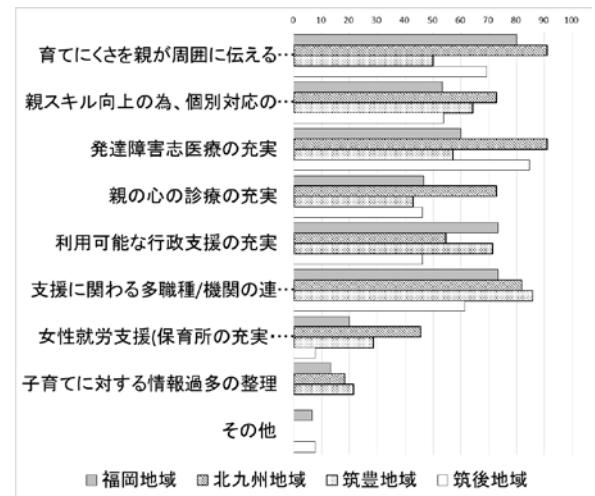
値は%を示す



B2 「育てにくさ」を支援するために何が必要と思われますか？（複数回答可）

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
育てにくさを親が周間に伝える事ができる事	80.0	90.9	50.0	69.2
親スキル向上の為、個別対忾の充実	53.3	72.7	64.3	53.8
発達障害志医療の充実	60.0	90.9	57.1	84.6
親の心の診療の充実	46.7	72.7	42.9	46.2
利用可能な行政支援の充実	73.3	54.5	71.4	46.2
支援に関わる多職種/機関の連携充実	73.3	81.8	85.7	61.5
女性就労支援(保育所の充実・就労時間の配慮等)	20.0	45.5	28.6	7.7
子育てに対する情報過多の整理	13.3	18.2	21.4	0.0
その他	6.7	0.0	0.0	7.7

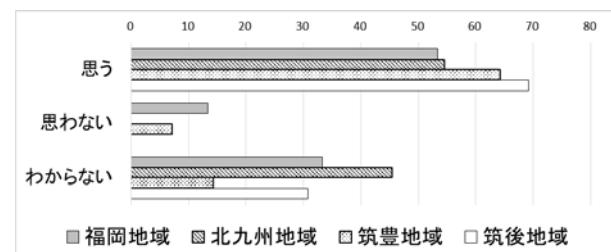
値は%を示す



B3 育てにくさを感じる親子の心の診療のために、各市町村単位にコーディネーターが必要と思いますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
思う	53.3	54.5	64.3	69.2
思わない	13.3	0.0	7.1	0.0
わからない	33.3	45.5	14.3	30.8

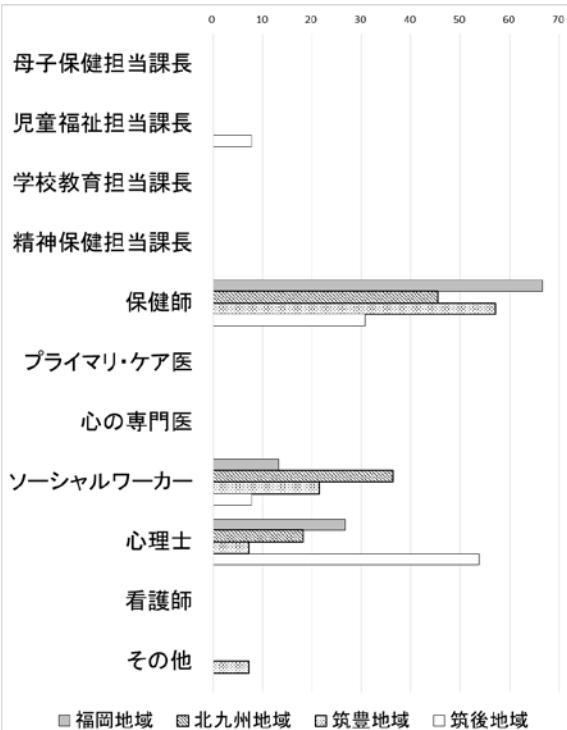
値は%を示す



B4 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
母子保健担当課長	0.0	0.0	0.0	0.0
児童福祉担当課長	0.0	0.0	0.0	7.7
学校教育担当課長	0.0	0.0	0.0	0.0
精神保健担当課長	0.0	0.0	0.0	0.0
保健師	66.7	45.5	57.1	30.8
プライマリ・ケア医	0.0	0.0	0.0	0.0
心の専門医	0.0	0.0	0.0	0.0
ソーシャルワーカー	13.3	36.4	21.4	7.7
心理士	26.7	18.2	7.1	53.8
看護師	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	0.0	0.0	7.1	0.0

値は%を示す

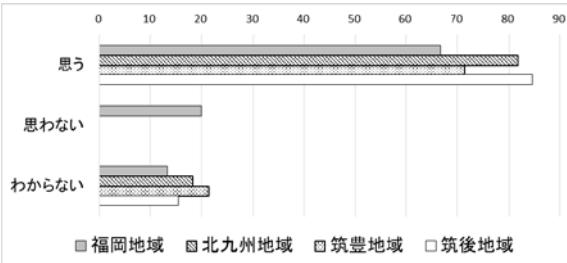


■福岡地域 ■北九州地域 □筑豊地域 □筑後地域

B5 コーディネーターを、「子育て世代包括支援センターに配置することを必要と思われますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
思う	66.7	81.8	71.4	84.6
思わない	20.0	0.0	0.0	0.0
わからない	13.3	18.2	21.4	15.4

値は%を示す

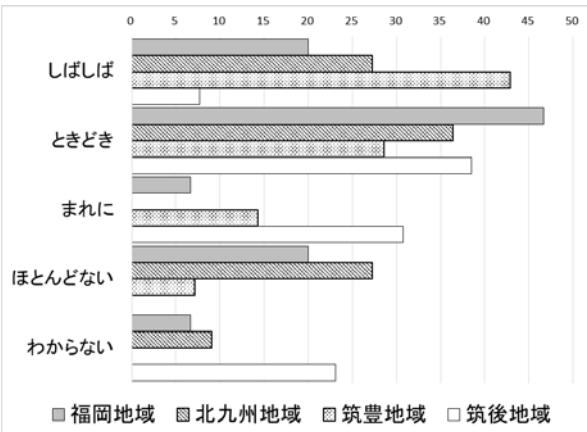


■福岡地域 ■北九州地域 □筑豊地域 □筑後地域

B6 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
しばしば	20.0	27.3	42.9	7.7
ときどき	46.7	36.4	28.6	38.5
まれに	6.7	0.0	14.3	30.8
ほとんどない	20.0	27.3	7.1	0.0
わからない	6.7	9.1	0.0	23.1

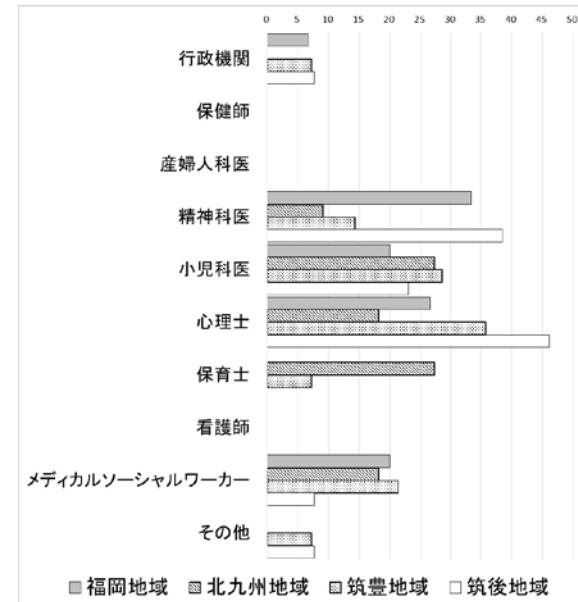
値は%を示す



■福岡地域 ■北九州地域 □筑豊地域 □筑後地域

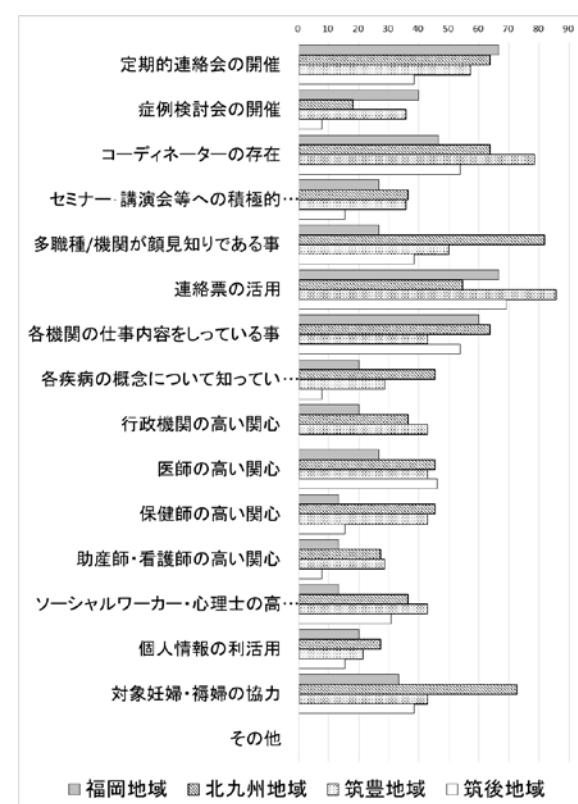
B7 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
行政機関	6.7	0.0	7.1	7.7
保健師	0.0	0.0	0.0	0.0
産婦人科医	0.0	0.0	0.0	0.0
精神科医	33.3	9.1	14.3	38.5
小児科医	20.0	27.3	28.6	23.1
心理士	26.7	18.2	35.7	46.2
保育士	0.0	27.3	7.1	0.0
看護師	0.0	0.0	0.0	0.0
メディカルソーシャルワーカー	20.0	18.2	21.4	7.7
その他	0.0	0.0	7.1	7.7



B8 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携推進のために大切なことはなにでしょうか？（複数回答可）

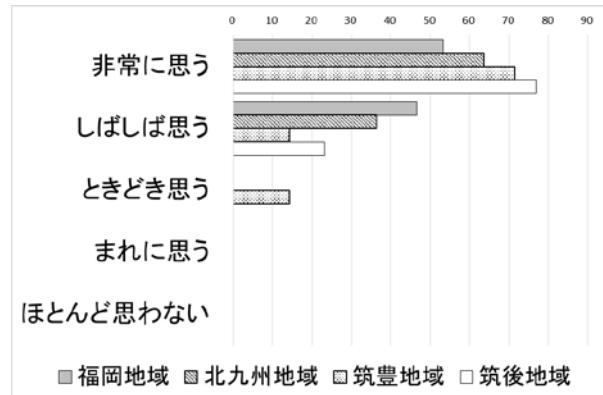
	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
定期的連絡会の開催	66.7	63.6	57.1	38.5
症例検討会の開催	40.0	18.2	35.7	7.7
コーディネーターの存在	46.7	63.6	78.6	53.8
セミナー・講演会等への積極的参加	26.7	36.4	35.7	15.4
多職種/機関が顕見知りである事	26.7	81.8	50.0	38.5
連絡票の活用	66.7	54.5	85.7	69.2
各機関の仕事内容をしつている事	60.0	63.6	42.9	53.8
各疾患の概念について知っている事	20.0	45.5	28.6	7.7
行政機関の高い関心	20.0	36.4	42.9	0.0
医師の高い関心	26.7	45.5	42.9	46.2
保健師の高い関心	13.3	45.5	42.9	15.4
助産師・看護師の高い関心	13.3	27.3	28.6	7.7
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	13.3	36.4	42.9	30.8
個人情報の利活用	20.0	27.3	21.4	15.4
対象妊婦・褥婦の協力	33.3	72.7	42.9	38.5
その他	0.0	0.0	0.0	0.0



C 1 子どもの心の問題は、親の心の問題（親子関係、親の病気等）が関係していると思いますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
非常に思う	53.3	63.6	71.4	76.9
しばしば思う	46.7	36.4	14.3	23.1
ときどき思う	0.0	0.0	14.3	0.0
まれに思う	0.0	0.0	0.0	0.0
ほとんど思わない	0.0	0.0	0.0	0.0

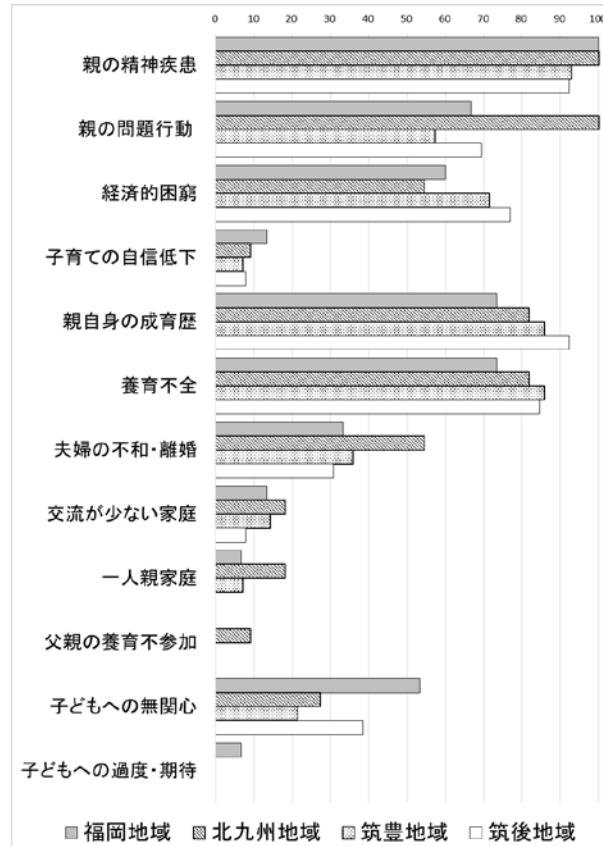
値は%を示す



C 2 親の心の問題、またはその問題の背景として重要と思われるものはどれですか？5つ選んでください。

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
親の精神疾患	100.0	100.0	92.9	92.3
親の問題行動	66.7	100.0	57.1	69.2
経済的困窮	60.0	54.5	71.4	76.9
子育ての自信低下	13.3	9.1	7.1	7.7
親自身の成育歴	73.3	81.8	85.7	92.3
養育不全	73.3	81.8	85.7	84.6
夫婦の不和・離婚	33.3	54.5	35.7	30.8
交流が少ない家庭	13.3	18.2	14.3	7.7
一人親家庭	6.7	18.2	7.1	0.0
父親の養育不参加	0.0	9.1	0.0	0.0
子どもへの無関心	53.3	27.3	21.4	38.5
子どもへの過度・期待	6.7	0.0	0.0	0.0

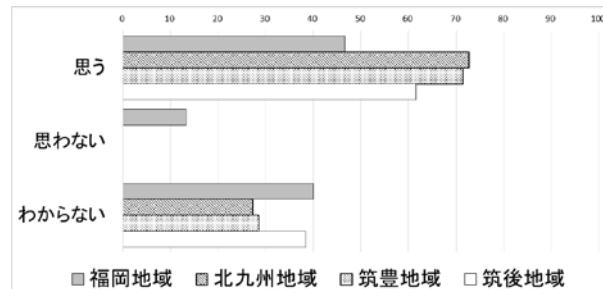
値は%を示す



C 3 学童・思春期の親子の心の診療のために、各市町村単位にコーディネーターが必要だと思いますか？

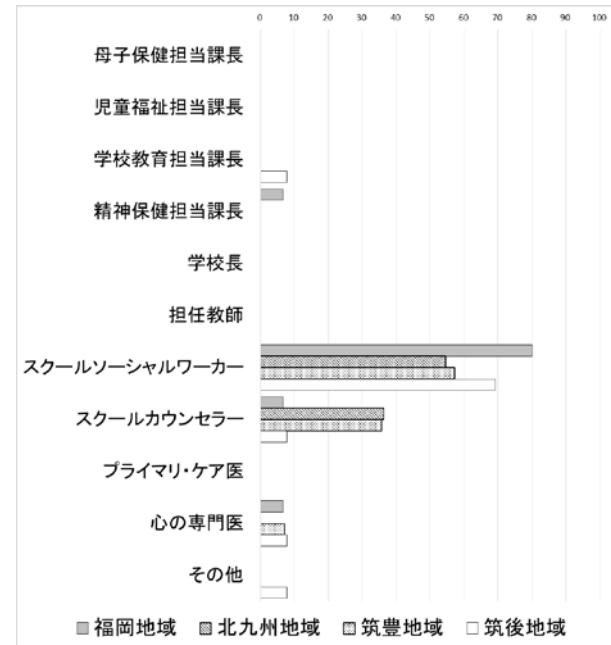
	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
思う	46.7	72.7	71.4	61.5
思わない	13.3	0.0	0.0	0.0
わからない	40.0	27.3	28.6	38.5

値は%を示す



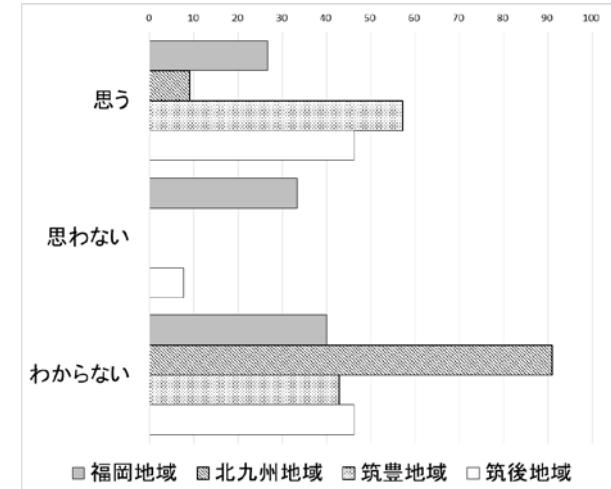
C 4 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
母子保健担当課長	0.0	0.0	0.0	0.0
児童福祉担当課長	0.0	0.0	0.0	0.0
学校教育担当課長	0.0	0.0	0.0	7.7
精神保健担当課長	6.7	0.0	0.0	0.0
学校長	0.0	0.0	0.0	0.0
担任教師	0.0	0.0	0.0	0.0
スクールソーシャルワーカー	80.0	54.5	57.1	69.2
スクールカウンセラー	6.7	36.4	35.7	7.7
プライマリ・ケア医	0.0	0.0	0.0	0.0
心の専門医	6.7	0.0	7.1	7.7
その他	0.0	0.0	0.0	7.7



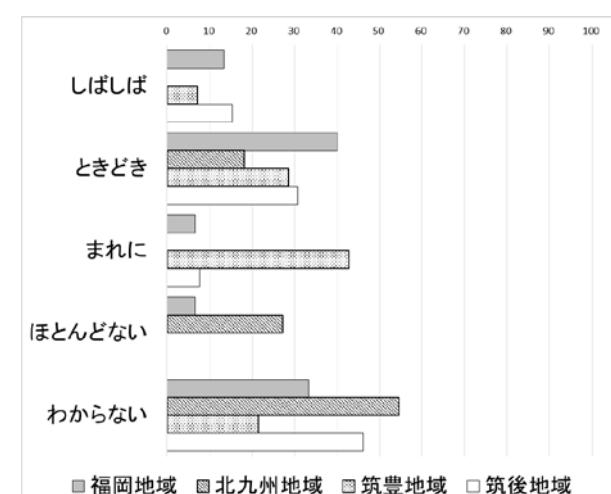
C 5 コーディネーターを、「子育て世代包括支援センターに配置することを必要と思われますか？

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
思う	26.7	9.1	57.1	46.2
思わない	33.3	0.0	0.0	7.7
わからない	40.0	90.9	42.9	46.2



C 6 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

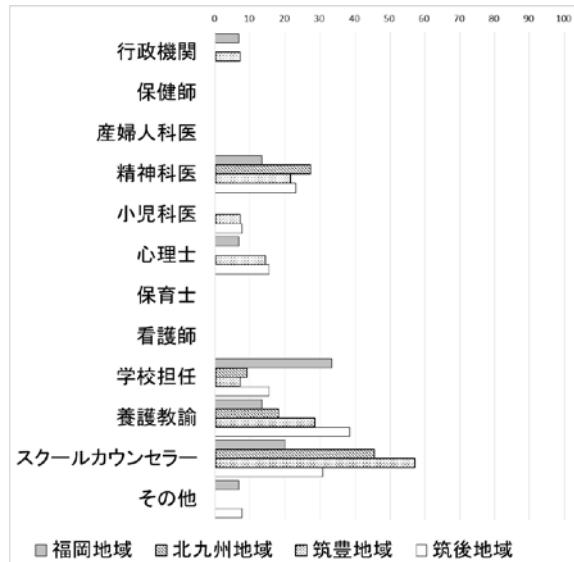
	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
しばしば	13.3	0.0	7.1	15.4
ときどき	40.0	18.2	28.6	30.8
まれに	6.7	0.0	42.9	7.7
ほとんどない	6.7	27.3	0.0	0.0
わからない	33.3	54.5	21.4	46.2



C 7 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。

	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
行政機関	6.7	0.0	7.1	0.0
保健師	0.0	0.0	0.0	0.0
産婦人科医	0.0	0.0	0.0	0.0
精神科医	13.3	27.3	21.4	23.1
小児科医	0.0	0.0	7.1	7.7
心理士	6.7	0.0	14.3	15.4
保育士	0.0	0.0	0.0	0.0
看護師	0.0	0.0	0.0	0.0
学校担任	33.3	9.1	7.1	15.4
養護教諭	13.3	18.2	28.6	38.5
スクールカウンセラー	20.0	45.5	57.1	30.8
その他	6.7	0.0	0.0	7.7

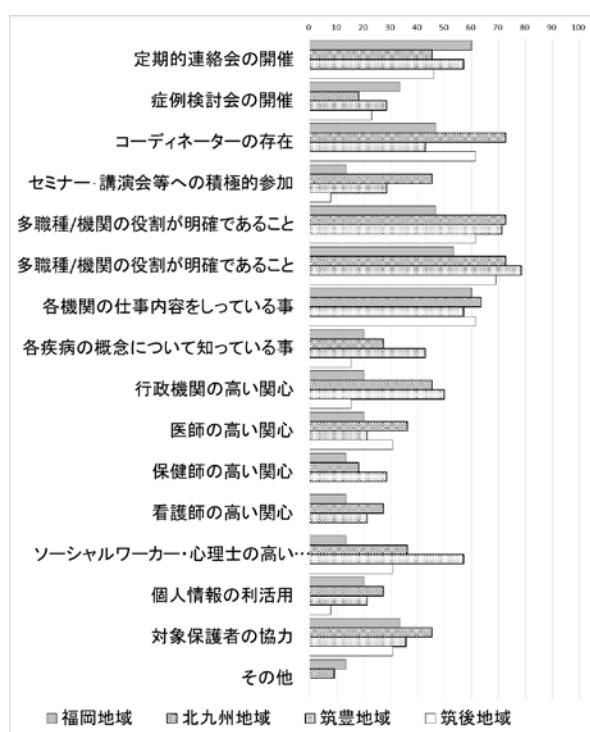
値は%を示す



C 8 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携推進のために大切なことはなにでしょうか？（複数回答可）

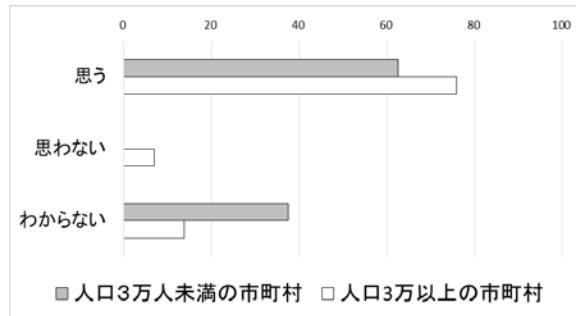
	福岡地域 (n=15)	北九州地域 (n=11)	筑豊地域 (n=14)	筑後地域 (n=12)
定期的連絡会の開催	60.0	45.5	57.1	46.2
症例検討会の開催	33.3	18.2	28.6	23.1
コーディネーターの存在	46.7	72.7	42.9	61.5
セミナー・講演会等への積極的参加	13.3	45.5	28.6	7.7
多職種/機関が顕見知りである事	46.7	72.7	71.4	61.5
多職種/機関の役割が明確であること	53.3	72.7	78.6	69.2
各機関の仕事内容をしつこくしている事	60.0	63.6	57.1	61.5
各疾病的概念について知っている事	20.0	27.3	42.9	15.4
行政機関の高い関心	20.0	45.5	50.0	15.4
医師の高い関心	20.0	36.4	21.4	30.8
保健師の高い関心	13.3	18.2	28.6	0.0
看護師の高い関心	13.3	27.3	21.4	0.0
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	13.3	36.4	57.1	30.8
個人情報の利活用	20.0	27.3	21.4	7.7
対象保護者の協力	33.3	45.5	35.7	30.8
その他	13.3	9.1	0.0	0.0

値は%を示す



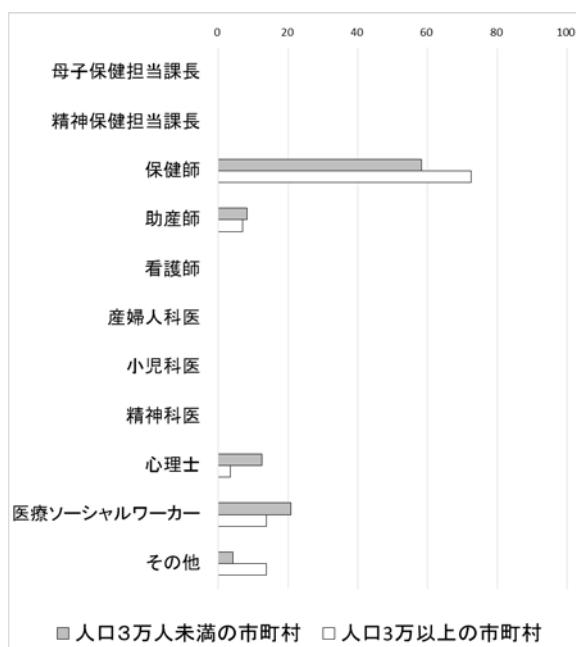
A1 妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携のためには、各市町村単位にコーディネーターが必要と思いますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
思う	15	22	62.5	75.9
思わない	0	2	0.0	6.9
わからない	9	4	37.5	13.8



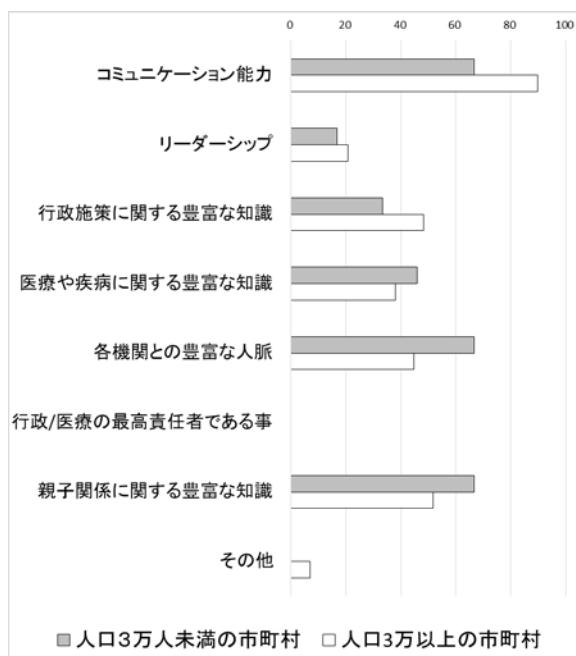
A2 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
母子保健担当課長	0	0	0.0	0.0
精神保健担当課長	0	0	0.0	0.0
保健師	14	21	58.3	72.4
助産師	2	2	8.3	6.9
看護師	0	0	0.0	0.0
産婦人科医	0	0	0.0	0.0
小児科医	0	0	0.0	0.0
精神科医	0	0	0.0	0.0
心理士	3	1	12.5	3.4
医療ソーシャルワーカー	5	4	20.8	13.8
その他	1	4	4.2	13.8



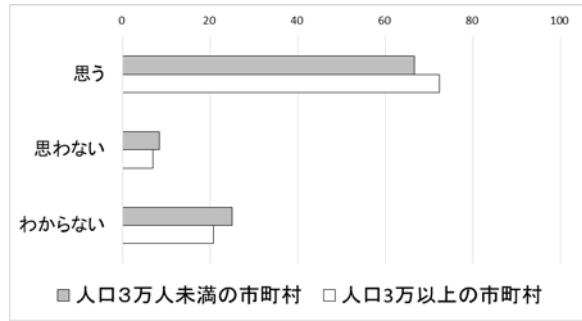
A3 コーディネーターに求められるスキルは何でしょうか？3つ選んでください。

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
コミュニケーション能力	16	26	66.7	89.7
リーダーシップ	4	6	16.7	20.7
行政施策に関する豊富な知識	8	14	33.3	48.3
医療や疾病に関する豊富な知識	11	11	45.8	37.9
各機関との豊富な人脈	16	13	66.7	44.8
行政/医療の最高責任者である事	0	0	0.0	0.0
親子関係に関する豊富な知識	16	15	66.7	51.7
その他	0	2	0.0	6.9



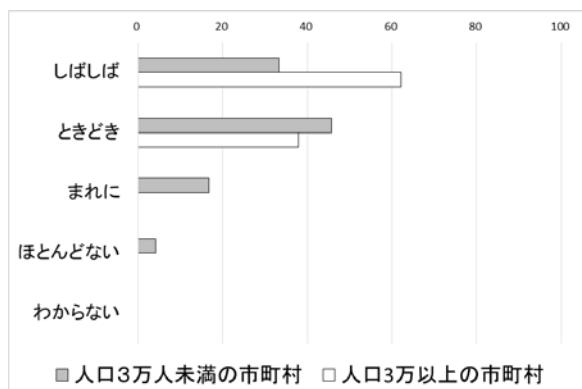
A4 コーディネーターを、将来（現在）設置される（されている）「子育て世代包括支援センター」に配置することを必要と思われますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
思う	16	21	66.7	72.4
思わない	2	2	8.3	6.9
わからない	6	6	25.0	20.7



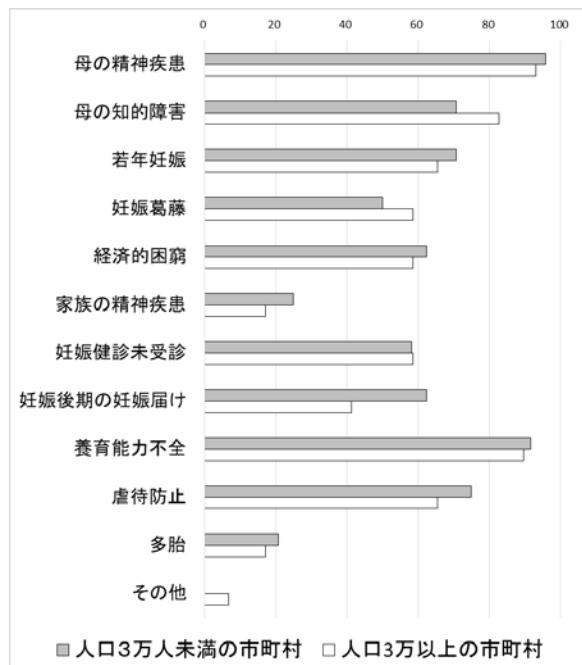
A5 妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
しばしば	8	18	33.3	62.1
ときどき	11	11	45.8	37.9
まれに	4	0	16.7	0.0
ほとんどない	1	0	4.2	0.0
わからない	0	0	0.0	0.0



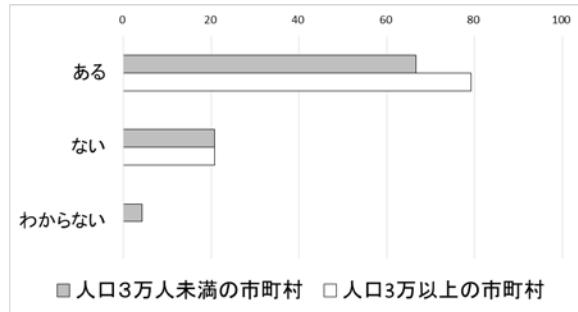
A6 連携が特に必要と思われる主な理由は何ですか？（複数回答可）

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
母の精神疾患	23	27	95.8	93.1
母の知的障害	17	24	70.8	82.8
若年妊娠	17	19	70.8	65.5
妊娠葛藤	12	17	50.0	58.6
経済的困窮	15	17	62.5	58.6
家族の精神疾患	6	5	25.0	17.2
妊娠健診未受診	14	17	58.3	58.6
妊娠後期の妊娠届け	15	12	62.5	41.4
養育能力不全	22	26	91.7	89.7
虐待防止	18	19	75.0	65.5
多胎	5	5	20.8	17.2
その他	0	2	0.0	6.9



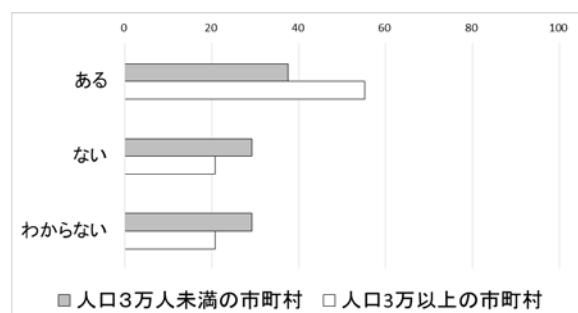
A7 特定妊婦が転居するときに、市町村単位で情報を共有、申し送りするシステムはありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
ある	16	23	66.7	79.3
ない	5	6	20.8	20.7
わからない	1	0	4.2	0.0



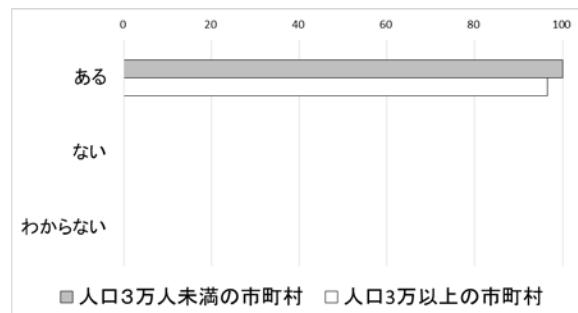
A8 地域の中で周産期のメンタルヘルスの問題（妊婦の精神疾患等）を診ている精神科はありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
ある	9	16	37.5	55.2
ない	7	6	29.2	20.7
わからない	7	6	29.2	20.7



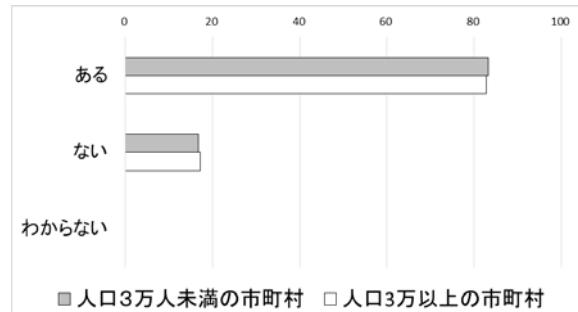
A9 特定妊婦の情報を何らかの形で、産科医療機関と共有したことはありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
ある	24	28	100.0	96.6
ない	0	0	0.0	0.0
わからない	0	0	0.0	0.0



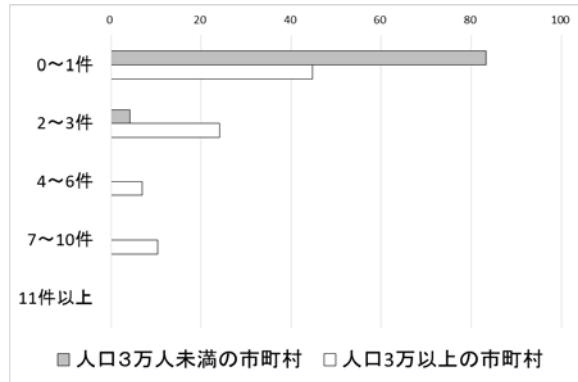
A10 産科医療機関との間で、母子保健支援に関する連絡票等はありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
ある	20	24	83.3	82.8
ない	4	5	16.7	17.2
わからない	0	0	0.0	0.0



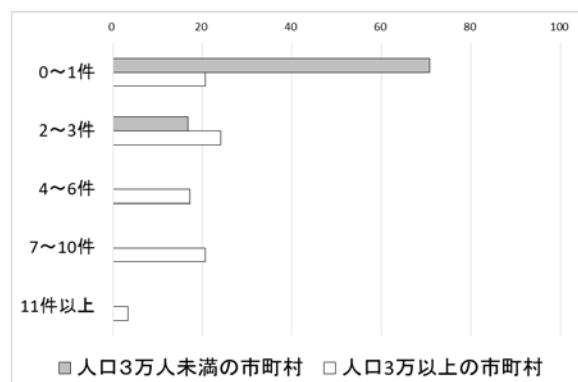
A11 A10であるとお答えの方にお聞きします。1ヶ月で行政→医療機関（産科）への連絡票はおよそ何件ありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
0~1件	20	13	83.3	44.8
2~3件	1	7	4.2	24.1
4~6件	0	2	0.0	6.9
7~10件	0	3	0.0	10.3
11件以上	0	0	0.0	0.0



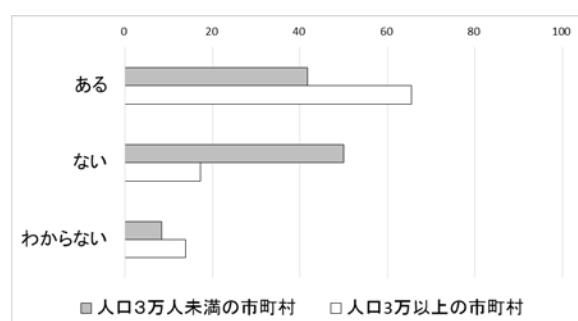
A12 A10であるとお答えの方にお聞きします。1ヶ月で医療機関（産科）→行政への連絡票はおよそ何件ありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
0~1件	17	6	70.8	20.7
2~3件	4	7	16.7	24.1
4~6件	0	5	0.0	17.2
7~10件	0	6	0.0	20.7
11件以上	0	1	0.0	3.4



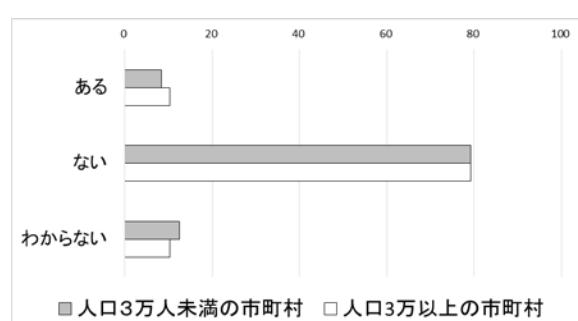
A13 妊婦の情報を何らかの形で、精神科医療機関と共有したことはありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
ある	10	19	41.7	65.5
ない	12	5	50.0	17.2
わからない	2	4	8.3	13.8



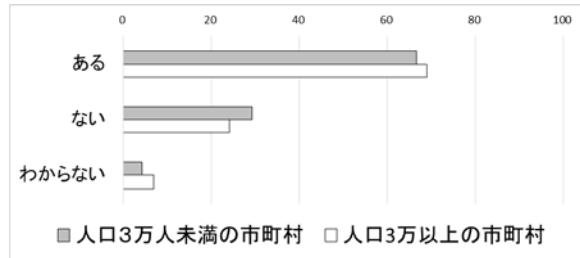
A14 精神科医療機関との間で、母子保健支援に関する連絡票等はありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
ある	2	3	8.3	10.3
ない	19	23	79.2	79.3
わからない	3	3	12.5	10.3



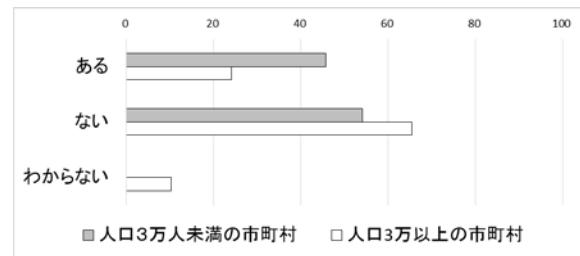
A17 特定妊婦から出生した子どもに関する情報を、何らかの形で小児科医療機関と共有したことありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
ある	16	20	66.7	69.0
ない	7	7	29.2	24.1
わからない	1	2	4.2	6.9



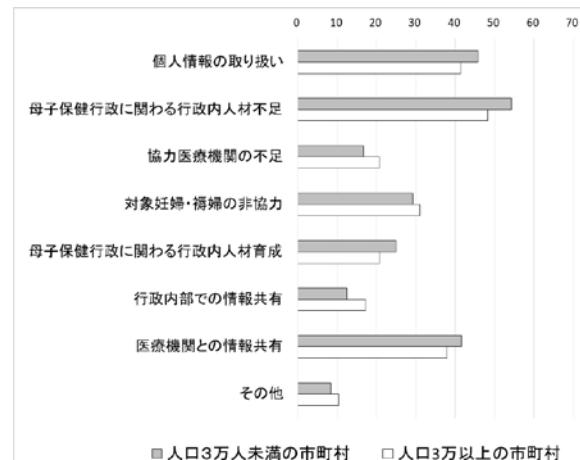
A18 小児科医療機関との間で、母子保健支援に関する連絡票等はありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
ある	11	7	45.8	24.1
ない	13	19	54.2	65.5
わからない	0	3	0.0	10.3



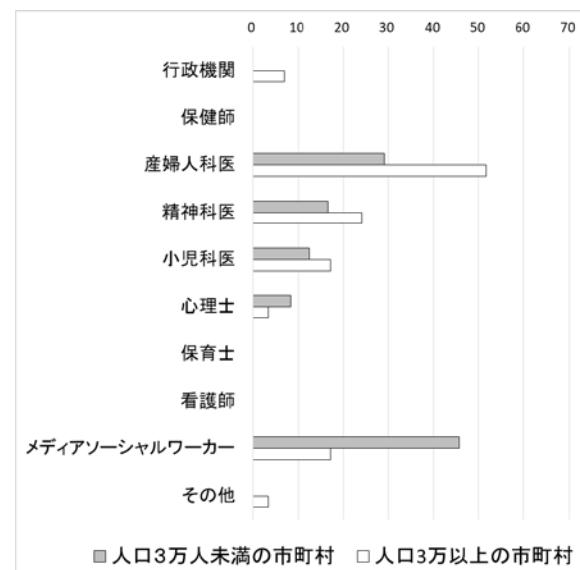
A21 各医療機関との連携のために困っておられることは何ですか？（複数回答可）

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
個人情報の取り扱い	11	12	45.8	41.4
母子保健行政に関わる行政内人材不足	13	14	54.2	48.3
協力医療機関の不足	4	6	16.7	20.7
対象妊婦・褥婦の非協力	7	9	29.2	31.0
母子保健行政に関わる行政内人材育成	6	6	25.0	20.7
行政内部での情報共有	3	5	12.5	17.2
医療機関との情報共有	10	11	41.7	37.9
その他	2	3	8.3	10.3



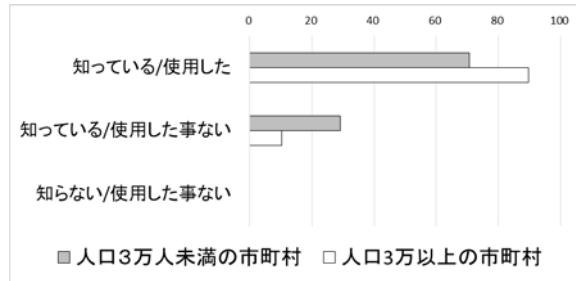
A22 妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
行政機関	0	2	0.0	6.9
保健師	0	0	0.0	0.0
産婦人科医	7	15	29.2	51.7
精神科医	4	7	16.7	24.1
小児科医	3	5	12.5	17.2
心理士	2	1	8.3	3.4
保育士	0	0	0.0	0.0
看護師	0	0	0.0	0.0
メディアソーシャルワーカー	11	5	45.8	17.2
その他	0	1	0.0	3.4



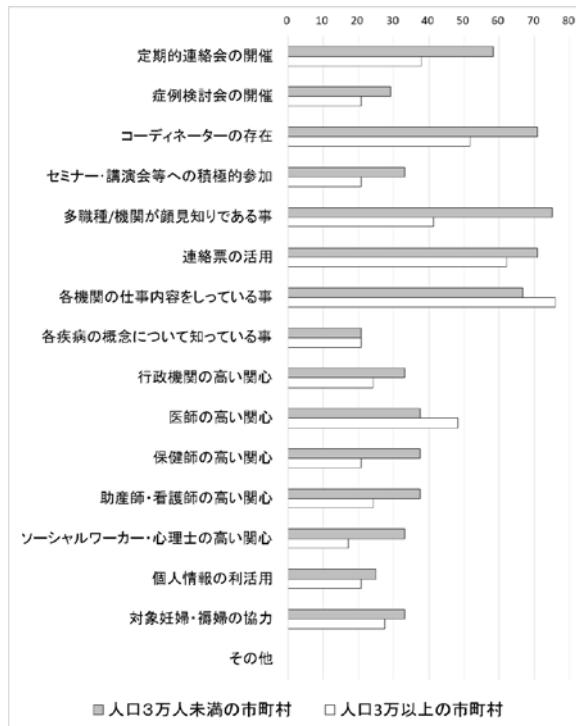
A23 エジンバラ産後うつ病自己尺度(Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS)をご存知ですか／ご使用されたことありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
知っている／使用した	17	26	70.8	89.7
知っている／使用した事ない	7	3	29.2	10.3
知らない／使用した事ない	0	0	0.0	0.0



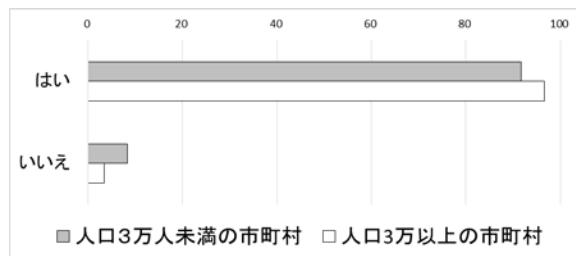
A24 妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携推進のために大切なことはなにでしょうか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
定期的連絡会の開催	14	11	58.3	37.9
症例検討会の開催	7	6	29.2	20.7
コーディネーターの存在	17	15	70.8	51.7
セミナー・講演会等への積極的参加	8	6	33.3	20.7
多職種/期間が顔見知りである事	18	12	75.0	41.4
連絡票の活用	17	18	70.8	62.1
各機関の仕事内容をしつている事	16	22	66.7	75.9
各疾患の概念について知っている事	5	6	20.8	20.7
行政機関の高い関心	8	7	33.3	24.1
医師の高い関心	9	14	37.5	48.3
保健師の高い関心	9	6	37.5	20.7
助産師・看護師の高い関心	9	7	37.5	24.1
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	8	5	33.3	17.2
個人情報の利活用	6	6	25.0	20.7
対象妊婦・褥婦の協力	8	8	33.3	27.6
その他	0	0	0.0	0.0

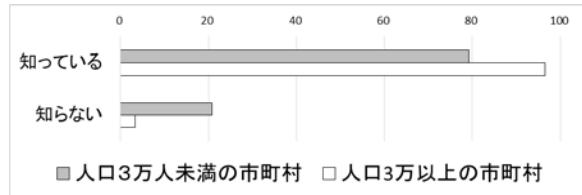


A25 平成28年～29年にかけて一部、児童福祉法が改正されたことはご存知ですか？

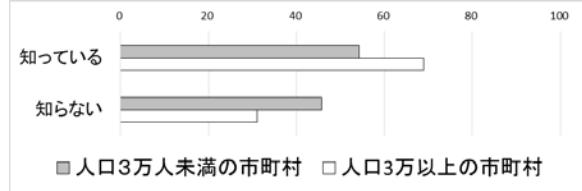
	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
はい	22	28	91.7	96.6
いいえ	2	1	8.3	3.4



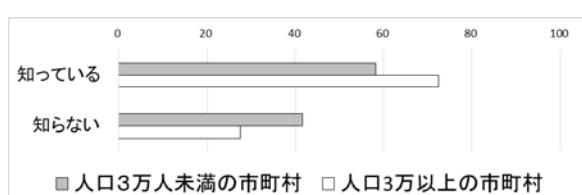
A26 改正された児童福祉法に下記内容が明記されたことはご存知ですか？				
a. 医療機関や学校等は、支援を要する妊婦を把握した場合には、その情報を市町村に提供するよう努めること				
	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
知っている	19	28	79.2	96.6
知らない	5	1	20.8	3.4



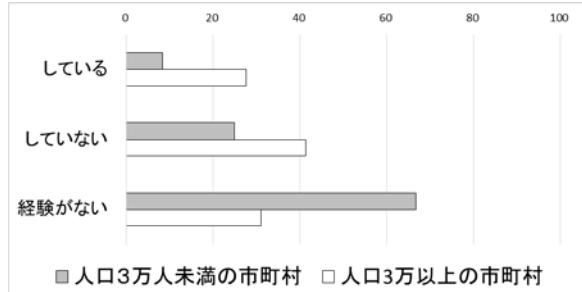
b. 市町村の要保護児童対策地域協議会が実効ある役割を果たすために、医師や心理士などの専門職を配備すること				
	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
知っている	13	20	54.2	69.0
知らない	11	9	45.8	31.0



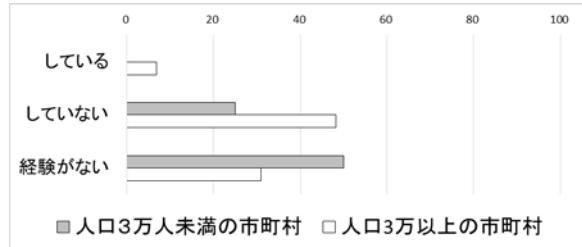
c. 都道府県の業務として、里親支援の推進、養子縁組に関する相談・支援が明記されたこと				
	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
知っている	14	21	58.3	72.4
知らない	10	8	41.7	27.6



A27 児童虐待のハイリスク妊婦／禱婦に遭遇した場合の対応についてお聞きします。				
a. 里親制度について母親に情報提供していますか？				
	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
している	2	8	8.3	27.6
していない	6	12	25.0	41.4
経験がない	16	9	66.7	31.0

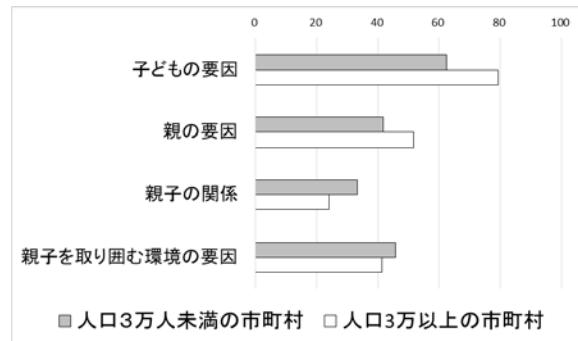


b. その場合、斡旋団体を紹介していますか？				
	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
している	0	2	0.0	6.9
していない	6	14	25.0	48.3
経験がない	12	9	50.0	31.0



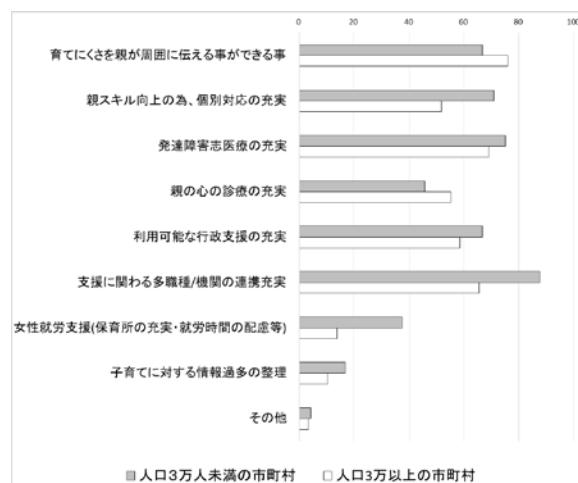
B1 保護者が感じる「育てにくさ」の主な要因は以下のどれだと思われますか？ 2つ選んでください。

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
子どもの要因	15	23	62.5	79.3
親の要因	10	15	41.7	51.7
親子の関係	8	7	33.3	24.1
親子を取り囲む環境の要因	11	12	45.8	41.4



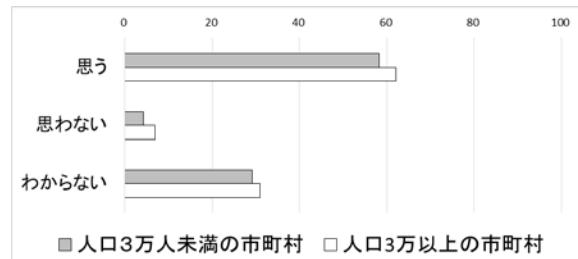
B2 「育てにくさ」を支援するために何が必要と思われますか？（複数回答可）

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
育てにくさを親が周囲に伝える事ができる事	16	22	66.7	75.9
親スキル向上の為、個別対応の充実	17	15	70.8	51.7
発達障害志医療の充実	18	20	75.0	69.0
親の心の診療の充実	11	16	45.8	55.2
利用可能な行政支援の充実	16	17	66.7	58.6
支援に関わる多職種/期間の連携充実	21	19	87.5	65.5
女性就労支援(保育所の充実・就労時間の配慮等)	9	4	37.5	13.8
子育てに対する情報過多の整理	4	3	16.7	10.3
その他	1	1	4.2	3.4



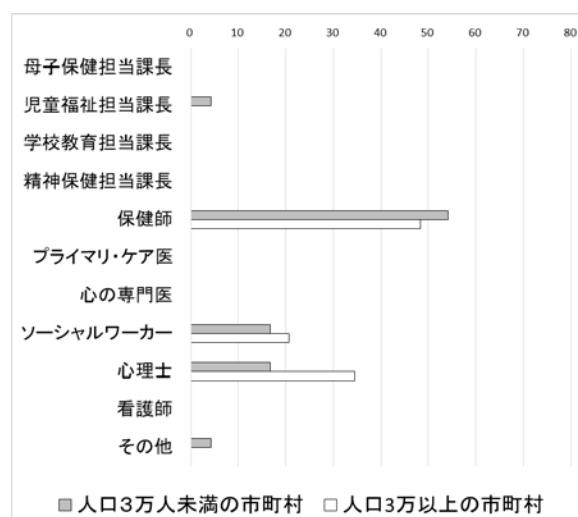
B3 育てにくさを感じる親子の心の診療のために、各市町村単位にコーディネーターが必要と思いますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
思う	14	18	58.3	62.1
思わない	1	2	4.2	6.9
わからない	7	9	29.2	31.0



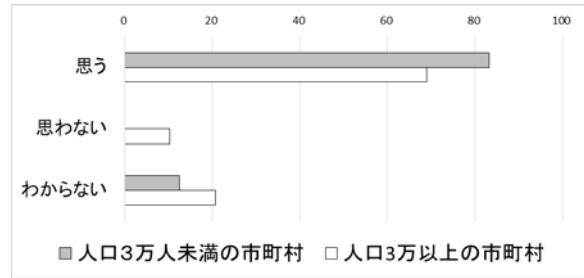
B4 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
母子保健担当課長	0	0	0.0	0.0
児童福祉担当課長	1	0	4.2	0.0
学校教育担当課長	0	0	0.0	0.0
精神保健担当課長	0	0	0.0	0.0
保健師	13	14	54.2	48.3
プライマリ・ケア医	0	0	0.0	0.0
心の専門医	0	0	0.0	0.0
ソーシャルワーカー	4	6	16.7	20.7
心理士	4	10	16.7	34.5
看護師	0	0	0.0	0.0
その他	1	0	4.2	0.0



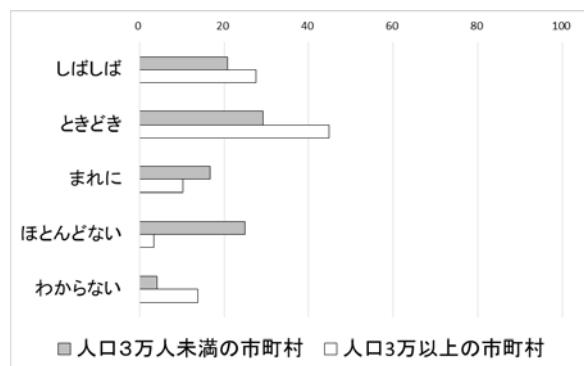
B5 コーディネーターを、「子育て世代包括支援センターに配置することを必要と思われますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
思う	20	20	83.3	69.0
思わない	0	3	0.0	10.3
わからない	3	6	12.5	20.7



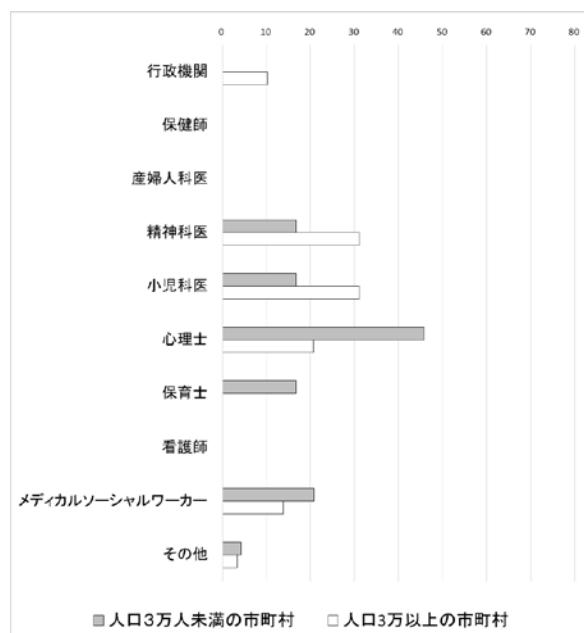
B6 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
しばしば	5	8	20.8	27.6
ときどき	7	13	29.2	44.8
まれに	4	3	16.7	10.3
ほとんどない	6	1	25.0	3.4
わからない	1	4	4.2	13.8



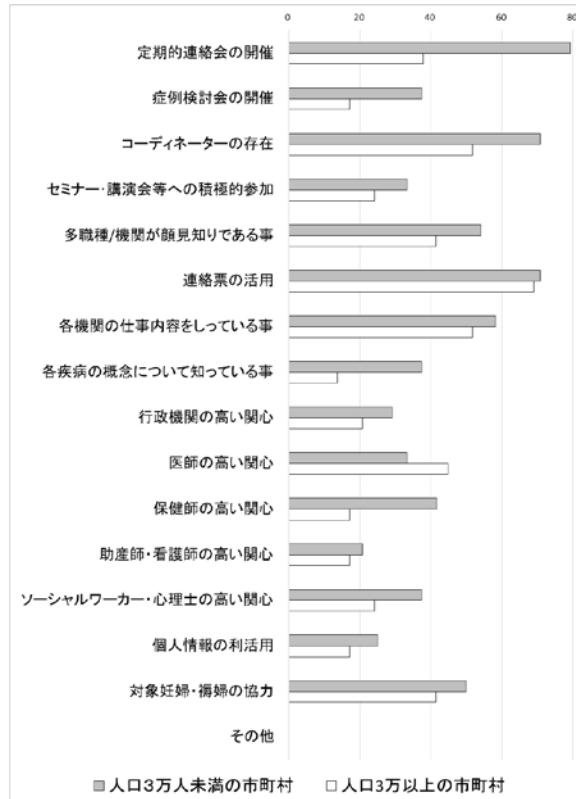
B7 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
行政機関	0	3	0.0	10.3
保健師	0	0	0.0	0.0
産婦人科医	0	0	0.0	0.0
精神科医	4	9	16.7	31.0
小児科医	4	9	16.7	31.0
心理士	11	6	45.8	20.7
保育士	4	0	16.7	0.0
看護師	0	0	0.0	0.0
メディカルソーシャルワーカー	5	4	20.8	13.8
その他	1	1	4.2	3.4



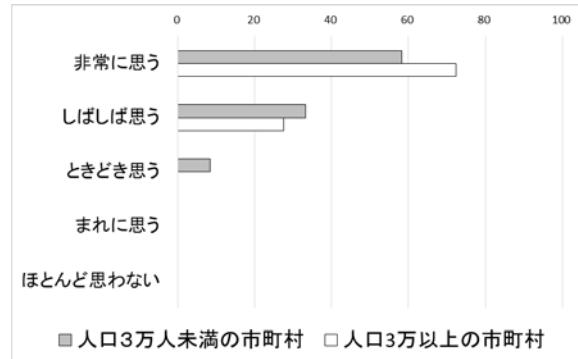
B8 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携推進のために大切なことはなにでしようか？（複数回答可）

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
定期的連絡会の開催	19	11	79.2	37.9
症例検討会の開催	9	5	37.5	17.2
コーディネーターの存在	17	15	70.8	51.7
セミナー・講演会等への積極的参加	8	7	33.3	24.1
多職種/期間が顔見知りである事	13	12	54.2	41.4
連絡票の活用	17	20	70.8	69.0
各機関の仕事内容をしつている事	14	15	58.3	51.7
各疾病の概念について知っている事	9	4	37.5	13.8
行政機関の高い関心	7	6	29.2	20.7
医師の高い関心	8	13	33.3	44.8
保健師の高い関心	10	5	41.7	17.2
助産師・看護師の高い関心	5	5	20.8	17.2
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	9	7	37.5	24.1
個人情報の利活用	6	5	25.0	17.2
対象妊婦・褥婦の協力	12	12	50.0	41.4
その他	0	0	0.0	0.0



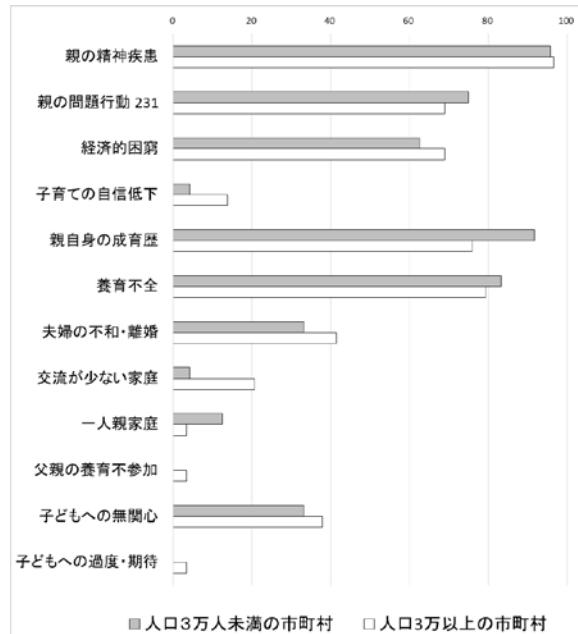
C 1 子どもの心の問題は、親の心の問題（親子関係、親の病気等）が関係していると思いますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
非常に思う	14	21	58.3	72.4
しばしば思う	8	8	33.3	27.6
ときどき思う	2	0	8.3	0.0
まれに思う	0	0	0.0	0.0
ほとんど思わない	0	0	0.0	0.0



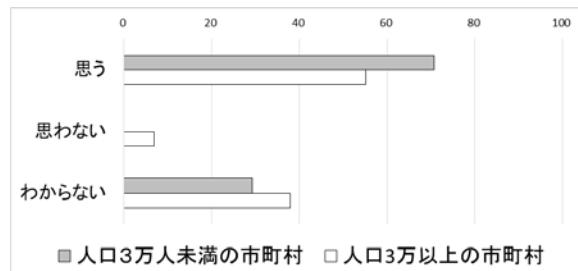
C 2 親の心の問題、またはその問題の背景として重要と思われるものはどれですか？5つ選んでください。

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
親の精神疾患	23	28	95.8	96.6
親の問題行動 231	18	20	75.0	69.0
経済的困窮	15	20	62.5	69.0
子育ての自信低下	1	4	4.2	13.8
親自身の成育歴	22	22	91.7	75.9
養育不全	20	23	83.3	79.3
夫婦の不和・離婚	8	12	33.3	41.4
交流が少ない家庭	1	6	4.2	20.7
一人親家庭	3	1	12.5	3.4
父親の養育不参加	0	1	0.0	3.4
子どもへの無関心	8	11	33.3	37.9
子どもへの過度・期待	0	1	0.0	3.4



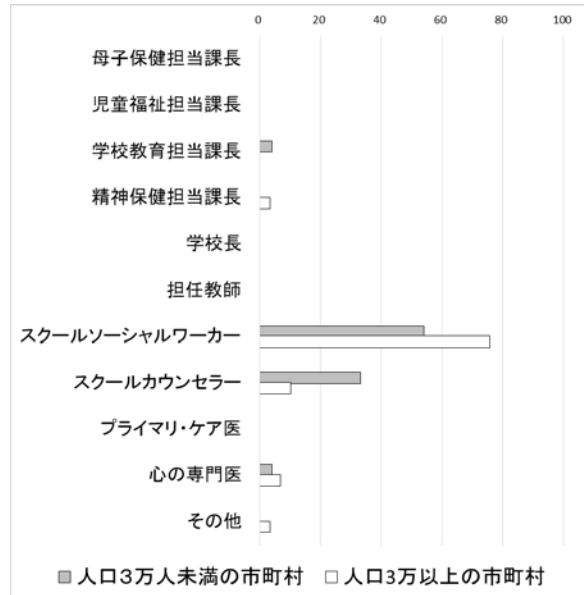
C 3 学童・思春期の親子の心の診療のために、各市町村単位にコーディネーターが必要だと思いますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
思う	17	16	70.8	55.2
思わない	0	2	0.0	6.9
わからない	7	11	29.2	37.9



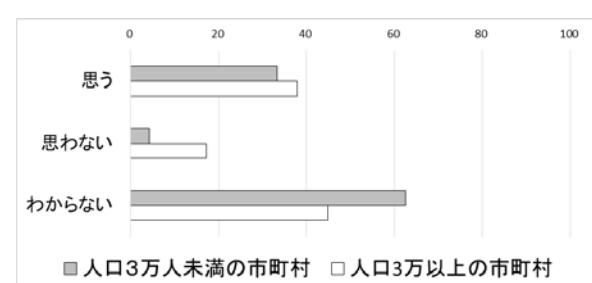
C 4 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
母子保健担当課長	0	0	0.0	0.0
児童福祉担当課長	0	0	0.0	0.0
学校教育担当課長	1	0	4.2	0.0
精神保健担当課長	0	1	0.0	3.4
学校長	0	0	0.0	0.0
担任教師	0	0	0.0	0.0
スクールソーシャルワーカー	13	22	54.2	75.9
スクールカウンセラー	8	3	33.3	10.3
プライマリ・ケア医	0	0	0.0	0.0
心の専門医	1	2	4.2	6.9
その他	0	1	0.0	3.4



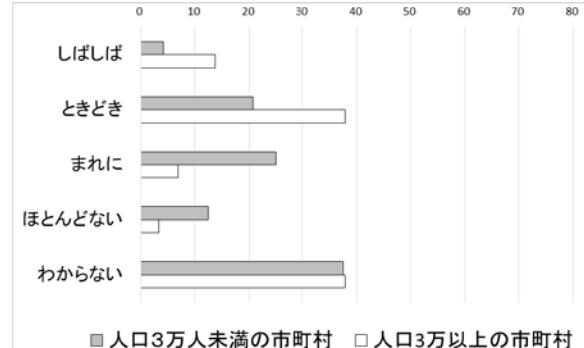
C 5 コーディネーターを、「子育て世代包括支援センターに配置することを必要と思われますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
思う	8	11	33.3	37.9
思わない	1	5	4.2	17.2
わからない	15	13	62.5	44.8



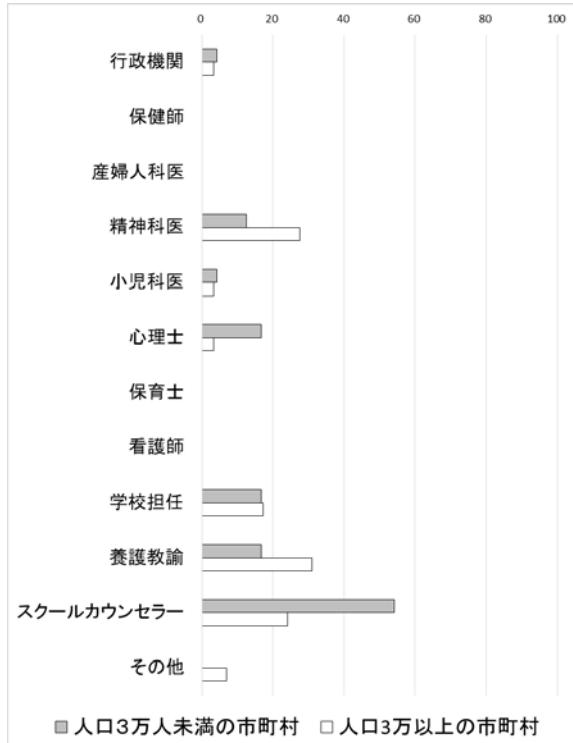
C 6 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
しばしば	1	4	4.2	13.8
ときどき	5	11	20.8	37.9
まれに	6	2	25.0	6.9
ほとんどない	3	1	12.5	3.4
わからない	9	11	37.5	37.9



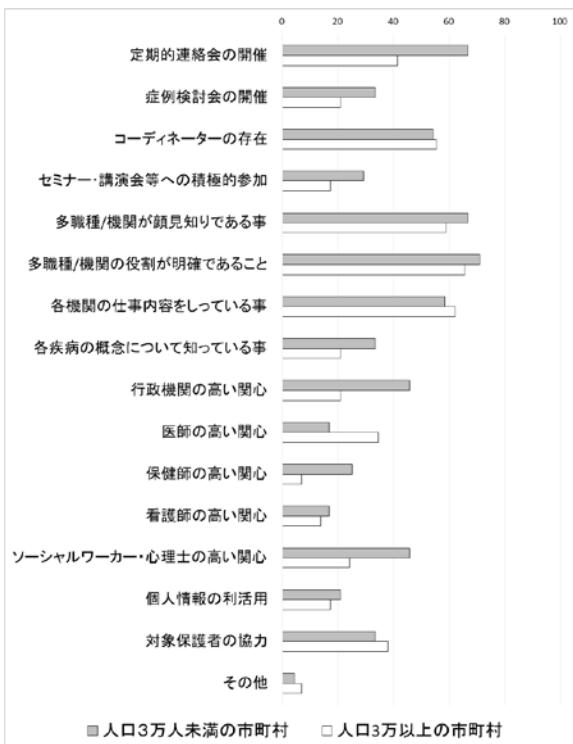
C 7 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
行政機関	1	1	4.2	3.4
保健師	0	0	0.0	0.0
産婦人科医	0	0	0.0	0.0
精神科医	3	8	12.5	27.6
小児科医	1	1	4.2	3.4
心理士	4	1	16.7	3.4
保育士	0	0	0.0	0.0
看護師	0	0	0.0	0.0
学校担任	4	5	16.7	17.2
養護教諭	4	9	16.7	31.0
スクールカウンセラー	13	7	54.2	24.1
その他	0	2	0.0	6.9



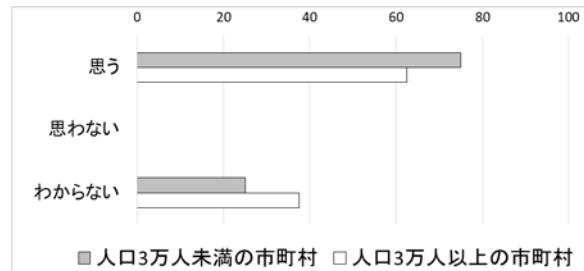
C 8 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携推進のために大切なことはなにでしょうか？（複数回答可）

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
定期的連絡会の開催	16	12	66.7	41.4
症例検討会の開催	8	6	33.3	20.7
コーディネーターの存在	13	16	54.2	55.2
セミナー・講演会等への積極的参加	7	5	29.2	17.2
多職種/期間が顕見知りである事	16	17	66.7	58.6
多職種/機関の役割が明確であること	17	19	70.8	65.5
各機関の仕事内容をしつている事	14	18	58.3	62.1
各疾病の概念について知っている事	8	6	33.3	20.7
行政機関の高い関心	11	6	45.8	20.7
医師の高い関心	4	10	16.7	34.5
保健師の高い関心	6	2	25.0	6.9
看護師の高い関心	4	4	16.7	13.8
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	11	7	45.8	24.1
個人情報の利活用	5	5	20.8	17.2
対象保護者の協力	8	11	33.3	37.9
その他	1	2	4.2	6.9



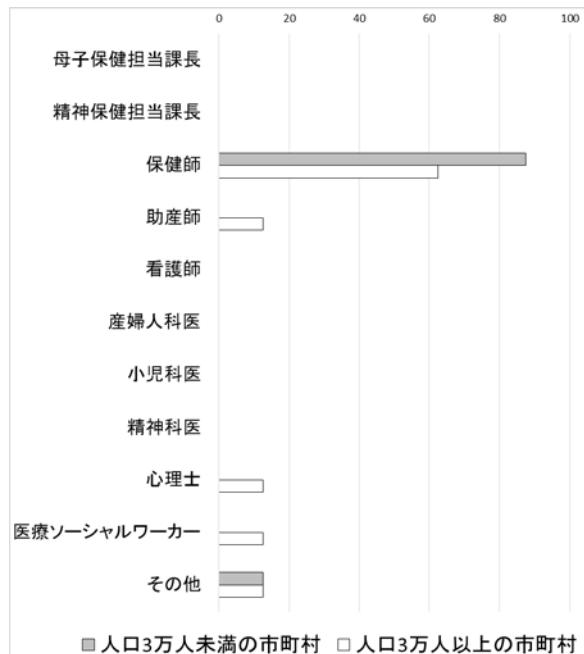
A1 妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携のためには、各市町村単位にコーディネーターが必要と思いますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
思う	6	5	75.0	62.5
思わない	0	0	0.0	0.0
わからない	2	3	25.0	37.5



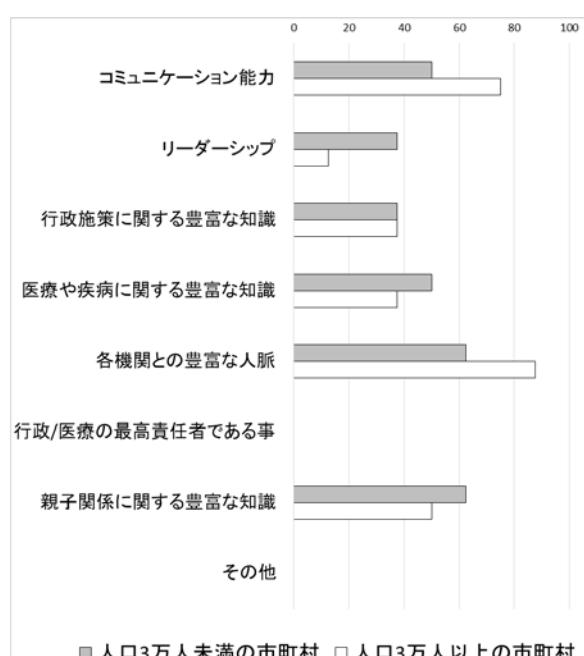
A2 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
母子保健担当課長	0	0	0.0	0.0
精神保健担当課長	0	0	0.0	0.0
保健師	7	5	87.5	62.5
助産師	0	1	0.0	12.5
看護師	0	0	0.0	0.0
産婦人科医	0	0	0.0	0.0
小児科医	0	0	0.0	0.0
精神科医	0	0	0.0	0.0
心理士	0	1	0.0	12.5
医療ソーシャルワーカー	0	1	0.0	12.5
その他	1	1	12.5	12.5



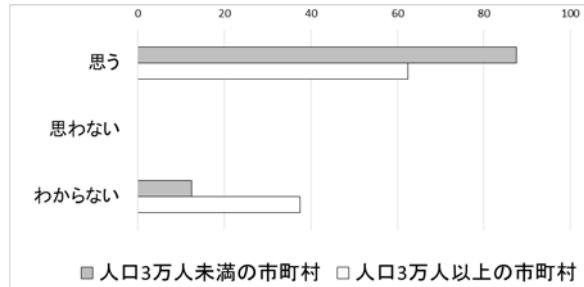
A3 コーディネーターに求められるスキルは何でしょうか？3つ選んでください。

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
コミュニケーション能力	4	6	50.0	75.0
リーダーシップ	3	1	37.5	12.5
行政施策に関する豊富な知識	3	3	37.5	37.5
医療や疾病に関する豊富な知識	4	3	50.0	37.5
各機関との豊富な人脈	5	7	62.5	87.5
行政/医療の最高責任者である事	0	0	0.0	0.0
親子関係に関する豊富な知識	5	4	62.5	50.0
その他	0	0	0.0	0.0



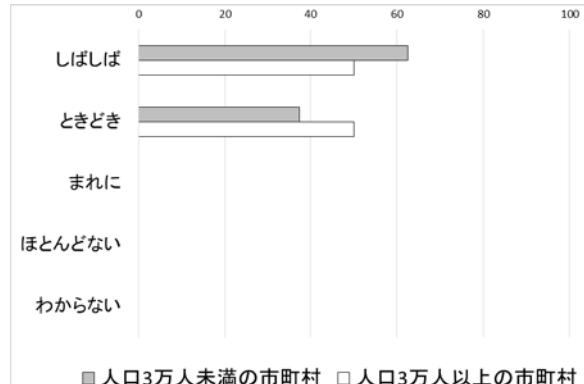
A4 コーディネーターを、将来（現在）設置される（されている）「子育て世代包括支援センター」に配置することを必要と思われますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
思う	7	5	87.5	62.5
思わない	0	0	0.0	0.0
わからない	1	3	12.5	37.5



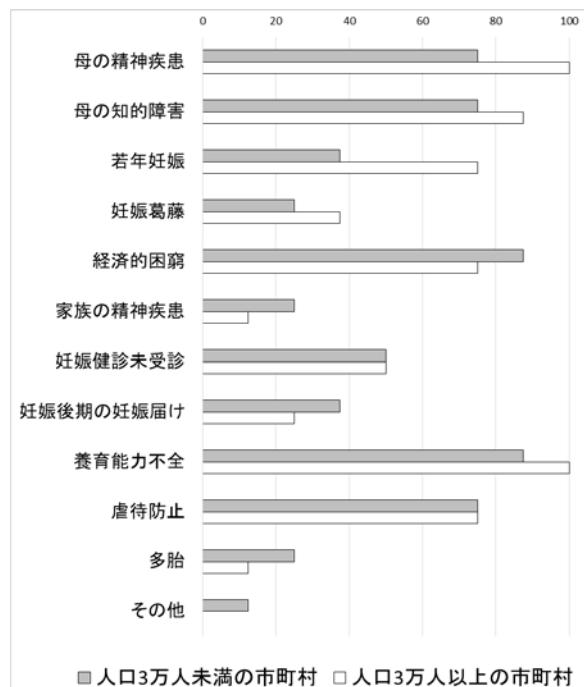
A5 妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
しばしば	5	4	62.5	50.0
ときどき	3	4	37.5	50.0
まれに	0	0	0.0	0.0
ほとんどない	0	0	0.0	0.0
わからない	0	0	0.0	0.0



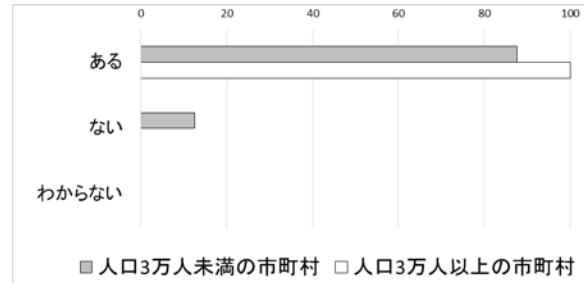
A6 連携が特に必要と思われる主な理由は何かですか？（複数回答可）

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
母の精神疾患	6	8	75.0	100.0
母の知的障害	6	7	75.0	87.5
若年妊娠	3	6	37.5	75.0
妊娠葛藤	2	3	25.0	37.5
経済的困窮	7	6	87.5	75.0
家族の精神疾患	2	1	25.0	12.5
妊娠健診未受診	4	4	50.0	50.0
妊娠後期の妊娠届け	3	2	37.5	25.0
養育能力不全	7	8	87.5	100.0
虐待防止	6	6	75.0	75.0
多胎	2	1	25.0	12.5
その他	1	0	12.5	0.0



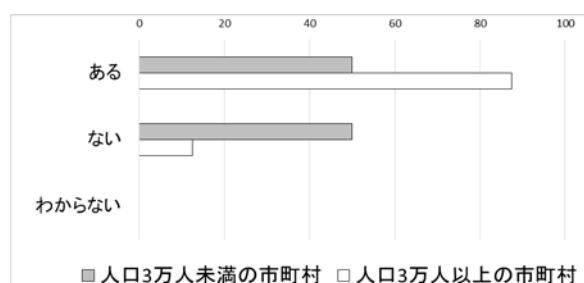
A7 特定妊婦が転居するときに、市町村単位で情報を共有、申し送りするシステムはありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
ある	7	8	87.5	100.0
ない	1	0	12.5	0.0
わからない	0	0	0.0	0.0



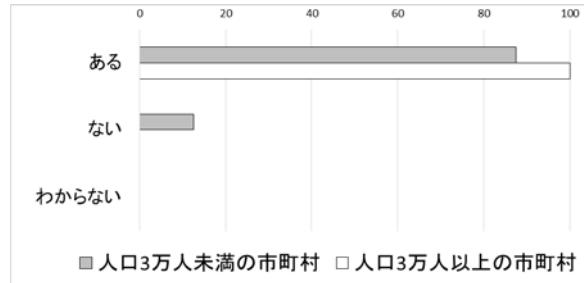
A8 地域の中で周産期のメンタルヘルスの問題（妊婦の精神疾患等）を診ている精神科はありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
ある	4	7	50.0	87.5
ない	4	1	50.0	12.5
わからない	0	0	0.0	0.0



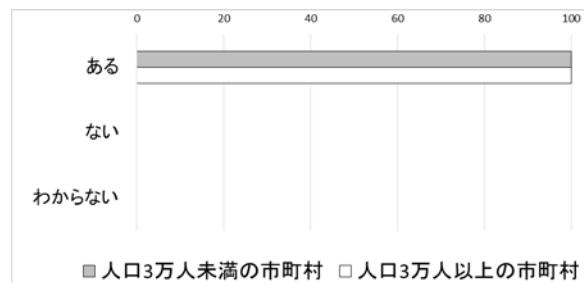
A9 特定妊婦の情報を何らかの形で、産科医療機関と共有したことはありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
ある	7	8	87.5	100.0
ない	1	0	12.5	0.0
わからない	0	0	0.0	0.0



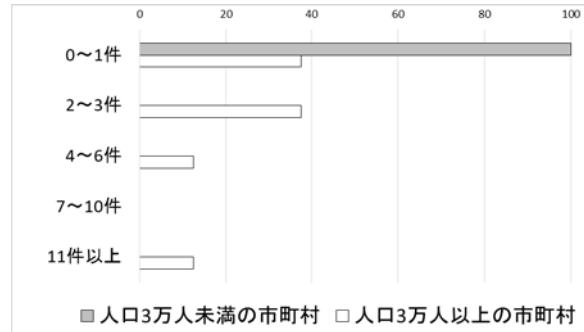
A10 産科医療機関との間で、母子保健支援に関する連絡票等はありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
ある	8	8	100.0	100.0
ない	0	0	0.0	0.0
わからない	0	0	0.0	0.0



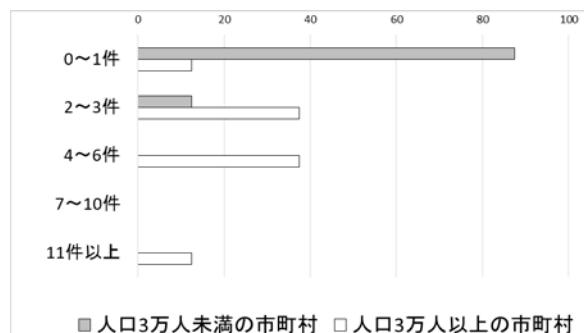
A11 A10であるとお答えの方にお聞きします。1ヶ月で行政→医療機関（産科）への連絡票はおよそ何件ありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
0～1件	8	3	100.0	37.5
2～3件	0	3	0.0	37.5
4～6件	0	1	0.0	12.5
7～10件	0	0	0.0	0.0
11件以上	0	1	0.0	12.5



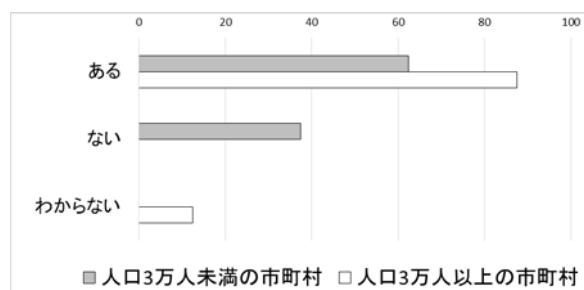
A12 A10であるとお答えの方にお聞きします。1ヶ月で医療機関（産科）→行政への連絡票はおよそ何件ありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
0～1件	7	1	87.5	12.5
2～3件	1	3	12.5	37.5
4～6件	0	3	0.0	37.5
7～10件	0	0	0.0	0.0
11件以上	0	1	0.0	12.5



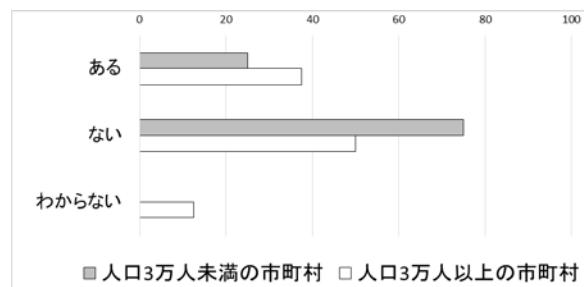
A13 妊婦の情報を何らかの形で、精神科医療機関と共有したことはありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
ある	5	7	62.5	87.5
ない	3	0	37.5	0.0
わからない	0	1	0.0	12.5



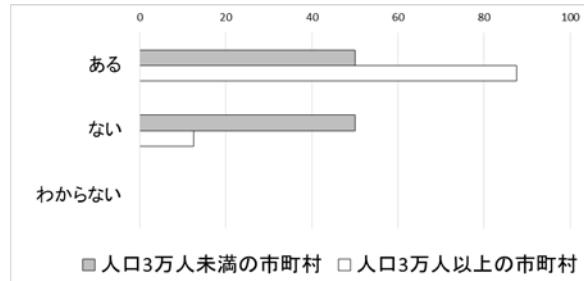
A14 精神科医療機関との間で、母子保健支援に関する連絡票等はありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
ある	2	3	25.0	37.5
ない	6	4	75.0	50.0
わからない	0	1	0.0	12.5



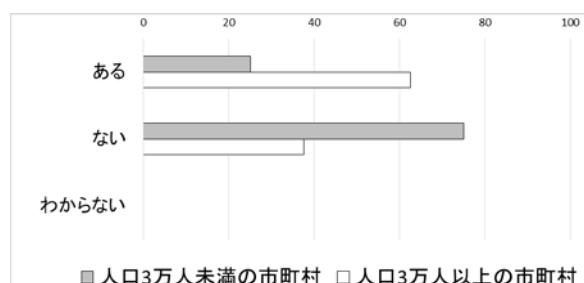
A17 特定妊婦から出生した子どもに関する情報を、何らかの形で小児科医療機関と共有したことありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
ある	4	7	50.0	87.5
ない	4	1	50.0	12.5
わからない	0	0	0.0	0.0



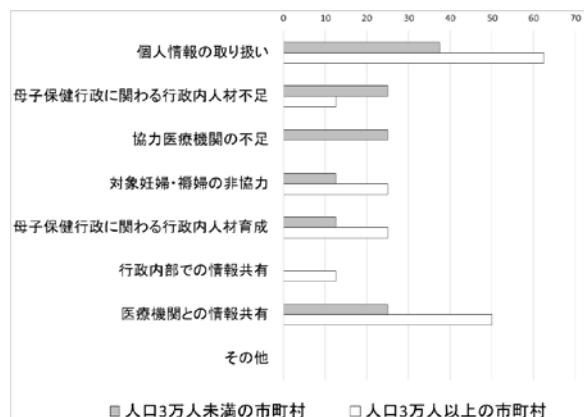
A18 小児科医療機関との間で、母子保健支援に関する連絡票等はありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
ある	2	5	25.0	62.5
ない	6	3	75.0	37.5
わからない	0	0	0.0	0.0



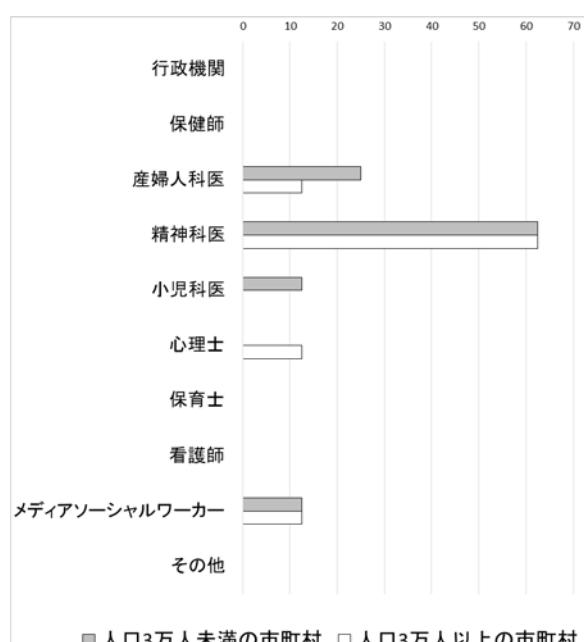
A21 各医療機関との連携のために困っておられることは何ですか？(複数回答可)

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
個人情報の取り扱い	3	5	37.5	62.5
母子保健行政に関わる行政内人材不足	2	1	25.0	12.5
協力医療機関の不足	2	0	25.0	0.0
対象妊婦・褥婦の非協力	1	2	12.5	25.0
母子保健行政に関わる行政内人材育成	1	2	12.5	25.0
行政内部での情報共有	0	1	0.0	12.5
医療機関との情報共有	2	4	25.0	50.0
その他	0	0	0.0	0.0



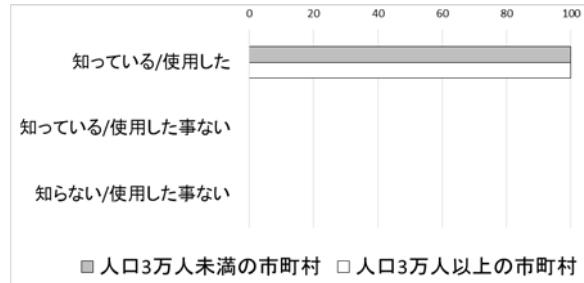
A22 妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関/職種を1つ選んでください。

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
行政機関	0	0	0.0	0.0
保健師	0	0	0.0	0.0
産婦人科医	2	1	25.0	12.5
精神科医	5	5	62.5	62.5
小児科医	1	0	12.5	0.0
心理士	0	1	0.0	12.5
保育士	0	0	0.0	0.0
看護師	0	0	0.0	0.0
メディアソーシャルワーカー	1	1	12.5	12.5
その他	0	0	0.0	0.0



A23 エジンバラ産後うつ病自己尺度(Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS)をご存知ですか／ご使用されたことありますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
知っている／使用した	8	8	100.0	100.0
知っている／使用した事ない	0	0	0.0	0.0
知らない／使用した事ない	0	0	0.0	0.0



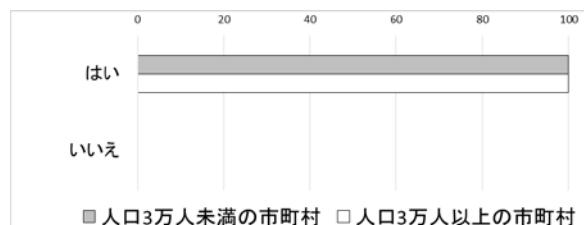
A24 妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携推進のために大切なことはなにでしょうか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
定期的連絡会の開催	5	3	62.5	37.5
症例検討会の開催	4	3	50.0	37.5
コーディネーターの存在	4	3	50.0	37.5
セミナー・講演会等への積極的参加	4	1	50.0	12.5
多職種/期間が顕見知りである事	7	5	87.5	62.5
連絡票の活用	6	6	75.0	75.0
各機関の仕事内容をしつている事	5	2	62.5	25.0
各疾病の概念について知っている事	4	1	50.0	12.5
行政機関の高い関心	2	1	25.0	12.5
医師の高い関心	4	4	50.0	50.0
保健師の高い関心	2	0	25.0	0.0
助産師・看護師の高い関心	4	2	50.0	25.0
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	3	0	37.5	0.0
個人情報の利活用	3	3	37.5	37.5
対象妊婦・褥婦の協力	3	2	37.5	25.0
その他	1	0	12.5	0.0



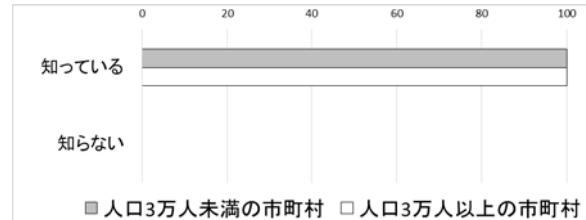
A25 平成28年～29年にかけて一部、児童福祉法が改正されたことはご存知ですか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
はい	8	8	100.0	100.0
いいえ	0	0	0.0	0.0



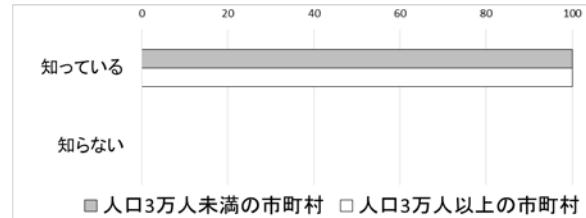
A26 改正された児童福祉法に下記内容が明記されたことはご存知ですか？
a. 医療機関や学校等は、支援を要する妊婦を把握した場合には、その情報を市町村に提供するよう努めること

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
知っている	8	8	100.0	100.0
知らない	0	0	0.0	0.0



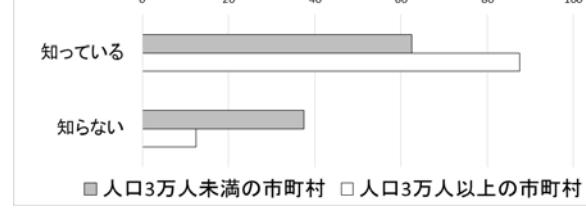
b. 市町村の要保護児童対策地域協議会が実効ある役割を果たすために、医師や心理士などの専門職を配備すること

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
知っている	8	8	100.0	100.0
知らない	0	0	0.0	0.0



c. 都道府県の業務として、里親支援の推進、養子縁組に関する相談・支援が明記されたこと

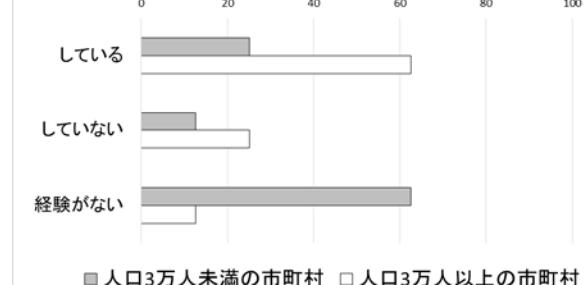
	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
知っている	5	7	62.5	87.5
知らない	3	1	37.5	12.5



A27 児童虐待のハイリスク妊婦／褥婦に遭遇した場合の対応についてお聞きします。

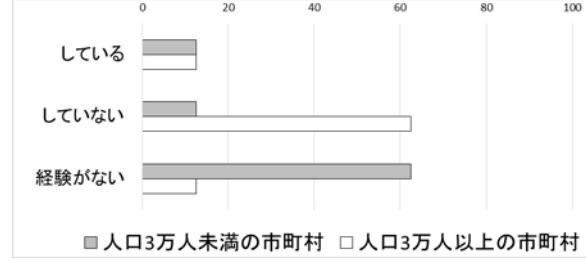
a. 里親制度について母親に情報提供していますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
している	2	5	25.0	62.5
していない	1	2	12.5	25.0
経験がない	5	1	62.5	12.5



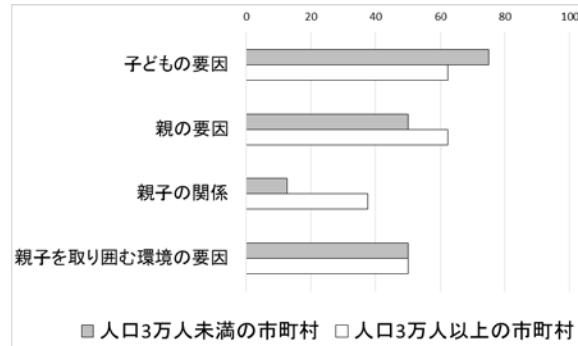
b. その場合、斡旋団体を紹介していますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
している	1	1	12.5	12.5
していない	1	5	12.5	62.5
経験がない	5	1	62.5	12.5



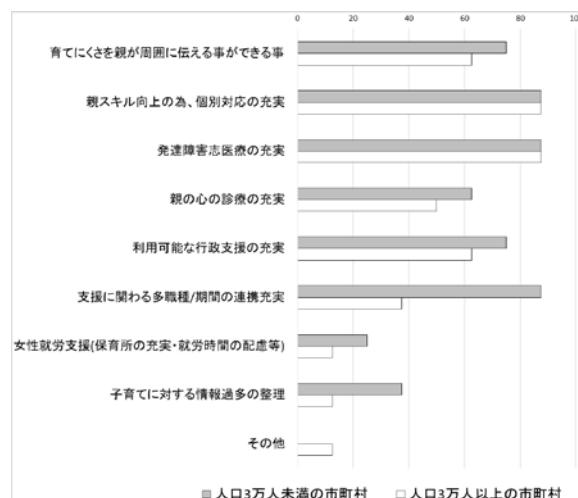
B1 保護者が感じる「育てにくさ」の主な要因は以下のどれだと思われますか？
2つ選んでください。

	人口3万人 未満の市町村 N	人口3万人 以上の市町村 N	人口3万人 未満の市町村 %	人口3万人 以上の市町村 %
子どもの要因	6	5	75.0	62.5
親の要因	4	5	50.0	62.5
親子の関係	1	3	12.5	37.5
親子を取り囲む環境の要因	4	4	50.0	50.0



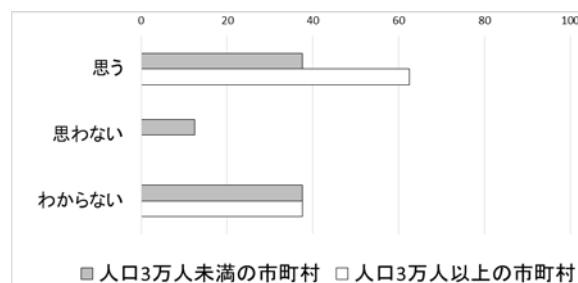
B2 「育てにくさ」を支援するために何が必要と思われますか？（複数回答可）

	人口3万人 未満の市町村 N	人口3万人 以上の市町村 N	人口3万人 未満の市町村 %	人口3万人 以上の市町村 %
育てにくさを親が周間に伝える事ができる事	6	5	75.0	62.5
親スキル向上の為、個別対応の充実	7	7	87.5	87.5
発達障害志治療の充実	7	7	87.5	87.5
親の心の診療の充実	5	4	62.5	50.0
利用可能な行政支援の充実	6	5	75.0	62.5
支援に関わる多職種/期間の連携充実	7	3	87.5	37.5
女性就労支援(保育所の充実・就労時間の配慮等)	2	1	25.0	12.5
子育てに対する情報過多の整理	3	1	37.5	12.5
その他	0	1	0.0	12.5



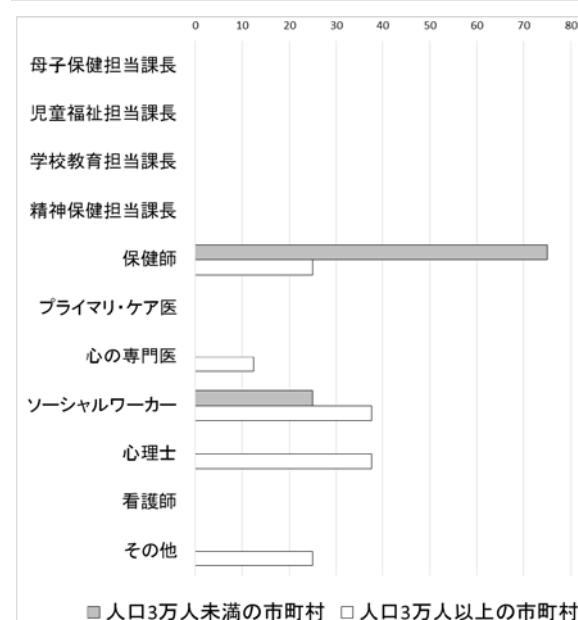
B3 育てにくさを感じる親子の心の診療のために、各市町村単位にコーディネーターが必要だと思いますか？

	人口3万人 未満の市町村 N	人口3万人 以上の市町村 N	人口3万人 未満の市町村 %	人口3万人 以上の市町村 %
思う	3	5	37.5	62.5
思わない	1	0	12.5	0.0
わからない	3	3	37.5	37.5



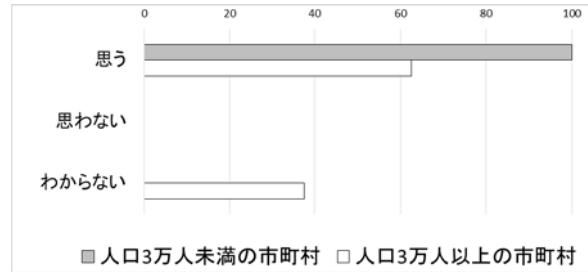
B4 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。

	人口3万人 未満の市町村 N	人口3万人 以上の市町村 N	人口3万人 未満の市町村 %	人口3万人 以上の市町村 %
母子保健担当課長	0	0	0.0	0.0
児童福祉担当課長	0	0	0.0	0.0
学校教育担当課長	0	0	0.0	0.0
精神保健担当課長	0	0	0.0	0.0
保健師	6	2	75.0	25.0
プライマリ・ケア医	0	0	0.0	0.0
心の専門医	0	1	0.0	12.5
ソーシャルワーカー	2	3	25.0	37.5
心理士	0	3	0.0	37.5
看護師	0	0	0.0	0.0
その他	0	2	0.0	25.0



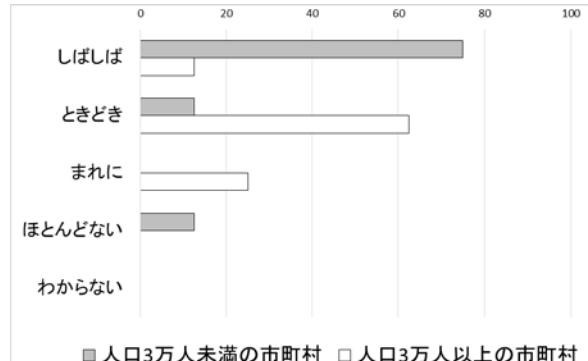
B5 コーディネーターを、「子育て世代包括支援センターに配置することを必要と思われますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
思う	8	5	100.0	62.5
思わない	0	0	0.0	0.0
わからない	0	3	0.0	37.5



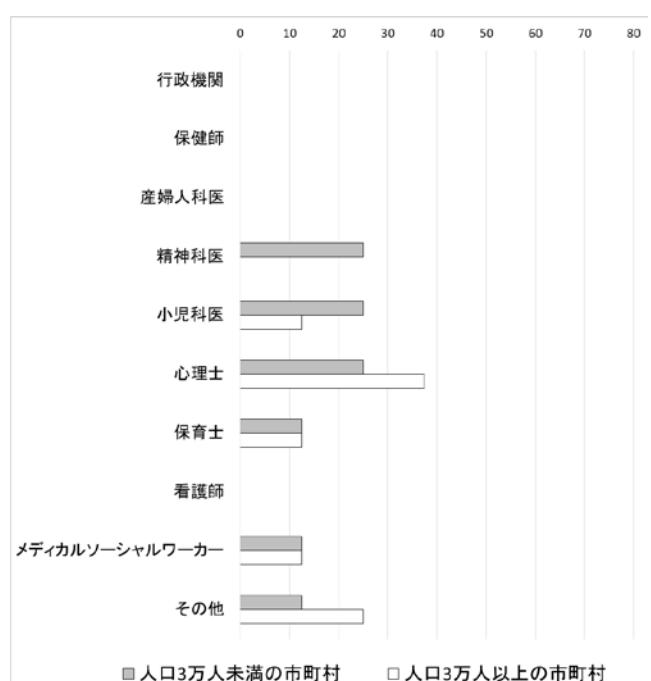
B6 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
しばしば	6	1	75.0	12.5
ときどき	1	5	12.5	62.5
まれに	0	2	0.0	25.0
ほとんどない	1	0	12.5	0.0
わからない	0	0	0.0	0.0



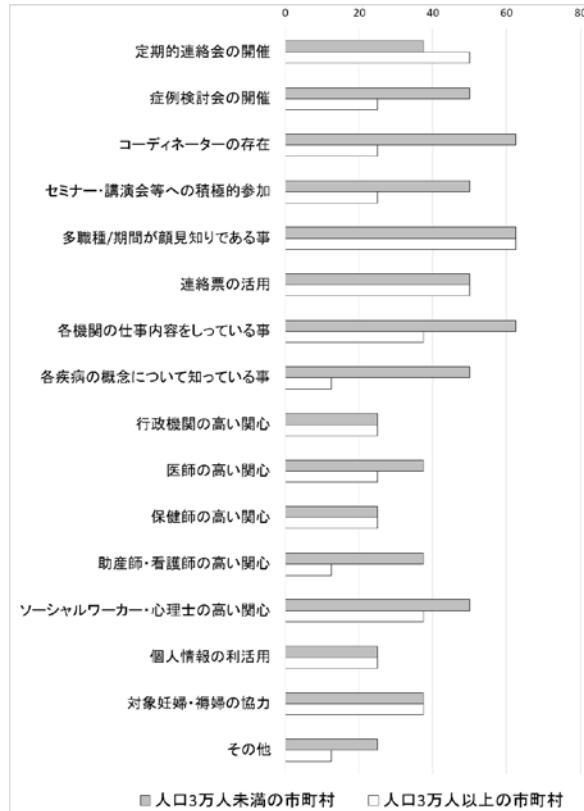
B7 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
行政機関	0	0	0.0	0.0
保健師	0	0	0.0	0.0
産婦人科医	0	0	0.0	0.0
精神科医	2	0	25.0	0.0
小児科医	2	1	25.0	12.5
心理士	2	3	25.0	37.5
保育士	1	1	12.5	12.5
看護師	0	0	0.0	0.0
メディカルソーシャルワーカー	1	1	12.5	12.5
その他	1	2	12.5	25.0



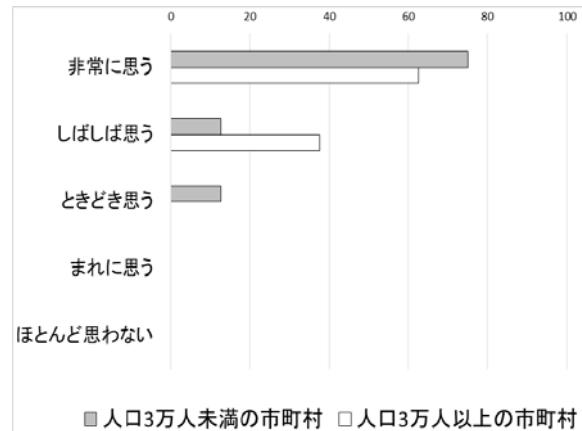
B8 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携推進のために大切なことはなにでしょか？（複数回答可）

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
定期的連絡会の開催	3	4	37.5	50.0
症例検討会の開催	4	2	50.0	25.0
コーディネーターの存在	5	2	62.5	25.0
セミナー・講演会等への積極的参加	4	2	50.0	25.0
多職種/期間が顔見知りである事	5	5	62.5	62.5
連絡票の活用	4	4	50.0	50.0
各機関の仕事内容をしっている事	5	3	62.5	37.5
各疾病の概念について知っている事	4	1	50.0	12.5
行政機関の高い関心	2	2	25.0	25.0
医師の高い関心	3	2	37.5	25.0
保健師の高い関心	2	2	25.0	25.0
助産師・看護師の高い関心	3	1	37.5	12.5
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	4	3	50.0	37.5
個人情報の利活用	2	2	25.0	25.0
対象妊婦・褥婦の協力	3	3	37.5	37.5
その他	2	1	25.0	12.5



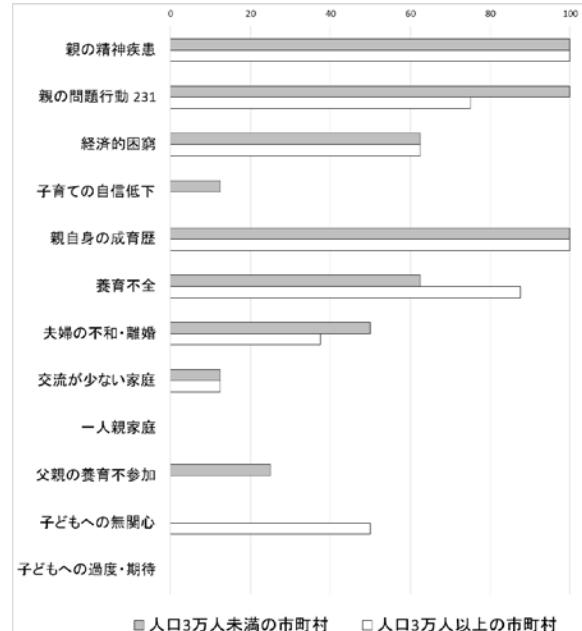
C 1 子どもの心の問題は、親の心の問題（親子関係、親の病気等）が関係していると思いますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
非常に思う	6	5	75.0	62.5
しばしば思う	1	3	12.5	37.5
ときどき思う	1	0	12.5	0.0
まれに思う	0	0	0.0	0.0
ほとんど思わない	0	0	0.0	0.0



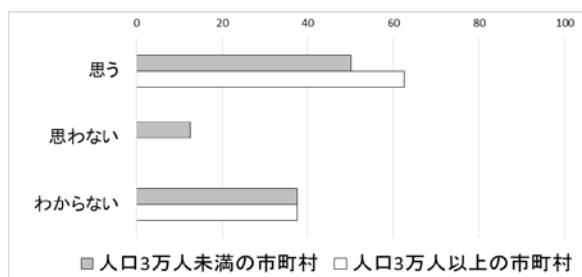
C 2 親の心の問題、またはその問題の背景として重要と思われるものはどれですか？5つ選んでください。

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
親の精神疾患	8	8	100.0	100.0
親の問題行動 231	8	6	100.0	75.0
経済的困窮	5	5	62.5	62.5
子育ての自信低下	1	0	12.5	0.0
親自身の成育歴	8	8	100.0	100.0
養育不全	5	7	62.5	87.5
夫婦の不和・離婚	4	3	50.0	37.5
交流が少ない家庭	1	1	12.5	12.5
一人親家庭	0	0	0.0	0.0
父親の養育不参加	2	0	25.0	0.0
子どもへの無関心	0	4	0.0	50.0
子どもへの過度・期待	0	0	0.0	0.0



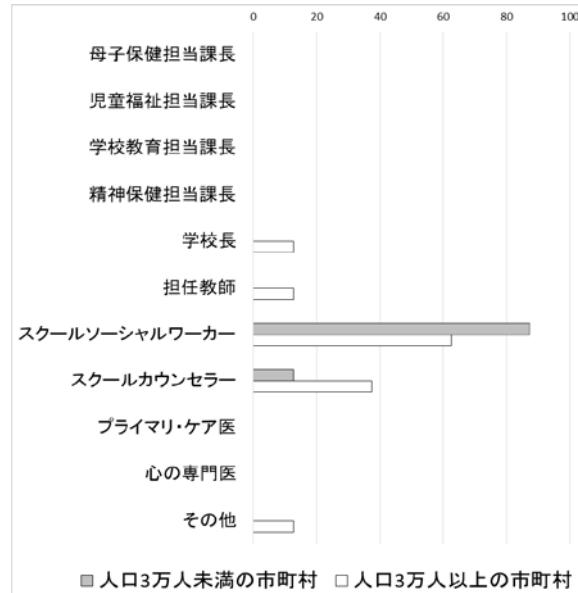
C 3 学童・思春期の親子の心の診療のために、各市町村単位にコーディネーターが必要だと思いますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
思う	4	5	50.0	62.5
思わない	1	0	12.5	0.0
わからない	3	3	37.5	37.5



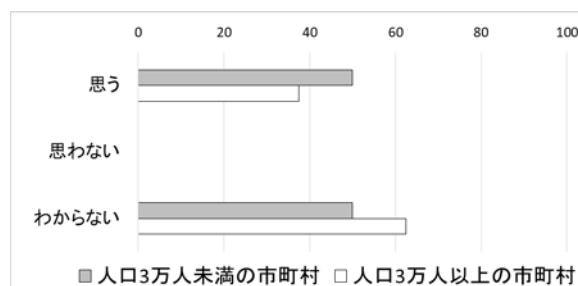
C 4 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
母子保健担当課長	0	0	0.0	0.0
児童福祉担当課長	0	0	0.0	0.0
学校教育担当課長	0	0	0.0	0.0
精神保健担当課長	0	0	0.0	0.0
学校長	0	1	0.0	12.5
担任教師	0	1	0.0	12.5
スクールソーシャルワーカー	7	5	87.5	62.5
スクールカウンセラー	1	3	12.5	37.5
プライマリ・ケア医	0	0	0.0	0.0
心の専門医	0	0	0.0	0.0
その他	0	1	0.0	12.5



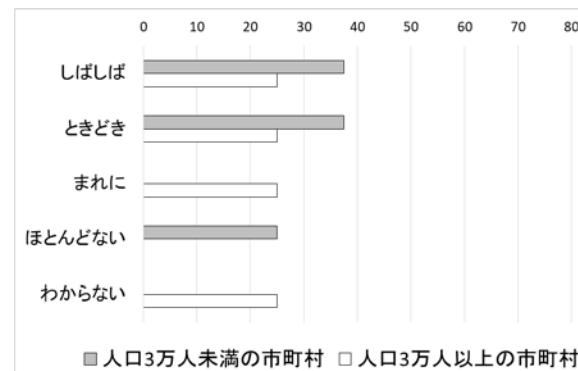
C 5 コーディネーターを、「子育て世代包括支援センターに配置することを必要と思われますか？」

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
思う	4	3	50.0	37.5
思わない	0	0	0.0	0.0
わからない	4	5	50.0	62.5



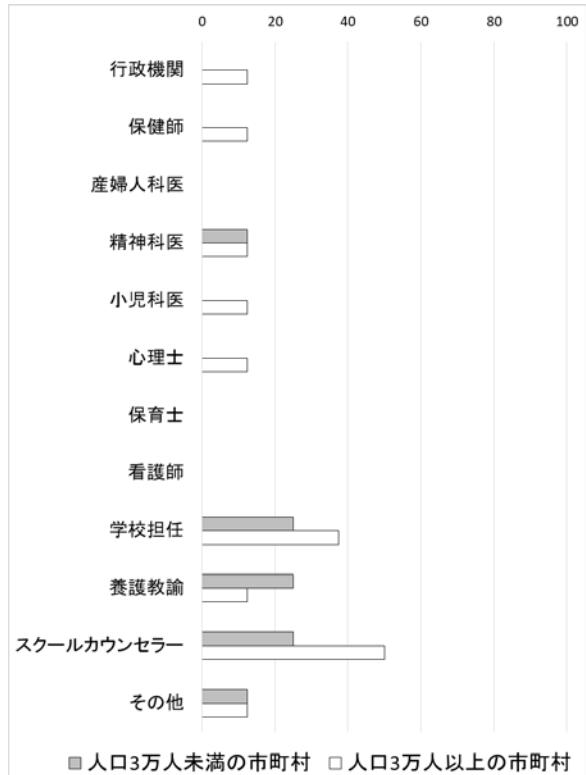
C 6 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
しばしば	3	2	37.5	25.0
ときどき	3	2	37.5	25.0
まれに	0	2	0.0	25.0
ほとんどない	2	0	25.0	0.0
わからない	0	2	0.0	25.0



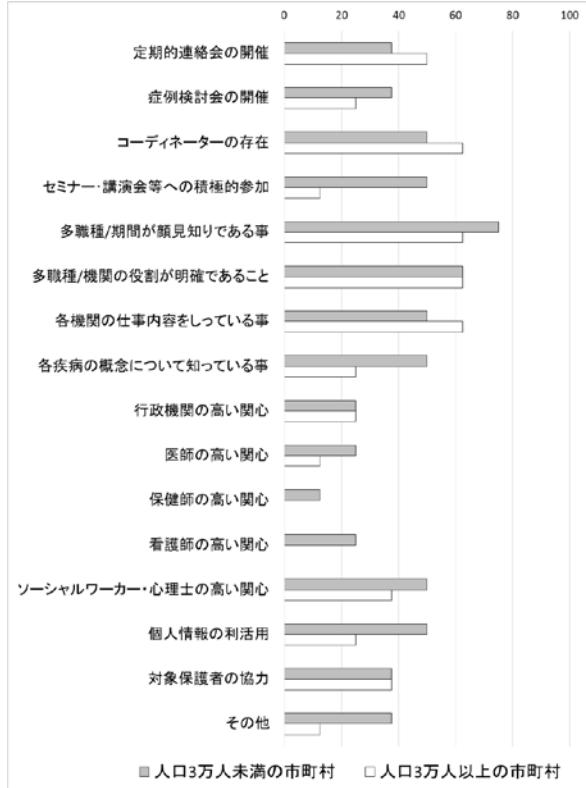
C 7 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
行政機関	0	1	0.0	12.5
保健師	0	1	0.0	12.5
産婦人科医	0	0	0.0	0.0
精神科医	1	1	12.5	12.5
小児科医	0	1	0.0	12.5
心理士	0	1	0.0	12.5
保育士	0	0	0.0	0.0
看護師	0	0	0.0	0.0
学校担任	2	3	25.0	37.5
養護教諭	2	1	25.0	12.5
スクールカウンセラー	2	4	25.0	50.0
その他	1	1	12.5	12.5



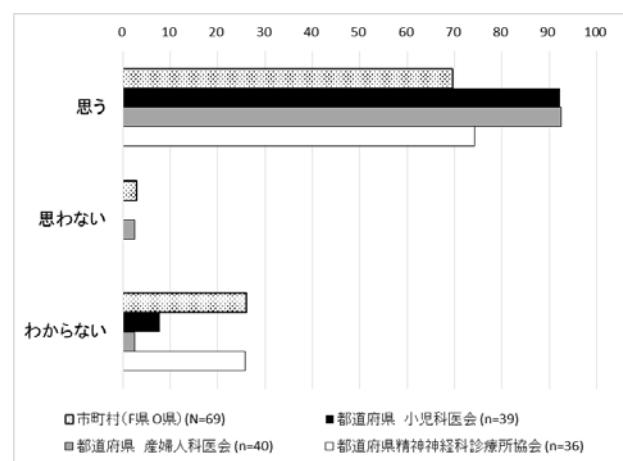
C 8 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携推進のために大切なことはなにでしょうか？（複数回答可）

	人口3万人未満の市町村 N	人口3万人以上の市町村 N	人口3万人未満の市町村 %	人口3万人以上の市町村 %
定期的連絡会の開催	3	4	37.5	50.0
症例検討会の開催	3	2	37.5	25.0
コーディネーターの存在	4	5	50.0	62.5
セミナー・講演会等への積極的参加	4	1	50.0	12.5
多職種/期間が顔見知りである事	6	5	75.0	62.5
多職種/機関の役割が明確であること	5	5	62.5	62.5
各機関の仕事内容をしつている事	4	5	50.0	62.5
各疾病の概念について知っている事	4	2	50.0	25.0
行政機関の高い関心	2	2	25.0	25.0
医師の高い関心	2	1	25.0	12.5
保健師の高い関心	1	0	12.5	0.0
看護師の高い関心	2	0	25.0	0.0
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	4	3	50.0	37.5
個人情報の利活用	4	2	50.0	25.0
対象保護者の協力	3	3	37.5	37.5
その他	3	1	37.5	12.5



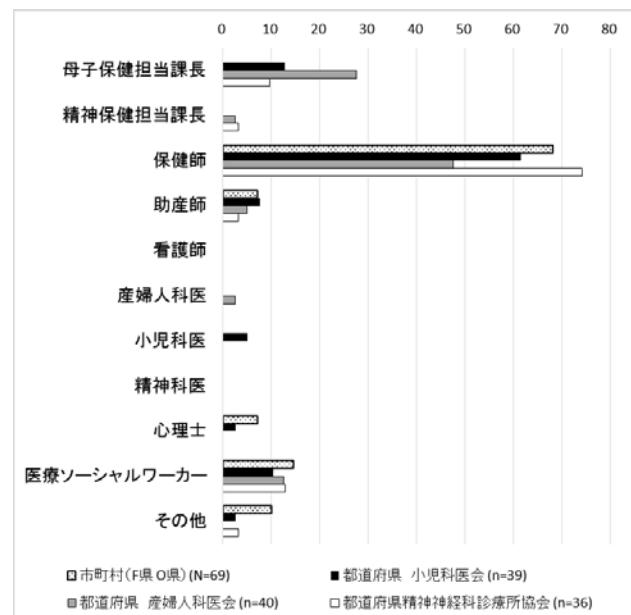
A1/A1/A1/A1 妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携のためには、各市区町村単位にコーディネーターが必要だと思いますか？				
	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神経科診療所協会 (n=36)
思う	69.6	92.3	92.5	74.2
思わない	2.9	0	2.5	0
わからない	26.1	7.7	2.5	25.8

値は%を示す



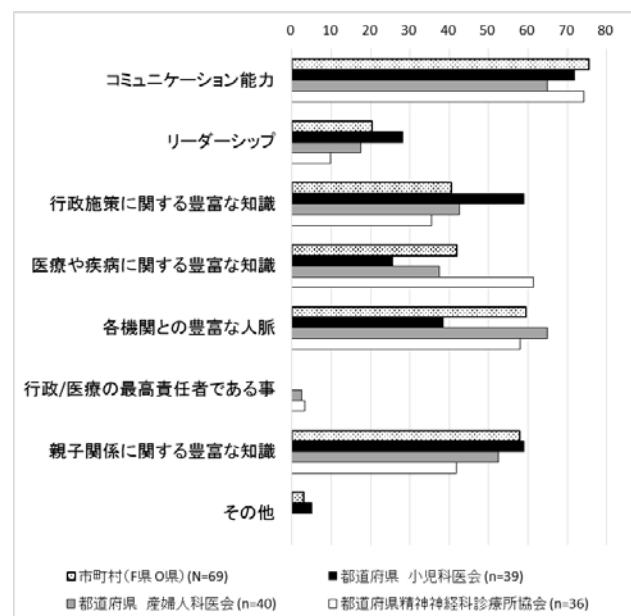
A2/A2/A2/A2 コーディネーターが必要となった場合、各市区町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。				
	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神経科診療所協会 (n=36)
母子保健担当課長	0.0	12.8	27.5	9.7
精神保健担当課長	0.0	0	2.5	3.2
保健師	68.1	61.5	47.5	74.2
助産師	7.2	7.7	5	3.2
看護師	0.0	0	0	0
産婦人科医	0.0	0	2.5	0
小児科医	0.0	5.1	0	0
精神科医	0.0	0	0	0
心理士	7.2	2.6	0	0
医療ソーシャルワーカー	14.5	10.3	12.5	12.9
その他	10.1	2.6	0	3.2

値は%を示す



A3/A3/A3/A3 コーディネーターに求められるスキルは何でしょうか？3つ選んでください。				
	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神経科診療所協会 (n=36)
コミュニケーション能力	75.4	71.8	65	74.2
リーダーシップ	20.3	28.2	17.5	9.7
行政施策に関する豊富な知識	40.6	59	42.5	35.5
医療や疾病に関する豊富な知識	42.0	25.6	37.5	61.3
各機関との豊富な人脉	59.4	38.5	65	58.1
行政/医療の最高責任者である事	0.0	0	2.5	3.2
親子関係に関する豊富な知識	58.0	59	52.5	41.9
その他	2.9	5.1	0	0

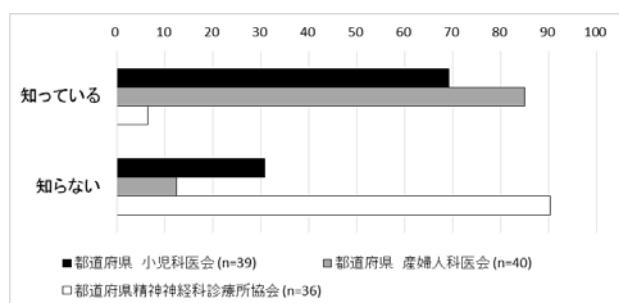
値は%を示す



ー/A4/A4/A4 妊娠期から乳児期までの様々なニーズに対して切れ目ないワンストップ総合的相談支援を提供する「子育て世代包括支援センター」が全国市区町村に設置される予定があるのをご存知ですか?

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
知っている		69.2	85	6.5
知らない		30.8	12.5	90.3

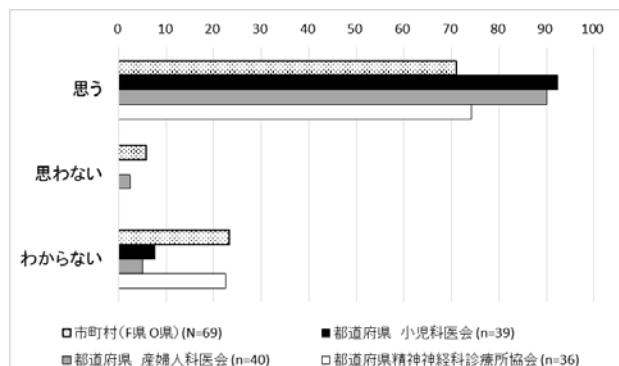
値は%を示す



A4/A5/A5/A5 コーディネーターを、将来(現在)設置される(されている)「子育て世代包括支援センター」に配置することを必要と思われますか?

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
思う	71.0	92.3	90	74.2
思わない	5.8	0	2.5	0
わからない	23.2	7.7	5	22.6

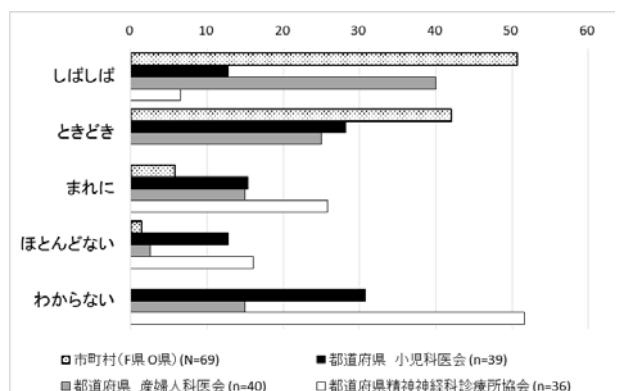
値は%を示す



A5/A6/A6/A6 妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか?

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
しばしば	50.7	12.8	40	6.5
ときどき	42.0	28.2	25	0
まれに	5.8	15.4	15	25.8
ほとんどない	1.4	12.8	2.5	16.1
わからない	0.0	30.8	15	51.6

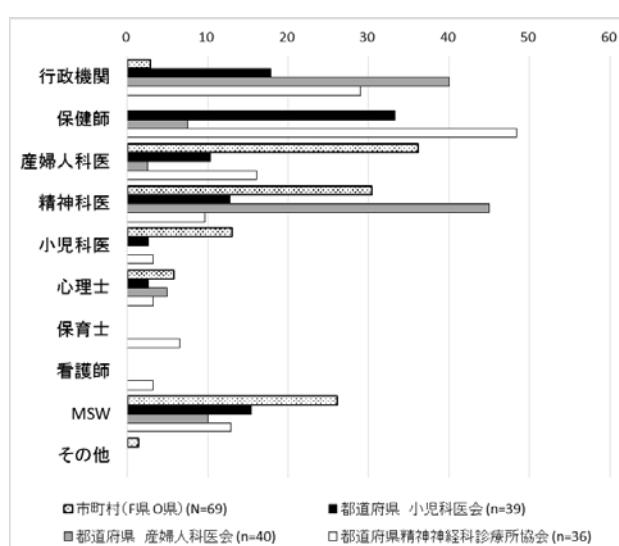
値は%を示す



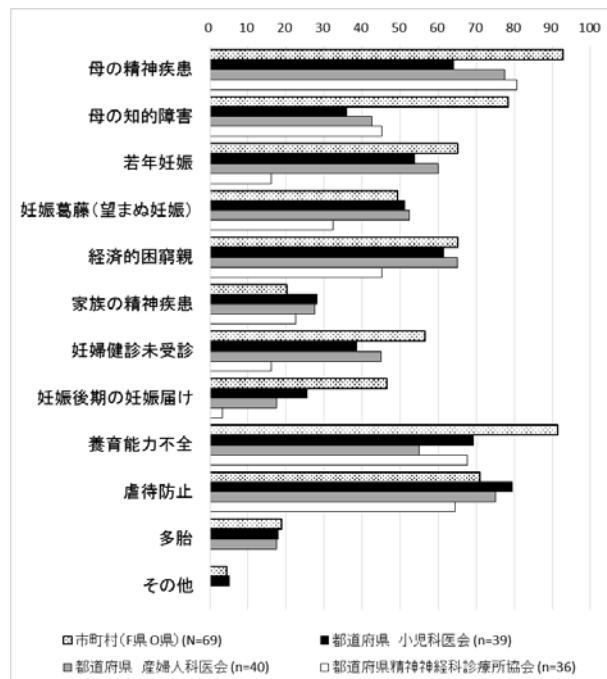
A22/A7/A7/A7 妊娠期から乳児期の様々な課題に対する多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関/職種を1つ選んでください。

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
行政機関	2.9	17.9	40	29
保健師	0.0	33.3	7.5	48.4
産婦人科医	36.2	10.3	2.5	16.1
精神科医	30.4	12.8	45	9.7
小児科医	13.0	2.6	0	3.2
心理士	5.8	2.6	5	3.2
保育士	0.0	0	0	6.5
看護師	0.0	0	0	3.2
MSW	26.1	15.4	10	12.9
その他	1.4	0	0	0

値は%を示す



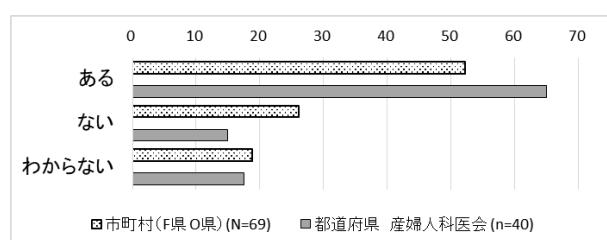
A6/A8/A8/A8 連携が特に必要と思われる主な理由は何か? (複数回答可)				
	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
母の精神疾患	92.8	64.1	77.5	80.6
母の知的障害	78.3	35.9	42.5	45.2
若年妊娠	65.2	53.8	60	16.1
妊娠葛藤 (望まぬ妊娠)	49.3	51.3	52.5	32.3
経済的困窮親	65.2	61.5	65	45.2
家族の精神疾患	20.3	28.2	27.5	22.6
妊娠健診未受診	56.5	38.5	45	16.1
妊娠後期の妊娠届け	46.4	25.6	17.5	3.2
養育能力不全	91.3	69.2	55	67.7
虐待防止	71.0	79.5	75	64.5
多胎	18.8	17.9	17.5	0
その他	4.3	5.1	0	0



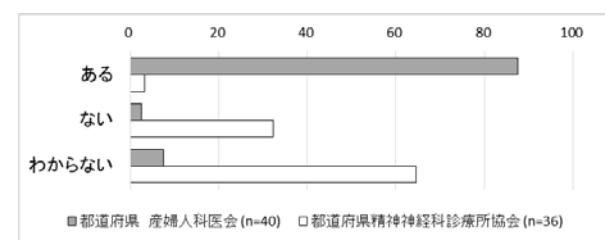
-A9/-/- 特定妊婦から出生した子どもに関する情報を、何らかの形で行政機関と共有するシステムはありますか?				
	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
ある		33.3		
ない		25.6		
わからない		38.5		
		値は%を示す		



A8/-/A9/-/- 地域の中で周産期のメンタルヘルスの問題 (妊婦・配偶者の精神疾患等) を診ている精神科はありますか?				
	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
ある	52.2		65	
ない	26.1		15	
わからない	18.8		17.5	
		値は%を示す		



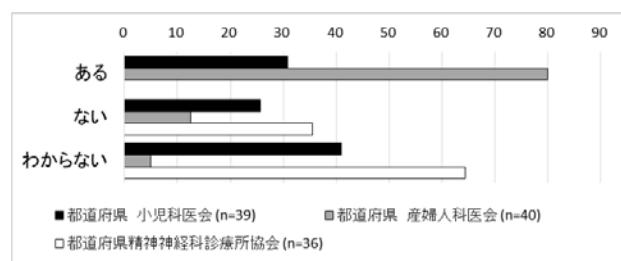
-/-/A10/A9 特定妊婦の情報を何らかの形で、行政機関と共有するシステムはありますか?				
	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
ある		87.5	3.2	
ない		2.5	32.3	
わからない		7.5	64.5	
		値は%を示す		



-/A10/A11/A10 行政機関との間で、母子保健支援に関する連絡票等はありますか？

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
ある		30.8	80	0
ない		25.6	12.5	35.5
わからない		41	5	64.5

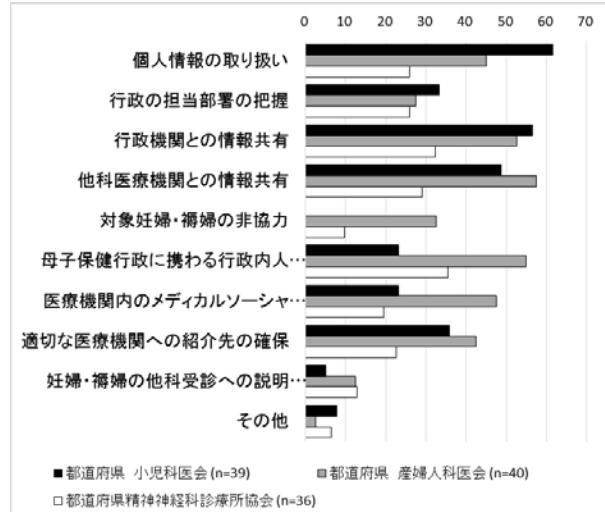
値は%を示す



-/A11/A13/A11 行政機関・他科医療機関との連携のために困っておられるることはありますか？ (複数回答可)

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
個人情報の取り扱い		61.5	45	25.8
行政の担当部署の把握		33.3	27.5	25.8
行政機関との情報共有		56.4	52.5	32.3
他科医療機関との情報共有		48.7	57.5	29
対象妊婦・褥婦の非協力		0	32.5	9.7
母子保健行政に携わる行政内人材不足		23.1	55	35.5
医療機関内のメディカルソーシャルワーカーの欠員/不足		23.1	47.5	19.4
適切な医療機関への紹介先の確保		35.9	42.5	22.6
妊婦・褥婦の他科受診への説明方法		5.1	12.5	12.9
その他		7.7	2.5	6.5

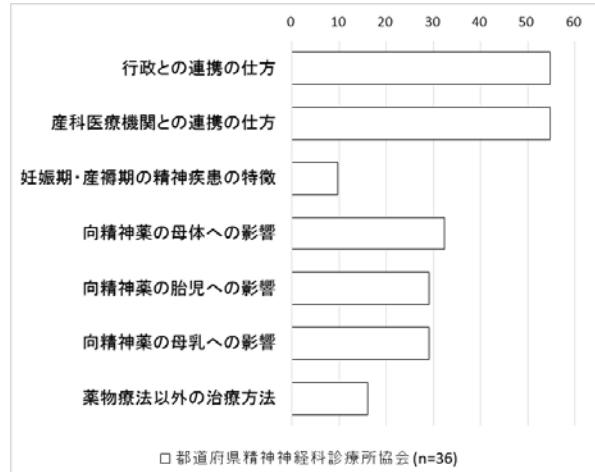
値は%を示す



-/-/-/A12 周産期のメンタルヘルスの診療（妊婦の精神疾患等）で知っておきたいことはありますか？ (複数回答可)

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
行政との連携の仕方				54.8
産科医療機関との連携の仕方				54.8
妊娠期・産褥期の精神疾患の特徴				9.7
向精神薬の母体への影響				32.3
向精神薬の胎児への影響				29
向精神薬の母乳への影響				29
薬物療法以外の治療方法				16.1
その他				0

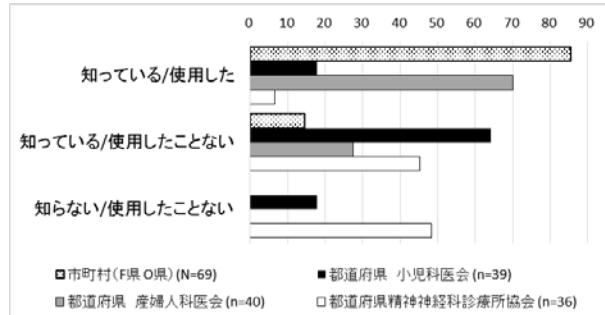
値は%を示す



A23/A12/A12/A13 エジンバラ産後うつ病自己尺度(Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS)をご存知ですか？/ご使用されたことがありますか？

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
知っている/使用した	85.5	17.9	70	6.5
知っている/使用したことない	14.5	64.1	27.5	45.2
知らない/使用したことない	0.0	17.9	0	48.4

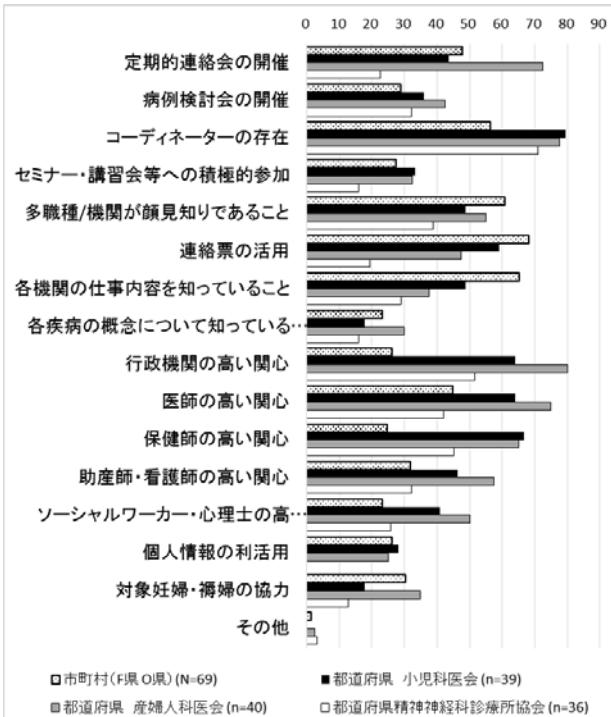
値は%を示す



A24 / A13/A14/A14 妊娠期から乳児期の親子の心の診療の多職種連携推進のために大切なことはなにでしょうか? (複数回答可)

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
定期的連絡会の開催	47.8	43.6	72.5	22.6
病例検討会の開催	29.0	35.9	42.5	32.3
コーディネーターの存在	56.5	79.5	77.5	71
セミナー・講習会等への積極的参加	27.5	33.3	32.5	16.1
多職種/機関が顔見知りであること	60.9	48.7	55	38.7
連絡票の活用	68.1	59	47.5	19.4
各機関の仕事内容を知っていること	65.2	48.7	37.5	29
各疾病の概念について知っていること	23.2	17.9	30	16.1
行政機関の高い関心	26.1	64.1	80	51.6
医師の高い関心	44.9	64.1	75	41.9
保健師の高い関心	24.6	66.7	65	45.2
助産師・看護師の高い関心	31.9	46.2	57.5	32.3
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	23.2	41	50	25.8
個人情報の利活用	26.1	28.2	25	0
対象妊婦・褥婦の協力	30.4	17.9	35	12.9
その他	1.4	0	2.5	3.2

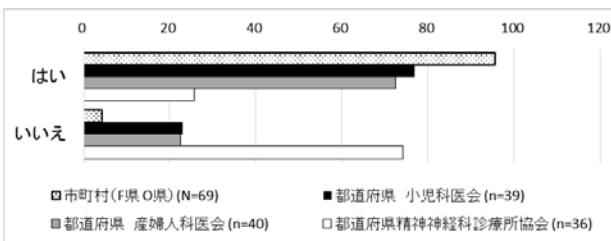
値は%を示す



A25/A14/A15/A15 平成28年～29年にかけて一部、児童福祉法が改正されたことはご存知ですか?

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
はい	95.7	76.9	72.5	25.8
いいえ	4.3	23.1	22.5	74.2

値は%を示す

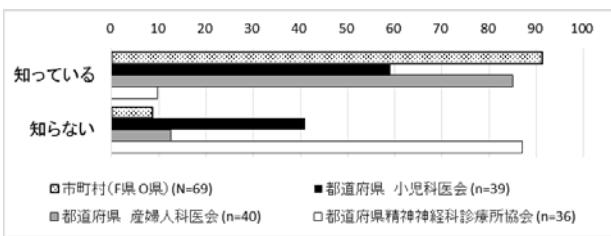


A26/A15/A16/A16 改正された児童福祉法に下記内容が明記されたことはご存知ですか?

a. 医療機関や学校等は、支援を要する妊婦を把握した場合には、その情報を市町村に提供するよう努めること

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
知っている	91.3	59	85	9.7
知らない	8.7	41	12.5	87.1

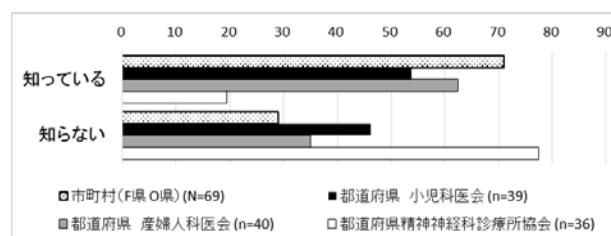
値は%を示す



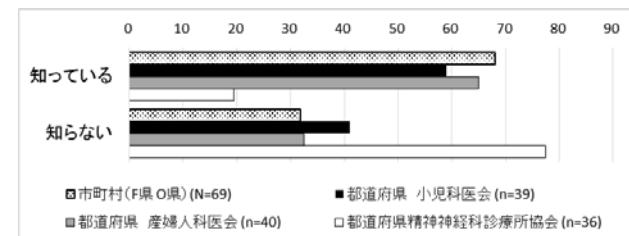
b. 市町村の要保護児童対策地域協議会が実効ある役割を果たすために、医師や心理士などの専門職を配備すること

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
知っている	71.0	53.8	62.5	19.4
知らない	29.0	46.2	35	77.4

値は%を示す



c. 都道府県の業務として、里親支援の推進、養子縁組に関する相談・支援が明記されたこと				
	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
知っている	68.1	59	65	19.4
知らない	31.9	41	32.5	77.4

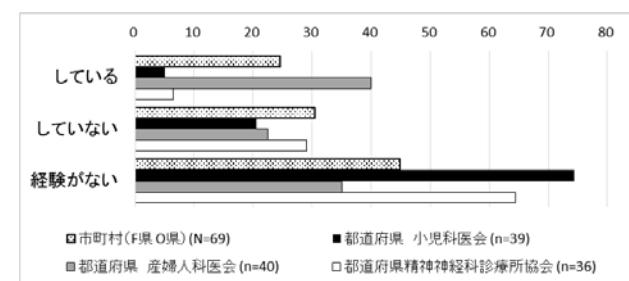


A27/A16/A17/A17 児童虐待のハイリスク妊婦／術婦に遭遇した場合の対応についてお聞きします。

a. 里親制度について母親に情報提供していますか？

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
している	24.6	5.1	40	6.5
していない	30.4	20.5	22.5	29
経験がない	44.9	74.4	35	64.5

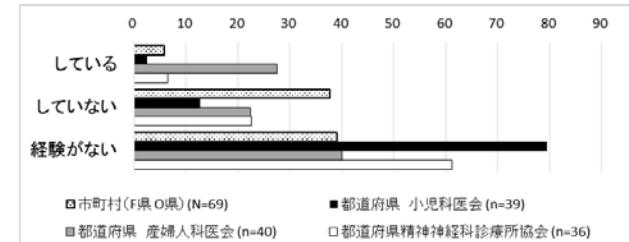
値は%を示す



b. その場合、斡旋団体を紹介していますか？

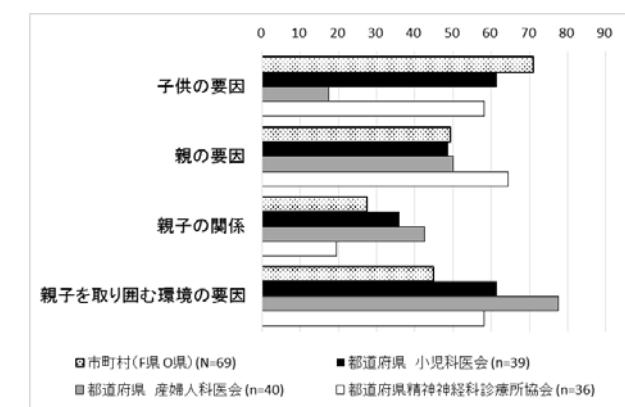
	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
している	5.8	2.6	27.5	6.5
していない	37.7	12.8	22.5	22.6
経験がない	39.1	79.5	40	61.3

値は%を示す



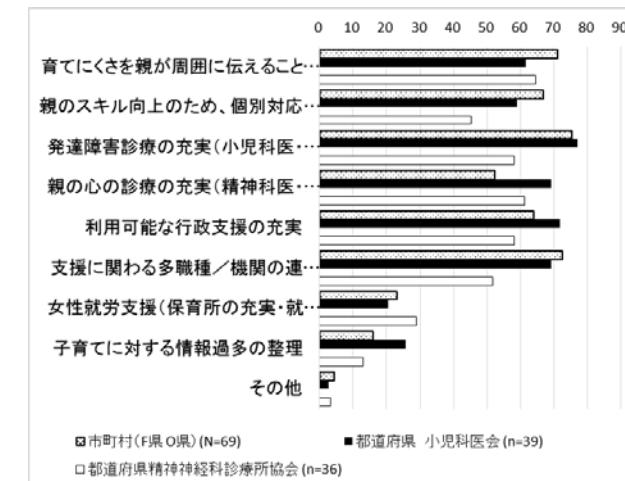
B1/B1/C2/B1 保護者が感じる「育てにくさ」の主な要因は以下のどれだと思われますか? 2つ選んでください。

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
子供の要因	71.0	61.5	17.5	58.1
親の要因	49.3	48.7	50	64.5
親子の関係	27.5	35.9	42.5	19.4
親子を取り囲む環境の要因	44.9	61.5	77.5	58.1



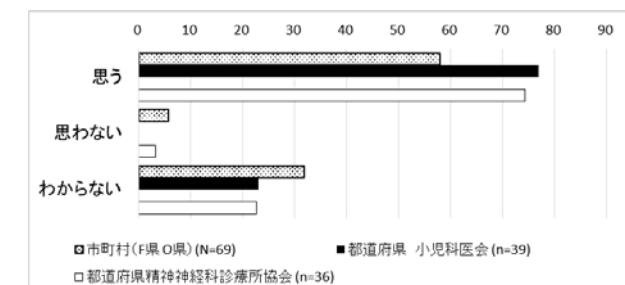
B2/B2/-/B2 「育てにくさ」を支援するために何が必要と思われますか? (複数回答可)

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
育てにくさを親が周囲に伝えることができる	71.0	61.5	64.5	
親のスキル向上のため、個別対応の充実	66.7	59	45.2	
発達障害診療の充実 (小児科医・児童精神科)	75.4	76.9	58.1	
親の心の診療の充実 (精神科医・診療内科医)	52.2	69.2	61.3	
利用可能な行政支援の充実	63.8	71.8	58.1	
支援に関わる多職種／機関の連携充実	72.5	69.2	51.6	
女性就労支援 (保育所の充実・就労時間の配慮等)	23.2	20.5	29	
子育てに対する情報過多の整理	15.9	25.6	12.9	
その他	4.3	2.6	3.2	



B3/B3/-/B3 育てにくさを感じる親子の心の診療のために、各市町村単位にコーディネーターが必要だと思いますか?

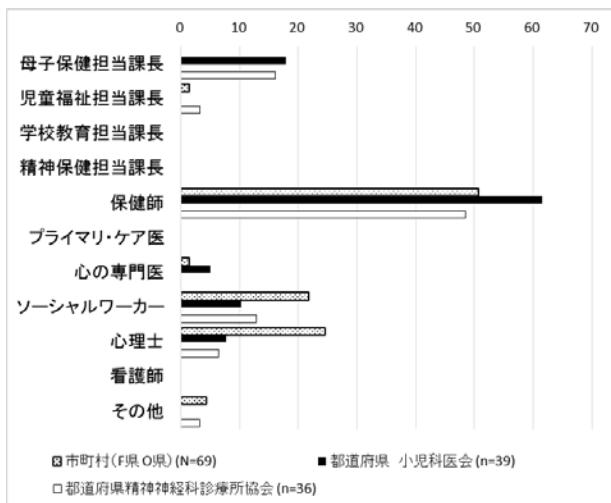
	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
思う	58.0	76.9	74.2	
思わない	5.8	0	3.2	
わからない	31.9	23.1	22.6	



B4/B4/-/B4 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
母子保健担当課長	0.0	17.9		16.1
児童福祉担当課長	1.4	0		3.2
学校教育担当課長	0.0	0		0
精神保健担当課長	0.0	0		0
保健師	50.7	61.5		48.4
プライマリ・ケア医	0.0	0		0
心の専門医	1.4	5.1		0
ソーシャルワーカー	21.7	10.3		12.9
心理士	24.6	7.7		6.5
看護師	0.0	0		0
その他	4.3	0		3.2

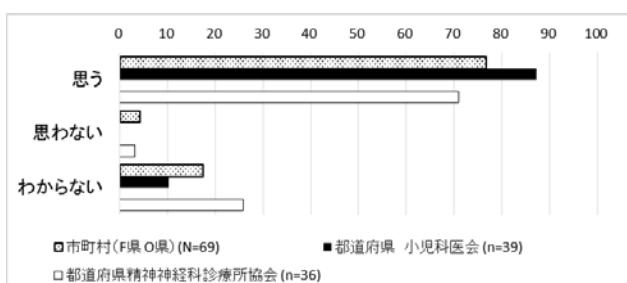
値は%を示す



B5/B5/-/B5 コーディネーターを、「子育て世代包括支援センター」に配置することを必要と思われますか？

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
思う	76.8	87.2		71
思わない	4.3	0		3.2
わからない	17.4	10.3		25.8

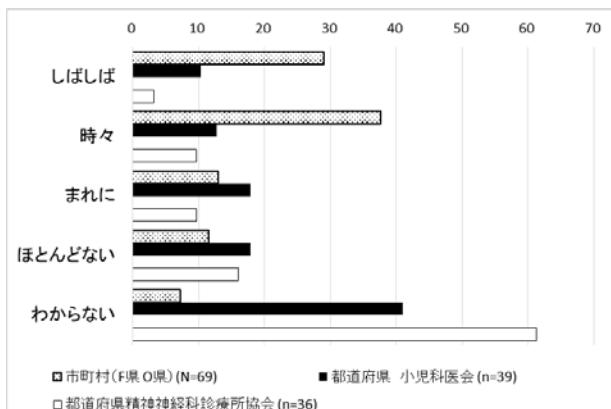
値は%を示す



B6/B6/-/B6 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
しばしば	29.0	10.3		3.2
時々	37.7	12.8		9.7
まれに	13.0	17.9		9.7
ほとんどない	11.6	17.9		16.1
わからない	7.2	41		61.3

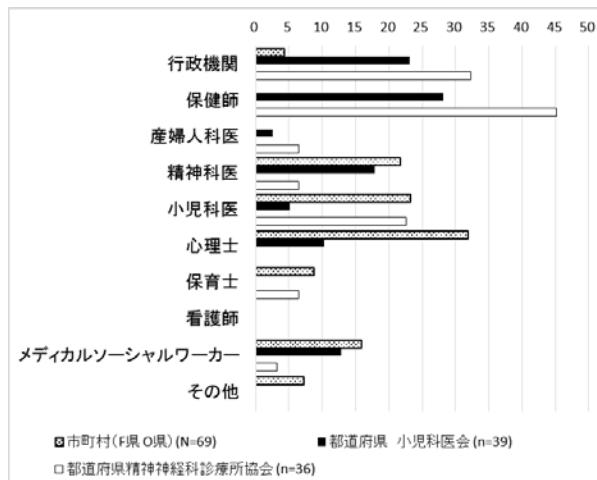
値は%を示す



B7/B7/-/B7 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携のために今後もっと連携を強化したい機関/職種を1つ選んでください。

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
行政機関	4.3	23.1		32.3
保健師	0.0	28.2		45.2
産婦人科医	0.0	2.6		6.5
精神科医	21.7	17.9		6.5
小児科医	23.2	5.1		22.6
心理士	31.9	10.3		0
保育士	8.7	0		6.5
看護師	0.0	0		0
メディカルソーシャルワーカー	15.9	12.8		3.2
その他	7.2	0		0

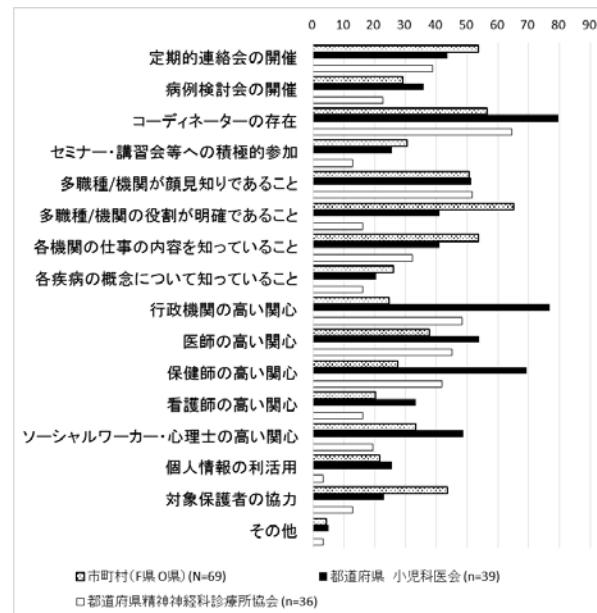
値は%を示す



B8/B8/-/B8 育てにくさを感じる親子の心の診療の多職種連携推進のために大切なことはなにでしょうか? (複数回答可)

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
定期的連絡会の開催	53.6	43.6		38.7
病例検討会の開催	29.0	35.9		22.6
コーディネーターの存在	56.5	79.5		64.5
セミナー・講習会等への積極的参加	30.4	25.6		12.9
多職種/機関が顔見知りであること	50.7	51.3		51.6
多職種/機関の役割が明確であること	65.2	41		16.1
各機関の仕事の内容を知っていること	53.6	41		32.3
各疾病の概念について知っていること	26.1	20.5		16.1
行政機関の高い関心	24.6	76.9		48.4
医師の高い関心	37.7	53.8		45.2
保健師の高い関心	27.5	69.2		41.9
看護師の高い関心	20.3	33.3		16.1
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	33.3	48.7		19.4
個人情報の利活用	21.7	25.6		3.2
対象保護者の協力	43.5	23.1		12.9
その他	4.3	5.1		3.2

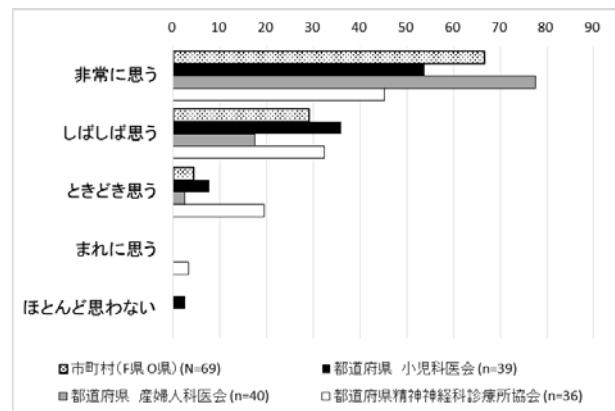
値は%を示す



C1/C1/C1/C1 子どもの心の問題は、親の心の問題（親子関係、親の病気等）が関係していると思いますか？

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
非常に思う	66.7	53.8	77.5	45.2
しばしば思う	29.0	35.9	17.5	32.3
ときどき思う	4.3	7.7	2.5	19.4
まれに思う	0.0	0	0	3.2
ほとんど思わない	0.0	2.6	0	0

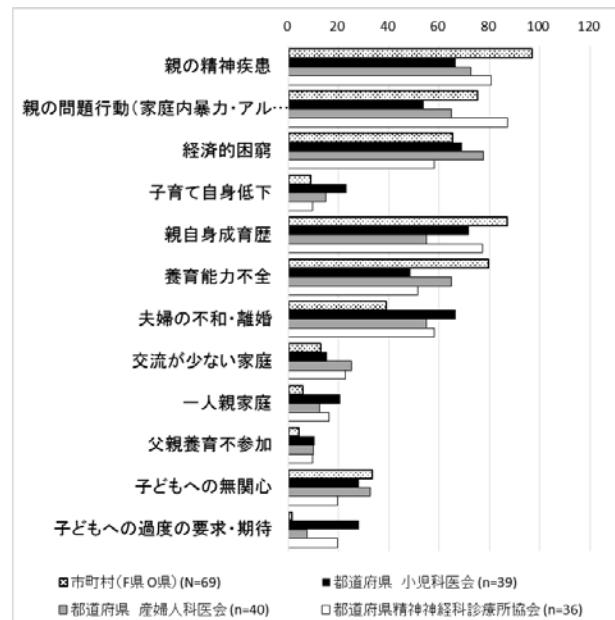
値は%を示す



C2/C2/C3/C2 親の心の問題、またはその問題の背景として重要と思われるものはどれですか？5つ選んでください。

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
親の精神疾患	97.1	66.7	72.5	80.6
親の問題行動（家庭内暴力・アルコール依存等）	75.4	53.8	65	87.1
経済的困窮	65.2	69.2	77.5	58.1
子育て自身低下	8.7	23.1	15	9.7
親自身成育歴	87.0	71.8	55	77.4
養育能力不全	79.7	48.7	65	51.6
夫婦の不和・離婚	39.1	66.7	55	58.1
交流が少ない家庭	13.0	15.4	25	22.6
一人親家庭	5.8	20.5	12.5	16.1
父親養育不参加	4.3	10.3	10	9.7
子どもへの無関心	33.3	28.2	32.5	19.4
子どもへの過度の要求・期待	1.4	28.2	7.5	19.4

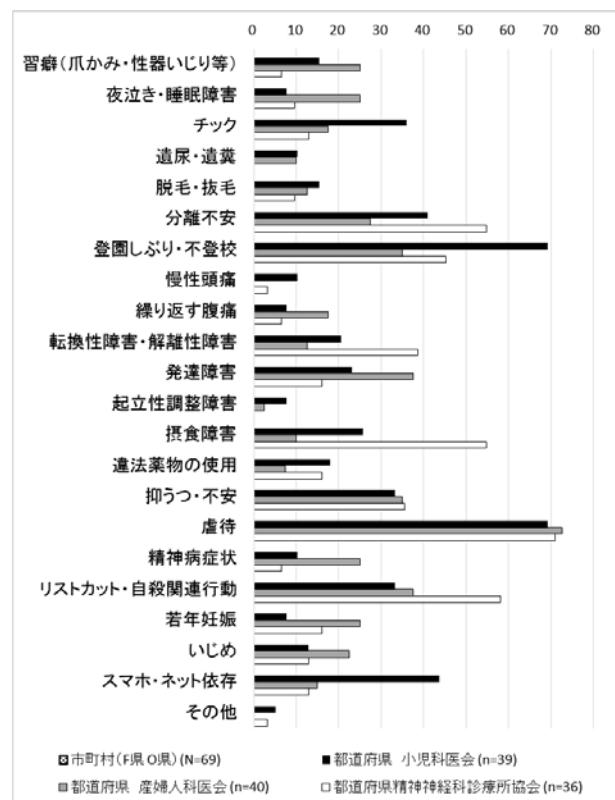
値は%を示す



-C3/C4/C3 下記の子どもの疾患や心の問題で、親を含めた家族の心の問題の関与が強いと思われるものはどれでしょうか？5つ選んでください。

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
齧癖（爪かみ・性器いじり等）	15.4	25	6.5	
夜泣き・睡眠障害	7.7	25	9.7	
チック	35.9	17.5	12.9	
遺尿・遺糞	10.3	10	0	
脱毛・抜毛	15.4	12.5	9.7	
分離不安	41	27.5	54.8	
登園しぶり・不登校	69.2	35	45.2	
慢性頭痛	10.3	0	3.2	
繰り返す腹痛	7.7	17.5	6.5	
転換性障害・解離性障害	20.5	12.5	38.7	
発達障害	23.1	37.5	16.1	
起立性調整障害	7.7	2.5	0	
摂食障害	25.6	10	54.8	
違法薬物の使用	17.9	7.5	16.1	
抑うつ・不安	33.3	35	35.5	
虐待	69.2	72.5	71	
精神病症状	10.3	25	6.5	
リストカット・自殺関連行動	33.3	37.5	58.1	
若年妊娠	7.7	25	16.1	
いじめ	12.8	22.5	12.9	
スマホ・ネット依存	43.6	15	12.9	
その他	5.1	0	3.2	

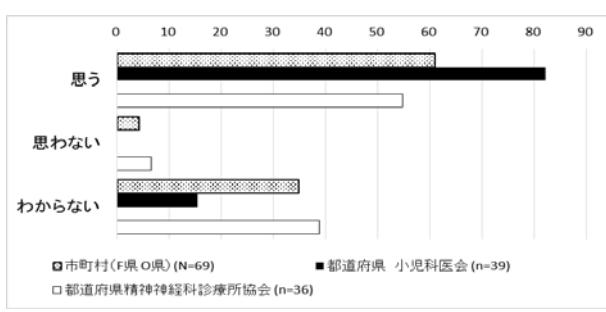
値は%を示す



C3/C4/-/C4 学童・思春期の親子の心の診療のために、各市町村単位にコーディネーターが必要だと思いますか？

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
思う	60.9	82.1		54.8
思わない	4.3	0		6.5
わからない	34.8	15.4		38.7

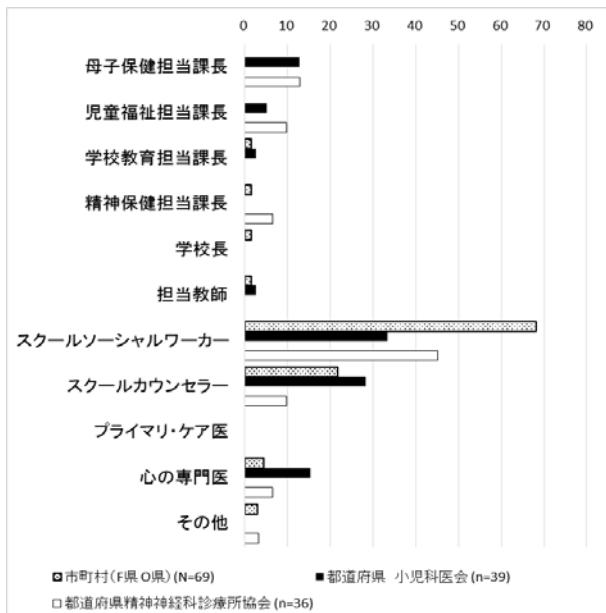
値は%を示す



C4/C5/-/C5 コーディネーターが必要となった場合、各市町村単位のコーディネーターとして誰が適任でしょうか？1つ選んでください。

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
母子保健担当課長	0.0	12.8		12.9
児童福祉担当課長	0.0	5.1		9.7
学校教育担当課長	1.4	2.6		0
精神保健担当課長	1.4	0		6.5
学校長	1.4	0		0
担当教師	1.4	2.6		0
スクールソーシャルワーカー	68.1	33.3		45.2
スクールカウンセラー	21.7	28.2		9.7
プライマリ・ケア医	0.0	0		0
心の専門医	4.3	15.4		6.5
その他	2.9	0		3.2

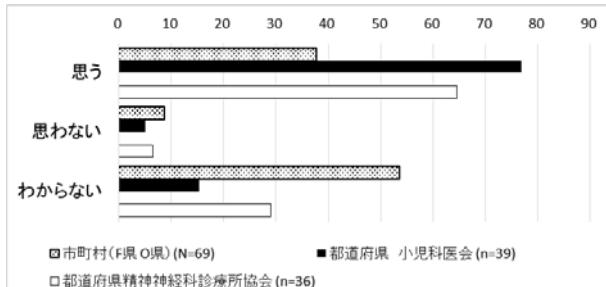
値は%を示す



C5/C6/-/C6 コーディネーターを、「子育て世代包括支援センター」に配置することを必要と思われますか？

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
思う	37.7	76.9		64.5
思わない	8.7	5.1		6.5
わからない	53.6	15.4		29

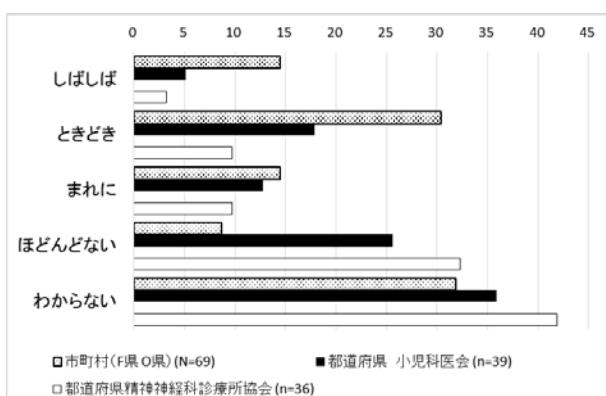
値は%を示す



C6/C7/-/C7 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携は、貴地区ではどのくらい実施されていますか？

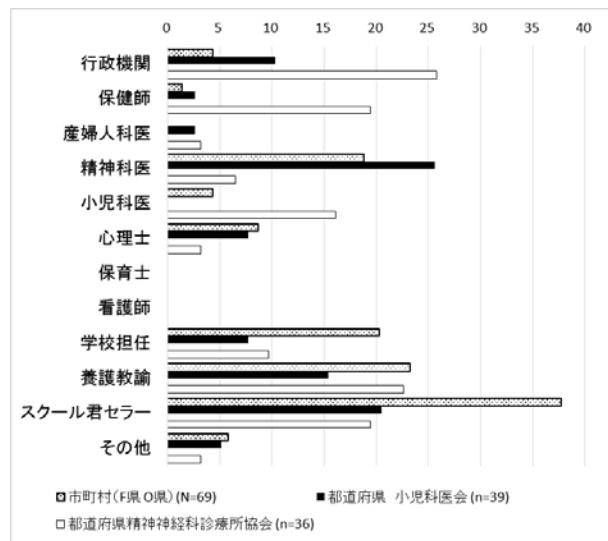
	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
しばしば	14.5	5.1		3.2
ときどき	30.4	17.9		9.7
まれに	14.5	12.8		9.7
ほどんどない	8.7	25.6		32.3
わからない	31.9	35.9		41.9

値は%を示す



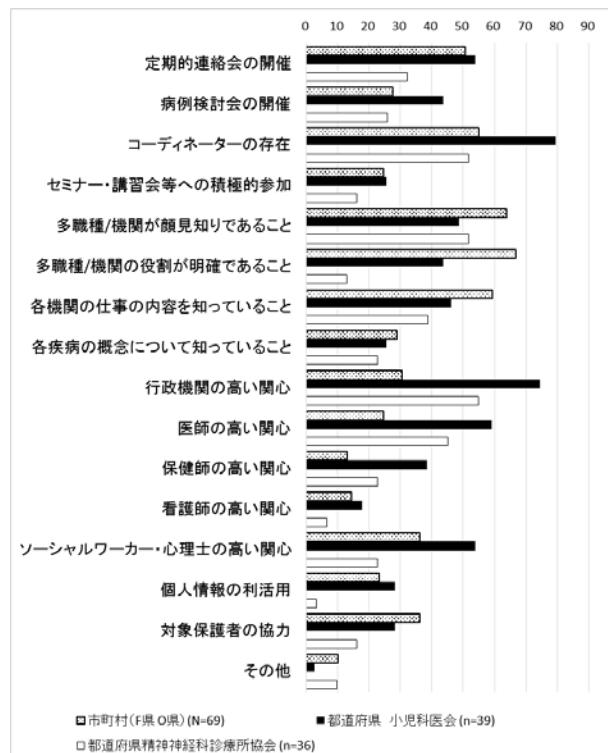
C7/C8/—/C8 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携のために今後もっとも連携を強化したい機関／職種を1つ選んでください。

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
行政機関	4.3	10.3		25.8
保健師	1.4	2.6		19.4
産婦人科医	0.0	2.6		3.2
精神科医	18.8	25.6		6.5
小児科医	4.3	0		16.1
心理士	8.7	7.7		3.2
保育士	0.0	0		0
看護師	0.0	0		0
学校担任	20.3	7.7		9.7
養護教諭	23.2	15.4		22.6
スクール君セラー	37.7	20.5		19.4
その他	5.8	5.1		3.2
値は%を示す				



C8/C9/—/C9 学童・思春期の親子の心の診療のための多職種連携推進のために大切なことはなにでしようか？（複数回答可）

	市町村 (F県 O県) (N=69)	都道府県 小児科医会 (n=39)	都道府県 産婦人科医会 (n=40)	都道府県精神神 経科診療所協会 (n=36)
定期的連絡会の開催	50.7	53.8		32.3
病例検討会の開催	27.5	43.6		25.8
コーディネーターの存在	55.1	79.5		51.6
セミナー・講習会等への積極的参加	24.6	25.6		16.1
多職種/機関が顔見知りであること	63.8	48.7		51.6
多職種/機関の役割が明確であること	66.7	43.6		12.9
各機関の仕事の内容を知っていること	59.4	46.2		38.7
各疾病の概念について知っていること	29.0	25.6		22.6
行政機関の高い関心	30.4	74.4		54.8
医師の高い関心	24.6	59		45.2
保健師の高い関心	13.0	38.5		22.6
看護師の高い関心	14.5	17.9		6.5
ソーシャルワーカー・心理士の高い関心	36.2	53.8		22.6
個人情報の利活用	23.2	28.2		3.2
対象保護者の協力	36.2	28.2		16.1
その他	10.1	2.6		9.7



発表者名	論文タイトル	発表雑誌名	巻号	ページ	出版年
Suda M, Nagamitsu S, Kinosita M, Matsuoka M, Ozono S, Otsu Y, Yamashita Y, Matsuishi T	A child with anorexia nervosa presenting with severe infection with cytopenia and hemophagocytosis: a case report	Biopsychosoc Med	11,24	doi: 10.1186/s13030- 017-0108-6. eCollection 2017	2017
Okabe R, Okamura H, Egami C, Tada Y, Anai C, Mukasa A, Iemura A, Nagamitsu S, Furusho J, Matsuishi T, Yamashita Y.	Increased cortisol awakening response after completing the summer treatment program in children with ADHD	Brain Dev.	39	583-592.	2017
Yuge K, Hara M, Okabe R, Nakamura Y, Okamura H, Nagamitsu S, Yamashita Y, Orimoto K, Kojima M, Matsuishi T.	Ghrelin improves dystonia and tremor in patients with Rett syndrome: A pilot study.	J Neurol Sci	377	219-223.	2017
永光信一郎、 秋山千枝子、 阿部啓次郎、 安炳文、 井上信明、 加治正行、 齋藤伸治、 佐藤武幸、 田中英高、 村田祐二、 三牧正和、 山中龍宏、 平岩幹男、 伊藤悦朗、 廣瀬伸一、 五十嵐隆。	思春期医療の現状 と展望—日本小児 科学会会員および 保護者へのアンケ ート—。	日本小児科学会 雑誌	121	891-99	2017
石井隆大、 永光信一郎、 櫻井利恵子、 小柳研之司、 神原雪子、 古荘純一、 石谷暢男、 角間辰之、	小児心身症評価ス ケール (Questionnaire for triage and assessment with 30 items)	日本小児科学会 雑誌	121	1000-1008	2017

山下裕史朗、 松石豊次郎、 田中英高。					
内田創、 井口敏之、 井上建、 岡田あゆみ、 角間辰之、 北山真次、 小柳憲司、 作田亮一、 鈴木雄一、 鈴木由紀、 須見よし乃、 高宮靜雄、 永光信一郎、 深井善光	小児摂食障害におけるアウトカム尺度の開発に関する研究 - 学校保健における思春期やせの早期発見システムの構築、および発症要因と予後因子の抽出にむけて -	子どもの心とか らだ 日本小児 心身医学会雑誌	25	383-385	2017
永光信一郎	小児心身の広場 子どもの自殺予防 に対して、私たち は何ができるの か？	子どもの心とか らだ 2017;26;303.	26	303	2017
松岡美智子、 永光信一郎	【小児科ケースカ ンフアレンス】 神 経・筋疾患、精神 疾患、心身症 反 応性愛着障害	小児科診療	80	397-400	2017
村上佳津美	【小児科から心療 内科への移行】 小 児科における高校 生への対応	心身医学	11	1123-1126	2017
村上佳津美	小児の脳腸相関 小 児心身症としての 過敏性腸症候群	児童青年精神医 学とその近接領 域	58	30-39	2017
土生川千珠、 中尾亮太、 奥見裕邦、 村上佳津美、 竹中義人、 柳本嘉時	この腹痛、心身症 ですか？	子どもの心とか らだ	25	400-403	2017
村上佳津美	【心身医学の臨床 における発達障害 特性の理解】 注意 欠如・多動症 (ADHD)特性の理解	心身医学	57	1. 27-38	2017
岡田あゆみ、 藤井智香子	心因性発熱 16 症例 の検討	心身医学	57	1252-1260	2017
岡田あゆみ	小児科医が診る不 登校 不登校診療 ガイドラインの使 い方	日本小児科医会 会報	54	171-175	2017
唐木美喜、 渡邊久美、 岡田あゆみ、	養護教諭向け摂食 障害パンフレット の評価とセミナー	子どもの心とか らだ	26	286-292	2017

大波由美恵, 加地啓子, 川添文子, 高宮靜男	の効果について				
相原彰子 岡田あゆみ、 堀内真希子、 鶴丸靖子、 赤木朋子、 藤井智香子、 重安良恵、 塚原宏一	ドメスティック・ バイオレンス(DV) を目撃した2例の 検討 発達に課題 のある児の心理療 法について	子どもの心とか らだ	26	255-260	2017
藤井智香子、 岡田あゆみ、 鶴丸靖子、 赤木朋子、 重安良恵 、 相原彰子、 堀内真希子、 塚原宏一。	長期に経過を観察 した起立性調節障 害患者 23例の検討	子どもの心とか らだ	26	34-38	2017
淵野俊二, 伴 侑里亜, 山崎 知克	配偶者暴力にさら された幼児の安定 化と絵本によるト ラウマナラティブ および眼球運動に による脱感作と再処 理法を用いた治療 の有効性	子どもの心とか らだ	26	261-269	2017
岩崎美奈子 山崎知克	母親のアタッチメ ント・スタイルを 考慮した心理社会 的支援の有用性 治療継続に支障を きたした発達障害 児 6症例における 検討	小児の精神と神 経	56	353-360	2017
川名 敬、 荻田和秀、 鮫島浩二	健やか親子21 (第2次)の推進 に向けて、妊産婦 の視点から見た児 童虐待 産婦人科 としての取り組み	子どもの心とか らだ	25	370-372	2017
山下 洋, 吉田敬子	産後のボンディング の概念と測定方 法 「胎児・新生児 へのボンディング 障害・虐待は精神 疾患か?」	精神科診断学	10	7-14	2017
山下 洋	「環境とライフコ ース：精神はどの ように発達してい くのか、精神疾患 はどのような経過 をたどるのか」周	日本社会精神医 学会雑誌	26	143-152	2017

	産期の親のメンタルヘルスと子どもの発達.				
山下 洋	【精神医学症候群(第2版)-不安症から秩序破壊的・衝動制御・素行症まで-】秩序破壊的・衝動制御・素行症群 間欠爆発症	日本臨床 精神医学症候群 II	別冊	494-498	2017
山下 洋	【成人期発達障害の最新課題】自閉症スペクトラムと統合失調症	最新精神医学	22	209-218	2017
山下 洋	【子育てに困ったとき】社会的支援の実際 親へのメッセージ 周産期の社会的支援の実際	そだちの科学	28	9-15	2017
大江悠樹, 堀越 勝	過敏性腸症候群に対する認知行動療法	PAIN RESEARCH	32	267-271	2017
小林由季, 飯島崇乃子, 蟹江絢子, 新明一星, 中山孝子, 堀越 勝	強迫性障害に対する家族プログラムの開発 家族プログラムの開発とその有効性の検討	メンタルヘルス 岡本記念財団研究助成報告集	28	61-65	2017
柴田政彦, 細越寛樹, 高橋紀代, 安達友紀, 榎本聖香, 山田恵子, 若泉謙太, 松平浩, 北原雅樹, 西江宏行, 堀越 勝	情動と行動を軸とした慢性痛治療の新しい方向性 AMED研究班「慢性痛に対する認知行動療法の普及と効果解明に関する研究」の紹介	Journal of Musculoskeletal Pain Research	9	267-276	2017
吉野敦雄, 岡本泰昌, 神人蘭, 森 麻子, 高垣耕企, 堀越 勝, 山脇成人	「身体症状症および関連症群」の臨床】身体症状症の認知行動療法	精神科治療学	32	1073-1079	2017
堀越 勝	【認知行動療法のこれから-取り組るべき課題】スーパービジョン概論 米国における認知行動療法の訓練	精神療法	4	22-29	2017

堀越 勝	【認知行動療法の現在とこれから-医療現場への普及と質の確保に向けて】PTSDに対する認知処理療法	精神医学	59	449-457	2017
今井必生, 古川壽亮, 堀越 勝, 渡辺範雄, 明智龍男, 川西 直, 長谷川晃朗	【ITをもっと活用しよう】スマートフォンを用いた認知行動療法	精神科	30	431-435	2017
堀越 勝, 小林由季	【強迫症の理解と治療の新たな展開II】新しいタイプの曝露反応妨害法 制止学習理論とアクセプタンスに基づいた曝露反応妨害法	精神科治療	32	477-483	2017
岡本泰昌, 堀越 勝	認知行動療法による脳内変化、脳画像研究の最先端 認知行動療法は認知過程や情動反応の変化を起こす	日本医事新報	4849	62-63	2017
堀越 勝	痛みのClinical Neuroscience 慢性疼痛の認知行動療法	最新医学	72	274-281	2017
堀越 勝, 田口寿子	認知行動療法の最前線から【脳画像によって薬物療法との効果比較を視覚的に行う研究が進行中】	日本医事新報	4842	57-58	2017
馬場香里, 片岡弥恵子	児童虐待事例を支援する専門職の認識する虐待の特徴	母性衛生	58	125-132	2017
丸山菜穂子, 堀内成子, 片岡弥恵子	妊娠期シングルマザーの心身社会的特徴 非シングルマザーとの比較から	母性衛生	58	108-118	2017
片岡弥恵子	ドメスティック・バイオレンス(DV)のない社会をめざして(第4回) 周産期におけるドメスティック・バイオレンス(DV)に関する問題と対応	保健の科学	59	257-260	2017

田中哲郎, 石井博子, 内山有子	小児入院患者数の 推移と疾病構造の 変化	日本小児救急医 学会雑誌	16	22-28	2017
高橋有記, 大西雄一, 三上克央, 松本英夫	自閉スペクトラム 症の特性を伴う思 春期境界性パーソ ナリティ障害に対 する力動的アプロ ーチ	臨床精神医学	46	787-794	2017
岡 明	思春期の心に向き 合うプライマリケ ア	日本医師会雑誌	146	553-556	2017
岡 明	【発達障害児・者 を支援する】発達 障害とは何か	日本医師会雑誌	145	2333-2336	2017