

## II. 分担総合研究報告

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）  
 （総合）分担研究報告書

**心理社会的リスクのある妊産婦への支援プログラムの開発と効果検証**

研究分担者 立花良之 国立成育医療研究センターこころの診療部  
 乳幼児メンタルヘルス診療科 診療部長

**【研究要旨】**

本研究では、自治体における特定妊婦に対する支援の現状をふまえ、福祉・保健・医療が共通で活用することができるアセスメントツール及び支援プログラムを作成し、特定妊婦に対する支援を均てん化することを目的とした。

令和2年度は、産婦自殺や母子心中を防止する地域母子保健システムについての介入プログラムを作成し、その効果を検証することを目的とした。長野市の母子保健事業として産婦自殺対策を行った。本プログラムが産後3～4か月の地域全体の母親の自殺念慮の改善し、産婦自殺予防対策の有効性が明らかとなった。また、産後3～4か月の地域全体の母親のメンタルヘルスを向上させる効果に加え、その効果は産後7～8か月まで持続する効果も示された。

令和3年度は特定妊婦に対する支援のためのアセスメントシートを作成し、自治体での実装のためのプロトコルを作成した。

令和3年度に作成した特定妊婦支援のアセスメントシートについての実証研究を行った。保健師に対して、系統的な心理社会的アセスメントとそれに基づくプランニングの地域介入プログラムを実施した。このプログラムでは、ハイリスクアプローチの一環として、心理社会的リスクが高いと考えられる妊産婦に対しては、アセスメントシート/プランニングのシートを用いて、支援を行った。本研究の目的は、本研究班で作成・実施する特定妊婦アセスメントシートを用いた支援プログラムの均てん化に向けて、質的・量的ミックス法による実装研究を行い、本支援プログラムをより効果的に実施する方法を検討することとした。この実証研究で、保健師が、系統的な心理社会的アセスメントとそれにもとづいて、社会資源の導入のプランニングを効果的に立てられるようになったことが示唆された。さらに、アセスメントシートについての全国の保健センター保健師を対象とした研修会を行い、均てん化を行った。

**A. 研究目的**

研究では、自治体における特定妊婦に対する支援の現状をふまえ、福祉・保健・医療が共通で活用することができるアセスメントツール及び支援プログラムを作成し、特定妊婦に対する支援を均てん化することを目的とした。

**B. 研究結果**

令和2年度は、長野市の母子保健事業として産婦自殺対策を行った。新生児訪問時に保健師がエジンバ

ラ産後うつ病自己評価票（EPDS）を使って心理状態を評価し対応する際に、自殺念慮を反映するとされているEPDSの項目10の結果にも留意し、面接やEPDSの結果から自殺念慮があることが疑われた場合は心理的危機介入を行った。その際に「TALKの原則」という関わり方の手法（Tell（伝える）、Ask（尋ねる）、Listen（聴く）、Keep safe（安全を確保する））を用いた。また、心理社会的リスクのアセスメントシートを作成し（資料1、資料2）、介入の中で活用した。さらに、多職種が連携し様々

な社会資源の導入しつつフォローアップするケース・マネジメントを行った。3～4か月児健診時にEPDSの項目10において、介入群が対照群に比べ統計的に有意に点数が低かった( $p=0.014$ )。7～8か月児健診時のEPDSの項目10の平均点は両群において統計的な有意差はなかった(図2)。3～4か月児健診時及び、7～8か月児健診時のEPDS合計点はともに、介入群が対照群に比べ統計的に有意に点数が低かった(それぞれ、 $p<0.001$ ;  $p=0.049$ )

令和3年度は、アセスメントシートを開発した。妊産婦の切れ目のない支援に於いて、心理社会的側面を評価し、それに基づいて適宜社会資源を導入しながら親子をサポートするケース・マネジメント介入が、母親の産後のメンタルヘルスの向上に有効であることが明らかになっている(Tachibana 3t al., 2019)。ケース・マネジメント手法が先駆的に用いられたのは、自殺対策の戦略研究 ACTION-J であった(Kawanishi et al., 2014)。その ACTION-J で用いられた Assessment-Plannig Sheet (A-P シート)を用いて、特定妊婦の対応・評価シートを作成した。

特定妊婦の心理社会的アセスメントとして、まずリスク因子のチェック表(資料1)で、本人のリスク因子を系統的に捉える。このチェック表は厚生労働省のHPで公開されている特定妊婦のチェック表を用いる。そして、リスク因子について、対応・評価シート(資料2)に書き込む。評価・対応シートは評価と対応が1対1対応している。このシートで、特定妊婦とその家族の心理社会面におけるリスク因子・保護因子を系統的に評価し、それをもとに支援のプランニングを立てる。あわせて、妊産婦が自殺念慮を認めたときの対応についてのアセスメントシートも作成した(資料3)。

令和4年度は、令和3年度に作成した特定妊婦支援のアセスメントシートについての実証研究を行った。保健師に対して、系統的心理社会的アセスメントとそれに基づくプランニングの地域介入プログラムを実施した。このプログラムでは、ハイリスクアプローチの一環として、心理社会的リスクが高いと考えられる妊産婦に対しては、アセスメントシート/プランニングのシートを用いて、支援を行った。令和3年度に作成した特定妊婦に対する支援のためのアセスメントシートを長野県や三鷹市保健師などのヒアリングを行いつつ、改変した。

調査対象は、長野県内で特定妊婦アセスメント

シートを用いた支援プログラムを実施した4つの自治体であった。量的データとしては、特定妊婦アセスメントシートの利用実績、支援プログラム実施前後での特定妊婦数、要支援妊婦数、要支援産婦数、要支援児童数、要保護児童数、精神科医療機関との連携数、子ども家庭総合支援拠点との連携数を得た。質的データは、各自治体担当者に30～60分程度のZoomを用いた半構造化面接を行い、アセスメントシートをどのように使ったか、役立ったと感じたこと、使う前後で変化したことであった。分析方法は、修正版グランデッドセオリーを緩用した。特定妊婦アセスメントシートを用いることにより、用いる前と比較して精神科連携数、子ども家庭総合支援拠点連携数が統計的に有意に増加した。質的分析の結果、各自治体ではアセスメントシートを有効利用し、アセスメントや支援についてより包括的・多角的な視点を得ていたことが明らかになった。

さらに、アセスメントシートについての全国の保健センター保健師を対象とした研修会を行い、均てん化を行った。

### C. 考察

令和2年度の取り組みで行った地域介入プログラムが、産後3～4か月の地域全体の母親の自殺念慮

の改善し、産婦自殺・母子心中防止対策としての有効性が明らかとなった。また、産後3～4か月の地域全体の母親のメンタルヘルスを向上させる効果が示され、その効果は産後7～8か月まで持続していた。EPDSは母子保健領域で、医療機関での産後のスクリーニングや保健師の申請時訪問の際に広く用いられている。EPDSを実施すると、自殺念慮を反映すると考えられる項目10の陽性が明らかになる。また、問診や面接でも妊産婦が自殺念慮を母子保健関係者に訴えることもある。本プログラムの介入手法は、そのような妊産婦に対する有効な対応のあり方の一つと考えられる。また、本プログラムは、地域母子保健の現場でポピュレーションアプローチとしてルーチンに実施可能である。本研究のような産婦の自殺念慮についての早期発見・早期介入及びケース・マネジメントを用いた介入手法が、産婦自殺・母子心中対策として地域の母子保健現場で行うこ

とが望ましいと考えられる。

令和3年度に作成した特定妊婦のアセスメントツールとそれに基づく支援が、特定妊婦を見逃さずにフォローアップするようになる効果(フォローアップ件数の増加)、及び、保健師が行う支援の内容の質的向上が期待でき、令和4年度に検討を行うこととした。

保健師に対して、系統的・心理社会的アセスメントとそれに基づくプランニングの地域介入プログラムを実施した。このプログラムでは、ハイリスクアプローチの一環として、心理社会的リスクが高いと考えられる妊産婦に対しては、アセスメントシート/プランニングのシートを用いて、支援を行った。その結果、精神科連携数、子ども家庭総合支援拠点連携数が統計的に有意に増加したことがわかった。加えて質的分析の結果、各自治体ではアセスメントシートを有効利用し、アセスメントや支援についてより包括的・多角的な視点を得ていたことが明らかになった。

#### D. 結論

保健師が、系統的な心理社会的アセスメントとそれにもとづいて、社会資源の導入のプランニングを効果的に立てられるようになったことが示唆される。

今後は、均てん化に向けてより作成しやすく役に立つアセスメントシートへと改善していく。

#### E. 健康危険情報

なし

#### F. 研究発表

##### 1. 論文

英文(査読あり)

- Martino A, Viberto B, Tachibana Y, et al. CRISIS AFAR: An International Collaborative Study of the Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Service Access in Youth with Autism and Neurodevelopmental Conditions. *Molecular Autism*. 2023 Feb 14. doi: 10.1186/s13229-022-00536-z
- Tamon H, Suto M, Ogawa K, Takehara K, Tachibana Y. Interventions for expectant and new parents who are at increased risk for perpetrating child abuse and neglect: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2022 Nov 21;12(11):e064603. doi: 10.1136/bmjopen-2022-064603.
- Saito J, Tachibana Y, Kawasaki H, Tamon H, Ishii M, Wada YS, Oho M, Yakuwa N, Suzuki T, Sago H, Yamatani A, Murashima A. Transfer of Zolpidem to Cord Blood and Breast Milk: A Case Series Evaluating Zolpidem Serum Levels and Outcomes in Birth and Suckling Infants. *Breastfeed Med*. 2022 Dec;17(12):1034-1038. doi: 10.1089/bfm.2022.0167. Epub 2022 Oct 26.
- Tamon H, Itahashi T, Yamaguchi S, Tachibana Y, Fujino J, Igarashi M, Kawashima M, Takahashi R, Shinohara NA, Noda Y, Nakajima S, Hirota T, Aoki YY. Autistic children and adolescents with frequent restricted interest and repetitive behavior showed more difficulty in social cognition during mask-wearing during the COVID-19 pandemic: a multisite survey. *BMC Psychiatry*. 2022 Sep 14;22(1):608. doi: 10.1186/s12888-022-04249-8.
- Yamaguchi A, Niimura M, Sonehara H, Sekido Y, Kishimoto M, Tachibana Y, Takehara K. The characteristics of children referred to a child protection team in Japan and factors associated with decision-making: A retrospective study using a medical database. *Child Abuse Negl*. 2022 Dec;134:105867. doi: 10.1016/j.chiabu.2022.105867. Epub 2022 Sep 10.
- Saito J, Tachibana Y, Wada YS, Yakuwa N, Kawasaki H, Suzuki T, Sago H, Yamatani A, Murashima A. Transfer of brotizolam, periciazine, and sulpiride in cord blood and breast milk, and alprazolam in breast milk: a case report. *J Pharm Health Care Sci*. 2022 Apr 1;8(1):10. doi: 10.1186/s40780-022-00241-2.
- Saito J, Tachibana Y, Wada YS, Kawasaki H, Yakuwa N, Suzuki T, Yamatani A, Sago H, Murashima A. Transfer of Ethyl Loflazepate Into Cord Blood, Breast Milk, and Infant's Serum: A Case Report. *J Clin Psychopharmacol*. 2022 Jul-Aug 01;42(4):416-418. doi: 10.1097/JCP.0000000000001551. Epub 2022 Mar 29.

8. Saito J, Tachibana Y, Sano Wada Y, Kawasaki H, Miura Y, Oho M, Aoyagi K, Yakuwa N, Suzuki T, Yamatani A, Sago H, Murashima A. Presence of Hypnotics in the Cord Blood and Breast Milk, with No Adverse Effects in the Infant: A Case Report. *Breastfeed Med*. 2022 Apr;17(4):349-352. doi: 10.1089/bfm.2021.0321. Epub 2021 Dec 17.
9. ● Shimoya K, Kotani T, Satoh S, Suzuki S, Kashima H, Ogasawara K, Ozaki N, Suzuki E, Tachibana Y, Suzuki T. Clinical guide for women with mental health problems during the perinatal period. Creation Committee of Clinical guide for women with mental health problems during the perinatal period. *J Obstet Gynaecol Res*. 2022 Jan;48(1):20-33. doi: 10.1111/jog.15068. Epub 2021 Oct 28.
10. Saito J, Tachibana Y, et al. Lemborexant levels in maternal serum, cord blood, and breast milk during pregnancy and lactation: A case report *PCN Report*. 2023 Jan 6. doi: 10.1002/pcn5.62.
11. Saito J, Tachibana Y, Wada Y, Yakuwa N, Kawasaki H, Suzuki T, Sato H, Yamatani A, Murashima A. Transfer of antipsychotic drugs in maternal serum, cord blood, and breast milk during pregnancy and lactation: A case report. *Breastfeeding Medicine*. (Accepted)
12. Kishimoto M, Yamaguchi A, Niimura M, Mizumoto M, Hikitsuchi T, Ogawa K, Ozawa N, Tachibana Y. Factors affecting the grieving process after perinatal loss. *BMC Women's Health*, 313, 212., 2021
13. Saito, J., Ishii, M., Mito, A., Yakuwa, N., Kawasaki H., Tachibana Y., Suzuki T., Yamatani A., Sago H., Murashima A.: Trazodone Levels in Maternal Serum, Cord Blood, Breast Milk, and Neonatal Serum. *Breastfeeding Medicine*, 16; 922-925, 2021
14. Saito, J., Tachibana Y., Sano Wada, Y., Kawasaki H.m Miura Y., Oho M., Aoyagi K., Yakuwa N., Suzuki T., Yamatani A., Sago H., Murashima A.: Presence of Hypnotics in the Cord Blood and Breast Milk, with No Adverse Effects in the Infant: A Case Report. *Breastfeeding Medicine*, 2021
15. Nishiyama M, Ogawa K, Hasegawa F, Sekido Y, Sasaki A, Akaishi R, Tachibana Y, Umehara N, Wada S, Ozawa N et al: Pregnant women's opinions toward prenatal pretest genetic counseling in Japan. *J Hum Genet* 2021:1-11.
16. Saito J, Ishii M, Mito A, Yakuwa N, Kawasaki H, Tachibana Y, Suzuki T, Yamatani A, Sago H, Murashima A: Etizolam levels in maternal serum, cord blood, and breast milk during pregnancy and lactation: A case report. *Psychiatry Clin Neurosci* 2021.
17. Saito J, Ishii M, Miura Y, Yakuwa N, Kawasaki H, Suzuki T, Yamatani A, Sago H, Tachibana Y, Murashima A: Brotizolam During Pregnancy and Lactation: Brotizolam Levels in Maternal Serum, Cord Blood, Breast Milk, and Neonatal Serum. *Breastfeed Med* 2021.
18. ● Tachibana Y., Koizumi N., Mikami M., Shikada K., Yamashita S., Shimizu M., Machida K., Ito H. An integrated community mental healthcare program to reduce suicidal ideation and improve maternal mental health during the postnatal period: the findings from the Nagano trial. *BMC Psychiatry* 20(1):389. doi: 10.1186/s12888-020-02765-z, 2020.
19. ● Haraguchi H, Yamaguchi H, Miyake A, Tachibana Y., Stickley A, Horiguchi M, et al. One-year outcomes of low-intensity behavioral interventions among Japanese preschoolers with autism spectrum disorders: Community-based study. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2020;76:101556.
20. ● Itahashi T, Fujino J, Hashimoto RI, Tachibana Y., Satto T, Ohta H, Nakamura M, Kato N, Eickhoff SV, Cortese S, Aoki Y. Transdiagnostic subtyping of males with developmental disorders using cortical characteristics [published online ahead of print, 2020 May 26]. *Neuroimage Clin*. 2020;27:102288. doi:10.1016/j.nicl.2020.102288
21. ● Mo X, Gai RT, Tachibana Y., Bolt T, Takahashi Y, Nakayama T: The burden of disease and the cost of illness attributable to child maltreatment in Japan: long-term health consequences largely matter. *BMC public health* 2020, 20(1):1-7.

和文（査読あり）

1. 立花良之、小泉典章、「医療・保健・福祉が連携した周産期のメンタルヘルスケア —地域

の実態調査・介入研究・均てん化を通して見えてきた課題と今後の展望」、精神神経学雑誌、第124巻 第1号、2022

2. 立花良之、辻聡、岩田遼、河西千秋、「子どもの自殺防止 ―自殺企図による救急受診後のケース・マネジメント介入について―」、精神神経学雑誌、第124巻第5号、2022
3. 鹿田加奈、小泉典章、立花良之、「長野モデルにおける妊産婦自殺対策・産後うつ支援」、自殺予防と危機介入、第42巻1号、2022

#### 和文（査読なし）

1. 立花良之、「周産期の自殺の実態と対策」、精神科治療学、36(9). 1065-1072, 2022
2. 立花良之、小泉典章、「妊娠期からの多職種地域連携による切れ目のない親子の支援 須坂トライアル 普及と実装科学の観点から」、精神科、39(2)203-212. 2022
3. 多門裕貴、立花良之、「他科と連携したプレコンセプションケアと産後ケア 精神科医/心療内科医・公認心理師との連携 精神科/心療内科から」、周産期医学、51(4). 628-631. 2022
4. 立花良之、小泉典章、「親子保健で精神科医に求められること・できること・すべきこと・他の職種や機関との連携のあり方について ―妊娠期からの切れ目のない支援を中心として―」、精神科治療学、35(8)：819－826,2020
5. 立花良之、小泉典章、「周産期メンタルケアヘルスケアにおける多職種連携」、精神医学、62(9),1203-1214,2020
6. 立花良之、小泉典章、「地域全体の産婦のメンタルヘルスを向上する母子保健システム『須坂モデル』」、日本精神科病院協会雑誌、1347-4103、39(2)40-46,2020
7. 多門 裕貴、立花良之、「児童虐待の防止等に関する法律(児童虐待防止法)」,周産期医学、50(1)102-106,2020

#### 診療ガイド

1. 日本産科婦人科学会・日本精神神経学会（編）  
精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド  
総論編 4-1 自殺念慮のある妊産婦への対応  
4-2 自殺念慮のある妊産婦への心理的危機介入と評価をした後の対応は？  
(立花が執筆担当)  
各論編 13-1 アウトリーチ  
13-2 精神科救急  
(立花、小泉が執筆担当)
2. 日本産婦人科医会（編） 妊産婦メンタルヘル

スケアマニュアル ～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～ 改訂版

IV. 4. 多職種連携

V. 多職種連携の実際 3. 長野県（須坂市・長野市）の取り組み  
(立花が執筆担当)

#### 書籍

1. 続 母親のメンタルヘルスサポートハンドブック 産婦自殺・母子心中をなくすための対応ガイド（医歯薬出版）

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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）  
（総合）分担研究報告書

母子の周産期メンタルヘルスを支える体制づくりへの支援～周産期メンタルヘルス外来の試み

研究分担者 小泉 典章 長野大学 社会福祉学部 客員教授

【研究要旨】

長野県における須坂モデル及び長野モデルでは一貫して、妊娠期（母子手帳交付時）から産後にかけて切れ目のない支援により母子の精神保健をケアしている。立花、小泉らは、心理社会的リスクのある母親の支援のための多職種連携の体制作りを須坂市・長野市で行い、保健師介入プログラムを作成して、産褥婦のメンタルヘルス向上効果を実証した（Tachibana, Koizumi, et al., 2019,2020）。

児童虐待のハイリスクとなる家庭についても、できる限り早く支援を開始し、虐待を予防するために、妊娠期からの継続的な対応が必要で、妊娠期からの虐待予防が可能になる。虐待通報があって、被通報者が児童相談所とやむなく対立構造をもつよりも、協働した子育て支援から始まる虐待予防が有効と考える。

改正児童福祉法第六条では特定妊婦は「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」と定義されている。若年や予期せぬ妊娠の他、知的・精神障害、貧困、複雑な家庭環境などを抱える妊婦が主な対象となるが、認定は、市区町村などの要保護児童対策地域協議会（要対協）に一任されているのが実態である。

特定妊婦の定義は関係者によってまちまちであり、母子保健関係者間でのコンセンサスがないため、結果として関係者が「気になる妊婦」がいても見過ごされ、関係者同士での連携した支援につながらないことが多い。須坂市や長野市の多職種連携の経験を活かして、試行的に周産期メンタルヘルス外来を創設したので、虐待予防への展開を期待し、成果を報告したい。

A. 研究目的

第4次少子化社会対策大綱(2020年)においては、2018年度に3.3(出産10万対)であった妊産婦死亡率を、2025年までに2.8(出産10万対)まで減少させることを目標値としている。医療技術の向上により、日本の妊産婦死亡は減少傾向にある一方、自殺による死亡の実態が掴みづらい現実がある。

少子化、高年齢出産、ワーキングマザーなど、妊産婦の状況は刻々と変化しており、周産期メンタルヘルスの重要性がますます注目されている。健やか親子21(第2次)では「切れ目のない妊産婦・

乳幼児への保健対策」として「産後1か月でEPDS9点以上を示した人へのフォロー体制がある市区町村の割合」をベースライン(2013年度)11.5%から、100%を目標値としている。(直近値は2017年度の41.8%と目ざましい)産後自殺の原因は産後うつによるものが多いと思われる。産後うつは発症率が15~20%と高率だが、多くは早期介入により予後が良い。早期発見の必要がある一方、背景要因への適切なアプローチと支援がないと症状が増悪し慢性化や重症化を引き起こすので注意が必要である。関わる保健師には深い知識と心理社会教育の訓練、そして温かい人間性が求められるだろう

う。

多職種連携活動の中でウィークポイントであった精神科医療との連携を促進するため、プレミナリーに周産期メンタルヘルス外来を設置し、意義について考えたい。

## B. 研究結果

### 須坂モデル

厚生労働省では2014年度から「母子保健相談支援事業」「産前・産後サポート事業」「産後ケア事業」の3事業から成る「妊娠・出産包括支援モデル事業」を創設し、29市町村において実施した。長野県では駒ヶ根市と須坂市において実施された。ここでは須坂モデルを紹介したい。

須高3市町村（須坂市、小布施町、高山村）では2013年度から、行政と長野県精神保健福祉センター、県立信州医療センターとが連携し、エンジンバラ産後うつ病質問票（以下EPDS）を共同指標として導入した早期介入を始めた。2014年度4月より母子保健コーディネーターを配置し、母子健康手帳交付時に全妊婦にEPDSを用いた面接を行い、心理社会的リスクのある母親には心理社会的リスクアセスメントが行われた。母子手帳の交付は行政と妊婦のつながる最初の機会であり、妊娠初期からの妊婦の関係性やその後の支援のために重要なきっかけである。また地域の保健師と信州医療センターの医師や保健師の研修会など、行政と医療が連携して妊産婦を支援する画期的な試みが行われた。月1回支援者の集まる周産期メンタルヘルスケア実務検討会は2013年度5月に設立された。小泉と立花をスーパーバイザーとし、現在ではおおむね2か月に1回の頻度で開催され、情報共有や事例検討などが行われている。

須坂モデルは2019年度、第8回「健康寿命をのばそう！アワード」（母子保健分野）で厚生労働大臣賞最優秀賞を受賞しており注目度が高い。現在では多くの自治体で妊娠届出時に全妊婦に対する面接や心理社会的リスクアセスメントをする取り組みが広がっており、須坂モデルの果たした功績は大きい。

### 長野モデル

長野市では2016年度からEPDSを導入し、新生児訪問時に産後うつ病のスクリーニングを行い、それに伴う支援を開始した。これは長野市母子保健事業の一環であり、世界初となる産後女性の自殺予防対策プログラムとして英国国際精神医学誌「BMC Psychiatry」電子版（2020; 20: 389）に発表された。

厚生労働科学研究 立花班の研究により、2016年4月から2016年7月の間に長野市に出生届を提出した230人の母親に対し、新生児訪問・3～4か月児健診・7～8か月児健診で、保健師によるEPDSを使った自殺念慮スクリーニングが行われた。保健師は専門の研修を受けており、自殺念慮があると判断されると心理社会的リスクアセスメントを行い、家族の不安や疲弊に共感して寄り添いながら丁寧に話を聞き、問題解決の方法を一緒に考えた。また、保健師をはじめ精神科医、産科医、助産師、看護師、医療ソーシャルワーカー、小児科医などと多職種連携で様々な社会資源に積極的に結びながら、注意深くフォローアップを行った。なお対照群は研究の始まる2015年11月から2016年3月の間に出生届を提出した母親で、通常の子供保健ケアが行われた。

対照群に比べ介入群では、3～4か月児健診時に実施したEPDSにおいて、自殺念慮を反映する項目の点数が有意に低く、また合計点も有意に低かった。7～8か月児健診でも合計点は有意に低く、メンタルヘルスの向上効果が産後3～4か月から7～8か月まで持続することが証明された。自殺念慮については7～8か月で介入群と対照群の統計的に有意な群間差はみられなかったが、順天堂大学の研究によると産後3～4か月は自殺件数が最も多い。長野モデルでは最も重要な産後3～4か月に自殺念慮を改善させる有意性を示したといえる。長野モデルは産後自殺予防の地域介入プログラムとして有効性が注目されている。

また既述のとおり、小泉と立花がスーパーバイザーを務める周産期メンタルヘルスケア実務検討会が概ね2か月に1回開催されており、地域包括ケアを行う上で欠かせない上に困難で課題の多い、多職種連携の一助となっていると思われる。



## 周産期メンタルヘルス外来

これまで、以上のように、周産期メンタルヘルスケアに関わってきたが、地域母子保健の一つの問題点として、保健師が気になるケースを精神科医療機関にすぐ相談できないことが挙げられていた。そこで、ある市役所の母子保健課と協力し、精神科クリニックの外来枠で、試行的に周産期メンタルヘルス外来を創設した。以下、匿名性に配慮して、事例を紹介したい。

事例1 【32歳 女性】次女8か月 保健師同行  
EPDS：21点

産科クリニックから念のための紹介だったが、深刻な希死念慮が判明。

子育てはもう限界だと、実母に何度も母子心中を迫られた既往がある。

事例2 【27歳 女性】次男23週 早産により新生児死亡。保健師が同行した。1週間前より、不眠、幻覚出現。向精神薬内服で、速やかに消退。

事例3 【36歳 女性】長女6か月。保健師が同行した。EPDS：8点

育児困難。子どもへの虐待傾向。保育園入所の診断書希望。

事例4 【28歳 女性】長男4か月。保健師は非同行。EPDS：2点

産科クリニックから紹介、不安と不眠。夫は県外出身。実母の支援受けれず。

育児困難だが、保健師に相談したことがない、担当精神科医が母子保健課に連絡。

事例5 【23歳 女性】次男8か月。保健師が同行した。EPDS：18点

出産後、産後うつで、2か月間、精神科入院。乳児院に預ける。

子どもへの虐待傾向。保育園入所の診断書希望。

事例1と4は産科クリニックからの紹介で、周産期メンタルヘルス外来がなければ、紹介されないか、受診に時間がかかる精神科外来に紹介され

たと思われる。周産期メンタルヘルス外来で速やかな対応がされた。

事例3と5は、子どもへの虐待傾向がみられ、保健師も同行の上、至急の保育園入所の診断書が必要とされた。これも周産期メンタルヘルス外来への要請と考えられる。

事例2は保健師からの紹介で、周産期メンタルヘルス外来で速やかに薬物療法がなされた。

事例1は産科クリニックからの紹介だが、重度の希死念慮があり、精神科外来でのフォローが必要だと思われる。

事例4も産科クリニックからの紹介だが、保健師と相談したことはなく、逆方向に当外来から、連絡し、保健師がすぐに訪問した。多職種連携が功を奏している。

事例5は産後うつで、2か月間、精神科入院の既往がありながら、中断例になっており、保健師からの紹介で、至急の保育園入所の診断書を要した。将来的には、各地の周産期メンタルヘルス外来のネットワークが望ましい。

また、特定妊婦の虐待の背景として、大きく分けて、精神疾患、養育放棄、ひとり親の貧困、等があるといわれるが、周産期メンタルヘルス外来に限ったケースとは言えないが、虐待はなくとも、子育てができない事例を2年間以上、フォローしている。（似たケースをもう1例経過観察中である）

【年齢・性別】28歳 女性

【診断】双極性障害（周産期発症）

【生活歴】

患者（以下Ptという）は、U市で出生、一人っ子。

- 保育園、小学校、U市立中学校学業成績は中の下位。友人は普通程度にはいた。

- M高校に入学したが、友人関係に馴染めず、2年生の初めで中退。いじめはなかった。

- 中退してから、2年程、アルバイト(飲食店の接客など)していた。• その後、通信制高校に入学して1～2年で卒業。アルバイトは続けていた。

- しばらくアルバイト(別の飲食店)をして、21歳頃にいったん製造業に就職したが、2か月で退職。

派遣会社から、2週間程度～1年で転々と、数か所派遣されて勤めた。

- その後、平成28年の夏に妊娠が分かって退職。(23歳の夏に結婚)・X年3月に第1子出産。X年7月～X+1年2月まで長男は乳児院に預けていた。

- X+1年4月～長男が保育園に通園を開始。X+3年9月～長男の保育園を転園、K市に転居。

#### 【家族歴】

- 夫:建築業。休みは週に1回日曜日、残業はない。育児には協力的だった。乳児院への入所については仕方ないと思う。今は、夫の実家から保育園に通わせている。

- 長男:今のところ、成長発達には大きな問題はない。

#### 【現病歴】

- 以前から吐き気がすると、怖くてパニックになることがあった。

- 妊娠中もつわりによる体調不良。妊娠届が出た段階から、U市の保健師が関わっていた。

- X年3月1日U市総合病院産科で、長男(第1子)出産。

- 7月から、長男は乳児院に預け、3か月程度で断乳、月経はほどなく再開した。

- 子供と離れても体調が悪く、頭痛、めまい、倦怠感、食欲低下、吐きがあり、食事を摂ると嘔気がおきることが怖くて食べられなくなった。

- 同年8月中旬に、Uマタニティクリニックで血液検査を受けたが特に異常なく、精神科受診を勧められた。担当の保健師に付き添われ、X年8月24日T病院精神科を初診。初診時は強い嘔気と不安感で、ほとんど言葉を発することができなかった。不安障害の診断でレメロン0.5T開始。

- 食欲は戻ったが、乳児院に預けている子供に面会に行く際などに、喉の詰まり感、不安感が出るため、半夏厚朴湯、加味逍遙散などの漢方薬も併用していた。X年8月25日子どもの処遇についての話し合いがもたれた。

- 子どもが帰宅した場合には未満児保育を利用してはどうかと提案し、同年11月にはそのための診断書も作成したが、経済的な問題がネックとなって、利用に至らなかった。

- 当初、X+1年1月に長男が自宅に戻ってくる方向で話が進んでいたが、Ptの不安が強かったため、2月まで乳児院に居て、X+1年4月に保育園入園と同時に自宅に引き取ることとなった。

- その後、暫くは長男の登園しぶりもみられたが、徐々におさまった。Ptは月経前のイライラが非常に強く、同年7月にLクリニックに紹介したところ、月経前症候群と診断された。低用量ピルの提案が担当医よりあったが、副作用が不安とのことで使用しなかった。

- 同年8月末頃には「自分はきちんと育児が出来ない」「周りの友達はみな普通にできている」との思いを強くし、育児ストレスによるうつ症状が再燃したため、市の保健師に育児負担軽減のための社会資源が利用できないか相談した。結局は子どもを一時保護するかどうかしか、選択肢がなかったため、自宅でストレスを抱えたままの生活が続いた。

- X+1年12月6日、家族との不和(夫が消防団に入ると言い出したことで、Ptと子どもだけの時間が増えるからやめて欲しいとPtが主張したが同意してもらえなかった経緯)を背景として、自宅から家出し、市の保健師に保護されて、当院に時間外受診。希死念慮・興奮を伴った抑うつ状態であったため、当院へ医療保護入院となった。

- 翌日、夫、保健師、市担当者2名が同席して面談を行い、本人は育児する意志がないこと、とにかく子どもが怖く、二人になることが苦痛で虐待してしまう懸念があること、別居もしくは離婚したい、との思いがあることなどが確認され、当面は夫と長男でK市の夫の実家に身を寄せてもらい、Ptと長男との距離を取る方針で決着した。本人は実母との関係が悪化しているため、(父親と離婚している)実母の家に行くことは拒否、また見相を通じて子供を再度、一時保護してもらうことについても拒否した。翌日退院。退院後には月経前症候群の治療のため婦人科にも通院するようになり一応の安定を得たため、X+1年1月頃からは徐々に家族で一緒に過ごせる時間が増えた。

- X+2年10月に1か月ほど、中途覚醒、気分の高揚を自覚した時期があったがその後、再度うつ

症状に転じた。この時点で双極性障害と診断しリ  
ーマス+エビリファイを主剤としたが、嘔気が強く  
エビリファイは中止。

・X十3年6月頃から、家事や育児がままならなくな  
ったため、レメロンを追加した。夫が「養育で  
きる状況ではない」とのことで、同年8月24日か  
ら夫が子どもを連れて自分のK市の実家に帰った。  
保育園はK市へ転園。Ptも知らなくて、びっくり  
した。(Ptは自分の実家で、実父と二人で住んで  
いる)

・同年9月には、一時夫との間に離婚の話が出る  
ようになった。

・同じころ、PMSの症状のため婦人科からホルモ  
ン剤(フェリウエル)を処方されるようになった。  
X十3年12月には不安感が非常に強くなり、外出  
が出来なくなったため、レキサプロを加えたところ、  
それらの症状が速やかに劇的に改善した。X+  
4年1月より、レメロンを減薬、中止。

・X十5年1月現在、本人が一人で外来受診してお  
り、平日の別居状態が続いている。冬は調子悪い。  
子どもとは別居。まだ、子どもと暮らせない。4  
歳になったが、週末だけ帰ってくる。前は、子ど  
もが怖かった。週末に帰ってきた、その時は楽しめ  
る。悪夢が少なくなった。吐気、時々ある。寝て  
いる日もあるが、調子がいい日も増えてきた。「上  
がっている時が分んない。無駄な浪費しちゃう」  
レキサプロ飲んだら、普通の人間に戻れた。外に出  
られるようになってきた。児相は、今は関与して  
いない。今は、保育園関係が怖い。夫が対応をや  
ってくれている。夫は離婚と言っていたが、妻改善  
し、今は、言わなくなってきた。子どもには、「夫  
からママ病気だから」と伝えられている。

### C. 考察

「甘えの構造」を書かれた土居健郎先生は「精神  
保健の仕事の半分は母子保健ではないか」と言わ  
れている。長野県における須坂モデル及び長野モ  
デルでは一貫して、妊娠期(母子手帳交付時)から  
産後にかけて切れ目のない支援により母子の精神  
保健をケアし、母子メンタルヘルスを統計的に有  
意に改善させ、その有効性が実証されている。

2016年の母子保健法の改正により、2017年4  
月から子育て支援包括センターの設置が全国の市  
区町村の努力義務となった。長野市では市内7か  
所にワンストップ拠点である子育て世代包括支援  
センターを設置し、母子保健事業及び子育て支援  
事業に精通した専任の保健師を配置している。ま  
た「妊娠・出産・子育てサポートホットライン」  
も開設され、周産婦の相談を促している。  
周産期メンタルヘルス外来について、若干の考察  
をしたい。

- ① 精神科クリニックでは半年待ちの受診がし  
ばしばあるが、周産期メンタルヘルスクリ  
ニックでは工夫して早急な受診ができるメ  
リットがある。保健師からの紹介で、周産  
期メンタルヘルス外来で速やかに薬物療  
法がなされた例もあった。
- ② 特定妊婦と考えられる事例では、子どもへ  
の虐待傾向がみられ、保健師も同行の上、  
至急の保育園入所の診断書が必要とされ  
た。これも周産期メンタルヘルス外来への  
要請と考えられる。
- ③ 産科クリニックからの紹介だが、保健師と  
相談したことはなく、当外来から、連絡  
し、すぐ保健師が訪問してもらえた。逆方  
向にも多職種連携が実を結んでいる。地域  
母子保健との連携は必須である。
- ④ 周産期メンタルヘルス外来で重度の希死念  
慮が判明し、精神科外来でのフォローが必  
要だと思われるケースを診察できるのは、  
専門外来のメリットと思われる。
- ⑤ 産後うつで、2か月間、精神科入院の既往  
がありながら、中断例になっており、保健  
師からの紹介で、至急の保育園入所の診  
断書を要した。特定妊婦と考えられるが、こ  
うした事例は里帰り分娩も含め、少なから  
ず見られる。今のところ、将来的には、各  
地の周産期メンタルヘルス外来のネットワ  
ークが望ましい。

### D. 結論

妊娠期から始まり、行政的な母子保健のアプロ

一チは、母子健康手帳交付時（全例面接）、養育支援サービス（産後ケア事業、ホームヘルプ）、新生児訪問指導事業（育児相談やEPDSの実施）、乳幼児健診とワクチン接種事業（未受診者への支援）、子育て支援事業（育児の知識の普及啓発、子育ての仲間づくり）、等があげられる。2017年度から始まった国の産婦健診は母親の身体的な経過や児の発育の状況を確認するとともに、母親の心理状態と対児感情を把握して、必要に応じたケアを実施することを目指している。そのためには、行政的な母子保健の育児支援体制との連携が必要となってくる。乳幼児までの切れ目のない重層的な支援を行い、母親の孤立を防ぎ、安心して子育てができる環境づくりが予防精神保健の基盤になると考えられる。出産から子育ては一連の流れであり、母子保健と福祉に加え、医療、教育などの関係者も歩み寄り、総合的に支援すべきである。

母親の自殺により、残された配偶者や子供、家族は大きな混乱に陥り、長期間にわたる深いサポートが必要となることが多い。しかし、それにもかかわらず子供や配偶者に精神症状が現れることが多い。そのような悲しい経験をする人が一人でも減るよう、長野モデルによる産後自殺予防プログラムを有効に活かす試みが早急に必要であろう。

重層的な周産期母子保健の支援のためには、大都市の総合病院の周産期メンタルヘルス外来だけでなく、地方においても保健所単位のキャッチメントエリアでの周産期メンタルヘルス外来が必要であることを、試行段階ではあるが示せたと思われる。

2021年3月14日信濃毎日新聞に小生はコメントをしている。

小泉典章氏は「特定妊婦の把握は進んでいるが、どう適切な支援につなげられるかが大切だ」と指摘する。県内では14年以降、須崎市や長野市で周産期に保健師らが連携して支援する態勢を取っているが「全県的にはいまだ途上」という。

コロナ禍で里帰り出産を諦めるなど、孤立を深める妊婦は少なくない。小泉氏は「虐待や母子心中を防ぐためにも周産期のメンタルヘルスの重要性を県全体で共有する必要がある」としている。

## E. 健康危険情報

なし

## F. 研究発表

### 1. 論文

小泉典章：長期ひきこもりに対する精神保健活動。精神科治療学 35(4)：411-416, 2020

浅野章子・津山美由紀・大峽好美・赤沼智香子・保科朋美・関野志穂・鈴木あゆ子・樽井寛美・石井栄三郎・小泉典章・立花良之：多職種連携地域母子保健システム「須坂モデル」の取り組み～妊娠期からの切れ目のない支援のために。ペリネイタルケア 39(7):85-92,2020

立花良之、小泉典章：親子保健で精神科医に求められること・できること・すべきこと・他の職種や機関との連携のあり方について一妊娠期からの切れ目のない支援を中心として一。精神科治療学、35(8)：819-826,2020

立花良之、小泉典章：周産期メンタルヘルスにおける多職種連携。精神医学、62(9)：1203-1214,2020

Yoshiyuki Tachibana, Noriaki Koizumi, Masashi Mikami, Kana Shikada, Sayaka Yamashita, Mieko Shimizu, Kazuyo Machida, Hiroto Ito  
： An integrated community mental healthcare program to reduce suicidal ideation and improve maternal mental health during the postnatal period: The findings from the Nagano trial. BMC Psychiatry, 22:389(2020)

Daimi Sasayama Tetsuya Kudo Wakako Kaneko Rie Kuge Noriaki Koizumi Tetsuo Nomiyama Shinsuke Washizuka Hideo Honda  
： Brief Report: Cumulative Incidence of Autism Spectrum Disorder Before School Entry in a Thoroughly Screened

Population.

Journal of Autism and Developmental Disorders. Published: 21 July 2020

小泉典章：児童・青年期の精神科臨床に関連する法制度. 精神科治療学 35 巻増刊号「児童・青年期の精神疾患治療ハンドブック」：55-58, 2020

伊藤香織、小泉典章：長野県におけるひきこもり支援の現状と課題. 信州公衆衛生雑誌 15(2):55-69, 2021

小泉典章, 大井千明：新型コロナウイルス感染症拡大下のメンタルヘルス. ー長野県精神保健福祉センターにおける電話相談から見えてきたことー, こころの健康 35(2) :3 - 8, 2020

小泉典章：「ゲーム障害」の現状について. 2020長野の子ども白書, 84-85, 2020

小泉典章：長野県における取組、高塚雄介編「ひきこもりの理解と支援ー孤立する個人・家族をいかにサポートするか」pp88~pp99、遠見書房、東京、2021

立花良之, 小泉典章；多職種連携による切れ目のない親子の支援:須坂トライアルー普及と実装科学の観点から.精神科 39 (2) : 203-212, 2021

日本精神神経学会・日本産科婦人科学会作成：精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド;各論編」(20210422 公表)

立花良之, 小泉典章；医療・保健・福祉の連携した周産期のメンタルヘルスケア. 精神経誌、124(1) : 47-54, 2022

鹿田加奈, 小泉典章, 立花良之；長野モデルにおける妊産婦自殺対策・産後うつ支援. 自殺予防と危機介入(日本自殺予防学会誌), 42 (1) : 15-20, 2022

小泉典章：あらためて心の健康とは何かを考えるーひきこもり、自殺、ハラスメントなどの多発から見えるものー. こころの健康 37(1):11-37, 2022

片山宗紀、小泉典章、他：新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行拡大が依存症に関する全国の精神保健福祉センターの支援体制、民間支援団体、およびその相談者に与えた影響. 精神経誌、124(10) : 700-709, 2022

## 2. 学会

**令和2年度軽井沢フォーラム：医療連携の統合を目指す医療政策研究フォーラム 2020年7月16日**

立花良之, 小泉典章, 赤沼智香子, 保科朋美, 大峽好美, 津山美由紀, 浅野章子, 牧厚子：妊娠期の切れ目ない支援についての多職種連携地域母子保健システムの地域介入研究ー須坂トライアルー

**第36回日本精神衛生学会 2020年11月8日**

小泉典章：パネルディスカッションー「新型コロナウイルス問題」がわたしたちの心にもたらしていること

**第1回日本自殺総合対策学会大会 2021年3月2日**

シンポジウム「新型コロナウイルス感染症流行下の地域自殺対策」

小泉典章：長野モデルにおける産後うつ支援とコロナ禍での母子支援活動

**G. 知的財産権の出願・登録状況**

なし

## 小児科医と自治体間の要保護児童等に関する情報共有に関する研究

研究協力者 杉浦 至郎 （あいち小児保健医療総合センター 保健センター）  
研究分担者 山崎 嘉久 （あいち小児保健医療総合センター 保健センター）

### 【研究要旨】

**【背景】** 児童虐待の発生予防のため特定妊婦への支援は重要であるが、母子保健、要保護児童対策地域協議会（要対協）、児童相談所、医療機関等の関係機関内での情報共有が十分行われていないことが課題と推察されている。特に転居等の際に情報共有が不十分な為に重篤な転帰となったケースがあり、2021年度に「要保護児童等に関する情報共有システム」の運用が全国で開始され、運用が行われている。一方、2023年1月にはあいち小児保健医療総合センターと愛知県大府市ではデジタル庁「こどもに関する各種データの連携による支援実証事業」に採択され要保護児童・要支援児童を早期に自治体と情報共有する「フラグシステム」の運用が開始された。

**【目的】** 小児科医と自治体間の情報共有の実際と課題に関して包括的に評価する。

**【方法】** 2020年度に愛知県内の5つの自治体を訪問し、母子保健及び要対協担当者に半構造化されたインタビューを行なった。2021年度には小児科医との情報共有が不十分であった為に発生したことが推定される重篤な児童虐待のケースに関して調査を行った。2022年度は全国の救急専門病院を対象に「要保護児童等に関する情報共有システム」の需要を調査し、また新しい情報共有システムの運用が開始された愛知県大府市内の5クリニックの医師に自治体との情報共有に関して構造化インタビューまたは同内容の自記式質問紙調査を行った。

**【結果】** 各自治体内における情報共有方法は工夫がなされていたが、個人間のコミュニケーションが重要な役割を担っている自治体が多かった。小児科医は小児科受診時の虐待等の早期発見等を行っており、今後そのような役割の更なる拡充とより利便性の高い情報共有方法が望まれていた。愛知県大府市内の要対協データベースでは医療者と自治体間の情報共有が十分であれば防ぎ得たと考えられる重篤な症例が過去5年間で2症例同定された。救急専門施設への質問紙調査では調査依頼が可能であった550施設のうち、171の病院（31.1%）から回答が得られ、「救急外来からの帰宅や、病棟からの退院の際、社会的ハイリスクであるかどうかの情報の必要性を感じることはありますか？」の質問には141（82.5%）が「はい」と回答、そのうち61施設は情報共有が不十分なために生じた重篤な事象が発生した子があると回答し、その頻度の中央値は「1年に1例程度」であった。

**【考察】** 小児科医と自治体の情報共有は重要であり、重篤な事象の発生を予防できる可能性がある。自治体から小児科医への情報共有は、公的機関に問い合わせが行いにくい休日夜間の救急外来などでその需要は高く、「要保護児童等に関する情報共有システム」をどの様に利用するか検討が望ましいと考えられた。小児科医から自治体への情報共有は新規開発されたアプリケーションによるフラグシステムを導入した場合に円滑に行うことができることが実証された。

## A. 研究目的

小児科医と自治体間の情報共有の実際と課題に関して包括的に評価する。

## B. 研究方法

2020年度に愛知県内の5つの自治体を訪問し、母子保健及び要対協担当者に半構造化されたインタビューを行なった。2021年度は愛知県大府市の要対協ケースの中から小児科医との情報共有が不十分であった為に発生したと考えられる重篤な児童虐待のケースに関して調査を行った。2022年度は全国の救急専門病院を対象に「要保護児童等に関する情報共有システム」の需要調査を行った。また2023年1月10日に運用が開始された医療等の現場で気付かれる虐待や不適切な養育のサインをフラグとしてシステム上に登録、要対協などの場で閲覧し、必要な支援をプッシュ型で展開することを目標とする新規開発アプリケーションを用いた「フラグシステム」の運用に参加した5つのクリニックの医師に自治体との情報共有に関して半構造化インタビューまたは同内容の自記式質問紙調査を行った。

（倫理面への配慮）

あいち小児保健医療総合センター倫理委員会の承認後に施行された（承認番号 2020017, 2022041, 2022049）。

## C. 研究結果

各自治体内における情報共有方法は工夫がなされていたが、個人間のコミュニケーションが重要な役割を担っている自治体が多かった。現在も小児科医は小児科受診時の虐待等の早期発見等を行っており、今後そのような役割の更なる拡充とより利便性の高い情報共有方法が望まれていた。

愛知県大府市内の要対協データベースでは医療者と自治体間の情報共有が十分であれば防ぎ得た重篤な症例が5年間で2症例同定された。

救急専門施設への質問紙調査では調査依頼が可能であった550施設のうち、171の病院（31.1%）から回答が得られ、「救急外来からの帰宅や、病棟からの退院の際、社会的ハイリスクであるかどうか

かの情報の必要性を感じることはありますか？」の質問には141（82.5%）が「はい」と回答、そのうち61施設は情報共有が不十分なために生じた重篤な事象が発生した経験があると回答し、その頻度の中央値は「1年に1例程度」であった。

クリニック勤務医師を対象とした「フラグシステム」に関する調査では、全ての対象者（大府市内5つのクリニック、計8人の医師）から回答を得た。3人はフラグシステム導入により自治体との情報共有の「必要性」を強く感じるようになり、自治体との情報共有の「困難さ」が軽減したと回答した。5人は「必要性」、「困難さ」共に変わらないと回答したが、そのうちこれまで自治体に対して情報共有がほとんどなかった1人の医師は、期間内に複数のフラグを登録していた。

## D. 考察

小児科医と自治体との情報共有を考えた場合、小児科医から自治体に向けた情報共有と自治体から小児科医に向けた情報共有を分けて考えると分かりやすい。2020年に行った自治体へのヒアリングと、2021年に行った症例を元にした振り返りからは、小児科医から自治体に向けた情報共有と自治体から小児科医に向けた情報共有のどちらも重要であることが推察された。

2023年には全国の救急専門施設を対象に質問紙調査を行い、休日夜間の救急外来における要保護児童などに関する情報の需要が全国的に存在することを明らかにした。また新規に開発されたアプリケーションを使用することによって自治体への情報共有をより簡便に行うことが可能となることを示した。

統一された情報共有のフォーマットが存在し、それを小児科医、自治体の双方が利用できることが理想ではあるが、すでに開発されている「要保護児童等に関する情報共有システム」を何かしらの形で利用することにより自治体から医師への情報共有がより円滑となり、新規開発された「フラグシステム」を活用することにより医師から自治体向けの情報共有がより円滑に行われるようになると考えられた。このような情報共有が広く行われる

ようになり、早期から適切な支援が行われるようになれば児童虐待件数が減少すること、また重篤な児童虐待症例の減少に効果が期待できると考えられた。

## E. 結論

小児科医と自治体の情報共有は重要であり、適切な支援合わせ、児童虐待を予防できる可能性がある。自治体から小児科医への情報共有は、公的機関に問い合わせが行いにくい休日夜間の救急外来などでその需要は高く、「要保護児童等に関する情報共有システム」に存在する情報等をどのように利用するか検討が望ましいと考えられた。小児科医から自治体への情報共有は新規開発されたアプリケーションによる「フラグシステム」を導入した場合、より円滑に行うことができると考えられた。

### 【参考文献】

1. 要保護児童等に関する情報共有システムの概要  
<https://www.mhlw.go.jp/content/11920000/000584876.pdf>

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし（作成中）

### 2. 学会発表

- 1.杉浦至郎他. 特定妊婦に関する情報共有の実態調査. 第 68 回日本小児保健協会学術集会
- 2.秋津佐智恵他. 子どもの事故と不適切養育の予防について. 日本子ども虐待防止学会第 27 回学術集会かながわ大会.
- 3.杉浦至郎他. 第 34 回 日本小児科医会 総会フォーラム in あいち (2023 年 6 月 24-25)
- 4.杉浦至郎他. 第 82 回日本公衆衛生学会学術総会で発表予定 (2023 年 10 月 31 日~11 月 2 日)

## 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



特定妊婦への支援の実際  
～産科医療機関と地域との連携の取り組み～

研究分担者 日本医科大学 女性生殖発達病態学 女性診療科・産科  
東京かつしか赤十字母子医療センター 産婦人科 鈴木俊治

**【研究要旨】**

特定妊婦を支援するためのガイドラインを作成するための基盤として、まず、東京かつしか赤十字母子医療センター（当時葛飾赤十字産院）での特定妊婦（社会的ハイリスク妊娠）の傾向をレビューし、その後、わが国で積極的に社会的ハイリスク妊婦の支援を行っている市区町村のアセスメントツールを参考として、特定妊婦の主な要因についての特性についてレビューを行った。最終的に、それらにあげられた要因をもった妊産婦への対応について日本産婦人科医学会母子保健部のスタッフとともに文献的レビューを行った。

**A. 研究目的**

研究分担者の果たすべき最終目的は、深刻な社会問題を抱える特定妊婦を支援するためのガイドラインを作成することであるが、その基盤として、東京かつしか赤十字母子医療センター（当時葛飾赤十字産院）での特定妊婦（社会的ハイリスク妊娠）の傾向をレビューし、その後、わが国で積極的に社会的ハイリスク妊婦の支援を行っている市区町村のアセスメントツールを参考として、特定妊婦の主な要因についての特性についてレビューを行った<sup>1)2)</sup>。最終的に、それらにあげられた要因をもった妊産婦への対応について日本産婦人科医学会母子保健部のスタッフとともに文献的レビューを行った<sup>3)</sup>。

**B. 研究方法**

2016～2020年の葛飾赤十字産院診療録、2020年にわが国で積極的に社会的ハイリスク妊婦の支援を行っている6地域のアセスメントツールおよび厚生労働省から推奨されているアセスメントツールを参考として、特定妊婦の要因をあげた。それらの要因に対する対応について文献的レビューを行った。

**C. 研究結果**

特定妊婦の要因として、葛飾赤十字産院の診療録およびわが国で積極的に社会的ハイリスク妊婦の支援を行っている6地域のアセスメントツールおよび厚生労働省から推奨されているアセスメントツールから、特定妊婦の要因として、①未婚、②なんとなく気になる、③予期せぬ妊娠、④貧困、⑤外国人<sup>1)</sup>、そして、①精神障害、②若年妊娠、③未受診、④貧困、⑤多胎妊娠があげられた

2)。

これらに対して、以下のように対応がレビューされた<sup>3)</sup>。

**○すべての特定妊産婦に共通して支援すべき事項**

- 1) 特定妊産婦に関連するその他の要因の確認：特定妊婦に関わるリスク要因が1つでもあれば、それらに必要な適切なサポートを考慮する必要があるが、これらの要因は、単独で発生するよりも重複する傾向にある。また、自分では気づいていないことや、自分では言えないことがあるかもしれないので、医療関係者は積極的に聴取する必要がある。
- 2) 入院助産制度の対象者の確認（特に経済的問題のある母親に対して）
- 3) 身の回りの育児支援体制の有無：特定妊婦の多くは、出産後の子どもとの生活を想像できず、準備不足のまま出産する傾向にある。地方自治体と協力して、育児用品の準備や育児教育、社会資源の使い方を支援する必要がある。
- 4) 継続した支援を考えると、できるだけ自宅近くの産科施設で支援を受けることが望ましい。

**I. 特定妊産婦の要因ごとの支援**

**1-1. 経済的な問題を抱える母親**

- 1) 出産・育児の準備：経済的な理由で出産費用や育児用品を用意できない女性に対して、入院助産制度を含む経済的支援を受けるための手続きについて、その背景を理解した上で指導や支援を行う。

**1-2. 未婚の母親**

- 1) 特定のパートナーの有無と経済状況：予期せぬ妊娠の背景に寄り添いながら、育児をサポートしてくれる近親者やパートナーを探し、サポートするための協議を設ける。

**1-3. 若年妊娠**

- 1) 親権者との関係の確認
- 2) 就学状況やスキルに合わせた支援：親と疎遠に

なり、社会から孤立している場合が多く、また、彼女らは低学歴であれば、働くスキルを持っていないこともあり、育児によって経済的状況がより困難になる。彼女らはしばしば虐待されてきたので、両親との関係を再構築することに慎重さが必要であり、妊娠が社会との関わりを取り戻すきっかけとなるような支援が必要となる。

- 3) 特定のパートナーの有無と経済状況：女性にはパートナーがいる場合が多いが、彼らも仕事のスキルに欠けていることが多く、関係が不安定である。パートナーが育児をサポートするかを調査しながら、支援の範囲を考慮する必要がある。

#### 1-4. 外国人

- 1) 日本語および/または英語が理解できるか？
- 2) 宗教・文化・食事（産科施設の有無）：育児支援は、各国の宗教的・文化的背景や慣習に配慮しながら行う必要がある。
- 3) 急変への対応（利用可能な産科施設の有無）：それぞれの施設状況下での彼らの心の理解が必要であり、悲惨なトラブルを減らすためには、彼らが日本の医療事情を理解し、容認することも重要である。

## II. 周産期合併症

### 2-1. 精神障害

- 1) 診断の確定の有無（必要な場合）。
- 2) 通院・服薬（必要な場合）：精神科の受診や抗精神病薬の服用を中断することがあるため、精神状態が悪化する傾向にあり、エビデンスに基づいた周産期メンタルヘルスケアが重要。
- 3) パートナーの精神状態の確認。
- 4) パートナーに対する理解：パートナーにも精神障害の既往や親密なパートナーからの暴力があり、パートナーの意思が妊娠中の精神障害の悪化を招くことがある。メンタルヘルスケアが必要な妊婦では、パートナーのメンタルヘルスケアも必要であることが多く、パートナーに対して妊娠中や産後の抗精神病薬の安全性を啓発する必要がある。
- 5) 日本での出産・育児の準備：異国での産後の子どもとの生活が想像できないことがある。

### 2-2. 多胎妊娠

多胎妊娠の母親の中には、幼少期の育児の遅れに伴う育児困難感が強く、育児に関して精神的に追い詰められていることが指摘されている。

- 1) 多胎妊娠における周産期合併症の理解
- 2) 長期入院・他児の育児への備え：緊急（長期）入院や帝王切開を含む緊急手術が必要となる場合が多いため、妊娠初期に説明しておく必要がある。

## III. 妊婦健診（外来受診）での要因

### 3-1. 未受診/妊娠中期以降の初診

- 1) 受診に関連する問題の確認：相談の遅れの理由は、必要なサポートの内容に直接関係していることが多い。医者や助産師の診察を拒否しないように、寄り添って聴取する。

### 3-2. なんとなく気になる

医療関係者以外のスタッフが心配している（気になっている）ことを過小評価しない。

- 1) 待合室での態度（子供に対する態度：虐待の可能性以上など）：待合室では、診察室では見えない本当の姿を見せる母親がおり、彼女らが子供をどのように育てるかは、特に待合室で上の子供たちと一緒にいる様子によって示されることがあり、パー



トナーとの協議が必要になる場合がある。

- 2) パートナーとの関係：上記に関連。

## IV. その他

最も問題となるのは、社会から完全に孤立し、出産まで姿を見せない母親である。彼女らにスムーズにアプローチする方法が常に模索されてきており、いくつかの非営利団体がソーシャルメディアや直通電話回線を使用するなど様々なアイデアを報告しているが、早期アプローチの手順の確立が最も求められている。

## C. 研究結果

特定妊婦の主要要因への多職種連携による対応についてレビューを行い得た。

## 参考文献

1. Suzuki S, Eto M. Current Status of Social Problems during Pregnancy at a Perinatal Center in Japan. JMA J. 2020 15;3(4):307-312.
2. Suzuki S. Appropriate Support for “Specified Expectant Mothers”. JMA J. 2022; 5: 17-22.
3. Suzuki S, Hoshi S, Sekizawa A, Sagara Y, Kinoshita K. Items to Be Checked and Correspondence for “Specified Expectant Mothers” in Japan. Int Med J. 2022; 29(3): 214-215.

## D. 健康危険情報

該当なし

## E. 研究発表

### ① 論文発表 英文（査読あり）

1. Suzuki S, Eto M. Current Status of Social Problems during Pregnancy at a Perinatal Center in Japan. JMA J. 2020 15;3(4):307-312.
2. Suzuki S. Appropriate Support for “Specified Expectant Mothers”. JMA J. 2022; 5: 17-22.
3. Suzuki S. Subsidies for pregnant women with

'genuinely unavoidable special reasons'. JMA J. 2022; 5 in press.

4. Kurashina R, Suzuki S. Proportion of Late Pregnant Women with Anxiety Symptom under COVID-19 Pandemic in Japan. JMA J. 2022; 5: 99-103.
5. Kurashina R, Suzuki S. Postpartum Depression Without Antenatal Depression in Primiparous Women. J Clin Med Res. 2021;13:517-519.
6. Shimoya K, Kotani T, Satoh S, Suzuki S, Kashima H, Ogasawara K, Ozaki N, Suzuki E, Tachibana Y, Suzuki T; Creation Committee of Clinical guide for women with mental health problems during the perinatal period. Clinical guide for women with mental health problems during the perinatal period. J Obstet Gynaecol Res. 2022;48:20-33.
7. Suzuki S. Appropriate Support for "Specified Expectant Mothers". JMA J. 2022; 5: 17-22.
8. Suzuki S. Partner's Accompanying Perinatal Visit as a Risk Factor of Intimate Violence in Japan. Int Med J. 2022; 29(3): 214-215.
9. Suzuki S. Single Center Analysis of Japanese Homecoming Delivery and Postpartum Depression. JMA J. 2022 Jul 15;5(3):362-365.
10. Suzuki S. National Subsidy Program for screening of postpartum depression in Japan. Asian J Psychiatr. 2022; 73: 103151.

#### 英文 書籍

なし

#### 和文 (査読あり)

1. 鈴木俊治. 産婦健康診査事業の全国展開にむけた課題. 日本周産期メンタルヘルス学会会誌 7 卷 1 号 Page19-22(2021.07)

#### 和文 (査読なし)

1. 鈴木俊治. 睡眠薬の適正使用. 特有な患者背

景 妊娠・授乳期. 薬事. 63 卷 6 号

Page1105-1107(2021.05)

2. 鈴木俊治, 星真一. これからの産後ケア. 周産期医学. 51 卷 4 号 Page523-527(2021.04)
3. 鈴木俊治. 妊娠高血圧症候群・胎児発育不全保険のない外国籍の未受診妊婦への対応. 保険診療. 77 卷 8 号 Page78-80(2022.08)
4. 鈴木俊治. 成育基本法と妊産婦・子育て支援妊産婦のメンタルヘルス支援. 周産期医学. 52 卷 11 号 Page1515-1510-527(2022.11)
5. 鈴木俊治. 産後ケアと地域連携. 精神科. 41 卷 5 号 Page728-732(2022.11)
6. 星真一, 相良洋子, 関沢明彦, 鈴木俊治, 前田津紀夫, 木下勝之. わが国の妊産婦メンタルヘルスケア体制の現状 日本産婦人科医学会のアンケート. 周産期医学 52 卷 6 号 Page805-809(2022.06)
7. 鈴木俊治. 周産期メンタルヘルスのくすり. 産後・授乳期の服薬指導. ペリネイタルケア 2022 夏季増刊 Page104-108(2022.06)
8. 鈴木俊治. 周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド. ペリネイタルケア 2022 夏季増刊 Page67-72(2022.06)
9. 鈴木俊治. 妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル改訂版. ペリネイタルケア 2022 夏季増刊 Page61-66(2022.06)

#### ② 学会報告 (シンポジウム)

1. 鈴木俊治. 私たちが知っておくべき精神疾患合併症妊娠への考え方. 第 117 回日本精神神経学会学術集会. 京都. 2021 年 9 月.

#### F. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含)

該当なし

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

特定妊婦支援の均てん化に向けて  
～必要な子ども家庭福祉の観点と新たな社会的養育構築における取り組み

研究分担者 上鹿渡和宏 早稲田大学人間科学学術院

**【研究要旨】**

2020年度の研究を通して、特定妊婦支援プログラムの社会実装にあたっては、通常の母子保健の場だけではなく、妊娠届出なしでも本人の希望により始められる妊娠SOS相談の場を検討することが有用であると考えた。すでに全国で妊娠SOS相談を実施している民間機関の中でも、施設から家庭養育への変革期にあって施設多機能化の1つとして妊娠SOS相談を乳児院等で実施することが期待できる。児童福祉法上も自治体による子どもの最善の利益保障に向けた社会的養育再構築の動きは、家庭支援や予防的対応の充実に第一に目指すものである。乳児院等が多機能化の1つとして妊娠SOS相談の中で特定妊婦支援プログラムを実施しその効果を確認できれば、特定妊婦支援が新たな社会的養育体制構築に向けた予防的取り組みの重要な要素となることを明示できる。さらにこのような実践により福祉領域を起点とした特定妊婦の把握・連携・支援が増え、これまで把握できなかったケースにも繋がることができると考えた。また、これまで広く通常の妊娠相談に対応してきた子育て世代包括支援センター等については、今後、福祉の知識と観点を持てるよう、妊娠SOS相談対応ガイドブック等をもとにした研修受講を必須とすることや、困難事例対応のため配置可能となった社会福祉士や精神保健福祉士等を確実に配置することが必須と考えられた。これら児童福祉と母子保健両方において連携だけでなく、それぞれの取り組み自体にもう一方を包含するような体制構築や職員研修を実施することで、これまで把握しきれなかった特定妊婦のケースに気づくことが可能になり、これまでの切れ目をつなぎ、真に切れ目のない支援を始められ、特定妊婦支援プログラムも生かされる場となるであろう。

2021年度は2022年児童福祉法改正に向けた社会保障審議会児童部会社会的養育専門委員会での議論をもとに、今後の特定妊婦支援の方向性を把握し、制度が整備された後の実践展開に必要な事柄について検討を進めた。また、2016年度以降、既存の施設が地域における実践を新たに担うための多機能化や機能転換を検討することが増えてきたが、新たな機能の1つとして妊娠SOS相談の実施など特定妊婦支援を実施する施設も増え、効果も確認されつつあることを確認した。これらの施設においては、それぞれのこれまでの経験と実績から「気づき・把握する」ととどまらず、その後の「つなぎ・支援する」を一体的に、または、地域ですでに連携のある機関等との間で実施できる場合もあると考えられた。

2020年度から全国で社会的養育推進計画の実践が進む中で、既存の社会的養護をもとに可能な支援を考えるのではなく、まず必要とされる予防的対応（ここでは特定妊婦支援）を検討し、その実践展開に必要な既存の施設等の変化や新たな役割（多機能化）を考えることが重要であり、このことを社会的養護関係者にも周知し協働を促す必要があると考えられた。特定妊婦プログラムを実施しやすい場で実施することに留めず、一番必要とされている場で実施しなければならない。現時点で最も手当てが遅れていると思われる妊娠届未提出の妊婦のニーズに焦点を当てた体制づくりとそこでのプログラム開発・実施が必要とされている。

2022年度、筆者が所長を務める早稲田大学社会的養育研究所で実施した調査研究（令和4年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「社会的養育推進計画の適切な指標設定に関する調査研究」）の中で、特定妊婦への支援に関するヒアリングを実施した。その機会に得られた内容を昨年度までの本研究成果を踏まえ発展的に検討した。「社会的養育推進計画の適切な指標設定に関する調査研究」においては都道府県が今後策定する社会的養育推進計画の新たな項目として「支援を必

要とする妊婦等の支援に向けた取組」が追加された。本研究に関わる内容としては妊娠葛藤相談窓口（本研究では妊娠 SOS 相談としても表記）の設置状況が評価項目の1つとして挙げられ、「定量的な目標設定をした上で、その進捗について国による公表・評価の対象とすることが考えられる」とした点が注目すべき事項として挙げられる。今後、国の審議会等を経て、国において策定する計画策定要領を踏まえて都道府県の策定する計画において「妊娠葛藤相談窓口」の設置状況が評価されることになれば、その実施主体として乳児院や母子生活支援施設への期待はますます高まり、施設多機能化と機能転換を計画している施設にとっても地域における新しい役割を担うチャンスが広がることになる。2020・2021年度の本研究（分担部分）の成果も踏まえ、乳児院や母子生活支援施設等が多機能化の1つとして妊娠葛藤相談を実施し、その中で特定妊婦支援プログラムを実施できれば、各都道府県に福祉領域を起点とした特定妊婦の把握・連携・支援が増え、これまで把握できなかったケースに繋がられる。これによって切れ目のない支援が始まる前に、つながれずにいたケースにつながる事が可能になる。また、各施設のこれまでの経験や関連機関との連携をもとに「気づき・把握する」にとどまらず、その後の「つなぎ・支援する」を一体的に実施することも可能である。これにより妊婦の自殺や0歳児の虐待死亡をゼロにするために必須の体制を確実に全国に整備できると考える。

## A. 研究目的

特定妊婦に対する多職種連携地域支援プログラム（以下、特定妊婦支援プログラムと記す）の社会実装をより広く着実に進めることで、妊婦の自殺や0歳児の虐待死亡をゼロにしなければならない。本研究の目的は、把握や支援が難しい特定妊婦を対象とする支援プログラムをどのような場、または状況で実施すべきか、特定の地域だけではなく全ての地域で実施するための方法について検討することである。近年様々な改革が実施されている子ども家庭福祉における社会的養育システム再構築の動きに合わせたプログラム普及の可能性について検討した。

## B. 研究の方法と経過

2020年度は「特定妊婦に対する多職種連携地域支援プログラムの社会実装に必要な子ども家庭福祉の観点～知られたくない妊娠に気づき、つなぎ、支えるために～」を題目とした。妊産婦自殺と児童虐待死亡事例についてその特徴を整理した後、母子保健と社会的養育に関する厚生労働省資料や自治体関連資料、また関連民間団体の報告書や資料、さらに関連する論文、書籍等に公開されている情報をもとに特定妊婦への対応について、母子保健と子ども家庭福祉における国、自治体、民間機関の動きと今後の方向性を整理した。その上で自治体において実践されている社会的養育推進の中に、予防的対応の重要な要素として「特定妊婦の把握

と支援」をどう位置づけ発展させられるかについて検討した。

2021年度は「特定妊婦支援の均てん化に向けて～新たな社会的養育体制構築における支援プログラム社会実装促進のための施設多機能化について～」を題目として、2022年度児童福祉法改正に向けた社会保障審議会児童部会社会的養育専門委員会での議論の内容をオンライン配信と議事録、提示資料等を参考に調査を進めた。関連する厚生労働省や自治体の資料、また民間団体の報告書や資料、さらに関連する論文、書籍等に公開されている情報も収集した。社会的養育システム再構築の今後の方向性を把握し、特定妊婦に関わる支援体制の構築・充実における課題や可能性について整理した。

また、2021年度末に提示された社会的養育専門委員会報告書の内容を吟味し、今後の特定妊婦支援の方向性を検討し、子育て世代包括支援センターと支援拠点の一体化や家庭支援の充実等は期待できるが、そもそも母子手帳が公布されていないケース、知られたくない妊娠、孤立した妊娠の把握や解決するための方策が十分に提示されていないことを明らかにした。

さらに、2020年度以降全国の自治体で実践されている社会的養育推進計画がどのような状況にあるか、早稲田大学社会的養育研究所の研究成果から現状を確認し、今後の社会的養育再構築の動きを理解し、この動きと連動させた特定妊婦支援の

充実（特に妊娠葛藤相談の普及）につなげる方法を検討した。

特に多機能化や機能転換を具体的に検討する施設が増えるなかで、乳児院と母子生活支援施設が特定妊婦支援、特に妊娠葛藤相談から始まる支援に取り組む例がみられ、施設多機能化の一つとして特定妊婦支援、妊娠葛藤相談に取り組むケースについて調査し、その内容を整理した。

この過程で社会的養護関係者は社会的養護をもとに多機能化の一つとして予防的事業にどう取り組むか検討しているが、今後は各地域に必要なことは何かを考え、その一つとして特定妊婦支援や妊娠葛藤相談が未整備な地域においては、地域にある乳児院や母子生活支援施設等の多機能化との協働を進める必要がある。母子手帳が公布されていないケース、知られたいくない妊娠、孤立した妊娠を把握できる場で実施可能な特定妊婦支援プログラムの開発が必要とされている。

2022年度は、筆者が所長を務める早稲田大学社会的養育研究所で実施した調査研究（令和4年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「社会的養育推進計画の適切な指標設定に関する調査研究」）の中で、特定妊婦への支援に関するヒアリングを実施した。その機会に得られた内容を昨年度までの本研究成果を踏まえ発展的に検討した。

## C. 研究結果

### 1 2020年度調査研究<sup>1</sup>の結果

東京23区で発生した妊産婦異状死の調査（2005～2014年）で、妊娠中23例、産褥1年未満40例の合計63例の自殺が確認され、妊娠2か月での自殺が12人と突出しており<sup>2</sup>、妊娠に気付く2か月という時期は予期せぬ妊娠の発覚の影響が考えられた。さらに、児童虐待による死亡事例の第1次から第16次報告までの検証結果からは0歳児の割合は47.4%、中でも0日児の割合は18.7%を占めており、加害者の割合は実母が54.5%と最も多かった。厚労省の資料によれば<sup>3</sup>、妊娠期・産褥期における問題では、遺棄が28.9%と最も多く、予期しない妊娠／計画していない妊娠、妊婦健康診査未受診の状況が25%強に見ら

れた。また、家庭における地域社会との接触がほとんど無い事例が39.3%あり、これらのケースは把握されていれば特定妊婦と認識された可能性が高いが、そもそも気づかれなかった（把握されなかった）ため、切れ目のない支援には最初からつながらなかったケースと考えられた。「他者に知られたいくない妊娠」<sup>4</sup>にどう気づき、つなぎ、支援できるかが大きな課題と考えられた。

2020年度の分担研究において、特定妊婦支援プログラムの社会実装にあたっては、妊娠届出のあったケースに広く対応してきた通常の母子保健の場合だけではなく、妊娠届出なしで始められる妊娠SOS相談の場も検討することが重要であると考えられた。

まず、妊娠届出のあったケースに対応してきた子育て世代包括支援センターについては、福祉の知識と観点を持てるよう、妊娠SOS相談対応ガイドブック等をもとにした研修受講を必須とすることや、困難事例対応のため配置可能となる社会福祉士や精神保健福祉士等を確実に配置することが必須と考えられた。これら児童福祉と母子保健の両領域において連携だけでなく、それぞれの取り組み自体にもう一方を包含するような体制構築や職員研修をすることで、これまで把握し切れなかった特定妊婦のケースに気づくことが可能になり、これまでの切れ目をつなぎ、真に切れ目のない支援を始められ、特定妊婦支援プログラムも生かされる場となっていくと考えた。

また、妊娠届出のないケースの把握やアプローチが困難なケースに対して、全国で妊娠SOS相談を実施している機関としては民間養子縁組機関や助産師会、NPO法人、乳児院等がある。中でも2016年児童福祉法改正後の施設養護から家庭養育への変革期にあって施設多機能化の1つとして妊娠SOS相談の実施が期待された。2020年度以降、自治体による子どもの最善の利益保障に向けた社会的養育再構築の動きは、代替養護における施設から家庭養育への移行だけではなく、親を助ける家庭支援や予防的対応の充実を第一に目指すものである。多機能化を目指す乳児院等が妊娠SOS相談の中で特定妊婦支援プログラムを実施しその効果を確認すること

<sup>1</sup> 上鹿渡和宏「特定妊婦に対する多職種連携地域支援プログラムの社会実装に必要な子ども家庭福祉の観点～知られたいくない妊娠に気づき、つなぎ、支えるために～」令和2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（健やか次世代育成総合研究事業）研究事業）「特定妊婦に対する支援の均てん化に向けたアセスメントツール及び多職種連携地域支援プログラムの開発と社会実装についての研究」分担研究報告書,20

21

<sup>2</sup> 竹田省「妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦」日産婦誌 68(9), 1815-1822, 2016

<sup>3</sup> 厚生労働省「第27回社会保障審議会児童部会社会的養育専門委員会」資料1「平成28年改正法からの動向」2021年4月23日

<sup>4</sup> 佐藤拓代「他者に知られたいくない妊娠への支援—妊娠SOS」こころの科学 206, 日本評論社, 18-21, 2019

で、特定妊婦支援が新たな社会的養育体制構築に向けた予防的取り組みの重要な要素となることが理解され、そのような実践が広がることで、福祉領域を起点とした特定妊婦の把握・連携・支援が増えると考えた。

## 2 2021年度調査研究結果

2021年8月に子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第17次報告）<sup>5</sup>が示された。心中以外の虐待死0日死亡事例の実母の妊娠期の問題として、0日死亡児9人のうち、予期しない妊娠は4人（44.4%）、若年妊娠1人（11.1%）、母子手帳の未発行7人（77.8%）、妊婦健診未受診6人（66.7%）、0日死亡の出産場所として医療機関が0人であった。

第17次報告からも0日死亡を防ぐためにまずは予期しない妊娠、知られたいくない妊娠による妊娠届未提出ケースにどう気づき、つなげるかが重要な課題であることがわかる。

新たな社会的養育システム構築に向けた2021年度の社会的養育専門委員会の議論と報告書、また、それが反映された児童福祉法改正案については、特定妊婦支援について前述の妊娠届出のあったケースはその支援の充実が期待できる内容となっている。一方で妊娠届出がないケース、他者に知られたいくない妊娠、予期せぬ妊娠についての支援や対応の充実については今後の発展を見通すことが難しい内容であった。

まずは知られたいくない妊娠の把握をどう進めるのかについての検討が必要であるが、その担い手として自治体が自らその人材を用意することは難しい状況であり、家庭養育への移行の中で施設多機能化を真剣に考え始めた施設（特に乳児院や母子生活支援施設）がその役割を担うことができれば、全国で妊娠葛藤相談が可能になり妊娠届が当初提出されない特定妊婦への支援も可能となる。また乳児院や母子生活支援施設は、生みの親が子どもを育てる場合の家庭支援やショートステイ（子どものみ、親子での）、子どもが一時的に代替的養護となる場合の里親養育支援、また、特別養子縁組のための連携体制も今後多機能化の一つとして検討している場

合もあり、相談から支援へのつなぎだけでなく、支援も担う形で発展する可能性もある。このような場において、これまでの体制では把握しきれなかった特定妊婦への支援プログラムの実施が期待された。

社会的養育専門委員会第32回委員会において、全国母子生活支援施設協議会会長として委員会に参加する菅田の資料<sup>6</sup>に、制度改正に向けた基本的な考えが示され「社会的な課題である0日死亡事例の防止や特定妊婦への支援について、母子生活支援施設は、妊娠期から産前・産後、親子関係構築において専門的な支援を提供できる施設です」と説明している。そして、第34回委員会の資料<sup>7</sup>の中で、「若年妊産婦への支援を図りつつ、母子生活支援施設や乳児院、その他の法人などを活用し、支援の必要性の高い妊産婦に滞在型の支援も含め必要な支援が行き届くようにする」として特に支援の必要性の高い予期せぬ妊娠について以下が示されている。

予期せぬ妊娠などにより支援が必要と考えられる妊婦に対し、都道府県、市及び福祉事務所を設置する町村が、申し込みがあった時点から出産後一定期間経過までの間、支援の必要に応じて入所も可能な形で妊娠に関する相談や生活支援等を行う妊婦支援事業（仮称）を制度に位置づける。

具体的には利用開始時の居場所の提供、出産期の医療機関との連携による出産準備、出産後の母子のケア、また、出産前後の連続したメンタルケアなど、さらに養育環境整備の支援も含む。利用終了後には産婦本人の養育方針や不安等に応じた支援機関へのつなぎ（母子生活支援施設、特別養子縁組、里親委託、乳児院入所など）が提示されている。ただ、申し込みがあった時点からの取り組みであり、そもそもこの「利用開始」をどう増やすかについては明確ではなく、知られたいくない妊娠をどうするか、把握するかについて、機能する窓口をどう作っていくのかさらに具体的に検討する必要があると考えられた。

<sup>5</sup> 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「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第17次報告）」2021年8月

<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000825392.pdf>（2022年3月10日閲覧）

<sup>6</sup> 厚生労働省「委員提出資料」第32回社会保障審議会児童部会社会的養育専門委員会、2021、42-44  
<https://www.mhlw.go.jp/content/11920000/0008>

[13543.pdf](#)（2022年3月10日閲覧）

<sup>7</sup> 厚生労働省「具体的な対応について②（支援の必要性の高い子どもやその保護者、家庭への在宅支援、社会的養護（代替養育）の提供」第34回社会保障審議会児童部会社会的養育専門委員会資料1、2021

<https://www.mhlw.go.jp/content/11920000/000833902.pdf>（2022年3月10日閲覧）

母子生活支援施設の先進的な実践を通して見えた課題は、支援者側の連携体制が未だ整っておらず、今後、妊娠相談ほっとライン、妊娠 SOS などの相談支援機能と母子生活支援施設等の住居・生活支援機能との協働体制の構築が必要であること、また、産前・産後支援において行政や医療機関との協力体制の構築が必須だが十分でなく、産前・産後母子支援事業を実施していない自治体では、その実施体制構築に向けてリーダーシップを発揮する必要があるのである。

全国乳児福祉協議会副会長の横川委員からも乳児院の取り組みについての意見が提出されている。それによれば、2021年6月現在、全国の乳児院で多機能化として産前産後母子支援事業を受託しているのは9施設7%であった。フォスタリング機関受託については34施設25%であることから、今後行政で事業化されると乳児院の中で産前産後母子支援事業に取り組む施設は増えることが予想された。

2022年度の児童福祉法改正案で「都道府県等・児童相談所による支援の強化」の中に示された「妊婦に対する寄り添いや心理的ケア、出産支援、産後の生活支援など支援を必要とする妊婦に対する包括的な支援事業を制度に位置づける」との説明と、「妊産婦等生活援助事業（都道府県等の事業）」として具体的に挙げられていた内容からは、これまでの妊娠葛藤相談やそこからつながる支援がこれまでよりも安定した形で実施できるようになると考えられる。また、社会的養護領域における施設養護から家庭養育への移行という全国的な動きと合わせ、子どもの最善の利益を保障すべく役割を変えようとしている乳児院や母子生活支援施設が予防的対応から社会的養護のあり方を検討すれば必然的にたどり着く多機能化の一つと考えられる。

里親養育支援に留まらず、子どもからするとさらに重要な親を助ける役割を施設は多機能化として積極的に担うべきで、その際に自治体等関係機関との協議が必要である。

2022年度の法改正後2024年4月に改正法が施行されるが、これに合わせて都道府県社会的養育推進計画の再検討が必要になるとしたら2025年からの5年間の計画（10年の中の後半5年）を策定することになると考えられる。その際には妊婦自殺や0歳0日死亡をゼロにするため記載項目として妊娠届提出がなされないケースを把握する妊娠葛藤相談や、それにつづく特定妊婦支援について

も具体的な目標や計画を追加することを検討する必要があると考えた。

### 3 2022年度結果

早稲田大学社会的養育研究所による「社会的養育推進計画の適切な指標設定に関する調査研究」<sup>8</sup>においては都道府県が今後策定する社会的養育推進計画の新たな項目として「支援を必要とする妊婦等の支援に向けた取組」が追加された。本研究に関わる内容としては妊娠葛藤相談窓口（本研究では妊娠 SOS 相談としても表記）の設置状況が評価項目の1つとして挙げられ、「定量的な目標設定をした上で、その進捗について国による公表・評価の対象とすることが考えられる」とした点が注目すべき事項として挙げられる。今後、国の審議会を経て、国において策定する計画策定要領を踏まえて都道府県が策定する計画において「妊娠葛藤相談窓口」の設置状況が評価されることになれば、その実施主体として乳児院や母子生活支援施設への期待はますます高まり、施設多機能化と機能転換を計画している施設にとっても地域における新しい役割を担うチャンスが広がることになる。

2020・2021年度の本研究（筆者分担部分）の成果も踏まえ、乳児院や母子生活支援施設等が多機能化の1つとして妊娠葛藤相談を実施し、その中で特定妊婦支援プログラムを実施できれば、各都道府県に福祉領域を起点とした特定妊婦の把握・連携・支援が増え、これまで把握できなかったケースに繋げられる。これによって切れ目のない支援が始まる前に、つながれずにいたケースにつながる事が可能になる。また、各施設のこれまでの経験や関連機関との連携をもとに「気づき・把握する」にとどまらず、その後の「つなぎ・支援する」を一体的に実施することも可能である。

### D/E. 考察と結論

特定妊婦プログラムを実施しやすい場で実施することに留めず、一番必要とされている場で実施しなければならない。まずはそのような場にアプローチする方法を検討し、妊娠届の提出につながれたら、今後の法改正によりさらに発展が期待できる妊娠届が提出された場合の支援にもつなげられるのではないだろうか。現時点で最も手当てが遅れていると思われる妊娠届未提出の妊婦のニーズに焦点を当てた体制づくりとそこでのプログラム開発・実施が必要とされている。

<sup>8</sup> 早稲田大学社会的養育研究所「社会的養育推進計画の適切な指標設定に関する調査研究」厚生労働

省令和4年度子ども・子育て支援推進調査研究事業,2023.3.



『見えない妊娠クライシス』の冒頭に「誰にも言えない妊娠に悩むひとりぼっちの女性と、生まれたその日にいのちを落とす赤ちゃんをなくす社会を作る」<sup>9</sup>と書かれてある。赤ちゃんの0日死亡をなくすためには、まずひとりぼっちの女性を助けなければならない。ひとりぼっちの女性を救うことが赤ちゃんを救うことであり、赤ちゃんを救うことで女性が救われる。妊娠葛藤相談の取り組みは一度に2人の命を救おうとするものであり、対応も難しいが予防的対応の中でも非常に重要な取り組みであり、2022年度児童福祉法改正後の発展が期待される。社会的養護の子どもの置かれた状況の改善が全ての子どもや家族の状況の改善につながるように、妊娠葛藤相談の女性と子ども（胎児）に合わせた新しい支援体制づくりもより広範に成果をもたらさうのではないだろうか。

2022年度以降予定されている都道府県の社会的養育推進計画に新たに「支援を必要とする妊婦等の支援に向けた取組」が追加され、その中で妊娠葛藤相談窓口の設置状況が評価項目の1つとして挙げられることで把握や支援が難しい特定妊婦を対象とする支援プログラムを特定の地域だけでなく全ての地域で実施することが可能となり、妊婦の自殺や0歳児の虐待死亡をゼロの実現に近づくことができるのではないだろうか。

## 参考文献

1. 上鹿渡和宏「特定妊婦に対する多職種連携地域支援プログラムの社会実装に必要な子ども家庭福祉の観点～知られたいくなく妊娠に気づき、つなぎ、支えるために～」令和2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（健やか次世代育成総合研究事業）研究事業）「特定妊婦に対する支援の均てん化に向けたアセスメントツール及び多職種連携地域支援プログラムの開発と社会実装についての研究」分担研究報告書,2021
2. 厚生労働省「具体的な対応について②（支援の必要性の高い子どもやその保護者、家庭への在宅支援、社会的養護（代替養育）の提供」第34回社会保障審議会児童部会社会的養育専門委員会資料1, 2021  
<https://www.mhlw.go.jp/content/11920000/00833902.pdf>（2022年3月10日閲覧）
3. 厚生労働省「委員提出資料」第32回社会保障審議会児童部会社会的養育専門委員会、

<sup>9</sup> 佐藤拓代編著『見えない妊娠クライシス』かも

2021, 42-44

<https://www.mhlw.go.jp/content/11920000/00813543.pdf>（2022年3月10日閲覧）

4. 厚生労働省「児童、その保護者、家庭を取り巻く環境」第27回社会保障審議会児童部会社会的養育専門委員会資料2, 2021  
<https://www.mhlw.go.jp/content/11920000/00772092.pdf>（2022年3月10日閲覧）
5. 佐藤拓代編著『見えない妊娠クライシス』かもがわ出版, 2021
6. 佐藤拓代「他者に知られたいくなく妊娠への支援—妊娠SOS」こころの科学206, 日本評論社, 2019, 18-21
7. 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「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第17次報告）」2021年8月  
<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/00825392.pdf>（2022年3月10日閲覧）
8. 竹田省「妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦」日産婦誌68(9), 1815-1822, 2016
9. 早稲田大学社会的養育研究所「社会的養育推進計画の適切な指標設定に関する調査研究」厚生労働省令和4年度子ども・子育て支援推進調査研究事業, 2023.3.

**F. 健康危険情報**（分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入）

該当なし

## G. 研究発表

1. 論文発表  
該当なし
2. 学会発表  
該当なし

**H. 知的財産権の出願・登録状況**（予定を含む。）

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

がわ出版, 2021

子どもを持つとうとする意志・結婚しようとする意志に影響を与える要因  
－心理的特性も含めた要因検討－

研究分担者 水本 深喜 松蔭大学・国立成育医療研究センター

**【研究要旨】**

**問題：**我が国において少子化傾向は深刻化する中、本研究では、妊孕性がある男女（18歳～45歳）に質問紙調査を実施し、子どもを持つとうとする意志に影響を与える要因について心理的特性も含めて検討することを目的とした。

**方法：**リサーチ会社クロスマーケティング社に依頼し、webによる質問紙調査を実施した。調査に協力した妊孕性のある男女（18歳～45歳）の内、本報告書では配偶者がおらず子どもがいない男女（男性356名、女性287名）を分析対象とした。質問票は、属性を聞く項目に加え、「子どもを持ちたいか」「結婚したいか」「親準備性」「高校生までに子どもと触れ合った経験」「人生で価値観」「性別役割分業意識」「PHQ9」「WHO5」「現在の親との関係」「被虐待体験認知」「ASD傾向」「ADHD傾向」「ソーシャルキャピタル」であった。

**結果：**子どもを持ちたいという意識、結婚したいという意識に対し、男性では人生において新たな経験にチャレンジすることは大事だという意識は重要な意味を持っていた。女性では、親との関係の中でも父親と信頼関係を築いていることや、高校までに子どもと触れ合った経験は、結婚したり子どもを持ったりしたいという意識に繋がることが明らかになった。一方、自由や自分自身の時間が結婚したり親になったりすることで失われると感じることは、結婚や子どもを持つことを抑制していた。

**考察：**得られた結果から少子化問題を鑑みると、青少年期からの子どもと触れ合う経験提供、地域とのつながり育成、女兒への父親の育児かかわりの有効性が示唆された。

**A. 研究目的**

我が国において少子化傾向は深刻化しており、2022年の出生数は80万人を割り、合計特殊出生率は1.27と試算され（第一生命経済研究所）、2070年には総人口は8700万人まで減少すると予測されている。このように少子化傾向が進む要因として、欧米諸国と比較してわが国では婚姻率が出生率に大きく影響を与えるという現状、女性の社会進出・育児と仕事の両立の難しさ、育児サポート資源不足、経済的問題などが推測されている<sup>1)</sup>。しかし、子どもを持つか持たないかの意思に影響を与える要因として、こうした物理的状況のみではなく価値観や実親との関係など、心理的特性も考えられ

る。

そこで本研究では、妊孕性がある男女（18歳～45歳）に質問紙調査を実施し、子どもを持つとうとする意志に影響を与える要因について心理的特性も含めて検討することを目的とした。これにあたり、子どもを持ちたいかどうかと結婚したいかどうかは少なからぬ関連があると考えられるので、結婚したいという意識についても検討する。

**B. 研究方法**

**調査：**リサーチ会社クロスマーケティング社に依頼し、webによる質問紙調査を実施した。

**調査対象者：**調査対象者は妊孕性のある男女（18歳～45歳）で、回答者は18歳～25歳、26歳～30

歳, 31 歳~35 歳, 36 歳~40 歳, 41 歳~45 歳の男女各 100 名 (合計 1,000 名) であった。これらの内, 本報告書では配偶者がおらず子どもがいない男女 (男性 356 名, 女性 287 名) を分析対象とした。

**実施時期:** 実施時期は, 2023 年 3 月であった。

**質問票:** 質問項目及び尺度は以下の通りであった。

- ・属性: 性別, 年齢, 個人年収・世帯年収, 週当たり勤務時間, 学歴, 婚姻状況, 原家族の構成, 居住地域, 子どもの有無・人数, 現在の家族構成, 親の家との距離

- ・高校生までに子どもと触れ合った経験: 「高校生までに子供と触れ合う機会は何どの程度ありましたか」という問いに, 「全くなかった」「一度ないし数回あった」「良くあった」の 3 件法で回答を求めた。

- ・結婚したいか: 「結婚したいと思いますか」という問いに「全くそう思わない~非常にそう思う」の 5 件法で回答を求めた。

- ・子どもを持ちたいか: 「今後, 子どもを持ちたいと思いますか」という問いに「全くそう思わない~非常にそう思う」の 5 件法で回答を求めた。

- ・欲しい子どもの数 (理想・実際)

- ・価値観: 人生における価値観 (仕事, 子育て, 夫婦関係, 自分自身の時間, 自由, 新たな経験へのチャレンジ, 経済的安定): 「あなたの人生にとって以下は何どの程度大切ですか」という問いに「全く大切でない」~「非常に大切」の 4 件法で回答を求めた。

- ・ソーシャルキャピタル<sup>2)</sup>: 地域への所属意識を問う 3 項目 (7 件法)

- ・親準備性尺度<sup>3)</sup>: 子どもに対する親としての役割を遂行するための資質である親準備性を問う 10 項目 (5 件法)

- ・性別役割分業意識: 「夫は外で働き, 妻は家庭を守るべきである」についてどの程度賛成なのかを聞いた (4 件法)。

- ・PHQ9<sup>4)</sup> Spitzer らが作成した PHQ の中から大うつ病性障害モジュールの質問項目を抽出したものの日本語版である。DSM-5 診断基準に沿ったうつ病の評価尺度で, 4 件法, 9 項目からなる。

- ・WHO5<sup>5)</sup>: WHO で開発された精神的健康について問う尺度の日本語版である (6 件法, 5 項目)。

- ・現在の父親との関係<sup>6)</sup>: 父親からの精神的自立を問う 10 項目 (5 件法)。下位尺度は「父親との信頼関係」「父親からの心理的分離」からなる。

- ・現在の母親との関係<sup>6)</sup>: 母親からの精神的自立

を問う 10 項目 (5 件法)。下位尺度は「母親との信頼関係」「母親からの心理的分離」からなる。

- ・産後うつ経験の有無

- ・被虐待体験: 「あなたは, 子どもの頃に虐待されていたと感じることがありますか?」の問いに「全くない」「まれにある」「時々ある」「よくある」の 4 件法で回答を求めた。

- ・ASD 傾向<sup>7)</sup>: ASD 特性をみる AQ-J-10 (10 項目, 4 件法) を用いた。

- ・ADHD 傾向<sup>8)</sup>: ADHD 症状 6 項目 (5 件法) にどの程度あてはまるのかを聞く ASRS を用いた。

## C. 研究結果

### ①分析対象者の各変数の性差

配偶者がおらず子どもがいない回答者の各変数の性差を対応のない *t* 検定で分析した (Table 1)。その結果, 「週当たり勤務時間 (男性>女性)」「最初の子どもの欲しい年齢 (男性>女性)」「最後の子どもの欲しい年齢 (男性>女性)」「高校生までに子どもと触れ合った経験 (男性<女性)」「人生での自分自身の時間の重要性 (男性<女性)」「人生での自由の重要性 (男性<女性)」「人生での経済的安定の重要性 (男性<女性)」「性別役割分業意識 (男性>女性)」「母親からの心理的分離 (男性<女性)」「父親からの心理的分離 (男性<女性)」「ASD 傾向 (男性>女性)」に性差が見られた。

Table2 男女別に見た「子どもを持ちたいか」「結婚したいか」と各変数の相関

	男性		女性	
	子どもを持ちたいか	結婚したいか	子どもを持ちたいか	結婚したいか
年齢	-.07	-.05	-.22 ***	-.26 ***
個人年収	.08	.09	-.07	-.04
週当たり勤務時間	-.10	-.07	-.07	-.04
子どもを持ちたいか	—	.80	—	.76 ***
結婚したいか	.80 ***	—	.76 ***	—
高校生までに子どもと触れ合った経験	.19 ***	.12 *	.33 ***	.31 ***
人生での仕事の重要性	.21 ***	.22 ***	.18 **	.18 **
人生での子育ての重要性	.53 ***	.52 ***	.64 ***	.51 ***
人生での夫婦関係の重要性	.45 ***	.53 ***	.51 ***	.58 ***
人生での自分自身の時間の重要性	-.24 ***	-.09	-.05	-.01
人生での自由の重要性	-.20 ***	-.05	-.09	-.09
人生での新たな経験にチャレンジすることの重要性	.22 ***	.27 ***	.25 ***	.20 ***
人生での経済的安定の重要性	.00	.14 *	.02	.09
親準備性	.54 ***	.42 ***	.68 ***	.55 ***
性別役割分業意識	.06	.02	.17 **	.16 *
PHQ9	.01	-.05	-.16 **	-.15 *
WHO5	.17 ***	.22 ***	.19 ***	.15 *
母親との信頼関係	.14 *	.15 *	.24 ***	.25 ***
母親からの心理的分離	.08	.12	.05	.02
父親との信頼関係	.21 ***	.21 ***	.34 ***	.35 ***
父親からの心理的分離	.11	.16 *	-.04	-.06
被虐待体験認知	.14 **	.07	-.08	-.12
ASD傾向	.03	.05	-.12	-.14 *
ADHD傾向	.06	.06	-.03	-.05
ソーシャルキャピタル	.13 *	.17 **	.31 ***	.22 ***

## ②男女別に見た「子どもを持ちたいか」「結婚したいか」と各変数の相関

配偶者がおらず子どもを持たない回答者の子どもを持つ意識と結婚したい意識と各変数との関係を男女別に相関分析した (Table2)。

まず、「子どもを持ちたいか」と「結婚したいか」の間には、男性 ( $r=.80, p<.001$ )、女性 ( $r=.76, p<.001$ )でと高い有意な正の相関がみられた。そして、男女ともに「高校生までに子どもと触れ合った経験」「新たな経験にチャレンジすることの重要性」「精神的適応」「親との関係」「ソーシャルキャピタル」との間に有意な相関がみられた。

また、「子どもを持ちたいか」「結婚したいか」と「人生での子育ての重要性」「人生での夫婦関係の重要性」「親準備性」との間には中程度から高い正の相関がみられ、「子どもを持ちたいか」「結婚したいか」という問いの妥当性が示された。

## ③男女別に見た「子どもを持ちたいか」「結婚したいか」という意識に影響を与える要因

男女別に、「子どもを持ちたいか」「結婚したいか」を目的変数とした重回帰分析 (ステップワイズ法) を行った。説明変数として投入したのは、「高校生までに子どもと触れ合った経験」「人生での仕事の重要性」「人生での自分自身の時間の重要性」「人生での自由の重要性」「人生での新たな経験にチャレンジすることの重要性」「人生での経済的安定の重要性」「性別役割分業意識」「PHQ9」「WHO5」「母親との信頼関係」「母親からの心理的分離」「父親との信頼関係」「父親からの心理的分離」「被虐待体験認知」「ASD 傾向」「ADHD 傾向」「ソーシャルキャピタル」であった。

その結果、男性では子どもを持ちたい意識には「人生で新たな経験にチャレンジすることの重要性」「人生での自由の重要性」「精神的健康 (WHO5)」「高校生までに子どもと触れ合った経験」「人生での仕事の重要性」が関連していた (Table3)。結婚したい意識に関連していたのは「人生での新たな経験にチャレンジすることの重要性」「精神的健康 (WHO5)」「人生での自分自身の時間の重要性」「人生での経済的安定の重要性」であった (Table4)。

女性では、子どもを持ちたい意識には「高校生までに子どもと触れ合った経験」「父親との信頼関係」「ソーシャルキャピタル」「人生での自由の重要性」「個人年収」「年齢」「ASD 傾向」が関連していた (Table5)。結婚したい意識に関連していたのは「父親との信頼関係」「高校生までに子どもと触れ合

った経験」「年齢」「個人年収」であった (Table6)。

Table3 【男性】「子どもを持ちたいか」を目的変数とした標準化β係数 (重回帰分析, ステップワイズ)

	Step1	Step2	Step3	Step4	Step5
人生での新たな経験にチャレンジすることの重要性	.32 ***	.38 ***	.33 ***	.29 ***	.21 ***
人生での自由の重要性		-.26 ***	-.25 ***	-.23 ***	-.24 ***
WHO5			.21 ***	.19 ***	.19 ***
高校生までに子どもと触れ合った経験				.13 *	.13 *
人生での仕事の重要性					.15 *
調整済みR <sup>2</sup>	.10 ***	.16 ***	.20 ***	.21 ***	.22 ***
調整済みR <sup>2</sup>		.09 ***	.13 ***	.14 ***	.16 ***
調整済みR <sup>2</sup>	.13 ***	.23 ***	.27 ***	.28 ***	.30 ***
調整済みR <sup>2</sup>		.12 ***	.21 ***	.24 ***	.25 ***

## 考察

子どもを持ちたいという意識、結婚したいという意識に対し、男性では人生において新たな経験にチャレンジすることは大事だという意識は重要な意味を持つと考えられる。女性では、親との関係の中でも父親と信頼関係を築いていることや、高校生までに子どもと触れ合った経験は、結婚したり子どもを持ったりしたいという意識に繋がることが明らかになった。一方、自由や自分自身の時間が結婚したり親になったりすることで失われると感じることは、結婚や子どもを持つことを抑制すると考えられた。

得られた結果から少子化問題を鑑みると、青少年期からの子どもと触れ合う経験提供、地域とのつながり育成、女兒への父親の育児かかわりの有効性が示唆された。

## 文献

1. 船橋恒裕. (2010). 少子化の要因分析とその対策. 経済学論叢 = Keizaigaku-Ronso (The Doshisha University economic review), 61(4), 743-769.c
2. Fujiwara, T. and I. Kawachi, Social capital and health: a study of adult twins in the US. American journal of preventive medicine, 2008. 35(2): p. 139-144.
3. 清水寿代, 鄭曉琳, 浦上萌, 清水健司, & 杉村伸一郎. (2014). 大学生を対象とした親性準備性尺度の作成: 自尊心, 自己嫌悪感, 本来感との関連. 幼年教育研究年報, 36, 5-12.
4. 村松公美子, Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-15) 日本語版 および

Generalized Anxiety Disorder-7 日本語版: up to date. 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究, 2014(7): p. 35-39.

5. Awata, S., Bech, P. E. R., Yoshida, S., Hirai, M., Suzuki, S., Yamashita, M., ... & Oka, Y. (2007). Reliability and validity of the Japanese version of the world health organization - five well - being index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 61(1), 112-119.
6. 水本深喜. (2018). 青年期後期の子の親との関係—精神的自立と親密性からみた父息子・父娘・母息子・母娘間差—. *教育心理学研究*, 66(2), 111-126.
7. Kurita, H., Koyama, T., & Osada, H. (2005). Autism - Spectrum Quotient—Japanese version and its short forms for screening normally intelligent persons with pervasive developmental disorders. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 59(4), 490-496.
8. Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. V. A., ... & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*, 35(2), 245-256.

**D. 健康危険情報**(分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入)

該当なし

**E. 研究発表**

1. 論文発表

なし

英文 (査読あり)

英文 書籍

なし

和文 (査読あり)

なし

和文 (査読なし)

なし

**F. 知的財産権の出願・登録状況** (予定を含む。)

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

## 児童虐待予防のための妊娠期もしくは産後1年以内からの支援プログラムのシステマティック・レビュー

研究分担者 多門裕貴 東北大学 加齢医学研究所 応用脳科学研究分野

### 【研究要旨】

本研究の目的は、本邦での児童虐待予防プログラムの作成・提案のために、特定妊婦など心理社会的リスクを持つ妊産婦を対象とした児童虐待予防のための介入研究のシステマティック・レビューを行い、エビデンス総体を示す資料を作成することである。

系統的に文献検索を実施、得られた文献の特徴を抽出し、主要評価項目である児童虐待に関連する報告件数と、副次評価項目である親の養育ストレス指標や不適切な養育指標についてメタ解析とエビデンスの確実性評価を行なった。

本研究で得られた知見からは、特定妊婦など心理社会的リスクを持つ妊産婦を対象とした児童虐待予防のための介入により、統計学的な有意差は得られなかったものの、CPSの記録に基づいた児童虐待に関連する報告や外傷報告件数が減少傾向となることが示唆された。いずれも信頼区間の幅が広く結果は不精確な可能性がある。今後新たな研究の追加により効果が確認されるかもしれない。救急受診件数に関しては、統計学的に有意な変化も減少傾向も共に見出されなかった。

また CPS records の介入者によるサブグループ解析の結果より、サブグループ間での統計的な有意差はないものの、看護師による介入は統計学的な有意差を持って児童虐待に関連する報告数を減少させることが示された。また介入形態によるサブグループ解析の結果より、特定のプログラムに基づいた支援は、統計学的な有意差を持って、児童虐待に関連する報告数が減少することが示された。

以上の結果より、本邦における児童虐待予防プログラムを作成する際は、心理社会的リスクをもった妊産婦を対象に、(b)産前もしくは産後から、(d)看護師もしくは訓練を受けた実務者により、(f)特定のプログラムに基づいて実施されることが望ましいと考えられる。またレビューに含まれた研究の特徴からは、(a)少なくとも6か月間、(c)介入初期は1-2週間に1回の介入を、(e)家庭訪問の形で、実施されていることが多く、そのような形での介入が有効なのかもしれない。

とである。

### A. 研究目的

小児期の被虐待歴は成人後も身体・精神面に深刻な影響を及ぼし(1-4)、さらに次世代の児童虐待リスクを高めることが知られている(5-7)。また子どもの虐待死の約半数は1歳未満の乳児であることが明らかになっている(8)。そのためできるだけ早期から児童虐待予防のための介入を行うことが重要であると考え

本研究の目的は、(1)特定妊婦など心理社会的リスクを持つ妊産婦を対象とした児童虐待予防のための介入研究のシステマティック・レビューを行い、エビデンス総体を示す資料を作成すること、そして得られた知見を元に、(2)本研究において本邦での児童虐待予防プログラムを作成・提案するこ

### B. 研究方法

主要なデータベース(MEDLINE、PsycINFO、EMBASE、Cochrane Controlled Register of Trials (CENTRAL))を用いて系統的に文献検索を実施した(検索実施日:2020年11月11日)。検索対象はランダム化比較試験を実施した査読付きの原著論文とし、英語で出版されたもののみを対象とした。包含基準を以下のように設定した。(対象)妊娠中もしくは産後1年未満の児童虐待リスクのある妊産婦(精神疾患の既往、低所得、社会的孤立、薬物・アルコール乱用、喫煙、家庭内暴力など)を対象とした。ただし里親を対象とした研究は除外した。(介入)児童虐待予防を目的とした介入プログラ

ムを対象とした。ただし虐待以外の特定のリスクを予防することを目的とし、児童虐待予防効果を測定しない介入(産前・産後うつ、薬物・アルコール乱用、HIV感染、喫煙、家庭内暴力、家族計画、母乳育児など)は除外した。(比較)通常ケア・その他の介入、もしくは介入を実施していないものを対象とした。(効果)主要評価項目を児童虐待に関連する報告件数とした。副次評価項目を親の養育ストレス指標(Parenting Stress Index(short form)(PSI(-SF)))や不適切な養育指標(Conflict Tactics Scales, Parent-Child Version(CTS-PC), Adult Adolescent Parenting Inventory(version 2)(AAP(-2)), Child Abuse Potential Inventory(CAPI), CARE-Index)とした。

介入プログラムの検討を行うために各研究から以下の項目を抽出した。介入期間、介入時期(産前/産後/両方)、介入頻度、介入者の種類、介入場所(家庭訪問/家庭外施設)、介入形態(包括的支援/特定のプログラムに基づいた支援)、妊産婦の児童虐待リスクの評価時期、心理社会的リスク(児童虐待リスク)の項目、介入対象(個人/集団)。

主要評価項目である児童虐待に関連する報告件数(Child Protective Services(CPS) records、外傷報告件数、救急受診件数)と、副次評価項目である親の養育ストレス指標(PSI(-SF))や不適切な養育指標(AAP(-2), CAPI, CARE index)についてメタ解析とエビデンス総体の確実性評価を行なった。なお同一介入研究で、複数の評価ポイントが設定されている場合は、最後に評価された時点のみを検討対象とした。また児童虐待に関連する報告件数が実数で明記されていない論文、副次評価項目の点数が平均(SD もしくは SE)の形で明記されていない論文はメタ解析の結果からは除外した。

## C. 研究結果

データベース毎の検索式を図1に、系統的な文献検索のフローチャートを図2に示す。系統的な文献検索により2397論文が同定された。重複論文を除去した後、1402論文のTitleとAbstractを元にスクリーニングを実施した。最終的に126論文の本文を確認し、その内50論文を検討の対象とした。

得られた論文の特徴を以下に述べる。50論文は34の介入研究とそのフォローアップに基づくものであり、その大多数が米国からの報告であった(36/50論文)。本邦の介入研究の報告はなかった。心理社会的リスクの項目では、Healthy familiesという介入プログラム研究において、育児困難の評価尺度であ

るKempe Family Stress Inventory(9)の評価項目である(1)幼少期の被虐待歴、経済・社会的に恵まれない幼少期、(2)犯罪・精神科既往・薬物乱用、(3)過去の虐待疑い、(4)孤立、低い自己肯定感、抑うつ、(5)複数のストレス要因、危機的要因、(6)激しい感情の爆発、(7)子どもの行動に対する硬直した被現実的な期待、(8)子どもへの厳しい体罰、(9)子どもの育てにくさ、(10)望まれない子ども、愛着形成が困難、が用いられていた。その他の介入研究では、未婚、低所得、若年妊婦、不十分な周産期ケア、低学歴、HIV感染、住居の問題を心理社会的リスクに挙げているものもあった。介入研究の多くは数十名程度を対象とした比較的小規模なものであり、何らかの特定のプログラムの介入効果を検討するものであった(41/50論文)。プログラムとしては、Healthy families、Healthy Start Program (HSP)、Child Parent Enrichment Project (CPEP)、Early Head Start (EHS) Program、Family Partnership program、Nurse Family Partnership (NFP)、Group Well Child Care (GWCC)などが検討されていた。介入のほとんどは家庭訪問に基づくものであった(45/50論文)。産後から介入を開始した研究は全体の約半数であり(29/50論文)、妊娠期からの介入を検討した研究は、いずれも産後も介入を継続していた(21/50論文)。介入提供者は看護師(19/50論文)、看護師以外の専門職(16/50論文)、health visitor(トレーニングを受けた市民)であった(13/50論文)。多くの介入研究では少なくとも産後6か月は介入を継続していた(45/50論文)。また半数の介入研究では、結果に有意差を認めなかった(25/50)。

各評価項目における、児童虐待予防を目的とした介入プログラムとコントロール(通常ケア・その他の介入、もしくは介入を実施していないもの)を比較したメタ解析の結果を以下に示す。

### (CPS records)

25論文で、評価項目としてChild Protective Services(CPS)の記録に基づいた児童虐待に関連する報告を挙げている。これらの論文は19の介入研究に基づいたものであった。15論文を今回のメタ解析の検討対象とした。

CPS recordsのリスク比のフォレストプロットを図3に示す。全体のリスク比は0.83(95%信頼区間: 0.67-1.03; 15 RCTs; n = 5,479; I<sup>2</sup> = 41%)であった。以下にレビューのプロトコールで事前に設定していたサブグループ解析の結果を記載する。

(a)介入期間(6か月以上もしくは未満)によるサブグループ解析の結果を図4に示す。6か月以上の介入を行った群のリスク比は0.83(信頼区間0.67-

1.04 ; 13 RCTs; n = 4,984;  $I^2 = 45\%$ )であり、6か月未満の介入を行った群は、リスク比は0.65(0.12-3.41 ; 2 RCTs; n = 495;  $I^2 = 52\%$ )であった。

(b)介入時期(産前もしくは産後)によるサブグループ解析の結果を図5に示す。産前産後ともに介入を行った群のリスク比は0.85(95%信頼区間 : 0.61-1.19 ; 6 RCTs; n = 1,041;  $I^2 = 51\%$ )、産後のみ介入を行った群のリスク比は0.81(0.59-1.11 ; 9 RCTs; n = 4,438;  $I^2 = 41\%$ )であった。

(c)産後1か月間の介入頻度(月2回以上もしくは未満)によるサブグループ解析の結果を図6に示す。月2回以上の介入を行った群のリスク比は0.82(0.66-1.03 ; 14 RCTs; n = 5,315;  $I^2 = 45\%$ )であり、月2回未満の介入を行った1本の研究のリスク比は1.05(0.39-2.86)であった。

(d)介入者(看護師もしくは訓練を受けた実務者(Paraprofessional))によるサブグループ解析の結果を図7に示す。看護師による介入を行った群のリスク比は0.68(95%信頼区間 : 0.50-0.93 ; 4 RCTs; n = 1010;  $I^2 = 0\%$ )であり、統計学的な有意差( $P=0.02$ )を持って、児童虐待に関連する報告数が減少することが示された。訓練を受けた実務者(Paraprofessional)による介入を行った群のリスク比は0.89(95%信頼区間 : 0.68-1.15 ; 11 RCTs; n = 4,469;  $I^2 = 47\%$ )であった。サブグループ間での効果に統計学的な有意差は確認されなかった (Test for subgroup differences:  $P = 0.20$ )。

(e)介入場所(家庭訪問もしくは家庭外施設)によるサブグループ解析の結果を図8に示す。家庭訪問を行った群のリスク比は0.77(95%信頼区間 : 0.59-1.01 ; 10 RCTs; n = 2,199;  $I^2 = 50\%$ )であり、他施設で介入を行った群のリスク比は0.63(0.14-2.77 ; 2 RCTs; n = 441;  $I^2 = 45\%$ )であった。

(f)介入形態(包括的支援もしくは特定のプログラムに基づいた支援)によるサブグループ解析の結果を図9に示す。包括的支援が行われた1本の研究のリスク比は1.63(0.96-2.78)であった。特定のプログラムに基づいた支援が行われた群のリスク比は0.79(0.64-0.96 ; 12 RCTs; n = 4,797;  $I^2 = 30\%$ )であった。サブグループ間での効果に統計学的な有意差を認めた (Test for subgroup differences:  $P = 0.01$ )。

#### (外傷報告件数 : Injury report)

8論文で評価項目として外傷報告件数を挙げており、これらの論文は7の介入研究に基づいたものであった。5論文を今回のメタ解析の検討対象とした。

外傷報告件数のリスク比のフォレストプロットを図10に示す。全体のリスク比は0.73(95%信頼区間 : 0.48-1.10 ; 5 RCTs; n = 1,830;  $I^2 = 39\%$ )であっ

た。

#### (救急受診件数 : ER visit)

9論文で評価項目として救急受診件数を挙げており、これらの論文は8の介入研究に基づいたものであった。4論文を今回のメタ解析の検討対象とした。

救急受診件数のリスク比のフォレストプロットを図11に示す。全体のリスク比は1.06(95%信頼区間 : 0.95-1.19 ; 4 RCTs; n = 1,637;  $I^2 = 0\%$ )であった。

#### (PSI)

PSIは保護者の自己記入式検査で、点数が高いほど育児ストレスが高いと考えられる。14論文で評価項目としてPSI(-SF)を挙げており、これらの論文は10の介入研究に基づいたものであった。3論文を今回のメタ解析の検討対象とした。

PSI-SFの点数のSMDとPSIの点数のMDのフォレストプロットを図12に示す。PSI-SF(Total score)のSMDは-0.45(95%信頼区間 : -0.91-0.01 ; 3 RCTs; n = 998;  $I^2 = 86\%$ )であった。PSI(Parent domain)のMDは6.46(95%信頼区間 : -12.73-25.66 ; 2 RCTs; n = 132;  $I^2 = 77\%$ )であった。PSI(Child domain)のMDは1.16(95%信頼区間 : -3.67-5.99 ; 3 RCTs; n = 175;  $I^2 = 91\%$ )であった。

#### (CTS-PC)

CTS-PCは保護者の自己記入式検査で、身体的・心理的虐待を含む虐待のサブタイプに関連する子育て行動と重症度に関する尺度である。点数が高いほど不適切な養育行動が多いことが示唆される。6論文で評価項目としCTS-PCを挙げており、これらの論文は6の介入研究に基づいたものであった。いずれも点数が平均(SDもしくはSE)の形で明記されておらず、メタ解析を行うことができなかった。

#### (AAPI(-2))

AAPI(-2)は自己記入式の不適切な養育指標で5つのサブスケール毎に集計される。得点が高いほどより適切なペアレンティングであることを意味し、低得点のサブスケールに注目することにより支援の方向性が得られるとされる。9論文で評価項目としてAAPI(-2)を挙げており、これらの論文は8の介入研究に基づいたものであった。2論文を今回のメタ解析の検討対象とした。

AAPI-2の点数のMDのフォレストプロットを図13に示す。Total scoreの全体のMDは0.62(95%信頼区間 : -1.13-2.36 ; 2 RCTs; n = 240;  $I^2 = 64\%$ )であった。Construct A : Inappropriate parental expectationsのMDは0.00(95%信頼区間 : -0.21-0.21 ; 2 RCTs; n = 280;  $I^2 = 0\%$ )であった。Construct B : Parental lack of an empathic awareness of



children's needs のMDは -0.31(95%信頼区間： -1.10-0.48；2 RCTs；n = 280； $I^2 = 80\%$ )であった。Construct C：Strong belief in the use and value of corporal punishmentのMDは-0.33(95%信頼区間： -1.08-0.42；2 RCTs；n = 280； $I^2 = 77\%$ )であった。Construct D：Parent-child role reversalのMDは0.67(95%信頼区間： -0.56-1.90；2 RCTs；n = 289； $I^2 = 84\%$ )であった。Construct E：Oppressing children's power and independence のMDは0.49(95%信頼区間： -0.54-1.51；2 RCTs；n = 289； $I^2 = 84\%$ )であった。

#### (CAPI)

CAPIは保護者の自己記入式検査で、点数が高いほど児童虐待リスクが高いと考えられている。7論文で評価項目としてCAPIを挙げており、これらの論文は7の介入研究に基づいたものであった。4論文を今回のメタ解析の検討対象とした。

CAPI(Total score) の SMD と CAPI(77-item physical child abuse scale, 35-item short version)のMDのフォレストプロットを **図14**に示す。Total scoreのMDは-0.16(95%信頼区間： -0.42-0.10；4 RCTs；n = 577； $I^2 = 56\%$ )であった。77-item physical child abuse scaleのMDは-26.76(95%信頼区間： -43.98--9.54；2 RCTs；n = 336； $I^2 = 0\%$ )であり統計学的な有意差( $P=0.002$ )を持って、点数が減少することが示された。35-item short versionのMDは4.65(95%信頼区間： -7.3-16.59；2 RCTs；n = 241； $I^2 = 0\%$ )であった。

#### (CARE-Index)

CARE-Indexは専門家による大人と子どもの相互作用の質の評価であり、Maternal sensitivity、Infant cooperativenessのサブスケールで構成される。点数が高いほど、感受性や協調性が高いと考えられる。4論文で評価項目としてCARE-Indexを挙げており、これらの論文は3の介入研究に基づいたものであった。2論文を今回のメタ解析の検討対象とした。

CARE-Indexの点数のMDのフォレストプロットを **図15**に示す。Maternal sensitivityのMDは0.17(95%信頼区間： -1.56-1.91；2 RCTs；n = 222； $I^2 = 82\%$ )であった。Infant cooperativenessのMDは0.45(95%信頼区間： -1.51-2.41；2 RCTs；n = 222； $I^2 = 86\%$ )であった。

最後にGrading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation(GRADE)アプローチを用いたエビデンスの確実性評価を**表1**に示す。

## D. 考察

英国の国立医療技術評価機構(National Institute for Health and Care Excellence: NICE)の児童虐待に関するガイドライン(10)では、児童虐待予防を目的として介入プログラムとして、家庭訪問プログラムとペアレンティングプログラムが推奨されている。同ガイドラインでは家庭訪問プログラムを実施する際のポイントとして、虐待のリスクにさらされている子どもの親や養育者に対して、妊娠中または出産直後にリスクを特定し、少なくとも6か月間、特定の家庭訪問プログラムを実施するための訓練を受けた実務者による介入を毎週続けることが推奨されている。またペアレンティングトレーニングを実施する際のポイントとして、就学前の子供をもつ脆弱な母親(例えば低学歴・低収入、若年、物質乱用など)に対して少なくとも12週間のペアレンティングプログラムの実施を推奨している。

今回の検討では、半数の介入研究では、結果に有意差を認めなかった。理由としては(1)児童虐待に関連する報告件数のみを効果指標にすると、報告件数が少なかった場合に、介入の有無による効果を示しにくい可能性、(2)フォローアップ期間が短い場合、短期的な介入効果が現れにくい可能性が考えられた。

#### (主要評価項目の検討)

主要評価項目に関する検討において、特定妊婦など心理社会的リスクを持つ妊産婦を対象とした児童虐待予防のための介入により、統計学的な有意差は得られなかったものの、CPS recordsと外傷報告数が減少傾向となることが示唆された。いずれも信頼区間の幅が広く、結果は不精確な可能性がある。今後新たな研究の追加により効果が確認されるかもしれない。

CPS recordsの(d)介入者によるサブグループ解析の結果より、サブグループ間での効果の統計学的な有意差はないものの、看護師による介入は、統計学的な有意差を持って、児童虐待に関連する報告数が減少することが示された。また(f)介入形態によるサブグループ解析の結果より、特定のプログラムに基づいた支援は、サブグループ間での効果の統計学的な有意差を持って、児童虐待に関連する報告数が減少することが示された。包括的支援を行った研

究が1論文のみという限界はあるが、包括的支援よりも特定のプログラムに基づいた支援の方が望ましいことが示唆された。

救急受診件数に関しては、統計学的に有意な変化も減少傾向も共に見出されなかった。

#### (副次評価項目の検討)

副次評価項目である親の養育ストレス指標(PSI(-SF))や不適切な養育指標(CTS-PC, AAPI(-2), CAPI, CARE index)のメタ解析においては、CAPI(77-item physical child abuse scale)を除き、いずれも統計学的に有意な変化は得られなかった。

CAPI(77-item physical child abuse scale)に関しては、メタ解析の対象となった2論文の内1本の研究においてランダム化の手法が不適切であること、メタ解析に含まれるサンプル数が十分でないことから結果は不精確な可能性がある。そのほかの指標に関しても、メタ解析に含まれるサンプル数が十分でないものや、研究間の異質性が大きいものが多く、今後新たな研究の追加やサブグループ解析により効果が確認されるかもしれない。

以上の結果より、本邦における児童虐待予防プログラムは、心理社会的リスクをもった妊産婦を対象に、(b)産前もしくは産後から、(d)看護師もしくは訓練を受けた実務者(Paraprofessional)により、(f)特定のプログラムに基づいて実施されることが望ましいと考えられる。またレビューに含まれた研究の特徴からは、(a)少なくとも6か月間、(c)介入初期は1-2週間に1回の介入を、(e)家庭訪問の形で、実施されている研究が多く、これらの形態での実施することが有効なのかもしれない。

令和4年11月に、本研究のプロトコル論文が原著論文として公開された(11)。本研究の最終結果は文献検索のアップデートの結果を踏まえ、原著論文としても報告予定である。

#### 参考文献

1. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
2. Jonson-Reid M, Kohl PL, Drake B. Child and

adult outcomes of chronic child maltreatment. *Pediatrics*. 2012;129(5):839-45.

3. Madigan S, Wade M, Plamondon A, Vaillancourt K, Jenkins JM, Shouldice M, et al. Course of depression and anxiety symptoms during the transition to parenthood for female adolescents with histories of victimization. *Child Abuse Negl*. 2014;38(7):1160-70.

4. Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol*. 2011;23(2):453-76.

5. Berlin LJ, Appleyard K, Dodge KA. Intergenerational continuity in child maltreatment: mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Dev*. 2011;82(1):162-76.

6. Plant DT, Barker ED, Waters CS, Pawlby S, Pariante CM. Intergenerational transmission of maltreatment and psychopathology: the role of antenatal depression. *Psychol Med*. 2013;43(3):519-28.

7. Sidebotham P, Heron J. Child maltreatment in the "children of the nineties": a cohort study of risk factors. *Child Abuse Negl*. 2006;30(5):497-522.

8. U.S. Department of Health & Human Services AfCaF, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. *Child Maltreatment 2021*. 2023.

9. Korfmacher J. The Kempe Family Stress Inventory: a review. *Child Abuse Negl*. 2000;24(1):129-40.

10. NG76 NG. Child abuse and neglect: recognizing, assessing and responding to abuse and neglect of children and young people, October 2017. 2017.

11. Tamon H, Suto M, Ogawa K, Takehara K, Tachibana Y. Interventions for expectant and new parents who are at increased risk for perpetrating child abuse and neglect: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2022;12(11):e064603.

#### E. 研究発表

1. 論文発表  
英文(査読あり)

1. Tamon, H., et al., *Interventions for expectant and new parents who are at increased risk for perpetrating child abuse and neglect: protocol for a systematic review and meta-analysis*. *BMJ Open*,

2022. 12(11): p. e064603.

英文 書籍

該当なし

和文 (査読あり)

該当なし

和文 (査読なし)

1. 多門裕貴, 立花良之(2021): 女性におけるうつ病～神経内分泌との関連. Depression Strategy, 12(1)

2. 多門裕貴, 立花良之(2021): 発達障害のある子の育児支援—親のメンタルヘルスケア. (発達障害のある子のメンタルヘルスケア—これからの包括的支援に必要なこと, 神尾陽子編) 金子書房, 東京, pp.76-82

3. 多門裕貴, 立花良之(2021): 周産期精神疾患. (国立成育医療研究センター 新産科実践ガイド, 左合治彦編) 診断と治療社, 東京, pp.143-146

4. 多門裕貴, 岸本真希子(2021): 神経発達症(発達障害)を合併した又は合併が疑われる妊産婦の対応. (精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド: 各論編) 日本精神神経学会・日本産科婦人科学会

5. 多門裕貴, 立花良之(2021): 【周産期の周辺を強

化する—プレコンセプションケアと産後ケアの充実に向けて】精神科/心療内科から. 周産期医学, 51(4)

6. 多門裕貴, 立花良之(2023): 【発達障害の支援をつなぐ】【成人期の支援をつなぐ】発達障害のある保護者の育児支援. こころの科学 (227) 76-80

7. 多門裕貴, 立花良之(2023): 【第1章 妊娠・授乳期に関する基礎知識の整理】3 妊娠・出産による精神状態への影響とトータルケア. (向精神薬と妊娠・授乳, 改訂3版, 伊藤真也・村島温子・鈴木利人編) 南山堂, 東京

2. 学会発表

該当なし

F. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

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

#### A. Cochrane Library(CENTRAL)

Search Date November 20 2020

ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor: [Pregnancy] explode all trees	21,918
#2	[mh "Postpartum Period"]	1,642
#3	[mh "Prenatal Care"]	1,482
#4	[mh "Infant, Newborn"]	15,916
#5	[mh "Pregnant Women"]	268
#6	[mh "Prenatal Care"]	1,482
#7	[mh "Perinatal Care"]	570
#8	[mh "Depression, Postpartum"]	581
#9	[mh "Parturition"]	436
#10	[mh "Pregnancy Trimester, Third"]	631
#11	[mh "Pregnancy Trimester, Second"]	675
#12	[mh "Pregnancy, Multiple"]	248

#13	[mh "Postnatal Care"]	415
#14	[mh "Postpartum Period"]	1,642
#15	[mh "Parity"]	871
#16	[mh "Intensive Care, Neonatal"]	333
#17	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16	33,987
#18	pregnan*	66,840
#19	post partum	1,779
#20	postpartum*	10,533
#21	puerperal*	1,083
#22	prenatal*	7,096
#23	perinat*	9,617
#24	antenatal*	4,932
#25	(ante next natal*)	86
#26	pre next natal	99
#27	expectant next mother	52
#28	parent*	46,807
#29	#18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28	118,665
#30	#17 or #29	127,224
#31	[mh "Community Health Services"]	13,795
#32	[mh "Community Mental Health Services"]	725
#33	[mh "Community Health Nursing"]	345
#34	[mh "Counseling"]	5,395
#35	[mh "Early Intervention, Educational"]	497
#36	[mh "Patient Education as Topic"]	8,864
#37	[mh "Education"]	32,544
#38	[mh "Educational Measurement"]	4,673

#39	[mh "Educational Status"]	1,444
#40	[mh "Family Therapy"]	957
#41	[mh "Follow-Up Studies"]	58,878
#42	[mh "Delivery of Health Care"]	45,655
#43	[mh "Health Educators"]	28
#44	[mh "Health Promotion"]	6,519
#45	[mh "Home Care Services"]	2,425
#46	[mh "House Calls"]	526
#47	[mh "Interpersonal Relations"]	6,195
#48	[mh "Interview"]	7
#49	[mh "Maternal Behavior"]	303
#50	[mh "Education, Medical"]	3,289
#51	[mh "Community Mental Health Services"]	725
#52	[mh "Education, Nonprofessional"]	21,852
#53	[mh "Patient Education as Topic"]	8,864
#54	[mh "Health Planning"]	3,706
#55	[mh "Preventive Health Services"]	31,599
#56	[mh "Primary Prevention"]	4,146
#57	[mh "Psychotherapy"]	23,827
#58	[mh "United States Public Health Service"]	520
#59	[mh "Social Support"]	3,320
#60	[mh "Social Workers"]	25
#61	(care or nursing or counseling or education* or interview or planning or program* or promotion* or service or support or training or visit*):ti,ab,kw	492,439
#62	prevention:ti,ab,kw	177,152
#63	preventive*:ti,ab,kw	14,399

#64	visit?:ti,ab,kw	76,136
#65	[mh "Attitude of Health Personnel"]	2,207
#66	#31 or #32 or #33 or #34 or #35 or #36 or #37 or #38 or #39 or #40 or #41 or #42 or #43 or #44 or #45 or #46 or #47 or #48 or #49 or #50 or #51 or #52 or #53 or #54 or #55 or #56 or #57 or #58 or #59 or #60 or #61 or #62 or #63 or #64 or #65	647,033
#67	#30 and #66	71,684
#68	[mh "Child Abuse"]	518
#69	(child* near/3 (abuse* or neglect*)):ti,ab,kw	1,284
#70	(child* near/3 (violence or injury or suicide)):ti,ab,kw	867
#71	#68 or #69 or #70	2,078
#72	#67 and #71	714
#73	#72 in Trials	682

## B. EMBASE

Search Date November 11 2020

No.	Query	Results
#1	pregnancy'/exp	767,843
#2	puerperium'/exp	68,135
#3	prenatal period'/exp	11,007
#4	named groups by pregnancy'/exp	105,399
#5	perinatal period'/exp	34,453
#6	'newborn'/de	597,517
#7	'pregnant woman'/de	78,690
#8	'prenatal care'/de	40,980
#9	'perinatal period'/de	34,453
#10	'postnatal depression'/de	11,589
#11	'childbirth'/de	20,203

#12	'first trimester pregnancy'/de	41,571
#13	'third trimester pregnancy'/de	28,694
#14	'prenatal period'/de	11,007
#15	'midwife'/de	26,869
#16	'multiple pregnancy'/de	15,266
#17	'birth'/de	17,992
#18	'postnatal care'/exp	116,579
#19	'parity'/de	37,640
#20	'neonatal intensive care'	37,937
#21	'baby'/de	13,997
#22	'childbirth education'/de	483
#23	'expectant father'/de	122
#24	'labor'/de	34,057
#25	'perinatal care'/de	14,179
#26	'newborn care'/de	12,502
#27	'parenting education'/de	1,273
#28	'nullipara'/de	12,047
#29	'second trimester pregnancy'/de	23,393
#30	'prepregnancy care'/de	1,766
#31	'expectant mother'/de	494
#32	'expectant parent'/de	146
#33	'fear of childbirth'/de	194
#34	'newborn and pregnancy'	1,228
#35	pregnan*:ti,ab,kw,de	1,052,352
#36	postpartum*:ti,ab,kw,de	77,147
#37	'post partum':ti,ab,kw,de	17,715
#38	puerperal*:ti,ab,kw,de	14,539
#39	prenatal*:ti,ab,kw,de	259,903
#40	perinat*:ti,ab,kw,de	147,566

#41	perinatology*:ti,ab,kw,de	3,417
#42	antenatal*:ti,ab,kw,de	54,802
#43	(ante NEAR/2 natal*):ti,ab,kw,de	876
#44	antepartum:ti,ab,kw,de	8,981
#45	(ante NEAR/2 partum):ti,ab,kw,de	578
#46	(pre NEAR/2 natal):ti,ab,kw,de	1,744
#47	(expectant NEAR/2 mother):ti,ab,kw,de	748
#48	parent*:ti,ab,kw,de	592,359
	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR	
	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR	
#49	#22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR	2,349,705
	#32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR	
	#42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48	
	care:ti,ab,kw,de OR counseling:ti,ab,kw,de OR education*:ti,ab,kw,de OR	
	educational:ti,ab,kw,de OR visit*:ti,ab,kw,de OR interview:ti,ab,kw,de OR	
#50	nursing:ti,ab,kw,de OR planning:ti,ab,kw,de OR program*:ti,ab,kw,de OR	7,561,489
	promotion*:ti,ab,kw,de OR psychoeducation:ti,ab,kw,de OR service:ti,ab,kw,de OR	
	support:ti,ab,kw,de OR training:ti,ab,kw,de	
	'social support':de OR 'health program':de OR 'parenting education':de OR 'health	
	education':de OR 'prenatal care':de OR 'follow up':de OR 'home care':de OR 'mental	
	health service':de OR 'educational status':de OR 'health promotion':de OR 'social	
	work':de OR 'interview':de OR 'maternal care':de OR 'public health service':de OR	
#51	'health care delivery':de OR 'health care personnel':de OR 'community care':de OR	3,937,608
	'medical education':de OR 'counseling':de OR 'home visit':de OR 'preventive health	
	service':de OR 'psychotherapy':de OR 'family therapy':de OR 'patient education':de	
	OR 'primary prevention':de OR 'early childhood intervention':de OR 'interpersonal	
	communication':de OR 'nursing':de OR 'mental health care':de OR 'health care	
	planning':de OR 'community health nursing':de OR 'education program':de OR	



	'home environment':de OR 'psychoeducation':de OR 'home delivery':de OR 'educational assessment':de	
#52	(prevention NEAR/2 control):ti,ab,kw,de	87,968
#53	prevention:ti,ab,kw,de	1,059,304
#54	preventive*:ti,ab,kw,de	231,529
#55	(home NEAR/2 visit*):ti,ab,kw,de	14,205
#56	visit*:ti,ab,kw,de	384,332
#57	#50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56	9,450,634
#58	#49 AND #57	853,335
#59	'child abuse'/exp	39,787
#60	(child* NEAR/3 (abuse* OR neglect*)):ti,ab,kw,de	46,704
#61	(child* NEAR/3 (maltreatment* OR mistreatment*)):ti,ab,kw,de	7,127
#62	(child* NEAR/3 (violence OR care OR behavior OR injury OR suicide OR safety OR protection)):ti,ab,kw,de	198,173
#63	#59 OR #60 OR #61	47,945
#64	#58 AND #63	9,434
#65	#58 AND #62	62,669
#66	#64 OR #65	68,837
#67	'randomized controlled trial'/exp OR 'randomization'/exp OR 'single blind procedure'/exp OR 'double blind procedure'/exp OR 'crossover procedure'/exp OR crossover:ab,kw,ti,de OR randomi*:ab,kw,ti,de OR ((random* NEXT/5 assign*):ab,kw,ti,de) OR ((random* NEXT/5 allocat*):ab,kw,ti,de) OR (((singl* OR doubl* OR trebl* OR tripl*) NEAR/1 (blind* OR mask*)):ab,kw,ti,de) OR ((clin* NEXT/2 trial):ab,kw,ti,de) OR 'placebo'/de	2,385,648
#68	'randomized controlled trial topic'/de	189,796
#69	#67 OR #68	2,385,648
#70	'clinical trial'/exp OR 'clinical trial (topic)'/exp OR 'controlled clinical trial'/exp	1,865,448
#71	#66 AND #69	6,124
#72	#66 AND #70	5,105

#73	#71 OR #72	6,459
#74	#63 AND #73	583
#75	#69 AND #74	551

### C. MEDLINE

Search Date November 13 2020

No.	Query	No.
1	exp Pregnancy/	901,388
2	puerperium.mp.	8,493
3	exp Prenatal Care/	28,166
4	exp Prenatal Education/	263
5	exp Perinatal Care/	10,358
6	exp Infant, Newborn/	613,159
7	Pregnant Women/	8,615
8	exp Prenatal Care/	28,166
9	exp Perinatal Care/	10,358
10	exp Depression, Postpartum/	5,683
11	exp Parturition/	17,512
12	exp Pregnancy Trimester, First/	16,697
13	exp Pregnancy Trimester, Third/	14,783
14	exp Pregnancy Trimester, Second/	15,086
15	exp Pregnancy, Multiple/	11,754
16	exp Postnatal Care/	5,758
17	exp Postpartum Period/	65,751
18	exp Parity/	25,177
19	exp Intensive Care, Neonatal/	5,727
20	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19	1,368,829
21	pregnan*.mp.	1,016,584

22	"post partum".mp.	12,689
23	postpartum*.mp.	71,979
24	puerperal*.mp.	18,498
25	prenatal*.mp.	179,946
26	perinat*.mp.	81,157
27	antenatal*.mp.	39,012
28	(ante adj3 natal*).mp.	639
29	antepartum.mp.	5,922
30	(ante adj3 partum).mp.	496
31	(pre adj3 natal).mp.	2,169
32	(expectant adj3 mother).mp.	236
33	parent*.mp.	489,286
34	21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33	1,554,340
35	20 or 34	1,969,784
36	exp Community Health Services/	306,735
37	exp Community Mental Health Services/	18,600
38	exp Community Health Nursing/	20,090
39	exp Counseling/	44,502
40	exp Early Intervention, Educational/	3,086
41	exp Patient Education as Topic/	86,061
42	exp Education/	817,003
43	exp Educational Measurement/	150,498
44	exp Educational Status/	52,241
45	exp Family Therapy/	8,877
46	exp Follow-Up Studies/	650,682
47	exp "Delivery of Health Care"/	1,094,414
48	exp Health Personnel/	523,169
49	exp "Delivery of Health Care"/	1,094,414
50	exp Health Education/	246,224

51	exp Health Promotion/	77,965
52	exp Health Promotion/	77,965
53	exp Home Care Services/	47,714
54	House Calls/	3,662
55	exp Interpersonal Relations/	329,815
56	exp Interview/	29,380
57	exp Maternal Behavior/	12,418
58	exp Education, Medical/	167,135
59	exp Mental Health Services/	96,739
60	exp Education, Nonprofessional/	275,915
61	exp Patient Education as Topic/	86,061
62	exp Health Planning/	351,278
63	exp Prenatal Care/	28,166
64	exp Preventive Health Services/	603,645
65	exp Primary Prevention/	154,113
66	exp Psychotherapy/	197,763
67	exp United States Public Health Service/	68,651
68	exp Social Support/	72,092
69	exp Social Work/	17,709
70	(care or nursing or counseling or education* or interview or planning or program* or promotion* or service or support or training or visit*).ti,ab,hw,kf.	2,999,244
71	prevention.ti,ab,hw,kf.	631,572
72	(prevention adj3 control).ti,ab,hw,kf.	63,513
73	preventive*.ti,ab,hw,kf.	156,726
74	(home adj3 visit*).ti,ab,hw,kf.	10,880
75	visit?.mp.	194,211
	36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50	
76	or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66 or 67 or 68 or 69 or 70 or 71 or 72 or 73 or 74 or 75	14,387,688

77	35 and 76	1,026,341
78	exp Child Abuse/	30,719
79	(child* adj3 (abuse* or neglect*)).ti,ab,hw,kf.	39,004
80	(child* adj3 (maltreatment* or mistreatment*)).ti,ab,hw,kf.	5,978
81	(child* adj3 (violence or injury or suicide)).ti,ab,kf,hw.	10,981
82	78 or 79 or 80 or 81	49,190
83	77 and 82	11,742
84	exp clinical trial/	874,920
85	Clinical Trials as Topic/	193,659
86	exp controlled clinical trial/	607,164
87	exp randomized controlled trial/	518,098
88	exp Randomized Controlled Trials as Topic/	141,230
89	single-blind method/	29,291
90	double-blind method/	160,835
91	cross-over studies/	48,926
92	exp Controlled Clinical Trials as Topic/	146,640
93	randomi*.mp.	915,728
94	placebo.mp.	219,500
95	randomly.mp.	345,693
96	(clinic* adj2 trial).mp.	733,793
97	(random* adj5 control* adj5 trial*).mp.	749,339
98	(random* adj3 assign*).mp.	118,087
99	(random* adj3 allocat*).mp.	138,248
100	((singl* or doubl* or trebl* or tripl*) adj2 (blind* or mask*)).mp.	242,142
101	84 or 85 or 86 or 87 or 88 or 89 or 90 or 91 or 92 or 93 or 94 or 95 or 96 or 97 or 98 or 99 or 100	1,728,893
102	83 and 101	793

D.PsycINFO

Search Date November 23 2020

No.	Query	No.
1	exp Pregnancy/	42,713
2	puerperium.mp.	374
3	exp Prenatal Care/	2,117
4	exp Prenatal Care/	2,117
5	exp Parturition/	16,425
6	pregnan*.mp.	66,984
7	"post partum".mp.	1,312
8	postpartum*.mp.	14,049
9	puerperal*.mp.	1,355
10	prenatal*.mp.	27,110
11	perinat*.mp.	12,052
12	antenatal*.mp.	3,861
13	(ante adj3 natal*).mp.	69
14	antepartum.mp.	490
15	(ante adj3 partum).mp.	14
16	(pre adj3 natal).mp.	431
17	(expectant adj3 mother).mp.	68
18	parent*.ti,ab,hw.	288,279
19	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18	370,166
20	exp Community Mental Health Services/	7,764
21	exp Counseling/	77,958
22	exp Education/	430,390
23	exp Educational Measurement/	18,941
24	exp Family Therapy/	22,073

25	exp Health Personnel/	164,481
26	exp Health Education/	19,002
27	exp Health Promotion/	25,158
28	House Calls/	0
29	exp Mental Health Services/	42,308
30	exp Prenatal Care/	2,117
31	exp Preventive Health Services/	3,363
32	exp Psychotherapy/	204,783
33	exp Social Support/	36,976
34	exp Social Work/	18,532
35	(care or nursing or counseling or education* or interview or planning or program* or promotion* or service or support or training or visit*).ti,ab,hw.	1,821,818
36	prevention.ti,ab,hw.	135,409
37	(prevention adj3 control).ti,ab,hw.	4,000
38	preventive*.ti,ab,hw.	28,440
39	(home adj3 visit*).ti,ab,hw.	5,520
40	visit?.ti,ab,hw.	38,698
41	20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40	2,104,268
42	19 and 41	214,408
43	exp Child Abuse/	30,207
44	(child* adj3 (abuse* or neglect*)).ti,ab,hw.	41,229
45	(child* adj3 (maltreatment* or mistreatment*)).ti,ab,hw.	8,084
46	(child* adj3 (violence or injury or suicide)).ti,ab,hw.	7,644
47	43 or 44 or 45 or 46	48,043
48	42 and 47	8,739
49	exp clinical trial/	12,545
50	exp randomized controlled trial/	755
51	randomi*.ti,ab,hw.	89,175

52	placebo.ti,ab,hw.	40,694
53	randomly.ti,ab,hw.	74,278
54	(clinic* adj2 trial).ti,ab,hw.	15,031
55	(random* adj5 control* adj5 trial*).ti,ab,hw.	41,679
56	(random* adj3 assign*).ti,ab,hw.	41,081
57	(random* adj3 allocat*).ti,ab,hw.	4,339
58	((singl* or doubl* or trebl* or tripl*) adj2 (blind* or mask*)).ti,ab,hw.	26,664
59	49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58	188,784
60	48 and 59	371

図1：検索式

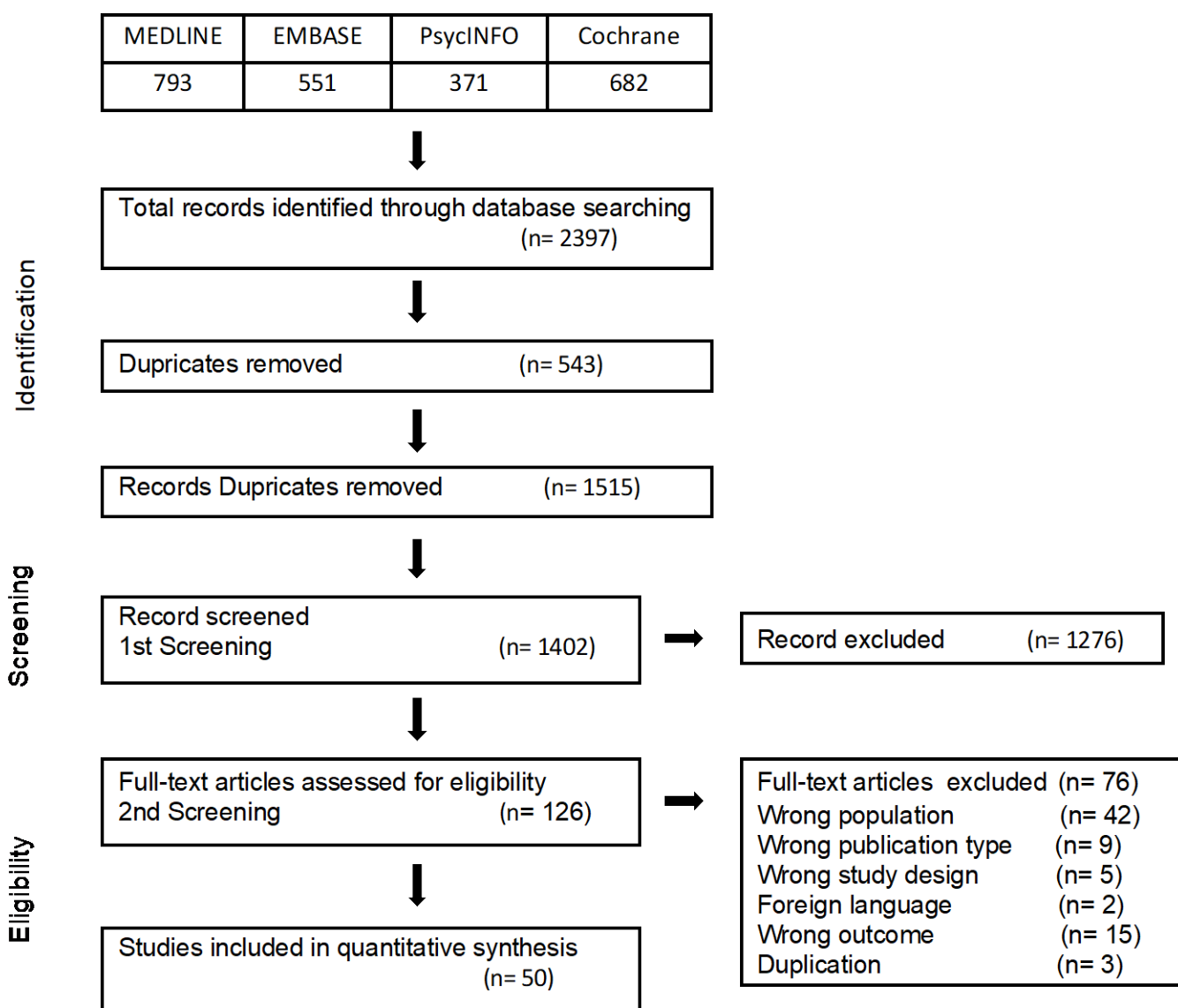


図2: 系統的な文献検索のフローチャート



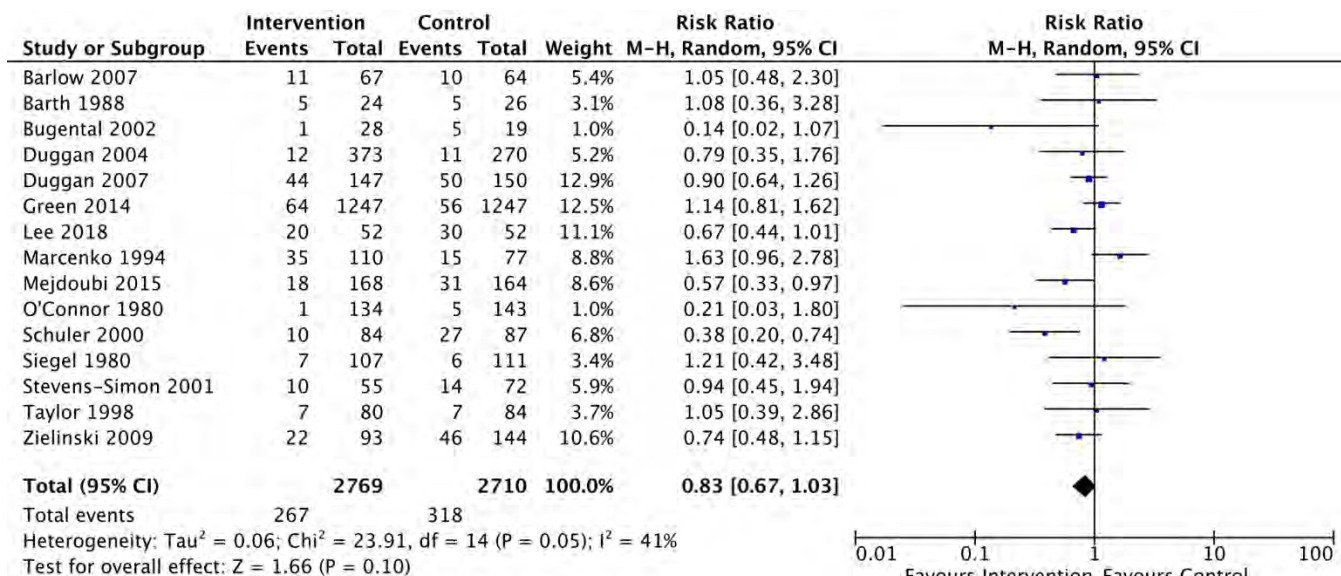


図3：CPS recordsのリスク比のフォレストプロット

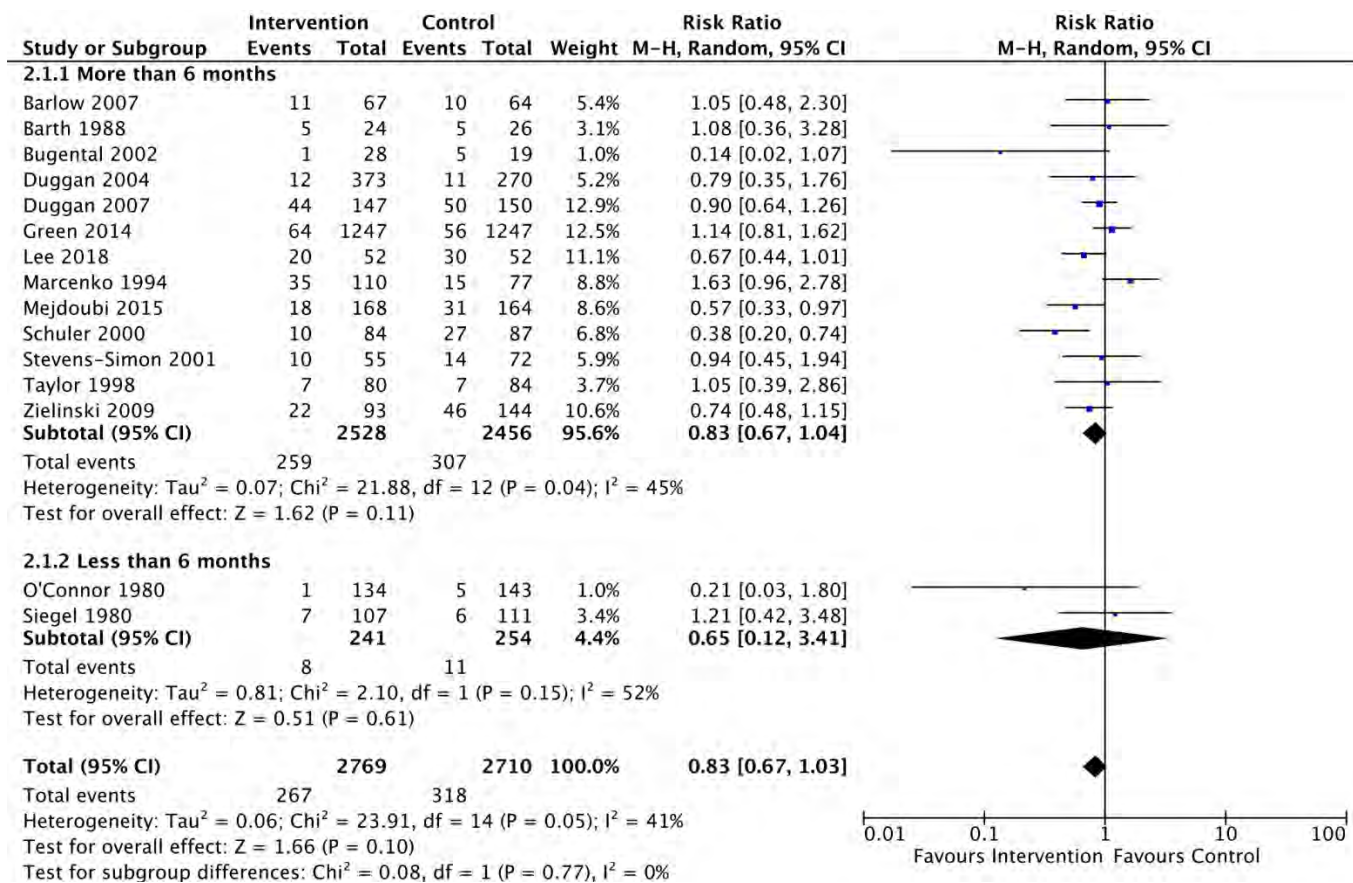


図4：介入期間(6か月以上もしくは未満)によるサブグループ解析におけるCPS recordsのリスク比のフォレストプロット

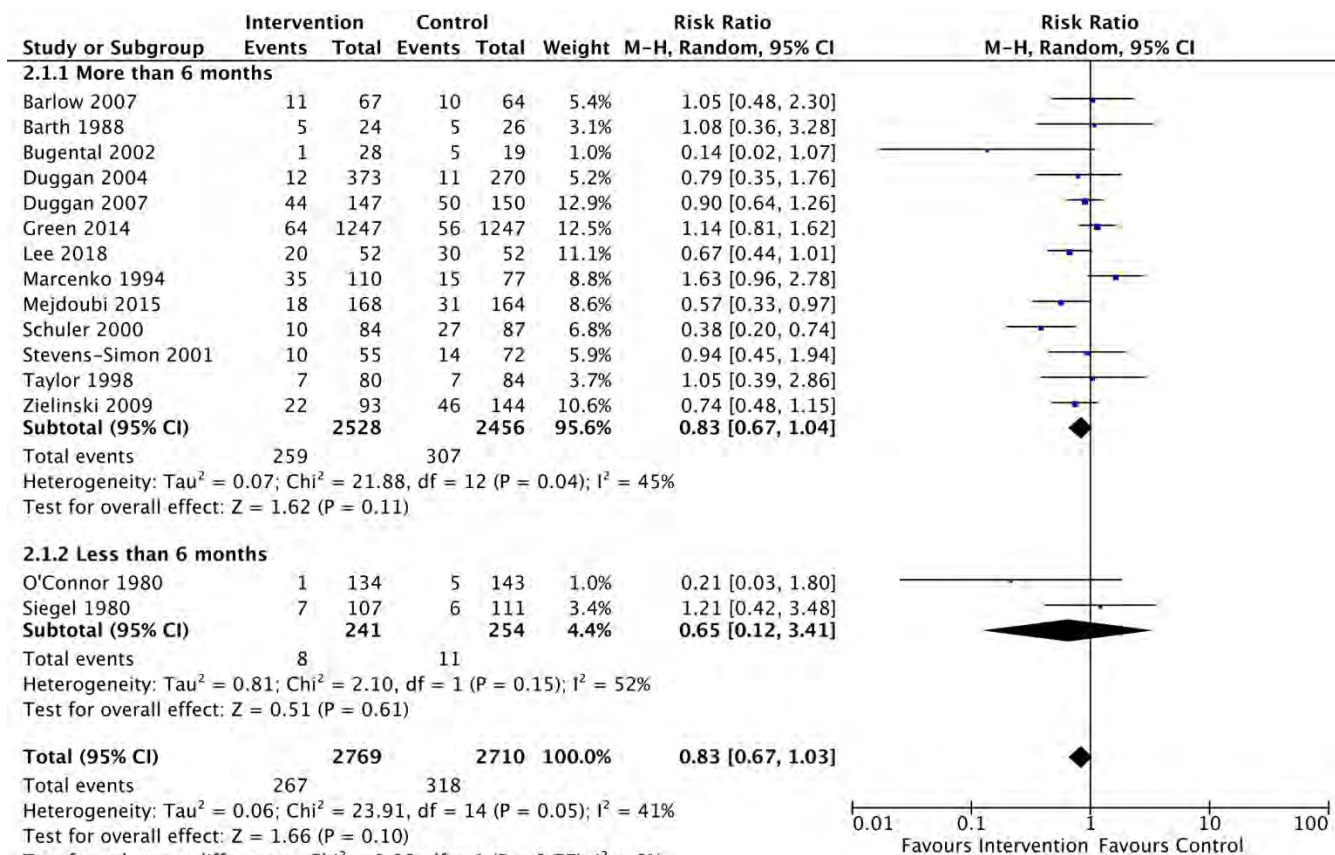


図5：介入時期(産前産後もしくは産後のみ)によるサブグループ解析におけるCPS recordsのリスク比のフォレストプロット

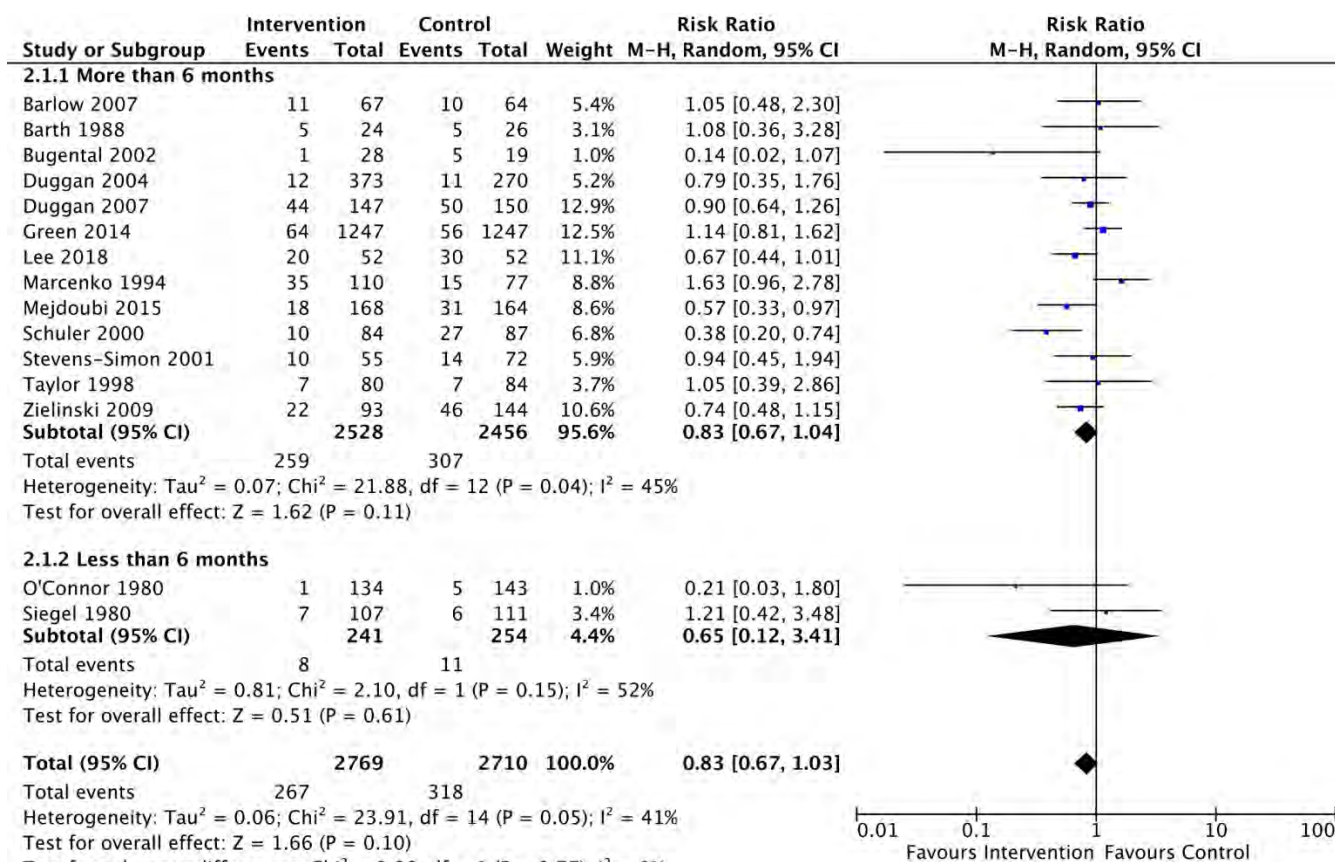


図6：産後1か月間の介入頻度(月2回以上もしくは未滿)によるサブグループ解析におけるCPS recordsのリスク比のフォレストプロット

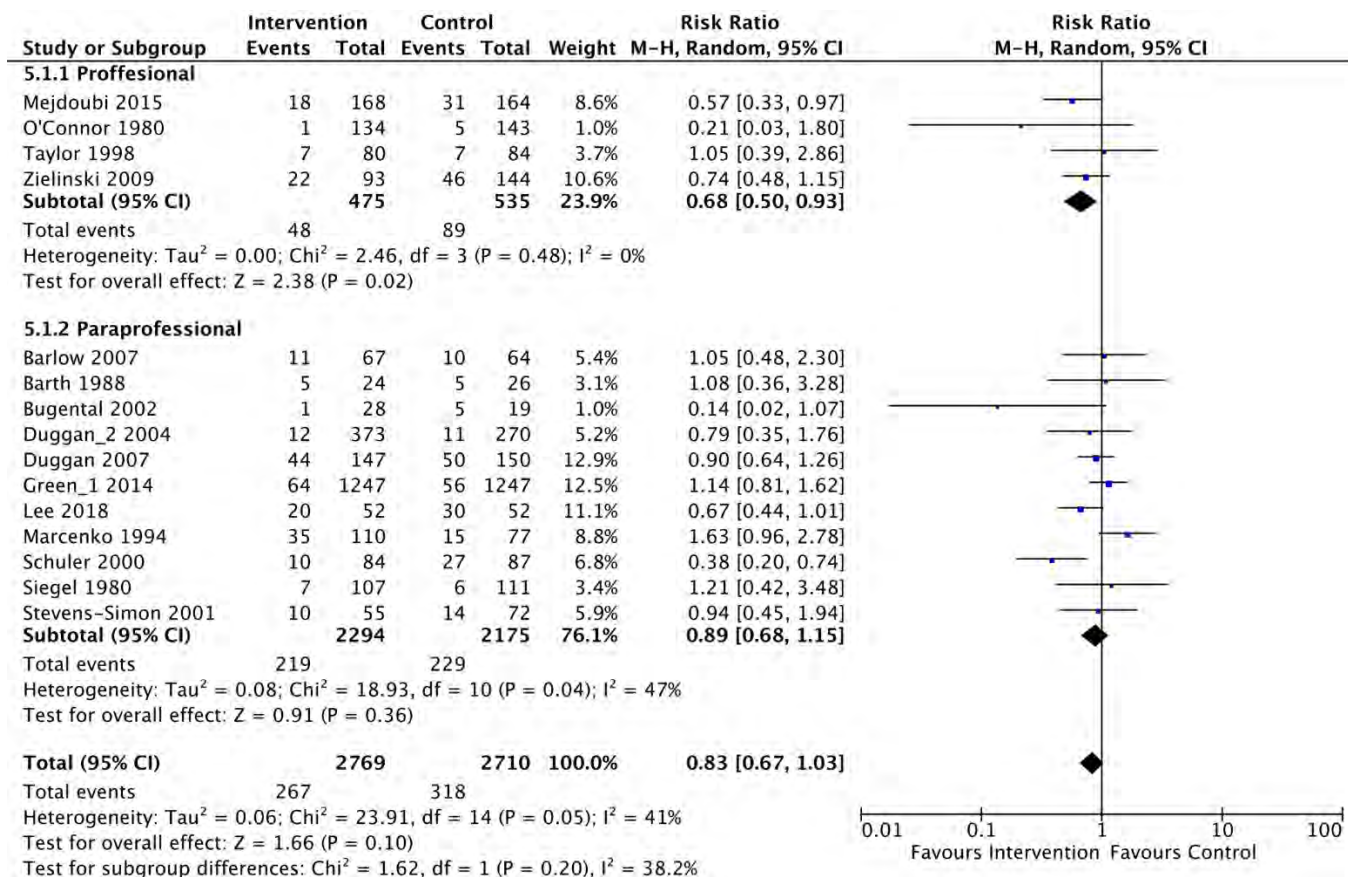


図7：介入者(看護師もしくは訓練を受けた実務者(Paraprofessional))によるサブグループ解析におけるCPS recordsのリスク比のフォレストプロット

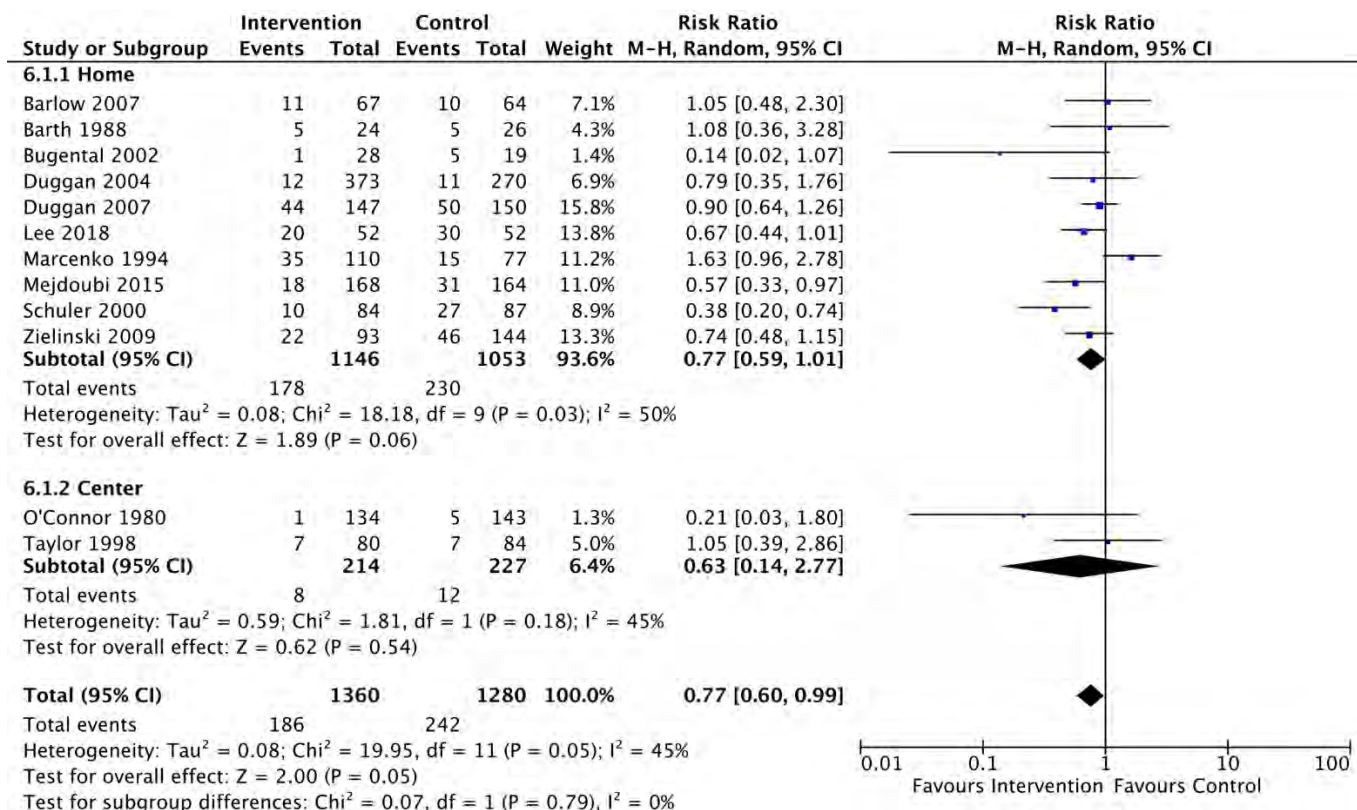


図8：介入場所(家庭訪問もしくは家庭外施設)によるサブグループ解析におけるCPS recordsのリスク比のフォレストプロット

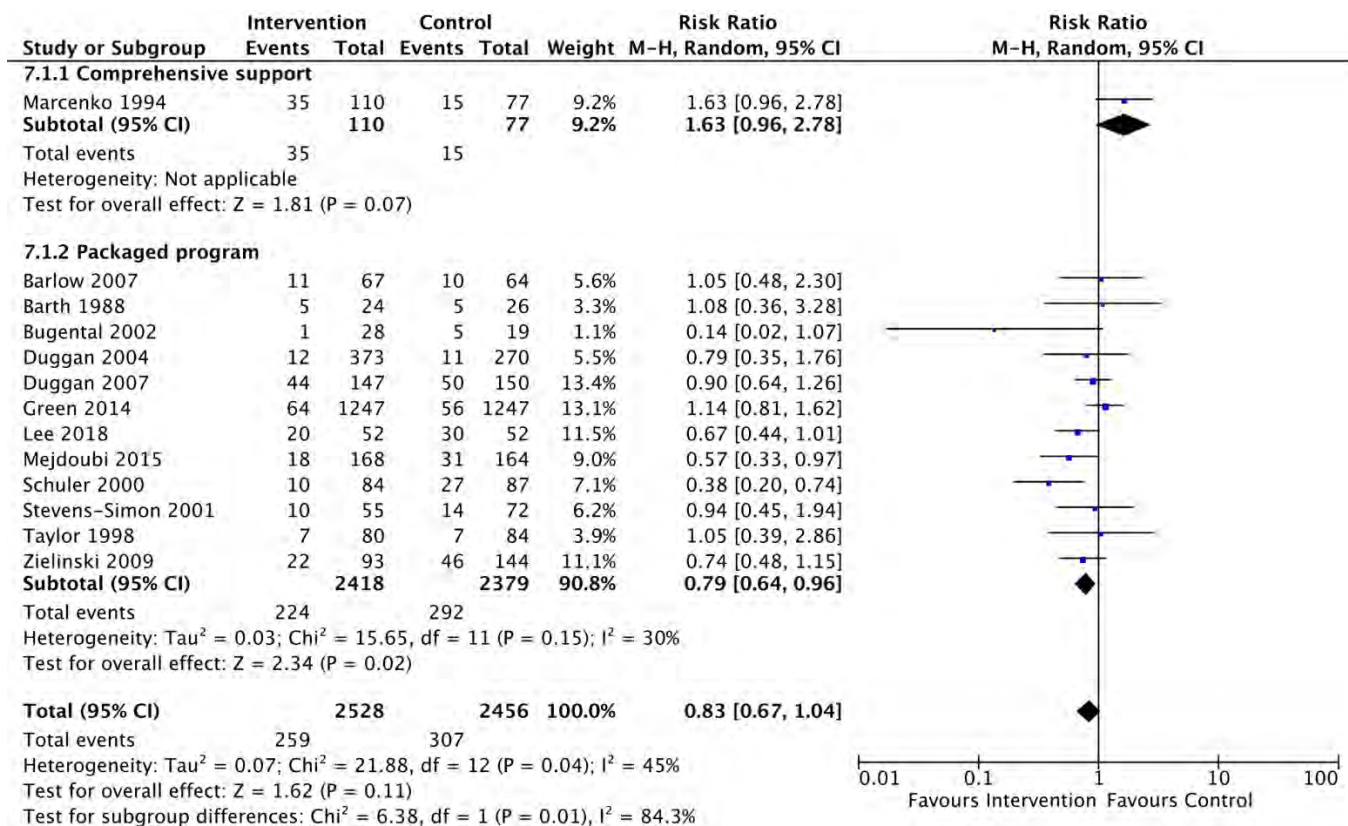


図9：介入形態(包括的支援もしくは特定のプログラムに基づいた支援)によるサブグループ解析におけるCPS recordsのリスク比のフォレストプロット

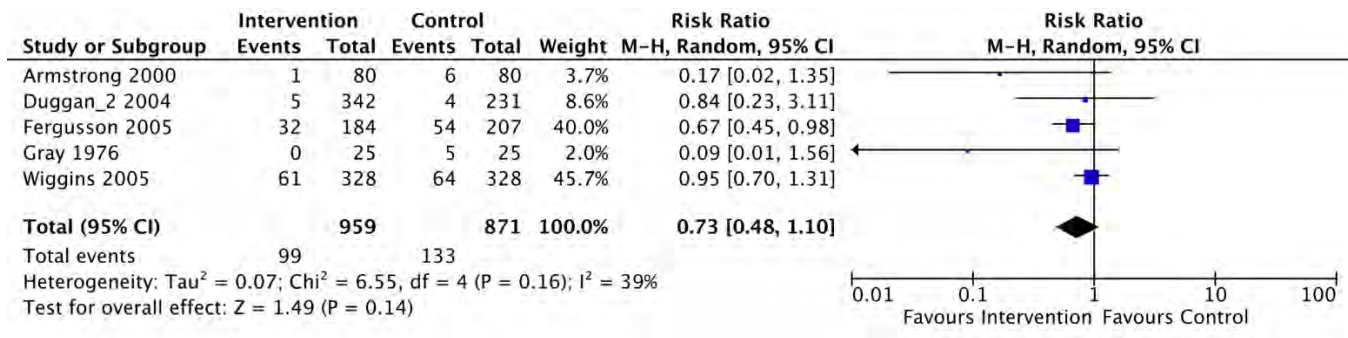


図10：外傷報告件数(Injury report)のリスク比のフォレストプロット

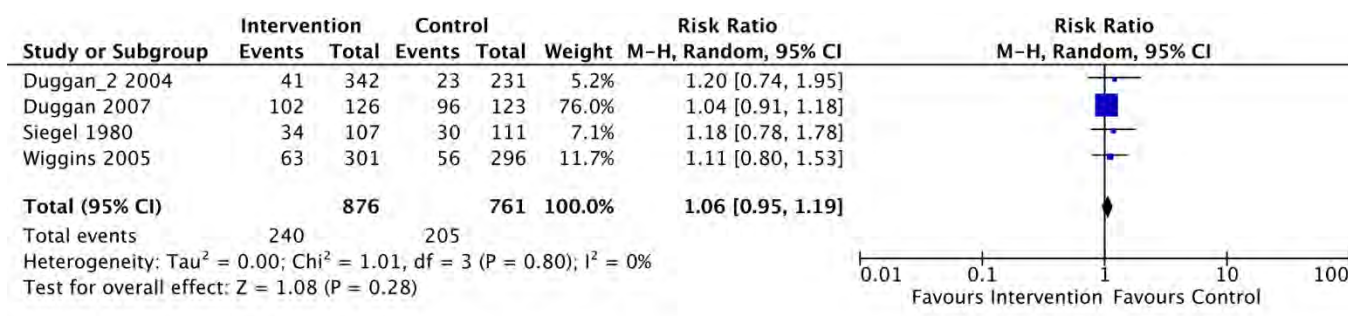
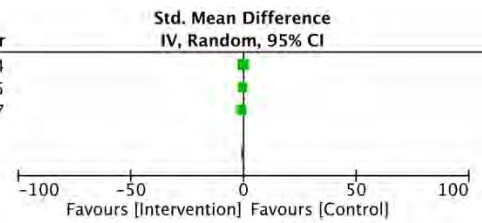


図11：救急受診件数(ER visit)のリスク比のフォレストプロット

### PSI-SF(Total score)

Study or Subgroup	Intervention			Control			Weight	Std. Mean Difference		Year
	Mean	SD	Total	Mean	SD	Total		IV, Random, 95% CI	Year	
Green_2 2014	1.9	0.7	381	2	0.73	383	38.0%	-0.14	[-0.28, 0.00]	2014
Ammerman 2015	64.58	31	47	75.92	27.27	46	30.0%	-0.38	[-0.80, 0.03]	2015
Barnes_1 2017	73.4	1.5	83	74.9	2	58	32.0%	-0.87	[-1.22, -0.52]	2017
<b>Total (95% CI)</b>	<b>511</b>			<b>487</b>			<b>100.0%</b>	<b>-0.45</b>	<b>[-0.91, 0.01]</b>	

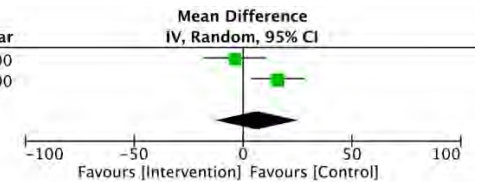
Heterogeneity:  $\tau^2 = 0.14$ ;  $\chi^2 = 14.58$ ,  $df = 2$  ( $P = 0.0007$ );  $I^2 = 86\%$   
 Test for overall effect:  $Z = 1.90$  ( $P = 0.06$ )



### PSI(Parent domain)

Study or Subgroup	Intervention			Control			Weight	Mean Difference		Year
	Mean	SD	Total	Mean	SD	Total		IV, Random, 95% CI	Year	
Fraser 2000 (Multiparae)	127.08	32.66	28	130.79	26.16	48	48.1%	-3.71	[-17.89, 10.47]	2000
Fraser 2000 (Primiparas)	127.09	23.48	38	111.2	20.42	18	51.9%	15.89	[3.86, 27.92]	2000
<b>Total (95% CI)</b>	<b>66</b>			<b>66</b>			<b>100.0%</b>	<b>6.46</b>	<b>[-12.73, 25.66]</b>	

Heterogeneity:  $\tau^2 = 147.07$ ;  $\chi^2 = 4.27$ ,  $df = 1$  ( $P = 0.04$ );  $I^2 = 77\%$   
 Test for overall effect:  $Z = 0.66$  ( $P = 0.51$ )



### PSI(Child domain)

Study or Subgroup	Intervention			Control			Weight	Mean Difference		Year
	Mean	SD	Total	Mean	SD	Total		IV, Random, 95% CI	Year	
Black 1994	0.3	0.4472	20	0.8	0.4796	23	56.3%	-0.50	[-0.78, -0.22]	1994
Fraser 2000 (Multiparae)	99.21	19.51	28	101.32	20.69	48	18.2%	-2.11	[-11.41, 7.19]	2000
Fraser 2000 (Primiparas)	97.09	18.35	38	89.93	8.69	18	25.5%	7.16	[0.08, 14.24]	2000
<b>Total (95% CI)</b>	<b>86</b>			<b>89</b>			<b>100.0%</b>	<b>1.16</b>	<b>[-3.67, 5.99]</b>	

Heterogeneity:  $\tau^2 = 10.78$ ;  $\chi^2 = 4.60$ ,  $df = 2$  ( $P = 0.10$ );  $I^2 = 57\%$   
 Test for overall effect:  $Z = 0.47$  ( $P = 0.64$ )

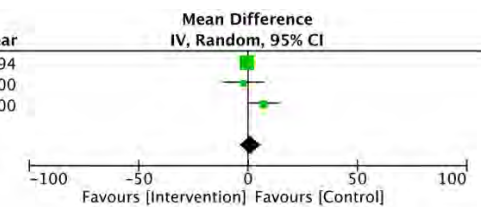
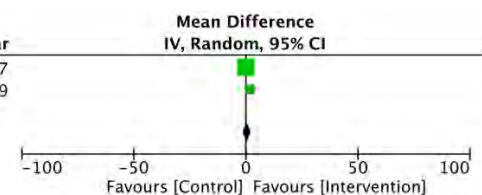


図12 : PSI-SFのSMDとPSIのMDのフォレストプロット

### Total score

Study or Subgroup	Experimental			Control			Weight	Mean Difference		Year
	Mean	SD	Total	Mean	SD	Total		IV, Random, 95% CI	Year	
Barnes_2 2017	7.5	0.866	75	7.5	0.7483	56	67.5%	0.00	[-0.28, 0.28]	2017
Cox 2019	20.8	6.0926	58	18.9	5.7131	51	32.5%	1.90	[-0.32, 4.12]	2019
<b>Total (95% CI)</b>	<b>133</b>			<b>107</b>			<b>100.0%</b>	<b>0.62</b>	<b>[-1.13, 2.36]</b>	

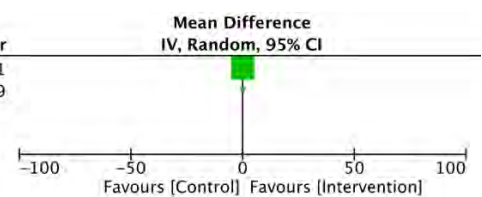
Heterogeneity:  $\tau^2 = 1.16$ ;  $\chi^2 = 2.78$ ,  $df = 1$  ( $P = 0.10$ );  $I^2 = 64\%$   
 Test for overall effect:  $Z = 0.69$  ( $P = 0.49$ )



### Construct A : Inappropriate parental expectations

Study or Subgroup	Intervention			Control			Weight	Mean Difference		Year
	Mean	SD	Total	Mean	SD	Total		IV, Random, 95% CI	Year	
LeCroy 2011	2.77	0.76	85	2.77	0.69	86	93.6%	0.00	[-0.22, 0.22]	2011
Cox 2019	5.1	2.2847	58	5.1	2.1424	51	6.4%	0.00	[-0.83, 0.83]	2019
<b>Total (95% CI)</b>	<b>143</b>			<b>137</b>			<b>100.0%</b>	<b>0.00</b>	<b>[-0.21, 0.21]</b>	

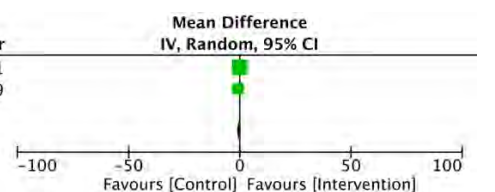
Heterogeneity:  $\tau^2 = 0.00$ ;  $\chi^2 = 0.00$ ,  $df = 1$  ( $P = 1.00$ );  $I^2 = 0\%$   
 Test for overall effect:  $Z = 0.00$  ( $P = 1.00$ )



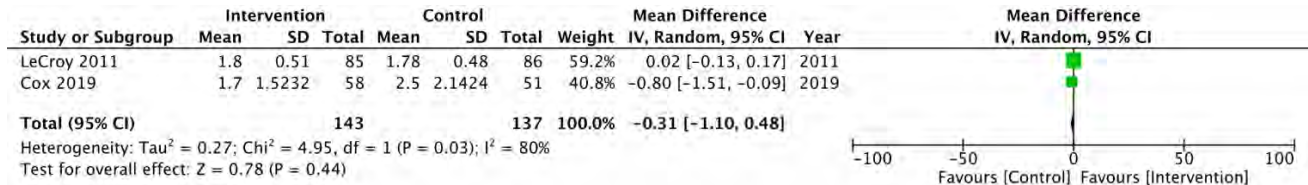
### Construct B : Parental lack of an empathic awareness of children's needs

Study or Subgroup	Intervention			Control			Weight	Mean Difference		Year
	Mean	SD	Total	Mean	SD	Total		IV, Random, 95% CI	Year	
LeCroy 2011	1.8	0.51	85	1.78	0.48	86	59.2%	0.02	[-0.13, 0.17]	2011
Cox 2019	1.7	1.5232	58	2.5	2.1424	51	40.8%	-0.80	[-1.51, -0.09]	2019
<b>Total (95% CI)</b>	<b>143</b>			<b>137</b>			<b>100.0%</b>	<b>-0.31</b>	<b>[-1.10, 0.48]</b>	

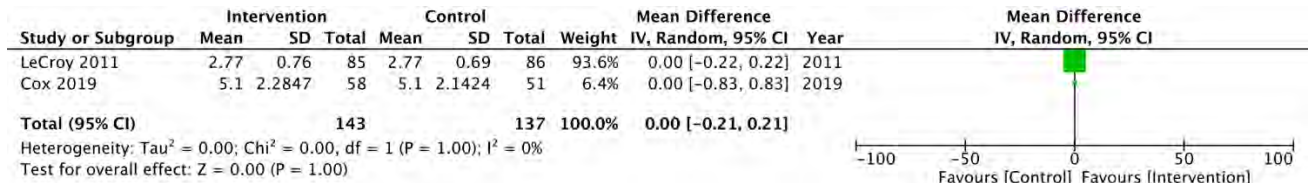
Heterogeneity:  $\tau^2 = 0.27$ ;  $\chi^2 = 4.95$ ,  $df = 1$  ( $P = 0.03$ );  $I^2 = 80\%$   
 Test for overall effect:  $Z = 0.78$  ( $P = 0.44$ )



Construct C : Strong belief in the use and value of corporal punishment



Construct D : Parent-child role reversal



Construct E : Oppressing children's power and independence

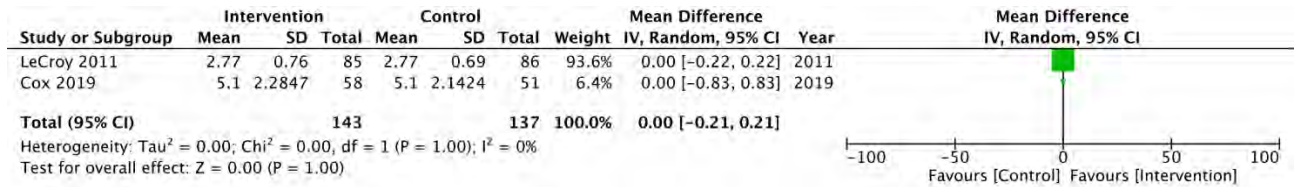
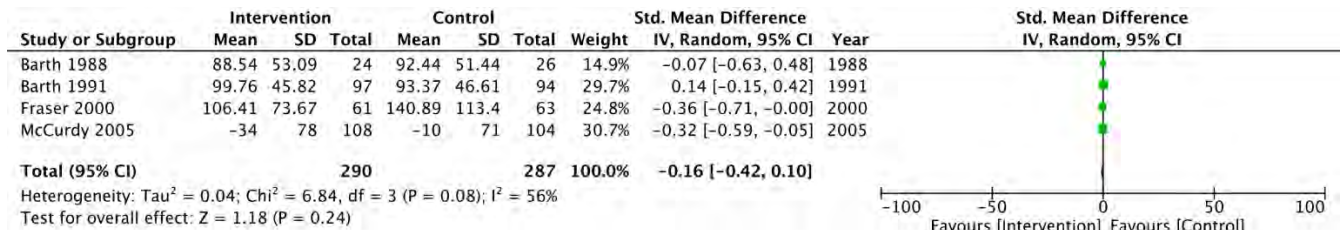
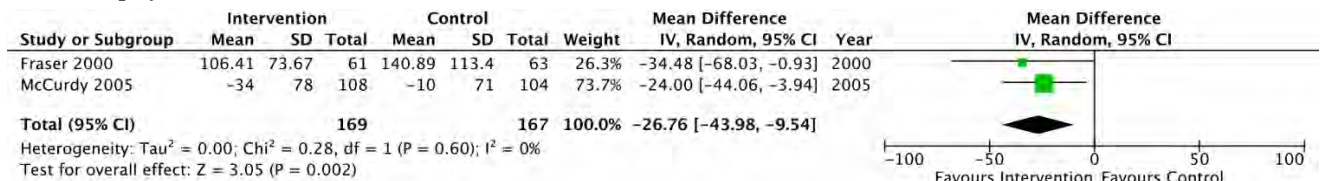


図13 : AAPI-2のMDのフォレストプロット

Total score



77-item physical child abuse scale



35-item short version

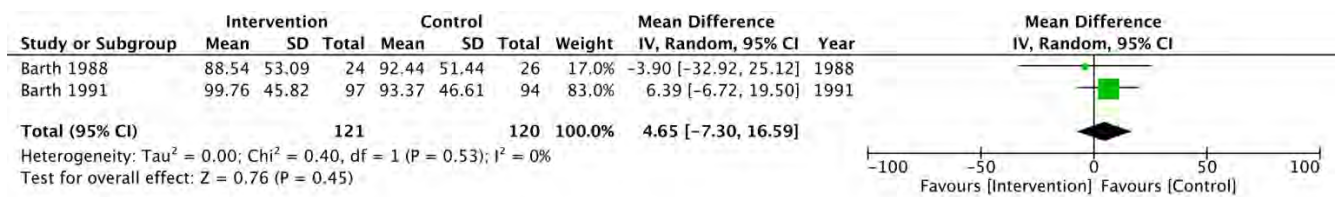
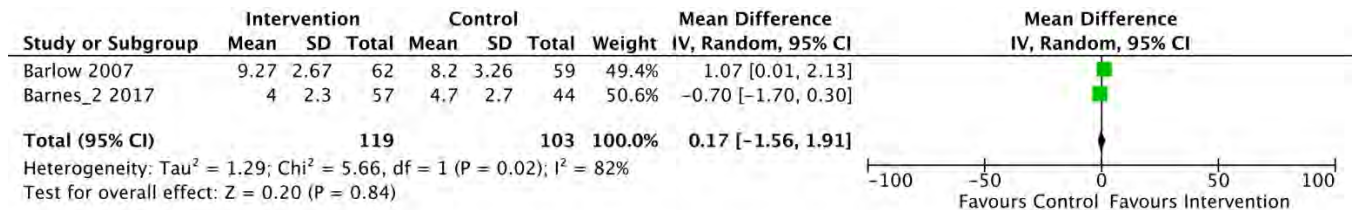


図14 : CAPI(Total score)のSMDとCAPI(77-item physical child abuse scale, 35-item short version)のMDのフォレストプロット

## Maternal sensitivity



## Infant cooperativeness

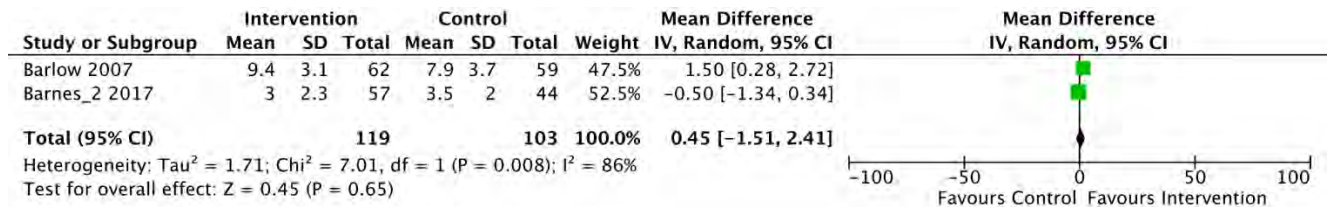


図15 : CARE-IndexのMDのフォレストプロット

表1 : エビデンスの確実性評価

No. of studies	Certainty assessment						No. of patients		Effect		Certainty
	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervention	Usual care	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
CPS records											
15	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious <sup>a</sup>	none	267/2769 (9.6%)	318/2710 (11.7%)	RR 0.83 (0.67 to 1.03)	20 fewer per 1,000 (from 39 fewer to 4 more)	⊕⊕⊕○ Moderate
CPS records - More than 6 months											
13	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious <sup>a</sup>	none	259/2528 (10.2%)	307/2456 (12.5%)	RR 0.83 (0.67 to 1.04)	21 fewer per 1,000 (from 41 fewer to 5 more)	⊕⊕⊕○ Moderate
CPS records - Less than 6 months											
2	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious <sup>a,b</sup>	none	8/241 (3.3%)	11/254 (4.3%)	RR 0.65 (0.12 to 3.41)	15 fewer per 1,000 (from 38 fewer to 104 more)	⊕⊕○○ Low
CPS records - During pregnancy and postpartum											
6	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious <sup>a,c</sup>	none	111/514 (21.6%)	137/527 (26.0%)	RR 0.85 (0.61 to 1.19)	39 fewer per 1,000 (from 101 fewer to 49 more)	⊕⊕⊕○ Moderate
CPS records - Postpartum											

No. of studies	Study design	Certainty assessment					No. of patients		Effect		Certainty
		Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervention	Usual care	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
9	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious <sup>a</sup>	none	156/2255 (6.9%)	181/2183 (8.3%)	RR 0.81 (0.59 to 1.11)	16 fewer per 1,000 (from 34 fewer to 9 more)	⊕⊕⊕○ Moderate

CPS records - More than twice per month in the first month postpartum

14	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious <sup>a</sup>	none	260/2689 (9.7%)	311/2626 (11.8%)	RR 0.82 (0.66 to 1.03)	21 fewer per 1,000 (from 40 fewer to 4 more)	⊕⊕⊕○ Moderate
----	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	-----------------	------------------	------------------------	--	------------------

CPS records - Less than twice per month in the first month postpartum

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious <sup>a,b</sup>	none	7/80 (8.8%)	7/84 (8.3%)	RR 1.05 (0.39 to 2.86)	4 more per 1,000 (from 51 fewer to 155 more)	⊕⊕○○ Low
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	-------------	-------------	------------------------	--	-------------

CPS records - Professional

4	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious <sup>c</sup>	none	48/475 (10.1%)	89/535 (16.6%)	RR 0.68 (0.50 to 0.93)	53 fewer per 1,000 (from 83 fewer to 12 fewer)	⊕⊕⊕○ Moderate
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	----------------	----------------	------------------------	--	------------------

CPS records - Paraprofessional

11	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious <sup>a</sup>	none	219/2294 (9.5%)	229/2175 (10.5%)	RR 0.89 (0.68 to 1.15)	12 fewer per 1,000 (from 34 fewer to 16 more)	⊕⊕⊕○ Moderate
----	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	-----------------	------------------	------------------------	---	------------------

CPS records - Home

10	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious <sup>a</sup>	none	178/1146 (15.5%)	230/1053 (21.8%)	RR 0.77 (0.59 to 1.01)	50 fewer per 1,000 (from 90 fewer to 2 more)	⊕⊕⊕○ Moderate
----	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	------------------	------------------	------------------------	--	------------------

CPS records - Center

2	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious <sup>b</sup>	none	8/214 (3.7%)	12/227 (5.3%)	RR 0.63 (0.14 to 2.77)	20 fewer per 1,000 (from 45 fewer to 94 more)	⊕⊕○○ Low
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	---------------------------	------	--------------	---------------	------------------------	---	-------------

CPS records - Comprehensive support

1	randomised trials	not serious	not serious	not serious	very serious <sup>a,b</sup>	none	35/110 (31.8%)	15/77 (19.5%)	RR 1.63 (0.96 to 2.78)	123 more per 1,000 (from 8 fewer to 347 more)	⊕⊕○○ Low
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	-----------------------------	------	----------------	---------------	------------------------	---	-------------

CPS records - Packaged program

12	randomised trials	not serious	not serious	not serious	not serious	none	224/2418 (9.3%)	292/2379 (12.3%)	RR 0.79 (0.64 to 0.96)	26 fewer per 1,000 (from 44 fewer to 5 fewer)	⊕⊕⊕⊕ High
----	-------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	------	-----------------	------------------	------------------------	---	--------------

Injury report



Certainty assessment							No. of patients		Effect		Certainty
No. of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervention	Usual care	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
5	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious <sup>a,c</sup>	none	99/959 (10.3%)	133/871 (15.3%)	RR 0.73 (0.48 to 1.10)	41 fewer per 1,000 (from 79 fewer to 15 more)	⊕⊕⊕○ Moderate

ER visit

4	randomised trials	not serious	not serious	not serious	not serious	none	240/876 (27.4%)	205/761 (26.9%)	RR 1.06 (0.95 to 1.19)	16 more per 1,000 (from 13 fewer to 51 more)	⊕⊕⊕⊕ High
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	------	-----------------	-----------------	------------------------	--	--------------

PSI-SF (Total score)

3	randomised trials	not serious	serious <sup>d</sup>	not serious	not serious	none	511	487	-	SMD 0.45 SD fewer (0.91 fewer to 0.01 more)	⊕⊕⊕○ Moderate
---	-------------------	-------------	----------------------	-------------	-------------	------	-----	-----	---	---	------------------

PSI (Parent domain)

2	randomised trials	not serious	serious <sup>d</sup>	not serious	serious <sup>e</sup>	none	66	66	-	MD 6.46 more (12.73 fewer to 25.66 more)	⊕⊕○○ Low
---	-------------------	-------------	----------------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	--	-------------

PSI (Child domain)

3	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious <sup>e</sup>	none	86	89	-	MD 1.16 more (3.67 fewer to 5.99 more)	⊕⊕⊕○ Moderate
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	----	----	---	--	------------------

AAPI-2 (Total score)

2	randomised trials	not serious	serious <sup>d</sup>	not serious	serious <sup>e</sup>	none	133	107	-	MD 0.62 higher (1.13 lower to 2.36 higher)	⊕⊕○○ Low
---	-------------------	-------------	----------------------	-------------	----------------------	------	-----	-----	---	--	-------------

AAPI-2 Construct A: Inappropriate parental expectations

2	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious <sup>e</sup>	none	143	137	-	MD 0 (0.21 lower to 0.21 higher)	⊕⊕⊕○ Moderate
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	-----	-----	---	----------------------------------	------------------

AAPI-2 Construct B: Parental lack of an empathic awareness of children's needs

2	randomised trials	not serious	serious <sup>d</sup>	not serious	serious <sup>e</sup>	none	143	137	-	MD 0.31 fewer (1.1 fewer to 0.48 more)	⊕⊕○○ Low
---	-------------------	-------------	----------------------	-------------	----------------------	------	-----	-----	---	--	-------------

AAPI-2 Construct C: Strong belief in the use and value of corporal punishment

2	randomised trials	not serious	serious <sup>d</sup>	not serious	serious <sup>e</sup>	none	143	137	-	MD 0.33 fewer (1.08 fewer to 0.42 more)	⊕⊕○○ Low
---	-------------------	-------------	----------------------	-------------	----------------------	------	-----	-----	---	---	-------------

AAPI-2 Construct D: Parent-child role reversal

2	randomised trials	not serious	serious <sup>d</sup>	not serious	serious <sup>e</sup>	none	150	139	-	MD 0.67 more (0.56 fewer to 1.9 more)	⊕⊕○○ Low
---	-------------------	-------------	----------------------	-------------	----------------------	------	-----	-----	---	---------------------------------------	-------------

AAPI-2 Construct E: Oppressing children's power and independence

Certainty assessment							No. of patients		Effect		Certainty
No. of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervention	Usual care	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
2	randomised trials	not serious	serious <sup>d</sup>	not serious	serious <sup>e</sup>	none	150	139	-	MD 0.49 more (0.54 fewer to 1.51 more)	⊕⊕○○ Low

CAPI (Total score)

4	randomised trials	serious <sup>f</sup>	not serious	not serious	not serious	none	290	287	-	SMD 0.16 SD fewer (0.42 fewer to 0.1 more)	⊕⊕⊕○ Moderate
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	-------------	------	-----	-----	---	--	------------------

CAPI (77-item physical child abuse scale)

2	randomised trials	serious <sup>f</sup>	not serious	not serious	serious <sup>e</sup>	none	169	167	-	MD 26.76 fewer (43.98 fewer to 9.54 fewer)	⊕⊕○○ Low
---	-------------------	----------------------	-------------	-------------	----------------------	------	-----	-----	---	--	-------------

CAPI (35-item short version)

2	randomised trials	not serious	not serious	not serious	serious <sup>e</sup>	none	121	120	-	MD 4.65 higher (7.3 lower to 16.59 higher)	⊕⊕⊕○ Moderate
---	-------------------	-------------	-------------	-------------	----------------------	------	-----	-----	---	--	------------------

CARE index (Maternal sensitivity)

2	randomised trials	not serious	serious <sup>d</sup>	not serious	serious <sup>e</sup>	none	119	103	-	MD 0.17 more (1.56 fewer to 1.91 more)	⊕⊕○○ Low
---	-------------------	-------------	----------------------	-------------	----------------------	------	-----	-----	---	--	-------------

CARE index (Infant cooperativeness)

2	randomised trials	not serious	serious <sup>d</sup>	not serious	serious <sup>e</sup>	none	119	103	-	MD 0.45 more (1.51 fewer to 2.41 more)	⊕⊕○○ Low
---	-------------------	-------------	----------------------	-------------	----------------------	------	-----	-----	---	--	-------------

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio; SMD: standardised mean difference

## Explanations

- a. wide 95% CI
- b. very few events
- c. few events
- d. substantial (I<sup>2</sup>=60-90%)
- e. small sample size
- f. inappropriate randomization process

## 作成上の留意事項

1. 「A. 研究目的」について  
厚生労働行政の課題との関連性を含めて記入すること。
2. 「B. 研究方法」について
  - (1) 実施経過が分かるように具体的に記入すること。
  - (2) 「(倫理面への配慮)」には、研究対象者に対する人権擁護上の配慮、研究方法による研究対象者に対する不利益、危険性の排除や説明と同意(インフォームド・コンセント)に関わる状況、実験動物に対する動物愛護上の配慮など、当該研究を行った際に実施した倫理面への配慮の内容及び方法について、具体的に記入すること。倫理面の問題がないと判断した場合には、その旨を記入するとともに必ず理由を明記すること。  
なお、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(令和3年文部科学省・厚生労働省・経済産業省告示第1号)、遺伝子治療等臨床研究に関する指針(平成31年厚生労働省告示第48号)、厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針(平成18年6月1日付厚生労働省大臣官房厚生科学課長通知)及び申請者が所属する研究機関で定めた倫理規定等を遵守するとともに、あらかじめ当該研究機関の長等の承認、届出、確認等が必要な研究については、研究開始前に所定の手続を行うこと。
3. 「C. 研究結果」について  
・全体の研究成果が明らかになるように具体的に記入すること。
4. その他
  - (1) 日本産業規格A列4番の用紙を用いること。
  - (2) 文字の大きさは、10～12ポイント程度とする。