

## II. 分担研究報告

## 自治体における特定妊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）  
水本深喜（国立成育医療研究センターこころの診療部）  
小泉典章（長野大学）  
赤尾さく美（一般社団法人全国妊娠 SOS ネットワーク・一般社団法人ベアホープ）  
松田妙子（NPO 法人子育てひろば全国連絡協議会）

### 【研究要旨】

**研究目的：**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。

**方法：**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援用した。

さらにアセスメントシートの均てん化を行うこととした。

**結果：**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。

**考察：**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、現場の保健師の意見をさらに取り入れつつ、アセスメントシートの利用について均てん化を行っていく。

### A. 研究目的

保健師に対して、研究班では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、特定妊婦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である。

実装研究では、エビデンスに基づく介入（evidence based intervention, EBI）を臨床やコミュニティの場に組み込む際の過程、阻害要因、促進要因を明らかにする<sup>1,2)</sup>。実装研究によって介入実施に向けての阻害・促進要因を明らかにし、さらには、阻害要因に対処するための戦略を開発し、その実装に対する有効性を検証していくことができる。本研究では、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実装研究を行うことにより、

本プログラム実施のプロセス、阻害要因、促進要因を明らかにする。

実装研究では、ステークホルダーを巻き込み、ステークホルダーのニーズと取り組むべき課題を把握することが不可欠であるとされるが<sup>2)</sup>、本研究では特定妊婦支援プログラムの実装研究であり、特定妊婦を調査対象者とするのは倫理的に不適切であるため、プログラムを実施する地方自治体を調査対象とし、特定妊婦は調査対象とはしない。

実装科学においては、実装戦略がうまく作用する過程や理由を知ることが重要であるため、量的研究手法に加えて、質的な研究手法も用いるミックス法<sup>3)</sup>が良く用いられるが<sup>2)</sup>、本研究でもアセスメントシート利用実績、特定妊婦抽出数、要支援・要保護児童報告数などの量的データにインタビュー調査に基づく質的データを併せて分析する。

Damschroder らが、実装研究のアプローチが実装の活動にどのように役立つのかをまとめているように<sup>2,4)</sup>本研究では、実装に関する量的・質的なデータ分析を行い、文脈が実装にどのように影響するかを理解し、より効果的な支援プログラムの均てん化を図る。

## B. 研究方法

令和4年度に実施した特定妊婦アセスメントシートを用いた支援プログラムについて、以下の手順で実装研究を行う。

(1) 支援プログラムを実施する自治体は、長野県松本市、安曇野市、山形村の健康福祉課である。これらの自治体において約6か月間（令和4年9月-12月）特定妊婦アセスメントシートを用いた支援プログラム実施前後に、実施状況・実施効果を示すと考えられる数値として、以下を調査した。

- ① 特定妊婦アセスメントシート利用実績
- ② 支援プログラム実施前後での特定妊婦、要支援妊婦、要支援産婦抽出数
- ③ 支援プログラム実施前後での要支援児童・要保護児童の報告数
- ④ 精神科医療機関との連携数
- ⑤ 子ども家庭総合支援拠点との連携数

(2) 自治体の担当者に30~60分程度のZoomを用いた半構造化面接を行い、実施プロセスやその効果を明らかにした。

インタビューガイドは、以下の通りである。

- ① アセスメントシートをどのように使ったか
- ② アセスメントシートが役だったと感じたことは？
- ③ アセスメントシートの限界を感じたことは？

は？

- ④ アセスメントシートの改善案は？
- ⑤ アセスメントシートを使う前と後で変化したと感じたことは？

(3) 分析方法は修正版グランデッドセオリーを緩用し、文字起こしされたデータを切片化、コード化し、概念を形成していった。

## C. 研究結果

### ① 安曇野市・塩尻市・松本市・山形村の基本データ

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安曇野市・塩尻市・松本市・山形村から得たプログラム実施中（2022年9月-12月）と前年同期（2021年9月-12月）の特定妊婦アセスメントシート使用件数、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、精神科連携数、子ども家庭総合支援拠点連携数は、表1の通りである。

表1 安曇野市・塩尻市・松本市・山形村の基本データ

対象時期	2021年9月-12月		2022年9月-12月	
特定妊婦アセスメントシート使用件数	-	-	26	(1)
特定妊婦数	13	(0)※	15	(1)
要支援妊婦数	305	-	251	-
要支援産婦数	206	-	182	-
要支援児童数	47	(3)	35	(2)
要保護児童数	14	(0)	19	(2)
精神科連携関連人数	21	(0)	42	(2)
子ども家庭総合支援拠点関連人数	171	(0)	187	(0)

※ ( ) 内は塩尻市の件数。要支援妊婦産婦の定義はない

### ② プログラム実施前と実施中の要支援妊婦における特定妊婦抽出有無の分布

要支援妊婦における特定妊婦抽出の有無を分布がプログラム実施前と実施中で異なるかを $\chi^2$ 二乗検定で分析した。その結果、度数分布に有意な差はなかった ( $\chi^2=0.52, p=.473, df=1, n=556$ )。

表2 要支援妊婦における特定妊婦抽出有無の分布

	特定妊婦抽出		合計
	なし	あり	
2021年9月-12月	292 (95.7%)	13 (4.3%)	305 (100.0%)
2022年9月-12月	237 (94.4%)	14 (5.6%)	251 (100.0%)
合計	529 (95.1%)	27 (4.9%)	556 (100.0%)

※山形村は要支援妊婦の定義がないため分析対象から除いた

### ③ プログラム実施前と実施中の要支援妊婦における精神科連携有無の分布

表3 要支援妊婦における精神科連携有無の度数分布

	精神科連携		合計
	なし	あり	
2021年9月-12月	284 (93.1%)	21 (6.9%)	305 (100.0%)
2022年9月-12月	211 (84.1%)	40 (15.9%)	251 (100.0%)
合計	495 (89.0%)	61 (11.0%)	556 (100.0%)

※山形村は要支援妊婦の定義がないため分析対象から除いた

要支援妊婦における精神科連携の有無の分布がプログラム実施前と実施中で異なるかを $\chi^2$ 二乗検定で分析した。その結果、度数分布に有意な差が見られ、プログラム実施前よりも実施中の方が精神科連携ありの度数は有意に高かった ( $\chi^2=11.55$ ,  $p=.001$ ,  $df=1$ ,  $n=556$ )。

### ④ プログラム実施前と実施中の要支援妊婦における子ども家庭総合支援拠点連携の有無の分布

要支援妊婦に子ども家庭総合支援拠点連携の有無の分布がプログラム実施前と実施中で異なるかを $\chi^2$ 二乗検定で分析した。その結果、度数分布に有意な差が見られ、プログラム実施前よりも実施中の方が連携ありの度数が有意に高かった ( $\chi^2=20.41$ ,  $p<.001$ ,  $df=1$ ,  $n=556$ )。

表4 要支援妊婦における子ども家庭総合支援拠点との連携有無の分布

	子ども家庭総合支援拠点との連携		合計
	なし	あり	
2021年9月-12月	134 (43.9%)	171 (56.1%)	305 (100.0%)
2022年9月-12月	64 (25.5%)	187 (74.5%)	251 (100.0%)
合計	198 (35.6%)	358 (64.4%)	556 (100.0%)

※山形村は要支援妊婦の定義がないため分析対象から除いた

### ⑤ 特定妊婦アセスメントシートをどう使ったのか

特定妊婦アセスメントシートをどう使ったのかについてインタビューで得られた質的データを分析した結果、各自治体では、対象としてはハイリスクと思われるケース、対象者がチェックリストに該

当するケースに使い、目的としてはアセスメントのため、情報整理のため、情報共有のため、支援計画を立てるため、継続ケースの振り返りのために使ったことがわかった。

大カテゴリ	小カテゴリ
ハイリスクと思われるケースに使った	ハイリスクケースに使った、気になるケースだったのでシートにまとめた
チェックリストに該当するので使った	チェックリストをつけてみたら該当したので使ってみた
アセスメントのために使った	アセスメントするために使った、チェックのついた項目について深く情報収集するようにした
情報を整理してケースの概要がわかるようにした	ケースの概要がわかるようにした、多機関の情報をまとめた、妊娠届時に収集した情報を整理した、訪問前に情報収集・情報整理のために使った、自分の振り返りのために使った
情報共有のために使った	事例検討会の資料として使った、対応検討会に出すケースをまとめた
支援計画を立てるために使った	リスク要因に対応を対応させながら書いていった、支援計画を立てるために使った
継続ケースの振り返りに使った	継続ケースの支援方法を考えるために使った、産後2か月まで使った

### ⑥ 特定妊婦アセスメントシートはどう役立ったのか

特定妊婦アセスメントシートはどう役立ったのかについてインタビュー調査で得られた質的データを分析した結果、アセスメントシートは、必要な情報の明確化、アセスメント、ケースの振り返り、支援計画立案、本人の強みを生かす支援、継続的変化の追跡、情報共有、支援の均てん化に役立ったことがわかった。

大カテゴリ	小カテゴリ
必要な情報が明確になった	見落としを減らすことができた、対象者に確認すべきことが明確になり、関わられた、どのような視点で見ていくといいのか分かった、面談の目的が明確になった
アセスメントに役立った	リスク要因を明確にできた、客観的に考えることができた、周囲の諸ソースについても考えることができた、情報を可視化することで対象者の全体が見えるようになった、対象者の内面に目を向けることができた、対象者を多面から捉えることができた
ケースの振り返りに役立った	ケースについて振り返りやすかった、情報を振り返ることができた
支援計画を立てるのに役立った	リスク要因と支援方法が対応していたので支援方針が立てやすかった、支援のアプローチの幅が広がった、支援方法の組み立てに仕えた、方針を考えるのに役立った、優先順位を考えることができた、連携先について考えることができた
本人の強みを生かす支援につながった	保護因子を視点に入れてアセスメントできた、対象者の強みが見えてきた、本人の強みを生かせる支援をしたと思うようになった
経時的変化を追うことができた	産前と産後の情報を繋げて書くことができた、日々更新される情報を書き留めておくことができた
情報共有に役立った	産前から産後の担当者への引継ぎに仕えた、事例検討会の資料として仕えた、情報共有しやすくなった、情報共有時にリスク要因と対応を紐つけて整理することができた、精神科医との連携時の情報共有に役立った
皆同じ支援ができる	皆が同じ支援ができて良い

### 考察

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。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。

## 文献

1. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. *Implement Sci.* 2006;1:1.
2. 島津太一. 保健医療分野の実装研究 (特集 実装科学と医療の質・安全). *医療の質・安全学会誌 = The Japanese journal of quality and safety in healthcare*, 2018, 13.4: 415-420.
3. Creswell, John W., and J. David Creswell. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications, 2017.
4. Damschroder L, Peikes D, Petersen D. Using Implementation Research to Guide Adaptation, Implementation, and Dissemination of Patient-Centered Medical Home Models. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. 2013.AHRQ Publication No.13-0027-EF.

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

### F. 研究発表

#### 1. 論文発表

英文 (査読あり)

1. 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
2. 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.

3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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, Yauwa 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)

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

#### G. 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. 学会発表

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



資料1.

資料1

「妊娠期から支援を要する妊婦・家庭」への対応の指標

当院では、「妊娠期から支援を要する妊婦・家庭」を、地域関係者・関係機関と共にサポートしていけるように連携します。

原則的に、「育児・養育支援」の観点から、妊婦さん本人の同意を得て、地域関係者・関係機関との連携を開始します。但し、以下の場合は、「児童虐待防止」の観点から、(本人同意が得られない場合でも)周産期患者支援カンファレンスで対応を検討します。

※赤字：虐待ハイリスクと捉え、地域関係者・関係機関（保健師・子ども家庭支援センター等）へ連絡します

※青字：支援者の有無・障害の程度・緊急性を多職種で総合的に判断し、地域への連絡の要否を決定します

\* 気になる母子のチェックシート（H28年6月作成 世田谷区要保護児童支援協議会）より一部改変/★の項目は虐待通告

＜保護者の状況＞	
妊娠状況	<input type="checkbox"/> 分娩時が初産である(妊婦検診を受けていない又は3回未満) <input type="checkbox"/> 妊娠中期(妊娠20週)を過ぎても母子健康手帳を持っていない <input type="checkbox"/> 望まない妊娠(予定外の妊娠)を受け入れられない、「産みたくない」または「産みたいけれど育てる自信がない」等の発言があるなど <input type="checkbox"/> 妊娠を認識していても、飲酒や喫煙をやめない <input type="checkbox"/> 妊娠・中絶を繰り返している( 回) <input type="checkbox"/> 初回健診時が妊娠中期(妊娠20週)以降 <input type="checkbox"/> 定期的に妊婦健診を受けていない <input type="checkbox"/> 流産を繰り返している( 回) <input type="checkbox"/> 不妊治療による妊娠または不妊治療歴がある <input type="checkbox"/> 分娩に対するネガティブな感情がある <input type="checkbox"/> 高齢(40歳以上)初産 <input type="checkbox"/> 若年(10代)妊娠
疾病障害等	<input type="checkbox"/> 精神疾患(産後うつを含む)がある <input type="checkbox"/> 知的障害がある <input type="checkbox"/> 発達障害・情緒障害がある <input type="checkbox"/> アルコールまたは薬物(処方薬を含む)依存があるまたは過去にあった <input type="checkbox"/> 違法薬物 <input type="checkbox"/> 身体障害がある <input type="checkbox"/> 産後に、出産が原因の身体的不調が続いている <input type="checkbox"/> 精神科治療歴がある <input type="checkbox"/> 複数の内科疾患がある <input type="checkbox"/> 複数の齲歯や歯周病があるが、治療しようとしていない
育児行動等	<input type="checkbox"/> 子どもを抱かないなど、子どもの世話を拒否する <input type="checkbox"/> 「子どもをかわいと思えない」などの言動がある <input type="checkbox"/> 育児知識、育児態度、育児姿勢に極端な偏りや拘りがある <input type="checkbox"/> 医療を必要とする状況ではないが、子どもを頻繁に受診させる <input type="checkbox"/> 長期入院による子どもとの分離
その他	<input type="checkbox"/> ★ DVを受けている <input type="checkbox"/> ★ 家庭内暴力を行っている <input type="checkbox"/> 虐待歴がある <input type="checkbox"/> 被虐待歴がある <input type="checkbox"/> 過去に心中未遂がある <input type="checkbox"/> 過去に自殺未遂がある(時期やその後の経過を確認) <input type="checkbox"/> 自傷行為がある <input type="checkbox"/> 保険証がない <input type="checkbox"/> 住所不定または住民票がない <input type="checkbox"/> 他者への暴言・暴力や、攻撃的・衝動的な言動がある <input type="checkbox"/> 完璧主義で譲歩できない、または思い通りにならないことへの怒り、拒否、嫌悪が強い <input type="checkbox"/> ひとり親、未婚、連れ子のある再婚 <input type="checkbox"/> 結婚・離婚を繰り返している( 回) <input type="checkbox"/> 多子 <input type="checkbox"/> 経済的困窮がある(治療費・入院費等の未納がある、夫婦共に不安定な就労または無職、妊娠・出産・育児に関する経済的不安があるなど) <input type="checkbox"/> パートナーや祖父母等の家族や身近な人の支援がない <input type="checkbox"/> 家族に介護が必要な者がいる <input type="checkbox"/> パートナー・家族との関係でトラブル等を抱えているまたは関係がうまくいっていない <input type="checkbox"/> 両親とも日本語が通じない <input type="checkbox"/> 身体や衣服等が不衛生である
＜子どもの状況＞	
抱乳・発達等	<input type="checkbox"/> ★ 状況や説明と一致しない不自然な傷・痣などがある <input type="checkbox"/> ★ 子ども(胎児を含む)に重度の疾病や障害がある <input type="checkbox"/> 低出生体重児、未熟児 <input type="checkbox"/> 母乳やミルクの飲みが悪い <input type="checkbox"/> 発育の遅れ(体重増加不良、身長伸びが悪い)がある <input type="checkbox"/> 抱きにくい <input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> アレルギーや他の皮膚疾患がないが、難治性のおむつかぶれがある <input type="checkbox"/> よく泣く、泣き強い
養育状況等	<input type="checkbox"/> ★ 保護者が安全確保を怠ったことによる転倒、転落、溺水、熱傷等がある <input type="checkbox"/> 健診や予防接種の受診・接種を拒否する <input type="checkbox"/> 出生後間もない時期からの長期入院による母子分離がある <input type="checkbox"/> 衣服等が不衛生である
＜きょうだい等の状況＞	
	<input type="checkbox"/> ★ 状況や説明と一致しない不自然な傷・痣などがある <input type="checkbox"/> ★ 保護者が安全確保を怠ったことによる転倒、転落、溺水、熱傷等がある <input type="checkbox"/> ★ 保護者から暴言や暴力を受けている <input type="checkbox"/> 健診の未受診や予防接種未接種あり、保護者が受診・接種を拒否する <input type="checkbox"/> 衣服等が不衛生である <input type="checkbox"/> 慢性疾患や身体的な障害がある <input type="checkbox"/> 発育の遅れ(低体重、低身長)がある <input type="checkbox"/> 発達の遅れ(運動、言語、情緒、認知等)があり、育てにくさがある <input type="checkbox"/> 不適切な生活習慣や栄養の偏りによると思われる複数の齲歯等がある

資料2.

特定妊婦 評価・対応シート

年 月 日 担当者

評価	対応
身体面のリスク因子（アセスメントシートでチェックの付いた項目）	可能であれば、リスク因子を弱める・減らす
心理面のリスク因子（アセスメントシートでチェックの付いた項目）	可能であれば、リスク因子を弱める・減らす
環境面のリスク因子（アセスメントシートでチェックの付いた項目）	可能であれば、リスク因子を弱める・減らす
<b>保護因子</b> <input type="checkbox"/> ストレスの対処能力 <input type="checkbox"/> パートナーとの情緒的なつながり <input type="checkbox"/> 実母からのサポート <input type="checkbox"/> 友人からのサポート <input type="checkbox"/> 家族や友人以外 <input type="checkbox"/> 癒やしとなるもの <input type="checkbox"/> お腹の子への思い <input type="checkbox"/> 上の子ども（いる場合）への愛情 <input type="checkbox"/> その他（	保護因子を強める・増やす
<b>相談状況</b> <input type="checkbox"/> 相談相手（関係性や相談相手への気持ち、相談時期・状況） <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 保健・福祉・医療機関	相談状況



### 資料3 周産期の自殺リスク評価票

#### SAD PERSONS スケール ([1] [2]を一部改変)

- うつ状態
- 自殺企図の既往      自殺企図      自傷
- アルコール・薬物の乱用
- 幻覚・脳器質症候群、精神病状態
- 社会的援助の欠如
  - 職場での孤立    乏しい家族関係    失業    社会経済的地位の低下    経済的損失
  - 病気・けがによる生活への影響    予想外の失敗    配偶者のドメスティックバイオレンス
  - 他者の死の影響（重要なつながりがあった人の死）    不安定で乏しい治療関係
- まとまった計画
  - 致死性の高い手段（縊首、飛び降り、ガスなど）    複数の手段の併用
  - 手のこんだ計画・強い/動揺する自殺念慮
- 配偶者がいない
  - 未婚    離婚    別居    配偶者との死別
- 身体疾患
  - 慢性・消耗性の疾患    生活に大きな支障がある    大きな苦痛を感じている

#### SAD PERSONS スケールに含まれない危険因子 ([2]を一部改変)

- 自殺の家族歴    喪失体験    幼少期の虐待の既往    事故傾性
- 自殺に関連した性格・パーソナリティの傾向
  - 依存的    敵対的    衝動的    強迫的    抑うつ的    半社会的

#### 赤信号サイン ([3]を一部改変)

- 急激な精神症状の出現    自分を傷つけたいという観念や行動
- 母親としての不全感の出現や持続、児に対する忌避

#### 黄色信号サイン ([3]を一部改変)

- 精神病の既往    精神疾患の家族歴（とりわけ、双極性障害、産褥精神病）

#### 文献

1. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA: **Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale.** *Psychosomatics* 1983, **24**(4):343-349.
2. 衛藤暢明、原田康平、松尾真裕子、吉良健太郎、大串祐馬、畑中聡仁、川寄弘詔: **総合病院精神科外来での自殺予防.** *精神神経学雑誌* 2018, **S430**(2018 特別号):873-879.
3. Knight M, Bunch K, Tuffnell D, Jayakody H, Shakespeare J, Kotnis R, Kenyon S, kurinczuk J, on\_behalf\_of\_MBRRACE-UK.: **Saving Lives, Improving Mothers' Care - Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2014-16.** *Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford* 2018.

### 資料4 特定妊婦・子育て家庭 評価・対応シートの使い方

このシートは、配慮や支援の必要と考えられる妊産婦に対し、系統的な心理社会的評価を行い、それに基づいて支援計画をたてることを目的としています。

妊産婦の心理社会面の評価や支援計画は、ともすると一部だけに焦点があてられ、「そのひと・その家族全体」をみづらくなっていることがあります。

意識的に系統的な心理社会的評価とそれにもとづく対応をしていくことで、誰が行っても一定水準以上の評価と支援計画が立てられるようになります。

#### 系統的な心理社会的評価

1. まず、「妊娠期から支援を要する妊婦・家庭」への対応の指標で、リスク因子を把握してください。
2. 把握したリスク因子を、「特定妊婦 評価・対応シート」の左側に書き込んでください。

#### 評価に基づく支援計画

1. 「特定妊婦 評価・対応シート」の左側に書き込んだリスク因子・保護因子に対し、1対1になるように「対応」を書き込んでいきます。

対応の基本は

リスク因子：弱める・減らす

保護因子：強める・増やす

です。

対応を書いていくと、系統的な心理社会的評価に基づく、総合的な支援計画のパーツが揃います。

まとめ

「評価」「対応」の中で、重要な点を自分の中でまとめて記載します。

このようにすることで、その妊産婦の総合的な評価と支援計画が可能になります。

慣れてくれば、この「”妊娠期から支援を要する妊婦・家庭“への対応の指標」の内容が頭の中に入り、細かく確認しなくても、評価・対応シートの左側の「評価」の欄を埋められるようになることでしょう。

※尚、この「特定妊婦 評価・対応シート」は、自殺対策のための戦略研究 ACTION-J (Kawanishi et al., 2014) で用いられた「A/P シート (Assessment/Planning シート)」をもとにしています。

資料5

共催 ©厚生労働科学研究費補助金研究事業「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」研究班  
©信州大学医学部周産期のこころの医学講座

## 特定妊婦の支援についての研修会

開催日時：令和5年3月28日（火）  
13時30分～16時30分

- 社会的ハイリスク妊婦へのケースワーク  
(一般社団法人ベアホープ理事 一般社団法人全国妊娠SOSネットワーク理事 赤尾さく美)
  - エジンバラ産後うつ病自己評価票の使い方
  - 妊産婦の命を守るために 一どこでもできる妊産婦自殺対策
  - 妊産婦の系統的な心理社会面の評価と支援計画の立て方について 一事例をもとに評価・対応シートを用いた検討  
(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 / 信州大学医学部周産期のこころの医学講座 特任教授 立花良之)
- 司会 信州大学医学部周産期のこころの医学講座 講師 村上寛

- 会場：Zoomを使用したオンライン研修  
(お申込み受付後にURLをお知らせいたします)
- 対象：心理社会的困難を抱える妊産婦の支援に携わる関係者、  
保健機関関係者、福祉機関関係者
- 定員：先着200名
- 参加費：無料
- 申込方法：応募用URLまたはQRコードよりお申し込みください。(先着順)  
※電話・E-mailによる受付は承っておりません
- ①氏名②所属③職種④メールアドレスを申込フォームにご入力の上お申し込みください。受講が決まった方には、別途メールにてオンライン研修URLをご連絡いたします。
- ※研修会お申込み時と終了後にアンケートにご協力いただきます。
- 申込期限：令和5年3月26日（日）
- 応募フォームURL・QRコード  
<https://forms.office.com/r/0VE0DF2WY>



《主催・お問合せ》  
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  
事務局  
電話：03-5494-7120 (内線5338または8104)  
E-mail: [mental-kenshu@nashd.go.jp](mailto:mental-kenshu@nashd.go.jp)

令和4年度厚生労働科学研究費補助金  
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業（健やか次世代育成総合研究事業）  
分担研究報告書

地域精神科診療所における妊産婦に対する医療的支援の実態調査

研究分担者	相良洋子	さがらレディースクリニック 院長 日本産婦人科医会 常務理事
研究協力者	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
研究協力者	芦刈伊世子	あしかりクリニック 院長 東京都精神神経科診療所協会 会長
研究協力者	羽藤邦利	代々木の森診療所 東京都精神神経科診療所協会 理事
研究協力者	西村由紀	メンタルケア協議会 精神保健福祉士
研究協力者	鈴木俊治	日本医科大学女性生殖発達病態学女性診療科・産科 主任教授 日本産婦人科医会 常務理事
研究協力者	竹内崇	東京医科歯科大学大学院精神行動医科学分野 准教授

【研究要旨】

本研究では、産科・精神科の連携についてどのような問題があるか、精神科診療上の観点から実態調査を行い、今後の解決すべき課題について検討することを目的とした。東京精神神経科診療所協会の会員に、妊産婦の精神科治療についてのアンケート調査を行った。精神科診療所の多くが周産期のメンタルヘルスケアについて前向きな姿勢である一方で、十分に参画できていない現状が明らかになった。精神科診療所のさらなる参画を促すために、地域母子保健のコーディネーターなどのサポートの拡充が必要と考えられる。また、地域の産科医・精神科医・行政との連携を推進するため、定期的に関係者の会議を各地域で行っていくことが望まれる。

A. 研究目的

周産期医療の現場では近年妊産婦のメンタルヘルスケアが重視されるようになってきているが、産後うつ病・産褥精神病など精神科治療を要するような妊産婦について、産科医療機関から精神科医療機関と連携は重要である。妊産婦の治療を受け入れる精神科医療機関として、総合病医院精神科だけではリソース不足であり、軽症例などについて地域の精神科診療所の対応は重要と考えられる。一方で、精神科診療所で精神疾患を抱えた妊産婦で周産期のメンタルヘルスケアに対応していないところも多い。

本研究では、産科・精神科の連携についてどのような問題があるか、精神科診療所の観点から実態調査を行い、今後の解決すべき課題について検討することを目的とした。

B. 方法

東京精神神経科診療所協会の会員に、妊産婦の精神科治療についてのアンケート調査を行った。

C. 結果

資料1のような結果を得た。

D. 考察

通院中の女性に対しては、妊娠の可能性も考慮に入れた処方をしている精神科医が多いことが明らかになり、妊娠可能年齢には禁忌薬を避けるなど処方に工夫をしていることがわかった。

通院中の患者が妊娠する頻度は年間10人以下である精神科診療所が多く、精神科診療所勤務の精神科医の妊産婦の診療経験は一般に多くないと考えられる。

患者が妊娠した際に産科医療機関を紹介する精神

科診療所は15%と少なく、このことは精神科診療所自体があまり産科医療機関と連携が少なく、また、妊娠についてのケアについてのケース・マネージメントは診療の対象外と考えていることが多いことがうかがえる。

産科医療機関あての診療情報提供書に関しては依頼があれば書くは69%、必ず書くは30%であり、精神科医が受け持っている患者が妊娠したときは産科と連携するのが当たり前と考えていることが多いことがうかがえる。

患者が出産するまで自身の診療所で診療を続けていく精神科医は15%にのぼり、84%は患者によってはあると回答していたことから、周産期の精神科ケアを場合によっては高次医療機関に任せる精神科診療所が多くあることがわかった。

出産後の育児支援体制のアドバイスについては31%の精神科医が「必ずしている」と答えたことから、環境調整などのアドバイスについて多くの精神科医が経験を持っていることがうかがえる。

向精神薬の仕様に関しては87%の精神科医が不安であると回答しており、周産期の向精神薬処方についての普及啓発が望まれる。

妊産婦に対応できる心理士がいないと回答した精神科診療所は67%であり、そのような精神科診療所では妊産婦に精神科医だけで対応することになり、そのようなリソース不足が周産期のメンタルヘルスケアの困難に繋がりがやすすいかもしれないと考えられる。

家族への介入を含めた環境調整に対応できる医療ソーシャルワーカーは、常勤・非常勤を入れると32%であり、心理職よりも少し少ない。心理士・医療ソーシャルワーカーのいる精神科診療所が約3分の1あり、そのような精神科診療所は、コメディカルによる周産期の子育て支援ができる可能性があると考えられる。

産科の受け入れ先が確保されている精神科診療所は20%あり、そのような医療機関は精神科医が常日頃から意識して受け入れ先との連携を意識していると考えられる。

妊産婦を診療する際に、保健・福祉機関との連携ができていく医療機関は42%であり、現状でもかなりの割合の精神科診療所で、支援の必要な妊産婦に対し、保健・福祉との連携が可能であると考えられる。一方で58%はそのような連携がないとの回答であったことから、今後、さらに保健・福祉の連携を推進するための施策が必要と考えられ

る。

妊娠中に精神科医入院が必要になった場合に、相談できる病院があると答えた精神科診療所が70%であったことは、日頃多くの精神科診療所は入院を相談している総合病院があるということを示唆している。

妊産婦を診療するために今後必要と思われる項目として、精神科診療所の医師からは「向精神薬の処方を含めた妊産婦を診療するための研修」、「精神科医のための妊産婦診療マニュアル」、「産婦人科との連携をコーディネートする仕組み」、「母子のために環境調整を行う保健師やケースワーカーなどのコーディネーター」があがった。産科と精神科診療所の連携を推進するために、これらを施策に積極的に盛り込んでいくことが望まれる。

妊産婦を診療するために行政機関に希望することについては、母子のための環境調整を行う保健師・ケースワーカーなどのコーディネーターを増やしてほしいなどの意見があった。そのような行政側のコーディネーター機能の向上が、精神科診療所医師の負担を和らげると考えられる。

通院中の患者以外の妊産婦に対応した事があると答えた精神科診療所が41%あり、産後うつなど周産期に精神科治療が必要となった妊産婦に対し、多くの診療所がしんかん対応していることがうかがえる。このようリソースを母子保健側が積極的に活用することで、医療的なメンタルヘルスケアの必要な妊産婦の地域での支援体制が向上すると考えられる。

周産期の新患受診の経緯は、患者自身の自主的な受診が多いことが明らかになったが、一方で新患予約がとりづらかったり、予約が取れるまでに長い時間を要したりする医療機関もある。周産期に精神的な不調をきたした妊産婦が新患として迅速に対応してもらえるような地域の体制整備が望まれる。

対応している患者の精神障害の種別に関しては、精神科診療所で通常対応している様々な精神疾患が含まれている。

通院していない妊産婦を診療する頻度は年に2人までが71%と多く、5人以上は3%しかない。精神科診療所の医師が、周産期の妊産婦のしんかん対応の経験があまりないことがうかがえる。

通院中の患者以外の妊産婦を診療する場合の困難として、「向精神薬の使い方」「家族への介入を含めた環境調整」「産科の受け入れ先の確保」「行

政との連携」「精神科入院が必要になった場合の受け入れ先確保」が多くあがった。精神科診療所でコーディネート機能を担うのは負荷が大きく、それを行政などの機関がしっかりと担うような体制整備が望まれる。また、向精神薬の使い方については、精神科診療所医師の周産期の薬物療法についてのさらなる啓発が望まれる。

今後の通院中の患者以外の妊産婦の診療については、94%の精神科診療所医師が前向きに回答しており、啓発や地域の体制整備を行うことで、多くの精神科診療所医師が周産期メンタルヘルスケアに参画することが期待できると考えられる。

妊産婦を今後診療するために必要なものとして、精神科医のための妊産婦診療マニュアル・産婦人科との連携をコーディネートする仕組みが多く上がった。妊産婦診療マニュアルは、関連学会でいくつか観光されているが、コーディネート機能の整備は今後の課題と考えられる。

通院中の患者以外の妊産婦に対応していない理由として、「患者が来ない」との回答が圧倒的に多かった。周産期に精神科医療ケアが必要な妊産婦が一部の医療機関に集中している可能性が示唆される。精神科診療所自体は、受診すれば対応する姿勢のところも多く、患者が分散して受信するような仕組みが、受診の長い待機機関や受診困難の問題を解決しようと考えられる。

今後の通院中の患者以外の妊産婦の診療について、77%が条件を整えば行いたいと回答しており、地域母子保健の方もそのような精神科診療所の情報を把握し、適切につなぐことが重要と考えられる。また、希望する条件としては、マニュアルやコーディネート機能の充実がここでもあがっている。

子育て世代包括支援センターについて知らない精神科診療所医師が58%存在し、今後地域母子保健の仕組みについての精神科医に対する啓発活動が必要と考えられる。

ハイリスク妊産婦連携指導料の存在を知っている医師が34%しかおらず、周産期における産科医療機関との連携で診療報酬のインセンティブがあることの周知を地域の医師会などで行っていく必要があるだろう。

ハイリスク妊産婦連携指導料を算定したことがある精神科診療所医師は4%にとどまった。このようにごく一部に限られてしまう原因として、算定要件の厳しさ（精神保健福祉士が配属されてい

ることなど）があると考えられる。連携をスムーズにするための診療報酬のインセンティブ活用を推進するために、算定要件のハードルを下げることも今後ひつようであろう。

日本精神神経学会と日本産科婦人科学会が合同で作成した「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」について、38%の精神科診療所医師しか存在を知っていなかった。今後学会でも周知が進むような取り組みが必要と考えられる。

精神科診療所において、約7割の精神科診療所が周産期のしんかん対応が可能と答えていたことから、このようなリソースを母子保健制作でも今後しっかり活用していくことが望まれる。

以上、アンケートの個々の質問について考察を行った。精神科診療所の多くが周産期のメンタルヘルスケアについて前向きな姿勢である一方で、十分に参画できていない現状が明らかになった。精神科診療所のさらなる参画を促すために、地域母子保健のコーディネートなどのサポートの拡充が必要と考えられる。

また、連携のためにそもそも関係者同士が交流する機会がないのが、連携の障碍の大きな原因と考えられる。地域の産科医・精神科医・行政との連携を推進するため、定期的に関係者の会議を各地域で行っていくことが望まれる。

## E. 健康危険情報

該当なし

## F. 研究発表

## G. 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. 学会発表

なし

## F. 研究発表

**1. 論文発表**  
英文（査読あり）

和文（査読あり）

**G. 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**

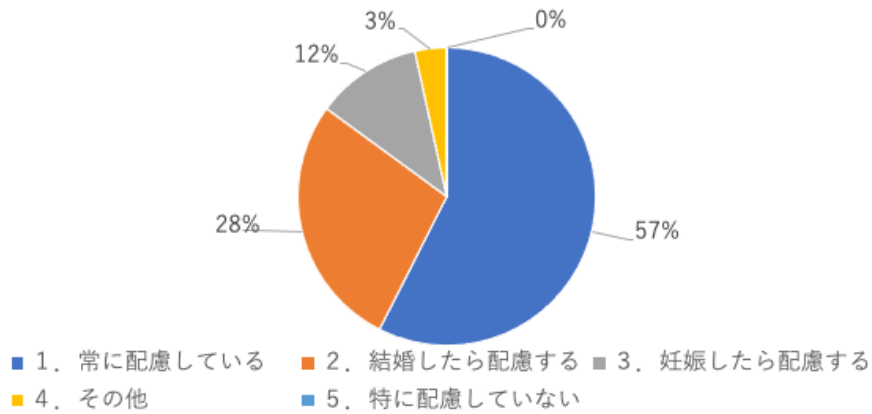
該当なし

**3. 学会発表**

なし

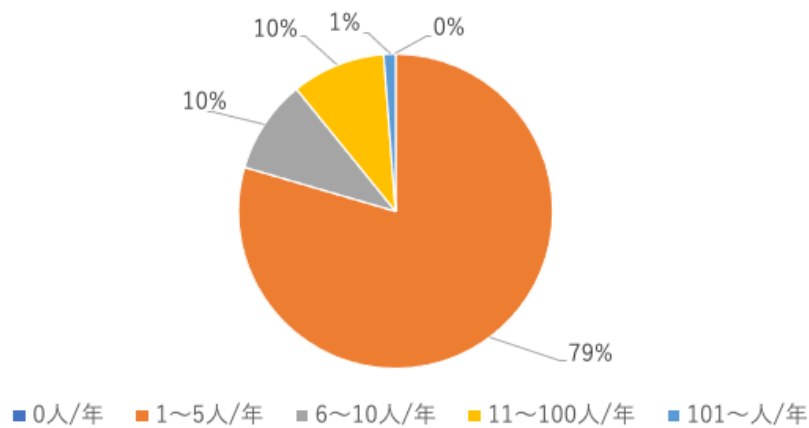
### Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

①妊娠可能年齢の患者様に対しては、妊娠の可能性を考えた処方を考慮していますか？



### Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

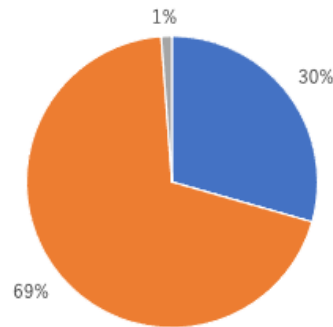
②通院中の患者様が妊娠する頻度はどのくらいですか？





## Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

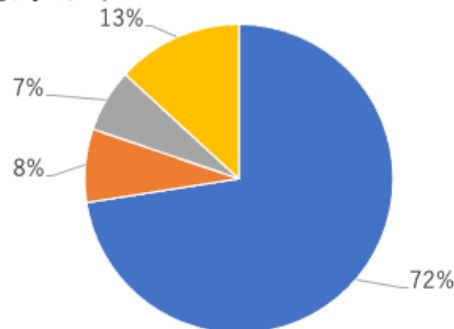
④産科医療機関宛の診療情報提供書を書いていますか？



- 1. 必ず書いている ■ 2. 産科医療機関からの依頼があれば書く ■ 3. 書いたことはない

## Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

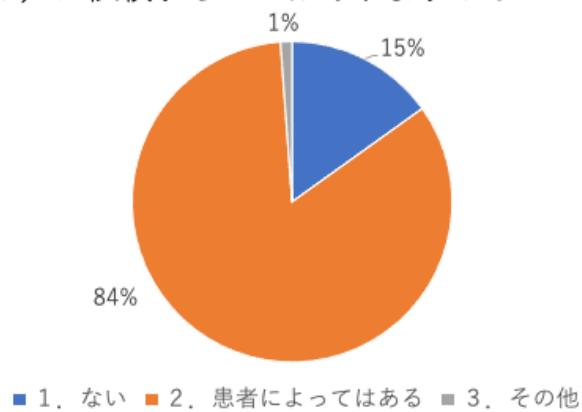
③患者様が妊娠した場合、妊婦健診や出産場所についてどのような対応をしていますか？



- 1. 患者に探してもらう ■ 2. 連携している産科医療機関を紹介する  
■ 3. 連携している病院の産科を紹介する ■ 4. その他

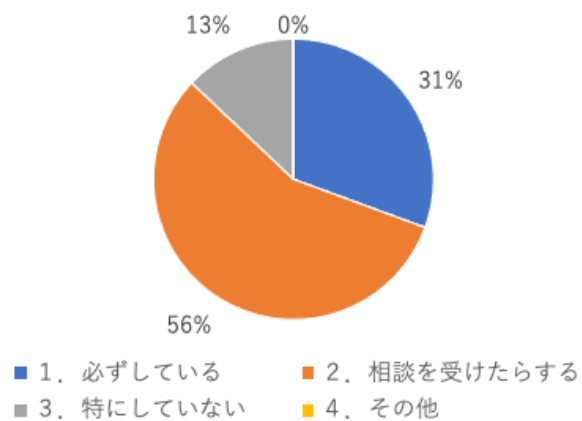
### Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

⑤患者が出産するまで、精神科治療を他院（患者が出産する病院の精神科など）に依頼することはありますか？



### Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

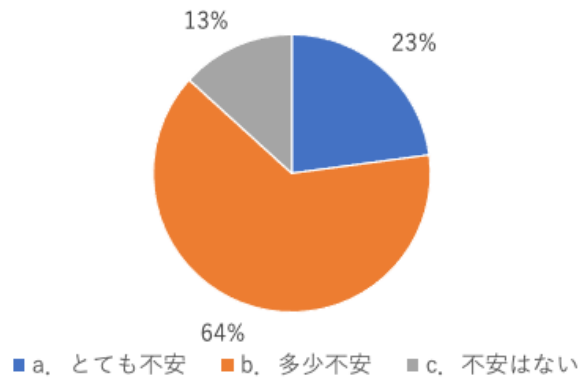
⑥出産後の育児支援体制について、アドバイスしていますか？



## Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

⑦妊産婦を診療する場合の対応についてお尋ねします。

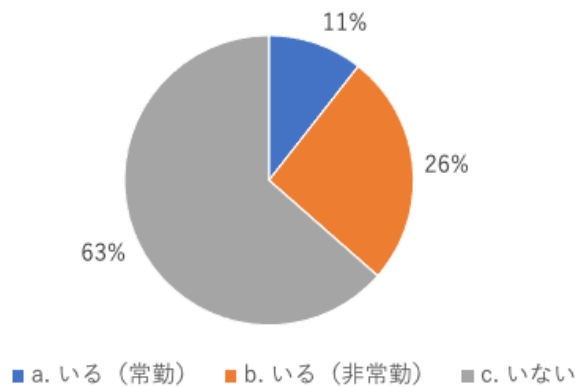
1. 向精神薬の使い方に不安がありますか？



## Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

⑦妊産婦を診療する場合の対応についてお尋ねします。

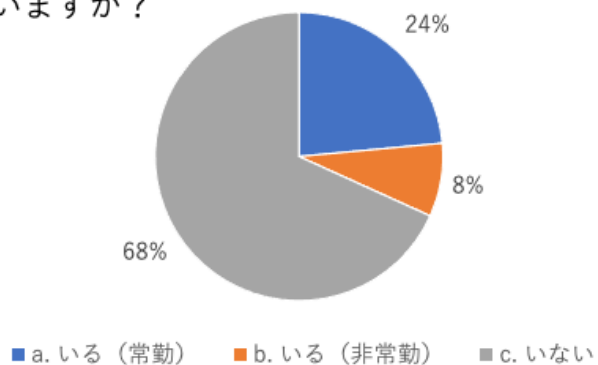
2. 妊産婦に対応できる心理師はいますか？



## Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

⑦妊産婦を診療する場合の対応についてお尋ねします。

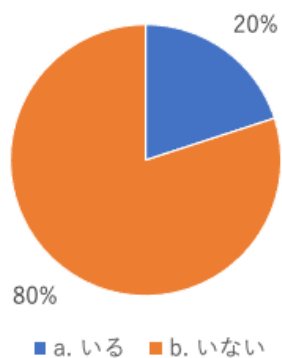
3. 家族への介入も含めた環境調整に対応できるケースワーカーなどはいますか？



## Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

⑦妊産婦を診療する場合の対応についてお尋ねします。

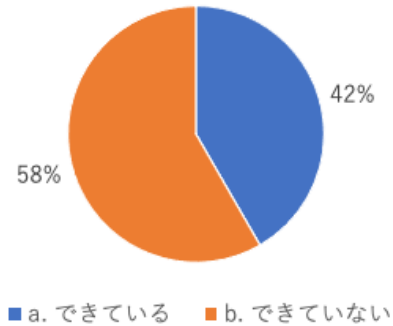
4. 産科の受け入れ先は確保されていますか？



## Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

⑦妊産婦を診療する場合の対応についてお尋ねします。

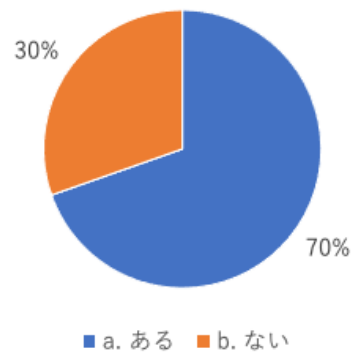
5. 保健・福祉機関（保健センター・子ども〔児童〕家庭支援センター・児童相談所など）との連携はできていますか？



## Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

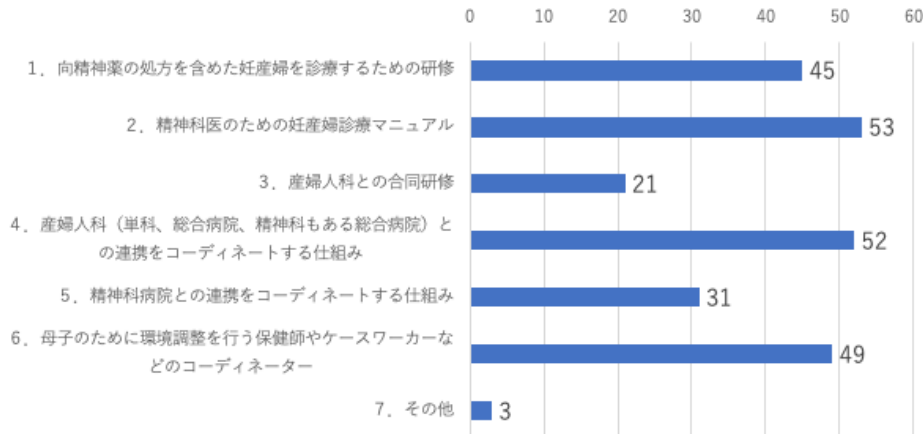
⑦妊産婦を診療する場合の対応についてお尋ねします。

6. 妊娠中に精神科入院が必要になった場合、相談できる病院はありますか？



## Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

### ⑧妊産婦を診療するために、今後必要と思われる項目



## Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

### ⑨妊産婦を診療するために産科医療機関に希望することがあったら教えてください。

- ・直接紹介ではなく、保健師にハブになってもらいたい
- ・向精神薬に対して否定的にはなあってほしくない
- ・書面での情報共有（連携）
- ・向精神薬使用に関して産科医会としての統一した見解をお示しいただきたい
- ・診療情報提供書や返信報告書を必ず戻してほしい
- ・医療機関によっては産科医「うちは精神科はやっていないから精神科の先生に対応できる産院を聞いてみて」とある意味むちゃぶりされることがあったり、「精神科の薬は全部使えないよ」と無謀な指摘をされる先生がいらっしやるので、精神科も平等に対応してほしい
- ・お互いに遠慮なく相談しあえる状況があればうれしい
- ・現在処方している薬の報告、精神科のある病院へ紹介する
- ・精神的に不安定になったら連絡してほしい
- ・すぐに薬をやめろ！と言わないこと
- ・向精神薬のマイナス面を強調しないでほしい

## Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

⑨妊産婦を診療するために産科医療機関に希望することがあったら教えてください。

- ・何か産科医お視点で気づきがあったら情報を伝えてほしい
- ・向精神薬の処方についてのタイミング、量、通院についての連携
- ・精神科薬は処方通りでいいかチェックしてほしい
- ・必要な情報提供や精神科治療への要望指示
- ・精神科通院歴だけで断られることがある、安定していれば受け入れてほしい
- ・連携するための連絡を文書でなく口頭でも可能にしてほしい
- ・薬物療法を維持せざるを得ない患者さんに先天異常のリスク等ネガティブな発言をする助産師等ごくまれにおられるので発言を慎重に選んでいただけるとありがたく存じます
- ・必要に応じ入院対応をしていただく
- ・精神疾患への理解

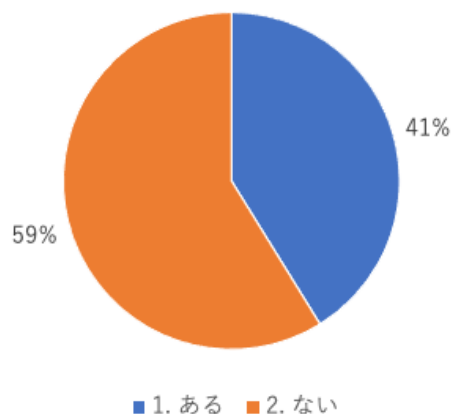
## Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

⑩妊産婦を診療するために行政機関に希望することがあったら教えてください。

- ・もっと保健師を増やしてほしい
- ・妊婦加算などの手当ては必要と思う
- ・子育て世代支援センターが全く機能していない
- ・医療機関の紹介
- ・精神科通院中の患者さんの出産時のフォローアップを積極的に行ってほしい
- ・産後のケアが必要なケースについて手助けしていただける機関（保健所のどこか部署など）の情報が欲しい
- ・妊産婦に対する総合的な保険・医療体制の確立を図る
- ・可能な範囲の情報共有、連携（相談）先機関提示
- ・各地域にサポート体制があるはずなので、資料配布してほしい



Q2 通院中の患者様以外の妊産婦（妊娠中～産後1年後）に対応したことはありますか？



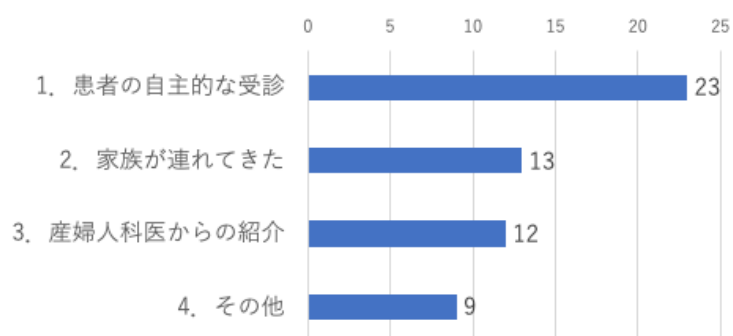
Q1 通院中の患者様の妊娠について教えてください

⑩妊産婦を診療するために行政機関に希望することがあったら教えてください。

- ・保健所 子育てセンターでのかわり
- ・①母子のための環境調整を行う保健師、ケースワーカーなどのコーディネーターを  
しっかり育ててほしい
- ②父親（夫）も支える窓に（父性を育てていく）も作ってほしい
- ・精神疾患への理解

## Q2-1 通院中の患者様以外の妊産婦に対応したことがある先生方へ

### ①診療の経緯



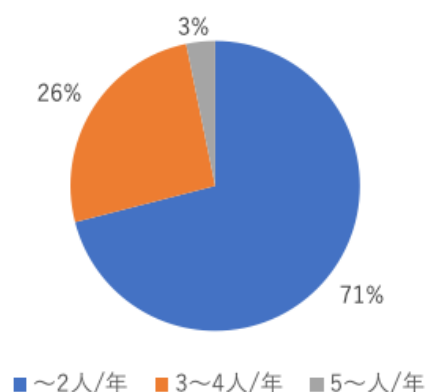
## Q2-1 通院中の患者様以外の妊産婦に対応したことがある先生方へ

### ②どのような疾患の患者様がいらっしゃいましたか？



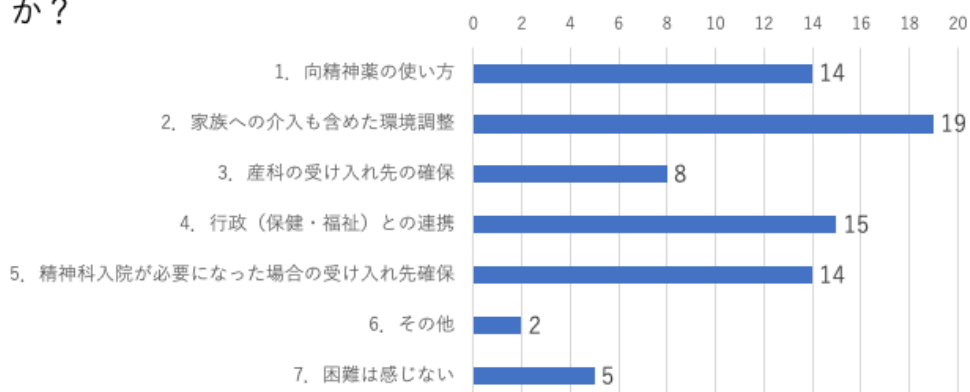
## Q2-1 通院中の患者様以外の妊産婦に対応したことがある先生方へ

③頻度はどのくらいですか？



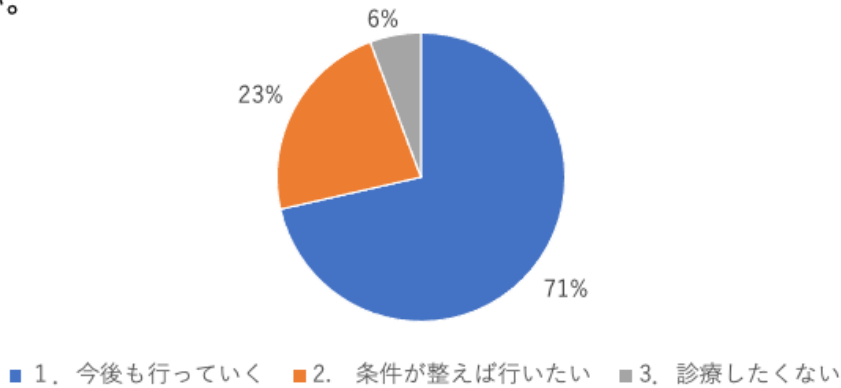
## Q2-1 通院中の患者様以外の妊産婦に対応したことがある先生方へ

④通院中の患者様以外の妊産婦を診療する場合に困難がありますか？



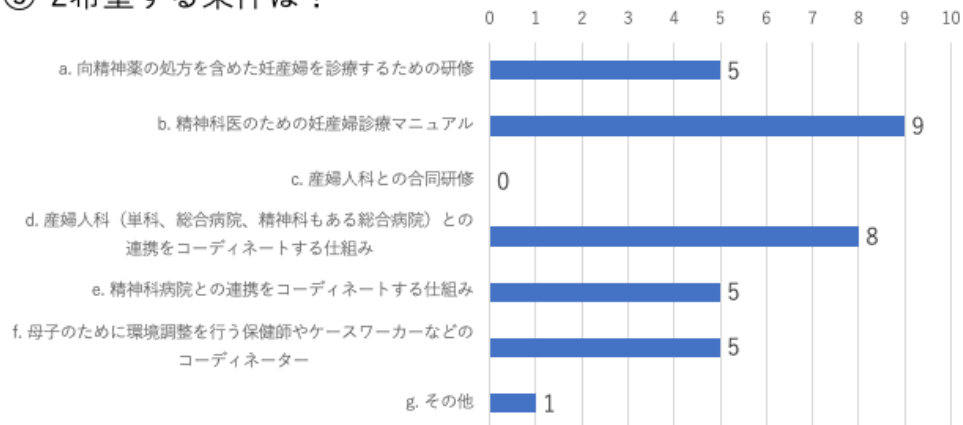
## Q2-1 通院中の患者様以外の妊産婦に対応したことがある先生方へ

⑤今後の通院中の患者様以外の妊産婦の診療について教えてください。



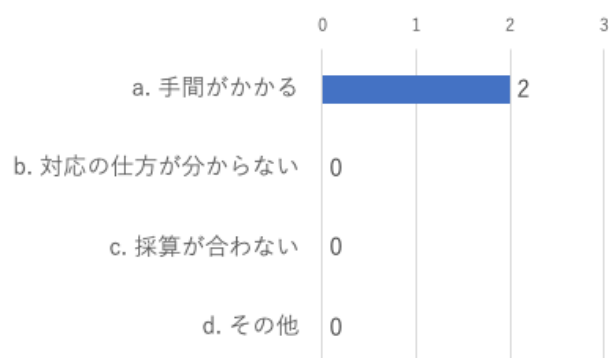
## Q2-1 通院中の患者様以外の妊産婦に対応したことがある先生方へ

⑤-2希望する条件は？



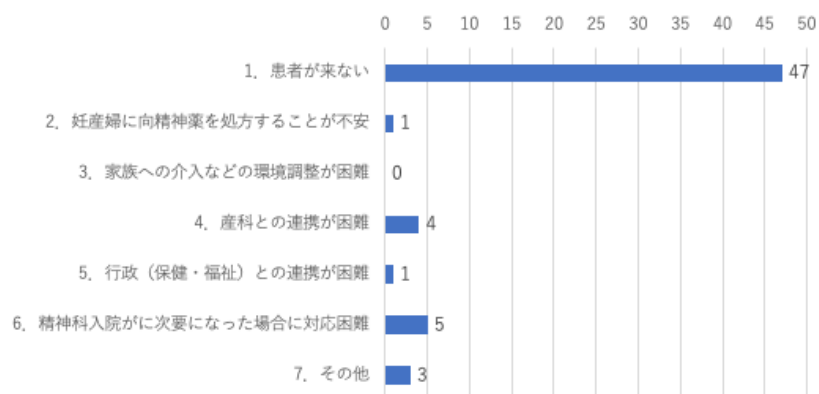
## Q2-1 通院中の患者様以外の妊産婦に対応したことがある先生方へ

### ⑤-3診療したくない理由



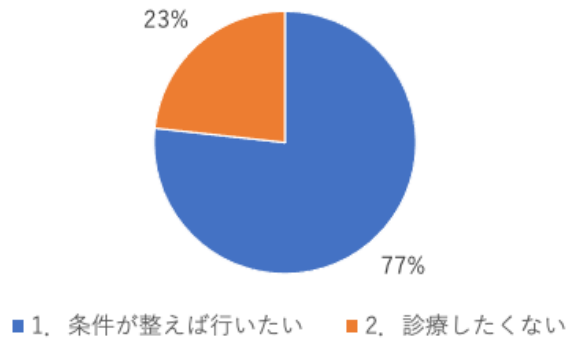
## Q2-2 通院中の患者様以外の妊産婦に対応していない先生方へ

### ①対応していない理由



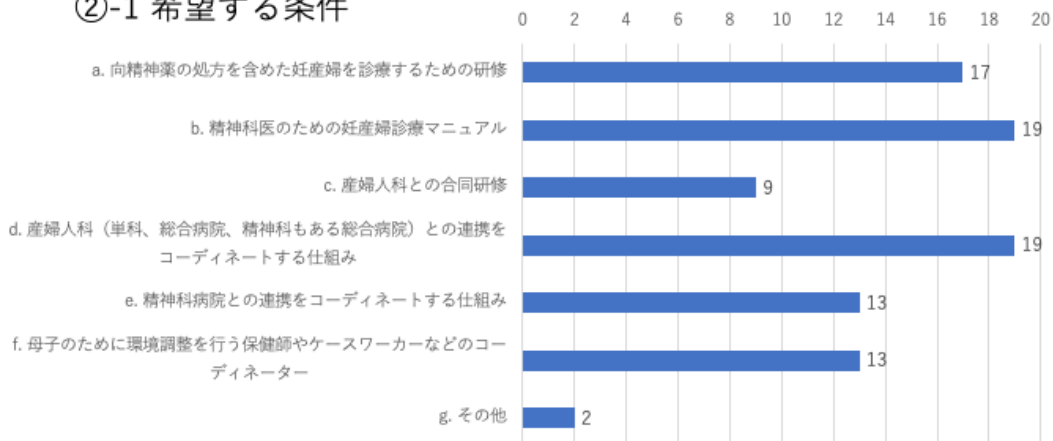
## Q2-2 通院中の患者様以外の妊産婦に対応していない先生方へ

②今後の通院中の患者様以外の妊産婦の診療について教えてください。



## Q2-2 通院中の患者様以外の妊産婦に対応していない先生方へ

②-1 希望する条件



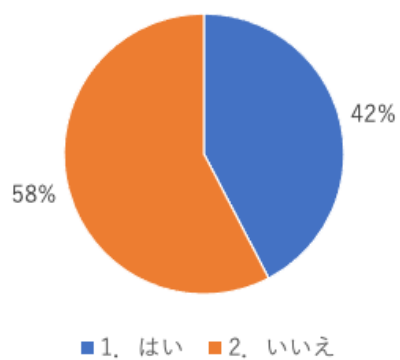
## Q2-2 通院中の患者様以外の妊産婦に対応していない先生方へ

### ②-2 診療したくない利用



## Q3 その他

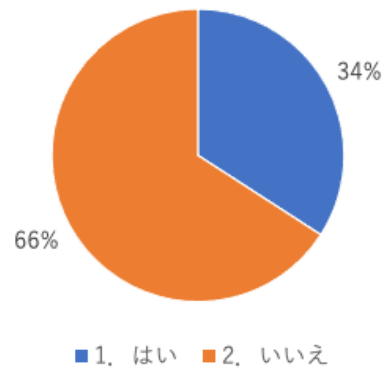
### ①子育て世代包括支援センターについてご存じですか？





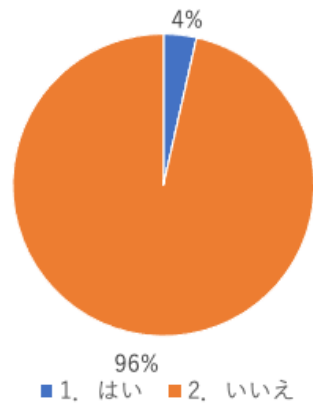
### Q3 その他

②ハイリスク妊産婦連携指導料をご存じですか？



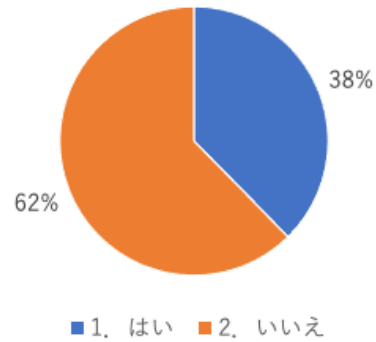
### Q3 その他

③ハイリスク妊産婦連携指導料を算定したことがありますか？

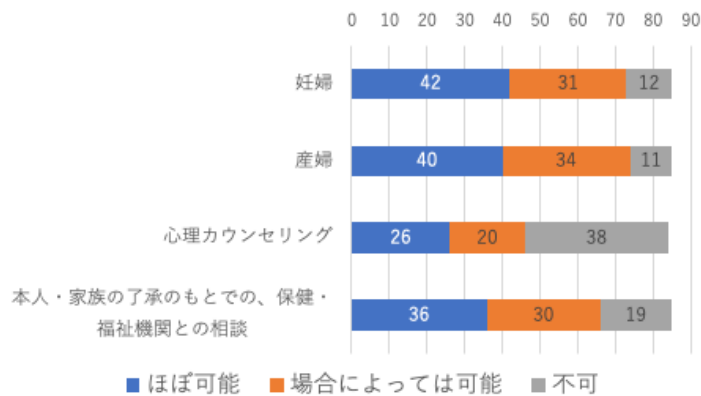


### Q3 その他

④日本精神神経学会と日本産婦人科学会が合同で作成した「精神疾患を合併した、あるいは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド」をご存じですか



Q4 貴院の周産期の新患対応の可否について伺います。



## 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。虐待通報があつて、児童相談所と被通報者が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うえ、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

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。

多職種連携活動の中でウイ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、プレリ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

#### 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 保健師同行

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 保健師同行  
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。実母の支援受けられず。

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 保健師同行  
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、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）

## 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。

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。

- ⑥ 周産期メンタルヘルス外来は、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。
- ⑦ 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。
- ⑧ 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。
- ⑨ 周産期メンタルヘルス外来で判明したが、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。
- ⑩ 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ーチは、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 1 4 年以降、須坂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. 研究発表

##### 1. 論文発表

##### 和文

1. 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
2. 浅野章子・津山美由紀・大塚好美・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
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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. 一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一、こころの健康 35(2)：3-8, 2020
8. 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
9. 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—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
- 10.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
  - 11.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)
  - 12.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
  - 13.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
  14. 小泉典章:あらためて心の健康とは何かを考える～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～. こころの健康 37(1):11–37, 2022
  - 15.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

## 英文

1. 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)
2. Daimei 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

## 2. 学会発表

### 1.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～須坂トライアル～

### 2.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「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

### 3.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

## F. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む) 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

令和4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)  
分担研究報告書

新規開発アプリケーションを用いた小児科医から自治体への情報提供

研究分担者 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)  
研究分担者 加藤 美穂子 (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 伊藤 友弥 (あいち小児保健医療総合センター 小児救命救急センター)

**【研究要旨】**

**【背景】**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、要保護児童対策地域協議会(以下、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」の運用が2023年1月10日に愛知県大府市において開始された。フラグの強度は4段階設定されておりレベル(Lv.)3以上は迅速に児童相談所に通告を行う状態と定義されている(Lv.0: 問題なし, Lv.1: 将来問題発生の可能性がある, Lv.2: 問題が発生している可能性がある, Lv.3: 問題が発生している, Lv.4: 速やかな対応が必要である)。本システムの運用開始から2023年2月19日までの間に、あいち小児保健医療総合センターではのべ1,173名の外来患者に評価が行われ、61名がLv.1、11名がLv.2、1名がLv.3と判断され、Lv.4の判断は認められなかった。また大府市内5つのクリニックではのべ1,763名の外来患者が医師の評価を受け、3名がLv.1と判断されたが、Lv.2以上の判断は認められなかった。フラグ情報は大府市にはシステムを介した連絡が行われ、大府市外の自治体には電話による連絡が行われた。大府市のみ限定するとフラグの数は24件(23人)であり、うち7人は既に要対協で把握されていたケース、16人はシステムにより新たに把握されたケースであった。2021年度に医療機関から大府市へ行われた情報提供は5名のみであることを考えるとシステム導入により情報提供件数の明らかな増加が認められた。

**【目的】**要支援児、要保護児に関して自治体との「情報共有の必要性」、「情報共有の困難さ」に関する思いがフラグシステム導入後にどのように変化したかを評価し、小児科医と自治体との情報共有に関する問題点を抽出する

**【方法】**2023年3/13及び3/14に合計3クリニックの医師(計4人)に対しwebインタビューを行い、構造化された質問に回答を依頼した。また2クリニックの医師(計4人)に対してはインタビューと同じ内容の自記式質問紙への回答を依頼した。

**【結果と考察】**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「必要性」を強く感じるようになり、「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。

**【結語】**新規開発されたアプリケーションを使用したフラグシステムは、小児科医から自治体へ情報共有を促進する効果があると考えられた。



## A. 研究目的

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、要保護児童対策地域協議会(以下、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」の運用が2023年1月10日に愛知県大府市において開始された。フラグの強度は4段階設定されておりレベル(Lv.)3以上は迅速に児童相談所に通告を行う必要のある状態と定義されている(Lv.0: 問題なし, Lv.1: 将来問題発生の可能性がある, Lv.2: 問題が発生している可能性がある, Lv.3: 問題が発生している, Lv.4: 速やかな対応が必要である)。本システムの運用開始から2023年2月19日までの間に、あいち小児保健医療総合センターではのべ1,173名の外来患者に評価が行われ、61名がLv.1、11名がLv.2、1名がLv.3と判断され、Lv.4の判断は認められなかった。また大府市内5つのクリニックではのべ1,763名の外来患者が医師の評価を受け、3名がLv.1と判断されたが、Lv.2以上の判断は認められなかった。フラグ情報は大府市にはシステムを介した連絡が行われ、大府市外の自治体には電話による連絡が行われた。大府市のみ限定するとフラグの数は24件(23人)であり、うち7人は既に要対協で把握されていたケース、16人はシステムにより新たに把握されたケースであった。2021年度に医療機関から大府市へ行われた情報提供は5名のみであったことと比較するとフラグシステム導入により情報提供件数の明らかな増加が認められた。

本研究の目的は要支援児、要保護児に関して自治体との「情報共有の必要性」、「情報共有の困難さ」に関する開業小児科医師の思いが、フラグシステム導入後にどのように変化したか

を評価し、小児科医と自治体との情報共有に関する問題点を抽出することである。

## B. 研究方法

2023年3/13及び3/14に合計3クリニックの医師(計4人)に対しwebインタビューを行い、構造化された質問に回答を依頼した。また2クリニックの医師(計4人)に対してはインタビューと同じ内容の自記式質問紙(参考資料1)への回答を依頼した。

(倫理面への配慮)

本研究は医師の意見を調査する研究であるため、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針の適用範囲外である。しかし、あいち小児保健医療総合センター倫理委員会の承認を得た後に研究を実施した(IRB No. 2022041)。

## C. 研究結果

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「必要性」を強く感じるようになり、「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(D医師)は、期間内に複数のフラグを登録していた。

	質問1	質問2	質問3	質問4
医師A	5	1	5	?
医師B	2	6	5	3
医師C	5	2	5	2
医師D	5	2	5	2
医師E	3	1	3	1
医師F	5	3	5	3
医師G	1	1	6	6
医師H	4	4	5	2

表1 フラグシステム導入前後の「必要性」「困難さ」の変化

自由意見/自由記載には様々な意見が寄せられた(参考資料2)。元々自治体の保健師等と

顔の見える関係が築けている医師とそうでない医師でフラグシステムの印象は異なる印象であった。また、システム改修を含め、本システムに対する期待は、多くの先生から聞かれた。

#### D. 考察

児童虐待予防の為に要保護児童/要支援児童や特定妊婦に関する情報を関係機関で共有し、早期から支援を行うことが重要であることは論を待たないが、それらの対象者を早期に同定する方法に関しては確立しているとは言えない。潜在的な支援対象者が同定され得る子どもに関連する様々な社会的繋がりの中で、医療機関は身体的・社会的にストレスがかかり、支援の必要性が顕在化しやすい状態を観察可能であり、重要性の高い機関であると考えられる。しかし、重症の患児を多く抱える大規模な医療機関では、支援の必要性がそれほど高くない状態で関係機関に情報共有を行う余裕がない状況も想定され、また、開業クリニックでは患者の評判にも影響しうるため関係機関に情報共有し難いといった状況も想定される。これらの問題を解決することを目的に開発されたフラグシステムは短期間に多くの支援対象者候補を同定することを可能とした。

今回の検討では開業クリニックの医師を対象に、「情報共有の必要性」「情報共有の困難さ」がシステム導入前後でどのように変化したかに関して評価を行った。その結果約半数の医師が情報共有の必要性を強く感じるようになり、情報共有の困難さが軽減したと回答し、本システム有効性の機序が明らかになったと考えられる。

児童福祉法第 25 条には「要保護児童を発見した者は、これを市町村、都道府県の設置する福祉事務所 若しくは児童相談所又は児童委員を介して市町村、都道府県の設置する福祉事務

所若しくは児童相談所に通告しなければならない。」と記載があり、要保護児童（フラグシステム Lv.3,4 が該当）に関する情報提供（または通告）は医師の義務であると考えられる。一方、同法 21 条の 10 の 5 には「病院、診療所、児童福祉施設、学校その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関する機関及び医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師、児童福祉施設の職員、学校の教職員その他児童又は妊産婦の医療、福祉又は教育に関連する職務に従事する者は、要支援児童等と思われる者を把握したときは、当該者の情報をその所在地の市町村に提供するように努めなければならない。」と記載されており、要支援児童（フラグシステム Lv.1, 2 が該当）に関する情報共有は努力義務であると考えられる。このことも影響し、虐待がある程度明らかな要保護児童に関してはどの医師でもある程度一定の対応がなされる一方、より軽症の状態とも考えられる要支援児童に関しては情報提供に積極的な医師とそうでない医師に差異が認められる状態である。また、今回の調査でも意見が上がったように、保護者が頑張っている子育てをしている場合、自治体等に情報提供することを憚る医師も存在する。このためフラグシステムが導入されない状態であっても、「要支援児童に関する情報提供は法的にも望まれており、またその家族に対してもメリットが大きいこと」を周知することにより「情報共有の必要性」を医師がより強く感じられるようにすること、及び医師と自治体職員の顔の見える関係を構築するなどの方法で「情報共有の困難さ」を軽減することは重要であると考えられた。

#### E. 結論

新規開発されたアプリケーションを使用したフラグシステムは、小児科医に情報共有の必

要性をより強く感じさせる一方、情報共有を容易にする効果があり、結果として自治体への情報共有を促進する効果があると考えられた。

## **F. 研究発表**

### **1. 論文発表**

なし

### **2. 学会発表**

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)

## **G. 知的財産権の出願・登録状況**

(予定を含む)

### **1. 特許取得**

なし

### **2. 実用新案登録**

なし

### **3. その他**

なし

参考資料 1.

フラグシステム運用前後の意識および自治体との情報共有に関する調査

本調査はご協力いただいたフラグシステム及びクリニックと自治体間の情報共有に関してご意見を伺うものです。以下の6つの質問に回答いただければと思います。質問1～4に関しては1から6の数字(1: 全く感じていなかった から 6: 強く感じていた)で回答いただき(目盛りに○を打っていただいても構いません)、5,6に関しては自由に回答いただきたいと思います。お忙しいところ申し訳ございませんがよろしくお願い申し上げます。

質問1. フラグシステム導入前、自治体との情報共有の**必要性**を感じていましたか？

回答 \_\_\_\_\_

全く感じていなかった

強く感じていた



質問2. フラグシステム導入前、自治体との情報共有に**難しさ**を感じていましたか？

回答 \_\_\_\_\_

全く感じていなかった

強く感じていた

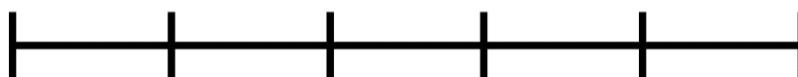


質問3. フラグシステム導入後、自治体との情報共有の**必要性**を感じていますか？

回答 \_\_\_\_\_

全く感じていない

強く感じている

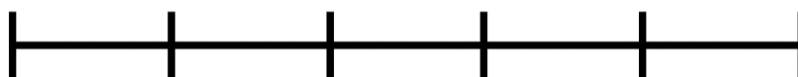


質問4. フラグシステム導入後、自治体との情報共有に**難しさ**を感じていますか？

回答 \_\_\_\_\_

全く感じていない

強く感じている



質問5. 自治体との情報共有が多くのクリニックで実施されるようになる為には、どのような工夫が必要でしょうか。フラグシステムでもそれ以外の方法でも構いませんのでご意見を自由に記載いただければと思います。

質問6. その他このプロジェクトで感じたことを記載ください。

## 参考資料 2.

### A 医師

- 情報共有の為の工夫: 従来から必要な時は保健センターへ電話で相談をしていましたので大きな不都合は感じていませんでした。ただ、相談後の経過観察の結果を確認できていない場合もあり、誰が最後まで見届けるのか決めるのが難しいと思っています。
- 今回のプロジェクトで感じたこと: 今回のプロジェクト実施期間中にフラグシステムを利用してはいけない例にあっていませんので具体的なコメントができませんが、実際に利用できるのであれば小児のセーフティネットを実感できることになると思いました。

### B 医師

- 情報共有の為の工夫: クリニックと自治体との連携はワクチンや健診、園医や校医以外の点では少なく、日常診療で養育に問題を感じても、家庭の在り方に踏み込むのは難しい。自治体の担当部署や担当者がわからないので連携はしにくく、自力解決の努力に終わっていた。フラグを立てることで、ある程度は医療機関の情報が伝わっていると考えられるので安心感がある。フラグ1と2の違いは分かりにくいので、クリニックからはフラグ1のみでよいのでは? フラグを立てるだけでなく、立てた理由や自治体からの援助を希望するか否かを簡潔に記載できると自治体も実情をつかみやすい。その結果をまとめて開示すれば、日常診療に還元できるのでは?
- 今回のプロジェクトで感じたこと: 乳幼児期から保育園にいて、両親が仕事を続けるのが当たり前になってきた昨今、子どもたちは十分な養育がされにくい状況にある。クリニックは風邪の治療等で親子が頻繁に訪れるので、養育上の問題をつかみやすい。クリニックの情報に加えて保育園での情報も得て、自治体がかかわることは意義があると思う。タブレットを使った報告を始めてから、診療中問題点を見落とさないように観察する習慣が付き、その日のうちに簡単に報告できるので、医療者にはプラスである。ただし、大変な経費をかけて、ただフラグを立てるだけではもったいないので、解決に向けた対応が十分に取られることを期待したい。

### C 医師

- 情報共有の為の工夫: 各クリニックから気楽な形で保健センターにコミュニケーションが取れるようになるとよい個人的な関係性の問題、以前は集団予防接種を保健センターで行っていた。担当医が保健センターに出向いていた、控え室で待機、保健センター職員とコミュニケーションがとりやすかった最近個別が多くなってきたため、そのような機会がなくなって来たので難しさを感じる。乳幼児健診も同様
- 今回のプロジェクトで感じたこと: フラグを立てたことがない、頭の片隅には置いているが、行動に移していない。例えば、多動傾向で疲れている、睡眠導入剤希望あり、フラグ立てたい、でも虐待ではない、頑張っている、父も時々くる、保健センターに相談に行かれたら、  
→ フラグを立てて良いか、迷う、虐待、ではなく、支援につながる為のボタンもあると良

い多動で、医療機関には相談をしている、そのように言われると、こちらからあえて、フラグを立てるかどうか悩んでしまう。受付の職員が、受付の段階で母が子供にすごく冷たい態度、と言われた。受付からあらかじめ情報いただいた、受診時はそれほどではなかった。受付は子供が怯えていた、と、診察室での顔が異なる。このような場合どのようにすべきか悩んでしまう。

#### D 医師

- 情報共有の為の工夫: 1人の患者さんにかかる時間の都合上、クリニックでは細かい家庭状況にまで踏み込んだ対応はなかなか困難です。集団健診や保健師訪問などで、なにか問題があることが疑われたご家庭ついでの情報共有してもらえるとありがたいです。ただし、仮にそういった子の情報がリストのような形で送られてきたとしても、患者さんが受診された際に、毎回一人一人リストに載っている方かどうか確認するのは現実的ではありません。将来的にはマイナンバー等と連携して、要注意の患者さんが受診された際に、その状況等が自動的にクリニック側にも通知されるようになるのと良いのではないかと思います。
- 今回のプロジェクトで感じたこと: なし

#### E 医師

- 情報共有の為の工夫: 連絡する項目が多すぎず、難しすぎず、簡単なものが良い。開業の医師同士の横のつながりができると良い
- 今回のプロジェクトで感じたこと: 短期間のためなんとも言えない、報告のフィードバックが欲しい

#### F 医師

- 情報共有の為の工夫: これまでは自治体から一方的にお願いがある、それをクリニックがやる、という流れになっている。クリニックの意見をもう少し吸い上げてもらい、自治体と議論できると良
- 今回のプロジェクトで感じたこと: なし

#### G 医師

- 情報共有の為の工夫: 個別の事例ごとに大きく異なるため、場合によってはスーパーバイザーが必要過去には虐待で介入しようとしたら訴えられたという報告もある、民事訴訟に関しては規定がない、法的整備も必要
- 今回のプロジェクトで感じたこと: 画期的なシステムである、今後の改善を期待、自由コメント欄が欲しい

#### H 医師

- 情報共有の為の工夫: 自治体と情報共有することで、どのような問題が、どんなふうに対応・介入されたのか、いろいろな事例を医療者が知ることができれば、今後の積極的な情報共有

のモチベーションになると思います。

- 今回のプロジェクトで感じたこと: 今回のプロジェクトで感じたこと:問題があると私が感じた家庭は、ほとんどが医療ネグレクトに近いタイプの家庭でした。知識の偏りによるワクチン一切拒否の保護者や、重症アトピーの乳児の保護者がステロイドを一切拒否して食事制限に固執するなどです。しかし、日本ではこのようなケースに対応できる法的な力が弱く、自治体に連絡したとしても、改善は期待できないと感じていましたので、私個人が時間とエネルギーを費やして何とか説明・説得するという対応に終始していましたが、それだけでは、状況がなかなか改善しないことも多く、無力感を抱いていました。フラグシステムが、このような症例の全体像を把握する契機となり、今後の法整備も含め、よりシステム化された対応ができるようになるための第一歩となる可能性にも期待したいです。

令和4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)  
分担研究報告書

救急外来における「要保護児童などに関する情報共有システム」の需要に関する調査

研究分担者 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)  
研究分担者 伊藤 友弥 (あいち小児保健医療総合センター 小児救命救急センター)

研究要旨

**【背景】**

要保護児童等に関する自治体間での情報共有を円滑にするため、2021年度から全国で「要保護児童等に関する情報共有システム」の運用が開始されている。しかしその使用は自治体や児童相談所に限定されており医療機関での使用は許可されていない。

**【目的】**

医療機関における「要保護児童等に関する情報共有システム」の需要を評価する

**【方法】**

2022年10月に日本救急医学会の救急科専門医指定施設(552施設,2019年の情報)の責任者に対して調査依頼状を郵送し、google formによる回答を依頼した。2023年1月には未回答の施設に対し再度調査依頼状を郵送した。

**【結果】**

調査依頼が可能であった550施設のうち、171施設(31.1%)から回答が得られた。回答者は126施設(回答があった病院の73.7%)が救急科関連科、36施設(21.1%)が小児科関連科であった。要保護児童等に関する情報共有システムに関して、124施設(72.5%)は知らなかったと回答した。「救急外来からの帰宅や、病棟からの退院の際、情報共有システム内にあるような情報の必要性を感じることはありますか?」の質問には141施設(82.5%)が「はい」と回答した。61施設はこのような情報が無かった為により重症となった症例の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。

**【結語】**

要保護児童などに関する情報共有システムの存在は救急担当医には十分に周知されていなかったが、救急外来における要保護児童などに関する情報の需要は明らかであった。

**A. 研究目的**

要保護児童等に関する自治体間での情報共有を円滑にするため、2021年度から全国で「要保護児童等に関する情報共有システム」の運用が開始されている[1]。しかしその使用は自治体や児童相談

所に限定されており医療機関での使用は想定されていない。

そこで医療機関における、「要保護児童等に関する情報共有システム」利用の需要を評価する為に日



本救急医学会の救急科専門医指定施設を対象に質問紙調査を行なった。

## B. 研究方法

2022年10月に日本救急医学会の救急科専門医指定施設552施設に郵送で調査票を送付、対し調査依頼状を郵送し、google formによる回答を依頼した。2023年1月には未回答の施設に対し再度依頼状を郵送した。

(倫理面への配慮)

本研究は医療者の意見や経験に関する調査であるため、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針の適用範囲外である。しかし、あいち小児保健医療総合センター倫理委員会の承認を得た後に研究を実施した(IRB No. 2022049)。

## C. 研究結果

送付した552施設中1つの施設は病院が閉院しており、1つの施設には郵便物が配送されずに返却された。調査票を受け取ったと考えられる550施設のうち、171施設から調査票を回収可能であった(回収率31.1%)。回答者は126施設(回答があった病院の73.7%)が救急科関連科、36施設(21.1%)が小児科関連科であった。

「要保護児童等に関する情報共有システムをご存知でしたか？」の質問に25施設(14.6%)は「大まかな内容(もしくはそれ以上)を知っていた」と回答し、22施設(12.9%)は「名前だけは知っていた」と回答、124施設(72.5%)は知らなかったと回答した(図1)。

■ 知っていた ■ 名前だけ ■ 知らなかった

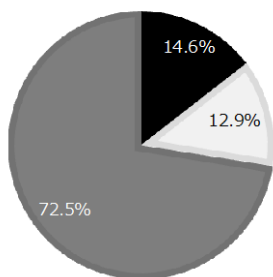


図1. 「要保護児童等に関する情報共有システム」に関する知識の有無

「救急外来からの帰宅や、病棟からの退院の際、情報共有システム内にあるような情報の必要性を感じることはありますか？」の質問に141施設

(82.5%)は「はい」と回答した(図2)。回答者が小児科医であった施設に限ると「はい」の割合は94.4%(34/36)であった。一方「いいえ」と回答した30施設(17.5%)のうち2施設では時間外の小児患者受け入れがなく、8施設では1年間の小児時間外患者数が300人未満であった。

■ はい ■ いいえ

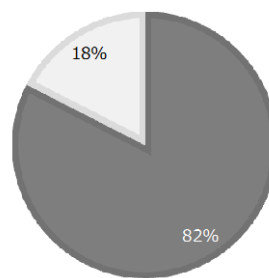


図2. 救急現場における「要保護児童等に関する情報」需要

「要保護児童等に関する情報共有システムから得られるような情報が救急外来などで入手できた場合、重症化を防ぐことができた症例の経験がございましたか？」の質問には61施設(35.7%)が「ある」と回答した。「ある」と回答した61施設にその頻度を伺ったところ、中央値は「1年間に1例程度」であり、頻度の多い順に「2~5年間に1例程度(29.5%)」、「1年間に1例程度(23.0%)」、「6か月間に1例程度(19.7%)」、「5年間以上に1例程度(19.7%)」、「2~3か月間に1例程度(6.6%)」であった(図3)。

■ 1例/2-5年 ■ 1例/1年 ■ 1例/6ヶ月  
■ 1例/5年以上 ■ 1例/2-3ヶ月 ■ その他

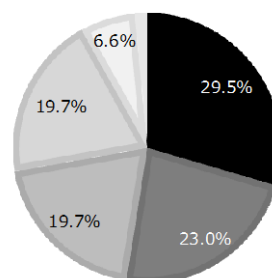


図3. 「要保護児童等に関する情報」があれば防ぎ得たと考えられる重篤例の頻度

病院の医師が要保護児童対策地域協議会に参画している医師に関して尋ねたところ、67 施設 (39.2%) では小児科医が参画していると回答があり、28 施設 (16.4%) では医師は参画していないと回答があった。一方で「不明」との回答が 65 施設から得られた。「不明」と回答した病院の多くはこの割合は回答者が救急関連科医師である場合 (55/126 施設: 43.7%) に高く、小児科関連科医師の場合 (5/36 施設: 13.9%) に低値であった。

#### D. 考察

日本救急医学会の救急科専門医指定施設を対象に、2021 年度から運用されている「要保護児童等に関する情報共有システム」に関する知識と、要保護児童などに関する情報の需要に関して評価を行い、情報共有システムの存在が十分に認識されていないこと及び要保護児童に関する情報の需要が存在することが明らかになった。

日本救急学会本会の救急科専門医指定施設は救急医療を積極的に行なっている施設と考えられるが、2019 年 12 月末日をもって、専門医指定施設の認定を終了しているため、今回使用した施設情報には一部古い情報を含んでいた。その為に調査票が届かなかった施設が存在したと考えられるが、ほとんどの施設で調査が可能であり、全国の施設の主要な救急医療施設の考え方を調査できたと考えられる。

休日夜間に救急外来を受診した子ども家族の社会的背景が気になることは多くの医療者が経験することである。明らかに虐待が疑われる状況であれば速やかな通告が必要であることは当然であるが、強い疑いはないが少し気になるといった場合も多く存在する。調査回答者が小児科医であった場合の要保護児童に関する情報「需要あり」の割合は約 95% と高値であり、特に小児科医はこのような状況を多く経験しているものと推察された。

このように少し気になる家族を診察した等の場合、平日日勤帯であれば自治体や児童相談所に情報の問い合わせが行われることがあり、児童虐待の可能性の早期発見につながることもある。しかし休日夜間に関しては同様にはいかなることが多

い。自治体の要対協管轄部署には当直が置かれていないことが多く、児童相談所は当直を設置することになっているがその実情は施設内に宿泊している形式から自宅での待機まで様々である。その為救急外来から問い合わせを行った場合も速やかに対応できない場合も多く存在することが想定される。また働き方改革の点からも可能な範囲で職員の負担を減らすことが求められているため、今後対応が充実することも考えにくい。

実際、本調査で回答が得られた施設のうち約 3 割は情報があれば防ぎ得た重篤な症例を経験していた。またその頻度は 1 年に 1 例程度が最も多かった。それほど多い症例ではないが、一人でも多くの重篤な事例を防ぐ為には十分な情報提供が望まれる。我々も休日夜間の情報共有が不十分であったために重篤な転機に至った症例を経験しており [2]、児童相談所や自治体が保有している情報を医療現場でどのように活用するかを考えることは必要であると考えられた。

既存の「要保護児童等に関する情報共有システム」の利用はその一案であるが、アクセスを行う為には LGWAN の整備が必要な病院も多く、セキュリティ面から病院内でのアクセス権管理にも検討が必要である。加えて情報のリアルタイム性も重要であり、医療機関が情報を入力可能になるような仕組みの構築も検討されるべきである。また、姓が変わってしまった場合に検索が困難になるといったこのシステム自体の問題も残存している。このように課題は多いが、医療機関が何かしらの方法で要保護児童等に関する情報を利用できるような仕組みを構築することは児童虐待予防、特に重篤な症例の発生を防ぐために重要であり、今後検討がすすむことが期待される。

#### E. 結論

要保護児童などに関する情報共有システムの存在は病院の救急担当医には十分に周知されていなかったが、要保護児童などに関する情報の需要の存在は明らかであった。

## 【参考文献】

1. 要保護児童などに関する情報共有システムの概要  
<https://www.mhlw.go.jp/content/11920000/000584876.pdf>
2. 杉浦至郎, 秋津佐智恵, 山崎嘉久. 特定妊婦に関する情報共有の実態調査. 令和3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)報告書

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

日本小児科学会誌などの和文誌に投稿予定

### 2. 学会発表

第82回日本公衆衛生学会学術総会で発表予定

## G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

参考資料: 児童相談所や自治体等の公的機関と医療機関との情報共有に関して問題と思われる点や改善に向けての提案(自由記載)

現場担当者どうしの会議
個人情報保護との兼ね合い
実務者間で話し合う、情報交換する機会が少ない(当地域では要保護児童対策地域協議会があるかどうか不明)。跡例えば要保護児童対策地域協議会に医療機関(救命救急センターのある)医師を入れるなど、公的に場を作ることも一つの方法と思います。
医療機関側が望んでいても行政側から拒否反応を示されることが多い
児童相談所に相談しても積極的に関与してもらえないことがある
連携は比較的良く出来ている
児童相談所・保健センター・警察の連携不足
要対協の参加メンバーのうち小児科医は、各地域の小児科医会や医師会医師(開業医)がほとんどで、2・3次医療機関からは参加していなかったため、2年前から当院と大学病院から医師を参加させています。当院からの委員だった医師が異動したため、現在は不在ですが、今後参加させる予定です。
医療機関では通常の診療や、些細な救急受診の中で虐待などの可能性を評価しているが、通告まではされていない事例があると思う。その段階で支援ができるように情報共有が進むと良いと思う。教育現場と医療現場との連携も重要。
虐待を疑われた家庭が全国を移動する可能性もあるため、情報共有システムは必要と強く思います。
公的機関との連絡手段が基本的に電話しか無い。緊急事案でなければメールなどが使えれば気兼ねなく連絡できると感じることは多い。
当科は、3次救急のみを担当しますので、すぐに帰宅、退院ではなく、情報があると良かった(早く気付いていたら)、などの経験は無しでしたが、多くの医師は、保護が必要な症例には出会っていました。その都度小児科医師と相談し、入院を継続させたり小児科医から担当に連絡をしたりなど適切に対応していました。今後のことを考えると、保護が必要な子供の情報などがあると、更に見落としなく対応できるのではないかと思います。
上記は内科医が代表者会議に参加
小児虐待については、常に真摯に対応しております。
児相だけでは限界がある。
関係機関の話し合いに Zoom などが使えるとよいですが、内容に高度な個人情報が含まれることが多く利用は難しいでしょうか(当院では対面の会議しか行っておりません)。
時間帯や祝日等にかかわる時の情報収集、情報紹介がスムーズではないこと
この度は、貴重なご研究に発言の機会をいただき、ありがとうございます。誠に僭越ですが、当方が感じている「要保護児童等に関する情報共有システム」の必要性和希望について、伝えさせていただきます。〈情報共有システムの必要性について〉当院は、小児科・産科で入院可能な、市内唯一の公立総合病院という特性があります。そのため、社会的リスクを抱える方々も多くご受診されています。特に、救急外来の場面では、社会的脆弱さが表面化される傾向が強いと思われます。不適切な養育が疑われる児童や社会的ハイリスクを抱える妊婦が発見された場合は、平日、担当者から行政機関へ電話連絡をして情報収集及び、支援を開始しています。休日夜間の救急外来では、要保護児童や特定妊婦なのか、行政の支援経過などについての情報集は大変困難な現状です。そのため、治療方針や帰宅の判断の際に、社会的背景などを加味する事は、根拠が確認出来ないため困難性が高い状況にあるといえます。情報共有システムにおける行政機関と医療機関との時差のない正確な情報共有は、安心安全な医療の提供や養育環境の構築の一助になると考えます。〈情報共有システムに希望すること〉・情報共有システムの項目として、医師の医学的な判断の入力ができるようになると、医学的視点からの緊急度や危険度の判断・予測が可能になると思われます。医学的・社会的・精神的・福祉的などの複数の側面を統合し、対象者全体を総合的に評価し、より効果的な支援が期待できると思います。・検索方法への意見として、要保護児童の保護者や特定妊婦の中には、婚姻や離別を繰り返し苗字が頻繁に変わり、過去の経過の把握が難しいことがあります。旧姓の検索でも、現在の氏名にたどり着く検索システムが望まれます。
近隣市には要保護児童対策地域協議会への参画を打診しているケースもあるが断られている。

医師の転勤により関係が継続されない。
自治体によって個人情報を提供してくれないところがある。自治体における役割分担がわかりにくい(児童相談所と家庭児童相談室など)。通告後のケースの様子が分からない。中学高校年齢の子どもたちの相談先や処遇に苦慮している。
行政職員数不足により、活動が後ろ向きになりがちなこと経過観察が十分行えていないこと
まだ経験がなく何が問題かわかりません。
問題のある親子関係の場合、保健所等への連絡が法的に問題となることが懸念される
マイナンバーを利用した緊急医療情報の共有化が必要です
土日に動かない
個人情報だから、とって保健所が情報共有してくれないことがある
人的資源の少ない夜間休日帯が1年の3/4の時間帯を占めているため、ITの利用は打開策になりうると感じる。病院は24時間対応が当たり前だが、行政はそうはいかないので。
要対協ケース以外(自身が所属する施設の要対協管轄外の要対協ケースを含む)の情報収集が困難。一定の条件を満たした場合には迅速な情報収集が可能な仕組みが欲しい。・情報の電子化、クラウド化・照合不可能匿名化を施したケースから、実際にかかわっていない福祉関係者、医療関係者がナレッジベースで情報を参照できる仕組み(教育・研修の仕組み)。厚労省の死亡事例等の検証報告のみでは不十分・匿名化に配慮した情報の研究利用(医療機関との情報連結を含む)・追跡不能例に対する対策(姓が変わる等)
基本的に対応が遅く、引き継ぎが上手くいっていない印象があ
もし実現されればとても素晴らしいシステムだと思いました。誰がシステムにアクセスする資格を有するのか、どのようにしてセキュリティ面を担保するのか、救急診療時のみならずその後の経過も追跡できるのか、といった点が気になりました。
当地域は小児救急を重点的に受け入れる2医療機関、周産期医療の中心となっている数カ所以外はこのシステムをほぼ知らないと思います。救命救急センターに関しては少なくとも情報共有してほしいと進言していますがいっこうに進歩しません。
時間が限られている中で共通言語が持っていないことによる無用な時間の浪費がしばしばみられます。
児童相談所の緊急保護までの判断が遅い
担当者が不在が多いため、必要な情報を得るために時間がかかることが多い。そのために対応を待たなくてはいけないことが多い。MSWの手間がかかる。
親に電話して良いのかどうか判断に迷う
受診する妊産婦・児童などが、特定妊婦・要保護児童であることをすぐに把握することができないため、病院でも情報共有システムが閲覧可能になると良い
繰り返される家庭内事故や搬送歴などの確認ができるよう、消防の対応記録も共有できるとよいと思います。
命を守るといった意味で病院医師が参加することが重要
当院は、案件ごとにMSW、事務方、産科、小児科、外傷担当した診療科などが協議し必要に応じて児相と連絡を取る体制です。
上記は個別ケース検討会議を想定しての回答です。小児科医は代表者会議にも参加しています。

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 鈴木俊治 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 産科

**【研究要旨】**

本年度は、昨年度までに実施した特定妊婦の主な要因をもった妊産婦への対応について日本産婦人科医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、本年度は、昨年度までに実施した特定妊婦の主な要因をもった妊産婦への対応について日本産婦人科医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>1)</sup>

**B. 研究結果**

過去の報告をレビューすることによって、以下のように対応がまとめられた。

○すべての特定妊産婦に共通して支援すべき事項

- 5) 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。
- 6) 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)
- 7) 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。

- 8) 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、幼少期の発育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、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。

### 参考文献

1. [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.](#)

## C. 健康危険情報

該当なし

## D. 研究発表

### ① 論文発表

#### 英文（査読あり）

1. Suzuki S. Appropriate Support for “Specified Expectant Mothers”. JMA J. 2022; 5: 17-22.
2. Suzuki S. Partner's Accompanying Perinatal Visit as a Risk Factor of Intimate Violence in Japan. Int Med J. 2022; 29(3): 214-215.
3. Suzuki S. Single Center Analysis of Japanese Homecoming Delivery and Postpartum Depression. JMA J. 2022 Jul 15;5(3):362-365.
4. 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（査読なし）

1. 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 巻 8 号 Page78-80(2022.08)
2. 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 巻 11 号 Page1515-1510-527(2022.11)
3. 鈴木俊治. 産後ケアと地域連携. 精神科. 41 巻 5 号 Page728-732(2022.11)
4. 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 日本産婦人科医会のアンケート. 周産期医学 52 巻 6 号 Page805-809(2022.06)
5. 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)
6. 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)
7. 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

なし

## E. 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～社会的養育推進計画における妊娠葛藤相談の位置づけ

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】

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「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。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(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がられる。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」ととどまらず、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になると考えられた。

### 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

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」<sup>2)</sup>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について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

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」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

<sup>2)</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.

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<sup>3</sup>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、つなげ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

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はなく全ての地域で実施することが可能となり、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られた。

<sup>3</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

#### 参考文献

1. 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.
2. 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,2021

#### 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

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

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）」「最初の子どもが欲しい年齢（男性>女性）」「最後の子どもが欲しい年齢（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。

Table1 配偶者無し子ども無しの回答者の各変数性差

	男性 n=356		女性 n=287		t 値	p 値
	平均値 ( SD )	平均値 ( SD )	平均値 ( SD )	平均値 ( SD )		
年齢	5.00	31.35 ( 7.35 )	31.39	( 7.83 )	0.06	0.95
個人年収	2.85	( 2.14 )	2.87	( 2.32 )	0.08	0.94
週当たり勤務時間	29.73	( 18.14 )	25.86	( 16.41 )	2.37 *	0.02
子どもを持ちたいか	2.81	( 1.35 )	2.69	( 1.45 )	1.09	0.28
結婚したいか	3.00	( 1.40 )	3.01	( 1.44 )	0.12	0.90
実際欲しい子どもの人数	1.04	( 1.10 )	0.97	( 0.99 )	0.87	0.38
最初に子どもが欲しい年齢	30.95	( 9.68 )	29.24	( 8.68 )	2.33 *	0.02
最後の子どもが欲しい年齢	34.12	( 9.72 )	32.53	( 8.58 )	2.18 *	0.03
高校生までに子どもと触れ合った経験	1.61	( 0.74 )	1.83	( 0.82 )	3.50 ***	0.00
人生での仕事の重要性	2.71	( 0.94 )	2.64	( 0.89 )	0.99	0.32
人生での子育ての重要性	2.41	( 0.97 )	2.37	( 1.04 )	0.51	0.61
人生での夫婦関係の重要性	2.67	( 1.00 )	2.72	( 1.05 )	0.57	0.57
人生での自分自身の時間の重要性	3.29	( 0.82 )	3.53	( 0.68 )	4.05 ***	0.00
人生での自由の重要性	3.26	( 0.82 )	3.41	( 0.73 )	2.52 **	0.01
人生での新たな経験に チャレンジすることの重要性	2.69	( 0.88 )	2.80	( 0.83 )	1.76	0.08
人生での経済的安定の重要性	3.24	( 0.83 )	3.43	( 0.73 )	3.10 ***	0.00
親準備性	26.96	( 7.58 )	26.96	( 9.18 )	0.00	1.00
性別役割分業意識	2.30	( 0.88 )	2.10	( 0.81 )	3.08 ***	0.00
PHQ9	15.25	( 0.88 )	17.33	( 7.65 )	3.53 ***	0.00
WHO5	15.35	( 0.88 )	15.10	( 6.39 )	0.47	0.64
母親との信頼関係	20.11	( 0.88 )	20.77	( 5.70 )	1.42	0.16
母親からの心理的分離	17.01	( 0.88 )	17.94	( 4.45 )	2.47 **	0.01
父親との信頼関係	19.27	( 0.88 )	18.72	( 6.18 )	1.06	0.29
父親からの心理的分離	17.33	( 0.88 )	18.59	( 4.99 )	2.91 ***	0.00
被虐待体験認知	1.39	( 0.88 )	1.51	( 0.91 )	1.73	0.08
ASD傾向	23.77	( 0.88 )	22.82	( 4.40 )	2.90 ***	0.00
ADHD傾向	13.49	( 0.88 )	13.52	( 5.11 )	0.07	0.94
ソーシャルキャピタル	10.40	( 0.88 )	10.07	( 4.10 )	1.02	0.31

## 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 ( $r=.76, p<.001$ ) だ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。

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 ***

## 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 ***

Table4 【男性】「結婚したいか」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
人生での新たな経験に チャレンジすることの重要性	.31 ***	.26 ***	.28 ***	.24 ***
WHO5		.20 ***	.20 ***	.19 **
人生での自分自身の時間の重要性			-.14 ***	-.23 ***
人生での経済的安定の重要性				.18 *
調整済みR <sup>2</sup>	.09 ***	.13 ***	.14 ***	.16 ***

Table5 【女性】「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	Step6	Step7
高校生までに 子どもと触れ合った経験	.37 ***	.35 ***	.33 ***	.35 ***	.34 ***	.33 ***	.31 **
父親との信頼関係		.33 ***	.27 ***	.27 ***	.28 ***	.27 ***	.26 ***
ソーシャルキャピタル			.20 **	.20 **	.20 **	.21 ***	.21 ***
人生での自由の重要性				-.14 *	-.14 *	-.15 *	-.14 *
個人年収					-.13 *	-.13 *	-.13 *
ASD傾向						-.12 *	-.13 *
年齢							-.12 *
調整済みR <sup>2</sup>	.13 ***	.23 ***	.27 ***	.28 ***	.29 ***	.30 ***	.31 ***

Table6 【女性】「結婚したいか」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
父親との信頼関係	.35 ***	.34 ***	.32 ***	.33 ***
高校生までに 子どもと触れ合った経験		.31 ***	.27 ***	.26 ***
年齢			-.19 **	-.19 **
個人年収				-.13 *
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

令和4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)  
分担研究報告書

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。今年度は、主要評価項目である児童虐待に関連する報告件数(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)や不適切な養育指標(CTS-PC, AAPI(-2), CAPI, CARE index)について、システマティックレビューとメタ解析を行うとともにエビデンス総体の確実性評価を行った。

今年度の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、外傷報告件数が減少傾向となることが示唆された。昨年度報告した Child Protective Services(CPS)の記録に基づいた児童虐待に関連する報告も同様の減少傾向が示唆されていたが、いずれも信頼区間の幅が広く、結果は不正確な可能性がある。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有意な変化は見られなかった。

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のメタ解析では、CAPI(77-item physical child abuse scale)において統計学的な有意差を持って点数が減少することが示されたが、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正確な可能性がある。

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。本研究の最終結果に関しては総合報告書にまとめて報告すると共に、原著論文としても報告予定である。

**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・提案することである。

**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)(AAPI(-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)。

昨年度までに、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。

今年度は、主要評価項目である児童虐待に関連する報告件数(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(AAPI(-2), CAPI, CARE index)についてメタ解析を行った結果とエビデンス総体の確実性評価の結果を報告する。

### C. 研究結果

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。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。

#### (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1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2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の点数のリスク比のフォレストプロットを図3に示す。PSI-SF(Total score)のリスク比は-0.92(95%信頼区間：-2.36-0.52；3 RCTs；n = 998； $I^2 = 91%$ )であった。PSI(Parent domain)のリスク比は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)のリスク比は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の点数のリスク比のフォレストプロットを図4に示す。Total scoreの全体のリスク比は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のリスク比は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のリスク比は-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のリスク比は-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のリスク比は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のリスク比は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の点数のリスク比のフォレストプロットを

図5に示す。Total scoreのリスク比は-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のリスク比は-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のリスク比は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の点数のリスク比のフォレストプロットを図6に示す。Maternal sensitivityのリスク比は0.17(95%信頼区間：-1.56-1.91；2 RCTs；n = 222； $I^2 = 82\%$ )であった。Infant cooperativenessのリスク比は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総体の確実性評価を表1に示す。

#### D. 考察

今年度の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、外傷報告数が減少傾向となることが示唆された。昨年度報告したChild Protective Services(CPS)の記録に基づいた児童虐待に関連する報告も同様の減少傾向が示唆されていたが、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有意な変化は見出されなかった。

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出ないものや、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。

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[9]。本研究の最終結果に関しては総合報告書にまとめて報告すると共に、原著論文としても報告予定である。

## 参考文献

1. Gilbert, R., et al., Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 2009. **373**(9657): p. 68-81.
2. Jonson-Reid, M., P.L. Kohl, and B. Drake, Child and adult outcomes of chronic child maltreatment. *Pediatrics*, 2012. **129**(5): p. 839-45.
3. Madigan, S., 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): p. 1160-70.
4. Trickett, P.K., J.G. Noll, and F.W. Putnam, The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol*, 2011. **23**(2): p. 453-76.
5. Berlin, L.J., K. Appleyard, and K.A. Dodge, Intergenerational continuity in child maltreatment: mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Dev*, 2011. **82**(1): p. 162-76.
6. Plant, D.T., et al., Intergenerational transmission of maltreatment and psychopathology: the role of antenatal depression. *Psychol Med*, 2013. **43**(3): p. 519-28.
7. Sidebotham, P. and J. Heron, Child maltreatment in the "children of the nineties": a cohort study of risk factors. *Child Abuse Negl*, 2006. **30**(5): p. 497-522.
8. U.S. Department of Health & Human Services, A.f.C.a.F., Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau., *Child Maltreatment 2021*. 2023.
9. 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.

## 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(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
2. 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

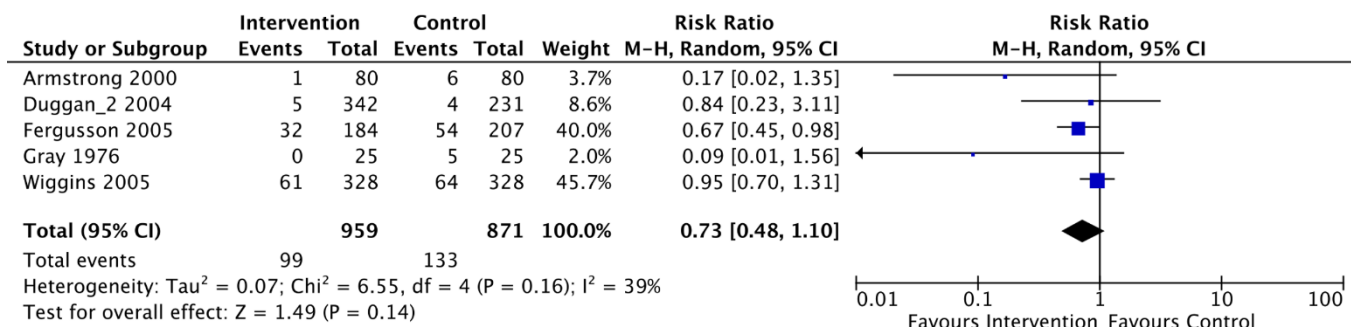


図1：外傷報告件数(Injury report)のリスク比のフォレストプロット

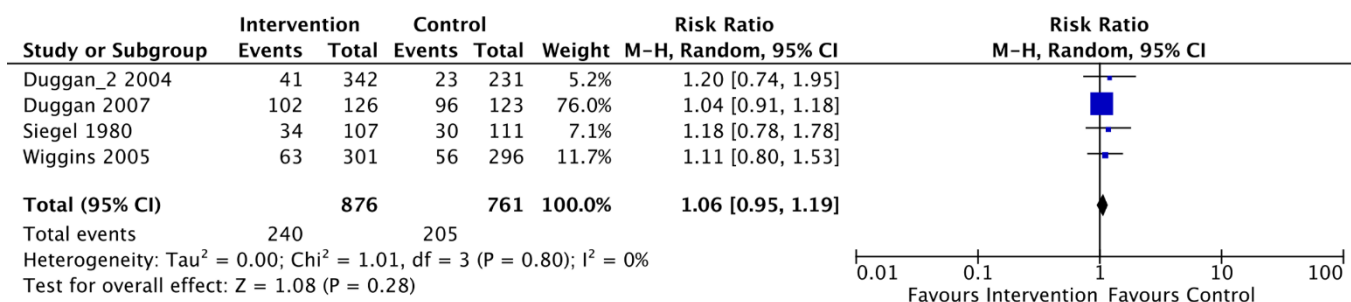
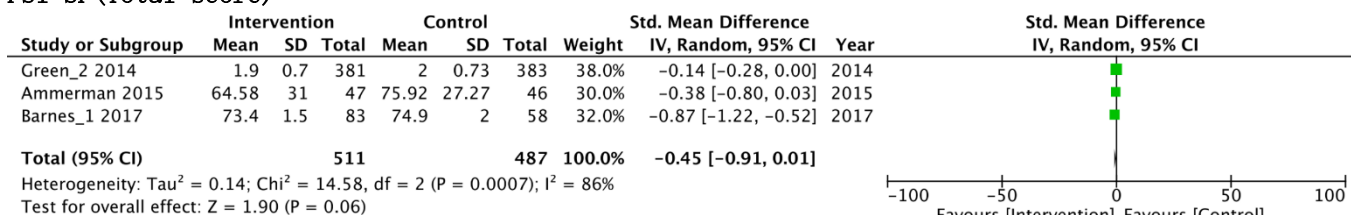
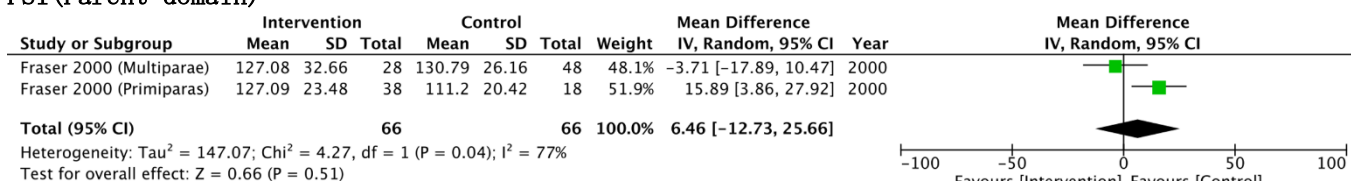


図2：救急受診件数(ER visit)のリスク比のフォレストプロット

### PSI-SF(Total score)



### PSI (Parent domain)



### PSI (Child domain)

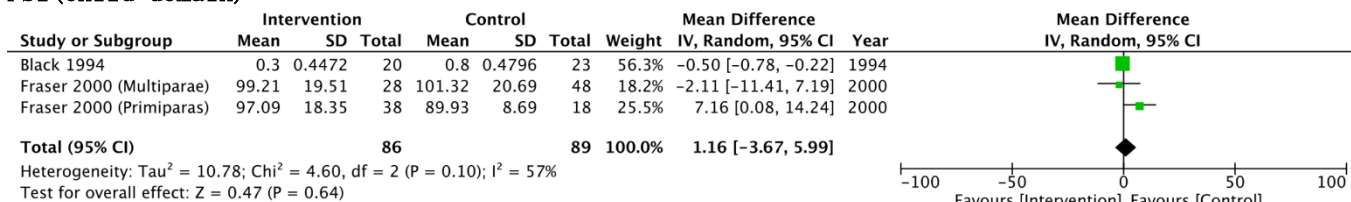
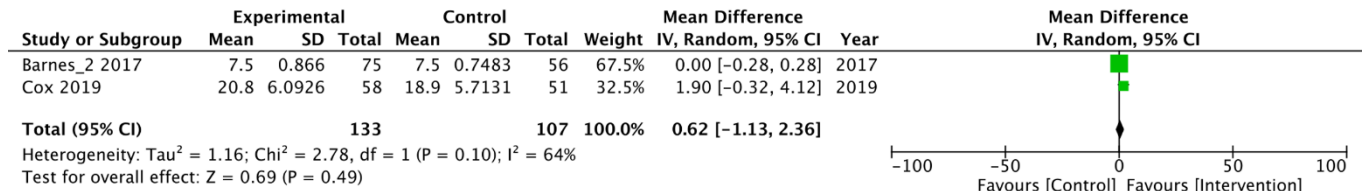
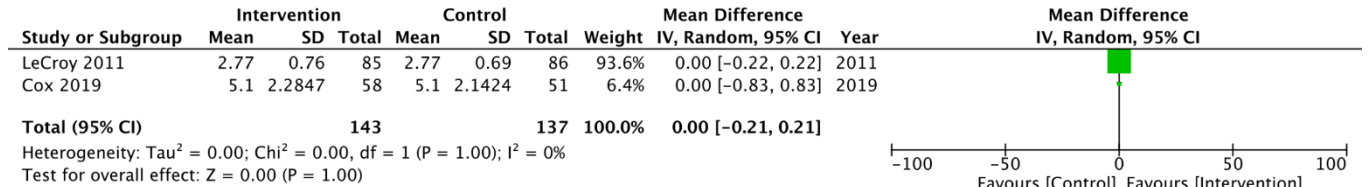


図3：PSIのリスク比のフォレストプロット

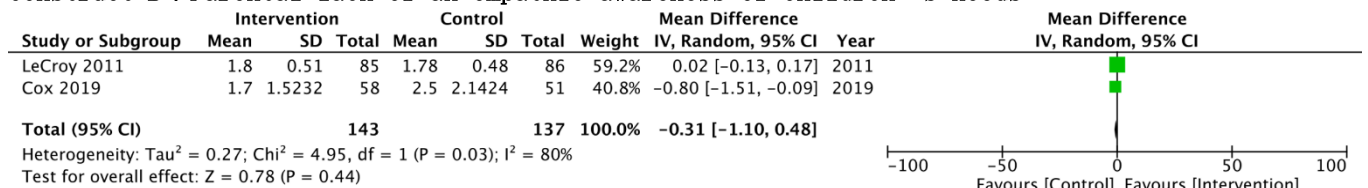
## Total score



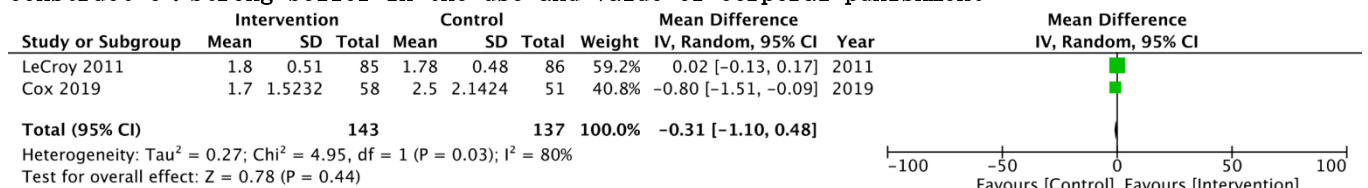
## Construct A : Inappropriate parental expectations



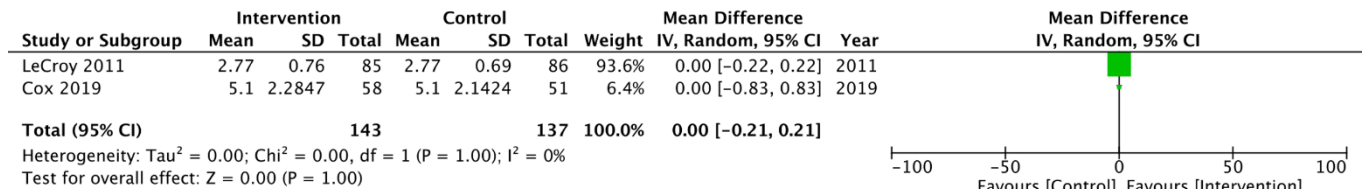
## Construct B : Parental lack of an empathic awareness of children' s needs



## 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

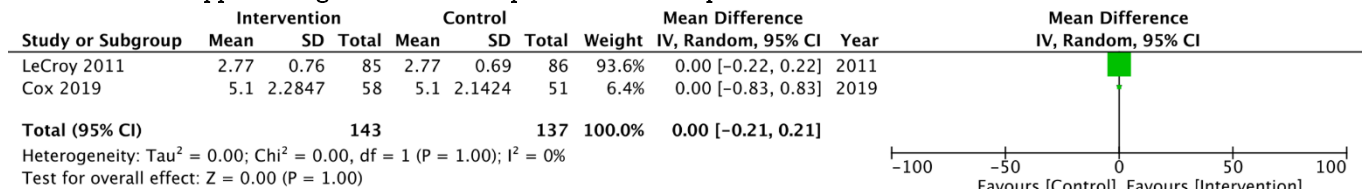
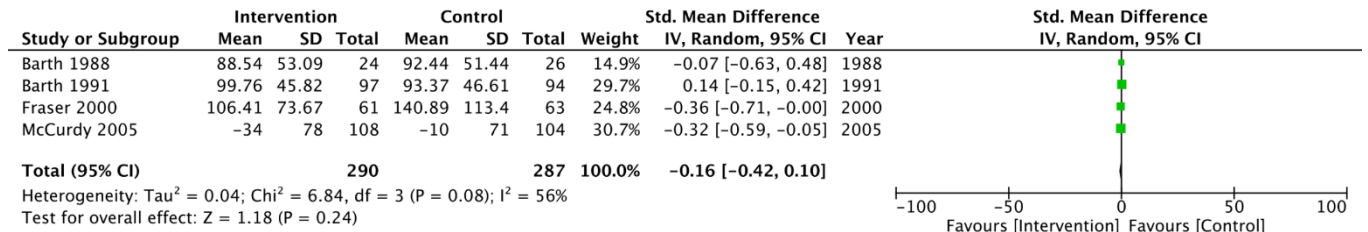
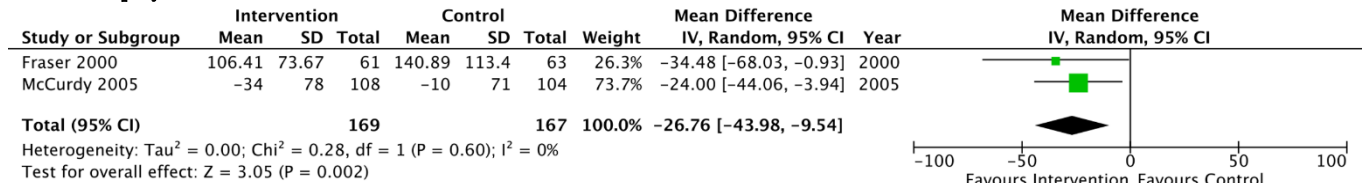


図4 : AAPI-2のリスク比のフォレストプロット

## Total score



## 77-item physical child abuse scale



## 35-item short version

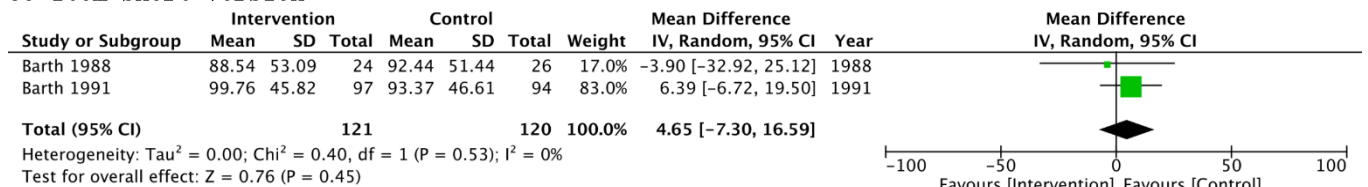
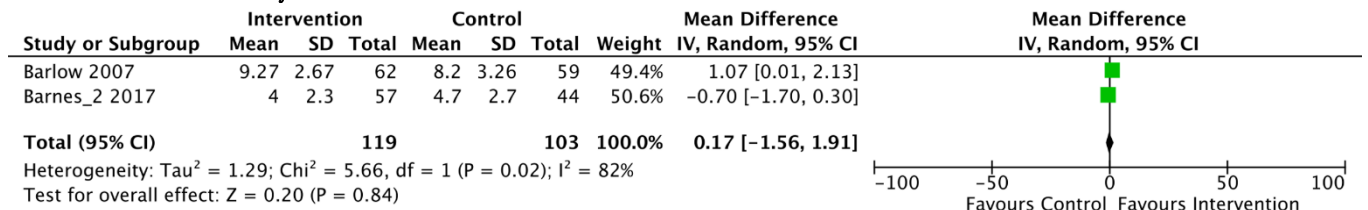


図5 : CAPIのリスク比のフォレストプロット

## Maternal sensitivity



## Infant cooperativeness

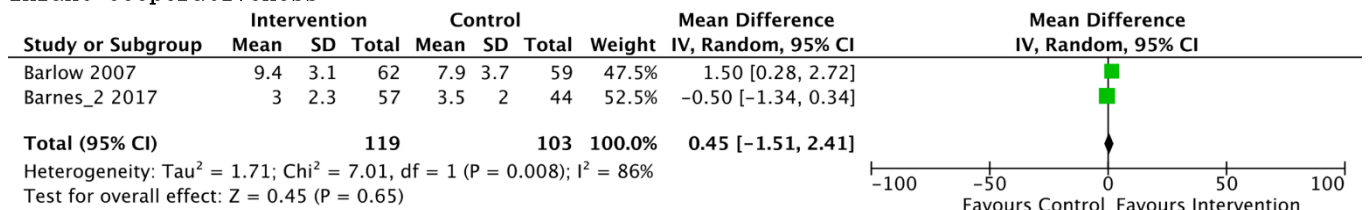


図6 : CARE-Indexのリスク比のフォレストプロット

表 1 : エビデンス総体の確実性評価

№ of studies	Study design	Certainty assessment					№ of patients		Effect		Certainty
		Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervention	Usual care	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	
<b>CPS records</b>											
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
<b>CPS records - More than 6 months</b>											
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
<b>CPS records - Less than 6 months</b>											
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
<b>CPS records - During pregnancy and postpartum</b>											
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
<b>CPS records - Postpartum</b>											
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 101 fewer to 9 more)	⊕⊕⊕○ Moderate
<b>CPS records - More than twice per month in the first month postpartum</b>											
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
<b>CPS records - Less than twice per month in the first month postpartum</b>											
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
<b>CPS records - Professional</b>											
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
<b>CPS records - Paraprofessional</b>											
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
<b>CPS records - Home</b>											
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
<b>CPS records - Center</b>											
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
<b>CPS records - Comprehensive support</b>											
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
<b>CPS records - Packaged program</b>											
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
<b>Injury report</b>											



Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty
№ 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
<b>ER visit</b>											
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
<b>PSI-SF (Total score)</b>											
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
<b>PSI (Parent domain)</b>											
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
<b>PSI (Child domain)</b>											
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
<b>AAPI-2 (Total score)</b>											
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
<b>AAPI-2 Construct A: Inappropriate parental expectations</b>											
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
<b>AAPI-2 Construct B: Parental lack of an empathic awareness of children's needs</b>											
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
<b>AAPI-2 Construct C: Strong belief in the use and value of corporal punishment</b>											
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
<b>AAPI-2 Construct D: Parent-child role reversal</b>											
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
<b>AAPI-2 Construct E: Oppressing children's power and independence</b>											
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
<b>CAPI (Total score)</b>											
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
<b>CAPI (77-item physical child abuse scale)</b>											
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
<b>CAPI (35-item short version)</b>											
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

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Intervention	Usual care	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)	

**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