

要支援児童と精神疾患を有する母の特徴と関連要因の解明

吉岡 京子¹⁾(YOSHIOKA Kyoko)

神保 宏子²⁾(JINBO Hiroko)

大久保詠子²⁾(OKUBO Eiko)

大熊 陽子²⁾(OKUMA Yoko)

平林 義弘⁴⁾(HIRABAYASHI Yoshihiro)

鎌倉 由起²⁾(KAMAKURA Yuki)

北澤 陽子²⁾(KITAZAWA Yoko)

白川久美子³⁾(SHIRAKAWA Kumiko)

大屋 成子²⁾(OYA Shigeko)

黒田真理子¹⁾(KURODA Mariko)

1) 東京医科大学医学部看護学科地域看護学

2) 杉並保健所保健サービス課

3) 杉並区保健福祉部高齢者施策課

4) 中野区鷺宮保健センター

要約：本研究の目的は、要支援児童と精神疾患を有するその母の特徴とその関連要因を解明することである。平成 26 年度に新規登録された就学前の要支援児童 248 人およびその母親 221 人を調査対象とした。母の精神疾患について記述のあった 218 人のうち、精神疾患なし群は 127 人 (58.3%)、精神疾患あり群は 91 人 (41.7%) であった。ロジスティック回帰分析の結果、「医療機関の協力を得て長期に支援する」(Odds Ratio=2.77, 95%CI=1.11-6.94)、「受診状況を把握する」(Odds Ratio=34.43, 95%CI=7.03-168.63) ことが要支援児童の母が精神疾患を有することと有意に関連していた。本結果から、保健師は要支援児童の母のうち精神疾患を有する者に対して、医療機関の協力を得て長期的に支援し、受診状況をモニタリングする必要性が示唆された。

キーワード：要支援児童、精神疾患、母親、支援、保健師、虐待予防

緒言

方法 1. 研究対象とデータ収集の方法

2. 調査項目

3. データ分析

4. 倫理的配慮

結果 1. 要支援児童の母の精神疾患の有無別による比較について

2. 要支援児童の母のうち精神疾患を有する者とその関連要因のロジスティック回帰分析による検討

考察 1. 母の精神疾患の有無別の比較について

2. 乳幼児健診データや要支援児童への支援記録の電子化の必要性について

3. 限界と課題

謝辞

緒言

わが国の母子保健の基盤となる法律の一つである児童福祉法は平成16年に改正され、区市町村が児童虐待の相談窓口に位置付けられた。また平成20年には児童福祉法が再度改正され、妊娠期から出産・育児が円滑に行われるように切れ目ない支援の必要な母子を「特定妊婦」と「要支援児童」として位置付けられた¹⁾。

妊娠・出産は、母体の変化のみならず親という新しい役割の獲得と、育児という新たな課題により生活リズムの再構成が必要な時期である。ホルモンの著しい変化のみならず、不慣れな夜間の授乳やおむつ交換により睡眠不足となり精神的不調を来す母親の存在が指摘されている²⁾。また、精神疾患を有する母親への支援の難しさが報告されている^{3),4)}が、妊娠期を中心とした報告に留まり、出産後に要支援児童として支援されている者の中にどの程度精神疾患を有する母親が含まれているのかや、その母子の特徴および具体的な支援内容については十分に明らかにされていない⁵⁾⁻⁷⁾。子どもの健やかな育ちを支援するためには、母親やその家族を支援することが不可欠である。このため、要支援児童と精神疾患を有するその母親の特徴を明確化する必要がある。

そこで本研究では、本邦ではほとんど解明されていない要支援児童と精神疾患を有する母の特徴およびその関連要因を解明し、その支援体制の構築に資することを目的とした。

方法

1. 研究対象とデータ収集の方法

本研究は、A区と東京医科大学との間で共同研究協定を締結して実施した。A区では要支援児童の支援の進行管理機関を児の就学前後で分けている。すなわち、就学前を保健センター、就学後は子ども家庭支援センターとしている。本研究では平成26年度に新規登録された就学前の要支援児童248人およびその母親221人を対象とした。

データ収集に際し、要支援評価検討チーム（保健師6人、医師1人）と研究者が、先行研究^{2),7)-12)}と日頃の実践活動を参考に調査項目を作成した。要支援児童評価検討チームの保健師6人が平成26年4月～平成27年8月までの相談記録票の確認と地区担当保健師への聞き取りにより、平成27年7月～9月にデータ収集を行い、Microsoft Excel 2010に入力した。

2. 調査項目

1) 母親の属性

年齢、子どもの人数、生活保護受給の有無、経済的困窮の有無、ひとり親か否か、母の実親との関係における問題の有無、被虐待歴の有無、精神疾患の有無、精神科通院状況、精神疾患の内訳（複数回答）を把握した。

2) 児を養育していた当時の母の状況

特定妊婦に該当するか否か、産後の健康問題の有無、エジンバラ産後うつ病質問票（以下、EPDS

表 1 研究参加者の属性について

n=218

			精神疾患なし (n=127)		精神疾患あり (n=91)		p-value
			n	%	n	%	
母の属性	年齢	平均 (SD)	33.3	7.2	34.9	5.4	0.06
	子どもの人数	平均 (SD)	1.5	0.8	1.42	0.9	0.27
	生活保護受給	受給あり	10	7.9	3	3.3	0.25
		受給なし	117	92.1	88	96	
	経済的困窮	あり	29	23.2	21	23.3	1.00
		なし	96	76.8	69	76.7	
	ひとり親	該当	19	15.0	14	15.4	1.00
		非該当	108	85.0	77	84.6	
	母の実親との関係	問題あり	24	22.9	33	39.8	0.02
		問題なし	81	77.1	50	60.2	
	被虐待歴	あり	13	13.8	21	25.9	0.06
		なし	81	86.2	60	74.1	
	精神科通院状況	未受診	—	—	2	2.3	—
		中断	—	—	21	24.1	
		通院中	—	—	51	58.6	
既往有		—	—	13	14.9		
精神疾患の内訳 (複数回答)	産後うつ病	—	—	36	39.6	—	
	統合失調症	—	—	10	10.9		
	発達障害	—	—	7	7.7		
	その他	—	—	45	49.5		
児を養育していた当時の母の状態	特定妊婦	該当	25	19.8	24	27.0	0.25
		非該当	101	80.2	65	73.0	
	産後の健康問題	あり	28	23.0	38	43.7	0.002
		なし	94	77.0	49	56.3	
	EPDS 点数	平均 (SD)	7.2	6.4	10.7	7.2	0.001
	パートナーとの関係性	問題あり	44	36.7	33	36.7	1.00
		問題なし	76	63.3	57	63.3	
パートナーの健康問題	あり	20	17.2	12	14.1	0.70	
	なし	96	82.8	73	85.9		
子どもの属性	性別	男児	55	43.3	53	58.2	0.04
		健康問題	あり	16	13.0	9	
		なし	107	87.0	81	90.0	
	月齢	0か月	34	26.8	27	29.7	0.29
		4-11か月	44	34.6	24	26.4	
		1歳代	15	11.8	10	11.0	
		2歳代	9	7.1	14	15.4	
		3歳以上	25	19.7	16	17.6	
	乳児健診時の異常	あり	16	16.2	10	12.5	0.53
		なし	83	83.8	70	87.5	
	乳児健診時の発達の遅れ	あり	8	8.2	4	5.0	0.55
		なし	90	91.8	76	95.0	
	乳児健診時における育児困難	あり	30	30.6	29	38.2	0.33
		なし	68	69.4	47	61.8	
	1歳6か月健診時の異常	あり	6	14.3	5	14.7	1.00
		なし	36	85.7	29	85.3	
	1歳6か月健診時発達の遅れ	あり	19	44.2	9	26.5	0.15
		なし	24	55.8	25	73.5	
	1歳6か月健診時における育てにくさ	あり	18	40.9	13	38.2	1.00
		なし	26	59.1	21	61.8	
	3歳児健診時の異常	あり	10	30.3	6	31.6	1.00
		なし	23	69.7	13	68.4	
	3歳児健診：発達の遅れ	あり	15	45.5	6	31.6	0.39
		なし	18	54.5	13	68.4	
	3歳児健診時における育てにくさ	あり	22	66.7	13	68.4	1.00
		なし	11	33.3	6	31.6	
	要支援に登録された経緯	特定妊婦	24	8.9	25	27.5	0.36
		医療機関	21	16.5	21	23.1	
		すこやか赤ちゃん訪問	25	19.7	11	12.1	
		その他の関係機関	29	22.8	17	18.7	
		本人の相談	10	7.9	7	7.7	
		健診・育相	12	9.4	4	4.4	
		兄弟の相談	3	2.4	4	4.4	
要保護からの移行	3	2.4	2	2.2			
要支援終了の理由	転居	20	16.0	9	9.9	0.35	
	入園	1	0.8	2	2.2		
	状況改善	15	12.0	10	11.0		
	要保護へ移行	10	8.0	3	3.3		
	その他	1	0.8	2	2.2		
	支援継続中	78	62.4	65	71.4		

とする)の得点、パートナーとの関係における問題の有無、パートナーの健康問題の有無を把握した。

3) 要支援児童の属性

性別、健康問題の有無、月齢、乳児健診時の異常の有無、発達の遅れの有無および乳児健診時における育児困難の有無、1歳6か月児健診時の異常、発達の遅れおよび1歳6か月児健診時における育てにくさの有無、3歳児健診時の異常、発達の遅れおよび3歳児健診時における育てにくさの有無、要支援家庭に登録された際の把握経路、要支援終了の理由を把握した。なお1歳6か月児健診と3歳児健診に関するデータは、当該健診を受診した児のみ収集した。

4) 保健師によるアセスメントと支援

保健師による子どもへの支援、母親・家族へのアセスメントと具体的な支援について把握した。

5) 育児支援サービスの利用

育児支援サービスの利用の有無についてたずねた。

3. データ分析

分析には IBM SPSS Statistics 22 を用いた。母が精神疾患を有する者を「精神疾患あり群」、精神疾患のない者を「精神疾患なし群」として対応のない t 検定、 χ^2 検定、Fisher の直接確率検定を実施した。有意水準は5%未満(両側検定)とした。単変量解析で有意差が認められた変数について、多重共先性を Variance Inflation Factor (VIF) を検討¹³⁾し、VIF が 2.0 以上のものを除外し、母が精神疾患を有する者を 1、精神疾患のない者を 0 とするロジスティック回帰分析(変数強制投入法)を行った¹⁴⁾。

4. 倫理的配慮

本研究は、東京医大看護研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号 26-1、承認日 2014 年 9 月 19 日)。本研究の遂行に当たり、個人情報保護に留意し、個人を特定できない状態で A 区からデータファイルの提供を受けた。

結果

1. 要支援児童の母の精神疾患の有無別による比較について

精神疾患の有無について記述があった母児 218 人のうち、精神疾患なし群は 127 人(58.3%)、精神疾患あり群は 91 人(41.7%)であった。

母の属性について精神疾患あり群と精神疾患なし群を比較したところ、母の実親との関係に問題ある者は、精神疾患あり群の方に有意に多かった。

児を養育していた当時の母親とその児の状況については、産後の健康問題がある者と EPDS の平均点が高得点の者が精神疾患なし群よりも精神疾患あり群の方に有意に多かった。

要支援児童の属性について 2 群比較した結果、子どもが男児の者は精神疾患なし群よりも精神疾患あり群に有意に多かった。他の項目については 2 群間で有意な差は認められなかった。

保健師による児へのアセスメントと支援では、2 群間に有意な差は認められなかった(表 2)。一方、

表 2 保健師によるアセスメントと支援および育児支援サービスの有無について n=218

		精神疾患なし (n = 127)		精神疾患あり (n=91)		p-value
		n	%	n	%	
保健師による子どもへの支援	顔なじみになる	103	81.1	79	86.8	0.36
	月齢に合った育児がされているか	118	92.9	89	97.8	0.13
	児の発育・発達を確認する	121	95.3	91	100	0.42
	児の発達の状態を客観的に保護者に伝える	114	89.8	85	93.4	0.47
	児の安全を確認する	118	92.9	88	96.7	0.37
	児の安全を確保する	90	70.9	64	70.3	1.00
	虐待を発見する	17	13.5	21	23.1	0.07
	健康管理の支援をする	106	83.5	81	89.0	0.33
保健師による母親へのアセスメントと支援	育児能力を把握する	124	97.6	91	100	0.27
	家事能力を把握する	100	78.7	86	94.5	0.001
	信頼関係の構築に努める	125	98.4	91	100	0.51
	訴えを傾聴する	121	95.3	90	98.9	0.24
	保健師等の支援への拒否がある	20	15.7	17	18.7	0.47
	成育歴と育児の困難を関連づけて考える	48	37.8	56	61.5	0.001
	ママ友達との交流の状態を把握する	58	46.4	55	61.1	0.04
	近所づきあいの状況をつかむ	41	33.1	40	44.4	0.12
	病状悪化を予防する	37	30.6	76	83.5	< 0.001
	育児支援サービスや制度の情報提供をする	119	93.7	90	98.9	0.08
	育児支援サービスや制度の導入の調整をする	58	45.7	49	53.8	0.27
	月齢に合わせた具体的な育児の知識技術を提供する	108	85.0	81	89.0	0.43
	良いところを認める	118	92.9	89	97.8	0.13
	具体的な家事の知識・技術の提供・指導をする	53	42.7	55	60.4	0.01
	母性という健康な部分を育てる	97	77.6	83	91.2	0.009
	育児を通して問題解決力を高めるように支援する	99	79.2	84	92.3	0.01
	母や家族が機関に行く際に同行する	20	16.0	23	25.3	0.12
医療機関の協力を得て家族全体を長期に支援する	26	21.3	44	48.4	< 0.001	
受診状況を把握する	62	50.4	89	97.8	< 0.001	
家族全体の健康・生活の状態を把握する	102	80.3	81	89.0	0.10	
育児支援サービス	利用あり	29	31.9	62	68.1	0.04

母親・家族へのアセスメントでは、保健師は「母親の家事能力を把握する」、「母親の成育歴と育児の困難を関連づけて考える」、「ママ友達との交流の状態を把握する」、「病状悪化を予防する」、「具体的な家事の知識・技術の提供・指導をする」、「母性という健康な部分を育てる」、「育児を通して母親の問題解決力を高めるように支援する」、「母や家族が機関に行く際に同行する」、「医療機関の協力を得て家族全体を長期に支援する」、「受診状況を把握する」、について保健師は精神疾患なし群よりも精神疾患あり群の方に有意に多く実施していた。

また、精神疾患あり群の方が精神疾患なし群に比して有意に多く育児支援サービスを利用していた。

2. 要支援児童の母のうち精神疾患を有する者とその関連要因のロジスティック回帰分析による検討
単変量解析において有意差が認められた15変数のうち、「母親の病状悪化を予防する」はVIFが4.8だったため除外し、14変数を独立変数として一括投入した。その結果、「医療機関の協力を得て長期に支援する」(Odds Ratio=2.77, 95%CI=1.11-6.94)、「受診状況を把握する」(Odds Ratio=34.43, 95%CI=7.03-168.63)が要支援児童の母が精神疾患を有することと有意に関連していた。

考察

1. 母の精神疾患の有無別の比較について

本調査は、本邦ではほとんど解明されていない要支援児童と精神疾患を有する母の特徴およびその関連要因を検討した。その結果、要支援家庭に占める精神疾患あり群は91人(41.7%)であることが初めて明らかとなった。またロジスティック回帰分析の結果、保健師が「医療機関の協力を得て長期に支援する」、「受診状況を把握する」ことが要支援児童の母が精神疾患を有することと有意に関連していた。先行研究では、母親がうつ状態を呈することと適切に育児ができないことが有意に関連しており、産後うつ病の治療の重要性が示唆されていた^{15),16)}。精神疾患は慢性疾患であり、病状の変化により生活上の支援ニーズも変化する。産後は健康な母親であっても疲労感が強く¹⁷⁾、慣れない育児で睡眠不足になりやすく、不調を来しやすい²⁾。このため、精神疾患を有する母親に対しては、医療機関の協力を得て、長い目で継続的に支援する必要性があると考えられる。また受診状況を把握することは、病状や生活の変化等とも関連するため、極めて重要な支援と考えられる。妊娠中や出産後は胎児や母乳への薬剤移行を避けるために内服治療を中断していることがある。医師の指示に基づいて内服を中断しているか否かや、どのような症状が出現したら内服治療を再開するのか等の見通しを母と共有しておくことも重要と考えられる。

2. 乳幼児健診データや要支援児童への支援記録の電子化の必要性について

本調査では、要支援児童評価検討チームが相談記録票の確認と地区担当保健師への聞き取りによりデータ収集と入力を行ったが、乳幼児健診のデータや支援データは電子カルテ化されておらず、未だ紙台帳で管理されていた。しかし、乳幼児健診は全国的にほぼ同時期の乳幼児を対象として行われている保健事業であり、健診で確認すべき成長・発達の項目もほぼ共通している。乳幼児健診データの電子化が進められている地域は一部に留まっている¹⁸⁾が、将来的には全国統一の書式で電子化を推進する必要がある。また、本調査では要支援児童の1割以上が転居していたが、転居先の自治体においても支援の継続が必要である。転居先でも切れ目なく支援を継続するためには、漏れなく支援経過を申し送り、情報の共有化を図る必要がある。

現状では要支援児童への支援記録の書式や方法も自治体によって異なっていると考えられる。乳幼児健診と異なり、要支援児童への支援については専門職個人の力量差や各事例の違いが大きいため、今後研究により基本的な支援のパターンの抽出や標準化を図り、電子カルテ化を推進する必要がある。

3. 限界と課題

本結果の限界は以下の3点である。第一は、本結果は一地域における調査により得られたものであり、他の自治体にそのまま適用することは困難である。第二に、本調査は横断研究のため、因果関係を特定することは難しい。第三に、本調査は要支援児童評価検討チームの保健師が行政の記録と記録

表3 要支援児童の母のうち精神疾患を有する者とその関連要因のロジスティック回帰分析による検討

n=171

			OddsRatio	95%CI		p-value
				下限	上限	
母の属性	母の実親との関係	問題あり	1.50	0.60	3.74	0.38
児を養育していた当時の母の状況	産後の健康問題	問題あり	1.44	0.62	3.36	0.40
	EPDS	9点以上	1.94	0.84	4.46	0.12
要支援児童の属性	性別	男児	2.10	0.92	4.79	0.08
保健師によるアセスメントと支援	成育歴と育児の困難を関連づけて考える	実施あり	1.34	0.54	3.34	0.52
	ママ友達との交流の状態を把握する	実施あり	0.66	0.27	1.66	0.38
	具体的な育児の知識技術提供	実施あり	0.25	0.05	1.43	0.12
	母性という健康な部分を育てる	実施あり	1.32	0.34	5.17	0.69
	育児を通して問題解決能力向上	実施あり	2.65	0.62	11.41	0.19
	母や家族が機関に行く際に同行する	実施あり	1.49	0.51	4.37	0.47
	医療機関の協力を得て長期に支援する	実施あり	2.77	1.11	6.94	0.03
	受診状況を把握する	実施あり	34.43	7.03	168.63	< 0.001
	家事能力を把握する	実施あり	1.08	0.24	4.76	0.92
	育児支援サービスの利用	利用の有無	利用あり	1.26	0.55	2.89

Hosmer-Lemeshow 検定: $\chi^2 = 5.86$ (自由度 8)、 $p = 0.663$

Nagelkerke R^2 乗: 0.486

註 1) 従属変数: 要支援児童の母の精神疾患なし = 0、あり = 1 とした。

註 2) 独立変数の参照カテゴリは、母の実親との関係と産後の健康問題は「問題なし」、EPDS は「9点未満」、要支援児童の性別は「女児」、他の独立変数は「実施なし」を参照カテゴリとした。また育児サービスの利用の有無は「利用なし」を参照カテゴリとした。

を参照しながら担当者への聞き取りによりデータ収集を行った。このため想起バイアスの影響や経験年数の多寡による判断の相違が生じていた可能性が否めない。

このような限界はあるものの、本研究はわが国における要支援児童と精神疾患を有する母の特徴を初めて横断調査により明らかにし、保健師が「医療機関の協力を得て長期に支援する」、「受診状況を把握した」ことが、母が精神疾患を有することと有意に関連していたことを実証した点に意義がある。今後は全国調査により要支援児童と精神疾患を有する母に対する基本的な支援パターンの抽出や標準化を図ると共に、虐待予防との関連性についても検証することが必要と考えられる。

謝辞

本研究の実施にあたりご多忙にもかかわらず多大なるご協力を賜りました A 区の保健師ならびに関係者の皆様に厚く御礼を申し上げます。本研究の一部は、第 4 回日本公衆衛生看護学会学術集会(2016 年 1 月 23-24 日、一橋講堂、東京)で発表した。本研究に関する利益相反はない。

引用文献

- 1) 厚生労働省. 児童福祉法. <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S22/S22HO164.html> (2015. 3. 6)
- 2) 西園マーハ文: 地域における精神病理の理解 産後メンタルヘルスの援助活動から社会精神医学を考える. 日本社会精神医学会雑誌 19(1), 84-90 (2010).
- 3) 永谷智恵: 子どもの虐待の支援に携わる保健師が抱える困難さ. 日本小児学会誌 18(2), 16-21 (2009).
- 4) Kayama M, Sagami A, Watanabe Y, et al.: Child abuse prevention in Japan: an approach to

- screening and intervention with mothers. *Public Health Nursing* 21, 513-518 (2004).
- 5) Arimoto A, Murashima, S. : Child-rearing anxiety and its correlates among Japanese mothers screened at 18-month infant health checkups. *Public Health Nursing* 24, 101-110 (2007).
 - 6) 中板育美, 佐野信也 : 産後の母親のうつ傾向を予測する妊娠期要因に関する研究 子ども虐待防止の視点から. *小児保健研究* 71(5), 737-747 (2012).
 - 7) 蔭山正子, 田口敦子 : 精神障がいをもつ母親への保健師による育児支援技術 病状と育児のバランスを図る. *日本地域看護学会誌* 16(2), 47-54 (2013).
 - 8) 有本 梓 : 児童虐待に対する保健師活動に関する文献レビュー. *日本地域看護学会誌* 9(2), 37-45 (2007).
 - 9) 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課. (2013) : 子ども虐待対応の手引き(平成 25 年 8 月改正).
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/120502_11.pdf (検索日 : 2016 年 3 月 17 日)
 - 10) 佐藤拓代 : 子ども虐待の「予防」を考える 発生予防・再発防止、そして世代間連鎖を断つために 妊娠中・乳児期・幼児期の保健活動が発生予防の鍵. *小児保健研究* 69(2), 222-225 (2010).
 - 11) Seng JS, Sperlich M, Low LK, et al. : Childhood Abuse History, Posttraumatic Stress Disorder, Postpartum Mental Health, and Bonding: A Prospective Cohort Study. *Journal of Midwifery & Women's Health* 58(1), 57-68 (2012).
 - 12) Gilbert R, Widom CS, Browne K, et al. : Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet* 373, 68-81 (2009).
 - 13) ミッチェル H. カッツ. 6 独立変数間関係. 木原雅子, 木原正博, 監訳. 医学的研究のための多変量解析 : 一般回帰モデルからマルチレベル分析まで. 東京. メディカル・サイエンス・インターナショナル 71-75 (2008).
 - 14) ミッチェル H. カッツ. 8 分析を行う. 木原雅子, 木原正博, 監訳. 医学的研究のための多変量解析 : 一般回帰モデルからマルチレベル分析まで. 東京. メディカル・サイエンス・インターナショナル 101-120 (2008).
 - 15) Fujiwara T, Okuyama M, Izumi M. : The impact of childhood abuse history, domestic violence and mental health symptoms on parenting behavior among mothers in Japan. *Child Care Health Dev* 38, 530-537 (2012).
 - 16) Choi H, Yamashita T, Wada Y, Narumoto J, et al. : Factors associated with postpartum depression and abusive behavior in mothers with infants. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 64, 120-127 (2010).
 - 17) Runquist, JJ. A depressive symptoms responsiveness model for differentiating fatigue from depression in the postpartum period. *Archives of Women's Mental Health* 10, 267-275 (2007).
 - 18) 山縣然太郎. : 乳幼児健康診査のデータ活用. *保健医療科学* 63(1), 27-31 (2014).