

# 思春期の心の発達とその課題 を踏まえた支援や関係機関と の連携方法について

母子保健における心理社会的側面からの支援研修  
令和3年11月30日

大阪精神医療センター 児童思春期診療部 花房昌美

## 今日のお話

- 思春期とはどんな時代か
- 逆境の影響について
- 思春期に起こりやすい問題
- 医療機関の役割について 発達障害診療を例に
- 援助者のメンタルヘルス

## 思春期とはどんな時代か

## 子どもの精神発達過程

- 乳児期：絶対的保護、愛着形成、基本的信頼
- 幼児期：分離-個体化、自律  
行動のよりどころは「親」
- 学童期：学習と訓練、自分のものさし作り  
行動のよりどころは「仲間」へと変化
- 思春期：親からの脱却、Identityの確立へ  
行動のよりどころは「自分自身」へ

## 思春期とは

- 「子ども→おとな」の準備期
- 身体としてのおとな
  - 第二性徴
  - 20代前半まで脳はまだ成長途中（特に前頭葉）
- 社会としてのおとな
  - 労働や子育てを営めるだけの生活の経験値を積む
- 心理的なおとな
  - 養育者からの自立

## 思春期の問題

- アイデンティティの混乱  
自分は必要とされているのかという気持ち
- 性の混乱  
男性性、女性性をめぐる混乱、  
性被害との関連、性への気づきと混乱
- 精神疾患の併存  
統合失調症の好発年齢、不安と強迫

## 思春期のころ

- 考えるより行動する方が楽→**行動化**
  - 健康的な行動：趣味やスポーツへの没頭
  - 葛藤的な行動：反抗、非行など
  - 病的な行動化：自傷、犯罪行為など
- 自分の内面には侵入されたくない→**ひきこもり**
  - 健康的なひきこもり：大人に内面を話さなくなる、考えにふけるなど
  - 葛藤的なひきこもり：不登校など
  - 病的ひきこもり：うつなど

6

## 逆境体験による影響

7

## ACEスタディ (Adverse Childhood Experiences study)

- ACEスコア：小児期逆境体験（虐待、家庭機能不全）に当てはまる項目が多いほど、数十年後の様々な病気の罹患率が高まる
- ACE 4 以上の人は0の人に比べ：
  - 肺疾患3.9倍
  - 肝炎2.4倍
  - 性感染症2.5倍
  - 抑うつ症状4.6倍
  - 自殺企図12.2倍

Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults

8

## 子ども時代の逆境体験の長期的影響



<http://www.acestudy.org/home>

9

## ACEの問題にどう立ち向かうか？

- 子どもの逆境を減らすこと
- 保護者の緩衝材としての能力を強化すること
- ストレス反応がどのように健康問題を起こすかという知識を用いて、基本的な対策
  - スクリーニング
  - **トラウマインフォームドケア**
  - 治療
- ストレス対策
  - 睡眠、運動、栄養、マインドフルネス、心の健康、健全な関係

小児期トラウマと癒すツール  
ナティン・パーク・ハリス・バンローリング

10

## 思春期に起こりやすい問題

11

## 思春期のころ (再掲)

- 考えるより行動する方が楽→**行動化**
  - 健康的な行動：趣味やスポーツへの没頭
  - 葛藤的な行動：反抗、**非行**など
  - 病的な行動化：**自傷**、犯罪行為など
- 自分の内面には侵入されたくない→**ひきこもり**
  - 健康的なひきこもり：大人に内面を話さなくなる、考えにふけるなど
  - 葛藤的なひきこもり：**不登校**など
  - 病的ひきこもり：うつなど

12

## 行動化の問題 その1 非行について

ODD (**反抗挑発症**) / CD (**素行症**) に苦しむ子供は真の精神障害を患っているとみなすべきであり、それゆえ適切な評価と効果的な治療を受けてしかるべきなのである。

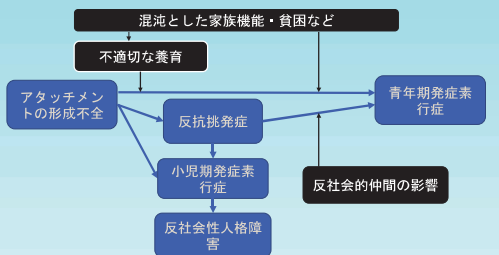
ラター児童青年精神医学 第6版 (Scottによる)

米国シカゴのクック地区の未成年未決犯収容施設の10歳から18歳 1829人のうち、知的障害を除いた精神医学診断がついたものが 男児66%、女児74%。素行障害を除くと、男児61%、女児70%。**気分障害、不安障害、物質依存など重複精神障害が多い**。そのうち一つでも軽減しておれば犯罪が減る可能性がある。子どもの犯罪の多くは治療により防げるのではないか。

長尾圭三

13

## アタッチメントの形成不全から素行障害への展開



キレルはこころのSOS 発達障害の二次障害の理解から  
原田謙 星和書店 より引用

14

## 行動化の問題 その2 自傷について

- 首都圏12校の中学・高校の生徒2974名中リストカットの経験者：**男子7.5%、女子12.1%**
- しかし学校が把握しているのは**30分の1**
- 自傷行為の経験のある生徒のうち、その半数以上が10回以上の自傷経験がある
- 習慣性自傷者の6割に虐待の既往

松本俊彦「自傷行為の理解と援助」より

15

## 自傷行為と自殺企図

特徴	自殺企図	自傷行為
苦痛	耐えられない、逃られない、果てしなく続く心の痛み	間欠的・断続的にエスカレートする心の痛み
目的	唯一の最終的な解決策	一時的な解決策
目標	意識の終焉・喪失	意識の変化
感情	絶望感 無力感	疎外感
認知	極端な心理的視野狭窄	狭窄はほとんどない
その後	不快感の改善はない	不快感は速やかに改善

松本・山口訳「自傷行為治療ガイド」金剛出版、2007より

16

## 自傷行為と自殺の関係

- 10代における自傷行為、自殺未遂  
10年後の自殺既遂のリスクを**数百倍**に高める  
Dwens D. Fetal and non-fetal repetition of self-harm: Br J Psychiatry 2002より
- 自らを危険にさらす行動【**自傷行為、アルコール・薬物乱用、性非行、無謀な運転**など】と近い将来の自殺行動のリスク  
1つ→2.3倍 2つ→8.3倍 3つ→18.3倍  
4つ→30.8倍 5つ→50.0倍  
6つ→277.3倍  
Miller TR. Adolescent suicidality: Suicide Life Threat Behav 2005より

Miller TR. Adolescent suicidality: Suicide Life Threat Behav 2005より

17

## 自傷行為について知っておいて欲しいこと

- 自殺とは異なる
- 演技的・操作的な行動ではない
- 何らかの苦痛が存在するサイン
- この苦痛を放置すると将来的には自殺につながる
- 自傷しない若者でも大人に相談することは少なく、友人が多い
- 自傷する若者は相談下手

18

## 援助希求能力を引き出す支援

- 頭ごなしに自傷をやめなさいと言わない
- 援助を求めてきたことを評価する
- 切るか切らないかよりも信頼できる人に心を開けることのほうが重要
- 自傷行為の肯定的な面を確認し、共感する
- エスカレートに対する懸念を伝える
- 無意味な約束はしない

19

## 不登校について

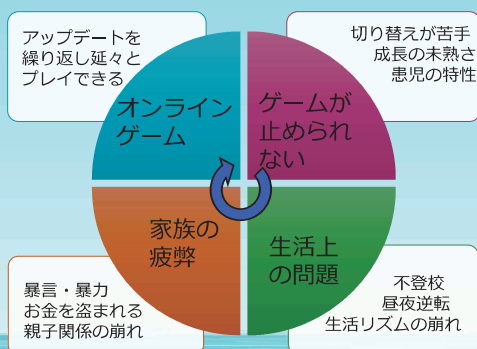
- 文部科学省の問題行動・不登校調査によると、2020年度に小中学校で30日以上欠席した不登校の児童生徒は19万人を超え、前年度より約1万5千人増えて過去最多。
  - 背景は様々であり、それにより必要な対応が異なる
    - いじめ→本人の安全の確保
    - 病気（身体疾患／精神疾患）→治療
    - 本人の特性（発達障害）と環境とのアンバランス→対応の工夫
- 背景を明らかにする必要がある
- しかし、明確な背景がないものもある

20

## Gaming disorder ゲーム障害

- WHOが2018年6月、国際疾病分類第11版（ICD-11）に新たに盛り込んだ。
- 「持続または反復するゲーム行動」
  - ゲームをする衝動が止められない
  - ゲームを最優先にする
  - 問題が起きてもゲームを続ける
  - 個人や家族、社会、学習、仕事などに重大な問題が生じる
  - 最低12か月持続

21



22

## 不登校・ひきこもりとネットゲーム依存

- 両者が見られる場合、引きこもりの治療が優先される。
  - ネットゲーム依存はひきこもりの退屈しのぎの場合が多い。
- 不登校→社会的引きこもり→家庭内ひきこもり
  - ゲームやスマホをめぐる親子の対立が、社会的引きこもり家庭内引きこもりに追い込むことになる。
- 家族と社会の接点→本人と家族の接点→本人と実社会の接点

23

## ネット・ゲーム依存の治療

- ・目標は「節ネット」 （アルコールの断酒とは違う）
- ・治療手段
  - ①心理・精神療法 認知のゆがみや対処スキル不足に対して
  - ②薬物療法 依存に対しては無効。合併精神疾患に対してのみ有効
  - ③環境調整・社会参加の場の提供（入院、デイケアなど）

中山秀紀、樋口進：ネット依存の治療。精神医学 59 (1) : 45-52、2017

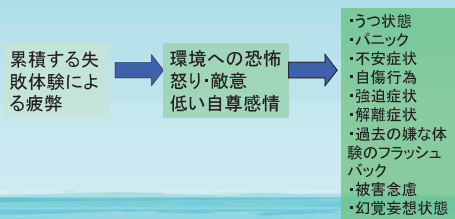
24

## 医療機関の役割について

お互いの立場を知らないとうまく連携できません

25

- ・基本症状そのものではなく、不適切な対応や環境とのミスマッチにより二次的に派生すると考えられる



26

## 発達障がい診療の流れ

- ・医学的評価
  - ・目的：医学的診断、生物学的要因の確認
  - ・方法：問診、行動観察、身体診察、検査
- ・医学的対応
  - ・薬物療法、リハビリテーション、精神療法
- ・保護者への対応
  - ・発達障害に対する疾病教育
  - ・保護者の不安・困難さへの対応
  - ・予想される問題と対応方法の説明・助言
  - ・地域の関係機関に関する情報提供・紹介
- ・学校への対応
  - ・学校での対応に関する説明・助言

27

## 発達障がいのある子どもを持つ親

- ・虐待を受けてしまう発達障害児は通常発達児にくらべ**4~10倍**と推計（2001年厚生労働省科学研究班調査より）
- ・障がいのある子どもは障がいのない子どもにくらべ**8倍暴力の危険**にさらされている（同上）
- ・発達障がいのある子どもを持つ母親の**40%が抑うつ状態**  
（一般母親群20%）  
**重度抑うつは10%**（一般母親群1%）  
（野呂 2009）

28

## 障がいのある子どもと親（家族）への支援



各機関が連携し、多面的にサポートすることが大切

29

## 発達障害に対する医療の役割

### 医療にできないこと

- 障害を「治す」こと  
→障害と付き合っていく事の援助はできる
- 「性格」を変えること  
→「行動」は変えることができる（かも知れない）
- 懲罰として隔離すること  
→これは司法の仕事  
精神科病院の強制入院は治療のため

### 医療にできること

- 医療でしか出来ないこと
  - 診断
  - 精神障害者保健福祉手帳の診断書発行
  - 薬物療法による周辺症状の改善
- 医療が他職種とともに行えること
  - 環境調整
  - 行動変容
  - 家族のサポート

30

## 入院治療

- 自宅からの通院治療が困難（精神症状が強く、自宅での生活が困難になっている）
- 自宅にいる事がストレス

	通院治療	入院治療
関わる人	主治医がメイン	看護師、他の患者も
本人の生活	継続	入院生活
それまでの支援（家族、学校、福祉）	継続	中断
治療の継続	期限なく可能	どこかで終了する

31

## 児童思春期病棟治療の特色

- **療育**：未発達機能を育てる。（スキルの獲得  
社会性を育てる→生きる力）
- **協同**：他専門職との協同（医師、精神保健福祉士、心理士、児童指導員、保育士、院内学級教諭）
- **予防的介入**：起きうる問題の予測と対処方法のトレーニング
- **家族ケア**：家族もともに治療の対象と考える
- **福祉 教育 保健との連携**

32

## 援助者のメンタルヘルス

→援助者が健康でないと良いサポート（支援）はできません

33

## 「ストレス解消」できていますか？

- ある実験・・・
- ストレスホルモンを増やす薬を点滴する
  1. そのまま点滴→ストレスホルモンは10倍に
  2. 何が起るかの説明を受け、もし気分が悪くなったら自分で注射量を調節できるボタンを用意→ストレスホルモンの上昇を80%減らせる
- **予測と回避**だけでストレスは克服できる！
- 重要なのはストレスを解消するかどうかではなく、**解消する方法を持っているか**と**思っているかどうか**
  - 新潮出版「脳は何かと言いつつ」 池谷祐二著より

34

## 対人援助職のメンタルヘルス

- 「**トラウマ**」問題にかかわる援助者
- 燃え尽き症候群、バーンアウトの概念では覆えない特殊な困難がある。
  - バーンアウト、燃え尽き症候群、うつを伴う適応障害
  - 逆転移の問題
  - 外傷後ストレス障害
  - 二次受傷

35

## 二次受傷

- 被害者と共感的な関係を持ち、彼らが語るトラウマ体験に繰り返し暴露されることで、支援者にもたらされる影響
- 二次的外傷性ストレス
- 代理受傷
- 共感性疲労

36

## 代理受傷

- (被害者と共感的に関わることで) 自己感覚、世界観、スピリチュアリティ、情動耐性、人間関係、記憶のイメージ体系に衝撃を及ぼす。これは支援者側の欠陥ではなく、被害者の毒性や劣悪を表すわけでもない。ある種の労働災害と概念化するのが最適である。(Stamm, 1995)
- 安心感、信頼感、統制感、肯定感、親密感など、**援助者の内的体験、世界観に徐々に影響する。**

37

## 並行プロセス

- 被支援者が安全を感じていない=スタッフも安全を感じていない=組織全体が安全でない
- ex) 不安、怒り、攻撃、絶望、過覚醒、断片化、圧倒、混乱、うつ,..etc
- 放っておくと、組織全体が負のサイクルを繰り返してしまう。組織は生き物。
- 被支援者が混乱している時、コントロールすることだけに注力すると、大切なことを見落とす。
  - **スタッフ自身が安心感を感じているか、感じていなかったらどんなストレスがあるのが気づくのも大事。**

38

## セルフケア

- **身体的なケア**
  - よく食べる、よく寝る
  - 運動
  - 検診
  - 病気のときは休む
  - 休暇
  - マッサージ
- **情緒的なケア**
  - 「私」という感覚を常に持つ
    - 自分を点検する習慣
    - 「おかしい！」と気づけることも大切
  - 孤立しない
  - 仕事以外のことに興味を持つ
- **職場でのケア**
  - 仲間としゃべる時間を持つ
  - よきスーパーバイザーを持つ
  - 限界設定

39

## 予防

- 準備
  - 知識、教育が大切！
- サポート
  - 内面、感情を語るができる環境
- バランス
  - 量や種類

40

生活保護世帯の子どもとその養育者への健康生活支援について

厚生労働省 社会・援護局保護課  
保護事業室 今井 志乃  
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

- はじめに
- 生活保護受給者の健康管理支援
- 生活保護受給世帯の子どもの健康生活支援
- おわりに

- はじめに
- 生活保護受給者の健康管理支援
- 生活保護受給世帯の子どもの健康生活支援
- おわりに

生活保護制度とは①

日本国憲法

第二十五条 **すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。**  
2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

生活保護法

(この法律の目的)  
第一条 この法律は、**日本国憲法第二十五条に規定する理念に基づき、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とする。**

(無差別平等)  
第二条 すべて国民は、この法律の定める要件を満たす限り、この法律による保護（以下「保護」という。）を、無差別平等に受けることができる。

(最低生活)  
第三条 この法律により保障される最低限度の生活は、健康で文化的な生活水準を維持することができるものでなければならない。

(保護の補正性)  
第四条 保護は、生活に困窮する者が、その利用し得る資産、能力その他あらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用することを要件として行われる。

2 民法(明治二十九年法律第八十九号)に定める扶養義務者の扶養及び他の法律に定める扶助は、すべてこの法律による保護に優先して行われるものとする。  
3 前二項の規定は、急迫した事由がある場合に、必要な保護を行うことを妨げるものではない。

生活保護制度とは②

生活保護制度の目的

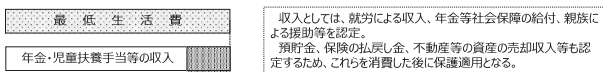
- 最低生活の保障  
⇒ 資産、能力等すべてを活用してもなお生活に困窮する者に対し、困窮の程度に応じた保護を実施
- 自立の助長

最低生活の保障

- ① 資産、能力等あらゆるものを活用することが保護の前提。また、扶養義務者による扶養などは、保護に優先される。
- 不動産、自動車、預貯金等の資産
  - 稼働能力の活用
  - 年金、手当等の社会保障給付
  - 扶養義務者からの扶養 等
- ◇ 保護の開始時に調査  
(預貯金、年金、手当等の受給の有無や可否、傷病の状況等を踏まえた就労の可否、扶養義務者の状況及び扶養能力等)  
◇ 保護適用後に届出を義務付け

② 支給される保護費の額

- 厚生労働大臣が定める基準で計算される最低生活費から収入を差し引いた差額を保護費として支給



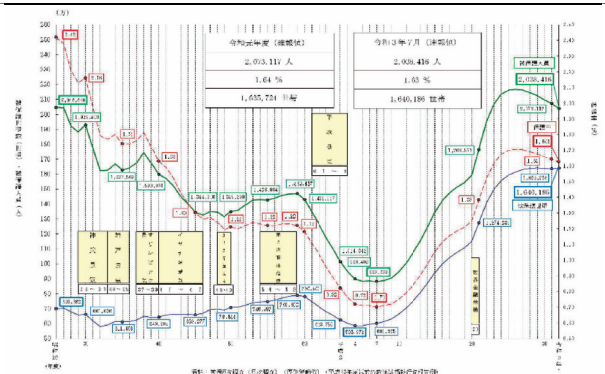
自立の助長

- ケースワーカーや就労支援員による就労指導・支援
- 被保護者就労支援事業（法第55条の7）、被保護者就労準備支援事業（予算事業）、生活保護受給者等就労自立促進事業（ハローワークと連携したチーム支援）、その他自立支援プログラムを実施

生活保護の動向①

被保護人員、保護率、被保護世帯数の年次推移

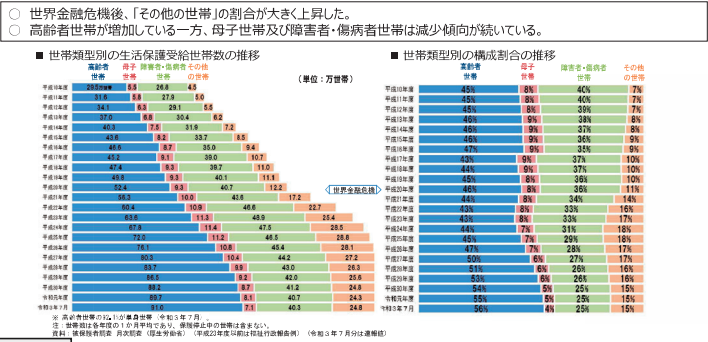
- 生活保護受給者数は約204万人(生活保護受給世帯：約164万世帯、保護率：1.63%)で、平成27年3月をピークに減少に転じた。





## 生活保護の動向②

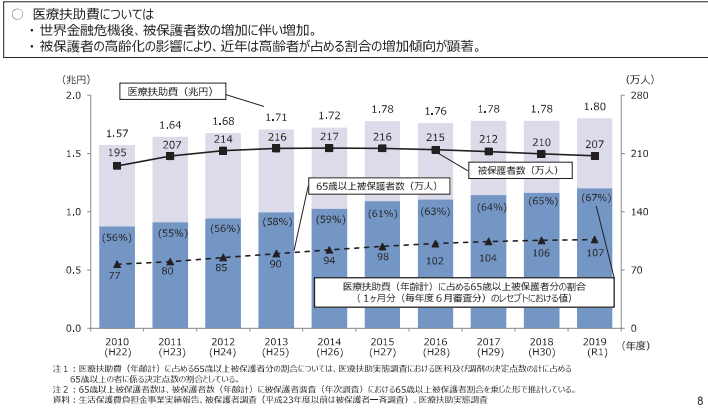
### 世帯類型別の保護世帯数と構成割合の推移



● 高齢者世帯：65歳以上の世帯（平成29年3月31日現在、65歳以上の世帯のうち、生活保護受給者の割合は約20%）。  
● 母子世帯：生活保護受給者のうち、母子世帯に該当する世帯（平成29年3月31日現在、生活保護受給者のうち、母子世帯に該当する世帯は約10%）。  
● 障害者・傷病者世帯：生活保護受給者のうち、障害者・傷病者世帯に該当する世帯（平成29年3月31日現在、生活保護受給者のうち、障害者・傷病者世帯に該当する世帯は約18%）。  
● その他：生活保護受給者のうち、高齢者世帯、母子世帯、障害者・傷病者世帯以外の世帯（平成29年3月31日現在、生活保護受給者のうち、その他に該当する世帯は約22%）。

## 生活保護の動向③

### 医療扶助の動向



厚生労働省

- はじめに
- 生活保護受給者の健康管理支援
- 生活保護受給世帯の子どもの健康生活支援
- おわりに

厚生労働省

生活保護受給者に対する健康管理支援の主な取組・経緯

平成25年12月	<b>生活保護法改正</b> ・ 受給者本人の努力義務として、自らの健康の保持増進が規定。 ・ 福祉事務所での調査権限を強化（健康増進による健康結果の入手を促進）。
平成26年9月 ～平成26年12月	生活保護受給者の健康管理の在り方に関する研究会（平成26年12月取りまとめ）
平成27年3月	生活保護受給者に対する健康管理支援の実施について（平成27年3月31日付け厚生労働省社会・援護局保護課長通知）
平成28年7月 ～平成29年5月	生活保護受給者の健康管理支援等に関する検討会（平成29年5月11日議論のまとめ）
平成29年10月 ～平成30年3月	生活保護受給者の健康管理支援マニュアルに関するWG（平成30年10月2日にWGの議論に基づく「被保護者健康管理支援事業の手引き」作成）
平成30年6月	<b>生活保護法改正</b> ・ <b>被保護者健康管理支援事業創設</b> ・ 施行に向けた試行事業・準備事業を実施（～令和2年度）
令和2年8月	「被保護者健康管理支援事業の手引き」改定
令和3年1月	<b>被保護者健康管理支援事業施行</b>
令和3年6月	「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（令和3年法律第66号）による生活保護法改正 ・ 被保護者健康管理支援事業の実施に必要な時は、被保護者に関する健診情報の提供を、福祉事務所が市町村長等に対して求めることができる旨の規定を創設

10

生活保護受給者の健康管理支援の推進

事業概要

○ 生活保護制度は、被保護者の最低生活を保障するとともに、自立の助長を図ることを目的としている。自立の助長については、経済的自立だけでなく、日常生活自立や、社会生活自立といった側面からも、支援を講じていく必要がある。  
○ 一方で、多くの被保護者は、医療保険者が実施する保健事業の対象とはなっていないが、多くの健康上の課題を抱えていると考えられ、**医療と生活の間から健康管理に対する支援を行うことが必要**。  
○ このため、**平成30年の生活保護法改正により被保護者健康管理支援事業が創設され、令和3年1月から福祉事務所における必須事業として施行**。医療保険におけるアプローチを参考に、**福祉事務所がデータに基づき生活習慣病の発症予防や重症化予防等を推進する**。

被保護者健康管理支援事業の流れ

- ① 現状・健康課題の把握
- ② 事業企画
- ③ 事業実施
- ④ 事業評価

健康の保持増進により、被保護者の自立を助長

11

生活保護受給世帯の子どもへの健康・生活支援の考え方

「データに基づいた生活保護受給者の健康管理支援について（議論のまとめ）」（平成29年5月11日）（抄）  
生活保護受給者に対する健康管理支援に関する検討会

IV 生活保護受給世帯の子どもへの健康・生活支援について

(3) 支援の考え方  
生活保護受給世帯については、福祉事務所がその生活の状況を把握し、必要な助言等を行う仕組みとなっている。これを生かし、福祉事務所において、子どもと一番近い社会環境である養育者や家庭全体に対して、子どもへの適切な生活習慣形成に関わる環境整備を目指して支援を行う。現状では、まだ取組の実現に乏しいことから、具体的な支援の手法が確立されていないが、例えば、子どもの生活の援助を行う様々な場の提供者と連携することや、調理など生活スキルを高める機会などを福祉事務所自らが福祉事務所自らが提供することが想定される。

まずは、**試行的な取組により、子どもの生活を支援する方法等に関する知見を蓄積することが必要である。地域の様々な関係者と協働することを基本として、地方自治体におけるモデル的な取組を促進するとともに、具体的な事例、知見を重ねる中で支援のあり方を検討し、さらに国において、どのような支援が効果的か検証し、好事例を基に支援方法等の標準化を行った上で、将来的には、効果的な取組の全国展開を目指す**べきである。

12

はじめに

生活保護受給者の健康管理支援

生活保護受給世帯の子どもの健康生活支援

おわりに

厚生労働省

### 社会経済状況と子どもの健康・生活実態①

平成27年度乳幼児栄養調査結果によると、社会経済的要因別に主要な食物の摂取頻度をみると、経済的な暮らし向きにおいて、有意な差がみられた項目が多かった。具体的には、魚・大豆・大豆製品、野菜、果物は、経済的な暮らし向きがゆとりなして摂取頻度が低い傾向がみられ、菓子(菓子パン含む)、インスタントラーメンやカップ麺は、経済的な暮らし向きがゆとりなして摂取頻度が高い傾向がみられた。

図 社会経済的要因別、主要な食物の摂取頻度

野菜

インスタントラーメンやカップ麺

(出典) 厚生労働省「平成27年度乳幼児栄養調査」

### 社会経済状況と子どもの健康・生活実態②

平成27年度に実施された「足立区子どもの健康・生活実態調査」によると、「生活困難世帯」\*2の子どもは、適切な生活習慣・食習慣・運動習慣が確立されていない可能性が高く、むし歯や肥満など健康への影響が出ている。

表 子どもの健康・生活と「生活困難」との関連

	非生活困難世帯 (3,182人)		生活困難世帯 (1,047人)		全体 (4,229人)	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
体格・肥満	373	12.3	163	16.2	536	13.2
歯みがきの頻度 (1日1回以下)	703	22.1	337	32.3	1,040	24.7
むし歯の本数 (5本以上)	319	10.1	205	19.7	524	12.5
就寝時間が決まっている	2,991	94.1	922	88.1	3,913	92.6
運動習慣 (ほとんど・全くない)	274	8.6	150	14.4	424	10.0
テレビ・動画の視聴時間 (3時間以上)	327	10.3	189	18.1	516	12.2
コンピュータゲームの時間 (1時間以上)	585	18.5	315	30.4	900	21.3
留守番の頻度 (週1回以上)	263	8.3	162	15.5	425	10.1
朝食の摂取頻度 (毎日食べる)	3,067	96.5	928	88.6	3,995	94.5
夕食の摂取状況 (家族と一緒に食べる)	3,077	96.7	987	94.6	4,064	96.2
自宅での調理頻度 (毎日作る)	2,674	84.1	809	77.6	3,483	82.5
砂糖入りジュースを飲む頻度 (毎日2回以上)	183	6.3	112	11.7	295	7.7
お菓子の摂取習慣 (決まった時間に食べる)	2,051	70.9	583	60.8	2,634	68.4

(出典) 「平成27年度厚生労働科学研究費 小中学生の食行動の社会格差正しく向け政策提案型研究」(研究代表者:橋本英樹)

### 社会経済状況と子どもの健康・生活実態③

歯科に係る1人当たり医療扶助費(月額)を要素別に分解し、医療保険と比較すると、子どもでも受診率の差が大きくなっており、一方、1件当たり日数及び1日当たり医療(扶助)費はいずれの年齢階級も医療扶助の方が高い。

図 年齢階級別被保護者1人当たり医療扶助 三要素(歯科)

受診率

1件当たり日数

1日当たり医療(扶助)費

(出典) 「受診率」は、1ヶ月間における被保護者1人当たりのセブ7枚数(患者1枚当たり医療扶助額の6%)を指す。なお、医療保険医療費の受診率は比較のため、年度ベースのものに12ヶ月平均している。

(注) 1:「件数」は日数とは、セブ71枚数(1枚当たり医療扶助額)を利用した日数を指す。

(注) 2:「62回医療扶助実態調査(平成26年6月調査)」特別集計、平成26年度被保護者調査(年次調査)、平成25年度医療保険別・回3基礎集計

### 子どもとその養育者に対する健康生活支援モデル事業

(創設年度:平成30年度)

- いくつかの調査などから、経済的な暮らし向きにゆとりのない家庭の子どもは、適切な食習慣や運動習慣、生活習慣が確立されておらず、虫歯や肥満など健康への影響が出ていることが明らかになってきた。
- 生活保護受給世帯の子どもの自立を助長し、不健康な生活習慣・食習慣の連鎖を断ち切るためには、受給世帯の子どもやその養育者に対し、子どもと健康な生活習慣の確立や健康の増進を目的とした支援を行うことが望まれる。
- このため、福祉事務所が主体となって、生活保護受給世帯の子どもとその養育者に対する健康生活の支援を行うモデル事業を実施する。
- 全国で数カ所、モデル的に行う事業を助成し、好事例について国へ報告いただき、標準化と将来の全国展開を目指す。

【イメージ図】

(出典) 17

### 【令和2年度 厚生労働省 社会福祉推進事業】子どもとその養育者への健康生活支援における行動変容に関する調査研究事業

【背景】

- 過去の調査において、経済的な暮らし向きにゆとりがない家庭の子どもは、適切な生活習慣や食習慣が確立されておらず、虫歯や肥満等の健康への影響が出ていることが指摘されている。
- 平成30年度より、生活保護受給世帯の子どもの健康増進等を目的として、福祉事務所の設置自治体が主体となり、国からの助成のもと、「子どもとその養育者への健康生活支援モデル事業」を実施。
- しかし、モデル事業の実施自治体から、他機関との連携の難しさ等の要因により、取組を進めにくいとの意見も挙がり、今後、同様の事業を全国展開するにあたっては、取組の阻害要因等を把握し、改善策を検討することが必要不可欠である。

【目的】

- 生活保護世帯の子どもとその養育者の健康生活支援に関して、全国の福祉事務所において、どのような支援が実現可能で効果的かを検討するため、「子どもとその養育者への健康生活支援モデル事業」の取組実態を把握するとともに、モデル事業の枠組外で実施されている支援内容等を調査し、効果的な支援事例を収集する。

○事業の全体像

- 検討委員会を設置するとともに、アンケート調査、ヒアリング調査を行い、報告書ととりまとめる。

検討委員会の設置	有識者による検討委員会を設置し、事業の進め方、設計、調査結果の考察、報告書のとりまとめに関して検討。
ヒアリング調査 (15箇所)	モデル事業を実施している5自治体に対して、事業内容や事業効果等についてヒアリング。(アンケート実施前) 上記の枠組外で、類似の支援を実施している10自治体に対して、取組開始の経緯や、課題等をヒアリング。(アンケート実施中・後)
アンケート調査 (匿名)	全国の福祉事務所(匿名1250カ所)を対象に、子どもとその養育者への健康生活支援に関する取組の実施状況等を調査。
報告書の作成	全国の福祉事務所における、子どもとその養育者への健康生活支援に関する取組の現状と課題及びその対応策等を整理した報告書を作成。

(出典) 厚生労働省「第3回医療扶助に関する検討会」資料 29号を一部改変

### アンケート調査結果①

#### 福祉事務所における保健医療専門職の在籍状況

- 福祉事務所における保健医療専門職(非常勤含む)は、「保健師」が最も高く40.4%、次いで「医師」が37.4%。
- 被保護世帯数の規模別にみると、規模によらず保健師が在籍している福祉事務所は4割程度で、被保護世帯数が少ない福祉事務所は(いずれの専門職も)在籍していないが高い傾向。

図 福祉事務所における保健医療専門職の在籍状況

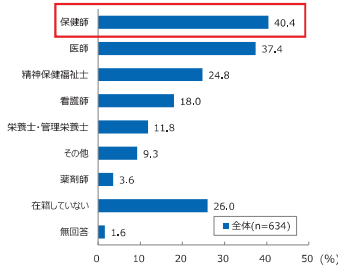
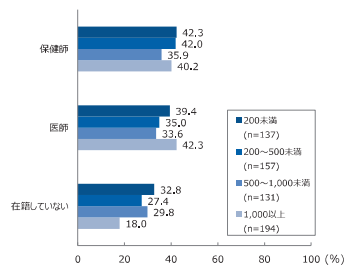


図 被保護世帯数の規模別、福祉事務所における保健医療専門職の在籍状況(一部の職種抜粋)



19

### アンケート調査結果②

#### 健康面で支援が必要な子どもやその養育者の把握方法

- 健康面で支援が必要な子どもやその養育者の把握方法は、「家庭訪問での観察・聞き取り」が最も高く、93.1%。「学校の健診データ」を活用している福祉事務所はほとんどなかった。
- なお、保健医療専門職の配置の有無によって、その把握方法に大きな違いはなかった。
- 子どものいる世帯への家庭訪問における確認内容について、一覧化された様式は「ない」と回答した福祉事務所が大半。

図 健康面で支援が必要な子どもやその養育者の把握方法

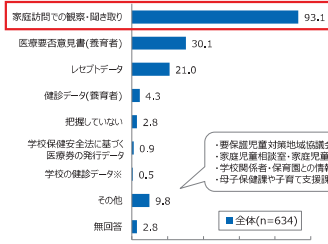
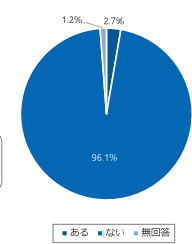


図 子どもがいる世帯への家庭訪問における確認内容について、一覧化された様式はあるか



※学校・教育委員会から健診データ入手しているのではなく、保護者が自発的に持参する健診データを活用しているもの。

20

### アンケート調査結果③

#### CWが子どもがいる世帯に家庭訪問する際の確認内容

- 子どもについては、「通学・通園・学習の状況」、「病気・障害の状況」が9割以上。養育者については、「病気・障害の状況」、「子育ての状況」、「就労の状況」、「生活の状況」が9割程度。
- 「生活習慣」、「食習慣」について確認している福祉事務所は、子どもも養育者も上記項目に比べると少ない傾向。
- なお、保健医療専門職の配置の有無によって、その確認内容に大きな違いはなかった。

図 家庭訪問における確認内容(子ども)

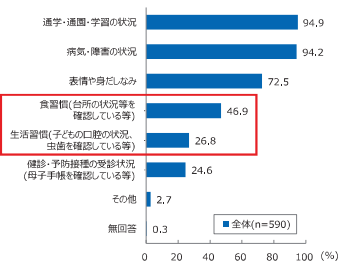
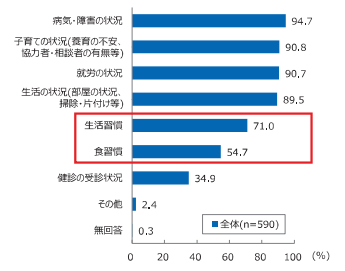


図 家庭訪問における確認内容(養育者)



21

### アンケート調査結果④

#### 健康面で支援が必要と判断する状態

- 子どもについては、「登校・登園できていない」、「要医療であるのに医療機関を受診していない、医療機関を受診中だが経過不良である」が9割以上。
- 養育者については、「要医療であるのに医療機関を受診していない、医療機関を受診中だが経過不良である」、「部屋が散らかっている、ゴミが多い、悪臭がする」が8割以上。

図 健康面で支援が必要と判断する状態(子ども)

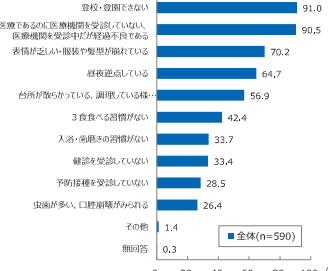
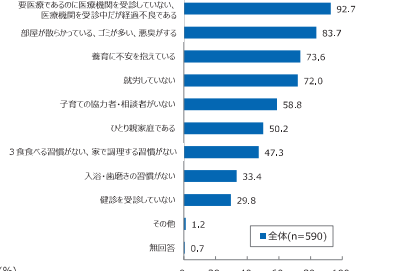


図 健康面で支援が必要と判断する状態(養育者)



22

### アンケート調査結果⑤

#### 気になる家庭・子どもについて情報共有できる場や仕組み

- 福祉事務所が庁内の他部署や関係機関と情報提供できる場や仕組みについて、「ある(要保護児童対策地域協議会)」が最も高く、68.8%。
- CWが保健医療専門職に相談できる場や仕組みについて、「庁内他部署の保健医療専門職に相談できる場や仕組みがある」が最も高く、63.7%。

図 庁内の他部署や関係機関と情報提供できる場や仕組み

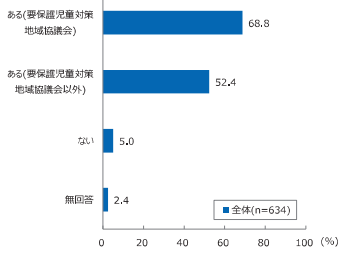
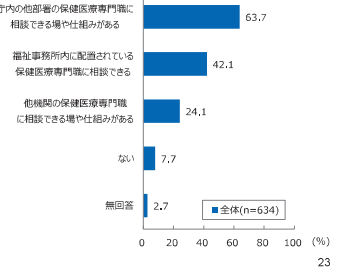


図 CWが保健医療専門職に相談できる場や仕組み



23

### アンケート調査結果⑥

#### 生活保護受給世帯の子どもやその養育者に対する支援内容

- 福祉事務所が主体で実施する支援としては、「医療機関の受診勧奨」が最も高く、78.9%。
- 他部署・他機関が主体で実施する支援としては、「(虐待・ネグレクトが疑われる場合)対応部署・児童相談所等への連絡」が最も高く、63.0%。「健康教育」、「保健指導・生活支援」については、他部署・他機関が主体で実施している場合が多い。
- 福祉事務所が主体で実施する支援について、保健医療専門職の配置の有無別に比較すると、「配置あり」の方が実施割合が高いものが多く、特に「保健指導・生活支援」ではその差が大きい。

図 子どもやその養育者への健康生活支援

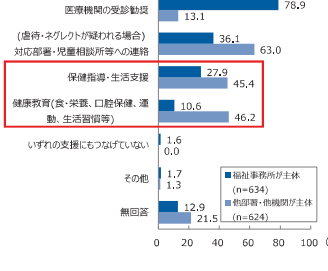
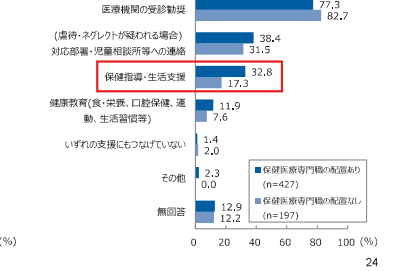


図 保健医療専門職の配置有無別、健康生活支援



24

## アンケート調査結果⑦-1

### 他機関との連携状況

- 子どもや子育て者に対する支援について連携している機関は、「保健部局/保健センター/保健所」が最も高く、69.6%。
- なお、母子保健部局と連携している福祉事務所は44.5%で、支援内容別にみると、「虐待の連絡」が最も高い。

図 子どもや子育て者に対する支援について連携している機関

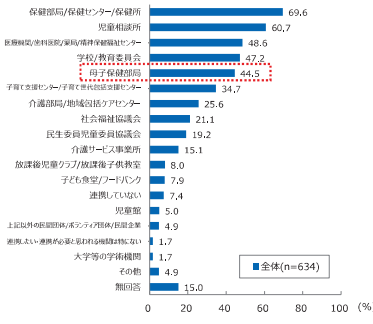
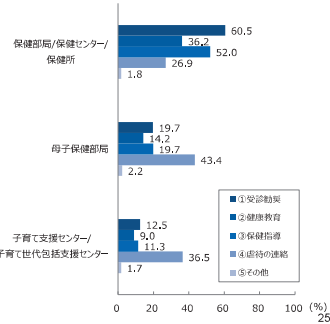


図 支援内容別、連携している機関(一部の機関抜粋)



## アンケート調査結果⑦-2

### 他機関との連携状況

- 子どもや子育て者に対する支援について、今後連携したい機関は、「保健部局/保健センター/保健所」が最も高く、21.8%。
- なお、母子保健部局と連携したい福祉事務所は9.0%で、支援内容別にみると、「健康教育」が最も高い。

図 子どもや子育て者に対する支援について今後連携したい機関

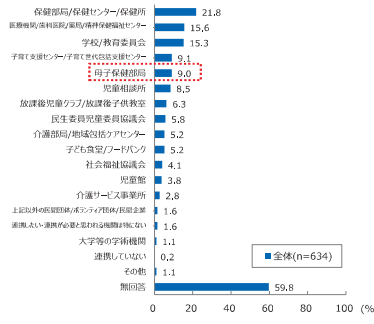
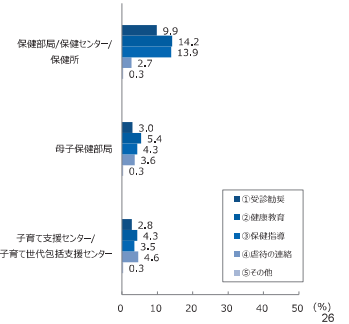


図 支援内容別、今後連携したい機関(一部の機関抜粋)



## アンケート調査結果⑧-1

### 対象を限定しない健康生活支援

- 福祉事務所が主体で実施する支援としては、「健診の受診勧奨」が最も高く、37.2%。
- 福祉事務所が主体で実施するより、他部署・他機関が主体で実施する支援又は紹介している割合が高い。
- 福祉事務所が主体で実施する支援について、保健医療専門職の配置の有無別に比較すると、「配置あり」の福祉事務所の方がいずれの支援でも実施割合が高く、特に「健診の受診勧奨」の実施割合に顕著な違いがみられた。

図 対象を限定しない健康生活支援

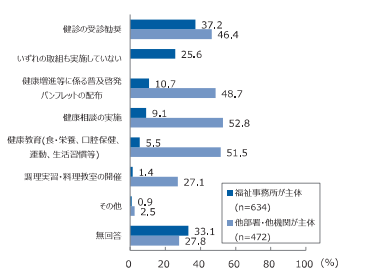
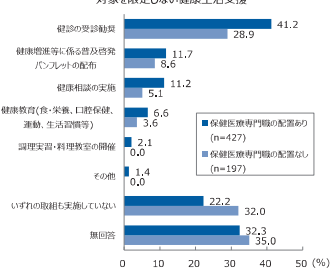


図 保健医療専門職の配置有無別、対象を限定しない健康生活支援



## アンケート調査結果⑧-2

### 対象を限定しない健康生活支援

- 他部署・他機関が実施する支援について、「かなり把握している」、「どちらかといえば把握している」と回答した割合を合計すると55.0%。
- 他部署・他機関が実施する支援を「活用している」と回答した割合は、56.7%。

図 他部署・他機関が実施する支援の把握状況

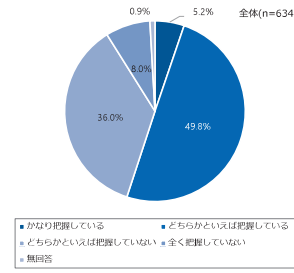
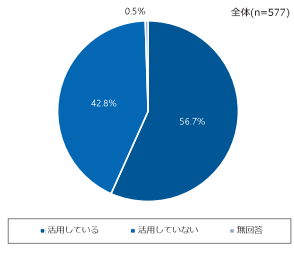


図 他部署・他機関が実施する支援の活用状況

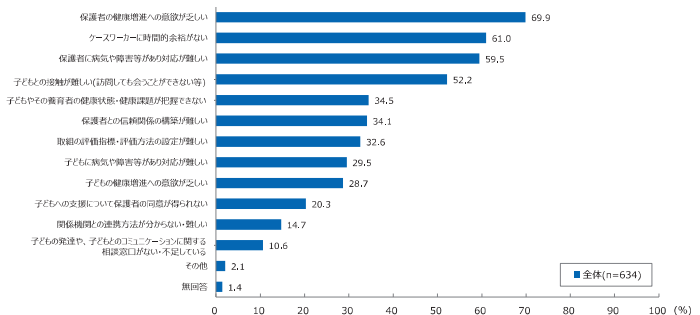


## アンケート調査結果⑨

### 生活保護受給世帯・生活困窮世帯の健康生活支援を行う上での課題

- 健康生活支援を行う上での課題として、「保護者の健康増進への意欲が乏しい」、「ケースワーカーに時間的余裕がない」、「保護者に病気や障害等があり対応が難しい」、「子どもとの接触が難しい」の割合が高い。

図 生活保護受給世帯・生活困窮世帯の子どもやその養育者の健康生活支援を行う上での課題



## ヒアリング調査結果(子どもとその養育者の健康生活支援の事例)

### 1. モデル事業の事例

#### 【事例1：教育委員会と連携した取組】

- 生活保護受給世帯の中で、学校健診で医療機関(歯科)への受診を勧告されたにも関わらず、受診していない児童や、対象児童にネグレクト等が疑われるケースがあったことから、教育委員会と連携して医療機関(歯科)を未受診の児童・生徒を把握し、効果的な受診勧奨を実施。
- 具体的支援としては、
  - 福祉事務所が、教育委員会から、「歯」に関するデータ入手し、学校健診で医療機関への受診を勧告されたものの医療機関(歯科)を受診していない児童を把握。
  - 受診が確認されない児童(とその養育者)に対して、ケースワーカー(CW)が、電話や家庭訪問による受診勧奨を実施。
  - 対応が難しい事例(複雑な家族関係や不登校等)は、担任、困窮者支援部署(配置された家庭支援員(学習支援事業の担当)等に協力を依頼。ネグレクトが疑われた場合も、家庭教育支援員と連携しながら対応。

#### 【事例2：学習支援事業と連携した取組】

- 生活保護を受給している家庭では、子どもの食糧確保が難しい実態が把握されていたことから、学習支援事業の担当部局と協力体制を構築し、事業へ参加した子ども(5歳～高3)を対象に、以下の取組を実施。
- 食生活・食環境(食事摂取回数、食材の購入実態、調理器具の保有状況等)についてのアンケート調査を実施。
- 協力先の介護施設の栄養士から、健康教育を実施。健康教育では、中高生特有の健康課題(若年の生活習慣病、やせすぎに起因する不妊症等)についての講義を実施。
- 調理実習を持つ生活保護受給者や福祉系大学生ボランティア等も参加し、グループに分かれて調理、喫食、片付け等の実習を実施。
- こうした取組により、食に関する基本的な知識・技術の習得、調理する楽しさを知ることができている。

#### 2. モデル事業の枠組み外での事例 ※被保護者健康管理支援事業の一環で実施

##### 【事例3：専門職(管理栄養士)を活用した取組】

- 管理栄養士を雇用し、CWと連携することで、
  - 病歴があるかどうかを面談の中で確認したり、医師からの指導を守っているかを本人の言動、行動、家の様子から確認することが可能。
  - CWでは難しい食生活のアドバイスを行うことができ、子どもの食習慣についてもアドバイスが可能。
  - 専門職として健診結果を読み取り、解説することができ、文書(お食事日記)に、生活習慣や食習慣の問題点を指摘し、適切な支援を行うことが可能。
  - 効果的な支援により、生活習慣病の発症予防や重症化予防へ繋げることが可能。

(出典) 令和2年度社会福祉推進事業「子どもとその養育者の健康生活支援」における行政機関に関する調査研究事例報告書(厚生労働省労働政策・保健局保健課保護課事業室作成)

まとめ

課題	今後考えられる支援策について
子どもの健康状態の把握の難しさ	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者の把握方法は家庭訪問での観察・聞き取りが大変を占めるが、その方法は標準化されておらず、CW等の個人の裁量に依存している。</li> <li>子どもの「生活習慣」「食習慣」まで確認している福祉事務所は少ない。</li> <li>学校や教育委員会と連携して、学校の健診データを入力することが難しく、支援が必要な子どもを把握する上で客観的なデータはほとんど活用できない。</li> <li>他方、健診データを手できたとしても、専門職が配置されていない福祉事務所では活用が難しい。</li> </ul>
庁内他部署との連携、CWと保健医療専門職の連携の難しさ(役割分担が不明確)	<ul style="list-style-type: none"> <li>支援が必要な者を把握するために確認すべき内容と、その後の対応・関係機関との連携方法について、標準的な様式が必要ではないか。</li> <li>学校の健診情報の電子化の推進や、乳幼児期・学童期の健診情報の一元的活用の検討を踏まえ、検討が必要ではないか。</li> <li>専門職が配置されていなくても、健診データから子どもの健康状態を評価できる支援ツールが必要。</li> <li>福祉事務所と他部署の役割分担や連携方法について、専門職の配置の有無も踏まえて、検討が必要ではないか。</li> </ul>
養育者の健康意識・意欲の乏しさ	<ul style="list-style-type: none"> <li>実施主体が福祉事務所以外の場合も多い。※対象を生活保護受給世帯に限定しないと更に多い。</li> <li>支援内容が、健診・医療機関の受診勧奨や頭回受診指導が中心となっており、保健指導・生活支援まで取り組んでいる福祉事務所は少ない。</li> <li>特に、専門職が配置されていない場合は、生活習慣の改善まで支援することは難しい可能性がある。</li> <li>子どもの生活習慣の改善が、家庭全体に波及する可能性が示唆され、子どもに介入することで養育者の行動変容を促す効果も期待される。</li> <li>また子どもへの健康生活支援の事例が少ないため、事例の集積とその共有が必要ではないか。</li> </ul>

生活保護受給世帯・生活困窮世帯の子どもに対する健康支援の現状と課題

- はじめに
- 生活保護受給者の健康管理支援
- 生活保護受給世帯の子どもの健康生活支援
- おわりに



おわりに

- 生活保護受給世帯・生活困窮世帯のいずれにおいても、子どもの健康という視点で何らかの取組を実施している福祉事務所はまだ少ない状況。
- 一方で、モデル事業の枠組み外で健康生活支援の取組を実施する福祉事務所もあり、子どもとその養育者への健康生活支援の形態として様々な方法がある。
- 被保護者健康管理支援事業が施行されてまだ間もなく、子どもの健康生活支援に限らず、庁内外の連携や職種間の役割分担など、健康生活支援に係る課題は多い。
- しかし、子どもの生活習慣・食習慣の改善が、家庭全体の行動変容に波及していく可能性があることを踏まえると、被保護者健康管理支援事業と子どもの健康生活支援について両輪で進めていくことが重要。
- 今後、福祉事務所における健康生活支援の更なる事例の収集・情報発信、標準的な支援方法の検討が必要。