

精神保健福祉士の新たな役割に関する一考察

笹川 拓也^{1,2}, 松本 優作³, 土田 耕司⁴,
橋本 彩子⁵, 岡正 寛子⁶, 橋本 勇人^{1,2}

Considerations concerning New Roles of Psychiatric Social Workers

Takuya SASAKAWA^{1,2}, Yusaku MATHUMOTO³, Koji TODA⁴,
Ayako HASHIMOTO⁵, Hiroko OKAMASA⁶ and Hayato HASHIMOTO^{1,2}

キーワード：母子保健，児童福祉，家族支援，予防，精神保健

概 要

現在の日本はストレス社会といわれるよう、さまざまな社会的要因によって、精神的問題が生じている。精神的疾患を患う者は増加傾向にあるが、なかでも近年、出産前後における女性の精神疾患が増えており、深刻な問題となっている。

また、子育て中の女性のストレスは非常に大きいものであるというのは周知の事実である。さらに核家族の影響によって、子育てについて周囲からのサポートがない場合には、育児ストレスを解消できずうつ傾向になる可能性がある。その一方、働きながら子育てをしている場合でも、子育ても仕事もこなそうとするとストレスが増加し、抑うつ状態になることもある。そしてその結果、最悪の場合、ストレスの矛先が子どもに向き、虐待行為におよんでしまうこともある。

そこで本稿では、母親の出産前後から主として小学校就学の始期までの「子どもと家庭」を精神的に支援していくことの重要性と、その支援を担う精神保健福祉士の新たな役割について考察した。

その結果、社会状況が大きく変わっていくなかで精神保健福祉の支援対象も拡大していなかで、精神保健福祉士の新たな役割として妊娠期から精神保健福祉士が支援に介入していくことの必要性が高まっていることがわかった。そしてこうした現況に対応できる精神保健福祉士の養成が急務となっていることが明らかになった。

1. はじめに

わが国において、精神科ソーシャルワーカーは、1948年に、日本ではじめて国立国府台病院に「社会事業婦」として配置されて以降、主に医療機関を拠点に「精神医学ソーシャルワーカー・精神科ソーシャルワーカー

ー」として、また、保健所などを拠点として「精神衛生相談員」として活動してきた。

栄によると、1993年に「障害者基本法」が制定され、法文に精神障害者が他の障害者と同様の「障害者」と明記された。そして1995年には、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」が成立し、この法律のなかで、はじめて「福祉」という言葉が用いられ、制度・施策の流れが「社会復帰施設」から「地域ケアへ」と移行することになった。また同年、『障害者プラン—ノーマライゼーション7か年戦略—』が策定され、精神障害者が地域で生活するための福祉施策が本格的に検討されるようになった¹⁾、と指摘している。

しかしこうした制度改革のなかでも、入院患者の長期化や地域社会で生活を営むうえでの支援整備、あるいは地域社会における生活環境が整っていると言える状況ではなかった。そうしたなか、精神障害者の社会復帰の促進と地域生活を支援する担い手として、また長期入院や社会的入院の問題を解消し、精神障害者の

(平成29年10月18日受理)

¹川崎医療短期大学 医療保育科

²川崎医療福祉大学 医療福祉学部 子ども医療福祉学科

³上野病院

⁴川崎医療短期大学 医療介護福祉科

⁵姫路大学

⁶山陽学園短期大学

¹Department of Nursing Childcare, Kawasaki College of Allied Health Professions

²Department of Medical Welfare for Children Faculty of Health and Welfare Kawasaki University of Medical Welfare

³Ueno Hospital

⁴Department of Medical Care Work, Kawasaki College of Allied Health Professions

⁵Himeji University

⁶Sanyo Gakuen College

社会復帰を促進する人材として、精神科ソーシャルワーカーの国家資格化が望まれるようになったのである。

その結果、その人材の養成・確保を目的として「精神保健福祉士法」が1997年12月12日に制定された。国家資格化した精神保健福祉士は、主に精神科の専門病院、総合病院内に開設されている精神科、精神科や心療内科のクリニックなどの医療機関、さらには行政機関として、保健所や保健センター、精神保健福祉センターなどで精神障害者の支援にあたっている。このような医療機関を主とする種々の機関・組織で精神障害者やその家族を支えていくことは、今後も重要な役割であることに変わりはない。

しかしその一方、近年では「産後うつ」や「児童虐待」といった問題が社会的にも深刻化しており、児童精神福祉の領域や周産期の母親に対する精神的な支援に関するニーズが高まってきている。

こうしたニーズに対して、「妊娠」・「出産」・「子育て」といった周産期から主に小学校就学の始期までの切れ目のない支援が重要かつ必要不可欠であり、そしてその役割を担っていくのが、精神保健福祉士ではないかと考え、今後の精神保健福祉士の新たな役割について考察することにした。

2. 精神保健福祉士を取り巻く状況

近年の精神保健福祉に関する法律や施策の動向が「入院治療から社会復帰施設入所へ」、「社会復帰施設入所から地域ケアへ」と移行するなかで、精神科診療所の増加、デイケアの診療報酬化、精神障害者社会復帰施設の法定化による「精神保健福祉士」の必置規定、精神障害者居宅生活支援事業の新設、精神保健福祉業務の市町村移管など、精神障害者を取り巻く状況は、大きく変化してきていると同時に、当然、精神保健福祉士の所属機関や役割も多様化してきている。

一方「精神保健福祉士法」では、精神保健福祉士の目的を次のように記している。

(目的) 第一条 この法律は、精神保健福祉士の資格を定めて、その業務の適正を図り、もって精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進に寄与することを目的とする。(下線、筆者)

(定義) 第二条 この法律において「精神保健福祉士」とは、第二十八条の登録を受け、精神保健福祉士の名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、又は精神障

害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者をいう。

(下線部、筆者記す)

また、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」では、以下のように定められている。

(この法律の目的)

第一条 この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第二百二十三号）と相まってその社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによつて、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする。(下線、筆者)

このように、「精神保健福祉士法」の第一条の目的では、精神保健の向上及び精神障害者の福祉の増進、第二条の定義では、精神保健福祉士は、精神障害者に対して、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者と定義されている。また、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」では、精神障害者への援助に加えて予防と国民の精神保健の向上を図ることが目的であると明示されているのである。

そして、日本精神保健福祉士協会による精神保健福祉士業務指針及び業務分類によると、我が国では戦後、精神科病床が急増し長期的な入院処遇が中心であったが、「入院医療中心から地域生活中心へ」と精神保健福祉施策の転換が図られるようになった。国は2004（平成16）年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を発表し、①精神疾患に対する国民の理解の深化、②精神科病床の機能分化による、③地域生活支援の基盤強化を進め、10年後には受入条件が整えば退院可能な精神障害者約70,000人の地域移行を目標に掲げた。本ビジョンは後期5カ年重点施策として「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」を掲げたが、現時点でも精神科病床の減少は見られていない。確かに、精神科病院の平均在院日数は年々減少傾向にあり、2011（平成23）年には298日となったが、早期に退院する患者群がある一方で長期化高齢化が進む患者群が存在し、二極化現象を生み出している。また、新たな長期入院患者が一定割合で増加していることや認知症入院患者の増加の

防止などの課題が依然残っている。

この現状に際して、国は第3期障害者福祉計画（都道府県）における退院に関する明確な目標値の設定、在宅精神障害者の支援強化を目指したアウトリーチ（訪問支援）事業の推進、精神科救急医療体制の構築、障害者総合支援法における地域移行・地域定着支援事業の法定給付化、認知症高齢者をできるだけ地域で支える仕組みの構築など、様々な取り組みを打ち出している。加えて、2012（平成24）年6月には精神科入院患者は「重度かつ慢性」を除き1年で退院させ入院外治療へ移行させる方向性を示し、そのための精神科病床機能分化を一層進める方針である。これらと並行して、保護者制度と医療保護入院の見直しが議論され、2013（平成25）年の精神保健福祉法の改正において保護者制度の廃止とともに、医療保護入院における保護者の同意要件が外され家族等のいずれかの同意要件とすること、医療機関への退院後生活環境相談員の新設及び地域の相談支援事業者などとの連携による退院促進のための体制整備が盛り込まれた。

精神保健福祉を取り巻く近年の動向は、今日の障害者総合支援法に至る一連の改正においても変化が激しい。2006（平成18）年に施行された障害者自立支援法は、それまでの身体・知的・精神の障害種別で33種類に分かれていた施設体系を6つの事業に再編し、市町村が主体となって3障害を一元化した障害福祉サービスを実施することになった。法施行時はサービス利用について原則1割の自己負担が導入され、その応益負担の考え方に対して多くの批判が寄せられた。そして、民主党政権下において障害者自立支援法の廃止が宣言され、「障がい者制度改革推進会議」の設置による障害者権利条約（国連）批准に向けた新たな法律の枠組みが協議されることになった。しかし、その後の法改正にその内容が十分に反映されたとは言い難い。本法は、2010（平成22）年の改正（整備法）において、応能負担への転換や相談支援機能の強化、支給決定プロセスの見直しが図られ、さらに2012（平成24）年の障害者総合支援法への改正では、2011（平成23）年の障害者基本法改正を受けて共生社会の実現と障害の社会モデルの視点が盛り込まれた。相談支援の機能強化に向けた取り組みの一つとして、サービス等利用計画作成の対象が大幅に拡大され、計画相談支援の指定を受けた相談支援事業所はその対応が急務となっている。また、地域における協議会（地域自立支援協議会など）や基幹相談支援センターの設置が法定化され、事業所の枠

を超えて地域における相談支援の体制整備が求められているところである。

以上の他にも、2005（平成17）年の心神喪失者等医療観察法施行、2012（平成24）年の障害者虐待防止法施行、2013（平成25）年の障害者雇用促進法改正など、精神保健福祉にかかわる法的措置が進められ、今日のメンタルヘルスの課題を背景に、自殺対策基本法、DV防止法、ひきこもり対策推進事業などにおける施策が進められている。次々と新たな施策が打ち出され、ともすればその場の対応に追われかねないが、それら施策の本来の目的は、精神障害者の地域生活支援と福祉の向上、そして国民の精神的健康の保持増進にある。それを常に念頭におき、法制度の運用を図り、施策の動向を注視していくことが必要であろう²⁾と述べられている。

この日本精神保健福祉士協会による精神保健福祉士業務指針及び業務分類で述べられてことからわかるように、行政の施策面では、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念のもとに社会的入院の解消に向けて、地域移行の支援が進められている。その一方で、伊東によると、社会状況としては、患者調査が実施されるたびに精神科受診者が増加している状況があり、うつ病等気分障害や高齢化に伴う認知症患者の増加などが大きな問題となっている。ひきこもりやいじめ、職場のメンタルヘルスなど、これまでになかった新しい問題が顕在化してきた面も重要であるといえる。このような社会状況の変化は、精神保健福祉領域の支援対象者の多様化を意味するところである。これまでの統合失調症が主な支援対象であったところが、気分障害、認知症をはじめ発達障害やパニック障害、PTSD（心的外傷後ストレス障害）等に拡大され、さらに病気とまでいえないストレスや不応の問題など、こころの健康問題も含まれ、支援対象は国民全体まで拡大したといえる³⁾と指摘している。

このように精神保健福祉士の支援対象が拡大しているなか、近年では、マタニティブルーや産後うつ問題などが報道などでも取り上げられるようになり、さらにはこうした妊娠期・産後の問題が原因で、我が子に対する虐待につながってしまうこともある。

これらの問題に関して、堀口は、大家族が一般的で女性の役割が子どもを産むことであった時代は、出産や育児に対する家族の態度、習慣、文化などから得られる社会的支持により、妊娠褥婦は守られてきたと考えられる。しかし、現今の社会生活において、女性が子どもを産むことは個人の選択になり、困難を伴うよ

うになった。不幸にして褥婦が病気になったとしても、身近に援助できるシステムがないため、夫への仕事への障害となる。また実母も働いていたり、高齢や病弱であれば簡単に援助はできず、母子の面倒をみる者がいないという切羽詰まった状況となる。常に家族の介護要員を主婦に依存してきた今までの社会システムでは、褥婦の病気に対する責任が家族にも及ぶのである。このような手薄な支援環境の中では、母親にメンタルヘルス上の問題があったとしても、外見上精神的自覚症状を見極めることは難しいため、家族や社会からの援助は受けにくい。そのため、育児の責任を負わされた母親は援助のなさに絶望し、子どもへの虐待、自殺、母子心中に至ることもある⁴⁾と指摘している。

つまり図1に示したように、精神保健福祉士に対するニーズも拡大してきている。戦後、精神障害者は長期的な入院処遇が中心であったが、社会状況などの変化と共に、「入院医療中心から地域生活中心へ」と施策の転換が図られるようになった。そのことで当然、精神保健福祉士の役割も従来も精神科におけるソーシャルワークから社会復帰への支援へと役割は拡がり、さらに近年では、メンタルヘルスに対する支援、対策を講じて精神疾患の予防へと拡大してきているのである。特に、母親の出産前後から主として小学校就学の始期までの「子どもと家庭」に対する支援が喫緊の課題となっているといえる。

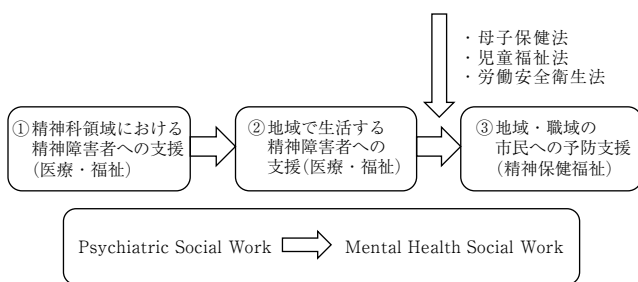


図1 精神保健福祉士に対する社会のニーズの拡大

3. 母子保健法と児童福祉法による児童虐待予防

母子保健法と児童福祉法が改正され、2017年4月1日に施行された。改正された母子保健法は「母子保健施策を講ずるに当たっては、当該施策は乳幼児の虐待の予防及び早期発見に資するものであること」という文言が明記された^{注1)}。また、子育て世代包括支援センターが法定化され、市町村は設置に努めることになった^{注2)}。そして児童福祉法には、「支援を要すると思わ

れる妊婦や児童・保護者を把握した医療機関等はその旨を市町村に情報提供すること」が努力義務として定められた^{注3)}。母子保健法と児童福祉法の改正によって、虐待防止が強化されたことになるが、こうした背景には以下のようなことが考えられる。

厚生労働省では、平成28年9月16日、「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」(第12次報告)をまとめ公表した。

厚生労働省は、平成16年10月、子ども虐待による死亡事例などを分析・検証し、明らかになった問題点や課題から具体的な対応策の提言を行うことを目的として、社会保障審議会児童部会に「児童虐待要保護事例の検証に関する専門委員会」が設置された。報告は同委員会によって、これまで11次にわたってとりまとめられ、今回で12次となる。

具体的には平成26年4月1日から平成27年3月31日までの間の死亡事例について分析・検証を実施。さらに地方公共団体で行われた検証についても分析し、具体的な改善策を提言している。また平成28年6月に出された、児童福祉法等の改正法についても触れながら、検証内容や提言をまとめた。

報告書によると、死亡事例のうち、心中以外の虐待死事例は43例で44人に上った。うち0歳が27人と最も高い割合を占め、さらに月齢0ヵ月が15人を占めている。

虐待の種類としては「身体的虐待」が24人で最も多かった。ネグレストも15人と例年以上に高い割合を示した。ネグレストの内訳をみると、「遺棄」が10人と最も多かった(複数回答)。これは第11次報告の2人に比べて大幅な増加。また心理的虐待による死亡事例が、初めて発生している。

心中以外の虐待死における主たる加害者は「実母」が28人と最も多く、「実父」は3人だった。実母の抱える問題として、「望まない妊娠/計画していない妊婦」が24人、「妊婦健診未受診」が18人と高い割合を示した。

加害の動機は「不明」を除くと、「子どもの存在の拒否・否定」が14人と最も多く、次いで「保護を怠ったことによる死亡」が5人、「しつけのつもり」が4人であった。

行政側の課題として市町村としての役割は、0ヵ月児の事例発生数が例年以上に高かったことから、妊娠期からの支援を必要とする養育者の早期把握と、切れ目ない支援の強化が必要であるとした。また加害者となった養育者の中に、精神疾患のある事例が複数含まれていたため、情報収集を緊密に行い、適切な支援を行っていくことも求められた。さらに学齢期以降の子

どもへの支援のため、学校などと連携する必要があることなどにも言及している⁵⁾。

このことに対して宮本は、わが国における虐待予防としての子育て支援は、乳幼児健診の場から始まり、最近では、新生児訪問指導・乳児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)により乳児期早期から実施されるようになってきている。一方、虐待死亡事例の検証は、生まれた日に命をなくしている子どもたちがもっとも多いこと、子どもたちへの虐待行為には胎児期から始まっているものがあることを示している。このような0日齢の虐待死や胎児虐待は、出生後の親子に関わるというこれまで実施されてきた子育て支援の方法論が想定していなかった実態である。これらの問題への対応は、出生前つまり妊娠期や周産期における介入でなければ行えないことは明らかであり、そのための方法論が強く求められている⁶⁾と指摘している。

以上のことから、虐待による死亡事例においては0歳児の割合が高く、この背景としては、母親が妊娠期から一人で悩みを抱えていることや、産前産後の心身の不調や家庭環境の問題などがあると考えられている。こうした問題に対応するため、母子保健法と児童福祉法の改正によって、児童虐待対策が強化された。

また、杏林大学医学部付属病院では、1998(平成10)年から子ども虐待防止のために医療機関で何ができるかを検討するため、勉強会が開始され、翌年、1999(平成11)年には子ども虐待防止委員会が設立された。その後2005(平成17)年にはDV、高齢者、その他暴力被害を受けた人々を対象に活動できるように名称を虐待防止委員会に変更した。

設立当初の活動の目的は虐待を見落とさないこと、虐待を見つけた時に適切に介入すること、そのためのスキルを身につけることができるよう研修を行った。虐待の知識が得られるようにするためであった。

その結果、救命救急センターで子ども虐待の悲しい結果を確認することも多かった。また元気で生まれた子どもが重い障害を負って生死の境をさまよっているなど、解決しなければならない課題が多くあったが、そのような事例も、たどっていけば周産期から支援体制を整えることができたなら、そのような悲惨な結果を生むことはなかったとしている。

そしてこうした経験から杏林大学医学部付属病院では、医療機関の役割は虐待を見つけることではなく、虐待をさせない環境づくりを目指すことに意義があると考え、精神保健福祉士を配置し、外来での妊婦のス

クリーニング、必要に応じて精神保健福祉士の介入、入院中の産婦への精神保健福祉士の全例介入(挨拶とお産の振り返り、地域へのつなぎ)を行い、1ヵ月検診へと情報をつないでいくことで、産科、新生児科、小児科、地域が線でつながることになる⁷⁾と報告している。

精神保健福祉士が積極的に介入できる体制が確立していくためには、杏林大学医学部付属病院のような取り組みが全国的に展開していかなければならない。またそうすることで、妊娠、出産、育児に関する様々な問題の発生を未然に防止することができると考える。

妊産婦や母親の孤立感や負担感が高まっている昨今、妊娠期から子育て期までの切れ目のない支援を展開していくことが重要となっている。母子保健法では、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行う「子育て世代包括支援センター」(法律上の名称は「母子健康包括支援センター」)について概ね平成32年度末までに全国展開を目指していくこととし設置の努力義務が設けられた(平成29年4月1日施行)。

また、児童福祉法では、支援を要する妊婦等に関し、市町村への情報提供に努めることとされた(平成28年10月1日施行)。

こうしたことから精神保健の対象が、母子保健および児童福祉の領域にも精神保健の支援の介入が不可欠な状況になってきていると言える。

4. 精神保健福祉士の新たな役割

これまでみてきたように、精神保健福祉領域における近年の支援対象の変化は、当然、精神保健福祉士の活動領域も拡大している。医療機関が主であったものから、「行政」・「労働」・「司法」・「教育」分野に広がってきている。

私たちのライフイベントである誕生・就学・就職・結婚・出産・子育て・教育・リタイア・死などは連続性がある。しかしこれらの出来事が上手くいかなかった場合や、次のライフイベントへ進む際に、時には生活環境や生活様式に大きな変化が生じることもある。この変化に対し上手く適応できなかった場合、大きなストレスとなり精神的負担が増すことも考えられる。

なかでも「妊娠」・「出産」・「子育て」といった周産期からの支援について高橋は、妊娠・出産・子育てのさまざまな局面において、子育て家族(当事者・本人)を中心として、医学的な検診だけでなく、子育て家族を中心にすえた相談援助が必要であり、子育て支援が真に子育て家族にとって利用しやすくなるものには、

「点から線へ」という一貫性と連続性の観点から現状を再点検する必要がある、そうしてはじめて「切れ目ない支援」が具現化できる⁸⁾と述べている。

こうした社会状況を踏まえて、筆者が所属するK大学では、平成29年4月から新しい「子ども支援者」を養成することを目的に「子ども医療福祉学科」を開設した。本学科の目標は、橋本が述べているように、“精神保健福祉に関する知識と医療・健康といった知識をベースに、ソーシャルワークとケアワークの双方の技能を身につけた、病児・病後児、発達障害児・発達障害者を援助することのできる人材”を養成することである⁹⁾。

そして本学科が目指す新しい精神保健福祉士は、従来からの精神保健分野だけでなく、妊娠時のマタニティブルー・産後うつ・育児不安・障害（発達障害）の相談支援を行う専門職である^{注4)}。

こうした流れのなかで、「妊娠期」→「出産」→「産後」→「育児」の時期に、相談援助を行うことが精神保健福祉士の新たな役割であると考え、精神保健福祉士が地域のさまざまな専門機関に配置され、保健師や他の専門職と連携し、妊娠期から子育て期にわたって総合的に相談を展開することで、連続性をもった「切れ目ない支援」が可能となると考える。

5. ま と め

本稿では、精神保健福祉士の新たな役割として妊娠期から精神保健福祉士が支援に介入していくことの必要性について述べた。社会状況が大きく変わっていきななかで、私たちの生活も多様化している状況に反映して、精神保健福祉の支援対象も既に精神障害を抱えている者から予防措置へと拡大しているのが現状である。つまりこうした現況に対応できる精神保健福祉士の養成が急務であるといえる。

先にも述べたが、筆者が所属するK大学では新しい「子ども支援者」を養成することを目的に「子ども医療福祉学科」を開設した。そして本学科では、ソーシャルワークとケアワークの双方の技能を身につけた新しい精神保健福祉士の養成を目指し、実践段階に入ったといえる。そして我々が養成する新しい精神保健福祉士については図1に示したとおりである。それは、従来からの主に精神科医療の領域における「精神科ソーシャルワーク (Psychiatric Social Work)」ではなく、メンタルヘルス (mental health) と称される、精神面における健康に重きを置いたものである。

つまり、精神疾患を患う人の問題だけに限定されるものではなく、精神的健康、心の健康、精神保健、精神衛生などと言った、主に精神的な疲労、ストレス、悩みなどの軽減や緩和とそれへのサポート、メンタルヘルス対策、あるいは精神保健医療のように精神障害の予防と回復を目的とした、言わば「メンタルヘルス・ソーシャルワーク (Mental Health Social Work)」の技能を身につけた精神保健福祉士を養成することである。

さらに我々が養成する精神保健福祉士が、「母子保健」と「児童福祉」を繋ぐ役割を担い、妊娠期から母子と関わる母子保健分野とソーシャルワークが融合することができれば、これまで述べてきた問題の予防に繋がると考える。

6. 注

注1) 母子保健法第5条参照

注2) 母子保健法第22条参照

注3) 児童福祉法第10条の2参照

注4) 川崎医療短期大学医療保育科教育成果報告集4参照

7. 文 献

- 1) 栄セツコ：精神保健福祉士の専門性とその専門職のあり方、桃山学院大学社会学論集第36巻第2号、100、2003。
- 2) 公益社団法人日本精神保健福祉士協会編：精神保健福祉士業務指針及び業務分類第2版、東京：公益社団法人日本精神保健福祉士協会、10-11、2014。
- 3) 伊東秀幸：精神保健福祉士に求められる役割の変化とカリキュラムの見直し、日本精神保健福祉士協会/日本精神保健福祉士養成校協会編、精神保健福祉援助実習・演習、中央法規、東京、pp4-6、2013。
- 4) 堀口 文：ライフステージからみたマタニティサイクルとメンタルヘルス、久米美代子、堀口 文編著、マタニティサイクルとメンタルヘルス、医歯薬出版株式会社、東京、pp1-2、2012。
- 5) 厚生労働省：平成28年「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」(第12次報告)、<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000137031.html>、2016。(確認2017/7/1)
- 6) 宮本信也：虐待死から考える周産期精神保健、周産期精神保健への誘い、堀内 勁監修、メディカ出版、大阪、pp35-45、2015。
- 7) 加藤雅江：児童虐待防止と精神保健福祉士の実践、精神保健福祉士、Vol.47/No.2/通巻106号、110-112、2016。
- 8) 高橋睦子：子育てしやすいまち・地域、子育て世代が住みたいと思うまちに、林已知夫、高橋睦子、第一法規、東京、1-23、2015。
- 9) 橋本勇人：ソーシャルワークとケアワークの関係―再融合論に基づく、新しい「子ども支援者養成」の試み―、川崎医療短期大学紀要、36、47-51、2016。