

(2) 産婦訪問指導

産褥期にある産婦に対して訪問し、必要な指導を行う。実施するかどうか、その内容は、実施主体の判断による。

(3) 新生児訪問指導

実施主体は市町村である。新生児に対して訪問し、新生児の状態および養育状況を観察し、育児等について必要な情報提供、指導を行う。実施するかどうか、その内容は、実施主体の判断による。全数に訪問している場合、第1子のみ全数訪問している場合、母親より依頼がある場合に訪問している場合、電話相談例や母親ないしは産科医療機関等の訪問依頼などで情報を収集し、選択して訪問している場合等がある。実施するかどうか、どのような例に行われるかは、実施主体の判断による。

(4) 未熟児訪問指導

実施主体は保健所である。未熟児について訪問指導を行う。2500グラム未満の低体重で出生した児は保健所に届け出られることになっている。通常の新生児に比し、やや高度に専門的知識を要するとされている。未熟児養育医療（一般に見られる未熟児のうち特に高度に医療を必要とする状態で申請されと思われる）との関連は必ずしもなく、保健所（政令市を含む）実施の場合は、低体重児の届け出や母親より依頼がある場合に訪問している場合が多いと思われ、すなわち、必ずしも未熟児とはいえない範疇の児に対して行われている可能性があるが、実施するかどうか、どのような例に行われるかは、実施主体の判断による。市町村の場合は、新生児訪問を行った場合、訪問者が未熟児と判断したものを未熟児として計上しているのであり、はじめから未熟児にターゲットを絞って行われたものではないと予想されるが、いずれにしても実態は明らかではない。

(5) その他

「産後ケア事業」があげられているが一般化していない。

3) 連絡調整

母子保健推進協議会が保健所に設置されている。保健所において、市町村、母子保健にかかわる関係機関、親等を構成員とし、管内の母子保健の状態や活動実績を報告し、問題点等や今後の活動について協議する場である。ただし必置ではなく、構成員や協議内容も実施主体の判断に任されている。

3. 主要統計

平成12年地域保健・老人保健事業報告（以下、地域保健事業報告 文献3）および同年人口動態統計（文献4）より主要統計を抽出する。平成12年の妊娠届け数は、1,226,111、出生数は1,190,547であり、そのうち低体重児は102,888人である。未熟児養育医療の給付者は25,600人である（文献2）。

1) 妊娠期に関する指標

市町村が実施した妊婦健康診査の受診実人員は1,278,897人、保健所（政令市を含まない 文献5の研究による、以下同じ）が実施した妊婦対象の健康診断の受診実人員は5人である。市町村が実施した妊婦健康診査はその96.5%（1,234,039人）が医療機関実施であり、集団健診は一部自治体の特殊な例であると思われる。

平成12年の妊婦健康診査受診対象者数（他の妊婦に関する制度も同じ）は、平成12年の出産数に平成13年の出産数の一部（12年以内に健康診査を受診できる状態にあったもの）を和したものとなるが、平成12年の妊娠届け数は平成12年の出産数の一部に、平成13年の出産数の一部（12年以内に健康診査を受診できる状態にあったもの）を和したものとなる。ここでは、妊娠届け後40週で生まれる

ものとして、単純に2年間104週のうち、1年間52週+40週分を対象妊婦として案分すると対象者数は1,992,350人となる。従って、妊婦健康診査の受診率は64.2%となる。実際は、妊娠届けは妊娠0週で行われるわけではなく、また、流産が含まれるのでこの値よりは高いと思われる。

精密健康診査は11,321が受診している。

市町村が実施した妊婦個別指導の被指導実人員は490,665人である。保健所が実施した妊婦個別指導の被指導実人員は2,302人である。対象者数を1,992,350人とする、24.7%となる。

多くは妊娠届け時、母親学級時になされているものと思われる。

市町村が実施した妊婦訪問指導被指導実人員は29,406人である。保健所が実施した妊婦訪問指導被指導実人員は565人である。対象者数を1,992,350人とする、1.5%となる。この妊婦がどのような状態で訪問を受けているのかはわからないが、全てが虐待の一次予防にかなった例であるとは考えにくい。

市町村が実施した両(母)親学級の開催回数は39,056回(3,249市町村中)、参加延人員は612,276人、保健所が実施したものの開催回数は16(458保健所中)、参加延人員は565人であり、延べ人員数と対象者数との比(100対)は30.8、ただし、一般的に4回実施であることを考慮し延べ数を4で除すと、7.7程度となり、行政が行う学級は全妊婦の1割をカバーしているにすぎない。

制度としては確立しているものの、実態としては、行政が行うこの時期の母子保健事業はあまり現実にあわせて運用されているとはいえず、民間の医療機関等の資源に依存しているといえる。

2) 産褥、新生児期に関する指標

市町村が実施した産婦個別指導の被指導実人員は156,590人、保健所が実施したものの被指導実人員は3,031人である。便宜上、出生数1,190,547人を対象者とする、対象者数中の割合は13.4%である。出生届時や乳幼児医療費助成制度申請時に事務所相談等として実施する場合等が考えられる。

市町村が実施した産婦訪問指導被指導実人員は299,925人、保健所が実施したものの被指導実人員は16,349人である。対象者数を1,190,547人とする、対象者数中の割合は26.6%となる。多くは、新生児訪問、低体重児訪問時にあわせて行っていると思われる。

市町村が実施した未熟児を除く新生児訪問指導被指導実人員は237,928人、未熟児訪問指導被指導実人員は24,809人(うち、保健所政令市13,797人)であり、保健所が実施した未熟児を除く新生児訪問指導被指導実人員は1,491人、未熟児訪問指導被指導実人員は21,917人で、新生児訪問指導被指導実人員の総計は286,145人である。対象者数を1,190,547人とする、対象者数中の割合は24.0%となり、新生児の4分の1をカバーしているにすぎない。

未熟児に関しては、被指導実人員計は46,726人となるが、そのうち、35,714人は保健所(政令市を含む)実施である。未熟児養育医療給付者との比(100対)は182.5、低体重児との比(100対)は45.4となる。

前述のように、新生児訪問において未熟児であった場合、保健所より低体重児(2,500グラム未満であり、必ずしも未熟児の状態とは限らない)を訪問した場合も一律に計上されて可能性が高いため、虐待リスクの一次予防の観点から見る未熟児訪問としては、現状としては十分になされていると言えない。

3) 連絡調整

母子保健推進協議会は都道府県型保健所では485回(458保健所中)、政令市型保健所では(特別区を含む)では111回(88保健所中)開催されている。頻回に開催されている保健所がある一方で、協議会が必置ではないため開催されていない保健所も多数あるようである(文献5)。

4. 虐待リスク(将来虐待になる一次予防のためのリスクを含む)発見の機会

1) 妊娠届け時

妊娠届けは必ずしも妊婦本人が行うとは限らず、また、この時期に虐待リスクの問診等を行うにあたっては、かなり抵抗があるものと思われ、実際は困難と思われる。

なお、一部には妊娠届けは特定日とし、その日に母親学級受講を条件に母子健康手帳を交付する自治体があると聞いているが、このような場合には全妊婦に問診等を行うことは不可能ではない。しかし、自治体の行う届け日の特定化（届け週が遷延し、妊娠管理に支障を来す可能性がある）、教室の強制受講そのものが、妊娠届け—母子健康手帳交付の本来の趣旨にそぐわないと考えられる。

2) 妊娠期

妊娠期には公費あるいは自費により妊婦健康診査が行われており、この機会に何らかの問診ないしは医療スタッフによる観察を行うことは不可能ではない。たとえば現在行われている妊婦健診に、虐待の一次予防のためのリスク因子発見の問診等を付加することは考えられる。その結果、問題を有するケースに対し訪問指導により状況把握および介入を行うことができる可能性がある。

ただ、虐待を起こす可能性のあるグループの一つに、このような妊娠期の管理に消極的なグループがある。これらについて把握はかなり困難である。

母親学級受講時等の機会も利用可能であるが、必ずしも妊婦全例が受講するわけではなく、行政による実施件数から見てもあまり効果がある介入機会とは思えない。

3) 産褥期・早期新生児期

医療機関あるいは助産所でほとんどのお産が行われる現状では、この時期は、ほぼ全ての母子を把握可能な唯一の時期である。従って、積極的に利用すべきである。

現状では、正常分娩は保険給付の対象となっていないため、分娩そのものを対象とした保険給付に虐待リスク発見および対処の診療報酬上の点数を付加することはできない。一方、代謝異常疾患等マスキングのような形で虐待リスク発見および対処の何らかの健診を付加することは可能性がある。しかしながら、虐待リスク発見のみに絞られたスクリーニング的な方策は、医療側も産婦側も同意が得られがたい部分もある。

一方、異常分娩は保険給付の対象となっているが、後述のように、未熟児・障害児の出生リスクが正常分娩よりやや高く、また、未熟児・障害児においては被虐待のリスクも正常時に比べてやや高い。虐待リスク発見および対処について、何らかの診療報酬上の点数を付加することで、従来なされにくかった虐待の1次予防効果が飛躍的に向上する可能性がある。また、未熟児については養育医療制度があり、低体重児には訪問指導があるが、これらの有効活用について検討する必要がある。

一方、ごく一部には自宅分娩がみられるが、助産所等と提携してなされるものは別として、偶発的なものはその後医療機関に收容される可能性が高い。そうではない場合は、一部に見られる水中出産等の「自宅での分娩」信奉者であるとか、児の出生を望まず出生するような場合である。後者は棄児等のきわめて虐待リスクが高い。

4) 母子退院後新生児期

現行では新生児訪問の制度があるが、すでに見たように十分に活用されているとはいえ、ヒューマンリソース上も現行では限界があると思われる。しかしながら新生児期は育児上の不安が高く、虐待に限らず訪問の潜在的なニーズは高いと考えられること、新生児期から早期乳児期は、産婦が家庭内で孤立しがちな時期であり、マタニティブルーや産後のうつ状態の発言しやすい時期である。さらに、産後休暇により訪問による在宅の可能性が高く、効果的な制度であることは確かである。従って、新生児訪問の制度を改訂し、全数訪問が実施できるようにすることが虐待防止には非常に効果的であると思われる。

5) 乳児期の前期

今回訪問した先進地訪問では、新生児期に十分に取り組みがなされていても、その後の継続に問題があることが指摘されている。新生児期のアプローチを乳児期前期に円滑に移行させるためには、新生児期までに行った介入を一元的にコントロールできる方策を必要とする。すなわち、1)～4)で行われた介入を一元的に行政が管理・把握し、必要な関係機関との連携をとり、乳児期以降に継続させるためのシステムを整備する必要がある。

5. 一次予防あるいは早期対応のための方策

ここでも、問題は先進的な地域のみで可能な方法に依存せず、あまねく漏らさず全ての例に対処することである。従って、その地域の裁量で行われたり行われなかったりするような制度では心許ない。たとえば、現行の妊婦訪問、新生児訪問、低体重児訪問においても、全ての例に行われているわけではなく、最終的にはその自治体の裁量に任されている。このような制度は、現行のまま活用することは難しく、一定の強制的な基準を設けるか、何らかの別の制度を創設しなければ困難である。

1) 家庭訪問

妊婦の全数訪問は、実績もあまりなく、認知度も低い。現実的には、産科診療上問題を有する妊婦へのハイリスクストラテジーによる方法が望まれる。一方、新生児（ないしは産婦）の全数訪問については、十分に活用されているとはいえないまでも、ある程度定着している制度であるといえる。しかし、現実的に全例に実施するには相当のヒューマンリソースが必要と思われる。これを行政職員に求めるのは現実的ではないので、訪問看護ステーション、助産所等の民間資源を利用すべきである。ただし、訪問看護ステーションでは現在高齢者を中心に扱っているため、新生児を扱う社会資源としては十分ではない。訪問看護ステーションに保健師、助産師を雇用することにより可能になると思われるが、それだけの雇用が早急に創出できるかどうかは検討の余地がある。当面は、所定の講習を受講した看護師により代行することも経過措置としては必要かと思われる。

市町村への報告を義務化すれば、未実施（訪問拒否等を含む）例は市町村役場において把握できる上、訪問例では虐待リスクが存在する場合全数が把握可能で、早期介入を行うことができる。

未熟児の全数訪問については、未熟児養育医療の対象外の児は新生児訪問で十分対処可能と思われる。未熟児養育医療例に関しては、ほぼ全数が届け出されるので、児を扱う施設からの継続看護による方法を併用することにより、重厚な介入が可能と思われる。

なお、未熟児イコール低体重児ではないため、必ずしも現行の低体重児に対する訪問はその目的を満たしているとはいえない。また、上述の新生児の全数訪問が実施されれば、未熟児養育医療外の多くの低体重児はカバー可能である。従って、この制度自身を未熟児養育医療例を中心とした未熟児訪問指導に変更することも検討すべきである。

2) 地域システム

前述の通り、新生児期までに行った介入を一元的に行政が管理・把握し、必要な関係機関との連携をとり、乳児期以降に継続させるためのシステムを整備する必要がある。現在、このコントロールを行う可能性がある機関は行政機関であるが、一次予防および早期対応は、その柔軟性から見て保健分野が行うことが好ましい。

母子保健法および地域保健法では、市町村母子保健担当部局は一次的サービスを、保健所は市町村では困難なサービス並びに市町村事業の技術的後方支援、市町村間の連絡調整、広域の関係機関調整を行うことが定められている。虐待対策は高度なサービスであり、多くの市町村では単独では対応できないと思われ、技術的（人的なものほかに、スキルや学術的な支援も含まれる）支援が必要なこと、関係機関間の連絡調整が非常に重要となること、広域行政としての視点が必要なことから、保健所がコントロールタワーとなることも望ましいと思われる。具体的には、虐待対策は悉皆に行われる必要があるため、オンデマンド、アドホック的な対策では不可能であり、基準を設け整備

されたシステムを作る必要がある。

また、そのためには地域保健法に定める保健所の調査研究機能を十分に生かして、虐待に関する基本統計を掌握し、保健所管内地域関係者が利用できるように整備する必要がある。

3) その他活用可能な社会資源

(1) 訪問看護ステーション

訪問指導、訪問看護における専門施設であり、母子保健に関する訪問機能を付加することは、あながち現実的ではないことではない。必要な対価の給付が行われれば、保健師、助産師等を雇用しても経営的に成り立つと思われ、急速に制度として普及できる可能性がある。これによって、市町村、保健所保健師では、未熟児例、訪問拒否例、処遇困難例等に濃厚に対応できることとなり、訪問に対して役割分担が行われる。

(2) 助産施設

開業助産師は、地域における母子保健のエキスパートとして存在している。近年では助産所における分娩も増えているが、助産所はその能力を十分に活用されていない場合も多い。妊婦、産婦、新生児の訪問指導には助産師は適した存在であり、実際、新生児訪問を開業助産師に委託している例もある。

(3) 地域における虐待を専門とする中核的保健医療機関

精神保健福祉における保健所と精神保健福祉センターとの関係のように、保健所を後方支援する機関が必要である。このため、虐待を専門とする中核的保健医療機関を整備することが望ましい。

(4) 産科施設

地域の産科施設は、これらの初期対応として重要であり、円滑に次のステップ（訪問指導等）へ結びつけることが重要である。このため、訪問看護指示等については、情報提供料的な対価を付与することによって、次のステップに進むよう誘導する必要がある。

4) 連絡調整

連絡調整は、コントロールタワーである保健所が中心となって行うことにより、全国的にあまねく行う体制が整備可能である。

保健所において、関係機関の連絡調整会議をもち、必要な情報提供と対策立案を行う必要がある。すでに母子保健推進協議会制度が実施されており、これを活用することが可能である。また、情報提供のためには、保健所において虐待対策に関する統計を整備する必要がある。

6. 具体的方策の提案

できるだけ多くの虐待リスク例を把握するためには、できるだけ早期な情報把握機会と、悉皆的な情報把握機会を設けることが望まれる。早期な情報把握機会としては、妊娠中、産褥期、新生児期が望まれ、医療機関においてリスクを発見した場合、訪問看護による状況把握と指導を促すことである。

悉皆的な情報把握機会としては、新生児期の全数訪問がもっとも望ましい。その理由は、新生児期は育児上の不安が高く、虐待に限らず訪問のニーズは高いと考えられること、新生児期から早期乳児期は、産婦が家庭内で孤立しがちな時期であること、マタニティブルーや産後のうつ状態の発言しやすい時期であること、産後休暇により訪問による在宅の可能性が高いこと、十分機能していないが新生児訪問の事業があり、その実施主体を市町村に保持したままで実施形態を変更することになることなどで条件が整っていると思われるからである。

情報把握は、行政機関が一元的に情報を把握する必要がある、広域性、関係機関との連携等の観点

から、保健所が一元把握することが望ましい。ただし、一次的な母子保健サービスは市町村に移譲されているため、一時的な情報窓口は市町村とし、市町村から保健所に報告義務を課すことにより一元化を図る。

現行の母子保健推進協議会は保健所に必置とし、母子保健推進協議会において管内の状況を報告するとともに対策を協議し（必要に応じて部会等を設置する）、また、1年間の訪問対象者数、訪問数、訪問結果（問題を有する児、要継続観察、要通報等数等）、介入例数を地域保健事業報告保健所編において報告義務化する。

1) 虐待を起こすリスクを有する妊婦を診察した場合

産科診療施設自ら行うか、訪問看護指示を行う。訪問看護指示先は、訪問看護ステーションまたは助産所とする。産科診療施設が自ら行った場合は、市町村母子保健担当部局に訪問看護指導料を請求し、その請求書類の中で情報提供を行う。訪問看護ステーションまたは助産所に情報提供を行った場合、産科診療施設は市町村母子保健担当部局に訪問看護指示料を請求し、その請求書類の中で情報提供を行う。市町村母子保健担当部局は速やかに保健所に報告し、保健所は被指示者に関する名簿を作成する。

訪問看護ステーションまたは助産所は訪問を行い、市町村母子保健担当部局に訪問看護指導料を請求し、その請求書類の中で情報提供を行う。市町村母子保健担当部局は速やかに保健所に報告し、保健所は被指示者に関する名簿にその内容を追記する。訪問不能、拒否の場合はその旨を市町村母子保健担当部局に報告し、市町村母子保健担当部局は速やかに保健所に報告し、保健所は被指示者に関する名簿にその内容を追記するとともに、該当市町村星担当課と協議の上、医療機関調査、訪問調査等により被指示者に関する状況把握を行う。

2) 産褥期に児に対して虐待を起こすリスクを有する産婦、または虐待を起こすリスクの高い児の状態を診察した場合

産科診療施設自ら行うか、訪問看護指示を行う。訪問看護指示先は、訪問看護ステーションまたは助産所とする。産科診療施設が自ら行った場合は、市町村母子保健担当部局に訪問看護指導料を請求し、その請求書類の中で情報提供を行う。訪問看護ステーションまたは助産所に情報提供を行った場合、産科診療施設は市町村母子保健担当部局に訪問看護指示料を請求し、その請求書類の中で情報提供を行う。市町村母子保健担当部局は速やかに保健所に報告し、保健所は被指示者に関する名簿を作成する。

訪問看護ステーションまたは助産所は訪問を行い、市町村母子保健担当部局に訪問看護指導料を請求し、その請求書類の中で情報提供を行う。市町村母子保健担当部局は速やかに保健所に報告し、保健所は被指示者に関する名簿にその内容を追記する。訪問不能、拒否の場合はその旨を市町村母子保健担当部局に報告し、市町村母子保健担当部局は速やかに保健所に報告し、保健所は被指示者に関する名簿にその内容を追記するとともに、該当市町村星担当課と協議の上、医療機関調査、訪問調査等により被指示者に関する状況把握を行う。

3) 新生児期に虐待の可能性があり、または虐待を起こすリスクの高い児の状態を診察した場合

産科診療施設自ら行うか、訪問看護指示を行う。訪問看護指示先は、訪問看護ステーションまたは助産所とする。産科診療施設が自ら行った場合は、市町村母子保健担当部局に訪問看護指導料を請求し、その請求書類の中で情報提供を行う。訪問看護ステーションまたは助産所に情報提供を行った場合、産科診療施設は市町村母子保健担当部局に訪問看護指示料を請求し、その請求書類の中で情報提供を行う。市町村母子保健担当部局は速やかに保健所に報告し、保健所は被指示者に関する名簿を作成する。

訪問看護ステーションまたは助産所は訪問を行い、市町村母子保健担当部局に訪問看護指導料を請

求し、その請求書類の中で情報提供を行う。市町村母子保健担当部局は速やかに保健所に報告し、保健所は被指示者に関する名簿にその内容を追記する。訪問不能、拒否の場合はその旨を市町村母子保健担当部局に報告し、市町村母子保健担当部局は速やかに保健所に報告し、保健所は被指示者に関する名簿にその内容を追記するとともに、該当市町村母子保健担当課と協議の上、医療機関調査、訪問調査等により被指示者に関する状況把握を行う。

*明瞭に虐待の可能性があれば児童相談所への通報を要する

4) 新生児訪問の悉皆化

新生児訪問を出生児全数に行う。産科診療施設自ら行うか、訪問看護ステーションあるいは助産所により行う。産科診療施設が自ら行った場合は、市町村母子保健担当部局に訪問看護指導料を請求し、その請求書類の中で情報提供を行う。訪問看護ステーションまたは助産所に情報提供を行った場合、産科診療施設は市町村母子保健担当部局に訪問看護指示料を請求し、その請求書類の中で情報提供を行う。訪問看護ステーションまたは助産所は訪問を行い、市町村母子保健担当部局に訪問看護指導料を請求し、その請求書類の中で情報提供を行う。

訪問結果は1か月以内に市町村に通知する（事務処理が迅速であれば、国保連合会等に委託することも可）。問題がある場合は直ちに電話等にて通知することが望ましい。

市町村母子保健担当部局は、母子管理票等、出生児に関する名簿を作成し、情報提供内容を記載する。虐待リスクを有する場合、および未把握例、訪問拒否例については速やかに保健所に報告し、保健所は該当者に関する名簿を作成する。

問題例並びに訪問不能・拒否例（出生届把握児で新生児訪問非通知例）は、保健所は該当市町村母子保健担当課と協議の上、医療機関調査、訪問調査等により被指示者に関する状況把握を行う。

*明瞭に虐待の可能性があれば児童相談所への通報を要する

7. 新しい方策に関する費用額の設定

健康保険法による診療報酬はその性格上適用しにくいこと、把握を確実にを行うために公費によっておこなう必要がある。なお、介護保険等に準じた公的育児保険制度などを導入し、その中で社会保険により運用することは可能性がある。費用は医科診療報酬点数表に準じて算出した。

産科診療施設自ら行った場合

(1) 訪問看護

現行の在宅患者訪問看護指導料に準じて

530点 5,300円

医師による場合

830点 8,300円（在宅患者訪問診療料に準じて）

訪問看護ステーションあるいは助産所により行った場合

(1) 診療情報提供（診察した産科）

300点 3,000円（訪問看護指示料に準じて）

(2) 訪問看護（訪問を行った訪問看護ステーションあるいは助産所）

現行の在宅患者訪問看護指導料に準じて

530点 5,300円

8. 有リスク妊婦、児数の推定と総費用額の設定

虐待リスクに関する統計は本邦では十分なものが整備されていない。従って、総費用額の設定のためのデータの設定は難しいが、佐藤「子ども虐待予防のための保健師活動マニュアル（文献6）」に従って試算する。同書（4p）では、地域では6歳未満人口千対4の被虐待児がおり、要援助ハイリスク児は6歳未満人口百対2としている。このうち、妊娠期、新生児期の頻度は明らかではないが、同書（17p）の平成2年大阪府調査によれば、6歳未満の被虐待例の22%が望まない妊娠、17%が10代の妊娠、15%が定期的妊婦健診受けず、10%が未婚妊娠等となっており、6歳未満被虐待例の20%程度（すなわち、上述のデータからは人口千対4）は妊娠期ないしは産褥期までに兆候があると判断される。また、未熟児は30%、新生児期の入院23%、基礎疾患がある13%であり、これらは前述の、多胎6%であり、「未熟児養育医療例を中心とした未熟児訪問指導」の対象から発見可能であると思われる。新生児期の問題に関連して、同調査結果からは、「養育状況の要因」「家族形態」「生活状況」「親の要因」等があげられているが、新生児訪問では実際に家庭訪問を行うことにより、これらの一部（たとえば、「養育状況」の子どもが不潔16%、授乳と栄養の問題大16%、子との関わりが少ない16%、兄弟の虐待35%、「親の要因」の精神疾患18%、知的障害15%、アルコール症14%等、「家族形態」の母子家庭19%、内縁6%、「生活状況」の父親の職業の不安定さ（無職、パート、転職繰り返しの計42%）、劣悪な生活環境20%、等）が把握可能であろう。これらについては延べ数で割合が計上されているため、実数が不明であるが、この時期に被虐待児の半数程度（すなわち上述のデータからは人口百対1）のリスク要因は把握、管理可能ではないかと思われる。

1) 虐待を起こすリスクを有する妊婦を診察した場合

リスクを有する妊婦を0.2%とすると、平成12年妊娠届け出数1,226,111人から、2,452人が該当となり、費用額はすべてが訪問看護ステーションあるいは助産所により行ったとすると、1人あたり8,300円、1年間の所要額は20,351千円となる。

2) 産褥期に児に対して虐待を起こすリスクを有する産婦、または虐待を起こすリスクのリスクを有する産婦ないしは児を0.2%とすると、平成12年出生数1,190,547人から、2,381人が該当となり、費用額はすべてが訪問看護ステーションあるいは助産所により行ったとすると、1人あたり8,300円、1年間の所要額は19,762千円となる。

3) 新生児期に虐待の可能性があり、または虐待を起こすリスクの高い児の状態を診察した場合

リスクを有する新生児を1.0%とすると、平成12年出生数1,190,547人から11,905人が該当となり、費用額はすべてが訪問看護ステーションあるいは助産所により行ったとすると、1人あたり8,300円、1年間の所要額は98,811千円となる。

4) 新生児訪問の悉皆化

平成12年の出生数は1,190,547人であり、すべてが訪問看護ステーションあるいは助産所により行ったとすると、1人あたり8,300円、1年間の所要額は9,881,540千円となる。

なお、費用効果等について検討を行うのは適当といえない面があるが、4)に関して言えば、新生児期までに発見可能な被虐待リスク児は上記シミュレーションが正しければ11,905人であり、1人の被虐待リスク児を発見するために必要な費用は830千円となる。本試算に含まれていない虐待リスクの一つである産後うつ病（産婦の10～20%）への初期対応が可能なことによる効果もあり、産後うつ病の頻度を10%とすれば1人の産後うつ病産婦を発見するために必要な費用は83千円となる。

上記シミュレーションには、制度導入にあたっての、事務費用および行政内人件費等は含まれていない。新生児訪問以外の事務費用や行政内人件費等はほぼ現行の資源で対応可能であると思われる。

新生児訪問については、たとえば国保連合会委託の委託料、未把握児の状況調査、訪問のための保健師増員等が考えられる。

9. 上記対策の実施方策

たとえば保健所単位にモデル地域を設け、パイロット的に実施し、実施にあたっての問題点、効果等を検証することが必要である。児童虐待の問題は喫緊の課題であるので、速やかに全数実施に移行することが求められる。

付) 公的育児保険制度

たとえばこのような制度を創設することは、恒久的財源の確保のため可能性がある。
主な対象給付は以下のようなものが範囲となると考えられる。

- ・ 医療機関委託健康診査の受診料一部保険者負担
- ・ 出産、出生に関する給付金（現行、健康保険）
- ・ 児童手当金
- ・ 保育所契約費の一部保険者負担
- ・ 幼稚園入園費の補助制度
- ・ 訪問看護ステーション等による訪問看護（妊産婦、新生児訪問等）
- ・ 児童福祉法に定める福祉サービス外の障害児介護サービス等
- ・ 小児慢性特定疾患の治療・介護サービス等
- ・ 不妊治療の一部保険者負担

保険者は市町村とし、被保険者としては以下のようなものが考えられる

- ・ 第1号被保険者 妊娠届け以降の妊婦、または7歳未満の養育する児のいる世帯主
 - ・ 第2号被保険者 20～39歳の者で第1号被保険者でない者
- 39歳を上限としたのは、介護保険の第2号被保険者が40歳以上であることと整合をとったものである。なお、介護保険制度と併合して運用することも可能かと思われる。

実現性等については、保険料収入、公費補助、給付額等のシミュレーションを行い検討が必要である。

文 献

- 1) 郡司篤晃. WHOの「ヘルス・プロモーションに関する憲章」. 公衆衛生 1987;51(11):797-802.
- 2) 国民衛生の動向2002年. 厚生統計協会.
- 3) 平成12年地域保健・老人保健事業報告. 厚生労働省大臣官房統計情報部.
- 4) 平成12年人口動態報告. 厚生労働省大臣官房統計情報部.
- 5) 平成14年度地域保健総合推進事業 保健所設置主体別分野別等業務量調査報告書. 研究者 福永一郎. 印刷中
- 6) 佐藤拓代. 子ども虐待予防のための保健師活動マニュアル.

研究成果の刊行に関する一覧表

- 1) 原田正文著：『子育て支援とNPO ― 親を運転席に！ 支援職は助手席に！ ― 』、朱鷺書房、大阪、2002年
- 2) 原田正文：「子育て支援の基本戦略と、公的支援の評価軸（チェック・リスト）に関する一考察 ― 現代日本における子育て支援方策に関する研究（第Ⅱ報）―」、大阪人間科学大学紀要「Human Sciences」第2号、2002年、PP121-128