

であることに疑いの余地はないであろう。

第三に、親権喪失宣告といった司法手続にあまり積極的でないといえるのではなからうか。なぜなら、15歳未満の子どもについて親権者が輸血を拒否した場合、基本的には司法手続を利用せずに輸血を行うとしているように読めるからである。また、親権の共同行使の原則（民法818条3項本文）にもかかわらず、親権者の一方が輸血に同意し、他方が拒否する場合にも、基本的に司法手続を経ずに輸血を行うとしているように読める。要するに、司法手続を利用するのは、輸血を拒否する親権者が治療行為を阻害するような状況が生じた場合のみ、としているように解されるのだ。

最後の考え方のさらに背景を推測すると、医療機関からは申立権がなく（従って、児童相談所に頼らざるを得ず）、準備等に多大な労力が求められ、いつ出るかわからない審判を待つよりも、なるべく医療現場において判断したいという実際上の要請もあるのだろう。しかし、理論的にも、輸血が子どもの生命維持にほとんど欠くべからざるものである一方、輸血そのもののリスクが極小であるという状況下で、親が自らの宗教的信条を理由に輸血を拒否することは、適法な親権行使とはいえない、という考え方があるように思われる。親権が究極的に子のためのものであって、子の福祉に適合する方法により行使されなければならないということは、現代ではほぼ異論のないところである。そうすると、明らかに子の福祉を害するかたちで親権が行使されたときは、親権の内在的な制約原理が働き、親権行使が無効となるという理屈も、十分に成り立つものと思われる。実務的に言えば、たとえ後に親が「反対したにもかかわらず子に医療行為をなされたから、親権の侵害だ」と不法行為を主張し

た場合でも、その親権行使そのものが法の保護するところでないため、不法行為に当たらないということになるだろうか。

いずれの考え方も、医療ネグレクト一般に関するガイドラインを作成する上で、示唆に富むものであるといえよう。

## 2 アメリカのガイドライン等

現時点で十分な調査を終えていないが、子どもの治療に関する同意については、多くの州で立法化しているようである。例えば、緊急時には同意要件が免除されるなどの規定を置く州、州法による成人年齢より低い年齢で医療の同意権を認める州などがあり、性病や薬物依存等特定の病気について子ども本人に同意権を認める規定は、ほとんどの州に置かれている<sup>20</sup>。規定はかなり詳細であり、例えば、マサチューセッツ州では、社会福祉局（Department of Social Service）の監護下にある子どもについては、第一に緊急の治療については同意そのものを不要とし（Massachusetts General Laws Chapter 112, § 12F）、第二に特別の治療（extraordinary medical treatment）については、社会福祉局は親の同意を得るか、または裁判所の決定等を得る必要があるものとし（110 Code of Massachusetts Regulations 11.17 など）、第三に日常的な治療（routine medical treatment）については、社会福祉局が同意権限を有し、親の意向にかかわらず治療できるが、親が治療を拒否する理由が宗教的なものであるときは、社会福祉局は一定の場合（薬物依存に対する治療、社会的に危険な伝染病の治療、性病の治療等）を除き、裁判所の決定等を得る必要があると定めている（110 CMR 11.04）。何を日常的な治療をするかについても詳細な規定を置いており、法的拘束力のあるガ

イドラインとなっている。なお、親が宗教的理由に基づいて子への治療を拒否する場合に、やや特別な扱いをするのはマサチューセッツ州に限ったことではないようで、異論も強い(アメリカ小児科学会では、かかる特別扱いを認める法 (religious exemption laws) に反対している<sup>21)</sup>)。

アメリカ医師会 (American Medical Association) の倫理規定 (Code of Medical Ethics) は、重症新生児に対する生命維持処置を継続するか否かの決定に関する規定を置いている (Opinion 2.215)。これによれば、医師は親に対し、処置の内容や選択肢、処置を行った場合の予後と行わなかった場合の予後などに関する十分な情報を提供し、親が子どものために適切な決断をなし得るようにしなければならないとする。一方で、親が合理的に考えて子どもの最善の利益に合致するとは考えがたい決断をしたときは、倫理委員会等はケースを適切な当局に委ねる責任があるとする。

#### 第4 論点の整理

##### 1 自己決定能力の有無をどう判断するか

子どもに対する医療行為について親に同意権があるとしても、現行憲法や子どもの権利条約 (児童の権利に関する条約) の趣旨に照らせば、同意権に親固有の利益があると考えべきではない。親にかかる同意権が与えられているのは、①親は一般にわが子を愛しており、真摯に子どもの最善の利益を図ろうとするであろうと思われるし、②親は子どもと最も濃密な関係にあり、かつ最も長い時間を共に過ごしてきたであろうから、その子にとっての最善の利益を最もよく理解しているであろうと思

われるからと解すべきである。本来は、子ども自身の心身に関する重要事項であるから、もし子どもが医療行為について適切に判断できる能力を備えているのであれば、子ども自身が決するのが望ましい。従って、最初に検討すべき問題は、子どもの自己決定能力をどの段階から認めるかという問題である。

この点、一応、年齢を基準とするのが一般的なようである。輸血ガイドラインでは15歳と18歳のふたつを区切りとした。マサチューセッツ州では成人年齢と同じ18歳を基準とする。フランスも成人年齢と同じ18歳を基準としている<sup>22)</sup>。イギリスでは成人年齢は18歳とされているが、1969年に改正された家族法は、16歳に達した未成年者の治療行為への同意は成人の場合と同様の効力があると定めた<sup>23)</sup>。

もっとも、単純に年齢のみに依拠することは現実的でない。この点、「医療における意思決定は、合理的な利害の判断を離れた、多分に非合理的・感情的・情緒的な、人間としての存在自体に関わるもの」であって、医療行為に対する自己決定能力は「身分行為に準じて考え、患者に意思能力がありさえすれば十分」であるとし、一応16歳を目安にするものの、実際には個人差や対象となる医療行為によって変わり得るとするとする見解もある<sup>24)</sup>。輸血ガイドラインも、一応15歳と18歳を基準としつつも、判断能力の有無は主治医を含む複数の医師が別途判断するものとする。

これに対し、子どもが自己決定能力を持てば子どもが決め、子どもが自己決定能力を持たなければ親が代諾するという構成に疑問を呈し、「未成年者への医療行為の決定が、未成年者の自己決定権と監護権者の監護権の共同作用によってなされる」ものと考え、より低い年齢でも親の適切な関

与によって子どもの意思を反映させることができる」と解する一方、子どもが自己決定能力を獲得した後も親の監護権は残るから、成人と全く同様に判断しえるわけではないとする見解もある<sup>25</sup>。寺沢は、「自己決定権の尊重という名のもとに、未成年者に対する保護を安易に消滅させてよいとは考えられない。すなわち、未成年者が承諾能力を有するほどに成長していても、監護権（義務）による保護は必要である。」とする<sup>26</sup>。

そして、寺沢は、子どもが自己決定能力を有する場合の親の監護権との関係について、次のように主張する。すなわち、治療の必要性和治療に伴うリスクを考慮し、必要性もリスクも大きい場合や、逆に、必要性もリスクも小さい場合は、結局のところ子どもの意思決定を尊重せざるを得ず、親は子に助言や精神的保護を与えることはできても、監護権が機能する余地は小さいとする（従って、医療機関としては親の承諾を得る必要がない）。一方、治療の必要性が大きくリスクは小さい場合には、本来、治療を選択するのが合理的であると考えられるから、それにもかかわらず子どもが治療を拒否する場合には、監護権の機能する余地が増加し、医療機関は親の意見も聴かなければならない。治療の必要性が小さくリスクが大きい場合には、本来、治療を選択するのは合理的ではないと考えられるが、それにもかかわらず子どもが治療を選択したとき、監護権の機能する余地が増大し、医療機関は子どもの承諾のみならず、親の承諾をも得なければならぬとする<sup>27</sup>。

子どもが自己決定能力を獲得したとしても、死を選択する方向での自己決定に疑問を示す見解もある。家永は、判断能力の成熟した未成年者が治療を拒否しても、医

師は裁判所の同意を得ることによって合法的に治療を行うことができるとしたふたつのイギリス控訴院判決について触れ、「未成年者に治療を拒否する方向でも自己決定権を認める論者は、本当に未成年者が生命維持治療を拒否する自己決定権を行使して生命を失っていくことを座視する覚悟があるのだろうか。私は大いに躊躇する」と述べる<sup>28</sup>。

まとめると、年齢を用いるとしてもあくまで目安であって、子どもの自己決定能力については個別具体的に判断せざるを得ない。そして、自己決定能力を獲得したとしても、なお親権には服しているのであって、成人と異なり、何らかの「作用」を認めることも考えられる。また、死を選択する自己決定については、否定的な見解も示されている。

## 2 自己決定能力がない場合の親の関わり

自己決定能力がないと判断される場合、従前の一般的な理解では、親権者が子どもに代わって医療行為を「代諾」するものとされてきたが、その「代諾」権の法的根拠をどう考えるかという問題がある。

この点、吉田は、「医療行為に関する説明を理解して同意する能力がない未成年者について、親権者が未成年者に代わって同意をすることは、親権者の身上監護権のうち、監護教育権に基づくものと考えられる」とする<sup>29</sup>。明確であるし、多くの場合、その理解で問題ないものと思われるが、疑問もないではない。民法766条1項により親権者とは別に監護者が定められている場合、その監護者が代諾権を有するのか、それとも親権者なのかという問題がある。仮に監護者が代諾権を有するとすると、監

護者が必要な医療行為に同意しない場合、児童相談所長による親権喪失宣告申立てはできないから、おそらく親権者が監護者変更の申立てをせざるを得なくなると思われるが、これは乙類事件であって調停前置主義に服するから迅速な対応ができないおそれがある<sup>30</sup>。

すでに述べたように、「代諾」という単純な見方ではなく、子どもの意思と親の親権ないし監護権との相互作用を認める見解が出てきている。そうすると、自己決定能力が不十分な子どもの意思を反映させるために、どのような枠組を設けるかが課題となるであろう。医療機関としては、第一に、子どもの能力に応じて十分な情報を提供し、子どもなりの判断ができるように配慮する必要があるし（もっとも、子どもに対する告知など難しい問題をはらむ）、第二に、親に対し子どもの意思を十分に尊重するよう働きかける必要があると思われる。

いずれにしても、子どもの自己決定能力がない場合で、親権者が医療行為に強く反対する場合は、次の論点を検討することになる。

### 3 親権者が必要な医療行為に反対する場合

現行法制度を前提とする限り、医療機関は児童相談所に虐待通告し、児童相談所長が親権喪失宣告の申立てと保全処分の申立てを行うことになると思われる。そうすると、最大の問題は、それらの申立てが認められるか否かであって、それは「親権の濫用」があると言えるかどうかにかかってくる。

この点について、わが国における審判例は非常に少ない。純粋に医療ネグレクトが

問われたケースで、かつ、ある程度事実関係が把握できるのは、現在のところ、脚注1に記載した名古屋家庭裁判所のケースと大阪家庭裁判所岸和田支部のケースのほか、吉田論文において事例Dとして報告されている大阪家庭裁判所のケースだけである。これらのケースの分析は吉田論文に詳しく述べられているが、これらのケースには次の共通点がある。すなわち、いずれのケースでも、子どもは0歳児であり（従って、子どもの意思を考慮する余地はない）、疾患は生命の危険を伴うものである一方、医学的に必要とされる医療行為は成功率が非常に高く（1例は99.9%、1例は99%。残る1例は感染症の頻度が5~10%とされるが予防管理を厳重にすれば1%未満とされる）、医療行為を実施した場合の効果は高く予後は良好である。親が医療行為を拒否した理由は、2例が宗教的理由だが、1例はやや複雑で、将来にわたる監護養育に対する父母の精神的、経済的負担、父母が死亡した後の子どもの生活に対する不安、手術そのものによる子どもの負担等と述べられている。

以上の審判例もガイドライン作成の参考になることは言うまでもないが、あまりに数が少ない。そこで、次に米国の裁判例を調査した研究者から示唆を得てみたい。もちろん、制度も要件も異なることには十分に留意しなければならないが、根本的な問題状況は共通しているし、事例も豊富である。

まず、永水裕子『子どもの医療に対する親の決定権限とその限界（一）（二）〜アメリカのメディカル・ネグレクトを素材として』（上智法学論集47巻1号、2号、2003年。以下、永水論文）を取り上げたい。永水論文は、医療ネグレクトに関するアメリカの多くの裁判例を調査した結果、医療

ネグレクトを3つに分類することを提案している。すなわち、①輸血事件等、治療をしなければ生命が脅かされ、かつ治療効果がほぼ確実な事例、②ガン・HIV等の生命に関わるが、治療効果が低く、治療が負担となる事例、③生命に関わらない事例の3つである。そして、それぞれについて、どのような枠組で判断されているかを分析している。

①治療しなければ生命が脅かされ、かつ治療効果がほぼ確実な事例については、親の権利と子どもの生命への権利が対立するが、基本的に子どもの生命への権利を重視して判断される。象徴的な表現は、ある事件の判決に書かれたもので、「両親が自分自身殉教者になることは自由であるかもしれない。しかし、だからといって子どもが自ら選択し完全に法的な裁量をなすうる年齢に達する前に子どもを殉教者にすることが自由であるというわけではない」<sup>31</sup>というものである（訳は永水論文の訳に拠った）。もっとも、子どもが自己決定能力を有し、自ら治療を拒否する場合は、その点も考慮する必要があり得る。

②ガン・HIV等の生命に関わるが、治療効果が低く、治療が負担となる事例については、親の権利、子どもの生命への権利のほか、子どもの利益（特に、クオリティー・オブ・ライフ、QOL）などが考慮される。①と比べると、親の判断を尊重する度合いが増すが、治療の有効性や治療の性質（副作用、危険性、侵襲度）、親子分離をした場合の子どもへの影響等を考慮し、子どもの最善の利益が何かを判断する。子どもの意思を考慮すべきとした裁判例もあるようである。

③生命に関わらない事例については、さまざまな要素が考慮されており、裁判所の判断にもばらつきが見られるようである。

②における考慮要素も考慮されるが、永水は特に、「正常で有益な人生へのチャンス」や「子どもの選好」を考慮する裁判例に注目している。「正常で有益な人生へのチャンス」は、要するに、子どもには「健全な体で健全な精神を持って生き、成長する権利」があり、州はそれを保護する義務があるとするものようである。しかし、これに対しては親の権利を重視する立場から批判もある。もうひとつの「子どもの選好」は、要するに、子どもの意思を考慮すべきという立場である。しかし、これに対しても、子どもの意思が長く親によって歪められてきた可能性があり、はたして子どもが親から独立して適切に判断できるのかという趣旨の疑問も示されている。

次に、丸山英二『未成年者に対する医療とアメリカ法』（ケース研究 207号 2頁、1986年。脚注 20）を取り上げたい。これも複数の裁判例を分析し、特徴を指摘している。そのうち親の権利に対する考え方について、丸山は、第一に、親が選択する治療方法がたとえ慣行的な治療方法でなかったとしても、他の医師が親の選択を支持している事実は、裁判所も親の選択を尊重する方向で作用していると指摘している。第二に、親の選択が宗教的理由に基づく場合には、裁判所は子どもの利益を第一に考えていないものと考え、親の選択を支持する可能性は低くなると指摘している。

以上を踏まえて、調査が十分とは言い難いことは承知の上で、現段階で、筆者なりにまとめてみたい。冒頭で述べたとおり、ガイドラインには明確性と安全性が期待されている。その観点から最大公約数的にまとめてみると、①子どもの意思能力を考慮する余地がなく（または、子ども自身が医療行為を望んでおり）、②医療行為の成功率が非常に高く、③医療行為の効果も高

く、④逆に、医療行為を実施しなければ子どもの生命、身体に重大な結果が生じる可能性が高いにもかかわらず、⑤親が自らの宗教など、子どもの利益以外の事項を主な理由として医療行為を拒否する場合には、ほとんどの裁判所は、親の医療行為に対する拒否が不当な親権行使であると判断するのではないだろう。

家庭裁判所が親の拒否が不当な親権行使であると判断するような事例では、事前に親権者職務執行停止等の決定を得ずに医療行為に踏み切ったとしても、医療機関が親権の行使を妨げたとして不法行為責任を問われることはないと考えられる。

#### 4 日常的な医療行為

児童福祉施設入所中や里親委託中の子どもについて、一定の医療行為に関しては親の同意を得ず、施設長または里親の判断のみで可能であろうか。

この点、マサチューセッツ州では、日常的な治療については親の同意を不要とし、社会福祉局の同意により可能とされていることについては、すでに紹介したとおりである（親の治療に対する反対が宗教的理由に基づく場合、特則が設けられていることについても述べた）。

思うに、子どもを児童福祉施設に入所させたり、里親に委託したりするということは、そこを子どもの日常生活の場とするという意味である。この場合、親から日常生活に属する事項について逐一意見や拒否があり、施設等がそれに従わなければならないというのでは、子どもは安定して生活を送ることができない。また、親にとっても、事実として子どもは施設等にいるのだから、日常的に監護することはできない。ということは、ある程度監護権が縮小して

いると解するのが相当ではなかろうか。都道府県が子どもを施設に入所させたり里親に委託したりする措置を採る場合、親の意思に反しないことか、もしくは家庭裁判所の承認が必要とされているところ（児童福祉法27条4項、同28条1項）、親が措置に反対の意思を明確にしない以上、親自身、監護権が一定程度縮小されることに黙示的に同意していると解することも可能であると思われるし、家庭裁判所の承認に基づいて措置が採られる場合には、その承認の効果として、監護権が縮小されることもやむを得ないと考えてよいように思われる（家庭裁判所の承認に基づいて措置が採られる場合、監護権のうち子どもの引渡を求める権利は制限されると解するのが、現在の実務上の通説と解される）。よって、日常的な治療については、施設長や里親の判断に委ねるのが相当であると考えられる。

「日常的な治療」をどの程度の範囲と見るかについては、困難な問題である。市販の風邪薬や整腸剤、頭痛薬等を服用する場合、擦過傷に消毒薬を塗布する場合などについては、日常的な治療に含まれることに異論は少ないと思われるが、インフルエンザにタミフルを服用させるか否か、精神的な症状に対し安定剤を服用させるか否かなどについては、いろいろな見解があるかもしれない。また、マサチューセッツ州では親の反対が宗教的理由に基づくときに特則を置いているが、わが国でも同様の取り扱いが必要かどうかは、わが国の宗教的、文化的風土にも照らして検討する必要があるだろう。

#### 第5 まとめにかえて

本研究は、現行制度を前提にしたガイド

ライン作成のための研究であるから、本来、現行制度の問題点を指摘するのが役目ではない。しかし、最後に若干の紙幅を費やして、簡潔に現行制度の問題点を指摘させていただくことをお許し願いたい。

まず、理論的な点から述べる。典型的な医療ネグレクトとされるケースは、親の通常の養育には特段問題がなく、むしろ子どもに愛情を注いで養育しているのに、特定の医療行為についてのみ親が強く反対するという特徴がある。従って、基本的に特定の医療行為の実施如何が問題となるにもかかわらず、親権喪失宣告制度を用いることによって、親権全体を停止してしまうのは、いかにも過剰である。

「親権の濫用」という要件は、実務に携わる者の感覚として、大変ハードルの高いものであったし、基本的には現在もそうである（親権喪失宣告申立ての認容率の低さにも反映されていると考える<sup>32</sup>）。確かに、吉田論文の指摘するとおり、医療ネグレクトのうち一部のものについては、親権の濫用の範疇に含まれるであろう。しかし、医療ネグレクトの幅広さを考えるとき、はたして審理の「場」としてふさわしい要件であろうか。

この点、永水は、「アメリカでは、メディカル・ネグレクトが通常のネグレクトと異なり、親がその他の点では問題がない親であることを判決文に明示すること等により、親に烙印を押さないように努力している。近年、子どもの治療に対する親の同意拒否は、虐待、ネグレクトとは性質の異なる、治療についての倫理的決定であるから、ネグレクトの手続ではなく、成人の治療を決定する際の手続である宣言的判決<sup>33</sup>を使ったらどうかと提唱する学説すらある」と紹介している<sup>34</sup>。

また、「親権の濫用」という要件は、基

本的に子どもの意思を反映する仕組みになっていない。手続的にも子どもからの意見聴取が要件とされていないし（児童福祉法 28 条の申立と異なり、特別家事審判規則 19 条 2 項のような規定がない）、吉田論文が「親権の濫用」を判断するうえでの要素としてあげるなかにも、子どもの意思は見あたらない（もつとも、吉田論文では「等」と書かれているので、年齢によっては子どもの意思も確認する趣旨であるかもしれない）。「親権の濫用」という要件が、永水の言う①型の類型には対応できるかもしれないが、②や③の類型に対応できるかどうか疑わしい。

保全処分にも問題がある。保全処分では職務代行者を選任し、職務代行者が医療行為に同意することが想定されているが、職務代行者の権限や責任が明確でないし、そもそも職務代行者のなり手を探すことも容易ではない。裁判所が直接医療行為について同意または同意に代わるような決定をするのではないため、実際に同意するかどうかの判断は職務代行者に委ねられることになるが、それは職務代行者にとっても相当の心理的負担になると思われるし、何らかの理由で職務代行者が裁判所の考えたとおりの行動をとらないおそれも、

（弁護士や医師を代行者に選任する限り可能性はゼロに近いが、少なくとも理論的には）あり得る。もちろん、職務代行者を選任することで細かい点や事情の変更に柔軟に対処できる利点もあることは否定できない。しかし、裏を返せば、「柔軟に」対応する重責を職務代行者に押しつけているとも言えよう（職務代行者は、規則上は子どもの財産から報酬を得られる可能性があるが（家事審判規則 75 条）、実際は期待できない）。

保全処分には、保全の必要性、すなわち

本案を待っているのは生命の危険があるような事情が必要とされるが、そのような緊急性はないものの、やはり治療が必要であるという場合、本案の親権喪失宣告を出さざるを得ないこともあるかもしれない。そうすると、この親は治療に反対しただけで、親権を失うことになるが、それでよいのか。

先に述べたとおり、親権喪失宣告はもとより、保全処分についても、戸籍に記載されることになるが、一般人にとって心理的抵抗が大きいと思われ、そのことが裁判所をして認容をちゅうちょさせるおそれがある。

実務的にも、親権者職務執行停止決定及び職務代行者選任は、ある程度日数がかかるという問題がある。一部、かなり迅速に対応できた事例も報告されているが<sup>35</sup>、一般化できるかどうか疑問なしとしない。

立法論的には、児童福祉法 27 条 1 項 3 号の措置が採られている子どもの親、特に同法 28 条の承認によって同措置が採られている子どもの親については、医療に対する同意権を制限することも考えられよう。このような親権制度と児童福祉法上の措置が親権にもたらす影響との関係は未整理となっており、医療ネグレクトをひとつの契機に再検討することが望まれる。

いずれにしても、現行制度は数々の課題を抱えており、問題解決によりふさわしい仕組みが期待される。

<sup>1</sup> 名古屋家庭裁判所平成 18 年 7 月 25 日審判（家裁月報 59 巻 4 号 127 頁）、大阪家庭裁判所岸和田支部平成 17 年 2 月 15 日審判（家裁月報 59 巻 4 号 135 頁）。

<sup>2</sup> 憲法 76 条 3 項は、「すべて裁判官は、その良心に従ひ独立してその職権を行ひ、この憲法及び法律にのみ拘束される」と定める。

<sup>3</sup> 辻朗・新版注釈民法（25）198 頁。

<sup>4</sup> 医療法 1 条の 4 第 2 項は、「医師…は、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るように努めなければならない」と定めている。

<sup>5</sup> 吉田彩「医療ネグレクト事案における親権者の職務執行停止・職務代行者選任の保全処分に関する裁判例の分析」家裁月報 60 巻 7 号 1 頁。

<sup>6</sup> 吉田前掲 14 頁。

<sup>7</sup> 吉田前掲 16 頁。

<sup>8</sup> 吉田前掲 42 頁。

<sup>9</sup> 唯一報告されている事例として、社会福祉法人子どもの虐待防止センター CCAP ブックス No.2「ある性的虐待の記録～障害児への虐待を考える～」(2001 年)。

<sup>10</sup> 家事審判法上の保全処分は、本案の審判事件が係属していなければ申し立てることができないため、実務上は本案と同時に保全処分も申し立てることになる。

<sup>11</sup> 吉田前掲 36 頁。

<sup>12</sup> 吉田前掲 34 頁。

<sup>13</sup> 岡部喜代子「審判前の保全処分を巡る諸問題」判例タイムズ 1100 号 572 頁。

<sup>14</sup> 「疎明」は、「ある事実の存否につき、裁判官が一応確からしいとの心証を得た状態」をいう。上田徹一郎「民事訴訟法（第 5 版）」（法学書院、2007 年）347 頁。

<sup>15</sup> 吉田前掲 29 頁。

<sup>16</sup> 後見開始事由に関するものだが、山本正憲・新版注釈民法（25）271 頁。

<sup>17</sup> 児童福祉法規研究会「最新児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、母子保健法の解説」（時事通信社、1999 年）331 頁は、この規定により「児童福祉施設の長は、たとえば、指導のため必要なときには、適当なしつけを施し、児童が児童福祉施設から無断外出しようとするときは、この児童を児童福祉施設に連れ戻す措置をとり得ることになる」と述べる。

<sup>18</sup> 河合徹子・実務注釈児童福祉法 296 頁は、「これらの施設長の権限と親権者に残される権限との境界が必ずしも明確ではないので、法整備が望まれるところである」と述べる。

<sup>19</sup> 家永登「子どもの治療決定権＝ギリック判決とその後＝」（日本評論社、2007 年）



23 頁。

<sup>20</sup> 丸山英二「未成年者に対する医療とアメリカ法」(ケース研究 207 号、1986 年) 4 頁。

<sup>21</sup> American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics, *Religious Objections to Medical Care*, Pediatrics Vol. 99 No. 2.

<sup>22</sup> 寺沢知子「未成年者への医療行為と承諾(二)」(民商法雑誌 106 巻 6 号、1992 年) 66 頁。

<sup>23</sup> 家永登「医療と子どもの自己決定」(法律時報 75 巻 9 号) 37 頁。

<sup>24</sup> 廣瀬美佳「医療における代諾に関する諸問題(上)」(早稲田大学大学院法研論集 60 号、1991 年) 245 頁。

<sup>25</sup> 寺沢知子「未成年者への医療行為と承諾(三)」(民商法雑誌 107 巻 1 号、1992 年) 60 頁。

<sup>26</sup> 寺沢前掲(25) 58 頁。

<sup>27</sup> 寺沢前掲(25) 62 頁。

<sup>28</sup> 家永前掲(23) 40 頁。

<sup>29</sup> 吉田前掲 4 頁。

<sup>30</sup> 神谷遊「判例評釈 [家族①] 未成年者への医療行為と親権者による同意の拒否」(判例タイムズ 1249 号、2007 年) 58 頁。

<sup>31</sup> Prince v. Massachusetts, 321 U.S. 158 (1944)

<sup>32</sup> 平成 19 年度司法統計によると、親権・管理権の喪失の宣告・取消事件の既済件数は 103 件で、そのうち認容はわずか 15 件であった。ちなみに却下が 11 件、取り下げが 76 件、その他が 1 件となっている。

<sup>33</sup> Declaratory judgment。原告がその権利について不安・懸念をもつときに、権利関係、法的地位を宣言することにより紛争の終結を目指してなされる制定法上の remedy (救済)。田中英夫編「Basic 英米法辞典」(東京大学出版会、1993 年) 51 頁。

<sup>34</sup> 永水裕子「子どもの医療に対する親の決定権限とその限界(二・完)」(上智法学論集 47 巻 2 号、2003 年) 144 頁。

<sup>35</sup> 2009 年 3 月 15 日付産経新聞等が報じたところによると、申し立ててから半日で保全処分決定がなされたケースがあったようである。

妊娠・出産・育児期の要支援家庭への訪問指導のあり方に関する研究

佐藤 拓代 東大阪市保健所長

研究要旨

児童虐待防止には、自らは訴えてこない親に対してもできるだけ早期に状況を把握し養育の問題を軽減する支援を行う必要がある。妊娠期から育児期にかけての虐待予防対策の一方策である生後4か月までの全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）と養育支援家庭訪問事業を効果的に実施するための具体的支援内容を検討した。

先進的取り組みを行っている自治体の状況を把握し、両事業のアセスメント指標、支援内容、支援評価指標などの検討を行った。

成果として、子育ての背景の変化、子育て支援に必要な視点、両事業の意義と連携、両事業の進め方、研修プログラムなどからなる「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）及び養育支援家庭訪問事業推進マニュアル」を作成し、全国の自治体に配布を行った。

研究協力者

上野 昌江（大阪府立大学教授）  
山田 和子（和歌山県立医科大学教授）  
来生 奈巳子（国立看護大学校准教授）  
毛受 矩子（四天王寺大学准教授）  
秋末 珠実（明石市福祉部子育て支援課）  
鈴木 信恵（碧南市保健センター主査）  
露詰 公子（田辺市健康増進課主任）  
桑田 俊子（東大阪市保健所健康づくり課主査）

年度に育児支援家庭訪問事業、平成19年度に生後4か月までの全戸訪問事業を開始したが、両事業の関係や実施方法、また、訪問内容や効果測定及び終了の判断について明確なものがなくばらつきがみられている。

また、平成20年度に児童福祉法が改正され、両事業はそれぞれ「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」「養育支援家庭訪問事業」として、法の中に位置づけられた。

厚生労働省は、「生後4か月までの全戸家庭訪問事業・育児支援家庭訪問事業ガイドライン策定に関する有識者・実務者会議」を立ち上げ、ガイドラインの作成を行ったが、このガイドラインを補完する現場に即したマニュアルを作成し、両事業が効果的に展開されることを目的とする。

A. 研究目的

ほとんどの子どもが最初に利用する公的サービスは4か月児健診である。しかし、社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護児童の検証に関する専門委員会による平成18年の虐待死亡事例（心中例を除く）の検討では、0歳児が32.8%であり、さらに平成17年の事例では0歳児のうち4か月未満児が75.0%と大半を占め、4か月児健診より早期に虐待を予防する支援を開始する必要がある。

これらのことから、厚生労働省は平成16

B. 研究方法

各地の取り組みや文献等から、生後4か月までの全戸訪問事業から要支援者を把握するアセスメント指標の作成及び家庭訪問

の効果判定のためのツールの開発などを行い、マニュアルの内容を検討する。

#### (倫理面への配慮)

マニュアルに取り上げた事例は、プライバシーに配慮し趣旨を損なわない程度に改変している。

### C. 研究結果

子育ての背景の変化、母子保健の現状、子育て支援に必要な視点、こんにちは赤ちゃん事業と養育支援訪問事業の意義と連携、こんにちは赤ちゃん事業のすすめかた(対象者と訪問時期、対象者の把握方法と訪問の同意、事業の周知、訪問に必要な物品、訪問者、訪問内容、アセスメント、支援の必要な者の把握と判断、支援効果の評価、訪問者の研修、委託先として考えられる機関等)、養育支援訪問事業のすすめかた(養育支援訪問事業が求められる背景、対象者、中核機関、対象者のアセスメントと支援内容、支援効果の評価、訪問者の研修)、先進地の取り組み事例などからなる、こんにちは赤ちゃん事業及び養育支援家庭訪問事業推進マニュアル(別紙)を作成した。

### D. 考察

マニュアル作成は本研究の第1歩であり、今後はこれの普及をはかり、早期からの虐待予防策の推進を図る必要がある。

### E. 結論

妊娠期及び生後早期から要支援者を把握し効果的な支援を行うために、こんにちは赤ちゃん事業及び養育支援家庭訪問事業推進マニュアル(別紙)を作成した。

### F. 研究発表

#### 1. 論文発表

①佐藤拓代:保健分野における乳幼児虐待リ

スクアセスメント指標の評価と虐待予防のための体系的な地域保健活動の構築. 子どもの虐待とネグレクト, 10 (1) : 66-74, 2008

②佐藤拓代:虐待とその予防—周産期医療の視点から—, 周産期医学, 38 (5) : 603-606, 2008

③佐藤拓代:虐待予防と親支援—保健所からのレポート, ミネルヴァ書房, 津崎哲郎、橋本和明編著「児童虐待はいま 連携システムの構築に向けて」, 117-128, 2008

#### (2) 学会発表

①佐藤拓代、福島富士子、毛受矩子:第49回日本母性衛生学会発表、子ども虐待予防のための妊婦支援マニュアル

②佐藤拓代、信田真里:第55回日本小児保健学会発表、2か月親子講習会の虐待予防における効果～概ね2歳までの検討～

③峯川章子、糸数公、佐藤拓代他:第55回日本小児保健学会発表、児童虐待における保健機関と児童相談所の連携について

④佐藤拓代:日本子ども虐待防止学会第14回学術集会ひろしま大会発表、地域保健における転入事例等への虐待予防のための効果的な初期支援の検討

G. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

## 乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業） 及び養育支援訪問事業推進マニュアル

### 1. はじめに

子どもの虐待は心身に及ぼす影響の大きいことから、予防が重要である。しかし、社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護児童の検証に関する専門委員会の死亡事例の検証結果によれば約4割が0歳児であり、産後うつ病等のこころの問題を抱える母親も多いことから、妊娠期から虐待となるおそれの高い親を把握しできるだけ早期に支援を開始する必要がある。

厚生労働省では平成16年度から育児支援家庭訪問事業、平成19年度から生後4か月までの全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）を開始したが、平成20年度は前者が45.4%、後者が71.8%の市町村で実施しており、都道府県別にみる市町村の実施状況は前者が16.7%から100%、後者が46.7%から100%とばらつきが大きい。また、事業の対象者や進め方などについて、現場では混乱がみられている。

平成20年に児童福祉法が改正され、平成21年度から「生後4か月までの全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」は「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」に、「育児支援家庭訪問事業」は「養育支援訪問事業」に名称変更され、法定事業として位置づけられることになった。

法に位置づけられたこと、また事業について混乱等が見られることから、厚生労働省は平成20年6月に「生後4か月までの全戸家庭訪問事業・育児支援家庭訪問事業ガイドライン」策定に関する有識者・実務者会議を立ち上げ、「乳児家庭全戸訪問事業ガイドライン」及び「養育支援訪問事業ガイドライン」の策定を行い、平成21年3月16日にそれぞれ雇児発第0316001号及び第0316002号として発出された。

本マニュアルは、このガイドラインに沿った対応を効果的に進めるためのものである。

### 2. 子育ての背景の変化

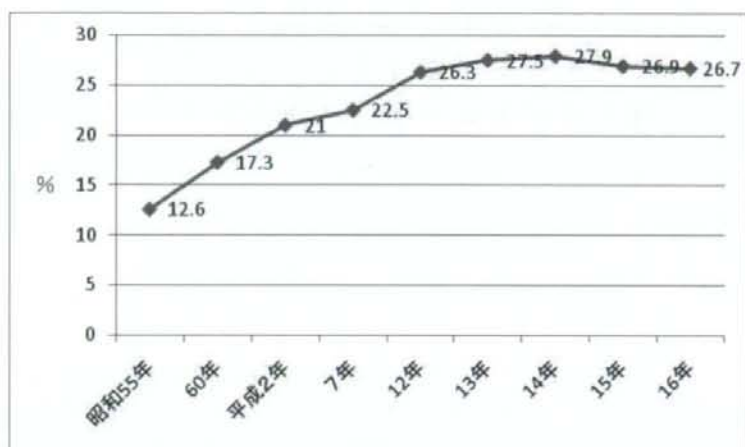
#### (1) 結婚と出産

平成19年の平均初婚年齢は夫30.1歳、妻28.3歳と年々年齢が高くなっており、平成2年の夫28.4歳、妻25.9歳と比べて2歳以上結婚が遅くなっている。母親の平均出産年齢も平成19年で29.4歳と平成2年の27.0歳と比べて2.4歳遅くなってきており、結婚から第1子出産までの期間が長くなってきている。

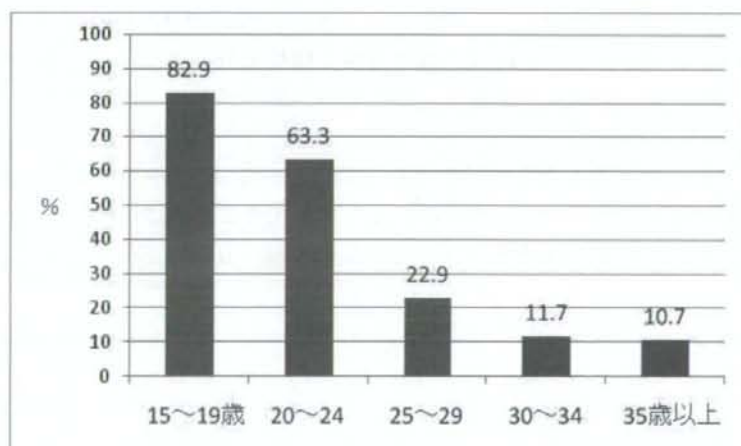
結婚期間が妊娠期間より短いいわゆる“できちゃった婚”は最近では“おめでた婚”とも言われているが、昭和55年の12.6%に比べ平成16年は26.7%と倍以上になり、第1子の4分の1を占めている（図1）。母親の年齢別では若いほど多く、図2のとおり15～19歳の出産の約8割、20～24歳では約6割となっており、同居や結婚といった人生の大きなイベントや学生である場合は学業との両立などが重なり負荷や不安が生じていないか把握し支援を行う必要がある。

母親の年齢階級別出生割合は、平成 17 年にそれまでもっとも多かった 25～29 歳を抜いて 30～34 歳がトップとなった（図 3）。割合が減少しているのは 25～29 歳と 20～24 歳で、増加しているのは 30～34 歳、35～39 歳、40～44 歳であり、出産年齢の高齢化がおこっている。平成 19 年出生の第 1 子についてみると、高齢出産である 35 歳～39 歳が 17.1 %、40 歳～44 歳が 2.3 %と、約 5 人に 1 人はハイリスク妊婦といわれる高齢出産から生まれた子どもである。このような高齢出産の母親の中には、不妊治療後の妊娠例も少なからず見られる。

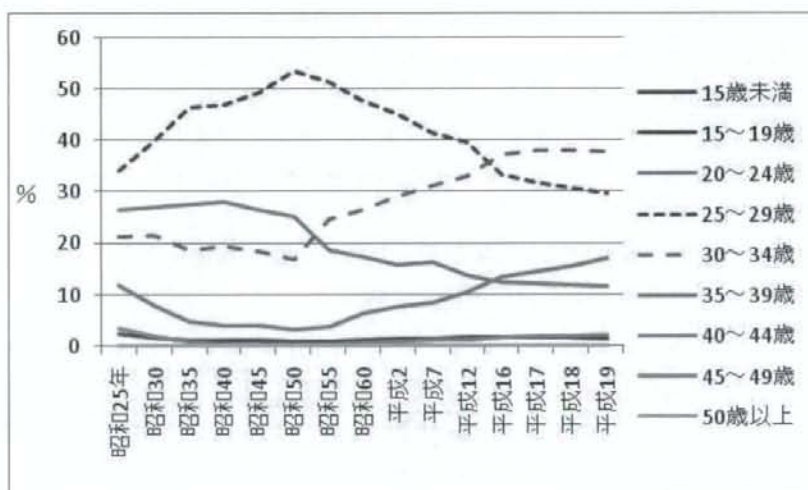
＜図 1＞結婚期間が妊娠期間より短い出生の抽出第 1 子出生に占める割合：人口動態調査特殊報告



＜図 2＞年齢階級別結婚期間が妊娠期間より短い出生の抽出第 1 子に占める年齢階級別割合：平成 16 年人口動態調査特殊報告



＜図3＞母親の年齢階級別出生数及び割合の推移



## (2) 出生児

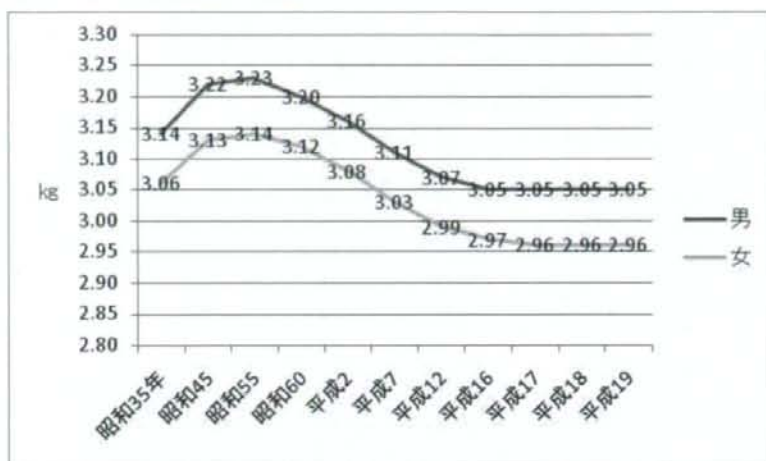
平均出生体重は、昭和55年頃まで増加し男児3.23kg、女児3.14kgをピークとしてその後低下を続けていたが平成16年から横ばいとなり、平成19年では男児3.05kg、女児2.96kgとなった(図4)。しかし、2500g未満の低出生体重児は増加を続けており、男女とも昭和55年がもっとも少なくそれぞれ4.8%、5.6%であったが、平成19年では男児8.5%、女児10.8%と、特に女児では約1割が低出生体重児である(図5)。

不妊治療と産科医療の進歩により多胎や体重の小さい子どもが多く生まれるようになっていることが考えられるが、ダイエット志向の強い現代の母親が妊娠中の体重増加を極力抑えている可能性も考えられる。

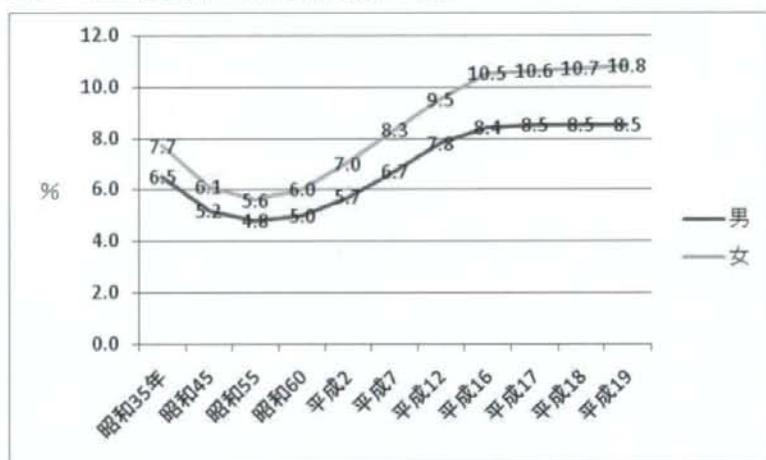
双生児など多胎児の割合は、年々増加してきていたが平成17年の2.27%をピークに減少傾向が見られる(図6)。これは、体外受精や胚移植等の高度不妊治療の現場で、子宮にもどす卵の数を初回では原則1個にするなどの方向性が打ち出されてきていることに関係していると考えられる。

体外受精・胚移植等の高度不妊治療は年々進歩し、平成18年の出生児数は19,587人と全出生児の1.79%を占めている(表1)。これは全出生児の約55人に一人の割合であり、母親に関わる上でこのような経過がある可能性を念頭に置きながら支援する必要がある。

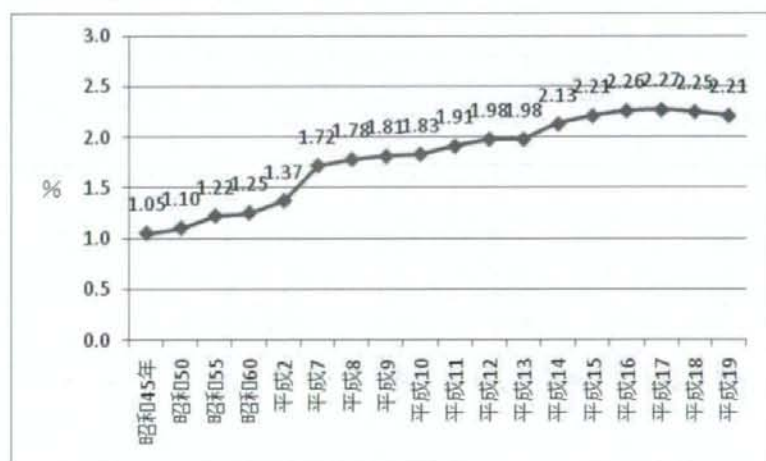
< 図 4 > 平均出生体重の推移



< 図 5 > 2500g未満の低出生体重児の割合



< 図 6 > 多胎児の出生割合の推移



＜表1＞体外受精・胚移植等を実施する登録施設数及び  
出生児数の推移

区分	登録施設数	体外受精・胚移植等による出生児		全出生数 に対する割合
		全出生児数		
平成元年	124	449	1,246,802	0.04
5年	270	3,554	1,188,282	0.30
10年	442	11,119	1,203,147	0.92
11年	471	11,929	1,177,669	1.01
12年	511	12,274	1,190,547	1.03
13年	552	13,158	1,170,662	1.12
14年	578	15,223	1,153,855	1.32
15年	590	17,400	1,123,610	1.55
16年	627	18,168	1,110,721	1.64
17年	641	19,112	1,062,530	1.80
18年	575	19,587	1,092,674	1.79

### (3) 子育ての意識の変化

1980年に大阪の研究グループが、乳幼児健診に来た母親を対象に子育てに関する調査を行った（服部祥子・原田正文：乳幼児の心身発達と環境—大阪レポートと精神医学的視点—、1991）が、2003年に兵庫の研究グループが同様の内容でやはり乳幼児健診に来た母親に調査を行い（原田正文：子育ての変貌と次世代育成支援—兵庫レポートにみる子育て現場と子ども虐待予防、2006）、20年間の子育ての変化が報告されている（表2、図7-1、2、3）。いずれの年齢でも「厳格・禁止」「期待」「干渉」「不安」が多くなっており、特に「お母さんはお子さんを、よそのお子さんと比較して気にしていますか」の「期待」が約4倍と変化が大きい。少ない子どもを立派に育てようという期待と、よそから評価されるというプレッシャーが大きく、子どもへの過干渉、厳格や禁止が多くなり、思いどおりにならない子育てに不安をいんでいる様子が見られる。

母親の相談相手や仲間作りをすすめて孤立を解消し、育児を「それでいい」とほめ自信をつけること、また、子どもには個性がありそれを認めた関わりが重要であることを強調する必要がある。

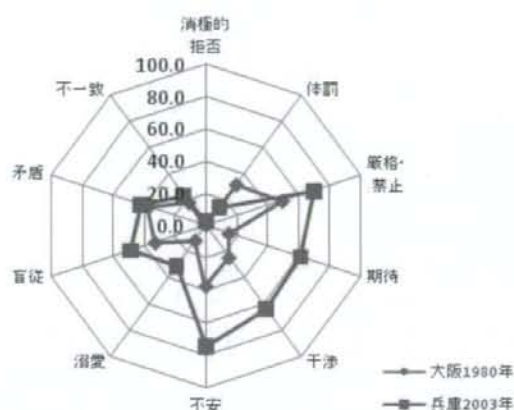
＜表2＞年齢別、乳幼児の親子関係（昭和55年と平成15年の比較）

区分	10か月児		1歳6か月児		3歳児	
	大阪(1980)	兵庫(2003)	大阪(1980)	兵庫(2003)	大阪(1980)	兵庫(2003)
消極的拒否	0.7	3.1	1.6	5.1	3.7	9.2
体罰	31.7	14.2	59.0	47.3	66.8	64.3
厳格・禁止	49.9	70.4	57.2	83.0	66.4	89.5
期待	14.8	61.8	13.3	59.7	17.2	71.1
干渉	24.0	63.5	27.1	78.1	40.1	87.0
不安	37.2	74.6	37.7	75.5	41.2	74.8
溺愛	11.2	30.8	11.8	29.8	8.6	29.0
盲従	33.0	48.9	27.0	39.3	16.4	25.9
矛盾	37.6	42.3	46.4	58.2	50.3	60.3
不一致	18.0	23.2	14.2	20.4	14.8	22.9

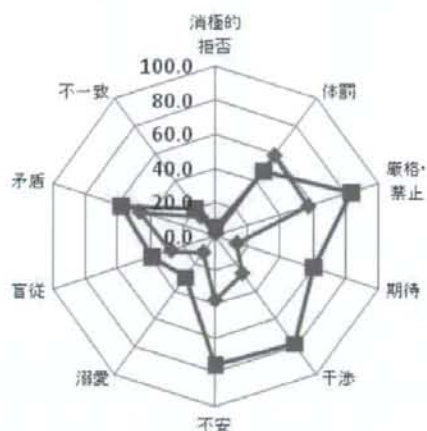
出典：日本子ども資料年鑑2007 原田正文他の資料から作成



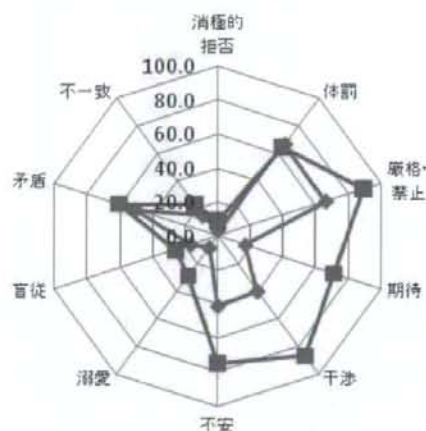
<図7-1>10か月児の親子関係



<図7-2>1歳6か月児の親子関係



<表7-3>3歳児の親子関係



#### (4) DVとひとり親

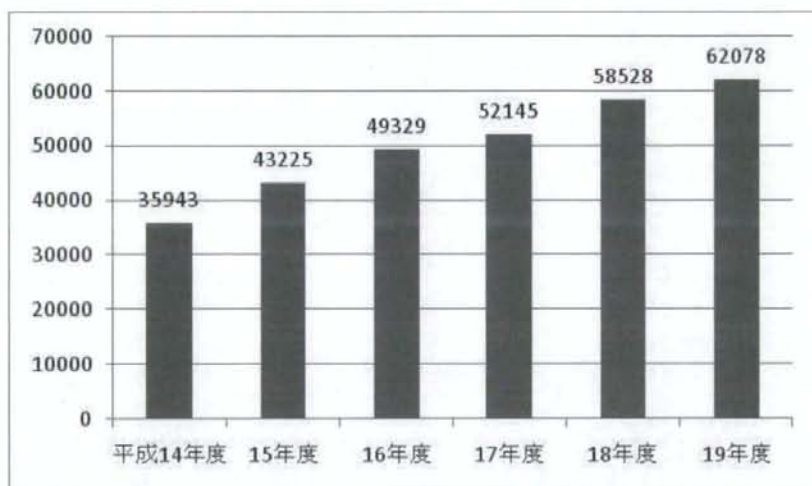
子育てへの支援として、DV（配偶者による暴力、Domestic Violence：DV）とひとり親については、特別に配慮した支援を行う必要がある。ひとり親の背景としてDVがあることがあり、DVがあるかもしれないという視点で関わるのが重要である。

DVは平成13年に施行された配偶者暴力防止法によって、配偶者暴力相談支援センターまたは警察官に通報することとされており、平成14年度から増加の一途を示し平成19年度では62,078件となっている（図8）。妊娠期のDVでは流・早産の原因となったり、子どもが生まれてからは母親に加え子どもも暴力を受けることがある。しかし、DVは単なる暴力行為だけではなく、暴力の合間に加害者が見せる「優しさ」があり、これによって被害者が加害者を信頼し逃れられない関係になっていることが多い。DVを発見した場合は、「その者の意志を尊重し通報することができる」となっており、一方的に逃れることだけをすすめるのではなく、加害者・被害者ともにカウンセリング的な関わりをすることが必要である。

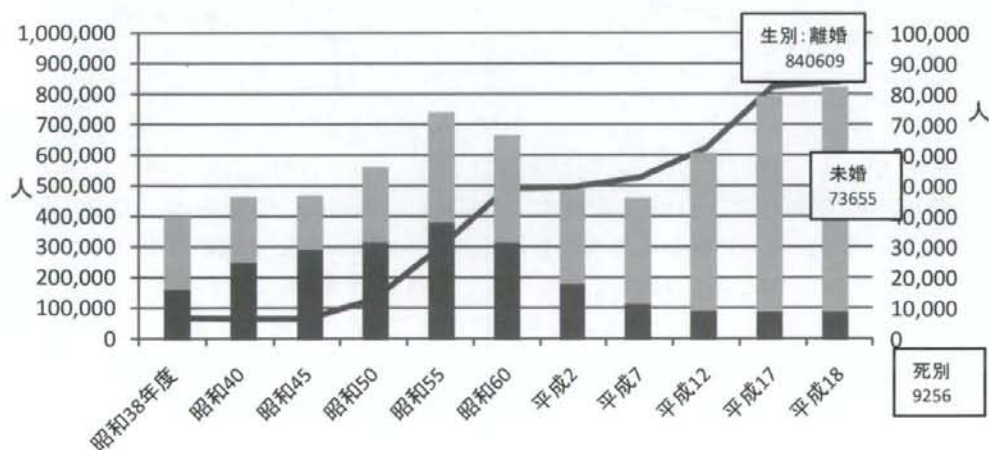
ひとり親については、離婚率が昭和55年の1.22（1,000対）から平成19年では2.02と上昇しており、また、現に子どもを扶養している児童手当受給者数をみると、ひとり親の現況が死別によるものは減少しているが、離婚、未婚によるものは増加しており、平成18年度では離婚840,609人、未婚73,655人と、昭和55年と比べそれぞれ2.8倍、2.0倍となっている（図9）。ひとり親については、原因が離婚、未婚を問わず、子どもの養育に支援が必要である。

また、平成18年度の母子生活支援施設の入所の理由で「夫等の暴力」が52.1%となっていることから、ひとり親の背景としてDVは重要である。

<図8>配偶者暴力相談支援センターにおける相談件数の推移



<図9>世帯類型別児童扶養手当受給者数の推移



### 3. 母子保健の現状

わが国の母子保健体制は、乳幼児健診が細やかに実施され開催場所の保健センター等へもアクセスがしやすいなど、諸外国に比して体制が整っているとされている。医療についても、小児科・産科救急体制では各地で医師不足によるほころびが出てきてはいる

が、周産期センターや小児医療センターなどが整い、妊産婦死亡率（出産 100,000 対）は平成 16 年 4.4（米国 2000 年 10.0、英国 2002 年 6.0、カナダ 2000 年 3.4）、周産期死亡率（妊娠満 22 週以後の死産と生後 1 週未満の早期新生児死亡の合計、出生と死産 1,000 対）は平成 16 年 3.3（米国 2000 年 5.6、英国 1997 年 6.8、カナダ 2001 年 6.1）、新生児死亡率（出生 1,000 対）は平成 16 年 1.5（米国 2001 年 3.3、英国 2001 年 3.6、カナダ 2001 年 3.8）、乳児死亡率（出生 1,000 対）平成 16 年 2.8（米国 2002 年 7.0、英国 2002 年 5.2、カナダ 2002 年 5.4）と、先進諸国の中でもトップレベルとなっている。

### （１）乳幼児健診

乳幼児健診は、生後 1 か月の時に母親の健診と一緒に行われることが多く、子どもだけの健診は、3～4 か月児健診、乳児後期健診、1 歳 6 か月児健診、3 歳児健診がほとんどの市町村で集団または医療機関委託による個別健診で実施されている。

全国平均健診受診率は、平成 18 年度で 1 歳 6 か月児健診が 92.5%、3 歳児健診が 89.5%と高い。しかし、健診未受診者の中にはネグレクトなどの子どもの虐待が把握されることもあり、健診未受診者の把握が重要である。

### （２）母子保健の課題

#### ①事故予防

不慮の事故による死亡は、平成 19 年で 0 歳時の死因の第 4 位、1～4 歳の死因の第 1 位であり、我が国は先進諸国の中で事故による死亡が多く、事故予防が重要である。特に溺死及び溺水が特徴的であり、浴槽等での事故予防を啓発する必要がある。近年では、保健所や保健センターにおける事故予防の展示などの取り組みが行われるようになり、死亡数が減少してきた（表 3）。不慮の窒息は、過去には乳幼児突然死症候群（Sudden Infant Death Syndrome: SIDS）が含まれている可能性があるが、SIDS の診断基準が確立されてからも事故の 75.6%を占めており、児の寝かせ方など周囲の環境にも目を配ることが重要である。

<表 3> 年齢階級別、不慮の事故の死因別死亡数の推移

区分	不慮の事故総数	交通事故		転落・転倒		煙、火及び火災への曝露		不慮の溺死及び溺水		不慮の窒息		その他	
		死亡数	%	死亡数	%	死亡数	%	死亡数	%	死亡数	%	死亡数	%
0歳	昭和60年	451	20 4.4	14 3.1	9 2.0	35 7.8	347 76.9	26 5.8					
	平成2年	346	28 8.1	12 3.5	14 4.0	27 7.8	247 71.4	18 5.2					
	平成7年	329	18 5.5	8 2.4	5 1.5	22 6.7	231 70.2	45 13.7					
	平成12年	217	16 7.4	8 3.7	6 2.8	7 3.2	160 73.7	20 9.2					
	平成17年	174	11 6.3	7 4.0	6 3.4	9 5.2	133 76.4	8 4.6					
	平成18年	149	10 6.7	3 2.0	2 1.3	9 6.0	110 73.8	15 10.1					
	平成19年	127	7 5.5	4 3.1	7 5.5	9 7.1	96 75.6	4 3.1					
1～4歳	昭和60年	1,002	312 31.1	49 4.9	58 5.8	414 41.3	84 8.4	85 8.5					
	平成2年	725	265 36.6	45 6.2	50 6.9	262 36.1	64 8.8	39 5.4					
	平成7年	630	176 27.9	33 5.2	31 4.9	176 27.9	90 14.3	124 19.7					
	平成12年	308	104 33.8	40 13.0	25 8.1	77 25.0	49 15.9	13 4.2					
	平成17年	236	71 30.1	21 8.9	37 15.7	56 23.7	39 16.5	12 5.1					
	平成18年	207	70 33.8	15 7.2	21 10.1	51 24.6	38 18.4	12 5.8					
	平成19年	177	62 35.0	15 8.5	15 8.5	40 22.6	34 19.2	11 6.2					

### ②乳幼児突然死症候群（SIDS）

SIDSは、それまでまったく健康であった乳幼児が何の前ぶれもなく亡くなってしまふ、未だ原因の定かでない疾病で、平成19年の0歳児の死亡数は147人で0歳児の死因の第3位である。SIDSの危険因子は、うつぶせ寝、暖めすぎ、喫煙、人工乳などが言われており、諸外国ではこれらの因子をさけるキャンペーンで死亡数が減少したとされている。我が国でも、仰向け寝、禁煙、母乳育児で育てようという啓発が行われている。

### ③乳幼児揺さぶられ症候群（SBS）

揺さぶられっ子症候群（Shaken Baby Syndrome：SBS）とも言われるが、普通に子どもをあやしても起こるように誤解されがちなことから、近年では揺さぶられあるいは揺さぶり症候群と呼ばれている。概ね生後6ヶ月以内の新生児や乳児の体を過度に揺すすることで、頭に硬膜下出血や眼の網膜出血などを起こし、児童虐待とみなされている。

先進的な取り組みとして、揺さぶられるとどうなるか、また乳児の泣き声を聞かせ、どのように感じどのような対処を行うかなどの啓発を、両（母）親教室や産科入院中に行うところも出てきている。

## 4. 虐待事例の増加と死亡事例から見る子育てのリスク

社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護児童の検証に関する専門委員会による心中以外の虐待死事例で、妊娠・出産に係る背景が注目されてきている。特に妊娠中から胎児に関する関心や愛着に問題があることが伺われる、「望まない妊娠／計画していない妊娠」、「若年妊娠」、「母子健康手帳の未発行」、「妊婦健診未受診」が多く把握されている（表4）。これらの項目の未記入・不明を除いた把握している事例に対する割合は、それぞれ66.6%、19.5%、25.0%、39.1%であり、若年出産については全国の平成19年の割合が1.4%であることから非常に多いといえる。しかし、それ以外については全国データがなく以外は比較することが難しいが、割合が多いことは間違いなく、これらの項目を把握し支援を行う必要がある。