

201330014A

厚生労働科学研究費補助金
健康安全・危機管理対策総合研究事業

健康なまちづくりのためのソーシャル・キャピタル形成手法を活用した
介入実証と評価に関する研究

平成25年度 総括研究報告書

研究代表者 福島 富士子

平成 26 (2014) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金
健康安全・危機管理対策総合研究事業

健康なまちづくりのためのソーシャル・キャピタル形成手法を活用した
介入実証と評価に関する研究

平成25年度 総括研究報告書

研究代表者 福島 富士子

平成 26 (2014) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

- 健康なまちづくりのためのソーシャル・キャピタル形成手法を活用した
介入実証と評価に関する研究 ----- 1
福島 富士子

II. 分担研究報告

1. 地域での産後ケアの展開に関する論考
～ソーシャル・キャピタルの醸成と活用 ----- 9
福永 一郎
2. 妊娠中および産前・産後の母親における
ソーシャル・キャピタルの評価と活用について ----- 34
川島（児玉）知子
3. オーストラリア・ニューサウスウェールズ州における行政・民間機関・住民協働の
子育て支援政策の展開によるソーシャル・キャピタル形成の可能性 ----- 38
川崎 千恵・大澤 絵里
(資料) 添付資料1 社会心理的アセスメントのための質問票
添付資料2 支援のレベル
4. 山梨県における新たな産後育児支援の取り組み ----- 61
市川 香織
5. 地域におけるソーシャル・キャピタルの醸成を目指した
産前産後ケアセンター実施に向けての現状と課題 ----- 75
井上 尚子・石川 貴美子
6. 産後の母親の自立支援にむけた産後ケアの在り方
ー母親のヘルス・リテラシーの育成をめざしてー ----- 85
北田 ひろ代
7. 住民主体のソーシャル・キャピタル醸成に向けて ----- 89
待鳥 美光
(資料) ソーシャル・キャピタル醸成につながる要素や
コーディネートについて考える ----- 93
森田 圭子
8. 当事者主体型産み育て環境整備プロジェクトを
実施するにあたっての課題 ----- 96
棒田 明子

平成 25 年度研究協力者一覧

研究者名	所属
【主任研究者】 福島 富士子	国立保健医療科学院 生涯健康研究部
【分担研究者】 平野 かよ子 信友 浩一 尾島 俊之 待鳥 美光 米澤 純子 川崎 千恵 大澤 絵里	長崎県立大学 特命教授 九州大学大学院 名誉教授 浜松医科大学 健康社会医学講座 NPO 法人こども・みらい・わこう 国立保健医療科学院 生涯健康研究部 国立保健医療科学院 生涯健康研究部 国立保健医療科学院 国際協力研究部
【研究協力者】 堀井 聡子 望月 弘子 新藤 京子 福永 一郎 堀岡 伸彦 三井 ひろみ 石川 貴美子 井上 尚子 上田 紀子 市川 香織 川島 (児玉) 知子 棒田 明子 松田 妙子 森田 圭子 宗 祥子 大牟田 智子 濱脇 文子 林 友紗 北田 ひろ代 萩原 玲子 伊東 優子 水澤 幸枝 井口 佳代子 渡沼 霧子 遠藤 貴子 渡辺 智子 石田 杏奈	国立保健医療科学院 国際協力研究部 医療法人笹本会 山梨県立大学 人間福祉学部 高知県 健康政策部健康対策課 山梨県 福祉保健部健康増進課 北杜市 市民部健康増進課 秦野市 福祉部高齢介護課 秦野市 こども健康部健康子育て課 名張市 健康福祉部健康支援室 公益社団法人日本看護協会 健康政策部 あんずクリニック NPO 法人 孫育て・ニッポン せたがや子育てネット わこう子育てネットワーク 松が丘助産院 春日助産院 元長崎市医師会看護専門学校 東邦大学医学部博士課程 武蔵野大学看護学部博士課程 武蔵野大学付属産後ケアセンター わこう助産院 わこう産前・産後ケアセンター フリーライター 国立保健医療科学院 国立保健医療科学院 国立保健医療科学院 国立保健医療科学院

健康なまちづくりのためのソーシャル・キャピタル形成手法を活用した
介入実証と評価に関する研究

研究代表者 福島 富士子

（国立保健医療科学院特命統括研究官（母子健康危機管理研究分野））

研究要旨

【目的】

健康なまちづくりの実現に向け、地域の母子保健の課題の一つである産前産後ケアに着目し、地域での産み育てに関わるソーシャル・キャピタル（以下、SC）形成手法を活用した介入実証を行う。また先行事例や海外事例を参考にSC形成のために必要な環境や体制づくり、行政に求められる役割を明らかにする。地域特性から見る産前産後ケアのあり方に関する類型化・標準化に向けた評価を行う。こうした一連の介入を通じて、産前産後ケアセンター創設のための展開プロセスの評価と、産後ケアセンターがSC醸成に果たす役割を明らかにする。

【方法】

2年間の研究としての本研究の1年目である平成25年度は、以下の内容で進められた。

1) 先行モデル事業の評価・分析

世田谷区、和光市にて、産後ケアセンター利用者へのSCアンケート調査を実施した。またサービス提供者へのヒアリング調査を実施した。

2) 自治体が計画する産前産後ケアセンター計画への介入実証

世田谷区、和光市でのSC形成・活用プロセスを利用した山梨県、高知県、三重県名張市、山梨県北杜市、神奈川県秦野市においての事業策定計画への介入を行った。

【結果】

1) 先行モデル事業の調査結果から、施設を介しての母親同士の交流が生まれ、SCの醸成に施設が寄与する可能性が見られた。

2) 山梨県や神奈川県秦野市等の介入結果から、約6割の母親は産後に不安や負担感を感じており、子どもの数が少ない人ほど不安を感じる人が多かった。また里帰りをしていても不安や負担の解消につながらない傾向があることがわかった。また約8割の産婦が育児について相談できる場所が欲しいと回答しており、相談先については過半数が専門家への相談と母親同士の交流の必要をあげた。

【考察】

1) 地域の母子保健の課題解決のために設立された産前産後ケアセンターには、①安心して子育てできる支援ネットワークの構築、②地域のSCの醸成、の2つの機能があることが分かった。

2) 健康なまちづくりとは、「行政、NPO、民間、住民など、様々な人、組織が協働して、子育て、子育てがしやすい地域を作っていくこと」であり、SC 指数の高い「地域力」を持つまちに住む母親、家族は次の世代の支えとなり、産前産後ケアセンター自身も、地域をつないでいく役割をもつと考えられた。

3) 専門知識を必要とする母子の支援はケアシステムとして（垂直型）、母子の自立支援や地域とのつながりの中でのサポートは、SC の醸成として（水平型）実施するといった公助・共助の果たす役割に留意し、地域や施設に最適な拠点形成が望まれる。

A. 研究の背景と目的

本研究は健康なまちづくりの実現に向け、地域の母子保健の課題の一つである産前産後ケアに着目し、地域での産み育てに関わるソーシャル・キャピタル（以下、SC）形成手法を活用した介入実証を行うことにある。また、先行事例や海外事例を参考に SC 形成のために必要な環境や体制づくり、行政に求められる役割を明らかにするとともに、地域特性から見る産前産後ケアのあり方に関する類型化・標準化に向けた評価を行う。こうした一連の介入を通じて、産前産後ケアセンター創設のための展開プロセスの評価と、産後ケアセンターが SC 醸成に果たす役割を明らかにする。

B. 研究方法と内容

2年間の研究としての本研究の1年目である平成25年度は、有識者、自治体関係者、産後ケア施設を運営する当事者等とともに、それぞれの視点からアンケート調査、ヒアリング調査、文献調査等を実施した。また有識者と共にグループワークを重ねながら、以下の内容で進められた。

1) 先行モデル事業の費用化・分析

世田谷区、和光市にて産後ケアセンター利用者とサービス提供者にインタビューおよびアンケート調査を行った。これらの結果と内外

の事例調査を踏まえ、有識者、専門家によるグループワークを実施した。

2) 自治体が計画する産前産後ケアセンター計画への介入実証

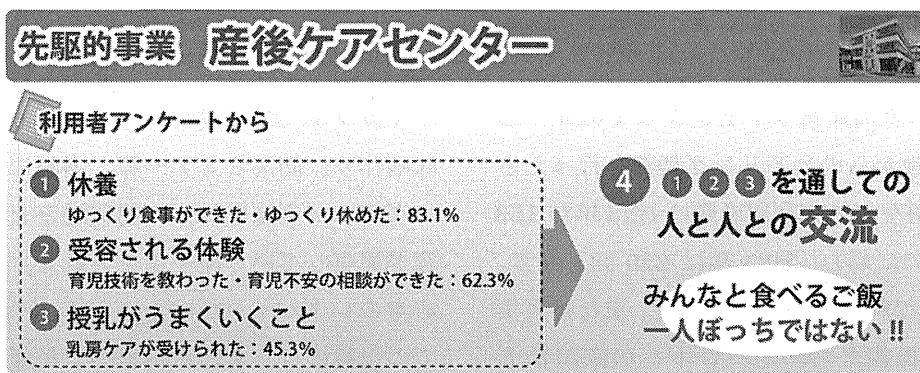
世田谷区和光市での SC 活用プロセス手法を利用し、山梨県、高知県、三重県名張市、山梨県北杜市、神奈川県秦野市において事業策定計画に介入し、地域関係者と共に介入実証しながら、具体化に向けての計画づくりを行った。

C. 結果

1) 先行事例調査

世田谷産後ケアセンターにおいて実施した利用者アンケート調査の結果から、利用者が産後ケアセンターに求めているニーズは、「ゆっくり食事ができた、ゆっくり休めた」といった「休養」が 83.1%、「育児技術を教わった、育児不安の相談ができた」等、「受容される体験」が 62.3%、また「乳房ケア」など「授乳がうまくいくこと」が 45.3%であった。また、滞在しながらのこうした体験を通じて、人と人との交流や、一緒に食事する等、「フェイス・トゥ・フェイス」な関係の中で、人と人の信頼関係を構築することにより、孤独感や不安感の解消を感じている利用者の姿が示唆された。また、利用者が地域にある子育て支援資源とつながり、地域に帰っていく際の「橋

渡しの機能」を持たせることが重要であることが示唆された。(資料1)

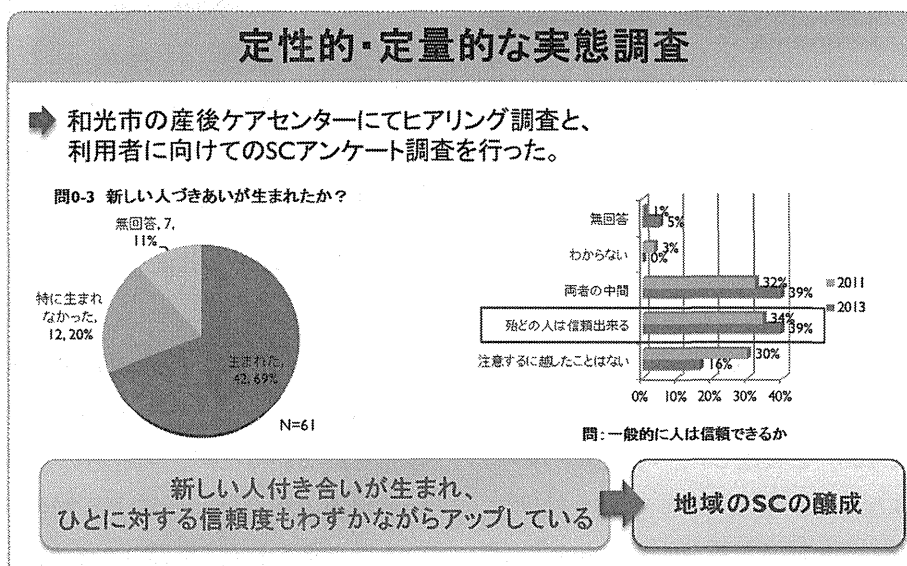


「フェイス・トゥ・フェイス」の関係の中で人との信頼関係を構築
地域の子育て支援資源とつながり、
利用者が地域に帰っていく際の橋渡しの機能を持たせる

資料1. 先行事例調査 世田谷区

いっぽう和光市の産前産後ケアセンターでの調査(n=11)では、「施設利用の後、新たな人づきあいが生まれたか」という設問に対し、82.6%の利用者が「生まれた」と回答した。また人への信頼感、肯定感に関する設問では、

「ほとんどの人は信頼できる」と回答した利用者は39%となった。これは2011年に同質問を実施した際は34%であったが、継続的に施設を活用することで、5%の増加が見られた。(資料2)



資料2 先行事例調査 和光市

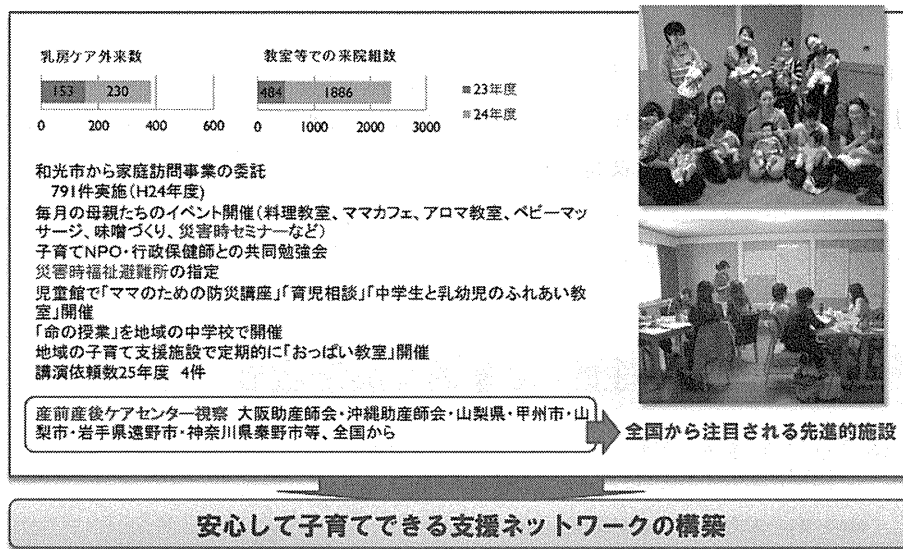
利用者は施設利用後にも継続的に新しい人づきあいが生まれ、人に対する信頼感がわずかながら上昇している点から、地域の SC が上昇していることが示唆された。

和光市の産前産後ケアセンターでのサービ
ス定期容赦からのヒアリング調査を行ったところ、乳房ケア外来利用者数は H23 年が 153 回だったのに対し、H24 年は 230 回となり、やく 43% の利用者増が見られた。また毎月実施される母親たちのイベントへの来院数も H23 年が 484 回であるのに対し、H24 年では 1886 回と 5.3 倍の増加が見られた。これは多様なボランティアや子育て支援団体が施設を活用し、多岐にわたる教室プログラムを実施したことにより、宿泊だけでなく利用者が日

常にセンターを訪れることとなったことがうかがえ、SC 醸成に施設が深く関与していることが示唆された。

提供されるプログラム内容も、料理教室やママカフェ、アロマ教室、ベビーマッサージ、味噌作り、防災セミナー等、多岐にわたるプログラムが実施され、時間経過とともに、内容が充実していく様子が見られた。母親への心身のレスパイトだけではなく、子育てを通しての母親の自立を促す内容へと母親のニードも進化していく様子が見られた。

全国からの視察件数も増加した。これは「安心して子育て出来る支援ネットワークの構築」に対する、全国の自治体からのニードと考えられる。(資料 3)



資料 3. 和光市産前産後ケアセンターによる SC 形成活動

2) 山梨県で計画される産前産後ケアの介入実証の中で、産後の母親支援に関するアンケート調査(n=1,423)を実施した。「育児について相談できるところが欲しいか」という設問に対し、81.9%が欲しいと希望した。年齢別に比較すると、年齢が上がるにしたがって、希望する割合が増加する傾向が見られ、40歳～

44歳では90%以上の母親が希望しているという結果となった。子どもの数による有意差は見られなかったが、子どもの数が3人以上いる母親の場合は、希望する割合が減少していると考えられた。里帰りの有無については、里帰りをした場合に、希望する割合が高いことがわかった。

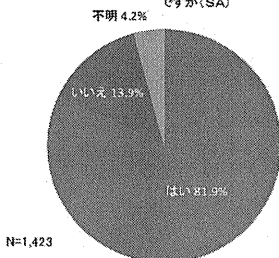
「どんな相談先が欲しいか」という設問に対しては、専門家への相談は 59.5%、母親同志が話をできる環境は 54.8%と、いずれも過半

数以上が挙げている。電話相談等については 28.5%にとどまった。(資料 4)

Q 育児について相談できるところがほしいか？

相談先については、81.9%が希望している。
年齢別に比較すると、年齢が挙げるに従って希望する割合が増加し、40歳～44歳では90%以上に達している。
子どもの数による明確な差異は見られなかったが、4人以上のサンプル数が少ないため、3人以上である場合には、希望する割合が減少しているとも考えられる。
里帰りの有無については、里帰りをした場合に、希望する割合が高い。

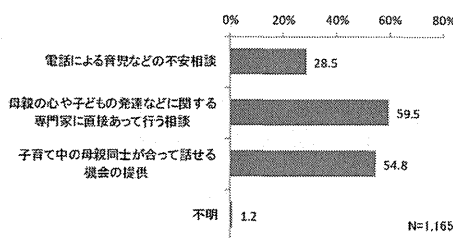
Q4-4:産後の自身の心身や育児について相談できるところがほしいですか(SA)



Q どんな相談先がほしいか？

相談先の内容としては、専門家への相談と母親同士が話をできる場を、過半数が挙げている。電話相談等については、28.5%にとどまった。

Q4-5:どんな相談先がほしいですか(MA)

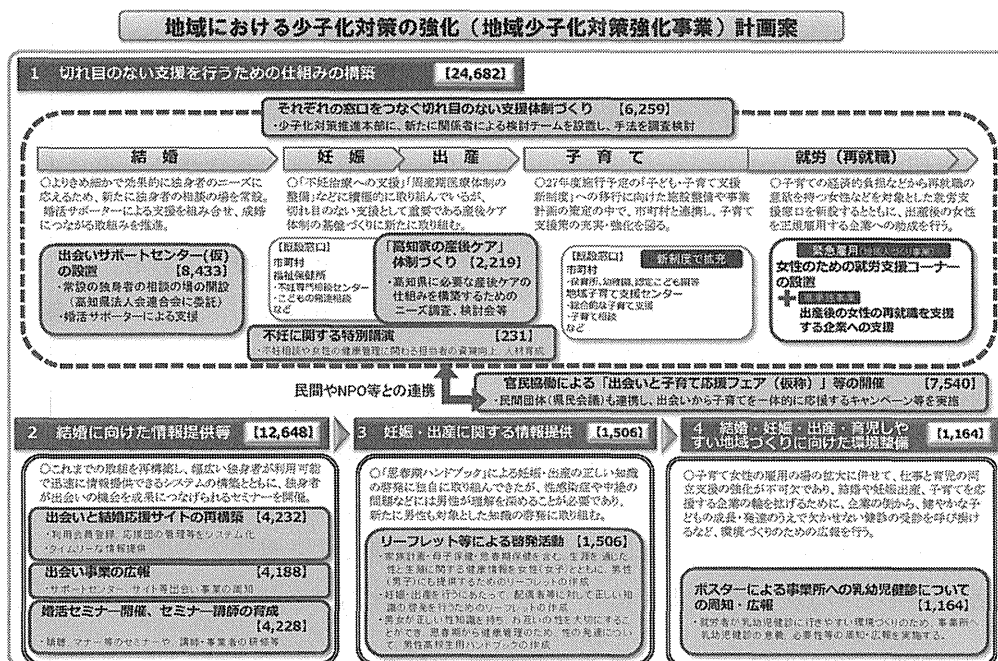


資料 4.【山梨県】産後の母親支援に関するアンケート結果

3) その他の自治体での取り組み

高知県では地域における少子化対策として、結婚から妊娠・出産、子育て、再就職までの、母親(母子)への切れ目のない地域の包括的支

援の一環として高知県の状況に即した産後ケアのあり方についての検討がスタートした。(資料 5)



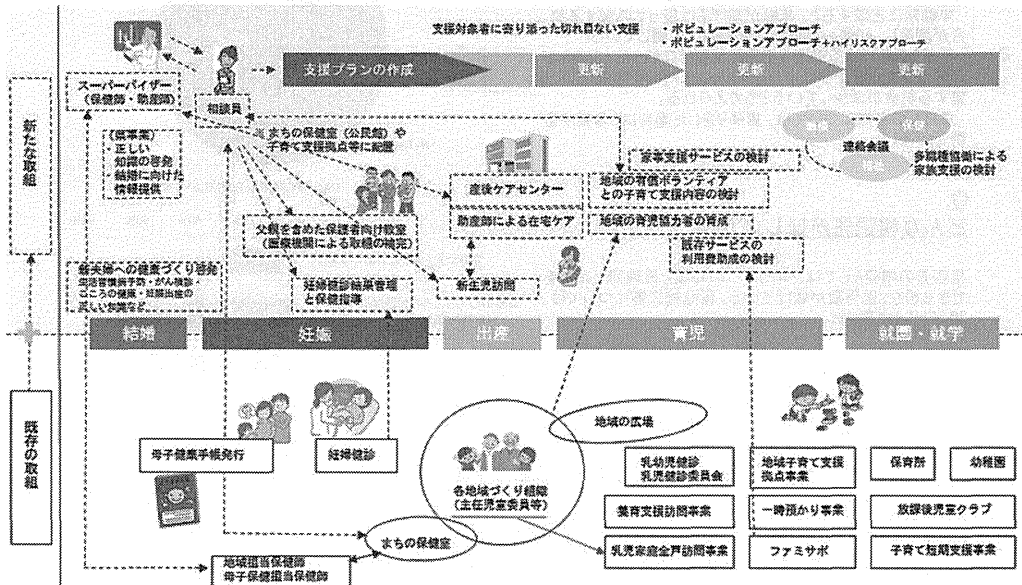
資料 5. 自治体が計画する産前産後ケアセンター計画への介入実証【高知県版】

同様に名張市、秦野市でも地域の実情に即した形で、産前産後ケアのあり方に関する具

体的な検討がスタートしている。(資料 6)

産後ケアセンターと今後の包括的支援のイメージ

妊娠段階から出産・育児まで継続的に相談支援を行う人材を「まちの保健室」等に配置し、地域づくり組織と一緒に全ての妊産婦及び保護者に対する伴走型の予防的支援の体制づくりを行うことにより、サービス(支援)と利用者、人と人をつ結び、子育てに関する不安感や負担感を解消する。
地域内において、子育て支援のサービス体制構築を検討し提供されることが、ソーシャル・キャピタルの醸成と地域の健康づくり推進のために鑑力のある取り組みとなることをめざす。



資料 6. 自治体が計画する産前産後ケアセンター計画への介入実証【名張市版】

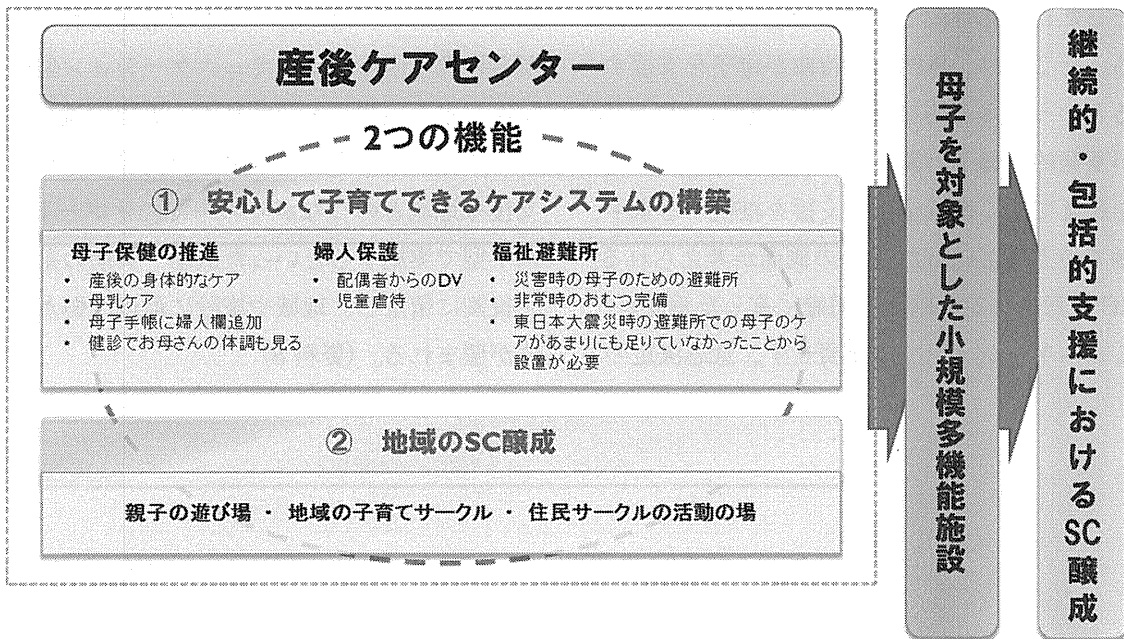
D. 考察

研究結果から、産後ケアセンターには、「安心して子産み・子育てができるケアシステムの構築」と「地域の SC 醸成」の 2つの機能が あることがわかった。

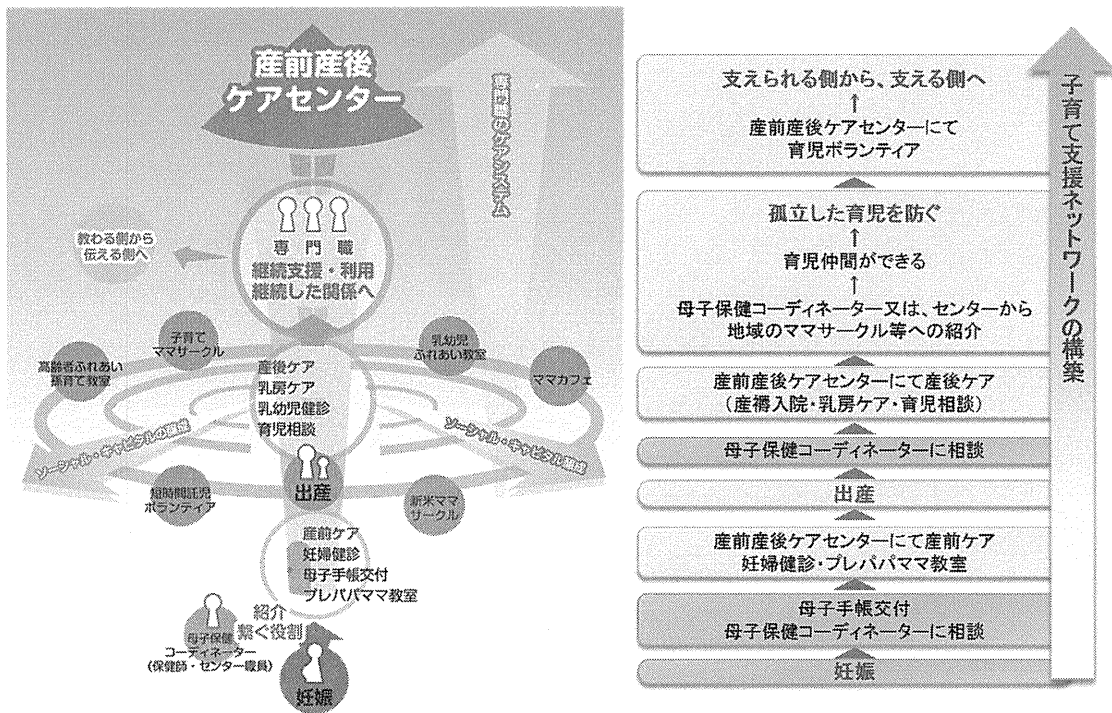
「安心して子産み・子育てができるケアシステムの構築」に関しては、母子保健の推進、婦人保護、福祉避難所としての機能の検討と充実が求められる。特にこれまでの産後の健診は、児の健診が中心であるが母親の心身のケア、母乳ケアなど、育児に際しての支援や健康管理は母子保健事業の中で再検討すべき内容であると考えられた。また婦人保護については配偶者からの DV や児童虐待に対する

ケアを、施設を介して実施することで、きめ細やかなスクリーニングとフォローが実現するものと考えられる。福祉避難所機能は、災害時の母子のための避難所として非常時の紙オムツや粉ミルクの完備等、東日本大震災の教訓から得られた対策として産後ケア施設を活用しようという提言である。

「地域の SC 醸成」については、親子の遊び場としての機能、地域の子育てサークルや住民サークルの活動の場としての機能が挙げられ、施設を多様な地域関係者の活動の場として公開することで、SC 醸成に寄与するとともに、共助による母子の支援の質的・量的増加に貢献することが可能となる。(資料 7)



資料 7. 子産み・子育てから始まる SC 醸成とまちづくり



資料 8. SC 醸成の拠点としての産前産後ケアセンターの役割

産前産後ケア施設の開設についての具体的手法は、公設公営、公設民営、民設民営等、

様々な体制が考えられるが、その運用にあたっては、利用者を含む SC と母子保健を中心

とした自治体行政との緊密な連携が必要である。そこでは、専門家や行政が母子を支援するといった垂直的な母子への支援と、SC 自体が双発的に母子と関わり、拠点としての施設を超えて広く地域全体で支援を継続する水平軸での支援といった 2 つの側面が考えられる。SC は意思決定の階層を明確に有した垂直コミュニケーションでは発展せず、意思決定の

階層を持たず、話し合いなどで情報共有しながら連携を図る水平コミュニケーション型の交流が求められるといわれる。専門知識を必要とする母子の支援は垂直型で、母子の自立支援や地域とのつながりの中でのサポートは、水平型で実施するといった公助・共助の果たす役割に留意し、地域や施設に最適な拠点形成が望まれる。(資料 8)

地域での産後ケアの展開に関する論考
～ソーシャル・キャピタルの醸成と活用

研究協力者：福永 一郎（高知県 健康政策部 健康対策課）

研究要旨：【目的】わが国のどこでも産後ケアが受けられるような体制をつくるために、地域での産後ケアの展開方法について論考し、その中でソーシャル・キャピタルの醸成と活用の必要性について検討する。

【方法】文献調査および著者が収集した情報をもとに論考する。

【結果】1. 妊産婦の状況把握についての方法について検討した。産婦のニーズが具体的なダイヤモンドとしてあがってくることはまれであるため、妊産婦の把握と情報収集が重要である。妊娠届や妊娠中期の電話、訪問等を行う、妊婦健診結果を評価する、庁内他部門の情報を集める、医療機関との連携を密にとる、未届け妊婦を相談に結び付ける等が必要である。2. 産後ケアの提供機能について検討し、休息、親になるための教育、予防・医療、家庭と地域をつなぐという4つの機能に分類した。3. 提供機能の対象者（産後ケアの対象者）は、機能および提供内容によって産婦に広く提供するものと、心身の疲労や不安・孤立感が強い妊婦、ハイリスク対応など一定の状況にある産婦に特に必要とされるものがあつた。産後ケアの機能は多くの地域でまんべんなく提供される必要がある。4. 市町村の既存事業と産後ケアやアウトリーチ型産後ケアで提供される内容との重複はかなり多いため、市町村の既存の事業を整理し産婦への母子保健体制を再構築する必要がある。5. 産後ショートステイについては、提供可能な場所の地域偏在が著しく、広域で活用することを検討すべきである。分娩施設も地域偏在が著しいが、分娩施設退院後、分娩施設あるいは近くでショートステイを行い、そのち居住地で産後ケアを受ける形態も現実的である。6. 産後ケアあるいはアウトリーチは、地域のいろいろな資源が産婦と家族を見守り、コミュニティの一員として迎えていくために、コミュニティレベルで地域拠点を設けて実施することが望まれる。産後ケアの形態として、市町村が地域資源、地域組織を活用して設置する「地域拠点型（仮称）産後ケア」と、民間の助産所等が核となり、親グループやボランティアなど任意のグループの共助を行っている産後ケア施設が、公共的役割を与えられて地域での活動を展開していく「つどい型（仮称）産後ケア」の2形態を示した。7. 地域資源として地域組織と専門家を示し、地域組織を自治的結合と任意的結合、自助的組織と共助的組織の2面から、コミュニティでの役割について検討した。8. 同一市町村内で産後ケア体制が完結する場合は少なく、産後ケア体制の構築には、広域、都道府県単位での検討が必要と考えられる。

【考察】地域の母子保健は、いろいろな利用型サービスのメニューを揃えて提供するものでは

なく、地域の母子保健のめざす姿から、現状での課題を明らかにし、どのような活動が必要であるか、そしてそれをどのようにみんなで担うかを決めて、活動が展開されていかなければならない。産後ケアの展開には、地域組織や専門職の地域資源と行政の有機的連携が必要であり、これらの活動が産後ケアを通じて高揚することにより、ソーシャル・キャピタルが醸成される。また、すでに地域が持っているソーシャル・キャピタルを大いに活用して産後ケアを展開していくことが求められる。地域の産婦にとっては、地域から見守られているという安心感、同じ世代の先輩親から与えられる自信というような要素により、地域への信頼感が増してくる。このことは地域力を上げ、産後ケアを利用した産婦が、次は地域資源の側すなわち共助への参加に回っていく素地ともなる。

※ 図表、資料は一括して末尾に掲載した。
市町村には特別区を含む。

A.はじめに

母子保健はコミュニティ単位の悉皆的な公衆衛生である（図1）。母子保健の一環で行われる産後ケアは、単なる利用型住民サービスの一パーツではなく、母子保健全体の中でどのように位置づけられるかを考える必要がある。すなわち、単に産後ダイケアや産後ショートステイという事業を民間委託すれば、公的責任が果たせるという性格のものではない。

実際に、産後ダイケアと産後ショートステイを実施する「産後ケアセンター」を常設しようとするれば、ある程度の人口規模、財政規模、専門職の確保、マンパワーの充足がなければ運営が成り立ちにくい。そうすれば、日本の大部分の地域では、産後ケアは実施できなくなる。ことに、出生数が多くはない農漁村・中山間地域、産科医師や助産師が不足し分娩施設が少ない地域では、絶望的である。

また、厚生労働省の「産後ケア事業」の対象者は「入院を要しない程度の体調不良の産婦を対象」「家族等から十分な家事、育児などの援助が受けられない者」となっているが、

実際には、地域で産婦への取組を行う場合、広く全産婦が対象となる内容も、リスクの高い産婦が対象となる内容もあり、一定の整理の上で産後ケア提供体制を考えることが必要となる。従って、自治体の母子保健体系に有機的に結び、コミュニティワークとしての母子保健を確保する一方法として産後ケアをとらえ、考えていく必要がある。

筆者が参加した地域保健総合推進事業「健康なまちづくりにおける保健所の役割と機能に関する研究班(分担事業者 中川昭生。2011～2012年)」は、「地方自治体の健康なまちづくり政策の樹立が必要」であり、「地方自治とともに住民自治が重要」「地域コミュニティの活動(地域力)、地区組織の育成支援強化が必要」であること、そして「サービス提供の視点のみではなく、ソーシャル・キャピタルの醸成、新しい公共の育成を含めて、住民、行政、機関・団体等の連携・協働による活動展開」が重要であることを示した。その結果、ソーシャル・キャピタルの活用を通じて健康なまちづくりを推進することが今後の地域保健の展開のあり方であると提言した(図2)。母子保健においてもさまざまな地域資源がネットワークを作り、コミュニティワークを行

うことになるが、「地域の子育て力の形成」がその根底にある（同研究 図3）。これらの考え方は現在、地域保健法の基本指針にも反映され、その中でソーシャル・キャピタルの醸成、健康なまちづくりの観点が強調されている。

ソーシャル・キャピタルについては、ロバート・パットナムの定義をひき「地域に根ざした信頼や社会規範、ネットワークといった社会関係資本」とし、ソーシャル・キャピタルを活用した自助及び共助の支援の推進が必要であることを述べている。ソーシャル・キャピタルの各要素と市民活動量とは正の相関関係があることが知られており、市民活動を活性化することでソーシャル・キャピタルが醸成され、ソーシャル・キャピタルが醸成されれば市民活動への参加が促進される関係になる（図4）。

産後ケアを日本の各地域において展開するには、その考え方、設計や運営などを一定整理し、一般化を試みなければならない。これらの地域保健をとりまく最近の潮流の中で、まず産後ケアの考え方、設計や運営について概説を加え、地域でどのように展開するかを論考し、その中で、健康なまちづくりとソーシャル・キャピタルの重要性について言及したい。

なお、妊娠、産前、産後は本来一連のものであるが、ここでは主として出産後から2か月以内程度の期間を中心として稿を進める。

B.産後ケアの設計・運営について

1. 対象者について

一般に小地域の住民は、健康に対する行動からみると、図5のようなさまざまな傾向を持った人たちが存在する。

産婦の場合、出産前には産後の生活がイメージできないため、具体的なダイヤモンドとしてあがってくることは少ない。初産婦の場合は赤ちゃんのいる生活がイメージできないし、経産婦の場合でもきょうだい児を抱えた中で赤ちゃんのいる生活はイメージが難しい。ことに家庭内、地域内で孤立している産婦は情報発信力がきわめて弱く、地域側には状況を把握されていない可能性が高い。

ニーズ把握が重要であり、妊娠届の時点から、直接的ダイヤモンドへの対応ではなく、潜在的なニーズを把握しておくことが必要である。一部の把握されたハイリスク妊婦（直接的ダイヤモンドへの対応）を除き、新生児訪問あるいは乳児家庭全戸訪問事業で初めて産婦に会うという状況であれば、妊娠・出産包括支援は不可能である。厚生労働省「妊娠・出産包括支援モデル事業」では、母子保健相談支援事業（母子保健コーディネーター）で「全ての妊産婦について状況を把握した上で、体調不良、育児不安があることなどから、手厚い支援を要する者を選定し、対象者とする」としている。

妊産婦の把握については、すべての妊産婦に会える機会は何かを考える必要があるが、以下に代表的な対象者とニーズ把握経路について示す。個別の対象者把握に用いるのはもちろん、数量化しておけば、ニーズの数量把握すなわち産後ケアで提供する各々の内容の対象者数の推計値が把握できる。

1) 妊娠届時に面接やアンケート等を行い、その内容によって必要な妊婦への個別指導を行うとともに、将来的に産後ケア提供のための情報とする。

たとえば喫煙（受動喫煙を含む）・飲酒とい

った胎児に悪影響を与える生活習慣、既往の妊娠分娩とその経過（流産、異常分娩など）、高血圧や糖尿病といった身体的リスクのある疾患の有無とコントロールの状況、妊娠週数、若年妊娠、配偶者のいない妊娠、精神疾患治療中など社会的リスクが把握可能である。なお、経産だと初産に比して問題が少ないととらえられがちであるが、前回出産後の家庭内環境の変化（家族間の不和等）、産後うつの既往、きょうだい児の問題や頸管無力症既往など流産や墜落分娩のリスクなどがあるので、問題が少ないとはいえない。

2) 妊娠中期に電話・訪問等で状況をうかがう。

地域の助産師、保健師等と妊婦とのつながりをつくり、妊婦に孤立感を与えないためにも有用と考えられる。また、里帰り出産の予定等も把握が可能となり、相手先自治体への情報提供も可能である（※産婦や新生児に関する母子保健サービスは、一般に里帰り先で受けることとなる）。

出産後、産婦以外に養育者がいない（夫が単身赴任・多忙、実家が頼れないなど）、コミュニティとのつながりが薄く地域から孤立している家庭、産後うつの既往者などは産後ケアの必要性が高い。

3) 医療機関からの情報

現在、14回以上の妊婦健診が行われており、ほとんどが医療機関委託となっている。妊婦健診の不規則受診、1回だけ受診、身体的リスク（流産、多胎、異常妊娠、高血圧、糖尿病等）、社会的リスクのある妊婦などの情報が地域保健側に伝わるのが重要である。

これには2つのルートがあり、一つは医療機関から行政に直接的に伝えること、もう一

つは妊婦健診の受診票を精査することである。また、できれば妊婦ごとに健診結果を連結して、受診回数が少なくないか、不規則ではないかなどの検討を行うことが好ましい（これは電子化して台帳管理している場合は比較的容易であろう）。

妊婦健診の受診結果が、国保連合会などに事務処理を委託され、処理後に市町村に戻ってくる場合は、2か月程度情報入手が遅れるため情報が遅く有用性が少ないという意見もあるようだが、それでも精査しないよりは精査したほうがよい。単にお金の支払いのための書類として扱うことはいけない。

医療機関側は、地域保健がどのような役割を担っているかについて十分な情報がなく、かつ、担当医の方針と違った指導をされることを懸念する場合もあって、理解を得られない場合もある。ハイリスク妊娠対応等を通じて日常的に接点を取り、お互いの見解の相違を埋める努力が必要となる。

4) 福祉サイドや市町村庁内関係部署からのハイリスク情報

生活保護世帯、母子家庭、助産制度の利用を申請した世帯、家庭内に要保護児童がいる、家庭内DVがあるなど、社会的脆弱性を持ち、しばしば心身の状況や健康管理に問題がある妊婦はこのようなルートからも把握できる。知的障害がある、精神保健上の問題を持っている妊婦は保健サイドで把握されていると思われるが、母子保健担当者には情報がない場合もあるので、情報収集に努める。

5) 未届け妊婦について

一番把握が難しいのが、妊娠しているにもかかわらず妊娠届が出ていない妊婦、医療機

関に受診していない妊婦である。

このような場合、非常に遅くに届け出がされ、しばしば出生後に妊娠届がなされる。未熟児の出生の可能性が高くなるとともに、非常に身体的・社会的リスクの高い産婦となる。すなわち、若年出産、シングルマザー、親性が育っていない、身体的にリスクが多い、人とのふれあいがなく支援者もなく孤立している可能性が高い、妊娠中から心に傷を負っている可能性もあり、産後ケアを行う必要性が非常に高い。高知県においては、毎年 40 件(全出生の 0.8%) 程度の妊娠満 28 週(8 か月)以降の届出、毎年 10 人弱の出生後の届出がある。

次世代への対策は、児童生徒へのいのちの教育、生きる力の教育など、学校教育であるが、即応的な対策については模索中である。ひとつは公的なサポートにつながるための窓口を医療機関未受診妊婦に知らせることである。高知県では、ドラッグストアの妊娠検査薬販売コーナーに相談窓口を書いたカードを配置するなどの対策を行っている(図 6)。

2. 提供内容について

出産は人生の大きな転機であり、赤ちゃんのいる生活に戸惑い、新たな家族が加入することで、家族の関係が変化する。それに伴って、心身の疲労、産後うつ、育児への自信のなさ、家族とのトラブルの発生など、種々の問題が発生する。これらの問題に対処できる内容が産後ケアに必要となる。

1) 提供機能のカテゴリ(表 1)

ここでは、いわゆる「産後ケア事業」とはならず、産婦に必要と思われる提供内容を分類して示す。内容的には、妊娠中からアプ

ローチすることが望ましいと思われるものも多いが、産後ケアに必要な機能として著者が整理した内容を以下に記述する。なお、これらは明確に分離できるものではなく、相互に関連を持ち、重なりながら総合的に提供される性格を持つ。

(1) 休息(疲労の回復、受容とねぎらい、家事援助、家族の協力を引き出す)

産じょく期は、まだ身体の状態が十分に復調していない状態で、すぐに赤ちゃんのいる生活に入らざるを得なくなる。そのため、家庭においては適度な休息と、家事などのホームワークの適切な分担が必須であり、このため家族の協力を引き出す工夫が、直接的に休息につながる。

家族の協力が十分に得難い場合は、直接的に心身の疲労を休める時間と場所が必要である。休息にはいろいろな形態があり、産婦によって異なると思われる。たとえば、自宅でくつろぎたい産婦には、配食や家事援助(ホームヘルプサービス)を含めて自宅で休息できるための内容を提供する必要がある、一方で自宅を離れて休息したい産婦には、休息の場を作ることが求められる。前者はアウトリーチ型の産後ケアで、後者は日帰りの場合は産後デイケアメニューの一部として、宿泊の場合は産後ショートステイで提供される。

また、お産という大業をなしたことをねぎらい、ことに孤立感が強く不安の高い産婦には、受容的なカウンセリングを行うことで、心の疲労を軽くし、人とのつながりと信頼感を形成することで孤立感を解消する。専門職に加えて、親どうし、先輩親などピアな関係を入れていくことも有効であろう。

この休息という機能は、従来の種々の産婦

を対象とした市町村事業、たとえば「育児相談」「母乳相談」「訪問事業」だけでは充足ができていない部分でもある。

なお、休息という機能の観点からは、提供に従事する者には社会通念上常識範囲内でのホスピタリティの確保が必要である。もとより、心身を休めるために利用するはずが、気を使ってかえって疲れるようでは本末転倒であるが、ホスピタリティの確保は、産婦と事業従事者との信頼がつくられるために重要であり、単なる顧客満足を超える結びつきを得られることが大切である。ホスピタリティは、単に外形的に礼儀正しいとか丁寧であるとかではなく、事業を実施している組織の「体質」とか、事業に従事している人たちの「自分」が問われる部分がある。

(2) 親になるための教育

大きくは「育児についての能力獲得」「家庭を運営するための能力獲得」に分かれる。「育児についての能力獲得」は、沐浴指導、おむつ、栄養（授乳）などの育児技術を教わることと、子どもの発育発達、病気、健診、予防接種、事故予防など、子どもの健康にかかわることについて学ぶことである。教条主義、減点主義にならず、育児に自信を持たせるような教育的アプローチが必要である。

「家庭を運営するための能力獲得」は、適切な養育環境を作ることを含めて、子どもを良き人格をもった、人間的に豊かな人に育てていくために必要なものである。家族内で考え方が共有されなければならない。

一般に産後は、目の前の問題の解決が大変であるが、一方的に産婦（母親）に子育ての負担がかかることなく、家族が協同歩調で乗り切ることが重要である。夫やその他の家族

に対する教育的アプローチを意図する必要がある。

なお、教育的機能は重要と思われるが、産婦が中心におかれるべきであるから、周囲の思いが空回りして、押し付け的な指導になることや、逆に定型的なことだけを話して個々の事情に応じていないような画一的な指導になることは避けたい。

教育に関しては、全産婦、全家庭にエッセンシャルな項目と、産婦およびその家庭各々の状況に応じて必要と思われる内容、産婦が知りたいと思う情報を整理し、双方向のコミュニケーションの中で進めていく、専門家からの指導と先輩親、親どうしの学習を組み合わせるなどのスキルが必要である。ことに考え方の部分や、育児の具体に関しては、産婦どうしがお互いの考えを話し合い、先輩親や地域の人たちのお話を聞く中で学ぶ部分も大きいと思われる。

(3) 予防・医療

主として助産師が業あるいは予防行為として行う内容である。トラブルへの未然対処（トラブルへの対処となる場合もある）や、トラブルにならないようにセルフケアで予防するものである。代表的なものとしては乳房マッサージがあげられる。赤ちゃんに対しては乳児ケアを行う。観血的処置については助産所や病院・診療所で行われることになる。

(4) 家庭と地域をつなぐ

先輩親や地域住民との交流の機会を設ける、新米親どうしの交流の機会を設けることにより、人とのつながりと信頼感を形成し孤立感を解消するとともに、家庭が地域社会の中で受け入れられるための準備を行う。

なお、厚生労働省の「妊娠・出産包括支援モデル事業」では、産前・産後サポート事業と位置付けて、その目的を「助産師等が妊産婦の悩みや子どもに関する相談等に対応したり、先輩ママやシニア世代が子育て家庭を訪問し、話相手や一緒に外出するなどきめ細やかな支援を行うことにより、円滑な育児のスタートを支援することにより、家庭や地域での孤立感の解消を図ることを目的とする」としている。

2) 各々の提供機能の対象者

多くの産婦が対象となる内容は、教育的機能（「親になるための教育」）である。ことに初産婦については、「育児についての能力獲得」「家庭を運営するための能力獲得」双方の必要性が非常に高いものと思われる。経産婦でも子育てに困難を感じている場合や前回出産後の家庭内環境の変化など、教育的内容が必要なケースは対象となる。

また、産じょくという生理的な現象として、実際には多くの産婦に心身の疲労をとるための休息が必要と思われるが、産婦以外に養育者がいない（夫が単身赴任・多忙、実家が頼れない等を含め）ケースを中心に、どの程度のニーズが存在するかは、今後の研究に待つ部分である。

予防・医療に関しては、セルフケアはすべての産婦が対象となり、医療部分は該当の産婦が対象となる。

ハイリスク産婦（表 1 附 参照）については、養育力の低さや養育環境の問題が想定されるので、一見、具体的な産後ケアに対する具体のディマンドがなくても、個別に産後ケアを含めた総合的な対応を要する。ハイリスク産婦については、産婦以外に養育者がい

ない（夫が単身赴任・多忙、実家が頼れない等を含め）ケースは比較的産後ケアを誘導しやすいが、リスクの内容によっては、ピアカウンセリングや親どうしの交流、地域との交流がすぐには難しい場合もあるので、専門職やトレーニングされたボランティアでの対応を中心に考えていく。

多くの産婦が対象となる内容は、多くの地域でまんべんなく提供される必要がある。一方、対象者が少ないものは内容によって集約化は可能であるが、地域拠点は必要である。ことにハイリスク対応は、コミュニティと広域の連携が非常に重要となる。

3) 市町村の既存事業の整理について

今まで述べた産後ケアの機能と、市町村の既存事業と整合をとると、図 7 のようになる（図では、高知県下の市町村で実施されている取組を掲載している）。市町村で産後ケアを行う場合は、既存事業の整理を行い、産前産後に係る母子保健事業を再構築することが適切と考えられる。

市町村が公的な事業として産後ケアを実施できるかどうかは、財政力や地域資源に依存するが、産後ケアを実施した場合、産婦に対するアプローチを産後ケアと分離して、関係なくばらばらに実施する必要性はない。

既存事業と産後デイケアやアウトリーチ型産後ケアで提供される内容との重複はかなり多い。多くの既存事業は産後デイケアに集約できるが、厚生労働省の「産後ケア事業」を活用する場合は、対象者の選別と利用料の発生など、ことに市町村直営でデイケアやアウトリーチを運営する場合にはテクニカルな問題が残る。多くの産婦に必要な内容は公的な補助を組み合わせで無償で、やや対象が限ら

れる内容や、類似内容が他制度では有償である場合（たとえばホームヘルプサービス）、元来有料のサービス（ベビーマッサージ、アロママッサージなど）や助産師の業の範疇である場合（乳房の手当など）は、内容によって利用料を減免するという方法、ハイリスク者の場合、内容によっては公費によって無償あるいは低廉とするなど、種々検討が必要である。

4) 産後ショートステイについて

産後ショートステイについては宿泊を伴うため、現在は専用の宿泊施設（旅館業法適用など）を設けるか、助産所あるいは病院・診療所の入院という形で行われている。また、食事・入浴つきの母子宿泊（母子入院）となるため、必然的に利用料は高くなる。

疲労の回復にショートステイを要する産婦がどの程度の人数となるかによって、どの程度の整備が必要かということが明らかとなる。

整備という点では、助産所あるいは病院・診療所の入院（空きベッドの利用）が比較的实现しやすいが、助産所や産科医療機関は都市部へ集中し、地域偏在が著しいため、広域利用が現実的なものとなる。なお、助産所あるいは病院・診療所では、形態は入院診療であるため、医事法令の遵守が前提である。

旅館業法型の産後ケアセンターの設置については、かなりの人口規模が必要であると考えられる。公費を投入する政策的な施設として整備されるのが実際であろう。

これらのことから考えると、産後ショートステイは広域整備にならざるを得ない。そのため地域の仕組みを考える必要がある。ショートステイを要する産婦の居住地に分娩施設がない場合に、その地域の中心的な都市の

分娩施設で出産するならば、分娩した施設の退院後、分娩施設あるいは近くのショートステイを利用し、自宅に戻り地域拠点で行われているデイケアやアウトリーチを活用するという方法が現実的と思われる（図8）。

5) 産後デイケアについて

産後デイケアについては、助産資源に先輩親や子育ての自主グループが参加して、民間ベースで自立的～共助的発展の中で行われているところに、市町村が参加し公共的役割を付加していくような形態と、市町村がコミュニティ内に設置し、助産師を確保し、地域組織等の資源を参加させて公助の中で共助的発展を促すような形態の大きく2つに分かれる。

前者は民間助産所等の医療資源を拠点に、産婦および産後ケアの卒業生（先輩親）からなる自立的、共助的取り組みに対して、市町村が公的役割を与え、コミュニティとの連携を促すものであり、産後ケアを共益から公益へと誘導するものである。全国の助産所等で試行的に行われている産後デイケア事業の多くはこの形態にあたる。人々が助産所等に集うことによって産後ケアが運営され、コミュニティへの展開が図られるという性格から、ここでは「つどい型（仮称）産後ケア」と称しておく。

後者は行政により設置されるものであり、地域の拠点として政策的に整備するものである。コミュニティに即した形で、地域資源を最初から取り込んで（あるいは準備段階で地域資源を立ち上げて）設立することとなるため、一定のエリアを対象に、主に公助によりコミュニティワークの一環として整備し、地域資源の参加のもと共助の振興を図りながら産婦と赤ちゃんを見守っていく性格のもので