

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

APPENDIX 2

Psychosocial risk variables I–VII

Variables (Risk Factors)	Suggested format for psychosocial assessment questions
I. Lack of support	1. Will you be able to get practical support with your baby? 2. Do you have someone you are able to talk to about your feelings or worries?
II. Recent major stressors in the last 12 months.	3. Have you had any major stressors, changes or losses recently (ie in the last 12 months) such as, financial problems, someone close to you dying, or any other serious worries?
III. Low self-esteem (including lack of self-confidence, high anxiety and perfectionistic traits)	4. Generally, do you consider yourself a confident person? 5. Does it worry you a lot if things get messy or out of place?
IV. History of anxiety, depression or other mental health problems	6a. Have you ever felt anxious, miserable, worried or depressed for more than a couple of weeks? 6b. If so, did it seriously interfere with your work and your relationships with friends and family? 7. Are you currently receiving, or have you in the past received, treatment for any emotional problems?
V. Couple's relationship problems or dysfunction (if applicable)	8. How would you describe your relationship with your partner? 9. a). Antenatal: What do you think your relationship will be like after the birth OR 9. b). Postnatal (in Community Health Setting): Has your relationship changed since having the baby?
VI. Adverse childhood experiences	10. Now that you are having a child of your own, you may think more about your own childhood and what it was like. As a child were you hurt or abused in any way (physically, emotionally, sexually)?
VII. Domestic violence. Questions must be asked only when the woman can be interviewed away from partner or family member over the age of three years. Staff must undergo training in screening for domestic violence before administering questions	11. Within the last year have you been hit, slapped, or hurt in other ways by your partner or ex-partner? 12. Are you frightened of your partner or ex-partner? (If the response to questions 11 & 12 is "No" then offer the DV information card and omit questions 13-18) 13. Are you safe here at home? /to go home when you leave here? 14. Has your child/children been hurt or witnessed violence? 15. Who is/are your children with now? 16. Are they safe? 17. Are you worried about your child/children's safety? 18. Would you like assistance with this?
Opportunity to disclose further	19. Are there any other issues or worries you would like to mention?

Table 2. Levels of care

General service response	Risk factors	Needs-specific services
Level 1. All (Universal support)		
<p>Routine health services are offered.</p> <p>Local systems are in place to encourage families to:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ utilise universally available services ■ utilise early childhood health services at key transition points in the child's development ■ link with other services available for families with young children within their local community. <p>Services are delivered in a health promoting, early intervention framework.</p>	<p>No specific risk factors are identified.</p>	<p>Families are encouraged to utilise a range of services and community level supports, depending on their individual needs.</p> <p>These supports can include:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Maternity services ■ Early childhood health services, including UHHV, parenting and breastfeeding groups ■ General practitioners ■ Parenting and child development information ■ Parent help lines ■ Community activities, eg playgroups, breastfeeding peer support groups, libraries ■ Childcare, preschools ■ Informal support network, eg family, peers, neighbours ■ Ethno-specific and multicultural support networks
Level 2. Prevention and early intervention		
<p>Ongoing support and active follow-up.</p> <p>Families identified as vulnerable should be:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ actively followed up and supported with progress reviewed at key transition points ■ linked with and referred to other services as needed ■ encouraged and supported to utilise universally available services. <p>A key worker may need to be identified to coordinate care across services.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Young (under 20 years) ■ Unsupported parent ■ Late antenatal care ■ Multiple birth ■ Premature birth ■ Complicated birth ■ Child or parent with disability/ chronic illness ■ Adjustment to parenting issues ■ Mild-to-moderate anxiety ■ Mild-to-moderate depression ■ History of mental health problem or disorder eg eating disorder ■ Grief and loss associated with the death of a child or other significant family member ■ Unresolved relationship issues, including with own parents ■ Financial stress ■ Unstable housing ■ Partner unemployed ■ Isolated, eg geographic, no telephone, lack of support ■ Refugee status, recent migrant, poor English skills. 	<p>A range of services can be accessed for consultation or referral to support families identified as vulnerable, depending on their individual needs and priorities.</p> <p>Services to be considered include Level 1 services and may include any of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Maternity services – active follow-up ■ Early childhood health services – priority and active follow-up ■ UHHV – priority and active follow-up, and may require a number of home visits over the short-term ■ Sustained health home visiting ■ Family care services – centre-based and outreach ■ Breastfeeding clinics/units ■ Adolescent pregnancy and parenting support services ■ Child and family counselling services ■ Interpreter services ■ Disability services ■ Early intervention services ■ Supported playgroups ■ Residential family care services ■ Counselling ■ Social work ■ 'Allied Health/Counselling' via general practitioner, paediatrician or psychiatrist referral through 'Better Mental Health Access Medicare Agreements' ■ Mental health ■ Drug and alcohol ■ Other Government and NGO programs, eg Family Support Services, Disability Services, volunteer home visiting services, housing ■ Ethno-specific and multicultural support networks.

General service response	Risk factors	Needs-specific services
Level 3. Complex needs		
<p>Coordinated team management.</p> <p>Families identified as having complex needs will require a coordinated team management approach to care. This may also include some families with level 2 vulnerabilities.</p> <p>The plan is developed in consultation with the family.</p> <p>Roles and responsibilities of members of the team will need to be clarified.</p> <p>A key worker will be identified for the coordination role.</p> <p>The family will receive:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ coordinated care ■ review of progress ■ referral to specialist services. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ problematic substance use or parent/carer on the opiate treatment program ■ diagnosed mental illness, eg schizophrenia, bipolar disorder ■ current or history of domestic violence ■ known to Department of Community Services ■ current or history of child protection issues. 	<p>A range of health and other services will work together to support families with complex issues and will include some or all of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Level 1 services ■ Level 2 services <p>Families may also need referral to all or some of the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Specialist health services <ul style="list-style-type: none"> – drug and alcohol – mental health including residential and inpatient services – Physical Abuse and Neglect of Children (PANOC) child protection counselling services via DoCS Helpline ■ Drugs in Pregnancy Programs ■ Other Government and NGO programs eg Department of Community Services, Family Support Services, Brighter Futures ■ Domestic Violence Services.

厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合事業）
分担研究報告書

山梨県における新たな産後育児支援の取り組み

研究分担者： 市川 香織 （公益社団法人日本看護協会 健康政策部）
堀岡 伸彦 （山梨県 福祉保健部 健康増進課）

研究要旨：山梨県は、新たな産後育児支援の取り組みとして、平成 27 年度を目途に産後ケアセンターの運営をスタートさせることを決め、平成 25 年度より動き始めた。

母子保健事業が市町村事業となり、都道府県における母子保健への取り組みが縮小している現在、県が主体的に母子保健の実情を踏まえて市町村と連携し、産後育児支援対策に取り組んだモデル的ケースといえる。平成25年8月に設立された一般社団法人産前産後ケア推進協会では、山梨県における、これらの取り組みについて、初期段階から実証介入し、出産・育児に関わる社会基盤の少ない地方都市での産後育児支援のあり方について、地域関係者と協議するとともに、ソーシャル・キャピタル形成手法を活用した施設実現に向けての具体的方法について考察した。

A. 少子化対策プロジェクトチームによる提言

山梨県の合計特殊出生率は 1.43（平成 24 年、全国 28 位）であり、近年横ばいで推移している。出生数は 6336 人（平成 24 年）と減少に歯止めがかからず、少子化対策は必須である（図 1）。山梨県では、『やまなし子育て支援プラン後期計画』（「次世代育成支援対策推進法」に基づく法定計画、平成 22 年 3 月策定）に取り組んでいるが、少子化対策を効果的に進めるため、平成 25 年度、関係部局を横断する形でプロジェクトチームを編成し、幅広く検討を行い、もう一段の取組みを進めることとした。

少子化対策プロジェクトチームの中間とりまとめでは、「Ⅰ若者の人口動向、Ⅱ結婚を取り巻く状況、Ⅲ妊娠・出産を取り巻く状況、Ⅳ子育てを取り巻く状況（子育てと仕事の両

立を取り巻く状況）」という 4 つのライフステージごとに課題が示され、それぞれ対応策の検討が行われている。

4 つの課題のうち、「Ⅲ妊娠・出産を取り巻く状況」における検討で、子育て世代へのアンケート調査が行われ、その結果、実際の子ども数が欲しい子どもの数に達していない理由として、経済的要因以外では、「高年齢での出産や子育てに不安がある」と答える人の割合が 3 割近くとなっていることが明らかになった（図 2）。そこで、少子化対策としては、子育てに関する不安を軽減する必要があることが指摘された。

また、子育て不安の要因としては、出産のための入院期間の短縮、出産までに赤ちゃんと接する機会の減少が挙げられており、施策の方向性として、①男性の意識啓発の充実、②出産直後の肉体的、精神的ケア、育児指導

等の母親の産後支援の充実、③妊娠期から出産が挙げられた。
産・子育て期までを通じた相談体制の整備充

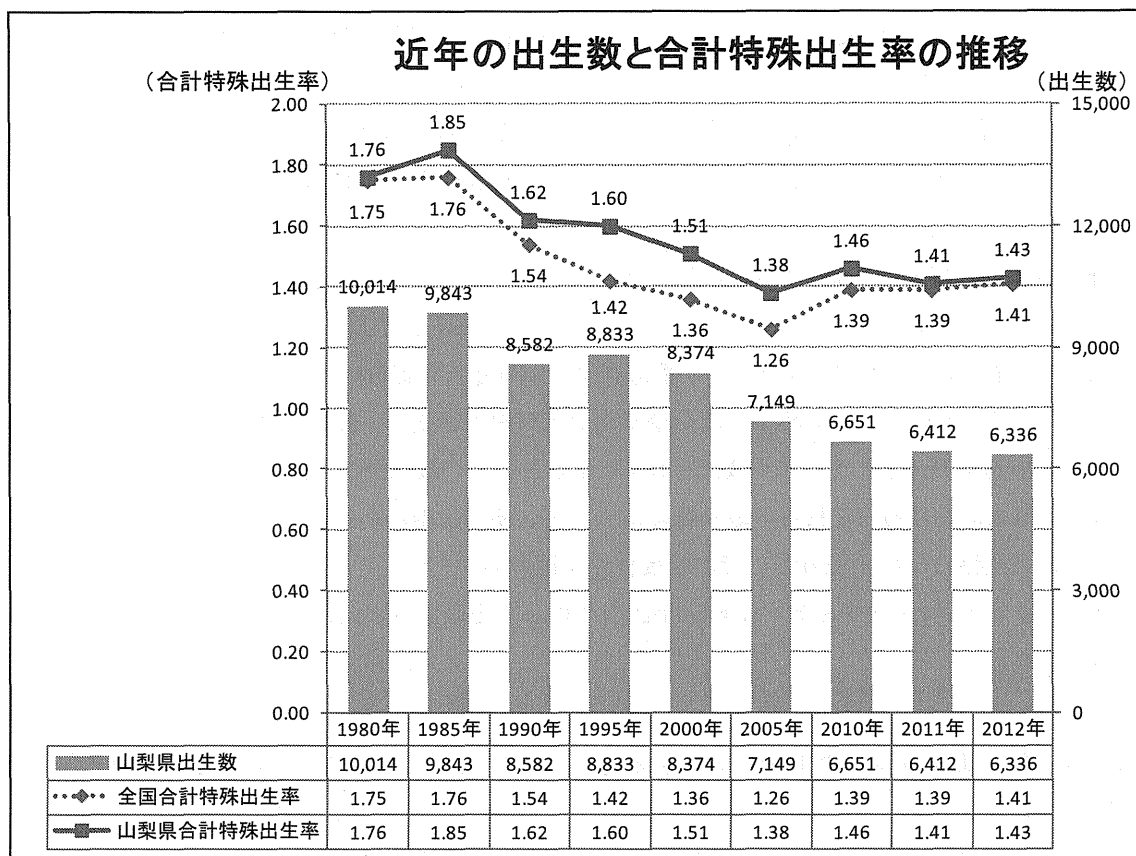


図1 山梨県の少子化の現状

「新たな産後育児支援の在り方」中間とりまとめ（平成25年12月）より抜粋

欲しい子どもの数まで増やさない理由（平成24年度児童家庭課調査）

子育てや教育にお金がかかりすぎるから (%)	高年齢での出産や子育てに不安があるから (%)	仕事にさしつかえるから（業務多忙、離職等の不安） (%)	働きながら子育てができる職場環境がないから (%)
60.4	29.2	25.5	23.2
ほしいけれど授からないから (%)	出産・子育ての心理的、肉体的な負担に耐えられそうもないから (%)	保育サービスが整っていないから (%)	配偶者が望まないから (%)
21.7	16.0	14.0	10.5

図2 子育て世代へのアンケート結果

（『やまなし子育て支援プラン後期計画』中間年度における点検・評価 県民アンケート）

B. 母親に対するニーズ調査

少子化対策プロジェクトチームの提言を受け、新たな産後育児支援の在り方を検討することになった山梨県は、県内市町村や助産師会の協力により、妊娠中から出産1年程度までの母親に対してニーズ調査を行った。以下に、その調査結果の一部を抜粋して報告する。

調査は、平成25年9月9日から10月13日にかけて実施され、有効回答数は1423人であった。

回答者の年齢は、30歳～34歳が最も多く36.4%を占めていた。次いで、25歳～29歳が25.9%、35歳～39歳が24.7%であった。

また、出産後2～4か月の回答者が最も多く、37.1%を占めていた。次いで出産後1年以上が18.8%、5～8か月が18.1%、出産後9か

月～1年程度が14.4%であった。

子どもの数は、半数近くの46.0%が子どもは1人のみであり、子ども2人が38.9%であった。

育児の協力者の有無については、86.4%が「協力者がいる」と回答した。母親の年齢があがるに従って、「協力者がいない」と回答する割合が増加する傾向がみられた。

里帰りの有無では、「里帰りをしない(できない)」場合に、「協力者がいない」と回答する割合がやや高くなっていった。

産後の不安については、「とても感じた(とても感じている)」は16.9%であったが、「時々感じた(時々感じている)」が40.8%であり、あわせると過半数が何らかの不安を感じたと回答していた(図3)。

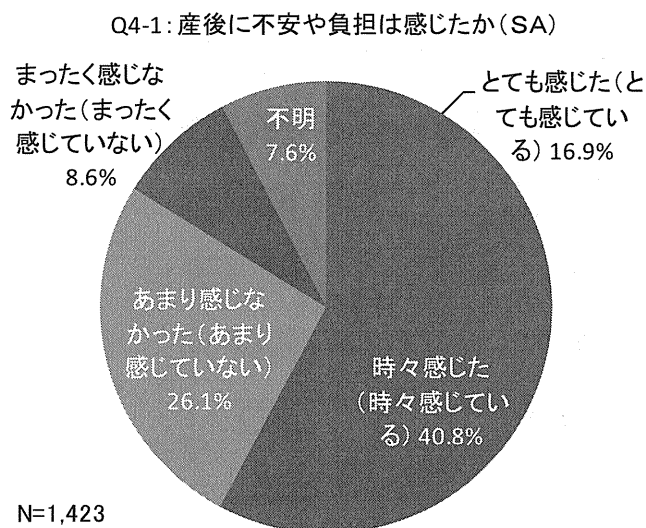


図3 母親のニーズ調査「産後に不安や負担は感じたか」

不安の内容としては、「出産や育児による体の疲れ」が最も多く38.6%の母親が挙げた。次いで、「上の子との育児の両立が難しい」

や「十分な睡眠がとれない」、「イライラしたり落ち込んだりする」、「自分の時間が取れない」、等が続いていた(図4)。

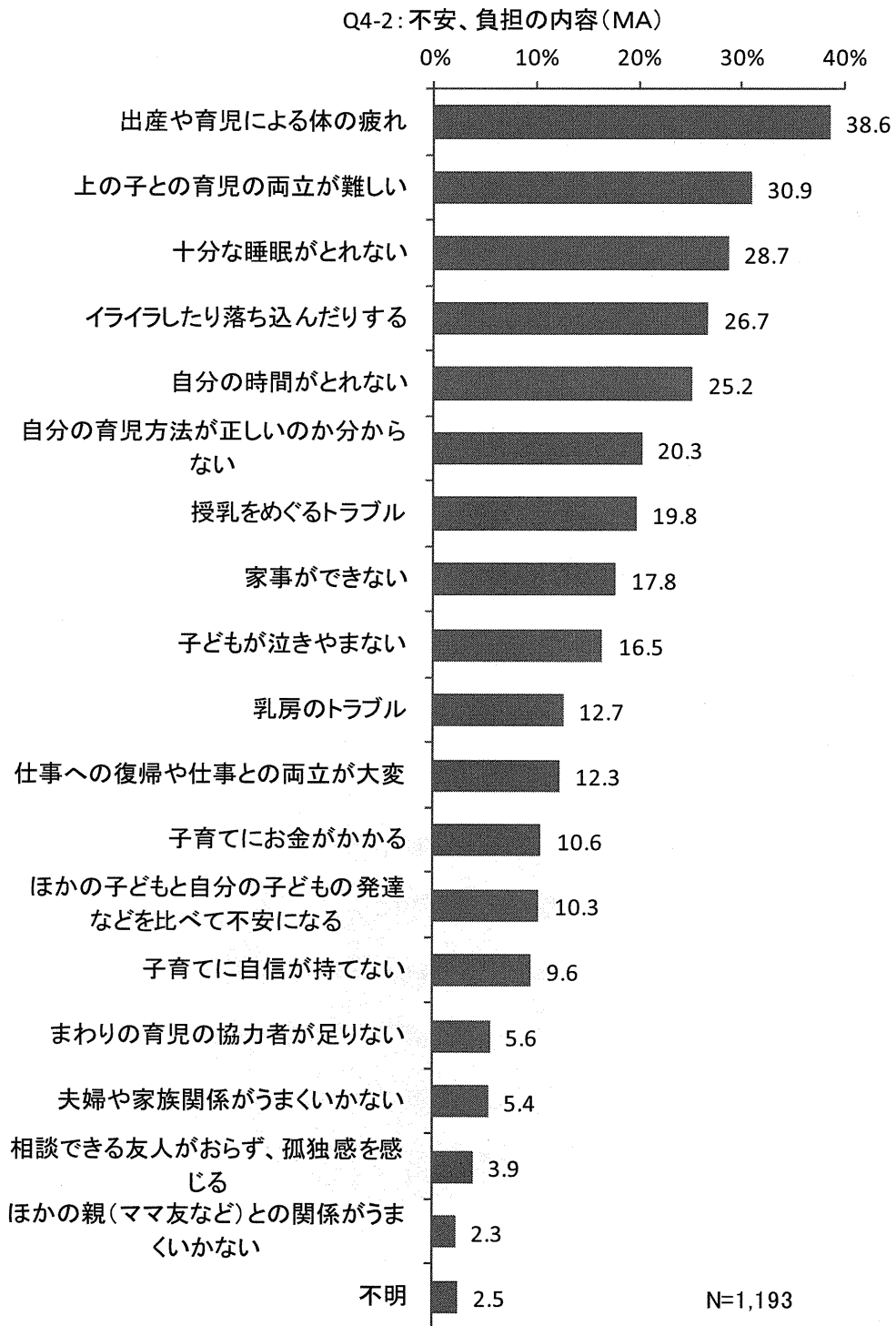


図4 母親のニーズ調査「不安や負担の内容」

最も不安や負担を感じた時期としては、半数近くの49.1%が「出産後1～4か月頃」と回答

していた。ついで、妊娠中21.4%、出産直後1.9%と続いていた(図5)。

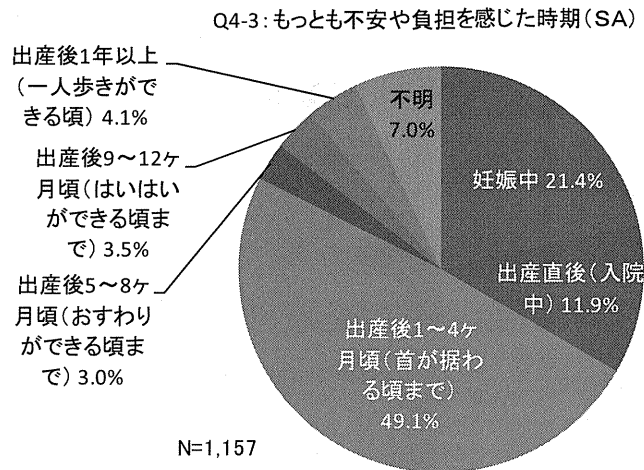
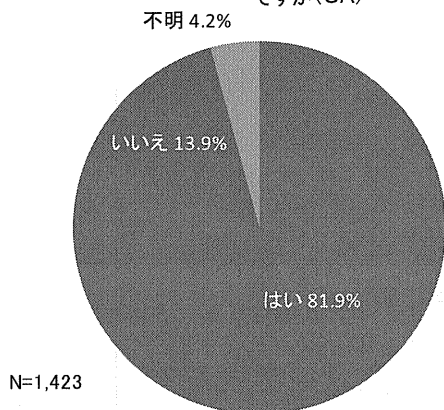


図5 母親のニーズ調査「もっとも不安や負担を感じた時期はいつか」

また、産後の自身の心身や育児について相談できるところが欲しいかといった設問に対しては、81.9%が希望していた(図6)。

年齢別に比較すると、年齢があがるに従って希望する割合が増加し、40歳~44歳では89.6%に達していた(図7)。

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)



Q1-1: 年齢×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)

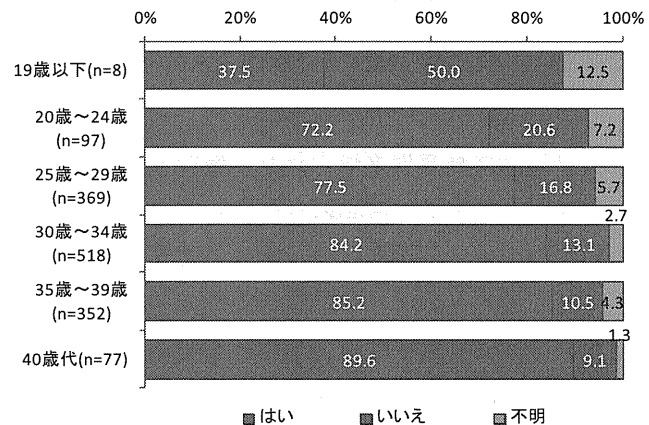


図6.7 母親のニーズ調査

「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か」(年齢階級別)

受けたい支援内容としては、宿泊支援の場合には、母親が休息できるサービスへの希望が多く38.1%であった。育児指導等に関するサービスは、20%程度となっていた。

訪問支援の場合には、相談を求める割合が多く32.7%であった。

日帰り支援の場合には、育児指導等の割合が高く41.0%であった(図8)。

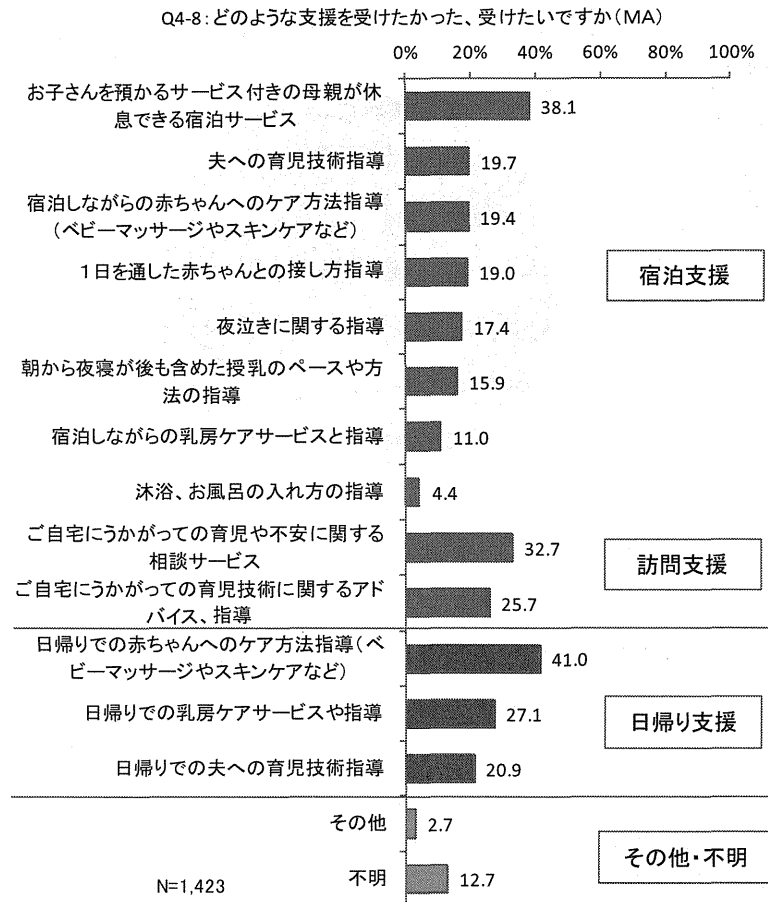


図 8 母親のニーズ調査「産後どのような支援を受けたいか」

C. 「新たな産後育児支援の在り方検討委員会」と産後ケアセンター構想案のとりまとめ

母親へのニーズ調査の後、産後の育児支援がどう在るべきかについて、「新たな産後育児支援の在り方検討委員会」（以下、委員会という）が設置され、検討が行われた。

委員会は、市長会代表、町村長会代表、市母子保健担当者、県福祉保健部等行政関係者

と、看護協会、助産師会、子育て支援を行う NPO 法人、愛育班、産前産後ケア推進協会、学識経験者等 13 名によって構成され、平成 25 年 11 月より 3 回の会議が持たれ、平成 25 年 12 月に、中間とりまとめが行われ、産後育児支援について提言が出された。

委員会は、山梨県の新たな産後育児支援の基本的方向性を以下の3点とした。

- ① 出産直後の母親がリラックスしたり、必要な育児指導を受けることができる機会や場の確保
- ② 妊娠から出産、育児までの一貫した支援を行うための仕組みと拠点の整備
- ③ 妊娠前の両親への教育や育児から教育への連携といった前後のライフステージにおける支援制度等との連携

(1) 支援を受ける機会や場の確保

産前産後の支援について、現状実施されている支援内容も含めて検討がなされ、支援を

受ける機会や内容について、以下のように整理された。

区分	内容
電話相談	母親などが特定の電話番号に電話して子育てに関する悩みなどを相談する形態
訪問型支援	助産師などが母親の自宅などに訪問して、相談を受けたり、育児指導等を受ける形態
滞在型支援	母親が医療機関や公共施設等に出向いて、日帰りもしくは宿泊の支援を受ける形態
(滞在型支援の区分)	
日帰り型支援	短時間子どもを預けることで母親の心身の疲れを癒し、産後間もない子との接し方の指導などの育児支援を行うもの
宿泊型支援	子を預けての宿泊をとおして母親が出産や育児の疲れを癒しながら、それぞれの母子の心身、生活にあった1日をとおした育児指導、相談支援を行うもの

電話相談については、産後の不安定な時期の母親を対象とした専用の窓口がなく、不安に感じた時にすぐに相談できるような窓口を確保していく必要がある。

訪問型支援については、現在も市町村が実施したり、助産師会の「お助け訪問助産師事業」等が行われている。原則として、前者は無料、後者は有料となるが、市町村の事業については、子どもを中心としたハイリスクへの支援が主な目的としており、母親の育児への専門的支援を主な目的とした事業と役割を分担していると考えられる。

日帰り型支援については、市町村などにおいて妊娠期のマタニティクラスや乳幼児期の子育て教室等が行われているが、母親の心身の疲れをいやすという視点では、様々な不安を抱えた母親のニーズを十分に満たせるような事業への取り組みが不足している。そのた

め、既存の事業の内容を見直したり、有料となる場合もあるが助産院等の支援プログラムや子育て NPO の支援事業と連携を図るといった取り組みによって、連携を図り、既存の取り組みを中心に、母親のニーズに応じた適切なサービスへの誘導、連携が必要となる。

宿泊型支援は、現在、山梨県内では行われていないが、以下のようなメリットがあるということが委員会で共有された。これらは、先行的に産後ケアセンターとして運営されている武蔵野大学附属産後ケアセンターの実績や、当事者である母親達からの意見、支援者となりうる助産師や保健師等からの意見等からまとめられた。特に、武蔵野大学附属産後ケアセンターの事例では、宿泊型支援を受けた8割以上の方が利用に満足しており、特に心身の疲労回復や不安の軽減、解消のためには、非常に有効な支援であると考えられる。

- 利用者側のメリット
 - 出産後の身体の回復を促す
 - 産後の不安が高まる時期に専門家の個別のアドバイスを受けることができる
 - 家庭を離れてリラックスできる
 - 育児訓練等に集中することができる
 - 自分にあったプログラムが提供される
- 支援者側のメリット
 - 利用者の状況をしっかりと把握できる
 - 日帰り支援等では時間が不足するような支援ができる
 - 利用者のニーズに沿ったプログラムが提供できる

出産直後の母親が抱える様々なニーズに対応していくためには、一定期間、自宅から離れて支援を受けることが効果的であり、利用者の状況をしっかりと把握できる宿泊型支援を実施できるような体制を整備していく必要があるということが、導き出された。

(2) 妊娠から出産、育児までの一貫した支援の仕組みと拠点の整備

基本的方向性の②については、まず、支援

を行う側において、情報の標準化と集約を行うための仕組みを整備していく必要があることが確認された。具体的には、現在、それぞれの市町村で作成している母子管理カードの内容について、標準的な内容を定め、それによってハイリスクな母子について情報を標準化、集約していくことが考えられる。

それと同時に、ハイリスクな母子に対する感度をあげ、母子が必要としているサービスに的確に誘導していくために、市町村におけるスクリーニング力の標準化についても取り組んでいく必要がある。

一方、利用者となる母親の視点から考えると、出産直後に不安を感じ、相談したいことがあった時にどこに相談すればよいか明瞭になっていることが望ましい。そのような拠点があることで、情報を集約することが可能となり、その拠点をハブとして、様々な機関の連携を図ることができるといえる（図9）。

また、連携先として、ソーシャル・キャピタルとの連携を行うことができれば、よりきめ細かい、地域に密着した支援を行っていくことが期待できる（図10）。

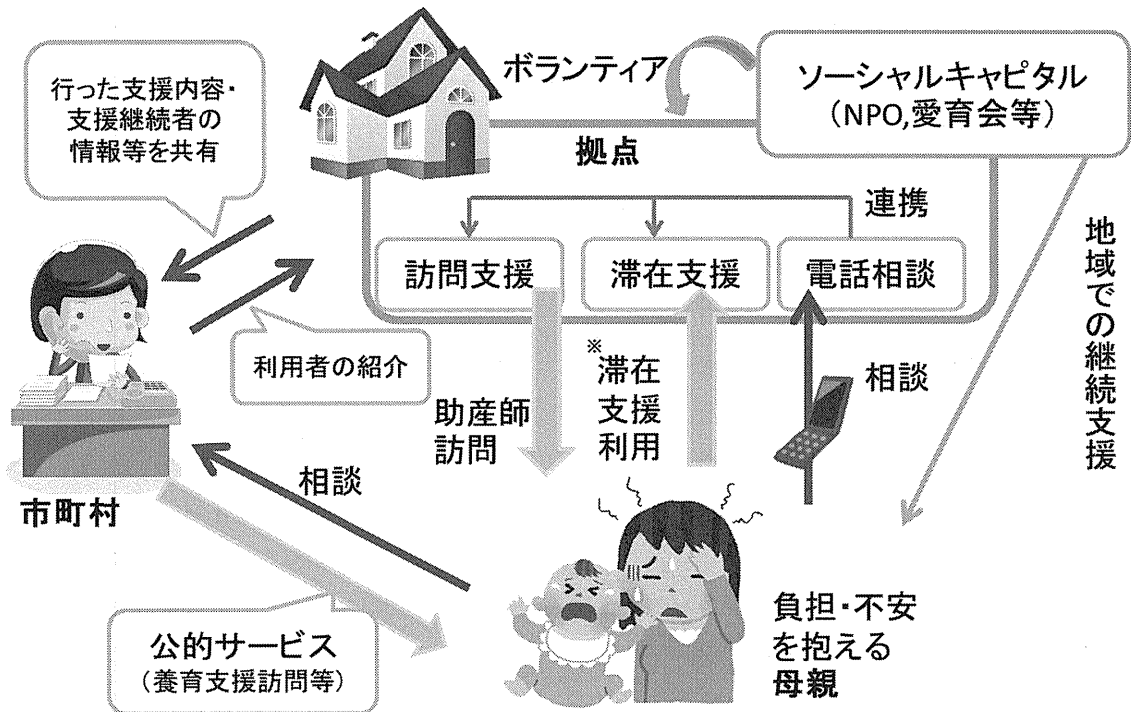


図9 母親へのニーズ調査から導きだされた産後育児支援拠点

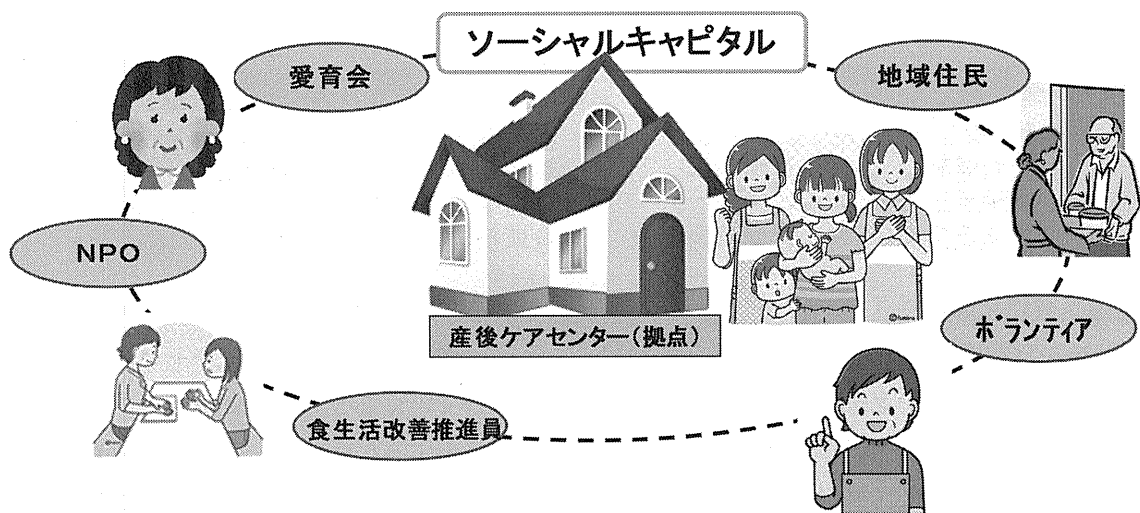


図10 産後育児支援の拠点となる産後ケアセンターとソーシャル・キャピタル

(3) 前後のライフステージにおける支援制度等との連携

基本的方向性の③について、例えば学齢期における教育との連携のためには、出産前

後においてどのような課題があるのかを集約し、情報を提供していく必要がある。

基本的方向性の②に基づいて、情報の集約を図ることができれば、それを共有し、前後

のライフステージにおいてどのような取り組みが必要になるのかを検討していくことが可能となる。

すなわち、育児支援拠点となる産後ケアセンターを運営していくことで、必要な情報も集まるとともに、具体的な支援方法、それを担う人材も集中してくることが期待される。

以上の、基本的方向性①～③に基づき、新たな産後育児支援を実現していくために、産後ケアセンターを設置することが提言された。

(1) 産後ケアセンターの機能

産後ケアセンターの中心的機能としては、①宿泊支援を行う場、②産後育児支援の拠点、③いつでも連絡できる相談先、という3つの機能が考えられる。

①宿泊支援を行う場

宿泊支援では、以下のような支援を行う。

- 利用者に沿ったケアプランの作成
- 母児健診
- 乳房ケア
- 精神的ケア
- 沐浴指導
- 育児技術支援
- 帰宅後の生活アドバイス

標準的な利用形態については、個々の母親の状況によって異なるが、ある程度の期間をとらないと十分な休息や指導ができないと考えられるため、概ね3泊4日程度の利用となることが想定された。また、施設自体は無休として、夜間についても専門的な職員が対応可能な体制を確保することとされた。先行事例や専門家からの意見により、3泊4日の利用パターンの例が示された。

<利用パターンの例>

1日目	2日目	3日目	4日目
ケアプランの作成 母児健診 乳房手当 育児技術支援	母児健診 沐浴指導 精神的ケア 育児技術支援	母児健診 沐浴指導 乳房手当 育児技術支援	母児健診 乳房手当 帰宅後の生活アドバイス

②産後育児支援の拠点

妊娠から出産、そして出産直後から乳幼児期へと切れ目のない支援を実現していくための拠点として、産後ケアセンターを位置づけることが提言された。県が産後ケアセンターを産後育児支援の拠点として位置付けるために、市町村と相互に情報交換を行ったり、関連するサービスの提供者と連携し、その人が必要としているサービスに適切に誘導したりすることが重要である。

あわせて、宿泊支援等の滞在支援を行った

後にも、継続的な支援を行うことができるように、地域のソーシャル・キャピタルと連携を図っていくことも必要である。これらの連携を実現するために、日常的にNPOなどが産後ケアセンターを会場として活動を行ったり、産後ケアセンターが研修等を開催して、ボランティア等に参加を促していくといった活動が考えられる。

③いつでも連絡できる相談先

出産してから自宅に戻り、慣れない育児をしていく中で、不安を感じたり、相談したい

ことがあった時にまず相談できる場所として、産後ケアセンターを位置づけ、24時間対応可能な専用の電話相談を設置し、いつでも連絡できる相談先として、母親の不安の解消や軽減を図ることが重要である。また、より支援が必要なケースについては、適切なサービスへと誘導する必要もある。

(2) 産後ケアセンターの運営形態

産後ケアセンターの運営形態としては、事業内容が専門的であり、関連サービスも含めて、効率的、効果的に提供できると考えられることから、民立民営方式で運営することが想定された。

また、県や市町村による利用料補助については、他の施設等では提供していない宿泊支援サービスに対する支援という形態によることを想定し、日帰り支援や訪問支援等については設置運営主体による独自事業として位置づけ、現時点においては利用料補助の対象としては想定しないこととされた。

なお、県及び市町村による利用料補助の方法としては、小児救急医療における仕組みと同じように、県と市町村で広域的な連合体を設置し、その連合体を通じて、各市町村の利用実績等に基づいて、利用料補助を行う方法とするとされた。

(参考) 小児救急医療を行う広域的な連合の仕組み

山梨県では、平成17年から県と県内全市町村を構成団体として山梨県小児救急医療事業推進委員会を共同で設置。この委員会を通じて、以下の事業について、県内2地区の医師会に対して委託を行い、委託料の支払い等を行っている。

- ・初期救急対応として、小児初期救急医療センター事業（小児科医（病院勤務医や開業医）が交代で出務し、初期救急患者を受け入れるもの）の実施
- ・小児初期救急医療センター患者に関する二次救急対応として、小児病院群輪番制の実施

(3) 産後ケアセンターの規模と利用料

産後ケアセンターの中心的な機能は宿泊支援機能であるため、アンケート調査において、宿泊支援を希望した人の割合から想定される利用者の数を、中間とりまとめでは推計し、提案された。

具体的な推計方法としては、以下の①、②による。

①アンケート調査における利用意向と山梨県における出生状況から利用希望者を推計した。また、子どもの数及び母親の年齢別に計算を行う。

②アンケート調査から宿泊支援の利用を強く希望している割合を推計して、実際に利用する人数を計算する。

山梨県における出生数(H24)

母の年齢	総数	第1児	第2児	第3児以上
総数	6,336	2,876	2,430	1,080
19才以下	65	74	6	1
20～24才	600	406	178	29
25～29才	1,744	1,057	614	179
30～34才	2,216	853	983	411
35～39才	1,452	421	567	394
40才以上	259	103	90	66

人口動態統計

宿泊支援の利用意向

母の年齢	第1児	第2児	第3児以上
19才以下	28.6%	0.0%	0.0%
20～24才	73.5%	70.4%	50.0%
25～29才	62.5%	65.3%	43.5%
30～34才	71.9%	68.4%	54.2%
35～39才	70.2%	66.7%	66.3%
40才以上	79.3%	70.0%	70.6%

アンケート調査

利用希望者の総数

母の年齢	総数	第1児	第2児	第3児以上
総数	4,234			
19才以下	21	21	-	-
20～24才	439	299	125	15
25～29才	1,140	661	401	78
30～34才	1,508	613	672	223
35～39才	934	295	378	261
40才以上	192	82	63	47

4,234人 × 15.5% (実際の利用割合) = 656人
 ※出生数全体に占める割合 = 10.4%

以上から、年間の利用者数としては、650人と推計された。

年間の利用者数が650人である場合に、適当な施設規模について、稼働率の観点から想定が行われた。

稼働率については、設備の有効活用、効率的利用という観点からは、稼働率は高ければ高いほど良い。一方、急な利用希望への対応や利用が一時期に集中する場合への対応を想定すると、ある程度の余裕を持った規模が望ましい。

年間の利用見込みについては、利用者数が650人であるため、平均的な利用を3泊4日と考えると、全体としては、年間1,950泊の利用が見込まれる。

施設の稼働率としては、10%程度の余裕を持たせることとして、施設規模は6床程度が適当であると考えられた。

また、施設には以下のような設備が必要

となると考えられた。

- ・居室 (6床)
- ・乳児室及びスタッフステーション
- ・多目的室
- ・ボディケアルーム
- ・相談室
- ・会議室
- ・食堂
- ・事務室
- ・その他倉庫等

県全体に必要な規模が6床程度であり、提供するサービスが3泊4日程度滞在する宿泊支援であるため、県内に1か所整備する。

設置運営主体となる事業者についても、少子化対策の緊急性から、早期に選定を行い、専門的な立場から評価できる委員によって構成される委員会等による評価に基づいて、公平に事業者の決定をすべきと提言された。

また、施設整備の費用については、県内

の市町村においては取り組まれていない先進的なサービスを提供する施設であり、多くの市町村の住民が利用することが想定される施設であるため、県等からの支援を検討すべきであると結論付けられた。

利用料の想定にあたっては、宿泊型の支援を行うために必要な職員数から施設の運営費の積算を行い、それに基づいて1泊あたりに

必要となる費用から計算された。

施設規模を6床程度とした場合に、年間365日サービスを提供し、夜間も職員が常駐している体制をとるためには、以下の職員を配置する必要がある。なお、食事やリネン等については、外部委託等で対応することとして、職員としては想定しない。

職種	人数	勤務形態等
管理職(助産師)	1名	日勤のみ
事務職	1名	日勤のみ、兼務
助産師	1名	日勤+当直
看護師	1名	日勤のみ
助産師(非常勤)	4名	日勤+当直、週32時間
保育士(非常勤)	1名	日勤のみ、週32時間
夜間対応職員	2名	当直勤務のみ

※平日は職員3人、休日は職員2人体制として想定。(他に当直職員1名)

以上の人件費、人件費以外の経費を計上し、施設運営費は、年間60,000～65,000千円程度が必要になると推計された。

なお、積算を行った内容については、施設が最大限利用されている状況における運営費であり、世田谷区における先進事例等でも開設当初は利用が伸び悩む可能性もあるため、開設時の職員は最低限として、利用数の増加に応じて職員の増員を図っていくことが想定される。

利用料と利用者負担については、今後具体的な検討がなされるが、県内で行われている訪問支援や日帰り支援が5,000円程度であることや、アンケート調査において、宿泊型支援に対する利用料を1泊6,000円以上負担してもよいという意見が多かった(53.5%)こ

とから、利用者に一定の自己負担を設定したうえで、利用実績に応じた公的な支援について検討を行うべきとされた。

D. 今後の展望と課題

平成26年度は、以上の提言を受けて、産後ケアセンターの設立に向け、県と市町村が一体となって動き出す年となる。産後ケアセンターはこれまでなかった施設であることから、住民への広報啓発も重要である。また、施設建設中に、具体的な産後ケアプログラムやその運営、経営基盤の整備なども視野に入れて具体化しておく必要がある。

組織作りにあたって、産後ケアセンターを地域のソーシャル・キャピタル醸成の場として位置づけ、開設当初から、NPO法人をはじめとする育児サークル等の活動を積極的に取り組もうと考えられていることは、望ましい

形である。

また、組織を永続的にするためにも、経営の問題は重要である。様々なプログラムを準備し、地域住民の理解と協力を得ながら、進めていくことが肝要である。

これから出産しようとする世代が、安心して産み育てたいと思う街づくりに期待するとともに、具体的な展開に向けて、引き続き、地域資源の開拓と支援に関与していきたい。

厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合事業）
協力研究報告書

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

研究協力者： 井上 尚子 （秦野市 こども健康部 健康子育て課）
石川 貴美子 （秦野市 福祉部 高齢介護課）

研究要旨 【目的】産前・産後の心身共に不安定な時期の母子を対象に、産前産後ケア事業（以下「本事業」という）の実施に向けて、地域のニーズの把握方法や、平成 26 年度に向けてどのように準備していく必要があるか考察した。

【方法】秦野市産前産後ケアモデル事業検討会（以下、「検討会」という）での協議内容及び乳幼児健診等の受診者へのアンケート調査結果をもとに、平成 26 年度以降に本事業をどのように準備していくか考察した。

【結果】1 検討会での検討事項

1) 他の地域や海外での産後ケア事業の実施状況や、今後、国が進めようとしている最新の情報（妊娠期からの横断的な子育て施策）での産後ケアの位置づけについて学んだ。2) 子育ての支援体制の必要性や、ソーシャル・キャピタル（人と人との関わりづくり）を意識することの重要性について共通理解した。

2 乳幼児健診等の受診者へのアンケート結果

出産前に困ったこととして、上の子の世話が 27.4%、家事が 25.6%、出産や育児についての不安が 23.3%、母親の体調不良が 14.8%であり、出産後は、授乳が 27.1%、上の子の世話が 21.1%、夜間の赤ちゃんの世話が 19.6%、皮膚の手入れが 18.7%、母親の体調不良が 16.6%であった。産前産後の支援は、育児のための支援だけでなく、上の子への支援、家事支援、母親の健康管理も併せて行う必要性が明らかになった。また、産前産後ケア施設での宿泊サービスの利用希望者は約半数、そのうち約半数が、1泊2日（食事つき）の場合、5,000円から10,000円未満なら支払えると回答していた。

【考察】本事業を効果的に進めるために、出生順位別や家族構成別等に分析するなど、地域で暮らしている妊産婦の出産前後の状況や意識について確認し、施策に反映させることが必要である。

本事業を企画する際の留意点として、①本事業の規模、②対象者の範囲、③専門職の配置、④自己負担額（助成額）の設定など、具体的な実施体制（人員基準、運営方針等）を決める必要がある。

本事業を効果的に運営する際の留意点として、①本事業を担う人材の育成、②母子保健コーディネーターとしての役割遂行、③他の事業との連携強化、④関係機関との連携強化が重要と考えた。

市民のニーズに応え、長期的に事業を運営していけるよう、ソーシャル・キャピタルの醸成を意識し、地域で暮らす人との関わりを深め、互いに助け合い、育ち合う環境をどうつくっていくかが今後の課題となる。今後は、市民だけでなく関係者からの意見も求め、本事業が地域にとって欠かせない事業となるよう、ソーシャル・キャピタルのさらなる醸成をめざし、縦割り行政の枠を超えて、NPO、民間、住民など、様々な人、組織が協働して、つくり上げていくことが重要と考える。

A.目的

秦野市では、産前・産後の心身共に不安定な時期の母子を対象に、母子デイケアや母子ショートステイを実施し、心身の安定と出産・育児に関する不安を解消し、安心して出産・子育てができる環境の充実、児童虐待の未然防止を図ることを目的に産前産後ケア事業（以下「本事業」という）を実施する方向で検討することとなった。

しかし、本事業においては、介護保険サービスのような人員配置や運営の基準がないため、地域のニーズに基づいて事業の規模や内容、専門職等の配置、市の補助割合等を決めて行く必要がある。

限りある財源のなかで、効果的、効率的に事業を実施するためには、地域のニーズを的確に把握するだけでなく、地域住民との協働や地域資源の有効活用など、ソーシャル・キャピタルの醸成を念頭に置いて準備する必要がある。

今回、本事業の実施に向けて、地域のニーズの把握方法や、平成 26 年度に向けてどのように準備していく必要があるか考察した。

B.方法

秦野市産前産後ケアモデル事業検討会(以下「検討会」という)での協議内容及び乳幼児健診等の受診者へのアンケート調査結果をもとに、平成 26 年度以降に本事業をどの

ように準備していくか考察した。

C.結果

1 秦野市の概況

秦野市は、神奈川県央の西部に位置しており、東京や横浜から約1時間のところにあり、県央西部の広域拠点都市として発展している。

平成 25 年 1 月 1 日現在の人口は 169,925 人で、平成 23 年の出生数は 1,253 人で人口千人対の出生率は 7.4、合計特殊出生率は 1.26 であった。

表1 秦野市の人口・世帯数

項目		計	男	女	
人口	総数	169,925	86,914	83,011	
	年少	人口	20,949	10,653	10,296
		率	12.3%	12.3%	12.4%
	生産年齢	人口	109,864	57,878	51,986
		率	64.7%	66.6%	62.6%
	高齢者	人口	38,100	17,622	20,478
		率	22.4%	20.3%	24.7%
世帯数		70,585			

※ 22年度国勢調査確定数を基準人口とした推計人口