

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））  
分担研究報告書

大阪府の病院における児童虐待の取り組みに関する調査報告（第1報）

分担研究者 佐藤 拓代 大阪府立母子保健総合医療センター 母子保健情報センター長

研究要旨

医療機関は児童虐待の予防・発見・対応に期待される役割が大きく、大阪府の病院に対して児童虐待の取り組みに関する調査を行い、本報告では小児科または産婦人科を標榜する病院の分析を行った。142カ所の病院のうち64カ所（45.1%）から回答があった。児童虐待に関する委員会は32.8%に設置されており、小児科と産婦人科をともに標榜している医療機関では55.9%と設置率が高かった。委員長の職種は病院長・副病院長で6割を占め、病院の組織として取り組む必要があると考えられた。児童虐待に関するマニュアルは46.9%にあり、児童虐待の通告を平成26年度に行った医療機関は50.0%であった。通告には虐待に関する委員会の設置、児童虐待に関するマニュアルの整備、医療機関における研修が関与していると考えられた。また、通告をしていない医療機関では知識や情報提供が、通告した医療機関では通告後の情報共有や機関連携でも医療機関同士の連携が求められていた。医療機関が児童虐待に関する取り組みを進めるためには、小児科または産婦人科等の医療機能を踏まえた体制整備の方向性を細やかに示すことが重要と考えられた。

今後は、さらに二次救急医療機関の体制について分析を進め、医療機能別の児童虐待に関する望ましい体制整備のあり方を明らかにしていきたい。

A. 研究目的

医療機関は、外傷や子どもの発育不良、発熱等による受診、また近年は子どもの予防接種の種類が増加していることから予防接種を受ける受診など、多くの親子が足を運ぶ場である。医療機関の児童虐待対応における役割は、子育て困難に気づき保健機関や子育て支援機関等のサービスにつなげることで、外傷等から身体的虐待の早期発見、体重増加不良、ケアされていないこと等からネグレクトの早期発見、また、親と子の心身の問題の治療と、予防・発見・治療にある。

さらに、厚生労働省子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第10次報告）から、生後0日死亡が2割弱と多く、周産期の問

題として望まない妊娠が約3割と多いこと等が指摘され、産科医療機関における予防的支援が重要になってきている<sup>1)</sup>。

しかし、厚生労働省福祉行政報告例の児童相談所が対応した児童虐待事例の把握経路を見ると、医療機関は平成10年の5.7%からまったく増加せず、平成25年は3.4%であった<sup>2)</sup>（図1）。この間、平成12年に児童虐待防止法が施行され医師等の専門職が守秘義務を乗り越えて発見に努める職種とされ、さらには個人ばかりではなく平成17年の改正で医療機関や学校等の機関も発見に努めるとされたが、医療機関からは増加が見られていない。

さらに、平成26年には、国において21世紀の母子保健の主要な取組を提示するビジョ

ンである「健やか親子 21 (第2次)」において、平成 27 年度から 36 年度の 10 年間に課題別指標等の達成に向けて取り組むこととされ、その一つに「児童虐待に対応する体制を整えている医療機関の数」が掲げられた。

このように、子ども虐待対策における医療機関の役割期待がますます大きくなってきており、大阪府における病院の子ども虐待対応を把握し、医療・保健・福祉の連携推進に資することを目的とする。

## B. 研究方法

大阪府医療機関情報システム ([https://www.mfis.pref.osaka.jp/qq27scripts/qq/fm27qrinsm\\_out.asp](https://www.mfis.pref.osaka.jp/qq27scripts/qq/fm27qrinsm_out.asp)) から、平成 27 年 2 月末日時点で、大阪府内における二次救急医療機関、三次救急医療機関、小児科または産婦人科を標榜する病院を抽出し、平成 27 年 4 月 1 日時点での子ども虐待に関する体制等について、郵送による質問紙調査を行った。今年度は、小児科または産婦人科を標榜する病院についての分析を行った。

## C. 研究結果

大阪府で小児科または産婦人科を標榜する病院は 142 カ所あり、うち 64 カ所 (45.1%) から回答があった。

小児科と産婦人科をともに標榜している病院は 34 カ所、小児科のみが 21 カ所、産婦人科のみが 9 カ所であった。

### 1. 児童虐待に関する委員会について

#### (1) 児童虐待に関する委員会の設置状況

小児科または産婦人科を標榜する病院 64 カ所のうち、児童虐待に関する委員会は 21 カ所 (32.8%) に設置されていた。

設置年は 2001 年 1 カ所、2003 年 1 カ所、2006 年 1 カ所、2009 年 1 カ所、2010 年 4 カ所、2011 年 3 カ所、2012 年 3 カ所、2013 年 1 カ所、2014

年 2 カ所、記入無し 4 カ所であった。2010 年は改正臓器移植法が施行され、子ども臓器移植の対象となったが、児童虐待を受けていないことを明らかにする必要があり、委員会の設置がすすんだことが推測される。

委員長の職は、病院長 7 カ所 (33.3%)、副病院長 5 カ所 (26.3%)、診療科部長 6 カ所 (28.6%)、その他 3 カ所 (15.8%) であった。診療科部長の診療科は小児科がほとんどで、その他の職は総務課長、小児医療センター、整肢学園長であった。

小児科あり・産婦人科ありの 34 カ所の医療機関では設置が 19 カ所 (55.9%)、小児科あり・産婦人科なしの 21 カ所の医療機関では設置が 3 カ所 (14.3%)、小児科なし・産婦人科ありの 9 カ所の医療機関では設置が 1 カ所 (11.1%) であった。小児科と産婦人科を標榜している医療機関に設置が多かった (図 2)。

#### (2) 虐待に関する委員会の検討内容・活動内容

21 カ所の医療機関に設置されている委員会の検討内容は、「虐待が疑われるケース」が 19 カ所 (90.5%)、つぎに「他機関で虐待が判明した入院・外来ケース」が 11 カ所 (52.4%)、特定妊婦 (疑い含む) 11 カ所 (52.4%)、「要養育支援情報提供が必要なケース」10 カ所 (47.6%)、「児童相談所から一時保護ケース委託」9 カ所 (42.9%) であった (図 3)。

児童相談所から一時保護を委託される医療機関は、子どもの入院に際して親の付き添いが不要なところと限られてくるので、母数を一時保護委託が可能な医療機関とすると、これを検討している医療機関の割合はさらに高くなるものと考えられる。

要養育支援情報提供書は、大阪府の場合は親と子の状況から保健機関に情報提供が必要と考えられる場合の様式に加えて、妊婦だけの様式も作成している。「要養育支援情報提供が必要な

ケース」の検討は、情報提供の承諾が親から得られない、または親から承諾を得るような状況ではなく、医療機関として検討が必要と判断された場合と考えられる。通告するほど虐待が明らかではない虐待疑い、または虐待のハイリスクケースと推測される。

委員会に、下部組織として小委員会やワーキンググループ、または虐待スクリーニングチームなどを設置していることが考えられ、下部組織を含めた委員会の活動内容を尋ねた。「病院の方針（通告等）を決める」19カ所（90.5%）がもっとも多く、「病院スタッフへの対応助言」17カ所（81.0%）、「関係機関との連絡調整」17カ所（81.0%）、「虐待かどうかの判断」15カ所（71.4%）、「虐待対応のための実働サポート」15カ所（71.4%）、「個別カンファレンス」14カ所（66.7%）、「定例カンファレンス」11カ所（52.4%）、「院内スタッフへの虐待予防の研修」11カ所（52.4%）、「院内スタッフへの虐待把握判断の研修」10カ所（47.6%）などであった（図4）。8割以上の医療機関で行われているのは、病院の方針決定、スタッフへの対応助言、関係機関との連絡調整で、研修を行っているのは約半数であった。関係機関に対する研修を実施している医療機関はなかった。

## 2. 児童虐待に関するマニュアルについて

平成17年に改正施行された児童虐待防止法では児童虐待は子どもの人権の侵害と明記され、医療機関が日本医療機能評価機構の審査を受ける場合、児童虐待や高齢者虐待、障害者虐待等への対応方針も評価の対象となっている。医療機関が児童虐待の予防・早期発見・早期対応をすすめるには、マニュアルの整備が必要である。

児童虐待マニュアルは30カ所（46.9%）にあり、30カ所（46.9%）になく、作成予定は3カ所（4.7%）であった。

小児科あり・産婦人科ありの34カ所の医療機関ではマニュアルが20カ所（58.8%）にあり、

小児科あり・産婦人科なしの21カ所の医療機関では設置が8カ所（38.1%）、小児科なし・産婦人科ありの9カ所の医療機関では設置が2カ所（22.1%）であった。小児科と産婦人科を標榜している医療機関にマニュアルありが多かった（図5）。

子どもの虐待に関する委員会の設置とマニュアルの整備を検討すると、委員会が設置されている医療機関では19カ所（90.5%）にマニュアルがあったが、設置されていない医療機関では11カ所（26.2%）にすぎなかった（図6）。

## 3. 児童虐待の通告について

平成26年度に児童虐待の通告を児童相談所または市町村児童福祉部署に行ったことがある医療機関は、32カ所（50.0%）であった。通告件数は、もっとも多い医療機関では38事例であり、1例が11カ所（17.2%）、2例が5カ所（7.8%）、3例が3カ所（4.7%）と、通告をしたことがあってもほとんどの医療機関では年間1～2例程度であった。

児童虐待に関する委員会がある医療機関では通告ありが18カ所（85.7%）であったが、委員会がない医療機関では通告ありが14カ所（33.3%）と少なかった（図7）。

また、児童虐待マニュアルがある医療機関では通告ありが24カ所（80.0%）であったが、マニュアルがない医療機関では6カ所（20.0%）と少なかった（図8）。

児童虐待に気づくには、医療機関における研修が必要である。委員会の設置やマニュアルの有無にかかわらず、研修の有無と通告について検討した。研修が実施されている15カ所では通告が100%あり、研修がない47カ所では通告が17カ所（36.2%）と少なかった（図9）。

## 4. 保健福祉医療の連携で課題や問題と考えること

保健福祉医療の連携で課題や問題と考えるこ

とについて、自由記載で意見を求めた。医療機関が特定できる記載を削除し、通告がない医療機関、通告がある医療機関の意見は以下のとおりである。

通告がない医療機関では、虐待対応の関係機関情報や、虐待判断や対応に関する知識が求められていた。

通告がある医療機関では、虐待対応の負担や、連携先の窓口等の明確化、通告後の情報等のフィードバック、情報やアセスメントの共有、医療機関同士の連携推進などがあげられていた。

#### <通告がない医療機関の意見>

- 小児対応をしていないためマニュアルなどは不十分。可能なら児童相談所や電話番号なども告知や周知していただけるとありがたい
- 市役所内での連携ができておらず、市に相談しても動きが遅くなかなか進まない
- 精神科のため、加害者が子どもとどうやって一緒に生活するか、加害者に養育能力があるのか、意見を求められる
- 病院では受診した時間しか観察できないので、通告があれば家庭訪問等強化したらどうか
- 虐待かどうかの怪我の判断と、もし、親と来院している場合、関係機関に連絡するのが非常に難しい（よほどの重症であれば別だが）

#### <通告がある医療機関の意見>

##### 虐待の判断・通告先

- どのような症例で報告するのかが明確になっておらず悩むケースがある。身体的虐待だけではなく、ネグレクト等で報告するケースは増加していると思うが、保健センターなのか児童相談所なのか連絡するたびに悩む

##### 医療機関の負担に関する内容

- 保護入院のケースでは保護者の対応等において、医療機関の負担が大きい
- 入院時、他患者さんとの関連も含め、警備的対応が必要な時が課題

- 児童相談所、保健所などとの連携と、本来行政がすべきことを医療が担っていることが多々有り困っている

##### 連携先の窓口・連携先の課題

- 自治体により窓口の名称と役割が様々なので、統一できたらわかりやすく助かる
- 公的機関における時間外の対応が円滑でない。市の担当部門における対応が適切でない
- 自治体間で特定妊婦に対する対応に温度差がある。子どもの虐待に比して特定妊婦は予防的対応が多くなるので対応が難しい

##### 情報のフィードバックと共有

- 通告後の児童の動きがわかりにくく、病院の現場としてどのように対応すれば良いか苦慮している。地域においても多職種・他機関の連携が必須である
- 通告後の対応について児童相談所等からの報告がないことが多く、対応の経験値が積み上げていかないことがある
- 児童相談所等に通告・報告した事例、保護された事例等、その後の対応や対応について、情報のフィードバックをしていただきたい
- 入院当日に転院ないし児童相談所に相談（一時保護）の流れが多く、委員会を設置して検討すべきケースはきわめて少ない。虐待まではいかないが養育不全のケースは多く、保健センター等に報告して情報共有に努めている。児童相談所に依頼したケースなどの転帰をフィードバックしてほしい

##### 連携推進

- 病院と保健福祉機関とでの役割、専門性の異なりからか、目指すべき方向性、ケア、対応の方向性が異なる。情報の必要性や、その情報を共有すべき意識の異なり、リスクアセスメントの異なり、これらの異なりによって機能的な連携の妨げが生じている
- 他の医療機関との連携をもっとしていきたい。保健福祉機関とは個別ケースを通して連携を進められてきているように思うが、医療機関

として現在の体制などもっと有効的にしていくため、他の医療機関と共有していきたい

#### D. 考察

大阪府の小児科または産婦人科を標榜する病院に児童虐待に関する取り組みの調査を行った。児童虐待に関する委員会は32.8%に設置されており、小児科あり・産婦人科ありの医療機関では55.9%と設置率が高かった。委員長の職種は病院長が33.3%、副病院長が26.3%と多く、病院長・副病院長で6割を占めていた。診療科部長の診療科では小児科が多く、委員会の設置は小児科医が必要性を訴え、病院の組織として取り組む必要があると考えられた。

委員会の検討は、実際に虐待が疑われるケースがあったときに9割以上であった。しかし、特定妊婦や要養育支援情報提供が必要なケースも半数で検討されており、医療機関の役割として虐待がまだ発生していない虐待予防の重要性を広く強調する必要があると考えられた。

児童虐待に関するマニュアルは46.9%にあり、児童虐待の通告を平成26年度に行った医療機関は50.0%であった。通告には虐待に関する委員会の設置、児童虐待に関するマニュアルの整備、医療機関における研修が関与していると考えられた。

保健福祉医療の連携で課題や問題と考えられることは、通告を行っている医療機関と行っていない医療機関で違いが見られた。通告を行っていない医療機関は、児童虐待に関する関係機関の機能や虐待の判断等に知識や情報が必要とされていた。通告を行っている医療機関では、具体的な関係機関の窓口情報、通告後の情報などを求めており、実際の支援では負担が大きく、関係機関の連携推進とともに医療機関同士の情報交換や連携が求められていた。

#### E. 結論

大阪府の小児科または産婦人科を標榜する病

院調査から、医療機関の虐待に関する委員会やマニュアル整備等の体制の実態、医療機関が保健福祉医療の連携で必要と考えていることが明らかになった。医療機関が児童虐待に関する取り組みを進めるためには、小児科または産婦人科等の医療機能を踏まえた体制整備の方向性を細やかに示すことが重要と考えられる。また、医療機関が保健福祉医療の連携で課題と考えることを関係機関にフィードバックし、協議する場を持つことも必要と考えられる。

今後は、さらに二次救急医療機関の体制について分析を進め、医療機能別の児童虐待に関する望ましい体制整備のあり方を明らかにしていきたい。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- ①佐藤拓代：社会的ハイリスク妊産婦への支援。井上寿美・笹倉千佳弘編著。子どもを育てない親、親が育てない子ども。生活書院。東京都。2015年。P139-157
- ②佐藤拓代：妊娠期から始まる児童虐待防止。佐藤拓代監修。母推ノート。母子保健推進会議。東京都。2014年。P10-34。
- ③佐藤拓代：地域で取り組む虐待への対応—大阪府。周産期医学。第44巻1号、P69-72。2014年
- ④佐藤拓代：妊娠期からの子ども虐待予防。世界の児童と母性。Vol.76、P28-40。2014年。
- ⑤佐藤拓代：虐待予防～妊娠中からの虐待予防について学ぶ～。ぎふ精神保健福祉。第50巻、P53-64。2014年。
- ⑥佐藤拓代：望まない妊娠と虐待のリスク。月刊母子保健。第668号、P8。2014年。

##### 2. 学会発表

- ①鈴宮寛子・佐藤拓代：子ども虐待に関する地域アセスメント研究（第3報）母子保健部門における取り組み。第73回日本公衆衛生学会。日本公衆衛生学会雑誌第61巻10号P217。2014年。
- ②佐藤拓代・鈴宮寛子・中野玲羅：子ども虐待に関する地域アセスメント研究（第4報）～地域アセスメント指標の開発～。第73回日本公衆衛生学会。日本公衆衛生雑誌第61巻10号P217。2014年。
- ③佐藤拓代：妊娠期から始まる地域の支援—全数把握を目差して。第73回日本公衆衛生学会シンポジウム「連携と協働による継続包括的 日本型妊娠・出産・育児の支援と産後ケアを地域で実現する」。日本公衆衛生雑誌第61巻10号P158。2014年。
- ④佐藤拓代：思いがけない妊娠の相談窓口「にんしんSOS」における10代の相談。第33回日本思春期学会。抄録集P104。2014年。
- ⑤佐藤拓代・増沢高・前橋信和・鈴宮寛子：子ども虐待地域アセスメント指標の開発～虐待地域アセスメント研究第3報～。第20回日本子ども虐待防止学会。抄録集P155。2014年。
- ⑥佐藤拓代・水主川純・柴田千春：既存のサービスの隙間に落ちる命を救いたい～工夫を凝らした切れ目のない妊娠・出産・育児への支援を～。第20回日本子ども虐待防止学会シンポジウム。抄録集P132-33。2014年。
- ⑦佐藤拓代：子ども虐待防止と周産期の支援。第26回富山県母性衛生学会総会・学術集会特別講演。2014年。
- ⑧佐藤拓代：母子保健における子ども虐待の予防。第55回日本児童青年精神医学会総会シンポジウム。2014年。

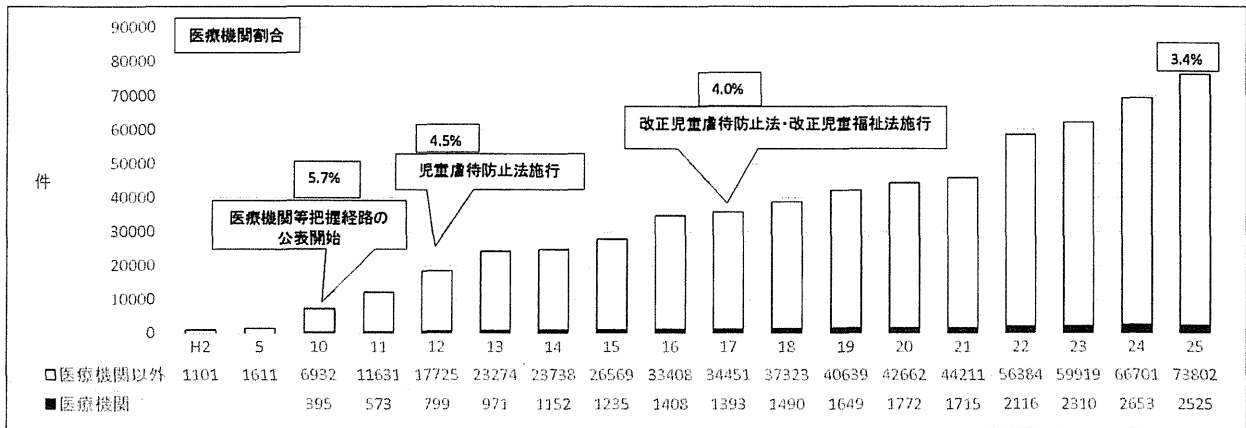
#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

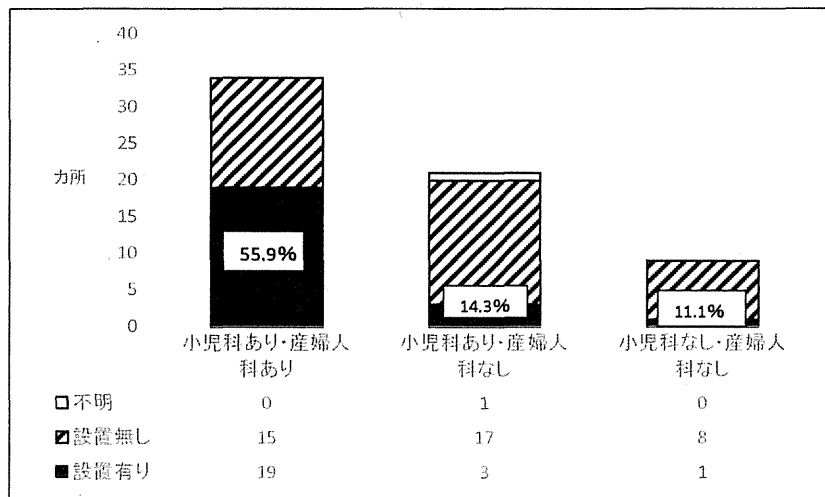
#### <参考文献>

- 1) 厚生労働省社会保障審議会子ども虐待による死亡事例等の検証報告（第10次報告）
- 2) 厚生労働省福祉行政報告例

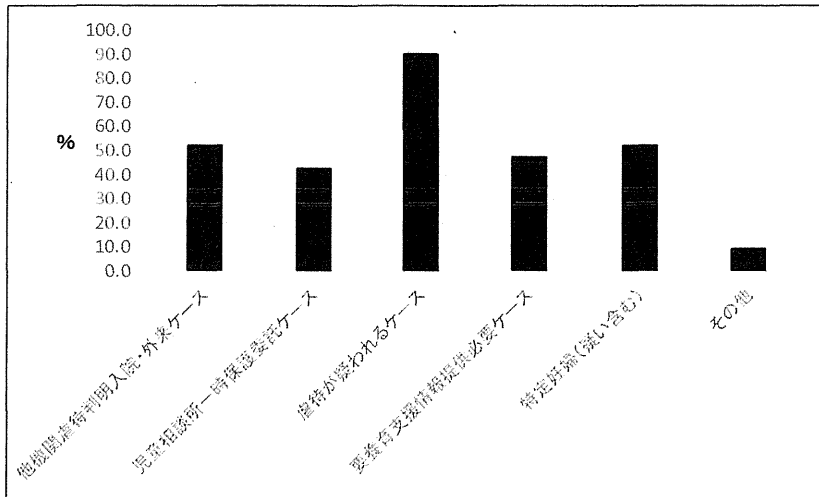
<図1> 全国児童相談所の児童虐待対応件数と医療機関から把握した割合の推移



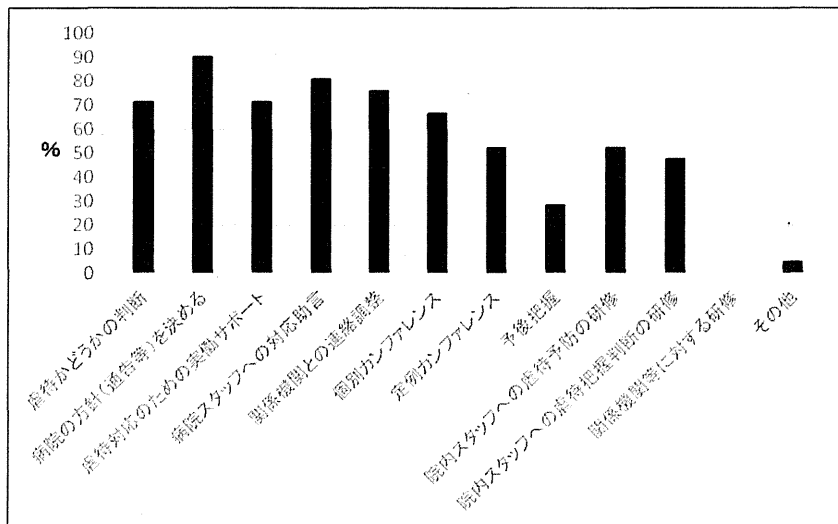
<図2> 小児科または産婦人科標榜の有無と児童虐待に関する委員会の設置有無



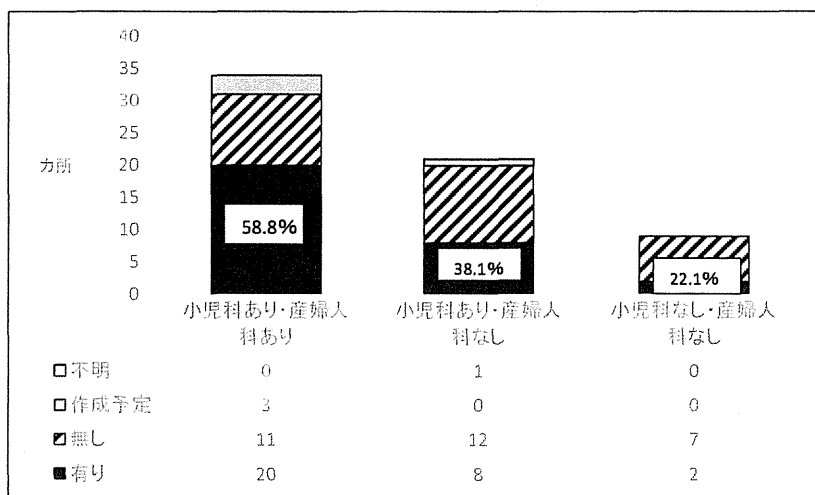
<図3> 児童虐待に関する委員会の検討内容（複数回答）



<図4> 児童虐待に関する委員会の下部組織を含めた活動内容 (複数回答)

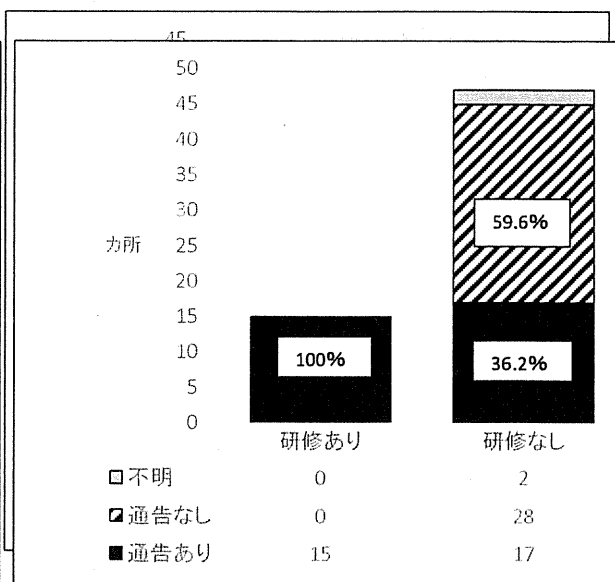
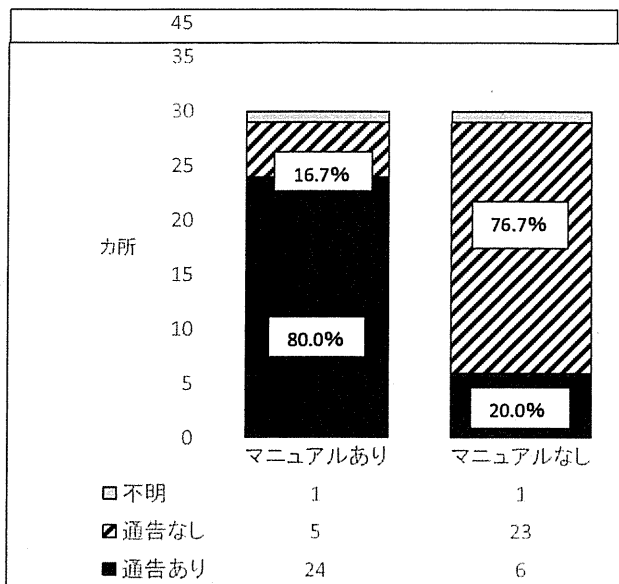


<図5> 小児科または産婦人科標榜の有無と児童虐待マニュアルの有無





<図6> 児童虐待委員会の設置と児童虐待マニュアル <図7> 児童虐待委員会設置と通告



<図8> 児童虐待マニュアルと通告

<図9> 児童虐待に関する研修と通告

分担研究報告書

養育支援を必要とする家庭に対する保健医療福祉の連携に関する実践的研究

分担研究者 北野尚美（和歌山県立医科大学 医学部公衆衛生学・助教）

研究要旨

本研究課題の目的は、児童虐待の発生予防の観点から、妊娠期・出産後早期から養育支援を必要とする家庭に対する支援に関して、特に妊娠期・出産後早期からの保健・医療・福祉の連携・協働の実態を明らかにすることにより、継続ケアの観点からライフステージ（妊娠・出産・育児）にそった保健・医療・福祉の連携・協働の実践的な方法論を提示することにある。

和歌山県内の市町村で使用されている「和歌山県母子健康カード」は、妊娠期から乳幼児にかけて母子と家族の前向き観察の記録が集約されたカードである。

今回、妊娠期からの切れ目ない支援の実践において、県母子カードを活用した好事例を把握し、近隣市町で応用や広域での拡大を試みた経緯と結果を報告した。加えて、県母子カードに収集された情報の活用と連携を促すことを目的に、他部署の好事例を参考とした取り組みについても報告した。

A. 研究目的

本研究課題の目的は、児童虐待の発生予防の観点から、妊娠期・出産後早期から養育支援を必要とする家庭に対する支援に関して、特に妊娠期・出産後早期からの保健・医療・福祉の連携・協働の実態を明らかにすることにより、継続ケアの観点からライフステージ（妊娠・出産・育児）にそった保健・医療・福祉の連携・協働の実践的な方法論を提示することにある。

平成25年度の実担研究で、妊娠期・出産後早期からの保健・医療・福祉の連携・協働の実態を把握するための基礎資料を得ることを目的に、地域母子保健現場で既に使用されている記録様式等関連資料について調査し、連携・協働への活用状況について調査を行った。具体的には、分担研究者らの地域母子保健の実践の場である和歌山県において、「和歌山県母子健康カード（以下、県母子カード）」に焦点を当てて、作成の経緯と変遷、内容と特徴について、既存資料調査を実施した。県母子カードは、妊娠期から母子と家族を前向き観察した記録媒体で、妊娠期から3歳児健診までの情報が集約されており、紙ベースとして優れた機能性を有したツールであることを再確認した。県母子カードは、当時に和歌山県の乳幼児死亡率が高かった状況を受けて企画立案されたもので、市町村間での情報共有における利便性も重視していた。その作成には、県の母子保健担当部署がコーディネイト役を果たして、母子保健事業が市町村に移譲されるにあたって県内の母子保健事業の質の担保や標準化の必要性に言及しており、県母子カードの記入や乳幼児健診での判定の目安を示した「記入の手引き」も作成された。一方で、1997年4月以降は、県母子カードの改訂が県の母子保健担当が特に役割を果たすことなく進んできていたこと、改訂の計画性や検討の過程と意

思決定の仕組みについても評価が十分なされてこなかったことが確認できた。記入の手引きで示された異常値の考え方や判断基準の根拠については、レビュー方法なども今後改良が必要な課題として確認した。現在の県母子カードの使用状況については、2014年1月現在で、県内30市町村のうち使用していたのは20市町村であった。残る10市町村では、独自の形式の乳幼児健診記録がさまざまな時期から採用されていた。加えて、母子の転入・転出にあたって、県母子カードを活用した市町村間での情報連携について、課題が出てきていたことが把握できた。

そこで、本年度は、妊娠期からの切れ目ない支援の実践と、母子保健事業と福祉（保育）・教育の間の情報連携について、課題の解決を目的に、次に記す研究1と研究2を実施した。

B. 研究方法

今回は、県母子カードを使用している市町村から、近隣の3市町（A市、B市、C町）を任意に選んで研究協力を得た。いずれも、分担者が母子保健事業に関わっている市町村とした。年間出生数は、A市約200、B市約250、C町約100であった。

【研究1：近隣市町村の好事例応用の試み】

妊娠期からの切れ目ない支援の実践として、県母子カードを活用してそれぞれの市町村で現場の保健師らが実践している工夫を収集した。それら情報から好事例を抽出し、近隣市町村での応用を試みた。

1) 2014年2月に「第1回 地域母子保健の実践に役立つ評価研究の勉強会」を企画した。当日に、3市町から参加した保健師ら（A市3名、B市3名、C町2名）が顔を合せて自由に発言できる

場を設定した。

2) 自由発言の時間帯を設定し、県母子カードを活用した情報連携の実践において、市町村間あるいは部署間での詳細な手順や継続してきたローカルルールなど、具体的できめ細かな情報交換を促した。

3) ある市町村では“当たり前”であって、他の市町村では“思いもつかなかった”工夫や、他の市町村と意見交換する機会の特になく“意外と知らなかった”ことなどは、互いに掘り下げて確認してもらった。

4) それぞれの市町の保健師らが、連携の課題解決に役立つ可能性があるかと判断した工夫等のうち、情報交換で得た内容を参考にして“県母子カードを活用した情報連携の1工夫”を考えた。これらは、現場の裁量で試行が可能な内容とした。

4) 保健師らが、“県母子カードを活用した情報連携の1工夫”を、それぞれの市町で一定期間試行した。2014年度後半に、保健師らへのフォーカス・グループ・ディスカッションによって、変化や効果について調べた。

5) 好事例として把握されたもので、市町間をまたがる内容について、他の地域で応用する可能性について検討した。

#### 【研究2：部署間での好事例応用の試み】

1. 妊娠期からの切れ目ない支援を必要としている集団の1つとして、妊婦の喫煙がある。

B市では、2004年度から管轄保健所の依頼を受けて「たばこに関するアンケート」への記載を、妊娠届出受理時に、本人（妊婦）に説明して実施していた。本研究では、過去の調査結果とその活用について調べた。母子保健事業で収集された成人の情報について、成人保健の領域（タバコ対策、がん対策、特定保健健診など）との連携についても検討した。

2. 妊娠期からの切れ目ない支援において、就学は鍵となる。

C町では、教育委員会とスクールソーシャルワーカーによる保育・幼稚園・小学校の連携が先行し、それらは全国でも評価を得ている。そこで、母子保健と学校保健の間で切れ目ない子どもの健康支援を目的に、先行例の強みを活用して、教育と協働で仕組みを検討した。

（倫理面への配慮） 今回の研究内容には、個別の事例や個人情報含まない。

### C. 研究結果

#### 【研究1：近隣市町村の好事例応用の試み】

妊娠期からの切れ目ない支援の実践例として、県母子カードの特徴を活用した情報連携の工夫がなされた好事例を把握した。

好事例の一部は、近隣市町村での応用を試みた結果、従来の方法に替えて採用となった。

【好事例1a：妊娠届出時の保健師面接での情報収集方法の工夫】

県母子カード作成段階で工夫がなされてい

る好事例を把握した。

A市では、妊娠届出受理の保健師面接で、本人（妊婦）にカードへ情報を記載してもらって、聴き取りで補足しながら1ページ目の上段部分を完成させていることがわかった。下記に時系列で4か月健診までのカードの活用を記した。

- (1) 妊娠届出は、市の保健センターで全例受理する。ほとんどは、保健師が対応するが、不在時は看護師、その不在時は事務職が対応する。
- (2) 妊娠届証明書と住民票から、母子健康手帳を交付する。
- (3) 妊婦健診の受診券14枚を発行するために印刷する。
- (4) 印刷の待ち時間中に、県母子カードの作成について説明を行って、本人（妊婦）がカードに氏名など基本情報と家族の情報を記入する。
- (5) 保健師が、すべての妊婦と、本人が記載した内容を参考に面接する。
- (6) 保健師面接の聴き取りで、情報を補足してカードに記入する。
- (7) 妊婦訪問と新生児・乳児訪問の内容もカードに記載していくことも説明し、訪問の具体的な案内をする。
- (8) その後の訪問等で収集した妊娠期の情報は、カードに逐次追記していく。
- (9) 出生届が提出されると、住民課と保健センターで用紙のやり取りがあり、カードに児の氏名が記載される。
- (10) 担当保健師が本人（母親）に電話連絡を入れて、新生児期に全戸家庭訪問事業の訪問日を設定する。
- (11) 担当保健師と母子保健推進員の2人のチームで全例に家庭訪問する。持参するのは、体重計、身長計、メジャー、ガラガラ、妊婦さんのしおり、おむつ、親子教室案内、母親への質問票（気になること、不安、など）で、この時に、子どもの氏名が記入されたカードを持参する。母親への問診と児の計測と観察を保健師が行い、記録をカードに記入する。分娩時の記録について、母親に確認しながら母子健康手帳からカードに転記する。この家庭訪問には平均して1時間をかける。
- (12) 乳児家庭全戸訪問事業の記録は、カードの記録をもとに電子化しており、アセスメントを行う。必要時は、福祉と連携して次回訪問へつなぐ。
- (13) 4か月健診時には、カードの1ページ目の妊娠・分娩と家庭訪問の記録を把握して対応する。

次に、好事例の試行によって、サービスの質が改善したと判断して採用した。

B市では、妊娠届出受理の保健師面接で、県母子カードを作成していた。必要な全ての情報を、本人（妊婦）から聴き取った上で、保健師がカードに記載する手順であった。保健師らは、聴き取りのためには、質問を立て続けにすることになり、口頭で質問が躊躇されることや、曖昧だと感じても確認しにくい内容があると感じていたが、業務の手順など

特に見直すことは考えていなかった。

A市では、妊娠届出時に県母子カードに本人（妊婦）が情報を記入し、それを保健師面接の材料としていることを知った時のことを、B市で長く母子保健を担当してきた保健師は、『目から鱗』だったと振り返る。

B市では、2014年度に入り、県母子カードの役割を妊娠届出時に本人（妊婦）に説明した上で、基本情報（本人氏名・生年月日・職業、配偶者氏名・生年月日・職業、現在の家族構成、過去の妊娠分娩歴、今回の妊娠に関する情報、等）の記入の説明を試行的に開始した。その結果、業務量とサービスの質の双方に改善があったと評価し、手順として定着させた。

保健師らへのフォーカス・グループ・ディスカッションから、改善点など挙げたものを下記に記した。

- 口頭で尋ねにくい内容だと、こちら側が気を遣って、変に緊張してしまっていたが、本人はスラスラと記載してくれた。
- 全て聴取していた時よりも、こちら側に余裕が生まれて、良い対応ができた。
- 丁寧に記載してくれる場合が多い。
- 家族構成など、詳しくなった部分もある。
- 本人が、記入時に用いた文字や単語、表現などは、本人への情報提供や相談での対応の方法を選択するにあたって、参考としている。
- 一緒にカードを作成していく過程は、双方向性のコミュニケーションに役立つ。
- 本人による記載によって、新たな問題の発生はなかった。
- カードの作成や記載を拒否した事例はなかった。

#### 【好事例1b, 1c：転入出に伴う母子保健情報の連携の工夫】

転入・転出時の情報連携に県母子カード、妊娠届出書を利用した好事例を把握した。

1b. B市と周辺5町（同一保健所管内）では、転入・転出時には、県母子カードの現物を、市町の枠を超えて移動させていることがわかった。これによって、母子保健情報について、母子健康手帳が本人携帯用、県母子カードが担当市町の母子保健担当部署保管用ということになる。

1c. 転入・転出時の情報連携に、妊娠届出書を活用した工夫の好事例を把握した。

A市では、妊婦の転入・転出の場合に、すべての対象者に情報連携について説明を行うことで同意を得て、妊娠届出書の情報を市町間で連携することを数年前に開始した。現在も、特定妊婦などに限らずに、妊婦の転出入は全例について情報を把握している。

A市では、妊娠届出書の情報を電子化し、乳児家庭全戸訪問事業の情報とリンクさせている。これらの情報は、いずれも紙ベースでは、県母子カードとして保管されている。

一方で、A市では、転入した乳幼児について、

過去の健診に関する情報が不足していると感じていた。情報照会を行っても、数年前から、市町の担当者が、『個人情報なので、本人（保護者）の同意がないと伝えられない』など返答するケースが目立っている。その場合に、情報を伝えることについて説明がなされたか、同意が得られなかったのか、情報連携の説明がなされていないのかがすぐには把握できない状況にある。本人が持参した母子健康手帳の乳幼児健診欄からは、計測値などは得られるものの、経過の把握には不足を感じてきた。要保護対策協議会などで把握されている児や、要観察で抽出されていた児については情報連携が比較的順調だが、特に経過観察されていない一般の子どもの情報が不足していた。

転出の場合には、県母子カードを使用していない市町との間での転入・転出も多く、特に情報連携を求められることも多くないため、県母子カードが保管庫に残ったままとなる。

好事例の応用に向けて環境整備にとりかかった。まずは、分担研究者が、県保健所の母子保健担当で勤続年数が長い保健師らとの意見交換の機会に、事例2aと2bについて伝えた。

県母子カードが開発された1980年の当初に設定された開発の目的の1つが、県内どこに移っても共通のカードで情報が確認できることであった。市町村に母子保健事業が移譲されて後、時間の経過とともに、取り決めごとが自然に消失してきていたことがわかった。

この点について、現在まで情報は収集されておらず、県内全域の状況を把握するには調査が必要であることとの認識で一致できた。引き続き次年度の課題とした。

#### 【研究2：部署間での好事例応用の試み】

母子保健事業と成人保健事業や、母子保健事業と福祉（保育）・教育など、部署間で情報連携を強化するための取り組みの好事例を把握した。

#### 【好事例2a：既存データの活用と成人保健事業との連動の工夫】

1. 母子保健領域で実施協力していた「たばこに関するアンケート」の課題分析

「たばこに関するアンケート」は複写の様式で、回答は県母子カードに貼付され保管されていた。同アンケートは、4か月健診時、1歳6か月健診時、3歳健診時と、縦断的に実施されていた。単年度の集計は業務として実施していたが、縦断調査として情報を活用できていなかった。

妊婦に対して、アンケートに記載された回答内容を反映した禁煙支援などには明確な計画性がなく継続性が弱かった。また、アンケートでは、同居家族について喫煙状況を把握していたが、収集された情報は成人保健の活動に反映されていなかった。

2. 成人保健事業でデータを活用したヘルスプロモーションを試みた手応え

B市は、2013年度に、成人保健の担当者が、同市の男女の死因について、20年間のデータを電子化して分析した。その結果、タバコ関連がん

などの標準化死亡比が高いことなど、特徴や傾向を把握できた（第73回日本公衆衛生学会で報告）。県内においても、B市は成人の現在喫煙者の割合が高く、特定健診やがん検診等の受診率が低いこともわかっていた。

これまで、地域住民への生活習慣の改善や受診勧奨などの啓発には力を入れていたが、説明などには、購入した既製のリーフレットなどを活用して、国や県のデータを示すなどによって、健康関連行動について啓発を行っていた。この度、2013年度に実施した分析結果を反映させた資料（スライド、リーフレットなど）を、保健師らが独自に作成した。成人保健の担当者らは、まず関連団体や市役所内および議会において、住民の健康状態について、B市のデータを示すことで、その特徴や傾向を説明することで理解を促した。次に、クイズ形式を取り入れるなどプレゼンテーションにも工夫を取り入れて、地区別に住民への説明会を実施した。説明会場では、住民が主体的に課題を捉えて発言する姿があり、これまでにはなかった手応えを感じ取ることが出来た（第73回日本公衆衛生学会で報告）。

### 3. 成人領域での好事例の経験が、既存の母子保健事業データの電子化を進める原動力

B市では、保健師の業務分担や主たる担当を設定しているが、いずれの事業も保健師がチームで関わっている。成人保健の担当者らは、成人期のより早期から、喫煙防止と禁煙支援の介入の必要性を感じていた。

そこで、妊娠届出時に実施している「たばこに関するアンケート」について、妊婦と同居家族の喫煙に関するデータが約10年分蓄積されており、がん対策や特定保健指導にインパクトのある情報であると考えて、分担者に相談が持ち込まれた。

平成16年度以降の出生児を対象として、継続的に実施されている「たばこに関するアンケート」は、各個人の県母子カードに貼付して保管されていた。妊娠届出時から前向きに採取された情報のため、前向き観察研究として縦断解析計画を立案し、資金を確保することを計画し、電子データ化に向けて準備を整えた。

成人保健での電子データ作成時と同様に、役所内で専門性が高い職員が入力フォームを開発したことで、今後の維持と管理が可能な継続性のある体制で進めている。

### 4. 広域で、成人保健事業と連動することで、家族・地域ぐるみの防煙活動を計画

広域でのタバコ対策の1つとして、管轄保健所全域で、共通の方法で「たばこに関するアンケート」を電子データ化して活用する方向を検討中である。

#### [好事例2b：保育・教育との情報連携の工夫]

#### 1. 県母子カードに蓄積された母子保健情報を、学校保健に有効に役立てるための課題分析

母子保健事業での情報については、県母子カードに記載された内容を、就学前や学校保健に情報連携する特別な様式は設定されていなかった。そのため、経過観察の結果などは要約して伝えていたが、その記載方法などは一定してお

らず、情報の量や質に課題があった。また、就学児に対して、保健としてどのように関わっていくかも課題であり、乳幼児期と思春期の母子保健サービスに継続性の不足を感じていた。

### 2. 保育所・幼稚園と小学校の間で情報連携の先行例

C町では、スクールソーシャルワーカーによる家庭訪問が、地域に密着して適時に実施されており、その結果、就学前と就学後に切れ目ない支援の事例が蓄積されてきている。

教育委員会等によって数種類の保幼小連携シートが作成されており、保育と教育の間での情報連携が先行していた。シートには、家庭環境を含めて子どもの生活や発達に必要と考えられる要素が列挙されている。自由記載欄も設定されているが、主要な部分は項目へのチェックで記載できるようになっている。

現在は、連携が必要と判断された子どもについて、保育所・幼稚園が作成して、就学前に教育に情報連携するのが主たる目的である。

### 3. 乳幼児健診から学校保健へ切れ目ない健康支援の体制に向けての準備

C町では、すべての子どもを対象に、県母子カードに蓄積された妊娠期から乳幼児健診までの情報を、学校保健に連携して、子どもの健康に役立てたいと考えた。

町内のすべての就学前の児を対象に、保健師と医師、心理士、教育など多職種が、保育所・幼稚園に出向く方法で、5歳児健診を立ち上げたいと考えた。2013年度から、保健師らとスクールソーシャルワーカー、分担研究者が準備のための勉強会を始めた。

5歳児健診を設定の最大の目的は、すべての子どもと保護者と再開することである。その場で、母子健康手帳を確認して、最新の体格情報を記入して、県母子カードに記載された3歳児健診記録をもとに、その後の健康状態や生活を確認し、最新情報を把握する目的がある。

5歳児健診の記録様式は、県母子カードと一体化できるものであって、教育への情報連携シートとして活用できる形式を検討した。現在は暫定版の段階で、次年度に完成予定である。

## D. 考察

1. 県母子カードの仕組みと特徴として、次の点が、支援と情報連携に役立つと考えられた。

(1) 県母子カードは、妊娠届出を受理した時点、つまり母子健康手帳交付と同時に作成されることが最大の特徴である。その後に、出生届と連動して、出生児の姓名、生年月日、性別が、県母子カードのインデックスの部分に記入される。

市町が住民の妊娠を把握した同日に、保健師のもとで県母子カードの保管が開始されるため、ここにタイムラグがない。このことは、妊娠期の早期からの切れ目のない支援を実践するにあたって有利である。県母子カードに記載された妊娠期の記録は、届出時から前向きに記載された観察記録であって、出産後の家庭訪問や4か月健診受診の段階で一挙に聴取された思い出による記録ではない点が特徴である。

(2) 出生届受理の時点で、県母子カードの表紙

に出生児の情報が記入されることも重要な点である。母子健康手帳を交付した母親の分娩と生まれた子どもの生死について、予定日を目安に確認していくことが可能であり、母児の安全に役立つ。その後の、乳児家庭全戸訪問のための連絡や情報収集にも有利である。4か月健診案内の段階で、乳幼児健診記録が作成される場合との違いは大きいと考える。

(3) 経過観察で保健師の関わりが継続されている場合は、その都度に、記録が県母子カードに挟み込むようにファイルされているため、経時的な把握が容易であることも特徴である。

2. 妊娠早期からの切れ目ない支援の実践を目的に、近隣市町で県母子カードを活用した好事例を把握することで、下記が確認できた。

(1) 妊娠届出時の保健師面接にあたって、県母子カードを妊婦と保健師が協働で作成するプロセスは、情報収集とその活用を目的を説明して母児への切れ目ない支援を行っていくことを伝える過程でもある。

(2) 広域で共通の県母子カードを使用することによって、住民にとっては、居所に身近な地域の保健師に関わってもらい、転出入にあたっては広域で母子保健サービスを受けるメリットも享受できる。転入・転出時に、県母子カードの現物をそのまま移動させるなど、住民にとっては、広域で母子保健事業サービスを受けているとほぼ同等の状況が実現できる。

(3) 好事例の拡大を考える場合に、近隣市町間で母子保健事業の基盤が共有されていることが重要な条件の1つと考える。県母子カードの存在は、好事例の拡大に有利であった。

3. 妊娠早期からの切れ目ない支援の実践を考える場合に、母子保健事業と学校保健、成人保健の事業などとの連動も重要である。

## E. 結論

和歌山県内の市町村で使用されている「和歌山県母子健康カード」は、妊娠期から乳幼児にかけて母子と家族の前向き観察の記録が集約さ

れたカードである。

今回、妊娠期からの切れ目ない支援の実践において、県母子カードを活用した好事例を把握し、近隣市町で応用や広域での拡大を試みた経緯と結果を報告した。加えて、県母子カードに収集された情報の活用と連携を促すことを目的に、他部署の好事例を参考とした取り組みについても報告した。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表 なし

### 2. 学会発表

- (1) 坂部美紀, 濱口佐保子, 西川 博, 石井理恵, 西井崇之, 川島志保, 崎山麻里, 中 佳久, 中山晶文, 大崎恵子, 上野山明美, 北野尚美: 3歳児健診と見え方相談の連携による子どもの発達への伸びしろを広げる取組み. 第53回近畿公衆衛生学会, 2014. 5, 和歌山
- (2) 川合さとみ, 南 ふみ, 小田ひろみ, 中山真美子, 津村千賀, 原出君枝, 戸根弘貴, 北野尚美, 竹下達也: 標準化死亡比の年次推移からみた御坊市の特性 -地域実態に基づいた施策の展開に向けて. 第73回日本公衆衛生学会, 2014. 11, 宇都宮
- (3) 北野尚美, 野尻孝子, 金森敏代, 坂部美紀, 南 ふみ, 西尾信宏, 竹下達也: 和歌山県母子健康カードの変遷 -母子保健情報の一元的管理と親子支援の一考察. 第73回日本公衆衛生学会, 2014. 11, 宇都宮
- (4) 上田勝也, 北野尚美, 鈴木孝太, 南 ふみ, 竹下達也: ポピュレーションベースの調査による妊娠・育児中の女性および同居家族の喫煙とその関連要因. 第119回日本循環器学会近畿地方会, 2015. 6, 大阪 (予定)

## G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

#### 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
佐藤拓代	社会的ハイリスク妊産婦への支援	井上寿美・笹倉千佳弘	子どもを育てない親、親が育てない子ども	生活書院	東京都	2015年	P139-157
佐藤拓代	妊娠期から始まる児童虐待防止	佐藤拓代	母推ノート	母子保健推進会議	東京都	2014年	P10-34

#### 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
佐藤拓代	地域で取り組む虐待への対応—大阪府	周産期医学	第44巻1号	P69-72	2014年
佐藤拓代	妊娠期からの子ども虐待予防	世界の児童と母性	Vol.76	P28-40	2014年
佐藤拓代	虐待予防～妊娠中からの虐待予防について学ぶ～	ぎふ精神保健福祉	第50巻	P53-64	2014年
佐藤拓代	望まない妊娠と虐待のリスク	月刊母子保健	第668号	P8	2014年

## IV. 研究成果の刊行物・別刷



子どもを育てない親、  
親が育てない子ども

妊婦健診を受けなかった母親と子どもへの支援

井上寿美・笹倉千佳弘 編著

35



生活書院

島暮らしという要素もあってか、都市部では過去の産物になってしまった地域の共同体がまだ生きていて、地域の人々が子どもの生活に関わり、また家族の生活をいろいろな面で支える繋がりが存在しているため、多くの子どもがいても育児に負担がかからないことが主な要因であるらしい。

今、都市部で同じような共同体を復活させることは不可能に近い。むしろ現実には確実に逆方向に流れていくだろう。しかし、四〇〇万年の人類の進化の歴史の研究の中で、人間が他の動物と異なる際だった特徴の一つに、最も難産の出産があるという。進化の過程で頭が大きくなりすぎたという要素があると思われるが、骨盤との関係で回転するような動きと連動しなければ無事に出産することができないらしい。さらには、出産後も一年を経過しなければ歩くことさえできない。アフリカのサバンナの動物たちが生まれると程なく歩き出すのとは雲泥の違いを示している。

つまり、人類は他者の助けを借りて出産や育児をするという形を発達させて、進化と繁栄の道をたどってきたのだということが分かる。しかし、ここ数十年の歴史が、この助け合いの土壌を急速な勢いで破壊しつつある。

広報ポスターの中に一〇秒子育てというものがある。電車に赤ちゃんを連れなお母さんが乗っていると、数名の女子高生が近づき声をかけているポスターだ。「かわいい赤ちゃんですね」「いくつですか」、気軽な一〇秒の肯定的関わりが、お母さんの育児の負担を軽減させる動きをするのだ。

逆に乗客の皆が無関心な態度をとり、赤ちゃんが泣いたりすると一斉に迷惑そうな視線を向ける。このような態度をとられるとお母さんの育児負担感は倍増する。

地域で生活する身近な子育て家庭に、私たち一人一人がどのような姿勢と態度で向き合うのか、単に行政の支援策だけでなく、一人一人の意識と姿勢が、地域の繋がりにとって最も大切な要素であることは間違いない。

## 第7章

# 社会的ハイリスク妊産婦への支援

佐藤拓代

## 1 社会的ハイリスク妊産婦とは

いつの間にか社会的ハイリスクという言葉が、特に虐待予防に関わる機関で当たり前に使われだした。そして児童福祉法における特定妊婦もまた、児童福祉機関のみならず医療機関でも使われ始めた。ここでは、まず社会的ハイリスクはどのような状態を示すのか、それが妊産婦の場合はどのような状態なのか明らかにしたい。

### (1) 社会的ハイリスクとは何をさすか

社会生活を送る上でリスクが意識されたのは、近年である。人間生活を支えている男女関係、親や子の家族、職業や労働などが、共同体や集団を通り越して直接個人にリスクをもたらすという「リスク社会」の概念が明確に示されたのは一九八〇年代後半であった。この中で病气や失業、高齢などの生活が保たれなくなる状況は古典的社会的リスク、生活保障がゆらいで雇用や家族の安定が得られないのが新し

い社会的リスクと述べている。

しかし、この言葉は社会全体のリスクを指しており、「ハイリスク」というリスクそのものを指す言葉で高いリスクを抱えている人々を指すようになったのは、医学の現場からと考えられる。しかも「社会的ハイリスク」という言葉は、福祉の取り組みが進んできた近年になってさかんに使われ出した言葉と言えよう。わが国の文献を検索すると、古くは佐道(2002)が厚生省心身障害研究で「医療機関の場からみた社会的ハイリスク妊産婦」の研究を行っている<sup>2)</sup>。しかし、「社会的ハイリスク妊産婦」がどのような妊婦か定義には言及されていない。一方で、低出生体重児等への新生児医療の進歩が著しく、一〇〇グラム未満の出生体重でも九六%以上が生存して退院するようになった<sup>3)</sup>。このような超低出生体重児は入院期間が長くなり、もともと子育て基盤が脆弱な場合には離婚等の家族の崩壊があったり、退院後の育児が危惧されることも多い。保健センター等の地域保健機関や福祉機関と連携して支援を行うことが必要であり、「ハイリスク児」「ハイリスク家庭」という言葉を用いて共通認識がなされるようになってきた。山口(2001)は、ハイリスク児のハイリスク要因を三つに分け、「医学的ハイリスク要因」、経済・家族構成・育児性に関する因子、育児不安の「家庭環境に関するハイリスク要因」、衛生環境・環境汚染の「社会環境に関するハイリスク要因」があると述べている。また、子育てからみると、山田(2005)は、人並みの生活がなりたたなくなる事態が「社会的ハイリスク」で、人並みの子育てができないと述べ、現在、子どもの健全な発育や発達の支援及び子ども虐待予防に関わる我々が用いる「社会的ハイリスク」は、ほぼこの内容で用いられているとして異論はないであろう。

## (2) 医学的ハイリスク、社会的ハイリスク、そして特定妊婦

先に述べた「社会的ハイリスク」である妊婦が、「社会的ハイリスク妊婦」である。ここでは妊産婦で

【表1】医学的ハイリスク妊婦・社会的ハイリスク妊婦・特定妊婦の内容と支援

### (医学的ハイリスク妊婦)

- 対象：高齢妊婦、若年(20歳未満)妊婦、多胎の妊婦、不妊治療後の妊婦、心身の疾病・障がい等のある妊婦、妊婦健診が未受診である妊婦等
- 支援：なによりも妊娠や出産のリスクが高く、妊娠・分娩に対する医療的ケアが必要

### (社会的ハイリスク妊婦)

- 対象：支援者がいない妊婦、未婚の妊婦、DVを受けている妊婦、経済問題がある妊婦、望まない妊娠をした妊婦等の子どもの発育に危惧がある妊婦
- 支援：医療・保健・福祉が連携した、出産の支援と出産後は子育てに対する支援が必要

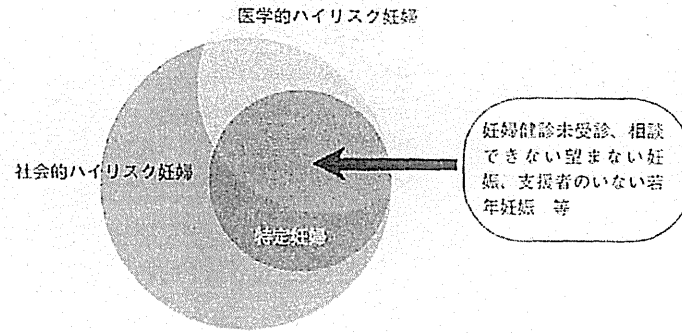
### (特定妊婦)

- 対象：児童福祉法第6条における養育支援訪問事業を行う、「出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」
- 支援：児童福祉法第25条の2における要保護児童対策地域協議会による支援を行う

はなく、妊婦の医学的ハイリスクと社会的ハイリスク、そして児童福祉法における特定妊婦について述べる。

この三者の概念を「表1」に示した。しかし、この三者は独立したのではなく、たとえば、一〇代の妊婦で親とは断絶状態で支援者がなく経済的に困窮している場合は、医学的にも社会的にもハイリスクである。しかし、社会的ハイリスクであり、関係機関が養育支援訪問事業を行うかどうかに限らず、要保護児童対策地域協議会のネットワークで連携して支援していく場合は、特定妊婦となる。筆者がよく説明に用いている図を示す「図1」。先に述べた一〇代の妊婦のように医学的ハイリスク妊婦は、健全な出産と子育てへの支援が必要な社会的ハイリスク妊婦もいることから一部分は重なり合っている。社会的ハイリスク妊婦の中には、要保護児童対策地域協議会で支援する特定妊婦が含まれているが、社会的ハイリスク妊婦に占める割合は地域により異なっている。これは、対象者が妊婦であるため、古くから保健師が母子保健法における妊婦支援を行ってきたお

- (1) 今田 (2002)
- (2) 佐道 (1997)
- (3) 佐藤 (2013)
- (4) 山口 (2001)
- (5) 山田 (2006)



【図1】 医学的ハイリスク妊婦・社会的ハイリスク妊婦・特定妊婦の関係

【表2】 第9次子ども虐待による死亡事例等の検証結果  
妊婦期・産褥期の問題（複数回答） 一部抜粋加工

	心中以外の虐待死 N=58			認知例に占める割合
	あり	なし	不明	
切迫流産・早産	2 (3.4%)	26 (62.1%)	29 (34.5%)	5.3%
妊娠高血圧症候群	1 (1.7%)	37 (63.8%)	20 (34.5%)	2.6%
喫煙の常習	8 (13.8%)	24 (41.4%)	26 (44.8%)	25.0%
アルコールの常習	2 (3.4%)	25 (43.1%)	31 (53.4%)	7.4%
望まない妊娠/計画していない妊娠	18 (31.0%)	16 (27.6%)	24 (41.4%)	52.9%
若年(10代)妊娠	14 (24.1%)	39 (67.2%)	5 (8.6%)	26.4%
母子健康手帳の未発行	9 (15.5%)	41 (70.7%)	8 (13.8%)	18.0%
妊婦健診未受診	21 (36.2%)	17 (29.3%)	20 (34.5%)	55.3%
胎児虐待	8 (13.8%)	26 (44.8%)	24 (41.4%)	23.5%
墮落分娩	5 (8.6%)	39 (67.2%)	14 (24.1%)	11.4%
帝王切開	12 (20.7%)	35 (60.3%)	11 (19.0%)	25.5%
低体重	8 (13.8%)	33 (56.9%)	17 (29.3%)	19.5%
多胎	0 (0%)	49 (84.5%)	9 (15.5%)	0.0%
出生時の退院の遅れによる母子分離	5 (8.6%)	39 (67.2%)	14 (24.1%)	11.4%
NICU入院	4 (6.9%)	39 (67.2%)	15 (25.9%)	9.3%

り、保健師支援だけで完結し要保護児童対策地域協議会ケースとしていない場合が考えられる。しかし、保健師だけの支援では量もメニューも広がりにくい。反対に、社会的ハイリスク妊婦を広く要保護児童対策地域協議会ケースとしてあげてもリスクアセスメントが不十分で、今までどおり保健師主体の支援となつているところが散見され、妊娠期からの虐待予防が重要視されている今、このところをしつかり整理して、真に必要な妊婦に濃厚な家庭訪問による支援を行う必要がある。

医学的ハイリスク妊婦と社会的ハイリスク妊婦、そして特定妊婦の三者が重なり合う対象者である、妊婦健診が未受診の妊婦、望まない妊娠をしたが誰にも相談できない妊婦、支援者がいない若年の妊婦は【表2】のように虐待死亡事例での割合が高く、非常にリスクが高い。把握することが困難な場合があるが、関係機関と連携して把握に努め、必ず家庭訪問を行い生活実態や生活能力等をアセスメントし濃厚な支援を行う必要がある。

## 2 社会的ハイリスク妊婦の実像

(1) これまでのサービスからは見えてこなかった社会的ハイリスク妊婦

母子保健法により市町村保健センターでは、妊娠届出と母子健康手帳の交付から始まって母親（両親）教室、妊婦訪問、産婦訪問、新生児訪問、乳幼児健診等と、多彩なメニューで、妊婦・産婦・子育てをする親への支援が行われている。支援を行っているのは保健師が主体で、医師や歯科医師、助産師、心理士、栄養士、歯科衛生士といった医療関係の多職種が協働している。しかし、妊娠届出（母子健康手帳を同時取得）は出産までに九九・四割が行われているが、〇・六割は出産後もしくは届出時期が不明であり、妊娠時から把握できない妊婦がいる。妊婦健診は自治体から健診費用が補助され受診しやすくなったがそれ