

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

妊娠期から始まるだれひとり取り残さない保健医療福祉サービスをめざして

分担代表者

中村 安秀（大阪大学大学院人間科学研究科・教授）
浅川 恭行（浅川産婦人科・東邦大学医学部客員講師）
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）
中板 育美（日本看護協会・常任理事）
淵向 透（岩手県立大船渡病院・副院長）
山本 真実（東洋英和女学院大学・准教授）

研究要旨

本研究班の最初の申請書を提出した2012年12月の段階では、ライフステージ（妊娠・出産・育児）に沿った保健・医療・福祉の連携・協働の実践的な方法論をまとめた研修用教材を作成し、取り組みがあまり進んでいない自治体の参考資料とすることができると考えていた。

しかし、この3年あまりの間に、保健・医療・福祉を取り巻く環境は大きな変貌を遂げた。東京と陸前高田で開催したワークショップの議論に基づき、分「妊娠期から始まるだれひとり取り残さない保健医療福祉サービスをめざして」と題する研修用教材を作成した。本研修用教材は、先駆的な事例報告に加える形で、連携協働する保健医療福祉サービスの基本的な姿勢をまとめた。いわゆる教材というよりも、問題に気づき、自分の地域の持つ強みと資源を活用した連携協働を行うきっかけになるものである。保健医療福祉の連携をはじめ、いろんな場で活用していただければ幸いである。

A．研究目的

本研究班の最初の申請書を提出した2012年12月の段階では、ライフステージ（妊娠・出産・育児）に沿った保健・医療・福祉の連携・協働の実践的な方法論をまとめた研修用教材を作成し、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体制を構築する際の具体的な留意点や住民に対する啓発活動の事例などをまとめることにより、取り組みがあまり進んでいない自治体の参考資料とすることができると考えていた。

しかし、保健・医療・福祉を取り巻く環境は大きな変貌を遂げたため、いわゆる教材というよりも、問題に気づき、自分の地域の持つ強みと資源を活用した連携協働を行うきっかけになるものを作成する

こととした。

B．研究方法

東京と陸前高田で開催したワークショップの議論に基づき、分担研究の産科医療機関や大阪府・和歌山県などの調査結果を参考にして、「妊娠期から始まるだれひとり取り残さない保健医療福祉サービスをめざして」と題する研修用教材を、各分担研究者が参加し、執筆する形で作成した。

C．研究結果

しかし、この3年あまりの間に、保健・医療・福祉を取り巻く環境は大きな変貌を遂げた。2015年度からは、妊娠出産包括支援事業がスタートし、全国

各地で母子保健コーディネーターが配置され、先駆的な自治体ではフィンランドのネウボラなどの海外の事例を参考に取り入れるなどの工夫を行い、ワンストップ育児拠点が設置されている。

このような新しい潮流を取り込み、東京と陸前高田で開催したワークショップの議論に基づき、分担研究の産科医療機関や大阪府・和歌山県などの調査結果を参考にして、「妊娠期から始まるだれひとり取り残さない保健医療福祉サービスをめざして」と題する研修用教材を作成した。

D．考察

地域の社会経済的背景や虐待防止や母子保健医療に関する歴史的な経緯により、地域ごとに連携協働の形は異なって当然である。虐待防止ワークショップ報告書「子ども虐待防止に関する保健医療福祉の連携をめざして」(2015年1月)において9市町村から報告された、虐待予防に関する保健福祉医療の連携協働の先駆的な事例報告は、最も実践的な研修用教材そのものである。多くの事例の平均像を求めるのではなく、個々の事例から学び自分の地域への応用可能性を丁寧に検証することの重要性を強調しておきたい。

E．結論

本研修用教材は、先駆的な事例報告に加える形で、連携協働する保健医療福祉サービスの基本的な姿勢をまとめた。いわゆる教材というよりも、問題に気づき、自分の地域の持つ強みと資源を活用した連携協働を行うきっかけになるものである。保健医療福祉の連携をはじめ、いろんな場で活用していたければ幸いである。

F．健康危険情報

とくになし

G．研究発表

1．論文発表

Mori R, Yonemoto N, Noma H, Ochirbat T, Barber E, Soyolgerel, G, Nakamura Y, Lkhagvasuren O. The Maternal and Child Health (MCH) Handbook in Mongolia: A Cluster-Randomized, Controlled Trial. PLoS One; 2015;10(4):e0119772.

西原三佳, 大西真由美, 中村安秀. 岩手県陸前高田市未来図会議が果たしてきた役割～災害対応計画へのモデルとして～. 日本公衆衛生雑誌. 2016; 63(2); 55-67

井田孔明、清水 直樹、奥山真紀子、呉繫夫、田中 総一郎、田中英高、田村正徳、千田勝一、中村安秀、淵向透、桃井伸緒、細矢光亮、玉井 浩. 東日本大震災での経験をもとに検討した日本小児科学会の行うべき大災害の支援計画の総括. 日本小児科学会雑誌, 2015; 119(7): 1159-1178

2．学会発表

KOMATSU Noriko, NAKAMURA Yasuhide. Father Involvement into Maternal and Child Health - For Future Development of MCH Handbook in Tanzania. The 9th International Conference on MCH handbook. Yaounde, Cameroon, September 15, 2015

佐藤拓代, 谷掛千里, 本郷美由紀, 中野玲羅, 仁木敦子, 中村安秀. 大阪府内病院における児童虐待の取り組み—大阪府医療機関調査第1報. 第74回日本公衆衛生学会(長崎). 2015年11月4日

H．知的財産権の出願・登録状況

なし

「妊娠期から始まるだれひとり取り残さない
保健医療福祉サービスをめざして」

2016年3月

平成27年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）

「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」

子ども虐待防止研究班

【経緯と概要】

本研究班の最初の申請書を提出した2012年12月の段階では、ライフステージ（妊娠・出産・育児）に沿った保健・医療・福祉の連携・協働の実践的な方法論をまとめた研修用教材を作成し、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体制を構築する際の具体的な留意点や住民に対する啓発活動の事例などをまとめることにより、取り組みがあまり進んでいない自治体の参考資料とすることができると考えていた。

しかし、この3年あまりの間に、保健・医療・福祉を取り巻く環境は大きな変貌を遂げた。2015年度からは、妊娠出産包括支援事業がスタートし、全国各地で母子保健コーディネーターが配置され、先駆的な自治体ではフィンランドのネウボラなどの海外の事例を参考に取り入れるなどの工夫を行い、ワンストップ育児拠点が設置されている。

一方、国際的にも大きな変革が起きている。2015年9月の第70回国連総会において、「わたしたちの世界を変革する持続可能な開発のための2030アジェンダ」が採択された。このなかで、17の持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals: SDGs）に加えて、「だれひとり取り残さない（no one will be left behind）ことを誓い、人々の尊厳は基本的なものであると認識し、最も遅れているところから最初に手を伸ばすべく努力する」ことが宣言された。先進国や途上国という区分を越えて、格差をなくす取り組みを同時代的に地球規模で行おうという画期的な発想である。

このような国内外の新しい潮流を取り込み、東京と陸前高田で開催したワークショップの議論に基づき、分担研究の産科医療機関や大阪府・和歌山県などの調査結果を参考にして、「妊娠期から始まるだれひとり取り残さない保健医療福祉サービスをめざして」と題する研修用教材を作成した。地域の社会経済的背景や虐待防止や母子保健医療に関する歴史的な経緯により、地域ごとに連携協働の形は異なって当然である。虐待防止ワークショップ報告書「子ども虐待防止に関する保健医療福祉の連携をめざして」（2015年1月）において9市町村から報告された、虐待予防に関する保健福祉医療の連携協働の先駆的な事例報告は、最も実践的な研修用教材そのものである。多くの事例の平均像を求めるのではなく、個々の事例から学び自分の地域への応用可能性を丁寧に検証することの重要性を強調しておきたい。

本研修用教材は、先駆的な事例報告に加える形で、連携協働する保健医療福祉サービスの基本的な姿勢をまとめた。いわゆる教材というよりも、問題に気づき、自分の地域の持つ強みと資源を活用した連携協働を行うきっかけになるものである。保健医療福祉の連携をはじめ、いろんな場で活用していただければ幸いである。

1 支援を必要とする母・子・家庭を中心に据えた取組み

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保健・医療・福祉が連携・協働して支援する体制を構築することは重要であるが、連携協働の体制を作ることが最終目的ではない。支援を必要としている家庭、母、子どもを中心に据えた取組み（クライアント・セントラード・アプローチ）求められている。

産婦人科医会相談援助事業

近年、児童虐待が大きな社会問題の一つとして指摘され、その防止対策が多くの公的機関や私的組織等で行われている。しかし児童相談所への虐待相談件数が増加の一途であることから、現在の防止対策は十分な効を奏していない。防止対策等が社会に十分に周知されていないことも原因の一つと考えられるが、「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」の第6次および第7次報告で明らかにされたように、現在の児童虐待防止システムでは防ぎえない「望まない妊娠・出産」が虐待死の事例の多くに見られる特徴であることが明らかにされた。このような出産後の養育について出産前の支援が特に必要な妊婦を「特定妊婦」（児童福祉法第6条の3第5項）と定義しているが、この特定妊婦と直接的に関与する職種の一つが我々産婦人科医師と言える。そこで日本産婦人科医会は子ども虐待による死亡事例、特にゼロ月齢児虐待死亡をゼロにすることを目標に活動することにした。

日本産婦人科医会では「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業」として積極的に取り組むことにした。しかし実施主体は各地域で診療施設を開設している医師なので、実際的な実施要項案を示すが、夫々の地域の実情に合わせて活動する必要がある。さらに地域ごとの行政（市区町村）の姿勢も千差万別であることから、市区町村の取組を進めるために厚生労働省は、平成23年10月20日に厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課から、『日本産婦人科医会が実施する「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業」について』という事務連絡を発出し当会の「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業」の推進に助力をしている。

各論として、虐待死事例の検討より、原因の一つに「望まない・望めない妊娠・出産」がある。このような妊娠に悩む女性の相談にのることができるのは、妊娠に関わる産科医療機関の産科医、助産師、看護師など診療所のスタッフ全員である。「出産後の養育について出産前の支援が特に必要な妊婦」を、「特定妊婦」と定義されているが、この特定妊婦と直接的に接するのも、産科医療機関の産科医、助産師、看護師など診療所・病院のスタッフである。我々は妊娠に悩む女性に最も近い存在であり、「妊娠に悩む女性の相談窓口」を開設して虐待防止の最前線に立つことにした。産婦人科医会の姿勢 この相談援助事業は特定妊婦を抽出するのが目的ではない。また、安易に児童虐待予備軍、児童虐待ハイリスク妊婦などのレッテルを貼らないことが大切で、妊婦の悩みを解消することが目的である。そのためには、悩む妊婦に共感

しながら話を聞く。そして行政などの力を借りて最適な解決法を見いだすことが目的であり、妊娠等に悩む人々からの相談に対し、各相談機関が、相互に連携して適切な対応を行えるようにするとともに、社会的養護による支援制度について、各相談機関等に周知し、必要とする人への的確な情報提供と活用の促進を図り、児童虐待の防止を図ることが必要である。

(浅川恭行)

要保護児童対策地域協議会の役割

要保護児童対策地域協議会は、児童福祉法第 25 条の 2 に規程されており、地方公共団体による設置が義務づけられている。この前身は虐待防止ネットワークであり、児童虐待への対応を迅速に行うための体制づくり機能の構築を目的として開始された。児童福祉法では虐待を受けている子どもを始めとする要保護児童（児童福祉法第 6 条の 3 に規定する要保護児童をいう。）の早期発見や適切な保護を図ることを目的に設置が義務づけられている。地域の関係機関とは、児童相談所や教育委員会、警察といった行政機関の他、保育所や小学校、保健所、医療機関、児童福祉施設等の地域の社会資源、社会福祉協議会や民生委員協議会などの住民活動の基盤等が含まれる〔下表参照〕。

この協議会を設置した地方公共団体の長は、要保護児童対策地域協議会調整機関を指定し、構成員となった地域の関係機関の間での情報共有や対応が円滑に行われる体制を構築する必要がある。要保護児童として対応される子どもやその家庭に関する情報や対応方針を共有した上での対応のためには、運営の中核となって関係機関相互の連携や役割分担の調整を行う機関を明確にするなどの責任体制の明確化や関係機関からの円滑な情報の提供を図るための個人情報保護の要請と関係機関における情報共有の関係の明確化が図れている。

要保護児童対策地域協議会の設置の意義としては、要保護児童の早期発見、迅速な支援の開始、関係機関間の情報共有による役割分担の明確化、関係機関による責任の所在の明確化、より良い支援の提供と実施の実現などが挙げられる。

要保護児童対策地域協議会が実質的に機能することで、地域における児童虐待防止が有効に機能し、要保護児童のみならず、特定妊婦や要支援児童（保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童）の早期発見と妊娠期からの切れ目のない援助の体制へと繋ぐことが出来ることから、平成 27 年 8 月に出された「児童虐待防止のあり方に関する専門委員会報告書」では、要保護児童対策地域協議会への医療機関の積極的な参加や調整機関に専門職員の配置の必要性が指摘されている。実際には、対応方針の違いや判断が分かれた際の決定プロセス等に関しても混乱が見られることから、情報の共有化だけでなく、ケースごとに適切な対応へとつなげられるように事例の検証を積み上げていく必要性が認識されている。

平成 28 年度より、妊娠届を出した全妊婦に対しての面接（妊婦面接）が、市町村の業務として開始されることになっており、乳児家庭全戸訪問事業や新生児訪問事業、乳幼児健診などへとつなげていくことで、切れ目のない出産・子育て支援の体制が構築されることが期待されている。しかし、現状では乳児家庭全戸訪問事業と保健所等で実施されている乳幼児健診による情報が共有されていない自治体も多く、形式的には「切れ目のない」状態であるように見えるものの、援助を必要とする妊産婦や乳幼児側から見ると、分断された体制の中で、個別に対応

されているに過ぎないという状況も見られている。このような状態を解決するためにも、要保護児童対策地域協議会への情報の集約と調整が機能していくことが期待されている。

(山本真実)

児童福祉関係	市町村の児童福祉、母子保健等の担当部局 児童相談所、福祉事務所（家庭児童相談室） 保育所（地域子育て支援センター）、児童養護施設等の児童福祉施設 児童家庭支援センター、里親 児童館、民生・児童委員協議会、主任児童委員、民生・児童委員、社会福祉士、社会福祉協議会 等
保健医療関係	市町村保健センター、保健所 地区医師会、地区歯科医師会、地区看護協会 医療機関、医師、歯科医師、保健師、助産師、看護師 精神保健福祉士、カウンセラー（臨床心理士等）等
教育関係	教育委員会、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、盲学校、聾(ろう)学校、養護学校等の学校 等
警察・司法関係	警察（警視庁及び道府県警察本部・警察署）弁護士会、弁護士 等
人権擁護関係	法務局、人権擁護委員 等

外国人家庭

外国人登録者数は増加の一途をたどり、2014年末には約212万人で、総人口の約1.7%を占めている。2012年7月から新しい在留管理制度「在留カード」となっているが、国籍別にみると、中国（65万人）、韓国朝鮮（50万人）、フィリピン（22万人）、ブラジル（18万人）、ベトナム（10万人）などが上位を占める。

全国の児童相談所に対する調査（2010 - 11年）では、164施設から1,111例の事例があげられた。その52%が、父日本人・母外国人という事例であり、通訳者サービスを活用できていない児童相談所が少なくなかった（北野尚美、李 錦純、中村安秀ら・外国人親をもつ子どもの家庭内被虐待の発生頻度とその特性に関する黄疸調査研究・財団法人こども未来財団、2011年3月）

外国人の親を持つ小児の支援において、コミュニケーションは避けて通れない課題である。すでに、都道府県や政令市などの国際交流協会では医療通訳者の研修を行っているところもある。今後は、国際交流協会などと協力して、保健医療通訳者の研修などにも積極的に関与し、コミュニケーション支援を行う人材の育成も視野に入れる必要がある。（中村安秀）

2 切れ目のない支援（継続ケア）を保障するシステムづくり

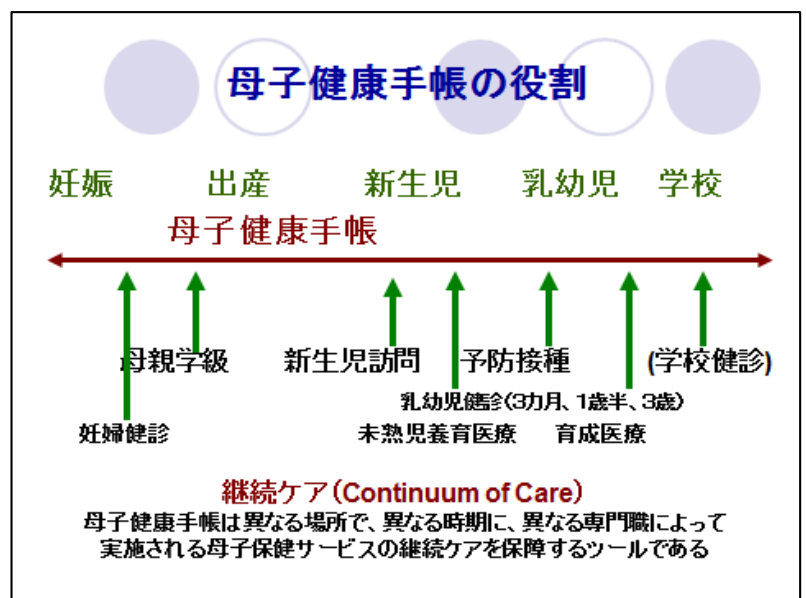
妊娠、出産、子育てという時期は、空間的にも時間的にも広がりを持ち、母と子どもが分断されやすいという特徴をもつ。その特性を知ったうえで、個人的ながんばりで乗り切るのではなく、切れ目のない支援（継続ケア）を保障するシステムを地域ごとに作っていく必要がある。

母子健康手帳

妊娠、出産、子育てという時期には、さまざまな保健医療サービスが提供されている。それらの母子保健サービスは、産院、保健センター、病院、診療所など種々の保健医療機関で実施され、産科医、小児科医、歯科医、助産師、保健師などの種々の専門職が関わっている。異なる場所で、異なる専門職によって実施されている母子保健サービスは、日本では母子健康手帳に記録されることで、その一貫性を担保できている。

いま、世界的には継続ケア（continuum of care）という発想が広まっている。女性と子どもを分断することなく医療保健福祉サービスを提供することにより、妊産婦死亡率や乳児死亡率などを低減しようという狙いがある。世界保健機関（WHO）やユニセフ、国際 NGO などが共同して、2005 年に Partnership for Maternal、Newborn and Child Health（PMNCH）を立ち上げた。

この世界的な潮流からみれば、すでに 60 年以上も母子健康手帳を配布し続け、その普及率がほぼ 100%という日本は、恵まれたシステムを有しているといえる。母子手帳配布時の全員に対する面談など、切れ目のない支援の入り口として、母子健康手帳をより積極的に活用する必要がある。



3 家庭に出向くアウトリーチ

だれひとり取り残さない連携協働のためには、地域や家庭に出かけていきニーズを掘り起こす積極性が求められている。その際には、対象となる人びと全員に働きかけるポピュレーション・アプローチと、濃厚な支援を必要とする少数を対象としたハイリスク・アプローチの組み合わせが重要となる。

こんにちは赤ちゃん事業と虐待防止

乳児家庭全戸訪問事業（児童福祉法第6条の2の4）（＝こんにちは赤ちゃん事業。以下、全戸訪問）は、生後4か月までの乳児のいる家庭全数に訪問することで要支援家庭を早期に発見し、適切な支援を提供し、子どもが健やかに育まれる環境を整備する目的で始まった。その背景には、子ども虐待死が0歳に多いことや、育児中の親の孤立が子どもの虐待の要因の一つになりうるということが指摘されてきたことなどがある。

したがってこの事業は、虐待予防活動と連動するのだが、子どもの虐待は、親の意思や感情、夫婦間葛藤の有無、父母各々の原家族との関係性、子ども自身の病気や障がいなど、多様な要因が複雑に絡み合っているため、予防、発見、支援いずれにおいても、その内実は単純ではない。全戸訪問が、訪問支援者（＝全戸訪問の実施者）による1回の訪問が原則である点や、専門職・非専門職問わず訪問支援者になる点に配慮すると、家族の深い葛藤関係が潜む事例への対応には限界がある。むしろ要支援家族が持つ潜在ニーズに気づき、継続支援につなぐ“入り口”としての機能を期待したいところである。

継続支援の入り口として機能すれば、家族の自己解決能力や自然治癒力を最大限に引き出す関与、その家族が生き抜く環境改善につながるための関与も可能となる。そのための支援フローチャートを自治体と訪問支援者が共有することが大切である。

一方、全戸訪問を声かけ機能をもつ子育て応援隊としての存在を前面に出して登場する活動も重要である。大正時代から防貧目的に地区組織として活動してきた民生委員や昭和初期からボランティアに妊産婦や乳幼児を支えてきた愛育班活動などに息づく地域のセーフティネットの強化は、まさにポピュレーション・アプローチである。

全戸訪問は、ハイリスク・アプローチにつながる機能を持つポピュレーション・アプローチ事業として位置づければ、訪問・相談スキルを研ぎ澄ます研修(事例検討など)も不可欠である。

（中板 育美）

オランダのNurse Family Partnershipと産後ケア・アシスタント

1977年にアメリカ合衆国のDavid Oldsが開始したプログラムである。オランダでは2004年にDutch Youth Instituteが導入し、アムステルダム市においては2007年に導入が開始され

た。

子育ての困難さを軽減し、子ども虐待を防止することを目標にしている。Olds によれば、対象者は、初産婦、10 歳代、未婚、経済的問題のある親、という 4 つの条件をすべて満たす女性である。オランダでは、最初の妊娠、妊娠 28 週以前に開始、25 歳未満の若い女性、教育レベルが低い、という対象設定に加え、追加的な条件として、社会的ネットワークが乏しいこと、薬物常用、DV の被害者、精神心理的な課題、経済的困窮、住居に問題がある、社会的な弱者、母性の準備が不十分であることを考慮するとしている。

2 年以上臨床経験をもちマニュアルだけでなくビデオを使った研修を受けた看護師が、毎週（あるいは隔週）に家庭訪問（1 - 1.5 時間）する。できれば妊娠 16 週までに開始し、子どもが 2 歳になるまで継続する。同じ看護師が継続して訪問し、指導するのではなく傾聴を重視し、失敗しないように少しずつできることの範囲を広げていく。クライアントを中心に置いたアプローチをとっている。

すべての予算はアムステルダム保健局が支出している。プログラムの評価として、喫煙率が減少し、6 か月の母乳哺育率が 14%（対照群は 6%）と高く、子ども虐待報告率は 11%（対照群は 19%）と低かった。子ども一人あたり 2800 ユーロの費用がかかるが、その費用対効果は高く、今後、オランダ全国に展開することになっている。

産後ケア・アシスタント（Postnatal Assistant : Kraam verzor gende)t は 1960 年代に開始されたオランダ独自のシステムである。オランダでは、正常出産の場合、出産当日に自宅に戻るのがふつうである。出産後 8 日間は、助産師の指導のもとに、Neonatal Nurse が 1 日あたり 3-6 時間くらい自宅を訪問し、医学的ケアや心理的なサポートだけでなく、母親のために食事を作るといったヘルパー的な仕事も行う。

資金は公的保険から支出されている。Family Health Center の助産師がこのプログラムの責任者であり、助産師が必要と認めた場合には、出産後 8 日間のケアを 2 日間延長することができる。訪問中の記録は、GroeiGids（オランダ版母子健康手帳）に 1 日ごとに 1 ページを使って記載される。

新生児全員に対して医学モデルだけではなく社会モデルにそった支援を行いつつ、高いリスクをもつ集団には濃厚なサービスを行う。いずれも施設でのサービス提供ではなく、アウトリーチ活動であることが大きな特徴である。だれひとり取り残さない保健医療福祉サービスの提供のための大きなヒントは、競争社会であるアメリカ合衆国や高い税による高福祉社会を構築している北欧社会よりも、国や地域により特徴あるサービスを発展させてきた欧州の中心部の小国に学ぶ点は少なくない。

（中村安秀）

4 ITCを駆使した情報提供

ITC (Information Technology and Communication) を積極的に活用することに異論はない。しかし、ITCだけですべてが解決するわけではない。専門家による相談、書籍や冊子などの紙媒体、ウェブサイトやアプリなどの電子媒体という複数のチャンネルを組み合わせることにより、効果的な連携や複合的なサービスの提供が可能となる。

「ねっと・ゆりかご」

岩手県遠野市は、「ないものねだり」ではなく、遠野にあるものを最大限に活用することを信条にして、WEB を使い医療機関とネットワーク構築することで、医師不足の中で、安心して出産子育てができる街づくりをめざしている。「ねっと・ゆりかご」は、市で雇用した助産師が中心になって妊娠中と産後の妊産婦のケアを行う。モバイル胎児心拍数転送装置を使用して、県内 12 か所の提携病院へ転送し、医師の指導を受けることができるシステムである。産婦人科医がいなくても、安心して妊娠出産ができるような環境づくりのために、ITC を最大限に活用する試みである。

(中村安秀)

「MAMA」

MAMA (Mobile Alliance for Maternal Action) は 2011 年に設立され、バングラデシュや南アフリカなどで大きな成功を収めた。途上国では少なくとも 10 億人以上の人がモバイル機器をもっている現状を鑑み、スマートフォンを通じて、毎月必要な情報を直接母親に届けている。子どもの月齢に応じた予防接種情報を、子どもの名前を組み入れたメッセージとして届ける仕組みである。このような働きかけにより、妊娠中の健診回数や母乳哺育率が著明に向上した。ITC を最大限に活用することにより、一つの情報を全員に流すのではなく、ひとりひとりのニーズに合った注文制作 (Customization) に近い情報提供の新しい試みである。途上国では大きな成功を収めているが、貧困や教育レベルの低下が危惧される先進国の地域などでの導入も検討されている。

(中村安秀)

「いーはとーぶ」

岩手県周産期医療情報ネットワークシステム「いーはとーぶ」は、医療機関と市町村が妊婦情報を共有し、地域で安全安心な妊娠・出産ができるように見守ることを目的に作られた。平成 21 年 4 月から運用が開始され、現在岩手県での登録率は、分娩施設 100%、市町村 72.7%と

なっており、県内全域に普及している。このシステムの大きな特徴は、医療機関と市町村が ITC で繋がり、妊娠経過を確認しながら、そのメール機能を使うことで双方向に情報を発信し、迅速に情報共有できることである。妊婦健診の受診状況、特定妊産婦等支援を必要とする妊婦、産後メンタルヘルスケアが必要となった母親、養育支援が必要な家庭等の情報は、速やかに医療機関と市町村で把握され、迅速に介入することが可能となっている。当初は妊婦情報が中心に扱われ、主に産科医が利用していたが、最近では子育て支援が必要な家庭に対する事例に対して、小児科医の利用も増加している。

東日本大震災を契機に、医療情報を保全しておくことの重要性が再認識されている。「いーはとーぶ」は、そのサーバーが岩手県内陸部にあったため、津波によって妊婦情報を失った沿岸部市町村の情報復旧に役立った。また震災急性期に津波により母子手帳を失くし、紹介状を持たないで内陸部に避難した被災地の妊婦について、その妊娠経過の確認にも利用された。

そのほか高度医療の必要な妊産婦、胎児、新生児の紹介や健診経過の情報共有、市町村の妊産婦受診票の発行や台帳管理等の業務の効率化、周産期に関する保健統計情報が蓄積することによる質の向上への寄与等の効果が期待されている。

(淵向 透)

おわりに

「子ども虐待防止ワークショップ」(2014年2月)と「子ども虐待防止 セミナー&ワークショップ in 気仙」(2015年1月)を開催力の世界において常用されているマップ手法を用いて、いい取り組みを普及こと(Scaling up)をめざした。とく前高田市においては、岩手県保健福祉児童相談所、保健所、市町村保健センターなど、子ども虐待を取り巻く関係者した。



(2014年2月ワークショップ)した。国際ワークショップとして広げるに、岩手県陸部、県立病院、ター、NPO 80名が参加

これらのワークショップにおいては、活発な議論が行われた。医療機関(産科・小児科)保健、福祉の連携が必須(顔の見える関係づくり) 既存の母子保健サービスの最大限の活性化(母子健康手帳の配布時の面接、保健師の地区担当など) 要保護児童対策地域協議会(要対協)の認知度の向上(とくに、病産院へのより一層の浸透が必要) 全数把握の重要性(地域に出向くアウトリーチ・アプローチ) スマートフォンなどを使った情報提供の必要性((妊娠SOSの必要性、公的サービスに乗りにくい親へのアプローチなど)

ワークショップの成果などに基づき、連携協働する保健医療福祉サービスの基本的な姿勢をまとめた。連携のための教材よりも、自分の地域の持つ強みと資源を活用して活動しよう



とするときに、何かヒントになるものが欲しいというワークショップでの現場の声に沿う形で作成されたものである。保健医療福祉の連携をはじめ、いろんな場で活用していただければ幸いである。

【写真はいずれも「子ども虐待防止 セミナー&ワークショップ in 気仙」(陸前高田：2015年)のものである】

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）
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2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

大阪府内の二次・三次医療機関に、児童虐待の取り組みに関する調査を行い58.4%の回答があった。

外部機関との明確な連携窓口は54.5%に設置されており、小児科、産婦人科がある医療機関に多かった。児童虐待に関する委員会は17.5%に設置されており、小児科、産婦人科、精神科がある医療機関では2～3倍多く設置されていた。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が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28.4%にあり、小児科、産婦人科があるところでは約2倍多く策定されていた。児童虐待に関する研修は、13.1%のみに行なわれていた。

健やか親子21(2次)の指標である、児童虐待に対応する体制を整えている医療機関は、大阪府では31カ所(19.9%)であった。

取り組みは小児科、産婦人科のある医療機関ですすんでいたが、研修を行っているところは少なく、通告を促すためにもさらに児童虐待に関する委員会の設置やマニュアル策定を促進させ、虐待の判断や機関の役割等に関する啓発・研修が必要と考えられた。

A. 研究目的

子どもの虐待は、子どもの心身の健康に及ぼす影響が大きく予防と早期発見が重要である。医療機関はそのいずれにも関与することができる機関であるが、急増している児童相談所が対応した子ども虐待のうち、医療機関が把握した割合は増加せずむしろ微減している¹⁾(図1)。医療機関が把握した重大事例がマスコミで報道されることから、重篤な事例を発見する役割は一定程度果たしていると考えられるが、子どもの被害を未然に防ぐためには、軽度の虐待や疑い事例も通行することが重要である。特に、厚生労働省子ども虐待による死亡事例等の検証結果等の報告²⁾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、医療機関における予防的支援が重要になってきている。

平成27年に開始された国の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)」³⁾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。目標は、全ての二次・三次医療機関で外部機関との連携窓口明確化及び児童虐待に関する委員会、または児童虐待マニュアルまたは職員対象の児童

虐待に関する研修がある医療機関が 5 年後に 50%、10 年後に 100%にすることである。

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、大阪府における二次・三次救急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/qq27script/s/qq/fm27qrinsm_out.asp) から、大阪府内における二次救急医療機関、三次救急医療機関を抽出し、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。さらに回答のない医療機関に対して、督促を一回行った。

(倫理面への配慮)

個人情報は含まれず、倫理面への配慮は必要ない。

C . 研究結果

大阪府の二次医療機関 265 カ所、三次医療機関 15 カ所 (二次医療機関に三次医療機関併設 13 カ所、単独三次医療機関 2 カ所) のうち、二次医療機関 151 カ所 (57.0%)、三次医療機関 7 カ所 (53.8%) から回答があった。二次または三次医療機関 267 カ所では、回答は 156 カ所 (58.4%) であった。

健やか親子 21 (第 2 次) では、二次・三次医療機関医療機関が対象の指標であるので、二次または三次医療機関 156 カ所を母数として分析を行った。

診療標榜科は、小児科 61 カ所 (39.1%)、産婦人科 45 カ所 (28.8%)、精神科 28 カ所 (22.4%) であった。

1 . 外部機関との明確な連携窓口

外部機関との窓口を明確にしているのは 84 カ所 (54.5%) であった。医療機能別にみると、三次医療機関ではすべての医療機関が窓口を明確にしていた (図 2)。小児科標榜は 47 カ所 (77.0%)、産婦人科標榜は 36 カ所 (80.0%) と明確にしている医療機関が多かった。小児科や産婦人科は、保健・福祉機関だけではなく医療機関から患者が紹介されてくることから外部機関との連携窓口を明確にしていると考えられた。

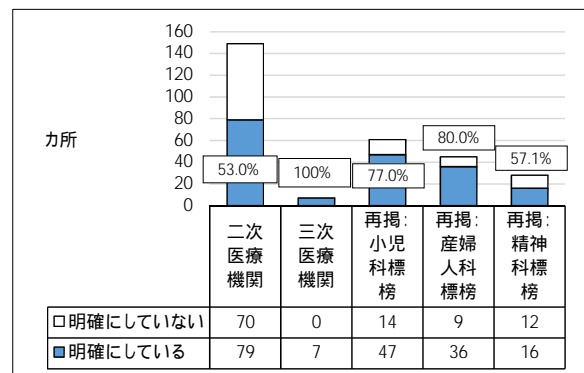


図 2 医療機能と外部機関との明確な連携窓口の有無

2 . 児童虐待に関する委員会について

(1) 設置状況

児童虐待に関する委員会を設置しているのは 27 カ所 (17.5%)、設置予定 1 カ所 (0.6%) で、8 割以上で設置がされていなかった。

大阪府には 8 カ所の 2 次医療圏があるが、医療圏によって設置率が 33.3% から 11.8% とばらつきがあった。医療機能の違いによるものか認識の違いによるものか、精査が必要と考えられた。

医療機能別にみると、三次医療機関はすべてに設置されており、小児科標榜 24 カ所 (40.0%)、産婦人科標榜 20 カ所 (45.5%)、精神科標榜では 9 カ所 (32.1%) であった (図 3)。子ども虐待は小児科や救急診療科が把握

することが多いと考えられるが、小児科標榜病院で6割に委員会が設置されていないことは課題と考えられた。

設置年の記入があったのは25カ所で、推移を図4に示す。2003年から報告があり2010年に4カ所、2012年6カ所と設置が進んだが、ここをピークとして設置がすすんでいないことがわかった。2010年は改正臓器移植法が施行され子ども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。2012年は、厚生労働省が児童虐待等による検証結果報告から、保健・福祉・医療機関による妊娠前から養育に支援が必要な家庭の把握と支援に関する通知を発出⁴⁾していることによる可能性がある。しかし、その後の設置状況は遅々とした歩みであり、設置をすすめる取り組み等が必要と考えられた。

委員長の職は、病院長4カ所(設置27カ所のうち14.8%)、副病院長9カ所(33.3%)、診療科部長8カ所(29.6%)、その他6カ所(22.2%)であった。診療科部長の診療科は小児外科や小児救急科を含む小児科がほとんどで、その他の職は、小児医療センター、整肢学園長、医療安全対策室長、総務課長、名誉院長であった。

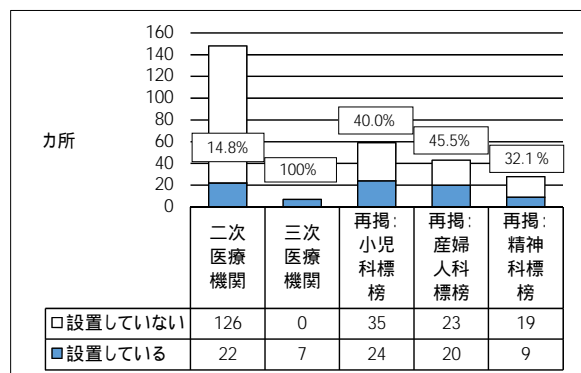


図3 医療機能と児童虐待に関する委員会設置の有無

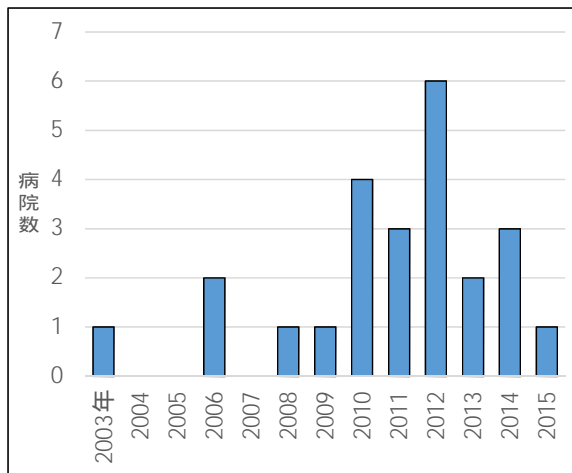


図4 児童虐待に関する委員会設置年

(2) 委員会の検討内容・活動内容

委員会のある27カ所のうち25カ所から回答があり、「虐待が疑われるケース」が24カ所(96.0%)、つぎに「他機関で虐待が判明した入院・外来ケース」が15カ所(60.0%)、「要養育支援情報提供が必要なケース」13カ所(52.0%)、特定妊婦(疑い含む)12カ所(48.0%)、「児童相談所から一時保護ケース委託」12カ所(48.0%)であった(図5)。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でも約半数の医療機関で検討さ

れていた。

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。26 力所から回答があり「病院の方針（通告等）を決める」25 力所（96.2%）がもっとも多く、「関係機関との連絡調整」24 力所（92.3%）、「虐待かどうかの判断」22 力所（84.6%）、「病院スタッフへの対応助言」21 力所（80.8%）、「虐待対応のための実働サポート」20 力所（76.9%）、「個別カンファレンス」20 力所（76.9%）、「院内スタッフへの虐待予防の研修」17 力所（65.4%）、「定例カンファレンス」12 力所（46.2%）、「院内スタッフへの虐待把握判断の研修」11 力所（42.3%）などであった（図 6）。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、関係機関との連絡調整、虐待かどうかの判断で、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。

3．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 44 力所（28.4%）が策定しており、108 力所（63.7%）になく、作成予定は 3 力所（1.3%）であった。

医療機能別にみると、三次医療機関はすべてにマニュアルがあり、小児科標榜 34 力所（55.7%）、産婦人科標榜 26 力所（57.8%）、

精神科標榜では 10 力所（37.0%）であった。小児科、産婦人科を標榜しているところで約 6 割にマニュアルがあった（図 7）。

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 30 力所（88.2%）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 22 力所（14.5%）にすぎなかった（図 8）。

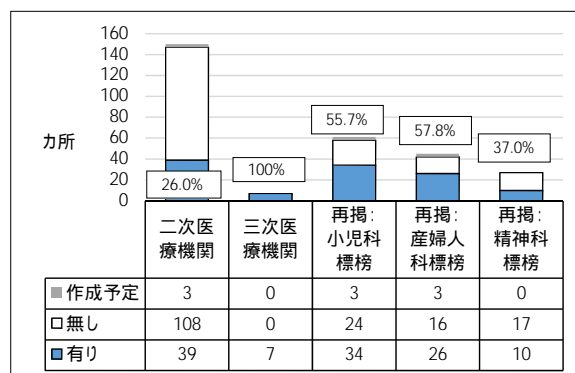


図 7 医療機能と児童虐待に関するマニュアルの有無

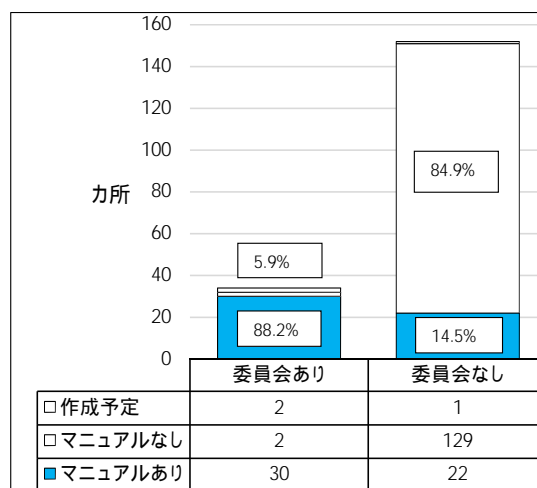


図 8 児童虐待に関する委員会設置と児童虐待に関するマニュアルの有無

4．児童虐待に関する研修について

児童虐待に関する研修実施は 20 力所（13.1%）と少なく、回数はほとんどが年 1 回であった。

医療機能別にみると、これまで三次医療機関

ではすべてに委員が設置されマニュアルがあったが、研修では2カ所(20.8%)のみの実施であった。小児科標榜16カ所(27.1%)、産婦人科標榜14カ所(31.8%)、精神科標榜では5カ所(20.8%)であった。児童虐待に関する委員会、児童虐待に関するマニュアルの策定状況に比べ、研修を行っているところは少なかった(図9)。

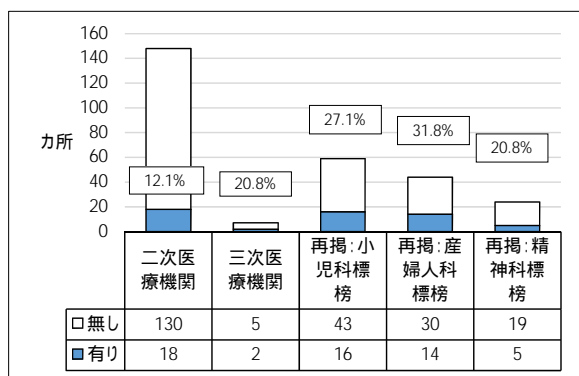


図9 医療機能と児童虐待に関する研修の有無

5. 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、39カ所(25.2%)であった。通告件数は35カ所から回答があり、1例が11カ所(31.4%)、2例が7カ所(20.0%)、3例が4カ所(11.4%)で、5例以上の通告を11カ所(31.4%)が行っていた。

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19カ所(73.1%)であったが、委員会がない医療機関では通告ありが19カ所(12.1%)と少なかった(図10)。

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25カ所(58.1%)であったが、マニュアルがない医療機関では12カ所(11.1%)と少なかった(図11)。

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20カ所では通告が15カ所(75.0%)あり、研修がない132カ所では通告が23カ所(17.4%)と少なかった(図12)。

通告を促すためには児童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策定、児童虐待に関する研修が必要であり、そのなかでも委員階設置と研修が有効と考えられた。

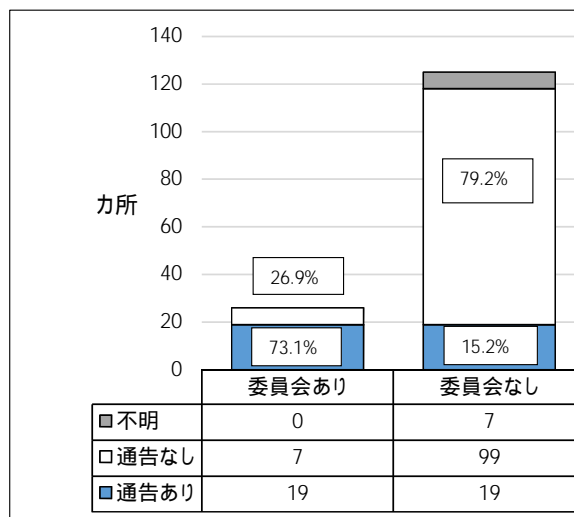


図10 児童虐待に関する委員会の設置と通告の有無

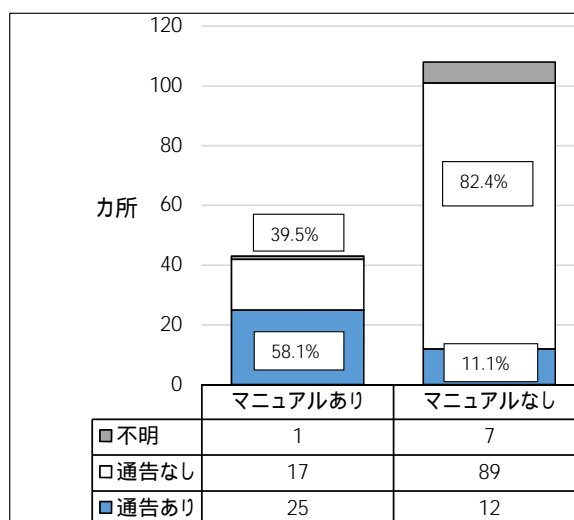


図11 児童虐待に関するマニュアルの有無と通告の有無

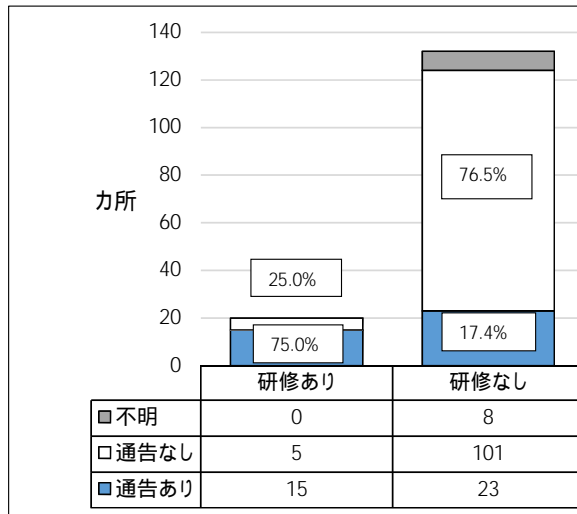


図 12 児童虐待に関する研修の有無と通告の有無

6 児童虐待に対応する体制を整えている医療機関

健やか親子 21(第2次)の本指標は、二次・三次医療機関で外部機関との連携窓口明確化及び児童虐待に関する委員会、または児童虐待マニュアルまたは職員対象の児童虐待に関する研修がある医療機関が、5年後に50%、10年後に100%となることである。

今回の調査では、外部機関との連携窓口を明確にして児童虐待に関する委員会を設置しているには20カ所、委員会がないがマニュアルを整備しているのが10カ所、委員会及びマニュアルがないが研修を行っているところは1カ所の合計31カ所であった。回答のあった156カ所で健やか親子21(第2次)の指標を満たしている医療機関は19.9%と算出された。

7 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、児童虐待に関する委員会が設置されている医療機関、設置さ

れていない医療機関の意見は以下のとおりである。

委員会がある医療機関では、医療機関の負担、連携先の窓口・連携先の課題、情報のフィードバックと共有、連携推進について記載されていた。

委員会がない医療機関では、自機関の取り組みの情報提供で小児科がない、精神科病院であることなどや、虐待の判断、連携先の窓口・連携先の課題、情報のフィードバックと共有、啓発・研修に関して記載されていた。

連携先の窓口・連携先の課題、情報のフィードバックと共有は委員会の設置にかかわらず課題とされており、保健・福祉機関が改善に取り組む必要がある。委員会が設置されている医療機関では、医療機関の負担、設置されていない医療機関では虐待の判断、啓発・研修に関して記載されており、子ども虐待への取り組みを充実強化するためには、医療報酬等での何らかのインセンティブや、虐待の判断や機関の役割・連携等に関する研修が必要と考えられた。

< 児童虐待に関する委員会が設置されている医療機関の意見 >

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

- 市町村においてシステム、部署の名称や役割が異なり連携がとりづらい
- フォローのための受け皿がない。予防のため

の受け皿がない。

- 重症事例となった場合、保護が決定しても入所（or 継続入院）先がない
- 担当する保健福祉課が各区、市町村により虐待防止に対する取り組みに温度差がある。特に妊娠期からの支援については連携が取りにくい自治体がある

情報のフィードバックと共有

- 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けないことがある
- 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
- 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

連携推進

- 今年度は近隣の児童相談所職員との勉強会を実施し、相互理解に努めることを始めた。今後も定期的に行う予定。地域においても多職種・他機関の連携が必須である
- 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部会対応が難しいことがある。○市は周産期部会を作っていたただけなので、話し合いがしやすくなった
- 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

< 児童虐待に関する委員会が設置されていない医療機関の意見 >

い医療機関の意見 >

取り組みの情報提供

- 小児科はないが、外科・整形外科診療で乳児～小児については外傷の発生状況・身体的異常に注意を払っている
- 小児を診療する機会が少ない
- 子どもは少ない
- 精神科単科病院で、精神疾患を抱える母親（父親）の子どもに対し養育問題か生育環境面で課題や問題面があり、児童相談所に相談ケースもある
- 精神科のため、どちらかというに加害者（親が発達障害や人格障害など）で、子どもとどうやって一緒に生活するか、本人（加害者）に養育能力があるのか、といった意見を求められることが多い

虐待の判断・通告先

- どのような症例で報告するの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
- 虐待かどうかの怪我の判断と、もし、親子さんと来院されている場合、関係機関に連絡するのが非常に難しいと考える（よほどの重症であれば別だが）

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
- 妊婦健診時に問題ケース発見が多く、保健センターに連絡をすることが多い。今年度より○市では、担当助産師に連絡連携をとっている。他市では保健センター担当者に連絡し連携を図っているが、対象者に対するアプローチに対して工夫をしていただければよい

- 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
- 虐待児(障がい)を受け入れたが、ソーシャルワークや家族状況の把握が不十分で、受け入れについて不安を感じた
- 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り、連携の妨げが生じている
- 児童虐待の際に行う保護入院に対しての明確な根拠(特に病院に対する法整備)が乏しいため、充実を願いたい

情報のフィードバックと共有

- 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。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欲しい
- 死亡事例(虐待事例)となった場合に病院までは情報が届かないことが多く、どのような視点が不足していたのか、何をしなくてはならなかったのかなどの振り返りができていない

啓発・研修

- 小児対応をしていないためマニュアルなどは不十分。児童相談所や電話番号などの周知をしてほしい
- (児童相談所等関係機関の)具体的な活動内容も知りたい
- 児童虐待やDVに関する研修を企画してほしい

D. 考察

大阪府の二次・三次救急病院に児童虐待に関する取り組みの調査を行った。外部機関との明確な連携窓口は54.5%に設置されており、小

児科、産婦人科がある医療機関に多かった。児童虐待に関する委員会は17.5%に設置されており、小児科、産婦人科、精神科がある医療機関では2~3倍多く設置されていた。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が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28.4%にあり、小児科、産婦人科があるところでは約2倍多く策定されていた。児童虐待に関する研修は、13.1%のみに行なわれていた。

これらから、健やか親子21(第2次)の外部機関との連携窓口明確化及び児童虐待に関する委員会、または児童虐待マニュアルまたは職員対象の児童虐待に関する研修がある医療機関は、19.8%と考えられた。

児童虐待の通告を平成26年度に行った医療機関は25.2%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、研修が必要であり、特に委員会設置は通告を促すことに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ることは、連携先の窓口・連携先の課題、情報のフィードバックが挙げられていたが、特に虐待に関する委員会が設置されている医療機関では、医療機関の負担、設置されていない医療機関では虐待の判断、啓発・研修に関することが挙げられていた。

E. 結論

健やか親子21(2次)の指標である、児童虐待に対応する体制を整えている医療機関は、大阪府では31カ所(19.9%)であった。

取り組みは小児科、産婦人科のある医療機関

ですすんでいたが、研修を行っているところは少なく、通告を促すためにもさらに児童虐待に関する委員会の設置やマニュアル策定を促進させ、虐待の判断や機関の役割等に関する啓発・研修が必要と考えられた。

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

1 . 論文発表

佐藤拓代:特定妊婦の概念とその実際 求められる対応とは。助産雑誌。69 (10); 804-807 2015

佐藤拓代、仁木敦子:late preterm 児の予後は?。日本医事新報。4780 ; 64-65 2015

佐藤拓代:母子保健における子ども虐待の予防。児童青年精神医学とその近接領域。56(4) ; 122-126 2015

佐藤拓代:母子保健から見た子ども虐待防止と小児科医の役割。日本小児科医会会報。50 ; 74-77 2015

佐藤拓代:低出生体重児への子育て支援。日本医師会雑誌。144 (3); 554-556 2015

佐藤拓代:保護者へのその後のサポート体制の構築 地域保健の立場から。外来小児科。18 (1); 52-56 2015

中野玲羅、佐藤拓代、磯博泰:妊婦健康診査における公費負担と母子保健衛生に関する地域相関研究 厚生の指標。62(6); 10-15 2015

2 . 学会発表

佐藤拓代:妊婦の健康と児に及ぼす影響。第118 回日本小児科学会学術集会 分野別シンポジウム。日本小児科学会雑誌。119

(2); 197 2015

佐藤拓代:母子保健から見た子ども虐待防止と小児科医の役割。第26 回小児科医会総会フォーラム in 大分 シンポジウム。2015

佐藤拓代:母子保健から見る貧困と子ども虐待。第25 回日本外来小児科学会年次集会教育講演。2015

佐藤拓代:保健・医療サービスの隙間に落ちる妊婦と特定妊婦への支援。第74 回日本公衆衛生学会総会シンポジウム。日本公衆衛生雑誌。62 (10); 92 2015

佐藤拓代:乳幼児健診の未受診者対策のあり方について。第74 回日本公衆衛生学会総会シンポジウム。日本公衆衛生雑誌。62(10); 119 2015

佐藤拓代、谷掛千里、本郷美由紀 他:大阪府内病院における児童虐待の取り組み~大阪府医療機関調査第1 報~。第74 回日本公衆衛生学会総会。日本公衆衛生雑誌。62 (10); 302 2015

仁木敦子、石井寛子、佐藤拓代 他:後期早産児 (Late Preterm 児) の特徴と母親の育児観~H 市のLP 児の調査から~。第74 回日本公衆衛生学会総会。日本公衆衛生雑誌。62 (10); P327 2015

毛受矩子、佐藤拓代、鏝溝和子 他:妊婦(両親) 教室参加者の妊娠期から出産・育児に関するニーズ調査。第74 回日本公衆衛生学会総会。日本公衆衛生雑誌。62 (10); 333 2015

佐藤拓代:妊娠期からの虐待予防 妊娠・出産包括支援事業と特定妊婦支援の目指すもの。第21 回日本子ども虐待防止学会教育講演。2015

佐藤拓代、中村安秀:大阪府医療機関における児童虐待対応 平成27 年調査第1 報。第21 回日本子ども虐待防止学会。2015

佐藤拓代、光田信明：思いがけない妊娠の相談窓口「にんしん SOS」に寄せられる緊急避妊相談。第 56 回日本母性衛生学会総会。母性衛生。56(3); 174 2015

佐藤拓代、毛受矩子：乳幼児健康診査未受診児対応の検討～自治体未受診児調査から～。第 62 回日本小児保健協会学術集会 2015

H．知的財産権の出願・登録状況

なし

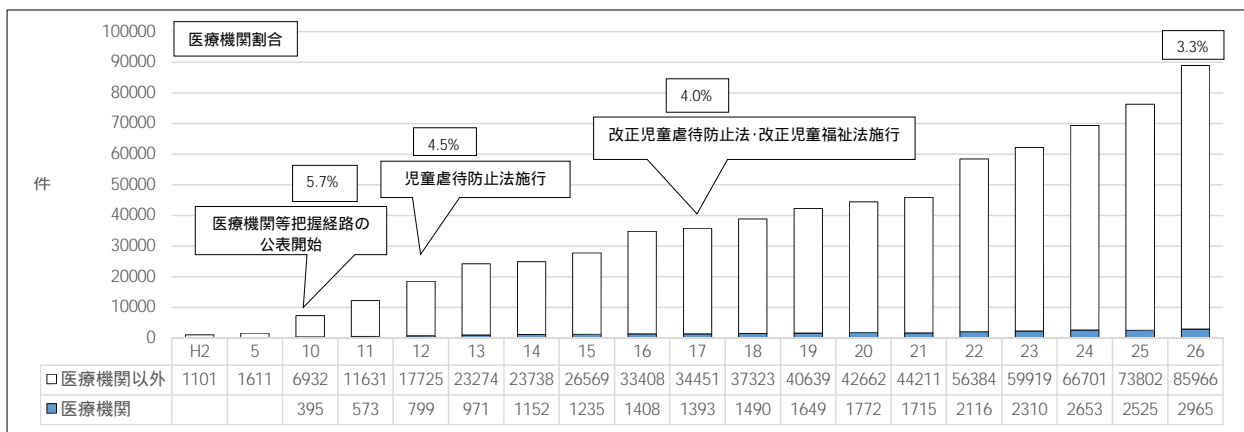
文献

1)厚生労働省福祉行政報告例

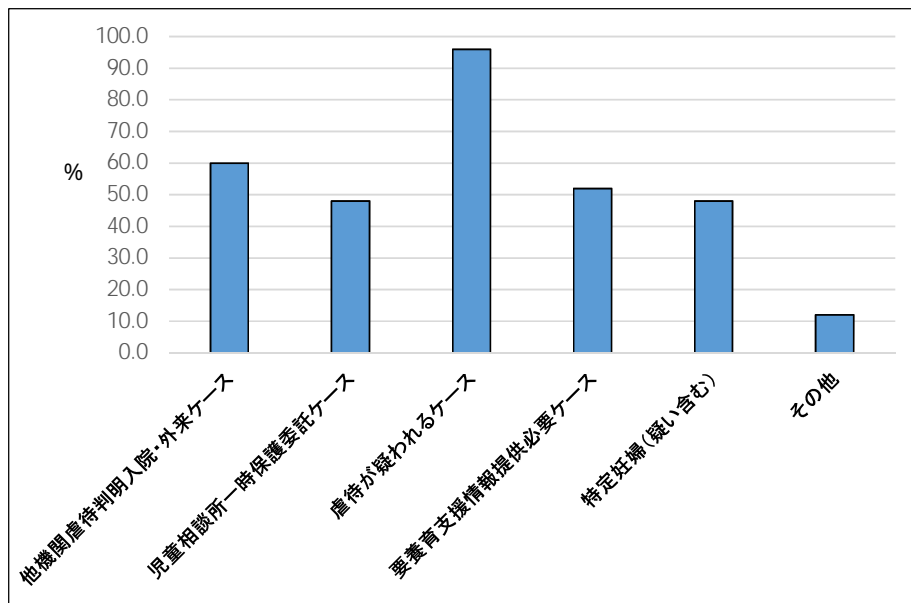
2) 厚生労働省社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会：「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」第1次～第10次報告

3) 厚生労働省：健やか親子21（第2次）
について

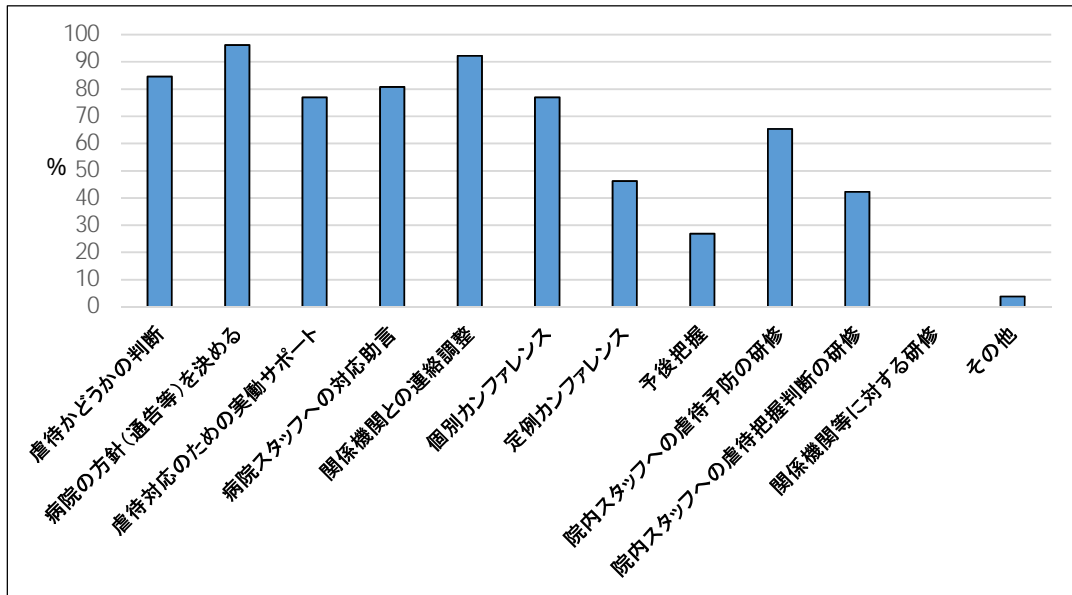
4) 平成24年11月30日雇児総発1130第2号・雇児母発1130第2号「児童虐待の防止等のための医療機関との連携強化に関する留意事項について」



< 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 4 > 児童虐待に関する委員会の検討内容（複数回答）



< 図5 > 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）

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

周産期メンタルヘルスケア推進に関するアンケート調査

浅川 恭行

【背景】日本産婦人科医会は平成26年度より、「妊産婦のメンタルヘルスケア体制の構築をめざして」として会員各位の産科医療提供施設におけるメンタルヘルスケア向上を推進し児童虐待予備軍の減少と虐待の問題点の社会的周知を図る活動をしている。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）より死亡した子どもの年齢は、低年齢に集中、特にゼロ歳児が多く、0歳児の死亡は240/546例（44%）であった。加害者（0日・0か月児死亡事例）は、実母が91%を占め、19歳以下の若年者と30歳～39歳に多かった。実母の状況（0日児死亡事例）を見てみると望まない妊娠が70%を超え、次いで若年出産経験あり、経済的問題ありが続いていた。0日以降の0か月では、精神的な問題が増加傾向であった。実母が精神疾患を有する場合、心中による虐待死は実母の年令と共に高くなっている。

【目的】その為、産科医療施設では、妊婦さんのメンタルヘルスケアにも従来以上に配慮した妊婦健診を提供し、妊娠等で悩める妊産褥婦を一人でも多く救うため、チェックリスト等で情報収集し適切に対応することが必要であり、周産期メンタルヘルスケア推進に関するアンケート調査を行った。

【対象と方法】調査対象は以下の通りである。（1）日本産婦人科医会会員が属する医療機関、（2）その他の産婦人科病院および診療所である。

なお、本調査は、公益社団法人日本産婦人科医会の協力のもとに行った。

【結果と考察】

要支援妊婦が有る産科医療機関（病院+診療所）は、全国で56.8%であり、北海道から九州までの7ブロック間でもほぼ同様の傾向であった。要支援妊婦発見の時期を妊娠期、分娩・産褥期、新生児期に分けるとその施設数は徐々に減少していた。また、これら要支援妊婦の管理は70%以上の施設で自院管理がされていた。要対協へ参加している病院と診療所では、それぞれ93.8%（76/81）、68.6%（70/102）が要支援妊婦を見だし、診療所で有意に低かった。

この結果より、産科医療機関でのメンタルヘルスケアに関する認知及び実効性が低く、今後の産科医療機関が重要な取り組みになっていくと考えられた。

目次

1. 背景と目的	28
2. 対象と方法	29
2.1. 調査対象	29
2.2. 調査期間	29
2.3. 送付状	30
2.4. アンケート調査票	32
3. 結果	33
3.1. 病院と診療所を合わせた結果	33
3.2. 病院に限定した結果	42
3.3. 診療所に限定した結果	51
4. 考察とまとめ	59

1. 背景と目的

日本産婦人科医会は平成26年度より、「妊産婦のメンタルヘルスケア体制の構築をめざして」として会員各位の産科医療提供施設におけるメンタルヘルスケア向上を推進し児童虐待予備軍の減少と虐待の問題点の社会的周知を図る活動をしている。

これらの事業の主体は臨床現場の産婦人科医でありますことは言うまでもないことですが、全国的にこの事業の推進が認められているとは言えません。また、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）より死亡した子どもの年齢は、低年齢に集中、特にゼロ歳児が多く、0歳児の死亡は240/546例（44%）であった。加害者（0日・0か月児死亡事例）は、実母が91%を占め、19歳以下の若年者と30歳～39歳に多かった。実母の状況（0日児死亡事例）を見てみると望まない妊娠が70%を超え、次いで若年出産経験あり、経済的問題ありが続いていた。0日以降の0か月では、精神的な問題が増加傾向であった。実母が精神疾患を有する場合、心中による虐待死は実母の年令と共に高くなっている。その為、産科医療施設では、妊婦さんのメンタルヘルスケアにも従来以上に配慮した

妊婦健診を提供し、妊娠等で悩める妊産褥婦を一人でも多く救うため、チェックリスト等で情報収集し適切に対応することが必要である。その為、今回の周産期メンタルヘルスケア推進に関するアンケート調査を行った。

2. 対象と方法

2.1. 調査対象

調査対象は以下の通りである。

- (1) 日本産婦人科医会会員が属する医療機関
- (2) その他の産婦人科病院および診療所

2.2. 調査期間

調査期間は以下の通りである。

- (1) 調査票発送日：平成 27 年 1 月 5 日
- (2) 調査票提出期限：平成 27 年 1 月 30 日

2.3. 送付状

平成27年1月5日

会員各位

公益社団法人日本産婦人科医会
会 長 木下勝之

周産期メンタルヘルスケア推進に関するアンケート調査のお願い

拝啓 晩秋の候、ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

公益社団法人日本産婦人科医会が行う「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業」等の推進にご理解・ご協力いただき感謝申し上げます。

さて、この事業は平成26年度より、「妊産婦のメンタルヘルスケア体制の構築をめざして」として会員各位の産科医療提供施設におけるメンタルヘルスケア向上を推進し児童虐待予備軍の減少と虐待の問題点の社会的周知を図る活動をしております。

これらの事業の主体は臨床現場の会員各位でありますことは言うまでもないことですが、全国的にこの事業の推進が認められているとは言えません。そこで今回全国的平準化を求めて全国規模の会議“母と子のメンタルヘルスフォーラム”を平成27年7月5日（日）東京都において開催することにいたしました。この会議を実り多いものにするためには、皆様方のご協力等が必須でございます。何卒ご理解いただき、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

そこで貴殿の施設の状況をお教えいただきたく情報提供していただくことにいたしました。誠に恐縮ですが別紙アンケート調査票ご記入いただき、**1月30日（金）までにFAXにてご回答**の程よろしくお願いいたします。

なお、本調査は、厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）「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」（子ども虐待防止研究班）の一部として実施するものです。

敬具

平成27年1月5日

産婦人科責任者 殿

公益社団法人日本産婦人科医会
会 長 木下勝之

周産期メンタルヘルスケア推進に関するアンケート調査のお願い

拝啓 晩秋の候、ますます御清栄のこととお慶び申し上げます。

公益社団法人日本産婦人科医会が行う「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業」等の推進にご理解・ご協力いただき感謝申し上げます。

さて、この事業は平成26年度より、「妊産婦のメンタルヘルスケア体制の構築をめざして」として会員各位の産科医療提供施設におけるメンタルヘルスケア向上を推進し児童虐待予備軍の減少と虐待の問題点の社会的周知を図る活動をしております。

これらの事業の主体は臨床現場の会員各位でありますことは言うまでもないことですが、全国的にこの事業の推進が認められているとは言えません。そこで今回全国的平準化を求めて全国規模の会議“母と子のメンタルヘルスフォーラム”を平成27年7月5日（日）東京都において開催することにいたしました。この会議を実り多いものにするためには、皆様方のご協力等が必須でございます。何卒ご理解いただき、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

そこで貴殿の施設の状況をお教えいただきたく情報提供していただくことにいたしました。誠に恐縮ですが別紙アンケート調査票ご記入いただき、**1月30日（金）までにFAXにてご回答**の程よろしくお願いいたします。

なお、本調査は、厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）「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」（子ども虐待防止研究班）の一部として実施するものです。

敬具

2.4. アンケート調査票

“母と子のメンタルヘルスフォーラム”開催のための事前アンケート調査票

都道府県名 _____

以下の問いにお答えください。

(1) 「子どもを守る地域ネットワーク(要保護児童対策地域協議会)」に参加されていますか。

(参加している ・ 参加していない ・ 要対協を知らない)

(2) 本会発刊の「妊娠等について悩まれている方のための相談援助事業連携マニュアル」を利用していただいていますか

(利用している ・ 利用していない ・ マニュアルを知らない)

(3) 昨今の産科診療においてメンタルヘルスケアの重要性が再認識されておりますが、貴施設におけるメンタルヘルスケアにおいて支援が必要と判断された妊婦さんが過去1年間にいましたか。

(いない ・ いた [] 人)

(4) 上記(3)で支援が必要であった妊婦さんの状況を下記時期に分けてお教えてください(過去1年間)。

① 妊娠期の支援例

[] 人 (自院で管理 ・ 他院で管理)

② 分娩・産褥期(入院時)の支援例

[] 人 (自院で管理 ・ 他院で管理)

③ 新生児期(退院後一か月程度まで)の支援例

[] 人 (自院で管理 ・ 他院で管理)

④ 子どもを守る地域ネットワークに繋がった支援例

[] 人

ありがとうございました。

FAX 送信先 03-3269-4730または03-3269-4768

公益社団法人日本産婦人科医会事務局 (担当 柳沢、水谷)

3. 結果

アンケート調査票の集計結果を以下の3つの対象集団について示す。

1. 病院と診療所を合わせた集団 (N=1,263)
2. 病院に限定した集団 (N=487)
3. 診療所に限定した集団 (N=776)

3.1. 病院と診療所を合わせた結果

病院と診療所を合わせた結果 (N=1,263) を以下に示す。

地域ネットワークへの参加の有無に関する集計結果を図 1-1 (都道府県別) および図 1-2 (ブロック別) に示す。全国で回答のあった 1,263 の医療機関のうち、地域ネットワークへ参加している医療機関は 183 (14.5%) であった。一方、参加していない、または、要対協を知らない医療機関はそれぞれ、687 (54.4%)、393 (31.1%) であった。

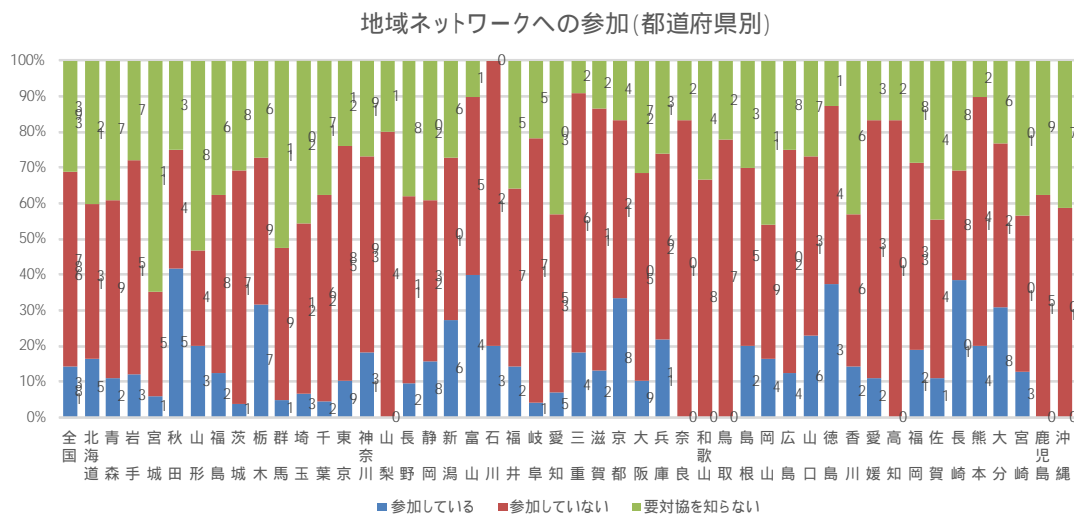


図 1-1. 地域ネットワークへの参加 (都道府県別)【病院 + 診療所】

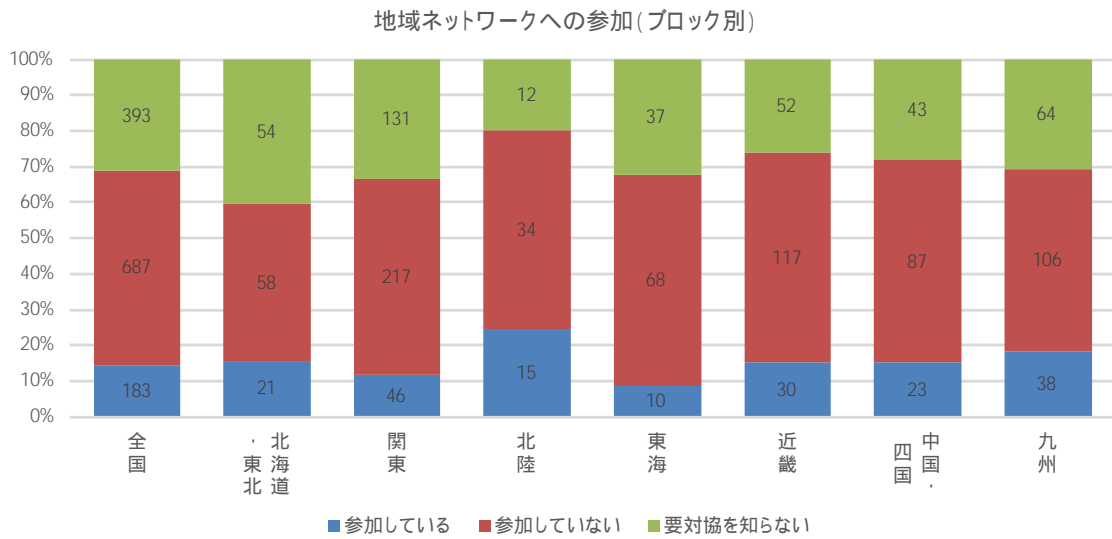


図 1-2. 地域ネットワークへの参加(ブロック別)【病院+診療所】

マニュアル利用の有無に関する集計結果を図 1-3（都道府県別）および図 1-4（ブロック別）に示す。全国で回答のあった 1,263 の医療機関のうち、マニュアルを利用している医療機関は 300（23.8%）であった。一方、利用していない、または、マニュアルを知らない医療機関はそれぞれ、601（47.6%）、362（28.7%）であった。

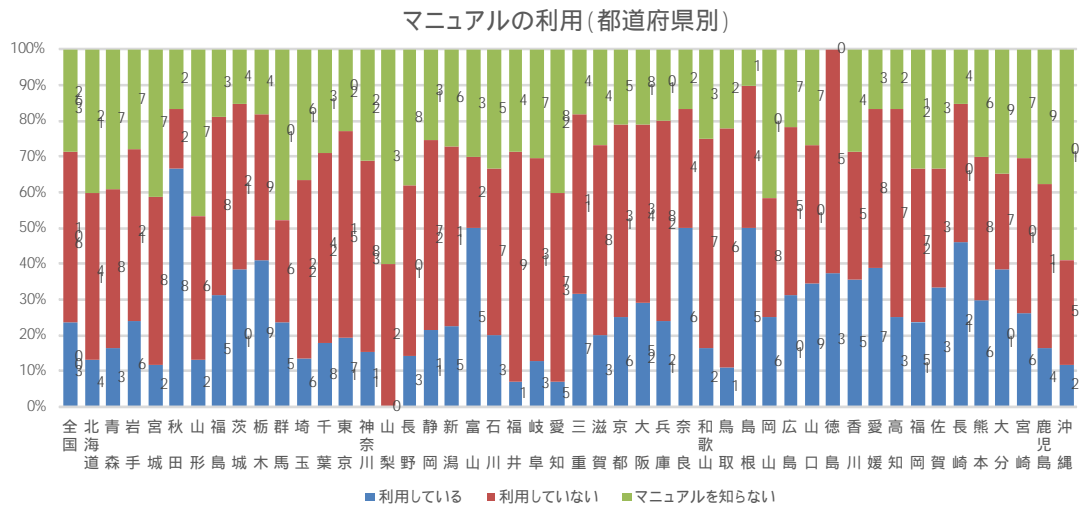


図 1-3. マニュアルの利用（都道府県別）【病院 + 診療所】

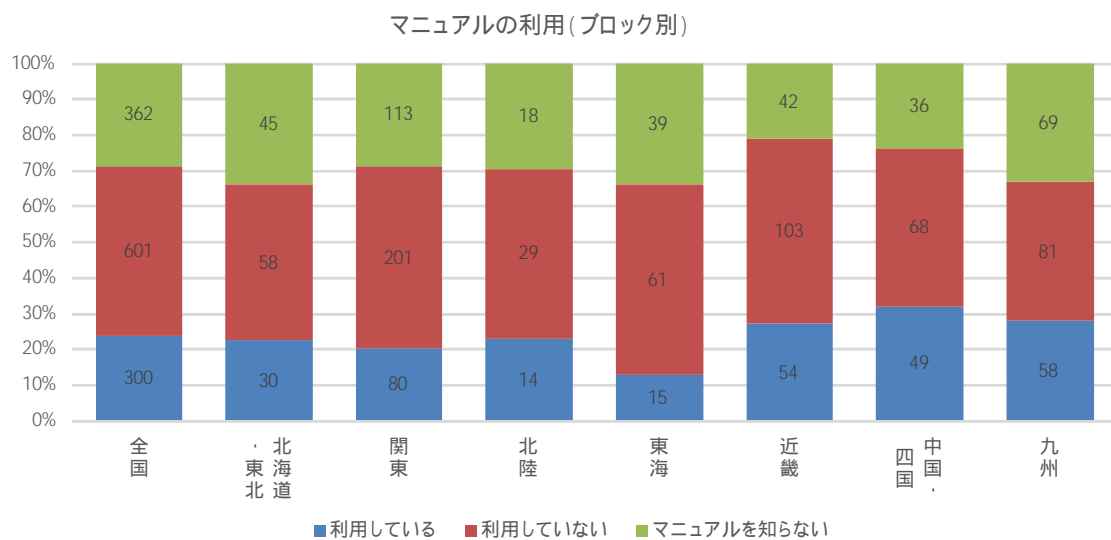


図 1-4. マニュアルの利用（ブロック別）【病院 + 診療所】

要支援妊婦の有無に関する集計結果を図1-5（都道府県別）および図1-6（ブロック別）に示す。全国1,263の医療機関のうち、要支援妊婦がない医療機関は543（43.0%）、いた医療機関は717（56.8%）であった。3つの医療機関は記載がなかった。

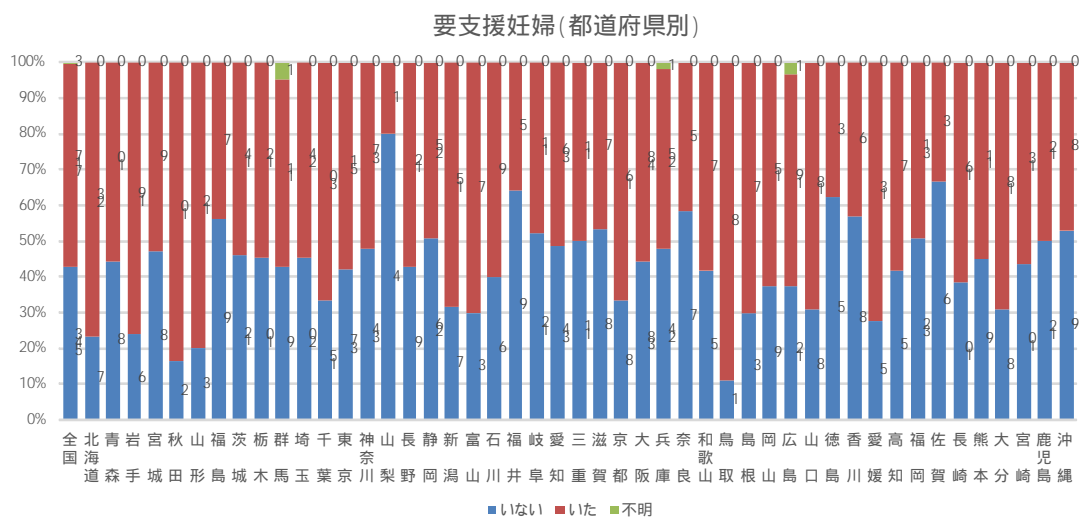


図1-5. 要支援妊婦（都道府県別）【病院＋診療所】

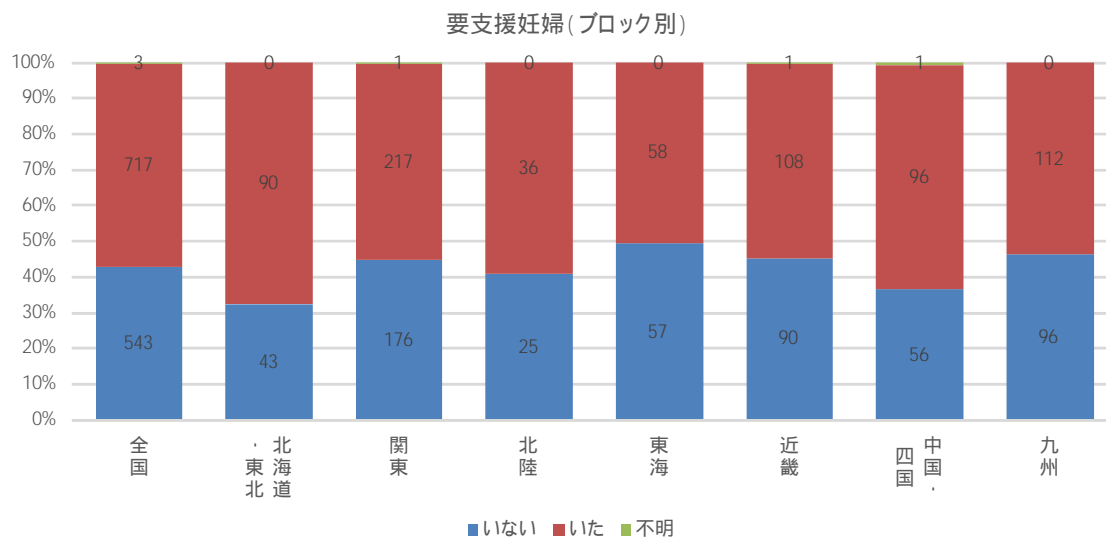


図1-6. 要支援妊婦（ブロック別）【病院＋診療所】

妊娠期の要支援妊婦の有無に関する集計結果を図 1-7（都道府県別）および図 1-8（ブロック別）に示す。全国 1,263 の医療機関のうち、妊娠期の要支援妊婦がない医療機関は 714（56.5%）、いた医療機関は 549（43.5%）であった。そのうち、自院のみで管理した医療機関は 406、自院と他院で管理した医療機関は 57、他院のみで管理した医療機関は 86 であった。

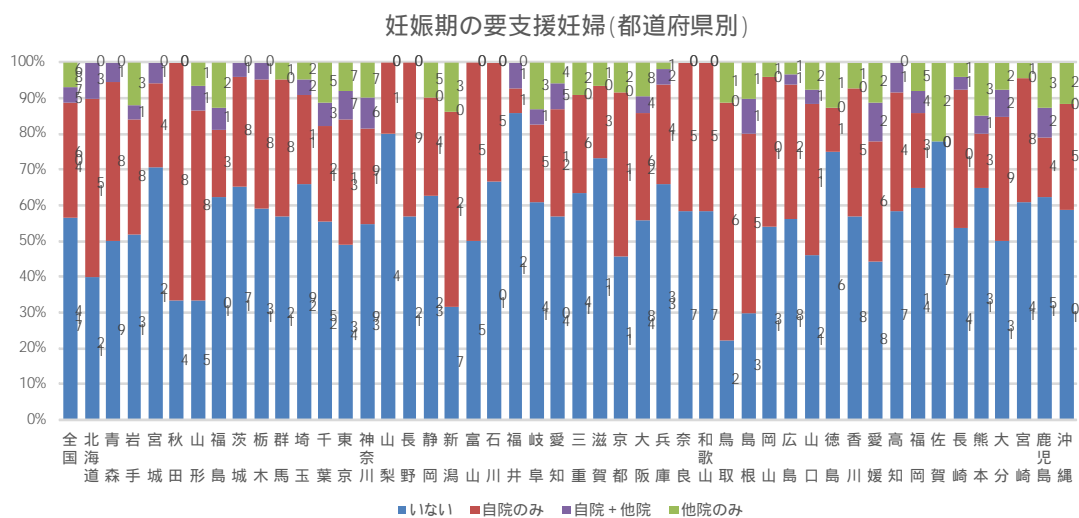


図 1-7. 妊娠期の要支援妊婦（都道府県別）【病院 + 診療所】

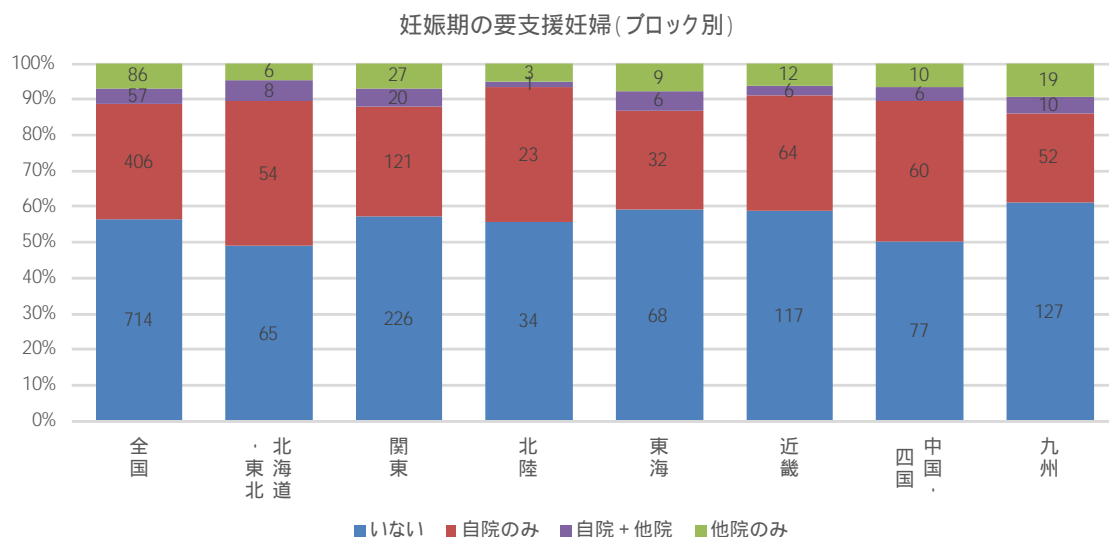


図 1-8. 妊娠期の要支援妊婦（ブロック別）【病院 + 診療所】

分娩・産褥期（入院期）の要支援妊婦の有無に関する集計結果を図1-9（都道府県別）および図1-10（ブロック別）に示す。全国1,263の医療機関のうち、分娩・産褥期（入院期）の要支援妊婦がいない医療機関は741（58.7%）、いた医療機関は522（41.3%）であった。そのうち、自院のみで管理した医療機関は434、自院と他院で管理した医療機関は35、他院のみで管理した医療機関は53であった。

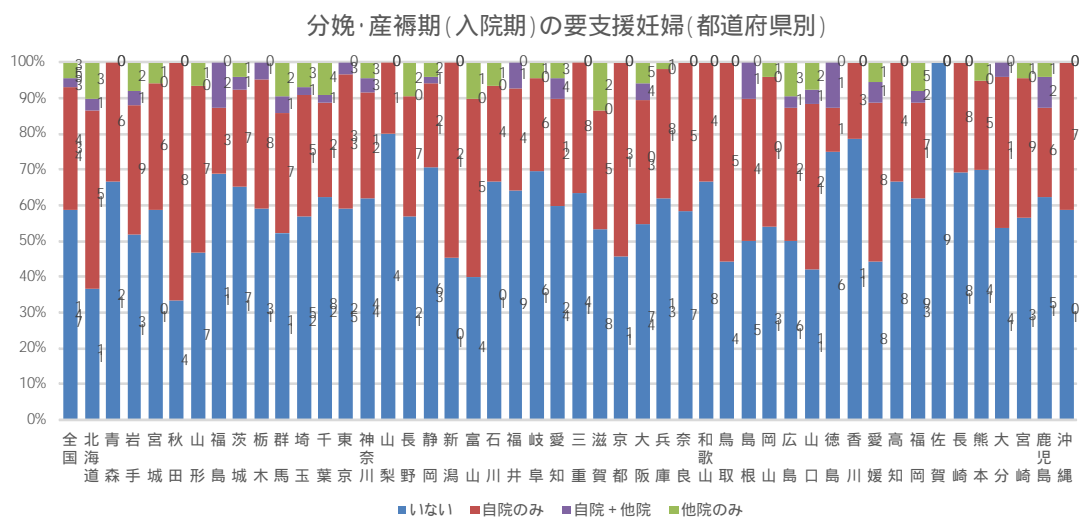


図1-9. 分娩・産褥期（入院期）の要支援妊婦（都道府県別）【病院+診療所】

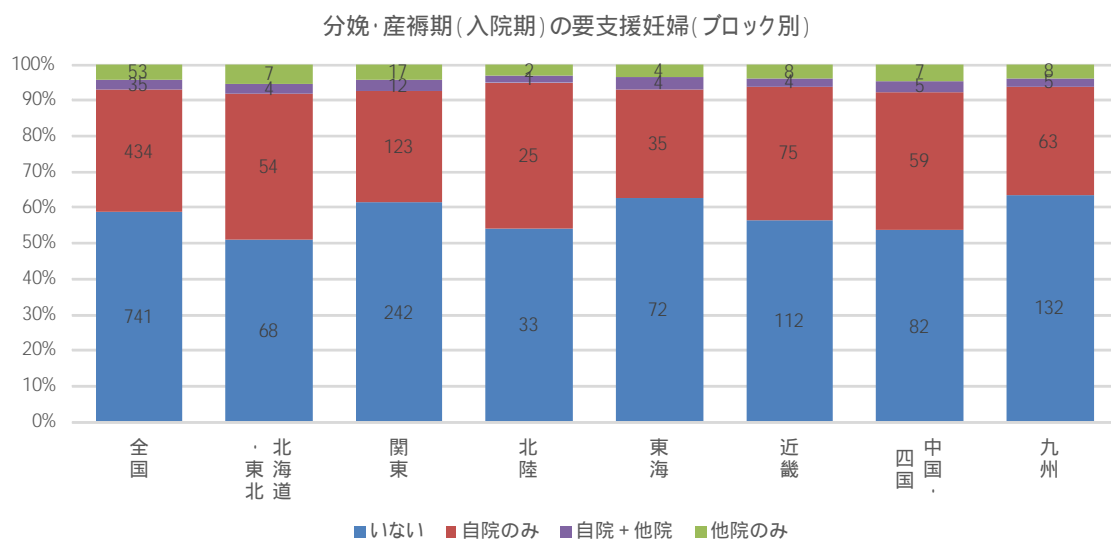


図1-10. 分娩・産褥期（入院期）の要支援妊婦（都道府県別）【病院+診療所】

新生児期の要支援妊婦の有無に関する集計結果を図 1-11(都道府県別)および図 1-12(ブロック別)に示す。全国 1,263 の医療機関のうち、分娩・産褥期(入院期)の要支援妊婦がいない医療機関は 800 (63.3%)、いた医療機関は 463 (36.7%)であった。そのうち、自院のみで管理した医療機関は 359、自院と他院で管理した医療機関は 37、他院のみで管理した医療機関は 67 であった。

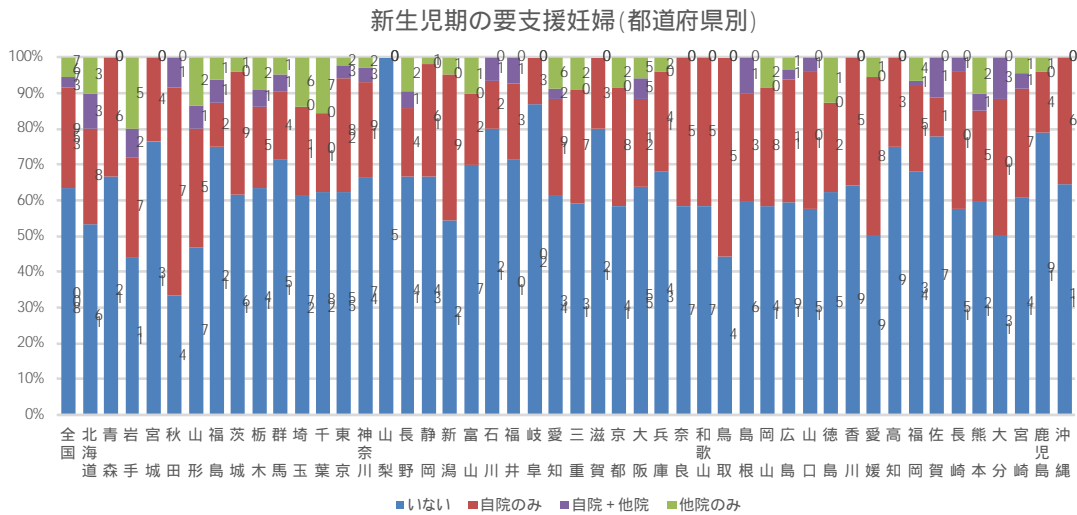


図 1-11. 新生児期の要支援妊婦(都道府県別)【病院+診療所】

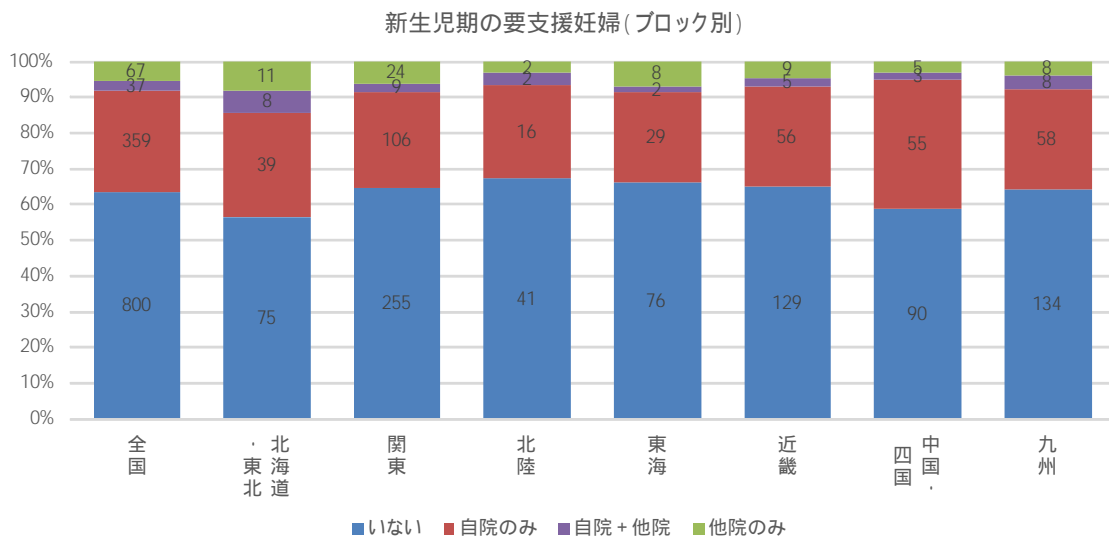


図 1-12. 新生児期の要支援妊婦(都道府県別)【病院+診療所】

地域ネットワークへの参加と要支援妊婦の有無に関するクロス集計結果を図 1-13 に示す。地域ネットワークに参加している医療機関と比較して、参加していない、または、要対協を知らない医療機関において要支援妊婦がいない割合が高く、有意差として検出された (Fisher 正確検定 $P < 0.001$)。

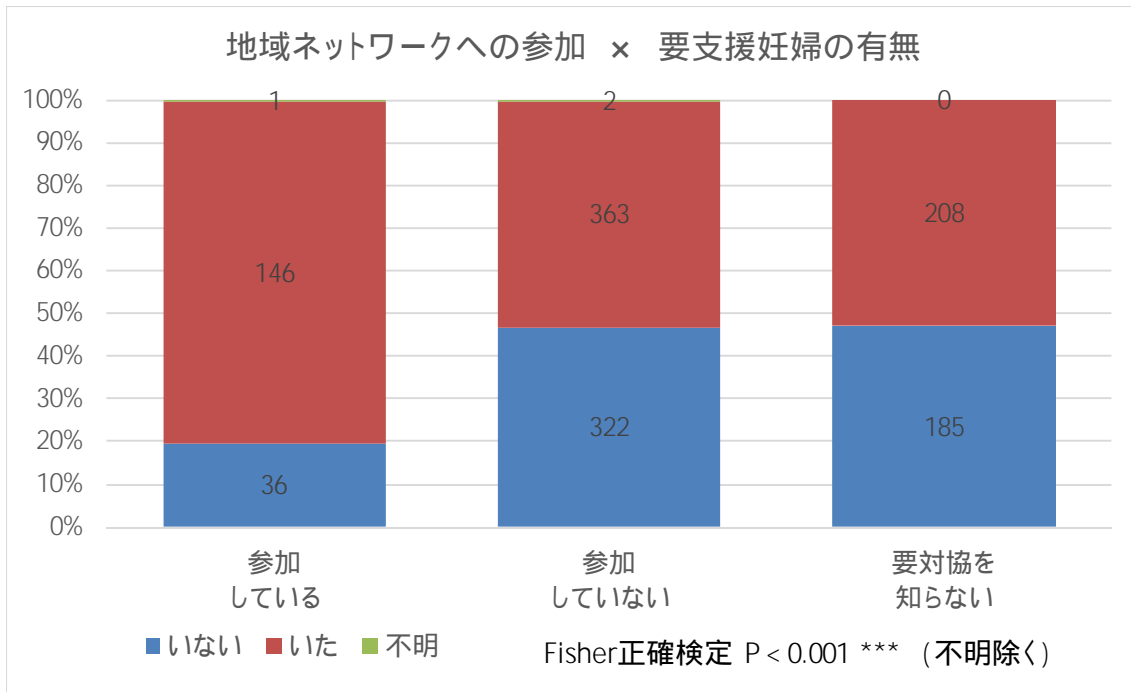


図 1-13. 地域ネットワークへの参加 × 要支援妊婦の有無【病院 + 診療所】

マニュアルの利用と要支援妊婦の有無に関するクロス集計結果を図 1-14 に示す。マニュアルを利用している医療機関と比較して、利用していない、または、マニュアルを知らない医療機関において要支援妊婦がいない割合が高く、有意差として検出された (Fisher 正確検定 $P < 0.001$)。

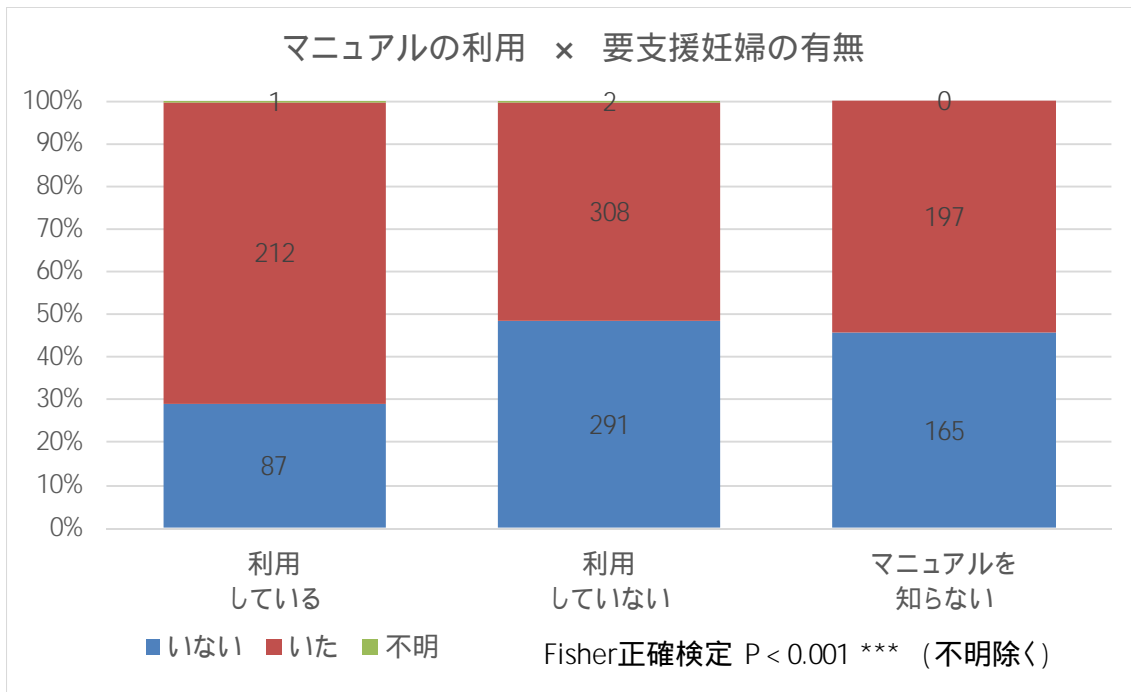


図 1-14. マニュアルの利用 × 要支援妊婦の有無【病院 + 診療所】

3.2. 病院に限定した結果

病院に限定した結果（N=487）を以下に示す。

地域ネットワークへの参加の有無に関する集計結果を図 2-1（都道府県別）および図 2-2（ブロック別）に示す。全国で回答のあった 487 の病院のうち、地域ネットワークへ参加している病院は 81（16.6%）であった。一方、参加していない、または、要対協を知らない病院はそれぞれ、252（51.7%）、154（31.6%）であった。

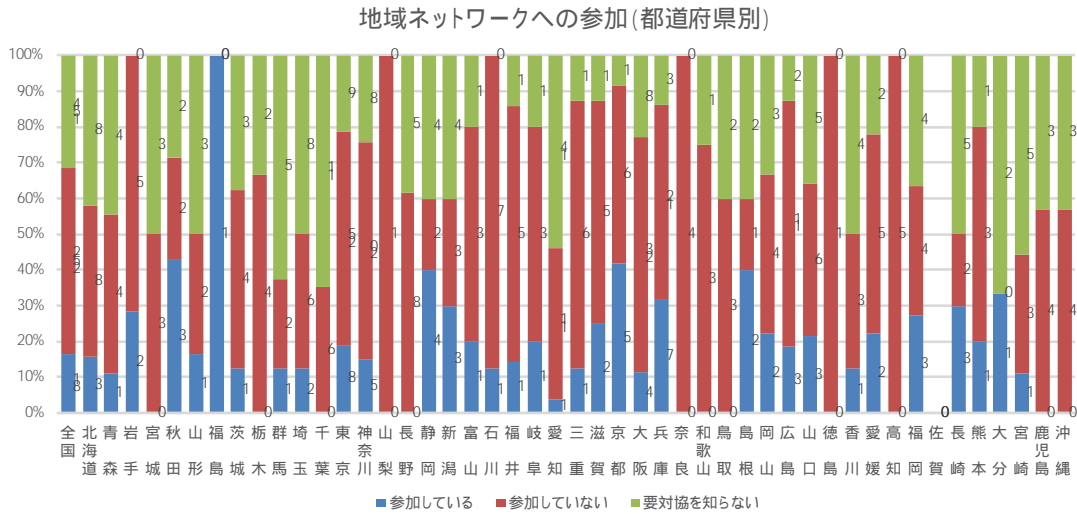


図 2-1. 地域ネットワークへの参加（都道府県別）【病院限定】

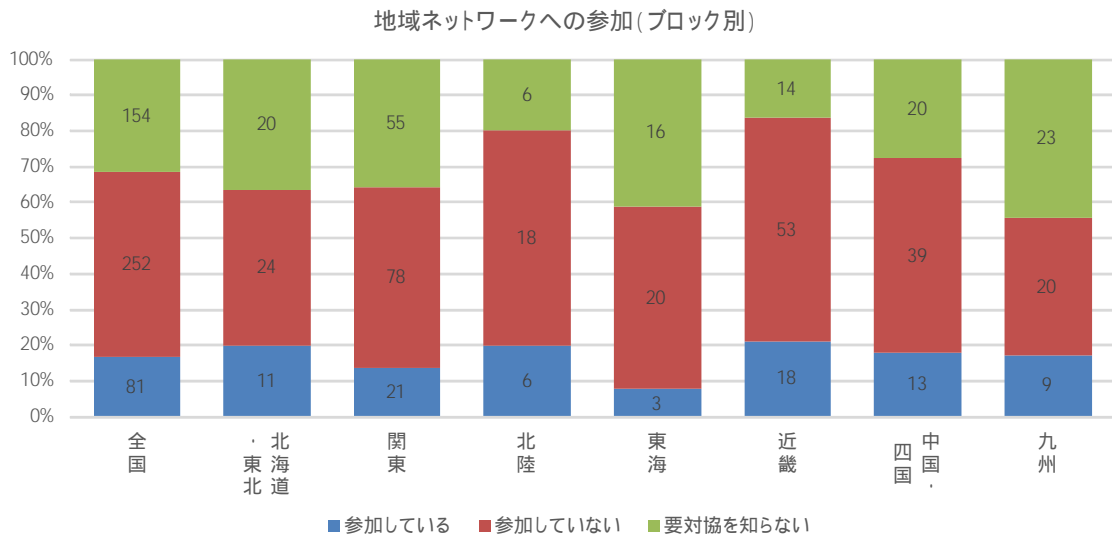


図 2-2. 地域ネットワークへの参加(ブロック別)【病院限定】

マニュアル利用の有無に関する集計結果を図 2-3（都道府県別）および図 2-4（ブロック別）に示す。全国で回答のあった 487 の病院のうち、マニュアルを利用している病院は 109（22.4%）であった。一方、利用していない、または、マニュアルを知らない病院はそれぞれ、226（46.4%）、152（31.2%）であった。

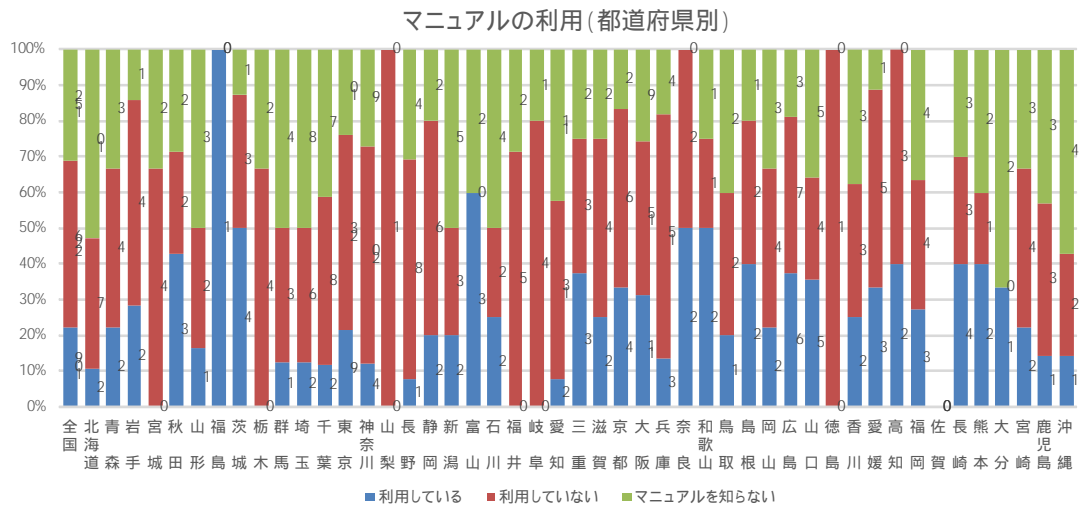


図 2-3. マニュアルの利用（都道府県別）【病院限定】

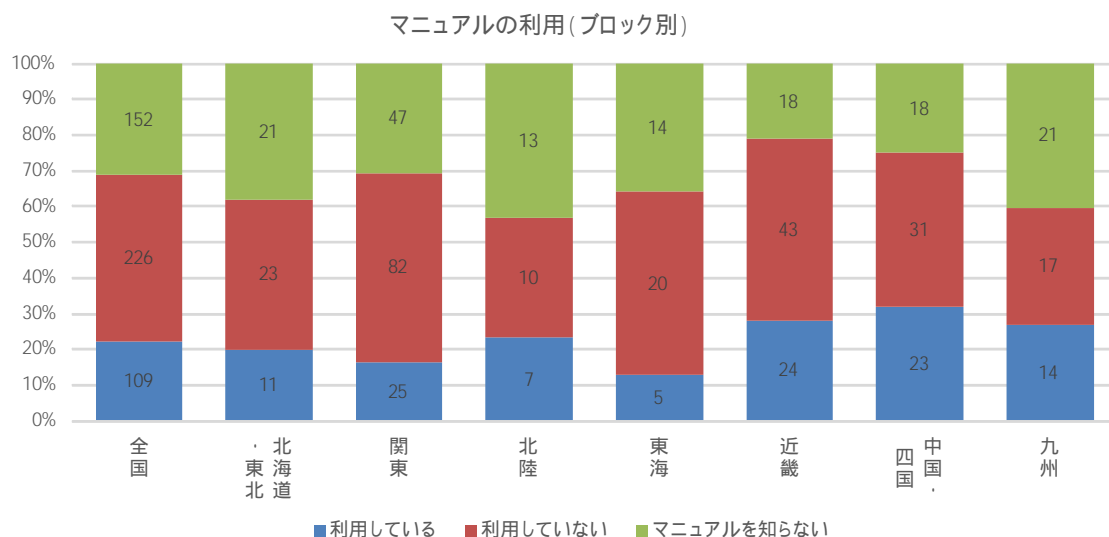


図 2-4. マニュアルの利用（ブロック別）【病院限定】

要支援妊婦の有無に関する集計結果を図 2-5（都道府県別）および図 2-6（ブロック別）に示す。全国 487 の病院のうち、要支援妊婦がない病院は 114（23.4%）、いた病院は 372（76.4%）であった。1 つの医療機関は記載がなかった。

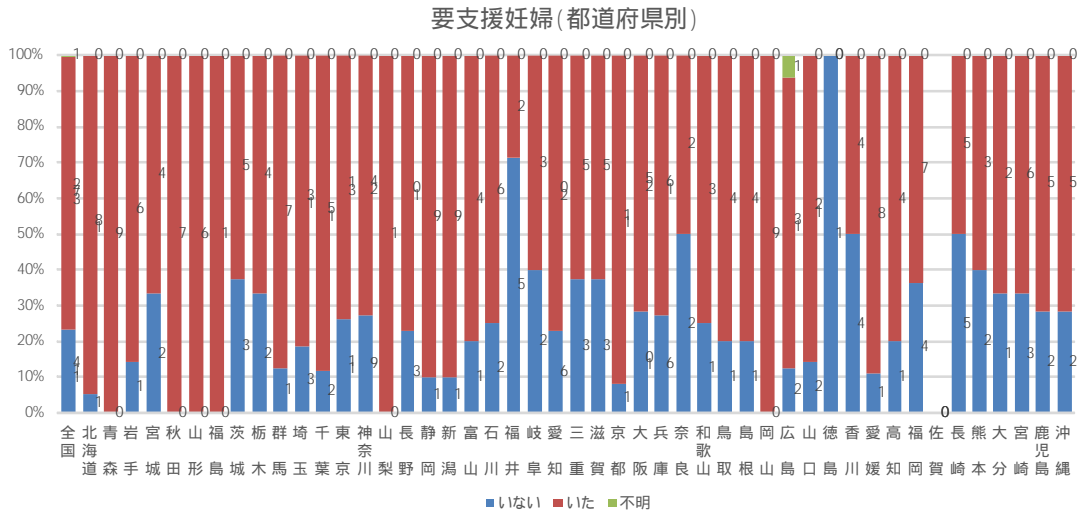


図 2-5. 要支援妊婦（都道府県別）【病院限定】

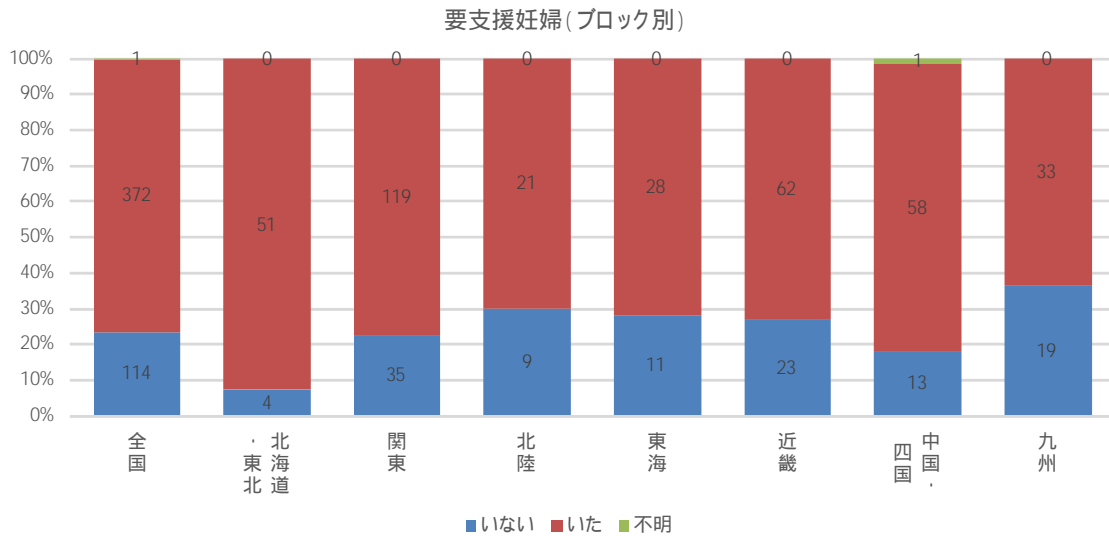


図 2-6. 要支援妊婦（ブロック別）【病院限定】

妊娠期の要支援妊婦の有無に関する集計結果を図 2-7 (都道府県別) および図 2-8 (ブロック別) に示す。全国 487 の病院のうち、妊娠期の要支援妊婦がない病院は 179 (36.8%)、いた病院は 308 (63.2%) であった。そのうち、自院のみで管理した病院は 250、自院と他院で管理した病院は 35、他院のみで管理した病院は 23 であった。

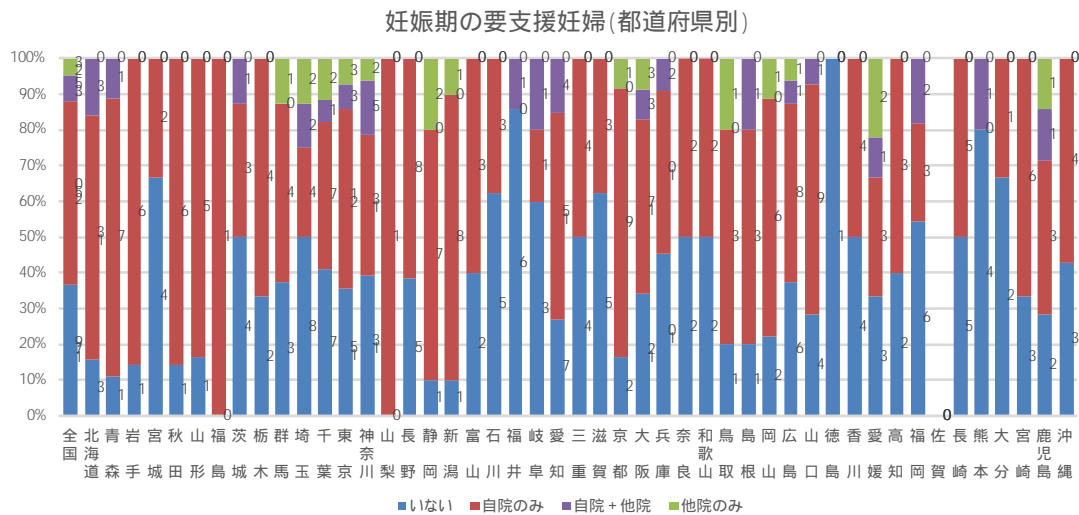


図 2-7. 妊娠期の要支援妊婦 (都道府県別)【病院限定】

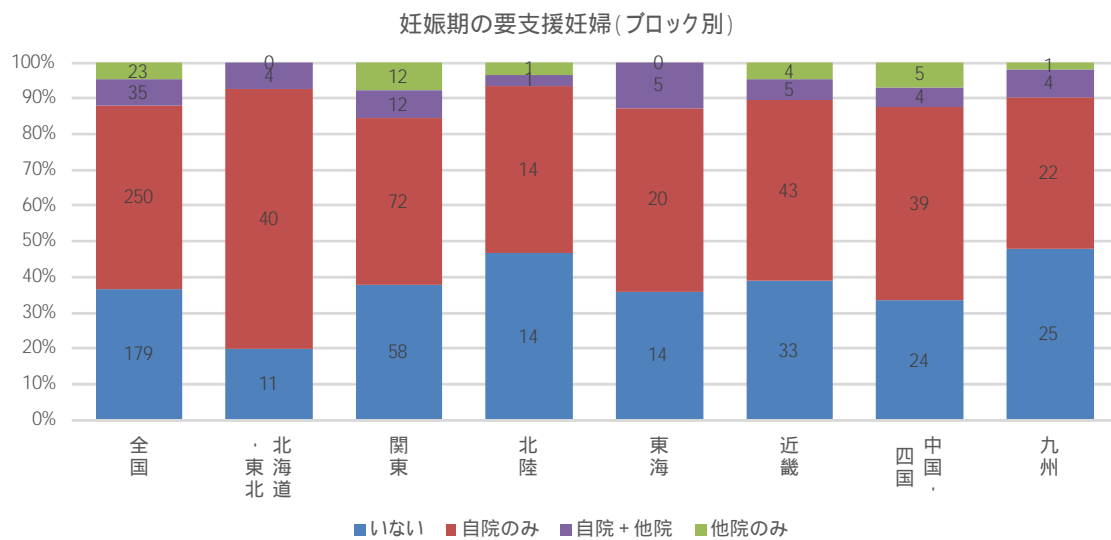


図 2-8. 妊娠期の要支援妊婦 (ブロック別)【病院限定】

分娩・産褥期（入院期）の要支援妊婦の有無に関する集計結果を図 2-9（都道府県別）および図 2-10（ブロック別）に示す。全国 487 の病院のうち、分娩・産褥期（入院期）の要支援妊婦がいない病院は 188（38.6%）、いた病院は 299（61.4%）であった。そのうち、自院のみで管理した病院は 259、自院と他院で管理した病院は 16、他院のみで管理した病院は 24 であった。

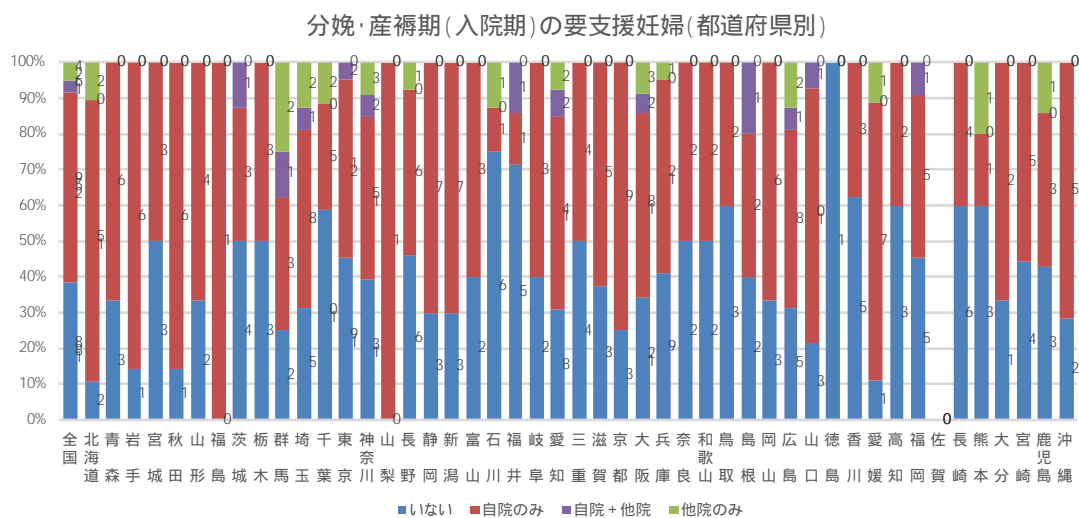


図 2-9. 分娩・産褥期（入院期）の要支援妊婦（都道府県別）【病院限定】

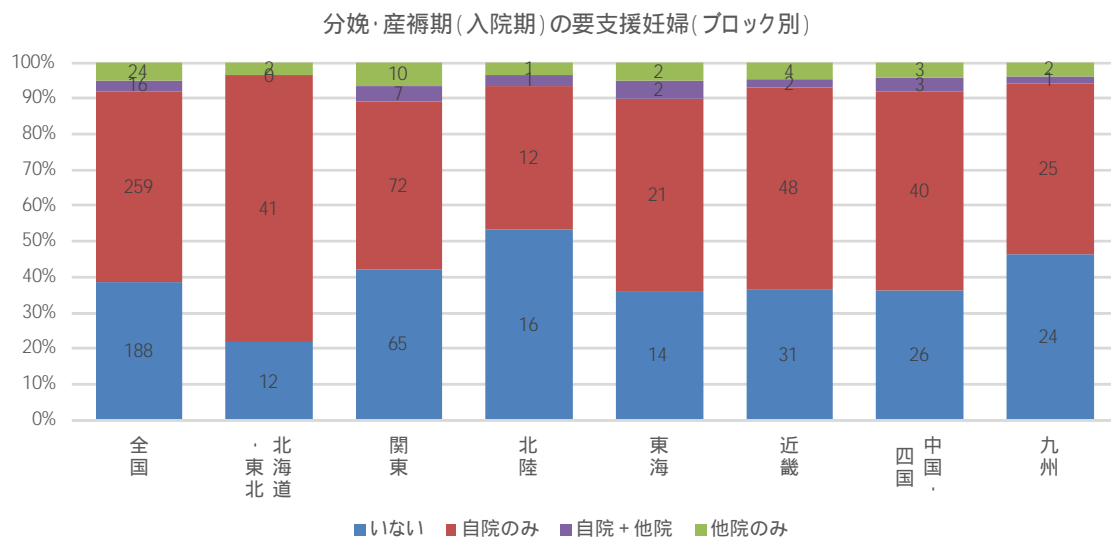


図 2-10. 分娩・産褥期（入院期）の要支援妊婦（都道府県別）【病院限定】

新生児期の要支援妊婦の有無に関する集計結果を図 2-11(都道府県別)および図 2-12(ブロック別)に示す。全国 487 の病院のうち、分娩・産褥期(入院期)の要支援妊婦がいない病院は 241 (49.5%)、いた病院は 246 (50.5%)であった。そのうち、自院のみで管理した病院は 205、自院と他院で管理した病院は 17、他院のみで管理した病院は 24 であった。

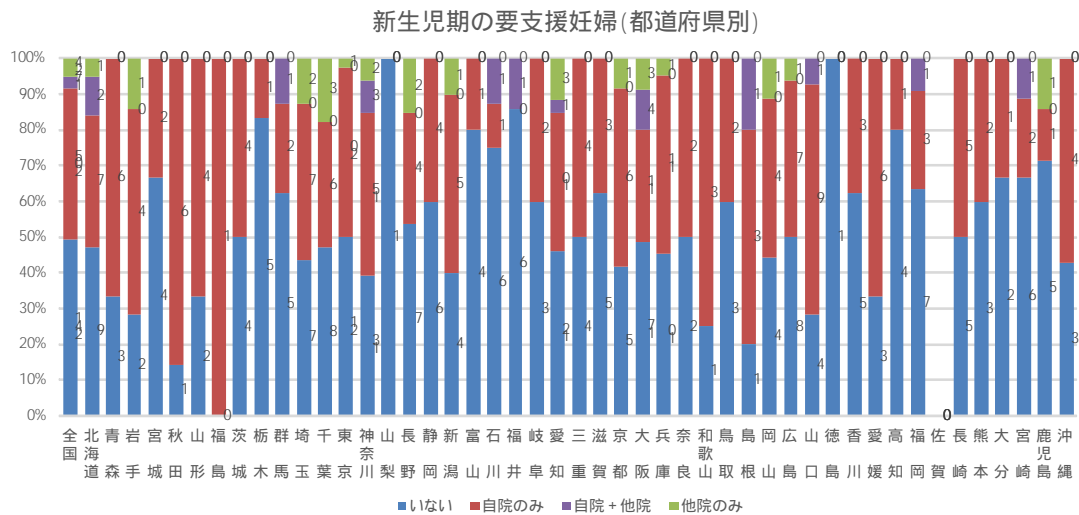


図 2-11. 新生児期の要支援妊婦(都道府県別)【病院限定】

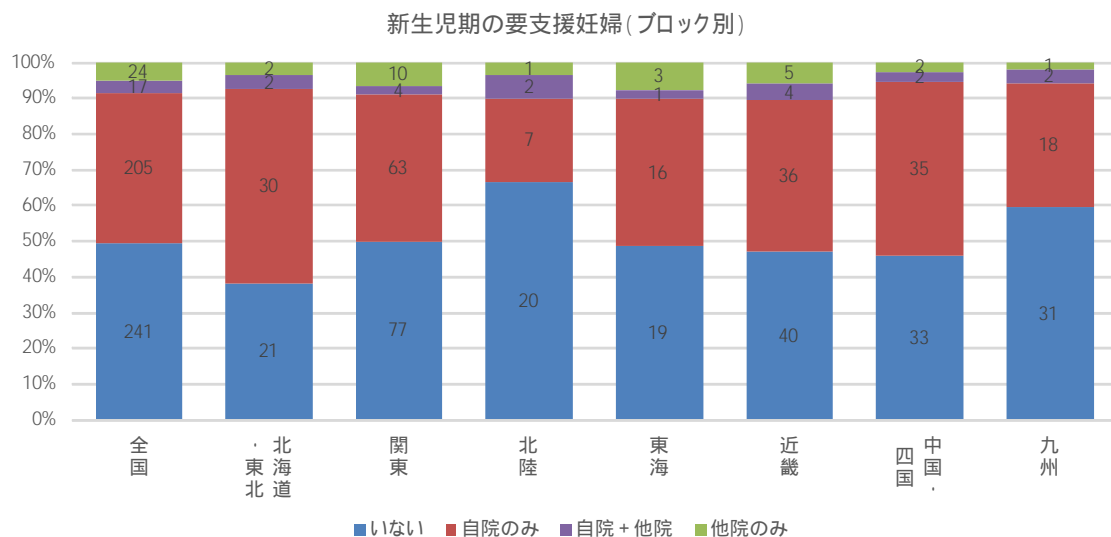


図 2-12. 新生児期の要支援妊婦(都道府県別)【病院限定】

地域ネットワークへの参加と要支援妊婦の有無に関するクロス集計結果を図 2-13 に示す。地域ネットワークに参加している医療機関と比較して、参加していない、または、要対協を知らない医療機関において要支援妊婦がない割合が高く、有意差として検出された (Fisher 正確検定 $P < 0.001$)。

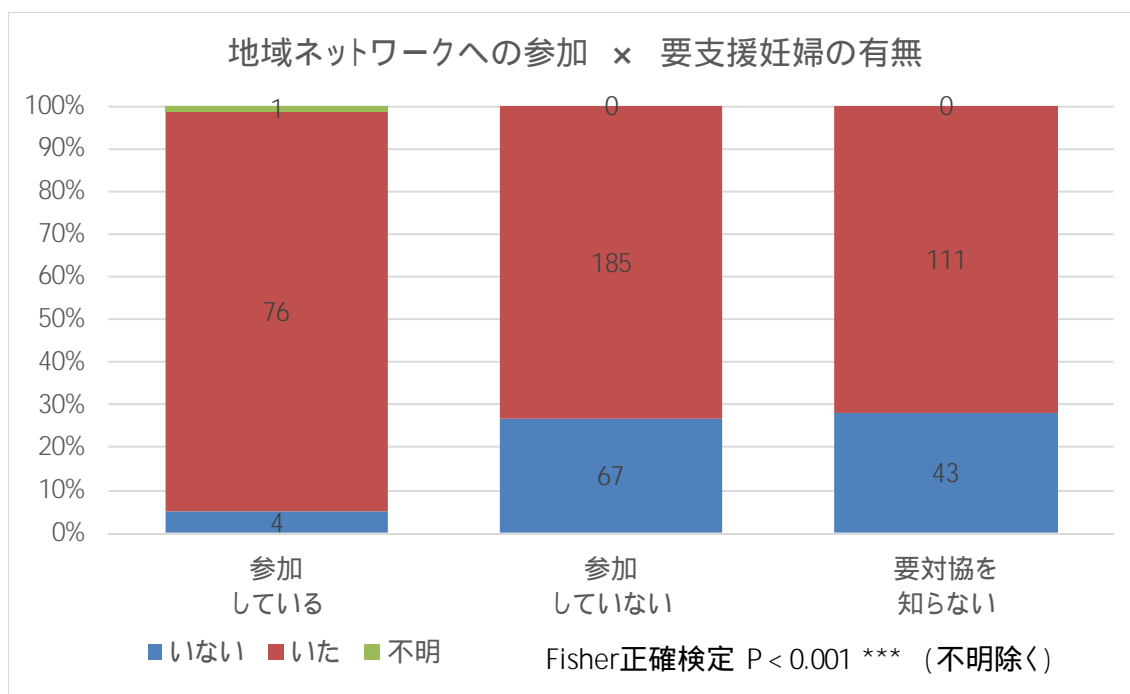


図 2-13. 地域ネットワークへの参加 × 要支援妊婦の有無【病院限定】

マニュアルの利用と要支援妊婦の有無に関するクロス集計結果を図 2-14 に示す。マニュアルを利用している医療機関と比較して、利用していない、または、マニュアルを知らない医療機関において要支援妊婦がない割合が高く、有意差として検出された (Fisher 正確検定 $P < 0.001$)。

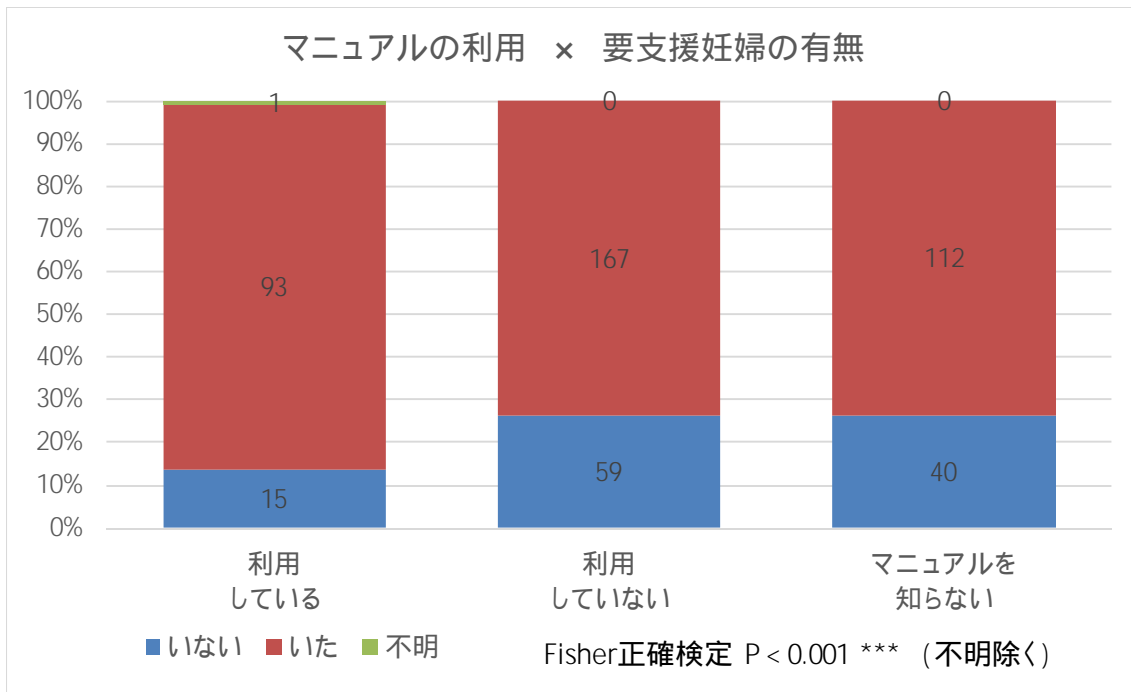


図 2-14. マニュアルの利用 × 要支援妊婦の有無【病院限定】

3.3. 診療所に限定した結果

診療所に限定した結果 (N=776) を以下に示す。

地域ネットワークへの参加の有無に関する集計結果を図 3-1 (都道府県別) および図 3-2 (ブロック別) に示す。全国で回答のあった 776 の診療所のうち、地域ネットワークへ参加している診療所は 102 (13.1%) であった。一方、参加していない、または、要対協を知らない診療所はそれぞれ、435 (56.1%)、239 (30.8%) であった。

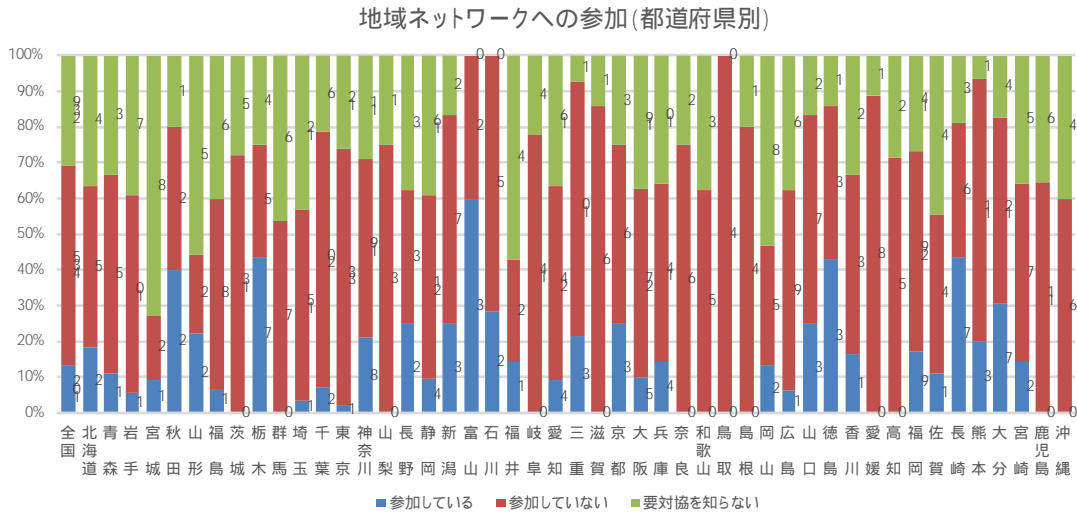


図 3-1. 地域ネットワークへの参加 (都道府県別)【診療所限定】

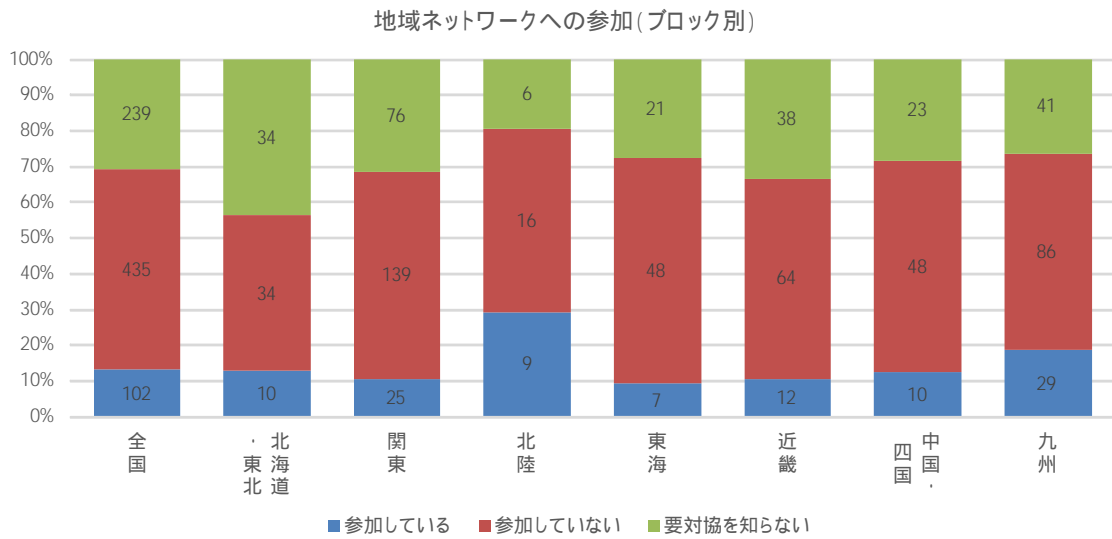


図 3-2. 地域ネットワークへの参加(ブロック別)【診療所限定】

マニュアル利用の有無に関する集計結果を図 3-3（都道府県別）および図 3-4（ブロック別）に示す。全国で回答のあった 776 の診療所のうち、マニュアルを利用している診療所は 191（24.6%）であった。一方、利用していない、または、マニュアルを知らない診療所はそれぞれ、375（48.3%）、210（27.1%）であった。

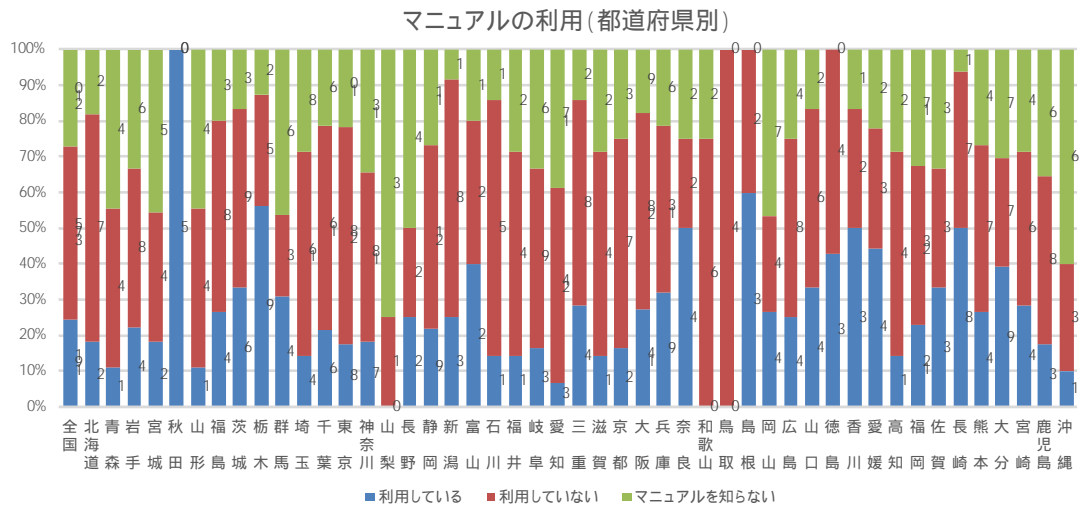


図 3-3. マニュアルの利用（都道府県別）【診療所限定】

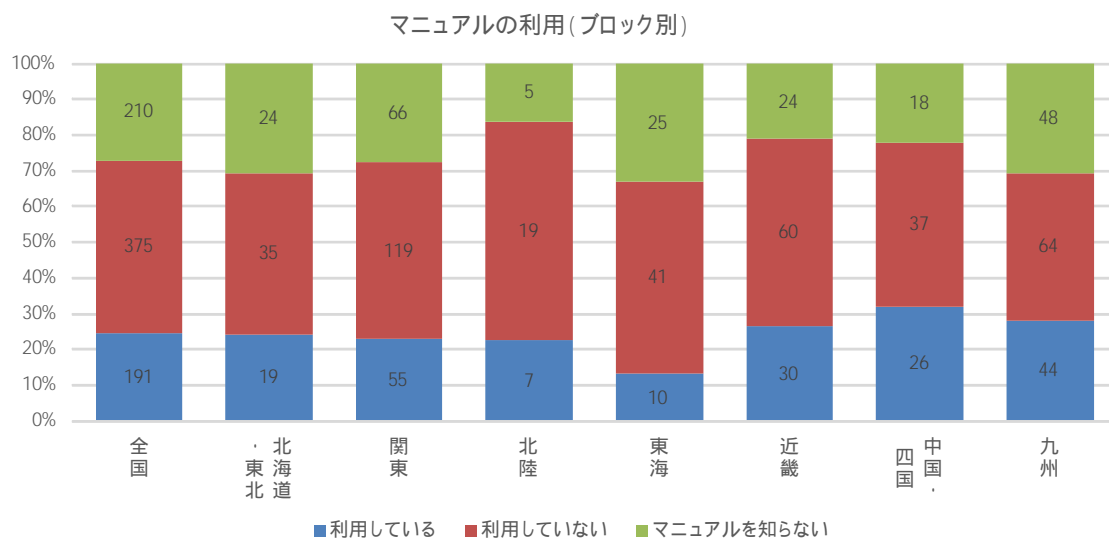


図 3-4. マニュアルの利用（ブロック別）【診療所限定】

要支援妊婦の有無に関する集計結果を図3-5（都道府県別）および図3-6（ブロック別）に示す。全国776の診療所のうち、要支援妊婦がいない診療所は429（55.3%）、いた診療所は345（44.5%）であった。2つの診療所は記載がなかった。

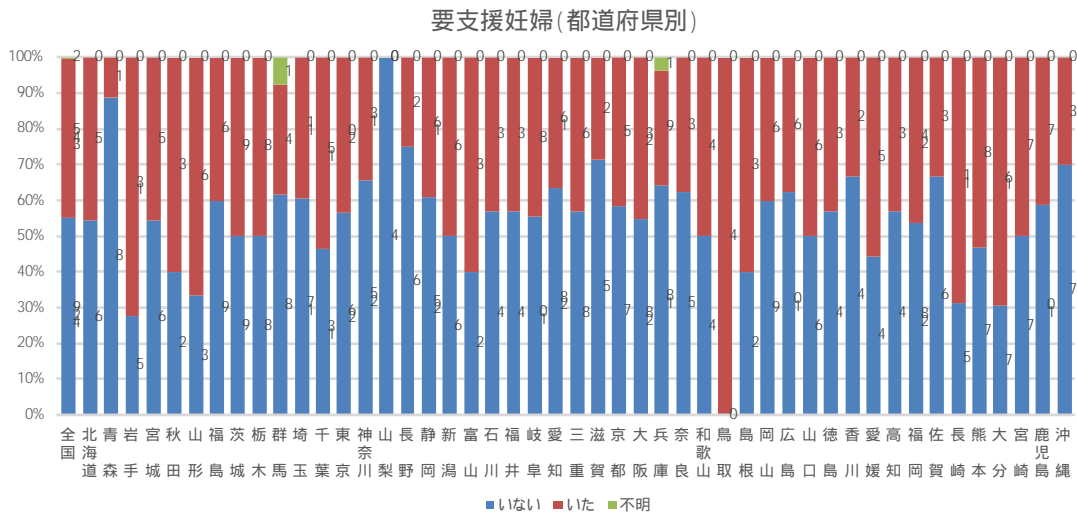


図3-5. 要支援妊婦（都道府県別）【診療所限定】

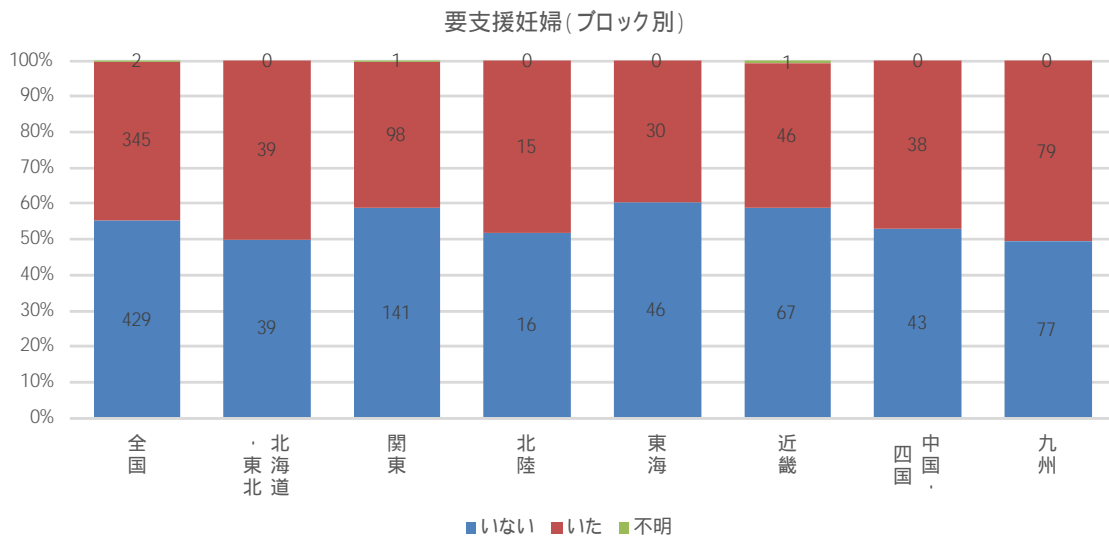


図3-6. 要支援妊婦（ブロック別）【診療所限定】

妊娠期の要支援妊婦の有無に関する集計結果を図3-7(都道府県別)および図3-8(ブロック別)に示す。全国776の診療所のうち、妊娠期の要支援妊婦がない診療所は535(68.9%)、いた診療所は241(31.1%)であった。そのうち、自院のみで管理した診療所は156、自院と他院で管理した診療所は22、他院のみで管理した診療所は63であった。

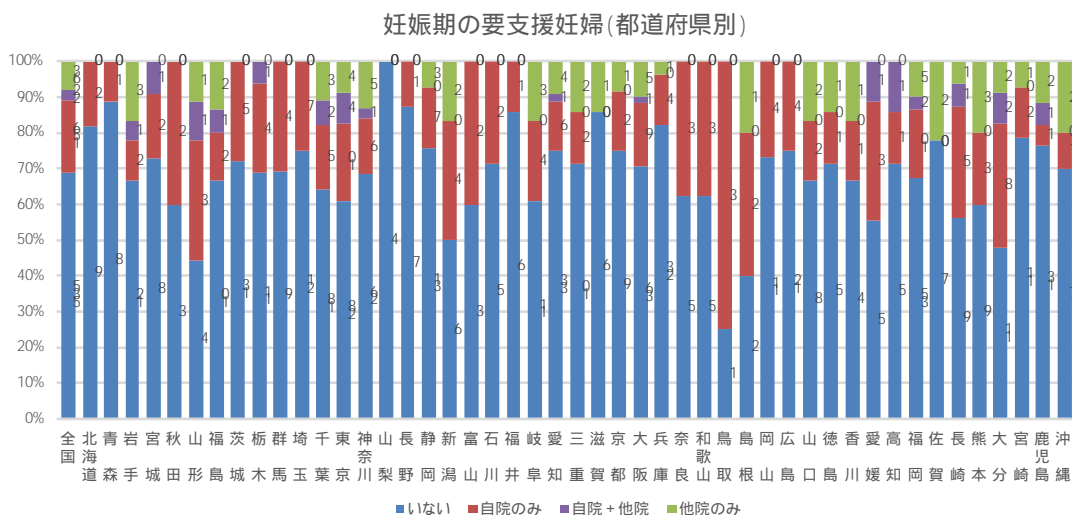


図3-7. 妊娠期の要支援妊婦(都道府県別)【診療所限定】

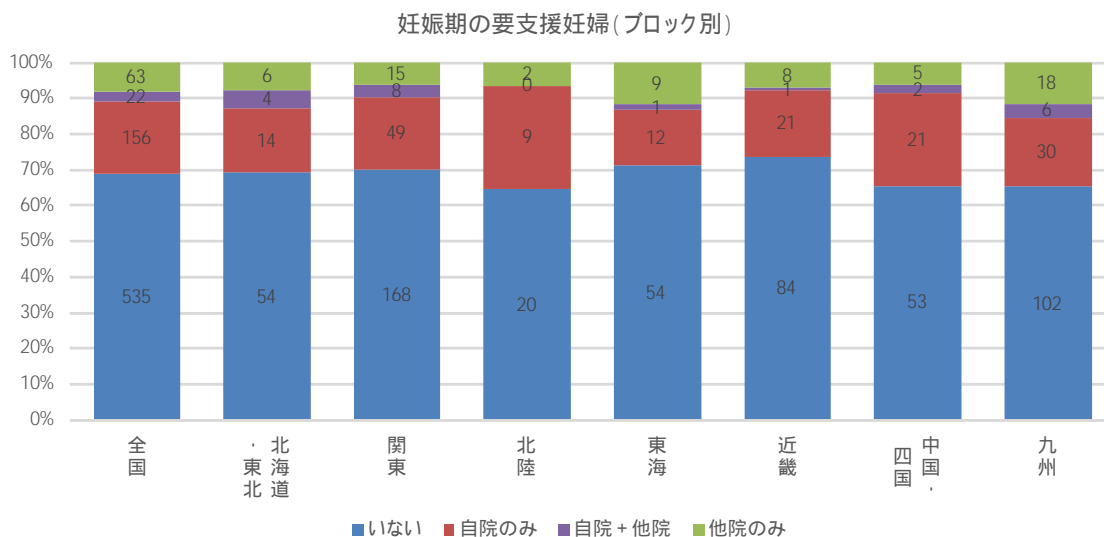


図3-8. 妊娠期の要支援妊婦(ブロック別)【診療所限定】

分娩・産褥期（入院期）の要支援妊婦の有無に関する集計結果を図3-9（都道府県別）および図3-10（ブロック別）に示す。全国776の診療所のうち、分娩・産褥期（入院期）の要支援妊婦がいない診療所は553（71.3%）、いた診療所は223（28.7%）であった。そのうち、自院のみで管理した診療所は175、自院と他院で管理した診療所は19、他院のみで管理した診療所は29であった。

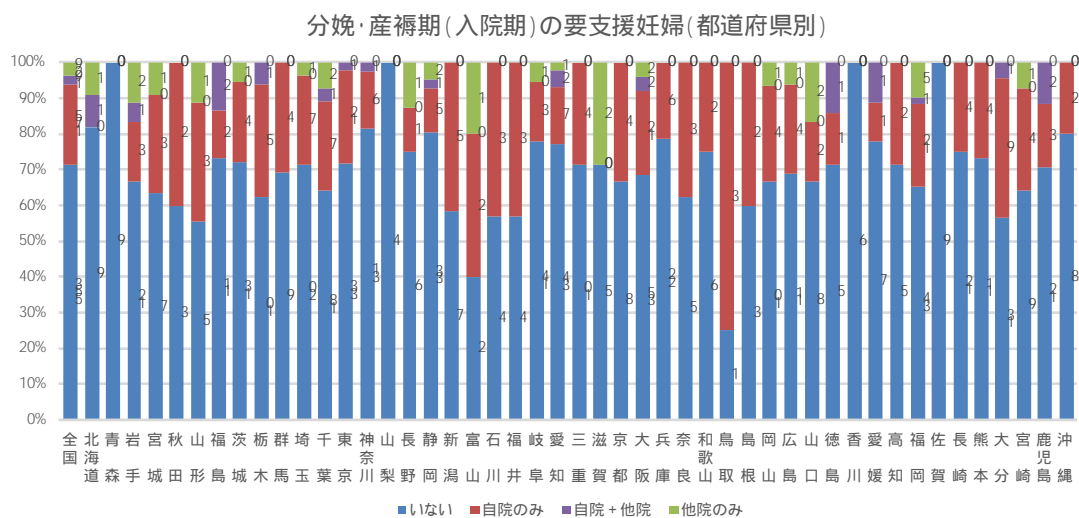


図3-9. 分娩・産褥期（入院期）の要支援妊婦（都道府県別）【診療所限定】

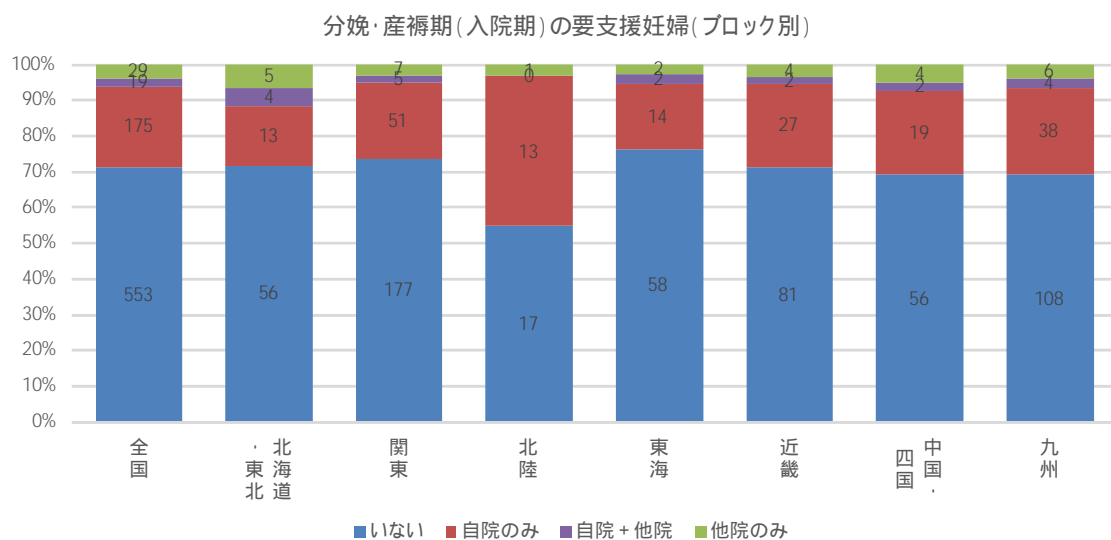


図3-10. 分娩・産褥期（入院期）の要支援妊婦（都道府県別）【診療所限定】

新生児期の要支援妊婦の有無に関する集計結果を図 3-11(都道府県別)および図 3-12(ブロック別)に示す。全国 776 の診療所のうち、分娩・産褥期(入院期)の要支援妊婦がいない診療所は 559 (72.0%)、いた診療所は 217 (28.0%)であった。そのうち、自院のみで管理した診療所は 154、自院と他院で管理した診療所は 20、他院のみで管理した診療所は 43であった。

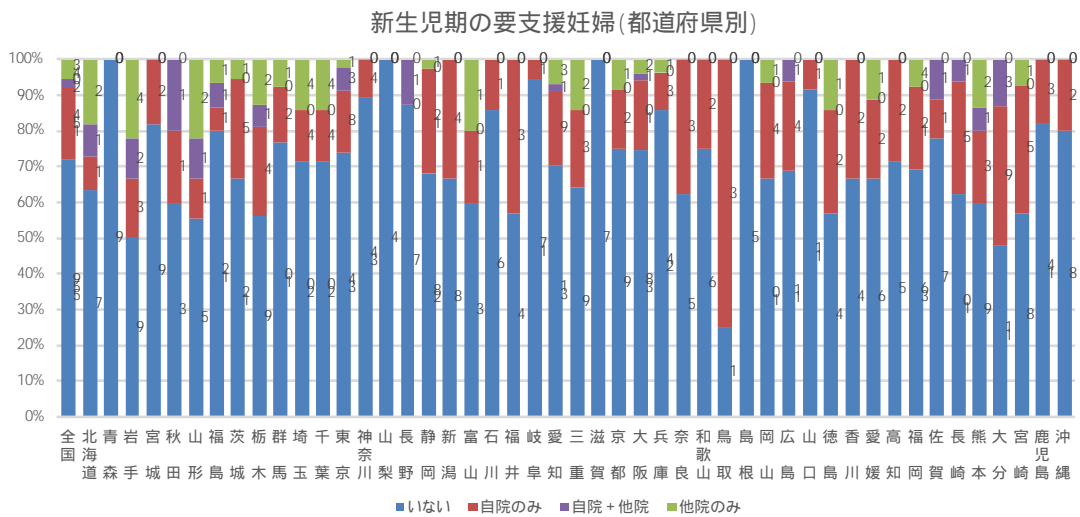


図 3-11. 新生児期の要支援妊婦(都道府県別)【診療所限定】

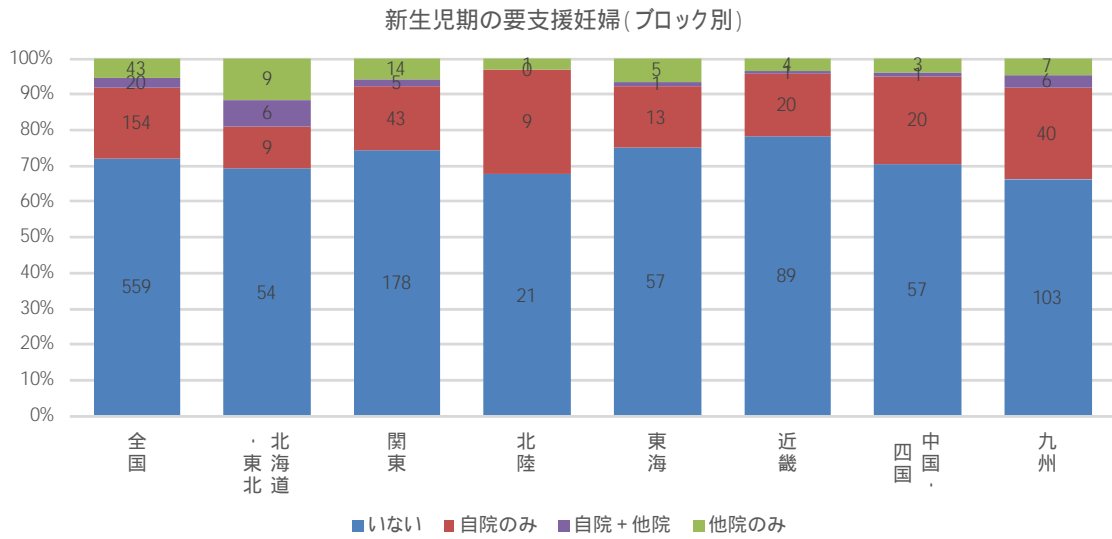


図 3-12. 新生児期の要支援妊婦(都道府県別)【診療所限定】

地域ネットワークへの参加と要支援妊婦の有無に関するクロス集計結果を図 3-13 に示す。地域ネットワークに参加している診療所と比較して、参加していない、または、要対協を知らない診療所において要支援妊婦がいない割合が高く、有意差として検出された（Fisher 正確検定 $P < 0.001$ ）。

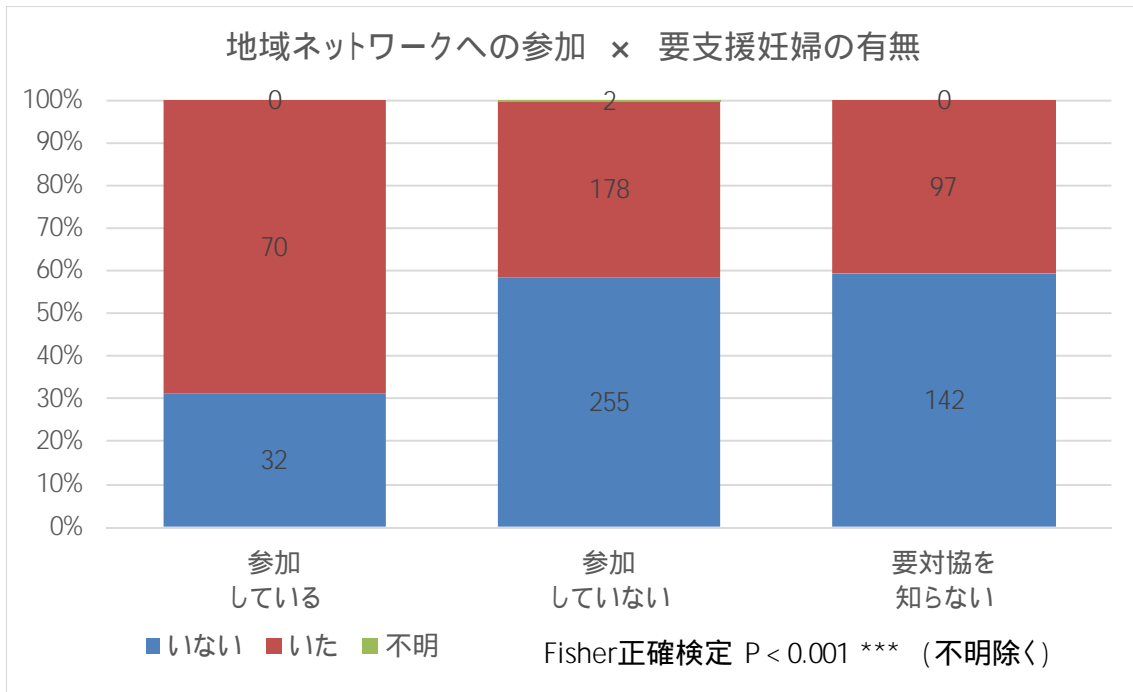


図 3-13. 地域ネットワークへの参加 × 要支援妊婦の有無【診療所限定】

マニュアルの利用と要支援妊婦の有無に関するクロス集計結果を図 3-14 に示す。マニュアルを利用している診療所と比較して、利用していない、または、マニュアルを知らない診療所において要支援妊婦がいない割合が高く、有意差として検出された（Fisher 正確検定 $P < 0.001$ ）。

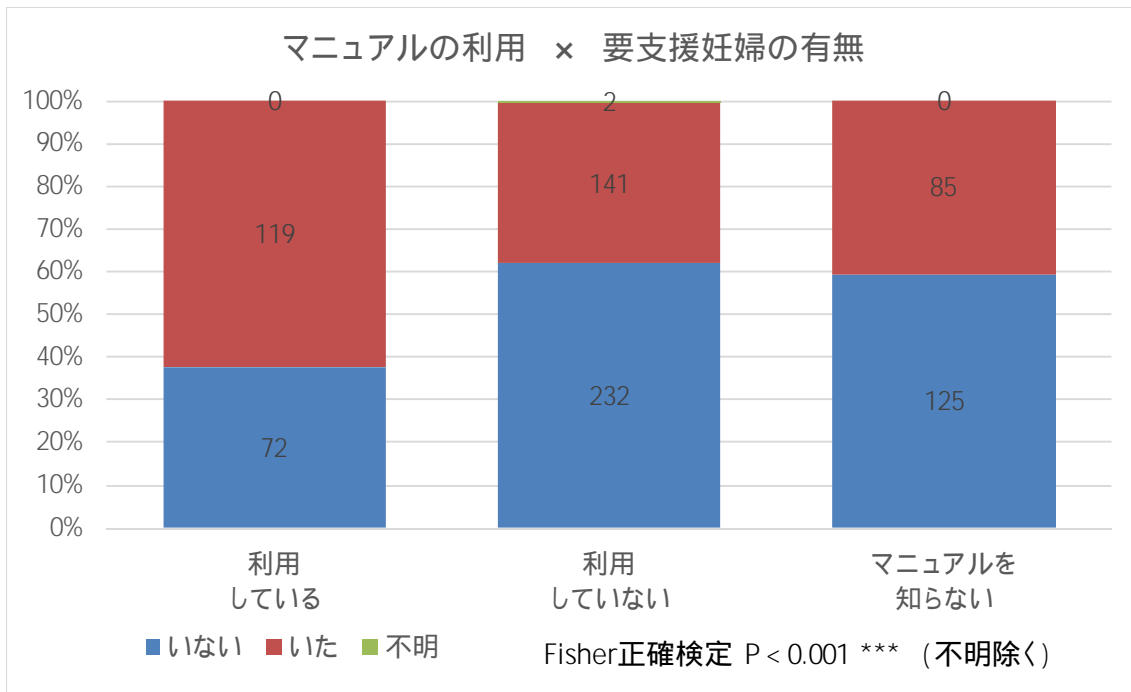


図 3-14. マニュアルの利用 × 要支援妊婦の有無【診療所限定】

4. 考察とまとめ

要支援妊婦が有る産科医療機関（病院 + 診療所）は、全国で56.8%であり、北海道から九州までの7ブロック間でもほぼ同様の傾向であった。要支援妊婦発見の時期を妊娠期、分娩・産褥期、新生児期に分けるとその施設数は徐々に減少していた。また、これら要支援妊婦の管理は70%以上の施設で自院管理がされていた。地域ネットワークへの参加や医会発刊のマニュアルを利用している積極的な施設は、消極的な施設に比し有意に要支援妊婦を発見していた。病院と診療所別の要支援妊婦の有無は、それぞれ76.4%（372/487）、44.5%（345/776）であり、診療所で有意に低かった。この傾向は妊娠期、分娩・産褥期、新生児期でも同様であった。病院と診療所別の要対協への参加と要支援妊婦の有無に関するクロス集計結果において、要対協へ参加している病院と診療所では、それぞれ93.8%（76/81）、68.6%（70/102）が要支援妊婦を見だし、診療所で有意に低かった。この結果より、産科医療機関でのメンタルヘルスケアに関する認知及び実効性が低く、今後の産科医療機関が重要な取り組みになっていく。その為、“母と子のメンタルヘルス”に対するACTION & ACTION PLANとして、妊産婦メンタルヘルスに関しては、日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会の産婦人科診療ガイドラインに妊産婦メンタルヘルスを記載して産婦人科医に周知する。また、その具体的な内容を基に、

今後、妊婦健診料の増額を要望する。産科医療機関に、妊婦の心のケアを専門的に担当出来る(心理療法士等)保健師、助産師を養成・配置するために経済的援助を要望する。産後2週と4週の母子カウンセリングの公費による導入を要望する。精神科より妊産婦のメンタルヘルスに関する保険診療と保険点数申請のための要望書を作成する。産婦人科と精神科の周産期メンタルヘルスネットワークを日本全国で構築し、予約なしでも診療が可能となる体制を確立する。日本全国の各大学病院や総合病院の精神科に、周産期メンタルヘルスの外来専門診療部門を設立し、さらに精神科ベットを常設し、精神科的救急妊婦の搬送を受け入れる体制を作る。妊婦に向精神薬を処方する場合、胎児と新生児への影響に関して、産婦人科医も精神科医も、適切な薬剤の適切な量を、安心して投与することを習得する。精神科専門医が指導者となり、精神疾患をもった妊産婦を支援する産婦人科医等の医療関係者や行政機関の職員の教育・研修を実践するため、全国に教育研修機関を整備する。精神疾患を有する妊婦のその後の評価の指標作りとフォローアップ体制の具体的手法を構築する。

ここに西原さんのPDF原稿が入ります。