

さんを拾えるかというところでは、要対協と母子保健との連携、さらに産科医との連携というところは欠かせないと思っています。

産科医でいくと、糸島市内には3医療機関なので、先生の顔も見える関係ではあります。こちらから先生に、「この妊婦さん、健診来た？」というぐらいの感覚で聞ける状況ではあります。ただ、一線越えれば福岡市という大きな政令市になります。政令市になると、個人情報壁が出てくるのは間違いないかと思います。いろんな連携は皆さんがお話したように非常に重要なことかなと思います。

佐藤：こういうようなワークショップは、各国の事情が違う中で問題を出し合ってくると、それぞれの状況がわかって、同じところが課題なんだというのが見えてくるんです。今回、同じことを見てても、そこをどう判断するか、どこに分類するかというのはそれぞれ各グループ違いました。ということは、同じ事象が見えていても、さまざまな方向から解決ができるということを表しているんだろうなと思うんです。ですから午後、それぞれ社会資源がいろいろ違う中で、どう解決をしていくのかということを出し合っていくんだと思うんですけれども、これがないからできないということではなくて、新しくつくっていく、あるものは何でも利用するという貪欲な姿勢も大変重要かというように思っています。

うちのところだけが明るい職場づくりというのがメインに出てきたんですね。私の motto なんです。暗い SOS の事例に対応してても、「その子が無事だからよかったんちゃう」と言いながらですね、とにかく明るく、みんながよくやったね、頑張ったねと、自画自賛できる職場をそれぞれがつくっていくということも、バーンアウトを防ぐことではないかと思いました。以上です。

ファシリテーター：佐藤先生、ありがとうございます。では山本先生、よろしく申し上げます。

山本：皆さん方の発表を拝見してですね、一つは、分類はいろいろで、いろんな見方があると思うんですけど、要素、項目としては同じようなところが出てくるかなと思います。ですから、皆さん方には、すでにそういう資源を持っているところがそれぞれおありだと思うんですね。ただ、あとはそこをうまくくっつけるとか、機能させるとかということのやり方をそれぞれの実情に応じて考えていけばいいのかなと。

私たちのグループのところから出てきた地方文化というか、地域の実情みたいなところが持ち帰ったときには大きく効いてくるんじゃないかと思うんですね。この狭い地域だからこそ、こういうのがネックだというのがそれぞれあったりすると思うので、それぞれの地域のほうで考えていくということが必要になってくるかなと。私、市町村の権限移譲の問題とかもやっていて、特に児童相談所の権限が都道府県から市町村に委譲できるかというところは、議論としてこれから出てくると思うんですけれども、今の体制の中では市町村にはまだそれだけの力量がないとか、人材不足だとかの意見もある中で、今日、皆さん方の意見を伺って、結構やれるんじゃないのというようながしてきていますし、措置権はないけど児相に近い働きができていれば、措置権もあげちゃうみたいなことも起こり得るのかなというふうにも思ってきました。

ぜひ、皆さん方のところに持ち帰ってください。何よりも熱心に主体的に関与されてる皆さんの姿に私自身、非常に刺激を受けました。

ファシリテーター：山本先生、どうもありがとうございました。

ワークショップ

午後の部

「今後、連携を強化するための具体的な方策は何か？」

午後セッション(13:00-14:50)				
ピンク	イエロー	ブルー	グリーン	ホワイト
山中 郁	山本真実	藤木伸子	宮下律子	福田美子
淵向 透	岩熊奈奈	廣瀬 透	中村祐子	杉本聖子
花崎洋子	八木安理子	塚根智子	永野智子	佐野睦
西原三佳	笹井康治	佐藤拓代	佐藤晴子	北野尚美
那波和久	九鬼 隆	小松法子	小笠原理恵	山岡祐衣
中村安秀				

女性 A：ホワイト班発表させていただきます。

特定妊婦と養育支援2枚の用紙に分けてつくりました。時系列で並べてみようということから始めました。

特定妊婦の場合、まず入り口を考えると四つありますが、母子健康手帳の交付時、妊娠届け出のうちの保健師の面接がまず入り口で、ここがきっと一つの鍵だと。

この特定妊婦の支援ということにおいては、医療機関との連携が非常に大きなかぎを握っているということで、産科の医療機関があります。産科の医療機関では、妊婦健診でのアセスメント、助産師さんのアセスメント、そこからの紹介状とかが一つ非常に大きなところだろう。

そこで連携がとれて妊婦の訪問とか、訪問の報告とか。訪問をしたときのアセスメントという、ここで三方の情報共有をしながら、家庭の訪問をしながら、妊娠経過を過ごしていくだろうと。その途中で母親教室、両親教室とか、お母さん、妊婦さん同士の情報が共有できたり、ピアカウンセリングができるような、ほかの生まれた子ども、赤ちゃんに接することができるようなところがあればいいかなと。

出産が来ると、ここに経済的な生活保護のこととか、助産制度のことがきます。この途中で恐らく精神科受診が必要なところは、まだ医療サイドから連携してもらったり、あるいは保健のところも加わり、精神科と連携していくだろうと。

そして、今度、分娩の機関で、退院するまでの間に産科と小児科、そして保健師さん。かかわる人たちが出会える状態が病院でできればいいなということで、お母さんとも会って、また訪問しますよというお話を、こころから、家族計画のことが大事なということなんです。

そして産後訪問、新生児訪問があって、ここに産科の医療機関では助産師外来があって、産後うつの問題の対応も必要になってくるだろうと。

私たちがすごく大事だなと思うのが、思春期保健で、妊娠の前のところからずっと続いて、大事なもので、ここがなかなか難しく、地域でもうまくできてない部分があるかもしれない。

もう一つは、電子化で、データをある程度共有したり、それを持って自分たちのアセスメント、支援の評価できる状況が必要だろうと考えています。

養育の支援も、時系列で見ると母子健康手帳を交付するときに面接を保健師さんがして、お家の状況、つまり胎児の環境が、お母さんの環境も含めて評価できるので、大事な要素が見れるだろうと。

そして「こんにちは赤ちゃん訪問」をして、この前後で医療機関、妊娠中の産科での胎児の健診の結果、小児科からの情報、予防接種の情報などが大事になってきます。乳幼児健診がありますけど、ここに人材としては母子推進委員の方とか、保育士さん、助産師さん、民生委員さんなどが地域によって特徴あると思うので、それがかかわるだろうと。

この中において、一般的な育児支援の資源、保育の資源がありますが、既存の育児支援の資源を活用することを支援するというか、それが一つ地域でできることで、子どもにおいてはかなり広域の連携も必要になり、いろんな部署がかかわってくることにもなるし、子どもが発育する中で何らかのアセスメントツールが必要で、それをそれぞれ共有して活用することが大事だろうし。

この中においては、きっとこの全体の基軸で支えているのが、恐らく保健師による家庭への訪問をある程度定期的に行っていくことによって、この養育支援が続いていけるだろうと。その中で訪問の拒否とか、従来から言われているような健診のフォローができないとか健診後の事後の対応とかは、このケースにおいてはかなり必要だろうということで、この中においてもシステム化してデータを管理して、他の自治体とどういうふうに情報をやりとりするかということを考えて、アセスメントが支援を評価していくことが必要だろうと考えました。発表を終わらせてもらいます。（拍手）

ファシリテーター：次はグリーンチームです。お願いします。

女性 B：グリーングループの発表になります。妊娠中と出産後とに分けさせていただいています。

まず妊娠中から発表させていただきます。最初の把握はほとんどが妊娠届け出だろうということで、妊娠届け出の把握の充実ということを手付けさせていただきました。妊娠届け出できちんとリスクの高い妊婦さんが拾える妊娠届け出かどうかということと、妊娠届け出で全数面接ができていない市とできていない市があったので、そこで会ってお話をするとということが大事だということを確認しました。

そこで、妊娠届け出から特定リスクが高い特定妊婦さんだというふうに把握ができれば、支援プログラムにのせられるシステム体制づくりということも大切だなということを確認しました。この方はリスクが高い、高くないということ組織内で処遇検討の場があるという体制づくりと、特定妊婦のリスクアセスメントの共有化が組織の中でできていることが大事だというお話をしました。

妊娠届け出で把握ができなかったケースにしても、医療機関と情報の共有化ができていれば、情報が集約できるというお話をさせていただきました。医療機関と顔が見える関係づくりが大事だということで、受診状況の確認とかリスクアセスメントなどが医療機関と共有できる場が非常に大事だということです。

その医療機関と共有できる場を促進するものとしては、定期的な会議があるということが大事だということと、リスクアセスメントを医療機関と共有するためにリスクアセスメントシートがあればいいなという話をしました。

妊娠中の支援の充実ということで、特定妊婦の方に対して、きちんと産科と小児科と連携をするということができるとことです。産科だけではなく、特定妊婦さんは、生まれた後、小児科にも、小児科のドクターとも面接できる場があればいいんじゃないかと話をしていました。

妊娠中の養育支援家庭訪問事業と保健師の訪問、助産科での見守りを充実させるということです。そのためには関係機関で共通の理解を持って、役割分担や支援の方向性を統一させることが必要なので、要対協にきちんとケースを挙げるとか、産前に関係機関で個別のケース会議を開いて情報の共有化を図ることが必要だということを確認しました。

女性 C：出産後の支援ですが、出産後も入院中、早期から支援できることが大事で、NICU入院時、リスクのある赤ちゃんは早めにケースワーカーが病院に出向いて、ケースを共有できるシステムがあったり、入院中に保健師が訪問できるシステムがあったり、産後、赤ちゃんとお母さんの情報を産科と小児科、保健センター、関係機関で情報交換ができるシ

システムがあったり、実際、入院中からの支援というのが定着し始めたという報告もありました。

早めの赤ちゃん訪問、育児支援家庭訪問事業、産後、保健師の訪問などで、訪問も定着していき、病院での見守り、小児科でのフォローができるように小児科との連携、定期健診が受けられるように、1カ月健診を助産師外来で診れたりというような報告があります。

それから、生活支援の部分でも特定妊婦の方に対しては、ホームヘルプだとか、社会支援の提供ということで、早めに生活をサポートしていく体制が必要だったり、要対協に挙げて育児支援の事業につなげていくというようなことも必要というような話になっていますが、今後ずっと支援が必要ということにもなるので継続した育児支援へ。

児相に保護というような話になる前に、レスパイト入院であったり、子育て支援センターで育児モデルを見てもらったり、ショートステイでは、1カ月ぐらいのミドルステイがあってもいいんじゃないという展望もあったり。

それから、一時保育が、使いたいというときにタイムリーに使えるというように地域になっていったらいいとか、リスクのあるお母さんたちには MCG だとかというような、ピアカウンセリングの場とか、ひとり親児童訪問援助事業。ひとり親さんとかリスクの高い人には訪問事業があったり。

もちろん地域の中でも温かく見守っていくサービスは、私たち関係機関が定着させていく必要もあるし、地域ができていくという情勢は行政機関が上手に支援していく必要があるだろうということで地域の見守りというのを挙げています。

ファシリテーター：ありがとうございました。次はブルー班、お願いします。

女性 D：ブルー班です。まず最初に、母子保健や特定妊婦のことって母子保健や医療に任せていて、要対協の中で主体的にかかわるということが、少なかったんじゃないかと。

うちのグループでは、妊娠前、妊娠中、出産後ということで、まずライフステージで分けてみました。

まず妊娠前、いろんな市町村でつくっているライフステージチャート。どこでどんなかわかり、どんな支援をしていかなきゃいけないかというチャートの作成をいろんな機関が集まってする。

しかもそれは時代に合ったものでなければいけないと思うので、その時代その時代で、ある問題を入れてつくる。中学校、高校とか大学などの学校カウンセラーのかかわりというのも、作ってもいいのではないかと。そこで特定妊婦の把握もできることにつながると話しました。

次に妊娠中、まず妊娠届が出されるが、その妊娠届の内容についての確認ですね。その内容についてもみんな考えてつくる、どんな内容なのかというのをみんなで知るということも大事だということ。

あと、母子手帳受付時の面接結果での情報の共有、妊娠中には妊婦との関係づくりをしておくことも大事で、その時期からいろいろな機関がかかわって、あなたの妊娠期間、出産後にもいろんな機関の人がかかわるんですよということを、問題あるなしにかかわらず知っていただければいいのではないかと。その中でいろいろ出てきた問題について、精神的なフォロー、生育歴、それから支援者との関係などを知ることができるのではないかとということです。

妊娠中、機関同士のかかわりで、ケースの情報共有が大事ではないかということ、家族のリスクアセスメントを関係機関で共有したり、そのときに要対協のメンバーには精神科や産科のドクターにも入ってもらったりすることが大事じゃないか。

ケースが来たときに初めてではなくて、日ごろからの産婦人科医とのつながりもあるといいのではないかと話になりました。妊婦健診での産婦人科のつながりがあれば、妊婦健診の中での状況も把握しやすいのではないかとということです。

機関の関係づくりということでは、定期的な会議をしたり、アセスメントのツールなどを共有しておくことが大事ということと、妊娠中のお母さん方にも使える制度や施策などの知識、情報の共有が必要ということです。

妊娠中に問題を把握するということでは、各機関がスキルアップをしていないといけないうことで、合同研修、精神科や産科の医療、保健や福祉にかかわる事例検討会なども入れた研修をするというのではないかと入っています。

次に出産後です。「こんにちは赤ちゃん訪問」などで子どもの状況を確認していくこと。それから、児相との連携のタイミングです。最初から児相に入ってもらおうとか、カンファレンスの中で、保護するのかという話をしていくということも大事なんじゃないかということです。ただ、難しい面もあるので、ただ児相で預かるということではなくて、親が育てられない子どもへの特別養子縁組制度などの支援も必要なのではないかということです。

最後に、一番大事なのは制度やサービスということで、妊婦健診とか出産費用の無料化などがあればいいという話が出たのと、お子さんとお母さんにも、外との接点をつくるということもあるんですけども、それが無理なときには、直接的な子どもへの支援をやっていくということも必要ではないかということをお話しました。

親が変わらない、変わる状況が期待できないときには子どもに生活スキルをつける学習支援などをして、育てていくということを考えていくことが大事なのではないかという話もしました。

ファシリテーター：ブルー班ありがとうございました。今度はイエロー班をお願いします。

男性 A：それではイエロー班の発表です。子どもと親も一体だから分けにくかったというところもありますし、特定妊婦と養育支援についても共通したものという形で考えて発表します。

まず、支援の土台となる考え方として、健康な大人の存在が大事だということと、心地よい経験を持つこと。それから命の教育という啓発だとか、子どもがどう育っていくのかということをお母さんにも理解してもらわなければいけないのですが、支援者も、国民もまずそれを理解しなきゃいけないだろうと。

支援するときには早期発見が大切だということで、早期発見は、出生届の情報提供とか、警察とかかかわっているお子さんもいるわけですから、サポートセンターとの連携なんかもしながら。そのお子さんが中高生だったら学業だとかそういったお子さん自身が抱える妊婦の問題も考えていかなきゃいけないねということでした。

それらについては、アセスメントシートをつくったり、スタッフの研修をしたりして、受け入れられるような体制を整えること。同時に組織としても母子保健と一体化し、連携をしていくという組織の部分で、もちろん医療機関との連携がなければ早期発見もその支援にいかせない。

支援というところでは情報共有がとても大切で、母子保健と児童福祉とのかかわりをルール化、データベース化をするといったような具体的な部分が必要でしょうと。

こういう組織体制、情報共有でいくと、法整備の問題があって、例えば、お金も全額を国が出しているわけではなくて市町村の持ち出しがあって、なかなか進まないところもある。それらも含めて法整備ないし、財政的な整備が必要ではないかということ。

教育現場で、これから育ってくる若い世代の人たちに性教育とか自己肯定感を持てるような教育をしていただくこと。それから今後は、関係機関だけでなく、地域の子育て支援と連携したような形での支援ができるように、子育て支援センターや民生・児童委員との連携、こういう形の部分が必要となってくるんじゃないかとか。これらを通して最後にどんな形で、その人に接するかについては八木さんのほうから。

八木：主体性を育むということで、特定妊婦についての情報管理ツール、個別支援計画とか、スタンプラリーで地域の援助を受けるというような意見が出ました。

これは管理として、ネガティブな形でのかわりがすごく多い中で、ポジティブに、例えばスタンプラリーで、あなたが妊娠し出産したら民生委員さんがいるよとか、それから

保健師さんの訪問も受け入れるよとか、助産師さんから助言も受けれるし、健診に行くとかこんなふうに体にいいよと、目で見てわかる形にして、スタンプラリーでつけていく。何々をしなければならぬという支援ではなくて、あなたにはこんないい支援を受けることができるし、全部受けたら、おむつ1カ月分とかがもらえるようにするとか。目で見てわかる形で、妊婦さんたちもこんな育児をしたい、こんな子どもを育てて大きくしたいというふうに、主体性を育むような日本にならないかなあと。以上です。

ファシリテーター：ありがとうございました。最後にピンク班、よろしく申し上げます。
女性E：ピンク班は気仙地域に限定してお話ができるグループでしたので、気仙地域のことを中心にまとめさせていただきます。

気仙地域は、「イーハトーブ」というシステムが立ち上がっています。妊娠から産後まで、気になるお母さんや子どもさんがいたときに、病院から各市町の保健師にダイレクトに連絡が行って、とにかく早くその妊婦さんや産婦さん、子どもたちにかかわりを持つというシステムも立ち上がっています。

これができるのも県立大船渡病院という、地域では中核となる病院があり、産むことについては、ここの病院でしか引き受けができないという本当に限定一極の病院なんです。そういう病院があることで、情報がすべて集約できるという地域になっています。

この大船渡病院ですけれども、保健師とか私たち、関係する人たちが、必要とする人のところに行くために、一番ネックになるのがケースの抽出じゃないかということです。

保健医療福祉の分野でいろいろとサービスが立ち上がっています。保健師の場合は、特に母子手帳の交付時のときからお会いできますし、その他、母親教室とか、いろいろな制度での機会を通じれば、必ずいろいろなケースと出会うことがあり、その中でこの人はかかわりが必要だなという人を見つけることができます。

だけれども、その見つけることができる力量がスタッフにかかっているような状況のときに、平準化することが大事だということで、特にエンジンバラを用いたり、うつスクリーニングを用いたりして、ちゃんとリストアップをしている現状があります。

それから、どういう人たちを拾うかということだけではなく、妊婦さんやお母さんがちゃんと地域の中で声を上げれる環境が絶対必要だと。本来、乳児健診などで、短時間の中でお母さんの気持ちを十分受け止めてあげたり、家庭環境を背景にしていろいろとお声かけができるようにはなっていますが、不足したり、本当に拾い上げるべき人が拾い上げられないときがあるだろうと思います。そういったときにも、お母さんが、自らきちんとして声を上げれる環境づくりが絶対必要だろうと話し合われました。

その中で、行政だけでは追えない部分で地域の力を使おうということで、現在も立ち上がっている子育てサークルや傾聴ボランティアさんの活用、そういったところからも丁寧に声を集めていく必要があるんじゃないかということも話し合われました。

また、どうしても情報が不足になっている高校中退者とか、中学校、高校での保健医療福祉のサービスについて全然お伝えする機会がない状況があったりしているのも、課題であるかとみんなで共通認識をしたところです。

その中で、私たちはこの気仙地域についてアクションプランを考えてみました。

中核となっている県立大船渡病院において、この機能をうまく回していくためにこの県立大船渡病院という場所を使って、関係者が一堂に集えて、話し合いを持つ。県立病院の精神科の先生や産科や小児科の先生たちに、出てきてくださいということとはとても大変なことだけれども、関係者自らが出向き、病院の中で定例的に集まることになれば、いい関係性が生まれるんじゃないか。こういうことも試みてみたらどうかという話をすることができました。ピンク班の発表を終わりにさせていただきます。（拍手）

ファシリテーター：はい、ありがとうございました。これから少し今のお話に対して、コメント、質疑応答、これは今、発表しておきたいというようなことがありましたら、どうぞ挙手していただければと思います。

ファシリテーター：ありがとうございます。では最後に中村先生のほうで、まとめていただきたいと思います。

中村：どうもありがとうございました。雪の降る中、メモリアルなスノーワークショップになったと思います。

議論の中のことで、ほんとに印象深い議論ができたと思います。私自身もいろいろ勉強させていただきました。

一つか二つ、コメントをさせてもらおうと、今、国際協力の分野では「インスティテューショナル・メモリー（機関内記憶）」ということばが使われています。まさに皆さんがおっしゃっていたのと一緒で、今までやってた連携のキーパーソンが、メモリー（記憶）も全部持って行って転勤してしまう。国際機関では、インドネシアに行った人が、次、ケニアに行ったりしますから、もう追っかけようもない。どう機関内にそのメモリーを残すかという課題で、いろんな試みはしていますが、なかなかうまくいってません。そういう意味では協働のメモリーをどう残すか、虐待防止をテーマにいいモデルができれば素晴らしいことになるんじゃないかなと思って聞いていました。

もう一つは、母子手帳です。実は2012年にの全面改定には私も参加させてもらいました。私自身は母子手帳国際会議に関わってきました。2012年ケニアで開催したときは、25カ国から300人ぐらい参加してくれました。世界の人たちが母子手帳に関心をもってくれています。いま、日本では地方自治体レベルで独自の母子手帳がつかれるので、虐待防止につながる母子手帳ができたらうれしいなと思っています。

外は雪が降っています。どうぞ、お気をつけてお帰りください。ワークショップをおひらきにさせていただきます。

（終了）

「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、保健福祉を取り巻く環境は大きな変貌を遂げた。厚生労働省母子保健課の事業で2014年から始まった妊娠・出産包括支援モデル事業は、2015年度から150カ所に拡大した妊娠・出産包括支援事業となった。また、子ども・子育て関連3法（子ども・子育て支援法、認定こども園法の一部改正法、子ども・子育て支援法及び認定こども園法の一部改正法の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律）が2012年に成立し、子ども子育て新制度が全面的に2015年4月に開始された。その中の利用者支援事業は、各機関が行っている妊娠期からの子育て支援についてワンストップ拠点（子育て世代包括支援センター／妊娠・出産包括支援センター）を立ち上げ、保健師等の母子保健コーディネーターが全ての妊産婦の状況を継続的に把握し、要支援者には支援プランを作成するものである。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本研究班による虐待防止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。

思いがけない妊娠の相談窓口の必要性

母子保健法では妊婦が妊娠届出を自治体に提出することで、母子健康手帳の交付、妊婦健診、妊産婦への家庭訪問、新生児訪問、未熟児訪問、乳幼児健診等の母子保健サービスが開始される。しかし、厚生労働省による「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」が平成17年から毎年報告され、死亡事例は生後1か月未満、特に0日死亡が多く（第1次から第11次報告の16.8%）、その背景には望まない妊娠による妊娠届出を行わず妊婦健診を受診しない妊婦の問題があることが明らかになった。誰にも相談できない、経済的に問題がある等の育児環境が整わない中での思いがけない妊娠は、葛藤が解決しないと出産を望まない妊娠となってしまう。

大阪府が都道府県レベルで初めて設置した思いがけない妊娠の相談窓口「にんしんSOS」など現在各地で約30カ所の相談窓口があり、2015年11月には全国妊娠SOS連絡会議が立ち上がった。既存の母子保健サービスを利用しにくい・利用しない妊婦でも相談しやすく、出産を継続する・しないに関わらず十分な情報が提供され、女性が主体的に方向性を決定していくことを支援する思いがけない妊娠の相談窓口は、嬰兒殺に至らせないために各地での設置が必要である。

（佐藤 拓代）

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、妊娠等に悩む人たちからの相談に対し、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 に規定されており、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、①要保護児童の早期発見、②迅速な支援の開始、③関係機関間の情報共有による役割分担の明確化、④関係機関による責任の所在の明確化、⑤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

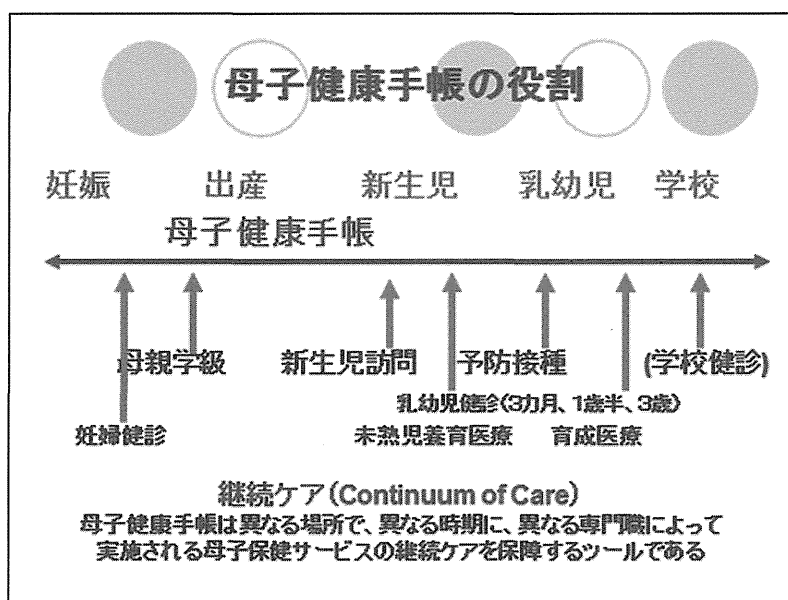
妊娠、出産、子育てという時期は、空間的にも時間的にも広がりを持ち、母と子どもが分断されやすいという特徴をもつ。その特性を知ったうえで、個人的ながんばりで乗り切るのではなく、切れ目のない支援（継続ケア）を保障するシステムを地域ごとに作っていく必要がある。

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。



フィンランドのネウボラ（相談の場）

フィンランドでは、ネウボラが1920年代から設置され、1944年に市町村自治体の設置が義務づけられた。ネウボラでは保健師／助産師1名が上限76名の妊婦、保健師1名が上限340-400名の子どもを担当している。パートナーも一緒に妊婦健診や乳幼児健診を受診し、ネウボラの保健師が一人に30分から1時間かけて面談や診察を行い、6歳まで継続した支援を行い、記録は50年保存されるという。ネウボラと医療機関の情報は一部共有し、妊娠・出産・子育ての切れ目のない支援を展開している。妊婦健診や出産費用は無料で、妊娠4か月末までに妊婦健診を受診すると、約50品が入っている育児パッケージか現金140ユーロの給付のインセンティブがあり、99.6%が妊婦健診を、99.5%が乳幼児健診を受診し、我が国のような生後0日の虐待死はほとんどないという。薬物・アルコール・DV等の問題を抱える妊婦も全数がネウボラでの支援を受け、必要な妊婦はさらに専門化された支援につながっている。

誰もが利用し、一人ひとりについていねいに関わるネウボラは、ポピュレーション・アプローチでありながらハイリスク・アプローチでもある。我が国でも名張版ネウボラなどのように地域名をもった取り組みが、妊娠・出産包括支援モデル事業を契機に各地で広がりを見せている。 （佐藤 拓代）

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）