

別添3

令和5～7年度こども家庭科学研究費補助金
(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)
(総合) 研究報告書

発達障害や知的障害、精神疾患、外国人等、
配慮・支援の必要な妊産婦への支援を推進するための研究

研究代表者 佐藤 拓代
公益社団法人母子保健推進会議会長

【研究要旨】

(目的・背景)

妊娠・出産・育児は、女性にとってパートナーとの新たな生活に加え、心身の変化やさまざまな課題等が日々発生する。これらの状況に加え、特に発達障害や知的障害、精神疾患、外国人等の妊産婦は、自らはもちろんのこと、パートナーや親族においても、妊娠・出産・育児の予測が不十分な場合や、支援が必要であると認識していない場合では、支援の隙間に陥り不適切な育児が起りかねない可能性が高い。一時点での背景の把握とリスクの評価だけではなく、将来を見据えた信頼関係の構築を行い、支援の経過の中で妊娠・出産・育児に係るリスクの評価を行う必要がある。

令和6年4月から設置されているこども家庭センターの設置が進み、妊娠期から母子保健と児童福祉の機能を一体として切れ目なく支援するためには、妊娠してからの初めての公的機関である自治体の母子保健機能との接点が重要である。最悪の事態である子ども虐待を予防するためには、配慮・支援が必要な妊産婦と個室等の妊産婦がゆっくり自分の気持ちをはしゃげるような環境の元で、対話を重視して信頼関係を構築し、支援の拒否が起らないような支援が必要である。

配慮・支援の必要な妊産婦等に対して、妊娠期、子育て期（乳幼児期）それぞれの時期に活用することのできる、リスク評価の標準化に向けたアセスメントシート、ポピュレーションアプローチの中で児童福祉との連携が必要になる前の事例に関するモデル自治体での事例検討会開催と手引きの作成、支援の入り口である妊婦に渡すメッセージや支援者に向けた視点の手引きを作成し、支援を均てん化することを目的とする。

(方法)

本研究では、「母子保健における特に支援を必要とするこども・家庭・妊産婦の的確な把握を目指すリスクアセスメントシートの実装研究」を帯包研究分担者が実施し（別添4参照）、代表研究者と他分担研究者が、自治体における事例検討会及び手引きの作成、支援の入り口である妊婦に渡すメッセージや支援者が使用する視点の手引きを作成する。また、母子保健等関係者に啓発するシンポジウムを開催する。

1. 母子保健における特に支援を必要とするこども・家庭・妊産婦の的確な把握を目指すリスクアセスメントシートの実装研究

帯包研究分担者の研究報告書（別添4）参照。

2. 全国市町村への調査及び分析

令和5年度に全国市町村に、配慮・支援の必要な妊産婦及び乳幼児の家庭への支援の状況を把握した。

3. 信頼関係構築や支援にかかる、妊婦へのメッセージと支援者への手引きの作成

令和5年度に実施した全市町村質問紙調査から、支援に必要なリーフレット等を作成している自治体は少なく、妊娠届出や支援開始時等に妊婦に渡す信頼関係づくりを目指すメッセージと、支援者に向けた視点の手引きを作成した。

4. 自治体における配慮・支援の必要な妊産婦及び乳幼児への支援に関する事例検討会開催

県型保健所等の協力を得て北海道富良野市、沖縄県沖縄市で市町村母子保健職員等による事例検討会を行い、進め方の検討及び、参加者に対し評価のアンケートを行った。

5. 台帳システムによる効果的支援の手引き作成

3. から得られた進め方の検討や、参加者による評価のアンケートから、組織として進める事例検討会の手引きを作成した。

6. フィンランドのこども家庭センターに準じた取組の視察

ネウボラ（相談の場）に加え、児童福祉等の他分野が連携するファミリーセンターを視察した。

7. 研究成果に関するシンポジウム開催

帯包分担研究者も合わせた本研究に関するシンポジウムを、対面とオンラインで開催した。

（結論、今後の課題）

アセスメントシートの実装研究では、自治体で母子保健事業でのシートの試験導入を行い、リスクアセスメントデータの分析結果のフィードバックと対象者の傾向や支援ニーズについて自治体担当者と振り返りを行い有用であると考えられた。作成した運用マニュアルや、リスクアセスメントデータの分析結果を自治体の対象者の傾向や支援ニーズの把握に活用していく。

こども家庭センターの普及が進み、予防機能として母子保健機能の重要性が高まっている。妊婦に渡すメッセージカード等、台帳システムによる効果的支援の手引きを作成し、機会あるごとに啓発普及を進めていく。

＜分担研究者＞

帯包エリカ：国立研究開発法人国立成育医療研究センター・社会医学研究部・上級研究員

上野 昌江：四天王寺大学・看護学部・教授

井村 真澄：日本赤十字看護大学・看護学部母性看護学・特任教授

菊地 紗耶：東北大学大学院・医学系研究科・精神神経学分野・准教授

水主川 純：東京女子医科大学・産婦人科学講座産科学分野・教授

毛利 育子：大阪大学・連合小児発達学研究科・教授

大屋 藍子：同志社大学・心理学部心理研究科・准教授

A. 研究目的

妊娠・出産・育児は、女性にとってパートナーとの新たな生活に加え、心身の変化やさまざまな課題等が日々発生する。これらの状況に加え、特に発達障害や知的障害、精神疾患、外国人等の妊産婦は、自らはもちろんのこと、パートナーや親族においても、妊娠・出産・育児の予測が不十分な場合や、支援が必要であると認識していない場合では、支援の隙間に陥り不適切な育児が起りかねない可能性が高い。一時点での背景の把握とリスクの評価だけではなく、将来を見据えた信頼関係の構築を行い、支援の経過の中で妊娠・出産・育児に係るリスクの評価を行う必要がある。

令和6年4月から設置されているこども家庭センターの設置が進み、妊娠期から母子保健と児童福祉の機能を一体として切れ目なく支援するためには、妊娠してからの初めての公的機関である自治体の母子保健機能との接点が重要である。最悪の事態である子ども虐待を予防するためには、配慮・支援が必要な妊産婦と個室等の妊産婦がゆっくり自分の気持ちを話せるような環境の元で、対話を重視して信頼関係を構築し、支援の拒否が起らないような支援が必要である。

配慮・支援が必要な妊産婦等に対して、妊娠期、子育て期（乳幼児期）それぞれの時期に活用することのできる、リスク評価の標準化に向けたアセスメントシート、ポピュレーションアプローチの中で児童福祉との連携が必要になる前の事例に関するモデル自治体での事例検討会開催と手引きの作成、支援の入り口である妊婦に渡すメッセージや支援者が使用する視点の手引きを作成し、支援を均てん化することを目的とする。

B. 研究方法

1は帯包分担研究者が担当し、2、3、4、5は研究代表者と上野・井村・菊地・水主川・毛利・大屋分担研究者が担当した。

1. 母子保健における特に支援を必要とするこども・家庭・妊産婦の的確な把握を目指すリスクアセスメントシートの実装研究

帯包研究分担者の研究報告書（別添4）参照。

2. 全国市町村への調査及び分析

令和5年度に全国市町村に対し、配慮・支援が必要な妊産婦や親子の把握状況や支援内容、児童福祉との連携支援が必要となった場合の課題、配慮・支援が必要な妊産婦や親子に対するリーフレットやマニュアルの有無等に関して調査を行った。

3. 信頼関係構築や支援にかかる妊婦へのメッセージと支援者の手引きの作成

2.から市町村では、マニュアルや手引き等がなく職員で対応が異なる、リーフレットやマニュアルは特に作成していないということが把握できた。そこで、公的機関との初めての出会いである妊娠届出時や、支援を開始するときに妊婦に渡すメッセージカードを作成し、支援者にもその視点が共有できるよう手引きを作成した。カードには簡易なことばでフリガナをつけ、同居者にも伝わるようにした。

4. 自治体における配慮・支援の必要な妊産婦等の支援における事例検討会開催

令和5年度途中から令和7年度の中頃まで、北海道富良野市、沖縄県沖縄市において毎月事例検討会へのスーパーバイズを行い、市町村における事例検討会の拡大をはかった。近隣市町村にも事例検討会への参加を呼びかけ、沖縄県では豊見城市から要望があり事例検討会を開始した。

5. 台帳システムによる効果的支援の手引き作成

4.で部署の全員が配慮・支援が必要と考える何か心配という事例を検討したが、事例の問題点や次の検討時期を示すコンパクトに使える進行管理に使える台帳が効果的であり、台帳システムによる効果的支援の手引きを作成した。

6. フィンランドのこども家庭センターに準じた取組の視察

フィンランドは1920年代からネウボラ（相談の場の意味）による妊娠期からの伴走支援の取り組みが行われており、令和5年1月からはさらに保健福祉医療サービスが連携した、多職種連携による切れ目のないサービスとケアが提供されている。フィンランド

の取組は我が国におけるこども家庭センターでの取組の推進にも資すると考えられるため、視察を行い、メッセージカードや手引き作成に反映させた。

7. 研究成果の啓発をはかるシンポジウムの開催

令和7年12月5日に井村真澄分担研究者の協力の下、日赤赤十字看護大学広尾キャンパスを会場として現地とZoomウェビナーにより開催した。内容はフィンランド共和国タンペレ大学エイヤ・パーヴィライネン教授の「フィンランドから学ぶ対話、信頼関係、連携～母子保健の包括的な支援のエッセンス」（通訳：高橋睦子研究協力者）、佐藤拓代の「日本における配慮・支援の必要な妊産婦への支援」、帯包エリカ分担研究者の「母子保健のリスクアセスメントシート」、「切れ目ない支援に向けて～自治体の事例検討会を中心とした取組～」を4.の事例検討会を実施した北海道富良野市と北海道富良野保健所、沖縄県沖縄市から報告いただいた。

C. 結果

1. 母子保健における特に支援を必要とするこども・家庭・妊産婦の的確な把握を目指すリスクアセスメントシートの実装研究

帯包分担研究者の別添4を参照。

2. 全国市町村への調査及び分析

回答数は628市町村で、1741市区町村のうち、36.1%であった。自治体種類別が不明な2市町村を除く626市町村の自治体種類別回答率は、中核市66.1%>政令指定都市60.0%>市42.8%>町29.6%>村24.6%>特別区17.4%であった（図1）。

なお、有効回答が得られた626市町村の出生数合計は363,690人であり、令和4年度の全国出生数（770,759人）の47.2%を占める。

（1）母子健康手帳交付時の面談や訪問、健診等の母子保健事業の機会を通じて、気にかかる等のより手厚い支援や継続的な支援、関係者の調整等が必要と判断された妊産婦、親子把握の有無

（ア）把握の有無

把握しているうち、⑤「子どもに対して育てにくさを感じている親」と⑧「生活上に何らかの困難を抱えている妊産婦・親」が96.0%で最も高く、次いで①「メンタルヘルスが気になる関係性構築が難しい妊産婦」が94.2%であった。また、⑨「胎児や子どもに関心が少ない妊産婦・親」が76.2%で最も低かった（図2）。

（イ）増減の感覚

（ア）で尋ねた妊産婦・親について、令和3年度と令和4年度での増減等の感覚を尋ねた。

「大きく増加」の割合値が高かったのは⑩「言葉が通じにくい外国人の妊産婦・親」で17.4%であったが、「大きく増加」及び「増加」の合計割合値では、⑩「言葉が通じにくい外国人の妊産婦・親」が62.2%で最も高く、次いで、①「メンタルヘルスが気になる関係性構築が難しい妊産婦」が57.8%、⑤「子どもに対して育てにくさを感じている親」が48.8%、⑧「生活上に何らかの困難を抱えている妊産婦・親」が50.8%であった。また、⑨「胎児や子どもに関心が少ない妊産婦・親」が16.5%で最も低かった。（図3）

（ウ）把握の機会

①「メンタルヘルスが気になる関係性構築が難しい妊産婦」の把握機会は、「妊娠届出時の面談等」が98.2%で最も高く、次いで「妊娠中の医療機関等から」が83.5%、「出産後の面談等」が74.6%であった。また、「その他」を除き、「4か月児健診ごろ以降の関係機関の関わりから」が29.0%で最も低かった。（図14）

②「自ら適切な支援が求められない、求めにくい妊産婦」の把握機会は、「妊娠届出時の面談等」が90.4%で最も高く、次いで「妊娠中の医療機関等から」が76.6%、「出産後の面談等」が75.7%であった。また、「その他」を除き、「4か月児健診ごろ以降の関係機関の関わりから」が29.3%で最も低かった。（図15）

③「やりとりがぎこちない、発達障害が疑われる等、支援者等との関係性構築が難しい妊産婦」の把握機会は、「妊娠届出時の面談等」が95.9%で最も高く、次いで「妊

娠中の医療機関等から」が75.8%、「出産後の面談等」が74.1%であった。また、「その他」を除き、「4か月児健診ごろ以降の関係機関の関わりから」が32.3%で最も低かった。(図16)

④「養育能力に不安のある若年妊産婦」の把握機会は、「妊娠届出時の面談等」が96.7%で最も高く、次いで「妊娠中の医療機関等から」が77.4%、「出産後の面談等」が62.7%であった。また、「その他」を除き、「4か月児健診ごろ以降の関係機関の関わりから」が26.3%で最も低かった。(図17)

⑤「子どもに対して育てにくさを感じている親」の把握機会は、「4か月健診ごろ以降の関わりから」が82.0%で最も高く、次いで「出産後4か月児健診ごろまでの関わりから」が79.8%、「出産後の面談等」が68.4%であった。また、「その他」を除き「妊娠中のその他医療機関から」が18.9%で最も低かった。(図18)

⑥「支援者が危惧する子どもの状態を、心配していない親」の把握機会は、「4か月健診ごろ以降の関わりから」が79.2%で最も高く、次いで「出産後4か月児健診ごろまでの関わりから」が76.4%、「出産後の面談等」が67.7%であった。また、「その他」を除き「妊娠中のその他医療機関から」が23.6%で最も低かった。(図19)

⑦「関係機関からの支援に乗りにくい妊産婦・親」の把握機会は、「妊娠中の医療機関等から」が73.5%で最も高く、次いで「妊娠届出時の面談等」が72.2%、「出産後4か月児健診ごろまでの関わりから」が69.9%であった。また、「その他」を除き「伴走型支援の妊娠中の面談等」が48.2%で最も低かった。(図20)

⑧「生活上に何らかの困難を抱えている妊産婦・親」の把握機会は、「妊娠届出時の面談等」が94.5%で最も高く、次いで「出産後の面談等」が78.1%、「妊娠中の医療機関等から」が74.4%であった。また、「その他」を除き「4か月児健診ごろ以降の関係機関の関わりから」が45.7%で最も低かった。(図21)

⑨「胎児や子どもに関心が少ない妊産婦・親」の把握機会は、「妊娠届出時の面談等」が89.6%で最も高く、次いで「妊娠中

の医療機関等から」が78.7%、「出産後の面談等」が77.6%であった。また、「その他」を除き「妊娠中のその他医療機関から」が48.9%で最も低かった。(図22)

⑩「言葉が通じにくい外国人の妊産婦・親」の把握機会は、「妊娠届出時の面談等」が96.9%で最も高く、次いで「妊娠中の医療機関等から」が63.2%、「出産後の面談等」が58.0%であった。また、「その他」を除き、「4か月児健診ごろ以降の関係機関の関わりから」が33.3%で最も低かった。(図23)

(2) 母子健康手帳交付時の面談や訪問、健診等の母子保健事業の機会を通じて、気にかかる等のより手厚い支援や継続的な支援、関係者の調整等が必要と判断された妊産婦、親子への支援

(ア) 支援

①「メンタルヘルスが気になる関係性構築が難しい妊産婦」に対する支援は、「電話や面接」が96.5%で最も高く、次いで「家庭訪問」が95.4%、「医療機関へのつながり」が83.8%であった。また、「言語支援へのつながり」が4.9%で最も低かった。(図24)

②「自ら適切な支援を求められない、求めにくい妊産婦」に対する支援は、「電話や面接」が96.5%で最も高く、次いで「家庭訪問」が93.8%、「医療機関へのつながり」が61.7%であった。また、「ペアレント・トレーニング実施・つながり」が3.8%で最も低かった。(図25)

③「やりとりがぎこちない、発達障害が疑われる等、支援者との関係性構築が難しい妊産婦」に対する支援は、「電話や面接」が97.2%で最も高く、次いで「家庭訪問」が92.6%、「医療機関へのつながり」が64.1%であった。また、「言語支援へのつながり」が6.3%で最も低かった。(図26)

④「養育能力に不安のある若年妊産婦」に対する支援は、「電話や面接」が96.9%で最も高く、次いで「家庭訪問」が96.2%、「医療機関へのつながり」が63.7%であった。また、「言語支援へのつながり」が4.2%で最も低かった。(図27)

⑤「子どもに対して育てにくさを感じている親」に対する支援は、「電話や面接」が

92.0%で最も高く、次いで「家庭訪問」が84.4%、「療養等の教室等へのつながり」が73.1%であった。また、「言語支援へのつながり」が13.5%で最も低かった。(図28)

⑥「支援者が危惧する子どもの状態を、心配してない親」に対する支援は、「電話や面接」が92.9%で最も高く、次いで「家庭訪問」が85.0%、「保育所等へのつながり」が59.6%であった。また、「ペアレント・トレーニング実施・つながり」が7.1%で最も低かった。(図29)

⑦「関係機関からの支援に乗りにくい妊産婦・親」に対する支援は、「電話や面接」が95.1%で最も高く、次いで「家庭訪問」が85.5%、「医療機関へのつながり」が50.6%であった。また、「ペアレント・トレーニング実施・つながり」が5.5%で最も低かった。(図30)

⑧「生活上に何らかの困難を抱えている妊産婦・親」に対する支援は、「電話や面談」が95.3%で最も高く、次いで「家庭訪問」が94.4%、「福祉機関へのつながり」が74.7%であった。また、「ペアレント・トレーニング実施・つながり」が5.6%で最も低かった。(図31)

⑨「胎児や子どもに関心が少ない妊産婦・親」に対する支援は、「電話や面接」が95.2%で最も高く、次いで「家庭訪問」が91.4%、「医療機関へのつながり」が61.8%であった。また、「言語支援へのつながり」が6.3%で最も低かった。(図32)

⑩「言葉が通じにくい外国人の妊産婦・親」に対する支援は、「家庭訪問」が91.0%で最も高く、次いで「電話や面接」が85.8%、「医療機関へのつながり」が52.7%であった。また、「ペアレント・トレーニング実施・つながり」が4.4%で最も低かった。(図33)

(イ) 支援の効果

支援の効果を「判断できず」「効果なし」「効果あり」の3段階で尋ねた。

「効果あり」は⑤「子どもに対して育てにくさを感じている親」が77.0%で最も高く、次いで④「養育能力に不安のある若年妊産婦」が75.3%、①「メンタルヘルスが気になる関係性構築が難しい妊産婦」が72.1%であった。また、⑦「関係機関からの支援に乗り

にくい妊産婦・親」が47.1%で最も低かった。(図34)

(3) 気にかかる等の妊産婦・親の支援で児童福祉との連携が必要となった場合の課題

「リスク内容の認識に差がある」が47.0%で最も高く、次いで「情報共有のルール・仕組みが明確でない」が45.4%、「共有すべき状況の判断に違いがある」が36.0%であった(図35)。

(4) 気にかかる等の妊産婦・親が転居する場合の先方自治体への連絡

「ケースバイケース」が64.4%で最も高く、次いで「すべて連絡」が33.4%、「連絡する場合の取り決めがない」が17.1%であった(図37)。

(5) すべての支援が必要な妊産婦や親子についての自治体内の課題

「支援のための地域資源が不足している」が75.4%で最も高く、次いで「マニュアルや手引き等がなく職員で対応が異なる」51.8%、「組織内でのSV(スーパーバイザー)がおらず、不安がある」が42.2%であった。(図38)

(6) 支援が必要な妊産婦や家庭に対する支援の際に使用しているツール(アセスメントツール以外)の作成等の状況

「リーフレットやマニュアルは特に作成していない」が74.6%で最も高く、次いで「外国の方向けに子育て支援のリーフレット等を作成、配布している」が15.0%、「その他」が7.4%であった(図40)。

(7) ツール等を作成している機関等

「自治体独自で作成」が45.9%で最も高く、次いで「民間団体等が作成」が44.4%、「都道府県が作成」が18.0%であった。(図42)

3. 信頼関係構築や支援にかかる、妊婦へのメッセージと支援者への手引きの作成

(1) 自治体における支援ツール収集等

「2. 全国市区町村に対する調査」において、支援が必要な妊産婦や家庭等に対す

る支援の際に使用しているツール（アセスメントツール以外）があると回答した 159 自治体にツールの提供を依頼した。うち、71 自治体から提供があった。

「知的障害（境界域の方も含め）の方向けの子育て支援のリーフレット等を作成、配布している」が 2 自治体、「知的障害（境界域の方も含め）の方向けの支援に関するマニュアルがある」が 0 自治体、「精神障害（診断されていない方も含め）の方向けの子育て支援のリーフレット等を作成、配布している」が 0 自治体、「精神障害（診断されていない方も含め）の方向けの支援に関するマニュアルがある」が 0 自治体、「発達障害（例えば、ADHD、ASD 等の特性のある・疑いの方も含め）の方向けの子育て支援のリーフレット等を作成、配布している」が 18 自治体、「発達障害（例えば、ADHD、ASD 等の特性のある・疑いの方も含め）の方向けの支援のマニュアルがある」が 4 自治体、「外国の方向けに子育て支援のリーフレット等を作成、配布している」が 52 自治体、「外国の方向けの支援に関するマニュアルがある」が 0 自治体であった（複数回答あり）。

外国人に対するツールを除き、診断等についてからのツールが多かった。

（２）妊婦へのメッセージと支援者への手引きの作成

令和 5 年度の市町村調査では、マニュアルや手引き等がなく職員で対応が異なる（51.8%）、リーフレットやマニュアルは特に作成していない（74.6%）であった。また、信頼関係を構築するためには、初めての出会いや支援開始時に渡すことができる、支援者から妊婦へのわかりやすいメッセージが必要であるが、PubMed、メディカルオンライン、医学中央雑誌（医中誌 Web）に該当する文献があるか検索した。

医中誌 Web にて、2013 年から 2023 年までの 10 年間を対象に、発達障害や知的障害、精神疾患、外国人等、配慮・支援の必要な妊産婦及び乳児に関して、アセスメントを除く支援ツール等の作成について参考となる文献の検索を行った。

精神疾患や知的障害等の妊産婦や保護者に関する文献では事例報告が多く支援ツ

ル等に関する文献は見当たらず、個別の疾患ごとではなく支援に関わる状態で検索した。キーワードは「気になる妊産婦」で 29 件、「気になる子ども」で 626 件、「育てにくさを感じている親」で 92 件がヒットした。検索結果から、母子ともにはっきり診断が出来ていない時から、支援のメッセージを送ることが重要と考えられた。

そこで、信頼関係構築に関与する時期として、妊娠届出時、支援開始時、妊婦給付金で胎児の数を把握する妊娠後期に送るメッセージカードを作成することにした。また、支援者に対してもメッセージカードの視点について、を作成することとした。

特に、妊娠届出の最初の面接の時に、隠しておきたいことがある妊婦は、困っていることはありませんということがある。どのような背景を持つ方にも渡せる支援のメッセージが必要で、たとえば IQ が 80 前後より少ない方の正規分布は約 14%といわれ、多くのポピュレーションアプローチで接している可能性がある。そこで、メッセージカードは、A5 版サイズとして、平易な言葉を使い漢字にはフリガナを振り、冷蔵庫に張るなど家族にも伝わるようなメッセージカードを作成した。支援者向けにもそのメッセージの視点に関する手引きの作成を行った。メッセージ作成のコンセプトは、

- ・妊娠期の変化と妊産婦のメンタルの変化
- ・胎児に関する愛着の増進
- ・保健師等に相談していいことがわかる
- ・文字数が多くなくわかりやすい言葉で記述
- ・ページ数が少ない

である。

作成したたたき台に、事例検討会の自治体等から意見を求め訂正等を行い、完成させた。

<資料 1> 参照

4. 自治体における配慮・支援の必要な妊産婦及び乳幼児の家庭への支援に関する事例検討会

令和 6 年度から市区町村が努力義務で設置しているこども家庭センターにおいて、母子保健業務をさらに推進したいという声が

あり、かねてから代表研究者が子育て世代包括支援センター（現：こども家庭センター）の研究において関わってきた北海道、沖縄県に協力いただき、道及び県単位で母子保健に関する研修を行い、希望のあった自治体でモデル的に月1回の定例で開催した。また、この自治体では事例を見る目の共有化や、支援方法の共有ができたという声があり、近隣の自治体にも声をかけ、自治体での広がりを目指した。

取組に係る認識の拡大や広域的観点から、県型保健所にも関与いただいた。

定例の事例検討会は令和7年10月で終了し、事例検討会に対するアンケートを行った。

(1) 北海道富良野市

①富良野市の概要

人口：令和7年10月末現在 19,247人
出生数：令和6年95人

②事例検討会実施前の状況と思い：富良野市より

- ・EPDS・ボンディング質問票を使い始めた頃には月1回実施していた係内の母子検討会をやらなくなってから何年も経過、それぞれの保健師の支援状況が見えにくくなっていた
- ・仕事の優先順位をそれぞれの保健師の判断に任せていることで、支援のタイミングが遅れがちになることがあった
- ・若手保健師「赤ちゃんに触ったことがない」「お母さんと話すのが難しい」「母子支援は苦手…」
→訪問に行ってもアセスメントのために必要な情報がなかなか得られない
- ・母子支援の方向性はそれぞれの保健師のアセスメント力による部分が大きい。アセスメント力を育てるにはどうしたらいいものか
- ・庁内の関係部署から「保健師の力量の差が大きく、住民サービスに差が生じている」と指摘を受ける
- ・コロナワクチンに迫られた3年間を乗り越え、本来業務の立て直しを図るのは今だ

③事例検討会の開催状況

- ・開催
毎月1回定例開催（1回あたりの検討時間

2～3時間）

R5：4回 R6：12回 R7：7回（4～10月）

- ・参加者
市保健師、こども家庭センター職員、保健所保健師、市内病院産科病棟助産師、児童相談所保健師
- ・実績
妊婦 平均5.3件（新規1.6件、継続3.7件）
乳幼児 平均8.8件（新規2.3件、継続3.7件）

④評価

訪問・相談件数

事例検討会開始後、妊婦の訪問・来所相談が増加し、産婦の訪問も増加した。また乳幼児の観察児の来所相談も増加した。要保護児童対策地域協議会の特定妊婦数も増加した。

訪問・相談件数等（R2～R7.10月）

		R2	R3	R4	R5	R6	R7 (4～10月末)
妊婦	訪問	8	2	4	2	11	9
	来所相談	13	24	12	3	71	29
産婦	訪問	6	8	14	9	21	9
	来所相談	2	0	0	2	0	3
乳児全戸訪問		128	124	102	100	90	45
要観察児	訪問	34	14	23	19	32	17
	来所相談	158	157	148	149	216	120
特定妊婦		2	2	0	1	4	3
要対協 ※		4/9	2/7	3/7	4/9	5/14	1/3 (11月に3件予定)

(※ 健康推進係参加回数 / 要対協開催回数)

⑤支援管理台帳による母子保健活動への効果：富良野市より

- ・検討会で支援内容を振り返り、支援の方向性を支持・修正されることで、次の支援に自信を持って臨むことができるようになった。また、保健師の担当業務や力量に関わらず支援の質が保たれている
- ・支援管理台帳を使いながら検討会を進めることで、ケースの課題・支援内容・支援時期を視覚的に共有し検討結果をしっかりと確認できるため、担当以外の保健師も意図的にケースに関わることができるようになった
- ・支援管理台帳による進捗管理により、妊産婦や要観察児へのタイムリー、かつ切れ目ない支援につながっている

⑥終了時のアンケート実施

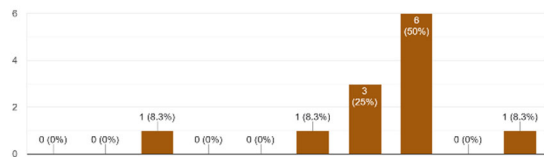
研究班でアンケートを作成し、アンケート

用紙または QR コードから、保健師に調査を行った。

i) 妊産婦・家族の理解

開始前と開始後について、同程度が 1、理解が進んだが 10 として回答を求めた。1 名は 3 で同程度からやや理解が進んだであったが、多くはかなり理解が進んだと回答していた。

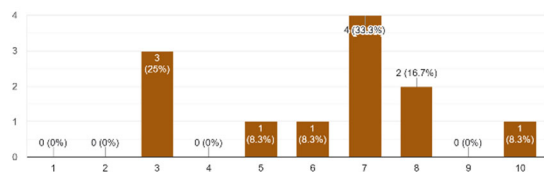
妊産婦・家族の理解
12 件の回答



ii) 妊産婦・家族への支援

i) と同様に尋ねた。同程度が 1、支援が進んだが 10 とした。3 人は 3 でやや支援が進んだ程度であり、支援にはサービスの拡大も必要であることから妊産婦・家族の理解よりは低く回答したと考えられた。

妊産婦・家族への支援
12 件の回答



iii) 研究班のスーパーバイズが終わったの意見

- 定期的保健師全員で事例検討会を行うことで、どのように事例が動いているのかわかり、係内で情報共有できるので、担当がいなくても対応しやすくなると思う。
- ケースが客観視でき整理しやすくなりそうでいいなと思った。
- 担当とは別に保健師同士で定期的に情報共有しておくことで共通認識を持って対象者と関わることができるのがよいと思った。
- 事例検討会のルールから担当保健師も多角的な視点を取り入れられることで支援についてより詳細に考えることができ、次の面談予定や連絡手段についても検討することで見落とすことがなく支援できると感じた。
- 毎月の検討会で、事例のアセスメント力、

支援の実行力、関係機関との連携やコーディネート力等の面で係全体の力がついたと感じます。

- 他市町村の事例検討会に参加してみて、町村の規模が異なるため、支援方法は参考になったが自分の町村ではなかなか実施が難しいことがあった。

(研究班のコメント：富良野市では実施できているということ)

⑦他自治体への広がり

事例検討会には、近隣 14 自治体から見学があり、いずれも富良野市と同様の課題を抱えており、参考にして支援を行ってほしいとの声があった。

⑧研究班スーパーバイズ終了後

近隣で学会が開催され、富良野市事例検討会に足を伸ばしてスーパーバイズを行った。事例の提示や進行は変わりなく、活発な意見により進行していた。新しくシステムができて異動等により、いつのまにかなくなってしまうことがある。台帳に基づいたシステムは、継続することが重要であることを強調したい。

(2) 沖縄県沖縄市

①沖縄市の概要

人口：令和 7 年 10 月 1 日現在

141,670 人

出生数：令和 6 年 1,316 人

②事例検討会実施前の状況・課題：沖縄市より

- 毎月の要支援妊婦の件数が多く、妊娠期間のフォローが十分にできない。
(要支援妊婦の件数だけではなく、他事業：健診・教室で外部勤務もあるため、個別支援だけにかける時間が多くない)
- 支援終了の基準が明確に定まっておらず、また個人裁量のため統一化されていない。
- 共通の管理台帳がなく全体管理ができていない(個人での管理となっている)(一人あたりの受け持ち件数、進捗、内容…)
- 経済面で課題がある妊産婦への支援の行き詰まり
- 精神面で課題がある妊産婦への支援の行き詰まり(受診希望あるがタイムリーに受

診できない、産後うつに対応できる病院がほとんどない、カウンセリング機能を有した病院がほとんどない、受診後も母のニーズに合わず初診で終わってしまうことが多く課題を抱えたまま育児を続けるケースが多い)

- ・乳幼児健診からのフォロー対象者もいるため、支援件数が多くなる。
- ・特定妊婦になりうる対象について、家児相とリスクアセスメントの違いがあり方向性を共有することが難しい。結果、支援過程において対象者へ不利益となることがあったり、母子保健の範疇をこえて支援しているケースがいる。

③事例検討会の開催状況

- ・開催
毎月1回定例開催(1回あたりの検討時間 約4時間)
R5:3回 R6:12回 R7:7回
- ・参加者
統括保健師・地区保健師・こども家庭センター統括保健師(令和6年度から)
- ・実績
妊婦 平均約17件(新規約12件、継続約5件)
乳幼児はこの事例検討会では、妊婦数が多いことから取り扱わなかった

④評価

支援数

令和6年1月より検討会開始

	令和3年	令和5年	令和6年	令和7年 R4-10月
妊婦	488	591	962	623 (6カ月間)
産婦	861	917	1070	892 (6カ月間)

事例検討会開始後、妊婦と産婦の支援数が増加した。

⑤支援管理台帳による事例検討会に参加して良かったこと：沖縄市より

- ・各地区の持ち件数や内容を把握でき、各保健師の負担感を知り、ケースを再配分する事が出来た
- ・今まで地区ケースを共有していなかった為、各個人の力量に差があったり、担当保健師が一人で抱え込んでしまう事がおお

かったが、全体で共有する事によって、個人の負担感が軽減された

- ・初めて地区を持つ保健師の場合でも皆でケースアセスメントする事で、アセスメントの差がなくなり、保健師の教育にもなっている
- ・産後の支援に時間がかかり、妊婦支援については、時間をゆっくりかける事ができなく、産後の対応となってしまう事が多かったが、妊娠期の関わりの評価の時期を持つ事によって、妊娠期の関わりを積極的に持てるようになった
- ・妊娠期に関わる事で、ケースとの信頼関係が早期に構築でき、困りあれば、すぐ相談できるようになり、緊急に対応する事が少なくなった➡ハイリスクになる事を防ぐ事ができる
- ・担当保健師が変わった場合、支援が切れてしまう事があったが、最初から皆で共有する事で、スムーズに引き継ぐ事が出来る
- ・令和6年4月より開所したこども家庭センター統括相談員が入る事で、福祉(こども相談係)と連携しやすくなった

保健師からの感想

- ・自分では問題意識していなかった事柄についても、検討会で「気になる点」としてアドバイスをもらった等、アセスメント能力が上がったと思う
- ・自分の知らない資源を検討会で知る事ができた
- ・定例で時間と場所を確保する事で、他の業務で中断されたりせず、集中して検討する事ができた
- ・幅広い知識の先生方からアドバイスをもらい、支援者としてのスタンス(おせっかいおばさんを演じる)等を知る事ができてよかった
- ・皆で考える事で安心感がある
- ・地区ケースが共有でき、皆で対応できるのが心強い

⑥終了時のアンケート実施

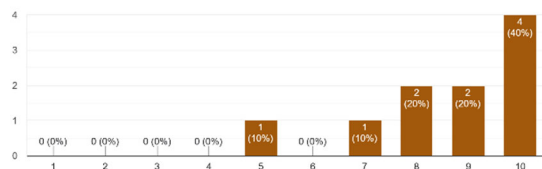
研究班でアンケートを作成し、アンケート用紙またはQRコードから、保健師に調査を行った。

i) 妊産婦・家族の理解

開始前と開始後について、同程度が1、理

解が進んだが 10 として回答を求めた。1 名は 5 で同程度からやや理解が進んだであったが、多くはかなり理解が進んだと回答しており、10 は 40%であった。

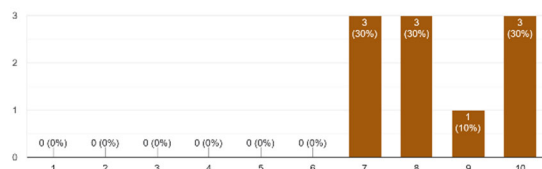
妊産婦・家族の理解
10 件の回答



ii) 妊産婦・家族への支援

i) と同様に尋ねた。全員が 7 以上であった。沖縄市は人口も多く、サービスがあることがわかると支援が進んだのではないかと考えられた。

妊産婦・家族への支援
10 件の回答



iii) 研究班のスーパーバイズが終わっての意見

- ・多面的な角度からケースをアセスメントできる、支援検討できる、よい機会となりました。過去（幼少期からの生育歴）～今後の将来像や見通しまで、1つ1つの事例から学べるが多く、実践的で具体的なプランを考えられたこと、助言頂けたこと、感謝します。
- ・事例検討会をみんなで共有することで、アセスメントも深められて、自分自身の学びが多くなった。自分以外の視点や考えも聞けるので、妊産婦の対象者がよりよくすごせるように、支援者として何をしたらいいのか、アプローチの仕方も明確になった。
- ・他の人のアセスメント力もそうだが自分自身のアセスメント力や質も向上できた。アセスメント力が上がった。支援の方法の幅が広がった。保健師の経験年数による支援の差がなくなった。地区管理ができた。
- ・経験年数の異なるスタッフと共に事例検討会することで、多角的な視点が入り、自分の発想になかった介入方法等が知れて、支援方法や視点がすごく広がりました。
- ・地区メンバーで検討することで、自分には

ない視点での支援方法や資源活用について知ることができるので定期的な事例検討会はすごく良いと思います。また、ケースの状況や概要を共有していることで、検討会以外の時のケース相談がしやすいこともとても良いと思っています。

- ・まだ経験年数が浅い中で、どんな社会資源があって、この世帯に必要な支援は何か、どんな確認事項が必要か、今後どんな見通しを立てて支援したらいいかなど、多角的視点を持って検討することができた。
- ・同職種、福祉部門との参加によって各機関の役割を明確化し、支援の方向性を考えることができ、学びにもなった。
- ・毎月の支援検討の開催によって、自身のアセスメントの視野が広がった。また、自分のアセスメントが正しいのか、最初はすごく不安で発表することもすごく緊張したが、回数を重ね、学びを通して、少しずつ自信がついた。

⑦他自治体への広がり

事例検討会には、近隣自治体の 4 カ所から視察があった。そのうち豊見城市では同様に研究班からアドバイザー支援が欲しいと言うことで、前年度の 3 月から 9 月まで開催した。

⑧研究班スーパーバイズ終了後

沖縄市では妊娠期の支援数が多く、乳幼児期の検討は行わなかった。しかし、妊婦でも支援数が多く、研究班の関与終了後は、週 1 回の開催で事例検討会を行っている。

5. 台帳システムによる効果的支援の手引き作成

4. から得られた進め方の検討や、参加者による評価のアンケートから、担当者がいなくても部署全員が事例を共有していく効果的な支援が行われていたことから、組織として進める事例検討会が重要である。全国に広げるために、手引きを作成した。

項目は、事例検討会の目的として、個別事例検討会と本研究で行った組織として事例を共有する事例検討会について、モデル事例検討会として北海道富良野市・沖縄県沖縄市について、そして組織として事例を共有する事例検討会の進め方は妊娠期からの支援の

重要性、台帳管理システム、事例検討会の進め方、支援技術の共有について、最後に事例検討会の評価とした。ポピュレーションアプローチから把握する何か心配なレベルから支援を開始した方が、支援効果が得られやすいが、検討する事例数が多くなる。そこで、資料は新たなものを作成せず、簡易なエクセルの台帳に事例検討会の時に入力し、何が課題であり次の検討会はいつ行うかを入力する、入力した画面はプロジェクターで共有する、また説明者は丁寧語等はいわず、新規事例で15分程度、継続事例で5分程度とするなどの内容である。また、エクセルはQRコードで取得できるよう添付した。

<資料2> 参照

6. フィンランドのこども家庭センターに準じた取り組みの把握

以下の視察から得られた情報を研究班の取組に反映させた。

(1) ヘルシンキ大学病院子ども病院の見学

病院の運営は、Children's Rights に基づいており、すべて個室で家族の付き添いソファベッド・シャワー、子どものための大型モニター（ゲーム・ビデオ）が設置され、プレイルームでは、各年代に適した一人ひとりの子どものニーズに合わせたおもちゃ、術前プレパレーション、絵本、ゲーム、楽器など多様性に用意され、子どもが尊重されていることがいたるところから感じられた。

(2) タンペレ応用科学大学

タンペレ応用科学大学の教授等研究者から、ネウボラ（相談の場）等のケアやシステム、子ども虐待予防の取り組み等について講義を受け、当研究の研究者とディスカッションした。

(3) 民営ネウボラ

公営（出産ネウボラ）と同等の位置付けで、どちらも利用する方もいる。妊娠期に特化している。

(4) 母子保健ネウボラ

タンペレ市（人口約35万）に母子保健ネ

ウボラが16箇所（人口2.3万に1カ所）あり、ネウボラ保健師1名あたり年間に妊婦35名、子ども200名を担当している。

(5) ファミリーセンター

母子保健ネウボラと家族ネウボラ（福祉等）が連携したファミリーセンターは、保健センター（10年前に建築）内にある。

支援が必要と考えられるが自ら支援を希望しない人への対応は、母子保健ネウボラのネウボラ保健師から家族ネウボラのソーシャルワーカー（SW）*に連絡する。妊娠期についても気になれば事前に連絡してサポートする（子ども保護のための事前通報）。

家族ネウボラのSWを通じて、ファミリーワーカー**が家族を訪問して支援を行う。ファミリーワーカーは、子どもの世話を含め、疲弊してしまった家族への実用的な支援や助言を半日または1日単位で行う。

研究者から母子保健ネウボラと家族ネウボラの連携を強化するには、という問いかけに対して、「個人情報保護があるので、親が希望しなければSWとの情報共有はできず、母子保健ネウボラと家族ネウボラの連携は難しい。親が支援を受け入れるようであれば、SWに繋ぐ。支援を受け入れることが難しい場合は、子どもの目線で親と一緒に考え、家族にサポートのいい面を伝えて受け入れていけるように支援している。ネウボラは家族の立場にたっていて（これが母子保健ネウボラの立ち位置）、それにより家族から信頼を得られている。」とのことであつた。

* ソーシャルワーカー（SW）は総合大学の福祉大学院修士課程レベルの修了者

** ファミリーワーカーは応用科学大学の社会福祉の専門職課程（4年）修了者

7. 研究成果に関するシンポジウム開催

井村真澄分担研究者の協力の下、日本赤十字看護大学広尾キャンパスを会場として現地とZoomウェビナーにより開催した。

(1) 日時

令和7年12月5日（金）午後1時から4

時 30 分

(2) 開催方法

日本赤十字看護大学広尾キャンパスの現地開催と Zoom ウェビナーによるハイブリッド開催で実施した。

参加者アンケートにあるように、手応えのある発言をいただき、本研究をひろめていく必要があると考えられた。

(3) 内容

- ①「フィンランドから学ぶ対話、信頼関係、連携～母子保健の包括的な支援のエッセンス」：フィンランド共和国タンペレ大学 エイヤ・パーヴィライネン教授（通訳：高橋睦子研究協力者）
- ②「日本における配慮・支援の必要な妊産婦への支援」：代表研究者 佐藤拓代
- ③「母子保健のリスクアセスメントシート」：帯包エリカ分担研究者
- ④「切れ目ない支援に向けて～自治体の事例検討会を中心とした取組～」
 - ・北海道富良野市 鈴木歩佳氏、追加発言 北海道富良野保健所 永田永子氏
 - ・沖縄県沖縄市 豊濱牧子氏

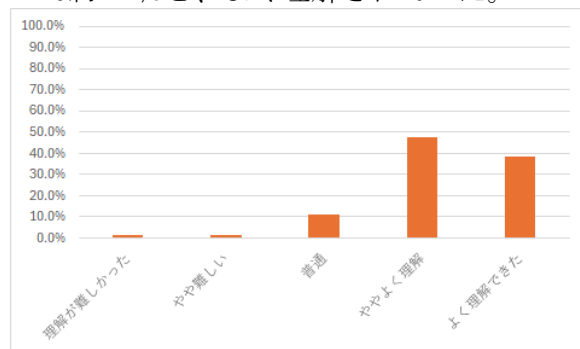
(4) 参加者

現地 25 人、ウェビナー65 人で、ウェビナーでは 1 アドレスで 25 人参加するなどがあり、合計 156 人の参加が得られた。

(5) 参加者のアンケート

- ①フィンランドから学ぶ対話、信頼関係、連携～母子保健の包括的な支援のエッセンス

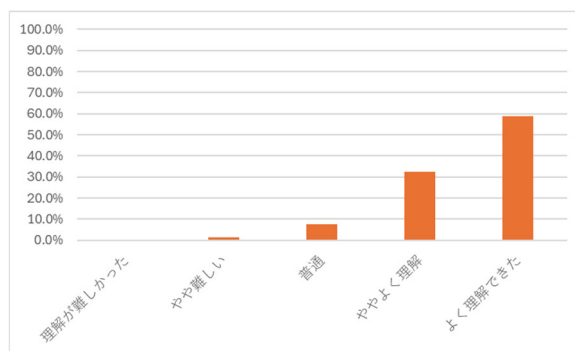
「ややよく理解」及び「よく理解できた」で約 90%と、よく理解されていた。



- ②日本における配慮・支援の必要な妊産婦へ

の支援

やや「よく理解」及び「よく理解できた」で約 90%と、よく理解されていた。



- ③本日のシンポジウムで取り組みたい、参考にしたいところ等

i) 市町村からの参加者

- ・リスクアセスメントシートの導入検討。管理台帳の活用方法の見直し。月 1 回のケース検討は実施し、支援の方向性を共有、管理台帳を作成していましたが、その場で視覚的にも共有するという事は取り入れてみたいと思いました
- ・台帳管理
- ・妊産婦支援の台帳を作成。仕組みを作り、継続支援していけるように頑張りたいと思いました
- ・リスクアセスメントシートや事例検討会も取り組んでみたいと感じた
- ・事例検討の定期開催
- ・支援が必要な人は母子手帳から地区担当がかかわる。妊娠期から丁寧な支援をする。台帳によるケース検討
- ・令和 8 年度内にこども家庭センター設置予定です。帯包先生の紹介されたリスクアセスメントシートの活用を検討したいと思います
- ・フィンランドでのマルチリートメント予防の取り組み
- ・ケースについて共有して行きたい
- ・リスクアセスメントシートをもとに対象者のアセスメントを行い、関係職種で同じ目線で共有することについて実践を深めていきたいと思っています。本日はありがとうございました
- ・支援管理台帳の作成とケース検討会の開催を実施してみたいです
- ・支援管理台帳の活用について

- ・支援管理台帳を導入したいと感じました
- ・妊娠届出時の面接の重要性を改めて感じました。パートナーとの関係性やパワーバランスが今後の子育てに影響してくるので、もう少し踏み込んで話してもらえようようにしていきたいと感じました
- ・ネウボラにおける対話の取り組み
- ・エイヤ先生のお話の中で対話と信頼についてのお話があり、対話の大切さについて感じました。昨年から妊娠8か月で面談を行っていますが、今後も継続して妊娠期から会う機会を作り、信頼関係を築けるよう関わりを持ちながら、産後の支援に切れ目なく入っていけたらと思います。ありがとうございました
- ・各自治体で、母子保健に携わっている保健師の悩みは同じなのだと感じました。〇〇市でも外部講師を招き、児童福祉部門や他部署の保健師も参加する形で毎月1回事例検討会を実施しています。〇〇市の事例検討会は1時間ちょっとの時間で1事例の事例検討を実施しており、本日発表のあった自治体とは実施方法が異なっていると感じました。そのため、他の自治体がどのような形で事例検討を実施されているのかを学ぶ機会があったら、今後の参考になるのではないかと感じました。本日のご講義、どうもありがとうございました
- ・成育医療研究センターのリスクアセスメントシートを活用して、昨年度からこども家庭センターの取組みを進めています。他市との比較もできる分析に興味があります。参加させていただくことはできますか？→帯包先生にお伝えしています(佐藤)
- ・沖縄市さんと人口規模が同じ市です。佐藤先生との実践活動と管理表の活用を当市でも取り入れたいと思います

ii) 大学等の教育機関からの参加者

- ・北海道や沖縄など普段自分が生活している地域とは異なる状況の母子保健における取り組みを知ることができ、大変貴重な機会になった
- ・フィンランドの取組が、日本のこども家庭センターの設置に重なるところがあると感じました。信頼関係の形成やストレングスを用いた支援、子どもや保護者の主体的な参加のご講義は、まさにこれからのサポ

ートプランの作成や機関連携のあり方につながる貴重なお話でした。ありがとうございました

- ・連携について基礎教育で実践的に学ぶ機会をつくりたいと思っています
- ・切れ目のない母子保健のための具体的な取り組みを聞くことができました。事例検討を定例化することで事例管理、地区管理にもつながると感じました。支援が必要な人を見落とさないように職場のシステムとして定着するといいと思いました。ありがとうございました

iii) 都道府県からの参加者

- ・県と市町との連携強化につながる対応策
- ・定期的な事例検討を行う様々なメリットについて分かり勉強になりました。今度管内でも参考に取り組んでいけると良いと思います
- ・1人の保健師で支援が必要な事例を抱え込まないような組織的な仕組みづくり。積み重ねれば人材育成につながるというところ。フィンランドの取り組みは、家族の視点や対話のスキルを大事にしているところ
- ・事例について、共有しやすい管理方法を検討していきたいと思いました。また、支援者視点ではなく、当事者の視点でつなぎの支援を考えていきたいと思いました

D. 考察

市町村母子保健活動は、ポピュレーションアプローチを行っている。妊産婦は、体調やメンタルの変化が起こり、また、パートナーとの関係変化が起こりやすい時期でもある。しかし、妊娠届出時のリスク評価では、子どもを迎え育てることにリスクが高まっていることの把握が難しいことがあり、妊娠後期の面談や関係機関連携により妊婦との接点を確保し、支援する必要がある。

保健師は情報収集が十分でない段階から、なんとなく心配、また、支援の手を差し伸べてもなかなか乗ってこないなどの状況から工夫して関係を作り、支援を行っている。このノウハウは保健師同士で共有することが重要であり、また、多くの妊産婦に支援することから短い妊産婦の時期にタイムリーな支援を進行管理する必要がある。

これらのためには、

- ・支援者の視点や支援方法の共有
- ・妊娠期は時間が短く、支援する時期を判断し支援実施
- ・保健師の支援には保健に加え、生活や経済問題などの包括的な視点が必要
- ・自分の自治体のサービスを知り、足りないサービスの拡大をすすめる

等が重要であると考えられる。

また、妊産婦に関わる保健師等が、何か心配レベルから妊産婦事例の共有を行い、タイムリーに支援を行う進行管理を行う、事例検討会を中心とした取り組みは有意義と考えられる。

さらに、支援技術の効果的展開を行っていくために、初めて妊婦に出会う時期に渡すメッセージや支援者に理解してもらう視点についての手引き作成、台帳システムによる効果的支援の手引きを作成した。今後はこれらの取組を発信し、全国に広げていくことが重要と考えられた。

E. 結論

こども家庭センター設置が進み、妊娠期からポピュレーションアプローチを行うことができる母子保健の役割は重要である。今後は、リスクアセスメントシートの普及と、何か心配レベルから組織で共有することができる台帳による支援システム等の普及を図っていきたい。

F. 健康危機管理情報

なし

G. 研究発表

(帯包分担研究者は別添4参照)

1. 論文発表

令和5年度

1. 佐藤拓代：子育て世代包括支援センター（母子健康包括支援センター）が目指すもの。小児科。2023；64（1）58-63
2. 佐藤拓代：母子保健の力は将来に起こる問題の予防。日本公衆衛生学会雑誌。2023：70（10）140
3. 佐藤拓代：妊娠期から子ども虐待予防の支援がなぜ必要か。地域における妊娠期からの人と人とのつながりづくりによる子

ども虐待予防。公益社団法人母子保健推進会議。2023；2-11

4. 佐藤拓代・福島富士子・今村晴彦・鍵溝和子：母子保健事業の認識～全国市町村における母子保健に関するボランティア活動調査（第1報）～。日本公衆衛生学会雑誌。2023：70（10）408
5. 鍵溝和子・福島富士子・今村晴彦・佐藤拓代：母子保健事業の認識～全国市町村における母子保健に関するボランティア活動調査（第2報）～。日本公衆衛生学会雑誌。2023：70（10）408
6. 佐藤拓代・福島富士子・今村晴彦・鍵溝和子：全国市町村における母子保健ボランティアの活動状況。小児保健研究。2023：82（Suppl）151
7. 佐藤拓代：望まない妊娠と赤ちゃん。With NEO。2023：36（6）848-851
8. 佐藤拓代：経済的支援。周産期医学。2023：53（12）1791-1794
9. 佐藤拓代：にんしん SOS 相談窓口の支援から。思春期学。2024：42（1）29-34
10. 佐藤拓代：母子保健と児童福祉の効果的な運営について～こども家庭センターにおける母子保健の役割～。母子保健情報誌。2024：9 3-6
11. 佐藤拓代：母子保健。わかりやすい公衆衛生学。ヌーヴェルヒロカワ。東京都。2024：151-165
12. 佐藤拓代：「知られたくない」女性たち。ブックレット：妊娠を知られたくない女性たち。日本看護協会出版会。東京都。2023：2-15
13. 佐藤拓代：「知られたくない」妊娠と医療職—期待される役割。ブックレット：妊娠を知られたくない女性たち。日本看護協会出版会。東京都 2023：40-46
14. 増沢高・上野昌江 他：周産期からの早期支援における市町村の母子（親子）保健と児童家庭福祉の連携・協働。子どもの虹情報研修センター2022年度研究報告書。子どもの虹情報研修センター。横浜市 2024：53
15. 上野昌江：今こそ大切にしたい、母子保健におけるポピュレーションアプローチ。母子保健情報誌。9号 2024：14-19
16. 吉田真依・東 園子・井村真澄：立ち会い分娩を体験した女性が助産師による家族

- への関わりに対して抱く思い。日本母子看護学会誌。16 巻 2 号 2023 : 14-24
17. 大川聡子・眞壁美香・金谷志子・上野昌江 : 10 代初産母親の逆境的小児期体験 (ACE) の特徴と育児中の心身の健康, 経済的状況との関連。日本地域看護学会誌。26 巻 1 号 2023 : 4-12
 18. 水主川 純 : 高年出産をめぐるプレコンセプションケアとメンタルヘルスケア対策。精神科治療学。38 巻 5 号 2023 : 539-543
 19. 帯包エリカ : 母子保健から児童福祉へ共有するためのリスクアセスメントシートについて。母子保健情報誌。9 号 2024 : 24-30

令和 6 年度

1. 佐藤拓代 : にんしん SOS 相談窓口の支援から。思春期学。2024 : 42 (1) 29-34
2. 佐藤拓代 : 母子保健と児童福祉の効果的な運営について～こども家庭センターにおける母子保健の役割～。母子保健情報誌。2024 : 9 3-6
3. 佐藤拓代 : 母子保健。わかりやすい公衆衛生学。ヌーヴェルヒロカワ。東京都。2025 : 151-165
4. 佐藤拓代 : 妊娠期からの切れ目のない支援の重要性 こども家庭センターガへの期待と課題。公衆衛生。2024 : 88 (11) 1092-1098
5. 佐藤拓代 : 若年妊娠に対する地域の取り組み。思春期学。2024 : 42 (2) 300-305
6. 佐藤拓代・帯包エリカ・上野昌江 : 母子保健における、児童福祉との連携支援に至る前の気にかかる事例等に関する調査。日本公衆衛生学会抄録集。2024 : 83 270
7. 帯包エリカ・小林しのぶ・ピエドバシュ・オーレリー・西野知子・松山春佳・竹中沙織・竹原健二・森崎菜穂・上野昌江・佐藤拓代 : 母子保健における支援が必要な妊産婦・こども・家庭を把握するためのリスクアセスメントシート 自治体データに基づく精度検証。日本小児科学会雑誌。2025 : 129 (2) 269
8. 佐藤拓代 : こども家庭センターと切れ目のない支援～地域の力を結集して虐待予防～。公益社団法人母子保健推進会議。2025 : 2-10
9. 上野昌江 : 援助関係づくりに着目した保健師研修プログラムの実施方法による効果の比較。日本公衆衛生学会抄録集。2025 : 83 ; 416
10. 廣地彩香・上野昌江・眞壁美香・中原洋子・安本理抄・水内久美・和泉京子 : 4 か月児健診時における母親の養育体験と育児不安との関係。日本公衆衛生学会抄録集。2025 : 83 ; 412
11. 中原洋子・安本理抄・和泉京子・上野昌江 : 子育て世代包括支援センターにおける妊娠時の状況及びアセスメントと出産後の母性意識、育児の自信、親子関係との関連。日本公衆衛生看護学会講演集。2025 : 12 ; 250
12. 佐藤睦子・上野昌江 : 要支援母親との援助関係構築に向けたオンライン版保健師研修プログラムの評価。日本公衆衛生看護学会講演集。2025 : 12 ; 232
13. 辻優子・上野昌江 : コロナ禍で乳幼児を育てる母親の育児感情とその関連要因の検討 ソーシャルサポートと受援力に着目して。日本公衆衛生看護学会講演集。2025 : 12 ; 199
14. 上野昌江・中板育美・佐藤睦子・大場エミ・高橋ゆきえ : 公衆衛生の課題であるこども虐待予防に向けた「こども家庭センター」における母子保健を考える。日本公衆衛生看護学会講演集。2025 : 12 ; 139
15. 井村真澄 : 働く女性・男性の子育てと母乳育児支援 当事者向け動画教材の作成。日本助産学雑誌。2024 : 38 ; 141
16. 水主川純 : プレコンセプションケア 産科側からできること。日本周産期・新生児医学会雑誌。2024 : 60 (suppl) : 147
17. 毛利育子 : 乳幼児期の睡眠ケア。小児内科。2024 : 56 (8) : 1179-1183

令和 7 年度

1. 佐藤拓代 : こども家庭センターと切れ目のない支援～地域の力を結集して虐待予防～。公益社団法人母子保健推進会議。2025 : 2-10
2. 佐藤拓代 : 若年妊娠に対する支援。産科と婦人科。2026 : 93 (2) 189-193
3. 佐藤拓代 : 妊娠期から子育て期まで包括的に子育て家庭を支援する。国際文化研修。2026 : 129 6-9
4. 佐藤拓代 : すべての人に「妊娠期からの

- 伴走型支援」を保障 妊娠期から「かかりつけ助産師」などの伴走者を全員へ。助産師。2026：80（1）6-9
5. 帯包エリカ・小林しのぶ・ピエドバシュ・オーレリー・西野知子・松山春佳・竹中沙織・竹原健二・森崎菜穂・上野昌江・佐藤拓代：母子保健における支援が必要な妊産婦・こども・家庭を把握するためのリスクアセスメントシート 自治体データに基づく精度検証。日本小児科学会雑誌抄録集。2025：129（2）269
 6. 上野昌江：援助関係づくりに着目した保健師研修プログラムの実施方法による効果の比較。日本公衆衛生学会抄録集。2025：83；416
 7. 佐藤睦子・上野昌江：要支援母親との援助関係構築に向けたオンライン版保健師研修プログラムの評価。日本公衆衛生看護学会講演集。2025：12；232
 8. 佐藤拓代：母子保健。わかりやすい公衆衛生学。ヌーヴェルヒロカワ。東京都。2026：151-165
 9. 上野昌江：援助関係づくりに着目した保健師研修プログラムの実施方法による効果の比較。日本公衆衛生学会抄録集。2025：83；416
 10. 上野昌江：母子保健と保健師活動の温故知新 母子保健の活動の原点は、いつの時代も死亡を見据え、それをなくすこと。公衆衛生。2026：90（1）22-31
 11. 廣地彩香・上野昌江・真壁美香・中原洋子・安本理抄・水内久美・和泉京子：4 か月児健診時における母親の養育体験と育児不安との関係。日本公衆衛生学会抄録集。2025：83；412
 12. 中原洋子・安本理抄・和泉京子・上野昌江：子育て世代包括支援センターにおける妊娠時の状況及びアセスメントと出産後の母性意識、育児の自信、親子関係との関連。日本公衆衛生看護学会講演集。2025：12；250
 13. 佐藤睦子・上野昌江：要支援母親との援助関係構築に向けたオンライン版保健師研修プログラムの評価。日本公衆衛生看護学会講演集。2025：12；232
 14. 辻優子・上野昌江：コロナ禍で乳幼児を育てる母親の育児感情とその関連要因の検討 ソーシャルサポートと受援力に着目して。日本公衆衛生看護学会講演集。2025：12；199
 15. 上野昌江・中板育美・佐藤睦子・大場エミ・高橋ゆきえ：公衆衛生の課題であるこども虐待予防に向けた「こども家庭センター」における母子保健を考える。日本公衆衛生看護学会講演集。2025：12；139
 16. 小林しのぶ・帯包エリカ・Aurelie Piedvache・松山春佳・竹原健二：母子保健における児童福祉との共有の必要性を判断するためのアセスメントツールに関する架空事例を用いた実用性の検討。日本公衆衛生看護学会誌。2025：14（3）；92-100.
 17. 水主川純：ハイリスク妊娠。母性衛生。2025：66（3）52
- ## 2. 学会発表
- ### 令和5年度
1. 佐藤拓代・福島富士子・今村晴彦・鍵溝和子：母子保健事業の認識～全国市町村における母子保健に関するボランティア活動調査（第1報）～。第82回日本公衆衛生学会
 2. 鍵溝和子・福島富士子・今村晴彦・佐藤拓代：母子保健事業の認識～全国市町村における母子保健に関するボランティア活動調査（第2報）～。第82回日本公衆衛生学会
 3. 佐藤拓代：母子保健の力は将来に起こる問題の予防。シンポジウム。第82回日本公衆衛生学会
 4. 佐藤拓代：にんしん SOS 相談窓口の支援から。シンポジウム。第42回日本思春期学会総会・学術集会
 5. 佐藤拓代：全国市町村における母子保健ボランティアの活動状況。第70回日本小児保健協会学術集会
- ### 令和6年度
1. 佐藤拓代：「こどもまんなか」の新しい夜明けに期待して。第50日本看護研究学会学術集会 基調講演
 2. 佐藤拓代・帯包エリカ・上野昌江：母子保健における、児童福祉との連携支援に至る前の気にかかる事例等に関する調査。第83回日本公衆衛生学会
- ### 令和7年度

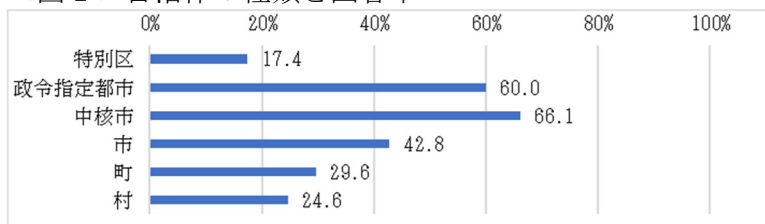
1. 佐藤拓代：妊娠期の関係性づくりと効果的な新生児訪問・乳児家庭全戸訪問を考える。第 84 回日本公衆衛生学会 シンポジウム
2. 今村晴彦・鎗溝 和子・佐藤拓代：母子保健に関わるボランティア活動推進における促進・阻害要因の質的検討。第 84 回日

本公衆衛生学会

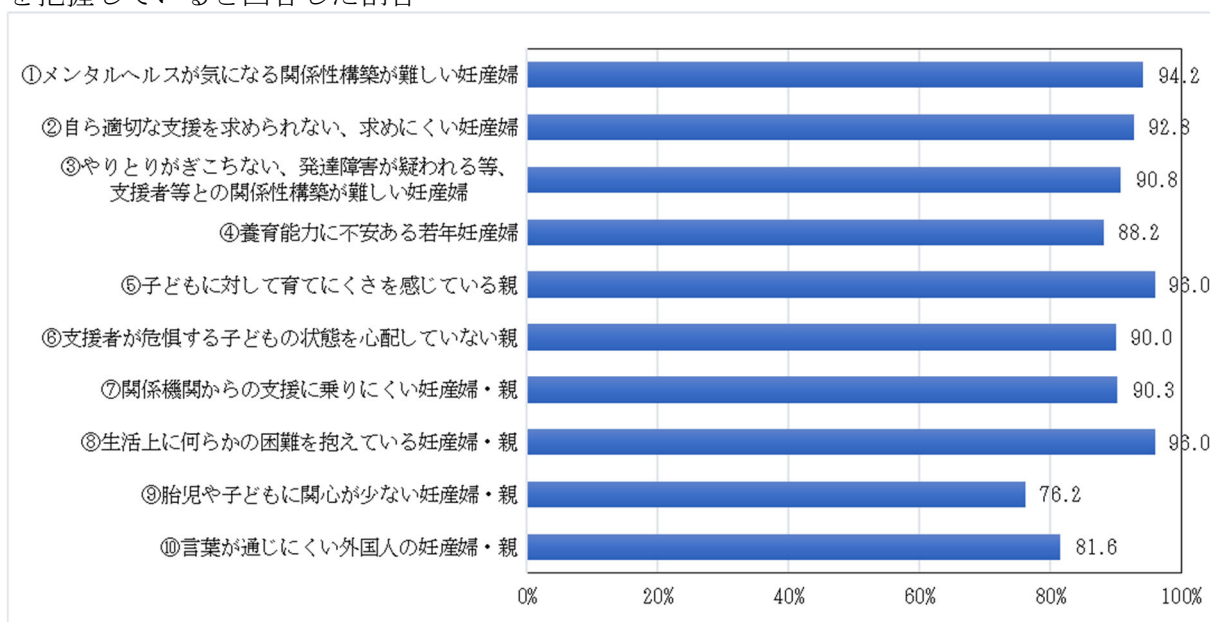
H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

全国市区町村に対する調査
「母子保健における、児童福祉との連携支援に至る前の気にかかる事例等に関する調査」結果

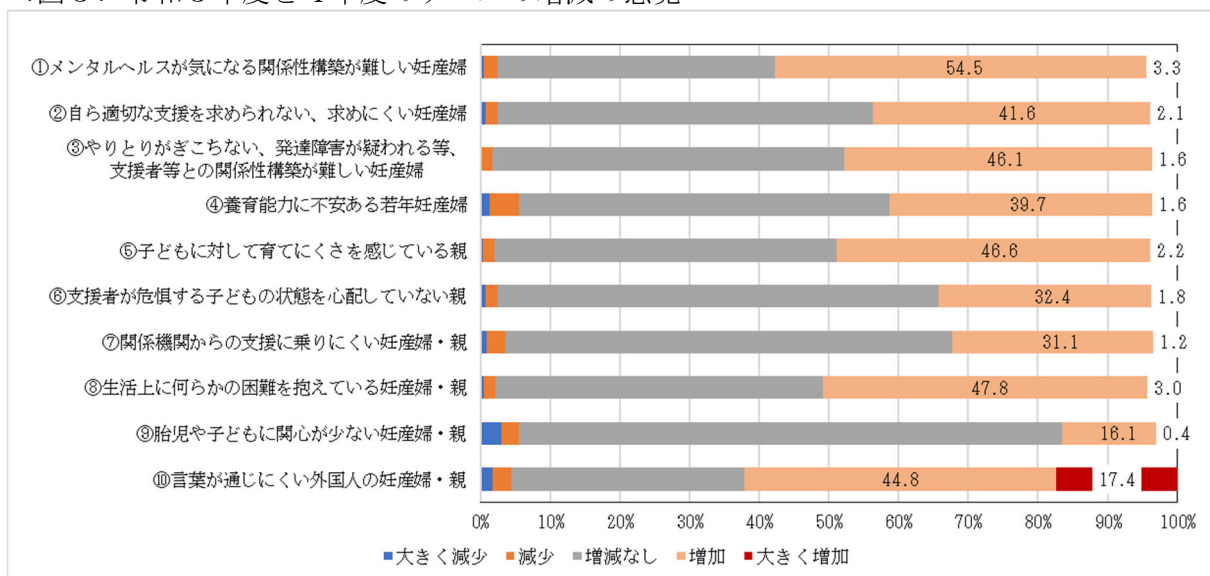
<図1>自治体の種類と回答率



<図2>母子健康手帳交付時の面談や訪問、健診等の母子保健事業の機会を通じて、気にかかる等のより手厚い支援や継続的な支援、関係者の調整等が必要と判断された妊産婦、親子を把握していると回答した割合

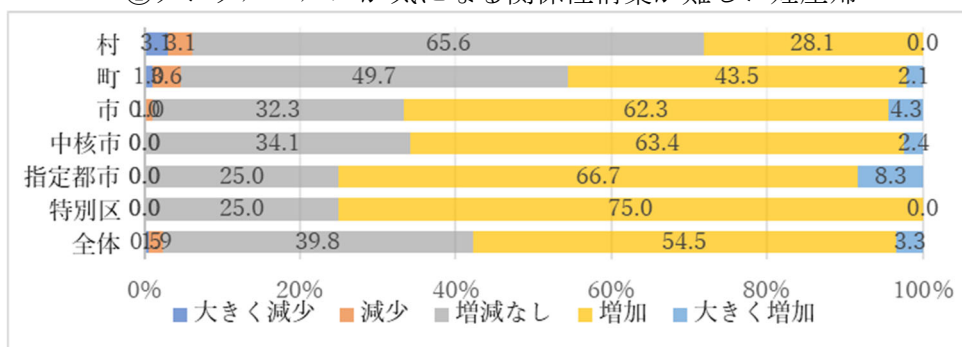


<図3>令和3年度と4年度のケースの増減の感覚



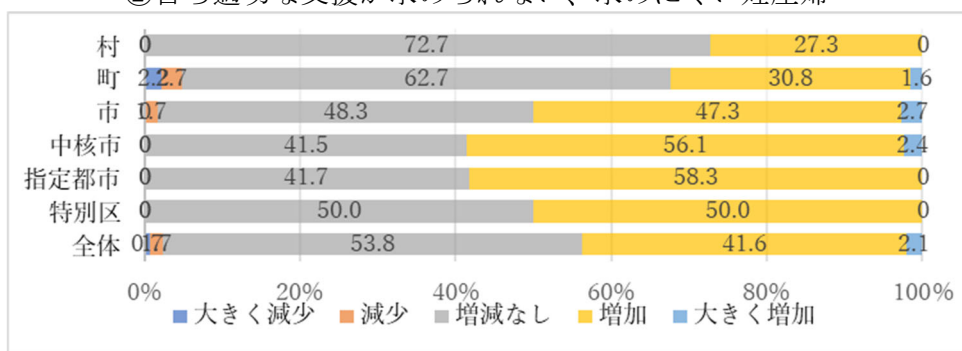
<図4>令和3年度と4年度の増減の感覚

①メンタルヘルスが気になる関係性構築が難しい妊産婦



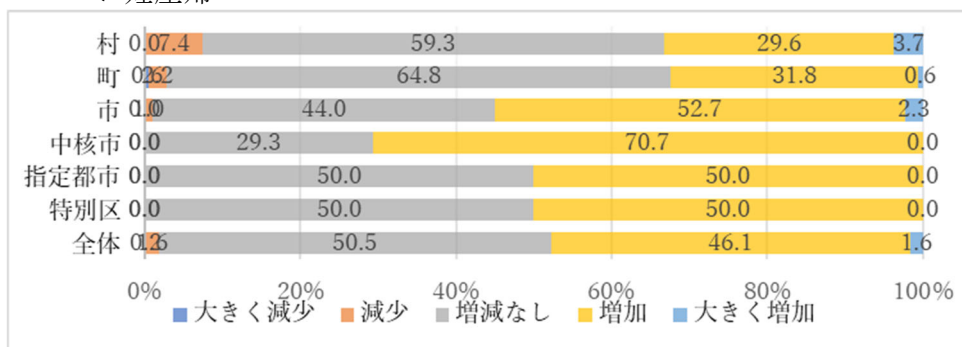
<図5>令和3年度と4年度の増減の感覚

②自ら適切な支援が求められない、求めにくい妊産婦



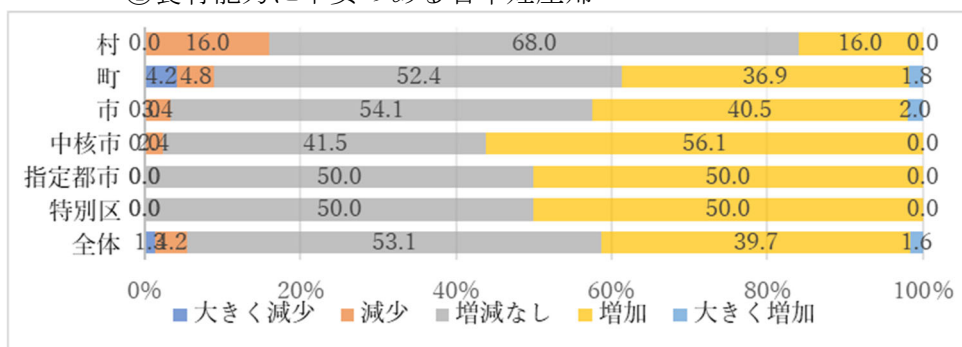
<図6>令和3年度と4年度の増減の感覚

③やりとりがぎこちない、発達障害が疑われる等、支援者等との関係性構築が難しい妊産婦



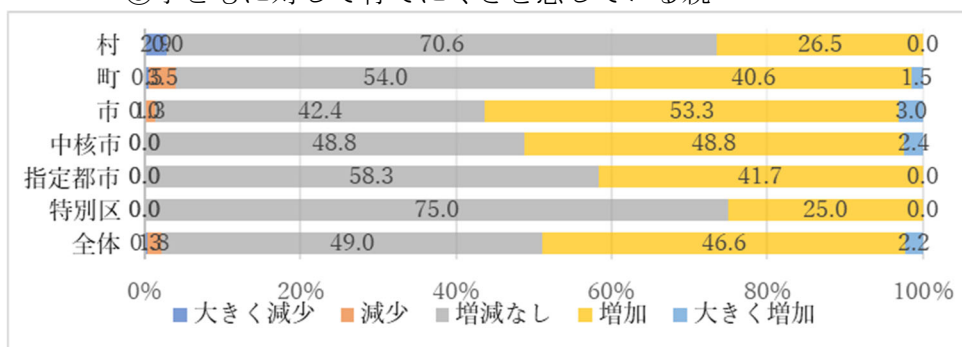
<図7>令和3年度と4年度の増減の感覚

④養育能力に不安のある若年妊産婦



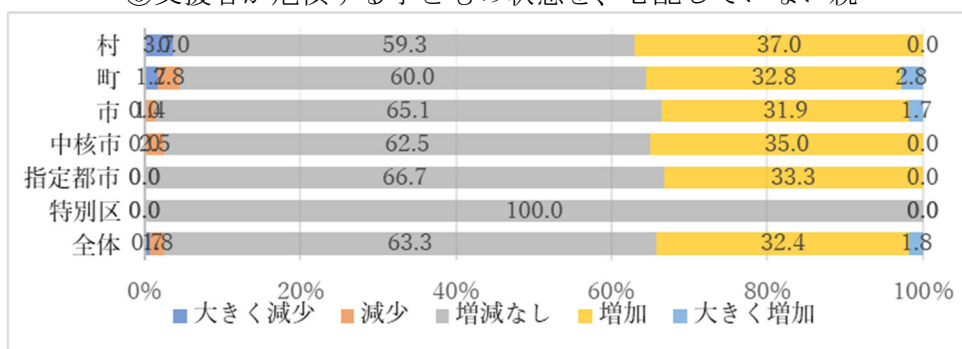
<図 8> 令和 3 年度と 4 年度の増減の感覚

⑤子どもに対して育てにくさを感じている親



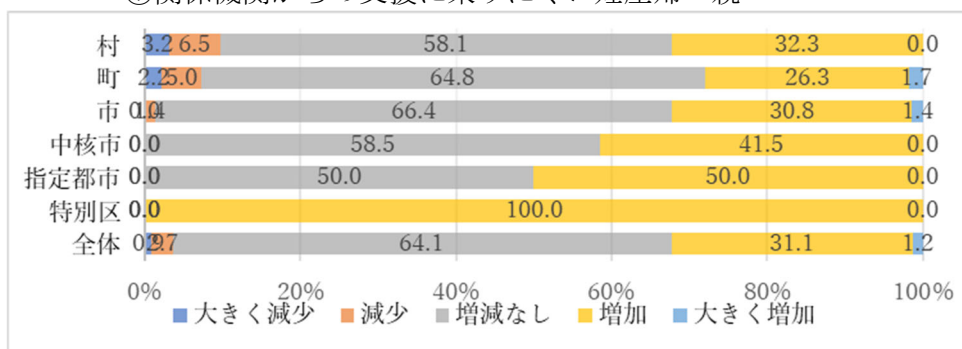
<図 9> 令和 3 年度と 4 年度の増減の感覚

⑥支援者が危惧する子どもの状態を、心配していない親



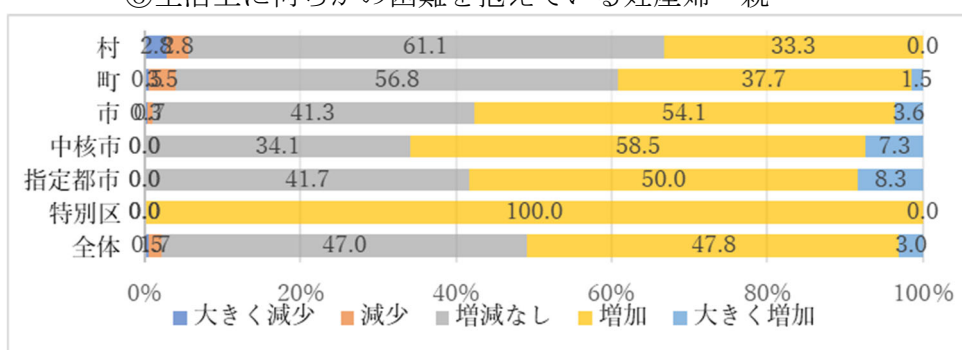
<図 10> 令和 3 年度と 4 年度の増減の感覚

⑦関係機関からの支援に乗りにくい妊産婦・親



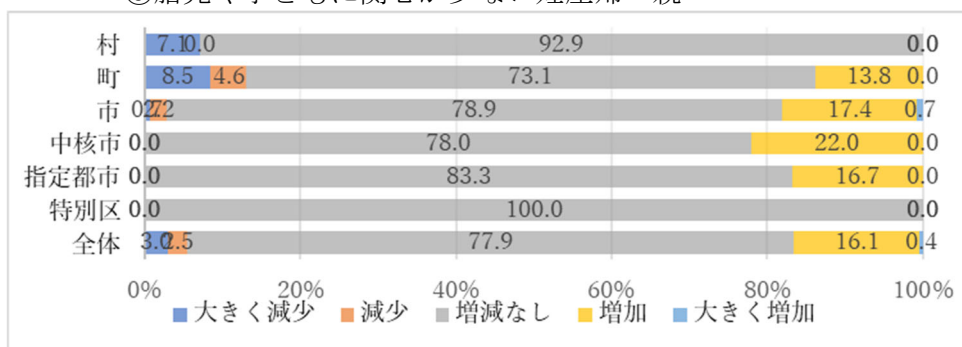
<図 11> 令和 3 年度と 4 年度の増減の感覚

⑧生活上に何らかの困難を抱えている妊産婦・親



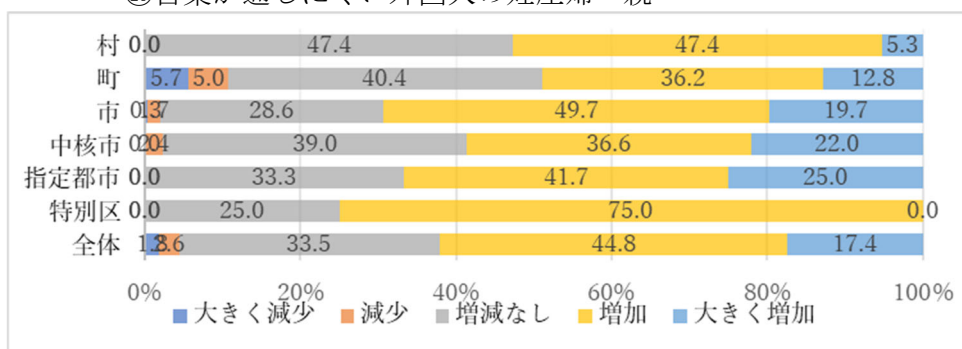
<図 12>令和 3 年度と 4 年度の増減の感覚

⑨胎児や子どもに関心が少ない妊産婦・親

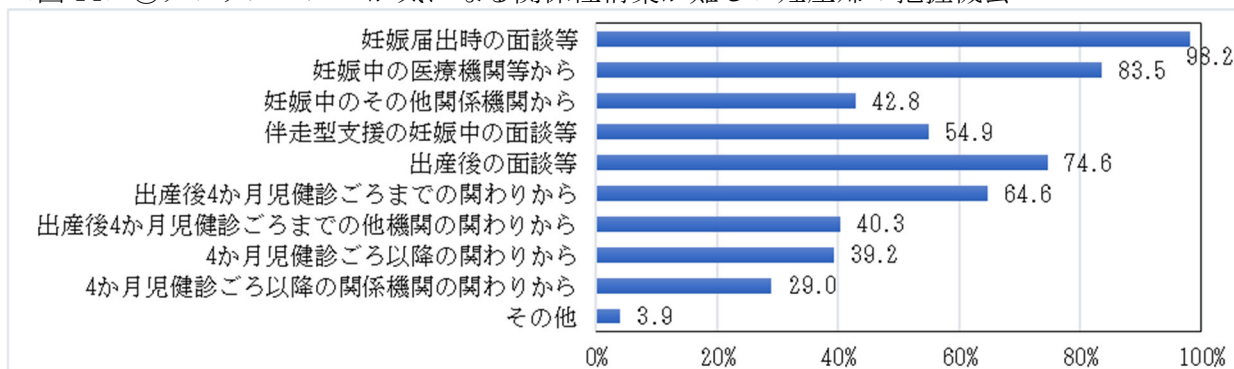


<図 13>令和 3 年度と 4 年度の増減の感覚

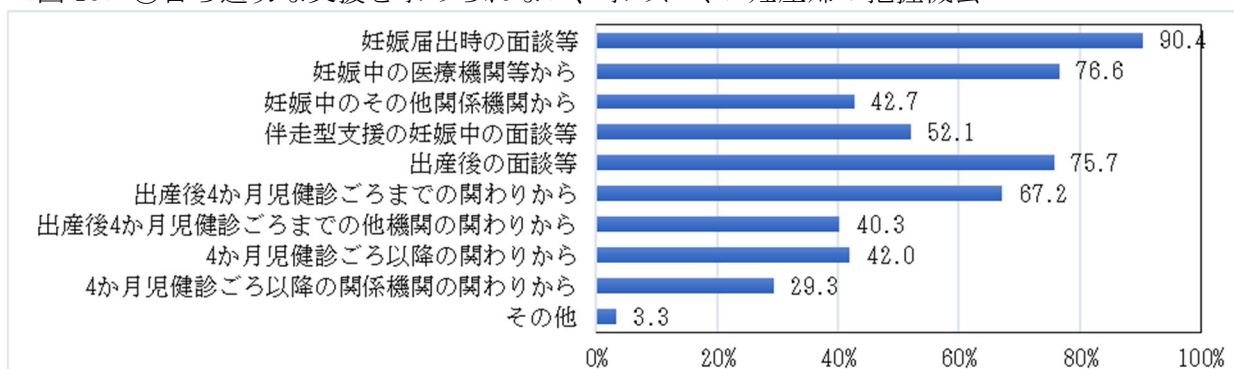
⑩言葉が通じにくい外国人の妊産婦・親



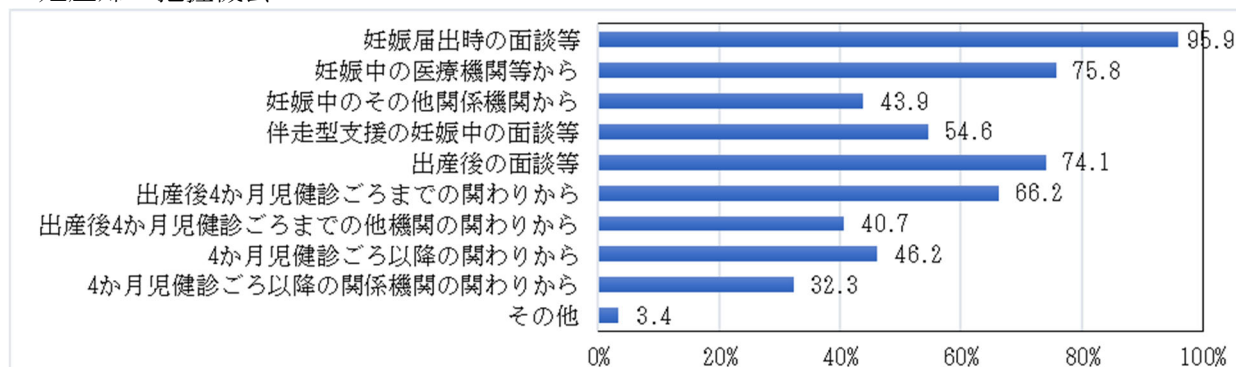
<図 14>①メンタルヘルスが気になる関係性構築が難しい妊産婦の把握機会



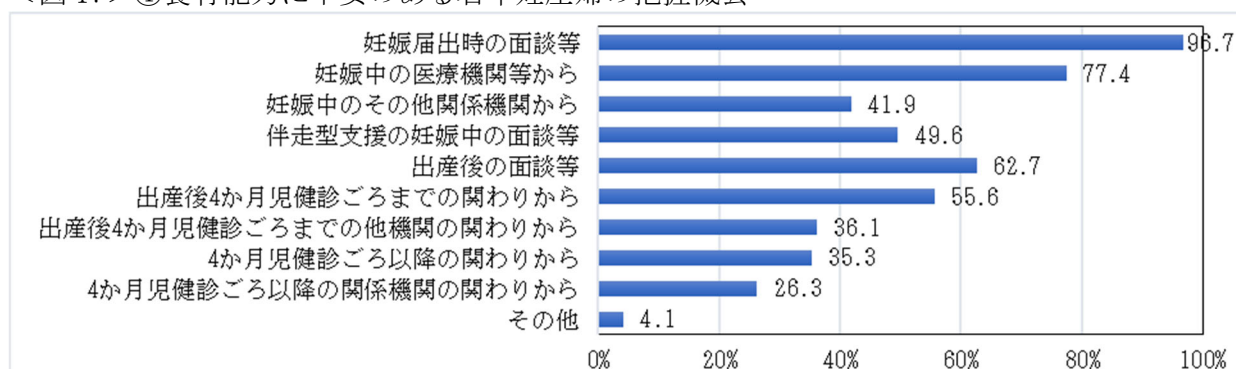
<図 15>②自ら適切な支援を求められない、求めにくい妊産婦の把握機会



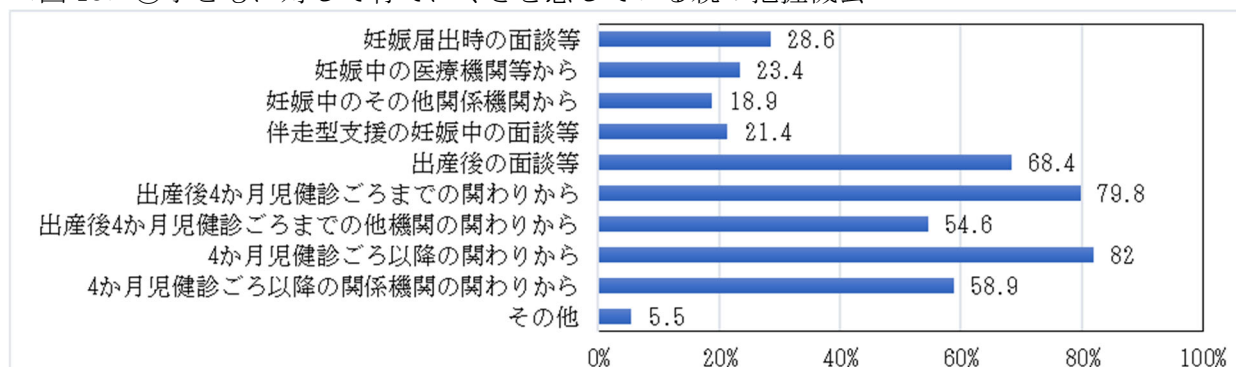
<図 16>③やりとりがぎこちない、発達障害が疑われる等、支援者等との関係性構築が難しい妊産婦の把握機会



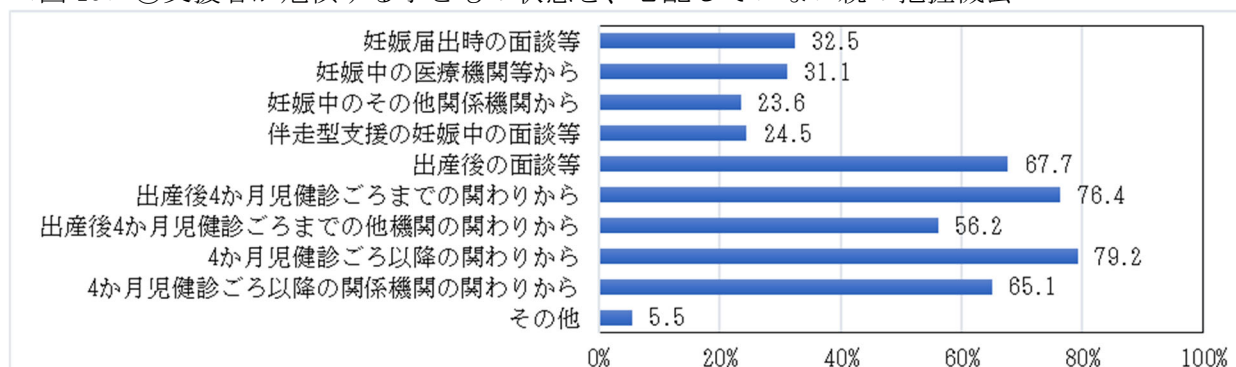
<図 17>④養育能力に不安のある若年妊産婦の把握機会



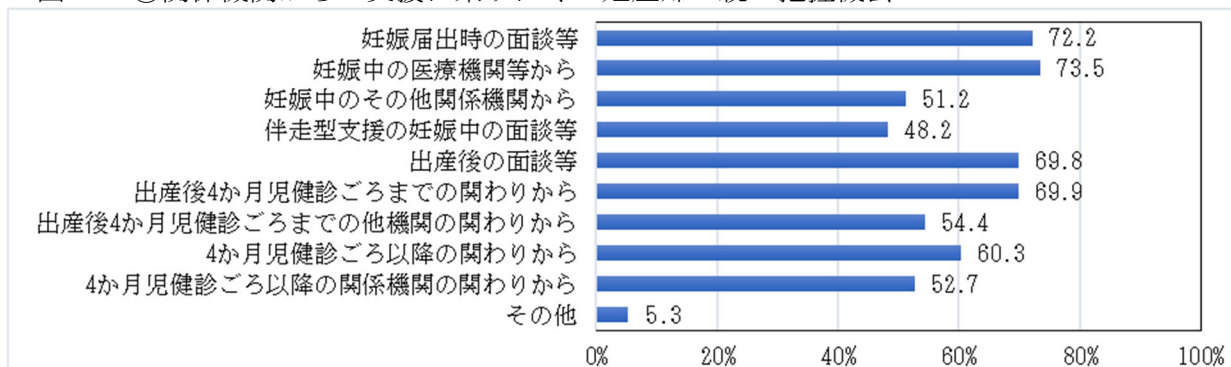
<図 18>⑤子どもに対して育てにくさを感じている親の把握機会



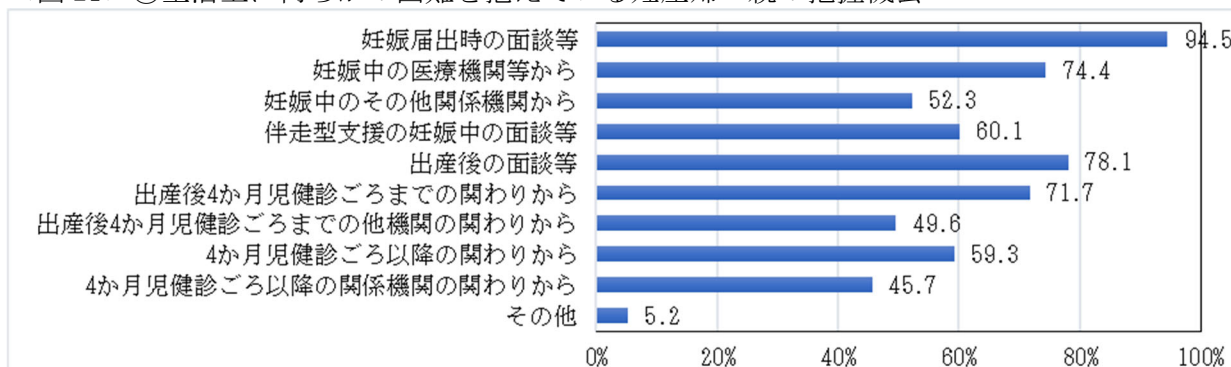
<図 19>⑥支援者が危惧する子どもの状態を、心配していない親の把握機会



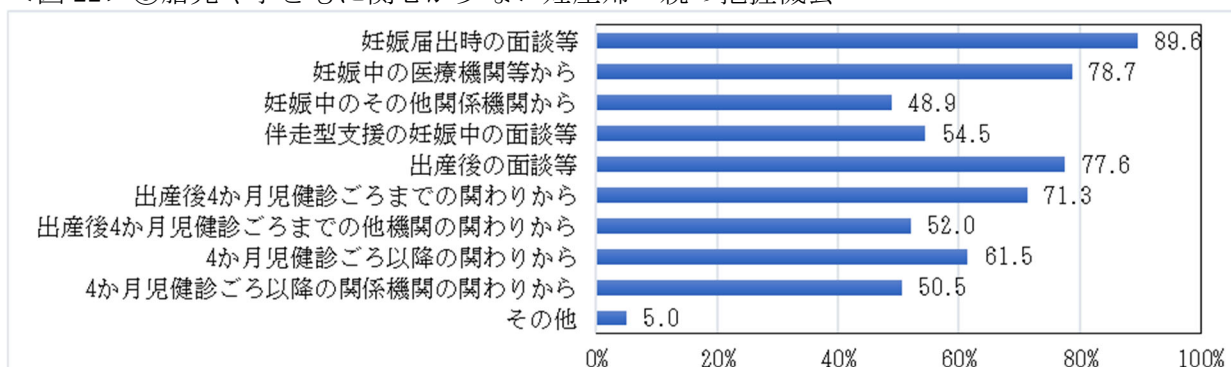
<図 20>⑦関係機関からの支援に乗りにくい妊産婦・親の把握機会



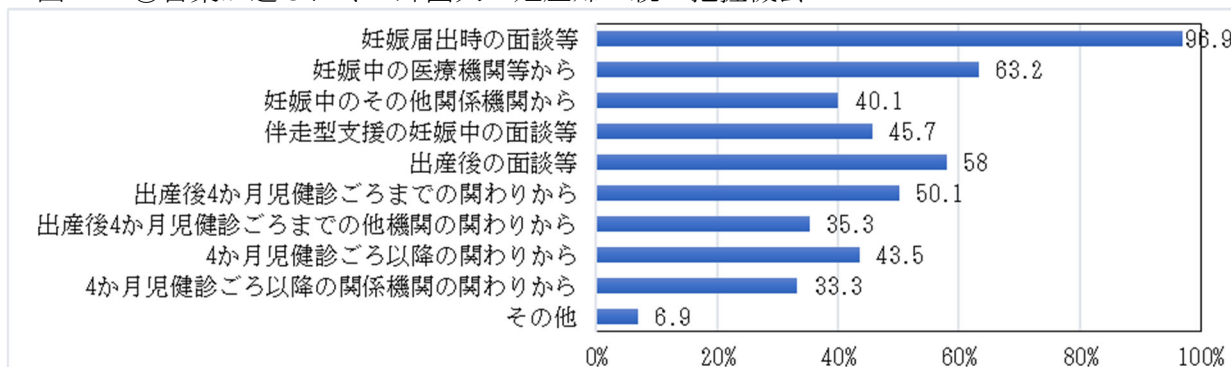
<図 21>⑧生活上に何らかの困難を抱えている妊産婦・親の把握機会



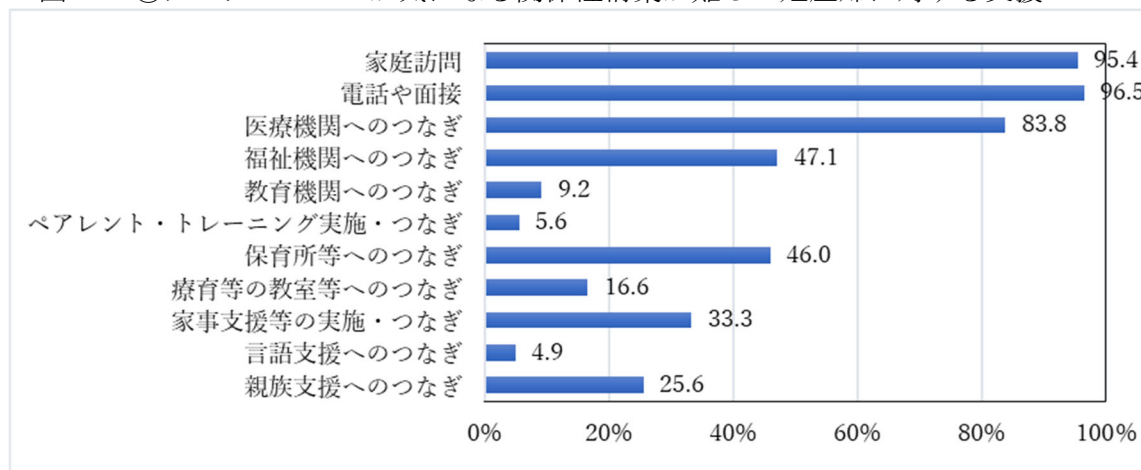
<図 22>⑨胎児や子どもに関心が少ない妊産婦・親の把握機会



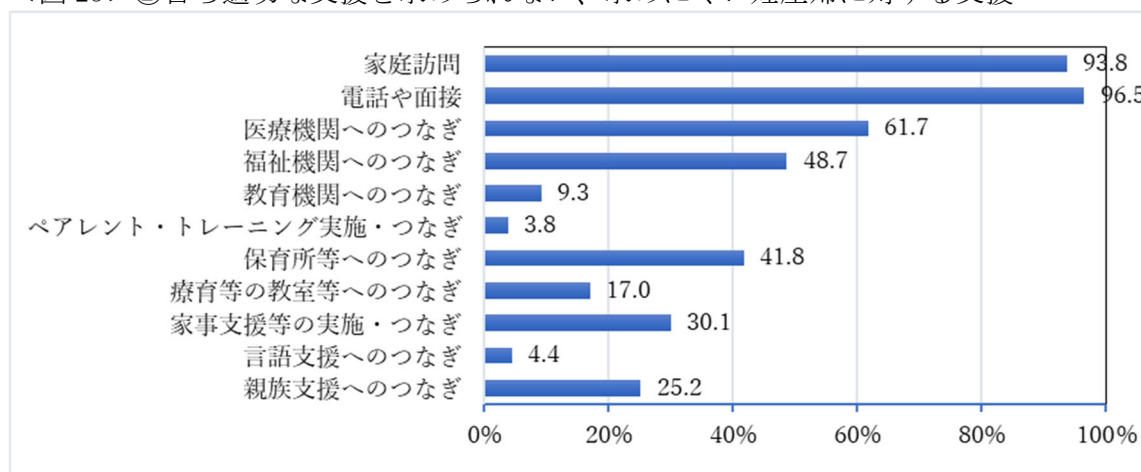
<図 23>⑩言葉が通じにくい外国人の妊産婦・親の把握機会



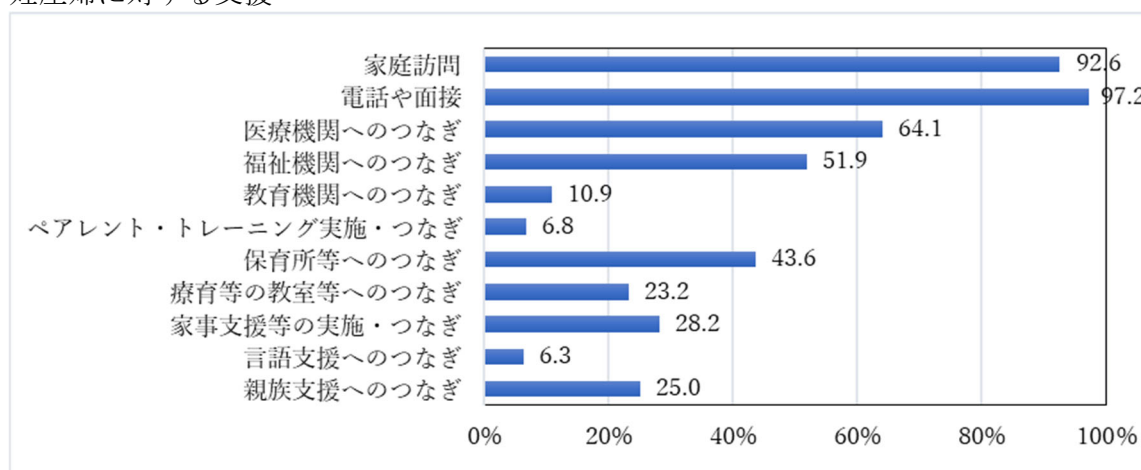
<図 24>①メンタルヘルスが気になる関係性構築が難しい妊産婦に対する支援



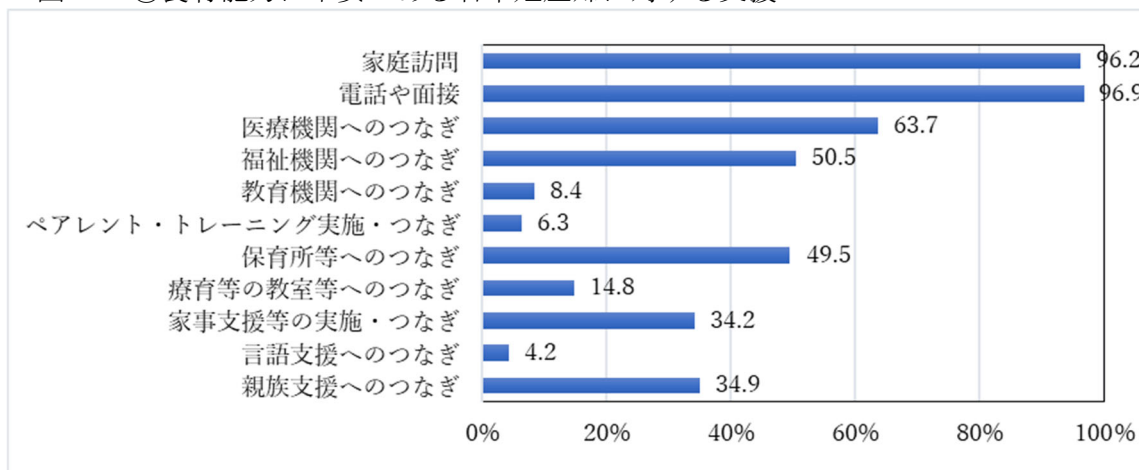
<図 25>②自ら適切な支援を求められない、求めにくい妊産婦に対する支援



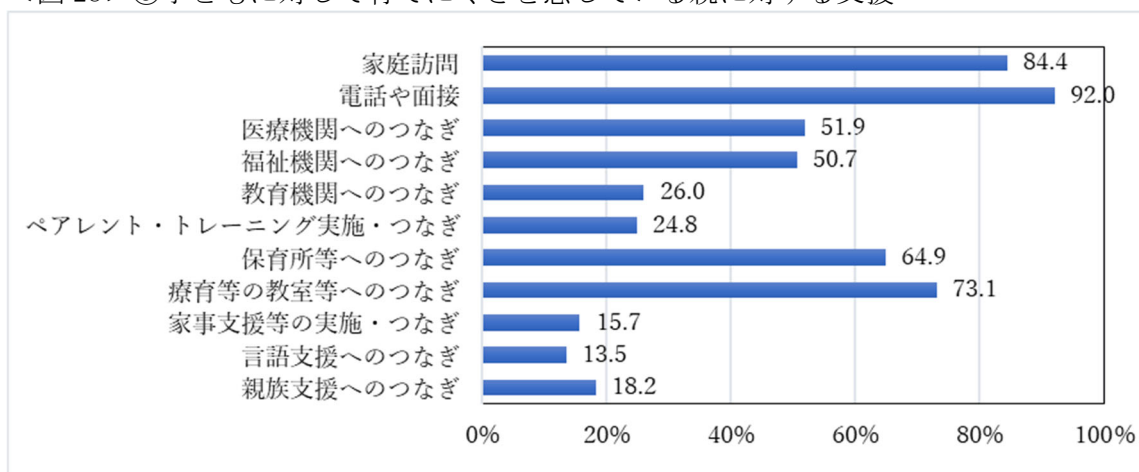
<図 26>③やりとりがぎこちない、発達障害が疑われる等、支援者との関係性構築が難しい妊産婦に対する支援



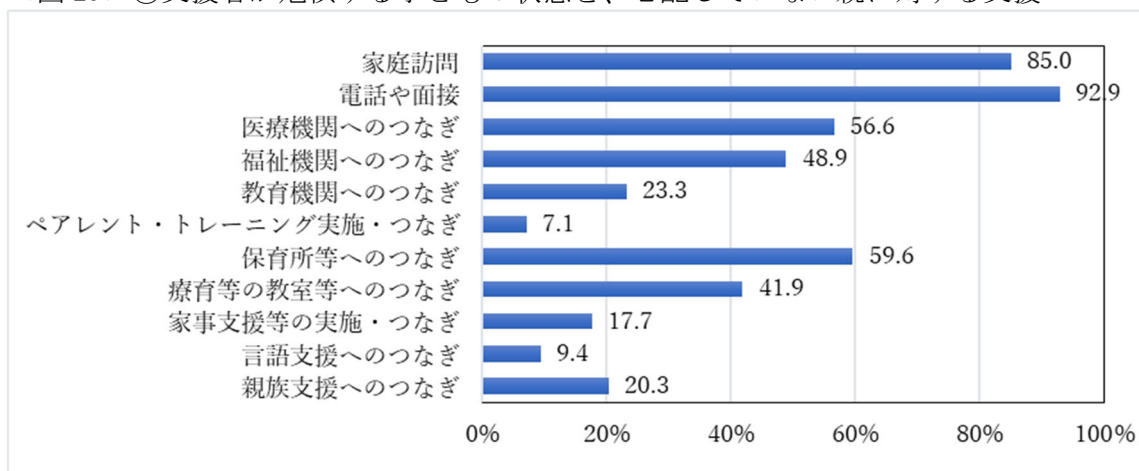
<図 27>④養育能力に不安のある若年妊産婦に対する支援



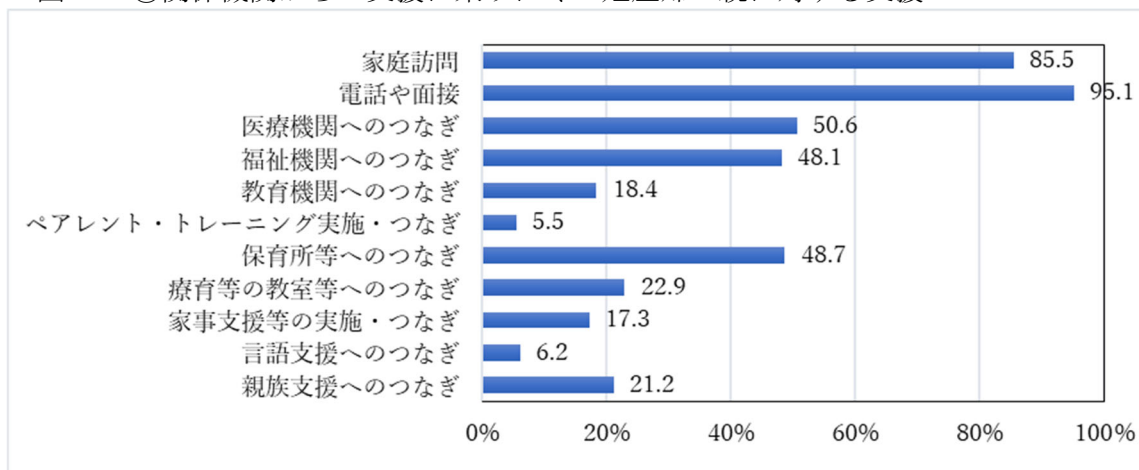
<図 28>⑤子どもに対して育てにくさを感じている親に対する支援



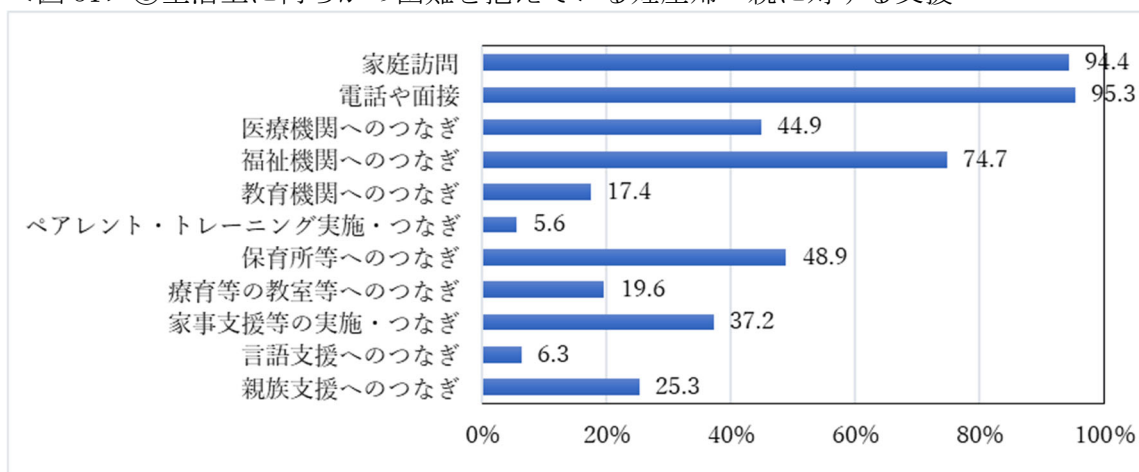
<図 29>⑥支援者が危惧する子どもの状態を、心配していない親に対する支援



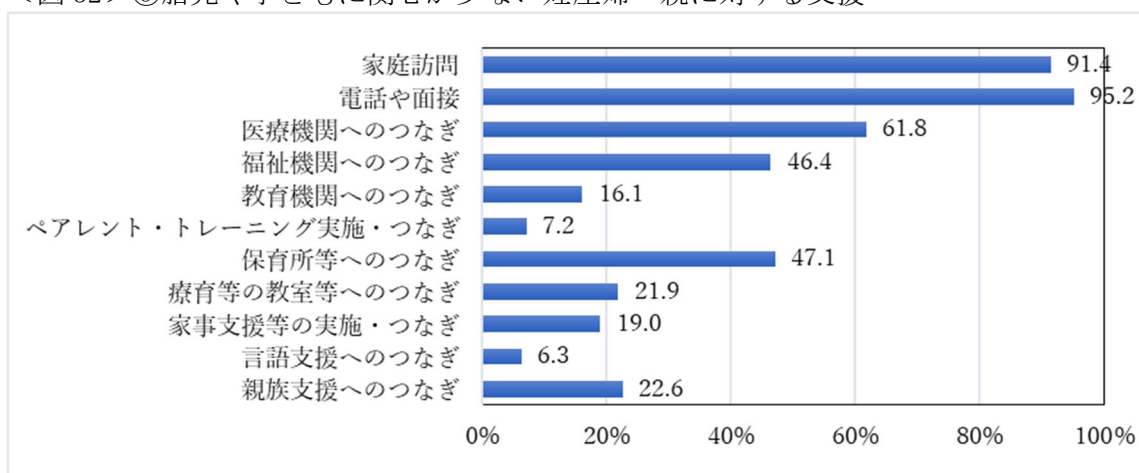
<図 30>⑦関係機関からの支援に乗りにくい妊産婦・親に対する支援



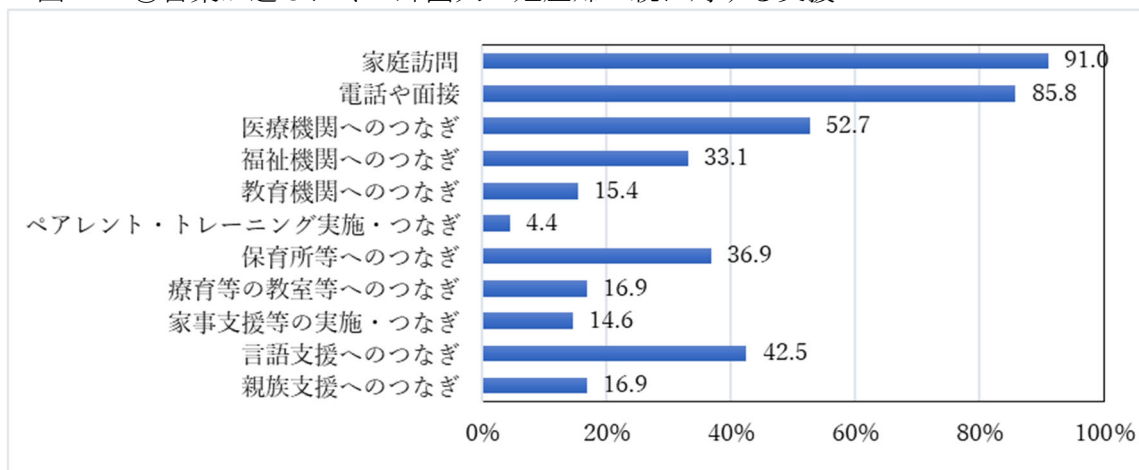
<図 31>⑧生活上に何らかの困難を抱えている妊産婦・親に対する支援



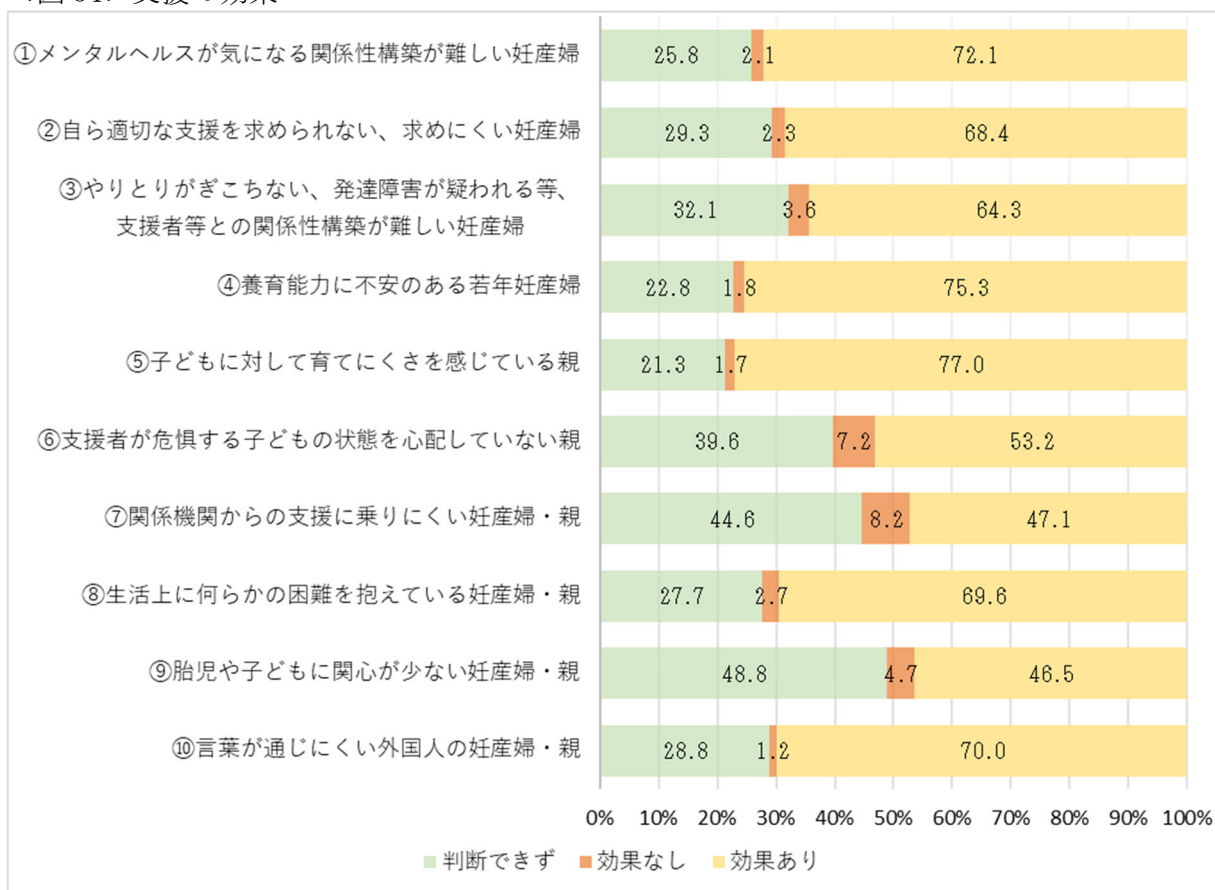
<図 32>⑨胎児や子どもに関心が少ない妊産婦・親に対する支援



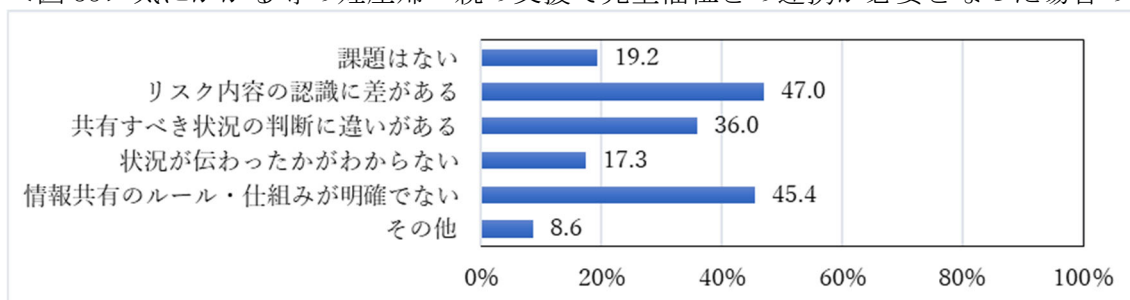
<図 33>⑩言葉が通じにくい外国人の妊産婦・親に対する支援



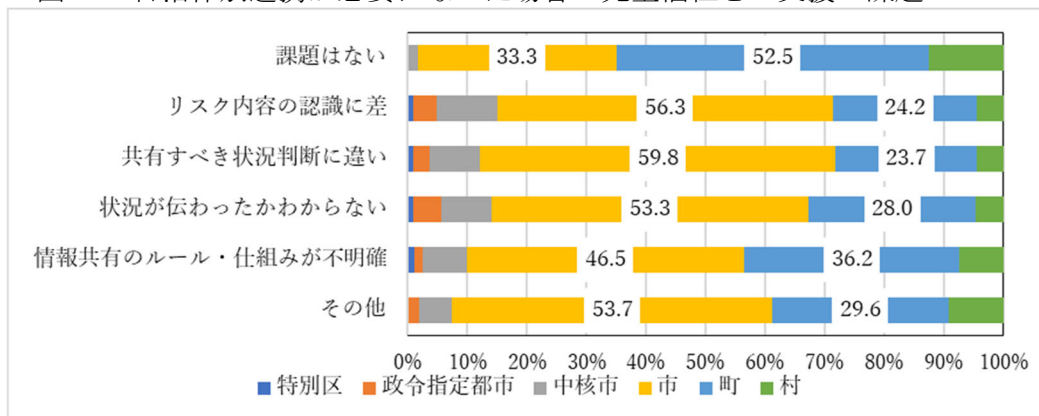
<図 34>支援の効果



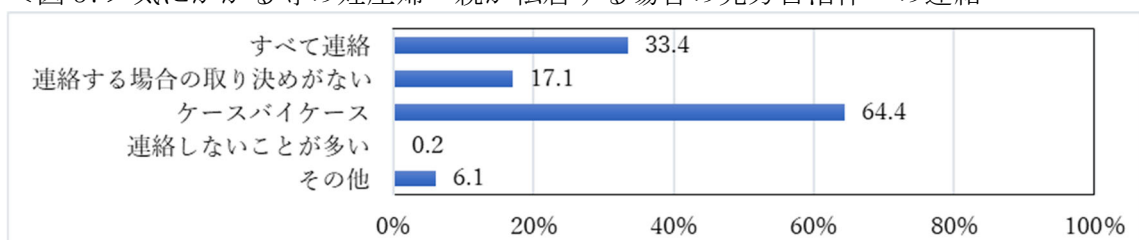
<図 35>気にかかる等の妊産婦・親の支援で児童福祉との連携が必要となった場合の課題



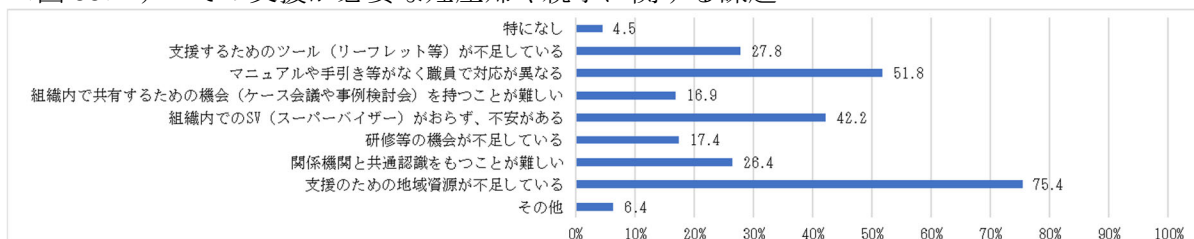
<図 36> 自治体別連携が必要になった場合の児童福祉との支援の課題



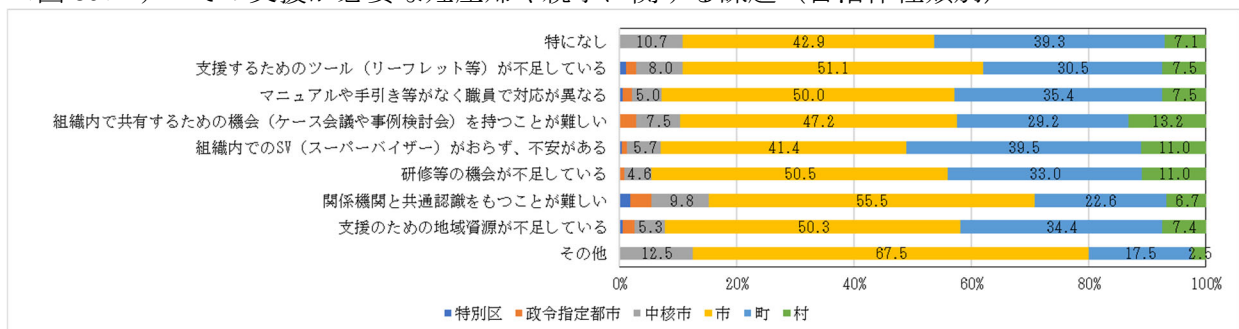
<図 37> 気にかかる等の妊産婦・親が転居する場合の先方自治体への連絡



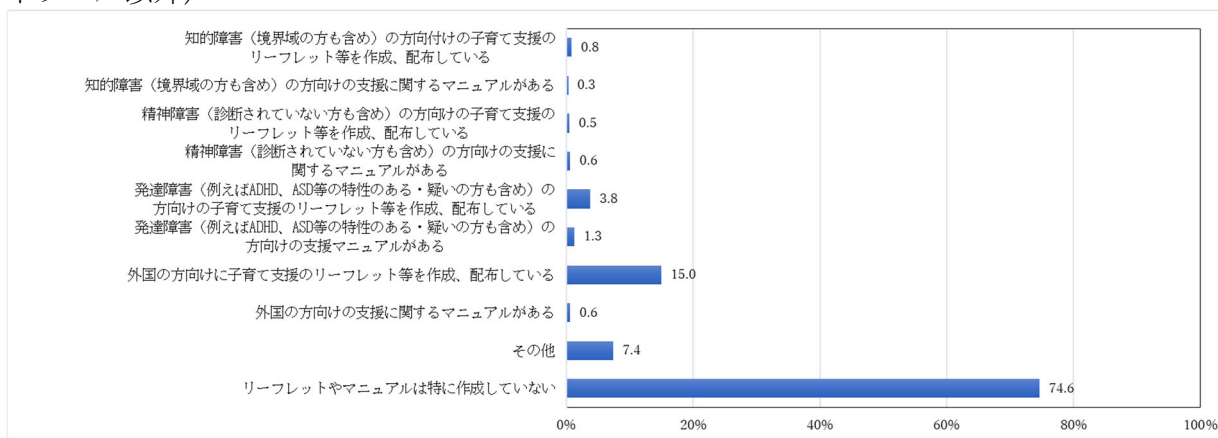
<図 38> すべての支援が必要な妊産婦や親子に関する課題



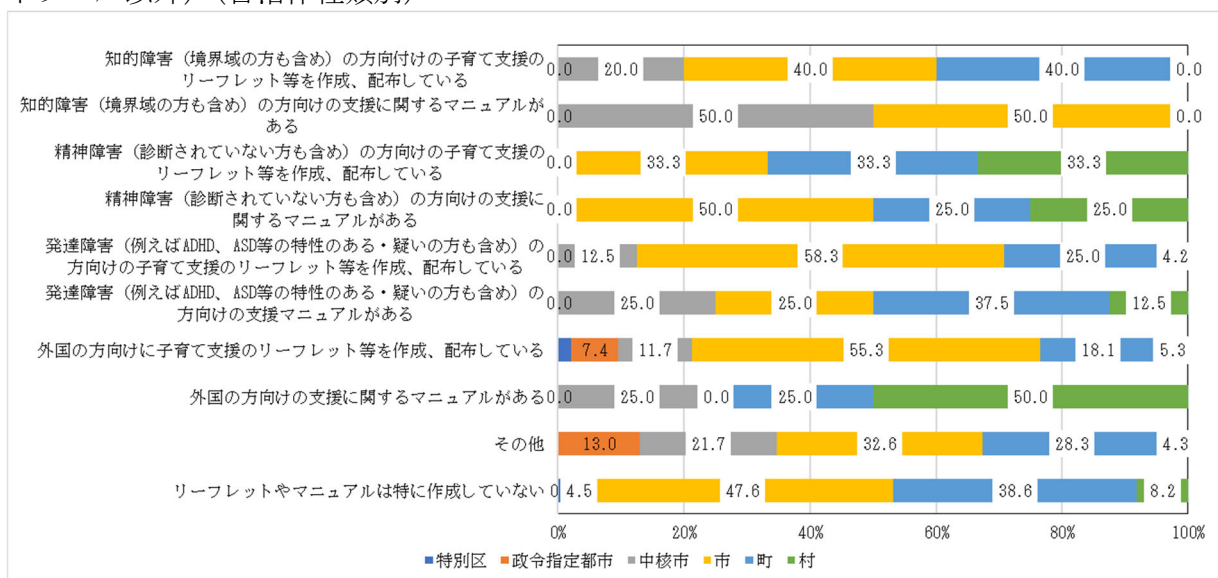
<図 39> すべての支援が必要な妊産婦や親子に関する課題（自治体種類別）



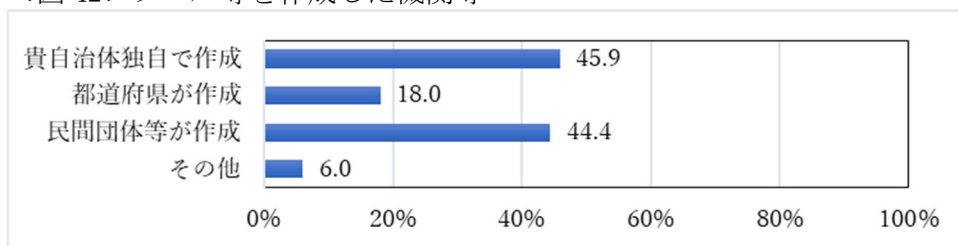
<図 40> 支援が必要な妊産婦や家庭に対する支援の際に使用しているツール等（アセスメントツール以外）



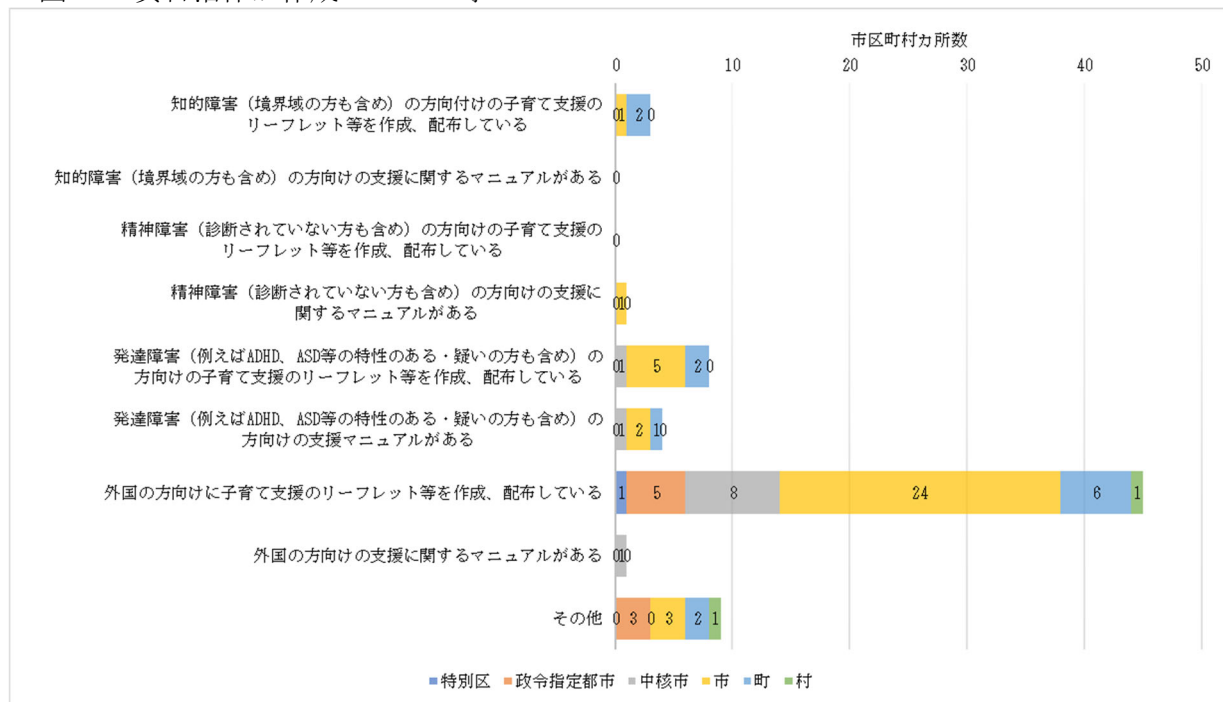
<図 41> 支援が必要な妊産婦や家庭に対する支援の際に使用しているツール等（アセスメントツール以外）（自治体種類別）



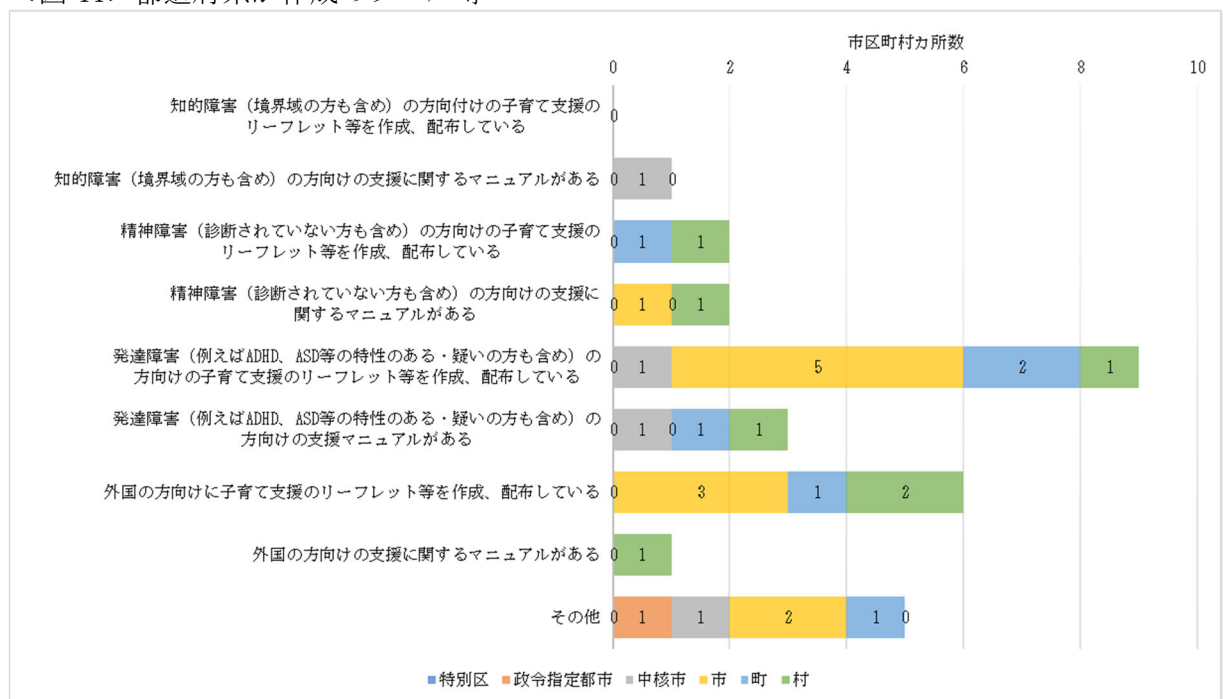
<図 42> ツール等を作成した機関等



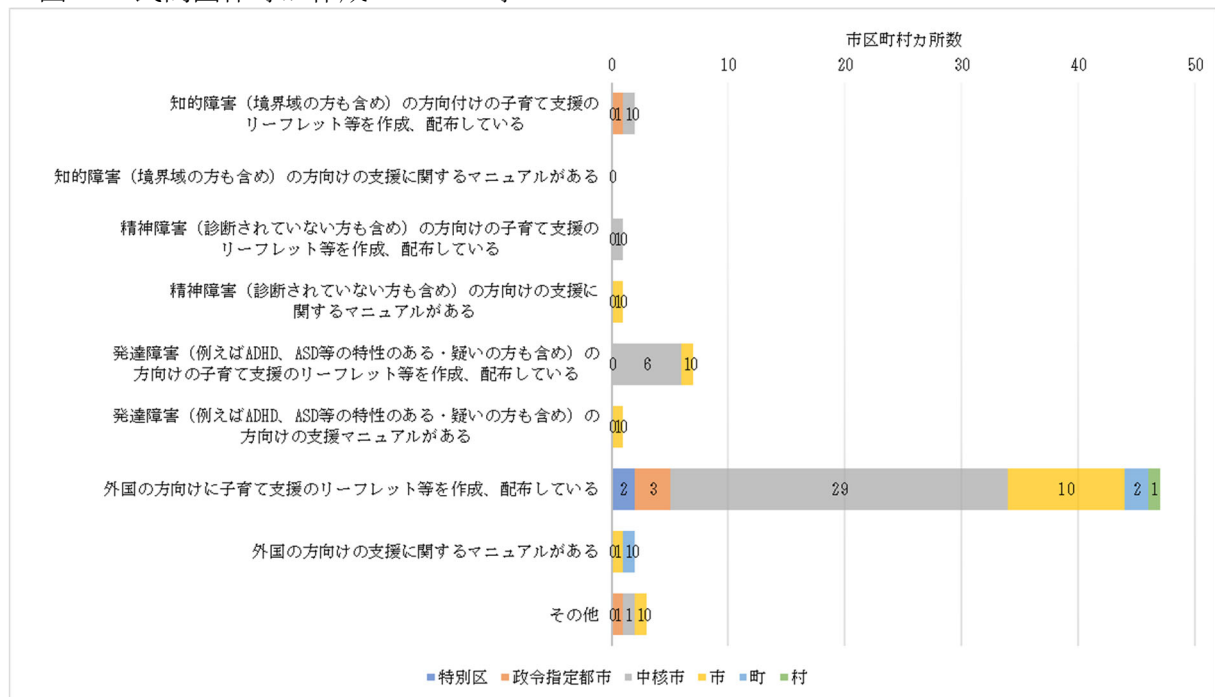
<図 43> 貴自治体が作成のツール等



<図 44> 都道府県が作成のツール等



<図 45> 民間団体等が作成のツール等



<参考資料 1>

「母子保健における、児童福祉との連携支援に至る前の気にかかる事例等に関する調査」
調査票

母子保健における、児童福祉との連携支援に至る前の気にかかる事例等に関する調査

お忙しいところご協力をいただきありがとうございます。

以下の設問について、選択肢に○を、自由記載欄には記入をしてくださるようお願いいたします。

記入された方（母子保健事業のリーダー的な方に記入をお願いします）について

都道府県・市町村・部署名	記入者の氏名	記入者のメールアドレス	電話番号

1. 気にかかる等の手厚い支援や継続的な支援が必要とされる妊産婦・親子について

(1) 母子健康手帳交付時の面談や訪問、健診等の母子保健事業の機会を通じて、気にかかる等のより手厚い支援や継続的な支援、関係者の調整等が必要と判断された妊産婦・親子についてお尋ねします。

以下の①～⑩について、令和3年度と比べて令和4年度の増減等を、具体的な事例数でなく記入者がとらえた感覚で結構ですので、5段階（1大きく減少・2減少・3増減なし・4増加・5大きく増加）でお答えください。また、把握機会について下表から選択し（ ）にいくつでもお答えください。

【把握機会】①妊娠届出時の面談等、②妊娠中の医療機関等から、③妊娠中のその他関係機関から、④伴走型支援の妊娠中の面談等、⑤出産後の面談等、⑥出産後4か月児健診ごろまでの関わりから、⑦出産後4か月児健診ごろまでの他機関の関わりから、⑧4か月児健診ごろ以降の関わりから、⑨4か月児健診ごろ以降の関係機関の関わりから ⑩その他（ ）

- | | | | | | | | |
|--|-------|---|---|---|---|---|---|
| ①メンタルヘルスが気になる関係性構築が難しい妊産婦
把握機会（ ） | いなかった | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| ②自ら適切な支援を求められない、求めにくい妊産婦
把握機会（ ） | いなかった | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| ③やりとりがごこちない、発達障害が疑われる等、支援者等との関係性構築が難しい妊産婦
把握機会（ ） | いなかった | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| ④養育能力に不安のある若年妊産婦
把握機会（ ） | いなかった | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| ⑤子どもに対して育てにくさを感じている親
把握機会（ ） | いなかった | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| ⑥支援者が危惧する子どもの状態を、心配していない親
把握機会（ ） | いなかった | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| ⑦関係機関からの支援に乗りにくい妊産婦・親
把握機会（ ） | いなかった | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| ⑧生活上に何らかの困難を抱えている妊産婦・親
把握機会（ ） | いなかった | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| ⑨胎児や子どもに関心が少ない妊産婦・親
把握機会（ ） | いなかった | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |
| ⑩言葉が通じにくい外国人の妊産婦・親
把握機会（ ） | いなかった | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | |

(2) 支援の効果を、1 判断できず・2 効果なし・3 効果ありのいずれかに○をつけてください。

また、行った支援について下表から選択し () にいくつでもお答えください。

【支援】①家庭訪問、②電話や面接、③医療機関へのつなぎ、④福祉機関へのつなぎ、⑤教育機関へのつなぎ、⑥ペアレント・トレーニングの実施・つなぎ、⑦保育所等へのつなぎ、⑧療育等の教室等へのつなぎ、⑨家事支援等の実施・つなぎ、⑩言語支援へのつなぎ、⑪親族支援へのつなぎ

- | | | | | | | | | |
|--|-------|--|---|---|---|--|--|--|
| ①メンタルヘルスが気になる関係性構築が難しい妊産婦
支援 () | いなかった | <table border="0"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | | | |
| 1 | 2 | 3 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ②自ら適切な支援を求められない、求めにくい妊産婦
支援 () | いなかった | <table border="0"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | | | |
| 1 | 2 | 3 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ③やりとりがぎこちない、発達障害が疑われる等、支援者との関係性構築が難しい妊産婦
支援 () | いなかった | <table border="0"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | | | |
| 1 | 2 | 3 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ④養育能力に不安のある若年妊産婦
支援 () | いなかった | <table border="0"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | | | |
| 1 | 2 | 3 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ⑤子どもに対して育てにくさを感じている親
支援 () | いなかった | <table border="0"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | | | |
| 1 | 2 | 3 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ⑥支援者が危惧する子どもの状態を、心配していない親
支援 () | いなかった | <table border="0"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | | | |
| 1 | 2 | 3 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ⑦関係機関からの支援に乗りにくい妊産婦・親
支援 () | いなかった | <table border="0"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | | | |
| 1 | 2 | 3 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ⑧生活上に何らかの困難を抱えている妊産婦・親
支援 () | いなかった | <table border="0"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | | | |
| 1 | 2 | 3 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ⑨胎児や子どもに関心が少ない妊産婦・親
支援 () | いなかった | <table border="0"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | | | |
| 1 | 2 | 3 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| ⑩言葉が通じにくい外国人の妊産婦・親
支援 () | いなかった | <table border="0"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | | | |
| 1 | 2 | 3 | | | | | | |
| | | | | | | | | |

2. 気にかかる等の妊産婦・親の支援で児童福祉との連携が必要になった場合、課題についていくつでも○をつけてください。

①課題はない ②リスク内容 (どの要因が社会的なリスクが高いか) の認識に差がある ③共有すべき状況の判断に違いがある ④状況が伝わったかが分からない ⑤情報共有のルール・仕組みが明確でない ⑥その他 ()

3. 気にかかる等の妊産婦・親が転居する場合、先方自治体への連絡についていくつでも○をつけてください。

①すべて連絡 ②連絡する場合の取り決めがない ③ケースバイケース ④連絡しないことが多い ⑤その他 ()

4. すべての支援が必要な妊産婦や親子について、貴自治体内での課題についていくつでも○をつけてください。

①特になし ②支援するためのツール^{*1} (リーフレット等) が不足している ③マニュアルや手引き等がなく職員で対応が異なる ④組織内で共有するための機会 (ケース会議や事例検討会等) を持つことが難しい ⑤組織内でのSV (スーパーバイザー) がおらず、不安がある ⑥研修等の機会

が不足している ⑦関係機関と共通認識をもつことが難しい ⑧支援のための地域資源が不足している ⑨その他 ()

※1：アセスメントツールは含まない。

5. 貴自治体において、支援が必要な妊産婦や家庭に対する支援の際に使用しているツール※1について、いくつでも○をつけてください。

- ①知的障害（境界域の方も含め）の方向けの子育て支援のリーフレット等を作成、配布している
- ②知的障害（境界域の方も含め）の方向けの支援に関するマニュアルがある
- ③精神障害（診断されていない方も含め）の方向けの子育て支援のリーフレット等を作成、配布している
- ④精神障害（診断されていない方も含め）の方向けの支援に関するマニュアルがある
- ⑤発達障害（例えば、ADHD、ASD等の特性のある・疑いの方も含め）の方向けの子育て支援のリーフレット等を作成、配布している
- ⑥発達障害（例えば、ADHD、ASD等の特性のある・疑いの方も含め）の方向けの支援のマニュアルがある
- ⑦外国の方向けに子育て支援のリーフレット等を作成、配布している
- ⑧外国の方向けの支援に関するマニュアルがある
- ⑨その他 ()
- ⑩リーフレットやマニュアルは特に作成していない

※1：アセスメントツールは含まない。

6. 上記5. で、①～⑧に○が付いた場合、ツールはどこの機関等が作成しましたか。作成した機関にいくつでも○をつけ、() 欄には該当する5. の①～⑨を記入してください。

- ①貴自治体独自で作成 ()
- ②都道府県が作成 ()
- ③民間団体等が作成 ()
- ④その他 ()

➡上記で、①、②とお答えいただいた方に

作成の際、どのように作成されましたか。いくつでも○をつけてください。

- ①検討会やワーキング等を立ち上げた
- ②担当者間で作成した
- ③文献等から作成した
- ④外部（事業者）に委託して作成した
- ⑤有識者に直接作成を依頼した
- ⑥その他 ()

お忙しいところ、ご協力いただきありがとうございました。

<資料 1> A5 サイズ

妊婦へのメッセージ及び支援者に向けたメッセージの視点について

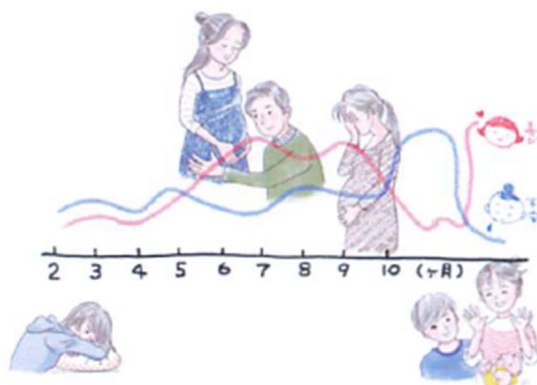


妊娠届出等の妊娠期の支援開始に渡すメッセージ

こんにちは

わたし さん ごそだ おうえん
私たちはあなたのお産や子育てを応援したいです

からだ ちょうし きも
あなたの体の調子や気持ちはいかがでしょう



たいちょう せいかつ じんつう しんばい
体調や生活のこと、陣痛のこと、心配がいっぱいかも

わたし そうだん
私たちに相談してくださいね

パートナーとも

こどもを迎える気持ちやこれからの生活など、いっぱい話してください

パートナーと話せないようだったら、教えてくださいね

あか う
赤ちゃんが生まれたら

おっぱいのこと、お世話のこと、心配ですね

あか むね かあ むね だ いちばん
でも、赤ちゃんの胸とお母さんの胸をあわせて抱っこすることが一番です

かあ からだ やす てつだ
お母さんが体を休めることができるお手伝いもできます

れいぞうこ は
このリーフレットは、冷蔵庫などに貼って

す ひと し
いっしょに住んでいる人にも知ってもらいましょう

こんにちは

もうすぐ赤ちゃんが生まれます

服やおしめなど、用意するものが多いです

心配なことは、私たちに相談してくださいね

お母さんが
赤ちゃんにこころを
うばわれる

おっぱいや抱っこなど
赤ちゃんがしてほしい
ことを満たす



赤ちゃんが生まれたことがうれしくても、気持ちが落ち込むことがあります
まわりの人に支えてもらいましょう

それでもよくならないようだったら、私たちに相談してくださいね

2か月から、赤ちゃんを病気から守る予防接種が始まります
その前にかかりつけ医師を決めましょう

このリーフレットは、冷蔵庫などに貼って

いっしょに住んでいる人にも知ってもらいましょう

支援者へのメッセージの視点

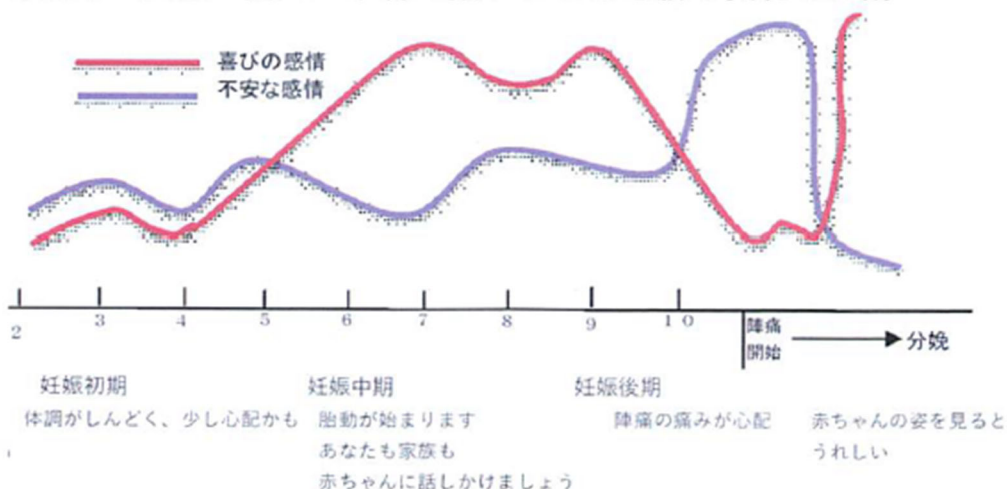
母子保健はポピュレーションアプローチの支援が重要ですが、妊産婦には、さまざまな課題を抱えている方がいます。課題をアセスメントしてからではなく、わかりやすい内容で、支援者がいることを知っていただくことが重要です。

妊婦さんにお渡しするメッセージには、視点3に示したように、ふりがなを振ったわかりやすい言葉で、母子保健ができることを伝えています。

ぜひとも、メッセージを妊娠初期や支援開始時、妊娠後期に渡してください。

以下は、妊婦へのメッセージを作成した視点です。
当事者へのメッセージでは、図をイラスト化しています。

視点1：妊娠・出産・子育て期におこる感情の変化の理解



この図は、産婦人科医が妊婦さんに関わり感じたところの変化です。妊娠初期はつわり等の不調がありますが、落ち着いてきて胎動を感じると不安が喜びに変わっていきます。分娩が近づくと不安が高まりますが、生まれてきた児を見て接すると大きい喜びの

支援者へのメッセージの視点

感情がわき上がってきます。この妊娠中や分娩時には、自分の親から受けた育ちを思い出しています（視点2）。良い思い出ばかりではなく悪い思い出もあることでしょう。親子関係が悪化することもあります。良かったことも悪かったことも、パートナーと共有していただき、子育てに向かっていただきたいと思います。

妊娠中は胎児への没頭、出産後は赤ちゃんへの惚れ込みがおこると言われています。英国のウィニコット（1896-1971 小児科・精神科医）は、これを母親の原初的没頭といい、母親が赤ちゃんのニーズに対して特に感受性が高まり、意識を集中し子どもに対して完全にここを奪われた状態になると言っています。この状態を理解し、生活を支えてくれる人が必要です。しかし、力の上位関係で支配してきたパートナーは、自分こそが重要とDV（配偶者間暴力）が起こることがあります。

妊産婦、パートナーの感情の変化に気づき、支援する必要があります。

視点2：一日として同じ日々はなく、毎日なんらかのエピソードがおこる

妊娠経過中も、児が出生してからは特に、毎日なんらかのエピソード、心配事があります。パートナーとの日々の生活や、児の出生後は体重が小さいとはいえ、いわば大人の介護が必要な状態のようで、食事（母乳、ミルクなど）や排泄（おしめ）の世話が必要です。

だからこそ、「何か心配だったら相談に来てください」ではなく、お節介型の、不安を軽減・予防する支援が重要です。

妊娠中から出産後を見越して、予防型の支援につなげることを予定しましょう。

支援者へのメッセージの視点

視点 3：理解が不十分な方へのまなざし

ポピュレーションアプローチでは、ほとんどの方がサービスを利用します。しかし、80 くらいから下の知能指数を示す人数は、WHO では 14% くらいとされています。これらの方々では、療育手帳をお持ちでない方もいらっしゃいます。中には、面談で実母等が同席し、妊婦さんが話さない方もいるかもしれません。私たちが支援するメッセージをわかりやすい言葉で伝える必要があります。

視点 3：胎児期からの 1000 日が重要

WHO、ユニセフは、受胎からの 1000 日が、人の成長に最も重要な時期（栄養・愛着・発達）であると言っています。胎児期から母親が不安なく安定し、出産までを見通した支援と、出産後は児に没頭できるような環境をつくることが求められています。しかし、これは日替わりメニューの支援者がサービスを提供することではなく、気軽に相談できる決まった支援者が必要です。胎児期から 1000 日は、妊婦の決まった支援者になりたいものです。

<資料 2>

台帳システムによる 効果的支援の手引き

<目次>

はじめに	44
1. 事例検討会の目的	45
1) 個別事例検会	45
2) 組織として事例を共有する事例検討会	45
2. モデル事例検討会	46
1) 北海道富良野市	46
2) 沖縄県沖縄市	48
3. 組織として事例を共有する事例検討会	51
1) 妊娠期からの支援の重要性	51
2) 台帳管理システム	51
3) 事例検討会の進め方	51
4. 事例検討会の評価	54

<資料>

QRコード	55
支援管理台帳（案）	56

はじめに

大多数の母子保健従事者は、事例検討会というと重い事例で、支援者が困っている事例を、大勢の支援者が時間を割いて検討するイメージではなかろうか。担当者には事例の理解と支援をどう進めるかに役立ち、参加者には事例の見立てや支援が、次に支援する事例に役立つ。しかし、時間の確保が難しくなると、いつの間にか開催されなくなることがある。このような事例検討会はスーパーバイズも重要であり、職場の先輩が退職すると、これも開催が難しくなってしまう。

この手引きは、重い事例検討会ではなく、何か心配というレベルの事例検討会に関する手引きである。効果の出やすいこのような事例にどうやって気づき支援するのかを学び、職場でその気づきと支援方法の共有が可能になる。ポイントは情報を簡略にした支援管理台帳の作成と、支援の進行管理である。

大勢の妊婦にポピュレーションアプローチで関わるからこそ、そこから支援が行き届かないと重症化するかもしれない事例に効果的な支援を行うことは重要であり、この手引きを活用していただきたい。なお、支援管理台帳の例は、末尾にその例と、QRコードを載せているので、これも活用していただくことを願っている。

1. 事例検討会の目的

事例検討会の目的は、支援者が気づいていなかったかもしれない事例の見立て（アセスメント）を行い、支援者が困っている支援の方法について検討し、次の有効な支援を進めることにある。そこには、経験が豊富なアドバイザーが必要で、自機関にいない場合は、外部から招く必要があり、あらかじめの日程調整が必要である。今回、本研究で実施した事例検討会は、あらかじめ日程を定期的に決めておき、参加者主導で意見を述べ、見立てと支援の共有をめざすものであり、時間をかける事例検討から見ると、軽量で参加しやすい事例検討会ともいえよう。

1) 個別事例検討会

ここでは、事例が個別でしっかり時間をかけて検討するものを個別事例検討会とする。経過が長い、または重大な結果が起こった事例を検討することが多い。内部の検討ではなく、他部署と一緒に、あるいは外部からスーパーバイザーを呼んで行うこともある。支援者は詳細な記録や長い経過のまとめも必要で、負担がかかることもある。しかし、じっくり時間をかけて検討することで、支援者が気づかなかった見立てやアセスメントができ、よりよい支援を行うことができる。

1例に長い時間を要することと、事前の調整が必要であり、頻回に行うことが難しい。

2) 組織として事例を共有する事例検討会

部署が事例を共有できるため、組織としての事例検討会とした。他部署やスーパーバイザーも参加するような個別事例検討会ではなく、ポピュレーションアプローチを行う部署が行う事例検討会である。この部署では、多くの妊婦に出会うことから何か心配という事例に多く接している。この何か心配の事例は、支援効果は上がりやすい。しかし、どのような妊婦が何か心配なのか、その感覚と支援の仕方を共有すすめるため、組織（部署）のスタッフが一同に集まって事例検討会を行う。

何か心配な事例をスタッフ全員が提示し話し合うことが重要でも、時間がかかるので、事例の提示の仕方、スケジュールの組み方に工夫が必要である。

2. モデル事例検討会

こども家庭センターの設置がすすみ、妊娠期から母子保健と児童福祉の機能を一体として切れ目なく支援するためには、妊娠してから初めての公的機関である母子保健機能との接点が重要である。ポピュレーションアプローチとして機能するために、組織として事例を共有する事例検討会をどのように運営していくか、モデル市に引き受けていただき1年以上スーパーバイズを行った。

1) 北海道富良野市

北海道と共催の研修会で、組織として事例を共有する事例検討会の説明を行い、希望する自治体をつのったが応募がなく、北海道富良野保健所の調整により富良野市で実施することになった。当初は2か月に1回の開催であったが、何か心配等のハイリスク事例の検討には毎月の事例検討会が必要であり、定例で毎月検討することになった。事例検討会のアドバイザーとして、代表研究者が毎回参加し、分担研究者等も都合に合わせ参加を行った。この取組に効果があると近隣の自治体に参加を呼びかけていただき、14市町村から参加があり、取組の共有をはかった。

人口：令和7年10月末現在 19,247人

出生数：令和6年95人

① 事例検討会実施前の状況と思い：富良野市より

- ・EPDS・ボンディング質問票を使い始めた頃には月1回実施していた係内の母子検討会をやらなくなってから何年も経過、それぞれの保健師の支援状況が見えにくくなっていた
- ・仕事の優先順位をそれぞれの保健師の判断に任せていることで、支援のタイミングが遅れがちになることがあった
- ・若手保健師「赤ちゃんに触ったことがない」「お母さんと話すのが難しい」「母子支援は苦手…」
 - 訪問に行ってもアセスメントのために必要な情報がなかなか得られない
- ・母子支援の方向性はそれぞれの保健師のアセスメント力による部分が多い。
 - アセスメント力を育てるにはどうしたらいいものか
- ・市内の関係部署から「保健師の力量の差が大きく、住民サービスに差が生じている」と指摘を受ける
- ・コロナワクチンに追われた3年間を乗り越え、本来業務の立て直しを図るのは今だ

② 事例検討会の開催状況：富良野市よりの報告も含めて

・開催

毎月1回定例開催（1回あたりの検討時間 2～3時間）

R5：4回 R6：12回 R7：7回（4～10月）

・参加者

市保健師、こども家庭センター職員、保健所保健師、市内病院産科病棟助産師、
児童相談所保健師

・実績

妊婦 平均 5.3 件（新規 1.6 件、継続 3.7 件）

乳幼児 平均 8.8 件（新規 2.3 件、継続 3.7 件）

・訪

問・相談件数

訪問・相談件数等（R2～R7.10月）

R5.9月～
検討会開始

		R2	R3	R4	R5	R6	R7 (4～10月末)
妊婦	訪問	8	2	4	2	11	9
	来所相談	13	24	12	3	71	29
産婦	訪問	6	8	14	9	21	9
	来所相談	2	0	0	2	0	3
	乳児全戸訪問	128	124	102	100	90	45
要観児	訪問	34	14	23	19	32	17
	来所相談	158	157	148	149	216	120
	特定妊婦	2	2	0	1	4	3
	要対協 ※	4/9	2/7	3/7	4/9	5/14	1/3 (11月に3件予定)

(※ 健康推進係参加回数 / 要対協開催回数)

事例検討会開始後、妊婦の訪問・来所相談が増加し、産婦の訪問も増加した。また乳幼児の観察児の来所相談も増加した。要保護児童対策地域協議会の特定妊婦数も増加した。

③ 支援管理台帳による母子保健活動への効果：富良野市より

・検討会で支援内容を振り返り、支援の方向性を支持・修正されることで、次の支援に自信を持って臨むことができるようになった。また、保健師の担当業務や力量に関わらず支援の質が保たれている

・支援管理台帳を使いながら検討会を進めることで、ケースの課題・支援内容・支援時期を視覚的に共有し検討結果をしっかりと確認できるため、担当以外の保健師も意図的にケースに関わることができるようになった

・支援管理台帳による進捗管理により、妊産婦や要観察児へのタイムリー、かつ切れ目ない支援につながっている

④ 研究班の評価

事例検討会の運営では、発言が活発に見られるようになった。なによりも妊婦では訪問回数と来所相談が増え、産婦でも訪問回数が増加したことは、何か心配というハイリスクの把握が高まったことに加え当事者との関係性が高まったことによると考えられる。

2) 沖縄県沖縄市

沖縄県と共催の研修で、北海道富良野市と同様に説明を行い、会場で沖縄市から事例検討会の希望があった。当初は沖縄県中部保健所の参加を得ることができた。富良野市の例から、当初から定例の毎月の事例検討会とした。事例検討会のアドバイザーとして代表研究者が毎回参加し、分担研究者等も都合に合わせ参加を行った。取組に効果があると近隣の自治体に参加をよびかけていただき、豊見城市で事例検討会が開始された。

人口：令和7年10月1日時点 141,670人

出生数：令和6年 1,316人

① 事例検討会実施前の状況・課題：沖縄市より

- ・毎月の要支援妊婦の件数が多く、妊娠期間のフォローが十分にできない。
(要支援妊婦の件数だけではなく、他事業：健診・教室で外部勤務もあるため個別支援だけにかかる時間が多くない)
- ・支援終了の基準が明確に定まっておらず、また個人裁量のため統一化されていない。
- ・共通の管理台帳がなく全体管理ができていない（個人での管理となっている）（一人あたりの受け持ち件数、進捗、内容…）
- ・経済面で課題がある妊産婦への支援の行き詰まり
- ・精神面で課題がある妊産婦への支援の行き詰まり
(受診希望あるがタイムリーに受診できない、産後うつに対応できる病院がほとんどない、カウンセリング機能を有した病院がほとんどない、受診後も母のニーズに合わず初診で終わってしまうことが多く課題を抱えたまま育児を続けるケースが多い)
- ・乳幼児健診からのフォロー対象者もいるため、支援件数が多くなる。
- ・特定妊婦になりうる対象について、家児相とリスクアセスメントの違いがあり方向性を共有することが難しい。結果、支援過程において対象者へ不利益となることがあったり、母子保健の範疇をこえて支援しているケースがいる。

② 事例検討会の開催状況：沖縄市よりの報告も含めて

・開催

毎月1回定例開催（1回あたりの検討時間 約4時間）

R5：3回 R6：12回 R7：7回

・参加者

沖縄市：統括保健師・地区保健師・こども家庭センター統括保健師（令和6年度から）

・実績

妊婦 平均約17件（新規約12件、継続約5件）

乳幼児はこの事例検討会では、妊婦数が多いことから取り扱わなかった

・妊婦支援数と産婦支援数

支援数

令和6年1月より検討会開始

	令和3年	令和5年	令和6年	令和7年 R4~10月
妊婦	488	591	962	623 (6カ月間)
産婦	861	917	1070	892 (6カ月間)

事例検討会開始後、妊婦の支援数と産婦の支援数が増加した。

③ 支援管理台帳による事例検討会に参加して良かったこと：沖縄市より

・各地区の持ち件数や内容を把握でき、各保健師の負担感を知り、ケースを再配分する事が出来た

・今まで地区ケースを共有していなかった為、各個人の力量に差があったり、担当保健師が一人で抱え込んでしまう事が多かったが、全体で共有する事によって、個人の負担感が軽減された

・初めて地区を持つ保健師の場合でも皆でケースアセスメントする事で、アセスメントの差がなくなり、保健師の教育にもなっている

・産後の支援に時間がかかり、妊婦支援については、時間をゆっくりかける事ができなく、産後の対応となってしまう事が多かったが、妊娠期の関わりの評価の時期を持つ事によって、妊娠期の関わりを積極的に持てるようになった

・妊娠期に関わる事で、ケースとの信頼関係が早期に構築でき、困りあれば、すぐ相談できるようになり、緊急に対応する事が少なくなった⇒ハイリスクになる事を防ぐ事ができる

・担当保健師が変わった場合、支援が切れてしまう事があったが、最初から皆で共有する事で、スムーズに引き継ぐ事が出来る

・令和6年4月より開所したこども家庭センター統括相談員が入る事で、福祉（こども相談係）と連携しやすくなった

保健師からの感想

- ・自分では問題意識していなかった事柄についても、検討会で「気になる点」としてアドバイスをもらった等、アセスメント能力が上がったと思う
- ・自分の知らない資源を検討会で知る事ができた
- ・定例で時間と場所を確保する事で、他の業務で中断されたりせず、集中して検討する事ができた
- ・幅広い知識の先生方からアドバイスをもらい、支援者としてのスタンス（おせっかいおばさんを演じる）等を知る事ができてよかった
- ・皆で考える事で安心感がある
- ・地区ケースが共有でき、皆で対応できるのが心強い

④ 研究班の評価

事例検討会の運営では、発言が活発に見られるようになった。妊婦と産婦の支援数が増加し、令和7年度も7ヶ月間ではあるが、さらに支援数が増加している。これを踏まえて、週1回の検討会もスタートしている。

3. 組織として事例を共有する事例検討会

1) 妊娠期からの支援の重要性

妊娠期からの支援の重要性はいうまでもなく、長い子どもの育ちまで支援していくスタートでもある。通常の母子保健業務の入り口である妊娠届出から面談し支援しているところがほとんどであるが、この面談では、アンケート用紙をチェックし、それについて尋ねることに終わってはいないだろうか。特に初産婦は公的窓口との初めての接点であり、「私の出来ないところ、問題のあるところを探している」と思われられないような、まずは来てくれたことに感謝を述べ、体調をねぎらいたい。保健師は助産師ではなく、妊娠期のことは不得意であって当たり前なので、毎日の生活はどうかなど話しやすいことから会話を始め、誰にでも支援していることを伝えるとよいであろう。

妊娠届出は人口が大きいところでも予約制にして、担当者とその場で出会えるよう工夫がされているところや、個室を確保して性生活のことも配慮して聞けるような場を用意するところも出てきた。

子どもの数が少なくなり、親元から離れて生活し、パートナー以外は相談できる人がいない妊婦もある。相談してくれるように、信頼関係を作ることを優先して関わるのが重要である。

2) 台帳管理システム

北海道富良野市、沖縄県沖縄市では、台帳を利用して事例検討会を進めていった。子育て世代包括支援センターガイドラインに支援台帳（厚生労働省ホームページ

[https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/kosodatesedaigaidorain.pdf)

[Koyoukintoujidoukateikyoku/kosodatesedaigaidorain.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/kosodatesedaigaidorain.pdf)）が示されたが、新たに入力する項目は15項目であった。また研究者が把握した、台帳を作っている自治体では、母子保健システム等の乳幼児健診等も入力されるものを台帳としているところもあった。

簡略な台帳で抱えている（だろう）と思われる項目や、担当者、次に検討する間隔と支援する内容等がコンパクトに様式となったエクセルの作成を行った。特に、妊婦では妊娠週数では何週になるかも計算式を入れている。次回の事例検討会が何ヶ月後か決まったら、その月に検討する担当者の一覧も作成できるようになっており、検討会前に担当者に検討する事例の一覧を渡すことで、支援の漏れを少なくするようにした。資料（13P）に、エクセルの台帳（案）とQRコードを添付した。

3) 事例検討会の進め方

① 定例の日時を決める

当日は家庭訪問等の予定がある担当者は早く検討するなど、臨機応変にすすめる

② 参加者を決める

ポピュレーションアプローチに関わるスタッフは全員が望ましく、こども家庭センターの統括支援員も参加していただくことが望ましい

③ 事例検討会に事例を提出する

資料にあるエクセルの台帳に入力しておく。ファシリテーター等が事前にいただいた資料を入力することも可能で、自治体により方法を選択する

④ 事例検討会の進め方

・ファシリテーター、エクセルの台帳入力者、タイムキーパーを決めておく。ファシリテーターは進め方が軌道に乗ったら、交代制をとることが望ましい

⑤ 事例検討会当日

- ・ファシリテーター：報告者の要領を得た報告や参加者の活発な議論を促し、進行管理をする。事例の問題等や次回検討する事例検討会、それまでに行うことをとりまとめる
- ・記録者：プロジェクターでエクセルの表から該当事例を映し出し、事例の問題等や支援方針、次回検討する事例検討会を入力する
- ・タイムキーパー：新規事例は説明と検討で15分程度、継続事例は説明と検討で5分程度と決めて、アラームを鳴らす。この時間はあくまで目安であるが、コンパクトな説明を促す意味もある
- ・説明者：丁寧語や敬語を使わず、コンパクトでわかりやすい説明に心がける。こどもは新生児期を除き、出生年月日をそのとおりに読み上げることはしない。また、記録もそのまま読み上げることはしない

年齢、妊産婦の状況（初産・経産婦、妊娠週数等）、子どもの状況、説明者が考える家庭や子育ての背景、説明者が考える課題及び方針、リスクアセスメントシート（妊娠・出産期のリスクアセスメントシート：

https://familyhealth.ncchd.go.jp/pdf/sheet-pregnancy-1_v1_0.pdf、

乳幼児期のリスクアセスメントシート：

https://familyhealth.ncchd.go.jp/pdf/sheet-infancy-1_v1_0.pdf）の概要、

相談したいこと など

- ・参加者：丁寧語や敬語を使わず、説明者への攻撃もしない。建設的な意見、経験からの意見等を、活発に述べる。また、事例の課題や支援方針、次回の事例検討会の時期についても述べる

* 次回の事例検討会の時期の例

緊急、重大事例はもちろん、上司への報告は適時適切に行う

1か月後は状況が不明、出産が迫っている、児の月齢が低い、早急に関係機関調整が必要など

その他では、来所や健診等の妊産婦や子どもに接触する機会があった後、保育

所入所等の申請時期など

⑥ 支援技術の共有

検討は支援技術を共有するためにも重要で、同様の事例に支援したときの関わり方や使った地域資源、関係機関の関与の促し方などについて、ファシリテーターが発言を促す。

4. 事例検討会の評価

今回の手引きで述べた事例検討会は、ポピュレーションアプローチを行っている母子保健機能の事例検討会である。妊産婦の困難や子育ての困難を予防することが目的であるが、予防の効果は時間を要することから、上司やこども家庭センターを含めた関係機関にも予防の効果을把握してもらうために、評価を行うことが重要である。

評価は個別事例への評価に加えて、日頃報告している母子保健活動の状況報告や、要保護児童対策地域協議会の状況報告等によって行う。

ここでは個別事例報告を除いた評価方法の例について述べる。

1) 母子保健活動の報告

北海道富良野市や沖縄県沖縄市の事例検討会で述べたように、年度推移で家庭訪問数や来所相談数、支援者数等を把握し比較し、サービスを受けられる人数が増えている場合、事例検討会の評価といえる。

2) 産後うつ病の状況

EPDS(エジンバラ産後うつ病質問票)の産後2週間健診、1か月健診の状況から、産後うつ病(疑い)の状況が減少しているかどうかで、評価することもできると考えられる。しかし、事例検討会だけの評価ではなく、妊娠期からの関係性構築と困りごとへの支援の評価でもあることに留意する。

3) 家庭児童相談及び要保護児童対策地域協議会の状況

家庭児童相談では養護相談(身体的状況、性的虐待、心理的虐待、環境的問題を有するもの)の状況を年齢的に見た場合、0歳、1歳の相談件数が減少した場合、また、要保護児童対策地域協議会の登録事例が特定妊婦では増加したが減少に転じた場合、要保護児童や要支援児童では0歳、1歳の事例数が減少した場合も、事例検討会の評価と考えることもできる。

<資料>事例検討会で用いた台帳

事例検討会で使用した台帳を少々変更して、次のページにコピーを載せている。

問題、支援内容のセルは、自治体が決めて追加変更等をしてください。出産後は、特に特定妊婦では経過を見ていく必要があり、乳幼児台帳に移行するが、備考欄に妊婦台帳の番号を書いておくと、つながりを把握することができる。

使用する場合は、QRコードからダウンロードしてください。また、代表研究者の佐藤拓代(sato@bosui.or.jp)まで使用することをお知らせくださいますとありがたいです。



妊婦管理台帳

必要に応じて
回数を追加

支援開始年度	作成日	担当者	妊婦氏名	分娩予定日	妊娠週数・日数	居住地 出産予定医療機関	検討・方針(1回目)					検討・方針(2回目)					検討・方針(3回目)					出産後の評価			
							日時	妊娠週数・日数	問題／支援内容	判断	何週後	次回予定	日時	妊娠月数	問題／支援内容	判断	何週後	次回予定	日時	妊娠月数	問題／支援内容		判断	何週後	次回予定
1	R5.9.16	佐藤	佐藤拓代	R6.2.5	19	北田中1-1	R5.9.17	19	メンタル	特定妊婦	8	R5.11.12	R5.11.30	30	メンタル	ハイリスク	8	R6.1.25	R6.1.5	35	メンタル	特定妊婦	4	R6.2.2	産後うつ(疑い含む)
					5	佐藤病院		6	要対協					3	家庭訪問					4	要対協				

評価のため年度単位で

担当者の名前を入力しておく
このソートでその月の報告者がわかる

日時を入れると予定日から妊娠週数等が右のセルに出てくる

週数を入れると次回予定が出てくる。事例検討会月の参考に使ってください

ここに備考欄を設けて、
具体的な状況、支援を入力するのもOK

乳幼児管理台帳

必要に応じて
回数を追加

支援開始年度	作成日	担当者	児氏名 性別	生年月日	児年齢	居住地 所 属	検討・見直し(1回目)					検討・方針(2回目)					検討・方針(3回目)					5年度末評価	6年度末評価			
							日時	児年齢	問題／支援内容	判断	何ヶ月後	次回予定	日時	児年齢	問題／支援内容	判断	何ヶ月後	次回予定	日時	児年齢	問題／支援内容			判断	何ヶ月後	次回予定
R5	R5.10.3	山下	佐藤拓代	R5.8.30	0歳	北田中1-1	R5.10.10	0歳	育児負担母	支援継続	1	R5.11.10	R5.12.10	0歳	育児負担母	支援継続	3	R6.3.10	R6.5.20	0歳	発達問題等	要支援	6	R6.11.20	改善	要支援
			女		1月	在宅		1月	家庭訪問					3月	福祉連携					8月	保育所					

何年か継続して使える

担当者の名前を入力しておく
このソートでその月の検討の担当者がわかる

誕生日から年齢が入力される

誕生日から年齢が入力される

月数を入れると次回予定が出てくる。事例検討会月の参考に使ってください

ここに備考欄を設けて、
具体的な支援を入力するのもOK

ここに備考欄を設けて、
具体的な支援を入力するのもOK

関わりは長くて2歳までではなかろうか

母子保健における特に支援を必要とするこども・家庭・妊産婦の
的確な把握を目指すリスクアセスメントシートの実装研究

研究分担者 帯包 エリカ（国立成育医療研究センター社会医学研究部 上級研究員）
研究協力者 小林 しのぶ（国立成育医療研究センター社会医学研究部 研究員）
Aurelie Piedvache（国立成育医療研究センター社会医学研究部 研究員）
西野 友子（国立成育医療研究センター社会医学研究部 研究補助員）
森崎 菜穂（国立成育医療研究センター社会医学研究部 部長）
竹原 健二（国立成育医療研究センター政策科学研究部 部長）

背景：

近年、妊産婦や子どものいる家庭が抱える課題は多様化しており、母子保健機能と児童福祉機能等との連携強化が求められている。一方で、支援の必要性の判断や情報共有の基準には、自治体担当者の経験年数や専門職種、地域による差が存在する。そのため、支援ニーズを共通の視点で把握し、組織的な情報共有につなげるための共通ツールが必要とされている。本研究では、妊産婦・子どものいる家庭の社会的リスクを早期に把握し、支援が必要な家庭について組織的に検討・共有するためのリスクアセスメントシート（以下、本シート）の精度・実装性評価を行い、自治体における活用方法を検討した。

方法：

令和 5～7 年度に、自治体の母子保健活動（妊婦面接、家庭訪問、乳幼児健診等）において本シートの試験導入を実施した。自治体担当者向け研修会を実施するとともに、本シートおよび運用マニュアルを提供した。収集したリスクアセスメントデータを用いて、本シートの精度検証を行い、児童福祉機能との情報共有の必要性を予測する感度・特異度・曲線下面積（AUC）を算出した。また、地域ごとの支援ニーズや支援提供状況を分析し、地域診断レポートや BI ツールを用いた可視化を行った。さらに、自治体職員へのインタビュー調査等を踏まえ、本シートおよび運用マニュアルの改訂、AI-OCR 版リスクアセスメントシートの作成、母子保健リーフレットの作成を行った。

結果：

令和 5～7 年度に延べ 7 自治体で本シートの試験導入を実施し、妊娠・出産期および乳幼児期を合わせて 4,154 件の事例に適用した。自治体実データを用いた精度検証では、妊娠・出産期で AUC 0.94、乳幼児期で AUC 0.88 と、いずれも良好な識別性能が確認された。また、リスクアセスメントデータを活用することで、地域ごとの対象者の特徴や支援ニーズ、支援・サービス提供状況を可視化できる可能性が示された。自治体職員へのインタビュー調査では、本シートが新人職員の視点補完や評価の標準化に役立つことが示された。一方、センシティブな内容の確認の難しさや、項目解釈に迷いが生じることが課題として挙げられた。これらを踏まえ、運用マニュアル改訂版（第 2.0 版）の作成、AI-OCR 版リスクアセスメントシートの作成、全国 1,741 自治体への運用マニュアル配布および Web ページ公開を行った。

考察：

本シートは、多様な自治体規模や母子保健体制において活用可能であり、支援の必要性や児童福祉機能との情報共有が必要な対象者を把握する上で有用である可能性が示された。また、リスクアセスメントデータを活用した地域診断は、自治体における支援体制や施策検討、PDCA サイクルの推進に役立つ可能性が示唆された。一方で、継続的な運用のためには、評価方法の均てん化、情報共有ルールの整備、効率的なデータ収集・分析体制の構築が課題と考えられた。今後は、より多くの自治体での活用とデータ蓄積を進めるとともに、部門間・自治体間の情報共有を支える共通ツールとしての活用を検討していく必要がある。

A. 研究目的

近年、妊産婦や子どものいる家庭が抱える課題は多様化しており、その支援には児童福祉機能や多機関との連携が必要である。一方で、支援の必要性の判断や児童福祉機能との情報共有に関する基準には、自治体担当者の経験年数や専門職種、所属部門、地域によって違いが存在する。そのため、困りごとや支援の必要性がある家庭について、どの地域においても共通の視点で支援ニーズを把握し、母子保健機能と児童福祉機能等の間で適切に情報共有を行うための共通ツールが必要である。

令和3年度に産業技術総合研究所が、妊娠期や乳幼児期の家庭の支援の必要性や社会的リスクの評価項目について、全国の自治体・児童相談所に調査および評価を行い、リスクアセスメント構成案を作成した¹。令和4年度に国立成育医療研究センターが、自治体へのインタビュー調査やダミーケース調査を基に、リスクアセスメント構成案の改良作業を行った²⁻⁴。

本研究の目的は、妊産婦・子どものいる家庭の社会的リスクを早期に把握し、支援が必要な家庭について組織的に検討・共有するためのリスクアセスメントシート（以下、本シート）の精度・実装性評価を行い、自治体における活用方法を検討することである。各年度の目的は以下のとおり設定した。

<令和5年度>

1. 本シートに関する自治体の母子保健従事者向け研修会の実施
2. 自治体の母子保健活動における本シートの試験導入

<令和6年度>

3. 試験導入自治体における本シートの精度検証
4. リスクアセスメントデータを活用した地域の支援ニーズ・支援提供状況の分析

<令和7年度>

5. 本シートおよび運用マニュアルの見直し・改訂
6. リスクアセスメントデータを用いた地域診断および自治体へのフィードバック
7. 母子保健リーフレットの作成

B. 方法

1. 本シートに関する自治体の母子保健従事者向け研修会の実施

令和5年度は本シートの自治体での活用を広げるため、母子保健従事者向けの研修資料を作成し、研修会を実施した。研修内容は以下のとおりである。

- ・ 母子保健活動における本シート開発の背景
- ・ 目的
- ・ 本シートが開発されたプロセス
- ・ 妊娠・出産期の本シートの概要・使い方
- ・ 乳幼児期の本シートの概要・使い方
- ・ 本シート評価結果の活用
- ・ 管理者の留意事項
- ・ リスクアセスメントデータの蓄積と自治体での活用

2. 自治体の母子保健活動における本シートの試験導入

令和5年度より、自治体の母子保健活動（妊婦面接、家庭訪問、乳幼児健診等）で妊娠・出産期、乳幼児期の本シートと対象者調査項目（対象者に提供した支援・サービス、児童福祉機能等との共有状況など）を用いた評価を導入し、データ収集を行った。試験導入前に、自治体と導入条件やデータ提供期間について相談を行い、自治体と研究機関との間で、データ提供に関する協定書を締結した。

なお、自治体の本シートを試験導入するにあたり、自治体には以下のとおり提供を行った。

- ・ 自治体担当者（保健師等）を対象とした、本シートに関する研修会（対面・オンライン・ハイブリッド）
- ・ 本シート（3枚複写式、3枚目は個人情報転写されない研究用）一式および運用マニュアル
- ・ 本シート導入に必要なサポート、分析結果の振り返り

自治体より回収した本シートおよび対象者調査項目を資料1に示す。

3. 試験導入自治体における本シートの精度検証

令和5年度より本シートの試験導入を行った自治体の収集データを用いて、本シートの精度評価を行った。本シートの該当項目数の合計点数について、児童福祉機能との情報共有の必要性を予測する感度・特異度および曲線下面積（Area Under the Curve; AUC）を算出した。

4. リスクアセスメントデータを活用した地域の支援ニーズ・支援提供状況の分析

収集されたリスクアセスメントデータをもとに、地域ごとの支援ニーズや支援提供状況を把握するためのレポートおよび視覚化ツール（BIツール）のプロトタイプを作成した。

また、試験導入自治体との意見交換を通じて、自治体が活用しやすい表示方法や分析項目について検討を行い、改良を行った。

5. 本シートおよび運用マニュアルの見直し・改訂

令和5年度からの自治体試験導入結果を踏まえ、本シートおよび運用マニュアルの見直し・改訂を行った。自治体データを用いた精度検証、自治体職員へのインタビュー調査による実装上の阻害要因・促進要因の分析、自治体からの追加要望項目の整理等を行い、その結果をもとに運用マニュアル改訂版（第2.0版）を作成した。

また、自治体導入事例や架空事例を追加するとともに、AI-OCR版リスクアセスメントシートを作成した。さらに、本シートの普及および自治体での活用促進を目的として、全国1,741自治体へ運用マニュアルを発送するとともに、Webページを構築し、本シート、運用マニュアル、母子保健リーフレット等を公開した。

6. リスクアセスメントデータを用いた地域診断および自治体へのフィードバック

自治体から収集したリスクアセスメントデータを分析し、地域における支援ニーズや支援提供状況を可視化するための地域診断レポートを作成した。自治体担当者との振り返りを通じて、地域ごとの支援ニーズや本シートの活用状況、支援提供体制の課題等について意見交換を行い、今後の活用方法について検討した。

7. 母子保健のリーフレット作成

母子保健活動において、対象者が困りごとや不安を相談するきっかけとなるリーフレットを作成した。自治体担当者および当事者へのヒアリングを行い、内容や表現、相談しやすさに関する意見を踏まえて改良を行い、最終版を作成した。

8. 倫理的配慮

本研究は、国立成育医療研究センター倫理審査委員会の承認を得て実施した（課題番号2023-096, 2023-174）。自治体職員へのインタビュー調査では、研究目的・方法・自由意思による参加であること等について文書および口頭で説明を行い、同意を得た上で実施した。

リスクアセスメントデータについては、個人を識別できる情報を含まない形で自治体から提供を受けた。また、インタビュー調査で収集したデータについては、個人を識別できる情報を削除または仮名化した上で適切に管理した。研究の実施にあたっては、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」を遵守した。

C. 結果

1. 本シートに関する自治体の母子保健従事者向け研修会の実施

令和5年度より、自治体の母子保健従事者向けの研修資料を作成し、本シートの試験導入自治体および要望のあった自治体に対して研修会を実施した。

また、本シートに関する研修は、こども家庭庁主催の母子保健指導者養成研修（令和5～7年度、各年度受講者約3,000名）、統括支援員養成研修（令和6～7年度、各年度受講者約1,000名）、母子愛育会地域母子保健研修会等にも組み込まれ、全国の母子保健従事者に向けた周知を行った。

2. 自治体の母子保健活動における本シートの試験導入

令和5～7年度にかけて、延べ7自治体で本シートの試験導入を実施した。試験導入自治体には、特別区、政令指定都市、中核市、小規模自治体等、出生数規模の異なる自治体を含めた。

また、自治体の状況に応じて、妊婦面接・家庭

訪問対象者全員に使用する方法と、一定条件に合致した対象者に使用する方法の双方で運用を行った。

妊娠・出産期および乳幼児期を合わせて、令和5～7年度に合計4,154件の事例に適用した。

3. 試験導入自治体における本シートの精度検証

令和5～7年度に試験導入自治体で収集した実データ（妊産婦1,611名、乳幼児1,192名）を用いて、本シートが、児童福祉機能との情報共有や支援が必要な家庭をどの程度正確に識別できるかを検証した。全家庭を対象に本シートを使用した自治体のデータを統合した解析では、妊娠・出産期ではAUC 0.94（カットオフ4点において感度85%、特異度93%）、乳幼児期ではAUC 0.88（カットオフ4点において感度86%、特異度93%）であり、いずれの時期においても良好な識別性能が確認された。また、カットオフ値は妊娠・出産期で3～5点、乳幼児期で3～4点と、ダミーケースを用いて設定した参考値より低い傾向がみられた。

なお、本シートについては、これまでに自治体保健師を対象としたダミーケース調査により、評価者間一致度の検証を行っており、その結果は令和7年度に論文として報告した（小林，2025）。

4. リスクアセスメントデータを活用した地域の支援ニーズ・支援提供状況の分析

試験導入を実施した自治体のリスクアセスメントデータを分析し、地域ごとの支援ニーズや支援提供状況を整理した。

令和5～7年度で回収されたデータの分析では、妊娠・出産期に情報提供・支援の提供が行われたサービスとして多かったものは、産後ケア事業（82.1%）、母親・両親学級（53.9%）、産前産後サポート事業（27.6%）の順であった。

乳幼児期において、情報提供・支援の提供が行われたサービスとして多かったものは、産後ケア事業（68.2%）、一時保育（13.5%）、ファミリーサポートセンター事業（11.7%）の順であった。

各自治体に対して、本シート各項目の該当割合、児童福祉機能との情報共有・対応状況、支援・サービスの提供状況等をまとめたレポートおよびBIツールを用いた視覚化レポート案を作成した。

また、自治体との意見交換を通じて、地域診断における分析項目や表示方法について検討を行い、自治体にとって活用しやすい形となるよう改良を行った。

5. リスクアセスメントデータを用いた地域診断および自治体へのフィードバック

前年度に引き続き、リスクアセスメントデータを蓄積し、自治体ごとに分析を行い、地域診断レポートを作成して自治体へ結果を共有した（資料2）。レポートでは、本シート各項目の該当状況、児童福祉機能との情報共有状況、支援・サービスの提供状況等を整理した。また、地区ごとの分析を行うことで、対象者の特徴や支援提供状況の違いについても検討した。

自治体担当者との振り返りでは、該当割合が高かった項目について、実際の対象者の状況との乖離がないかを確認した。また、本シートの各項目と、提供されている支援・サービスとの関連を分析することが有用であるとの意見が得られた。さらに、他自治体との比較により、地域で不足している支援・サービスをデータに基づいて把握できることは、支援体制や施策検討に役立つとの意見が得られた。

6. 本シートおよび運用マニュアルの見直し・改訂

自治体職員へのインタビュー調査では、本シートが新人職員の視点補完や評価の標準化に役立つことが促進要因として整理された。一方、初回面接ではセンシティブな内容を確認しづらいことや、項目解釈に迷いが生じることが阻害要因として抽出された。これらを踏まえ、項目自体は変更せず、評価時の留意点や確認タイミングに関する説明を運用マニュアルへ追記した。

また、自治体から追加希望の多かった項目については、研究用本シートの欄外項目として掲載した。さらに、紙運用による事務負担軽減を目的として、AI-OCR版リスクアセスメントシートを作成した（資料3）。

運用マニュアル改訂版（第2.0版）では、自治体導入事例や架空事例を追加した（資料4-6）。加えて、本シートおよび運用マニュアルを全国へ周知するため、令和8年3月に全国1,741自治体へ

運用マニュアルを郵送するとともに、Webページを作成し、運用マニュアル等を公開した。

7. 母子保健のリーフレット作成

自治体の母子保健担当者へのヒアリングでは、対象者が困りごとや悩みを話しやすくなるきっかけとなるリーフレットについて、使用場面や内容に関する意見を得た。妊娠8か月頃の面談や乳児家庭訪問時が活用しやすい場面として挙げられた。

内容面では、困りごとや悩みを図示すること、文字数を少なくすること、相談窓口を限定して示すこと等が望ましいとの意見が得られた。また、外国籍対象者からは、電話よりもインターネットを介した相談方法の方が利用しやすいとの意見があった。これらの意見を踏まえ、相談しやすさや心理的負担への配慮、外国籍対象者への配慮を反映したリーフレットを作成した（資料7）。

D. 考察

1. 本シートに関する自治体の母子保健従事者向け研修会の実施

令和5年度より、試験導入自治体および導入を希望する自治体に対して、本シートに関する研修会（2時間程度）を実施した。研修には事例演習を含めており、実際に評価を試行することが理解の促進に有効であるとの意見が多く得られた。自治体担当者向け研修は、本シートの評価方法や活用方法への理解を深め、評価の質の均てん化につながることを期待される。

また、こども家庭庁主催の母子保健指導者養成研修や統括支援員養成研修等に本シートに関する研修を組み込むことで、全国の自治体に向けた周知を行うことができた。実際に、これらの研修を通じて本シートを知り、導入に関する相談につながった自治体もみられた。今後、本シートの導入をさらに広げていくためには、行政研修を通じた継続的な周知が重要と考えられる。

2. 自治体の母子保健活動における本シートの試験導入

本研究では、特別区、政令指定都市、中核市、小規模自治体等、出生数規模の異なる自治体において本シートの試験導入を実施した。これにより、

本シートが多様な自治体規模や母子保健体制において活用可能であることが示された。

また、自治体の状況に応じて、妊婦面接・家庭訪問対象者全員に使用する方法と、一定条件に合致した対象者に使用する方法の双方で運用されたことから、本シートは自治体の人的体制や対象者数に応じて柔軟に運用できる可能性が示された。

対象者全員に使用した場合には、評価に必要な人的資源上の負担は大きい一方で、地域全体の社会的リスクの傾向を把握しやすいという利点があった。一方、対象者を限定して使用した場合には、人的負担を抑えられる一方で、「どの対象者に本シートを使用するか」という基準設定の難しさが課題として挙げられた。これらの点については、運用マニュアル改訂版において留意事項として整理した。

さらに、本シートは妊婦面接、家庭訪問、乳幼児健診等の既存の母子保健活動の中で運用されており、自治体業務に組み込みながら活用できる可能性が示された。一方で、継続的な運用のためには、評価方法の均てん化や情報共有ルールの整備、データ管理方法の改善等が課題と考えられた。

また、乳幼児期の本シートについては、乳児家庭全戸訪問対象児を中心に使用している自治体が多かった。そのため、妊娠・出産期の評価項目がそのまま乳幼児期の評価に反映される例が多く、乳幼児自身に関する所見が記載されることは比較的少なかった。今後は、乳幼児健診等において幼児本人の状況の評価できる場面での活用も検討していく必要がある。

3. 試験導入自治体における本シートの精度検証

自治体の実データに基づく分析では、妊娠・出産期、乳幼児期の本シートの該当項目数の合計による児童福祉機能との共有の必要性の予測精度は、いずれも良好であることが示された。

また、カットオフ値は妊娠・出産期で3～5点、乳幼児期で3～4点と、ダミーケースを用いて設定した参考値より低い傾向がみられた。カットオフ値は、支援が必要な対象者をできるだけ見落とさないことを重視するか、あるいは過剰な抽出を避けることを重視するかによって変

動する可能性がある。そのため、今後は自治体における運用目的も踏まえながら、適切な設定を検討していく必要がある。

また、児童福祉機能が対応した対象者の分析では、妊娠期は「24歳以下の妊婦」や「望まない妊娠」などの背景要因、乳幼児期は「育児ストレス」や「精神的不安定さ」などの養育過程での困難が多くの対象者で該当していた。これらの結果は、妊娠期からの継続的なリスク評価と早期支援の重要性を示しており、本シートを活用した支援の質の向上が期待される。

4. リスクアセスメントデータを活用した地域の支援ニーズ・支援提供状況の分析

本研究では、リスクアセスメントデータを分析することで、地域ごとの支援ニーズや支援提供状況を可視化できる可能性が示された。妊娠・出産期では、産後ケア事業、母親・両親学級、産前産後サポート事業等が多く提供されていた。一方、乳幼児期では、産後ケア事業に加え、一時保育やファミリーサポートセンター事業等の育児支援サービスが多く提供されていた。これらの結果から、妊娠期から乳幼児期にかけて、必要とされる支援内容が変化している可能性が示唆された。

また、本シート各項目の該当状況や支援・サービス提供状況を可視化することで、地域ごとの対象者の特徴や支援傾向を把握しやすくなる可能性が示された。特に、これまで経験的に把握されていた地域の課題や支援状況について、データに基づいて整理・共有できることは、支援ニーズの把握や支援体制の検討に有用と考えられた。

さらに、BIツールを用いた視覚化により、自治体職員がデータを直感的に把握しやすくなる可能性が示された。一方で、紙ベースの記録・回収方法では、データ化や分析結果の共有に時間を要することが課題であった。今後は、AI-OCRやオンライン入力等を活用しながら、自治体が継続的に活用しやすいデータ収集・分析体制を整備していく必要がある。

5. リスクアセスメントデータを用いた地域診断および自治体へのフィードバック

自治体との振り返りを通じて、リスクアセスメントデータを活用した地域診断が、支援体制や施

策検討に有用である可能性が示された。これまで母子保健活動では、地域の支援ニーズは保健師等の経験や印象に基づいて把握されることが多かったが、本研究では、「どの項目の該当割合が高いか」「どのような支援・サービスにつながっているか」「地域ごとの対象者の特徴にどのような違いがあるか」を可視化することが可能であった。これらをデータに基づいて示すことで、自治体における対策や事業化・予算化の検討につながり、支援体制や支援サービスの充実につながる可能性がある。

また、自治体担当者からは、自治体規模が類似した他自治体との比較が参考になるとの意見が得られた。現時点では自治体同士で直接データ共有を行ってはいないが、研究者側から他自治体との比較を踏まえた振り返りを共有していた。他自治体との比較は、地域ごとの支援資源や支援方針の違いを把握する機会となり、自治体が自地域の課題や不足している支援を検討する上で有用と考えられる。

本研究で構築した地域診断およびフィードバックの仕組みは、自治体における母子保健活動のPDCAサイクルを支える基盤となる可能性がある。今後、母子保健分野のDXやオンライン化が進む中で、自治体が継続的に活用できる分析・フィードバック体制を整備していくことが重要である。

6. 本シートおよび運用マニュアルの見直し・改訂

運用マニュアルの見直し・改訂にあたっては、自治体職員へのインタビュー調査で得られた知見を反映した。自治体職員からは、本シートが新人職員のリスクアセスメントの視点補完や、経験年数による評価のばらつきの標準化に役立つとの意見が得られた。母子保健活動では、支援の必要性に関する判断が担当者個人の経験に依存しやすいが、本シートを用いることで、組織として共通の視点を持ちやすくなる可能性が示された。

一方で、初回面接ではセンシティブな内容を確認しづらいことや、項目解釈に迷いが生じることが課題として挙げられた。特に、パートナーの精神的不調や逆境体験等は「不明」と評価されることも多く、評価時期や対象者との関係性によって把握可能な情報が変化することが示唆された。そ

のため、運用マニュアルでは、本シートを一時点のみで評価するのではなく、継続的な支援の中で活用していくことの重要性を記載した。また、評価内容に迷いが生じた場合には、チーム内で検討しながら判断することを推奨する内容を追記した。

また、自治体では紙媒体による運用のしやすさが評価される一方、データ入力や分析までに時間を要することが課題であった。そのため、本研究では、紙媒体での運用を維持しながら効率的にデータ化できるAI-OCR版リスクアセスメントシートを作成した。今後は、現場での使いやすさと効率的なデータ活用を両立できる運用方法を検討していく必要がある。

さらに、運用マニュアル改訂版（第2.0版）では、自治体導入事例や架空事例を追加した。これにより、新規導入自治体により具体的な導入イメージを持ち、自治体の状況に応じた運用方法を参考にしやすくなったと考えられる。

加えて、全国1,741自治体への運用マニュアル発送やWebサイト公開により、本シートに関する周知を進めた。今後は、継続的な情報提供や事例共有を行うとともに、自治体の特性や運用体制に応じた本シートの活用方法について検討を進めていく必要がある。

7. 母子保健のリーフレット作成

本研究では、対象者が自身の困りごとや悩みを話しやすくなるきっかけとなるリーフレットを作成した。当事者や自治体担当者の意見を取り入れることで、相談しやすさや心理的負担への配慮を反映した内容とすることができた。また、ルビや英語表記を追加したことで、外国籍対象者を含め、より幅広い対象者への活用可能な資料となった。

本リーフレットは、リスクアセスメントシートのみでは把握しきれない対象者自身の困りごとや支援ニーズを把握するきっかけとしても活用できる。今後は、本シートによる客観的なリスク把握に加え、対象者が相談しやすくなる支援ツールとしての活用が期待される。

E. 結論

本研究では、家庭の支援の必要性を把握し、

情報共有につなぐためのリスクアセスメントシートを、自治体の母子保健活動において試験導入し、精度検証および実装性評価を行った。

その結果、本シートは、妊産婦や乳幼児の家庭における支援の必要性や、児童福祉機能との情報共有が必要な対象者を把握する上で、良好な精度を有することが自治体の実データにより示された。

また、リスクアセスメントデータを活用することで、地域ごとの対象者の特徴や支援ニーズ、支援提供状況を把握できる可能性が示された。さらに、本シートの活用を広げるため、研修資料、運用マニュアル、Webページ等を整備し、全国自治体への周知を行った。

今後は、より多くの自治体における継続的な活用とデータ蓄積を通じて、本シートや運用方法の改善を進めるとともに、母子保健機能のみならず、部門間・自治体間の情報共有を支える共通ツールとしての活用についても検討していく必要がある。

F. 健康危険情報なし

G. 研究発表

1. ○帯包 エリカ，小林 しのぶ，Aurelie P
iedvache，西野 友子，松山 春佳，小坂
麻衣，竹中 沙織，竹原 健二，森崎
菜穂，上野 昌江，佐藤 拓代：「母子保
健における支援が必要な妊産婦・こども・
家庭を把握するためのリスクアセスメント
シート：自治体データに基づく精度検証」
，第128日本小児科学会学術集会（ポスター
発表），2025年4月18日（名古屋）。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

謝辞

本研究の実施にあたり、自治体試験導入にご協力いただいた自治体担当者の皆様に深く感謝申し上げます。また、母子保健リーフレット作成に際し、貴重なご意見をいただいた当事者の皆

様に心より御礼申し上げます。

参考文献

1. 国立研究開発法人産業技術総合研究所（2022）. 令和3年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書 . 「母子保健における児童虐待予防等のためのリスクアセスメントの在り方に関する調査研究」
2. 国立成育医療研究センター（2023）. 令和4年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書 . 「母子保健における児童虐待予防等のためのリスクアセスメントの実証に関する調査研究」
3. 帯包エリカ（2024）. 母子保健から児童福祉へ共有するためのリスクアセスメントシートについて. 母子保健情報誌. 第9号: 24-30.
4. 小林しのぶ、帯包エリカ、Aurelie Piedvac he、松山春佳、竹原健二（2025）. 母子保健における児童福祉との共有の必要性を判断するためのアセスメントツールに関する架空事例を用いた実用性の検討. 日本公衆衛生看護学会誌. 14巻3号: 92-100.

妊娠・出産期のリスクアセスメントシート

ID: 多胎2人目ID 多胎3人目ID

地区No: 地区名: 対象者名:

区分	No	項目	記録者			記録者			記録者		
			記録者	記録者	記録者	記録者	記録者	記録者	記録者	記録者	記録者
基本情報	1	妊婦の初産時の年齢が24歳以下									
	2	パートナーの年齢が対象となる子どもの出生時で24歳以下									
	3	世帯は多子家庭（多胎や養子等を含む）である									
	4	妊娠時、未婚または再婚									
	5	変化のあった家族構成 □離婚・別居等の発生歴込みがある									
妊娠経過	6	妊娠経過時、実所者に違和感がある									
	7	母子健康手帳の交付が妊娠14週以降									
妊娠までの経過	8	過去に人工妊娠中絶歴あり									
妊娠への態度等	9	□予期しない妊娠であった □望まない妊娠であった									
	10	妊娠が □妊娠・胎児に無関心、または □否定的									
出産・子育ての準備性	11	□産後の発達に課題がある、または □産後の準備ができていない									
	12	妊娠に □産後の産後経過がある、または □子育てへの過剰な不安がある									
妊娠の心理	13	妊娠に以下の問題と考える所見がある □知的水準の低さ □感情コントロール(衝動性・攻撃性等) □社会的未熟さ(対人関係等) □責任感不足 □問題解決困難									
	14	妊娠に □精神的不満、または □精神科や心療内科の受診歴がある									
	15	妊娠が社会的ストレスを抱えている									
	16	□パートナーとの暴力問題 □親族とのトラブル、不仲など									
生活歴	17	複雑な生育歴がある(□妊娠 □パートナー) 産後経過がある(□妊娠 □パートナー)									
	18	パートナーに以下の問題と考える所見がある □知的水準の低さ □感情コントロール(衝動性・攻撃性等) □社会的未熟さ(対人関係等) □責任感不足 □問題解決困難									
パートナーの心理	19	パートナーに □精神的不満、または □精神科や心療内科の受診歴がある									
	20	パートナーが社会的ストレスを抱えている									
家庭環境	21	世帯に経済的困難がある、またはその可能性がある									
	22	妊娠している子のきょうだいの □育てにくさ、□養育上の課題がある									
	23	下記に関する所見がある □妊娠の孤立 □産後経過の不足 □子育てのロールモデルがない									

該当項目数

予備 ☐40歳以上 ☐初産 ☐産後 ☐多胎 ☐流産死産 ☐流 ☐早 ☐死 ☐不妊治療 ☐外国人

支援コード(方針)

対象者の対応コード ☐1 ☐2 ☐3 ☐4

備考(追記情報など)

対象者調査項目【妊娠・出産期リスクアセスメントシート用】 ID:

	1 回目	2 回目	3 回目
Q1. 対象者に対し、児童福祉との共有が必要と判断しますか。 <単一回答>	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ
Q2. 対象者に対し、継続の支援が必要と判断しますか。 <単一回答>	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ

Q3. この対象者に対して、自治体が情報提供や提案を行った支援やサービスをすべてお答えください。
(対象者が支援やサービスを実際に利用したかは問いません。) <複数回答可>

行政サービス	妊娠・出産関連	☐ 妊婦訪問事業 ☐ 産後ケア事業 ☐ 母親・両親学級
	育児関連	☐ 各相談事業 ☐ こどもの心理・発達相談
	メンタルヘルス関連	☐ 精神保健福祉相談窓口
	法律関連	☐ 法律相談窓口
	福祉関連	☐ 生活保護 ☐ 障害福祉 ☐ 児童福祉
医療機関	産後ケア	☐ 産後ケア事業 ☐ 産後ケア相談
	育児・家事関連	☐ 育児支援ヘルパー ☐ ファミリーサポートセンター事業 ☐ 一時保育
民間サービス	その他	☐ その他
	その他	☐ その他

Q4. この対象者に関する情報共有についてお答えください。情報共有の方法について当てはまるものにチェックしてください。情報共有がない場合には、チェックは不要です。

情報共有先	対象者の親要のみの共有	シートの詳細結果 (該当項目数)のみの共有	記録済みシート全体の共有
母子保健部門内	☐	☐	☐
児童福祉部門	☐	☐	☐
その他の部門	☐	☐	☐
医療機関	☐	☐	☐
他自治体(距離など)	☐	☐	☐
その他()	☐	☐	☐

資料 1. リスクアセスメントシート（標準版）、対象者調査項目

令和 7 年度
リスクアセスメントシート試験導入報告書(1.0 版)



自治体 A

国立成育医療研究センター 社会医学研究部
2025年 X月



各項目の「非該当」の割合は、【#7：母子健康手帳の交付が妊娠 14 週以降】【#10：妊婦が妊娠・胎児に無関心、否定的】(ともにX%)が最も多く、次いで【#1：妊婦の初産時の年齢が24歳以下】(X%)が多かった。
各項目の「不明」の割合は、【#20：パートナーが社会的ストレスを抱えている】(X%)が最も多く、次いで【#19：パートナーに精神的不調、精神科や心療内科の受診歴がある】(X%)、【#17：妊婦、パートナーに複雑な生育歴・逆境体験がある】(X%)が多かった。この結果から、パートナーの状況や生育歴といったより詳しい情報を、対象者と限られた関わりの中で収集することが難しくなると考えられる。

2) 各項目の該当所見(表1)

各項目の該当所見の割合は、【精神科や心療内科の受診歴がある】(X%)が最も多く、次いで【支援者の不足】(X%)、【予期しない妊娠であった】【産後見通しに課題】(ともにX%)が多かった。

表1 各項目の該当所見の割合

区分	項目	選択あり		区分	項目	(N=X)	
		n	%			n	%
基本情報	変化あった家族構成	X	X	生活歴	パートナーとの暴力問題	X	X
	離婚・別居等見込み	X	X		親族とのトラブル、不仲など	X	X
妊娠への態度感情	予期しない妊娠	X	X		妊婦の複雑な生育歴	X	X
	望まない妊娠	X	X		パートナーの複雑な生育歴	X	X
	妊娠・胎児に無関心	X	X		妊婦の逆境体験	X	X
	妊娠・胎児に否定的	X	X		パートナーの逆境体験	X	X
出産・子育ての準備性	産後見通しに課題	X	X	パートナーの心理	知的水準の低さ	X	X
	産後の準備なし	X	X		感情コントロール(衝動性・攻撃性等)	X	X
	産後の養育不安	X	X		社会的未熟さ(対人関係等)	X	X
	子育てへの過剰な不安	X	X		責任感不足	X	X
妊婦の心理	知的水準の低さ	X	X		問題解決困難	X	X
	感情コントロール(衝動性・攻撃性等)	X	X	家庭環境	精神的な不安	X	X
	社会的未熟さ(対人関係等)	X	X		精神科や心療内科の受診歴	X	X
	責任感不足	X	X		きょうだいへの育てにくさ	X	X
	問題解決困難	X	X		きょうだいの養育上の課題	X	X
	精神的な不安	X	X		妊婦の孤立	X	X
	精神科や心療内科の受診歴	X	X		援助者不足	X	X
					子育てのロールモデルなし	X	X

3) 児童福祉との共有・継続的支援(表2)

児童福祉と共有した対象者の割合はX%であり、その対象者における該当項目数の平均はX点であった。
継続的支援を行った対象者の割合はX%であり、そのうちX%の対象者に対して何らかの支援やサービスを提供していた。

表2 児童福祉との共有または継続的支援の割合および該当項目数

設問内容	「はい」と回答 該当項目数 (平均)		
	n	%	
児童福祉との共有が必要と判断しますか(N=X)	X	X	X
継続的支援が必要と判断しますか(N=X)	X	X	X
継続的支援が必要な場合、実際に何らかの支援やサービスを提供しましたか(n=X)	X	X	X

妊娠・出産期のリスクアセスメントシート

ID

多胎2人目ID

多胎3人目ID

地区No:

地区名:

対象者名:

医師

助産師

助産師

イニシャル

イニシャル

イニシャル

年

月

日

年

月

日

年

月

日

区分	No	項目	・該当所見には□にチェックを入れる	該当	非該当	不詳	該当	非該当	不詳	該当	非該当	不詳
基本情報	1	妊娠の初産時の年齢が24歳以下										
	2	パートナーの年齢が対象となる子どもの出生時で24歳以下										
	3	世帯は多子家庭（多胎や養子を含む）である										
	4	妊娠時、未婚または再婚										
	5	変化のあった家族構成 □離婚 □同居等の発生見込みがある										
妊娠経過	6	妊娠届出時、実所見に違和感がある										
	7	母子健康手帳の交付が妊娠14週以降										
妊娠までの経過	8	過去に人工妊娠中絶歴あり										
	9	□予期しない妊娠であった □望まない妊娠であった										
妊娠への健康感情	10	妊娠が□妊娠・胎児に無関心、または□否定的										
	11	□産後の見直しに課題がある、または□産後の準備ができていない										
出産・子育ての準備性	12	妊娠に□産後の育児不安がある、または□子育てへの適切な準備がない										
	13	妊娠に以下の問題と思われる所見がある □知的水準の低さ □感情コントロール（衝動性・攻撃性等） □社会的未熟さ（対人関係等） □責任感不足 □問題解決困難										
妊娠の心理	14	妊娠に□精神的な不安、または□精神科や心療内科の受診歴がある										
	15	妊娠が社会的ストレスを抱えている										
生活歴	16	□パートナーとの暴力問題 □親戚とのトラブル、不仲など										
	17	複雑な生活歴がある（□妊娠 □パートナー） 受援経験がある（□妊娠 □パートナー）										
パートナーの心理	18	パートナーに以下の問題と思われる所見がある □知的水準の低さ □感情コントロール（衝動性・攻撃性等） □社会的未熟さ（対人関係等） □責任感不足 □問題解決困難										
	19	パートナーに□精神的な不安、または□精神科や心療内科の受診歴がある										
家庭環境	20	パートナーが社会的ストレスを抱えている										
	21	世帯に経済的困難がある、またはその可能性がある										
	22	妊娠している子のきょうだいの□育てにくさ、□養育上の課題がある										
	23	下記に関する所見がある □妊娠の孤立 □援助者の不足 □子育てのロールモデルがない										

該当項目数

予備

40歳以上 □初産 □経産

多胎

流産死産 □貧 □卑 □死

不妊治療

外国人

支援コード（方針）

対象者の対応コード

1

2

3

4

備考（追記情報など）

乳幼児期のリスクアセスメントシート

ID

多胎2人目ID

多胎3人目ID

地区No:

地区名:

対象者名:

医師

助産師

助産師

イニシャル

イニシャル

イニシャル

年

月

日

年

月

日

年

月

日

区分	No	項目	・該当所見には□にチェックを入れる	該当	非該当	不詳	該当	非該当	不詳	該当	非該当	不詳
基本情報	1	母親の初産時の年齢24歳以下										
	2	母親が□不安定な職業、または□無職、または□学生										
	3	母親の産後の精神的な不安定（な時期があった）										
	4	母親に以下の問題と思われる所見がある □知的水準の低さ □感情コントロール（衝動性・攻撃性等） □社会的未熟さ（対人関係等） □責任感不足 □問題解決困難										
	5	母親が□育児ストレスを抱える、□やりがいや楽しさがない □母親に育児負担の割合がある □子どもの育てにくさを感じている										
育児負担	6	母親の子どもへの関わり方に関して、以下の母が認められる □関わりが少なく □関わりを認める □関わりが不自然／責任がない □関わりが適切 □関わりがよい										
	7	母親に下記の状況がある □社会的孤立 □子育てのロールモデルがない										
社会的孤立	8	子どもの出生時、父親の年齢が24歳以下										
	9	父親が□不安定な職業、または□無職、または□学生										
基本情報	10	父親に以下の問題と思われる所見がある □知的水準の低さ □感情コントロール（衝動性・攻撃性等） □社会的未熟さ（対人関係等） □責任感不足 □問題解決困難										
	11	父親が社会的ストレスを抱えている										
子どもの関わり	12	父親の□理解・育児協力が得られない □父親以外の援助者の不足										
	13	パートナーからの暴力、DV等の被害（虐待）がある （□母親に被害歴 □父親に被害歴）										
生活歴	14	複雑な生活歴がある（□妊娠 □父親に被害歴） □母親に被害歴 □父親に被害歴										
	15	母親・父親の育児負担に課題がある（育児負担に基づく場合を除く） □子どもに負担が集中している（外傷・虐待）がある、または、 □不健全な生活環境に由来する虐待被害 □季節にそぐわない服装がある □うきが多量である										
発達・身体・所見	16	子どもに□情緒的な不安、□不自然な反応や独占行動、 □食生活、栄養等がある										
	17	子どもの発達・成長に□変化のあった家族環境 □離婚・別居等の発生見込みがある										
家庭環境	18	世帯に3人以上のきょうだいがいる										
	19	子どもにきょうだい関係やきょうだい間の不平等な扱いがある										
	20	世帯に経済的困難がある、またはその可能性がある										
	21	世帯に経済的困難がある、またはその可能性がある										
支援要入	22	世帯に経済的困難がある、またはその可能性がある										
	23	世帯に経済的困難がある、またはその可能性がある										

該当項目数

EPDS

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

アタッチメント

支援コード（1～12）

対象者の対応コード

1

2

3

4

予備

多胎

備考（追記情報など）

資料3. リスクアセスメントシート（AI-OCRバージョン）

OPERATIONS MANUAL

母子保健における特に支援を必要とする
こども・家庭・妊産婦の的確な把握を目指す
リスクアセスメントシート
運用マニュアル 第2.0版



資料4. リスクアセスメントシート運用マニュアル（第2.0版）

第6章

自治体での導入事例



自治体の母子保健活動におけるリスクアセスメントシートの導入例を紹介する。

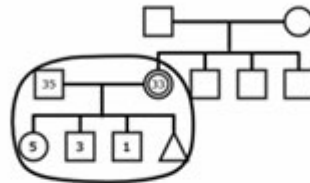
自治体の基本情報	
自治体名	A市
人口規模（任意）	約450,000人（令和7年3月31日現在）
年間出生数	3,210人（令和6年）
母子保健機能の体制	地区担当制と業務分担制の併用（主に地区担当制）
こども家庭センター設置の有無・時期	有（令和6年4月）
統括支援員の資格	社会福祉士
統括支援員の経験部署	児童福祉機能のみ
導入したリスクアセスメントシートの概要	
導入したリスクアセスメントシートの種類	妊娠・出産期、乳幼児期の両方
導入開始時期	令和6年4月
使用媒体	紙
対象者・実施範囲・使用場面	
妊娠・出産期シートの対象	全妊産婦
乳幼児期シートの対象	・妊娠中に児童福祉分野と連携するプランであった妊婦から生まれた児 ・病院から情報提供のあった家庭 ・その他全戸訪問や乳幼児健診等の事業で虐待を疑う家庭
使用場面	母子健康手帳交付時の妊婦面接、新生児訪問、乳児家庭全戸訪問、乳幼児健診、継続支援ケースのフォロー時
導入時の研修・工夫	
導入時の研修	2回
導入時に工夫した点	
導入にあたり、各課においてマニュアルの読み合わせを行った上で施行的に使用し、その結果が従来までの要フォローケースと大きな違いがないかの確認を行った上で、導入に踏み切った。	
評価者・記入方法	
主な評価者の職種	保健師
記入方法	同じ職種の複数人で確認
母子保健機能内での情報共有	
リスクアセスメントシートでの情報共有	有
共有する場面	担当者間、担当者・係長間等で支援計画を考える際に共有
児童福祉機能との情報共有	
リスクアセスメントシートでの情報共有	有
共有する場面	合同ケース会議
他自治体との情報共有	
リスクアセスメントシートでの情報共有	無
関連機関（医療機関など）との情報共有	
リスクアセスメントシートでの情報共有	無
導入後に感じている効果・課題	
良かった点	
保健師の判断のバラツキが小さくなる。繰り返し実施することで、判断の視点が身に付く。	
課題・改善点	
リスクアセスメントシートの結果に基づき、児童福祉分野との共有を合同ケース会議として行っているが、抽出される件数が多いので、合同ケース会議の件数増加、業務量の圧迫が課題になっている。また、同じ規模の自治体との情報交換会で、このアセスメントシートを活用しスクリーニングした後に、更に母子保健分野の会議で取り込んでから合同ケース会議にあげている自治体の方が多かった。スクリーニング後、もう一段階絞り込む自治体が増えていくのであれば、もう一段階絞り込むスクリーニング基準があった方が、全国的な指標につながるのではないかと。	

参考資料

4つの事例は、全て架空事例です。リスクアセスメントシートの評価を試行する事例として、ご活用ください。

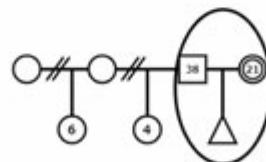
【妊産婦 事例 A】

- 第四子妊娠中の 33 歳妊婦。5 歳娘、3 歳息子、1 歳息子と 35 歳夫の 5 人暮らし。妊婦は元アパレル店員。妊婦はこどもが好きで、自身も 4 人兄弟だったため、少なくとも 4 人は授かりたいと考えていた。
- 夫は親の代から続くリサイクルショップを自営。妊婦は現在夫の自営業の手伝いをしている。夫は仕事が多忙で家事・育児に十分関われない状況にあり、協力したい気持ちはあるものの具体的な分担が難しい段階である。妊婦は 4 人目の妊娠を喜んでいる一方で、育児と家事、自営業の手伝いが重なり疲労が蓄積している。最近は夜間のこどもの対応も続き、「体力的に限界を感じることもある」と話しており、不安を一人で抱え込みやすい状況である。
- さらに妊婦は妊娠高血圧症候群と診断され、安静や定期的な経過観察が必要となっている。しかし家庭では十分に休息を取りにくく、身体的負担も増している。夫の両親は近くに住んでいるが介護が必要で育児支援は難しく、妊婦の両親も遠方のため日常的な協力は得にくい。そのため身近に頼れる人が少なく、今後育児負担が増える可能性がある。
- 母子保健機能としては、支援が少ない中で年齢の近い複数のこどもを育てていることに加え、妊娠高血圧症候群による身体的リスクも重なっているため、産前から継続的な見守りと早期支援が必要と判断している。産後は産後ケア事業や一時預かりなど地域の支援サービスを早めに案内し、母親の負担軽減と安定した育児環境の確保を図る方針である。



【妊産婦 事例 B】

- 第一子妊娠中の 21 歳外国籍の妊婦。38 歳の日本人夫と二人暮らし。妊娠 9 週で届出提出。妊娠届出も夫婦で来所。質問に対して妊婦ではなく夫が答える場面が多く見られるため、妊婦本人の意思や困りごとを確認するため、必要に応じて個別面談の機会を設け、多言語対応の通訳支援や相談窓口を案内した。
- 夫は 2 回離婚歴があり、前妻との間に 6 歳と 4 歳の娘がおり、養育費を毎月 4 万支払っている。夫は建設業を自営しており、月収 25 万円。前妻に養育費を支払いながら妊婦とのこどもを育てる経済的余裕があまり無い。今回の妊娠は予想外だったが、妊婦は出産の意向が強く、



これから赤ちゃんをむかえるご家族 赤ちゃんをむかえた後のご家族へ

気になっていること 悩んでいることについて
一緒に話してみませんか？
Would you like to talk together about anything that's been on your mind?

最近こんなことはありませんか？
毎日の生活や子育ての中で「ちょっときつい」「気になるな」と思うことに
目をむけてみましょう

あてはまり具合 まったくない ほとんどない ときどきある よくある いつもある

よく眠れない… Not sleeping well… [] [] [] [] []	食欲がおちている 食べすぎてしまう… Less appetite or overeating [] [] [] [] []	家事や育児が つらく感じる… Overwhelmed by housework or childcare [] [] [] [] []
ちゃんと子育てできるかな… 赤ちゃんが かわいいと思えない… Am I doing okay as a parent? Not feeling close to my baby… [] [] [] [] []	お金や仕事のことが 心配… Worried about money or work… [] [] [] [] []	パートナーや家族関係に 悩んでいる… Having problems with my partner or family… [] [] [] [] []

子育てでは、困ることやたいへんなことが起こることがあります
妊娠中や子育て中に困ったとき
話せる人や頼れる場所があると安心です
今、いちばん気になっていることは
どんなところに話せそうですか？

あなたが話したいところを
考える

☐ 家族や身近な人

☐ 友人・知り合い

☐ パートナーや家族との関係について話せるところ

☐ 近くの子育てひろば

☐ こどもの育ちや発達のことを相談できるところ

☐ お金や生活のことを相談できるところ

☐ 仕事や働き方について相談できるところ

☐ 気持ちのつらさを話せるところ

☐ 電話やLINEで相談できるところ

☐ 名前を言わずに相談できるところ

☐ 子育てを手伝ってもらえるところ

☐ その他 ()

相談できる窓口

市町村保健センター
00-0000-0000
受付時間 00:00~00:00 (月~金)

オンライン相談
LINE公式アカウント
Web

あなたの話を
聞かせて
ください

資料 7. 母子保健のリーフレット (ルビ・英語併記版)