

母子保健情報誌 第9号

特集 こども家庭センターの設置にむけて
～母子保健と児童福祉の連携～



令和6年2月

こどもまんなか
こども家庭庁

目 次

母子保健情報誌 第9号

特集「こども家庭センターの設置にむけて～母子保健と児童福祉の連携～」

巻頭言 地域における子育て家庭の支援強化に向けて.....	- 2 -
～こども家庭センターの設置の意義について～	こども家庭庁成育局母子保健課 課長 木庭 愛
母子保健と児童福祉の効果的な運営について.....	- 3 -
～こども家庭センターにおける母子保健の役割～	公益社団法人母子保健推進会議 会長 佐藤 拓代
Biopsychosocial な視点から母子への多職種で行う地域での支援.....	- 7 -
	国立成育医療研究センター 理事長 五十嵐 隆
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.....	- 14 -
	四天王寺大学看護学部 教授 上野 昌江
母子保健におけるポピュレーションアプローチの概要.....	- 20 -
	武蔵野大学看護学部 准教授 佐藤 睦子
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.....	- 24 -
	国立成育医療研究センター 社会医学研究部 上級研究員 帯包 エリカ
市区町村子ども家庭相談の役割と母子保健との協働.....	- 31 -
	明星大学人文学部 教授 川松 亮
別府市におけるこども家庭センターにおける現状と課題.....	- 37 -
	大分県別府市こども部こども家庭課 課長兼こども家庭センター長 内田 千乃
熊取町熊取町でのこども家庭センターの設置に向けて.....	- 42 -
～母子保健と児童福祉の一体的支援の連携～	大阪府熊取町役場健康福祉部子育て支援課母子保健グループ グループ長 山中 朝美

巻頭言 地域における子育て家庭の支援強化に向けて

～こども家庭センターの設置の意義について～

こども家庭庁成育局母子保健課 課長 木庭 愛

読者の皆様には、妊娠・出産される方々や子育て中の親子に寄り添い、地域に密着した母子保健活動に多大なる御尽力を賜っておりますことを、この場をお借りして厚く御礼申し上げます。

今年度、こども家庭庁が発足し、妊娠期から出産・子育てまで一貫したこども・子育て家庭の支援を目標の柱の一つに掲げる母子保健課は、厚生労働省からこども家庭庁にその拠点がうつりました。こども家庭庁の発足と同時に、全てのこどもがひとしく健やかに成長することができ、その権利の擁護が図られ、将来にわたって幸福な生活を送ることができる社会の実現を目的とする「こども基本法」が施行され、令和5年12月にはこども政策の基盤となるこども大綱が定められました。また、同日に閣議決定された「こども未来戦略」においては、若年人口が急激に減少する2030年代に入るまでが、少子化トレンドを反転できるかどうかのラストチャンスであり、我が国の持てる力を総動員し、少子化対策に不退転の決意で取り組むこととされました。

こうしたことを背景に、母子保健施策も今後ますます充実させていくことが求められています。中でも、産後の母子に対して、心身のケアや育児のサポートを行う産後ケア事業の充実、またサポートが必要な母子を着実に支援につなげるために、様々な母子保健の取組と、児童福祉との連携・協働の強化は喫緊の課題です。このようなことから、令和6年度施行となる改正児童福祉法に基づいて、市区町村は、予防的な対応から個々の家庭に応じた支援の切れ目ない対応など相談支援体制の強化を図る観点から、子育て世代包括支援センター（母子保健）と市区町村子ども家庭総合支援拠点（児童福祉）の設置の意義や機能は維持した上で組織を見直し、全ての妊産婦、子育て世帯、こどもへ一体的に相談支援を行う機能を有する機関（こども家庭センター）の設置に努めることとされました。こども家庭センターの設置を機に、地域の関係者皆さまが連携し、行政サービスと、地域における資源とが一体となり、妊産婦や子育て家庭をさまざまな支援メニューにつなぎ、しっかりと地域でサポートする体制作りをいっそう強化いただけますようお願いいたします。

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～

公益社団法人母子保健推進会議 会長 佐藤 拓代

1. はじめに

令和6（2024）年は、こども家庭センターがスタートする年であり、我が国の母子保健、児童福祉の取り組みの大きなターニングポイントである。

母子保健及び児童福祉に関しては、昭和22（1947）年に児童福祉法が公布・施行されたが、母子保健の向上に関する対策を強力に推進するため、児童福祉施策の一部であった母子保健施策を新たに明らかにされた母子保健の理念に基づき、総合的、体系的に整備して、昭和40（1965）年に母子保健法が公布された。昭和40（1965）年の出生数は約170万人であり、80万人を切っている現在とは課題が大きく違い、第四条には「母性及び保護者の努力」として、「母性は、みずからすすんで、妊娠、出産又は育児についての正しい理解を深め、その健康の保持及び増進に努めなければならない。」、また、「乳児又は幼児の保護者は、みずからすすんで、育児についての正しい理解を深め、乳児又は幼児の健康の保持及び増進に努めなければならない。」とあるが、これは昭和41（1966）年の厚生事務次官通達の「母子保健法の施行について」において、「およそ健康の保持及び増進は、本人又はその保護者の努力に負うところが大きく、特に母性及び乳幼児の場合は心身の変化が微妙であることから、その健康の保持増進には自発性が強く要請されるので、母性及び乳幼児の保護者の努力目標としての母子保健の理念を明らかにしたものである。」と根拠が示されている。正しい努力目標であっても、自発性を発揮できない経済状況や生育歴等では究極の子育ての問題である児童虐待が多く起こっており、妊娠期からの切れ目のない支援が必要である。

平成28（2016）年改正の母子保健法で、母子保健事業の実施に当たっては、当該事業が児童虐待の発生予防や早期発見に資するものであることに留意するとされ、母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進に関する包括的な支援を行うことを目的として、第二十二条に母子健康包括支援センター（通知により子育て世代包括支援センター）設置が市区町村の努力義務で課せられ、子育て支援と母子保健の連携が広がり始めた。

さらに、児童福祉法等の改正により児童福祉法の市区町村子ども家庭総合支援拠点と母子保健法の子育て世代包括支援センターが連携し、令和6（2024）年からこども家庭センターの設置が市町村の努力義務となった。こども家庭センターは児童福祉法に定められており、母子保健法では母子健康包括支援センターの記載が削除され「こども家庭センターの母子保健事業」としてこれまでの母子健康包括支援センターに関する内容がほとんど記載されている。母子保健事業は変わりなく、我が国の子育ての最大の困難は児童虐待であり、特に妊娠期から就学前の母子保健活動と子育て支援による第1次予防の予防活動、及び第2次予防の早期発見が大きな比重を占めることは言うまでもない。

2. 時代の変遷

母子保健法ができた昭和40（1965）年は多くの出生数があり、妊産婦は妊娠・出産・子育ての経験者が多く、子どもが生活する地域には多くの子どもがおり子ども同士の学びがあった。生活は現代と比べると貧困であり、女性には多くの負担があったであろう。

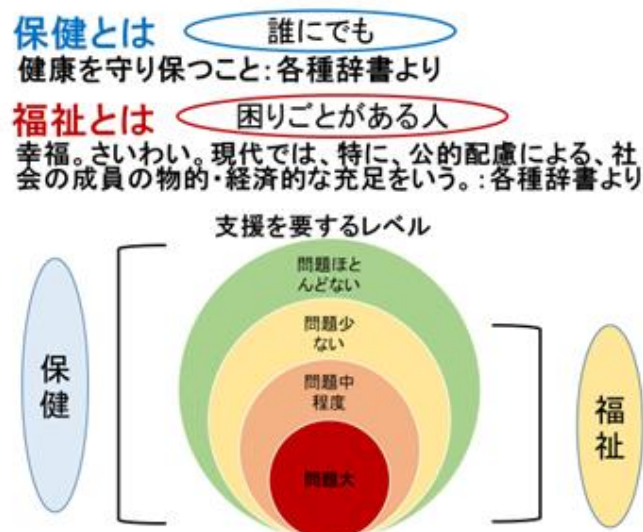
しかし、出産、育児に対する親の期待が高まり、じわじわと進んだ女性の社会進出に子育て資源の充実が追いつかず、親にとっては自分たち親の生活と子ども一人一人に対する親の責任が大きくなった。昔は貧困でも多くの子どもが生まれていたのではないかという声は、子育て現場に即していない観念論的発言であり、妊婦健康診査の充実や費用負担の軽減、出産育児一時金の支給、あるいは伴走型相談支援など、数年前に比べると妊娠・出産・育児にかかる費用の軽減が図れているが、北欧や一部の欧州のように、妊娠・出産にかかる費用は無償ではない。先日、直接大学生の声を聞く機会があったが、妊娠・出産・子育てをするのは自己責任と感じていて、しかも高額な費用を用意しないと医療機関での出産ができないらしいと話しており衝撃であった。若者が子どもを持つことを恐れているのではなかろうかと感じる。母子保健法ができた時代と、現在にはタイムマシンでもないと想像できないような意識の違いがある。

3. こども家庭センターにおける母子保健活動と児童福祉の活動の違い

こども家庭センターでは市町村における母子保健と児童福祉の連携が強化される。しかし、母子保健と児童福祉では携わる者が（例えば、保健師と児童福祉司のように職種が異なれば）受けた教育課程が異なることから、アセスメントの言葉ひとつをとっても行き違いが生じかねない。古い医学教育を受けた筆者は専門医ではなく、小児科と産婦人科、新生児科を経て、公衆衛生医となった。県型保健所で勤務していた際、保健師が感じる危機感をもって児童相談所に相談に行くと「保健師さんはオーバーだからね」とよく言われた。

長い公衆衛生活動で児童相談所や市町村の児童虐待事例と接し、筆者が考えていることを示す。

図1 保健と福祉の目的・対象者



保健師が感じる危機感と児童福祉が考える危機的状況には、保健師活動は誰にでも展開する公衆衛生活動である一方で、児童福祉は自らあるいは関係機関からニーズがあるとされた住民に対する活動である、という点に違いがある。地域における広い意味での保健活動において最も重要なのは、地域に生活する人々の実態を具体的に把握し、地域の特性を生かした保健と福祉のまちづくりをすすめ、快適で安心できる生活環境の確保を実現することである。そのため、保健活動はポピュレーションアプローチで支援を行い、福祉的ニーズがある対象者も含んでいる。しかし、児童福祉では、ニーズを訴えるか関係機関からニーズがあがってこないか支援が始まらない。

児童福祉のリスクアセスメントは、ニーズがあがってきた子どもや家庭の現在の状況を把握し、困難が悪化しないようにする支援のアセスメントである。母子保健はポピュレーションアプローチで住民をみているからこそ、何か気になりこのままにしておく事態は悪化するという予防のアセスメントである。児童福祉のアセスメントは現状に重きがあるが、母子保健は将来におこることを予測し予防する未来に向かったアセスメントともいえる。

アセスメントツールは、課題があるからこそ支援が求められている児童福祉では課題がどのようなものであるか、ツールの項目を把握し全体像を判断するためのものである。しかし、母子保健ではまだ具体的な問題が生じていない状態で、かつ介入的に関与する権限はないため、信頼関係構築が最優先である。児童虐待では、親の生育歴や子どもの受容のアセスメントが重要であるが、問題が起こっていない段階では信頼関係を損なう可能性があるこれらの項目は、母子保健ではなかなか把握することは難しい。また、支援において、児童福祉では面接や家庭訪問をたとえ一人で行うことがあっても支援方針はチームとして立てているが、母子保健では特に保健師は一人で家庭訪問等を行い、方針はその場で立てている。母子保健と児童福祉は、個人の支援とチームの支援の違いでもある。

また、母子保健と児童福祉はいわば、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの違いでもあるが、後者はハイリスク者から課題を抱える子どもが把握された数など、アウトプットとして把握できるが、前者は予防の効果がアウトカムとして把握できるのは時間を要する。お互いの機能を踏まえつつ、すぐには効果がでてこない母子保健を大事にした連携づくりをしていただくことを強調したい。

4. 今後に向けて

こども家庭センターにはセンター長と母子保健と児童福祉がわかる統括支援員が置かれる。市町村では、児童虐待の身近な通告窓口として機能し、守秘義務が課せられている職種でもそれを乗り越え、子どもと家庭に対する支援をすすめる要保護児童対策地域協議会が置かれている児童福祉部署に、保健師が異動し、また母子保健に戻ってくる自治体が増えてきている。児童相談所にも保健師の配置が必要になり、中核市以上の児童相談所設置自治体でも児童福祉と母子保健の連携が進んできた。オールマイティの保健師は、さまざまところで重宝されているが、地域公衆衛生の担い手としての機能は重要であり、介入型の部署から予防型の部署にもどったときには、予防には時間を要する「健康な次世代を育む」という母子保健の目的を再認識していただきたいと思う。これまでは「そこまで来たので」という声かけにより家庭訪問を受け入れてくれていた保護者や家庭が、子どもの「現認」（子どもの状況の直接的確認を行うこと。子どものいる現場で行うので、この言葉が使われている自治体も多い。）に保健師という名称で介入するようになることで、受け入れが困難になる可能性があるなどこれまでの保護者と保健師の信頼関係が揺るいでしまいかねない、と考えている。

平成 29 (2017) 年度からスタートした子育て世代包括支援センターは妊娠期からの切れ目のない支援を掲げ、持っているサービスが少ない母子保健が子育て支援と連携し、多くの自治体で利用者目線での支援が展開されている。筆者が行った 6 年間の子育て世代包括支援センターの研究から、妊娠届出面接や乳幼児健康診査等のポピュレーションアプローチからちょっと気にかかるハイリスク層に、子育て支援と連携した支援が行われ出したことがわかった。具体的には、①面接場面や支援場面で妊婦でも親子連れでも利用しやすく、個人情報でも話しやすい個室を用意する等の利用者目線に立った支援や、②対象者の問題を把握してからの支援ではなく、支援者が気にかかる事例には「私（保健師等）が心配なこと」とアセスメントがすべて終わってからではなく一緒に支援プランを立てるといった支援の見える化を行い、③母子健康手帳に支援者の名前を記載する等のひとつひとつの関係性構築を目指した支援を行い、なによりも問題に対して指導する姿勢は見せずその場限りではない親を育てる支援に向かいだしたように考えている。これは、問題があるからと追いかけて支援をすることではない、つまり支援拒否を招かない支援ともいえる。

さらに支援開始の時期は、子どもが生まれてからではなく妊娠期から支援を始めることが重要である。2000 年のノーベル経済学賞を受賞した J. ヘックマンは、公共投資の収益率が最も高いのは妊娠期から乳幼児期と述べている¹⁾。特に初産婦は、妊娠による心身の変化に加え、男と女と一緒に暮らすことの相手の尊重と譲り合いの調整、妊娠・出産・子育てを通じた自分の親との葛藤、子育て期には今までなじみがなかった保育所等の機関との調整など、毎日が乗り越えなくてはならないことだらけである。

令和 3 (2021) 年の地域保健・健康増進事業報告によれば、全国の妊婦訪問は出生数の 4.23% にすぎない。都道府県、政令指定都市、中核市の状況では低いところは 0.83% から 31.41% とばらつきが大きい。第 1 子の妊娠期こそ自治体サービスを初めて利用する可能性が高く、個人的にも家族としても変化が大きく支援がうれしい時期である。保健活動の主軸を妊娠期に定め、予防のための信頼関係作りを行うことが重要である。また、実効性のある支援になるためには、支援者が入れ替わり立ち替わり支援するのではなく、担当者が固定することが望ましい。なじみであれば、日々起こってくる問題も相談しやすい。少なくとも初産婦では支援者が担当制であることが望ましく、経産婦ですでに自治体サービスとの信頼関係ができている場合は、担当を緩やかに考えることもあるのかもしれない。

児童虐待対応件数が令和 3 (2021) 年度で児童相談所は 207,660 件、市町村は 162,884 件と非常に多くなり、保護者は、自分も虐待するのかもしれないという思いとともに、周りのみんなが私を監視しているのではと思いがちで、相談することをためらわせるものがあるのではないかと感じている。出生数が 799,728 人と少なくなり、子ども一人一人を大切に、持てる能力を最大限発揮させたいと考える保護者に対し、育児は個性のある子どもと親の間関係性の行為であるからこそ、ポピュレーションアプローチに重きを置き支援者との信頼性構築をはかることが求められている。繰り返しになるが、ポピュレーションアプローチによる、子育てが楽になる、母子保健の「問題が起こる前のお節介支援」が重要であり、こども家庭センターになってからも母子保健活動の重要性を尊重し、妊娠期からこそ支援を開始することの重要性を強調したい。

脚注

1) https://heckmanequation.org/assets/2014/05/F_Heckman_Brochure_041515.pdf

Biopsychosocialな視点から母子への多職種で行う地域での支援

国立成育医療研究センター 理事長 五十嵐 隆

1. はじめに

少子化の進行だけでなく、子どもと保護者、妊産婦を取り巻く環境や経済状況の変化等により、わが国の子どもの健康や子育てに様々な課題が生じている。人類が農業活動や産業革命を通じて地球環境や生態系の変化をもたらした人新世（anthropocene）の時代にこれらの課題が顕在化し、さらに3年間以上にわたった新型コロナウイルス感染症の流行がこれらの課題を増幅させた¹⁾。本稿では、身体、心理、社会的（biopsychosocial）な視点から母子への多職種で行う地域での支援について述べる。

2. わが国の少子化傾向と貧弱な子育てへの公的支出

わが国の総人口数は現在の約1億2千万人から2050年代には1億人を切り、2050年以降には15歳までの小児人口は現在の12%から9%程度に減少する。コロナ禍の影響等により2022年のわが国の合計特殊出生率は1.26に低下し、出生数は約77万人に減少した。一方、フランス、ノルウェー、スウェーデンの合計特殊出生率は1.8以上を維持している。

2020年に内閣府が実施した日本、フランス、ドイツ、スウェーデンの20-50歳未満の子育て世代1,000名以上を対象とした国際意識調査によると、「自国は子どもを産み育てやすい」と答えた割合は、スウェーデンで9割以上、フランスとドイツで約8割であるのに対しわが国では4割弱であった²⁾。子どもを増やせない理由のうち、「子育てや教育にお金がかかりすぎるから」と答えた割合は、日本51.6%、フランス27.0%、ドイツ21.5%、スウェーデン11.9%であった。子どもを持つ人に限ると、子どもを増やしたくない理由のうち、「子育てや教育にお金がかかりすぎるから」と答えた人の割合は、2010年41.2%、2015年50.0%、2020年55.5%であり、その割合が年々増えている。その背景として、わが国の子どもや子育てに対する公的支出は1.8%で、OECD38カ国中下から7番目で、フランス等の西欧先進国に比して著しく少ないこと、子どものいない世帯に比べ子どものいる世帯への公的支出が少ないこと、低所得者層での子育ての負担率は他の世帯層よりも相対的に高いことなどが挙げられる³⁾。

3. 乳幼児死亡率の著しい改善や小児期発症の慢性疾患患者の死亡率の低下が生み出す新たな課題

(1) 乳幼児死亡率の著しい改善と小児期発症の慢性疾患患者の死亡率の低下

医学・医療の進歩や充実した公的医療保険制度により、2021年のわが国の新生児死亡率は0.8、乳児死亡率は1.7（いずれも出生1,000人あたり）に低下した。これらの数値は世界的に最も低い。さらに、小児期発症の慢性疾患を有する20歳未満の子どもの死亡率は全体として50年前の約1/5に低下した⁴⁾。小児期発症の急性リンパ性白血病患者の5年生存率は現在では9割近くにまで向上し、左心低形成症候

群患者の約半数が成人を迎えることができるようになった。しかしながら、小児慢性特定疾患患者が成人期になると必ずしも医療提供者から適切な医療の提供を受けることができないことが少なくない。移行期医療については地域での医療資源の少なさなどの課題が残されており、医療の集約化やIT機器等を上手に使用するなどの対策が求められている。小児科医には内科医などの成人への医療提供者との連携を構築する努力が求められる。さらに、今後は疾患の管理だけでなく、患児や患者の身体、心理、社会的健康（幸福）の視点を基本として診療に当たるべきである。

(2) 障害を持って成長する子どもの増加

重度または医学的脆弱性に関連する一つ以上の慢性的臨床症状を持ち、気管切開、経管栄養、車椅子など一般的に重度な支援を必要とする子どもは医療的ケア児と呼ばれる。2021年に気管切開、経管栄養、車椅子など日常的に医療的支援を必要とする子ども（医療的ケア児）は2万人を、その内、人工呼吸器による治療が必要な子どもは約5千人を超えた。近年の特徴として、人工呼吸器による治療が必要な子どもの増加率が高い。在宅で過ごす医療的ケア児のケアを行う家族の主体は母親で、日常的に多大な負担を担っている。小児在宅医療の標準化も遅れている。

在宅医療を担う家族の負担を軽減し、幼児の集団生活や遊びを提供するための子どもホスピスや医療型短期入所施設の運営が各地で求められている。さらに、医療的ケア児の約1/3は自分の力で歩くことが可能である。気管チューブ、中心静脈などの医療デバイスを不用意に抜去してしまう等、重大な事故につながる危険性が高く、児のモニタリングなどを含めた寝たきりの医療的ケア児とは異なる障害福祉サービスが必要とされる。

医療的ケア児の日常生活・社会生活を社会全体で支援すること等を目的に、「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」が2021年6月に成立・交付された⁵⁾。医療的ケア児に対する様々な支援は保育所・学校設置者の責務とされており、医療的ケア児支援センターが都道府県単位で今後設立され、保護者の負担が軽減されることが期待される。高齢者に認められている訪問看護の制度が医療的ケア児や医療的ケアの必要な若年成人にも適応されることが是非とも必要である。さらに、在宅医療を受けている子どもに、遊び、出会い、外出、学び、そして就労の機会を増やすことや、在宅医療の負担を担う家族が仕事を諦めず継続できる支援も必要である。このようなサービスを提供するためには、地域での看護師、保育士、チャイルド・ライフ・スペシャリスト、心理士などの多職種の関与が公的に認められることが不可欠である。なお、障害を持って成長する子どもに対しても、疾患の管理だけでなく、患児や患者の身体、心理、社会的健康（幸福）の視点を基本として診療に当たるべきである。

4. 子どもの平均出生時体重の低下と低出生体重児の増加

1975年のわが国の男女合計の出生時の児の平均体重は3,200g、低出生体重児の割合は5.1%で、2020年にはそれらは3,010g、9.2%となった⁶⁾。出生時の児の体重は母体の栄養状態に大きく影響される。先進諸国の中で、以前に比べて出生時の児の平均体重が低下している国はわが国だけである。体重が小さく産まれた子どもほど、成人になってから生活習慣病や中枢神経系疾患の発症率が高くなる⁷⁾。

表1 胎児期や生後早期の発育が悪いとその後には様々な疾患を発症する

Metabolic disease	Nonmetabolic disease
脂質代謝異常	慢性肺疾患
高血圧	免疫不全
糖尿病	神経発達障害
成長障害	注意欠陥多動
慢性腎臓病	統合失調症

特別支援学級に在籍する注意欠陥・多動性障害や自閉症スペクトラム障害、情緒障害の疑いを持つ子どもの数が2008年頃から急増している。わが国では、思春期の頃から女性が必要十分な栄養を取っていないことや出産年齢の高齢化による子宮・胎盤機能の低下が、低出生体重児の主な原因と推定されている。妊娠・出産前の若年女性とパートナーの健康教育（プレコンセプションケア）が今後ますます必要である。

5. Children and youth with special health care needs (CYSHCN) の増加

(1) CYSHCN とは

CYSHCN とはアレルギー、注意欠陥・多動性障害、社会的行動障害、気管支喘息、不安神経症、学習障害、発達遅滞、発語・言語障害、自閉症スペクトラム障害、うつなどの慢性的に身体・発達・行動・精神状態に障害を持ち、何らかの医療や支援が必要な0-17歳の子どもや青年のことである。米国ではCYSHCNに関する調査が2000年から行われ、2016-2017年の調査でその割合は全体の18.8%を占めた⁸⁾。CYSHCNの増加は先進諸国に共通した現象で、東京西部地区を対象としたコホート調査（対象者の平均年齢9.7歳）では12.5%であった⁹⁾。

(2) CYSHCN の内訳と課題

表 2 Children and youth with special health care needs (CYSHCN)の上位 10 位を占める疾患

疾患名	全体の中の割合 (%)
アレルギー	42.0
注意欠陥・多動性障害	33.8
行為障害	27.4
気管支喘息	27.3
不安症	26.8
学習障害	24.8
発達の遅れ	21.1
会話・言語の障害	17.5
自閉症スペクトラム	13.2
うつ	12.5

米国での調査によると CYSHCN のうち、第一位を占める疾患がアトピー性皮膚炎などの代表されるアレルギーである¹⁰⁾。気管支喘息もアレルギー疾患ではあるが、本調査ではアレルギーとは別項目としてあげられており、第四位を占める。一方、それ以外の上位十位までの疾患は注意欠陥・多動性障害や学習障害などの発達障害やこころの障害を持つ患者が占める。わが国でも日常の小児科診療の現場で発達障害の患者を診療する機会が近年増加している。発達障害は common disease と感じる小児科医が増えている。患児を発達障害と正しく診断することは重要であるが、患児や家族は診断後に継続的に必要な支援を十分に受けることができていない。例えば、患児にはソーシャル・スキルを獲得するための支援が、保護者にはペアレント・トレーニングなどの支援が必要である。このような支援の担い手は多くの場合心理士や看護師である。しかしながら、このようなプログラムを患児や家族が受けるための医療的資源がなく、あったとしても自費で受けざるを得ないことが少なくない。さらに、医師や支援者がこのようなサービスを提供しようとしても、医療費等として正当な報酬を受けることができない点が最大の課題である。なお、発達障害の子どもと家族を支援するための人材育成や医療人の養成も急務である。

6. 増加する子どもの貧困と小児虐待

2019年のわが国の18歳未満の子どもの相対的貧困（世帯の所得がその国や地域の等価可処分所得の中央値の半分に満たない状態）率は13.5%で、OECD加盟38カ国中13番目に子どもの相対的貧困率が高い。子どもの貧困は心身の健康に直接影響するだけでなく、子どもの教育、生活習慣にも大きく影響し、成人期の健康や寿命をも規定しうる（健康格差社会）。相対的貧困状態にある一人親世帯に対する経済的支援だけでなく、一人親世帯は社会的な孤立にあることが多く、保護者と子どもが周囲との社会的関係を構築するための支援も必要である。

2021年度の児童虐待・相談対応件数は約20.8万件となった。虐待を受ける子どもの約半数は乳幼児

である。

子どもに接する機会のある者は、子どもの心理・社会的問題に気づき、その改善に向け、地域での社会資源に繋げる対応を取ることが求められている。子どもと家族に対する地域における社会資源の具体的内容は子どもに接する機会のある者に必要な情報であり、ソーシャルワーカーとの連携が取れる体制を作っておくことも重要である。医療の現場や保育・教育施設などで、家庭での虐待の疑われる子どもへの気づきやその後の支援については以前より改善が認められるが、制度面を含め解決しなくてはならない課題が多く残されている。

救うことの出来る子どもの命を守るため、病院外で起きた子どもの死を検証するシステム（child death review）のモデル事業が複数の自治体で始まっている。しかしながら、本事業に積極的に協力してくれる自治体が極めて少ないことが大きな課題である。

7. 子どもを身体・心理・社会的に捉え、支援する体制の構築

WHOは「健康とは身体、心理、社会的に良い状態（physical, mental and social well-being）」と定義した。一方、米國小児科学会はこれを biopsychosocial well-being と表現している。2020年、ユニセフ・イノチェンティ研究所は、OECD 38カ国中わが国の子どもの well-being は身体面で世界1位、心理面で37位と報告した。心理面での well-being が極めて低い評価を受けた理由として、わが国では思春期の子どもの自殺が多く、子どものこころの健康を評価し、対応するシステムが十分には整備されていないことが主な理由である。これまでわが国の小児科医の多くは急性期疾患などの子どもの身体的問題に主として対応し、優れた成果を上げてきた。しかしながら、子どもの心理、社会面で必ずしも適切な対応が取れていない。

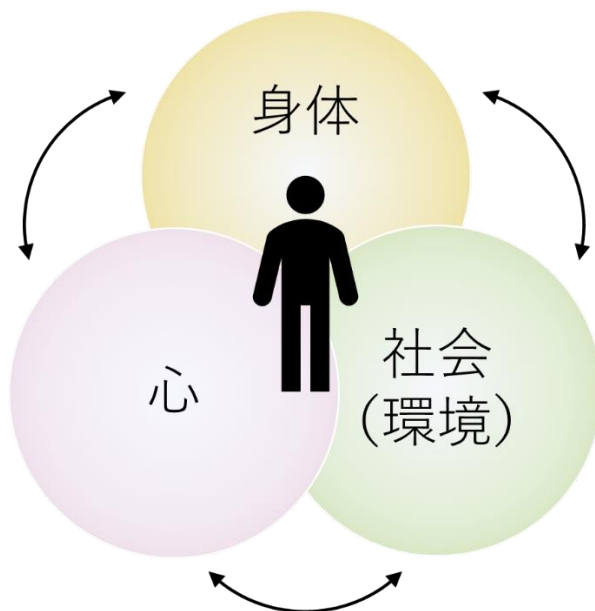
わが国の小児科医の基本的診療姿勢について、改めて考え直す機運が高まっている。即ち、子どもと家族の身体・心理・社会面を正しく捉え、必要がある場合には支援することを今後の小児科医の基本的診療姿勢とすべきである。

これまでわが国で実施されてきた乳幼児健診や学校健診は子どもの健康管理に大きく貢献してきた。しかしながら、欧米に比べると乳幼児期の健診回数は少なく、学校健診で一人あたりにかける時間は短い。わが国の乳幼児健診は1歳6か月児健診と3歳児健診のみが市町村が実施義務を持つ法定健診で、そのほかの時期に行われる健診は市町村が必要に応じて運用している。米国では、子どもの健診は原則的にかかりつけ医による個別健診で、3歳までに12回、3歳から21歳までは年1回が保障される。一人に要する時間は約30分で、最大150ドルが健康保険会社から医療者側に支払われる。米国の健診では、身体的診察、成長・発達の評価・指導、予防接種などの他に、生活習慣、親子関係、学校生活など子どもを取り巻く環境を聴取し、子どもの心身の健康に影響を与えるリスクがないかを評価する。必要な場合には、適切な助言・指導を子どもや家族に行う¹¹⁾。わが国においても乳幼児期の健診回数を増やすと共に、一定の時間をかけて子どもと家族の身体・心理・社会面を評価する健診に対して適切な対価が医療側に支給される制度を検討すべきである。

就学前のこどもの育ちに係る基本的な指針に、こどもの育ちの時期を問わずすべての人と共有したい基本的考え方に、「身体」「心」「社会（環境）」のすべての育ちを一体として保障することが記載されている¹²⁾。「こどもの幸福(well-being)を「身体」「心」「社会（環境）」の三つの視点で一体

的・包括的に捉える考え方を、こどもと日常的に関わる機会のない人も含むすべての人との共通言語とすることにより、こどもの幸福に向けて必要なすべての面での育ちを一体的・包括的に保障していくことが重要である。」としている。

図1 子どもの幸福(well-being)を「身体」「心」「社会(環境)」の三つの視点で一体的・包括的に捉える考え方



さらに、令和5年12月22日に閣議決定されたこども大綱は「こどもまんなか社会」すなわち「すべてのこども・若者が身体的・精神的・社会的に幸せな状態（ウェルビーイング）で生活を送ることができる社会」を目指すとしている¹³⁾。

子どもに接する医療関係者は子どもと家族を biopsychosocial に捉え、必要に応じて支援する技能を持ち、その様な基本的姿勢を基に子どもの健診や診療をする際に正当な評価を得る制度の構築が求められる。「成育基本法」(2019年施行)¹⁴⁾や「こども基本法」(2023年施行)¹⁵⁾などの理念法を根拠に、こども家庭庁が関係省庁と密接に協力し、わが国の乳幼児の健康・幸せの向上に向け、小児保健・医療・教育の分野での画期的な取り組みが始まることを期待する。

脚注

- 1) Crutzen PJ: The “Anthropocene”, Earth System Science in the Anthropocene, pp13-18, Edited by Ehlers E and Krafft T, Springer-Verlag Berlin, Heidelberg, 2006
- 2) 内閣府子ども・子育て本部：令和2年度少子化社会に関する国際意識調査報告書、令和3年3月 (https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/research/r02/kokusai/pdf_index.html)
- 3) 翁百合：被雇用者世帯の所得と負担率の国際比較分析、NIRA オピニオンペーパー No.65, 2023
- 4) 盛一享徳、桑原絵里加、茂木成美：過去 50 年間におけるわが国の小児期慢性疾患の死亡率の推移、日本小児科学会雑誌 127:577-585, 2023
- 5) 医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律: 令和3年9月

(<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=503AC0000000081>)

- 6) 母子衛生研究会：母子保健の主なる統計、江井俊秀（発行人）、東京、2023年
- 7) De Boo HA, Harding JE: The developmental origins of adult disease (Barker) hypothesis. Aust N Z J Obstetr Gynaecol 46: 4-14, 2006
- 8) The National Survey of Children's Health: Children with special health care needs, NSCH Data Brief, July 2020 (<https://mchb.hrsa.gov/sites/default/files/mchb/Data/NSCH/nsch-cshcn-data-brief.pdf>)
- 9) Kaji N, Ando S, Nishida A, et al.: Children with special health care needs and mother's anxiety/depression: Findings from the Tokyo teen cohort study. Psychiatry and Clinical Neurosciences 75: 394-400, 2021
- 10) Ghandour RM, Hiral AH, Kenney MK: Children and youth with special health care needs: a profile. Pediatrics 149 (suppl 7): 2022 Jun 1; e2021056150D. doi: 10.1542/peds.2021-056150D.
- 11) American Society of Pediatrics: Bright Futures, Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. Pocket Guide. Edited by Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM. 4th edition, USA, 2017
- 12) 「就学前のこどもの育ちに係る基本的な指針」に関する有識者懇談会：「就学前のこどもの育ちに係る基本的な指針」に関する有識者懇談会 報告—基本的な指針（仮称）の策定に向けた論点整理一、令和5年3月30日

(https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kodomo_sodachi_yushiki/pdf/houkoku.pdf)

- 13) こども大綱：令和5年12月22日

(https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/f3e5eca9-5081-4bc9-8d64-e7a61d8903d0/276f4f2c/20231222_policies_kodomo-taikou_21.pdf)

- 14) 成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（成育基本法）：平成三十年法律第四百四号

(<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=430AC1000000104>)

- 15) こども基本法：令和五年法律第七十七号

(https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=504AC1000000077_20230401_0000000000000000)

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

四天王寺大学看護学部 教授 上野 昌江

1. 大切にしたい背景

令和6年4月から設置が市町村の努力義務となるこども家庭センターにおいては、「子育て世代包括支援センターと市区町村子ども家庭支援拠点の設立の意義や機能を維持した上で、組織を見直し、すべての妊産婦、子育て世帯、子どもへの一体的に相談支援を行う機能を有する」(こども家庭庁,2023) ことがもとめられている。この新たなシステムは母子保健が今まで行ってきた内容を充実、発展させるためのチャレンジであり、地域で生活する妊産婦、子ども、家族への最善の支援を考える機会である。

母子保健活動は、これまで主に母子保健法の理念に基づき実施されてきた。その目的は、思春期から妊娠、出産を通して母性、父性を育み、乳幼児、児童が心身ともに健やかに育つことをめざすものである。母子保健が当たり前に、これまで取り組んできて、今後も大切にしたい内容について3つの視点から言語化を試みる。

2. 母子保健活動の言語化

(1) 母子保健はライフステージの始期に位置づけられる

母子保健は、活動を行っているものにとっては当然のことであるが、妊娠期から子どもが育つ人生の初めの時期(乳幼児期)に焦点をあてる。この時期は、次の世代(ライフステージにおける青年期、成人期、壮年期、老年期等)の心身の健康の基盤となる。そのため母子保健においては、妊娠期、出産、育児期に起こりうる多くのリスク(将来のライフステージの健康に影響を及ぼす要因)を予防することが重要になる。1998年のFelittiらの研究により小児期の「逆境的体験」が、成人期の虚血性心疾患、慢性肺疾患、肝疾患などの健康リスクに関連するということが示され、乳幼児期の生活環境がその後の人生に及ぼす影響の大きさが指摘されている。Felittiら(1998)の逆境的体験とは、身体的・心理的虐待、ネグレクト、家族内暴力、家族の薬物乱用、家族の精神疾患、家族の収監などである。これらを子どもたちが体験しないように予防することは困難であるが、子どもたちあるいは親がこのリスクを被っているかもしれない、またその影響の重大性に気づき、滝川(2022)が述べる「生活的な手厚いケア、対人交流的な生活環境をいかにケアフルなものにできるか」は、人生のスタート地点を担当する母子保健に課せられている重要な役割であると考えている。

もう一つは、この時期が子どものこころの発達を促していく重要な時期であるという点である。Browneら(2012)は、「子どもの情緒的発達、親との経験と初期の養育環境の影響を受け変化する」とこの初期の大事さを強調している。この時期は人間が生きていく基盤となる他者との関係の基になる「愛着」を親や養育者との間にはぐくむ。「乳児と親(または特定の養育者)との信頼関係や安心感を基盤とした情緒的な絆(愛着)は親子の相互作用により形成される。安定した愛着は、自己信頼感、自

尊感情の発達に必要であり、それによりストレスから回復する力が促進され、反社会的傾向が抑制される。特に子どもと親または養育者との情緒的愛着の発達は、最初の1年が重要である」と述べている (Browne, 2012)。母子保健活動では、乳児早期の訪問や健診などで愛着の発達とその重要性を伝えている。また愛着をはぐくむことが難しい子どもの要因 (低出生体重児、疾患があるなど) や親側の要因 (人間関係のとりにくさ、経済的状況、健康状態、社会とのつながり) など親子の波長が阻害されることが予測されることに対して、その状況にあわせた予防的支援を展開する。

親側の阻害要因の1つである若年の妊婦、親への支援は1980年代から行われていた。保健師たちは、10代の親の特徴として厳しい生育歴や生活歴を体験しているかもしれないこと、思春期であり人間発達の段階におけるサポートが必要であることを理解したかかわりを重視していた。彼らの取り組みは、単に「保健指導だけでなく、生活をどうふくらませるのか」「自分の親に抱っこされた心地よさを体験していない親には、誰かが代わってその心地良い感覚を伝える」、そのために、「育児教室を開き、若年の親と子どもにとことん付き合う」ということを行っている (赤井ら, 1987)。この人生の初期、そして他者との関係を育む基礎となる時期の、育児教室などのポピュレーションアプローチは、若年の親以外でも、発達や養育が気になる親子への教室として多くの自治体で実施されている。今後こども家庭センターにおいてもこれらの活動を継続、強化していくことが求められている。

(2) 地域のなかで直接人々と向き合う対人支援活動である

母子保健活動は、乳児死亡、出生などの指標をもとに時代の施策の中で変化しているが、地域のなかで直接人々と向き合う対人支援活動であることに変わりはない。

保健師等による対人支援の特徴は、まず、最前線で、対象者全体 (全数) に対する支援を展開するという点である。母子保健で考えると、子育て世代包括支援センターにおける妊娠中から妊婦全数への面接と支援、出産後の「こんにちは赤ちゃん事業」、乳幼児健診などの場で、すべての妊産婦、子ども、親、家族等の全数と接しながら活動している。その活動では、人々の生活や健康、発育・発達の実態を具体的にとらえ、人々の生の声を聴いている。保健師は地域で生活する人々との直接的な関係の中に身を置いて活動を進める。松下 (2000) は保健師の基本姿勢として「住民との関係は、住民の生活や生きる姿を理解し、生きるための条件を明らかにし、そのことを住民と共感しあうことによってつくられるものである」と述べている。住民の生活の実態を把握するため保健師は、面接や健診などで気がかりな妊婦、子どもや親に対して彼らが生活している場・家庭等に出向く。このような家庭訪問活動は法的に位置づけられている。彼らが生活する場から子どもや親を見ることで、発達や養育、家族の気がかりの意味が理解できるようになる。山岸 (2018) は、「言語発達の遅れのある子どもと親への家庭訪問でDVD やスマートフォンなどの電子機器の利用時間が長いこと、そうならざるを得ない悩みなどを親と一緒に考えながら支援した。家庭訪問で住民の暮らしを知り、事業へと反映させていく、その繰り返し重要」と述べている。

もう一つの特徴は、地域の実情を詳しく把握し活動を展開しているという点である。Browne (2012) は、「保健師の役割は、親に自信を持たせ、必要なサービスを (親自身が) 受けられるようにすることである。保健師は、親が受けられるサービスの種類、サービスへのアクセスについて熟知しているので、親が自分自身のサポートについて計画を立てるのを手助けすることができる」と述べている。社会資源を熟知しているということは、単に地域にどのような施設や資源、例えば医療機関や保育施設、

公園、子育て広場、子育てサロンなどがあるかを知っているというだけでなく、その施設等の職員、専門職等とも顔見知りであり、親子が彼らとどのような関係を展開できるかを推測しながら関わっている。

ある市の乳児早期訪問後のカンファレンスに参加したとき「Aさんは〇〇小児科が近いけど、Aさんには少し離れている△△小児科の先生の方が話を聞いてくれるのであっていると思う。Aさんは車も運転できるし△△小児科は駐車場もあるので」と何気ない会話の中でも個々の親子の生活を把握しながら、継続できそうな医療機関を紹介していた。地域の社会資源を熟知しているということ、それは、こども家庭センターに期待されている「様々な資源による支援メニューにつなぐ」こと、そしてそれらの社会資源をつなぎ、地域のネットワークをつくることへの役割が発揮できることになる。

さらに母子保健の特徴は、伴走型支援ということである。伴走型支援とは「地域共生社会推進検討会議」の最終まとめ（厚生労働省, 2019）に、支援の両輪「課題解決型支援」と「伴走型支援」として「つながり続けること」が示されている。母子保健活動においては、乳幼児期の子どもの疾病・障害の早期発見、早期療育の活動のなかで、障害をもつ子どもと親に寄り添った活動を行ってきた。ある保健師から「乳児期から療育施設への入所を支援した親に、10 数年後に出会ったとき、私の活動はどうだったって聞いたら『いつも私たちのそばにいてくれた、決して前に出るのではなく、少し下がったぐらいの距離に、いつもいてくれた』と語ってくれた」という話を聞いた。その当時、「伴走型」とは表現されていなかったかもしれないが、親子が適切な社会資源とつながり、地域で生活し続け、孤立しないで子育てができる支援は、まさに伴走である。令和4年度の補正予算から始まった伴走型相談支援は「妊娠期から出産、子育てまで一貫して身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要な支援につなぎ、経済的支援と一体として実施」されている。伴走型支援とは、妊娠期から出産、育児期、学童期へと伴走することであり、妊娠期から新生児期までで終結する支援ではない。つまり、妊娠期から一人ひとりの生活環境等を見極め、支援を継続しながら、子どもや家族が躓きそうな時期を予測しながら関わり、伴走していくことである。妊娠期からの支援について「妊娠中の支援を受けた親は、より精神的に健康で不安やうつを経験することが少なく、乳児やパートナーとの関係にもより満足している」（Fonagyら, 1998）という研究からも妊娠期から伴走することの重要性が示されている。

伴走型相談支援において期待されることは2つある。1つは、伴走するポイントとなる各時期、妊娠届出時、妊娠8か月ころ、出産・産後などにおいて支援が必要な人を見極め、ハイリスクアプローチと連動していくことである。支援の必要性を見極める指標は各自治体で検討されているが、Browneら（2012）はニーズの指標として表をあげている。

表1 ニーズの指標

分娩時合併症があった/健康状態に問題があったため、子どもとの分離があった	1
あなたまたはあなたのパートナーは21歳未満である	1
あなたまたはあなたのパートナーは子どもと血縁関係にない	1
双子またはきょうだいとの間隔が18か月未満の子どもがいる	1
あなたまたはパートナーには身体的あるいは精神的障害のある子どもがいる	1
あなたまたはパートナーには頼れる人がおらず孤独感を抱いている	1
あなたまたはパートナーは深刻な経済的問題を抱えている	2
あなたまたはパートナーは精神疾患またはうつ病の治療歴がある	2
あなたまたはパートナーは薬物またはアルコール依存がある	2
あなたまたはパートナーは子どもに身体的あるいは性的虐待を受けたことがある	2
あなたの子どもは(a)重症の病気、(b)未熟児、(c)出生時体重が2.5kg未満である	2
あなたはパートナーがいない	3
家庭内に暴力を振るう大人がいる	3
あなたまたはパートナーは子どもに対して無関心である	3
※ 5点以上のスコアは、子どもが「支援を必要としている」こと、家族が照会および継続支援を求めていることを示す	

もう一つは、妊娠期から出産後、乳幼児健診の各時期において同じ担当者が伴走することである。担当地区の保健師等が個別の生活環境等をふまえた支援を行っていくことにより、援助関係が深まるとともに、親子がサービス機関とつながりやすくなり、親自身がサービスを選択できるようになる。このような活動は、「地域における保健師の保健活動に関する指針」(2013)に示されている「地区活動に立脚した活動」である。地域における様々なシステムが整備され、それらをこなすだけに終わらないためにも、保健師が基盤としている地区活動の充実はますます求められる。

(3) 量的データと実践との連動

3つめの視点は、地域分析のデータと面接や訪問で出会う個別の親子等を連動しながら支援しているという点である。地区活動を基盤とする活動では、地域の様々なデータに基づき活動を展開する。業務報告として、毎年の母子保健事業の実施状況に加え、地域保健・健康増進報告等などから妊娠届出週数、妊婦健診受診回数、妊娠期の訪問実施率、乳幼児健診受診率、未受診率、経過観察率などを把握、分析し、今後の活動計画に活かしている。自治体によってはさらに詳しい分析を積み重ねられているところもある。このようなデータ分析は地域を把握するための客観的指標として非常に重要である。

一方で、母子保健の思考はデータ分析だけにとどまらない。データ分析した結果の背後にある個別の事例を思い浮かべている。村上(2023)は、「客観的な視点から得られた数値的なデータや一般的な概念は、個別の人生の具体的な厚みと複雑な経験を理解する時に初めて意味を持つ。数値的なデータの背景には人生の厚みが隠れている」という。この言葉は最前線の活動ゆえにより意味を持つ。データの背後にあるひとりひとりの妊婦、親、子ども、家族の生きざま、生活環境から今のニーズを推測することで個別に人々の生活に合わせた支援を展開している。

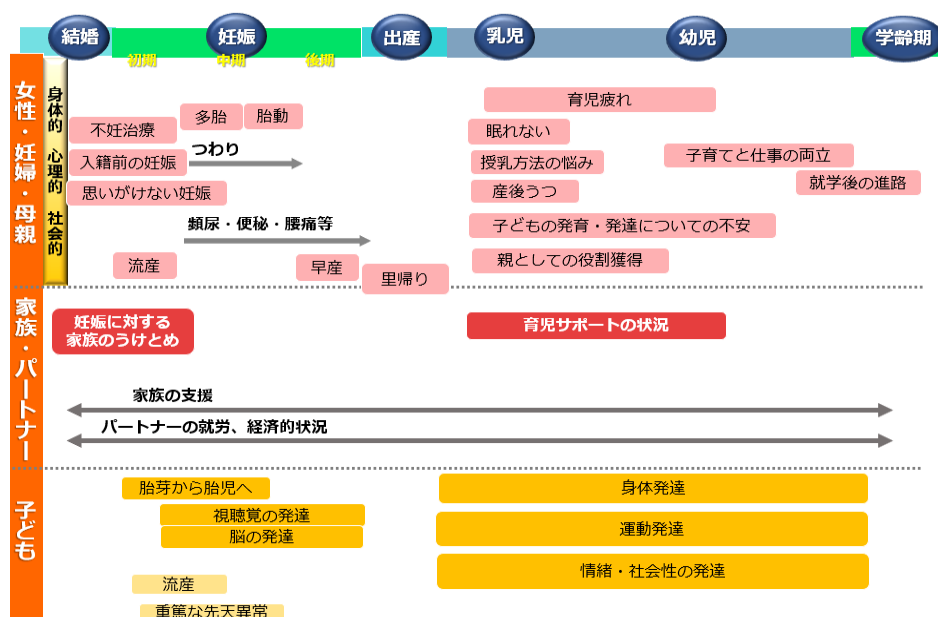
たとえば、データから多胎児出生割合をみると年間に出産する母親のおよそ100人に一人(2016年で分娩1000対10.3)となっており、多胎育児支援が重要になっている(日本多胎支援協会, 2018)。保健指導においては、多胎育児の支援として家族サポートの有無、社会資源の活用が重要となる。保健指導

は果たしてそれだけでいいのだろうか。多胎育児の実態について、村上ら（2012）は、双子への授乳の大変さ、外出の大変さ、睡眠・休息の不足などの双子の母親の育児ストレスを示している。さらに双子育児への指導の戸惑いとして、医療従事者の発言への戸惑い、場（医療機関等）による授乳指導の困惑などを挙げている。多胎児出生が増えているというデータの背後にある多胎育児の実態をより理解した上での支援が求められている。さらにこの親が感じる大変さが親子関係の愛着に影響するかもしれないという推測を持ちながら支援を行っていくことが必要となる。

3. 今こそ大切にしたいポピュレーションアプローチ

母子保健法における国及び地方公共団体の責務（母子保健法第5条）として虐待予防が明記され、虐待予防を視野に含めた母子保健活動をおこなっていくためには、これまで述べてきた母子保健活動の特徴を継承したポピュレーションアプローチを求められている。ポピュレーションアプローチは、集団全体（母子保健では全数）を対象としてリスクを下げることであるが、全数を対象とするためには、全数との出会いの中で、生活環境や養育状況を把握し、その人に合った支援が必要である。人口が多い地域では全数把握は難しいと考えがちであるが、「こども家庭センター業務ガイドライン（暫定版）」（2023）に示されている一般層：特別なニーズが顕在化していない、中間層：一般的な子育て支援よりも手厚い支援を必要とする、要介入支援層：関係機関との連携により、より専門的な支援が必要とされる層を見極め、より支援が必要な人へハイリスクアプローチと連動した支援をおこなう。また、妊娠、出産、子育て期の家族は、婚姻、離婚、離別、転居などが生じやすく心身の健康状態の維持が難しい時期ともいえる。伴走型支援のなかで、以下の図に示したような家族の発達の・状況的な変化を手掛かりに家族の微妙な変化を察知しながら支援を展開する。これが全数を対象とするポピュレーションアプローチの醍醐味であり、ポピュレーションとハイリスクを連動できるのは母子保健ならではの活動である。

図1 妊婦・親・家族の目線をもつ：妊娠・出産・育児における発達の・状況的な変化



母子保健は、妊娠期から家庭訪問や健診などの活動の中で、ひとりひとりの親への支援を行い、安全な妊娠、出産、出産後は親が育児を楽しみ子どもとの心地よい関係のなかで子どもの健やかな発育発達を目指し支援を行っている。

そしてその前提としては、目の前の親子が持っている問題を見極め、適切な支援ができるような専門性を高めていくための自己研鑽が常に求められることも忘れてはならない。

－参考文献－

- 1) 赤井薫・高橋順子・中村真知子ほか（1987）：若年妊産婦とともに；母性の自立を促す保健所保健師の活動. 保健婦雑誌, 43(3), 10-18
- 2) Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D. et al.(1998): Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) Study. Am J Prev Med 14: 245-258
- 3) Fonagy, P. (1998): Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. Infant mental health Journal 19: 124-150
- 4) こども家庭庁（2023）：こども家庭センター業務ガイドライン（暫定版）
- 5) 厚生労働省（2019）：地域共生社会推進検討会（最終とりまとめ）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000581294.pdf>（2023年11月11日最終閲覧）
- 6) 松下拓(2000)：丸山先生の基本姿勢. 自治体に働く保健師のつどい編；21世紀の保健師を考える. せせらぎ出版
- 7) 村上淳子ほか(2012)：双子の母親の育児ストレスに関する研究. 川崎医療福祉学会紙, 22(1), 79-86
- 8) 村上靖彦（2023）：客観性の落とし穴.ちくまプリマー新書
- 9) 日本多胎支援協会(2018)：多胎育児家庭の虐待リスクと家庭訪問型支援の効果等に関する調査研究. 厚生労働省平成29年度子ども・子育て支援推進調査研究事業
- 10) 滝川一廣(2022)：逆境がもたらすもの. そだちの科学 39, 日本評論社, 2-9
- 11) 上野昌江・山田和子監訳ケヴィン・ブラウン著（2012）：保健師・助産師による子ども虐待予防 CARE プログラム. 明石書店,2012
- 12) 山岸ちひろ（2018）：私の新任期；新潟県保健師活動研究会編：保健師が行う家庭訪問. やどかり出版, 79-89

母子保健におけるポピュレーションアプローチの概要

武蔵野大学看護学部 准教授 佐藤 睦子

1. はじめに

こどもの健やかな育ちとそれを育む社会の醸成は万国共通の願いである。母子保健は、いつの時代もその時代に応じて、こどもと親子の命と心を護り、家族の健康と幸せに向けて活動をしてきた。平成28年に母子保健法が改正され、それまで保健が担ってきた虐待の予防と早期発見について法的に明確に位置づけられるなど、母子保健の手法としてポピュレーションアプローチが注目されている。そこで、母子保健におけるポピュレーションアプローチについて述べたい。

2. ポピュレーションアプローチとは

ポピュレーションアプローチ（ポピュレーションストラテジー）は、イギリスのRoseらによって提唱された健康戦略の手法であり、ヘルスプロモーション活動を支える概念の1つである¹⁾。日本では、21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）を推進する際の基本戦略として導入された²⁾。この戦略は、例えば高血圧などの想定した特定のリスクに対し、対象集団全体に働きかけ血圧の平均値を下げる、といったリスクを軽減することで、集団全体としてよい方向にいくことを目指すものである。疾病のリスクとなりうる生活習慣や社会的問題、健康に関連する問題への対処等を扱うため、集団に恩恵がある生活習慣の変容が可能である、根本的な解決につながる、というメリットがある³⁾。一方で、個人にとっての恩恵が不明確である、集団に浸透するには時間がかかる、多様な方法を用いる必要がある、といったデメリットがある³⁾。ポピュレーションアプローチの対義語として、ハイリスクアプローチ（ハイリスクストラテジー）がある。これは一定のリスクをもつ個人に働きかけてリスクを軽減する手法である。高血圧を例にあげると、健康診査等によって高血圧の人を抽出し、降圧剤で血圧を下げる、境界域高血圧の人に対して、個別に日常生活の改善や運動のすすめ等の個別指導を行うことで高血圧への移行を予防する。結果、その集団の合併症、ひいては、高血圧等から続く脳卒中等の発生頻度を低下させることができる。脳卒中などの重大な合併症に罹る実際の人数は、高血圧域にいる人よりも境界域の人数の方が圧倒的に多いため、集団全体の血圧の値を下げた方が、防げる合併症の患者数は大きくなる¹⁾（図1,図2）。ヘルスプロモーション活動の推進には、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの2つの手法を適切に組み合わせて、対策を進めることが必要である⁴⁾とされている。

図1 高リスクアプローチと集団アプローチ

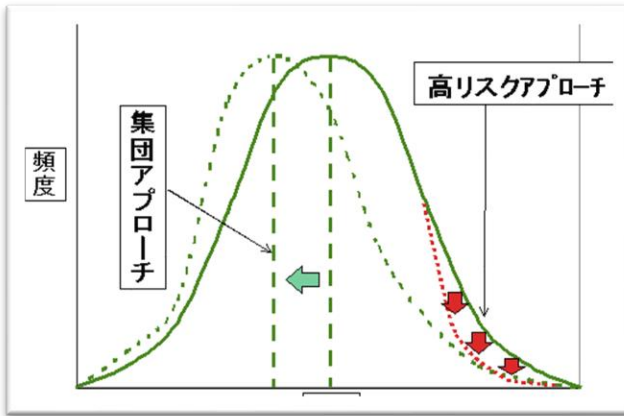
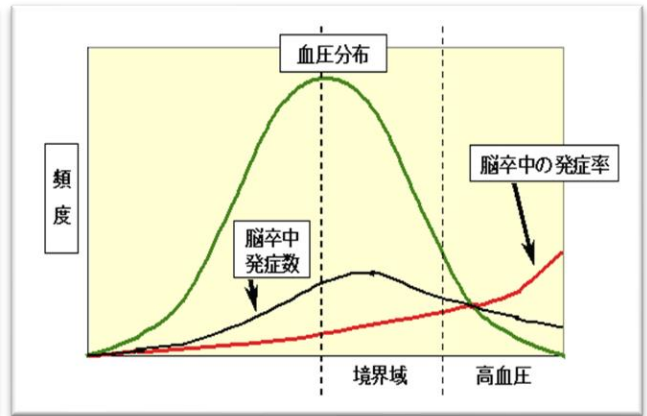


図2 危険因子と合併症の発生数

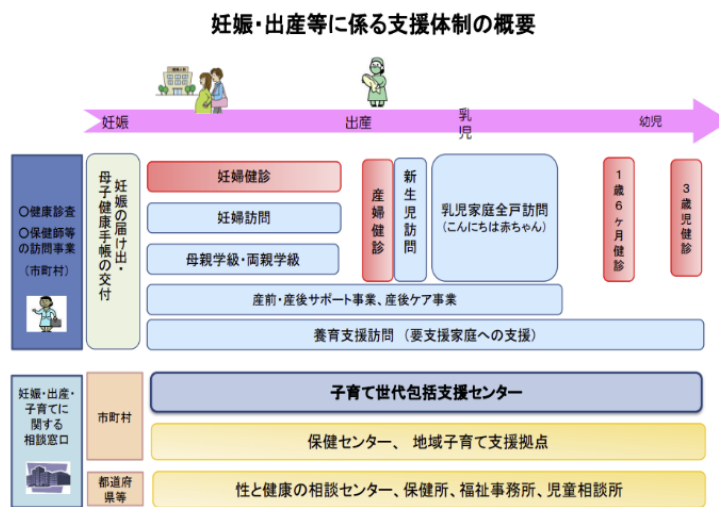


出典 厚生労働省 健康日本 21 より

3. 母子保健におけるポピュレーションアプローチ

わが国においては、母子保健法に基づく母子健康手帳の交付、新生児訪問、乳幼児健診といった母子保健事業を通して、保健師等の専門職がすべての母子（親子）に無理なく出会い、集団のリスク軽減を目指すポピュレーションアプローチと、そこで支援の必要な母子（親子）を抽出し個別的な継続支援を行うハイリスクアプローチにより、体系的重層的な支援体制が構築されている(図3)。このような母子の全数の一元管理と必要な母子への継続関与を連動できる世界に例のないシステムをもち⁵⁾、近年では、子育て世代包括支援センター（令和6年4月からは、こども家庭センター）の設置に伴い、母子保健にとどまらず子育て施策と包括的に妊娠期から切れ目のない子育て支援策がすべての母子（親子）に提供される仕組みが構築されている。

図3 妊娠・出産等に係る支援体制の概要



出典：こども家庭庁 令和5年度母子保健指導者養成研修 母子保健行政の動向資料

例えば、市町村保健センター（子育て世代包括支援センター（令和6年4月からは、こども家庭センター））における母子健康手帳の交付は、多くの妊婦にとって初めての行政とのコンタクトの場になっている。その機会に母子健康手帳交付時面接を行い保健師や助産師等が妊婦一人ひとりに出会い、妊娠、出産、育児に関する健康相談や情報提供だけではなく、妊娠届出票等から得た情報をもとに妊娠、出産、育児に対する思い、家庭環境や経済状況等にじっくりと対話を行う。そして、妊婦の出産への期待や不安に寄り添い、健康状態や生活状況等からメンタルヘルス上の課題や虐待につながるリスクや、支援の必要性について総合的にアセスメントを行う。ポピュレーションアプローチによって、地域の母子（親子）全体に広く観察の目をもつからこそ、ハイリスクだけでなく潜在的なリスクをもつ母子（親子）に目を向けることが可能となる。そして、顕在的または潜在的なリスクや困難を抱えた母子（親子）を把握し、その後の支援へとつなげる重要な機会となっている。支援の必要な母子（親子）に対しては、地区担当保健師らによる家庭訪問等の継続的な個別支援（ケースワーク）と母子保健事業の両輪によって、児童虐待予防につながる支援が行われている。このような支援体制は、誰もが持つであろう子育ての困難を視野に入れながら、妊娠やこどもの成長発達といった母子（親子）にとっての節目の場面で支援者と出会うことができる強みがある。しかし、支援の必要な母子（親子）の中には支援者の受け入れが困難であったり、自ら支援を求められない、支援の必要性すら実感もできずに、孤独に困難や不安を抱えたまま生活を送る受援力の低い母子（親子）も少なくない。このように、母子（親子）の支援の要請の有無にかかわらず、公衆衛生的あるいは予防医学的視点から支援の必要性が判断できれば、母子保健法等を根拠に本人との契約が成立していない、自ら支援を求めている状況であっても支援者が能動的に関与し、対象者の理解を得る努力をした上で家庭訪問等の支援を行うことができる。このような保健師活動の強みを最大限に生かした、切り込んでいく予防⁶⁾が行われている。

児童虐待の早期発見、早期対応が重視される昨今では、先に述べたようなポピュレーションアプローチのもつ支援の必要な母子（親子）をいかに確実に早く把握してハイリスクアプローチとして虐待予防を行うか、という点に重点化されている傾向がある。しかし、社会構造の変化や母子（親子）を取り巻く環境の変化等、複数の因子が複合的に重なって起こる児童虐待は、過去に効果を発した感染症対策の保健活動のように、単独の要因を排除することで発症を予防することは難しい。リスクの高い人に集中して対策をとるハイリスクアプローチは、予防医学として効率がいいが、リスクが広く集団全体に分布している場合は、ポピュレーションアプローチとの併用が必要である⁷⁾。ポピュレーションアプローチとは単なる集団を対象とする保健活動ではなく、環境の変容、集団の変容や社会の変容を目指すものである⁸⁾。ポピュレーションアプローチによって、成長の節目ごとに育児に対するエンパワーを高め、集団全体の育児の肯定感を高める。さらに、ポピュレーションアプローチで出会う母子（親子）やハイリスクアプローチとしての個別性の高いきめ細やかな個別支援を通して、抽出された課題から地域社会の課題として視点を広げ、必要な事業や社会資源を生み出す、といったダイナミックな活動を展開する⁹⁾。このように2つのアプローチを意図的、効果的に活用し、こどもや子育てする親をとりまく地域社会や環境づくりへ働きかけをしなければ、現代の虐待予防対策として効果的な活動であるとは言い難い。母子保健に貫かれる基本的な理念は、妊婦やこども、親、養育者のすべてが健康にかかわる必要な支援を受け、その結果、すべてのこどもが健やかに育つことである。そのために個人や集団、社会に働きかけて、隣近所の声かけやお節介といった互助につながる、こどもと親にとってやさしい社会を築くための活動が重要ではないかと考える。

4. さいごに

母子保健は、戦後まもなくの栄養・感染症の課題から、昭和後期の疾病・障害の早期発見・早期対応、平成早期の子育て不安への対応や発達障害の発見・支援、現代の虐待予防といったように、その時代背景に応じた健康課題に対する手法で母子の命を護り、健康支援を行ってきた。特に、母子健康手帳の交付は11週までに94.8%（令和3年度）⁹⁾が、乳幼児健診では約84～95%の児¹⁰⁾が受けており、受けないこと自体が1つのリスクである¹¹⁾と考えられているほど、国民にとっては当たり前に根付いている事業である。母子保健は、こどもを守る大切なものである。このような事業に成長した先人たちの積み重ねの上に、私たちはほぼすべての対象者との出会うことが可能となり、戦略的に予防活動を行うことができる。こどもを護るために育児に取り組む親を護る。そのために、ポピュレーションアプローチについて理解を深め、地域の実情に応じたよりよい手法が発展していくことを願いたい。

脚注

- 1) 21 世紀における国民健康づくり運動 健康日本 21（総論）
https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/s0.html（2023年10月15日検索）
- 2) 健康日本 21 企画検討会：21 世紀における国民健康づくり運動(健康日本 21)について-報告書, 2000,9-10.
- 3) 荒賀直子:公衆衛生看護学.jp 第5版データ更新版,東京, インターメディカル,2022,18-19
- 4) 藤内修二：なぜ、いまポピュレーションアプローチなのか,保健師ジャーナル,63(9),2007,756-761.
- 5) 中板育美：非器質的発育不全（NOFTT）の発見・対応と保健師の機能・役割, 子どもの虐待とネグレクト 16(1), 2014,15-20.
- 6) 日本看護協会健康政策部保健師課 編：保健師活動指針活用ガイド 考えて、創造して、実践できる,東京,日本看護協会出版会,2014,41-42.
- 7) Rose G. Sick individuals and sick population Int J Epidemiol.1985;14:32-38.
- 8) 江上千代美,田中美智子,桑野瑞恵ら:ポピュレーションアプローチを目指した地域での前向き子育ての実践,小児保健研究,80(3),2021,303-306.
- 9) 厚生労働省 令和3年度地域保健・健康増進事業報告の概況（2023年10月15日検索）
（ア）<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/c-hoken/21/index.html>
- 10) 厚生労働省母子保健の現状
（ア）<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001oujo-att/2r9852000001oumv.pdf>
- 11) こども家庭庁 こども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第19次報告）（2023年10月15日検索）
https://www.cfa.go.jp/councils/shingikai/gyakutai_boushi/hogojirei/19-houkoku/

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

国立成育医療研究センター 社会医学研究部 上級研究員 帯包 エリカ

1. 共通したリスクアセスメントシートが必要な背景

近年、家庭が抱える問題は多様化しており、母子保健部局はこどもや家庭を支援する際、児童福祉部局をはじめとする多数の関係機関と情報共有や連携が必要となることが多い。また、対象者の転居時には、地域を超えて情報共有や連携が必要となる。

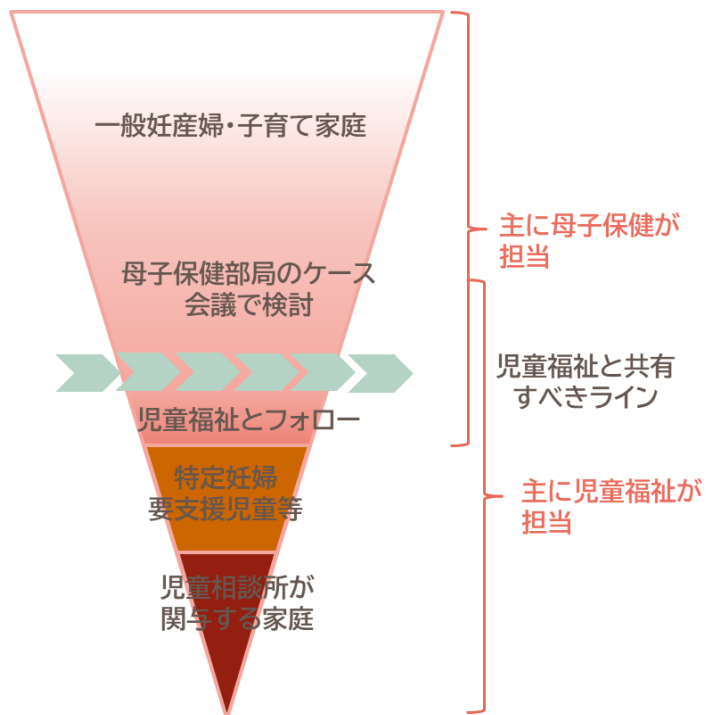
多くの自治体では、独自のリスクアセスメントツールが採用されており、情報共有時に使用できる共通ツールがないことや、認識の違いも情報連携における課題となっている。また、現在、全国の自治体で設置準備が進められているこども家庭センターは、全ての妊産婦、子育て世帯、こどもへ一体的に相談支援を行い、母子保健と児童福祉の両方の機能を担う機関となるため、母子保健と児童福祉の連携は一層重要となる。こうした状況を踏まえて、妊娠期からこどもの成育期に、家庭が抱える社会的リスクの認識を共有し、効果的に情報共有を可能にする共通ツールが必要とされている。

2. リスクアセスメントシートの目的と位置づけ

このリスクアセスメントシートの目的は、妊産婦・こどものいる家庭が直面する養育上の問題や保護者の心身の不調等により起こる社会的リスクを捉え、「児童福祉と共有すべき」支援や対応が必要な妊産婦・こどものいる家庭を早期に発見し、その家庭に必要なフォローや支援、児童福祉と共有すべきかを組織として話し合い、児童福祉や他機関と情報共有をする際の共通ツールとして活用することである。

この場合の「児童福祉と共有すべき家庭」とは、特定妊婦・要支援児童等に該当する段階ではないが、地域の見守りや支援が必要な家庭という、広い意味で支援が必要な家庭を示す。このシートを使用する際には、「家族の全体像を把握する」アセスメントの視点を持つことが重要である。

図1 母子保健のリスクアセスメントシートにおける「児童福祉と共有すべきライン」



3. リスクアセスメントシートが開発されたプロセス

令和3年度子ども・子育て支援推進調査研究事業（産業技術総合研究所が実施）¹⁾では、全国の母子保健事業で使用されている各種リスクアセスメントツールや文献情報を広く収集し、内容や部分重複を考慮して、調査組み入れ項目を選出した。その後、全国の市区町村と児童相談所を対象とした全国調査を実施し、各項目に定量的な評価を与え、リスクアセスメントツール素案を作成し、予測的妥当性の基礎評価を行った。これにより、妊娠・出産期、乳幼児期のリスクアセスメントツールの構成案（短縮版および標準版）が作成された。

令和4年度の同事業（国立成育医療研究センターが実施）²⁾では、母子保健で支援が必要な家庭を把握し、情報共有に活用するための実用化作業として、母子保健・児童福祉関係者に対する半構造化面接を行い、シートの改善点・用語や具体例に関する意見を収集し、リスクアセスメントシートの改訂作業を行った。また、ダミーケースを用いて精度評価のための調査を実施し、職種や経験年数が異なる評価者が使用しても、一致した評価ができること（評価者間信頼性）の確認を行った。さらに、リスクアセスメントシートを母子保健活動で使用するための運用マニュアルを作成し、母子保健関係者へのフォーカスグループインタビューを経て更に改良を加え、現在のリスクアセスメントシートと運用マニュアルが完成している³⁾。

4. 妊娠・出産期、乳幼児期のリスクアセスメントシートの概要

リスクアセスメントシート（図2）は、妊娠・出産期、乳幼児期ともに23項目より構成されており、評価者は該当・非該当・不明のいずれかにチェックをする形式となっている。各項目については、使用

する担当者による評価の認識への相違ができるだけ少なくなるよう「各構成項目についての説明・具体例」を作成している。表1、表2には、評価者間で評価に違いが出やすく、研修会等でも質問の多い項目について説明・具体例を掲載している。詳細は運用マニュアルを参照されたい³⁾。説明や具体例がすべてではないため、事例によって合致するか判断に迷う場合には、組織内の複数人で検討することも必要である。また、該当所見がわかるように、所見ごとにチェックボックスが設けられている。また、1枚のシートで、3回までの経時的な評価を蓄積することができる。このシートの評価対象は、主に妊娠期から乳幼児期までの妊産婦・こどものいる家庭で、妊娠届出時、母子健康手帳交付時の面談、新生児訪問指導、乳児家庭全戸訪問といった母子保健活動での使用を想定している。妊娠・出産期と乳幼児期のリスクアセスメントシートの評価対象期間には重複があるが、妊娠期からの関わりで継続して使用する場合には、産後も妊娠・出産期のリスクアセスメントシートが使用できる。乳児家庭全戸訪問の時期を目安に、乳幼児期のシートに移行を勧めている。

図2 妊娠・出産期、乳幼児期の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

地区名: _____ 対象者名: _____

区分	No	項目	記録者		
			年月日	年月日	年月日
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こどもの出生時で24歳以下			
	3	世帯は多子家庭(多胎や養子等を含む)である			
妊娠届出	4	妊婦時、未婚または再婚			
	5	<input type="checkbox"/> 変化のあった家族構成 <input type="checkbox"/> 離婚・別居等の発生見込みがある			
妊婦届出時	6	妊婦届出時、東所者に違和感がある			
	7	母子健康手帳の交付が妊婦14週以降			
妊婦までの経過	8	過去に人工妊娠中絶歴あり			
妊婦への態度感情	9	<input type="checkbox"/> 予期しない妊婦であった <input type="checkbox"/> 望まない妊婦であった			
	10	妊婦が <input type="checkbox"/> 妊婦・胎児に無関心、または <input type="checkbox"/> 否定的			
出産・子育ての準備性	11	産後の見通しに課題がある、または <input type="checkbox"/> 産後の準備ができていない			
	12	妊婦に <input type="checkbox"/> 産後の育児不安がある、または <input type="checkbox"/> 子育てへの過剰な不安がある			
妊婦の心理	13	妊婦に以下の問題と思われる所見がある <input type="checkbox"/> 知的水準の低さ <input type="checkbox"/> 感情コントロール(衝動性・攻撃性等) <input type="checkbox"/> 社会的未熟さ(対人関係等) <input type="checkbox"/> 責任感不足 <input type="checkbox"/> 問題解決困難			
	14	妊婦に <input type="checkbox"/> 精神的不満、または <input type="checkbox"/> 精神科や心療内科の受診歴がある			
	15	妊婦が社会的ストレスを抱えている			
生活歴	16	<input type="checkbox"/> パートナーとの暴力問題 <input type="checkbox"/> 親族とのトラブル、不仲など			
	17	複雑な生育歴がある(<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> パートナー) 忠告体験がある(<input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 知的水準の低さ <input type="checkbox"/> 感情コントロール(衝動性・攻撃性等) <input type="checkbox"/> 社会的未熟さ(対人関係等) <input type="checkbox"/> 責任感不足 <input type="checkbox"/> 問題解決困難			
	19	パートナーに <input type="checkbox"/> 精神的不満、または <input type="checkbox"/> 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	世帯に経済的困窮がある、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 <input type="checkbox"/> 育てにくさ、 <input type="checkbox"/> 養育上の課題がある <input type="checkbox"/> 妊婦の孤立 <input type="checkbox"/> 妊婦者の不足 <input type="checkbox"/> 子育てのロールモデルがない			

該当項目数

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

地区名: _____ 対象者名: _____

区分	No	項目	記録者		
			年月日	年月日	年月日
基本情報	1	母親の初産時年齢24歳以下			
	2	母親が <input type="checkbox"/> 不安定な職業、または <input type="checkbox"/> 無職、または <input type="checkbox"/> 学生			
	3	母親の産後の精神的不安定(産後うつがあった)			
母親の基礎情報	4	母親に以下の問題と思われる所見がある <input type="checkbox"/> 知的水準の低さ <input type="checkbox"/> 感情コントロール(衝動性・攻撃性等) <input type="checkbox"/> 社会的未熟さ(対人関係等) <input type="checkbox"/> 責任感不足 <input type="checkbox"/> 問題解決困難			
	5	母親が <input type="checkbox"/> 育児ストレスを感じる、 <input type="checkbox"/> やがたや楽しみが持てない <input type="checkbox"/> 母親に育児負荷の増大がある <input type="checkbox"/> こどもの育てにくさを感じている			
こどもの関わり	6	母親のこどもへの関わりに関して、以下の様子が見られる <input type="checkbox"/> 関わりが少ない <input type="checkbox"/> 関わりが不自然(一貫性がない) <input type="checkbox"/> 厳しすぎる <input type="checkbox"/> 乱暴な関わりがある			
	7	母親に下記の状況がある <input type="checkbox"/> 社会的孤立 <input type="checkbox"/> 子育てのロールモデルがない			
父親の基礎情報	8	こどもの出生時、父親の年齢が24歳以下			
	9	父親が <input type="checkbox"/> 不安定な職業、または <input type="checkbox"/> 無職、または <input type="checkbox"/> 学生			
	10	父親に以下の問題と思われる所見がある <input type="checkbox"/> 知的水準の低さ <input type="checkbox"/> 感情コントロール(衝動性・攻撃性等) <input type="checkbox"/> 社会的未熟さ(対人関係等) <input type="checkbox"/> 責任感不足 <input type="checkbox"/> 問題解決困難			
こどもの関わり	11	父親が社会的ストレスを抱えている			
	12	父親の <input type="checkbox"/> 理解・育児能力が得られない <input type="checkbox"/> 父親以外の担い手の不足			
生活歴	13	パートナーからの暴力・DV等の被害(性)がある (<input type="checkbox"/> 母親に被害歴 <input type="checkbox"/> 父親に被害歴)			
	14	複雑な生育歴・過去の虐待体験がある (<input type="checkbox"/> 母親にある <input type="checkbox"/> 父親にある)			
育児・身体・所見	15	身長・体重の発育増加に問題がある(基礎疾患に基づく場合を除く)			
	16	<input type="checkbox"/> こどもの原因が特定できない外傷(痕)がある、または、 <input type="checkbox"/> 不適切な生活環境に由来する皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 季節にそぐわない服装がある <input type="checkbox"/> うねりが多い			
家庭環境	17	こどもに <input type="checkbox"/> 情緒的不安定、 <input type="checkbox"/> 不自然な喜ぶや怒り行動、 <input type="checkbox"/> 異常行動、異常等がある			
	18	こどもの家族環境に <input type="checkbox"/> 変化のあった家族構成 <input type="checkbox"/> 離婚・別居等の発生見込みがある			
	19	世帯に3人以上のきょうだいがいる			
	20	こどもに厳しい対応やきょうだいの間の不平等な関わりがある			
支援受入れ	21	<input type="checkbox"/> 家庭内トラブルがある、 <input type="checkbox"/> 家庭の社会的孤立			
	22	世帯に経済的困窮がある、またはその可能性がある			
	23	世帯にキーパーソンがいない、または <input type="checkbox"/> 難聴未受診等による聴覚不足、 <input type="checkbox"/> 外傷からの聴覚障害がある			

該当項目数

備考(追記情報など)

表1. 妊娠・出産期リスクアセスメントシートの各項目についての説明・具体例（一部抜粋）

No.	項目	説明・具体例
5	変化のあった家族構成	<ul style="list-style-type: none"> 母子家庭・父子家庭等のひとり親家庭である、またはその時期があった。三世代同居など他者との同居があっても、母子または父子家庭であればひとり親家庭に該当する。 妊娠以降、再婚やパートナーの変化が発生している、複雑な婚姻関係やパートナー関係がある、複雑な家族図、パートナーの複数回変更など、家族構成が変則的または複雑な経過がある。
	婚姻・別居等の発生見込みがある	<ul style="list-style-type: none"> 妊娠以降に別居・離婚（協議や調停中を含む）が発生している。 別居・離婚等の発生を伺わせるパートナーとのトラブルや問題がある。 離婚後 300 日以内の出産である（300 日問題）（改正民法法が成立し、規程が見直される予定）。
6	妊娠届出時、来所者に違和感がある	<ul style="list-style-type: none"> 妊婦の整容に気になる点がある（場にそぐわない格好、不衛生な様子等）。 パートナーがその場にいるが、様子伺いをしている。 違和感がある付き添い、同席者がいる（同席者がやたらと口を挟む等）。 面談や健診で妊婦への質問に同席者が答えるなど不自然な様子がある、等。 面談時、妊婦と目が合わない、目を合わそうとしない、等。 書類記入時に字が書けない、時間がかかる、パートナー情報の欄が書けない、不自然な様子がある、等。 妊娠届出時に大勢の友人と来所する。
10	妊婦が妊娠・胎児に無関心	<ul style="list-style-type: none"> 妊娠中期以降になっても身体の変化や今後の出産・育児等の生活の変化に対する実感が伴っていない様子がある。 妊娠に対する反応や思いが不自然、または違和感がある（妊娠について「なんとも思わない、どうでもいい」と語るなど）。 妊婦が自分自身、またはパートナーを中心に考えており、生まれてくる子への配慮が全くない。 過度な飲酒や喫煙が継続している。
	妊婦が妊娠・胎児に対し否定的	<ul style="list-style-type: none"> 妊娠や胎児に対して無関心な様子を示す。 妊娠祝福の言葉かけに対して、戸惑いや無反応、否定的な様子を示す。 妊娠そのものを受容できない、胎児について「産みたくない」と語るなど、妊娠継続に否定的。 妊娠・胎児への否定的な発言や言動がある（戸惑っている、困っている、後悔している）、胎児の性別が望んだものではないと語る。 出産に対する葛藤がある、悩みを抱えている、出産の意思が曖昧で問題を先送りしている。 妊娠による身体の変化に拒否的、否定的、受容できない。
12	妊婦に産後の養育拒否がある	<ul style="list-style-type: none"> 出産後の養育を拒否する態度、言動がある、胎児について、「産みたいが育てる自信がない」「育てられない」等の言動がある。

No.	項目	説明・具体例
	子育てへの過剰な不安がある	<ul style="list-style-type: none"> • 出産後の育児への不安が強い、育児書やインターネットの情報を過剰に調べるなどの対処行動が目立つ。 • 育児等について細かすぎる質問が多い。 • 妊娠中に頻回な医療機関受診や電話相談がある。
15	妊婦が社会的ストレスを抱えている	<ul style="list-style-type: none"> • 学校や職場などから、妊娠・出産に関する十分な理解と対応が得られていない（妊娠・出産をしたことで、解雇や希望しない配置転換等の不利益な扱いを受ける。体調を考慮されず長時間労働を強いられる、妊婦健診受診のために休むことができない、等）。 • 妊婦が周囲や職場での対人トラブル、家庭外でストレスを抱えている（過酷な労働や対人関係など）、仕事・人間関係・経済問題などによる生活上のストレスが高い。

表2. 乳幼児期リスクアセスメントシートの各項目についての説明・具体例（一部抜粋）

No.	項目	説明・具体例
5	母親が育児ストレスを抱えている	<ul style="list-style-type: none"> • こどもという時間が長く閉塞感があると感じている、ゆったりとした気分でこどもと過ごせる時間がない。 • こどもが言うことを聞いてくれないことにストレスを感じる、こどもの育てにくさを感じている。 • こどもを叩きそう等の発言がある、こどもを放り出したいと思うことがある。 • こどもの泣き声を聞くのが辛い、夜泣きがひどい、一度ぐずるとなだめにくい、授乳がうまくいかない、寝つきが悪い、ちょっとしたことで激しく泣く、睡眠時間がまちまち、激しく動き回るなどによる負担がある。 • 生後2週間から5か月頃、こどもに理由のわからない、あやしても泣き止まない持続的な泣きがあった。 • 生後2週間から5か月頃の間、こどもが泣き止まないことへの心身の負担を抱えていた。 • 子育てによって自分の時間を取ることができずつらい。
5	母親がやりがいや楽しみを持ってない	<ul style="list-style-type: none"> • こどもとのかかわり、関係について悩みがある（どう接すれば良いかわからない、この先どう育てれば良いかわからない、感情的に接してしまう、育児について何かにつけ後悔する、こどもの悪い面を自分のせいだと思う、育児にやりがいや楽しみを持つことができていない）。 • 趣味・娯楽・教養・仕事・学業など、かつては楽しみ・興味・関心・やりがいを持っていた事柄にも、それらを感じることができなくなっている。
	母親に育児負担の偏りがある	<ul style="list-style-type: none"> • 育児の負担が、母親等一人の保護者に極端に偏っている。 • 子育てについて、自分が悪い、自分さえ我慢すればなど、自責的な態度をみせる、一人で抱え込む。 • 子育てについて相談することが苦手、不安や課題を口にしない、語ろうとしない。 • 客観的にサポートが必要であるにも関わらず、自ら支援を求めることをしない、できない。 • ストレス解消法がない、負担の解決手段を持っていない。

No.	項目	説明・具体例
	こどもの育てにくさを感じている	<ul style="list-style-type: none"> こども、またはきょうだいに重度の疾病や障害、慢性疾患等があり、医療機関に入院中または在宅で医療的ケアが必要。 こども、またはきょうだいに発達課題がある。 こども、またはきょうだいに育てにくさ、育児困難感がある。 こども、またはきょうだいに一時保護歴、長期的な施設入所がある（現在を含む）。 要保護児童対策地域協議会へのケース登録や児童相談所の継続した関与がある、または過去にあった。
17	こどもに情緒的な混乱がある	<ul style="list-style-type: none"> 理由がわからずぐずったり、暴れたりすることが多い、かんしゃくを起こすことがある。 こどもが家の話をしたがらない、食事や生活、家の状況、怪我のことについて話す時に表情を変える。 保育園や幼稚園への持続的な登園しぶりがある、登園時や降園時に保護者を困らせる行動がある。
	こどもに不自然な密着や独占行動がみられる	<ul style="list-style-type: none"> 誰にでもベタベタする、過度なスキンシップを求める、保育園や幼稚園での保育士等の独占行動がある。 不自然にこどもが保護者と密着している、保護者が異常にこどもにベタついている。
	こどもに挑発行動、萎縮等がある	<ul style="list-style-type: none"> 保護者を困らせる繰り返し（またはエスカレートする）の行為や、保護者を挑発するような行動がある。 保護者に対して萎縮する、怯える、過度に従順、なつかない、「自分は悪い子」など自己卑下や罪悪感がある。 年齢相応ではない妙に丁寧な言葉や、大人びた態度を見せる。

全ての家庭に対して、本シートを用いた評価が可能であるが、「気になるケース」「心配なケース」には積極的に使用することを勧めている。また、児童福祉部局とケースを共有する場合や、転居等により地域を超えてケースを共有する場合は、共通ツールとして、このリスクアセスメントシートを使用することを勧める。

なお、本シートの使用は、原則、面談等による状況把握を前提としており、対象者の前では使用することせず、面談後の記録として使用いただくことを勧めている。また、このシートを使うことにより、家庭の全体像を把握することが重要と考える。児童福祉と共有が必要な可能性が高いと考えられる該当項目数のカットオフ値は、妊娠・出産期のシートで7個以上、乳幼児期のシートで6個以上と暫定的に定めているが、これらは現時点では家庭の状況を踏まえた判断に加えた参考値として補助的に使用することを推奨する。

5. リスクアセスメントシート評価結果の活用

リスクアセスメントシートの評価結果は、母子保健担当部局内、児童福祉との情報共有時、自治体を超えての情報共有時など、さまざまな場面での活用が可能である。情報共有時には、リスクアセスメントシート自体を共有することも可能である。なお、リスクアセスメントシートを通じて、情報共有を行

う担当者・機関同士が、妊産婦・こども・家庭の抱える課題を共有することが最も重要であると考えている。なお、自治体間の情報共有に関する個人情報の取扱いについては、個人情報保護法、ガイドライン（行政機関等）、各自治体で制定されている条例等を参照されたい。

6. リスクアセスメントデータの蓄積と自治体での活用

リスクアセスメントシートを自治体が導入する利点として、蓄積した情報のデータ活用が挙げられる。各自治体のリスクアセスメントデータを蓄積し、分析を行うことにより、それぞれの自治体において、「どのような支援の必要性を抱える妊産婦、こどもが多いのか」「支援ニーズのうち、十分なサポートが提供されていないものはどのようなものか」といった課題の把握が可能になる。リスクアセスメントデータの蓄積により、自治体の特性や支援ニーズを把握し、地域の対策につなげることが、このリスクアセスメント研究における将来の課題であるとする。

7. 今後に向けて

令和5年度からのこども家庭科学研究で、いくつかのモデル自治体の協力を得て、実際の母子保健活動の中で本リスクアセスメントシートを使用する実装を開始している。モデル自治体の実装により、実データを用いて本シートのカットオフ値の確認や精度検証、実装性評価を行い、さらに母子保健活動の中で活用できるリスクアセスメントシートや運用マニュアルに改良を行っていく予定である。また、共通したリスクアセスメントシートが多くの自治体で普及することにより、母子保健における社会的リスクの共通認識が促進され、妊産婦・こども・家庭にとってより良い支援に繋がることを期待している。

脚注

- 1) 産業技術総合研究所 令和3年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業「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」調査事業報告書。
https://staff.aist.go.jp/kota.takaoka/research/mhlw_parentChildHealth.html
- 2) 国立成育医療研究センター 令和4年度 子ども・子育て支援推進調査研究事業「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」調査事業報告書。
https://www.ncchd.go.jp/center/activity/kokoro_jigyo/index.html
- 3) 国立成育医療研究センター「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1.0版」
https://www.ncchd.go.jp/center/center/activity/kokoro_jigyo/r04/manual.pdf

市区町村子ども家庭相談の役割と母子保健との協働

明星大学人文学部 教授 川松 亮

1. 子ども家庭相談における市区町村重視の経緯

市区町村が子ども家庭相談の窓口として法的に位置づけられたのは、2004年（平成16年）の児童福祉法改正においてであった。それまでは児童相談所に一極集中していた子ども家庭相談であるが、児童相談所における虐待相談対応件数が増加するのに伴い、児童相談所以外の対応機関を増やす必要が生じてきた。すでに市区町村における相談対応の取り組みは広がりつつあったが、この法改正により市区町村が子ども家庭相談の第一義的な相談窓口となることを求められることとなったのである。

以後の取り組みの展開を見ると、市区町村における相談体制には自治体間での格差が見られ、市区町村と児童相談所との連携協働関係も混乱が続く状況であった。しかしそれぞれの自治体が創意工夫しながら、市区町村の相談体制が徐々に形成されてきたのである。

相談体制の構築と合わせて、地域における子育て支援策の充実も推進された。折しも虐待死亡事例検証を通じて、0歳児死亡事例の比率が高いことに注目が集まり、これをなくしていくことが政策課題として強く認識されるようになった。こうして、妊娠期からの切れ目のない支援体制の構築が目指されるようになるのである。その一環として市区町村における支援施策拡充が求められ、2008年の児童福祉法改正で、乳児家庭全戸訪問事業・養育支援訪問事業などの子育て支援事業が市町村事業として法定化され、市区町村に努力義務が課せられた。市区町村における子育て支援の施策が進められるのである。

ただこれらの地域支援サービスにはまだまだ自治体間格差がある。例えば養育支援訪問事業では、対象年齢、支援内容、利用料など自治体による違いがある。また、支援の供給量においては、2019年度に全国で約18万件となっており、これは要支援・要保護児童一人当たりになると年に約0.72件であり、供給量は足りていない¹⁾。今後さらに各自治体における充実を図ることが課題となっている。

さて、市区町村の子ども家庭相談体制に関してさらなる進展が図られたのが、2016年（平成28年）児童福祉法改正であった。この法改正で児童福祉法第3条の3が新設され、市区町村・都道府県・国のそれぞれの役割と責務が明確化された。それによると市区町村は、「(前略) 児童が心身ともに健やかに育成されるよう、基礎的な地方公共団体として、(中略) 児童の身近な場所における児童の福祉に関する支援に係る業務を適切に行わなければならない。」とされた²⁾。すなわち子どものウェルビーイング（幸せ）を実現するために最も身近な場所での支援を行うのが市区町村とされたのである。

それに対して「都道府県は、市町村の行うこの法律に基づく児童の福祉に関する業務が適切かつ円滑に行われるよう、市町村に対する必要な助言及び適切な援助を行うとともに、児童が心身ともに健やかに育成されるよう、専門的な知識及び技術並びに各市町村の区域を超えた広域的な対応が必要な業務(後略)」を行うこととされたのである³⁾。

子ども虐待対応においては、虐待が重症化してから対応するよりも、虐待に至る前、すなわち養育に困難をきたす前に子育て支援につながることで、虐待を予防できることが重要になる。そのためには身近な地域で親子が様々な子育てのサポートを得て、安心安全な養育環境を実現することが必要である。その主体として市区町村の位置づけが大きくクローズアップされてきたことが、こうした法改正の背景

にある。まずは市区町村が子育て支援サービスを活用して地域で支え、それでも改善が見通せない場合に、都道府県（児童相談所）が法的対応等の専門的対応を行うという枠組みを基本として、市区町村・都道府県（児童相談所）が連携協働した対応の仕組みが推進されることとなったのである。

市区町村の子ども家庭相談機関として、同年の児童福祉法改正では、子ども家庭総合支援拠点設置が努力義務化され、はじめて市区町村子ども家庭相談部門の人員配置基準が国から示されることとなった。また、合わせて子育て世代包括支援センター設置も市区町村の努力義務とされたのである。

2. 市区町村子ども家庭相談の役割と機能

市区町村子ども家庭相談部門の業務内容は、以下に示した児童福祉法第10条第1項に規定されている。

第十条 市町村は、この法律の施行に関し、次に掲げる業務を行わなければならない。

- 一 児童及び妊産婦の福祉に関し、必要な実情の把握に努めること。
- 二 児童及び妊産婦の福祉に関し、必要な情報の提供を行うこと。
- 三 児童及び妊産婦の福祉に関し、家庭その他からの相談に応ずること並びに必要な調査及び指導を行うこと並びにこれらに付随する業務を行うこと。
- 四 前三号に掲げるもののほか、児童及び妊産婦の福祉に関し、家庭その他につき、必要な支援を行うこと。

ここに示されているように、子どもや妊産婦の状況を正確にアセスメントし、必要な支援につながるように情報を適切に伝え、相談における対話の中で子どもや妊産婦に現れている課題の背景を探り、課題を軽減するためにどうすればよいか一緒に考えて計画を立て、様々なサポート資源を組み合わせながら支援を届けていく、こうした一連の過程を子どもとその家族や妊産婦とともに考えながら丁寧に進めていく、それが市区町村子ども家庭相談のソーシャルワークなのである。

単一の機関だけで支援を行うことは困難であり、地域に存在するさまざまな得意分野を持つ機関や支援者をつなぎネットワークを組んで子どもと家族や妊産婦を取り囲み、多方面から手を差し伸べることが大切となる。この中核になって調整を行うのもまた市区町村の子ども家庭相談部門である。

子どもやその家族あるいは妊産婦は、自らの困りごとに気づけていなかったり、うまく説明できなかったり、相談することをためらったりあきらめていたりするかもしれない。支援する者は、語られない当事者の困りごとを感じ取って、適切なサポート資源を選択して提案していくことができなければならない。援助を受けることを躊躇する子どもや家族そして妊産婦に、人に頼っても良いことを丁寧に話しながら、サポート資源を使う気持ちになってもらえるように働きかけ、一緒に取り組んでいくことが大切になる。こうした相談対応には高い専門性と豊富な知識やアイデア、そして行動力と対話力が必要になってくる。あの支援者だから頼ってみよう、そう思ってもらえるような相談関係の構築が求められるのである。

市区町村子ども家庭相談担当の職員の方々は、こうした取り組みを丁寧に進めておられる。しかしその取り組み体制には市区町村間の格差が見られ、中には職員体制が乏しく、専門職の配置に苦勞を抱える市区町村があるのが実情である。

3. 市区町村子ども家庭相談の現状

ここで市区町村子ども家庭総合支援拠点の設置状況について触れたい。厚生労働省（当時）の資料によると、2020年4月時点での設置状況は、1,741自治体中で431自治体494か所となっている。設置自治体の比率は24.8%であった。一方で同時期の子育て世代包括支援センター設置数は2,052か所であり、大きな差が見られた。さらに子ども家庭総合支援拠点のうちで、子育て世代包括支援センターと一体的に実施しているものが118か所であった⁴⁾。

市区町村子ども家庭相談部門に配置されている職員数を見ると、2020年4月時点の総数で9,993人であるが、そのうち児童福祉司と同様の資格を有する者の比率は33.5%であり、それに保健師・保育士・社会福祉主事等を含めると専門職割合は83.1%となっていた。社会福祉士資格を有する者は14.5%であり、公認心理師資格を有する者が7.0%である。市区町村では専門資格を有する職員の雇用が難しく、専門職員の確保に苦勞しているのである。なお、保健師・助産師・看護師資格を有する者は19.4%であり、これらの職種が市区町村の子ども家庭相談現場で重要な役割を担っていることがわかる⁵⁾。また、全体に占める非正規職員の割合が32.8%であり、非正規職員が多いことも課題である。

他にも市区町村の相談現場を見聞する中で感じる課題は、職員の異動の早さである。2~3年で職員が替わるため、専門性の蓄積が難しく、支援の継続性も担保しにくいと思われる。また、非正規職員に支えられている職場では、職務の責任範囲が不明確であるなど、業務運営のしづらさを感じさせられる。さらに、市区町村にはスーパーバイザーが存在していない場合が多く、外部からのスーパーバイズ機能の導入も十分ではないと感じられる。以上のような状況から専門的な対応に苦慮している市区町村が多いのが現状であると言えよう。

4. 2022年児童福祉法改正と子ども家庭センターの設置

虐待予防を考える際には、子育てが始まる前の妊娠期からかかわりを持ち、出産後の子育て支援を充実させていくことが何よりも大切となる。その意味では母子保健のかかわりは、虐待予防の上で欠かせないものと言えよう。まさに母子保健法第5条第2項に書かれているように、「国及び地方公共団体は、母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進に関する施策を講ずるに当たっては、当該施策が乳児及び幼児に対する虐待の予防及び早期発見に資するものであることに留意する（後略）」ことが必要である。

母子保健活動による子育て状況の把握から、支援が必要な親子に気づきかかわりを継続し、その中でハイリスク事例に対しては、地域ネットワークによるサポートを組むために市区町村子ども家庭相談部門につなげ、母子保健と子ども家庭相談とが一体となって支援を継続することが求められる。しかし両機能の連携協働が必ずしもうまくいかないことが指摘されてきた。そこでこうした取り組みをさらに

強化する目的から、2022年児童福祉法改正では、第10条の2において、こども家庭センターの設置が市区町村の努力義務とされた。同センターは、「児童及び妊産婦の福祉に関する包括的な支援を行うことを目的とする施設とする。」と定められた⁶⁾。これに伴い、児童福祉法上の子ども家庭総合支援拠点及び母子保健法上の母子健康包括支援センター（子育て世代包括支援センター）は、それぞれこども家庭センターに名称が変更されることとなった。今後はこども家庭センターの下で、子ども家庭相談と母子保健との一体的な支援体制の構築を進めていくことになる。

5. 子ども家庭相談と母子保健との協働の実情

最近行われた調査から、市区町村の子ども家庭相談と母子保健との一体的運用の実情を見てみたい。2022年11月に行われた調査によると、市区町村の有効回答数1,049件（回収率60.3%）のうち、子ども家庭総合支援拠点及び子育て世代包括支援センターの両機関を設置している自治体が68.9%を占めていた。子育て世代包括支援センターのみ設置自治体が26.8%、子ども家庭総合支援拠点のみ設置自治体が0.9%であった。この結果を見ると、先述の2020年時点に比べて両機関を設置している自治体が増えてきていることが推測できる。人口規模別に設置状況を見ると、人口1万人未満で両方設置は28.9%であるのに対して、人口30万人以上と政令市では100%となっていた⁷⁾。人口規模による相違がみられる。

ところで、両機関があるからといって、子ども家庭相談と母子保健との一体的な支援体制が構築されているというわけではない。同調査では、「児童福祉と母子保健の両機関の一体的な相談支援体制の整備」について調査している。一体的な相談支援体制を整備しているという回答は33.3%とまだ少ない⁸⁾。この点では人口規模によるはっきりした傾向はみられなかったが、人口1万人未満の自治体では整備しているという回答が50.7%と高くなっていた。

同調査でのアンケートへの回答に見られる、一体的な相談支援の提供のために工夫していることとしては、同じフロアに両機関を配置する、同一の課（部署）内に設置する、課をまたぐ兼任職員を配置する、両機関に「協働担当者」を置き組織間の調整を行う、などの組織的取り組みが挙げられた。また、月1回以上の定例会を開催する、特定妊婦について月1回の定例会議を開催する、日常的に情報共有・同行訪問等で連携する、ケースの進行管理を行うための共通のシステムを利用する、などのソフト面での協働の工夫も見られた。また、保健師の児童福祉部門への異動や双方の業務内容を把握している職員を配置する、といった人事上の工夫をしている自治体もあった。

筆者もこれまでさまざまな市区町村で相談体制に関するヒアリングを行ってきた。その中で、子ども家庭相談と母子保健が比較的良好な協働関係を維持できている自治体に出会うことがあった。そうした自治体の中には、保健師が子ども家庭相談部門に異動して中核的な職責を担っているところがあった。母子保健の側からすると、母子保健のことがよくわかっている職員が子ども家庭相談部門の側に存在することで、その職員が橋渡し役となって相互理解が進みやすいことが指摘された。福祉職や心理職の雇用が難しい自治体では、専門職は保健師が中心となる。そのため保健師が子ども家庭相談での担い手となることは多いと思われる。

また、協働関係が進んでいる市区町村では、双方の職員による同行訪問や同席面接が必要に応じて適宜実施できていた。そのためには、両機関で適宜連絡を取り合い、情報交換が活発に行われているこ

とも感じられた。電話で済ますのではなく、足を運んで顔を合わせて話し合うことが多いことも、そうした自治体の特徴であると思われた。

保健師は母子保健事業で保護者の抵抗感なく面談をすることができやすい。その保健師が保護者と会う機会をうまく作り、そこに子ども家庭相談担当者が同行・同席することで、子ども家庭相談とのつながりも作りやすくなる。保健師によるさまざまな家庭訪問の機会を活かして一緒に動くことで、子ども家庭相談につながり、予防的に関与することが可能になるのである。

こうした取り組みが活発に行われるためには、両機関の物理的な距離が近いことも有利な条件になると思われる。とはいえ、人口規模が大きい自治体であるほど、両機関の物理的な一体化や施設の立地を近づけることは容易ではない。それを補う方策として、会議の開催が挙げられる。毎月定例会議を行ったり、特定妊婦について毎月合同での進行管理を行うといった方法をとる市区町村は、共同でアセスメントをして必要に応じて両機関が関与するという体制が構築されていた。合同で事例検討をすることも有効であり、相互の見立て方や動き方の認識をすり合わせる機会ともなることが考えられる。さらに、母子保健と子ども家庭相談のそれぞれの担当エリアを合致させて重ね合うといった取り組みも見られた。

6. 今後の課題

良好な協働が実現できている自治体に出会う一方で、母子保健と子ども家庭相談との相互理解が進まず、連携協働がスムーズに進んでいない自治体にも出会うことがある。それぞれの領域におけるアセスメントのポイントの相違や、何を重んじるかという見方の違い、それぞれの業務の進め方の違いなどがそこに反映されているのだろう。それぞれの機能をよく理解したうえで、認識をすり合わせ、支援を重ね合っていくための努力が求められている。

この点は、両機関が同一の組織となったとしても、その内部で起こりえる課題でもある。ポピュレーションを対象とする母子保健と、ハイリスクケースへの対応を主とする子ども家庭相談とは、事例の対応区分においても異なっており、ポピュレーションからハイリスクへとスムーズにつながり、なおかつ互いの対応に線を引くのではなく、協働して動くことができるような体制へと向上させていくことができなければならない。

今後は子ども家庭センター設置に向けた検討が各市区町村で進められるが、そのことで、ポピュレーションを対象とする母子保健機能とハイリスク対応を主とする子ども家庭相談機能の双方が弱められてはならない。双方の機能が十分確立され、その上で両機能が重なり合って運用されることが必要であろう。両機能の協働関係を高め、子どもと家族の幸せ実現を中核におきながら、様々な子育て支援と結びつき、新たな支援をも創出する予防型の支援体制を、各市区町村で構築されることを期待したい。

脚注

- 1) こども家庭庁こども家庭審議会基本政策部会第4回資料「こども・若者、子育て家庭を取り巻く状況について」2023年7月13日
- 2) 児童福祉法第3条の3第1項
- 3) 児童福祉法第3条の3第2項
- 4) 厚生労働省「市町村（虐待対応担当窓口等）の状況調査（令和2年度調査）」
- 5) 前掲4
- 6) 2022年改正児童福祉法第10条の2第2項（施行は2024年4月1日）
- 7) 厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課委託事業「こども家庭センター及びサポートプランについての調査研究報告書」三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2023年3月）
- 8) 前掲7。同調査では、「一体的な相談支援体制」の例示として以下をあげている。
 - ① 「こども家庭センター」に類する自治体独自の統一的名称を称し、必要な機能を有すること
 - ② センター長（センター責任権者）を配置し、センター長をトップとした指揮命令系統の確立
 - ③ 統括支援員など（母子保健と児童福祉双方について十分な知識をもつ者）を中心として、子ども家庭支援員等や保健師等の各専門職が一体的に支援を行う体制を構築すること

大分県別府市におけるこども家庭センターの現状と課題

大分県別府市こども部こども家庭課 課長兼こども家庭センター長 内田 千乃

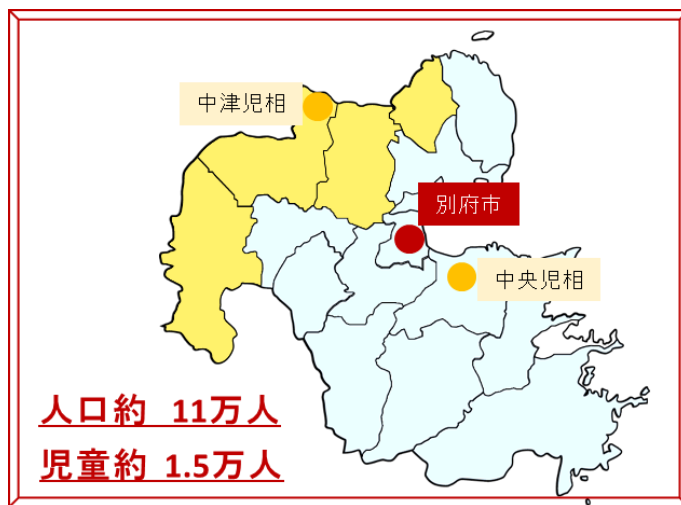
1. 別府市の概要

別府市は大分県の東海岸のほぼ中央に位置している豊かな自然と豊富な温泉資源に支えられた観光都市であり、特に源泉総数・湧出量日本一を誇る温泉が有名である。人口構造では老年人口指数と合計特殊出生率の推移から少子高齢化が進んでいる。産業構造では観光・サービス業、医療・福祉の割合が比較的高く、国際色豊かな大学等が複数あることから留学生が多く、人口に占める外国人の割合が高い。また、生活保護受給者数の割合が県内では比較的高い。

このような背景から、多様な価値観とライフスタイルに基づく、多種多様な困りごとや支援ニーズがあると考えられる。

また、市内には県内唯一の乳児院をはじめ、児童養護施設が3か所、児童家庭支援センターが1か所、母子生活支援施設が2か所と、児童福祉に関する地域の社会資源が多く存在している。

図1 別府市の人口、児童数および大分県内の児童相談所の立地



2. 別府市子ども家庭総合支援拠点と別府市子育て世代包括支援センター

当市では、令和2年4月に子ども家庭総合支援拠点と子育て世代包括支援センターを設置した。

このうち、子ども家庭総合支援拠点においては、夜間休日の相談対応を含む業務の一部を、児童家庭支援センターを運営している社会福祉法人「別府光の園」に委託し、24時間の相談対応ができる体制をとっている。これにより、当市と児童家庭支援センターとの連携が強化され、相談支援体制の強化が図れていることは、当市における児童相談支援体制の特長の一つである。

なお、市内には、1. で示したように多くの児童福祉施設が存在している。子ども家庭総合支援拠

点では、児童相談所をはじめ、こうした児童福祉施設を含む関係機関、外部との連携強化に注力するとともに、市役所内部においても、児童福祉部門と母子保健部門とで、相談対応の方針、役割分担等を適宜、協議しながら、同行訪問を行うなど、平素より緊密な連携を図ってきたところである。

3. こども家庭センターの設置に向けて

これまで国においては、各省庁で、「少子化社会対策」、「子供・若者育成支援推進」、「子供の貧困対策」、「ひとり親支援」、「困難な状況にある女性支援」、「不登校支援」など、各基本法や計画等に基づく取組を進めてきた。当市でも、妊娠期から就学前までは主に母子保健分野、就学後は教育分野が様々な施策を講じてきた。しかし、児童福祉の現場でこども家庭支援を実践するに当たり、常々感じたこととして、制度や組織による縦割りの弊害や、支援が不連続となる「年齢の壁」の問題、その他、各ライフステージや複雑多様化するニーズに応じた施策や相談支援体制といったものが分かり易く体系化されていないことがある。

こうした中、国は、これらこども政策を統括し、「こどもまんなか社会」の実現を目的とした「こども家庭庁」を発足し、全ての妊産婦・子育て世帯・こどもへの包括的な相談支援を行う「こども家庭センター」を令和6年4月から設置することを市区町村の努力義務とする児童福祉法の改正を行った。

これを受け、当市においても、「こどもまんなか社会」の実現に向けての施策等について検討し、こども家庭庁の発足にあわせた機構改革を行い、こどもに関する政策を一体的に担う「こども部」を新設するとともに、「こども家庭センター」を設置した。

機構改革を具体的に進めるに当たっては、現場の声を反映することを重要視した。実際に対応する現場の職員がやりがいを持って円滑に業務を遂行できるような職場環境の構築を目指し、トップ・ダウンではなく、現場の各担当の声を拾い上げながらボトム・アップで進めたことにより、“各々が「こども家庭センター」の設置に関わっている”という意識が醸成され、母子保健と児童福祉の双方が前向きに協議していくことができた。

一方で、協議を進める中で幾つかの問題も明確となり、調整を要した。主な問題は、①設置場所に関するハード面の問題と、②組織体制に関するソフト面の問題であった。

①ハード面の問題とは、こどもに関する窓口統一を図ろうとする中で、どこに設置をするかである。市本庁舎で適当なスペースを確保すること、施設整備のための費用負担が困難であること等から調整は難航したが、最終的には、市本庁舎から位置的に離れるものの、市民に馴染みのある既存の「子育て世代包括支援センター」を活用し、「別府市保健センター」内に設置することとした。

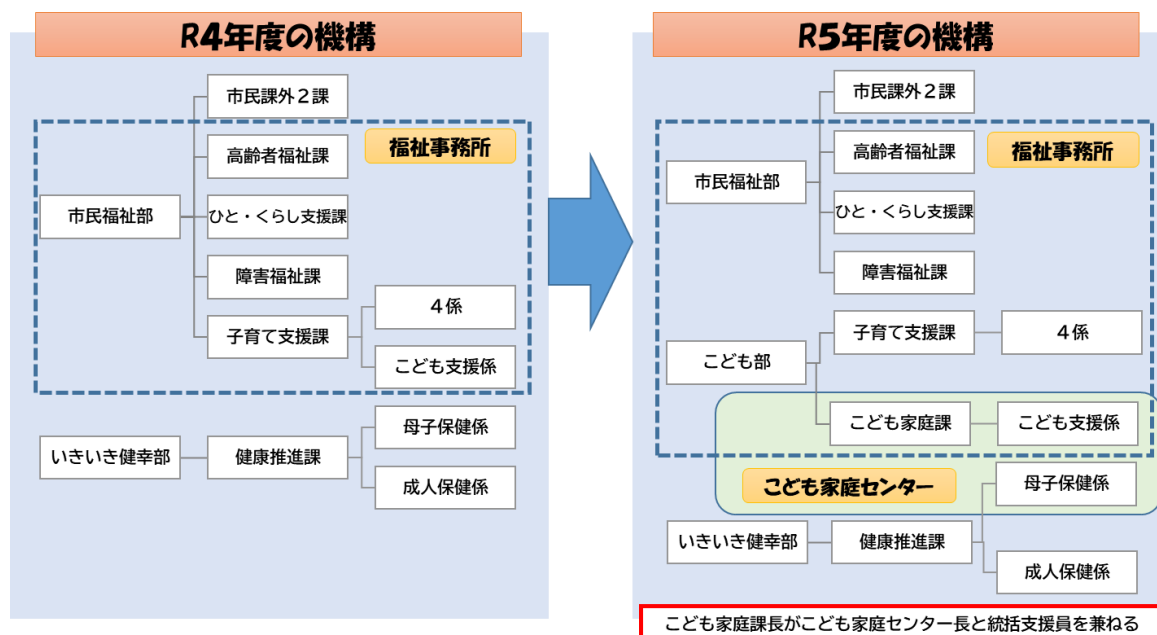
②ソフト面の問題とは、それぞれ異なる部局にある児童福祉部門と母子保健部門とを同一部局として組織編成することへの困難さである。保健師の人員が潤沢でない中で組織編成を行なうことで、地域保健法等に基づき保健師が担っている地域保健活動、災害時の保健活動、集団健診や予防接種に関する業務等に支障を来すおそれがあるためである。関係部局とも調整を重ねるも、最終的には継続課題として整理し、当面はそれぞれ別の部局のままとすることで調整した。

以上のような経緯で、令和5年4月1日、改正児童福祉法の施行に先駆ける形で、「別府市こども家庭センター」を発足させた。

なお、前述の継続課題については、その後、改めて母子保健部門から示された組織統一化に向けた

意向も踏まえ、現在、令和6年度の組織改編に向けて再調整を行なっているところである。

図2 令和5年度の機構改革と「別府市子ども家庭センター」



4. 設置によるメリットとデメリット

令和5年4月1日に別府市子ども家庭センターを設置し約半年が経過したが、発足によるメリットとデメリットが顕在化した。

メリットとしては、“母子保健と児童福祉が連携し易くなった”ことであり、双方の職員からそういった声が上がっている。母子保健と児童福祉とが、同一庁舎内のワン・フロアで机を並べていることで、情報共有や相談が随時、円滑にでき、常に相互緊密に連携した支援を行なうことを可能にした。定量的評価の一例として、保健師とケースワーカーによる同行訪問の回数が従前より増えており、効果の表れとして捉えている。

また、日常的な相談や報告等を介して常時ケースの動きを把握できるため、例えば、母子保健がキャッチアップして報告をあげてきたケースに対し、児童福祉と協働して迅速な早期対応をとることもできる。具体例を挙げると、児童発達相談会において、男児の問題行動や症状についての相談があった。この問題行動等が父からの身体的虐待や心理的虐待にあたる面前DV（父から母へのDVの目撃）による影響から生じていること、母自身もDV被害による精神的な不安定さがあることを母子保健部門が認知し、センター内で円滑・迅速な情報共有と協議ができた結果、当日中には児童相談所に対応依頼ができ、翌日には本児の一時保護と母の入院という支援に繋がったという事例がある。

また、それぞれケースの捉え方や対応のマインドが多少なりとも異なる母子保健と児童福祉との相互緊密な連携の充実により、多面的な視点によるケース・アセスメントの充実と、それに伴う丁寧で幅広い支援方針のプランニング、実践力とPDCAサイクルによるマネジメント力の充実が図れる。

このように、母子保健と児童福祉の業務を同一の場所で行っていることから、母子保健部門の集団

健診等のポピュレーション・アプローチで発見された気になる子どもや保護者、或いは児童福祉部門に来所相談してきたケースに対して、母子保健と児童福祉双方の観点からリスク・アセスメントをしたり、双方への繋がりが容易くなるというメリットがある。このことは、支援を必要とする妊産婦や子育て家庭といったケースの側からすれば、より支援メニューの提案を受け易くなり、利便性の向上も実感できるのではないかと感じているところである。

デメリットとしては場所の問題である。別府市子ども家庭センターは、前述の経緯のとおり、子どもに関する手続きや、ひとり親支援、生活保護等の担当部署が入る市本庁舎とは位置的に離れたところにあるため、手続き等で来庁した保護者に声を掛けたり、当該担当部署から繋いでもらう等といった従前は円滑にできていたことがやりにくくなった。

また、教育委員会の担当者も、従前は気軽に相談や情報提供に来室していたが、現在は電話でのやり取りが連絡手段の主になる等、関係各課との『顔の見える関係作り』が弱くなっている。

こうした現状を踏まえると、子どもに関する手続き等の窓口と相談支援の窓口とは、やはり位置的に近接している方が望ましいと感じているところである。

5. センター機能の充実に向けた現在の取り組み

センター機能の充実のためには児童福祉と母子保健との連携強化が重要であり、そのためには先ず、各々の相互理解が必要と考える。そこで、別府市子ども家庭センターでは月1回の全体ミーティングを行なっている。ここでは、予定やケースの情報共有をはじめ、事例検討、センター内の課題に関する共有と協議、センターの運営に対する要望等を出し合うこととしているが、このミーティングを通し、新たに『サポートプラン作成チーム』が編成される等、有意義な連携の場となっている。

なお、現在、サポートプランの運用方法や子育て支援策の見える化（体系化）に向けての協議を行っており、令和6年1月からの試行を目指しているところである。

また、関係機関等との連携強化もセンター機能の充実のためには欠かせない。これについては、子ども家庭センターと児童虐待防止対策に関する周知啓発のため、児童福祉施設や学校現場、民生委員児童委員等、それぞれの会議等に出向き、事業や制度の説明、研修等を実施しているところである。

さらに、本市では、子どもに関する情報を一元化し、それを分析・検証することで予防的関わりに活かすことを目的とした「子ども見守りシステム」の構築も進めている。令和4年度に要支援児童等に関するデータをコアシステムとして取り込んでおり、それを「児童家庭相談システム」として活用しながら、判定ロジックの基礎データとして令和5年度より運用開始しているところである。

今後は母子保健が持つ個人記録等のデータ化を進め、センター内での情報共有を推進するとともに、予防的関わりを目的とした「子ども見守りシステム」の本格稼働を志向しているところである。

6. 今後のセンターの運営上の課題

今後のセンターの運営上の課題としては、人材の確保と育成、妊娠期から子どもが自立するまでの間の支援策の充実や相談支援事業の体系化である。

安定的に支援を提供するためには、対応にあたる相談支援員や保健師等の人材の確保と育成は喫緊の課題である。別府市ではヤングケアラー・コーディネーターを含め、ケースワークを行う子育て支援

相談員を6名配置している。センターの機能を充実させるためには、今後も専門職の確保と育成が重要である。

人材の確保と育成の観点でいえば、母子保健と児童福祉とを統括する統括支援員も同様である。現在、こども家庭課長がセンター長と統括支援員を兼任しており、要保護児童対策地域協議会をはじめ、児童福祉の受理会議、支援方針会議、個別ケース検討会議、母子保健のカンファレンス、児童福祉と母子保健の双方のミーティング等への参加やケース対応への同行同席を一手に行なっている。今後のセンターの安定的運営を志向する上では、統括支援員となる専門職の人材の確保と育成がとりわけ重要ではないかと考えている。

7. 当市のこども家庭センターの目指すもの

こども家庭に関する相談支援体制を統一化し、極力、組織的にも場所的にも一体となり、横断的で体系的な相談支援体制の構築を志向している。特に当市の支援体制の課題として考える円滑な就学に向けた発達支援体制の整備や、義務教育卒業後の自立支援の充実を図りたいと考えている。

また、今後の自治体運営を考えると、将来人口推計も考慮すれば、社会資源の活用や外部委託の検討は、今後ますます重要になるため、担い手確保等の地域の社会資源の開拓にも注力したい。

こどもを『まんなか』に据えた持続可能な社会の実現と今後のこども家庭センターの機能強化のため、関係機関や団体等との効果的な連携の在り方の検討を行い、妊娠期からこどもが自立するまでの切れ目ない相談支援、そしてこどもの発達段階やニーズに応じた支援メニューの充実や地域資源の開拓、関係機関や団体等との連携したサポートができる体制づくりを目指したい。

大阪府熊取町でのこども家庭センターの設置に向けて

～母子保健と児童福祉の一体的支援の連携～

大阪府熊取町役場健康福祉部子育て支援課母子保健グループ グループ長 山中 朝美

1. 熊取町の概要

熊取町は、大阪府南部に位置し、大阪都心部から電車で約30分、関西空港からは電車で約15分の距離にあって、利便性が高くなおかつ豊かな自然を併せ持ち、町内に4つの大学・研究機関が立地する学園文化都市を形成してきている。

本町の人口は42,903人で（2023年4月1日）、高齢者数は増加している一方で、65歳未満の人口減少が進んでいる。年間出生数は274人（2022年）で、子どものいる世帯は減少傾向にあるが、核家族やひとり親家庭は増加傾向にある。

面積は17,24平方キロメートルと非常にコンパクトな町でありながら、大阪府下の町としては最も人口が多い。

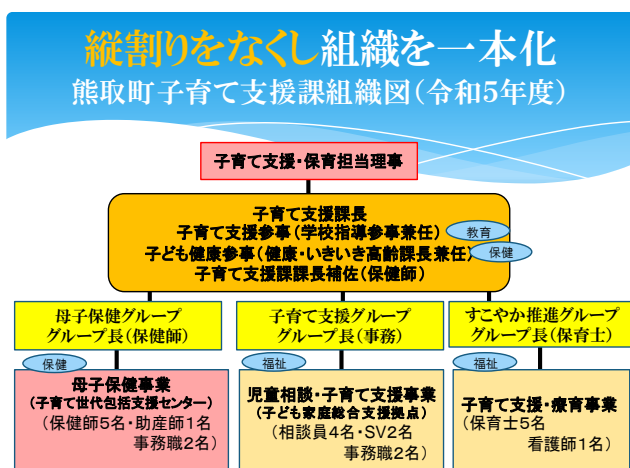
図1 熊取町の概要



2. 組織の体制、経緯

本町では、2004年4月より子ども家庭相談体制の充実を図るため、福祉課の児童福祉係と新設の子育て支援係から成る子育て支援課が新設された。母子保健部門は健康増進部門とともに健康課に属していた。2005年4月から子育て支援課が子ども家庭課となり、子ども家庭グループ（児童相談・子育て支援事業部門）、すこやか推進グループ（未就園児の療育部門）、児童福祉グループ（保育所担当部門）の3グループとなったこととあわせて、教育委員会学校教育課参事、健康課課長（保健師）の兼務を開始した。

図2 熊取町子育て支援課組織図



2015年4月から、子育て支援課が設置され、母子保健事業部門と児童相談・子育て支援事業部門、未就園児の療育部門が1つの課へ統合された。当初は母子保健事業部門と児童相談・子育て支援事業部門の執務室が500メートル離れた場所にあったが、2017年より熊取ふれあいセンター内の同じ執務室にて活動を開始した。

スタッフは母子保健グループが保健師6名、助産師1名、事務職2名、子育て支援グループが相談員（社会福祉士等）4名、スーパ

ーバイザー2名（非常勤）、事務職3名、すこやか推進グループは保育士6名、看護師1名、3グループを統括する課長補佐（保健師）1名、課長（事務職）1名、理事（事務職）1名の体制となっている。

3. 一体的支援の現状・効果的な取り組みや工夫

本町では母子保健グループ（子育て世代包括支援センター）と子育て支援グループ（子ども家庭総合支援拠点）が1つの執務室で、窓口も共有している。妊娠届出時に保健師が全ケースと面接を行い、大阪府作成のアセスメントシートを活用し、保健師間で協議のうえ、要フォロー妊婦（母子保健グループにおいてハイリスク妊婦をアセスメントし、フォローを継続することとした妊婦、若しくは子育て支援グループに報告し、検討の結果、要フォロー妊婦台帳に登録して進行管理することとなった妊婦）または特定妊婦（母子保健グループにおいてハイリスク妊婦をアセスメントし、子育て支援グループに報告し、検討の結果、特定妊婦台帳に登録して進行管理することとなった妊婦）をスクリーニングし、支援対象者を把握している。また、母子保健グループでは、妊娠8か月には妊婦全員に対し「すくすくサポート応援電話」（伴走型相談支援の取組の一環で、助産師による架電）により状況を確認するなど、支援の必要なケースにタイムリーに把握できるよう網目の強化に努めている。

要フォロー妊婦または特定妊婦については、台帳管理し、月1回定例で母子保健グループと子育て支援グループが共同ですくすくサポート会議を行っている。会議への参加者は、母子保健グループの地区担当保健師、グループ長、子育て支援グループの地区担当相談員、相談員のリーダー、スーパーバイザーである。会議の中では、若年妊婦、ひとり親家庭、経済的支援が必要、精神・身体の疾患がある、相談者がいない等の困難事例への対応について、ケースの共有、アセスメント、今後の支援の方向性・役割分担などについて協議している。出産後も引き続き会議の中で、ケースの共有・アセスメントを行い、支援では、母子保健グループと子育て支援グループの同伴訪問も多く実施している。お互いのグループで妊娠期からケースの共有ができていたので、支援がスムーズに実施できている。

母子保健グループでは、児童相談事業の一環で、未就学児と保護者を対象にした心理士の相談、児童精神科医師の診察の機会があり、子育て支援グループも小学生～18歳の児童・生徒と保護者を対象とした児童精神科医師の診察の機会があるので、必要時、発達検査結果及び医師の診察を踏まえたアセスメント・カンファレンスを行い、支援につなげている。

就学後のケースに対しては、各小学校・中学校との連携が必須である。教育委員会の参事が子育て支援課参事を兼務しており、執務室も隣接する庁舎であるため、ケース会議を迅速に行う事ができ、切れ目のない支援につながっている。

子育て支援グループの相談員単独での介入には、住民の拒否感があり支援が難しい場合もあるが、保健師がケースの入り口として母子に対応している場合、その後必要になった際に、相談員の介入がスムーズである。保健師と相談員が共同でケースアセスメントを行うことで、状況や課題等を多角的に捉えることができています。

4. ケース支援の実際

産後体調を崩した母子への支援について

Aさんはシングルで子育てをされており、こんにちは赤ちゃん訪問や赤ちゃんの教室等、町の母子保

健サービスの受入は良好であった。サポートが少ない中での初めての子育てで体調を崩し、保健師の訪問から、産後ケア事業の利用につながるが、その後、体調が悪化し、医療機関の受診が必要になったため、入院が必要になった場合の児の預け先も視野に入れ、子育て支援グループの相談員も介入した。保健師が医療機関の調整、相談員が子育て短期支援事業の調整を行い、必要時にはスーパーバイザーも加わり母との面談を重ね、短期支援事業の利用につなげることで、母は体調を戻す事に専念することができた。

子育て短期入所事業を利用して児が施設入所中も、保健師・相談員それぞれが面談・訪問する中で、母の体調・治療の状況を確認し、母の気持ちに寄り添い、支援を継続した。児の退所後を見据えて、相談員が保育所の利用の調整、保健師が産後ヘルパー利用の調整を行うことで、母の体調が落ち着いて、児を迎える際には必要な保育所・母子保健サービス等を利用し、新しい体制での育児を始めることができた。自分1人で初めての育児を頑張ろうとしていた母が、保健師・相談員に加え、保育士、産後ケア施設の助産師、ヘルパーなど周りの支援を受け入れ、地域の見守りの和が広がっている。

5. 今後の方向性

本町では、令和4年4月に「子どもの権利に関する条例」を施行している。この条例は子どもの権利とともに子どもの取り巻くそれぞれの立場の方々の役割や責務を定めており、毎年11月を「子どもの権利月間」と定め、啓発活動を実施している。

令和5年4月に「こども基本法」が施行され、本町ではこれに基づく「(仮称)子ども計画」について、子ども・若者の意見を十分に踏まえることを前提とした策定作業を進めている。この計画により現状の母子保健と児童福祉の一体的支援の取り組みを、より進化させていきたいと考えている。また、今般の児童福祉法の改正により、市町村に「こども家庭センター」の設置が努力義務化され、本町においては、平成27年度からこの考え方に沿った体制としていることから、令和6年度中の当該センター設置に向けて準備を進めている。

6. まとめ

一つの課に母子保健と児童福祉の拠点があること、同じ執務室を使用していることで、ケースに変化が生じた際に、迅速に共有することができ、ケースの支援につなげることができている。また、困難事例に対し、保健師と相談員2名体制でアセスメントを行い役割分担して支援することで、視野を広くケースを捉え、支援の幅も広がり、それぞれの負担感の軽減にもつながっている。

ケースが複雑で困難なケースほど、各担当が1人で抱えるのではなく、共有できる場があることが大切である。また、複雑なケースは関わりが濃密で長期にわたることも多く、妊娠期からの関わりを充実させるためにも人材の確保、人材の育成、各専門職のスキルアップが重要である。

今後も、正しい状況把握、情報の共有を大切に、地道に、切れ目のない、迅速な対応、かつきめ細かく寄り添う支援につなげていくこと、今後もこうした考えを大切にし

図3 保健師と相談員による面接風景



て親子の育ちを支えていきたいと考えている。

本誌に示された見解は執筆者個人のものであり、こども家庭庁または執筆者が所属する組織の見解を代表するものではありません。なお、本誌の一部を許可なく複製や転写することを禁止します。

発行日 令和6(2024)年2月

発行 こども家庭庁

制作 株式会社 野村総合研究所
東京都千代田区大手町1-9-2
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ(〒100-0004)