

母子保健事業における

要支援家庭の早期発見・支援のポイント

平成21年3月

東京都福祉保健局少子社会対策部子ども医療課

はじめに

平成18年3月、東京都は、保健・福祉・医療の連携による地域の子育て支援を推進するため、「要支援家庭の把握と支援のための母子保健事業のガイドライン」（以下「ガイドライン」といいます。）を作成しました。ガイドラインにおいては、「要支援家庭」についての定義付けを行うとともに、妊娠期から子育て家庭と継続的・重層的にかかわる母子保健事業の実施機会の活用により要支援家庭の把握と支援を行うことを明記しました。

その後3年が経過し、その間、区市町村において、「要支援家庭」の概念が普及するとともに、ガイドラインに即したスクリーニングや支援を行う自治体も増えてきました。

平成20年から都が実施している「要支援家庭の早期発見・支援事業」も、区市町村の取組を牽引する役割を果たしてきました。

このたび、都は、都内区市町村における母子保健事業を活用した要支援家庭の早期発見・支援の取組の現状について調査しました。本書では、その結果をふまえながら、18年3月に示したガイドラインをより実践的に活用するために、どのようなことに留意するとよいか、そのポイントを示します。

なお、新生児訪問指導については、平成21年4月から児童福祉法で法制化される乳児家庭全戸訪問事業（いわゆる「こんにちは赤ちゃん事業」）との役割分担と協働が重要なテーマであるため、別途「新生児訪問とこんにちは赤ちゃんの協働に向けて」に収録しました。

平成21年3月

目次及び利用上の留意点

I	妊娠期の支援をより効果的に行うために	
1	母子健康手帳交付	2
2	妊婦健康診査	13
3	母親学級・両親学級	16
II	出産後の支援をより効果的に行うために	
1	スクリーニング	21
2	3～4か月児健診	26
III	切れ目ない支援を行う母子保健事業に ～アプローチのすきまをつくらない～	29
IV	資料	33
	作成委員名簿	41

本書利用上の留意点

*都の実施した調査・・・以下「20年要支援調査」という。

実施時期 平成20年12月
対象 都内62区市町村
方法 自己記入式調査票
回収率 100%

**その他本文中に記載のない場合

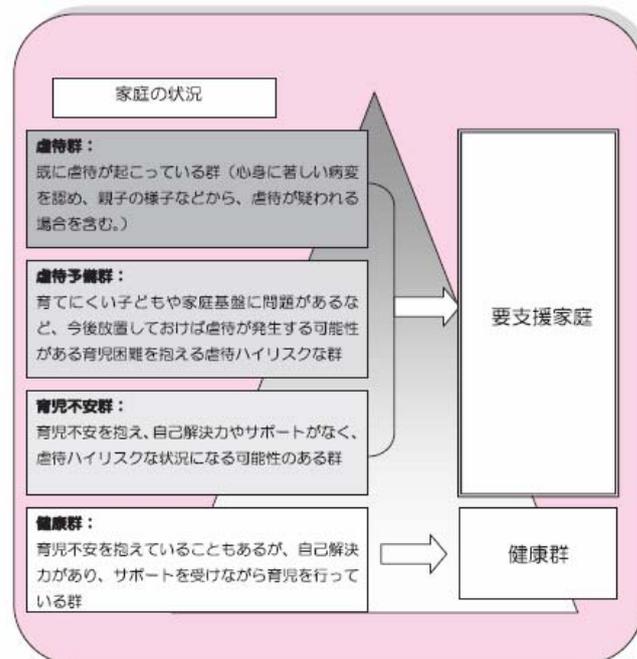
- ・数値は「母子保健事業報告年報」（東京都福祉保健局少子社会対策部子ども医療課）による。
- ・取組事例については、東京都医療保健政策区市町村包括補助事業での取組事例や区市町村へのヒアリングによる。

**** 要支援家庭とは

- ・本書において、要支援家庭は、「保護者の状況、子どもの状況、養育環境に何らかの問題を抱え、それを放置することで養育が困難な状況に陥る可能性がある家庭」とする。

（「要支援家庭の把握と支援のための母子保健事業のガイドライン」

平成18年3月 東京都福祉保健局少子社会対策部子ども医療課）



I 妊娠期の支援をより効果的に行うために

1 母子健康手帳交付

2 妊婦健康診査

3 母親学級・両親学級

1 母子健康手帳交付

■要支援の把握の機会として

○妊婦からの妊娠届による母子健康手帳の交付は、多くの場合母親と自治体との最初の接点であり、サービスの基点となることから、妊娠期からの母親への支援、要支援家庭の把握という面でも重要な機会となります。

(1) 情報は専門職につなげて活用力アップ

■現状

○20 年要支援調査では、都内における妊娠の届出・母子健康手帳の交付窓口 107 か所のうち、主に保健師が対応している窓口が 43 か所、主に事務職や保健師以外の職種が対応している窓口が 62 か所、特に対応職種を限らない窓口が 2 か所でした。主に保健師が対応している 43 窓口のうち、全数面接を実施している窓口は 10 か所ありました。

○住民の利便性の観点から、戸籍課・支所等の窓口で交付する自治体も多く、電子申請を実施している自治体も 2 か所ありました。交付方法は、多様化する傾向にあります。

○母子健康手帳の交付に際して、アンケートを実施している自治体が 9 か所ありました。

■今後の取組のヒント

○母子健康手帳の交付に当たっては、保健医療の専門職が対応し、説明や面接を行うことが望ましいですが、人口規模や実施体制において、困難な面も見られます。

○要支援家庭の早期発見のためには、専門職が対応できない場合や、専門職が全ての妊婦に対応できない場合においても、母子健康手帳交付時に把握される妊婦の状況を専門職につなぎ、支援の必要性の判断が早期に行われる仕組みづくりが必要です。

○20 年要支援調査では、下記のような取組により、専門職による要支援家庭の把握につなげている例がありました。参考にしながら、可能なところから取り組みましょう。

専門職が直接対応できない場合の取組例

○妊娠届・アンケートの活用

- ・全数の妊娠届を保健師が把握する。(目黒区・調布市・小平市)
- ・週に 1 度妊娠届出書を回収し、保健師の面談を希望しているものや必要と思われるものについて保健師面談につなげる。(日野市)
- ・妊娠届出書の内容により必要に応じて電話・地区担当保健師がフォローする。(東久留米市)
- ・妊娠届の裏面を活用し状況記入、保健師面接ができなかった場合は後日担当保健師が電話し、不在時にはお知らせを郵送する。(あきる野市)
- ・アンケートを行い保健師に回覧する。(中央区)

○妊婦へのアプローチの工夫

- ・専門職が常駐しない窓口で交付した妊婦には後日助産師より電話する。(武蔵村山市)
- ・専門職が面接を行う基準を設定する。(江戸川区・青梅市)

(参考) 都内区市町村の妊娠届とアンケートの項目例

妊娠届 (母子保健法第 15 条)

厚生労働省令第 3 条で定める事項

- 1 届出年月日 2 氏名、年齢、職業 3 居住地 4 妊娠月数
- 5 医師又は助産師の診断又は保健指導を受けたときは、その氏名
- 6 性病及び結核に関する健康診断の有無

妊娠届に、下記の項目を加えている自治体がありました。

- ・夫の名前・年齢
- ・連絡先
- ・出産予定日 ・出産回数
- ・現在かかっている医療機関
- ・出産場所 ・過去の妊娠経験・出産回数

都内で使われている母子健康手帳交付時のアンケートの主な項目

- 妊娠経過
- 現在の健康状態 (貧血など)
- 既往歴 (大きな病気・妊娠高血圧症候群)
- 生活習慣 (喫煙・飲酒)
- 妊娠中、出産後の食事や栄養で気になること
- 同居家族
- 妊娠や育児の相談をできる人 (夫 自分の親 夫の親 友人)
- 産後、家事や育児を手伝う人
- 働いているか、産後の予定
- 里帰り先 (場所 医療機関 時期)
- 今回の妊娠を知ったときの気持ち
- 今心配なこと
- 妊娠中や出産後に、困ったり不安になること
(出産・育児について、体調、タバコ・酒、食事・栄養、精神的なこと、経済面、夫との関係、相談者や協力者、その他)
- 生まれた赤ちゃんとの生活を楽しめるか
- 相談したいことはあるか
- 外国人母子健康手帳
- 生まれてくるまだ見ぬわが子への今の思い

妊娠届に記載がない場合に

アンケートで同居家族をたずねている自治体が多く見られました。

(2) リスクを敏感にキャッチ、適切な支援に

■現状

○20 年要支援調査では、母子健康手帳交付の段階で、妊婦へのフォローを行う対象とするリスク要因の基準を設けている区市町村は 44 自治体（13 区、31 市町村）でした。市町村部にリスク要因の基準を設定する理由として、保健師が母子健康手帳の交付や面接等を行う割合が高いことが考えられます。

○リスク要因を具体的にみると、「若年妊婦」は 39 自治体（全体の 79.6%）、「妊娠に伴う不安の訴え」は 37 自治体（同 77.1%）において、フォローの基準としています。以下、「過去にフォロー歴のある妊婦」30 自治体（同 63.8%）、「遅い妊娠届」28 自治体（同 58.3%）、「多胎妊娠」28 自治体（58.3%）、「外国人妊婦」23 自治体（47.9%）となっています。

○リスク要因の基準は、従来妊産婦訪問指導の重点対象として掲げられていた「初回妊娠（若年）、不安の訴え、高齢出産、多胎」といった項目を反映していると考えられます*。

*市町村への母子保健事業の移管（平成9年度）前に都が実施していた実施要綱で重点対象としていたもの
1 初回妊娠の者、特に高年所産婦、2 妊娠中毒症その他出産に支障を及ぼすと思われる疾病の既往歴のある者、3 多胎妊娠の者、4 未熟児又は異常児を分娩したことがある者、5 生活環境上特に訪問指導を必要とする者、6 妊娠届出遅者、健康診断未受診者等保健に対する関心がうすい者、7 妊娠中毒症（後遺症を含む。）、異常妊娠等の妊産婦で、主治医から連絡があった者、8 特に保健所長が必要と認めた者

*平成9年4月1日付雇発第252号「妊産婦及び新生児に対する訪問指導等の実施について」

訪問指導は、相談指導、健康診査等の結果必要と認める者について必要な訪問指導回数を決定するものであり、特に、初回妊娠の者、妊娠中毒症等妊娠又は出産に支障を及ぼすおそれのある疾病の既往を持つ者、未熟児又はその他の異常児を出産した経験のある者、生活上特に指導が必要な者、妊娠、出産、育児に不安を持つ者等について、重点的に訪問指導を行う。

■今後の取組のヒント

○妊娠届や、母子健康手帳の交付にあわせ区市町村が妊婦に対して行うアンケートから、多くの情報を得ることができます。要支援家庭の早期把握のためには、それらの情報を十分活用することが重要です。そのためには、基本的なリスク要因の背景に想定される家庭の状況とそれに対応した適切なフォローのあり方を知ることが、大切です。

○もちろん、「リスク要因があること」イコール「要支援家庭」となるわけではありません。また、妊娠期から子育て期の家族の状況の変化の中で、リスク要因自体が変化していくことはあります。リスクの有無を確認することは虐待捜しを行うことではありません。妊娠や出産の喜びに寄り添い、母親や家族が持つ力を引き出すことが、まずは重要です。

○様々な状況が育児不安や虐待の要因となり得ることをふまえて、リスクアセスメントを的確に行うことが必要です。一般的に児童虐待のリスク要因といわれる事項に該当する場合、同居家族だけでなく、必要に応じて祖父母などの支援者も含めた家族の全体像を把握しながら注意深く見守り、支援や介入の必要性を客観的に判断していくことも重要です。

■遅い妊娠届

- 平成20年7月9日付雇児母発第0709001号「妊娠の届出状況に係る調査結果及び早期の妊娠届出の勧奨等について」において、国は11週までの妊娠届出を推奨しています。
- 都では、11週までの届出率は76.7%（平成18年）と、全国平均の70.1%（平成18年度）に対して高い割合です。さらに、都での21週までの届出率は97.1%（平成18年）であり、ほとんどの妊婦が21週までに届けています。そのため、遅い妊娠届には何らかの理由があると考えられ、遅くなった理由や状況の把握が非常に重要です。
- 妊娠届の時期は、年々早まる傾向にあります。都では、11週以内の妊娠届率が平成9年度は70.3%でしたが、平成19年度には77.9%となっています。妊娠判定薬の普及や、不妊治療などによる早期の受胎の確認などが背景にあると考えられます。
- 20年要支援調査では、遅い妊娠届の基準として、「22週以降」とする自治体が、多くみられました（表1）。このことは、人工妊娠中絶が不可能になる時期が22週以降であること、平成17年の国の「子ども虐待対応の手引き」で妊娠後期（22週）が児童虐待のリスク要因とされていたことが一因と考えられます。

表1 都内区市町村が遅い妊娠届と判断する妊娠週数（n=19 複数回答）

妊娠週数	12週 以降	13週 以降	16週 以降	20週 以降	22週 以降	30週 以降	35週 以降	総合的に 判断
自治体数	1	1	1	6	7	1	1	1

20 要支援調査

- 都における、人工妊娠中絶の状況をみると、平成19年では「満7週まで」が55.0%、「8～11週」が39.5%であり、11週までで94.5%を占めています。平成9年以降の10年間で見ても、この割合には大きな変化はありません。
- 平成20年の国の調査（平成20年7月9日雇児母発第0709001号）では、「妊娠週数28週～出産まで」及び「出産後」に妊娠届があった妊婦に把握された状況として、「望まない妊娠、経済的理由、母子家庭」が多い状況にありました。これらの項目には、要支援家庭のリスク要因も含まれています。
- 妊娠の届出が遅い場合、その理由や状況によって支援の必要性や方法は異なるため、「遅い妊娠届の事情について面接時に確認し」（東大和市）、「総合的に判断」（新宿区）することが重要です。
- 出産後の妊娠届が、「飛び込み分娩」*や「予期しない自宅分娩」による場合には、心身状況と養育環境上のリスクが高い要支援家庭として、専門的に関わる必要があります。飛び込み分娩の場合、分娩時の異常があったり、子どもが低出生体重児である可能性もあるため、必要に応じて、産科医療機関との連携を取りながら、母子に対する心と身体のケアを含めて適切な健康管理を行うため、入院中又は在宅での支援につなげることも重要です。

*飛び込み分娩・定期的な妊婦健診を受けないまま、出産のために突然医療機関を受診する妊婦のこと（東京産婦人科医会）

■若年妊婦

○20 年要支援調査では、62 区市町村中、若年妊婦の把握にあたり、「20 歳」を基準とする区市町村が 21 自治体と、多くみられました。

表 2 都内区市町村が若年の妊娠届と判断する年齢 (n=35 複数回答)

年齢	15~16 歳	18 歳	19 歳	10 歳代	20 歳	23 歳	24 歳
自治体数	1	1	8	2	21	1	1

20 要支援調査

○平成 19 年の、都内での年齢階級別出生率（人口千対）をみると、第 1 子では、「25~29 歳」で 37.4、「30~34 歳」で 40.5 となっています。一方、「20~24 歳」で 15.4、「15~19 歳」で 3.4 となっています。

○若年妊婦は、年齢が近い妊婦が少ないことや、学業の中断を迫られることなどから、地域で孤立しがちであったり、出産や育児への不安も大きいといったリスク要因を抱える場合がみられます。

○未婚である、配偶者や本人が就労していないなど、家庭的基盤、経済的基盤が脆弱な場合もみられます。

○夫との関係や実家との関係、親からの援助などの、家族の全体像の把握も重要です。望まない妊娠となる場合もあることから、親との関係のストレス状況にも留意が必要です。

○状況に応じたフォローを行うとともに、初産であり出産・育児に関する知識が少ない場合が多いため、妊娠中からの健康管理や育児の知識を伝える機会につなげ、具体的な出産・育児のイメージがもてるように支援します。

○行政との関わりや社会経験が少ない場合も多いため、保健師や助産師の役割や、困ったときの相談窓口、母子保健事業の流れや行政手続を説明します。

○子ども家庭支援センターなど、地域の子育て資源につなげることも重要です。また、グループ支援などによる、仲間づくりも効果があります。

若年妊産婦のためのグループワーク（武蔵村山市）

20 歳前後の妊産婦とその夫を対象としたグループミーティング、個別支援を行い、対象者に応じた働きかけをするとともに、事例検討会等を通じて事業評価を行う。将来的に先輩ママの育成や自主グループ化を目指す。

○グループミーティングの内容

- ・妊娠・出産・育児に関する講座・グループ活動（離乳食づくり・親子あそび）
- ・フリートーク
- ・カンファレンス

■高年出産

- 20年要支援調査では、62区市町村中、高年妊婦の把握にあたり、「35歳」を基準とする区市町村が2自治体、「40歳」を基準とする区市町村が6自治体ありました。また、年齢とあわせて「初産」をリスク要因としている区市町村が5自治体見られました。
- 出産年齢の上昇傾向は続いており、第1子出生時の母親の平均年齢は、東京においては、平成18年では30.7歳となっています（厚生労働省「人口動態統計」）。
- 平成19年の、都内での年齢階級別出生率（人口千対）で見ると、第1子では、「30～34歳」が最も高く40.5です。「35～39歳」は18.0、「40歳～44歳」で3.3、「45歳～」で0.1となっています。
- 日本産科婦人科学会では、35歳以上の初産婦を高年初産婦と定義しています。高年出産の場合、生活習慣病などの影響が現れたり、子宮筋腫などの婦人科疾患を合併する場合や、妊娠高血圧症候群や前置胎盤、帝王切開などのリスクを伴ったり、新生児の異常が起こる割合が高いとの調査もあります。既往歴や心身の状況、妊娠経過、出産経験について把握し、必要な場合には、産科医療機関と連携をとりつつ、適時に支援を行える体制をつくります。
- 不妊治療や流産・不育症などの経過を経て出産に至っている場合もあります。妊娠までの経過や心身の状態をよく聴き、家族の状況もふまえながら、適切な助言を行います。
- 就業中の女性の場合、妊娠による就業の中断で孤独感やストレスを受けるといふこともあります。また、周囲に年齢の近い妊婦が少ないため、地域で孤立してしまうことも想定されます。両親と離れて生活し、親も高齢になり育児支援が望めないという場合もあります。妊婦を地域で支えられるよう、子育て支援サービスへのつながりが重要です。
- 産後の回復や、育児の体力も必要であるため、出産後に無理なく育児ができるよう、また必要に応じて家事援助サービスなどが利用できるよう、妊娠中から準備しておくことも必要です。

■その他のフォロー基準の例

20年要支援調査で、都内自治体が挙げた項目は下記のとおりです。

自治体が挙げた基準
出産したくないと訴えている、妊婦自身が世帯主、子の父が不明、未入籍、子連れ再婚、多産・不妊治療・妊婦に持病がある、精神・知的な問題がある、届出書の字体や空欄が目立つ、臭い・不衛生、上の子でフォロー中の家庭

■望まない妊娠

○妊娠届の時期に、妊婦の主訴やアンケートから、「望まない妊娠である」と把握できた場合には、胎児や出生後の児との愛着形成が十分行われなこともあるため、妊婦との信頼関係をつくり、出産後も視野に入れた長期的な支援を行うことが必要です。

○産科医療機関への受診や搬送、飛び込み分娩を契機に、医療機関スタッフからの情報提供や連絡により、自治体への妊娠届に至る場合もあります。

○「望まない妊娠」という総称についての明確な定義はありませんが、下記の例のような様々な場合が考えられます。「望まない」理由や、妊婦の精神的な状況や子どもの父親との関係などにより、周囲から得られるサポートが異なるため、状況の把握をしっかりと行いましょう。

- ・ 予期しない妊娠（若年、本人が気づかない場合を含む。）
- ・ 妊娠を秘密にしなければいけない場合（若年、未入籍、婚外子、子の父が不明）
- ・ DV やレイプによる場合
- ・ 被虐待体験や過去の出産体験により、妊娠・出産を恐れる場合
- ・ 胎児に異常（着床診断・出生前診断・母子感染等）が発見された場合
- ・ 周囲（祖父母等）に妊娠を望まれていない場合

○産科医療機関（健診・分娩）と十分連携をとり、健診や分娩時の様子を把握するとともに、医療機関スタッフからのサポートを同時に行ってもらうことが重要です。

○「望まない妊娠」の場合、「望んだ妊娠」の子育て家庭と一緒に、母親学級やグループ活動を行うのは、困難な面があります。個別支援を中心に、必要に応じて精神保健医療の専門機関につないでいきます。

○希死念慮や自傷、胎児へのネグレクト（アルコール摂取や薬物など）の兆候を早期に発見するためには、家族の協力が不可欠です。家族がいない場合や協力が得られない場合、可能な限り家族にかかわるキーパーソンや、地域の見守りネットワークの中で、ともに支援することが必要です。

■妊婦自身が世帯主・未入籍

- 東京のひとり親家庭は、「都民の生活実態と意識（平成 13 年度東京都社会福祉基礎調査報告書）」で得られた数値を基にすると、平成 16 年の母子家庭は 118,100 世帯（全世帯の 2.05%）、父子家庭は 20,700 世帯（0.36%）と推計されます（「東京都ひとり親家庭自立支援計画」平成 17 年 3 月 東京都福祉保健局）。
- また、平成 14 年 10 月に 20 歳未満の子どもを養育するひとり親家庭 1200 世帯を対象に調査した「東京の子どもと家庭（平成 14 年度東京都社会福祉基礎調査報告書）」の中で回答していただいた方（無回答を除く 606 世帯）のデータにより、母子世帯がひとり親になった理由を見ると、離婚 74.1%、未婚・非婚 7.2%、死別 13.9%、その他 4.8% でした（「東京都ひとり親家庭自立支援計画」平成 17 年 3 月 東京都福祉保健局）。
- 妊婦自身が世帯主・未入籍という状況がある場合、妊婦にとって、この妊娠・出産がどのようにとらえられるかを、把握します。「意思のある選択」や、パートナーとの関係が良好であることも想定されるので、中立的な立場で、状況を把握しましょう。
- 夫との関係や同居家族、経済的状況などの生活基盤が脆弱である場合には、福祉事務所や母子自立支援員と連絡を取ることも必要です。
- 夫との死別の場合は、生活基盤の把握とあわせて、精神面での配慮や状況に応じたケアを行うことが必要です。
- 祖父母が出産後の育児支援の鍵となることも多いですが、祖父母との関係に課題を抱える場合もあるので、妊婦・祖父母双方の視点から家族関係をとらえていくことが重要です。

■子連れ再婚（内縁の場合を含む）

- 都の平成 19 年の離婚件数は 26,627 件で、人口千人あたりの離婚数を表す離婚率は 2.13 で、全国の 2.02 を上回っています（東京都人口動態統計年報（確定数））。
- 妻側の連れ子、夫側の連れ子、双方又は両方の場合があります。妊婦と夫との関係だけでなく、連れ子と夫・妊婦との関係及びそれによる妊婦・夫の気持ちを把握することが重要です。その関係は、妊娠・出産の経過に応じて、変化していく場合もあります。
- 連れ子の年齢、状況によっては、離婚による喪失体験や、新しい父や母との関係の構築などの環境変化の中での弟妹の誕生となります。母子保健事業の中では、妊婦とこれから生まれる児を見ていくこととなりますが、「きょうだい・しまい」の状況についても視野に入れながら、支援を行います。
- 前夫・前妻等への養育費用の負担がある場合もあり、家族の経済的基盤についての把握も重要です。
- 妊婦自身が世帯主・未入籍の場合と同様、祖父母との関係に課題を抱える場合もあるので、妊婦・祖父母双方の視点から家族関係をとらえていくことが重要です。

■多産

- 多産の場合、母体への負担の影響もありますが、育児状況や経済的状况などの生活基盤や、夫の育児支援などを総合的に把握することも重要です。
- また、妊娠や分娩に対して、経験があるから大丈夫という安心感などから、妊婦健診を受けない例も見られます。健診未受診のリスクに、多産があるという調査もあります*。

*日本産婦人科医会 平成 19 年度第 6 回記者懇談会資料

■不妊治療・不育症

- 平成 19 年で、新生児の 56 人に 1 人は、対外受精で生まれた子どもといわれています*。
不妊治療が少子化社会対策基本法に位置付けられ、治療費助成制度も創設されるなど、実施体制の基盤整備が進むにつれて、実施医療機関も相談の受け皿も増えてきています。
- 不妊治療では、両親の心身・経済的な負担が長期にわたる面があります。その間、妊婦は、不妊への不安・混乱・驚き・否認・迷いなどさまざまな心理的ステージを経ています。二人目不妊**という場合もあります。母親の努力を受け止め、寄り添うことがまず重要です。
- 不妊治療を行うことにより、夫婦の関係が強固になる場合も、すれ違う部分が生ずる場合もあるため、家族の全体像を見ていくことが重要です。
- 不妊治療を行う医療機関と分娩医療機関は異なることもあり、分娩への不安が強い場合は、必要に応じて分娩医療機関と連携をとって支援をしていきます。
- 妊娠自体が目的であり、出産や育児へのイメージが掴めないという面もあるため、週数の安定を待って、出産・育児をイメージできるような支援を行います。
- 多胎妊娠、またそれに伴う低出生体重児などのリスクもあり、育児面での負担が大きい場合があります。
- 子どもに何らかの障害が生じた場合、不妊治療を選択したことへの母親の自責の念が大きいことも想定され、精神的な支援が必要です。また、育児上の困難を抱える場合には、産後サポートやショートステイを紹介するなど、適切な子育て支援につなげます。

*「日産婦誌 60 巻 6 号」 平成 19 年度倫理委員会登録・調査小委員会報告

**二人目不妊・・・続発性妊娠をさす

■慢性疾患

- 妊娠が慢性疾患に及ぼす影響と、慢性疾患が妊娠中の母児に及ぼす影響を考慮することが基本です。必要に応じて妊婦の同意を得た上で、主治医及び産科医療機関と連携をとりながら、日常生活上の注意や服薬について、指導を行うことが必要です。妊娠中の薬の服用、出産後の母乳への影響については、「妊娠と薬情報センター」*などの活用も有効です。
- 胎児への疾患や服薬の影響、遺伝的なことなど、妊婦が不安を抱く場合についても、主治医及び産科医療機関との連携による支援が求められます。また、妊婦が、妊娠・出産に対してどう受け止めているのか、よく聞き取ることが重要です。
- 出産後、体調が変化することがあるので、出産後の健康管理に加え、生活のイメージを主治医と相談しておきます。また、育児が困難な状況に備えて、家族からの援助方法、子育て支援サポートについて、あらかじめ検討しておきます。

*妊娠と薬情報センター・・・妊娠中の服薬と胎児や母乳への影響について、国内外のデータ・資料から最新の情報を提供する施設。

住所：東京都世田谷区大蔵 2-10-1 国立成育医療センター内
TEL 03-5494-7845 月曜～金曜（祝日を除く）10:00～12:00

■精神・知的な課題

- 精神障害手帳や愛の手帳を持っている場合、母子健康手帳交付時の面接やアンケートにより把握できることもあります。かかりつけの医療機関がある場合は主治医と産科医療機関、家族との連携をとりながら、支援方法を検討していきます。服薬管理が必要な場合もあります。妊娠中の薬の服用や、出産後の母乳への影響については、慢性疾患と同様です。
- アンケート等で、精神的な疾患の既往が把握された場合、妊婦の現状を把握することが重要であるとともに、精神担当保健師（業務担当性の場合）、精神科医や臨床心理士などとの支援体制を視野に入れます。さらに、必要に応じて、妊婦の同意を得て、過去の主治医に連絡を取り、留意点などを確認します。
- アンケートの記載（内容・書き方）や、保健師との面接で、「気になる」様子があった場合、継続的に関わるとともに、成育歴や既往歴の確認や、夫や祖父母など家族からの聞き取りを実施します。医療につなぐ必要性がある場合の保健師の同行や、知的判定が必要な場合の児童相談所との連携などを、子ども家庭支援センターと連絡をとりつつ、行います。
- 精神・知的な課題がある場合、妊娠中から出産・育児を通じて、夫・家族又は、キーパーソンとなる周囲の人の支援と見守りが重要です。
- 分娩が機序となって精神的に不安定な状態が再び現れる場合があるので、産科医療機関との連携を図り、分娩後の様子により、精神科医療につなげられる体制、精神科医療と新生児医療の双方が可能な総合病院への紹介などを検討します。また、1か月健診の情報を得られるよう、医療機関に依頼します。
- 知的課題がある場合、妊娠出産のイメージがない、養育に困難がある（調乳ができない、子どもの泣きに対応できないなど）ことがあるため、新生児訪問などで養育環境を把握し、祖父母からの協力を得たり、地域の子育て支援資源につなげたりします。

■保健機関が兄弟をフォロー中の家庭

- すでに、母親や兄弟の状況を把握しており、フォローにもつながっているため、その方針に即しながら必要な情報を把握していくことが重要です。
- 兄弟の疾病等でフォローしている場合、兄弟の年齢、疾病名、経過観察・精密検査・治療中・在宅療養中などの状況により、必要な支援は異なります。受診・治療等で、母親の体力や時間を要することもあります。心身に負担が大きくならないよう、夫や家族の協力や、家事援助サービス、ショートステイなどの検討が重要です。
- 要支援家庭としてフォローしている場合、下の子どもの妊娠・分娩を機に、家族の関係が変化することもあるので、注意しつつ、兄弟への支援を継続します。母子カードなどを起票する際に、兄弟の情報も一緒にわかるように工夫するとよいでしょう。

■外国人

- 「父母のいずれかが外国人の出生」が全出生に占める割合は、平成 15～19年度までの5年間の平均で、全国約2.0%に対して、東京は約3.7%となっています。
父母の国籍別にみると、「父日本・母外国籍」、「父外国・母日本国籍」は、ほぼ同割合です。
- 母親が外国籍の場合、日本語を用いない場合は、医療機関からの説明の理解や、各種母子保健や子育て情報の入手に困難を来すことがあります。そのため、妊娠期から出生時までの情報について外国版母子健康手帳や子育て情報冊子などを用いて伝えたり、外国人の父母のグループの紹介を行ったりします。
- 地域で孤立しないよう、外国人の父母の会などを紹介します。
- 分娩や育児に対する考え方が、国や文化により異なる場合があるため、夫婦でよく話し合うことをすすめます。両親学級などへの参加も具体的に分娩や育児について話し合うきっかけの機会となります。

■複数のリスク要因がある場合

- リスク要因があることイコール要支援家庭ではありません。また、リスク要因の多さが要支援度を高めることでもありません。
- しかし、複数のリスク要因を持っている場合においては、リスク要因が要支援につながる状況にあるか、より慎重に把握しアセスメントする必要があります。
- また、1つのリスク要因がある場合に、他のリスク要因に起因するものであったり、あるいは他のリスク要因を誘発したり、という場合があります（下図参照）。そのため、リスク要因から、将来起こりうるリスクを予見しつつ、予防的観点から、子育て支援に関わっていくことが重要です。



2 妊婦健康診査

■要支援家庭の把握の機会として

○妊婦健康診査（妊婦健診）は、妊婦の健康管理と分娩の安全のために重要です。妊婦健診は医療機関で受診するため、区市町村では、適時直接的には受診状況や妊婦の健康状況を把握できない面もありますが、未受診や受診の中断など、要支援家庭の把握の面で、重要な糸口となります。

(1) 妊婦健診受診票から見えること

■現状

○20年要支援調査によると、平成21年3月現在、62区市町村のうち、妊婦健診の受診票を、妊婦訪問や健康状態の聞き取りなどの妊婦のフォロー事業に用いている区市町村は、25自治体、40.3%でした。また、新生児訪問や産婦訪問の参考にするとした区市町村は16自治体、25.8%でした。

○20年要支援調査によると、健診未受診の妊婦を把握している市町村は7自治体、11.3%ありました。7自治体のうち、町村が6自治体でした。

■今後の取組のヒント

○近年、妊婦健診の公費負担の回数増加が図られており、妊婦の受診状況や健康状況をより多くの機会において把握できる可能性が高まっています。都内では、妊婦健診受診票の控えが医療機関から審査・支払機関を経て区市町村に戻るには、約2か月の期間がかかります。タイムラグはあるものの、自治体の実施体制により、戻った受診票を確認することが可能であれば、戻った受診票の範囲で受診状況を把握することができ、要支援家庭の早期発見につなげることができます。

○平成21年3月現在の都内の妊婦健診の制度において、妊婦健診の受診票が、自治体に戻らない場合としては、健診未受診のほか、都外医療機関で受診している場合や、妊婦が入院治療をしている場合、流早死産の場合が考えられます。各々の事由について、妊婦の健康状況や家庭の状況を把握しつつ、適切なフォローを行うことが重要です。

○経済的な課題を持つ妊婦が産科医療機関で保健指導を受けられる制度として、保健指導票の交付があります。20年要支援調査では、保健指導票の交付時に要支援家庭を把握する取組も、2つの自治体で実施されていました。平成21年3月現在、保健指導事業は、生活保護の受給者や住民税非課税の方、中国残留孤児の同一世帯の方が対象となっています。家庭の経済的状況の把握や、出産への支援の必要性（入院助産等制度）の検討を行う上でも、交付時の状況把握は重要です。

■健診未受診の場合

- 日本産婦人科医会によると、妊婦健診未受診の妊婦は、10代と、40代の頻産婦が多い傾向にありました。また、未受診の妊婦は、自宅・路上分娩や車中分娩のハイリスク群で、低出生体重児や周産期死亡率が高く、児の置き去り・養育困難例、入院費未払いの割合が高いという状況が見られました。さらに、飛び込み分娩の反復者も見られました*。
- 妊婦健診未受診の場合、妊娠経過の状況把握や妊婦の健康管理が行われないため、分娩のハイリスク要因について把握することができません。
- 予防的観点から、妊婦健診を受けていない妊婦を把握した場合には、未受診の理由や背景を理解するとともに、健診の意義や重要性、望ましい受診頻度について説明し、受診につなげます。
- 経産婦の場合、出産歴があることに安心して受診しない場合があります。妊娠経過は個々の妊娠により異なることや、加齢の影響を受けることなどを、説明します。
- 未受診の背景に夫や家族との関係、又は多産による子育てや経済的な負担があることも考えられるので、家族全体を把握することを念頭に置くとともに、受診のために必要な支援を広く考えましょう（家族の理解を得るための調整、受診時の上の子どもの一時預かり、経済的相談など窓口の紹介など）。

*日本産婦人科医会 平成19年度第6回記者懇談会資料

妊婦健診受診票を活用した要支援家庭の早期発見と支援（日の出町）

- ①保健師が、妊婦健康診査の受診票で受診状況を調べる。
- ②リスク要因から、要支援家庭を発見する。
- ③子ども家庭支援センター、民生・児童委員の地域の情報

①～③の方法により、要支援家庭であるリスクが高いと判断した場合、地区担当保健師が家庭訪問あるいは面接をする。

カンファレンスを行い、要支援家庭かどうかの判断を行う。

要支援家庭を把握した場合には、担当保健師を中心に、子ども家庭支援センター、子育て部門主管課、民生・児童委員との連携により解決を図る。

困難ケースには都保健所のスーパーバイズを得る。

■入院治療の場合

- 妊婦が切迫流早産や合併症で入院治療となっている場合、母児の状態や入院への受け止めについては、夫や同居家族から聞き取ることもあります。妊婦の状況・状態に応じた助言を行います。
- 退院後の支援には、必要に応じて主治医と連絡を取りながら支援することも必要です。
- 妊婦が復調して帰宅する場合、電話や妊婦訪問事業などで、生活上の留意点を必要に応じて伝えます（栄養・安静・受診すべき兆候など）。
- 夫や同居家族も、妊婦や胎児の状態に不安を抱いている状況にあり、また見守るしかない辛さもあることから、心配なことがあったら遠慮なく医療機関や保健機関に相談してほしい旨など伝えます。

■流産・死産

- 東京都内の平成 19 年度の死産の状況は（出産千対）、自然死産 11.3、人工死産 13.3 です。自然死産は、19 歳以下と 40 歳以上で多く、人工死産は 19 歳以下と 20～24 歳で多くなっています。平成 14 年からの状況を見ると、死産は趨勢的に減少しています。
- 流産や死産の場合には、母親の心に寄り添うことが重要ですが、母親が寄り添いを受け入れられる心持ちになるのを待つことも大事です。母親は、自責の想いを抱いたり、悲しみを表出できずに日常生活を続ける場合があり、長期的な視点でグリーフケアを行うことが大切です。
- 夫や親などと、気持ちのずれを生ずることもあるので、家族全体への支援を心がけます。
- 必要に応じて、流産や死産で赤ちゃんを亡くした家族への相談も対応している、東京都の SIDS 電話相談事業*などを紹介します。
- 母親が流産・死産に直面する場合は、産科医療機関であるため、そこでのグリーフケアの役割は重要です。管内の産科医療機関で適切な対応が図られるよう、管内の連携会議などを活用して普及啓発を図ることが望まれます。

*SIDS 電話相談・・・SIDS（乳幼児突然死症候群）をはじめ、死産、不育症、流産、その他の病気、事故などで赤ちゃんを亡くした家族の精神的支援のために、専門家の相談支援を行う。

電話番号 03-5320-4388

毎週金曜日 午前 10 時から午後 4 時まで（休日及び年末年始を除く。）

3 母親学級・両親学級

■要支援家庭の把握の機会として

母親学級・両親学級では、妊娠中の母親と父親に、保健師・助産師・歯科衛生士・栄養士など多職種の専門職が直接関わります。母親や父親の状況を観察するとともに、分娩までの不安や親になる気持ちを聴取し助言できる、貴重な機会です。

(1) 学級の中で見える子育て家庭の姿

■現状

- 東京都における母親学級の参加率は、平成 18 年 44.1%、平成 19 年 45.8%と、年々上昇傾向にあります。
- 20 年要支援調査では、62 区市町村のうち、母親学級・両親学級での要支援家庭の把握を行っているという回答があった区市町村は 56 自治体、90.3%でした。把握方法の具体策の記載では、参加時の状況の観察を挙げた区市町村が 36 自治体、以下、母子手帳等の記載（健診結果、家族構成、記入状況、内容等）13 自治体、母親の不安や訴え 18 自治体、アンケート等の実施 10 自治体、面接 2 自治体、ハイリスク基準（年齢・多胎、ひとり親、外国人、若年等）10 自治体、等がみられました。

■今後の取組のヒント

- 母親学級は、多くの場合、プログラムの中に、沐浴などの実習や、交流を目的とした他の父母との仲間作り・グループワークなどを組み込んでいます。その中で、他の参加者との関わり方や、プログラムへの参加のしかたを通して、様々なリスク要因を把握しやすいという点で、参加時の観察は、父母の状況把握の上で、大きな意味を持ちます。
- 参加時のアンケートによる不安や悩みの聴取や、保健・栄養・歯科指導など複数の専門職が対応することで、様々な観点から、父母を支援できます。
- 母子健康手帳の記載を確認することにより、妊婦健診の受診状況が分かるほか、記載の頻度や内容などをきっかけにしつつ、妊娠時の気持ちや、分娩やその後の子育てへの気持ちなどを話してもらうことができます。
- 最近、両親学級の参加率が高まっています。実習などを通して夫婦の協力を確認したり、育児に対する夫婦の考え方の違いなどをお互いに認識しあう、良い機会です。その様子で気になることがあれば、支援に活かすことができます。

(参考)

都内で使われている母親学級アンケート項目例

- 妊娠経過
- 現在の健康状態（貧血など）
- 既往歴（大きな病気・妊娠高血圧症候群）
- 生活習慣（喫煙・飲酒）
- 薬のこと
- 妊娠中、出産後の食事や栄養で気になること
- 同居家族
- 妊娠や育児の相談をできる人（夫 自分の親 夫の親 友人）
- 産後、家事や育児を手伝う人
- 働いているか、産後の予定
- 里帰り先（場所 医療機関 時期）
- 今回の妊娠を知ったときの気持ち
- 今心配なこと
- 妊娠中や出産後に、困ったり不安になること
（出産・育児について、体調、タバコ・酒、食事・栄養、精神的なこと、経済面、夫との関係、相談者や協力者、その他）
- 母乳に関すること、親族とのつきあいかた、保育園や子育て支援のサービス、上の子との関係
- 生まれた赤ちゃんとの生活を楽しめるか
- 相談したいことはあるか
- 外国人母子健康手帳
- 生まれてくるまだ見ぬわが子への今の思い

- 助産師に聞きたいこと（呼吸法・乳房や乳首の手入れ）
- 歯科医師に聞きたいこと
- 栄養士に聞きたいこと

●は妊娠届で把握している自治体も多く見られました（P2）

■ 予防機会としての学級の活用

- 母親学級という集団の場に自ら参加する人は、比較的健康度が高いと考えられます。また、両親学級に父母で参加することも、比較的夫が産後・将来の育児に協力的であることが想定されます。
- 妊娠期から産後にかけては、母親のメンタル面や、新生児の生活に合わせたライフスタイル、夫婦から親への役割の変化と、家族にとって非常に変化の大きい時期です。その時期を、父母が健康度を持続しながら乗り切るための事前知識として、母親学級・両親学級のプログラムは非常に効果があります。
- 広い意味での虐待予防の面からは、産後のイメージを具体的に持ち、父母の協力の下で安心した子育てが行われるために、下記のような内容が講義に入るとよいでしょう。特に、母子健康手帳に書かれている基本的な内容については、父にも理解をもとめるとよいでしょう。

母親・両親学級での取組例（母子健康手帳の記載項目を活用しましょう）

1 父母の悩みや子育ての相談・産後の母親のメンタルケア

母子健康手帳任意記載項目

父母のストレスチェック、子どものことでの不安、子育て資源のチェック、インターネットでの子育て情報のチェック、産後うつ・小児救急相談#8000

2 父親の出産・育児期のサポートの重要性

母子健康手帳任意記載項目

妊娠中の夫の役割、育児のしおり（母親を精神的に支えることの重要性）

3 乳幼児揺さぶられ症候群の予防

母子健康手帳任意記載項目

赤ちゃんが泣きやまなくてイライラしてしまったら
乳幼児揺さぶられ症候群

4 その他

母子健康手帳任意記載項目

受動喫煙防止・乳幼児突然死症候群（SIDS）の予防、不慮の事故防止

(2) 母親学級からの支援

■現状

- 20年要支援調査では、母親学級や両親学級で把握された要支援家庭のフォローの具体方法についての自由記載で、「地区担当保健師のフォロー」を挙げた区市町村が33自治体でした。以下、「面接・電話・訪問」が13自治体でした。
- また、「出生後の新生児訪問」を挙げた区市町村が4自治体でした。その他、「要支援度に応じて子ども家庭支援センターにつなぐ」を挙げた自治体が2か所、「産科医療機関との連携」を挙げた自治体が2か所でした。

■今後の取組のヒント

■ハイリスク基準の明確化

- 多くの自治体で、母親学級での参加者の様子を見ることを要支援家庭の発見機会としています。そのため、母親学級に関わるスタッフ間で、ハイリスク基準を明確にし、見るポイントを事前に共有化することが重要です。

■カンファレンス

- 個々のスタッフが観察をした結果を持ち寄って、複数の視点から客観性を持って、支援の必要性と方向性を決めていくためには、カンファレンスを行うことが必要です。
- 要支援家庭を把握したときに、そのフォローについては、地区担当者に引き継ぐ場合が多く見られました。カンファレンスを行うことにより、要支援家庭についての見立てと支援の方針が組織として共有化され、フォローを行う地区担当者に求められる役割も明確にすることができます。

■フォロー

- フォローの具体的方法は、現在、個別支援が主となっています。母親学級等では、父母の参加の様子などから、コミュニケーションの築きかたや育児不安についてうかがうことができるため、MCGやグループ、ひろば、産前産後ヘルパー、養育家庭訪問事業など、父母の状態に適したサービスにつなげる仕組みづくりが必要です。フォローの具体策の幅を広げるためにも、子育て支援部門との連携が重要です。
- 妊娠期に把握された課題について、出生後の新生児訪問まで機会を待つのではなく、適切な支援の機会を捉えることが重要です。
- 自治体の母親学級と医療機関（助産所も含む。）の母親学級の双方に出ている妊婦、医療機関の母親学級のみに出ている妊婦があることから、自治体と管内医療機関において、プログラム例などの情報交換を図るとともに、要支援家庭とその対応方法についての共通認識を図ることも重要です。

Ⅱ 出産後の支援を効果的に行うために

1 スクリーニング

2 3～4か月健診

1 スクリーニング

■要支援の把握の機会として

エジンバラ産後うつ評価票（以下「EPDS」という。）や、子どもの虐待スクリーニングシステム（以下「南多摩方式」という。）など、各種スクリーニング手法を用いることにより、スタッフの判断基準の統一化を図ることができ、要支援家庭の早期発見に組織的に取り組みやすくなります。

EPDS（エジンバラ産後うつ評価票）とは

- 産後うつ病のスクリーニング票として英国で開発されました。
- EPDSには10個の設問があり、各設問に母親が自分で回答します。問題が生じた時期に関係なく、調査時1週間の状態を知るスクリーニングです。
- EPDSは、母親が記入した項目について、支援者が母親からの話を聴いたり、質問するきっかけとなり、母親の抱えるさまざまな問題を明らかにすることができます。
- EPDSを母親が記入後、その場でEPDSの合計点数を出し、リスク判定を行います。EPDSはスクリーニング用の質問紙なので、最終的な判断や重症度・緊急度の判定は面接で確認する必要があります。

子どもの虐待スクリーニングシステム（南多摩方式）とは

- 3～4か月児健康診査を活用し、子育て困難家庭や虐待の危険性がある親子を、定量的方法（数的評価）と定性的方法（質的评价）を活用して早期に発見し、適切な支援が展開できるシステムです。東京都南多摩保健所で開発されました。
- 健康診査後の虐待予防検討会において、親が直接記入する「子育てアンケート」、観察結果、健診結果などをもとに、「虐待要因一覧表」に点数をいれ、定量的な把握を行います。アセスメントシートを使用しながら支援の必要性についてスクリーニングを行います。
- 支援が必要な者に対して、支援計画に基づき、個別援助活動を行います。
- 支援後にモニタリングや評価を行い、地域診断に役立てます。

「要支援家庭の把握と支援のための母子保健事業のガイドライン」

（東京都福祉保健局 平成18年3月）をもとに作成

(1) EPDS の点数を機械的に判断しない

■現状

- 「20 年要支援調査」では、62 区市町村中、EPDS の活用をしている区市町村は 25 自治体、40.3%でした。25 自治体全てにおいて、EPDS の使用にあたっては、保健師・助産師・看護師の専門職が携わっていました。
- EPDS の実施時期としては、①新生児訪問及びこんにちは赤ちゃん 10 自治体、②新生児訪問及びこんにちは赤ちゃんと3～4か月児健診の双方(新生児・こんにちはの未把握者) 9自治体、③3～4か月児健診3自治体でした。①～③以外の実施時期を挙げたものは、1 自治体でした。その他、①～③に加えて別の事業機会を活用する区市町村は3自治体でした。
- EPDS 実施者への面接は、1 自治体以外は全て対象者への対面・面接を行っていました。
- EPDS を実施している 24 自治体におけるフォロー対応の基準の記載では(以下項目は複数回答)、①9点以上でのフォローを実施している区市町村は全 24 自治体、②項目 10 (希死念慮) が1点以上だった場合にフォローを実施している区市町村は9自治体、③9点以下でも状況に応じてフォローするとした区市町村は7自治体、④その他の基準を設けているとした区市町村は1 自治体でした。
- EPDS を活用する際の、対応方針については、①点数のみ1自治体、②点数と面接 8 自治体、③カンファレンス 18 自治体、④スーパーバイザー6自治体、⑤その他4自治体となっていました。スーパーバイザーは、臨床心理士、精神科医師、保健師等でした。
- EPDS を開始する前のスタッフの準備としては、①研修受講 16 自治体、②スーパーバイザーの活用 16 自治体、③都保健所の支援1 自治体、④その他6自治体となっていました。
- EPDS を実施しない37 自治体において、実施しない理由についての自由記載では、「実施体制が整わない」、「フォロー体制が整わない」、「職員のスキルがない」、「(英語の設問の翻訳であるため) 設問内容がきつい」などが見られました。

■今後の取組のヒント

- EPDS は、産後うつ病のリスクについて、10 の問診項目について、点数化して把握できるという点で、スクリーニングとしては取り組みやすい面があります。
- しかし、EPDS の使用法としては、点数のみでなく面接や状況把握と合わせて判断する、結果の伝え方が重要である、など、専門性を要する点があるため、専門職が実施すべきスクリーニングです。現在、都内の全自治体において専門職の実施となっている点は、望ましいあり方です。
- 一方、点数の解釈について、高得点とされる9点のみで判断している自治体がある、記載してからの時間経過を考慮していないなどの自治体があるなど、本来の EPDS の使用法を理解していない使用法が見られました。

■EPDS を正しく実施するための留意点

① 必ず、トレーニングされた専門職が行う

トレーニングにあたっては、EPDS の使用法の原点をよくふまえることが必要です。EPDS の実施者や、事業の中核の役割を果たすメンバーは、必ず、EPDS の考え方と理論・実践・評価についての専門研修を受講することが必要です。

なお、都が実施する要支援家庭の早期発見のための総論的な研修や、書籍を読んだの自己流の実施だけでは、EPDS の正しい使用や結果の判断はできません。

② 記載時期と評価の時期の関係を知る

EPDS は、本来、各質問に母親の回答時 1 週間の状態を知るためのものです。郵送して、後日回収する場合など、状況が変わっている場合がありますので、回答日時と評価日時（面接日時）に間隔が大きくあく場合には、再度取り直すことなどが必要です。

③ 適切な対象時期に実施する

産後うつ病の発症時期は、出産後 1～2 週間から数か月以内です。「産後うつ病とその発見方法」（愛育ねっと 平成 16 年 7 月 岡野禎治）によると、「各国の母子保健の医療システムも考慮され、現在では産後 1～2 か月、2～3 か月、5～6 か月の各時点における配布が推奨されている。日本での配布時期は、産後 1 か月検診、新生児訪問時、産後 4 か月健診に該当する」となっています。現在、都内の全自治体において EPDS は 3～4 か月児健康診査までに行われているため、引き続き適切な事業機会の活用が重要です。

④ 点数だけで判断せず、面接とあわせた読み方を正しく理解する

都内自治体での判断基準として多く挙げられた「EPDS の総合点が 9 点以上」「項目 10（自殺企図）」が 1 点以上」は、産後うつの評価基準として一般的に用いられている項目であり、該当したら確実にフォローにつなげる必要があります。さらに、岡野によると、高得点者の擬陽性も考慮して「③産後の気分の変化が続いている。」も継続フォローが必要としています。また、「産後の母親と家族のメンタルヘルス」（吉田敬子 平成 17 年 8 月）では、「育児支援チェックリスト」や「赤ちゃんへの気持ち質問票も用いて総合的に判断するとしています。また、点数の解釈にあたっての留意点（点数と面接時の印象が非常に異なるなど 「要支援家庭の把握と支援のための母子保健事業のガイドライン」東京都福祉保健局 平成 18 年 3 月参照）もあります。EPDS の最終的な判断にあたって、点数だけでなく、面接の結果をふまえ、適切な解釈のもとに行うことが重要です。

⑤ EPDS は支援のきっかけであることを意識する

EPDS は、初回面接から母親の心の問題について聞き取り、その後の支援のきっかけとするためのツールです。フォローを行う場合には、一定期間後に、産後うつのリスクについての再評価を行うことが必要です。

(2) 南多摩方式のシステム像を理解して使用する

■現状

- 「20 年要支援調査」では、62 区市町村中、南多摩方式を実施している区市町村は 11 自治体でした。
- 南多摩方式のうち使用している活用方法としては、①「子育てアンケート」10 自治体、②「虐待要因一覧表」6自治体、③「虐待予防検討会」5自治体、④「アセスメントシート」5自治体、⑤「支援後のモニタリング・評価」4自治体でした。南多摩方式の構成要素である①～⑤すべてを実施しているのは 2 自治体でした。
- 南多摩方式実施後の対応方針の決定方法については、①「保健師の見立て」6自治体、②「面接保健師の意見と子育てアンケートを元にスーパーバイザーにより決定」11 自治体、③「面接保健師の意見と子育てアンケートを元にカンファレンスにより決定」5自治体でした。
- 南多摩の実施にあたっての準備では、①「研修の受講」5自治体、②「スーパーバイザーの活用」7自治体、③「都保健所の支援」6自治体、④「その他」2自治体でした。
- 南多摩方式を実施していない 51 自治体について、実施しない理由の自由記載では、「実施体制が整わない」、「他の方法を使用している」などが挙げられていました。

■今後の取組のヒント

- 南多摩方式は、①子育てアンケート、②「虐待要因一覧表」、③虐待予防検討会、④アセスメントシート、⑤支援後のモニタリングから成るシステムであり、①～⑤のプロセスすべてが必要です。
- 実際の使用の上で、子育てアンケートと虐待要因一覧表を活用する自治体が多いのですが、スクリーニングは、子育てアンケートの記載や要因一覧表のチェックのみで行われるものではありません。③虐待予防検討会により健診実施者全体に対する定量把握を行い、④アセスメントシートによる援助の必要性を判断することがスクリーニングです。⑤モニタリングを行うことにより、システム全体の評価・向上につながります。
- 南多摩方式は、実施にあたってのトレーニングやシステム理解が必要なため、スーパーバイザーによる継続的な研修の実施や、都が開発した手法であるため都保健所のスーパーバイズを得ている点に、大きな特色がみられました。スタッフの養成やスキルの見直しの点で、今後とも、外部からの助言を得ることは必要です。

(3) 独自のスクリーニングとは？

■現状

- 「20 年要支援調査」では、スクリーニングに当たって、独自の様式を使用しているとした区市町村は 21 自治体でした。
- 具体的な独自の様式の内容についての自由記載では、2 自治体がフェイススケール*を使用していました。
また、6 自治体が EPDS から一部抜粋した様式、6 自治体が南多摩方式の帳票から一部抜粋した様式を使用していました。
*フェイススケール・・・ビジュアルアナログスケール (Visual Analogue Scale) の一つで、笑い顔や泣き顔などの表情の絵のなかから、現在の気持ちに近いものを選んでもらい、状態を把握する方法。
- 自由記載によると、EPDS からの抜粋は、「実施者との関係ができない時期に（母親に）尋ねるには設問項目が多すぎる」、「（海外の翻訳であるため）設問の表現がきつい」、ということで行われています。
- 自由記載によると、南多摩方式からの抜粋は、「設問項目が多い」、「子育てアンケートだけで情報が十分」ということで行われています。

■今後の取組のヒント

- スクリーニングのツールである EPDS や南多摩方式は、完成までに多くの知見や検証を重ねて作り上げられています。設問の設定に当たっては、それぞれの項目の有意差があるものを残して現在の形となっているため、各設問と実施方法、評価の仕方は全体で一つのシステムとなっているものです。
- そのため、その一部を改変しての設問、実施や評価の方法が異なるものは、本来の意味でのシステムとはいえません。
- そのような形で用いる場合においては、自治体の中においての一つの判断基準としてのみ用い、使いながら評価や成果についてまとめておくことが重要です。

2 3～4か月児健診

■要支援の把握の機会として

3～4か月児健診の受診率は、平成19年度で96.0%、平成9年度の93.9%から徐々に受診率が上昇しています。ほぼ全数の子育て家庭を、保健所・保健センター等で把握できるという点で、3～4か月児健診は、要支援家庭の把握の機会として重要です。南多摩方式が開発されたのも、その点にあります。

(1) 健診の流れ全体を活用して要支援家庭を把握

■現状

○「20年要支援調査」では、62区市町村において、3～4か月児健診での要支援家庭の把握については、EPDSの活用をしている区市町村が13自治体、南多摩方式を実施している区市町村が11自治体となっていました。

■今後の取組のヒント

- 3～4か月児健診では、問診票の記載や、健診前の保健師等による予診、医師による診察、健診実施後の個別相談・心理相談・育児相談の実施、情報提供（離乳食や歯科指導、仲間づくり、ブックスタートなど）など、全体の流れを通じて、母子の状況の把握を、各スタッフが重層的に行うことができるという利点があります。
- そのため、健診に関わるスタッフにおいて、健診の実施方法や流れ、それぞれの健診項目における観察ポイントなどを共有化する必要があります。
- 特に、心身の発育について医師が専門的に診ることで、「育てにくい」と思っている状況があれば、母親の気持ちを聴取し、適切な助言とケアにつなげることが重要です。
- EPDSや南多摩方式のスクリーニングを組み込むよい機会となりますが、スクリーニングのチェック項目の判断に当たっては、健診スタッフの「観察」「母親との会話」「受けた感触・印象」との総合的な評価が、むしろ重要です。
- 母親の状況把握のために自己記入式アンケート等を活用する場合、母親の状況にあわせて、書かれている内容の信頼性を考慮し、内容を聞き取りながら確認していくことも必要です。
 - 例) ・夫の育児支援「あり」に○がある⇒実際に夫が行う支援を具体的にきいてみる
 - ・すべての項目で3に○がついていたり、自由記載項目への回答が一切ない
 - ⇒アンケートを書くことに対して煩わしさやためらいがあるのか、書く時間がなくとりあえず○だけつけたのか、設問の意図が理解できないのかなど、様々な理由が想定される。
- 健診時にEPDS等の自己記入式アンケートの記載をしてもらう場合、母親の気持ちを的確に把握するためには、健診の流れの中でどのような組み込み方をするとよいか工夫することも大切です。
 - 例) 予診のあとにEPDSを記載してもらう流れであれば、予診ではEPDSと同様な設問の聞き取りは避けるなど。

(2) 健診フォローを確実に

■現状

- 「20年要支援調査」によると、健診後のフォローシステムの内容についての自由記載では（記載のあった56自治体 複数項目を挙げているため内訳と計は一致しない）、「カンファレンスの実施」14自治体、「地区担当保健師のフォロー」38自治体、「母子保健事業の活用」30自治体（うち「MCG」11自治体、「6・9」健診2自治体、「予防接種」2自治体、「個別専門（精神）相談」2自治体）、「地域関係機関との連携」7自治体（うち「子ども家庭支援センター」7自治体、「民生・児童委員」1自治体、「児童相談所」1自治体）、福祉事業（育児支援家庭訪問1自治体）となっていました。
- 健診未受診者に対しては、都内全62区市町村で、状況把握を実施していました。

■今後の取組のヒント

■カンファレンス

- カンファレンスは、複数のスタッフの視点により健診での心身リスクの把握と要支援家庭の把握を行うという点で、フォローの原点ともいえます。また、相互に意見や見立てを検討することにより、スタッフのOJT効果もあります。
- そのため、カンファレンスをフォローの起点として位置付け、適時にスーパーバイズを活用することなどにより、質の確保を図ることが必要です。
- また、過去のカンファレンスで出たケースの進行管理を行うことが重要です。

■フォローの内容

- 地区担当保健師のフォローを挙げた自治体の割合が非常に高い（回答自治体の67.9%）一方、関係機関との連携を挙げた自治体の割合は少ない（同12.5%）傾向にありました。
- 母子保健事業の各事業機会でのフォローを挙げた自治体の割合が高い（同53.6%）一方、地域の関係機関との連携を挙げた自治体の割合は少ない（同12.5%）傾向にありました。
- 要支援家庭へのフォローにおいて、地区担当保健師による一環した個別支援は大変重要です。と同時に、地域で生活している子育て家庭の日々においては、地域の子育て資源を最大限活用できるよう、母子保健分野に止まらず様々な関係機関との間で、情報共有や具体的な支援策の検討が不可欠です。
- そのため、要支援家庭の段階で子ども家庭支援センターと情報共有をし、地域のネットワークにのせていく仕組みづくりが必要です。

地域の関係機関との連携を意識したフォローの例

面接や訪問等にて継続的な接点を持ちつつ、地域での見守り体制として民生委員との連携や子ども家庭支援センターと連携を持ちフォロー。必要者については児童相談所と連携をとっている。

（奥多摩町）

■乳幼児健診（6・9か月）の活用

- 6～7か月児、9～10か月児の乳幼児健診は、都内自治体においては医療機関に委託して実施しています。そのため、区市町村において、子育て家庭がどの医療機関に受診するか把握できない面もあり、また、医療機関においても健診時という限られた時間の中では、子育て家庭の状況を把握しにくい面もあります。
- 3～4か月児健診の結果、介入的なフォローが必要な家庭については、6～7か月児、9～10か月児健診の受診勧奨と、受診状況の確認、健診実施医療機関との情報共有による予防的支援が望まれます。
- そのためには、区市町村と健診実施医療機関において、育児支援の面から把握し、母親の育児上の悩みを聴取してほしい項目などを協議するなど、通常時からの連携が重要です。
- さらに、健診実施後、約2か月で健診受診票の控えが区市町村に送付されますが、気になる例については、成長曲線の把握など、児の状況を継続して把握します。
- 医療機関との情報交換においては、個人情報第三者提供と目的外使用が重要ですので、要保護児童地域対策協議会での個人情報の扱いなど、事前に十分共通の認識を持てるように協議しましょう。

■精神保健的支援

- 精神保健的な課題を抱える母親には、専門的な医療からのフォローが必要です。フォローにおいては、医療機関や専門相談に「紹介して支援を終了する」のではなく、「担当保健師の個別支援」と組み合わせることが重要です。個別支援との組み合わせにより、支援が重層的になるとともに、その後の支援計画を検討しやすくなり、継続的な支援が可能となります。

精神保健への専門フォローの取組例

- 必要に応じて精神科医やカウンセラーと相談できる事業（新宿区）
- 個別支援専門相談（精神科医、心理士）（中野区）

■支援方法の適時見直し

- ツールやマニュアル、援助方針は、スタッフが、アセスメント・支援目標・計画に関する共通認識を図る上で重要ですが、支援そのものではなく「手段」です。
- 出産後の母親は、心理状態の変化が大きい時期です。「成長し変化する」子育て家庭に対応した支援を行うためには、支援計画にとらわれすぎずに、支援者の感性や予測力、危機意識などのアンテナを駆使して、子育て家庭の状況を「みながら」援助方針を「うごかしていく」ことが不可欠です。
- 援助方針の見直しのためには、カンファレンスや援助方針会議が、チームで行われかつ迅速に動ける体制で実施されることも重要です、また、スーパーバイズにより、検討の仕方について客観的に再評価されることも効果的です。

Ⅲ 切れ目ない支援を行う母子保健事業に
～アプローチのすきまをつくらない～

母子保健事業の実施状況や「20年要支援調査」の結果全体を通じて、母子保健事業の強化のためのポイントをまとめます。

(1) 「空白」「未記入」の裏にある声をきく

「20年要支援調査」において、要支援家庭のフォローの基準として、「妊娠届に未記入の欄が多い」（小金井市）という記載がありました。「記入された内容」＝明らかなニーズに対しては、対策も考えやすい面がありますが、「なぜ記入されていないか」という点に、視線を向けることはとても重要です。

母子保健事業では、妊娠届、母子健康手帳、出生届、各種訪問希望、各種子育てアンケート、乳幼児健診のチェック項目など、妊婦自身に記載させる帳票等が多くあります。多くの場合は、その記載から、継続的に子育て家庭の情報を収集していくのですが、空白や未記入の場合に、「なぜ空白なのか」「なぜ未記入なのか」を想像しながら、妊婦・母親の状況に近付いていくのも、大事な視点です。

たとえば、妊娠届において空白や未記入が多い場合、「本当に意見がない」、「書き忘れた」ということもあります。また、「家族が持参し、妊娠週数が不明」「本人は望まない妊娠であり週数を記載したくない」という状況も考えることができます。また、本人の知的な課題や視覚等の障害、外国人で日本語が読めないなどの理由により、文字の読み書きができなかったという場合もあります。

子育て家庭に対する予防的支援を行うためには、いろいろな可能性や状況を想像しながら、「空白」や「未記入」の声に耳を傾けることが重要です。

(2) 希望者のみへのサービスには「落とし穴」もある

「20年要支援調査」において、保健師の面接や訪問事業の対象者を検討の際の基準として「本人の希望制」とする例や、要支援家庭のフォロー基準に「本人の申し出」という記載がありました。

母子保健事業において、各種訪問事業など、本来ポピュレーションアプローチ的性格を持つ事業でありながら、事業の実施体制などの理由から、実際はサービス提供が限られ、ハイリスクアプローチ的な実施となっているものも見られます。

訪問などの母子保健サービスの提供を「希望しない」層の中には、健康度が高く自分で課題解決でき実際にサービスが不要であるという家庭も、また「意図的に希望しない」「自らシグナルを発信しない」「対人関係を結ぶことが得意ではない」など各種サービスにつながりにくい要支援家庭も、双方含まれている可能性があることに留意する必要があります。

そのため、「希望しない」層には本当に妊娠・子育て上の課題がないか、様々な事業の接点や訪問、電話などによる状況把握を踏まえて、総合的にアプローチすることが重要です。

(3) 多くが参加する事業における不参加者を確実に把握する

早期の妊娠届（平成18年度・東京・78%）、妊婦健診受診（同80%以上）、新生児訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業とあわせて100%）、3～4か月児健診（同90%以上）など、母子保健事業においては、ほぼ全数に近い妊婦・母親と接点を持つ事業が多くあります。

「20年要支援調査」においても、区市町村は、これらの事業を要支援家庭の重要な機会として認識し、把握と支援に努めている状況がうかがえました。

引き続き、これらの事業機会においては、接点を薄めない努力が重要です。そして、ほぼ全数把握できる中での「未把握者」が持つ意味に重きを置きながら、未受診・未訪問家庭を確実に把握していくことが求められます。

(4) 様々な事業機会をつないで「一連の流れ」をつくる

「20年要支援調査」では、区市町村の要支援家庭の把握機会として、母子健康手帳交付や妊産婦訪問等の機会といった定例的な母子保健事業の機会だけでなく、「各種申請の交付時」「電話相談」、「関係機関との連絡（子ども家庭支援センター、医療機関、福祉事務所、民生・児童委員など）」などの機会が、挙げられていました。それらは、通常の地区活動の一環でもありますが、様々な機会を要支援家庭の把握チャンスとしている姿勢は、非常に重要なことです。

それらのチャンスで得た情報を活用するために重要なのが、「母子カード」等による情報管理です。せっかくの情報が「点」とならず「一連の流れ」として子育て家庭の把握につながるよう、データの一元管理を行う仕組みが必要です。

「20年要支援調査」において、62区市町村に対する母子カードの起票時期についての自由記載では、「妊娠中から（要支援家庭のみを含む）起票する」とした区市町村が14自治体、「出生後に起票する」とした区市町村が10自治体となっていました。データの管理を行う面でも、子育て家庭と接点ができるときに起票する形がよいでしょう。

また、要保護児童対策地域協議会への参加の際など、要支援家庭に関する情報を関係機関間で共有する必要があります。個人情報保護等の関係において、母子カードそのものを外部に持ち出せない場合は、必要なサマリーを作成するなど、関係機関と話し合いながら、工夫することが必要です。

区市町村の取組例

○家族単位の記録票を検討中（利島村）

※特に、多胎児の場合や、母親の精神的状況と子どもの双方の管理が必要な場合など、家族単位での記録票が有効な場合もあります。

(5) 担当保健師を組織で支える

「20年要支援調査」では、要支援家庭へのフォローにおいて、担当保健師の役割が非常に大きいことがうかがえました。区市町村の母子保健部門には、新人の保健師が配属される傾向も高いこともあり、担当保健師を組織で支えていく体制が重要です。

具体的には①新人保健師に対する乳幼児の発達と母親の心理状態への基礎研修、特に精神保健的支援、②対人援助サービスのスキル向上のための研修とOJT、③カンファレンスの効果的な実施にかかるトレーニング、④スクリーニングや訪問・健診でのカンファレンスに限らず個別支援も含めたケース全体のマネジメント・情報共有の機会の設定などが挙げられます。

(6) 地域と連携し支援のバリエーションを増やす

「20年要支援調査」では、要支援家庭に対して、主として母子保健事業の事業機会を活用しながらフォローを行う傾向が見られました。

母子保健事業は、母と子の心身の状況を専門職が専門的に見るという非常に優れた点を有しています。しかし、地域で生活している子育て家庭への支援を保健分野だけで行うことには限界があります。

そのため、子ども家庭支援センターと連携し、保育所、児童館、民生児童委員など、地域の関係機関のネットワークにつなげながら、様々な支援方法と役割分担を検討することが重要です。関係機関が役割分担をすることにより、サービスが分断されることのないよう、むしろサービスが重層的に行われるよう留意します。必要に応じて要保護児童対策地域協議会の仕組みを活用することも効果があります。

地域との連携が、子育て家庭にとっての、支援のバリエーションの広がりとなり、また逆に保健機関の専門支援の深みを増すことにつながります。

(7) 要支援家庭の把握方法を「可視化」し、共有する

「20年要支援調査」において、区市町村が各種事業機会を要支援家庭の把握機会としてとらえられていたことは、高く評価される点です。しかし、個々の事業の実施方法やフォロー方法の詳細についての自由記載では、「必要に応じて」という記載や、無回答のものも多くみられました。

要支援家庭の把握・フォローは、個々の家庭を総合的に判断して行うため、実施方法については一般化できない面もあります。しかし、要支援家庭と判断する方法や、関係機関につなぐ基準、フォローの方法などについては、地域の関係機関と連携していくためにも、具体的に説明できるよう、内容を「可視化」することを心がけることが重要です。

IV 資料

資料1 児童虐待に至るおそれのあるリスク要因

○厚生労働省「子ども虐待対応の手引き」（平成19年1月改訂版）には、次のように記載されている。

（参考）虐待に至るおそれのある要因（リスク要因）

1. 保護者側のリスク要因

- ・妊娠そのものを受容することが困難（望まぬ妊娠、10代の妊娠）・子どもへの愛着形成が十分に行われていない。（妊娠中に早産等何らかの問題が発生したことで胎児への受容に影響がある。長期入院）・マタニティブルーや産後うつ病等精神的に不安定な状況・元来性格が攻撃性・衝動的・医療につながない精神障害、知的障害、慢性疾患、アルコール依存、薬物依存・被虐待経験・育児に対する不安やストレス（保護者が未熟等）

2. 子ども側のリスク要因

- ・乳児期の子ども・未熟児・障害児・何らかの育てにくさを持っている子ども

3. 養育環境のリスク要因

- ・未婚を含む単身家庭・内縁者や同居人がいる家庭・子連れの再婚家庭・夫婦関係を始め人間関係に問題を抱える家庭・転居を繰り返す・親族や地域社会から孤立した家庭・生計者の失業や転職の繰り返し等で経済不安のある家庭・夫婦不和、配偶者からの暴力等不安定な状況にある家庭・定期的な健康診査を受診しない

（出典：厚生労働省「子ども虐待対応の手引き」（平成19年1月改訂版）

○社会保障審議会児童部会「第1次報告から第4次報告までの子ども虐待による死亡事例等の検証結果総括報告」（平成20年6月17日版）には、次のように記載されている。

当委員会で指摘した虐待による死亡が生じ得るリスク要因（抜粋）

2 保護者の側面

- ①保護者等に精神疾患がある、あるいは強い抑うつ状態である
- ②妊娠の届出がされていない
- ③母子健康手帳が未発行
- ④特別の事情がないにもかかわらず中絶を希望している
- ⑤医師・助産師が立ち会わないで自宅等で出産をした
- ⑥妊婦健診が未受診である（途中から受診しなくなった場合も含む）

資料2 診療情報提供書について

医療機関からの児童虐待が疑われる事例や要支援家庭の情報連絡にあたっては、診療情報提供書を活用できます。

診療情報提供書は2種類あります。

○子ども用

○保護者用（現に子どもの養育に関わっている同居人であって支援を必要としていれば、実母、実父に限らず算定できます。）

使用にあたっては、保護者の同意を得ることが必要です。

診療報酬の点数の対象となります。

（診療情報提供料 平成18年4月 250点）

患者1人につき月1回に限り算定

*ただし、通告（国民の義務）、区市町村から委託を受けて実施した健康診査については、算定の対象となりません。

病院の独自様式を使ってもよいとされています。

診療情報提供書は、下記のような項目に該当するもののうち、早い時期から養育支援が特に必要であると判断する家庭、出生後を見越して出産前からの養育支援が特に必要と判断する妊婦に対して使えるとされています。地域の医療機関とどのような例について、情報連絡するか、日ごろから連携を図っておきましょう。

- ・分娩時が初診
- ・精神疾患がある（産後うつを含む）
- ・知的障害がある
- ・虐待歴・被虐待歴がある
- ・アルコールまたは薬物依存が現在または過去にある
- ・長期入院による子どもとの分離
- ・妊娠・中絶を繰り返している
- ・望まない妊娠（産みたくない、産みたいけれど育てる自信がない等）
- ・初回健診時期が妊娠中期以降
- ・多子かつ経済的困窮
- ・妊娠・出産・育児に関する経済的不安（夫婦ともに不安定な就労、無職等）
- ・若年（10代）妊娠
- ・多胎
- ・一人親、未婚、連れ子がある再婚
- ・産後、出産が原因の身体的不調が続いている
- ・子どもを抱かない等子どもの世話を拒否する
- ・子どもをかわいいと思えないなどの言動がある
- ・夫や祖父母等家族や身近の支援がない
- ・医療を必要とする状況ではないが子どもを頻繁に受診させる
- ・育児知識・育児態度あるいは姿勢に極端な偏りがある
- ・衣服等が不衛生

■保護者用の診療情報提供書

診療情報提供書

情報提供先市町村

市町村長 殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名

印

患者の氏名	昭和・平成 年 月 日生 男・女 ()歳 職業()	
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名	
病状 既往症 治療状況等		
児の氏名	男・女 平成 年 月 日生まれ	
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)	
退院先の住所	様方 電話番号 (自宅・実家・その他)	
入退院日	入院日：平成 年 月 日 退院(予定)日：平成 年 月 日	
今回の 出産時の 状況	出産場所：当院・他院 () 在胎：()週 単胎・多胎 ()子中()子 体重：()g 身長：()cm 出産時の特記事項：無・有() 妊娠中の異常の有無：無・有() 妊婦健診の受診有無：無・有(回：)	家族構成 育児への支援者：無・有()
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください		
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診・不潔・その他()
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない・その他()
	他の児の状況	・疾患()・障害()
	こどもとの分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()
情報提供の 目的とその 理由		

*備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること
2. 本様式は、患者が現に子どもの養育に関わっている者である場合について用いること
3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること

■子ども用の診療情報提供書

診療情報提供書	
情報提供先市町村	市町村長 殿 紹介元医療機関の所在地及び名称
	電話番号 医師名 印
患児の氏名	男・女 平成 年 月 日生
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名
病状 既往症 治療状況等	
父母の氏名	父： ()歳 職業() 母： ()歳 職業()
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)
退院先の住所	様方 電話番号 (自宅・実家・その他)
入退院日	入院日：平成 年 月 日 退院(予定)日：平成 年 月 日
出生時の状況	出生場所：当院・他院 () 家族構成 在胎：()週 単胎・多胎 ()子中()子 体重：()g 身長：()cm 出生時の特記事項：無・有() 妊娠中の異常の有無：無・有() 妊婦健診の受診有無：無・有(回) 育児への支援者：無・有()
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください	
児の状況	発育・発達 ・発育不良・発達のおくれ ・その他()
	情緒 ・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をうかがう・多動・乱暴 ・身体接触を極端にいやがる・多動・誰とでもべたべたする ・その他()
	日常的世話の状況 ・健診、予防接種未受診・不潔・その他()
養育者の状況	健康状態等 ・疾患()・障害() ・出産後の状況(マタニティブルー、産後うつ等)・その他()
	子どもへの思い・態度 ・拒否的・無関心・過干渉・権威的・その他()
養育環境	家族関係 ・面会が極端に少ない・その他()
	同胞の状況 ・同胞に疾患()・同胞に障害()
養育者との分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()
情報提供の目的とその理由	
*備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。 2. 本様式は、患者が子ども(18歳以下)である場合について用いること	

平成20年3月31日付雇児総発第0331003号

平成16年3月10日付雇児総発第0310001号

平成16年7月7日付厚生労働省保険局医療課事務連絡より作成

資料3 児童福祉法の一部を改正する法律(平成 20 年法律第 85 号)

平成 21 年 4 月 1 日施行での要支援家庭の早期発見・支援に係る変更点

■乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業の法制化にかかる条文

第6条の2 こんにちは赤ちゃん事業の法制化

④ この法律で、乳児家庭全戸訪問事業とは、一の市町村（特別区を含む。以下同じ。）の区域内における原則としてすべての乳児のいる家庭を訪問することにより、厚生労働省令で定めるところにより、子育てに関する情報の提供並びに乳児及びその保護者の心身の状況及び養育環境の把握を行うほか、養育についての相談に応じ、助言その他の援助を行う事業を言う。

第21条の9 こんにちは赤ちゃん事業の区市町村の努力義務

市町村は、児童の健全な育成に資するため、その区域内において、放課後児童健全育成事業、子育て短期支援事業、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業、地域子育て支援拠点事業及び一時預かり事業並びに次に掲げる事業であって主務省令で定めるもの（以下「子育て支援事業」という。）が着実に実施されるよう、必要な措置の実施に努めなければならない。

第21条の10の3 こんにちは赤ちゃん事業の母子保健事業との連携と調和

市町村は、乳児家庭全戸訪問事業又は養育支援訪問事業の実施に当たっては、母子保健法に基づく母子保健に関する事業との連携及び調査の確保に努めなければならない。

（参考）

○乳児家庭全戸訪問事業は、社会福祉法における第2種社会福祉事業に位置づけられ、都道府県への事業の届出を行う。

■乳児家庭全戸訪問事業による要支援児童の把握と支援

第21条の10の2

市町村は、児童の健全な育成に資するため、乳児家庭全戸訪問事業及び養育支援訪問事業を行うよう努めるとともに、乳児家庭全戸訪問事業により要支援児童等（特定妊婦を除く。）を把握したときは、当該要支援児童等に対し、養育支援訪問事業の実施その他の必要な支援を行うものとする。

② 市町村は、母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）、第 10 条、第 11 条第 1 項若しくは第 17 条第 1 項の指導（保健所を設置する市又は特別区にあっては、同法第 19 条第 1 項の指導を含む。）に併せて、乳児家庭全戸訪問事業を行うことができる。

③ 市町村は、乳児家庭全戸訪問事業又は養育支援訪問事業の事務の全部又は一部を当該市町村以外の厚生労働省令で定める者に委託することができる。

④ 前項の規程により行われる乳児家庭全戸訪問事業又は養育支援訪問事業の事務に従事する者又は従事していた者は、その事務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

■特定妊婦

第6条の2⑤ 特定妊婦の区市町村の努力義務

出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦

■要保護児童対策地域協議会の対象者の拡大

第25条の2 要支援児童・特定妊婦の対象化

地方公共団体は、単独で又は共同して、要保護児童の適切な保護又は要支援児童若しくは特定妊婦への適切な支援を図るため、関係機関、関係団体及び児童の福祉に関連する職務に従事する者その他の関係者（以下「関係機関等」という。）により構成される要保護児童対策地域協議会（以下「協議会」という。）を置くように努めなければならない。

② 協議会は、要保護児童若しくは要支援児童及びその保護者又は特定妊婦（以下「要保護児童等」という。）に関する情報その他要保護児童の適切な保護又は要支援児童若しくは特定妊婦への適切な支援を図るために必要な情報の交換を行うとともに、要保護児童等に対する支援の内容に関する協議を行うものとする。

○妊婦が要保護児童対策地域協議会の対象になったことで、周産期からの要支援家庭の早期発見・支援の取組の促進が期待されます。

○地域の産科医療機関などに対して、各種機会を活用して情報提供を図り、円滑な情報提供と支援につなげましょう。

資料4 未熟児連絡票の活用について

児の出生後、産科医療機関から連絡がとりやすい方法としては、「育児支援のための情報提供」として新生児訪問の依頼や未熟児訪問の依頼などがあげられる。

未熟児連絡票については、下記の解釈があるので、地域の産科医療機関と連携を取りつつ、支援の充実を図りたい。

母子保健法第18条における低体重児の届出においては、

「未熟児対策は、早期把握したがって迅速な届出がその前提となるので、口頭又は電話などによることも差し支えなく、必要に応じて市役所又は町村役場を窓口にし、市町村から保健所に電話連絡をするなどできる限り簡便な方法をとることがのぞましい。」

「母子保健法の解釈と運用 六訂」母子保健推進研究会監修

作成委員名簿

平成 20 年度東京都母子保健事業評価部会ワーキンググループ委員

区分		委員名	所属等
外部委員	学識 経験者	中板 育美	国立保健医療科学院公衆衛生看護部主任研究官
	関係団体	松平 隆光	東京都医師会理事
		渡邊 寛子	日本助産師会東京都支部
		横畑 昌枝	東京都民生児童委員連合会常務委員
	関係行政 機関	貝瀬 まつみ	板橋区子ども家庭支援センター所長

平成 20 年度東京都母子保健事業評価部会委員（◎部会長）

区分		委員名	所属等
外部委員	学識 経験者	中村 敬 ◎	大正大学人間学部人間福祉学科教授
		太田 ひろみ	杏林大学保健学部看護学科准教授
	関係行政 機関	新田 純子	杉並区高井戸保健センター長
		山岡 豊治	品川区児童保健部健康課長
		小林 祐子	品川区保健センター保健サービス課保健担当主査
		田中 百合子	東久留米市福祉保健部健康課長
		伊藤 美千代	稲城市健康課健康推進係
内部委員	都	渡邊 洋子	南多摩保健所保健対策課長
		川又 協子	多摩立川保健所副参事(地域保健推進担当)