

平成 30・令和元年度

母子保健委員会答申

「住み慣れた地域で安心して妊娠・出産・子育てが
できる福岡県を目指して」

令 和 2 年 6 月

福岡県医師会母子保健委員会

令和2年6月11日

福岡県医師会

会長 松田 峻一 良様

母子保健委員会

委員長 濱口 欣也

答 申

母子保健委員会では、貴職からの諮問「住み慣れた地域で安心して妊娠・出産・子育てができる福岡県を目指して」について鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

母子保健委員会

委員長 濱口 欣也

委 員 稲光 毅

委 員 大群 拓也

委 員 香月きょう子

委 員 黒川美知子

委 員 佐野 正敏

委 員 下村 国寿

委 員 進藤 静生

委 員 田中 哲朗

委 員 坪根千恵子

委 員 長野 英嗣

委 員 東原潤一郎

委 員 福田 邦裕

委 員 堀之内崇士

委 員 松岡 良衛

委 員 松隈 孝則

委 員 三宅 巧

委 員 山下 洋

委 員 吉田 雄司

(五十音順)

— 目 次 —

1. はじめに	1
2. 分娩体制の整備	2
1) 福岡県における分娩体制の現況	2
2) 安心・安全な周産期医療体制の構築に向けて	4
3) 無痛分娩について	5
3. 子育て世代包括支援センター	6
1) 福岡県における子育て世代包括支援センターの現況と課題	6
2) 子育て世代包括支援センターのあり方	11
4. 児童虐待防止に向けた取組み	14
1) 福岡県における児童虐待の現況と虐待防止に向けた取組み	14
2) 市町村の取組みと医師会及びかかりつけ医の関わり	19
5. おわりに	33

1. はじめに

福岡県医師会母子保健委員会は平成 22（2010）年度に設置され、現在までに 3 度にわたる答申を行ってきた。今までの諮問・答申は主に妊娠・子育て期間における虐待予防体制の構築が大きなテーマであった。そのような体制が構築されたのちに、今回は「住み慣れた地域で安心して妊娠・出産・子育てができる福岡県を目指して」という諮問がなされた。今回の答申では、Ⅰ. 分娩体制の整備、Ⅱ. 子育て世代包括支援センター、Ⅲ. 児童虐待防止に向けた取組みについて平成 30（2018）年 10 月より 6 回にわたり委員会を開催して検討を重ねてきた。

本県における産科・小児科医師数は増加傾向にあるが、高い専門性を有する周産期医療に関わる医師数は限られており、また地域によっては出産可能な医療機関の減少が懸念されている。

次に、「子育て世代包括支援センター（以下「包括支援センター」という。）」は本県内では令和元（2019）年 12 月末現在 38 市町で設置されており、未設置は 22 市町村である。県内の全ての市町村において包括支援センターが設置され、子育て世代への支援をめぐりそれぞれの地域での状況を把握し十分にその機能が発揮される事により、住み慣れた地域で安心して子育て支援ができる環境が整えられると考える。

長年の懸案である乳幼児虐待は本県では「ハイリスク妊産婦支援事業～妊娠期からのケア・サポート事業～」を早期より行い、行政機関と産科医療機関では虐待予防のための情報の共有ができていて成果を収めている。しかし、出産後の乳幼児の主なかかりつけ医である「小児科医療機関」に情報が伝達されていない、という大きな課題が残されている。個人情報保護よりも虐待予防の情報の方が上位にあると思われるが、いかにして虐待予防のための情報を小児科医に伝えるかが乳幼児の虐待予防につながるので、ぜひ皆さんの知恵でこの問題を解決してほしいと考える。本県下における新しい試みとして、北九州市および福岡市医師会主導のもと行われている「ペリネイタルビジット」がある。この試みは虐待予防のためにも有効な方法と考えられるので、本県下の多くの地域で取り組んでいただきたいシステムの一つである。

これまでの事業の大きな推進になっている基本理念は「健やか親子 21」であったが、さらに平成 30（2018）年 12 月に成立した、「成育基本法」により妊娠期から出生、その後の思春期までの生育過程にあるすべての人と家庭に対する切れ目のない支援が総合的に提供されるように規定されていて、日本の子育て世代にとって追い風が吹き始めたのは喜ばしいことである。

2. 分娩体制の整備

(1) 福岡県における分娩体制の現況

本県では約 70%以上の妊婦が一次施設での分娩を行っており、その分娩割合は全国でも最も多いとされている。これは本県の特徴と言える。各地域に分娩できる一次施設があることにより妊産婦が円滑に自分の地域での分娩を行えるようになっている。

本県の周産期医療は大きく 4 つの地域に分けられている。各地域には総合周産期母子医療センターが 1 つ以上あり地域周産期母子医療センターも含めると 12 施設が配備されている（図 1）。北九州エリア：総合 2 施設・地域 2 施設、福岡エリア：総合 2 施設・地域 3 施設、筑豊エリア：総合 1 施設、筑後エリア：総合 2 施設となっている。しかし各地域の周産期センターの数は隔たりがあり、各施設との時間・距離も隔たりがある。そのため、現在では現場レベルで搬送前、搬送中の患者情報の共有を行いながら対応している。

福岡県周産期医療の特徴

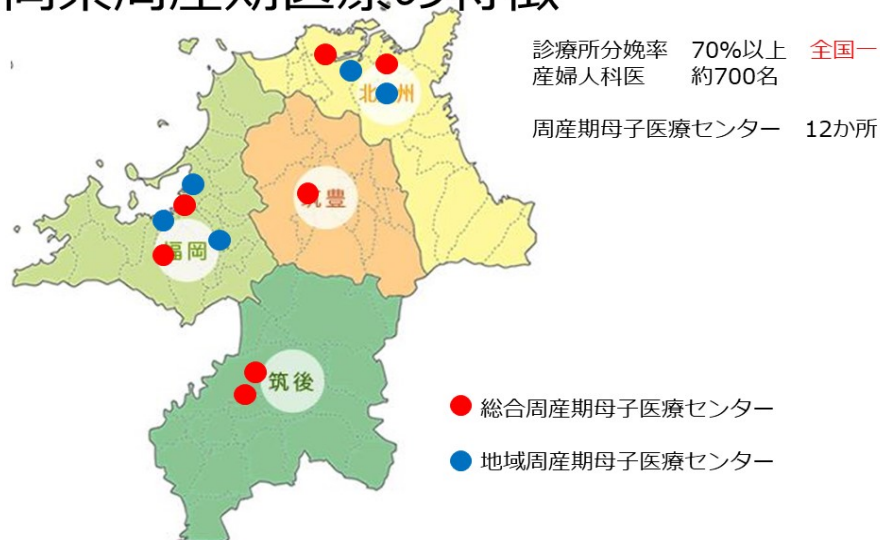


図 1

一次施設での分娩が行えない、もしくは集中治療が必要とされる妊産婦は二次・三次施設である地域・総合周産期母子医療センターへ母体搬送される。周産期母子医療センターには施設ごとに基準があるがすべての疾患が同列に受け入れることが出来るわけではない。週数の早い早産や 1,000g 未満の胎児を受け入れることが出来る施設でも母体合併症のすべてに対応できるわけではない。また集学的治療を必要とする

母体救命に必要とされる救命救急センターや救命学講座を併設している施設は北九州エリア：1施設、福岡エリア：3施設、筑豊エリア：1施設、筑後エリア：2施設であり数に限りがある（図2）。そのような場合には地域を越えて母体搬送を行うこととなる。各地域に周産期母子医療センターが配備されているものの、すべての妊産婦が自分の地域で分娩が完結できないこととなっている。また地域内でも母体搬送には1時間以上かかることあり、地域を越えるときにはさらなる時間を要している。この搬送にかかる時間は母体の救命や児の予後に影響している（図3）。

福岡県周産期医療の特徴

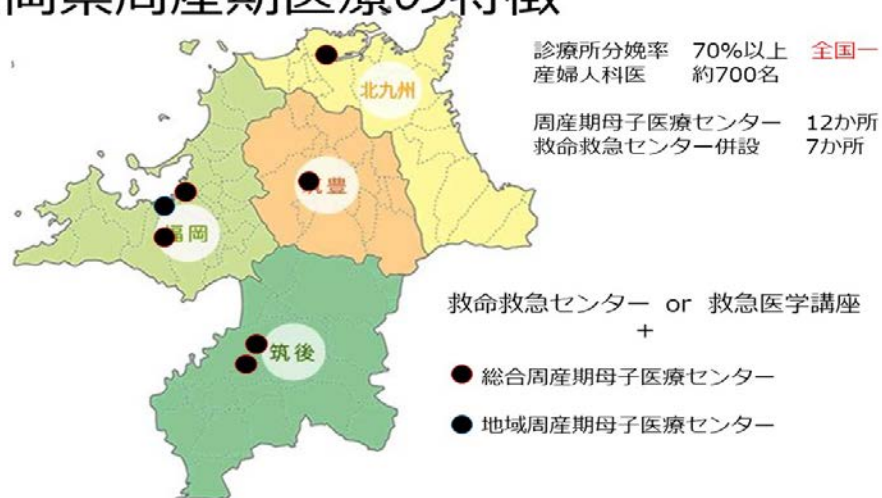


図 2

福岡県周産期医療の特徴

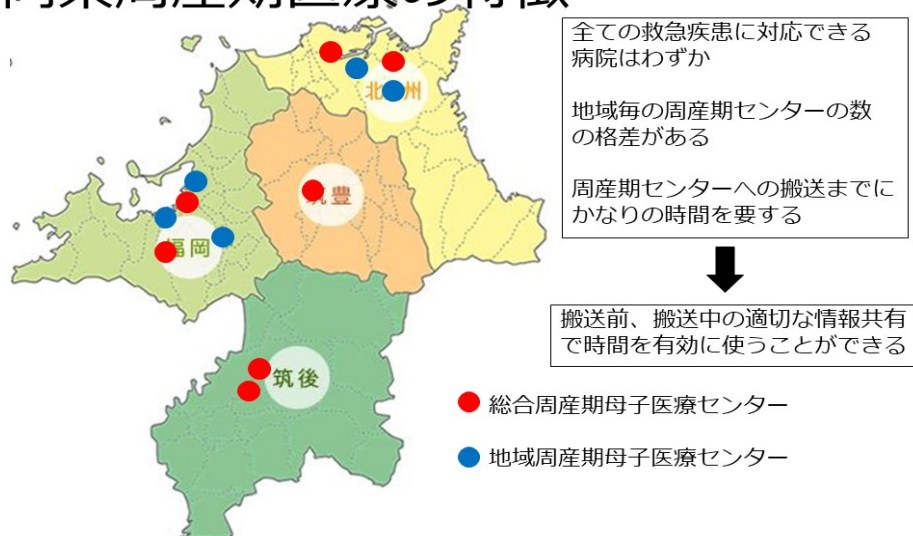


図 3

（２）安心・安全な周産期医療体制の構築に向けて

日本の妊産婦死亡は世界でも最も死亡率が低い国の一つであり安心・安全な分娩ができると言われている。しかし、平成 12（2000）年以降の母体死亡の数は 10 万対 4 から 0 にならず下げ止まりとなっている。母体死亡の原因は、産科危機的出血が約 20%を占め脳出血・脳梗塞が 15%、羊水塞栓症が 13%でこの 3 疾患で約半分の原因となっている。このような疾患は急変時の初期対応が重要である。また母体死亡例の初発発生場所は産科病院や有床診療所が約 40%であることから、一次施設での適切で迅速な対応は母体死亡を防ぐうえで最も重要な鍵となる。

本県における分娩体制の現況は一次施設で行われていることから母体の急変があった場合には高次施設への搬送が必要となってくる。産科危機的出血に関しては初発から心停止まで 30 分以内に起きることは少ないため早期の的確な対応が必要となる。さらに多くの一次施設が二次、三次施設へ搬送開始から受け入れまでに 30 分を超えることもあり初期対応は非常に重要である。

分娩体制の現況でも述べたように、産科危機的出血への適切な対応により、母体死亡例が明らかに減少しているが、脳出血、脳梗塞、心疾患、羊水栓塞例に対しては集学的治療実施可能な施設でより迅速に行うことが、今後の母体死亡をさらに減少させる鍵となることは明らかである。

このように、一次施設で初期対応を必要とされる多くの産婦人科医は救命措置や蘇生法について学ぶことが少なかった。そのため診療科、職種の壁を越えた標準的な母体救命法の普及が急務であった。平成 27（2015）年、日本産婦人科医会を中心に日本産科婦人科学会、日本周産期・新生児医学会、日本麻酔科学会、日本臨床救急医学会、京都産婦人科救急診療研究会、妊産婦死亡検討評価委員会の 7 団体により日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）が設立され、日本看護協会、日本助産師会、日本助産学会が協賛団体となっている。これにより産婦人科医のみならず救急医、麻酔科医、コメディカル等との協働及びそのための実践教育を行えるようになった（図 4）。

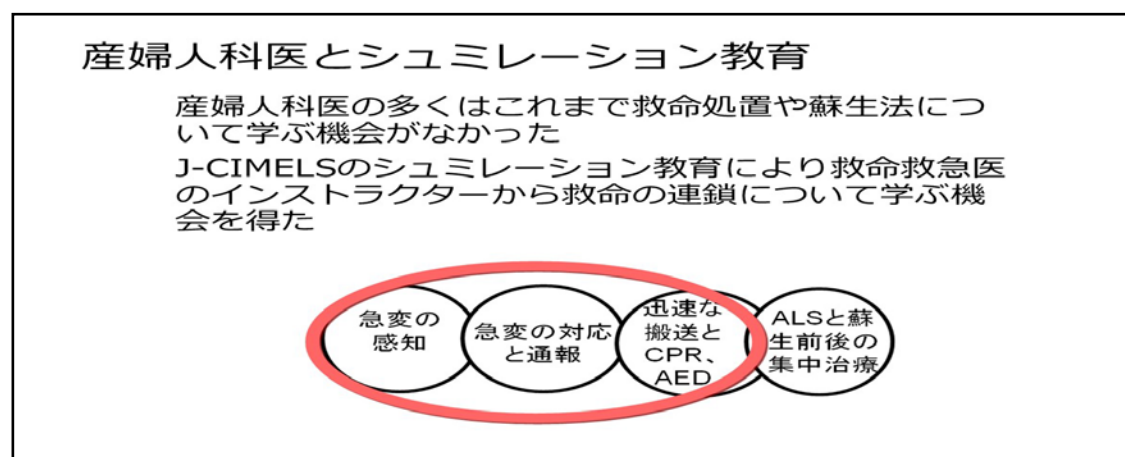


図 4

本県における J-CIMELS の活動は、福岡県産婦人科医会が中心となり九州大学、産業医科大学、福岡大学および久留米大学の 4 大学の産婦人科、救命救急が協力し J-CIMELS FUKUOKA Working Group を立ち上げ様々な壁を越えたネットワークを構築した。平成 28 (2016) 年から J-CIMELS を開催し、現在まで 10 回の開催で 360 名以上が受講している。開催地も北九州エリア、福岡エリア、筑豊エリアおよび筑後エリアの 4 つの地域で行われ、県全体で母体救命に向けた取組みがなされている。

(3) 無痛分娩について

平成 29 (2017) 年、大阪でのマスコミ先行報道に端を発して様々な無痛分娩関連事故が報道され、無痛分娩は社会問題へと発展している。日本産婦人科医会は直ちに妊産婦事例報告事業で無痛分娩による死亡例のデータを解析、平成 22 (2010) 年から平成 28 (2016) 年の妊産婦死亡 271 例中 14 例 (5.2%) で無痛分娩が施行され、稀だが重篤な麻酔合併症が起こっていることが判明し、同年、日本産科婦人科学会学術集会で無痛分娩への注意喚起(緊急提言)が行われている。無痛分娩や帝王切開の麻酔に直接関係する重篤な有害事象として、全脊髄くも膜下麻酔(全脊麻)や局所麻酔薬中毒があり、合併症への適切な対応が出来ない診療体制下での硬膜外無痛分娩の実施などが主な課題となっている。こういった有害事象の発生時には救命のため、呼吸・循環管理の設備、薬剤を備え、救命処置の知識と技術を有した医師が麻酔を担当することが重要である。しかしながら、ライフサポートに不慣れな医師が無痛分娩を担当して有害事象に繋がっている可能性がある。平成 29 (2017) 年には厚生労働省特別研究「無痛分娩の実態把握及び安全管理体制の構築についての研究」班が発足し、「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」がなされている。平成 30 (2018) 年、本研究班の提言を受けて、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本医師会、日本麻酔科学会、日本産科麻酔学会、日本看護協会の 6 団体により「無痛分娩関係学会・団体連絡協議会(JALA)」が組織された。機能別に①情報公開分科会、②研修体制分科会、③有害事象分科会を柱に活動が開始されている。以下、紹介する。

①無痛分娩取り扱い施設は無痛分娩の診療体制に関する情報をウェブサイト等で公開すること、JALA は情報公開している無痛分娩取り扱い施設を取りまとめたリストを作成、ウェブサイトで公開、周知徹底を図ること。

②無痛分娩の安全な実施を目的として、無痛分娩にかかわる医療スタッフが産科麻酔に関する知識や技術を維持し、最新の知識を更新するために必要な講習会を定期的で開催すること。カテゴリーABCDに分けて、A安全な産科麻酔の実施と安全管理に関する最新の知識習得及び技術の向上のための講習会(JALA主催)、B産科麻酔に関連した病態への対応のための講習会(JCIMELS硬膜外鎮痛急変対応コースが相当コース)、C救急蘇生コース(J-CIMELSベーシックコース、PC3、ACLS、ICLSが相当コース)、D

安全な産科麻酔実施のための最新の知識を習得し、ケアの向上をはかるためのコメディカルを対象とした講習会となっている。

③無痛分娩取り扱い施設は、日本産婦人科医会（以下「医会」という。）が実施する偶発事例報告事業及び妊産婦死亡報告事業の報告対象症例が発生した場合、医会に速やかに報告すること。その後、有害事象は JALA を窓口、死亡事例は医会・医師会を窓口とする。医会は、偶発事例報告事業の報告症例のうち無痛分娩症例については、他の関係学会及び団体と連携し、無痛分娩の専門家が関与して、情報収集及び分析並びに再発防止策の検討内容を会員等に提供すること。また、妊産婦死亡報告事業の報告事例のうち、無痛分娩の症例については、適切な診療体制がとられていたかも含めて情報収集を行い、妊産婦死亡検討評価委員会へ情報提供すること。また、妊産婦死亡検討評価委員会からの評価・提言を、会員等に提供すること。

今後、このように無痛分娩を行う施設医療者は研修会受講による自己研鑽を義務化することも必要であろう。また、JALA のホームページには無痛分娩取り扱い施設の情報公開がなされているが、リストに掲載されていない（情報公開していない）施設においても無痛分娩が行われている現実があり、これも今後の課題である。

無痛分娩は自然分娩に比べ陣痛による痛みを緩和するメリットがある反面、麻酔合併症の発生、陣痛促進剤の使用、吸引・鉗子などの器械分娩の増加などリスクを増やす分娩であることを妊産婦に理解させることも必要である。そのうえで、妊産婦は無痛分娩を希望するかを判断し、分娩施設の選択も JALA の施設情報を吟味したうえで行うべきである。我々も母子手帳に JALA のウェブサイト記載を依頼するなど行政との連携も必要となる。分娩取り扱い施設の管理者は無痛分娩の安全管理体制が整わない状態での無痛分娩は行うべきではない。

3. 子育て世代包括支援センター

（1）福岡県における子育て世代包括支援センターの現況と課題

1）子育て世代包括支援センターの現況

平成 28（2016）年に母子保健法（昭和 40 年法律第 140 号）の改正が行われ、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行う包括支援センター（法律上の名称は「母子健康包括支援センター」という。）が新たに規定され、市町村は同センターを設置するように努めなければならないこととされた。

また、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成 28（2016）年 6 月 2 日閣議決定）に基づき、包括支援センターについては、令和 2（2020）年度末までの全国展開を目指し取

組むこととされた。

令和元（2019）年 7 月に行った福岡県の調査では、60 市町村のうち 36 市町、48 ヶ所に包括支援センターが設置され、24 市町村が未設置であったが、令和元（2019）年 10 月に新たに 2 市町で設置され、令和 2 年度末までには全ての市町村に設置される見込みとなっている。

現在、設置済みの包括支援センターは、すべて直営であり、今後、設置される包括支援センターについても、委託による運営を予定している市町村はない。

支援を行う対象者は妊産婦、子ども、子どもの保護者であり、子どもの対象年齢は 0 歳から就学前までが 17 市町と最も多く、次いで 0 歳から 18 歳までが 10 市町となっている。

母子保健型の利用者支援事業¹はすべての包括支援センターで、基本型や特定型の利用者支援事業は一部の包括支援センターで実施されている。

また、一部の包括支援センターでは、「妊娠の届出・母子健康手帳の交付」、「妊産婦訪問指導」等の母子保健事業、「乳児家庭全戸訪問事業」、「養育訪問支援事業」等の子育て支援事業が実施されている。

2）子育て世代包括支援センターの課題

包括支援センターを設置済みの 36 市町村のうち 30 市町が開設に当たって課題と感じた事項があったとしている。

課題の解決に苦労した項目としては、24 市町が挙げた「マンパワーの確保」が最も多く、次いで「他部署間との調整」、「財源の確保」、「プライバシーが確保できる部屋の確保」の順であった。

未設置の市町村においても、開設に当たり苦労している項目として「マンパワーの確保」を挙げた市町村が最も多く、次いで「他部署間との調整」と「財源の確保」、その次が「プライバシーが確保できる部屋の確保」であった。

包括支援センターの開設に当たり、設置済みの市町、未設置の市町村のどちらも最も多く課題として挙げた「マンパワーの確保」の具体的な内容については、既存

¹ 子育て家庭や妊産婦が、教育・保育施設や地域子ども・子育て支援事業、保健・医療・福祉等の関係機関を円滑に利用できるように、身近な場所での相談や情報提供、助言等必要な支援を行うとともに、関係機関との連絡調整、連携・協働の体制づくり等を行うことを目的に、市区町村が直営又は委託より実施する。基本型、特定型、母子保健型の 3 つの類型がある。
基本型：地域子育て支援拠点等の身近な場所で、子育て家庭等から日常的に相談を受け、個別のニーズ等を把握、子育て支援に関する情報の収集・提供や子育て支援事業や保育所等の利用に当たっての助言・支援を行う「利用者支援」と、より効果的に利用者が必要とする支援につながるよう、地域の関係機関との連絡調整、連携・協働の体制づくり、地域に展開する子育て支援資源の育成、地域で必要な社会資源の開発等、地域における子育て支援のネットワークに基づく支援を行う「地域連携」の 2 つの柱で構成されている。

特定型：主に市区町村の窓口で、子育て家庭等から保育サービスに関する相談に応じ、地域における保育所や各種の保育サービスに関する情報提供や利用に向けての支援などを行う。

母子保健型：主に市町村保健センター等で、保健師等の専門職が、妊娠期から子育て期にわたるまでの母子保健や育児に関する妊産婦等からの様々な相談に応じ、その状況を継続的に把握し、支援を必要とする者が利用できる母子保健サービス等の情報提供を行うとともに、関係機関と協力して支援プランの策定などを行う

の職員が不足していることに加え、助産師や保健師など専門職の募集をしたが集まらないといった回答もあった。

開設後に包括支援センター運営上の課題となっているのは、開設に当たってと同様の「マンパワーの確保」に加え、「包括支援センターの周知」、「支援プランの策定」、「関係部署との連携」が挙げられていた。

開設したばかり、業務多忙、目標値を設定していないなどの理由から、包括支援センターを設置している36市町のうち、事業評価を行っているのは8市町となっている。

包括支援センターの事業評価を行っている市町においても、「子育て世代包括支援センター業務ガイドライン（以下「ガイドライン」という。）」で示されているように、業務の仕組みや体制を評価する「ストラクチャー（構造）指標」、目的や目標達成のための過程（手順）や活動状況を評価する「プロセス（過程）指標」、目的や目標の達成のために行われる業務や事業の結果を評価する「アウトプット（事業実施量）指標」、目的や目標の達成度、成果の数値目標を評価するもの「アウトカム（結果）指標」を網羅しての事業評価を行ってはいないようである。

一方で、包括支援センターの設置が進む中、市町においては、対象者の支援や関係機関との連携強化が図られているところである。

より効果的な支援に向けて、今後、各市町村が自市町村の包括支援センターの運営状況について、他の市町村と相対的に比較して評価できるよう、統一的な事業評価シートにより情報を共有するとともに、公表をしていく仕組みづくりが必要となってくると考える。

【参考】

- 別紙1 「子育て世代包括支援センター」等に関する調査結果の概要
- 別紙2 「子育て世代包括支援センター事業評価シート（例）」

「子育て世代包括支援センター」等に関する調査結果の概要

【調査の概要】

- 1 調査対象：県内 60 市町村（政令市・中核市を含む）
- 2 調査時期：令和元年 7 月
- 3 調査主体：福岡県健康増進課母子保健係

【結果の概要】

- 1 包括支援センター設置状況について
 - 設置済み 36 市町（48 か所）、未設置 24 市町村
- 2 子どもの対象年齢
 - 0～3 歳：1 市 0～5 歳：2 町 0～就学前：17 市町 0～15 歳：1 市
 - 0～17 歳：3 市町 0～18 歳：10 市町 規定なし：2 市

- 3 包括支援センター開設に当たっての課題、対応策

課題	対応策
マンパワー不足	新たに採用 業務を調整しマンパワーを確保
他部署間との調整	準備会議、先進地視察、 役割明確化と連携体制構築に時間をかけた
財源確保	地方創生関係交付金で財源を確保
場所確保	部屋の変更や調整、間仕切り、パーティション、 会議室を工事

- 4 包括支援センター運営上の課題

包括支援センターの周知、支援プランの策定、関係部署との連携（子育てに関する部署が散在しており、包括的な体制がとりにくい）、対象者に対するマンパワー不足（妊娠期からの細かな支援が必要なケースが増えおり、マンパワーの不足が課題）等

- 5 事業評価

- 包括支援センター設置 36 市町のうち、事業評価を行っているのは 8 市町
- 事業評価をしていない理由：開設したばかり、業務多忙、目標値を設定していない等

子育て世代包括支援センター事業評価シート（イメージ）

基本情報

名称	
所在地	
TEL	
FAX	
E-mail	
HP (URL)	

人員体制

	常勤	非常勤	計
保健師	人	人	人
助産師	人	人	人
看護師	人	人	人
社会福祉士	人	人	人
その他	人	人	人
計	人	人	人

相談体制

相談日時	相談受付件数	地区担当制	複数名体制	専用Web	メール相談	SNS相談
	件					

職員研修

	開催の有無	回数	参加人数	備考（研修名）
自団体で開催		回	人	
他団体の研修に参加		回	人	
その他		回	人	

支援プラン等について

年齢	～0歳	0～1歳	1～2歳	2～3歳	4～就学前	・・・	計
対象者数	人	人	人	人	人	人	人
面談・アンケート数	人	人	人	人	人	人	人
支援台帳数	人	人	人	人	人	人	人
利用計画（セルフプラン）数	人	人	人	人	人	人	人
支援プラン作成数	人	人	人	人	人	人	人
うち今年度作成数	人	人	人	人	人	人	人
プラン作成者のうち問題解決数	人	人	人	人	人	人	人
児童虐待対応件数	人	人	人	人	人	人	人

情報共有・支援を検討するための会議体等

	会議体等の有無	参加者	開催回数
庁内関係課との会議体			回
庁外関係機関との連絡会			回

関係機関への対応依頼件数

医療機関	保健所	児童相談所	福祉事務所	保育所・幼稚園	教育委員会	・・・	計
件	件	件	件	件	件	件	件

その他

	把握の有無	把握方法	度数（割合）
地域住民のセンター認知度			%
センターにおける支援の満足度			%
安心して妊娠・出産・子育てができると思う人の割合			%

（２）子育て世代包括支援センターのあり方

１）子育て世代包括支援センター設置の経緯

平成 26（2014）年度に「妊娠・出産包括支援モデル事業」が 29 市町村において実施され、同年 12 月の「まち・ひと・しごと創生総合戦略」の閣議決定、平成 27（2015）年の「少子化社会対策大綱」の閣議決定においてその推進が謳われ、平成 28（2016）年 5 月に成立した「児童福祉法等の一部を改正する法律案」において母子保健法に基づく「母子健康包括支援センター」が平成 29（2017）年 4 月から施行されることになった。さらに平成 28（2016）年 6 月の「日本一億総活躍プラン」の閣議決定で令和 2（2020）年度末までに全国展開を目指すとされた。このような経緯を振り返ってみると、設置の目的・方向性については、その時々文脈に流され定まっていなかった感があるが、平成 30（2018）年に成育基本法が成立した大きな流れの中で位置付けると、包括支援センターの設置によって実現されるべきは、「子育て世代包括支援センター」と利用者支援事業等の関係等（平成 27（2015）年 9 月：厚生労働省）」に示されている 3 要件、1. 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援、2. ワンストップ窓口において個別のニーズを把握した上で、母子保健サービスと子育て支援サービスを一体的に提供、3. 地域の様々な関係機関とのネットワークを構築する地域連携機能、であり、問題が顕在化したハイリスクの親子だけでなく、すべての親子に子育て支援を提供できる体制を整えることである。その背景には、少子化の進行により地域の子育てを支える力が低下し、さらに共働きや転勤などの要因から家族と地域の繋がりが希薄化しており、仕組みとして子育てを支えていく必要性が高まっていることがある。

２）フィンランドのネウボラから学ぶこと

包括支援センターは、日本版ネウボラと呼ばれることがある。フィンランドのネウボラには、地区のネウボラ保健師（ネウボラおばさん）がおり、妊婦健診、乳幼児健診、予防接種などの保健サービスを担当する制度になっている。様々な家庭内の問題の相談にも乗り、アドバイスを行ったり必要に応じて関係機関につなぐ役割を担っている。担当制になっており、基本的には妊娠期から子どもが小学校にあがるまで 1 人の「ネウボラおばさん」が継続的にサポートをするので、お互いに信頼関係が築きやすく、問題の早期発見、予防、早期支援につながっているとされている。ほぼ 100% 近い妊婦、子育て家庭が利用し、そもそも虐待防止を目的とした仕組みではないが、フィンランドにおいて子ども虐待が極めて少ないのはネウボラが大きな役割を果たしていると考えられている。

３）子育て世代包括支援センターのあり方

日本にネウボラをモデルとしたサービスを持ち込むことを考えるとき、日本においてネウボラおばさんの役をどこに求めるかは重要な課題である。平成 29（2017）年に

作成された国のガイドラインにははっきりとは示されていないが、市町村が設置する包括支援センターに所属する保健師がその役割を担うことが想定されていると読み取れる。しかし、担当者が数年で交代する日本の行政組織において、地域で同じ担当者がすべての子育て家族について、5年を超す長期間にわたって相談相手を務めるというのは困難であると考ええる。これまでその役を果たしてきた、妊婦健診から出産まで携わる「かかりつけ産婦人科」、予防接種や乳幼児健診を行い、子どもたちの成長を見守る「かかりつけ小児科」がその役を担うのが自然であり受け入れられやすいのではないかと。ネットワークを構築し社会資源の開発を行うことは包括支援センターの3要件に記されており、利用者支援機能をかかりつけ医療機関に委ねることはその趣旨に合っている。地域の医療機関は、その医療機関を受診する人にしかサービスの提供ができないため、サービスが全ての住民に提供されているかを把握し、必要に応じてかかりつけ医療機関につなぐことが行政の役割となる。

図表 4 子育て世代包括支援センターの必須業務

-
- ①妊産婦・乳幼児等の実情を把握すること
 - ②妊娠・出産・子育てに関する各種の相談に応じ、必要な情報提供・助言・保健指導を行うこと
 - ③支援プランを策定すること
 - ④保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整を行うこと
-

(子育て世代包括支援センターガイドライン より)

図 5

ガイドラインに示されている包括支援センターの必須業務のうち、2はかかりつけ医療機関等でも従来から行われていることであり、包括支援センターには、「1. (全ての) 妊産婦・幼児等の実情を把握すること」、必要な対象者についてかかりつけ医療機関や、幼稚園・保育園などから十分な情報収集を行う中で「3. 支援プランを策定すること」、「4. 保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整を行うこと」がとりわけ重要な役割になると考える。

4) 子育て支援と虐待対策

近年の子ども虐待の増加は、社会環境の変化が要因の1つと考えられている。少子化に伴い、社会が子育てに対する寛容性を失い、地域の子育てを支える力が低下することで、子育ての孤立化が進んでいる。虐待は、日常の子育てのなかで親側あるいは子ども側のさまざまな社会的・身体的にネガティブな要因からどの親子にも起こりうると考えられるようになっており、虐待予防・防止を進めるためには、すべての親子に目を向け広く子育てを支えて行く必要がある。フィンランドのネウボラはその先進事例であり、母子保健・子育て支援の充実による子育て環境の改善が虐待予防・防止につながることを期待される。包括支援センターを扇の要として、日々家族に接している産科、小児科など地域のかかりつけ医療機関、さらに保育園などの子育て機関が連携することにより子育て支援の網がきめ細かく広がっていくことが望まれる。

「包括支援センター」の業務として一番重要なことは「各市町村で出生したすべての児が健全に発育することを見守る責務を地方自治体が担当する」ことである。行政が「一般的な健全な家庭での生活」からはずれた子育て家庭をどのように見つけて対応するかが問われている。

小規模な自治体であれば出生数も少なく全家庭とその児童を網羅することも可能であろうと考えられるが、中規模以上の自治体であれば、問題家庭をいち早く発見し早期にセーフティーネットを張る必要がある。発見の方法としては、1) 出産前の産科医からの要支援報告書の活用、2) 妊娠中期以降や出産後の母子手帳発行過程の把握と家庭訪問の取組み、3) 小児科医からの要支援報告書の活用、4) 産後1カ月健診補助券の請求がない家庭への早期家庭訪問、5) NICU等の施設を退院した児を持つ家庭への頻回の訪問、6) 健診を受診しない家庭への訪問、等、問題家庭の有効な抽出法の開発と問題家庭への訪問の継続、見守りが挙げられる。出産後に転出した児の連絡体制の構築も重要である。福岡市で行われている、各区の保健福祉センターと小児科・産婦人科医療機関の連携を強化する育児支援ネットワーク作り事業などの発展が期待される。

令和元(2019)年12月から「成育基本法」の施行が始まった。今期の本委員会が協議した「子育て世代包括支援センター」の議論は、来年度からは「成育基本法」の枠に含まれて再構築される可能性がある。今期の本委員会での議論は、「成育基本法」を基に新規に作成されるであろう「子育て世代包括支援センター」に繋がる有用な議論だと思われた。

4. 児童虐待防止に向けた取組み

(1) 福岡県における児童虐待の現況と虐待防止に向けた取組み

1) 児童虐待の状況

県内には、県が所管する6か所と北九州、福岡両政令市が所管するものが其々1か所、計8か所の児童相談所がある。これらの児童相談所に対応した児童虐待の件数は、年々増加しており、平成30(2018)年度は、前年度比1,393件増の6,908件と過去最高となっている。

その内訳は、暴言などの心理的虐待が約半分の3,851件、次いで身体的虐待1,629件、育児放棄(ネグレクト)1,358件、性的虐待70件となっている。

増加している要因としては、家庭の養育力の低下に伴い、虐待行為そのものが増加していること、児童福祉法改正に伴う虐待通告の義務付けと県民や学校関係者の意識の高まり、児童相談所虐待対応ダイヤル「189」(いちはやく)の普及により児童相談所への通告が増加していること、また、子どもの目の前で親が配偶者に暴力をふるう、いわゆる「面前DV」が心理的虐待にあたるとされ、警察からの通告が、平成28(2016)年度以降、大幅に増加したことがあげられる。

(参考) 児童虐待相談対応件数の推移

(単位：件)

		26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
福岡県所管		951	1,229	2,300	3,084	3,513
政令市所管		1,001	1,169	1,894	2,431	3,395
合計		1,952	2,398	4,194	5,515	6,908
虐待種別内訳	身体的虐待	644	798	1,068	1,333	1,629
	性的虐待	51	52	44	64	70
	心理的虐待	537	765	2,166	3,102	3,851
	ネグレクト	720	783	916	1,016	1,358

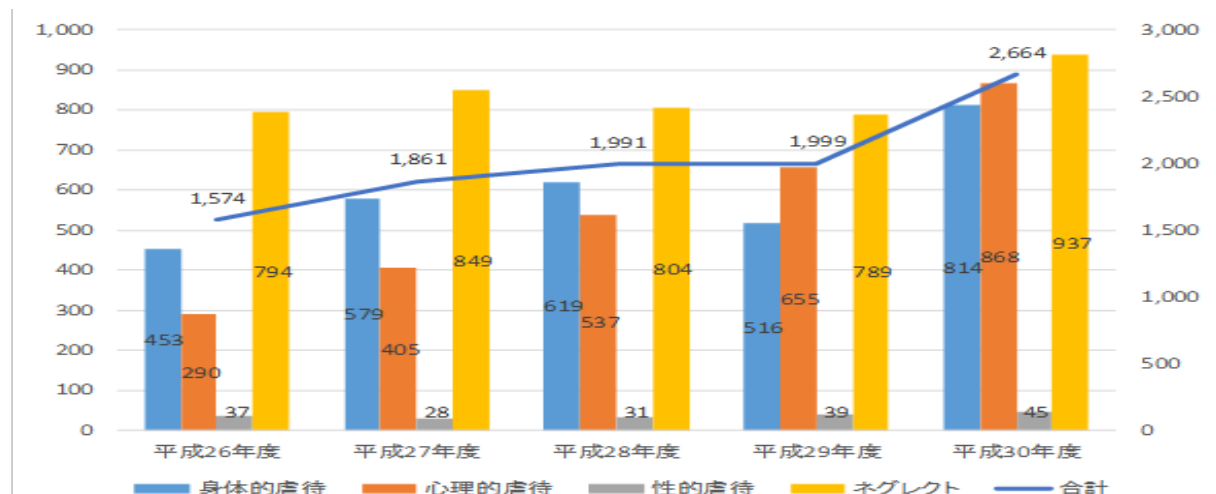
(資料：厚生労働省「福祉行政報告例」)

図6

2) 市町村における状況

市町村では、子どもや家庭に関する相談窓口を設置し、子どもや保護者などからの相談に応じている。市町村（政令市を除く）における児童虐待の相談対応件数は、平成30（2018）年度で、対前年比665件増の2,664件となっている。

（参考）市町村（政令市を除く）における児童虐待相談対応件数の推移（単位：件）



（資料：福岡県児童家庭課）

図7

また、県内全ての市町村において、「要保護児童対策地域協議会」（以下「要対協」という。）が設置され、特に支援を必要とする子どもや妊婦について、児童相談所、学校、保育所、医療機関などの関係機関と情報を共有し、支援内容の協議を行っている。

この「要対協」は、

- ①「代表者会議」（構成員の代表者による会議であり、実務者会議が円滑に運営されるための環境整備を目的として年に1回から2回開催される）
- ②「実務者会議」（実際に活動する者で構成される会議であり、全てのケースについて定期的に状況を進捗管理し、支援方針の見直し等を目的に開催される）
- ③「個別ケース検討会議」（個別の支援対象児童等について、構成機関の担当者等により、具体的な支援内容の検討のため適時開催される）

の3つの会議から構成されている。

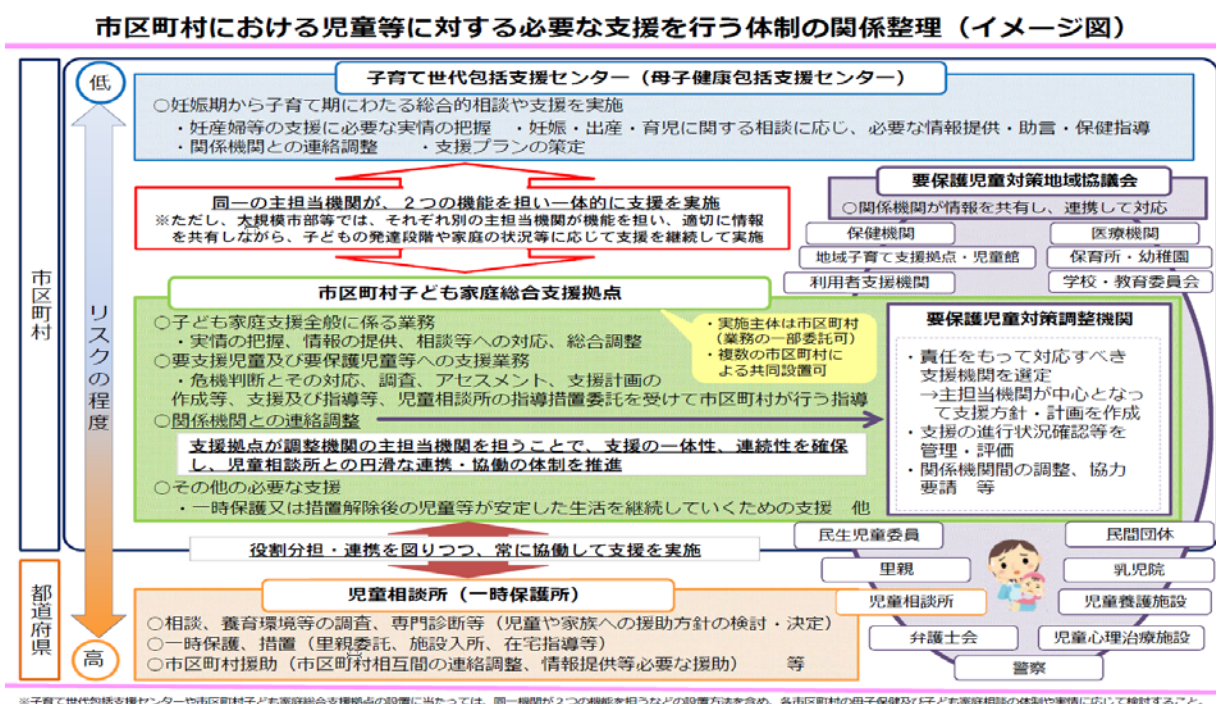
近年、個々のケースへの対応について、関係機関の連携が十分でなく、深刻な事態に至ったケースも見受けられることから、「要対協」による関係機関の協力・連携を徹底することが必要である。

とりわけ、児童相談所、教育委員会、警察は、児童虐待の通告、早期発見、早期対応等に関与する機会が多い公的機関であり、「要対協」を構成する主たる機関である

こと、また、配偶者暴力相談支援センターや福祉事務所は、児童虐待の特性とDVの特性が相互に重複して発生すること、医療機関は、妊産婦や児童、養育者の心身の問題に対応することにより、要保護児童や養育支援を特に必要とする家庭を把握しやすい立場にあることから、積極的な参加が求められている。

平成 28 (2016) 年の児童福祉法の改正により、虐待の疑いがあるなど、支援の必要な子ども等に対して、家庭訪問等を行い、必要な支援を継続的に行う「市区町村子ども家庭総合支援拠点」の設置が、市町村の努力義務とされ、平成 30 (2018) 年 12 月の国の「児童虐待防止対策体制総合強化プラン」では、令和 4 (2022) 年度までに、全市町村で設置することが目標として示された。平成 31 (2019) 年 4 月 1 日現在の本県における設置自治体数は、7 か所となっている。子どもが身近な場所で、適切な支援を受けられるよう、引き続き市町村の体制強化に向けた取り組みが必要である。

(参考) 市町村における児童等に対する必要な支援を行う体制イメージ



(資料：厚生労働省「市町村・都道府県における子ども家庭相談支援体制の強化等に向けたワーキンググループ」)

図 8

3) 児童相談所等の取組み

児童を虐待から守るため、県の 6 つの児童相談所では、24 時間 365 日、通告を受けられる体制を整え、通告があった場合には、原則 48 時間以内に、家庭訪問等による安全確認を行っている。安全確認にあたって、保護者が児童との面会を拒否した場合や、保護者による威圧的な要求等が予想される場合は、管轄の警察官又は児童相談所

に配置された警察官と同行し、立入調査等を行っている。

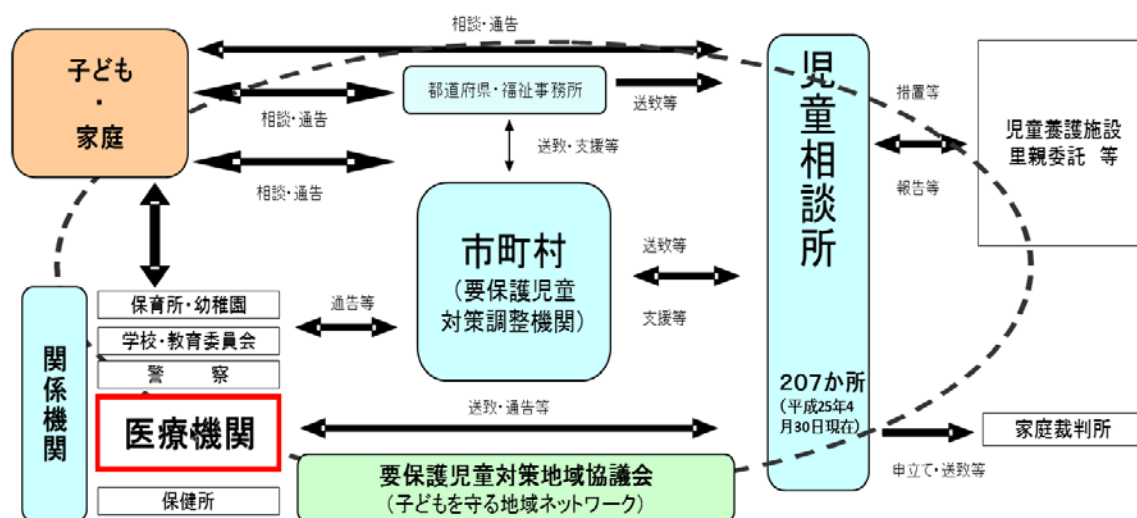
また、必要に応じて、一時保護により児童の安全を確保し、保護者への指導を実施している。

県の児童相談所では、「児童虐待の防止等に関する法律（以下「児童虐待防止法」という。）」が施行された平成 12（2000）年度から、令和元（2019）年度までに、児童福祉司について、29 名から 78 名と大幅に増員するとともに、警察官や弁護士との配置を行うなど、体制強化を図ってきた。令和元（2019）年 6 月の児童福祉法改正等により、増加する虐待事案に迅速かつ適切に対応できるよう、児童福祉司や児童心理司の更なる増員等を図ることとされている。

また、児童相談所と警察は、県、県警察、北九州市、福岡市の 4 者で協定を締結し、刑事事件として立件可能性のある重篤な虐待事案はもとより、それ以外の注意を要する事案についても、必要に応じて情報共有を行っている。

医療機関との連携では、本県の中核的な医療機関を中心として児童虐待対応のネットワークづくりや保健医療従事者の教育等を行い、児童虐待への対応向上を図るため、「福岡県児童虐待防止医療ネットワーク事業」を実施している。児童虐待防止医療ネットワーク拠点病院は、飯塚病院（県指定：平成 25 年 6 月）、聖マリア病院（県指定：平成 25 年 6 月）、北九州市立八幡病院（北九州市指定：平成 26 年 7 月）、福岡大学病院（福岡市指定：平成 26 年 7 月）の 4 か所であり、院内に「児童虐待専門コーディネーター」が配置され、①院内及び地域の関係者との連絡調整、②地域の医療機関からの相談対応、③地域の医療機関等を対象とした教育研修、④拠点病院内における児童虐待対応体制整備が行われている。

（参考）児童虐待防止対策における医療機関の位置づけ



（資料：厚生労働省「児童虐待防止医療ネットワーク推進事業の手引き」） 図 9

4) 一時保護の状況

児童相談所では、虐待を受けている子どもの安全確保など、必要と認められる場合は、児童相談所に設置している一時保護所や里親、乳児院、児童養護施設等で、子どもを一時保護している。

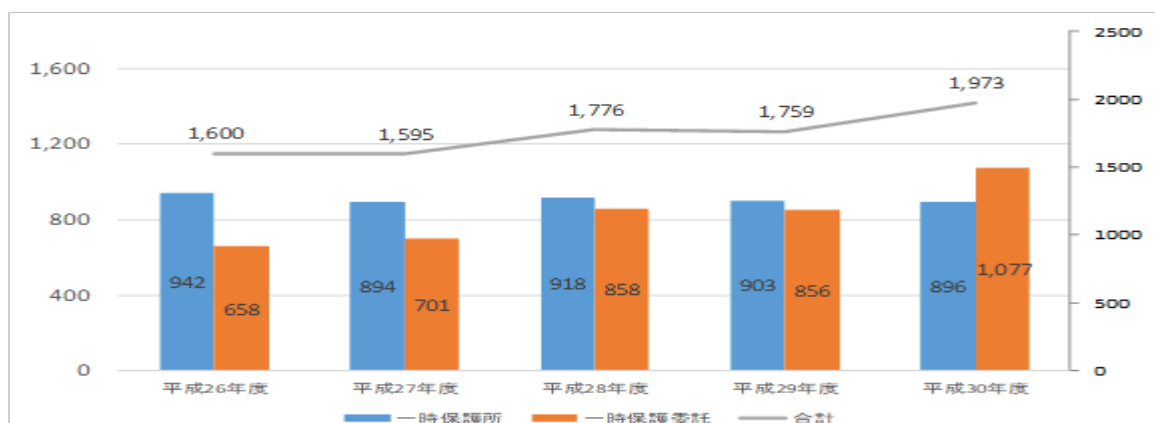
本県の一時保護児童数は、平成 26 (2014) 年度から平成 30 (2018) 年度の 5 年間で、延べ 1,600 人から 2,000 人の間で推移している。内訳では、里親や児童養護施設等で一時保護した児童数は、平成 30 (2018) 年度は、1,077 人で、平成 26 (2014) 年度と比較すると、419 人の増加となっている。

一時保護した理由では、「養護 (虐待)」が平成 26 (2014) 年度の 414 人から平成 30 (2018) 年度は、810 人と約 2 倍に増加している。

一時保護においては、虐待により心身に傷を負い、ケアが必要な子どもなど、一人ひとりの状況に応じた支援ができるよう、環境整備が求められている。

(参考) 県所管児童相談所における一時保護件数の推移

(単位：件)

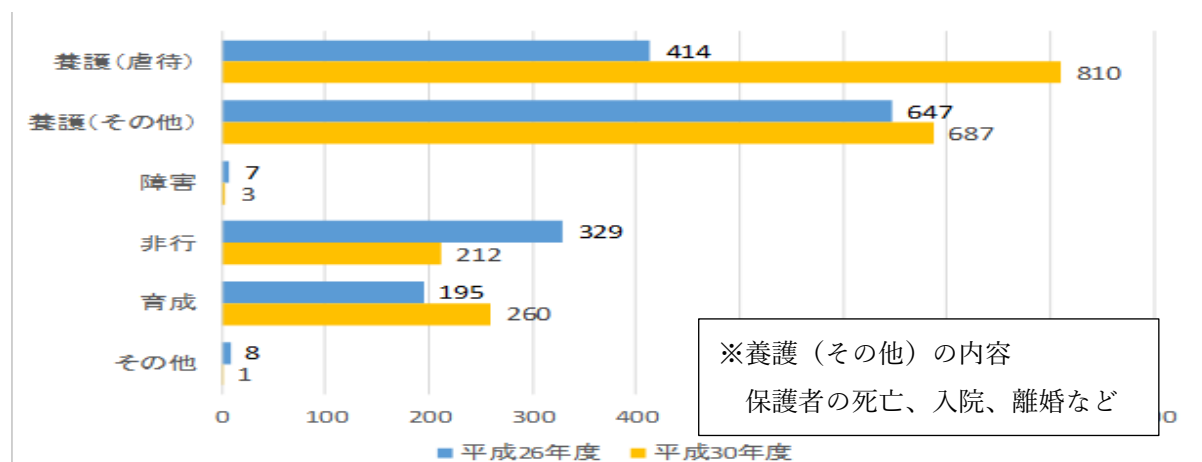


(資料：福岡県「児童相談所業務概要」)

図 10

(参考) 県所管児童相談所における一時保護の理由別件数

(単位：件)



(資料：福岡県「児童相談所業務概要」)

図 11

(2) 市町村の取組みと医師会及びかかりつけ医の関わり

平成 19 (2007) 年に制定された児童虐待防止法において、

(国及び地方公共団体の責務等)

第四条 国及び地方公共団体は、児童虐待の予防及び早期発見、迅速かつ適切な児童虐待を受けた児童の保護及び自立の支援（児童虐待を受けた後十八歳となった者に対する自立の支援を含む。第三項及び次条第二項において同じ。）並びに児童虐待を行った保護者に対する親子の再統合の促進への配慮その他の児童虐待を受けた児童が良好な家庭的環境で生活するために必要な配慮をした適切な指導及び支援を行うため、関係省庁相互間その他関係機関及び民間団体の間の連携の強化、民間団体の支援、医療の提供体制の整備その他児童虐待の防止等のために必要な体制の整備に努めなければならない。

2 国及び地方公共団体は、児童相談所等関係機関の職員及び学校の教職員、児童福祉施設の職員、医師、保健師、弁護士その他児童の福祉に職務上関係のある者が児童虐待を早期に発見し、その他児童虐待の防止に寄与することができるよう、研修等必要な措置を講ずるものとする。・・・

と規定している。ここにあるように、関係省庁相互間は元より、その他の関係機関、民間団体と連携を取るように、また、民間団体の支援、医療提供体制の整備その他の必要な体制の整備に努めるようにとしている。つまり、市町村にとっては努力義務に過ぎない。児童虐待の疑いが濃い子どもたちを検討する要対協の実務者会議にほぼ医師が配置されるようになり、実務者会議に医師を医師会から推薦していることが多くなった。ただし、実務者会議の構成員である医師においても、資料は持ち帰れない。当然、たまたま構成員であった場合を除きかかりつけ医には情報が届かない。もどかしい限りである。かかりつけ医の一般診療においても同様であるが、園医や学校医の健診の際には、時短の圧力がかかったうえに、昨今当然のように脱衣を拒否する環境が広がってきており、身体的虐待を発見できる可能性が低下していくことが懸念される。現在、虐待を行っているのは、9割以上が母親である。その背景として、核家族化し、祖父母等の支援を受けにくく、近所づきあいも希薄化している。加えて、今の世代は母親も職業を持っており、家事・育児に負担が大きく、不安もあるが、相談できるところがないものもある。市町村は乳幼児全戸訪問等で、出産後の母子の見守りを行っているが、産科と小児科の連携により出産前からの育児等の相談事業を行うペリネイタルビジットを行い、その費用を公的に負担している市町村も出てきている。

研修に関しても、医師に関しては、法律制定から 10 年以上経過してやっと地方公共団体の動きがでてきたところである。それまでは、一部の心ある医師たちが自主的に活動を続け今に至っている。

現在の対策がどの程度効果を上げているかどうかはわからないが、虐待件数は鰻登

りである。今後、行政と医師会・かかりつけ医は手を携え、共に虐待防止に向け邁進していかなければならないと思う。

令和元（2019）年6月19日に「児童虐待防止対策の強化を図るための児童福祉法等の一部を改正する法律」が国会で成立した。この法律は令和2（2020）年4月1日から施行される事になっている。今回の改正により①児童の権利擁護（親権者による体罰の禁止）、②市町村及び児童相談所の体制強化、③児童相談所の設置促進、④関係機関の連携強化などが挙げられている。

現在、福岡県下において医師会及びかかりつけ医が児童虐待防止に関わるのは、各市町村に設置されている要対協に参加する事がほとんどだと思われる。しかし、かかりつけ医が出席するのは1～2回/年開催される代表者会議のみで、しかもその会では各部門（警察・児童相談所・教育委員会・児童委員・保育所・幼稚園・学校・医師会・弁護士会・民生委員等）の代表者が集まり挨拶の後、行政機関から前年度の業績などを聞いて終わることが多いようである。代表者会議では、配布資料は1週間前に郵送して、参加者はそれを読んで議論をする時間にすべきと考える。また、この会では各地域の虐待情報や疑い情報は地域の民生委員や児童委員、兄弟がいる家庭では学校教諭や養護教諭が多くの情報を持っていることもわかった。被虐待児の主治医である小児科医・教諭・民生委員・児童委員が個別検討会議や実務者会議に出席し、これらの情報を有効に活用すべきと考える。行政機関ではそれぞれのケースに時間をかけて虐待防止策や支援策を議論しておられると思うが、行政機関者のみの会議では情報などにも限界があると思われるので、外部からの知識や情報を入れて最終的には行政機関に任せて解決をするような方式にしていきたいと思う。そのためには妊娠期から産科医療機関と行政機関が共有している情報を小児科医療機関へも提供していただくことだ。もう一つの情報共有は他地区からの転入の虐待および虐待疑いの事例情報だ。行政機関同士では情報の共有が行われているが、かかりつけ医である小児科医までは情報が伝わってきていない。この点もぜひ今後改善をしていただきたい点だと思う。虐待情報の提供は個人情報保護よりも上位にあると思うが、当然のことながらこの様な会議出席者には守秘義務が課せられているので、何らかの方策はあると考えられる。

最近の虐待の形態は身体的虐待よりもネグレクトが増加していると思われる。原因の一つとしては母親の精神疾患の増加も考えられるので、要対協のメンバーに小児科医のみでなく、産科及び精神科医特にメンタルクリニック（開業医）の先生方にも参加していただく必要があると思う。もちろん小児科医も特定の医師が長い間委員をするのではなく、多くの小児科医が要対協委員を経験する事により虐待に対する意識が向上するのではないだろうか。

福岡県下では北九州市行政機関及び福岡市医師会主導によるペリネイタルビジットが行われているが、このような取り組みも虐待予防や虐待防止の一助になると思わ

れるので、県下の多くの地域でペリネイタルビジットの取り組みを推進していただきたいと思います。そのためには行政機関からの力強いサポートが必要になって来ると思われる。以下、4市の取り組みについて紹介する。

1) 北九州市の取り組み

平成 30 (2018) 年度中に全国の児童相談所の児童虐待相談対応件数は 159,831 件で過去最高を更新している（平成 20 (2008) 年度の約 4 倍、対前年度比 119.5%）。北九州市も例外ではなく平成 30 (2018) 年の児童虐待相談対応件数は 1,487 件（対前年度比 131%）であり、相談経路別では警察が最も多く 46.5%を占めているが、医療機関からは 3.2%にとどまっていた。平成 30 (2018) 年度の虐待種別では心理的虐待が 51%と最多で、次いで身体的虐待 27%、ネグレクト 21%、性的虐待は 1%であったが、性的虐待は表に出にくいため実数はもっと多いことが予想された。

前述のように、令和元 (2019) 年に福岡県警察本部と福岡県、福岡市、北九州市の 4 者で、これまで刑事事件として立件の可能性のある重篤な案件のみではなく、頭蓋内出血、骨折、内臓損傷、熱傷、たばこ、アイロン等による火傷がある案件（注意案件）では相互に情報共有する協定が締結された。県内他地区と同様に北九州市でも平成 31 (2019) 年 4 月に「北九州市子どもを虐待から守る条例」が制定され、官民一体となり市民全体で子どもの命と育ちを守る機運となっている。要対協は子ども総合センター（北九州市児童相談所）で年に 2 回開催され、その中で報告された 3 件の虐待死亡例についてその検証委員会の委員となり虐待死に至る過程で虐待死を防ぐ余地がなかったかを子ども総合センター職員、民生委員の代表、弁護士、児童虐待に詳しい大学教員とで検討する機会を得た。該当する児の発育曲線、乳幼児健診の受診歴とその判定結果、予防接種歴、転居の有無等、母子健康手帳から読み取る情報の重要性を再確認した。

令和元 (2019) 年 9 月に北九州市医師会主催で市民公開講座「地域で取り組もう！子ども虐待予防」が開催され多数の北九州市民が聴講した。特別講演として、四国こどもとおとなの医療センター小児科の木下あゆみ先生をお招きした。講演名「地域で取り組む虐待予防～聞こえますか？親子からの SOS～」の中で香川県から東京都目黒区に転居後、虐待死した事例の詳細な経過を報告された。その後のシンポジウムでは、北九州市子ども家庭局児童虐待担当参事より北九州市子どもを虐待から守る条例の説明、北九州市子ども総合センター（児童相談所）児童虐待対策担当課長より北九州市内の虐待事例の報告、拠点施設である北九州市立八幡病院小児救急センター医師、福岡県警察本部少年課、福岡地検小倉支部の検事がシンポジストとしてそれぞれの立場から講演された。

北九州地区の児童虐待防止拠点病院である北九州市立八幡病院では毎月 1 回、院内虐待防止チーム、法医学者、警察、児童相談所（北九州市外を含む）、ソーシャルワ

カー等の多職種による「家族と子どもの支援委員会」が開催され、子ども虐待が疑われる事例について協議、検証する場となっている。同時に児童虐待に関連した講演も実施されている。

平成 18 (2006) 年 4 月に北九州市小倉地区の産科医と小児科医の有志で開始された出産前後小児保健指導（ペリネイタルビジット事業）は、平成 28 (2016) 年 10 月に北九州市の公的事業に発展し、年間に初産妊産婦の約 30%以上が利用している。ポピュレーションアプローチではあるが利用者の中からハイリスク家族を抽出して支援に繋げるためのセーフティーネットとしての機能を有し、年々利用家族が増えている。しかしながら、行政が実施している主として保健師による生後 4 ヶ月までの家庭訪問との連携、さらに市内 7 区役所に設置された包括支援センターの市民への周知、医療者と行政との相互の情報共有は必ずしも十分ではない。そこで現在、行政（保健師を含む）、産科医、助産師・看護師、小児科医、精神科医、保育士等が一同に集まる連携会議設立に向けて協議を進めている。

北九州市医師会の中に児童虐待防止医療連携ネットワーク委員会が発足して定期的に委員会が開催され、歯科医師会の代表も参加している。令和 2 (2020) 年 2 月より北九州地区小児科医会の中に小児救急・虐待委員会が発足した。児童虐待と家族の貧困、子どもの貧困は密接に関係しているため貧困対策も不可欠である。

今後は医科歯科の連携も重要であり、北九州市立八幡病院で開催されている「家族と子どもの支援委員会」を北九州市医師会との合同開催として小児科医は元より、歯科医、産科医、精神科医の多くが参加して「地域で取り組む児童虐待防止」が実現することを期待する。

2) 福岡市の取組み

①福岡市の児童虐待相談件数

福岡市の児童虐待通告件数は増加の一途を辿っており、平成 29 (2017) 年度が 1,930 例、平成 30 (2018) 年度 2,587 例となっている。通告先はこども総合相談センターと保健福祉センターが約 3 : 1 の割合であった。

②各種機関の取り組み

i) 福岡市

福岡市では児童虐待対応の向上を図るため、平成 26 (2014) 年 7 月 1 日から「福岡市児童虐待防止医療ネットワーク事業」を開始した。福岡市医師会の推薦を受け、福岡大学病院が拠点病院となり以下の事業を展開している。

ア) 児童虐待に対する相談への助言等

児童虐待専門コーディネーターが受付窓口となり、虐待疑い例や対応困難な場合の相談に対応。相談件数は平成 29 (2017) 年度、123 例、平成 30

(2018) 年度 188 例。

イ) 児童虐待対応向上のための教育研修の実施

ウ) ネットワーク会議の実施

医療機関や関係機関相互の連携と情報共有のため年 3 回症例検討等を実施と増加している。

ii) 福岡市医師会

ア) 児童虐待防止対策委員会

2 カ月に 1 回程度開催。福岡市弁護士会との間で締結しているパートナーシップ協議会の下部組織として設置。事例発表、検証を行っている。構成は、福岡市医師会会員、弁護士会会員、児童相談所、FCAP-C、SOS 子どもの村、産婦人科医、小児科医等。

イ) 児童虐待防止研究会

年 1 回開催。参加者は上記と同様に児童虐待防止にかかわる関係者。

ウ) 出産前後子育て支援事業

平成 18 (2006) 年から出産前後の妊産婦を対象に産婦人科から小児科への切れ目ない支援を行うために実施している。平成 28 (2016) 年からは医師会で若干の予算を確保したが、一般への周知が難しく、実施人数は平成 28 (2016) 年度の 274 例を最高にしだいに減少している。

iii) NPO 法人 FCAP-C

平成 11 (1999) 年設立。平成 15 (2003) 年に NPO 法人認証。主な活動は以下に記載。

ア) こども虐待防止ホットラインふくおか

イ) 研修、講演会等を開催し、児童虐待についての啓発活動、情報収集及び提供

ウ) 地域ネットワークを支援し、要対協等への参加

エ) 他団体との共同の取組み

オ) 医師、弁護士、臨床心理士など専門職による関係機関へのスーパーバイズ

カ) 産後ケアハウス「ふくふく」の運営：

平成 28 (2016) 年 12 月～令和元 (2019) 年 5 月 (2 年 6 カ月)：

虐待リスクの高い特定妊婦等の受け入れ 17 例

保健福祉センターからの依頼例も多い。

iv) 認定 NPO 法人 SOS 子どもの村 JAPAN

平成 22 (2010) 年 4 月に開村。社会的養護を必要とする児を少人数制で里親が養育。

v) かかりつけ医

ア) 出産前後子育て支援事業を通して潜在的にリスクが高いと考えられる初産

婦を中心に妊娠中から小児科を訪問してもらい、すぐに相談できる心の安全基地となれるよう活動している。福岡地区小児科医会、福岡県産婦人科医会福岡ブロック会の全施設が登録している。

イ) 日常診療を通して、虐待疑い例の通告を行い、保健福祉センター、保育所等と連携を図って見守りを行っている。しかし、個人情報保護法のもとに保健福祉センターからのリスクな例の小児科への情報提供がなされていない。各保健福祉センターと地域の小児科医との会合を持つことにより顔の見える関係を作り、保護者の了承を得て小児科に情報を伝え、ハイリスク例の受診の際には保健所の職員が付き添って来院するなど関係性の改善が望まれる。

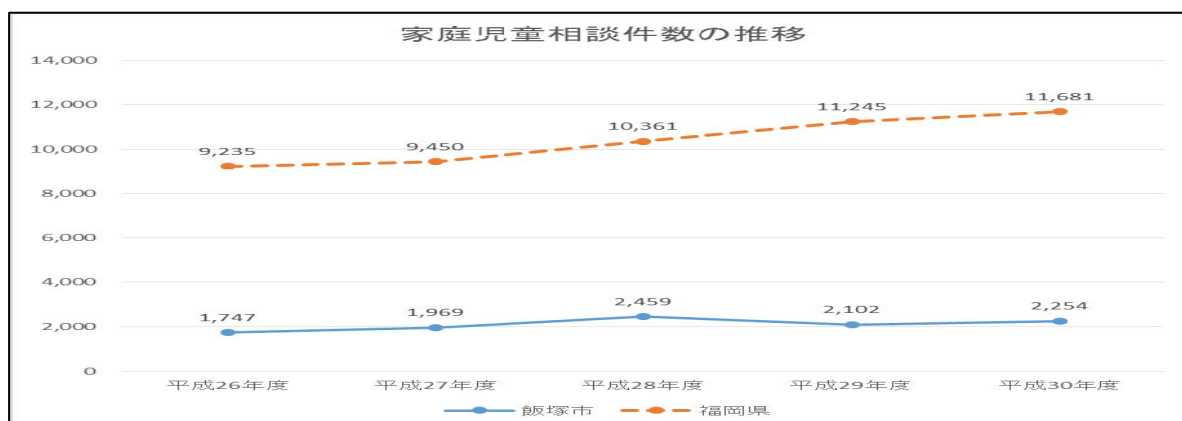
ウ) 要対協への参加

各区医師会より委員を選出している。前稿にもあるように医師の出務時間帯に無理があったり、実際のケーススタディが少ないなど実質上の機能改善が必要と考えられる。

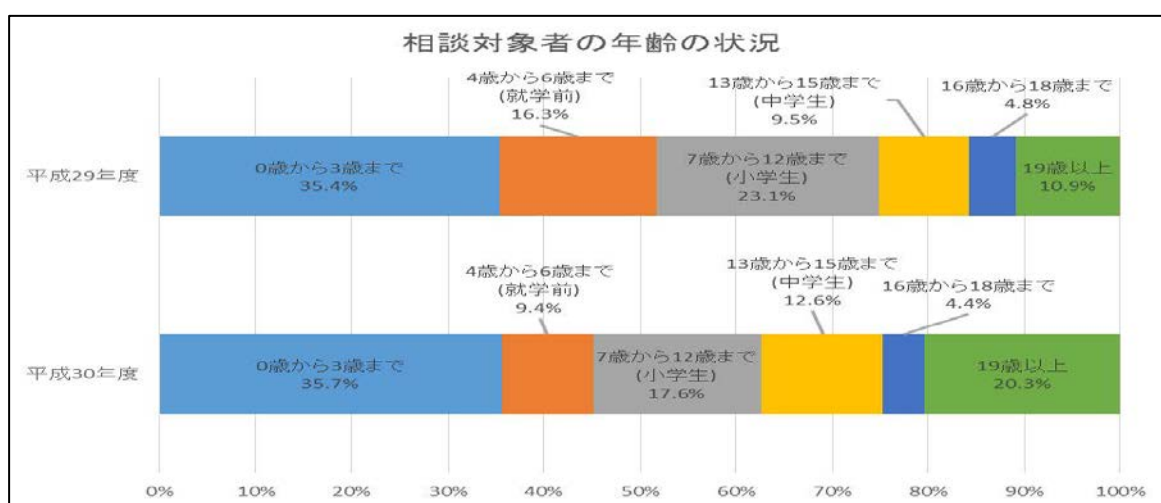
成育基本法の基本理念は「成長過程にある子どもおよびその保護者、並びに妊産婦に対して、必要な成育医療を切れ目なく提供するための施策を総合的に推進する」ことである。そのためには保健福祉センターがキーステーションとなり、各機関からの情報を集約し、個人情報の壁にとらわれることなく必要な情報を各機関と共有することが必須と考えられる。このようなことが実現されてこそ、現在の保健福祉センターも「子育て支援包括支援センター」という名称にふさわしいものとなるのではないかと思われる。

3) 飯塚市の取組み

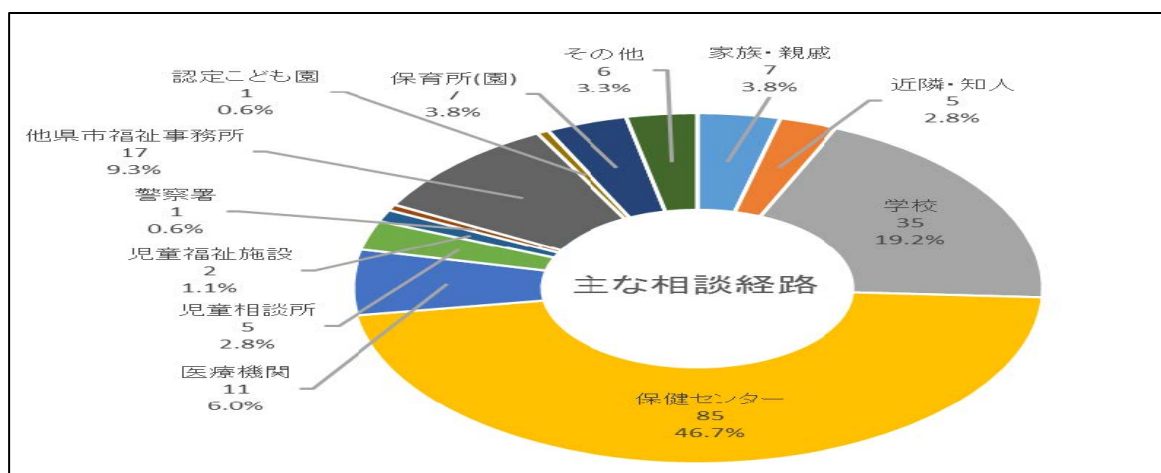
飯塚市では、平成 31 (2019) 年 4 月 1 日に「飯塚市の子どもをみんなで守る条例」が施行され、それに基づく活動の報告がなされている。報告によると、平成 30 (2018) 年度の家庭児童相談件数は 2,254 件(182 世帯)で、前年度と比べ 152 件(35 世帯)、7.2%(23.8%)増加している。年齢は、0 歳から 3 歳までが 65 世帯で最も多く、全体の 35.7%を占めている。また、相談の経路は、保健センターが 85 世帯で最も多く、全体の 46.7%を占めており、次いで多いのは学校で、全体の 19.2%であった。医療機関からは 6.0%であった。相談内容は、児童虐待相談の占める割合が高く、身体的虐待が 17.9%、心理的虐待が 17.1%、保護の怠慢・拒否(ネグレクト)が 16.0%で、全体の 51.0%となっている。対応状況は、助言指導が最も多く、全体の 59.3%であった。



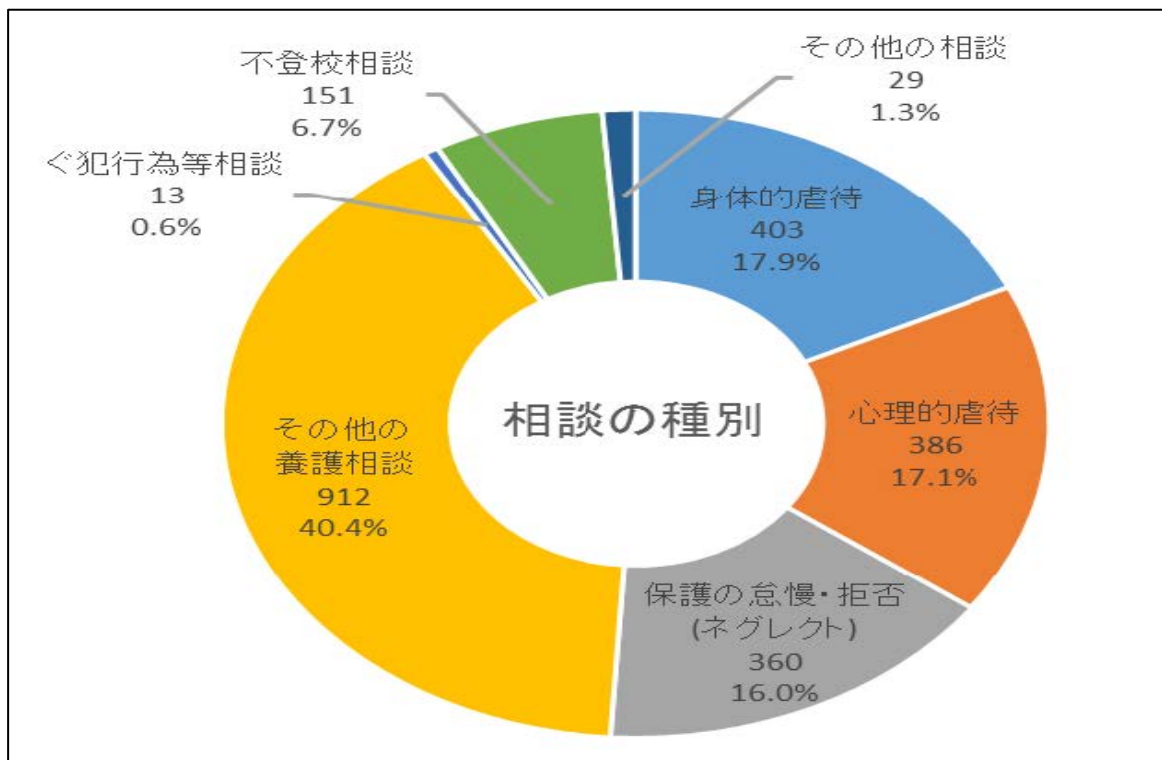
(参考：飯塚市「児童虐待に関する報告書」) 図 12



(参考：飯塚市「児童虐待に関する報告書」) 図 13

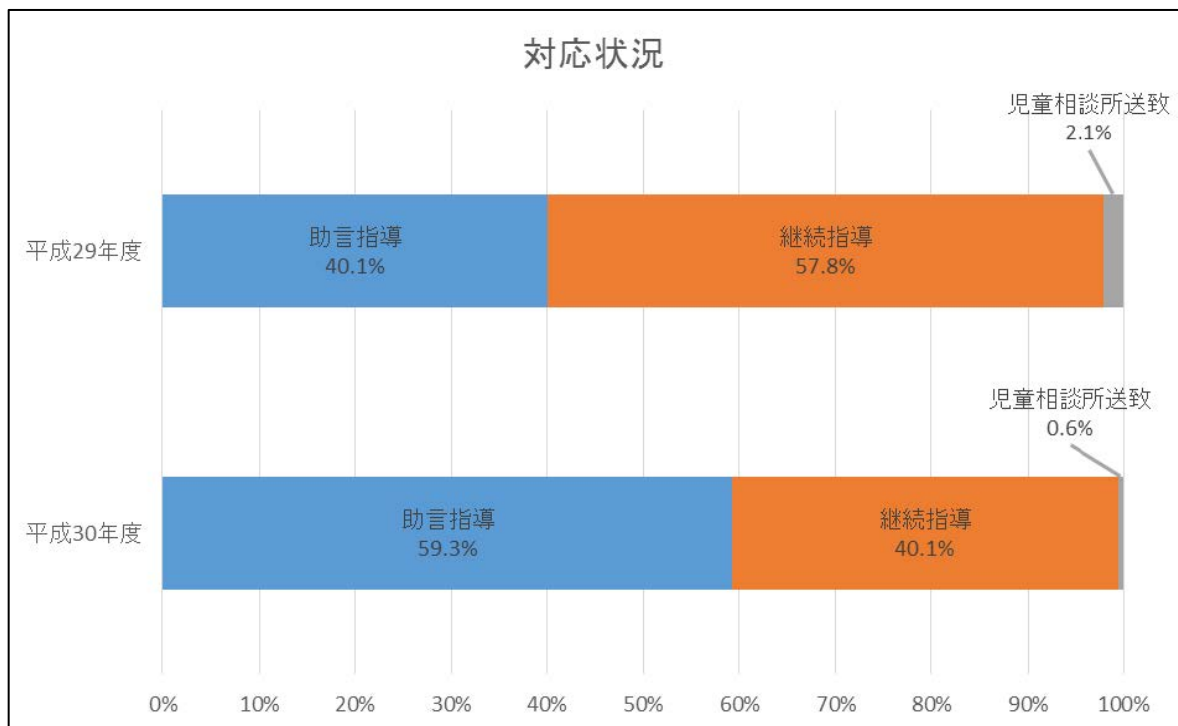


(参考：飯塚市「児童虐待に関する報告書」) 図 14



(参考：飯塚市「児童虐待に関する報告書」)

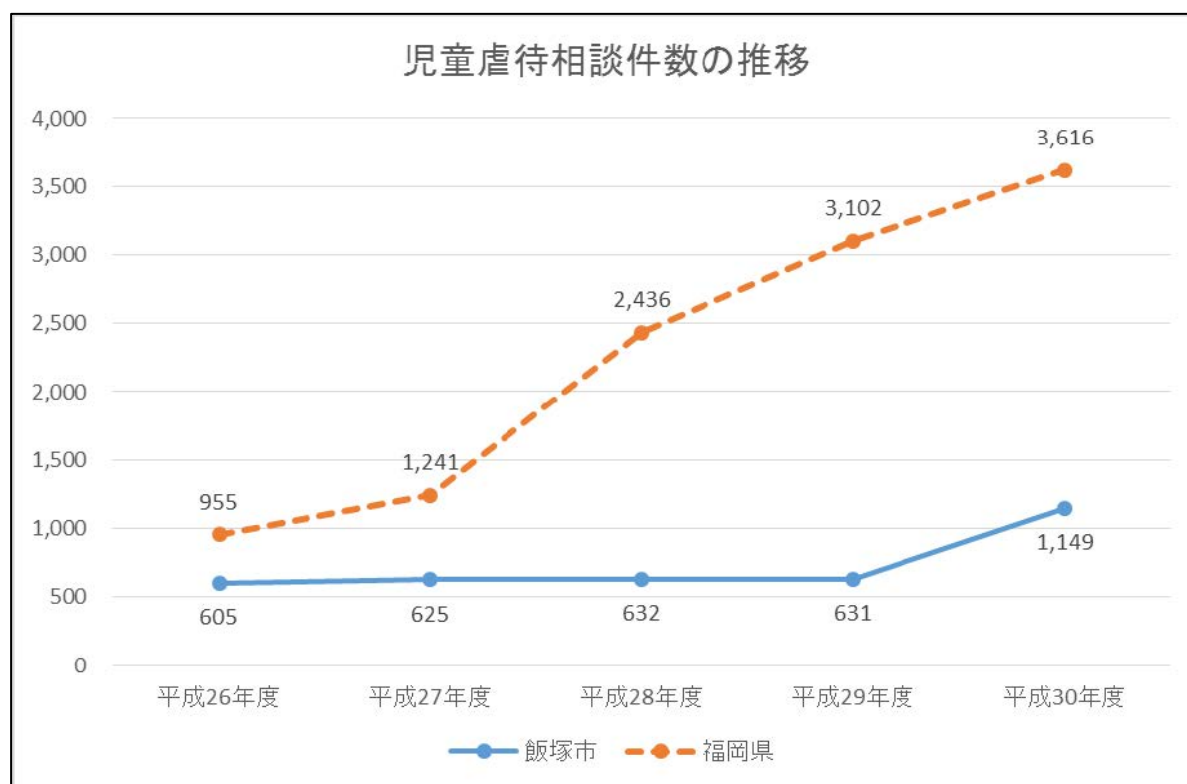
図 15



(参考：飯塚市「児童虐待に関する報告書」)

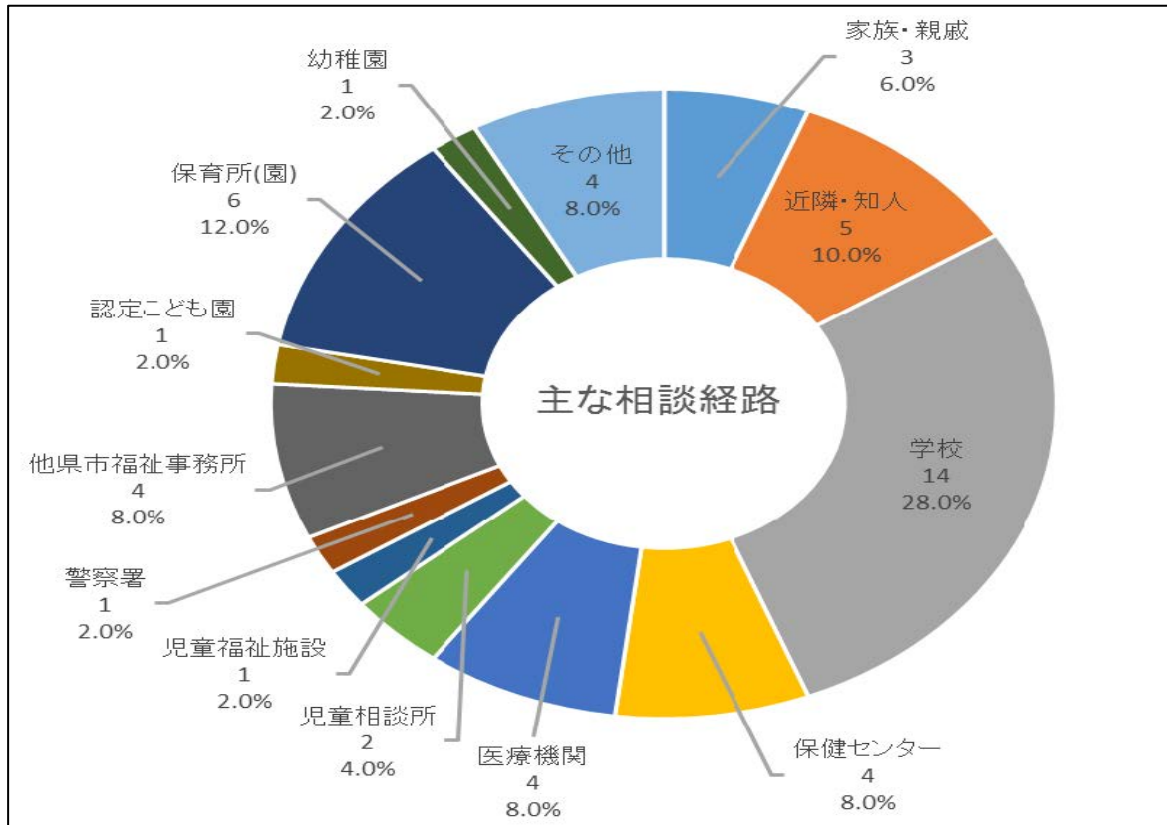
図 16

児童虐待のみに絞ってみると、児童虐待相談件数は1,149件(50世帯)で、前年度と比べ518件(15世帯)82.1%(42.9%)増加し、過去最多となった。虐待相談の経路は、学校が14世帯で最も多く、全体の28.0%を占めている。医療機関からは8.5%であった。主たる虐待者は実母によるものが最も多く、全体の68.0%(34世帯)であった。虐待の種別は身体的虐待が22世帯で最も多く、全体の44.0%を占めている。次いで、保護の怠慢・拒否(ネグレクト)が多く、全体の40.0%であった。被虐待児童の年齢は7歳から12歳まで(小学生)が最も多く、全体の44.0%であった。対応状況は継続になるものが最も多く、全体の78.0%であった。世帯状況はひとり親世帯が最も多く、全体の58.0%であった。



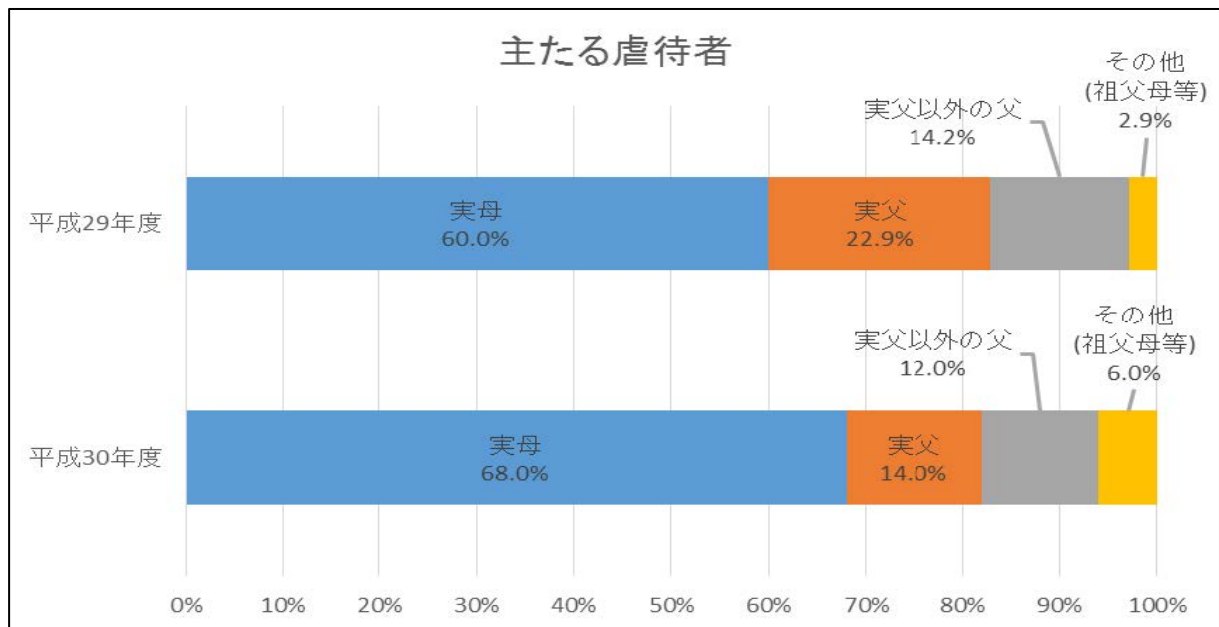
(参考：飯塚市「児童虐待に関する報告書」)

図 17



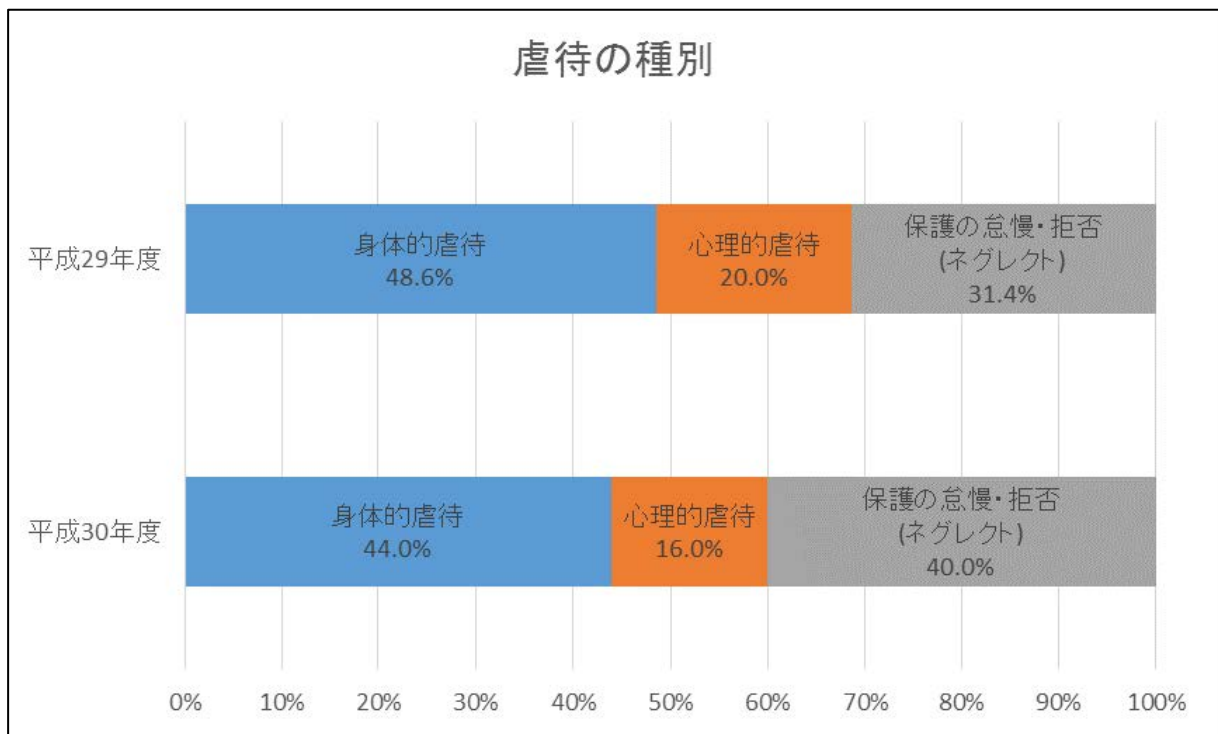
(参考：飯塚市「児童虐待に関する報告書」)

図 18



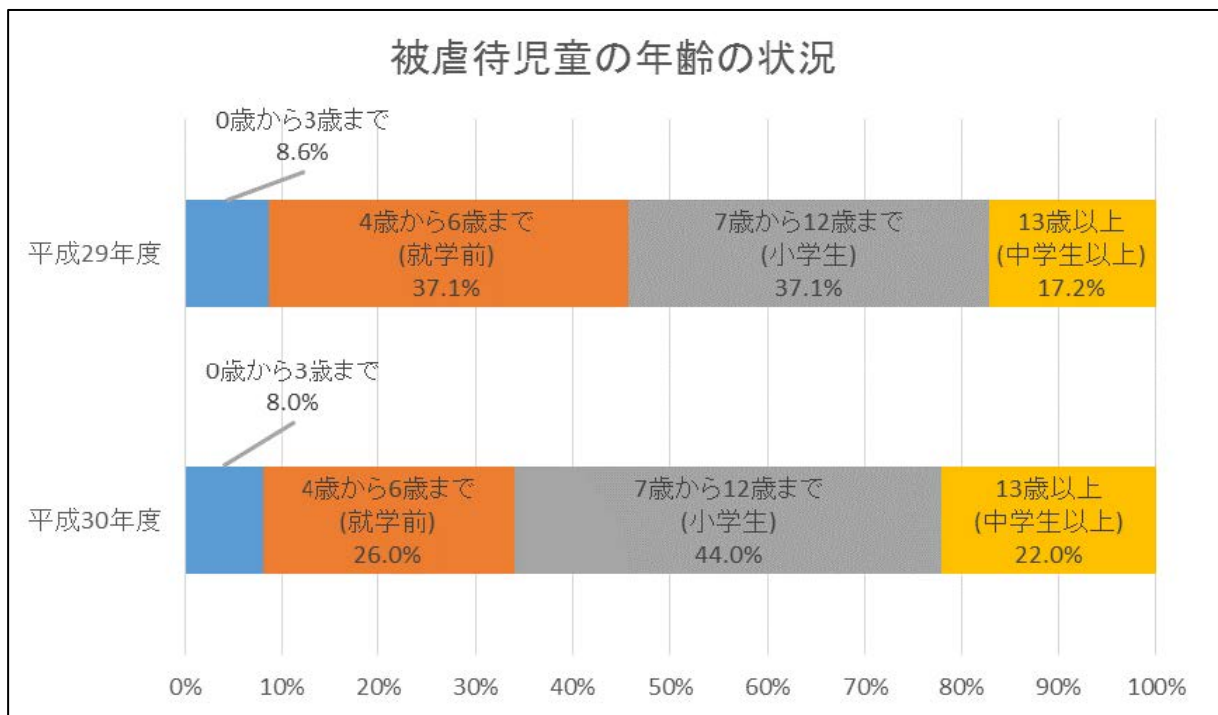
(参考：飯塚市「児童虐待に関する報告書」)

図 19



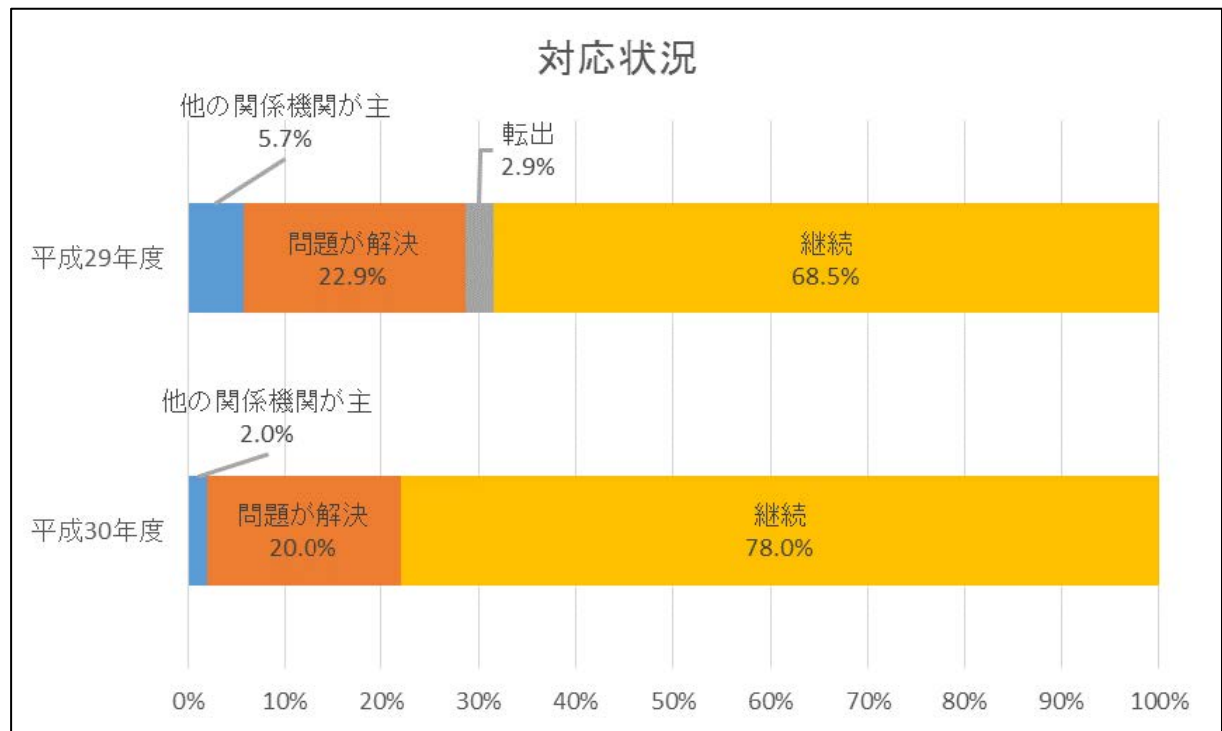
(参考：飯塚市「児童虐待に関する報告書」)

図 20



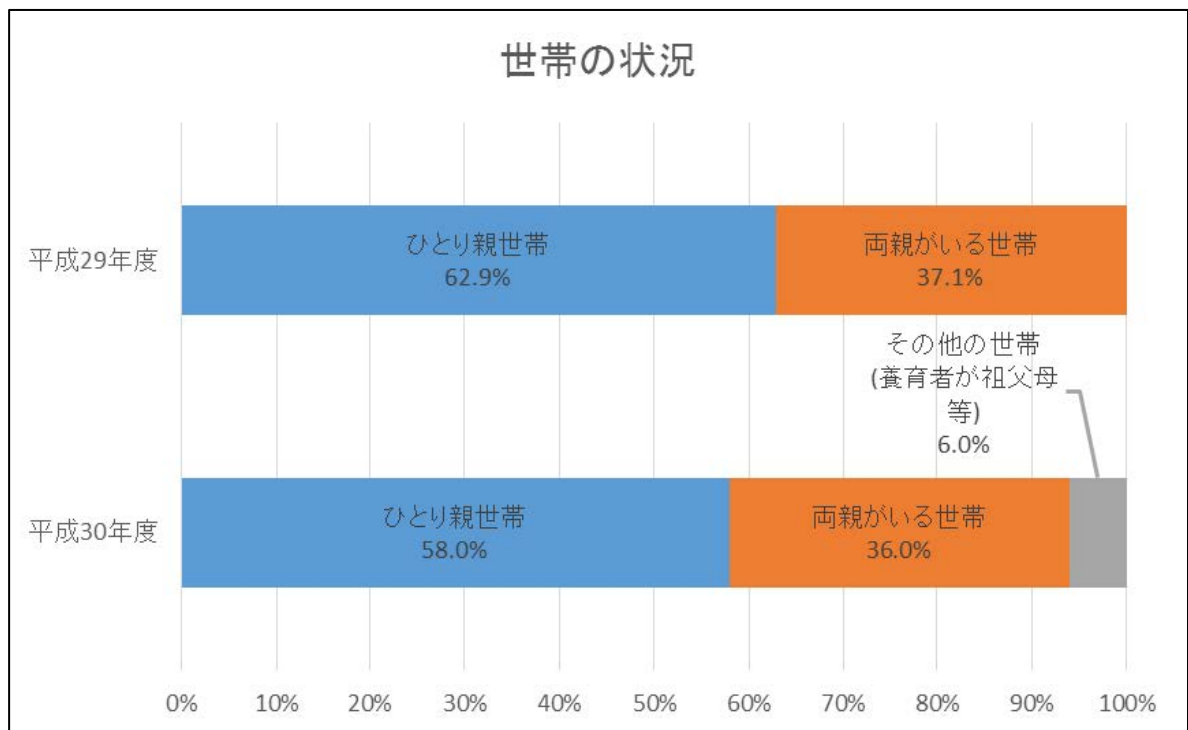
(参考：飯塚市「児童虐待に関する報告書」)

図 21



(参考：飯塚市「児童虐待に関する報告書」)

図 22



(参考：飯塚市「児童虐待に関する報告書」)

図 23

厚生労働省の「児童虐待防止推進月間」の定めに基づいて、飯塚市においても、条例第 17 条で、毎年 11 月を児童虐待防止推進月間と定めており、平成 29 (2017) 年 11 月に「児童虐待防止」に関する協定を締結した桂川町、福岡県田川児童相談所、福岡県飯塚警察署及び飯塚病院(児童虐待防止拠点病院)と飯塚市が連携し、広報・啓発に取り組んでいる。具体的には期間中の街頭啓発活動、子どもの虐待防止講演会、横断幕・のぼり旗設置などが行われている。

早期発見・早期対応のための取組みは、児童福祉法第 25 条の 2 に基づく、「飯塚市要保護児童連絡協議会」を設置し、「代表者会議」、「部会」、「実務者会議」の 3 層構造により、関係機関と連携を行うとともに、要保護児童等の実態把握及び具体的な支援内容等について、協議を行っている。急激に増加している児童虐待事案に対応するため、家庭児童相談員の増員を行うとともに、令和元(2019)年度には保健師を配置し、家庭児童相談室の体制強化を図っている。

以上が、市の条例に基づいて公表された内容の要旨である。身体的虐待が最も多かったが、ネグレクトの件数が増加(11 件が 20 件)しており、現場でも同じ印象であるとのことであった。ひとり親で働いている方が多く、子育ての余裕がないことも要因のひとつと考えられる。今後は、ネグレクトに対して、行政、医療機関が早期の発見、把握を行えるように工夫が必要であろう。

飯塚市の地理的な特性として、福岡、北九州の都市圏と近接しており、アクセスが良いことがある。そのため、生活の拠点と現住所が異なる場合がある。筑豊圏内での往来も多く、現住所のみでの把握では不十分な場合がある。日常診療においても、遠方の住所の方が来院されることが多々あるが、聞いてみると、実際には生活の主体が飯塚市近辺の親戚の家であったり、パートナーの家で生活している事例もあるようである。こうした背景もあり、住所だけで縛られない把握が必要であると思われる。そのためには、地域を越えた情報提供などの連携が必要であり、医療機関に対しても積極的な情報提供が望まれる。拠点を包括支援センターにしてもよいし、セキュリティ、個人情報などの制約があるのであれば、飯塚市は飯塚病院が児童虐待防止拠点病院に指定されていることから、情報をそちらに集中し、各医療機関からの問い合わせや報告をそちらにするのもよいかもしれない。

すでに問題のある家庭に関しては、ある程度のチェックが入ると思われるが、これからは発見しにくいネグレクトや、虐待の早期発見をどのようにするかが大切であると思われる。家庭環境に関わらず、年齢を問わず不特定多数の方が利用し、プライベートな情報を得るには、地域に根差した小規模クリニックは適していると思われる。小児科でなくても親子で来院された雰囲気を見ておかしいと思うこともある。そうしたちょっとした“気づき”を生かせる方策が必要であろう。そのためには敷居の低い情報照会、情報提供の体制の確立が必要である。

大都市と小規模な市町村では環境、予算にも違いがあり、まったく同じ体制は無理かもしれない。医師会は色々な地域での取組みを把握し、その地域にあった管理や取組みを提案し、各医療機関と行政の橋渡し役となることが望まれる。

4) 久留米市の取組み

久留米市では、平成 29 (2017) 年 10 月に「子育てしやすいまち」のために妊娠から子育てまで、切れ目のないサポートを提供するために「こども子育てサポートセンター (以下「サポートセンター」という。)」を開設している。このサポートセンターは保健所で行ってきた妊娠届出の受理や妊婦健診、乳幼児健診などの「母子保健」と、子ども未来部で担ってきた子ども総合相談や赤ちゃん訪問などの「子育て支援」を集約した。これにより妊娠届出や子育て支援サービスの手続きなどの担当窓口を集約されているため母子の負担を軽減することが出来た。さらにサポートセンターには、保健師、保育士、社会福祉士、教育職など、子育てに関する専門職が集まることにより複雑な悩みを抱えた方が最初に頼ることが出来る部署となっている。

久留米市の特徴として、久留米大学もサポートセンター設立に協力し妊娠期から乳幼児期、さらには就学後 18 歳まで対応することができる。

産婦人科医は通常、地域の妊婦を診ている。この中に様々な理由でハイリスクとされる妊婦を抽出することで分娩前から保健師などに情報を共有し支援体制を作ることを行行政と行っている。

出産直後から最初の赤ちゃん訪問までの 2～3 カ月間の時期には産婦が孤立し、「産後うつ」になることがあるため産後ケア事業も行っている。かかりつけの産婦人科医や助産師などから、発育・発達に関する助言、沐浴指導などを行っている。また、4 カ月未満の乳児と産婦を対象として産婦人科や助産院 12 カ所を、宿泊・日帰りで利用できる。さらに、昨今は多胎妊娠も増加しているため、産前産後サポート事業として久留米大学病院や聖マリア病院の周産期総合母子医療センターに入院している人などを、多胎児育児経験者が訪問しピアサポートとして同じ経験を持つ立場で相談・助言を行っている。

精神疾患合併の妊婦も増加傾向にあり、このような妊産婦には多くのサポートが必要とされる。久留米市の産婦人科医からは総合的に治療が可能な久留米大学病院や聖マリア病院での管理を行うことが多い。そのため、妊娠中から産婦人科医、小児科医、精神科医のみならず保健師なども含めた関係者会議を行い、分娩後も地域で安全に不安なく過ごせるように準備を行っている。

5. おわりに

少子高齢化、少産少死と言われ久しくなるが本邦の出産数の減少に歯止めがかかっていない。すなわち、『静なる国難』とも言われている。また平成 21（2009）年度に福岡市で児童虐待死亡事例が 6 件発生し、母子保健虐待予防事業への取り組みが急務となった。この様な社会情勢の中で本委員会が平成 22（2010）年度に福岡県医師会松田会長のもとで設立され、平成 24（2012）年度から過去 3 回にわたり以下の会長諮問に対して答申を行った。今回は第 4 回目の答申となる。

（1）平成 24（2012）・25（2013）年度

「福岡県における妊娠期からの虐待予防連携体制の構築について」

（2）平成 26（2014）・27（2015）年度

「妊娠期から乳幼児期における虐待予防と支援体制の構築について」

（3）平成 28（2016）・29（2017）年度

「福岡県における妊娠期からの虐待予防連携体制の構築について～多領域連携による包括的な周産期からのメンタルヘルスケアの充実～」

虐待予防事業における本委員会が作成した妊娠初期の問診票（アンケート表）は全国統一化され、更に日本産婦人科医会母子保健委員会作成の問診の基盤となり全国的に活用されている。

虐待予防連携体制の構築がなされ、次の段階としてその支援体制の構築について答申を行った。近年母子のメンタルヘルスケアが注目されているが、本委員会でも当初より多診療科・多職種及び行政と連携のもとに取り組んでいる。第 3 回目の諮問では「福岡県における妊娠期からの虐待予防と支援体制の構築について」に対して答申を行った。

今回の答申は「住み慣れた地域で安心して妊娠・出産・子育てができる福岡県を目指して」である。まず妊娠期～周産期に関する福岡県の現状について詳細に検討を加えた。

I. 分娩体制の整備

II. 子育て世代包括支援センター

III. 児童虐待予防（防止）

について平成 30（2018）～令和元（2019）年度に計 6 回の委員会を開き、各担当委員より上程された答申を取り纏めた。

さらに、今回は改めて本邦の母子保健行政の歴史を答申のまとめとした。

(1) 母子保健行政の歴史

1) 乳児死亡率・妊産婦死亡率・妊婦の流産、早産、死産に関して

昭和 12 (1937) 年 保健所法の制定、母子保護法の制定

昭和 17 (1942) 年 妊産婦手帳制度 (現、母子健康手帳) の開始

昭和 22 (1947) 年 厚労省に児童局設置、母子衛生課の新設、児童福祉法の制定

昭和 23 (1948) 年 児童福祉法の施行、母子保健対策要綱の策定、予防接種法の制定・施行

昭和 40 (1965) 年 母子保健法制定 (児童福祉法から独立)

～児童福祉法、予防接種法、母子保健法のもとで、施策の整備・充実～

○妊婦・乳幼児への健康診査の徹底

○妊産婦・乳幼児への保健指導の充実

○先天性代謝異常等検査事業の実施・充実

○未熟児養育医療の給付、慢性疾患を抱える児童への医療費助成、結核児童の療育医療の給付等の公費負担医療の実施・充実

○妊婦・乳幼児への予防接種の徹底

2) 乳児死亡率・妊産婦死亡率の改善

平成 6 (1994) 年 「エンゼルプラン」の策定

平成 12 (2000) 年 「健やか親子 21」(平成 13 (2001) ～平成 22 (2010) 年) の策定

平成 16 (2004) 年 不妊治療への助成事業の創設

3) 乳児死亡率・妊産婦死亡率などが世界有数の低率国に

晩婚化・晩産化、育児の孤立化などによる妊産婦・乳幼児を取り巻く環境の変化

平成 27 (2015) 年 「健やか親子 21 (第 2 次)」(平成 27 (2015) ～令和 6 (2024 年度) の策定

4) 児童虐待など子どもや家庭を巡る問題が多様化・複雑化する中、新たな子ども家庭福祉を構築することが喫緊の課題に

平成 22 (2010) 年 福岡県医師会に母子保健委員会設立

平成 28 (2016) 年 児童福祉法等の一部改正 (平成 29 (2017) 年 4 月 1 日施行)

※児童虐待について発生予防から自立支援まで一連の対策の更なる強化

※母子健康包括支援センターの全国展開

平成 30 (2018) 年 成育基本法 (略称) の成立 (令和元 (2019) 年 12 月 1 日施行)

令和元 (2019) 年 母子保健法一部改正 (産後ケア事業の法制化。令和元 (2019) 年 12 月 6 日公布)

(2) 健やか親子 21

- 関係者が一体となって推進する母子保健の国民運動計画
- 21 世紀の母子保健の取組の方向性と目標や指標を示したもの
- 第 1 次計画（平成 13（2001）～平成 26（2014）年）
- 第 2 次計画（平成 27（2015）年～令和 6（2024）年）

すなわち、親子を取り巻く社会構造の構築を目指したものである。

【基礎課題 A】 切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策	【基盤課題 B】 学童期・思春期から成人期に向けた保健対策	【基盤課題 C】 子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり	【重点課題①】 育てにくさを感じる親に寄り添う支援	【重点課題②】 妊娠期からの児童虐待防止対策
--------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------------

(3) 健やか親子 21（第 1 次）（平成 13（2001）～平成 26（2014）年）の最終評価について

全体の目標達成状況等の評価 ～74 項目のうち、約 8 割が改善～

評価区分		該当項目数 (割合)	該当項目
改善した	A 目標を達成した	20 項目 (27.0%)	○新生児死亡率 ○重大の喫煙率 等
	B 目標に達していないが改善した	40 項目 (54.1%)	○妊産婦死亡率 ○不慮の事故による死亡率 等
C 変わらない		8 項目 (10.8%)	○思春期外来 ○児童虐待による死亡数 ○産婦人科医師数 ○休日・夜間の小児救急医療機関を知っている親の割合 ○子育てに自信が持てない親の割合 ○ゆったりとした気分で子どもと過ごせる時間がある母親の割合 ○育児について相談相手のいる母親の割合 ○子どもの心の専門的な診療ができる医師がいる児童相談所の割合
D 悪くなっている		2 項目 (2.7%)	○低出生体重児 ○十代の自殺率
E 評価できない		4 項目 (5.4%)	○朝食を欠食する子どもの割合 ○法に基づき児童相談所等に報告があった被虐待児数 等

(4) 第2次「健やか親子21」における課題の概要

課題名		課題の説明
基盤課題 A	切れ目ない 妊産婦・乳 幼児への保 健対策	妊娠・出産・育児期における母子保健対策の充実に取り組むとともに、各事業間や関連機関間の有機的な連携体制の強化や、情報の利活用、母子保健事業の評価・分析体制の構築を図ることにより、切れ目ない支援体制の構築を目指す。
基盤課題 B	学童期・思 春期から成 人期に向け た保健対策	児童生徒自らが、心身の健康に関心を持ち、より良い将来を生きるため、健康の維持・向上に取り組めるよう、多分野の協働による健康教育の推進と次世代の健康を支える社会の実現を目指す。
基盤課題 C	子どもの健 やかな成長 を見守り育 む地域づく り	社会全体で子どもの健やかな成長を見守り、子育て世代の親を孤立させないように支えていく地域づくりを目指す。具体的には、国や地方公共団体による子育て支援施策の拡充に限らず、地域にある様々な資源（NPO や民間団体、母子愛育会や母子保健推進員等）との連携や役割分担の明確化が挙げられる。
重点課題 ①	育てにくさ を感じる親 に寄り添う 支援	親子が発信する様々な育てにくさのサインを受け止め、丁寧に向き合い、子育てに寄り添う支援の充実にを図ることを重点課題の一つとする。 育てにくさとは：子育てにかかわる者が感じる育児上の困難感で、その背景として、子どもの要因、親の要因、親子関係に関する要因、支援状況を含めた環境に関する要因など多面的な要素を含む。育てにくさの概念は広く、一部には発達障害等が原因となっている場合がある。
重点課題 ②	妊娠期から の児童虐待 防止対策	児童虐待を防止するための対策として、①発生子防には、妊娠届出時など妊娠期から関わる事が重要であること、②早期発見・早期対応には、新生児訪問等の母子保健事業と関係機関の連携強化が必要であることから重点課題の一つとする。

(5) 健やか親子 21 (第 2 次) (平成 27 (2015) ～令和 6 (2024) 年) の中間評価について

全体の目標達成状況等の評価 ～52 指標のうち、65%が改善～

評価区分		該当項目数 (割合)	該当項目
改善した	A 目標を達成した	12 (23.1%)	○妊娠・出産について満足している ○マタニティマークを妊娠中に使用したことのある母親の割合 ○積極的に育児をしている父親の割合 等
	B 目標に達していないが改善した	22 (42.3%)	○乳幼児健診診査の受診率 ○育児期間中の両親の喫煙率 ○地域と学校が連携した健康等に関する講習会の開催状況 等
C 変わらない		5 (9.6%)	○十代の自殺死亡率 ○児童・生徒における痩身傾向児の割合 ○育てにくさを感じた時に対処できる親の割合 等
D 悪くなっている		4 (7.7%)	○朝食を欠食する子どもの割合 ○発達障害を知っている国民の割合 等
E 評価できない		9 (17.3%)	○母子保健分野に携わる関係者の専門性向上に取り組んでいる地方公共団体の割合 ○児童虐待による死亡数 等

(6) 成育基本法第 19 条第 1 項に基づき政令で定める計画 (案)

成育基本法第 19 条第 1 項

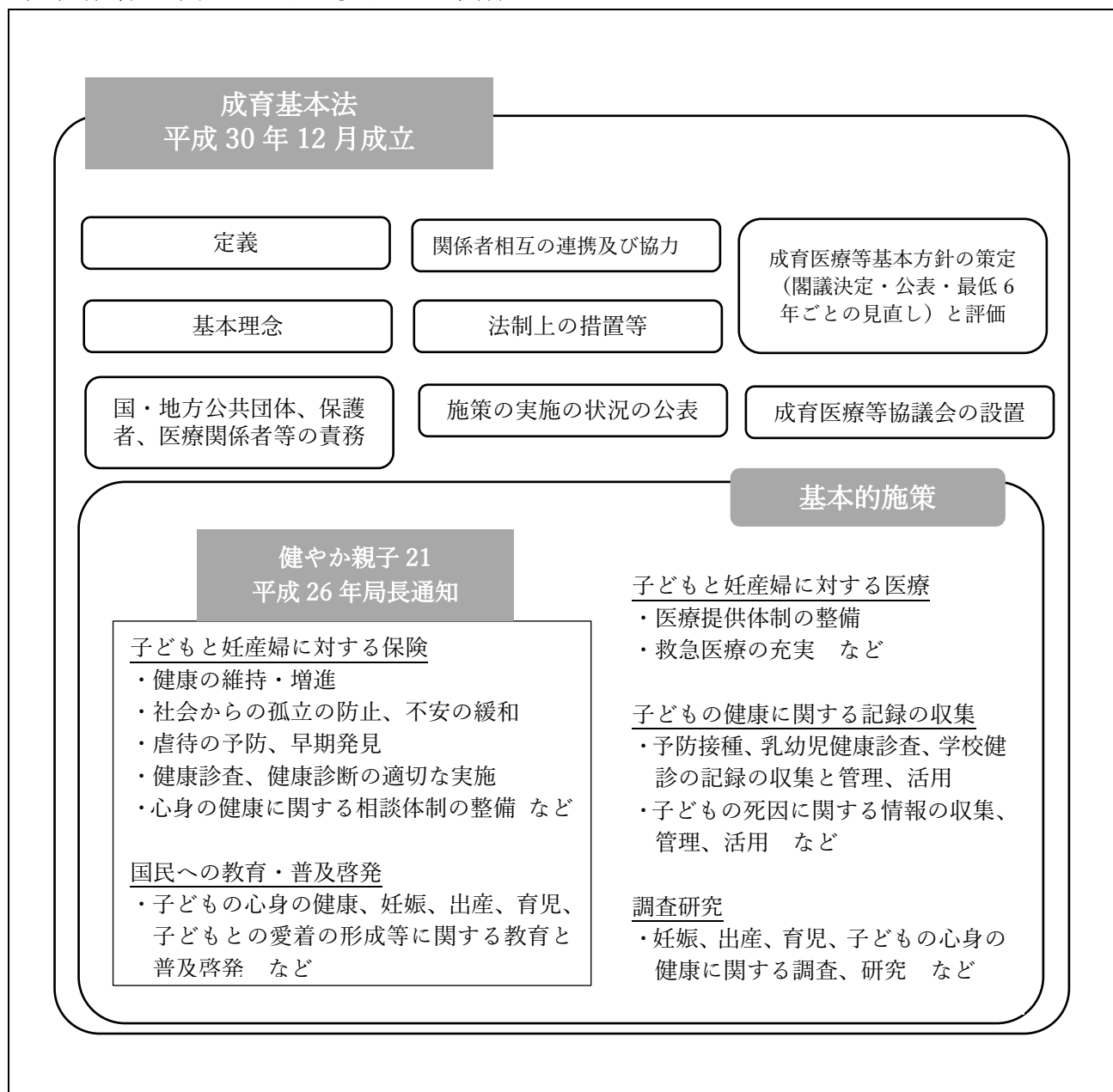
(医療計画等の作成に当たっての配慮等)

第 19 条 都道府県は、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第三十条の四第一項に規定する医療計画その他政令で定める計画を作成するに当たっては、成育過程にある者等に対する成育医療等の提供が確保されるよう適切な配慮をするよう努めるものとする。

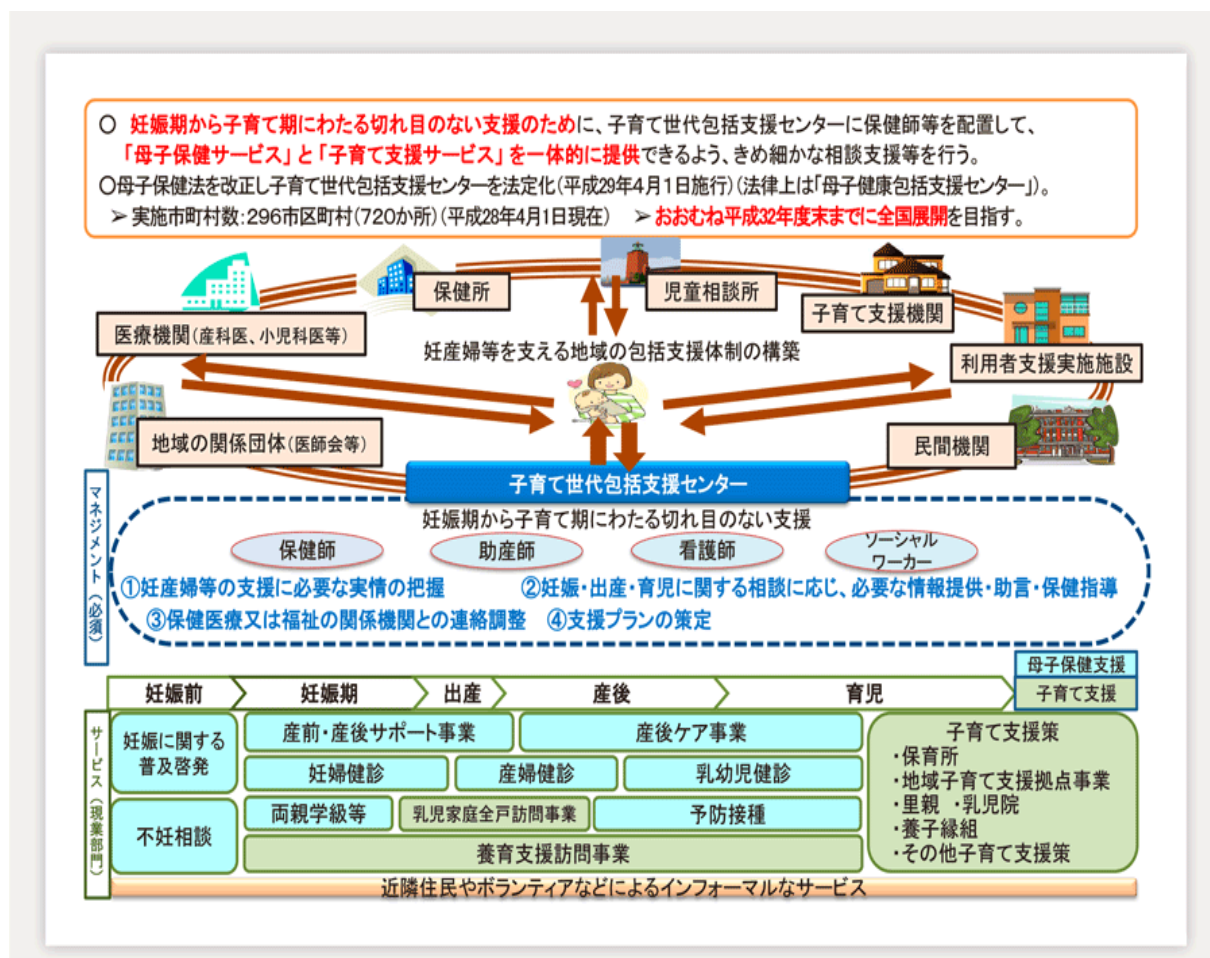
政令で定める計画 (案)

① 都道府県障害児福祉計画 (児童福祉法第 33 条の 1 項) ② 都道府県地域福祉支援計画 (社会福祉法第 108 条第 1 項) ③ 自立促進計画 (母子及び父子並びに寡婦福祉法第 11 条第 2 項第 3 号) ④ 都道府県障害者計画 (障害者基本法第 11 条第 2 項) ⑤ 予防計画 (感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 10 条第 1 項) ⑥ 都道府県男女共同参画計画 (男女共同参画社会基本法第 14 条第 1 項) ⑦ 都道府県基本計画 (配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律第 2 条の 3 第 1 項) ⑧ 都道府県健康増進計画 (健康増進法第 8 条第 1 項) ⑨ 都道府県食育推進計画 (食育基本法第 17 条第 1 項)	⑩ 都道府県障害福祉計画 (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 89 条第 1 項) ⑪ 都道府県自殺対策計画 (自殺対策基本法第 13 条第 1 項) ⑫ 都道府県がん対策推進計画 (がん対策基本法第 12 条第 1 項) ⑬ 教育の振興のための施策に関する基本的な計画 (教育基本法第 17 条第 2 項) ⑭ 都道府県子ども・若者計画 (子ども・若者育成支援推進法第 9 条第 1 項) ⑮ 都道府県子ども・子育て支援事業支援計画 (子ども・子育て支援法第 62 条第 1 項) ⑯ 子どもの貧困対策についての計画 (子どもの貧困対策の推進に関する法律第 9 条第 1 項) ⑰ 都道府県アルコール健康障害対策推進計画 (アルコール健康障害対策基本法第 14 条第 1 項) ⑱ 都道府県ギャンブル等依存症対策推進計画 (ギャンブル等依存症対策基本法第 13 条第 1 項) ⑲ 都道府県循環器病対策推進計画 (健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法第 11 条第 1 項)
--	--

(7) 成育基本法と健やか親子 21 の関係



(8) 子育て世代包括支援センターの全国展開



(9) 産後ケア事業の法制化

産後ケア事業とは

産後ケアを必要とする出産後1年を経過しない女子及び乳児に対して、心身のケアや育児のサポート等(産後ケア)を行い、産後も安心して子育てができる支援体制を確保するもの。

事業目的

退院直後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行い、産後も安心して子育てができる支援体制を確保する。

対象者

家族等から十分な家事及び育児など援助が受けられない褥婦及び産婦並びにその新生児及び乳児であって、

- (1) 産後に心身の不調又は育児不安等がある者
- (2) その他特に支援が必要と認められる者

事業内容等

- 【内容】①母親の身体的ケア及び保健指導、栄養指導
②母親の心理的ケア適
③適切な授乳ができるためのケア（乳房ケア含む。）
④育児の手技についての具体的な指導及び相談
⑤生活の相談、支援

【実施主体】市町村（事業の全部又は一部の委託可）

※平成 30（2018）年度は 667 市町村において実施

【実施担当者】事業内容に応じて助産婦、保健師又は看護師等の担当者を配置。

宿泊型

【事業内容】・利用者を宿泊させて実施

- ・利用者：授乳が困難な状況のまま分娩施設を退院した者など
- ・利用期間：原則として 7 日以内
- ・24 時間体制で 1 名以上の助産師、保健師又は看護師の配置が条件

【実施場所】・病院、診療所の空きベッド活用 ・入院施設を有する助産所

・上記以外⇒

①旅館業の許可を得る

②市町村が助産所の基準に準ずるものとして条例を定める

アウトリーチ型

【事業内容】・利用者と日時を調整し、実施担当者が居宅を訪問

- ・利用者：身体的心理的に不安を抱えている者

【実施場所】・利用者の居宅

デイサービス型

【事業内容】・病院、助産所等に来所した利用者（個別・集団）に対して実施

- ・利用者：大きなトラブルはないが不安の軽減が期待できる者

【実施場所】・病院、診療所、助産所等の多目的室等

- ・保健センター等の空室等

今後、更なる母子保健医療・行政の拡充を祈念するものである。