

切れ目のない妊娠・出産・子育て支援のあり方 ～子育て世代包括支援センターの活動報告から～

佐藤和泉¹⁾、宇田優子²⁾

- 1) 新潟医療福祉大学 看護学科
- 2) 新潟医療福祉大学 看護学科

【背景・目的】健やか親子21（第二次計画）で「すべての子どもが健やかに育つ社会」として「切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策」が基盤課題Aとして掲げられている。また、「少子化社会対策大綱（平成27）」及び「まち・ひと・しごと創生総合戦略（2015改訂版）」において、平成32年度末までに全市町村は子育て世代地域包括支援センター（以下センター）の設置が求められている。先駆的にセンターを実施している自治体は平成28年4月現在で296市区町村720箇所ある。本研究では、センターの事例集をもとに、支援策定プランと保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整に注目し、切れ目のない妊娠・出産・子育て支援のあり方について検討した。

【方法】2017年5月に厚生労働省HPからH27年度子育て世代包括支援センター事例集を入手、報告の9事例を分析対象とした。更に内容を補足するために保健師ジャーナル（2016年1月号p20～26、p41～45、2017年4月号p313～319）、助産雑誌（2015年6月号p459～465）を活用。この方法を選択した理由は、センター設置はH29年度に法律により正式に開始されたばかりの為、研究論文は医中誌、CiNiiで検索しても文献研究に適する文献が無かったからである。

【結果】表1のとおり。

【考察】1) 支援策定プランについて

妊娠届出時に行政保健師や母子保健コーディネーターが全妊婦と面接してリスクアセスメント、関係者間での情報共有が行われていたが、その後自治体ごとにより全数にプラン作成する自治体と特に支援が必要な妊婦のみに作成する自治体がある。また、支援プランの効果を評価・見直しを行い、乳幼児の成長に応じて継続して作成することでその時期に求めている支援やサービスについて情報提供をしていた。

2) 保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整について

9事例に共通して地域にある施設や既存の会議等を活用し、妊娠期から就学期まで切れ目なく支援を行うため、保健師と母子保健コーディネーター、医療機関が連携していた。小規模自治体では、出生数が少なく母子の状況を把握しやすいが、医療機関や施設の整備が十分でないことから、母子保健コーディネーターと産科医療機関との連携強

化が重要であり、中・大規模自治体では、核家族や高齢出産、不妊治療を受けた妊婦の増加から、虐待対応等関係部署や福祉機関等との協働が求められていた。

- 【結論】1) 妊娠届出時は妊婦の全数面接・リスクアセスメントを行っている。
 2) 支援プラン作成の有無は自治体ごとに異なる。
 3) 地域の医療機関や関係部署、民間子育てサービス業者と関係者会議を実施し、要支援ケースについて情報共有。

表1. 子育て世代包括支援センター「現状と課題、プラン策定、保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整」

	人口 (年間出生数) H26前後	現状と課題	プラン策定	保健医療又は福祉の関係機関との連絡調整
1 青森県 鯉ヶ沢町	10,774 (42)	1.H15～最も近い産科医療機関は車で40分。	記載なし	1.「妊産婦連携カード（母子支援センターの事業内容記載）」を母子手帳に挟み、産科医療機関の受診の際に提示。医療機関と母子支援センターの連携強化、週産科のケアにつなげている。 2.「妊婦連絡票」で母子保健担当（保健師）と情報共有。
2 鳥取県 日吉津村	3,497 (33)	1.子育て世代はアパート居住者も多く、近隣との関わりが少ない。保護者が増えている。	1.母子保健コーディネーターが母子保健手帳交付時に個室面接し、「子育てプラン」を作成・提出。出生時・就学期にも作成・提出。 2.特に支援が必要なケースでは、「子育て応援プラン」で支援。	1.月1回の関係者会議。母子保健コーディネーターと保健師で情報交換。保育所、幼稚園、子育て支援センター、教育委員会等とは母子保健コーディネーター、母子担当保健師が情報交換。 2.母子保健コーディネーターが主となり妊産婦訪問、赤ちゃん訪問、4ヵ月訪問を行い、産科医療機関と連携。母子保健事業は保健師が担当。要支援ケースの情報共有。 3.発達面で気がかりのある子には保育所訪問や発達障害や者支援機関との巡回相談への参加、医療（療育）機関への同行受診。
3 埼玉県 和光市	80,089 (871)	1.既定サービス以外の見守りなど切れ目のない支援が必要。 2.妊娠届書受付時のアセスメントにより約15%がハイリスク要因のある妊婦。	1.妊娠届出時に母子保健マネージャーが面接リスクアセスメントを実施。個人支援プランを作成し就学期までの支援。 2.H7のハイリスク出現率は約3割で、その半分に支援プランの作成。	1.妊娠届出時のアセスメント方法は、統一様式を使用。リスクあるケースについてはリスク判定会議において合議。 2.複合的な課題を抱えたケースは、コミュニティケア会議において他制度・他職種によるケアチームの編成、支援内容の検討と調整及びモニタリングと評価を行い包括的な課題解決に向けた検討を行う。
4 千葉県 浦安市	163,719 (1,317)	1.子育てで家庭の95%は家族、ひとり親世帯の増加、晩婚・晩産化傾向。	1.妊娠届出時に子育てプラン1回目を、保健師と子育てケアマネージャーで作成。出産前後に2回目、1歳で3回目作成。2.3回目にはギフト券等を贈呈。	1.要支援妊婦について、地区担当保健師が早期から支援を開始。生活保護・特定妊婦や虐待対応等関係部署や産婦人科等の医療機関等と連携を図っている。
5 三重県 名張市	80,619 (577)	記載なし	記載なし	1.「健康福祉部」と「子ども部」が「福祉子ども部」に、子育て世代包括支援センター機能がある「健康支援室（母子保健担当）」と子育て拠点事業を担う組織が合併。「健康・子育て支援室」へと組織が変更。
6 東京都 文京区	208,542 (1,917)	1.H16の合計特殊出生率0.79から、平成26年には1.13に回復し、出生数が増加傾向。また、高齢出産も増えており、35歳以上の初産婦は3分の1以上を占めている。	1.必要に応じて支援プランを作成。 2.心身の不調や育児不安があるなど、支援を要する妊婦に対し、支援プランを策定。妊産婦と保健師と話し合い、モニタリングを行い、評価と見直しをしている。	1.助産院、委託助産師、子ども家庭支援センター等との定期的な連絡の実施。 2.要保護児童等対策連絡協議会や特別支援連絡協議会、乳児家庭全戸訪問事業委託助産師との連絡会議と既存の会議全体を有効活用。 3.医療機関や助産院、子育て支援拠点等に保健師が直接足を運んでいる。
7 神奈川県 横浜市	3,726,018 (30,149)	1.高齢出産の割合は、H24に31.9%の高齢出産、及び不妊治療を受けて出産した母方への支援強化が求められている。	1.全ての妊産婦に対して面接相談を行い、個々の妊婦に合った支援計画を作成。 2.特定妊婦は、所内検討会等で支援プランを作成している。	1.支援ニーズに応じて、保健師、助産師、社会福祉職、女性福祉相談員、保育・教育コンシェルジュ、事務職が専門的な立場から二次面接を行い保健福祉サービス利用等で支援。 2.事業委託者に対して育児・家事援助の基本姿勢、研修会を年1回程度開催している。
8 大阪市 堺市	838,976 (6,859)	記載なし	1.母子健康手帳を保健センターのみで交付し、全ての妊婦に保健師が面接を実施。必要方には支援計画を立てている。	1.交流会やネットワーク会議にて、顔の見える関係づくり。 2.要支援児や特定妊婦、乳幼児健診未受診で連絡が取れない児など、「要支援ケース連絡会」を全区実施に向けて取り組み中。 3.子育て支援課（保育士等）と保健センター間の連携の手引を作成。
9 兵庫県 神戸市	1,537,418 (12,218)	1.継続的な支援が必要な妊婦は年間約600人であるが、支援基準等が不明確だった。 2.飛び込み出産が年間1～5例ある。	1.妊娠届出時の受付ガイドラインを作成し、全数面接を実施。 2.産後うつ病のスクリーニングを実施。それに合わせて、ガイドラインを作成し支援基準の統一を図っている。	1.医療機関との連携により、支援を必要とする妊産婦や親子を把握し、保健師による訪問支援などを行う「養育支援ネット事業」を実施。 2.事業委託している兵庫県助産師会及び神戸市助産師等との連携。