

妊娠期から子育て期まで包括的に 子育て家庭を支援する

公益社団法人母子保健推進会議
(一般社団法人全国妊娠SOSネットワーク)
佐藤 拓代



1 二人が出会って家族になる

男と女（あるいは男と男、女と女かもしれない）が出会って、妊娠し、出産し、子育てをする。太古からこのプロセスには、手を貸す仲間がいて乗り越えてきた。しかし、男と女が出会う場は自分が育ってきた地域ではなく、そこから離れた仕事をする場等になり、さらにはインターネット上での出会いなど、実際に生活する場を知らない出会いが多くなってきた。小さい頃からの二人を知っている地域ではなく、誰に頼ったらいいかわからず、手探りでこのプロセスを乗り越えなければならぬ。

また、筆者は予期せぬ妊娠の相談窓口に関わったことがあり、親には絶対知られたくないという女性が少なくないことに気がついた。親に知られたくないことは、ましてや自分の所属する地域・機関等にも知られたくない。太古からのプロセスを否定し、妊娠・出産をなかったものにした女性が多くなり、生まれてくる子どもも存在しない、0日死亡であろう。

二人が出会って子どもを迎えるには、それまでの生活習慣などの日々の調整、ゆずりあいに加えて、さらに妊娠の負担がある女性へのいたわり、子どもを迎える準備が必要である。実家や義実家との関係は、一見するとうまくいっているように見えても、お世話になることがストレスというカップルもいる。また、親にすれば昔と比べて人数が少なくなった子どもへの期待は大きく、実はあやうい親

子関係という場合もある。

育った地域や実家・義実家の機能に期待しなくても、誰にでも、揺れ動く日々の生活に目を向けて負担を少なくし、肯定的な親子関係を育む妊娠・出産・子育てへの支援が必要である。そのときどきで出会い困っている問題があるかどうか判断することは難しく、当事者からの相談を待つのでは事態が悪化してからになってしまうことがある。また、子ども時代になにかあると叱られ怒られて育ってきた親は、うまくいっていると隠すことも多い。なにか問題があるからという指導ばかりの支援ではなく、支援を求めてこなくても当事者の目線に立って生活を予想し、困りが起こる前に負担を軽減する包括的な支援が求められている。

2 包括的な支援と信頼関係構築

誰にでも包括的支援を行うには、支援を受け入れてもらう必要がある。妊娠期からの母子保健（母子保健法では住民に身近なサービスの実施主体は市町村）事業との接点には、妊娠届出と母子健康手帳・医療機関実施の妊婦健診受診（補助）券交付、両親・母親教室、産後ケア事業、新生児訪問、乳児家庭全戸訪問（こんにちは赤ちゃん訪問）、乳児期健診、1歳6か月児健診、3歳児健診、5歳児健診等がある。このうち乳児家庭全戸訪問、乳児期健診、1歳6か月児健診、3歳児健診は、ほとんどの親が利用する。乳児家庭全戸訪問はボランティアでも実施が可能で、家庭の把

握と助言を行い、各種健診は子どもの成長と発達、疾病を把握し助言や医療機関受診を促している。そこでは、助言等が必要なことがあるかどうか把握するため、乳児家庭全戸訪問を除き、アンケートを行っている。親は指導を受けることを避けるため、子どもの発達等に関して問題が無いように答えてしまうこともある。

市町村母子保健事業ではほとんどの親に接する機会があるが、問題指摘型の接点では関係性づくりが難しい親がいる。

筆者が過去に関わった予期せぬ妊娠に悩む女性からの相談で、ようやく妊娠届を出しに行ったが「妊娠おめでとございます」と言われ、あとは妊娠に悩んでいたことなどを相談できなくなった方がいた。また、アンケートで書きにくいことは空欄にしていたが、「ここはどうですか」と言われ、困ったことは無いように答えてしまった、という声も聞く。支援したい側が把握したいことがあるのに話に乗ってこない、返事はいいが改善が見られない、家庭訪問等の支援をなかなか受け入れてくれない、受け入れてくれてもキャンセルばかりで実際には家庭訪問できないという、支援する側からの悩みも聞く。これらは、信頼関係をつくらうとすることが困難な事例である。

実際に起こっていることを隠したい事例と、支援者が考えている対象者像との間にギャップがある事例がある。前者は、育ちの中で指摘・指導されることが多く逃げたい、子ども虐待等の小児期の逆境的体験があり他人を信用できない、公的サービスを利用したがいやな思いをしたなどである。これらについて支援者は、ていねいに先出しの支援による信頼関係をつくる必要がある。

後者は、知的レベルが予想より低い場合がある。療育手帳は自治体によって運用が異なる制度であるが、正規分布を示すIQで70前後以下からとされている。しかし、療育手帳を

持っていない方で、理解が困難なのではないかと考えられる方がいる。WHOによると、おおよそIQ70から85未満が14%くらい存在しているとしており、この方々は境界知能、グレーゾーンと呼ばれている。文部科学省による令和5年度学校基本調査によると高校等への進学率は93.5%で、多くの子どもたちが高校に入学している。高校を卒業していても境界知能の方は存在しており、妊娠・出産・子育てで同時に多くの事柄が起こると対応が困難になる方もいることを覚えておかなければならない。

ポピュレーションサービスである母子保健事業の始まりは、市町村に妊娠届出を行うことである。こども家庭庁の報告による「こども虐待による死亡事例等の検証結果等について」では、いずれの報告でも数人から10人くらいの生後0日死亡の事例があるが、ほとんどが妊娠届出を行わず妊婦健診を受けておらず、支援の入り口にたどり着けていない。入り口にたどり着けている方の中に14%くらいの境界知能の方がいることを忘れてはならず、パンフレットや事業の説明ではなく、当事者が話しやすい個室等の環境を用意して信頼関係を構築し、子どもを受容し育児負担の軽減を図る包括的支援を行いたい。

3 こども家庭センターにおける児童福祉と母子保健の連携

母子保健事業では生活の支援を行う事業はなく、包括的な支援を行うには児童福祉事業等と合わせた機関連携が必要である。

児童福祉法等の改正により、令和6年から児童福祉機能と母子保健機能が連携し、同じフロアに設置するなど、すべての妊産婦、子育て世帯、子どもに一体的な相談支援を行うこども家庭センターの設置が始まった。こども家庭庁によると、令和7年5月1日現在の市町村設置率は71.2%であるが、果たしてそ

研修紹介 研修1 これからの子育て支援

～安心して子育てができるまちを目指して～

ここでは一体的な相談支援が出来ているのであろうか。一体的な相談支援をどうしたらよいかという話し合いをしたという自治体を筆者は寡聞にして知らない。機能はそのままでも物理的に距離が近くなったので連携しやすくなったという声が耳に入ってくる。しかし、それぞれが連携して支援するためには支援者を溝に落とさない架け橋が必要である。こども家庭センターには母子保健と児童福祉を知る統括支援員が配置されており、架け橋の役割を担い、合同ケース会議を行っている。

これまでよりは連携する体制は整ったが、母子保健業務を古くから行っている保健師の人口別の配置基準はない。児童福祉に関わる福祉職は、こども家庭センターの前身であるこども家庭総合支援拠点時代から人口別の配置基準が定められている。また、保健師は母子保健事業だけでなく高齢者保健、精神保健、感染症対応等も行うが、児童福祉に携わる者は児童福祉だけに携わっている。児童福祉では、このことはあまり知られていない。保健師はたくさんいるから虐待家庭にもっと関わってほしいと言われたと、涙した方がいた。

改めて子育ての困難、虐待を予防する支援と、それぞれの動きについて考える。図1は、疾病などを予防する健康日本21でよく使われていた、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図である。ハイリスクを把握するためには当事者が納得する数値等の根拠が必要で、それを軽減することで疾患等

の発病が予防できるという支援のスタンスも説明しやすい。しかし、虐待のハイリスクは、親の子ども時代の逆境的体験や子どもの受容の問題など、隠しておきたい、気がついていないことなどであり、これは数値で表せず、またアンケートなどでも把握が難しい。そのため、リスクがあるからではなく誰にでも支援しているというスタンスのほうが受け入れられやすいため、こうした予防のアプローチは多くの親子に関わる母子保健では可能であるが、児童福祉では困難と言える。

支援について図2に図式化した。

母子保健のよって立つ法律は母子保健法であり、母（父）と子の心身の健康と生育を推進するようにいわばお節介型の支援を行っている。ポピュレーションに関わるので、把握しやすい一人親や未成年等の家庭以外は、なにか気になるなどの経験から培われてきた能力で把握し支援しているが、家事の困難等への具体的支援事業は持っていない。児童福祉や他機関との連携が必要であるが、特定妊婦として支援してほしいと思っても、取り上げてもらえないことがある。これは図2に示したように予測の視点も必要なので、はっきりアセスメントを示せない場合もあるからである。特定妊婦とはならず保健師だけの支援になってしまうと、支援終了も判断しにくく、出産後はますます生活の負担が増加していると思われるが、はっきり児童福祉が関わるような事態にならないと要保護児童対策地

図1 予防のアプローチ

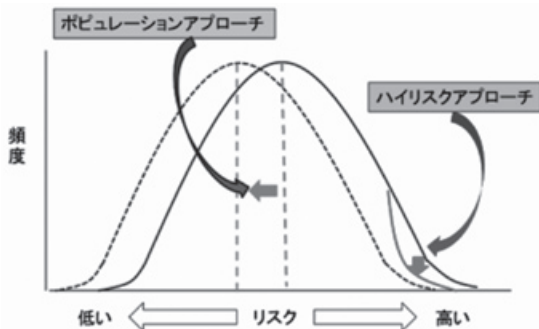


図2 母子保健と児童福祉の支援

●母子保健では、母（父）と子の心身の健康と成育の支援。

○ アセスメントは予測の視点も必要で、しにくいこともある

お節介型の支援

支援終了の判断がしにくい

●児童福祉では、子育ての問題の把握と軽減

○ アセスメントは現時点・リスクの視点が必要、不明は極力避ける

チーム判断・悪化予防

ネグレクトを除いて支援終了の判断が可能

域協議会のケースとならず、機関連携による負担軽減の支援は難しい。

児童福祉は、関係機関から情報が入ってきた、または当事者が支援を求めているという、どちらかというところからアセスメントしやすいケースで、できるだけ不明がないようにして検討している。そして支援はアセスメントをもとにして、チームによる判断で行う。母子保健のように「なにか気になる」からスタートしていないので、アセスメントによる終了判断も可能である。

このような活動や支援の違いがあることを認識した、踏み込んだ連携が必要である。

4 川上からの包括的子育て支援

最近、川上からの対策という言葉が耳にするようになった。それぞれの職種等が、後追い対策で子育て困難、虐待等を発見して支援するのではなく、川上に視点を置いて子どもや家庭に困難が生じる前に支援しようという意味である。

公衆衛生学分野では、川の下流でたくさんの溺れている子どもを救うのではなく、上流に何か問題があるのではないかと気づくべきとして使われている。そのためには公害等の環境衛生の問題ばかりではなく、子どもの泳ぐ能力や子どもが遊ぶときの親等の見守りなど、たくさんの背景要因を含む川上対策が必要である。

筆者は、小児科医をベースに産婦人科、新生児科、そして長く保健師等の多職種とともに公衆衛生医として勤務してきた。川上対策には、妊産婦支援が最も重要と考えている。先に「二人が出会って家族になる」でも述べたように、妊娠・出産・子育てには日々困難が起こり、それを調整し、折り合って生活していかなければならない。しかし、妊娠期には市町村への妊娠届出時の面接、令和7年4月から始まった子ども・子育て支援法による

給付金を支給するための妊娠後半の胎児数確認のための面接（アンケートにしている自治体もある）くらいしか保健師が出会う機会がないことが多い。川上対策を行うには、もっと多くの妊産婦支援が必要である。

WHO、ユニセフは、First 1000 days of lifeとして、受胎からの1000日が、人の成長に最も重要な時期（栄養・愛着・発達）としている。妊娠期の280日、生後の2歳までの720日である。子どもにとっての意味に加えて、二人が出会って家族になるプロセスでもある。医療機関の14回程度の妊婦健診に加えて、生活している場での支援を行わなければならない。ここで支援者と当事者との信頼関係をつくり、生活をどうしていくかなど、費用と家事育児に関して日々悩んでいることを気軽に相談してもらい必要がある。その相談しやすさについては、市区町村の窓口で相談するのではなく、担当者が決まっていれば、相談手段は面談や電話だけではなくメールでも担当者に相談できるような、敷居の低い入り口が必要である。

包括的に子育て家庭を支援するには、まず当事者と保健センターのような「個」対「機関」ではなく、特に妊娠・出産期に当事者と支援者の「個」と「個」のしっかりとした信頼関係をつくり、経済面も含めた日々の困りごとでも相談できることを目指すことが重要である。

著者略歴

佐藤 拓代（さとう・たくよ）

1978年東北大学医学部卒。小児科、産婦人科の臨床後、1988年より大阪府入職。保健所長等を経て、2010年大阪母子医療センター母子保健情報センター長、2020年退職。2018年より公益社団法人母子保健推進会議会長、2015年より一般社団法人全国妊娠SOSネットワーク代表理事。ライフワークは妊娠期からの子ども虐待予防。2017年より6年間、厚生労働科学研究の子育て世代包括支援センターに関する代表研究者、2023年より子ども家庭科学研究費の配慮支援が必要な妊産婦等に関する研究の代表研究者。