REPORT

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

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

【副題】

1. 児童虐待予防等のアセスメント項目に係る実用化作業
2. 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精度評価に係るダミーケース調査
3. 母子保健における児童虐待予防等のためのアセスメント項目の運用マニュアル作成

Title:
“Risk assessment for identifying parents and children with needs for support to prevent child maltreatment in maternal and child health service”

Project:
Research Project in the fiscal year 2022 to Promote Support for Children and Child-Raising

Authors:
Erika Obikane, Shinobu Kobayashi, Haruka Matsuyama, Aurelie Piedvache, Kenji Takehara, Naho Morisaki,

Affiliation:
National Center for Child Health and Development, Tokyo, Japan

Publication:
URL: https://www.ncchd.go.jp/center/activity/kokoro_jigyo/index.html

事業概要

本事業の主たる目的は、妊娠届出時、母子健康手帳交付時、乳児家庭全戸訪問、乳幼児健診等の母子保健活動において、「児童福祉と共有が必要な」妊産婦・乳幼児およびその家庭を組織として把握し、母子保健部局内や関係機関との情報共有時に使用できる標準化されたリスクアセスメントシートを作成し、実用化を行うことである。

令和３年度の子ども・子育て支援推進調査研究事業では、全国の母子保健活動で使用されているアセスメント項目を広く収集し、全国調査で定量的な評価を加え、子育て上の困難や児童虐待の発生を含む社会的なリスクを把握するためのアセスメント項目の構成案が作成された。

リスクアセスメントシートを母子保健活動で広く使用し、母子保健部局と児童福祉の情報連携に役立てるため、令和４年度事業では、母子保健・児童福祉従事者の意見を積極的に取り入れ、リスクアセスメントシートの実用化作業・ダミーケースを用いた精度評価作業・運用マニュアル作成作業を行った。

本リスクアセスメントシートは、「気になる」「心配になる」家庭に対して使用する、すべての妊産婦・乳幼児のいる家庭に対して使用する等、各自治体の状況に合わせて母子保健活動の中で活用が可能である。母子保健従事者がリスクアセスメントシートや運用マニュアルを通じて、母子保健における支援の必要性に関する共通認識を持つことにより、リスクアセスメントに関する知識の均てん化、情報連携の促進につながることが期待される。

成果物の公開先について

本事業の事業報告書、リスクアセスメントシート経時記録版（妊娠・出産期用、乳幼児期用）、リスクアセスメントシート詳細記録版、運用マニュアルは、事業受託を行った国立成育医療研究センターのホームページに公開予定である。

URL:　https://www.ncchd.go.jp/center/activity/kokoro_jigyo/index.html

調査研究事業担当者および検討委員一覧

検討委員	所属
佐藤　拓代（委員長）	公益社団法人母子保健推進会議　会長
上野　昌江	関西医科大学看護学部・看護学研究科　教授
坂本　次郎	株式会社 AiCAN
森川　裕美	広島県熊野町健康福祉部子育て支援課くまの・こども夢プラザ
渡部　圭子	松戸市子ども部子ども家庭相談課母子保健担当室

事業担当者・事務局	所属
帯包　エリカ（事業担当者）	国立成育医療研究センター　社会医学研究部　研究員
小林　しのぶ	国立成育医療研究センター　社会医学研究部　研究員
森崎　菜穂	国立成育医療研究センター　社会医学研究部　部長
竹原　健二	国立成育医療研究センター　政策科学研究部　部長
オーレリー・ピエバッシュ	国立成育医療研究センター　社会医学研究部　研究員
松山　春佳	国立成育医療研究センター　政策科学研究部　共同研究員
明田　美和子	国立成育医療研究センター　社会医学研究部
太田　玲子	国立成育医療研究センター　社会医学研究部

事業検討委員会の開催、議題および検討内容

日付	開催回	議題・検討内容
令和 4 年 9 月 22 日	第 1 回	議題： ・　事業計画の概要とスケジュール ・　事業計画詳細の説明と質疑 1.　アセスメント項目に関わる実用化作業 2.　ダミーケースを用いたリスクアセスメントシートの精度評価 3.　実務導入に向けたマニュアル作成 決定事項： ・　本アセスメントシートはポピュレーションアプローチ（乳児家庭全戸訪問時等）時の使用を想定したものとする。その他、面談やミーティングなどの場面での使用も想定される。 ・　アセスメントシート 2 種それぞれの 23 項目は原則変更なし。必要に応じて提示の順番、文言の調整は行う。 ・　アセスメントシートの評価方法について。今年度の評価は、該当項目数評価法を採用する。カットオフや重み付け項目の設定は、次年度以降に自治体で実際に使用した場合の評価方法として導入する方針。 ・　ダミーケース 20 症例の重症度、分布に問題なし。 ・　ダミーケース調査依頼時に情報の分類・判断をサポートする補足説明を用意する。具体例や詳細 66 項目を参考に作成する。
令和 4 年 12 月 21 日	第 2 回	議題： ・　事業計画のスケジュールと進捗状況 ・　事業計画詳細の説明と質疑 1.　半構造化面接の結果報告とリスクアセスメントシート改定案 2.　ダミーケースを用いたリスクアセスメントシートの精度評価の進捗報告 3.　運用マニュアルの内容について 検討事項： ・　半構造化面接の知見をもとにリスクアセスメントシート改良案を提示し、各項目の用語、表現に関して検討を行い、具体的な改善案についての意見を得た。 ・　運用マニュアルの章立て、記載例を提示し、運用マニュアルの構成や内容の方向性について検討を行った。
令和 5 年 2 月 24 日	第 3 回	議題： ・　第 1－2 回検討委員会の振り返り、第 3 回検討委員会の主旨 ・　事業計画の実施報告 1.　ダミーケースを用いたリスクアセスメントシートの精度評価作業 2.　運用マニュアル作成作業（フォーカスグループインタビュー） ・　リスクアセスメントシート改訂版の最終確認 ・　運用マニュアルの最終確認 ・　令和 4 年度事業報告書について 検討事項： ・　妊娠・出産期、乳幼児期リスクアセスメントシートの内容を確認し、修正事項をまとめた。 ・　児童福祉と共有を考慮する目安とするカットオフ値（参考指標）を検討し、妊娠・出産期は 7 項目該当、乳幼児期は 6 項目該当で決定した。

目次
CONTENTS

第1章　本事業の背景とリスクアセスメントの対象について

1.1 母子保健における背景と期待される役割 7
1.2 母子保健とリスクアセスメント 7
1.3 令和 3 年度のリスクアセスメントシート構成案が開発された経緯 9
1.4 令和 3 年度リスクアセスメント構成案 12
1.5 令和 3 年度事業より引き継がれた課題 12

第 2 章　本事業の目的と構成

2.1 本事業の目的 13
2.2 本事業の対象について 14
2.3 本事業の構成事業について 14

第 3 章　母子保健事業におけるリスクアセスメントシートに係る実用化作業（半構造化面接）

3.1 実用化作業の目的 16
3.2 実用化作業の方法 16
3.3 半構造化面接の結果 17
3.4 半構造化面接の結果の考察 25
3.5 半構造化面接の結果に基づくリスクアセスメントシートの実用化作業 26

第 4 章　母子保健事業におけるリスクアセスメントシートの精度評価に係る調査（ダミーケース調査）

4.1 リスクアセスメントシートの精度評価調査（ダミーケース調査）の目的 27
4.2 ダミーケース調査の方法 27
4.3 ダミーケース調査結果 33
4.4 ダミーケース調査の考察 49

第 5 章　母子保健事業における運用マニュアル作成作業（フォーカスグループインタビュー）

5.1 運用マニュアル作成の目的 51
5.2 運用マニュアル作成の方法 51
5.3 フォーカスグループインタビューのインタビューガイド 51
5.4 フォーカスグループインタビューの結果 53
5.5 フォーカスグループインタビューの考察、運用マニュアルへの反映 55

第 6 章　令和 4 年度事業の成果物

6.1 妊娠・出産期リスクアセスメントシート 56
6.2 乳幼児期リスクアセスメントシート 56
6.3 運用マニュアル 56

第 7 章　令和 4 年度事業の留意事項と今後の課題

7.1 リスクアセスメントシートに関する留意事項と今後の課題 59
7.2 運用マニュアルに関する留意事項と今後の課題 59

参考資料

参考文献

第1章　本事業の背景とリスクアセスメントの対象について

1.1 母子保健における背景と期待される役割

母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進を図る母子保健は、国民の生涯に渡る健康づくりの基礎として極めて重要である。日本の母子保健活動は時代と共に変遷し変化し続けている。日本の母子保健は乳幼児死亡を減少させることを最大の目標としてスタートした。昭和 17 年には、現在の母子健康手帳の祖となる妊産婦手帳制度及び妊産婦登録制度が創設され、妊娠の早期届出や妊婦の健康管理が図られた。このように戦前や戦後において様々な母子保健活動が展開され、妊産婦や乳幼児の死亡率は激減し、日本は世界有数の低率国となった。

近年、我が国では、核家族化等の社会構造の変化、晩産化に伴うハイリスク出産の増加、産後うつ問題、児童虐待件数やＤＶ相談件数の増加等から、こども・妊産婦・家族を取り巻く環境が変化してきており、こども・妊産婦・家族のニーズが非常に多様化している。母子保健活動では、周産期メンタルヘルス、児童虐待をはじめとする精神的・社会的な課題への対応も求められている。多様化・複雑化するニーズに対応するために、制度や法律も変化している。母子保健法の改正により、平成 9 年から母子保健事業を担う主体が都道府県から市町村へ移譲されたことで、市町村が各地域の特徴を踏まえた事業展開が可能となった。平成 30 年には、成育過程にある者及びその保護者、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を総合的に推進するための成育基本法が公布された。令和 5 年度からは、こども家庭庁が発足し、こども施策を総合的に推進するためのこども基本法が施行される予定である。

こども・妊産婦・家庭のニーズは、妊娠・出産期から育児期と時期に応じて変わっていき、支援には母子保健部局だけでなく児童福祉部局や教育機関等の複数の関係機関が関与する。家庭の多様化した幅広いニーズに対応するために、関係機関同士が情報共有や連携を円滑に図れる組織や体制づくりが求められている。また、各部局間の連携に限らず、妊産婦・乳幼児が転居した際に支援が途切れないよう地域間での連携も重要である。現在、各市町村によりそれぞれの地域の状況を踏まえた事業が展開されている一方、市町村間の事業内容の違いが地域の健康格差につながる可能性が指摘されており、保健事業の展開における市町村間の格差の是正やシステム等の標準化の機運も高まっている[1]。妊娠・出産期・子育て期・こどもが成育する時期までの間や、医療・保健・福祉などの関連領域間、地域間における「切れ目のない」支援が求められている。こういった流れに対応するように、関係機関間での情報共有や連携の効率化を図る取り組みや、データを活用した事業の企画・評価・運営の実現も一つのテーマとなっている。

1.2 母子保健とリスクアセスメント

日本では、1990 年代から児童虐待のリスクアセスメントの開発が進められてきた。平成 12 年制定の児童虐待防止法に基づいて厚生労働省から発行された「子どもの虐待対応の手引き」には、リスクアセスメントによる判定方法が採り上げられた。平成 14 年には、厚生労働省が「健やか親子 21」において「地域保健における児童虐待防止対策の取り組みの推進」を通知し、そのなかに児童虐待の発生予防に向けたハイリスク親子の発見に努めることが示されている。

また、同年には「子ども虐待予防のための保健活動マニュアル」が作成された[2] 。このマニュアルには周産期医療機関や市町村での乳幼児健康診査，乳幼児家庭訪問など場面ごとに参照されるべき虐待のリスク項目が記載されている。近年では、biopsychosocial(生物・心理・社会的)をキーワードに、広範的な視点でアセスメントをし、包括的に切れ目なくアプローチすることも求められている[3] 。「社会的ハイリスク妊婦への支援と多職種連携に関する手引書」では、リスクの捉え方やアセスメントの重要性が記されている[4]。リスクアセスメントツールは、担当者の経験や価値観によって判断が偏ることを軽減できる点や、効率的な情報共有が出来る点において有用である。現在、自治体の実情に応じて、「妊婦健康診査」「乳幼児健康診査」などの健康診査や、「新生児訪問事業」「乳児家庭全戸訪問事業」などの訪問事業や個別の地区活動など、様々な母子保健活動が展開されている。こういった妊産婦やこども等に接触する機会を通じて、それぞれの健康状態や生活状況等を把握し、必要な支援や指導が実施されている。

日本では、児童虐待相談対応件数は右肩上がりに増加し続け、令和 2 年度には初めて 20 万件を超え、令和 3 年度は前年度より約 2,600 件増加し過去最高値を更新している。件数が増加している要因として、心理的虐待に係わる相談件数の増加、警察等からの通告の増加、家庭における配偶者への暴力に関する警察からの通告の増加、が指摘されている [5]。（厚生労働省令和 3 年度児童虐待相談対応件数）特に心理的虐待は相談件数全体の 60%を占めている。その主たる虐待者は実母が 48%、実父が 41%であり、虐待を受けた児童の年齢層は未就学児が 44%ともっとも多いとされている [6]。こうした現状から、虐待を予防・早期発見するためのリスクアセスメントは重要性を増していると考えられる。

母子保健-児童福祉部局の連携やリスクの共有にはいくつか課題が指摘されている。政策研究所(2021)の報告[7]では、「子ども家庭福祉の相談機関と母子健康包括支援センターとは連携したとしても別機関として動くものとされていることが多く、結果的にこども家庭福祉の観点での世帯の確認や必要な支援の提供が行き届かない状況がある。」と指摘している。また、奈良県の「母子保健部局と要対協事務局との連携に関するレポート(2013)」 [8]では、要保護児童対策地域協議会は具体的な対応が必要な要保護ケースを取り扱うもので、乳幼児や特定妊婦の支援は母子保健部局が担当すべきものという意識が強いといった意識のギャップや、要保護児童対策地域協議会での協議が家族を多角的に把握する機会となることへの認識が薄く母子保健部局でケースを抱え込むといった状況が連携の阻害要因と示されている。母子保健-児童福祉部門間では、組織の性質の相違等から、リスクの捉え方が異なり、連携に困難が生じることが報告されている。平成 29 年には、「児童虐待に係る児童相談所と市町村の共通リスクアセスメントツールについて」（平成 29 年 3 月 31 日付け雇児総発 0331 第 10 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長通知）[9]が発出され、虐待通告等により受理した「児童虐待」又は「児童虐待が疑われる」ケースを対象とした児童相談所と市町村の共通ツールの活用が提案されている。現在、通告によって受理されたケースに限らず全数に活用できるリスクアセスメントツールは、自治体が各々のツールを使用しており、様式が統一化されていない。全国一律のリスクアセスメントの観点を設定するとの試みには、地域独自に重要視される観点が脱落するという意味において十分であるとは言えない。その一方で、支援を必要とするこども・家庭・妊産婦の的確な把握(系統的な見落としを最大限防止すること)を目指す上で、性能が定量的に把握された項目等を用いて、「アセスメントに組み入れる最低限あるいは標準的な項目」を設定することの意義は大きいと考えられる(産業技術総合研究所 2021) [10] 。

1.3 令和 3 年度のリスクアセスメントシート構成案が開発された経緯

主たる課題は、妊娠届出時・母子健康手帳交付時や、新生児訪問事業、各種乳幼児健康診査等の母子保健活動で利用可能な、「特に支援を必要とする子ども・家庭・妊産婦の的確な把握を目指すアセスメントツール」の構成案を提示することであった。

児童虐待を含むこどもの不適切養育の発生や、保護者の心身不調等なんらかの理由に基づく養育上の不調の発生が危惧される状況を的確に捉え、より慎重な総合的アセスメントの実施に繋げ、各種支援や介入につなげることで、児童虐待等の予防ならびに早期発見を実現することを目指すべき目的として作成された。当該目的を達成するために、

(1)すでに利用されている各種アセスメントツールや文献情報等からアセスメント項目を可能な限り広範に収集し、
(2)全国市区町村・児童相談所を対象とする全国調査によって各項目に定量的な評価を与え、
(3)リスクアセスメントツールの素案構成と予測的妥当性の基礎評価を実施した。

これらの手続きにより、特に妊娠期に利用可能なアセスメントツールの構成案と、妊娠期から乳幼児期にかけて利用可能なアセスメントツールの構成案が作成された。(1)～(3)の具体的な方法について下記に示す（図 1-1）。

(1)アセスメント候補項目の収集

①全国母子保健活動で利用されている問診票やアンケート等、②妊産婦や子育て等に関する既存のアセスメントツールや尺度、③児童虐待の調査項目やアセスメントツール、④児童虐待等による死亡事例検証報告、⑤その他行政通知等で周知されたアセスメント観点、これらの資料を対象とする文献調査を実施し、項目の抽出と統合し、最終的に 204 項目抽出された。

(2) 全国市区町村・児童相談所を対象とする全国調査による項目の定量的な評価

全国の市区町村の母子保健主管部局、市区町村の児童虐待相談対応部局、児童相談所を対象とする Web アンケートによる全国調査を実施した。(1)で得られた 204 あるアセスメント候補項目の基礎評価と、より社会的リスク関連アウトカムの検出に優れたアセスメント項目セットを作成した。本調査は、組織単位で一つの回答を収集する「組織調査」と、組織で対応された事例について、アセスメント項目の適用結果を報告する事例単位の「事例調査」の二つのパートで構成された。事例調査では、組織にて対応された過去の事例(母子保健活動で関与した事例や、児童虐待相談対応で関与した事例の全てを含む)のうち、三歳児乳幼児健康診査(の時期)を経ている、未就学の児童が対象となっている事例について、設問を回答してもらった。各組織から回答の得られた合計事例数は 870 事例であった。調査は、基本概要に相当する事例基礎情報の項目と、無作為提示するアセスメント候補項目の 2 つのパートで構成された。前者の事例基礎情報の項目は、全ての場合において共通して提示され、無作為提示ではない。後者では、「妊娠期(新生児期ごろまで)」の状況に関する項目は、36 項目から 8 項目が無作為に抽出提示され(提示率 22.2%)、「乳幼児期」の状況に関する項目は、136 項目から 28 項目が抽出提示された(提示率 20.6%)。その後、主たるアウトカムである「養育上の不調または児童虐待の発生」、個別のアウトカムである①重篤な身体的虐待、②重度のネグレクト、③性的虐待、④その他の重篤な虐待、⑤身体的虐待、⑥ネグレクト、⑦DV・面前暴力、⑧DV・面前暴力を除

く心理的虐待、⑨養育上の不調、これら合計 9 個のアウトカムに対する全項目のリスク比の推定により検討した。

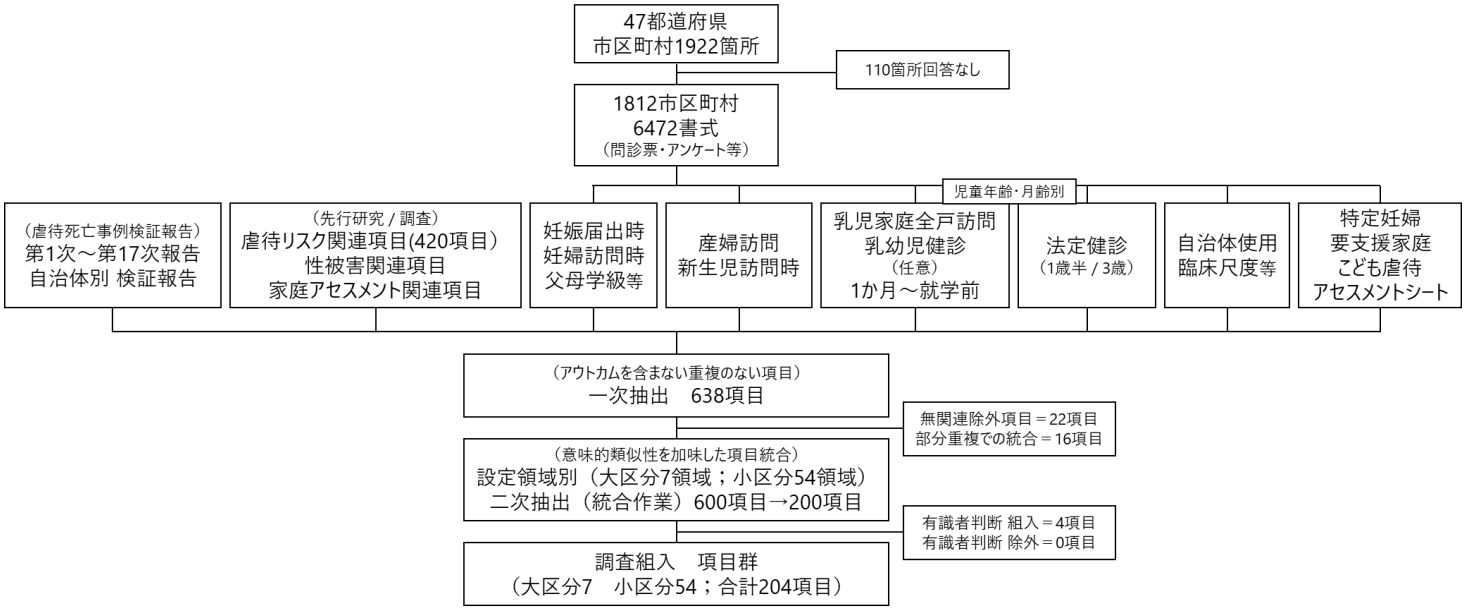
(3) リスクアセスメントツールの素案構成と予測的妥当性の基礎評価

上記の知見を踏まえ、アセスメント候補項目の選抜、選抜した候補項目のセットを用いたアウトカムの予測性能(予測的妥当性)の評価を実施し、「妊娠期(新生児期まで)」での利活用を想定した項目セットと、「乳幼児期(未就学まで)」での利活用を想定した項目セットの二つを作成した。有識者検討委員による指摘を踏まえ、「利便性を重視した少数項目の項目セット」(以下、短縮版構成例)と、「多面的なアセスメントの実施を促進するための標準的なアセスメント観点を含めた項目セット」（以下、標準構成例)の二つをそれぞれの時期区分で作成した。

予測的妥当性の評価は、(a)単純な該当個数を用いた方法、(b)各項目の得点に重み付けを行い、その合計得点を用いる方法、(c)機械学習を用いた方法の 3 つを使用した。該当個数を計上する方法は、アセスメントシートなどを用いた場合に最も簡便な要約方法であり、重み付け得点法は計算コストが一定生じるが、比較的予測性能の向上が期待できる方法となる。機械学習を用いた方法は「当該項目のデータセットを最大限活かした予測を実施した場合に、どの程度の予測精度が実現されうるか」を評価する手段として使用した。評価の結果、「短縮版構成例」と「標準構成例」のそれぞれの草案での選抜・統合項目セットが得られた。

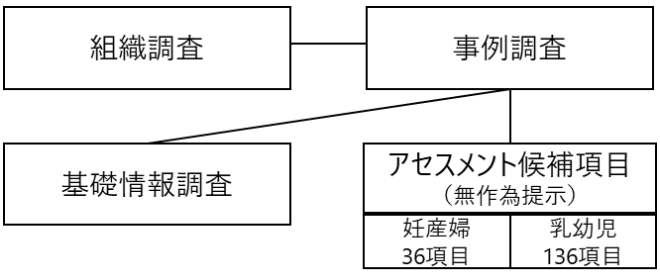
（1）アセスメント候補観点の収集

問診票・アンケート、文献等から項目の抽出と統合



（2）全国市区長村・児童相談所を対象とする全国調査による項目の定量的な評価

（1）で得られた項目の基礎調査、リスク比の推定



（3）リスクアセスメントツールの素案構成と予測的妥当性の基礎評価

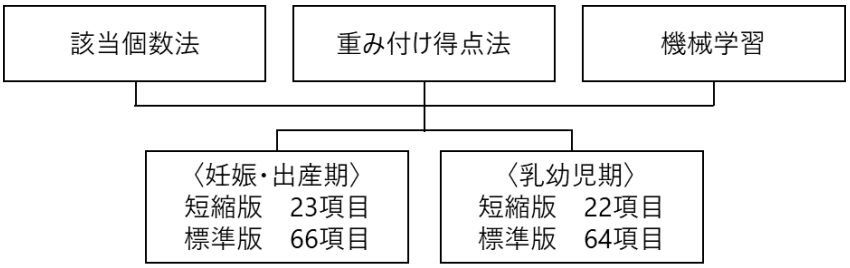


図 1-1　令和 3 年度のリスクアセスメントシート構成案が開発された経緯

（厚生労働省 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」報告書より(1)抜粋,(2)(3)内容を基に作成）

1.4　令和 3 年度リスクアセスメント構成案

1.3 で示した手続きに基づく項目の選抜と統合を行った結果、妊娠・出産期と乳幼児期それぞれで「短縮版構成例」と「標準構成例」の構成案が完成した。

妊産・出産期の「短縮版」は 23 項目、「標準版構成例」は 66 項目、乳幼児期は「短縮版構成例」は 22 項目、「標準版構成例」は 64 項目含まれている。(第 5 章　参考資料)。

1.5　令和 3 年度事業より引き継がれた課題

本事業では、アセスメントツールの実施的な運用可能性、利便性等の評価については直接的な考慮の対象外とした。そのため、(1)誰がどのようなタイミングで使った場合でも同じ結果が得られること(信頼性の評価)、(2)異なる業務フローを持つ組織であっても共通利用でき、負担が少なく、実質的に運用可能なフォーマットになっていること(利便性の評価)、(3)各種母子保健活動が実施されるタイミング(自治体で異なる乳幼児健診のタイミングなど)やこどもの発達状況に細やかに対応していることについてはまだ検討されておらず、今後に引き継がれる課題である。

第 2 章　本事業の目的と構成

2.1 本事業の目的

令和 4 年度の子ども・子育て支援推進調査研究事業の目的は、前年度に作成されたリスクアセスメント構成案を基に、母子保健事業の中で、妊産婦・こども・家庭が直面する養育上の問題や養育者の心身の不調等により起こる支援の必要な状況を的確に把握し、組織として話し合い、共有する際に活用してもらうためのリスクアセスメントシートの実用化作業、精度評価、実務導入に向けた運用マニュアルの作成を行うことである。本リスクアセスメントシートは、地域の見守りや支援が必要な妊産婦・こども・家庭を早期に把握し、「児童福祉と共有すべきか」を含めた対応について組織として話し合い、組織内や児童福祉、他自治体と共有する際に使用することを目的としている（図 2-1)。本事業では、リスクアセスメントシートを母子保健事業でより活用するために、母子保健や児童福祉関係者と協働して改良作業を加え、モデル自治体における実装事業に発展させることを今後の課題とする。

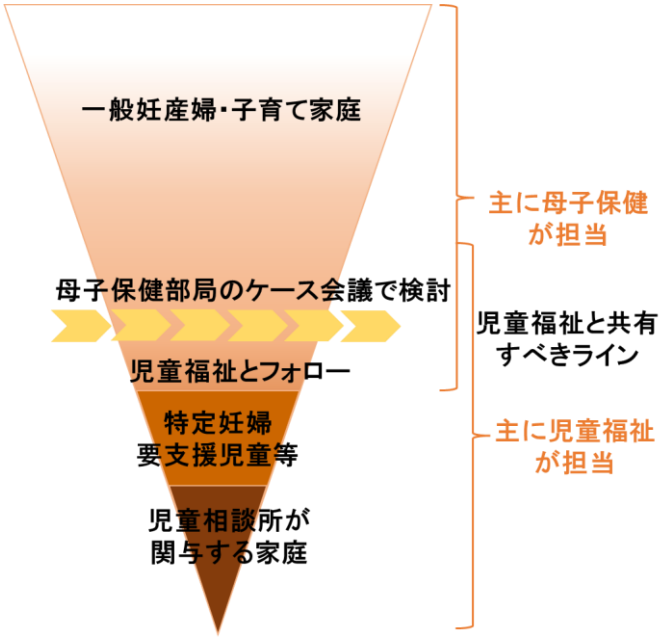


図 2-1　リスクアセスメントシートが対象とする集団と児童福祉と共有すべきライン

2.2 本事業の対象について

本事業の妊娠・出産期のリスクアセスメントシートは、主に妊娠期から乳児期前半までのこどものいる家庭を評価対象としている。主に、妊娠届出時、母子健康手帳交付時の面談、新生児訪問指導、乳児家庭全戸訪問等の母子保健活動の場面での使用を想定している。各自治体の状況に合わせて、「気になるケース」「心配なケース」に対して使用可能であるが、全ての家庭に対しても使用することが可能である。

また、乳幼児期のリスクアセスメントシートは、主に乳幼児期から就学前までの頃のこどものいる家庭を評価対象としている。主に、乳児家庭全戸訪問事業、乳幼児健診等の母子保健活動の場面での使用を想定している。出産後から乳児期前半までは、妊娠・出産期のリスクアセスメントシートの評価対象家庭と重複するが、妊娠期からの関わりの中で継続して評価する場合には、妊娠・出産期リスクアセスメントシートを使用し、適切なタイミングで乳幼児期リスクアセスメントシートに移行することを想定する。妊娠・出産期と同様、各自治体の状況に合わせて「気になるケース」「心配なケース」に対しての使用、全ての家庭に対しても使用することが可能である。

2.3 本事業の構成事業について

本事業は、令和３年度のアセスメントツール構成案を基に、以下の３つの事業により、リスクアセスメントシートが現場でより活用されるために必要な改良を加え、運用マニュアルの作成を行う（図 2-2）。

① リスクアセスメントシートの実用化作業

複数の母子保健主管部局の母子保健関係者に対して半構造化面接を実施し、昨年度のリスクアセスメントツール構成案を母子保健活動で活用するために必要と思われる用語、具体例の追加や変更、使用方法について意見を聴取し、リスクアセスメントシートの改訂を行う。

② ダミーケースを用いた、リスクアセスメントシートが児童福祉との共有の必要性を把握する精度検証作業

母子保健関係者に対してダミーケースを用いた紙面調査を実施し、リスクアセスメントシートが異なる職種や経験年数であってもある程度一致した評価ができることを確認する（評価者間信頼性の検証）。また、児童福祉と共有すべき支援の必要なこども・家庭を把握するための暫定的なカットオフ値、感度・特異度を補足的に算出する。

③ 実務導入に向けた運用マニュアル作成

半構造化面接、検討委員会での討議をもとに、運用マニュアル構成案を作成する。その後、母子保健関係者へのフォーカスグループインタビューで、本リスクアセスメントシートを実務導入するにあたって運用マニュアルの内容の適切性や各項目の説明について検討を行い、運用マニュアルを更に改良を行う。

本事業の概要

令和３年

令和３年度　子ども・子育て支援推進調査事業
既存のアセスメントツールや文献を調べ、支援が必要な子どもや家庭を把握するアセスメント項目を収集し、アセスメントツールの構成案を作成（短縮版　妊娠・出産期23項目、乳幼児期　22項目）

令和４年

①　リスクアセスメントシートの実用化作業
複数の母子保健主管部局の母子保健関係者（保健師等）への半構造化面接に基づき、リスクアセスメントシートが職種や経験年数などに関わらず誰でも使用可能にするために必要な改良を加える。

②ダミーケース調査を用いた、リスクアセスメントシートが児童福祉との共有の必要性を把握する精度検証作業
- ✓支援が必要な子ども・家庭の把握する精度（感度・特異度）の検証
- ✓児童虐待のリスクを把握する精度（感度・特異度）の検証
- ✓評価者間信頼性の検証（職種や経験年数によらず評価が可能か）

③　実務導入にむけた運用マニュアル作成
母子保健関係者や有識者へのフォーカスグループインタビューにより、本リスクアセスメントシートの実務導入にむけたポイントや留意するべき点を抽出し、運用マニュアルの作成を行う。

令和４年度調査事業の成果物
- ✓児童虐待のリスクおよび育児支援ニーズを適切に把握し、母子保健・医療・児童福祉・教育分野で情報連携を行うための実用化リスクアセスメントシート
- ✓実務導入にむけた運用マニュアル

期待される成果
多くの自治体における母子保健事業（母子健康手帳交付・乳児家庭全戸訪問事業・乳幼児健診など）への標準化されたアセスメントシートの普及・実装、およびそれに伴う要支援家庭などへの支援の提供

図 2-2　令和４年度事業の位置づけと事業の成果物

第 3 章　母子保健事業におけるリスクアセスメントシートに係る実用化作業（半構造化面接）

3.1 実用化作業の目的

実用化作業の目的は、母子保健従事者を対象に半構造化面接により、すでに構成されたリスクアセスメントシート 2 種（妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案および乳幼児期リスクアセスメントツール構成案）に関して母子保健業務で導入するために必要な改善点等を明らかにし、リスクアセスメントシート改訂案を提示することである。

3.2 実用化作業の方法

3.2.1　研究デザイン

半構造化面接（オンライン）の手法を用いた研究である。

3.2.2　調査実施期間

2022 年 11 月

3.2.3　対象者とリクルート方法

本研究では、5 自治体 10 名の保健師を対象に面接を実施した。対象保健師の選定条件は、母子保健業務または、児童福祉業務を担当している、または過去に母子保健事業、児童福祉に関わっていた経験があることとした。自治体選定に関する基準は設けず、研究者らや厚生労働省子ども家庭局母子保健課等を通じて協力を依頼し、了承を得られた自治体から基準を満たした保健師が参加した。1 自治体の保健師（1 名～4 名）に対し、1 名のインタビュアーがオンラインビデオミーティングシステムを用い面接を実施した。なお、参加者の同意の上、面接内容を録画した。

参加者には半構造化面接実施前に事前資料として妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案（第 5 章　参考資料 2）、乳幼児期リスクアセスメントツール構成案（第 5 章　参考資料 3）を送付した。また、フェイスシートを送付し、半構造化面接前日までに E-mail 経由での回答を依頼した。

3.2.4　調査項目

【フェイスシート】

半構造化面接に先立ちフェイスシートを用いて調査した内容を以下に示す。

(1)　回答者属性（性別、年齢、職種、管轄地域のエリア）。

(2)　リスクアセスメントシートがより市町村母子保健部局で使い易くなるための工夫。

(3)　リスクアセスメントシートの評価方法、既存の質問票との使い分け、評価結果の活用に関する意見、提案（自由記載）。

フェイスシートの回答内容にもとづき、半構造化面接を実施した。

【インタビューガイド】

半構造化面接は、インタビューガイド（参考資料４）に従い面接を実施した。半構造化面接での聴取内容の概要を以下に示す。

(1) リスクアセスメントツール構成案の各項目の内容について

(2) リスクアセスメントツール構成案の評価方法・活用方法について

(3) リスクアセスメントツール構成案に含まれていないが含めるべきと考える項目について

(4) 全体を通しての意見

3.2.5　統計解析

研究者が録画した音声を文字に起こし、質問項目毎に回答を一覧にまとめた。

3.3　半構造化面接の結果

1)　　回答者の属性

5 自治体 10 名に対し、半構造化面接を行った。参加者の属性について下記の表 3-1 に示す。参加者の年齢は 50 歳代が最も多く、10 名中 5 名であり、参加者全員が保健師であった。対象者の管轄地域は、関東地方、関西地方、四国・九州地方であった。

表 3-1　参加者の概要

	自治体 A	自治体 B	自治体 C	自治体 D	自治体 E
参加者人数	1 名	4 名	1 名	2 名	2 名
参加者の所属	母子保健	母子保健	児童福祉	①児童福祉 ②母子保健	①母子保健 ②児童福祉
経験年数	7 年 （通算 33 年）	①35 年 ②18 年 ③10 年④4 年	2 年 （通算 26 年）	①4 年 ②11 年	①3 年 ②2 年

※通算は保健師としての経験年数を示す

2)　　リスクアセスメントツール構成案の各項目の内容について

リスクアセスメントツール構成案を構成する各項目について表現や用語、項目の妥当性等の意見を聴取した。

- 妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案　（表 3-2）

具体的に年齢や人数を設定している項目について、「数値設定が妥当性に欠ける」との意見があった。【#1：妊婦(母)の初産時の年齢が 24 歳以下】【#2：父・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】について、「現場の感覚としては未成年 18 歳以下の方が妥当」、「24 歳以下では該当者が多くなる」、「年齢設定の理由を明示すべき」等の意見があった。また、【#3：世帯に 2 人以上の兄・姉がいる】は「きょうだいが 2 人以上は珍しくない」「参加者の管轄地域では 3 人以上としている」との回答があった。

「表現が曖昧、具体性に欠ける項目」との意見もみられた。【#6：妊娠届出時来所者に違和感がある】について、「違和感は担当保健師により捉え方が様々である」、【#10：産後の見通しや準備に課題がある】について「質問の幅が広すぎて解釈に相違が生じる」、【#15：妊婦(母)が社会的ストレスを抱えている】について、「社会的ストレスの意味するところが難しい、わかりにくい」などの意見が出された。また、【#13：妊婦(母)に知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見がある】【#16：父・パートナーに知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見がある】等をはじめ、「複数の要素・側面が一項目にまとまっているため扱いにくい」、「別々に項目を分けるべき」、という意見があった。

● 表 3-2　妊娠・産期リスクアセスメントツール構成案に対する意見

項目		自治体A	自治体B	自治体C	自治体D	自治体E
＃１	妊婦(母)の初産時の年齢が24歳以下	24歳以下となっているが18歳以下がリスクとなると思われる。	24歳以下とした理由は。現場の感覚として、18-20歳辺りが要注意。生活が安定していない状況で子を持つケースが多い印象。	24歳以下とした理由が知りたい。当自治体であれば、24歳以下は10%を超えてくると思う。児童福祉がリスクと考える年齢と整合するべき。年齢が高すぎる感覚がある。	24歳以下となっているが、18歳未満の方がよいと思われる。該当が多すぎる。	24歳以下は、該当が多すぎる、20歳未満または未成年でもよいのではないか。自治体の特性によっては該当する方が多く出てきて、アセスメントになりづらい。
＃２	父・パートナーの年齢が対象となる子どもの出生時で24歳以下	24歳以下となっているが18歳以下がリスクとなると思われる。	24歳以下とした理由は。現場の感覚として、18-20歳辺りが要注意。生活が安定していない状況で子を持つケースが多い印象。	母と同様、24歳以下は年齢が高すぎる	24歳以下となっているが、18歳未満の方がよいと思われる。	父も母と同様、20歳未満または未成年でよいのではないか、自治体の特性によっては該当する方が多く出てきて、アセスメントになりづらい。
＃３	世帯に2人以上の兄・姉がいる	二人以上のきょうだいは珍しくない。せめて4人以上としてもよい。		少子化対策で出産を推奨する自治体もある中、3人目でひっかけるのは厳しいかと思う。また、前夫との子どもが別居でいる場合もある。今回の妊娠が「5回目」であれば、ある程度限られると思う		E市では、３人以上を該当としている 自治体の特性によっては該当する方が多く出てきて、アセスメントになりづらい 前回の出産からの期間が短いも含めてはと思う。
＃４	妊娠時　未婚または再婚					今後も入籍等の予定がないことを含めてはどうか。
＃５	変化のあった家族構成、離婚・別居等の発生見込み				「変化のあった家族構成」はどこまで聞けるかは難しい。	
＃６	妊娠届出時来所者に違和感がある		今のメンバーであれば、「違和感」の表現で問題ないが、様々な保健師が使用するとなるともう少し具体的な表現がよいかも。		・「違和感」の解釈が難しく、例示が必要。整容が気になる、など。 ・具体的な説明が必要。状況にそぐわない言動、状況があるときにこれをチェックすべきかと思う（受け答えに違和感、会話が続かない、誰と来たか、漢字が書けない、受け答えにつまる、目線が合わないなど）。この項目が該当する人は、他の項目も合わせて気を付けることが多い。	もう少し具体例があった方が経験が浅い職員にもつけやすい。「面接に拒否的」「対話がうまくいかない」「話が通じにくい」など
＃７	母子手帳の交付が妊娠14週以降	14週以降ではなく、21，22週以降くらい。いずれも該当者を増やすことがよいと思わない。かえって対応しきれずに支援に漏れがでてくる。	実情は8-9週辺りが多いため、14週以降でどうしたのかな、というフラグは立つ。	「母子手帳の届出」の方が適切。14週では、病院の都合で母子保健交付を遅らせて場合（反復する流産など）もある。平日に来れないなどの理由により交付はできていないが、オンライン等で届出はしている場合がある。自分の所属する地域ならば、20週が妥当と思われる。		厳しすぎる、交付が20週以降または初回健診が16週以降でもよいのでは。
＃８	妊婦(母)が過去に人工妊娠中絶歴あり	1回でも歴があれば該当してしまう。繰り返すことがリスクである。		これは聞きにくい。今までの妊娠回数の方がききやすい。	10代に中絶歴があっても、その後20-30代は問題ないこともある、中絶歴2回以上、などで区切ってもよいかもしれない。	人工妊娠中絶1回程度ではあまりひっかけない

（表 3-2　つづき）

項目		自治体A	自治体B	自治体C	自治体D	自治体E
＃９	予期しない・望まない妊娠だった				・問題なし ・この項目が該当する場合、子育てする場合に手こずるので、注意が必要。小さな市町では該当は1%に満たない。	
＃１０	産後の見通しや準備に課題がある				・問題なし ・質問の幅が広い。物品、住む場所、気持ちの準備、今後の見通し、やる気がないなど様々な側面が含まれるので、マニュアルで説明が必要。	
＃１１	妊婦（母）に産後の養育拒否・子育て不安がある				・養育拒否がなくても、こちら側からみて問題を感じるケースはどのようにひっかけるか。 ・養育拒否がある場合には現場では注意をする。	養育拒否と子育て不安は分けた方がよいかもしれない。現在は、子育て不安に〇をつける妊婦はほとんど。養育拒否はリスクあり
＃１２	妊婦（母）が、妊娠・胎児に無関心・否定的					
＃１３	妊婦（母）に知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見がある			精神発達遅滞の問題、人格の問題、行動の問題、発達障害の問題を一つにまとめるのは難しい、特に、知的発達の問題とパーソナリティの問題は分けるべきだと思う。		
＃１４	妊婦（母）の精神的不調・診断歴等がある			現場としては、診断歴までなくても、受診歴があれば十分に支援が必要と判断できる。		
＃１５	妊婦（母）が社会的ストレスを抱えている	社会的ストレスはわかりにくい。ストレスは誰しも抱えている。その対処方法に注目しなければならない。		「社会的ストレス」の意味するところが難しい。経済的な問題以外があり、妊娠に集中ができない要因（若年で学生、親の介護がある）を指すのかと思うが、抽象的で何を指しているのかがわからない。	何を意味するかがわかりにくい	「社会的ストレス」には、学校・仕事・家庭でのストレスが含まれるなどの具体的な記載があるとつけやすい
＃１６	父・パートナーに知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見 がある				妊娠届の時の面接では、この部分の評価は難しいかもしれない	

（表 3-2　つづき）

項目		自治体A	自治体B	自治体C	自治体D	自治体E
＃１７	父・パートナーの精神的不調・診断歴等がある				妊娠届の時の面接では、この部分の評価は難しいかもしれない	
＃１８	父・パートナーが社会的ストレスを抱えている	社会的ストレスはわかりにくい。ストレスは誰しも抱えている。その対処方法に注目しなければならない。		妊婦と同様、社会的ストレスの意味するところが難しい	妊娠届の時の面接では、この部分の評価は難しいかもしれない	「社会的ストレス」には、学校・仕事・家庭でのストレスが含まれるなどの具体的な記載があるとつけやすい
＃１９	世帯に経済不安または困窮がある	一般的に生活保護が受給されていれば、困窮はしていないはず。			経済困窮については、聞き方が難しい。児童福祉としては聞いてもらえるならばありがたいが。	直球で聞きにくい、現場では職業から入っていき、保険の有無などを聞きながら徐々に引き出していく
＃２０	きょうだいの育てにくさ、養育上の課題がある					
＃２１	パートナー、親族との葛藤や暴力問題がある			葛藤があるのと、暴力問題があるのかは別項目にした方がよい、DVがある場合には、現場では重くみる。		聞き取りが難しい
＃２２	保護者に複雑な生育歴、逆境体験がある			父母のどちらに成育歴の問題や逆境体験があるのかが明らかになる方がよい、どちらに被虐があるのかによって支援の仕方も変わってくる。	「複雑な生育歴」がどこまでを指すのかがわからない。現場では、「逆境体験」がわからないという保健師もいたので、細かくマニュアルで説明してほしい。この項目に関しては、妊産婦に書いてもらうアンケートにも含める必要がある。妊娠届提出時に使用するアンケートの模型があるとわかりやすいと思う。	開示がない場合には聞き取りにくい
＃２３	妊婦孤立、援助者不足、子育てモデルがいない			「支援者不足」はチェックがほとんどついてしまう。T市では、パートナーと実母以外に支援者がいない場合にひっかけている。「子育てモデル」の有無は初回面接では聞き取りは難しい、徐々に深めていく内容と思われる。	「子育てモデルがいない」は何を基準に判断すべきかが難しい。親と死別しているケースや、里帰りをしていない場合などに、どのように判断するか？	
全体の長さについて				現在使っているものも20項目以上を妊婦・パートナーに聞いているので、今回のリスクアセスメントシートの項目数は「多くない」と思う。	・１つの文章が長い。妊婦、パートナー、家庭ごとにまとめるなどの工夫をしてもよいのではないか。 ・長さはちょうどよい、このくらいないとリスクアセスメントはできないと思う。	

- 乳幼児期リスクアセスメントツール構成案　（表 3-3）

妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案と同様の理由で【#1：母の初産時の年齢が 24 歳以下】【#9：父・パートナーのこども出生時の年齢が 24 歳以下】の年齢設定に対する意見が挙がった。また、【#6：母のこどもへの関わりが少ない、嫌がる、不自然／一貫性がない、厳しいしつけ、乱暴な扱いがある】については「多くの要素を詰め込んでいる印象である。項目を分けるべき」「しつけやこどもとの関わりの情報は重要であるが聴取が難しい。一つ一つ丁寧に聞くべき」との意見が得られた。その他、【#15：こどもに原因が断定できない外傷(痕)がある、皮膚疾患や敗血症がある】の「皮膚疾患や敗血症」の表現について「適切でない」「収集できる情報ではない」「医療的な判断はできない」との意見がみられた。

その他、乳幼児期リスクアセスメントツール構成案全体の印象として「こどもに関連する項目が少ない」との意見があった。

表 3-3　乳幼児期リスクアセスメントツール構成案に対する意見

項目		自治体A	自治体B	自治体C	自治体D-1	自治体D-2	自治体E
#1	母の初産時年齢24歳以下	24歳以下となっているが18歳以下がリスクとなると思われる。		妊産婦のシートと同様に24歳は該当数多くなる	妊産婦と同様、18歳未満ではどうか？	妊産婦と同様、未成年（18歳未満）でよいのでは	
#2	母が不安定な職業・無職・学生	主婦も無職とすると該当は多い。育児休暇中の人も該当するのか。ひとり親で収入がない、などがリスクに該当する。					
#3	母の産後の精神的不安定(な時期があった)		統合失調症のような診断がつくようなものは含まれるのか。妊婦用のように、診断歴もチェックできる項目があるとよい。				
#5	母が育児ストレスを抱える、やりがいや楽しみが持てない					最近は、ほとんどのお母さんが「育児ストレスがある」にチェックをする。この項目についてしっかりきけるとよい。	
#6	母の子どもへの関わりが少ない、嫌がる、不自然/一貫性がない、 厳しいしつけ、乱暴な扱いがある		母親自身の養育歴が大事だったりする。妊娠・分娩時の情報も非常に大事。			急に内容をたくさん盛り込んでいる印象がある。 →「関わりが少ない・嫌がる・一貫性がない」、と「厳しいしつけ・乱暴な扱いがある」を別項目にしては？ 最近はしつけや関わりについて保護者に聞けないことが多いので、この項目をしっかりきくのは重要。	
#9	父・パートナーの子ども出生時の年齢が24歳以下	24歳以下となっているが18歳以下がリスクとなると思われる。					
#15	子どもに原因が断定できない外傷(痕)がある、皮膚疾患や敗血症がある			外傷の定義を詳しくマニュアルに記載がほしい、敗血症は不適当		顔のキズの位置（首より上のケガ）は現場では重要視している。これでは、生命と関わるものとそうでないものが混同されてしまいそう。 「皮膚疾患」も何を指しているかがわからないので、標準版のように「不衛生な環境に由来する」という説明があればわかる。 敗血症→既往歴は確認するが、敗血症と書かれることはまず	「皮膚疾患」→わかりにくい、「敗血症」→現場ではわからない
#18	世帯のきょうだい人数が2人以上	一人っ子以外は該当するのか。２人以上のきょうだいは珍しくない。せめて4人以上とかではないか。				該当する家庭が非常に多い。6割くらいは該当してしまう。 現在使用している評価項目では、「3人以上」としている。	
#19	きょうだいに育てにくさがある、厳しい対応や不平等な扱いがある					兄弟の育てにくさは聞いているが、本人の育てにくさは聞かないのか。	
#22	世帯にキーパーソンがいない、健診未受診等による情報不足、接触困難がある					項目間のつながりがあまりなく、バラバラなものをつなげている印象がある。	
全体の長さ				多くない	子ども自身に関する問題についての質問が少ない。	乳幼児の全体の長さは短いと思う	

3)　　リスクアセスメントツール構成案の評価方法・活用方法について

評価および活用方法として最も意見が多かったのは「経時的に変化が追える形式にした方がよい」という意見であった。具体的には「複数回の関わりの中で、評価の変化が追えるシートが使い勝手がよい」「リスクアセスメント時期が複数回にわたるため、情報の積み重ねがわかるような記載欄があった方がよい」等であった。

また、「他の自治体との申し送りが必要な場合、共通認識ができるシートとして有効である」「他部署とのミーティングの際に活用できるとよい」など、他部署、他機関等との情報共有に活用することが望ましいとする意見が複数みられた。

一方で、自治体で既にリスクアセスメント体制が整っているため、これらのリスクアセスメントシートを導入する予定はない、とする回答もみられた。

評価方法に関連した意見では、「一つでもその項目に該当すればリスクであるという項目がある」「該当項目数だけでは判断が難しい」「項目の重みづけが必要である」「評価は評価者の力量によって左右されてしまうのでは」、等の意見もみられた。

4)　リスクアセスメントツール構成案に含まれていない項目で、含まれるべきと考える項目について

リスクアセスメントツール構成案の項目とは別に、特定妊婦または要支援児童等を判断するうえで参考となる所見（平成 29 年 3 月 31 日付け雇児総発 0331 第 9 号雇児母発 0331 第 2 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長および母子保健課長通知）をもとに選定した妊娠・出産期に関する事項で 11 項目、乳幼児期に関する事項で 12 項を列挙し意見を聴取した。明らかに虐待リスクが高い項目は使用方法を示したマニュアルに記載してもよい、との意見があった。特に、乳幼児期に関する事項として列挙した 12 項目については、「保護者の顔色を窺う、意図を察知した行動をする」「保護者といると必要以上に気を遣い緊張しているが、保護者が離れると安心して表情が明るくなる」といった保護者の前でのこどもの様子に関する項目について虐待を疑うリスクが高い、重要項目である、とする意見が複数あった。一方で、身なりや衛生状態に関する項目については、判断がつきにくい、含まれるべき項目とは思わない、との意見もみられた。

また、その他にも「乳児期の体重増加に関する情報は欲しい」「乳児の体重増加不良は、こどもへの関わりの少なさやしつけに関することは、非常に重要な視点」との意見があった。

5)　　全体を通しての意見

妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案、乳幼児期リスクアセスメントツール構成案ともに、全体の長さ・項目数について「適当である」「このボリュームであれば現場でも負担が少ない」との意見であった。構成については「項目の並びにバラつきがある」「項目をカテゴリ化して構成した方がイメージがし易い」「実際に情報収集する順序に則した項目の並びにするとよい」等の意見が得られた。

また、リスクアセスメントシート使用するためのマニュアル作成や、母子保健活動での導入に向けての研修資材の作成を望む意見が聞かれた。

3.4　半構造化面接の結果の考察

令和 3 年度作成のリスクアセスメントツール構成案を用い、母子保健部局で導入するために必要な改善点等の意見を半構造化面接にて聴取した。その結果、実用化に向け具体的作業につながる意見が得られた。

【#1：妊婦(母)の初産時の年齢が 24 歳以下】【#2：父・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】などの年齢設定に関して、母子保健部局での印象と相違があるとの意見が多かった。18 歳未満や 20 歳未満を基準としている自治体も多くみられた。リスクアセスメントツール構成案の作成経緯が統計的解析や機械学習の結果を根拠にしたこともあり、母子保健部局の印象と一致しない結果となったと考える。参加者から 24 歳以下では該当者が多くなりかえって見落としのリスクにつながりかねない、24 歳以下での出産がリスクになり得るとは考え難い等の意見もみられた。若年妊婦は年齢のみでなく、就労状況や家庭を持つことへの意識等を含め取り巻く環境が整っていないことがリスクへの発展につながる可能性を高くする[11]。一方で若年であっても妊婦の両親や家族のサポート体制等が整っていればリスクに発展しない[12]。一つの項目が該当することがイコールリスクではないといえる。本リスクアセスメントシートの目的が「虐待リスクが高いケースのみを拾うこと」が目的ではないことを鑑み、より広い視点で捉えられることを優先し、他の情報とあわせ総合的に判断することが重要であることを伝える重要性が示された。また、社会的リスクを捉えるためのリスクアセスメントであることから、「敗血症」など医学的リスクを連想する表現・文言は混乱を招く危険がある。よって、そのような箇所は除外することが望ましいと考えた。

「多くの要素を詰め込んでいる印象」「項目の並びにバラつきがある、一貫性に欠ける」など、項目の構成にさらなる検討が必要であることが明らかになった。各項目の要素を分解し、要素単位での該当の有無が確認できる構成にするなどの工夫が必要である。また、項目を分類・カテゴリ化し並べ替えることも有用であると考える。実際にリスクアセスメントシートを用い情報収集する場面をイメージし、情報収集の流れに沿って項目を配置することが重要であり、使用感の向上はリスクアセスメントシートの導入・活用を促進するための基本的対応であると考える。

リスクアセスメントシートの評価方法や活用方法について尋ねたところ「複数回の経時的アセスメントの実施」について述べる参加者が最も多かった。1 回の面談等の機会で必要な情報を十分に収集できることは現実的でない。情報は都度変化し、新たな情報がアップデートされることが容易に想定される。そのためには、1 枚のリスクアセスメントシートで複数回分が記録可能な形式にすることが望ましい。実際にリスクアセスメントシートを導入し、広く普及・活用していくためには、母子保健部局の状況を的確に把握し、その状況に適応可能な形式にアレンジすることが必須である。

3.5　半構造化面接の結果に基づくリスクアセスメントシートの実用化作業

半構造化面接で得られた意見をもとに、研究者らで吟味し、リスクアセスメントシートの改訂版を作成した（第 6 章 6.1，6.2）。改訂版作成にあたり、変更・修正した概要を以下に示す。

- 妊娠・出産期リスクアセスメントシート
  - ・3 回分のリスクアセスメントの記録欄を設定。
  - ・各項目で「該当」「非該当」「不明」のチェック欄を設定。
  - ・23 項目を 9 カテゴリ（基本情報、妊娠届出、妊娠までの経過、妊娠への態度感情、出産、子育ての準備、妊婦の心理、妊婦の生活歴、パートナーの心理、家庭環境）に分類。
  - ・対象および時間軸を加味し、情報収集の流れに則した順序に変更。
  - ・1 項目内に事象ごとにチェックボックスを設定。
  - ・【#3：世帯に 2 人以上の兄・姉がいる】を【世帯は多子家庭である】に変更。

- 乳幼児期リスクアセスメントシート
  - ・3 回分のリスクアセスメントの記録欄を設定。
  - ・各項目で「該当」「非該当」「不明」のチェック欄を設定。
  - ・23 項目を 3 区分（母親の基礎情報、父親の基礎情報、こども・環境）12 カテゴリ（基本情報、感情・態度・印象、育児負担、こどもとの関わり、社会的孤立、生活歴、発育・身体・所見、家庭環境、支援受入れ）に分類。
  - ・対象および時間軸を加味し、情報収集の流れに則した順序に変更。
  - ・1 項目内に事象ごとにチェックボックスを設定。
  - ・1 項目を追加
    （【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は除く）】）。
  - ・項目内の文言（こどもに原因が断定できない外傷(痕)がある、皮膚疾患や敗血症がある）を削除。

第 4 章　母子保健事業におけるリスクアセスメントシートの精度評価に係る調査（ダミーケース調査）

4.1 リスクアセスメントシートの精度評価調査（ダミーケース調査）の目的

本調査では、令和 3 年度に開発された母子保健におけるリスクアセスメントツール構成案（妊娠・出産期用、乳幼児期用）が、児童虐待のリスクのあるこども及び家庭を把握する精度を明らかにし、さらに周囲による育児支援の必要性のあるこども及び家庭を把握する精度を、ダミーケースを用いた調査により明らかにする。また、リスクアセスメントツール構成案に含まれなかった項目についても、補足的に評価を行うことを目的とする。

4.2 ダミーケース調査の方法

4.2.1　調査期間

2022 年 11 月から 2023 年 1 月

4.2.2　対象者およびリクルート方法

自治体の母子保健・児童福祉業務従事者（特に妊婦面接、乳児家庭全戸訪問事業、乳幼児健診等で妊産婦や乳幼児・その家族と接する方）。
厚生労働省子ども家庭局母子保健課を通じて 17 自治体、研究者らの個別依頼で 17 自治体より 42 名、国立保健医療科学院を通じて 7 名が調査に参加した。

4.2.3 データ収集方法

調査協力の了承が得られた対象者および自治体に対し、調査票とダミーケース集を郵送した。対象者はダミーケース集を読み、調査票に回答を記入し、研究事務局に回答済み調査票を返送した。Web アンケートフォームでの回答を希望した対象者に対し、メールにて Web アンケートフォームの URL とダミーケース集の電子ファイルを送付し、対象者が URL にアクセスし回答した。

4.2.4 ダミーケース

本調査では、リスクアセスメントツール構成案を用い事例評価を行うために、実際の事例を想定した架空事例である「ダミーケース」を設定した。ダミーケースは母子保健・児童福祉に従事した経験のある母子保健・児童福祉業務従事者が、様々な児童虐待リスク、支援の必要性を持つ妊産婦・乳幼児のケースを作成した。ダミーケース内容の適切性やダミーケースが網羅するプロフィールパターンについて複数の専門家と協議を行い決定した。

- 妊産婦ダミーケースの概要
  20 例の妊産婦ダミーケースを設定した。妊婦の年齢は 17 歳から 40 歳。精神科通院歴、望まない妊娠、妊婦に産後の養育拒否や強い子育て不安がある、経済的不安を抱えている、パートナー・親族との葛藤や暴力問題があるケースなどが含まれる。全ダミーケースの詳細を参考資料 5 に示す。

- 乳幼児ダミーケースの概要

  20 例の乳幼児のダミーケースを設定した。ダミーケースの対象児の年齢は、0 歳から 5 歳。母親の産後の精神的不安定、母親のこどもへの関心がない、父親の理解・育児協力が得られない、こどもに原因が特定できない外傷がある、きょうだいに育てにくさがあるなどの設定を含んでいる。全ダミーケースの詳細を参考資料 5 に示す。

- ダミーケース集

  調査に使用するダミーケース集を作成した。前述のダミーケース妊産婦 20 例と乳幼児 20 例から、それぞれのリスクアセスメントツール構成案の該当項目数の分布に偏りがないよう（表 4-1）、妊産婦ケース 5 例、乳幼児ケース 5 例ずつ計 10 例をセットにし、A～D の 4 パターンのダミーケース集を作成した。ダミーケース集は、A～D のうちいずれか 1 セットを調査票とともに対象者に配布した。対象者はダミーケース集に掲載されたケースについてリスクアセスメントを実施し、調査票に回答した。

表 4-1　妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案プロフィールパターン

No	項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	項目別
1	妊婦(母)の初産時の年齢が24歳以下	○	○	○					○				○	○					○	○	○	9
2	父・パートナーの年齢が対象となる子どもの出生時で24歳以下	○	○	○									○	○						○		6
3	世帯に2人以上の兄・姉がいる	○														○	○					3
4	妊娠時 未婚または再婚	○	○	○	○				○				○	○					○	○	○	10
5	変化のあった家族構成、離婚・別居等の発生見込み	○	○	○									○							○	○	6
6	妊娠届出時来所者に違和感がある	○	○	○	○	○						○	○	○	○			○	○	○	○	13
7	母子手帳の交付が妊娠14週以降													○					○			2
8	妊婦(母)が過去に人工妊娠中絶歴あり	○						○														2
9	予期しない・望まない妊娠だった	○	○	○	○								○	○					○	○	○	9
10	産後の見通しや準備に課題がある	○	○	○	○	○		○				○	○	○			○	○	○	○	○	14
11	妊婦(母)に産後の養育拒否・子育て不安がある	○	○	○	○							○	○	○	○	○	○	○	○		○	13
12	妊婦(母)が、妊娠・胎児に無関心・否定的		○	○								○	○					○	○			6
13	妊婦(母)に知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見がある	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	17
14	妊婦(母)の精神的不調・診断歴等がある			○	○						○	○	○				○	○	○			8
15	妊婦(母)が社会的ストレスを抱えている	○	○	○	○	○	○	○			○	○	○		○	○	○	○	○		○	16
16	父・パートナーに知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見 がある	○	○	○	○	○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	17
17	父・パートナーの精神的不調・診断歴等がある																	○	○			2
18	父・パートナーが社会的ストレスを抱えている	○					○	○					○		○		○	○	○		○	9
19	世帯に経済不安または困窮がある	○	○	○	○	○	○	○					○						○	○	○	11
20	きょうだいの育てにくさ、養育上の課題がある	○					○										○					3
21	パートナー、親族との葛藤や暴力問題がある	○	○	○			○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	15
22	保護者に複雑な生育歴、逆境体験がある	○	○	○	○			○		○		○	○			○	○		○	○		12
23	妊婦孤立、援助者不足、子育てモデルがいない	○	○	○	○	○	○	○		○		○	○			○	○	○	○		○	15

ケース別該当項目数	19	16	17	12	7	8	10	2	3	3	11	18	11	6	7	12	12	18	12	14
リスクレベル	4	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2	4	2	2	2	3	3	4	3	3
妊婦年齢	26	22	22	40	28	28	25	22	39	27	29	19	17	31	33	36	31	34	19	21
出産歴（流産・死産含まず）	3	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	1	0	0

表 4-2　乳幼児期リスクアセスメントツール構成案プロフィールパターン

No	項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	項目別
1	母の初産時年齢24歳以下	○	○	○	○										○		○	○			○	8
2	母が不安定な職業・無職・学生	○	○	○	○	○		○	○						○		○	○		○	○	12
3	母の産後の精神的不安定(な時期があった)	○		○	○	○	○	○			○				○	○	○		○	○	○	13
4	母に知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見がある	○	○	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	18
5	母が育児ストレスを抱える、やりがいや楽しみが持てない	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	18
6	母の子どもへの関わりが少ない、嫌がる、不自然/一貫性がない、 厳しいしつけ、乱暴な扱いがある	○	○	○	○	○								○	○		○	○	○	○	○	12
7	母の社会的孤立、子育てのモデルになる人がいない	○	○	○	○	○	○	○						○	○	○	○	○	○	○	○	15
8	パートナーの理解・育児協力が得られない、援助者不足、負担の偏りがある	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○		○	○	○	18
9	父・パートナーの子ども出生時の年齢が24歳以下		○	○											○		○					4
10	父・パートナーが不安定な職業・無職・学生			○											○		○		○		○	5
11	父・パートナーに知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する 所見がある	○	○	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	18
12	父・パートナーが社会的ストレスを抱えている		○	○	○	○				○						○	○	○	○	○	○	11
13	母または父・パートナーに配偶者・恋人からの暴力・DV等の被害(歴)がある		○	○	○	○										○				○	○	7
14	母または父・パートナーに複雑な生育歴・過去の逆境体験がある	○	○	○	○	○						○		○	○		○	○	○	○	○	13
15	子どもに原因が断定できない外傷(痕)がある、皮膚疾患や敗血症がある		○														○		○		○	4
16	子どもに情緒的な混乱、不自然な密着や独占行動、挑発行動、萎縮等がある	○	○	○	○	○			○？					○	○		○			○	○	11
17	変化のあった家族構成、離婚別居等の変化が見込まれる	○	○	○	○	○									○						○	7
18	世帯のきょうだい人数が2人以上														○		○	○				3
19	きょうだいに育てにくさがある、厳しい対応や不平等な扱いがある	○	○	○	○								○				○			○	○	8
20	親族間トラブルがある、家庭の社会的孤立	○	○	○	○	○									○	○	○	○	○	○	○	12
21	世帯に経済的な不安・困窮がある	○		○	○										○		○	○	○		○	8
22	世帯にキーパーソンがいない、健診未受診等による情報不足、接触困難がある	○	○	○	○	○						○	○	○	○	○	○		○	○	○	14

ケース別該当項目数	16	18	20	18	15	6	7	3	3	5	6	6	7	18	10	20	12	14	15	20
重症度レベル	3	3	4	3	3	2	2	1	1	1	2	2	2	3	2	4	2	3	3	4
対照児年齢	0	2	5	0	3	0	3	3	2	0	5	1	1	6	0	1	1	3	2	2
母年齢	26	27	28	25	29	39	30	32	33	35	38	32	30	25	32	25	31	39	37	36
父年齢	32	26		37	36	44	37	35	32	38	39	37	27		39	26	33	40	41	40
世帯の子どもの数	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	3	1	3	4	2	1	1

4.2.5 調査票

調査票の構成の概要を以下に示す。

1)　回答者の属性：年齢、職種、母子保健領域の経験通算年数、児童福祉領域の経験通算年数、主に担当している業務内容、管轄地域）

2)　各ダミーケースに対する判断

妊娠・出産期ダミーケース 5 例、乳幼児期ダミーケース 5 例それぞれについて下記の質問を設定した。

(1) 所属機関における「経過観察が必要な事例」「児童福祉と共有が必要な事例」「特定妊婦または要保護児童相当の事例」「問題のない事例」の判断について

(2) 所属機関においてケースに対して提供する支援やサービスについて

3)　リスクアセスメントツール構成案を用いた評価：各ケースに対し、リスクアセスメントツール構成案（妊娠・出産期または乳幼児期）を用いた評価を行う。

4)　リスクアセスメントツール構成案に対するユーザビリティ評価：妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案および、乳幼児期リスクアセスメントツール構成案を日本語版 System Usability Scale (SUS)（10 項目）[13]にて評価する。「非常にそう思う」から「全くそう思わない」の 5 段階リッカート尺度である。

5)　支援の必要性が極めて高いと判断する項目について：リスクアセスメントツール構成案に含まれていないが、非常に重要であると判断する項目を与えられた選択肢から選ぶ。選択項目の設定には、「出産後の養育について出産前から支援が必要と認められる妊婦（特定妊婦）の様子や状況例」「虐待発生予防のために、保護者への養育支援の必要性が考えられる児童等（要支援児童等）の様子や状況例」（平成 29 年 3 月 31 日付け雇児総発 0331 第 9 号雇児母発 0331 第 2 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長および母子保健課長通知）[14]を参考にしている。

6)　リスクアセスメントツール構成案に関する意見：自由記載。本調査に用いたリスクアセスメントツール構成案について、広く自由な意見を求めた。

※調査票は参考資料 6 で示す

4.2.6 解析方法

1)　参加者の属性

参加者の属性に関する変数の集計には記述統計を用い、頻度と割合を示した。

2)　各項目の評価者間信頼性

評価者間の各項目における測定の一致性を検討する。項目毎の percent agreement(以下、PA)と統計量 Gwet's AC(以下、AC)を算出し評価者間の一致率を検討した [15]。

3)　該当項目数の精度評価

妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案および乳幼児期リスクアセスメントツール構成案の精度を以下の解析方法で評価した。

(1)　児童福祉と共有すべき支援の必要性のある妊産婦・こども・家庭を把握する精度評価
【あなたの所属機関では、このケースは児童福祉と共有した方がよい事例だと判断されますか】の質問の回答（はい・いいえの 2 択）に基づき、児童福祉と共有すべきケースであるか否かの判断とリスクアセスメントツール構成案から算出された各ケースの該当項目数の関係性から感度、特異度を算出し、カットオフポイントについて検討を行った。カットオフポイントの同定は、可能な限り取りこぼしなく判断できることを重視し、感度は 80%以上、かつ特異度を一定数保つという値とした。あわせて Receiver Operating Characteristic（ROC）曲線を描き、ROC 曲線下面積（AUC: area under the curve）を確認した。

(2)　児童虐待リスクのある妊産婦・こども・家庭を把握する精度評価
【あなたの所属機関では、このケースは特定妊婦相当（対象が乳幼児期の場合は、要支援児童相当）と考えられる事例だと思いますか】の質問の回答（はい・いいえの 2 択）に基づき、精度評価を実施した。解析方法は、上記(1)と同様である。

(3)　経過観察が必要な妊産婦・こども・家庭を把握する精度評価
【あなたの所属機関では、このケースは経過観察すべきと判断しますか】の質問の回答（はい・いいえの 2 択）に基づき、精度評価を実施した。解析方法は、上記(1)と同様である。

(4)　問題のない事例と判断する精度評価
【あなたの所属機関では、このケースは問題がない（次の保健医療サービスにつながるまでに、行政が積極的に動く必要がない）と判断されると考えますか】の質問の回答（はい・いいえの 2 択）に基づき、精度評価を実施した。解析方法は、上記(1)と同様である。

4)　　リスクアセスメントツール構成案に対するユーザビリティ評価
SUS のスコア算出法に基づき[16]スコア算出し、平均および標準偏差を示した。参加者の通算経験年数と SUS スコアについて t 検定を行った。また項目毎に頻度および回答割合を示した。

5)　　支援の必要性が極めて高いと判断する項目について
各項目で集計し、頻度と割合を示した。

なお、統計解析には、統計ソフトウエア Stata version 15.0 (Stata Corp LLC, College Station, TX, USA)を用いた。

〈倫理面での配慮〉

調査協力に先立ち、対象者に本研究に関する説明文書を読むよう依頼し、研究参加の同意を書面または電子的手続きにより取得した。本研究に関係するすべての研究者は「ヘルシンキ宣言」ならびに「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に則り研究を実施した。また、調査はすべて匿名で行われ、研究結果において個人が特定できるようなデータは存在しない。なお、本研究は国立成育医療研究センター倫理審査委員会の審査を受け承認されたものである（受付番号第 2022-133　2022 年 10 月 24 日承認）。

4.3　ダミーケース調査結果

4.3.1 妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案

1)参加者の属性

全回答数は 117 件であった（表 4-3）。うち、18 件が組織単位での回答、99 件が個人での回答であった。個人回答 99 件の属性について、97 名が女性であり、経験年数の平均は、母子保健領域 9.4 年であるのに対し、児童福祉領域は 2.5 年であった。保健師の資格を 96 名が所有しており、7 名が助産師の資格も所有していた。回答時点での主担当業務について、母子保健領域が 82 名、児童福祉との回答が 6 名であった。

表 4-3　参加者の属性

	N	%
参加者数　（自治体および個人）	117	
自治体回答数*	18	
個人回答数*	99	
性別		
男性	2	2.0
女性	97	98.0
年齢		
20歳代（20～29歳）	23	23.2
30歳代（30～39歳）	30	30.3
40歳代（40～49歳）	29	29.3
50歳代（50～59歳）	16	16.2
60歳以上	1	1.0
所持している資格（複数回答可）		
保健師	96	97.0
助産師	7	7.1
看護師	72	72.7
その他**	11	11.1
通算経験年数（母子保健領域）, mean (sd)	97	9.4 (7.9)
通算経験年数（児童福祉領域）, mean (sd)	98	2.5 (5.0)
現在の主担当業務		
母子保健領域	82	82.8
児童福祉領域	6	6.1
その他***	11	11.1

*SUSにおいて、2自治体から個人回答として5件ずつ回答を得た。

**項目「所持している資格」の「その他」の内訳

	N
養護教諭	4
介護支援専門員	2
公認心理師・臨床心理士	2
管理栄養士	1
児童福祉司	1
保育士	1

2)各項目の評価者間信頼性

項目毎に評価者間での一致率を検討した結果（図 4-1）、【#1 妊婦の初産時年齢が 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 世帯に 2 人以上の兄・姉がいる】【#4 妊娠時未婚または再婚】【#7 母子健康手帳の交付が妊娠 14 週以降】が高い一致率を示した(PA=0.89-0.94, AC=0.85-0.93)。一方で【#6 妊娠届出時来所者に違和感がある】【#12 妊婦が、妊娠・胎児に無関心・否定的】【#15 妊婦が社会的ストレスを抱えている】【#16 パートナーに知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見がある】【#18 パートナーが社会的ストレスを抱えている 】【#21 パートナー、親族との葛藤や暴力問題がある】の項目については低い値を示し(PA=0.45-0.55, AC=0.21-0.38)、なかでも【#15 妊婦が社会的ストレスを抱えている】が最も低い値を示した。ダミーケース集 A～D のグループに分けて検討したが、グループ間で差は認めなかった。

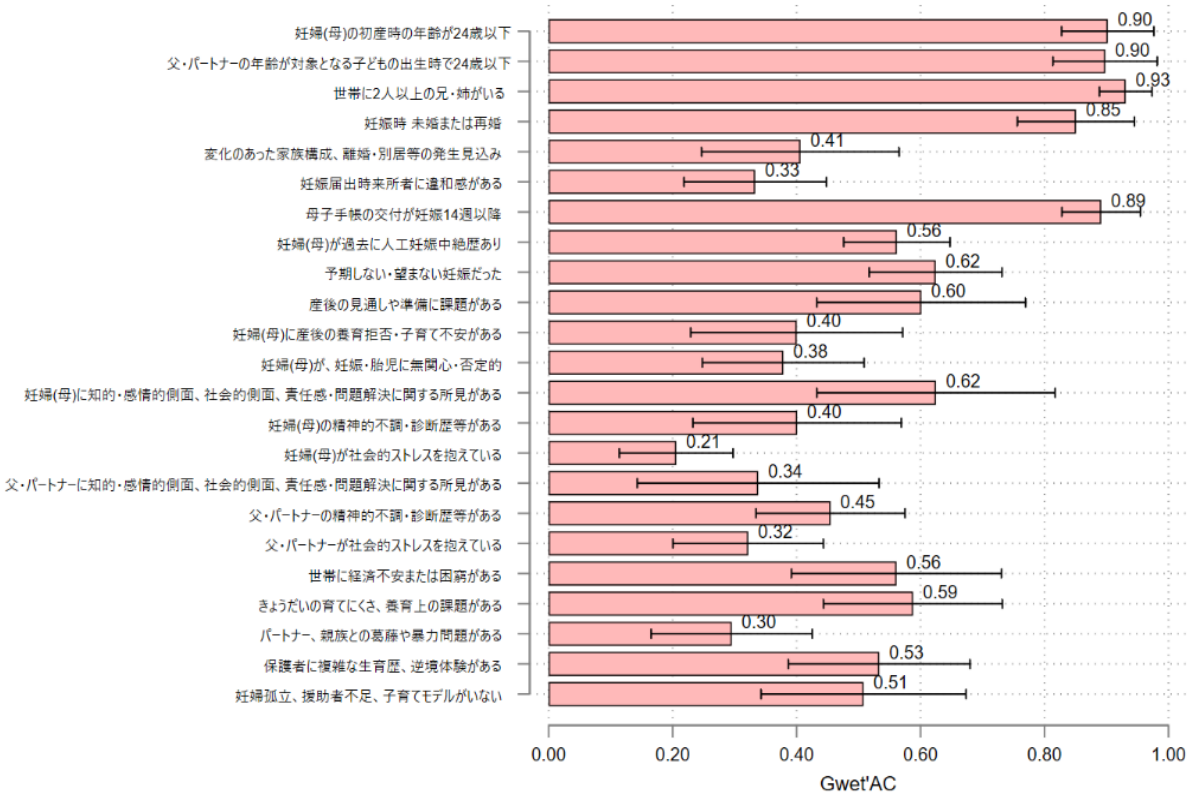


図 4-1：妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案の評価者間一致率

3)　　該当項目数の精度評価

(1) 児童福祉と共有すべき支援の必要性のある妊産婦・こども・家庭を把握する精度評価

「児童福祉と共有すべきか」に関する評価者間の一致率は、PA=0.80, AC=0.75 であった。精度評価は、7 点（感度 85.2、特異度 70.2）で同定した（表 4-4）。他の統計モデルを用い検証した結果、6.5 点から 8.4 点範囲での感度が高く類似の結果が得られた。AUC は、0.87(0.85-0.90)と良好であった（図 4-2）。

表 4-4　児童福祉と共有すべきかの判断に関する精度評価

Cutpoint	Sensitivity	Specificity
0	100.0 (100.0-100.0)	0.0 (0.0-0.0)
1	100.0 (100.0-100.0)	0.6 (0.0-1.9)
2	99.7 (99.1-100.0)	6.8 (3.2-10.8)
3	98.8 (97.7-99.7)	10.6 (6.3-15.0)
4	98.0 (96.3-99.1)	23.0 (17.0-29.3)
5	95.6 (93.5-97.4)	41.0 (34.3-47.8)
6	90.7 (88.1-93.2)	54.7 (48.1-61.6)
7	85.2 (81.9-88.3)	70.2 (63.6-76.1)
8	79.9 (76.1-83.5)	79.5 (73.5-84.7)
9	68.0 (63.8-72.3)	87.6 (82.6-92.4)
10	59.9 (55.5-64.5)	94.4 (90.9-97.4)
11	49.7 (45.9-54.1)	96.3 (93.1-98.8)
12	39.8 (36.4-43.3)	99.4 (98.0-100.0)
13	31.7 (28.5-34.9)	99.4 (98.0-100.0)
14	25.6 (23.0-28.3)	99.4 (98.0-100.0)
15	20.6 (18.0-23.1)	100.0 (100.0-100.0)
16	14.5 (12.0-17.1)	100.0 (100.0-100.0)
17	9.0 (6.7-11.4)	100.0 (100.0-100.0)
18	5.8 (3.8-7.9)	100.0 (100.0-100.0)
19	2.9 (1.2-4.7)	100.0 (100.0-100.0)
20	1.2 (0.3-2.4)	100.0 (100.0-100.0)
21	0.3 (0.0-0.9)	100.0 (100.0-100.0)
>21	0.0 (0.0-0.0)	100.0 (100.0-100.0)

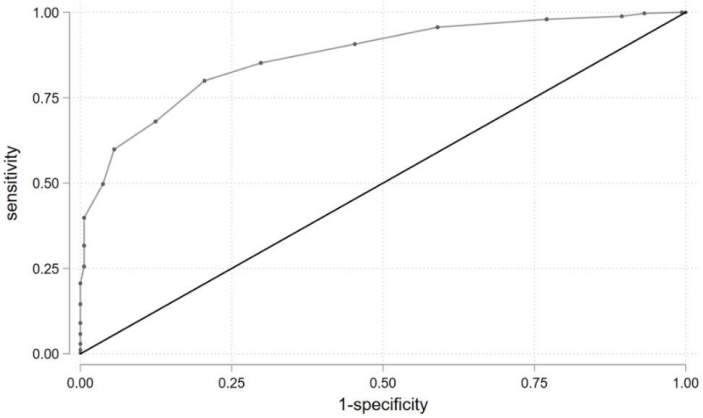


図 4-2　児童福祉と共有すべきかの判断に関する ROC

(2) 児童虐待リスクのある妊産婦・こども・家庭を把握する精度評価

「特定妊婦相当と考えられる事例か」に関する評価者間の一致率は、PA=0.73, AC=0.64 であった。精度評価は、8 点（感度 83.3、特異度 70.7）で同定した。他の統計モデルを用い検証した結果、6.5 点から 8.4 点周辺の感度が高く同様の結果が得られた。AUC は、0.84(0.81-0.87)と良好であった（表 4-5、図 4-3）。

表 4-5　特定妊婦相当と考えられるかの判断に関する精度評価

Cutpoint	Sensitivity	Specificity
0	100.0 (100.0-100.0)	0.0 (0.0-0.0)
1	100.0 (100.0-100.0)	0.5 (0.0-1.5)
2	99.7 (99.0-100.0)	5.3 (2.5-8.2)
3	99.0 (97.8-100.0)	9.6 (6.0-13.3)
4	98.3 (96.7-99.7)	19.7 (14.8-25.3)
5	95.9 (93.8-97.9)	33.7 (28.7-39.6)
6	93.2 (90.7-95.8)	48.6 (42.9-54.8)
7	88.1 (85.0-91.5)	61.5 (55.9-67.1)
8	83.3 (79.8-87.2)	70.7 (65.0-76.1)
9	71.1 (66.5-75.5)	78.8 (73.5-84.0)
10	61.9 (57.0-66.6)	84.6 (80.1-88.9)
11	53.7 (49.2-58.2)	91.3 (87.8-94.9)
12	43.5 (39.3-47.7)	95.7 (92.8-98.1)
13	35.7 (31.8-39.7)	98.1 (96.1-99.5)
14	28.9 (25.6-32.4)	98.6 (96.9-100.0)
15	23.8 (20.9-27.1)	100.0 (100.0-100.0)
16	16.7 (13.8-20.0)	100.0 (100.0-100.0)
17	10.2 (7.5-13.0)	100.0 (100.0-100.0)
18	6.5 (4.0-9.0)	100.0 (100.0-100.0)
19	3.4 (1.4-5.5)	100.0 (100.0-100.0)
20	1.4 (0.3-2.7)	100.0 (100.0-100.0)
21	0.3 (0.0-1.0)	100.0 (100.0-100.0)
>21	0.0 (0.0-0.0)	100.0 (100.0-100.0)

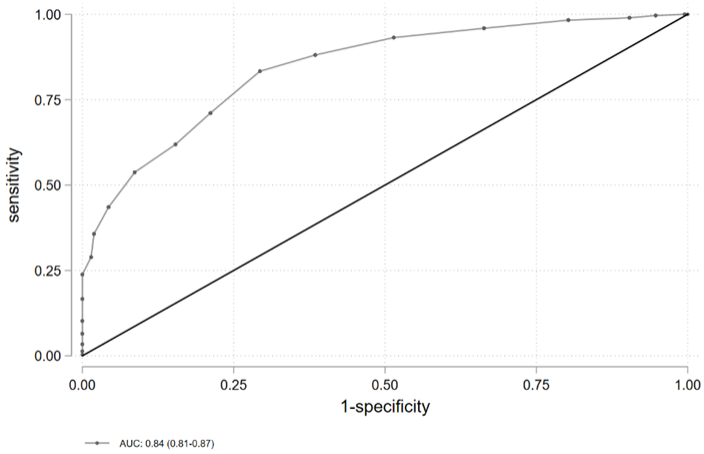


図 4-3　特定妊婦相当と考えられるかの判断に関する ROC

(3) 経過観察が必要な妊産婦・こども・家庭を把握する精度評価

「経過観察の対象とすべき事例か」に関する評価者間の一致率は、PA=0.92, AC=0.91 であり、他の精度評価項目の一致率より高かった。精度評価は、5 点（感度 85.7、特異度は 43.8）で同定した。他の統計モデルを用い検証した結果、5.4 点から 7.7 点周辺で高い感度が認められた。AUC は、0.76 (0.67-0.83)であった（表 4-6、図 4-4）。

表 4-6　経過観察の対象とすべきかの判断に関する精度評価

Cutpoint	Sensitivity	Specificity
0	100.0 (100.0-100.0)	0.0 (0.0-0.0)
1	99.8 (99.4-100.0)	0.0 (0.0-0.0)
2	98.1 (97.0-99.2)	9.4 (0.0-21.2)
3	96.2 (94.6-97.7)	15.6 (4.3-28.4)
4	92.4 (90.2-94.6)	31.3 (14.8-47.3)
5	85.7 (82.9-88.1)	43.8 (27.3-60.0)
6	78.5 (75.7-81.2)	59.4 (42.9-75.0)
7	69.8 (66.9-72.4)	68.8 (52.1-83.7)
8	63.1 (60.1-65.7)	71.9 (54.8-86.7)
9	52.3 (48.9-55.4)	81.3 (66.7-93.3)
10	44.7 (41.4-47.9)	90.6 (78.8-100.0)
11	36.7 (33.8-39.6)	90.6 (78.8-100.0)
12	28.7 (26.1-31.3)	93.8 (83.8-100.0)
13	23.2 (21.0-25.4)	100.0 (100.0-100.0)
14	18.8 (17.0-20.7)	100.0 (100.0-100.0)
15	15.0 (13.2-16.8)	100.0 (100.0-100.0)
16	10.5 (8.8-12.3)	100.0 (100.0-100.0)
17	6.5 (5.0-8.2)	100.0 (100.0-100.0)
18	4.2 (2.6-5.8)	100.0 (100.0-100.0)
19	2.1 (0.9-3.4)	100.0 (100.0-100.0)
20	0.8 (0.2-1.7)	100.0 (100.0-100.0)
21	0.2 (0.0-0.6)	100.0 (100.0-100.0)
>21	0.0 (0.0-0.0)	100.0 (100.0-100.0)

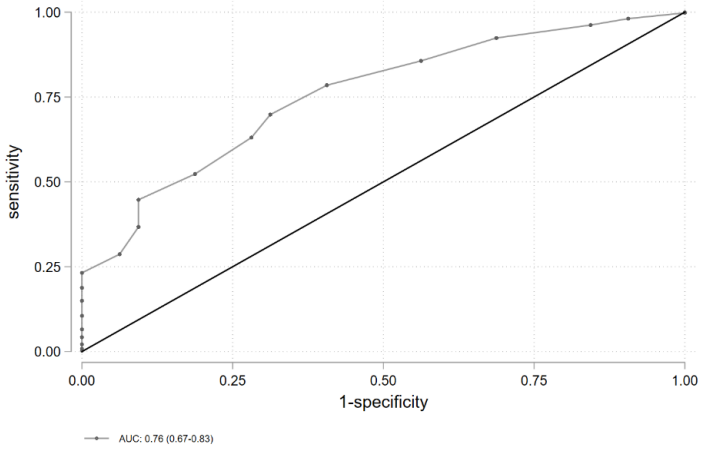


図 4-4　経過観察の対象とすべきかの判断に関する ROC

(4) 問題のない事例として判断をする精度評価

「問題がないと判断される事例」に関する評価者間の一致率は、PA=0.79, AC=0.76 であった。精度評価は、6 点で感度 81.6、特異度 51.2 を示し、カットオフポイントとして同定した。AUC は、0.72 (0.67-0.78)であった（表 4-7、図 4-5）。

表 4-7　問題がないとの判断に関する精度評価

Cutpoint	Sensitivity	Specificity
0	100.0 (100.0-100.0)	0.0 (0.0-0.0)
1	100.0 (100.0-100.0)	1.2 (0.0-3.8)
2	98.8 (97.7-99.8)	7.1 (2.4-12.6)
3	97.1 (95.7-98.6)	11.9 (5.5-19.0)
4	93.8 (91.8-95.9)	21.4 (13.8-30.8)
5	88.8 (86.3-91.5)	40.5 (31.8-50.0)
6	81.6 (78.9-84.6)	51.2 (42.1-61.1)
7	73.3 (70.3-76.2)	60.7 (51.7-70.1)
8	65.9 (62.7-69.2)	63.1 (54.0-71.9)
9	55.4 (52.0-59.0)	75.0 (65.7-83.5)
10	47.3 (44.0-50.7)	81.0 (73.2-89.0)
11	39.4 (36.3-42.7)	85.7 (78.2-93.0)
12	30.8 (28.0-33.6)	89.3 (82.5-95.5)
13	24.6 (22.2-27.0)	91.7 (85.4-97.0)
14	20.3 (18.1-22.7)	95.2 (90.3-99.0)
15	16.5 (14.5-18.7)	97.6 (94.0-100.0)
16	11.7 (9.6-13.9)	98.8 (96.2-100.0)
17	7.2 (5.3-9.2)	98.8 (96.2-100.0)
18	4.5 (2.9-6.5)	98.8 (96.2-100.0)
19	2.1 (0.9-3.6)	98.8 (96.2-100.0)
20	1.0 (0.2-1.9)	100.0 (100.0-100.0)
21	0.2 (0.0-0.7)	100.0 (100.0-100.0)
>21	0.0 (0.0-0.0)	100.0 (100.0-100.0)

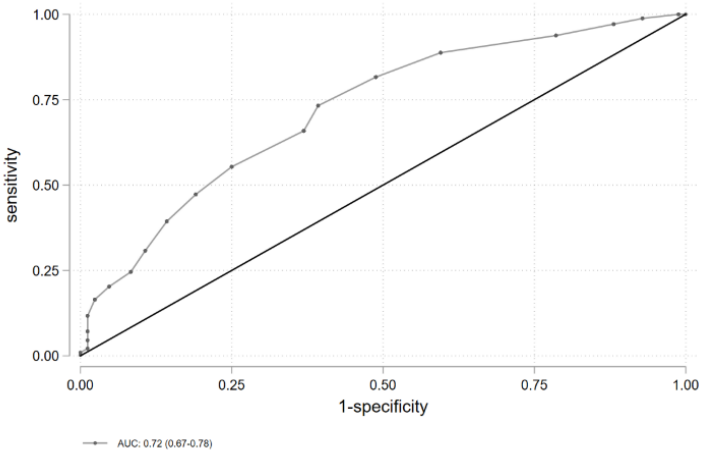


図 4-5　問題がないとの判断に関する ROC

4)　　リスクアセスメントツール構成案の有用性

妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案の SUS のスコア平均は、55.1 点であった。「使いやすいと思った」の意見に対する「そう思う」「非常にそう思う」の回答は合計で 30.6%、「とても使いにくい」では 14.9%が回答した。「使うにはサポートが必要」の質問について 48.8%が「そう思う」または「非常にそう思う」と回答した。一方で「使えるようになるまでに、事前にたくさんのことを覚える必要がある」に対し 6 割程度が「全くそう思わない」「あまりそう思わない」と回答した(図 4-6)。なお、通算経験年数と SUS スコアとの間に関連は認められなかった（図 4-7）。

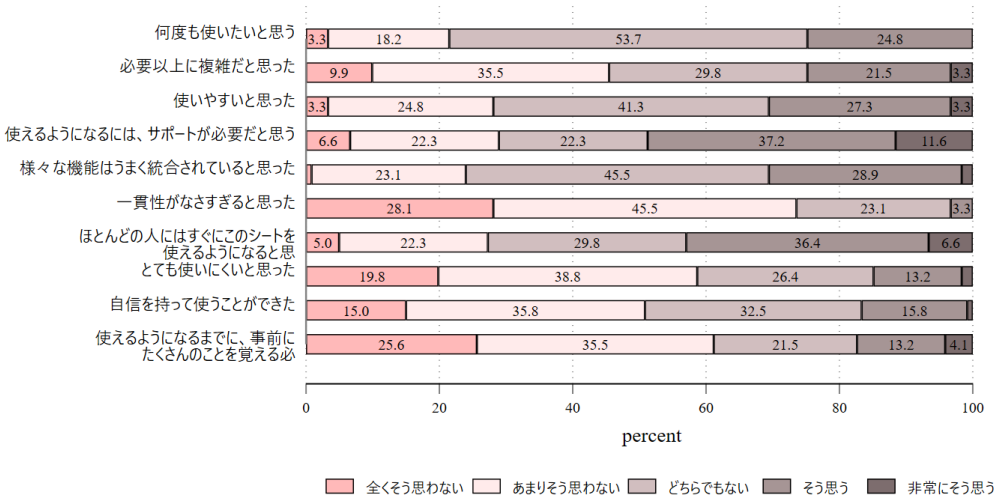


図 4-6　SUS を用いた妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案に関する評価

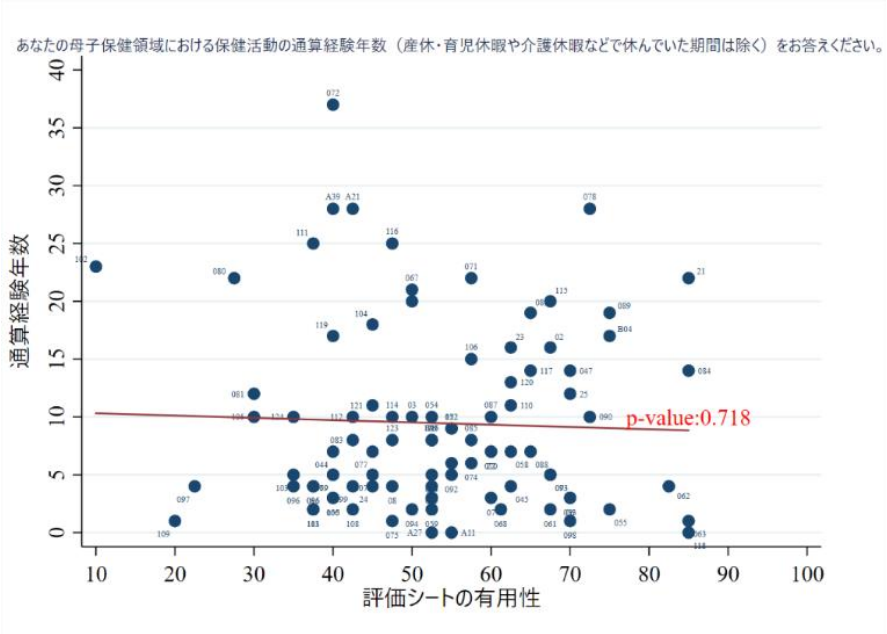


図 4-7　通算経験年数と SUS スコアの関連性（妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案）

5)　　支援の必要性が極めて高いと判断する項目について　（表 4-8）

11 項目から支援の必要性が極めて高いと判断する項目についてたずねたところ、「妊婦検診の受診状況（定期的に妊婦健診を受けていない）」「住所が不確定・転居を繰り返す」「夫婦ともに不安定就労・無職」の項目で 9 割以上の回答があった。一方で「妊婦または夫の親など親族の介護」は、支援が必要と判断したものは 2 割程度であった。

表 4-8　支援の必要性が極めて高いと判断する項目

項　目	n(%) はい	いいえ
妊婦健診の受診状況　定期的に妊婦健診を受けていない	112 (92.6)	9 (7.4)
胎児に疾病がある	55 (45.5)	66 (54.5)
胎児に障害がある	66 (54.5)	55 (45.5)
多胎妊娠である	63 (52.1)	58 (47.9)
妊婦が飲酒をやめることができない	64 (52.9)	57 (47.1)
妊婦に身体的障害がある	54 (44.6)	67 (55.4)
出産予定時のきょうだいの状況： 過去にきょうだいの不審死があった	104 (86.0)	17 (14.0)
出産予定時のきょうだいの状況： きょうだいに重度の疾病・障害等がある	53 (43.8)	68 (56.2)
社会経済的背景： 住所が不確定・転居を繰り返す	111 (91.7)	10 (8.3)
社会経済的背景： 夫婦ともに不安定就労・無職	109 (90.1)	12 (9.9)
家族の介護等： 妊婦又は夫の親など親族の介護	28 (23.1)	93 (76.9)

6)　　リスクアセスメントツール構成案に関する意見（自由記載）

妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案について、自由記載にて広く意見を聞いたところ 46 件の回答が得られた。使いやすいに関する意見として「新任期が使用しても使いやすい。他者に相談する前に使うことで、対象者の状態の把握を全員がしやすい」「項目が大きくまとめられており、チェックしやすい」「項目が簡潔でわかりやすい。幅広く特定妊婦を抽出できると思った」などの意見があった。次いで、項目毎に該当、非該当、不明の判定を行うことに対し「リスクの度合いを客観的にみることができ良いと感じた。」と肯定的な意見がある一方、「非該当と不明の区別が難しかった。」「この情報だけで、非該当にすべきなのか、それとも情報とれておらず確認できないから不明にチェックすべきなのか迷った」など判断に迷う、わかりにくい等の意見もみられた。また、「項目内容が抽象的のため、アセスメントしにくいと感じた」「言い回しが難しいものがあり、どのようにつけてよいか迷った」など、表現の曖昧さを指摘する意見も多くみられた。とくに【#15 妊婦（母）が社会的ストレスをかかえている】【#18 父・パートナーが社会的ストレスをかかえている】で使用されている「社会的ストレス」の用語について、「社会的ストレスがどの程度のものを該当とするのかわかりにくい」「社会的ストレスを抱えているかの評価はしにくい」などの意見があった。今後の使用について、慣れるまで何度か経験が必要となること、既に導入しているリスクアセスメントのツールとの使い分け、本シートを導入するにあたり既存の方法の見直しが必要、とする意見もみられた。

4.3.2 乳幼児期リスクアセスメントツール構成案

1)参加者の属性

全回答数は 113 件であった（表 4-9）。うち、18 件が組織単位での回答、95 件が個人での回答であった。個人回答 95 件の属性について、94 名が女性であり、経験年数の平均は、母子保健領域が 9.3 年であるのに対し、児童福祉領域は 2.5 年であった。保健師の資格を 93 名が所有しており、5 名が助産師の資格も所有していた。回答時点での主担当業務について、母子保健領域が 80 名、児童福祉との回答が 4 名、その他 11 名であった。

表 4-9　参加者の属性

	N	%
参加者数(自治体+個人)	113	
自治体回答数*	18	
個人回答数*	95	
性別		
男性	1	1.1
女性	94	98.9
年齢		
20歳代（20～29歳）	21	22.1
30歳代（30～39歳）	29	30.5
40歳代（40～49歳）	29	30.5
50歳代（50～59歳）	15	15.8
60歳以上	1	1.1
所持している資格（複数回答可）		
保健師	93	97.9
助産師	5	5.3
看護師	70	73.7
その他**	9	9.5
通算経験年数（母子保健領域）, mean (sd)	93	9.3 (7.7)
通算経験年数（児童福祉領域）, mean (sd)	94	2.5 (5.1)
現在の主担当業務		
母子保健領域	80	84.2
児童福祉領域	4	4.2
その他***	11	11.6

*SUSにおいて、2自治体から個人回答として5件ずつ回答を得た。

	N
養護教諭	3
介護支援専門員	2
公認心理師・臨床心理士	2
管理栄養士	1
保育士	1

2)　　各項目の評価者間信頼性

乳幼児期リスクアセスメントツール構成案において、高い評価者間一致率を示した項目は【母親の初産時年齢が 24 歳以下】【父親のこどもの出生時の年齢が 24 歳以下】の 2 項目のみであった(PA=0.86-0.90, AC=0.83-0.85)（図 4-8）。【母親が育児ストレスを抱える、やりがいや楽しみが持てない】【母親のこどもへの関わりが少ない、嫌がる、不自然/一貫性がない、厳しいしつけ、乱暴な扱いがある】【母親または父親に複雑な生育歴・過去の逆境体験がある】【世帯にキーパーソンがいない、健診未受診等による情報不足、接触困難がある】など 11 項目において低い値を認めた(PA=0.50-0.59, AC=0.27-0.39)。最も低い値を示したのは【こどもに情緒的な混乱、不自然な密着や独占行動、挑発行動、萎縮等がある】であった。なお、ダミーケース集 A～D のグループに分けて検討したが、グループ間で差は認めなかった。

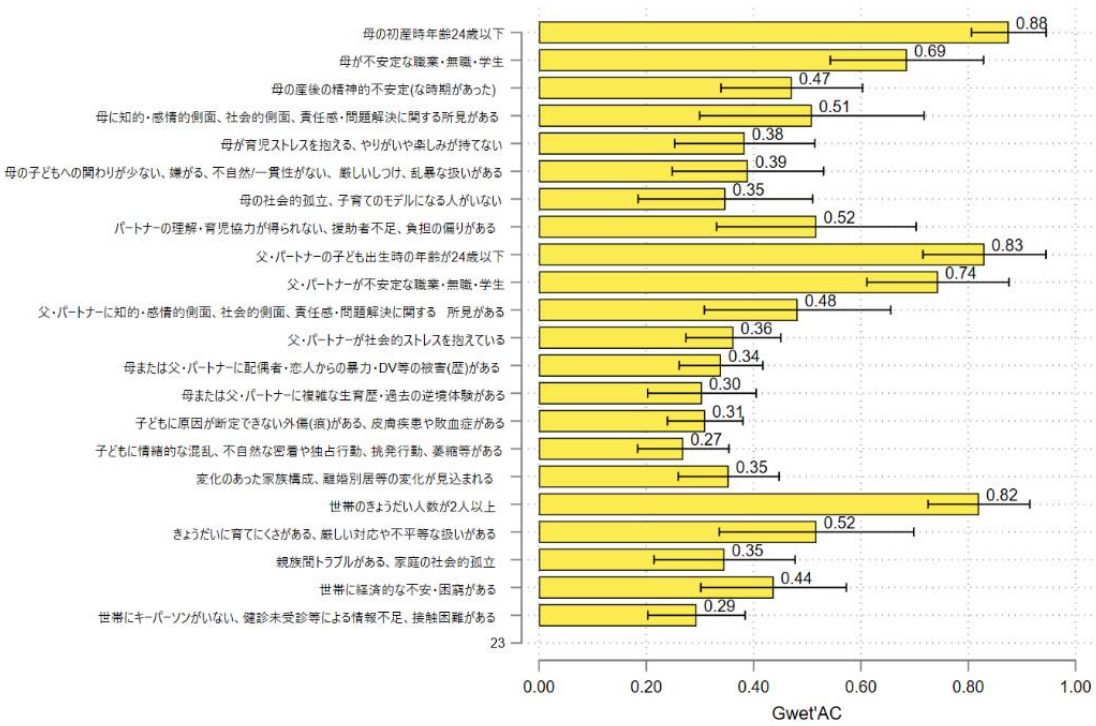


図 4-8　乳幼児期リスクアセスメントツール構成案

3)　該当項目数の精度評価

(1)　児童福祉と共有すべき支援の必要性のある妊産婦・こども・家庭を把握する精度評価

「児童福祉と共有すべきか」に関する評価者間の一致率は、PA=0.77, AC=0.70 であった。精度評価は、6 点の場合は感度 80.0、特異度は 73.9 を示し、カットオフポイントとして同定された。他の統計モデルを用い検証した結果、4.3 点から 5.5 点周辺の感度が高く同様の結果が得られた。AUC は、0.86 (0.83-0.89)と良好であった（表 4-10　図 4-9）。

表 4-10　児童福祉と共有すべきかの判断に関する精度評価

Cutpoint	Sensitivity	Specificity
0	100.0 (100.0-100.0)	0.0 (0.0-0.0)
1	99.7 (99.1-100.0)	3.1 (0.6-6.0)
2	97.8 (96.2-99.4)	10.6 (6.1-15.3)
3	95.7 (93.4-97.6)	27.3 (21.0-33.4)
4	91.7 (89.0-94.4)	42.9 (36.5-50.0)
5	86.5 (83.5-89.6)	57.8 (51.4-64.6)
6	80.0 (76.9-83.5)	73.9 (68.0-80.0)
7	76.3 (73.0-80.1)	83.2 (77.7-88.3)
8	71.4 (67.9-75.2)	89.4 (84.8-93.8)
9	65.5 (61.9-69.5)	93.8 (90.2-97.0)
10	60.6 (56.8-64.6)	96.9 (93.9-99.4)
11	53.8 (49.8-57.7)	98.1 (95.9-100.0)
12	44.9 (41.1-49.1)	98.1 (95.9-100.0)
13	35.7 (31.8-39.5)	98.8 (97.0-100.0)
14	28.9 (25.1-32.6)	98.8 (97.0-100.0)
15	23.7 (19.6-27.5)	98.8 (97.0-100.0)
16	14.5 (10.9-18.0)	98.8 (97.0-100.0)
17	5.8 (3.4-8.3)	99.4 (98.1-100.0)
18	1.5 (0.6-3.0)	100.0 (100.0-100.0)
19	0.9 (0.0-2.3)	100.0 (100.0-100.0)
20	0.6 (0.0-1.6)	100.0 (100.0-100.0)
21	0.3 (0.0-1.0)	100.0 (100.0-100.0)
>21	0.0 (0.0-0.0)	100.0 (100.0-100.0)

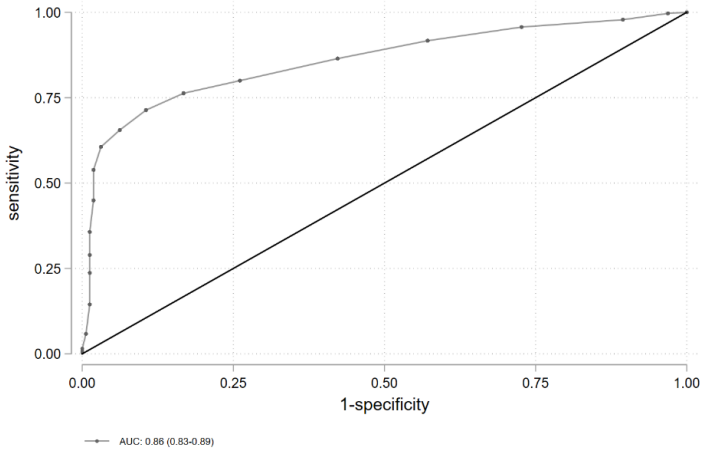


図 4-9　児童福祉と共有すべきかの判断に関する ROC

(2)　児童虐待リスクのある妊産婦・こども・家庭を把握する精度評価

「要支援児童相当当と考えられる事例か」に関する評価者間の一致率は、PA=0.73, AC=0.64 であった。精度評価は、9 点をカットオフポイントとして同定した（感度 82.9、特異度 78.8）。他の統計モデルを用い検証した結果、7.0 点から 8.9 点周辺の感度が高く同様の結果が得られた。AUC は、0.88 (0.85-0.91)と良好であった（表 4-11　図 4-10）。

表 4-11　要支援児童相当と考えられるかの判断に関する精度評価

Cutpoint	Sensitivity	Specificity
0	100.0 (100.0-100.0)	0.0 (0.0-0.0)
1	100.0 (100.0-100.0)	2.1 (0.7-3.8)
2	100.0 (100.0-100.0)	8.2 (5.3-11.3)
3	99.0 (97.2-100.0)	19.2 (15.1-23.5)
4	98.4 (96.4-100.0)	31.8 (27.3-36.2)
5	95.9 (93.0-98.0)	44.2 (39.7-48.8)
6	93.3 (89.6-96.2)	58.9 (54.2-63.8)
7	91.7 (88.0-95.2)	67.1 (62.8-71.7)
8	88.1 (83.8-92.0)	73.3 (69.3-77.5)
9	82.9 (77.9-87.5)	78.8 (75.2-82.5)
10	78.8 (73.6-83.8)	83.2 (79.7-87.0)
11	72.5 (67.0-77.8)	87.0 (83.4-90.4)
12	62.2 (56.6-67.7)	90.1 (86.8-93.1)
13	51.3 (45.6-56.9)	93.5 (90.6-96.0)
14	45.1 (39.1-51.0)	96.9 (95.0-98.6)
15	37.3 (31.3-43.3)	97.6 (95.7-99.3)
16	23.3 (17.8-28.9)	98.6 (97.2-99.7)
17	9.8 (6.0-13.9)	99.7 (99.0-100.0)
18	2.6 (0.6-5.1)	100.0 (100.0-100.0)
19	1.6 (0.0-3.6)	100.0 (100.0-100.0)
20	1.0 (0.0-2.7)	100.0 (100.0-100.0)
21	0.5 (0.0-1.6)	100.0 (100.0-100.0)
>22	0.0 (0.0-0.0)	100.0 (100.0-100.0)

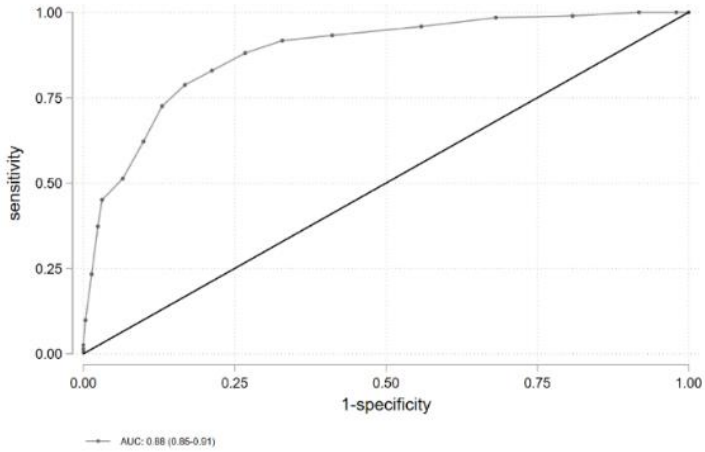


図 4-10　要支援児童相当と考えられるかの判断に関する ROC

(3)　経過観察が必要な妊産婦・こども・家庭を把握する精度評価

「経過観察の対象とすべき事例か」に関する評価者間の一致率は、PA=0.90, AC=0.90 であり、他の精度評価項目の一致率より高かった。精度評価は、4 点をカットオフポイントとして同定した（感度 83.3、特異度は 62.5）。他の統計モデルを用い検証した結果、3.2 点から 3.8 点周辺で高い感度が認められた。AUC は、0.81 (0.73-0.87)であった（表 4-12　図 4-11）。

表 4-12　経過観察の対象とすべきかの判断に関する精度評価

Cutpoint	Sensitivity	Specificity
0	100.0 (100.0-100.0)	0.0 (0.0-0.0)
1	98.9 (97.9-99.8)	3.1 (0.0-10.3)
2	96.0 (94.1-97.7)	18.8 (7.1-33.3)
3	90.1 (87.7-92.7)	40.6 (24.2-57.6)
4	83.3 (80.4-86.1)	62.5 (44.8-79.2)
5	74.9 (72.0-77.8)	71.9 (57.1-86.7)
6	65.2 (62.4-68.0)	84.4 (71.4-96.2)
7	59.5 (56.8-62.1)	87.5 (75.7-97.1)
8	54.2 (51.7-56.7)	93.8 (85.0-100.0)
9	48.5 (45.8-51.2)	93.8 (85.0-100.0)
10	43.8 (41.0-46.6)	93.8 (85.0-100.0)
11	38.5 (35.8-41.3)	93.8 (85.0-100.0)
12	32.2 (29.5-34.8)	93.8 (85.0-100.0)
13	25.8 (23.1-28.4)	96.9 (90.0-100.0)
14	20.9 (17.9-23.8)	96.9 (90.0-100.0)
15	17.4 (14.7-19.9)	100.0 (100.0-100.0)
16	10.8 (8.2-13.2)	100.0 (100.0-100.0)
17	4.4 (2.7-6.2)	100.0 (100.0-100.0)
18	1.1 (0.2-2.2)	100.0 (100.0-100.0)
19	0.7 (0.0-1.5)	100.0 (100.0-100.0)
20	0.4 (0.0-1.1)	100.0 (100.0-100.0)
21	0.2 (0.0-0.7)	100.0 (100.0-100.0)
>21	0.0 (0.0-0.0)	100.0 (100.0-100.0)

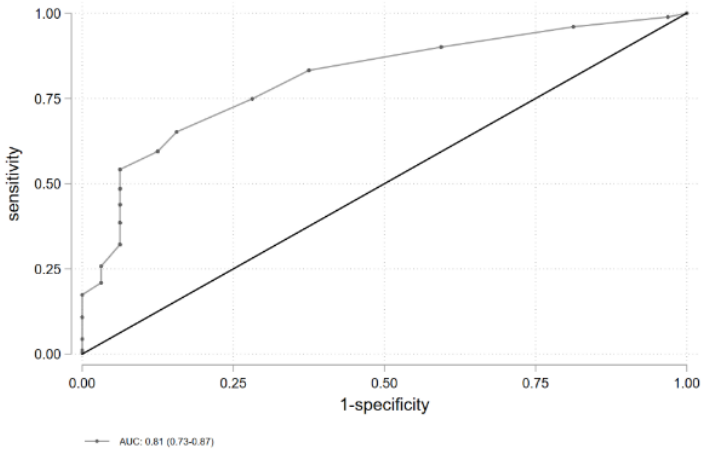


図 4-11　経過観察の対象とすべきかの判断に関する ROC

(4)　問題のない事例として判断をする精度評価

「問題のないと判断される事例」に関する評価者間の一致率は、PA=0.81, AC=0.78 であった。精度評価は、4 点をカットオフポイントとして同定した（感度 86.2、特異度 54.3）。他の統計モデルを用い検証した結果、3.3 点から 4.5 点周辺で高い感度が認められた。AUC は、0.76 (0.70-0.82)であった（表 4-13　図 4-12）。

表 4-13　問題がないとの判断に関する精度評価

Cutpoint	Sensitivity	Specificity
0	100.0 (100.0-100.0)	0.0 (0.0-0.0)
1	99.3 (98.5-100.0)	4.3 (0.0-9.5)
2	96.4 (94.7-98.0)	12.9 (5.8-21.1)
3	92.3 (89.8-94.6)	35.7 (25.8-46.6)
4	86.2 (83.5-89.3)	54.3 (44.7-65.5)
5	77.5 (74.6-80.6)	61.4 (52.3-72.1)
6	67.9 (64.8-71.1)	72.9 (63.3-83.1)
7	62.3 (59.3-65.1)	78.6 (69.7-87.8)
8	56.3 (53.5-58.9)	80.0 (71.0-88.9)
9	50.5 (47.7-53.4)	81.4 (72.5-90.1)
10	45.9 (43.1-49.1)	84.3 (76.2-92.3)
11	40.6 (37.5-43.7)	87.1 (79.5-94.1)
12	34.1 (31.1-37.0)	88.6 (81.1-95.4)
13	27.3 (24.3-30.2)	92.9 (86.4-98.4)
14	22.2 (19.2-25.2)	94.3 (88.3-98.7)
15	18.6 (15.7-21.3)	97.1 (93.1-100.0)
16	11.6 (9.0-14.2)	98.6 (95.3-100.0)
17	4.8 (3.1-6.8)	100.0 (100.0-100.0)
18	1.2 (0.5-2.2)	100.0 (100.0-100.0)
19	0.7 (0.0-1.7)	100.0 (100.0-100.0)
20	0.5 (0.0-1.2)	100.0 (100.0-100.0)
21	0.2 (0.0-0.7)	100.0 (100.0-100.0)
>21	0.0 (0.0-0.0)	100.0 (100.0-100.0)

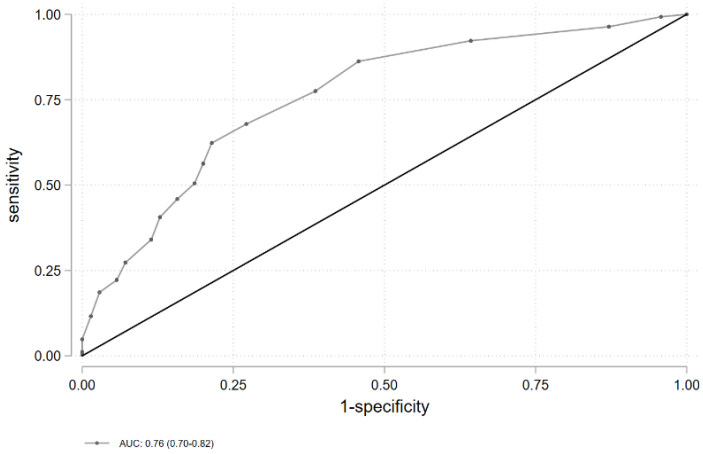


図 4-12　問題がないとの判断に関する ROC

4)　リスクアセスメントツール構成案の有用性

乳幼児期リスクアセスメントツール構成案の SUS のスコア平均は、52.2(sd=16.4)点であった。「使いやすいと思った」の意見に対する「そう思う」「非常にそう思う」の回答は合計で 28.2%、「とても使いにくい」では 25.7%が回答した。「使うにはサポートが必要」の質問について 50.0%が「そう思う」または「非常にそう思う」と回答した。一方で「使えるようになるまでに事前にたくさんのことを覚える必要がある」に対し 5 割程度が「全くそう思わない」「あまりそう思わない」と回答した(図 4-13)。なお、通算経験年数と SUS スコアとの間に明らかな関連は認められなかった（図 4-14）。

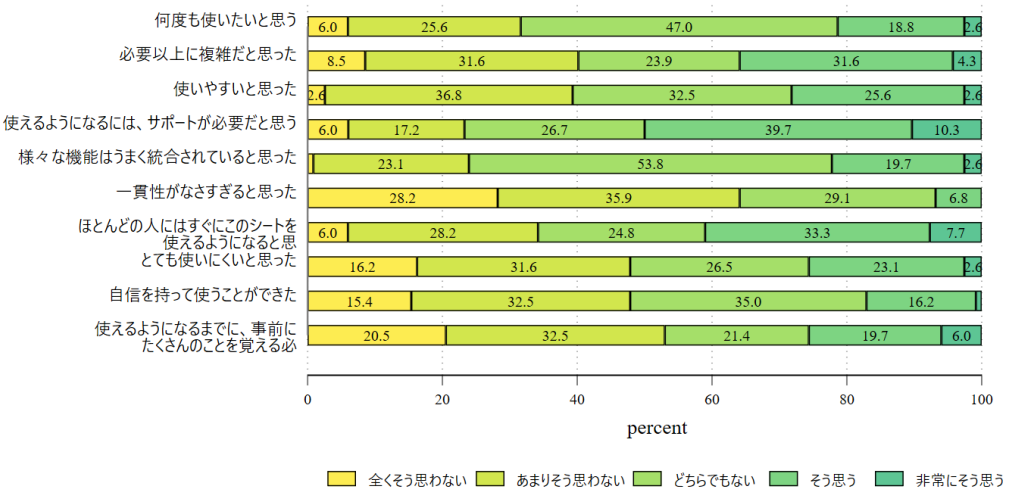


図 4-13　SUS を用いた乳幼児期リスクアセスメントツール構成案に関する評価

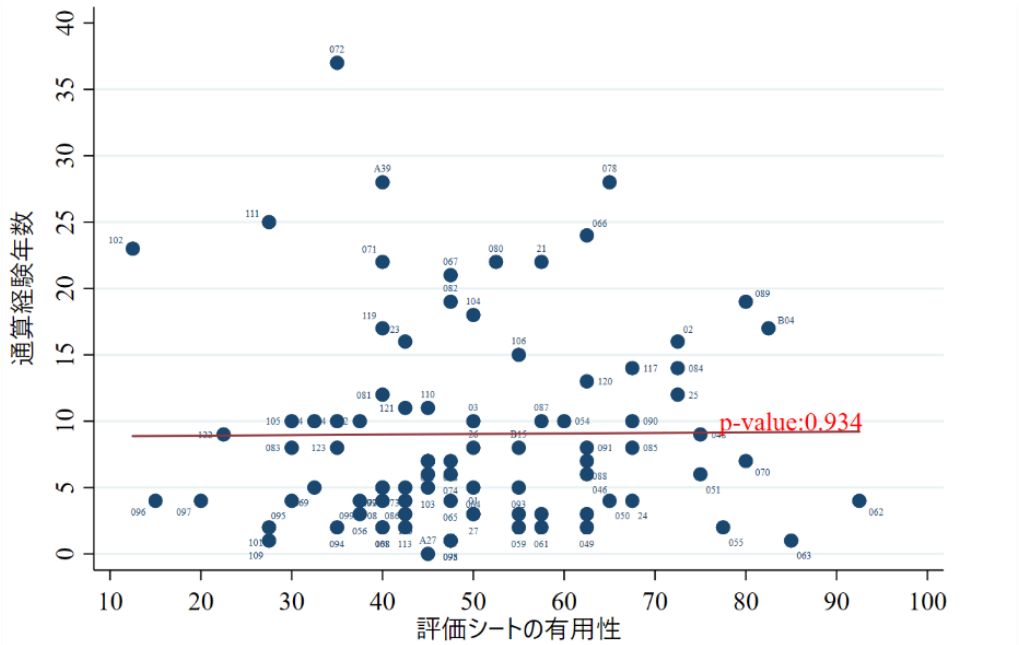


図 4-14　通算経験年数と SUS スコアの関連性（乳幼児期リスクアセスメントツール構成案）

5)　支援の必要性が極めて高いと判断する項目について（表 4-14）

12 項目から支援の必要性が極めて高いと判断する項目についてたずねたところ、「身なりや衛生状態」は 94%が回答した他、「登園状況」に関する 2 項目についても 8 割を超える回答がみられた。一方で「食事の状況」に関する 3 項目は支援の必要性が高いと判断したものは半数程度にとどまった。

表 4-14　支援の必要性が極めて高いと判断する項目

支援の必要性が極めて高いと判断する項目	n(%)	
	はい	いいえ
保護者への態度：保護者の顔色を窺う、意図を察知した行動をする	73 (62.4)	44 (37.6)
保護者への態度：保護者といるとおどおどし、落ち着きがない	80 (68.4)	37 (31.6)
保護者への態度：保護者といると必要以上に気を遣い緊張しているが、保護者が離れると安心して表情が明るくなる	88 (75.2)	29 (24.8)
身なりや衛生状態：からだや衣服の不潔感、髪を洗っていないなどの汚れ、におい、垢の付着、爪がのびている等がある	110 (94.0)	7 (6.0)
身なりや衛生状態：季節にそぐわない服装をしている	77 (65.8)	40 (34.2)
身なりや衛生状態：衣服が破れたり、汚れている	83 (70.9)	34 (29.1)
身なりや衛生状態：虫歯の治療が行われない	87 (74.4)	30 (25.6)
食事の状況：食べ物への執着が強く、過度に食べる	66 (56.4)	51 (43.6)
食事の状況：極端な食欲不振が見られる	59 (50.4)	58 (49.6)
食事の状況：友達に食べ物をねだることがよくある	49 (41.9)	68 (58.1)
登園状況等：理由がはっきりしない欠席・遅刻・早退が多い	94 (80.3)	23 (19.7)
登園状況等：連絡がない欠席を繰り返す	97 (82.9)	20 (17.1)

6)　リスクアセスメントツール構成案に関する意見（自由記載）

乳幼児期リスクアセスメントツール構成案について、自由記載にて広く意見を求めたところ、36 件の回答が得られた。妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案と同様、該当・非該・不明の判断は難しい、迷うといった意見が多くみられた。さらに「使用する人の受け方により、判断が異なるのではないかと感じた。」「項目の内容表記があいまいで、該当するか迷う。」「項目が抽象的である。もう少し具体的な内容であれば判断がしやすいと感じた」「言葉の意味するところの理解が難しい」といった項目の表現に関する意見も多くみられ課題が指摘された。

妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案と乳幼児期リスクアセスメントツール構成に共通する意見として、「今まであまり注目していなかった情報について不明が付くことで、意識的に情報収集をする利点はある」「ケースにより必要な情報には差があり、ケース全体のアセスメントの重要性を感じた」とリスクアセスメントツール構成案を使用するメリットを述べる意見もあった。具体的な利用方法として「点数化してリスクを判断できると良いと思う」「該当項目が〇個以上あるとリスクが高い、など一定の基準があると利用しやすい」といった点数化およびその基準についての提案があった。「各項目の意味、具体的なケースの説明が欲しい」「用語に関する注釈があることで統一した見解でチェックできると思う」など、運用マニュアルへ反映すべき提案もあった。

4.4　ダミーケース調査の考察

妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案および乳幼児期リスクアセスメントツール構成案について、ダミーケースを用いた精度評価を行った。

それぞれを構成する項目 21 項目または 22 項目毎に評価者間一致率を検討した。両リスクアセスメントツール構成案において、「妊婦（母親）の初産時の年齢が 24 歳以下」等、該当か非該当であるかの判断が容易であると想定される項目については一致率が高いことが示された。本調査では、紙面上のダミーケースを読み、情報を収集する方法で実施したが、母子保健部局においても年齢や世帯の構成人数等の情報については、入手さえできれば、該当するか否かの判断は容易であると考えられる。このような種類の情報は担当者の技量や経験値に依存することなくズレのない評価が可能であるといえる。一方で評価者間一致率が低い項目は、【妊婦が社会的ストレスを抱えている】、【母親が育児ストレスを抱える、やりがいや楽しみが持てない】等であった。「違和感」「無関心な様子」「情緒不安定」「ストレス」「やりがい」等の用語が含まれている項目は、担当者によって判断のズレが発生することが明らかになった。これらの項目はどのような場面や状況が該当するのかを事前に示していなかったことで評価者の捉え方、判断に幅が発生したと考える。今回の調査のように同一のダミーケースから情報を収集したとしても、行動描写から背景に潜んでいるリスクを察知するかは評価者によって差が生じることは否めない[17]。評価者により認識、判断に相違が起こる可能性が高い項目については、認識および判断のズレを最小限にとどめるために対策を講じる必要があることが示唆された。対策の一つとして、どのような場面、状況が該当するのかを具体例として運用マニュアル等に提示することが重要である。担当者間の判断のズレを最小限にとどめ、担当者による判断の不一致発生を軽減し、リスクの取りこぼしの予防に繋がると考える。

妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案の精度評価「児童福祉と共有すべきか」を検証した結果、暫定のカットオフポイントとして 7 点が示された。これは、「特定妊婦相当と判断するべき事例か」の判断に比べ 1 ポイント低い結果となった。また、「経過観察が必要な妊産婦・こども・家庭を把握する」「問題のない事例として判断をする」の検証において、暫定のカットオフポイントは 5，65 点周辺が示された。「児童福祉と共有すべき」ラインと「特定妊婦相当」と判断するライン、そして「経過観察が必要なケース」と「問題のないケース」と判断するライン、それぞれの関係性に大きな差がないことが示唆された。実際に導入する際は、どの項目が該当しているのか、どのような情報が得られたのか、または不足しているのか等を含め、担当者単独の判断ではなく、担当部署内での共有した上で総合的な判断を行うことが求められる。

乳幼児期リスクアセスメントツール構成案の精度を評価した結果では、「児童福祉と共有すべきか」に関する暫定のカットオフポイントとして、6 点が示された。一方で、「要支援児童等と判断するか」に関するカットオフポイントは 9 点周辺であり、「要支援児童等と判断するか」のカットオフポイントがより高値となり慎重な判断が必要ということが再認識される結果となった。「経過観察が必要な妊産婦・こども・家庭を把握する」「問題のない事例として判断をする」の検証において暫定のカットオフポイント 4 点と差がなく、妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案と同様の傾向であった。今回の精度評価で示すカットオフポイントは、ダミーケースを用いて算出された理由からあくまでも暫定的に設定された値である。あくまでも該当項目数からの判断は参考程度に用いることが望まれる。

SUS を用いたリスクアセスメントツール構成案の有用性の検討では、平均スコアが妊娠・出産期用で 55.1 点、乳幼児期用で 52.2 点であった。「使いやすい」と感じた参加者は 3 割またはそれ以下にとどまった。すでに運用方法が確立し日々の業務に定着しているリスクアセスメントシート等を利用している自治体も多くあり、それらとの整合性を考えた意見と推測する。前述の半構造化面接では、「項目数はちょうどよい」とする意見もあったように、項目数を多くしないようにされたがゆえの使いにくさ、つまり項目に想定される事象が十分に含まれていない、表現がややファジーな点もあることが捉えにくさに繋がっていることも考えられる。「使う前にサポートが必要」の質問に対し半数近くが同意していることからも推測される。本リスクアセスメントシートの利活用促進のためには、まず「使いたい」と感じるものであること、信頼性、利便性が高いものであることが必須条件であろう。今後に向け、リスクアセスメントツールの更なる改訂が必要である。

支援の必要性が極めて高いと判断する項目について尋ねた結果、重要性が高い項目が示された。これらの項目は今回使用したリスクアセスメントツール構成案には含まれていない項目であるが、今後の改訂や運用マニュアル作成に向け、十分配慮すべき項目である。

第 5 章　母子保健事業における運用マニュアル作成作業（フォーカスグループインタビュー）

5.1 運用マニュアル作成の目的

本事業の運用マニュアルの目的は、全国の様々な自治体の母子保健活動で本リスクアセスメントシートの運用する際に、母子保健従事者が本リスクアセスメントシートの位置づけや目的、各項目の評価基準や評価結果の解釈を把握するためのガイドとしての役割を果たすことである。また、各項目に具体例を記載し、母子保健活動で評価を行っている中で、不明点がある場合に参照するガイドとして使用できるようにする。

5.2 運用マニュアル作成の方法

運用マニュアルは以下の手順で作成を行った。最初に母子保健活動での使用に必要と思われる運用マニュアル項目案を作成し、第 1 回検討委員会で意見を得た。次に、半構造化面接、ダミーケース調査の自由記載欄の中で得られた、運用マニュアルに関する意見を基に、運用マニュアル項目案の改良を行った。その後、母子保健関係者複数名に対してフォーカスグループインタビューを実施し、母子保健部局でリスクアセスメントシートを導入する際に、必要な説明が網羅されているか、改善点について話し合い、フォーカスグループで得られた知見をもとにさらに運用マニュアルを改良した。その後、検討委員会でさらに検討を重ね、運用マニュアル最終版を作成した。

5.3　フォーカスグループインタビューのインタビューガイド

実施日時：2023 年 1 月 20 日（金）15:00~16:30
場所：国立成育医療研究センター社会医学研究部
実施方法：ZOOM によるオンラインフォーカスインタビュー
対象者および参加自治体：
5 自治体からの母子保健関係者 7 名
所属：母子保健　5 名、児童福祉　2 名
所属での経験年数：2 年（通算 26 年）、3 年、4 年、通算 10 年、通算 18 年、25 年、通算 35 年
※通算は保健師としての入職後の年数を示す
（欠席者 1 名、後に書面で意見を得た）
目的：運用マニュアルに関する課題、改善ポイントを引き出す。妥当性、適切性を確認するとともに、課題・改善ポイントを引き出す。得られた意見等を運用マニュアルの修正案作成に活かす。

1. 運用マニュアルの目的の認識合わせと章立て案の確認
2. 記載内容についての意見聴取
3. まとめ

表 5-1　フォーカスグループインタビューガイド

Time schedule	インタビュー内容	備考
15:00～15:05 （5 分程度）	導入	挨拶、参加者紹介
15：05～15：10 （5 分程度）	1.　運用マニュアルの目的の認識合わせと章立て案の確認	
	●　運用マニュアルの目的を提示し、対象者からの意識に相違がないことを確認。	認識合わせ。この後の話し合いの基本方針がずれないようにするため。
	●　章立て案の確認	目次ページをみていただき、意見をもらう。不要または追加が必要な項目の有無を確認。
15：10～16：20 （70 分程度）	2.　記載内容についての意見聴取	
	●　第 1 章を中心に、全体を通して	
	●　運用マニュアルの目的を提示し、対象者からの意識に相違がないことを確認。	認識合わせ。この後の話し合いの基本方針がずれないようにするため。
	●　章立て案の確認	目次ページをみていただき、意見をもらう。不要または追加が必要な項目の有無を確認。
	●　詳細記録版の運用について	詳細記録版はマニュアルに掲載すべきか、また実際に使用する場合、詳細記録版に評価欄を付けた方がよいか。
	●　妊娠・出産期リスクアセスメントシートに関する部分について	
	●　用語の定義（妊娠・出産期版）について	追加すべき、説明が必要な用語の有無を確認。
	●　三世代同居におけるひとり親について、ふれる必要があるか。【妊-5】	祖父母等と同居するひとり親家庭は、リスクになる可能性があるか。
	●　経済的不安と経済的困窮について【妊-21】	分別して考える必要があるのか、定義はあるのか。
	●　その他、「各構成項目についての説明、具体例」で気になる点、要不要項目の有無について	妊娠・出産期の「各構成項目についての説明、具体例」全体を通して、意見をいただく。
	●　乳幼児期リスクアセスメントシートに関する記載について	
	●　用語の定義（乳幼児期）について	追加すべき、説明が必要な用語の有無を確認。
	●　「母親の産後の精神的不安定な時期があった」の例として、「EPDS で高い点数を示した」のような記載は必要か。【乳-3】	
	●　その他、「各構成項目についての説明、具体例」で気になる点、要不要項目の有無について	乳幼児期の「各構成項目についての説明、具体例」全体を通して、意見をいただく。
	●　第 3 章～第 5 章に関する記載について	
	●　第 3 章　1．内の「リスクアセスメントシートの項目に該当することが「＝リスク」ではありません。「背景にある本質的なケアニーズが把握されず、満たされていない」ことが「リスクのある状態」です。」の表記について。	この考え方は妥当かどうか、自然に理解できる内容になっているか。
	●　その他、気になる点、要不要項目の有無について	
16：20～16：30 （10 分程度）	3.　まとめ	
	インタビューの総括とマニュアルに関する今後の予定について簡単に説明。	

5.4　フォーカスグループインタビューの結果

1)　　運用マニュアルの全体の構成項目、章立てについて

- 各章の中でナンバリングがあるとわかりやすい。
- 母子保健部局で使うのであれば、個別の対象者を目の前に運用マニュアルを参照するので、使い方、評価の仕方、解釈→乳幼児期のリスクアセスメントシートの使い方・評価の仕方・解釈を妊娠期、乳幼児期それぞれでまとめた方がよい（妊婦と乳幼児が交互の配置は使いにくい）。
- 色分け、強調部分にはフォントを大きくするなどの工夫がされていると見やすいと思う。
- 運用マニュアル１冊で完結できると使いやすいので、運用マニュアルの最初に小さくてもいいので、妊娠・出産期版、乳幼児期版のリスクアセスメントシートが記載されていると使いやすい。
- 管理者の留意事項についても、管理者としてどんな役割があるのか、組織としてどうやってこのリスクアセスメントシートを役立てていくのかについての章もあった方がよいと思う。
- 詳細版をどのような場合に使うのかについて、もう少し明記されていれば、詳細評価版も参考資料に載せてもよいと思うが、詳細評価版の位置づけが明確になっていない。

2)　　第１章について

- リスクアセスメントシートが開発されたプロセスが簡略化されているが、もっと簡易な言葉を使いながら、もう少し詳細に書いてもらえるとよいと思う。短時間で概要がつかめるような記載がよいと思う。
- リスクアセスメントシートの目的に、要保護児童、特定妊婦は含まれないが、注意が必要な妊産婦・乳幼児を把握すること、という目的ならば、「要保護児童対策地域協議会には入らなくてもリスクがある人たち」も対象であることを運用マニュアル内で伝える必要がある。
- 母子保健部局では「児童福祉と共有すべき」＝要保護児童対策地域協議会というイメージがつきがちだが、「支援の必要な人を把握する」「児童福祉と共有すべきかを含めた対応について組織として話し合うための材料にするためのもの」というような意味合いが伝えられるとよい。
- 「決して保護者や家庭のラベル付けをするものではありません」という言葉に尽きると思う。
- 気になる家庭が出て児童福祉との共有を考える時に、このリスクアセスメントシートを用いて評価をして複合的な判断をする、また、共有するツールとして使用するという２つの目的が示せるとよいのではないか。
- リスクアセスメントシートが対象とする集団を示す逆三角形の図を入れて、対象集団をわかりやすく示すとよい。

3)　　妊娠・出産期のリスクアセスメントシート記載部分について

- 評価対象→特に指摘なし。
- 用語の定義→特に指摘なし。
- No.１：妊婦の初産時の年齢については、「24 歳」の設定には違和感がある、という指摘が複数の参加者よりあり、その設定の根拠については説明が必要である。

- 過去に若年妊娠の歴がある場合にはリスクがあると考えるので、「初産の年齢が」という部分の扱いには問題はない。
- No.5 ひとり親家庭・未婚・未入籍などの世帯の状況を把握する項目があるとよい。
- No.6　頻度が多い順に並べるとよい。「違和感」より「気になる」の方が伝わりやすい。
- 妊娠届出時に妊婦本人が来所しない（代理申請）はあまり判断根拠とならないことが多いので不要かもしれない。
- No.9 「予期しない妊娠であった」の過去形表記については問題なし。
- No.11　「産後の準備ができていない」「妊娠 36 週ごろ以降になっても…」の部分がどこの部分にまでかかっているのかが明記されるとよい。
- No.15　妊婦が家庭外でストレスを抱えているということが示されていてわかりやすい。
- No.21　「世帯に経済不安がある」は表現があいまいなので、不要かもしれない。「経済困窮に至る可能性がある」でよいのかもしれない。

4)　乳幼児期リスクアセスメントシート記載部分について

- 出産～6 か月までの妊娠・出産期リスクアセスメントシートとの重複については、妊娠期からフォローをしているときには、妊娠・出産期版を使用、産後からの関わりならば乳幼児版を使う、といった具体的な説明があれば混乱はしない。
- 必要な配慮の部分で「ある項目に該当」より「一つの項目」の方が、表現がやさしい。少数の保健師が判断するのではなく、「組織として判断することが大切」「判断の材料として使ってもらう」ことを伝えるのが大切。
- No.21　「地域の活動には参加していない」は、判断基準になりにくいため、削除でよいのではないか。

5)　リスクアセスメントシート結果の解釈とそれに基づく対応について

- カットオフを超えるか、超えないかにわけての対応については、分けておいた方が母子保健部局では使いやすい。
- フローチャートの中で、標準版にふれていない。標準版も経時的な評価ができるとよい。

6)　全体を通して

- 「こども」「お子さま」といった表記のばらつきがある。
- 子育てのモデル、子育てモデルといった用語もばらつきがある。

5.5　フォーカスグループインタビューの考察、運用マニュアルへの反映

フォーカスグループインタビューで得られた意見をもとに、以下の点を運用マニュアルに反映させた。

- 構成をリスクアセスメントシートの使用法、評価法、解釈について妊娠・出産期でまとめた章、乳幼児期でまとめた章を作成する。
- 各章にナンバリングを行い、妊娠・出産期、乳幼児期部分でインデックスの色を分ける。強調すべき部分は下線や太字を使用する。
- リスクアセスメントシートの開発のプロセスについて、図式などを用いながら、簡易な言葉でわかりやすく変更する。
- リスクアセスメントシートの目的の記載をよりわかりやすく変更し、特定妊婦や要保護児童に該当しなくても、支援が必要な可能性がある家庭を早く把握し、組織として評価、共有を行うためのツールであることが伝わる文章に変更し、対象となる集団を明確にする。
- 妊産婦の初産年齢の設定根拠について、運用マニュアルに説明を加える。
- 詳細記録版の位置づけを明記する。
- 各項目の具体例については、頻度が多い順に並べ、説明についてもフォーカスグループインタビューで得られた意見を基に、変更を行った。

第 6 章　令和 4 年度事業の成果物

6.1 妊娠・出産期リスクアセスメントシート

57 ページ掲載

6.2 乳幼児期リスクアセスメントシート

58 ページ掲載

6.3　運用マニュアル

URL: https://www.ncchd.go.jp/center/activity/kokoro_jigyo/index.html

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：

記録者	記録者	記録者
年　月　日	年　月　日	年　月　日

区分	No	項目 ・該当所見には □にチェックを入れる ・記録日ごとにペンの色を変える	該当	非該当	不明	該当	非該当	不明	該当	非該当	不明
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									
	4	妊娠時、未婚または再婚									
	5	□ 変化のあった家族構成　□ 離婚・別居等の発生見込みがある									
妊娠届出	6	妊娠届出時、来所者に違和感がある									
	7	母子健康手帳の交付が妊娠 14 週以降									
妊娠までの経過	8	過去に人工妊娠中絶歴あり									
妊娠への態度感情	9	□ 予期しない妊娠であった　□ 望まない妊娠であった									
	10	妊婦が □ 妊娠・胎児に無関心、または □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　□ 産後の準備ができていない									
	12	妊婦に□ 産後の養育拒否がある、または □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 □知的水準の低さ □感情コントロール（衝動性・攻撃性等） □社会的未熟さ（対人関係等）□責任感不足　□問題解決困難									
	14	妊婦に□ 精神的不調、または □ 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	□ パートナーとの暴力問題 □ 親族とのトラブル、不仲など									
	17	複雑な生育歴がある（□ 妊婦　□ パートナー） 逆境体験がある（□ 妊婦　□ 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 □知的水準の低さ □感情コントロール（衝動性・攻撃性等） □社会的未熟さ（対人関係等）□責任感不足 □問題解決困難									
	19	パートナーに □ 精神的不調、または □ 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□育てにくさ、□養育上の課題がある									
	23	下記に関する所見がある □妊婦の孤立 □援助者の不足 □子育てのロールモデルがいない									
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 ・該当所見には □ にチェックを入れる ・記録日ごとにペンの色を変える	記録者 年 月 日 該当	非該当	不明	記録者 年 月 日 該当	非該当	不明	記録者 年 月 日 該当	非該当	不明
母親の基礎情報	基本情報	1	母親の初産時年齢 24 歳以下									
		2	母親が □ 不安定な職業 または □ 無職 または □ 学生									
		3	母親の産後の精神的不安定(な時期があった)									
	感情・態度・印象	4	母親に以下の問題と思われる所見がある □知的水準の低さ □ 感情コントロール(衝動性・攻撃性等) □社会的未熟さ (対人関係等) □責任感不足 □問題解決困難									
	育児負担	5	母親が □ 育児ストレスを抱える、□ やりがいや楽しみが持てない □ 母親に育児負担の偏りがある □ こどもの育てにくさを感じている									
	こどもとの関わり	6	母親のこどもへの関わりに関して、以下の様子が認められる □関わりが少ない □ 関わりを嫌がる □関わり方が不自然 / 一貫性がない □厳しいしつけ □ 乱暴な扱いがある									
	社会的孤立	7	母親に下記の状況がある □社会的孤立 □ 子育てのロールモデルがいない									
父親の基礎情報	基本情報	8	こどもの出生時、父親の年齢が 24 歳以下									
		9	父親が □ 不安定な職業 または □ 無職 または □ 学生									
	感情・態度・印象	10	父親に以下の問題と思われる所見がある □知的水準の低さ □ 感情コントロール(衝動性・攻撃性等) □社会的未熟さ (対人関係等) □責任感不足 □問題解決困難									
		11	父親が社会的ストレスを抱えている									
	こどもとの関わり	12	父親の □ 理解・育児協力が得られない □ 父親以外の援助者の不足									
生活歴	生活歴	13	パートナーからの暴力・DV 等の被害 (歴) がある (□ 母親に被害歴 □ 父親に被害歴)									
		14	複雑な生育歴・過去の逆境体験がある (□ 母親にある □ 父親にある)									
こども・環境	発育・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	□ こどもに原因が断定できない外傷 (痕) がある または、 □ 不衛生な生活環境に由来する皮膚疾患 □ 季節にそぐわない服装がある □ う歯が多数ある									
		17	こどもに □ 情緒的な混乱、□ 不自然な密着や独占行動、 □ 挑発行動、萎縮等がある									
	家庭環境	18	こどもの家庭環境に □ 変化のあった家族構成 □ 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間の不平等な扱いがある									
		21	□親族間トラブルがある、□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									
	支援受入れ	23	□ 世帯にキーパーソンがいない、または □ 健診未受診等による情報不足、□ 外部からの接触困難がある									
該当項目数												

備考(追記情報など)

第 7 章　令和 4 年度事業の留意事項と今後の課題

7.1 リスクアセスメントシートに関する留意事項と今後の課題

令和 4 年度は、前年度のアセスメントツール構成案を基に、半構造化面接やダミーケース調査で得られた知見を加え、より市町村の母子保健活動で使用しやすく、経時的に繰り返し評価が可能なレイアウトに変更した。なお、今年度実施したリスクアセスメントシートの各項目の評価者間信頼性評価では、母子保健活動では重要性が高いと認識される「来所時の違和感」や精神的、社会的な課題に関する項目では、評価者によるばらつきが比較的高いことが示され、各項目の記載や運用マニュアルの具体例・説明の追加を行うことにより、改良を試みた。今後、改良した項目の評価者間信頼性の再評価が望まれる。

本リスクアセスメントシートは、先行研究や全国で使用されている項目に基づき作成され、実用化が行われた。今後はモデル自治体の母子保健活動で試験的に運用を行い、母子保健活動で普及・活用していくためのさらなる改良につなげることが今後の課題である。

7.2 運用マニュアルに関する留意事項と今後の課題

リスクアセスメントシートの評価方法として、今年度はダミーケース妊産婦・乳幼児妊娠期・乳幼児期各 20 例を基に算出した暫定的なカットオフポイントを提案している。今後、実例データを用いて、児童福祉と共有すべき支援が必要な家庭を把握するためのカットオフ値の算出が必須である。また、そのカットオフ値が児童福祉からみても妥当性があるかの検討も重要である。今年度は評価方法に該当項目数得点法を採用しているが、重み付け得点法との比較検討も今後の課題である。

リスクアセスメントシート評価結果が、6 か月後、1 年後といった長期的な養育の不調の予測に関連するかといった経時的なデータを用いた検討も今後の課題となる。

また、本事業を通して、このリスクアセスメントシートを用いて明らかにしたい「児童福祉と共有すべき家庭」がどのような家庭を示すかを明確にするとともに、評価結果の解釈を利用者である母子保健従事者に伝えることが重要であることが強調されてきた。

リスクアセスメントシートの導入を行う際には事前に母子保健部局内で研修を行い、関係者が本シートの使い方、評価結果の解釈、組織での運用方法について理解し、認識を共有することが重要である。今後、リスクアセスメントシート導入に向けた研修資材の開発を行い、導入前には研修等により、組織全体で運用方法について検討を行うことが望ましい。

さらに、リスクアセスメントシートをすでに使われている既存のツールと併用する場合、移行する場合の運用方法については、今年度の運用マニュアル内では言及していない。既存ツールと併用する場合の使い分けや、本リスクアセスメントシートに移行する場合の注意点など、各機関の異なる状況に応じた運用方法の記載は、今後の課題である。

最後に、リスクアセスメントデータを蓄積することにより、各自治体の支援対象者の状況や支援ニーズの把握に活用されることが将来的に期待される。自治体における支援対象者の抱える問題の内容を把握し、どのような問題に対する支援が現状で不足しているかを明らかにすることにより、各自治体における具体的な対策や取り組みにつながると考える。

参考資料

参考資料 1：妊娠・出産期リスクアセスメントツール構成案

参考資料 2：乳幼児期リスクアセスメントツール構成案

参考資料 3：半構造化面接フェイスシート

参考資料 4：半構造化面接インタビューガイド

参考資料 5：ダミーケース詳細

参考資料 6：ダミーケース調査票

参考文献

1. 山崎嘉久，厚生労働行政推進調査事業費（成育疾患克服等次世代育成総合研究事業（健やか次世代育成総合研究事業））総合研究報告書「乳幼児健康診査に関する疫学的・医療経済学的検討に関する研究」. 2019. p. 1-16.
2. 佐藤拓代，平成 13 年度厚生科学研究補助金「子ども家庭総合研究事業」地域保健における子ども虐待の予防・早期発見・援助に係る研究報告書，子ども虐待予防のための保健師活動マニュアル. 2002.
3. 永光信一郎，身体的・精神的・社会的（biopsychosocial）に乳幼児・学童・思春期の健やかな成長・発達をポピュレーションアプローチで切れ目なく支援するための社会実装化研究. 2021.
4. 光田信明，社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築に関する研究， 社会的ハイリスク妊婦への支援と多職種連携に関する手引書. 2021.
5. 厚生労働省，令和 3 年度 児童相談所での児童虐待相談対応件数(速報値). 2022.
6. 厚生労働省，令和 3 年度 福祉行政報告 2023.
7. 株式会社政策基礎研究所，子育て世代にかかる家庭への支援に関する調査研究 2022.
8. 奈良県，母子保健部局と要対協事務局と要対協事務局との連携に関するレポート. 2013.
9. 厚生労働省，「児童虐待に係る児童相談所と市町村の共通リスクアセスメントツールについて」. 2017.
10. 国立研究開発法人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報告書 ．「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」 2022.
11. 吉岡，京., et al.，産後児童虐待の可能性の高いと保健師が判断した特定妊婦の特徴とその関連要因の解明．日本公衆衛生看護学会誌, 2016. 5(1): p. 66-74.
12. 宮本，亜.，久．小川, and 清．宮内, (資料)国内文献からとらえられる 10 代で出産した母親の育児の現状と今後の課題．東京女子医科大学看護学会誌, 2015. 10(1): p. 19-25.
13. Bangor, A., P.T. Kortum, and J.T. Miller, Determining what individual SUS scores

mean: adding an adjective rating scale. Journal of Usability Studies archive, 2009. 4: p. 114-123.

14. 厚生労働省, 「要支援児童等（特定妊婦を含む）の情報提供に係る保険・医療・福祉・教育等の連携の一層の推進について」, 平成 29 年 3 月 31 日付け雇児総発 0331 第 9 号雇児母発 0331 第 2 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長および母子保健課長通知. 2017.

15. Gwet, K.L., Computing inter-rater reliability and its variance in the presence of high agreement. Br J Math Stat Psychol, 2008. 61(Pt 1): p. 29-48.

16. Brooke, J.B. SUS: A 'Quick and Dirty' Usability Scale. 1996.

17. 佐伯, 和., et al., 行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の発達 : 経験年数群別の比較. 日本地域看護学会誌, 2004. 7(1): p. 16-22.

参考資料　1

[妊娠・出産期のアセスメントツール構成案：短縮版構成例]

該当する場合、特に、子どもや家庭、妊産婦が負担を抱えやすいと考えられる 23 項目

No	項目	該当	確認
1	妊婦(母)の初産時の年齢が24歳以下	□	
2	父・パートナーの年齢が対象となる子どもの出生時で24歳以下	□	
3	世帯に2人以上の兄・姉がいる	□	
4	妊娠時 未婚または再婚	□	
5	変化のあった家族構成、離婚・別居等の発生見込み	□	
6	妊娠届出時来所者に違和感がある	□	
7	母子手帳の交付が妊娠14週以降	□	
8	妊婦(母)が過去に人工妊娠中絶歴あり	□	
9	予期しない・望まない妊娠だった	□	
10	産後の見通しや準備に課題がある	□	
11	妊婦(母)に産後の養育拒否・子育て不安がある	□	
12	妊婦(母)が、妊娠・胎児に無関心・否定的	□	
13	妊婦(母)に知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見がある	□	
14	妊婦(母)の精神的不調・診断歴等がある	□	
15	妊婦(母)が社会的ストレスを抱えている	□	
16	父・パートナーに知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見がある	□	
17	父・パートナーの精神的不調・診断歴等がある	□	
18	父・パートナーが社会的ストレスを抱えている	□	
19	世帯に経済不安または困窮がある	□	
20	きょうだいの育てにくさ、養育上の課題がある	□	
21	パートナー親族との葛藤や暴力問題がある	□	
22	保護者に複雑な生育歴、逆境体験がある	□	
23	妊婦孤立、援助者不足、子育てモデルがいない	□	

※「母」「妊婦」「父」「祖父母」「保護者」は、対象となる子どもから見た場合の続柄の記述

※「父・パートナー」は、原則的に対象となる子どもの母 (妊婦) から見た場合の記述

[妊娠・出産期のアセスメントツール構成案：標準構成例 (1/2)]

該当する場合、特に、子どもや家庭、妊産婦が負担を抱えやすいと考えられる 66 項目

No	領域	区分	項目
1	妊娠基礎	基本情報	母初産時24歳以下
2			父 子どもの出生時24歳以下
3			妊娠(届出)時未婚・再婚
4			世帯のきょうだい人数2人以上
5			変化のあった家族構成
6			保護者いずれかが外国人
7		妊娠までの経過	人工妊娠中絶歴がある
8			不妊治療歴がある、生殖補助医療の複数回の受診歴がある
9			流産・死産・乳児の死亡経験がある
10		妊娠届出母子手帳	妊娠届出時や母子手帳交付時の来所者に違和感がある
11			母子手帳交付時期が14週以降(出生後交付含む)
12		妊娠への態度・感情	予期しない妊娠/望まない妊娠
13			妊娠の自覚がない、妊娠や胎児に無関心・否定的
14			周囲に妊娠を隠していた
15		出産・子育ての準備性	出産や養育の拒否がある
16			準備性の課題がある(飛び込み出産、準備や計画のない出産、産後のイメージが非現実的、産後の準備、知識行動不足)
17	母(妊産婦)	生活歴等	最終学歴が義務教育範囲
18			配偶者や恋人からの暴力・DV被害(歴)がある
19			複雑な家庭環境での生育、非行や不登校、過去の逆境体験がある
20		身体・健康	慢性疾患・身体障害がある
21			妊娠中の飲酒・喫煙、その他健康上の課題がある
22		心理	精神疾患の既往や精神科・心療内科等の受診歴・相談歴がある 自殺企図・未遂、精神的に過度な負担、心中をほのめかす言動がある
23			産後不安定な状態(産後うつ含む)、疲労無気力、ノイローゼがある
24			アルコール、薬物等物質依存、買い物・ギャンブル等行為依存、著しい金銭管理の困難
25		産後養育不安	出産や産後子育てへの不安が強い
26		態度・印象	衝動性・攻撃性、感情コントロール、社会的未熟さ、責任感不足
27			知的水準の低さ、対人関係・コミュニケーションの課題に由来する問題解決困難がある
28			整容に気になる点がある
29		援助者パートナー社会関係	産前産後の援助者不足、援助者がパートナー一人のみ以下、一人で負担を抱える、援助要請困難、職場等からの無理解、妊婦の孤立がある、出産への反対者がいる
30			父・パートナーとの対立・葛藤、相談できない、理解が得られない、協力がない
31			父・パートナーとの間で安全の感覚を得られていない
32			社会関係上の孤立、職場等の周囲から出産・子育てへの理解が得られない
33			周囲に子育てのモデルになる人物がいない
34			周囲や職場で人間関係のトラブルを抱えている、出産や子育てへの理解が得られない

※「母」「妊婦」「父」「祖父母」「保護者」は、対象となる子どもから見た場合の続柄の記述

※「父・パートナー」は、原則的に対象となる子どもの母 (妊婦) から見た場合の記述

[妊娠・出産期のアセスメントツール構成案：標準構成例 (2/2)]

該当する場合、特に、子どもや家庭、妊産婦が負担を抱えやすいと考えられる 66 項目

No	領域	区分	項目
35	父・パートナー	生活歴等	配偶者または恋人からの暴力・DV等の被害(歴)がある
36			複雑な家庭環境での生育、非行や不登校、過去の逆境体験がある
37			最終学歴が義務教育範囲
38		社会的属性	妊娠時学生、未就業
39			夜間就労、頻繁な出張等がある
40		身体健康	慢性的身体疾患、身体障害がある
41		心理	精神疾患の既往、心理的疲労、過度な精神的負担、自殺企図や未遂、心中等のほのめかしがある
42			仕事や人間関係、経済的問題等での生活上ストレスが高い
43			アルコール・薬物等の依存、ギャンブル等への行為依存、金銭管理の著しい困難がある
44		態度印象	衝動性・攻撃性・感情コントロールの困難、社会的未成熟な態度がある
45			知的水準の低さ、対人関係コミュニケーションの課題に由来した問題解決の困難がある
46		子育て	育児に協力しない、必要な知識を持っていない、子どもとの関わりを嫌がる、回避する
47		社会関係	社会関係上の孤立がある
48	きょうだい	きょうだい	きょうだいに重度の疾病や障害、慢性疾患、育てにくさがある
49			きょうだいに被虐待歴、要支援・フォローの経過等がある
50			きょうだいに健診・予防接種の未受診歴がある
51			きょうだいが保護者から厳しく叱られる、怯えた様子を見せる
52			母体を同じくする18ヶ月未満の年の差きょうだいがいる(双子を除く)、または3年連続の年子がいる
53	家庭環境	世帯情報	住所が安定しない、複数回の転居がある
54		環境	不衛生、事故や疾病の発生が危惧される家庭環境、極めて狭小な住宅、近隣と異なる様子がある
55		経済	経済的困窮、健診等のサービス受給が困難・負担が大きい、経済不安・心配がある
56		家族関係	離婚、別居、葛藤・トラブル、暴言・暴力、金銭問題を抱えている
57		親族関係	親族とのトラブルがある、頼ることができない
58		社会関係	地域社会から孤立した様子がある
59	支援受入	支援受入	家庭訪問ができない、子どもや保護者に会えない、支援者を家の中に入れようとしない、子どもを見せたがらない
60			母親学級や産後ケアなど、行政・地域サービスを受けたがらない
61			支援を的確に受け止められるキーパーソンが不在
62	その他	関係機関	医療機関等、関係機関からのリスク情報、支援要請、気がかりな情報がある
63	出生後	赤ちゃんとの生活	産後の後悔、子どもへの否定的感情がある
64			母が子どもをあやそうとしない、子どもとの関わりを嫌がる、泣くと困る
65			子どもが生後2週間から5ヶ月ごろの期間に、理由がわからず長時間泣いている、あやしても泣き止まない、夕方以降の泣きが 激しいなど、持続的な泣きが生じた時期があった
66			母が赤ちゃんのいる生活に強い負担を感じている

※「母」「妊婦」「父」「祖父母」「保護者」は、対象となる子どもから見た場合の続柄の記述

※「父・パートナー」は、原則的に対象となる子どもの母 (妊婦) から見た場合の記述

参考資料　2

[乳幼児期のアセスメントツール構成案：短縮版構成例]

該当する場合、特に、子どもや家庭が負担を抱えやすいと考えられる 22 項目

No	項目	該当	確認
1	母の初産時年齢24歳以下	□	
2	母が不安定な職業・無職・学生	□	
3	母の産後の精神的不安定(な時期があった)	□	
4	母に知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見がある	□	
5	母が育児ストレスを抱える、やりがいや楽しみが持てない	□	
6	母の子どもへの関わりが少ない、嫌がる、不自然/一貫性がない、厳しいしつけ、乱暴な扱いがある	□	
7	母の社会的孤立、子育てのモデルになる人がいない	□	
8	パートナーの理解・育児協力が得られない、援助者不足、負担の偏りがある	□	
9	父・パートナーの子ども出生時の年齢が24歳以下	□	
10	父・パートナーが不安定な職業・無職・学生	□	
11	父・パートナーに知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見がある	□	
12	父・パートナーが社会的ストレスを抱えている	□	
13	母または父・パートナーに配偶者・恋人からの暴力・DV等の被害(歴)がある	□	
14	母または父・パートナーに複雑な生育歴・過去の逆境体験がある	□	
15	子どもに原因が断定できない外傷(痕)がある、皮膚疾患や敗血症がある	□	
16	子どもに情緒的な混乱、不自然な密着や独占行動、挑発行動、萎縮等がある	□	
17	変化のあった家族構成、離婚別居等の変化が見込まれる	□	
18	世帯のきょうだい人数が2人以上	□	
19	きょうだいに育てにくさがある、厳しい対応や不平等な扱いがある	□	
20	親族間トラブルがある、家庭の社会的孤立	□	
21	世帯に経済的な不安・困窮がある	□	
22	世帯にキーパーソンがいない、健診未受診等による情報不足、接触困難がある	□	

※「母」「妊婦」「父」「祖父母」「保護者」は、対象となる子どもから見た場合の続柄の記述

※「父・パートナー」は、原則的に対象となる子どもの母 (妊婦) から見た場合の記述

[妊娠・出産期のアセスメントツール構成案：標準構成例 (1/2)]

該当する場合、特に、子どもや家庭が負担を抱えやすいと考えられる 64 項目

No	領域	区分	項目
1	引継	引継	妊娠期等以前からのフォロー等対応がある、以前から持続する解決されないニーズがある 家族や関係者から報告された子どもや家庭の気がかりな情報がある
2	基礎情報	基礎情報	母の初産時年齢24歳以下
3			母が不安定職業・無職・学生、夜間就労や頻繁な出張を伴う仕事
4			対象となる子どもの出生時に父・パートナーの年齢24歳以下
5			父・パートナーが不安定職業、学生、無職、または夜間就労や頻繁な出張を伴う仕事
6			世帯のきょうだい人数が2人以上、母体を同じくする18カ月未満の年の差のきょうだい、3年連続の年子
7			予期しない/計画していない/望まない妊娠だった
8			変化のあった家族構成、離婚調停中や別居等の発生が確認されている
9			保護者のいずれかが外国人
10	母	生活歴等	配偶者や恋人からのDV・暴力の被害歴(疑いを含む)がある
11			複雑な生育歴、過去の逆境体験がある
12			最終学歴が義務教育範囲
13		身体精神健康	慢性疾患、身体障害がある
14			精神疾患等の既往歴、産後うつ等含めた産後以降の精神不調、過度に精神的負担を抱える様子がある
15			薬物、アルコールの依存・濫用、買い物やギャンブル等への行為依存がある
16		感情態度印象	感情調節、知的側面、コミュニケーション、社会的成熟、問題解決や責任感に課題がある
17			打撲痕やリストカット痕、整容に気になる点がある
18		育児負担	子どものいる生活に強い負担がある、育児上の悩みやストレスを感じている、疲労や無気力、ノイローゼがある、子どもの持続的な泣きがある
19			過度な育児負担、一人で抱え込む様子、援助要請の困難、援助者不足、パートナーの理解や協力がない
20			育児にやりがいや楽しみが持てない
21		育児不安	育児不安が強い、プレッシャーを抱える
22			育児に対する不安や悩みが全くない、極端に少ない
23		価値観	育児方法が極端な自己流、極端なこだわりや固執がある、体罰是認や男女役割の固定観念、医療への不信感・必要な医療を回避する
24		子どもとの関わり	子どもの発達や障害に対する理解や態度が乏しい、受容に至るプロセスをたどる様子がない、変化が見込まれない
25			育児に必要な知識を持っていない、知ろうとしない、 養育よりも自己都合が過度に優先、生活上の関心が子どもにない、子どもの要求を無視する、 子どもへのケアや配慮、関わりが少ない
26			子どもへの評価・感情が否定的、関わりを嫌がる様子がある、子どもへのしつけが厳しい、扱いが乱暴、発達不相応な自立の要求がある
27			子どもへの関わり方に一貫性がない、声かけや関わり方が不自然
28		パートナー関係	パートナーとの対立・葛藤、暴力等の問題、パートナーとの関係で安心を得られていない
29		社会的孤立ストレス	社会関係上の孤立がある、子育てのモデルがいない
30			社会的ストレス、周囲や職場での人間関係のトラブルや安全を脅かす人物がいる

※「母」「妊婦」「父」「祖父母」「保護者」は、対象となる子どもから見た場合の続柄の記述

※「父・パートナー」は、原則的に対象となる子どもの母 (妊婦) から見た場合の記述

[妊娠・出産期のアセスメントツール構成案：標準構成例 (2/2)]

該当する場合、特に、子どもや家庭が負担を抱えやすいと考えられる 64 項目

No	領域	区分	項目
31	父・パートナー	生活歴	配偶者または恋人からの暴力、DV被害歴(疑いを含む)がある
32			複雑な生育歴、過去の逆境体験がある
33			最終学歴が義務教育範囲
34		身体精神健康	慢性的な身体疾患や身体障害がある
35			精神疾患の既往や心身不調の訴え、過度に精神的負担を抱えている様子がある
36			アルコールや薬物等の物質依存、買い物やギャンブル等の行為依存、金銭管理の著しい困難
37		態度印象	感情調節、知的側面、コミュニケーション、社会的成熟、問題解決や責任感に課題がある
38		養育関わり	育児参加がない、必要な知識や行動が伴わない、子どもとの関わりを嫌がる、責任感がない、回避する、養育よりも自己都合を過度に優先する、生活上の関心が子どもではなく自分にある
39			子どもに対する感情や評価が否定的、関わり方が不自然、一貫性がない、しつけが厳しい、発達不相応な要求がある、体罰容認や暴力の是認・黙認、男女役割や子育てに関する特異的な価値観がある
40		社会関係	社会的ストレスが高い
41			社会関係上の孤立がある、懸念される
42	子ども	健診	予防接種未接種や、3〜4ヶ月健診、1歳6ヶ月健診、3歳児健診の未受診がある
43		障害発達	知的障害または知的な発達の遅れが疑われる、慢性疾患や身体障害がある、運動発達・認知発達・言語社会性発達のいずれかに遅れが見られる
44		発育身体所見	事故と断定できない外傷等がある、不衛生な生活環境に由来しうる皮膚疾患やアレルギー、喘息、敗血症等がある、何らかの疾患に基づく場合を除く、身長・体重・頭位等の発育に課題所見がある、不衛生な身なりや頻繁なオムツかぶれ等がある
45		心理行動所見	心因性の体調不良や身体症状、行動化、年齢不相応な性的言動、情緒的混乱、 (食)行動上の反復する問題がある、疑われる
46			(生後2週間から5ヶ月ごろ) あやしても泣き止まない、理由のわからない長時間の持続的な泣きがある
47			周囲の大人の言動や身体接触への過敏な反応、年齢不相応な大人びた態度、自己卑下や罪悪感、頻繁な謝罪がある。怪我の理由や家での生活の話をしたがらない、表情を変える
48			過度なスキンシップや保育士等の独占行動、保護者との不自然な密着や異常なベタつき
49			子どもからの援助要請、(保育園等の所属先からの)帰宅不安や恐怖がある
50		生活所見	子どもに生活習慣の大きな乱れがある
51			保護者との長期分離歴がある
52	きょうだい		発達等に由来する育てにくさや養育上の課題、厳しい扱いや不平等な扱い、健診や予防接種の未受診、ヤングケアラー、不登校や長期欠席がある
53	家庭/環境	世帯情報	住所が安定しない、逃亡等による複数回の転居
54			内縁者の出入りがある、疑われる
55			反社会的生活を送っている人物がいる
56		家族関係	夫婦不和等の問題がある、育児よりも家族内の対立や葛藤が主題、養育方針が合わず頻繁な対立がある
57			子どもや家族が生活の大半を支配・コントロールされている様子がある
58		生活環境	不衛生まあたは事故や疾病の発生が危惧される状況にある、生活人数に対して極端に狭小な居住環境、近隣と明らかに異なる様子がある
59			子どもに配慮のない飲酒や喫煙がある
60		経済	経済的困窮・経済支援のみで生活、経済不安や心配、世帯に労働者がいない、健診等の各種サービスが受けられない、負担が大きい
61		社会関係	親族との間でトラブルや葛藤を抱えている、親族に頼れない、または干渉が激しい
62			保育園等への入園困難、日中(や夜間)に子ども預けたり、気軽に子どもを数時間預けられる先がない、援助者や頼れる人がいない、一人しかいない、家庭内での育児負担の偏りがある
63			地域社会からの孤立、関係拒絶、近隣トラブル
64		支援受入	健診等の各種サービスの勧奨や支援の申し入れに対する拒否や回避 支援者への反発や抵抗、嘘や面従腹背の態度がある、家庭訪問ができない、会えない、家に入れようとしない、支援を受け入れるキーパーソンがいない、接触困難による情報不足、アセスメント困難

※「母」「妊婦」「父」「祖父母」「保護者」は、対象となる子どもから見た場合の続柄の記述

※「父・パートナー」は、原則的に対象となる子どもの母 (妊婦) から見た場合の記述

参考資料３：半構造化面接フェイスシート

Q1.　あなたの性別についてお答えください
（　　）
Q2.　あなたの年齢についてお答えください
1.　20 歳代（20～29 歳）　2.　30 歳代（30～39 歳）　3.　40 歳代（40～49 歳）
4.　50 歳代（50～59 歳）　5.　60 歳以上　6.　答えたくない
（　　）
Q3.　あなたの職種をお答えください。　（　　）
Q4.　あなたの管轄地域のエリア（地域、都道府県）をお答えください。
（　　、　　）　例：　世田谷区、東京都

添付の妊産婦・乳幼児版のリスクアセスメントシートをご覧ください。
Q5. リスクアセスメントシートの内容についてご意見をお聞かせ下さい。
より現場で使いやすくするためにどうしたらいいか、ご意見やご提案がありましたら教えて下さい。

Q6. このリスクアセスメントシートは、妊婦面接、乳幼児全戸訪問、乳幼児健診などでの使用を想定しています。このリスクアセスメントシートの評価方法、既存の質問票との使い分け、評価結果の活用について、ご意見やご提案がありましたら教えて下さい。

Q7. このリスクアセスメントシートについてのご意見を自由にご記載下さい。

参考資料４：半構造化面接インタビューガイド

子ども・子育て支援調査研究事業では、母子保健事業の中で、妊産婦や乳幼児が「児童福祉と共有すべき事例なのか」を判断するため、地域や機関を超えても共通して使用することができる標準化されたリスクアセスメントシートを作成しています。

今回のインタビューの目的は、リスクアセスメントシートを、現場で使っていただくためにどうしたらいいかを母子保健の皆様の意見をいただき、より使いやすい内容や使い方の提案につなげることです。本日はこのリスクアセスメントシートについて広くご意見いただけたらと思います。よろしくお願いします。

まず、妊産婦のリスクアセスメントシート（23 項目）をご覧下さい。
（妊産婦リスクアセスメントシートを画面共有する。）

１．【リスクアセスメントシートの内容】

最初に、リスクアセスメントシートの内容につきまして、どんなことでもいいのでご意見を聞かせてください。

（最初はオープンクエスチョンで広く意見を引き出す、その後、具体的な内容について聞き取りを進める）

- リスクアセスメントシートの内容
- リスクアセスメントシートの全体の長さ
- リスクアセスメントシートの用語や説明、表示方法
- 具体例を付けるべき項目
- 含めるべきでない項目
- 児童虐待において特に重要性が高いと思う項目

（それぞれの点について母子保健事業で全国に使ってもらうために、加えるべき変更について、<u>なるべく具体的な提案</u>を引き出す）

２．【リスクアセスメントシートの評価方法・活用方法】

次に、リスクアセスメントシートの使い方についてご意見をうかがえればと思います。このリスクアセスメントシートは、妊婦健診、乳幼児全戸訪問などで使用することを想定して作られていますが、具体的に現場での使い方について、意見を聞かせてください。

（最初はオープンクエスチョンで広く意見を引き出す、その後以下の項目について意見をきいていく）

（リスクアセスメントシートの評価方法について）

- このリスクアセスメントシートは、どのような場面で使用するのがよいと思いますか（例：妊婦面接で気になる人について評価に使用、その後の面接などで少しずつ情報を加えていく、など）
- このリスクアセスメントシートを使って、複数回評価をしていく場合、どんな形で情報を蓄積していくのが使いやすいと思いますか。
  （複数回の評価を蓄積できるようなシートの構成、など）
- このリスクアセスメントシートを評価する上で、母子保健従事者が特に留意すべき点や配慮はありますか。
- あなたの所属機関では妊産婦に対するリスクや支援ニーズを判断するためのスクリーニングツールを使用していますか。このリスクアセスメントシートが既存のツールとうまく使い分けるにはどのような使い方をするのがよいと思いますか。
- リスクアセスメントシートの評価方法について、ご意見をお聞かせ下さい。
  （該当項目を足していく得点法、重み付けを用いた得点法、特に重要と思われる項目については、色を変えて注意喚起を促すなど）
- 時間がない、評価が難しい等で評価ができない項目についてはどのような対応が望ましいと考えますか。

（リスクアセスメントシートの活用方法について）

- このリスクアセスメントシートを母子保健機関内の情報共有で使用するにはどのように使うのがよいと思いますか。より使ってもらうにはどのような工夫をすべきでしょうか。
- このリスクアセスメントシートを児童福祉と共有する時には、どのような工夫が必要だと思いますか。
- このリスクアセスメントシートを、妊産婦や子どもが転居した時など、自治体を超えての情報を共有するときに、どのような工夫が必要だと思いますか。

３．アセスメントシートに含まれていない内容で、妊産婦のアセスメントで含めるべきと考える項目があれば教えて下さい。
以下の項目は、今回のアセスメントシートには含まれておらず、特定妊婦など他の参考所見に含まれる項目です。妊産婦のリスク評価において特に重要で、含めるべきと考えるものはありますか。該当すると、虐待リスクが高いと判断すべき項目はありますか。

- 妊婦健診の受診状況　定期的に妊婦健診を受けていない
- 胎児に疾病がある
- 胎児に障害がある
- 多胎妊娠である

・　妊婦が飲酒をやめることができない
・　妊婦に身体的障害がある
・　は出産予定時の兄弟の状況　過去に兄弟の不審死があった
・　出産予定時の兄弟の状況　兄弟に重度の疾病・障害等がある
・　社会経済的背景　住所が不確定・転居を繰り返す
・　社会経済的背景　夫婦ともに不安定就労・無職
・　家族の介護等　妊婦又は夫の親など親族の介護

次に、乳幼児のアセスメントシート（22 項目）についてご意見をうかがいます。
乳幼児アセスメントシートをご覧ください。
（乳幼児アセスメントシートを画面共有する。）

４．【リスクアセスメントシートの内容】
最初に、リスクアセスメントシートの内容につきまして、どんなことでもいいのでご意見を聞かせてください。
（最初はオープンクエスチョンで広く意見を引き出す、その後、具体的な内容について聞き取りを進める）
・　リスクアセスメントシートの内容
・　リスクアセスメントシートの全体の長さ
・　リスクアセスメントシートの用語や説明、表示方法
・　具体例を付けるべき項目
・　含めるべきでない項目
・　児童虐待において特に重要性が高いと思う項目

（それぞれの点について母子保健事業で全国に使ってもらうために、加えるべき変更について、なるべく具体的な提案を引き出す）

５．【リスクアセスメントシートの評価方法・活用方法】
次に、リスクアセスメントシートの使い方についてご意見をうかがえればと思います。このリスクアセスメントシートは、乳幼児全戸訪問などで使用することを想定して作られていますが、具体的に現場での使い方について、意見を聞かせてください。
（最初はオープンクエスチョンで広く意見を引き出す、その後以下の項目について意見をきいていく）
（リスクアセスメントシートの評価方法について）
・　このリスクアセスメントシートは、どのような場面で使用するのがよいと思いますか（例：乳幼健診で気になる人について評価に使用、その後の面接などで少しず

つ情報を加えていく、など）

- このリスクアセスメントシートを使って、複数回評価をしていく場合、どんな形で情報を蓄積していくのが使いやすいと思いますか。
  （複数回の評価を蓄積できるようなシートの構成、など）
- このリスクアセスメントシートを評価する上で、母子保健従事者が特に留意すべき点や配慮はありますか。
- あなたの所属機関では乳幼児に対するリスクや支援ニーズを判断するためのスクリーニングツールを使用していますか。このリスクアセスメントシートが既存のツールとうまく使い分けるにはどのような使い方をするのがよいと思いますか。
- リスクアセスメントシートの評価方法について、ご意見をお聞かせ下さい。
  （該当項目を足していく得点法、重み付けを用いた得点法、特に重要と思われる項目については、色を変えて注意喚起を促すなど）
- 時間がない、評価が難しい等で評価ができない項目についてはどのような対応が望ましいと考えますか。

（リスクアセスメントシートの活用方法について）

- このリスクアセスメントシートを母子保健機関内の情報共有で使用するにはどのように使うのがよいと思いますか。より使ってもらうにはどのような工夫をすべきでしょうか。
- このリスクアセスメントシートを児童福祉と共有する時には、どのような工夫が必要だと思いますか。
- このリスクアセスメントシートを、妊産婦や子どもが転居した時など、自治体を超えての情報を共有するときに、どのような工夫が必要だと思いますか。

6．アセスメントシートに含まれていない内容で、乳幼児のアセスメントで含めるべきと考える項目があれば教えて下さい。
以下の項目は、今回のアセスメントシートには含まれておらず、要支援児童など他の参考所見に含まれる項目です。乳幼児、未就学児童のリスク評価において特に重要で、含めるべきと考えるものはありますか。また、その項目が該当する場合には臨床的に虐待リスクが高いと考える項目はありますか。

- 保護者への態度：保護者の顔色を窺う、意図を察知した行動をする。
- 保護者への態度：保護者といるとおどおどし、落ち着きがない。
- 保護者への態度：保護者といると必要以上に気を遣い緊張しているが、保護者が離れると安心して表情が明るくなる。
- 身なりや衛生状態：からだや衣服の不潔感、髪を洗っていないなどの汚れ、におい、垢の付着、爪がのびている等がある。

- 身なりや衛生状態：季節にそぐわない服装をしている
- 身なりや衛生状態：衣服が破れたり、汚れている
- 身なりや衛生状態：虫歯の治療が行われない
- 食事の状況：食べ物への執着が強く、過度に食べる
- 食事の状況：極端な食欲不振が見られる
- 食事状況：友達に食べ物をねだることがよくある
- 登園状況等：理由がはっきりしない欠席・遅刻・早退が多い
- 登園状況等：連絡がない欠席を繰り返す

７．このアセスメントシートをどのように活用したらよいと考えますか。
（母子保健機関内でのケース会議での利用、児童福祉、教育機関、医療機関との連携、地域における支援必要性の把握、など）
活用にあたって懸念されることはありますか。

８．最後に、全体を通してご意見があれば教えて下さい。

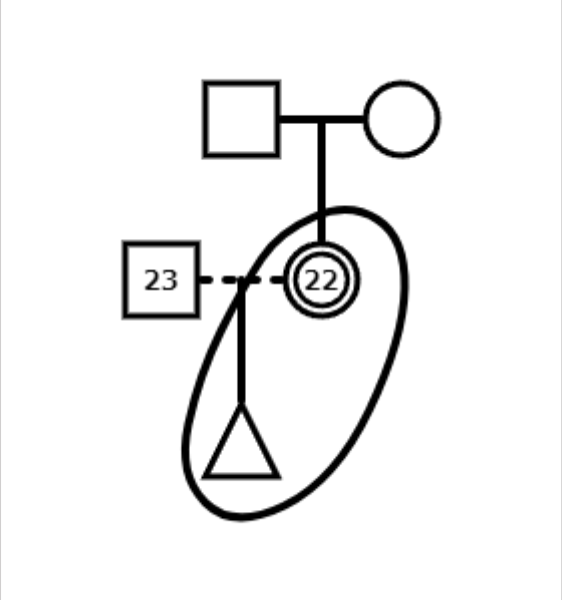
調査は以上になります。長い時間ご協力を誠にありがとうございました。

参考資料 5-1_ダミーケース詳細

ダミーケース集

セット名 A

ケース1



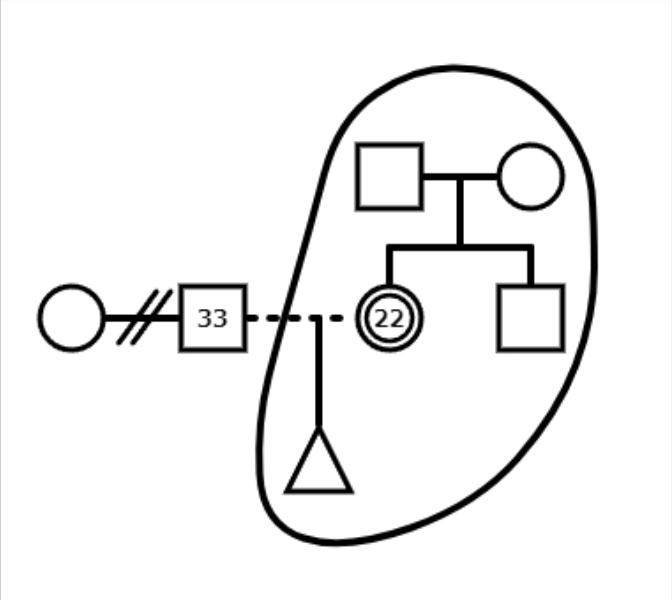
第一子妊娠中 22 歳妊婦。現在一人暮らし。21 歳で田舎からあてもなく上京し、クラブで知り合った 23 歳パートナーの子を妊娠。パートナーは子どもの認知はするが婚姻の意思は無い。

妊婦は 16 歳の時から摂食障害と鬱病を患っており精神科通院中。極端なやせ願望が強く、ボディイメージが歪んでおり、週に 1 度の頻度で下剤を 50 錠過剰内服しており、過食嘔吐を繰り返している。身長 158cm で 42kg。高校入学時にぽっちゃりした体型のことでいじめられた経験がある。いじめや人間関係の問題で高校中退。その後定職には就かず、高級クラブで芸能人のアテンド(接待)をしていた。妊娠中の過食嘔吐や下剤の過剰内服が胎児への影響があることを頭では理解しているが衝動的に行ってしまう。パートナーを繋ぎ止めるためにも出産したいと考えている。貯金で生活していたが底をついたため、生活保護を受給している。

パートナーとは交際関係が続いているが喧嘩が多い。パートナーが知人女性と話していたら「浮気した」と怒ったり、喧嘩の最中にパートナーが不注意でグラスを倒した時に「嫌がらせで飲み物をかけられた。怒ってグラスを割られて怖かった」と言ったり、被害的な受け止めをすることが多い。生活保護のケースワーカーに対して「収入申告の話なんて聞いてない」「生活保護の人を馬鹿にしている。生活保護受給者なんて死ねばいいんでしょ」と攻撃的な態度を示す。

妊婦の実父はとても厳格な人で躾として叩かれて育った。実家は遠方で両親とは関係性が悪く産後の支援が期待出来ない。

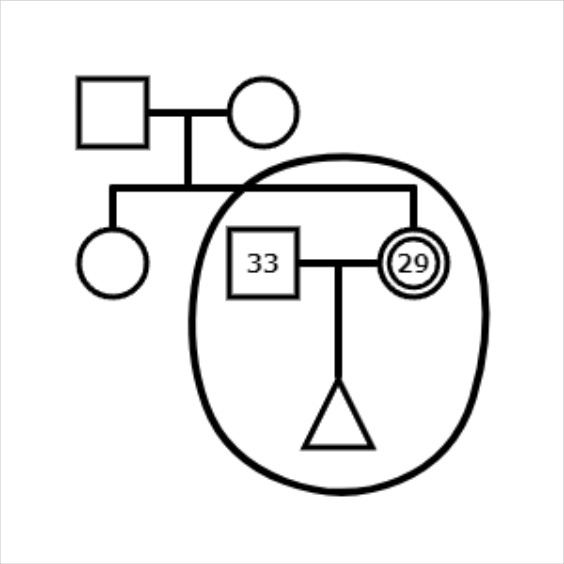
ケース２



第一子妊娠中 22 歳妊婦。現在実家暮らしで、妊婦の実父母と弟と４人で同居。短期大学在学中に働いていたアルバイト先で出会った飲食店社員の 33 歳パートナーとの子を妊娠。今回の妊娠は予想外だったが妊娠を喜んでいる。9 週で妊娠届出提出。

妊婦は短期大学卒業後、事務職をしているが、妊娠を機に退職予定。パートナーは飲食チェーン店の正社員で収入が安定している。パートナーは 26 歳で前妻と結婚していたが 28 歳で離婚。妊婦は出産前にパートナーと入籍し同居予定。妊娠届出時の面談では、保健師が妊婦に質問すると妊婦が答えるが、妊婦からの質問はなく受け身な印象だった。パートナーの方が積極的に質問をしてメモを取っていた。

ケース３



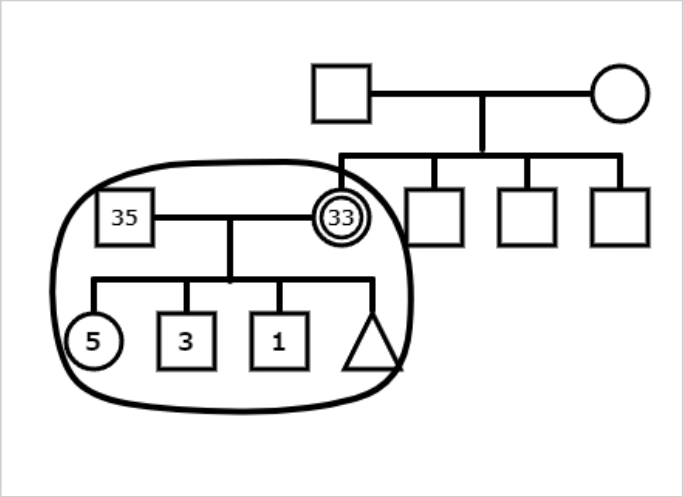
第一子妊娠中 29 歳妊婦。33 歳の夫と二人暮らし。妊娠 8 週で届出提出。妊娠届出の面談時に、自身の成育歴について自ら進んで話しており、多弁な様子が見受けられる。

高校の時から人間関係が上手く築けないことから前腕をカッターで傷付ける自傷行為を頻回に行なっており、16 歳（高校 2 年生）の時に精神科通院開始。友人や家族に対して攻撃的な態度や依存的な態度をとる。精神科では境界性パーソナリティー障害の診断がついている。両腕に多数のリストカット痕がある。

精神科とカウンセリングには月 1 で通っているが、現在も精神面の体調の波が激しく、些細なことで夫や妊婦の実父母に怒鳴ったり、過剰に被害的になったりすることがある。精神面の体調が悪化している時に夫の帰宅時間が遅いと「お前みたいな人間は父親になる資格がない」と罵ることがある。実家は近所だが、実父母は妊婦にどう接して良いか分からず距離を置いている。実父母に対して妊婦は「私が病気になったのは全部あんた達のせい」と言っている。妊婦には 4 歳上の姉がいるが疎遠。妊婦は「両親は姉のことは可愛がる。私のことは可愛くないみたい」と話している。幼少期に姉は新しい洋服を買ってもらえたが、自分はお下がりしか貰えなかった等、姉妹間差別されていたエピソードを多く話している。

体調が良い時は、育児に関して不安はあるものの出産に前向きな発言があるが、悪化時には「産みたくない」「(膨らむお腹が) 気持ち悪い」と言い腹部を叩く行為がみられる。夫は妊婦のことをサポートしていきたいと考えている。

ケース４



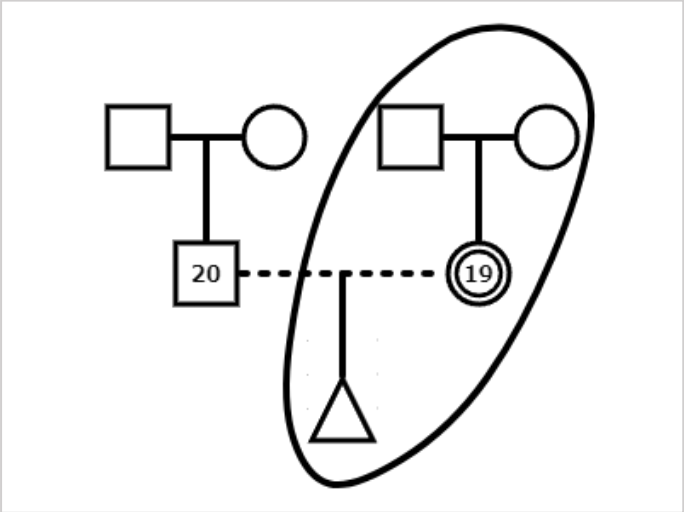
第四子妊娠中の 33 歳妊婦。5 歳娘、3 歳息子、1 歳息子と 35 歳夫の 5 人暮らし。妊婦は元幼稚園教諭。大学卒業後、5 年間幼稚園教諭として勤めていた。妊婦は子どもが好きで、自身も 4 人兄弟だったため、少なくとも 4 人は授かりたいと考えていた。夫は親の代から続くリサイクルショップを自営。妊婦は現在夫の自営業の手伝いをしている。

夫は家事・育児参加に消極的。夫は自営業の仕事で手一杯で子どもは 3 人で充分だと思っていた。4 人目の出産を否定はしないが前向きに捉えられていない。育児や家事は妊婦がやるものと考えている。

妊婦は 4 人目を授かったことを喜んでいる一方、夫や実家の育児協力が無く自営の手伝いもしている中、4 人の子育てに体力面・精神面で不安がある。

妊婦の実家は飲食の自営業で、両親は多忙のため子ども 4 人の育児に手が回らなかった。妊婦含め兄弟は近所に住む祖母に育ててもらっていた。祖母の家で過ごすことが多く、保育園の送迎も祖母が担当していた。妊婦は実父母との思い出があまり無く、両親に愛情を持って育ててもらった自覚がない。現在祖母は他界、実父母は近所に住んでいるが、交流は少ない。

ケース５

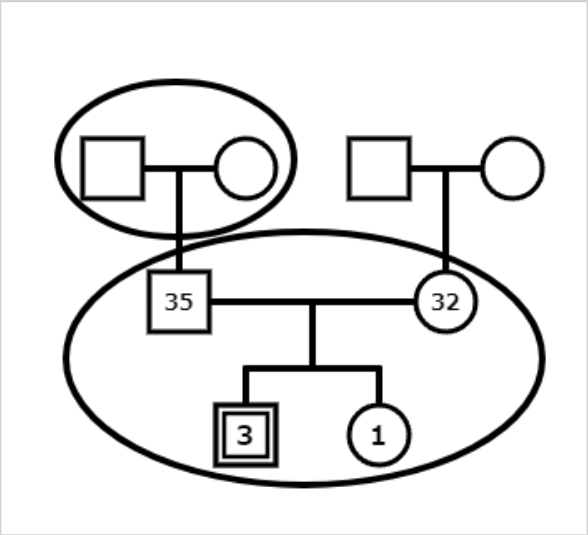


第一子妊娠中の 19 歳妊婦。現在実家暮らし。妊娠 12 週で届出提出。20 歳のパートナーとの子を妊娠中。パートナーとは出産前に入籍し、パートナーの実家に引っ越す予定。予想外の妊娠であったが、出産を楽しみにしている。妊婦は髪の毛がピンク、パートナーはピアスが耳や鼻に複数空いている。

妊婦・パートナーともに中卒で現在アルバイトをしている。妊婦はアパレル関係、パートナーは飲食店スタッフをしている。妊婦は妊娠を機に退職予定。パートナーの勤め先はアルバイトから正社員登用のルートがあるため、正社員になりたいと思っている。パートナーの収入は月 12 万。本当は 2 人暮らしをしたいが、経済的理由からパートナーの実家に妊婦が入る予定。妊娠届出時の面談で、出産費用はどうするのかという質問に対してパートナーが「考えてなかったけど、最悪親に頼るし多分大丈夫」と発言していた。

妊婦の両親も 10 代で妊娠しており、出産に対して肯定的。妊婦は中学生の時にいじめに遭い、カウンセラーに相談したことがある。当時いじめに遭っていることを親に伝えたら「あなたも悪い」と言われた。妊婦は親に本音をあまり話さない。

ケース６



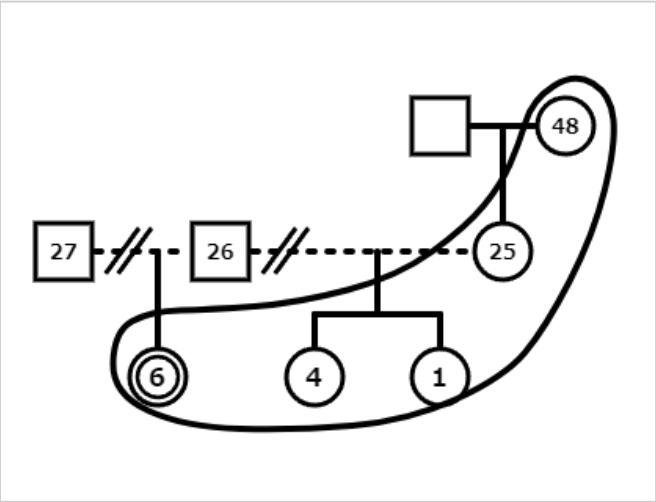
３歳男児。32 歳母と 35 歳父と１歳妹と ４ 人暮らし。２ 世帯住宅で父方祖父母が隣の部屋に居住している。3 歳男児は弱視、ASD、MR の診断がついており、週 ４ 日児童発達支援施設に通っている。

本児は単語で会話している。１人遊びが好きで過集中する傾向がある。弱視のため眼鏡を着用している。１人遊びを遮られた時や妹におもちゃをとられた時の癇癪が強い。妹は現時点では定型発達。

母は総合商社の営業として勤務していたが、本児のサポートのため退職。現在は近所でパートの事務員をしている。母は有名大学を卒業しており、受け答えがハキハキしており、一時保育などの社会資源もうまく活用している。父は会社員で営業をしており、出張が多く自宅にいない日が多い。

父方祖父母との関係性は良好で、育児支援が得られる。母方祖父母は遠方に住んでいるが、父の長期休みに合わせて年に数回会っており、関係性良好。

ケース7



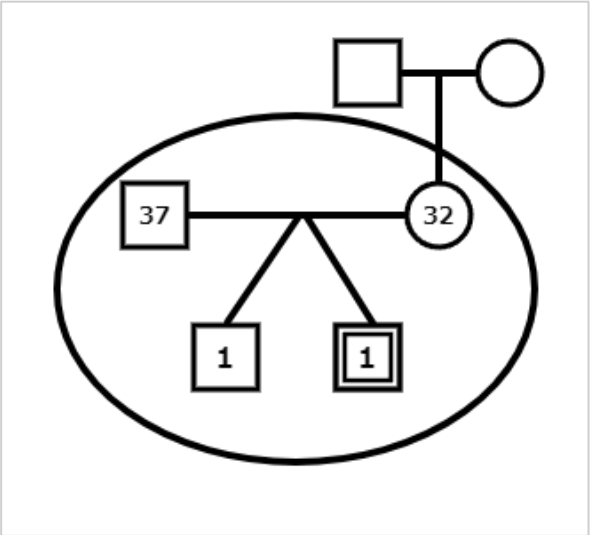
6 歳女児。25 歳母、4 歳妹、1 歳妹、48 歳母方祖母と 5 人暮らし。本児と妹 2 人の父は別人物。本児の父（27 歳）は、母が妊娠発覚後に音信不通となる。妹 2 人の父（26 歳）は母の地元の友人でデリバリーの配達員のアルバイトをしている。母とは月 2 程度の交流があるが、母とのパートナー関係は解消している。

母方祖母はうつ病で障害年金を受給している。母は高校中退後、ガールズバーでアルバイトをして生計を立てている。保健師から生活保護の提案を受けているが、拒否が強く受給していない。母方祖母は「生活保護を受けたら好きに暮らせないから絶対に嫌」と言っている。母方祖母はヘビースモーカー。母子手帳にタバコの臭いが染み付いている。

子ども達は成長に合っていないブカブカもしくは小さすぎる服を着ている。髪の毛がベタつき、身体から悪臭を放っている時がある。6 歳の本児と 4 歳妹は幼稚園生。1 歳妹は家庭児。4 歳妹は発語はあるが、発音不明瞭で言っていることが伝わらない。まだ数字を数えることができず、指示理解もできる時とできない時がある。本児は、母や母方祖母ができないときは、1 歳の妹のおむつ替えやミルクの用意をしている。

本児出産後に母は精神的に不安定になり、母方祖母と衝突することが多かった。母は金髪で付け爪をしている。活気がなく、いつも帽子を深く被り、表情が暗く発言が少ない。

ケース８



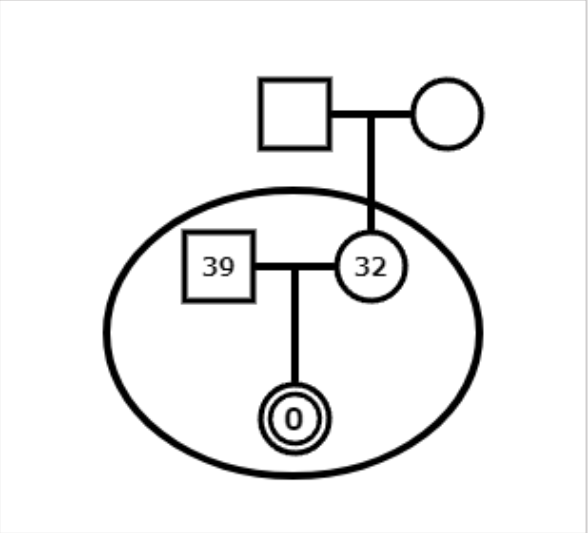
１歳７か月男児。32 歳母、37 歳父、一卵性双生児の兄の４人暮らし。

在胎週数33週４日で本児は1590g、兄は 1710g で出生。出生後は本児も兄も呼吸窮迫症候群が出現したためサーファクタントを注入していた。乳児期から反り返りが強く抱っこしづらかった。泣きも強く一度泣くと 30 分～１時間くらい泣き止まないことがあった。本児は９ヶ月、兄は８ヶ月で寝返りができるようになった。

現在、本児も兄も未歩行、有意義語無し。座った状態でジャンプしながら移動している。本児と兄はともに癇癪が強く、場面の切り替えが苦手で、父母ともに対応に困っている。１歳６か月健診で保健師から心理相談を勧められた際、母は涙ぐむ様子が見られたが「まだ様子をみたい」と断っている。

母は児らの発達が遅れていることに気付いているが、認めたくない気持ちがある。父は、甥が２歳になって言葉を話し始めたこともあり、本児らも２歳になれば発達が追いつくと楽観的に捉えている。母方祖父母が車で 30 分圏内に住んでおり関係性は良好だが、フルタイムで就業しており支援が得られにくい。

ケース9



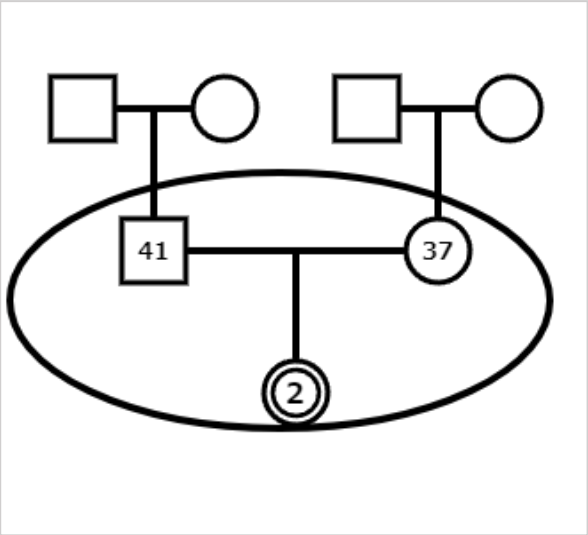
0 歳 4 か月女児。32 歳母、39 歳父の 3 人暮らし。母は事務職、父は会社役員。

母は以前交際していた男性との関係性で悩み、25 歳から 2 年間で心療内科受診歴がある。不安障害の診断がついており内服治療していたが、男性と別れたことで症状が改善し、27 歳で主治医から通院不要と言われている。父は母に心療内科受診歴があることを知っているが、元交際相手との関係が原因だとは知らない。

母は 30 歳の時に 37 歳の父と交際 4 か月で結婚。父はデザイン会社の役員をしており、プロジェクトを多数抱えている。里帰り出産をし実家で 1 ヶ月過ごしていた。母方祖父母が料理や掃除洗濯等家事の殆どを行なっていた。母は元々不安が強い性格で、里帰り先でのEPDS9 点で、理由はないが悲しくなることがあった。

父は普段育児家事にとても協力的だが、仕事が上手くいかず気持ちに余裕がないと、突然不機嫌になり母を数週間無視することがある。母が一度何故無視するのか聞いた際に、父は激昂して「自分で考えろ」「そう言うところがダメなんだ」「母親失格だ」等と母を罵倒したため、以降母は言い返さず耐えるようになった。母は「自分が我慢していれば良いし、時間が経てば父の不機嫌は治るから」と離婚は一切考えていない。母は訳もなく涙が出て、育児に楽しみを見いだせない時がある。父は本児に対しては一貫して可愛がっており積極的に世話をしている。

ケース１０



２歳女児。37 歳母、41 歳父と３人暮らし。母は専業主婦、父は飲食店雇われ店長。

父は気性が荒く、仕事でストレスが溜まっているときに、些細な事で母や児に対して大声で怒る。父は飲酒するとさらに気が大きくなる傾向があり、直接手は出ないが携帯電話や食器を投げたりすることがある。

児らは母に対しては萎縮しないが、父の顔色を窺って過ごしている。母は父に対して怒らせないように気を遣って生活をしている。父の暴言に対して言い返さず謝ることが多い。母は長年不眠が続いており覇気がない。母は本児に対して「お父さんが怒るから片付けしようね」「〇〇しないとお父さんが怖いよ」等と教育している。

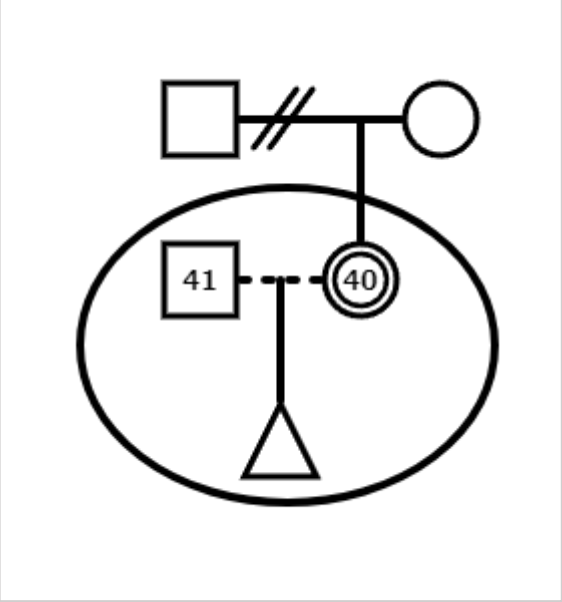
父は幼少期について語らないが、両親とは関係が悪く絶縁状態。母方祖父は亭主関白でしつけに厳しい人だった。

参考資料 5-2_ダミーケース詳細

ダミーケース集

セット名 B

ケース1

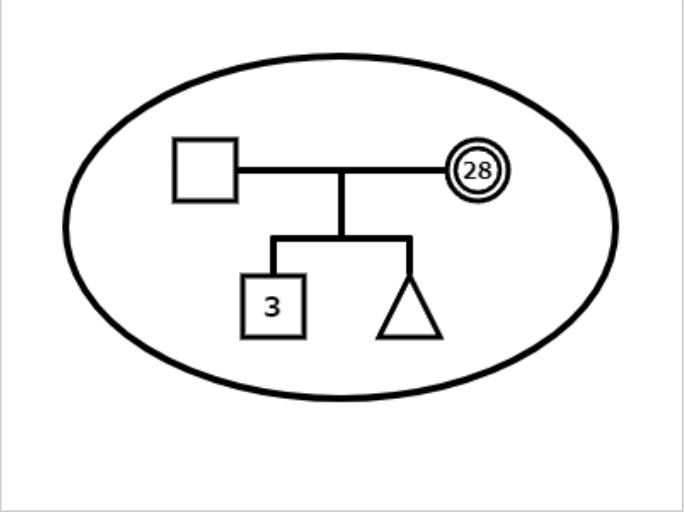


第一子妊娠中 40 歳妊婦。知人の紹介で出会った 41 歳のパートナーと二人暮らし。妊娠は見込めないと思っていたため予想外の妊娠だったが、妊娠したことを素直に喜んでいる。10 週で妊娠届出提出。常用漢字の読み書きが難しく、届出の記入に時間がかかっていた。妊娠中に入籍予定があり、妊婦・パートナーともに初婚。

妊婦は 16 歳の時に地元の高校の先輩に勧められ大麻を使用開始。大麻のみの使用を続けていたが、35 歳から覚醒剤を使用開始。過去に逮捕歴が 2 回あり、36 歳から依存症専門病院に 2 年間入院していた。38 歳で退院し現在は薬物を使用していない。過去にキャバクラに数年勤務していたことがある。現在は無職。保健師から妊婦健診の受診券の使い方の説明を受けていたが、「使い方が分からなくなってしまったので教えてほしい」と電話を入れていた。簡単なことを何度も聞き返すことがある。哺乳瓶や肌着などの育児物品全般を妊娠 36 週まで準備していなかったが、保健師が準備するよう伝えるとパートナーと一緒に物品を揃えることができていた。知的水準は低いが、穏やかで素直な性格であり、行政支援の受け入れ良好。妊婦は出産すること楽しみにしている一方、覚醒剤や大麻の使用歴が胎児の健康に影響するのではないか、そんな自分が子育てできるのか不安を感じている。妊婦の両親は自営業を営んでおり、経営が悪化し借金が返せなくなり一家で夜逃げした過去がある。妊婦が 12 歳の時に両親が離婚し、実母に引き取られる。実母は妊婦が覚醒剤で逮捕されたことを機に縁を切っている。

パートナーは建設業の自営で転職を繰り返している。月収 10 万～30 万円と月によって変動が大きい。パートナーは育児に関して意欲的。薬物使用歴は無い。川沿いの築 45 年の 2DK に住んでいる。

ケース２



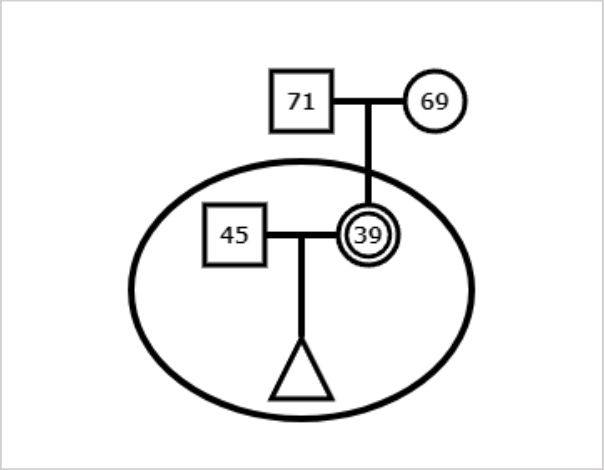
第二子妊娠中の 28 歳妊婦。３才の息子と夫と３人暮らし。夫婦ともにベトナム国籍。10 週で妊娠届出提出。妊娠届出時に夫と友人のベトナム人女性と息子と来所。ここ３年で３回転居している。

夫は建設業をしており月収 18 万、その内月２万円母国に仕送りをしている。家賃６万円の 1DK。夫は片言の日本語を話すことができるが、妊婦は日本語や英語は話せずベトナム語のみを使用。近所に同じく３才の子を育てるベトナム人女性と交流がある。妊娠届出の面談時は夫や友人が日本語を通訳して会話していた。

３才息子の全ての歯が齲歯であったため、保育園から児童家庭支援センターに通告され、センター職員が定期的に面接や歯科受診指導をしている。児童家庭支援センターの指導以降は齲歯の治療に繋がっている。

夫は仕事が忙しいため妊婦健診や乳幼児健診に同席することが難しく、妊婦一人で通院するが、言語の壁があり言われている内容が理解できない。妊婦健診では妊娠糖尿病を指摘され、追加受診を促されていたが、妊婦は理解ができず必要な受診等が滞っていた。

ケース３

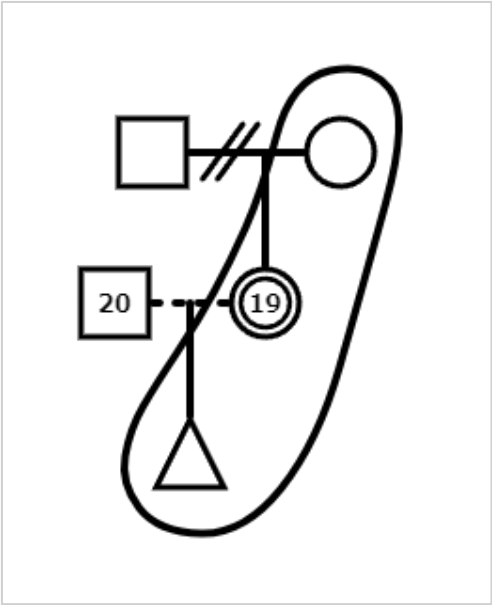


第一子妊娠中の 39 歳妊婦。45 歳の夫と二人暮らし。7 年間の不妊治療の末妊娠。34 歳で 1 度流産を経験している。妊娠届出を 8 週で提出。

妊婦の両親は実母が 69 歳、実父 71 歳で高齢のため支援を得るのが難しい。妊婦は幼少期両親から厳しくしつけられて育った。暴力は受けていなかったが、両親の求める水準が高く、期待に答えようと必死になっていた。幼少期にピアノ・そろばん・水泳など様々な習い事をしていた。学校のテストで悪い点をとると両親が不機嫌になるため、勉強を頑張り常に成績はクラスで上位だった。

妊婦は現在銀行員として働いており、非常に真面目な性格。人に頼ることや臨機応変に対応することが苦手で仕事を抱え込む傾向にある。夫は保険会社の課長職で、多忙のため産後の支援がどこまで見込めるか不明。

ケース４



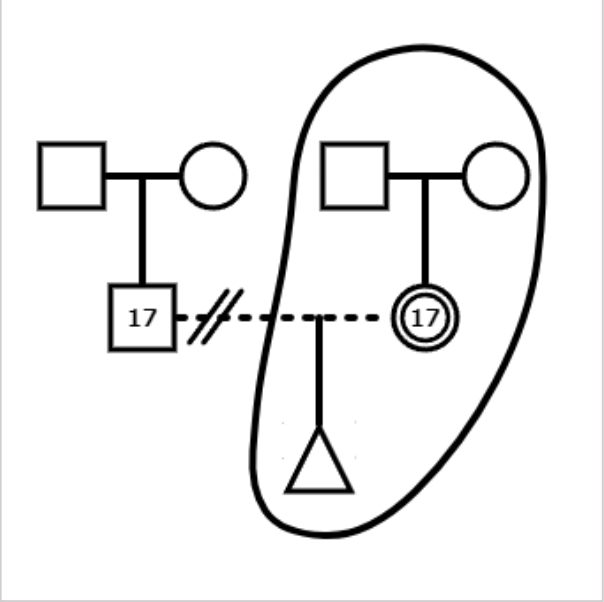
第一子妊娠中の 19 歳妊婦。妊婦の実母と二人暮らし。

20 歳のパートナーとの子を予期せず妊娠。妊娠 23 週で届出提出。妊娠届出時は実母と来所。保健師に対して訝しげな眼差しを向けており、開示が少ない。

妊婦・パートナーともに軽度知的障害のため療育手帳を持っている。妊婦・パートナー共に無職。妊婦は精神面の浮き沈みが激しく、パートナーや実母と口論が頻発している。妊婦は「支援を受けながらパートナーと結婚して子どもを産みたい」と言ったり「パートナーと別れる」「産みたくない。産まれたらママ（実母）が育てて」と言ったり意見が二転三転する。パートナーも妊婦と同様、「子どもを育てたい」や「保護してもらいたい」等意見が二転三転している。

妊婦の実母はうつ病で精神障害者手帳を持っており、生活保護を受給している。妊婦が 6 歳の時に実父母が離婚し、実母に引き取られる。妊婦は、実父が実母に暴力をふるう場面を何度も目撃していた。実母と共依存関係にあり、妊婦は行動を共にすることが多い。

ケース５



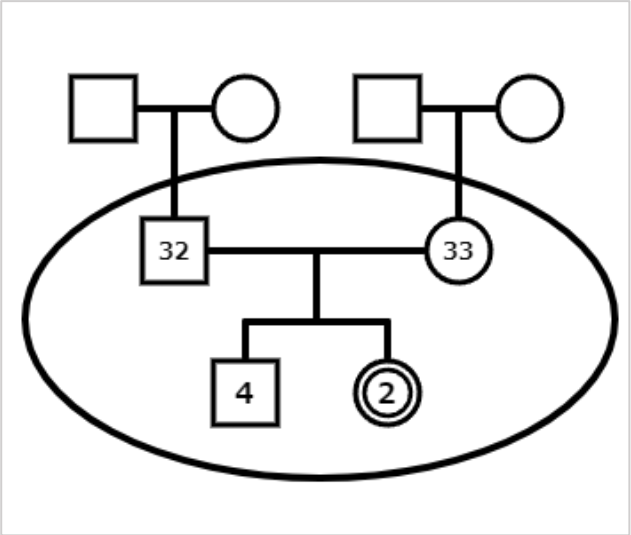
第一子妊娠中の 17 歳妊婦。現在実家暮らしの高校２年生。別の高校の同級生パートナーと予想外の妊娠。15 週で妊娠届出提出。

妊娠発覚を機にパートナーが別れを切り出し破局。パートナーは生まれてくる子を認知する予定は無い。パートナーの親も子を認知することに反対しており、妊婦に中絶を勧めている。

妊婦は学校の成績は普通、遅刻欠席は少なく、多くはないが友人もいる。パートナーは隣の進学校の生徒で有名大学の受験を考えている。

妊婦の実母はフィリピン出身のカトリックであり、中絶を強く反対している。実母は「育てられないなら私が育てるから大丈夫」と言って妊婦を説得していた。妊婦は当初高校に通いながら出産・育児をすることに迷いがあったが、実父母の支援を得ながら子育てしようと現在は前向きに捉えている。

ケース６

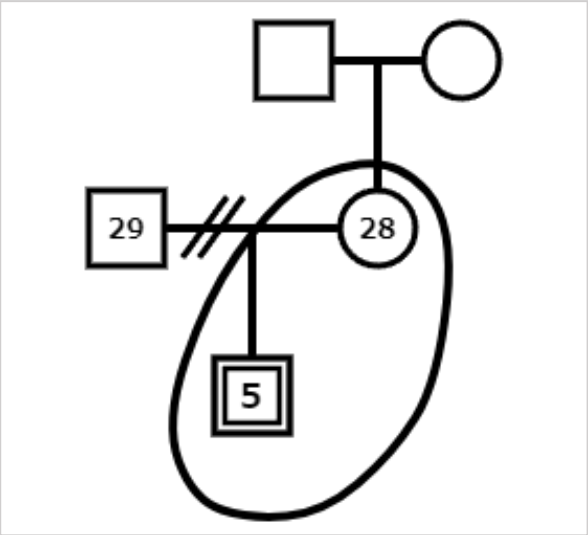


２歳女児。33 歳母と 32 歳父と４歳男児の４人暮らし。父はシステムエンジニア、母は元メーカー社員。

本児出生後に母の乳がんが発覚。乳がんは StageⅣで、母は入退院を繰り返している。治療のため仕事は退職。退院し自宅にいる期間も安静を強いられており、ベッドで過ごすことが多い。母はもっと子ども達と接してあげたいと思うができないことに申し訳なさを感じている。

父は仕事をテレワークに切り替え、兄と本児の保育園の送迎等、育児・家事を担っている。父も母も実家が遠方で支援が得られない。

ケース7



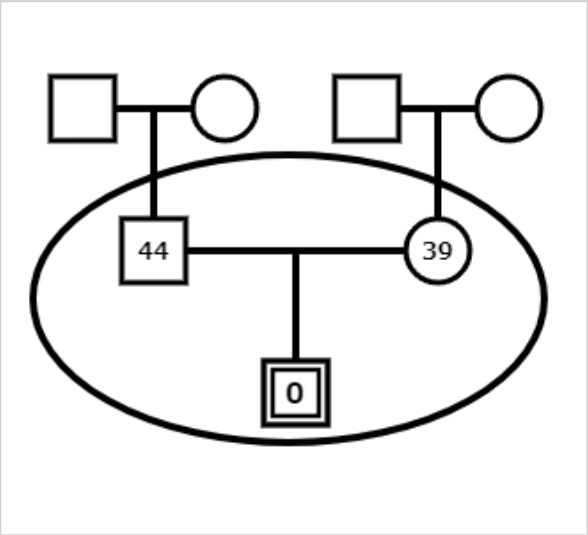
5歳男児。28歳母と二人暮らし。29歳父と母は児が2歳の時に離婚。父とは地元が一緒で知人の紹介で知り合い結婚。父はガールズバーの店長をしており、覚醒剤で逮捕歴がある。父とは離婚後連絡をとっていない。本児が出生後も父は覚醒剤を使用していたが、父が覚醒剤を使用していることは一切母は知らなかった。逮捕をきっかけに離婚している。

本児はADHDとASDの診断がついており、内服治療中だが、母が内服を忘れてしまうことが多い。

母は話の要領を得ず、突発的な出来事への対処が難しく、感情的になることがある。本児出産後、父の協力が無く、母方祖父母も頼れず、マタニティブルーズに陥っていた。現在は、本児の癇癪への対処が困難で、パニックになるときがある。本児が家の中で暴れると母はヒステリックになり包丁を持ち出して「もう一緒に死のう」と言ったことがある。

母は中学卒業後、地元企業に就職し設計の仕事をしている。職場が移転するため、退職を考えている。母の実家が近くにあるが、母は幼少期に親から兄弟間差別を受けていたことから関係性不良で疎遠。母方祖父はとても厳しく、母が幼少期に口答えするとパイプ椅子を投げて怒るような人だった。

ケース８

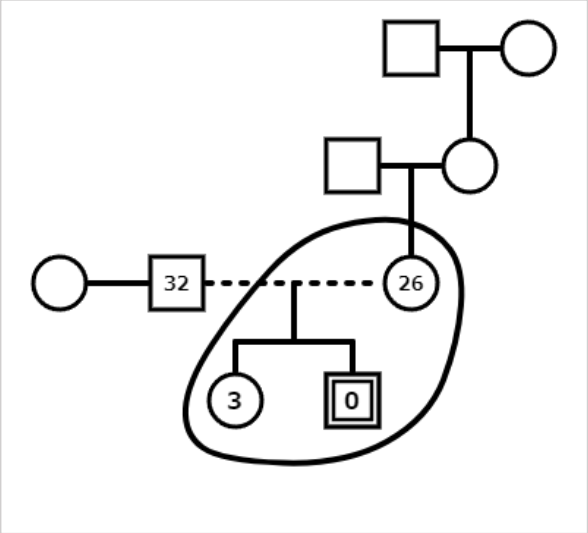


０歳４か月男児。39 歳母と 44 歳父と３人暮らし。６年間の不妊治療と２回の流産を経て妊娠・出産。母は中学校の教員、父は警官をしている。夫婦ともにとてもまじめな性格。自宅は物が整理整頓されており、生活感が無く綺麗。

本児のことを可愛がっているが、初めての育児で分からないことが多く、些細な事で不安になる。ミルクの吐き戻しがいつもより多かったことでパニックになり、保健センターに架電していた。産後１か月の EPDS14 点。

父は当直などの仕事で家を空けることが多い。父は育児に積極的に参加したいと考えているが、仕事が忙しく家にいる時間が少ない。父も母と同様、一生懸命だが不器用であり、本児の抱っこの仕方もぎこちない。両実家ともに遠方で両親ともに高齢のため支援は見込めない。

ケース9



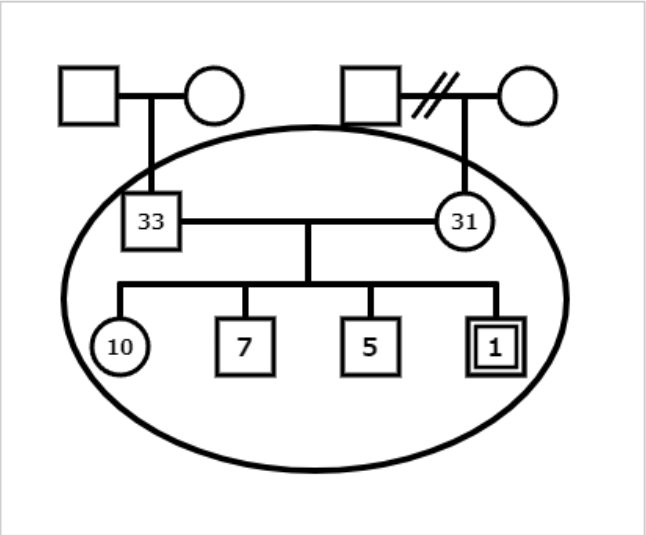
0 歳男児。3 歳の姉と母と 3 人暮らし。32 歳父と 26 歳母は未入籍。3 歳の姉も本児と同じ父と母の間で産まれた。

父は別に家庭を持っており、父は現在の妻と離婚をして母と再婚をすると 3 年前から言っているが、進展していない。母はひとり親手当を受給していたが、週 1-2 回父が出入りしていることが発覚し停止。父は養育費として月 2 万円を母に支払っている。ひとり親手当が打ち切りになったことをきっかけに母は行政に対して不信感が強く、介入に拒否的な態度をとっている。

母は ADHD の診断がついている。週 4 日で事務のパート勤務をしているが、人間関係が上手くいかず仕事が続かない。父が家に来ない日は家事育児を母が担っている。母は要領良く家事育児をこなすことが苦手で負担が大きい。0 歳の本児が生まれてから 3 歳の姉の赤ちゃん返りや挑発行動が増え、母はパニックになり衝動的に姉に手が出ることがある。

母の両親は遠方に在住。母方祖父母は幼稚園を経営している。母方祖父母は、仕事優先であまり母に構ってあげられなかった。母は母方祖父母から愛情を受けて育ったという認識はない。母方祖父母は、母が妻子持ちのパートナーと第一子を出産したことを良く思っていない。母は、母方祖父母に本児を出産したことをまだ打ち明けられていない。

ケース１０



１歳男児。31 歳母、33 歳父、10 歳姉、７歳兄、５歳兄と６人暮らし。母は週３日接客業のパート、父は建設業で自営をしている。第一子妊娠時未入籍だったが、出産前に入籍。世帯収入は 450 万円。経済的な余裕がなく、2DK の狭い部屋に６人で暮らしている。部屋は物で溢れており散乱している。

本児の妊娠は予想外だったが、妊娠を喜んでいた。10 歳の姉はしっかり者で親から本児の世話を任されることが多い。小学校の同級生と遊ぶのを早く切り上げて帰宅し、おむつ替えや離乳食をあげることを手伝っている。父母は第一子が育児を手伝うのは当然と考えている。

父方祖父母が近隣に住んでおり、協力は得られる。父方祖父も建設業をしている。母は母方祖母との関係は良好ではなく必要最低限しか連絡しない。母が 10 代の頃に両親が離婚。第一子出産後は母方祖母に来てもらい育児協力してもらっていたが、母と育児の価値観が異なり、口出しが多く喧嘩になったため以降は協力を依頼することは無くなった。

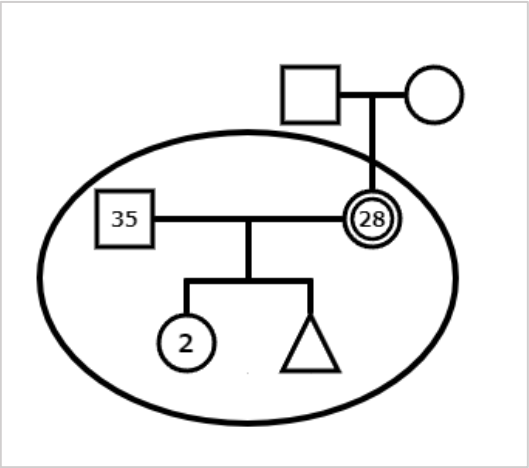
父も母も児らのことを可愛がっているが、言うことを聞かないときは手が出る時がある。父母ともに手が出ることはやむを得ないことと捉えている。本児の予防接種は父母が忘れており１か月遅れている。

参考資料 5-3_ダミーケース詳細

ダミーケース集

セット名 C

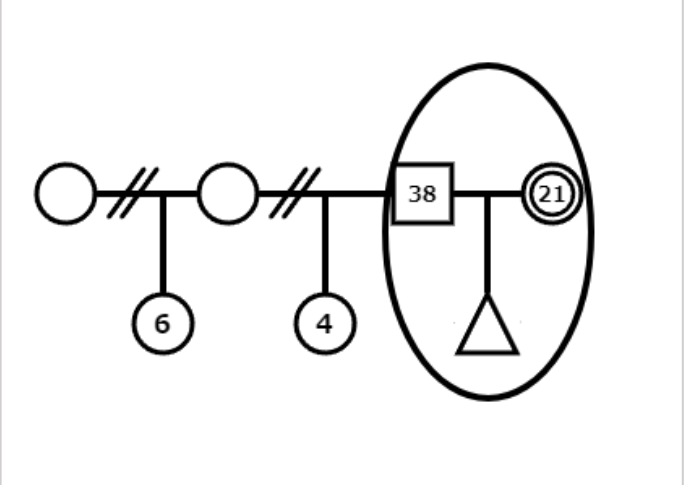
ケース1



第二子妊娠中 28 歳妊婦。2 歳娘と 35 歳夫と 3 人暮らし。夫は 5 年前に妊婦に相談せず、飲食店を出店。飲食店を出店する際に 1000 万円の借金があり、まだ半分以上返済が残っている。年収 600 万円あったが、コロナ禍で収入が減り年収 200 万円。夫は収入や今後の生活への不安がある。

妊婦は幼少期からクラシックバレエを習っており、専門学校卒業後バレエ講師をしていた。妊婦は一人娘で両親や近隣に住む祖母から非常に可愛がられていた。専門学校時代にアルバイトをしていた飲食店で現在の夫と出会い結婚。腰痛のため結婚を機にバレエ講師を退職し、現在無職。妊婦は非常に几帳面で何でも完璧にやりたい性格。自宅内は生活感がなく統一感のあるインテリアで揃えられている。楽観的で計画性の乏しい夫と価値観が合わず、子どもの前で言い合いになることがある。お互い手は出ないが、激しい言い合いが週 1 の頻度で生じている。娘は妊婦をあえて困らせるような言動を頻繁にするため、妊婦は「かわいくない」と発言したり娘に手が出ることがある。妊婦は臨機応変に対応をすることが苦手で思い通りにいかない娘の行動にイライラを募らせる時がある。娘の頭を叩いた後、強く反省し自責する。夫は身体も声も大きく怒ると迫力があるため、娘は夫に対して困らせる行動はしない。妊婦の実父母との関係性は良好だが祖母の介護をしており育児支援は頼みにくい。

ケース２

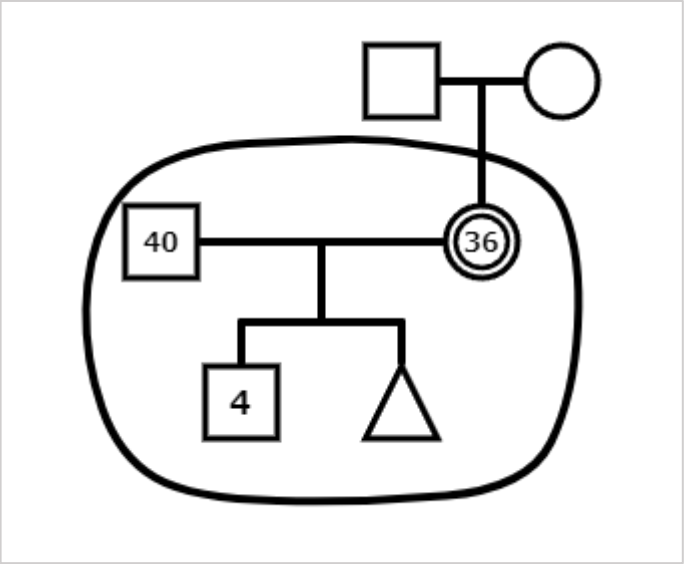


第一子妊娠中の 21 歳フィリピン国籍の妊婦。38 歳の日本人夫と二人暮らし。妊娠 9 週で届出提出。妊娠届出も夫婦で来所。質問に対して妊婦ではなく夫が答える場面が多く見られる。

夫は 2 回離婚歴があり、前妻との間に 6 歳と 4 歳の娘がおり、養育費を毎月 4 万支払っている。夫は建設業を自営しており、月収 25 万円。前妻に養育費を支払いながら妊婦との子どもを育てる経済的余裕があまり無い。今回の妊娠は予想外だったが、妊婦は出産の意向が強く、中絶の予定はない。

夫は気性が荒く、仕事で上手くいかないと妊婦に対して高圧的に怒鳴り、手が出る喧嘩に発展することもある。喧嘩が激しくなると、夫が妊婦に対して暴言を吐いたり、頬をビンタしたりする。妊婦はやられっぱなしではなく応戦し、夫に対して物を投げたりビンで叩いたりする。過去に夫婦喧嘩で警察の介入歴がある。

ケース３



第二子妊娠中の 36 歳妊婦。4 歳の息子と夫と 3 人暮らし。

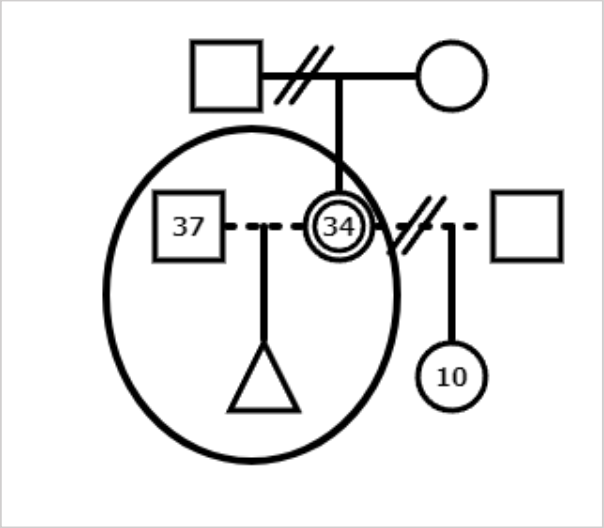
第一子を 37 週 1 日で 2487g で出生。第一子が乳児の頃、哺乳を嫌がり 3 か月児健診で 3900g で体重増加不良を指摘された。反り返りが強く、抱っこがしにくかった。1 歳 6 か月児健診では保健師や健診医と視線が合わず、妊婦の膝の上でじっと座っていることが出来ず暴れていた。発語は見られず、喃語のみ話し、話す言葉を理解していなかった。妊婦は第一子の発達に関して問題意識を持っていなかったが、強い癇癪や切り替えが難しいことに負担を感じていた。健診で心理相談を勧められ相談を開始した。3 歳児健診では、文ではなく単語で会話しており、氏名や年齢を健診医が聞くも質問内容を理解せず答えられなかった。健診会場を走り回り、何度注意しても聞かないため妊婦が「もういい加減にして！」と声を上げてお尻を叩いていた。心理相談員から第一子の発達面に関して病院に受診することを勧奨されており、妊婦は受診すると話すが、病院の予約を忘れてしまい、受診に至っていない。

妊婦は幼少期、母と父から叩かれて育った。妊婦は「叩かれたのは虐待ではなくしつけだったと思う」と話している。小学校中学校の時は勉強が苦手で成績は”中の下”だった。私立高校に進学し、卒業後介護士になるため専門学校に進学。友人に助けてもらいながら卒業。介護士を目指した理由を「自分が一人娘のため母と父の介護が必要になると思ったから」と話す。21 歳で老人ホームに正社員として就職するも、仕事を要領良くこなせず、怒られる日々が続き不眠傾向となり、心療内科を受診し適応障害と診断され 23 歳で休職。その後実家に暮らしながら何度か転職をしながら介護士の仕事を続けていた。30 歳で友人の紹介で出会った 4 歳年上の会社員の夫と結婚し退職。

妊婦は話があちこちに飛び一貫性が無い話し方をする。話の要領を得ないため、本当に言いたいことを伝えるのに時間がかかる。子どもが激しく泣いていても、気にとめずに保健師や健診医にひたすら話を続ける様子が見られる。癇癪が収まらない第一子に対して衝動的にお尻や頭を叩いてしまう時が月に一度程度ある。痣になる程ではないが、大人でも痛いと思う強さで叩いている。夫は妊婦が第一子に対して手が出ていることを認識しているが、妊婦と子どもの間の問題と思っており介入をしていない。

ケース４

第二子妊娠中の 34 歳妊婦。37 歳パートナーと二人暮らしで生活保護受給中。入籍するかは未定。妊娠 16 週で届出提出。夫婦ともに身体が大きく肥満傾向。届出提出時、夫婦からタバコ臭が漂っていた。妊婦は目がうつろで、質問の意図を理解せずに聞き返すことが多かった。パートナーが代わりに答えるが、要領を得ない話しぶりで質問の回答を得るのに時間がかかる。夫婦ともに喫煙者。妊娠中も喫煙・飲酒をしている。



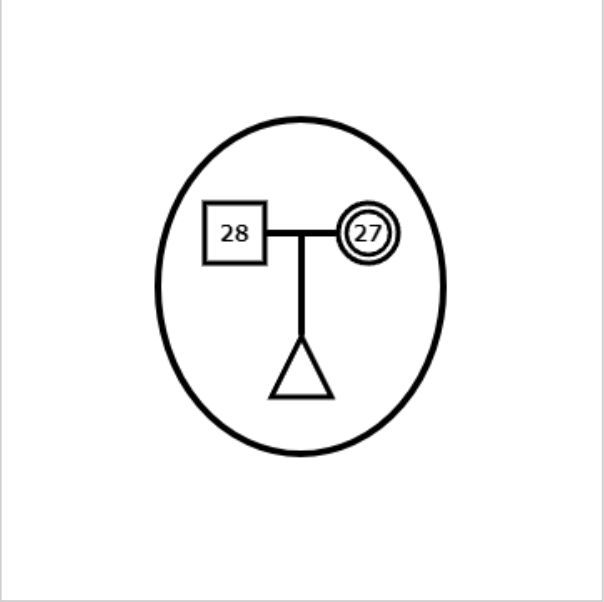
妊婦は双極性障害、パートナーはうつ病のため通院中。妊婦は別の男性との間に 10 歳の娘がいるが、子どもが 0 歳の時に養育困難のため保護されている。妊婦は 28 歳の時に独語を言いながら全裸で家を飛び出し、警察に保護され、5 ヶ月精神科入院歴がある。現在も体調の浮き沈みが激しく、半年に一回の頻度で 1 ヶ月程度の任意入院をしている。掃除や料理などの家事はパートナーが担っている。妊婦は基本、家の中で過ごしており、体調が良い時は夫婦でパチンコに出かけている。

パートナーは以前土木作業員として働いていた。妊娠届出の面談では、尋ねられた訳ではないが、元職場や現在の生活保護担当者への不満をひたすら話していた。

今回の妊娠は予想外だった。妊婦もパートナーも精神疾患を抱えているため、子育てをすることに不安がある。出産はしたいと考えており、公的支援を希望している。

妊婦の実家は隣県だが疎遠。妊婦の両親は幼少期に離婚。実母はうつ病を患っており、公的サポートを受けながら育児していた。

ケース５

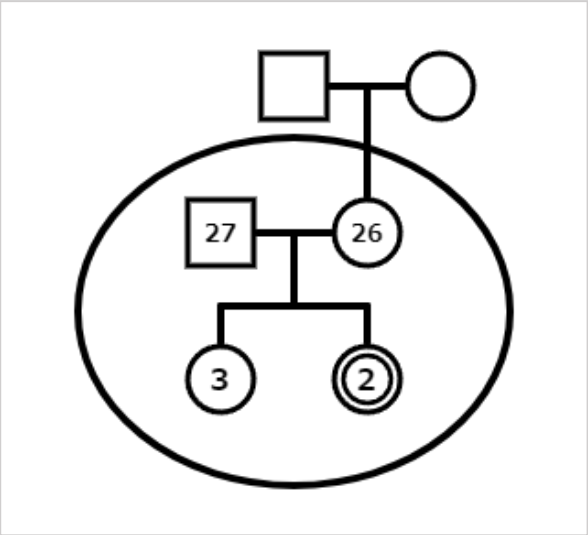


第一子妊娠中の 27 歳妊婦。28 歳の夫と二人暮らし。妊娠９週で届出提出。

大学卒業後、不動産会社に事務職として入社。仕事を要領よくこなすことができず、教育係の上司との折り合いも悪く、不眠症状が出現。23 歳で心療内科を受診し、不安障害の診断を受ける。3 年通院し睡眠薬や抗不安薬を服用していたが、眠れるようになり症状が落ち着いたため自己判断で通院中断。仕事は一時休職し、部署異動を経て、就労継続できている。

妊娠後に不安症状や確認症状が再発。妊婦は頼りない印象で、細かい質問が多く自分で物事を決められない性格。産科医療補償制度、新生児マススクリーニング、出生前診断の詳しい制度内容やメリット・デメリットに関して妊娠届出時に質問がありメモを取っていた。夫は妊婦の病歴を理解し、情緒的なサポートをしており、家事も積極的に行なっている。

ケース６

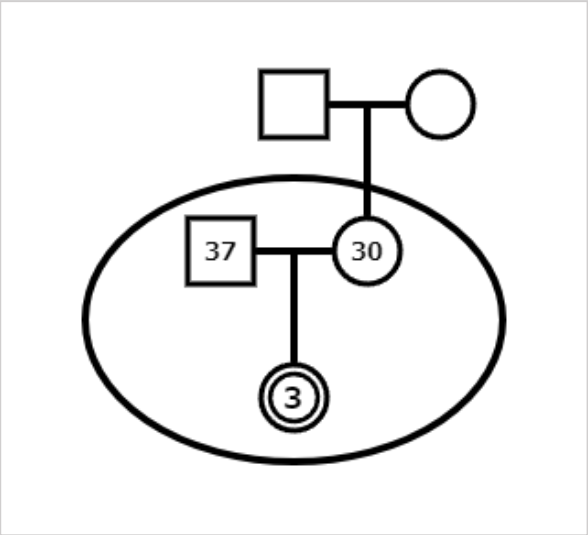


２歳女児。３歳の姉と 27 歳父と 26 歳母と４人暮らし。母方祖母が病気で養育困難のため母は４歳から 18 歳まで児童養護施設で育つ。父は土木作業員として勤務、母は無職。

本児、姉ともに健診で発達の遅れを指摘されている。言語発達に関して、本児は単語が 10 個程度、３歳の姉は２語文で会話している。本児も姉も若干多動傾向があり、健診会場を走り回り、言葉では静止が効かない状況だった。父母ともに子どもの発達に関して問題意識を持っていない。親戚の子も同様に多動傾向があり言語発達が遅れていたが、４歳頃になって急激に成長したという話を聞いて、自分達の子も様子見で大丈夫だろうと思っている。

本児と姉が言うことを聞かないと父は怒鳴りつけ、手が出ることがある。姉の３歳児健診では背中に痣があり、父が暴力によるものと認めている。母は父の子への暴言暴力を止めることはしない。母はエネルギー値が低く受け答えも覇気がない印象がある。父は母に対して暴力はしないが「お前のせいで子ども達が暴れる」といった暴言がある。

ケース7

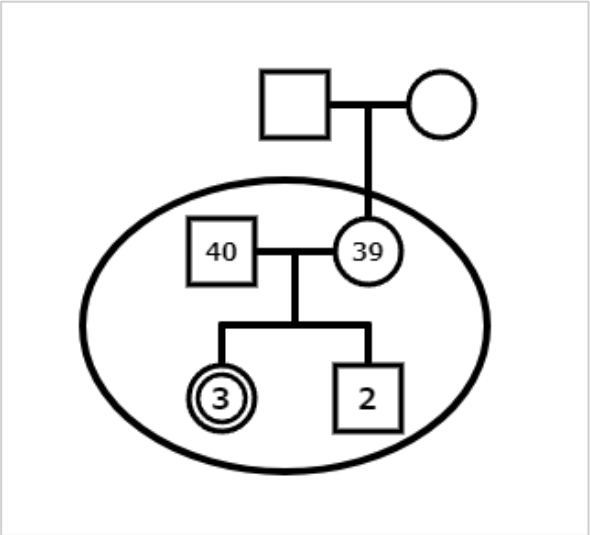


3歳の女児。30歳母と37歳父と3人暮らし。母はパートの事務職、父は会社員をしている。母の左腕に多数のリストカット痕がある。すでに瘢痕化しており、最近の痕では無いと思われる。

母は高校生の時に人間関係で悩みカウンセラーに相談したことがある。母方祖父母との関係や受診歴については話したがらない。

父は、育児・家事は母が担うものと考えており、育児・家事の協力はしていない。母は産後に訳もなく涙が出る等精神的に不安定だった。産後1ヶ月のEPDS16点。産後に保健師の勧めでヘルパーを頼み症状改善。現在は体調が安定し、本児のことを可愛がっており、育児を楽しいと思う反面、育児・家事の負担があり大変と感じることも多い。本児が発熱したらすぐに119番に電話する等、突発的な出来事に対してパニックを起こすことがある。

ケース８



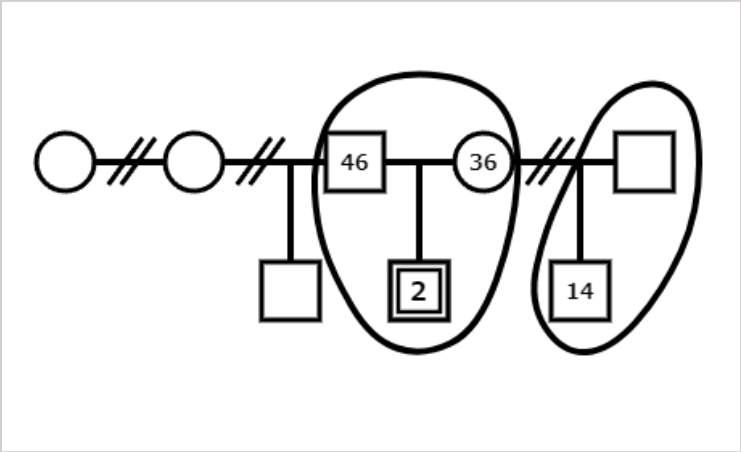
３歳女児。39 歳母、40 歳父、２歳弟と４人暮らし。母は会社員で経理をしている。父は元ＳＥだが、３年前から無職。健診時、父は無精ひげを生やしヨレヨレの服を着ていた。父は表情が暗い印象がある。過去に精神科通院歴はない。母は表情が硬く、笑顔が少なく、自己開示が非常に少ない。母は年収 400 万円。駅近の 1LDK の家賃８万円の賃貸に居住。築年数 30 年、４人で住むには狭い。

夫婦ともに託児には消極的な考えを持っており、本児も弟も保育園に入らず、父が自宅でみている。母は本児の産後４ヶ月で仕事復帰。乳児の理由の分からない泣きにイライラしていた。産後１ヶ月の EPDS10 点。育児よりも仕事をしている方が気が楽だと感じていた。

本児は３歳で 10ｋｇ、弟は８ｋｇで-2SD を下回っている。本児は喘息を患っている。経過観察の健診を促されるが様子を見たいと予約に至らず。

母は厳しく育てられた。母方祖父母は過干渉で、大学進学先や交際相手について「大学は国立しかダメ」「交際相手は一部上場企業で年収 700 万以上」といった条件を母に強いていた。現在、母は母方祖父母とは距離を置いており、必要最低限の連絡のみとっている。

ケース9

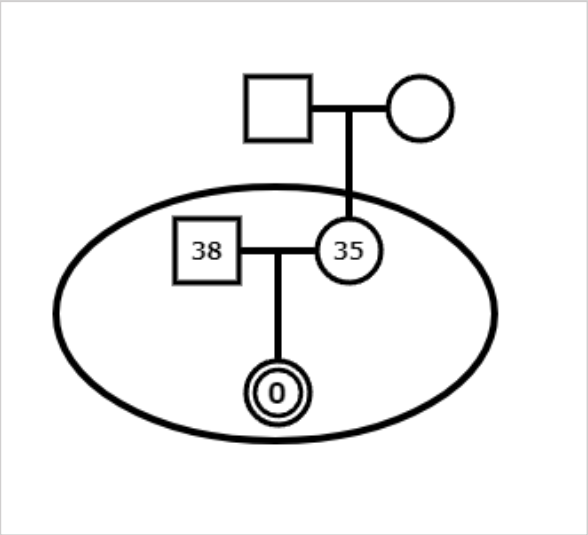


2歳男児。36歳母、46歳父と3人暮らし。母は介護職のパート、父は無職。生活保護受給中。父は生活保護費をパチンコに費やすことがある。

母は幼少期、両親が病気のため叔母に預けられるが、養育が難しいため6歳から児童養護施設で育つ。母も過去に婚姻歴が1回あり、14歳の息子がいるが前夫が育てている。母は23歳から精神科に通院しており、現在の通院頻度は月1回。うつ病の診断がついている。

父の路上でのナンパで母と交際開始。父は10－20代の頃に暴走族に属していた。20代の頃に恐喝、30代と40代で飲酒に伴う暴行で逮捕・拘留歴がある。父は過去に婚姻歴が2回あり、息子が1人いるが、2人の前妻とは音信不通。父はアルコール依存症の疑いがあり、多量飲酒をして妊娠中・産後の母に暴言や暴行をすることがあった。児に対しては手は出さないと言うが、本児の顔に痣がある時があった。

ケース１０



０歳４ヶ月女児。35 歳母と 38 歳父と３人暮らし。父母ともにシステムエンジニア、母は育休中。２年間の不妊治療を経て妊娠。

遠方の母の実家に里帰りして出産。産後も実家に２か月滞在していた。里帰り中は母方祖母が料理や掃除などの家事や、本児をあやしミルクを作る等の育児を担っていた。里帰り中、母は睡眠や休養が十分にとれていた。１か月健診時の EPDS は３点。

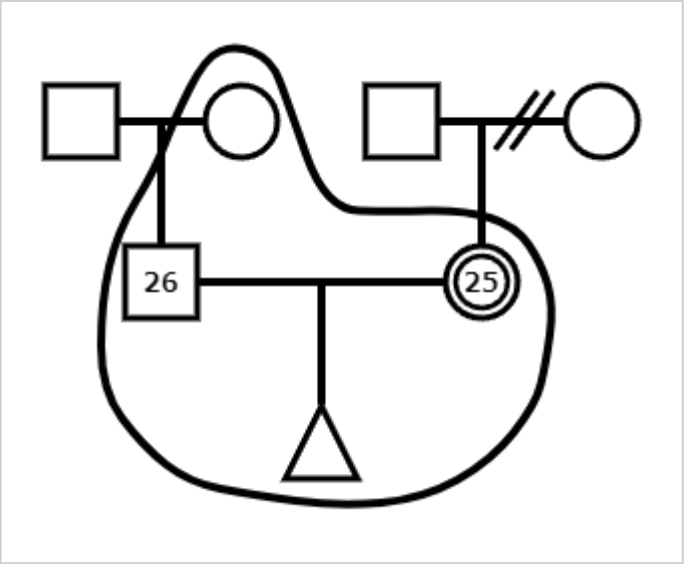
実家から自宅に戻ってから、ミルクの与え方等に自信が持てなく、不安が増強し、夜間１時間おきに起きる児への対応で不眠症状が出現した。父は積極的に育児に参加する気持ちはあるが、不器用なためミルクをあげるのも一回１時間弱かかる。児の泣きに対して夫婦で軽くパニックになってしまう。母は「お願いだから泣かないでほしいと思ってしまう」と話す。「こんな母親でごめんね」と涙ぐむ様子が見られる。一時保育やショートステイなどの社会資源の存在は知っているが、預けることにも不安があり利用できていない。

参考資料 5-4_ダミーケース詳細

ダミーケース集

セット名 D

ケース1

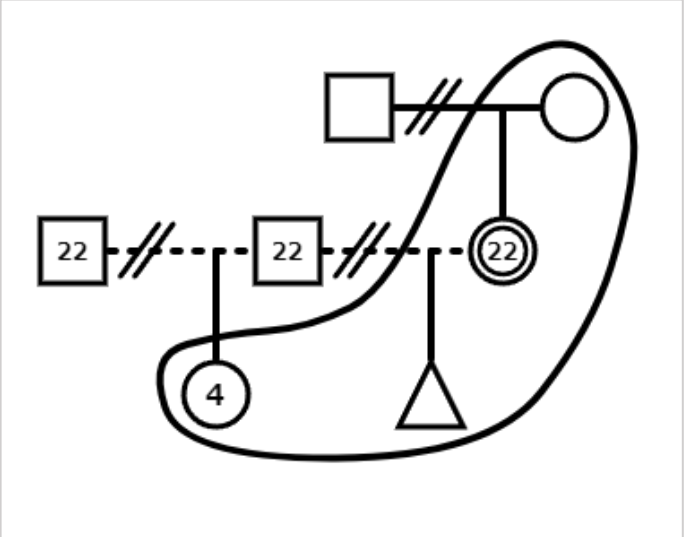


第一子妊娠中 25 歳妊婦。26 歳の夫と義母と 3 人暮らし。

妊婦が 3 才の時に両親が離婚し、実母に引き取られる。実母は複数の男性と関係を持っており、当時 3-4 歳だった妊婦を置いて男性と出かける日が多かった。祖母が痩せ細った当時 4 歳の妊婦を見つけて通告。ネグレクトにより児童養護施設に入所。18 歳まで児童養護施設で過ごす。19 歳で当時のパートナーと望まぬ妊娠をし、中絶歴がある。妊婦は人を助ける仕事をしたいと思い、看護専門学校に進学。成績は中の上。現在看護師として働いているが、職場の人間関係に悩まされ、2 回転職し、現在休職中。夫は中小企業の電子機器販売店の正社員で営業をしている。片道 2 時間かかる場所への出張が多く、朝 5 時前に出発し 22 時頃帰宅する日がある。月給 20 万だが、月約 4 万かかる出張費は自己負担で、会社の家賃補助は無い。現在家賃 7 万円で 2DK に住んでいる。夫も妊婦も産後の経済面を心配している。

妊婦は自分が家庭で育っていないため、生まれてくる子どもにどう接したら良いのか不安がある。夫や義母は妊婦の養護施設で育った背景を知っているが、楽観的に捉えておりあまり心配していない。妊婦は夫と義母に気持ちを理解してほしいと思っているが、夫と義母は妊婦のことを心配性と思っていて気持ちの理解はしていない。妊婦は不安を一人で抱えており、夫と義母に対して不満がある。

ケース２



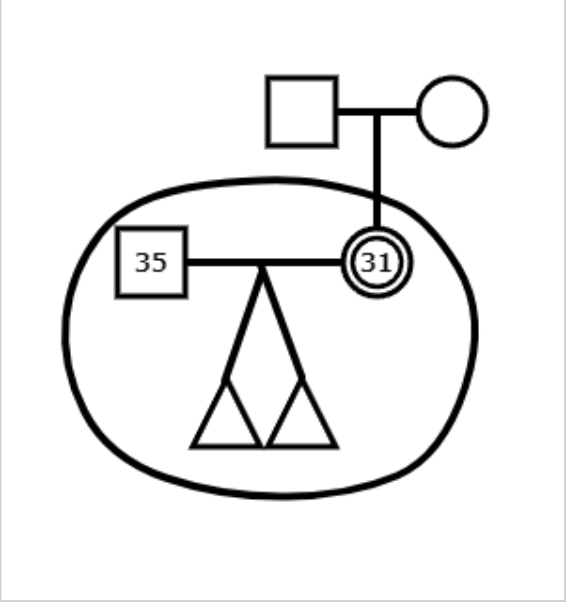
第二子妊娠中 22 歳妊婦。4 歳の娘と妊婦の実母と 1DK の部屋に 3 人暮らし。4 歳娘の父である元パートナーは別の高校の同級生。元パートナーとは現在音信不通。養育費ももらっていない。第二子の父は 22 歳で、妊婦とは破局している。予期せぬ妊娠だったが、妊婦は第二子を出産することで交際関係を修復することを期待している。第二子の父は妊婦が妊娠していることを知っており、中絶を勧めていた。子どもを認知することは考えていない。

妊婦・妊婦の実母ともに喫煙者。特に妊婦の実母がヘビースモーカーで 4 歳娘のいる前でも喫煙しており、部屋の壁は黄ばんでおり匂いが染み付いている。妊婦の実母は双極性障害で障害者手帳を保持している。実父による暴力により妊婦が 3 歳の時に実父母が離婚。妊婦が中学生の時に人間関係が上手くいかず不登校となる。登校を渋ることに実母が腹を立て妊婦の頭を叩いていた。実母は体調の波が激しく、育児の支援が難しい。実母と妊婦は共依存関係にあり、お互いの干渉が強い。実母は妊婦の代わりに役所にクレームを入れたりしている。

妊婦は金髪でつけ爪と鼻ピアスを着けている。受け答えは一見しっかりしているが、妊婦健診の予約などもすぐに忘れてしまう。地元に仲の良い友人が数人いて、友人宅やカラオケに子どもを連れて、朝まで過ごす時もある。常用漢字が書けず、話の要領を得ず、軽度知的障害が疑われる。

実母の障害年金とパート収入で生計を立てており、生活保護は受給していない。生活保護受給への強い拒否がある。

ケース３

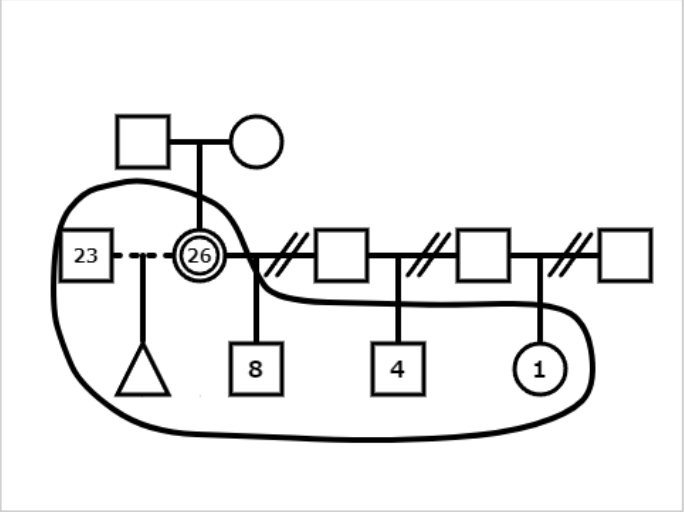


双胎妊娠中の 31 歳妊婦。35 歳夫と二人暮らし。妊娠 9 週で届出提出。1 年間の不妊治療を経て妊娠。

夫はシステムエンジニアで、知的能力が非常に高いが人の気持ちを理解することが苦手でアスペルガー症候群が疑われる。妊娠届出時の面談では、受け答えしている妊婦の言葉を遮って夫が細かい質問をする様子が見られた。妊婦が悪阻で動けない時に、夫は進んで家事をやってくれたが、家事が終わると妊婦の前でゲームをしていた。妊婦がなぜゲームするのか問うと夫は「なぜゲームをしてはいけないのか」と答えていた。夫は仕事はできるが、会社の同僚と人間関係がうまく築けずにいる。

妊婦は夫の特性を理解しつつも、コミュニケーションを図ることに苦慮しており、産後の子育てに不安を感じている。妊婦の実家は隣県にあり、関係性良好で頻繁ではないが支援が見込める。

ケース４



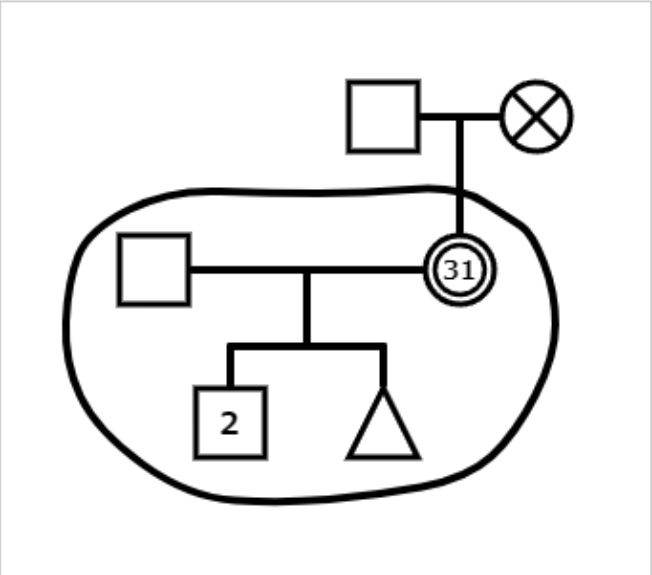
第四子妊娠中の 26 歳妊婦。現在 27 週。８歳息子、４歳息子、１歳５ヶ月娘、23 歳ベトナム国籍のパートナーと５人暮らし。現在ベトナム人パートナーの子を妊娠中。妊婦は日本人。妊娠は予想外だった。16 歳で中絶歴が１回ある。８歳、４歳、１歳の子どもの父親は全て異なる。１歳娘の父親である元夫と妊婦は結婚していたが、元夫の借金が原因で離婚。パートナーが変わる度に引越しをしており、８年の内に４回引越しをしている。現在の自宅は 2DK で物が多く整理されておらず狭い。床に食べ物のカスやおもちゃが散らかっている。

妊婦は現在のパートナーと結婚したいと考えているが、ビザ失効中のため入籍が困難。現在のベトナム国籍のパートナーは就労ビザで来日し、土木作業員をしていたが、言語の壁や人間関係を上手く築くことができず、失職したため就労ビザ失効中。簡単な日本語は理解でき、聞き取りはできるが、話すことと書くことは難しい。英語の読み書きはできない。

妊婦はキャバクラで接客業をしている。小学校・中学校の成績は下の方で勉強は不得意。中卒で知人に紹介された鉄筋工をしていたが、引越しに伴い退職。現在妊娠中のため昼の仕事を探したいと思っているが、パートナーが失職中のため経済的に苦しく、「自分が稼がないといけない」と話している。妊婦は第四子を出産することに関して経済的に不安を感じている。過去に児童手当の手続き方法が分からず未申請であった。妊婦が仕事に行っている間、４歳息子と１歳娘の保育をパートナーが行っている。妊婦は家事育児に関して言わないとやらないパートナーに不満を感じている。妊婦の父親はアルコール依存症で、妊婦が幼少期には飲酒した父から暴言暴力を受けていた。妊婦の母親は父の暴言暴力について口出しをせず傍観することが多かった。実家は遠方で、妊婦は両親ともに関係性が良好ではないため支援が得られない。経済的な問題から出産病院が決まっておらず妊婦健診を不定期で受けている。

子どもの予防接種と健診は一部実施しているが未接種・未受診が多い。８歳息子は乳児健診、１歳６ヶ月児健診、３歳児健診全て受診しているが、日本脳炎・MR・水痘は未接種。４歳息子と１歳娘は乳児健診のみ受診、Hib・B 型肝炎・肺炎球菌のみ接種。１歳５ヶ月の娘は発語が見られず多動傾向がある。子どもらは兄弟喧嘩が絶えなく、物を投げたりお互いを叩いたりした傷や痣がある。

ケース５

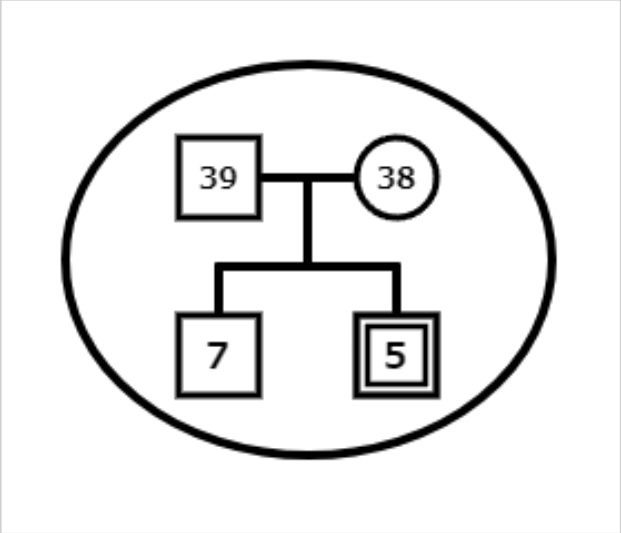


第二子妊娠中の 31 歳妊婦。2 歳の息子と夫と 3 人暮らし。妊娠 11 週で届出提出。妊婦は臨床検査技師で現在育休中。新型コロナウイルスのパンデミックと第一子の出産、妊婦の実母の他界の時期が重なり、強迫性障害を発症。妊婦は以前に精神科診断歴は無かった。第二子妊娠前は症状が比較的落ち着いていたが、妊娠以降症状が悪化。現在毎日 40 回の手洗い行動をしている。届出来所時も手袋と N95 マスクを着用し、面談室の換気状態について指摘があった。 外で働いて帰ってくる夫に対しても同様の手洗い行動を強要し、夫婦関係が悪化。帰宅した夫の全身に妊婦が消毒を吹きかけており、夫がスーパーや薬局で購入した物品は全て玄関でアルコール消毒をすることを強要されている。おむつ替えや子どもの食事を行う際も頻回な手洗い行動をしないと気が済まない。そのため、夫が家事・育児の殆どを担っている。

妊婦は精神科に月 1 で通院中。妊婦は強迫症状が改善しないまま第二子を産むことに強い不安を感じている。望んでの妊娠だったが、体調次第では中絶も視野に入れている。

夫は強迫症状が強い妊婦と付き合うことに辟易している。夫婦で口論になり、夫が「そんなに手が不潔ならお前の手ちょん切ってやろうか」と言ったことがある。ヘルパーや保育サービスを利用したいが、妊婦が外部との接触を拒否するため利用ができない。夫は不眠傾向、抑うつ症状が出現している。

ケース６

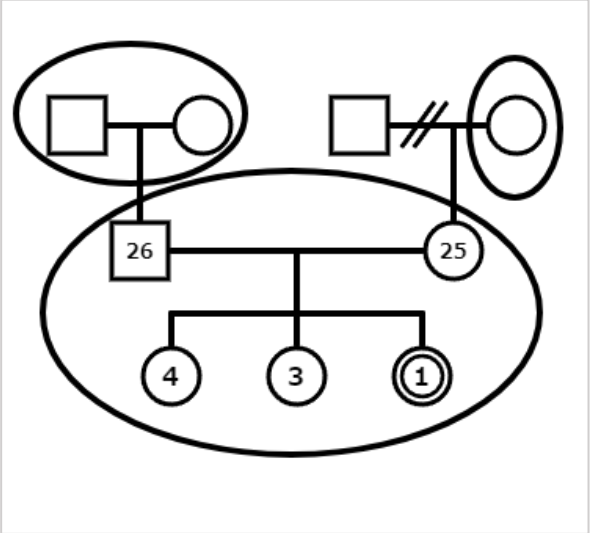


５歳男児。38 歳母、39 歳父、7 歳兄の４人暮らし。父母ともに介護福祉士。父はフルタイム、母はパートタイムで勤務している。母が家にいる時間が長い分、家事・育児の多くを母が担っている。

兄は聞き分けが良いが、本児は言うことを聞かない。父は頻繁ではないが本児が言うことを聞かないときに、癇になるほどではないが、頭や背中を叩いている。本児は乳幼児健診では異常所見は見られず、定型発達で活発な性格。

母は父が児を叩くことを否定的に考えている。過去に父に対して児を叩かないよう指摘したことがあるが、父は「口で言っても理解しないからしょうがない」と叩く行為を正当化していた。母は、父は頑固なので指摘しても無駄と思い、現在は黙認している。父自身、幼少期にしつけとして父方祖父に叩かれて育った。

ケース7



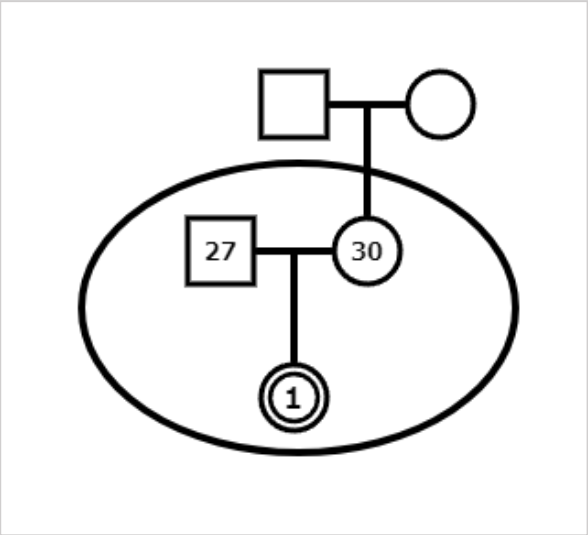
1歳女児。25歳母、26歳父、3歳姉、4歳姉と5人暮らし。父母ともに軽度知的障害。母は双極性障害の診断もついており、精神保健福祉手帳所持。障害福祉サービスの居宅支援を週2で利用中。訪問看護が週1回入っている。本児出産後も母の体調の浮き沈みがあるため現在も月1回通院している。生活保護受給中。

父母は第一子が妊娠発覚後に入籍。父母ともに人間関係を築くことが苦手で、アルバイトを試みるも続かない。父も母も小学校・中学校の成績は下の方。母は高校に進学しなかった。父は高校入学するも勉強についていけず中退。父は高校中退後、家を出て友達の家を転々としていた。父方祖父母とは現在連絡をとっておらず、新しい携帯の番号を教えていない。最終的に母と母方祖母が生活保護を受給しながら住む1Kの家に転がり込んで生活していた。父母が母方祖母との喧嘩が頻発していたことや生活保護担当者の指導があり、母方祖母とは別世帯で住むことになった。

母が幼少期に母方祖父母は離婚。母方祖父の所在は不明。母方祖母は近くに単身で住んでいるが、うつ病のため支援得られず。

子どもは全員同じ公立保育園に所属している。家ではYouTubeを見て過ごす時間が長い。子ども3人とも発達がゆっくり。4歳姉は呼名反応や指示理解は出来ているが、3語文がメインで自分の気持ちを言葉で表現するのは難しい。3歳姉は2語文中心で、少々多動傾向で癇癪が強い。本児はまだ単語が出ず喃語で話している。本児は湿疹が強く、首元や股付近がかぶれている。

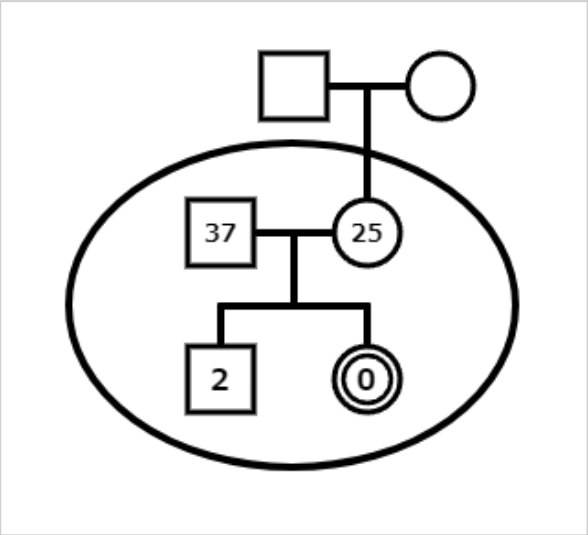
ケース８



１歳７か月女児。30 歳母、27 歳父と３人暮らし。母は看護師、父は公務員。母方祖父母は農家を経営し販売業も行なっていたため仕事が忙しく、母は幼少期にかまってもらった記憶があまり無い。

母は元々子どもは苦手だった。本児の食事を用意する、保育園送迎する等といった基本的な世話は行うが、一緒に遊んだり沢山声かけをしたりといった情緒的な関わりが少ない。本児が転んで膝を擦りむいた時は、絆創膏を当てたり手当てをするが、「痛かったね」などの声かけは少ない。本児は家にいるときは基本一人遊びをしている。本児はまだ有意義語は無いが、指示理解はある。表情が少なく、人見知りをせず誰に対してもベタベタする様子が見られる。保育で母子分離する際に泣かない。母も父も現状に問題意識は感じていない。

ケース9



0歳女児。2歳の兄と37歳父と25歳母と4人暮らし。父は会社員営業で多忙、平日は終電で帰り、休日も出勤している。父は月収28万円でタバコや酒にお金をかけるため、貯蓄はほとんどできていない。母に渡す生活費は月3万円。母が増額を要求しても応じない。

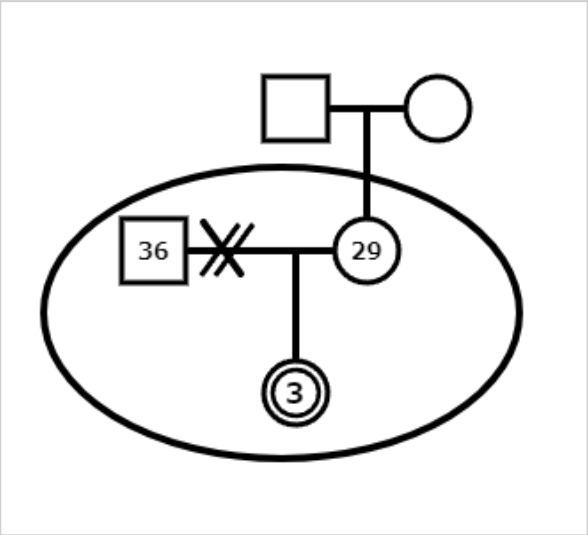
育児・家事の多くを専業主婦の母が担っており、負担が大きい。母は兄の育児で手一杯だったため、第二子を望んでいなかった。母は体格が大きく、ダボッとした服を好んで着ている。母は30週まで妊娠を誰にも言わず隠しており、赤ちゃんポストに入れることを考えていた。父が妊娠に気付き、本児出産に至った。

母は特に本児を可愛いと思えず、ケアに消極的。おむつ替えや授乳も仕方なく最低限をやっているが、楽しめていない。産後のEPDS18点で抑うつ傾向が見られていた。乳児健診未受診。

2歳兄はイヤイヤ期で主張が激しい。母に対しては困らせるような言動をするが、父に対しては萎縮する様子が見られる。

母は大学入学時に上京。卒業後に事務職に就職するが、人間関係で悩み退職。母方祖父母は隣の県に住んでいる。必要最低限の連絡をするのみで相談や支援を頼む予定はない。

ケース１０



３歳女児。現在は 36 歳父と 29 歳母と３人暮らし。母は無職で、活気がなく、やせ細っており、自己決定が苦手。３歳児健診では、父と母が来所していた。医師や保健師が母に質問しても、オドオドして回答せず、父が代わりに答えていた。母は夏にも関わらず薄いタートルネックと長袖の洋服を着用している。

父は保険会社の営業で対外的な対応は良い。会社では重役を担っており、責任が重くストレスのかかる仕事を任されている。健診で父は受け答えが爽やかで母を気遣う様子が見られた。過去に父から母に対する暴力があり、近隣住民の通報により警察が介入したことが一度ある。

本児出生時、父と母の関係性が悪化し破局。母が引き取る話が出ていたが、父の要望で出生後すぐに乳児院に保護される。母は保護されることは不本意だったが、自分１人で育てられる自信が無く保護に同意した。その後、父と母が復縁し、本児１歳の時に家庭復帰した。家庭復帰時には身長体重ともに-1SD であったが、１歳半健診では身長・体重ともに-2SD を下回っていた。フォローアップ健診を勧奨していたが、様々な理由をつけて受診に至っていない。

本児は２語文で会話しており言語発達はゆっくりだが、聞き分けが非常に良い。人見知りをせず誰にでもベタベタする様子が見られる。

母方祖父母は遠方に住んでいる。母方祖父母は社会的地位の高い父のことを信頼している。母のことは頼りないと思っており、母より父の言うことを支持する傾向がある。

参考資料： ダミーケース調査票

ご回答者の情報

Q1. あなたの性別についてお答えください。（1 つ選択）

- ☐ 男性
- ☐ 女性
- ☐ 答えたくない

Q2. あなたの年齢についてお答えください。（1 つ選択）

- ☐ 20 歳代（20～29 歳）
- ☐ 30 歳代（30～39 歳）
- ☐ 40 歳代（40～49 歳）
- ☐ 50 歳代（50～59 歳）
- ☐ 60 歳以上
- ☐ 答えたくない

Q3. あなたがお持ちの資格をお答えください。（あてはまるもの全てを選択）

- ☐ 保健師
- ☐ 助産師
- ☐ 看護師
- ☐ その他 （　　）

Q4. あなたの母子保健領域における保健活動の通算経験年数（産休・育児休暇や介護休暇などで休んでいた期間は除く）をお答えください。（整数を記入）【例】保健師 1 年目→1、 3 年 3 カ月目→4（切り上げる、未経験の場合は、0 を記入）

約 （　　）年

Q5. あなたの児童福祉領域における保健活動の通算経験年数（産休・育児休暇や介護休暇などで休んでいた期間は除く）をお答えください。（整数を記入）【例】保健師 1 年目→1、3 年 3 カ月目→4（切り上げる、未経験の場合は、0 を記入）

約 （　　）年

Q6. あなたが<u>現在、主に担当している業務</u>をお答えください。（一つ選択）

- ☐ 母子保健に関する業務
- ☐ 児童福祉に関する業務
- ☐ その他（　　）

5 例の妊産婦のダミーケースのリスクアセスメントとなります

【ケース1】 **⇒ ケース5まで繰り返し。**

「ケース 1」について以下の設問にお答えください。

Q1-1. あなたの所属機関では、このケースは経過観察の対象にすべきと判断しますか。（1 つ選択）

☐ はい ☐ いいえ

Q1-2. あなたの所属機関では、このケースは児童福祉と共有した方がよい事例だと判断されますか。（1 つ選択）

☐ はい ☐ いいえ

Q1-3. あなたの所属機関では、このケースは特定妊婦相当と考えられる事例だと思いますか。（1 つ選択）

☐ はい ☐ いいえ

Q1-4. あなたの所属機関では、このケースは問題がない（次の保健医療サービスにつながるまでに、行政が積極的に動く必要がない）と判断されると考えますか。（1 つ選択）

☐ はい ☐ いいえ

Q1-5. あなたの所属機関では、このケースに対して情報提供や紹介を行うだろうと考える支援やサービスはありますか。（あてはまるもの全てを選択）

☐ 妊産婦相談（電話・窓口） ☐ 産後ケア事業 ☐ 育児相談（電話・窓口）
☐ 母親、両親学級 ☐ 男性電話相談 ☐ 一時保育・緊急保育
☐ 精神保健福祉相談窓口 ☐ ファミリー・サポートセンター事業
☐ 出産・育児に関する給付金制度 ☐ 民生委員・児童委員
☐ 児童福祉 ☐ 医療機関
☐ その他（具体的に: ）

「ケース 1」について、以下のリスクアセスメントシートを用いて評価をしてください。
（あてはまる箇所に〇を記入してください）

No	項目	該当	非該当	不明
1	妊婦(母)の初産時の年齢が 24 歳以下			
2	父・パートナーの年齢が対象となる子どもの出生時で 24 歳以下			
3	世帯に 2 人以上の兄・姉がいる			
4	妊娠時 未婚または再婚			
5	変化のあった家族構成、離婚・別居等の発生見込み			
6	妊娠届出時来所者に違和感がある			
7	母子手帳の交付が妊娠 14 週以降			
8	妊婦(母)が過去に人工妊娠中絶歴あり			
9	予期しない・望まない妊娠だった			
10	産後の見通しや準備に課題がある			
11	妊婦(母)に産後の養育拒否・子育て不安がある			
12	妊婦(母)が、妊娠・胎児に無関心・否定的			
13	妊婦(母)に知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見がある			
14	妊婦(母)の精神的不調・診断歴等がある			
15	妊婦(母)が社会的ストレスを抱えている			
16	父・パートナーに知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見がある			
17	父・パートナーの精神的不調・診断歴等がある			
18	父・パートナーが社会的ストレスを抱えている			
19	世帯に経済不安または困窮がある			
20	きょうだいの育てにくさ、養育上の課題がある			
21	パートナー、親族との葛藤や暴力問題がある			
22	保護者に複雑な生育歴、逆境体験がある			
23	妊婦孤立、援助者不足、子育てモデルがいない			

妊産婦のダミーケースに関するリスクアセスメント（前半）は終了です。
使用した妊娠・出産期用リスクアセスメントシート（23 項目）に対するご意見をお聞かせください。

先ほど使用したリスクアセスメントシート（以下、「シート」）について、あなたの考えに合うものに〇をしてください。

		全くそう思わない				非常にそう思う
		1	2	3	4	5
1	このシートを何度も使いたいと思う					
2	このシートは必要以上に複雑だと思った					
3	このシートは使いやすいと思った					
4	このシートを使えるようになるには、サポートが必要だと思う					
5	このシートの様々な機能はうまく統合されていると思った					
6	このシートには一貫性がなさすぎると思った					
7	ほとんどの人にはすぐにこのシートを使えるようになると思う					
8	このシートはとても使いにくいと思った					
9	このシートを自信を持って使うことができた					
10	このシートを使えるようになるまでに、事前にたくさんのことを覚える必要があった					

以下の項目は、今回のリスクアセスメントシートには含まれておらず、特定妊婦など他の参考所見に含まれる項目です。以下の項目で該当した場合に支援の必要性が極めて高いと判断する項目の□にチェックを入れてください。（あてはまるもの全てを選択）

1	妊婦健診の受診状況　定期的に妊婦健診を受けていない	□
2	胎児に疾病がある	□
3	胎児に障害がある	□
4	多胎妊娠である	□
5	妊婦が飲酒をやめることができない	□
6	妊婦に身体的障害がある	□
7	出産予定時のきょうだいの状況：過去にきょうだいの不審死があった	□
8	出産予定時のきょうだいの状況：きょうだいに重度の疾病・障害等がある	□
9	社会経済的背景：住所が不確定・転居を繰り返す	□
10	社会経済的背景：夫婦ともに不安定就労・無職	□
11	家族の介護等：妊婦又は夫の親など親族の介護	□

Q7. 今回使用したリスクアセスメントシート（妊娠期・出産期用）に関するご意見・感想などございましたら、ご自由にお書きください。

ここからは、5 例の乳幼児期のダミーケースのリスクアセスメントとなります

【ケース 6】　⇒ ケース10まで繰り返し。

「ケース 6」について以下の設問にお答えください。

Q6-1. あなたの所属機関では、このケースは経過観察の対象にすべきと判断しますか。（1 つ選択）

☐ はい　　☐ いいえ

Q6-2. あなたの所属機関では、このケースは児童福祉と共有した方がよい事例だと判断されますか。（1 つ選択）

☐ はい　　☐ いいえ

Q6-3. あなたの所属機関ではこのケースは要保護児童相当と考えられる事例だと思いますか。（1 つ選択）

☐ はい　　☐ いいえ

Q6-4. あなたの所属機関では、このケースは問題がない（次の保健医療サービスにつながるまでに、行政が積極的に動く必要がない）と判断されると考えますか。（1 つ選択）

☐ はい　　☐ いいえ

Q6-5. あなたの所属機関では、このケースに対して情報提供や紹介を行うだろうと考える支援やサービスはありますか。（あてはまるもの全てを選択）

☐ 妊産婦相談（電話・窓口）　☐ 産後ケア事業　☐ 育児相談（電話・窓口）
☐ 母親、両親学級　☐ 男性電話相談　☐ 一時保育・緊急保育
☐ 精神保健福祉相談窓口　☐ ファミリー・サポートセンター事業
☐ 出産・育児に関する給付金制度　☐ 民生委員・児童委員
☐ 児童福祉　☐ 医療機関
☐ その他（具体的に：　　）

「ケース 6」について、以下のリスクアセスメントシートを用いて評価をしてください。
（あてはまる箇所に〇を記入してください）

No	項目	該当	非該当	不明
1	母の初産時年齢 24 歳以下			
2	母が不安定な職業・無職・学生			
3	母の産後の精神的不安定(な時期があった)			
4	母に知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見がある			
5	母が育児ストレスを抱える、やりがいや楽しみが持てない			
6	母の子どもへの関わりが少ない、嫌がる、不自然/一貫性がない、 厳しいしつけ、乱暴な扱いがある			
7	母の社会的孤立、子育てのモデルになる人がいない			
8	パートナーの理解・育児協力が得られない、援助者不足、負担の偏りがある			
9	父・パートナーの子ども出生時の年齢が 24 歳以下			
10	父・パートナーが不安定な職業・無職・学生			
11	父・パートナーに知的・感情的側面、社会的側面、責任感・問題解決に関する所見がある			
12	父・パートナーが社会的ストレスを抱えている			
13	母または父・パートナーに配偶者・恋人からの暴力・DV 等の被害(歴)がある			
14	母または父・パートナーに複雑な生育歴・過去の逆境体験がある			
15	子どもに原因が断定できない外傷(痕)がある、皮膚疾患や敗血症がある			
16	子どもに情緒的な混乱、不自然な密着や独占行動、挑発行動、萎縮等がある			
17	変化のあった家族構成、離婚別居等の変化が見込まれる			
18	世帯のきょうだい人数が 2 人以上			
19	きょうだいに育てにくさがある、厳しい対応や不平等な扱いがある			
20	親族間トラブルがある、家庭の社会的孤立			
21	世帯に経済的な不安・困窮がある			
22	世帯にキーパーソンがいない、健診未受診等による情報不足、接触困難がある			

乳幼児のダミーケースに関するリスクアセスメントは終了です。
使用した乳幼児期用リスクアセスメントシート（22 項目）に対するご意見をお聞かせください。

先ほど使用したリスクアセスメントシート（以下、「シート」という）について、あなたの考えに合ったものに〇をしてください

		全くそう思わない				非常にそう思う
		1	2	3	4	5
1	このシートを何度も使いたいと思う					
2	このシートは必要以上に複雑だと思った					
3	このシートは使いやすいと思った					
4	このシートを使えるようになるには、サポートが必要だと思う					
5	このシートの様々な機能はうまく統合されていると思った					
6	このシートには一貫性がなさすぎると思った					
7	ほとんどの人にはすぐにこのシートを使えるようになると思う					
8	このシートはとても使いにくいと思った					
9	このシートを自信を持って使うことができた					
10	このシートを使えるようになるまでに、事前にたくさんのことを覚える必要があった					

以下の項目は、今回のリスクアセスメントシートには含まれておらず、要支援児童など他の参考所見に含まれる項目です。以下の項目で乳幼児、未就学児童のリスク評価において特に重要で、含めるべきと考えるものはありますか。また、その項目が該当する場合には臨床的に虐待リスクが高いと判断する項目はありますか。該当する項目の□にチェックを入れてください。（あてはまるもの全てを選択）

1	保護者への態度：保護者の顔色を窺う、意図を察知した行動をする	□
2	保護者への態度：保護者といるとおどおどし、落ち着きがない	□
3	保護者への態度：保護者といると必要以上に気を遣い緊張しているが、保護者が離れると安心して表情が明るくなる	□
4	身なりや衛生状態：からだや衣服の不潔感、髪を洗っていないなどの汚れ、におい、垢の付着、爪がのびている等がある。	□
5	身なりや衛生状態：季節にそぐわない服装をしている	□

6	身なりや衛生状態：衣服が破れたり、汚れている	□
7	身なりや衛生状態：虫歯の治療が行われない	□
8	食事の状況：食べ物への執着が強く、過度に食べる	□
9	食事の状況：極端な食欲不振が見られる	□
10	食事の状況：友達に食べ物をねだることがよくある	□
11	登園状況等：理由がはっきりしない欠席・遅刻・早退が多い	□
12	登園状況等：連絡がない欠席を繰り返す	□

Q8. 今回使用したリスクアセスメントシート（乳幼児期用）に関するご意見・感想などございましたら、
ご自由にお書きください。

国立研究開発法人
国立成育医療研究センター
National Center for Child Health and Development