

母子保健検討委員会答申

令和8年4月

日本医師会母子保健検討委員会

令和8年4月

日本医師会長

松本 吉郎 殿

母子保健検討委員会

委員長 福田 稯

母子保健検討委員会答申

本委員会は、令和6年11月6日に開催された第1回委員会において、貴職から諮問のありました「出産から育児までの健康管理（産後ケアと乳幼児健診の在り方）」について、5回の委員会を開催して鋭意検討を行ってまいりました。

また、本委員会の中に産後ケアワーキンググループ、乳幼児健診ワーキンググループを設置し、各2回開催し検討を行いました。

その結果をとりまとめましたので答申いたします。

母子保健検討委員会委員

委員長	福田	稗	(熊本県医師会会長、日本医師会副会長)
副委員長	三牧	正和	(帝京大学医学部小児科学講座主任教授)
	赤堀	彰夫	(静岡県医師会顧問)
	大隈	良譲	(佐賀県医師会常任理事)
	上塘	正人	(鹿児島県医師会常任理事)
	川上	一恵	(東京都医師会副会長)
	河村	一郎	(山口県医師会常任理事)
	木下	智弘	(和歌山県医師会副会長)
	隈部	桂子	(山梨県医師会理事)
	是松	聖悟	(日本小児科学会代議員)
	三條	典男	(山形県医師会副会長)
	杉原	加壽子	(兵庫県医師会常任理事)
	寺本	瑞絵	(北海道医師会常任理事)
	野村	豊樹	(三重県医師会副会長)
	原	光彦	(日本小児保健協会副会長)
	森崎	正幸	(長崎県医師会会長)

産後ケアワーキンググループ

委員長 森崎 正幸（長崎県医師会会長）
隈部 桂子（山梨県医師会理事）
杉原 加壽子（兵庫県医師会常任理事）
寺本 瑞絵（北海道医師会常任理事）
福田 稔（熊本県医師会会長、日本医師会副会長）
三牧 正和（帝京大学医学部小児科学講座主任教授）

乳幼児健診ワーキンググループ

委員長 木下 智弘（和歌山県医師会副会長）
川上 一恵（東京都医師会副会長）
是松 聖悟（日本小児科学会代議員）
福田 稔（熊本県医師会会長、日本医師会副会長）
三牧 正和（帝京大学医学部小児科学講座主任教授）
森崎 正幸（長崎県医師会会長）
伊藤 隆一（日本小児科医会会長）

目次

はじめに.....	1
I 妊産婦の心と体の健康 妊産婦健診から産後ケアまで.....	3
1. 妊産婦健診での健康管理.....	3
2. 産後ケアでの支援の在り方.....	8
3. 産後ケア事業における産科と小児科の連携.....	17
II 妊産婦から乳幼児までの切れ目ない母子の健康管理体制.....	19
1. 日本における乳幼児健康診査の歴史.....	19
2. 産婦人科から小児科への情報の連携の在り方.....	22
3. 小児科における産婦人科からの情報の連携とその後の乳幼児健診の在り方.....	26
4. 5歳児健診の今後の方向性.....	28
おわりに.....	34

はじめに

妊娠、出産、育児は太古の昔から人類が継承してきた営みであり、だからこそ私たちは今ここにある。

太古の昔については知る術もないが、私自身の記憶を辿れば、こどもの頃、性については大人になってからのもの、あるいは大人になるイニシエーションのようなものだったと思う。大人になってからの性は、男性の場合、性教育は青年団（会）等の地域の先輩たちによるもので、女性は、未婚者は性体験がないのが当然の事と考えられていた。出産については都市部では診療所や病院での出産が普及していたが農村部では助産師による自宅での出産が多かった様に思う。育児は、当時は大家族制で三世代や二世代の同居もあり、兄弟姉妹も多く、まさに大家族でその中で子育てが行われ未熟な親でもこどもを育てる事ができた。また、「向こう三軒両隣り」、近隣の住民との関りが深く、町内会等の交わりもあり地域でこどもを育てる環境があった。

現在の男女共学化の一層の広がりや、SNSの普及等により性は格段に身近にある。数年前の調査で高校三年生の性交経験の割合が男子より女子が高いとの報告があり、衝撃を受けた。当然のことながら、産婦人科医の医療現場では中高生の妊娠や出産は稀ではない。

現在の出産はほとんどが医療機関で行われ、医療機関も一次から三次まで機能分担して、周産期医療体制が整備され、産婦人科医の不足と高齢化でほころびが見えつつあるものの、我が国の新生児死亡率、乳児死亡率、母体死亡率の低さは世界に誇れるものである。さらに妊産婦の経済的支援については1994年に出産育児一時金として30万円の現金給付が始まり、現在50万円まで増額されている。妊婦健診についても14回の健診に公的助成があり、産後2週間と産後1か月における2回の産婦健康診査にも助成がなされている。

生後2週間から小学校就学までは、1歳6か月と3歳における2回の法定健診の他、市区町村によって異なるが概ね6回程度公費負担で実施されている。

近年、妊産婦の自殺や母親による児童虐待が大きな問題となっている。その背景には、妊産婦の孤立化による産後うつ、さらに抗精神病薬の進歩や精神科病院

における入院患者の開放的な取扱等による精神疾患合併妊娠の増加がある。まさしく妊産婦のメンタルヘルスにいかに対応するか大きな課題だ。

これまで母子保健検討委員会では産後うつや精神疾患合併妊娠等の妊産婦のメンタルヘルスについて議論を深めてきた。今期の会長諮問は「出産から育児までの健康管理（産後ケアと乳幼児健診の在り方）」であり、具体的で実践的な諮問である。「産後ケア」は産婦の Biopsychosocial の支援の切り札とし登場したものであり、「乳幼児健診の在り方」については、少子化が進み育児を取り巻く環境が大きく変化するなか、5歳児健診をはじめ乳幼児健診はいかにあるべきかを問うたものである。当委員会では「妊産婦健診から産後ケアまで」と「乳幼児健診」について二つのWGを設け、前者を主に産婦人科の委員、後者を小児科の委員に検討をお願いした。ご苦勞いただいた先生方に心から感謝し、本答申が妊産婦とこどもの心と身体の健康に資するものとなる事を祈念する。

委員長 福田 稔

I. 妊産婦の心と体の健康 妊産婦健診から産後ケアまで

1. 妊産婦健診での健康管理

現在、日本における母体死亡率および新生児・乳児死亡率は国際的にみても極めて低く、日本は「安全にお産ができる国」と評価されている。この背景には、長年にわたる妊産婦健診の体系化、施設分娩への移行、周産期医療体制の整備・高度化といった医療面での努力に加え、母子健康手帳の交付と、それに基づく妊婦健康診査（以下、妊婦健診）が一定の基準のもとで全国的に提供されてきたことが大きく寄与しているといえる。

母子保健法は1965年8月18日に制定され、「母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進を図るため、母子保健に関する原理を明らかにするとともに、母性並びに乳児及び幼児に対する保健指導、健康診査、医療その他の措置を講じ、もって国民保健の向上に寄与する」ことを目的としている。妊婦健診や産婦健康診査（以下、産婦健診）については同法第13条、母子健康手帳については第16条に規定されており、これらは我が国における母子保健の法的基盤となっている（図1）。

母子保健法の概要

1. 目的
母性並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進を図るため、母子保健に関する原理を明らかにするとともに、母性並びに乳児及び幼児に対する保健指導、健康診査、医療その他の措置を講じ、もって国民保健の向上に寄与することを目的とする。

2. 定義
妊産婦…妊娠中又は出産後1年以内の女子
乳児…1歳に満たない者
幼児…満1歳から小学校就学の始期に達するまでの者
新生児…出生後28日を経過しない乳児

3. 主な規定

<p>1. 保健指導(第10条) 市町村は、妊産婦等に対して、妊娠、出産又は育児に関し、必要な保健指導を行い、又は保健指導を受けることを勧奨しなければならない。</p> <p>2. 健康診査(第12条、第13条) ・市町村は1歳6か月児及び3歳児に対して健康診査を行わなければならない。 ・上記のほか、市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない。</p> <p>3. 妊娠の届出(第15条) 妊娠した者は、速やかに市町村長に妊娠の届出をしなければならない。</p> <p>4. 母子健康手帳(第16条) 市町村は、妊娠の届出をした者に対して、母子健康手帳を交付しなければならない。</p> <p>5. 妊産婦の訪問指導等(第17条) 市町村長は、健康診査の結果に基づき、妊産婦の健康状態に応じ、職員を訪問させて必要な保健指導を行い、診療を受けることを勧奨するものとする。</p>	<p>6. 産後ケア事業(第17条の2) 市町村は、出産後1年を経過しない女子及び乳児の心身の状態に応じた保健指導、療養に伴う世話又は育児に関する指導、相談その他の援助(産後ケア)を必要とする出産後1年を経過しない女子及び乳児につき、産後ケア事業を行うよう努めなければならない。</p> <p>7. 低体重児の届出(第18条) 体重が2,500g未満の乳児が出生したときは、その保護者は、速やかに、その旨をその乳児の所在地の市町村に届け出なければならない。</p> <p>8. 養育医療(第20条) 市町村は、未熟児に対し、養育医療の給付を行い、又はこれに代えて養育医療に要する費用を支給することができる。</p> <p>9. こども家庭センター(児童福祉法第10条の2) 市町村は、こども家庭センターの設置に努めなければならない。</p>
--	--

出典：母子保健における妊産婦支援の状況について¹⁾

日本の母子保健において特に重要なのは、妊娠届出から出産、さらに産後1年に至るまでの各段階を「点」ではなく「線」として連続させるという発想である。妊産婦健診はその入口に位置づけられる。妊婦健診については、自治体が交付する受診券方式を基本としておおむね14回以上の健診が公費支援の対象とされており、経済的負担の軽減を通じて、リスクの早期把握と必要な医療介入が可能となっている。厚生労働省は2015年3月31日に厚生労働省告示第226号を発出し、妊婦健診の望ましい基準（検査項目、実施頻度等）を示している（図2）ⁱ。この基準化は、全国における妊婦健診の質を一定水準以上に保つ役割を果たしてきた。

図2

妊婦に対する健康診査についての望ましい基準（平成27年3月31日厚生労働省告示第226号）

第1 妊婦健康診査の実施時期及び回数等

1 市町村は、次のイからハまでに掲げる妊娠週数の区分に応じ、それぞれイからハまでに掲げる頻度で妊婦に対する健康診査（以下「妊婦健康診査」という。）を行い、妊婦一人につき、出産までに14回程度行うものとする。

- イ 妊娠初期から妊娠23週まで おおむね4週間に1回
- ロ 妊娠24週から妊娠35週まで おおむね2週間に1回
- ハ 妊娠36週から出産まで おおむね1週間に1回

2 市町村は、妊婦一人につき14回程度の妊婦健康診査の実施に要する費用を負担するものとする。

第2 妊婦健康診査の内容等

1 市町村は、各回の妊婦健康診査においては、次に掲げる事項について実施するものとする。

- イ 問診、診察等 妊娠週数に応じた問診、診察等により、健康状態を把握するものとする。
- ロ 検査 子宮底長、腹囲、血圧、浮腫、尿（糖及び蛋白）、体重等の検査を行うものとする。なお、初回の妊婦健康診査においては、身長を検査を行うものとする。
- ハ 保健指導 妊娠中の食事や生活上の注意事項等について具体的な指導を行うとともに、妊婦の精神的な健康の保持に留意し、妊娠、出産及び育児に対する不安や悩みの解消が図られるようにするものとする。

2 市町村は、1に掲げるもののほか、必要に応じた医学的検査を妊娠期間中の適切な時期に実施するものとする。医学的検査については、次の表の左欄に掲げる検査の項目の区分に応じ、それぞれ右欄に掲げる妊娠週数及び回数を目安として行うものとする。

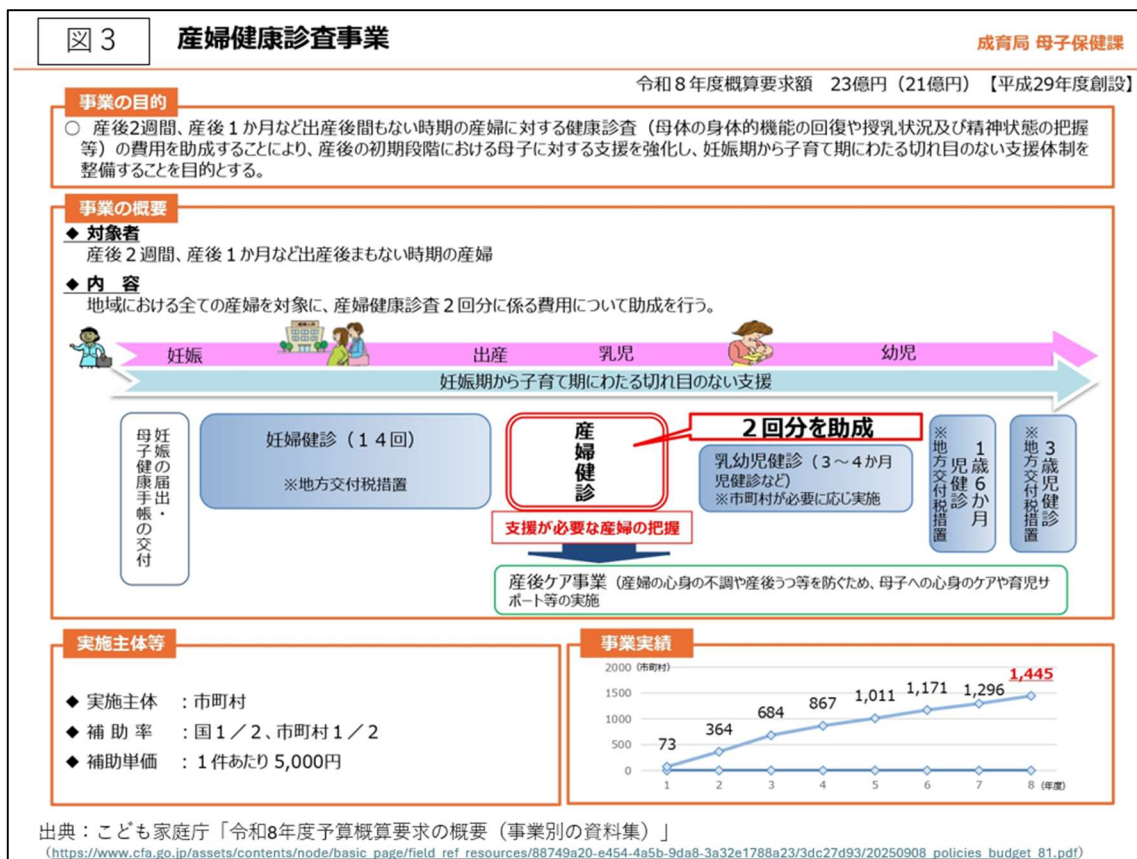
検査の項目	妊娠週数及び回数を目安
血液型等の検査（ABO血液型、Rh血液型及び不規則抗体に係るもの）	妊娠初期に1回
B型肝炎抗原検査	
C型肝炎抗体検査	
HIV抗体検査	
梅毒血清反応検査	
風疹ウイルス抗体検査	
血糖検査	妊娠初期に1回及び妊娠24週から妊娠35週までの間に1回
血算検査	妊娠初期に1回、妊娠24週から妊娠35週までの間に1回及び妊娠36週から出産までの間に1回
HTLV-1抗体検査	妊娠初期から妊娠30週までの間に1回
子宮頸がん検診（細胞診）	妊娠初期に1回
超音波検査	妊娠初期から妊娠23週までの間に2回、妊娠24週から妊娠35週までの間に1回及び妊娠36週から出産までの間に1回
性器クラミジア検査	妊娠初期から妊娠30週までの間に1回
B群溶血性レンサ球菌（GBS）検査	妊娠33週から妊娠37週までの間に1回

第3 市町村の責務

- 1 市町村は、妊婦健康診査の受診の重要性について、妊婦等に対する周知・広報に努めるものとする。
- 2 市町村は、里帰り先等において妊婦健康診査を受診する妊婦の経済的負担の軽減を図るため、妊婦の居住地以外の病院、診療所又は助産所と事前に契約を行う等の配慮をするよう努めるものとする。
- 3 市町村は、妊婦健康診査を実施する医療機関等と連携体制を構築し、養育支援を必要とする妊婦に対し、適切な支援を提供するよう努めるものとする。
- 4 市町村は、原則として、妊婦健康診査を実施する医療機関等に対して、妊婦健康診査の結果等の提供を求めるよう努めるものとする。

一方で、従来の産婦健診（いわゆる「産後1か月健診」）は、主に産婦の身体的回復状況を確認することを目的としていた。血圧測定、体重測定、尿検査（尿糖・尿蛋白）、子宮復古の程度、悪露の性状、分娩時創部の状態などを確認し、助産師による保健指導も行われてきたが、精神的な健康状態や育児不安までを全国的に標準化して評価し、必要な支援へ確実に接続する仕組みにはなっていなかった。

しかし、日本の周産期医療は身体管理において世界的に高い安全性を達成している一方、これまで統計に十分反映されてこなかった妊産婦の自殺が、産科合併症等による妊産婦死亡を上回る水準で存在していることが明らかになった。また、その背景には産後うつを含む精神疾患の合併が多いことが報告されているⁱⁱ。さらに、こどもに対する虐待予防が社会的課題として強く認識されるようになり、産婦健診の中にメンタルヘルス評価を組み込むことの必要性が強く提起された。その結果、2017年度にはじめて「産婦健康診査事業」が国の予算事業として位置づけられ、現在も継続実施されている（図3）。ⁱ



産婦健診は、①産後の母体における身体的回復状況、授乳状況、生活状況および精神状態の把握を行うこと、②健診結果が速やかに市町村へ共有される体制を整備すること、③支援が必要と判断された産婦に対し、産後ケア事業等につなぐこと、の3つを基本要件としている。

産婦健診はおおむね産後2回実施されることが想定されている。1回目は産後2週間、2回目は産後1か月である。従来の1か月児健診の内容に加え

て、現在は産婦のメンタルヘルス状態を把握することが必須要素とされており、そのための標準的ツールとしてエジンバラ産後うつ病質問票(Edinburgh Postnatal Depression Scale : EPDS)が用いられる。EPDS は産後うつの早期兆候を捉える質問票として国際的にも広く用いられており、日本語版の妥当性も確認されている。産婦健診と EPDS の普及によって、医療機関と自治体（保健師・助産師等）が連携しながら、支援の必要な産婦を確実に産後ケア事業などの具体的な支援につなぐことが可能となった点は大きい。

さらに、日本産婦人科医会が示す「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」では、妊娠初期、妊娠中期（25～28 週ごろ）、分娩・入院中、産後 2 週間、産後 1 か月という 5 つのタイミングで、メンタルヘルスに関するスクリーニングを行うことが推奨されているⁱⁱⁱ。そこで用いられる主な質問票は、①育児支援チェックリスト、②エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)、③赤ちゃんへの気持ち質問票の 3 種類である。重要なのは、産後うつやボンディング障害（母親がわが子に情緒的な結びつきをうまく感じられない状態）は、精神疾患の既往がない、いわゆる「リスクが低い」と考えられている妊婦にも起こり得るという点である。そのため、いわゆるハイリスク妊婦だけではなく、ローリスク妊婦も含めた全体的なスクリーニングが必要とされる。

産後の生活は、それまでの生活様式が一変し、予測困難な育児対応が 24 時間体制で続く時期である。新生児が何を欲しているのか、何に不快を感じているのかを常時探り続けるうち、母親側は過覚醒状態に陥りやすく、慢性的な睡眠不足や身体疲労が蓄積する。それでも母親は、子を全面的に保護しようとする切迫した責任感のもとで育児を継続している。この時期において、母親が自らの「母親としての能力」と向き合わざるを得ないことは自己肯定感を揺るがせやすく、思うようにいかない授乳や寝かしつけ、泣き止まない乳児への対応は、罪悪感や無力感を誘発しやすい。第三者からの共感的な承認や、具体的な手助けを得られるかどうか、心理的な破綻を防ぐうえで決定的な意味を持つ。ところが現代は核家族化・地域孤立化が進んでおり、産後の母親が日常的な見守りや助言を受けにくい環境が顕在化している。

特に、うつ病・不安障害等の既往、望まない・予定外の妊娠、家庭内暴力

(DV)、経済的困難、未婚やパートナーからのサポート不足などは、周産期うつ病のリスク要因として国内外で繰り返し指摘されている。これらは医療だけでは対応しきれない、生活・家族・経済・暴力といった社会的要素を含む問題である。そのため、妊産婦健診の段階から、医療機関と自治体（こども家庭センター等）、精神科医療、地域の福祉・保健資源が多職種で連携し、必要に応じて速やかに支援へ橋渡しすることが不可欠となる。妊娠期から産後ケアに至るまでの「切れ目のない支援」は、この「医療だけでは完結しない領域」を正面から扱う仕組みとして意味を持つ。

近年、出生数は減少を続け、2024年の出生数は68万6,061人と統計開始以来初めて70万人を下回り、合計特殊出生率も1.15と過去最低を更新し、少子化の深刻さが改めて浮き彫りとなった。一方で、児童相談所における児童虐待相談対応件数は22万5,509件と過去最多となり、減少する出生数とは対照的に、育児期のリスクはむしろ高まっている。このことは、産後の母親・家庭が孤立しやすく、その孤立が児への不適切養育や虐待リスクの上昇と結びついている可能性を示唆する。したがって、妊産婦健診から産後ケアにつながる「支援の導線」を地域の標準として定着させることは、個別の母子の安全確保だけではなく、地域社会全体における虐待予防策としても不可欠である。

産後1か月を境に、医療の主たる窓口は産科から小児科へ移る。これは受診対象が「母親の身体と心」から「こどもの成長・発達」へ移行するという意味において必然であるが、その移行はしばしば「母親が支援の射程から外れる瞬間」でもある。小児科医は本来、こどもの健康と発達を支える専門職であるが、同時に、現代の育児環境において孤立しがちな母親・家庭の状況を把握し、必要に応じて支援につなぐ視点が求められるようになっている。

この「産科→小児科→自治体」の橋渡しを妊娠期から前倒しで行う仕組みが、いわゆるペリネイタル・ビジット（Perinatal Visit：PV）である。ペリネイタル・ビジットは、妊娠中の段階で産科医療機関から小児科へ妊婦を紹介し、妊婦本人が出産前から小児科医と面談し、育児の具体像や予防接種スケジュール、夜間の泣き対応、発熱時の受診目安などを確認する機会を確

保するものである。これにより、母親は産後直後の不安が最も高い時期を「すでに顔のわかる小児科」とともに迎えることができ、虐待予防、過度な不安の軽減、適切な医療アクセスの確保に寄与する。

ペリネイタル・ビジットは、日本においては大分県が先駆的に開始した事業である。大分県では、産科・小児科・行政が連携し、「大分県ペリネイタル・ビジット事業」として妊娠期から産後まで切れ目のない支援を体系化するとともに、母子が妊娠期から出産後の新生児期・乳幼児期まで、各ライフステージで利用できる医療・母子保健サービスを「どこで・誰が・どう支えるか」という形で整理した「ヘルシースタートおおいた」を長期的に実装してきた。ここでは、紹介状、事後報告、共有様式が標準化され、「確実につなぐ」ことそのものが地域の仕組みとして磨き上げられている。

また、岡山県では、妊娠期から支援が必要な母子を早期に把握し、多職種が連絡・連携できる体制を「妊娠中からの気になる母子支援連絡システム（岡山モデル）」として構築している。これは、妊娠中から産後まで、産科と行政（母子保健・子育て支援部門）、さらには精神科医療機関が情報を共有し、支援が必要なケースを途切れさせないことを目的としたものである。岡山モデルでは、支援対象となり得る母子を把握する連絡システムの運用とともに、精神科医療機関リストをあらかじめ整備し、産科・精神科・行政の連携経路を可視化・固定化している点が特徴である。

以上のように、妊産婦健診は単なる医学的フォローアップではなく、産後のメンタルヘルス不調、育児困難、虐待リスクを早期に拾い上げ、地域の支援資源（産後ケア事業、保健師・助産師訪問、精神科医療、小児科のかかりつけ化）へ確実に接続するための「立ち上がり点」である。妊娠期から産後1年までの支援は、医療だけでは完結せず、妊婦健診と産婦健診を情報の起点とし、地域資源を介して切れ目なく支援を橋渡しすることこそが、周産期の母子の安全と安心を社会全体で担保するうえで不可欠な基盤となる。

2. 産後ケアでの支援の在り方

① 山梨県における産後ケア事業の現状について

1. 山梨県の社会的背景

山梨県は全国と比較しても少子高齢化率が高く、2024年12月31日時点の総人口は789,514人である。出生数は2023年4,652人、2024年4,153人で、合計特殊出生率は1.23である。2013年の時点から若年層の流出・晩婚化が課題として指摘されており、少子化対策プロジェクトチームが組織されてきた。しかし、コロナ禍や物価高の影響もあり、出生数の減少傾向は続いている。県内の分娩取扱医療機関は16か所に減少し、小児科外来・入院施設の閉鎖も報告されている。

2. 産後ケア事業の立ち上げ

2013年、1,427名の母親を対象にニーズ調査を実施した結果、経済的理由、高齢出産、育児負担が「希望するこどもの数に達しない理由」として挙げられた。母親の体力回復支援・育児不安の軽減等の必要性から、平成28年より全国に先駆けて県主導の宿泊型産後ケア事業が開始された。

3. 宿泊型産後ケアセンターの開設と現状

(1) 概要・運営

委託先は、プロポーザル公募により、学校法人富士修紅学院（現在：学校法人健康科学大学）に選定され、民立民営で、「産前産後ケアセンター ママの里」が開設された。センターは、山梨県と27全市町村が連携して委託している宿泊型産後ケアに併設して、健康科学大学独自事業として、通所型・産前支援を総合的に実施している。

利用方法は、市町村を介して、山梨県産後ケア事業利用連絡票を用いて申し込みをする。それを基に、センター助産師が利用状況や連絡事項を記入し、市町村へ返送する仕組みである。市町村の保健師は、必要に応じて電話連絡や訪問支援を実施している。

宿泊室は6室、日中は利用者2名につき職員1名、夜間は利用者3名につき職員1名を配置している。常勤として助産師2名、看護師1名、心理士1名、保育士1名、事務職1名、非常勤として助産師4名が勤務している。

利用金額は、1泊35,500円のうち国・県・市町村が補助し、2013年度

からは、27 全市町村で国庫補助の減免措置を導入し、利用者負担金は、2022 年度までの 6,100 円から 3,600 円となっている。さらに、6 市町村は独自に負担金 0 円とした。

(2) 実績・評価

実績報告書によると、2023 年度利用者は 517 名（のべ 1,221 泊）、2024 年度は 470 名（のべ 1,106 泊）で、利用率は 11%前後で推移している。3 泊利用者 2023 年度 229 人（全体の 44.4%）、2024 年 207 人（全体の 44%）、2 泊利用者 2023 年度 216 人（全体の 41.9%）、2024 年度 203 人（全体の 43.2%）で、ほぼ同じ傾向がみられた。

利用者年齢は、2023 年度、2024 年ともに、30 代が全体の 7 割で、そのうち、初産婦 388 人（75.3%）、経産婦 127 人（24.7%）、利用したときの児の月齢は、3 か月が多い傾向にあるが、その他の月齢も 100 人を超えている。

2023 年度に利用した 517 人に対し行ったアンケート結果によると、回答数 515 人の主な利用目的は、疲労回復、授乳困難に対する対応などの育児技術習得であった。利用者の 7 割が市町村保健師、助産師からの紹介を受け、負担金がない、あるいは、低価格でサービスを受けられることに魅力を感じて利用している。9 割以上が、サービス内容に満足ならびにやや満足と回答している。

一方で、行政側からは、本当に必要な事例がその時に利用できないことが課題としてあげられており、複泊数や利用率の増加はあるが、母親の抱える問題が複雑化している傾向や医療的な介入が必要な事例が報告された。紙媒体による情報共有の遅延が生じた事例も指摘されている。

4. 山梨県の産後ケア事業の課題

(1) 施設における、需要に対するキャパシティ不足、施設維持費・物価高騰による運営負担

出産数の減少にもかかわらず、利用希望者は増加しており、全県を 1 施設で賄うには、施設の限度許容数、助産師や職員の絶対数の

不足が課題にある。山間部からの距離的障害のための利用断念事例への対応も難渋している。施設維持費の年々の高騰も、全6室をフル稼働するためには、補助金増額が必要になってきている。

(2) 市町村との情報共有のDX化が進まない

情報管理についても、DX化の早期対応が迫られている現状は各関係部署で共通理解されている。産前産後ケアセンターと市町村との紙媒体での情報伝達や情報管理では、事務処理が現状に追いつかない状態にあり、予約までの時間短縮や履歴情報管理、各市町村との情報共有による支援体制の再構築が必要である。しかし、宿泊センターと市町村で使用しているネットワーク環境の違いや個人情報保護の観点から現状では進展していない。設備投資やDX化に伴う人材確保にあたっては、物価高騰の影響も、円滑な運営の妨げになっている。

(3) 市町村別の制度格差、助産師不足、医療連携の不足

宿泊型産後ケア事業の課題から、山梨県は通所型産後ケア事業を各市町村に呼び掛け、2023年度から国の産後ケアの補助金事業を活用し7市町が通所型、4市が訪問型で母親支援の取り組みを開始している。そのうち2市は、2025年4月から、宿泊型産後ケア事業を開始した。1市は、対象を1歳まで拡大している。しかし、市町村別の運営から、地域ごとに利用条件のばらつきがあり、助産師などの対応職員の不足、医療機関との連携不足、財政的負担、制度の情報提供や周知不足などの問題から、十分なサービスを提供できていない。レスパイト支援を目的に、生後6か月から3歳までのこどもを持つ夫婦限定で、企業伴走型の実証実験が開始されている。託児預かり付き宿泊プランを提供するモデル事業であるが、利用希望者は少数に留まっている。

(4) 産後のメンタル不調・家庭不和など多様化する母親の課題と心理支援体制の課題

2024年度の宿泊型産後ケアを利用した母親からのアンケートか

ら、こころの問題として「親としての自信」「夫婦仲の問題」「家庭不和」などの内容が上位を占めてきている。利用目的が「産後の体力回復」から、「母親のこころの相談」などニーズの多様化が顕著に表面化している。センターからは、医療介入を含めた、より専門的な対応を必要とする事例が増加していることも報告されている。これに対して、県の追加事業として、妊産婦メンタルサポート体制強化事業を設置し、産前産後ケアセンターに心理職を常勤配置して、相談に応じている。しかし、その事業を担当する医療関係分野が、山梨大学精神科1医療機関に限定されていることから、需要に供給が追い付いてない状況にある。産科医療機関からの「出来るだけ早い対応」希望が直に反映されず、予約診療が2、3か月先になることも多く、地域担当の保健師との情報提供と連携を図って開業心療内科へつなぐ事例が増加している。

母親ごとに抱える悩みごとは多様性を持ち、同じ悩みを持つ仲間と語り合える場だけでは対応しきれない事例が増加しており、「時代に即したレスパイト」の整備などが必要になっていて、多職種との連携も今後の検討事項になっている。また、外国籍の母親への対応も対策が必要になってきている。

(5) 小児科診療所の独自支援が制度的に評価されていない現状

生後1か月の健診、あるいは、定期予防接種でかかわる小児科医が、母親や家族と関わり、地域の保健師と連携して支援する動きがみられている。小児科診療所と地域の母子保健担当保健師とは、地域特性として、顔の見える関係にあることが、母親支援につながっている。自院に非常勤の心理士や栄養士を配置して、独自に母親支援を実施している小児科診療所や、パパママ教室やこども連れのお茶会などを開催している産科診療所もある。しかし、診療報酬などによる裏付けや社会的支援を受けられず、ボランティア活動になっている。山梨県全体の助産師不足から、小児科診療所で、非常勤の助産師を配置することは、非常に高いハードルとなっており、通所

型産後ケア事業への参加に大きな障害となっている。

5. 山梨県の実情を踏まえた国への要望事項

山梨県のこのような実情から、産後ケア事業の補助金対象内容を、レスパイトケア等多様なニーズに対応できるように拡大することを要望している。そうすることで、地域の小児科医と連携した外来型レスパイトや子育て支援拠点でのリフレッシュ預かりなどが可能となり、小児科診療所が産後ケア事業に参加しやすくなると考えている。また、補助金基準額である、住民税非課税世帯 5,000 円、その他世帯 2,500 円を増額して、実際の利用料を目途に増額への検討を要望する。

また、母子健康手帳の電子化は、母子保健サービスの質と利用者の利便性を大きく向上させる点で非常に期待されている。電子版母子健康手帳を利用することで、すみやかな情報交換が可能になると考えられるので、母子健康手帳の電子化を進めることも非常に重要だと考える。そのため、国が中心となった情報管理システムの構築を要望する。

② 兵庫県における産後ケア事業の現状について

1. 兵庫県の社会的背景

兵庫県は、2025 年 10 月 1 日現在での人口は約 531 万人であり全国 7 位であるが、「日本の縮図」とも呼ばれ、日本海と瀬戸内海・太平洋に面する多様な地形と気候が特徴である。また、瀬戸内海側に面した地域は、政令指定都市である神戸市や中核市である姫路市・明石市・西宮市・尼崎市などが位置し人口が比較的維持されているが、西播磨・丹波・但馬・淡路という自然の多い地域では人口減少のスピードが速く、県内での人口の偏在化が著しい。

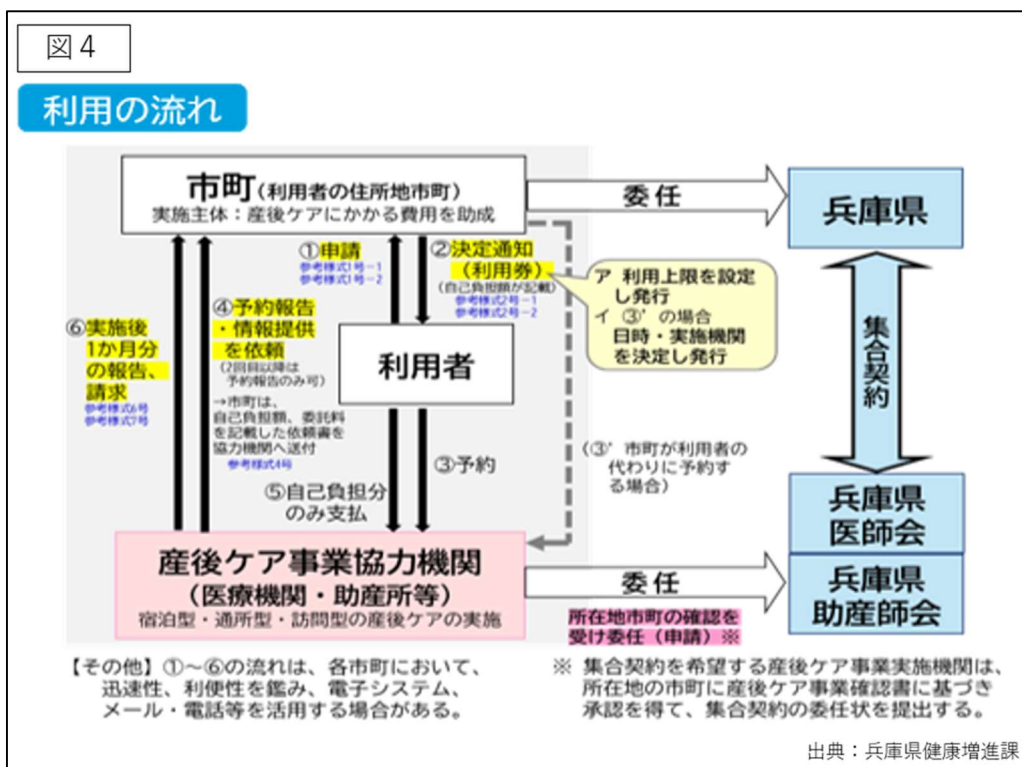
2. 兵庫県での産後ケア事業の広域的な対応について

兵庫県では産後ケア事業の充実・推進を図るため、市町から委任を受けた兵庫県と、産後ケア事業実施機関から委任を受けた兵庫県医師会及び兵庫県助産師会が代表して、集合契約での統一した事項を制定した。それにより、集合契約参加市町（34 市町）に在住する方は、市町域を

またいで集合契約に参加している産後ケア事業実施機関を利用することができる。

また、産後ケア事業は市町が実施主体であり、各市町がそれぞれの判断で取り組むものであるが、できるだけ統一した対応ができるよう、集合契約参加市町と関係団体との協議会を設定し、調整に努めている。

(図4)



県下市町の実施状況であるが、2022年度では4,360人であったものが2025年度では9,650人の利用人数となっており、2025年7月時点で集合契約実施の意向を示している市町は34市町(85%)となっている。このように集合契約を実施することで、他市町のサービスを利用することができるようになり、利便性が向上し、利用促進を図ることができる。ただ、デメリットとして、市内の実施機関を市外の利用者が利用することで、サービスが不足することや人気の機関は利用しにくくなるという可能性も考えられる。

3. 産後ケア事業協議会での課題

兵庫県産後ケア事業の課題として、実施機関の偏在があること、各市

町が実施機関と個別に契約をするなど事務が繁雑であること、住所地外の市町に里帰りをした際に利用できないなどが挙げられており、今後の集合契約に向けた調整が必要となるため、2025年9月に産後ケア事業実施機関の実態調査を行なった。その結果をもって協議会を開催したが、その中で各市町から挙げられた議題として、産後ケア事業の対象経費を明確化することや、補助対象外のサービスの取り扱いについての判断、また加算の追加について、要支援加算の判断基準についてなど、様々な調整を要望する意見が挙がった。

4. 課題解決に向けた国への要望

① 委託する際の対象経費の明記

こども家庭庁の産後ケア事業実施要綱等には、市町が事業を委託する際の委託料に含めることができる対象経費の明記がないため、市町が認めれば全てが国補助対象としていいのか、市町判断が分かれており、国として委託料の対象経費の明記が必要である。

② 補助対象外の時間を要するサービスの取り扱いの統一化

補助対象外サービスの時間は、国庫補助をしている産後ケア事業の時間に含めないと国の回答があった。産後ケア事業対象外と思われる時間を要するサービス（エステ、整体、鍼灸など）を、産後ケア事業提供時間（補助対象時間）内で提供している実態が他府県の市町村でもみられることから、国の見解を周知し統一が必要である。

③ 予約から市町への報告・請求まで行えるシステムの導入

利用者が空き状況の検索・予約ができ、市町の利用決定や事業者が報告・請求書の発行が可能となる産後ケア事業のためのシステムの構築を行うことで、利用者の利便性、市町・事業者の事務の簡素化が図られる。各市町や都道府県ごとにシステムを構築するのではなく、国において統一したシステム導入が必要である。

（参考）こどもだれでも通園制度総合制度総合支援システム

④ 支援の必要性の高い利用者の受入れ加算（要支援加算）の判断基準の明確化

こども家庭庁の産後ケア事業実施要綱には、アセスメントの実施とあるが、具体的なアセスメント様式や判断基準が示されていないため、判断基準の明確化を行い国として統一を図る必要がある。

⑤ こども家庭庁の産前・産後サポート事業ガイドライン及び産後ケア事業ガイドラインの改定について

・ 対象の更なる明確化

入院費を通常どおり(約 55~65 万円)請求しながら入院期間を短くして産後 3 日目から産後ケア事業を利用している医療機関がある。今後、この傾向が加速する可能性もあることから、ガイドラインに「分娩施設での延長入院(産褥入院)とは区別する」と記載するだけでなく、「概ね産後〇日から産後 1 年以内」と対象の時期の明確化が必要である。

・ 産後ケア事業の安全確保及び安全管理基準の明示

産後ケア事業において、預かり時の死亡事故事案もあったことから複数体制での見守りの徹底や、賠償責任保険に加入することと明記する必要がある。仮に、複数体制ができないのであれば、こどもを預からないなど国として一定の安全管理の基準を明示する必要がある。

・ 産後ケア事業ガイドラインの単独作成

現在、国ガイドラインが「産前・産後サポート事業ガイドライン、産後ケア事業ガイドライン」となっており、市町及び事業所において混乱を生じている現状がある。「産前・産後サポート事業ガイドライン」と「産後ケア事業ガイドライン」を分けて作成する必要がある。

⑥ 産後ケア事業に関する Q & A の作成・発出

他府県、市町等で疑義が生じている事柄について、個別に国が回答を行っている現状があるが、市町が実施する産後ケア事業において、どの地域に住んでいても格差のないケアが受けられるためにも、国に寄せられた質問に対する国の見解をまとめ、産後ケア事業

に関するQ&Aとして発出をする必要がある。

⑦ 「産後預かり事業（仮称）」の創設

こども家庭庁の産後ケア事業のちらしに“ママと赤ちゃんにとって「うれしいこと」をかたちにするのが、「産後ケア事業」です”とある。（図5）

産後ケア事業の利用者においては、児の預かりに対するニーズが一定数あるものの、こども家庭庁の見解では産後ケア事業は預かり事業ではなく、また、こども誰でも通園制度の対象は生後6か月からとされており、紹介する事業がない。

ママと赤ちゃんにとって「うれしいこと」をかたちにするためにも、産後ケア事業とは別に、生後0か月からこどもを預かることのできる「産後預かり事業（仮称）」の創設が必要である。



3. 産後ケア事業における産科と小児科の連携

我が国では母子健康手帳の交付を行い多様な母子保健事業が行われてきた。平成29年には改正母子保健法の施行により「子育て世代包括支援センター」の設置が市町村の努力義務として法定化され、2024年4月に改正児童福祉法の施行により母子保健・児童福祉の両機能が一体的に相談支援を行う機関として、「こども家庭センター」の設置が市町村の努力義務となっている。こども家庭センターにおいては、妊娠期から子育て期にわたって切れ目のない支援を行うために、妊娠・出産・子育ての期間を通じて様々な情報やサービスの提供を行うことが重要である。

周産期は身体的変化に加え、心理社会的変化も大きく、精神的な不調を

きたしやすい時期であり、母親のメンタル不調は母親自身の問題のみならず、胎児や新生児の心身の発達や家族にも大きな影響を及ぼすと考えられる。産前の支援においては、産科医療機関でのメンタル不調のスクリーニングや精神科医療機関との連携も必要となるが、産後においても、産後うつ等の発症に留意するとともに、子育て支援の必要性を見据えて小児科との連携が必要となる。

産後ケア事業は、出産後1年以内の母子であって、産後ケアを必要とする者が対象となっており、ケアの実施担当者は助産師、保健師又は看護師のいずれかを配置することとされ、特に生後4か月までは原則助産師を中心とした実施体制での対応と明記されているが、それ以降は小児科医や小児科の看護師などの支援が必要となる場合もある。

宿泊型やデイサービス型としてホテルや旅館の一室を利用し、そこへ助産師を派遣して実施している場合もあるが、医師の常駐が難しいこともある。安全性を考慮すると、生後4か月以上の場合には小児科医療機関併設の病児保育室を利用し、病児保育室の保育士、助産師でデイサービス型を実施することもひとつの方法として考えられる。

低体重出生児の場合には入院期間の長期化で退院時期が生後4か月を超える場合があることや、妊産婦の自殺は出産後5か月以降も認められるため、発育・発達のフォローや愛着形成の重要性を踏まえ、小児科による母親へのサポートが必要となる。夜泣きや離乳食について、またアレルギー対応などを含め相談支援体制の構築が必要であり、支援が必要となれば地域のこども家庭センター機能を有する機関との連携も重要であろう。産後ケア事業では、生後2か月からのワクチンデビューを通して、生後1歳までの小児科診療所での母親支援についての重要性を鑑み、産前・産後サポート事業を深めた形で予算化できるような形を検討していただきたい。また、「ちょっと気になる親子」というケースについて、産科医からの情報が直接小児科医へ、または行政の保健師を通じて小児科医へ情報共有される体制を構築されることが望まれる。今後母子健康手帳の電子化が進んでいくと思われるが、個人情報保護の枠内で母親について及びこどもの発達記

録についてなど、ICT を用いた情報提供ができればと思われるが、電子版母子健康手帳が有用なツールとなれるよう要望する。

妊娠から子育て期に係る切れ目のない支援を行うためには、産科と小児科の連携は不可欠であり、日ごろから地域の医師会などを通して連携体制を構築することが必要である。少子化の時代に妊娠期から子育て期までの支援を継続する医療としての立場に重大な責任を感じるとともに、さらなる連携を深めるため、医師会の役割は極めて重要である。

II. 妊産婦から乳幼児までの切れ目ない母子の健康管理体制

1. 日本における乳幼児健康診査（以下、乳幼児健診）の歴史

日本の乳幼児・児童生徒健康診断は、法令・行政・教育・医療の連携による全国的な定期健診体制が歴史的に構築されており、こどもの健康と発達の早期発見・介入に寄与している。

歴史的には、1900年に滋賀県神崎郡婦人慈善会が「乳幼児健康相談」を開始したことが最初と考えられる。1916年に内務省に保健衛生調査会が設置され、乳幼児死亡率の低減を目標として、実地調査、相談所や乳幼児健康相談所の設置が行われた。小児保健所は1928年には全国に458か所まで増えたが、その効果は明確にされていない。その後、我が国は戦争の時代へと突入していくが、1930年の昭和恐慌、冷害などで農村の疲弊、栄養状態の悪化、結核の蔓延などで徴兵検査で甲種合格者の比率が低下したこともあり、1937年に国民健康保険法案、保健所法案が議会に提出され、保健所が設置されて農村部の医療と公衆衛生の改善が図られることになったが、実際には有資格の専門職の不足等から十分な組織的な活動には至らなかった。

戦後、1947年に保健所法改正案が議会に提出され、都道府県または政令で定める市に保健所が設置されることになった。1947年に児童福祉法が公布され、翌年から母子手帳の配布が開始され、乳幼児健診の制度化へつながった。1953年に母子手帳の様式が大幅に改正され、健診記録欄や予防接種欄が充実されることになった。1961年の児童福祉法改正で3歳児健診が実

施されることになった。1965年に母子保健法が公布され、母子手帳は「母子健康手帳」と名称変更された。乳幼児健診については時代とともに対象年齢や健診の実施頻度、内容等が拡充・変化してきた。

初期は1歳6か月児・3歳児健診が中心であったが、乳児期の早期発達障害発見の重要性が認識され、1か月児・4か月児健診が追加された。現在でも母子保健法（12条）に基づき全国一律に実施されているのは1歳6か月児健診と3歳児健診のみで、その他の乳幼児健診は同法13条の下で「必要に応じて」地方自治体の実施するものとされているが、乳児期の早期の疾患や障害の発見の重要性が認識され徐々に拡充されてきた。現在、多くの自治体で乳児期早期（3、4か月児）、乳児期後期（9、10か月児）に健診が実施されている。

近年、少子化の進展、母体の産後うつによる自死など育児環境の脆弱さへの対応から生後2週間児健診や2か月児健診を自治体助成で行う地域も見られる。2021年度の乳幼児健診実施状況が厚労省より報告されている。それによると2週間児健診は54市区町村で実施率は3.1%に留まる。（表1）

表1

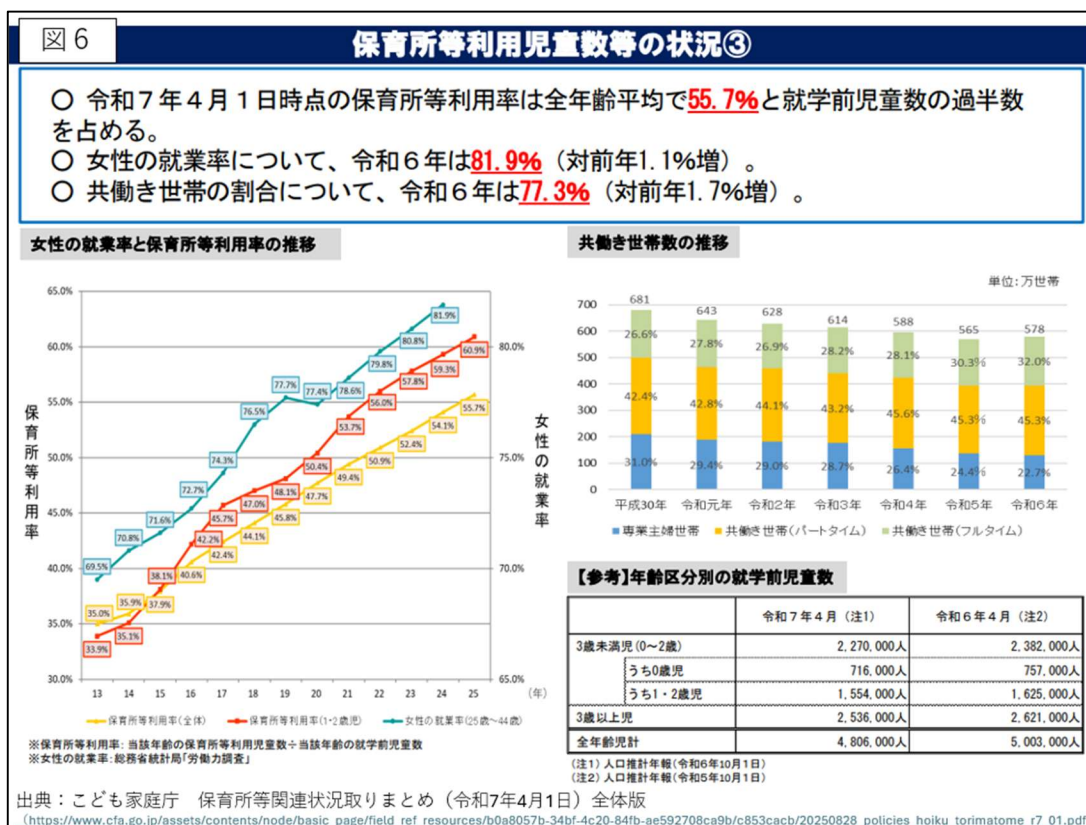
健診診査	一般健康診査					産科健康診査				
	実施自治体数	実施方法				実施自治体数	実施方法			
		集団	個別	一部個別	その他 (無回答を含む)		集団	個別	一部個別	その他 (無回答を含む)
2週間児健診	54 (3.1%)	0 (0.0%) ※ 0/54	54 (100.0%) ※ 54/54	0 (0.0%) ※ 0/54	0 (0.0%) ※ 0/54	2 (0.1%)	2 (100.0%) ※ 2/2	0 (0.0%) ※ 0/2	0 (0.0%) ※ 0/2	0 (0.0%) ※ 0/2
1か月児健診	592 (34.0%)	8 (1.4%) ※ 8/592	583 (98.5%) ※ 583/592	1 (0.2%) ※ 1/592	0 (0.0%) ※ 0/592	2 (0.1%)	2 (100.0%) ※ 2/2	0 (0.0%) ※ 0/2	0 (0.0%) ※ 0/2	0 (0.0%) ※ 0/2
2か月児健診	129 (7.4%)	44 (34.1%) ※ 44/129	80 (62.0%) ※ 80/129	5 (3.9%) ※ 5/129	0 (0.0%) ※ 0/129	4 (0.2%)	3 (75.0%) ※ 3/4	1 (25.0%) ※ 1/4	0 (0.0%) ※ 0/4	0 (0.0%) ※ 0/4
3～5か月児健診	1,732 (99.5%)	1,283 (74.1%) ※ 1,283/1,732	397 (22.9%) ※ 397/1,732	52 (3.0%) ※ 52/1,732	0 (0.0%) ※ 0/1,732	50 (2.9%)	47 (94.0%) ※ 47/50	3 (6.0%) ※ 3/50	0 (0.0%) ※ 0/50	0 (0.0%) ※ 0/50
6～8か月児健診	835 (48.0%)	452 (54.1%) ※ 452/835	358 (42.9%) ※ 358/835	25 (3.0%) ※ 25/835	0 (0.0%) ※ 0/835	61 (3.5%)	58 (95.1%) ※ 58/61	3 (4.9%) ※ 3/61	0 (0.0%) ※ 0/61	0 (0.0%) ※ 0/61
9～12か月児健診	1,430 (82.1%)	715 (50.0%) ※ 715/1,430	674 (47.1%) ※ 674/1,430	41 (2.9%) ※ 41/1,430	0 (0.0%) ※ 0/1,430	194 (10.6%)	166 (90.2%) ※ 166/184	18 (9.8%) ※ 18/184	0 (0.0%) ※ 0/184	0 (0.0%) ※ 0/184
1歳6か月児健診	法定健診	1,644 (94.4%) ※ 1,644/1,739	52 (3.0%) ※ 52/1,739	41 (2.4%) ※ 41/1,739	2 (0.1%) ※ 2/1,739	法定健診	1,661 (95.4%) ※ 1,661/1,739	66 (3.8%) ※ 66/1,739	0 (0.0%) ※ 0/1,739	12 (0.7%) ※ 12/1,739
3歳児健診	法定健診	1,683 (96.7%) ※ 1,683/1,739	21 (1.2%) ※ 21/1,739	33 (1.9%) ※ 33/1,739	2 (0.1%) ※ 2/1,739	法定健診	1,672 (96.0%) ※ 1,672/1,739	55 (3.2%) ※ 55/1,739	0 (0.0%) ※ 0/1,739	12 (0.7%) ※ 12/1,739
4歳児健診	31 (1.8%)	31 (100.0%) ※ 31/31	0 (0.0%) ※ 0/31	0 (0.0%) ※ 0/31	0 (0.0%) ※ 0/31	103 (5.9%)	80 (77.7%) ※ 80/103	23 (22.3%) ※ 23/103	0 (0.0%) ※ 0/103	0 (0.0%) ※ 0/103
5歳児健診	246 (14.1%)	223 (90.7%) ※ 223/246	12 (4.9%) ※ 12/246	11 (4.5%) ※ 11/246	0 (0.0%) ※ 0/246	147 (8.4%)	115 (78.2%) ※ 115/147	32 (21.8%) ※ 32/147	0 (0.0%) ※ 0/147	0 (0.0%) ※ 0/147
6歳児健診（就学まで）	57 (3.3%)	56 (98.2%) ※ 56/57	1 (1.8%) ※ 1/57	0 (0.0%) ※ 0/57	0 (0.0%) ※ 0/57	97 (5.6%)	74 (76.3%) ※ 74/97	23 (23.7%) ※ 23/97	0 (0.0%) ※ 0/97	0 (0.0%) ※ 0/97

小学校就学までの期間に、市町村が公費負担で実施する一人当たり乳幼児健康診査の回数
(健康診査の回数/対象児数) × 100(%) = 実施率(%)。実施自治体数(無回答を含む)は1,739自治体となっている。

福島の2自治体の実施していないため、1歳6か月児及び3歳児健診の実施市区町村数は1,739自治体となっている。

出典：子ども家庭庁「令和5年度母子保健事業の実施状況（市区町村）」
https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref/resources/5c98dd59-0aed-4295-81d1-a78accd39b46/242fea35/20250326_press_5c98dd59-0aed-4295-81d1-a78accd39b46_01.pdf

女性の社会進出に伴い、保育所を利用する乳幼児は年々増加し、2025年4月1日現在の保育所等利用率は全年齢平均で55.7%と就学前児童数の過半数を占めている。(図6) 保育所等に通う乳幼児については、「児童福祉施設の設備及び運営に関する基準」第12条で、「学校保健安全法」に規定する健康診断に準じて実施すると定められ、入園時と年2回以上の定期健診(内科・歯科)が義務付けられている。このことは、保育所を利用している乳幼児では毎年少なくとも2回健診の機会が担保されるのに対し、利用していない乳幼児ではその機会がなく、1歳6か月児健診から3歳児健診まで、さらに5歳児もしくは就学時健診までの期間には発育・発達等について評価、指導を受ける機会がないことを意味する。



こども側から見ると、現在、公的乳幼児健診、保育所等や学校(幼稚園、大学を含む)における定期健診を合わせると生まれてから22歳まで概ね毎年(現行では2歳、4歳の健診が欠如している)健診を受けていることになるが、乳幼児健診はこども家庭庁管轄、学校健診は文部科学省管轄であり、一貫した記録の管理がなされていないという問題がある。今後、すべてのこ

子どもが毎年1回以上の健診を受けられること、記録の一括保管・管理の実施が期待される。

2. 産婦人科から小児科への情報の連携の在り方

我が国の周産期医療は、一次・二次・三次の各周産期医療施設間で情報共有が日常的に行われ、妊娠期から分娩・産褥期までの母体・胎児情報は比較的円滑に連続している。これは、周産期母子医療センター等を軸とした体制整備と各医療圏の工夫による成果といえる。一方で、出産後に母子が小児医療・乳幼児健診へと移行する段階、すなわち産婦人科から小児科・行政の母子保健へバトンを渡す部分においては、情報連携が十分に標準化されているとは言い難く、地域差も大きい。

特に産後の母体のメンタルヘルスや育児環境、社会的リスクに関する情報は、乳幼児健診や地域支援と連続して扱われるべきにもかかわらず、産科と小児科・行政の間で共有が不十分な現状がある。母子を身体的 (Bio)、心理的 (Psycho)、社会的 (Social) 側面から捉える「Biopsychosocial モデル」の観点^{iv}からは、母親の視点を中心とする産婦人科と、こどもの視点を中心とする小児科の双方が、共通の情報基盤と連携の枠組みを持つことが不可欠である。

本章では、産婦人科から小児科への情報連携に関わる現状と課題を整理した。

① 産科情報の共有と連携

妊婦健診や分娩時に得られる母体・児の情報は、母子健康手帳の様式が省令により定められていることから、全国的に一定の枠組みが整備されている。しかし、実際の記載内容の詳細度や補足情報の扱いには医療機関ごとの違いがみられ、母子健康手帳を中心とした運用では、転居や里帰り出産、多施設受診などの場面で、関係機関間で十分に共有しきれない場合がある。とくに、妊娠・分娩経過の詳細については、母子健康手帳のみでは共有が難しい場合があり、産科から小児科・自治体への情報引き継ぎに差が生じることがある。

こうした課題を踏まえ、妊娠～分娩期の重要な情報を確実に生後の小児医

療および地域支援につなぐためには、紙媒体中心の現行方式を補完し得るデジタル基盤の整備について今後検討を進めることが重要である^v。母体の健康情報や分娩経過など、支援に不可欠な情報が関係機関で適切に共有される仕組みが整えば、転居や里帰り出産等に伴う情報の不連続が軽減され、母子に対する切れ目のない支援が期待される。

② 母子の支援ニーズに応じた情報整理

切れ目のない支援を実現するためには、産科で得られた診療情報に加え、母子の身体的・心理的・社会的側面にわたる支援ニーズを総合的に把握し、関係機関が共通理解を持つことが重要である。

身体的側面では、早産児・低出生体重児、NICU入院歴、新生児仮死や周産期合併症、今後の発達に影響する可能性のある経過などが挙げられる。これらのこどもは出生直後から小児科による継続的な経過観察が必要となるため、産科で得られた情報が適切に共有され、小児医療につながる仕組みを確実にしておくことが求められる。

心理的側面としては、妊産婦のメンタルヘルスが重要である。近年、妊産婦死亡において自殺が主要な原因となっていることが指摘され、産後うつ等の早期把握と支援は喫緊の課題となっているⁱⁱ。EPDSの結果や妊娠中の心理状態に関する情報は、小児科医、保健師、こども家庭センターなど支援に関わる関係者と適切に共有されることが必要である。

社会的側面としては、経済的困窮、若年妊娠、単身育児（支援者不足）、DVの存在、過去の児童虐待歴、社会的孤立などが挙げられる^{vi}。これらの要因は、こどもの安全や育児環境に影響を及ぼすことが国内外の研究や行政ガイドラインで指摘されており、自治体のリスク評価でも広く用いられている。また、児童福祉法に基づき、出産後に児が適切な養育を受けられないおそれのある「特定妊婦」の早期把握と支援は市町村の重要な責務とされており、妊婦に接する医療機関には市町村への情報提供の努力義務が課されている。こうした社会的要因の把握と評価については、国が示す枠組みや自治体の実務に沿って、産科・小児科・保健・福祉が共通の視点で情報を整理し、必要な支援につなげていく体制の整備が求められる。

③ 情報提供の時期と手順

情報共有が実効性を持つためには、「何を」「誰に」「いつ」「どうやって」伝えるかを整理し、提供の時期や方法を明確にすることが重要である。産科から小児科への引き継ぎにおいては、特に退院時と1か月児健診前後の二つの節目が重要となる。

まず、分娩施設退院時は、母子の情報が産科医療から小児医療へ移行する最初の重要なタイミングである。産科と小児科が同一医療機関内にある場合は院内の電子カルテ等によって円滑に情報が共有される一方、産科医療機関から別の小児科医療機関へつなぐ場合には、書面による情報提供や退院時連絡票、母子健康手帳、自治体との連携など、複数の経路を確保する必要がある。こうした違いを踏まえ、妊娠・分娩経過、出生直後の母子の状態、心理的・社会的な支援ニーズなど、産科で得られた主要な情報を、今後こどもを診療する小児科医へ確実に引き継ぐ体制を整えておくことが重要である。

次に、1か月児健診前後は、産科で得られた情報が小児科へ本格的に引き継がれる節目である。出生後の入院経過、授乳や体重増加の状況、産後健診における身体的・心理的評価（EPDSの結果等）、家族・支援者の状況を事前に共有することで、1か月児健診時の重点評価項目が明確となり、必要な支援につなげやすくなる。とりわけ、心理的・社会的課題が認められる場合には、自治体の母子保健担当とも適切に情報を共有し、早期から支援体制を整えておくことが望ましい。

④ 母子免疫ワクチン導入に伴う情報共有

近年、母体へワクチンを接種し、胎盤を介して胎児に抗体を移行させることで、出生直後から乳児期早期の感染症予防を図る「母子免疫（Maternal immunization）」の戦略が、注目されている^{vii}。例えば、百日咳を含むワクチンが妊婦に推奨されてきた国があるほか、我が国でもRSウイルス感染症に対する妊婦へのワクチン接種を2026年度から定期接種として導入されるなど、母子免疫ワクチンの制度化に向けた動きが本格化しつつある。

母子免疫ワクチンが導入される場合、妊娠中の接種情報（種類・接種時期・ロット等）を、出生後にこどもを診療する小児科医が確実に把握できる体制

が不可欠となる。母子健康手帳への確実な記載に加え、将来的には、自治体や医療機関が活用する電子的な情報共有の仕組みを通じて、妊娠期の接種歴を必要に応じて参照できる環境を整備することが望ましい。したがって、母子免疫ワクチンの導入・拡充に備え、妊娠期ワクチン接種情報の記録方法や共有の在り方について、関係機関が連携して早期に検討を進めることが求められる。

⑤ 個人情報保護と実務運用のバランス

情報共有を進めるうえで、個人情報保護への配慮は不可欠であるが、過度な萎縮により支援が遅れることは避けなければならない。妊産婦や乳幼児に関する情報はセンシティブであるものの、母子保健の目的である母子の安全と福祉の確保を考慮すれば、必要な情報を適切に共有できる体制の整備が求められる。

現行制度では、児童福祉法に基づき、出産後に適切な養育が受けられないおそれのある「特定妊婦」等について、市町村が早期支援を行うための情報提供が認められている。また、児童福祉法に基づき特定妊婦等の情報を市町村に提供することは、個人情報保護法においても、「生命、身体又は財産の保護」や「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成」のために必要がある場合は、「本人同意を得ることが困難な状況」に該当するとして、本人の同意を得ないで情報提供することが許容されている。しかし、これらは要支援妊産婦や要保護児童など特定のケースを対象とした枠組みであり、産科—小児科間で出生児全体の医療情報を継続的に共有するための包括的な制度は、現時点では整備されていない。

このため、情報共有が必要な場面であっても、制度の解釈の違いや萎縮的な運用により共有が滞り、支援開始が遅れるおそれがある。母子保健の目的を確実に達成するためには、産科医療機関・小児科医療機関・自治体が、必要な情報を確実に共有できるよう、実務に沿った情報共有の手順と範囲を明確化することが求められる。

支援に必要な情報は速やかに共有されるべきであり、その際には個人情報の取扱いについて適切な配慮を行うことが重要である。また、医療者・保健師・

行政職員への研修や実務マニュアルの整備を通じて、個人情報保護を踏まえながら適切な情報共有を実践できる体制を構築することが求められる。

3. 小児科における産婦人科からの情報の連携とその後の乳幼児健診の在り方

健康診査は一生涯保健の一貫であり、人の健康等を見守る大切な役割を担っている。その中で、乳幼児健診は母子保健対策の様々な事業の中でも中心的なものであり、母子や保護者にとっては、医師や行政・保健師等の支援者と接することで、医師や行政が発育・発達、子育て等に関する相談機関であることを知る機会となる。

地域保健において保健師が乳幼児健診にどのような意義や目的を設定しているかの調査を行った「地域保健からの乳幼児健康診査のあり方に関する検討の研究」^{viii}は、乳幼児健診を実際に行う際の参考となる報告書となっている。以下にこの報告書から引用し保健師とともに産婦人科医・小児科医の役割についても述べ、小児科における産婦人科からの情報の連携とその後の乳幼児健診の在り方について考えてみたい。

また、こども家庭庁研究事業「こどもの健やかな成長・発達支援のためのバイオサイコソーシャルの観点（身体的・精神的・社会的な観点）からの切れ目のない支援の推進のための研究」^{ix}において1か月児健康診査のマニュアルが作成されている。1か月児健診診察時チェックリスト、健康診査問診票、健康診査票の各資料が記載されている。

健診は診断と支援の場という意識にてその臨む態度は傾聴の場から始まり、母は産科、こどもは小児科だが育児は共通課題という認識が重要である。言うまでもなく乳幼児健診は、産婦人科医、小児科医、保健師等が地域保健においてその役割を担っている。そして、その第一歩となるのは産婦人科医とともに保健師の役割となる。妊娠中、あるいは出産後の母子の健康状態の把握に努め、親との信頼関係を構築し、問診と観察から親子関係や家族関係等を把握し、こどもの成長・発育の状況や疾病・障害あるいは虐待の疑い等について注意深く確認することになる。重要なことは、必要に応じた要支援・指導項目に継続的な支援を行うことができるような体制、関係作りであり、

小児科医がその後を引き継いでいかなければならない。そして関係作りの中心的な役割を担うのは保健師にあると考えられる。

すなわち、多くの自治体で行っている出産後4ヶ月までの乳児のいるすべての家庭を訪問する「乳児家庭全戸訪問事業」は、保健師、助産師、看護師等の大切な役割であるが、産婦人科医・保健師が妊娠中から継続して得られた情報をその後の乳幼児健診に生かす必要があり、その情報を効果的に小児科医に引き継ぐことが求められる。そのため、妊娠中から、産婦人科医・保健師の連携とともに、出産後は保健師と小児科医の連携が最も大切になってくる。小児科医による出生前小児保健指導（プレネイタル・ビジット）事業も一つの方法であるが、乳幼児健診を担う小児科医に繋ぐキーパーソンは保健師である。それぞれの本来業務の多忙さに加え、個人情報管理の難しさや母親から得られる情報や現状の母子健康手帳の記載には限度がある。比較的大きな自治体ではその関係性を構築することに困難を伴う場合があるので、地域の事情に合わせた関係構築が望まれる。文書や今後は電子媒体による情報共有が求められていくだろう。

そして、乳幼児健診においては、新たに生じうる健康課題や発達、親子関係等を評価・判断することになる。しかし、子育ての戸惑いや負担感を感じている親は、自分の子育てを評価されるのではないか等の不安を感じることも多いので、威圧感を感じる場であっては受診してみようという気持ちを萎えさせることとなる。ポイントは、乳幼児健診が疾病や問題の発見の場だけでなく、親が元気になって帰ることができる「満足感がある健診」に心掛け、他のこどもをみて自分のこどもを客観的にみる機会、また親同士の出会いの場になり、親が安心して来所することで自ら気づきを得る機会であることである。加えて小児科医・保健師と共に継続した支援に繋がられる入り口となることを伝えることである。すなわち、乳幼児健診は親が安心して自分の育児について語ることができ、その願いに健診実施側が応える場であり、親を育てる場でもある。そのことから、その後においても関係が切れないことが重要であり、支援の継続性が大切となる。幸いにも予防接種種類の増加普及により乳幼児期の小児科への受診回数も増え保護者との面談機会も増

え相談しやすい環境が向上している。

母子保健対策では、「第2次健やか親子 21」の推進など、こどもの成長と子育てを支援することへの期待が高まると共に、虐待防止が重点課題とされ、虐待に関する問診項目が乳幼児健診の必須の問診項目として設定され、虐待の早期発見の機能が強化されている。他児や兄弟との関係なども含め、家庭での育児状況や親の健康状態も併せて要支援親子を把握し支援につなぐために、こどもの育ちを親と共有しながら、育児状況を把握することで確実に必要な支援につなげていくことが求められる。ここでも産後うつ等の親の課題を小児科医は産婦人科医・保健師と個人情報に注意しつつ密に連携していかなければ、こどもも健康な育ちができないことを念頭に置いておかなければならない。

また、公衆衛生的な観点から、地域の集団として健康状態の分析から地域の課題をみるなど個別から集団への視点を持ち、地域の健康課題を把握することも忘れてはならない。乳幼児健診が保護者同伴の最後の健診であることから言えば、健診から見えてくる地域の子育て環境に当事者からの声を聞く最大の機会でもある。このことは、地域で支援するチームで対応し、産婦人科医による妊産婦健診時、母親教室等で保健師や小児科医の受け皿の整備を行い、健診後の課題をつないでいくことが重要である。医師会には母子の産前産後情報の産科医・小児科医間の確実な引継ぎ、連携への研修、そして保健師を含む多職種との連携の橋渡しを地区医師会が積極的に担うように指導を要望する。

4. 5歳児健診の今後の方向性

現在、小児から思春期、成人期にいたる成長過程でみられる心理的課題が問題視されている^{x,xi}。ゲームやインターネット依存、睡眠不足、運動不足、肥満ややせ、対人関係構築不全、自己肯定感の低下、いじめの対象、不登校、非行、オーバードーズ、生活習慣病など、多岐にわたる課題を予防していくための手段やその時期は明確にはされていない。

しかし、その課題解決の一つとなるかもしれないのが乳幼児健診である。

それは、乳幼児期の生活環境が心身の健全な成長に影響を与えるからである。家庭環境、生活習慣、こども自身の苦手への対応によっては、上記の課題を少しでも解決させる可能性がある。

そのため、従来から実施されている乳幼児健診の重要性を再認識し、さらに優れたものに発展させる必要がある。乳幼児健診は小児保健の根幹であり、そこに医療、保健、教育、福祉が連携することで地域の子育て力の向上が期待される。乳幼児健診それぞれが点ではなく、線となって、当該のこどもだけでなく、家庭を支援する機会となるべきである。さらにその支援は、就学時健診を経て学校生活、さらには就労へと切れ目なくつなげていくことが望ましい。

以下、具体的に求められることを記載する。

① 早期発見、早期治療が必要な器質的疾患の確実な診断

乳幼児健診を担当する医師は、小児科医、産婦人科医、内科医をはじめとして多科にわたるが、専門性が異なる医師が担当しても、発達の遅れや早期に発見すべき疾患を確実にスクリーニングする必要がある。そのためには1か月児健康診査マニュアル^{xii}に代表されるように標準化された手順で健診がなされることが必要である。そして、その結果、適切に早期診断がなされているかの精度管理もすべきである。

乳幼児健診では、それぞれの時期における、適切な身体の発育、精神運動の発達がなされているかを確認するとともに、1か月児健診では、新生児マススクリーニングの結果の確認や、新生児聴力検査の実施の有無を確認することが求められている。新生児マススクリーニングでは、近年、先天代謝異常症、脊髄性筋萎縮症、原発性免疫不全症候群などが拡大されて導入され、発症前に診断し、早期治療にて予後が改善する疾患が見つかるようになっていく。

また、1か月児健診では、先天性心疾患、先天性胆道閉鎖症、小頭症、水頭症、先天性白内障、筋性斜頸、鼠径ヘルニア、停留精巣、発育性股関節形成不全などを見出すことが求められており、1か月時にはスクリーニングが難しかった症例でも、4か月児健診で見出すことができるように時期が設定

されている。このようなことから1か月児健診と同様に、4か月児以降の健診でも手順の標準化や精度管理が望まれる。

さて、どの時期に産婦人科から小児科や内科などへの移行がなされるかは地域の事情により異なるが、いずれの時期であっても適切な情報伝達が必要であり、それは産婦人科と小児科や内科などの医療間連携だけでなく、保健行政にも情報伝達され、医療と保健の連携に活用されるべきである。現実として、4か月児健診よりも前の段階（2か月時など）で保健師による家庭訪問がなされている自治体も少なからずある。

さらに、米国に比べ法定健診が少ない我が国では、自治体独自で実施している7か月児健診、10か月児健診、12か月児健診があり、これらの時期に見出すことができる聴力障害、視力障害、斜視、脳性麻痺などの早期診断に有用である^{xiii}。法定化を目指すことは大切であるが、その実現まで、これらの健診を実施している自治体への正当な評価と支援が求められる。

② 就学後にこどもの困りにつながる可能性のある苦手へ早期に対応する

どのこどもにも得意と苦手はある。そのため、発達障害なのか、境界域なのか、定型発達なのかを明確に分けることよりも、こどもが得意分野に自信を持ち、楽しく学校生活を送り、適材適所で就労し、そこで質の高い産物を生産して国が発展していくことを求めたほうが有益ではなからうか。その実現のために、苦手な困りごとにつながらないように早期から対応する必要がある。乳幼児期は伸びしろのある時期であるため、乳幼児健診はそれを支援するうえで最適な機会である。

1歳6か月児健診では、歩行や有意語の獲得を確認することが求められているが、例えば指差しをしないなどこどもの一部に、やがて自閉症スペクトラム症と診断されるこどもがいる^{xiv}ことから、情緒の発達に気づくこともある。それが重度であればその時点で医療機関や療育機関へ紹介することができるが、軽度の場合は医師や保健師も保護者を不安にすることを避ける傾向がある。しかし、「様子を見ましょう」として先延ばしにするよりも、例えば、さりげなく親子の関わりの重要性を指摘するとか、絵本を読み聞かせてあげて、目を見て話しかけてあげてなどの、簡単な提案や助言をすることで、

やがて顕在化してくる課題を早期に解決させるきっかけとなる可能性はある。その後のフォロー法として、3歳児健診までの期間、定期的に保健師から保護者に連絡して発達の確認をするなど、途切れない支援を行うことが望ましい。

3歳児健診では、乳幼児期早期に見出される器質的疾患はすでに見出されている時期である一方、知的および情緒の発達の課題がより明確になる。言葉の発達が滞っている、落ち着きがない、かんしゃくがある、偏食があるなどに気づくことができるため、症状の程度により医療機関や療育機関を紹介することもできる。しかし、保護者が専門医療機関への受診をためらう場合や、すぐに受診すべき状態でないと判断された場合では、医師は課題を克服するために家庭で取り組める簡単な助言ができるようにしておくが良い。そして5歳児健診まで途切れることなく、保健師を介して保育所等とも連携して、保育所等でも苦手が克服できるように取り組むことが望ましい。

さらに3歳児健診では生活習慣の確認と適正化の助言を行うことが望まれる。就寝時間の遅いこどもは少なからずいることが報告されている^{xv}。またこの時期の肥満は成人期に影響するとも報告されている^{xvi}。さらにこの時期からのスマートフォンなどの長時間視聴が社会的コミュニケーション発達の遅れにつながるとの報告もある^{xvii}。医師と保健師とでこれらに介入する必要がある。また、乳幼児健診だけでなく、地域での啓発活動を行うことも望まれる。

5歳児健診^{xviii, xix}では、3歳児健診までに苦手が見出されていなかったこども、もしくは医師や保健師は苦手を見出していたにも関わらず、支援につながらなかったこどもに、改めて健診として関わる機会となる。年中の学年で実施するため、年長で行う就学時健診とその後の就学に向けて、取り組むことの確認ができる。心理士による心理発達相談ではこどもの課題が何に起因しているのか、どう克服すればよいのかの助言を受けることができる。福祉との連携による作業療法士や言語聴覚士による療育相談では、就学までに家庭や保育所等で取り組む簡単な助言を受けることができる。また教育との連携による教育相談では、就学までにどのようなことができるようになって

いるべきかなどを知ることができる。その中には、生活習慣の是正も含まれる。これらの多職種連携は、輪の中に医師がいることで多職種の安心を生み、太い絆でこどもの支援ができるようになる。

5歳児健診のもう一つの意義は、1歳6か月健診、3歳児健診の振り返りにもなることである。5歳児健診で発達障害の診断がなされた子で3歳児健診でははさみが使えない、赤青黄緑の色の区別がわからなかったなどの報告がある^{xx}。5歳児健診を介して、それまでの健診の気づきの精度が高まる。

さらに、この振り返りをもっと広げて、就学後のこどもの姿や、大人となって就労した後の姿を、学校や職場から保育所等、保健師、医師へフィードバックされるようになれば、乳幼児健診や保育所等などでの次の世代のこどもへの関わり方もスキルアップすることが期待される。

③ 脆弱な家庭環境を支援する。

乳幼児健診は当該のこどものみを見る健診ではない。こどもを取り巻く養育環境を観察し、助言する機会でもある。こどもの不適切な生活習慣の一因に家族の不適切な生活習慣があることもある。また、こどもの苦手な不適切な対応を行っていけば、改善が得られないだけでなく、逆に、こども自身の自尊心の低下から、孤立やネット依存などの良くないスパイラルに入っていく可能性もでてくる。乳幼児健診を担当する医師には、保健師とともに家庭支援に助言するスキルが求められ、そのためには医療、保健、教育、福祉とはもちろんのこと、地域社会のキーパーソン（例として相談支援専門員や民生委員など）との連携も見据える必要がある。

ただし、現実的には養育環境に課題のある家庭の改善は容易ではない。そのような家庭にならないための予防が必要である。予防のためには、例えば母子健康手帳の発行とともに保健師が妊婦と面談し、心身ともに健康な妊娠経過をたどることができるかを判断し、場合によっては特定妊婦として児童相談所や精神科、産婦人科と連携することが求められる。これは産後うつ予防にもつながる。また、親となるための教育も必要である。多くの自治体では妊婦の家庭を対象に親準備教育を実施しており、有意義な機会となっている。しかし父親となるものがそこに参加することは多くない。このため、

親準備教育を義務教育のなかに取り入れるべきとの考えもある^{xxi}。医師は学校とも連携して親準備教育にも関与すべきである。

養育環境に課題のある家庭の保護者自身が、乳幼児期に適切な養育環境の中にいなかった可能性や、自身の苦手に適切な対応をしてもらえずに今にいたっている可能性もある^{xxii}。乳幼児健診は、やがて保護者となる大人を育てる健診でもあるため、乳幼児健診を介して、こどもを心身ともに健全な大人に育てることが求められている。育った健全な大人が次の世代を育む。そこに医療、保健、教育、福祉、就労の絶え間ない連携がある。これがなされ、世代を経ることができれば、国民は心身ともに健康な人生を送ることができると考える。

おわりに

近年、我が国では少子化が急速に進行し、出生数は年々減少している。一方で、育児を取り巻く社会環境は大きく変化し、家庭の孤立や育児不安の増大などを背景に、こどもと家庭を支える体制の重要性はこれまで以上に高まっている。妊娠・出産・育児という人生の重要な時期において、親とこどもの健康をどのように守り支えていくかは、医療のみならず社会全体にとって重要な課題である。

本委員会では、会長諮問「出産から育児までの健康管理（産後ケアと乳幼児健診の在り方）」に対し、妊娠期から産後、さらに乳幼児期へと続く支援体制について検討を行った。妊産婦健診や乳幼児健診は、これまで我が国の母子保健を支えてきた重要な制度である。産後ケア事業の整備も進められており、親子を支える体制の充実が図られている。しかし、保護者のメンタルヘルスの問題、家庭環境の多様化、地域社会のつながりの希薄化などにより、従来の仕組みだけでは十分に対応できない課題も顕在化している。

こうした状況のもとでは、妊娠期から産後、乳幼児期へと続く取り組みを「点」ではなく「線」として捉え、切れ目のない支援体制を構築することが重要である。とりわけ、産科、小児科、行政の連携をいかに確実なものとするかが大きな課題であり、医療機関と自治体、地域の関係機関が相互に連携しながら親子を継続的に支えていく体制の整備が求められる。

乳幼児健診は、こどもの発育・発達を評価する機会であると同時に、家庭環境や養育状況を把握し、必要な支援につなげる重要な機会でもある。現在、就学前の時期におけるこどもの発達や養育環境を把握し、必要な支援につなげる観点から、5歳児健診の実施に向けた取組が進められている。今後は、地域の実情に応じた形で5歳児健診を推進していくことが重要であり、これはこどもの発達を評価する機会であると同時に、地域の子育て力を高め、地域全体でこどもと家庭を支えていく取組としても大きな意義がある。また、母子健康手帳の電子化など情報基盤の整備を進めることにより、産科、小児科、行政をはじめとする関係機関の連携がより円滑に進むことも期待される。

母子保健は、産婦人科、小児科をはじめとする医療関係者のみならず、行政、保健、福祉など多くの関係者が協力して支える分野である。日本医師会としても、地域の医師会や関係団体と連携しながら、親子の健康を守る体制の充実に引き続き取り組んでいく必要がある。本答申で紹介した各地域の取組には参考となる好事例も多く、これらを踏まえながら、地域の実情に応じた形で取組を広げていくことが期待される。少子化が進む現在において、妊娠・出産・育児の過程を社会全体で支えることは、将来の社会を担う子どもたちの健やかな成長を守るうえでも極めて重要である。本答申が、我が国の母子保健のさらなる発展と、安心して子どもを産み育てることのできる社会の実現に向けた取組みの一助となることを期待する。

副委員長 三牧 正和

参考文献

- i こども家庭庁成育局母子健康課：母子保健における妊産婦支援の状況について 令和2024年6月26日 <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001267930.pdf> (2024年11月25日アクセス)
- ii 竹田 省：妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦. 日産婦会誌 68：1815-1822, 2016
- iii 日本産婦人科医会（編）：妊産婦メンタルヘルスケア マニュアル ～産後ケアへの切れ目のない支援に向け て～, 中外医学社, 2017
- iv Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 196, 129-36, 1977.
- v こども家庭庁. 母子保健 DX について. 第4回こども家庭審議会成育医療等分科会 資料2-3, 令和6年11月20日.
- vi 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会. CQ413 社会的ハイリスク妊産婦への対応は？産婦人科診療ガイドライン 産科編 2023.
- vii 日本小児科学会. 妊婦への接種が推奨または考慮されるワクチン. 日本小児科学会 予防接種・感染症委員会, 2025年10月7日.
- viii 「地域保健からの乳幼児健康診査のあり方に関する検討の研究」平野かよ子氏（宮崎県立看護大学）他 厚生労働行政推進調査事業費補助金（健やか次世代育成総合研究事業）総合研究報告書
- ix 「1か月児健康診査マニュアル」令和6年度こども家庭科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業 こどもの健やかな成長・発達のためのバイオサイコソーシャルの観点（身体的・精神的・社会的な観点）からの切れ目のない支援の推進のための研究（研究代表者 永光信一郎）
- x 文部科学省. 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果の概要. https://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/seitoshidou/1302902.htm (参照 2025-09-17).
- xi 厚生労働省. 自殺対策. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/index.html (参照 2025-09-17).
- xii 令和6年度こども家庭科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業こどもの健やかな成長・発達のためのバイオサイコソーシャルの観点（身体的・精神的・社会的な観点）からの切れ目のない支援の推進のための研究（研究代表者永光信一郎）. 1か月児健康診査マニュアル. https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/d4a9b67b-acbd-4e2a-a27a-7e8f2d6106dd/d1e17788/20250107_policies_boshihoken_tsuuchi_2024_113.pdf (参照 2025-09-17).

-
- xiii 福岡地区小児科医会乳幼児保健委員会. 第7版乳幼児健診マニュアル. 医学書院.
- xiv Wieckowski AT, Williams LN, Rando J, Lyall K, Robins DL. Sensitivity and specificity of the modified checklist for autism in toddlers (original and revised): a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2023; 117: 373–383.
- xv 厚生労働省. 健康日本21アクション支援システム～健康づくりサポートネット～. <https://kenet.mhlw.go.jp/information/information/heart/k-02-007> (参照 2025-09-17).
- xvi Simmonds M, Lewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2016; 17: 95–107.
- xvii Flynn NJ, Datta A. Impact of smartphone and device usage in children between 18- and 60-months old on the development of social communication: observational and cross-sectional approach in Kolkata, West Bengal, India. *Child Care Health Dev* 2025; 51: e70157.
- xviii 令和3年度～5年度こども家庭科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業こどもの健やかな成長・発達のためのバイオサイコソーシャル-観点(身体的・精神的・社会的な観点)からの切れ目のない支援の推進のための研究(研究代表者永光信一郎). 5歳児健康診査マニュアル. https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/0b505d2e-87a3-488b-a78c-46a38fbcf38b/1aa70ee6/20250905_policies_boshihoken_manuals-etc_23.pdf (参照 2025-09-17).
- xix 小枝達也, 小倉加恵子, 是松聖悟. これからの5歳児健診. 診断と治療社.
- xx 阿久津和子, 後藤あや, 横山浩之. 3歳6か月児健康診査の保健師確認項目と5歳児相談結果の関連. *日本小児保健研究* 2021; 80: 172–178.
- xxi 斎藤嘉孝. 家庭、学校、地域で取り組む「親になるための教育」. *政策オピニオン* 2021; 199: 1–4.
- xxii 是松聖悟, 吉川はる奈, 安藤聡彦, 他. 医教連携による小学6年生に対する親準備教育・児童虐待予防プログラムの開発にむけて. *小児保健研究* 2025; 84: 442-448.