

### 3 支援対象となる妊産婦の決定状況

#### (1) 特定妊婦の認定状況等

##### 【制度の概要】

##### (妊娠期におけるリスクアセスメント)

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」において作成された報告書によると、我が国では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おり、近年では、biopsychosocial<sup>40</sup>（生物・心理・社会的）をキーワードに、広範的な視点でリスクアセスメントをし、包括的に切れ目なくアプローチすることが求められている。同調査研究では、その成果物として、地域の見守りや支援が必要な妊産婦等を早期に把握し、児童福祉担当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、組織内や他自治体と共有する際に使用することを目的とした「妊娠・出産期のリスクアセスメントシート」（図3-(1)-①参照）及びその実務導入に向けた運用マニュアル<sup>41</sup>を作成・公表している。同運用マニュアルによると、妊娠・出産期のリスクアセスメントシートは、妊娠の届出・母子健康手帳交付時や日頃の家庭訪問、面談・電話等の地区活動といった場において、自治体による活用が推奨されている<sup>42</sup>。また、「こども家庭センターガイドライン」においても、特定妊婦の支援に当たって、母子保健担当、医療機関、福祉部局、児童相談所など複数の関係機関が連携し、安全な出産と虐待をさせない環境作りに向けた十分なニーズアセスメントに基づいた支援を行うことが求められており、妊娠期から虐待のリスクアセスメントと母子分離の判断を適時に要することが、複数のリスク因子が複雑に絡み合うことで出産や育児で困難な状況におかれる特定妊婦を支援するに当たっての特徴とされている。

---

<sup>40</sup> 人間の状態や反応について、生物的（bio）、心理的（psycho）、社会的（social）という三つの因子が複合的に絡み合っ生じた結果と捉え、これらを多元的に理解しようとする考え方をいう。

<sup>41</sup> 「母子保健における特に支援を必要とするこども・家庭・妊産婦の的確な把握を目指すリスクアセスメントシート運用マニュアル」（再掲）

<sup>42</sup> 妊娠・出産期のリスクアセスメントシートは、職員の経験や技量の違いにかかわらず、機関や地域を超えて共通した情報共有が可能な「標準化した」リスクアセスメントを行うための補助ツールとして位置付けられている。

図3-(1)-① 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			該当			該当			
			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	<input type="checkbox"/> 変化のあった家族構成 <input type="checkbox"/> 離婚・別居等の発生見込みがある										
妊婦届出	6	妊婦届出時、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										
妊婦までの経過	8	過去に人工妊娠中絶あり										
妊婦への態度感情	9	<input type="checkbox"/> 予期しない妊娠であった <input type="checkbox"/> 望まない妊娠であった										
	10	妊婦が <input type="checkbox"/> 妊娠・胎児に無関心、または <input type="checkbox"/> 否定的										
出産・子育ての準備性	11	<input type="checkbox"/> 産後の見通しに課題がある、または <input type="checkbox"/> 産後の準備ができていない										
	12	妊婦に <input type="checkbox"/> 産後の養育拒否がある、または <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 知的水準の低さ <input type="checkbox"/> 感情コントロール(衝動性・攻撃性等) <input type="checkbox"/> 社会的未熟さ(対人関係等) <input type="checkbox"/> 責任感不足 <input type="checkbox"/> 問題解決困難										
	14	妊婦に <input type="checkbox"/> 精神的不調、または <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> パートナーとの暴力問題 <input type="checkbox"/> 親族とのトラブル、不仲など										
	17	複雑な生育歴がある( <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> パートナー) 逆境体験がある( <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 知的水準の低さ <input type="checkbox"/> 感情コントロール(衝動性・攻撃性等) <input type="checkbox"/> 社会的未熟さ(対人関係等) <input type="checkbox"/> 責任感不足 <input type="checkbox"/> 問題解決困難										
	19	パートナーに <input type="checkbox"/> 精神的不調、または <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 育てにくさ、 <input type="checkbox"/> 養育上の課題がある										
	23	下記に関する所見がある <input type="checkbox"/> 妊婦の孤立 <input type="checkbox"/> 援助者の不足 <input type="checkbox"/> 子育てのロールモデルがない										
該当項目数												

(注) 同運用マニュアルにおいては、妊娠・出産期のリスクアセスメントシートにおける該当項目の個数が7個以上の場合、児童福祉担当と情報を共有する必要がある家庭である可能性が高いとされている。

また、上述のとおり、令和6年の子ども・子育て支援法等の一部を改正する法律による子ども・子育て支援法の改正において、令和7年度から妊婦等包括相談支援事業の実施が市町村の努力義務とされた。「妊婦等包括相談支援事業(伴走型相談支援)ガイドライン」(令和7年3月31日付けこ成環第147号子ども家庭庁成育局長通知別添)において、妊婦等包括相談支援事業は、全ての妊婦・子育て世帯が継続的に面談等を受けることで、市町村やその他の支援機関とつながりを持つポピュレーションアプローチ<sup>43</sup>として位置付けられる一方で、面談等の関わりの中で、特に配慮が必要な妊婦及び配偶者等を把握し、継続支援を行うことや、地域の子育て資源や必要な支援サービスにつな

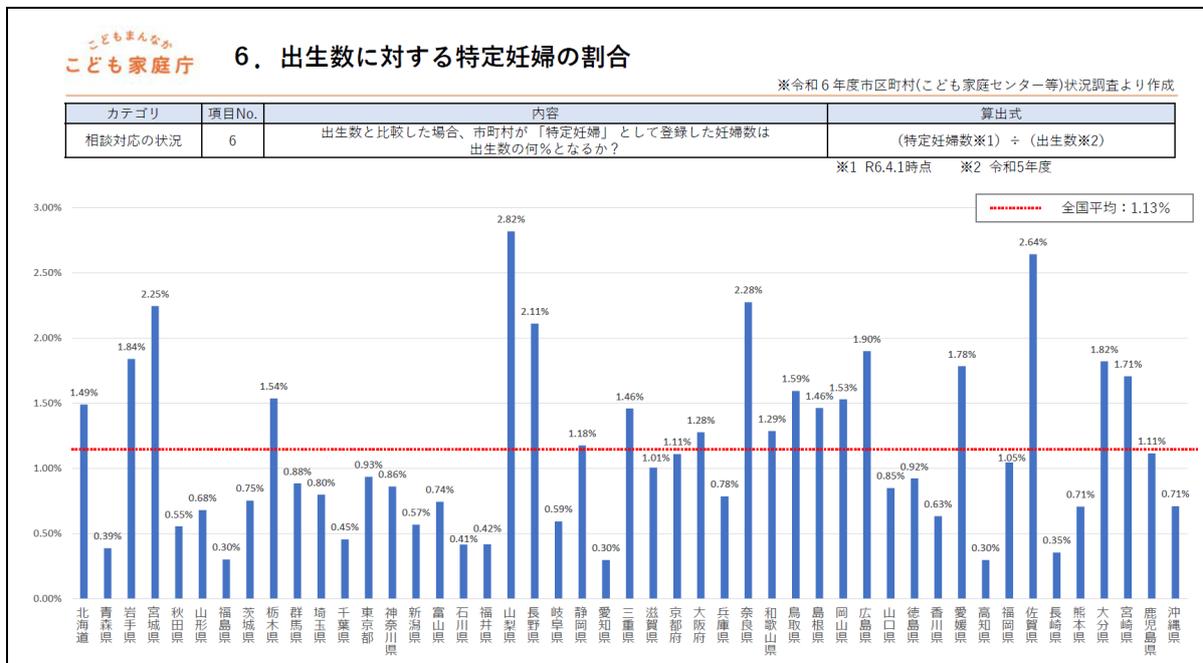
<sup>43</sup> 集団全体に対し、健康被害等のリスクを低減させることを目的として、広範囲にわたる健康促進活動を行うことをいう。

げるといったハイリスクアプローチ<sup>44</sup>につなげていくことも重要とされている。特にハイリスクアプローチに関して、同事業ガイドラインは、虐待等の未然防止の観点からも重要であるとしており、市町村に対し、同事業の実施に当たり、面談等を通じた適切かつ明確な基準に従ったリスクアセスメントの実施を求めている。くわえて、同事業ガイドラインは、若年妊婦や予期しない妊娠をした妊産婦等について、より丁寧な対応が求められる配慮を要する妊産婦として、その対応の留意事項を示している。

(特定妊婦及び要支援妊婦の認定等)

こども家庭庁によると、令和6年4月時点における都道府県別の出生数に対する特定妊婦の割合は下図のとおりであり、その全国平均は1.13%となっている。

図3-(1)-② 出生数に対する特定妊婦の割合（都道府県別）



(注) こども家庭庁のホームページによる。

情報提供通知の別表1（図3-(1)-③参照）において、「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」が示され、目安の一つとして活用が求められているが、国として特定妊婦に認定する統一的な基準は定めていない。そのため、多くの市町村では、情報提供通知の別表1を参考としつつ、自市町村における特定妊婦を認定するに当たっての基準や目安（以下「特定妊婦の認定基準等」という。）を設定している。市町村は、妊娠の届出等の機会を活用し、妊婦面談等を実

<sup>44</sup> 特定の健康被害等のリスクを抱える個人に焦点を当て、個別の支援を提供することでリスクを軽減することをいう。

施しており、その結果をもって上述のリスクアセスメントを行うとともに、特定妊婦の認定基準等と照らし合わせながら、特定妊婦の認定を行った上で、法第 25 条の 2 第 2 項に基づき、要対協において適切な支援を図るために必要な情報の交換や、支援の内容に関する協議を行っている。

くわえて、多くの市町村では、特定妊婦以外に要支援妊婦を決定し、支援対象としているが、同対象について、法令や国の通知等で示しているものはなく、市町村が必要に応じて、その定義や範囲、支援内容を決定しているものである。

図 3-(1)-③ 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（情報提供通知の別表 1）

別表 1 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		
○このシートは、特定妊婦かどうか判定するものではなく、あくまでも目安の一つとしてご利用ください。 ○様子や状況が複数該当し、その状況が継続する場合には「特定妊婦」に該当する可能性があります。 ○支援の必要性や心配なことがある場合には、妊婦の居住地である市町村に連絡をしてください。		
	必標 様子や状況例	
妊婦・出産	妊婦等の年齢	18歳未満 18歳以上～20歳未満かつ夫(パートナー)が20歳未満 夫(パートナー)が20歳未満
	婚姻状況	ひとり親 未婚(パートナーがいない) ステップファミリー(連れ子がある再婚)
	母子健康手帳の交付	未交付
	妊婦健診の受診状況	初回健診が妊婦中期以降 定期的に妊婦健診を受けていない(重なり、転院等の理由を除く)
	妊娠状況	産みたくない。 産みたいが、育てる自信がない。 妊娠を継続することに悩みがある。 妊娠・中絶を繰り返している。
	胎児の状況	疾病 障害(疑いを含む) 多胎
	出産への準備状況	妊娠の自覚がない・知識がない。 出産の準備をしていない。(妊娠36週以降) 出産後の育児への不安が強い。
	妊婦の行動・態度等	心身の状態(健康状態)
セルフケア		妊婦本人に何らかの疾患があっても、適切な治療を受けない。 妊婦の衣類等が不衛生な状態
虐待歴等		被虐待歴・虐待歴がある。 過去に心中の未遂がある。
気になる行動		同じ質問を何度も繰り返す、理解力の不足がある。(療育手帳の有無は問わない) 突発的な出来事に適切な対応ができない。(パニックをおこす) 周囲とのコミュニケーションに課題がある。
夫(パートナー)との関係		DVを受けている。 夫(パートナー)の協力が得られない。 夫婦の不和、対立がある。
出産予定児のきょうだいの状況		きょうだいに対する虐待行為がある。(過去または現在、おそれも含む) 過去にきょうだいの不審死があった。 きょうだいに重度の疾病・障害等がある。
家族・家庭の状況	社会・経済的背景	住所が不特定(住民票がない)、転居を繰り返している。 経済的困窮、妊娠・出産・育児に関する経済的不安 夫婦ともに不安定就労・無職など 健康保険の未加入(無保険な状態) 医療費の未払い 生活保護を受給中 助産制度の利用(予定も含む)
	家族の介護等	妊婦または夫(パートナー)の親など親族の介護等を行っている。 妊婦自身の家族に頼ることができない。(死別、遠方などの場合を除く)
	サポート等の状況	周囲からの支援に対して拒否的 近隣や地域から孤立している家庭(職業や習慣の違いなど)
	【その他 気になること、心配なこと】	

## 【調査結果】

### (リスクアセスメントの実施状況)

調査対象 37 市町村では、全ての市町村において、妊娠の届出を受理した時点で妊婦面談を行い、その結果に基づくリスクアセスメントを実施していた。

その上で、リスクアセスメントの実施に当たっての、調査対象市町村におけるリスクアセスメントシートの利用状況については、下表のとおり、27 市町村（73.0%）が当該市町村又は都道府県が作成したリスクアセスメントシートを利用しており、うち 8 市町村は、妊娠・出産期のリスクアセスメントシートを併せて活用していた。他方、リスクアセスメントシートを利用していない 3 市町村では、その理由について、「リスクアセスメントシートの素案を現在作成中である。」、「妊婦面談を実施した職員のみでリスクの重さを判断するのではなく、リスクの把握漏れを防ぎ、その判断にバラつきが生じないよう横断的にチェックする職員を配置しているため必要がない。」、「リスクアセスメントシートは作成していないが、妊娠・出産期のリスクアセスメントシートを念頭に置いて妊婦面談を実施することとしている。」としている。

表 3-(1)-① リスクアセスメントシートの利用状況

区分	市町村数	割合
市町村又は都道府県が作成したリスクアセスメントシートを利用している	19	51.4%
妊娠・出産期のリスクアセスメントシートを利用している	7	18.9%
市町村又は都道府県が作成したリスクアセスメントシートと妊娠・出産期のリスクアセスメントシートの双方を利用している	8	21.6%
シートを利用していない	3	8.1%
計	37	100%

(注) 当省の調査結果による。

次に、妊娠・出産期のリスクアセスメントシートに対する市町村の意見を聴取したところ、下表のとおり、調査研究の結果としてエビデンス面の裏付けがある、他の市町村とも視点が合うといった点によるメリットが聴かれた一方で、加点だけでなく減点する観点を入れた方が良くといった改善に係る要望も聴かれた。

表3-(1)-② 妊娠・出産期のリスクアセスメントシートに関する市町村の意見等

区分	意見の内容
肯定的な意見	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>エビデンスの裏付けがある基準</u>を用いることによって、<u>他の自治体とも視点が合うことにより情報共有もスムーズになる。</u></li> <li>○ <u>職員の経験則や感覚で対応していた部分が言語化されたことにより、正確なリスクアセスメントができるようになった。</u></li> </ul>
改善要望等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>加点方式のみであり、減点となる要素（リスクを補完する要因）も加味する方が良いのではないか。</u></li> <li>○ <u>出産予定の産科医療機関が未定であることをチェック項目とする方が良いのではないか。</u></li> <li>○ <u>設問にはリスクに応じた細かい点数差が必要ではないか。</u></li> <li>○ <u>当該項目に該当すれば特定妊婦に該当すると識別できるようなカットオフ値（注2）の項目が設けられるとより使いやすい。</u></li> <li>○ <u>実際にリスクアセスメントで利用するには、妊婦の年齢基準などリスク項目によっては基準の範囲が広いと考えており、そのまま市町村のリスクアセスメントシートとして導入することは難しい。</u></li> </ul>

(注) 1 当省の調査結果による。  
2 該当と非該当の境界となる値をいう。

また、リスクアセスメントの実施に当たって、下表のとおり、市町村間及び市町村の担当者間で考え方が区々とならないよう取組を実施している都道府県や市町村がみられた。

表3-(1)-③ リスクアセスメントの工夫例

区分	取組の概要
都道府県	○ <u>妊婦面談時における問診項目を都道府県内で統一させる観点から、聞き取るべき点やチェックポイントを作成し、都道府県内の市町村に送付</u>
市町村	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>妊婦面談時に使用するリスクごとの聞き取りや指導のポイントを作成</u></li> <li>○ <u>若年妊婦に特化した若年妊婦面接票（アンケート様式）を作成</u></li> <li>○ <u>リスクアセスメントシートと併せて同シートの作成マニュアルを整備し、同シートの作成方法や判断基準を明確にするとともに各項目の解説や具体例を提示</u></li> </ul>

(注) 当省の調査結果による。

(支援対象となる妊婦の設定状況)

調査対象 37 市町村では、リスクアセスメント結果を踏まえ、下表のように市町村ごとに、特定妊婦以外に、「ハイリスク妊婦」や「気がかり妊婦」などの呼称により要支援妊婦を決定して支援を実施しており、要支援妊婦の範囲や考え方は、市町村によって多岐にわたっている実態がみられた。

表 3-(1)-④ 支援対象となる妊婦の類型 (例)

類型	支援内容
特定妊婦／要支援妊婦	リスクの高さに基づき、特定妊婦及び要支援妊婦に分けて支援
特定妊婦／要支援妊婦（常勤職員による支援）／要支援妊婦（非常勤職員による支援）	特定妊婦に加え、要支援妊婦を決定の上、要支援妊婦については、リスクの高さに応じて担当する職員を分けて支援
特定妊婦 A／特定妊婦 B／特定妊婦 C／要支援妊婦	特定妊婦をリスクの高さに応じて区分し、児童福祉担当への関わりの度合いを変えて支援するとともに、それ以外にも把握しておくことが必要な妊婦を要支援妊婦と決定

(注) 1 当省の調査結果による。

2 「要支援妊婦」については、市町村によって、「ハイリスク妊婦」、「気がかり妊婦」、「要確認妊婦」など様々な呼称がみられた。

また、調査対象市町村のうち 32 市町村<sup>45</sup>について、令和 4 年度から 6 年度までの各年度末における妊娠届出者数に対する特定妊婦数の割合を算出した結果は、下表のとおりとなっており、6 年度をみると、24 市町村が 3%未満である一方、2 市町村が 9%以上であった。令和 6 年度の平均値が約 2.60%であるところ、標準偏差は約 2.80%であり、4 年度及び 5 年度も同様の水準となっていることから、特定妊婦の割合は、市町村によって大きく異なっていた。

表 3-(1)-⑤ 妊娠届出者数に対する特定妊婦数の割合

(単位：市町村)

分布	令和 4 年度末	5 年度末	6 年度末
1%未満	11	10	11
1%以上 3%未満	14	15	13
3%以上 5%未満	3	1	3

<sup>45</sup> 調査対象市町村は全部で 37 市町村であるが、本調査の条件に合う形で、特定妊婦数の数値を把握できた市町村は 32 市町村であった。

5%以上7%未満	2	4	2
7%以上9%未満	2	1	1
9%以上	0	1	2
平均値	2.33%	2.49%	2.60%
中央値	1.71%	1.73%	1.77%
標準偏差	2.36%	2.53%	2.80%

(注) 当省の調査結果による。

くわえて、特定妊婦に要支援妊婦を加えた妊婦数の妊娠届出者数に占める割合は、下表のとおりとなっており、令和6年度をみると、32市町村のうち21市町村が20%未満である一方、2市町村は50%以上であった。令和6年度の平均値は約18.37%であるところ、標準偏差は約16.10%であり、4年度及び5年度も同様の水準となっていた。特定妊婦に要支援妊婦を加えた妊婦数についても、特定妊婦数の割合と同様、市町村間で大きな差異がみられた。

表3-(1)-⑥ 妊娠届出者数に対する特定妊婦数及び要支援妊婦数の割合

(単位：市町村)

分布	令和4年度末	5年度末	6年度末
10%未満	12	14	12
10%以上20%未満	7	3	9
20%以上30%未満	8	9	5
30%以上40%未満	2	4	3
40%以上50%未満	2	1	1
50%以上	1	1	2
平均値	17.60%	18.41%	18.37%
中央値	14.35%	15.15%	15.42%
標準偏差	14.67%	14.95%	16.10%

(注) 当省の調査結果による。

#### (特定妊婦の認定)

次に、調査対象市町村における特定妊婦の認定に当たっての考え方にどのような差がみられるかを調査した。

調査対象37市町村の全てにおいて、特定妊婦の認定については、最終的には個々のケースに応じ総合的に判断するとしていたが、22市町村では当該市町村が設定した特定妊婦の認定基準等を用い認定していた。当該22市町村が用いている特定妊婦の認定基

準等における項目を情報提供通知の別表1の項目と比較した結果は下表のとおりとなっており、情報提供通知の別表1における「妊婦の年齢」、「母子健康手帳の未交付」、「精神科への受診歴、相談歴」の各項目については、いずれの市町村においても特定妊婦の認定基準等に設定していたほか、「経済的困窮、妊娠・出産・育児に関する経済的不安」、「妊婦自身の家族に頼ることができない」の各項目については、8割を超える市町村において設定していた。一方で、「妊娠の自覚がない、知識がない」、「妊婦本人に何らかの疾患があっても、適切な治療を受けない」、「医療費の未払い」、「助産制度の利用」の各項目の設定は1割未満の市町村にとどまっていた。

表3-(1)-⑦ 情報提供通知の別表1と市町村における特定妊婦の認定基準等の比較

区分	情報提供通知の別表1における特定妊婦の様子や状況例
	市町村における特定妊婦の認定基準等での具体的記載(例)
22市町村の全てにおいて設定	妊婦の年齢(18歳未満) 24歳以下/20歳未満/届出時10代/18歳未満/16歳未満/義務教育年齢
	母子健康手帳の未交付 母子健康手帳の未交付/母子健康手帳の交付が14週以降/ 妊娠22週以降の妊娠の届出/妊娠21週以降の妊娠の届出/妊娠20週以降の妊娠の届出
	精神科への受診歴、相談歴がある(精神障害者保健福祉手帳の有無は不問) 精神疾患(疑い含む)/受診・既往歴あり/精神疾患の治療中/ 精神的不調/うつ症状/パーソナリティ障害
	経済的困窮、妊娠・出産・育児に関する経済的不安 経済的困窮/生活基盤に課題/経済基盤が不安定/ライフラインが止まる等の困窮
8割超の市町村で設定	妊婦自身の家族に頼ることができない 親族トラブル/親族と不仲/親族と対立/実家と関係が悪い/ 支援を得られない/支援のない育児/身近に支援者がいない
	妊婦の自覚がない、知識がない 妊娠したか分からなかった
設定していた市町村が1割未満	妊婦本人に何らかの疾患があっても、適切な治療を受けない 妊婦本人に何らかの疾病があっても、適切な治療を受けない
	医療費の未払い (設定している市町村なし)
	助産制度の利用 (設定している市町村なし)

- (注) 1 当省の調査結果による。  
 2 情報提供通知の別表1の全ての項目に対する、市町村における特定妊婦の認定基準等の設定率については、資料3-(1)-8参照

また、下表のとおり、「パートナーの知的水準の低さ（知的障害、発達障害を含む。）」（11市町村）、「パートナーの精神疾患等（精神不調、受診歴を含む。）」（10市町村）、「妊婦の高齢出産」（9市町村）など、情報提供通知の別表1に含まれていない項目を特定妊婦の認定基準等として設定している市町村もみられた。

表3-(1)-⑧ 市町村における特定妊婦の認定基準等で設定されている項目のうち、情報提供通知の別表1に含まれていない項目の例

項目	市町村数
パートナーの知的水準の低さ（知的障害、発達障害を含む。）	11
パートナーの精神疾患等（精神不調、受診歴を含む。）	10
妊婦の高齢出産	9
うち、40歳以上	(7)
うち、35歳以上	(2)
飛び込み出産・墜落分娩等歴がある。	7
本人や児のきょうだいが要保護児童又は要支援児童である。	7
パートナーに被虐待、DV歴がある。	7

(注) 当省の調査結果による。

**（妊娠期に特定妊婦に認定されておらず、出産後に児が要対協に登録された事例）**

市町村による妊娠期におけるリスクの把握の実態をみるため、調査対象37市町村において、妊娠期に特定妊婦として認定されていなかったケースのうち、出産後1年未満に当該児が要保護児童又は要支援児童に認定（以下「要対協登録」という。）された全109事例について、妊娠期におけるリスクの把握状況及び要対協登録時の状況を確認した。

上述の109事例の要対協登録の主な理由となったと考えられるリスクに係る妊娠期における把握状況については、下表のとおり、当該リスクを市町村は把握していなかったと考えられる事例Aが49事例（45.0%）あり、このうち、出産後に医療機関からの情報提供が契機となり、市町村が把握するに至った事例A<sup>1</sup>が15事例（13.8%）あった。また、妊娠期において市町村はリスクを把握していたが、その時点では特定妊婦の認定が必要となるほどのリスクではないと判断していたところ、出産後、当該リスクが増大又は顕在化し、要対協登録されたと考えられる事例Bは24事例（22.0%）あった。

表3-(1)-⑨ 妊娠期におけるリスクの把握と出産後の要対協登録の関係性

類型	事例数	割合
A (妊娠期には把握していなかったと考えられる事例)	49	45.0%
A´ (うち、出産後に医療機関からの情報提供により把握した事例)	(15)	(13.8%)
B (妊娠期に把握していたが、出産後にリスクが増大又は顕在化したと考えられる事例)	24	22.0%
C (児の怪我の原因が児童虐待によるものか分からないなど要対協登録時の家庭事情等の背景の詳細が不明な事例)	26	23.9%
D (妊娠期から既に児のきょうだいが要保護児童又は要支援児童に認定されていた事例)	10	9.2%
計	109	100%

(注) 1 当省の調査結果による。

2 割合欄は四捨五入により表記したため、合計は100%にならない。

くわえて、表3-(1)-⑨における事例A (事例A´を含む。)及び事例Bの計73事例を対象に、各事例における要対協登録時に把握されたリスクについて、その内容を分類したところ、下表のとおり、把握されていたリスクとしては、母の精神疾患が最も多く(26件)、次にパートナーの状況が多かった(21件)。そのほか、希死念慮(自傷行為を含む。)、親族からのサポート不足(実家遠方等)も多くみられた(どちらも14件)。

表3-(1)-⑩ 要対協登録時に把握されていたリスク一覧

(単位：件)

大分類	中分類	小分類	A	(A´)	B	計
母	心身の状態	精神疾患	15	(7)	11	26
		希死念慮(自傷行為を含む。)	10	(3)	4	14
		身体疾患	0	(0)	1	1
		飲酒	1	(1)	0	1
		喫煙	0	(0)	1	1
	態度	行政に対し拒否的	3	(1)	1	4
		自然派志向(医療等拒否)	2	(1)	1	3
	社会的要素	無職	0	(0)	1	1
		未婚	1	(1)	3	4
		外国人	0	(0)	1	1

	知的水準や 養育能力	知的水準の低さ	3	(1)	2	5
		育児に不安を抱えている	3	(1)	2	5
		養育能力に不安がある	4	(1)	1	5
		突発事態に対しパニックになる	1	(1)	0	1
	妊娠時の要 素	若年妊婦	1	(1)	4	5
		予期しない妊娠	2	(0)	1	3
多胎		0	(0)	1	1	
環境	家庭	ひとり親	1	(0)	1	2
		ステップファミリー（注4）	0	(0)	1	1
		多子家庭	1	(0)	1	2
		夫婦不和	11	(1)	2	13
		パートナーの状況 （心身の状態、社会的要素）	15	(5)	6	21
		親族不和	1	(1)	1	2
		親族からのサポート不足（実家遠方等）	10	(4)	4	14
		児のきょうだいに障害がある	2	(0)	1	3
		ダブルケア	1	(1)	0	1
	生活	経済的困窮（ライフラインの停止等）	4	(2)	3	7
		生活保護を受給している	0	(0)	2	2
		住居に課題がある（友人宅に滞在等）	0	(0)	1	1

(注) 1 当省の調査結果による。

2 1事例につき、確認できたリスクを複数計上しているため、リスクの総件計は事例数に一致しない。

3 本表は妊娠・出産期のリスクアセスメントシートや情報提供通知の別表1等を参考にしつつ、73事例において市町村が把握していたリスクを基に当省で分類したものである。

4 夫婦どちらか又は双方に連れ子のいる状態で再婚（事実婚を含む。）した家族をいう。

上述のとおり、要対協登録時に把握されていたリスクとして最も多かった i) 母の精神疾患及び次に多いリスクであった ii) パートナーの状況について、それらの具体的事例は下表のとおりである。

表3-(1)-⑪ 母の精神疾患が要因の一つとして要対協登録に至った事例

事例 No.	事例の概要	
1	母の精神科医療機関受診歴が出産後に把握された事例	
	出産から要対協登録までの期間	出産から約5か月後
	ケースの類型	A <sup>1</sup> （出産後に医療機関からの情報提供により把握した事例）
	<要対協登録の経緯>	

	<p>出産後、母の育児への不安感が強く、里帰り先の産科医療機関から、産後うつ質問票において高得点かつ<u>精神科医療機関の受診歴有りとの情報提供があったため</u>、里帰り先から戻ったタイミングで市町村が新生児訪問を実施し、継続支援を開始し、市町村の児童福祉担当とも情報を共有した。</p> <p>その後、母は精神科医療機関の受診を開始するが、精神面の不調から児を預けたいと相談があった。また、父が長期不在になることや母から家族関係の不安の訴えがあったことを踏まえ、母の産後うつ及び家庭での支援者不足による児の養育が心配されるため、要対協登録に至った。</p> <p>&lt;妊娠期におけるリスクの把握状況&gt;</p> <p>妊婦面接時に、不妊治療歴と家族によるサポート不足を確認したことから要支援妊婦として支援対象としていたが、<u>精神科医療機関の受診歴については、面談時に本人からの申告がなく把握できなかった。</u></p>				
2	<p>母の精神疾患が出産後に悪化した事例</p> <table border="1" data-bbox="381 916 1394 1070"> <tr> <td data-bbox="381 916 853 969">出産から要対協登録までの期間</td> <td data-bbox="853 916 1394 969">出産から約4か月後</td> </tr> <tr> <td data-bbox="381 969 625 1070">ケースの類型</td> <td data-bbox="625 969 1394 1070">B（妊娠期に把握していたが、リスクが増大又は顕在化したと考えられる事例）</td> </tr> </table> <p>&lt;要対協登録の経緯&gt;</p> <p>出産後、母はいら立ちにより児の口を塞ぐ行為を行ったことへの自責の念から、自傷行為を行ったため、<u>かかりつけの精神科医から入院を勧められた。</u>母は入院し、<u>産後うつの診断を受けたため</u>、その旨を母から市町村の担当保健師に連絡した。市町村では連絡を踏まえ、母子保健担当と児童福祉担当が連携して支援を行う必要があると判断し、同児を要支援児童として要対協登録した。</p> <p>&lt;妊娠期におけるリスクの把握状況&gt;</p> <p>母が元々そううつ病を患っていたことは市町村において把握できていた。母は妊娠中から保健師の受入れに拒否感がなく、服薬コントロールができていたことに加え、親族の支援もあったことから、担当保健師の電話相談対応や家庭訪問による見守りを行う要支援妊婦として支援していた。</p>	出産から要対協登録までの期間	出産から約4か月後	ケースの類型	B（妊娠期に把握していたが、リスクが増大又は顕在化したと考えられる事例）
出産から要対協登録までの期間	出産から約4か月後				
ケースの類型	B（妊娠期に把握していたが、リスクが増大又は顕在化したと考えられる事例）				

(注) 当省の調査結果による。

表3-(1)-⑫ パートナーの状況が要因の一つとして要対協登録に至った事例

事例 No.	事例の概要	
1	父が高次脳機能障害を有していることが出産後に把握された事例	
	出産から要対協登録までの期間	出産から約7か月後
	ケースの類型	A <sup>1</sup> （出産後に医療機関からの情報提供により把握した事例）
	<p>＜要対協登録の経緯＞</p> <p>疾病により入院中の本児にあざ等の受傷がみられるとの情報提供が医療機関から児童相談所にあり、児童相談所は調査によって父が高次脳機能障害を有することを把握した。その後、父への注意喚起が行われ、親族の見守り体制が整えられるが、同児の再入院時、骨折等が自然治癒した形跡がみられるとの医療機関からの情報提供があった。命に関わる受傷と判断し、これまでの経過を踏まえ、要対協登録した。<u>要対協登録後の調査により、市町村も父が高次脳機能障害を有していることを把握するに至った。父には虐待したという意識はなく、障害により注意されたことを忘れてしまうこと、感情の高ぶりをコントロールできないことが原因で、同児をかわいがる余り強く抱き締めるなどにより怪我を負わせてしまったとのことであった。</u></p> <p>＜妊娠期におけるリスクの把握状況＞</p> <p>妊娠の届出時のリスクアセスメントにおいては、<u>リスク項目に全く該当がなく（注2）、一般の妊婦とされていた。</u>また、同児は第2子であり、同児の受傷後の調査により父の高次脳機能障害を把握したものであるが、第1子の養育時には全く問題がなかったとのことであった。</p>	
2	出産後に父による児のきょうだいへの身体的虐待が生じた事例	
	出産から要対協登録までの期間	出産から約5か月後
	ケースの類型	A（妊娠期には把握していなかったと考えられる事例）
	<p>＜要対協登録の経緯＞</p> <p>本児は第3子であるが、同児の出産5か月後に第1子（異父姉）に関する養護相談があった。市町村は、同相談への対応中に、<u>同児実父による第1子への身体的虐待を受理し、同児への心理的虐待として併せて支援が必要であると判断したため、同児を要保護児童として要対協登録した。</u></p> <p>＜妊娠期におけるリスクの把握状況＞</p> <p>妊娠の届出時の聞き取りの結果、リスクはひとり親（入籍後はステップファミリー）であることのみと判断した。第1子、第2子ともに就学してお</p>	

	<p>り、妊娠の届出時には母から第1子、第2子についての相談はなく、心配事や相談したいことも「なし」との回答であった。<u>パートナー（出産後は第3子の父）については、「3児の父となる戸惑いはある様子」と話していたが、掘り下げた質問は行えず、一般的なステップファミリーとしての対応とした。</u></p> <p>単独の養育リスクであったため、<u>妊娠期のフォローは不要と判断し</u>、産後1か月半にわたり、専門職による養育支援を行った。当該期間における訪問時も第1子についての訴えはなく、<u>父と第1子、第2子との関係も良好であると聞き取っていた。</u></p>
--	---

(注) 1 当省の調査結果による。

2 当該市町村において、本事例に係る妊娠期のリスクアセスメント時点で使用していた妊娠の届出時アンケート様式では父の疾患等に係る設問を設けていなかったが、現在はアンケート様式を改訂し「疾患等の問題を抱えている（家族の病気）」との項目を盛り込んだ様式を使用している。

次に、i) 母の精神疾患、ii) パートナーの状況のそれぞれについて、22市町村の特定妊婦の認定基準等における記載状況をみたところ、i) 母の精神疾患については、表3-(1)-⑦のとおり、いずれの市町村の特定妊婦の認定基準等においても設定されていたが、表3-(1)-⑬のとおり、症状によってリスクの重み付けを変えている市町村や、リスクアセスメントを行う者の参考となるよう細かい説明や具体例を示している市町村もみられた。

また、ii) パートナーの状況については、表3-(1)-⑧のとおり、特定妊婦の認定基準等として設定している市町村とそうでない市町村がみられ、設定している市町村においても、表3-(1)-⑭のようにその設定内容は多岐にわたっていた。

表3-(1)-⑬ 市町村の特定妊婦の認定基準等における母の精神疾患に関する記載例

リスクアセスメント項目により点数付けをしており、症状によって配点を分けている例		
例1 (注3)	精神疾患（疑い）・うつ状況	3点
	精神疾患（既往歴）	2点
例2 (注4)	精神疾患治療・服薬の自己中断、治療中だが不安定	3点
	自殺企図、自傷行為の既往がある	2点
	精神疾患の既往あり	1点
	精神疾患の治療中で症状が落ち着いている	1点
	精神的不安定（受診歴なし）	1点

各リスクアセスメント項目について、説明や具体例を明示している例							
例 1	精神的不調がみられる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・服薬の自己管理ができないなど不安定な状態、判断力の著しい減退がある、覇気がない、自律的・主体的な行動や判断が取れない、精神科受診や内服を自己判断で中断している。</li> <li>・睡眠を十分に取ることができていない（入眠困難や中途覚醒等の睡眠の問題が発生している）。</li> <li>・抑うつ状態があった（不眠、イライラする、涙ぐみやすい、何もやる気がしない、食欲不振など）。</li> <li>・過去の自殺企図や未遂、あるいは精神的に過度な負担を抱えた様子、心中等をほのめかす言動がある。</li> <li>・アルコールや薬物、ギャンブル、ゲーム、買い物等の依存状態がある、あった。</li> </ul>					
	精神科や心療内科の受診歴がある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・何らかの精神疾患の既往や、心理カウンセリングや精神科・心療内科の受診歴がある。</li> <li>・現在、統合失調症やパーソナリティ障害その他の精神疾患を抱えている。</li> </ul>					
例 2							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>該当する具体例</th> <th>備考</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>精神疾患等（過去出産時の産後うつ、依存症を含む）</td> <td>アルコール、覚せい剤、シンナー、薬等の常用も含む</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在症状があり、未治療あるいは治療中断がある場合は要支援。</li> <li>・過去、産後うつがあった場合は要支援。</li> <li>・過去に入院歴がある場合は要支援。</li> <li>・現在加療中の場合は、症状、その他の状況等により総合的に判断する。</li> <li>・過去、精神疾患等の既往あるが、現在、症状なく、安定している場合は、他の項目と合わせて総合的に判断する。</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	項目	該当する具体例	備考	精神疾患等（過去出産時の産後うつ、依存症を含む）	アルコール、覚せい剤、シンナー、薬等の常用も含む	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在症状があり、未治療あるいは治療中断がある場合は要支援。</li> <li>・過去、産後うつがあった場合は要支援。</li> <li>・過去に入院歴がある場合は要支援。</li> <li>・現在加療中の場合は、症状、その他の状況等により総合的に判断する。</li> <li>・過去、精神疾患等の既往あるが、現在、症状なく、安定している場合は、他の項目と合わせて総合的に判断する。</li> </ul>
項目	該当する具体例	備考					
精神疾患等（過去出産時の産後うつ、依存症を含む）	アルコール、覚せい剤、シンナー、薬等の常用も含む	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在症状があり、未治療あるいは治療中断がある場合は要支援。</li> <li>・過去、産後うつがあった場合は要支援。</li> <li>・過去に入院歴がある場合は要支援。</li> <li>・現在加療中の場合は、症状、その他の状況等により総合的に判断する。</li> <li>・過去、精神疾患等の既往あるが、現在、症状なく、安定している場合は、他の項目と合わせて総合的に判断する。</li> </ul>					

- (注) 1 当省の調査結果による。  
 2 いずれの記載例も、各市町村の特定妊婦の認定基準等から、そのまま引用している。  
 3 当該市町村では、全てのリスクアセスメント項目の合計が3点以上の場合又は3点未満でもリスクが高いと判断した場合に、特定妊婦に認定するかの検討対象としている。  
 4 当該市町村では、全てのリスクアセスメント項目の合計が3点以上となった場合又は3点未満でも支援が必要な妊婦と判断した場合に、合同ケース会議に諮り、支援レベル特定妊婦ランクの区分判定を行うとともに、ランクに応じた具体的な支援内容を決定している。

表 3-(1)-⑭ 市町村の特定妊婦の認定基準等におけるパートナーの状況に関する記載例

項目	市町村数
パートナーの知的水準の低さ（知的障害、発達障害を含む。）	11
パートナーの精神疾患等（精神不調、受診歴を含む。）	10
パートナーの年齢	9
うち、24歳以下	(4)
うち、10歳代	(2)
うち、20歳未満又は16歳未満	(3)
パートナーに被虐待・DV歴がある。	7

パートナーが生活保護を受給している。	6
パートナーが転居を繰り返す。	6

(注) 当省の調査結果による。

さらに、下表のとおり、妊娠期の段階では把握できなかったパートナーの状況（療育手帳の所持）が出産後（要対協登録後）に把握された事例がみられた。当該事例において、パートナーの療育手帳の所持が、妊娠期に把握されなかった要因としては、当該市町村において、パートナーの知的障害に関する項目を特定妊婦の認定基準等として明確に設定していないため、本人の養育能力に課題はないという判断の下、パートナーの状況に関してスクリーニングの対象事項とならなかったことが考えられる。

表3-(1)-⑮ パートナーの状況（療育手帳の所持）が出産後（要対協登録後）に把握された事例

事例の概要	
出産から要対協登録までの期間	出産から約1か月後
ケースの類型	A <sup>1</sup> （出産後に医療機関からの情報提供により把握した事例）
<p>妊娠期のリスクアセスメントの結果、リスクなしと判断していたが、出産後の産後うつなどの事情を踏まえ、本児を要対協登録した。その後の当該家庭への調査により、<u>パートナーが療育手帳を所持していたことが判明した</u>。当該市町村では、スクリーニングを行う際、基本的に本人のことが中心で、本人の養育能力に課題があれば、支援者についても確認するが、特に問題がなければ支援者の養育能力までは確認しないとしている。</p>	

(注) 1 当省の調査結果による。

2 当該市町村の特定妊婦の認定基準等では、「妊婦の援助を行う家族や親族がいない・不十分」という項目が設けられており、当該市町村は、当該項目によりパートナーの知的障害や精神疾患等を踏まえたリスクアセスメントを行うとしている。

また、特定妊婦の認定について、市町村間での認識の相違が認められた事例として、具体的には下表のような事例がみられた。

表3-(1)-⑯ 市町村間において特定妊婦の認定に係る認識の相違が認められた事例

事例の概要
<p>住民票のあるA市町村ではなく、里帰り出産のためB市町村に居住している当該妊婦について、i) 妊婦健診を受診しないことがある、ii) 育児用品を準備できていない、iii) A市町村から生活保護を受給中であり出産費用を工面できないおそれがあるという状況を踏まえ、特定妊婦と思われる者としてB市町村内の産科医療機関からB市町村に対し情報提供があった。A市町村のケースワーカーから同妊婦に対し、A市町村以外で</p>

出産する場合、出産扶助は支給しないと伝えられていた。また、同妊婦は入籍していなかったが、近いうちに入籍する予定であり、入籍により生活保護の受給が止まり国民健康保険に移行する見込みであった。

B市町村としては、以上の状況を踏まえ特定妊婦に認定した上で、児童福祉担当と連携して支援する必要があると考え、住民票のあるA市町村に対し、支援依頼の文書の発出を要請した。しかしながら、A市町村では同妊婦を特定妊婦に認定していなかったため、A市町村の母子保健担当からB市町村の母子保健担当に対し一般的な里帰り出産に準ずる支援依頼の文書は出されたものの、特定妊婦として両市町村の児童福祉担当間での支援依頼文書は発出されなかった。

住民票のあるA市町村から特定妊婦としての支援依頼を受けていない以上、B市町村の児童福祉担当が直接妊婦に関わることはできず、母子保健担当が一般的な里帰り出産と同様に同妊婦に関わることになり、経済的な状況や養育能力等の確認は、育児用品を買いそうかなど一般的な確認の範囲にとどまった。

結果的には、入籍後、配偶者により国民健康保険の手続が速やかになされ、出産育児一時金が支払われるようになったため、問題なく出産に至ったが、B市町村は、本事例について、特定妊婦の認定に係る住民票所在市町村との認識の差により対応に苦慮したとしている。

(注) 当省の調査結果による。

#### (特定妊婦の認定に関する市町村の意見等)

調査対象市町村に対し、特定妊婦の認定に伴うメリットや負担感について聴取したところ、下表のとおり、11市町村からは特定妊婦として認定することのメリットはあるとの意見が聴かれた一方、2市町村からは特定妊婦の認定に係るメリットは感じにくいとする意見や特定妊婦として認定することの負担に関する意見が聴かれた。

くわえて、国が特定妊婦に認定する統一的な基準を定めていないことに対する認識について聴取したところ、下表のとおり、7市町村から、現状として市町村間で認定が区々となっていることへの課題認識や国において基準を設けることを求める意見が聴かれた。一方で、2市町村からは、国において基準を定めることに対し否定的な意見が聴かれた。このほか、他市町村におけるリスクアセスメントの実施状況や市町村単位での特定妊婦の認定状況について情報共有を求める意見も聴かれた。

表3-(1)-⑰ 特定妊婦の認定に関する市町村の意見等（主なもの）

<p>特定妊婦の認定について</p> <p>&lt;メリットに係る意見：11市町村&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 市町村だけでなく関係機関においても、要対協に登録された家庭については連携して対応する必要があるという認識があるため、<u>関係機関（特に医療機関や学校）との連携が取りやすくなる。</u></li> <li>○ 特定妊婦に認定することで、関係機関との間で、<u>産まれてくる児に危険が迫っているということが共通認識として明確になる。</u></li> <li>○ 関係機関間での<u>情報提供のハードルが下がるとともに、関係者による多角的な視点からの進行管理が可能となる。</u></li> </ul> <p>&lt;メリットを感じにくいとする意見や特定妊婦として認定することの負担に関する意見：2市町村&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 随時、母子保健担当・児童福祉担当間で支援の必要な妊婦については情報共有しており、要対協の会議という形を採らずとも、<u>この対応で十分なケースが多い点に加え、母子保健担当によるフォローは特定妊婦でも要支援妊婦でも大きくは変わらない。</u></li> <li>○ 特定妊婦に係る情報提供を新規に受け付けた場合、しばらくの間は周辺状況の調査や関係機関との調整などの初動対応に追われることとなるため、特定妊婦のケースが増加することで、<u>人的負担が増加する。</u></li> </ul>
<p>国として特定妊婦に認定する統一的な基準を設定することについて</p> <p>&lt;国に統一的な基準の設定を求める意見：7市町村&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>リスクアセスメントが妥当かどうかについて不安であることから、国において、特定妊婦に認定する基準に関して、一定の考え方を提示してほしい。</u></li> <li>○ <u>国から統一的な基準や詳細な定義、他の市町村における判断の事例集のようなものが共有されれば、現場での事例の積み上げと合わせて、ノウハウの蓄積につながるのではないか。</u></li> </ul> <p>&lt;国に統一的な基準の設定を求めない意見：2市町村&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 全国一律の基準にした場合、<u>リスクを見落としてしまう可能性があるため、当該基準と併せて、保健師等の経験をいかして判断する必要がある。</u></li> <li>○ 特定妊婦を認定する基準としてリスクの点数化を図るといった<u>明確な基準を国から示すことには限界があるもの</u>と理解している。</li> </ul>

## その他の要望

- 特定妊婦の割合については、全国の自治体の情報よりも、都道府県内の市町村レベルのデータを知りたい。
- リスクアセスメントの内容と、地域資源がどの程度あるのかによって、特定妊婦の数は変わると考える。他の市町村の運用などの情報を把握することは一市町村では難しいため、国において他の市町村における特定妊婦の認定の適否の考え方をまとめて情報提供してほしい。

(注) 当省の調査結果による。

### 【まとめ】

調査対象市町村における特定妊婦及び要支援妊婦の認定等の状況をみたところ、妊娠届出者数に占める特定妊婦数の割合並びに妊娠届出者数に占める特定妊婦数及び要支援妊婦数の割合は、どちらも市町村ごとに大きな差がみられた。

また、調査対象市町村における特定妊婦の認定基準等となっている項目を、情報提供通知の別表1で示されている特定妊婦の目安と比較したところ、特定妊婦の認定基準等の内容の設定状況についても市町村ごとに区々となっていた。

調査対象市町村において、妊娠中に特定妊婦に認定されていなかったが出産後1年未満に当該児が要対協登録された事例を分析したところ、例えば母の精神疾患やパートナーの状況といったリスクについては、妊娠中に把握していなかった事例や、妊娠中に把握していたとしてもその時点では特定妊婦の認定が必要となるほどのリスクではないと判断していたところ、出産後に当該リスクが増大又は顕在化した事例が多いことがわかった。一方、母の精神疾患やパートナーの状況といった項目について調査対象市町村の特定妊婦の認定基準等を確認したところ、認定における各項目の考え方を詳細に記載している市町村があった一方、概括的な記載にとどまっている又は記載のない市町村もあった。

これらの状況を踏まえると、各市町村においては、本調査でみられた市町村における特定妊婦の認定に当たっての工夫や取組を業務上の参考とし、特定妊婦の認定の考え方等について、必要に応じ随時改善を図っていくことが望まれる。

また、調査対象市町村において、里帰り出産先の市町村と住民票所在市町村との間で特定妊婦の認定に係る認識に差がある事例がみられた。これに加え、特定妊婦に認定する統一的な基準を国が示すことへの要望及び国が示すことへの懸念の両方の意見が聴かれたことから、こども家庭庁においては、引き続き、このような自治体の意見を収集し、自治体の要望に応じた情報提供等を行っていくことが望まれる。

## (2) 困難を抱える妊産婦の転居への対応状況

### 【制度の概要】

#### (困難を抱える妊産婦の転居時における市町村間の情報提供)

上述のとおり、「こども家庭センターガイドライン」では、支援を行っている家庭が他の市町村に転出する際、これまでの対応状況など必要な情報を転入先市町村に情報提供するなど、十分な連携を取るよう市町村に求めている。その上で、「移管元の市町村の要対協において、対象となるこどものケース管理を行っていた場合は、移管先の市町村の要対協においてもケース登録」とするとともに、「市町村間の認識の差をなくす観点から、移管先の市町村は、ケース移管後、少なくとも1か月間は移管元の市町村の支援方針を継続し、1か月を経過した時点で、移管先の市町村は新たな環境下での家族の状況等をリスクアセスメントし、支援方針を継続するか否かを判断すること」としている。また、第21次報告においても、転居の場合、こどもへの虐待や不適切な養育に関する危機感が伝わらない可能性が高いことを意識して、対面等により十分なコミュニケーションをとって詳細な引継ぎを行うことや、関係者間の認識の差をなくす観点から、ケース移管後少なくとも1か月間は移管元の市町村の支援方針を継続したのち、移管先の市町村は新たな環境下での家族の状況等をリスクアセスメントし、支援方針の判断をすることの重要性について言及している。

なお、こども家庭庁は、妊婦が転居する場合についても、法第21条の10の5第1項により、「出産前から支援を行うことが特に必要と思われる場合は、特定妊婦と思われる者として情報提供に努めること」としている。その上で、同項に基づき、市町村が他の市町村に情報提供を行う場合は、個人情報保護法第69条第1項に規定する「法令に基づく場合」に該当し、例外的に、本人の同意を得ないで情報を提供しても個人情報保護法違反にはならないとされている。

#### (妊産婦の転居に係る課題)

妊産婦の転居に関しては、地域を超えて情報共有や連携を行うことが必要であり、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や、各市町村が独自のリスクアセスメントを実施しているため、妊産婦・乳幼児が転居した際の地域間での情報共有が困難であるとの課題が指摘されている<sup>46</sup>。

第21次報告においても、転居元の関係機関が積み重ねてきたリスクアセスメントの経過やリスクに伴う危機意識が転居先の関係機関に適切に共有されなかったために、こどもを含めた家族の抱える課題を適切に認識した上で迅速に対応を開始できなかったケースが報告されている。第21次報告は、今までの社会的支援が途切れ、社会的支援の希薄さや社会的な孤立が深まるなどにより、転居そのものがリスクを高める要因となり

<sup>46</sup> 「母子保健における特に支援を必要とするこども・家庭・妊産婦の的確な把握を目指すリスクアセスメントシート運用マニュアル」（再掲）

得ることを支援者は意識しておくことが重要としており、国は、自治体に対し、転居によるリスクの変化を慎重に判断すること、転居ケースの引継ぎがあった場合には各機関が把握した情報を迅速に関係機関等で共有することを引き続き周知すべきとしている。

## 【調査結果】

### （特定妊婦としてケース移管を受けた妊婦への対応）

上述のとおり、「こども家庭センターガイドライン」は、「移管元の市町村の要対協において、対象となるこどものケース管理を行っていた場合は、移管先の市町村の要対協においてもケース登録」とともに、「市町村間の認識の差をなくす観点から、移管先の市町村は、ケース移管後、少なくとも1か月間は移管元の市町村の支援方針を継続し、1か月を経過した時点で、移管先の市町村は新たな環境下での家族の状況等をリスクアセスメントし、支援方針を継続するか否かを判断すること」としている。「こども家庭センターガイドライン」の「対象となるこどものケース管理を行っていた場合」に、特定妊婦として要対協でケース管理を行っていた妊婦も含むのか、こども家庭庁の見解を確認したところ、同庁は「この考え方の対象者には、特定妊婦を含む。」としている。

これを踏まえ、調査対象 37 市町村における令和4年度から6年度までの間に転居によりケース移管された特定妊婦の認定状況を調査した結果、こども家庭庁は、ケース移管後1か月間は、転入先市町村においても特定妊婦に認定した上で、転出元市町村の支援方針を継続すべきとの考え方を示しているところ、転入先市町村として特定妊婦に認定しなかった事例が、5市町村で12事例みられた。そのうち、転入直後に中絶していたことを把握したため特定妊婦として認定し得なかった事例（1市町村1事例）及び市町村において当時の経緯を不明としている事例（1市町村1事例）を除いた3市町村10事例について、特定妊婦に認定しなかった理由を聴取したところ、i）新規ケース登録会議で協議した結果として特定妊婦に該当しないと判断したため、ii）転入先である自市町村の特定妊婦の認定基準等に該当しなかったため、iii）経済的不安や育児サポートの手薄さといった転出元での課題が解消されたためとの理由が聴かれた。

### （要支援妊婦の転居時の情報提供）

上述のとおり、法第21条の10の5第1項において、情報提供が努力義務とされている「特定妊婦と思われる者」と要支援妊婦の関係について、こども家庭庁の見解を確認したところ、同庁は「要支援妊婦とされるカテゴリの定義は市町村によって様々であることから、いわゆる要支援妊婦を「特定妊婦と思われる者」として本人の同意なく情報提供し得る対象と取り扱うか否かは転出元市町村により個別の事例ごとに判断されるものと認識している。」としている。

他方、要支援妊婦が転出する際における、転入先市町村に対する情報提供に係る考え方(以下「情報提供に係る考え方」という。)について、調査対象 37 市町村に確認したところ、下表のとおり、情報提供を全く実施しないとする市町村はなかったものの、基本的に全ての要支援妊婦について情報提供を行っているとする市町村が 15 市町村(40.5%)、必要に応じて情報提供を行っているとする市町村が 22 市町村(59.5%)であり、情報提供を行う対象範囲の考え方について差異がみられた。

表 3-(2)-① 情報提供に係る考え方

区分	市町村数	割合
全ての要支援妊婦について情報提供を実施	15	40.5%
必要に応じて情報提供を実施	22	59.5%
計	37	100%

(注) 当省の調査結果による。

また、上述で「必要に応じて情報提供を実施」としている 22 市町村において、どのような場合に情報提供を実施しているか確認したところ、下表のとおり、13 市町村では、ケースごとに個別に判断しているとしており、うち 6 市町村では地区担当の保健師の判断に委ねているとしていた。他方で、転居によりリスクが低減する場合など、一定の条件に該当する場合には情報提供対象から除外する又は一定の条件に該当する場合のみ情報提供を行うこととしている扱いも 5 市町村でみられた。このほか、本人の希望又は同意がある場合のみ情報提供を行うこととしている扱いが 4 市町村でみられた。

なお、困難を抱える妊産婦の転居時における市町村間の情報提供の在り方について、こども家庭庁の見解を確認したところ、同庁は、「こども家庭センターガイドライン」により、転居時に支援が切れ目なく引き継がれるよう配慮することを求めている。この観点から、特定妊婦と思われる者については、本人の同意が得られていない場合であっても、その旨を明示した上で、転出元市町村から転入先市町村に情報提供を行うことが望ましい。」としている。

表 3-(2)-② 要支援妊婦が転出する際、「必要に応じて情報提供を実施」としている市町村における情報提供の要否の考え方

区分	市町村数
ケースごとに個別に判断している。	13
うち、地区担当の保健師の判断に委ねている。	(6)
一定の判断条件がある。	5
うち、転居によりリスクが低減する場合は除くこととしている。	(2)

うち、身体的なリスクのみの場合は除くこととしている。	(1)
うち、複合的な課題を抱える場合に実施している。	(1)
うち、i) 妊娠の届出時の面談以後に市町村として関わりがある、 ii) 本人から転出予定等を聴取できている、iii) 転入先での継続支援を本人が希望しているという全てに該当する場合に実施している。	(1)
本人が希望する場合は情報提供している。	1
情報提供に係る本人の同意が得られた場合に実施している。	3
計	22

(注) 当省の調査結果による。

くわえて、要支援妊婦が転出した際、調査対象市町村は実際にどの程度の割合で情報提供を行っているかを確認したところ、令和4年度から6年度までの各年度において、要支援妊婦が他の市町村に転出したケースに占める、情報提供を実施したケースの割合は、下表のとおりとなっており、令和6年度をみると、要支援妊婦が転出した際の全件において情報提供を実施した市町村が7市町村（「転出の実績がない」及び「実績未把握」を除いた22市町村に占める割合としては31.8%）である一方で、実施割合が5%未満にとどまる市町村も7市町村（同31.8%）であることから、全て実施している市町村とほぼ実施していない市町村の両極が多い傾向がみられ、4年度及び5年度においても同様の傾向がみられた。

表3-(2)-③ 要支援妊婦が転出した際の情報提供の実施割合

(単位：市町村)

転出した要支援妊婦のうち 情報提供を行った割合	令和4年度	5年度	6年度
100%（全件で実施）	8	10	7
80%以上100%未満	3	3	2
60%以上80%未満	1	0	2
40%以上60%未満	1	1	1
20%以上40%未満	1	2	2
10%以上20%未満	0	0	1
5%以上10%未満	0	1	0
5%未満	2	1	5
0%（未実施）	3	4	2
転出の実績がない	5	4	8

実績未把握	13	11	7
合計	37	37	37

(注) 当省の調査結果による。

上述を踏まえ、情報提供に係る考え方（表3-(2)-①）と実際に要支援妊婦が転出した際の情報提供の実施割合（表3-(2)-③）の関係を確認したところ、下表のとおりであった。

まず、情報提供に係る考え方について「全ての要支援妊婦について情報提供を実施」とした15市町村においては、いずれの年度でも、要支援妊婦が転出した全件で情報提供を実施したとする割合が最も多かった（令和4年度：5市町村、5年度：7市町村、6年度：5市町村）。他方、令和4年度から6年度までの各年度において、40%以上100%未満の間の割合で情報提供を行った2市町村はそれぞれ同一市町村（A市町村及びB市町村）であり、100%でない理由についてそれぞれ確認したところ、以下の事情等が聴かれ、海外への転居や母国への帰国など、転入先が国外であり情報提供をしなくてもやむを得ない事情を包含しているものと考えられる。

- ・（A市町村）情報提供を実施しなかったケースは全て海外への転居であったため
- ・（B市町村）
  - i）外国籍かつ日本語が不得意であったため要支援妊婦としていたところ、母国に帰国したケースであったため
  - ii）他市町村への転出の結果として、要支援妊婦の抱えていたリスク（ひとり親、支援者不足、パートナーとの不仲）自体が解消し、一般的な子育て支援で対応可能と考えたケースであったため

次に、情報提供に係る考え方について「必要に応じて情報提供を実施」とした22市町村においては、情報提供を行った割合が各市町村で広く分布しており、100%実施している市町村がある一方で、特に5%未満にとどまる市町村の割合も多い状況であった（令和4年度：5市町村、5年度：5市町村、6年度：7市町村）。このことから、「必要に応じて情報提供を実施」としている市町村の間には、必要性の認識に隔たりがあることが考えられる。

表3-(2)-④ 情報提供に係る考え方(表3-(2)-①)と実施割合(表3-(2)-③)の関係

(単位:市町村)

転出した要支援妊婦のうち情報提供を行った割合	「全ての要支援妊婦について 情報提供を実施」 (15市町村)			「必要に応じて情報提供を 実施」 (22市町村)		
	4年度	5年度	6年度	4年度	5年度	6年度
100%(全件で実施)	5	7	5	3	3	2
80%以上100%未満	1	1	0	2	2	2
60%以上80%未満	1	0	1	0	0	1
40%以上60%未満	0	1	1	1	0	0
20%以上40%未満	0	0	0	1	2	2
10%以上20%未満	0	0	0	0	0	1
5%以上10%未満	0	0	0	0	1	0
5%未満	0	0	0	2	1	5
0%(未実施)	0	0	0	3	4	2
転出の実績がない	3	2	4	2	2	4
実績未把握	5	4	4	8	7	3
合計	15	15	15	22	22	22

(注) 当省の調査結果による。

(転入先市町村において、困難を抱える妊産婦の情報を把握できなかった事例)

調査対象市町村において、困難を抱える妊産婦の転居時に、個人情報保護を理由として転出元市町村から転入先市町村への情報提供が円滑に行われず、当該困難を抱える妊産婦に係る情報を十分に収集できなかったとする事例がみられた。

表3-(2)-⑤ 個人情報保護を理由として情報提供が円滑に行われなかった事例

事例の概要
<p>A市町村が、新たに転入した妊婦のリスクアセスメントをした結果、特定妊婦に認定する旨の判断をした。支援を行う上での、今後の養育能力の判断材料とするため、転出元市町村であるB市町村に対し、過去のB市町村による訪問指導の状況、本児のきょうだいの乳幼児健診歴・養育状況など、同妊婦に係る情報の提供を求めたところ、B市町村からは、既に同妊婦は転出しており、B市町村に住民票が無いこと、転出前に情報提供に係る本人の同意を得られていなかったこと、B市町村の母子保健担当の同妊婦に対する介入が浅く情報が十分でないことを理由に、情報提供を拒否された。結果として、A市町村はB市町村における過去の同児のきょうだいの養育状況等を把握することがで</p>

きなかった。A市町村の母子保健担当としては、同児のきょうだいの養育状況に係る具体的な課題を把握できていない状況では、リスクアセスメントが不十分となり、支援の緊急性の判断ができず、結果として支援が遅れる可能性があるとしている。

(注) 当省の調査結果による。

また、転出元市町村からの情報提供がない場合において、下表のとおり、転入先市町村が困難を抱える妊産婦を把握できなかった事例もみられた。

表3-(2)-⑥ 転出元市町村からの情報提供がなかったため困難を抱える妊産婦を把握できなかった事例 (表3-(1)-⑮と同様の事例)

事例の概要	
出産から要対協登録までの期間	出産から約1か月後
<p>&lt;転入時の経緯&gt;</p> <p>転出元市町村では、若年（出産時21歳）であること及び未婚であることを理由として、当該妊婦を要支援妊婦に決定し支援を実施していたが、転出に当たり、本人が同市町村に報告せず転出したため、同市町村は本人の転出を把握しておらず、転入先市町村に対する情報提供が実施できなかった。転入先市町村においては、転入時に妊婦健診受診票の交付を受けるため同妊婦が来庁していたものの、<u>要支援妊婦として支援を受けていたと認識することはできなかった。</u></p>	

(注) 1 当省の調査結果による。

2 転入先市町村では、その後、妊婦面談の際にリスクアセスメントを実施したが、パートナーの協力や本人の養育意欲など、同妊婦や家庭の様子に特に問題はなかったとして「リスクなし」と判断している。ただし、出産後は産後うつなどの事情を踏まえて、本児を要対協登録している。

#### (本人の同意のない情報提供を受けた際の対応)

このほか、転出元市町村から情報提供を受けても、情報提供に係る本人の同意が得られていない場合に、転入先市町村として本人との接触に苦慮しているとする市町村が7市町村みられた。当該7市町村から聴かれた主な意見は、表3-(2)-⑦のとおりであり、うち1市町村では、表3-(2)-⑧のとおり、実際に本人に接触するに当たり支障が生じたとする事例がみられた。

表3-(2)-⑦ 転出元市町村において情報提供に係る本人の同意が得られていないケースで  
転入先市町村としての接触到苦慮しているとする意見（主なもの）

意見の内容
○ 転出元市町村から精神科医療機関の既往歴があると情報提供されていたとしても、 <u>本人が面談で申告してくれない場合は、踏み込んで話を聞くことができず苦慮するケースがある。</u>
○ 同意を得られないことは、やむを得ないと考えているものの、 <u>本人と接触する際には本人の情報を知らない体裁を装う必要があり、その点は負担に感じている。</u>
○ 事前に転居に係るオンライン手続がなされており対面手続は最低限のみのケース、パートナーのみが来庁し事務手続が行われるケース、妊婦健診受診票の交換を行う必要のない地域から転入し面談を行わないケースについては、本人との接触が少ない又ははないため、 <u>情報提供に係る本人の同意がない場合、転入先市町村として動きづらく、対応が産後とならざるを得ない。</u>
○ 転出元市町村から本人の同意がない情報提供を受けた場合、妊婦との接触については母子保健担当を中心に行い支援を開始するが、 <u>これまでの転出元市町村での経過を妊婦と共有した上で支援を行うことができず、苦慮することがある。</u>

(注) 当省の調査結果による。

表3-(2)-⑧ 転出元市町村において情報提供に係る本人の同意が得られていなかったため  
に、転入先市町村としての接触到支障が生じた事例

事例の概要
<p>入籍していない、生活に困窮しているなど複数のリスクを抱える当該妊婦の転居に当たり、転入先市町村では、転出元市町村からの情報提供により、同妊婦は統合失調症があるものの、症状は改善したと自己判断し、治療を中断していることを把握していた。ただし、<u>転入先市町村への情報提供に当たり、転出元市町村において、本人の同意は得られていなかった。</u></p> <p>転入先市町村においても支援が必要と判断し本人に接触したが、<u>本人の同意がないことから統合失調症について把握していることを本人に伝えられず、詳しい話を聞くことができなかった。</u>また、<u>本人に転入先市町村の職員が訪問する意図を十分伝えられなかったため、本人は、何度も訪問してくる理由が分からず恐怖を感じていたということが後日分かった。</u></p>

(注) 当省の調査結果による。

一方で、転出元市町村において情報提供に係る本人の同意が得られていないケースであっても、下表のとおり、転入先市町村が、妊婦の自宅を訪問し、積極的な接触を行った事例がみられた。本事例については、結果として同妊婦は中絶していたものの、転入

先市町村が積極的に本人に接触しなければ墜落分娩となっていた可能性もあったため、本人の同意の有無にかかわらず、行政からの積極的な接触が必要な事例であったと考えられる。

表3-(2)-⑨ 転出元市町村において情報提供に係る本人の同意は得られていなかったが、転入先市町村において積極的な接触を行った事例

事例の概要
<p>転出元市町村から情報提供を受けていたものの、本人の同意は得られていなかった。しかし、転出元市町村が妊娠を継続しているかどうか不明であるとしていたことから、<u>墜落分娩を危惧した転入先市町村の職員が当該妊婦の自宅を訪問したところ、中絶していたことが判明した。</u></p>

(注) 当省の調査結果による。

また、下表のとおり、転居に当たっての情報提供に係る本人の同意の取得や、本人の同意がない場合の転入先市町村としての接触の在り方について、6市町村から、支援が必要な妊婦については市町村間で情報共有がなされていることを周知するなど、国としての仕組み作りを求める要望が聴かれた。他方で、2市町村からは、本人の意向を無視することにより関係性がこじれる懸念や、仕組みではなく面談の技法の話であるため国の支援により改善することは難しいとの意見も聴かれた。

表3-(2)-⑩ 転出元市町村において情報提供に係る本人の同意が得られていないケースの対応についての国に対する要望等（主なもの）

<p>国に対する 要望等</p>	<p>&lt;仕組み作りを求める要望&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 本人の同意の有無にかかわらず、<u>支援が必要な妊婦の情報は市町村間で共有されている</u>ということを知してほしい。例えば他市町村への情報提供に係る同意を転居時に本人からあらかじめ得ることを全国の市町村で行うこととすれば、転居時に情報提供に係る同意が得られず苦慮するケースも減少するのではないか。</li> <li>○ 本人の同意の有無にかかわらず、情報提供を受けた転入先市町村が、本人に接触するため、<u>特定妊婦の転居時には市町村間で情報共有がなされることについて、関係機関への周知にとどまらず、広く国民全体の理解を促進してほしい。</u>市町村ごとに作成している妊娠の届出時のアンケートに、情報提供に係る同意欄を設ける形で国が統一的な様式を示すことにより、転居時に市町村間で情報共有がなされることを全国的に周知することが望ましいのではないか。</li> </ul>
----------------------	--

	<p>○ 転出元市町村で本人の同意を取得する際、同意が得られない場合においても支援の必要性に応じて、<u>転入先市町村から接触する場合があることを事前に本人に通知する仕組みを国において設けてもらいたい</u>。妊娠の届出の機会にあらかじめ同意を取っておくことも手段として考えられるが、明確に拒否する妊婦もいるため、少なくとも転居時には転入先市町村に情報提供を行う旨を説明しておくことを全国の市町村共通で取り組むこととしてはどうか。</p> <p>&lt;国による仕組み作りに対する懸念等&gt;</p> <p>○ 本人の意向を無視して支援をしようとする、関係性がこじれ、ますます信頼関係が構築できなくなってしまうため、<u>国の方針等の後ろ盾があったとしても現場で対応することが難しい場合がある</u>。</p> <p>○ 同意を得られていない情報提供を受けて本人と面談する際、確かに話し方に気を遣うことにはなるが、<u>リスクの核心に迫ることができるかは面談の技法の問題であり、国において何らかの支援を行うことにより改善を図ることは難しい</u>。</p>
--	---

(注) 当省の調査結果による。

## 【まとめ】

特定妊婦の転居に係る市町村間の情報提供について、ケース移管を受けた転入先市町村における特定妊婦の認定状況をみたところ、こども家庭庁が転出後少なくとも1か月は特定妊婦として支援方針を継続することを求めているにもかかわらず、転入後に特定妊婦として認定していない事例のある市町村がみられた。このうち一部の市町村では、自市町村で定めている特定妊婦の認定基準等に該当しなければ、転出元市町村で特定妊婦に認定されていた妊婦であっても、特定妊婦には認定しない運用としていた。これらの状況を踏まえると、転入先・転出元市町村間の認識の差をなくす観点から、転出後少なくとも1か月は特定妊婦として支援方針を継続することを求めているこども家庭庁の考え方やその意義が一部市町村に十分に認識されていないと考えられる。

また、要支援妊婦について、転出元市町村から転入先市町村に対する情報提供の状況をみたところ、本人の同意の有無にかかわらず情報提供を行うこととしている市町村がある一方、本人が継続支援を希望する場合や特定の条件に該当する場合のみ情報提供を行うこととしている市町村もあった。情報提供の実施割合についても、全てのケースで行っていた市町村がある一方で、低調な市町村もみられ、特に、必要に応じて情報提供を実施しているとする市町村については、その実施率に大きな差異がみられた。くわえて、調査対象市町村において、転入先市町村から転出元市町村への情報提供の依頼に対し、本人の同意がないことを理由に情報提供を拒まれた事例がみられたほか、実際に転出元市町村からの情報提供がなかったことにより、転入先市町村において、要支援妊婦

であることを把握できなかつた事例もみられた。このように、要支援妊婦の転居時の情報提供に係る対応は市町村ごとに区々となっていたが、切れ目のない支援の引継ぎの観点からは、本人の同意に基づく情報提供や、同意によらない「特定妊婦と思われる者」として、市町村間での情報提供を着実にを行うことが望ましい。この点、こども家庭庁は、要支援妊婦が法第 21 条の 10 の 5 第 1 項による「特定妊婦と思われる者」に該当するかどうかについて、転出元市町村が個別に判断するものとしている。3（1）のとおり、特定妊婦の認定基準等が市町村によって区々となっている状況を踏まえると、転出元市町村での特定妊婦としての認定状況にかかわらず、転入先市町村においては新たに特定妊婦に認定される可能性が考えられる。このことを踏まえ、転入先市町村において「特定妊婦と思われる者」を早期に把握し切れ目のない支援につなげるためには、転出元市町村で特定妊婦に認定している者に限らず、転入先市町村に対し情報提供する必要性を考慮するよう、市町村に働き掛けることにより、市町村間での積極的な情報提供の実施を促す必要があると考えられる。

このほか、転出元市町村からの情報提供について、本人の同意が得られていなかったため、転入先市町村が本人から詳細な話を聞くことができなかつた事例がみられたほか、本人への接触に苦慮しているとする市町村からの意見も聴かれた。他方で、本人の同意が得られていないとしても、妊婦及び児の詳細な状況が不明な場合は、市町村からの積極的な接触が必要とされるケースもあると考えられる。このような本人の同意がない情報提供を受けたケースの対応について、国としての仕組み作りを求める意見が市町村から聴かれた一方で、国の方針等があっても現実的な解決は困難であるとする意見も聴かれた。このように、市町村間での情報提供に係る本人の同意が得られていないケースへの対応や考え方は、市町村によって様々であるが、多くの市町村において、苦慮しながら対応している実態がうかがわれた。

### 【所見】

したがって、こども家庭庁は、次の措置を講ずる必要がある。

- ① 特定妊婦の転居に伴いケース移管を受けた場合に、移管後少なくとも 1 か月間は転入先市町村においても特定妊婦として要対協にケース登録することについて、転居に伴う環境の変化によるリスクの増大への対応という意義の周知も含め、市町村に働き掛けること。
- ② 市町村が支援を行っている妊婦の転居時には本人の同意を得て転入先市町村に情報提供することが望ましい旨、及び「特定妊婦と思われる者」については本人の同意のない情報提供が個人情報保護法違反とならない旨を市町村に対し明確に示すこと。あわせて、「特定妊婦と思われる者」については、転入先市町村が新たに特定妊婦に認定する可能性を鑑み、本人の同意が得られない場合でも転出元市町村から情報提供す

る必要性を考慮するよう市町村に働き掛けることで、市町村間での積極的な情報提供が実施されるよう促すこと。