

令和7年度 児童虐待の発生予防等に関する研修会

と き 令和7年11月30日(日) 10:00～12:00

ところ 山口県医師会6階 会議室

(Zoom「ウェビナー」を使用したWeb方式併用)

[報告：常任理事 河村 一郎]

令和3年度から本会の主催で開催している標記研修会について、今年度も山口県産婦人科医会、山口県小児科医会並びに山口県の共催により、Webでの視聴も可能としたハイブリッド開催にしたところ、当日は会場32名、Web70名、計102名の参加があった。

特別講演1

小さな命と向き合う場所

～乳児院の役割と現状～

社会福祉法人中部少年学院乳児院なかべ学院

院長 藤本 純子

山口県で唯一の乳児院である「乳児院なかべ学院」では、さまざまな事情により家庭での養育が難しい乳幼児を受け入れ、専門職員が24時間体制で養育を行っている。ここでは全国の乳児院の現状とともに、当院の取組みや子どもたちを取り巻く課題について紹介する。

全国の乳児院の現状

令和7年4月1日現在、全国には147の乳児院があり、2,225名の乳幼児が生活している。令和6年度より減少したものの、依然として多くの子どもたちが安心できる居場所を必要としている。令和6年度の新規入所児1,437名のうち、健全児は1,031名(約72%)であった。しかし、その中には、診断はないものの発達上の課題があり、個別対応を必要とする子どもが233名含まれている。病虚弱児は358名で、低出生体重児が最も多く、精神・神経疾患、呼吸器疾患など医療的ケアを必要とする子どもも少なくない。障害児は48名で、知的発達遅滞や染色体異常が中心である。入所理由では虐待が46.3%と最も多く、

特にネグレクトが突出している。被虐待児は全体の半数を超え、乳児院が虐待対応の重要な役割を担っていることが分かる。年齢では6か月未満が53%と半数以上を占め、出生直後からの入所が多いことが特徴である。

乳児院なかべ学院の歩み

当院は戦後の戦災孤児保護を目的に設立され、昭和26年に乳児預かり所としてスタートした。昭和45年には定員48名と多くの子どもが生活していたが、平成31年に現在のユニット型施設へ新築移転し、より家庭的な環境での養育が可能となった。現在は3ユニット6ホームで構成され、各ホームにキッチン・寝室・養育室・浴室などを備え、家庭に近い環境で生活している。子どもたちは院庭で遊んだり、近隣の公園やスーパーへ出かけたり、地域の中でさまざまな体験を積んでいる。ユニット名は「光」「輝」「夢」で、子どもたちが心身ともに光り輝き、将来の夢に向かって羽ばたけるよう願いを込めている。

スタッフ体制と担当養育

当院には看護師・保育士・児童指導員を中心に48名のスタッフが勤務している。担当養育制を導入し、1人の子どもに1人の担当養育者を配置することで、愛着形成を大切にしたい関わりを行っている。令和7年11月1日時点の入所児童は25名で、近年は3歳以上の在籍が増え、発達状況や家庭復帰の調整に応じた柔軟な養育が求められている。

入所理由の変化

令和7年度は10名が新規入所し、養育拒否、

障害、出生時の呼吸障害などが背景にあった。令和4～6年度の比較では、虐待による入所が減少し、経済的困窮による入所が増加している。虐待ケースは一時保護で対応されることが多く、入所に至らない傾向がみられる。

事例から見る支援の実際

講演では、虐待疑いのAちゃん、養育困難のBちゃんの2つの事例を紹介した。Aちゃんは生後1か月で大腿骨骨折が判明し、一時保護入所となった。入所後は哺乳が安定し、笑顔も増えていったが、兄への虐待通告により家庭復帰の調整が中断。最終的に祖父母の支援を得て、現在は再び家庭復帰に向けた面会を進めている。Bちゃんは先天性疾患と哺乳障害があり、実母の育児疲弊とDVが重なり一時保護となった。入所後も体調不良で4回入院し、職員が24時間付き添った。実母がパートナーと別れ、実家の支援を得たことで、最終的に家庭復帰が実現した。どちらのケースも、保護者の困難さと支援不足が背景にあり、実家や関係機関の支援が改善につながった点が共通している。

退所支援と地域への広がり

子どもたちは概ね3歳をめどに退所する。家庭復帰、里親委託、児童養護施設への措置変更など、子どもにとって最善の形を検討しながら進めている。また、当院は地域の子育て支援にも力を入れており、ショートステイやトワイライト預かり、「育児サロン親子クラブ」、離乳食提供の「ベビー食堂パパママカフェ」など、地域に開かれた支援を展開している。

おわりに

乳児院での生活は、子どもたちの記憶には残らないかもしれない。しかし、ここで確かに受け取った「愛されて育つ経験」は、必ずその子の未来を支える力になる。今後も、乳児院が培ってきた専門性を地域に活かし、総合的な乳幼児支援の拠点として役割を果たしていきたいと考えている。

特別講演2

妊産婦の自殺の現状とその削減のための取り組み

昭和医科大学医学部産婦人科学講座教授/
日本産婦人科医会常務理事

(医療安全・母子保健担当) 関沢 明彦

1. 妊産婦死亡の定義

妊産婦死亡はWHOでは「妊娠中又は妊娠終了後42日以内に、妊娠の期間や部位にかかわらず、妊娠に関連する原因又は妊娠によって増悪した原因により死亡すること。ただし、不慮の事故や偶発的原因による死亡は含まない」と定義されている。また、妊産婦死亡は直接産科的死亡(direct obstetric death)と間接産科的死亡(indirect obstetric death)に分類される。直接産科的死亡は妊娠・分娩・産褥に直接起因する合併症、又はその管理に伴う合併症による死亡をいい、産科出血、子癇、羊水塞栓症、妊娠高血圧症候群に伴う脳出血、産科感染症などが原因となる。一方、間接産科的死亡は妊娠が誘因・増悪因子となって死亡に至った既往疾患や併存症によるもので、心疾患、糖尿病、脳血管障害、感染症(インフルエンザなど)などが原因となる。自殺については海外では、妊産婦死亡に含めない国がある一方、自殺による妊産婦死亡を確実に認識してその削減に取り組むために英国では直接産科的死亡に分類している。日本産婦人科医会の妊産婦死亡報告事業においては、妊娠時には間接の基準を満たさず、妊娠以後に精神症状が出現した場合、又は妊娠時には間接の基準を満たさずに妊娠以後の精神症状の有無が不明の場合には直接産科的死亡に、妊娠前から精神疾患の診断、状態がある場合には間接産科的死亡に分類している。

一方、後発妊産婦死亡(late maternal death)とは妊娠終了後43日～1年未満の間に妊娠関連原因での死亡をいう。政府が発表する母子保健統計のなかでの妊産婦死亡は妊娠中又は妊娠終了後42日以内の妊産婦の死亡を対象にしているが、妊産婦死亡報告事業では妊娠終了後1年未満までの妊産婦の死亡を広く収集して、集計している。

厚生労働省が公表する母子保健統計には妊娠終了後42日目までの妊産婦死亡についてのデータが掲載されている。2021年の妊産婦死亡率は

表1 妊産婦死亡報告事業での自殺事例のまとめ

直接産科的死亡 N=18			間接産科的死亡 N=28			後発妊産婦死亡 N=21		
X70	縊頸	9	X61	薬物	2	直接	自殺 (X)	14
X80	飛び降り	7	X67	ガス	1	間接	自殺 (X)	7
X81	飛び込み	1	X70	縊頸	16			
X84	方法不明	1	X80	飛び降り	8			
			X84	方法不明	1			

2.5 で、年々減少傾向が観察されてきたものの、2022 年以降は増加した状況にあり、2024 年は 4.6 と報告されている。

2. 日本産婦人科医会の妊産婦死亡報告事業における自殺統計

妊産婦死亡報告事業は 2010 年からスタートした事業であり、妊娠終了後 1 年未満の妊産婦の死亡を広く報告依頼しているものの、当初は自殺の報告事例は僅かであった。その後、本事業の認知が進み、自殺事例の報告も次第に増えてきて、2020 年には死亡原因別で自殺が 1 位となっている。妊産婦死亡報告事業の自殺事例は 42 日以内の事例が 3 分の 2 で、妊娠中の自殺は妊娠前から診断されている間接産科的死亡に分類されるものが 3 分の 2 と多く、逆に後発妊産婦死亡は、直接産科的死亡に分類されるものが 3 分の 2 と多い (図 1)。自殺の方法であるが、妊産婦の死亡では「縊頸」や「飛び降り」が多い (表 1)。

時期別の妊産婦自殺数を図 2 に示す。本事業では妊娠初期の自殺が報告されていない。また、産後、特に 2 か月以降の自殺の報告が少なく、報告は産婦人科医が管理する妊娠初診後から産後 1

か月健診までが中心で、この事業で妊娠してから妊娠終了後 1 年未満の妊産婦の自殺の全体像の把握は難しい。

本事業では、自殺に至る背景をある程度把握可能であり、その背景要因を分析した結果を図 3 に示す。自殺には家族やパートナーとの問題、身体的な不調、児の異常や入院など多くの因子が複合的に関与していることが分かる。

3. 東京都監察医務院での異常死の検討

2005 ~ 2014 年の 10 年間の東京都監察医務院での妊娠中から産後 1 年までの異常死についての調査結果が報告された。この報告によると 10 年間で 89 件の異常死があり、そのうちの 63 件が自殺によるものであった。出生数を加味すると、10 万出生当たり 8.7 人の自殺による妊産婦死亡 (妊娠終了後 1 年以内) があったことになり、当時、妊産婦死亡率 (分娩後 42 日以内) が 5.8 人 /10 万出生よりも大幅に多いことから、その対策の重要性が示す貴重なデータとなった。このデータから妊産婦の自殺の時期としては妊娠初期に最も多く、産後は産後 4 か月に最も多いことが示された (図 4)。また、妊娠中の自殺の約

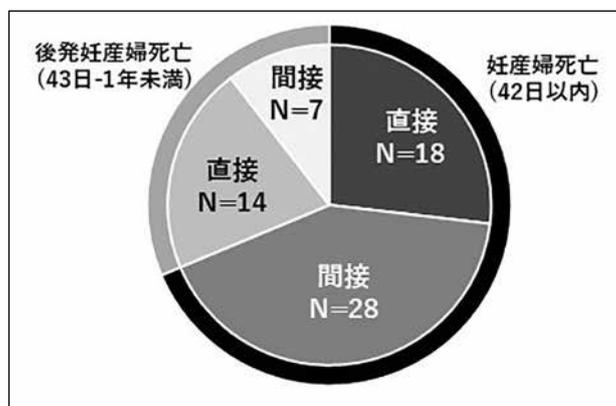


図 1 自殺事例の分類 (妊産婦死亡報告事業)

40%、産後の自殺の約50%に精神疾患があることも示された。

4. 出生データと死亡データ、死産データをリンケージ解析する試み

厚生労働科学研究費を用いた研究班（森臨太郎班）において、行政が持つ2015年と2016年の出生データ、死亡データ、死産データをリンケージして解析することで、妊産婦死亡を把握する試みが行われた。出生データと死亡データをリン

ケージして、また、死亡データと死産データをリンケージして産後1年未満の産婦を同定、さらに、死亡データの中に妊娠関連の語句やコードのあるものを抽出することで、妊産婦死亡を推定した。その結果、妊娠中から産後42日以内の妊産婦で132人、産後1年以内で357人の妊産婦死亡が確認できた（図5）。2015年と2016年の出生数の合計が1,982,963人であったことから、妊産婦死亡率は妊娠終了42日以内で6.66/10万出生、妊娠終了1年以内で18.0/10万出生とな

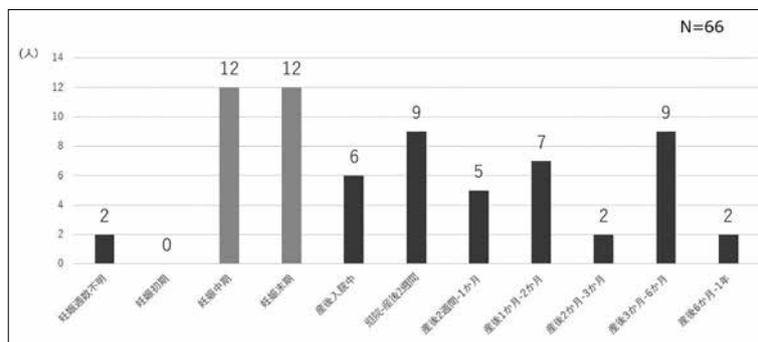


図2 妊産婦死亡報告事業（日本産婦人科医会）における妊娠・産褥期の時期別の自殺者数（2010-2024年）

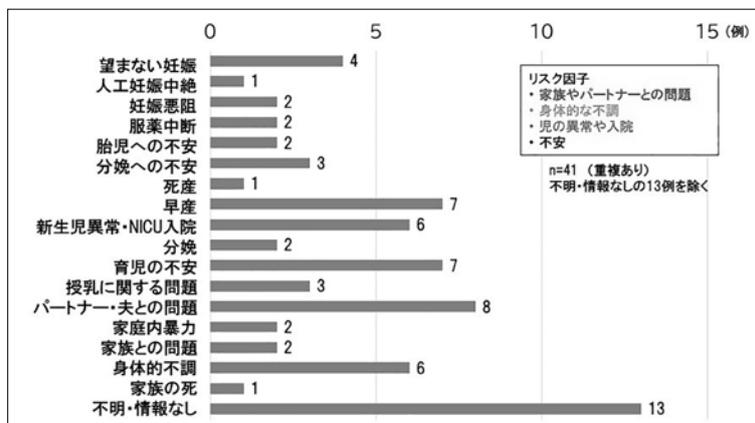


図3 妊産婦死亡報告事業にみる自殺事例の背景要因

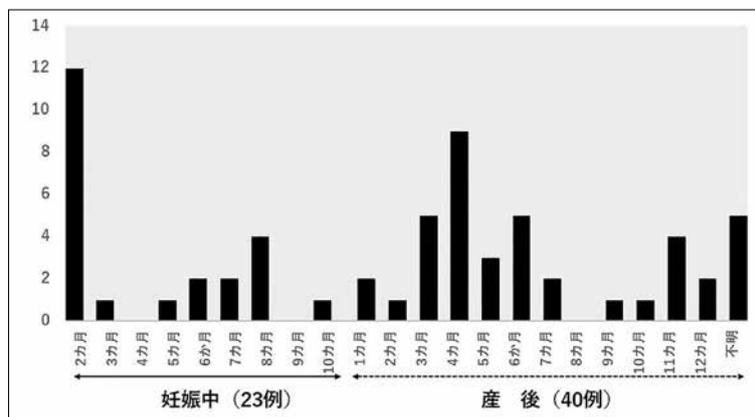


図4 東京都における妊産婦の自殺の時期（2005-2014）

り、これまで公表されてきた母子保健統計の妊産婦死亡率に比べて、非常に高率である実態が明らかになった。妊娠終了42日以内と妊娠終了1年以内の妊産婦死亡とで比較して、直接産科的死亡はそれぞれ66例と74例で増加が限定的であった一方、間接産科的死亡では48人と236人で大幅に増加した。死因別では、自殺が12.9%と28.6%であり、後期妊産婦死亡の時期に特に自殺が多いこと、また、妊娠終了1年以内までの妊産婦死亡全体で自殺が最も多い原因であることが確認された。

5. 警察庁自殺統計（自殺対策白書）での解析

警察庁では死因が自殺と判断された場合に現場の警察が自殺統計原票を作成しており、2022年以降、女性の自殺については妊娠中や産後1年以内に該当する場合には妊娠の状況について記録することとなり、その自殺原票をもとに妊産婦の自殺の状況が把握できるようになった。厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センター（JSCP）が日本産婦人科医会と協働で、このデータの解析を行っており、その解

析データは毎年公開できることになった。しかしながら、そもそも警察が自殺と判断していない自殺もありえること、妊娠初期で家族にも妊娠したことを伝えていない場合など警察が妊婦と判断する方法には限界があることなどから、正確な妊産婦の自殺数を反映できる統計ではないことに注意する必要がある。

2022年から妊産婦の自殺数（産後1年以内の自殺）が公表され、その数は2022年65件、2023年53件、2024年44件であり、3年間で162件であった。そのうち、妊娠中の自殺は45例（28%）、産後2か月以内が26例（15%）、それ以降が91例（56%）であった（図6）。自殺率を同年齢の女性と比較すると、20代前半では同等であるものの、20代後半から30代後半までは自殺率が低く、40代前半では逆に上昇（16.6/10万出生 vs 11.1/10万女性）し、全体での妊産婦死亡率は7.3/10万出生となることが示された。

そのなかで、興味深いデータは、妊娠中の自殺は2.0/10万出生であるが、自殺は20代の前半に多い一方、産後の自殺は20代後半が最も少な

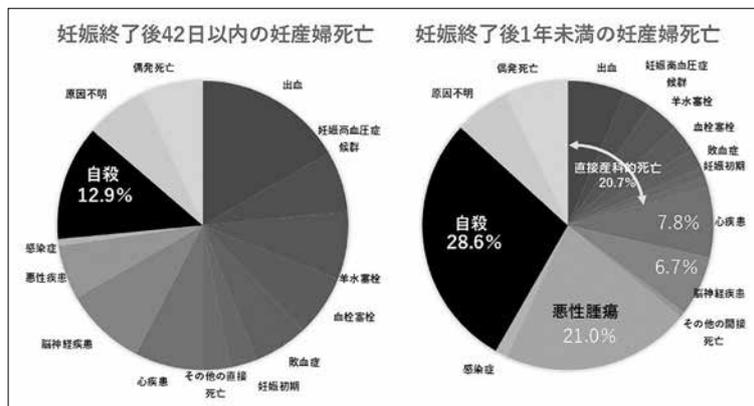


図5 妊産婦死亡の時期別の原因別内訳：厚労科研森班のリンケージ解析（2015-2016）

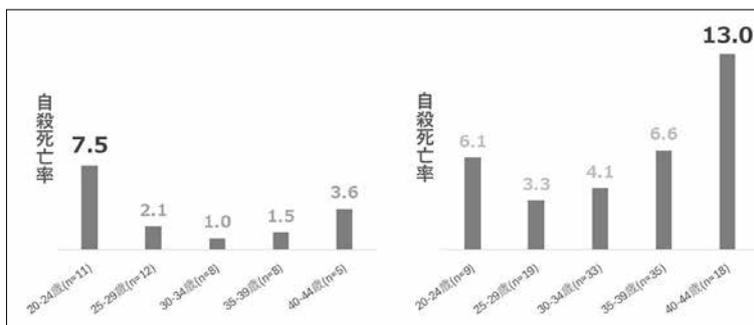


図6 警察庁の自殺統計からみた母体年齢の妊娠中と産後の自殺率への影響

いもののその後は年齢とともに増加し、40代に最も高率であった。自殺の動機は妊娠中には交際問題が36%を占め、特に配偶者がいない場合には67%で交際問題が理由として挙げられていた。配偶者がいる場合には家族問題、健康問題が多くを占めていた。一方で、産後については家庭問題が72%、健康問題が54%であり、この家庭問題としては子育ての悩みが82%と多く、健康問題としては精神疾患（うつが79%）が多いことが報告された。

考察とまとめ

これまで妊産婦の自殺については多くの調査によりその数の推定が行われ、いわゆる疾患による妊産婦死亡に比較して自殺が非常に多いことが問題となっていた。そこにJSCPから警察自殺原票を基にしたデータが公表されたことで、まだまだ限界はあるものの実態に近い妊産婦の自殺の状況が明らかになった。このJSCPのデータによると、妊娠中の自殺には妊娠初期の自殺が多く、特に20代前半で配偶者なしの女性で、交際問題による自殺が多いことが判明した。日本産婦人科医会の妊産婦死亡の報告の中に妊娠初期の自殺の報告がないことからすると、これらの女性は、産婦人科を受診することなく、自殺していることになり、産婦人科医の力の及ばない範囲のできごとともいえ、社会的な支援体制の充実によって解決していかなければいけない課題と考えられる。妊娠

検査薬に支援の情報を載せておくなどの対応が行われている地域もあるが、産婦人科での妊娠検査や妊娠相談を無料化して、相談しやすくするなどへの対応も必要と思われる。同時に、教育の中でも、妊娠した場合の社会支援体制などについて伝えることなどが重要であると思われる。

一方、産後の自殺は20代後半から年齢とともに増加し、40代前半では20代後半の約4倍と高頻度である。自殺の要因としては、子育ての悩みや自身の精神疾患のことが多くを占め、産婦人科医の妊産婦メンタルヘルスケアの充実で自殺を削減できる可能性が示唆される。

最近、東京都23区での妊産婦異常死の調査（2015年～2022年東京都監察医務院の調査）の結果が報告され（Takeda J, Takeda S, Hikiji W. Recent Trends in Maternal and Postpartum Suicide and Countermeasures. JMAJ. 2022 Apr 15;5(2):268-269.）、10年前の統計に比べて自殺による妊産婦死亡率が43%減少しているというデータも出てきている（図7）。さらに、JSCPのデータでも自殺による妊産婦死亡は2022年65件、2023年53件、2024年44件と徐々に減少してきている。これらの結果は、近年の妊産婦に対するメンタルヘルスケアの充実や産後ケアの拡充によるところもあると思われる。妊産婦メンタルヘルスケアの活動は地道な活動ではあるが、こういった活動の充実によって、妊産婦死亡がさらに減少していくことが期待される。

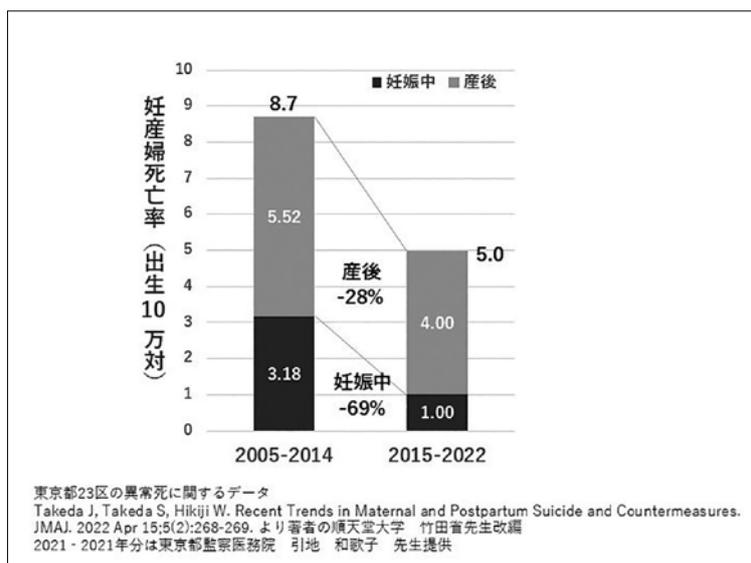


図7 東京都23区での妊産婦異常死の調査（2015年～2022年東京都監察医務院の調査）：都区部の妊産婦死亡率の変化