

I はじめに

Kempe が”The battered-child syndrome”を報告して 50 年以上が経った。わが国の子ども虐待への対応は、長らく福祉行政のみの対応が続いていたが、最近になってようやく保健医療や教育、司法も含めた学際的な対応が現実化し始めている。

第 44 回研究会は 2014 年に名古屋市で開催された。同年 9 月に名古屋市において ISPCAN (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect)と JaSPCAN (日本子ども虐待防止学会)合同の国際学会が開催される。今回は日本で初めての開催である。

本稿では、保健医療の視点からわが国における子ども虐待への対応を振り返るとともに、今後の展望について考察する。

II 子ども虐待への対応を振り返る

1. 国際保健医療関係者の子ども虐待への意識

ISPCAN は、子どもの権利を侵害する physical abuse, sexual abuse, neglect, street children, child fatalities, child prostitution, children of war, emotional abuse and child labor から子どもを守ることをミッションとしており、法律で定義されたわが国の子ども虐待より幅広い領域に視点がある²⁾。

日本での研修に訪れたアジアやアフリカ、中南米などの開発途上国の保健医療関係者に対して、著者が担当した講義の中で、親の子育て不安や子ども虐待に関する個人的な印象について、共通の質問紙を用いて尋ねてみた³⁾。国によっては、子ども虐待の統計がまだない場合や中国の one child policy では子ども虐待は存在しないとの意見など、子ども虐待への意識はさまざまであった。彼らが子ども虐待と認識する行為は、多くの場合、

家庭の貧困に起因する児童労働が共通に挙げられ、性搾取も話題となっていた。彼らの印象は、まさに ISPCAN が提唱する子ども虐待の裾野の広さと一致している。

2. 児童福祉分野の対応

わが国では「児童虐待の防止等に関する法律」が 2000 年 (平成 12 年) に施行され、その後の児童相談所における相談受件数の著増に示されるように、その前後からの社会的関心が一気に高まった。ただ、わが国の子ども虐待に関する法律は、遡ること 67 年前の 1933 年 (昭和 8 年) の児童虐待防止法が最初である。要保護児童に対する地方長官の権限として、親権者への指導や親権者から子どもを引き取り第三者に委託することが明記されていた。また、児童労働を禁止することも大きな柱であり (表 1)、当時出版された解説書⁴⁾には、関連法規として藝妓営業取締規則、特殊飲食店営業取締規則など子どもの就業を制限する条文が附されている。しかし社会の貧困を背景に児童労働は容認され、保護される児童はほとんど皆無であったという⁵⁾。

1947 年 (昭和 22 年) の児童福祉法の制定により要保護児童の措置に関する条項は、児童福祉法に引き継がれたが、1990 年頃までは児童相談所が受理した児童虐待件数は年間数百件程度と、現在からみればきわめて少ない対応しかなく、見出されなかった。児童福祉分野のみの対応には大きな限界があったと考えられる。

そのような状況の中、愛知県知多郡武豊町に居住する家庭でネグレクトによる死亡事件が起きた⁶⁾。当時は、「小牧市のクーラーボックス事件」など、自治体名を冠した見出しでメディアが取り上げることが多く、子ども虐待は、特別な家庭に起きる特別な状況との認識しかされていなかった。

武豊町の事件が 2000 年 12 月と新しい法律の施行直後であったためか、関係者はメディアからの執拗な取材と関係機関の間の責任転嫁に巻き込まれてしまった。この事例に対しては、保健センターの保健師と医療機関の医師等が個々に対応せざるを得ない状況であったのだが、機関連携の不備などシステム改善よりも、個々の担当者への批判に終始してしまっ。愛知県の児童福祉主管課が開催した県レベルの行政機関によるこのケースの

表 1. 児童虐待防止法 (昭和 8 年)

第七條

地方長官ハ 輕業、曲馬又ハ戸戸ニ就キ、若ハ道路ニ於テ行フ諸藝ノ演出、若ハ物品ノ販賣其ノ他ノ業務及行爲ニシテ児童ノ虐待ニ涉リ又ハ之ヲ誘發スル虞アルモノニ付必要アリト認ムルトキハ児童ヲ用フルコトヲ禁止シ又ハ制限スルコトヲ得

検討会で、ある保健所長が「そもそも児童福祉分野が担当するべき子ども虐待に対して、保健分野の組織が責任を問われることは筋違いである」との主旨の発言を著者は聞いている。愛知県の行政機関においては、子ども虐待への対応は未だ黎明期にあった。

3. 「健やか親子21」と子ども虐待

厚生労働省は、21世紀初頭における母子保健の国民運動計画として2001年（平成13年）から「健やか親子21」を実施した。その基本的な視点の第3番目に、「20世紀終盤に顕在化し21世紀にさらに深刻化することが予想される新たな課題に対応する」ことが示され、思春期保健や育児不安、子どもの心の発達の問題とともに、子ども虐待への取組の強化が掲げられた。子ども虐待が保健分野の課題と明確化されたエポックであった。

しかし、2013年（平成25年）に実施されたその最終評価では、「児童虐待による死亡例」の指標は「変わらない」、「法に基づき児童相談所等に報告があった被虐待児数」の指標は、当初計画では「増加を経て減少へ」としていたが、実数は3倍近くの増加となった。

最終評価においては、2004年（平成16年）の法律改定により通告義務の範囲の拡大（虐待を受けたと思われる場合も含む）とDV事案で同伴児がいる場合の警察からの通告が急激に増えたことから、「評価できない」とされたが、被虐待児童数が増加していることに変わりはない（図1）。

この間、要保護児童対策地域協議会の設置や何らかの法律の改正、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業などが開始されたが、死亡例の減少や被虐待ケースの減少などのアウトカムの改善には至っていない（図2）。「早期発見」からの介入では限界があることと考えることができる。

平成23年以降、要支援児童や特定妊婦に対する、保健・医療・福祉の連携に関する通知等が発出され、ようやく妊娠期からの予防的な支援の視点が盛り込まれた。

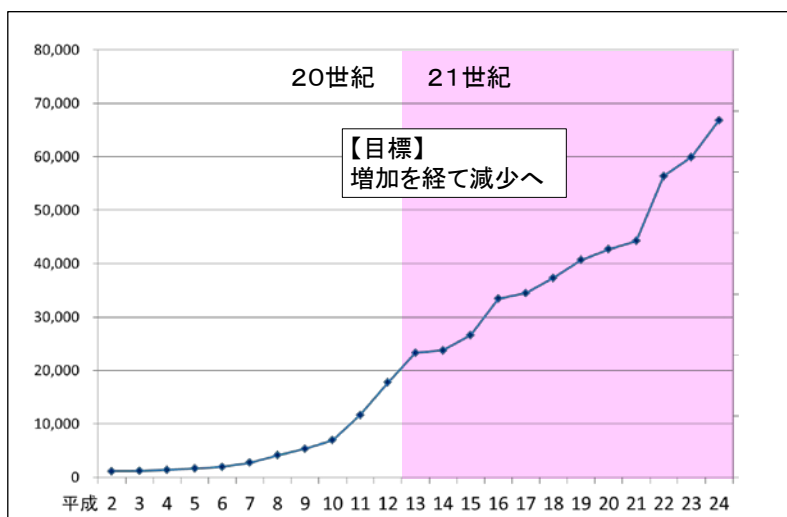


図1. 法に基づき児童相談所等に報告があった被虐待児数

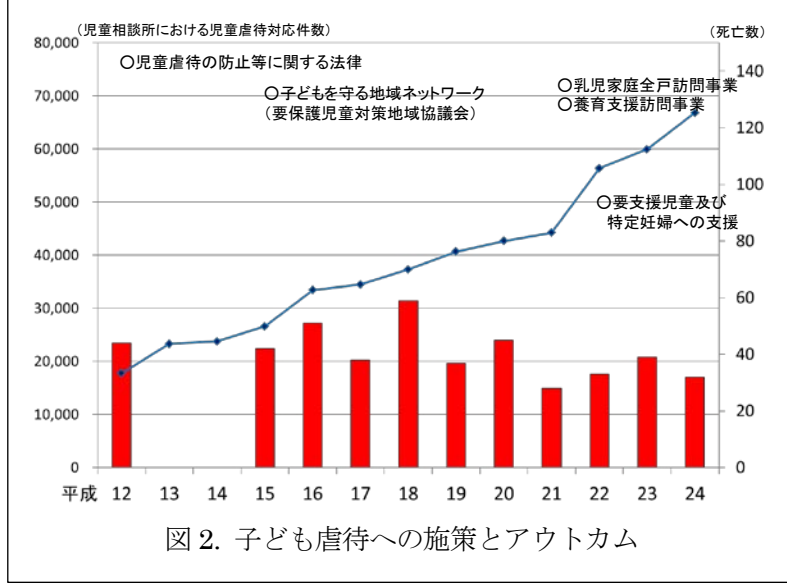


図2. 子ども虐待への施策とアウトカム

現在、「健やか親子21（第2次）」の策定が進められているが、都道府県や市区町村の母子保健計画の方向性を示す国の計画において、「妊娠期からの児童虐待防止対策」が、2つの重点課題の一つに挙げられている。

III 日本の保健医療システムにおける対応

1. 保健医療機関における子ども虐待への対応

保健医療機関における子ども虐待への対応には、主に3つの役割がある（表2）。

第一は、小児救急医療等における子どもの安全確保の役割である。事故や外傷に混じって受診する身体虐待のケース、とりわけ乳幼児揺さぶられ症候群やMunchausen syndrome by proxyなどに対して、表面上の所見への治療のみで終わった場合には、死亡や重大な後遺症につながることも

表 2. 子ども虐待に対する保健医療機関の役割

- (1) 小児救急医療等での安全確保
早期発見と通告・一時保護（入院）の受託
臓器移植法改正による関心の高まり
- (2) 児童精神科医療としての治療的対応
トラウマケア
措置や家庭復帰プログラム
- (3) 機関連携による予防的対応
特定妊婦・要支援家庭
産科・周産期医療と母子保健の連携

ある。

医療現場での虐待の発見と通告は、法律にも記載された医療従事者の責務である。しかし発見・通告は介入の端緒であって、ゴールではない。

児童相談所が行政措置として子どもの一時保護を行う際にも、子どもの状況に医療的対応が必要な場合には、親権者の同意なしの入院を一時保護として病院が受託する役割もある。2010年（平成22年）の臓器移植法の改正により、15歳未満の小児からの脳死下での臓器提供も可能になった。臓器提供者については虐待の可能性を否定する必要があり、小児救急診療場面でのマニュアルの見直しなど関心が高まっている。

第二の役割は、児童精神科医療としての被虐待児へのトラウマケアを中心とした治療的対応である。子ども虐待の対応件数の急激な増加を受け、わが国ではこの分野の診療体制は、いくつかの先進的な医療施設において取り組みが進んでいるが、未だ十分とは言えない⁹⁾。福祉機関が、行政措置や家庭復帰プログラムを実施するにあたって、医療機関での子どもの評価や治療と並行した対応も行われている。

第三の役割は、保健機関と医療機関の連携による妊娠期からの支援などの予防的対応である。

子ども虐待は、子育てという親子が密着し、連続した時間を過ごす中で親から子どもになされる行為である。その行為が不適切であるか（abuse）または必要な行為が行われないか（neglect）の二つ側面を持

つが、その行為は通常の子育て行為と連続性を持つ。死亡例など重篤な結果を残す行為に至るかどうかの分岐点は、家族の孤立の程度にある。

現代の家族には、父母同士の孤立、親族からの孤立、近所の住民からの孤立など多かれ少なかれ何らかの孤立がある。その程度が度を超え、他からの支援が必要な状態にもかかわらず地域の関係機関に対して孤立や拒絶が起きた時、重大な結果につながる可能性が高まる。

2009年（平成21年）の児童福祉法の改定で、乳児家庭全戸訪問事業と、特定妊婦や要支援児童を持つ家庭への養育支援訪問事業が開始された。妊娠期から出産期への妊婦のemotionに対するサポート、支援者との出会いである乳幼児健診、保育所・子育て支援センターなどからの直接の親への子育ての支援など、多職種がさまざまな形でかわる子育て支援策が広まろうとしている（図3）

しかし、支援策は必要な対象者に届かなければ意味がない。支援が必要な親や家族の中には被虐待歴を持つなど、それぞれの生活史の中で他者との関係に困難を感じながら生きてきた場合も少なくない。妊娠・出産というライフイベントを契機として、親が他者との信頼関係を再構築することが虐待予防の原点となる。

妊娠届出時に親や家庭の状況を把握し、早期の支援につなげようとの試みが全国的に始まっている⁹⁾。愛知県では妊娠届出書の書式に追加する質問内容を統一し、母子健康手帳交付時の面接で妊娠期からの支援の必要な妊婦の把握に取り組んで

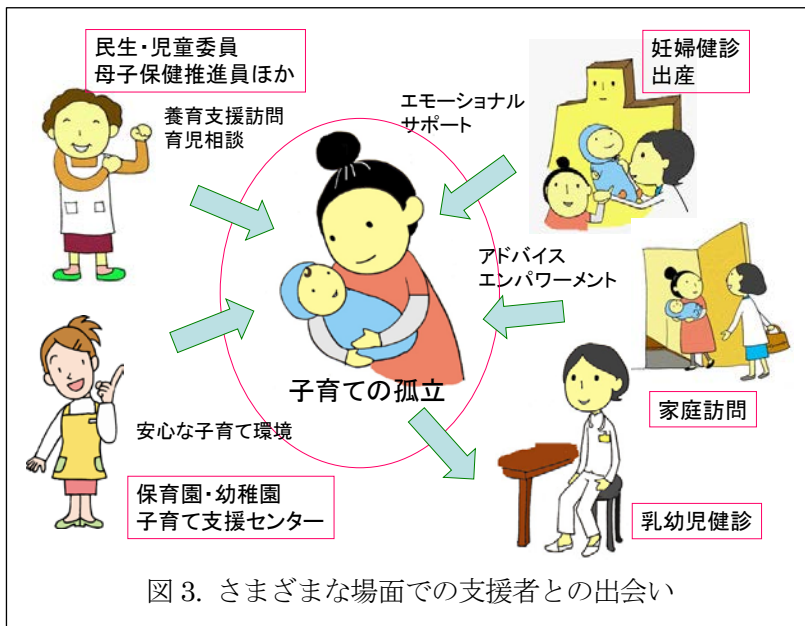


図 3. さまざまな場面での支援者との出会い

いる¹⁰⁾。これに合わせて市町村では、妊娠期から母子保健担当課と児童福祉担当課が支援体制を整える事業が始まっている¹¹⁾。これまで低出生体重児など主に子どもに要因がある場合に、医療機関と保健機関が連携して支援するハイリスク児へのサポート体制が構築されてきたが、最近では親や家庭の要因にも注目した支援が求められている¹²⁾。保健機関が中心となり、医療機関や福祉機関などと連携し、妊娠期から子育て期へと支援が継続することが、特定妊婦や要支援児童への対策として必要である。さらに、保育・教育機関などとも連携し、子どもの自立に向けた支援の継続が求められている。

2. 子ども虐待への当センターの取組

あいち小児保健医療総合センター（以下、当センター）での子ども虐待への対応のうち、心療科（児童精神科）を中心とした治療的対応と、院内組織である保健センターでの予防的な対応について述べる。

1) 児童精神科を中心とした治療的対応

心療科での被虐待児へのこころの治療とこれを支える院内ネットワーク活動については、これまでに1,000件を越えるケースに対応してきており、良好な治療結果に至った例も少なくない。しかし、病院での治療は親の同意が前提であり、「子育て支援」外来に通院することを拒絶した場合には、い

かに有効な治療手段でも、その効力を失う。

初期には、外来に受診した虐待症例のうち2割以上が受診中断してしまっていた。このためケース会議とは別に、ケースの進行管理を行う院内ネットワーク会議を月例で開いて情報共有に努めた。地域関係者とも連絡を密にし、中断の際には地域関係者が再受診を勧奨するなどの協力で、中断例は減少してきた。また、保健センターの保健師が、受診の度に丁寧に家族の相談に対応することで、受診が継続される場合も少なくない。地域関係者や保健センターの保健師の相談など、日常に繰り返される小さな支援が、こころの治療の継続にとって極めて重要である¹³⁾。

2) 妊娠・周産期からの予防的な対応

当センターでは子ども虐待に対する予防活動として、ファミカ（ハローファミリーカード）プロジェクトを2006年から継続している。

医療機関と保健機関の現場では、連絡票を用いた情報共有など、妊娠・周産期からの子育て支援の取り組みが始まっている。しかし現実には、医療機関と保健機関との間や支援するスタッフ間の認識の違い、支援が必要と感ずる人ほど対応が困難など課題も数多い。このプロジェクトは、愛知県の保健所が取り組んでいる医療機関と保健機関の連携に対して、管内の保健機関と医療機関のスタッフが共通意識を持って連携し、スタッフと被支援者との気持ちをつなぐための工夫である。



図4. ファミカの一例

病院の情報を印刷したファミカの反対面に居住地の地域の保健センターのシールを貼ったファミカの一例。

病院のスタッフが、退院後に病院に相談できると伝えるだけでなく、カードを示しながら、地域の保健センターへの連絡の同意を促すきっかけにもなる。また、保健センターが信頼できる相談相手であると伝えることもできる。

県保健所でも相談窓口等の情報を印刷したファミカを、地域の保健センターもその施設の情報を印刷したファミカを、そのまま名刺代わりに利用したり、裏に連携先の医療機関の情報を記入して利用する場合もある。

ファミカの情報は決して多くない(図4)。しかし、このカードを利用している地域では、カードを渡すスタッフ(助産師・看護師・保健師)、カードを受け取る母親から高い評価を受けている¹⁴⁾。

その理由は、ファミカの使い方にある。

妊娠から分娩、育児へとつながる母と子の営みに直接かかわるスタッフは、母親の様子や態度から子育て状況に不安を感じることが少なくない。しかし、医療スタッフとして何が出来るのか、立ち止まってしまう。その時にカードを直接手渡ししながら、「よかったら病院に電話をくださいね。保健センターの保健師さんに相談もできるのよ。」などと伝える。これがファミカ利用の基本形である。一枚のカードは、渡す人(スタッフ)の気持ちともらった人の気持ちをつなげるツールとなっている。

スタッフから見て、相談して欲しいと感ずる人ほど支援は難しい。スタッフから直接手渡された場合は、顔見知りのその人に話をするという気持ちになる。カードには相談時間も書いてあり、たいいていは夜間に相談できないものの、翌日確実に相談できる相手があると思うだけで、気持ちが落ち着くこともある。こうした気持ちのつながりが大きな安心感となる。

現在、ファミカは愛知県内の2中核市と8保健所管内の総計97か所の保健機関と医療機関・助産施設で利用されている。その利用方法は、病院や保健センターごとに異なっている。現場スタッフのニーズに応じた利用方法を工夫することで、ファミカが有効なツールとなる。

カードを導入した病院では、「カードがあったので相談するところがよくわかったといわれた。」とか「赤ちゃんがかわいくないと思う。カードがあったから相談してもよいかと思って電話しました。」「入院中ノーマークだった母から『いま、腕(リ

スト)を切りました。カードがあったから電話しました。』との電話が入った。」などの連絡があったという。

ファミカ導入前後のスタッフ・アンケートでは、「連携の際に同意を得ている」との回答が増加した¹⁵⁾。病院助産師が「双胎の育児不安をもつケースに対して、保健師と連携してフォローし、産後のうつ症状が軽減した」とか、保健センターの保健師が「私たちがかかわることで、母が出産した病院の医師や助産師さんに不安や心配を相談できるようになった」など連携も進んでいる。

母親たちは、ファミカを病院の診察券などといっしょに母子健康手帳に挟んでいる。病院でも保健センターでも同じカードが渡されていることで、支援者同士もつながっていると感ずることが多いという。

ファミカは、単に情報を知らせるためのインフォメーション・カードではない。渡すスタッフともらう人の気持ちをつなぎ、子育て支援者同士の気持ちを目に見える形でつなぐツールである。ファミカによって、子育て支援の人の輪が拡大することを期待するものである。

IV 今後への展望

1) 子育て支援と母子保健活動

愛知県では、乳幼児健診において子育て支援の必要性を判定する共通の項目を定めている^{16),17)}。

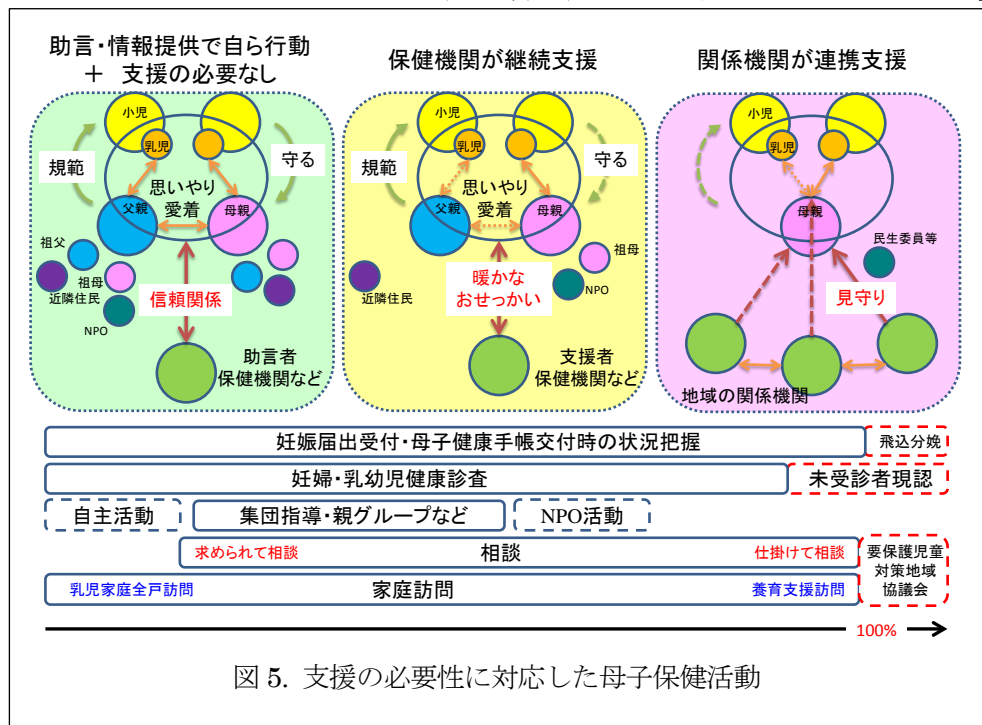


図5. 支援の必要性に対応した母子保健活動

子育て支援の必要性から見ると、地域で暮らす親子には、支援の必要のない親子や子育て上の困難があっても支援者からの助言や情報提供で自ら解決できる親子がいる。また子育て上の困難に対して保健機関の継続支援により解決に向かう場合と保健機関が他機関と連携した支援が必要な場合がある。これらの子育て支援の必要性の判定と、その対象となる親子の関係性や祖父母、近隣との関係を典型的に図示した (図 5)。

子育て家族には、さまざまな状況がある。健康的な状況では、父親・母親の子育ては、それぞれの祖父母や近隣住民、NPO などの仲間により支えられている。この場合保健師等は、「助言者」として必要な時にかかわることができる。

保健機関が、継続的な支援が必要と判断する場合には、父と母や親子の関係性が希薄であったり、祖父母や近隣住民から十分には支援が受けられていないことが多い。保健師等は「支援者」としてかかわることができる。

さらに親子が孤立してしまっている場合には、保健機関だけでなく地域の関係機関が連携した支援が必要となる。母子保健は地域のすべての親子を対象とした活動である。妊娠届出・母子健康手帳交付時の状況把握は、医療機関での飛込み分娩例の情報共有があって初めて 100%となる。乳幼児健診は高い受診率で 9 割以上の親子をカバーしているが、未受診ケースを現認 (第三者が目視な

どして直接子どもの状況を確認すること) して 100%の住民がカバーされる。そのためには市町村の母子保健担当の業務だけでは把握は困難で、県の児童相談所と連携して未受診者のすべてを把握する試みもある¹⁸⁾。

地域のさまざまな機関や住民組織との連携により、母子保健担当者は子育て支援の重要な stakeholder として、今後ますます活動の幅を広げるべきである。

2) 母子保健におけるソーシャルキャピタル

一方、子育て支援などの日常生活にかかわる支援は、いかに行政機関の網の目を細かくしても、十分とは言えない。2015 年度からの「健やか親子 21 (第 2 次)」では、「すべての子どもが健やかに育つ社会」を目指した計画作りが進められている。母子保健活動は地域に根差した活動であり、その基盤としてのソーシャルキャピタルの醸成が注目されている。

Putnam¹⁹⁾によればソーシャルキャピタルには、1.Moral obligations, Norm、2.Social values (trust)、3.Social networks (voluntary associations)の 3 要素があるという。山縣は、これをわが国の社会風土に照らし合わせ、母子保健活動におけるソーシャルキャピタルを、① social cohesion (団結力:社会的結合・凝集性)、② social support (社会的支援・体制:社会的関係の中で

やり取りされる支援)、③ social network (社会的ネットワーク:人と人とのつながり)の 3 要素で説明した²⁰⁾。

地域住民が「お祭り」などの地域の行事への参加を通して、団結力を確かめる機会は今でも少なくない。保育所や学校など子どもが集う場所は、その親が集う場所でもある。PTA 活動など義務感から派生した活動ではあっても、結果として親同士の交流が生まれること

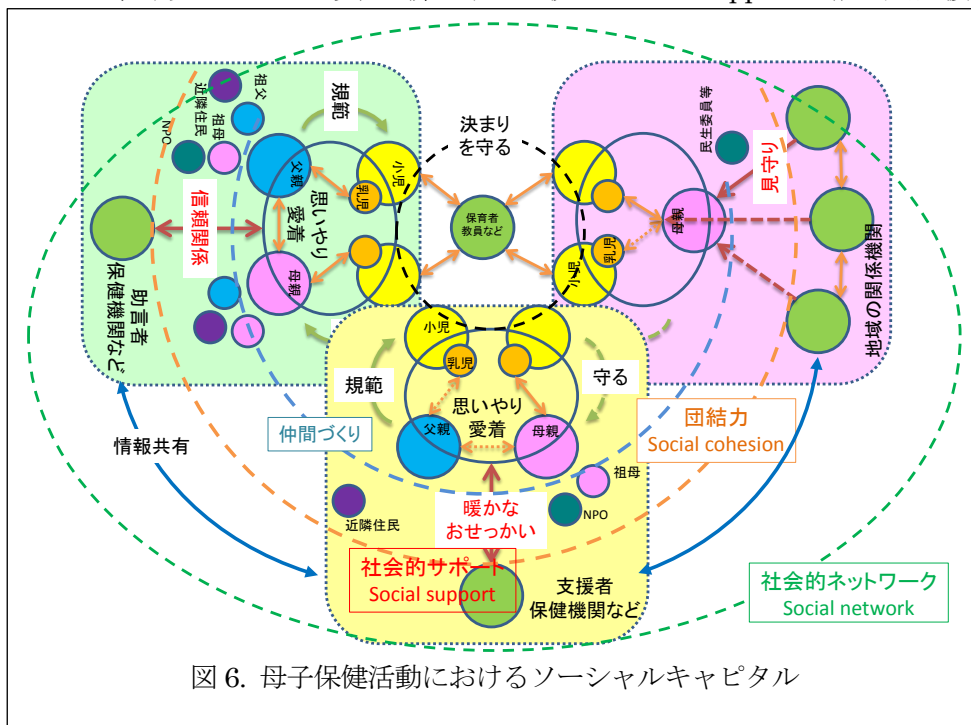


図 6. 母子保健活動におけるソーシャルキャピタル

が期待される。これがわが国の子育て世代の **social cohesion** と考えることができる。子ども会や子どもの活動を支援する父母の会など、子どもが集まるところには、親や支援者も一緒に輪を作ることができる。

我が国の保健活動は、法律に基づく事業であり **social support** そのものである。極めて高い乳幼児健診受診率などに表われているように、母子保健活動に対する住民の信頼はいまだ衰えてはいない。公的セクターが中心となっていることで、Putnam のいう社会規範や信頼関係が現在も保たれている。

地域であれ、保育所・幼稚園や教育現場であれ、子どもたちが集うことで、子どもたちの中には「決まりを守る」という社会規範が育つ。保育者や教員はその重要な支援者である。そして、子どもたちの輪の周囲には「仲間づくり」として自発的な **social cohesion** の輪ができる。保健機関だけでなく、子育てにかかわる関係機関が、それぞれの立場から支援 (**social support**) という楔 (くさび) を、輪の中心に位置する子どもと親に向かって打ち込むことができる。そして関係機関の間で適切に情報共有がなされることで、楔 (くさび) が強い鎖 (くさり) で結ばれる。これが子育て支援と母子保健活動における **social network** (社会的ネットワーク) と考えることができる (図 6)。「健やか親子 2 1 (第 2 次)」の展開により、母子保健や小児保健医療の担当者が中心となり、それぞれの地域でのソーシャルキャピタルの醸成に向けた取り組みを期待したい。

V 結語

わが国の子ども虐待への対応について、保健医療的な視点から概説した。

児童福祉分野での対応として続けられてきたわが国の子ども虐待への対応は、2001 年からの国民運動である「健やか親子 2 1」などにより、保健医療の課題として明確に認識された。しかし現在に至るまで、「早期発見」からの介入のみでは、アウトカムの改善には至っていない。

子ども虐待という健康課題に対しては、保健機関が医療機関や福祉機関などと連携し、住民全てをカバーする母子保健活動の一環として、妊娠期から子育て期へと継続した支援を実施することが

必要である。さらに、保育・教育機関などとも連携し、子どもの自立に向けた支援の継続が求められている。

2015 年度からの「健やか親子 2 1 (第 2 次)」は、「すべての子どもが健やかに育つ社会」を目指している。その基盤として母子保健や小児保健医療の担当者が中心となり、それぞれの地域でのソーシャルキャピタルの醸成に向けた取り組みを期待したい。

文 献

- 1) Kempe CH, Silverman FN, Steele BF et al. The battered-child syndrome. JAMA 1962;181:17-24.
- 2) ISPCAN website <http://www.ispcan.org/>
- 3) 山崎嘉久, 長嶋正實: 母子保健研修参加者が考える自国の子育て不安とは? 日本小児科学学会誌 2004 ; 108(2) : 320
- 4) 日本検察学会編 児童虐待防止法解義 立興社, 1933 年 (上 笙一郎編: 児童虐待防止法解義 日本<子どもの権利>叢書 8 久山社, 1995 年)
- 5) 齋藤 薫. 『児童虐待防止法解義』他解説 (上 笙一郎編: 児童虐待防止法解義 日本<子どもの権利>叢書 8 久山社, 1995 年)
- 6) 杉山春. ネグレクト - 育児放棄 真奈ちゃんは何で死んだか. 小学館文庫, 2007 年
- 7) 山崎嘉久. 脳神経外科医の子ども虐待への対応 - 社会的責務と日常診療の中での役割. 脳神経外科ジャーナル 2009;18 : 650-655
- 8) 西田寿美. 被虐待児の二次的精神障害. Depression Frontier 2010 : 8 : 59-64
- 9) 益邑千草, 齋藤幸子, 安藤朗子他. 妊娠届出時の情報把握に関する研究. 日本子ども家庭総合研究所紀要 2012;49 : 45 - 58
- 10) 出口さとみ, 幾田純代, 松本一年他. 乳幼児虐待予防を視野に入れた子育て支援体制整備の取組 県内で妊娠届出書を統一して. 日本公衆衛生学会総会抄録集 72 回 2013 ; 386
- 11) 佐藤 衣理, 緒方京. 妊娠届出書による要支援家庭のふるい分けの試み. 愛知母性衛生学会誌 2013 ; 30 : 92 - 100
- 12) 佐藤拓代. 低出生体重児保健指導マニュアル. 平成 24 年度厚生労働科学研究補助金「重症新生

- 児のアウトカム改善に関する多施設共同研究」
(研究代表者：藤村正哲)
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshi-hoken/dl/kenkou-0314c.pdf
- 13) 山崎嘉久, 塩之谷 真弓, 前田 清他:親子を支える地域ネットワークと小児保健医療機関との協働. 子どもの虐待とネグレクト 2005;7(1) : 115-123
- 14) 山崎嘉久:ファミカでつながる子育て支援. チャイルド・ヘルス 2010;; 13 : 196 - 202
- 15) 山崎嘉久他:地域の医療機関・助産施設と保健機関とが連携した子育て支援ツール「ハローファミリーカード」導入後の短期的評価. 住民参画と保健福祉の協働による子育て機能の向上・普及・評価に関する研究 平成 18 年度総括・分担研究報告書 36 - 48, 2007 年
- 16) 愛知県健康福祉部編:母子健康診査マニュアル 平成 23 年 3 月
http://www.achmc.pref.aichi.jp/sector/hoken/information/screening_manual.html
- 17) 山崎嘉久:乳幼児健診における新しい評価の視点. 日本小児科医会会報 2012; 43 : 155-159
- 18) 青森県健康福祉部こどもみらい課編集:市町村と児童相談所の機関連携対応方針 平成 25 年 7 月改訂版発行
<http://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/kodomo/files/2013-0726-1642.pdf>
- 19) Putnam RD. Bowling alone: America's declining social capital. Journal of Democracy 1995; 6: 64-78.
- 20) 山縣然太郎:ソーシャルキャピタルに関する母子保健適用への検討. 平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「母子保健事業の効果的実施のための妊婦健診、乳幼児健診データの利活用に関する研究」班第 3 回検討会資料 2012 年 8 月 27 日