周産期・子育て期支援における
支援資源配分の意思決定構造に関する研究
―三田市における支援ニーズと潜在専門職の適合分析―

裵　恩偉

キーワード：周産期・子育て期支援、潜在専門職、支援ニーズ、支援資源配分、意思決定構造

１．はじめに

1-1. 研究背景

近年、少子化や人口減少に加え、核家族化や共働き世帯の増加、地域コミュニティの希薄化を背景として、周産期・子育て期家庭が抱える課題は多様化・複雑化している。

また、育児不安や産後のメンタルヘルス、子どもの発達不安、社会的孤立など、医療のみでは十分に対応できない課題が増加している。さらに、不妊治療を受ける夫婦・カップルにおいても、治療に伴う身体的負担に加え、心理的・社会的負担を抱えることがあり、妊娠前から妊娠・出産、子育て期へとつながる継続的な支援の重要性が高まっている。このように、周産期・子育て期支援には、医療的支援だけでなく、心理的・社会的支援を含めた包括的な支援体制が求められている。

日本では、子育て世代包括支援センターの整備や産後ケア事業の制度化など、妊娠期から子育て期まで切れ目のない支援体制の整備が進められてきた（厚生労働省，2023）。しかし、制度が整備されているにもかかわらず支援につながらない家庭や、既存制度のみでは十分に対応できない支援ニーズも存在している。少子化や人口減少に伴い人的・財政的資源が限られる中では、新たな制度を拡充し続けるだけでなく、既存制度と地域資源を効果的に活用しながら支援体制を構築することが重要となる。

一方、地域には助産師、看護師、保健師、保育士、心理職などの資格や専門的経験を有しながら、その専門性を十分に活用できていない潜在専門職が存在している。

しかし、これまでの研究では、周産期・子育て期家庭の支援ニーズと潜在専門職が提供可能な支援機能との適合性や、それらを踏まえた支援資源配分のあり方については十分に検討されていない。

1-2. 問題意識

これまでの周産期・子育て期支援に関する研究では、産後うつや育児不安など家庭側の支援ニーズに焦点を当てた研究と、潜在専門職の離職要因や復職支援に関する研究がそれぞれ発展してきた。しかし、地域支援において重要となる「支援を必要とする家庭」と「支援を提供できる人的資源」を統合的に捉え、両者の適合性を分析した研究は少ない。このことは、支援ニーズと人的資源を統合した資源配分の視点が十分整理されていないことを示している。

また、自治体では限られた人的・財政的資源の中で支援内容を選択・配分する必要があることから、支援ニーズの把握だけではなく、既存制度と人的資源をどのように組み合わせ、どの支援へ重点的に資源を配分するかという意思決定の視点が求められる。

1-3. 研究目的

本研究の目的は、兵庫県三田市を対象として、周産期・子育て期家庭が抱える支援ニーズと地域に存在する潜在専門職の提供可能機能との適合性を明らかにし、既存制度および地域資源を含めた支援資源配分の意思決定構造について検討することである。

そのため、本研究では家庭側調査、潜在専門職調査および行政保健師への半構造化インタビューを実施し、それらの結果を統合的に分析する。さらに、支援ニーズの強さと制度対応可能性の 2 軸から支援内容を整理し、地域における支援資源配分の意思決定構造を提示する。

1-4. 対象地域の選定理由

本研究では兵庫県三田市を対象地域とした。三田市は、大阪・神戸のベッドタウンとして 1980〜1990 年代にニュータウン開発により急速な人口増加を経験した都市である。しかし現在では、人口減少、出生数の減少、高齢化が同時に進行しており、2023 年度末の総人口は 106,691 人、2023 年度の出生数は 474 人、高齢化率（65 歳以上人口割合）は 30.0%となっている(三田市, 2023)。人口増加期に形成された住宅地が高齢化

する典型的な郊外住宅都市へと移行している。

一方で、母子保健事業や子育て支援制度は一定程度整備されているものの、人的・財政的資源が限られる中、多様化する支援ニーズへの対応が課題となっている。

このような特徴は、人口減少局面に入った多くの地方都市・ベッドタウンに共通する状況であり、三田市は今後の地域母子保健支援のあり方を検討する上で代表性を有する事例と考えられる。

1-5. 研究意義

本研究の学術的意義は、周産期・子育て期家庭の支援ニーズ、行政が認識する地域課題、潜在専門職が提供可能な支援機能という 3 つの視点を統合し、支援資源配分の意思決定構造として整理した点にある。従来、支援ニーズと人的資源は個別に検討されることが多かったが、本研究は両者の適合性に着目し、支援資源配分というマネジメントの視点を母子保健分野へ導入した。

また、実践的意義として、既存制度のみでは対応が困難な支援領域に対し、潜在専門職を地域資源として戦略的に活用する方向性を示すとともに、支援ニーズの強さと制度対応可能性に基づく支援資源配分モデルを提案した点が挙げられる。本研究で提案する考え方は、三田市のみならず、少子化や人口減少に直面する他自治体においても、持続可能な地域母子保健支援体制を検討する際の基礎的資料となることが期待される。

２．先行研究レビュー

2-1. 周産期・子育て期支援に関する研究

周産期・子育て期支援は、妊娠期から出産、産後、育児期に至るまで母子および家族を対象とした支援活動であり、その重要性は国際的にも認識されている。WHO(2016)は、妊娠期から産後までの継続的ケア（Continuum of Care）を母子保健の重要な要素と位置付け、安全な出産のみならず心理的・社会的支援を含めた包括的ケアの必要性を提唱している。

日本においても、子育て世代包括支援センターや産後ケア事業の整備など、妊娠期から子育て期まで切れ目ない支援体制の構築が進められている(厚生労働省，2023)。しかし、制度が整備されても利用につながらない家庭や地域差が存在することが課題とされており、制度整備に加え利用者ニーズに応じた支援体制が求められている。

柳瀬ら(2021)は、助産所助産師による産後ケアは、妊娠期から産後まで継続した支

援を提供するとともに、地域における母子支援の重要な役割を担っていることを報告している。またItaiら(2022)は、妊娠期から育児期まで継続した支援を受けることが母親の育児適応や不安軽減につながることを報告しており、周産期・子育て期支援では継続的かつ個別性に応じた支援の重要性が示されている。

2-2. 産後うつ・育児不安に関する研究

産後うつや育児不安は、周産期支援における主要な研究領域である。O'Hara and McCabe(2013)は、産後うつが母親だけでなく家族機能や子どもの発達にも影響を及ぼすことを示し、社会的支援の重要性を指摘している。日本では岡野ら(1996)がEPDS日本語版を開発し、産後うつ研究の発展に寄与した。

また、継続的な相談支援やソーシャルサポートは育児不安の軽減に有効とされている。一方、既存研究の多くは支援ニーズの把握に焦点を当てており、それらのニーズへどのような人的資源を活用するかについては十分に検討されていない。

2-3. 潜在助産師・潜在看護職に関する研究

医療・福祉分野では人的資源不足が深刻化しており、潜在専門職の活用が注目されている。日本助産師会や日本看護協会では復職支援事業が実施されており、離職した専門職の再就業支援や研修機会の提供が行われている(日本助産師会, 2024；日本看護協会, 2024)。

近年では、常勤復職だけでなく、短時間活動や限定的活動など、多様な就業形態が注目されている。しかし、既存研究は専門職側の就業意向や復職支援を中心としており、地域ニーズとの適合性を検討した研究は少ない。また、ICTを活用した柔軟な就業形態も提案されている。Shadら(2025)は、Online Labor Platform (OLP) の活用により、限定的な勤務形態であっても専門職を地域医療資源として活用できる可能性を示しており、本研究では、潜在専門職の柔軟な活用可能性を考える上での理論的背景として位置付ける。

2-4. サービス・ドミナント・ロジック（SDL）に関する研究

Service-Dominant Logic (SDL) は、価値を提供者から利用者へ一方向に提供されるものではなく、多様な主体の相互作用によって共創されるものと捉える理論である(Vargo & Lusch, 2004)。その後、サービス・エコシステム(Vargo & Lusch, 2016)、価値共創(Prahalad & Ramaswamy, 2004a)、サービス・ロジック(Grönroos, 2011)など

へ発展している。

周産期・子育て期支援においても、行政、家庭、専門職が協働して支援価値を創出する視点が重要であり、本研究では家庭の支援ニーズと潜在専門職の提供可能機能との適合性を SDL の視点から捉える。

2-5. 人的資源活用に関する研究

March(1991)は、組織の持続的発展には新たな知識や資源を探索する「Exploration」と既存資源を活用する「Exploitation」の両立が必要であるとした。この考え方は人的資源マネジメントにも応用されている。医療・福祉分野でも、新規人材の確保だけでなく、地域に存在する人的資源を有効活用することの重要性が指摘されている。

また、Akaka and Vargo(2015)、McColl-Kennedy ら(2012)、Osborne(2013, 2018)は、多主体による資源統合と価値共創の重要性を示しており、本研究では行政、家庭、潜在専門職を相互に関係する地域資源として位置付ける。

2-6. 両利き組織に関する研究

O'Reilly and Tushman(2013)は、既存資源の活用（Exploitation）と新たな資源の探索（Exploration）を両立する「両利き組織」の考え方を提示している。本研究では、この理論そのものを検証対象とするものではなく、既存制度を活用しながら地域に存在する潜在専門職という人的資源を組み合わせて活用するという発想を整理する際の理論的示唆として援用する。

2-7. 先行研究の整理と本研究の位置付け

先行研究では、周産期・子育て期家庭の支援ニーズや産後うつ、潜在専門職の復職支援、SDL、人的資源活用についてそれぞれ知見が蓄積されてきた。しかし、家庭側の支援ニーズと潜在専門職の提供可能機能を統合的に分析し、支援資源配分の観点から検討した研究は十分ではない。

そこで本研究では、家庭側調査、潜在専門職調査および行政保健師インタビューを統合し、支援ニーズと潜在専門職機能との適合性を分析するとともに、地域における支援資源配分の意思決定構造について検討する。SDL を理論的基盤とし、人的資源活用および両利き組織の考え方を補助的視点として用いる。

３．理論的枠組み

3-1. サービス・ドミナント・ロジック（SDL）

Vargo and Lusch(2004)は、サービスを提供者から利用者へ一方向的に提供されるものではなく、提供者と利用者との相互作用を通じて価値が創出されるプロセスとして捉えるService-Dominant Logic（SDL）を提唱した。SDLでは、利用者は受動的なサービス受益者ではなく、価値創造に参加する主体として位置付けられる。

さらに、Prahalad and Ramaswamy(2004b)は価値共創（Co-Creation）の概念を提唱し、利用者と提供者が協働することによって価値が形成されることを示した。また、Grönroos(2011)は、価値はサービス提供時に生み出されるのではなく、利用者が生活の中でサービスを活用する過程において形成されると指摘している。

周産期・子育て期支援においても、行政や専門職が一方的に支援を提供するだけではなく、家庭が抱える課題やニーズを踏まえながら支援内容を構築することが求められる。また、Vargo and Lusch(2016)はサービス・エコシステムの概念を提示し、多様な主体が資源を統合しながら価値を共創するとしている。

本研究では、家庭、行政、専門職、地域住民、民間団体等を相互に関係する主体として捉え、支援ニーズと支援資源との適合性を分析する理論的基盤としてSDLを用いる。

3-2. 両利き組織理論

本研究では、March(1991)が示したExploration（探索）とExploitation（活用）の考え方を参考とする。

地域母子保健では、既存制度を活用するとともに、新たな人的資源を探索・活用する視点が求められる。本研究では、この考え方での支援資源配分を検討する際の補助的な理論的視点として位置付ける。

3-3. 分析フレーム

本研究では、周産期・子育て期家庭の支援ニーズと潜在専門職が提供可能な支援機能との適合性に着目し、地域における支援資源配分の意思決定構造を検討する。

まず、家庭側調査および行政保健師インタビューから地域に存在する支援ニーズを把握する。次に、潜在専門職調査から提供可能な支援機能および活動条件を把握し、両者の適合性を分析する。

その上で、適合が認められた支援内容について既存制度による対応可能性を検討し、

既存制度で対応可能な領域と、潜在専門職による補完が有効な領域を整理する。

さらに、これらの分析結果を基に、SDL における価値共創の視点および既存資源の活用（Exploitation）と新たな資源の探索（Exploration）の考え方を踏まえ、地域における支援資源配分の意思決定構造について考察する。

最後に、その結果を基に、既存制度、潜在専門職および地域資源を組み合わせた「支援資源配分の 4 象限モデル」を提示する。次節では、その分析フレームワークについて示す。

3-4. 本研究の分析フレームワーク

本研究では、周産期・子育て期家庭の支援ニーズと潜在専門職の提供可能機能との適合性を分析し、地域における支援資源配分の意思決定構造を明らかにすることを目的とする。そのため、「支援ニーズの強さ」と「制度対応可能性」の 2 軸から構成される分析フレームワークを構築した（表 1）。

表 1：支援資源配分の 4 象限

	制度対応可能性 高	**制度対応可能性 低**
支援ニーズ 高	**Ⅰ 制度強化領域** 妊婦面談・乳幼児健診・ 産後ケア・育児相談	**Ⅳ 重点資源投入領域** メンタルヘルス支援・発達相談・ オンライン相談・ 潜在専門職による訪問支援
支援ニーズ 低	**Ⅱ 効率運用領域** 母子健康手帳交付・情報提供・ LINE配信・一般向け育児教室	**Ⅲ 継続評価領域** 利用実績の少ない支援・ 新たな課題への備え・ 地域ニーズの定期調査

支援ニーズの強さは、家庭側調査および行政保健師インタビューから把握された育児不安、発達不安、心理的不安、情報不足、孤立感などの課題を基に評価する。一方、制度対応可能性は、既存制度による支援の提供状況や利用しやすさを基に評価する。

本研究では、この 2 軸を用いて支援課題を 4 つの領域に分類する。支援ニーズが高く制度対応可能性も高い領域は「制度強化領域」、支援ニーズが高い一方で制度対応可

能性が低い領域は「重点配分領域」、支援ニーズが低く制度対応可能性が高い領域は「制度維持・効率化領域」、支援ニーズが低く制度対応可能性も低い領域は「継続評価領域」と位置付ける。

さらに、各領域に潜在専門職の提供可能機能を重ね合わせることで、既存制度が担うべき領域と潜在専門職による補完が有効な領域を整理し、地域における支援資源配分の意思決定構造を示す。これにより、限られた人的・財政的資源を地域の支援ニーズに応じて効果的に配分するための意思決定を支援する「支援資源配分の4象限モデル」を提示する。

本研究では、このモデルを用いて分析結果を整理し、支援資源配分の意思決定構造を考察する。

4．研究方法

4-1. 研究デザイン

本研究は、周産期・子育て期家庭の支援ニーズと潜在専門職の提供可能機能との適合性を明らかにすることを目的として、量的調査と質的調査を組み合わせた混合研究法（Mixed Methods Research）を採用した。量的調査として周産期・子育て期家庭および潜在専門職を対象としたアンケート調査を実施し、質的調査として行政保健師への半構造化インタビューを実施した。さらに、それぞれの結果を統合的に分析することにより、地域における支援資源配分の意思決定構造について検討した。

4-2. 調査対象

家庭側調査の対象は、兵庫県三田市に居住する周産期・子育て期家庭とした。有効回答数は53名であった。

潜在専門職調査の対象は、助産師、看護師、保健師、保育士、心理職、理学療法士、教育職等の資格または専門的経験を有する者とした。有効回答数は108名であった。

また、地域における周産期・子育て期支援の現状や行政課題を把握するため、三田市こども家庭支援センター所属の行政保健師 1 名を対象として半構造化インタビューを実施した。

4-3. 調査期間

家庭側調査および潜在専門職調査は2026年5月1日から5月27日に実施した。行

政保健師インタビューは 2026 年 5 月 28 日に実施した。

4-4. 調査方法

家庭側調査および潜在専門職調査は、インターネット調査法を用いた無記名自記式アンケート調査により実施した。

家庭側調査では、対象者の属性、支援利用状況、支援を利用しなかった理由、現在抱えている困りごと、地域支援制度に対する評価、今後利用したい支援、希望する支援形態および支援利用時の費用負担意識について調査した。

潜在専門職調査では、対象者の属性、就業状況、地域支援への参加意向、提供可能な支援内容、活動条件、活動に対する不安および地域支援への参画可能性について調査した。

行政保健師インタビューでは、地域における周産期・子育て期支援ニーズ、支援につながりにくい家庭の特徴、支援困難事例、制度運用上の課題および地域資源との連携可能性について聴取した。

4-5. 分析方法

アンケート調査については単純集計および記述統計を用いて分析し、回答傾向を整理した。

行政保健師インタビューについては逐語録を作成した後、内容分析法を用いて分析を行った。分析の結果、78 コード、20 サブカテゴリー、7 カテゴリーを抽出した。

さらに、家庭側調査、潜在専門職調査および行政保健師インタビューの結果を統合し、周産期・子育て期家庭の支援ニーズと潜在専門職が提供可能な支援機能との適合性について分析した。

4-6. 倫理的配慮

調査への参加は自由意思に基づくものとし、回答は匿名で収集した。調査実施前に研究目的、研究成果の利用方法および個人情報保護について説明し、回答をもって研究参加への同意が得られたものと判断した。また、インタビュー内容については個人が特定されないよう匿名化を行い、研究目的以外には使用しないことを説明した。

なお、本研究は兵庫県立大学大学院社会科学研究科の倫理審査を受審し、承認を得て実施した（審査番号：2025-0009）。

５．分析結果

本章では、家庭側調査、潜在専門職調査、行政保健師への半構造化インタビューの結果を示したうえで、周産期・子育て期支援ニーズと潜在専門職機能との適合性について分析する。

5-1. 家庭側調査結果

5-1-1. 回答者属性

本調査の有効回答数は 53 名であった。対象者の子どもの年齢は幅広く分布しており、「6〜18 歳」が 17 名（32.1%）で最も多く、次いで「1〜2 歳」が 11 名（20.8%）、「3〜5 歳」が 10 名（18.9%）、「0 歳」が 8 名（15.1%）であった。また、「妊活・不妊治療中」は 3 名（5.7%）、「妊娠中」は 1 名（1.9%）、「子どもはいない」は 4 名（7.5%）であった。

5-1-2. 現在利用している支援

現在利用している支援について尋ねたところ、「妊娠・出産相談」が 14 名（26.4%）で最も多く、次いで「産後ケア」が 13 名（24.5%）、「育児相談」が 11 名（20.8%）、「発達相談」が 8 名（15.1%）、「家庭訪問」が 7 名（13.2%）であった。一方、「利用していない」と回答した者は 14 名（26.4%）であった。

5-1-3. 支援を利用しなかった理由

支援を利用しなかった理由としては、「知らなかった」が 5 名（35.7%）で最も多く、次いで「利用方法が分からなかった」が 4 名（28.6%）、「時間がなかった」が 3 名（21.4%）、「必要性を感じなかった」が 2 名（14.3%）であった。

5-1-4. 現在抱えている困りごと

現在抱えている困りごとについては、「自身の体調不良・疲労」が 15 名（28.3%）で最も多かった。次いで、「育児不安」が 14 名（26.4%）、「気分の落ち込みや不安」が 14 名（26.4%）、「子どもの発達に関する不安」が 13 名（24.5%）、「制度や情報不足」が 11 名（20.8%）、「相談できる人がいない」が 10 名（18.9%）であった。また、「経済的な不安」や「夫婦関係に関する悩み」も一定数認められた。

5-1-5. 地域支援制度に対する評価

地域支援制度の充足状況については、全体として「どちらともいえない」が多かったが、「全く足りない」と回答した割合では経済的支援が 14 名（26.4%）と最も高かった。次いで、家事・生活支援が 13 名（24.5%）、一時預かり支援が 11 名（20.8%）、発達相談支援が 10 名（18.9%）であった。一方、「十分足りている」と回答した者は、経済的支援 5 名（9.4%）、家事・生活支援 6 名（11.3%）、一時預かり支援 6 名（11.3%）、発達相談支援 8 名（15.1%）であった。

5-1-6. 今後利用したい支援

今後利用したい支援については、「妊娠・出産相談」が 15 名（28.3%）で最も多く、次いで「メンタル・心理相談」が 12 名（22.6%）、「個別相談」が 11 名（20.8%）、「育児相談」が 10 名（18.9%）、「発達相談」が 8 名（15.1%）、「家庭訪問」が 7 名（13.2%）であった。

5-1-7. 希望する支援形態

希望する支援形態については、「LINE・チャット相談」が 23 名（43.4%）で最も多く、次いで「対面相談」が 18 名（34.0%）、「オンライン相談」が 16 名（30.2%）、「電話相談」が 15 名（28.3%）であった。

5-1-8. 支援利用時の費用負担

支援利用時に負担可能な費用については、「無料であれば利用したい」が 11 名（20.8%）で最も多かった。一方で、「1,000〜1,999 円」が 7 名（13.2%）、「2,000〜2,999 円」が 7 名（13.2%）、「3,000〜4,999 円」が 5 名（9.4%）、「5,000 円以上」が 5 名（9.4%）であり、一定の自己負担を許容する回答も認められた。

5-1-9. 支援を受けたい専門職

支援を受けたい専門職としては、「助産師」が 17 名（32.1%）で最も多く、次いで「看護師」が 13 名（24.5%）、「臨床心理士・公認心理師」が 11 名（20.8%）、「理学療法士」が 11 名（20.8%）、「保健師」が 9 名（16.9%）であった。

5-1-10. 支援利用の条件

支援を利用する条件としては、「夜間・休日でも利用できる」が 20 名（37.7%）で最

も多かった。次いで、「短時間で利用できる」が 18 名（34.0%）、「自宅で利用できる」が 15 名（28.3%）、「同じ支援者が継続して担当する」が 15 名（28.3%）、「オンラインで利用できる」が 14 名（26.4%）であった。

5-1-11. 希望する支援モデル

希望する支援モデルとしては、「訪問個別支援型」が 22 名（41.5%）で最も多かった。次いで、「妊産婦訪問支援型」が 17 名（32.1%）、「集団教育型」が 16 名（30.2%）、「多職種相談型」が 15 名（28.3%）であった。

5-1-12. 自由記載分析

自由記載の分析では、周産期ニーズと子育て期ニーズの 2 つの大カテゴリーが抽出された。周産期ニーズとしては、不妊治療に対する経済的支援、相談窓口の明確化、制度に関する情報提供、継続的な心理支援に関する記述が認められた。「不妊治療の補助もなく時間や精神的・体力的に疲弊した」「不妊治療の経済的負担を減らすため保険適用範囲を拡大してほしい」「長期にわたる不妊治療に対するメンタル支援が必要である」といった記載がみられた。また、「そもそもどこに相談したらよいか分からない」「支援制度が多く分かりにくい」「分かりやすい説明が必要である」といった意見も認められた。子育て期ニーズとしては、経済的支援、保育環境の整備、一時預かりの充実、親子の居場所づくりに関する記載が認められた。「子ども手当を増やしてほしい」「保育園が定員いっぱいで利用できなかった」「入園前の親子が集える場所を増やしてほしい」「一時預かりが利用しにくい」などの意見がみられた。また、子育てと就労の両立支援や家族全体への支援を求める記載も認められた。

5-2. 潜在専門職調査結果

5-2-1. 回答者属性

本調査の有効回答数は 108 名であった。保有資格は看護師 20 名（18.5%）が最も多く、次いで保育士 16 名（14.8%）、臨床心理士・公認心理師 14 名（13.0%）、理学療法士 13 名（12.0%）、助産師 11 名（10.2%）であった。その他、保健師 5 名（4.6%）、養護教諭 5 名（4.6%）、医師 4 名（3.7%）、作業療法士 7 名（6.5%）、言語聴覚士 7 名（6.5%）など、多様な専門職から回答が得られた。また、自由記載では精神保健福祉士、介護支援専門員、公認会計士、AFP（アフィリエイテッド・ファイナンシャル・プランナー）なども含まれていた。

5-2-2. 就業状況

現在の就業状況については、常勤勤務が 69 名（63.9%）で最も多く、次いで非常勤勤務 19 名（17.6%）、アルバイト 7 名（6.5%）、業務委託・フリーランス 5 名（4.6%）であった。離職中は 4 名（3.7%）であった。実務経験年数は 0 年から 40 年以上まで幅広く分布しており、10 年以上の実務経験を有する回答者が多数を占めていた。

5-2-3. 離職者の再就業意向

離職中または離職経験のある回答者に対して再就業意向を尋ねたところ、「再就業したい」が 3 名（37.5%）、「条件が整えば再就業したい」が 2 名（25.0%）であり、合わせて 5 名（62.5%）が再就業の可能性を有していた。一方、「再就業を希望しない」は 3 名（37.5%）であった。再就業を希望する理由としては、「子育てが落ち着いたため」「専門職として再び社会に貢献したい」「条件が合えば働きたい」などが挙げられた。

一方、再就業を希望しない理由としては、「年齢的な体力面への不安」「現在の生活に満足している」などが認められた。

5-2-4. 地域支援への関心

地域の妊産婦や子育て家庭への支援に貢献したいと思うかについては、「非常にそう思う」が 17 名（15.7%）、「まあまあそう思う」が 38 名（35.2%）であり、合わせて 55 名（50.9%）が肯定的に回答した。一方、「どちらともいえない」は 32 名（29.6%）、「あまりそう思わない」は 10 名（9.3%）、「全くそう思わない」は 11 名（10.2%）であった。

5-2-5. 資格・経験の活用意向

自身の資格や経験を地域支援に活かしたいと思うかについては、「非常にそう思う」が 23 名（21.3%）、「まあまあそう思う」が 35 名（32.4%）であり、合わせて 58 名（53.7%）が肯定的に回答した。

5-2-6. 条件付き参加可能性

条件が整えば地域支援に参加できると思うかについては、「非常にそう思う」が 23 名（21.3%）、「まあまあそう思う」が 42 名（38.9%）であり、合計 65 名（60.2%）であった。

5-2-7. 地域支援への参加を促進する要因

地域支援への参加を促進する条件について尋ねたところ、「一人で責任を抱えない仕組みがあれば参加しやすい」が 73 名（67.6%）で最も多かった。次いで、「相談できる体制があれば安心して参加できる」が 66 名（61.1%）、「条件が整えば参加できる」が 65 名（60.2%）、「研修や学び直しがあれば参加しやすい」が 64 名（59.2%）、「無理のない頻度や時間であれば継続して参加したい」が 64 名（59.3%）であった。また、「多職種と連携しながらであれば役割を果たせると思う」は 59 名（54.6%）であり、多職種連携や支援体制の整備が参加意欲に影響していることが示された。

5-2-8. 地域支援活動における責任範囲

地域支援活動において関わりやすい責任範囲について尋ねたところ、「補助的な役割であれば参加したい」が 50 名（46.3%）で最も多かった。次いで、「限定された業務範囲で主体的に関わりたい」が 41 名（38.0%）、「他職種や主担当者と連携しながら関わりたい」が 35 名（32.4%）であった。一方、「専門職として独立した判断を伴う支援を行いたい」は 22 名（20.4%）、「医療的判断や緊急対応を伴う支援を行いたい」は 22 名（20.4%）であり、責任の重い役割を希望する者は比較的少数であった。

5-2-9. チーム支援に対する認識

チームによる地域支援については、「チームの一員としてであれば対応可能」が 46 名（42.6%）で最も多かった。次いで、「相談・報告体制があれば対応可能」が 35 名（32.4%）、「役割分担が明確であれば対応可能」が 34 名（31.5%）、「多職種と連携しながらであれば対応可能」が 33 名（30.6%）であった。一方、「チーム支援には不安がある」は 5 名（4.6%）、「チーム支援は難しい」は 3 名（2.8%）であり、多くの回答者はチーム体制のもとでの活動に前向きであった。

5-2-10. 地域支援活動に対する不安

地域支援活動に関する不安については、「一人で対応することへの不安」が 38 名（37.3%）で最も多かった。次いで、「責任の重さへの不安」が 37 名（36.3%）、「医療安全や急変対応への不安」が 36 名（35.3%）、「知識や技術への不安」が 31 名（30.4%）、「ブランクによる不安」が 24 名（23.5%）、「移動距離や交通負担」が 23 名（22.6%）であった。

5-2-11. 不安の領域別評価

職務・専門性に関する不安については、「とても不安がある」が 17 名（15.7%）、「まあまあ不安がある」が 36 名（33.3%）であった。制度や組織面に関する不安については、「とても不安がある」が 16 名（14.8%）、「まあまあ不安がある」が 46 名（42.6%）であった。実務・生活面に関する不安については、「とても不安がある」が 12 名（11.1%）、「まあまあ不安がある」が 47 名（43.5%）であり、対人・心理面については、「とても不安がある」が 19 名（17.6%）、「まあまあ不安がある」が 37 名（34.3%）であった。

5-2-12. オンライン支援への対応可能性

オンライン支援への対応可能性については、「対応可能」が 23 名（21.3%）、「内容によっては可能」が 24 名（22.2%）、「研修やマニュアルがあれば可能」が 18 名（16.7%）、「対面支援との併用であれば可能」が 11 名（10.2%）であった。これらを合計すると 76 名（70.4%）が何らかの形でオンライン支援への対応が可能と回答した。

5-2-13. 提供可能な支援内容

地域で提供可能な支援内容については、「育児相談」が 35 名（32.4%）で最も多かった。次いで、「集団教育・講座」が 33 名（30.6%）、「家庭訪問」が 29 名（26.9%）、「家族支援」が 29 名（26.9%）、「医療相談」が 24 名（22.2%）、「授乳相談」が 19 名（17.6%）、「心理相談」が 19 名（17.6%）、「オンライン相談」が 18 名（16.7%）であった。

5-2-14. 実際に対応可能な支援

支援内容ごとに「積極的に対応可能」と「条件付きで対応可能」を合算して集計したところ、「オンライン相談」が 77 名（71.3%）で最も多かった。次いで、「家族支援」が 74 名（68.5%）、「心理相談」が 70 名（64.8%）、「育児相談」が 69 名（63.9%）、「集団教育」が 69 名（63.9%）、「家庭訪問」が 67 名（62.0%）、「多職種連携支援」が 66 名（61.1%）、「医療相談」が 61 名（56.5%）、「発達支援・生活支援」が 60 名（55.6%）であった。一方、「授乳相談」は 50 名（46.3%）、「妊娠中相談」は 48 名（44.4%）、「妊娠前相談」は 42 名（38.9%）であり、周産期特有の専門性を要する支援では対応可能者が比較的少なかった。

5-2-15. 希望する勤務形態

地域支援活動に参加する場合の勤務形態については、「常勤」が 37 名（34.3%）で最も多く、次いで「非常勤・パート」が 36 名（33.3%）、「単発・スポット参加」が 31 名（28.7%）、「短時間勤務」が 30 名（27.8%）であった。

5-2-16. 地域支援活動に参加するための条件

活動参加に必要な条件としては、「短時間で活動できること」が 54 名（50.0%）で最も多かった。次いで、「柔軟な勤務時間」が 44 名（40.7%）、「自宅近くで活動できること」が 43 名（39.8%）、「継続的なフォロー体制」が 29 名（26.9%）、「単発・スポット参加が可能であること」が 29 名（26.9%）であった。

5-2-17. 希望する地域支援モデル

参加可能な地域支援モデルについては、「多職種相談型」が 45 名（41.7%）で最も多く、次いで「集団教育型」が 44 名（40.7%）、「多領域連携型」が 29 名（26.9%）、「訪問個別支援型」が 28 名（25.9%）であった。

5-2-18. 自由記載分析

自由記載の分析では、「短時間・柔軟な勤務形態への希望」「オンライン参加への期待」「相談体制やフォロー体制の整備」「役割や責任範囲の明確化」「チーム支援への参加希望」の 5 カテゴリーが抽出された。特に、一人で責任を負うことへの不安や、困った際に相談できる体制の必要性を指摘する記述が複数認められた。また、家庭や本業と両立しながら参加できる柔軟な働き方を希望する意見や、オンラインを活用した地域支援への参加を希望する意見も認められた。

5-3. 行政保健師インタビュー結果

5-3-1. 地域における周産期・子育て期ニーズの認識

行政保健師へのインタビューでは、三田市における子育て世帯の課題として、経済的不安、精神的不安、孤立感、相談先の把握不足、支援利用の困難さが挙げられた。三田市(2023)の「子育て世帯の経済状況と生活実態に関する調査」においても、経済的不安や孤立感、相談先の分かりにくさが示されており、行政保健師の現場感覚とも概ね一致していた。特に相談現場で継続的に多い内容として、未就学児の発達相談が挙げられた。精神面の発達に関する相談は 1 歳後半から 2 歳頃に顕在化しやすく、運動面

の発達に関する相談は乳児期後半から幼児期前半にかけて、「首の座り」「お座り」「立位」「歩行の遅れ」などを契機として生じる傾向があるとされた。これらの発達相談は、時代や年代を問わず継続的に発生する相談領域であると認識されていた。

5-3-2. 相談内容の変化と情報過多による不安

近年の相談内容の特徴として、インターネットや SNS、AI 等を通じた情報収集が親の不安を増幅していることが指摘された。従来は祖父母や親族からの指摘が相談の契機となることが多かったが、近年ではオンライン上の断片的な情報をもとに自己診断を行い、診断名や治療法を検索し続けることで不安が強まる事例が増加しているとされた。行政保健師は、必要に応じて検索を意図的に控えるよう助言しているものの、習慣化した検索行動を止めることが困難なケースもみられると述べた。このことから、情報不足だけでなく、情報過多や情報選別の困難さも、現代の子育て世帯における心理的負担の一因となっていることが示された。

5-3-3. 支援につながりにくい家庭の特徴

支援につながりにくい家庭として、孤立しやすい家庭、外国人住民、転入世帯、支援介入を拒否する家庭などが挙げられた。三田市では妊娠届出時の妊婦面談において育児孤立リスクを多面的に把握しているものの、実際に支援につながる家庭は一部にとどまるとされた。外国人住民については、ベトナム人コミュニティのように一定の情報交換機能を有する集団がある一方、その他の国籍や新規転入者では孤立しやすい傾向があるとされた。また、転居を繰り返す家庭では自治体間の情報連携が途切れやすく、継続的な支援が困難になる場合があるとされた。さらに、家庭内の問題として外部介入を拒否する家庭では、行政や関係機関が関わりにくく、課題が潜在化する可能性が指摘された。

5-3-4. 特定妊婦および支援困難事例の増加

周産期領域では、特定妊婦に該当する事例が体感として増加しているとの認識が示された。三田市の出生数は減少傾向にあり、年間出生数は 400 人を下回る可能性がある水準まで低下している一方、病院との支援ネットワークに関する連携件数は年間約 150 件、特定妊婦は毎年約 20 人程度であるとされた。拾い上げの精度が高まった影響もあるが、それを考慮しても、出生数に対する特定妊婦の割合は増加しているという現場感が示された。背景として、社会全体における生きづらさや精神的困難を抱える

人の増加があると考えられていた。

5-3-5. 既存支援体制の評価と限界

三田市における周産期から未就学期までの支援体制については、法制度に基づく切れ目のない支援体制が整備されていると評価された。妊娠期から保健師と児童福祉部門が連携し、健診と健診の間にも担当保健師の訪問や他事業による介入が行われているケースがあるとされた。一方で、本人からの相談や周囲からの通報がある場合には支援につながりやすいものの、声を上げない家庭や表面上問題なく見える家庭は支援から漏れやすいことが課題として挙げられた。電話不通や健診未受診は支援につながる明確なサインとなるが、健診等を通常通り受けている家庭であっても、内在する問題が把握されない場合があるとされた。このことから、既存制度は一定程度機能している一方で、制度の網にかからない層への対応には限界があることが示された。

5-3-6. 地域資源および民間資源活用への期待

今後の支援体制について、行政保健師は、行政による法制度に基づくサービスだけではなく、民間や地域住民による柔軟な支援との連携が重要であると述べた。行政サービスは制度に基づく安定性を有する一方で、柔軟性や敷居の低さという点では民間・地域資源に強みがあるとされた。特に、制度に当てはめられることを拒む家庭や、行政支援への心理的抵抗感を有する家庭に対しては、地域住民や民間団体による緩やかな関わりが有効となる可能性が示された。また、三田市では子ども食堂や地域の居場所づくりなど、地域住民による活動が拡大しており、こうした地域活動は子育て当事者の息抜きや孤立予防に寄与する可能性があるとされた。

5-3-7. 情報発信上の課題

支援制度が存在していても、「知らなかった」という理由で利用に至らないケースが多いことから、情報発信の方法が重要な課題として挙げられた。若い世代に対してはSNS 等を活用した情報発信が必要であるが、現時点では十分に対応できていないとされた。行政からの一方向的な情報提供だけでなく、当事者が必要なタイミングで必要な情報にアクセスできる仕組みが求められていることが示された。

5-3-8. 潜在専門職活用への示唆

潜在専門職の活用については、助産師等の専門職が必要な時に必要な場へ短時間で

関わる柔軟な支援形態に可能性があるとされた。大阪や長野県における地域コミュニティやオンラインサロンの事例が紹介され、潜在助産師と地域ニーズを結びつける取り組みには一定の有効性が期待される一方、継続には予算や運営体制の課題があることも示された。特に高齢化や少子化が進行する地域では、専門職が常勤で所属する形だけでなく、短時間・限定的・オンラインを含む柔軟な関わり方が今後重要になると考えられていた。

６．考察

6-1. 支援ニーズと潜在専門職の適合性が示す地域支援の可能性

本研究では、家庭側調査および行政保健師インタビューから把握した周産期・子育て期家庭の支援ニーズと、潜在専門職調査から把握した提供可能な支援機能との間には一定の適合性が認められた。特に、育児相談、心理相談、家庭訪問、家族支援、オンライン相談では、家庭側が求める支援内容と潜在専門職が提供可能とする支援機能が概ね一致しており、地域には家庭のニーズに対応し得る人的資源が存在していることが示唆された。

また、家庭側は短時間利用やオンライン相談、夜間・休日対応など柔軟な支援形態を希望していた一方、潜在専門職も短時間活動や柔軟な勤務時間、オンラインによる支援を希望していたことから、支援内容だけでなく支援形態においても両者の適合性が認められた。このことは、地域に存在する人的資源を、活動条件や運用方法を工夫することで地域支援へ活用できる可能性を示している。

一方、妊娠・出産相談や授乳相談など高度な専門性を必要とする支援では、対応可能な専門職が比較的限られていた。このことから、潜在専門職を一律の人的資源として位置付けるのではなく、保有資格や臨床経験に応じた役割分担を行うことが重要であると考えられる。

さらに、潜在専門職を地域資源として活用するためには、利用者の自己決定の尊重、守秘義務、個人情報保護など専門職としての倫理的責任を担保するとともに、多職種・行政との連携体制や責任範囲を明確化する必要がある。

本研究で示された短時間・限定的・オンラインを含む柔軟な活動形態による潜在専門職の活用可能性は、Shad ら(2025)が示した Online Labor Platform（OLP）を活用した柔軟な専門職活用の方向性と一致している。このことは、海外で提唱されている柔軟な人的資源活用の考え方が、日本の地域母子保健においても一定の適用可能性を有

することを示唆している。一方、本研究では、家庭の支援ニーズと制度対応可能性を統合して検討し、人的資源の配置を支援資源配分の視点から整理した点に特徴がある。

以上より、本研究の結果は、潜在専門職が地域母子保健における有効な支援資源となり得ること、その活用には専門性に応じた役割分担と支援体制の整備が重要であることを示した。これらの知見は、地域における支援資源配分を検討する際の実践的示唆になると考えられる。

6-2. 制度対応可能性からみた既存制度と潜在専門職の役割分担

本研究では、妊婦面談、乳幼児健診、産後ケアなどは既存制度によって一定程度対応可能である一方、メンタルヘルス支援、発達相談、継続的な個別相談、孤立家庭への支援では、制度のみでは十分な対応が困難であることが示された。

また、家庭側調査では、「制度を知らなかった」「利用方法が分からなかった」と回答した者も認められた。これは、制度が整備されていることと、必要とする家庭へ支援が適切に届くこととは必ずしも一致しないことを示している。制度対応可能性は制度そのものの有無だけではなく、情報へのアクセスや利用しやすさ、相談につながる仕組みも含めて評価する必要がある。

このような課題に対し、潜在専門職は既存制度を代替する存在ではなく、制度だけでは十分に対応できない領域を補完する人的資源として位置付けることが適切であると考えられる。村田ら(2025)は、産後ケアにおいて助産師と保健師が専門性を活かしながら役割分担し、連携する重要性を報告している。本研究で示された、行政保健師を責任主体とし、潜在専門職が補完的役割を担う支援体制は、この考え方とも整合するものと考えられる。

一方で、潜在専門職を活用するためには、責任範囲の明確化、相談体制の整備、継続的な研修、個人情報管理などの体制整備が不可欠であると言える。例えば、日本看護協会(2021)は、看護職には利用者の尊厳と自己決定を尊重するとともに、守秘義務や個人情報保護、多職種との連携を通して専門職としての責任を果たすことを求めている。

これらを踏まえると、行政、多職種および潜在専門職がそれぞれの責任範囲を共有し、利用者の権利擁護や専門職としての倫理的責任を踏まえた役割分担と運用体制を構築することが、安心して支援を受けられる地域支援体制につながると考えられる。そのため、制度と潜在専門職を代替関係ではなく相互補完関係として位置付け、それぞれの強みを活かした役割分担を図ることが、持続可能な地域支援体制の構築に寄与するものと考える。

6-3. 地域支援における価値共創と支援資源配分の意思決定構造

本研究では、家庭側調査、潜在専門職調査および行政保健師インタビューの結果を統合することで、地域における支援は行政のみが提供するものではなく、家庭、行政、潜在専門職など多様な主体が相互に関与することによって成り立つ可能性が示唆された。

SDL（Service-Dominant Logic）では、価値はサービス提供者が一方的に提供するものではなく、多様な主体が保有する資源を相互に統合することによって共創されるとされている。本研究においても、家庭が有する支援ニーズ、行政が有する制度や支援体制、潜在専門職が有する知識・経験・専門性という異なる資源を結び付けることで、地域全体として支援機能が形成される構造として理解することができると考えられる。また、行政のみでは十分な対応が困難な支援についても、潜在専門職が補完的に関与することで支援の選択肢が広がり、より柔軟で持続可能な地域支援体制の構築につながる可能性が示唆された。

さらに、本研究では、家庭側調査、潜在専門職調査および行政保健師インタビューの結果を統合したところ、支援内容によって「支援ニーズの強さ」「制度対応可能性」「潜在専門職による提供可能性」の組み合わせが異なることが示された。これらの結果を踏まえ、本研究では支援ニーズの強さと制度対応可能性を二軸とする支援資源配分の4象限モデルを構築し、地域における支援資源配分の意思決定構造として図 1 に整理した。

本モデルは、支援内容を単に分類することを目的としたものではなく、家庭の支援ニーズ、既存制度による対応可能性および潜在専門職が提供可能な支援機能を統合的に評価し、限られた人的・財政的資源をどの領域へ重点的に配分するかを判断するための意思決定モデルとして位置付けられる。



図１：地域母子保健における支援資源配分の４象限モデル（本モデル）

第Ⅰ象限（制度強化領域）は、支援ニーズおよび制度対応可能性がともに高い領域である。妊婦面談、乳幼児健診、産後ケア、育児相談など既存制度による対応が可能な支援が該当し、この領域では制度の維持・充実を基本としながら、潜在専門職が育児相談や産後フォロー、育児教室、オンライン相談などを補助的に担うことで、既存制度の支援機能を強化する役割が期待される。

第Ⅱ象限（効率運用領域）は、制度対応可能性が高く、比較的標準化しやすい支援を対象とする領域である。一般的な情報提供や育児支援については、既存制度の中で効率的に運用するとともに、潜在専門職が育児教室やオンライン相談などを担うことで、行政保健師等の業務負担軽減につながる可能性がある。また、この領域で人的・財政的資源を効率化することにより、支援ニーズの高い領域へ重点的に資源を配分しやすくなると考えられる。

第Ⅲ象限（継続評価領域）は、現時点では支援ニーズおよび制度対応可能性がともに

相対的に低い領域である。本研究では、この領域に明確に該当する支援内容は抽出されなかったものの、地域ニーズは人口構造や社会環境の変化に伴い変動することが想定される。そのため、利用状況や相談内容を継続的に把握し、必要に応じて支援内容や資源配分を見直すことが重要であると考えられる。この領域では、潜在専門職が地域活動や相談支援を通して新たな地域課題を把握し、行政へフィードバックする役割を担うことが期待できる。

第Ⅳ象限（重点資源投入領域）は、本研究において最も重点的な支援領域である。メンタルヘルス支援、発達相談、継続的な個別相談、孤立家庭への訪問支援、オンライン相談などは、支援ニーズが高い一方で制度のみでは十分な対応が困難であることが示された。一方、潜在専門職調査では、心理相談、育児相談、家庭訪問、家族支援、オンライン相談などへの対応可能性が認められた。このことから、行政が支援全体の責任主体となり、潜在専門職が補完的役割を担いながら、必要に応じて行政保健師や医療機関へつなぐ役割分担と連携方法を明確にした支援体制を構築することで、既存制度のみでは対応が難しい支援ニーズへの対応力向上につながることが期待される。

以上より、本研究で提示した 4 象限モデルは、潜在専門職を一律に地域支援へ配置することを目的とするものではなく、支援ニーズの強さと制度対応可能性を踏まえ、それぞれの支援領域に応じて人的資源を適切に配分するための意思決定モデルとして位置付けることができると考えられる。さらに、本モデルは、地域母子保健において限られた人的・財政的資源を支援ニーズに応じて配分するための実践的な意思決定モデルとして活用できる可能性がある。

7．結論

7-1．本研究の結論

本研究は、三田市を対象として、周産期・子育て期家庭の支援ニーズ、潜在専門職が提供可能な支援機能および行政保健師が認識する地域課題を統合的に分析し、地域における支援資源配分の意思決定構造を明らかにすることを目的とした。

その結果、家庭側の支援ニーズと潜在専門職が提供可能な支援機能との間には一定の適合性が認められた。一方で、支援内容によって既存制度による対応可能性には違いがあり、制度のみでは十分に対応が困難な支援領域が存在することが明らかとなった。

これらの結果を踏まえ、本研究では支援ニーズの強さと制度対応可能性を二軸とし

た支援資源配分の 4 象限モデルを構築した。本モデルは、家庭の支援ニーズ、制度対応可能性および潜在専門職の提供可能機能を統合し、既存制度と潜在専門職をどのように組み合わせるかを整理する支援資源配分の意思決定フレームワークとして位置付けられる。以上より、本研究は、地域母子保健における限られた人的資源を効果的に活用するための支援資源配分の考え方を提示した。

7-2. 本研究の意義

本研究の学術的意義は、家庭側の支援ニーズ、行政が認識する地域課題および潜在専門職が提供可能な支援機能という 3 つの視点を統合し、支援資源配分を意思決定構造として整理した点にある。

また、潜在専門職を単なる人材不足を補う代替労働力としてではなく、既存制度を補完する地域資源として位置付け、支援内容に応じて戦略的に配置する考え方を提示した点に実践的意義がある。

さらに、本研究で提示した 4 象限モデルは、限られた人的・財政的資源を地域ニーズに応じて適切に配分するための、地域母子保健における人的資源マネジメントの実践的フレームワークとして活用できる可能性を有している。

7-3. 今後の課題

本研究は三田市を対象とした事例研究であり、他地域への一般化には限界がある。

また、本研究で提案した 4 象限モデルは調査結果を基に構築した概念モデルであり、実際の人的資源配置や介入効果を検証したものではない。そのため、本モデルの実践的有効性については、今後さらに検証する必要がある。

今後は、他自治体における比較研究を進めるとともに、潜在専門職を活用した地域支援体制の効果、費用対効果および継続可能性を検証する必要がある。また、利用者満足度や支援成果を評価するとともに、本研究で提案した 4 象限モデルについても、自治体における人的資源配置や地域母子保健施策の意思決定支援ツールとしての有用性を実証的に検証していくことが期待される。

8. おわりに

本研究では、周産期・子育て期家庭の支援ニーズと潜在専門職の提供可能機能との適合性を明らかにするとともに、既存制度と地域資源を組み合わせた支援資源配分の

意思決定構造を提示した。少子化や人口減少が進む中、限られた人的資源を有効活用する視点は、地域母子保健の持続可能性を考える上で重要である。本研究で提案した4象限モデルが、自治体における支援体制の検討や人的資源配分の意思決定の一助となることを期待したい。

謝辞

本稿を執筆するにあたり、兵庫県立大学大学院社会科学研究科医療・介護マネジメントコースにおいて、多くの先生方から温かいご指導を賜りましたことに心より感謝申し上げます。特に、本研究の構想段階から調査設計、分析、論文作成に至るまで丁寧なご指導を賜りました貝瀬 徹教授、木下 隆志教授、井出 健二郎教授、丸山 洋三准教授、三浦 公嗣特任教授、香取 照幸特任教授、武地 美保特任教授に深く御礼申し上げます。

また、本研究のアンケート調査にご協力いただきました三田市の子育て世帯の皆様ならびに助産師、看護師、保健師、保育士、心理職、教育職をはじめとする専門職の皆様に厚く御礼申し上げます。皆様からいただいた貴重なご意見は、本研究を進める上で大変重要な示唆となりました。

さらに、インタビュー調査にご協力いただきました三田市こども家庭支援センターの関係者の皆様に深く感謝申し上げます。地域母子保健の現場で感じておられる課題や支援の実情についてお話しいただいたことで、本研究の考察を深めることができました。

最後に、大学院で共に学び支え合った医療・介護マネジメントコース、地域マネジメントコースの同期の皆様、そして学業と仕事の両立を支えてくださった職場の皆様に重ねて心より感謝申し上げます。

参考文献

[1] Ahmadi Shad, M., Simon, M., & Liberatore, F. (2025). The impact of online labor platforms on workforce management in health care. *Interactive Journal of Medical Research, 14*, e68546.

[2] Akaka, M. A., & Vargo, S. L. (2015). Extending the context of service: From encounters to ecosystems. *Journal of Services Marketing, 29*(6-7), 453-462.

[3] Grönroos, C. (2011). Value co-creation in service logic: A critical

analysis. *Marketing Theory, 11*(3), 279-301.
[4] Hardyman, W., Daunt, K. L., & Kitchener, M. (2015). Value co-creation through patient engagement in health care: A micro-level approach and research agenda. *Public Management Review, 17*(1), 90-107.
[5] Itai, M., Harada, S., Nakazato, R., & Sakurai, S. (2022). Transition to motherhood of mothers receiving continuity of child-rearing support. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(14), 8440.
[6] March, J. G. (1991). Exploration and exploitation in organizational learning. *Organization Science, 2*(1), 71-87.
[7] McColl-Kennedy, J. R., Vargo, S. L., Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & van Kasteren, Y. (2012). Health care customer value co-creation practice styles. *Journal of Service Research, 15*(4), 370-389.
[8] O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 379-407.
[9] O'Reilly, C. A., III, & Tushman, M. L. (2013). Organizational ambidexterity: Past, present, and future. *Academy of Management Perspectives, 27*(4), 324-338.
[10] Osborne, S. P. (2018). From public service-dominant logic to public service logic: Are public service organizations capable of co-production and value co-creation? *Public Management Review, 20*(2), 225-231.
[11] Osborne, S. P., Radnor, Z., & Nasi, G. (2013). A new theory for public service management? Toward a (public) service-dominant approach. *The American Review of Public Administration, 43*(2), 135-158.
[12] Prahalad, C. K., & Ramaswamy, V. (2004a). Co-creation experiences: The next practice in value creation. *Journal of Interactive Marketing, 18*(3), 5-14.
[13] Prahalad, C. K., & Ramaswamy, V. (2004b). *The future of competition: Co-creating unique value with customers*. Harvard Business School Press.
[14] Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a new dominant logic

for marketing. *Journal of Marketing, 68*(1), 1-17.
[15] Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2008). Service-dominant logic: Continuing the evolution. *Journal of the Academy of Marketing Science, 36*(1), 1-10.
[16] Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2016). Institutions and axioms: An extension and update of service-dominant logic. *Journal of the Academy of Marketing Science, 44*(1), 5-23.
[17] Vargo, S. L., Maglio, P. P., & Akaka, M. A. (2008). On value and value co-creation: A service systems and service logic perspective. *European Management Journal, 26*(3), 145-152.
[18] World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization.
[19] 岡野禎治・村田真理子・増地聡子・玉木領司・野村純一・宮岡等・北村俊則（1996）「日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）の信頼性と妥当性」『精神科診断学』7(4)、pp.525-533。
[20] 小野若菜子・森田誠子・永井智子・小西恵美子（2025）「地域包括支援センターの活動における倫理的課題と倫理的支援環境の現状」『日本看護倫理学会誌』17(1)、pp.66-72。
[21] 村田悦子・國分真佐代（2025）「産後ケアにおける助産師と保健師の連携に関する経験」『日本助産学会誌』39(2)、pp.311-324。
[22] 柳瀬千恵子・山田安希子・高橋由紀（2021）「分娩を取り扱う助産所助産師がとらえる産後ケアと助産所の存在役割」『日本助産学会誌』35(1)、pp.88-98。

引用ホームページ

[1] 公益社団法人日本看護協会（2021）「看護職の倫理綱領」
https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/code/（閲覧日：2026年8月8日）
[2] 厚生労働省（2023）「令和5年（2023）人口動態統計月報年計（確定数）の概況」
https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai23/（閲覧日：2026年8月8日）
[3] 兵庫県三田市（2023）「地域人口統計関連グラフ」

https://www.city.sanda.lg.jp/（閲覧日：2026年8月8日）
[4] 厚生労働省（2017）「子育て世代包括支援センター業務ガイドライン」
https://www.mhlw.go.jp/（閲覧日：2026年8月8日）
[5] こども家庭庁（2024）「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」
https://www.cfa.go.jp/（閲覧日：2026年8月8日）
[6] 公益社団法人日本助産師会（2024）「都道府県助産師会主催研修会 2024年度」
https://www.midwife.or.jp/user/media/midwife/page/workshop/area/seminarlist_2024_v4.pdf（閲覧日：2026年8月8日）
[7] 公益社団法人日本看護協会（2024）「協会ニュース2024年11月号」
https://www.nurse.or.jp/home/about/kyokainews/2024_11.html（閲覧日：2026年8月8日）
[8] 三田市（2023）「三田市子育て世帯の経済状況と生活実態に関する調査報告書」
https://www.city.sanda.lg.jp/（閲覧日：2026年8月8日）