

図 3

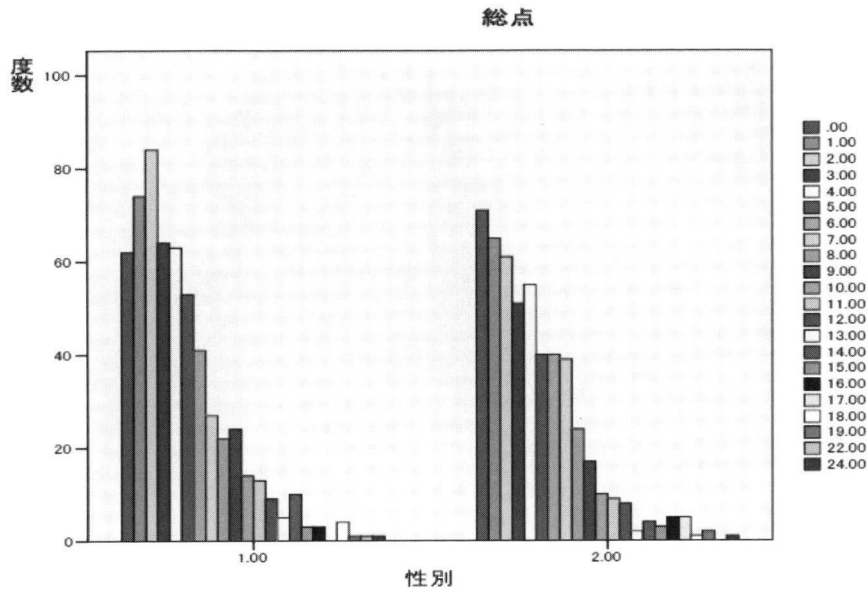


図 4

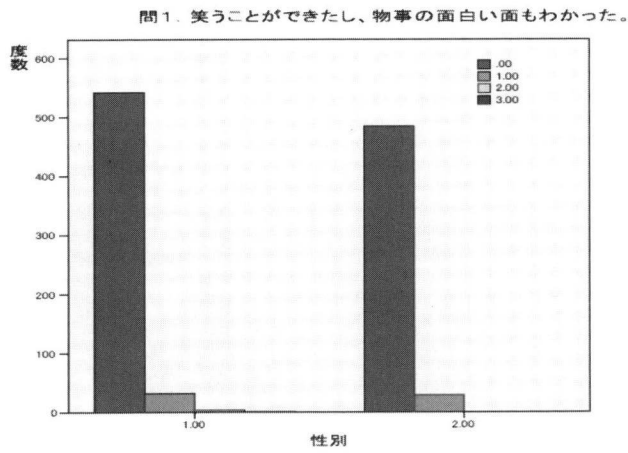


図 6

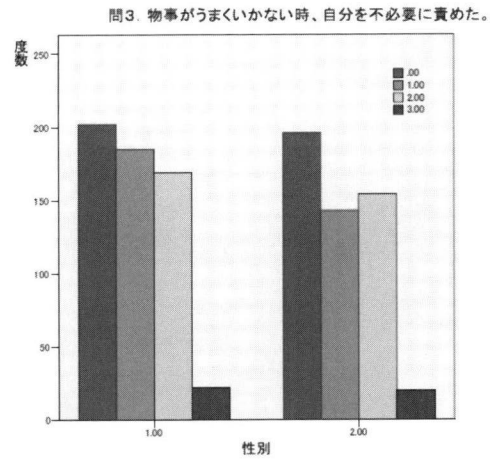


図 5

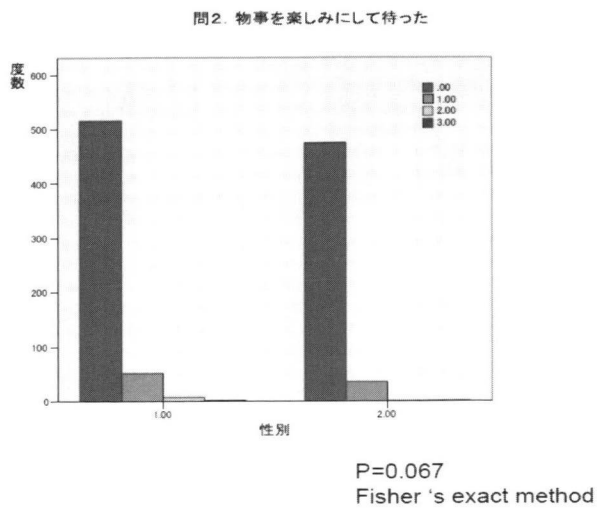


図 7

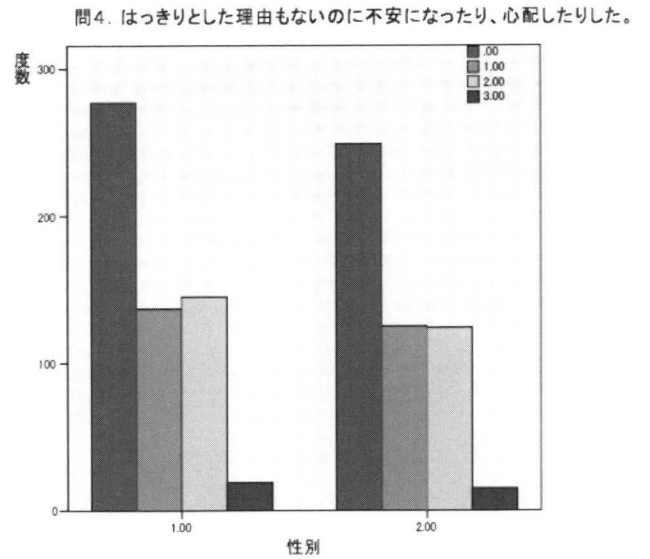


図 8

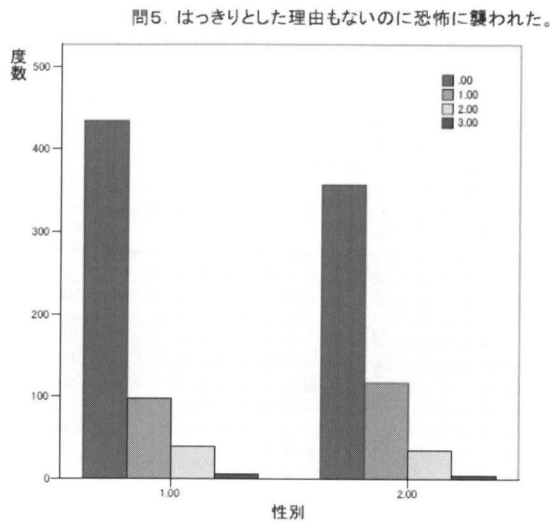


図 11

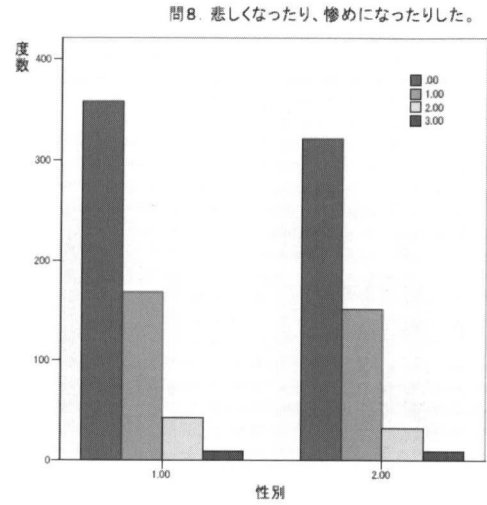


図 9

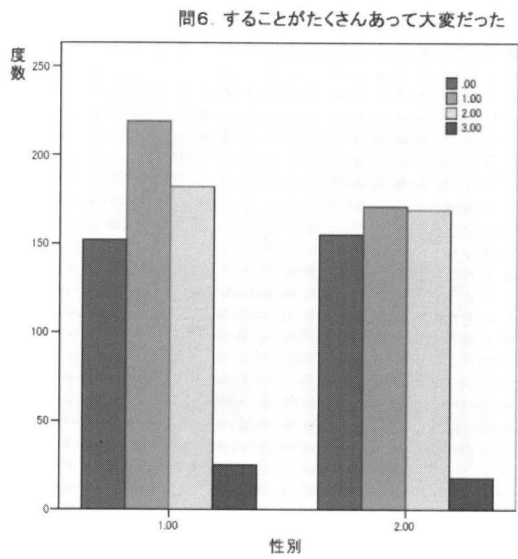


図 12

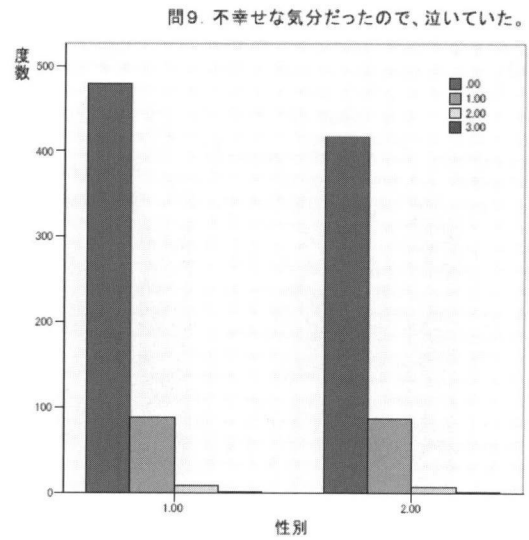


図 10

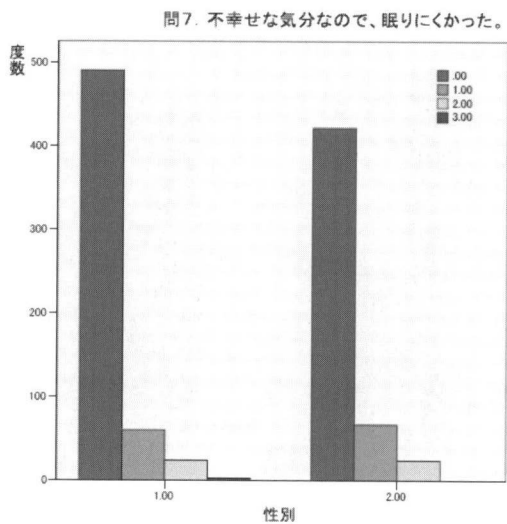


図 13

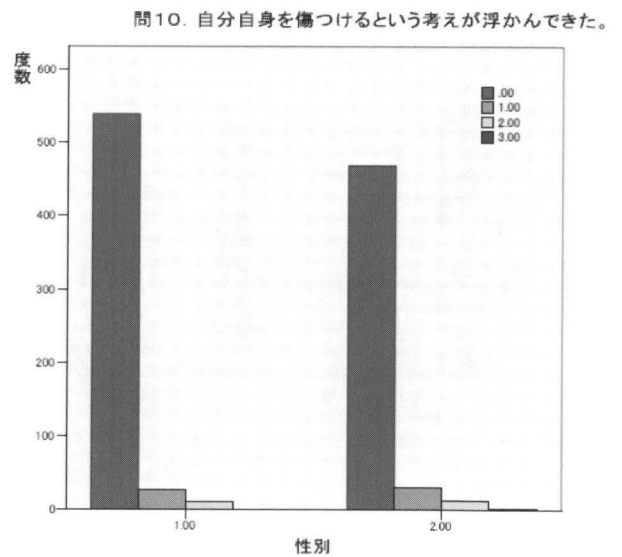


図 14

EPDS 10ヶ月後—初回訪問時

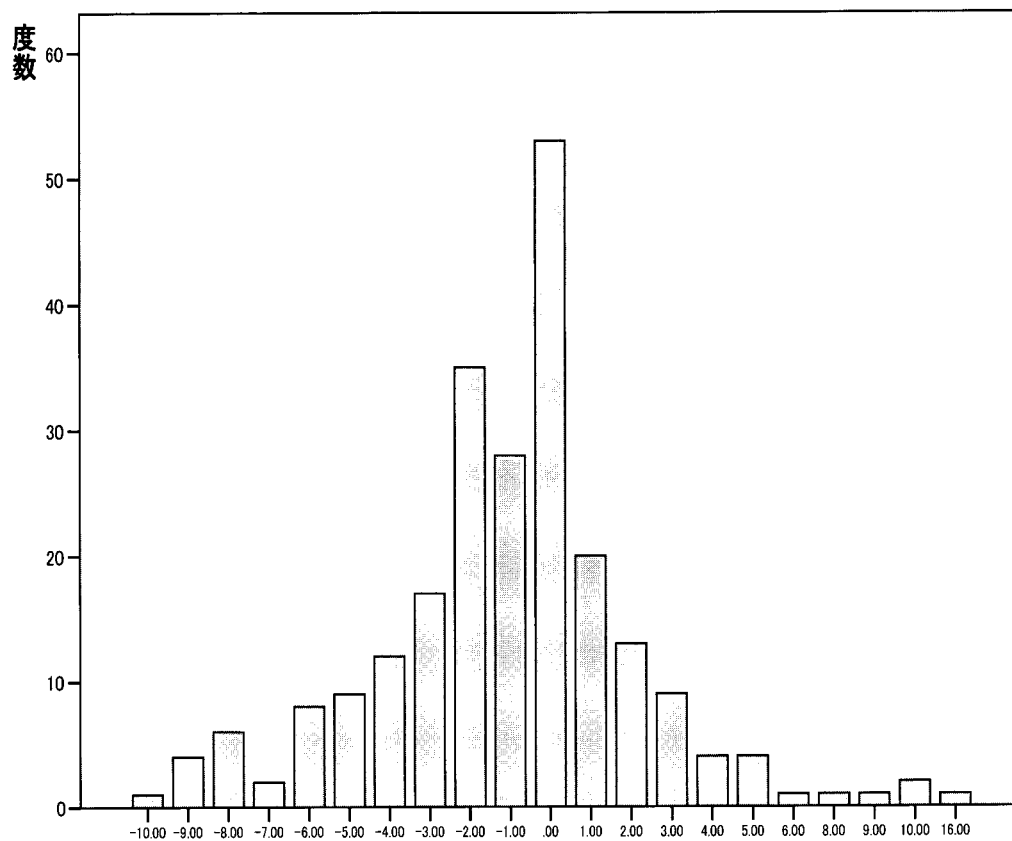
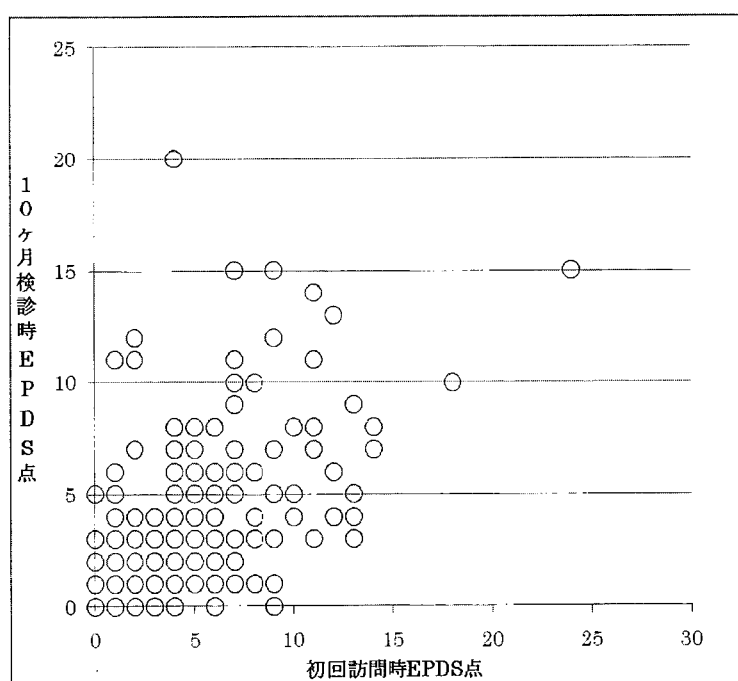


図 15



別紙

乳児家庭全戸訪問事業
及び
養育支援訪問事業
推進のための手引き

目 次

1. 子育ての背景の変化	3
2. 母子保健の現状	8
3. 虐待事例の増加と死亡事例から見る子育てのリスク	10
4. 子育て支援に必要な視点	10
5. 乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）と養育支援訪問事業の意義と連携	11
6. こんにちは赤ちゃん事業の進め方	17
(1) 事業の目的	17
(2) 対象者と訪問時期	17
(3) 母子保健事業の訪問対象者とこんにちは赤ちゃん事業の訪問対象者の考え方	18
(4) 対象者の把握方法と訪問の同意	20
(5) 事業の周知	21
(6) 訪問に必要な物品	22
(7) 訪問者	22
(8) 訪問内容	25
(9) アセスメント	25
(10) 支援の必要な者の把握と判断	29
(11) 支援効果の評価	31
(12) 訪問者の研修	31
(13) 事業の委託、第 2 種社会福祉事業の届け出	34
7. 養育支援訪問事業の進め方	35
(1) 養育支援訪問事業が求められる背景	35
(2) 事業の目的	35
(3) 対象者	36
(4) 中核機関とネットワークとの連携	36
(5) 対象者のアセスメントと支援内容	37
(6) 支援効果の評価	50
(7) 訪問者の研修	50
<資料及び事例集>	
・乳児家庭全戸訪問事業ガイドライン	55
・養育支援訪問事業ガイドライン	60
・参考資料：生後 1 年までの支援内容（英国における CARE プログラム）	66
・和歌山県田辺市のこんにちは赤ちゃん事業の様式等	69
・大阪府東大阪市のこんにちは赤ちゃん事業初期研修テキスト	71
・兵庫県明石市の養育支援訪問事業の取り組み	81
・山形県鶴岡市の養育支援訪問事業の取り組み	90
・こんにちは赤ちゃん事業の事例	95
・養育支援訪問事業の事例	102

1. 子育ての背景の変化

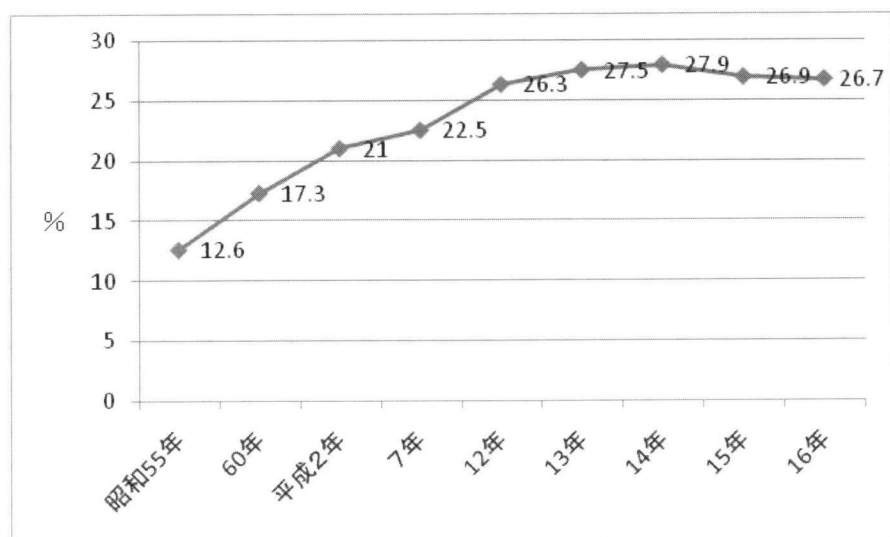
(1) 結婚と出産

平成 19 年の平均初婚年齢は夫 30.1 歳、妻 28.3 歳と年々年齢が高くなっており、平成 2 年の夫 28.4 歳、妻 25.9 歳と比べて 2 歳以上結婚が遅くなっている。母親の平均出産年齢も平成 19 年で 29.4 歳と平成 2 年の 27.0 歳に比べて 2.4 歳遅くなってきており、結婚から第 1 子出産までの期間が長くなってきている。

第 1 子出生までの結婚期間が妊娠期間より短いいわゆる“できちゃった婚”は最近では“おめでた婚”とも言われているが、昭和 55 年の 12.6% に比べ平成 16 年は 26.7% と倍以上になり、第 1 子の 4 分の 1 を占めている（図 1）。このような出生の抽出第 1 子出生に占める割合を母親の年齢階級別にみると、図 2 のとおり 15～19 歳は約 8 割、20～24 歳では約 6 割と若い年齢階級ほど多くなっており、同居や結婚といった人生の大きなイベントや学生である場合は学業との両立などが重なり負荷や不安が生じていないか把握し支援を行う必要がある。

母親の年齢階級別出生割合は、平成 17 年にそれまでもっとも多かった 25～29 歳を抜いて 30～34 歳がトップとなった（図 3）。割合が減少しているのは 25～29 歳と 20～24 歳で、増加しているのは 30～34 歳、35～39 歳、40～44 歳であり、出産年齢の高齢化が起こっている。平成 20 年の出生児では、高齢出産である 35 歳～39 歳が 18.4%、40 歳～44 歳が 2.5% と、約 5 人に 1 人はハイリスク妊婦といわれる高齢出産から生まれた子どもである。このような高齢出産の母親の中には、不妊治療後の妊娠例も少なからず見られる。

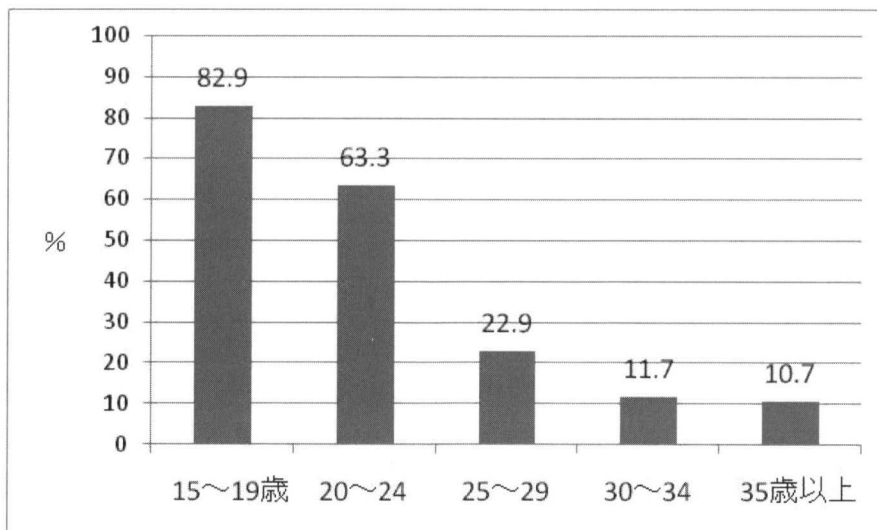
＜図 1＞結婚期間（※1）が妊娠期間より短い出生（※2）の抽出第 1 子出生に占める割合：平成 17 年度人口動態統計特殊報告



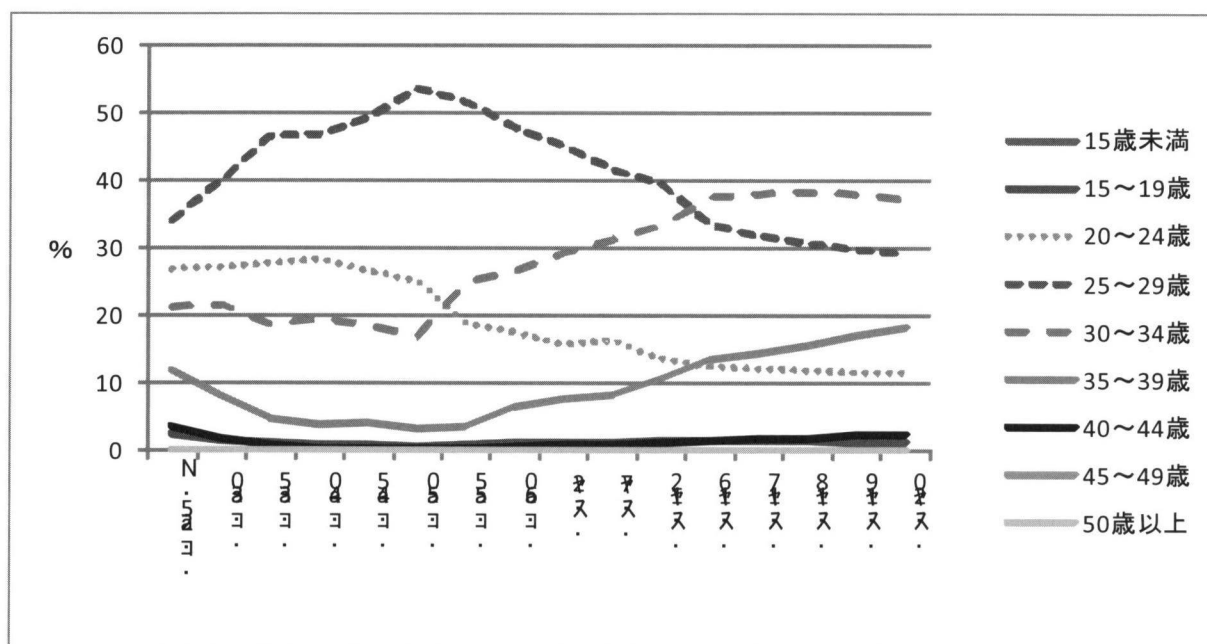
※ 1：人口動態調統計出生票より「生まれた年月—同居を始めた年月」で算出しており、月単位でしか把握できないため、結婚期間（月数）に対応する実際の結婚週数には幅がある。上記は、想定される結婚週数の平均（結婚期間が 1 か月の場合は 4 週）で算出した場合のものである。

※ 2：「結婚週数 < 妊娠週数 - 3 週」（＝「妊娠週数 ≥ 結婚週数 + 4 週」）で出生した場合を結婚期間が妊娠期間より短い出生としている。

＜図2＞平成 16 年出生における母の年齢階級別にみた結婚期間が妊娠期間より短い出生の嫡出第 1 子に占める割合：平成 17 年人口動態調査特殊報告



＜図3＞母の年齢階級別にみた出生総数に対する割合の年次推移：人口動態統計



（2）出生児

出生時の平均体重は、昭和 50 年頃まで増加し男児で 3.25kg（昭和 48 年）、女児で 3.16kg（昭和 49 年）をピークとしてその後低下を続けていたが平成 16 年から横ばいとなり、平成 20 年では男児 3.05kg、女児 2.96kg となった（図4）。しかし、2500g 未満の低出生体重児は増加を続けており、男女とも昭和 55 年がもっとも少なくそれぞれ 4.8%、5.6%であったが、平成 20 年では男児 8.5%、女児 10.7%と、特に女児では約 1 割が低出生体重児である（図5）。

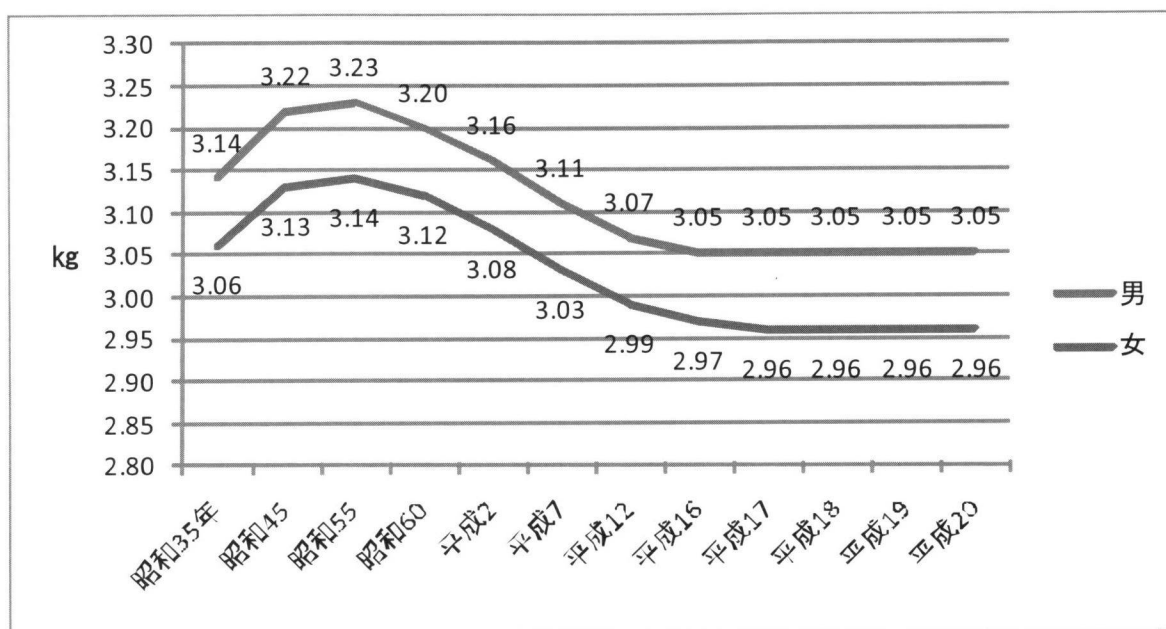
この要因の一つとして、不妊治療や産科医療の進歩により多胎や体重の小さい子どもが多く生まれるようになっていることが考えられるが、ダイエット志向の強い現代の母親が

妊娠中の体重増加を極力抑えている可能性も考えられる。

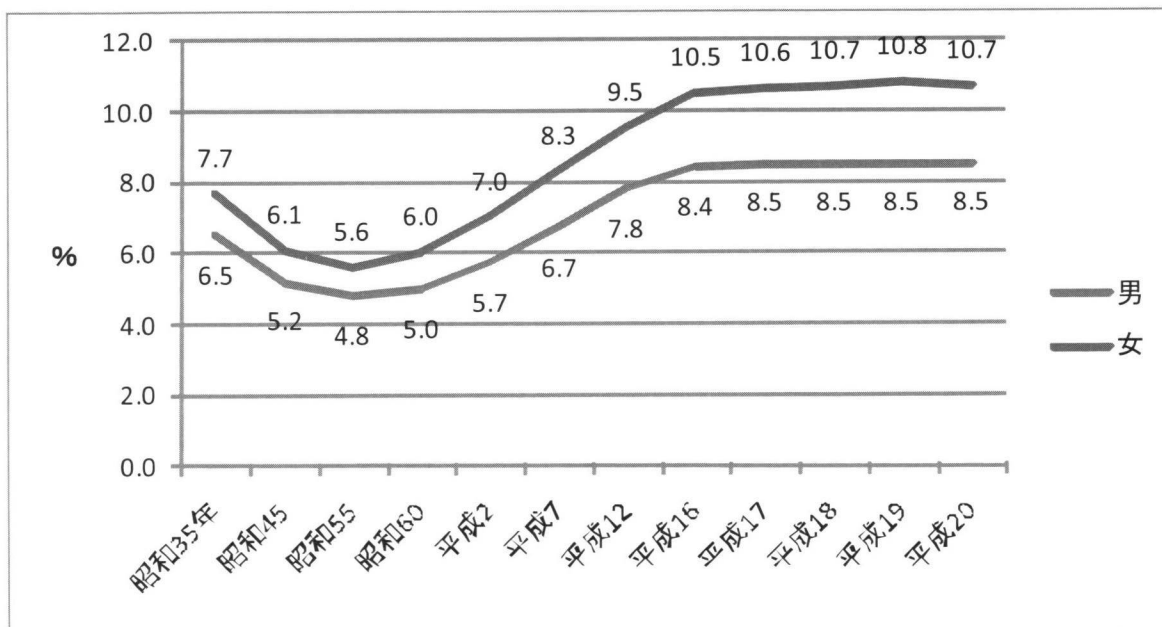
双生児など多胎児の割合は、年々増加してきていたが平成 17 年の 2.27% をピークに減少傾向が見られる（図 6）。これは、体外受精や胚移植等の高度不妊治療の現場で、子宮に戻す卵の数を初回では原則 1 個にするなどの方向性が打ち出されてきていることに関係していると考えられる。

体外受精・胚移植等の高度不妊治療は年々進歩し、平成 18 年の出生児数は 19,587 人と全出生児の 1.79% を占めている（表 1）。これは全出生児の約 55 人に一人の割合であり、母親に関わる上でこのような経過がある可能性を念頭に置き、待ち望んだ子どもとのイメージの違いから来る育児不安や悩みがないかなど、母の思いを傾聴し支援を行う必要がある。

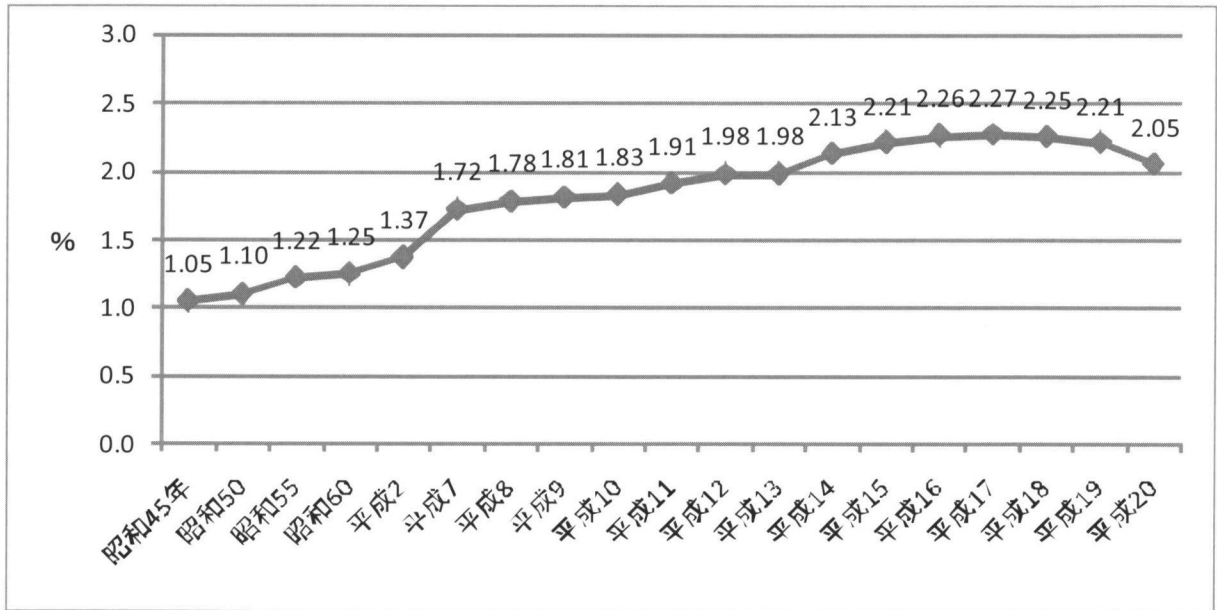
＜図 4＞平均出生体重の推移：人口動態統計



＜図 5＞2500g 未満の低出生体重児の割合：人口動態統計



<図6> 多胎児の出生割合の推移：人口動態統計



<表1> 体外受精・胚移植等を実施する登録施設数及び出生児数の推移：
日本産科婦人科学会倫理委員会登録・調査小委員会「報告」
／全国児童福祉主管課長会議資料

区分	登録施設数	体外受精・ 胚移植等に よる出生児	全出生児数	全出生数 に対する割合
平成元年	124	449	1,246,802	0.04
5年	270	3,554	1,188,282	0.30
10年	442	11,119	1,203,147	0.92
11年	471	11,929	1,177,669	1.01
12年	511	12,274	1,190,547	1.03
13年	552	13,158	1,170,662	1.12
14年	578	15,223	1,153,855	1.32
15年	590	17,400	1,123,610	1.55
16年	627	18,168	1,110,721	1.64
17年	641	19,112	1,062,530	1.80
18年	575	19,587	1,092,674	1.79

(3) 子育ての意識の変化

1980年に大阪の研究グループが、乳幼児健診に来た母親を対象に子育てに関する調査を行った（服部祥子・原田正文：乳幼児の心身発達と環境—大阪レポートと精神医学的視点—、1991）が、2003年に兵庫の研究グループが同様の内容でやはり乳幼児健診に来た母親に調査を行い（原田正文：子育ての変貌と次世代育成支援—兵庫レポートにみる子育て現場と子ども虐待予防、2006）、20年間の子育ての変化が報告されている（表2）。いずれの年齢でも「あれはいけない」「これはいけない」と禁止する傾向（厳格・禁止）、よその子と自分の子を比較して見る傾向（比較・期待）、子どもがしていることを黙って見ておれず口出しをしてしまう傾向（干渉）、（不安）が多くなっており、特に「お母さんはお子さんを、よそのお子さんと比較して気にしていますか」の「比較・

期待」が約4倍と変化が大きい。少ない子どもを立派に育てようという期待と、よそから評価されるというプレッシャーが大きく、子どもへの過干渉、厳格や禁止が多くなり、思いどおりにならない子育てに不安をいだいている様子がうかがわれる。

このような状態にある母親への支援の一つとして、相談相手や仲間作りをすすめて孤立を解消し、育児を「それでいい」とほめ自信をつけること、また、子どもには個性がありそれを認めた関わりが重要であることを強調する必要がある。

＜表2＞年齢別、乳幼児の親子関係（昭和55年と平成15年の比較）

区分	10か月児		1歳6か月児		3歳児	
	大阪(1980)	兵庫(2003)	大阪(1980)	兵庫(2003)	大阪(1980)	兵庫(2003)
消極的拒否	0.7	3.1	1.6	5.1	3.7	9.2
体罰	31.7	14.2	59.0	47.3	66.8	64.3
厳格・禁止	49.9	70.4	57.2	83.0	66.4	89.5
比較・期待	14.8	61.8	13.3	59.7	17.2	71.1
干渉	24.0	63.5	27.1	78.1	40.1	87.0
不安	37.2	74.6	37.7	75.5	41.2	74.8
溺愛	11.2	30.8	11.8	29.8	8.6	29.0
盲従	33.0	48.9	27.0	39.3	16.4	25.9
矛盾	37.6	42.3	46.4	58.2	50.3	60.3
不一致	18.0	23.2	14.2	20.4	14.8	22.9

出典：日本子ども資料年鑑2007 原田正文他の資料から作成

（4）DVとひとり親

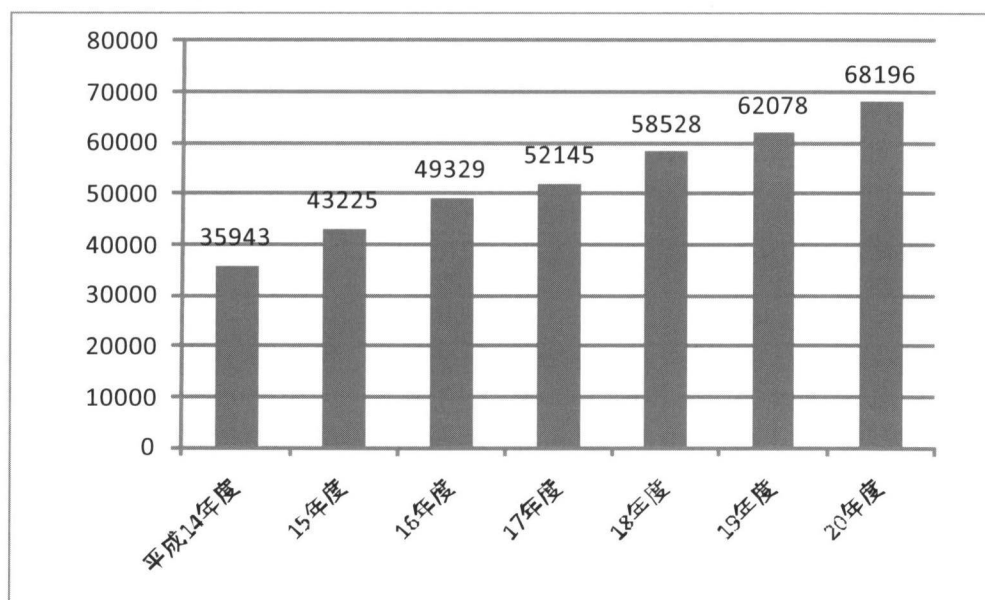
子育てへの支援として、DV（配偶者による暴力、Domestic Violence：DV）とひとり親については、特別に配慮した支援を行う必要がある。生活保護を受けている母子家庭でDV被害が22%にみられたという報告（2008年堺市調査）もあり、DVがあるかもしれないという視点で関わるのが重要である。

DVは平成13年に施行された配偶者暴力防止法によって、配偶者暴力相談支援センターまたは警察官に通報することとされており、配偶者暴力相談支援センターにおける相談件数は平成14年度から増加の一途を示し平成20年度では68,196件となっている（図7）。妊娠期のDVでは流産や早産の原因となったり、子どもが生まれてからのDVは母親に加え子どもも暴力の対象となったり、子どもが直接暴力を受けなくても精神的に被害を受けることがある。しかし、DVは単なる暴力行為だけではなく、暴力の合間に加害者が見せる「優しさ」があり、これによって被害者が加害者を信頼し逃れられない関係になっていることが多い。配偶者暴力防止法では、医師その他の医療関係者がDVを発見した場合は、「その者の意志を尊重し通報することができる」となっており、一方的に逃れることだけをすすめるのではなく、加害者・被害者ともにカウンセリング的な関わりをすることが必要である。

ひとり親については、離婚率が昭和55年の1.22（1,000対）から平成20年では1.99と上昇しており、また、父と生計を同じくしていない児童について支給する手当である児童扶養手当受給者数をみると、ひとり親の現況が死別によるものは減少しているが、離婚、未婚によるものは増加しており、平成19年度では離婚849,115人、未婚75,565人と、昭和55年と比べそれぞれ2.8倍、2.0倍となっている。ひとり親につ

いては、原因が離婚、未婚を問わず、子どもの養育に支援が必要である。

＜図7＞配偶者暴力相談支援センターにおける相談件数の推移：内閣府男女共同参画局



2. 母子保健の現状

わが国の母子保健体制は、乳幼児健診が細やかに実施され開催場所の保健センター等へもアクセスがしやすいなど、諸外国に比して体制が整っているとされている。医療についても、小児科・産科救急体制では各地で医師不足によるほころびが出てきてはいるが、周産期センターや小児医療センターなどが整い、妊産婦死亡率（出産100,000対）は平成17年5.8（米国2000年10.0、英国2002年6.0、カナダ2000年3.4）、周産期死亡率（妊娠満22週以後の死産と生後1週未満の早期新生児死亡の合計の出生と死産1,000対）は平成17年3.3（米国2001年7.0、英国2003年8.5、カナダ2002年6.4）、新生児死亡率（出生1,000対）は平成17年1.4（米国2001年4.5、英国2003年3.6、カナダ2002年3.9）、乳児死亡率（出生1,000対）は平成17年2.8（米国2003年6.9、英国2003年5.3、カナダ2002年5.4）と、先進諸国の中でもトップレベルとなっている。

（1）乳幼児健診

乳幼児健診は、生後1か月の健診は母親の健診と一緒に行われることが多く、子どもだけの健診は、3～4か月児健診、乳児後期健診、1歳6か月児健診、3歳児健診が、ほとんどの市町村で集団または医療機関委託による個別健診で実施されている。

地域保健・老人保健事業報告によれば、全国の健診受診率は、平成20年度で1歳6か月児健診が93.7%、3歳児健診が90.8%と高い。しかし、健診未受診者の中にはネグレクトなどの子どもの虐待が把握されることもあり、健診未受診者の把握が重要である。

(2) 母子保健の課題

①事故予防

不慮の事故による死亡は、平成 19 年で 0 歳児の死因の第 4 位、1～4 歳児の死因の第 1 位であり、我が国は先進諸国の中で事故による死亡が多く、事故予防が重要である。特に溺死及び溺水が特徴的であり、浴槽等での事故予防を啓発する必要がある。近年では、保健所や保健センターにおける事故予防の展示などの取り組みや各種機関での啓発が行われるようになり、死亡数が減少してきたものと考えられる(表 3)。不慮の窒息は、過去には乳幼児突然死症候群(Sudden Infant Death Syndrome: SIDS)が含まれている可能性があるが、SIDSの診断基準が確立されてからも事故の 75.6%を占めており、児の寝かせ方など周囲の環境にも目を配ることが重要である。

＜表 3＞年齢階級別、不慮の事故の死因別死亡数の推移：人口動態統計

区分		不慮の事故総数	交通事故		転落・転倒		煙、火及び火災への曝露		不慮の溺死及び溺水		不慮の窒息		その他	
			死亡数	%	死亡数	%	死亡数	%	死亡数	%	死亡数	%	死亡数	%
0歳	昭和60年	451	20	4.4	14	3.1	9	2.0	35	7.8	347	76.9	26	5.8
	平成2年	346	28	8.1	12	3.5	14	4.0	27	7.8	247	71.4	18	5.2
	平成7年	329	18	5.5	8	2.4	5	1.5	22	6.7	231	70.2	45	13.7
	平成12年	217	16	7.4	8	3.7	6	2.8	7	3.2	160	73.7	20	9.2
	平成17年	174	11	6.3	7	4.0	6	3.4	9	5.2	133	76.4	8	4.6
	平成18年	149	10	6.7	3	2.0	2	1.3	9	6.0	110	73.8	15	10.1
	平成19年	127	7	5.5	4	3.1	7	5.5	9	7.1	96	75.6	4	3.1
1～4歳	昭和60年	1,002	312	31.1	49	4.9	58	5.8	414	41.3	84	8.4	85	8.5
	平成2年	725	265	36.6	45	6.2	50	6.9	262	36.1	64	8.8	39	5.4
	平成7年	630	176	27.9	33	5.2	31	4.9	176	27.9	90	14.3	124	19.7
	平成12年	308	104	33.8	40	13.0	25	8.1	77	25.0	49	15.9	13	4.2
	平成17年	236	71	30.1	21	8.9	37	15.7	56	23.7	39	16.5	12	5.1
	平成18年	207	70	33.8	15	7.2	21	10.1	51	24.6	38	18.4	12	5.8
	平成19年	177	62	35.0	15	8.5	15	8.5	40	22.6	34	19.2	11	6.2

②乳幼児突然死症候群(SIDS)

SIDSは、それまでまったく健康であった乳幼児が何の前ぶれもなく亡くなってしまふ、未だ原因の定かでない疾病で、平成 19 年の 0 歳児の死亡数は 147 人で 0 歳児の死因の第 3 位である。SIDSの危険因子は、うつぶせ寝、暖めすぎ、喫煙、人工乳などが言われており、諸外国ではこれらの因子を避けるキャンペーンで死亡数が減少したとされている。我が国でも、仰向け寝、禁煙、母乳育児で育てようという啓発が行われている。

③乳幼児揺さぶられ症候群(SBS)

揺さぶられっ子症候群(Shaken Baby Syndrome: SBS)とも言われるが、普通に子どもをあやしても起こるように誤解されがちなことから、近年では揺さぶられあるいは揺さぶり症候群と呼ばれている。新生児や概ね生後 6 ヶ月以内の乳児の体を過度に揺することで、頭に硬膜下出血や眼の網膜出血などを起こし、児童虐待とみなされる。

先進的な取り組みとして、揺さぶられるとどうなるか、また乳児の泣き声を聞かせ、どのように感じ、どのような対処を行うかなどの啓発を、両(母)親教室や産科入院中に行うところも出てきている。

3. 虐待事例の増加と死亡事例から見る子育てのリスク

社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会による虐待による死亡事例のうち心中以外の事例の分析で、妊娠・出産に係る背景が注目されている。同委員会が作成した第5次報告によれば、特に妊娠中から胎児に関する関心や愛着に問題があることが伺われる「望まない妊娠／計画していない妊娠」や、「若年妊娠」、「母子健康手帳の未発行」、「妊婦健診未受診」が多く把握されている（表4）。これらの項目の未記入・不明を除いた把握している事例に対する割合は、それぞれ50.0%、27.9%、27.5%、33.3%であり、若年出産については全国の平成20年の割合が1.4%であることから非常に多いといえる。しかし、それ以外については全国データがなく比較することが難しいが、割合が多いことは間違いなく、これらの項目を把握し支援を行う必要がある。

＜表4＞子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について

：社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会第5次報告 平成21年7月

	心中以外 N=78			記入例に占める割合
	あり	なし	未記入・不明	
切迫流産・早産	1(1.3%)	23(29.5%)	54(69.2%)	4.2%
妊娠高血圧症候群	2(2.6%)	20(25.6%)	56(71.8%)	9.1%
喫煙の常習	3(3.8%)	14(17.9%)	61(78.2%)	17.6%
アルコールの常習	2(2.6%)	15(19.2%)	61(78.2%)	11.8%
マタニティブルー	-	11(14.1%)	67(85.9%)	-
望まない妊娠／計画していない妊娠	11(14.1%)	11(14.1%)	56(71.8%)	50.0%
若年(10代)妊娠	12(15.4%)	31(39.7%)	35(44.9%)	27.9%
母子健康手帳の未発行	11(14.1%)	29(37.2%)	38(48.7%)	27.5%
妊婦健診未受診	10(12.8%)	20(25.6%)	48(61.5%)	33.3%
胎児虐待	2(2.6%)	16(20.5%)	60(76.9%)	11.1%
墜落分娩	5(6.4%)	25(32.1%)	48(61.5%)	16.7%
陣痛が微弱であった	1(1.3%)	15(19.2%)	62(69.5%)	6.3%
帝王切開	8(10.3%)	24(30.8%)	46(59.0%)	25.0%
低体重	6(7.7%)	25(32.1%)	47(60.3%)	19.4%
多胎	1(1.3%)	38(48.7%)	39(50.0%)	2.6%
新生児仮死	-	29(37.2%)	49(62.8%)	-
その他の疾患・障害	2(2.6%)	26(33.3%)	50(64.1%)	7.1%
出生時の退院の遅れによる母子分離	3(3.8%)	30(38.5%)	45(57.7%)	9.1%
NICU入院	3(3.8%)	31(39.7%)	44(56.4%)	8.8%

4. 子育て支援に必要な視点

親子だけの限られた関係で子どもは育っていくのではなく、親子の絆を核として、地域や親戚、友人など多くの人間関係の中で育っていく。まず親子の絆の確立をすすめ、親の自尊心、自己効力感を培い、孤立を防ぐよう仲間づくりや社会資源の利用ができるよう支援することが大切である。これは、はじめから困ったことや疑問に正答を提供するのではなく、親に原因や対策を考えてもらい実行してもらおうという、押しつけではない支援を行うことである。

また、今や子育てや親子関係の問題として喫緊の課題は子どもの虐待である。子どもの虐待は何もないところから起こるのではなく、親の生育歴、支援者がいないなどの孤立、子どもの受容の問題などさまざまな要因がからみあっていることから、虐待のリスク要因をきちんととらえ、母親自らは支援を求めていなくても子育ての困難を改善するよう支援を行うことが重要である。

また、気持ちが沈みがちになりやる気が起こらない、疲労が大きいなどの心身の状態の把握と、産後うつ病などの必要時には精神科医療につないでいく。

子どもがいないときには、食生活や生活が不規則であり夜更かしがある、タバコを吸うなどの問題があっても、改善すべき課題ととらえられていないことが多い。しかし、子どもを妊娠・出産し、子育てをすることは、養育者の健康が何よりも重要であり、また養育者の生活が乱れているままで子どもだけに正しい生活習慣をつけさせようとしても困難である。妊娠・出産は母親のライフサイクルの中でもっとも生活習慣を変えることが可能な時期であり、家族の健康づくりという視点からも働きかけを行うことは重要である。

子育て支援のポイント：

- ・親を育てる
- ・仲間づくり
- ・虐待ハイリスクの把握と支援
- ・家族の健康支援

5. 乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）と養育支援訪問事業の意義と連携

乳児家庭全戸訪問事業（以下、「こんにちは赤ちゃん事業」とする。）こんにちは赤ちゃん事業は、地域で誰しものが訪問を受けるポピュレーションアプローチであり、養育支援訪問事業はさまざまなところから支援が必要とされた対象者に対するハイリスクアプローチである。子育て支援がもれなくかつ必要な者には手厚く行われるためには、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチが連携して展開される必要がある。

（1）これまでの経過と現状

こんにちは赤ちゃん事業と養育支援訪問事業は、児童福祉法の改正により平成 21 年度から法定事業として位置づけられることになった。

こんにちは赤ちゃん事業は「生後 4 か月までの全戸家庭訪問事業」として、平成 19 年度から開始された事業である。平成 16 年に政府が策定した「子ども子育て応援プラン」では、児童虐待防止対策のうち予防対策の 1 つとして、新生児訪問や生後 3～4 か月児の乳児健診未受診児のいずれにも接触のなかった全乳児の状況を把握するために、訪問調査を実施するなどの対策を全市町村で実施することを目標に掲げている。しかし、平成 16 年度の 3～4 か月児健診の受診率は 94%であるが、新生児訪問の訪問率は 21.4%と低い状況であった。

当時厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課虐待防止対策室保健指導専門官であった来生（保健師ジャーナル Vol.63(9):p.762～765,2007）によれば、「虐待による死亡事

例などをみても、生後早期のアプローチが必要であることが明らかなことや、健診の場では実際の生活や母子関係などが十分に把握できないこと、新生児訪問は約 2 割の訪問率しかないことなどから、生後早期の全戸訪問の必要性が議論され始めた。そして、生後間もない乳児のいる家庭すべてを訪問し、さまざまな不安や悩みを聞き、子育て支援に関する情報提供などを行うとともに、母子の心身の状況や養育環境などの把握および助言を行い、支援が必要な家庭に対し適切なサービス提供に結びつける「生後 4 か月までの全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」を 2007 年度から創設することとなった。」としている。

養育支援訪問事業は、創設時の事業名は「育児支援家庭訪問事業」であり、児童虐待発生の予防事業の 1 つとして平成 16 年度に創設され、専門的な支援が必要と判断される家族を対象とし、アウトリーチ型（アウトリーチ：援助を求めている人のところに援助者の方から出向く方法）の個別支援手法を用いて在宅での養育を支援していく事業である。中板ら（子どもの虐待とネグレクト Vol.9(3):p.384～393,2007）の平成 18 年度の研究では、事業の中核機関を保健部門が担当している自治体は 45.0%で、福祉部門が 49.0%であった。福祉部門のうち、要保護児童対策地域協議会と同じ部署にあったのは 93.1%で、保健部門のその割合は 20.5%と低かった。事業効果が期待できる事例としては、軽度から中等度の育児不安の軽減、子どもの発達確認、親性育成、産後うつ状態の親への対応などで、母の精神病理への対応については、保健、福祉部門ともに対応困難であるとの認識が示された。訪問支援者への研修を実施している自治体は 3 割程度に留まり、人口規模が小さいほど研修を実施する割合が低かった。これらの結果から、自ら支援を求めないが要支援と判断される家庭への支援サービスの 1 つとして本事業を位置づけるとともに、要保護児童対策地域協議会と連携しやすいように、中核機関を福祉部門に置き、保健部門が行う母子保健活動等から要支援家庭がスクリーニングされることを考慮し、協働して本事業を実施することが望ましいと指摘している。特に産後うつ状態の親への対応に関しては、カウンセリングを中心とする保健部門と家事援助を中心としやすい福祉部門の双方の支援の特徴を生かせる工夫が必要だと指摘している。また、訪問支援者への研修が十分とはいえない結果から、中核機関は支援者の獲得や質の向上を図るために、実施率が高いケース検討会などを職場内の研修として活用することを提案している。

平成 21 年度の両事業の全国市町村における実施率は、法定化されていなかった平成 20 年度のこんにちは赤ちゃん事業 72.2%、育児支援家庭訪問事業 45.3%に比べて 84.1%及び 55.4%と増加したが、こんにちは赤ちゃん事業では 57.1%から 100%、養育支援訪問事業では 26.7%から 89.5%とばらつきが見られている（表 5）。

こんにちは赤ちゃん事業は全数訪問とはいっても既に把握・支援されている対象者にどのように訪問を行うのか、また既存の母子保健事業の新生児訪問指導や未熟児訪問指導等との関係、育児に関する不安等への対応や子育て支援に関する情報提供等だけではなく養育環境の把握も必要ではないかという課題、また、養育支援訪問事業については先の中板らの研究による課題から、厚生労働省は平成 20 年 6 月に「生後 4 か月までの全戸家庭訪問事業・育児支援家庭訪問事業ガイドライン」策定に関する有識者・実務者会議を立ち上げ、平成 21 年 3 月 16 日に「乳児家庭全戸訪問事業ガイドラインについて」（雇児発第 0316001 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）及び「育児支援家庭訪問事業ガイ

ドラインについて」(雇児発第 0316002 号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)を
発出した。以下、「ガイドライン」とはこのいずれかを指すものとする。

＜表5＞ 平成21年度「乳児家庭全戸訪問事業」及び「養育支援訪問事業」都道府県別実施状況
 全国児童相談所所長会議資料(平成22年4月9日開催)

	乳児家庭全戸訪問事業 (こんにちは赤ちゃん事業)		養育支援訪問事業			乳児家庭全戸訪問事業 (こんにちは赤ちゃん事業)		養育支援訪問事業	
	実施市区町村数	実施率	実施市区町村数	実施率		実施市区町村数	実施率	実施市区町村数	実施率
北海道	150	83.3%	100	55.6%	滋賀県	23	88.5%	16	61.5%
青森県	27	67.5%	14	35.0%	京都府	20	76.9%	17	65.4%
岩手県	35	100.0%	29	82.9%	大阪府	33	76.7%	33	76.7%
宮城県	36	100.0%	32	88.9%	兵庫県	41	100.0%	24	58.5%
秋田県	21	84.0%	8	32.0%	奈良県	24	61.5%	19	48.7%
山形県	35	100.0%	25	71.4%	和歌山県	24	80.0%	17	56.7%
福島県	52	88.1%	24	40.7%	鳥取県	18	94.7%	12	63.2%
茨城県	39	88.6%	25	56.8%	島根県	21	100.0%	17	81.0%
栃木県	29	96.7%	18	60.0%	岡山県	25	92.6%	24	88.9%
群馬県	33	91.7%	26	72.2%	広島県	22	95.7%	15	65.2%
埼玉県	52	74.3%	32	45.7%	山口県	20	100.0%	14	77.0%
千葉県	47	83.9%	24	42.9%	徳島県	22	91.7%	16	66.7%
東京都	44	71.0%	39	62.9%	香川県	17	100.0%	10	58.8%
神奈川県	23	69.7%	19	57.6%	愛媛県	14	70.0%	9	45.0%
新潟県	30	96.8%	18	58.1%	高知県	21	61.8%	16	47.1%
富山県	13	86.7%	8	53.3%	福岡県	42	63.6%	31	47.0%
石川県	18	94.7%	17	89.5%	佐賀県	20	100.0%	12	60.0%
福井県	16	94.1%	5	29.4%	長崎県	22	95.7%	17	73.9%
山梨県	23	82.1%	20	71.4%	熊本県	37	78.7%	18	38.3%
長野県	73	91.3%	44	55.0%	大分県	16	88.9%	10	55.6%
岐阜県	36	85.7%	16	38.1%	宮崎県	16	57.1%	5	17.9%
静岡県	33	89.2%	20	54.1%	鹿児島県	28	62.2%	12	26.7%
愛知県	57	93.4%	36	59.0%	沖縄県	40	97.6%	18	43.9%
三重県	24	82.8%	15	51.7%	全国計	1,512	84.1%	996	55.4%
					平成20年度	1,247	72.2%	799	45.3%

※ 各都道府県には政令指定都市・中核市を含む。

※ 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課調(平成21年7月1日現在)

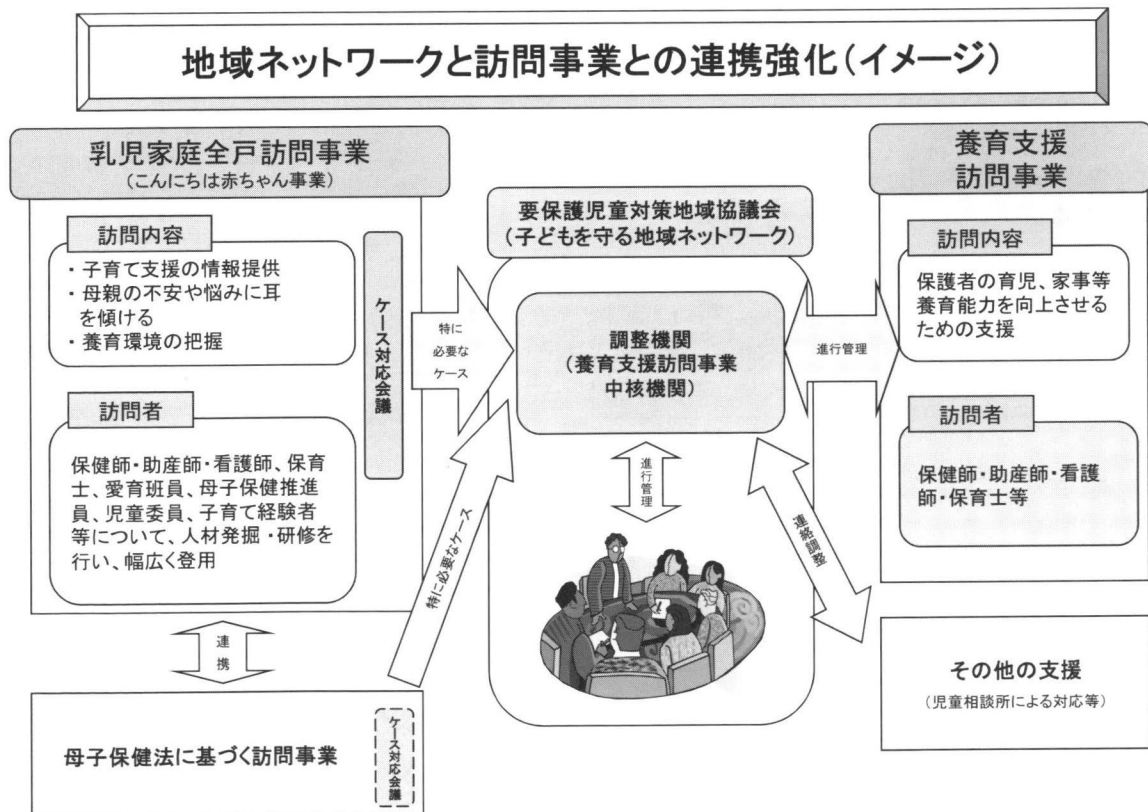
※ 平成20年度については「生後4か月までの全戸訪問事業」及び「育児支援家庭訪問事業」の実施状況(次世代育成支援対策交付金交付決定ベース)

(2) 両事業の連携

これまで述べてきたように、子育て家庭の置かれている現状から、妊娠期から子育て期まで家庭の養育環境を把握することが望ましく、特に乳児期早期は全数の家庭を把握する必要がある。乳児のいる家庭の状況を把握し適切な時期に必要な支援を行うためには、専門職、非専門職に関わらず、乳児のいる家庭に訪問した上で、育児に関する不安や悩みを聞き、子育てに関する情報を提供し、把握した情報から必要な支援に結びつけることが重要である。こんにちは赤ちゃん事業は乳児のいる家庭をただ訪問すればよいというわけではなく、本事業の目的を達成するためには、訪問終了後に訪問者が市町村の担当職員に訪問時の様子を報告し、報告を受けた担当職員はケースのアセスメントを行い、必要に応じてケースの対応会議を開催し、特に支援が必要な場合は養育支援訪問事業等の活用や、要保護児童対策地域協議会における協議の対象とすることが重要である。

図8は厚生労働省の説明資料で、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業と地域ネットワークとの関連強化のイメージ図である。支援が必要な対象者の把握は、これまでの母子保健法による妊産婦訪問や新生児訪問、未熟児訪問等と連携したこんにちは赤ちゃん事業により行い、支援が必要な家庭への支援は、これまでの母子保健活動、児童福祉活動に加え、養育支援訪問事業を効果的に活用して実施することが示されている。養育支援訪問事業の情報を集め支援の調整を行う中核機関は、要保護児童対策地域協議会と一体的に運営または連携し、支援の進行管理やその他の支援との連携調整を行う。

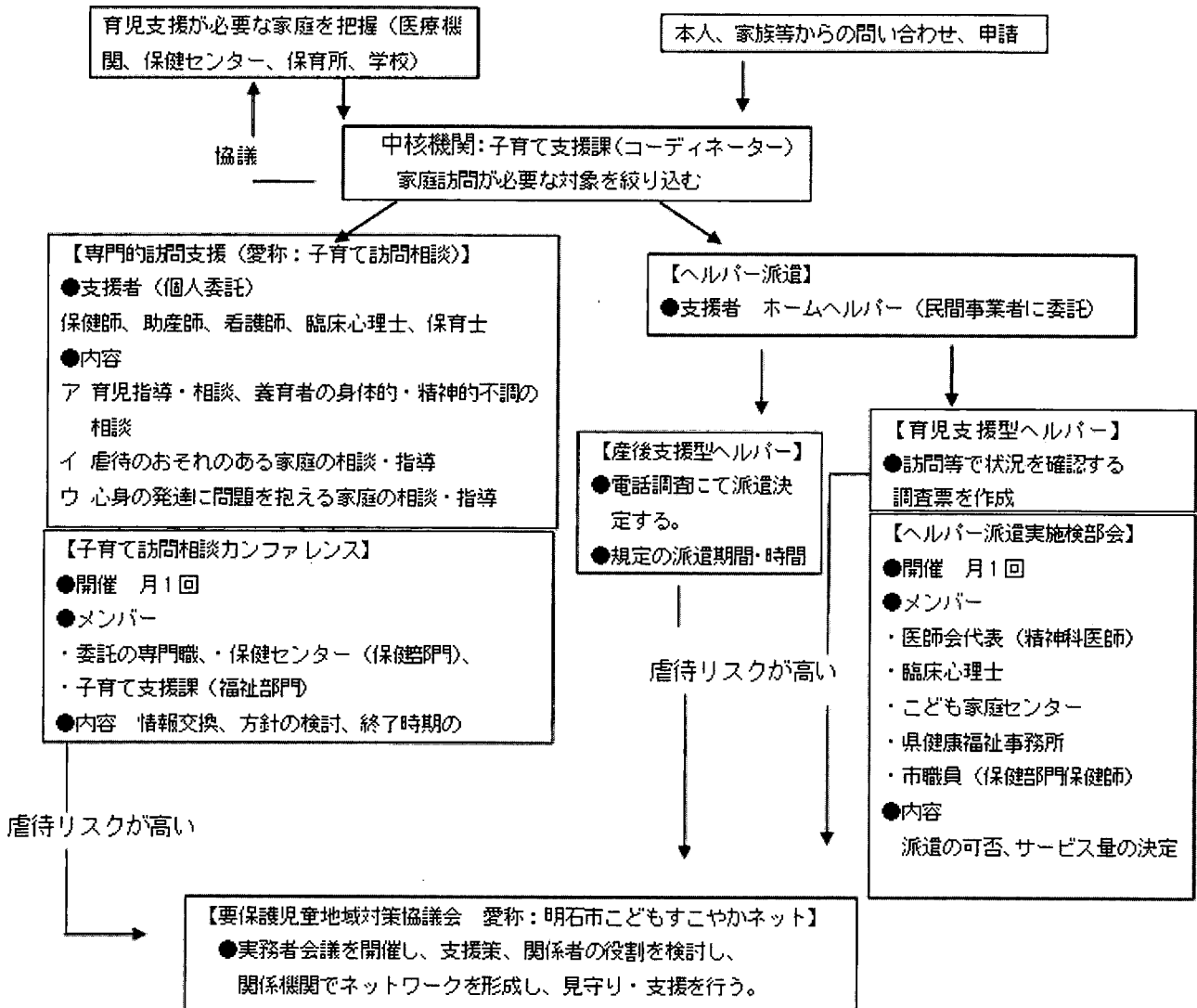
<図8> 厚生労働省説明資料より



養育支援訪問事業の中核機関、要保護児童対策地域協議会の調整機関は児童福祉機関が

担っていることが多いが、児童福祉機関と保健機関との円滑な連携を促進するための一つの方策として、児童福祉機関に保健師等の専門職を配置し支援を行うことなどが考えられる。

【明石市の実践例】（参考：資料「明石市養育支援訪問事業」）



(3) 個人情報の保護と支援

個人情報の保護は重要であり、知り得た情報をもらすことがあってはならない。個人情報保護に関する条例等を遵守し、個人情報の保護に努める必要がある。訪問者は市町村から委託を受けて本事業に従事し、個人情報保護に関する何らかの契約が取り交わされていると考えられることから、すでに関わっていた守秘義務のある専門職と連携して守秘義務がない非専門職が訪問を行う場合、また非専門職が知り得た情報を専門職に提供する場合など、個人情報の保護に気を遣うあまりに支援の時期を逸してしまわないようにする必要がある。

そのため、事業に携わる前に研修などで個人情報保護の必要性と連携について十分知

識を持つことが大切である。また、個人情報の適切な管理や守秘義務についての規定を定め、従事者へ周知するとともに、非常勤職員の委嘱手続き等においては、誓約書を取り交わすことも有効である。

なお、児童福祉法によりこんにちは赤ちゃん事業または養育支援訪問事業の業務に従事する者または従事していた者に対して守秘義務が課せられており、これに違反した場合は1年以下の懲役または50万円以下の罰金に処せられることがあることを周知する必要がある。

6. こんにちは赤ちゃん事業の進め方

こんにちは赤ちゃん事業は、地域で誰もが訪問を受けるポピュレーションアプローチであり、児童福祉法の改正により法に位置づけられ、市町村は本事業を行うよう努めることとされた。

(1) 事業の目的

育児に不安を抱えている母親や孤立しがちな母親が多いことから、子育ての情報提供及び訪問者など地域の支援者を身近に知ってもらうことが大きな目的である。支援を必要とする家庭の把握も重要であるが、これに重きを置くあまり信頼関係が損なわれることがあってはならない。

【ガイドラインから】

すべての乳児のいる家庭を訪問し、子育ての孤立化を防ぐために、その居宅において様々な不安や悩みを聞き、子育て支援に関する必要な情報提供を行うとともに、支援が必要な家庭に対しては適切なサービス提供に結びつけることにより、地域の中で子どもの健やかに育成できる環境整備を図ることを目的とした、広く一般を対象とした子育て支援事業である。

(2) 対象者と訪問時期

対象児が生後4か月を迎えるまでの間に1回訪問することが原則である。しかし、育児でもっとも心配な時期は1か月であるという報告（服部祥子・原田正文：乳幼児の心身発達と環境—大阪レポートと精神医学的視点—、1991）から、4か月までとはいってもできるだけ早期に訪問を行うことが望ましい。新生児期は母乳のことや新生児の生理のことなど助産師等による専門的知識を求めていることも多く、広報や本事業により生後1か月以内は新生児訪問も活用できることを情報提供することも必要である。

長期に里帰りから戻ってこない場合については、母親の心身の不調の可能性もあることから、なんらかの形で里帰り先の市町村と連携することも考える必要がある。

家庭訪問の同意が得られない場合でも、保健センターには出向ける場合があることから、気軽に相談に来所するようメッセージを送るようにする。