

平成 23 年度厚生労働科学研究 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
「乳児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)における訪問拒否等対応困難事例への
支援体制に関する研究」分担研究報告書

「乳児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)」を活用した母親の食生活支援について

研究分担者 堤ちはる 日本子ども家庭総合研究所母子保健研究部栄養担当部長

研究要旨

「乳児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)」(以下「乳児家庭全戸訪問事業」と記す)においては、乳児の発育状況と共に、母親の健康状態、育児状況等を聴き、相談に乗ったり、サービスについての情報提供が行われたりしている。しかし、これまで母親の健康状態に大きな影響を及ぼす食生活の支援の状況は明らかにされていない。そこで、本研究は「乳児家庭全戸訪問事業」における母親の食生活支援の現状を把握し、本事業を活用した食生活支援の方向性を提言することを目的に実施した。

その結果、「乳児家庭全戸訪問事業」においては、こころの話題を問題にすることが多く、母親の食生活に関係するからだの話題はごく僅かであった。また、食生活の指導も少数の自治体を除き、「バランスのよい食事」、「十分な睡眠・栄養」といった具体性を欠くものであり、母親の食行動の変容を起こしにくいものであった。アンケート調査の食生活についての質問は、子どもや父親と一緒に設問であったり、食生活の問題点が明確化されない設問であったりしたことから、食生活があまり重要視されていないことが推察された。

このため、「乳児家庭全戸訪問事業」においては食生活の質問を、こころやからだの問題を抱える母親に対して、①初対面の訪問員への緊張感を和らげ、話しやすい雰囲気作りのために活用すること、非専門職が訪問する場合、②専門職が対応する必要があるマタニティーブルーや産後うつ病の発症リスク者のスクリーニングの位置づけとして活用することを提言したい。なお、一般的な食生活の質問のほか、非専門職が、スクリーニングシート等の利用により食生活のハイリスク者を抽出し、その者に対して専門職が個別相談の機会を設けるようなシステムの構築も必要であると考えます。

また、母子健康手帳の任意記載事項の「妊娠中と産後の食事の目安」の項にある「食事バランスガイド」を活用して母親自らが栄養バランスを考えられるように、訪問員は「食事バランスガイド」について理解を深め、母親に対して丁寧な解説ができるようになることが望まれる。

A. 研究目的

「乳児家庭全戸訪問事業(こんにちは赤ちゃん事業)」(以下、「乳児家庭全戸訪問事業」と記す)は、生後4か月までの乳児のいる家庭と地域社会をつなぐ最初の機会とすることにより、孤立化を

防ぎ、乳児の健全な子育て環境の確保を図ることを目的としている。訪問においては、「乳児の発育状況」、「母親の健康状態、育児状況等」、「育児の不安、相談ごと」などを聴き、必要に応じて子育てに関する相談機関や福祉サービスについての情報提供が行われている。このなかの「育児の

不安、相談ごと」について、昨年度、筆者は「訪問時に母親からの質問で多いもの」を分類したところ、「食」に関連するものは94.0%と大多数を占めていた¹⁾。その内訳は、「乳児の体重(増え方、増加量等)」(52.8%)に次いで、「母乳(量、回数、間隔、授乳方法、不足していないか等)」(49.9%)が多かった。乳児にとって母乳の量や間隔が適切かどうかについては、母親の側からみると、母乳が乳児にとって必要十分量分泌されているのか、ということになる。母乳分泌には心身の健康状態が影響するが、食生活の影響も大きい。また、母乳を与える以外の育児においても、望ましい食生活により作られる健康な体は欠かせない。さらに、体の疲労感が強ければ、育児の負担感も増し、子育てが楽しいものとはならない。このように、母親の食生活については、子育て支援の重要事項のひとつであるにもかかわらず、これまで「乳児家庭全戸訪問事業」において、その支援状況を調査研究したものはない。

そこで、本研究は「乳児家庭全戸訪問事業」における母親の食生活支援の現状を明らかにし、本事業を活用した食生活支援の方向性を提言することを目的に実施した。

B. 研究方法

1. 調査方法および内容

分析対象とした資料は、昨年度の全国調査で、「乳児家庭全戸訪問事業」を実施していると回答した1090自治体のうち、調査票回収時に送付された「乳児家庭全戸訪問事業」実施要項(要領)、アンケート調査票、啓発用のパンフレット等である。分析内容は、母親の食事、体調と食生活の関連などについての記述の有無や内容、アンケート調査の設問と回答の選択肢等について調査した。

2. 倫理的配慮

本研究は、研究代表者が、日本子ども家庭総合研究所の倫理審査委員会より承認を得て実施した研究の一部である。調査票には、調査依頼文書

にて研究の趣旨を提示し、調査への協力は任意であること、統計的に回答を処理し、対象者に不利益を被らないことを説明した。データは研究目的以外に使用しないことを調査依頼文書に示し、質問紙の回答をもって承諾を得たものとした。

結果の分析・公表にあたっては、組織や個人が特定できないように配慮するなど、プライバシーには十分配慮した。

C. 研究結果

1. 添付資料の食生活に関する記述について

昨年度の全国調査で、「乳児家庭全戸訪問事業」を実施していると回答した1090自治体のうち、調査票回収時に資料の添付のあった自治体は173件であった(添付率15.9%)。添付資料は、①実施要領の指導内容、②マタニティーブルーや産後うつ病関連の事項、③母親へのアンケート調査票、④パンフレット(出産後の生活、母乳等)などが主なものである。資料中の母親の体調、また食事等に関連する記述を分析した結果は以下のとおりである。

①実施要領の指導内容

「母親への指導内容」として、イ.産後の経過について、ロ.産後の過ごし方(食事・休養等)、ハ.定期健診・診察の勧奨、ニ.家族の協力体制、ホ.家族計画、ヘ.保健福祉サービスの説明という項目が列挙されていた。イ～ヘの各項目についての説明はなく、食事についての記述は抽象的で、何を、どのように指導・支援するのか、具体性に欠けていた。

②マタニティーブルーや産後うつ病関連の事項

出産後の急激なホルモン環境の変化により起こりやすいマタニティーブルーや産後うつ病についての特徴、症状、対処法の説明が簡単になされていた。また、エジンバラ産後うつ病質問票が添えられていた自治体もあった。

具体的な記述としては、マタニティーブルーで

は、「症状は、疲労感や食欲不振（中略）で、治療の必要はない」、産後うつ病では「症状は、食欲がない、吐き気がする（中略）、対処法としては、気力・体力を回復するために十分な栄養と休養をとりましょう。家事負担の軽減に店屋物や外食をする」などがあつた。食欲不振の場合の対応法や“十分な栄養”についての具体的な食事の量や質についての記述はなかつた。

パンフレットに「産後のお母さんのこころとからだ」とタイトルがつけられたものもあつた。その内容は、マタニティーブルーや産後うつ病の気分の落ち込みなど“こころ”の症状に対して、「気持ちを軽くしましょう」、「肩の力を抜きましょう」、「夫に協力してもらいましょう」というアドバイスが記載されていた。しかし、“からだ”についての記述はなく、食生活に関連した記述も全く見られなかつた。

③母親へのアンケート調査票

アンケート調査票のからだや食生活に関連する具体的な質問と回答の選択肢は以下のとおりである。なお、回答の選択肢は（ ）内に示し、⇒以下は、質問と回答の選択肢についての筆者の考えを示したものである。

・お母さん・お父さんのからだや気持ちの状態はよろしいですか？

（快調・何ともいえない・不調）

⇒母親と父親について同じ質問の中でたずねており、回答欄も母親と父親の区別がなく記入しづらい。

・お子さんとお母さんの体調は良いですか？

（よい・普通・よくない－誰が（母・子）、どんな具合：風邪・便秘・よく泣く・病院を受診した）

⇒母と子どもの体調を別々にたずねているにもかかわらず、設問はひとつであり、体調のことが軽視されているような印象を受ける。回答欄は母子一緒なので記入しづらい。

・産後の体調はいかがですか？

（よい・いいえ・どちらでもない）

⇒「体調はいかがですか？」と唐突に質問されても、何を判断基準として「いいえ」や「どちらでもない」と回答してよいのか迷う可能性がある。また、「いいえ」や「どちらでもない」場合、その内容等詳細を記入する欄がない。

・お母さんの体調はいかがですか？

（良い・普通・腰痛がある・血圧が高め・イライラする・だるい・気持ちが沈む・眠れない・その他）（ ）

別の自治体の上記と同じ質問での回答の選択肢を以下に示す。

（疲れやすい・眠れない・食欲がない・イライラする・育児負担あり・その他（ ））

⇒こころに関する質問とからだに関する事項を1つの質問に入れており、統一性がない。

・育児は疲れが多いですか？

（肉体的・精神的・いいえ）

⇒設問はこれで終わっているために、例えば「肉体的」と回答されても、その原因が食生活の乱れからくる疲れなのか、他にあるのかが明確にならないと、調査結果を指導や支援に活かせない。

・授乳について心配がありますか？

（いいえ・はい・どちらでもない）

⇒母乳が子どもに必要な分量分泌されているのか、乳腺炎などの乳房トラブルなどの母親側の心配なのか、あるいは子どもの乳汁摂取量、頻度、飲む姿勢など、子ども側の心配なのか、その区別が明確ではない。

・アンケート調査の説明文に「保健師は、赤ちゃんやお母さんの体のことだけでなく、お母さんの不安や悩みの相談に応じています」とあり、続いてのアンケート調査は「育児支援で、赤ちゃんのこと」、「産後の気分に関する質問シート」「赤ちゃんへの気持ち質問票」についてであり、体や食生活に関するアンケートの設問は見られない。

⇒母親の体についての悩みにも応えてくれるような期待感が高まる説明文がある。しかし、実際のアンケート調査では、食生活や体のことには、一切触れられていない。

④パンフレット（出産後の生活、母乳等）

・「赤ちゃんを迎えたご家庭のかたへ」のパンフレットに、＜食事のポイント＞の項が設定され、「妊娠前の体重に戻るには6か月位かかること」、「ダイエットよりバランスのよい食事をこころがけ、体力回復に努めること」の記述がみられた。また、「母乳の出をよくするために次の点をこころがけましょう」に続き、水分摂取、和食中心、野菜・海藻摂取の勧め、刺激物を避けることなどの記述があった。

⇒妊娠前の体重へ戻すことについて食生活は、“バランスのよい食事”と具体性を欠く記述であった。しかし、母乳分泌に関しては、食事摂取に関して具体的な事項が書かれており、母親が参考にしやすいと思われた。なお、このパンフレットは自治体独自で製作したものではなく、出版社から購入したものであった。

・「母乳で育てましょう」のパンフレットに、＜母乳をよく出すために＞の項が設定され、「頻回に直接乳首を吸わせること」とあり、その項の最後に「母乳をよく出すには、“十分な睡眠”、“栄養”が大切です」との記述があった。

⇒“栄養”が大切なことがわかったとしても、具体的にどのように“栄養”について考え、毎日の食事を摂ればよいかの具体的な説明はなかった。

D. 考察

母親の食生活支援の意義と乳児家庭全戸訪問事業の活用

母親の食生活を支援することは短期的な意義と長期的な意義の両方がある。短期的な意義につ

いては、食生活が適正なものになれば、産後の体の回復を早めることができる、それにより、育児による負担感も軽減される、栄養バランスのとれた食事により母乳の分泌量の増加につながる可能性が高まる、乳房トラブルの軽減に役立つことなどがあげられる。また、食事により体力が充実すれば、それに伴い気力も充実することが多いので、マタニティーブルーや産後うつ病の発症リスク低下に寄与することも考えられる。

一方、長期的な意義については、母親の食生活の営みは、家族の健康状態に大きく影響するばかりか、心身が発育・発達し、食習慣や食嗜好の基礎形成期にある子どもの手本ともなる。また、近年、メタボリック症候群等の生活習慣病が増加傾向にあるが、その初期には自覚症状が現れにくいものが多く、予防には乳幼児を養育するような若い時期からの生活習慣の重要性があげられる。

そこで、乳幼児の母親は適正な食生活を営むことが望まれる。しかし、著者らの先行研究²⁾では、乳幼児の母親からは、体重管理、栄養バランス、母乳育児、献立・調理に関する心配事や悩みが多数あげられていた。また、主食、主菜、副菜のそろった食事をしている母親は少なく³⁾、手早くできる料理、食事の栄養バランス、献立作成など、日常の食事に直結する支援を必要としていることも明らかにされている²⁾。また、食生活の基本的知識や技術が身につけていない者も多いことが問題になっている⁴⁾。それらの母親を早期に発見し、支援の手を差し伸べるために「乳児家庭全戸訪問事業」は大変有用であると考えられる。

しかし、今回、分析した173自治体から送付された資料には、母親の食生活に触れた記述は少なく、また記述があってもそれは具体性を欠くものであり、その記述からは、母親が望ましい食生活の実践に向けた行動変容を起こすことはかなり困難であることが推察された。

今後、「乳児家庭全戸訪問事業」を母親の食生活支援の場として活用するための方策案を以下に示す。

「乳児家庭全戸訪問事業」を活用した食生活支援の方策案

(1) 食生活の話題をリスク発見の糸口に

「乳児家庭全戸訪問事業」においては、マタニティーブルーや産後うつ病の発症リスク者や、育児困難感を抱えている者を早期に発見し、支援の手を差し伸べることが目的のひとつとなっている。ところが初対面の訪問者には、こころの問題についての悩みや相談は打ち明けにくい母親がいることが推察される。また、こころの悩みに対しては、エジンバラ産後うつ病質問票などを用いながら、専門職が専門的知識に基づいた指導や支援をする必要があるが、「乳児家庭全戸訪問事業」の訪問員に非専門職が就任する場合も多くあることが明らかにされている¹⁾。

そこで、食生活の質問を、①初対面の訪問員への緊張感を和らげ、話しやすい雰囲気作りのために活用すること、非専門職が訪問する場合、②専門職が対応する必要のあるマタニティーブルーや産後うつ病の発症リスク者のスクリーニングの位置づけとして活用することを提言したい。

初めに、①初対面の訪問員への緊張感を和らげ、話しやすい雰囲気作りのために活用することについては、訪問の際に子どもの様子をたずねるだけでなく、母親の食事について「最近、お母さんは食欲がありますか?」、「毎日忙しいでしょうが、食事は1日3回摂っていますか?」、「朝食にはどのようなものを召し上がっていますか?」などを2問程度たずねると、初対面の訪問員に対しても、毎日の食事のことであり、あまり警戒心をもつことなく答えやすいと思われる。そのうえ、食生活の話の流れのついでにそれ以外のこころの問題なども打ち明けてみようか、という気持ちになることも予想され、様々なリスク発見の糸口になると思われる。また、母親は出産後、家族も周囲の人たちも乳児のことが話題の中心になり、「自分(母親)のことを気遣ってもらえない」ことに寂しさを感じている場合もあると推察される。そのような状況にある母親に体のことを気遣う質問をすると、『この訪問員は、私のことを大切に思

っている』との感情が湧き、いろいろな悩みを相談する気持ちになりやすいと思われる。

また、非専門職が訪問員である場合、②専門職が対応する必要のあるマタニティーブルーや産後うつ病の発症リスク者のスクリーニングへ利用することについては、食生活の質問の回答に、“食欲不振”や“(食事を作る)やる気がおきない”などの、産後うつ病を疑わせるような症状を訴える母親もいる可能性がある。訪問先の母親がそのような状況を訴えたら、専門職につなぐという活用法を提言する。

なお、著者らは先行研究⁵⁾において、乳幼児健診時の利用を想定し「食生活スクリーニングシート」の試案を作成した(参考資料)。このシートは誰でも簡便に実施でき、かつ回答者も短時間に回答可能な6項目から構成されたものであり、「乳児家庭全戸訪問事業」においても活用可能であると思われる。

項目のなかで、1. 食欲がない、2. やる気がおこらない、5. いくら眠っても眠り足りない、の3つは、うつ状態の可能性を調べるものである。3. 食事の時間はある程度決まっている、4. 自分の食事に気を使っている、については生活リズムが確立されているか、食事や健康に関心があるか、について調べるものである。6. 困ったときに身近に相談相手がない、は母子が孤立していないか確認するものである。

うつ状態の可能性があり、生活リズムが確立していない、食事や健康に無関心である、相談相手がいなくて孤立している状況であれば、その人は食生活のハイリスク者である可能性が高いと思われる。そこで、1. 食欲がない、2. やる気がおこらない、5. いくら眠っても眠り足りない、6. 困ったときに身近に相談相手がない、の項目から一つでも選んだ母親は食生活のハイリスク者として抽出する。その者に対して個別相談等により食生活のアセスメントを実施し、その結果を踏まえて本格的な支援を行うことが効果的な方策であると考えられる。

(2) 母子健康手帳の活用

「乳児家庭全戸訪問事業」における食生活支援のために、特別なパンフレットやリーフレットを作成しなくても、出産後の母親が全員持っている母子健康手帳の活用が望まれる。母子健康手帳の任意記載事項のなかに、「妊娠中と産後の食事の目安」の項があり、「妊産婦のための食事バランスガイド」を参考に作成された、1日の食事の目安量がイラストと説明文で書かれている。食事バランスガイドでは、料理を主食、主菜、副菜、牛乳・乳製品、果物に分類し、どのような料理を何皿、いくつ食べたからよいかを示したものである。授乳婦は育児の忙しさなどから、自分の食事をおろそかにしがちであるが²⁾、この「妊娠中と産後の食事の目安」を見ると、非妊娠時や妊娠中期・末期よりもたくさん摂らなければいけない料理がイラストでわかりやすく書かれている。これを用いた指導を推進することにより、「母子健康手帳は、出産後は子どものために利用するもの」と思っている母親にも活用してもらうことにつながると思われる。

母子健康手帳は10年に一度、大きな見直しが行われ、平成24年4月から改正された手帳の利用が開始された。今回の改正では、妊婦・授乳婦が手帳を主体的に活用できるようにすることは改訂内容を検討した際に重視されたことがらである。そこで「乳児家庭全戸訪問事業」においても、出産後、母親が母子健康手帳に記載されている食事バランスガイドの主体的活用が可能になるような指導・支援が望まれる。

なお、食事バランスガイドの利用方法については、内容について十分な説明を受けないと使いづらい部分もある。そこで、「乳児家庭全戸訪問事業」の訪問員は、あらかじめ担当部署の管理栄養士・栄養士から食事バランスガイドの利用方法について内容の説明や活用法の留意点などの指導を受け、訪問時に母親に丁寧な解説が加えられるようになっておくことが必要である。合わせて、主食、主菜、副菜の簡単な作り方や食事バランスガイドにおける「〇つ」といった料理の数を載せ

たパンフレットなどを持参すると、食事バランスガイドが身近なものとなり、活用が容易になると考える。

E. 結論

「乳児家庭全戸訪問事業」においては、こころの話題を問題にすることが多く、母親の食生活に関係するからだの話題はごく僅かであった。また、食生活の指導も1か所の自治体を除き、「バランスのよい食事」、「十分な睡眠・栄養」といった具体性を欠くものであり、母親の食行動の変容を起こしにくいものであった。アンケート調査の食生活についての質問は、子どもや父親と一緒に設問であったり、食生活の問題点が明確化されない設問であったりしたことから、食生活があまり重要視されていないことが推察された。

しかし、「乳児家庭全戸訪問事業」においては食生活の質問を、こころやからだの問題を抱える母親に対して、①初対面の訪問員への緊張感を和らげ、話しやすい雰囲気作りのために活用すること、非専門職が訪問する場合、②専門職が対応する必要のあるマタニティーブルーや産後うつ病の発症リスク者のスクリーニングの位置づけとして活用することを提言したい。なお、一般的な食生活の質問のほか、非専門職がスクリーニングシート等の利用により、食生活のハイリスク者を抽出し、その者に対して専門職が個別相談の機会を設けるようなシステムの構築も必要であると考える。

また、母子健康手帳の任意記載事項の「妊娠中と産後の食事の目安」の項にある「食事バランスガイド」を活用して母親自らが栄養バランスを考えられるように、訪問員は「食事バランスガイド」について理解を深め、母親に対して丁寧な解説ができるようになることが望まれる。

参考文献

- 1) 堤ちはる：「乳児家庭全戸訪問事業（こんに

ちは赤ちゃん事業)」の果たす食生活支援に関する研究、平成 22 年度厚生労働科学研究 生育疾患克服等次世代育成基盤研究事業、

「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）における訪問拒否等対応困難事例への支援体制に関する研究」分担研究報告書、256-262、平成 23 年 3 月。

- 2) 堤ちはる、高野陽、三橋扶佐子：妊産婦の食生活支援に関する研究（Ⅰ）－妊娠中および出産後の食生活の現状について－、日本子ども家庭総合研究所紀要、平成 19（2007）年度、第 44 集、93-122、平成 20 年 3 月。
- 3) 堤ちはる、高野陽、三橋扶佐子：子どもの食生活支援に関する研究－子育て中の母親の食育について－、日本子ども家庭総合研究所紀要、平成 18（2006）年度、第 43 集、111-130、平成 19 年 3 月。
- 4) 堤ちはる、三橋扶佐子、太田百合子、成田雅美、安藤朗子、梶忍、吉池信男、白田久美子：行政栄養士による幼児と保護者の食生活・栄養に関する調査研究（1）行政栄養士による幼児と保護者の食生活支援の実態調査、平成 22 年度こども未来財団「児童関連サービス調査研究等事業」「幼児期の食の指針策定のための枠組みに関する調査研究」、51-70、2011。
- 5) 堤ちはる、安藤朗子、高野陽、三橋扶佐子：母子の食生活支援に関する研究（Ⅱ）－市区町村保健センターにおける母親の栄養・食生活の具体的支援方策に関する研究－、日本子ども家庭総合研究所紀要 第 47 集、103-118、2011。

（参考資料）

乳幼児の母親の食生活スクリーニングシート
試案

お名前（）
下記の中で当てはまる番号に○印をつけて
ください。

1. 食欲がない。
2. やる気がおこらない。
3. 食事の時間はある程度決まっている。
4. 自分の食事に気を使っている。
5. 夜はぐっすり眠っている。
6. 困ったときに身近に相談相手がいない。

文献 5) より

厚生労働科学研究 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）における
訪問拒否等対応困難事例への支援体制に関する研究」
分担研究報告書

訪問困難事例に対する対応方法に関する研究

研究分担者 佐藤拓代 地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪府立母子保健総合医療センター 企画調査部長

研究要旨

こんにちは赤ちゃん事業の訪問率を高め訪問拒否等困難事例を少なくするために、すでにさまざまな工夫を凝らした取り組みをしている自治体を視察し、訪問員の資質の向上としてロールプレイを用いた研修を行った。

こんにちは赤ちゃん訪問の対象者の把握から非専門職と職員である保健師等専門職が訪問すべき事例を適切に判別し、対象者が4か月児健診までどのように状況が把握されているかを構造的に評価すること、またこんにちは赤ちゃん事業の住民からの評価を高めるためには訪問員の研修の充実が必要である。

A. 研究目的

研究分担者は、平成20～21年度厚生労働科学研究（政策科学総合研究事業）「医療ネグレクトにおける医療・福祉・司法が連携した対応のあり方に関する研究」の分担研究「妊娠・出産・育児期の要支援家庭への訪問指導のあり方に関する研究」として、事例の収集、訪問支援者に対する研修の実施等を行い、平成22年3月に「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）及び養育支援訪問事業推進のための手引き」の作成を行った。

この前研究で、参考となった自治体における訪問拒否事例を検討するとともに、訪問員の研修内容について検討し、訪問困難事例に対応するための方策を明らかにする。

B. 研究方法

1. 自治体の取り組みの現地ヒヤリング
前研究において把握している自治体の

訪問拒否事例への対策のヒヤリングを行う。対象は愛知県碧南市及び和歌山県田辺市。

2. 家庭訪問の内容の充実

ロールプレイによる研修を実施するなかから、訪問拒否等を招かないための家庭訪問内容を抽出する。

C. 研究結果

1. 自治体の取り組み

(1) 和歌山県田辺市

人口79,107人、出生数610人（平成22年）。

①こんにちは赤ちゃん事業の概要及び乳児期早期の支援事業

こんにちは赤ちゃん事業は平成20年度から実施。平成22年度の実施率は11.1ポイント増加し91.4%。訪問者は、保健師、助産師、母子保健推進員。新生児訪問を助産師がこんにちは赤ちゃん訪問と合わせて実施。母子保健推進員は4か月

児健診のあとにこんにちは赤ちゃん訪問を実施している。助産師はエジンバラ産後うつ病質問票を記入してもらっており、その内容により必要時には保健師に連絡があり保健師が支援を行っている。

母子保健推進員は妊産婦から希望のある方に家庭訪問を行っており、平成 22 年は妊産婦 89 人、乳幼児 265 人に実施した。相談する人がいない親が希望している。

7 か月健診のあとに、地区民生児童委員と主任児童委員がペアで絵本を持参して家庭訪問を行っている。

② こんにちは赤ちゃん訪問の実施状況

妊娠届け出時に訪問の同意を取得している。平成 22 年度は 617 人（出生 610 人）のうち 580 人（94.0%）が同意し、580 人中 527 人に訪問を実施（実施率 90.9%）した。訪問は電話で連絡後に実施している。

訪問を行わなかった 53 人の内訳は訪問辞退 39 人（73.6%）、死亡 1 人（1.9%）、不明 13 人（24.5%）であった。訪問辞退者には辞退書を提出してもらおうが、不明では辞退書が出ていないので理由は不明である。

出生 610 人中同意を得られなかったのは 30 人であるが、18 人は転出等であり、12 人は保健師の訪問対象者として対応した。実際に訪問ができたのは 10 人で、1 人は他市町村でフォローがなされ、1 人は訪問ができなかった。その後の 4 か月児健診では、受診率が 99.5% と高く、未受診は 3 人のみですべて状況を把握している。

同意を得られた 580 人中、死亡 1 事例を除いた訪問できなかった 52 人中の内訳は、辞退（辞退書あり）39 人（75.0%）、理由不明 13 人（25.0%）であった。以上のフローを図 1 に示した。

不明の具体的状況は、連絡つかず 8 人（61.5%）、電話通話拒否 2 人（15.4%）、不明 3 人（23.1%）であった（図 1）。

辞退の 39 人の理由は、里帰り中 7 人（17.9%）がもっとも多く、すでに子どもの養育経験有り 6 人（15.4%）、助産所または医療機関で心配なし 5 人（12.8%）、問題ない 5 人（12.8%）、入院中 4 人（10.3%）、仕事など忙しい 3 人（7.7%）、保健師訪問あり 2 人（5.1%）、親と同居心配ない 2 人（5.1%）、転居または転居予定 2 人（5.1%）、母？児？かぜ 2 人（5.1%）、電話相談のみ対応 1 人（2.6%）であった（図 1）

③ 拒否事例への対応

- ・助産師の訪問拒否は保健師が「訪問に行くことになっている」と説明して訪問を行う。
- ・3 か月から接種できる DPT ワクチン接種の受診券を、通常は郵送しているが、郵送せずに家庭訪問で手渡しする。
- ・BCG 接種を集団で 4 か月児健診で実施しているの、そこにも来ない場合は訪問で委託券を持参する。

④ 拒否事例を作らないための工夫

- ・出生届出を出す市民生活課で、再度訪問のお願いと同意の文書を渡している。妊娠届け出時に同意書をもっていない人が市民生活課でわかるようになっている。

⑤ 母子保健推進員のフォロー等

総会で訪問がうまくいった事例等を話している。特に研修を設けていない。

(2) 愛知県碧南市

人口 73,113 人、出生数 732 人（平成

21年)。外国人が多い。

①こんにちは赤ちゃん事業の概要

平成17年度に母子保健推進員を養成し、第1子の赤ちゃん誕生おめでとう訪問を開始した。平成18年度からは全出生に対象を拡大した。平成19年度から国が実施したこんにちは赤ちゃん訪問の位置づけとした。

母子保健推進員は2から3か月の時点で二人で訪問し、児へのプレゼント（第1子はスプーンやフォーク、第2子はおもちゃなど）と3か月児健診の案内を持参している。母子保健推進員は40人であり、二人のペアで月に5～6件訪問を実施している。

②こんにちは赤ちゃん訪問の実施状況

母親数で実施率の推移をみると、平成18年度は94.3%、平成22年度は94.2%と当初から実施率は高い。保健師が低出生体重児や外国人、養育の問題がある家庭を、その他は母子保健推進員が訪問しており、保健師が母親の23.8%、母子保健推進員が70.4%である。保健師は訪問時、エジンバラ産後うつ病質問票を母親に記入してもらっている。

平成22年度の対象者732人（母親数724人：対象者数は当該年の1月から12月の出生及び訪問対象月齢以前での転入者）に対し、母子保健推進員が510人（70.4%）に、保健師が172人（23.8%）訪問し、未実施は42人（5.8%）であった。42人の内訳は、里帰り中11人（26.2%）、不在9人（21.4%。外国人が多い）、来所8人（19.0%）、転出6人（14.3%）、拒否6人（14.3%）であった。拒否の理由は第2子で忙しいなどであった。未実施の母子が4か月児健診の対象者の場合、健診時にすべて把握している。

③拒否事例への対応

- ・電話が1か月間通じなかった場合は、地区担当が対応する。
- ・オートロックマンションで訪問できない事例が多く、対応が難しい
- ・4か月ではなく3か月で健診を行っており把握しやすい
- ・3か月健診を未受診の場合、問診票とプレゼントを持って訪問する

④拒否事例を作らないための工夫

児の1か月時に訪問があることを手紙で知らせ、電話をもらうことになっている。その電話番号に母子保健推進員が電話し、日程を調整して家庭訪問する。

⑤母子保健推進員のフォロー等

年に5～6回、フォローアップ研修を実施している。22年度は、意見交換「絵本のよみかかせをおこなってみて」、講話「赤ちゃんとの生活」（講師医療機関助産師）、他自治体との交流、意見交換2回の計5回実施した。母子保健推進員が力をつけてきている。

2. 家庭訪問のロールプレイ

(1) 対象

K市こんにちは赤ちゃん訪問員。訪問員は、民生児童委員などの非専門職。

(2) 方法

同一事例を使用し、グループに分かれて家庭訪問内容等を検討後、グループの代表が検討内容をもとに研究分担者を訪問先と見立てて訪問のロールプレイを行う。なお、グループにはファシリテーターとして保健師等の専門職が入った。

使用した事例

<訪問でDVが疑われた事例>

【概要】

核家族で両親とも20歳代。子どもは二人で第1子は3歳。第2子に3か月の時に、訪問員（専門職以外を想定）によるこんには赤ちゃん訪問を行なった。訪問時に、子育てアンケートを書いてもらった。第1子がしきりに母親に遊んでもらいたがったので、アンケートに専念できるよう訪問員が代わりに遊んであげた。

アンケートで体調がよくない（疲れやすい）、気持ちの状態がよくない（不安定）、困っていることでは、育児の協力者を得にくい、経済的な不安、家庭内で経済観念が違う、親族との付き合い方と記入があった。そこで母から話を聞くと「父が児が泣くとうるさいと怒鳴ったり、児を投げるように母に渡す。車にお金を使い生活費を2万円しか入れない。生活費は実家から送ってもらっている。けんかが絶えず、取っ組み合いのけんかになるため子どもがおびえる。」と話してくれた。

【訪問のロールプレイ内容】

- ①訪問の実際で、どのような言葉で家庭訪問をお願いするか
- ②子どもに実際に合わせてもらう言葉かけをどのようにするか
- ③DVを把握したとき、母へどのように言葉かけをするか
- ④この時点で次の対応はどうか。
また、そのことをどのようにお母さんに伝えるか

(3) 結果

実際に行ってみて、

- ・家庭訪問で、インターホン越しに大きな声で〇〇役所から来ましたなど、家庭訪問を知られたくない人への配慮が

あまりない人がいる

- ・訪問者が、名乗らないこともある
- ・児に直接会うという言葉かけが、一度拒否されると次の言葉がなかなか出ない
- ・母をほめる言葉が、一般的な「よくがんばっていますね」ばかりであるが、具体的にほめた方がよい
- ・訪問しているときに児が泣いたときのことばかりに戸惑いがある
- ・次に支援してもらおう機関をどのように話して受け入れてもらえるようにするのか、イメージトレーニングが必要
- ・二人の訪問員では二人が同時にたたみかけるように話すこともあり、役割分担を明確にする必要がある
- ・インターフォンで断られたときの再度の依頼の言葉はあらかじめ考えて用意した方がよい

などの助言を行った。

家庭訪問は一人で訪問する場合もあり、明確な拒絶以外は受け入れられたのかどうかの判断が難しい。客観的に他の訪問員の訪問の様子を見ることで、自分の問題にも気がつきやすく、自信をつけることにもつながると考えられた。

D. 考察

訪問拒否等対応困難事例に対し、まず現状の把握を行う必要がある。どれくらいが対象でどの段階での同意と不同意があるのか、同意していても訪問ができなかった事例がどれくらいあり、その理由はなんであるかなどである。図1の田辺市の現状は参考になると考えられる。

現状を踏まえて、訪問できない割合が高い場合、周知や同意の取り方など妊娠届出や出産届からの工夫を行う必要がある。

しかし、訪問を受けてよかったという

人の割合が増え、口コミで家庭訪問の受け入れが多くなることも重要である。必要な情報をきちんと手に入れてくると言うことに加え、他の人の家庭訪問の様子や工夫がわかるロールプレイは、研修の手段として効果がある。また、事例を学び新しい知識を身につけるために、特に非専門職ではフォローアップ研修を定期的に行うべきである。

E. 結論

こんにちは赤ちゃん訪問の対象者の把握から非専門職と職員である保健師等専門職が訪問すべき事例を適切に判別し、対象者が4か月児健診までどのように状況が把握されているかを構造的に評価すること、またこんにちは赤ちゃん事業の住民からの評価を高めるためには訪問員の研修の充実が必要である。

F. 健康危険情報

とくにない。

G. 研究発表

1. 論文発表

- ①佐藤拓代：妊娠期からの虐待予防、チャイルドヘルス、Vol14(9)p1562-1565、2011
- ②佐藤拓代；保健機関による子ども虐待予防一ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチへ。小児科診療、Vol74(10) p1563-1566、2011
- ③佐藤拓代；How to Follow-up Q&A 地域連携：病院でのフォローアップと地域連携はどうしたらよいでしょうか？。周産期医学、Vol41(10) p1260-1262、2011
- ④佐藤拓代；How to Follow-up Q&A 保健センターの健診：現在実施されている年齢、内容と事後指導について教え

てください。周産期医学、Vol41(10) p1257-1259、2011

- ⑤佐藤拓代；子ども虐待予防に公衆衛生が果たす役割、「大阪公衆衛生」82号、P1-2、2011
 - ⑥佐藤拓代；周産期における子ども虐待のリスク、子どもの虹情報研修センター紀要、Vol9 p45-70、2011
 - ⑦佐藤拓代；地域における保健活動と児童虐待防止、新保育士養成講座第7巻 子どもの保健、P21-27、全国社会福祉協議会、2011
 - ⑧枝光尚美、佐藤拓代；大阪府立母子保健総合医療センターにおける分娩推移、大阪府立母子保健総合医療センター雑誌、Vol27(1) p21-28、2011
 - ⑨佐藤拓代；産じょく期・新生児期からの家庭訪問の実際一乳児家庭全戸訪問事業の現状と課題、世界の児童と母性、Vol70.p23 -26、2011
 - ⑩ Takeo Fujiwara, Keiko Natsume, Makiko Okuyama, Takuyo Sato, Ichiro Kawachi : Do home-visit programs for mothers with infants reduce parenting stress and increase social capital in Japan? Journal of Epidemiology & Community Health, In Print
- ### 2. 学会発表
- ①○佐藤拓代、石塚りか、鈴宮寛子、松本小百合、峯川章子； 障害児と子ども虐待（第1報）～虐待の背景要因としての障害児の検討～、第70回日本公衆衛生学会。日本公衆衛生雑誌、Vol58(10) p263、2011
 - ②○石塚りか、佐藤拓代、松本小百合、鈴宮寛子、峯川章子； 障害児と子ども虐待（第2報）～障害児家族への虐待予防の支援～、第70回日本公衆衛生

学会。日本公衆衛生雑誌、Vol58(10) p263、2011

- ③○植田紀美子、成澤佐和子、西脇美佐子、梶川邦子、西上優子、柴田真理子、松下彰宏、富和清隆、藤江のどか、米本直裕、佐藤拓代；障害児家族のニーズアセスメント指標の開発（第1報）～ニーズの実態把握～、第70回日本公衆衛生学会。日本公衆衛生雑誌、Vol58(10) p262、2011
- ④○佐藤拓代；乳幼児健診で気になる子どもの背景にある貧困：アドボカシーセミナー「子どもの貧困に向き合う～気づきから行動へ！～」、第21回日本外来小児科学会年次集会。第21回日本外来小児科学会年次集会抄録集。P110、2011
- ⑤○佐藤拓代；公衆衛生と子どもの人権～子ども虐待そして大震災～：特別講演、第50回日本公衆衛生学会近畿地方会。第50回日本公衆衛生学会近畿地方会口演・示説要旨集、P4-5、2011
- ⑥○佐藤拓代、川口洋子；奈良県における乳幼児健診未受診者調査～健診別の状況～、第58回日本小児保健協会学術集会。第58回日本小児保健協会学術集会講演集、P153、2011
- ⑦○佐藤拓代；子ども虐待の予防法とし

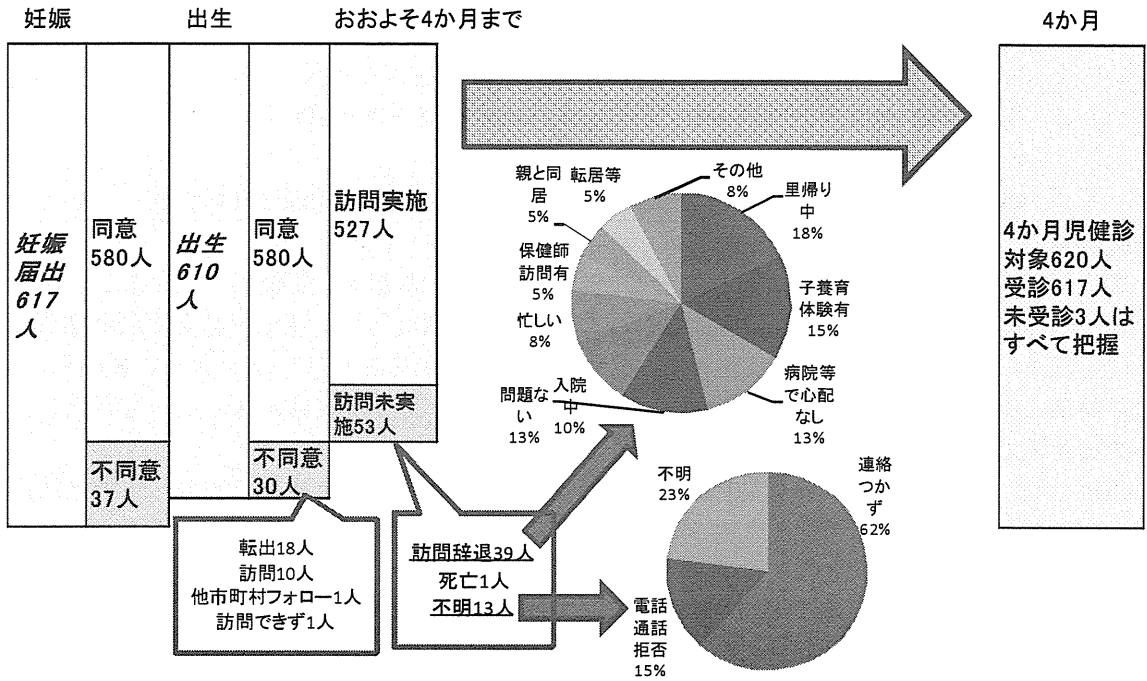
ての家庭訪問プログラム：国際プログラム、第17回日本子ども虐待防止学会。第17回日本子ども虐待防止学会抄録集。P50-51、2011

- ⑧○佐藤拓代、井上登生他；分科会「乳幼児健康診査の現状と今後の課題—集団か個別か、そもそも乳児健診の目的は—」、第17回日本子ども虐待防止学会。第17回日本子ども虐待防止学会抄録集。P118-119、2011
- ⑨○佐藤拓代；奈良県における公立保育所・幼稚園に所属しない4・5歳児の実態—虐待予防のアプローチを考える—、第17回日本子ども虐待防止学会。第17回日本子ども虐待防止学会抄録集。P186、2011

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

＜図1＞田辺市におけるこにちは赤ちゃん事業の現状と母子保健事業との関係
データは平成22年度



平成 23 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
「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）における
訪問拒否等対応困難事例への支援体制に関する研究」
分担研究報告書

サービス/支援の受け入れを否定する家族への介入について
－全戸訪問を通して出会う要支援事例（事例報告）－

研究分担者 中板育美 国立保健医療科学院生涯健康研究部主任研究官

研究要旨：

虐待死が 0 歳に多いことや、孤立した育児などが子どもの虐待の危険因子になることなどを踏まえ、「生後 4 か月までに乳児のいる家庭すべてに家庭訪問を行う」乳児家庭全戸訪問事業（＝こんにちは赤ちゃん事業）が整備された。全戸訪問の導入がスムーズにはいかない事例もいるが、全戸訪問の拒否事例の一部として検討したので、その後の支援の展開方法について考察し、全戸訪問の位置づけにつて確認した。

事例 1 は、既存の新生児家庭訪問を乳児家庭全戸訪問事業に置き換えて実施してきた自治体の事例である。家族間葛藤を抱えた事例を把握する事業として認識する必要性と既存のシステムが有効に機能したことを示唆した事例である

事例 2 は、地域の関係者による訪問で拒否された訪問支援者も混乱するが、事業の限界を知ったうえで、他の事業との工夫により、ネグレクトを棚上げせずに相談関係の構築に導いた事例である。

事例を参照し、全戸訪問はそれ単体では、一つの道具にすぎないが、その道具の活用次第で、拒否事例も拒否の背景に迫りながら、相談関係を結び、効果的な支援に繋いでいく可能性は大きく開かれていることを確認した。

はじめに

「すべての乳児のいる家庭を訪問することで要支援家庭を早期に発見し、要支援家庭には、適切なサービス提供を行うことで、地域の中で子どもが健やかに育成できる環境整備を図る（児童福祉法第 6 条の 2 の 4）」ことを目的に、「生後 4 か月までに乳児のいる家庭すべてに家庭訪問を行う」乳児家庭全戸訪問事業（＝こんにちは赤ちゃん事業、以下、全戸訪問と記す）が整備された¹⁾。

全戸訪問の背景には、厚生労働省の虐待死事例検証第 7 次報告²⁾（厚生労働省、2011）を始め、これまでの報告等による子どもの虐待死が 0 歳に最も多い（4 割）ことや、育児の孤立化などが子どもの虐待の危険因子となりうるものが広く指摘されている点があると考えられる。このことからわかるように、全戸訪問は、子ども虐待予防の観点に立脚している事業であり、出産後できるかぎり早期に家庭訪問をすることで、乳児の虐待死を減

らす目的があると理解できる。

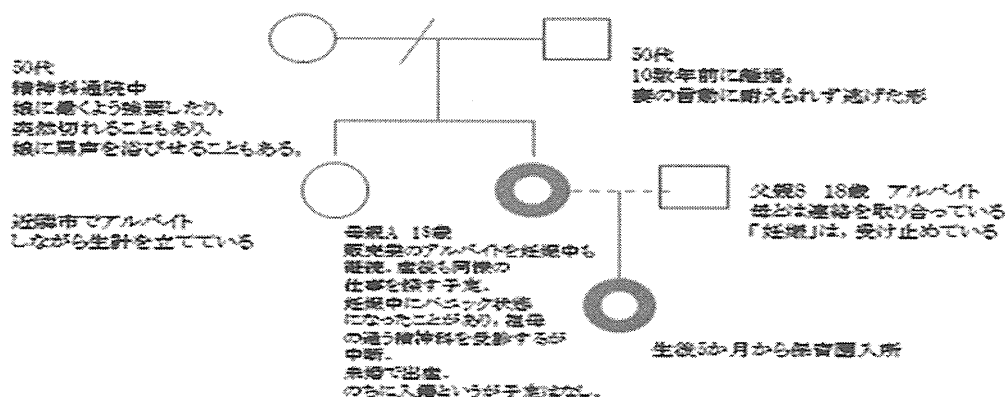
しかし、子どもの虐待は、親の意思や感情、配偶者やパートナーとの関係性、夫婦各々の原家族との関係性、子ども自身の病気や障がいなど、多様な要因が複雑に絡み合っているため、予防、発見、支援いずれにおいても、その内実は単純ではない。

全戸訪問が全国で実施されるなかで、全戸訪問の導入がスムーズとは言えなかった事例について検討をする機会を得た。掲載事例数も少なく、また、比較的深い家族問題が潜む事例であるため、全戸訪問の拒否事例としての代表性が高いとは言えないが、全戸訪問を拒否あるいは消極的に受け入れた家族の心理規制とその後の支援の展開方法について考察し、全戸訪問の位置づけを確認する。

なお、事例記述に際しては、個人情報保護の観点から、その家族の背景情報など加筆・脚色を加えてある。

【事例1】全戸訪問の消極的受け入れから母娘間葛藤が明らかになった事例
 家族構成

若年での出産を控え、精神状態が不安定なA



出会い：妊娠 25 週の際に母子健康手帳の申請に保健センターに一人で来所。

10代、妊娠週数、未入籍等の理由から、地区担当フォローケースとなるが、A が仕事をしていたため連絡が取れず、出産までに1回の電話対応のみとなっていた。

母子手帳交付時の面接では、出産後は祖母に児の面倒をみてもらい、自分は仕事に復帰すると話していた。

妊娠・出産：産後に入手した情報

妊娠7か月の時にAは、胎児の父親であるパートナーと別れる・別れないで口論になった時に、過呼吸発作を起こし、祖母の通院先でもあった精神科（祖母の病名不明）に受診させられ、パニック状態と医師からは伝えられた。経済的に厳しい生活であり、治療費を払い続けることへの不安が、病状改善より先に立ってしまうことで、Aは、症状が落ち着いたと自己判断して医療を中断した。産科の助産師が退院後の「こんにちは赤ちゃん（新生児家庭訪問）」を紹介したようだが、Aは覚えていなかった。

子ども福祉部との調整：ハイリスク妊婦と認識

していたが、1度の電話対応で終わってしまった保健センターは、産後は早期に、子ども福祉課と連携しながらAを支えようとする情報共有の場を持ち、「全戸訪問」の実施とその後の養育困難や虐待の可能性も含め、「養育支援訪問事業」の利用も視野に入れることを提案した。しかし、子ども福祉課は、「養育支援訪問事業は母への子育て支援であり、Aの予定どおり復職した場合、その活用は困難」と利用基準外であることを強調した。保健師は、Aが若年であり、精神的に脆く、パートナーの支援も得られにくいことを考慮すれば、ハイリスク妊婦からハイリスク親子への移行が危惧されるので、養育支援訪問事業を活用して児の安全確認とAの養育姿勢を見ていく機会として、再検討を依頼していた。

出産後：産科の助産師の話では『全戸訪問』をAも祖母も拒否していたようだが、祖母とAと児の3人が在宅時に、助産師による訪問を実施すること

ができた。訪問中は、祖母が児の世話をし、Aは殆ど児には触れなかった。祖母は、喘息の持病があり体調不良だが、助産師の指導も聞き流し、養育支援訪問事業も頑なに拒否した。児が生後3か月の時に「仕事に就いた」という連絡がAから地区担当保健師に入り、Aは面接を希望した。そこで初めてAは、祖母が突然切れること、祖母から「収入減は困るから早く働きに行け」など罵声を浴びせられることなど、祖母からの精神的圧力と支配に耐えてきた日々を打ち明けた。また「児と祖母と3人でいると息が詰まる。逃げたかった」と仕事はA自身の精神的安定のためであったことや、「どうせ、私があの子の世話をしても、母から文句を言われるだけ」と祖母への否定的感情も表現した。その後は、保健所・市保健師、子ども福祉課では、児の安全と発育発達の確認をしながら、児の保育所措置とAのパートナーとの関係解消後の精神状態と児との親子関係を見極めつつ、祖母の娘への介入に対するコントロールなど役割分担をしながら支援している。

1. Aの育児と心理規制

一般的に、娘と母親との情緒的結びつきは、父親との間には見られない強さがあるといわ

れる³⁾(渡辺, 1997)。その結びつきがあつてこそ、娘の妊娠に対する実母の親密性の高い支援が成立し、産褥後の不安や抑うつを抑制することにつながっている⁴⁾(長鶴, 2006)。一方で、母親と娘の間に長期にわたる葛藤的親子関係が潜む場合には、妊娠を契機に、幼少時代やこれまでの親子関係がより強く想起されることは少なくない。たとえ、種々の理由で親子の葛藤が、妊娠期に想起されるはずだったのを阻害し、陰性感情が適切に処理されなかった場合でも、Aのように、育児の日々を重ねる中で、実母からの支配の負荷に耐え難くなり、結果的に育児への直接的・間接的な不適切行為につながる可能性もある。

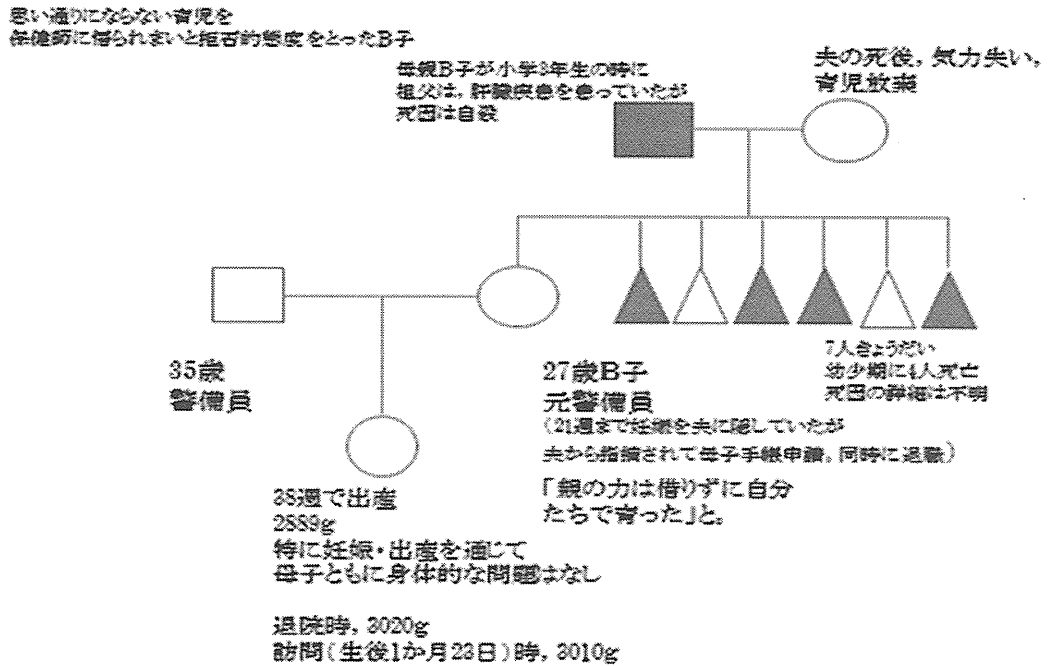
Aは、祖母が脅迫的に孫の世話をすることに対し、自分が思い通りにできていないことと比較して、嫌悪を抱いていた。しかし、祖母の圧力下にあるため、自ら児に対する適切な養育行動をとるかといえばむしろとらない(とれない)傾向が認められた。そしてその結果、A自身は、母親役割が果たせない不全感を募らせることになっている。

われわれ援助職は、一見して、祖(父)母のサポートを「あればよいもの」とする傾向がある。しかし、本事例を参照すれば、実母と娘の母娘関係に着目し、情動的な親密性を確認する必要性を痛感する。そして、依存や支配などが宿る葛藤的母娘関係が見え隠れする場合には、その程度や質に十分に着目し、母と児との愛着形成への影響を見極めたうえで、祖(父)母のサポートを勧めるか否かを判断することが必要である

○全戸訪問の位置づけ(新生児家庭訪問事業との差異)

基礎的自治体は、新生児家庭訪問事業(母子保健法第11条)を助産師や保健師という看護職で実施してきた歴史がある。訪問対象や期間については、昨今の里帰り期間の延長など時代の要請を受け、柔軟に対応している。また、訪問で支援ニーズが高いと判断した場合は、その後の継続的関与として、医学的知識と看護ケア技術、育児支援、地域情報発信など必要なケアを提供するだけでなく、必要な機関への橋渡しや必要な機関との連携のもとに関わることも多い。事例1の自治体は、新生児家庭訪問事業を全戸訪問に名称を変更して行っていたが、専門家が訪問しているため、既存の新生児家庭訪問事業のシステム(助産師が訪問し、必要時は助産師継続あるいは保健師に相談引継ぎかを協議)がそのまま稼働し、継続した関与/介入に比較的にスムーズにつながった事例といえる。

【事例 2】



出会い：妊娠 30 週目頃の転入事例で，出産病院から連絡が入り，全戸訪問を実施したことで把握（母子健康手帳は旧住所地で，21 週で申請している）

全戸訪問実施：B 子は，主任児童委員からの連絡に「突然何の話ですか。結構です」と強い口調で反応した。その旨は保健センターに引き継がれ，保健師から連絡するが，戸籍届提出時の全戸訪問の説明は，両親は記憶になく，「勝手な真似はしないで欲しい」というクレームに至っている。保健師は，電話口で事業説明を繰り返し，「お宅が特別なわけではない」旨の理解を促してしづしづ訪問の許可を得た。強い拒否に合い負担感が増した主任児童委員から訪問支援者を助産師に変更して，生後 2 か月 18 日目に実施した。家族図の記載内容は 1~2 回目で聞き取ったもの。初回訪問時の児は，身体の汚れや筋力の弱さがみられ，活気がなかった。また児の体重が退院時より減少していたので，助産師は危機意識を地区担当保健師 W に伝え，2 回目は保健師が訪問した。

2 回目訪問から一転，訪問拒否：W 保健師がそれから 3 日後，1 週間後に訪問をして，B 子の成育歴等を聴きながら，体重を測定するが，体重増加が好ましくないのので，授乳について詳細を聞くと，「泣かないから飲ませない」と「頼んでもいないのに，勝手に押しかけて，余計なお世話だ」などまた強く反応した。3 回目の訪問以降，保健師 W が訪問しても全く受け入れは拒否されている。

ネグレクトの危険性を配慮した支援：W 保健師は，B 子の生育歴から親モデルの欠損の可能性とネグレクトの危険性を考慮し，「体重増加の確認等」をしつつ，家庭児童相談室（以下，家児相）子ども家庭課に，「養育能力の判断・見守り」を目的に加えて，育児支援訪問事業の利用を勧めたい旨を伝えた。その後も B 子に何度か連絡するが，「都合が合わないから結構」と保健センター保健師は拒否され続けた。一切の支援を拒否し，連絡も取れなくなったために，W 保健師は家児相に通告し，一緒に訪問を実施した。

「飲まないから片付ける」「誰だって飲みたくないものは飲まない」など淡々と語るが、総括して不適切な養育と判断された。夫も含めて話し合い、在宅養育を希望したこともあり、保育所と養育支援訪問事業の活用、夫婦面接を条件に在宅で経過を見ることになった。

1 年後の告白：1 年後には、母親は「初めから私に育児ができるはずないと思っていた。」「案の定思い通りにならず、子どもとうまくかみ合わなかった」と話し、保健師に家に来られて、自分のできなさを指摘されるのは「絶対いやだった」「家の中も見られたくなかった」「夫にも“自分の育児の下手さ”を気づかれないように必死だった」と語り、「自分は、親の力を借りずに育ててきたし、自分で何もかもやれると思っていた」と結んだ。

1. B 子の児へのネグレクトと心理規制

B 子は、B 子を含む7人きょうだいのうち4人が幼少期に死亡するという（年齢等詳細不明）現実を眼前で体験してきたこと、「残ったきょうだいは、皆それぞれ自分の力で生き残った」と話すことなどから、自身が外傷体験者である。それが影響してか、21週で夫に気づかれるまで妊娠を隠すなど、妊娠を否認/拒否していたとも取れる行動や夫にも保健師にも育児能力の低さを叱責されることへのおびえや、児の体重増加など子どもの目線での観察ができないなど、妊娠、出産、育児を通して高いストレス状態を引き起こしていたと考えられる。これらはB子の一連の発言や態度から伺えるが、育児に向き合えない現実に直面すればするほど、心理的負荷に基づく情緒的混乱は助長され、その結果がB子の児への否定的態度で結び付いたとも考えられる。子どもと向き合えない苦悩なども、夫に気づかれないように防衛しており、新しい夫婦関係の中で、過去を癒すことはできていなかった⁵⁾（大波，2006）。

夫の妻への理解とパートナーとしての対応

能力の評価が不十分なので言い切れないが、少なくとも不適切な養育と家児相が判断した後の話し合いを機に、夫の気遣いやケア的サポートがB子に向けたことは支持できる点であり、全戸訪問を入りに、一定期間のB子の拒否はあったものの、夫の存在をB子にとっての保護的因子に結実させたことは、B子の虐待に功を奏したと捉えてよいのではないかと考える。

本事例のように、幼少期の虐待体験や死別体験など高いストレスにさらされた親に対し、われわれは、根強い負のセルフイメージを持ちやすいが（衣斐，2002）、B子の闇を理解し、B子の周囲の保護的因子を手練り寄せることで、B子が安心して子育てしやすい環境づくりという枠にリフレイミングして、直接的/間接的に養育状況を見守る体制に結び付けることは、重要な観点である。

なお、このような事例の場合、当然、母親の詳細な子ども時代の生活や行動、対人関係あるいは大人になってからのそれらについて検討することは重要であり、同時に、母親の認知パターンや性格傾向、周囲や夫など大切な人々との関係に及ぼしていく影響についてもこまやかにアセスメントし、念頭に置きながら対応する必要があることは言うまでもない。

こんにちは赤ちゃん事業の位置づけと保健師の役割

1. 全戸訪問は、ポピュレーションアプローチかハイリスクアプローチか

全戸訪問が、訪問支援者（＝全戸訪問の実施者）による1回の訪問を原則としている点や、専門職・非専門職問わず幅広い方々が訪問支援者になる点から考えると、事例1のような深い母娘の葛藤関係が潜む事例に、全戸訪問の実施で、どこまで気づき、どこまで介入できるかについては疑問が残るところである。全戸訪問の限界をどこと捉え、継続支援につなげるためにはどうあるべきかという点について考えてみたい。

まず、全戸訪問の主旨が「虐待予防の観点に立脚している」と前述したが、実施体制が

ら言えば、すべての訪問支援者が、より深い潜在的ニーズに気づき、継続支援につなげられる、あるいは、事例1のような深い母娘関係を掘り下げるための“入り口”として全戸訪問を活用できるかは、現段階では、ばらつきがあると言わざるを得ない。ばらつき解消のために、研修等を積み重ねることも一方策であろうが、出産に対する喜びを共感すると同時に、育児疲れや不安感、迷いに対するアドバイスや労をねぎらうなどのやさしい地域の声かけ機能を上手く活かす方策もあり、この力量/技術は、専門職・非専門職の差も小さく、共通理解/認識を持ちやすいように思われる。

ようするに、全戸訪問は、ハイリスクアプローチというよりは、ポピュレーションアプローチを主軸とする事業であるという考え方も、現実的ではないかという想いである。声かけ機能は、昭和の初期からボランティアに妊産婦や乳幼児を支えてきた愛育班員や大正時代から防貧を目的に地域の相談活動を展開してきた民生委員など地区組織活動の担い手に期待されており、全戸訪問を機に、それらのセーフティネットが強化され、孤立防止に寄与する可能性は十分にある。

事例2は、主任児童委員が強い拒否行為に合い、心理的負担を負った。訪問支援者が、非専門職であっても過度の負担なく取り組むことができることが、とりあえずは全戸訪問の発展につながる。専門・非専門問わず、訪問経験を重ねることで、訪問・相談スキル感覚は徐々に研ぎ澄まされるであろうし、そうならば1回の訪問での気づきの幅も進化/深化するだろう。さらに進化/深化した気づきの幅は、行政保健師にスムーズにつなげる技量にもつながっていくだろう。全戸訪問を、『ポピュレーションアプローチの強化で、適切にハイリスクアプローチに連動』させることができる事業と位置付けて、必要な研修/教育体制を整えることが重要である。

2. 母子保健システムの一貫としての全戸訪問

子ども虐待は、虐待者個人の病理や家族の内的要因は大変重要だが、親に特化された個

人内在的な病理など単一に捉えてしまうと、理解も対応も困難になる。虐待親の個別性に力点をおきつつも、その個に何らかの影響を与えた可能性も含めて、相互に錯綜する地域社会の風土や慣習とそれに伴うコミュニケーション、文化的要因、経済や雇用などの社会世相も考慮し、生活モデルで包括的にとらえる必要がある⁶⁾(中村, 2008)。さらに、異なる多職種スタッフを知悉したコーディネーターによる有機的な連携なしには援助成果は得られない。そう考えると、母子保健領域の諸知識/技術だけでの虐待対応には限界がある⁷⁾。

事例1, 2を参照しても、全戸訪問は、要支援家族を把握し、包括的に判断して支援に繋ぐための入り口となる事業として大変重要だし、期待も大きい。その全戸訪問の主旨に基づいた運営と質の担保をしていくのは実施主体の市町村であり、そこで運用を担う“人”である。市町村(保健師等)は、保健師自らが訪問支援者である場合も、地域関係者等に訪問を委ねる場合も、既存の母子保健事業等との関連や支援システムとの整合性を図り、“わが市・まちにとって効果的な全戸訪問”という仕組みをつくる役割と、訪問事例に対し、訪問支援者のフォローの一貫にもなる関係者も交えての事例検討や個別関与事例の家族アセスメントを行い、関与の必要性、さらに支援の濃淡を判別していける道筋を整備していく役割が求められている。

3. 紡ぎ役機能を有する全戸訪問

前述したように全戸訪問は、全戸訪問の質そのものの向上と全戸訪問が他の関連事業と効果的に連動する仕組みが必要であることは確認した。その具体策について考えてみたい。

わが国の母子保健法に基づく母子保健システムは、高い受診率を保つ乳幼児健康診査を筆頭に妊娠期から出産、育児に至り、きめ細かく整備されている。それらの機会に、母親や児の健康の確認や医学的精査に加え、子ども虐待のスクリーニング機能⁸⁻⁹⁾を導入している自治体は増えている。全戸訪問も成熟すれば、アウトリーチ型のスクリーニング機能