

## 児童虐待の予防を視野に入れた家庭訪問支援（その2）

－妊娠届出書を活用した要支援家庭のふるい分け－

白石淑江

## Home Visiting for Prevention of Child Abuse and Neglect (Part 2)

－Screening for Families in Need of Help with  
the Pregnancy Notification Form－  
Yoshie Shiraishi

虐待の予防を視野に入れた包括的な子育て支援システムの構築とその課題を明らかにする研究の一環として、愛知県内の一自治体の協力を得て、当市の妊娠届出時を出発点とした子育て支援システムの特徴、及び、要支援家庭の把握方法とその実績について調査した。その結果、母子保健と児童福祉の連携によるポピレーション・アプローチとハイリスク・アプローチから成る早期の包括的なシステムが明らかとなった。また、平成24年度に実施された、妊娠届出時のふるい分け、及び、乳児家庭全戸訪問事業の実績を集計分析した結果、妊娠期に要支援家庭をふるい分けてフォローし、出産後はその結果を活かして生後2か月までに殆どの家庭を訪問して、子育て支援ニーズの再把握を行う方法の有用性が明らかとなった。なお、今後の課題としては、ふるいわけ項目の精査、及び、転入や不在や訪問拒否などによる未把握の家庭への対策があげられた。

Key words : 児童虐待予防、子育て支援システム、要支援家庭、ふるいわけ

Prevention of child abuse and neglect, Family support system, Families in need of help, Screening

### はじめに

わが国では、生後間もない子どもが虐待によって命を奪われている事件が後を絶たない現状がある。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「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第10次報告」<sup>1</sup>（平成24年4月1日～平成25年3月31日）によれば、児童虐待による死事例の総数は、78例（90人）であり、そのうち心中以外の虐待死事例49例（51人）中の0歳児の割合は、22人（43.1%）であった。また、心中以外の虐待死全体における0歳児の割合は、第1次報告（対象期間は平成15年度半期）以降大きな増減はなく概ね4割を占めていると報告されていた。

このような現状を改善するために、政府はここ数年、妊娠・出産期からの虐待予防の取り組みを積極的に推進している。特に、平成20年には、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援家庭訪問事業、地域子育て支援拠点事業を児童福祉法に位置づけ、子育ての孤立を防ぐとともに、早期からの家庭訪問による支援の実施を図った。その結果、乳児家庭全戸訪問事業の実施率は92.3%（平成24年7月現在）、養育支援家庭訪問事業の実施率は62.9%（平成23年7月現在）と全国に普及しており、地域子育て支援拠点事業実施箇所数も5,968か所（平成24年7月現在）に達している<sup>2</sup>。しかし、乳幼児虐待を未然に防ぐには、単にこれらの事業の実施率を上げるだけでは不十分である。何よりも、各自治体においてこれらの事業と母子保健事業とを総合した包括的な子育て支援システムの構築が必要である。

そこで、本研究では、虐待予防の視点から、母子保健事業と子育て支援事業の連携を図り、妊娠期から「要支援家庭」<sup>注1</sup>を把握し、出産直後から家庭訪問などによる継続的な支援を実施するシステムの構築方法とその課題を明らかにすることを目的とした。そして、その第1報<sup>3</sup>においては、妊娠期・出産直後から家庭訪問による継続的かつ集中的な支援を行って成果をあげている米国の Healthy Families America（以下HFAとする）の家庭訪問プログラムを参考にして、わが国の乳児家庭全戸訪問事業、養育支援家庭訪問事業を効果的に活用する場合の方法とその課題について検討した。

そして、本論文では、その第2報として、HFAの家庭訪問プログラムをモデルとした子育て支援システムの構築に取り組んでいる、愛知県内のある自治体のシステムづくりの実態を明らかにするとともに、その出発点である妊娠届出時において実施されている要支援家庭のふるい分け方法及びその有用性について調査した結果を報告する。

## 研究の目的と方法

本研究は、乳幼児虐待の予防を視野に入れた包括的な子育て支援システムの構築とその課題を明らかにする研究の一環として、愛知県西部に位置する一自治体（T市：人口約 6.5 万人）を対象に、次の事項を明らかにすることを目的とした調査を実施した。

1) HFAの乳幼児虐待予防を視野に入れた子育て支援システムづくりに取り組んでいるT市のシステムづくりの実態とその特徴を明らかにするため、自治体の担当課において聞き取り調査、及び資料収集を行った。

・平成 25 年 5 月 10 日（金）、11 月 19 日（火） T市役所児童課、健康推進課

2) 各自自治体の子育て支援システムの出発点である妊娠届出時に実施されている「要支援家庭」のふるい分けの方法とその有用性について明らかにするため、T市の担当課と共同で下記のデータを集計し分析した。

・平成 24 年度（平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月、計 428 件）1 年間の妊娠届出書に基づく「要支援家庭」のふるい分けの結果

・平成 24 年度のふるいわけの対象家庭への「乳児家庭全戸訪問（こんにちは赤ちゃん訪問、新生児訪問、養育支援訪問の 3 種の呼び名で実施）」の実施状況、及びその結果

## 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、平成 25 年 3 月に協力自治体の承認（同意書）を得て、愛知淑徳大学大学院医療福祉研究科倫理委員会に諮り、研究調査の実施が承認された。なお、統計処理については、データをすべて匿名化された ID で集計し、協力自治体の担当課で集計した。ただし、データの分析方法の検討や結果の考察は共同の場で行った。

## 研究の結果

### 1. 虐待予防を視野に入れた子育て支援システム

#### (1) T市における虐待予防の取り組みの経過

T市では、児童虐待防止法に基づき、平成 17 年 4 月に要保護児童対策地域協議会を発足させ、翌年家

<sup>注1</sup>厚生労働省雇用均等・児童家庭局、総務課・母子保健課発「養育支援を特に必要とする家庭の把握及び支援について」（2012 年 11 月 30 日）では、「要支援家庭」を、養育支援を特に必要とする家庭（要支援児童）、又は特定妊婦のいる家庭をいうと定義している。また、「要支援児童」は、保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童（要保護児童を除く）、「特定妊婦」は、出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦と定義している。

庭児童相談室の職員を嘱託職員 2 名から正職員 2 名、嘱託職員 1 名に増員し、児童虐待の早期発見・介入への体制を整備するとともに、虐待の予防対策の検討を始めた。そして、同年 9 月から、要支援家庭を早期から支援することを目的とした育児支援訪問事業（平成 20 年より養育支援訪問事業）を開始した。また、平成 20 年度からは、乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん訪問）も開始し、従来からの地域子育て支援拠点事業にこれらの家庭訪問事業を組み込んだ子育て支援システムの構築に取り組み始めた。

さらに、平成 23・24 年度には、愛知県内の特定非営利活動法人が主催した「虐待予防を目的とした家庭訪問支援プロジェクト」<sup>4</sup>にモデル市として参加した。このプロジェクトは、児童虐待予防で成果をあげている HFA の家庭訪問プログラムをモデルとして、ポピレーション・アプローチとハイリスク・アプローチからなる早期からの子育て支援システムの整備を図り、困難を抱える家族に対する継続的な家庭訪問の実施をめざすものであった。そして、これを機に、平成 23 年度から「要支援家庭」を抽出する手段として、妊娠届出書及びその際に実施しているアンケート調査に取り入れた「ふるい分け」を開始した。この「ふるい分け」は、HFA のプログラムを採用している米国オレゴン州の産院において、退院後に家庭訪問による支援を必要とする家族を選別するためのスクリーニング項目<sup>5</sup>（23 項目）を参考に作成したものである。合計 16 項目からなり、若年妊娠、精神的な健康に関わる 2 項目、その他（多胎・未熟児・面接時に気になる）の 4 項目を 2 点、他の項目を 1 点として採点した結果に基づいてふるい分けるものである。なお、平成 24 年度は、この 16 項目を若干修正し、15 項目にした。

そして、T 市では、この妊娠届出時のふるい分けを出発点として、虐待予防を視野に入れた早期からの子育て支援システムの構築に取り組み始めた。

## (2) T 市の虐待予防を視野に入れた子育て支援システムの特徴

平成 25 年度に T 市がめざした子育て支援システムは、図-1 のようである。

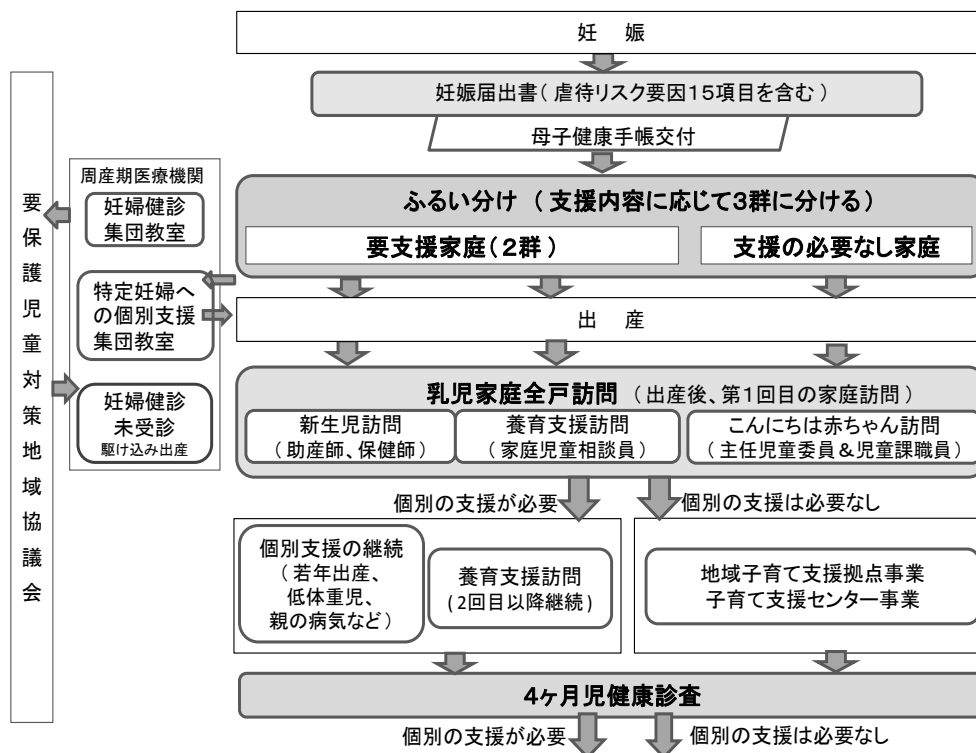


図-1 T 市の虐待予防を視野に入れた子育て支援システム

T市の虐待予防を視野に入れた子育て支援システムの特徴は大きく二つある。

第一の特徴は、妊娠届出時の「ふるい分け」を出発点とし、ハイリスク・アプローチとポピレーション・アプローチから成るシステムの整備をめざしている点である。また、第二の特徴は、妊娠届出書の「ふるい分け」結果を活かして、出産後に「要支援家庭」の絞り込みを行っている点である。

以下は、そのシステムにおける「要支援家庭」を把握するプロセスである。

- ①妊娠届出時の「ふるい分け」16項目の結果を点数化し、アセスメント会議で2点以上を「要支援家庭（ハイリスク・アプローチ）」群、0点、1点は「支援の必要なし（ポピレーション・アプローチ）」群とする。そして、後者については、妊婦健診、プレママ教室などのすべての家庭を対象とした母子保健事業につなぐ。
- ②一方「要支援家庭」群については、アセスメント会議において、該当項目から支援ニーズを分析するとともに、保健・福祉関係機関が把握している情報などを加味して、妊娠期の支援方法を決定する。支援方法はニーズに応じて2群に分けられ、母子保健担当課が電話相談、個別相談、家庭訪問を行う場合と、経済的問題など福祉担当課がフォローする場合とがある。
- ③出産後は、「ふるい分け」に基づいた妊娠期の支援内容を踏まえ、原則として生後2か月までの乳児がいるすべての家庭を対象に「乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん訪問）」を実施し、「要支援家庭」の再選定と絞り込みを行う。母親の健康状態を含めて家庭の子育て状況を把握するとともに、誕生した乳児の健康状態や発育状況を把握する必要があるからである。

なお、T市の特徴としては、生後4か月までに訪問するのが一般的とされる「乳児家庭全戸訪問事業」を生後2か月までの早期に実施していること。訪問する家庭の特性に応じて、保健師、助産師、家庭児童相談員、研修を受けた赤ちゃん訪問員（主任児童委員など）が役割を分担し、「要支援家庭」を専門職による継続的な支援につなぐ工夫をしていることである。具体的には、「ふるい分け」により「支援の必要なし」群については、研修を受けた主任児童委員が担当し（「こんにちは赤ちゃん訪問」と呼ぶ）、「要支援家庭」群については、保健師、助産師が担当する群（「新生児訪問」と呼ぶ）と、家庭児童相談員が担当する群（「養育支援訪問」と呼ぶ）に分けている。

- ④「乳児家庭全戸訪問事業」を実施した後は、関係者がその結果を持ち寄り、アセスメント会議を開いて、その後の支援方法を決定する。特に、個別の支援が必要と判断された「要支援家庭」に対しては、妊娠期の支援経過を踏まえて、保健担当課（主に保健センター）と福祉担当課（主に家庭児童相談室）が役割分担し、その後の支援計画を立てている。また、特に「個別の支援が必要ではない」とされた家庭についても、乳幼児健診などの保健サービスや地域子育て支援拠点事業（子育てひろば、地域子育て支援センター等）の利用につながるよう、こんにちは赤ちゃん訪問時に情報提供を行っている。

## 2. 要支援家庭のふるい分け方法とその結果

### (1) 妊娠届出時のふるい分けの結果

#### ①ふるい分け項目と評価方法

T市では、平成23年より妊娠届出時に「要支援家庭」を把握するためのふるい分けを開始した。前述したように、これはHFAのプログラムを導入している米国オレゴン州の産院において実施しているスクリーニング項目計23項目を参考にしたもので、そのうちの国籍（民族）、母国語、加入保険の種類など米国の社会状況を背景とした項目を除いた13項目と、これに「その他（多胎児・未熟児・面接時に気になる）」「高齢初産（40歳以上）」「父母の学歴（中卒）」の3項目を加えた16項目をふるい分け項目とした。

しかし、その翌年の平成24年度には、愛知県がT市などの先駆的な取り組みを参考にして13項目からなる「ふるい分け」項目を推奨した<sup>6</sup>ため、T市ではそれに合わせて「②母の年齢19歳以下」（2点）

の項目に「母の年齢（20～24 歳）（1 点）を加えるとともに、「最終学歴が中学卒業（父・母）」を削除して 15 項目（表-1 参照）とした。また、「⑨望んだ妊娠ではない」の判定についても愛知県の基準に従って「予想外だったので戸惑った・困った」「なんとも思わない」に加えて「予想外だったがうれしかった」との回答も 2 点とした。

表-1 平成 24 年度 T 市のふるい分け項目

	ふるい分け項目	○1点、●2点
①	未婚・別居・再婚・死別	○
②	母親の年齢が若い 19 歳以下 20～24 歳	●19 歳以下 ○20～24 歳
③	定職なし（パートナーが無職、一人親の場合は母親が無職）	○
④	経済的に困っている	○
⑤	困ったときに助けてくれる人がいない	○
⑥	妊娠中のタバコ・飲酒、妊娠前のタバコ	○
⑦	中絶 2 回以上	○
⑧	精神疾患（こころの病気）の既往あり	●
⑨	望んだ妊娠ではない（予想外だったがうれしかった、予想外だったので戸惑った・困った、なんとも思わない、その他）	○
⑩	夫婦関係で困っている	○
⑪	ここ 1 年間に、うつ状態が 2 週間以上続いたことがある	●
⑫	妊娠届を出した時の妊娠週数が 20 週以降	○
⑬	その他（面接時に気になる、多胎、ステップファミリー等）	●
⑭	高齢初産（40 歳以上）	○
⑮	母が外国人	○

②ふるい分け項目別の該当者の割合

平成 24 年度（平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月）のふるい分け項目別の該当者数（割合）は図-2

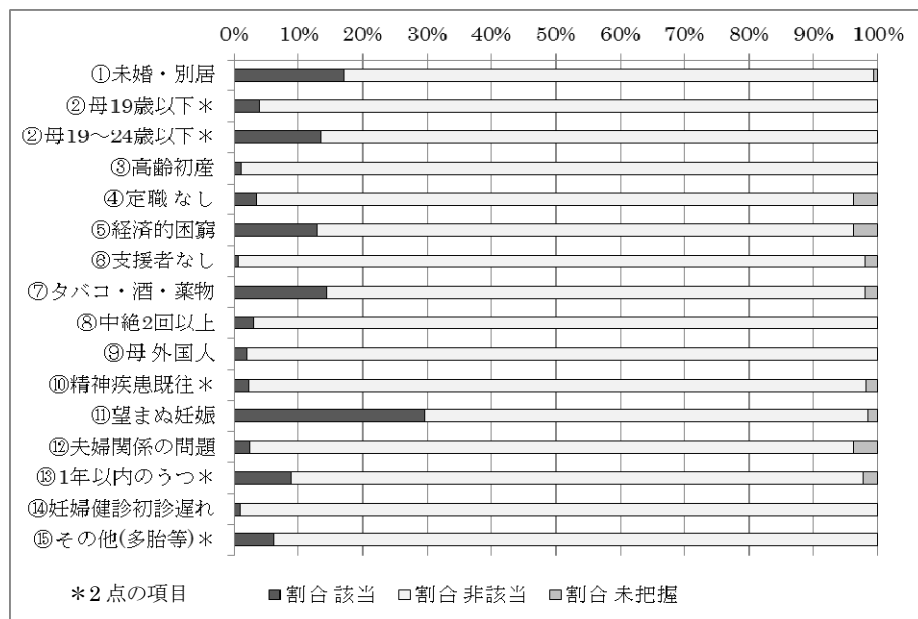


図-2 平成 24 年度 ふるい分け項目別該当者・非該当者の割合 (N=428)

のようであった。

最も多かったのは、⑨望んだ妊娠ではない (29.7%) であり、次いで、②母の年齢 24 歳以下 (17.6% : 20～24 歳 (13.6%) と 19 歳以下 (4.0%) の合計)、①未婚・別居 (17.1%)、⑦妊娠中・妊娠前のタバコ、飲酒 (14.5%)、⑤経済的に困っている (12.9%)、1 年以内のうつ症状 (8.9%) と続いていた。

③ふるい分けの総点数別にみた要支援家庭の割合

平成 24 年度 (平成 24 年 4 月～平成 25 年 3 月) のふるい分けの総点数の割合では、「支援の必要なし (ポピレーション・アプローチ)」群 (0 点、1 点) が 59.5%あり、「要支援家庭 (ハイリスク・アプローチ)」群 (2 点～5 点) と、「要支援家庭 (スーパー・ハイリスク・アプローチ)」群 (6 点以上) を合わせて 40.4%であった。この数値は、T 市の平成 23 年度のふるい分け結果「要支援家庭」群 (31.0%)<sup>7</sup>より高めであったが、平成 24 年度のふるい分け項目は、②母の年齢 (20～24 歳) を加えたこと、⑨望んだ妊娠ではないとの判定に「予想外だったがうれしかった」との回答も 2 点としたことなどによる影響が考えられた。

表-2 平成 24 年度 ふるい分け総点数別割合

点数	人数	%		ふるい分け
0 点	178	41.6%	59.5%	支援必要なし (ポピレーション・アプローチ)
1 点	77	18.0%		
2 点	82	19.2%	37.9%	要支援 (ハイリスク・アプローチ)
3 点	33	7.7%		
4 点	30	7.0%		
5 点	17	4.0%		
6 点	6	1.4%	2.5%	要支援 (スーパー・ハイリスク・ アプローチ)
7 点	4	0.9%		
8 点	0	0.0%		
9 点	1	0.2%		
合計	428	100.0%	100.0%	

(2) 乳児家庭全戸訪問事業 (3 群) の実施方法

T 市の子育て支援システムでは、原則として生後 2 か月までに乳児家庭全戸訪問事業を実施している。また、その際には、妊娠届出時のふるい分け結果に基づいて対象家庭を以下の 3 群に分けて、訪問担当者の専門性を配慮した役割分担によって実施している。

表-3 乳児家庭全戸訪問事業 (3 群) の実施方法

呼 称	担当課	担当者	対象
こんにちは赤ちゃん訪問	福祉	市の研修を受けた訪問員	支援の必要なし
新生児訪問	保健	保健師、助産師	要支援家庭 ※1
養育支援訪問	福祉	家庭児童相談員	要支援家庭 ※2

※1 妊娠届出時のふるい分け項目「②若年 (19 歳以下)」「⑩精神疾患の既往」「⑮1 年以内のうつ」

「⑯その他 (多胎・未熟児・疾患等)」の 4 項目のいずれかに該当する場合

※2 「要支援家庭※1」以外

平成 24 年度に妊娠届出をした家庭を対象とした乳児家庭全戸訪問の実施予定は、表-4 のようである。このうち、妊娠届出時のふるい分けで支援ニーズが低かった家庭を対象とした「こんにちは赤ちゃん訪問」は、61.4%であった。一方、支援ニーズが高かった「要支援家庭」群のうち、保健師や助産師が担

当する「新生児訪問」は 428 件中 117 件 (27.3%) であった。この家庭は、2 点に重み付けされた「若年 (19 歳以下)」「精神疾患既往」「1 年以内のうつ」「その他 (多胎・未熟児、病気など)」の 4 項目に該当する家庭である。また、残りの「要支援家庭」群 428 件中 48 件 (11.2%) は、家庭児童相談員が担当する「養育支援訪問」を実施した。なお、その対象家庭の支援ニーズとしては、「未婚、別居などの一人親」「母親の年齢 20～24 歳」「定職なし」「経済的困難」「タバコや飲酒への依存傾向」「望まない妊娠」などの項目に 2 つ以上該当した家庭であった。乳児家庭全戸訪問は、乳児のいるすべての家庭を訪問する事業として住民に周知されているため、家庭訪問を拒否する割合が少なく、生後 2 か月までの間に、「要支援家庭」群の家庭状況を丁寧に把握することで、今後の継続的支援にもスムーズにつなげることができることが強みである。

表-4 乳児家庭全戸訪問の実施予定

訪問内容	人数	%
赤ちゃん訪問	263	61.4%
新生児訪問	117	27.3%
養育支援訪問	48	11.2%
合計	428	100.0%

### (3) 乳児家庭全戸訪問 (3 群) の実施結果

乳児家庭全戸訪問事業を 3 群に分けて実施している T 市では、各群の訪問担当者はいずれも、妊娠届出時の「ふるい分け」結果を踏まえながら、子どもの発育、発達、疾病など子どもの支援ニーズがあるかを「子の要因」として把握していた。また、親の養育力や経済状態、愛着形成などの支援ニーズについては「親の要因」として把握していた。表-5 には、月 1 回開催される「乳児家庭全戸訪問連絡会議」の評価内容を示した。連絡会議では、保健・福祉の担当課が結果を共有すると共に、「要支援家庭」への支援方針を検討している。

表-5 乳児家庭前項訪問 (3 群) のふるい分け基準

分類	内容
支援の必要なし	個別の助言や情報提供をしなくてもセルフケアができ、支援の必要性がない
要支援	個別の助言や情報提供があればセルフケアができる または、継続的な支援が必要である
子の要因	子どもの精神運動発達、発育、栄養、疾病等により、子育てに困難や不安を引き起こすことが懸念される
親の要因	親の持つ養育力や疾病、経済問題、愛着形成や親子関係等により、子育てに困難や不安を引き起こすことが懸念される
未訪問	訪問拒否、または、何らかの理由で未訪問

平成 24 年度の乳児家庭全戸訪問 (3 群) の評価結果は図-3 に示した。平成 24 年度の「ふるい分け」総数 428 件のうち、年度内に乳児家庭全戸訪問が実施できた数は対象数合計 285 件中 280 件 (98.2%) と高率であった。ただ、わずか 2% 足らずとはいえ、不在や訪問拒否の背景には、リスク要因が潜在している可能性もあり、繰り返し訪問を試みると共に、家庭訪問以外の接触を試す必要もある。

ところで、図-3 を見てみると、3 群のうちの「こんにちは赤ちゃん訪問」の結果は、191 件中 151 件 (67.1%) が「問題なし」であり、「親の要因」や「子の要因」による「要支援家庭」が 36 件 (16%) あった。

次に、家庭児童相談員が担当する「養育支援訪問」では、今後も何らかの支援を継続する必要がある

「要支援家庭」は 27 件中 16 件 (59.3%) あり、「問題なし」は 27 件中 10 件 (37.0%) であった。支援を要する理由としては、「親の要因」(55.6%) が圧倒的に多く、「子の要因」は 27 件中 1 件 (3.7%) にすぎなかった。なお、養育支援訪問では、ふるい分けの結果、経済的困難や望まない妊娠などの項目に複数該当する家庭を対象としているため、「親の要因」を判定する資料として、HFA の家庭訪問プログラムで活用されている「両親調査 Parent Survey」の 10 項目<sup>8</sup>の中から、家庭状況に応じて 2~3 項目を選んで聞き取りを行い、0, 5, 10 点の 3 段階の評価を行っている。そして、「要支援家庭」と判断された家庭には、その後も家庭児童相談員が個別支援や養育支援訪問を行うよう努めている。

一方、保健師や助産師による「新生児訪問」では、「要支援家庭」は 67 件中 49 件 (73.1%) を占めており、「問題なし」は 67 件中 17 件 (25.4%) にすぎなかった。このうち、「親側の要因」によるものが 67 件中 37 件 (55.2%)、「子の要因」によるものが 67 件中 12 件 (17.9%) があった。また、「新生児訪問」では、出生届出時の情報や病院からの母子連絡票に基づいて、未熟児や多胎児、病気などの子どもを持つ家庭をも対象としているため、「子の要因」の割合が高くなっている点の特徴である。そして、支援ニーズの高い家庭については、その後も保健センターが管轄し、保健師、助産師が継続的な支援を行う体制を整えている。

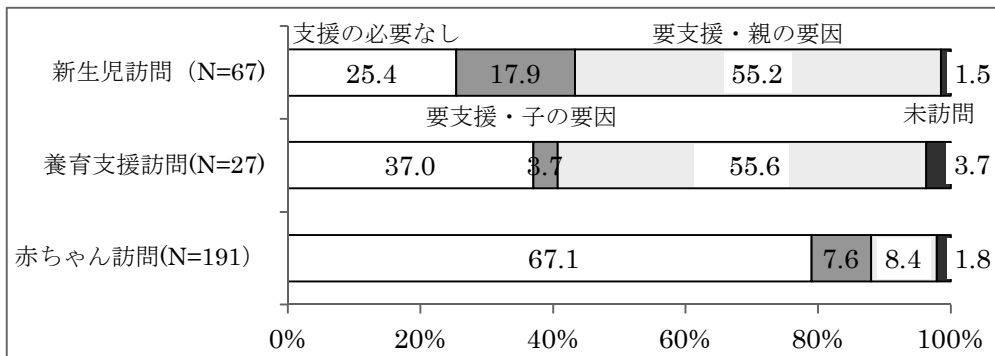


図-3 乳児家庭全戸訪問 (3 群) の結果 (N=285)

なお、表-6 は、妊娠届出時のふるい分けと乳児家庭全戸訪問の結果の関連性を示したものである。この表から明らかなように、ふるい分けの「要支援」群は、「支援の必要なし」群に比べて乳児家庭全戸訪問においても「要支援」となる割合が高く、 $\chi^2$  検定の結果有意な差が認められた ( $P < 0.01$ )。このような結果は、妊娠中に把握した「要支援家庭」の多くは出産後も支援ニーズが高いことを物語っている。つまり、子の誕生以前に「要支援家庭」を把握することが出産後の早期支援に有用と言えよう。

表-6 妊娠届出時「ふるい分け」と乳児家庭全戸訪問の関連性 (N=285) \*\*:  $p < 0.01$

乳児家庭全戸訪問の結果		妊娠届出時のふるい分け結果				$\chi^2$ 検定
		支援必要なし (n=191)		要支援 (n=94)		
問題なし		151	(67.1%)	27	(30.0%)	**
要支援	子の要因	17	(7.6%)	13	(14.4%)	n. s.
	親の要因	19	(8.4%)	52	(57.8%)	**
未訪問		4	(1.8%)	2	(2.2%)	**



## 考察

### 1. 妊娠届出時における要支援家庭のふるい分け方法

虐待予防を視野に入れた子育て支援システムの構築は、各自治体において、母子保健や子育て支援に関する事業を有効に活用する方法が工夫されており、そこには、ある程度の共通性が認められる。

特に、平成 24 年度から愛知県が、T 市を含むいくつかの自治体の先駆的な取り組みを参考にして「妊娠届出書の統一様式」を作成し、その実施を奨励するようになってからは、妊娠届出時の「ふるい分け」を導入する自治体が増えている<sup>9</sup>。ただし、現段階ではあくまでも奨励であり、各自治体でふるい分け項目の追加や修正をして利用している場合が多い。例えば、Ti 市では「母親の年齢 19 歳以下」を 2 点とし、「母の年齢 20～24 歳」は 0 点としたり、「親の学歴」の項目を設けている<sup>10</sup>。

一方、この「ふるい分け」項目を標準化する動きも見られる。藤原（2013）は、愛知県全域を対象とした「子育て調査」<sup>11</sup>を実施して、愛知県のふるい分け 13 項目を含む虐待リスク要因の検証を行った。この調査は、愛知県内（名古屋市を含む）47 市町村における、3-4 カ月健診を受ける母親 9709 名を対象とし（回答数 6590 名、回収率 67.9%）、乳児の揺さぶり（3.9%）と口塞ぎ（2.7%）の経験があると回答したものを虐待（ハイリスク）群として、非虐待群との比較からリスク要因を統計的に分析した。そして、その結果を踏まえて、平成 25 年には「ふるい分け基準」を提案した<sup>12</sup>。ただし、この調査は、妊娠時の家庭状況を振り返って回答する（後ろ向き）調査であり、いくつかの項目について再調査の必要性が指摘されている。

例えば、母の年齢 24 歳以下を 2 点とすることについて、T 市の平成 24 年度の乳児家庭全戸訪問の結果をみると、図-4 のように「母の年齢（19 歳以下）」は要支援が 80%を占めており、「母の年齢（20～24 歳）」の要支援の割合（34.5%）よりも有意に高かった（ $\chi^2$ 検定  $P < .01$ ）。しかし、「母の年齢（20～24 歳）」（34.5%）と「母の年齢（25 歳以上）」（29.4%）の要支援の割合には有意な差は認められなかった<sup>13</sup>。したがって、母の年齢 20-24 歳を 2 点とすることについては検討の余地があると思われた。

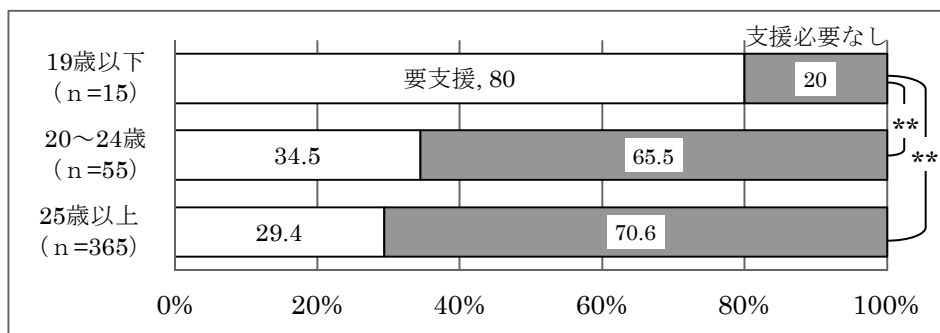


図-4 母の年齢と乳児家庭全戸訪問の結果 \*\*  $p < 0.01$

また、「親の学歴」についても、図-5 に示すように、乳児家庭全戸訪問の結果が「要支援」であった割合は、「両親のいずれかが中卒以下」が 72.3%を占めており、「高卒以上」（23.6%）に比べて有意に高かった（ $\chi^2$ 検定  $P < .001$ ）。安部彩（2008）や川松亮（2008）らの研究は、学歴と貧困<sup>14</sup>、そして貧困と虐待の関連性<sup>15</sup>を明らかにしており、今後はこの項目の導入を検討していく必要があると考える。

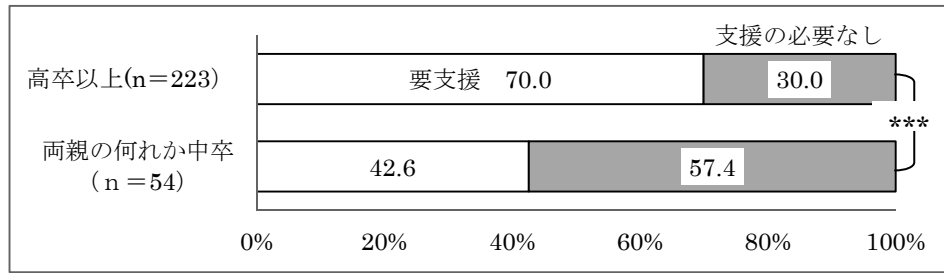


図-5 親の学歴と乳児家庭全戸訪問の結果 \*\* p<0.001

## 2. 乳児家庭全戸訪問による早期の要支援家庭の把握

妊娠期に要支援家庭が把握されたとしても、出産後には親子の健康状態や家庭状況の変化があることが考えられる。それゆえ、出産後に再度、子育て支援ニーズの有無を把握する必要がある。T市ではすべての子育て家庭を対象とする乳児家庭全戸訪問事業の機会を最大限に利用し、要支援家庭の絞り込みを行っていた。

乳児家庭全戸訪問事業は、児童虐待の発生要因の一つである子育て家庭の孤立を防ぐ施策として、児童福祉法（第 21 条 10 の 2）に位置付けられており、すべての子育て家庭の扉を開き、地域の社会資源とつながる機会を提供するものである<sup>16</sup>。また、ガイドラインの実施期間・対象は、原則として生後 4 か月を迎えるまでの乳児のいるすべての家庭としている。しかし、T市では生後 2 カ月までにこれを実施することを原則としており、より早い時期に家庭状況を把握し、要支援家庭とつながることができる体制が整えられている。原田・服部（1991）<sup>17</sup>は、乳幼児健診（4 か月、7 か月、11 か月、1 歳半、3 歳）を受けた母親の追跡調査の結果から、育児について一番心配だった時期は、退院直後から生後 3 か月までであることを明らかにしている。また、わが国の里帰り出産の伝統なども考慮すれば、生後 2 か月までに乳児全戸訪問を実施することは早期育児支援の目的にかなう体制であると言えよう。

また、その際に、妊娠届出時のふるい分け結果を活かすことで、保健、福祉の担当課のスタッフが専門性を生かして、より支援ニーズが高い家庭を訪問することができている。T市の 3 群に分けた乳児家庭全戸訪問の実施方法は限られたマンパワーを有効に活用する方法であると言える。また、訪問員としての研修を受けた市民ボランティアを起用し、支援ニーズの低い一般の子育て家庭を訪問する仕組みは、地域の顔が見えるつながりを助長するという意味でも有意義である。地域の実情をよく知る身近な子育ての先輩が訪問することで、地域の子育て支援拠点や母子保健サービスの利用を着実に促すことができるという利点があると考えられる。

一方、保健師や助産師、家庭児童相談員などの専門スタッフが、妊娠期から継続的に要支援家庭を訪問することは、出産後の支援ニーズの変化を確認するとともに、継続的な支援につなぐ貴重な機会である。アメリカで虐待予防の効果が実証されている家庭訪問プログラムでは、産院でふるい分けを行い、退院前に要支援家庭と利用契約を結んで、退院後遅くとも 1 か月以内に初回訪問を実施している<sup>18,19</sup>。そして、出産後間もない時期から集中的継続的な家庭訪問支援を行うことこそ、親子の愛着形成、基本的な育児知識やスキルの習得、乳幼児揺さぶられ症候群の予防、子どもの発達の援助などで大きな成果が期待できるとされている<sup>20</sup>。

T市の虐待予防を視野に入れた子育て支援システムの構築は、まだ始まったばかりであるが、妊娠届出書を活用したふるい分けと、その結果を活かした早期の乳児家庭全戸訪問が実施されており、その方法の有用性が明らかとなった。

今後の課題としては、転入転出家庭や不在や訪問拒否による未把握家庭に対する対応策があげられる。

本調査の結果では、未訪問の割合は2%弱にすぎなかったが、潜在的なリスクの可能性を考えると対策を講じる必要があるであろう。また、妊娠後に転入した家庭についても、ふるい分けを実施しておらず、支援ニーズが把握されていない。今後は、転入時にニーズを把握する工夫が必要である。また、今後愛知県下で統一的な妊娠届出書を活用する場合には、県内自治体との連携により、転入転出家庭の支援ニーズを把握することが可能になると思われる。

### おわりに

本論文では、虐待の予防を視野に入れた包括的な子育て支援システムの構築とその課題を明らかにする研究の一環として、先駆的な取り組みを行っている愛知県内の一自治体（T市）の協力を得て、子育て支援システムの特徴、及び、要支援家庭の把握方法とその実績について調査した。

その結果、妊娠届出時を出発点とし、母子保健と児童福祉の連携によるポピレーション・アプローチとハイリスク・アプローチから成る包括的なシステム構築の取り組みとその特徴が明らかとなった。また、平成24年度に実施された、妊娠届出時のふるい分けの結果、及び乳児家庭全戸訪問事業の実施結果を集計分析したところ、妊娠届出書を活用した要支援家庭のふるい分けの有用性、及び、その結果を活かし、生後2か月までの乳児がいるすべての家庭を訪問した支援ニーズ把握の仕組みが明らかになった。このようなシステムは、米国のHealthy Families Americaが提供する虐待予防を目的とした家庭訪問プログラムをモデルとした場合、その12の重大原則のうちの「サービスの開始」に関する2つの原則を満たすものである。具体的には、第1原則：サービスを誕生前か、誕生時から開始すること、及び、第2原則：支援を必要としている家族を発見するために標準化された評価方式を用いることである。今後は、養育支援訪問事業等による早期からの継続的集中的な家庭訪問の実施を進め、サービスの内容や方法の充実（第3原則～第7原則）、「良い実践を保つための管理・運営機構の整備（第8原則～第12原則）へと発展させていくことを期待したいと思う。

本研究は、平成23・24・25年度文部科学省科学研究費補助（基盤研究(C)）課題番号23590822「虐待予防の家庭訪問支援におけるアメリカの両親調査の活用に関する研究」（研究代表者 白石淑江）の一環として実施した。

本調査にご協力をいただきましたT市役所児童課佐藤衣理様、家庭児童相談室、及び健康推進課の皆様へ深謝いたします。

### 引用文献

- 1 厚生労働省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（2014）子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について 第10次報告, p4.
- 2 厚生労働省「市区町村の児童家庭相談業務の実施状況等の調査報告（平成24年度調査）」  
<http://www.mhl.go.jp/stf/houdou/>
- 3 白石淑江（2010）「児童虐待の予防を視野に入れた家庭訪問支援（その1）－Healthy Families Americaの家庭訪問プログラム－の概要と日本の家庭訪問事業の課題－」『愛知淑徳大学福祉貢献学部 紀要No1』pp. 69-81.
- 4 特定非営利活動法人子どもの虐待防止ネットワーク・あいち（CAPNA）（2011）朝日新聞厚生文化事業団『子どもへの暴力防止プロジェクト助成』家庭訪問員養成プログラム
- 5 前掲書3, p. 74.
- 6 愛知県（2013）妊娠届出書活用の手引き, p2.
- 7 佐藤衣理、緒方京（2012）「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第30号』pp. 92-100.
- 8 Great Kids Inc. ヘネシー・澄子訳（2010）「両親調査（ケンプ・アセスメント）評価基準」
- 9 小林純子他（2013）「母子健康手帳交付から始める子育て支援」愛知県小児保健協会『小児保健あいち第11号』pp8-9.
- 10 江端亜紀子、佐藤めぐみ他（2013）「ハイリスク家庭を妊娠中から支援する取り組み」愛知県小児保健協会『小児

---

保健あいち第 11 号』 pp10-11.

- 11 藤原武男 (2014) 「ハイリスク及びポピュレーションアプローチによる虐待予防介入研究に関する研究」、厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業『児童虐待の発生と重症化に関連する個人的要因と社会的要因についての研究 (H23-政策一般-005) 平成 24 年度 総括・分担研究報告書』研究代表者：藤原武男、pp5-37.
- 12 前掲書 6, pp2-6.
- 13 佐藤衣理他 (2014) 「愛知県で統一した妊娠届出書の活用について－津島市のふるい分け基準との比較から－」愛知県小児保健協会『小児保健あいち第 12 号』、pp.6-7.
- 14 安部彩(2008) 子どもの貧困、岩波新書, pp145-159.
- 15 川松亮(2008) 「児童相談所からみる子どもの虐待と貧困」浅井、松本、湯澤編『子どもの貧困』明石書店、pp84-111.
- 16 厚生労働省「乳児家庭全戸訪問事業ガイドライン」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/kosodate12/03.html>
- 17 服部祥子・原田正文 (1991) 「乳幼児の心身発達と環境－大阪レポートと精神医学的支援－」
- 18 白石淑江 (2011) 「医療・保健・福祉の連携－児童虐待を視野に入れた乳児期早期の家庭訪問支援・アメリカの家庭訪問プログラムに学ぶ－」『子育てハンドブック』日本小児医事出版社、pp156-163
- 19 ヘネシー・澄子訳 (2006) 「HFA の家庭訪問プログラムに欠かせない 12 の重大原理」日本子ども家庭総合研究所『愛育ねっと・子育て支援の実践』原文：Twelve Critical Elements of HFA : <http://www.healthyfamiliesamerica.org/publications>
- 20 Elizabeth Anisfeld, James Sanday, Neil B. Guterman (2004) *Best beginnings: A Randomized Controlled trial of a Paraprofessional Home Visiting Program*. Final Report submitted to the Smith Richardson Foundation and New York State Office of Children and Family Services.