

岐阜県における乳児家庭全戸訪問事業の現状と課題 (1)

—質問紙調査を手がかりにして—

宮島 萌¹・今村民子²・今村光章³

1 岐阜県職員

2 大垣女子短期大学

3 教育学部家政教育講座

Current state of “All Infant Home Visitation Program” in Gifu Prefecture (1)

—with a survey by questionnaire as a clue

Moe MIYAJIMA, Tamiko IMAMURA and Mitsuyuki IMAMURA

1. 問題の所在

本研究の目的は、岐阜県における乳児家庭全戸訪問事業の現状と課題を探ることである。この課題に取り組むために、2つの異なった研究方法を用いる。ひとつは、質問紙を用いた量的研究法であり、もうひとつは、インタビューによる質的研究法である。本研究は、「岐阜県における乳児家庭全戸訪問事業の現状と課題 (1)」と「岐阜県における乳児家庭全戸訪問事業の現状と課題 (2)」の2論文に分かれており、前者は量的研究法によるもの、後者は質的研究法によるものである。

周知の通り、日本では、少子化対策や虐待予防のための事業として、2009 (平成21) 年度から、「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)」が「乳児家庭全戸訪問事業 (こんにちは赤ちゃん事業)」に名称変更され、法定事業として位置づけられた。この移行により、従来まで努力義務で実施されていた訪問が義務化された。そして、子育て支援及び児童虐待防止の観点から、本事業を効率的かつ効果的に実施することが重要であるとされ、昨今では、各自治体で本事業の効果的な実施が図られている。

そこで、本稿 (第1報) では、岐阜県における乳児家庭全戸訪問事業の現状を量的研究の観点から、質問紙を用いて調査した結果を報告する。本稿に続く第2報では、各市町村の担当者の方が感じている効果や今後の課題などを明らかにする。

ここで、本研究の先行研究について概観しておこう。本研究と同様の課題設定から、神奈川県の実態と市町村支援のあり方¹⁾では、市町村における訪問事業の展開、ならびに、県としての支援及び課題を明らかにしている。市町村における実施状況や訪問者の状況などが明らかにされ、市町村支援として未実施市町村に対する具体的支援方法や、人材育成支援の必要性が見い出されている。

また、長野県の事業について調査研究した「長野県におけるこんにちは赤ちゃん事業取り組みの現状」²⁾では、長野県内の全80市町村を対象にした質問紙調査を用い、本事業の現状が明らかにされている。訪問者の職種の多様化や、要支援基準の指標の設定などが唱えられている。

さらに、沖縄県の事業について調査研究した「乳児家庭全戸訪問事業の現状調査～沖縄県内の2自治体の調査から～」³⁾では、沖縄県内の人口規模、世帯規模が近似の2つの自治体を調査することによって、沖縄県における乳児家庭全戸訪問事業の実態と課題を把握している。そして、その実態を踏まえ、現状改善のための方策が示されている。

このような先行研究は散見されるものの、本事業の歴史が浅いため先行研究の数は少なく、岐阜県においての調査は存在しない。また、先行研究を踏まえて言えば、本事業の実施主体は全国の各市区

町村であり、実施内容や実施方法が様々である。そのため、各自治体の裁量によって、本事業の内容は多様である。従って、岐阜県内の調査にも意義がある。加えて言えば、岐阜県における乳児家庭全戸訪問事業の現状と課題を探ることは、本事業のさらなる発展に寄与する。そこで、本研究では、本事業の今後の展望を見据えて、結果と考察を示すとともに効果的な実施を目指した提言を行いたい。

2. 研究方法

岐阜県の全42市町村(21市19町2村)を対象に、質問紙調査を実施した。質問紙は、各市町村において乳児家庭全戸訪問事業を担当する部局宛てに、返信用封筒と同封して郵送し、回収を図った。回答は、本事業の実務を調整し、統括する部局の担当者に依頼した。調査期間は、2016(平成28)年8月3日から2016(平成28)年9月30日である。

質問項目は、厚生労働省の「乳児家庭全戸訪問事業ガイドライン」と、前述した乳児家庭全戸訪問事業に関する先行研究などを参考に作成した。その上で、他の研究者や研究協力者の助言をもとに、項目の加除と修正を行った。質問内容は、各市町村の基本的情報、回答する担当者に関するフェイスシート、担当者の氏名や役職、本事業の実施状況や実施体制などに関する計42問である。

回答方法については、実数の記入や内容の記述式、あるいは、選択肢式を採用した。全42問中、24問を実数の記入や内容の記述式とし、残りの18問を選択肢式とした。ただし、選択肢式の質問の中でも、訪問する人数や訪問実施回数を尋ねる場合に、「複数」という選択肢の回答の中に、具体的な人数や回数を把握することを目的とした記述欄を設けた場合がある。また、選択肢式の中で、「訪問記録票がありますか」という質問に対し、「ある」を回答した市町村については、質問紙と同封して訪問記録票を返送していただくように依頼した。なお、質問紙は、紙数の都合上、省略する。

3. 結果及び考察

本来、結果と考察を分けて記述すべきところだが、分かりやすさを優先して、(1)で、結果と若干の考察を示す。次に、(2)でやや踏み込んだ考察を述べる。

(1) 結果

返送締め切り日の8月31日までの質問紙の回収数は、42市町村中27市町村で、回収率は64.3%であった。そこで、9月初旬に未回収市町村の担当部局に電話をかけ、9月30日までの期限で、質問紙の返送を再度依頼した。結果、最終的な回収数は40市町村で、回収率は95.2%である。

回収した質問紙のデータをもとに、統計処理、及び、以下の表の作成を行った。割合を示す場合の%表示の値や、未訪問率などのように、質問内容をもとに算出した値に関しては、小数点第2位以下を四捨五入して小数点第1位までの表記とした。加えて、統計結果に関連させて考察できる可能性が高いと思われる各市町村の人口や出生数などは、岐阜県における国勢調査の結果などから引用し、質問紙の回答の比較対象とした。

記述式の回答において空白である場合や、選択肢式の回答においていずれの番号にも印が付けられていなかった場合は、「未回答」として処理した。だが、記述式の回答において、「分かりません」や「把握していません」などのように記載されていた場合は、「不明」として処理を行った。

以下の表で結果を示す。本事業の責任担当職員の方に、質問紙の回答を依頼したため、以下では、回答者を担当者で見なす。なお、表を作成する際に、個々に分けられている質問であっても、関連付けられると考えた場合に、1つの表で表した場合もある。

表 1. 担当課の分類 (単位：市町村)

保健 (医療・健康)	21
子育て (子ども)	1
保健×子育て	14
その他	4
合 計	40

表 2. 名称の工夫の有無 (単位：市町村)

有	3
無	37
合 計	40

表 3. 担当者の役職 (単位：人)

部長級	0
課長級	0
係長級	11
主事	18
その他	13
合 計	42

表 4. 担当者の在籍年数 (単位：人)

1 年	11
2 年	7
3 年	3
4 年	2
5 年以上	18
合 計	41

表 5. 担当者の所持資格 (単位：人)

保健師	36
助産師	5
看護師のみ	0
保育士	1
教員免許状	3
その他	0
合 計	45

表 6. 本事業の実施状況(単位：市町村)

実施している	40
実施していない	0
合 計	40

表 7-1. 前身となる事業の有無 (単位：市町村)

有	30
無	6
未回答	4
合 計	40

表 7-2. 前身となる事業の始まり (単位：市町村)

1～10年前	3
11～20年前	12
21～30年前	4
31～40年前	4
不明	7
合 計	30

表 7-3. 前身となる事業の対象者 (単位：市町村)

第一子	13
希望者	4
要支援家庭	4
全戸	7
不明	9
合 計	37

表 7-4. 前身となる事業の訪問者 (単位：市町村)

保健師	2
助産師	2
母子保健推進員	2
その他	1
不明	23
合 計	30

表 8. 訪問対象と訪問状況 (単位：件, %)

訪問対象家庭数	15, 251
訪問実件数	14, 595
未訪問件数	665
訪問実件数+未訪問件数	15, 260
未訪問率 (%)	4.4

表 9. 未訪問の理由 (単位：件)

訪問の同意が得られなかった	117
里帰りや長期入院	92
その他の訪問により養育環境の把握済み	213
その他	137
合 計	559

表10. 家庭状況の把握 (単位：市町村)

訪問前にしている	38
訪問前にしていない	2
合計	40

表 11. 家庭状況の把握時期 (単位：市町村)

母子手帳受け渡しの時	36
出生届受け取りの時	10
その他	9
合計	55

表12. 特殊なケースなどの件数 (単位：件)

特殊なケースと判断した件数	511
ケース対応会議等で検討した件	166
継続支援が必要と判断した件数	223
合計	900

表13. 継続支援の内容 (単位：件)

他機関との連携	33
再訪問	45
電話をかけて様子を聞く	41
健診の際に様子を見る	146
その他	11
合計	276

表14- 1. 訪問者の総人数 (単位：人, 件)

常勤	282
非常勤	463
合計	745
訪問対象家庭数	15
訪問者1人当たりの 訪問対象家庭数	20.5

表14- 2. 訪問者1人当たりの最大訪問件数
(単位：人)

平均	64
最大	403
最小	10

表15. 1家庭に訪問する人数 (単位：市町村)

単独	39
複数	1
合計	40

表16. 1家庭における訪問時間 (単位：市町村)

30分以内	4
30分から60分	24
60分から90分	12
90分以上	0
合計	40

表17. 土日の訪問の有無 (単位：市町村)

土曜日はある	2
日曜日はある	0
土曜日も日曜日もある	5
土曜日も日曜日もない	32
未回答	1
合計	40

表18. 常勤訪問者の職種・資格 (単位：人)

保健師	252
助産師	5
看護師	2
栄養士	1
母子保健推進員	0
民生委員	0
児童委員	0
保育士有資格者	0
教員免許保持者	0
合計	265

表19- 1. 非常勤訪問者の職種・資格 (単位：人)

保健師	39
助産師	57
看護師	2
栄養士	0
母子保健推進員	256
民生委員	0
児童委員	12
保育士有資格者	5
教員免許保持者	0
その他	14
合計	385

表19- 2. 報償費の支払い (単位：市町村)

1件当たり	22
1時間当たり	7
未回答	12
合計	41

表19-3. 1件当たりの報償費 (単位：円)

医療職	平均	2,964
	最大	4,521
	最小	0
非医療職	平均	747
	最大	1,200
	最小	0

表19-4. 1件当たりの報償費 (単位：円)

医療職	平均	1,336
	最大	1,500
	最小	1,000
非医療職	なし	

表20. 1家庭における訪問回数 (単位：市町村)

原則1回のみ	6
原則1回だが必要があれば再訪問	34
原則複数回訪問	0
合計	40

表21. 初回訪問者について (単位：市町村)

職種・資格を限定している	30
職種・資格を限定していない	10
合計	40

表22. 初回訪問者の職種・資格の内訳 (単位：人)

保健師	221
助産師	40
看護師	1
栄養士	0
母子保健推進員	144
民生委員	0
児童委員	3
保育士有資格者	0
教員免許保持者	0
合計	409

表23. 再訪問者の職種・資格の内訳 (単位：人)

保健師	253
助産師	13
看護師	2
栄養士	7
母子保健推進員	43
民生委員	0
児童委員	3
保育士有資格者	0
教員免許保持者	0
合計	321

表24-1. 訪問記録票の有無 (単位：市町村)

有	28
無	2
合計	40

表24-2. 記録票の項目について (単位：枚)

乳児に関する質問項目有	29
乳児に関する質問項目無	0
乳児に関する計測項目有	23
乳児に関する計測項目無	6
母親に関する観察項目有	25
母親に関する観察項目無	4
母親に関する質問項目有	26
母親に関する筆問項目無	3
家族全体に関する項目有	19
家族全体に関する項目無	10
指導・援助に関する項目有	11
指導・援助に関する項目無	18
継続支援に関する項目有	21
継続支援に関する項目無	8

表25. 要支援判断指標の有無 (単位：市町村)

有	25
無	14
未回答	1
合計	40

表26. 要支援判断の方法 (単位：市町村)

EPDSなどの客観的判断	0
訪問者の主観的判断	16
両者の併用	14
合計	30

表27. 訪問者の研修の有無 (単位：市町村)

有	13
無	27
合 計	40

表28. 必須研修の日数 (単位：市町村)

0日	8
1日	2
2日	2
3日	1
4日	0
5日以上	0
合 計	13

表29. 任意研修の日数 (単位：市町村)

0日	5
1日	2
2日	2
3日	0
4日	1
5日以上	3
合 計	13

表30. 訪問者に必要だと考える職種・資格
(単位：市町村)

保健師	35
助産師	37
看護師	12
栄養士	9
母子保健推進員	9
民生委員	1
児童委員	4
保育士有資格者	5
教員免許保持者	2
合 計	114

表31. 「子どもの健康状態を把握することについて」
の本事業の効果 (単位：市町村)

とても有効である	33
やや有効である	5
どちらとも言えない	2
あまり有効でない	0
全く有効でない	0
合 計	40

表32. 「母親の子育ての状態を把握することについて」
の本事業の効果 (単位：市町村)

とても有効である	33
やや有効である	6
どちらとも言えない	1
あまり有効でない	0
全く有効でない	0
合 計	40

表33. 「子育て支援に結び付けることについて」の
本事業の効果 (単位：市町村)

とても有効である	34
やや有効である	4
どちらとも言えない	2
あまり有効でない	0
全く有効でない	0
合 計	40

(2) 質問紙調査を踏まえた考察

本結果において、特筆すべき点は大きく5つある。

第1に、岐阜県における本事業は、非常に優れた状態であることが明らかとなった。その第1の理由として、表6において本事業の実施率が100.0%であることが挙げられる。また、表7から、全体の75.0%を占める30市町村において、前身となる事業があったことが分かった。一方で、「前身となる事業の始まり」については、「11～20年前」という回答が最も多く、全体の4割を占めている。次いで、「21～30年前」と「31～40年前」の回答数が多い。

このように、岐阜県においては、本事業が法的に実施されるより以前に、多くの市町村で訪問事業が存在していた。「訪問者が各家庭での子育ての様子を見るために訪問する」という形の訪問事業が、母親の親世代から、またはそれ以前から始まっており、乳児のいる家庭に訪問することが一般的なものであると認識され、広く受け入れられていた。そのため、岐阜県においては、本事業は10数年程度以前から地域と密接な関係にあり、家庭の拒否感や嫌悪感も他地域より少ないのではないかと推察できる。

また、表8を見てみると、訪問状況に関して未訪問率が4.4%に抑えられている。表9の未訪問の理由についても、「その他の訪問により養育環境の把握済み」の件数が多い。以上のことから、本事業以外の方法でも家庭と地域とのつながりを確保していると省察できる。そして、家庭側の拒否感や嫌悪感は見受けられず、「訪問の同意が得られなかった」件数がわずか117件(15,251件中)にとどまっている。

さらに、表31, 32, 33の本事業の効果に関して、「子どもの健康状態を把握することについて」、「母親の子育ての状態を把握することについて」、「子育て支援に結び付けることについて」のそれぞれの観点から効果が高くなっている。

以上の点に鑑み、今回の調査だけでは、他県との比較は安易にできないが、岐阜県における乳児家庭全戸訪問事業は一定の効果を挙げており、優れていると断言できる。

第2に、担当者に関して触れておこう。表4から、「担当課における担当者の在籍年数」は、「5年以上」が18名で、全体の43.9%を占めている。このことから、担当者は、本事業の内容や方法などの詳細をよく理解していると考えられる。だが、1年目の担当者も11名おり、全体の26.8%を占めている。担当課における「新人」が、本事業を担当することも決して珍しいものではない。

「ベテラン」の担当者は、地域環境や、前年度以前の本事業の実態をよく把握しているため、本事業をより効果的に実施するための考え方などが確立しているように思われる。また、本事業における経験値が豊富なため、他機関との連携などに関する判断力にも富んでいる。一方、「新人」の担当者は、「新人」だからこそその新しい視点がある。ただし、「新人」と言っても、担当課における「1年目」であるので、他部署で何年間か勤務していることも考えられる。この場合、他の課での経験と人脈があるため、様々な視点を持っていることは、本事業の効果を上げるには有効に働くだろう。

第3に、訪問者について見てみよう。表14から分かるように、「訪問者1人当たりの訪問対象家庭数」が、20.5件と算出され、訪問者1人当たり、1年間に20件近くの家庭を担当していることが本調査で明確に示された。また、「訪問者1人当たりの最大訪問件数」の平均は64件となり、「訪問者1人当たりの訪問対象家庭数」の20.5件を大きく上回ることが分かった。

訪問者が、あまりに多くの家庭を担当していると、各家庭に対する訪問時間が限られ、観察できる内容など充実が難しいことが危惧される。また、訪問者の精神面や体力面を考慮すると、1人でかなりの数の家庭を担当することは勧められないだろう。現実的には難しいが、1家庭との信頼関係を確実に築くためにも、訪問者1人当たりの訪問対象家庭数は制限するべきであろう。

その他のことについても簡単に触れておきたい。表18, 19から、本事業は、主に「保健師」をはじめとする医療職が訪問する場合と、地域の子育て経験者などから成る「母子保健推進員」などの非医

療職が訪問する2つの場合が存在することが明らかとなった。しかし、非常勤訪問者に対する報償費については、医療職に支払われる報償費の方が非医療職に支払われる報償費より多く、平均して、3倍近くの開きが見られた。

また、表22, 23から、「再訪問者の職種・資格」は、「初回訪問者の職種・資格」と比べると、「保健師」は多く「母子保健推進員」は少なくなっていることが判明した。その理由として、再訪問の場合は、初回訪問の場合よりも、専門的な知見が求められる可能性が高くなっているからではないかと推察する。そのため、初回訪問者よりも再訪問者の方が医療職の数が多くなっている。

第4に、本事業の位置づけに関して、子ども子育て支援事業の一環であるにもかかわらず、母子保健の色が強いということが指摘できる。

表1における本事業の担当課について、保健(健康・医療)の視点が多いことや、表5における担当者の所持資格で、「保健師」が圧倒的に多いこと、また、表18, 19における訪問者の職種・資格についても、「保健師」が多いこと、さらに、表30における本事業の訪問者に必要だと考える職種・資格について、「助産師」や「保健師」が大半を占めることから、本事業は、主に、保健(健康・医療)の観点から進められていると考えられる。そのため、「子育て支援事業」というよりも「母子保健事業」の位置づけの方が強い。

もっとも、それは一概に否定されるべき事実ではない。実際に、母子保健法に基づく新生児訪問指導などの訪問事業などがあり、それらとの連携を重視しているからである。本事業が母子保健の視点で行われていることは評価でき、想定内でもある。加えて、表33における本事業の効果に関して、「子育て支援に結び付けることについて」の効果が、他の効果に比べて高いことから、保健師や助産師などの医療職が中心となって行われている母子保健の事業であっても、決して子育て支援の観点を忘れていた訳ではない。

しかし、本事業が子育て支援事業でもあるからには、子育て支援ならではの視点が求められる。具体的には、母子保健と子育て支援の部局内での連携や、担当者や訪問者の職種・資格の拡大が挙げられる。他にも、訪問者育成のための研修などで、担当者や訪問者が、子育て支援としての本事業の在り方を熟考できる機会を設ける手段も考えられる。いずれにせよ、本事業が子育て支援事業としてより良い効果を挙げるためには、本事業に関わる人々の視野を、今以上に広めていく必要がある。

第5に、各市町村における実施内容と状況の差があると言える

本事業は、各市町村が主体となって訪問を行ない、その細部に関しても各市町村の内部で決められているが、具体的な実施方法や実施内容が、どれほど市町村ごとに異なっているか明らかになった。表12における特殊なケースなどについて、表中には示されていないが、各市町村で件数の報告に大きな開きが見られた。また、表14における訪問者1人当たりの訪問対象家庭数においても、市町村ごとにかなり大きな差異があった。

訪問者の職種・資格を限定したり、訪問者育成のための研修などを設けたりして、市町村の中で、本事業の効果を高めたり、訪問の水準を一定以上に保ったりするように努めている姿勢は評価できる。だが、各市町村が、他市町村の実施状況を全く知らずに、本事業を進めているのは、岐阜県全体における本事業の効果の拡大には繋がらないだろう。そこで、今後の課題として、岐阜県全体における本事業の効果拡大のために、各市町村で評価できる本事業の具体的な実施方法や実施内容、本事業に関する捉え方などを、他市町村と共有できる機会を設ける必要があると考える。

4. 質問紙調査を踏まえた上での提言

質問紙調査の結果から、岐阜県における本事業は、十分な状態であることが判明した。だが、改善の余地が全くないとまでは言えない。そこで、先述の考察を踏まえて、以下の3点を提言したい。

(1) 多様な人材の登用、及び、各家庭の状況に応じた訪問

まず、より多くの職種・資格の保持者の登用を目指すという点を挙げたい。本調査で、訪問者は主に、保健師などの医療職と、母子保健推進員などの非医療職の2つに分けられることが明らかになった。医療職と非医療職のどちらにもメリットがあるため、両者を混合できている点は評価できる。だが、医療職の中でも保健師や助産師などに偏っていたり、非医療職では、母子保健推進員がほとんどを占めていたりする現状から、訪問の際の視点をより多く増やす必要があると考える。

とりわけ、保育や教育の分野の視点が必要である。本事業が子育て支援事業の一環であることを踏まえると、保育や教育の視点を持つ人材を登用すべきである。なぜならば、保育士資格保持者や幼稚園免許保持者、教員免許保持者などは、保健師などの医療職と異なる視点や情報を持っているためである。

仮に、訪問先の家庭が第二子以降の乳児のいる家庭で、上の子との関わりで悩んでいる場合を考えてみよう。助産師や母子保健推進員などは、母親に寄り添い、乳児の健やかな発達のためにどのように上の子と関わっていけば良いかなど、生活に関わるアドバイスができる。また、保育や教育の分野の視点があれば、遊び方や子どもとの関わり方の深め方についても助言ができる。さらに、子育て支援情報なども豊富に持っているため、乳児期以降に継続して子育て支援を行うことが可能である。

では、多様な人材を登用する具体的な方策について考えたい。ただ単に、多様な職種・資格を訪問者として登用するだけでは不十分である。なぜならば、訪問者の属性が多様になっても、訪問する家庭に求められているものと合致しなければ無意味だからである。訪問者の属性と、家庭に求められている属性を一致させるためには、家庭の状況に応じて、訪問者を替えることが求められる。具体的には、第一子の家庭には、保健師などの医療職が訪問し、第二子以降の家庭には、保育士有資格者などの非医療職が訪問するように、段階的に訪問者の属性を変える案が挙げられる。加えて、母子保健推進員は、新しく引っ越してきた地域に不慣れな家庭などに訪問して、地域との繋がりを感じてもらうことに有効に働かざらう。

家庭や家族の状況に応じて訪問者を替えるためには、どのような要素で訪問者を分けるのかという線引きの方法が重要になる。上記のように、第一子であるか第二子以降であるかのように分別する指標以外にも存在するだろう。例えば、第一子で問題なく子育てができているかどうか、周りに子育てを手伝ってくれる人がいるかどうかなどである。このように、家庭の状況を知るための指標をいくつか設け、それに基づいて求められている訪問者の属性を考え、訪問に結び付ける必要がある。

(2) 支援の継続性、及び、ワンストップの場の創設

第2の提言として、支援の継続性を考えるという点が挙げられる。本事業は、新生児訪問の延長に存在するという認識が強く、新生児期から乳児期の継続性はよく確立されている。だが、それ以前の妊娠期、または、それ以降の幼児期から児童期までの支援との継続性が不明確である。詳しくは第2報でも報告するが、市町村の中には、妊娠期から家庭状況を把握したり、幼児期まで支援を続けたりして、継続性を作っている市町村も存在する。しかし、現在の実態としては、支援の継続性に関しては、まだ萌芽期である。そこで、本事業を中心に、支援の継続を確立させるためには、何が求められているのか考えてみよう。

まず、訪問の回数に着目しよう。本事業は原則として1回訪問する事業である。だが、わずか1回の訪問では、訪問者が得られるものには限界がある。なぜならば、訪問の時間は限られていて、その中で家庭の状況をすべて把握することは難しいためである。そこで、訪問回数の増加、あるいは継続を提言したい。具体的には、妊娠期に1度顔を合わせ、出産祝いとともに新生児期に訪問し、その後、乳児期に本事業で訪問することができれば理想である。その後、幼児期でも訪問したり、就学前までの健診で顔を合わせたりすれば、地域との繋がりも実感でき、支援の継続ができる。

加えて、子育て家庭にとって、「何か不安なことがあればこの場所で相談すれば大丈夫、誰かそこ

にいるはずだ」となるワンストップの場を設けることが求められている。ワンストップの場があれば、信頼関係を構築することが可能になる。もっと言えば、1つの家庭に訪問したり健診を担当したりする保健師などの担当者を決め、「マイ保健師(支援者)」のような存在をつくることが望ましい。

なお、前述したように、訪問者1人当たりの訪問家庭数の制限も求めたい。1つの家庭と確固たる信頼関係を築くためには、訪問者1人当たりの担当する家庭をある程度制限しておく必要があるからである。しかし、訪問者1人当たりの訪問家庭数を制限すると、人材不足という新たな問題が生じることが予測される。そこで、次なる課題として、各市町村の財政的な問題もあるだろうが、人材確保を掲げておきたい。

(3) 岐阜県全体での研修会の実施、及び、情報共有

最後に、岐阜県全体で本事業を高めていくための研修会の実施を進めたい。本事業の実施主体は各市町村であるため、本調査でも、市町村ごとのオリジナリティが表れていた点は評価できる。だが、逆に言えば、市町村ごとで実施方法や実施内容が多様であることは、本事業の効果には、依然として改善の余地があるという見方もできる。なぜならば、他市町村で行っている内容を自市町村に取り入れたり、意見交流を行ったりすることで、本事業の効果は上がると考えるためである。そこで、各市町村の独自性を岐阜県全体で共有できる機会を設けることを提言したい。また、他の都道府県との交流会などの実施も提案したい。

研修会などにより、岐阜県内の全域で各市町村の独自性を残しつつ他市町村の利点を取り入れれば、本事業の効果がより一層上がることが予測される。また、意見交流などにより、それまで見えてこなかった視点が発見できる。さらに、問題や課題に対しても、市町村内だけで考えるより、県全体で多面的に考えることで、新たな取り組みが見えてくるだろう。

だが、実際には、時間的問題や距離的問題から、大多数が集まる機会を設けられない可能性もある。しかしながら、情報共有などは全員が同じ場所に集まらなくても可能である。したがって、県がネットワークの拠点となり、まとめる立場として、そのような機会や情報共有のシステム、ネットワークなどを設けられるように工夫することはできないだろうか。

このように、県全体で本事業を進めていくことになれば、岐阜県全体が「子どもを生き育てやすい街」となる。母親などの養育者が子どもを育てやすいと感じることができれば、子どもも健やかに育つことができる。つまり、「子どもを生き育てやすい街」は「住みやすい街」なのである。「住みやすい街」は県のアピールポイントにもなり、人々の定住や移住を促進することにもつながる。

現在、岐阜県では少子高齢化が進んでおり、人口も減少の一途を辿っている。この状況に歯止めをかけるためにも、是非とも本事業を有意義に進めていく必要があると考える。

<参考文献>

- 1) 彦根倫子 (2010) 神奈川県における「乳児家庭全戸訪問事業」の実態と市町村支援のあり方, 平成21年度専門課程特別研究論文要旨, 教育報告, 402-403.
- 2) 近藤里栄・塚原照臣・堀 綾・和田敬仁・稲葉雄二・金井誠・内田満夫・坂口けさみ・市川元基・野見山哲生 (2011) 長野県におけるこんにちは赤ちゃん事業取り組みの現状, 信州医誌, 59 (3), 169-175.
- 3) 名城健二 (2013) 乳児家庭全戸訪問事業の現状調査: 沖縄県内の2自治体の調査から, 沖縄大学人文学部紀要, 第15号, 33-41.