

のプログラムをみると、生活場面でのケア、保健衛生のケア、そして親への心理的ケアの段階に分けている場合もある。わが国で親ケアを担うのは、児童相談所ワーカー、心理士、精神科医をはじめ、家庭相談員、保健師、民生児童委員、必要に応じて保育士、教師等である。

また、援助者と信頼関係ができている場合、自分だけが悩んでいるのではないという気持ちを共有し、他者の意見も聞くなど幅のある機会を得るためには、グループケアも一つの方策である。ただし、この場合には、動機づけのある親に限られる。親が自由に語れる安全な場の確保、その場で言ったことは他言しない、互いを非難しないなどの条件をつけながら、語れる場をつくった上で、自分だけが悩んでいるのではないことが自覚されていく。これには保健センター・保健所、家庭児童相談室を中心に、民間の心理臨床や相談室、民間団体なども協力する。民間団体が主体となつて自治体を実施しているところもある。親が安定してくると、子どもも安定してくる相乗効果を生み出すというのが、実際のグループケアにたずさわった担当者の感想である。

表1 親ケアのメニュー

子が親と在宅	保護で子が施設
ソーシャルワーク 生活を整える。 サポートネットワーク。	ソーシャルワーク 生活を整える。
個別訪問・面接 関係をつくる。	個別対応 関係をつくる。
個人心理療法	心理療法
親のためのグループケア 知識・スキルの共有。 仲間から受け入れられ、 認められる体験を得る。	親へのグループ 行動療法的方法。 親の力を高める。 親子合同面接 親子コミュニケーション。

著者らが実施した上記の調査のように、かかわることが困難な親の場合、虐待否定、体罰肯定、機関への不信任感、援助機関に攻撃性を示し、かかわるのは難しく限界がある。まずケアされることへの抵抗が起きるからである。ケアされることで、自分が支配されてしまふのではないかという恐れを抱いてしまふ。

しかし、虐待する親には、子ども時代の被虐待歴があり、実親への恨みの感情や虐待を受けたときが思い

出されてパニックになる場合もあり、そのような場合に援助が必要である。そのため、時に強権的な枠組みによつて心理臨床家や精神科医による心理療法を受けさせたり、同時に現実的な生活を維持するためソーシャルワークが提供される必要も出てこよう。これについては諸外国では親権を制限した形で裁判所命令により親の同意を得て、実施が可能であるが、何も枠組みのない日本では拒否的な親にかかわることは困難となる。今回の児童福祉法改正案は、第28条適用の親のみに親指導勧告が出されることになっている。

今後の課題

家族支援および家族再統合プログラムの必要性

虐待していると訴える親の電話相談を通じて、あるいは援助する関係機関との検討を通じて筆者が感じることは、虐待する親には、「親のいい面を肯定し、確認する人が必要であること」を基本にすべきであるということがある。そのためには一人ひとりに丁寧に応じる必要がある。時には内面的な心理的な課題を担当する専門家と生活を担当するワーカーがチームを組んで、取り組む必要がある。そのための在宅での家族支

援プログラムも必要となろう。したがって、児童相談所や地域で親に対応する関係機関の人員増加が必要であると実感している。児童虐待相談の九割が、子どもが親と住み続けるいわゆる在宅ケースであるため、在宅での親ケアの工夫も今後ますます検討する必要がある。児童相談所で親対応をしているのは全国で調査の回答一五一方所中八八方所であり、「忙しすぎてやりたくても困難である」という回答が寄せられている。

施設入所した子どもへの「親子再統合」という形のプログラムが現在、児童相談所を中心に試みられている（関係者では、親子再統合は全面的に子どもが家に帰ることを意味しない。親子関係が途切れることなくあり続けることを意味する）。そのプログラムの開発も急がれる。虐待を受けた子がすべて帰宅できるわけではないが、面会、外出、外泊のプロセスに付き合いながら、帰宅できるための準備をしていく。その場合、親側のケア体制を整える必要がある。親は、子どもが家に帰ってくる不安と期待、受け入れたい気持ちと拒否したい気持ちで揺れ動くが、その気持ちにそいながら、子どもへの適切な認識を親が持つことに対しての支援が必要である。なぜなら、親は帰ってくる子に、早急な「いい

子」を求めたり、十分な愛着関係にない場合には寄ってくる子を否定したり、試し行動の理解もないため、虐待が再発する場合が多いからである。今後、施設と児童相談所で家族再統合チームをつくり、地域で支える総合的な親と子のケアのシステムづくりも求められる。課題はいずれも、人員と専門家養成にかかっている。すでに成功を収めている試みもあるので、参考にしながら、試行をしていくことになるう。

最後に、親になるといふ論を進めてきた場合、主たる虐待者である割合が多い母親を念頭にしたが、父親プログラムは現在極めて少ない。子育ては母親のものという意識から脱して、父親の親育ても必要である。虐待をする父、母を含めた親のケアをどうするのか、課題は多く残されている。

〔注・引用文献〕

- 1) 児童虐待防止協会「支えられて10年」、二〇〇〇年
- 2) 平成十五年厚生労働省科学研究報告「家庭支援の一環としての虐待する親へのペアレンティングプログラム作成」(主任研究者・加藤曜子)
- 3) 「イギリスにおけるアセスメントの基本図」、英国保健省、松本伊

知朗監訳「ワーキングトゥゲザー」医学書院、二〇〇三年

4) Letzker, J.; Bigelow, K.M.: *Reducing Child Maltreatment*, Guilford 2002. において12ways Programの紹介がされている。

- 5) 保健所については、わが国で初めてのMCG方式(母と子のグループ)として子どもの虐待防止センター「被虐待児と虐待する親の援助と治療」二〇〇〇年がある。また児童虐待防止協会「大阪方式マザーグループ・育児困難な母親たちのグループケア」二〇〇四年。平成十四年児童環境作り等総合研究事業「虐待またはその疑いのある親のグループケア実態調査報告」に次いで、平成十五年厚生労働省報告書では、全国の保健所、保健センターを中心に実施しているマザーグループについて調査を実施し、前掲「家庭支援の一環としての虐待する親へのペアレンティングプログラム作成」報告書に所収。民間団体では虐待親対象のマイツリープログラム(エンパワメントセンター)、虐待者の自助グループとしてのプログラム(家族再生センター)などが開発されている。
- 6) 平成十五年厚生労働省科学研究報告「被虐待児童の保護者への指導法の開発に関する研究」(主任研究者・庄司順一)。
- 7) 安部計彦「虐待加害者を含めた応援ミーティング」二〇〇四年、文献2所収。
- 8) 東京都児童相談センターで、父親へのグループが立ち上がったというが、参加率が低いとの報告がある。

保健機関における親支援の取り組み状況

—全国保健所における虐待予防のためのグループ支援の実態調査—

上野昌江⁽¹⁾、楢木野裕美⁽²⁾、鈴木敦子⁽³⁾、加藤曜子⁽⁴⁾、佐藤拓代⁽⁵⁾

抄録：児童虐待の問題に対して保健機関における早期発見、予防、対応が急務の課題となっている。本研究の目的は全国の保健所における虐待あるいはその疑いがある親へのグループ支援の実施状況とその内容を把握することである。調査は、全国保健所へ往復はがきによる実施状況に関する一次調査と二次調査として、実施している保健所への郵送による質問紙調査を行った。90グループの担当者（保健師、精神保健福祉相談員等）から回答があり、そのうち、記入不備を除いた84グループについて分析を行った。グループに参加している親の主な問題は虐待・虐待の疑いが46.4%、育児不安が40.5%であった。グループへの児童相談所のかかわりは25.3%であった。グループの評価は60.5%で行われていた。グループに参加した親の変化はすぐには現れにくく、長期的、多面的な評価が必要であり、親だけでなくスタッフの変化を含めた評価指標の開発が課題である。

子どもの虐待とネグレクト 7; 31-38 2005

Key words ; 児童虐待予防、親支援、保健所、保健師

child abuse prevention, group parenting programs, public health center, public health nurses

はじめに

児童虐待は、数の増加とともに社会問題として広く認識され、その予防が急務の課題となっている。保健機関で実施されている虐待を防止するための親の支援は、家庭訪問を中心とした個別的で緻密な対応が展開されてきた⁵⁾。しかし、個別的な支援による親の変化には限界があることが指摘され、虐待防止のもう1つの方法として虐待してしまう親へのグループ支援が行われるようになってきた³⁾。母親に視点をあてたグループによるかかわりは、母親の内面的な変化を引き起こし、親の態度の変化により虐待予防に効果的であるといわれている^{1, 2)}。わが国における親へのグループ

Nature and content of support given to parents at public health centers in Japan: An investigation regarding group parenting programs aiming at the prevention of child abuse

(1) 大阪府立看護大学

Masae Ueno: Osaka Prefectural College of Nursing

(2) 滋賀医科大学

Hiromi Naragino: Shiga University of Medical Science

(3) 福井県立大学

Atsuko Suzuki: Fukui Prefectural University

(4) 流通科学大学

Yoko Kato: University of Marketing and Distribution Sciences

(5) 東大阪市保健所

Takuyo Sato: Higashi Osaka Public Health Center

支援は、1993年に東京でMCG (Mother and Child Group) としてはじまり、その後徐々に全国の保健所で試みられるようになってきている⁷⁾。

それを反映して2000年の『健やか親子21』においても、児童虐待予防として保健所において育児不安・虐待親のグループ活動の支援を実施している割合が2010年に100%という方向性が示されている。しかし、虐待予防を担う保健機関では親へのグループ支援の社会的必要性は認識されつつも、現状の保健所の業務の中で保健師がそれにとのように取り組み、何を課題と感じているのかが明らかにされているとはいえない。

このような背景を踏まえ本研究は、親へのグループ支援に焦点をあて、全国の保健所における虐待あるいはその疑いがある親へのグループ支援の実施状況とその内容を把握し、今後の課題を検討することを目的に実態調査を行った。

対象と方法

調査は、2段階で実施した。一次調査は、全国662保健所へ往復はがきによる調査票を郵送し、415保健所から回答を得た(回収率62.7%)。このうち101保健所で117グループがプログラムを実施または実施予定であった。二次調査は、一次調査に回答のあった保健所のうち111グループに質問紙を郵送し、81保健所から回答を得、90グループ(回収率81.0%)が実施または実施予定であった。そのうち調査票への記入が不十分だった実施予定6グループをのぞいた84グループを有効回答とした。集計・分析にはSPSS11.0J for Windowsを使用した。地域保健法(平成6年)で定められている保健所の名称や役割が、都道府県、政令指定都市、特別区、中核市、政令市(地域保健法による)により多様になっている。そのため分析の際に保健所の名称や機能で便宜上の整理をし、都道府県保健所は保健所、政令指定都市・特別区・中核市等の保健所・保健センターは政令市・特別区と表現した。

調査の実施期間は、平成15年10月から平成16年

1月である。

結果

1. 対象者の属性

調査票の記入者は、保健師81名(96.4%)、精神保健福祉相談員1名(1.2%)、家庭児童相談室相談員2名(2.4%)であった。所属は、保健所51名(60.0%)、政令市・中核市保健センター18名(21.0%)、東京都特別区8名(9.5%)、その他7名(8.3%)であり、その他には、家庭児童相談室、児童福祉課、町保健センターなどがあった。

2. グループの実施状況

グループは現在実施中が77カ所(91.7%)、実施予定が7カ所(8.3%)であり、実施予定はすべて保健所であった。共催・協力機関は表1に示すように市町村保健センター以外では児童相談所が19カ所(22.6%)と最も多く、続いて市町村児童福祉課12カ所(14.3%)、子育て支援センター9カ所(10.7%)であった。その他の共催機関としては医療機関、教育委員会、保育所、子ども虐待防止センター、児童虐待防止協会などがあった。共催機関数を保健所と政令市・特別区で比較すると保健所は、39カ所(76.4%)が1機関以上と共催し、政令市・特別区は、共催機関なしが16カ所(61.5%)と単独で実施しているところが多かった(表2)。保健所は管轄市町村をもつため、共催機関が必然的に多くなっていると考えられる。

表1 共催・協力機関

	n = 84
共催・協力している機関	(%)
保健所	11 (13.1)
市町村保健センター	32 (38.1)
児童相談所	19 (22.6)
市町村児童福祉課	12 (14.3)
子育て支援センター	9 (10.7)
その他	18 (21.4)

(複数回答)

表2 機関別共催機関数

	都道府県保健所 (%)	政令市・特別区 (%)	その他 (%)	計 (%)
なし	12 (23.5)	16 (61.5)	1 (14.3)	29 (34.5)
1機関	17 (33.3)	9 (34.6)	4 (57.1)	30 (35.7)
2機関以上	22 (43.1)	1 (3.8)	2 (28.6)	25 (29.8)
計	51 (100.0)	26 (100.0)	7 (100.0)	84 (100.0)

表3 機関別児童相談所のかかわりの有無

	都道府県保健所 (%)	政令市・特別区 (%)	その他 (%)	計 (%)
かかわりあり	17 (34.0)	4 (16.4)	0 (0)	21 (25.3)
かかわりなし	33 (66.0)	22 (84.6)	7 (100.0)	62 (74.7)
計	50 (100.0)	26 (100.0)	7 (100.0)	83 (100.0)

不明省く

グループへの児童相談所のかかわりは、「あり」が21カ所 (25.3%) であった。保健所、政令市・特別区別では保健所の方が児童相談所のかかわりがあるところがやや多かった (表3)。

3. グループの参加者の状況

グループは、69カ所 (82.1%) が母親を対象としていた。両親対象、対象は限定していないというのも7カ所 (8.3%) ずつあった。グループ参加者の主な問題 (複数回答) は、表4に示したように「明らかな虐待」9カ所 (10.7%)、「虐待の

疑い・ハイリスク」41カ所 (48.8%)、「強度の育児不安」34カ所 (40.5%)、「その他の育児不安」15カ所 (17.9%) であった。参加者の主な問題を虐待・虐待の疑い、育児不安、虐待・育児不安の両方の3つのいずれかに分け、保健所と政令市・特別区別でみると、保健所28カ所 (54.9%) の参加者の主な問題は虐待・虐待の疑いであった。政令市・特別区の14カ所 (53.8%) は育児不安であった (表5)。

グループへの参加呼びかけ方法 (複数回答) は、「保健師がかかわっている人だけ」というのが42カ所 (50.0%)、「専門職から紹介された人」19カ所 (22.6%) であった。「一般を対象にした広報・チラシ」というのも22カ所 (26.2%) あった。

グループへの子どもの参加は、親子で参加し親グループと子どもグループに分かれるところが68カ所 (81.9%) であった。保健所、政令市・特別区別では、保健所1カ所 (2.0%) 以外は親子分離か親だけのグループとなっており、親に焦点を

表4 グループ参加者の主な問題

主な問題	n=84	(%)
明らかな虐待行為	9	(10.7)
虐待の疑い・ハイリスク	41	(48.8)
強度の育児不安	34	(40.5)
その他の育児不安	15	(17.9)

(複数回答)

表5 機関別グループ参加者の問題

	都道府県保健所 (%)	政令市・特別区 (%)	その他 (%)	計 (%)
虐待・虐待の疑い	28 (54.9)	8 (30.8)	3 (42.9)	39 (46.4)
育児不安	18 (35.3)	14 (53.8)	2 (28.6)	34 (40.5)
虐待・育児不安	5 (9.8)	4 (15.4)	2 (28.6)	11 (13.1)
計	51 (100.0)	26 (100.0)	7 (100.0)	84 (100.0)

あてたプログラムであると考えられる。政令市・特別区では、親子一緒にグループが5カ所(19.2%)あった(表6)。

参加者の子どもの年齢は、幼児が58カ所(69.9%)、0歳児が15カ所(18.1%)であった。グループでの子どもへのかかわりは、72カ所(87.8%)が子どもの行動観察を行っていた。母親を中心にしたグループであるが子どもに対しても配慮のある対応が行われていることがうかがえる。

4. グループの進め方

グループへの参加決定方法(複数回答)は、ケース担当者が決める:33カ所(39.3%)、ケース選定会議で決める:27カ所(32.1%)、グループ担当者が決める:19カ所(22.6%)の順であった。

保健所、政令市・特別区別では、保健所が「ケース選定会議で決める」、「事前面接」が多かった(表7)。保健所の方が多くの機関がかかわっているため選定会議が必要になると考えられる。参加者の問題別では、虐待・虐待の疑いの場合がケース選定会議で決められることが多かった(表8)。

グループメンバーについては、メンバーを固定せず途中参加ありとするところが55カ所(67.9%)と多く、開始時にメンバーを固定するは15カ所(18.5%)であった。また、セッションの回数は、決めているところが29カ所(35.4%)であった。そのうち回数の記載があった27カ所の内訳は、2回以下2カ所(2.4%)、4~6回15カ所(17.9%)、8~10回9カ所(10.7%)、12回以上1カ所(1.2%)であった。回数を6回までと8回以上に分け、参加者の問題別にみると、8回以上は虐

表6 機関別グループにおける親子分離の状況

	都道府県保健所 (%)	政令市・特別区 (%)	その他 (%)	計 (%)
親子で参加し親子分離	43 (86.0)	19 (73.1)	6 (85.7)	68 (81.9)
親子で参加し親子一緒	1 (2.0)	5 (19.2)	1 (14.3)	7 (8.4)
親だけの参加	6 (12.0)	2 (7.7)	0 (0.0)	8 (9.6)
計	50 (100.0)	26 (100.0)	7 (100.0)	83 (100.0)

不明省く

表7 機関別グループ参加決定方法

	都道府県保健所 n=51	政令市・特別区 n=26	その他 n=7	計 n=84
ケースの担当者が決める	18 (35.3)	10 (38.5)	5 (71.4)	33 (39.3)
グループ担当者が決める	11 (21.6)	6 (23.1)	3 (42.9)	19 (22.6)
ケース選定会議で決める	21 (41.2)	6 (23.1)	0 (0.0)	27 (32.1)
事前面接	15 (29.4)	1 (3.8)	1 (14.3)	17 (20.2)
その他	13 (25.5)	13 (50.0)	2 (28.6)	28 (33.3)

(複数回答)

表8 対象者の問題別グループ参加決定方法

	虐待 n=39	育児不安 n=34	虐待・育児不安 n=11	計 n=84
ケース担当者	14 (35.9)	15 (44.1)	4 (36.4)	33 (39.8)
グループ担当者	8 (20.5)	10 (29.4)	1 (9.1)	19 (22.9)
ケース選定会議	16 (41.0)	9 (26.5)	2 (18.2)	27 (32.5)
事前面接	9 (23.1)	7 (20.6)	1 (9.1)	17 (20.5)
その他	13 (33.3)	9 (26.5)	6 (54.5)	28 (33.7)

(複数回答)

表9 対象者の問題別開催回数

	虐待 (%)	育児不安 (%)	虐待・育児不安 (%)	計 (%)
6回まで	3 (33.3)	12 (80.0)	2 (66.7)	17 (63.0)
8回以上	6 (66.7)	3 (20.0)	1 (33.3)	10 (37.0)
計	9 (100.0)	15 (100.0)	3 (100.0)	27 (100.0)

表10 ファシリテータの職種

	都道府県保健所 (%)	政令市・特別区 (%)	その他 (%)	計 (%)
保健師	30 (68.2)	6 (26.1)	3 (42.9)	39 (52.7)
心理職	13 (29.5)	13 (56.5)	2 (28.6)	28 (37.8)
その他	1 (2.3)	4 (17.4)	2 (28.6)	7 (9.5)
計	44 (100.0)	23 (100.0)	7 (100.0)	74 (100.0)

待・虐待の疑いのグループに多く、育児不安は6回までが多かった(表9)。開催頻度は、月1回が48カ所(57.8%)と多く、続いて隔週1回が31カ所(37.3%)であった。

グループの内容は、自由に話す：62カ所(73.8%)、テーマを決めて話す：14カ所(16.7%)、ワークを入れる：10カ所(11.9%)であった。カンファレンスは77カ所(91.7%)でグループ終了後毎回実施されていた。グループへの参加職種(複数回答)は、保健師81カ所(96.4%)、心理職58カ所(69.0%)、保育士45カ所(53.6%)の順で多かった。1職種で実施するところは6カ所(7.1%)のみで、53カ所(63.1%)は2～3職種が参加してグループを行っていた。ファシリテータは、78カ所(94.0%)が「いる」としていた。ファシリテータを務める職種は、保健師39カ所(52.7%)、心理職28カ所(37.8%)であった。保健所、政令市・特別区別では、保健所は保健師がファシリテータを行う割合が30カ所(68.2%)であるのに対して、政令市・特別区では心理職がその役割を行っている割合が13カ所(56.5%)と高かった(表10)。スーパーバイザーは、48カ所(59.3%)が「いる」としていたが、33カ所(40.4%)のグループは「いない」と回答していた。特に政令市・特別区やその他では半数以上のグループが「いない」と回答しており、スーパーバイザーを得ることの難しさがあることが示され

た。グループでの約束事は、73カ所(91.3%)が「あり」とし、その内容は表11にあげた。

5. グループの評価

グループの評価は、49カ所(60.5%)で実施していた。評価方法は、参加者へのアンケート調査、インタビュー、同窓会の実施、評価指標を用いて、であった。評価の内容は、参加者の言葉や行動の評価、子どもとの関係の変化、母親のストレス状況の変化などの内容であった。また69カ所(92.0%)のグループは予算化された事業として実施されていた。

グループ運営上の困難や課題について、自由記載から4つにまとめた(表12)。1つは、<グループワークのスキルアップ>であり、対象選定の難しさ、参加者の個別性を配慮したグループ運営についての難しさ、ファシリテータとしてのスキルアップ、子どもと来所し母子分離で行っている

表11 グループでの約束事(自由記載から)

グループ内での発言に関すること
・グループで話したり、聞いたりしたことはグループ以外で口外しない
・何を話してもいい
・話したいときに話す。話したくなければパスできる
・決められた時間内に話す
・他の人の話をよく聞く
・他の人を批判しない

表12 グループ運営上の困難や課題（自由記載から）

〈グループワークのスキルアップ〉	〈個別ケアからグループ支援への連携の困難さ〉	〈事業評価の不明確さ〉	〈地域のネットワークにグループを位置づける必要性〉
<ul style="list-style-type: none"> ・参加者の個別性を配慮したグループ運営 ・ファシリテータとしてのスキルアップ ・対象選定の難しさ ・子どもグループへの対応の検討 	<ul style="list-style-type: none"> ・グループが必要な人がグループにつながりにくい ・参加者確保の難しさ ・語られた内容を専門職で共有することの難しさ ・グループから個別につながりにくい 	<ul style="list-style-type: none"> ・グループの質的評価がむづかしい 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村との連携の必要性 ・地域における多様なグループの1つになる ・保健所の広域化への対応 ・地域の社会資源不足

ところでは子どもグループへの対応の検討などがあげられていた。2つ目は、〈個別ケアからグループ支援への連携の困難さ〉である。このなかには、グループが必要な人がグループにつながらないことや、参加者が減り、人数確保が難しい、グループで語られた内容を個別支援にどう反映できるか、グループから個別支援に結びつけることの難しさなどであった。3つ目は、〈グループ事業評価の不明確さ〉であり、保健所として事業を予算化し、グループの継続を考えていく場合、切実な問題であった。4つ目は、〈地域のネットワークにグループを位置づける必要性〉であり、市町村との連携、地域の多様なグループの1つに位置づけること、保健所の広域化への対応、地域における親支援の社会資源不足などがあげられていた。

考 察

グループの実施方法は、メンバーの固定化、グループ開催回数、開催頻度、グループの進め方などグループによりその方法はさまざまであったが、多くのグループで共通していたのは、グループの参加に関することやグループ内での発言に関して約束事を決めていることであった。約束事があることにより、参加した母親は話したくないときは聞くだけにすることができたり、安心して自分のことを語る場を確保できていた。また、多くのグループは保健師や心理職がファシリテータを担っていた。このことにより児童

虐待防止協会⁴⁾がマザーグループの効果として述べている、参加した母親たちが、グループのなかで自分の存在を認められ、自分の体験は自分だけではなかったという安堵感、すべての体験や感情を共感的に受け入れられる体験、自分の話が他の人の役に立つことがあるという有用感、などをもつことができるように支援していたと考えられる。

グループのなかで母親から話される自分自身の虐待体験や生育歴の複雑さなどの深刻な問題の表出は、ファシリテータを担う専門職の心理的負担が大きいことも予測されるため、今後ますますスキルアップしていくことが期待されるものの、回を重ねる中で着実にこれらの技術はファシリテータのなかに蓄積されていくと考えられる。このようなグループ運営そのものに対するスキルアップは、徳永⁶⁾も述べているように、グループ開始までに担当者がさまざまな研修会へ参加したり、他の自治体で行っているグループの視察や体験などの事前準備を充分行い、グループ開始に備えていたからと考えることができる。また、グループ終了時に毎回カンファレンスを行っているところが多かった。このことにより、グループにかかわる専門職が、養育困難な問題をもつ母親への理解を深め、参加者の個別の状況にあった支援の方法が見いだされてきていると考えられる。以上のことより地域における親支援のためのグループは、近年急速に広まってきた新しい活動であるが、グループ運営やグループに参加した母親への支援に関する技術が蓄積されつつあることが確認できた。

しかし、一方でグループへの参加経路やグループへのケース選定方法、評価については、機関間、特に都道府県保健所と政令市・特別区や各グループで違いがみられた。これらの背景には、各地域における家庭訪問を中心とした個別支援の実施状況、市町村保健センターと保健所の連携状況、グループ支援事業への関係職種の認識の一致度などに差があることが予測される。しかし、これらはグループ支援継続の基盤となる部分であり、これらが検討されることが事業を継続させていくために重要である。今後これらの状況について個別にグループ担当者への面接調査をとおして確認し、対応について検討していきたいと考えている。

また、グループ支援の評価も、今後の事業の継続にとって必要不可欠である。しかし、グループに参加する親の変化は一朝一夕にみられるものではなく、長期的な評価が必要であり、評価指標の開発が課題となっている。また、グループの評価は単に参加した親の評価だけでなく、グループに参加したりかかわっているスタッフに対する効果として反映されていることを示すことも重要である。すなわち、スタッフはグループに参加することによって親への理解が進み、個別支援で限界と感じていた親との関係を進展させることにもつながる。これは、保健師等のグループを支える専門職による養育問題を抱えた母親への支援の力量アップに結びついていく。今後の評価はこれらのことを含めて行っていくことが必要である。

まとめ

保健機関で実施されている、虐待を予防するための親支援のなかで、グループ支援に焦点をあて、全国の保健所における、虐待あるいはその疑いがある親へのグループ支援の実施状況とその内容を把握するための実態調査を行った。全国で84グループが実施され、予算的措置も90%以上の保健所で行われていた。グループ支援の必要性が認識されつつあり実践が拡大してきていると考えられ

る。グループの実施方法は、グループ開催回数、開催頻度、グループの進め方などグループにより違いはあるが、活動が蓄積される中で今後の発展が期待される。

グループ支援にいたるまでの個別支援の実施状況、市町村保健センターとの連携状況等は、この事業発展の基盤となるものであり、今後これらの検討が重要になってくると考えられる。

謝辞

本調査は、平成15年度厚生労働科学研究補助金（子ども家庭総合研究事業）「家庭支援の一環としての虐待親のペアレンティングプログラムの作成」（主任研究者 加藤曜子）の分担研究（分担研究者 鈴木敦子）として実施した。

お忙しいところ本調査にご協力頂きました全国保健所の保健師、精神保健福祉相談員、家庭児童相談室相談員の皆様に深く感謝申し上げます。

文献

- 1) Angeli, N., Christy, J., Howe, J. & Wolff, B.: Facilitating parenting skills in vulnerable families. Health visitor, 67 (4); 130-132, 1994.
- 2) Cowen P. S. : Effectiveness of a parent education intervention for at-risk families. JSPN, 6 (2); 73-82, 2001.
- 3) 広岡智子: 虐待問題を抱える親へのアプローチ; MCGの活動の意味と実際. 小児看護, 24 (3); 1756-1765, 2001.
- 4) 児童虐待防止協会: 大阪方式マザーグループ 育児困難な母親たちのグループケア, 2004.
- 5) 小林美智子, 納谷保子, 鈴木敦子: 保健所における子どもの虐待の実態と援助. 厚生省心身障害研究, 効果的な親子のメンタルヘルスに関する研究, 平成8年度研究報告書, 1997.
- 6) 徳永雅子: グループケアによる虐待家族への支援. 子ども虐待の予防とケア研究会編『子ども虐待の予防とケアのすべて』所収, 中央法規出版, 2004.
- 7) 冨家禎子: 子育て中のハイリスク女性に対する出会い・共感・安心・気づきと振り返りの場づくり. 小児看護, 24 (3); 1766-1775, 2001.

Abstract

NATURE AND CONTENT OF SUPPORT GIVEN TO PARENTS AT PUBLIC HEALTH CENTERS IN JAPAN: AN INVESTIGATION REGARDING GROUP PARENTING PROGRAMS AIMING AT THE PREVENTION OF CHILD ABUSE

To the public health centers early detection, prevention and related measures are now urgent problems to be solved. The objective in this report is to grasp the situation at the Japanese public health centers with regards to both the actual support and content of support given to groups for parents with abuse problems or suspected of having such problems.

The investigation was made in two steps, namely by initially using reply-paid post-cards to all centers in Japan asking about the situation, followed by a questionnaire to the ones, which were running such groups. Answers were obtained from the persons in charge for the 90 groups found (public health nurses, psychiatric social workers etc), out of which 84 groups remained after some had been eliminated due to incomplete answers. 46.4% of the parents, who participated in the groups, had as a major problem abuse or suspected abuse, further 40.5% of the parents felt anxiety over child rearing. Evaluation of the respective programs was carried out by 60.5%.

Changes to be seen in the parents, who participated, were difficult to detect and a long-term, multifaceted evaluation method is necessary. Such an evaluation index should be developed, covering not only changes seen in the parents but also seen in the staff.

家族とともに安全な養育をつくる

井上 直美、井上 薫

1. はじめに

虐待の家族への支援では、保護者への支援、保護者と子どもの関係の再構築、家族を支えるネットワーク構築が必要で、保護者への支援には、生活基盤の安定、精神的安定、保護者としての力量の育成が含まれる。われわれは、心のケアや指導・教育と同時にあるいはそれに先んじて、保護者に、子どもの安全や子どもと家族の幸せについて専門職と一緒に考えて取り組んでもらうことが重要だと考える。

保護者と専門職が一緒に取り組むためには、危険と安全の包括的アセスメントに基づいて家族と一緒に子どもの安全を作るサインズ・オブ・セイフティ (Turnell ら、1999) ^① が有効である。このアプローチでは、虐待が疑われる事実や状況がもつリスクと同時に家族の認識や家族なりの力にバランスよく焦点を当てること、可能な限り情報や支援プランを家族と専門職で共有して家族に力を発揮してもらうことを大事にしている。われわれは、サインズ・オブ・セイフティ・アプローチをとりいれた以下のような手法を用いて、保護者に子どもの安全や家族の幸せについて専門職と一緒に考えてもらう実践を行いつつある。

2. 5 スペース法 (井上・井上、2004) ^②

【心配していること】【望んでいること】【不安材料】【安心材料】【これからできるといいこと】という見出しの紙を保護者に見せ、保護者の意見を聞いて書く手法。ある児童養護施設で入所児と臨床心理士、母親とワーカーとの平行面接に適用し、家族再統合に向けての母子関係調整に有効であった。

3. WWW (Turnell, 2004) ^③

【私たちが心配していること】【うまくいっていることー強さ・安全】【起こる必要があること私たちの意見・あなたたちの意見】という3つのWhatについて、表に書きながら家族と話し合っていく手法。問題と解決を家族が受け入れやすい表現で書き、家族の意見を取り入れることで、家族の合意や協力を得やすい。

4. 家族参加型カンファレンス「Aちゃんが安全で健康に育つための応援ミーティング」(井上、2003)

①今日の話し合いへの期待：今日話し合えるといいと思われることはどんなことですか、②これまでの経過：知っておいてもらいたいことやこれまでにやれたことは、どんなことですか、③安心なことと心配なこと：Aちゃんが安全で健康に育つための安心材料と心配材料はどんなことがありますか、④これからの望み：Aちゃんがこれからも安全で健康に育つためにどんなことがあるといいと思われませんか、⑤とりあえずの方向と役割分担：とりあえずよさそうな方向に向けて少しでも自分にできそうなことはどんなことですか、などと書いたレジュメにそって、家族と専門職が話し合う。

被虐待児が入院中に病院で行う話し合いや在宅支援の話し合いに適している。並行して、虐待の発生経過の説明を保護者に求める別の場や、専門職によるリスクアセスメントが必要である。

5. 家族・親族・友人を巻き込む安全ネットワーク作り

家庭復帰の前に、子どもが保護されていた事態について保護者と専門職と一緒に被虐待児の同胞や親族などに説明して協力を求める手法。【心配している人】【心配していること】【それから起きたこと】【今私たち（保護者と専門職）がやっていること】という項目ごとにわかりやすい記述を専門職と保護者で作り、被虐待児153の同胞に絵を描き加えてもらう「お話と絵」を使う（Turnell,2004）⁽⁴⁾。

6. まとめと課題

5 スペース法や家族参加型カンファレンスの書式は、当事者との関係性を良くすることはできる。しかし、子どもが安全であり虐待が再発しないためには、「起きた虐待」と「出てくるが必要な安全のサイン」とのつながりを重視すること、専門職側できっちりとリスクと安全を押さえることが必要である。

現在は大学に所属するわれわれは、児童相談所や児童福祉施設の共同研究者に面接技法や書式を提供し、彼らのフィードバックに基づき改良する活動を行っている。今後、虐待する保護者に面接や支援を直接提供する機会を得ながら方法論を発展させていくことが必要である。

引用文献

(1) Turnell, A. & Edwards, S.: SignS of Safety. Norton. New York, 1999. (『安全のサインを求めて』, 白木孝二・井上薫・井上直美(監訳), 金剛出版, 2004)

(2) 井上直美・井上薫: 安全な養育に向けて家族と作るペアレンティングプログラム, 平成15年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業) 報告書『家庭支援の一環としての虐待親へのペアレンティングプログラム作成』(主任研究者 加藤曜子), 143 -152, 2004.

(3) Turnell, A.: ターネル先生ワークショップ(名古屋), 2004年8月19日~22日.

(4) 井上直美: 家族とともに安全な養育を作るアプローチ 解決志向で進める告知と家族参加型カンファレンス, 宮田敬一(編)『児童虐待へのブリーフセラピー』, 金剛出版, 135 -174, 2003.