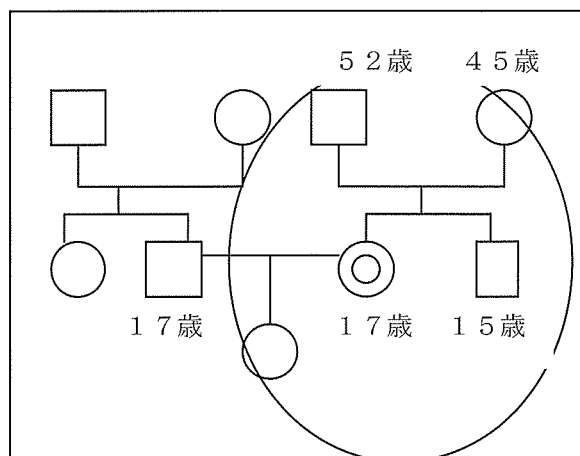


事例2 母子保健事業との連携で、早期介入、早期対応が可能になった事例

～若年親へのきめ細やかな親育成～

若年妊婦（高校生）、未婚



【把握経路】 母子手帳交付時面接

【導入までの経過】

妊娠 32 週、母子手帳交付申請に妊婦および妊婦の実母が来所し、面接。実母は硬い表情。

妊娠 34 週、妊婦一人で母親学級参加。表情暗く、他の妊婦との交流なし。沐浴の練習も投げやりな様子あり。2 日後、担当保健師家庭訪問するが、表情は硬く、多くを語らず。

出産後 7 日目、産婦の実母が市役所に来所相談（保健師面接）家族全員が今回の妊娠出産をどう受け止めてよいか迷っていることが判明。生後 9 日新生児訪問（担当保健師）。淡々と育児をこなしており、感情が伝わってこない。

【アセスメント】

産婦自身が、妊娠・出産の受け止め気持ちの整理ができておらず出産を喜ぶ状況にない。家族も今回の出来事をどのようにとらえてよいのか困惑している。また、今後の生活のイメージをもてないでいる。

【支援目標】

・妊婦およびパートナーの妊娠・出産までの気持ちの整理をし、今回の出産を素直に喜ぶよう気持ちを表出させる。

（特に産婦の実母）の気持ちを受け止める。

・産婦の希望する復学に向けて学校との調整を図る。

【支援体制】

・本事業の助産師訪問：生後 26 日から 1 回／10 日の家庭訪問により、産婦本人の妊娠中・出産時の気持ちを整理する。（語らせる）

育児の一つ一つの手技を通じ、育児の楽しさを伝えていく。パートナーの育児参加を促し、父性を育てていくと共に、産婦の支援者としての意識を育てる。産婦の実母の気持ちを受け止め、児の出生を素直に喜べるようにする。

・担当保健師：2 週間に 1 回の家庭訪問により、母子の健康状態の観察および家族周辺の人々の調整（産婦の祖母、おば）。学校との調整（養護教諭との連携）。

【経過】

訪問当初、産婦の表情は硬く児へのかかわりも事務的な印象があった。回数を重ねるにつれ、声かけをしながら対処するようになり、「かわいい」と言って笑顔が見られるようになる。パートナーも学校帰りに毎日顔を出すようになり、助産師の指導の下、沐浴を行った。産婦の両親は共働きで、訪問時なかなか会うことはできなかったが、「皆さんが赤ちゃんの生まれたことを喜んでくれているのを見て、私たちも素直に喜んでいいんですね。」と助産師に語っている。また、本人の復学希望を受け、担当保健師が学校との調整を図った。児の 3 ヶ月健診での結果を見て本事業は終結とした。現在、夫婦 2 人とも高校を卒業し、家族 3 人の生活を始めた。

【評価】

本事業を導入することで、混乱期からの脱出を早めることができたと考える。早期に導入できたのは、母子手帳交付時の面接等、母子保健事業との連携があつてからこそである。

事例3 心の内面を支えながら発達と育児に関する相談

＜同居家族＞

母 40歳 パニック障害、障害者手帳3級

父 40歳 本人の病気を理解し結婚

児 6ヶ月

＜別居家族＞

母の実家より週2回の家事援助がある。父の実家は母の病気を知らない。

【把握経路】

保健師が電話相談（妊娠2ヶ月時の不安）を受ける。妊娠連絡票から精神障害者手帳を持ちパニック障害であることを把握。

【導入までの経過】

新生児訪問の希望はなし。地域の乳児教室への参加あり。4ヶ月健診では育児不安のためフォローとなる。保健センターで面接をし、育児支援家庭訪問を導入する。

【保健師アセスメント】

- ・母はパニック障害ではあるが制度を利用し、専門家に自分の状況を伝える力がある。
- ・児の聴力、発達に関して母の訴えがあり経過観察が必要である。
- ・育児不安が母の子育てへの自信をなくし、不適切養育を助長するきっかけになる。

【支援目標】

- ・地域の中で子育てを共有できる仲間を作る。
- ・母の定期受診ができる。

【支援体制】

【考察】

事例の状況の把握、支援の方向性を関係者間で確認・検討する場や機会を設けるという事務局機能によって、事例の達成目標が明確になり、育児支援訪問員の不安の軽減と効果的な訪問活動が出来たと考えられる。

この事例では事業導入時に母の育児力、精神状態等を保健師が的確に把握判断している。導入にあたり「仲間をつくる」等、目標設定が明確であり、事例の変化を評価することができた。導入時のアセスメントは重要であり、事業の導入の目的、支援方法を明確にし、結果について見通しを持つ必要がある。また、状況に応じて支援計画を修正していくなど随時アセスメントを行っていくことが重要と考える。導入時のアセスメントを適切に行うことが、事業の効果を上げられる。

- ・ケース検討会議を月1回。

【事務局の役割】

（地区担当保健師）

- ・訪問結果を踏まえ支援方針の検討
- ・支援結果の評価と方向性の確認（保健センター事業担当）
- ・カンファレンスの呼びかけ。

【経過】

初回は子育てサロンに同行する。母はほとんど1日中泣いている児がサロンでも同様の状況になることが不安であったが、泣かずに参加出来たことで安心した様子が見られた。その後は、母子のみで継続参加し、さらに別の高齢者サロンへの参加もしている。

離乳食のお粥を作り、食べさせることを一緒に行う。母は児が食べたことに驚き、その後は自分で離乳食を与えることが出来るようになった。

当初は母の生活感がみられなかったが、寝坊したことから始まり、産後の感情のもつれで父の実家とは行き来がないこと等が語られた。

徐々に不安の訴えは少なくなり、行動できていることから訪問は終了となった。

事例4 効果が見えにくい複雑困難家族

<同居家族>

母 32歳 中学卒業、完璧主義の印象

父 38歳 趣味ギャンブル

児 7か月（双子）

<別居家族>

母の実母 離婚歴2回 母との関係が悪い

母の養父 厳格な人

【把握経路】

母子手帳交付面接時

【導入までの経過】

母子手帳交付申請の面接時、母の思いが強く、育児不安が予想された。妊娠中に双子の教室に参加。出産後の乳児教室参加時に、育児ストレスがあることが話され、翌日地区担当保健師が訪問し、継続支援となる。

【アセスメント】

母は、双子の子育てを受け入れきれずにいる。実家や父の協力はあるものの双子の育児で母の負担が増加している。母自身の頑張りに緊張感、余裕の無さを感じられ、育児不安から虐待にいたる可能性がある。

【支援目標】

双子の子育てを受け入れ安心して子育てが出来る。

【支援体制】

- 1 支援員月2回訪問
- 2 地区担当保健師の必要時対応
- 3 ケースカンファレンス月1回

【具体的な支援役割】

（事務局）定例カンファレンスにて情報の共有化、訪問員の相談にのり、今後の支援や役割について確認する。

（地区担当保健師）訪問結果を踏まえた支援方針の検討。社会資源の導入と調整を行なう。

（訪問員）家庭・親子の状況把握。双子の育児への思いの傾聴、受容、子育ての相談に応じる。

【経過】

訪問すると、児を支援員に預け、母は台所で調理したり、掃除を始める。支援員が母の気持ちを聞くと実母との関係や生育歴を泣きながら話したり、イライラする気持ちを話す。育児の具体的な方法の助言は、受け入れず、自己流の世話を続け、育児の悩みは表現されない。

保健師が一時保育の情報提供したことで母は利用を考えたが、結局、自分のペースを崩しやすいという外出に伴う負担を考え具体化せず。

実際に児に手を上げていることを話した後は、イライラする気持ちを、子どもではなく他のものにあたるように工夫をするようになった。また、父の不適切な養育、双子を授かった時の気持ちを話してくれた。

3ヶ月経過後、訪問を月1回に減らし、6ヶ月継続したが、母が「父方祖母の支援が頻回になった」と訪問の継続を希望せず終了となった。

【評価】

頻回に関わることで母との関係ができ、母の気持ちや状況を知り、理解が深まった。また自己流の育児方法の危険性を伝えることができた。

家事など直接援助を希望され、支援員の役割を理解してもらうための事業の説明が難しい。母は問題意識が薄いため、信頼関係を保ちつつ、育児の方法など虐待予防として必要なことを伝えることが難しく、支援員の精神的負担があった。

導入時の目標設定が抽象的だったことで支援の評価しにくかった。

保健師と支援員の目標のズレがあったことに関して事務局が具体的なプランの修正や、支援員の役割の確認等が必要であった。

資料4 訪問支援者研修（参考例）

主な対象	内容
事業従事者 （事務職）	<ul style="list-style-type: none"> ・事業概要説明 ・事務手続き説明
事業従事者 （保健師等）	<ul style="list-style-type: none"> ・事業マニュアルの説明 ・厚生労働省における「育児支援家庭訪問事業」実施の背景
新任訪問支援者	<ul style="list-style-type: none"> ・〇〇市の母子保健体系について ・育児支援家庭訪問事業の概要と留意事項 ・「不適切な養育」支援マニュアルについて ・訪問記録の書き方
訪問支援者①	<ul style="list-style-type: none"> ・母子保健、子育て支援施策、個人情報保護 ・〇〇市の児童虐待の実態、養育支援マニュアル ・福祉保健センターにおける不適切養育の取り組みと関係機関の連携 ・乳幼児の発達と発育 ・事業マニュアルの説明 ・「不適切養育」に対する支援について（講演：保健師や臨床心理士） ～傾聴、共感、受容のありかた
訪問支援者②	<ul style="list-style-type: none"> ・育児支援家庭訪問事業の実施状況 ・不適切な養育者への支援について（講演：保健師） ・乳幼児の発育発達及び病気などについて（講演：〇〇市医師会医師） ・精神疾患で治療中の養育者への支援について（講演：県衛生部 精神科医師）
訪問支援者③	<ul style="list-style-type: none"> ・不適切な養育者への支援について（講演：研究機関保健師） ・乳幼児精神保健の新しい動向について（地元大学講師・小児科医師） ・精神疾患で治療中の養育者への支援について（講演：県衛生部 精神科医師）
訪問支援者④	<ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患を持つ養育者への支援（講演 管内精神科 医師） ・不適切な養育者への支援（講演：研究機関保健師）
育児支援家庭訪問員 母子訪問指導員 （合同研修）	<ul style="list-style-type: none"> ・マタニティブルー・産後うつ病の基礎知識とその対応（講演 管内病院小児科医師） ・〇〇市の新生児訪問の取り組み（〇〇市 保健師）

資料5：育児支援家庭訪問事業の取り組み自治体の例

		A市の場合
概要		人口 430,000 人 出生数 3,500 人
母子保健体制		保健師 32 名（うち管理職 1、健康福祉センター所長 4） 地区担当制、困難ケースには複数担当制をとっている。
育児支援家庭訪問事業の概要	担当者の構成	事務局 子育て支援課<児童福祉担当> 4 人（主査（保健師）1 人、担当保健師 2 人、非常勤社会福祉士 1 人） 育児支援訪問員 ・助産師（新生児訪問指導員 13 人のうち 9 人に委嘱） ・ヘルパー（3 事業者に委託；産後の子育て支援ヘルパーも委託している） 保健・医療の面から専門的支援を必要とするケースには助産師、家事支援や保育を中心に支援するときはヘルパーを導入する。両方併用することもあり。
	会議	ケース提供 健康福祉センター保健師が多い。 児童相談所、学校、療育相談からもケース提供あり。 重症ケース、虐待ケースは児童相談所や保健所精神保健担当、障害福祉課と共に動くことが多い。 会議は随時開催。要保護児童地域対策協議会のケース会議として位置づけている。 会議開催の調整は、事務局。 出席：健康福祉センター、子育て支援課、支援員（助産師、ヘルパー事業所事務局）、児童相談所、障害福祉課、精神担当、・・・等ケースに関する機関 <会議開催の実際> この事業の導入が好ましいと思ったケース担当者から事務局に連絡。（この時点ではすでにケース担当者は訪問を実施している） ⇒ケース会議を開催し、事業導入の目的、導入メニュー、間隔、期間、それぞれの機関の役割の明確化、次回会議開催日程を決める。
	訪問の実際	初回訪問は、原則事務局が支援員に同行し、ケースに事業導入の目的、目標、期間、他機関との役割分担について説明する。事務的な調査と事業導入の同意を書面で取る。 （ヘルパー派遣の場合のみ） 支援員は文書にて報告、また、そのつど電話にて報告、必要時調整のため事務局が同行訪問することもある。
	研修	（予算 年 6 万円） 年 2 回実施。そのほか、ケースの対応について混乱を生じた場合は、事例検討会を開催する。必要により助言者を交える。
	課題	本市の場合、本事業の導入が、予防的な視点での導入から、すでに虐待が発生しており、重症化予防や再発予防を目的とした導入ケースも多くある。 このため、会議で事業導入の目的をより具体的に明確にしておかないと、事業効果が見えにくかったり、支援者が混乱に陥ったりすることがある。 また、ケースの抱える問題の大きさに目を奪われ、基本的な情報が不足することがあった。⇒このため、事務局が訪問時、ケースに調査票の記入を求めることとした。
	実績	H17 年度（7 月～実施）実 18 件 延（助産師 47 件、ヘルパー 39 件） H18 年度（4～12 月）実 19 件 延（助産師 29 件、ヘルパー 164 件）
	その他	育児支援家庭訪問事業の事務局と要保護児童地域対策協議会の事務局、子育て支援ヘルパー（産後ヘルパー）の事務局が同じ部署で担当している。 事務局は児童福祉担当部署であるが、保健師が担当しており、母子保健や精神保健、医療機関等の連携はとりやすい関係にある。

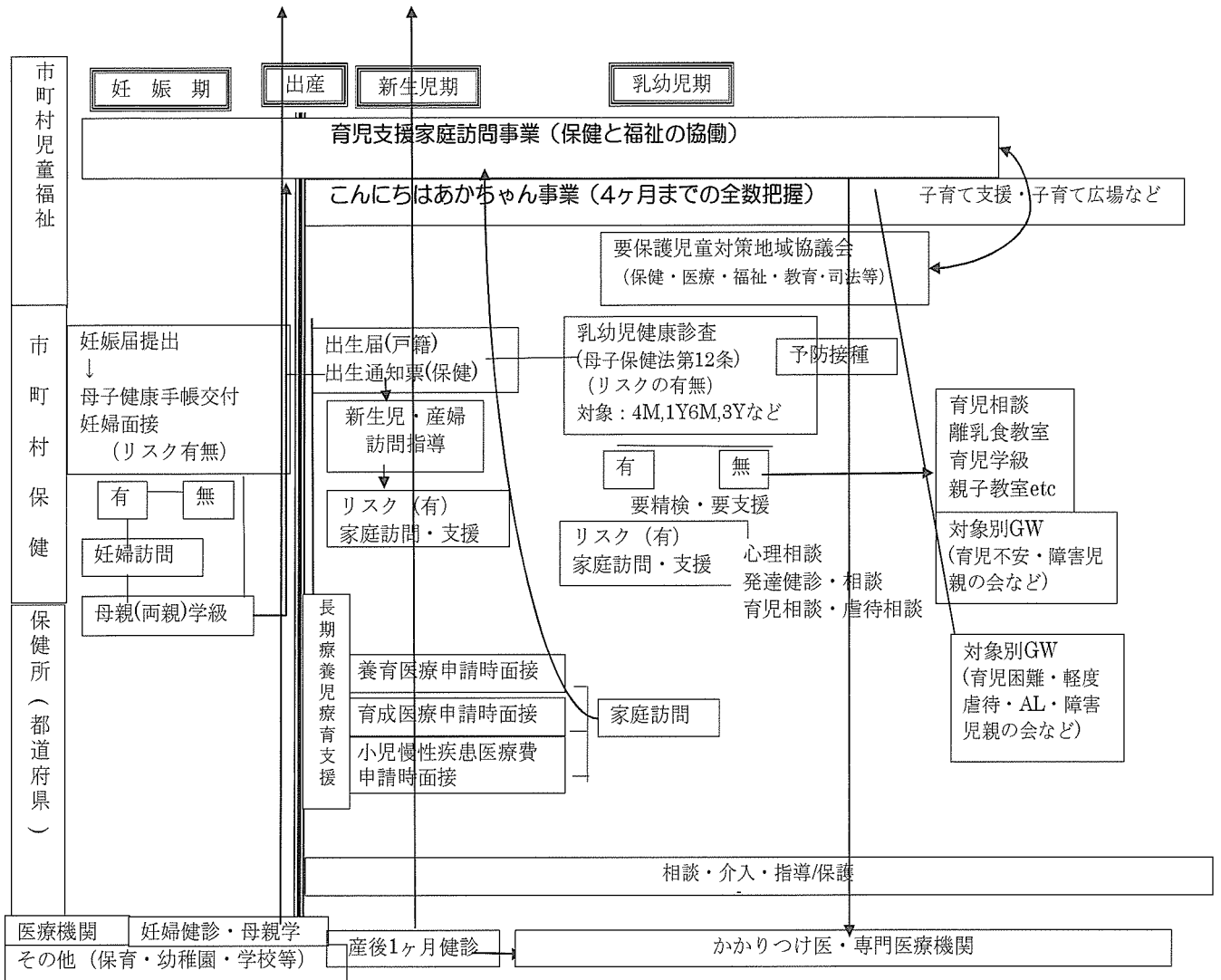
		B 市
概 要	人 口：約 74,000 人（平成 16 年 4 月 1 日現在） 出生数：600 人（平成 16 年）	
母子保 健体制	保健師 5 名	
育 児 支 援 家 庭 訪 問 事 業 の 概 要	担 当 者 の 構 成	事務局 子ども未来課 児童担当 事務職 4 人（統括主査（係長級）、事務吏員 2 人、保育士 1 人） 育児支援訪問員（保育士、幼稚園教諭、看護師、助産師、社会福祉士） 登録制 平成 18 年度は 6 名 家事支援は未実施（シルバー人材センター事業との調整、料金設定の問題、どのよう なケースで適用するか等の基準が未整理）
	会 議	ケース提供 保健センター保健師（健診、家庭訪問等から）・・・予防に視点 重症ケース、虐待ケースは、児童相談所、子ども未来課 児童担当が対応（保健師 同行の場合もあり）。 毎月第 2 火曜日に育児支援家庭訪問事業検討会議を実施・・・進行管理 参加機関：保健センター、子ども未来課 児童担当
	訪 問 の 実 際	事前にケースと保健師との関わりあり（口答で事業導入の承諾をとる）。 初回訪問、保健師と支援員が同行。 3 か月で 1 クールを目安。
	研 修	年 1～2 回実施 今年度は、県主催の「見守り訪問員養成講座（11/1～2/22 まで計 7 回）」に参加。 今年度は、12 月 23 日に B 市子ども未来課主催で「子育てシンポジウム」を実施。
	課 題	専門職の使用を想定した様式であるため、事務吏員にとっては使いにくい。 各様式で重複する項目があるので、見直しを検討。
	実 績	平成 16 年度（10 月～3 月） 延 18 件 平成 17 年度 延 87 件
	そ の 他	平成 18 年 4 月より、生後 4 か月までに全家庭訪問 出生届でアセスメント⇒育児支援員⇒育児支援家庭訪問事業 ⇒保健師訪問 出生届（戸籍の届出）は、住民基本台帳を使用する関係部署で回覧する「住民異動者 リスト（10 日分）」で把握。 アセスメントは保健師が行う。 アセスメントのためのツールは使用していない（今後の課題）。

		C市
概要	<p>人口：約 35000 人</p> <p>出生数：約 300 人</p>	
母子保健体制	<p>地区担当制を基盤にして、妊娠期から、乳健のフォローまで一環して地区担当の保健師が行っている。また母子保健事業の進行管理を担う、母子保健担当 1 名を地区担当と併任して設定している。保健師数：6 名</p>	
育児支援家庭訪問事業の概要	担当者の構成	<p>母子保健担当常勤保健師 1 名を中心とした全保健師 6 名、</p> <p>育児支援訪問員(保健師 OG) 1 名</p> <p>＊保健師 OG の育児支援家庭訪問員採用の理由</p> <p>母子保健事業全般に関わりながら、支援が必要な人を見極め、母親の変化を観察しながら必要なタイミングで関わることができる。</p>
	会議	<p>対象の選定方法</p> <p>母子手帳発行時に面接を担当保健師で行い、アンケートシートの裏に、観察点を記録する。訪問対象の選定はその情報を元に母子担当が行う。また、産科から連絡があったケースについても訪問対象としている。(母子健康手帳交付時のアンケート面接は保健センター来所以外に、産科外来でも行っており、その結果は産科から保健センターに連絡がある。)</p> <p>頻回な訪問が必要な対象の判断基準</p> <p>外に出るのが嫌な人、苦手な人には頻回の訪問で対応している。また、障害などで事情のある人にも訪問を中心に対応。産後うつには丁寧に関わり、家族調整が必要。育児サークルや乳健に向かう事が可能な対象は訪問の優先順位は低くなっている。</p>
	訪問の実際	<p>保健師と訪問指導員の役割分担：支援員が母子保健事業に入っていることもあり、すでに支援員との顔つなぎができているケースに関しては初回訪問時から、支援員が単独で訪問を行っている。また、支援員が県の保健師 OB ということもあり、特に明確な役割分担を行っていない。</p>
	研修	<p>アセスメント力向上のための工夫 (人材育成)</p> <p>随時事例検討会を開催し、ケースを共有している。担当者一人の思いこみによるアセスメントではなく、複数の人の考え方を交換・共有することで、アセスメント力があがっていくと認識している。また日々の訪問活動について話ができる職場の雰囲気を意識的に作ることで、特に新人保健師が困難事例に積極的に関わっていく原動力を培っている。</p>
	課題	
	実績 その他	

	D 市	
概 要	人口 約 3,600,000 人 出生数 約 32,000 人	
母子保 健体制	保健師：保健センター117名、 所管局 3名	
育 児 支 援 家 庭 訪 問 事 業 の 概 要	担 当 者 の 構 成	事務局 各区保健センター こども・家庭支援担当 係長、保健師（3～12名）、助産師（1名）、事務職 育児支援家庭訪問員 看護職で嘱託員雇用（各区1名、計18名） 嘱託員のため公募し、選考の上で決定 育児支援ヘルパー 平成18年度は10事業者に委託（年度毎更新） 育児支援家庭訪問員導入ケースのうち、必要なケースについてカン ファレンスを行った上で利用可とする 月10日、1日2回、原則1か月間までの派遣、自己負担無し
	会 議	月1回程度カンファレンスを実施。新規ケース導入の判断、利用ケースの報告、ア セスメント、処遇、役割、訪問終了の判断等を検討する。 参加者：育児支援家庭訪問員、保健師、助産師、ケースワーカー、事務、管理職 必要に応じ参加：他係職員ケースワーカー（障害担当、生活保護担当等）、医師、学 校カウンセラー、教育相談員、保育士、児童相談所職員等
	訪 問 の 実 際	地区担当保健師が、対象となるケースの支援計画を立て、カンファレンスで導入を決定。 地区担当保健師と育児支援家庭訪問員とで同行訪問後、訪問員が単独訪問を実施。
	研 修	集合研修：年2～3回実施、市の母子保健施策や精神疾患を持つ養育者への支援、事 例検討などをテーマに実施。 職場研修：月1回程度のカンファレンス時やケース報告時に保健師等と相談。
	課 題	訪問目標が抽象的だと、ケースの評価や派遣終了の判断がつけにくい 区により育児支援家庭訪問員・育児支援ヘルパーの導入に差がある。
	実 績	平成17年度（10月～） 育児支援家庭訪問員 延べ581件 育児支援ヘルパー40件 平成18年度見込み 育児支援家庭訪問員 延べ1,788件 育児支援ヘルパー122件
	そ の 他	

(資料6) 児童福祉・母子保健活動と育児支援家庭訪問事業との関連

(塗りつぶし:ハイリスクアプローチ)



親支援グループミーティング研修開催結果

全国に向けた研修（フォーラム）を 17 年度に引き続き、開催した。18 年度は、全国保健師長会（健やか親子 21 特別委員会）の主催のもとに、本研修をプロモートした P S G（親支援グループミーティング）研究会は共催となって実施した。

全国保健師長会（健やか親子 21 特別委員会）の会議等で、希望ブロックを募る形で、18 年度は、2 箇所で開催となった。

その結果は以下のとおり。

1. 親支援グループミーティングフォーラムの開催

会場やプログラムの関係上、定員枠に限界があり、研修参加希望者全員の受けいれに困難な状況が発生し、今後の課題とする。

周知には、全国保健師会のメールや、保健師ジャーナルや公衆衛生情報への掲載にて周知を行い、実施した。

	日時	会場	参加人数（応募人数）
第 1 回 (17 年度)	平成 17 年 7 月 16 日(土) 10:00～16:00	東京都健康プラザ 「ハイジア」内研修室	80 名(220 名)
第 2 回 (17 年度)	平成 17 年 9 月 4 日(日) 10:00～16:00	北海道札幌学院大学	70 名（日本子どもの虐待防止学会・分科会にて開催）
第 3 回 (17 年度)	平成 18 年 2 月 4 日(土) 10:00～16:00	横浜市スポーツ医科学センター	80 名（140 名）
第 4 回 (18 年度)	平成 18 年 10 月 21 日（土） 9：30～16：00	仙台市急患センター	87 名
第 5 回 (18 年度)	平成 19 年 2 月 10 日 9：30～17：00	千葉県若葉保健福祉センター	116 名（141 名）

プログラム

- 午前 講演 1 「保健機関におけるグループミーティングとは」
講演 2 「保健機関が行うグループミーティングの意義と評価」
- 午後 親支援グループミーティングデモンストレーション
グループワーク

2. 講義内容、グループミーティングデモンストレーションについて

講義内容、デモンストレーション（DVD 対応）については、紙面の関係上、別冊にて対応
本研究報告書・分担研究報告書にて掲載。

保健機関が行う親支援グループミーティング フォーム開催結果
(5回分アンケートより)

(1) 参加目的

参加目的	人数
「親支援グループに関する知識・情報を得るため」	96
「立ち上げの参考のため」	65
「保健機関・保健師としての役割を学びたい」	32
「効果・評価について」	26
「理解を深めたい」	23
「運営について学び、役立てたい」	22
「現在のグループの今後の方向性を考えるため」	14
「グループのイメージをつかみたい」	12
「必要性を実感して」	12
「担当していて迷い・疑問が出てきたため」	7
「ファシリテーターについて学びたい」	6
「地区担当の役割を知りたかった」	5
「同僚と共通認識をもつため」	2
「他の都市の状況を知る」	2
「事業拡大を予定しているため」	1
「研修会開催のため」	1
「研究のため」	1

※第2回は、学会分科会での開催で、他の回とは目的や参加者の職種に大きく違いがあり、2回目のみ保健師からのアンケートのみで掲載した。

(2) 参加目的の達成度

	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	計
達成できた	31	8	29	21	40	129
ほぼ達成できた	40	24	30	31	50	175
あまり達成できなかった	1	3	3	1	1	9
達成できなかった	0	1	0	0	0	1

(3) 達成の内容

達成できた点	人数
「デモで具体的なイメージができた」	71
「保健師活動全般の考え方や評価が具体的に参考になった」	42
「考え方が整理できた」	17
「理論的に理解できた」	14
「運営方法、対象さ、ファシリテーターについて理解が出来た」	14
「悩みの解決のヒントを得た」	14
「個別支援の重要性を学んだ」	11
「グループの必要性の再認識」	10
「職場で理解を深めこれから準備していきたい」	9
「グループワークで参加者から話を聞いて視野が広がった」	7
「新たな知識情報が得られた」	4
要望	人数
「対象者のケースアセスメントをもう少し深めてほしかった」	2
「グループミーティングの成功例等について学びたかった」	1
「やっているの労苦、分かち合いが十分にはできなかった」	1
「できれば2日間くらいで、じっくり深め整理したい内容だった」	1
「乳幼児健診から個別へのシフトについて知りたかった」	1
「具体的なことを聞きたかったが、質疑応答の時間がなかった」	1

『親支援グループミーティング』ガイドライン

1. 保健機関におけるグループミーティングの始まり

1983年頃から東京の保健所で酒害相談に取り組まれはじめ、グループミーティングの手法が酒害に限らずさまざまな健康課題へのアプローチとして有効であると実感されて、活用されてきました。児童虐待問題での活用もその流れで、東京は、虐待の親への支援策の一つとしてこの手法を取り入れ、東京都東大和保健相談所や世田谷区砧保健センターが1996年頃から始めました。

2. グループミーティングの必要性

少子化によってきょうだいの数も少なく、自分自身が出産を経験する以前に、乳児に触れたり、育児を体験する機会が少なくなっているのが現状です。未経験でも未熟でも親になり、目の前には、四六時中世話をしなければ生きられないあかちゃんがいるわけです。多くの親は、どのように世話をすればよいのかに戸惑うとき、それは自分がどのように育てられたのかの記憶をたどり、そこからヒントを得ます。そのヒントは、①自分はどのような子ども時代を過ごしたか ②自分はどのように世話をされたのかという無意識に深く刻み込まれた記憶によるといわれています。

子どもを持つ親が、育児に不安を抱くのはあたりまえですが、あかちゃんは「泣く」ことで要求を伝えるということさえ理解できなくなるほどパニックに陥ってしまう親もいるのです。子育てが上手にできないと悩む親のやるせなさや怒りのはけ口は、目の前の弱者である子どもに向かいがちになります。怒りも含めた自分の感情の処理がうまくできず、不適切に出てしまう行為が、子どもへの虐待となって表現されていることが多いのです。この行動は、習慣化してしまう危険性を含んでおり、習慣化した行動を変えるためには、関係性の病のひとつ“アルコール依存症”と同様に、グループセラピーが有効であるといわれています。



3. 親支援グループの意義

関係性の病や課題を抱える人たちにとってグループセラピーが有効であることとは別に、保健機関の公的責任の上で行なう意義も整理したいと思います。

1) 児童虐待問題における公衆衛生的な考え方の整理

児童虐待問題を公衆衛生学的な視点で見ると、以下のように整理されます。

親支援グループミーティングの取り組みは、下記の「3」から「4」「5」を試行錯誤している段階と考えられます。

児童虐待防止にむけた公衆衛生的アプローチ

- 1 問題の規模（発生率や死亡率）が把握でき、その経過が見渡せるシステムを整える。
- 2 リスクを整理し、リスクのある人を特定する。（国内外からの情報を参考）
- 3 親子にとってリスクを減少させる効果的な方法を探る。
- 4 探った方法が発生率や死亡率の減少に寄与するかをモニタリング

2) 児童虐待問題における公的責任

平成 18 年頃から報告された死亡事例の第二次報告書（厚生労働省）では、死亡時期が 0 歳児で 4 割強を占めること、さらに月齢で見ると 4 ヶ月以下が 0 歳児死亡の 7 割を占めることが明らかになりました。また、死亡事例の 8 割は子どもと関わる関係機関によって何らかの形で把握されていました。この結果は、対人援助を業となす援助職にとって厳しく、そしてつらい現実でした。

そこから得られる教訓の一つは、少なくとも 4 ヶ月までの対応がとても大切であるということです。日本はこの現実をうけて改めて仕組みを作る必要はなく、母子保健法に基づく全数把握できるシステムを活用すればいいのです。このシステムは、ポピュレーションアプローチをベースに、ハイリスクアプローチの質を担保し、つなぐ役割を果たしてきました。この活動を基盤に行政に求められている役割を整理すると、前述の公衆衛生的アプローチを経ながら、発生予防から発見、対応・リハビリ、次世代の発生予防までを包括的に捉えたサービス提供システムとして築き上げることだと思います。それが場あたりの縦割りのたまたま出会った家族にしかサービスが届かないものではなく、必要な人に必要な支援の手が差し伸べられる公平さを確保することです。

3) 親支援グループミーティングは包括的サービスを構成する一つの要素

親支援グループミーティングは、発生予防から次世代の発生予防までのシステムを構成する要素(部品)の一つです。システムは部品一つでは成り立たず、ましてその部品だけが素晴らしい理念を掲げても、人々が暮らす地域の風土からかけ離れてしまっただけでは、資源としての成長は困難になり、システム自体がうまく稼動しません。虐待防止活動は、1事業で解決できるものではないのです。

4) 地区診断が成功の鍵??

ある家族との出会いから、多くの地域情報が得られます。公園の様子はどうか? 児童館は使いやすいのか? 健診は満足できたか? 近隣との付き合いは? 気軽に相談できる機関(人)はあるのか? などです。それらの地域情報には、「どんな地域が望まれているのか」「どんなサービスが必要なのか」「何が足りないのか」を考えるヒントがあります。多くの出会いが、地域に根づいた資源の整備を後押ししてくれるのです。



現在は、一次予防的な育児グループは、多くの自治体の保健および福祉ならびに教育分野で行われています。さらに自主・自助グループ、民間団体、NPOなどでそれぞれの工夫が施されて行なわれています。一方、子育てを前向きに捉えられずに苦しむ親、虐待してしまうと悩む親のための二次予防的なグループは地域の中にどれだけ整備されているでしょう?

事業を計画する時あるいは見直す時は、一次予防から三次予防の全体のバランスの中で地域の実態を整理し、全体のどの層へのサービスが手厚く、どの層が手薄かを明確にします。それは後述する「評価」を考える際には、不可欠ですし、単なる参加者数で評価しないためにも重要なことです。

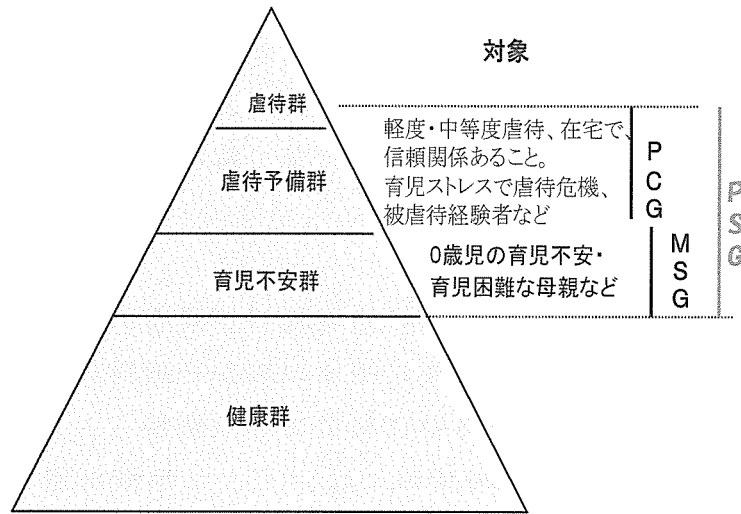
4. 保健機関が行なうグループミーティング

親支援グループミーティングについて、PSG (parents support group : 以下 PSG) を提案します。

PSG は、MSG と PCG の 2 つの親支援グループミーティングの総称です。

この親支援グループミーティングの考え方及び対象は、以下のとおりです。

保健機関が行う親支援グループの対象の考え方



PSGには、MSGとPCGの2つがあります。

保健師が実施する親支援グループの対象は、育児不安群、虐待予備群、虐待群の一部と想定しています。

- PCG (Parents and child group)
親と子の関係を考える会
- MSG (Mother's support group)
母親支援のグループセラピー

1) 一次予防的「育児グループ」との違い

PSGの対象を図のとおり整理しています。「3. 親支援グループの意義」「4 地区診断が成功の鍵??」に記したように、一次予防的な育児サークルや子育て広場とは違いがあります。市報などの広報媒体で周知して、多くの参加者を得る育児サークルや育児教室、子育て広場は、図でいえば健康群が対象で、PSGとは区別して考えます。整理上、一次予防的なグループを健康群としましたが、子どもを育てる親が育児不安を持つのはあたりまえであり、悩まない・不安のない状態を指しているではありません。公園デビューの言葉が生まれたようにコミュニケーションが取りづらい育児環境では、仲間づくりや情報交換の場は必要です。しかしこの層の多くは、これまでの愛着体験の積み上げで自己解決する力も道筋も持っており、行政の必要以上の手出し口出しは逆効果になりかねません。その支援のバランスが重要です。PSGは、そのような場所に行くことへの困難を抱えた人たちの存在を認め、その方への理解を深め、必要な支援の手を届けるものであり、その違いが、運営に大きな違いをもたらします。

2) MSG (Mother's support group)

〔目的〕：育児不安の軽減、育児スキルの向上や情報交換、孤立感の解消と仲間づくり

〔対象〕

- 0歳児を持つ親が対象（体験を共有しやすい1歳以下～離乳完了時期位）
- 新生児訪問、乳児健診などでスクリーニングされた育児不安や子育て困難を感じている親。
- 育児にストレスを感じている、子どもが育てにくい、孤立しており相談者がいない、若年、ひとり親や未熟児、障害児、多胎児など子どもとの関係性によることが大きく、自分自身の歴史にトラウマ的な課題を背負わず、知識やスキルの獲得によってその体験を自信に転換できうる親
- ピアサポート機能のグループが効果的だと判断される親

〔実施体制〕 基礎自治体単位

コース制も可能で、卒業時期も比較的容易に設定できます。悩み事の種類に違いが生じる乳児期と幼児期は別にし、母子別室が望ましいと思われれます。

他に、インファントマッサージグループやペアレンティングトレーニングなどさまざまなプログラムが施行されていますが、源流には、親自身が、共感を通じて自尊心の回復やスキルの獲得につなげていくことです。

- ① ファシリテーター：保健師
- ② 子どもの世話と安全管理、観察：保育士

インファントマッサージって？

インドの看護婦ヴィマラ・マクルアーによって考案・開発された手法です。あかちゃんにマッサージする風習が貧困の中でも子どもがすくすくと育つ要因と考えたヴィマラがインド伝統のマッサージ法にリフレクソロジー、ヨガ、スウェーデンマッサージなどの手法を加え、インファントマッサージを提唱しました。

アメリカからヨーロッパへと広がり、国によっては産後うつ解消や幼児虐待防止の為のプログラムとして活用されているところもあります。

看護師、助産師、保育士、教師などの国家資格保有者、国際規格のセラピスト（アロマセラピー、リフレクソロジー等）資格保有者がインストラクター資格保持のための受講資格をもっています。



3) PCG (Parents and child group)

〔目的〕

1. 無条件の安全と安心を獲得し、人間関係を結ぶことができる。
2. ありのままの自分が受け入れられる体験を通して、自分の性格や人との関係の取り方などを受け入れていく。
3. 孤独や罪責感からの開放
4. 具体的な育児スキル、子育てや生活の工夫を自分の日常に取り入れることができる。

〔対象〕

- 在宅で18歳未満の子どもを持つ母親が対象
- 虐待している家族、育児ストレスで虐待の危険が予測される、または、子育てに困難を感じ自信を失っている親
- 過去の生育歴・家族関係などの背景が影響し、精神的・心理的に苦しんでおり子ども自身が不登校・多動などの心理的問題を出している家族等
- 同輩集団

〔実施体制〕回数は、できれば月2回が望ましいです。グループへのなじみ感や定着感を育みやすいようです。グループの成熟は、回復にも効果的です。

- 基本的にクローズドグループです。
- ファシリテーターは一定期間変更せず、対等な立場で参加します。

〔実施規模〕

保健所や保健センターなど二次医療圏程度の規模が妥当と考えています。

(多くの人達にとって子どもの虐待や子育てについて悩んでいることは知られてくれないものです。身近な市町村での開催は、日々の近隣のお付き合い関係に影響を及ぼすこともあることから安心・安全が保ちにくい場合があります)

《ちょっと一呼吸》



子どもが生命危機に陥っていたり、児童相談所が子どもの一時保護や施設保護した親を、PCGへと考える場合があります。

グループワークの中では、自分の子どもだけ児童相談所に預けている現実に動揺し、被害者意識が強くなったり、他の参加者との親密さが失われる場合もあります。また、他のグループメンバーの不安を助長することもあります。グループがまだ、成熟していない場合には、メンバー全員の安全・安心感を守りきることが難しいこともあり、参加受け入れの検討には、慎重さが必要です。

4) グループ参加が困難な場合

PSG (MSG・PCG) への参加が適切かどうかの判断は、個別担当保健師や事業担当のチームと一緒にいき、精神科等を利用している場合は、主治医に相談します。また、下記のような状況にある場合には十分な検討が必要です。

- * 症状が不安定な場合（病識や服薬の必要性を理解していることがポイント）
- * 統合失調症は陽性症状がコントロールされていること。

（過去の苦しい体験が妄想に変わることがあるので要注意）

- * 人格障害の診断を受けている場合は、自己洞察が困難な場合が多いのでグループでの成長は難しく、また、他の参加者への攻撃性や依存性に参加者が動揺する場合もあり、参加者の心の安全が保てなくなる可能性もある。
- * 記憶が飛ぶ・自傷行為があるなどの乖離症状が著しい（ある）場合
- * ネグレクト家族で集団にむかない場合
- * 産後うつ病は、病状が改善した後慎重に判断する
- * その他

（特に、産後うつ病は、不安定な段階での誘いが、本人にとっては重責や苦痛を与えます。個別支援やカウンセリング・家族調整等の支援を経た後で、グループから得られる効果が期待できれば薦めてみることを考えます。）

5) PCG の運営

運営上の決まりに厳格なものはありません。基本はエンカウンターグループの考え方です。ルールが守られる範囲で、柔軟に対応する気持ちでのぞみます。

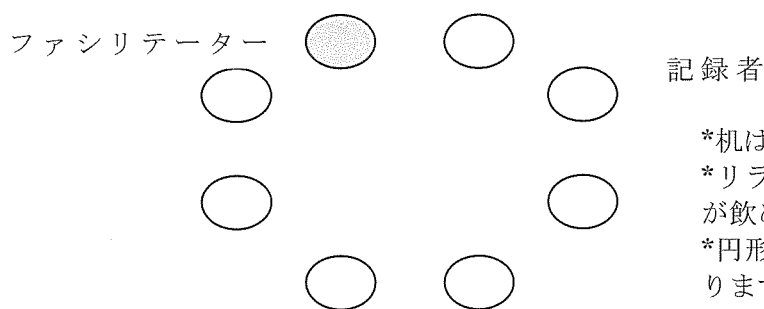
時間：1時間30分（開始時間・終了時間は守りましょう。）

ウォーミングアップ

オリエンテーション（グループのルール説明）

- ・開始・終了時間の説明、非難・否定しない、話したくないときのパスの合意、記録の了解
 - ・参加者の安全の確保のためにここでの話しを持ち帰らないことを確認する。
- ミーティングは自己紹介を兼ねた一回りから始まり、数回繰り返します。その後テーマの設定はする場合があります。クールダウン終了時間に近づいたら、「あと、何分で終わりの時間なので、最後にもう一回りしましょう」と今日のラストチャンスとしての設定をします。最後に、次回の日程を確認し、終わりを告げます。

6) 各担当者の役割



- *机はおきません。
- *リラックスできるようにお茶などが飲める工夫はあってもいい。
- *円形で保健師はかたまらずに座ります。

■ 保健師(2～3人)の役割

- *ファシリテーター(メインとサブ)
- *事業運営全体の責任と推進
- *個別支援への連動や還元、スタッフ間の調整
- *記録及び記録管理
- *事前・事後カンファレンス運営

■ 心理相談員またはグループワーカーの役割

- *ファシリテーターまたは記録
- *グループメンバーの相互関連の心理学的判断や助言
- *アフターミーティングへの参加

■ 保育者(1～3人)の役割

- *子どもへの対応、遊びや親とのかかわりなど観察や安全確保
- *子どもの変化などの情報提供や助言
- *アフターミーティングへの参加

■ 個別担当保健師の役割

- *個別の担当保健師として、在宅養育を支える。
- *個別ケアの責任者として、初回や必要時はグループに参加する。

◆ ファシリテーターについてももう少し詳しくみていきます。

○ファシリテーターとはミーティングを進行する人を指しています。

○ファシリテーターの役割を取れる担当者は常に2名いたほうが良いでしょう。(ひとは補佐役および交代要員)

○ファシリテーターは進行役ですが、対等な関係なので、グループが成熟してくるとメンバーがファシリテーターになることも可能です。

○話している人だけに注意がいきがちですが、グループ全体に注意を向け、聞いているメンバーの苛立ちや不安の増強などの様子にも気を配ります。

○沈黙もコミュニケーションの一つなので、焦らず対応します。

エンカウンターグループとは

自己理解、他者理解、自己と他者との深くて親密な関係の体験を目的として1～2名のファシリテーターと10名前後のメンバーが集まり、集中的な時間と空間の中で、全員で、ファシリテーションシップを共有して、自発的に話をし、相互作用を行いつつ安全、信頼の雰囲気を形成し、お互いに心を開いて率直に語り合う場である。

(野島一彦：エンカウンターグループのファシリテーションより)

つまり、グループという場面・機会・場所を活用して、心理的自己成長を得る場である。



《ちょっとひと呼吸》

★ファシリテーターは特別な存在？

はじめは、メンバーからは特別なまなざしが注がれます。主体がファシリテーターにある段階です。グループといたつつ、実は一対一の関係になりやすい時期でもあります。「主役はメンバー」を貫くのであれば、メンバーのさまざまな思いもよらない発言、提案、試行錯誤もプロセスと捉え、自発的な動きを尊重し、せっかちに介入しすぎないようにするのがコツです。



★大事な自己表現や発言を見過ごさない

メンバーは思いを自己表現として、大々的に発言する場合もあれば、そつとちらつかせる場合もあります。その言葉を素通りせずに取り上げていくことが大切です。言語化して返すことで自分を見つめなおす作業が深まります。

★初回で多くを語る人

初回で安全感も確信していない、話す準備もないままに深く、多くを語り始める場合があります。グループがそれを受け止める段階にない時は、こちら側の準備不足と言う理由でストップをかける勇気も必要です。中途半端では、「理解されなかった」「罪悪感や後悔」、「不満足感や不安感」を与える結果になることもあります。