

シンポジウム 1

子どものメンタルヘルスを担う人材を育成する

保健師の育成について

中板育美 (国立保健医療科学院)

I. はじめに

シンポジウムのテーマである子どものメンタルヘルスを保健師の立場で考えると、母子保健分野や精神保健福祉分野の中で、直接子どもや親と接したり、親から相談を受けることは日常であり、子どものメンタルヘルスとは切り離せない位置にいる。しかし、子どもへの直接的なかわりに限局すれば、むしろ、医療機関や臨床心理士や保育士などとの調整といった外回りの環境整備の役割をとることが多い。直接的には、子どものメンタルヘルスを支える親や治療的ケアを必要とする子どもを抱える親へ関与しながら地域から排除されずに生きる地域づくりに向けての発信などが役割になる。

たとえば、発達を確認する健診や子育て広場や多胎児の会、障害児の親の会、子育てストレスを抱えた親の会、離乳食講習会、育児相談会など多くのグループワーク技術を使った活動の多くは、児の発育発達の確認はもちろんだが、どちらかといえば、子どもを育てる親に焦点があたっており、育児力を引き出すアプローチがメインであることが多い。

昨今では、個別援助や地域住民とのかわりなどの地域組織活動と行政能力や施策化能力、企画力などが同じ線上にあるべきものが分離して認識されることも多く、それが結果的に「家庭訪問」を柱とする個別援助活動を希薄化させている。そこで、あらためて、保健師としての位置を確認し、子どものメンタルヘルスに向き合うための必要な能力やスキルについて考えてみたいと思う。

II. 保健師の活動

保健師は、看護学を基盤に、疫学や予防医学、社会学、衛生行政学、心理学などの履修を経て、技術的には、看護技術、ケースワーク、カウンセリング、ソーシャルワーク、ネットワーク技術などを通して、個別の家族への支援を展開し、さらに個別支援を通して事業や計画策定、施策の企画そして実施、評価などをこなしている。

保健師のその約7割が保健所や市町村などの地域保健行政機関に身をおき、地域をフィールドとしており、約2割が病院等、残りの1割が、教育機関、産業、施設などに身をおいている（平成14年度統計）。身をおく場所は違っても、人々の暮らしの臨場感から離れない意識は共通である。

特に、地域保健行政で働く保健師は、日常の暮らしをゆるがす目の前の健康破綻に関心を寄せ、予防的なかわりを展開する。予防的なかわりを効果的に行うために、その背景もしくはその結果ともなる生活破綻にも関心を広げ、健康破綻の本質に見合った支援を展開しようとする。このような家族との出会いの中に、保健師は、社会の縮図を感じ取り、社会に代弁し続けることで、全体から個に還元するといった「個と全体」を流動的に行き来させている。

III. 児童虐待問題と保健師活動

児童虐待問題への取り組みであてはめれば、保健師活動では、養育困難（特にネグレクト）ケースの発見と支援の歴史は長く、紐解けば昭和にさかのぼる。まだ虐待問題やその周辺で悩

む親への支援策が未成熟な中、既存事業や資源などの手段を精いっぱい駆使して、家族の「それなりの育児」「ほどほどの育児」を見据えた支援を展開してきたように思う。その支援は、母子保健法、精神保健福祉法や関連通知によって正当化されている「家庭訪問」技術に頼ってきた部分も大きい。家庭訪問技術は、ダイレクトに子育ての困難問題として介入するのではなく、ソフトな介入で、「皆さんの家を回っています。」「健診にいらっしやらなかったようですので伺いました」など、すべての家族と出会うことができる形にも活用された。すべての家族と出会う「全体性」を見渡せる活動体系が、保健師の大きな特徴でもあった。

そして家族との出会いから、地域に「今求められている子育て支援とは」「育児ストレスに苦しみ、時に子育てを放棄したくなる親を理解するとは」「虐待してしまっている親と子の関係への介入とその後の支援」を突き詰めて考え、家族が「ほどよく子育てをし続ける」まちづくりに向けて、必要な資源を地域に生み出していくアクションを起こしてきたのも保健師活動のスタイルである。

IV. こども・親を支えるための保健師の人材育成

「子どものメンタルヘルス」にかかわる周辺の児童虐待問題では、すべての対象者がウエルカム状態とは限らない。中には、生活破綻を招き、人を信じられず、地域からも浮いている場合もある。援助者自身がそのような家族を理解

できず、即、困難事例と判断して、他機関を斡旋したり、表面的な指導に終わることがないとはいえない。また、共感のプロセスを辿れても、必要な資源をとり入れて、支援し続けるということが苦手で、資源への引渡しになる危険もある。そこで改めて、総合的な力を育むためには、下記の力がバランスよく育成されることが大事である。

1) 地区診断の力

地域の状況や実態を①実地調査、②統計分析、③住民や関係機関から得る生の声から把握して、現在の健康にまつわる地域課題を判断すること。地区診断イコール統計的な処理と捉えてしまえば、パソコンに向き合うことで終わってしまうが、それでは、例えば公園の数や遊具の数を知らずしてはいても、公園に集まる人間模様、表情、年齢層などはわからない。子育て事情の縮図は、データだけではつかみきれない。

2) 地域を理解し、支援が必要な家族を発見する力(スクリーニング力)

個々の判断に任されるのではなく、一定水準の判断基準をもつ意識が必要である。知識欲、学習欲は専門職には不可欠である。

3) 支援が必要な家族との援助を成立させる力(ケースワーク技術)

承認力、共感力、質問力などのコーチング技術をフル活用し、援助の関係を築いていける力が求められる。

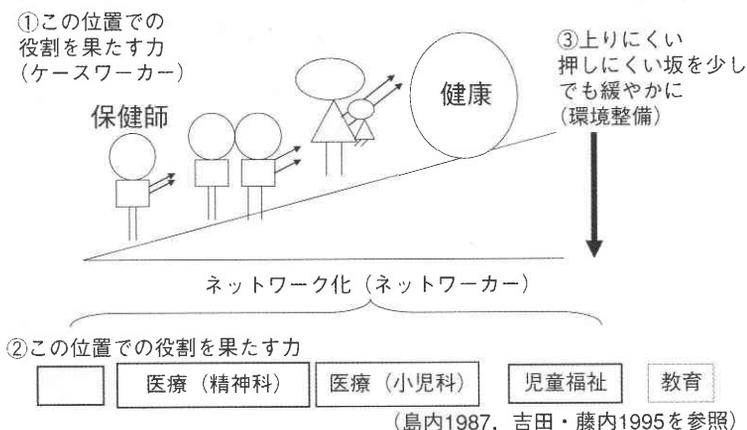


図 求められる役割と力

- 4) 個々の援助関係から地域で暮す力に結びつける力（ケースワーク技術）
- 5) 支援に効果的なネットワークを築く力
資源や他の機関とのネットで家族を支配するのではなく、応援する技術で、援助者のネットワーク技術やソーシャルスキルが必要。
- 6) 1～5を通して、社会の縮図を見極める力と社会への発信力・環境整備

上記の体験を活かし、施策に結びつけ、まちづくりに発信、アクションを起こす力。

これらの力を醸成するのは、事例検討会やネットワークミーティング、ケースレビュー、を通して自分自身が支えられる体験、バーンアウトを乗り越える体験が重要である。

これらの体験を糧にするためには、日常の基本的な家庭訪問や面接技術の向上がまず前提である。

V. 基本となる技術～家庭訪問という技術～

家庭訪問は、相談者が来るのを待つのではなく、相談者の日常の場面に、保健師が赴き、受け入れられるステップを踏み、そこに身を浸すことが許されるというプロセスを踏んで成立する。家庭訪問では、情報収集、相談、看護ケア、家族調整、資源紹介と導入などを場面・状況に合わせて、組み合わせ、具体的に提示される。マニュアル通りにいかないのが常である。時には、予測を超える状況に見舞われる場合もあり、瞬時に、高度なアセスメント力が要求される。精神疾患の陽性症状が強い場合や覚せい剤などの薬物依存による後遺症が激しい場合、暴力傾向にある場合などは単独訪問はもちろん、複数

でも家庭訪問を避ける場合もある。

VI. 基本となる技術～面接・ケースワークという技術～

ケースワークは、電話や来所、家庭訪問などの場面でも行われる。傾聴、受容、支持的態度を通して、すっきりとは語られることは少ない内容を、まずは、時系列に配列をし直しながら、相談者が身をおく暮らしの中で捉える。さらに、困難な状況を前にどれだけの解決努力をし、その困難性を抱え込んでこなければならなかったかに耳を傾ける。ネガティブな内容をダイレクトに語られることはむしろ少なく、その“言葉”に振り回されず、言葉の裏側を聞き取る技術が必要である。その理解を相談者と共有するプロセスを経て、これからなすべきことを自ら導き出す力を付与する力を発揮するものである。

VII. おわりに～組織の中の一員として～

行政機関に身をおく私たちには、階層的な縦関係の力が付きまとう。その力に翻弄されると、いつのまにか自分の位置をその力関係の中に見出しがちになり、気付くと援助職としてのアイデンティティーさえ揺らぐことになる。しかし、次世代の子どもを守ることを使命とするならば、力関係の中で、援助職としてのアイデンティティーを自分で支え続けなければならない。それには、自分自身の専門性に対する自尊心をはぐくむ力が必要であり、それには日々出会う家族やともに支えあう仲間との体験の積み重ねが必要なのである。