

児童虐待における保健師による母親への支援に関する記述的研究：

母親の“しんどさ”への支援を中心に

上 野 昌 江

## 目次

I 序章	
1. 児童虐待問題への取り組みの変遷と現状	1
2. 虐待防止活動における保健師の役割と本研究の重要性	2
II 文献検討	
1. 虐待問題に対する支援の方向性	5
2. 看護職の虐待問題に対する支援	7
3. 地域母子保健活動における保健師の実践能力	11
4. 研究課題	13
III 研究方法	
1. グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いる理論的根拠	14
2. 調査期間	15
3. データ収集	15
4. 分析方法	16
5. カテゴリーの妥当性の検討	17
6. 倫理的配慮	18
IV 結果	
1. 対象者が支援した虐待ケースの背景	19
2. 保健師による母親の【“しんどさ”への支援】の全体構造	
1) “しんどさ”の定義	19
2) 全体構造	20
3. 《“しんどさ”に気持ちを寄せる》支援	
1) 前提条件《“しんどさ”があることに気づく》	22
2) 《“しんどさ”に気持ちを寄せる》	26
3) 支援の進展に関連する要因〈母親の受け入れにくさがある〉	33
4. 《“しんどさ”を軽減する》支援	
1) 《“しんどさ”の本質を見極める(問題の本質に対するアセスメント)》	35
2) 《“しんどさ”を軽減する》	42
3) 支援内容の拡がりに関連する要因〈母親の生活上の変化に着目する〉	51
V 考察	
1. 虐待問題をもつ母親の“しんどさ”に着目した保健師の支援の重要性と課題	
1) “しんどさ”があることに気づき支援していくことの重要性	54
2) “しんどさ”への保健師の専門的実践能力を発揮した支援	57
2. 看護実践への示唆	58
3. 本研究の限界	60
VI 結論	61
謝辞	
文献	63
図・表	69
資料	

## 1 序章

本研究の目的は、保健師が子どもを虐待する母親に対してどのような支援を行っているかという保健師の経験知を集約し、今後の支援方法の構築に貢献することである。

ここでは、児童虐待問題への取り組みの変遷と現状、児童虐待防止活動における保健師の役割及び本研究の意義について述べる。

### 1. 児童虐待問題への取り組みの変遷と現状

児童虐待(以下虐待とする)は、欧米では1960年代の初めに米国の小児科医 Kempe (1962) が『打撲児症候群 The Battered Child Syndrome』として報告して以降、社会的関心が高まり、医学的な見地や社会問題への対応といった幅広い観点から数多くの研究が進められてきた。それらの研究から英国では、親とのパートナーシップを基本理念とし、複数の保健・医療・福祉等の関係機関や専門職による子ども・家族への支援が行われている(イギリス保健省, 2002)。米国では専門職に義務化された発見・通告制度の徹底と司法機関の介入を前提とし、虐待者と被虐待児の調整、家庭環境の修復にむけてのサポート体制が整えられている(萩原, 1998)。しかし、欧米に比べわが国での虐待問題への取り組みは遅れ、先駆的な研究や報告(池田, 1979; 神田, 1980)は、1970年代後半から行われていたが、虐待の存在が専門職のなかで認識され始め、虐待防止活動が行われるようになってきたのは1990年代初めからである。その後1990年代半ば以降、各自治体におけるネットワークづくりが積極的に行われるようになってきた。それらを反映しているのは、厚生労働省が公表している1990年から始められた全国児童相談所における虐待に関する相談処理件数調査である。1990年の1101件から2001年の23274件と20倍以上に急増している。これは、育児を取り巻く社会環境の変化による虐待の実数の増加だけでなく、虐待問題を社会が認識し始めているという社会的発見という背景がある(イギリス保健省, 2002)。さらに、2000年『児童虐待の防止等に関する法律』の制定により虐待の定義が明確にされ、虐待された子どもの保護に関する施策が推し進められる基盤ができたことも大きな要因になっている。しかし、平成12年度に実施された全国の虐待への支援を行う関係機関への実態調査による虐待の1年間の発生推計件数は、約35000人、0-17歳の児童人口千人に1.45人とされるが、全国で発生率は1.35人から0.44人と分散している。これは、虐待問題に対して社会的関心は高まってきているが、まだ多くの虐待を受けている子どもたちが発見され

ていない可能性があることを示唆している（小林，2002）。子ども虐待ネットワーク・あいち（2000）がまとめた「防げなかった死 虐待データブック 2001」は、1995年から1999年までの全国の虐待で死亡した事件のデータを分析し、多くの子どもたちが、どこの相談機関とも結びつかず死亡していたという事実を示している。

また、虐待問題には様々な困難が伴う。一つは児童相談所の相談件数が示している虐待者に占める実母・実父の割合の高さであり、「血のつながった親子で虐待がおこる」という事実である（信田，2001 p5）。社会的価値観の拠り所とされてきた母性愛の危うさを現すものであり、それは虐待の存在自体を認め難くしてきた。さらに、虐待は、その現象自体の深刻さだけでなく、親の心理・社会的要因、経済的要因、伝統的育児観などの複雑な背景があり、問題にかかわろうとする多くの専門職を戸惑わせる。実際に援助を始めていくと、専門職は今までの援助のなかでは体験したことがない拒否、抵抗、否定、怒り、罪悪感、不安、絶望、恐怖などの危機的状況を体験する（Jones, 1995; イギリス保健省, 2002）。研究者自身が保健師として保健所に在職していたとき、ネグレクトにより死亡に至ってしまったケースがあった。乳児初期から担当保健師の家庭訪問に拒否的であり、かわりを持つことが難しい母親であった。援助を拒否されるということは、これまでの保健・医療のなかではあまり体験してこなかったことであり、担当保健師のかかわりのまずさに対するネガティブな反応が根強く、周囲から支援に対する理解が得られにくかった。一方、担当保健師は、子どもが命の危険に晒されているかもしれないという焦燥感のなかで、一人孤立してしまう状況があった。その後、虐待問題への取り組みが進んでくるなかで、親とのかかわりは困難性を伴うことが、関係機関や専門職のなかで認識さるようになってきつつあるが、このような問題は一朝一夕に解決にいたるものではなく、親の拒否的な反応と子どもの命を守るという葛藤のなかで試行錯誤が繰り返されている現状がある。

## 2. 虐待防止活動における保健師の役割と本研究の重要性

虐待問題への支援は、当初、虐待を受け悲惨な状況にある子どもたちをどう救出し、その後、子どもたちが正常な成長・発達を獲得できるように援助していくことに焦点があてられていた。しかし、虐待の発生機序についての研究が進むなかで、子どもだけを支援しても虐待の存在そのものがなくなるわけではなく、一旦施設に分離した子どもを家庭に戻したときの虐待の再発や死亡率の高さが指摘されるようになった（大阪児童虐待研究会, 1993; Jones, 1995; 小池, 1995）。虐待問題への対応において苦い経験が繰り返されるな

かで、支援の対象を子どもだけでなく、親・家族に拡大していくことの重要性が言われている（イギリス保健省，2002）。欧米に比べて、各自治体において予防的観点重視した母子保健施策の取り組みがおこなわれているわが国は、母子保健事業の中に虐待防止活動を位置づけ、援助を必要としている全ての子ども・家族を支援しやすい状況にある。

虐待を予防的観点から支援していくために、中心的役割を担う存在として注目されているのが保健師である。2000年の『児童虐待防止等に関する法律』において保健師は、児童虐待の早期発見の立場にあると明確に位置づけられて以降、『健やか親子21』や2002年厚生労働省の『地域保健における児童虐待防止対策の取組の推進について』においても、早期発見、在宅支援における再発予防のための継続観察、介入が可能な職種であるとされている。保健所・保健センターにおいて虐待防止対策を母子保健の主要事業と位置づけ、積極的に発見、予防活動を展開していくことが期待されている。このような保健師への期待に応えていくためには、まず虐待の早期発見と援助の方法と技術を確立することが求められている。大阪府において1988年に実施された保健・医療・福祉機関による被虐待児への対応に関する調査やその後の一連の調査において、虐待による死亡率の減少が報告されている（大阪児童虐待調査研究会，1989；小林，2000）。その一つの要因として、地域で虐待防止活動を担う保健師の虐待に対する認識の変化や深まり、家庭訪問における個別的支援が上げられている。また、保健師への質問紙調査において、子どもや親への援助方法、内容が明らかにされている（小林ら，1994；小林ら，1995；大阪府保健衛生問題研究会，1997；山田ら，2002）。今後保健師の支援を効果的に展開し、虐待防止活動の進展に寄与していくためには、保健師が個々のケースの状況に合わせて実践している活動を浮かび上がらせることが必要である。

また、虐待への対応においては児童相談所や医療機関などの関係機関との連携が不可欠である。その連携が実質的で効果的に行われるためには、各専門職の役割や責任についての共通認識が必要である。現状では関係機関の保健師に対する認識は、家庭訪問ができる職種であるということであり、何をしているかについての理解が十分とは言い難い。その結果、児童相談所に虐待の通報があったとき、保健師は子どもの保護チームの一員として、家庭の中で子どもへの虐待が起こるのを家庭訪問により監視する役割を担わされることがある。保健師自身に監視的役割の認識はなかったとしても、母親や家族はそれを敏感に察知し、保健師が来ることを拒否し、保健師や専門職の前から突然姿を消してしまうことがある。それは子どもや家族の救出を難しくする。本研究により、保健師の虐待防止活動に

おける親への支援内容が明確にされることは、関係機関の有機的連携につながり、子どもと家族を支える専門職同士がお互いに支え合い、虐待問題の対応において専門職が体験する拒否、抵抗、絶望などの危機的状況をともにのりきっていくことにもつながると考える。

## II 文献検討

虐待に関する研究のなかで、子どもと家族への支援に関する文献に焦点をあて、虐待への支援の方向性、看護職の虐待への支援、地域母子保健活動における保健師の実践能力に関する文献について検討し、最後に研究課題を述べる。

### 1. 虐待問題に対する支援の方向性

#### 1) 子どもの保護から児童虐待防止活動へ

虐待という現象は、歴史的にみていくと明確に定義することは難しい。ある時代、ある制度のもとでは容認され、戦争、飢饉、貧困等の犠牲者はいつも子どもであり、『貧困社会型虐待』と呼ばれていた（池田, 1979, p. 13）。しかし、それが『虐待』として意識化され、名前がつけられ（斉藤, 1994, p. 13）、法律（児童虐待の防止等に関する法律）が制定された。法律では、虐待について定義されている（①児童の身体に外傷が生じ、または生じるおそれのある暴行を加える－身体的虐待、②児童にわいせつな行為をする又は児童をしてわいせつな行為をさせる－性的虐待、③児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、その他の保護者としての監護を著しく怠る－ネグレクト、④児童に著しい心理的外傷を与える言動を行う－心理的虐待）。その結果、虐待は、子どもの命を守り、成長発達を保障し、家族への支援を必要とする問題として認識されるようになってきた。

虐待は、米国の小児科医 Kempe (1962) が『打撲児症候群 The Battered Child Syndrome』として医学的に報告したのが始まりとされる。Kempe (1978) はまた、そのような疾患を発見した時の小児科医の役割についても述べている。そのなかで、子どもに外傷があり、栄養失調や不衛生の状態がみられる場合は、単に外傷など表面的な治療だけでなく、親を含めた家庭環境の改善、児童保護の観点からの対応が必要である、また、家族という密室のなかで生じている現象であり、治療の成功のためには繊細な対処が必要であると述べている。子どもの治療や保護だけでなく家族への対応も重要視している。このことは、虐待の背景要因の複雑さについての認識が虐待の援助の進展のなかで深まってきていることを示している。しかし、虐待が支援の必要な問題として登場してきた当初、視点が注がれたのは、当然のことながら虐待を受けている子どもの保護であった。

英国においては、Maria Cowell 事件を契機として虐待の問題に対して一般市民の全国的

な行動がおこり、政策の変更がもたらされる。さらにこの事件の調査報告書以降、家庭で死亡した子どもに関する事例が継続的に検討され、専門職の判断や実践の誤り、不適切な連携などが指摘されるようになる。また、虐待の危機にある子どもへの保護やサービスを促進、改善することを目的に、児童虐待登録システムがつけられた（Jones, 1995）。このような経過のなかで虐待は医学だけでなく、保健、福祉、教育などの領域で連携して取り組む必要がある問題であることが認識されてくる。また、対応においては、子どもの保護を優先したプログラムが検討されるようになる。しかし、子どもを保護することで、子どもの安全は保障され、虐待は一見終結したかにみえるが、一旦分離した子どもを施設や里親のもとから親のもとに戻したとき、子どもは再び虐待され、死に至る場合もまれではなく、再発率の高さが指摘されるようになる。1969年のNSPCC（the National Society for the Prevention of Cruelty to Children）の資料では、60%のケースに再発があったとされている（Jones, 1995）。多くの要因が複雑に絡み合っておこる虐待は、一般の疾病のように子どもを分離し、子どもの外傷の治療を行い、親の元に返すだけでは防止できない。しかし、このことは、虐待の加害者である親への支援がほとんど行われていなかった状況の中では当然といえる。また、児童虐待の背景には貧困層やマイノリティとの関連があることも否定できない。経済的問題は生活上のストレスをもたらし、児童虐待を引き起こす要因になりやすい（松原ら, 2000）。このような複雑な背景をもつ児童虐待という問題に対して、子どもの保護だけという対応では限界があることは一目瞭然である。こうした経過のなかで、虐待を防止する（予防する）という考え方が必要となり、さまざまな虐待予防プログラムが模索され、実施されてきている。我が国においては、松井（2001a; 2001b）が、「虐待の進行と予防」として1次予防（ハイリスク家庭の把握と援助、健全育成の確認）、2次予防（早期発見）、3次予防（再発防止）の考え方を示している。また、2001年に出された『健やか親子21』でも虐待の問題が取り上げられ、母子保健における重要な課題として位置づけられている。このように、虐待問題への取り組みは、わが国においても一見一般化されてきつつあるようにみえる。しかし、虐待の背景にある親、子ども、家族・地域要因の難しさから、成果の見える援助になりにくく、児童相談所での児童虐待の相談件数は調査の度毎に増加し続けている。

## 2) 家庭訪問活動の有効性

虐待問題の支援にはまだ困難性があるが、虐待防止活動において近年注目を集めている



のが、妊娠中から乳幼児早期における家庭訪問サービスである (Olds ら, 1986a; 1986b)。家庭訪問については、小林ら (1995) が、大阪府保健師に行った調査からも、最も有効な方法であると述べている。米国でも家庭訪問は注目され、その効果が検討されている (Wasik, 1994; Olds ら, 1986a; Olds ら, 1986b; Olds ら, 1993; Olds ら, 1999)。Wasik (1994) の研究では、ソーシャルワーカーが実施する家庭訪問が主に検討され、家庭訪問において親の対処能力、ペアレンティング技術の育成などがおこなわれている。Old ら (1986a; 1986b; 1993; 1999) は、看護師による家庭訪問の有効性について検討している。彼らは、妊娠中から子どもが2歳になるまでの家庭訪問プログラムを実施し、コントロール群の結果と子どもの成長プロセスごとに、20年間にわたって比較し、検討している。このなかでは家庭訪問が実施された群における妊娠中の経過の良好さ、虐待によると思われる外傷や事故の発生率の減少、母親自身のライフコースの安定性などがみられることが示されている。虐待が発生する前から母親に行うことができる働きかけとして家庭訪問に大きな期待が寄せられている (Guterman, 2000)。また、MacLead ら (2000) は、56 の家庭訪問プログラムのメタ分析を行い、家庭訪問は虐待の予防に有効であると述べている。また、最近のプログラムでは親教育に関するものも取り上げられ、虐待に対する取り組みは、子どもの保護から親への対応を視野に入れた虐待防止活動を中心としたものに移行してきているといえる。

## 2. 看護職の虐待問題に対する支援

### 1) ヘルスビジターの活動

看護職が虐待に対してどのような対応を行っているかは、英国のヘルスビジター (health visitor) の活動に示されている。ヘルスビジターは、登録看護師であり、1年間のトレーニングを受けた後、子どもの健康と発達の全般にかかわり、生後10数日以内にすべての家庭を訪問する法的責任がある。主な就業先は一般医 (general practitioner) などであり、健康な乳児のクリニックの運営や家庭訪問を定期的に行っている。そのためペアレンティングに問題のあるケースを見極めるのに重要な役割を担っている (Browne, 1995)。このような活動は我が国の新生児家庭訪問や乳幼児健診などを行う保健師の母子保健活動とよく似ている。しかし、英国においても当初からヘルスビジターが虐待の予防に寄与できるという視点があったわけではない。虐待への認識が高まってくるなかで、援助の視点の変換が行われてくるようになる (Johnson, 1985; Baker, 1990; Baker ら, 1991)。これは、ヘルスビジターの活動が親の強さに焦点をあて、自立を促すことが強調されていたからで

はないかと考えられる (Browne, 1995)。しかし、ヘルスビジターが虐待の支援に責任を持って対応することが必要であることは認識されつつあった (Tayloy ら, 1987; Browne, 1989)。英国における 1991 年のデータでは、ヘルスビジターの 90% は 1 人以上の虐待のケースをもち、70% 以上は 5 ケース以上にかかわっている (Gilardi, 1991)。これは、上野ら (1997) が大阪府下の保健師を対象に行った調査と大きな違いがある。虐待に対するヘルスビジターの意識の高さを示すものである。このように虐待への支援がヘルスビジターに浸透していくなかで、早期に支援が必要な家族を見いだすことが最も重要であり、そのためのチェックリストやガイドラインなどが作成、検討されるようになる。そして、継続支援の必要な家族の見極めや実践活動に関する様々な問題が提起されるようになってきた (Wheeler, 1992)。

## 2) 脆弱性をもつ対象者の見極めと支援

虐待問題にかかわるといことは、支援が必要な家族の見極めにかかっているといても過言ではない。小林ら (1995) は、保健師の家庭訪問が必要な人たちを『自ら訴えることもなく、相談に行くこともできない母親』と述べているが、同様な状況に英国のヘルスビジターも直面している (Appleton, 1995)。すなわち自尊感情が低く、サポートがなく社会的に孤立している家族が対象となっていることである。Appleton は脆弱な家族 (vulnerable families) の見極めについて研究を行っている (Appleton, 1994a; 1994b)。この研究における脆弱性 (vulnerable) という概念は貴重な示唆を与えてくれる。ヘルスビジターは、どうしてその家族を支援しようとしているのか、なぜ支援する必要があると感じるのかという点は、非常に曖昧であり、そのような家族への支援を明確に示すことは難しい。そのため、曖昧さへの支援の必要性を強調できず、最も脆弱性のある人々に対する家庭訪問という活動が減少していくという危機にさらされている (Appleton, 1996)。Appleton の研究において明らかにされた脆弱性の概念は、他機関 (福祉サービス機関等) からも虐待と認知され、児童保護登録もされ、援助を関係機関と共有化できる前の状態であり、グレイゾーン (nebulous gray area) とされている (Appleton, 1996)。これは、わが国の保健師が児童相談所との連携において両者の虐待の重症度の認識が異なり、連携が困難であると感じている思いと同様である。しかし、これらの家族はヘルスビジターに大きなストレスと関心をもたせる。グレイゾーンにある虐待は、視覚的に認識しやすい身体的虐待は少なく、より見極めに専門的判断が必要とされる心理的虐待やネグレクトを含む

ことが多い。Appleton の示した脆弱性の概念は、保健師が直面している虐待の対象の捉えにくさの問題を示しているといえる。これらの対象に対するヘルスビジターの役割は、ケアを必要としている子どもたちを見極め、その家族のストレスを軽減し、その家族のペアレンティングを支援していくことであるとされている (Appleton, 1996)。そのための援助として、ヘルスビジターへの面接調査から、脆弱性を見極め、親へのサポート、適切な機関への紹介、消極的なモニターの役割などが導き出されている。このような役割を果たすためにヘルスビジターは時間をかけて、脆弱性のある家族への支援を行っているが、その必要性、重要性が理解されにくいとジレンマも感じている (Weir ら, 1988)。また、他の機関に紹介しても、脆弱性が位置づけられているところが虐待の一步手前 (虐待ではないという認識) であるため、適切に紹介できる社会資源の乏しさがあることも述べられている。以上に述べた脆弱な家族の見極めの困難さ、他職種との連携の難しさ、支援できる適切な社会資源の乏しさなどは、虐待防止活動における現状の限界を物語っている。

### 3) チェックリストの有用性と限界

次に、早期に支援が必要な家族を見いだすために作成されているチェックリストについて考えてみる。現在我が国においても、虐待に関わる関係機関で虐待の重症度に関して一致した認識がもてるようにリスクアセスメントの整備が進められている (小林ら, 1999; 加藤, 2001)。英国においてもヘルスビジターによる虐待の見極めの重要性が認識され、ガイドラインが開発され、実践への適用が行われている。しかし、ヘルスビジターの多くは、それらを活用してクライアントの脆弱性を判断することは困難としている (Appleton, 1995)。家族メンバーとの相互作用や家庭環境、社会的状況などは、チェックリストでは把握しにくい。

また家庭訪問が減少しつつあるなかで、ヘルスビジターの訪問も米国のようにターゲットグループを対象にしたものによって変わっていくのではないかとすることが危惧され、クライアントへの訪問の優先順位の問題も議論されている (Williams, 1997)。ヘルスビジターは、すべての家庭に関わるなかで、彼らが働く文脈 (家族がおかれている環境要因) のなかで脆弱性をアセスメントしている。そのため、対象者の状況は簡単にチェックリストやガイドラインとして一般化できるものではなく、家庭がおかれている状況にあわせたフレキシブルな対応を行っていくことが重要である。従って、ヘルスビジターの活動には、優先順位やチェックリストといった考え方は非常になじみにくいものである。

このように英国におけるヘルスピジターによる虐待への支援は、支援を必要としている対象の曖昧さから政策化されにくいものである。しかし研究の積み重ねにより、ヘルスピジターが関わる対象の脆弱性の概念が明らかにされつつあり、今後具体的な実践活動についての検討が行われることが期待されている。

#### 4) ネグレクトへの対応

英国と同じく虐待への取り組みが早くから進められている米国の母子保健活動は、若年妊娠・出産や人種的なマイノリティというターゲットグループに対して行われることが多く、そこで虐待の問題も取り上げられている (Caldwell ら, 1988)。また、英国で問題にされた脆弱性という概念に対する関心よりも、虐待のなかでも、表面的に認識されにくいネグレクトや心理的虐待への捉え方を示すことで、保健師活動の重要性が述べられている。ネグレクトは身体的虐待に比べて一般的に認識されにくい問題である (Helfer, 1990; Cowen, 1999)。このことは、英国の Ayre (1998) も指摘し、ネグレクトによる子どもの死が存在するという事実をもっと深刻に受け止める必要があると述べている。米国の統計によれば、現在最も多い虐待のタイプはネグレクトとされている (Paulk, 1999)。我が国においても保健師が援助した虐待事例のなかで最も多かったのはネグレクトであった (大阪児童虐待調査研究会, 1989)。ネグレクトは貧困などの経済文化的要因とも密接な関連があり、地域で活動している保健師が遭遇することが多い。そのための支援として、子どものサポート以前の親の生活のサポート、生活の基本的側面への支援を重視し、伝統的な官僚的サポートではなく、柔軟な対応、親への尊重と信頼などが必要といわれている (Cowen, 1999)。

ネグレクトのなかで保健師が最もよく出会うのは、子どもの体重増加不良である。体重増加不良は子どもの器質的問題を反映する場合も多く、その判断は難しいが、NOFTT (non organic failure to thrive) には重大な虐待の問題が潜んでいることが多く、単に栄養的指導だけで終わってしまうと虐待を見逃すことにもなりかねない (Wright ら, 1996; Wooster, 1999; 上野ら, 2000)。体重増加不良と母親との関係、子どもの気質、環境的要因などについての研究も行われている (Sullivan, 1991)。養育者と子どもとの関係の難しさがこの体重増加不良に影響を及ぼしていることも多い。母親は子どものケアにストレスを感じ、子どもの非言語的な要求に対応できないでいる (Humphry ら, 1991)。環境的な要因を見極めるために、健診等で親が語る内容だけでなく、保健師が食事の時間に家庭訪問

し、状況を観察したり、食事に関するチェックリストを開発したりして、親が語っていないか、親が気づいていない問題を明らかにしようとしている (MacPhee ら, 1996; Reifsnider, 1996)。

#### 5) 母親へのグループ支援の重要性

虐待問題が生じる家族の掴みにくさ、支援効果の不透明さはあるものの、それらの対象への関わり必要性を保健師は感じ、個別的で緻密な支援が展開されている。虐待防止のもう一つの方法としては、親へのグループ支援がある。親教育の重要性が指摘され、親の態度の変化は虐待の予防に効果的であるとされているが、個別的な支援による親の変化には限界がある (広岡, 2001)。母親をグループにした関わりにより母親の内面的な変化が期待されている。(Angeli ら, 1994; Cowen, 2001)。しかし、短期的な変化はあっても長期的な子どもとの関係改善について明らかにされているとはいえない。我が国でも母親へのグループの支援が様々な形で始められている (広岡, 2001; 冨家, 2001)。今後これらのグループ活動に参加した母親と子どもの変化を継続的にみていく研究が積み重ねられていくことが必要であろう。

### 3. 地域母子保健活動における保健師の実践能力

#### 1) 家庭訪問のプロセスに関する研究

看護職による家庭訪問の有効性が強調されるようになってきて以来、母子に対する家庭訪問の研究も様々な角度から行われている。Byrd (1997a) は、1960年代から行われてきた母子の家庭訪問をレビューし、1986年以降の論文における家庭訪問の成果について述べている。ここでは、Olds ら (1986a; 1986b) の研究が中心に取り上げられ、母親への成果、子どもへの成果、母子関係の状況、環境要因の改善などとの関連が検討されている。Olds らの研究結果からも明らかなように、妊娠中からの家庭訪問は、母親、子どものそれぞれに対して有効であることが示されている。しかし、これらの研究で取り組まれた家庭訪問は研究のためにプログラム化されたものであり、実際に行われている保健師の活動の成果ではない。今後保健師の実践活動における家庭訪問の有効性が評価されていくことが必要である。Byrd 自身がおこなった家庭訪問のプロセスを明らかにする研究では、まず過去の訪問に関する文献をレビューし、家庭訪問のプロセスを *contacting phase*, *entry phase*, *terminating phase* に分類した概念分析を行っている (Byrd, 1995a)。このなかでは Luker

ら（1990）の研究でも強調されている entry phase では、単にクライアントの家に入ることだけでなく、クライアントの生活状況にまで踏み込むことであるという考え方を示している。さらに、保健師の訪問には voluntary と required の二通りのものがあるとし、それぞれの家庭訪問プロセスを比較したものを図式化している（Byrd, 1995b）。このなかで最もリスクのあるクライアントへの家庭訪問は、他機関から要求されるもの(required)であり、最も難しいことが示されている。家庭訪問では関係性が重視されるため特にこの入り口の関わりが重要である（Kristjanson ら, 1991）。Byrd はこれらの文献検討をもとに、一人の保健師の家庭訪問を8か月間にわたって観察、面接による研究を行い、訪問のプロセスについて述べている（Byrd, 1997b; 1998; 1999）。それらにはクライアントと訪問スケジュールを調整する、家に入る、ケアの判断をする、訪問を終えるという内容がある。これらは、保健師が何気なく行っている家庭訪問のプロセスを示すものとして有効である。

## 2) 熟練保健師の実践能力に関する質的研究

Hamilton ら（1988）が熟練した保健師の話を引き出すことが重要であるということを示して以降、地域における保健師の活動に対する質的研究への関心が高まってきている。（McNaughton , 2000）。

Zerwekh（1991; 1992a; 1992b）は30人の熟練保健師への面接調査を行っている。その結果、保健師の実践能力について、家族を見つける、信頼関係を構築する、強さを育むを示している。また、Kitzman H. ら（1997a）は、Olds ら（1986a; 1986b）の研究プログラムに参加した看護師を対象に行った研究において、彼らがどのように地域で活動できるようにようになっていくかを示した（Hanks ら, 1999）。Kitzman ら（1997b）は、研究の家庭訪問による支援の成果とは別に、看護師たちが果たした役割として、潜在的な危険性（危険な地域に出向くことに対する）への対処、総合的な看護ケア 特にソーシャルサービスを提供するスキル、個人だけでなくグループへの対応、効率的な活動のために組織的に文化や規則を構築する職務などが示されている。これらは今までの保健師活動のなかで当然と考えられ、積極的に言語化されてこなかった内容であるが、地域看護以外の領域で働いていた看護師が地域で活動を行ったときに捉えた内容として新鮮である。

また、Reutter ら（1997）は、クライアントの能力に焦点をあてて、クライアントの能力向上のために保健師がとる方法、クライアントとの関係の取り方について述べている。クライアントとの関係性は、専門職からの一方的なものではなく、クライアントとのパー

トナーシップを基に行われることが示され、関係性の重視が強調されている。

さらに Smithbattle ら (1997) は家庭訪問を理論化していくために、日々の実践において認識されにくい保健師の専門性について検討し、自己を反応的に使うことをあげている。このなかで保健師は脆弱性のある集団に特に対応していること、保健師の対応はステレオタイプではなく、クライアントの差異を尊重していること、社会の底辺にいる人々に向けた行動をおこし、官僚的な規制に異議を申し立て、政策を変更に導く活動を展開していることを示している。一般的に見えにくく、理解されにくい保健師の活動を言語化していくことの意義は大きい。我が国においても、萱間 (1999) の精神分裂病者に対する訪問ケア技術についての研究や宮崎 (1995) の保健師の判断能力に関する研究などのように、保健師の実践能力に焦点をあてた研究が行われるようになってきている。母子保健に関する領域のものとしては、健診場面での保健師の判断に関する研究が行われている (吉田, 2000)。虐待防止活動に焦点をあてた研究では、山田ら (2002) が保健師の支援に関する実態調査を行っているが、虐待問題をもつ母親・家族への支援における保健師の実践能力に焦点をあてた研究はまだみられない。

#### 4. 研究課題

虐待への支援の方向が、子どもの保護から虐待防止に向けた子ども・家族への対応と変化しているが、虐待防止先進国である英国や米国においても虐待の数は減少していない。現在、この領域において成果が期待されている活動は、看護職の家庭訪問である。家庭訪問を受けた母親への効果は研究により確認されてきた。しかし、保健師が家庭訪問において母親のもつ多様な問題や子どもの育児に関する問題にどう対応しているのかという保健師の経験や実践が明確にされているとはいえない。保健師は、子どもや母親の家庭、地域のさまざまな場所や空間でかれらの状況に合わせた支援を行う。また、対象である母親の一面的に捉えきれない生育歴・生活歴の複雑な個性を尊重し、母親との相互作用のなかで支援を進めていく。それらの保健師の実践活動を詳細に記述し、分析することにより、彼らが母親に行っている実践のなかから特有の支援方法を見出すことができると考える。

本研究は、地域母子保健活動において虐待防止に取り組んでいる保健師を対象とし、保健師が母親におこなっている支援に焦点をあて、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用い、彼らの実践知をカテゴリーとして導き出し、母親への支援について明らかにし、虐待防止の実践活動に応用できる支援方法の構築を目指す。

### III 研究方法

#### 1. グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いる理論的根拠

本研究は、保健師が虐待問題をもつ母親に対してどのような支援をおこなっているかという保健師の経験における実践知—身体に根ざした知性によって、何かをするのに、いかにかかわればいいかがわかっていること（ベナー&ルーベル, 1999, p450）—を導き出すことである。保健師の実践とは、母親に一方的、機械的に働きかけて行った結果ではなく、母親の状況をみて知覚し、必要と判断し、行った複雑でダイナミックな支援である。この支援において保健師は、一人一人の母親とかかわる時、場や空間に意味をおき、支援に必然性を持たせる。また、かかわりは、画一的なものではなく母親の個々の状況に合わせ、相互作用を持ちながら進めていく。このような保健師が母親に行っている実践は、一義的で単純な因果関係で表せるものではなく、従来の科学の知に基づいた普遍的、論理的、客観的な方法で説明していくことは難しい。そのため、中村（1992；1999）が臨床の知の構造原理としてあげているコスモロジー（場所や空間の一つ一つが有機的な秩序をもち意味をもった領界と見なす立場）、シンボリズム（物事をさまざまな側面から一義的にではなく多義的に捉え、表す立場）、パフォーマンス（身体を持つ主体として他者からの働きかけを受けつつ、他者に働きかけること）に着目した立場で、一義的には表せない保健師の実践を明らかにしていくことができると考える。このような保健師の実践は、象徴的相互作用論の『人間は、ものごとが自分に対してもつ意味ののっとして、そのものごとに対して行為する、ものごとの意味は社会的相互作用から導き出され、発生する、このような意味は、個人が自分の出会ったものごとに対処するなかでその個人がもちいる解釈の過程によって扱われたり、修正されたりする』（ブルーマー, 1997）という前提に通じる。そのため、保健師の母親への支援という実践のなかに存在する事実を引き出し、それらを解釈していく方法論として、象徴的相互作用論を理論的前提とする。

グラウンデッド・セオリー・アプローチは象徴的相互作用論の人間行動や人間同士のまじわりの見方を応用した研究方法であり（チェニッツ&スワンソン, 1992）、データから考えを発展させ理論を生成する研究方法である（木下, 2000, p43）。本研究は、保健師が母親に対して、能動的、主体的にかかわり、母親からの働きかけを受けとめるという相互作用のなかで行っている実践のデータを記述し、帰納的に分析し、導き出された支援内容を系統的に整理することにより、虐待問題を持つ母親への支援方法の構築を目指すため、グ



ラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。グラウンデッド・セオリー・アプローチは、複雑な状況下で人間の行動や未解決の社会問題を概念として示す場合に特に有効である（チェニッツ&スワンソン, 1992）。虐待問題は、子どもの保護と家族への支援を分離して考えることが難しく、社会的取り組みも始まったばかりであり、明らかにされていない要素も多い。そのため虐待問題の支援について、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて探究していくことが適切であると考えられる。

## 2. 調査時期

調査は1998年4月から2001年11月にかけて行った。

## 3. データ収集

### 1) 研究協力者及び選定方法

本研究では、研究協力者（以下対象者とする）を行政機関で働く保健師のなかでとくに虐待への関わりを主に行っている保健所保健師に絞った。本研究を開始する1年前（1997年）から母子保健法が市町村主体で施行され、市町村保健師が虐待への支援を行っていく体制づくりが始まっている。しかし、現状は保健所保健師の方が市町村保健師に比べ、母子保健活動への取り組みの歴史が古く、虐待のケースは保健所保健師が担当することが多い。そのためA府保健所保健師の中から虐待について一定の知識を持ち、保健師としての実践能力を持つと考えられる対象者を推薦してもらった。本研究における実践能力とは、虐待問題をもつ母親の個性性を尊重し、母親と相互作用を持ちながら支援を行っていることとした。

対象者の推薦及び面接依頼は以下のような手順で行った。

- (1) 対象者の推薦：保健師の児童虐待への支援について詳しい厚生省心身障害研究分担研究班（研究者もメンバーとして所属）のメンバーである保健師、虐待された子どもへの治療と家族へのケアを先駆的に取り組んでいるA府母子保健総合医療センター地域保健室保健師、A府において長年母子保健における課題について自主的学習会を継続しているB母子保健研究会（研究者も所属）のメンバーである保健師から推薦してもらった。
- (2) 対象者への面接依頼：推薦された保健師に研究への協力と依頼を電話と文書で行い、同意を求め、面接日時と面接場所を設定した。面接日時を決定することで研究への

協力を承諾してもらえたと判断し、特別に承諾書を求めている。面接日時が研究対象者の勤務時間内にあたる場合は上司へ面接の依頼文書を提出した(資料1, 2)。対象者は22名であり、すべて女性の保健師であった。対象者の年齢は平均46.2歳(32歳—60歳)、保健師としての経験年数は平均21.6年(7年—35年)であった(表1)。

## 2) 面接方法

面接内容は、研究協力の依頼文書とともに事前に対象者へ送付し、面接前に再度内容を説明した。面接では、今までに支援した虐待ケースの概要(子どもの年齢、虐待の状況、援助の経過、関係機関の関与)、支援の内容、支援に対する保健師の考え等を自由に語ってもらった。対象者の背景を理解するために、面接の最後に対象者の年齢、保健師としての経験年数を聞いた。虐待問題をもつケースは複雑な要因を含んでいるため、対象者はケースの概要を語ることに重きを置きがちであり、自分自身が行った支援については言語化しにくい傾向がみられた。そのため、語りの雰囲気をも崩さないように配慮しながら、支援を行ったときの思いや判断などについて質問を追加した。面接の場所は、21名は保健所で、1名は研究者が所属する大学の研究室で行った。保健所で行ったことにより、対象者が活動している地域状況が把握しやすく、対象者の語る支援内容が理解しやすくなった。面接内容は、対象者の承諾を得てテープに録音した。

それぞれの対象者には1時間半から2時間の面接を行った。22名のうち2名には、分析の進行にあわせて追加して面接を行い、全部で24回の面接を行った。分析をすすめながら22名への面接を行った時点で理論的飽和に達したと考え面接を終了した。また、この数は同一行政機関というかなり限定された領域から対象者を選定しているため、同質対象選択(ホロウェイ&ウィーラー, 2000)にあたる考え、分析に不十分な数ではないと判断した。

## 4. 分析方法

面接データの分析は、グラウンデッド・セオリー・アプローチの継続比較分析を用いて行った(グレーザー&ストラウス 1996)。分析の手順は、まずテープに録音された面接内容を記録し、逐語録を作成しデータとした。データのなかで保健師が語った部分を文章または区切りと考えられる内容で分け、文脈等で検討しながらコードをつけ、各事例ごとに詳細なリストを作成していった。それらを保健師が支援を行っている対象(母親、子ども、

家族、関係機関)で検討した。そのなかでコードが最も多かった母親(2519コード:1事例平均115コード)への支援に焦点を絞り分析を行った。分析はデータに関する思考を要約したメモをとりながら進めていった(ストラウス&コービン, 1999, p. 208)。メモをとることでデータへの問いかけができ、出来事の関連に気づき、分析の成果を整理していくことに役立てることができた。分析の事例数を積み重ねていくなかで、保健師は、自ら知覚した母親の状況に基づいて支援を行っていることが導き出された。また、支援がうまく進展しなかった場合とうまく進展した場合があり、それらを比較することで、支援が進展していくために母親の保健師の受け入れに関する要因があること、支援内容を拡大していくために保健師は、母親の生活上の変化に着目していることが見出された。そこで、支援の進展状況により、支援内容に関する概念を抽出し、概念の特性で比較、検討した。さらに、抽象度を比較し、階層的に、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。さらに新たなデータから導き出したカテゴリーをすでにあるカテゴリーと比較し、整理、統合していった。また、抽出されたカテゴリー間の関係を検討し中核カテゴリーを選定した。それらを各事例ごとに比較検討し、支援の全体構造を導き出した。この全体構造に再度全事例を当てはめ、カテゴリーのネーミング、カテゴリーとカテゴリー間の関係の妥当性を確認する作業を繰り返して行い、改めて全体構造を検討、修正した。

## 5. カテゴリーの妥当性の確認

分析結果の評価については、まず概念とデータの対応関係としての適合性 (fit)、関連性 (relevance)、説明力 (work)、修正可能性 (modifiability) について見ていく必要がある(木下, 1999)。それは、指導教官、質的研究者と検討し、修正した。

次に評価基準としては、抽出された理論と現実の対応関係をみていくための現実への適合性 (fitness)、理解しやすさ (understanding)、一般性 (generality)、コントロール (control) がある(木下, 1999)。これらは、面接対象者を紹介してくれた研究班のメンバーであり虐待問題への保健師の支援に精通している研究機関の研究員、質的研究を行っている大学教員、面接対象者2名に分析から抽出したカテゴリー、サブカテゴリー、概念等の分析内容と全体構造を提示し、確認、検討した。また、現実への適合性 (fitness) について、研究者や面接対象者である保健師(1名)とともに虐待の事例研究会(平成14年度5回開催)に提供された事例への保健師の支援との比較を検討し、カテゴリーに修正を加えた。

## 6. 倫理的配慮

面接対象者へは、対象者と個々のケースのプライバシーを厳守することを依頼文書に記して面接の同意を得た。テープ録音に関しては対象者の了承を得て行い、面接途中でプライバシーに関する内容が強調される場面でのテープ録音は一時中断する配慮を行った。

またテープからの逐語録の作成は最初の数ケースは研究者自身で行ったが、それ以降は書き起こし者に依頼した。その際プライバシーの厳守を確認するとともに作成後のテープ、プロッピーの回収を確実にを行った。

## IV 結果

### 1. 対象者が支援した虐待ケースの背景

対象者（以下保健師とする）が援助したケースの概要は表2に示した。子どもが受けていた虐待（『児童虐待の防止等に関する法律』の定義による）は、ネグレクト10名、身体的虐待6名、心理的虐待1名、ネグレクト・心理的虐待2名、身体的虐待・心理的虐待3名である。家族構成は、核家族20名、その内母子家庭が1名である。拡大家族2名、いずれも母親の実父母との同居である。子どもの数は1人が8名、2人以上が14名（内双子2組）である。ケースを把握し、保健師が援助を開始したときの子どもの年齢は、1歳未満の乳児が13名、2歳未満までが4名、2歳以上が5名である。ケースの把握方法は、医療機関などの関係機関からの連絡があったものが17名、低出生体重児家庭訪問等の保健師活動から2名、母親または家族から相談があったものが3名である。医療機関など関係機関から連絡があった17名のうち11名は1歳未満であった。母または家族から育児や子どもの発達のことについて相談があり把握した3名の年齢はいずれも1歳以上であり、保健師の地域母子保健活動の一つである低出生体重児家庭訪問で把握したケースは、2か月までの乳児早期であった。保健師が支援をおこなったケースの多くは、自ら相談があったのではなく、関係機関からの連絡や保健師の活動を通して把握していること、2歳までに把握されていることが示された。支援した母親のなかで精神科の医療機関を受診したことがあった、または支援の経過中に受診した人は8名である。

### 2. 保健師による母親の【“しんどさ”への支援】の全体構造

保健師の虐待防止に向けた母親への支援の全体構造は、母親の【“しんどさ”への支援】を中核カテゴリーとして、15カテゴリー、52サブカテゴリーで構成される（表3、表4）。

#### 1) “しんどさ”の定義

“しんどさ”とは、しんどいの形容詞型であり、語源は『心労』で、くたびれている、つらい、苦しいなどの意味を表す（広辞苑）。また関西では、退屈、聞きづらい、気苦労などさらに複雑な意味を含めて用いられている（牧村, 1979）。大阪ことばの使用頻度において、大阪以外から大阪に来た人のなかで約9割の人々がこの言葉を使用するようになってきている（彭, 1993）ことからなじみやすく、一言では言い尽くせない状況を表す言葉として使いやすい。また、情報化社会に伴う関西文化の広がりの中で、“しんどさ”とい

う言葉は『方言の共通化現象』として、関西以外でも共通語になりつつあるという現状がある（彭，1993，p31）。本研究では、“しんどさ”という言葉を、「身体的疲れや大変さを表すだけでなく、心理的状态、社会的状況も含む大変さやつらい思い」と定義し使用していく。

## 2) 全体構造

【“しんどさ”への支援】とは、保健師が母親の身体的、心理的、社会的状況から、何か“しんどさ”があるのではと気になり、母親に焦点を当てて行う支援である。この“しんどさ”は、母親が直接感じているかどうかではなく保健師が母親の状況を見て感じるものである。

図1に【“しんどさ”への支援】の全体構造を示した。この支援は前提条件として保健師が母親に出会った初期に知覚した母親の状況として《“しんどさ”があることに気づく》ことから展開される。そして《“しんどさ”に気持ちを寄せる》という支援を行っていくなかで保健師は、母親の持つ“しんどさ”の内容が徐々にわかるようになる。《“しんどさ”の本質を見極める（問題の本質に対するアセスメント）》である。それに伴い支援は《“しんどさ”を軽減する》へと進んでいく。《“しんどさ”に気持ちを寄せる》から《“しんどさ”を軽減する》支援への進展に、保健師に対する〈母親の受け入れにくさがある〉が、それぞれの支援内容の拡がりに〈母親の生活上の変化に着目する〉が関連している。図1にはカテゴリーをレベル順に【】、《》、〈〉、で表した。

【“しんどさ”への支援】の最初の段階である《“しんどさ”があることに気づく》と《“しんどさ”に気持ちをよせる》から述べる。保健師が母親にかかわりはじめるきっかけは、関係機関から連絡を受けたり、乳幼児健診で要経過観察になり保健師から働きかけることである。そのなかで保健師は、母親自身の様子や母親の子どもへの接し方が何か気になる。

〈母親の蓄積した疲労感〉や〈切迫した育児・家事の状況〉、〈子どもとの不調和感〉である。このような知覚から、母親が何か“しんどさ”を抱えているのではと思う。そのため、このまま母子を放置しておけないと感じ、継続してみていく必要があると認識する。この時点で“しんどさ”の内容はよくわからず、母親に何か“しんどさ”があるのではという気づきである。そして、これが、保健師が母親へ支援を始めていくための前提条件となる。母親に何か《“しんどさ”があることに気づく》ことで保健師の支援の対象は、虐待されている子どもだけでなく母親を含めて考えていくようになる。そして保健師は、母親とのつ

ながりが切れないように《“しんどさ”に気持ちをよせる》支援を行う。そのなかで母親とかわりを持つために〈かわりの糸口を探し〉、家庭訪問や面接で母親とコンタクトできる機会をもち、母親の気持ちを保健師に向けるように、〈母親にとって心地よい関係をつくる〉ことを心がける。しかし、この時点で母親は、直接保健師に支援を求めているわけではなく、保健師が何者かを認識できているわけでもない。母親に保健師は育児支援ができ、母親が困っていることの手助けができることを理解してもらい〈保健師を信用してもらう〉ようにする。

保健師は母親とかわりを継続し、支援を進展させていくために、保健師に対する〈母親の受け入れにくさがある〉ことを認識している。かわりが継続できても、保健師が母親にとってメリットがある人ということがうまく伝わらなければ、母親の受け入れは悪くなり、支援が中断するおそれがある。保健師が母親に対して支援の必要性を強く感じて、その思いは母親に届かず関係は途絶えてしまう（表1に《“しんどさ”に気持ちを寄せる》支援までしか進まなかった保健師と《“しんどさ”を軽減する》支援まで進んだ保健師を示した）。

母親へ《“しんどさ”に気持ちをよせる》支援を行うことにより、保健師が何をやる人であるか理解してもらえ、継続した関係がつくられていくなかで、保健師は、母親の《“しんどさ”の本質を見極める（問題の本質に対するアセスメント）》ようになる。それは、母親が〈孤立無援の状態にある〉こと、母親が〈深刻な心理的問題をもっている〉こと、〈子どもを気遣えない〉ことである。“しんどさ”の内容や程度は母親によって異なり、母親に感じた“しんどさ”の状況に合わせて《“しんどさ”を軽減する》支援を行う。《“しんどさ”を軽減する》支援において基盤となるのは、母親を一人の人間として認め、対等な関係でつき合っていく気持ちを根底にもつ〈つながりの気持ちを示す〉ことである。保健師との安定した人間関係を維持できることで、母親は自分が誰かとつながっていると感じられるようになり、それは母親の社会的孤立感の軽減につながる。子どもを気遣えない状況にある場合は、子どもへの直接的ケアを含めた実際的な支援や、母親の能力に合わせた具体的な支援を行い、〈母親が生活しやすくなるようにする〉。保健師との関係が継続されていくなかで、母親に子どもへの対応や母親自身の問題を指摘しても関係が切れないことがわかってきた時、母親にそのことを話し〈母親の気持ちを揺さぶる〉働きかけを行う。また、次第に〈母親の目を外に向けていく〉ようにし、母親を理解してもらえる人を増やす。

また、《“しんどさ”に気持ちを寄せる》や《“しんどさ”を軽減する》支援の内容や頻

度を考えていくために保健師は〈母親の生活上の変化に着目する〉。

保健師が母親への支援をどの時点で終結と判断するかは難しい。子どもの死亡、母親の死亡、家族の転居などでかかわりが中断せざるを得なくなる場合以外はかかわりを継続している。母親に顕著な変化がみられなくても保健師との間に信頼関係ができることにより、子どもに生命の危機をもたらすような深刻な虐待の把握は可能であり、必要時、児童相談所などの関係機関の導入が円滑にできるようになる。

以下の項でそれぞれのカテゴリーについて説明する。データの解釈の妥当性の確認のため、それぞれのカテゴリーのあとに保健師の言葉をなるべくそのままの形で記述し、保健師の経験年数を記した。言葉の内容における家族関係の表現は子どもではなく母親を中心とした言い方に変更した。カテゴリーはレベル順に《》、〈〉、\_\_で、保健師の言葉は小文字で表した。

### 3. 《“しんどさ”に気持ちを寄せる》支援

#### 1) 前提条件《“しんどさ”があることへの気づき》

保健師は、母親の会話のぎこちなさや子どもをすぐに叩くという行為、子どもへの配慮のない行動が気になり、母親が何か“しんどさ”を抱えているのではないかと気づく。この気づきは、保健師が知覚した母親の状況である。保健師は、〈母親の蓄積した疲労感〉、〈切迫した育児・家事の状況〉、〈子どもとの不調和感〉を“しんどさ”があると捉えている。

##### (1) 〈母親の蓄積した疲労感〉

母親の体調が悪いことや表情がすぐれないなどの母親の心身の不調からくる“しんどさ”であり、保健師は、母親と出会った直後に気づきやすい。

##### 母親の心身の不調

母親に精神的疾患があり、薬を服用している、身体障害がある、妊娠している、年子や双子を出産するなど心身の健康状態が最善でない場合である。このような状態では、育児や家事が思うようにできず、そのストレスが子どもに向けられる。



子どもがね、結構続けて生まれてるんですわ。この子が平成4年生まれで、すぐ下の子がね、平成5年の10月に生まれて、次が平成7年4月に、男の子ばかりこういう形で生まれてるんです。だから、第三子を出産したときは、上の子が2歳10か月で、次の子が1歳6か月で結構大変な状況があるんですね。(P 保健師 35年)

## (2) 〈切迫した育児・家事の状況〉

保健師が家庭訪問で、家の中の状況や暮らしぶりをみたり、母親の話などから、母親の能力の不均衡、伝統的育児観への束縛、母子の閉塞感、厳しい家計のやりくりを感じ取り、育児や家事に余裕がなく、切迫感があり、それらが母親をしんどくさせていると気づくことである。

### 母親の能力の不均衡

保健師が支援した母親のなかには知的障害のある人はいなかった。保健師が母親の能力の不均衡に気づくのは、知的能力に問題がないにもかかわらず、家事能力、育児能力、生活能力、対人関係能力にアンバランスを感じさせられることである。これは、かかわりの直後にはわかりにくい問題であり、低出生体重児で家庭訪問していても、その時点では、かかわりの必要性を強く感じなかった母親もいる。能力の不均衡は、関わりを継続するなかで見えてくる問題である。

お母さんの性格は、口が達者で人懐っこい喋り方をするけど気分の起伏が激しい。また、言っていることに行動が全く伴わない。外出の際にはおしゃれをするし、子どもの(幼稚園の)おたより帳には綺麗な文字で相談などを書くため、外から見ると生活能力の低さが分からない。それに一見人懐っこくて。お昼に郵便局とかで会うじゃないですか。そしたら「E さーん」って手を振って声をかけてくるんですよ。その時なんか綺麗にというのか、あの汚い家のなかから、よくこの服装が出てくるなっていう感じで、(お母さんが着ている洋服は)そんなに汚く見えないんですよ。ちょっとシュツとした感じでね。(E 保健師 27年)

### 伝統的育児観への束縛

伝統的育児観への束縛とは、子どもを自分の手で上手に育てるのが母親としての責務であるという思いをもち、母親がこの観念に強く縛られていることである。このような母親

は、育児に余裕がなく、他の母親はうまく子育てできているのに自分はどうして上手くできないのかと自責の念を抱いてしまいがちである。保健師は、このような思いが母親をしんどくしていると感じている。

言われたことはせなあかんと思いはるから。だからたとえば、離乳食は4カ月やったら「4カ月からせなあかん」って。1匙言うたら「1匙からやね」っていう感じの几帳面さのあるお母さんやったから、なんていうのかな、おおらかに伸び伸びと、「少々泣いててもほっといたらいいよ」っていう事を言うと、「少々というのはどの程度かな」とか、そういうことをすごく気にするお母さんだったというのを、2回か3回訪問に行く中で感じたんですね。(S保健師 16年)

「2人子どもがいて、(うまく) やってる人はいっぱい、なんぼでもいるのに、私だけ何でこんなにしんどいんやろう、私がやっぱりおかしいんやろうかって思ってしまう」って話してはるんです。(O保健師 9年)

### 母子の閉塞感

保健師が家庭訪問したとき、カーテンが閉められ、たばこの煙がもうもうと漂う薄暗い部屋のなかに母子だけにいる姿に閉塞感をもつ。母親は他の公的サービスや機関との結びつきもなく、近所からも孤立している。

家のなかには、まあまあ、散らかってはいないんですけど、すごい閉め切った部屋で、タバコをブワッと吸ってはるんですよ。だから煙がモウモウと立ちこめているようなところに子どもと2人でいてね。子どものほんとはちょっとしたこまごましたことでも怒ったり、叩いたりね。(O保健師 9年)

### 厳しい家計のやりくり

夫の職業の不安定さや失業などから家計のやりくりが切迫している。それらは衣服のちぐはぐさや交通費、食事の費用にも困窮している様子から察している。経済的問題は、かわりの当初に母親の話に出ることは少なく、家庭訪問のなかで、家の中や子どもの様子をみて感じ取る。

初めね、洋服が夏に生まれてるのに、厚地の服とかを着せたりするんですよ。冬になっているのに今

度は夏のような服のままでいるとかね。「お洋服ないん？」って聞いたら、「うーん」って言い渋るから、「お金のこと、買うお金がないん」っていったら、「うん」って言って、「ああそう、大変ね」という話をしながら、「ご主人、給料どれくらいもらってるの」って聞いたら、「主人給料これだけ、借金で全部もっていられるから（お金が）ないねん」とか、だんだんそういう話になって。（G 保健師 25 年）

### （3）〈子どもとの不調和感〉

母親と子どもとの関係をみて、子どもへの厳しい叱責やすぐに叩くなどの子どもへの対応のまずさや、子どものことをあまり意識していない子どもへの関心の薄さなどから、子どもとの不調和感をもつことである。

#### 子どもへの対応のまずさ

母親は、保健師が目の前にいるにもかかわらず、子どもを直ぐに叩いたり、大声で叱責したりする。これらの行為を保健師は、母親が子どもにどう接しているのかわからず、子どもの言動に振り回され、しんどくなっていると感じている。

（相談があって）すぐに行っただんですけどね、1歳8か月のとき。ほんとにちょっとした細々したことでも怒ったり、叩いたりね。まあ、そんなバシーンとではないけれど、ピチンピチンというのはしょっちゅうありました。ちょうどこの時お母さん妊娠中だったんですよ。11月12日が予定日で、お腹も大きかって。「大変な時期やね」って。「特に言葉も出てなくて、言ってることは分からへんし、そのくせイタズラは多いし、大変な時期やと思うよ」っていう話と、「特にお母さん今お腹が大きくてともしんどいよね」っていう話をしてね。（O 保健師 9 年）

#### 子どもへの関心の薄さ

子どもに対して否定的感情を持っていたり、子どもへの愛着（人と人との間に生じる持続的で情緒的きずな）が乏しく、育児不安も示さず、子どもへの関心が薄いと感じられることである。母親から育児や子どものことで“しんどさ”が表出されることもなく、保健師は感情を表出することができない母親の背景の深刻さに“しんどさ”があると感じている。

お母さんは、この子のほんまに育児について、こう、どうしたらいいとか、戸惑うとかっていうふう

なんは、まあないね。(育児不安が)無い。そういう不安なんていうのは持ち合わせてないかもしれない。

でね、どこが不安、不安という言葉が適当かどうかわからへんけどね (J 保健師 27年)

## 2) 《“しんどさ”に気持ちを寄せる》

保健師は、母親が何か“しんどさ”を持っているのではないかと気づき、子どもだけでなく母親にも援助が必要であることを認識し、支援の視点を母親に向ける。母親の立場から、彼らが体験している“しんどさ”を理解しようとする保健師の行動である。保健師は母親と〈関わりの糸口を探し〉、〈母親にとって心地よい関係をつくる〉ことを心がける。そして〈保健師を信用してもらおう〉働きかけをおこなう。

### (1) 〈かかわりの糸口を探す〉

母親に何か“しんどさ”があると感じ、保健師は母親とかかわりを持とうとし、〈かかわりの糸口を探す〉。その方法として、母親の関心にチャンネルを合わせる、かかわるタイミングを合わせる、訪問理由を明確にする、物品を供与するなどを行う。

#### 母親の関心にチャンネルを合わせる

かかわりの糸口を探すために保健師は、母親が今何を求めているか、母親の関心はどこにあるのかを考える。子どものしつけや発達、理解しがたい子どもの行動への対処、または母親自身のことなど、母親が今関心をもっていることを掴み、かかわりのきっかけにしていくことである。

この人欲しくて欲しくて生んだ子やし、どういうふうの子育てしていいか、私でも、うろろうしたんだから、この人もうろろうするだろう、だからそこにチャンネルをしっかりと合わせて付き合っていたらいいなって。この子健診に来てなかったからね、「それで訪ねて行くんよ」「子育てのことで困っていることあったら、相談に乗るよ」ということを電話で言っておいてね。でも、約束した日に訪問したら、『(子どもが)熱を出して、いろいろ相談したいことがあるけど、今日は市民病院に行つてすみません』っていうメモがあつてね。こういう時にチャンス逃したらあかん。せつかくメモが入ってるんだから。すぐ病院に追っかけて行って、熱が出て、どうしていいかわからん時に、「もお、大変ね」って言うて。発熱に対応するときのポイント、熱冷ましのこと、お薬の飲ませ方とかを外来で、薬ができるのを待ちながら話しました。(A 保健師 26年)

### かかわりのタイミングを合わせる

同時に重要なのは、かかわりをもつタイミングである。母親が困っているとき、または困るだろうと予測される出来事があるときにタイミング良くかかわることである。この時点では、まだ母親の行動がよくわかっているとはいえないので、母親が困ることの予測とは、一般に育児を行っている母親に生じると考えられる心配事や関心である。

(訪問は) 退院した日に行ってます。退院の時に、『今帰りました』っていうファックスが病院から入ってるんですよ。『何時にこうこう、こうして帰りました』っていうのが。それで、その日に行ってますね。その日と翌日も行ってますねえ。その後、土日をあけて、次の月曜日に行ってます。(J 保健師 27 年)

### 訪問理由を明確にする

かかわりを持つとき、保健師がなんのために自分のところに来るのかということをもとに母親に納得させる理由をもって訪問することである。安易に関係機関から連絡があったからという理由で訪問したり、他機関の専門職と一緒に訪問したりすると、保健師がどのような役割をもっているのかを母親に伝えることが難しくなり、母親の受け入れが悪くなることもある。医療機関等の関係機関からの紹介で保健師がかかわる場合は、保健師がかかわる前に関係機関の医師や助産師から保健師のことを紹介しておいてもらっている。また、低出生体重児の家庭訪問や健診の要経過観察で訪問に行く場合は、保健所が誰にでも行っているサービスであることを示す。

(病院からの電話は) 婦長がとりましたね。で、私の担当地区だということで。病院の先生の方から(母親に) 保健所についての情報を与えていないので、最初はちょっと、どういうふうなきっかけで関わろうかなというようなことで困ったんですよ。もう一度1週間後に(病院に) いくということを約束してはったので、その時に保健師のことを紹介してもらおうということで。あの「育児について、保健所の方に育児のことについて相談できるからね、保健師さんがまた連絡すると思うからね」ということを主治医の方からお母さんに言ってもらっているです。・・何もない中ではこちらはいけないので、先生に「保健師のことを紹介しといてください」という連絡は入れたんです。そのつなぎだけはしておいて下さいと。(N 保健師 17 年)

### 物品を供与する

保健所にある育児用品の試供品などを持って訪問にいき、それを母親に使ってもらうことである。育児用品のリサイクルで手に入れたものを持っていくこともある。何も持たずに行くより、保健師が母親のことを気にしていることを伝えるのに効果的である。

(子どもの) おやつなんか持っていったり、そのおやつはウインナーソーセージみたいなものだったかな。そんなんをちょっとだけ持って行って。お母さんはお菓子を買っても袋ごと子どもに渡すから、「そんなんではなくて、ソーセージみたいに安くて、こういうのもおやつになるのよ」と言って。・・子どものために紙おむつもだいふく持っていきました。試供品として(保健所に)ようけきていたんですよ。(V 保健師 29年)

### (2) 〈母親にとって心地よい関係をつくる〉

自らの対人関係の問題から社会的不利を同時にいくつも抱え、八方ふさがりに陥っている母親が多い。育児について、母親としてあるべき姿の理想は高いにもかかわらず、現実の子どもへの対応はうまくできず、そのことで夫や実母から責められている。保健師は、そのような母親の気持ちを察知し、育児や家事が上手くできていないことを責めたり、非難したりするのではなく、母親にとって心地よい関係をつくっていくことを心がける。そのために、家庭訪問や、母親に会う時間は、まず母親の都合を優先する。母親と目線と同じにし、母親を主体にしたかかわりを行う。そのかかわりのなかでは母親のことを気遣い、かかわりを継続していく。

### 母親の都合を優先する

母親に会うときは母親の生活時間に合わせたり、母親が都合の良い時間帯に訪問したりすることである。朝が苦手な母親に対して、午前中の遅い時間や午後訪問などの配慮をする。できるだけ母親の家庭に出向き母親の生活の場で対応する。

どんなときにも別に約束してへんときでも「あの近所来てんやけど、起きてる」って言って、まだ寝ているような時間にはいかないように極力して、起きてて何事もおきていないやろうなと思う時間を目指していくんやけど。(I 保健師 24年)

### 母親と目線を同じにする

母親の能力に合わせて母親ができる範囲のことを求める。母親の実際の生活をみると求めたくなることはたくさんあるが、母親にできそうなことだけを求めることである。そのためには、その時点での母親の心身の状態や能力を把握し、母親の子どもへの対応や家事の状況を一つ一つ確認しながら進めていく。保健師は子どもが乳児早期からかかわりをもつ場合が多く、離乳食の話がよく出てきた。離乳食をつくるのが能力的に難しそうな母親や離乳食という育児上の新たな課題に直面して心理的苦痛を感じていると思われる母親に、もう少しミルクをあげていくことや市販のベビーフードの利用を勧めたりしている。

お母さんが「(4か月) 健診にいつてきて離乳食のこといわれたんでちょっとつくってみようかなと思っています」っていうことだったんですよ。それで「でも別に無理やったら離乳食そんなに急がなくてもいいから、ミルクあげたらいいのよ」ってそんな話をしたんですよ。お母ちゃんとしたら保健センターの健診で4か月から離乳食って言われたんでせんといかんというふうに思いはったんかな。(M 保健師 25年)

4カ月をすぎると離乳食を作らなあかんということになってきて、それがお母さんにしたらすごく苦痛。離乳食の指導ももちろん訪問でするんやけど、「離乳食もそんなにがんばらんと、今日はしんどいなと思ったらビンのものにするとか、果汁だけにするのでもいいよ」って言うんだけど。やっぱりお姑さんとの関係もあったのか、そのへんはきっちりしていたんですよ。必ず一品は何か作って、(子どもに)前掛けをしっかりとちゃんとテーブルに座らせて、あげてはりましたわ。(S 保健師 16年)

### 母親を主体にする

子どものケアにおいて常に母親を主体におくことである。どんな場面でも保健師が前面に出てしてあげるのではなく母親を主体にすることを意識的におこなっている。保健師は、そのことが母親に育児の責任があることを自覚してもらうことにつながっていくと考えている。

保育所に連れて行けるかどうかを見ないといけないから、朝一番に9時に家に行ってね、それから一緒に保育所に連れて行くのよ。手取り足とりやな、言うてみたら。(保育所まで) ほんのちよっとの距離

なんだけどね。子どもと一緒に歩いてもたいした距離じゃないねんけど。そこも一人では連れていかれへんような人やったから。保育園には、お母さんは必ず一緒にいく。お母さんは何にもできへんけど、荷物持たせてね。子どもをお母さんが抱っこできないから私が抱いてね。(F 保健師 23 年)

### 母親のことを気遣う

母親の多くは、今まで人から認めてもらったり評価してもらったりという経験をほとんどしていない。子どもへの育児も、夫や実母からその大変さを理解してもらうことはほとんどなく、母親としての役割を果たせていないことを指摘されていることが多い。このような状況に置かれている母親を気遣い、母親の子どもへの対応や家事のやり方を批判しない。母親の子どもに対する行為が虐待と疑われるものであったとしても、このような状況では仕方がないことだったと母親に話し、強く批判しない。保健師は、母親が誰かに気遣われたり、自分のことを理解してもらえたりという体験をすることが母親との関係を進めていくための基盤になると考えている。

(母親から子どもの泣きへの対応を聞いて) 私も一瞬「ん! (虐待や)」って思ったんですよ、ほんまに。だけどもうその時はもう、「お母さん大変やったねえ、しんどかったねえ」、「言にくいこと言うてくれはったねえ」って。もうそれしかないですもんねえ。「人に知られたくないことやもんねえ、あんたがおかしいっていうんじゃない、誰でもそんなふうな気持ちになりえるってことなんやで」って。「あんたはこんだけの“しんどさ”があったからこうなったんよ」って、そこはもう何かこじつけみたいやけど、そう言う以外にないですもんねえ。・・・だからねえ、(後で) お母さんが言いはった。「どんな人に相談しても、たいてい、あんたが悪い、その仕方は間違っているって言われることが多い。でも保健師さんは、絶対にそういうことを言いはらへんかった」って。(K 保健師 20 年)

### かかわりを継続する

母親へ視点を向け、定期的に訪問したり、近くに来たら必ず家に寄ったりし、かかわりを継続することである。たとえば、子どもが施設入所していて自宅にいない場合でも、母親の気持ちを聞くために訪問する。母親にとって話を聞いてくれる人、自分を認めてくれる人との関係を継続することが重要であることを意識して行っている。

訪問をね、次に繋げなあかんのですよね。私のできる役割って、その時は、話聞くしかないから。「お



母さんが話してくれて、すごいよかったと思う」ってことは言ってるんですよ。「言いにくいのに言ってくれてありがとう、でも私が何をやったらいいのかすぐにわからないけど、(お母さんの) 気持ちはすごく判るから、すぐ楽にはならへんかも知れないけれど、何か楽になることがあったら手助けをしたいから」という話をしたんですね。そしたら、「はい」と言うて。そのときお母さん泣いてて、「じゃあまた次来るね」と言うて、「多分、とても緊張するんでしょ」という話をしたんです。お母さんに。そしたら「はい、とても(緊張)します」って。「(保健師が) 来るのがとても嫌やったら、しんどいかなとも思うけど、どっちがいい？」と言うたら、「(来てもらって) いいです、とても気持ちが楽になるから」って。「それなら来ていいですか」ということで、ずっと継続して聞くという役割で行くことになったんです。(T 保健師 7年)

(家庭訪問は) 何か目的があればね、電話していくときもありましたけど。そうじゃない時は、コンコン「元気してる？」って、「どう、その後少しは、あの、気持ちが落ち着いたかな」とか、「どない思う？」とか、「赤ちゃんとか(施設)へ見にいった？」とかね。(K 保健師 20年)

### (3) 〈保健師を信用してもらう〉

保健師は、何か母親に役立つことをしてくれる人であり、頼りになる人ということを知ってもらい、保健師を信用できる人として認めてもらうことである。母親に信用してもらえることで保健師に対する受け入れにくさは少しずつ減少していく。保健師を信用してもらうために、家庭訪問で1回目から家の中に入れてもらえなかったり、玄関まで入れても、部屋の中まで上がれなかったりということがあっても、あきらめないで継続して訪問し、母親と保健師がお互いのことを知り合う時間をつくる。部屋の中に入れたときは、子どもの沐浴やおむつ交換などの子どもへの直接的ケアを行う。また、医療機関の受診に同伴したり一緒に行動する。

#### お互いに知り合う時間をつくる

母親は、健診で保健所を利用したことはあっても保健師に育児のこと、子どものこと、まして育児に困っている自分自身のことを相談できると理解していることは少なく、保健師は何をする人なのかという思いをもっている。また、保健師にとっても母親がどんな人なのかわからなければ、この母親に必要な支援を考えていくことは難しい。保健師は、母親との関係を継続していくために、お互いを知る時間をつくることを意識して行う。母親

の受け入れがよくないと感じられる場合は、この時間を長く持つようにしている。

あのね、こんなこと言っではなんですけど、(お母さんが)「Iさん何飲む？」ってこう言うから、私、あんまり訪問先でお茶とか頂いたことないんだけど、このお母さんの場合は、全面的に受け入れていかなあかんなと思って。あの「何でもいいよ」って・・・「・・・コーヒーがいいな」てね、頂いたんですよ。だからいつもコーヒーを頂きました。・・・ほんとに何を一年間話したかっていったら、「コーヒーがおいしいね」とか、このお母さん、通販でいろいろ買うのが好きだったのね。だからそんな話ばかりして、そんな夢のあるコップなんかを誉めてね、「すごくいいセンスしてるね」って、私も本当に綺麗だなんて思ったからね。・・・そうやってお母さんのちょっとお友達というような感じになったのね、それで、途中で気がついたら、「Iさん」「Iさん」って言ってくれるようになったんですよ お母さんの方が。「Iさんやったら何でも話せる」って言い出したんですよ。しめたと思ったんですよ。(I 保健師 21年)

### 直接的ケアを行う

子どもの入浴を手伝ったり、離乳食を一緒に作ったり、食べさせたりするなどの子どもへの直接的ケアを実施することであり、これは、母親の育児負担を一時的にはあるが軽減することにつながる。また、母親に保健師がどんなことをしてくれる人かを理解してもらい、育児や子どものこと、自分の困っていることを相談できる人として認識してもらいやすくなる。

「お風呂に入れるのが大変」って言うからね。お風呂も一緒に入れましたわ。「今日はお風呂入れようか？」とか言って。ベビーバスにお風呂ためて、「私行くから(お湯)ためておいて」と言うて「うん判った」って。「もう1人やったら大変やわ」って。「そうよね」って。それで、1人ずつお風呂入れて。だから行ったときには離乳食を一緒に食べさせたり、オムツを替えたりとか、何か必ず一緒にする感じでね。

(お母さん) 手際が悪いとか、段取りが悪いなっていうのもあるけど、やっぱり本当にしんどそうやなというのを感じたし、双子って大変やなっていうのはわかるし。(S 保健師 16年)

### 一緒に行動する

子どもが入院している病院へ母親と一緒に面会にいたり、病院受診に同伴したりすることである。母親と一緒に行動することで家庭のなかでは見ることができなかった能力を確認できたり、生育歴の話を聞き出したりすることができる。

転院の時期だったので、お母さんも0病院って慣れてないところだし、私もあまり知らないけど、でもお母さんのことがわかるし、いろんな手続きのこととかを一緒すれば、そこでお母さんとのつながりできるかなって。で、そういう時って割と事情を聞きやすいつて感じあるじゃないですか。向こうも不安に思ってるし、こちらもいろんな事が聞けるし、そんなももあったので、その機会なのかなって、それで、(病院から)救急車で行くってことだったので、私はお母さんと一緒に救急車に乗って。お父さんは自分の車で後から行くってことになって・・・。(H保健師 17年)

(施設に入所させるときに)私も一緒に行ったんですよ。大変やろうなという思いとお母さんどんなかなって。お母さんのことがいろいろ分かるかなという漠然とした思いですけどね。その時にお母さんは過去の話をいっぱいしてくれはったんですよ。さすがこの時はもうT君に対しては柔らかくてね。いっさい叩きはらへんかったんですよ。(O保健師 9年)

### 3) 支援の進展に関連する要因〈母親の受け入れにくさがある〉

保健師が支援した母親のなかで、自ら保健師に相談を求めてきたというのはごく少数である。多くは、関係機関からの紹介や保健師の方から低出生体重児訪問などで母親のことが気になり、スタートしたかかわりであり、母親自身が相談動機をもっているわけではない。そのため保健師に対する母親の受け入れが最初から良好ということは少ない。保健師に対する〈母親の受け入れにくさがある〉とは、母親が自分のことをどのように受けとめているかという保健師の知覚である。家の中に入れない、かかわりのきっかけが掴みにくい、子どもの姿がみえない、母親が身構えているがある。子どもへの対応がうまくできていないと感じている母親にとって、保健師は、自分の育児を注意したり、監視したりするために来るのではないかという思いを持っていると考えられる。そのため保健師は、母親とかかわる時、母親の受け入れを常に念頭に置いている。母親の受け入れにくさを考慮し、母親とのかかわりのきっかけが不自然にならないよう、関係機関の人と事前に連絡をとり保健師のことを伝えてもらっている。母親の受け入れにくさを感じる時は、《“しんどさ”に気持ちを寄せる》支援を継続して行う。それでも母親の受け入れにくさに変化がみられにくい場合は、保健師との関係が中断してしまうこともある。

#### 家の中に入れない

家庭訪問をしても居留守を使われたり、玄関先で拒否されたりして、母親とコンタクトがつかないことである。拒否があからさまではないにしても玄関から奥には入れない時もある。

今までは、けっこう飛び込みで（家庭訪問）行っていたんですよ。そのほうが確実に会えるかなと思って。「ちょっとマザーグループの案内を持ってきたんで寄ってみたの」という感じで様子を見るという形を取っていたんですよ。拒否はないんですけど、じっくり、どうぞっていう感じにはならないんですよ。立ち話から深まらないというか、「今ちょっといい？」と言っても、「今散らかってるから」という感じで玄関から先にあがれなかった。（D 保健師 17年）

玄関から部屋のなかへ入れたということは、その段階で母親の真意は掴めないとしても保健師を受け入れてくれたと考えることができる。

「トイレトレーニングのことで1歳7ヶ月の時に相談してくれてたけれど、どうなったん」って話したら、「トイレトレーニング？そんなこと相談してない」ってこう言われましたよ。バシッと。子どもの発達については（お母さんが一番気にしているので）絶対に触れられないと思って。育児のことで「育児って大変ですよ」ってというようなことを言ったと思うんですよ。そういうことばかりを並べたてたと思うんです。そしたら、お母さんが「上がらない」って言ったんです、「上がらない」って言われたから『しめた』と思い、あの、「いいの」って言いながら遠慮がちに上がっていきました。（I 保健師 21年）

### かかわりのきっかけが掴みにくい

母親は保健師の家庭訪問やかかわりを拒否するわけではないが、自らの“しんどさ”を相談したり、言語化したりすることがほとんどない。また、保健師がどんな話題を出してもあたりがないと感じ、かかわりのきっかけが掴みにくいことである。

（子どもの障害の話をしたとき）何かすごく冷ややかだったんですよ。動揺があまり見えへんのも気になったんですよ。それでなんか直ぐに終われなかったんですよ。ああこれで療育園に行けるような段取りになってと思ったんだけど、なんかお母さんの気持ちが掴めなかったから、何かを話そうと思ったんですよ。すごくしつこく。・・・話が續かへんお母さんなんです。・・・でも、「ああでもない、こうでもない」

と、思っているいろいろなしゃべって、結局療育園から駅まで歩いて一緒に帰ったんです。私は（お母さんに）ひつつくようにして。・・・（子どもへの言葉が）冷たいから、なんかとても気になって、何か私、当たらへんというか、（普通のお母さんは）私が言った言葉でお母さんが「そうなんです」とか言うときがあるでしょう。それが無いから私、すごい不安やったと思うんですよ。何言ってもあたりがないというか。（T 保健師 7年）

### 子どもの姿が見えない

母親が自分自身のケアを強く求めてきて、子どものことに話題を移すことが難しく、子どもの姿がなかなか確認できないことである。

お母さん感情失禁のようにボロボロと泣き出されたり、大きな声を上げられたり、黙り込まれたり、心療内科っていうのになかなかこだわってはって、「どこに受診してもうまく行かない」と、「自分は心のケアをしてほしいんや」と、「心療内科紹介してほしい」というのを何回も訴えられて・・・そのあたりの対応などでばたばたして、結局子どもに会えたり家庭訪問はその後なんです。（C 保健師 19年）

### 母親が身構えている

母親にとって保健師がどんな人で、自分に何をしてくれる人なのか理解できていない段階に他機関の専門職と一緒にしかかわることで、保健師は自分のことで相談できる人ではなく、育児を注意する人と受け取られ、母親に身構えさせてしまうことである。

児童相談所（のケースワーカー）も一緒に来るっていうので、やっぱり、ちょっと身構えたんだと思います。最初に母さんと私だけで会った時は、ぽつりぽつりと、あのこちらの聞いたことに対して、答えてくれるといった感じでしたが。この日は、児童相談所の人があるから、「来て」いうて、おじいちゃんおばあちゃんを呼んでるんです。あの、自分だけで会うのは、頼りないと思ったんでしょうかね、児童相談所の人もあるから。警戒したんだろうな、と後で思いましたね。（B 保健師 26年）

## 4. 《“しんどさ”を軽減する》支援

### 1) 《“しんどさ”の本質を見極める（問題の本質に対するアセスメント）》

保健師が、母親と継続した関係が維持できるようになるにつれて、母親の身体的状況だけでなく、心理的、社会的状況が少しずつ掴め、“しんどさ”の本質が感じ取れるようにな

ることである。それは、母親が〈孤立無援の状態にある〉や〈深刻な心理的問題がある〉、〈子どもを気遣えない〉である。

#### (1) 〈孤立無援の状態にある〉

母親の話の端々をつなぎ合わせていくなかで母親の内面的な孤立感が浮かび上がってくる。単に親族から実際的なサポートが得られないという問題よりももっと深刻な孤独感をもっている。生育歴や実父母、夫との関係と深く結びついている問題である。それは、母親の実家からの自立と依存の葛藤、夫との結びつきの薄さ、近所づきあいができないことなどである。

##### 実家からの自立と依存の葛藤

母親は、今までの生活のなかでずっと誰からも認められていないと感じている。そのため実家と関係にも歪みが生じている。しかし実家から完全に離れて自立することもできず、かといって実母からの強い介入はストレスに感じている。その結果、実家は近くにあったり、同居していても頼りにできる存在ではない。

おばあちゃんは実の親なんですけど、自分の思う通りでないといけないというタイプで、だから「娘にも『自分の産んだ子から責任持て』って言うてるんです」ってもう掴みかかるような感じで、半分立ち上がったような感じで言いはったりね。「こんな育て方するんやったらこの子はもう里子に出した方がよっぽどええんや！」ってガーって言いはるんですよ。・・普通に考えたらね下におばあちゃん夫婦がいてるんやから、ちょっと何日間か、預かってみてくれはって、お母さんがゆつくりできたら、またちょっと頑張ってみるかなあと思えるんやけど。とてもそういう状況じゃなくて、おばあちゃんには頼めないなって。もうただお母さんを責めるばかり。(K 保健師 20年)

このお母さんね、出産の時ね、近所の産婦人科で、上の子どもを抱いて出産しはったんですよ。誰も見てくれる人がいないから。産後も手伝ってくれる人が誰もいなくて。そして退院してきたら直ぐ上の子の面倒をみてはるんです、寝てられへんからいうて。(N 保健師 17年)

##### 夫との結びつきの薄さ

母親のほとんどは、生活のための経済的基盤を夫に依存している。また、夫の育児支援

はほとんどない上、夫から子育てがうまくできないことを責められたり、話を聞いてもらえなかったり、夫との関係においても孤独を感じている。夫が子どもを虐待する場においても夫の行為を制止できない。また、母親自身も夫との関係に情緒的な安定を求めている場合もある。夫婦として一緒に生活をしているが夫との関係は希薄である。

夫は出産前から「厳しく躾ける」と言っては叩いたりしていたけれども、自分の子ができたらその子が可愛いみたいで、T が少しいらんことをしたりすると叩いたり蹴ったり、リモコン投げつけたりする。・・・「保健所に（子どもを）施設に入れるための相談に行く」と言ったら、「施設になんか入れる必要ないやろ！」と言われただけ。なぜ施設に入れようかと思ったのかという話にもならなかったし、夫の厳しい躾けの話にもならなかった。「施設になんか入れる必要ないやろ！」と言われただけで、お母さん（施設に入れるという考えは）やめはったみたいですけどね。だから夫の子どもへの対応のことなんかもちゃんと話せてないし、お父さんの子どもへの対応が変わったということもないし。（O 保健師 9年）

### 近所づきあいができない

母親は、人と気持ちをうまく通わせることができないので、近所とも継続的なつき合いはなく孤立している。また保健師は、母親の子どもへの対応のことで近所の人から苦情を聞かされている。

回覧板が回されへんのです。お父さんが回しにいくんです。嫌やから。何でかと言うたら、『トントン』って行って、「はい」って渡して、世間話をしながらかも知れんけど、それが耐えられへんのですよ。マンションの7階やけれど、エレベーターで誰かに会って、「こんにちは、（子どもさん）いくつ？ どの保育園？」とか言われた時にしゃべるのが嫌やから階段登るんですよ。（近所つき合いは）ない。そんなのあるわけないですよ。だからいっぱい要因があるというか、この人のストレスは、世の中の全てがしんどいんですよ。（T 保健師 7年）

### (2) 〈深刻な心理的問題がある〉

保健師がかかわりを継続しても、母親からなかなか“しんどさ”が出なかったり、反対にすぐ何でも話し、全て依存しようとしたり、他の専門職との関係が拡がりにくいという対人関係の問題があり、母親自身のパーソナリティが病的であると感じていていることである。保健師は、母親が深刻な心理的問題をもっていると考えている。

## “しんどさ”が出ない

一般に、出産時や出産直後は実家や夫からの実際的なサポートがなければ乗り切ることが難しいと考えられるが、サポートがないということに対して「こんなもの」という受けとめであり、母親自らが大変さを訴えることをしない。心理的にかなり重い背景をかかえていると考えられるにもかかわらず、その大変さを表出しないということは、母親は自らの感情を思いやることもできないほどの“しんどさ”を抱えていると考える。

まあ、「しんどかったのよ」って言わはりますね。でもどうしようもなくしんどいなんて思ったらやっ  
ていけないから、「こういう状況やねん、私は」って思ってはるんじゃないかな。これが「とんでもない、  
こんな状況で普通産む人はいない」いうふうに思ってしまったらやりきれないじゃないですか。(N 保健  
師 17年)

「こんなもんじゃないのかな」ってすぐ言うのよ。「こんなもんやと思ってる」って。いろいろとしんど  
いことあるやろうから、具体的な(“しんどさ”が)出るかなと思って声掛けをするんだけどね。今  
までずーっと思いついても「(子どもが)歩かないからしんどい」っていうことを言っていたぐらいで、  
あんまり「あの子のこんなとこやこんなことが嫌なんです」っていう、感情は出てこなかったな。(L 保  
健師 24年)

## 全てを依存する

対人関係において、相手との距離の取り方がわからないため、保健師に援助を強く求め  
てきたり、毎日長時間電話をかけ、日常生活の細々したことや人間関係の些細な悩みを相  
談したり、保健師が母親に関心に向けてくれていることを確認するため、保健師に対して  
試し行動をとったりすることである。

このケースに関しては、最初から距離感がなくピタッと来たんです。だからちょっとこのピタッは怖  
いから、もう少し距離を持たさんとあかんと思ったというのはあります。ピタッというか全ての判断を私に  
依存してきて「これでいい？これでいい？」って確認してくるんです。(U 保健師 11年)

(夏休みは子どもがずっと家にいるので)それがまたしんどくなってきました。「そんならまた(子



どもを)施設に入れようか」とか、「しんどかったら病院に入院しよう」という話をしたら、「まだまだ大丈夫や、大丈夫や」と言うてて、7月20日くらいかな、火曜日が休みの日(祝日)があるんですけど。私も休みでいなくて、その時に薬飲んで服薬自殺未遂をしてるんです。・・・私がここ(保健所)にいない時、いないということを言うたのがいけなかったのかも知れないけれど、「いないから精神保健福祉相談員のところに電話するように」と言って休んだら、その時にも薬飲んじゃっているんですね。(P 保健師 35年)

### 関係の拡がりにくさがある

母親は、保健師以外の専門職や近所の人と人間関係をつくっていくことが困難である。母親自身の治療のため心理職の面接を設定してもなかなか約束の時間が守れなかったり、直前になってキャンセルしたり、保健師から次の人間関係へと拡げていくことが難しいことである。

(お母さんの治療を)なんとかせんとあかんわと思ったけど、なかなかいいところがなくて。保健所の心理士を使うわん手はないなと思って。だけど、保健所の心理(相談)はいつもすごくいっぱいなんですよ。そのすきまをぬって入れてもらって。お母さんには最初の方の段階で「定期的にお医者さんに診てもらおうとか、お話を聞いてもらうようなカウンセリングを受けてもらうかもわからへんよ」というのは言うたんですよ。それで心理のA先生に「こんな人がいるんですけど、お願いできますか」って事前に頼んで時間外に(予約を)取ってもらったんですよ。お金もただでねえ。でも3回キャンセルがあって・・・

(K 保健師 20年)

お母さんが、「またRさん話聞いて」っていうから、私は「一人では絶対無理やわ、お母さんいろいろ心配なんやったら、もう少し大きい子を見れる先生に話を聞いてもらったらどう？」って言ったんです。そしたら「うーん、Rさんだけでええわ」って。新しい人に会うのが苦手みたいなんですよ。新しいところに出ていくとか行くとか人に会うのがですね。「もうRさんだけでええわ、よう聞いてくれるし」と言うから「私も聞くけど限界があるから」ということも一応伝えたんですよ。そしたら一応「判りました」と。「それじゃ予約入れるね」って言って、入れたんです。でも9月、10月キャンセルで、11月も「やっぱりやめとくわ」って。また当日に。(R 保健師 23年)

### (3) 〈子どもを気遣えない〉

子どもは依存的な存在である。特に保健師が支援した母親の子どもの多くは、乳幼児早期であり日々のケアを全面的に他者に依存している時期である。しかし、母親は子どもの気持ちに共感することが難しく、泣きや行動の意味がわからず、子どもに対して困惑した気持ちを持っている。子どもの行動が理解できず、発達にそぐわない不適切な対応をしたり、子どもとの共感性に乏しく、叩くという子どもへの虐待行為もしばしばみられる。一方で子どもと離れ、他の人に子どもをみてもらうことは母親失格という気持ちも強く、母親役割への執着がある。

### 子どもへの不適切な対応

子どもの発達や発育、病気についての知識に乏しいため、子どもに不適切な対応をしたり、子どもを自分の枠に当てはめようとしたり、マニュアル通りに育児をしようとする事である。

1月に訪問に行ってお部屋に入ったら、むっと暑くてね。肺炎やからということで、ストーブも入れ、あんかもいれて、大布団まで着せられて、汗もいっぱいかいて、むっとなってたんですよ。こんな暑かったらよけいあかんよって。あんかはいらんし、こんなストーブとかあんかいらんし、お父ちゃんもお母ちゃんも暑いやろって言ったら「うん」っていうことで。それで、からだ拭いて、着替えさせて・・肺炎やから、風邪引いてるから温めんとあかんって思ってたみたいですわ。「そんなことないんよ。熱が出る上にこんなことしたらよけいしんどいやろ。いやがるやろ」って言って。(M保健師 25年)

### 子どもとの共感性の乏しさ

母親は、子どもの食事や排泄などの生理的欲求に対する授乳やおむつ交換は、日々の積み重ねの学習により支障なくできるようになる。しかし、子どもの『抱っこしてほしい』、『遊んでほしい』などの情緒的欲求を敏感に察知することは難しい。その結果、子どもへの対応がわからないという状態になっている。

最近、子どもが後追いをするようになってきたのでうっとうしいなあと思ってるのよ、あのお母ちゃん。お母ちゃんなりに『うっとうしいわ』って思いながら、(子どもが)後追ってくるもんだから仕方なく買い物にはバギーに乗せて連れて行ってるのよ。それまでは家に寝かしたまま(放置して)行ってたのよ。・・・だから訪問していても、お母さんから積極的に子どもに声をかけることはまずないんですよ。

「二人だけのとき、あんたどうしてんの、声はかけてる、ちゃんと話してる？」って言ったら、「してる」って言うんやけど。(保健師が) 行ってる時、ほんま声なんかかけないもん。抱くんだって「抱き」って言わないと抱かないもん。「これしようか」って言っても「してみ」て言わないとしないもん。絶対しない。(J保健師 27年)

### 子どもへの虐待行為がある

母親は、子どもの発達に対する理解が乏しかったり、情緒的に子どもを受け入れることができていないため、激しく泣かれたり、母親への後追いや家の中の探索行動があると、子どもの行動を制止する手段として叩いたり、閉じこめたりしている。このような子どもへの虐待行為を母親の話から保健師が知ることである。これらの話は、かかわりの当初から出てくるわけではなく、保健師との関係が深まるなかで言語化されてくる。子どもへの虐待行為を保健師に語るということは、母親自身が子どもに対してどうしていいかわからなくなり、保健師に助けを求めているサインでもある。

「Rちゃんのことをがいやになったら、叩いたりしちゃうの?」「はい」って言って、「した後どんな気持ちになる?」「それはすごく落ち込むからこんな本を読んでいるんです」と言って、虐待の本とか、人生を見つめなおす本とか、わっとう出してきて(お母さんは)全部読んでた。それが自分ではあかんと思ってるという話をするけれど、やっぱり耐えられへんみたい、(子どもの)泣き声には、「そういうときはどうやって逃げるの?」って言ったら、(虐待のことが)出てきたんですよ。(子どもを)縛ってるとか。こっちに追って来うへんように、ベランダに出すとか。パスタオルでくるんだりとか。(T保健師 7年)

お母さんは「(子どもに)腹が立つとイライラしてご飯を食べさせないこともある」、「主人の帰りが遅い時は、私と2人だけだから、この子ご飯食べないの分かってるから作らない。」「オモチャ箱に閉じ込めることは2日に1回とか、毎日のようにある」って。2、3時間入れとくんですって、このくらいの箱の中にね。「叩いたり、蹴ったり、物投げたりしてしまうし、指輪も変形するくらいに叩いてしまう」とか、「お腹蹴って吐いたこともある」とか。「1回やめようと思ったけど、最近また蹴ってる」とか、「踏みつけてる」とか。「煙草は押しつけようと思うけれど逃げる」とかね。「可愛いと思うことはないし、叩きすぎた後に、自己嫌悪から可愛いと思うだけ」って。(O保健師 9年)

### 母親役割への執着

母親として、わが子は自分の手で育てなければならないという意識を強く持っている。そのため、子どもを施設に入れると周囲の人から母親として失格と言われたり、子どもに恨まれるのではないかという気持ちが強く、子どもと離れることに不安があったり、子どもを上手にしつけることができないことに対して自責の念を持っている。

お母さんは「この子と一緒に空気を吸うのも嫌だ」というくらいなんですわ。そのくらいになってるんですよ。だけど、なかなか手放さないというのがあって。・・・一つにはね、お母さんは、「そんなふうに（施設に入れたり）したら、将来恨まれるんじゃないか」子どもにね。いろんな事件があるじゃないですか、テレビで。そういう思いがあって施設に入れきらない。（P 保健師 35年）

## 2) 《“しんどさ”を軽減する》

母親との関係を継続し、〈つながりの気持ちを示す〉ことで、少しでも〈母親が生活しやすくなるようする〉。そのことにより、母親が持つ“しんどさ”が少しでも軽減できるのではないかと考える。《“しんどさ”を軽減する》とは、つながりの気持ちを基盤にした母親への生活場面での実際的で具体的な支援である。また母親の変化をおこすために〈母親の気持ちを揺さぶる〉積極的な働きかけを行ったりすることである。母親を専門的治療に結びつけることを試みたり、母親が保健師以外と人間関係が広がるように、〈母親の目を外に向けたり〉する。

### (1) 〈つながりの気持ちを示す〉

保健師は、母親がおかれている状態が少しでも改善されていくためには、母親にとって一つでも人間関係がうまくできたと実感できるようなかかわりが必要であると考え。〈つながりの気持ちを示す〉とは、指導的なかかわりではなく、母親の気持ちを尊重し、人間と人間のふれあいを大切にされたかかわりである。このかかわりは母親が自らの力で生きていくことを保障していくものでもある。保健師は母親の“しんどさ”の本質を見極めることで、このつながりの重要性を認識し、母親の気持ちを尊重し、母親の同伴者になる。また、母親の行動に予測的に対応し母親がストレスに感じる出来事が生じることを未然に防いだり、母親が身体的にしんどいときは母親に替わって育児・家事を補完したりしながら、つかず離れずの位置において母親を見守っていく。

### 母親の気持ちを尊重する

母親は自分自身の未熟さ、子どもへの否定的感情、子どもを好きになれないという思いを持っていることを周囲から非難されていることが多い。保健師は、母親が育児をしんどいと感じながら子どものケアをきちんとしていることを評価し、訪問の度に母親ができていることを見つけだし、そのことをほめ、母親の気持ちを尊重する。

まあこのお母ちゃん、なんやかんや言うても、お母さんが一人で頑張ってるようなものですから。「まああんたここまでよく大きくしたじゃない」って言って。「お母さん、頑張ってるね」っていうことを他の人から言うてもらったことないと思うのね。でもそれをこう、ほめてやりながら、認めてやりながら、「あなたのやり方でええともあんねんよ」っていうことも認めてあげながら、親も育てていくというのかなあ。ほんまはほめるようなところはあんまり無いですけど。ほんまは。(J 保健師 27年)

訪問で心がけたことは、子どものことは絶対ほめて帰ってくる。保健師が思ったプラスの感情を毎回伝えてくる。これは保健師にとっては大変だった。母親はマイナスのことをすごいエネルギーで言うてる。それを頑張って聞いて、受けとめて、そのなかからプラスになることを返していくことは、ものすごくしんどいけど、頑張って返す。お母さんが頑張っていることをなんとか見つけて返していく。(T 保健師 7年)

### 母親の同伴者になる

母親は、自分の子どもを可愛く思えないという気持ちをもっていることを夫や実母、周囲の人々に理解されず、母親としての役割で果たせていないことを責められている。保健師は、一貫して母親の味方であるという態度を示し続け、母親を非難する世間の壁になり、母親が対応しにくいところは一緒に対応し、母親が自分の力でできるように側面的に支援を行っていくことである。

(学校の先生の) 家庭訪問があったんです。家庭訪問のときに先生も多少事情は聞いてるから、特別な配慮をして話をしてくださったと思うんですけど、お母さんがね「この子のことが可愛がれないんです」って話をしはったらしいんです。そしたらそれを聞いて「一日一回くらいは褒められるでしょう」言うてね、「お母さんなんだから、それが母親としての義務よ」みたいに言わはったんですわ。それでお母さんプツツン来ちゃって、「この先生は私のことを分かってくれない」言うて、もう一切話したくないと

思いはってん。で、次に懇談会があったんですよ。それにお母さんは行かなかった。まあお母さんには「行かなくてもいいよ」って言うておいたけれどね。「(学校の)先生にちゃんと話して、先生にも可愛がれないお母さんの気持ちを分かってもらえるように、先生も教育するからね」と言っといたんですけどね。

(P 保健師 35年)

それで(子どもの施設入所について)1回おばあちゃんと話し合いの場を持つということ、ご主人とお母さんとお姑さんと、おじいちゃんは仕事行ってはったから、3人で、1回話をしたんですよ。(施設にはおばあちゃんも)一緒に(見学に)行ってもらって。そういう意味でおばあちゃんも説得したし、「育児が出来ていないのではなくて、やってる、やっけていてしんどいから、子どもさんの育児ですごい体も心も疲れてはるからね、やっぱりちょっとこういう時期に(施設を)うまく利用したほうがいいですよ」って。(おばあちゃんには)「おばあちゃんにみてもらった方がいいけど、それでは余計に(お母さんの)気持ちが落ちつかない、誰でもそうやと思うし、お母さんとしての役割を果たすのが当たり前と思われていると、余計に気兼ねがあるだろうし」と言って。(S 保健師 16年)

### 母親の行動を予測して対応する

かかわりを継続するなかで、母親の行動パターンや身体的・精神的な“しんどさ”が増大する時が理解できるようになる。“しんどさ”が強くなる前に対応し、母親の混乱を少しでも少なくすることである。母親がしんどいと感じるような出来事があったときは、すぐ声をかけ、話を聞く。行動が予測できるようになるまでは、時には母親の行動に振り回されることもあるが、そのことで母親を責めない。

だいたいこの人がストレスなことって大体わかりますよ。だからそっから聞く。何がストレスとは聞かへんけれど、子どものことやったら「子どもどう?」とか。「おばあちゃんから最近連絡あった?」とか。「おばあちゃん、土日来はった?」こっちのおばあちゃん、よく来るんですよ。「来ました」とか、逆に行くときもあって「おばあちゃんどこへ行ったんです」とか。「大変やったね」「大変やった」とか言うから。(T 保健師 7年)

(お母さんがしんどくなる時は)だいたい分かりますもの。(子どもが)長期に家にいることがある時、子どもに弁当がいる時とか、わかります。お母さんが負担になることがあるときは悪くなるんです。そういうパターンが分かってくるから。・・・これは行ってゆっくり話を聞かなあかんという時は行ったり

していますし。・・・「一遍、施設に入れてみるというのも、・・・お母さんの気持ちとしてはどうなのか。私からしたらお母さんが助かるやろうと思うんだけど、一遍そういうこともしてみたら」とお母さんにも言うんだけど。(P 保健師 35 年)

### 家事・育児を補完する

母親が身体的にしんどい状態にあるとき、一時的に育児や家事を引き受け、母親に実際的なケアを提供することにより身体的“しんどさ”の軽減を図ることである。

訪問した時にたまたま「(つい最近) 流産したんや」という話をしはったんですよ。その間も下の子は(誰にも)預けないで自分でみてたんですけれど。どうもしんどそうな顔をしててね、上の子が通園施設から帰ってくる時間だったので「お姉ちゃん今日は私がいっぺんお迎えに行つてあげるわ」と、「その間お母さん、ゆっくりしとったらいいよ」とお姉ちゃんのお迎えに行きましたね。(I 保健師 21 年)

困つて、「食べられへん」とか、「作られへん」とか言う時にすぐ行って、助けてあげたりとか。一緒に作るんじゃなくて、彼女がしんどくて作れないときありますもんね。だから材料を出して、彼女が料理とか考えてることが結構あるので、それを作ってあげたりしたこともありますよね。しょっちゅう作ってあげてはないですよ、本当に、どうしても彼女がどうしようもないときにね。(P 保健師 35 年)

### つかず離れずの位置にいる

その時点その時点で母親の気持ちを聞き続け、関係が途切れないようにしていく。しばらく家庭訪問できず直接母子の会うことができなかつたとしても、母親のことをずっと気にかけて、母親に関心を持ち続けることである。

下の子たちの妊娠、出産の間は気になりながら、度々はよう出向いて行けなかつたけど、(関係を)切らずにおれてたというのは、私の中では、この子をやっぱり『学校行くところまでは切つたらいけないわ』という意識があるから。長いこと間があいてたんやけども「どうしてる、久しぶりやんか」と言って声を掛けることもこの親にはできたのよ。(L 保健師 24 年)

## (2) 〈母親が生活しやすくなるようにする〉

母親は、すぐに改善することが難しい実母や夫との関係、自分自身の問題を抱えつつ日々

生活していかなければならない。母親が今の生活を少しでもしやすくなるように、家事や育児についてできるだけ具体的な内容を把握し、母親にできる方法で指導していくことである。母親に自信をもたせることを目標に、母親の生活空間を整え、わかりやすい方法を示していく。その際、母親の生活の枠組みを崩さないように進めている。

### 母親に自信をもたせる

一般的に考えれば、できて当然と考えられることでつまづいている母親も多い。また、今までの生活のなかで人に認められたり、成功したりという体験を持っていることも少ない。母親ができたことをきちんと評価してほめ、自信を持てるようにしていくことである。できることはできるだけ母親にさせ、後で確認する。

私は（ほめるのも）意図的にやってるねん。あの家に行くと、最近きちんとプランターに花が植えられているようになったんよ。これも変化やで。洗濯物もビシーッとちゃんと朝から干してあるねん。それから布団も干してあるねん。『ああちゃんとやってるなあ』と。最近花が咲き始めて、このあいだ家に行ったときに「あんた『きろろ』の歌が好きと言うてたなあ、（マザーグループの）BGM係あんたやから、こんど『きろろ』必ず持っていらっしゃい。それと、ここに咲いてる花、何でもええから、食卓にかざるから持っておいで」って2つの宿題を与えておいたわけ。..そしたらその2つきっちり果たしたでしよ。

『きろろ』持ってきて、お花は百日草やったわ、3輪ほどしおれてたけど持ってきてね。「いやあ、これFさんとこの庭に咲いてるねん」ってグループのみんなに言うて、花を育てている彼女に対してそういう評価する場面をどこで作ろうかと、意図してやってるのよ。（Q 保健師 33年）

### 母親の生活空間を整える

母親が感じている育児や家事の負担が少しでも軽くなり、母親の生活が少しでもしやすくなるように環境を整えていくことである。母親の状況を見て、時には子どもを施設に預けることを提案する。保育所入所を勧めることは、多くの保健師が行っていた。

「ああそうか、お母さん、だいぶしんどいんやな」と言うて。「1回お母さんと一緒に、施設に預けることも含めて考えてみない？ これからどんどん手のかかる時期だし、事故は起こるし、お母さんこんだけ一所懸命やってても、事故起こって何かあったらな、せつかくここまでやったのに水の泡やんか」とか、そういうこれからちょっと大変な発達の時期っていう話を出したら、やっぱりそういうのはすごい不安に



なるみたいで、・・「どこかに預けて、1、2カ月、ゆっくり離れて、お母さんもしたいこととして、それからまた考えていくのもいいやん？」って。(S 保健師 16年)

### わかりやすい方法を示す

一人一人の母親の“しんどさ”の状況にあわせ、子どもへの対応や家事について理解しやすい言い方や実行可能な方法を具体的に教えることである。そのためには、母親の生活状況をより具体的に把握しておくことが必要である。母親自身が行っている方法を聞きだし、母親のやり方を否定するのではなく、母親のやり方に合わせて教える。

「(子どもが) 歯磨きを嫌がるけどどうしよう」って聞いてくるので、「(子どもに) 触るのいや？」って聞いたら「お風呂ほどいやじゃない」って言うので、「じゃあ触れる？」「触れる」、「じゃあ抱っこしてあげて、こうやって一緒にやってあげたら」とかいう感じで話してあげてね。(T 保健師 7年)

トイレに行ったあとの手をお母さんの服に擦りつけるんですって。それを「やめなさい」って怒って、4時間立たせたって、外に。でも怒って立たせたあとに親子関係をもう一回もどすやり方をやってないんですよ。私が「そのあとSちゃんに、『ごめんね長いこと立たせて』って言ってあげた？」って聞いたら「言ってない」って言うから、「言ってあげようね。いきすぎたことをした時はお母さんからごめんねって言ってあげよう。(子どもを) 叱ってもいいから後をきっちりフォローしてあげて、きちっと自分の方に引き寄せておいてあげないと、子どもは叱られっぱなしやで」って。(R 保健師 23年)

### 生活の枠組みを崩さない

支援を行う時、母親の生活基盤を崩さないことを前提に行うことである。自転車に乗れない母親には歩いていける方法で、経済的困窮がある場合は、交通費がかかる遠距離の機関は紹介しない。治療は、子どもの乳幼児医療助成が受けられる年齢のときに行う。

「まだ身長伸びが悪いな」ということを(幼稚園)で言われて、6歳までの乳幼児医療が使える時、入院費が無料の時にいってかかないと、お金はいつも苦しいからね、親子5人の生活にもうアクセクしてるから。「12月までやったら今がチャンスや」って言って、ホルモン注射打つんやったら小児優特(小児慢性特定疾患)にしたらいいねんけど、入院の費用もいらないようにしようと思って、それで話がどんどんと進んで夏休みの終わりに入院できるような段取りを設定して、市立病院の先生にもお願いに行って入院

してもらったんだけど。(I 保健師 24年)

### (3) 〈母親の気持ちを揺さぶる〉

支援を継続しても生活に変化がみられにくい母親もいる。その場合は、母親に受容的に接するだけでなく、母親の気持ちを揺さぶるような働きかけを行う。リミットセッティングをしたり、母親が自らの“しんどさ”を言語化できるように促したり、子どもや母親の問題に向き合わせたりしながら母親の変化を待つ。

#### リミットセッティングをする

リミットセッティングとは、心理治療において治療者がクライアントに治療環境の構造やルールをはっきりと明確に提示することである(西澤, 1997)。ここでは、保健師が母親と信頼関係が取れてきたと判断できたとき、保健師の都合を伝えたり、一般常識的な方法で対応したりすることである。母親が保健師以外の人と関係を結んでいけるようになるための基本でもある。

(それまで 保健師は母親からかかってきた電話をエンドレスに聞いていたが)「あんたな、人にはやっぱりその人の都合というものがあるから、電話の向こうをあんたは見えへんやろけど、みんな都合もってる、あんたが友達に電話したら友達はやさしいから、あんたの話を聞いてくれるけど、何か用事をしててそれを中断してるかも分からない。あんたはそこまで分かりなさい。私だって、あんたのことばかり関わっておられへんのやからな、あんた電話は20分にしよう」って。「20分はちゃんと聞いてあげる。20分越えたら私はもう20分きたよってちゃんと切るからそのつもりで電話してきなさい。それでもよかったら電話受けます」って。(Q 保健師 33年)

#### “しんどさ”を引き出す

“しんどさ”をなかなか言語化できない母親に対して、現実には母親がおかれている状況はしんどいものであることを伝え、母親の気持ちが少しでも楽になるように“しんどさ”の言語化を促すことである。

お母さんは、今振り返ってあの時のこと、「しんどかった」ってのは言わはりますね。「お父さんが、子どものことを好きじゃなくってしんどかった」って。でも、私にお父さんがどうこうした(子どもを虐待

した)と言うことは、言わはらへんですよ。でも、「この子を産んだことをお父さんは嫌と言ってたし、それがとてもしんどかった」って。(N保健師 17年)

### 子どもや母親の問題に向き合わせる

母親が気にしている子どもの問題や、母親の行為を保健師は改善してほしいと思っていることを正直に伝える。母親が問題を認識することで本質的な解決策を母親自身が考えることができることになり、母親のエンパワメントに結びついていく。

今年の2月ぐらいの時、「あんた、自分がイライラしているとき子どもをよう叩くな」とか、「見てみ、あんたを怖がって逃げてるやん」とか言うてたんですよ、私。そういう風な間柄になってたから、「あんた、今までの経験から、お金がなくなったらYちゃん叩いてたやろ。だから今子どもと家を出てしまったら、お父さんからのお金が一銭もないし。あなたが仕事を探して今から始めようと思ったら、Yちゃんがいたら無理と思わへんか、今までだって、Yちゃんがいるから就職できへんかったんやろ」って言ったら、「うん、無理、絶対無理やわ、だから私1年ぐらい働いて貯金するから、その間(子どもを)施設に預けるわ」いうて、施設にいれたんですよ。(G保健師 25年)

### (4)〈母親の目を外に向ける〉

母親の気持ちを揺さぶっても、子どもへの対応が大きく変化することは少ない。しかし、子どもが成長したり、母親を取り巻く環境が少しずつ変化したりすることで、他の機関の専門職とコンタクトが取りやすくなる時期がある。そのときに保育園の親子教室などに行くために母親と子どもを家から連れ出したり、母親自身のカウンセリングのために治療機関を探したり、保健師以外に母親の理解者を増やすようにし、母親の人間関係を広げる。

### 母親と子どもを家から連れ出す

家のなかに母親と子どもだけであることが、子どもの発達にとっても母親自身にとっても望ましいことではないと伝え、母親が子どもと一緒にいける場所を探し、実際にいくことができるように働きかけることである。

そんなにお母さんだけで頑張らなくてもいいんだよ、ほかにも病院の先生、保健センターも相談にのってくれるし、子育てのことをやってるサークルもあるし、保育所に入れるって方法もあるしと言っても、

外に気持ちが全然向かなかったんですけどね。子どもが家の中だけで体力的にも我慢できなくて、外で走り回るのが好きになって、お母さんもだんだん外にね、気持ちは動いていくようになりましたね。やっとお母さんも外に出ていこうって気持ちになって。保育所にそのまま入れてしまうのは、お母さんにその気持ちがないけど、「保育所が園庭開放をしているから、そこへ行ってみようよ」って言って、最初は自転車も持ってなかったんだけど、自転車も買って、「これでやっ、いろんなところにつれていける」って。

(N 保健師 17年)

### 母親の治療機関を探す

支援を続けながら、保健師は母親のための精神的・心理的治療ができる機関のことを常に意識している。保健師の支援により、子どもへの対応は幾分変化が見られてきても、母親の根本的な“しんどさ”の軽減になっていないことを感じている。母親の日常生活での変化をみながら、治療機関を勧めたり、母親が継続して通うことができる機関を探す。

長い経過のなかで、私一人ではよう持たんと思って、誰か専門の人に紹介できへんのかなって思っていたんだけど。おれへんでしょ。ほんまにそういう人って居てないって実感してね。でもお母さんを何か専門的なところの繋ぎたかったんですよ。F病院のK先生のところだったら電車一本でいけるし。お母さんはしんどい気持ちをどこかで整理したいとは、はっきり言わへんのだけど、「お母さんのしんどい気持ちに、もしかしたら何か解決策があるかもしれないし、私はその専門ではないし、何かしてあげたいけど、子育てのこととかは相談にのれるけど、もしあれだったら専門の先生のところにいってみる？」って言ったら「行きます」って。(T 保健師 7年)

### 母親の人間関係を広げる

母親が保健師以外と関係がとれるように、一般常識的な対応方法を教えたり、母親の了解を得て、他機関に紹介したりすることで、母親の理解者を増やしていくことである。

主任児童委員さんとか隣近所の人とか今までこのお母さんとかかわりのある人、それこそ、最初に担当してくれた市の保健師さんとかにうまい時期に紹介できればと思うんだけど。私とのつき合いにもちよっと時間がかかったんで、ほかの人とつき合うときそういう関係がとれるかどうかというのもちよっと心配で。でもお母さんにも了解をとって「この人は私が紹介する人やし間違いない」っていったらいけるかもしれないなと思っています。最近よく「・・・子育てやお兄ちゃんのことで大変なときに、保健所は土日

休みやし、Uさんはいつ電話しても出張してるし」って言われてるし・・・(U 保健師 11年)

### 3) 支援内容の拡がりに関連する要因〈母親の生活上の変化に着目する〉

保健師は、母親への《“しんどさ”を軽減する》支援を進めて行く際に〈母親の生活上の変化に着目する〉ことを行っている。母親の“しんどさ”が少しずつ軽減されていくなかで、子どもへの対応がうまくなったり、母親が自分のために行動できるようになる。身近な変化としては子どもとの関係がある。母親の育児技術が身に付くということは多くの保健師が感じている。子どもへのまなざしの柔らかさなど情緒的な関係に変化が感じられる母親もいた。孤立無援からの変化として、世間との結びつきができていた。母親自身の変化は、自らの“しんどさ”が言語化できるようになる。母親の変化は顕著には現れにくい。そのため、保健師は母親の“しんどさ”の状況や程度に合わせ、時間をかけた個別的な支援を行う。

#### 育児技術が身に付く

母親は、保健師が手取り足取り教える育児技術を時間がかかりながらも習得し、子どもが生きていくために必要な授乳やおむつ交換はできるようになる。これは保健師が支援した多くの母親に見られ、保健師は、母親が子どもの命の保証という最低限のことができるようになったことを実感している。

7ヶ月、8ヶ月になっても、子どもを棒抱きっていうか、ちゃんと抱けないんですね。それとか肩に担ぐというそんな抱き方で、健診に来てもみんながはらはらするような感じで、他のスタッフも「大丈夫なんですか？」というぐらい無造作で、全然子どものことに気を使わないでちゃうところがあるんです。それでもね、離乳食なんかを私と一緒に作るじゃないですか、ほんで食べさせるのなんかね、「口あーんしてなんて、Gさんみたいに上手にできへんは」と言いながらもね、「はい」とか言ってね、ちゃんと食べさせるとかね、そういうのができるようになって、随分母性が育ってきたなって感じます。(G 保健師 25年)

#### 子どもへのまなざしがやわらかくなる

育児技術が身に付いても、子どもとの情緒的関係の改善にまで至る母親は少ない。しかし子どもが成長し対応しやすくなったり、保育所などの社会的資源を利用することで、子

どもへ向けられていたイライラが減少したり子どもへの対応が変化してくる。

(保健所に) 子ども3人連れてくるのに、3人自転車に載せてくるのよ。一人を前バンドで抱っこして、兄ちゃんを後ろに乗して、真ん中の子を前に乗して4チャリで来るわけよ。その時とかの様子を見てもね、「あんた(兄ちゃん)は歩いて来たらええやんか、大きいねんから」とか「ゆっくり走るから、かけっこでついておいで」という感じでも無くって、私が努力してやったらいいんやわってう感じも見受けられるし。・・4年前に会った時「あの子何すんねん」というふうに、母も子も視線を冷たくかわしていたようなところが、柔らかいまなざしに変わっているように思うし、子ども側からのアピールも「お母ちゃんこんでええの」というような感じの、(子どもの)萎縮の仕方っていうのは4年間の中で、非常に緩んできたような感じを受けるからね。(L 保健師 24年)

### 世間との結びつきができる

母親が自分に合う治療機関や治療者と結びついた時、母親の内面の変化は母親の生活の変化にまで影響を及ぼし、社会とのつながりができることである。回覧板を持っていくことさえできなかった母親が、自動車学校に通い車の免許を取ることができたり、保健師との安定した人間関係が続くことで仕事にいけるようになった母親もいる。しかしこの変化は永続的なものではなく、日常の些細なことで続かなくなってしまうこともある。保健師はそのことを考慮しながら継続したかかわりを続けていく。

この人仕事してるの今。月々約〇万円くらいの稼ぎをしてるんです。「ヤクルトを配る」と言うてた。この頃は朝早く起きて、夫のお弁当まで作るようになった。それから子どもを起こして集団登校のお姉ちゃんを出して、保育園に子どもを連れて行って、保育所となりヤクルトの集配所なんやて。それでワ一ツと自転車で配って。・・・そしたら近所のおばちゃんが、「この頃あんた元気になったなあ、何してんの」と言うて。「ヤクルト配ってんねん」と言うたら、「あんたのヤクルト、私のとこも買うから、持っておいで」と。それでまた1名お客が増えたって。(Q 保健師 33年)

### “しんどさ”を言語化できる

母親が自らの“しんどさ”を言語化できるとは、保健師と話をするなかで自らの問題の本質に気づくことである。この段階になると母親に治療についての話しをすすめることができる。自ら助けを求めることもできなかった母親にとって大きな成長である。

子育てって何にもしてないのよね、彼女自身は。だけど気持ち的にはすごくしてるつもりになってはるから、しんどかったみたいね。現実には、あの離乳食を食べさせられへんから普通食食べさせたりとか、朝、保育所の送っていくことだけしかしてないのに、それがすごくやっぱり本人には負担だったのよね、それを言語化しはじめた、彼女自身がね。朝起きられへんのに連れていくのがしんどいとか。そういうときにはお父ちゃんに連れていってもらって段取りしてるけど、気持ちの上では、本人はせなあかんと、いいお母さんになりたいと思ってるからね。・・・その後入院を2回してるんだけどね、それは（この時点では）育児から逃避させるというかただけだね。（F 保健師 23年）

## V 考察

### 1. 虐待問題をもつ母親の“しんどさ”に着目した保健師の支援の重要性と課題

本研究から、保健師は虐待問題を持つ母親の“しんどさ”に着目し、“しんどさ”に気持ちを寄せ、“しんどさ”を軽減していくための支援をおこなっていることが導き出された。ここでは“しんどさ”という一見捉えがたい概念に気づき、支援していくことの重要性和“しんどさ”を軽減する支援における保健師の専門的実践能力について考察する。

#### 1) “しんどさ”があることに気づき支援していくことの重要性

一般に虐待の背景要因として、ペアレンティング技術、親のアルコールなどの精神障害、被虐待歴、社会的孤立、10代の妊娠、低学歴、経済的ストレス、シングルペアレントなどが認識され、それらの項目を含めたリスクアセスメント指標やチェックリストなどが開発されてきている。(Murryら, 2000; 加藤, 2001; 子ども虐待予防地域保健研究会, 2002)。しかし、1回の家庭訪問や健診時の相談場面で背景要因を察知することは難しい。まして、重篤な問題を抱えている母親ほどそれらを明らかにしていくには時間がかかる(村瀬, 2001)。本研究の対象者にも、低出生体重児家庭訪問はしていたが虐待問題があることをその時点では察知できず、後で医療機関からの連絡で把握したケースがある。熟練といわれる保健師においても「何か気になる」という思いを残しながら訪問を終わることがある。しかし、そこで保健師のかかわりが切れてしまったら、親子は家庭という密室に取り残されてしまい、生命の危機に瀕する虐待が生じるかもしれない。保健師がその親子とのつながりを止めておくために「何か気になる」と感じた思いを重視することが必要である。しかし、「何か気になる」という思いだけでは日常の煩雑な業務をこなしながら、優先的に気になる母子を位置づけていくことには難しさがある。継続したかかわりを始めるための原動力となる積極的な理由が必要である。本研究から導き出された“しんどさ”は、一目で捉えやすい概念ではなく、Appleton (1994b) が示した脆弱性 (vulnerability) に近い意味を持つ。しかし、“しんどさ”という脆弱性を虐待の母親を理解する主要概念として位置づけることにより、支援の対象と方法に変化がもたらされる。支援の対象とは、母親に対する支援の必要性の積極的認識であり、虐待の被害者である子どもだけでなく加害者である母親に向けることが可能になる。支援方法の変化により、保健師から一方的に行う支援ではなく、母親の“しんどさ”に気持ちを寄せ、母親の立場で、個別性を重視した支援を



考えていくことができるようになる。中村（1999, p103）が『ボランティア運動についての〈ヴァルネラビリティ〉傷つきやすさへの積極的な着眼』と述べていることに通じる。

この《“しんどさ”があることに気づく》ことは、本研究で面接した保健師のほとんどが行っていた。これは保健師としての平均経験年数が21.6年という熟練保健師が対象であったということが大きな要因であると考えられる。ベナー（1999, p100）が『熟練看護婦は、自分では病気を体験していなくても患者の生き抜いている意味と関心に近づける』と述べているように、熟練保健師は、母親の複雑な生活背景を体験していなくても、今までの経験の中から母親の気持ちに近づくことができ、《“しんどさ”があることに気づく》ことを可能にしていると考えることができる。言い換えれば、“しんどさ”という母親の脆弱性に気づくことができることが、熟練であることの一つの要素と捉えることができる。保健師は、母親の“しんどさ”という脆弱性に気づくことにより、母親へかかわることを自ら選択し、[気になる]という保健師の感情レベルでとどめるのではなく、母親の困難な状況を“しんどさ”があると捉え直し、支援を展開し始めるのである。《“しんどさ”があることに気づく》ということは、まさに虐待防止活動において保健師に期待されている虐待の早期“発見”にあたり、それはかかわりを前提とした積極的意味をもつと考えることができる。

次に、《“しんどさ”があることに気づく》ことから始まる支援について考察する。支援はまず母親の“しんどさ”を理解し、かかわりをもつという《“しんどさ”に気持ちをよせる》ことから始まる。この支援のなかで保健師は、保健師自身のなかにある知識や技術を武器にしたかかわりと母親の個別性を尊重したかかわりを行う。前者のかかわりは、保健師が支援を展開する場の固有性に委ねられる。それは、支援が母親の生活空間という家庭に向いて行われることが多いからである。家庭訪問という母親の器の中に入り、保健師が手にしているものは医療器具でも介護機器でもなく、子どもの発育・発達に関する知識、育児に関する知識、子どもへのケアの技術、母親の話を聞くという技術である。それらを母親の生活空間の状況に合わせて使い、保健師は母親に、保健師が信用できる存在であることを示す。これは、SmithBattleら（1997）が自分自身のなかにある技術を用いて支援の糸口を見つけだしていくと述べていることと共通している。

後者の母親の個別性を尊重したかかわりにおいて保健師は、母親の“しんどさ”が個別的事であること、“しんどさ”は他の母親との相対評価でもなく、保健師自身の経験に基づく価値観からの評価でもなくあくまでも目の前にいる母親が感じている“しんどさ”であり、

他と比較することはできないものであることを認識している。そのため保健師は、母親が感じている“しんどさ”の程度や状況に合わせてかかわりを変化させることができている。

しかし、虐待問題において、虐待者である母親の脆弱性である“しんどさ”に焦点をあてたかかわりには障害が伴う。一つは「なぜその母親だけに特別の支援を行うのか」という保健師の個別支援でよく問われる問題である。これはSmithBattleら（1997）が、母親の要求に合わせた支援を同僚や上司に理解してもらうことの困難性を述べていることとも共通する。サービスの公平性という捉え方をすれば、特定の母親に特別な支援を行うことは公平性を欠くとされ、母親への実際的な支援の障害となっている。しかしこの解釈は、公平性をサービス提供側から捉えた考え方である。サービスの受け手である母親側から捉えるともう一つの解釈が必要である。“しんどさ”を持っていると思われる母親の多くは自らサービスにアクセスできない状況にある。彼らは、自らの“しんどさ”を言語化できない深い心理的問題をもっているため、援助を求めることすらできない状況にある。サービスの公平性を、アクセス方法も含めて考えていく必要がある。本研究の結果から、保健師は彼らに個別的で、時間をかけた支援をおこなっていることが導き出された。それは、サービスを受け手側から捉えることができているからである。《“しんどさ”に気持ちを寄せる》支援とは、サービスにアクセスすることが難しい母親に、時間をかけた特別な支援を必要としている対象であるという認識を持ち、母親との相互作用のなかで母親の状況を理解し、必要と考えられる支援を実践していくことに他ならない。

もう一つの障害は、母親に気持ちを寄せすぎるために肝心の虐待されている子どもの姿がみえなくなる危険性である。本研究で面接した保健師も、子どもが体重増加不良になっている状態がわかっていながら子どもの体重を確認しなかったり、子どもの傷を母親の虐待によるものと捉えたくないという感情があったことについて言語化している。Jones（1995）も専門職が陥りやすい危機として否定（あの母親がこんなことをするはずがない）や万能感（あの母親のことは自分が一番よく知っている）などを示している。虐待の対応には子どもの保護と虐待予防のための親の支援というジレンマがつきまとう（Taylorら、1989）。そのため、単一機関だけのかかわりで解決を目指すことは難しい。虐待問題が単に保健・医療の課題ではなく、幅広く司法、福祉、教育などを含めて考えていくことが必要であり、関係機関との連携が不可欠であるといわれる所以である。本研究は、焦点を母親への支援に絞ったため、関係機関とどのように“しんどさ”を共有、連携出来ているかについては分析できていない。子どもの保護と子どもと家族への支援を両立していくために、

子どもと親にかかわるさまざまな関係機関の専門職の連携について検討していくことが今後の課題である。

## 2) “しんどさ”への保健師の専門的実践能力を発揮した支援

《“しんどさ”に気持ちを寄せる》支援を継続していくなかで、母親の“しんどさ”の本質が浮かび上がってくる。本研究の対象者が支援した母親の多くは、家族から無視されたり、厳しく叩かれて育ったりという被虐待経験を持っていた。生育歴・生活歴が複雑であり、親族や近隣からも孤立していた。Kempe (1978) が示している虐待が生じやすい条件のなかの、子ども時代に大人から愛情を受けていないや社会的孤立状態に当てはまる。このような経験は母親にとって大きな心的外傷となっていると考えられる。心的外傷は長期的に残り、そのため、親として必要な態度や技術や子どもとの情緒的交流を身につけることができなかつたり、親密な人間関係を形成したりすることが困難である (西澤, 1999)。心的外傷をもつ子どもや親への治療や支援に関する研究が行われてきているが、保健師が支援している母親の多くは、専門機関で心的外傷と診断され治療が行われているわけではない。母親も自らの問題を自覚し、治療を求めているわけでもない。保健師は、母親が専門機関での治療に至るまでにかかわりを持つ職種である。言い換えれば、自ら治療を求めることができる母親は、保健師の目の前には止まらず通過していく。保健師はそのような母親ではなく、どの機関にも関わりを求めていくことができない母親を見だし、対象にしている。

深刻な心理的問題を持ち、孤立無援の状態におかれ、子どもだけでなく自分自身をも気遣うことができない母親には、その人の支えとなるような『人間関係の意味の再建』が必要である (ベナー&ルーベル, 1999, p408)。ハーマン(1999, p205)が『心的外傷の中核は無力化と他者からの離断であり、回復は孤立状態においてはおこりにくく、人間関係の網の目を背景にして初めて起こる。生存者は自分以外の他者と新しい結びつきをつくることが重要である』と述べている。保健師が母親に行っているかかわりは、ハーマンが述べている母親が他者との人間関係を確立するための第一歩と考えることができる。保健師は、地域母子保健活動を通じて、孤立無援の状態にあり、深刻な心理的問題を抱え、子どもを気遣うことができない母親を [何か“しんどさ”を抱えている] と気になり、かかわりが必要な対象として見出し、彼らとの新しい結びつきをつくることができる立場にいる。かかわりのなかで、“しんどさ”を抱えた母親とつながりの気持ちを示すことを基盤にして、

母親が生活しやすくなるような《“しんどさ”を軽減する》支援をおこなっている。《“しんどさ”を軽減する》支援とは、狭義の設定された空間で行われる心理治療とは異なり、地域で母親の生活空間のなかで行われる支援であり、家庭訪問で母親・家族の生活状況を把握し、地域の社会資源を有機的に活用できる保健師だからこそできることである。この支援がうまくいくことで、母親を本来の治療に結びつけることができる。母親によっては、専門治療機関に結びつくところまで至らない場合も多い。その場合も、つかず離れずの位置を保ちながら母親へ関心を示し続け、その時期が来るのを待つ。また、《“しんどさ”を軽減する》支援とは、ただ関係機関や専門的治療機関に母親を結びつけるのではなく、地域という母親の生活空間のなかで、母親が生活しやすくなるような支援を、母親の生活上の変化に着目しながら行うことであり、それを行っていく力が、保健師の専門的実践能力であると考えられる。このような支援を虐待防止活動から捉えれば、虐待の“予防”として位置づけることができ、“発見”とともに保健師に期待されているもう一つの役割であるといえる。

支援の有効性は、これまで、児童相談所や関連機関に結びつけ、何らかの成果がみられたことを取り上げていたため、この保健師の治療に結びつけたり、改善にむけて保健師だけで支援を継続したりすることの大変さや重要性はあまり評価されてこなかった。本研究の結果に示した《“しんどさ”を軽減する》という保健師の支援内容は、今まで、予防という見えにくい範疇で捉えられていたため評価されにくかった。しかし、地域の全母親を対象とし、身体的、精神的、社会的状況から支援が必要な母親を見出し、かれらの根本的な解決を目指したかわりを行っていくという役割を担っている保健師の実践を分析することにより、この見えにくい支援を明らかにすることができたと考えられる。このかわりにおける支援内容が明確にされたことにより、虐待防止活動における予防的支援の重要性が保健師同士や関係機関の専門職に認識され、保健師の実践活動に適用しやすくなり、支援の効果としても示しやすくなると思われる。

## 2. 看護実践への示唆

地域母子保健活動において育児支援の必要性が強調されている。保健師は従来から、子どもの発達や育児についての専門的知識をもち、母親に保健指導を行っている。しかし、母親の持つ心理的・社会的問題がクローズアップされてくるなかで、虐待予防を視野に入れた育児支援が強調されている（松井，2001a）。本研究から導き出された看護実践への示

唆を3つの点から考察していく。

まず一つは、虐待予防を視野にいたした保健師が行う育児支援とは、母親に“しんどさ”を感じさせている生活や育児のしづらさへの対応であるということが明確にされたという点である。それは、日々の細かな生活実態を具体的に把握し、母親の生活に合わせ一つ一つの内容を具象化して指導することである。それはこれまで保健師が精神疾患を持つ事例や多問題をもつ事例に行ってきた支援にも示されている（公衆衛生看護研究会，1993；大阪精神衛生勉強会，1991）。しかし、虐待問題への援助は、虐待という一見非人間的に思われる行為をしてしまう親にどこまで気持ちを寄せていくことができるかというジレンマに対処しながら行っていかなければならない。本研究の結果から保健師は、ジレンマを感じながらも、母親を支援対象者と位置づけ、生活場面での具体的指導を通して母親を援助していることが示された。今後保健師が、この支援内容を虐待予防活動のなかで活用していくためには、かかわりに困難性を感じている母親の“しんどさ”を理解し、生活や育児のしづらさへの対応を行っていくことが必要である。これらの実践が定着することにより、保健師が母親支援において重要な役割を担っていることを関係機関の専門職に理解してもらうことに役立ち、有機的な連携に繋がっていくと考えられる。

二つ目は、現状の支援体制のなかで、母親は自分のすべてをぶつけて保健師に臨んでくるといふ点である。母親の要求に対してどこまで現状の保健師の位置づけのなかで取り組んでいくことができるのか。本研究においても、物品の供与や時間外の対応、母親のための治療機関が貧弱であるという現状に対するさまざまな倫理的課題を抱えながら、保健師の苦闘している姿が浮かび上がってきた。また、『人々の気遣う能力がおとろえている』といわれている（ベナーら，1999，p407）なかで、母親の“しんどさ”を知覚し、それぞれの母親に対応する支援には固有の意味があることを示し、個別的なケアをおこなっていくための課題は大きい。しかし、保健師が支援を行う母親は、さまざまな“しんどさ”を抱えているという特徴をもつことが明確にされたことで、虐待問題を倫理的側面から捉え直し、積極的に検討していくことが課題である。

最後に研究方法に関する点である。今まで虐待問題に対応する保健師の実践は量的研究により取り組まれてきた。それらの研究により保健師の支援の実態、支援の方法が明らかにされ、保健師の家庭訪問の必要性が改めて強調されつつある（子どもの虐待予防地域保健研究会，2002）。また、虐待が発生する背景にあるさまざまな要因、生育歴や子どもの要因などに関連があることが示されてきた。しかし、家庭訪問のなかで保健師は、母親とど

のように相互作用を展開しながら支援を行っているのか、虐待に関連するさまざまな要因の個別性を多角的に捉えながら行っている保健師の活動を、どのように表すことができるのかという難しさを常に感じていた。虐待問題を持つ母親への保健師の実践活動をグラウンデッド・セオリー・アプローチで分析していくことにより、既存の理論や概念枠組みにとらわれず、母親との相互作用のなかに存在する支援内容を保健師の視点から捉え、浮かび上がらせることができたと考える。地域看護において、まだ既存の理論では説明されていない保健師の実践活動を現していく方法として、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて研究していくことが重要であることが示唆された。

### 3. 本研究の限界

家庭のなかで生じる虐待に焦点を当てているにもかかわらず、保健師が中心にかかわりをもった母親に焦点をあて分析を行ったため、母親以外の家族である、父親、虐待の当事者である子どもへの支援について分析できていない。今後、家族への支援という概念で捉え直し分析を進めていく必要がある。

また、本研究はA府という一行政機関で活動する保健師を対象に行った面接調査から導き出された支援内容である。地域保健法の制定以降、地域の保健師の活動は行政機関により多様化している。本研究から導き出された結果をすべての行政機関での虐待予防の取り組みに反映することはできない。今後異なった行政機関の保健師に対してカテゴリーを示し妥当性を確認し、検討していくことが求められている。

また、本研究で抽出された“しんどさ”は、母親が表現したものではなく保健師が知覚した“しんどさ”である。そのため、個々の保健師により母親の“しんどさ”の受けとめ方が異なっていると考えられるが、本研究の目的が保健師の支援内容の抽出と構造化であったため、保健師が知覚した“しんどさ”の状況だけに焦点をあて、個々の保健師によって異なる“しんどさ”の知覚の程度を含めた分析にまでいたっていない。抽出された支援内容を実践で適用可能にしていくためには、保健師が知覚した“しんどさ”の特性に関して検討していくことが必要であると考えられる。

## VI 結論

本研究は、地域母子保健活動において虐待防止活動に取り組んでいる保健師を対象とし、保健師の実践知をカテゴリーとして導き出し、保健師による虐待問題をもつ母親への支援について明らかにすることを目的にグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いてデータ収集、分析を行った。その結果、以下のことが明らかにされた。

1. 保健師による虐待防止に向けた支援として、保健師が母親の身体的、心理的、社会的状況における“しんどさ”が気になり、母親に焦点をあてて行う【“しんどさ”への支援】が中核カテゴリーとして導き出された。
2. 保健師の母親の【“しんどさ”への支援】は前提条件として、保健師が母親に出会ったときに《“しんどさ”があることに気づく》ことから始まり《“しんどさ”に気持ちを寄せる》支援を展開する。《“しんどさ”に気持ちを寄せる》支援には、〈かかわりの糸口を探す〉、〈母親にとって心地よい関係をつくる〉、〈保健師を信用してもらう〉がある。
3. 《“しんどさ”に気持ちを寄せる》支援を行っていくなかで、母親の持つ“しんどさ”の内容が徐々にわかってくる《“しんどさ”の本質を見極める（問題の本質に対するアセスメント）》がある。それらは、〈孤立無援の状態にある〉、〈深刻な心理的問題がある〉、〈子どもを気遣えない〉である。
4. “しんどさ”の本質を見極め、保健師は《“しんどさ”を軽減する》支援を行う。《“しんどさ”を軽減する》には、〈つながりの気持ちを示す〉、〈母親が生活しやすくなるようにする〉、〈母親の気持ちを揺さぶる〉、〈母親の目を外に向ける〉がある。
5. 《“しんどさ”に気持ちを寄せる》から《“しんどさ”を軽減する》支援への進展に、保健師に対する〈母親の受け入れにくさある〉ことが、それぞれの支援内容の拡がりに〈母親の生活上の変化に着目する〉が関連している。

これらの知見から、保健師による虐待問題を持つ母親の【“しんどさ”への支援】を中核カテゴリーに位置づけることにより、支援対象を虐待された子どもだけでなく、加害者である母親をも含めて考えることができ、保健師は母親の立場から支援を行っていることが示された。

また、保健師が対象にしている母親の多くは、自ら支援を求めてくることはほとんどない。保健師は、彼らを地域母子保健活動のなかで、母親の“しんどさ”という脆弱性に気

づくことで“発見”する。そして、母親とつながりの気持ちを示すことを基盤にした日常生活における具体的な指導を通して、母親の心理・社会的問題の根本的な解決を目指した支援を行い、虐待発生を“予防”する。虐待防止活動のなかで特に重要と位置づけられ、保健師に期待されている虐待の“発見”、“予防”という支援を保健師は、《“しんどさ”があることに気づく》、《“しんどさ”に気持ちを寄せる》、《“しんどさ”の本質を見極める（問題の本質に対するアセスメント）》、《“しんどさ”を軽減する》というプロセスの中で行っていることが明らかにされた。これらは、母親の立場から、彼らの個別性を尊重した支援を行っている保健師を対象とし、かれらの実践活動を分析することにより導き出すことができた。虐待防止活動は、子どもの保護から家族（母親）を含めた支援を志向してきているため、本研究から導き出された支援内容を活用していくことがその発展に寄与できると考える。

## 謝辞

日々の活動にお忙しいところ快く長時間の面接に応じていただき、貴重な実践を語ってくださった保健所保健師の皆様へ深くお礼を申し上げます。また、保健師の実践活動を言語化していく研究の必要性についてもご理解と励ましをいただきありがとうございました。皆様のお話を伺いながら、保健師の実践能力のすばらしさを共有させていただきましたことを感謝しております。

本研究を進めていくにあたりまして、長期間終始温かくご指導、ご支援いただきました東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野 教授 村嶋幸代先生、地域看護学教室の皆様へ深く感謝申し上げます。

また、本研究の面接過程やデータの分析、導き出されたカテゴリーの妥当性についてご助言、ご指導くださいました国立保健医療科学院 山田和子先生、福井県立大学看護福祉学部 教授 鈴木敦子先生に深く感謝申し上げます。



## 文献

- Angeli N., Christy J., Howe J. & Wolff B. (1994): Facilitating parenting skills in vulnerable families. *Health visitor*, 67(4), 130-132
- Appleton J. V. (1994a): The role of the health visitor in identifying and working with vulnerable families in relation to child protection: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 167-175
- Appleton J. V. (1994b): The concept of vulnerability in relation to child protection: health visitors' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1132-1140
- Appleton J. V. (1995): Health visitor assessment of vulnerability. *Health Visitor*, 68(6), 228-231
- Appleton J. V. (1996): Working with vulnerable families: a health visiting perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 912-918
- Ayre P : Assessment of significant harm(1998): Improving professional practice. *British Journal of Nursing*, 7(1), 31-36
- Baker W. (1990): Practical and ethical doubts about screening for child abuse. *Health Visitor*, 63(1), 14-17
- Barker W. & Percy P. (1991): Health visiting under scrutiny. *Health Visitor*, 64(1), 12-15
- ベナー P. & ルーベル J./難波卓志訳(1999): 現象学的人間論と看護. 医学書院
- Browne K. (1989): The health visitor's role in screening for child abuse. *Health Visitor*, 62(9), 275-277
- Browne K. (1995): Preventing child maltreatment through community nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 57-63
- ブルーマー H./ 後藤将之訳(1997): シンボリック相互作用論. 頸草書房
- Byrd M. E. (1995a): A concept analysis of home visiting. *Public Health Nursing*, 12(2), 83-89,
- Byrd M. E. (1995b): The home visiting process in the contexts of the voluntary vs. required visit; examples from fieldwork. *Public Health Nursing*, 12(3), 196-202
- Byrd M. E. (1997a): A typology of the potential outcomes of maternal-child home visits: a literature analysis. *Public Health Nursing*, 14(1), 3-11
- Byrd M. E. (1997b): Child focused single home visiting. *Public Health Nursing*, 14(5), 313-322
- Byrd M. E. (1998): Long-term maternal-child home visiting. *Public Health Nursing*, 15(4), 235-242
- Byrd M. E. (1999): Questioning the quality of maternal caregiving during home visiting. *Image*, 31(1), 27-32
- Caldwell R., Bogat G. & Davidson W. (1988): The assessment of child abuse potential and the prevention of child abuse and neglect: a policy analysis. *American Journal of Community Psychology*, 16(5), 609-924
- チェニッツ W. C. & スワンソン J. M. / 樋口康子, 稲岡文昭監訳 (1992): グラウンデッド・セオリー 看護の質的研究のために. 医学書院
- Cowen P. S. (1999): Child neglect: injuries of omission. *Pediatric Nursing*, 25(4), 401-417

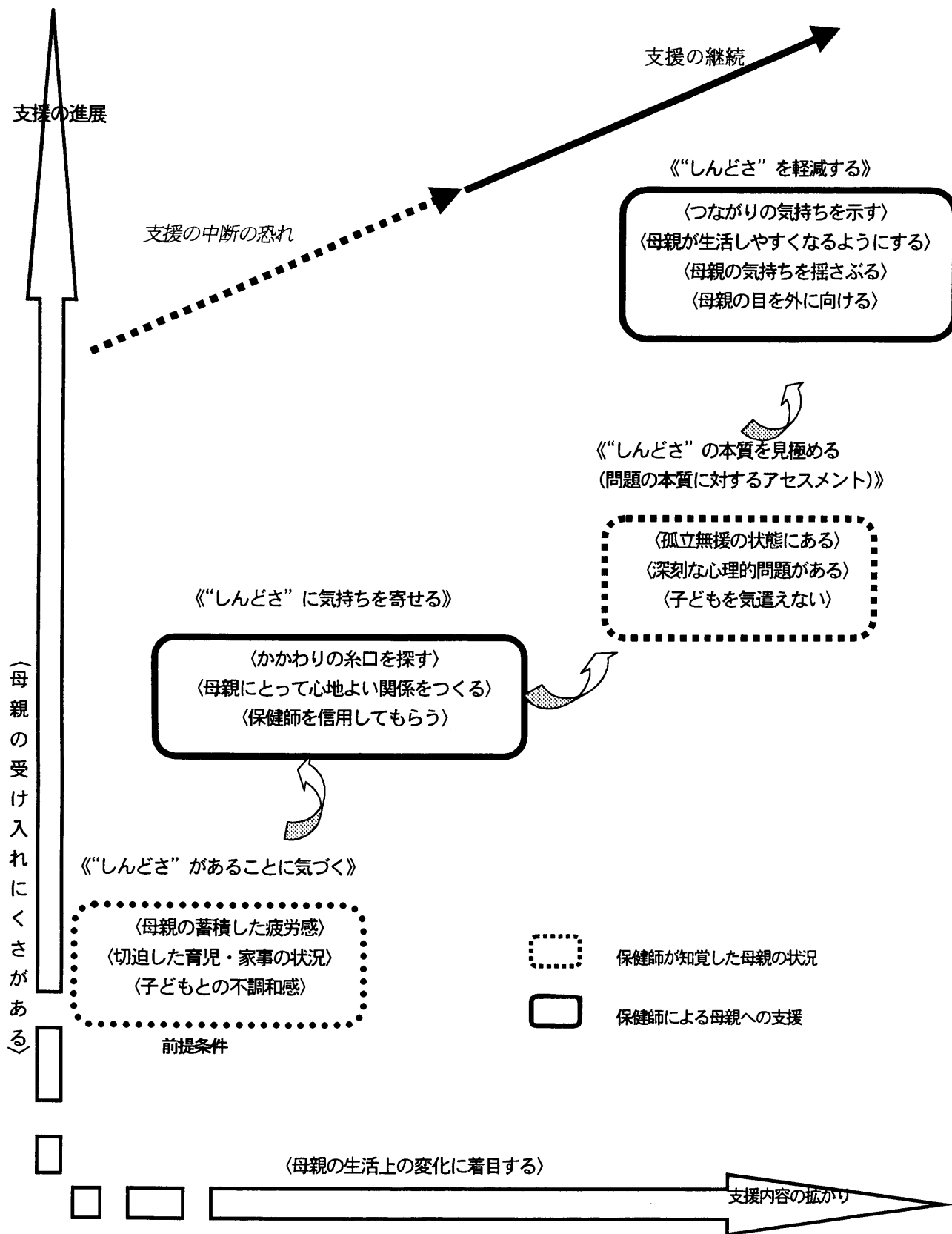
- Cowen P. S. (2001) : Effectiveness of a parent education intervention for at-risk families. JSPN, 6(2), 73-82
- 富家禎子(2001) : 子育て中のハイリスク女性に対する出会い・共感・安心・気づきと振り返りの場づくり. 小児看護, 24(3), 1766-1775
- Gilardi J. (1991): Child protection in a South London district. Health Visitor, 64(7), 225-227
- グレイザーB. G., ストラウス A. L./後藤隆, 大出春江, 水野節夫訳(1996) : データ対話型理論の発見. 新曜社
- Guterman N.B. (2000): Stopping child maltreatment before it starts; emerging horizons in early home visitation services. Sage Publications Inc
- 萩原玉味, 岩井宜子(1998): 児童虐待とその対策. 多賀出版
- ハーマン. L. J. /中井久夫訳 (1999): 心的外傷と回復. みすず書房
- Hamilton P. A. & Bush H. A. (1988): Theory development in community health nursing: Issues and recommendations. Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 2, 145-165
- Hanks C. A. & Smith J. (1999): Implementing nurse home visitation programs. Public Health Nursing, 16(4), 235-245
- Helfer R. (1990): The neglect of our children. Pediatric Clinic of North America, 37(4), 923-942
- 広岡智子(2001) : 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
- ホロウエイ I. & ウィーラー S. /野口美和子監訳(2000) : ナースのための質的研究入門. 医学書院
- Humphry R. & Rourke M. (1991): When an Infant has a feeding problem. Occupational Therapy Journal of Research, 11, 106-120
- イギリス保健省・内務省・教育雇用省/松本伊智朗, 屋代通子訳(2002) : ワーキング・トゥギャザー. 医学書院
- 池田由子(1979) : 児童虐待の病理と臨床. 金剛出版
- Johnson C. (1985): Identifying children at risk: a system for health visitors. Health Visitor, 58, 195-196
- Jones D. N./ 鈴木敦子, 小林美智子, 納谷保子訳(1995) : 児童虐待防止ハンドブック. 医学書院
- 神田瑞穂(1980) : 被虐待児の司法解剖調査, 再鑑定に関する調査および医療事故死剖検例調査. 日本法医学会誌, 34(3), 147-157
- 加藤曜子(2001) : 児童虐待リスクアセスメント. 中央法規出版

- 萱間真美(1999)：精神分裂病者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護婦の看護技術. 看護研究, 32(1), 53-76
- Kempe C. H., Frederic N. S., Brandt F. S., William D. & Henry K. S. (1962): The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181(1), 17-24
- Kempe C. H. (1978): Child abuse- the pediatrician's role in child advocacy and preventive pediatrics. *American Journal of Disease of Children*, 132, 255-260
- 木下康仁(1999)：グラウンデッド・セオリー・アプローチ. 弘文堂
- Kitzman H., Olds D.L., Henderson C. R., Hanks J. C., Cole R., Tatelbaum R., McConnochie M., Sidora K., Luckey D.W., Shaver D., Engelhardt K., James D. & Barnard K. (1997a): Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 278(8), 644-652
- Kitzman H., Cole R., & Yoos L. (1997b): Challenges experienced by home visitors: a qualitative study of program implementation. *Journal of Community psychology*, 25, 95-109
- 小林美智子, 納谷保子, 鈴木敦子, 佐藤拓代(1994): 被虐待児予防の地域システムにおける保健所の役割 大阪府保健所における養育問題と援助の実態調査から . 厚生省心身障害研究, 「親子のこころの諸問題」に関する研究, 平成5年度研究報告書
- 小林美智子, 納谷保子, 鈴木敦子, 佐藤拓代(1995)：母子保健における養育問題事例への援助実態 被虐待児予防の地域システムにおける保健所の役割 . 厚生省心身障害研究, 「親子のこころの諸問題」に関する研究, 平成6年度研究報告書
- 小林美智子, 納谷保子, 鈴木敦子(1997)：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
- 小林美智子, 佐藤拓代, 納谷保子, 鈴木敦子(1999)：保健医療機関における重症度アセスメントについて一発防止のための重症度評価と援助指針. 厚生科学研究, 虐待の予防、早期発見及び再発防止に向けた地域の推進体制の構築に関する研究, 平成10年度研究報告書
- 小林美智子, 佐藤拓代, 納谷保子, 鈴木敦子(2000): 保健医療機関における子どもの虐待の重症度と援助 再発予防のための実態 . 厚生科学研究, 虐待の予防、早期発見及び再発防止に向けた地域の推進体制の構築に関する研究, 平成11年度研究報告書
- 小林登(2002)：児童虐待の実態調査-1. 発生と対応の実態. 厚生科学研究, 「児童虐待および対策の実態把握に関する研究」, 平成12年度研究報告書
- 公衆衛生看護研究会編(1993)：地域の中の保健師活動事例集 第3集 精神障害者への援助. 公衆衛生看護研究会
- 子どもの虐待防止ネットワーク・あいち編(2000)：防げなかった死 虐待データブック 2001. キャプナ出版
- 子ども虐待予防地域保健研究会(2002)：子ども虐待予防のための地域保健活動マニュアル. 社会保険研究所
- 小池通夫(1995)：和歌山県での被虐待児予防. 厚生省心身障害研究, 「親子のこころの諸問題」に関する研究, 平成7年度研究報告書
- Kristjanson L. J. & Chalmers K. I. (1991): Prevention work with families: issues facing public health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 147-153

- Luker K. A. & Chalmers K. I.(1990):Gaining access to clients; the case of health visiting, *Journal of Advanced Nursing*, 15, 74-82
- MacLead J. & Nelson G. (2000): Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 24(9), 1127-1149
- MacPhee M. & Schneider J. (1996): A clinical tool for non organic failure to thrive feeding interaction. *Journal of Pediatric Nursing*, 11(1), 29-39
- 牧村史陽(1979) : 大阪ことば事典. 講談社
- 松井一郎(2001a) : 児童虐待防止の対応戦略. 子どもの虐待とネグレクト, 3(2), 220-223
- 松井一郎(2001b) : 虐待の予防、早期発見及び再発防止に向けた地域における連携体制の構築に関する研究. 平成12年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書, 6-10
- 松原康雄, 山本保(2000) : 児童虐待 その援助と法制度. エディケーション
- McNaughton D. B. (2000): A synthesis of qualitative home visiting research. *Public Health Nursing*, 17(6), 405-414
- 宮崎美沙子(1995) : 保健師の援助過程における判断の構造. *Quality Nursing*, 1(8), 45-53,
- 村瀬嘉代子(2001) : 子どもと家族への統合的心理療法. 金剛出版
- Murry S. K., Baker A. W. & Lewin L. (2000): Screening families with young children for child maltreatment potential. *Pediatric Nursing*, 26(1),47-54
- 中村雄二郎(1992) : 臨床の知とは何か. 岩波新書
- 中村雄二郎(1999) : 死と生のレッスン. 青土社
- 西澤哲 (1994) : 子どもの虐待 子どもと家族への治療的アプローチ. 誠信書房
- 西澤哲(1999) : ト라우マの臨床心理学. 金剛出版
- Olds D. L., Henderson C. R., Tatelbaum R. & Chamberlin R. (1986a): Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 77(1), 16-28
- Olds D. L., Henderson C. R., Chamberlin R. & Tatelbaum R. (1986b): Preventing child abuse neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78(1), 65-78
- Olds D. L. & Kitzman H. (1993): Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children. *The future of Children*, 3(3), 53-92
- Olds D. L., Henderson C. R. Harriet J., Kitzman H., Eckenrode J. J., Cole R. E. & Tatelbaum R. C. (1999): Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *The Future of Children*, 9(1), 44-65
- 大阪府保健衛生問題研究会(1997) : 母子保健における乳幼児虐待の予防・援助に関するシステム化. 平成8年度大阪府保健衛生問題報告書
- 大阪児童虐待研究会(1993) : 大阪の乳幼児虐待, 死を予防できなかった子ども. 大阪府立母子保健総合医療センター, 111-115
- 大阪児童虐待調査研究会(1989) : 被虐待児のケアに関する調査報告書. 大阪府委託調査研究報告書

- 大阪精神衛生勉強会(1991)：生きて学んでハーモニー. 大阪精神衛生勉強会
- Paulk D. (1999): Recognizing child abuse, child abusers, and individuals who are likely to abuse. *Physician assistant*, 5, 38-72
- Reifsnider E. (1996): Helping children grow: a home-based intervention protocol. *Journal of Community Health Nursing*, 13(2), 93-106
- Reutter L. & Ford J. S. (1997): Enhancing client competence: melding professional and client knowledge in public health nursing practice. *Public Health Nursing*, 14(3), 143-150
- 彭飛(1993)：大阪ことばの特徴. 和泉書院
- 斉藤学(1994)：児童虐待〈危機介入編〉. 金剛出版
- 信田さよ子編(2001)：子どもの虐待防止最前線. 大月書店
- SmithBattle L., Drake M. A. & Diekemper M. (1997): The responsive use of self in Community health nursing practice. *Advances In Nursing Science*, 20(2), 75-89
- ストラウス A. & コービン J. / 南裕子監訳(1999)：質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリーの技法と手順. 医学書院
- Sullivan B. (1991): Growth enhancing interventions for nonorganic failure to thrive. *Journal of Pediatric Nursing*, 6, 236-242
- Taylor S. & James D. (1987): Children at risk: the changing role of the health visitor. *Health Visitor*, 60(10), 329-330
- Taylor S. & Tilley N. (1989): Health visitors and child protection; conflict, contradictions and ethical dilemmas. *Health Visitor*, 62, 273-275
- 上野昌江, 山田和子(1997)：児童虐待の援助における保健師の役割に関する基礎的研究. 大阪府立看護大学紀要, 3(1), 15-25
- 上野昌江, 山本裕美子, 長池敦子(2000)：発育・発達不良がある子どもと家族への保健師の援助. 看護学雑誌, 64(11), 1013-1017
- Wasik B. H. (1994): Survey of home visiting programs for abused and neglected children and their families. *Child Abuse & Neglect*, 18(3), 271-283
- Williams D. M. (1997): Vulnerable families: a study of health visitors' prioritization of their work. *Journal of Nursing Management*, 5, 19-24
- Wooster D. M. (1999): Assessment of nonorganic failure to thrive. *Infant-Toddler Intervention. The Transdisciplinary Journal*, 9(4), 353-371
- Weir I. K. & Dinnick S. (1988): Behaviour modification in the treatment of sleep problems in young children: a controlled trial using visitors as therapists. *Child: Care, Health and Development*, 14, 355-368
- Wheeler S. J. (1992): Perceptions of child abuse. *Health Visitor*, 65(9), 316-319
- Wright C. M. & Talbit E. (1996): Screening for failure to thrive: what are we looking for?. *Child: Care, Health and Development*, 22(4), 223-234
- 山田和子, 野田順子(2002)：保健所保健婦が支援した子ども虐待事例に関する研究 全国保健所を対象とした調査より一. 小児保健研究, 61(4), 568-576
- 吉田孝子 (2000)：育児相談における母親のニーズと保健婦の役割. 大阪府立看護大学紀要, 6(1), 51-58
- Zerwekh J. V. (1991): A family caregiving model for public health nursing. *Nursing Outlook*, 39(5), 213-217

- Zerwekh J. V. (1992a): Laying the groundwork for family self-help: locating families, building trust, and building strength. *Public Health Nursing*, 9(1), 15-21, /萱間真美, 玉置夕起子訳(1999): 家族の自助能力を支える基礎作りとしての訪問ケア, 家族を見つける, 信頼関係を構築する, そして強さを育む. *看護研究*, 32(1), 15-24
- Zerwekh J. V. (1992b): The practice of empowerment and coercion by expert public health nurses. *Image*, 24(2), 101-105/齊藤恵美子訳(1996): 熟練保健師によるエンパワーメントと強制措置の実践. *保健師雑誌*, 52(5), 399-405



カテゴリーのレベル：□ 《◇ の順

図1 保健師による母親の【“しんどさ”への支援】の全体構造図

表1 対象者の背景と【“しんどさ”への支援】の状況

保健師	年齢	保健師としての 経験年数	《“しんどさ”に 気持ちを寄せる》	《“しんどさ”を 軽減する》
A	48歳	26年	○	
B	51歳	26年	○	
C	40歳	19年	○	
D	44歳	17年	○	
E	51歳	27年	○	
F	44歳	23年	○	○
G	53歳	25年	○	○
H	44歳	17年	○	○
I	50歳	21年	○	○
J	49歳	27年	○	○
K	54歳	20年	○	○
L	45歳	24年	○	○
M	49歳	25年	○	○
N	43歳	17年	○	○
O	32歳	9年	○	○
P	60歳	35年	○	○
Q	56歳	32年	○	○
R	46歳	23年	○	○
S	40歳	16年	○	○
T	34歳	7年	○	○
U	33歳	11年	○	○
V	51歳	29年	○	○

面接時の保健師の平均年齢：46.2歳

面接時の保健師の平均経験年数：21.6年



表 2 保健師が援助したケース概要

保健師	援助開始時の子どもの年齢	保健師がケースを把握した経路	家族構成	虐待の種類 <sup>(注1)</sup>	主な虐待者 <sup>(注2)</sup>	母親の疾患の有無 <sup>(注3)</sup>	かかわりの経過
A	7 か月	福祉事務所から連絡	核家族 (母子家庭) 子ども 1人	ネグレクト	母親	アルコール依存症	家庭 (保育所) → 母親の死亡
B	3 か月	頭部外傷で入院した医療機関から連絡	拡大家族 (母親の実家に同居) 子ども 2人 (双子)	身体的虐待	母親	無	医療機関 → 家庭 → 死亡
C	2 歳	1歳半健診経過観察で保健センターから連絡	核家族 子ども 1人	ネグレクト	母親	心身症	家庭 (保育所)
D	1歳6 か月	1歳半健診経過観察で保健センターから連絡	核家族 子ども 1人	ネグレクト	母親	精神疾患	家庭 (通園施設)
E	1歳11か月	家庭児童相談室から連絡	核家族 子ども 6人	ネグレクト	母親	無	家庭 → 転居
F	0 か月	出産前医療機関から連絡	核家族 子ども 1人	ネグレクト	母親	精神疾患	医療機関 → 施設 → 家庭 (保育所) → 転居
G	0 か月	出産後医療機関から連絡	核家族 子ども 1人	ネグレクト 心理的虐待	母親	精神疾患	家庭 (保育所)
H	2 か月	頭部外傷で入院した医療機関から連絡	核家族 子ども 1人 両親とも外国人	身体的虐待	不明	無	医療機関 → 施設
I	1歳7 か月	きょうだいの通園施設から連絡	拡大家族 (母親の実家に同居) 子どもの 2人	ネグレクト	母親	無	家庭 (保育所)
J	0 か月	出産後医療機関から連絡	核家族 子ども 1人	ネグレクト	母親	無	家庭
K	2 か月	低出生児家庭訪問	核家族 子ども 2人	ネグレクト	母親	無	家庭 → 施設 → 家庭 (保育所)
L	2歳2 か月	育児相談へ来所	核家族 子ども 3人	ネグレクト 心理的虐待	母親	無	家庭 (幼稚園)

M	0か月	出産後医療機関から連絡	核家族 子ども3人	ネグレクト	母親	精神疾患	家庭→施設→家庭(保育所)
N	3か月	内出血で受診した医療機関から連絡	核家族 子ども2人	身体的虐待	父親・母親	無	家庭→医療機関→家庭
O	1歳8か月	育児相談へ来所	核家族 子ども2人	身体的虐待 心理的虐待	母親・父親	無	家庭→施設→家庭(保育所)
P	4歳	保育所から連絡	核家族 子ども3人	身体的虐待 心理的虐待	父親・母親	精神疾患 軽度身体障害	家庭(保育所)
Q	3歳	家族から電話相談	核家族 子ども2人	ネグレクト	母親	精神疾患	家庭(保育所)
R	5歳	幼稚園から連絡	核家族 子ども1人	心理的虐待	母親	無	家庭(幼稚園)
S	0か月	出産後医療機関から連絡	核家族 子ども2人(双子)	身体的虐待	母親	無	家庭→施設
T	8か月	きょうだいの1歳半健診で保健センターから連絡	核家族 子ども2人	身体的虐待 心理的虐待	母親	無	家庭(保育所)
U	3か月	頭部外傷で入院した医療機関から連絡	核家族 子ども2人	身体的虐待	母親	無	医療機関→施設
V	2か月	低出生児家庭訪問	核家族 子ども3人	身体的虐待	母親	無	家庭→死亡

注1 虐待の種類は、『児童虐待の防止等に関する法律』の定義に基づく

注2 主な虐待者が父親の場合、母親は側においてその虐待を制止できなかったと捉え母親も虐待者とした

注3 母親の疾患有は、保健師がかかわる以前からあるいはかわった後、医療機関で治療を受けている状態とした

表3 【“しんどさ” への支援】の категорияとサブ категория

	カテゴリー	サブカテゴリー	
《“しんどさ” に気持ちを寄せる》 支援	前提条件 《“しんどさ” があることに 気づく》	〈母親の蓄積した疲労感〉	<u>母親の心身の不調</u>
		〈切迫した育児・家事の状況〉	<u>母親の能力の不均衡</u> <u>伝統的育児観への束縛</u> <u>母子の閉塞感</u> <u>厳しい家計のやりくり</u>
	《“しんどさ” に気持ちを 寄せる》	〈子どもとの不調和感〉	<u>子どもへの対応のまずさ</u> <u>子どもへの関心の薄さ</u>
		〈かかわりの糸口を探す〉	<u>母親の関心にチャンネルをあわせる</u> <u>かかわるタイミングを合わせる</u> <u>訪問理由を明確にする</u> <u>物品を供与する</u>
支援の進展に関連する要因	〈母親にとって心地よい関係をつくる〉	<u>母親の都合を優先する</u> <u>母親と目線を同じにする</u> <u>母親を主体にする</u> <u>母親のことを気遣う</u> <u>かかわりを継続する</u>	
	〈保健師を信用してもらおう〉	<u>お互いに知り合う時間をつくる</u> <u>一緒に行動する</u> <u>直接的ケアを行う</u>	
	〈母親の受け入れにくさがある〉	<u>家の中に入れない</u> <u>かかわりのきっかけが掴みにくい</u> <u>子どもの姿が見えない</u> <u>母親が身構えている</u>	

《“しんどさ”を軽減する》支援

	カテゴリー	サブカテゴリー
《“しんどさ”の本質を見極める（問題の本質に対するアセスメント）》	〈孤立無援の状態にある〉	実家からの自立と依存の葛藤
		夫との結びつきの薄さ
		近所づきあいができない
	〈深刻な心理的問題がある〉	“しんどさ”が出ない
		全てを依存する
		関係の拡がりにくさがある
	〈子どもを気遣えない〉	子どもへの不適切な対応
		子どもとの共感性の乏しさ
		子どもへの虐待行為がある
母親役割への執着		
母親の気持ちを尊重する		
《“しんどさ”を軽減する》	〈つながりの気持ちを示す〉	母親の同伴者になる
		母親の行動を予測して対応する
		家事・育児を補完する
		つかず離れずの位置にいる
		母親に自信をもたせる
	〈母親が生活しやすくなるようにする〉	母親の生活空間を整える
		わかりやすい方法を示す
		生活の枠組みを崩さない
		リミットセッティングをする
	〈母親の気持ちを揺さぶる〉	“しんどさ”を引き出す
		子どもや母親の問題に向き合わせる
		母親と子どもを家から連れ出す
	〈母親の目を外に向ける〉	母親の治療機関を探す
		母親の人間関係を広げる
		育児技術が身に付く
支援内容の拡大に関連する要因	〈母親の生活上の変化に着目する〉	子どもへのまなざしが柔らかくなる
		世間との結びつきができる
		“しんどさ”を言語化できる

表4 【“しんどさ”の支援】を構成するカテゴリー

中核カテゴリー：【“しんどさ”への支援】

《“しんどさ”に気持ちを寄せる》支援

《“しんどさ”があることに気づく》

カテゴリー	サブカテゴリー	
〈母親の蓄積した疲労感〉	母親の心身の不調	産後の体調不良がある 精神疾患がありぼっとしている 出産が続く 視力が悪い 妊娠している 身体障害があり下肢が不自由 できる時とできない時の差が激しい
	母親の能力の不均衡	話しの内容がアンバランス 生活能力が乏しい 知的能力と生活能力がアンバランス 家具が不自然に少ない 調理器具が少ない
〈切迫した育児・家事の状況〉	伝統的育児観への束縛	頑張る母親をしている 保育園より幼稚園というこだわりがある 世間体を気にしている 育児をきっちりしなくてはいけない 子どもの発達の違いに対して自責の念がある 子どもといのはしんどい子どもと離れられない
	母子の閉塞感	母の表情が暗い 閉じこもっている 閉め切った環境にいる 子育てより自分が遊びたい 気持ちが追いつめられている
	厳しい家計のやりくり	お金がない 借金がある 冷蔵庫が空っぽで食べるものがない 子どもの面会に行く交通費がない
〈子どもとの不調和感〉	子どもへの対応のまずさ	おもちゃがいっぱい 子どもへの対応に困っている 子どもに振り回されている 子どもだけで長時間留守番をさせている 赤ちゃんが泣きやまなくてどうしていいかわからない 離乳食がつかれない 直ぐに子どもを叩く 子育ての知識に乏しい
	子どもへの関心の薄さ	子どもへの愛着がない 育児への戸惑いがない 子どもへの言葉が冷たい おもちゃがない 子どもと対等という意識がある 子どもを抱かない

《“しんどさ”に気持ちを寄せる》

（かかわりの糸口を探す）	<ul style="list-style-type: none"> <li>育児の手伝いに行く</li> <li>母親に合う話を探す</li> <li>母親に踏み込めるとっかかりを探す</li> <li>育児の大変さに共感する</li> <li>子どものことより母親の相談にのる</li> <li>子どもの病気の対応を教える</li> <li>排泄のしつけにポイントをあてる</li> <li>母親とコミュニケーションがとれる方法を考える</li> <li>母親のSOSをキャッチする</li> </ul>
母親の関心にチャンネルを合わせる	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院中に面会に行く</li> <li>病院から退院直後に訪問する</li> <li>母親が不安におもっているときに一緒にいる</li> <li>直ぐに訪問する</li> <li>母親の役に立つときに訪問する</li> <li>母親が求めているときにかかわる</li> <li>退院直後は毎日訪問する</li> <li>子どもの退院の日を調整する</li> </ul>
かかわるタイミングを合わせる	<ul style="list-style-type: none"> <li>未熟児訪問に行く</li> <li>健診が未受診のため訪問する</li> <li>訪問しても不在のときは文書を残す</li> <li>子どもの療育のことにかかわる</li> <li>近くに来たから寄る</li> </ul>
訪問理由を明確にする	<ul style="list-style-type: none"> <li>育児物品を提供する</li> <li>母親がほしいものを持っていく</li> <li>子どものおやつをもっていく</li> </ul>
物品を供与する	<ul style="list-style-type: none"> <li>母親の生活時間に合わせる</li> <li>家庭に向き生活の場に対応する</li> <li>母親の尺度で考える</li> <li>育児の最低限を求める</li> <li>一つ一つ確認する</li> <li>母親の思いに添った行動をとる</li> </ul>
（母親にとって心地よい関係をつくる）	<ul style="list-style-type: none"> <li>母親の都合を優先する</li> <li>母親と目線を同じにする</li> <li>母親を主体にする</li> <li>母親のことを気遣う</li> </ul>
母親の都合を優先する	<ul style="list-style-type: none"> <li>母親の子どもへの対応を気にしていることを理解する</li> <li>子どもへの対応を否定的に評価しない</li> <li>母親が限界にきていることを認める</li> <li>母親を問いつめない</li> <li>100%受けとめる</li> <li>母親の味方になる</li> <li>虐待のことを根ほり葉ほり聞かない</li> <li>母を責めない</li> </ul>
母親と目線を同じにする	<ul style="list-style-type: none"> <li>定期的な訪問する</li> <li>継続して訪問する</li> <li>近くに来たら必ず寄る</li> </ul>
母親を主体にする	<ul style="list-style-type: none"> <li>何度も足を運ぶ</li> <li>エンドレスに母親の話を聞き続ける</li> <li>母親を知る時間をつくる</li> </ul>
母親のことを気遣う	<ul style="list-style-type: none"> <li>立ち入らない</li> <li>押しつけない</li> <li>母親の言動に振り回される</li> <li>かかわれる時期がくるまで待つ</li> </ul>
かかわりを継続する	<ul style="list-style-type: none"> <li>保育園の送迎と一緒にいく</li> <li>離乳食と一緒につくる</li> <li>子どもの育児用品と一緒に準備する</li> </ul>
（保健師を信用してもらう）	
一緒に行動する	

直接的ケアを行う	病院・施設入所に同伴する
	家の掃除をする
	子どもの沐浴を手伝う
	子どもの着替えを手伝う
	ミルクをつくって飲ませる

支援の進展に関連する要因

〈母親の受け入れにくさがある〉

家の中に入れない	家から出てこない
	居留守を使う
かかわりのきっかけが掴みにくい	玄関から先へ上がれない
	保健師から連絡がつきにくい
	保健師の家庭訪問を望まない
	外国人で言葉が通じにくい
子どもの姿がみえない	自ら“しんどさ”を出さない
	母親の考えが読めない
	母親から保健師への相談がない
	母親自身のエネルギーが乏しい
	幼児教室に来なくなる
	何をいってもあたりにない
母親が身構えている	話しが噛み合わない
	母親自身のケアを求めている
	相談機関を選んでいる
	子どもに会えない
	保健師の訪問を身構えている
	母親に緊張がある
	保健師が何をやる人かわからない

《“しんどさ”の本質を見極める（問題の本質に対するアセスメント）》

<p>〈孤立無援の状態にある〉</p>	<p>実家からの自立と依存の葛藤</p>	<p>実母との関係を言語化できない                      生育歴がわからない                      実家との関係がよくない                      実母がストレスになっている                      実母に頼れない・甘えられない                      母親自身も叩かれて育つ                      厳しくしつけられる                      家族の中で認められていない                      無視されている                      被虐待歴がある                      手伝いがなく一人で出産する</p>
	<p>夫との結びつきの薄さ</p>	<p>夫への遠慮がある                      夫婦の話し合いがない                      夫と大切な話ができない                      夫が支配的                      夫の言動を気にしている                      夫に理解されない                      夫の子どもへの虐待がある                      夫と共依存関係にある</p>
	<p>近所づきあいができない</p>	<p>近所から孤立している                      回覧板が回せない                      子どもの友だちとつき合いができない</p>
<p>〈深刻な心理的問題がある〉</p>	<p>“しんどさ”が出ない</p>	<p>母親から訴えがない                      母親の真意がつかめない                      大変な状況を「こんなもの」と受けとめる                      どこにもサポートを求めない                      育児不安が全くない                      子どものことで相談がない                      強く援助を求めてくる</p>
	<p>全てを依存する</p>	<p>何でも話す                      保健師への試し行動がある                      全てを依存する</p>
	<p>関係の拡がりにくさがある</p>	<p>母親自身に自己否定感がある                      新たな設定にのりにくい                      保健師以外と関係が広がらない                      プライドが高い                      保育園につれていけない                      精神症状が悪化する                      神経症的傾向がある                      生活経験が乏しい</p>
<p>〈子どもを気遣えない〉</p>	<p>子どもへの不適切な対応</p>	<p>子どもを外に出さない                      子どもに清潔を求める                      マニュアル通りの育児をする                      大ざっぱに対応する                      子どもへの言葉かけがない</p>
	<p>子どもとの共感性の乏しさ</p>	<p>子どもとの関係が希薄                      子どもへの関心が薄い                      子どもと離れたい                      子どもといることがしんどい                      子どもへの対応がわからない                      子どもの気持ちに配慮できない                      一方的にケアする</p>
	<p>子どもへの虐待行為がある</p>	<p>子どもへの対応がきつい                      子どもの食べさせない                      子どもを閉じこめる</p>



	直ぐに子どもを叩く
	病気の子どもを病院に連れていけない
	子どもを預けられない
母親役割への執着	育児への責任感が強い
	育児が上手にできないことへの自責の念がある
	子どもに忘れられてしまうのではという不安がある

《“しんどさ”を軽減する》支援

〈つながりの気持ちを示す〉

母親の気持ちを尊重する	母の未熟さを受けとめる 何でも話せる関係になる 母親の子どもへの否定的感情を聞く 話しを引き出す 子どもを好きになれない“しんどさ”を聞く できていることを評価する 思いを受けとめる 無理な注文に応じる
母親の同伴者になる	世間体の壁になる 母親の面目を立てる 母親が行きにくいところに同伴する 緊急時に対応する
母親の行動を予測して対応する	ストレス源を予測して対応する しんどくなる前に声をかける
家事・育児を補完する	母親が子どもの集中して関われる時間をつくる 母親が身体的にしんどいとき育児を代行する 食事作りをする
つかず離れずの位置にいる	その時点その時点で母親の気持ちを聞き続ける 関係が切れないようにする 長期的に関係を継続する
〈母親が生活しやすくなるようにする〉	母親ができる方法を示す 母親の能力にあわせていう
母親に自信を持たせる	一遍に多くのことを言わない 家庭内で母親の役割をつくっていく 母親に役所の窓口で対応させる
母親の生活空間を整える	1日24時間の過ごし方を考える お金がないことに対応する 保育所入所をすすめる 施設（乳児院）入所の話しを切り出す 施設からの退所の準備をする
わかりやすい方法を示す	洗濯から片づけまでの手順を示す 育児・家事の技術を具体的に指導する 子どもへの対応を具体的に示す（一緒にお風呂に入れる） 今しなければいけないことを教える 離乳食を一緒に食べさせる 定期的に施設にいる子どもの面会に行かせる 面会時の子どもへのかかわり方を教える おやつの内容を具体的に示す 子どもとの遊び方を教える 食事のメニューを教える 子どもの生活リズムの作り方を教える 保健師が母親のモデルになる
生活の枠組みを崩さない	他機関に行くときの交通手段を考える お金のかかることを言わない 家計の範囲で考える

〈母親の気持ちを揺さぶる〉	リミットセッティングをする	母親から相談があるまで待つ 電話の相談時間を制限する 保健師だけで相談にのれないことを伝える 押ししたり引いたりする
	“しんどさ”を引き出す	お金のことを聞く 子どもへの対応の“しんどさ”を言語化させる 保健師自身の弱さを出す 子どもの問題を指摘する
	子どもや母親の問題に向き合わせる	母親の子どもへの虐待行為を言語化して伝える 母親ができていないことを指摘する 子どもの傷の原因を問いつめる
〈母親の目を外に向ける〉		困窮解放に誘う
	母親と子どもを家から連れ出す	デイケアに連れ出す 幼児教室を紹介し母親の学習の場を設定する 保健所の心理相談を予約する
	母親の治療機関を探す	母親の精神科受診に同伴する 母親に治療に行くことをすすめる 心理職や精神科を紹介する
	母親の人間関係を広げる	母の学習意欲に対応する 母親を理解してくれる人を増やす 保育所や学校と連携する

#### 支援内容の拡大に関連する要因

〈母親の生活上の変化に着目する〉		子どもの世話ができる
	育児技術が身に付く	家事ができる 母親としての役割がとれる
	子どもへのまなざしが柔らかくなる	子どもへのイライラが少なくなる 子どもと父親の関係に配慮する 子どもの要求を受けとめられる
	世間との結びつきができる	車の免許がとれる 仕事にいけるようになる 保健師以外の専門職と関係がとれる
	“しんどさ”を言語化できる	今まで大変だったという話しができる 関係機関の愚痴ができる

平成 年 月 日

様

大阪府立看護大学

上野 昌江

「乳幼児虐待における保健婦の母親への支援に関する研究」における  
面接について (ご依頼)

残暑の候 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さてこの度、別添の書類に示しました研究を進めるにあたりまして、 下記の日程で面接をさせていただくことをご承諾くださいますようお願い申し上げます。

記

日時 : 平成 年 月 日  
時 ~ 時  
場所 : 保健所

研究テーマ：乳幼児虐待における保健婦の母親への支援に関する研究

## 1. 目的

大阪府において今までに行われた保健所保健婦への被虐待児や養育者への援助に関する調査を通して、保健婦は虐待を早期に発見し、家庭訪問による在宅援助において重要な役割をもつことが明らかにされてきています。しかし、発見、問題のアセスメント、子どもや養育者への支援という具体的な実践活動における保健婦の援助技術についてはまだ明確にされていない状況にあります。また、母子保健事業の多くが市町村で実施されてきている現在、保健所保健婦の具体的な援助技術を市町村保健婦と共有化していくことが早急に求められています。

保健婦への面接調査を通して、乳幼児虐待における家庭訪問を中心とした援助の中で、保健婦は養育者とどのように信頼関係を構築してきているのか、乳幼児虐待の見極めをどのようにおこなっているのか、家庭訪問をどのように開始し、継続しているのか、養育者の自立をどのように支援しているのかなどについて語っていただき、保健婦の乳幼児虐待での援助技術を明確にしていきたいと思います。この研究から得られた援助技術を今後母子保健活動の中心的役割をになう市町村保健婦と共有することにより、地域におけるより質の高い母子保健活動が展開できると考えます。

## 2. 方法及び面接内容

### 1) 方法

大阪府下の保健所保健婦約 20 名に乳幼児虐待への援助について語ってもらう

研究は、質的研究の方法論であるグラウンテッド・セオリーアプローチを用いてすすめていく予定です。

### 2) 面接の内容

- ・ ケースの概要
- ・ 母親への援助内容—具体的な進め方
- ・ 援助に対する母親の反応とそれに対する保健婦の解釈・理解
- ・ 関係機関との連携—どのように対応したか
- ・ 援助の中でうまくいった点・うまくいかなかった点
- ・ 虐待の援助における保健婦の役割

### 3. 研究の倫理的配慮

本研究の目的は、保健婦の乳幼児虐待への援助技術の抽出、構造化を目的としているので、個々の事例のプライバシーを厳守し、面接に応じていただいた保健婦の皆さまにご迷惑をおかけすることがないように注意深く配慮して行います。

平成 年 月 日

保健所所長  
様

大阪府立看護大学  
上野 昌江

「乳幼児虐待における保健婦の母親への支援に関する研究」における  
面接について（ご依頼）

残暑の候 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さてこの度、別添の書類に示しました研究を進めるにあたりまして、 貴保健所保健婦  
様に下記の日程で面接をさせていただくことをご承諾くださいますよう  
よろしくお願い申し上げます。

記

日時：平成 年 月 日  
時～ 時  
場所： 保健所