

子どもの貧困をとらえる
保健師のまなざし調査報告書

平成 30 年 3 月

首都大学東京 子ども・若者貧困研究センター
公益財団法人 特別区協議会

目次

はじめに	1
1. 調査の概要	
2. 分析方法	
3. ストーリーラインの全体構成	
第1章 経済的困窮家庭を把握する仕組みと着眼点	5
1. 経済的困窮(要支援)家庭を把握する仕組み	
2. 妊婦面談の導入	
3. 妊婦面談、家庭訪問、乳幼児健診での着目点	
4. 困窮家庭を新規に把握するチャンス	
5. 妊娠・出産期の支援の重要性	
第2章 保健師の支援スキル	15
1. 面談スキル	
2. 放置しない	
3. タイミングを見計らう	
4. 本人の力に焦点を置く	
5. 本人尊重	
6. 粘り強く関わる／おせっかいをやく	
7. 経済的支援につなぐ	
8. DV 被害者支援の難しさ	
9. 保健師の体制	
10. 健診体制・スキル	
第3章 困窮家庭についての理解	22
1. 困難な生い立ち・孤立傾向・SOS を出さない・拒否傾向	
2. 金銭管理が難しい	
3. 経済的側面以外にあらわれる困難	
4. 困窮家庭の子どもたち	
第4章 困窮家庭支援における連携	28
1. 会議体の形成による連携体制	
2. 関係機関相互の理解の必要性	

3. 連携支援のポイント
4. 職種間の見立て、方針の違い
5. 地域とのつながりづくり
6. 地域との連携により可能になること
7. 地域住民への期待

第5章 ボーダー層支援の実態と課題 35

第6章 子ども支援の現場への示唆 37

1. 困窮する子育て家庭を支援する仕組みに関する示唆
2. 支援スキルに関する示唆

謝 辞

本報告書は「子どもの貧困をとらえる保健師のまなざし調査」にご協力
くださった16人の保健師のお話をもとにまとめたものです。
ご協力くださった保健師の皆様に感謝申し上げます。

はじめに

1. 調査の概要

(1) 調査の背景と主旨

昨今、子どもの貧困の広がりが懸念されており、各自治体で子どもの貧困に対する計画策定や事業形成が進められている。平成 28 年度に東京都が行った子供の生活実態調査からは、調査対象自治体の小学 5 年生、中学 2 年生、16-17 歳の約 2 割が、低所得、世帯家計ひっ迫、あるいは経済的な理由で持ち物や体験が制約されている実態が明らかになった。しかしながら、子どもと接する保育や教育現場などでは、子どもの貧困は外見からはわかりにくく、どの子どもが経済的に困窮しているのかわからない、また、把握できても他機関につなげるのが難しい等といった課題がある。そこで、本調査は、乳幼児健診や家庭訪問等をとおして、地域の多くの子どもと保護者の健康や生活の相談にのっている経験豊富な保健師の視点から学ぶことにした。本調査から明らかになる、経済的困窮を察知する保健師の“視点”や“感覚”、実際に困窮家庭を支援するなかで感じる難しさは、様々な子ども支援の現場職員にも大いに参考になると考える。

本調査の実施主体は特別区協議会であり、特別区協議会平成 29 年度調査委託事業を首都大学東京子ども・若者貧困研究センターが受託して実施したものである。なお、本調査は首都大学東京研究安全倫理審査委員会の承認を得て実施した。

(2) 調査目的

子どもの貧困への対応の向上に資するため。

(3) 調査実施時期

平成 29 年 9 月～11 月

(4) 調査実施場所

調査に協力する保健師が所属する事業所内にて実施した。

(5) 調査対象者

ネウボラや切れ目のない支援を推進している都内 8 自治体(4 区、4 市)の母子保健担当部署に勤務する保健師歴 10 年以上又はそれに準ずる職員のうち、母子保健を担当する保健師で、本調査に協力してもらえる保健師各 2 名。合計 16 名に対し、調査を実施した。

図表 0-1 調査に参加した保健師の概要

経験年数	(人)	年齢	(人)	役職	(人)
10-14年	5	30代	2	一般	7
15-19年	2	40代	8	係長	9
20-24年	5	50代	5	課長	0
25-29年	2	60代以上	1	その他	0
30年以上	2				
合計	16	合計	16	合計	16

(6) 調査方法

A. 問診票、アンケート票、記録票の収集

- ①妊娠届時のアンケート票
- ②妊婦面談時の記録シート
- ③新生児訪問時の問診票
- ④新生児訪問時の記録シート(保健師記入用)
- ⑤乳幼児健診時の問診票(3-4か月健診・1歳6か月児健診・3歳児健診)
- ⑥乳幼児健診時の面談記録シート ※無ければそれに準ずる資料

B. フォーカス・グループ・ディスカッション

A. の資料を参照しながら、下記の6つの質問をし、1時間から1時間半のフォーカス・グループ・ディスカッションを行った。

<経済的困窮の察知について>

- ①妊娠届の受付の際に経済的困窮を察知し、早期支援につなげるために、どのようなことに気を付けていますか？また、どのようなことが必要だと考えますか？
- ②生活環境や生活の様子に直接ふれることができる家庭訪問は、経済的な困窮やそれに伴う様々な困難を把握しやすい機会といえます。あなたは、家庭訪問に行ったとき、どのようなところからそのご家庭の経済的困窮を察知しますか？
- ③乳幼児健診の際に経済的な困窮を察知し、早期支援につなげるために、どのようなことに気を付けていますか？また、どのようなことが必要だと考えますか？
- ④保健師の業務の中で、新規に経済的な困窮が疑われるご家庭を察知する機会として有効だと思われるのはどのような場面ですか。

<経済的に困窮する家庭の支援について>

- ⑤経済的に困窮する子育て世帯が置かれている状況は複雑であることが多いため、単独の施策で解決することは難しく、様々な支援のコーディネートが求められます。関係機関との連携について、うまくいっていること、課題だと感じていることを教えてください。
- ⑥そのほかに、経済的に困窮する子育て家庭を支援するなかで、どのような難しさを感じておら

れますか？

⑦それを克服するにはどのようなことが必要だとお考えですか？

【調査チーム】

首都大学東京 子ども・若者貧困研究センター

特任研究員 小田川華子

リサーチ・アシスタント 上原洋八

2. 分析方法

本調査の分析は、二つの方法を組み合わせて行った。一つは、困窮家庭を把握するための仕組みと着目点の洗い出しと妊娠届・新生児訪問・乳幼児健診時の問診票、アンケート票、記録シートに着目項目の整理である。もう一つは、経済的困窮家庭の支援に関する発言の質的分析である。質的データ分析の手法として、SCAT(Steps for Coding and Theorization)を用いた。

SCAT は、聞き取ったデータに、①データの中の着目すべき語句、②それを言い換えるためのデータ外の語句、③それを説明するための語句、④そこから浮き上がるテーマと概念、の順にコードを考えて付していく 4 ステップのコーディングと、そのテーマ・構成概念を紡いでストーリーラインを記述し、そこから理論を記述する手続きからなる分析手法である¹。本報告書においては、自治体ごとに見出だしたストーリーラインをいくつかのテーマ(大分類、小分類)に分類し、理論記述を行っている。各章の各節にて、ストーリーラインを囲みで示し、それらの要点を簡潔に整理したうえで、理論記述(考察)を行っている。

本文及びストーリーラインの囲み内のアルファベット A~H は自治体名を記号化したものである。

本報告書の内容は、困窮家庭の把握、支援の仕組みに関することと、支援スキルに関することの大きく二つに分かれる。第 1、4、5 章は主として仕組みに関すること、第 2、3 章は主として支援のスキルに関することである。

¹ 大谷尚(2008)「4 ステップコーディングによる質的分析手法 SCAT の提案—着手しやすく小規模データにも適用可能な理論家の手続き」『名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要』第 54 巻第 2 号。

3. ストーリーラインの全体構成

図表 0-2 ストーリーラインの構成

大分類	小分類	ストーリーライン数
経済的困窮家庭を把握する仕組み	1 問診票・アンケートの設計	4
	2 新規把握	6
	3 自治体間連携	3
	4 妊娠・出産期の支援の重要性	7
保健師の支援スキル	1 面談スキル	7
	2 放置しない	3
	3 タイミングを見計らう	2
	4 本人の力に焦点を置く	6
	5 本人尊重	7
	6 粘り強く関わる／おせっかいをやく	5
	7 経済的支援につなぐ	1
	8 DV 被害者支援の難しさ	1
	9 保健師の体制	7
	10 健診体制・スキル	2
困窮家庭についての理解	1 困難な生い立ち	6
	2 孤立傾向	2
	3 SOS を出さない	5
	4 拒否傾向	6
	5 金銭管理が難しい	3
	6 経済的側面以外にあらわれる困難	6
	7 困窮家庭の子どもたち	4
困窮家庭支援における連携	1 関係機関相互の理解の必要性	2
	2 連携支援のポイント	3
	3 職種間の見立て、方針の違い	7
	4 地域とのつながりづくり	3
	5 地域との連携により可能になること	10
	6 地域住民への期待	5
その他	1 ボーダー層支援の実態と課題	4

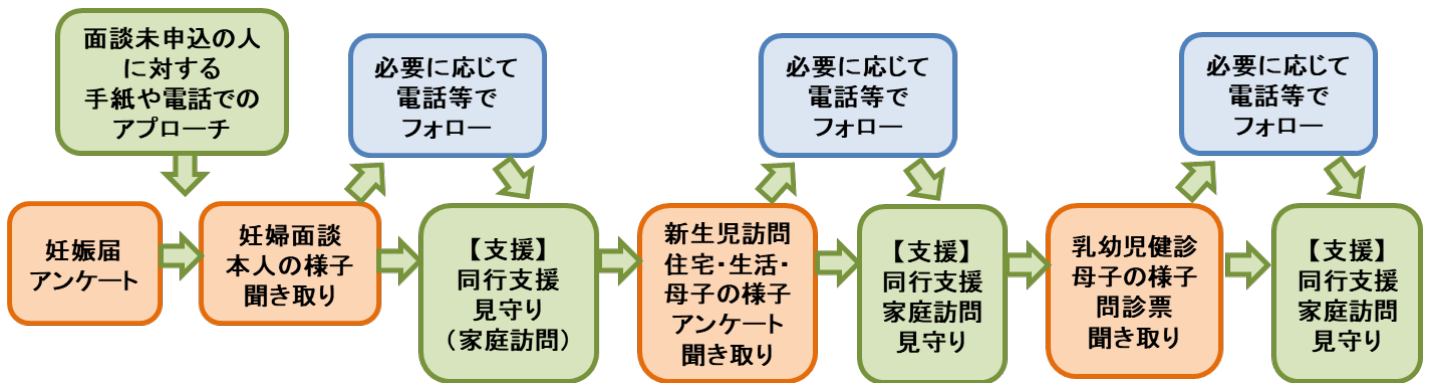
第1章 経済的困窮家庭を把握する仕組みと着眼点

1. 経済的困窮(要支援)家庭を把握する仕組み

経済的に困窮している家庭をできるだけ早く把握し、必要な支援につなげるために、どのような仕組みを作っているのか、対象自治体共通の大まかな流れを示したのが図表 1-1 である。妊娠届け出書の受理、妊婦面談、新生児訪問、乳幼児健診は法律等に基づいて行われており、とりわけ妊婦面談、新生児訪問、乳幼児健診は、保健師が妊婦あるいは母親と子どもの両方に直接会うことのできる重要な機会である。妊婦面談、新生児訪問、乳幼児健診という要所、要所で問診票やアンケートを用いた聞き取りによるアセスメントを行っているが、1回の面談ではアセスメントしきれないことが多いため、困窮(要支援)状態が疑われる場合は、保健師が継続的にフォローし、時期を見計らいながら、電話等でフォローし、必要に応じて相談、支援が行われている。

また、家庭訪問は生活の場に直接触れることができるため、生活の状況を把握する重要な機会であり、自治体によっては、妊娠期の家庭訪問にも力を入れている。

図表 1-1 困窮家庭の把握と支援の流れ(共通点)



2. 妊婦面談の導入

平成 27 年度に子ども・子育て支援法に基づく「利用者支援事業(母子保健型)」および「妊娠・出産包括支援事業」が国の事業として本格実施され、また東京都でも全ての子育て家庭を対象として妊娠期からの切れ目ない支援を行う区市町村を支援する「ゆりかご・とくきょう事業」が開始されたことにより、全ての妊婦に対し、専門職が面接を行う事業が強化されているところである。本調査を行った 8 自治体においても、全ての妊婦に面接を行う方針で、妊婦面談が行われていた。

調査対象のほとんどの自治体で次のようなプロセスで妊婦面談が行われている。保健センターなどにて保健師が妊娠届け出書を受け付けた場合はその場で面談を行う。出張所などで妊娠届出

書を受け付けた場合は、後日、妊婦から面談の申し込みをしてもらうが、2か月(妊娠週数による)たっても申し込みがない場合は、母子保健担当課から手紙や電話でアプローチをし、面談につなげている。届け出時の妊娠週数が22週(自治体によっては20週)を過ぎている場合は、経済的な問題が絡んでいることも想定し、早急にアプローチがなされている。

妊婦面談をするようになったことで、支援の必要な妊婦を把握できるようになったとの意見が複数の自治体で聞かれた。Eでは、要支援妊婦が増えたのかどうかははっきりわからないが、「多い」という印象とのことであった。「特定妊婦」という施策対象が設定されたことで、支援の必要な妊婦を意識的にスクリーニングするようになったことが背景にあると考えられる。また、妊婦面談により把握できた要支援妊婦に対し、さらに丁寧に話を聞いて、支援をしていきたいが、担当できる保健師等の人員が不足しており、難しいとの声もきかれた。その一方で、妊娠届出書及びアンケートを用いて特に支援が必要な特定妊婦を判定し、特定妊婦はハイリスク担当保健師、その他は地域担当(常勤、臨時職員)が担うというように分担している自治体もあった(図表1-2)。

図表 1-2 妊娠届時アンケートによるハイリスク、要支援妊婦の把握の仕組みの例

**妊娠届時アンケートによるハイリスク、要支援妊婦の把握
＝妊娠届を出発点とする行政による切れ目ない支援の仕組み＝**

(1) 妊娠届時アンケートの点数化

貧困対策の観点から、妊娠届時アンケートに経済的状況も含めている(1点)。

全数を面接することはできないため、ハイリスク担当保健師が必ず全員分を確認し、点数によって保健センターの保健師と分担する。

ハイリスク担当保健師:3点以上＝特定妊婦(年間届け出数の約8%、500人弱)

経済的不安(1点)が加わることで3点以上になるケースも

保健センターの地区担当保健師:2点(20週以降の届け出等)

1点

要指導(本人の喫煙、飲酒、やせ、肥満等)

家庭訪問で再アセスメントし、区分変更もある。アンケートの回答はすべて電子化している。

(2) 対応のマニュアル化

届け出時に面談をしていない人には、2か月以内に1回目の電話アプローチをする。

特定妊婦については、初期・中期・後期と、妊娠中に3回以上、必ず電話をする。

電話が繋がらない場合は、情報提供のような形での手紙を入れる。赤ちゃん訪問も含めると、4回以上アプローチをする。実際は平均約4回。少なくとも妊娠中に1～2回、多いケースは数十回。

(3) ハイリスク妊婦に対する寄り添い型の手厚い支援することに重点を置く係の設置

ハイリスク担当保健師が6人配属されている。

3. 妊婦面談、家庭訪問、乳幼児健診での着目点

(1) 問診票・アンケートの設計

妊婦面談、家庭訪問、乳幼児健診では、問診票やアンケートを用いて、経済的困窮や要支援の程度をアセスメントしている。問診票やアンケートの項目は、生活状況を推測したり、問診や聞き取りの際に意図的な質問ができるよう、その手掛かりとなるように設計されている。

妊娠届時のスクリーニングを貧困対策の観点からも行うことを明確に位置付けている自治体がある一方で、経済的不安についてダイレクトに聞く項目を設けているのは、妊娠届時アンケートは4自治体、乳幼児健診のアンケートでは、3自治体のみであった。

妊娠届時には、出産費用の関連で、経済的な観点からの聞き取りをしやすいが、通常は経済的な問題についてはなかなか聞き出しにくい。「健診は子どもの身体成長が中心になり、アンケートに書いていないことを聞き出すのがとても難しいため、アンケートで困窮を把握する手掛かりをつかむことが重要」との指摘があるように、健診時のアンケートにて、経済的不安について聞く項目を含めておくと良いだろう。図表 1-4 は、経済的困窮を察知するために着目するとして言及された項目のリストである。

図表 1-3 「問診票・アンケートの設計」に関するストーリーライン

- | |
|---|
| <p>A 妊娠届時のアンケートは貧困対策の観点から設計しているほか、要支援の程度をアセスメントするための聞き取りの手掛かりになるよう、妊娠届時のアンケートを設計している。</p> <p>A イライラや子育てを楽しめないなど、母親の状態から生活状況を推測できるように問診票を作り込んでおり、それを手掛かりに、子育ての観点から聞き取りをし、経済的な問題が出てくれば対応できるようにしている。</p> <p>C 健診は子どもの身体成長が中心になり、アンケートに書いていないことを聞き出すのがとても難しいため、アンケートで困窮を把握する手掛かりをつかむことが重要。</p> <p>E 健診は発達の確認の場であり、生活の問題が見えないように気を付けている人もいるので、生活困窮のアセスメントをするには意図的な質問をする必要がある。困難な生活状況は「つらい顔マーク」にあらわれる。また、親の就労時間帯、健康状態、健康に関する知識不足が生活リズムの乱れにあらわれることがあり、ときには虐待が疑われる場合もあるので、アセスメントの際に注目すべき点である。</p> |
|---|

図表 1-4 問診票、アンケートのなかで経済的困窮把握に関連する項目

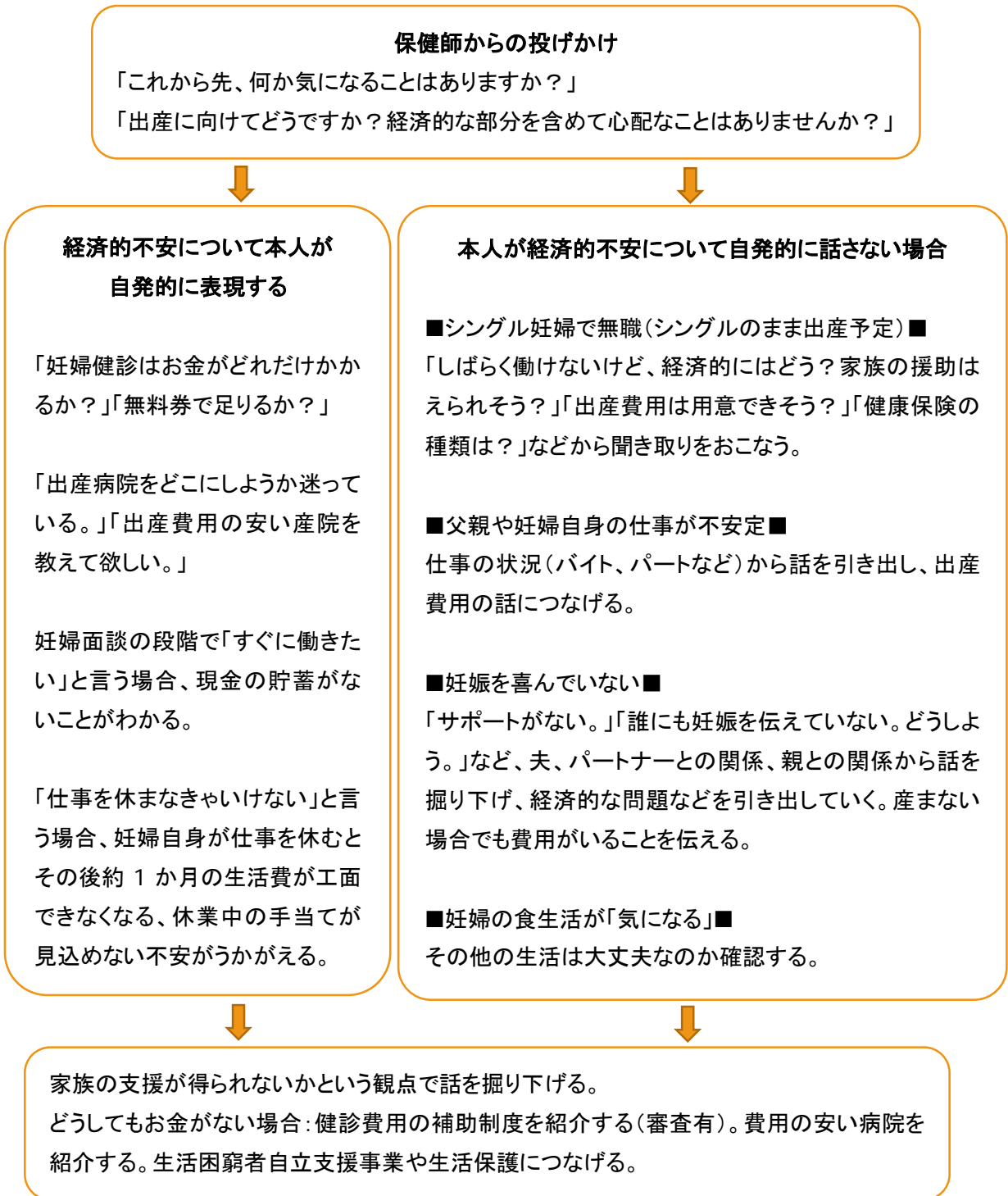
妊娠届出書(アンケート含む)	該当自治体数	新生児訪問時アンケート	該当自治体数	定期健診問診票 (3~4ヶ月、1歳半、3歳)	該当自治体数
住所(共通様式)	8/8	経済的な不安がありますか	4/5*	育児協力者の有無 (父親の育児協力について)	8/8
職業(共通様式)	8/8			育児に関する相談相手の有無	8/8
世帯主氏名(共通様式)	8/8			家族構成	5/8
妊娠週数(共通様式)	8/8			子育てをしているときの気持ち	5/8
出産回数(共通様式)	8/8			子育てをしているときの気持ち(5段階の顔の表情の絵で選択)	3/8
困ったときに助けられる人や、相談できる人の有無	8/8			生活をしていく上での経済的な不安について	3/8
妊娠したときの気持ち	6/8			経済的な悩みについて	3/8
出産費用などの経済的な心配に関する質問	4/8				
同居家族人数、家族構成	3/8				
出産する場所が決まっているか	1/8				

* 8自治体中3自治体では対象となる資料を取得できなかった。

(2) 問診票・アンケートの情報から聞き取りへの展開

経済的な不安があるとアンケートに書かれている場合や、経済的に不安がある、困っているということが、本人から話される場合は、どのように対応するのかについて相談していくが、経済的な問題について本人が言及しない場合は、把握することが難しい。そこで、保健師は、母親の気持ちや育児の協力者の有無などを切り口に話を掘り下げ、生活の状況を聞き出し、経済的困窮を察知している。たとえば、妊婦面談での聞き取りの展開の仕方として、図表 1-5 のような流れで面談が行われている。

図表 1-5 妊婦面談時の対話の展開の仕方の例



(3) 家庭訪問での着眼点

妊婦訪問や新生児訪問といった家庭訪問は、生活の様子を直接見ることができ、また、生活の場で話をすることができるため、経済的困窮を把握しやすい機会といえる。実際には、家庭訪問をする前に、妊娠届時アンケートや妊婦面談で得られた情報を踏まえ、ある程度の状況を把握してから訪問が行われている。したがって、家庭訪問では、経済的困窮(要支援)と考えられる家庭の実際の生活状況を確認する場であるともいえる。保健師が着目する点として、下記のような点が挙げられていた。それらの点を総合して、生活の余裕のなさ、「生活が荒れているんだろうな」といったことを保健師は感じ取っている。

図表 1-6 家庭訪問での着眼点

【住宅や居室の様子】

住宅形態、広さ／玄関先の様子(整理整頓)／家財道具がどの程度そろっているか、その古さや使い方／居室、台所、洗面所の清潔さ、整理整頓の状況／食べ物があるか／調理して食事をしている様子か／冷暖房を適切に利用しているか／ライフラインがとまっていないか／におい(入浴や洗濯が不十分、たばこ、香水)／洗濯物の干し方

【赤ちゃん・子どもたちの様子】

体重が増えているか(ミルクを必要な分量、回数与えているか)／おむつがあるか／哺乳瓶があるか、哺乳瓶をきちんと洗っているか(消毒しているか)／新生児用の肌着やベビー服があるか／適度に洗濯された衣服を着ているか／におい(身体を洗ってあげているか)／他の兄弟の年齢や様子

(4) 乳幼児健診での着眼点

乳幼児健診時には、健診会場で下記のような着眼点で経済的困窮(要支援)を察知している。また、図表 1-4 で示した項目のなかでも、特に子育てをしているときの気持ちや、協力者、相談相手がいらないことによるストレスに着目して、共感を示しながら、話を掘り下げ、経済的困窮が隠れていないか、短時間の問診や聞き取りでアセスメントを行っている。

図表 1-7 乳幼児健診での着眼点

【母子の様子】

オムツの様子(交換の間隔をあけすぎているか)／身なり、適度に洗濯された衣服を着ているか／赤ちゃんをくるむバスタオルの様子／におい(身体を洗ってあげているか、口臭、たばこ臭)／落ち着いて順番を待っているか／子どもへの接し方(声かけをしているか、目を合わせているか、子どもの反応に対応しているか、乱暴な接し方をしていないか)／傷やあざ

【問診等での聞き取り】

視線が合うか、表情変化があるか(対人関係スキル)／会話が成立するか／保健師の観察と母親の返答の仕方がずれていないか(例:明らかに子どもに関わっていない様子であるのに「大丈夫です」と言う)

【健診】

発育の状況／歯磨きの習慣がついているか／口の中の様子、虫歯の数(3歳歯科健診)

4. 困窮家庭を新規に把握するチャンス

困窮家庭を新規に把握するチャンスは、妊婦面談、家庭訪問、乳幼児定期健診のみならず、児童館での出張講座や電話相談、通報など、「母子に会える場、話を聞ける場所、情報をいただける方たちから話を聞ける場、全て。」というのが大方の意見であった。また、医療機関で行う定期健診や経過観察のために行う定期以外の健診なども含め、何度かの健診を経て、赤ちゃんの体重変化を保健師がチェックすることで、困窮状態を把握できることもある。最も早い段階で困窮を把握する場という意味では、やはり、妊婦面談である。

また、里帰り出産後の帰宅や転入ケースについて、従前の自治体から要フォローケースとして連絡が入り、把握できることもある。母子保健領域では自治体間の情報共有が必要に応じてなされており、支援に生かされている。

図表 1-8 「新規把握」に関するストーリーライン

- E 母子に会える場、話を聞ける場所、情報をいただける方たちから話を聞ける場、全て。特定のところではない。妊娠届時の面談。医療機関で行った乳児健診の結果を地区担当がチェックして、支援が必要な家庭を見つけ出す。定期的に児童館で行う出張講座。医療機関から飛び込み分娩のケースで連絡が入ることも。民生委員、ママ友からの緊急通報、子家センとの連携、保育園からのネグレクトや虐待の相談の場合でも背景に貧困がある場合もよくある。
- H 匿名電話も含め、すべてがチャンス。気になる愁訴の電話を受けたときに、関連部署にも確認、情報照合することで、把握することができる場合があるし、福祉、保健と関係ない保険年金課で保険料滞納、出産一時金貸付利用などを通して把握された困窮家庭を支援できるよう連携することが重要。
- B 妊娠届、妊婦面談は、出産費用という現実的な課題があるため、仕事や実家の生活状況などを聞き取りやすく、経済的な問題を把握しやすい。妊娠期以外でも、保健センターは、健康を切り口に相談に行けるところであり、市民にとって話しやすい、相談しやすい場になっていけば、新規把握もできるのではないかと。
- C 妊娠期はお金が必要なので、経済的困窮を把握しやすい時期でもあるため、妊婦面談で直接母親に会って話をするときが新規把握のチャンス。
- F 健診と家庭訪問。
- G 赤ちゃん訪問、健診、医師による経過観察での赤ちゃんの体重変化で困窮がわかることがあるほか、電話、突然の来所などでも把握できることがある。経過観察のように定期健診以外の健診があるとフォローしやすい。

図表 1-9 「自治体間連携」に関するストーリーライン

- C 里帰り出産をした母子が帰宅した後、フォローしてもらいたいとの連絡が来ることがある。
- H 母子分野同士であれば、「気になる」転入ケースについて問い合わせ、情報共有することができる。
- H 転入世帯については、妊婦面談をすることができず、健診でようやく、「気になる」と把握できることがあるが、転入前の市町村から連絡があると、早めに支援を開始できる。

5. 妊娠・出産期の支援の重要性

妊娠、出産に費用が必要なことがはっきりしているため、妊娠期は、出産後に比べて経済的な状況を把握しやすく、問題に対応するための母親への意識付けもしやすい。また、妊娠期は、出産までに問題に対応しなければならず、期限が明確なので、乳幼児期に比べて支援しやすい。

母親にとって、妊娠・出産は、人生の転換期であり、非常に困った状況であっても、どうかしなければならぬ重大な局面である。その時に支援できたからこそ、出産後の支援(おせっかい)も受け入れてもらえるし、行政(保健師)を頼れる存在として認識してもらうことができ、その後に問題が起こったときに、早めに相談してもらえることにつながっている、という保健師の経験知はとても興味深い。ただ、悩んだ末に駆け込み出産をした母子の支援は、保健師にとってもきつい仕事であることが伺える。

また、虐待が起こったり、子どもが非行に走ってしまってから対処するのは非常に困難であるため、問題が大きくなるうちに対処するという意味でも、妊娠・出産期から支援することは非常に重要である。早期把握・早期対応という意味では、乳幼児健診等でも、「見逃さない」「放置しない」努力がなされている。

妊婦面談をするようになったことで、要支援妊婦を把握できるようになったことは、大きな成果であるが、これらの妊婦をもれなく、丁寧に支援するためのマンパワー(保健師)が足りないという課題が指摘された。

図表 1-10 「妊娠・出産期の支援の重要性」に関するストーリーライン

- | | |
|---|---|
| B | 妊娠届からは見えてこない経済的問題、出産への不安、精神疾患などの要支援状態を、面接することで把握できる。妊婦面談を始めたことで、支援の必要な妊婦がたくさんいることがわかってきた。しかし、もれなく支援するためのマンパワー(保健師)が足りない。 |
| A | 妊娠期は問題に対応しなければならない期限が明確なので、支援しやすい。その一方で、子育て期に入ると出産費用のようなまとまったお金が必要というわけではないので、経済的な困難が聞き出しにくく、問題解決に向けた母親への意識付けもしにくい。 |
| H | 妊娠、出産という、その人の人生の転換期に支援できたからこそ、「あんとき世話になったし、ちょっとぐらい話きいといてやるか」と、その後もおせっかいを受け入れてもらえるのであって、3歳くらいに転入し、困窮がわかっても、受け入れてもらえにくい。 |
| H | 子どもは非行、親は暴言、暴力をふるっているというような、問題が肥大化してしまった段階で相談を受け、どこから手を付けていいのか分からず、途方に暮れてしまうので、早期介入が重要。 |
| A | 妊娠期から手厚くかわかることで、生保ボーダーでも出産までに準備を整えられるようになった。 |
| A | 駆け込み出産時の緊急対応など、妊娠、出産期の非常に困った局面で支援をすることで、行政(保健師)を頼れる存在として認識してもらえるようになれば、次に問題が起こったときに、早めに相談してもらえるようになり、対応がしやすくなることが、保健師としては救いである。そうでなければ疲弊する。 |
| C | 出産しなくても困窮していたであろう人が子どもを産んだからこそ、保健師の支援につながることができてい |

る。

第2章 保健師の支援スキル

切れ目のない支援の仕組みのなかで、保健師が専門的なスキルを用いて支援を行うことが重要である。そこで、本章では、困窮(要支援)家庭の支援に求められるスキルについて言及されたことをまとめた。

1. 面談スキル

対面で話せる機会に困窮家庭を察知し、支援関係の基盤となるラポールを作るという点においても、面談スキルは重要である。保健師の専門的知識と、多くの家庭と接してきた経験に照らして、「気になる」「他の家庭と比べて違和感がある」と感じる場合に、母親の気持ちを受け止めて、話を掘り下げていくスキルが求められる。困りごとがないか聞くとともに、「少し関係を温めてから」というように、母親との関係性を大事にする姿勢がうかがえる。

健診の場で生活の困難さについて話してもらうのはそもそも難しいことであるが、そんな環境でも、世間話や子育ての大変さへの共感などから話を掘り下げ、育児や家庭の事情についてうまく聞き出し、経済的不安の複合的な背景を丁寧に聞き取るスキルが求められる。また、健診での問診は長くても10分程度であるため、短時間でアセスメントをする能力が求められる。

図表 2-1 「面談スキル」に関するストーリーライン

- C 対面して感じる不安定な気持ちをキャッチして、掘り下げていく。
- G アンケートや面談時の様子から「なんか変だな」と感じたときは、少し関係を温めてから「お困りのことはないですか」など、話を掘り下げて聞き取りをし、アンケートには表れない、経済的不安の複合的な背景を丁寧に聞き取るスキルが必要。
- B 家庭訪問をして「気になる」「他の家庭と比べて違和感を感じる」ことの背景にある生活状況を聞き出し、アセスメントする。例えば、幼稚園や学校に行っているはずの時間に他の兄弟が家にいる場合は、経済的な状況、母親の仕事、保育園利用、病気などの観点から聞いてみる。
- H 家庭訪問では、赤ちゃんの体重を測り、赤ちゃんの成長と一緒に確認する作業をしながら、就職活動や保育園利用や借金の悩みなどを聞くことができる。
- F 健診時の問診では、「生活はどうですか」「自分(母親)の生活も結構大変なんです」といった育児負担感について主に聞くなかで、「経済的にも負担」という話が出てくることがある。
- C 家庭訪問とは異なり、健診時に、生活の場ではない保健センターで、初めて会う保健師に自分の生活の困難さを話してもらうのは、そもそも難しいことである。したがって、健診の場で育児や家庭の事情についてうまく聞き出すスキル、世間話や子育ての大変さへの共感などから話を掘り下げていくスキルが求められる。
- D 健診では、10分の問診で話を聞きながら振り分けなければならないため、短時間でアセスメントする能力が求められる。そこでの保健師の判断のもと、本人の相談する意思を確認し、健診後の個別面談に誘う。

2. 放置しない

生活困窮に陥っている家庭の多くは、生活が苦しいことを他人に知られないようにしている。したがって、保健師との面談の機会があっても、困っていると云わない人も多い。そこで、地区担当保健師が、妊娠届、妊婦面談の記録、赤ちゃんの成長記録データ、健診や予防接種の受診状況といったデータを総合し、「気になる」と感じた家庭を放置しないようにしている。関係部署で把握している情報を問い合わせたり、本人に電話で聞き取りをするなどし、その場の情報提供ですむのか、同行支援が必要なのか、あるいは長期的な伴走支援が必要かをアセスメントする。

図表-2-2 「放置しない」に関するストーリーライン

- | |
|--|
| <p>A 健診で個別面談にならなかった人も含め、地域担当保健師が気になった場合は、電話等で聞き取りをし、その場の情報提供、同行支援、長期フォローなどアセスメントを行う。</p> <p>B 「気になる」家庭を放置せず、これまでに関係部署で把握している情報を調べてみたり、時間をおいてフォローする。</p> <p>B 医療受診や健診、予防接種が滞り、保健師の訪問を拒否するなどの拒否傾向がみられるようになった場合は、丁寧にみていく。</p> |
|--|

3. タイミングを見計らう

健診で「気になる」人には、健診後の個別相談に誘うが、単刀直入に告げるのではなく、母親にとって受け入れやすい環境を作り、タイミングを見計らってから声をかけるスキルがEから伺える。また、健診で保健師が「気になる」と感じ、電話や家庭訪問をして、生活状況などをより深く聞き取る必要があると判断した場合でも、相談したくない、介入されたくないという母親の意思が感じられることがある。そういった場合は、「待つのも支援」であるという。母親との関係性を大事にし、定期健診等で様子を確認しながら、タイミングを見計らって支援していく。

図表 2-3 「タイミングを見計らう」に関するストーリーライン

- | |
|--|
| <p>E 健診時に気になる外観の人には、着替えの時に話を展開するなど、どこかのタイミングでお声掛けをするようにし、詳しく話を聞いた方がよさそうな時は、健診後に個別面談をする。健診で生活困難を悟られないようにガードを固めている人もいるので、健診の流れの中で、予診、計測、診察でしゃべり、場に慣れ、心と口がほぐれてくる集団健診ならではの雰囲気を利用して、リラックスしているタイミングで声をかけるのがコツ。</p> <p>D 相談してもらい、健診に来てもらうことで様子の確認や支援ができるので、関係性を大事にし、アンテナを張りながら、待つことも大事。待つのも支援である。時期を見計らって支援する。そして、母親の「相談したい」という気持ちを見逃さない。</p> |
|--|

4. 本人の力に焦点を置く

保健師の支援において「本人の力」に注目する発言が多く聞かれた。子どもを安全、健康に育てる力、母親自身が課題に気づき、答えを出して、決断する力、問題を解決するための情報をもらったら自分で動く力、家族など周囲の人に支援を求める力、限られた家計を無理なくやりくりする家計管理の力などが言及されていた。

D では、「本人の力を奪うような支援」は避け、「母親が力をつけるための支援」をすることが強調されていた。

図表 2-4 「本人の力の焦点を置く」に関するストーリーライン

- D 問題を解決したい気持ちの強さを面談時の表情や態度からアセスメント、情報をもらって自分で動く力などを時間をかけてアセスメントし、「本人の力を奪うような支援」は避け、時期を見計らって、必要な支援をしていく。
- D 相談をしながら問題を整理し、母親の力をアセスメントしつつ、母親自身が気づき、答えを出し、決断できるよう、「母親が力をつけるための支援」をする。
- C 子どもたちの年齢のあき具合（例えば年子3人）から、母親が生活をコントロールする力がみえる。
- C お金がない中で、安易に補助制度紹介するのではなく、周囲の人に支援を求める力をつけてもらうことを意図した支援をする。
- G 限られた家計を無理なく、うまく回せるように、長期的な支援が必要。
- G 精神疾患、知的障害のある母親、DVを受けている母親など、把握されずに苦しんできた母親たちが自分の生き方ができるよう、適切な支援を受けられることが、子どもが主体的に行動する環境を整えることにもつながる。

5. 本人尊重

生活を立て直し、子どもを安全、健康に育てるために必要な知識やスキル、環境といった点で難しさを抱える母親と接する際に、その母親の生き方ややり方を「尊重する」という基本的な姿勢をもつことが非常に重要であるとの意見が、多くの保健師から示された。これは対人援助に関わる専門職の倫理、あるいは原則ともいえる。この原則を逸脱すると、母親から拒否されてしまい、見守り、支援すること自体ができなくなってしまうという。

母親の生き方や、やり方を「否定しない」で、「尊重する」。支援者側の考え方や思いを「押し付けない」、「押しすぎない」。そのためには、指摘や指導ではなく、「対話を通して気づいてもらう」スキルが求められる。困窮し、問題が山積している場合でも、早急に解決しようとせず、本人が気づいており、何とかしたいと感じている課題から支援する。保健師としてはジレンマを感じるころでもあるようだが、「子どもの最低限の安全が守られる程度で OK とし、母親ができていることを認め

てあげる声掛けをし、『できる範囲』を少しずつ増やしていく、母親育て」だという F の発言は、困窮家庭支援における重要な示唆である。

図表 2-5 「本人尊重」に関するストーリーライン

- | | |
|---|---|
| E | 何にいくらかかるのかといった知識がなく、やりくりが苦手な母親に対し、本人が「否定された」と思わないよう、母親のやり方を尊重し、提案はするが押し付けない、指導ではなく、支援者として関わるのが重要。 |
| F | 保健師の思いを押し付けてしまうと、逃げてしまい、そのうちに拒否になってしまうため、「押しすぎない」ことが重要。 |
| F | 改善すべき点を指摘すると、その人自身を否定してすることになってしまうので、関係を大事にしなが、対話を通して気づいてもらう。子どもの最低限の安全が守られる程度で OK とし、母親ができていることを認め、てあげる声掛けをし、「できる範囲」を少しずつ増やしていく母親育て。 |
| C | 出産前から困窮しており、困窮するなかで子育てをすることが明白な場合、妊婦の自己決定を支援するのが保健師の立場。 |
| D | 母親の気づきが支援の入り口であるため、子育て相談が入るのであれば、子育ての視点で養育環境を変えるところから始め、母親の力、スキルアップを支援するところから始める。 |
| E | 本人の価値観や生き方を尊重することが大事であり、本人がつながろうという気持ちのもてる児童館や地域のプログラムなどの関係機関が状況を直接確認し、そういったところと保健師が連携すればよい。 |
| B | 保健師の個人あるいは専門職としての観念が常識的であるとは限らないととらえる謙虚さをもつこと |

6. 粘り強く関わる／おせっかいをやく

前項からもわかるように、困窮家庭の支援を行うには粘り強さ、根気強さが求められる。

保健師は、将来起こるかもしれない問題が起こらないよう、予防的にかかわる。3 年間、定期的に通院同行をしている保健師からは、『意味がないなんてことない』と信じるしかない。』と、強い信念をうかがわせる言葉がきかれた。この信念の背景にあるのは、同行支援を打ち切った場合に予想される困難、繰り返されるであろう問題である。困窮家庭の母親と子どもに寄り添い、生活全体をとらえているからこそ、根気を必要とする支援方針であるといえよう。問題が起こらないようにする予防的な支援であるため、表立って評価されることのない、地道な支援であるという意味でも、粘り強さが求められる。

また、困窮(要支援)が疑われるにもかかわらず、拒否傾向がある家庭は珍しくなく、電話や訪問の時間帯を変えるなどし、粘り強くアプローチすることが必要である。拒否傾向がある家庭と向き合わなければならないからこそ、保健師には、「諦めない」粘り強さ、根気強さが求められる。「保健師はおせっかいを焼く仕事」という表現がよく聞かれたが、なかでも、『サバツ』としていては、困窮家庭を救うことはできない』との H の言葉は、粘り強く関わることの必要性を強調するものであった。

困窮家庭の子どもたちを地域の支援活動につなげるという場面においても、保健師や専門職に限らず、根気強く誘い続ける人が必要である。これに関する G の「困難な環境が邪魔をして、そういった場に参加できなくなってしまう」という発言からは、困窮家庭の子どもたちが抗わなければならないものとして、金銭的な壁、学力の壁のみならず、前に進もうとする本人を引き戻す力、あるいは、孤立させる方向に働く力のようなものがあることが伺える。

図表 2-6 「粘り強く関わる／おせっかいをやく」に関するストーリーライン

- D 保健師は予防的視点を持ち、「これから先に起こるかもしれない問題におせっかいで」関わる。問題が起きないよう、通院同行を続けているが、そのことの効果はわからないので、「意味がないのでは」との思いが横切ることもあるが、「意味がないなんてことない」と信じるしかない。そういう諦めない粘り強さが求められる。
- D すでに起こっている問題に対処するのも大事だが、この先起こり得るかもしれない問題にまでおせっかいで関わるのも大事という予防的な視点で支援するが、それによって問題が起こることを防ぐことができて、評価されない。
- G 拒否傾向があり、必要な情報を得ることもできず、見通しをもつことが難しい人には特に温かくかかわっていく。訪問時間帯を変えるなどし、根気よくアプローチし、「あなたにとって害のある人ではない」ことをわかってもらうところから。親やその他、誰かに手伝ってもらえないか、一緒に考え、周囲の人とのかかわりに「気づいて」もらい、人に助けを求める練習もしてもらう。
- H 制度に乗らないケースほどおせっかいを焼く。おせっかいを焼くのが保健師の仕事。「サバっ」としては、困窮家庭を救うことはできない。
- G モデルになるような大人と出会い、目標を持つような経験ができるとよいが、困難な環境が邪魔をして、そういった場に参加できなくなってしまう。根気よく「行こう行こう」と言って引っ張ってくれる人が必要。学童がそういう場になればよいが、通わなくなってしまう子どもが多い。

7. 経済的支援につなぐ

経済的に困窮する家庭を支援する際、保健師が経済的な支援をすることはできないため、おのずと経済的支援制度窓口につなぐことになる。その場合に、保健師自身が各制度についてよく知っておき、場合によっては、制度申請窓口で、本人の困難を整理して伝えるアドボカシーのスキルも求められる。

図表 2-7 「経済的支援につなぐ」に関するストーリーライン

- B 丁寧に話を聞いてあげないといけない人(抱えている困難を整理して伝えることが難しい人)を、経済的支援関係の相談窓口につなげるためには、保健師が制度についてよく知っておく必要がある。保健師は金銭的な支援はできないが、経済的支援制度につなげることは保健師業務としてできることなので、しっかり丁

寧につなげてあげたい。親が経済的な悩みを相談できる場があることは、子どもの安全、健康な育ちにつながる。

8. DV 被害者支援の難しさ

経済的な困窮に加えて DV があるケースは、多くの問題が複雑に絡んでいる難しさがあるうえに、危機的な状況も、逃げるチャンスも突然やってくるため、支援者側には緊急の対応が求められる。

図表 2-8 「DV 被害者支援の難しさ」に関するストーリーライン

B 経済的に大変な中で、本人の希望を聞き出し、条件を整え、DV 夫から逃げるタイミングを見つけて支援するのは大変なことである。

9. 保健師の体制

保健師の経験年数等によってスキルに差があることを前提として、相談や支援の質を一定に担保するため、若手、中堅、ベテラン混合のチームで対応する、重いケースが同時期に重なるときには、保健師同士でサポートしあう、ケース会議で助言を求めるなど、それぞれの自治体で工夫されている。着任 1 年目の保健師については、オン・ジョブ・トレーニングがなされている。しかし、困窮家庭支援という観点では、困窮家庭を理解する視点や支援スキルについての研修が必要であるとの意見もあった。

また、保健師の間で丁寧にケースを引継ぐスキルも重視されており、ケースの共有、引継ぎが注意深くなされている。今回調査対象としたすべての自治体で地区担当制が採用されているが、自治体によっては、地区は関係なく、ハイリスクの妊婦、母子を担当する保健師が配置されている。A では、ハイリスク担当から地区担当に引き継ぐ際に、保健師の定例会議で情報共有をするのみならず、複数回、顔つなぎをするなど、「関係性をそのまま引き継ぐ」ことが意図的に行われている。また、健診時の問診や聞き取りは、地区担当保健師が担うとは限らないため、健診後の個別面談の際に、地区担当保健師に顔つなぎをするといった工夫もなされている。

保健師に求められる業務の多さに関する意見も聞かれた。母子保健の領域でハイリスク家庭に丁寧な関わりをしていくにも保健師が足りていないという状況のなかで、自殺対策、健康プラン、障害児ケア、貧困対策など様々な施策に保健師は関わらなければならない。しかし、こうした課題は、専門職に任せておけばよいものではなく、行政内の一般職も含め、一緒に考えていくべきという意見も出された。

図表 2-9 「保健師の体制」に関するストーリーライン

B	対応する保健師によって、相談や支援の内容が変わってしまうのが、一番良くないので、若手、中堅、ベテラン混合のチーム編成で、相談に対応する。
G	重いケースが同時期に重なるときには、保健師同士でサポートしあい、必要な支援ができるようにする。新人保健師はベテラン保健師と一緒に人口の小さい地区を担当し、地区に慣れるところから始める。
F	新人保健師は困難ケースが少ない地域、小さいエリアを指導保健師が1年間サポートする。経験が浅い保健師が困難ケースを担当する際は、係長と一緒に担当したり、ケース会議でアドバイスを受ける。
F	マンパワーの充実とスキルアップが必要。業務を通して熟練者からアドバイスをもらい、スキルアップするような職人養成的なアプローチだけでなく、困窮家庭を理解する視点、支援するスキルを向上させるための研修が必要ではないか。
A	ハイリスクとして関わってきたケースの危機介入が収束したら、保健師との関係性を地域担当にそのままつなぐことが重要なので、特に関係性を築くのが苦手な人については、専従保健師の月1回の会議で情報共有するほか、必要に応じて何回か一緒に顔合わせをするなど、丁寧に引き継ぐ。
G	具体的な支援は地区担当がするため、健診後の個別面談後、その場で地区担当と顔合わせをしたり、必要な場合は生活保護窓口に同行して担当者につなぐ。
B	マンパワーが不足しているなか、貧困、自殺対策、健康プラン、障害児ケアなどの施策へのかかわりも求められる。こういった課題は、専門職だけでなく行政内の事務職も一緒に考えていくべき。

10. 健診体制・スキル

健診は困窮(要支援)ケースを把握し、また、フォローする絶好の機会である。したがって、健診を担当するすべての職種のスタッフが対話によって関係性を築くスキルを高めることで、健診全体を通してのアセスメントの精度が上がると同時に、相談してもらえやすくなる。すなわち、支援の糸口をつかみやすくなるのではないかと示唆が得られた。

図表 2-10 「健診体制・スキル」に関するストーリーライン

E	健診は要支援ケースをフォローする絶好の機会であり、健診に来てもらうことが重要なので、「健診に来てよかった」という気持ちで帰ってもらえることがまず重要である。
D	健診での貧困把握のために：困窮家庭の把握や支援という観点をもって聞き取り、アセスメントを行うスキルを高めたり、健診を担当する様々な職種のスタッフがそういった視点を踏まえて、対話のスキルを上げることで、支援の糸口をつかみやすくなるのではないかと。貧困について理解する研修等も必要だと思う。

第3章 困窮家庭についての理解

1. 困難な生い立ち・孤立傾向・SOSを出さない・拒否傾向

前章でまとめた支援スキルのなかでも、特に、「本人の力に焦点をあてる」「本人尊重」「粘り強くかかわる」といったことは、困窮家庭についての深い理解が前提としてある。なぜ困窮に陥ってしまったのか。なぜ困窮家庭の支援は難しいのか。支援を通して、この疑問への答えを見つけるようにして、困窮家庭についての理解が深くなされているようにうかがえた。16人の保健師から語られた「困窮家庭についての理解」に関連する事柄をここでは、「1 困難な生い立ち」「2 孤立傾向」「3 SOSを出さない」「4 拒否傾向」「5 金銭管理が難しい」「6 経済的側面以外にあらわれる困難」「7 困窮家庭の子どもたち」の7つのカテゴリーに整理した。まず、1～4について考察したい。

育った環境で虐待を受けていたり、親子関係が悪い中で育ったために、大人に対する信頼をもてない。困った状況に陥ったときに自分のせいだと言われた。過去に相当困った経験があり、何度も支援窓口に相談したけれど何の支援も得られなかった。このような困難な状況の繰り返しのなかで、いろいろなことを諦めてきた。こういった「困難な生い立ち」が、親世代から引き継がれている。そのような環境で育った人は、自身が親になったときに「孤立しがち」であり、困った状況に陥っても「SOSを出そうとしない」、他者が関わろうとしてくることを怖いと感じ、「拒否する傾向」にある。ライフラインが止まっているような切迫した状況にあっても、「暗い中で生活するのが何で悪いんだ」と、適応しようとする、あるいは、困り感を感じないという人もいる。

支援対象家庭がきわめて困窮している場合に、保健師が支援しようとしても受け入れられないこともあり、難しいケースになるわけだが、「困る基準や価値観が違う」のだということ、まず理解しなければならない。では、なぜ、困る基準が違うのだろうか、と考えたときに、困窮家庭に育った母親たちに対する理解がさらに深まっていくのである。「母親の成育歴をひもといていかなければうまく支援できないこともある。時間的な制約がある中でも、どのように感じながら育ってきたのか、今はどう感じて生活しているのかということ聞き、理解することがとても大事」とのFの言葉はとても重要な示唆である。

ただ、ライフラインがとまっているような、子どもの安全の観点から保健師としては放っておけないほどの状況になっても「拒否傾向」のある家庭にどのように介入するのか。「タイミングを見計らう」「本人尊重」を重視しつつも、そうはいってられない切迫した状況を目の前にして、「おせっかいをやく」、「口うるさく言わざるを得ない」保健師の葛藤する気持ちも語られていた。

また、「困った状況に陥ったことを責めることが、SOSを発信できない大人を作る。」というHの言葉は、困窮家庭の親子を孤立させず、貧困の連鎖を断ち切ることを目指す支援の現場にとっても参考になる示唆であるといえよう。

図表 3-1 「困難な生い立ち」についてのストーリーライン

- H 母親について理解するため、また、親からの支援が受けられそうか検討するために、育った原家族の生活レベル(職業)、年齢、健康状態、ジェノグラム(他界、離婚した家族含む)、音信不通などについて聞くことがある。
- F 母親の成育歴をひもといていかなければうまく支援できないこともある。時間的な制約がある中でも、どのように感じながら育ってきたのか、今はどう感じて生活しているのかということ聞き、理解することがとても大事である。
- B 精神疾患や発達障害がある人、親子関係が悪い中で育ち、大人や行政への信頼をもてない人たちが経済的にも本当に困っており、丁寧に時間をかけて支援したい。
- C 子どもへの声のかけ方や困っている人がいたら手助けするなど「ふつう」のことを、虐待を受けて育った母親もその母親も知らない。
- B 育ってきた養育関係で虐待を受けていたり、小さいときに福祉や保健センターに嫌な思い出がある人は、根本的なところで、大人との関係づくりが苦手なため、保健師が「気になる」と把握できても、サービスにつなげるのに時間がかかる。
- D 過去に相当困って孤立したり、何度も相談したけれど何の支援も得られなかったり、自分のせいだと言われたり、いろいろ諦めたりしてきているので、そもそも人を信じたり、人とうまくやっていくことが難しい人への支援は、経済的な部分にとどまらず、生活の様々な面の支援が必要になる。

図表 3-2 「孤立傾向」に関するストーリーライン

- C 家計管理が難しい家庭は孤立傾向がある。実家との関係も弱い。
- A とりわけ、身近に相談できる人がいない孤立傾向のある困窮世帯の場合、行政に相談できる場所があると知ることが貧困の連鎖を断つことにつながると思う。

図表 3-3 「SOS を出さない」に関するストーリーライン

- D ニーズや不安を訴えない人は支援が難しい。
- E 家庭訪問でわかってくる困窮家庭のなかには、「困っている」と素直に言わない方が多く、生活保護を使いたくないが、実際のところ、おむつ代やミルク代を捻出できない家庭もある。一方で、実家に頼ることができるようになるケースもある。
- H 困った状況に陥ったときに責められる経験をしてきた親は、ライフラインが止まるほどの状況になっても、SOS を出さずに、「しょうがねえよ」と適応しようとする。困った状況に陥ったことを責めることが、SOS を発信できない大人を作る。
- H ライフラインが止まると、お湯が沸かせないため、ミルクの調乳、消毒ができない、沐浴できない。新生児には命に係わる状況であるが、「暗い中で生活するのが何で悪いんだ」という母親がおり、認識のずれを感じる。その考え方が悪いわけではないが、最低限の安全を守られないところは心配で、口うるさく言わざるを得ないところもある。
- F ライフラインが止まっているなど、保健師から見たら、当然困っていそうな様子、普通は困るだろうなという

状況でも、困り感を感じないという方もおり、「困る」基準、価値観が違う。

図表 3-4 「拒否傾向」に関するストーリーライン

- B インフォーマルなサポートもフォーマルなサポートも拒否し、孤立している人の支援は困難。
- C 結婚と離婚を繰り返す生き方をしている人の家庭では、次々と問題が切れることなく起こっている。その中には、問題が積み重なって整理しきれなくなり、支援を求めてくる家庭もあるが、子どもの安全の観点から保健師が関わろうとしても拒否する家庭もあり、非常に難しい。
- E 支援が難しいケースは、支援を受けようとしたくないケース。いつでも相談にのるよという姿勢を示しつつ、直接会って話し、状況を確認できる機会を作っておきながら、必要に応じて支援を行えるようにしておく。
- F 嫌がられない程度に、傾合いを見計らって、時間をかけてつながりをつくるのがポイント。定期的な声掛けをし、SOSを発信できるチャンスを作っておく。
- G 周囲の人(支援者含む)に侵入されるようで怖いので、関わりを持つことを好まず、さらに、講座などの支援事業を利用しない傾向にあるため、出産に向けての準備やその段取りについて知識がなく、見通しをもつことが難しい。そういう人だからこそ温かくかかわっていく。訪問時間帯を変えるなどし、根気よくアプローチし、「あなたにとって害のある人ではない」ことをわかってもらうところから。親やその他、誰かに手伝ってもらえないか、一緒に考え、周囲の人とのかかわりに「気づいて」もらい、人に助けを求める練習もしてもらう。
- A 相談が苦手、コミュニケーションが苦手、対人緊張、行政に対する不信、諦め等がある人には、制度等の窓口を紹介するだけでなく、保健師が同行して状況を説明するところまでの支援が必要であるし、こういった寄り添い型の支援ができることを本人たちに知ってもらうことが大事。こういった方に対して用意されている制度が申請主義であるという難しさがあるが、寄り添い型の支援で利用可能なものにするしかない。

2. 金銭管理が難しい

困窮状態に陥っている家庭は家計のやりくりが難しいことについて多く語られた。図表 3-5 に記したことのほか、家庭訪問でみえる生活の様子などからも、やりくりがうまくいっていないことを保健師たちは感じている。やりくりがうまくいかない原因には、生活に必要なことにそれぞれいくらかのか、優先順位などに関する知識や経験知が乏しいこと、料理ができないことを代替するために出費がかさむこと、交通手段をうまく選ぶことができないために出費がかさむことなどがあると保健師たちは見ている。孤立傾向があるために、やりくりの考え方や工夫について相談したり、助言してくれる人がいないことが背景にあると考えられる。

困窮家庭の生活を立て直すには、家計管理を丁寧支援していく必要があるが、それを専門に担当する部署がない、もしくはそういった部署を保健師が認知できていない。そのため、「子どもの安全を守る」観点から、放っておけないと感じる保健師が対応しているのが現状である。保健師が本来の専門に基づく職務に注力する環境を整えるためにも、金銭管理の力をつけるための伴走支援をする専門職が求められている。現行制度の中では、生活困窮者自立支援制度の家計相

談事業²が該当すると考えられる。

図表 3-5 「金銭管理が難しい」に関するストーリーライン

- H 困っている人の中には、自力で相談に来られる人がいる一方で、電話代がかかるために保健師に折り返し電話もできない人がいる。子どもの栄養の観点から支援を行うが、料理ができない母親の場合はベビーフードでお金がかかってしまう。金銭管理がうまくできない人は交通手段の選択もうまくできない。金銭管理が下手、知識が乏しい、コミュニケーション能力が低いような場合は、ものごとが段取り良く進まない傾向があり、経済的課題を克服することが困難。
- E 困窮家庭の中には、何にいくらかかるのかという知識がなく、やりくりできない問題につながっている。
- C 家計管理が難しく、1か月のミルク代と食費に2万円しか残らず、1日2食、炒め物だけといった状態に陥るケースがある。何にいくらかかるのかや、支出の優先順位を考えるなど、家計管理の考え方やスキルを教える役割の支援者がいるとよいのではないか。現状では、子どもの安全の観点から保健師が担当せざるを得ない状態。

3. 経済的側面以外にあらわれる困難

経済的に困窮している家庭は、生活の様々な側面で困難を抱えており、健康や安全の観点から支援を行う保健師としては、むしろ、経済的側面以外にあらわれる困難に着目している。

とりわけ、「経済的困窮、自身の精神的疾患、家族の看病や育児で余裕がないといった状況の中で、お母さんが疲弊し、エネルギーが落ちてしまっている」との見立てをおこなっているところから、「本人の力」に焦点を当て、深い理解がなされていることが分かる。「お母さんのエネルギーが落ちてしまっている」ために、「子どもに向ける関心や愛着」が薄れ、「子どもの世話ができず、健診や予防接種にも連れていけない」、「社会資源を活用するところに至らない」のである。このような状態にある場合に、保健師は、母親に対し、とくに丁寧なかかわりをしていることがわかる。子どもの世話をもっとするように指導する、あるいは利用できそうな制度を紹介するというような支援方法では、うまくいかないのであり、粘り強い伴走型の支援が行われている。

図表 3-6 「経済的側面以外にあらわれる困難」に関するストーリーライン

- F 栄養のバランスを考えて食事をする習慣がなく、偏った食生活をする。炭水化物だけとか。栄養のバランスがとれるような食事の助言をしてもピンとこない様子。おかずなどを買うことができないのではないかな。
- C 困窮家庭の生活全体をみると、経済的問題だけを抱えている人は、逆にまれで、夫との関係や養育能力の

² 家計相談事業とは：家計状況の「見える化」と根本的な課題を把握し、相談者が自ら家計を管理できるように、状況に応じた支援計画の作成、相談支援、関係機関へのつなぎ、必要に応じて貸付のあっせん等を行い、早期の生活再生を支援する事業。任意事業。厚生労働省ホームページより。平成30年3月1日閲覧)

低さなどの方が保健師としては気になる。経済的なことや生活の余裕のなさが、子どもに向ける関心や愛着に影響する。

- B 経済的困窮、自身の精神的疾患、家族の看病や育児で余裕がないといった状況の中で、お母さんが疲弊し、エネルギーが落ちてしまっている。だから、子どもの世話(入浴、洗濯、食事、歯磨き、生活リズム)ができず、健診や予防接種にも連れてこれない。
- C 保育園、幼稚園に行かせるためには移動手段にお金がいるため、子どもの成長発達に必要な集団経験の機会が制限されている。社会資源に接する機会が少ないうえ、SOS を発信する力も弱い場合は、把握することが難しい。
- H 経済困窮家庭は日々の生活で精一杯で、社会資源を活用するところに至らない。情報提供されたとしても、本人の力で動いたり、書類に書かれている質問の意図を理解し、書類を書くことができない場合もある。情報提供だけで対応できる人は経済的困窮に陥らないと思う。したがって、保健師や子ども家庭支援センターの職員が連携したり、確実に制度を使えるよう、保育園の申請書類を一緒に書く、役所に付き添うなど、具体的な手続きを進めるところまで、丁寧なかかわりをしないと難しい。
- C 困窮している外国人家庭の場合、お金がないため、病院に行かず、おなかが大きくなってから届け出ることになる。文化の違いや衛生観念の違いがあるため、妊婦健診を受ける必要性を理解することや、温度や湿度に配慮した乳児の健康管理が難しい。同じ国出身のママたち同士で助け合って、楽しいし、大丈夫と考えているようだ。

4. 困窮家庭の子どもたち

困窮家庭に寄り添い、支援を行っている保健師は、困窮家庭の子どもたちが小学校の低学年から学習につまずいてしまい、学年が上がるほど勉強についていけない実態、学費と生活費と学力の三重の足かせの中で将来像を描くことができない実態、10代で妊娠した女の子たちが、孤立し、退学せざるを得ず、社会の底辺で生きるしかなくなってしまう実態について、子どもたちと一緒に困惑し、悩んでいる。

困難の中にある子どもたちを支援するために、学習支援だけでなく、学習支援利用に伴う教材費の支援、10代の妊婦が子どもを預けて学業を続けるための学校での配慮や支援、保育園利用の優先枠が必要である。また、「きちんと働いて生活する」というイメージを子どもたちがもてるよう、様々な大人と出会い、関わることでできる場に子どもたちをつなぐような支援も必要ではないかとの示唆があった。

図表 3-7 「困窮家庭の子どもたち」に関するストーリーライン

- G 小学校 1、2 年生の時に勉強がわからなくなってしまう子ども、高校進学を考える時期になっても、勉強する習慣がない、勉強する部屋も机もない状況の子どもがいる。小学校低学年の間に学習支援がしっかり受けられるとよいのではないか。中学生が地域の学習支援につながり、ようやく勉強に興味を持ちだしても、テ

キスト代などの経済的な支援がないと続かない。学習支援だけでなく、経済的な支援も必要である。生保受給世帯の場合は、「塾費用支給」を活用できるが、ボーダー層にはない。

G 「学校に行くにはお金がいるんだよ」「奨学金だけじゃ行けないよね。いろんな生活の分とかもあるから」という。「そこはバイトして」と言っても、「きちんと働いて生活する」というイメージを持っておらず、「どうせ駄目だから何もしない」「もういいや」と未来を描けない様子がすごく悲しい。「勉強してもしょうがないじゃん」と言われたときがすごく切なかった。夢を描けない、将来像を描けない子どもたちをどう引っ張り上げていくのが課題である。

B 母子家庭の娘が 10 代半ば過ぎで妊娠し、独特の困難を抱えて友人関係から孤立すると、自分を求めてくれる男の子によりどころを求めてしまう。学校に戻ることができないと、社会の底辺で生きるしかなくなってしまう貧困の世代間連鎖を何とかしたい。妊娠出産で学校を中断することで生まれる難しさ、孤独に寄り添い、サポートする体制が必要。

G 10 代の母親の貧困の連鎖: 中卒で 10 代のうちに母親になったために仕事を選べず、手取り早く稼げる水商売につくケースも。10 代で母親になり、経済的困窮、離婚、DV、虐待で逃げてきて子育てする母子家庭の子どもがまた 10 代で妊娠し、学校をやめてしまう貧困の連鎖の中にいる若い母親たちと向き合っている。本人が勉強を続けたいと思っても、保育園は激戦で入れず、親からは「ミルク代稼ぐ方が優先でしょ」と言われ、退学してアルバイトをするという選択肢しかない。10 代、中卒のお母さんの生活の立て直しが難しい。10 代の母親支援母親のための保育園優先枠が必要だと思う。

第4章 困窮家庭支援における連携

1. 会議体の形成による連携体制

生活の様々な側面に課題が現れる困窮という問題に対処するには、一つの部署だけでは対応することが困難であるため、様々な機関と連携して対応することが必要になる。連携の在り方として、個別のケースについて、関係部署と情報共有したり、一緒に訪問するなどといった具体的な連携の他に、会議体の形成による連携体制として、様々なバリエーションがある。下表は、連携会議のバリエーションをまとめたものである。

図表 4-1 連携のための会議体の種類

会議体	構成員等
周産期医療機関との連携会議	周産期医療機関、保健師。年1回。
特定妊婦ケース会議	子ども家庭支援センター、児童相談所、保健師。
行政関係四者会議	子ども家庭支援センター、児童相談所、福祉事務所、保健センター。ケース会議のためのデータ共有を行う。
母子担当協議会	保育園、子ども家庭支援センター、児童相談所、地域住民の代表の方、医療機関、保健師等。年1~2回開催。
地域連携会議 (地域ネットワーク会議)	児童館、保育園、幼稚園、学校、子ども家庭支援センター、民生・児童委員など子育てに関して地域の支援者になりそうな人たち、保健師。エリアは保健センター単位など自治体により異なる。自治体内の1地区で試行的に行っている自治体から、20年以上にわたり全地区で行っている自治体まで様々。
要保護児童対策地域協議会 関連	子ども家庭支援センター、児童相談所、福祉事務所、保健センター、保育園、幼稚園、学校、SSW、民生児童委員、など。

周産期医療機関との連携は、個別ケースの対応において必要に応じてこれまでもなされてきたようだが、妊婦面談が始まったことで、より連携が図られるようになったようである。Cでは、妊娠が判明した時に、医療機関から、保健センターで妊婦面談を受けるように勧めてもらった仕組みをつくるなかで、周産期医療機関と連携会議をするようになった。顔の見える関係ができたことで、周産期医療機関ごとの困窮者向け対応(ローン可など)についての情報が得られ、ボーダー層の出産準備に対応しやすくなり、また、医療機関スタッフが「気になる」妊婦、出産直後の不安定な母親、医療的ケアが必要な未熟児について保健師に連絡が入り、入院中から地区担当保健師につ

なぐことができるなど、支援しやすくなってきたとのことであった。

子ども家庭支援センター、児童相談所、保健センター(保健師)の三者が連携体制のなかでのコアであり、特定妊婦ケース会議、行政関係四者会議、母子担当協議会のいずれにも三者が入っている。個別ケースの支援にあたり、関係機関が支援方針を共有し、役割分担をし、進捗等を密に共有して進めていくには、こういった会議で「ケース化」を行うのがカギである。虐待関連の会議体として、より多くの関係機関が参加する要保護児童対策協議会があるが、虐待以外の観点でも、行政内の他の部署と連携できるのが望ましいとの声があった。

生活保護担当とのやり取りは、どの自治体でも、個別支援のなかでなされているが、生活困窮者自立支援事業(家計相談事業)担当については、連携していない自治体があった。生活困窮者自立支援事業についての情報が得られておらず、どのような連携が可能なのかもわからないとのことであった。

地区ごとの子ども支援の課題を日ごろから共有し、連携対応に備える場として、20年以上前から地域連携会議の取組をはじめ、うまく機能している自治体もあった。しかし、まだ一部地域で試みを始めたばかりという自治体もあり、成果や課題はこれからというところである。また、こういった、情報交換や顔合わせに焦点を置く会議があつてこそ、信頼感をもって、個別支援の連携がしやすくなるという意見がある一方で、個別支援のために関係機関がそれぞれの役割を果たしつつ、連携していくのは当然であるから、単なる情報交換のような場はなくてもよいのではとの声も聞かれた。

次に、関係機関や地域との連携について保健師から語られたことを、「1 関係機関相互の理解の必要性」、「2 連携のポイント」、「3 職種間の見立て、方針の違い」、「4 地域とのつながりづくり」、「5 地域との連携により可能になること」、「6 地域住民への期待」の6つのカテゴリに整理した。

2. 関係機関相互の理解の必要性

関係機関とうまく連携するためには、支援担当者が、各担当部署についての知識をもっていることが前提である。B では、生活保護担当者に保健師の働きについて知っておいてもらうことで、適切なタイミングで連携することができるとの示唆があった。また、保健師が給付や貸付制度の利用資格などについてある程度詳しく知っておくことで、必要な人にうまくつなぐことができる。

その一方で、給付や貸付の窓口でも、制度利用資格を審査する前に、来所した方の不安や愁訴を受け止め、相談にのることが必要であり、そのための職員のスキルアップが求められるのではないだろうか。

図表 4-2 「関係機関相互の理解の必要性」に関するストーリーライン

B 生活保護担当部署と、どういう場合に保健師につなぐと必要な支援ができるのかについての共通理解が形

成できておらず、適切なタイミングで連携支援を始めることができなかった。

B 給付や貸付制度の利用を受け付ける窓口（母子相談等）では、制度の受給要件を満たしているか審査するための聞き取りがなされるため、つないだ方が怒って帰ってしまうことがあった。これは関係性が切れるということでもあり、困る。この問題に対応するため、保健師がファーストコンタクトとして、最低限の聞き取りを行い、各種制度や窓口について知識を持って、適切につなぐことにしている。

3. 連携支援のポイント

連携支援というのは、ただ単に複数の部署が一緒に動けばできるものではない。D が指摘する連携支援ポイントは非常に重要である。そのポイントの一つ目は、母親側に相談する意思があること。相談の意思がない場合は、支援関係が成り立たず、したがって、関係機関が連絡を取り合ったとしても、うまく支援できないのである。二つ目のポイントは、支援機関の間で「一緒にお子さんをみていこう」という合意形成があること。連携会議の場でケースとしてあげ、「ケース化」することで、明確な合意形成を図ることができる。三つ目のポイントは、各ケースについて「気を留めるべき点」を関係機関の間のみならず、母親とも共有すること。困窮家庭の支援を行う際には、目標を共有し、それぞれの役割を理解しあう「チーム」を、本人も含めて形成することがポイントであるといえよう。

現場の動き方としては、最初に把握した機関が適切に他の機関に声をかけ、一緒に訪問するなどして顔をつないでいくのが基本であるとの示唆が G からあった。

図表 4-3 「連携のポイント」に関するストーリーライン

D 母親側に相談する意思があり、支援機関の間で「一緒にお子さんをみていこう」という合意形成があれば、必要に応じて具体的な連携支援ができる。各ケースについて「気を留めるべき点」を、母親と、また、支援機関の間で共有できていれば、連携はうまくいっていると言える。「気を留めるべき点」について共有できていない場合、連携はうまくいっていないといえる。

G 最初に把握した機関が適切に他の機関のスタッフに声をかけて訪問するなどのかたちでつないでいくのが基本で、他機関のスタッフが不用意に直接アプローチすることは避け、連絡してきた機関に情報共有してもらうのが原則。

D どこかの機関につながっていれば、必要なときに必要な機関につながるはず。

4. 職種間の見立て、方針の違い

子どもの支援、困窮家庭支援に関わる関係機関はそれぞれに異なる役割をもっており、判断基準や支援についての考え方も異なる。母子保健では、子どもを中心に据えた保護者支援、保健医

療の専門的見地に立った支援を行うが、各機関、それぞれに異なる観点をもっている。職種間で見立てや方針が違うことについて、困惑しているという声と、違うからこそ重層的な視点で一つの家庭を支えてあげられるとする前向きな意見の両方があった。

困惑する場面として、連携して支援することを拒否される場合、ケースに関する情報を共有しているものの、考え方や支援方法(プロセスや優先順位)の見立てが異なる場合、支援を終了するタイミングの見立てが異なる場合があげられた。連携体制による支援は終了しても、保健師としては気にとめ、見守りを継続するという判断をしているとする自治体が複数あった。B では、医療保健分野の専門的見地からみえる本人の能力の限界、生活の中に生じる問題を代弁し、生活保護担当者に理解を求める役割を保健師はもっているとの見解が示された。

図表 4-4 「職種間の見立て、方針の違い」に関するストーリーライン

- | |
|--|
| <p>F 見立て・方針の違い: 連携の形式はあっても、機関によっては、「うちが介入するまでじゃない」と、対応、介入しなければならぬケースの見立てが異なり、連携できない場合が時々ある。組織間の連携体制づくりが不十分だと思う。</p> <p>B 見立て・方針の違い: 生活保護担当者と保健師では、対象家庭についてみている「像」が違うため、支援方針の考え方も異なってしまう。保健師は保健医療の知識をもってみることで、生活面で本人ができないことを理解することができるため、困り感の程度、具体的な困難な状況を見立て、代弁するなどして、生活保護担当者に理解を求める役割がある。</p> <p>E 見立て・方針の違い: 連携のための会議体としては、保育所や学校なども参加する要対協の連携会議があり、ケース化した家庭について、情報を共有するだけでも、何か起こったときに対応できるので良い。しかし、考え方や支援方針(プロセスや優先順位)の違いを感じる。その場しのぎ的な対応にとどめることになった場合、保健師としては理解しがたく、見守りを継続することもある。保健師は問題を繰り返さないような支援をめざし、切れ目なくみていく。</p> <p>G 見立て・方針の違い: 生保 CW の担当ケース数が多すぎるため、CW が予防的に対応することが困難。CW の裁量を活用すると保健師が予防的な支援をしやすくなり、解決が早まるはずだが、難しいようだ。</p> <p>A 重層的な視点: 関係機関ごとに視点が違うが、それにより、かえって重層的に生活を見てあげられる。保健師以外のところでつながっているという安心感がある。支援機関が声を掛け合ってなんとか支えていこうとするのが良い。しかし、それでも抜け落ちてしまう部分があるのではないか。</p> <p>H 重層的な視点: 複数の関係部署が把握している情報を共有することで、1 つの家庭の全体像が見えてくる。母子保健では、その家庭の子どもを中心に考え、子どもが困らないように、保護者にどのような支援をしてあげたらよいかを考える。</p> <p>D 実質的な連携: 形式的なネットワーク会議であれば、関係者間の信頼関係を築く場にはならず、むしろ、日々の具体的な支援でのやり取りで連携関係を作っている。各ケースの課題、支援の方向性の共有、役割分担をし、確認するなかで信頼関係がある。異なる職種であるため、考え方や価値観が違って当然であり、その中で連携し、一緒にやっている。</p> |
|--|

5. 地域とのつながりづくり

保健師は、地域の母子や子どもたちと日常的に接している保育園や幼稚園、児童館と連携することが、困窮家庭の把握、支援において欠かせないと感じている。保健師が地区担当制の枠組みで動くことで、担当エリアの関係機関との関係が密になり、スムーズな連携につながっている。

図表 4-5 「地域とのつながりづくり」に関するストーリーライン

- | | |
|---|--|
| A | 保健師は地区担当制のなかで、地域住民と出会う機会があり、地域のネットワークを広げることができ、困窮者支援の糧になっている。 |
| G | 地区担当制があり、そのエリアで子育てネットワーク(地域のことを考える会)などを推進していることで、児童館や保育園とつながることができる。 |
| B | 地域の関係機関の間での相談、連携のしやすさは、顔の見える関係作り、情報共有から。 |

6. 地域との連携により可能になること

保育園や幼稚園、児童館と連携することで、アンテナが広がり、困窮家庭を把握しやすくなっているし、母子と面談をする場合にも、母子にとってなじみがある場所、アクセスしやすい場所として、児童館や保育園を活用できている。また、社会福祉協議会のなかには、制度のはざまのこまごまとした生活の困りごとに対応する経験が豊富なところもあり、困窮家庭の生活立て直しの際に協力を得たことで、生活環境を人間らしく整えることができた事例もあった。

一方で、経済的な理由等で保育園や幼稚園に行くことができない子どもは、集団経験を通しての学びの機会を奪われているという懸念が示されていた。保育園や幼稚園を利用することができない家庭は社会資源とのつながりが少なく、支援にも結び付きにくく、不利な状況に置かれている。地域の中にきわめて少数ながら存在するこうした子どもたちの集団経験を補う場を、地域の中でどのように工夫できるのか、検討課題である。

地域の子ども支援機関と、困った状態で孤立している家庭や困窮家庭を把握し、情報共有をして丁寧に支援していくことを申し合わせ、共通認識をもつことで、子どもの貧困対策施策を前進させることが期待される。

図表 4-6 「地域との連携により可能になること」に関するストーリーライン

- | | |
|---|---|
| F | 保育園・児童館:地域連携会議で、気になる方について相互に情報共有をする取り決めをしているため、保育園で気になる子どもについて、保健センターの健診でよくみて支援してほしいとの依頼を受けたり、結果の共有もする。児童館からは、学齢期の子どもが夏休みにお弁当を持ってこない、コンビニの菓子パンのみ等、気になる子どもの情報が共有される。 |
| F | 保育園:保育園から保健師につなげられるケースは、虐待の可能性があり、育児態度が気になるといった |

場合。

- G 保育園・児童館：保健師の担当エリアは広いため、保健師が隅々まで目配りすることは難しく、保育園や児童館などで「気になるお母さんがいる」「ガードが固くて気になる」といった情報を共有してもらえることで、保健師につながることもあれば、保健師が「気になる」ものの、会えない母子が児童館に行くという場合に、児童館でフォローしてもらうことができる。
- G 保育園・児童館の活用：児童館は、出張育児相談のほか、お弁当を食べる、トイレを借りるといったことで職員との気楽な付き合いがあり、「ちょっと気になる」観点での情報共有ができるほか、児童館は母子にとっても日ごろから遊びに行く場であり、保健師との面談の場としても活用しやすい。保育園も、家庭訪問や保健センターでの面談よりも敷居が低く、面談の場として活用させてもらえる。
- H 保育園など：親が SOS を出さなくても子どもの言動や様子からわかることがあるので、保育園などの子ども支援現場から子家センや生保、保健センターに連絡が入る。
- E 本人がつながろうという気持ちの持てる関係機関が状況把握をすればよいので、そういう意味で、保健師が地域の担い手と知り合っておくことは、支援の可能性を広げることにつながり、必要なことと考える。
- B 社会福祉協議会：地域の支援機関、団体について知っておくことで、適切などころにつなぐことができ、人らしく、健康に生活する支援になる。例えば、ごみ屋敷のようになってしまっているケースについて社会福祉協議会につないだところ、片付けを手伝ってもらうことができ、生活環境を整えることができた。
- B 保育園・学校など：「就労している」ことで、困窮を見逃してしまっている可能性があり、保育園や小学校で把握している情報を共有することで、支援につなげられるのではないかと。
- C 保育園・幼稚園：言葉の発達などについての保健師の見立てについて、保育園や幼稚園の職員から問い合わせを受けても、保護者の了解なしに伝えることができない。
- B 幼稚園に行けない子どもの集団経験を補う場が、保健師が提供するプログラムの他に増えるとよいが、今は見つからない。

7. 地域住民への期待

専門職は限られた人数で、限られた時間しか対象者、対象家庭に接することができないのに対し、地域住民は近くに住んでおり、また担い手としても多いため、地域住民に期待する声もきかれた。

地域住民による支援活動のなかで、子どもたちが様々な大人の愛情に接する機会をもつことが、勉強や就職など様々な面で意欲をもつことにつながるのではないかと期待も語られた。子どもたちが貧困に抗い、将来を切り開いていくためのエネルギーをもつために、自己肯定感をはぐくむことが必要であるとしたら、地域でのこうした取り組みの役割はとても重要である。

また、虐待通報がよく知られるようになったように、困窮家庭に気づいた場合にも情報提供してもらうことに期待する声もあった。早期発見、早期支援のための専門機関で様々な努力がなされているが、それでもまだ把握できておらず、困窮のなかで孤立し、苦しんでいる親子がいるのでは

ないかとの懸念が示されたとも解釈できる。

図表 4-7 「地域住民への期待」に関するストーリーライン

- B 困窮と児童虐待が絡んでいると感じる。母親のエネルギーが落ちてしまっていると、相談にも行けないなか、虐待に至る手前で支援につながるよう、子どもたちがきちんと学校に行き、生活できているかという視点で地域の人に日常的に見守ってもらえるとよい。
- E 行政で把握できていない要支援家庭を発見するために、近隣の目にも期待している。
- C 「ふつう」を知ることによって「ふつう」に子育てできるようになる場合もある。地域の人たちの愛情に接することが「ふつう」に育つチャンスにもなるのではないか。
- C 目立たないように暮らしている困窮家庭の親子が、子ども食堂のようなところで、空腹を満たし、栄養面の支援を得られれば、気持ちが明るくなり、仕事や勉強してみようという気持ちになるのではないか。
- A 保健師のかかわりが終了する際、あるいは、困窮するボーダー層の支援において、行政としてのフォーマルな仕組みが整っていないため、地域のインフォーマルな仕組みの中で主任児童委員に地域で支えてもらうことがある。

第5章 ボーダー層支援の実態と課題

困窮(要支援)家庭の早期把握のための仕組みが強化されてきたことに伴い、支援が必要な困窮家庭を把握できるようになってきた。そのなかには、生活保護受給や非課税にはならないが低所得という、いわゆるボーダー層も含まれている。こういった家庭が生活に必要な経費を賄えなくなる実態に保健師は向き合っている。

出産を迎えるときに、出産費用を賄うことができないが、公的な補助制度が使えないといった場合に、費用が安い病院、あるいはローンでの支払いが可能な病院を紹介するなど、医療機関について保健師が把握している情報を頼りに支援をしている。しかし、足りないのは病院にかかる費用だけでなく、入院や新生児に必要なものをそろえるお金もない、退院後の日常生活に必要なものを賄えない場合もある。こうした実態は第1章、第3章で示したとおりであるが、公的な制度で対応できない場合、地域からの現物給付に頼るしかないという。ここでも、保健師が地域資源の情報を知っているかどうかによって、対応できる内容が違ってくる。

しかし、子どもの最低限の安全を守るという観点から支援をしている保健師からみると、衣食のようなベーシックニーズを満たせていない状態に対し、地域の善意に頼るといふことでよいのだろうかとの懸念をいただくことが、図表5-1のAの発言からうかがえる。

また、困窮家庭の支援においては、家計管理の支援も重要な要素と考えられるが、生活保護や生活困窮者自立支援事業以外にそのような支援制度はない。これらの制度を適用できない場合は、職務として家計管理支援を担当する人がいない。したがって、伴走支援をしている保健師が担っているのが実情であり、この点についての苦労の声が多く聞かれた。ボーダー層の支援においては、生活自立支援制度の家計相談事業との連携が望まれるところである。

また、母子保健の担当者として家計管理支援も含めて関わり、なんとか生活を軌道にのせることができても、学齢期になって継続的な見守りがなくなり、虐待ケースとしてあがってくるケースがあった(A)。「切れ目のない支援」という観点からも、母子保健で把握したハイリスク家庭を、子どもの成長に合わせてしかるべき部署に引き継ぎ、見守りを継続する仕組みが望まれる。

ボーダー層の経済的な問題に対処するには、基礎自治体の財源で賄うのが難しい面もあり、国としての対策が課題と言えよう。既存の所得保障制度(給付、補助)の対象にはならないボーダー層の支援は、子どもの安全、健全な成長の観点から、看過できない重要な課題である。

図表5-1 「ボーダー層支援の実態と課題」に関するストーリーライン

- | |
|---|
| G 「入院助産」は利用できないが、出産費用を捻出できない場合、「自宅で産むしかない」と本人が思い悩んでいるケースがあり、貸付や出産費用を抑える方法を一緒に考える。 |
| H 生保ボーダー層の経済的支援をする機関、制度がない。保健師は母子保健法に基づいて子どもの健康、子育てで支援が目的で支援しているが、家庭の経済的な部分を立て直さない限り、赤ちゃんは健やかに育たないため、保健師の専門領域ではないが、家計管理支援を担当しなければならない現実。子家センに泣き |

つくこともあるが、虐待ケースでなければ子家センのケースにならないため、母子保健で担当するしかない。

- A 保健師の守備範囲である出生、乳幼児期までは支援して整えられても、その後、家計をやりくりできている状態をその家庭が維持できるのか心配。学齢期になってから虐待の養育困難通告などの形で出てこないようにするには、子どもの成長に合わせて、しかるべき支援機関に引き継いで見守っていく必要がある。
- A 非課税ボーダー層は公的な支援制度を使うことができないため、困窮してしまった場合には民間や地域の現物給付に頼るしかない。そこで、保健師が地域の資源を知っていることが支援できるかどうかにかかわってくる。しかし、地域で子どもを守り育てる機運は昔に比べれば弱くなってきており、また、周囲の人を警戒するようにもなっており、地域に頼ればよいというわけでもない。基礎自治体の財源では賄うのが難しい部分については、国としての対応に期待する(妊婦健診無料化など)。

第6章 子ども支援の現場への示唆

1. 困窮する子育て家庭を支援する仕組みに関する示唆

(1) 把握のための仕組み

子どもたちの家庭が困窮状態あるいは要支援状態にあるかどうかを外見から判断することは難しい。子どもや保護者と対話することにより、その表情や話の内容から、わかってくるものである。対話は、対話をする必然性や対話を受け入れられる関係性があるからこそ成り立つものである。したがって、妊婦面談や新生児訪問、乳幼児健診のように、必然的に顔を合わせ、対話をし、関係をつくれる場があることはとても大きな助けになる。子育て広場のような誰でも気軽に来てよい場（支援員配置）と、子育て相談のような個別に詳しく話を聞ける場の両方を仕組みとして作っておくことで、困窮を察知した場合にそれらを適宜案内し、見守りや相談につなげることができ、対応しやすいただろう。困窮を察知するための着眼点は、図表 1-4、図表 1-7 が参考になる。

(2) 連携

困窮家庭の支援の内容は、経済的な支援、住宅支援、子どものケア、学習支援、保護者への子育て支援、心理的な支援、就労支援など多岐にわたるため、一つの機関で担いきれるものではない。また、各機関はそれぞれに専門領域が異なるため、複数の関係機関が連携することで、対象家庭を多角的にとらえることができ、役割分担をして支援することが可能になる。

各子ども支援現場で「気になる」家庭をしかるべき関係機関につなげる、あるいは連携して支援をするには、子ども支援現場の職員が各関係機関（制度）の機能について知っておくことがまずは必要である。さらに、関係機関の担当者が相互に知り合っていることが連携の際の敷居を低くし、早期対応にもつながる。したがって、地域ごとの支援機関ネットワークなどで各機関の担当者の相互理解、申し合わせなどが行われると円滑な連携が可能になる場合もあるだろう。

(3) 地域活動

地域の担い手による子ども食堂、学習支援や居場所支援は、上で述べた誰でも気軽に来てよい場として機能するほか、孤立しがちな困窮家庭の子どもたちと保護者が地域の人々の人情や愛情に触れて人間関係を広げる場としても期待される。また、リサイクルやフードバンクの取り組みは、経済的な支援制度を利用できないボーダー層を物資の面で支援するにあたり、頼りにされている。こういった地域活動のなかで困窮家庭を察知した場合に専門や公的機関に相談できる、あるいは、専門や公的機関が支援対象家庭を地域の活動につなげるといったことが、困窮家庭の早期把握、早期支援にもなる。また、地域活動の担い手がネットワーク組織や連合組織を形成することで、専門職との連携がしやすくなるであろうし、困窮家庭の子どもたちと接するなかで見えてくる支援や施策の課題を関係機関と共有しやすくなるであろう。

2. 支援スキルに関する示唆

(1) 孤立傾向

育った環境で虐待を受けていたり、親子関係が悪い中で育ったために、大人に対する信頼をもてない。困った状況に陥ったときに自分のせいだと言われた。過去に相当困った経験があり、何度も支援窓口にご相談したけれど何の支援も得られなかった。このような困難な状況の繰り返しのなかで、いろいろなことを諦めてきた。こういった「困難な生き立ち」が、親世代から引き継がれている。そのような環境で育った人は、自身が親になったときに「孤立しがち」であり、困った状況に陥っても「SOS を出そうとしない」、他者が関わろうとしてくることを怖いと感じ、「拒否する傾向」にある。このような背景があり、困窮家庭の保護者のみならず子どもも孤立傾向がある可能性を支援者は理解しておく必要がある。

(2) 共感、受容

困窮家庭の子どもの支援においては、子どもの話を聞き、受けとめてあげることがまずもって大切であり、困った状況に陥ってしまっても子どもを責めてはいけない。生活に余裕がなく、保護者のエネルギーが落ちてしまっているなか、子ども自身にも困難なことや不利なことが降りかかっている。支援者が「ふつう」と考えることは、困窮家庭に育つ子どもや保護者にとっては「ふつう」ではないかもしれない。このような視点を支援者がもち、子どもの話をじっくりと共感しながら聞き、受容してあげることが、支援関係を築き、また、子どもが自己肯定感をもって生きていくエネルギーを得るという意味でも重要である。

また、困窮家庭の保護者を支援することは子どもを支援することにもなることから、保護者の話をじっくり聞き、保護者が置かれている状況や気持ち、考え方、希望を理解したうえで支援することも必要である。

支援担当者がこのような関りをしていくことによって「相談できる人」「味方」と認識してもらえようになることが、孤立傾向を打開することにもなる。

(3) 粘り強くかかわる

困窮家庭の支援は、経済的な支援のみならず、人との関りを通じた支援の両方が必要である。困難が蓄積し、孤立傾向のある子どもや保護者への支援は粘り強い関りが求められる。待つのも支援という保健師の言葉からもわかるように、緊急介入が必要な状況でなければ急がずに見守りながら、伴走支援ができることよい。保護者の拒否傾向が強固であっても、子どもに対して直接アプローチが可能な場合は、子どもを支援プログラムに丁寧に粘り強くつないでいくことも必要である。

16 人の保健師の話をもとにした本報告書が、母子保健領域のみならず、他の子ども支援の現場のみなさまの参考になれば幸いである。