

# ACT (Assertive Community Treatment) における 子ども虐待防止機能の研究

—メンタルヘルス問題のある親による養育支援事例の検証を通して—

松宮透高  
(県立広島大学)

## <要 旨>

本研究では、メンタルヘルス問題のある親による子ども養育世帯への支援方策の一つとして、包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment=ACT) に着目する。実際の支援事例における支援の内容や視点、それらが果たしている機能などについてグループ・インタビュー調査を通して聴取したところ、メンタルヘルス問題への支援機能があり、医療やソーシャルワークなどの機能を総合的かつ機動的にもって提供できる ACT の支援構造は、こうした世帯への支援とりわけ虐待の改善や防止に有効に機能する可能性が示唆された。また、ストレンクス視点を基盤としたその支援姿勢は、利用者の生活機能や子ども養育機能の主體的な発揮につながるだけでなく、支援スタッフの相互支援関係を醸成する可能性があることも把握できた。困難感が高くストレスになると認識されがちなメンタルヘルス問題のある親とその子どもへの支援において、ACT の適用もしくは応用による支援システム構築を図ることは、大きな意義があるといえる。

## <キーワード>

メンタルヘルス ACT 子ども虐待 虐待防止 養育支援

### 【はじめに】

本研究は、メンタルヘルス問題のある親による子ども養育世帯（以下、当該世帯）への支援方策開発研究の一環に位置している。本稿では、包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment=ACT) による当該世帯支援の実際や支援者の認識に関する調査結果を示し、その虐待防止機能をはじめとする支援機能を探索的に明らかにするとともに、当該世帯の支援において ACT の支援構造が有効に機能する可能性があることを提示する。

ヘルス問題がみられる事例の多さが指摘されており、「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」でも、当該母親の約半数に精神疾病ないし精神障害がみられている (厚生労働省 2013)。また、筆者らが取り組んだ調査からも、児童福祉施設に入所する被虐待児童の 4～6 割の親に何らかのメンタルヘルス問題がみられること、その支援者は困難感やストレスを強く感じていること、その家庭復帰支援が不十分な状況にあることなどが明らかになっている (松宮ら 2010 ; 井上ら 2010)。

### 【問題の所在】

#### 1. 子ども虐待と親のメンタルヘルス問題

子ども虐待において、親に何らかのメンタル

すなわち、子ども虐待問題は同時に精神保健医療福祉問題でもあるといわざるを得ず、子ども虐待の予防、介入、家庭復帰支援などにおい

てメンタルヘルス問題のある親に対するアプローチは不可避である。ところが、当該世帯への支援方策についての議論は不十分であり、児童福祉と精神保健医療福祉の認識の共有や連携も不十分な状況にある（松宮ら 2013）。

## 2. 子ども虐待と世帯の生活問題

加えて、子ども虐待の背景には親のメンタルヘルス問題のみならず多様な生活問題が重複してみられることから、世帯の貧困、地域からの孤立、子どもの障害などへの支援も同時に求められる。当該世帯の支援ニーズは、このように多面的かつ複合的であるといえる。

以上のことから、子ども虐待防止のためには精神科医療、生活や子育てなどの諸課題に対する総合的な支援機能が必要であり、これらが一貫性をもって提供される支援システムが不可欠である。

## 3. ACT について

ACT とは、重度精神障害者を対象とした多職種チーム（一般に精神科医、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士、当事者スタッフなどによって構成される）によるアウトリーチ（訪問）型の支援プログラムをいう。投薬などの医療的機能のみならず、生活支援、相談援助、就労支援などのソーシャルワーク機能やリハビリテーション機能を、在宅のまま総合的一貫的に提供するアプローチである。北米や欧州において広く取り込まれ、わが国においても精神科クリニックと訪問看護ステーションの連携による支援活動などが緒に就いている。入院偏重とされるわが国の精神科医療システムの改善に向けて、また当事者主体のケアシステム構築に向けて、この取り組みには大きな期待が寄せられている。

このように、ACT は本来子どもの虐待防止や養育支援を目的としたプログラムではない。しかし、メンタルヘルス問題への対応機能とソーシャルワーク機能を併せ持ち、ストレングス視点を理論的基盤に当事者主体の柔軟な支援姿勢に立つこと、生活の場をフィールドとする機動性を持つことなどから、当該世帯への支援においても有効な機能を果たし得るのではないかと考えたことが、本調査研究に取り組む契機となった。

### 【調査の目的】

本調査は、ACT による当該世帯への支援機能とりわけ虐待防止につながる機能の実際と背景を明らかにすることを目的とする。

### 【調査の方法】

第1次調査として、平成25年10月現在でACT 全国ネットワークに加入していた19のACT チームの代表者を対象に、依頼状および調査票を送付した。調査期間は平成25年11月15日から12月16日とし、実際には平成26年1月20日返送分まで集計した。

第1次調査への回答があったACT チームのうち当該世帯への支援実績のある7チームと第1次調査は無回答であったものの第2次調査には協力が得られた1チームの計8チームを対象として、第2次調査を実施した。ここでは、18歳未満の子どもを養育中の世帯に対する支援内容や支援経過についてグループインタビューにより聴取し、IC レコーダーによる音声記録をもとに逐語記録化した。この調査は平成26年1月から5月にかけて実施し、インタビュー時間は90～120分程度であった。

## 【倫理的配慮】

調査依頼に際して、調査協力は任意であること、調査結果は論文や学会発表などの形で公表すること、ただし事前に調査協力者による原稿チェックを受け修正希望に応じること、調査協力者や利用者の個人情報は公表されないことなどを明記し、実際にこれを遵守した。また、第2次調査対象のすべてのACTチーム代表者から、本調査結果公表についての同意書を得た。

なお、本調査は県立広島大学保健福祉学部の研究倫理委員会による研究倫理審査の承認を得て実施したものである。

## 【調査の結果】

### 1. 第1次調査

#### (1) 回収率等

郵送した19票中、9票を回収した（回収率47.4%）。ただし、9票のうち2票は当該世帯への支援実績が全くなく、1票については過去に支援実績があったものの調査時点では支援事例が無かった。なお、「当該世帯への支援実績なし」を理由として回答できないとする旨の連絡も5チームからあった。そこで、当該世帯への支援事例数については、調査実施時点で18歳未満の子どもを養育中（入所中含む）の利用世帯が1例以上あると回答した6票（調査対象の31.6%）を対象とし、当該世帯への支援に対する認識については9票すべてを対象として集計した。

#### (2) 利用世帯に占める当該世帯の割合

表1に示す通り、6チームの支援世帯総数（392世帯）に占める当該世帯（17世帯）の割合は平均で4.3%に過ぎず、最も多いチームでも12.5%であった。

表1 支援世帯に占める子ども養育世帯

| ACT | 支援世帯<br>総数 | 子ども養育<br>世帯数(%) | その児童数<br>(うち入所中) |
|-----|------------|-----------------|------------------|
| 1   | 48         | 6 (12.5)        | 9 (0)            |
| 2   | 43         | 3 (7.0)         | 3 (2)            |
| 3   | 55         | 3 (5.5)         | 7 (0)            |
| 4   | 54         | 2 (3.7)         | 10 (0)           |
| 5   | 38         | 1 (2.6)         | 2 (1)            |
| 6   | 154        | 2 (1.3)         | 3 (0)            |
| 計   | 392        | 17 (4.3)        | 34 (3)           |

#### (3) 当該世帯支援に対する認識

ACTによる当該世帯支援への認識に関する18の質問項目について、「思わない」の1から「思う」の5までの5段階で回答を求めた。回収票数が極端に少ないため、ここでは単純集計に基づきとくに特徴がみられた項目のみ取り上げる。なお、( )内はこの5段階スケールの平均値である。

「子ども虐待の対応において、メンタルヘルス問題への支援機能があることは重要である」(4.6)、「子どもを養育することは、利用者にとって生きがいになっていることが多い」(4.5)、「親にメンタルヘルス問題がみられたとしても、何らかの支援によって親子での生活維持を図ることが望ましい(4.0)」、「投薬など、メンタルヘルス問題への支援機能が必要であること、ACTはその機能を果たせる可能性がある」と認識されていることなどが示唆された。また、「利用者の子どもに対する支援は、ACT本来の業務とは言えない」(1.4)、「子どもに対する支援は、ACTチームの業務上、大きな負担になる」(2.4)など、当該世帯の子どもへの支援は業務範囲であり、とくに大きな負担ではないと捉えられていた。ただし、支援世帯に占める当該世帯の割合が総じて小さいことがこの認識に影響した可能性は加味しておく必要

があらう。

一方、「ACT チーム内には、利用者の子ども支援をするために必要な知識や技術が十分にある」(2.4)、同じく「スーパービジョンもしくはスタッフ間の相互支援体制が十分にある」(2.3) など、ACT における子どもへの支援体制は必ずしも十分ではないと認識されていた。加えて、ACT と他機関とが十分に連携ができているかについても、「児童相談所」(2.3)、「市町村」(2.6)、「教育機関等」(2.3) など、やはり十分な水準とは認識されていなかった。

## 2. 第2次調査

8つのACT チームを直接訪問し、当該世帯支援の事例について聴取した。ここでは、それぞれの調査から聴取した中から代表的な1事例を取り上げ、その概要を示す。その内容については、世帯の個人情報を守る観点から、本質を損ねない範囲で情報の変更を行っている。また、支援しているACT チームの特定がされないよう、チーム名などの表記も意図的に避けている。

### 支援事例(1)

Aさんは20代後半で、30代の夫と3歳の子どもがいる。とはいえ、夫は無職でたびたび失踪して長く家に帰らないことがあるなど、夫婦関係は不安定であった。夫の失踪中Aさんは仕事と子育てを懸命にこなしていたが、1年ほど前に精神的変調により働けなくなり、家賃滞納のためアパートを出ざるを得なくなった。

実家に戻ったAさん親子の様子を心配した両親からの依頼で保健師が訪問したところ、子どもは言葉の発達が遅れ身体も非常に痩せているなど、ネグレクト状態にあったことがうかがわれた。子どもを抱いたり話を聴いたりする

ことを嫌がるなど、Aさんの様子からは今後子育て問題が生じることが予想された。また、妄想めいた発言がみられ意欲なく寝てばかりであることから、受診を勧めたが拒否された。

保健師からの紹介で、その後ACT チームが関わることになる。Aさんは最初訪問に拒否的であったが、少しずつ関係ができ、やがて処方された薬を飲んでくれるようになった。Aさんは次第に落ち着きを取り戻し、子どもも祖父母による世話を受け保育所にも通い始めたことから、一気にキャッチアップがみられた。

そんなある日、夫が連絡して来たことを機にAさんは子どもを残して夫の元へ行ってしまう、支援や服薬は中断となった。数か月後、Aさんの精神症状が悪化し家で対応できない状況になっていると、夫からAさんの実家に連絡があった。同じ頃、Aさんからも「子どもを引き取る」という連絡が来たため、とても養育できず危険と考えた両親からの依頼でACTスタッフが児童相談所や弁護士との連絡調整を行い、子どもはしばらくの間、一時保護となった。その後、夫が精神科病院を受診させAさんは医療保護入院となった。同時に夫は再び失踪し、以来連絡が途絶えたままである。

ACT スタッフは入院中のAさんと面会して今後のことを話し合った。「夫と別れ、実家には戻らず子どもと一緒にアパートで暮らす」ことを提案しAさんも同意したことから、児童相談所、入院中の病院、保健所、福祉事務所などとの調整を行い退院後の地域生活支援体制づくりに向けた検討を進めている。

### 支援事例(2)

Bさんは30代で、アルコール問題やDVがあった夫と離婚し、小学4年生の子どもと二人

暮らしである。パニック発作や過呼吸発作のため深夜に救急受診することが頻回にあり、ネグレクト傾向も指摘されていた。担当していた保健所からの紹介で、ACT チームがかかわることになった。

週3回の訪問で支援しているが、Bさんは深夜に不安を訴えACTスタッフに電話してくることも多い。些細なことが気になって過敏に反応する面があるため、訪問時にストレスへの対処方法を話し合うようにもした。その結果、深夜の受診はみられなくなり、Bさんは安定した生活が送れるようになった。最近では前向きな言動も目立ち、自信を取り戻した様子である。

とはいえ、子どもの養育については様々な課題が見られる。Bさんは食事の用意が十分できず、惣菜や弁当で済ませてしまいがちである。また、夜は先に寝てしまうため、子どもは遅くまで一人でテレビを観て過ごしているらしい。朝もBさんが起きられないため自分で起きて学校に行っている。今のところ目立った問題にはつながっていないが、こうした状態が長期間続いている。また、調子を崩した時に睡眠薬を大量に飲み、「お母さんは死ぬから」と泣く姿を子どもに見せたこともある。

ACT スタッフは、意識的に下校時間帯に訪問を設定して子どもとも顔を合わせるように心がけている。母親を気遣いあれこれとサポートしようとするなど、Bさんの子には過剰なほどの「よい子」ぶりがみられる。また、自分の気持ちを十分に表現できず、学校では友達も少なく学習面での困難も抱えている。子どもが育つ環境としては問題があることから、保健センターや児童相談所と随時情報共有をしつつ、ACT チーム内でも子どもが思いを表現し

のびと成長できるよう支援する方法についてカンファレンスを重ねている。

### 支援事例（3）

Cさんは30代で、離婚を経て小学生の子どもと暮らしている。被害妄想に基づくと考えられる訴えを関係機関にぶつけ、地域でも問題視されていた。子どもへのネグレクトも目立ち、小学校の検診で子どもの精密検査を再三指導されたにもかかわらず受診させなかったため、学校が児童相談所に相談していた。そんな折、Cさんの状態がさらに悪化したため、関係機関と親戚がCさんを精神科受診させ、医療保護入院となった。これに伴い、子どもは一時保護を経て児童養護施設に入所することとなった。

精神科病院の精神保健福祉士は、退院後の生活支援と子どもの家庭復帰を念頭に入院直後から関係機関との調整に取り組んだ。しかし、学校や行政からの「子育てできるのか」という懸念には大きなものがあつたという。

退院後、Cさんは福祉サービスの利用を拒否して服薬も不安定になり、横になってばかりで家事も十分できない状況になった。病院からの訪問も「また入院させられるのではないかと」の不安から拒否的であつた。そこで、支援を病院スタッフからからACTチームに引き継ぐことになった。

ACT スタッフは、生活保護費の受け取りや各種申請手続き、受診への同行など、まずはCさんの希望に応じた支援を行った。また、子どもの家庭復帰に向けて、要保護児童対策地域協議会に出席し関係機関との協議を重ねた。Cさんは次第に落ち着き、その後子どもの引き取りが実現した。

家庭復帰後、ACT スタッフは子どもと遊ん

だり学校関係者と協議を重ねたりしながら世帯の内外との関係づくりを深めて行った。母親に対する周囲の不安はなお大きかったが、病気のことや母親の小さな肯定的変化について丁寧に説明し、関係者の相談にも対応した。担任とも連携して子どもの継続的な支援体制も整えた。1年ほどが経過し、Cさんは次第に外出や家事を一人でこなす積極的な姿勢が見られるようになった。子どもの食事の用意や一緒に遊びに出かけるなど、母親としての養育姿勢も積極的になった。

その後も、子どもの受診や長期休み中の対応などに苦慮したり精神症状の再燃などの揺れはあったものの、自主的に相談したり受診を継続するなどして乗り越えている。

#### 支援事例（4）

Dさんは20代で、DVがあった夫と離婚し2歳の子どもと二人暮らしである。統合失調症のため生活が不安定となり、育児もできずネグレクト状態に陥ったほか近隣とのトラブルから行政に苦情が寄せられてもいた。そこで、児童相談所の介入により子どもは乳児院に措置され、ほどなくDさんも精神科病院に入院することになった。

入院後、服薬の効果のほか常に誰かが近くにいるという環境もあってか、Dさんは比較的早期に落ち着きを取り戻した。しかし、「自分は一人ぼっちで生きている」と強い孤立感を訴え、施設入所中の子どもと会えず今どこでどうしているかさえない状況に置かれたこともあって、当たり前な健康な不安が先に立ち自分の治療に集中できない状況であった。

そこで病院の精神保健福祉士らは、Dさんの孤立感とその要因のひとつと考えられた母親

および娘との関係再構築に向けた支援を行うことにした。Dさんの母親は再婚して遠くに住んでいたが、病院に面会に来てもらうようお願いした。結果的に、その面会はDさんの孤独感の変化にうまく機能し、母親も頻繁に面会しながら具体的な生活支援にも取り組むなど、療養生活を支えた。

また、Dさんと子どもと早く一緒に生活できるようにすることを目標として、退院後早期の家庭復帰に向けて児童相談所や母親など周辺への働きかけも行った。しかし、児童相談所は「子どもによくない影響があるのではないかと懸念して、家庭復帰には慎重な姿勢を崩さなかった。

そのため、地域のACTチームとの連携による退院後の継続的な生活支援体制を示しクライシスプランも共同で検討した。病状さえ安定していれば、Dさんには十分な子育てスキルがあり後に就労できるだけの力もあった。ACTチームはDさんやその環境のストレングスに着目しつつ、病院の主治医や精神保健福祉士と協議を重ね、Dさんとのコンタクトも頻繁にとるなど家庭復帰の環境を整えた。最終的に、児童相談所もその支援方針に同意した。

Dさんが退院して3日ほど経過した時点で児童相談所に自宅に来てもらい、生活状況やDさんの状況、ACT支援体制などの最終確認を求めた。その上で、退院から4日目で子どもの家庭復帰を果たすことができた。

その後ACTチームは、自らが子育て中のスタッフを主担当として訪問支援を続け、チームリーダーも訪問しつつ関係機関との連絡調整を担った。ほどなくDさんは仕事ができるころまで回復し、最終的には母親の呼びかけに

より母の家の近くに転居した。これに伴い援助終了となったが、親子は安定した生活を送っている。

#### 支援事例（5）

Eさん夫婦は、ともに統合失調症で2歳の子どもと同居している。出産当時から児童相談所や市の児童家庭支援室、保健センターなどが協議しながら見守ってきた世帯であり、養育困難から子どもが乳児院に入所していたという経過もある。現在は保育園に通いながら親子で生活しているが、養育能力の乏しさが保育園からも指摘されていた。対応に苦慮した市の子育て支援課からの紹介で、ACTが関与することになった。

とはいえ、このACTチームの子ども養育世帯への支援は初めてであり、スタッフは当初「支援の仕方がわからない」とおよび腰であったという。しばらく訪問を重ねたが、母親の育児スキルの低さを目の当たりにし、担当スタッフは強い不安やストレスを抱えていた。

カンファレンスの場でそうした思いを伝えたところ、チーム内から、スタッフの取り組みを肯定的に評価した上で、「こういう時こそ、ACTらしく当事者のストレングスに目を向けてみよう」という意見が出された。そこで、問題点ばかりではなく、Eさん夫婦や子ども自身、環境などの持つ肯定的な側面や可能性について協議した。また、その後の支援においても、できていないところを指摘するだけでなく、Eさんが頑張っているところ、成長したところ、子どもが発達しているところ、支援してくれる関係者がいることなどを意識的かつ肯定的にフィードバックするようにした。できない部分については、子育て中のスタッフが訪問して実

際に子どもを抱いて語りかける様子を見せるなどモデリングの機会を提供したり、具体的な対処方法を一緒に考えたりした。父親はなかなか育児に参画してくれる様子がなかったが、母親は次第に育児に自信を持てるようになり、かつて子どもが入所していた乳児院を自ら訪ね職員に子育ての方法を聞いてくるといった行動も見られるほどになった。最近ではむしろ手抜きの方法を提案するなど、スタッフは無理させないように気を付けている。要保護児童対策地域協議会では関係する機関がEさん世帯の状況と支援について情報共有を図っており、その結果、各機関が積極的な支援姿勢を示すように変化しつつあるという。

#### 支援事例（6）

Fさんは30代で、中学生と小学生の子ども二人とともに母子生活支援施設に入所している。子どもの世話ができていない母親を心配した施設が相談した精神科医からACTを紹介され、施設への訪問という形で支援が始まった。

ACTスタッフが訪問してみると、母親は何を聞いても「わかりません」と返答するばかりで布団からも出られなかった。Fさんには抗うつ剤の処方が始まり、ほどなく改善がみられるようになった。また、子どもたちは風呂にも入らず髪は伸び放題になっており、とくに中学生の子には学習の躓きも目立つなど、Fさんはそのことも気にしていた。ACTスタッフは子どもたちと遊んだり勉強をみたりFさん親子の買い物に同行したりしながら、生活場面の中で子どもに生活習慣のモデルを意図的に示した。そうした中で子どもたちが落ち着いたことも、Fさんの安定につながった。その経過にFさん自身を巻き込むよう心がけたことで、その責

任感や主体性も高まった。

施設の職員は居室には入り込めないため、訪問スタッフは世帯が困っている状況をつかみ、施設や ACT チームと情報共有し対応と一緒に協議するという流れをつくった。ACT としては当初どこまで介入していくのかという戸惑いもあったが、しっかりかかわることで利用者の自己決定や主体性の発揮はしやすくなるということが見えてきた。「問題には必ず理由がある」という視点からモニタリングし、見えてきたことを主治医やスタッフと共有すれば必要最小限の投薬で生活が継続できるということもつかめ、チームの自信になった。医師との何でも言い合える関係の中で多職種チームが利用者のニーズに沿って主体的に働きかけるという構造は、治療・支援関係のあり方自体を大きく変える可能性があるという。

#### 支援事例（7）

G さんは 40 代で高校生と中学生の子どもと同居している。統合失調症のため通院を続けていたが、G さんをケアしていた 50 代の夫は交通事故のため現在総合病院に入院中である。夫には歩行不能の障害が残ると見込まれている。

夫が入院中の病院の医療ソーシャルワーカーが家族状況を確認した際、G さんが不安のため混乱し精神科受診もできなくなっていること、家事が滞り子どもたちの世話が十分できていないことが把握できた。支援資源を探す中で ACT チームに紹介があり、医師による往診を経て、訪問支援が始まった。

ACT スタッフが訪問すると、夫の入院以来 G さんは必死に家庭を守ろうとしていた様子ではあったが、対応しきれず、また不安が大きく混乱した状態でもあった。G さんの母

親が手伝いに来てはいたが、長期的に依存することは難しい状況にあった。

ACT スタッフは週 3 回の訪問を行い、G さんは服薬を再開できた。ホームヘルパーの利用手続きを支援してヘルパーが入ることもなった。子どもたちとは意識して話し合い、困っていることを聴いては対応策と一緒に検討した。また、母親や父親の状況についてきちんとした説明を受けていなかったことから子どもたちの不安感は強く、とくに上の子は母親や下の子の世話を陰ながらしていたものの、本人の思いは誰にも語れていないようだった。そこで ACT スタッフは、子ども自身に関する電話相談に応じる用意を伝え、実際に子どもが泣きながらかけてきた電話に応じ、状況によっては夜間に緊急訪問をするなどして支援した。

今後父親が帰宅した際にはさらなる世帯支援の必要性が見込まれるため、障害者福祉関係機関とも協議を始めるなど、総合的な世帯支援体制づくりの準備を進めている。

#### 支援事例（8）

H さんは 40 代で、夫と離婚後は小学生の子どもと二人暮らしをしている。「夜中に騒いでいる」「虐待の疑いがある」といった地域住民から相談があったことから、保健所や児童相談所がアプローチしていた。H さんは統合失調症のためかつて精神科クリニックに通院していたが、長らく治療を中断していた。関係機関は H さんへの対応に苦慮しており、保健所から ACT チームに紹介され、支援が始まった。

訪問支援を始めた当初、H さんは錯乱状態で話し合うことも大変だった。子どもも H さんが帰宅すると外に避難しに出かける状況だった。ACT スタッフは頻回に訪問して H さん



に声をかけたが拒否的で、まずは子どもとキャッチボールやテレビゲームを一緒にして遊ぶことから関係づくりを図った。しかし、子どもは母親である H さんのことについては尋ねても一切語ろうとしなかったという。

H さんに対しては、まずは困りごとを聴くことからアプローチした。仕事を辞めて収入が無いとのことだったので、福祉事務所と連携して生活保護申請の支援を行ったところ、次第に話をしてくれるようになり、児童相談所から親子分離の可能性を提示されたことを「どうしよう」と相談してくれるようになった。その中で、H さんが「この状況を何とかしたいとは思っても服薬への不安があるため踏み切れない」ということを語ったのを機に、主治医にその思いを伝えた上で処方変更してもらうことを提案し、H さんは服薬を再開した。それから 3 週間ほど経過した訪問時には、子どもが「今日お母さんがチャーハン作ってくれた。すごく久しぶりに食べて、おいしかった」と話してくれたという。

H さんはその後、就労支援を経て就職活動に取り組み、パートタイムで就労することができた。H さんの訪問支援を担当する個別援助チーム (Individual Treatment Team=ITT) は、こうした経緯に緊張や不安を感じながらもスタッフそれぞれの持ち味を活かして親子に関わり、多面的な視点を持ち寄ってカンファレンスを重ねてきた。「自分一人だったら支え切れなかった」と語られるように、スタッフが主体的に工夫しながら地域支援を続けることができた背景には、ITT ひいては ACT チーム内でのスタッフ間相互支援体制が有効に機能していたという。

## 【考察および展望】

第 1 次調査では ACT チーム自体の母数、回収票数、当該世帯支援事例数が少ないことから量的な実態把握には限界があったものの、支援実績のある ACT チームが存在すること、当該世帯支援に対する積極的・肯定的な認識がみられることが示唆された。ACT が子どもやその養育の支援を主目的としてはいないこと、他方で世帯ぐるみの生活支援を重視していることからすれば、これらは当然の傾向ともいえよう。ACT には、文字通り「包括」的な志向性があると考えられる。

また、子どもやその養育への支援機能、児童福祉関係機関との連携の不十分さがあると捉えられていた一方で、第 2 次調査では、実際には ACT が効果的な支援機能や連携調整機能を果たしていることが示唆された。そうした機能発揮の背景には、以下のような ACT の特性があると考えられる。

### (1) メンタルヘルス問題への対応機能

親への理解や対応機能が乏しい中で世帯支援を行うことは、困難と考えられる。投薬や往診といった医療機能の直接提供や医療機関との調整機能を持ち、スタッフがメンタルヘルス問題のある人への理解や対応力を持っていることは、当該世帯への支援において重要な意義を持つといえる。

### (2) ソーシャルワーク機能

当該世帯の多様な生活問題について、その相談に応じ社会資源につなぐこと、関係機関との連絡調整、さらには就労支援などを継続的かつ 24 時間の緊急即応体制の中で提供することは、複雑な生活問題の改善と支援関係形成に向け有効に機能していたといえる。

### (3) ストレングス視点

スタッフがモデルを提示しつつもに解決策を模索したり一緒に遊び相談に応じるといった支援は、一方的な保護や問題解決ではなく世帯のストレングスを尊重しエンパワメントすることを志向した支援といえる。子育ての不十分さを意識しつつ対処できない後ろめたさから支援に拒否的になりがちな親にとって、こうした支援姿勢は重要な意味を持つ。

### (4) 世帯支援

親子は影響し合う存在だけに、親や子どもの安定につながる総合的なアプローチは、世帯としての健康な力の発揮につながっていた。

### (5) チームマネジメント機能

スーパービジョンの提供、ITT という複数スタッフが情報共有しつつひとつの世帯にかかわる支援体制、緻密な情報共有によるチーム内の相互支援関係など、ACT スタッフの主体的・積極的な支援姿勢の背景には、卓越したチームマネジメントがみられる。これは、地域の関係機関調整においても有効な機能である。

### 【おわりに】

本調査研究の結果、ACT の支援構造や視点は、当該世帯への支援に有効に機能する可能性が高いといえる。行政や医療機関からの紹介で支援開始に至る事例が多くみられるなど、ACT チームが地域に存在することで当該世帯への支援資源として関係機関から認知される可能性が高いことも示唆された。

とはいえ、いずれの支援事例も ACT スタッフの熱意と半ばボランティアなアプローチに負うところが大きく、医療保険を財源とする点は子どもをはじめ世帯支援機能に焦点化する

際の課題ともなり得るなど、ACT による当該世帯支援に向けた基盤整備の余地は大きい。

今後、ACT による当該世帯への支援機能のより精緻な把握と、これを活かした支援システム開発に取り組みたいと考えている。

最後に、本調査にご協力頂きました ACT チームの皆様へ厚くお礼申し上げますとともに、研究機会をご提供頂いた明治安田こころの健康財団に心より感謝申し上げます。

### 【引用文献】

- ・社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会 (2013) 「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について (第9次報告)」.112.
- ・松宮透高・井上信次 (2010) 「児童虐待と親のメンタルヘルス問題—児童福祉施設への量的調査にみるその実態と支援課題」『厚生指針』57 (10) 6-12.
- ・井上信次・松宮透高 (2010) 「メンタルヘルス問題のある親による児童虐待へのファミリーソーシャルワーカーの認識—資格・経験年数とその問題認識や支援姿勢に及ぼす影響に焦点を当てて—」『川崎医療福祉学会誌』vol.20 No.1 pp107-116.
- ・松宮透高・八重樫牧子 (2013) 「メンタルヘルス問題のある親による児童虐待に関する相談援助職の問題認識—児童福祉分野の相談援助職と精神保健福祉士の相違を焦点に—」『社会福祉学』(53) 4.123-136.