児童虐待問題への経済階層とジェンダーの視点からの研究

辻　京子

徳島大学大学院総合科学教育部
博士学位請求論文

平成 28 年度

目　次

序章

第一節　研究の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
第二節　研究の背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
第二節第一項　経済階層・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
第二節第二項　ジェンダー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
第二節第三項　母子保健分野・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
第三節　研究で用いるデータとその特徴・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
第四節　論文の構成・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4

第一章　児童虐待と経済階層の関連
――児童相談所の虐待相談受理データからの考察――

第一節　研究の背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
第一節第一項　日本における児童虐待と経済階層の関連・・・・・・・・・・・・・・6
第一節第二項　米国における児童虐待と経済階層の関連・・・・・・・・・・・・・・7
第二節　研究目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
第三節　分析方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
第三節第一項　使用するデータ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
第三節第二項　分析方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
第三節第三項　倫理的配慮・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
第四節　分析結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12
第四節第一項　A児童相談所に虐待として受理された660事例の概要 ・・・・・・・・12
第四節第二項　世帯構成と世帯の経済状況の関係・・・・・・・・・・・・・・・・・13
第四節第三項　世帯の経済状況と重症度の関係・・・・・・・・・・・・・・・・・・13
第四節第四項　世帯の経済状況と虐待が発見されるまでの期間の関係・・・・・・・14
第五節　考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14
第六節　結論・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16

第二章　児童虐待リスクとしての母子家庭
――社会的排除とジェンダーの視点から――

第一節　研究の背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・18

第二節　研究目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・19
第三節　分析方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20
第四節　分析結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・21
第四節第一項　児童虐待相談受理データの分析結果・・・・・・・・・・・・・・・・21
第四節第二項　児童虐待と判定された母子家庭の母親へのインタビュー結果・・・22
第五節　考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・26
第六節　結論・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・28

第三章　保健師教育における児童虐待の分析
――ジェンダーの視点から――

第一節　研究の背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29
第一節第一項　研究の関心・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29
第一節第二項　教科書分析に関する先行研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・30
第二節　研究目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・32
第三節　分析方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・32
第三節第一項　分析資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・32
第三節第二項　分析方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・33
第四節　分析結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・34
第四節第一項　教科書の監修の男女比・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・34
第四節第二項　児童虐待に関連する記載の有無と内容・・・・・・・・・・・・・・34
第四節第三項　事例のなかの呼称と内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36
第五節　考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・38
第六節　結論・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・40

第四章　母子保健分野における児童虐待防止活動とリスクアセスメント

第一節　研究の背景と目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・42
第二節　分析方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・45
第三節　分析結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・45
第三節第一項　児童虐待防止マニュアルの概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・45
第三節第二項　児童虐待防止マニュアルに示された虐待リスク項目・・・・・・・47
第三節第二項　リスクアセスメント使用時の注意点・・・・・・・・・・・・・・・48
第四節　考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・50
第五節　結論・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・54

結語・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・56

注・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・59

参考・引用文献一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・61

序章

第一節 研究の目的

本論文は，①児童相談所の量的データ，②児童虐待と判定された母親へのインタビューデータ，③児童虐待問題の予防・発見の最前線とされる保健師の教育課程で使用されている教科書，および④現在，母子保健分野で使用されている児童虐待リスクアセスメントを検討し，母子保健分野の実践現場における問題点を示し，それを解決する新たなアプローチを提案する．本論文でとくに着目するのは，児童虐待問題の経済階層とジェンダーに関わる側面についてである．

本論文で取り上げる児童虐待は，社会の予防的まなざしを必要とする家族の病理として社会問題化した．児童福祉や医療，母子保健分野では，虐待のサインを見逃さず，虐待が重症化することを防ぐために「虐待のリスク」という考え方を導入し，「児童虐待リスクアセスメント」を用いた方法で虐待を防止するという方法が進められてきた．そこでは，生活保護や経済基盤が不安定，未就労，母子家庭など，社会政策で解決しなければならない問題が個人の問題として扱われている．リスクアセスメントを用いた児童虐待防止施策は，経済階層やジェンダーと密接に絡み合っている．これは海外での先行研究で言及されてきた点である（Parton 2000; Pelton 2015; Stanley 1993; Strega 2009）．リスクアセスメントだけではない．児童虐待問題自体が，両親が揃っている中流階層の仲睦ましい子育て家族像のネガとして構成されてきたのである（Swift 1995）．にもかかわらず，児童虐待防止の最前線の現場として位置づけられている母子保健の領域ではこれらの点を意識した研究がなされていない．そのため本論文では，経済階層とジェンダーに着目し，問題をリスクとして捉えた児童虐待防止活動について考察する．

本論文では，日本での児童虐待防止対策における問題点を整理し，児童虐待に関係する実践現場である母子保健分野に新たなアプローチを提案していく必要性を述べる．

現行の児童虐待防止活動に関する日本の研究は，これまで社会学の研究（上野 1996, 2006, 2007, 2017; 上野・Pelton・Gil 1998; 上野・野村 2003）から批判的な分析がされてきた．しかし，これまでの日本の社会学的研究では，実践現場のデータが十分ではなかった．児童虐待の実践現場である社会福祉や看護・保健の分野では，検討が行われず，現行の対策をより強化していくことを説く研究（松田ら 2016; 佐藤 2008, 2010, 2011; 上野 2008）が主流である．

本論文は，社会学の議論に依拠し，児童福祉や母子保健領域の実践現場のデータを用い，児童虐待防止対策に経済階層やジェンダーに関する特定の意識がすでに組み込まれていることを明らかにし，そのことを問い直す方法と，個々の家族がかかえる困難につ

いて，実践現場の専門職自身が養育者と協同で解決法を見いだす方法を提示する．

第二節 研究の背景

児童虐待問題に関する研究は，社会学をはじめ，福祉や看護・保健，医療などさまざまな分野で行われている．

本論文では，社会学における問題と言説の関係をめぐる議論を日本の児童福祉や母子保健の実践現場にどのように活用できるのかを検討する．

社会問題の社会学的研究には，問題と言説の関係をめぐって，問題の状態が言説をもたらす仮定と言説が問題を形作るという仮定がある．日本での児童虐待に関する研究（有本・村嶋 2007; 小林 2012; 益田・浅田 2003）のほとんどは，有害とされる社会状態を調査し，問題の範囲や原因を究明し今後の対応に当たることについて言及したものであった．一方，上野（1996, 2006, 2007）は，米国の議論を用いて児童虐待が「医療化」や「リスク」という方向づけで社会問題化されていることなどを考察している．

第一項　経済階層

日本において児童虐待は，1990年代から小児科学や精神医学，看護・保健学，社会福祉学，心理学などの専門職たちが欧米の児童虐待とその動向を紹介し，児童虐待の民間防止団体が発足し，マスメディアと国民を巻き込むことで，社会問題化した．現代社会における児童虐待は，旧来の貧困に基づいて発生するものではなく，虐待の世代間連鎖やアルコール依存症などによって子どもに暴力を繰り返すという「個人の病理」や「現代の家族病理」であり，どの階層の家庭にも等しく起こりうる問題として社会に浸透した（上野 1996, 2003）．

しかし，児童虐待が家族や個人の病理とみなされていた時代に，児童虐待と経済的問題が関連していることを示す全国児童相談所の調査結果が出ている（全国児童相談所長会 1996）.さらに，児童虐待問題を個人や家族の病理問題であるとした原因論に対し，2000年代になると，児童虐待問題が貧困要因と関連していることのほうを指摘する議論が日本でも相次いだ（阿部 2008; 浅井ら 2008; 山野 2008）．今では，児童虐待問題と経済階層との関連は，専門職の間では自明のものになっている．ところが，ここでは二つの重要な点が見落とされている．

一つは，日本では，児童虐待の発生がすべての階層に遍在しているのか（階層遍在説），低階層に偏在しているのか（低階層偏在説）について，米国のように暗数の推定を含めた検討がなされないまま，「児童虐待が貧困と関連している」と指摘されている点である．つまり，低階層が可視性の高さから通告されやすく，また虐待として判定されやすいという階層バイアスが効いているのか，実際に虐待と判定されるような深刻な状態が低階層に多いのかが，日本ではまったく議論も検証もなされていないのである．

もう一つは，児童虐待を防止し判定するツールとして，リスクアセスメントが専門職によって使用され，そこに経済階層要因がリスクとして含まれていることをどう考えるかである．現代家族の病理として台頭した児童虐待問題は，家庭という密室で起こり，表面化しにくく，発見されにくいという点が強調されてきた．したがって虐待のサインを見逃さず，子どもが重篤な状態になるのを未然に防止するために，「虐待のリスク」という考え方を採用して，児童虐待リスクアセスメントを用いた方法で，「危険な親子」を発見する児童虐待の防止システムの構築が進められてきた（上野 1996; 上野・野村 2003）．そこでは，家族の経済基盤が不安定，養育者の失業といった本来社会政策に起因するようなことが，個々人が未然に予防し，解決しなければならない問題とみなされ，自己責任に帰されているのである．

第二項　ジェンダー

経済的な問題だけではない．児童虐待リスクアセスメントは，性役割，夫婦愛という近代家族の理念的特徴に照らして，母親がインテンシブな子育てを行うことが前提になっており，それに反するものがリスクとして選ばれている（上野 2007; 上野・野村 2003）．児童虐待リスクアセスメントのリスク項目は階層化されているだけでなく，ジェンダー化されているのである．児童虐待防止対策は近代家族イデオロギーのバイアスに影響され，母子家庭をリスクとして管理しているということについては，すでに上野や野村（上野・野村 2003; 上野 2007）らによって理論的な検討が行われている．村田（2006）もまた，児童虐待の下位カテゴリーであるネグレクトをとりあげ，それが母親の問題として想定されてきたことをジェンダーの視点で考察している．村田や上野らの議論は，児童虐待防止対策における母子家庭の扱いを考えるうえで示唆に富んでいる．しかし，これらの議論には，児童虐待防止対策現場からのデータの裏付けがないのである．

第三項　母子保健分野

児童虐待防止の実践現場では，経済階層やジェンダーのバイアスが影響したリスクアセスメントを使用し，虐待を判定している．とりわけ，このような児童虐待防止活動で注目されてきたのが，児童虐待のゲートキーパーである保健師の活動である．保健師は，母子健康手帳交付時の面接や妊婦訪問，乳幼児健康診査，乳幼児家庭訪問などの母子保健事業をとおして，児童虐待リスクアセスメントを活用してきた．そもそも保健師の活動は，「母子保健」という表現に示されているように，母子の健康を育むことを専門職の使命としており，子育てを母親の役割とするジェンダー意識を内面化させやすい．本論文では保健師の活動が孕む問題点とあるべき方向を指摘していく．

第三節 研究で用いるデータとその特徴

分析の対象としたデータは，主に次の 4 種類である．

第一に A 児童相談所のデータである．日本では，松本（2010），東京都（2005），山形（2007）などが，行政がすでに作成した児童相談所のデータを使用し，単純集計で示していた．それに対し，本論文では，徳島大学総合科学部長名で A 児童相談所にデータ作成ならびに使用許可を得て，筆者が児童相談の虐待相談対応事例台帳に記載された内容そのものから 660 例のデータを入力し，データセットを作り，統計処理した．つまり，本論文の第一の特徴は，児童相談所の一次資料を用い，さらに事例台帳の内容だけでは不明な点を担当者に対する聞き取り調査により補い，児童虐待の実態にかかる詳細な内容を分析データとしたことである．

第二は，虐待と判定された母親のナラティブである．児童相談所で虐待と判定された 6 名の母子家庭の母親にインタビューの許可を得，さらにインタビュー内容の論文記載に際して，該当箇所を提示し了解を取った．

虐待と判定された母親からデータを得ることは，倫理的な点から難しい面がある．筆者が知る限り，虐待と判定された親を対象とした調査は，内田（2009）のインタビュー結果のみであるが，ケースが母親 1 名と少ないだけでなく，この母親がどのような経緯で公的機関に判定されたのかも不明である．今回は，分析対象となる母親に調査の趣旨を十分説明し，了解を得た上で，データを得ることができた．

第三の教科書分析は，短期大学・大学の保健師養成課程で使用されている教科書 12 冊を対象にし，児童虐待に関連する記載箇所を取り出して分析するデータセットを作成した．

第四のデータは，母子保健分野で使用されている 11 件の虐待リスクアセスメントである．すでに上野や野村（2003）は，厚生労働省が作成した『子ども虐待防止マニュアル』に記載されている「一時保護決定のための重症度判定」や大阪府保健所が虐待と判断した事例を調査した「母子保健分野における子どもの虐待重症度の評価」を，また，上野（2007）は東京都南多摩保健所の乳幼児健康診査で使用されている「子育てアンケート」，そして 2007 年に厚生労働省が施行した「こんにちは赤ちゃん事業」において使用されている「産後うつ病質問票（EPDS）」「赤ちゃんの気持ち質問票」「育児支援チェックリスト」の 3 つの質問票を分析している．本論文では，そこから分析対象を大きく広げ，母子保健分野で使用されている 11 件の虐待リスクアセスメントを分析対象とした．

第四節 本論文の構成

本論文の構成について簡単に記しておく．

本論の第一章「児童虐待と経済階層の関連――児童相談所の虐待相談受理データからの考察」では，＜①児童相談所の量的データ＞を使い，児童虐待が階層遍在説か低階層偏在説のどちらが日本で妥当するのかを検討する．日本の児童虐待の公的統計の把握方法は，

全米の児童虐待発生調査の NIS（National Incidence Study）の調査のように虐待問題にかかわるほぼ全ての関係機関から情報を集めるシステムにはなっていないが，児童虐待を受けたと「思われる」場合も，関係機関や近隣が児童相談所に通報するよう通告義務があり，児童相談所がかなりの虐待通告を集約していると考えることができる．したがって，本論文では一つの児童相談所ではあるが，そのデータを筆者が分析して，虐待の重症度と家庭の経済状況の関連を検討し，虐待がどの階層に実際により多く分布するのかを推測していく．

第二章「児童虐待リスクとしての母子家庭――社会的排除とジェンダーの視点から」では，第一章と同じ＜①児童相談所の量的データ＞を用いて，より軽度の虐待が「母子家庭」と「両親が揃った家庭」のどちらでより多く判定される傾向にあるのかをみていく．母子家庭のほうが両親家庭よりも，実際に児童虐待の疑いで捕捉されやすいのかどうかの検証である．さらに，専門職がリスクアセスメントを使用し，アセスメントして虐待と判定された母親は，それをどのように受け止めているかを検討する．

第二章では児童相談所の量的データの分析に加えて，児童相談所から虐待と公式に判定されることを母子家庭の母親がどのように受け止め，母親が態度や生活をどのように変えていくのかを，＜②児童虐待と判定された母親へのインタビューデータ＞から考察していく．

第三章「保健師教育における児童虐待の分析――ジェンダーの視点から」では，児童虐待防止活動に従事する保健師のジェンダー意識は，教育課程において養われているのではないか，という問題意識から教科書分析を行う．これまで，教育学や社会学においては，教科書にジェンダー価値観が存在することを指摘した研究が多くある（Apple 1988; 伊東ら 1991; 升野 2008; 氏原 1997a, 1997bなど）．それに対して，看護・保健学の分野では，鈴木（2012）が教科書に書かれた母性神話と母親の育児負担の関連を指摘した研究のみである．この章では，＜③保健師の教育課程で使用されている教科書＞を取上げ，教科書に記載された児童虐待問題が，性別役割分業につながる「母親をケアの担い手」とするメッセージ性を持っているのかを調べていく．

第四章「母子保健分野における児童虐待防止活動とリスクアセスメント」では，虐待防止の主要な実践現場である＜④母子保健において使用されている児童虐待リスクアセスメント＞を検討する．先行研究（上野 2007; 上野・野村 2003）で示された，児童虐待の状態と貧困状態とのオーバーラップ，ライフサイクルで起こりうる出来事や日常的な光景のリスク化，特定のジェンダー観にもとづく家族像，といった点が認められるのかどうかを精査する．そして，海外の研究で指摘されているように，家族が持つ力を引き出し，発揮できるようなストレングス視点にもとづくアセスメントについて考察するなかで，日本の児童虐待防止の保健師活動において，家族の声に着目し，家族と専門職が相互に影響し合うナラティブ・アプローチを活かした支援の可能性を提案していく．

第一章　児童虐待と経済階層の関連
――児童相談所の虐待相談受理データからの考察――

第一節　研究の背景
第一項　日本における児童虐待と経済階層の関連

日本での児童虐待相談対応件数は，統計を取り始めた1990年では1,101件であったものが，2011年の速報値では59,862件とおよそ54倍に上がっている（厚生労働省 2011）．このような公的機関への児童虐待（以下，虐待）の通告(1)件数の増加は，この問題に寄せる社会の関心の高まりを示している．厚生労働省（2005）は，2004年10月の「児童虐待の防止等に関する法律」の改正により，通告対象の範囲が「虐待を受けたと思われる子ども」に拡大されたことや虐待防止についての認識や理解が児童虐待に関する関係者や一般住民に高まったことが，件数増加の主な要因であると報告している．また，虐待の発見・相談・対応体制が年々精緻化しているために相談対応件数が増えているという指摘もある（李 2012: 29）．

1980年代まで虐待は，海外での出来事であるという認識が日本では強かった（上野 1996: 106）．1990年代になって，医学や社会福祉学，心理学などの専門職たちが欧米の児童虐待とその対策の動向を紹介し，民間のNPO法人児童虐待防止協会が発足し，マスメディアと国民を巻き込み，社会問題化したのである（上野・野村 2003）．そして，虐待は，貧困が原因となって虐待が発生するという旧来の貧困型ではなく，世代間の虐待連鎖やアルコール依存症などによって，子どもに暴力を繰り返すという個人の病理であって，どの家庭にも起こりうる問題として社会に浸透した（上野 2007: 33）．このような家族や個人を病理化した虐待は，家庭という密室で起こり，表面化しにくく，発見されにくい問題であると考えられていた．そのような虐待のサインを見逃さないために，リスク(2)となるような項目を挙げ，虐待につながる可能性の高い母親の訴えを把握し予防するために虐待リスクアセスメントを用いた発見方法が虐待に関する専門職に浸透し，虐待の発見・通告システムの構築が進められてきた（上野 1996; 上野・野村 2003）．

一方，虐待が家族や個人の病理とされていた時代に，虐待と経済的問題が関連しているという調査結果が出されている．1996年に全国児童相談所長会が行った調査『全国児童相談所における家庭内虐待調査』では，「虐待につながると思われる家庭の状況」のなかで44.6%と最も高い割合を示していたのが「経済的困難」であった（上野 2006: 266）．このような結果を前にしても，虐待防止対策は，家族や個人の病理を早期に発見することや虐待者である親の態度を改めるためのカウンセリングを中心としたものであった（上野 2007: 38）．しかし，虐待問題を個人の病理の問題であるとする原因論に対しては，近年，この問題が貧困要因と関連していることを指摘する議論も台頭している．松本は，2000年頃より経済格差問題や子どもの貧困問題が取り上げられ，2006年前後からはマスメディア

をとおして子育て世代における所得格差が拡大しつつあり，収入の少なさや将来展望の不透明さなど「子育て世代の生活困難」が社会に知られ始め（内閣府 2007），貧困問題が政策課題として無視できなくなったと述べている（松本 2010a: 10, 2010b: 32-33）．また，子どもの貧困の問題と子どもに関わる諸問題，とりわけ虐待と関連させた議論が，学校や保健，医療，福祉の専門職のなかで急速に広まったことを説明している（松本 2010a: 1-2; 2010b: 32-33）．児童相談所の虐待ケースと貧困の関連を指摘した調査は，1996年に全国児童相談所長会が行った調査以外にもある（益田・浅田 2004; 東京都福祉保健局 2005; 山形県 2007）．このように日本では，児童相談所に通告された虐待件数において，経済階層と虐待の関連は明らかになっている．しかし，米国において虐待問題の専門職が関心を向けた虐待の「暗数」の議論，すなわち中・上階層の家庭は，そもそも公的機関に捕捉されにくいのではないか，について日本ではデータをもとにした言及がなされてこなかった．なぜなら，日本の児童虐待防止対策では，階層遍在説が自明とされてきたので，暗数についての議論がされてこなかったと推察する．

そこで本章では，米国の虐待と階層の議論の枠組を参照しながら，日本の児童相談所のデータを用いて，この点を検討していく．

第二項　米国における児童虐待と経済階層の関連

この項では，日本が虐待防止対策を見本にしてきた米国の虐待問題において，経済階層がどのように議論されてきたのかを段階を追いながら概観する．

米国で虐待が大きく社会問題化したのは，1962 年に小児科医の Kempe ら（Kempe et al., 1962）が「The Battered-Child Syndrome」と題する論文を発表したことが契機となっている．Kempe らは，自分の子どもを虐待する親には「攻撃的な衝動を何のためらいもなく表出させてしまう性格上の構造的な欠陥」（Kempe et al., 1962: 18）があり，子どものころに受けた虐待が自分の子どもに連鎖すると主張した．

Kempe らの論文が刊行された後，虐待に関する米国の多くの専門職は，虐待は社会階層に無関係な現象であり，貧困との関連性はほとんどない，と主張していた（山野 2010: 194）．そして，Kempe らの虐待の病理モデルに依拠し，虐待は全ての階層で同じような割合で起こる可能性があるとみなされていった．そうした前提で，さまざまな専門団体が虐待の疑いがあるケースを通報するように義務づける通報法の必要性が提唱され，1963 年から 1967 年の 5 年間の間に全州で制定され全米で虐待問題に取り組むようになったのである（上野 1996: 12）．

このように虐待が家族や個人の病理であるという Kempe らの原因論に対し，社会政策の立場から，この問題の社会経済的な側面を指摘する意見も相次いだ．最も初期に実施された Gil による全米の通報ケースの調査では，親の低収入や低学歴の家庭や母子家庭に身体的虐待が圧倒的に多く，身体的虐待と判定されたケースの家庭状況をみると，約 4 割が

公的扶助を受けていた．また，NCCAN（National Center on Child Abuse and Neglect）が主導し，1979 年から 1980 年にかけて行われた虐待の第一回全米発生率調査（National Incidence Study: NIS）では，低所得ほど虐待や放置の発生率が高く，また深刻な虐待の発生率が高いという結果を得ている（NCCAN 1981）．

しかし，これらの結果は慎重に扱われる必要がある．虐待が全ての階層に同様に起こりうるとする立場の論者の間で，表面化しない「暗数(dark figure)」のなかに中・上階層が多いのではないかという主張がなされるからである．Kempe らが言うように，児童虐待の「通報されるケースは，全体のほんの一部」にすぎないかもしれない(Kempe and Kempe 1978)．貧困家庭が住む地域には福祉関係機関（者）の数が多く，ソーシャルワーカーなどの目にとまりやすく，また医師や看護師なども貧困の子どもたちの衣類の様子から虐待を疑い，通報するというバイアスが存在するので，貧困家庭に虐待が多い結果になるといった意見が常に米国の専門職の間で存在してきたからである（上野 1996; 山野 2010）．

このような意見に対して，1970 年から 1977 年までの虐待と経済階層の調査を検討した Pelton（1978）は，論文「児童虐待とネグレクト――階層遍在説の神話」において，暗数を鑑みても，低階層に虐待と判定される状況が多いという議論を提示している．上野（2007: 37-38）は，Pelton の主張を次のようにまとめている．Pelton がもっとも着目するのは，公的機関の眼を逃れにくく，専門職の主観的な判断に左右されにくい重症や死亡のケースが最貧困層に集中し，専門職のラベル貼りに影響されやすい軽度の虐待が低階層より，中・上階層に割合的に多い，という点である．例えば，一般的には，虐待の程度がひどいほど，警察をはじめとした外部の人たちが関与する可能性は高い．最悪の虐待行為は発覚しやすく，公的機関の側の主観的な判断からの影響も少ないはずである．したがって，もし Kempe らの暗数を用いた主張が正しければ，どんな階層でも同じような割合で重症度の高い虐待が発覚していいはずである．それなのに，通報されたものにおいては，公的機関の眼をのがれにくい重傷や死亡ケースが，中・上流階層には少ないというだけでなく，同じ低階層のなかでも，最貧困層に集中している．

本章では，これらの米国での議論を踏まえ，虐待が社会の全階層でほぼ均等に生じるという Kempe らに代表される主張を「階層遍在説」，そして虐待が低階層に多いという Gil や Pelton らの主張を「低階層偏在説」と呼ぶことにする(3)．

米国では，その後も「階層遍在説」を退ける調査結果が行われている．たとえば，Drake と Zuravin（1998: 295-304）は，米国の虐待は，低階層のほうに虐待が発見されやすく，通報されやすく，ラベルを貼られやすいという三重のバイアスがあることを考慮に入れても，低階層に偏っていることを CPS（Child Protective Services:児童保護サービス）のデータから明らかにしている．また，虐待の全米発生率調査（NIS）は，これまで 4 回の調査が実施され，4 回の調査を通じて，低階層の家庭ほど虐待率が高く，また深刻な虐待の発生率が高いという結果が得られている（山野 2010: 197）．さらに，上野と Pelton そし

て Gil は，米国は数十年におよぶ虐待対策により通報法を強化し，見つかりにくい中・上流階層の子どもの虐待を発見・通報することに力を入れてきたにもかかわらず，低階層と重度の虐待との関連が一層強まってきたことを NIS のデータから明らかにした．つまり，通報をいくら強化してきても，中・上階層の虐待が捕捉されてこなかったという事実は，実際に，低階層に比べて重症度の高い虐待の発生が少ないのではないか，という結論につながるわけである（上野ら 1998）．第 3 回 NIS を実際に指揮した Sedlak と Broadhurst によると，低階層に虐待が多い統計結果が，公的機関の選択的な観察の結果であると統計的に解釈しようとすれば，中・上階層に発見されない被虐待児があと 400 万人以上いる計算になり，それは米国の子どもの 7%が虐待を受けているが，発見されておらず，またこれら 400 万以上の子どもたちのすべてが年収 15,000 ドル以上の家族で暮らしていると想定しなければならない．一見，もっともらしく聞こえる暗数論を統計的につめていけば，現実味を欠いていくことになる（上野ら 1998）．

第二節　研究目的

上でみてきたように，米国では児童虐待に経済的問題が強く関連しているという結論により，アカデミックのレベルでは論争は一応の決着をみている．他方，日本では，児童虐待の発生が全ての階層に遍在しているのか，低階層に偏在しているのかについて，米国のように「低階層は発見されやすく，中・上階層の虐待は発見されにくい」という議論は検討されないまま，「児童虐待が貧困と関連している」と指摘されているのである．

本章では，米国での「階層遍在説」を退ける調査結果を受けて，日本の公的機関である児童相談所のデータの分析結果から，児童虐待がすべての階層に遍在しているのか，低階層に偏在しているのかを考察する．米国における虐待の階層遍在説と低階層偏在説の議論については，上野ら（1996，1998）によってすでに詳述されており，本章もそれに大きく依拠している．しかし，上野の議論は，児童相談所がすでに公表した結果を参照して，「児童虐待と経済階層との関係」を言及するに留まっている．それは，上述した貧困と虐待との関連を指摘する他の日本の先行研究や報告でも同じである（益田・浅田 2004; 東京都 2005; 山形県 2007; 全国児童相談所長会 1997，2009; 松本 2010a）．これまでの調査や研究では，虐待の重症度と階層の関連という肝心な部分での具体的なデータ分析が実施されていないのである．したがって本章では，一つの児童相談所の限られた期間のデータという制約はあるものの，児童相談所の一次データを用い，米国の調査と同様の手法を用いて分析を行う．そして，日本の虐待の実態を階層遍在説と低階層偏在説のどちらの説を用いて理解するのが妥当であるかを明らかにし，これからの虐待防止に向けた政策提言を行いたい．ただし，カテゴリーの分け方については，米国は対象家庭の所得をもとにしているのに対し，本章では A 児童相談所が課税調査にもとづき分類したカテゴリーを，筆者も利用したため米国の所得データの算出方法とは異なっている．

日本の虐待の公的統計の把握方法は，NIS の調査のように虐待問題にかかわるほぼ全ての関係機関から情報を集めるシステムにはなっていないが，2004 年の虐待防止等に関する法律の改正によって，虐待を受けたと「思われる」場合も，関係機関や近隣が児童相談所に通告するよう通告義務が拡大しており，児童相談所が制度的にかなりの数の虐待を集約していると考えることができる．

NIS 調査は，ある一定の地域において一定期間に CPS に通報されたケースへの調査と学校や病院，警察などの機関のみが虐待として認知したケースの調査を実施し，全米の件数を推定している．

本章で用いるデータは，一つの児童相談所のデータであるが，2004 年度から 2008 年度の 5 年間に A 児童相談所に通告され，児童相談所が虐待の有無を確認し，虐待と判定したすべてのケースを事例としている．

本章は，世帯の経済状況と虐待の重症度や発見されるまでの期間の関係をみることで，どのような階層に虐待が多く分布するのかを検討していく．本章で行う分析は，Pelton（1978）や NIS 調査による暗数の議論を含めた階層分布の推定方法と同じように，経済階層と虐待の重症度の関係である．それに加えて，本章では発見されるまでの期間と階層との関係もみていく．階層遍在説は中・上階層のほうが虐待の可視性が低いことを前提としているので，それによると，これらの階層において，虐待の発見までの期間が長いことが予測され，発見期間もまた，虐待と階層分布の推定の一助になると考えられるからである．

虐待の階層の分布についての分析は，階層遍在説か低階層偏在説によって虐待防止対策の内容が異なってくるため，殊の外重要である．虐待が中・上階層にも多い可能性がある（しかし潜在しているので現状では表面化しない）という階層遍在説が妥当であれば，通告をさらに強力に呼びかけなければならない．そして虐待者やその家族に焦点をあててカウンセリング療法などを講じる対策が今以上に必要となるはずである（上野 1996）．他方，虐待の割合が低階層に多ければ，個々人や家族の病理を治療するといったことよりも，経済政策を中心とした社会政策への親和性が高くなる．現に米国でも，階層遍在論者は通報法の強化とカウンセリングを，低階層偏在論者は親の就労支援や家族への経済援助，そして社会的な経済格差の是正を虐待防止政策として提唱していた（上野ら 1998）．つまり，どういう重症度の虐待がどの階層に多いかの分布の推計が，虐待防止政策の基礎データとして不可欠なのである．

第三節　分析方法

第一項　使用するデータ

本論文のデータは，40 万人を管轄する地域の A 児童相談所のものである．2004 年度から 2008 年度に虐待相談として受理した全ケース 866 例を用いた．その 866 例のなかで，

同一ケースで複数回の受理票が作成されている場合は，初回の受理票を使用し，その際に世帯の経済状況の記録がないデータを除外した結果，660 例が対象となった．全米の NIS 調査では，児童の氏名や生年月日などの情報から照合し，重複したケースを除外していた．本章でも NIS 調査と同様の方法を用いて，データを選択した．

データは，A 児童相談所の虐待相談受理票および個人記録からの情報をもとに，2008 年度に実施された全国児童相談所長会の調査（2009）の項目に沿って，A 児童相談所が判定した内容そのものを筆者が入力した．虐待相談受理票および個人票に記入されていない項目については，それぞれのケースを担当した職員に確認した．データは，A 児童相談所に虐待通告された時点で，判断され記録されたものである．

分析の対象とした項目は，虐待を受けた子どもの性別，虐待の種別，虐待の重症度，世帯構成，世帯の経済状況，虐待が発見されるまでの期間，虐待者である．

世帯の経済状況が，A 児童相談所で，虐待ケースの経済階層を示す指標として利用できる唯一の項目であった．世帯の経済状況は，「非課税・生活困窮」「生活保護」「問題なし」の 3 分類であり，これは A 児童相談所が世帯の経済状況を調査し，判断して，すでにこの 3 区分に分類していたものを入力した．「非課税・生活困窮」のなかで，「非課税」とは親の収入が低く住民税を払っていない状況であり，「生活困窮」とは，年収が 130 万未満の家庭の経済状況である．

虐待の種別は，「虐待防止に関する法律」においては，「身体的虐待」，「心理的虐待」，「性的虐待」，「ネグレクト」の 4 つに分類されている．本稿では，A 児童相談所が主たる虐待の種別を判定し，受理票に記載したものをデータとして入力した．

虐待重症度(4)は，A 児童相談所が作成した「児童虐待対応マニュアル」において，「虐待の危惧」「軽度虐待」「中度虐待」「重度虐待」「生命の危機」の 5 つに分類されている．なお，本章では，児童相談所の緊急の介入が必要な「重度虐待」と「生命の危機」を合せ，「重度虐待・生命の危機」として，4 つに分類した．なお，本章のデータでは，「重度虐待」と「生命の危機」の件数が少なく，「虐待の危惧」や「軽度虐待」「中度虐待」と比較検討するために「重度虐待」と「生命の危機」を合わせ，「重度虐待・生命の危機」とした．

第二項　分析方法

まず，660 事例の概要をみるために，虐待を受けた子どもの性別，虐待の種別，虐待の重症度，世帯構成，世帯の経済状況，虐待者，虐待が発見されるまでの期間をみた．

つぎに，660 事例の世帯構成と世帯の経済状況の関係，世帯の経済状況と虐待重症度，虐待が発見されるまでの期間の関係をみるためにクロス集計をし，検定（Wilcoxon signed-rank test）を行った．

第三項　倫理的配慮

データの使用に関しては，A 児童相談所長に口頭および書面で研究の趣旨とデータ入力方法，データの匿名性の保持，入力したデータの管理方法について説明し，論文作成および報告でのデータ使用許可の承諾を得た．データの取り扱いについては，疫学研究に関する倫理指針に則り，個人が特定できないように ID 化し，データの保管方法について注意した．

第四節　分析結果

第一項　A 児童相談所に虐待として受理された 660 事例の概要（表 1）

全国データ（厚生労働省　2006 年度社会福祉行政業務報告（福祉行政報告例）結果の概況など）と参照させると，本データの特徴は以下のとおりである．但し全国データでは，性別，虐待の重症度と経済状況，世帯構成，発見されるまでの期間は公表されていないことから不明である．

表 1　660 事例の概要

		n	(%)			n	(%)
性別	男児	348	(52.7)	世帯構成	両親と子どもの世帯	383	(58.0)
	女児	312	(47.3)		ひとり親と子供の世帯	244	(37.0)
虐待の種別	身体的虐待	231	(35.0)		三世代世帯	31	(4.7)
	心理的虐待	147	(22.3)		その他の世帯	2	(0.3)
	性的虐待	19	(2.9)	虐待者	実父	184	(27.9)
	ネグレクト	263	(39.8)		継父・養父	53	(8.0)
虐待の重症度	虐待の危惧	197	(29.8)		実母	394	(59.7)
	軽度虐待	109	(16.5)		継母・養母	14	(2.1)
	中度虐待	211	(32.0)		その他	15	(2.3)
	重度虐待	80	(12.1)	虐待が発見されるまでの期間	3か月未満	117	(17.7)
	生命の危機	63	(9.5)		3か月以上1年未満	128	(19.4)
世帯の経済状況	問題なし	236	(35.8)		1年以上3年未満	141	(21.4)
	生活保護	85	(12.9)		3年以上	254	(38.5)
	非課税・生活困窮	339	(51.4)		不明	20	(3.0)

(1) 虐待を受けた子どもの性別は，ほぼ同数であるが，男児がやや多い．

(2) 2006 年度の全国データでは，「身体的虐待」が 41.2%，「ネグレクト」が 38.5% であった．本調査では，「ネグレクト」が 263 人（39.8%），次いで「身体的虐待」が 231 人（35.9%）であった．

(3) 虐待の重症度は，「虐待の危惧」が 197 人（29.8%）と「軽度虐待」が 109 人（16.5%）を合わせると全体の半数を占めていた．一方，重症度が高い「重度虐待」が 80 人（12.1%）と「生命の危機」が 63 人（9.5%）を合わせても 143 人（21.6%）と少ない．

(4) 世帯の経済状況は,経済的に問題を抱えている「非課税・生活困窮」が 339 件(51.4%)と「生活保護」が 85 件（12.9%）の世帯を合わせると，424 件(64.3%)と高かった.

(5) 世帯構成は,「両親と子どもの世帯」が 383 件（58.0%),「三世代世帯」が 31 件（4.7%）であった.「両親と子どもの世帯」と「三世代世帯」を合わせ，両親が揃っている世帯が 414 件（62.7%）であったのに対し,「ひとり親と子どもの世帯」は 4 割であった.

(6) 虐待者を 2006 年度の全国データでみると，実父母が 8 割以上を占めていた．本調査でも，実父が 184 人（27.9%)，実母が 394 人（59.7%）と実父母が 8 割以上であった.

(7) 虐待が発見されるまでの期間は「3 か月未満」で, 発見される割合は全体の約 2 割であったのに対し,「1 年以上」と長期間かかっている割合が 6 割を占めていた.

第二項　世帯構成と世帯の経済状況の関係（表 2）

ここでは両親世帯を，両親と子どもの世帯と三世代世帯を合わせたものを示している．

ひとり親世帯では，世帯の経済状況が「非課税・生活困窮」や「生活保護」である経済的に問題がある世帯の割合が 9 割を超えている．一方，両親世帯では，経済的に「問題なし」の割合が約 5 割であった.

表 2　世帯構成と世帯の経済状況の関係

	問題なし		課税・生活困		生活保護		合計
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
ひとり親世帯	20	(8.2)	168	(68.9)	56	(23.0)	244
両親世帯	200	(48.3)	185	(44.7)	29	(7.0)	414

p=0.000

第三項　世帯の経済状況と重症度の関係（表 3）

世帯の経済状況が「問題なし」の世帯では「虐待の危惧」の割合が高く，世帯の経済状況に問題がある「非課税・生活困窮」や「生活保護」では高い重症度に偏っていた.

表 3　世帯の経済状況と重症度の関係

	虐待の危惧		軽度虐待		中度虐待		度虐待・生命の危		合計
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
問題なし	110	(46.6)	32	(13.6)	56	(23.7)	38	(16.1)	236
非課税・生活困窮	76	(22.4)	64	(18.9)	119	(35.1)	80	(23.6)	339
生活保護	11	(12.9)	13	(15.3)	36	(42.4)	25	(29.4)	85

p=0.000

第四項　世帯の経済状況と虐待が発見されるまでの期間の関係（表 4）

世帯の経済状況が「問題なし」の世帯は早期に発見されやすく，「非課税・生活困窮」の世帯は，発見までに 1 年以上経過している割合が高く，「生活保護」の世帯は，発見までに 3 年以上経過している割合が高かった．

表 4　世帯の経済状況と虐待が発見されるまでの期間の関係

	3か月未満		1年未満		1年以上3年未満		3年以上		合計
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
問題なし	74	(31.4)	47	(19.9)	42	(17.8)	73	(30.9)	236
非課税・生活困窮	41	(12.1)	66	(19.5)	87	(25.6)	145	(42.8)	339
生活保護	7	(8.2)	19	(22.4)	15	(17.6)	44	(51.8)	85

p=0.000

第五節　考察

本章の目的は，日本の虐待問題に階層遍在説と低階層偏在説のどちらが該当するのかを，公的機関である A 児童相談所のデータから検討することにあった．

全国児童相談所長会（1996，2009）や青森県（益田・浅田 2004），東京都（2005），山形県（2007）の児童相談所が行った調査結果と同様に，今回のデータでは，「非課税・生活困窮」と「生活保護」という低階層として分類される世帯が 6 割以上であった．また，全ケースのうち，生活保護は 12.9%と 1 割以上を占めていた．次に肝心の経済状況と重症度との関連であるが，重症度が高い虐待の割合が「非課税・生活困窮」に 23.6%，「生活保護」に 29.4%であり，経済的に「問題なし」の 16.1%より高かった．経済的に「問題なし」の世帯は，経済的に問題を抱える世帯よりも「虐待の危惧」の割合が約 5 割と高い．この結果は，米国の Gil（1967）の調査や NIS による，「虐待は低収入や公的扶助という経済的要因と関連し低階層に虐待の割合が高い」という結果と同じ傾向を表していた．また，世帯別の割合をみると，「ひとり親世帯」は全体の 4 割であり，さらに「ひとり親世帯」の経済状況をみたところ，9 割が「非課税」か「生活保護」であり経済的に問題を抱えていた．

Pelton（1978）は，「公的機関の眼を逃れにくく，専門職の主観的な判断に左右されにくい重症のケースが低階層に集中し，専門職のラベル貼りに影響されやすい軽度の虐待が低階層より，中・上階層に割合的に多い」ということを虐待の頻度および程度と経済階層との関連を示す信頼できる既存の調査や統計から論証している．NIS も，経済階層と重症度の関係から，低階層に虐待が偏在していることを示している．

そして，本章もまた，経済階層と重症度の関係から虐待が偏在していることを，一つの児童相談所のデータを用いて検討した．さらに，経済階層と重症度の関係に加えて，経済階層と虐待が発見されるまでの期間との関係もみた．その結果，虐待が発生した世帯は経済的に問題を抱える世帯が多く，経済的に問題を抱える世帯ほど重度の虐待の割合が高い

こと，および虐待が発見されるまでに時間がかかっていることが示された．本章のデータでは，経済的に問題がない世帯では軽度の虐待の割合が高く，虐待重症度が軽度の虐待は専門職の虐待判定に影響されやすいため早期に発見されやすいといえる．一方，経済的に問題がある世帯では，専門職の虐待判定の影響を受けにくい重度の虐待の割合が高く，発見までの期間が長くなることが考えられる．これは，Pelton（1978）や Drake と Zuravin（1998: 295-304）による，専門職のラベル貼りに影響されやすい軽度の虐待が低階層より中・上階層に割合的に多く，専門職の主観的な判断に左右されにくい重症や死亡のケースが最貧困に集中しているという研究結果と同様である．Kempe ら（1978）が暗数を用いて主張した，虐待が社会の全階層にほぼ均等に生じる，つまり，中・上階層の虐待が発見されにくいという階層遍在説は，本調査の結果では支持されない．

日本の児童虐待防止対策は，Kempe らが示した「階層遍在説」に基づいている．「児童虐待の防止等に関する法律」は，2007 年の改正によって虐待の定義の見直しや通告義務の拡大が行われた．児童虐待の相談件数を増加させた要因として，児童虐待に関する認識が社会全体に広まり，児童虐待の専門職は子育て中の親子が抱える問題をリスクとして取り上げ，親の子育て不安や困難を虐待として判定していることなどが推察できる．虐待相談件数が増加したために，本来，福祉の支援を必要とする低階層世帯への介入や支援が十分とはいえず，虐待が長期化し，重症化すると考えられる．

では児童虐待と経済階層がなぜ関連してくるのだろうか．上野（2007）は，虐待種別の一つであるネグレクトと経済階層を次の二つの点から説明しようとしている．一つ目は，虐待と経済困窮の概念が部分的に重複していることである．とくに「必要なものが提供されない」,「不十分な監督」というネグレクトの概念は，経済的困難の状態と重なっている．この点の補足として，本調査のデータは，経済状況別に虐待種別をみると，「問題なし」でネグレクトが 32.6%，「非課税・生活困窮」で 42.0%，「生活保護」では 51.4%と半数を占めていた．そして，二つ目は，児童相談所の虐待判定に関して，リスクアセスメントに依拠している部分が大きく，リスク項目として保護者の経済状況や就労状態などの階層要因がすでに組み込まれているという事実である（上野・野村 2003）．つまり，経済的に問題がある世帯は虐待のハイリスクとして判定されやすいということである．

この点については，本調査データのもとになる 2004 年度から 2008 年度の虐待の判定においても，リスクアセスメントが用いられたことを考慮にいれると，同じような子どもへの加害状態であっても，経済のリスク要因があれば，虐待がより重く判定されるのではないかと推定することが可能である．

現行の児童虐待防止対策は，虐待のリスクを早期に発見し，親への子育てを支援していくことに主眼をおいた施策である．今回のデータは，低階層に重症度の高い虐待が偏在するという低階層偏在説を支持していた．虐待防止や虐待発生件数を減少させるためには，低階層の子どもへの重層的な社会保障システムを組みこんだ施策が有効であるといえる．

第六節　結論

今回のA児童相談所のデータを用いた調査では，虐待と判定された世帯に非課税や生活保護である低階層が多く，しかも低階層に重症度が高い虐待の割合が高いという結果となった．この結果は，専門職の主観的な判断に左右されにくい重症のケースが貧困層に集中し，専門職のラベル貼りに影響されやすい軽度の虐待が低階層より，中・上階層に割合的に多く，中・上階層での虐待は外部から発見されにくくより多くの暗数があるという階層遍在説を否定している．もちろん，本章で扱うデータは，一つの児童相談所のデータであることから，日本で虐待と経済階層の関係性を結論づけることには慎重でなければならない．とはいえ，筆者は，エビデンス・ベースドの虐待防止対策を実施していくことに意味があると考え，虐待の発生について階層別の推測作業を開始し，データを入力し分析を行ったのである．

日本が虐待対策の模範としてきた米国においては，通報法が強化され，その結果，通報件数が急増し，通報に対処するシステムが整備され，それを受けて通報件数がさらに増加した．しかし，予算は無限ではないことからも，システム整備が通報件数に対応できず，事実調査が不十分であるため虐待判定エラーが大きく問題化したのである（上野 1996; 上野・野村 2003）．米国の大規模なNISの「低階層に深刻な虐待が多い」という調査結果が存在してきたことと，保育，住宅，医療などの社会保障の整備が通報の奨励よりも先だという意見（Sussman and Cohen 1975）が繰り返し出されていたにもかかわらず，個人・家族の病理モデルに沿って，カウンセリングを中心とした対策が行われてきたという点（Pelton 2006）を見逃してはならない．

日本では，2000年代初めに浅井ら（2008）によって『子どもの貧困』が出版され，虐待と経済階層の関連についてマスメディア等において頻繁に指摘されるようになった．しかし，2004年に改正された虐待防止に関する法律では，虐待の定義や通告対象が拡大(5)されたことで，地域社会の親子をみるまなざしが強まり，社会が抱える問題も保護者個人や家族が抱える問題やリスクとして置き換えられる可能性がより高まった．たとえば，リスクアセスメントの項目には，「失業」や「就労不安定」など，一見すると虐待と関係ないようなものが，虐待のリスクとしてみなされるようになった(6)．さらに虐待者や虐待ハイリスクとされた保護者に対して，カウンセリングや心理療法などの治療を行うことで問題を解決することを中心とした対策がとられ，家庭の生活環境を改善することよりも，個人や家族の内面を変えていくことで問題を解決しようとする病理モデルにもとづく対策がさらに進められた（上野 2006: 23）．

米国のような子どもの福祉への限定的な給付と親への懲罰的な福祉施策よりも，社会保障で子どもの貧困を是正してきた北欧型の社会保障モデルのほうが，日本の虐待対策においても利点がある．たとえば，スウェーデンは1974年に世界初の「両性に開かれた育児休業」制度と育児休業中の収入補填制度としての「両親保険」が制度化（内閣府 2004）さ

れている．フランスでは，施設型保育のほか在宅型保育（認定保育ママ）が整備されたことで保育サービスが充実していることや，低階層の 2 歳から 6 歳までの子どもを対象に，無料の公立保育学校が設置され，親の就労が支援されている（内閣府 2005）．このようにスウェーデンやフランスは，子育てを政策的に支援し，育児の社会化が図られている．スウェーデンでは，子育て中の親が働きやすい環境を整えたことで，育児休業や短時間勤務の取得率が高くなった．また，フランスでは，安価または無償で保育サービスを提供することで仕事と家庭の両立，女性の経済的自立につながった（舩橋 2009: 215-232）．スウェーデンやフランスのような直接的な金銭支給や育児休暇政策，保育サービスの提供は，子育て中の親の収入を安定させることになる．児童虐待と経済階層は関連しており，世帯の経済状況を安定させることが，児童虐待を減少させることに繋がる（Pelton 2006: 138-143）．

もちろん日本にも，現在，子どもを抱える貧困家庭への社会保障体制のもと，児童手当をはじめ，児童扶養手当，生活保護などの給付や教育，保育サービス，医療サービス（乳幼児医療費助成制度）などの現物給付がある．しかし，日本と EU 型や北欧型の社会保障を比較した場合，その給付額もサービス内容も日本がかなり劣っていることが指摘されている（山野 2008; 中嶋 2012; 舩橋 2009）．本調査の結果において，児童虐待が低階層に偏在していたことから，日本でも，社会経済的な支援整備をすることで，現行の児童虐待防止対策では個人の側のリスクとみなされている「生活基盤がない」「保育に欠ける」などの要因を社会の責任で減らしていくことのほうが，科学的論拠に基づいた対策だということができる．

第二章　児童虐待リスクとしての母子家庭
――社会的排除とジェンダーの視点から――

第一節　研究の背景

日本において，1980 年代以降，家族の多様化や個人化をめぐる議論が頻繁に行われ，形態としての核家族や近代家族のイデオロギーの自明性は失墜したかに見える．しかし，その一方で，家族を対象とした制度や政策においては，いまだに形態としての核家族やケア担当者としての女性といった近代家族イデオロギー，および家族主義を前提としているものが多いということが指摘されている．たとえば，近代家族イデオロギーを前提とする対策について，山田（2007）は，少子化対策が結婚している夫婦だけを対象にすることを示している．また，家族主義ということからみていくと，上野（2011）は，2000 年に施行された介護保険制度は家族介護負担の軽減を意図したものであったが，実際は，その制度における在宅支援サービスが自宅に家族介護者がいることを前提に設定されていると指摘している．

本章でみていく児童虐待防止対策も，子育ての責任を家族に帰属させているという点で家族主義的である．また，両親が揃っていることや子育ての担当者とする母親の役割がこれまでの家族政策と比べても強調されており，近代家族イデオロギーが顕著に認められている．1990 年以降，近代家族のイメージが児童虐待防止対策を通してむしろ強化されてきた側面を指摘する研究がある．児童虐待防止対策は，児童虐待を社会全体の問題としてではなく，子どもにひどい仕打ちをする親や家族といった個人レベルの問題とみなしてきたのである．それゆえ，児童虐待防止対策は，福祉関係者のみならず，医療，保健，教育，警察などの地域の関係者や地域住民の幅広い協力体制を構築して，虐待をする可能性の高い親や家族のリスクを，リスクアセスメント表を用いて早期に発見することに重点をおいている（上野・吉田 2011）．そして児童虐待のリスクアセスメントにおける何項目かは，性役割，子ども中心主義，夫婦愛という近代家族の理念的特徴に照らしてはじめて，リスクとして採用されている（上野・野村 2003）．上野は，児童虐待のゲートキーパーである母子保健の領域で用いられているリスクアセスメントを検討し，「母子家庭」自体がリスクになっていることやリスクアセスメントが主に近代家族イデオロギーにもとづく母親を想定した項目「妊娠・出産のストレス」「育児知識不足」などから構成されていることを指摘している（上野・野村 2003）．そのことから児童虐待防止対策は，母親に焦点を当て，家族構成の点で父親不在の母子家庭を問題視し，子どもは母親により慈しまれ，愛されるべきという前提にたち母親の行動や内面を注視したものになっているといえる．

村田（2006）は，1990 年代から 2000 年代初めにかけて増え続けた児童虐待の下位カテゴリーの一つであるネグレクトをとりあげ，それが母親の問題として想定されてきたことをジェンダーの視点で考察している．また，上野（2007）はネグレクトの問題が，あらか

じめ子育て中の母親に焦点が当てられ，望ましい女性像の欠如という観点から定義されていることを指摘している．村田や上野の議論は，児童虐待防止対策における母子家庭の扱いを考えるうえで示唆に富んでいる．しかし，これらの議論に，児童虐待防止対策現場からのデータの裏付けがないという大きな欠陥がある．

これまでの児童相談所のデータを用いた調査では，虐待が発生した家庭の状況が経済的に困窮しているものが多い．さらに，経済的に困窮している世帯構成においては，ひとり親家庭が多く，とりわけ母子家庭の割合が高いという結果が報告されている（全国児童相談所長会 1997, 2009; 益田 2004; 東京都 2005; 松本 2010）．このような調査は，母子家庭を経済的な視点で検討したものである．実際，児童相談所のデータでは，児童虐待防止対策において近代家族イデオロギーに根差したバイアスがあることについては，いまだ日本の現場では検証されていないのである．そこで本章では，まず児童相談所のデータを用いて，児童虐待防止対策が近代家族イデオロギーに根差したものであることを検証していく．次に，虐待と判定されることが母子家庭の母親にどのような影響を及ぼすのかを社会的排除の視点から考察していく．

筆者が文献データベースである CiNii と Webcat, そして医学中央雑誌データベースで，「児童虐待」や「子ども」「虐待」というキーワードで検索した結果，被虐待者へのインタビュー調査はあるが（たとえば，石川・小宅 2012），虐待者自身に調査したのは，内田の研究以外に見当たらない．実際に児童虐待の対策のほとんどは，児童虐待を早期に発見することや被虐待家庭への訪問や個別相談，カウンセリング，就労支援などを提供することで重症化を防ぐという内容から構成されている．そのことを考慮して内田（2009）は，公的機関がサービス提供をする際に必要な「児童虐待という定義づけ」のスティグマ性のほうに議論の主軸をおいている．内田は虐待をしていると判定された母親 1 人のインタビュー結果を紹介しているが，虐待者がどのような経緯で公的機関に判定されたのかは不明である．

第二節　研究目的

児童虐待防止対策は，母子家庭がリスクとみなされることから，サービスが提供される．その仕組みは，社会的排除と包摂という観点からみていくことが可能である．

社会的排除の定義は未だ議論が続いているが，貧困よりも広い概念として扱われ，また，障害や孤立，ひとり親という生活困難に関連した状態やプロセスも含んでいる．岩田（2012）は，社会的排除を「ある人がその帰属する社会において主要な社会活動や社会関係への参加を拒まれている状態」であると定義している．そして岩田（2010）は，社会的排除と社会的包摂の関係は，連携や包摂された社会の構想を含み，排除と統合はある連続的な関連の中にあると説明している．また，Lister（2011）も社会的包摂は排除の状況においても起こりうることを示唆し，母子家庭を例にして，母子家庭の子育ての責任が同時に，労働

市場からの排除と地元の社会的ネットワークへの統合の原因となる可能性があることを指摘している．要するに，社会的排除は，排除された人を社会的に包摂しているが，その包摂によって，さらに排除を生む可能性があるのである．先行研究において，児童虐待防止対策は近代家族イデオロギーのバイアスに影響され，母子家庭をリスクとして管理していることに関する理論的な検討が行われている．また，母子家庭の母親は，公的機関の専門職からの「見守り」というサービスが負担になり，サービスを拒むことによって，より問題がある家庭としてスティグマが貼られることが予測される．この点は殊の外重要である．社会福祉における社会的排除と社会的包摂の議論は，排除された人たちへのサービスの提供の議論でもあったからである．社会的包摂について森田（2009）は，周辺化され排除された人々を自立した主体になるように，周辺から中心へ移行し，社会参加させるなどの社会的支援方策であると述べている．このような支援においては，排除を生み出す可能性がある．なぜなら，周辺から移行した人々を支援することで，新たな矛盾や排除を引き起こすことがある．

以上のことを踏まえて，本章では，まず児童虐待の判定に，母子家庭という家族類型が影響するということを検証する．具体的には，児童相談所が児童虐待と判定した事例を用い，より軽度の虐待が「母子家庭」と「両親が揃った家庭」（以下，両親家庭）のどちらで判定されやすいのかをみていく．

つぎに，インタビューデータを用いて，虐待と判定された母子家庭の母親が，専門職からサービスを提供され，社会的に包摂されることで，地域社会から特別な存在としてみられ，排除されていくメカニズムをみていく．

本章で扱う母子家庭は，文化的次元において，標準家族やジェンダー家族でなくなることで，社会的に排除される対象とされている（神原 2009）．これまでの児童虐待防止対策においては，母子家庭であること自体が「児童虐待のリスク」とみなされている．2007年度より，児童虐待を早期に発見する目的で，4 か月未満の児童がいるすべての家庭を訪問する「こんにちは赤ちゃん事業」が実施されて以来，児童虐待防止対策は母親の方に焦点を当てるようになったのである．本章も母子家庭のケースを取り上げてみていきたい．

第三節　分析方法

本章における分析は，次の 2 つの調査データに基づいている．第一は，約 40 万人を管轄している A 児童相談所のデータである．A 児童相談所が管轄する地域の産業構造割合（2012 年）は第 1 次産業 8.0%，第 2 次産業 28.6%，第 3 次産業 63.4%であり，A 県の一人当たり所得は 279 万円（2011 年）で全国 271 万円とほぼ同様の状況である．また，2013 年の完全失業率は 3.4%，被生活保護者は 9.98 人（人口千人）であり，全国の完全失業率 4.6%，被生活保護率 16.2 人（人口千人）と比較して低率である．この地域の女性比率は 51.98%，母子世帯は 100 世帯のうち 2.37 世帯であり，全国の 2.18 世帯と比較し，やや母

子世帯が多い地域である(7). A 児童相談所が 2004 年度から 2008 年度までに受理した児童虐待相談は 866 例であるが，そのうち氏名や性別，年齢からみると同一の事例であると判断された 199 例については，初回受理票のみを採用した．今回は，父子家庭の 56 例と両親以外の親族からなる家庭の 7 例を除き，「両親家庭」414 例と「母子家庭」188 例を合わせた 602 例を分析の対象とした．

データは，A 児童相談所の児童虐待相談受理票および個人記録からの情報をもとに，A 児童相談所が判定した内容そのものを筆者が入力したものである．児童虐待相談受理票および個人票に記入されていない項目については，それぞれのケースを担当した職員に確認した．虐待重症度と虐待種別は，全国児童相談所長会が定める判定基準に沿って判定されている．

分析の対象とした項目は，「世帯類型」「虐待重症度」「虐待種別」である．虐待種別は，児童虐待防止に関する法律（厚生労働省 2007）において，「身体的虐待」「心理的虐待」「性的虐待」「ネグレクト」の 4 つに分類されている．虐待重症度は，B 県が作成した「児童虐待対応マニュアル」において，「虐待の危惧」「軽度虐待」「中度虐待」「重度虐待」「生命の危機」の５つに分類されている．なお，本章では，児童相談所の緊急の介入が必要となる「重度虐待」と「生命の危機」を合わせて 4 つに分類した．

本章では，「母子家庭」と「両親家庭」のそれぞれの虐待重症度，虐待種別，通告回数について，項目ごとに分析していく．その上で，虐待通告に近代家族イデオロギーが影響していることを考察するために，世帯構成と虐待重症度，虐待種別の関連性をみていく．そのうち通告回数は，世帯構成間の平均値の差を求めた．

第二は，虐待者と判定された母子家庭の母親 6 人にインタビュー調査を行ったデータである．6 人の対象者は，筆者がボランティアや友人の紹介で知り会った人たちであり，第一のデータには含まれていない．居住地にある児童相談所の児童虐待ファイルに記載されていることを本人に確認した．調査では，虐待者と判定された理由，その時の公的機関とのやり取り，およびその後の地域における人間関係に注目して，調査協力者に自由に話をしてもらった．事前に調査目的やインタビュー内容および論文使用の主旨を調査協力者に口頭で伝えたうえで，文書で了承を得た．調査終了後，児童虐待問題に詳しい研究者に，インタビュー内容が客観性・信頼性に値するものであるかの確認を行った．

第四節　分析結果

第一項　児童虐待相談受理データの分析結果

まず，母子家庭 188 例と両親家庭 414 例を合せた 602 例のうち，虐待重症度では，「虐待の危惧」が 31.1%（187 例）と最も高く，「重度虐待・生命の危機」は 21.1%（127 例）であった．東京都（2005）の 2004 年度のデータでは，「軽度虐待」が全体の約 40.0%，「重症虐待・生命の危機」が 10.5%であり，A 児童相談所管轄内では虐待を疑った時点で

通告していると考えられる．通告回数の平均は，1.8 回であった．

次に，「母子家庭」と「両親家庭」に分けて，それぞれに虐待重症度（表 1）と虐待種別（表 2）でχ^2検定を行った．虐待重症度は，「母子家庭」では「虐待の危惧」が 48.0%を占め，「重度虐待・生命の危機」を合せても 1 割にも満たなかった．一方，「両親家庭」では「虐待の危惧」が 23.4%と高いが，「重度虐待・生命の危機」は約 3 割を占めていた．

虐待種別は，「母子家庭」では「ネグレクト」が 55.9%であるのに対し，「両親家庭」では「身体的虐待」の割合が高く，次に「ネグレクト」であった．

通告回数の平均は，「母子家庭」が 2.1 回，「両親家庭」が 1.7 回（p=0.004）あった（Wilcoxon の順位和検定）．

以上の結果から，「母子家庭」は「虐待の危惧」のレベルで虐待と判定されやすく，「ネグレクト」と判定される割合が高く，通告されやすい傾向にあることが明らかとなった．これは，母子家庭であるということで地域社会から注目され，また，生計維持のために長時間労働となり，子どもだけで過ごすことが多いため虐待を疑われやすくなることが要因であると考える．

表 1　世帯構成と虐待重症度

	虐待の危惧		軽度虐待		中度虐待		重度虐待・生命の危機		合計
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
母子家庭	90	(48.0)	49	(26.1)	41	(21.8)	8	(4.3)	188
両親家庭	97	(23.4)	50	(12.1)	148	(35.7)	119	(28.7)	414

p=0.000

表 2　世帯構成と虐待種別

	身体的虐待		心理的虐待		性的虐待		ネグレクト		合計
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
母子家庭	42	(22.3)	40	(21.3)	1	(0.5)	105	(55.9)	188
両親家庭	166	(40.0)	102	(24.9)	17	(4.1)	129	(31.2)	414

p=0.000

第二項　児童虐待と判定された母子家庭の母親へのインタビュー結果

インタビューデータでは，対象者である母親の語りに焦点を絞り，児童相談所のデータ分析に加えて，児童虐待と判定された母親にインタビューを行った．インタビュー内容から，虐待者と判定された母子家庭の母親が，虐待判定に何が影響していたと考え，専門職からのサービス提供をどのように受け止め，そして専門職や地域社会に対してどのような思いを抱き，行動していたのかを明らかにする．表 3 に虐待と判定された母子家庭の母親の概要を示す．表 3 の情報は，6 人が全て虐待者として判定された時点の状況である．

表 3　インタビュー対象者の概要

	A氏	B氏	C氏	D氏	E氏	F氏
年代	30歳代半ば	30歳代半ば	40歳代前半	40歳代前半	40歳代前半	30歳代後半
子どもの人数	1人	1人	1人	1人	5人の第5子	2人の第1子
子どもの年齢	3歳	5歳	11歳	8歳	5歳	7歳
職業	美容師	美容師	あん摩師	パート就労	生活保護受給	パート就労

母親 6 人は，保健師や保育士，民生委員から，母子家庭であることで子育ては大変だとみられていたことを述べている．具体的には，A 氏は子どもの身体症状や健診の未受診であったこと，B 氏は子どもが急性ストレス性胃腸炎と診断されたこと，C 氏は子どもが警察に補導されたこと， D 氏は子どもに発達障害があること，E 氏は子どもが万引きしたこと，F 氏は夜間も子どもだけでいることで，虐待と判断されたと受け止めていた．さらに対象者は全員，児童福祉司や保育士，民生委員からの相談やカウンセリングの案内を断り，とくに C 氏は子どもを施設入所させる誘いを受諾しなかったことで，さらに虐待を強く疑われ，観察の対象となったと述べている．この 6 人は，公的機関の職員や民生委員に訪問されたことで，近隣や友人から疎外されているように感じ，特別視されていると意識するようになった．そのほか，A 氏と B 氏，C 氏は自営する店の顧客が減少し，収入が減少した．C 氏にいたっては，自営の収入だけでは経済的に生活が成りたたなくなり，実家の父親から金銭援助を受けていた．また D 氏と F 氏も専門職との面接のために仕事を休まなければならず収入が減少した．

以下に，インタビューの内容をそれぞれのポイントから述べていく．

第二項の一　母子家庭と虐待リスク

母親 6 人は，母子家庭であることで虐待を疑われたと思っている．また，児童福祉司や保健師から，母子家庭だから子育てが大変だと言われ，不快感を抱いた語りを以下に示した．

A 氏 : 3 歳児健診の時，保健師が問診票を見ながら「母子家庭なんやね」と言われた．後日，保健師が来て，チェック表みたいなのを見ながら，ストレスがないかって聞かれた．また，数日後，保健師と児童福祉司が店に来て「子どもさんのことで何かお困りごとはないですか．しんどかったら相談に来てください」と言われた．うっとうしい．

B 氏 : ある夜，お腹を押さえて「痛い，痛い」ってすごく泣くから，救急受診したら「急性ストレス性胃腸炎」と診断された．医者から「家でストレスになるようなことはないですか．お母さん一人じゃ大変でしょ」と言われた．

1 回だけ保育園の職員以外の人たちが話しかけてきて「お母さん，一人で頑張らなくてもいいよ」って，コマーシャルみたいなことを言われたことがある．

C 氏：夜 10 時頃，子どもを叱ったら，飛び出して行き，民生委員が子どもを連れて来てくれて，「あんたんところは母子家庭で大変なんだろうけど，叱りすぎや．相談に行ったらどうな」と何回も言われた．

D 氏：子どもが近所の植木鉢に悪戯をした時，近所の人から「おたくは母子家庭だから，躾ができてない」と言われた．その後，児童相談所の人に突然訪問され「発達障害がある子どもさんを一人で育てるのは大変でしょ．関わり方を話し合いませんか」と言われ，子育てを否定されていると思った．

E 氏：子どもが万引きをしたと疑われて，母子家庭で躾ができてないみたいに見られて．すごく嫌な思いをした．

F 氏：児童相談所の人が来て「夜間に子どもさんだけでいるようですね．いろいろ大変なことがあると思うので，お話をお聞きしたいと思って」と言われた．夜間もパートをしていると言ったら「大変だと思いますが，夜間に子どもだけというのは心配ですね」と言われた．

第二項の二　見守りとサービス拒否

母親 6 人は，児童福祉司から子どもの相談やカウンセリングを勧められ，それを負担に感じサービスを拒んでいる．しかし，サービスを拒んだことで，さらに監視されていると感じていた．また，C 氏は，専門職が提示する子育ての方法に対して，自分なりの子育て方法があると述べている．関連部分のインタビューデータをみていく．

A 氏：3 歳児健診の時，児童相談所の相談を勧められた．保健師の訪問を断ると，突然に訪問された．保育士からも「いつでも相談にのるよ」と言われ，しつこいと思って，言い返した．

B 氏：市の保育所担当者から「お母さんが一人で大変だろうと心配しています．児童相談所に相談に行かれたらどうですか．カウンセリングをしてくれますよ」と言われたから「必要ない．問題があるみたいに言うな」と言い返した．

C 氏：子どもが友達と放置自転車に乗って 3 回補導された．児童相談所から「相談に来てください」としつこかった．私の躾の仕方があると言うと，民生委員に「不利になるよ」と言われた．専門職の言うとおりにしろ，ってことかと腹が立った．学校の先生と民生委員から「一時的に預けて休憩したら」と言われた．しょっちゅう民生委員が来て見張られているみたいな感じがし

た.

D 氏：児童相談所から「障害のある子どもの子育ては大変だから，イライラしますよね．心理士と相談しましょう」と言われた．相談しても解決しないし，必要がないと断った．先生や児童委員，児童相談所が来るようになって，観察されているように感じだった.

E 氏：生活保護ワーカーの訪問が増え，保健師からも「いつでも相談に来てください」と言われ，児童相談所の相談も進められたので「わかったから，もう来ないで」と拒否した．その後，児童委員が来るようになり，精神的に追い詰められるような気分になった.

F 氏：何回も児童相談所の人が来て「夜の仕事をやめて，昼間に正規雇用にかわる努力をしましょう」と言われた．私たちの生活のことを考えてないと思って，イライラした．放っておいてほしいと思った.

第二項の三　特別な存在というまなざし

母親 6 人は，児童福祉司，保育士，民生委員の関わりが増えたことで，周囲の人から問題がある家庭と思われ，よそよそしい態度をとられたと感じている．また，そのなかの 3 人は，虐待と判定され周囲から特別視されたことで，顧客が減り収入が減少した．しかし本人は，周囲の人たちの態度に対して，攻撃的に対応するのではなく，周囲の人たちと一定の距離を保つことで，生活を安定させようとしていた．その内容を以下にみていく.

A 氏：仕事中に児童相談所が来るようになって，実際に売り上げが 3 割くらい減った．周りから見たら偏見があるのは当然．児童相談所も一生懸命，仕事してるだけ．反抗はしない，お世話にもならないようにして．商売しているし，目立たないように近所の人にはニコニコして，嫌われないようにしてないと，死活問題になる.

B 氏：保育士は虐待があるか，どうかを見てるんだと思う．マニュアルみたいなのがあって，それに従っているだけと思うけど．ママ友に，よそよそしくされたけど，そんな人たちとはそれなりの付き合い方をしたらいいだけ．腹を立てたら，ますます虐待の母みたいに思われる.

C 氏：警察や児童相談所，学校の先生，民生委員が営業時間に来るようになって，お客さんが減った．しばらくの間，収入が減って生活できるかなあと思った．近所の人に会っても，挨拶もしてくれんし．でも，私から挨拶してたら，普通にしてくれるようになって，お客さんも戻ってきた．権力を持つ人には，反抗せず「そうですね」と従ったふりをしたらいいことを学んだ.

D 氏：近所の人から「母子家庭だからって，しっかり躾をしてもらわないと困

るわ」と陰口を言われていた．私たち親子のことを知ってもらえないと思い，堂々とするようにした．

E 氏：近所の人から「母子家庭で子どもが多いし，生活保護を受けているし，虐待にもなるよな」と陰口を言われていた．言い返したいけど，関わらないようにしていた．生活保護ワーカーや保健師に抵抗せず児童相談所の面接を受けるようにした．これ以上，監視されたくなかった．

F 氏：児童相談所の人や民生委員が来るようになって，白い目で見られているような，追われているような気がして，引っ越したんです．専門職の人は心配してくれてたんだろうけど，その時は責められているとしか思わなかった．しんどかった．経済的には楽じゃないけど，今は対等に話ができる人もいるし，生活を応援してくれる人もいる．

第五節　考察

本章では，母子家庭は，児童虐待防止対策において，児童虐待のリスクの一つとされているため，児童福祉や保健の専門職から虐待の可能性がある家庭とみなされやすいことを児童相談所のデータで示した．結果の補足として，平成 22 年国勢調査（2012）では，A 児童相談所が管轄する地域には，両親家庭が 24,202 世帯，母子世帯は 3,751 世帯であった．A 児童相談所に通告されたケースのうち，両親家庭は全世帯数の 1.7%であるのに対し，母子家庭は 5.0%と高かった．このことは，母子家庭が虐待と通告，判定されやすいことを示唆している．また両親家庭に比べて母子家庭でネグレクトと判定されやすいことは，夫婦と子どもから成る家庭を中心とした近代家族イデオロギーを背景に，母子家庭は父親不在の欠損家族であり，「子どもにとって健康・安全への配慮を怠っている」，「子どもにとって必要な情緒的欲求に応えていない」，「適切な食事を与えない」（厚生労働省 2007）など十分な養育が行われていない家庭とみなされやすいことを裏付けているのではないだろうか．

虐待者と判定された母子家庭の母親 6 人のインタビューは，虐待というスティグマを背負わされた母親が，それをどのように受け止め，対処していくのかを示していた．調査対象の母親 6 人は，児童福祉や保健の専門職から「母子家庭だから大変でしょう」と言われ，母子家庭であることが判定する際に決定的になったと感じていた．

米国のソーシャルワークの成立を分析した Margolin（1997=2003）は，援助者がクライエントへの「共感」や「優しさ」を表明することで家庭訪問をはじめとする自らの実践を正当化していった過程を分析している．

本章の事例でも，児童福祉司や保健師，民生委員などは「一人で頑張っていますね」，「何かお困りごとはないですか」，「しんどかったら相談してください」など母親への共感と優しさで，母親の子育て方法や家庭の経済状況，近隣との関係などのより詳細な情報

を集めていたことに対し，母親 6 人は，公的機関からの訪問を「うっとうしい」と思い，児童福祉の専門職の言葉かけに，抵抗感を示し，サービスを拒否している．

対象者全員は，公的機関から母子家庭であることで虐待を疑われ，サービスを提供されたことでさらに，自分の子育てや生活に問題があったように対応されたと思い，公的機関から虐待者というレッテルを貼られたと感じ，抵抗していたのではないだろうか．それに対して民生委員は，C 氏が児童福祉司と良い関係性を保ち，子育てのしんどさを軽減できるようにという思いから，「あんた不利になるで」と伝えたのかもしれないが，C 氏は民生委員の言葉を専門職に従うべきであると指示されていると受け止めていた．この 6 人の母親は，児童福祉や保健の専門職から共感をもって勧められた相談やカウンセリングを受け入れなかったことで，監視体制がより強化されたと感じていた．

また，母親たちは，児童相談所の職員や保健師に訪問され，専門職との関わりが増えたことによって，友人や近隣者から特別視され，問題がある家族とみられたと理解していた．さらに営業時間中に訪問されたから顧客が減少し，収入が減少したと述べた人がいた．公的機関は，虐待と判定された母子家庭の虐待が重症化しないように子育てサービスを提供しているが，その結果，母子家庭の親子を取り巻く地域との関係が阻まれた．それに対し，対象者全員は心理的に地域から排除されたと感じていながら，怒りの感情を出さず「それなりの付き合い方をする」「目立たないようにする」など，周囲の人へ対処していた．また，児童福祉や保健の専門職の行動について，「児童相談所も一生懸命仕事しているだけ」「虐待を発見するためのマニュアルに従ってるだけ」と語り，専門職の役割を理解していた．「権力を持つ人たちには，反抗せず従ったふりをする」とも述べていた．対象者全員ともが，地域社会に終始一貫して対立せずに，ときには従ったふりをしていた．とくに自営業である A 氏，B 氏および C 氏は，現在の居住地で生活を続けなければならず，近隣者とトラブルを生じさせないために，抗いも同化もしないという方法をとっていたのである．

6 人の語りから，公的機関は母子家庭の母親の子育てを不本意に覗き込み，近代家族からの逸脱として分類し，虐待者というレッテルを貼っていた．それに対して母親の対応は，地域社会の中の特別な存在として仕立てられたことへの避難的な対処であったのではないだろうか．そして，A 氏と C 氏が，児童相談所の対応や近隣住民の反応を理解しようとするのは，地域社会が正しいとする社会システムに自分を同化させることで，それまで以上，地域の眼差しが自分に向かないようにしていたと解釈することもできる．

母親 6 人の語りから，現行の個人の資質や家族の問題をリスクとする児童虐待防止対策が，母子家庭をリスクとして扱い，専門職が示す家庭像や親の役割からの逸脱とみなしていることに対し，6 人がとった行動は，社会に対する苛立たしさを隠し，さらに社会の中で特別視されない方法を獲得していたのである．

第六節　結論

本章では，家族を対象に実際に行われている児童虐待防止対策から，近代家族イデオロギーが，「虐待の芽を摘む」（小林 1999）ことを最も重要とし，装いを新たに出現している面をデータから示した．今日の児童虐待防止対策の中心は，虐待リスクを管理し，そこには社会福祉や保健，心理などの専門職がもつ，あるべき家族像という近代家族イデオロギーが貫かれている．これらのことはすでに先行研究で指摘されてきたが，本章では，データに基づいてこの点を検証していった．児童相談所のデータでは，母子家庭のほうが虐待の重症度が低いにもかかわらず，通告回数が多く，虐待と判定されやすかった．インタビューの母子家庭の母親 6 人は，母子家庭であることによって虐待と判定され，福祉や保健の専門職が提供するサービスを拒否したことで監視網が強まり，友人や近隣者から特別な存在として扱われるようになったと感じていた．

さらにインタビュー結果からは，母子家庭が家庭訪問など公的機関からのサービスに包摂されることでスティグマを押され，その結果，母子家庭を取り巻く地域社会から排除されていくメカニズムをみてきた．

上野・野村 （2003）が指摘するように，児童虐待の判定には，公的機関の専門職が，「サービス」を住民に提供するために便宜的に用いるカテゴリー装置という側面がある．しかし，本データは，保育サービスや親への経済的支援などが児童虐待というスティグマ性の強い用語のもとでなされる限り，母子家庭の母親はサービス提供により社会的に包摂され，その結果として排除される可能性を示していたのである．

児童虐待防止対策は近代家族をモデルにした対策であり，母子家庭は近代家族規範から逸脱した存在であるがゆえに，虐待のリスクとしてみなされている．本章では，そのデータを提示し考察するなかで，実際の対策の渦中におかれている母子家庭の母親たちが排除されていることを感じていながら，地域社会で生きていくために対立も同化もしないという奮闘を強いられていることをみてきた．彼女たちが，家族の多様性が喧伝される社会から，どのように漏れ落ちているかに注意を喚起することができたのではないだろうか．

第三章　保健師教育における児童虐待の分析
――ジェンダーの視点から――

第一節　研究の背景

第一項　研究の関心

日本において，児童虐待が社会問題化したのは，1990 年代に入ってからである．児童虐待は，貧困が原因となって発生する旧来の貧困型ではなく，世代間の虐待連鎖やアルコール依存症などによって，子どもに暴力を繰り返すという個人の病理であり，どの家庭にも起こりうる問題として社会に浸透した（上野 2007）．このような家族や個人を病理化した児童虐待の防止と早期発見のために，リスク項目を挙げた発見・通告システムの構築が進められてきた（上野 1996，上野・野村 2003）．

このような児童虐待防止システムの中で，社会的に家庭訪問が認められている職業として，保健師が注目されるようになった．児童虐待の防止等に関する法律（以下，児童虐待防止法）の第 5 条（児童虐待の早期発見等）に保健師の名称と役割が明記されている．そこには，保健師は児童虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し，児童虐待の早期発見に努めることが記載されている．保健師は，家庭訪問や母子保健事業を通して，対象となる親子の状況を観察し，育児不安のある親子を支援することで児童虐待を防止することが期待されている．保健師の支援対象は，「母親」に焦点があてられている．それは，母親が子育ての担い手であるという，保健師自身がもつジェンダーバイアスが介在しているからではないだろうか．

では，母親が子育ての役割を担うというジェンダー意識は，どのように養われていくのだろうか．まずは，家庭や地域の中で，子育ての担い手が女性や母親であることから，母親が子どもにジェンダー意識を植えつけ，子育ての役割意識を娘が継いでいくという面がある（Chodorow 1978=1981）．さらに，下記に示すように，主に教育社会学の研究が明らかにしてきように，学校教育を通じてジェンダー役割を学んできたことも否めないのではないか．看護専門職である保健師は，小学校，中学校，高校で規範化されたジェンダー意識を植えつけられた上で，専門の養成機関で保健師教育を学び，資格を取得している．保健師教育に関わる教員は，教育がジェンダー偏重にならないように意識していると思われるが，これは単なる推測にすぎない．教育におけるジェンダーバイアスの存在の有無については，教師の姿勢や教育内容，教科書など，さまざま視点で検討する必要がある．そのなかでも，学生が接する機会が多い教科書に着目し，教科書の記述にジェンダーバイアスが反映されているのかを分析することは，ジェンダーにリフレクシブな教育を考えていくための基礎資料となるはずである．

第二項　教科書分析に関する先行研究

欧米では 1980 年頃より，意図された学習内容が書かれた教科書をジェンダーの視点から見直す研究が行われていた（Apple 1988）．日本では，1990 年頃から伊東ら（1991）や木村（1999），松元（2005），升野（2008），中山（2003），佐竹（1999），氏原（1997a，1997b，2013）など，ジェンダーの視点で教科書を検討した研究が報告されるようになった．

伊東ら（1991）は，『教科書の中の男女差別』のなかで，性別役割意識の形成に強い影響があると考えられる小・中学校の国語，社会，家庭科の教科書と道徳の副読本を分析している．教科書の記述や挿絵，写真のなかに，「男らしさ」「女らしさ」という性別役割分業の意識や概念を固定化し，それを助長する恐れがある部分が含まれていることを指摘している．具体的には，「男女平等に関する記述が少ないことと，具体性の乏しさ」，「性別役割分担の解消についての姿勢のあいまいさ」に加え，「家族に関することでは，共働きについて否定的で，家族内の性別役割の責任を強調している」ことや，「条約や均等法の取り上げ方がおざなりであり，子どもたちに男女平等を考えさせるようになっていない」といった点が言及されている．氏原（1997a，1997b）は，伊東らの研究内容に「教科書分析に隠れたカリキュラムとしてのジェンダーメッセージを読み取る」という視点を加え，中学校公民の教科書の数量的ならびに質的な分析を行っている．その結果，教科書に書かれた男女や特定のジェンダーの関心を引き付ける記述のなかに，隠れたカリキュラムとしての内容が含まれていることを指摘している．引き続き氏原（2013）は，教育者の価値や教室風景の中の性区分だけではなく，教科書が隠れたカリキュラムとして作用していることを指摘し，教科書のなかには「男女の適切なロールモデル」が描かれ，それを学生に伝達する機能があることを明らかにしている．木村（1999）も，家庭科教科書の分析に加えて，学校の文化，制度や教室での光景を分析している．そのなかで，隠れたカリキュラムの例として，ランドセルの色や持ち物に対する色分け，名簿や運動会，式典での性区分，「女子は文系の方が向いている」というような教育者の価値観などをあげている．

升野（2008）は，高等学校の公民科『政治・経済』教科書の分析において，氏原の論考を批判している．升野が指摘した内容は，名前が明記されている人物のみをカウントしていること，あたかも男女共通に見えて実は男性のみの事象が書かれているものについての検討が弱いこと，あからさまなジェンダーバイアスのみを拾い上げていることである．升野は，教科書を隠れたカリキュラムを内包しているものとして捉え，書かれていないが隠されたメッセージ性があることを分析している．また，橋本（2012）は，教科書をジェンダーの視点から分析し，教科書が中学生に伝えようとしている社会と市民像を明らかにしている．教科書では少子高齢化の課題として育児と介護を挙げ，仕事と家庭の両立支援と働き方の見直しが必要とされているが，ジェンダー平等の視点からみて不十分な点があると指摘している．

佐竹（1999）や松元（2005）は，教科書に書かれたジェンダーに関する言葉を拾い出し，分析している．佐竹（1999）は，小学校の国語教科書に記載されている人称代名詞や感動詞，会話の文末表現から，教科書の中で描かれている性差が現実社会のそれよりも大きいことを指摘している．

また，松元（2005）は，中学校の国語教科書に男女がどのように描かれているかを検討，ジェンダーメッセージが職業観や人生観の形成にどのような影響しているのかを分析している．その結果，男女平等のもとで個人の能力を最大限に発達させる教育が，教科書を通して性別役割固定意識を促していたことを明らかにしている．

こうした小中学校の義務教育や高校教育におけるジェンダー意識の植えつけに加えて，看護師と保健師の専門教育にもジェンダー意識が存在しているのではないだろうか．看護師や保健師教育の現場で用いられている教科書を分析した研究には，どのようなものがあるのかをみていく．まず，医学系の文献検索サイトである医学中央雑誌 web 版と日本の論文検索サイトである CiNii で，キーワードを「保健師」,「教科書分析」として検索した結果，該当する研究は見当たらなかった．キーワードを変更し，「看護」「教科書分析」として検索した結果，沼口（2007）と涌谷（2012）の 2 件の研究のみが該当した．さらに，インターネット検索サイトである google scholar で,「看護」「教科書分析」で検索した結果，鈴木（2012）が該当した.「保健師」「教科書分析」の検索語では該当する研究がなかった．

沼口（2007）は，全国の公立大学の看護教育で用いられている教科書から児童虐待に関するキーワードを検索し，その内容とページ数を分析している．分析の結果，看護基礎教育では児童虐待の重大性や看護職に期待される役割とその対応に関する記述が多いことを明らかにしている．さらに教科書には，児童虐待の歴史や法律や定義，虐待による子どもへの影響だけでなく，アセスメントの定義と方法，対処方法やケア，関連職種の役割と連携のとり方など，虐待予防活動についての具体的な記載が必要であることを指摘している．しかし，沼口の研究では，児童虐待を防止するための支援対象が母親を中心としていることについては触れられていない．また，湧谷（2012）は，母性看護学の教科書に見られる母乳や母乳育児に関する記述の内容について分析している．その結果，母乳育児に関する適切な知識やスキルに関する記載が不十分であることを指摘している．

鈴木（2012）は，母親の育児負担感と強くかかわっているといわれる「母性神話」について，看護師養成課程で使用される教科書をもとに分析している．その結果，医学的根拠をもとに作成された看護師養成課程で使用される教科書には,「女性の役割としての母親」や「子どもに対する無償の愛情としての母性愛」というメッセージ性が見られることを明らかにしている．

第二節　研究目的

うえでみてきたように，看護学分野の授業で使用される教科書を分析した研究が少ないことに加え，教科書をジェンダーの視点で考察した研究は鈴木の 1 件のみであった．これは，看護学分野では，ジェンダー論の視点が十分に広まっていないということを意味している．

伊東ら（1991）や氏原（1997a，1997b），木村（1999）などによって示されてきたように，教科書は，一定の社会経済的階層の立場から特定の価値観に基づき選別されたものであり，潜在的カリキュラムとして何が正統で何が優れたことなのかを定義する役割を果たしている（Anyon 1981）．それゆえ，教科書に書かれた内容が学生たちの価値観に影響を与え，社会が求める性別役割を教科書の記述通りに思い描いてしまうこともあるだろう．

本章では，看護学分野の一つである，保健師教育で使用されている教科書を取り上げる．なぜなら，前述したように保健師が，児童虐待防止活動の最前線の職業として位置づけられているからである．本章では，教科書に書かれた児童虐待問題に焦点をあて，ジェンダーの視点から考察していく．

保健師教育(8)とは，保健師免許を取得するための基本的な教育（厚生労働省 2007）である．保健師教育は，社会における看護の展望を反映し，保健師としての専門性を発揮し，国民のニーズに応えられるような内容になっている（厚生労働省 2007）．その保健師教育に用いられる教科書は，保健師教育課程カリキュラム（教育カリキュラム）にしたがって編纂されている．教科書の内容には，政策的な意図が含まれていていたとしても，批判的読解は学習者にとって前提とされていない（鈴木 2012）．

本章では，保健師教育用の教科書に記載された児童虐待問題が，性別役割分業にもつながる「母親をケアの担い手」とするメッセージ性があるものとして考察する．この試みは，保健師教育や利用者のジェンダーに関する問題について考える機会になることから，今後の看護教育のあり方を検討することにつながると考える．

第三節　分析方法

第一項　分析資料

分析資料として用いた教科書は，2015 年度に日本の保健師教育で使用された主な教科書で，児童虐待問題が記載されている 12 冊である．大手の出版社から発行された教科書にも児童虐待問題が取り上げられていないものがある．但し，医学書院発行の標美奈子他著『標準保健師講座 1　公衆衛生看護学概論』や中村裕美子他著『標準保健師講座 2　公衆衛生看護技術』，メヂカルフレンド社発行の村嶋幸代他著『最新保健学講座 2　公衆衛生看護支援技術』の 3 冊と数が少ない．

分析の対象となった教科書を，次に記述する．

A. 中谷芳美・山口忍・奥野ひろみ他，2015,『標準保健師講座 3　公衆衛生看護活動論』医学書院.

B. 金川克子・松浦賢長・小澤美智子他，2015,『最新保健学講座 3　公衆衛生看護活動論 1』メヂカルフレンド社.

C. 金川克子・柏木由美子・篁宗一他，2015,『最新保健学講座 4　公衆衛生看護活動論 2』メヂカルフレンド社.

D. 宮崎美砂子・北山三津子・春山早苗他, 2012,『最新公衆衛生看護学　各論 1』日本看護協会出版会.

E. 麻原きよみ・荒木田美香子・岡本玲子他，2014,『公衆衛生看護学原論』医歯薬出版株式会社.

F. 岡本玲子・荒木田美香子・麻原きよみ他，2014,『公衆衛生看護活動Ⅰ』医歯薬出版株式会社.

G. 佐伯和子・麻原きよみ・荒木田美香子他，2014,『公衆衛生看護技術』医歯薬出版株式会社.

H. 津村智恵子・上野昌江他，2012,『公衆衛生看護学』中央法規.

I. 井伊久美子・荒木田美香子・松本珠実他，2013,『保健師業務要覧第 3 版』日本看護協会出版会.

J. 藤内修二・櫃本真聿・島田美喜他，2012,『標準保健師講座別巻 1　保健医療福祉行政論』医学書院.

K. 野村陽子・肥沼位昌・佐藤徹他，2015,『最新保健学講座 7　保健医療福祉行政論』メヂカルフレンド社.

L. 星旦二・麻原きよみ他，2014,『これからの保健医療福祉行政論』日本看護協会出版会.

第二項　分析方法

まず，教科書監修者の男女比を調べた．次に，児童虐待に関する記載が教科書全体に占める比率と事例の有無をみた．さらに,「書かれている内容」の中に，書かれていないが「隠されているメッセージ」が存在することを考察していく．その際，以下の四点に留意したい．第一に，本文の文章表現のなかから，“人を表す単語”を「母親（女性)」「父親（男性)」「母親・父親共通」の 3 つのカテゴリーに分類し，その数を数えた．一方の性が多く登場することは，その性が文章の中心になっていると判断できる．二点目に，内容面では，問題の取り上げ方が女性のみの問題に偏っていないかを検討する．三点目に，性別を指定しない言葉がとくに母親（女性）を意味しているかどうかを分析する．中村（1995）は,『言葉とフェミニズム』において，性別を指定しない言葉が，実質的には「男性」を意味して使われている例をあげている．中村は,「住民は妻や子どもを連れて避難した」,「わが社で

は社員が会社の女性と結婚することは禁じられています」などの例をあげて，男性を想定して書かれた言葉が，性別的に中立に表現されていることを示している．しかし，女性を想定して書かれた事例は少なく，言葉の根底に「人間＝男性」観があるという．このような考え方が教科書にも反映されていないか，分析していく．四点目に，事例や内容が「暗黙の前提」としている内容，書き手が「意識化」せず当然視している考え方を明るみにしていく．

第四節　分析結果

第一項　教科書の監修の男女比（表 1）

教科書監修者の男女比は，公衆衛生看護活動に関する教科書である A から I では，女性が 71.8%～100.0%，男性は 0.0%から 28.2%と女性の方が多く，監修者が女性のみの教科書もあった．一方で，保健医療福祉行政論に関する教科書である J から L の 3 冊では，男性の割合が高い．

表 1　監修者の男女比と虐待に関する記載の有無

テキスト		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
監修の男女比	男(n)	0	0	1	1	1	1	0	11	0	7	7	4
	(%)	0.0%	0.0%	5.6%	8.3%	7.1%	7.1%	0.0%	28.2%	0.0%	43.8%	63.6%	30.8%
	女(n)	5	10	18	11	13	13	18	28	22	9	4	9
	(%)	100.0%	100.0%	94.4%	91.7%	92.9%	92.9%	100.0%	71.8%	100.0%	56.2%	36.4%	69.2%
全体頁数		169	268	357	366	391	384	301	492	351	223	290	222
児童虐待の記載の有無		あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
記載の比		0.1%	2.6%	2.2%	3.0%	2.0%	2.9%	4.7%	2.6%	11.3%	0.4%	0.1%	0.9%
事例数		0	1事例	0	1事例	1事例	1事例	1事例	0	2事例	0	0	0

第二項　児童虐待に関連する記載の有無と内容（表 1 と表 2）

表 1 と表 2 に示すように，分析した教科書 12 冊のうち，4 冊（教科書 E, J, K, L）には「児童虐待防止」や「児童虐待防止法」という単語のみが見られ，8 冊（教科書 A, B, C, D, F, G, H,I）には「児童虐待の定義」や「児童虐待のリスク要因」,「支援内容」が，6 冊（教科書 A, B, C, D, E, G）には児童虐待事例の記載があった．

児童虐待のリスク要因として，「母親の健康状態」や「妊娠が分かった時の妊婦の気持ち」,「育児意識」,「産後うつ」について記述されており，母親に焦点があてられていることがわかる（教科書 C, D, E, H）．教科書 A では，ひとり親家庭（母子家庭）の状況や外国人母子の健康問題などの記述もある．A 以外の教科書にも，子育て環境の変化には，「父

親の家庭不在」や「女性のライフサイクルの変化」のように，母子家庭や子育ては母親が中心であることをイメージさせるような記述がある（教科書 B, C, D, E, F, H, I）.

事例の記載がある教科書においても，「虐待の危険因子」としてリスク要因が書かれ，「夫との関係」や「母親が自分の育児について批判されていると感じている」（教科書 C），「母親のうつ状態」（教科書 I）など，母親を中心とした内容が示されている．子育て支援の内容では，「母親の社会的孤立を解消し，母親が自分自身の大切さを表出できるようにする」（教科書 B, G）や「子育てに自信が持てないという母親の訴えを見逃さないようにする」（教科書 C, D），「妊娠，出産，育児が母親にとって困難なこととして受け取られるようになってきたために，児童虐待予防への支援は，良好な親子関係を発展させるための支援」（教科書 B, I）と，母親への支援が書かれている．このように，子育ての中心は母親と見なされ，児童虐待のリスクは母親の方が高いことを想定しているということがわかる.

表 2　記載内容

テキスト	記載内容
A	母親の育児不安やストレスを軽減することは，虐待予防のみならず，子どもの心の安らかな発達を促進するためにも重要な課題である．（中略）児童虐待の予防・早期発見・早期対応に向けたシステムづくりでは，育児不安が強くなる産後1か月の産婦に対する新生児訪問の充実，2007年度に創設された生後4か月までの乳児家庭全戸訪問事業の徹底，乳幼児健診未受診時対策の強化は市町村保健師の課題である．母子健康手帳の交付から直接妊婦とかかわることができる市町村の保健師は，虐待死亡事例の分析により明らかになった虐待のリスク要因をもつ母子・家族を早期に発見し，予防的な支援を継続的に実施する重要な責務を担っている．(pp.12-13)　妊娠届出の面接では，母親の健康状態，家族の状況，育児意識などの情報を把握し，順調に妊娠・出産・育児ができるのかアセスメントをする．産後うつや児童虐待のリスクを把握し，必要なケースに対しては家庭訪問など予防に向けた支援につなぐ．とくに，妊娠が分かった時の妊婦の気持ちや，子どもが好きかどうか，妊婦の幼少時からの親子関係などは，児童虐待の重要なリスクであり，これらを把握することはは，働きかけとして重要である（p.17） ハイリスク妊婦，不安が強い妊婦への訪問指導は，対象者の生活の場で信頼関係を築く良い機会となる．家族 1 人ひとりの健康状態を把握し育児が安心してできる環境であるのか十分にアセスメントする．産後の育児や不安や児童虐待を早期から予防するためにも，必要なケースに対しては産後まで継続して家庭訪問などの支援をしていく．（中略）母親の育児状況を早期に把握し，母親が心身ともに安定した中で育児ができるよう環境を整える支援は重要である．産褥期特有の生活形態がマタニティブルーズの原因であり一過性であることが多い．しかし，なかにはうつ的な症状が長期化し，産後うつになたり，育児不安をおこして子どもへの虐待につながることもある．（中略）新生児訪問の際に，家の中の様子や暮らし方を把握することで母親の育児への姿勢や疲労の度合いを知ることができる．そこから乳幼児健診や育児相談につなぎ，継続して母親の育児を見守っていくことで，育児不安やネグレクトを含む児童虐待を防ぐことができる．（pp.18 - 21）　子どもの虐待は，児に否定的な感情，育児不安の段階から軽度虐待，重度虐待，死亡へと進行する．虐待の発生を防止するためには，ハイリスク家族や虐待予備軍を早期に発見し，支援することが不可欠である．（中略）虐待の定義と虐待の発生要因，早期発見と支援，家庭内暴力の支援，ひとり親家庭の現状と支援，外国人母子の健康問題と支援，地域のサポートシステム，社会資源について記載している．虐待発生の養育者・家族側の要因では，夫婦関係が不安定で，一方が支配し，その配偶者が服従するという関係の中では，配偶者が虐待を黙認するということがしばしばおきる．若くして結婚し，心理的に親になりきれない場合やアルコール依存症，精神的・経済的な問題を抱えている場合などは，生活上の不満や子育てからくるストレスで虐待が起こりやすくなる．子どもを虐待する親の中には，親自身が虐待を受けて育った場合が多いといわれている．（pp.44-54）
B	健康診査では，保健の観点のみではなく，児童虐待などの早期発見・発生予防といった保健福祉的な観点を持つことが重要だとされている（p.17） 育児不安・虐待が発生しやすい状況．児童虐待問題を発生予防の観点でとらえることの重要性（児童虐待はなぜ起こるのか），児童虐待問題の発生を予防するための支援の必要性，児童虐待問題の発生を予防するための支援，について記載されている．リスク要因をもつ家庭に対するアプローチでは，周産期における母親へ妊娠届，母子健康手帳交付，両親（母親）教室，妊婦健康診査，電話および来所相談・家庭訪問において関わり，母親の子どもに対する感情や育児に関する考え方，知識，マタニティブルーや産後うつ病をはじめ精神的に不安定な状況になる危険性がないかどうかを把握する（pp.85-99）
C	第1子誕生は，親になる者にとっては大きな変化でありストレスを伴うものである．この時期に発症する産後うつ状態は，長引けばその後の母子相互作用にもマイナスの影響を及ぼし，児童虐待に発展することがわかっている．両親学級は母親学級，乳幼児健診，新生児訪問などにおいて，うつ状態や睡眠障害，強い不安などを示す訴えや行動はみられないかについて，注意深くアセスメントする必要がある．配偶者がそれらの反応を受け止め，サポートできているのかどうかについて，家族全体の機能をアセスメントすることも重要である．（中略）子育て期には，夫婦間相互で子育てについて批判的であったり，干渉し合ったりする関係であると認知している場合に，虐待のリスクが増加することが知られている．祖父母を含む家族全体のシステムのなかで，虐待が家族の結束を図るために利用されていることもある．それまでの家族関係の中に暴力が絶えずあった家族は，虐待においてもハイリスクである．（pp.55-56） 児童虐待の定義，保健師の支援について記載している．（pp.73-75）

表 2　記載内容――つづき

テキスト	記載内容
D	児童虐待予防活動（児童虐待の定義，児童虐待に至るおそれのある要因（リスク要因），児童虐待の現状，児童虐待防止対策の取組みの経緯，児童虐待予防活動のおける保健師の役割）について記載．児童虐待に至るおそれのある要因（リスク要因）は，保護者側のリスク要因としては，望まない妊娠，子育てに対する不安やストレスが強い，マタニティーブルーや精神的な問題を抱えていることなどから，子どもへの愛着がわきにくかったり，子育てや家事がうまくできない状況が生じる．親から愛された思いがない，放置されて育った，虐待の経験がある場合は自分の親のようになりたくないと思いながら親と同じような対応をしてしまうことがあるといわれている．（中略）夫婦関係に問題があったり経済的に不安定であると生活が危機的状況に陥りやすく，また，社会的に孤立し，育児の相談相手や協力者がいなかったりすることも大きなリスク要因となる．（中略）育児者からの訴えや態度を見逃さない．母子健康手帳交付時の面接や両親学級での，望まない妊娠や子育てに拒否的な感情を抱いている妊婦の訴えや，乳幼児健診での子どもが泣いてばかりいる，イライラする，子育てに自信が持てないという母親の訴えをみのさないようにする．（中略）各健診において，育児者の体調や育児負担感などが十分にとらえれるような質問項目を問診に設ける必要がある．（中略）実際のケースでは，経済的な困窮や疾病を抱えている家族員の存在，夫婦間でのドメスティックバイオレンス（DV）が根底にあるなど，多数のハイリスク要因が複雑に絡み合っていることがある．（pp.32-42）
F	児童虐待の定義，児童虐待のリスク要因，児童虐待防止法（児童福祉法）を記載．児童虐待のリスク要因は，保護者，子ども，養育環境の大きく3つに分類される．注意すべきなのは，リスク要因をもつことが，必ず虐待につながるわけではないということである．虐待の危険を予測し，予防的にかかわるための目安として活用する．保護者側のリスクは，妊娠・出産を受容することが困難（望まぬ妊娠・出産，若年の妊娠・出産），子どもへの愛着形成不全（子どもの長期入院，妊娠中や分娩時の異常），自身の健康管理が不十分（妊婦健診未受診），精神的な不安定さ（マタニティブルー，産後うつ，攻撃的・衝動的性格，未治療の精神障害，知的障害，慢性疾患，アルコール依存，薬物依存，被虐待経験）．養育環境は，単身家族（未婚，離婚），子どもと血縁関係のない大人のいる家族（再婚，内縁者，同居人），親族や地域社会から孤立した家族，経済不安のある家族（失業，転職の繰り返し），夫婦不和（DV）．(pp.232－233)
G	個人・家族のアセスメントの具体例（子ども虐待予防を例に）では，子ども虐待における死亡事例の推移，虐待に至る家族を支援するアセスメント（妊娠届出時，妊娠中から出産後，医療機関，乳児早期家庭訪問時に情報収集する），ジェノグラム・危機経路図を用いた家族アセスメントと支援計画・実施，評価について記載されている．（中略）乳児早期家庭訪問時には，産後の母親のメンタルヘルスや育児に関する状況を把握し，支援を考えていくための質問紙として，エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS），赤ちゃんの気持ち質問票，育児支援チェックリストがある．（中略）支援計画は，母親の健康状態に着目した支援を行う，母親の社会的孤立を解消し，母親が自分自身の大切さを表出できるようにする，具体的な育児知識について情報収集で，計画に基づいて，実施する．評価は，親の状況をできるだけ把握し支援に結び付く家族アセスメントができたか，支援において親の社会的孤立を解消する支援から始めることができたかなどである．（pp.198-204）
H	子ども虐待には，「虐待を受ける子どもと虐待する親の2人の犠牲者がいる」ことを正しく認識し，関係機関が連携し親子双方への支援を行っていくことが重要である．（中略）母子保健において親が最も支援を必要としている時期は出産後早期からといわれている．また，児童虐待予防に関する研究においても，妊娠中および出産直後からの家庭訪問が有効であることが明らかにされている．わが国の母子保健システムは妊娠届時から保健師や助産師のかかわりができるようになっている．この母子保健システムを利用して出産直後から虐待を早期に把握し積極的支援を行っている方法が試みられている．（pp.296－299）.児童虐待の防止等に関する法律（pp.300－301）. 医療機関等においては，深刻な子ども虐待が起きたときに，その第一発見を行い得る立場にあることから，子ども虐待について正しく理解することや，子ども虐待を発見または，その疑いを感じた場合は，適切に児童相談所に通告することが必要とされている．（中略）子ども虐待が起こる原因は，家族の孤立や育児不安，育児のストレス，住居や経済的な問題，親の人格障害や精神疾患，過去の被虐待経験，子どもの発達障害や性格行動上の問題など，様々な要因が絡んでいると考えられている．子ども虐待はどこの家庭にも起こり得る可能性があるものであり，虐待をしている親自身が悩み，やめたいと望んでいる場合も多い．親側の要因は，親自身が情緒的に未熟，他者への依存傾向が強い，人格障害や精神疾患がある，アルコール依存症や薬物の依存や乱用，育児能力の低さや育児不安，育児のストレス，親自身の被虐待経験，体罰を認容する価値観などがある．（pp.301－306）
I	児童虐待は，人の心身の成長発達に大きな影響を与え，最悪の場合子どもの命を奪ってしまうことさえある．厚生労働省は，「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第7次報告・第8次報告）」で，母子保健手帳の発行時期が遅い，妊娠届出が遅い等の母親については，「望まない妊娠」「虐待（ネグレクト）傾向」などのハイリスク群が含まれている可能性を指摘している．そのため，市町村が実施主体となる母子保健事業のうち，妊娠届の受理と母子健康手帳の発行の段階から，支援が必要な人を把握し関わることが，もっとも効果で有効な児童虐待予防策であると理解し実践することが必要である．（中略）保健師は公衆衛生の専門職として，地域社会の健康問題について責任をもっていることが第一の特徴である．児童虐待は公衆衛生上の重要な課題であり，発生機序について様々な研究報告から明らかになっており，予防の具体的な取り組みとして，保健師活動のうち家庭訪問が重要であると指摘されている．（中略）たとえば乳幼児の健康相談は，多くの市区町村で実践されているが，その場面での子どもの行動に対して親がどのように対応しているのかを観察する中で，親子関係のアセスメントを行い，その後の家庭訪問や次回面接場面の設定などの支援計画を策定し，実践することができる．（中略） 虐待のリスク評価のための指標としては，虐待発生要因ごとにみると①子ども側の要因（未熟児や低出生体重児など），②（親側の要因（虐待者の過去の被虐待経験，感情を押さえられない性格など），③家族内の要因（夫婦の問題，経済的問題など）となる．これらの指標にも基づいて関係機関で把握している事実を出し合い，子どもとその家族がおかれている状況を整理し，リスクを判断し，介入の時期や方法，担当者を決めて相互にその進行管理を確認し合う場が，個別ケース会議と日頃の情報交換である．(pp.266-268)

第三項　事例のなかの呼称と内容

呼称の表記の仕方は，児童虐待防止対策などの説明にとどまっている内容では，「親」または「保護者」「育児者」「家族」と表記されていた．しかし，事例では，具体的な内容が

書かれているため,「親」や「保護者」よりも「母親」と表記されていることが多かった.

事例のテーマをみると，B と G の教科書以外は，テーマの中に「母親」と表記されている．事例は，学生が理解しやすいよう具体的に記述されているために，特定の「親」である「母親」が示されることが多いのだろう．

次に，事例の中で,「母親」という呼称が多く見られた C と F の教科書の 2 つの事例をみていく．事例は,「専門職の道具」（上野・野村 2003: 78）であり，読み手に対してどのようなメッセージを伝えるかによって「情報の取捨選択性を必然的に」（上野・野村 2003: 81）行って作成される．このことからすると，教科書監修者が母子保健用語を連想して「子育て役割は母親である」というイメージを伝えてしまっているのかもしれない.

事例 1　「パーソナリティ障害の母親と虐待を受ける子どもの事例」

C さんは，夫と 3 歳男児の 3 人暮らし．C さんの父親はアルコール依存症で，母親はそれを支えていた．（中略）C さんは，通院を開始して間もなく，本人の感情コントロールが不可能で争いが絶えないことから夫が家を出て行った．子どもは本人だけでは育てられないため，近隣に住む両親と保育園で様子を見るようにした.（『最新保健学講座 4 公衆衛生看護活動論 2』，医学書院: pp.89-94）

事例 2　「妊娠期より虐待ハイリスクを見出し，多方面から母親へ支援を続けた事例」

U さんは，10 年前から躁うつ病と強迫性障害を患っている．子育てに自信がなく，今回の妊娠も望んでいたわけではない．U さん夫婦は，育児方法についての知識・技術が不十分で生まれてくることへの興味，関心が低い．夫は仕事による疲労感が強く，育児の主たる担い手は U さんとなる．子供への愛着形成を促しながら，育児知識と技術の学習の機会を確保することで U さんの養育力を高めていく必要がある.（中略）U さんの養育状況は，育児知識・技術および意欲の不足によるネグレクトとみることができる．入院中に学習したはずの手技が習得できない，具体的なマニュアルをつくっても予測不能な事態が発生すると U さんには柔軟な対応ができず 24 時間，児を世話することは困難であることが予測される．フルタイムの仕事から帰宅した夫にとって夜間の授乳は負担が大きいことから，主たる養育者としての役割が求められる U さんの養育力を向上させるために育児知識・技術を助言できる支援者と，U さんができない育児を代行・捕捉できる協力者が必要であることが予測された.（『公衆衛生看護活動』医歯薬出版株式会社, pp.234-245）

教科書では「C さん」「U さん」と表記されているが，テーマに母親という表記があり，「母親＝虐待者」というイメージ性が明らかである．

事例は，「子育ては母親の役割」という内容を示している．事例 1 では，「夫が家を出て行った．子どもは本人だけでは育てられない」，事例 2 では，「育児の主たる担い手は U さん」「主たる養育者としての役割が求められる U さん」と表記されている．事例は明確に，子育ての役割は母親であること，父親は母親のサポート役であることを伝えている．さらに事例 1 では，「父親はアルコール依存症で，母親はそれを支えていた」とケア役割は女性の役割であることが示唆される．また，「U さんの養育状況は，育児知識・技術および意欲の不足によるネグレクトとみることができる」という内容から，児童虐待は，母親の育児知識や技術の不足や母親としての役割意識の欠如によって起こるものであると，読み取ることもできるのである．

第五節　考察

看護職は，明治以降，女性職として社会に認識されており（川上 1980），教科書監修者に女性研究者が多い．就業している看護職の男女比をみると，日本看護協会[9]における 2014 年度の調査データでは，男性 97,781 人（6.1%），女性 1,505,327 人（93.9%）と圧倒的に女性が多く，保健師の男女比をみると，男性 936 人（1.6%），女性 58,220 人（98.4%）と，より女性の割合が高くなっている．男性保健師は，1993 年に保健師助産師看護師法が改正[10]されたことにより保健士制度が創設され，1993 年以降に登場したことで，経過年数が浅く，人数が少ない．さらに，保健師を養成する大学教員や保健師活動の内容に関わる研究者は男性よりも女性が多く，保健師教育を行う男性養成者が少ないことから，教科書の監修を行うまでの経験や実績が十分に育っている者が少ないからではないかと考える．

教科書の記載に母親や女性の割合が多いのは，公衆衛生看護のカリキュラム内容が，「母子保健」となっていることから，母親や女性をターゲットにした記載になっているのだろう．しかし，子どもに関わる時間が長い母親や女性が児童虐待のリスク要因になりやすいことは否めないが，母親を想定したリスク構成になっていることについて改めて検討する必要があるのではないだろうか．

では，なぜ事例のテーマに「母親」が取り上げられるのか．厚生労働省が公表している 2013 年の「主たる虐待者の推移」[11]では，実母が 54.3%，実父が 31.9%と，母親が虐待者になる割合が高いことを示している．児童虐待のゲートキーパーである母子保健領域では，厚生労働省の児童虐待に関する統計資料に基づき，児童虐待を発見するためのリスクアセスメント指標が用いられている．そのリストは，「母子家庭」自体をリスクとみなす項目や，「妊娠・出産のストレス」「育児知識不足」など，母親の問題にかかる項目から構成されている（上野・野村 2003）．2007 年に創設された生後 4 か月までの乳児家庭の全戸

訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）では，児童虐待のリスクを発見するために「エジンバラ産後うつ病質問紙票」や「赤ちゃんの気持ち質問票」「育児支援チェックリスト」を用いて，母親のメンタルヘルスや育児状況などのリスクをアセスメントしている．児童虐待防止対策は，父親のリスクをアセスメントするものではないのである．母子保健領域では，子どもを産み育てる家族の育児機能を高めるための支援活動を実施しているが，厚生労働省が指すところの家族とは，「母親」のことであったのである．母子保健領域における児童虐待対策では，――第四章で詳細にみていくのだが――「母親」を念頭に置いてリスク項目を策定していることから，両親がそろっていることや子育ての担当者が母親であることを「正常」とする近代家族イデオロギーが顕著に認められる．そのため，事例のテーマに「母親」という呼称が表記される割合が高いのだと考えられる．

教科書は，教育目的に沿って標準化された知識体系であり，看護技術の原則が書かれている（川島 2002）．保健師教育で使用している教科書のはしがきには，「教員や学生のニーズに応え，標準的な保健師教育のために，保健師に求められる基本的な知識と技術を習得することを目指している」（中村ら 2015）と，記載されている．また，他の出版社の教科書のはしがきには，教科書に提示している「ナラティブな事例と解説を合わせて何度も読むことにより，保健師の考え方と実際を頭の中で映像化し，自分と置き換えて実践のイメージトレーニングをしてほしい」（岡本 2014）と記されている．学生は，教科書に書かれた事例を通して，保健師の判断やスキルを疑似体験する．教員は，教育カリキュラムにもとづき，自らの経験と理論をもとに授業を進める．現場経験の少ない教員は，教科書に書かれた内容や事例を実践に即したものとして学生に伝えるようになる．しかし，教科書に示された事例は，倫理的で抽象的なものになっており，監修者の保健師教育に対する考え方が示されている．教科書の記載内容（表 2）は，「母親の育児ストレスを軽減することが虐待予防になる」「育児不安が強くなる産後 1 か月の産婦に対する新生児訪問の充実」「母子健康手帳の交付時から直接妊婦と面接し虐待リスク要因をもつ母子を早期に発見する」など，「子育ては母親の役割である」ことや「虐待者の多くは母親である」というイメージを読み手に与えるものになっている．事例の中で，単に「母親」という呼称を「C さん」「U さん」と表記したからといって，教科書の使用者である教員や読み手である学生のジェンダーへの感受性が高まるものではないであろう．

教科書は「学生に与える影響が大き」く（酒井 1995），「教科書は教育に重要な役割を果たしている」（升野 2008）．そのため教員は，教科書に書かれた事例を実践モデルとしてとらえるのではなく，「保護者」や「家族」という表記が，「母親」を意味した記述になっていることを意識しなければならない．教員自身が，自らの意識や行為をリフレクシブに洞察したり，教員間や学生との間で「子育てが母親の役割」という前提の是非について実践レベルで討議することを通して，保健師教育の内容を再考しなければならない．教員は，教科書に書かれている内容（ジェンダーバイアス）を相対化し，適切な形で教育指導

ができるようになる.「母親＝育児」「母親＝虐待（育児不安)」という図式を再考し，父親も含め社会全体で子育てしていくことを意識づけるような教育ができるように，教員自身が日々の実践で努力することが必要だろう．教員自身が，自らのジェンダー意識をリフレクシブに問い直すような取り組みが求められているのである（Fiona 2008, Jayne 2014）.

第六節　結論

本章では，ジェンダーにリフレクシブな保健師を学校教育において養成するためにはどうしたらよいのかという問いをたて，教科書にジェンダーバイアスを再検討することを通して，ジェンダーにリフレクシブな保健師を養成する方法について考察した．現在保健師教育に使われている主な教科書の児童虐待に関連した記述には，ジェンダーメッセージが存在していることが確認できた．それは，性別を示さない「親」という単語が母親を想定した文脈で使われていたこと，ケアの役割が女性であることが当然視された内容が掲載されていること，児童虐待の問題は母親の問題であるように書かれていることなどである．教員ひとりひとりがこれらのことを意識化していなければ，専門課程教育のなかで，ケアは「女性・母親の役割」であり，児童虐待は母親の問題であるという「性別役割分業意識を再生しながら行われる可能性がある」（升野 2008）.

厚生労働省（2004）は「子ども・子育て支援プラン」において育児休業取得率（男性 10%，女性 80%）の目標を設定し，男性の子育てプログラムの普及をめざし，『父親の仕事と育児両立読本(12)』等を刊行している．子育ては，母親の役割だけでなく父親の役割でもあるとする考え方を，政府主導で若い世代に浸透させようとしているが，実際には男性の育児休業率は 2.03%（厚生労働省 2013）に止まっている．男女共同参画社会基本法(13)（1999）が施行され 17 年になるが，本稿でみてきたように，専門職の要請課程においてもステレオタイプ的なジェンダー観が明確に存在している．たしかに男性の育児参加の政策に呼応するような教科書も登場している．たとえば 2011 年に刊行された『親子保健』というタイトルの教科書（平岩 2011）である．この教科書の冒頭には，「法律も含めて母子保健という呼び方が一般的だが，現代は母親だけに子育ての性役割を押し付けるという時代ではなく，親子保健という呼び方が適切である」と記載されている．ところが，内容をみると，「子育てをしている母親はいつも幸せではないし，いつも子どもがかわいいと思っているわけではない」，「子育てのピアサポートは，先輩ママたちお優しい語りかけによってほっとする」など，「親」の呼称が「母親」や「ママ」になっている．また，乳幼児健診や家庭訪問の説明項目には，「4 か月健診の際に母親の歯科検診を」，「外国籍女性の出産が増えている」，「母親の体の問題だけでなく心の問題も注意し，母親に対応するときはちょっとだけアドバイス」などとあり，子育ては母親の役割であり，保健師の支援の対象は母親であるととらえられていることが明確である．このように，「母子保健」から「親子保健」に呼称が変化しても，教育内容は変わらず母親と子どもが問題の対象にされるのである．研究

者がジェンダーバイアスを取り除いた視点を持ち，ジェンダーの拘束から解き放たれた視点で教科書を刊行していくことが重要である．

第四章　母子保健分野における児童虐待防止活動とリスクアセスメント

第一節　研究の背景と目的

日本では，1990 年代から児童虐待リスクアセスメントの開発が進められてきた．虐待リスクアセスメントは，欧米で作成されたリスクアセスメント票に記載されている項目を参考に，児童福祉や地域保健などの専門職が自分たちの実践に基づきリスクファクターとして考えられるものをあげ，それらを統計的手続きで検証し，作成された（上野・野村 2003）．

2000 年に制定された「児童虐待の防止等に関する法律」（以下，児童虐待防止法）にもとづいて発行された『厚生省　子どもの虐待対応の手引き（平成 12 年 11 月改訂版）』（日本子ども家庭総合研究所編 2001）には，リスクアセスメントによる判定方法が採り上げられている．2002 年には厚生労働省が，『健やか親子 21』において「地域保健における児童虐待防止対策の取り組みの推進」を通知し，そのなかに児童虐待の発生予防に向けたハイリスク親子の発見に努めることを示していた．また，佐藤（2002）が，『子ども虐待予防のための保健活動マニュアル』を作成し，このマニュアルには周産期医療機関や市町村での乳幼児健康診査，乳幼児家庭訪問など場面ごとに参照されるべき虐待リスク項目が記載されている．

乳幼児健康診査や乳児家庭訪問の場面にかぎらず，妊娠届や母子健康手帳の交付時にも虐待のリスク要因をチェックする質問紙が使用されるようになった（上野・野村 2003; 上野 2007）．

このように，国は虐待を効率的に発見する方法としてリスクアセスメントの使用を一般化してきた．

このリスクアセスメントを用いた児童虐待防止の活動で注目されたのが，保健師の活動である．保健師は，児童虐待防止法の第 5 条において，虐待の防止，早期発見に努めなければならないと規定されている．そして，母子手帳交付時の面接や妊婦訪問指導，乳幼児健康診査，乳幼児家庭訪問などの母子保健事業を通して，虐待のリスクアセスメントが実施されてきた．実際に保健師は，児童相談所が扱う児童に比べ，虐待による死亡や重症になりやすい 3 歳未満の乳幼児に支援する割合が高い（有本ら 2013）．

国は，児童虐待防止法制定以降の取り組みの効果について評価（総務省 2012）を行っている．その結果，早期対応から保護，支援については一定の効果がみられたが，虐待の発生予防と早期発見は不十分であると記している．母子保健における虐待防止活動の指導的な役割を担ってきた小林（2012），そして有本ら（2014）も，児童虐待防止法施行後の虐待の発生予防や再発予防への取り組みはまだ十分ではないことを指摘したうえで，さらなるリスクアセスメントの活用を推奨している．

このように，リスクアセスメントの使用に重点をおいた施策が進められるなか，母子保健の実践現場にいる保健師たちはリスクアセスメントをどのように受け止めているのだ

ろうか.

厚生労働科学研究で「保健師による母子保健活動における児童虐待リスクアセスメントツールの開発」に取り組んだ松田（2005）は，保健師が虐待のリスクを早期に発見し，虐待を防止するために，リスクアセスメントが必要であることを述べている．さらに松田ら（2016）は，虐待やその疑いのある事例の支援に関わったことがある保健師にインタビュー調査を実施している．虐待リスクアセスメントを使用する際に必要な保健師の知識やスキルについて質問するなかで，虐待の判定には「虐待を見極める幅広い知識」や「初期介入のための的確な判断」,「虐待を疑う“あれ？”という感性」を養うことに加えて，とりわけ虐待の判定を関係機関と共有するために虐待リスクアセスメントが必要である，という回答を保健師から得ている.

乳幼児健康診査や乳幼児家庭訪問など母子保健事業のさまざまな場面において，虐待リスクアセスメントの重要性を説いているのは, 小林 (2012) 有本ら (2014), 松田ら (2016) だけでなく, ほとんどすべてのこの分野の研究においてそうである (山田ら 2002; 松野郷 2003; 横田ら 2004; 上野昌江ら 2006, 頭川 2006; 佐藤 2006, 2008, 2010, 2011; 有本ら 2007; 守村 2008; 上野昌江 2008; 山城ら 2008; 柴原 2010; 上田ら 2011 2013; 赤塔ら 2013; 西平ら 2014; 田口ら 2014; 玉城 2014; 荒木ら 2015).

他方，社会福祉学では，すでに虐待リスクアセスメントを使用することに疑念を示す研究があった．初期のアセスメントによる支援が家族再統合に影響することを考察した鈴木（2007）や, 子どもの総合情報アセスメントの開発を手掛けた福ら（2012）は，親子のリスクにのみ焦点をあてることで広い脈絡でのアセスメントを妨げ，家族を無力な存在としてみなし，家族が持つ力を削いでしまい子どもの最善の利益にならないのではないかと疑問を示している.

社会学の分野からは『児童虐待の社会学』を 1996 年に著した上野（1996）が，児童虐待リスクアセスメントが開発された海外における研究を紹介するなかで，日本の児童虐待リクアセスメントに対して体系的な批判を展開してきた．たとえば，上野・野村（2003）は,『子ども虐待対応の手引き』（日本の子ども家庭総合研究所編 2001）に記載されている「一時保護決定のための重症度判定」や大阪府保健所が虐待と判断した事例を調査した「母子保健分野における子どもの虐待重症度の評価」を，また，上野（2007）は東京都南多摩保健所の乳幼児健康診査で使用されている「子育てアンケート」，そして 2007 年に厚生労働省が施行した「こんにちは赤ちゃん事業」において使用されている「産後うつ病質問票（EPDS)」「赤ちゃんの気持ち質問票」「育児支援チェックリスト」の 3 つの質問票を分析している.

上野・野村（2003），上野（2007）は，上記のリスクアセスメントの主だった問題点を次のように指摘している.

第一に，リスクアセスメントのリスク項目を確定する調査の上での問題である．統計処

理で有意差があった項目だけでなく，有意差がでなかった変数も調査者の判断でリスク項目として組み込まれている．虐待もしくは虐待の疑いとして判定された事例を母集団として分析しているだけで，比較対象となるデータをおいた分析ではない．リスクは客観的に抽出されているわけではないのである．

第二に，児童虐待の状態と貧困状態がオーバーラップしていることである．リスクアセスメントの項目には，「経済的困難」や「借金」「生活保護に依存」「就労状態」など，経済変数が含まれている．これらの項目が該当することで，低階層が虐待と認定されやすくなる．つまり，社会政策を整えることで回避すべき問題や国側の社会政策の不備を，科学的な装いでもって，リスクをマネージメントできなかった個人に責任転嫁する仕組みになっている．

第三に，貧困だけではなく，母子家庭になる，障害児をもつといったライフサイクルで起こりうる出来事や，また夫婦不和，転居，専門職のアドバイスを拒否する，育児ストレスがあるといった日常的な光景が，児童虐待のリスクとされている．「日常生活の問題化」に関する項目が多い．

第四に，リスト作成者の特定のジェンダー観にもとづく家族像が色濃く反映されていることである．虐待リスクアセスメントを構成するリスクは，子どもの状態よりも，その養育者，特に母親に焦点を当てた項目が多く含まれていた．リスクアセスメントには，「母子家庭」や「母若年」，「母性意識」「母親の訴えが多い」「家事能力不足」「育児知識の不足」「母子手帳の記入が少ない」「妊婦健診を未受診」などジェンダーに関連した項目が多く採り上げられている．これらの項目にチェックが入ることで，作成者や観察者の「あるべき女性像」や「母親像」からの逸脱として，養育者が虐待や虐待ハイリスクと判断される．

第五の問題点は，リスクアセスメントによって，公的機関が特定の家族を虐待ハイリスクと判断することによって，スティグマ化してしまうことである．公的機関の虐待判定は，関係の機関や専門職，児童民生委員などに共有される．「母子家庭」や「生活保護世帯」など社会的弱者を，「危険な親」として，さらに特別な存在としてみなし，地域社会の周辺に位置づけてしまう．

そのほかにも上野（2016）は，海外での児童虐待リスクアセスメントの問題点として示されている論点を紹介しており，それらは上記の日本のリスクアセスメントと共通することが多いが，それらの議論には，リスクアセスメントの使用により家族の「問題」や「弱さ」のみが注視され，家族が持つ強さや資源，能力が軽視されてきたこと，また，家族のニーズをみる従来の児童福祉から，危険な養育者を発見し，子どもを保護することが優先されるようになり，家族の機能させることよりも子どもを守ること，さらには専門職自身を守ることが優先されていること，などが含まれている．

本章では，上野・野村（2003），上野（2007）が，主だった――しかし限られた――リスクアセスメントを精査していたのに対して，虐待防止の主要な実践現場である母子保健

分野において実際使用されている，より多くの虐待リスクアセスメントを検討する．そして，海外の研究が指摘するように，家族が持つ力を引き出し，発揮できるようなアセスメントの意義について考察する．これまでのリスクアセスメントでは，家族の弱みや問題にのみ焦点が当たり，養育者が持つ力を軽視してきた点については，先述したように社会福祉分野で鈴木（2007）や福ら（2012）によって触れられているものの，十分な議論はなされていない．本章では，日本においてストレングス視点にもとづくアセスメントをどのように母子保健分野に導入できるかという問題，また家族の声に着目し，家族と専門職が相互に影響し合うナラティブ・アプローチを活かした支援の可能性について検討していきたい．

第二節　分析方法

文献検索サイト Webcat で「リスクアセスメント and 母子保健」,「児童虐待 and 母子保健」のキーワードを入力し，該当した児童虐待リスクアセスメントや児童虐待防止マニュアルは 15 件である．その 15 件のうち，上野や野村が，すでに検討している『子ども虐待対応の手引き』（日本の子ども家庭総合研究所編 2001）に記載されている「一時保護決定のための重症度判定」や大阪府保健所が虐待と判断した事例の調査にもとづき佐藤（2002）が作成した『子ども虐待予防のための保健師活動マニュアル』, 東京都南多摩保健所の乳幼児健康診査で使用されている「子育てアンケート」,「こんにちは赤ちゃん事業」において使用されている「産後うつ病質問票（EPDS）」「赤ちゃんの気持ち質問票」「育児支援チェックリスト」の 3 つの質問票の 4 つを除いた 11 件を分析対象とした．この 11 件の児童虐待リスクアセスメントや児童虐待防止マニュアルをホームページ等で確認したところ，すべて行政機関で使用されているものであった．

11 件の児童虐待リスクアセスメントや児童虐待防止マニュアルに記載された内容から，虐待リスク項目やリスクアセスメントの使用場面，使用方法，注意点などを整理し（表 1，表 2，表 3），それらの内容を検討した．

第三節　分析結果

第一項　児童虐待防止マニュアルの概要（表 1）

本論で取り上げる 11 件の児童虐待リスクアセスメントや児童虐待マニュアルは，表 1 の通りである．これらすべてにおいて，厚生労働省が作成した『子どもの虐待手引き』に記載されている「支援の必要性を判断するための一定の指標」の添付や，この指標に基づき内容をアレンジした観察項目が記載されていた．このうち千葉県や高知県，滋賀県，東京都，徳島県，横浜市の虐待防止マニュアルは，児童相談所と母子保健分野の共通リスクアセスメント票を使用していることがわかった．

一方で，新潟県や奈良県，長野県，大阪府が使用しているマニュアルは，タイトルに「母

子保健」や「保健師のための」という単語を含む，母子保健で使用するための虐待防止マニュアルであった．栃木県が使用しているマニュアルのタイトルは「母子保健事業指針」であり，母子保健全般の事業の説明をしているものであるが，虐待防止が明示されており，リスクチェック項目が記載されている．これら，新潟県，奈良県，長野県，大阪府，栃木県の 5 つのマニュアルは，母子保健分野で使用されることを前提とした内容で構成されていた．5 つのマニュアルには，「乳幼児虐待リスクアセスメント指標」（佐藤 2002）が示され，新潟県と長野県では，新生児・乳児訪問チェックシート「質問票セット（①育児支援チェックリスト，②エジンバラ産後うつ病質問票（EPSD），③赤ちゃんへの気持ち質問票）」（吉田ら 2005）も使用することが記載されていた．

11 件全てのリスクアセスメントには，母子健康手帳の交付時に妊娠期の母親の気持ちや生活状況を確認するためのアンケート調査票が示されていた．奈良県では，母子健康手帳交付時（妊娠届出時）の面接などで使用されるアンケートに虐待リスク項目が明示的に組み込まれていた．それ以外の 10 件においては，母子健康手帳の交付時や妊娠中の様々な場面，新生児・乳児家庭訪問や乳幼児健康診査など，さまざまな場面で，虐待リスクアセスメントを行うことが提示されていた．

表 1　児童虐待防止マニュアルおよび母子保健活動指針の概要

発行元	発行年	タイトル	リスクアセスメントの活用場面と目的	リスクアセスメントチェックシート
徳島県	2005年	とくしま子どもの虐待防止ガイドブック	母子健康手帳や新生児・乳児家庭訪問，乳幼児健診など 関係機関と情報共有や連絡会など共通認識のため	①リスクアセスメント指標 ＊『子ども虐待の手引き』をもとに改訂 ②妊娠期のアンケート
長野県	2007年	母子保健関係者のための子どもの虐待予防マニュアル	母子健康手帳や新生児・乳児家庭訪問，乳幼児健診など 関係機関と情報共有や連絡会など共通認識のため	①妊婦連絡票，新生児産婦連絡票 ②育児支援チェックリスト ③エジンバラ産後うつ病質問表（EPDS） ④赤ちゃんへの気持ち質問表 ⑤保健分野の乳幼児リスクアセスメント
高知県	2010年	市町村児童家庭相談対応マニュアル	母子健康手帳や新生児・乳児家庭訪問，乳幼児健診など 関係機関と情報共有や連絡会など共通認識のため	①リスクアセスメントシート（保護者用） ＊『子ども虐待の手引き』をもとに改訂 ②妊娠期のアンケート
滋賀県	2012年	市町村向けの子ども虐待対応マニュアル―未然防止から早期発見・対応，保護，子どもの自立支援まで―	母子健康手帳や新生児・乳児家庭訪問，乳幼児健診など 関係機関と情報共有や連絡会など共通認識のため	①リスクアセスメント指標 ＊『子ども虐待の手引き』をもとに改訂 ②妊娠期のアンケート
奈良県	2013年	妊娠期からの母子保健活動マニュアル―乳児期早期の虐待予防に向けて―	母子健康手帳や新生児・乳児家庭訪問，乳幼児健診など 関係機関と情報共有や連絡会など共通認識のため	①妊娠期のアンケート ②保健分野の乳幼児リスクアセスメント

表 1　児童虐待防止マニュアルおよび母子保健活動指針の概要――つづき

発行元	発行年	タイトル	リスクアセスメントの活用場面と目的	リスクアセスメントチェックシート
千葉県	2014年	子ども虐待対応マニュアル	母子健康手帳や新生児訪問，乳幼児健診など 関係機関と情報共有や連絡会など共通認識のため	①リスクアセスメントシート ②早期発見のためのチェックリスト （家庭や地域編，乳幼児健康診査編）
新潟県	2014年	乳幼児保健指導の手引き	母子健康手帳や新生児・乳児家庭訪問，乳幼児健診など 関係機関と情報共有や連絡会など共通認識のため	①妊娠期のアンケート ②育児支援チェックリスト ③エジンバラ産後うつ病質問表（EPDS） ④赤ちゃんへの気持ち質問表 ⑤保健分野の乳幼児リスクアセスメント
東京都	2014年	虐待から子どもを守るために―地域・関係諸機関における対応力のさらなる強化に向けて―	母子健康手帳や新生児・乳児家庭訪問，乳幼児健診など 関係機関と情報共有や連絡会など共通認識のため	①リスクアセスメント指標 ＊『子ども虐待の手引き』をもとに改訂 ②妊娠期のアンケート
大阪府	2015年	保健師のための子ども虐待予防のポイント	母子健康手帳や新生児・乳児家庭訪問，乳幼児健診など 関係機関と情報共有や連絡会など共通認識のため	①妊娠期のアンケート ②保健分野の乳幼児リスクアセスメント
栃木県	2015年	栃木県母子保健事業指針	母子健康手帳や新生児・乳児家庭訪問，乳幼児健診など 関係機関と情報共有や連絡会など共通認識のため	①妊娠期のアンケート ②保健分野の乳幼児リスクアセスメント
横浜市	2015年	横浜市子ども虐待ハンドブック	母子健康手帳や新生児・乳児家庭訪問，乳幼児健診など 関係機関と情報共有や連絡会など共通認識のため	①虐待に至るおそれのある要因一覧
厚生労働省	2002年（2009年）	子どもの虐待手引き	子育て支援サービス事業（乳児家庭全戸訪問事業，養育支援訪問事業）乳幼児健診，妊娠期の母子保健事業など 関係機関と情報共有や連絡会など共通認識のため	リスクアセスメント指標

第二項　児童虐待防止マニュアルに示されていた虐待リスク項目（表 2）

ここでは，子どもの虐待要因を除き，親や養育者をアセスメントする際に，どのような虐待リスク項目があるのかをみた．リスクアセスメントは，厚生労働省『子どもの虐待の手引き』をもとにアレンジされているため，11 件ともに表現の違いはあるものの構成内容は同じであった．

虐待リスク項目は，親の要因と養育環境の 2 つに分類されていた．親の要因には，妊娠や出産に関すること，育児不安や精神的不安定，依存症，性格，被虐待歴の有無であった．妊娠や出産に関することでは，「望まぬ妊娠」や「10 代の妊娠・出産」「妊婦健診未受診」「飛込み出産・墜落出産」などが，育児不安や精神的不安定では「マタニティーブルーズ」や「産後うつ」など，母親の行動や状態を観察する項目が挙げられていた．

養育環境では，婚姻状況や就労状況，経済状況，住居状況，人間関係，育児や養育状況，生活状況などの項目が組み込まれていた．婚姻状況では，「母子家庭」や「未婚」「内縁」が，育児や養育状況では「子どもへの関わりが不自然」や「育児の仕方が気になる」「子どもへの理解が乏しい」などが，生活状況では「家事ができない」や「不衛生」など，母親に焦点を当てた項目が組み込まれていた．

また，経済状況を確認する項目では，「経済的困難」や「生活基盤が不安定」「金銭の計画性」などを実際の収入の多寡に関わらず判断するように指示されている．また，人間関係の項目に「経済問題によるストレス」も含まれ，経済的問題を人間関係の不和や精神的な不安と結びつけていることがわかる．

表 2　児童虐待防止マニュアルおよび母子保健活動指針に記載された虐待リスク項目

	リスク項目	徳島県	長野県	高知県	滋賀県	奈良県	千葉県	新潟県	東京都	大阪府	栃木県	横浜市	厚生労働省
親の要因	望まぬ妊娠・出産（若年の妊娠・出産） 飛び込み出産，墜落分娩など	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	早産など妊娠中の異常，子どもの長期入院 （子どもへの愛着形成が不十分）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	マタニティブルーズや産後うつなど 精神的に不安定	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	医療につながっていない精神障害， アルコール依存，薬物依存，知的障害， 慢性疾患	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	攻撃的・衝動的正確	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	被虐待歴	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	育児に対する不安やストレス （保護者が未熟）		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
養育環境	未婚・ひとり親家庭，内縁や同居人がいる，子ども連れの再婚	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	失業や転職の繰り返しで経済不安がある （経済苦，経済的基盤が不安定）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	親族や地域社会から孤立 （相談できる人間・機関がない）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	夫婦関係や人間関係に問題あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	転居を繰り返す，不適切な居住状況	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	夫婦不和，配偶者からの暴力（DV）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	妊婦健康診査を受診しない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	定期的な乳幼児健康診査を受診しない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	きょうだいへの虐待歴・不審死	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	子どもへの関心・態度（子どもを拒否，受容がない，兄弟間で不平等，体罰の容認）		○	○	○	○		○	○	○	○	○	
	多胎，低出生体重児		○	○	○	○		○	○	○	○	○	
	育児ケアの問題(育児しない，できない，極度の不潔，医療を受けさせない，育児知識の不足，監督不十分)		○	○	○	○		○	○	○	○	○	
	家事の問題 (料理や清潔，家計のやりくりに問題)		○	○	○	○		○	○	○	○	○	
	援助を求めない (拒否，家の中に入れない，問題意識がない)		○	○	○	○		○	○	○	○	○	

第三項　リスクアセスメント使用時の注意点（表 3）

リスクアセスメントを使用する際の注意点として，表 3 に示しているすべてのリスクアセスメントにおいて，不適切な養育（虐待が危惧される）が行われている家庭や危機に陥

りやすい家族，育児困難感を抱く養育者を見落とさず，早期に気になる親子を把握することが示されていた．

11 件のすべてのリスクアセスメントの注意点で，従来から実施されてきた母子保健事業に，虐待の予防の視点を加えることが推奨されていた．とくに，滋賀県のマニュアルには，妊娠期，出産直後から新生児期，乳児期，幼児期のそれぞれの時期ごとに固有のリスク項目があげられ，母親や養育者の問題点をチェックするようになっていた．子どもの怪我や発育不良の項目よりも，母親の養育力，家庭内の人間関係，社会的な孤立状況など，母親や養育者個人の問題点から支援を考える項目を中心にリストが構成されていた．

また，リスクアセスメントは，虐待か否かの判断をするための枠組みであり，機械的に判断せず，保健師の目（観察する力）で，臨機応変に判断すべきであると述べられていた．さらに，奈良県と長野県のマニュアルには，虐待を未然に防ぐために，虐待のリスクアセスメントを認識した保健師の目を養う必要性が記載されていた．

一方，千葉県（2014）と横浜市（2015）のマニュアルに限られるが，日常生活の様子を通して，困難さ（リスク）だけではなく，子どもにとって安全な要素（強み）をみつけることの重要性に触れていたことは注目に値する．

表 3　リスクアセスメントの視点と使用時の注意点

発行元	リスクアセスメントを使用する際の視点	注意点
徳島県	保護者や家庭の状況，子どもの行動観察等からリスク項目にある様子がみられたら虐待を疑う．	
長野県	従来実施してきている母子保健事業の中に「虐待の予防」という視点をプラスすることが大切です．スクリーニングシステムでは，客観的に対象者をふるいわけるために，リスク要因を点数化している．判断にいたっては，点数化できな「観察」を中心とした検討が必要であるため，支援者の「観察」の姿勢が重要になる．「気になる」という気持ちを大切に，「支援につなげる」という視点を持つ，「出会いをつなげる」という姿勢をもつ．	虐待かどうかを機械的に判断するのではなく，保健師自身の感性による虐待をみる「目」を育てることが重要で，リスクアセスメントの項目を認識することで，目の前の親子にどのような背景があるのかを理解するようになる．
高知県	母子保健活動の中で，不適切な養育（虐待が危惧される）が行われている対象家庭の早期発見と支援を行うため．虐待を未然に防ぐには，妊娠期から支援を必要としている家庭の把握に努め，子育てに関する不安や負担，その背景を少なくするように積極的に取り組んでいく．	
滋賀県	虐待対応には様々な段階がありますが，何よりもまず起こさないようにすること，すなわち未然防止が大切です．また，虐待が深刻化する前の段階で，その兆候に気づき，早期発見することも重要です． 県では，従来から市町を中心としたきめ細やかな乳幼児健康診査（以下「乳幼児健診」という．）の体制が確立しており，高い受診率を維持していることから，乳幼児健診等母子保健活動の中で不適切な養育予防・子育て支援の視点を取り入れるよう取り組んできています． 母子保健活動における目標は，保護者への養育の支援を行うことにより，子どもの心身の安らかな発達を促進することにあります．深刻な虐待に移行する前に，不適切な養育を発見し，予防的な支援をしていくことが重要であり，精神的に不安定な状態にある保護者への専門的支援の必要性も高くなっています． 母子健康手帳の交付をきっかけに出産に至る過程で，ハイリスクな状態が把握でき，子育て支援の必要性の判断につなげられます． 乳幼児健診は，子育てへの不安や虐待の兆候なども早期に発見しやすく，早期に子育て支援サービスやその他の支援につなぐことができ，状況が深刻化する前の段階での対応が可能となります． 生後28日を経過しない乳児のいる家庭に保健師や助産師，看護師といった専門職が訪問する新生児訪問指導や乳幼児健診の未受診家庭への訪問をはじめ，生後４か月を迎えるまでの全ての乳児のいる家庭を訪問し養育環境などの把握を行い，必要なサービス提供につなげる．	虐待対応においては，保護者の問題が強調されがちですが，一方的に保護者を責めることは解決につながりません．

表 3　リスクアセスメントの視点と使用時の注意点――つづき

発行元	リスクアセスメントを使用する際の視点	注意点
奈良県	1次予防（発生予防），1.5次予防（ハイリスク者への集中的発生予防，早期発見，早期対応），2次予防（ハイリスク者や虐待疑い事例への早期対応）を中心として各段階の支援が必要な親子を見極め，かかわりを持つことが重要．虐待は特別な地域，特別な人に起こる問題ではなく，「いつでも」「どこでも」「だれにでも」起こりうるものという認識のもとに，虐待予防の視点をもって母子保健活動を行う必要がある．	虐待を機械的に判断するのではなく，保健師自身の観察による虐待をみる「目」を育てること，リスクアセスメントは虐待の判断ではない．臨機応変なアセスメントが大切．
千葉県	虐待のリスク要因とその関係を整理し，虐待の内容・程度，子どもや保護者の状況，世代間連鎖の有無，支援者の存在等も含め家族全体を視野に入れたアセスメント（情報収集とその評価，ケースの見立て）から支援計画を導き出すことが重要．	リスクアセスメントシートは単なるチェックリストではなく，どこに問題が多いのか，それを 解決や軽減するにはどのようなサービスや支援が必要か，支援に対するニーズはどの程度かという視点のもとに，具体的な対応を考えていくために必要． 家族の持つ健康な側面，部分的ではあっても機能している養育能力，変化の可能性などのプラス要因「強み」を引き出す視点もアセスメントの中に取り入れること．
新潟県	市町村が実施する母子保健事業を通して，ハイリスク家庭を早期に発見し，早期に子育て支援を行うことは重要．	乳幼児虐待リスクアセスメント指標の項目を認識することにより，親子の背景なども理解しやすくなる．
東京都	支援を必要としている保護者や，不適切な養育環境等で困難を感じている子どもの状態などを把握することが不可欠．	
大阪府	アセスメントは，客観的事実と支援方針を明確にし，家族や周囲の状況，協力度をアセスメントし，その家族の状況に応じた支援を行う．	保健師は虐待を発見しやすい立場になることを自覚し，児童虐待の早期発見に努めなければならない．
栃木県	母子保健事業は，子ども虐待に対して，予防的な関わりができる重要な役割をもっています．育児不安が危惧されるハイリスク妊婦のスクリーニングによる早期発見と支援が重要です． 乳幼児健康診査については，従来からの発達・育児のチェックや異常・病気の早期発見という疾病中心の健診から，子どもを取り巻く家族全体に目を向ける健診へと転換させていくこと，虐待予防の観点から大切です． 虐待する家族やその危険性のある家族は，地域の乳幼児をほぼ全数把握している母子保健活動の中で発見することは十分可能です．しかも，その機会は，妊娠期から３歳児健康診査まで，子どもの成長に合わせて数回にわたりります． 健康診査を受けていない親には，必ず連絡をとり，子どもの成長・発達の状況や養育環境を家庭訪問等で積極的に把握し，養育上の問題を抱えている家庭に対して支援を行っていくべきです．	健診場面では，「上手に子育てできていますね」等のように保護者達の日々の育児を認めることから始めることで，保護者は「今のままで大丈夫」と自信を高め，多少なりともその裏に隠している不安を，軽減あるいは解消に向かわせる力を発揮できるようになることも少なくない． 訪問を拒否したり，育児についての質問等に対して「何も困っていない」とか「相談することはない」というような拒絶的な態度をとる親は虐待が疑われることがあります．その場合，親を非難したり，心理的に追いつめるのではなく，まず親の気持ちを受け止めることなどを通じて信頼関係を構築し，その上で必要な支援を適切に行うことが重要である．
横浜市	1日24時間を子どもが誰とどこで，どのように過ごしているのか，また，それが1週間ではどうなのか，子どもの日常の生活を知ることが大切．	リスクアセスメントのみではなく，総合的なアセスメントを行う必要がある．日常の様子から，「困難さ（リスク）」だけではなく，子どもにとって安全な要素である「強み（ストレングス）」があることを見つける．
厚生労働省	危機状況の家族や育児困難を感じている親子を見極めるための目安．適切に判断するために，リスク要因と虐待を発生させることを防ぐ防御因子のバランスを意識してアセスメントすることが重要． 関係機関の連携を強化する意味では，できるだけ共通に理解できるものを作成することが望ましい．	リスクアセスメント指標は判断するための枠組みであるため，機械的に虐待が発生する家庭と決めつけてしまわないことが必要であり，専門的な知識・技術を持ったうえで慎重に扱わなければならない．

第四節　考察

今回，児童虐待防止活動を行う母子保健の行政機関が使用している虐待リスクアセスメントが，どのような場面で使用され，どのようなリスク項目を保健師が観察すべきだとされているのかを包括的にみてきた．検討したリスクアセスメントは，すべてが厚生労働省の『子ども虐待の手引き』（日本の子ども家庭総合研究所編 2001）をベースにしており，そのうち 5 つに大阪府保健所の調査にもとづいて作成された『子ども虐待予防のための保健師活動マニュアル』（佐藤 2002）が使用されていた．

本章で検討したリスクアセスメントは，上野・野村（2003）が検討した『子ども虐待対応の手引き』（日本の子ども家庭総合研究所編 2001）に記載されている「一時保護決定のための重症度判定」，大阪府保健所が虐待と判断した事例を調査した「母子保健分野におけ

る子どもの虐待重症度の評価」，上野（2007）の東京都南多摩保健所の乳幼児健康診査で使用されている「子育てアンケート」，そして 2007 年に厚生労働省が施行した「こんにちは赤ちゃん事業」での「産後うつ病質問票（EPDS)」「赤ちゃんの気持ち質問票」「育児支援チェックリスト」の３つの質問票の分析と，同じ結果を示している．

つまり，児童虐待の状態と貧困状態がオーバーラップしており，ライフサイクルで起こりうる出来事や，日常的な光景が，児童虐待のリスクとされている．日常生活を問題化した項目が多い．そしてリスクアセスメントに，特定のジェンダー観にもとづく家族像が色濃く反映されていた．

では，虐待ハイリスクと判定され，サービスの対象となった養育者たちにはどのような影響があるのだろうか．リスクアセスメントの項目からは，母子家庭や，経済的に問題のある家庭が，虐待ハイリスクと判定されやすいが，これらの家庭はすでにマイノリティとして地域社会から特別視されている可能性が高く，リスクアセスメントにより，さらに地域社会の周辺に固定される．そして，第二章（辻 2015）で検討したように，虐待ハイリスクの母親には，専門職による「あるべき母親像」を強要される．保健師や他の専門職と地域住民を巻き込んだ「見守り」という監視体制が，母親たちをさらに追い詰めるのである．

児童虐待防止のリスクアセスメントが登場するまでの保健師活動は，子育て中の親子が抱える困難を解決できるように，母親の持つ力や社会資源をみつけ，母親とともに解決方法を考え，具体的な育児技術を母と一緒に実施するという支援を行ってきた．それに対して，現在のリスクアセスメントにもとづく保健師活動は，保健師の経験値や「何か気になる」という感覚，子どもや親のニーズを聴くことよりも，親の問題をみつけることに焦点を当て，そこから支援内容を検討するようになった．ここで，養育者のニーズとサービスの不一致がおこり，養育者の拒絶につながる可能性がある．第二章に記載した辻（2015）が実施した虐待者と判定された母子家庭の母親へのインタビュー調査において，母親たちは，母子家庭の生活実態に合わない一般的なリスクアセスメントにもとづいて提供される専門職からの支援（例：相談のサービスや心理士のカウンセリング）やアドバイス（例：夜の仕事から昼間の正規雇用への変更，子どもへの関わり方を変える）への不信感，そして虐待の疑いという情報が保育所等で共有されることで，「ママ友によそよそしくされた」「白い目で見られているよう，追われているような気がして引っ越した」「保育所を変わった」などと当該地域社会での疎外感を強めていた．そして，支援やアドバイスを拒否することが，さらなるリスクにつながりうることも母親たちに認識されていた．

このような現状を打破する手掛かりとして，本章で検討した母子保健活動のマニュアルのなかに，家族が持つ「強み」も拾い上げる方向を示したものがあったことは特筆すべきであろう．千葉県（2014）や横浜市（2015）が使用しているマニュアルには，リスクにだけ着目するのではなく，総合的なアセスメントを行い，「強み（ストレングス)」をみつけることの必要性が提唱されていたからである．なお，母子保健分野では，児童虐待のリス

クアセスメントとの関連ではないが，高橋（2010）が，保健師が乳幼児の家庭訪問をするうえで，対象者の良いところを見つけ，そこを強化し，自ら解決できるように働きかけることが必要であることを指摘している．

対象者が自らの体験や知識を語ることによって，対象が持つ「強み」を対象者ともども，専門職もみつけることができる．もちろん，語られた内容は，唯一の真実ではない．対象者は，「自分の経験を独自の物語にストーリングすることによって自分の人生や人間関係に意味を与え，人と意見を交わすことで，人生や人間関係に新しい意味付けしていくことができる」（White and Epston eds. 1990=1992）．対象者は，語ることによって「問題を外在化」することができる．ソーシャルワークの分野でストレングス論の古典的位置づけを得ている Saleebey の論文（1996）は，専門職が対象者の問題を外在化し，新しいストーリーを作り出すためにストレングスを引き出すような質問をいくつか提起している．ストレングスについて，Saleebey（1996）は，次のように述べている．ストレングスは，理論ではなく，思考の方法であり実践上の一つの対象者をみるレンズである．このストレングスの視点の特徴は，病理・欠損・問題への働きかけでなく，人と環境の相互作用を踏まえ広い視点で働きかけうこと，対象者と同じ目線で対象者の持つ可能性を信頼し，働きかけることであるという．ストレングスは，支援の一つの視点を提供しているにすぎないかもしれないが，ストレングスに焦点を当てた支援は，専門職と対象者の相互作用に効果が得られるとされる．そして専門職が，ストレングスの視点を持ち，対象者と対話することによって，対象者自身が認知していなかった問題や問題解決の方法も引き出すことができるようになるだろう．

「家族の強み」という考えは，近年，ナラティブ・アプローチによって具体的に示されてきた．近代の臨床理論は，すでにアセスメントをする前に問題がその理論やアセスメントのなかに仕込まれてしまっている．それに対して，ナラティブ・アプローチは，オープンエンドである．ナラティブ・アプローチでは，クライントは，どのような環境におかれていても，自身の重要な資源を内外に持っており，それらがクライエントによってどのように語られるのかが，新しいよりポジティブな可能性を開く鍵になるとされる．そして，専門職やマスメディアなどによって作られる「支配的なストーリー」や「マスター・ナラティブ」に自分の問題が書き込まれ，その問題から抜け出だせることのできないクライエントが自分の経験をストーリングしたり，再ストーリングすることを助ける実践家の役割と技法が強調されるのである（White and Epston 1990=1992）．専門職が，何か最良であるか，クライエントがなにをすべきかを知っている，という仮定が棄却されているので，専門職はそのようなあいまいさや不確実性に対峙する能力を蓄え，社会で周辺化されてしまっている人たちの声を聞き届ける感受性が必要になる．

このような「家族の強み」をみつけるには，専門職たちのリフレクシビティをあげるためのトレーニング（たとえば，対象者の文化的観点から対象者のひとたちを記述する民族

誌の自分版である「自己エスノグラフィー」（Ellis and Arthur eds. 2000=2006））も必要になってくる．自分と異なる考えの家族をハイリスクとしてみるのではなく，文化的に異なる部分を有するひとたちであるととらえ，そしてさらに重要なことは自分史のなかにもみつけることができる異文化性を確認していくことで，クライエントとの共通点を探っていくことができるからである（上野 2017）．

家族のストレングスをアセスメントし，そこから支援するナラティブ・アプローチは，児童虐待問題に応用可能である．児童虐待の実践現場では，リスクアセスメントが使用され，理想の親像からの逸脱として，専門職の見守りという支援が提供されている．しかし親が自ら置かれている環境や状況について語り，どのような資源があれば今の状況を改善できるのかの語りを養育者から引き出すことで，「問題がある家族」ではなく，「状況を解決しようと奮闘する家族」として再定義していくことができる．

母子保健分野にナラティブ・アプローチを取り入れた支援を展開していくためには，どのようなことが考えられるのだろうか．

まず，保健師と養育者の関係は対等ではないという認識を徹底させることである．それは，保健師のほうが母子保健の専門知識を多く有しているというだけではない．パワーをもつ者が知識を有し，何がリアリティであるかを定義し，他者の世界観を周辺化することで自分たちの権力を維持する構図において，クライエントのナラティブを押しつぶし，クライエントの問題を特定のストーリーに仕立てあげてしまっている可能性についてリフレクシブに問うていかなければならない（上野 2017）．

そして，保健師は，家族を問題視せず，当該家族のイメージをネガティブなものから，解決する力がある家族というポジティブなものに転換させなければならない．たとえば，子育て中の母親から「上手に育児ができない」という相談があれば，「育児能力の不足」や「育児への不安」「相談できる人がいない」「孤立している」などいった点のみを注視するのではなく，それらの保健師が専門性をもって判定する困難性を目の前にいる養育者からいったん切り離して，養育者の話をきくことが必要だろう．「うまく育児ができない」という問題に着目するのではなく，「この方法の時に上手くできた」「こんなことをしたら子どもが喜んだ」など強みにフォーカスしたアセスメントを行い，養育者が経験したことから成功した体験を，養育者自身が気づくことができるような働きかけをする．保健師は，養育者の気づきを専門的な観点からやみくもに否定せずに，養育者自らが導き出した方法で解決できるように支援していく．そして，保健師自身が，自分の専門性について考えるなかで，ときには専門性を保留させ，養育者の子育て観の世界に自分自身を置いてみることが必要である．養育者の語りのなかに，例外にみえるような力強い語りがあることに気づき，その例外にきこえる語りの内容から養育者の持つ力を最大限に引き出すことで，養育者自身が抱えている問題を乗り越えるシナリオを共同執筆していくことを目指していくことができる．

第五節　結論

本章では，現在母子保健分野で使用されている 11 件の児童虐待リスクアセスメントを検討した結果，すでに上野・野村（2003）や上野（2007），そして海外の研究で指摘されていたように（上野 2016），そこには専門職が理想とする子育て家族像，強いジェンダー規範が存在していること，日常性を問題視する項目で構成されていることが確認された．

ところで，母子保健分野の研究は，児童福祉分野と同様にその結果を実践に反映させなければならないという「研究と実践の二重性」によって拘束されている（上野 2017）．この点は，やはり社会学とは異なるのである．本章では，標準化されたリスクアセスメントを使用して親を支援することよりも，養育者の語りに耳を傾け，強みを見出し，家族が本来持っている力を引き出すようなナラティブ・アプローチを取り入れた支援に言及した．このアプローチは母子保健の現場の状況を考えると一定の有効性をもつと考える．

日本の児童虐待防止においては，何がリスクだと専門職に考えられているのかを積極的に広報することはなされていない．リスク要因は，「警告」ではなく「判定」に使われているからである．しかし，厚労省の虐待リスクアセスメント等がどのような項目からなるかはインターネットで公表されている．それを直接閲覧しないまでも，近隣や専門機関から虐待の疑いの眼差しが自分たちに向けられていることは，小さな子どもがいる母親の間では知られていることである（上野 2016）．とくに，母子保健ではリスクチェックが保健師によっておこなわれ，「こんにちは赤ちゃん事業」もその優しいネーミングのもとでの虐待リスクチェックであろうことは，体験者の経験としてネット上に書き込みがあがっていることからも明らかである．第二章で触れた著者の事例研究においても，虐待を認めないことやサービスを拒否することで，虐待の疑いがさらに強まることが母子家庭の母親の間で認識されており，子育てのストレスよりも，自分たちを疑っている関係機関や専門職を気遣うストレスのほうが浮き彫りになっていた（辻 2015）．本来の目的を隠して，「優しさ」や「親切さ」で介入していくことを保健師に強いる児童虐待防止対策は，養育者との信頼関係を損ない，本来の保健師活動を妨げるような事態になっているのである．

専門職は，児童福祉や母子保健についての専門的な知識を持ち，またこれまでの経験にもとづき，支援対象の親子や家族と関わっている．ただし，この支援方法は，対象者に対して専門職としての知識や価値観を一方的に提示しているに過ぎない．これまでの専門職の支援は，対象とする親子の生活や経験を「病理」としてとらえ，治療することで問題を改善しようとしてきた．保健師の場合も，対象家族の弱さのみに焦点を当ててきた．そのような専門職の援助技法においては，対象者のナラティブは専門職のもつ既成のストーリーを擁護するための補助的装置として機能しているという面がある．

最後に本章の提言部分を繰り返すと，保健師は，育児情報や育児相談サービスを具体的に提供し，そして，ナラティブ・アプローチの方法を活用し，養育者が子育てに挑戦できるような，希望とサバイバルの対抗ストーリーを普及させ，抑圧された人たちのストーリ

ーを再生させ，それらのストーリーを制度化していくべきである．また，このアプローチは，養育者のみならず，利用者からの拒絶，「家族への援助」と「家族に真の目的を告げない調査」という矛盾するミッションに起因する保健師のストレスを軽減する方策にもなるだろう．

結語

本論文で明らかにしてきた主な点は以下のとおりである.

第一に, 児童虐待防止対策にジェンダーや経済階層が組み込まれている点である. 上野・野村（2003）や上野（2007), そして海外での研究で指摘されてきたように, そこには専門職が理想とする子育て家族像, 強いジェンダー規範が存在していた. さらに, 児童虐待のリスクアセスメントが, 社会的な問題を個人の責任に転嫁するツールとなっていたことが,本研究でも確認できた. つまり, 現行の児童虐待防止対策は, ジェンダー化された特定の子育て家族像をもとに, その定型からはずれる親子, 親や家族が抱える問題をリスクとして捉え, 虐待として捕捉された親に対して, カウンセリングや心理療法などの治療を行うことで問題を解決することが中心になっている. 子どもの福祉への限定的な給付に加えて, 子どもの一時保護や養育者に対する指導という懲罰的な意味あいを持つ福祉施策を行っている. 日本でも, 育児の社会化を徹底的に進め, 社会保障で子育てを全面的に支援し, 子どもの貧困を是正する北欧型の社会保障モデルや施策で, 児童虐待のリスクとされている経済問題や保育の不足を社会的に解決していくほうが, 児童虐待と判定されるような親子を確実に減らすことに繋がる（上野 2006).

第二に, 児童虐待の専門職の, 子育ては母親の役割であるという強い信念が児童虐待防止対策, ならびにその対策の実働を担っている保健師養成の専門教育において息づいていることが確認できた. 子育て中の母親をリスクアセスメントすることによって, 母親をスティグマ化し, それが母親を社会的に周辺化してしまうメカニズムが認められたのである. その反省から, 専門職は, 自らの虐待防止活動をリフレクシブに捉えながら, 新たなアプローチの方法を取り入れていくことが必要である. 具体的には, リスクアセスメントを用いて危険な親子を発見することよりも, 親子が持つニーズから強みを引き出し, 育児情報や育児サービスを具体的に提供し, 養育者自身が解決の方法を導き出せるようなアプローチができるようなシステムが設計されるべきである.

具体的には, 保健師は児童虐待防止対策の対象となる親子や家族が, 自らの価値観にもとづいて自己決定できるように支援するという方向が考えられる. 専門職である保健師と対象の親子や家族の関係は対等であり, パートナーシップの理念にあてはめることができる（McNamee and Gergen eds. 1992=1998: 42-43). 保健師は, 対象の親子や家族の日常のすべてを知っているわけでなく, 親子や家族が経験したことや知識, 彼らのスキルや底力についてはよくわからない. 専門職は,「無知」であることを自覚し, 親子や家族, 地域の人々から「教えてもらう」という姿勢が必要になってくる. 対象者から学び, 対象者に好奇心を持ち, その家族の生活や経験したことに耳を傾けることが, 対象者とともに解決策を探る方策となるのではないか.

保健師は, 対象者が今後も危機をうまく乗り越えられるようなストーリーを再構築して

いけるように援助する．対象者自身が問題や課題を解決するための知識やスキルを蓄積し，自己洞察することでエンパワメントして地域社会の一員としての役割が持てるような支援を進めていくことが求められている．なお，専門職だけではなく対象の親子や家族も，専門職の考えや価値観を押し付けられ，他者によって人生が決定してしまわないよう，専門職が考えていることをよく知ることで，回避することができることもあるのではないだろうか（McNamee and Gergen eds. 1992=1998: 54）．

本論文の最後に，今後の研究の課題を二点に絞って述べておきたい．

まず一つ目に，ジェンダーが再生産される保健師養成の教育現場でのさらなる研究の必要性である．本論文第三章（「保健師教育における児童虐待の分析――ジェンダーの視点から」）では保健師教育で使用されている代表的な教科書を取り上げ，教科書に書かれた言葉や文脈を拾いだし，教科書を分析したが，より広範な学生の学びの場，とくに保健師の現場実習の指導の実際において，「隠れたカリキュラム」の分析を行うことができるだろう．

本論文で焦点を当てた保健師は，第三章で記したように，1994 年までは女性のみの職業であり，2014 年から男性保健師が登録された．2014 年度の男性保健師数は，936 人 で女性保健師の 1.6％と 1 割にも満たない．何より，保健師養成の教育カリキュラムには，「母子保健領域」があり，教科書の監修者や教員の意図如何にかかわらず，この言葉が，母親の役割や母親への子育て支援を学生に伝えてしまっている．この点において，筆者は男性保健師がもつジェンダー観を分析する必要があると考える．現在，保健事業に従事する男性保健師数は少数であり，男性保健師は，精神保健や成人保健，高齢者保健を中心とした業務をしている．しかし，母子保健は，全ての保健事業の基本であるため，男性保健師も従事する機会が増えてくることが予測できる．男性保健師が，母子保健という呼称やその内容について，実習の場面でどのように感じ，実習現場で何を学生に伝えているのか調査することで，母子保健分野の教育におけるジェンダー意識の改革のきっかけを探りたい．

二点目に，第四章（「母子保健分野における児童虐待防止活動とリスクアセスメント」）でナラティブ・アプローチの必要性と有効性について述べたが，これはより限定的な議論であるべきである．

そもそもナラティブ・アプローチは，主に心理療法やソーシャルワークの援助技法として，セラピストとクライアントの相互関係にもとづき，クライアントと共に解決の方向性を目指すものである（McNamee and Gergen eds. 1992=1998）．すでに問題があるとされて，治療や援助場面に連れて来られたり，自ら自発的に治療や面接場面に来るひとたちを対象とした援助技法である．他方，保健師の活動は，主に健康である人の健康度をあげる援助であり，健康について意識をしていない人を対象とする場面が多い．例えば，乳幼児健康診査を受診する親子は，「健診の案内があったから受診した」「子どもの身体計測をするために受診した」など，問題を抱えず受診する人が多い．このような大多数の利用者は妊娠と出産の通常の手続きの一環をして役所を訪れているにすぎない．もちろん，なかに

は，子育ての悩みや母親自身の生活や病気のことなどの問題を抱えてくる人もいる．後者の人たちは，相談面接をする時間を設定し，時間をかけて対象者の話を聴き，どのようなことに困り悩んでいるのか，今の状況を改善するためにはどのようにしたらいいのかなど，ナラティブ・アプローチを用いて支援することが可能である．

ところが，乳幼児健康診査の受診などでは，母親との面接は，現時点でも保健師は，どのような話題を提供すれば話を聴かせてもらえるのか，親子の生活を知るためにはどうしたらいいのかと，対象者との会話，やり取り自体を困難に感じていることも多いだろう．母親たちが不安や悩みを感じておらず，保健師への相談は不要であると思っている人たちに対して，ナラティブ・アプローチが有効かどうかは疑問である．また，保健師自身が専門職として知識や経験を「無知」にし，真っ白な状態で対象者の話に耳を傾けることができるのだろうか．このような健康診査の場面では保健師は専門職ゆえに，その専門知識ゆえに，その場に参加することが許されているからである．さらに，受診者が多い乳幼児健康診査や家庭訪問場面で，ナラティブ・アプローチを実践していくことができるのか．やはり構造的には，保健師は，アセスメントツールやこれまでの成功事例の経験に依拠し，保健師が考える解決の方向性を対象者に示してしまう，という流れになってしまうのではないか．

とくに現行の児童虐待防止システムにおいては，保健師に課せられている最大の役割は「虐待や虐待の疑いがある親子を発見すること」という調査の役割である．さらに日常業務で，通告ケースが増えてきた（児童虐待の通告は，1990 年が 1,101 件，2000 年が 17,725 件，そして 2015 年は 103,260 件[14]）．限られた予算と時間において，活動の効率性がより重視される状況のなかで，対象者が自らの体験を自分の言葉で語り，その語りの中から保健師とともに対象者のストレングスをみつけ，エンパワメントをするのを支援するには，保健師活動の独立性や保健業務を取り巻く構造的な諸要因が制約となって立ちはだかるだろう．その点の包括的な検討については，今後の課題としなければならない．

注

(1) 本論文では，「通告」と「通報」の 2 つ表記を区別し用いている．「通告」は，日本の状況を説明する場合に，児童虐待防　止法第 25 条(要保護児童発見者の通告義務)と児童虐待防止に関する法律第 6 条(児童虐待に係る通告)に規定された表記を用いた．「通報」は，上野（1996）に沿って米国の状況を説明する場合に表記した．

(2) 才津によれば，現代社会は個々の「望ましくない結果」の内容よりも，その「不確実性」そのものが重要であり，不確実であることこそが問題視され，「望ましくない結果」の内容が際限なく多様化・拡大化しているという．才津は，リスク概念を「不確実性」を避けるべき対象として問題化する思想であり，態度であると定義している（才津 1996: 154）．

(3) 「階層遍在説」と「低階層偏在説」の二つの名称は米国の青少年犯罪と社会階層との関係性についての研究をリビューした徳岡（1987）に倣ったものである．

(4) 虐待重症度は，A 児童相談所の『児童虐待対応マニュアル』に次のように示されている．「虐待の危惧」は重症度にかかわらず虐待の疑いがあるもの，「軽度虐待」は子どもへの暴力・ネグレクト的行為はあるが，一時的と予測されるか，あるいは制御があり親子関係の病理がないもの，「中度虐待」は介入の必要はないが，長期には子どもの人格形成に障害を残す恐れがあるもの，「重度虐待」はすぐに生命の危機はないが，子どもの健康・成長・発達に重要な影響，または恐れがあり，早急の介入が必要なもの，「生命の危機」は「頭部外傷，腹部外傷，窒息，医療放置などの生命の危険性があり，緊急介入による分離が必要であるものである．
（http://www.pref.kagawa.lg.jp/kenkousomu/hakusho/h20/）

(5) 「児童虐待の防止等に関する法律」の一部を改正する法律抜粋は，厚生労働省ホームページを参照されたい．（http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv-boushikaisei.html）

(6) 「子ども虐待対応の手引き 平成 19 年 1 月改正版」は，厚生労働省ホームページを参照されたい．（http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv12/00.html）

(7) B 県の産業構造割合や所得水準，被女性比率，母子世帯などのデータ収集は，総務省統計局のホームページを参照されたい．（http://www.stat.go.jp/data/index.htm）

(8) 保健師教育は，「保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部を改正する省令の交付について（交付)」（医政発 0106 第 14 号平成 23 年 1 月 6 日）により，「地域看護学」の名称を「公衆衛生看護学」に改められた．保健師教育の内容は，「看護師等養成所の運営に関する指導ガイドライン」（医政発 0331 第 21 号 2015 年 3 月 31 日付）によって，次のように示された．

① 個人・家族・集団・組織を含むコミュニティを地域とし，地域及び地域を構成する人々の心身の健康並びに疾病・障害の予防，発生，回復及び改善の家庭を社会的

条件の中で系統的かつ予測的に捉えてアセスメントし，地域の顕在化・潜在化した健康課題を明確化し，解決・改善策を計画・立案する能力を養う．

② 地域の人々が，自らの健康状態を認識し，健康の保持増進を図ることができるように支援するとともに，自主的に社会資源を活用できるよう支援し評価する能力を養う．

③ 健康危機管理の体制を整え，健康危機の発生時から回復期の健康課題を早期に発見し迅速かつ組織的に対応する能力を養う．

④ 地域の健康水準を高めるために，保健・医療・福祉サービスを調整し活用する能力及び地域の健康課題の解決に必要な社会資源を開発し施策化及びシステム化する能力を養う．

⑤ 保健・医療・福祉及び社会に関する最新の知識・技術を主体的かつ継続的に学び，実践の質を向上させる能力を養う．

(9) 看護師就業者数及び保健師就業者数は，日本看護協会のホームページの『平成 27 年看護関係統計資料集』を参照されたい．
(http://www.nurse.or.jp/home/statistics/index.html)

(10) 保健師助産師看護師法の改正については，日本看護協会のホームページ『第 2 部保助看法の改正経緯』を参照されたい．
(https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2009/hojyokan-60-4.pdf)

(11) 厚生労働省「福祉行政報告例」主たる虐待者の推移を参照されたい．

(12) 父親の仕事と育児両立読本については，厚生労働省のホームページを参照されたい． (http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/pamphlet/09.html)

(13) 男女共同参画基本法については，内閣府男女共同参画局のホームページを参照されたい．
(http://www.gender.go.jp/about_danjo/law/kihon/9906kihonhou.html)

(14) 児童虐待相談対応件数については，厚生労働省ホームページ報道発表ページ『平成 27 年度　児童相談所での児童虐待相談対応件数（速報値）』を参照されたい．
(http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000132366.pdf)

引用文献一覧

赤塔有里香・中山奈美子・伊藤由香他，2013,「心理的・社会的リスクファクターを持つ妊婦の特徴とソーシャルサポート」『日本看護学会論文集』43: 11-14.

Anyon, Jean, 1981, "Ideology and United States History Books," Roger Dale, Geoff Esland, and Ross Fergusson eds, *Education and the State: Politics, Patriarchy and Practice,* Basingstoke: The Falmer Press, 21-39.

Apple, W. Michael, 1988, *Teachers and Texts: A Political Economy of Class and Gender Relations in Education*, Hove: Psychology Press.

荒木梨江・小野真由美・松田真季他，2015,「虐待リスクを発見するための新たな問診票の導入の評価」『母性衛生』56（3）：232.

有本梓・村島幸代，2007,「行政保健師による児童虐待リスクアセスメント――専門職・住民との協同を要した個別支援事例の分析から」『日本看護科学学会学術講演集』27: 470.

有本梓・岩崎りほ・尾形玲美他，2013,「ネグレクトのリスクをもつ家庭に対する個別支援の方法」『横浜看護学雑誌』6（1）：15-22.

有本梓・田高悦子，2014,「児童虐待に対する保健師による活動内容と課題に関する文献検討」『日本地域看護学会』17（2）：45-54.

麻原きよみ・荒木田美香子・岡本玲子他, 2014,『公衆衛生看護学原論』医歯薬出版株式会社.

浅井春夫・松本伊智朗・湯澤直美編著，2008,『子どもの貧困――子供時代の幸せ平等のために』明石書店.

千葉県，2014,「子ども虐待対応マニュアル」，千葉県ホームページ，（2016 年 7 月 3 日取得，https://www.pref.chiba.lg.jp/jika/gyakutai/jidou/sankou/manuaru.html）.

Chodorow, Nancy, 1978, *The Reproduction of Mothering*, Los Angeles: University of California Press.（=1981，大塚光子，大内菅子訳『母親業の再生産――性差別の心理・社会的基盤』新曜社.）

Drake, Brett. and Zuravin Susan, 1998, "Bias in Child Maltreatment Reporting: Revisiting the Myth of Classlessness," *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2): 295-304.

Ellis, Carolyn and Arthur Bochner, 2000, Autoethnography, Personal Narrative, Reflexivity: Researcher as Subject, *The Handbook of Qualitative Research*.（=2006, 藤原顕訳「自己エスノグラフィー・個人的語り・再帰性：研究対象としての研究者」平山満義監訳『質的研究ハンドブック 3 巻質的研究資料の収集と解釈』北大路書房.

Fiona, Timmins, 2006, "Critical Practice in Nursing Care: Analysis, Action and

Reflexivity," *Nursing Standard*, 20(39): 49-54.
福知栄子・梅野潤子・薬師寺真他，2012,「子どもを中心としたニーズアセスメントを地域で実践するために――岡山県『子どものための総合情報アセスメントシステ』を事例として」『岡山学園紀要』11: 155-162.
舩橋惠子，2009,『育児のジェンダー・ポリティクス』勁草書房.
Gil, David, 1973, *Violence Against Children: Physical Child Abuse in the United States*, Cambridge: Harvard University Press.
Hartman, Ann, 1992, "Enriching Our Profession's Narrative," *Social Work*, 37(2): 99-100.
橋本紀子，2012,「中学校社会科公民的分野教科書のジェンダー視点からの分析」『教育とジェンダー研究』教育学研究室紀要，12: 114-134.
平岩幹男，2011,『親子保健 24 のエッセンス』医学書院.
星旦二・麻原きよみ他，2014,『これからの保健医療福祉行政論』日本看護協会出版会.
井伊久美子・荒木田美香子・松本珠実他，2013,『保健師業務要覧第 3 版』日本看護協会出版会.
石川義之・小宅理沙，2012,「身体的虐待を受けたサバイバーと活動家に対するインタビュー調査」『大阪松蔭女子大学研究紀要』2: 215-223.
伊東良徳・大脇雅子・紙子達子他，1991,『教科書のなかの男女差別』明石書店.
岩田正美，2010,「社会的排除ワーキングプアを中心に」『日本労働研究雑誌』597: 10-13.
岩田正美，2012,「社会的包摂と司法支援」『総合法律支援論叢』1: 1-12.
Jayne, Josephsen, 2014, "Critically Reflexive Theory: A Proposal for Nursing Education," *Advances in Nursing*, July: 1-7.
神原文子，2009,「ひとり親家族と社会的排除」森田洋司・矢島正見・進藤雄三・神原文子編『新たなる排除にどう立ち向かうか――ソーシャル・インクルージョンの可能性と課題』学文社，123-143.
金川克子・松浦賢長・小澤美智子他, 2015,『最新保健学講座 3　公衆衛生看護活動論 1』メヂカルフレンド社.
金川克子・柏木由美子・篁宗一他, 2015,『最新保健学講座 4　公衆衛生看護活動論 2』メヂカルフレンド社.
川上武，1980,『現在日本医療史開業医制の変遷』勁草書房.
川島みどり,2002,『看護の技術と教育』勁草書房.
Kempe, C. Henry, and Frederic N. Silverman et al., 1962, "The Battered-Child Syndrome," *Journal of the American Medical Association*, 181(1): 17-24.
Kempe, Ruth S. and Kempe C. Henry, 1978, *Child Abuse*, Cambridge: Harvard University Press.

木村涼子，2010,「ジェンダーと教育」岩井八郎・近藤博之編『現代教育社会学』有斐閣，62-77.

小林美智子・松井一郎編，1999,『虐待の予防，早期発見およ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』1999 年度厚生科学研究費補助金研究成果報告書，日本子ども家庭総合研究所.

小林美智子，2012,「児童虐待――母子保健の原点に立ち戻る取り組みへ」『保健師ジャーナル』68（11）：956-961.

高知県，2010,「虐待対応における市町村と児童相談所共通のアセスメントシート」，高知県ホームページ，（アクセス 2016 年 7 月 3 日取得，http://www.pref.kochi.lg. jp/soshiki/060403/h21-asesumennto.html）.

厚生労働省，2004,「子ども・子育て応援プラン」，厚生労働省ホームページ，（2016 年 3 月 23 日取得，http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/jisedai22/pdf/data.pdf）.

厚生労働省，2005,「平成 16 年度児童相談所における児童虐待相談対応件数等」，厚生労働省ホームページ，（2013 年 3 月 23 日取得,http://www.mhlw.go.jp/bunya/odomo/dv07/index.html）.

厚生労働省, 2006,「平成 18 年度福祉行政報告例」,（2013 年 10 月 3 日取得, http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001060105&requestSender=dsearch）.

厚生労働省，2011,「児童相談所における児童虐待相談対応件数」，厚生労働省ホームページ,（2012 年 12 月 26 日取得, http://www. mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001jiq1-att/2r9852000001jj3c.pdf）.

厚生労働省医政局，2007,「看護基礎教育の充実に関する検討会報告書」，厚生労働省ホームページ,（2016 年 3 月 20 日取得, http:// www.mhlw. go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf）.

厚生労働省医政局，2011,「看護教育の内容と方法に関する検討会報告書」，厚生労働省ホームページ，（2016 年 3 月 20 日取得，http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852 000001310q-att/2r985200001314m.pdf）.

厚生労働省雇用均等・児童家庭局，2007,『子ども虐待対応の手引き』厚生労働省ホームページ，（2013 年 2 月 19 日取得，http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv12/）.

厚生労働省雇用均等・児童家庭局，2012,「子どもの虐待対応の手引き（平成 25 年 8 月改正版）」，厚生労働省ホームページ，（2016 年 7 月 3 日取得，http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/130823-01c.pdf）.

厚生労働省雇用均等・児童家庭局，2013,「事業所調査結果概要――育児休業取得割合」，厚生労働省ホームページ，（2016 年 4 月 1 日取得，http://www.mhlw.go.jp/toukei/

list/dl/71-25e.pdf).
厚生労働省雇用均等・児童家庭局，2014,「ひとり親家庭の支援について」，厚生労働省ホームページ，（2016 年 3 月 20 日取得，http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/pdf/shien.pdf).
李政元，2012,「二項ベータ階層ベイズモデルによる児童虐待相談対応率の地域差に関する研究――都道府県政令指定都市別による多重比較」『総合政策研究』41: 29-36.
Lister，Ruth，2004，*Poverty*，Polity Press.（=2011，松本伊智朗・立木勝訳,『貧困とは何か――概念・言説・ポリティクス』明石書店.）
Margolin, Leslie, 1997, *Under the Cover of Kindness: The Invention of Social Work*, University of Virginia.（=2003，中河伸俊・上野加代子・足立佳美訳『ソーシャルワークの社会的構築――優しさの名のもとに』明石書店.）
益田早苗・浅田豊，2004,「虐待する親のリスク要因に関する実態調査――青森県の児童相談所における過去 8 年間の相談事例の分析から」『子どもの虐待とネグレクト』6 (3)：372-283.
升野伸子，2008,「高等学校公民科『政治・経済』教科書の分析――隠れたカリキュラムとしてのジェンダーメッセージ」『ジェンダー研究』11: 73-89.
松田宣子，2005,『保健師による母子保健活動における児童虐待リスクアセスメントツールの開発』2004-2005 年度厚生労働科学研究補助金研究成果報告書，神戸大学.
松田宣子・石井美由紀・奥田博子他，2016,「保健師の子ども虐待の初期リスクアセスメントの実態に関する研究――保健師が支援した子ども虐待事例を通して」『関西国際大学研究紀要』17: 133-142.
松本伊知朗, 2010a,「子ども虐待の問題の基底としての貧困――複合的困難と社会的支援」『子どもの虹情報研修センター紀要』8: 1-11.
松本伊智朗，2010b,「いま，なぜ『子ども虐待と貧困』か」松本伊智朗編『子ども虐待と貧困』明石書店，9-44.
松元敬子, 2005,「ジェンダーから見た中学校教科書――教科書が伝える男女間と未来像」『日本語ジェンダー』5：61-67.
松野郷有実子・石川美帆・水井真知子他，2003,「旭川市保健所における保健師による乳幼児虐待に対する援助活動」『小児保健研究』62（1）：104-108.
McNamee, Sheila. and Gergen J. Kenneth, 1992, *Therapy as Social Construction.*（=1998, 野口裕二・野村直樹訳『ナラティヴ・セラピー――社会構成主義の実践』金剛出版.）
宮崎美砂子・北山三津子・春山早苗他, 2012,『最新公衆衛生看護学　各論 1』日本看護協会出版会.

森田洋司，2009,「ソーシャル・インクルージョンの概念の可能性」森田洋司・矢島正見・進藤雄三・神原文子編『新たなる排除にどう立ち向かうか──ソーシャル・インクルージョンの可能性と課題』学文社，3-16.

守村里美・白井英子・岩本泉，2008,「ハイリスク母子への家庭訪問における保健師の支援の傾向と課題──家族生活力量モデルを用いた初回訪問と継続訪問の分析から」『保健師ジャーナル』64（7）：642-647.

村嶋幸代・宮本ふみ・田村須賀子他，2015,『最新保健学講座 2　公衆衛生看護支援技術』メヂカルフレンド社.

村田泰子，2006,「ネグレクトとジェンダー──女親のシティズンシップという観点からの批判的な考察」上野加代子編『児童虐待のポリティクス──<こころ>の問題から<社会>の問題へ』明石書店，2006 年，167-205.

長野県，2007,「母子保健関係者のための『子ども虐待予防マニュアル』」，長野県ホームページ，（2016 年 7 月 3 日取得，http://www.pref.nagano.lg.jp/kodomo-katei/kyoiku/jidofukushi/dv/manual.html）.

内閣府経済社会総合研究所，2004,「スウェーデンの家族と少子化対策への含意──『スウェーデン家庭生活調査』から」，内閣府ホームページ，（2016 年 1 月 15 日取得，http://www.esri.go.jp/jp/prj/hou/hou011/hou11.pdf）.

内閣府経済社会総合研究所，2005,「フランスとドイツの家庭生活調査──フランスの出生率はなぜ高いのか」，内閣府ホームページ，（2016 年 1 月 15 日取得，http://www.esri.go.jp/jp/prj/hou/hou012/hou12a.pdf）.

内閣府国民生活局，2005,「平成 17 年版　国民生活白書『子育て世代の意識と生活』」，内閣府ホームページ，（2015 年 11 月 30 日取得，http://www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/h17/05_youshi/）.

内閣府男女共同参画局，1999,「男女共同参画社会基本法」，内閣府ホームページ，（2014 年 3 月 8 日取得，http://www.gender.go.jp/about_danjo/law/kihon/9906 Kihonhou.html）.

中嶋裕子，2012,「子どもをめぐる貧困と虐待──イギリスの施策から学ぶ」『社会事業研究』51: 128-132.

中村桃子，1995,『ことばとフェミニズム』勁草書房.

中村裕美子・奥山則子・松下拡他，2015,『標準保健師講座 2　地域看護疑技術』医学書院.

中谷芳美・山口忍・奥野ひろみ他，2014,『標準保健師講座 3　公衆衛生看護活動論』医学書院.

中山裕一郎・手塚綾・山下貴幸他，2003,「ジェンダーの視点による音楽家教科書の分析──1998 年版『学習指導要領』準拠小・中学校音楽家教科書の分析と考察」『信州大学教育学部紀要』110: 21-31.

奈良県, 2013,「妊娠期からの母子保健活動マニュアル――乳児期早期の虐待予防に向けて」, 奈良県ホームページ, (2016 年 7 月 3 日取得, http://www.pref.nara.jp/secure/106714/manual2013.pdf).

National Center on Child Abuse and Neglect (NCCAN), 1981, *National Study of the Incidence and Severity of Child Abuse and Neglect, Washington, D.C*: U. S. Department of Health and Human Services.

日本子ども家庭総合研究所編, 2001,『厚生省　子ども虐待対応の手引き――平成 12 年 11 月改正版』有斐閣.

新潟県, 2014,「乳幼児保健指導の手引き」, 新潟県ホームページ, (2016 年 7 月 3 日取得, http://www.pref.niigata.lg.jp/ HTML_Article/1/18/hokennsidou.pdf).

西平朋子・上田礼子・玉城清子他, 2014,「子育て支援に関わる関連職者の子ども虐待の認識」『沖縄の小児保健』41: 9-14.

野村陽子・肥沼位昌・佐藤徹他, 2015,『最新保健学講座 7　保健医療福祉行政論』メヂカルフレンド社.

沼口知恵子・前田和子, 2007,「児童虐待に関する看護基礎教育――教科書内容の検討」『茨城県立医療大学紀要』13: 91-105.

岡本玲子・荒木田美香子・麻原きよみ他, 2014,『公衆衛生看護活動Ⅰ』医歯薬出版株式会社.

大阪府, 2015,「保健師のための子ども虐待予防のポイント」, 大阪府ホームページ, (2016 年 7 月 3 日取得, http://www.pref.osaka.lg.jp/kenkozukuri/boshi/hokensi_manual.html).

Parton, Nigel. and Patrick O'Byrne, 2000, *Constructive Social Work: Towards a New Practice,* Basingstoke: Palgrave MacMillan.

Pelton, Leroy H, 1978, "Child Abuse and Neglect: the Myth of Classlessness," *American Journal of Orthopsychiatry*. 48(4): 608-617.

Pelton, Leroy H, 2015, "The Continuing Role of Material Factors in Child Maltreatment and Placement," *Child Abuse and Neglect*, 41: 30-30.

Pelton, Leroy H, 2006,「児童虐待やネグレクトにおける社会環境的要因の役割」上野加代子編『児童虐待のポリティクス』明石書店, 101-155.

佐伯和子・麻原きよみ・荒木田美香子他, 2014,『公衆衛生看護技術』医歯薬出版株式会社.

才津芳昭, 1996,「リスクと身体――リハビリテーション医学におけるリスク概念の諸問題」『年報筑波社会学』8: 151-178.

Saleebey, Dennis, 1996, "The Strengths Perspective in Social Work Practice: Extensions and Cautions," *Social Work.* 41(3): 296-305.

酒井はるみ，1995.『教科書が書いた家族女性の戦後 50 年』労働教育センター.
佐藤拓代，2002,「子ども虐待予防のための保健師活動マニュアル──子供にかかわるすべての活動を虐待予防の視点に」, 山梨大学健やか親子 21 ホームページ,（2016 年 7 月 6 日取得，http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/pdf/gyakum.pdf）.
佐藤拓代，2006,「地域における子ども虐待の予防」『小児保健研究』65（2）：184-189.
佐藤拓代，2008,「保健分野における乳幼児リスクアセスメント指標の評価と虐待予防のためのシステム的な地域保健活動の構築」『子どもの虐待とネグレクト』10（1）：66-74.
佐藤拓代，2010,「妊娠・出産・育児期の要支援家庭への訪問指導のあり方に関する研究──乳幼児家庭全戸訪問事業『こんにちは赤ちゃん事業』及び養育支援訪問事業推進のための手引き」2008-2009 年度厚生労働科学研究費補助金研究成果報告書，厚生労働省.
佐藤拓代，2011,「保健機関による子ども虐待予防──ポピュレーションアプローチからハイリスクアプローチへ」『小児科看護』74（10）：1563-1566.
滋賀県, 2012,「市町村向けの子ども虐待対応マニュアル──未然防止から早期発見・対応，保護，子どもの自立支援まで」，滋賀県ホームページ,（2016 年 7 月 3 日取得，http://www.pref.shiga.lg.jp/e/kodomokatei/kosodatehomepage/child-abuse/ files/honepen.pdf）.
柴原君江，2010,「子ども虐待予防におけるポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの融合」『田園調布学園大学紀要』5: 1-18.
標美奈子・松田正己・渡部月子他，2015,『標準保健師講座 1　公衆衛生看護学概論』医学書院.
Stanley, Janet and Christopher Goddard, 1993, “The Effect of Child Abuse and Other Family Violence on the Child Protection Worker and Case Management,” *Australian Social Work* 46(3): 3-10.
Strega, Susan, 2009, “Anti-oppressive Approaches to Assessment: Risk Assessment and File Recording,” Jeannine Carriere and Susan Strega eds., *Walking This Path Together: Anti-Racist and Anti-Oppressive Child Welfare Practice*, Nova Scotia：Fernwood Books, 142-157.
Sussman, Alan. and Stephan J. Cohen, 1975, *Reporting Child Abuse and Neglect: Guideline for Legislation,* Cambridge: Ballinger Publishing Company.
杉下佳文・栗原佳代子・古田正代他，2011,「周産期メンタルヘルスと子ども虐待対応に関する全国医療機関の取り組み」『日本周産期・新生児医学会雑誌』47（1）：86-91.
鈴木浩之，2007,「『子ども虐待』への保護者参加型支援モデルの構築をめざして──児童相談所における家族再統合についての取組」『社会福祉学』48（3）：79-93.

鈴木祐子，2010,「看護職と『母性神話』」城西国際大学人文科学研究科女性学専攻 2009 年度修士論文.

鈴木浩子・斉藤恵美子，2015,「子ども虐待予防に向けた保健師の家庭訪問の支援による母の変化」『日本公衆衛生看護学会誌』4（1）：32-40.

総務省，2012,「児童虐待の防止等に関する政策評価」，総務省ホームページ，（2016 年 8 月 3 日取得，http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/53256.html）.

総務省統計局, 2006,「平成 17 年度国勢調査男女別人口及び人口性比――全国, 都道府県」，（2013 年 10 月 12 日取得，http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/ GL08020103.do?_toGL08020103_&tclassID=000001005097&cycleCode=0&requestSender=search）.

総務省統計局，2012,『平成 22 年国勢調査』総務省ホームページ，（2013 年 10 月 12 日取得，http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/index2.htm#kekkagai L08020103.do?_toGL08020103_&tclassID=000001005097&cycleCode=0&requestSender=search）.

Swift, Karen J, 1995, *Manufacturing Bad Mothers: A Critical Perspective on Child Neglect*, Toronto: University of Toronto Press.

田口（袴田）理恵・河原智江・西留美子，2014,「虐待的行為指標の妥当性の検討――母親の虐待行為得点と社会経済的状況・育児感情の関連」『共立女子大学看護学雑誌』1: 1-8.

高橋美砂子，2010,「熟練保健師の家庭訪問における支援技術――思考と行動の特徴」『日本看護科学学会誌』30（1）：34-41.

玉城清子，2014,「ハイリスク母子の保険・医療・福祉の連携の現状――若年の母の場合」『沖縄の小児保健』41: 22-33.

栃木県，2015,「栃木県母子保健事業指針」，栃木県ホームページ，（2016 年 7 月 3 日取得, http://www.pref.tochigi.lg.jp/e06/welfare/kodomo/keikaku/jigyoushishin.html）.

東京都福祉局，2005,「児童虐待の実態Ⅱ――輝かせよう子どもの未来，育てよう地域のネットワーク」，東京都ホームページ，（2012 年 10 月 29 日取得，http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/jicen/gyakutai/index.files/hakusho2.pdf）.

東京都福祉保健局，2014,「虐待から子どもたちを守るために――地域・関係諸機関における対応力のさらなる強化に向けて」，東京都ホームページ，（2016 年 7 月 3 日取得, http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kodomo/katei/jifukushin/ikengushin.files/twentyfour-ninemonth.pdf）.

徳岡秀雄，1987,『社会病理の分析視角』東京大学出版会.

徳島県，2005,「とくしま子どもの虐待防止ガイドブック」，徳島県ホームページ，（2016 年 7 月 3 日取得，http://www.pref.tokushima.jp/docs/2005061500047/）.

藤内修二・櫃本真聿・島田美喜他,『標準保健師講座別巻 1　保健医療福祉行政論』医学書

院.
津村智恵子・上野昌江他，2012,『公衆衛生看護学』中央法規.
内田良，2009,『児童虐待へのまなざし――社会現象はどう語られるか』世界思想社.
上田礼子・吉川千恵子・西平朋子他，2013,「子ども虐待予防のリスクおよびポピュレーションアプローチ――PACAP と USDT の効用」『民族衛生』79: 120-121.
上田礼子・吉川千恵子・玉城清子他，2011,「子ども虐待予防のプレアセスメントツールと支援に関するアクション・リサーチ」『民族衛生』77: 248-249.
上野千鶴子，2011,『ケアの社会学――当事者主権の福祉社会へ』岩波書店.
上野加代子，1996,『児童虐待の社会学』世界思想社.
上野加代子，2006,「児童虐待の発見方法の変化」上野加代子編『児童虐待のポリティクス』明石書店，245-273.
上野加代子, 2006,「リスク社会における児童虐待――心理と保険数理のハイブリッド統治」『犯罪社会学研究』31: 22-37.
上野加代子，2007,「児童虐待――リスクの個人管理から社会管理へ」『季刊家計経済研究』73: 33-41.
上野加代子，2016,「ネオリベラルなリスク社会における児童虐待問題――『児童福祉から児童保護へ』の陥穽」『犯罪社会学研究』41:62-78.
上野加代子，2017,「福祉の研究領域における構築主義の展開」『社会学評論』269.（印刷中）
上野加代子・Pelton Leroy H・Gil David G，1998,「アメリカにおける児童虐待 ·放置対策の陥穽――無視された経済的要因」『社会福祉研究』71 号: 85-91.
上野加代子・野村知二，2003,『<児童虐待>の構築――捕獲される家族』世界思想社.
上野加代子・吉田耕平，2011,「社会的責務としての子どもの養育」『こころの科学』159: 81-86.
上野昌江，2008,「保健師の母親の『しんどさ』に焦点をあてた支援と虐待発生予防をめざす支援」『子どもの虐待とネグレクト』10（2）：181-187.
上野昌江・山田和子・山本裕美子，2006,「児童虐待防止における保健師の家庭訪問による支援内容の分析――母親との信頼関係の構築に焦点をあてて」『子どもの虐待とネグレクト』8（2）：280–289.
氏原陽子，1997a,「教科書におけるジェンダーメッセージ（Ⅰ）――中学校社会科・公民的分野の数量的分析」『名古屋大学教育学部紀要』44（1）：91-103.
氏原陽子，1997b,「教科書におけるジェンダーメッセージ（Ⅱ）――中学校社会科・公民的分野の質的分野」『名古屋大学教育学部紀要』44（2）：95-106.
氏原陽子，2013,「意図的な隠れたカリキュラム」『名古屋女子大学紀要』59: 149-159.

涌谷桐子・前田和子・玉城清子他，2012,「母乳育児支援に関する教科書分析──基礎看護教育における母性看護学に焦点をあてて」『日本母乳哺育学会雑誌』6: 60-61.

White, Michael. and David Epston, 1990, *Narrative Means to Therapeutic Ends*, New Norton.（=1992，小森康永訳『物語としての家族』金剛出版.）

山田和子・野田順子，2002,「保健所保健師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」『小児保健研究』61（4）：568–676.

山田昌弘，2007,「日本の未婚者の実情と,『婚活』による少子化対策の可能性」『クォータリー生活福祉研究』74（19）：1-16.

山形県，2007,「平成 17 年度児童虐待防止対策検討会調査研究事業報告」，山形県ホームページ，（2012 年 9 月 25 日取 http://www.pref.amagata.jp/ou/kosodatesuishin/010002/jidoyogo/H17kentoukai.pdf）.

山野良一，2010,「日米の先行研究に学ぶ──子ども虐待と貧困」松本伊知朗編『子ども虐待と貧困──忘れられた子どものいない社会をめざして』明石書店，187-236.

山野良一，2010,「日米の先行研究に学ぶ──子ども虐待と貧困」松本伊知朗編『子ども虐待と貧困──忘れられた子どものいない社会をめざして』明石書店，187-236.

山城五月・前田和子・上田礼子他，2008,「児童虐待防止活動における専門職者の教育的ニーズ──沖縄県離島の場合」『沖縄県立看護大学紀要』9: 1-9.

横浜市，2015,「横浜市子ども虐待ハンドブック」，横浜市ホームページ，（2016 年 7 月 3 日取得，http://www.city.yokohama.lg.jp/kdomo/katei/h27kaiteigyakutaibousihandbook.pdf）.

横田恵子・今井美香子・吉留慶子他，2004,「児童虐待の要因に関する研究──乳幼児発達相談・発達訓練事業の事例対照研究」『厚生の指標』52（13）：13-18.

吉田敬子・山下洋・鈴宮寛子，2006,『産後の母親と家族のメンタルヘルス──自己記入式質問票を活用した育児支援マニュアル』母子保健事業団.

全国児童相談所長会，1997,『全国児童相談所における家庭内虐待調査』1996 年度全児相調査結果報告書，全国児童相談所長会事務局.

全国児童相談所長会，2009,『児童相談所における家庭支援への取組み状況調査』2009 年度全児相調査結果報告書，全国児童相談所長会事務局.

頭川典子，2006,「市町村保健師による子ども虐待発生予防の実態と今後の課題」『日本地域看護学会誌』8（2）：73-78.

既発表論文との関係

序論　書下ろし

第一章　児童虐待と経済階層の関連――児童相談所の虐待相談受理データからの考察

辻京子，2016，「児童虐待と経済階層の関連――A 児童相談所の虐待相談受理データからの考察」『臨床心理学研究』53（2）：66-79．日本学術会議協力学術団体学会誌

第二章　児童虐待リスクとしての母子家庭――社会的排除とジェンダーの視点から

辻京子，2015,「児童虐待リスクとしての母子家庭――社会的排除とジェンダーの視点から」『地域学研究』45（1）：61-71．日本学術会議協力学術団体学会誌

第三章　保健師教育における児童虐待の分析――ジェンダーの視点から

辻京子，2016，「<保健師教育>の教科書にみる<児童虐待>の内容分析――ジェンダーの視点から」『四国大学紀要　人文・社会学編』46：9-20.

第四章　母子保健分野における児童虐待防止活動とリスクアセスメント

辻京子，2016,「母子保健分野における児童虐待防止活動とリスクアセスメント」『四国大学紀要　人文・社会学編』47：35-48.

結語　書下ろし

謝辞

本論文をまとめるにあたり，終始あたたかい激励とご指導，ご鞭撻をいただきました上野加代子教授に心より感謝申し上げます．時に応じて，厳しくご指導いただいたこと，また，やさしく励ましてくださったことを通して，私自身の至らなさを実感することができました．このことは今後の努力の糧になるものであります．

学位論文審査において，ご丁寧なご指導とご助言を賜りました高橋晋一教授，土屋敦准教授に心より感謝申し上げます．

最後に，本論文第一章と第二章において，香川県西部子ども相談センターの所長ならびに職員の皆様，インタビューにご協力をいただいた方々に，深く感謝の意を表して謝辞といたします．