

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

Child Abuse Prevention Activity and Risk Assessment in Maternal and Child Health

Kyoko TSUI

ABSTRACT

In this paper, we examine items of abuse risk assessment in maternal and child health area as a major field of practical care of child abuse prevention. Expanding the scope of analysis subject from conventional risk assessment analysis performed in sociology, 11 risk assessments used by administrative institutions were adopted as the subjects of analysis in this paper. In previous studies in sociology, it has been shown that hierarchy and gender are included in abuse risk assessment. Similar to the previous studies, analysis result of the paper also showed incorporation of hierarchy and gender in abuse risk assessment. By conduction such risk assessment, for example, are households in a socially vulnerable position such as single-mother households marginalized in the society? Different from sociology, mother and child health area is required to reflect study results on fields of practical care. Therefore, we discuss assessment based on a strength model to pick up strengths of family in the paper instead of conventional assessment taking up drawbacks of family. The strength model has been argued, in particular, in child welfare field overseas. However, mother and child health field has just suggested strength model. The paper makes a proposal of a support in mother and child health field capable of utilizing strengths of family to the maximum by an assessment based on strength model.

KEYWORDS : Child Abuse, Child Abuse Prevention, Risk Assessment,

1. はじめに

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家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、早期発見に努めることが示されている。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見られたが、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も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進している。

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、リスクアセスメントの必要性を述べている。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。ここでは、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）や有本ら（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）。

しかし、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、日本の児童虐待リス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、上野と野村（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上の問題である。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、専門家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」の項目が多い。

第四に、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。

本稿では、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、養育者が持つ力が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が、議論はなされていない。本稿では、日本での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、家族の声に着目し、家族と専門家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について検討していきたい。

2. 研究方法

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。

3. 結果

3-1. 児童虐待防止マニュアルの概要（表1）

該当した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には、タイトルに「母子保健」や「保健師のための」という単語が含まれた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、母子保健分野が使用す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して組み込まれていた。それ以外の10件は、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。

3-2. 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」や「産後うつ」など、母親の行動や状態を観察する項目であった。

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

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の虐待対応マニュアルー未然防止から早期発見・対応、保護、子どもの自立支援までー	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ー乳児期早期の虐待予防に向けてー	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
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一地域・関係諸機関における対応力のさらなる強化に向けてー	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

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
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，家計のやりくりの問題）		○	○	○	○		○	○	○	○	○	
援助を求めない（拒否，家の中に入れない，問題意識がない）		○	○	○	○		○	○	○	○	○	

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するために、リスク要因を点数化している。判断にいたっては、点数化できない「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」という気持ちをもつ、「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、妊娠前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。
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、妊娠前から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。

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。

3-3. リスクアセスメントの使用時の注意点 (表3)

リスクアセスメントを使用する際の注意点は、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すべてのリスクアセスメントには従来から実施されてきた母子保健事業のなかで虐待の予防の視点をプラスすることが示されていた。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の構成になっていた。

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、臨機応変に判断することが示されていた。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）のマニュアルだけであるが、日常生活の様子から、困難さ（リスク）だけではなく、子どもにとって安全な要素（強み）をみつけることにも触れられていた。

4. 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。今回、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。

本稿で検討したリスクアセスメントは、上野と野村（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く、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、虐待ハイリスクの母親には、専門家によるあるべき母親像を強要される。保健師の他の専門家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。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家からの支援（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越した」「保育所が変わった」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、本稿で検討した母子保健活動のマニュアルのなかにも、家族が持つ「強み」も拾い上げる方向を示したものがあつ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。

「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

ブンエンドである。ナラティブ・アプローチでは、クライアントは、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、それらがクライア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、専門家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アントが自分の経験をストーリーングしたり、再ストーリー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）。専門家が、何か最良であるか、クライア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、専門家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、専門家たちのリフレキシビリ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史の自分版「自己エスノグラフィ」）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こととらえ、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、クライア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、専門家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、保健師と母親の関係は、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、クライアントのナラティブを押しつぶし、クライア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。

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」などと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必要がある。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。

5. おわりに

本稿では、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）、専門家が理想とする子育て家族像、そこに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、その結果を実践に反映させなければならない「研究と実践の二重性」によって拘束されている。この点は、やはり社会学とは異なるのである。

本稿では、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て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家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、厚生労働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。上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家を気使うストレスのほうが浮き上がっていた（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。

最後に本稿の結論部分を繰り返すと、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なるに違いない。

文献

- 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.
- 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.
- 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>).
- 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.
- Hartman, Ann, 1992, "Enriching Our Profession's Narrative," *Social Work*, 37(2): 99-100.
- 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.
- 厚生労働省, 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).
- 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>).
- 益田早苗, 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.
- 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.
- 松本伊知朗, 2010, 「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.
- 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.
- 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>).
- 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>).
- 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」『沖繩の小児保健』41: 9-14.
- 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*, Palgrave MacMillan.
- 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マ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の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.
- 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. 佐藤純一, 2013, 「近代医学——近代医療とは何か」高草木光一・佐藤純一・山口研一郎・最首悟編『思想としての〈医学概論〉——いま〈いのち〉とどう向き合うか』岩波書店, 73-150.
- 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.
- 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).
- 田口(袴田)理恵・河原智江・西留美子, 2014, 「虐待的行為が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.
- 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.
- 東京都福祉保健局, 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, (2016年9月26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-ninmonth.pdf>).
- 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/>).
- 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>).
- 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」『日本犯罪社会学研究』41. (掲載予定)
- 上野加代子, 2017, 「社会構築主義と社会学——各領域における構築主義的研究の展開『福祉』」『社会学評論』269. (投稿中)
- 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子防をめざす支援」『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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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/kodomo/katei/h27kaiteigyakutai-bousihandbook.pdf>).
- 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.
- 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.
- 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.

抄 録

本稿では、児童虐待防止の主要な実践現場である母子保健分野における虐待リスクアセスメントの項目を検討する。これまでの社会学でなされていたリスクアセスメントの分析から、本稿は分析対象を広げ、行政機関が使用している11のリスクアセスメントを分析の対象とした。社会学の先行研究では、リスクアセスメントが親の階層要因やあるべき母親規範などに重きが置かれていることが明らかになっている。本稿の分析結果でも先行研究と同様の結果が示されていた。このようなリスクアセスメントが実施されることで、たとえば母子家庭のように社会的にも経済的にも立場が弱い家庭は社会の中でさらに無力化され、周辺化されてしまう。

社会学と異なり、母子保健分野は、研究を実践現場へ反映させることが求められている。そこで本稿では、家族の弱点を捉えたこれまでの既存のリスクアセスメントではなく、家族の強みを拾い出すストレングスモデルにもとづくアセスメントを考えていく。このストレングスモデルは特に海外の児童福祉分野において議論されている。それに対して、日本の母子保健分野では、ストレングスモデルが示唆されるにとどまっている。本稿は、母子保健分野において、ストレングスモデルにもとづくアセスメントにより、家族の強みを最大限に活かすことができる支援を提案する。

キーワード：児童虐待、児童虐待防止、リスクアセスメント