

平成 18 年度博士論文

指導教授 佐藤久夫

母子生活支援施設入所中の母親支援の研究

—「不適切な育児」に関わるメンタル・ケアを中心として—

A Study of Mothers Support in Mothers and Children' s Home
—Centered on the Mental Care of the Maltreatment—

日本社会事業大学大学院

博士後期課程

学籍番号 22040001

氏名 大原 美知子

目 次

序章	1
1. はじめに	1
2. 研究の背景と対象	1
3. これまでの研究経過	2
4. 研究の動機	3
5. 研究の目的	4
6. 研究の意義	5
7. 研究の方法	6
8. 研究で使用する言葉の定義と整理	6
9. 研究仮説の設定	10
10. 本論文の構成	11
第1章 母子生活支援施設の機能と現状	17
I. 母子生活支援施設の動向	17
1. 母子生活支援施設とは	17
2. 母子生活支援施設の歴史的経過とその位置づけ	17
1) 母子生活支援施設の誕生	
2) 戦後対策としての母子生活支援施設	
3) 死別母子から離別母子への質的転換	
4) 母子生活支援施設数の減少とその要因	
II. 母子生活支援施設の機能	26
1. 母子運営要領	25
2. 母子生活支援施設の機能の検討	26
1) 機能別施設類型と多機能化	
2) 女性・子どもの権利擁護機能	
3) 母子生活支援施設機能の整理	
3. 母子生活支援施設機能の現状と課題	32
III. 母子生活支援施設入所者の状況と推移	32
1. 入所者状況の検討方法	32
2. 入所者の状況	33

1) 入所理由	
2) 入所期間	
3) 退所理由	
4) 母の健康(障害を持つ母の状況)	
5) 就労問題	
3. 入所者状況のまとめ	39
IV. 母子生活支援施設における今後の課題	41

第2章 母子生活支援施設調査 47

I. 調査の構成	47
1. 調査の背景と課題	47
2. 調査の目的と方法	47
1) 調査の目的	
2) 調査方法	
3. 調査項目の検討	48
1) 基本的属性(年齢・子どもの数・婚姻状況・学歴・年収)	
2) 母親のソーシャルサポート	
3) 不適切な育児行為項目の検討	
(1) 「不適切な育児行為」の先行研究	
(2) 母子生活支援施設調査における不適切な育児行為項目	
4) メンタルヘルス項目	
(1) 抑うつ傾向の有無: CES-D (うつ評価尺度)	
(2) 解離傾向の有無: DES (解離性体験尺度)	
5) 母親の子どもへの愛着: ボンディング質問表 (愛着形成障害評価尺度)	
6) パートナー・実家との関係	
II. 調査結果の概要	55
1. 調査サンプルの代表性の検討	55
1) 他調査からの比較検討	
(1) 比較データの選択	
(2) 比較項目	
(3) 考察	
2. 対象者の社会的属性	56
1) 年齢	
2) 子どもの数・年齢	

3) 婚姻状況	
4) 学歴	
5) 就労状況	
6) 年収	
3. 母親のソーシャルサポート	58
4. パートナーとの関係	59
5. 実家との関係	59
6. 子どもとの関係	59
1) 子どもへの愛着	
2) 子どもへの不適切な育児	
7. メンタルヘルス	61
1) 抑うつ傾向	
2) 解離傾向	
Ⅲ. 考察	62
Ⅳ. 調査結果からの今後の検討課題	67

第3章 不適切な育児の要因 71

I. 不適切な育児の検討課題と方法	71
1. 本章での検討課題	71
2. 児童虐待防止法と不適切な育児項目	71
3. 不適切な育児要因の検討方法	72
Ⅱ. 不適切な育児得点と関連項目	72
1. 社会的属性と不適切な育児	73
1) 年齢・子どもの数・学歴・就労	
2) 年収	
3) 婚姻状況	
2. ソーシャルサポート・パートナー・実家との関係と不適切な育児	75
1) ソーシャルサポート	
2) パートナーとの関係	
3) 実家との関係	
4) パートナーからの被暴力経験(DV経験)と生育家庭での被虐待経験	
(1) DV経験と被虐待経験との合併	
(2) DV・被虐待との合併と不適切な育児	
3. メンタルヘルスと不適切な育児	79

1)	「抑うつ傾向の有無」「解離傾向の有無」と不適切な育児	
2)	「抑うつ傾向・解離傾向の有無」と不適切な育児各項目の検討	
4.	子どもへの愛着と不適切な育児	81
1)	子どもへの愛着（ボンディング得点）	
2)	愛着項目と不適切な育児の有無	
3)	子どもへの否定的感情と不適切な育児行為	
4)	愛着と母子関係障害	
Ⅲ.	不適切な育児に関する要因の検討	84
Ⅳ.	不適切な育児のまとめと今後の検討課題	86

第4章 メンタルヘルスが及ぼす影響 92

Ⅰ.	抑うつ傾向の検討	92
1.	抑うつ傾向と本章における検討課題	92
2)	抑うつ傾向	
3)	抑うつ傾向の先行研究	
4)	抑うつ傾向の検討課題	
2.	抑うつ要因の検討	93
1)	解析方法	
2)	結果	
	(1) 社会的属性と抑うつ傾向	
	(2) ソーシャルサポートと抑うつ傾向	
	(3) パートナーとの関係と抑うつ傾向	
	(4) 実家との関係と抑うつ傾向	
	(5) DVと生育家庭での被虐待経験の合併と抑うつ傾向	
	(6) 子どもへの愛着と抑うつ傾向	
	(7) 抑うつと解離との関連	
3)	重回帰分析による抑うつ要因の検討	
Ⅱ.	解離傾向の検討	99
1.	解離傾向と本節における検討課題	99
1)	解離傾向について	
2)	解離の先行研究	
3)	本節における解離傾向の検討課題	
2.	解離傾向の検討	101
1)	解析方法	

2) 結果

- (1) 社会的属性と解離傾向
- (2) ソーシャルサポートと解離傾向
- (3) パートナーとの関係と解離傾向
- (4) 実家との関係と解離傾向
- (5) DVと生育家庭での被虐待経験の合併と解離傾向
- (6) 子どもへの愛着と解離傾向
- (7) 不適切な育児と解離傾向

3) 重回帰分析による解離傾向要因の検討

Ⅲ. メンタルヘルスの影響のまとめと今後の課題・・・・・・・・・・107

1. 被虐待経験とDVとの関連・・・・・・107
2. 抑うつと解離との関連・・・・・・108
3. 母子生活支援施設入所者へのメンタルヘルス支援・・・・・・109
4. 今後の課題・・・・・・110

第5章 母親支援の検討・・・・・・・・・・114

Ⅰ. 不適切な育児の要因とそれに関連する構成妥当性の検討・・・・・・・・114

1. 本節の検討課題・・・・・・114
2. 一般人口調査における不適切な育児の要因とその構成の検討・・・・114
 - 1) 方法
 - 2) 使用した項目
 - 3) 解析の結果
3. 一般人口調査(学童)と母子生活支援施設調査との比較検討・・・・116
 - 1) 項目ごとの比較
 - 2) 一般人口調査(学童)と母子生活支援施設調査の構成妥当性
 - 3) 一般人口調査との比較から見た母子生活支援施設入所者の特徴

Ⅱ. 母子生活支援施設経験者へのヒアリング・・・・・・・・・・119

1. 対象と方法・・・・・・119
 - 2) 対象
 - 3) 方法
2. ヒアリングからの検討・・・・・・124
3. ヒアリングからの考察・・・・・・126
4. ヒアリングのまとめ

Ⅲ. 母子生活支援施設での支援の検討・・・・・・・・・・128

1. ソフト（対応）の支援……128
2. ハード（システム）の支援……132

終章 結論 135

- I. 本研究のまとめ 135
 1. 研究の目的……135
 2. 結果……135
 3. 不適切な育児に関する仮説モデルの構成妥当性の検証……135
 4. 量的調査を補うヒアリングによる検討……136
 5. 母親支援の検討（一般人口調査との比較から）……136
 6. 母子生活支援施設における支援方策の提案……136
- II. 本研究の限界と今後の課題 137
 1. 本研究の限界……137
 2. 今後の課題……138
- III. 終わりに代えて 139

資料 アンケート調査票

序章

1. はじめに

親や保護者が子どもを怪我させたり死亡させたりする「虐待」事件は、毎日のように新聞・テレビなどのマスコミをにぎわせているが、「なぜ救えなかったか」との問いかけに誰も何も答えることができないでいる。虐待の通報件数は右肩上がりに増加し、虐待対応の専門機関である児童相談所が問題を把握しているにも拘らず事件となってしまう事例が後を絶たない。その理由にはさまざまな背景があると思われるが、そのひとつに虐待している親との関係の困難性を挙げることを聞くことが多い。

「虐待や不適切なかわりを減らすために社会ができることは何か」の問いかけに、著名な家族間暴力の研究者であるデイビッド・フィンケルホーは、そのインタビューの中で(1)親をサポートする早期の介入プログラムをあげ、それを健康保険のシステムに組み込むことを勧めている。わが国では諸外国のような親への援助プログラムはほとんど施行されておらず、問題に気がついた親や周囲の関係者が早期に援助を求めてもその受け皿がなく、対応の機会を失ってしまう状況にある。この問題を解決するには援助を必要とする親と援助を提供する専門職とが協働して、その必要性を訴えてゆくことから始めなければならない。そしてそのためにはその必要性の根拠となりうるデーターの集積が早急に求められる。

2. 研究の背景と対象

平成 12 年(2000) 児童虐待防止法が施行され、虐待が社会的に認知される中、児童相談所への虐待の相談件数は平成 5 年の 1611 件から毎年増加の一途をたどり、平成 15 年度(2003) には 26,569 件とこの 11 年間で約 17 倍となっている(2)。小林ら(2002)が行った「児童虐待全国実態調査」(3)によると、虐待の発生件数は平成 12 年で 24,744 例が報告され、何らかの社会的介入を要する児童虐待の発生件数は年間発生数 3 万 5 千人を推定したが、2004 年度にはその数が現実のものとなり、児童相談所で扱う相談件数は 33,408 件にのぼった。また虐待の加害者は実母が 57%、実父 18%、実両親 11%、と実親が 86%を占め、虐待の 68%が母親によって行われている現状がある。

近年、離婚件数・離婚率の増加により「ひとり親世帯」が増加しており、表 1(4)に見られるように、特に母子世帯は 122 万 5400 世帯に上り、前回調査(平成 10 年 11 月 1 日)に比べ、28.3 %の増加となるなど、家族形態の変化が著しい。

表 1 全国母子世帯等調査結果報告（平成 15 年度） 厚労省雇用機会均等・児童家庭局

調査 年次	世帯数（単位：千世帯）								構成割合（単位：％）							
	総数	死別	生別						総数	死別	生別					
			総数	離婚	未婚 の母	遺 棄	行 方 不 明	その 他			総数	離婚	未婚 の母	遺 棄	行 方 不 明	その 他
昭和 58	718.1	259.3	458.7	352.5	38.3	*	*	67.9	100.0	36.1	63.9	49.1	5.3	*	*	9.5
63	849.2	252.3	596.9	529.1	30.4	*	*	37.3	100.0	29.7	70.3	62.3	3.6	*	*	4.4
平成 5	789.9	194.5	578.4	507.6	37.5	*	*	33.4	100.0	24.6	73.2	64.3	4.7	*	*	4.2
10	954.9	178.8	763.1	653.6	69.3	*	*	40.2	100.0	18.7	79.9	68.4	7.3	*	*	4.2
15	1,225.4	147.2	1,076.4	978.5	70.5	4.4	7.9	15.0	100.0	12.0	87.8	79.9	5.8	0.4	0.6	1.2

児童虐待死亡事例報告（平成 17 年児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会第 1 時報告）(5)でも、虐待者は実母が 54%を占め、養育支援が必要となりやすい要素として「地域からの孤立」54.2%をトップに「ひとり親家庭・未婚」が 50.0%と、養育環境が不適切な育児に影響を及ぼしている可能性が見受けられる。欧米でもひとり親への調査が行われており、虐待者のなかでもその数が多いことが知られている(6,7)。石川(2004)は平成 9 年～10 年の児童相談所児童票を分析し、虐待者は実母が 8 割を占め、母子家庭が半数であったと報告(8)している。また養育環境が子どもの成長・発達に及ぼす影響として、養育の問題と非行との関連に着目した調査「児童相談所における非行相談に関する全国調査について」(こころの健康科学研究事業分担報告書, 2005) (9)によると、非行を行った子供の家庭は実父母家庭は 39%、一人親家庭が 41%、その内訳は母子家庭 32%、父子家庭 9%と、一人親家庭のうち 80%弱を母子家庭が占め、母子家庭の養育困難を推測させるものであった。

3. これまでの研究経過

親が養育するときに適切な援助が得られ、地域が家族を支援することがなされれば子ども虐待は減るといわれている(1)。しかしながら「適切な援助」を具体化するには不適切な育児の要因を明らかにすることが求められるが、子ども虐待は単一因子では説明できず複数の相互関連した危険因子を発見し、それにそった支援をする必要があることは世界的な趨勢である(10)。そのため、民間児童虐待防止団体である子どもの虐待防止センターからの委託により、わが国における母親が行う不適切な育児の要因を明らかにし、母親への支

援のあり方を検討することを目的に、乳幼児及び学童を持つ母親を対象に児童虐待の一般人口調査を行った(11. 12. 13)。

平成 11 年より 3 年間、乳幼児及び学童を持つ母親を対象に児童虐待の一般人口調査を行ったところ、一般人口での 9～10%が虐待行為高得点群に属した。

各調査ごとに統計解析を行い、不適切な育児行為に影響を与えている要因の検討を行った。虐待得点との関連が有意であった項目を独立変数、虐待得点を従属変数として重回帰分析を行ったところ、「乳幼児調査」でもっとも関連の強かった項目は「子供の数が多し」「夫との関係が不安定」があげられたが「学童調査」では「解離傾向」「母性意識否定項目」と差異が見られ、子供の年齢により虐待のリスク要因が異なっていることが理解された(表 2) (14)。

表 2 一般人口(学童・乳幼児)における不適切な育児行為の要因

重回帰分析(乳幼児)		重回帰分析(学童)	
	標準偏回帰係数		標準偏回帰係数
子数合計	0.26 **	解離傾向得点	0.27 **
解離傾向得点	0.18 **	母性意識得点(否定感)	0.17 **
子が望み通りにならなし	0.16 **	母親の年齢	-0.12 **
現家族得点(葛藤性)	0.13 **	自尊心	-0.11 **
実家得点(葛藤性)	0.12 **	夫が暴力を振るう	0.10 **
夫が子どもを手荒に扱ふ	0.11 **	子数合計	0.10 **
母性意識得点(否定感)	0.09 *	母性意識得点(肯定感)	-0.09 *
気の合わない子有無	0.07 *	気の合わない子有無	0.07 *
調整済みR ²	0.30	調整済みR ²	0.29
**p<0.001 *p<0.01		**p<0.001 *p<0.01	

出所：「首都圏一般人口における児童虐待疫学調査報告書(乳幼児)」

「大都市一般人口における児童虐待疫学調査報告書(学童)」

乳幼児及び学童を持つ母親の虐待行動に共通して影響を与えていた要因は、①解離傾向などのメンタルヘルス②母親としての(母性意識)否定感③「家族間の葛藤性」(乳幼児)・「夫が暴力をふるう」(学童)と家族間での暴力傾向を表している項目などが挙げられ、メンタルヘルスと家族間暴力傾向が子どもへの虐待行為のリスク要因となることが確認された。

4. 研究の動機

これまで行ってきた研究経過から虐待のリスク要因のひとつに、母親の有するメンタルヘルスがあげられた。特に抑うつについては、出産直後にマタニティブルーなど産後うつが生じることは以前からも指摘されていたが、産後うつと不適切な育児との関連が周知

され始めたのはごく最近のことである(15)。これらの研究成果をもとに、保健所においては不適切な育児が生じるのを防止するため、それまで子供の発達を中心とした乳児の1ヶ月半・3ヶ月検診の中に、母親自身のメンタルヘルスをチェックするエジンバラ産後うつスケール(以下EPDSと略す)(16)を導入し、母親の抑うつと育児の問題に介入することを各地で試み始めている(17,18)。筆者も保健所による産後うつへの介入事業を保健師と共に行之、産後うつの重篤度が高い人への受診援助や、中等度の抑うつ症状があるにもかかわらず、周りも本人もそれに気がつかず、子供への不適切な育児を行っている人への介入を行ってきた。そこから見えてきたのはチェックリストによる介入がなければ、専門家である保健師も抑うつ傾向に気づけない事例が多いことや、うつ傾向の背後に摂食障害、解離、アルコール乱用など、様々な精神疾患が隠れていることなどであった。またそれと同時にパートナーからのDVや舅・姑などの家族問題、夫の会社の倒産や失業などの経済・生活問題など、育児中の母親の抱える様々な問題が抑うつ傾向に影響を及ぼしており、特に夫や身近な家族の協力が得られない場合、その傾向は著しかった(19)。当事者への抑うつ症状の自覚への働きかけと同時に、エンパワメントアプローチ(20)による心理的支援は、「他の人はちゃんと子育てしているのに・・・。できない自分はダメな母親」との自責感を減少させ、実家の援助やホームヘルプサービスを始め、フォーマル・インフォーマルな支援資源を利用する抵抗を少なくし、その結果子どもへの不適切なかかわりが減ることが、母親にとっても救いとなることを当事者と共に体験してきた。抑うつ傾向が重度化し精神科などの医療機関に現れる事例は、生活が立ち行かなくなって初めて受診するなど、その頻度は極めて少ない。ましてEPDSによって見出されるような「中程度の抑うつ」により、不適切な育児を行ってしまう母親が自ら援助を求めて相談に来所する可能性はかなり低いと言わざるを得ない。そのような意味でも乳児検診の場で行なわれる母親へのメンタルヘルスの介入支援は必要かつ有効なものであった。

筆者は平成14年から3年間、母子生活支援施設(以下支援施設と略す)において相談員(非常勤)として母親支援を中心に関わってきたが、保健所同様自らメンタルヘルスの問題を自覚し、相談に現れる入所者はほとんどいなかった。しかしながら母親による子どもへの不適切なかかわりは頻発しており、支援施設職員が母親からの不適切なかかわりから子どもを守ろうとすると、それが母親にとっては「非難された」ことにつながり、より子どもや職員への攻撃が増したり、もしくは職員の目に触れない自室等で不適切な育児が行われるなどの問題も起きていた。これらの行為の一因にメンタルヘルスの問題があるのではないかと推測されたが、当事者にメンタルヘルスの自覚がないことや、支援施設内でも不適切な育児がどのような要因によるのかの検討はほとんどなされず、適切な介入・支援が行えていなかった。支援施設入所者が行う不適切な育児を防止するためには、その要因を検討しスタッフ間で共通認識を持つことが求められるが、そのための手段として客観的なデータが必要となることに気がついた。

5. 研究の目的

メンタルヘルスと不適切な育児との研究は、山下ら(2004)(21)九州大学グループが抑うつ感情とボンディング障害(愛着形成障害)との関連を調査し、産後早期の抑うつ感情は子どもへの愛着形成に支障をきたし、さらに子どもへの攻撃的な感情を持つとした母親の割合が高かったことから、虐待発生リスクの高さを示唆するなど、乳幼児を対象とした産後うつと虐待との関連についてはすでに先行して実践的な研究が多く行われている(22, 23)。このようにライフイベントの中でも特定された期間の「産後うつ」については、公衆衛生領域において「母性保護」と言う観点からも積極的に取り組まれ成果が上がっているが、「産後」以外のライフイベントによるメンタルヘルスの問題を抱えた母親への支援は、これまでほとんど省みられてこなかった。一般人口調査でも「乳幼児」を持つ母親を対象としたEPDSによる抑うつ傾向にある割合(13%)と、「学童」ではCES-D(22)と評価尺度は変えたが、その抑うつ傾向の割合はほとんど変わりなく(13.1%)、抑うつが「産後」に限ったものではないことが検証されている。

小林らの調査(2)でも、被虐待対象者の56%は6歳以下の乳幼児であったが、それ以上の年齢対象者は44%と半数弱の割合を占め、虐待が乳幼児期に限った現象ではないことが明らかにされている。虐待が乳幼児期だけに突出する行為ではなく小学生以上の子供にも行われており、成長期にある子どもの心身の健康な発達を阻害する深刻な虐待事例も頻発している(23)が、それがどのような要因によって行われているかの調査研究はほとんど見られていない。また「うつ」も「産後うつ」に限定しないネガティブ・ライフイベントによる「抑うつ(メンタルヘルスの問題)を抱えた母親」についての調査研究も行われていない。

そのため家族からの離別を含め、様々な困難を抱える母子であることが入所条件でもある支援施設利用者に、メンタルヘルスや生活面での様々な問題が集約されていると考え、そこでの不適切な育児の要因を探索しその防止方法を検討することにより、適切な手段を探索することは支援施設利用者にとどまらず、メンタルヘルスの問題を抱えた母親へも共通して有効な手段となるであろうことを仮定し、母親への効果的な支援のあり方を提案することを研究の目的とする。

6. 研究の意義

児童虐待死亡事例報告(平成17年児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会第1時報告)(5)でも、虐待者は実母が54%を占め、養育支援が必要となりやすい要素として「地域からの孤立」54.2%をトップに「ひとり親家庭・未婚」が50.0%と、養育環境が不適切な育児に影響を及ぼしている可能性が見受けられる。世帯の核家族化による養育機能の脆弱性に加え、さらにひとり親家庭や抑うつなどメンタルヘルスの影響により孤立化しやすい母親への支援について、どのような機能があれば有効かを検証し、具体的な提言が可能

となればその意義は大きい。

7. 研究の方法

先行研究・調査をもとに母子生活支援施設の機能及び状況、及び今後の課題を検討し、母子生活支援施設入所者の置かれている現状について考察を加える。そして支援施設入所者が育児に対してどのような困難を抱えているのかの実態を明らかにする調査を行い、具体的にどのような援助が求められるのかを検討する。それらの検討を踏まえ入所者に協力を依頼しヒアリングを行い、どのような援助が有効であったのかを具体的に示すことにより、今後の支援のあり方を検討する。

8. 研究で使用する言葉の定義と整理

(1) 「不適切な育児」の定義

これまで母親による子どもへの育児行為の中で、どのような行為が「不適切な行為」にあたるのか、特に「しつけ」か、そうでないのかを規定することは文化社会的側面を含め、多くの検討すべき問題があり専門家間でも一致を見ないといわれてきた。しかしながら近年子どもの成長発達を阻害する行為を表すものとして、「虐待」「不適切なかかわり（マルトリートメント）」などにより、子どもへの不適切な行為を規定しようとする試みが始められてきている。

わが国では“abuse”を「虐待」と訳し、「虐待」の「虐」は訓読みで「しいたげる」であり、「むごく取り扱うこと、いじめること」の意味になるなど、本来の意味である「普通とは違った、もしくは正しくない使い方」（西澤、1994）（26）より重度の意味づけを附している。また「不適切なかかわり」「Maltreatment」も“mal”（＝悪い）と言う接頭語に“treatment”（＝扱い）がついた言葉で「Child Maltreatment」を、わが国では「子どもへの不適切なかかわり」と訳し、「虐待」とは別の定義を行なっている。しかしながら諸外国では「虐待」と「不適切なかかわり（マルトリートメント）」は同意義語として使用されており、特に区別されていない例が多い。

子どもへの「虐待/不適切なかかわり」の研究が進展するにつれて、それらの行為が単独でしかもたまたま生じるということではなく、その持続性や反復性により、子どもの成長・発達に大きな影響を与えることが知られるようになって来た。ガルバリーノら（1986）（27）は「心理的虐待」に着目し、そこでの虐待の反復・継続性への子供への影響研究から、「虐待」に代わるより広い概念としての「不適切な養育」を提案し、それまでの身体的虐待とネグレクト以外に「心理的に不適切な養育」についての具体的な定義をおこない、心理的虐待を受けた子どもへの深刻な影響を明らかにした。この『不適切な養育』のように「育児」の中で、反復され持続的に行なわれる「不適切なかかわり」すなわち「不適切な育児」

に注目することは当然なことであると考え。本研究での「不適切な育児」については、「育児」の中の「不適切なかかわり」の行為が単独ではなく、継続・反復することにより、子どもの成長・発達を阻害する行為と定義し、さらにどのような行為が該当するのかを検討することを研究に含める。

(2)「虐待」「不適切なかかわり(マルトリートメント)」「家族間暴力」の用語の位置づけ

子どもへの不適切な行為を表すものとして、「虐待」「不適切なかかわり(マルトリートメント)」があり、最近ではそれに「家族間暴力」が加わった。言葉は異なるがそれぞれ同じことを意味していると考えが、わが国では「虐待」と「不適切なかかわり(マルトリートメント)」とではその定義が異なり、「家族間暴力」も子どもに限らず配偶者や高齢者・兄弟間に発生するさまざまな虐待とすることで、その定義や意味も変わってくる可能性がある。しかしながら本論文では家族内における暴力行為「虐待」が共通の基盤とプロセスを持つこと、すなわち虐待が学習された行動であり、その社会的学習モデルにより被害者が加害者に転じるなどの相互作用を生じさせ、表面上の問題行動こそは変わるが根本にある「虐待」の影響は生涯変わることなく続くことによる子どもへの影響という視点から、「虐待」「不適切なかかわり(マルトリートメント)」「家族間暴力」を「子どもへの不適切な行為」と共通するものとする。そしてこれまでの経過の中から持つに至った各語彙の機能について、「虐待」「不適切なかかわり(マルトリートメント)」「家族間暴力」を以下のように整理した。すなわち「虐待」を「虐待とは何か」との現象を説明するものとして、「不適切なかかわり(マルトリートメント)」は虐待の機能を説明するものとして、「家族間暴力」は虐待の構造(連鎖)を説明するものとして位置づけた。

1) 現象説明としての「虐待」

2000年5月児童虐待防止法が成立し、それによりわが国で初めて社会に「虐待」を認知させ、犯罪であることを明確にし、これまで「社会問題」として認識されてこなかった「現象」に命名し形あるものにした。

2004年成立した改正児童虐待防止法では児童虐待の定義を以下に行っている。

児童虐待の定義

第二条 この法律において、「児童虐待」とは、保護者(親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう。以下同じ。)がその監護する児童(十八歳に満たない者をいう。以下同じ。)について行う次に掲げる行為をいう。

- 一 児童の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
- 二 児童にわいせつな行為をすること又は児童をしてわいせつな行為をさせること。

三 児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、保護者以外の同居人による前二号又は次号に掲げる行為と同様の行為の放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること。

四 児童に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力（配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）の身体に対する不法な攻撃であって生命又は身体に危害を及ぼすもの及びこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動をいう。）その他の児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

2) 機能説明としての「不適切な関わり(マルトリートメント)」

わが国では子どもへの「不適切なかかわり」を「マルトリートメント (Maltreatment)」と称し、「虐待」とは別の定義を行っており、「子ども虐待対応の手引き(厚生省 2000)」(28)では「不適切な関わり(マルトリートメント)」を以下のように定義している。

『諸外国では、「マルトリートメント」という概念が一般化している。「マルトリートメント」とは、大人の子どもに対する不適切な関わりを意味しており、「虐待」より広い概念である。「マルトリートメント」は一応次のように定義づけられよう。

1. 18歳未満の子どもに対する
2. 大人、あるいは行為の適否に関する判断の可能な年齢の子ども（おおよそ15歳以上）による
3. 身体的暴力、不当な扱い、明らかに不適切な養育、事故防止への配慮の欠如、ことばによる脅かし、性的行為の強要などによって
4. 明らかに危険が予測されたり、子どもが苦痛を受けたり、明らかな心身の問題が生じているような状態

この定義の1と3の項目は、従来の『虐待』の定義とほぼ同じ内容である。2では、「親、または、親に代わる保護者」に限定せず、「大人、あるいは行為の 適否に関する判断の可能な年齢の子ども（おおよそ15歳以上）」とされている。例えば、学校・塾などの教師や保育所の保育士などによる体罰など、家庭外での不当な行為も「マルトリートメント」と考えられる。また、「子ども」が含まれているのは、施設内での年長児による年少児への暴力や、きょうだいの間の性的虐待等を考慮しているからである。

4については、従来の「虐待」の定義では「明らかに心身の問題が生じている」場合のみとされてきたが、子どものウェルビーイングの促進、啓発を考える上で、また、問題の重度化、深刻化を防いで行く上で、たとえあざや骨折がまだ生じていなくても、殴られたり、蹴られたりすることは不適切なことであることを明らかにするために、「明らかに危険が予想されたり、子どもが苦痛を受けて」いる場合も含めている。』とし、実際に行われている行為だけではなく、予測される問題やそれへの防止までの機能を含めた概念(29)として「マルトリートメント」を定義づけている。

高橋ら(30)が「マルトリートメント」を「すべての子どもの育成・保護、権利保障を視

野に入れた新しい子ども家庭サービス」としてのアプローチから、「虐待」に代わる新たなものとして「マルトリートメント」を提起した理由は、大別して以下のような 3 点にまとめられる。

- ① 虐待者を主に親や保護者に特定せず、またその対象も「家族間」としないで、広く子どもを取りまくすべての関係者が「虐待者」となる可能性があること。
- ② 従来の「虐待」という言葉からは身体的虐待のような肉体的外傷をイメージしやすいため、ネグレクトのような虐待については認知しにくい
- ③ 虐待している行為者の「虐待」に対する自覚が低いため、心理的抵抗感を引き起こしやすく、介入への拒否の可能性が高くなる。

また「不適切な関わり(マルトリートメント)」の構成概念として「不適切な関わり(マルトリートメント)」を「虐待」の上位概念とし、その下位分類として「虐待 (Abuse)」「ネグレクト (Neglect)」「心理的に不適切な関わり (Emotional Maltreatment)」の 3 つに分けた。そして「虐待」の中に「身体的虐待(physical abuse)」「性虐待(sexual abuse)」が含まれるとした。

このほかに筆者はこれらに加えて、マルトリートメントを以下のように考える。すなわち子どもへの「虐待」は偶発的に生じるものではなく、様々な「不適切なかかわり」の積み重ねやその悪循環の連続線上にあると考える。この「非偶発的」についてはすでにヘルファー (1987) (31) が「虐待とは『個人の身体上およびあるいは発達上の状態に非偶発的害を生むような家族成員間の交流ないし交流の欠如である』と定義し、虐待は突然偶発的に起こるものではないことを明確にしている。この「非偶発」性を特性として反復・継続された結果「虐待」にいたると仮定するならば「不適切な関わり (マルトリートメント)」のうちに早期に予防する可能性とその対策が重要になってくる。そのような意味においても「不適切な関わり (マルトリートメント)」は問題の予防あるいは解決のための方法を含めた機能を説明しているといえる。

3) 構造 (連鎖) 説明としての「家族間暴力」

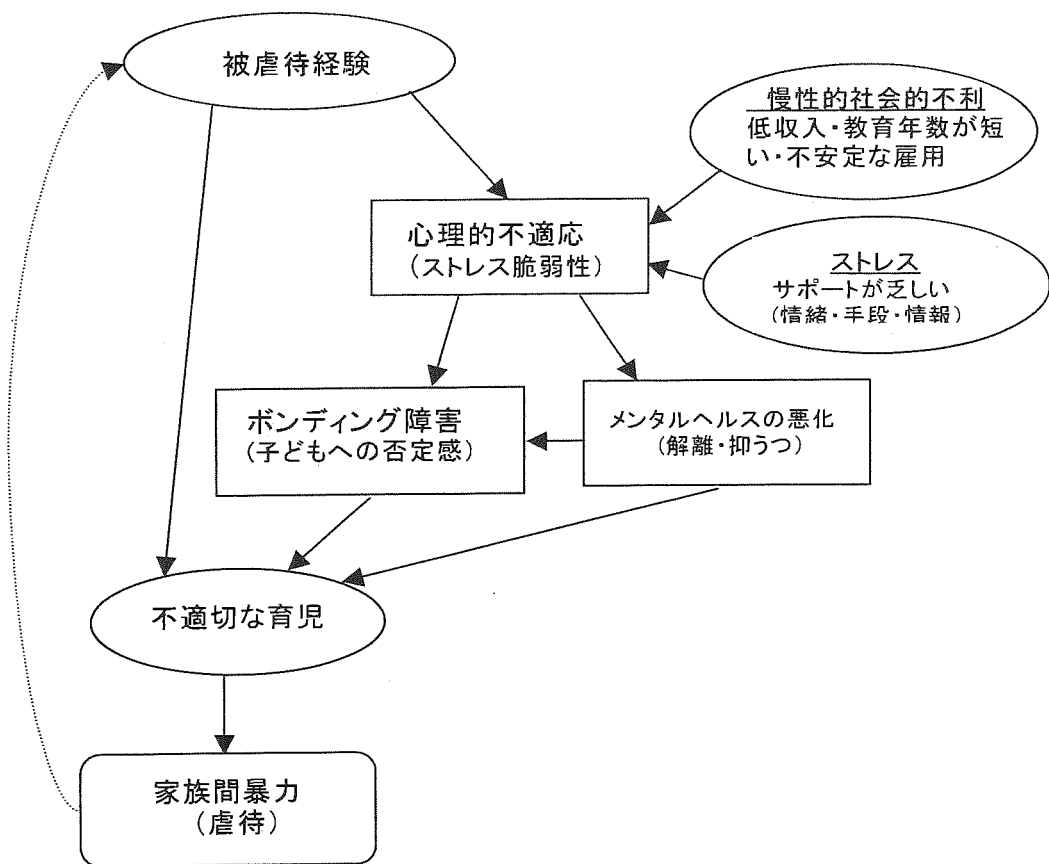
近年「子ども虐待」から養育者を評価し、そこからパートナーから虐待されている妻 (battered wife) の存在が浮かび上がり、虐待を受けているのは必ずしも子どもだけではなく、同時発生的に行なわれていることが認知され始めてきている。また被虐待者は母親だけではなく、祖父母のような高齢者であったりと、家庭内での強者から弱者へと行われる「家族間暴力」として、その存在が明るみに出始め、「虐待」を家族間暴力として定義付ける (32) ことが行われ始めている。ブラウン (1997) (33) は「家族間暴力」の定義をヨーロッパ会議によって提唱された定義を用い、『家族の一人からの、その家族の枠組み内で関与される、同一家族の他のメンバーに対する生命、身体または心理的無傷性もしくは自由を弱める、または人格の発達を深刻に害するような行為、または怠慢』と述べ、『このような広範囲な研究方法は「虐待」と「ネグレクト」の双方の概念を含みながら家族というも

のを社会的にとらえる場合に、「広義の虐待」の一般的な全体像を与えてくれる』と言って、いるように「虐待」や「不適切なかかわり」を広げて、社会的全体像(社会構造)として理解する手段を与えた。これまで家族の中で行われてきた暴力は古くから「民事不介入」として、長く私的なものとして扱われてきており、その不透明さゆえに我々がその現象・影響を理解することが困難であったとも言える。子どもや妻もしくは祖父母が家族成員から暴力を受けても犯罪としては見做されてこなかったし、西澤(1994)(34)の言うように「虐待」の言葉が持つ衝撃性は、マイナス面と同時に我々の否認を引き起こす可能性もある。「虐待」を「家族間暴力」とすることで、子どもへの暴力だけではなく家族全体がその暴力に覆われていることを問題提起し、「虐待」を軸に家族間暴力を包括的に見ること、さらに「虐待」が「連鎖」するとの視点を与えた点でその功績は大きい。

9. 研究仮説の設定

これらの研究成果を踏まえ、本研究では社会構造としての連鎖の視点から、不適切な育児行為の継続・集積したものを「虐待」すなわち「家族間暴力」として定義する。そして不適切な育児から「家族間暴力(虐待)」に至るまでの要因について、これまでの研究経過からそのいくつかを探索してきたが、その要因が相互にどのように影響・関連して不適切な育児に至るのかの検討はいまだなされていない。もしその構造や関連性を知ることができれば、不適切な育児への介入・防止に適切な手段を講ずることが可能になるのではないかと考えた。そのためこれまでの不適切な育児のリスク要因を踏まえ、メンタルヘルスを含めた諸要因が不適切な育児にどのように関わっているのかを検討し、不適切な育児モデル(仮説)を設定した(図1)。

図1 不適切な育児モデル(仮説)

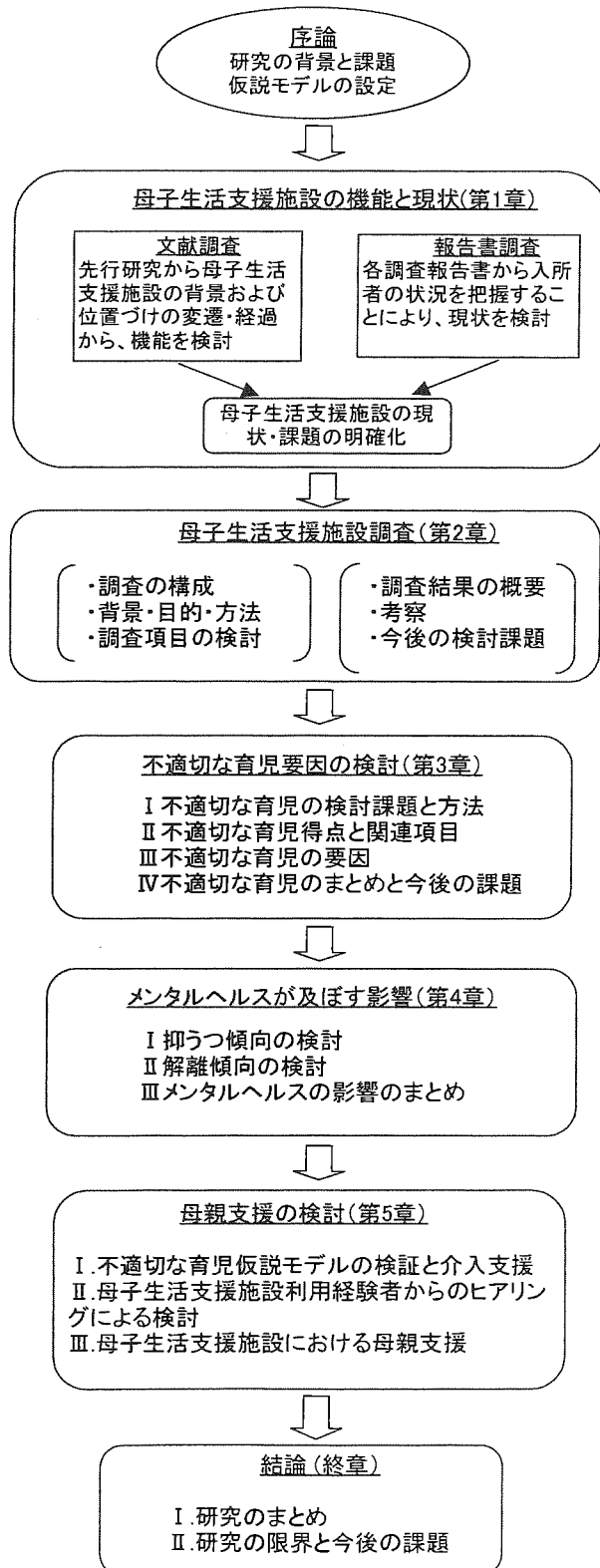


不適切な育児の要因のひとつに幼少時からの被虐待経験が挙げられる。親から受けた被虐待経験は成長するに従い、愛着障害やさまざまな心理的不適応を生じ、対人関係にも影響を及ぼす。そこに慢性的な社会的不利(収入が少ない・雇用が不安定)やサポートの乏しさ(情緒的・手段的・情報的サポート)によるストレスが加わるとメンタルヘルス(抑うつや解離)が発症する危険性が高まる。メンタルヘルスの悪化は子どもへの愛着に影響し、子どもへの否定感を増幅させ不適切な育児へとつながる。この間も含めて不適切な育児に対して何のケアもなされない場合、不適切な育児が集積・エスカレートし、子どもへの「虐待」にまで至る。そして虐待を受けた子どもが成長し、親になったとき今度は自分の子供に対し、自分が親から学んだ育児法(たとえば暴力でしつける)で子育てすれば、それがまた子どもにとっては不適切な育児となり、暴力の繰り返しと言う世代間連鎖が続くことになる。本論文ではこれらの仮説モデルの検証を行い、不適切な育児を防止する具体的な方策を検討する。

10・ 本論文の構成

本論文は以下のように構成されている(図2)。

図2 本論文の構成



序章では研究の背景・研究経過・目的などから今回の研究仮説を設定し、研究の構成を行った。

第 1 章では母子生活支援施設についてその設立経過および機能の変遷・現状を考察することにより、母子生活支援施設の支援の限界と今後の課題について検討する。

第 2 章では支援施設入所者を対象として行った調査結果の概要を述べるとともに、調査の信頼性を確認するため、「一般人口調査」や「全国母子生活支援施設実態調査」などを中心とした先行調査研究との比較検討をも行った。

第 3 章においては「不適切な育児」がどのような要因と関連しているのかを中心に分析を行い、今回の調査で見出された「被虐待経験」と「DV 経験」の合併についても焦点化し、解析を進め考察をおこなった。

第 4 章においては第 3 章の「不適切な育児」とメンタルヘルスの関連を検討した。メンタルヘルスの「抑うつ」と「解離」の各要因について解析を行い、「抑うつ」や「解離」の影響が与える育児や生活面の困難性について考察した。またその結果から「解離」に「抑うつ」が合併していることが見出された。また「解離」のため不適切な育児や愛着（子どもへの気持ち）への自覚や認知がなされにくい問題が明確となり、「解離」について今回の調査手法の限界と、今後の研究方法の課題が示された。

第 5 章ではこれまで不適切な育児に関連が見られた要因を中心に仮説モデルの検証を行い、不適切な育児の構造とそこから導き出される介入支援の検討を行なった。また母子生活支援施設利用経験者のヒアリングを行い、実際にどのような支援が求められているのか仮説モデルの補足を行い、支援のあり方を検討した。

終章ではこれまでの研究のまとめおよび限界、今後の課題についての考察を行なった。

【注：参考文献】

- (1) Cindy Miller, P & Robin Perrin : Child Maltreatment. Sage publications. (1999)
「子ども虐待問題の理論と研究」 伊藤友里訳 明石書店
- (2) 平成 16 年度 児童相談所における児童虐待相談件数： 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課
- (3) 小林登「児童虐待および対策の実態把握に関する研究 児童虐待全国実態調査 2. 地域調査結果」子供の虐待とネグレクト 4-2 (2002)
- (4) 平成 15 年度全国母子世帯等調査結果報告：厚労省雇用機会均等・児童家庭局
- (5) 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会第 1 次報告
「児童虐待による死亡事例等の検証結果等について」(2005)
- (6) Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S.: A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment; Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. Child Abuse & Neglect, 14, 357-364. (1998).
- (7) Gelles, R. J.: Child abuse and violence in single-parent families; Parent absence and economic deprivation. American Journal of Orthopsychiatry, 59(4), 492-501. (1989).
- (8) 石川 丹：(2004)：メンタルヘルスにおける最近のトピックスー乳幼児虐待ー. 北海道医報 1024 号 36-37.
- (9) 犬塚峰子他：「児童相談所における非行相談に関する全国調査について」厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業分担報告書）(2005)
- (10) Ammerman, R. T. & Herson, M. (Eds): Treatment of Family Violence. New York, Wiley(1990)
- (11) 妹尾栄一(1999)「首都圏一般人口における児童虐待の調査報告書（予備調査）」子どもの虐待防止センター
- (12) 妹尾栄一(2000)「首都圏一般人口における児童虐待の調査報告書」（乳幼児調査）子どもの虐待防止センター
- (13) 妹尾栄一(2001)「大都市一般人口における児童虐待の疫学調査報告書」（学童調査）（社会福祉・医療事業団）子どもの虐待防止センター
- (14) 大原美知子、妹尾栄一：学童期の子を持つ母親の虐待行動とその要因. 社会福祉学. 45-1 巻. 46-56. (2004)
- (15) 小泉武宣：「周産期の社会的リスクとその支援 子ども虐待に対する予防対策とその支援」、周産期医学 31-6. 831-836 (2001. 6)
- (16) Cox JL, Holden JM, Sagovsky R.: Detection of postnatal depression ; development of the Edinburg Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry. 150.

(1987)

- (17) 鈴宮寛子他：保健機関が実施する母子訪問対象者の産後うつ病全国他施設調査。厚生
の指標. 51-10. 1-5 (2004)
- (18) 河本代志也他：新生児、乳児の母親における子ども虐待の簡易スクリーニング 新生
児訪問指導、乳児健康審査におけるエジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) を利用
した 11 項目調査票の使用経験。日本社会精神医学会雑誌 14-3. 221-230 (2006. 2)
- (19) 天野文子ら：産後うつ病傾向にある母親が退院して抱える問題 家庭訪問を通して。
日本看護学会論文集(母性看護) (1347-8230) 34 号. 20-22 (2003. 11)
- 天野らは 1 ヶ月検診で EPDS により産後うつ傾向にあるとされた母親へ家庭訪問し、聞き
取り調査をおこなったところ、産後うつ傾向にある母親が抱えている問題として①家族の
協力の必要性②具体的な育児上の不安③家族間のプライバシーの問題④母親の身体的変化
⑤情報源の不足など 5 つのカテゴリーが抽出されたとの報告を行っている。
- (20) 久木田純：エンパワメントとは何か 「現代のエスプリ エンパワメント」 376 号
至文堂 21-27 (1998)
- 久木田純はエンパワメントを「すべての人間の潜在能力を信じ、その潜在能力の発揮を
可能にするような人間尊重の平等で更正な社会を実現することを目標とする」と定義して
いる。
- (21) 山下洋、吉田敬子自己記入式質問紙を活用した産後うつ病の母子訪問地域支援プログ
ラムの検討—周産期精神医学の乳幼児虐待発生予防への寄与—。子どもの虐待とネグ
レクト 6 巻 2 号. (2004)
- (22) 鈴宮寛子：母親への心の健康支援 EPDS を用いた新生児訪問指導。小児保健研
究. 60-2, 248 (2001)
- (23) 斉藤和子：【本当に求められる児童虐待予防を目指して】子ども総合センターにおける
EPDS を中心とした取り組みについて。地域保険 36-10、14-20
- (24) CES-D : The Center for Epidemiologic Studies Depression scale (米国国立衛生研
究所 (NIMH) 疫学研究センター抑うつ尺度) Radloff (1977) により開発されたもので、
20 項目の自己評価式のものである。
- (25) 岸和田事件：特集 2 岸和田事件。子どもの虐待とネグレクト. 6 巻 3 号. 317-347.
(2004)
- (26) 西澤哲：子ども虐待—子どもと家族への治療アプローチ。誠信書房 (1994)
- (27) Garbarino, J.E., Guttman, , & Seeley, J.: The Psychologically Battered Child:
Strategies for Identification, Assessment, and Intervention. San Francisco,
Jossey-Bass. (1986)
- (28) 子ども虐待対応の手引き」厚生省 (2000)
- (29) 高橋重宏、庄司順一他：子ども家庭サービスのあり方に関する研究 2. 子どもへの虐
待に関する社会的インターベンションのあり方 (1) —子どもへの虐待の概念・定義の

検討一. 日本総合愛育研究所紀要第 31 集

- (30) 高橋重宏他：「子どもへの不適切な関わり(マルトリートメント)」のアセスメント基準とその社会的対応に関する研究(2)－新たなフレームワークの提示とビネット調査を中心に－・日本総合愛育研究所平成 7 年度『日本総合愛育研究所紀要』日本総合愛育研究所 第 32 号 87-106 (1996.3)
- (31) Helfer, R. E. : The development basis of child abuse and neglect; an epidemiological approach. In Helfer, R. E. & Kemp, R. S. (eds.) The Battered Child. (4th ed.) Chicago, University of Chicago Press. (1987)
- (32) 井上登生：虐待(家族間暴力)の発見と歴史 治療 Vol87-12 p3150-3154. (2005. 12)
- (33) Kevin Browne & Martin Herbert : Preventing Family Violence. John Wiley & Sons Ltd. (1997)

「家族間暴力防止の基礎理論」：藪本知二、甲原定房監訳. 明石書店 (2004)

- (34) 西澤哲：子ども虐待－子どもと家族への治療アプローチ. 誠信書房 (1994)

西澤は『初期の介入段階でこの言葉を使うことで親などに大きな抵抗を引き起こし、結果的に治療的にかかわりに難渋を極めるといったことも少なくないだろう』と「虐待」という言葉を使用することに抵抗を示し、今後より適切な表現を探ってゆく必要性を述べている。

第1章 母子生活支援施設の機能と現状

I. 母子生活支援施設の動向

1. 母子生活支援施設とは

母子生活支援施設は児童福祉法 38 条に「母子生活支援施設は、配偶者のない女子又はこれに準ずる事情にある女子及びその者の監護すべき児童を入所させて、これらの者を保護するとともに、これらの者の自立の促進のためにその生活を支援し、あわせて退所した者について相談その他の援助を行なうことを目的とする施設とする」とあるように、母子一体(1)として自立促進のための生活支援を行なう場所であると規定されている。母子生活支援施設がなぜ母子福祉法ではなく児童福祉法という「児童」の中に組み込まれなければならなかったのかをはじめ、わが国における母子生活支援施設位置づけをその成り立ちから現在に至るまでの経過を概観し、その機能や現状、課題を検討する。なお母子生活が用いられたが、住居の提供をイメージしやすい「寮」よりは、明確に母子の生活を「支援」するとの内容をあらわした、「母子生活支援施設」をその名称として使用する。なお文献を引用する際には文献の記述どおり「母子寮」とした。

2. 母子生活支援施設の歴史的経過と位置づけ

1) 母子生活支援施設の誕生

母子生活支援施設(以下支援施設と略す)が初めて公的に認められたのは、1937 年に制定された「母子保護法」第 9 条に「扶助をうける母子を保護する為の必要な施設の設置、管理、その他施設に関し必要な事項を定める。また市町村及び私的に施設を作るときは地方長官の認可を受けること」の条文が入ったことによる。「母子保護法」は生活に困窮した母子に対する経済扶助を目的としたもので、この法律が成立に至るまでの経過は今井(2005)(2)が詳細に論証しているように、母性保護連盟の母子扶助法制定運動を母体とし、女性を中心とした大正デモクラシーの成果の一部であったということができよう。母子扶助法制定運動は当時の金融恐慌、いわゆる「昭和恐慌」という未曾有の経済波瀾の影響は、生活困難を受けるもっとも弱い立場にあった「母子」世帯を直撃し、母子心中が多発したことがその背景にある。たとえば 1930 年の親子心中数は 254 件を数え、母子心中に限ってもその人数は 642 人の多くに達した(中央社会事業協会調査)(3)。そのため母性保護連盟らは母子ホームの建設を国に請願し、1935 年には甲府に一箇所、翌年には東京市に母子ホーム「恵和母子寮」の開設など、全国で 50 箇所ほどの母子ホームが開設されている。しかしながら同法が成立したもうひとつの要因として、1931 年の満州事件をきっかけとして開始された日中戦争(1937 年)という戦時国家化への傾斜により、いわゆる「第二国民」の育成

という大義名分が、母子世帯への保護に向かわせたということもいえよう。言葉を変えて言えば「母子保護法」は、国家が「戦士」としての子どもの育成を行なう母の必要性を認めたことにより成立したということもできる。戦中母子生活支援施設が軍事扶助法(4)の一部に組み込まれ、川西(1979)(5)によると『軍人援護を目的とする母子寮と「母子保護法」による処遇とでその差は歴然としていた』とはあるが、軍人未亡人対策としての性格は戦後の支援施設機能の主要な部分を占めることにつながってゆく。

2) 戦後処理対策としての母子生活支援施設

敗戦直下の母子生活支援施設は多くの福祉施設がそうであったように戦後処理に追われ、母子保護法も「無差別平等に保護する」という新たなカテゴリーの中、(旧)生活保護法(1946年)に吸収され、生活保護法下の収容施設の一部となった。敗戦の混乱時、恩給を停止された戦争未亡人だけではなく、戦災者・引揚者の母子を含め、住宅に困窮しているものは子を抱えた浮浪者とならざるを得なかった。当時の浮浪母子を保護するため、施設職員は浮浪児対策と同様に進駐軍と警察に協力して「狩り込み」を行い(6)、母子寮に収容を行なうなど緊急保護対策を行った。その結果、1946年児童福祉法案を審査する国会厚生委員会において、山崎(道子)議員の「児童福祉法案は母を離れて子の福祉はありえないからこの法案に母の保護を含めるべき」との意見や、「母子寮の入所者は母子だけではなく、戦災者や一般の人がはいつて来て、その宿舍をとってしまう」などの危機的現状や「未亡人の生活に対して住宅問題やそれに関連した授産託児所などの、一連のつながりのある施設を児童福祉法の施設の中に入れられないか」との審議が行われ、翌年(1947年)の児童福祉法(第38条)の成立につながってゆく。これらの審議経過からもわかるように、児童福祉法に母子対策(母子寮)を入れ込んだのは、理念やその位置づけなどの検討を重ねた結果ではなく、緊急避難対策としての意味が大きく、それが現在まで改正されず児童福祉法の中に母子生活支援施設が入れ込まれ続け、さまざまな混乱を生じるもととなった。

戦後混乱期の母子保護のための支援施設は、1949年「母子福祉対策要綱」(7)の中で未亡人対策と明言し、「公的扶助の徹底—該当する母子への生活保護の徹底」と「母子寮の緊急増設を図ること」で、量的拡大の一途をたどる。1948年212箇所だった支援施設数は、わずか7年後の1955年には618箇所と約3倍にまで増加する。それは1949年未亡人対策として出された「遺族援護に関する決議」(衆議院)(8)を追い風として、更正資金の貸付などと同時に、前年に比較して4倍もの予算が計上されたことによる。このように支援施設は拡充予算に恵まれ、増設されて行ったにもかかわらず量的に絶対的に不足していたとし、林(1992)(9)は、母子寮入所者の2.6倍の人が希望しても入所できずにあぶれていたと述べている。

その後戦争未亡人に対しては「母子福祉対策要綱」・「遺族援護に関する決議」(10)の後1950年生活保護法の改正により母子加算が付加され、その後「戦傷病者戦没者遺族等援護法」(1952年)(11)により遺族年金及び遺族給与金の支給が制定され、1953年にはGHQ

により廃止されていた旧軍人恩給が復活するなど、戦争未亡人保護策が矢継ぎ早に出された。これらの旧軍人・軍人家族への優遇策の背景には1950年6月に朝鮮戦争が勃発したことにより、経済状況が好転したことが大きい。朝鮮動乱によって増大した輸出と戦争特需による外貨収入によって、産業部門は増産体制に転じるなど好況は内需にも波及し、鉱工業生産は戦前水準を突破するなどの経済復旧を果たした。また同時にポツダム政令による警察予備隊の発足（1950年）やGHQによる旧軍人（戦犯該当者を除いた）の追放解除が行われるなど戦争体制の再整備化が行われた。そして1951年にはサンフランシスコ講和条約が日本とソ連・チェコ・ポーランドを除く48カ国との間で結ばれ、日本はアメリカの占領下からの「独立」を果たした。これによりそれまでアメリカ統治下のもと、「戦犯」として救済できなかった旧軍人軍属・遺族への保障(12)を行なうべく、政府はこの時期の最優先課題として取り組んだといえる。

「戦傷病者戦没者遺族等援護法」（1952年）公布当時の遺族年金の額は「第26条 遺族年金の額は、配偶者については一万円、子、父、母、孫、祖父及び祖母については、一人につき五千円とする」とし、その優先順位は配偶者を第一位としている。その後物価スライドを反映しながら給付額が改定され現在に至っているが、それまで経済給付のなかった戦争未亡人への経済措置がある程度充実した段階で、それらの人々は施設から自立して行ったのではなかろうか。その自立支援の方策となったものが、「遺族援護に関する決議」にある更正資金の貸付や「母子福祉資金の貸付等に関する法律」による就業・生業・育英資金の貸付であろう。これらの救済策は戦争未亡人として経済措置を受けられる人々にとっては自営業の開始など、施設からの自立につながったであろうが、これらの措置が受けられない旧軍人家族以外の人々は、支援施設に残らざるを得なかったのではなかろうか。それは戦争未亡人自立淘汰後の施設入所者の「質的变化」として表れる事になる。

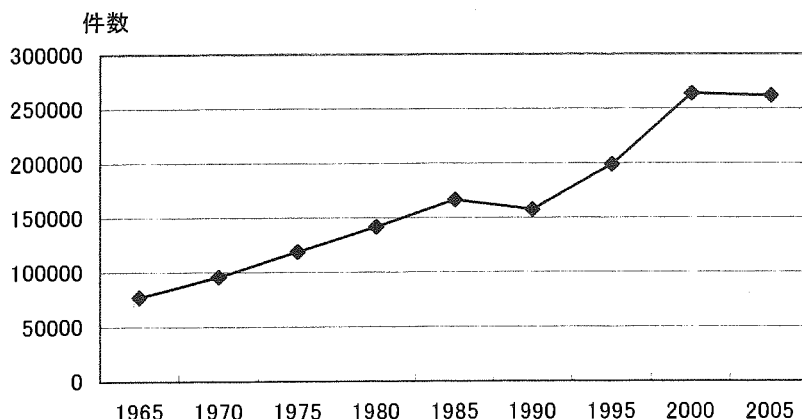
3) 死別母子から離別母子への質的転換

戦没者遺族としての母子は「戦傷病者戦没者遺族等援護法」（1952年）や「恩給法の一部改正による法律」（1953年）などの経済措置により自立してゆき、これらの経済措置を受けられない戦争未亡人以外の人々、かつての母子福祉対策要綱の対象者(7)－配偶者からの離婚・遺棄、未婚の母のうち、稼動可能な人は1955年から始まった高度経済成長の前駆期でもある神武景気により就労を確保し、就労しないまでも「母子世帯」として生活保護を受給することによりこれまた施設から退所していったと考えられる（1956年より母子世帯生活保護受給率の上昇）。また1959年には国民年金法が公布され、母子年金制度が設けられたが、死別母子世帯にのみ適用され、離別母子には「離婚は保険事故になじまない」と、母子年金の対象からはずされるなどの措置からも見られるように、死別母子は様々な経済優遇措置を受けることでより自立の可能性が高まった。そして支援施設に在籍したのは経済措置が受けられず、就労についても様々な困難を抱える母子であつたろうことは推測に難くない。

また社会全般から見ても 1958 年からの高度経済成長下では結婚ブームを背景に、離婚は一定の水準で移行したが、1970 年代からの経済不況は失業者 100 万人、婚姻率の低下（出生率の低下）、離婚率の上昇などさまざまな事象を生み（13）、図 3(14)にあるように右肩上がりに離婚件数が増加し、結果離別母子世帯の増加につながっていった。

湯澤（2004）（15）は離婚の動向を完全失業率との関連から検討し、『完全失業率が上昇傾向にある 1990 年代以降には、離婚率も上昇している趨勢が把握され、戦後の過去最高数値を更新している』と述べているように、経済基盤の脆弱性と離婚とに有意な関連があることを検証している。

図3 離婚件数年次推移



資料：平成 17 年人口動態統計の年間推移より作成

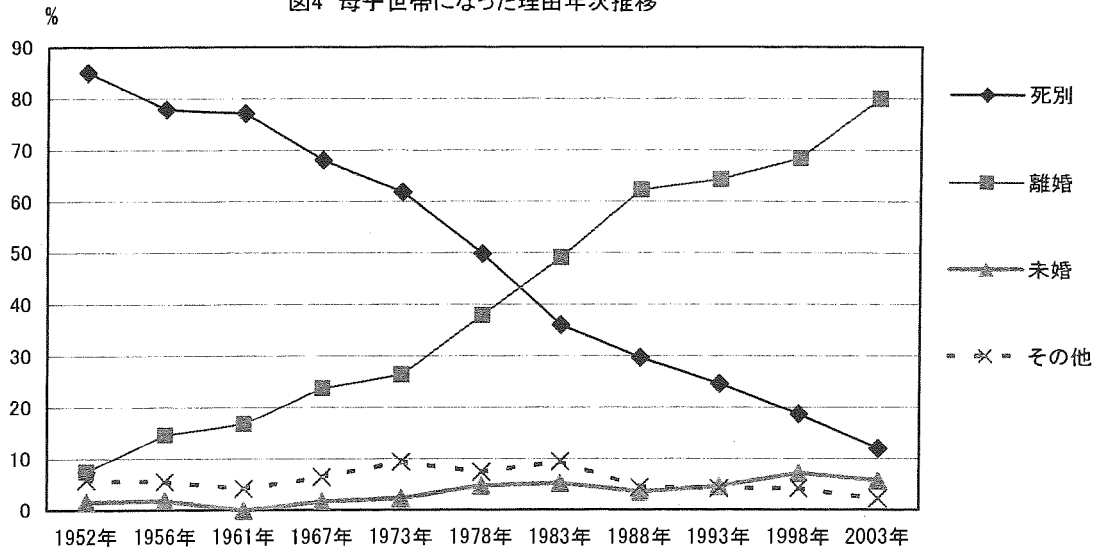
出所：第 1 表 人口動態総覧の年次推移（厚生労働省大臣官房統計情報部）

死別母子から離別母子の増加は当然に母子寮入所世帯にも反映しており、全国母子寮実態調査報告書(昭和 63 年)（16）によると、母子寮入所理由の死別がわずか 5.4%、離婚 70.5%（未婚 11.3%）とその傾向はより顕著なものとなっている。

図 4 は「全国母子世帯実態調査」（17）をもとに母子世帯になった理由の推移をグラフ化したものである。この表からもわかるように 1978 年（昭和 53）年から 1983 年（昭和 58 年）の間に母子世帯理由の死別と離婚の割合が逆転している。

このように社会的に母子世帯が増加しているにも関わらず、母子世帯を支援するための支援施設が減少する状況が生じ始めた。

図4 母子世帯になった理由年次推移



出所：昭和 27 年 9 月 1 日現在厚生省児童局「全国母子世帯調査結果報告書」

「全国母子世帯等調査結果報告(昭和 63 年・平成 15 年)」厚労省雇用機会均等・児童家庭局から作成

4) 母子生活支援施設数の減少とその要因

(1) 母子生活支援施設の減少

母子生活支援施設数は 1959 年の 652 施設（公営 512・民営 140）をピークにそれ以降減少の一途をたどり、2004 年には 285 施設（公営 178・民営 107）と、最大数から見ると 365 施設の減少が認められた。特に公営施設にそれが著しい傾向が見られた(図 5) (18)。前節で述べたように、母子世帯の増加により支援施設利用のニーズは多かったのではないかと考えられ、実際に 1967 年(昭和 42 年)「全国母子世帯等実態調査の概要」(19)で、母子世帯の中で母子寮を利用したいと考えている人が 7.0%(35900 世帯)、1993 年(平成 5 年)調査で利用希望していたのが、9.1%あったことから、利用を希望しつつも利用できない人が相当数いたと考えてよいだろう。

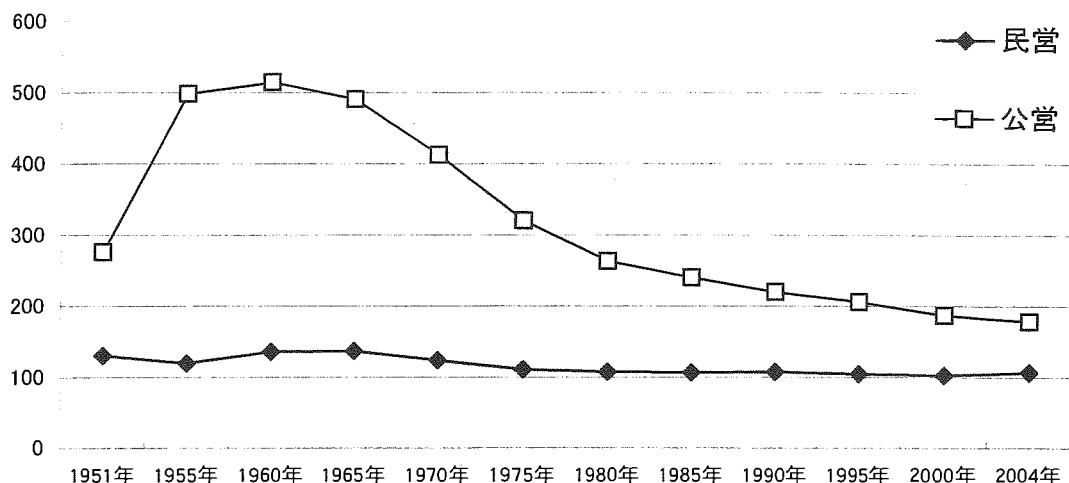
支援施設の全国組織である全国母子寮協議会は減少理由について、『あるべき母子寮の姿 母子寮の現状』(1979) (20)の中で以下のように整理している。

- ① 母子寮を戦後処理的な施設として理解していた設置主体の姿勢
- ② 対象者の実態及びニーズの把握不足
- ③ 施設整備等の立ち遅れ
- ④ 母子寮組織（大半が公立で占められていることによる）の弱さ。

減少理由について①から④まで挙げているが、これらの要因が相互に絡み合い、重なり合って今日まで問題を継続させていると考えられ、松原(1999)(21)は『公私にかかわらず、こうした社会的期待に沿うことができない施設については、淘汰されていくことに

なるだろう』と述べている。

図5 母子生活支援施設数年次推移



資料：「全国母子生活支援施設実態調査報告書」平成10年度までは掲載。それ以降は
社会福祉調査報告統計(厚労省)により作成

(2) 減少要因の検討

母子生活支援施設の減少要因についてハード・ソフト・システムの面および地域間格差の点から検討する。

①ハード面

a. 設備状況の劣悪性

支援施設はもともと戦後の混乱期に設置されたところが多く、「全国母子実態調査報告(昭和42年)」(1967)でも『母子寮は旧軍用建物、会社工員寮等を利用して設置され又は戦後物資不足時代に新設された木造建物が多く、これらが何れも老朽化していて入寮して生活する場所としては魅力がない好ましくないとの印象を与え、対象世帯が入寮を拒否する傾向がある。』と述べているほどに、もともとの居住設備条件は悪い。

「家庭・家族福祉の拠点をめざす」全国母子寮協議会特別委員会報告(1994)(22)でも『母子寮入所が必要と判断するケースは多くあり』しかし措置しなかった理由として母子寮の建物が、設備の水準が一般住民の生活より非常に低いことがあげられてる』と述べている。

最近では居住環境の劣悪さを逆手に取り、静岡県三島市のように支援施設を廃止する動きがある。静岡県三島市は市議会に佐野母子寮(公設民営)の存続について、「三島市立佐野母子寮設置条例を廃止する条例案」(2005年)を提出し、廃止の承認がなされている。三島

市はその廃止の理由を①入所需要の減少②今後の有効利用を図るため建物の老朽化を挙げ、『建設当時は母子世帯が民間の住宅やアパートに入居することが難しい時代であったが、現在はそのようなこともなく、安全性や耐震性の確保が困難になったことや、施設としても 4 畳一間という狭隘な部屋に加え、風呂とトイレが別棟にあるなど、現代の生活様式にそぐわない』と説明している。

利用ニーズがありながらも三島市のように施設整備の立ち遅れ(老朽化)→施設利用者数の減少→支援施設の需要なし(と見られる)→施設の廃止といった悪循環は各地の支援施設で進んでいる可能性があり、公設民営でありながらも設立主体(行政)によって、一方的に廃止され改築に至らないのはどのような問題があるのだろうか。

b. 施設の廃止と改築問題

前掲の「家庭・家族福祉の拠点をめざす 全国母子寮協議会特別委員会報告」(1994)では設備水準の劣悪さを解消するための『国の及び都道府県が施設の建物設備の整備に対して理解を示し、財源措置を積極的に計上することの必要』を述べている。そして具体的には敷地の確保をする際に社会福祉法人では土地の購入資金はゼロに近く、土地購入資金の特別補助金が必要であること、建物についても実勢単価が、補助金より高く設置者の負担が多く整備できない状況にある」と施設運営でゆとりがない状況の中での施設整備は、困難であると述べている。民営支援施設で改築が可能になるのは運営主体の財源しだいとなるが、一方公営支援施設でも 1970 年代からの経済不況による市町村財政の悪化から、予算削減を三島市のように、「施設の老朽化」と「利用者ニーズがない」といったロジックで施設を廃止することにより、行なっている可能性がある。今後も地方財政事情が変化しない限り、三島市のように市内でたった一箇所しかない支援施設を廃止するといった現象が続き、地域内での母子福祉資源の減少が予測される。

c. 今後の施設廃止の可能性

今後支援施設がどの程度廃止の可能性があるかについて、施設整備のうち戸別(室内)風呂の有無によって検討してみた。「戸別風呂の有無」を選択した理由は近年の生活状況から見て、複数の家族成員と共に暮らす場合、自宅に風呂がない生活は考えられないためである。

支援施設の戸別風呂設置状況を、『母子生活支援施設実態調査』の報告書をもとに検討したところ、次第に戸別風呂の設置は進み 2004 年には、公営で 27.7%(83 施設中)民営 41.7%(175 施設中)平均で 37.2%(258 施設中)の施設に戸別風呂の設置が行なわれていた。しかしながら 62.8%(共有 52.3%・風呂なし 10.5%)が未設置であり、半数以上に戸別風呂はなかった。これらの施設は老朽施設を疑われ、特に公営が多かったことを見ると、今後 63%を占めるこれらの施設がこれから削減・廃止の対象となる可能性は高い。

②ソフト面

a. 職員の配置状況

施設整備の立ち遅れは設備の不備とともに、職員の配置にもその差は歴然とあらわれていた(23)。公立の1施設あたり専任職員数が2.79人であるのに対して民間は4.97人とほぼ2倍弱の差を示し、さらに公立の施設長の44.8%が兼務と副田(24)をして「公立は住宅提供的なものが多く、それは「生活指導や緊急保護の業務がまれであるか皆無であり、そのために必要とする職員数が少なく済んでいる」と言わしめている。これから見られることは施設利用のニーズがありながらも、職員がいないために「生活指導や緊急保護の業務」を行なえず、また住宅提供のみでは利用者ニーズに応えることができない。結果としてその施設は利用できないという現象を生む。特に職員の配置状況が少なく、住宅提供を主とする機能の公立施設は民間のように個別の必要にあわせた対応をすることが困難であったことは十分予測できる。

b. 職員の専門性

削減・廃止施設のほとんどが公営であることを考えると、なぜ公営施設が削減対象となっていたのかをより詳細に検討する必要がある。もっとも考えられることは公営施設が自らの枠内に合ったケースのみを利用させ、枠外のニーズに応えようとしなかったことにこそ、減少理由があったのではなかろうかと考える。ニーズに応えられなかった要因の一つに従事職員の専門性があげられる。直近のデーターである「平成16年母子生活支援施設実態調査報告書」によると1施設あたりの平均有資格者数は公営で1.55人、民営で5.25人と大きな較差としてあらわれている。これらのことから見ると、様々な困難の中で民営施設が施設整備を進めることができたのは、従事職員がその専門性を保持しつつ利用者ニーズを汲み取り、ニーズに応え、それにより利用者数の適切な確保を行ってきたからと考えて良いだろう。支援施設の減少理由を「母子寮改善についての提言」(1985)(25)では『まず考えられることは設置主体の母子寮に対する無理解ということである。具体的に言うと公立母子寮の設置主体である市町村執行部の母子寮に対する理解不足例えば、戦後処理的あるいは単なる住宅提供的な発想から設置されたところが多かったために、母子寮の役割は終わったとする考え方、老朽施設整備の施策の不在、あるいは職員の未充足など、公立施設の設置主体の無理解次に母子寮職員自体が、その使命に対して認識不足であったことである。つまり母子寮の必要性や母子寮の持つ機能を十分に認識していなかったことに起因する運営管理に対する消極的な姿勢が減少の大きな原因になっていることも事実である。もう一つは行政が母子福祉施策の中で母子寮を積極的に取り上げなかった行政側の姿勢である。つまりこういうことが総合して母子寮減少の原因になっていると考えられる』と述べ、「行政側の無理解」が減少の要因であると述べている。

③ システム面

支援施設の持つハード及びソフト面での困難さとともに、公営施設の持つシステム面についての困難さを検証する。公営施設はその性格上管轄する地域住民のみ受け入れ、その

他の人々は利用できなかったであろうことは十分に考えられ、個人のニーズに合わせた必要即応的な対応をすることが難しかったと考えられる。東京都社会福祉協議会が行なった「東京都母子寮在寮者実態調査」(1985 年) (26) では、母子寮利用世帯が都内出身や関東近県出身者ではない世帯が 6 割に達しており、支援施設が地域住民でない(住民票が無い)と利用できない施設と規定されると、この調査にあるように相当数の人が利用できないことになる。支援施設がDVからの保護を行なうためには、DV加害者が居住する地域内にある施設では安全性を保つことは困難であり、身一つで逃げてくる母子を保護するために広域保護は欠かすことができない。住民票を移した先にDV加害者が押しかけ、被害者をさらに加害することは周知のことである。しかしながら 1995 年に成立した地方分権推進法では住民の意向に沿った行政を行なうというスローガンのもと、地域住民のための施設利用は進められても、地域住民以外の利用は今後ますます困難になってゆく可能性が高い。これらの状況に対して、厚生省は第 25 号通達「広域入所促進事業の実施について」(1999)をだし、DVにより避難する母子を広域的な支援施設で受け入れ、その入所を円滑に実施するために寝具・調理器具・日用品の整備の経費を助成するとした。しかしながら入所者の生活費の措置までは行なっておらず、そのため実際にはきわめて利用しにくい現状がある。このようにニーズはありながらも、システム面の不十分さから施設を利用することが阻まれる現象が生じており、特に公営施設にその弊害が大きい可能性がある。

④ 母子生活支援施設の地域間格差

これまで述べてきたように支援施設は様々な要因により廃止・減少を続けているが、実際に地域内における支援施設はがどのような状況にあるのか検討してみた(資料参照)。

a. 支援施設が一箇所のみ県の「山形県」「福井県」「山梨県」の 3 県であった。b. もっとも多く施設があったのは「東京都」37 箇所、次に「福岡県」の 15 箇所、「愛知・兵庫県」14 箇所であった。c. 施設数と人口密度比でもっとも高かったのが「大阪府」424.4、次が「神奈川県」328.9 と大都市が続いた。逆に密度比が低かったのは「北海道」6「秋田県」9.98 と地域により格差は大きかった。「東京都」は 154 と他県に比べても低く、大阪府や神奈川県より人口も多いが施設数も多く、明らかに人口密度や大都市特有の問題ではないことが理解された。ここから支援施設数の偏在や地域間格差が明らかとなり、今後この要因について詳細に検討する必要があるが、一つの要因としては施設数の多いところは、シェルター運動などの住民活動が盛んな地域であり、それが地方自治にも反映されている可能性が高い。

湯澤(1997)(27)は支援施設の減少理由を a. 母子寮の居住環境の問題と改築したくても自己資金の調達が困難 b. 措置機関である福祉事務所が施設利用を一部の層に限定しようとし、空き室があっても入寮できないことがある c. 広域措置ができない d. 福祉や施設に対する社会的偏見から来る利用に対する忌避をあげている。また『問題の根幹には社会福祉全体の動向の中で女性や子どもに関わる福祉が軽視される傾向が強く、予算の増額が必

要であるにもかかわらず、むしろ削減の進行が進行している問題があるのは見逃すことができない』と述べている。湯澤の言うように支援施設の削減は「女性・子ども福祉」に対する否定的側面を表しているが、一方では地域により様々な厳しい状況を乗り越えて努力している施設も多く、それらの支援施設関係者が重ねてきた機能の検討から利用者ニーズの変化および現状を検討する。

Ⅱ. 母子生活支援施設機能の検討

1. 母子運営要領

支援施設の機能についてまとめられたものでもっとも古いものは、昭和 25 年（1950）厚生省児童局から出された「母子寮運営要領」（27）である。序の中に『母子寮は児童福祉施設の中で運営の難しいものの一つであるといわれている。母子寮が単に子どもを抱えた母に住居を與える施設であるならば、これは母子の集合住宅や母子アパートと何等選ぶところはないであろう。然るに母子寮が生活保護法から児童福祉施設に取り入れられたのは、児童を本位とする母子一体の保護を基調とし、当該母子に対して職業の選択や子女育成の相談に応じ、社会の共同生活に適応させるように努めるとともに、その私生活を尊重して生活指導を行なうなどの使命があるからである』と戦後母子寮が成立したときにその機能を「住宅提供」だけではなく「母子一体の保護」を行ない、相談に応じ「私生活を尊重して生活指導」を行なうと明言している。厚生省により作成された要領はこれのみでその後作成されなかったため、この指針は長く支援施設の機能に影響を及ぼすことになる。その後 1957 年に全国社会福祉協議会母子寮部会が「母子寮運営要領」をまとめ、1970 年東京都社会福祉協議会母子福祉部会「母子寮運営要領」がまとめている。

2. 母子生活支援施設機能の検討

1960 年代から始まった支援施設の減少に危機感を抱いた全母協は、研究者を含め施設機能の検討を精力的に行なってゆく。表 3 は支援施設の機能について検討された報告書をもとに、その機能の変遷と関連法令についてまとめたものである。

表3 母子生活支援施設機能の検討と諸法令との関連

	報告	内容
1973	母子緊急一時保護開始	神戸・東京(網代母子寮)で夫からの遺棄などDVケースの保護を開始
1976	(1)副田レポート:母子世帯の質的变化に対応した新しい母子福祉施策に関する研究(厚生科学研究)	①住宅提供に重点が置かれた住宅提供的母子寮②住宅、保育、家事サービスが保障され、生活指導に重点が置かれている生活指導的母子寮③住宅、保育、家事サービスが保障されている緊急保護的母子寮、
1979	(2)あるべき母子寮の姿	①家庭生活を補完援助②児童の健全育成のためのサービス機能③安心感のある住宅提供の機能④⑤コミュニティ・センター機能⑥アフターケア
1982	児発514号通知	夫の暴力からの避難母子も入所対象となり、離婚成立母子家庭以外にも入所要件が拡大
1985	(3)母子寮改善の提言	①家庭生活の補完的、相談機関的援助機能②児童の健全育成のためのサービス機能③緊急保護機能④安心感のある住宅提供の機能⑤コミュニティ・センター機能⑥退寮母子に対するアフターケア
1989	(4)これからの母子寮の基本的方向	①児童の健全育成と乳幼児保育の補完的機能②家庭生活を指導援助する機能③安心感のある住宅環境提供の機能④緊急一時保護施設としての機能⑤地域に開かれたセンター的機能
1993	(5)山崎レポート:21世紀を目指す母子寮作り	①母子一体型の養育支援を基本的機能とし、②緊急一時保護③付加的機能として A地域に対する子育て支援(相談事業、夜間保育等) B地域交流事業。
1997	児童福祉法の改正	母子寮から母子生活支援施設への名称変更とともに「自立を促進」が入る。
1998	(6)地域母子ホーム構想 ローズプラン	これまでの母子寮の機能を拡大化し、地域母子ホーム構想を提案。機能別類型化ではなく①大規模母子ホーム:都道府県・政令指定都市などに最低1ヶ所、障害を持つ母子に対しても支援を行なう②中規模母子ホーム:現行20世帯の母子寮を基礎に機能拡大と必要なサービスの充実を図る③ランチ:特定目的解決型母子ホーム、具体的にはグループホームなど地域への支援が考えられる。
1999	厚生省社会・援護局保護課長、厚生省児童家庭局課程福祉課長通知(社援保第18号、児家第24号)	DVにより保護を必要とする女性に対して、母子福祉対策における広域入所の促進と、母子のみではなく単身の女性に対しても緊急対応をおこなう
2001	社会福祉法の改正	措置から選択へ(サービス提供のあり方の見直し)
2001	配偶者の暴力の防止及び被害者の保護に関する法律(DV防止法)	
2002	母子家庭等自立支援対策大綱	児童扶養手当(所得保障)から就労による自立支援の促進へと国の施策が転換
2004	改正DV法	一時保護施設として、母子生活支援施設が明記
2005	(7)母と子の権利擁護と生活の拠点を目指して	(1)施設内で生活する母子①癒しを得ることのできる生活環境②相談③生活支援と生活に関するスキルの向上④子育て支援と子どもへの支援⑤健康維持のための支援⑥就労支援⑦危機対応⑧アフターケア(2)地域で生活するひとり親家庭への支援①地域支援②危機対応③相談機能

1) 機能別施設類型と多機能化

施設機能の検討にもっとも早く取り組んだのは副田レポートである。

①「母子世帯の質的变化に対応した新しい母子福祉施策に関する研究—母子寮の現状と今後の課題」(1976) (28)

それまでも支援施設では質的变化に伴う「問題母子」の処遇について、自立更生を援助する条件や技術を明らかにするための分類収容と指導技術の向上などが話し合われてきた(29) ことを背景に、副田(1976)は報告書の中で支援施設の機能別類型化を提案した。

a. 住宅提供に重点が置かれた住宅提供的母子寮 b. 住宅、保育、家事サービスが保障され、生活指導に重点が置かれている生活指導的母子寮 c. 緊急保護を行なうが、その前提として住宅、保育、家事サービスが保障されている緊急保護的母子寮、以上を母子寮の機能別三類型としている。機能別施設を提案する理由としてはプライバシーの侵害などいくつかあげているが、その中でも母子寮の職員配置水準の低さをあげ、住宅提供を基準とした職員配置のため基準が引き上げられないとし、それでは「生活指導や緊急保護を行なうには満足すべきものではない」とし、機能としては『経済保障・保育や家事サービスの保障・生活指導・緊急保護が生存権、発達権を母子一体の原則を守りつつ、十分に保障する水準まで達することをめざされねばならない』と述べている。

副田は機能別処遇を取り入れることを梃子として、施設整備などの改善を図ったが、林(9)の『鑑別し分類し治療する母子寮像が一部に出来上がっていったのは、あまりにも内側にのみ目を向けた結果ではなかっただろうか。母子寮は、母子家庭問題への社会的視点を見失っていったと考えられる』との意見にあるように、それらは「鑑別」「分類収容」と捉えられ、受け入れられなかった。その後支援施設は「あるべき母子寮の姿」(1979 年)(30)で述べられているように『急激な経済成長政策は国民階層の生活に大きな影響を及ぼし、このことにより母子寮に入寮してくる母子家庭の態様も大きく変化し始めた』に対応すべく、施設単独で対象者の個別問題に対処すべく多くの機能を入れ込んでゆくことになる。

② あるべき母子寮の姿(1979)(30)

「あるべき母子寮の姿」では『戦病死による死別家庭は減少し、離別母子家庭が増加し、その結果、母親の若年齢化・乳幼児の増加・心身に障害を持った母子の入寮が目立つ』とこの間の状況変化を述べ、その上で母子寮の機能を①～⑥に分け、以下のように説明している。

a. 家庭生活の補完的、相談機関的援助機能

生活習慣のできていないもの、心身に障害のあるもの、勤労意欲に乏しいもの、社会的不適応なものなど、精神的な面で問題をもった入寮者が増加している。このような母子家庭の崩壊を防ぐためには積極的な指導援助と精神面の補完的役割を果たす必要がある

b. 児童の健全育成のためのサービス機能

生活の維持に追われ教育やしつけ、あるいは養育能力に欠ける母親にかわってあるいは父性の欠如を補うためにも、児童の健全サービス機能を持つことは当然である。さらに今後は妊娠中の女子についての保護や援護も行なう必要がある。

c. 安心感のある住宅提供の機能

なんらかの事情で住む家を失った母子家庭に対して「安心感のある環境」の提供は、生

活基盤と精神的安定を与え、自立を促進する上で重要な役割を果たす。現行の最低基準に規定されているが、現実には国民の生活水準に立ち遅れ、母子のニーズを満たすものではない。そのため、環境を整備する機能ももたなければならない。

d. 緊急保護機能

複雑多様化してきた世相を反映して緊急保護を求めるケースが増加の傾向をたどっている。これらを一時的に保護し、問題解決への方向を示す緊急保護機能が必要で、その受け入れ体制が早急に確立されなければならない。

e. コミュニティセンター機能

母子寮の持つ機能を地域に開放し、コミュニティセンターとしての機能を果たすことも肝要である。

f. 退寮母子に対するアフターケア

母子寮が母子の精神的支柱としてアフターケアを進めていく機能をもたなければならない。

「あるべき母子寮の姿」は施設としての自主的努力として母子寮機能の明確化を行い、それにより業務内容の向上や均衡が目指されたが、その役割や機能が周囲、特に行政レベルに理解されることが少なかったためか、行政機関への要望として「母子寮改善の提言」がまとめられた。

③ 母子寮改善の提言（1985）（31）

「あるべき母子寮の姿」では母子寮機能について、質的变化と多様化したニーズに対応するためには基準職員の配置、あるいは職員の専門性がなければ対応できないと明言している。しかしながら一部公立母子寮の物的条件の非改善や、基準職員の配置もなされず兼務職員での住宅提供的な運営をしている現状に対し、設置者や国及び都道府県に対する提言として、それらの改善を求めている。その上で母子寮側のなすべき努力「母子寮職員の使命に対する認識不足に起因する消極的な運営態度」が母子寮減少の大きな要因であると自ら反省し、国・都道府県などの行政機関に対して、『設置主体に対する働きかけの努力をしてきたが、これは強力な行政指導にまっところが大きく、今後なおいっそうの行政指導が望まれる』と要望している。

④ これからの母子寮の基本的方向（1989）

基本的には1985年の「母子寮改善の提言」の機能を踏襲し、自立困難なケースの増加に伴う、多様なニーズに対応するための職員体制の確立と高度な専門性を持った職員の必要性を述べている。24時間365日処遇を原則として、特に夜間管理体制の確立が急務としている。

2) 女性・子どもの権利擁護機能

「これからの母子寮の基本的方向」が出された1989年、国連では「子どもの権利条約」が採択されるなど、世界的趨勢として民主化の進行と人権への配慮が進み始めていた。

これらの動向を背景に1993年国連世界人権会議において「女性に対する暴力撤廃宣言」により、初めて「女性に対する暴力」は「私事」ではなく、社会問題・人権問題であることが位置づけられた。そして子どもや女性への暴力が人権侵害であると国際的にも認められ、それを受けてわが国でもDV被害者のための民間シェルターが初めて設置されるなど、支援施設にも影響を及ぼす動きが様々にあった。支援施設においてもそれらの動きを受けとめ、施設のあり方についての検討が行なわれ、山崎レポート（1993）としてまとめられた。

①「21世紀をめざす母子寮作りーともに生き、ともに学び合う母と子の拠点」（1993）（31）

山崎（1993）はレポートの中で、国際情勢の中で「児童の権利に関する条約」が成立したことを踏まえ、『子どもの最善の利益の保証のもと、親子分離的な対応をできるだけ避けるよう規定していること』や『相当な生活水準を享受する権利をうたっているが、これらのことは子どもへのケアや施設自体のあり方を明確に示している』と述べている。そして母子寮の機能についても「母子一体型の養育支援」をその基本的機能として位置づけ、それを実現するための手段として、養育支援サービスと集団生活のメリットを活かしたプログラム（各種行事の企画実施・社会資源の利用、当事者グループの育成）を提案している。さらに緊急一時保護機能、付加的機能（地域に対する子育て支援・地域交流事業）を加え、それを支援施設の機能としている。ここまでは1989年にだされた「これからの母子寮の基本的方向」とそれほど差は見られないが、山崎はそれに加えて、「中・長期展望」として母子寮を施設内ケアだけではなく、『援助が必要な在宅の個人・家庭をも視座に入れた施設の在宅福祉、家庭福祉的サービスを展開することが求められてきている』と児童福祉・母子福祉を超えた「家庭福祉」を具現化する施設として、母子だけではなく父子家庭をも含めた「ひとり親」家庭への支援を「家庭福祉」として新しい概念を提起した。

この影響は1997年児童福祉法が改正された際、母子寮を母子生活支援施設に名称変更したことにも見られ、母子寮を「寮」という家や住居を示すものから「生活を支援する」ものになったこと、言い換えると建物や入れ物を示す「物」から、利用主体である「人」への支援を行なうことになったと考えると、名称変更の持つ意義は大きい。

「子どもの権利」条約から児童虐待防止法が陽の目を見、そこからDVが新たに発見されたように、それまで「私ごと」と考えられてきた家庭内での暴力も「女性の人権の侵害」と位置づけられるようになった。1993年国連総会で「女性に対する暴力撤廃宣言」が成立し、つづく1995年第4回北京女性会議で「女性に対する暴力」が重点課題に上がった。その影響により、わが国でもDV（ドメスティック・バイオレンス）禁止が国レベルで取り上げられ、翌年（1996年）世界人権会議「ウイーン宣言及び行動計画」で「女性に対する暴力は女性の人権侵害である」ことが明記され、わが国でも早速に男女共同参画2000年プランの策定を行なうなど、世界の動きに同調することが行なわれはじめた。「地域母子ホーム

構想ローズプラン」(1998 年) (32) はそれらの社会情勢の影響を受け、プランのタイトルにも「母子寮再生のために」と附されているように支援施設の新たな方向を打ち出していた。

②「21 世紀に向けて家庭・家族福祉の拠点をめざすー 地域母子ホーム構想ローズプラン」

母子寮の理念の中に①母と子を生活の単位として②子どもの最善の利益のために③女性としての自己実現の支援と、「加え、さらなる展開をめざした。機能についてもこれまでの母子寮機能を拡大化し、地域母子ホーム構想を提案。それは機能別類型化ではなく①大規模母子ホーム：都道府県・政令指定都市などに最低 1 ヶ所、障害を持つ母子に対しても支援を行なう②中規模母子ホーム：現行 20 世帯の母子寮を基礎に機能拡大と必要なサービスの充実を図る③ランチ：特定目的解決型母子ホーム、などニーズに合わせた施設規模の多様化により、従来の母子寮機能にプラスして「地域の中の母子寮」といった広い視野を取り込んでいる。

③DV法と母子生活支援施設

1997 年児童福祉法の改正は母子生活支援施設の目的に「(母子を)保護するとともに、これらの者の自立の促進」と保護だけではなく「自立」が入り、1997 年には社会福祉基礎構造改革 (33) により、都道府県に希望する支援施設の利用を申し込めることになった。DV に関しても 1999 年に厚生省児童家庭局通知において、DV のみではなく母子福祉対策としての広域入所の促進と、単身の女性に対しても緊急保護が行なうなどの利用の拡大が計られた。2001 年 DV 法 (配偶者の暴力の防止及び被害者の保護に関する法律) が成立し、2004 年改正 DV 法の中で一時保護施設として母子生活支援施設が明記されるなど、一連の DV 関連施策の中で、母子生活支援施設の位置づけ・役割が法律上も明確となった。また 2000 年 (平成 12 年) の社会福祉法の改正は社会福祉のあり方を大きく変えたもので、それまで行政に措置権 (決定権) がゆだねられていたものから、「利用者の選択」へと変わるなど、大転換が行なわれた。これら諸施策の変化の動向を受け、支援施設の「機能の整理」と「支援の標準化」をめざして、2004 年「母と子の権利擁護と生活の拠点を目指して」(34) がまとめられた。

3) 支援施設機能の整理

「母と子の権利擁護と生活の拠点を目指して」

松原 (2004) (34) は機能については施設内で生活する母子と地域で生活するひとり親家庭への支援とに分け、おのおのにどのような支援を行なってゆくのか中心とした整理を行っている。

施設内で生活する母子には①癒しを得ることのできる生活環境②相談③生活支援と生活に関するスキルの向上④子育て支援と子どもへの支援⑤健康維持のための支援⑥就労支援⑦危機対応⑧アフターケア、(2) 地域で生活するひとり親家庭への支援としては①地域支

援(交流の場の提供)②危機対応③相談機能をあげている。

3. 母子生活支援施設機能の現状と課題

これまで先行研究から支援施設の機能を俯瞰すると、死別母子から離別母子への質的变化により入所者の持つさまざまな生活・個別ニーズへの対応が求められ、それに伴い本来業務である「養育支援」のほかに、社会状況の変化により様々な機能が付加されるようになってきている。そのもっとも著しいのがDVからの「緊急保護」であり、最近では地域に対する「子育て支援」など、支援施設に多くの機能が盛り込まれるようになってきている。しかしながら支援施設の多機能化に対して、支援施設単独で実際にどのように対応し、こたえていけているのかの答えはまだ出されていない。さらに今後「機能」がどのような方向に収斂してゆくのか、またより多様化してゆくのかについての検討もなされていない。そのためこれまでの支援施設の実態報告書から入所者の推移を検討することにより、支援施設が入所者のニーズにどの様に応え、どのような機能を持つことを期待されているのかを考察する。

Ⅲ. 母子生活支援施設入所者状況と推移

1. 入所者状況の検討方法

支援施設入所者の状況を「全国母子生活支援施設実態調査報告書」(18)を使用し、検討を行なった。「全国母子生活支援施設実態調査報告書」は昭和42年から全国社会福祉協議会・全国母子生活支援施設協議会から発行され、平成2年からは2年に1回の頻度で刊行されている。母子生活支援施設の調査は他にも厚労省による「児童養護施設入所児童等調査結果の概要」が5年に1回の頻度で、全世帯対象の悉皆調査が行われているが、厚労省調査は質問項目が少なく、直近の平成15年度調査でようやく入所世帯(母)の状況が掲載されるようになったこともあり、状況の推移を見ることは困難であった。そのため母子生活支援施設の推移を示す調査では、全母協がまとめている「全国母子生活支援施設実態調査報告書」が唯一のものであるのでそれを用いることにした。

初めて支援施設の調査結果をまとめた昭和42年報告書(1967)の「まえがき」には『母子寮の運営は、児童福祉法制定後20年の今日においては母子寮の必要性が批判され、あるいは施設の転換を示唆される向もある』とし、『母子寮自体の問題をお互いに検討し、実態に即した改善策を打ち出すことを目的とした』とあるように、生活支援施設職員の「母子寮の必要性が批判されている」ことの危機感からこの報告書が生まれたことを銘記すべきであろう。既にこのときから母子寮の存続は危機にさらされていたと見るべきで、それは今現在も支援施設の削減・廃止など引き続いている課題である。これらの課題を考慮しつつ、実態調査報告書をもとに年次比較などを行ない、これまでの経過と現状の分析を行な

う。

調査の回収率も調査年により 80～90%台で推移し悉皆調査ではないこと、調査内容・項目が調査年ごとに変化していることなどもあり、正確な推移比較が困難な場合も多々あるが、そのことも社会状況の変化や入所者の変化を支援施設職員がどうとらえたか認識の変化とし、そのまま掲載し支援施設の状況検討や考察を行なった。

2. 入所者の状況

1) 入所理由

報告書に入所理由の項目が入ったのが 1994 年(平成 6 年)からであり、表 4 に見られるように分類項目がその年次によって変更が見られるがそのまま表としてまとめた。その結果 1994 年から 1998 年までは「家庭内環境の不適切：例えば夫の暴力による遺棄、同居人との折り合いが悪いなど家庭内の環境に問題がある場合を言う」の項目が 2000 年から「夫などからの暴力：夫などからの暴力による被害、ドメスティック・バイオレンス」と「家庭環境の不適切：同居人と折り合いが悪い、母子それぞれの友達が終始出入りしていて生活の場が失われて等」と別立てとなり、それまで「家庭環境の不適切」でカウントされたもののほとんどが「配偶者からの暴力」すなわち DV があったことが見て取れる。

DV を別項目とした後、調査年毎にその割合は増加し、2004 年には DV 入所理由が 44.9% と入所者のほぼ半数を占めた。また 2004 年からは「児童虐待：父親、両親からの児童虐待、あるいは母親が、児童虐待の傾向にあるため、母子生活支援施設の支援が必要な場合」の項目が新たに加えられ、今後これらの項目がどのように経過していくか興味深いところである。1996 年から 1998 年まで存在していた項目で「サラ金からの取立て」もあったが、2000 年度からなくなり、その際経済的理由に入れ込まれたので、経済的理由の欄の()に別掲した。全体的に見ると「住宅事情：母子と一緒に生活するのに適当な住居が得られない場合をいう」はそれほどの変化はないが、「経済上：住居費当の支出を軽減し稼得能力を増加させるなどの経済的向上を図る場合をいう」・「職業上：母親の就労状態が夜間であるか又は長時間にわたるため、児童の養育が十分に行なえない場合を言う」・家庭環境の不適切、「母親の心身の不安定：例えば母親が病弱等のため無気力状態となり、児童に対する十分な監護が行なえない場合をいう」などの理由は減少し、確実に増加しているのが DV 理由であった。

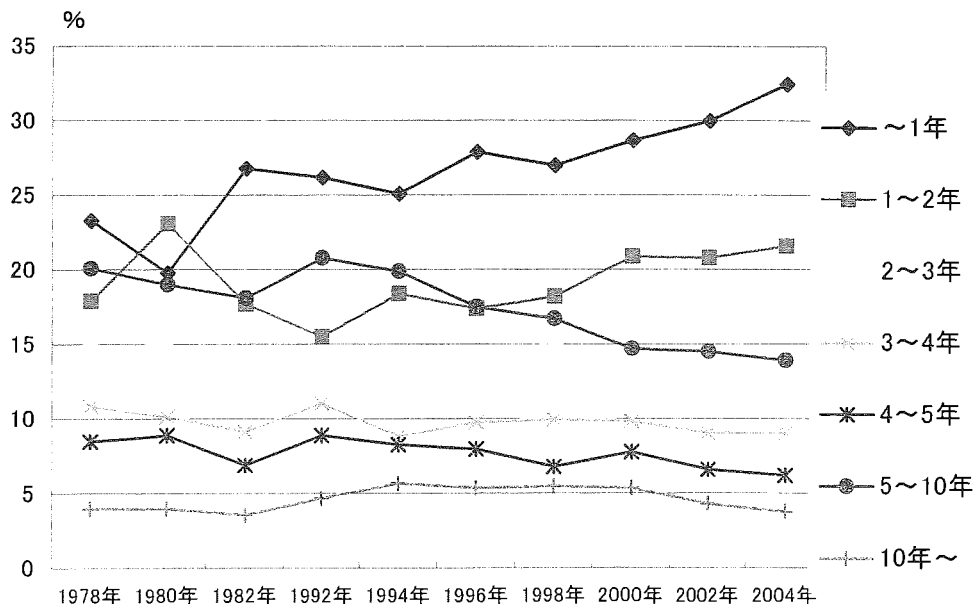
表4 入所理由年次推移（％）

入所理由	1994年	1996年	1998年	2000年	2002年	2004年
家庭環境不適切	34.3	36.3	36.7	12.4	10.9	8.7
夫などの暴力				33.5	37.7	44.9
児童虐待						1.5
母親の心身の不安定	7	6.8	8.3	4.1	4.4	2.8
職業上	1.2	1.1	1.4	0.6	0.1	0.4
住宅事情	26.3	26.4	29.8	23	28.3	23.9
経済的理由(サラ金からの取り立て)	24.9(4.9)	30.1(5.1)	29.4(7.6)	22.6	15.8	16.3
その他	44.1	5.8	13.6	3.7	2.8	2.9

2) 入所期間(在寮期間)

1978年(昭和42年)から2004年(平成16年)まで2年ごとの入所期間の推移は図6のとおりである。ここ5～6年での目立った変化は「1年未満」「1～2年」が増加し、「5～10年」の長期入所者の減少である。全般に入所期間は減る傾向にあり、特に1年未満の退所者の増加が著しい。「1年未満」「1～2年」が2004年では54.1%と約半数を占めている。逆に5年以上の人は17.7%と、1978年の24.1%から6.4%低くなっている。「1年未満」の増加については短期間で目標達成する自立度の高いケースが増加しているのか、それとも別な理由があるのかはこの表からは読み取れない。ただ長期在寮者の減少は1997年の児童福祉法の改正により、「保護するとともに自立の促進のために生活を支援する」に改められたことの影響が出ている可能性がある。

図6 入所期間年次推移



3) 退所理由(表 5)

退所理由が報告書に掲載されたのは 1989 年(平成元年)からである。1989 年当初入っていた「精神的自立」は 2000 年には削除された。1994 年には「再婚」のカテゴリーから分かれたと思われる「復縁」項目が新たに加えられた。2002 年には「その他」項目からの整理と思われる「住宅事情の改善」が加えられている。推移の中から見えることは 1998 年から「子どもの年齢が 18 歳(2000 年から 20 歳)を越えたことによる」理由が減少していることから、長期在寮から自立の促進(短期退所)への方向性が強くなってきたと考えられる。また一時「日常生活の身辺自立」も減少するかに見えたが、1998 年から増加傾向にあり、「生活指導」が必要な対象者の増加と、それらへの働きかけの効果が見て取れる。

直近の調査である 2004 年から見てみると、退所理由でもっとも多いのが「住宅事情の改善」20.7%であり、次に「経済的自立」19.6%であった。「希望退所：本人が勝手に出てゆく」は 16.7%と、減少傾向にはあるが、様々な理由により目標達成半ばで 20%弱の人が退所している現状がある。

表5 退所理由年次推移 (%)

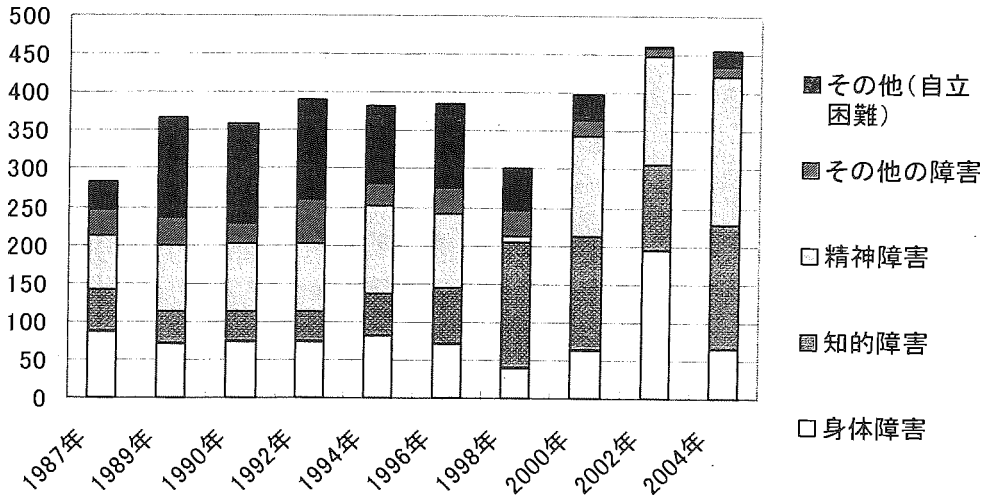
退所理由	1989年	1990年	1992年	1994年	1996年	1998年	2000年	2002年	2004年
経済的自立	22.4	25.8	20.4	20.3	17.5	19.6	17.1	16.2	19.6
身辺自立	13.5	9.1	11.1	10.8	8.4	12.3	13.5	15.7	14.2
精神的自立	7.2	5.3	3.9	4.9	4.8	3.7			
子どもの年齢が制限を越える	4	5.9	5.5	4.4	4.5	2.9	0.9	1.5	1.9
希望退所(本人が勝手に出てゆく等)	11.9	21.5	22.5	21	20.8	18.9	18.4	16.7	16.5
再婚	16.5	12.5	13.3	15	8.5	9	5.8	7.5	5.4
復縁					8	7.3	8.9	7.9	7.2
公団住宅に当選(住宅事情改善)								20	20.7
その他	24.5	17	21.7	23.5	27.2	25.1	35.3	12.3	14.4

4) 母の健康(障害を持つ母の状況)

(1) 支援施設入所障害者の状況

母親の健康状態に関した項目が入ったのは 1987 年(昭和 62 年度)からで、支援施設への障害を持つ母の入所増加とそこへの支援について関心が高まり、調査項目に加えたと考えられる(図 7 障害者数推移)。

図7 障害者数年次推移(実数)



障害の有無については1998年までは身体障害・知的障害の手帳保有者のみ、精神障害に関しては通院の有無によりカウントしていた。2000年からは手帳の所持のみでなく、例えば知的障害の場合手帳を持っていなくても障害があると思われるもの、境界領域にあると思われるものはカウントしている。精神障害については手帳を持っていなくても現に医師の治療を受けているものも含めている。「その他の障害(心身に障害)」についてはこれまであげた障害以外の障害を持つ者、例えば、てんかん、難病、自閉症(自閉的傾向)等であると専門機関で診断、又は判定されたものをさすとしている。「その他」の定義についても1987年調査で「その他：施設の側で自立困難と判定される」から2004年調査では「①～⑦以外で自立に向けて特に援護を必要とするもの」と定義も微妙に変わってきている。

1992年(平成4年)の調査報告では障害を持つ母・児童についての調査報告を特集として組んでおり、その中で平成2年の調査結果から「在寮母親のうち8.7%が障害を持っており、そのうち自立退寮が困難と見られる者が36.2%(てんかん・アルコール依存・薬物依存等心身に障害があると専門機関で判定されたものを含む)、精神障害で現に医師の治療を受けているもの24.8%、身体障害者手帳保有者20.6%、療育手帳保有者10.9%と、さらに身体障害者手帳保有者のうち1・2級の重度障害者が33.8%という実態である」と詳述している。これから見られることは「てんかん・アルコール依存・薬物依存等心身に障害がある」人については施設側から見たとき「自立困難」と判断されていたが、「自立困難」は1986年から急激に減少しており、このころから精神科医療との連携が活発となり、てんかん・アルコール依存などのアセスメントが適切になされることにより精神障害にカウントされるようになった可能性がある。

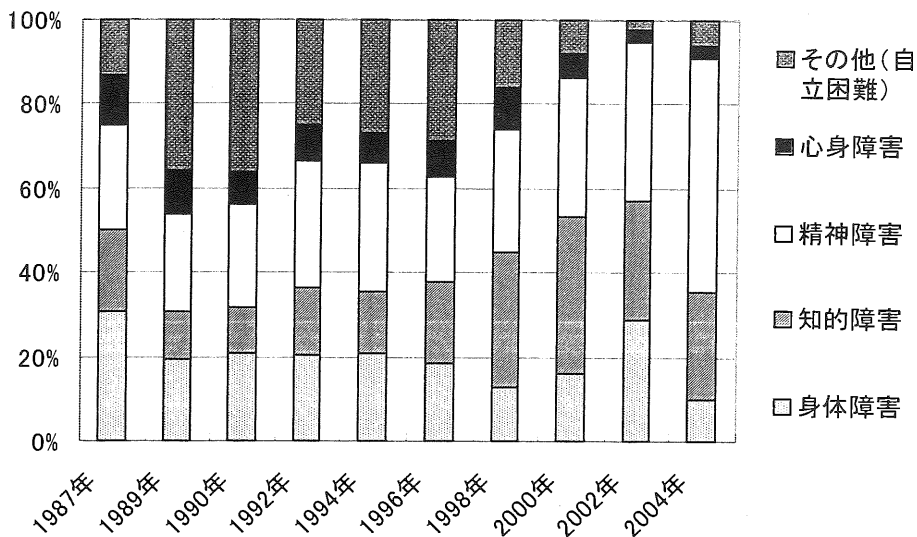
1996年まで比較的多く見られた「その他(自立困難)」その後減少傾向にあるが、これも児童福祉法の改正による「自立」をめざすという文言が入ったことによる可能性がある。これまでは「自立困難」な人でも支援を受けつつ緩やかな生活が可能であったと思われる

が、今後自立をめざさなければならないとしたら、自立が危ぶまれる対象者の入所が難しくなる可能性がある。今後支援施設がどのような層の対象者を受け入れてゆけるか、特に障害を抱えた母子への支援をどのように行なってゆくのか、検討が必要となるであろう。

(2) 障害別割合の推移(図 8)

障害別割合の推移では 1998 年ごろから身体障害が減少傾向にあり、知的障害・精神障害が増加した。2004 年度調査では障害分類に占める割合でもっとも多かったのが精神障害で 55.7%、次に知的障害が 25.2%と精神障害が半分以上を占め、その増加が顕著であった。

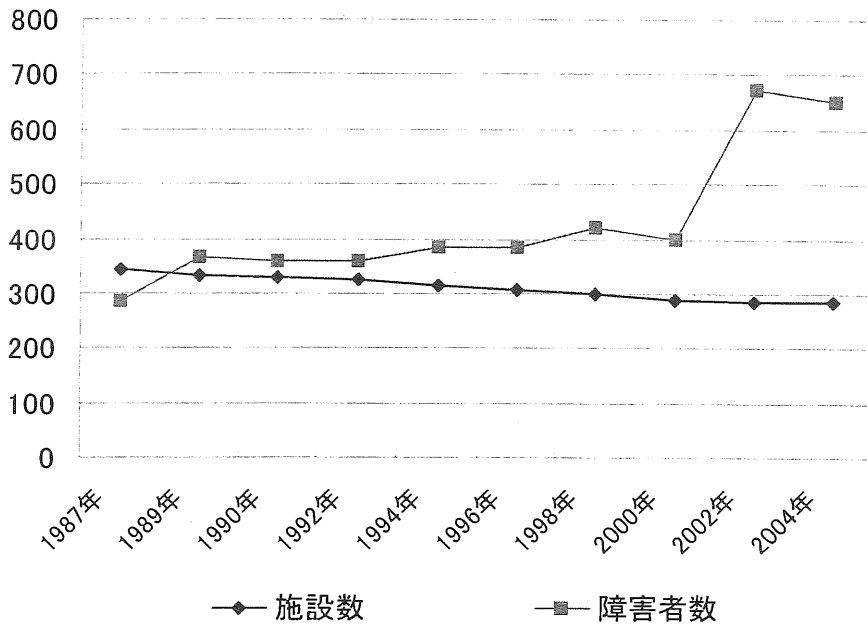
図8 障害別割合年次推移



(3) 障害者数と施設数との関連

障害者と施設数との関連を検討したところ、図 9 にあるように施設数は緩やかな減少を続けているが、障害者数は 2000 年から急激に増加し、2004 年には 285 施設、障害者件数は 651 件と 1 施設内で 2~3 人の障害者がいることになる。これらのことから施設数の減少は施設利用者のうち、障害者割合の増加傾向となり、施設として対象者に対するケアのあり方にも影響を及ぼしていると考えられる。

図9 母子生活支援施設数と障害者数推移



5) 就労問題

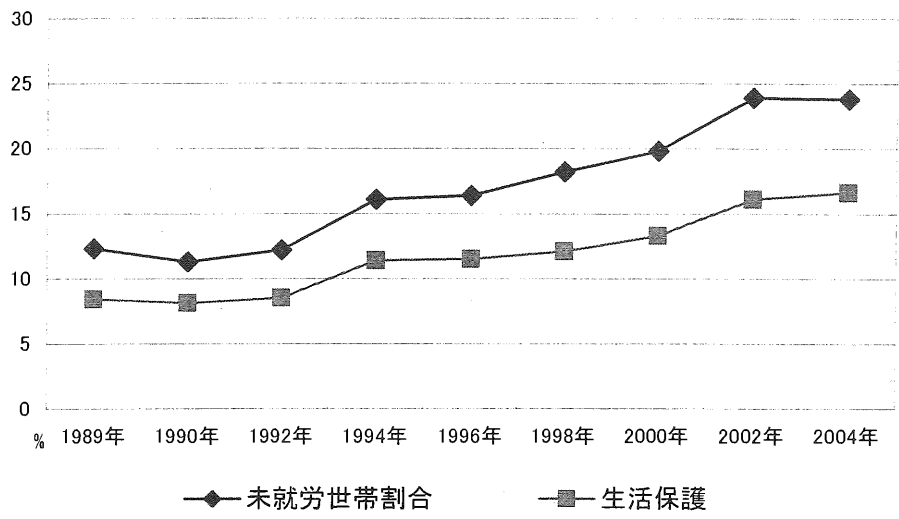
(1) 未就労と生活保護受給世帯

長引く不況は母子世帯に大きな影響を与え、深刻化している現状があるが、様々な障害・困難を抱える入所者にはその影響はより大きいものがあるのではないかと考え、就労の問題、特に未就労世帯割合と生活保護受給割合の推移を検討して見たところ(図 10)、やはり1990年から未就労世帯は増加し、それに伴い生活保護受給世帯割合も増加しており、就労がより難しくなっている可能性が見られた。

厚労省では2003年母子福祉基本方針を定め、今後5年間で母子福祉支援計画を定めることとし、その中でもっとも力を入れているのが就労支援であるといわれている。具体的には自立支援教育訓練給付金制度(雇用保険に加入していないパートなどの母子の母親でも教育訓練給付金を活用できる)や、母子家庭高等技能訓練給付金(看護師や理学療法士など高等技能訓練を受ける場合、最後の三分の一の期間だけ月額10万3千円給付する制度)、常用雇用転換奨励金(企業がパートで雇った人を常用雇用に転換した場合に30万円を給付)などがあるが、様々な障害を抱える人の就労支援にどの程度の有効性があるのか見えてこない。またこの制度は国庫補助率3/4で自治体負担率が1/4となるため地方自治体によっては実施していないところもあるため、今後どの程度の取り組みが行なわれるのかにもよる。これらのことから就労支援も個別に生活全体の中から当事者とともに模索しなければならず、また能力主義・成果主義という就労システムの中で、子どもを抱えた女性の就労

を継続させるには困難も大きいことが予想され、就労の継続を計る視点でのさらなるサービスが求められる。

図10 未就労世帯と生活保護受給世帯推移



(2) 未就労理由

表 6 の未就労理由年次推移から見てみると、「育児理由」は 1989 年から次第に減少し、1989 年の 3 分の一まで減少している。病気・障害を理由としたものはそれほどの増加を示していない。もっとも増加を示しているのは「その他」の項目で、2002 年そこから別項目になった「求職中」である。求職中は 40%以上にのぼり働く意志はあっても母子世帯の就労が難しいことが推測される。

表6 未就労理由年次推移

理由	1989年	1990年	1992年	1994年	1996年	1998年	2000年	2002年	2004年
育児	27.8	26.4	30.1	25.1	23.4	20.7	18.8	13.7	9.5
病気	26.6	28.4	26.3	23.6	25.8	27.1	21.3	20.5	24.1
障害	9.8	13	9.4	11.2	11	10.9	8.7	8.3	9.3
妊娠中	0.8	0.2	1.4	0.6	1	1.6	1.3	1.1	1
求職中								41.7	46.4
その他	35.1	31.3	30.7	37.4	38.7	37.4	49.8	8.5	11.8

表 15 は厚労省が行なっている「児童養護施設入所児童等調査結果の概要 平成 15 年」(2004. 7) の「不就業の理由別母子生活支援施設入所世帯数」により作成したものである。その調査によると不就業理由はもう少し詳細になり、総数 4, 343 にうち不就業世帯は 1, 058 (24. 4%)、「条件にあった求人なし」(26. 7%) がもっとも多く、次に多かったのが、「精神的・身体的に障害がある」(16. 4%) であった。保育の確保ができないなど、外的要因を除き、「就労習慣がない」「就労意欲がない」「疾病虚弱である」「精神的・身体的に障害がある」など入所者自身の要因は合計で 43. 4%にのぼり、就労への困難さが多様で、しかも不就業世帯の半数近くを占めるなど深刻な問題であることが見て取れる。

表7 不就業の理由別母子生活支援施設入所世帯数

総数	講習等で就業準備中	保育の確保ができない	乳児がいる	条件にあった求人なし	就労習慣がない	就労意欲がない	疾病虚弱である	精神的・身体的に障害がある	児童に障害・疾病がある	不詳
1,058	95	83	42	282	49	75	162	174	87	9
100%	9.0	7.8	4.0	26.7	4.6	7.1	15.3	16.4	8.2	0.9

出所:児童養護施設入所児童等調査結果の概要 平成15年

3. 入所者状況のまとめ

- (1) DV (配偶者からの暴力) からの避難母子が急増し、直近調査では入所理由の 45% が DV で占められている。
- (2) 入所期間については長期入所が減り、短期入所 (2 年以内) が半数を占め、児童福祉法の改正の影響 (自立の促進) が見られる。
- (3) 退所理由では「住宅事情の改善」がもっとも多く、ついで「経済的自立」と、「住宅」と「経済」問題が解決することにより 40% が退所して行くが、「希望退所 (本人が勝手に出て行く) も 20% 近く (2004 年調査) あり、今後検討を要するところである。また退所理由で減少傾向にあるのは「子どもの年齢が制限を越えた」であり、入所期間が短期化している要因の一つに挙げられる。
- (4) なんらかの障害を持つ入所者が増加傾向にあり、障害別では特に「精神障害」の増加が 55. 7% (2004 年調査) と著しい。そのため、今後支援施設では「精神障害」や「心のケア」に対する援助や対処などが求められる。また障害を抱えた対象者への「自立」について、今後どのように考えるか、支援施設のこれからの大きな課題の一つになる可能性が高い。
- (5) 就労問題も近年の不況の影響とともに、入所者の抱える様々な困難性が反映し、未就労者の増加と、それに伴う生活保護受給者が増加している。就労困難者に対するケア付就労など就労支援面でも従来行なわれてきた方法に加え、保護的就労が必要な対象者へのシステムの充実が望まれる。

IV. 母子生活支援施設における今後の課題

戦後の未亡人対策から始まった支援施設は、戦災未亡人の自立による減少に伴い、新たに離別母子家庭が増加することにより、入所者の若年化や心身に障害を持った入所者への対応から、いわゆるケアの「質的变化」を迫られた。その変化はハード面にも影響を及ぼし、人員配置が少なかった公営母子生活支援施設は様々なニーズを持った母子への対応が困難となり、利用者の減少から施設そのものに対する無用論を生じ、削減・廃止となる現象が今現在まで続いている。この状況に危機感を抱いた支援施設関係者(全国母子生活支援施設協議会)は施設の存続をかけ、入所者のニーズを把握し、応えるために機能の検討などを含め様々な努力を重ね続けてきている。

そのなかでも 1990 年代からの「子どもの権利条約」や「女性に対する暴力撤廃宣言」などによる児童や女性に対する人権擁護の国際的な運動の高まりは、支援施設にも大きな影響を与えた。もっとも大きかったと考えられるのはDVからの保護を行なう場所として、DV法の中に位置づけられたことであろう。この法的に位置づけられたことにより、実際にDVを入所理由にした入所者が増加している。また精神的な問題を抱えた人の入所も増加し、近年の不況とあいまって未就労や生活保護受給者の増加など、経済的困難が支援施設入所者を窮地に追い込んでいる状況も生じている。厚労省は就労支援と引き換えに児童扶養手当の削減を行なうことを決定しているが、それが入所者の生活や育児にどう影響を与えるだろうか。特に就労支援について精神的な困難を抱える人へのケアを行なうことなくして、就労支援のみを行なうことの結果は既に火を見るより明らかである。さらに近年確実に遂行されている支援施設の減少は、今ある施設により困難を抱える入所者の増加をもたらし、特に精神的な問題を抱える入所者の増加は、対応に追われる施設職員のゆとりを失わせ、ひいては入所者へのケアも十分にできなくなるという悪循環を生み、施設職員のバーンアウトの危険性を高めている。

これらの現状を踏まえ「母」と「子」それぞれの権利を擁護しその実現を図るため、支援施設がどのような支援を行なっていったらよいかの視点に立ち、心のケアを含め支援のあり方を検討するための調査を早急に行なう必要がある。

【注・参考文献】

- (1) 1950 年母子運営要領の中では「児童を本位とする母子一体の保護を基調とし」とあり、また「時代を荷う子どもの幸せのために、子どもが健やかに立派に育成されるためにということに重点を置く」と規定されている。一番ヶ瀬(1976)はこの母子一体について「あくまで“児童を本位とする母子一体”を強調し、家族主義的発想を再び強化せしめる中でその指導方針が貫かれた」としている。

一番ヶ瀬康子：「母子寮問題の展開」：『戦後社会福祉の展開』 吉田久一編著、ドメス出版(1976 年)

- (2) 今井木の実：「社会福祉思想としての母性保護論争―“差異”をめぐる運動史」ドメス出版(2005 年)

- (3) 前掲書 p 305 「母子心中調査」

- (4) 軍事扶助法

第五条

扶助ハ下士官兵ノ入営応召傷病若ハ死亡又ハ傷病兵ノ死亡ノ為生活スルコト困難ナル者ニ対シテノミ之ヲ為ス

扶助ハ生活ニ必要ナル限度ヲ超ユルコトヲ得ス

第六条

扶助ノ種類ハ生活扶助、医療、助産及生業扶助トス

- (5) 川西(1979)によると「軍人遺家族への優遇政策は、母子ホームの処遇にもあらわれており、軍人援護のための母子ホームと一般母子ホームとの居住環境の差は歴然としていた。たとえば、一般母子ホームでは、各世帯が3畳～6畳のせいぜい台所付きの狭い部屋に暮らしている時代に、軍人援護母子ホームの武蔵野母子寮では、『格子戸の玄関、京都風の日本座敷付の部屋』が整備されていた」とある。

川西康裕：わが国における母子福祉政策のあゆみ―母子（父子）福祉に関する文献学的研究から―、日本総合愛育研究所紀要 15号、137-152(1979)

- (6) 多摩同協会50年史 「第2部 多摩同協会の足跡 荒廃の中から」 p 40-45. (1995)

- (7) 母子福祉対策要綱： 第一 趣旨「わが国の所謂未亡人は幼少の子女を抱え、生活力極めて弱く、母としてその子女を養育しながら、一家の家計をも支えなければならぬ二重の重圧と戦っているのがその実情である。特に最近一般経済情勢の窮迫するにつれ、もはや生計の維持すら困難するもの多く、家庭はいよいよ不安と荒廃にさらされ遂に大切な次代の子女たちをも不良化せしむるに至る等その環境は極めて憂慮すべき状況にある。斯る不遇な多くの母子を援護することは刻下の急勢であり、再びその生活意欲を助長し、社会の健全な一員として自存の道を教え、新しい我が国社会債権に寄与させることは将に人道と平和を確立するためにもっとも大切なことである。よって、国、地方公共団体等の総合的母子福祉対策を確立し、之が実施の万全を期するも

のである。」

(8) 遺族援護に関する決議(衆議院)：母子施設(母子寮)の拡充のための予算六千万から二億五千万と前年度比4倍増の予算化を行った。

(9) 林 千代：「母子寮の戦後史—もう一つの女たちの暮らし」ドメス出版

林は「全国母子世帯調査結果報告書」(1952年)をもとに、支援施設入所者の2.6倍の人が入所できずにあぶれていたとしている。p23~24. (1992年)

(10) 母子福祉対策要綱 第二 対象

本要綱の対象は、配偶者と死別した婦人で現に十八歳未満の子女を扶養しているものばかりでなくこれと同様の社会的条件にある十八歳未満の子女を抱えた左の婦人をも謂う。

- 1 配偶者と離婚した者
- 2 配偶者が行方不明の者
- 3 配偶者が海外に抑留されている者
- 4 配偶者が精神又は身体の障害により長期に亘って労働能力を失っている者
- 5 配偶者に遺棄せられた者
- 6 未婚の母

(11) 「戦傷病者戦没者遺族等援護法」

第23条 左に掲げる遺族には遺族年金を支給する。一 在職期間内に公務上負傷し、または疾病にかかり、在職期間内または在職期間後に、これにより死亡した軍人軍属または軍人軍属であった者の遺族

第24条 遺族年金を受けるべき遺族の範囲は、死亡した者の死亡した当時における配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあったものを含む。以下同じ)、子、父、母、孫、祖父及び祖母で、死亡した者の死亡の当時日本国籍を有し、且つ、その者によって生計を維持し、又はその者と生計を共にしていたものとする。

(12) 恩給も停止され、社会的冷遇をうけました。きのうまで「誉の家」として尊敬された戦没者遺族は肩身の狭い思いをしました。とくに、一家の大黒柱を失い、年老いた父母を抱え、遺児を育てる戦争未亡人の方々の物心両面にわたる苦しみは、ひとしおでした。(財団法人 日本遺族会ホームページより)

(13) 加藤彰彦：離婚の要因：社会階層・経済成長 Web ページ

加藤は NFRJS01 の結婚・離婚歴データをもとにイベントヒストリー分析をおこない、戦後日本の離婚要因の検討を行なった。それによる「近年の離婚増加は日本経済が高度成長・ゼロ成長へと転換してゆくなかで、社会階層要因が強く働くようになったことでもたらされたこと、いいかえれば、経済成長には、離婚を不安定化させる社会階層の効果を緩和させる効果が明らかになった」としている。

(14) 平成17年 人口動態統計の年間推移 第1表 人口動態総覧の年次推移：厚生労働省大臣官房統計情報部 より作成

(15) 湯澤直美：日本における母子世帯の現代的態様と制度改革～ワークフェア型政策の特

徴と課題～ 立教大学コミュニティ福祉学部紀要 第6号 (2004)

- (16) 「昭和 62 年度全国母子寮実態調査報告書」 全国社会福祉協議会 母子寮協議会
- (17) 昭和 27 年 9 月 1 日現在厚生省児童局全国母子世帯調査結果報告書および「全国母子世帯等調査結果報告(昭和 63 年・平成 15 年)」厚生省雇用機会均等・児童家庭局から作成
- (18) 「全国母子生活支援施設実態調査報告書」平成 10 年度までは掲載。それ以降は社会福祉調査報告統計(厚生省)により作成
- (19) 全国母子寮協議会活動史第 40 回全国母子寮研究大会記念資料 (平成 8 年): 全国社会福祉協議会 全国母子寮協議会
- (20) 『あるべき母子寮の姿 母子寮の現状』: 平成 7 年度全国母子寮協議会 基本文献資料: 全国社会福祉協議会 全国母子寮協議会 (1995)
- (21) 松原康雄他: 「母子生活支援施設ーファミリーサポートの拠点ー」エイデル研究所 (1999 年)
- (22) 「家庭・家族福祉の拠点をめざす」: 全国母子寮協議会特別委員会報告 (1994) 平成 7 年度全国母子寮協議会 基本文献資料 (1995)
- (23) 『平成 16 年度 母子生活支援施設実態調査』: 全国社会福祉協議会 全国母子寮協議会 (2004)
この調査は全国の母子生活支援施設を対象のアンケート調査で、悉皆調査ではない。
回収率は年度によって異なるが大体 80~90%台である。
- (24) 副田義也、吉田恭爾: 母子寮の現状と将来像、社会保障研究 第 12 巻 2 号 (1976)
- (25) 「母子寮改善についての提言」: 平成 7 年度全国母子寮協議会 基本文献資料: 全国社会福祉協議会 全国母子寮協議会 (1995)
- (26) 東京都母子寮在寮者実態調査: 東京都社会福祉協議会 昭和 60 年 (1985)
- (27) 湯澤直美: 母子寮と女性問題「社会福祉の中のジェンダー 福祉の現場のフェミニスト実践を求めて」杉本貴代栄編、ミネルヴァ書房 (1997)
- (28) 母子寮運営要領-1950-: 厚生省児童局 (1950)
- (29) 第 6 回全国母子寮研究協議会大会資料: 全国母子寮協議会 (1962)
- (30) 副田義也他: 母子世帯の質的变化に対応した新しい母子福祉施策に関する研究ー母子寮の現状と今後の課題ー (昭和 50 年厚生科学研究報告書) (1976)
- (31) あるべき母子寮の姿 (1979): 平成 7 年度全国母子寮協議会 基本文献資料: 全国社会福祉協議会 全国母子寮協議会 (1995)
- (32) 母子寮改善の提言 (1985): 平成 7 年度全国母子寮協議会 基本文献資料: 全国社会福祉協議会 全国母子寮協議会 (1995)
- (33) 山崎美貴子: 「21 世紀をめざす母子寮作りーともに生き、ともに学び合う母と子の拠点」平成 5 年度厚生科学研究報告書 (1993)
- (34) 地域母子ホーム構想ローズプラン (1998)

(35) 社会福祉基礎構造改革の中で児童福祉法の一部改正され、助産施設及び母子生活支援施設の入所方式の見直しが行なわれた。

助産施設及び母子生活支援施設について、現行の措置制度から利用者が希望する施設を都道府県等に申し込み、利用する制度に改めること。

[利用の仕組み]

利用者は、都道府県等に対し、希望する施設の利用を申し込むこと。

① 都道府県等は、利用者が希望する施設に対し、サービスの実施を委託すること。

② 都道府県等は、利用者本人又はその扶養義務者から、負担能力に応じ、費用の全部又は一部を徴収すること。

③ 道府県等は、利用者に対し施設に関する情報提供を行なうこと。

(34) 松原康雄他：「母と子の権利擁護と生活の拠点を目指して」全国社会福祉協議会 全国母子寮協議会（2004）

資料

都道府県別母子生活支援施設数と人口密度割合

	人口	面積	人口密度	市町村数				母子生活支援施設			人口密度/ 施設数
	(人)	(平方km)		市	区	町	村	総数	公営	私営	
北海道	5,641,529	78,419.00	71.94	35	10	130	15	12	2	10	6.00
青森県	1,450,681	9,606.78	151.01	10		22	8	3	1	2	50.34
岩手県	1,394,810	15,278.64	91.29	13		16	6	4	2	2	22.82
宮城県	2,370,985	7,285.53	325.44	13	5	22	1	6	3	3	54.24
秋田県	1,159,139	11,612.22	99.82	13		9	3	10	5	5	9.98
山形県	1,223,739	9,323.39	131.25	13		19	3	1	0	1	131.25
福島県	2,104,850	13,782.75	152.72	12		33	16	4	2	2	38.18
茨城県	2,991,589	6,095.68	490.77	32		10	2	5	3	2	98.15
栃木県	2,014,874	6,408.28	314.42	14		19		3	0	3	104.81
群馬県	2,033,744	6,363.16	319.61	12		17	10	6	3	3	53.27
埼玉県	7,063,942	3,797.25	1,860.28	40	10	30	1	7	2	5	265.75
千葉県	6,047,388	5,156.54	1,172.76	36	6	17	3	6	1	5	195.46
東京都	12,452,586	2,187.09	5,693.68	26	23	5	8	37	1	36	153.88
神奈川県	8,740,136	2,415.85	3,617.83	19	25	15	1	11	4	7	328.89
新潟県	2,448,025	12,582.58	194.56	20		9	6	6	4	2	32.43
富山県	1,116,306	4,247.34	262.82	10		4	1	3	0	3	87.61
石川県	1,177,133	4,185.43	281.25	10		9		2	0	2	140.63
福井県	825,880	4,189.22	197.14	9		8		1	0	1	197.14
山梨県	886,890	4,465.37	198.62	13		9	6	1	0	1	198.62
長野県	2,211,523	13,560.55	163.09	19		25	37	5	2	3	32.62
岐阜県	2,120,044	10,622.85	199.57	21		19	2	5	0	5	39.91
静岡県	3,799,809	7,779.82	488.42	23	3	19		3	1	2	162.81
愛知県	7,205,625	5,162.50	1,395.76	35	16	26	2	14	4	10	99.70
三重県	1,868,865	5,776.77	323.51	14		15		5	2	3	64.70
滋賀県	1,374,182	4,017.36	342.06	13		13		2	1	1	171.03
京都府	2,645,451	4,612.98	573.48	14	11	13	1	5	1	4	114.70
大阪府	8,839,699	1,893.75	4,667.83	33	31	9	1	11	3	8	424.35
兵庫県	5,591,881	8,393.41	666.22	29	9	12		14	2	12	47.59
奈良県	1,429,969	3,691.09	387.41	12		15	12	4	2	2	96.85
和歌山県	1,050,466	4,725.82	222.28	9		20	1	5	0	5	44.46
鳥取県	609,858	3,507.21	173.89	4		14	1	5	1	4	34.78
島根県	749,157	6,707.47	111.69	8		12	1	3	2	1	37.23
岡山県	1,950,661	7,112.70	274.25	15		12	2	2	1	1	274.25
広島県	2,879,313	8,477.73	339.63	14	8	9		11	4	7	30.88
山口県	1,504,593	6,111.11	246.21	13		9		4	3	1	61.55
徳島県	815,045	4,145.46	196.61	8		15	1	4	4	0	49.15
香川県	1,019,434	1,876.16	543.36	8		9		2	1	1	271.68
愛媛県	1,475,959	5,676.92	259.99	11		9		6	5	1	43.33
高知県	802,954	7,104.88	113.01	11		18	6	3	1	2	37.67
福岡県	5,059,670	4,974.75	1,017.07	27	14	38	4	15	6	9	67.80
佐賀県	869,876	2,439.31	356.61	10		13		3	1	2	118.87
長崎県	1,493,611	4,094.39	364.79	13		10		4	3	1	91.20
熊本県	1,852,135	7,404.42	250.14	14		26	8	2	0	2	250.14
大分県	1,214,575	6,339.11	191.6	14		3	1	3	1	2	63.87
宮崎県	1,160,531	7,734.77	150.04	9		19	3	4	1	3	37.51
鹿児島県	1,768,261	9,187.50	192.46	17		28	4	8	3	5	24.06
沖縄県	1,357,216	2,273.93	596.86	11		11	19	3	1	2	198.95

第2章 母子生活支援施設調査

I. 調査の構成

1. 調査の背景と課題

第1章で述べてきたように、わが国における母子生活支援施設（以下支援施設と略す）は世帯構造の変化―世帯の小規模化など構造上の変化や、離婚率の増加などの影響を受け、その機能もかつての屋根と授産など「保護」を目的としたものから、「母子家庭の自立」に向けた多様なサービスを提供することが求められてきている。

「児童養護施設入所児童等調査結果の概要 厚生労働省（平成15年2月1日現在）」でも、「配偶者からの暴力」を理由に入所した世帯が28.4%と、住宅事情16.0%・経済事情26.8%と他の事情をぬいてもっとも多いなど、DV被害者の入所が急増していることや、就労世帯は76.1%にのぼるが、その内訳で「常勤」は22.4%に過ぎず、「臨時雇用」が51.1%と生活・経済面にもその厳しさが伺われることは第1章でも「母子生活支援施設実態調査報告書」を通して同様の報告を行なっている。「不就業」も全体の24.4%あり、不就業理由も「条件にあった求人なし」26.7%を除くと「精神的・身体的障害がある」16.4%、「疾病・虚弱である」15.3%「就労意欲が乏しい」7.1%などと、なんらかの精神的・身体的な要因が43.4%を占め、支援施設利用者が精神的・身体的にさまざまな困難を抱えていることが推測される。これらの精神的・身体的要因が育児にも当然に影響を及ぼすと考えられるが、実際にどのような困難を抱えているのかの調査は未だ行なわれていない。そのため支援施設入所者を対象にメンタル面を含めた調査を行い、生活・育児に関する状況を知ることにより、どのような支援が必要であるかを知ることが喫緊の課題である。

2. 調査の目的と方法

1) 調査の目的

このような背景を踏まえ、支援施設へDV被害を含め様々な困難を抱えて入所してくる対象者の実態を調査することにより、どのようなサービスが求められているのかメンタルヘルス・ケアを含めた支援のあり方を検討し、母子への適切な援助を導き出すことをその目的とする

2) 調査方法

(1) 対象と地域

母子生活支援施設に入所中で0歳から18歳までの子どもを養育している母親を対象とした。対象地域は東京都内の支援施設で、調査協力を得られた施設15箇所（認可世帯数

307)である。

(2) 方法

①調査対象施設

調査対象施設については研究協力者により個別に支援施設に依頼し、了解の得られた施設へまず調査質問紙見本を送付した。その後施設内においてスタッフ間で検討をしてもらい、協力了解の得られた施設のみに質問紙の送付を行った。入所者への説明は施設スタッフもしくは調査者が直接出向き、調査の目的等の説明を行うなど、施設側の要望に応じ個別に配慮した方法で行った。

②調査票の配布と回収

施設内に調査協力の掲示を行うか、もしくは入所者の集会日に職員もしくは調査者より調査協力を依頼した。その後調査に協力しても良いと了承された対象者にのみ調査票を配布した。回収については質問紙に調査者あての住所を記入した封筒を添付し、匿名での郵送回収を行った。調査の協力依頼をする際には対象者あて「協力のお願い」文を添付し、入所者の匿名性の守秘及び人権に配慮した調査であることの説明を加えた。またスタッフ向けの調査協力依頼を作成し、入所者よりの質問や疑問があった際には、施設へ調査者が出向き、説明を行う用意があることを伝えた。

③調査の倫理面の配慮

調査の倫理面の配慮として日本社会事業大学社会事業研究所へ研究倫理審査申請書を提出し、許可を受けた。

(3) 調査票の回収

- ・ 調査期間 平成 17 年 3 月～9 月
- ・ 調査場所 調査協力を得られた都内母子生活支援施設 15 箇所
- ・ 回収率 配布数 216 回収数 143 回収率 66.2%
 認可世帯数 306 名を母数とすると回収率は 46.7%となる。

3. 調査項目の検討

調査項目については基本的には妹尾ら（2001）(1)による一般人口調査で使用方法を踏襲し、質問項目は「支援施設」に適合した項目を選択した。その目的は可能な限り一般人口調査と支援施設入所者との比較を行うことで、その実態や状況をより明確にすることができるのではないかと考えたからである。

1) 基本的属性

年齢・子どもの数・婚姻状況・学歴・就労の有無・年収など。

2) 母親のソーシャルサポート

母親を取り巻く環境としての子育て協力者の有無など手段的サポート、情緒的サポート、情動的サポートの有無。

3) 不適切な育児行為項目の検討

(1) 「不適切な育児行為」の先行研究

① 内山洵子他「母親が行う虐待行為の実態」(1998) (2)

内山らは児童相談所調査で見られる虐待と一般家庭で行われている虐待との異同や、その連続性の有無などを検討するために 3 歳以下の乳幼児を持つ母親を対象とした調査を行った。一般家庭の母親が子どもに対してどのような虐待行為を行っているのか、「虐待行為」17 項目を選定し、暴力系行為・遺棄系行為・その他と三類型化し、虐待の重複、重症度、虐待行為を行ったのちの母親の態度・気持などを検証している。内山らが行った調査は「虐待」を一般家庭にまで広げて調査を行ったものとしてはわが国で初めてのものである。

② 妹尾栄一他「首都圏一般人口における児童虐待の調査報告書（以下乳幼児調査と略す）」(2000) (3)

子どもの虐待防止センターから委託を受け、児童虐待の一般人口調査を全国に先駆けて行なった。不適切な育児項目については内山らの調査(2)を参考に、乳幼児をもつ母親を対象に、母親による「虐待行為」を「不適切な育児行為」に名称を変更し、検討を行った。1999 年予備調査を行った際は、内山論文と同じ虐待行為項目を使用した。実際に行われている不適切な育児行為に精選するために、予備調査(1999 年)で極端に(85%以上)該当が少なかった項目や実際に虐待を行っている当事者である母親の自助グループ(MCG: Mother and Child Group)メンバーのヒアリングから、虐待当事者母親の3分の1以上が経験した項目を新たに抽出し、内容を変更して17項目を作成した。

③ 妹尾栄一他「大都市一般人口における児童虐待の疫学調査報告書(以下学童調査と略す)」(2001) (1)

幼児を持つ母親から学童を持つ母親へと対象を変更したのに伴い、学童に直接関わっている養護教諭・スクールカウンセラーへヒアリングを行い、学校での虐待事例の中から虐待行為を抽出した。乳幼児調査と共通項目は「傷つくことを繰り返し言う」「蹴る」「物を投げつける」「食事を与えない」「物でたたく」「子供を置いたまま外出」の6項目で、項目数も17項目から19項目に増やし、抽出した項目を子どもの虐待防止センターのスタッフに確認してもらい、妥当性を検討した。

④ 山之上哲子他「子どもに対するマルトリートメントに関する研究(第1報)ー垂直伝達を中心に」(2002) (4)

山之上らは幼稚園・保育園児を持つ保護者(父親及び母親)を対象に、子どもへの「マ

ルトリートメント」を「たたくなど暴力を振るう（身体的虐待）」「大声でどなったり、しかりつける（心理的虐待）」「無視する（ネグレクト）」の行為を調査項目としてあげ、親から子への「不適切な関わり」の世代間伝達を検討を行っている。

⑤ 河村他「乳児の母親に見られる子ども虐待の可能性」（2005）（5）

CAP（Child Abuse Potential Inventory）（6）は Milner, J. S. らにより子ども虐待のスクリーニング用に開発されたもので（7）、子ども虐待の96%を判別し、後に発生する子ども虐待を有意に予測する（8）と言われている。その構成は虐待尺度77項目、虚偽尺度、ランダム回答尺度が各18項目、矛盾尺度が20対40項目の全160項目を「はい」「いいえ」の2値で回答する自記式調査票で、アメリカでは既にその信頼性・妥当性が確認されている。わが国でも以前から関心を持たれていたが（9）、河村らは日本語版子ども虐待ポテンシャル調査票（JCAP）を作成し、日本での信頼性・妥当性を検討し（10）、3～4ヶ月乳児検診受診児母親を対象に実際に施行した報告を行っている。

（2）母子生活支援施設調査における不適切な育児行為項目

① 不適切な育児行為の検討

わが国において「不適切な育児」についての先行研究は少なく、信頼性・妥当性を検証され尺度化されたものとしては日本語版子ども虐待ポテンシャル調査票（JCAP）のみであり、使用条件にはもっとも適当と思われたが、全質問項目数160、虐待尺度のみで77項目と多く、自記式アンケート調査としては実際的には使いにくい。そのため、妹尾らによる「大都市一般人口における児童虐待の疫学調査報告書（学童調査）」を参考として、不適切な育児行為項目を作成することとした。

② 不適切な育児項目の精選

「大都市一般人口における児童虐待の疫学調査報告書（調査）」（以下学童調査と略す）でも不適切な育児行為項目が19項目と多く、また調査対象者の子どもの年齢が0歳から18歳までと広がったため、項目数の精選及び内容を検討した。

まず不適切な育児行為の構造を検討するため、平成13年度に行った学童調査における子どもへの不適切な育児項目18項目（「刃物を持ち出す」項目は0回答のため、分析から除外した）の因子分析を行い、虐待行為項目の分類を行った。主成分分析（バリマックス法）を用いて解析したところ、5因子が抽出されたが、因子ごとに項目数のばらつきが見られたため、4因子として再度解析しなおした（表8）。

第1因子を「焦燥・やつあたり」第2因子を「生命の危険」第3因子を「過剰な強制」第4因子を「養育の放棄」とし、各因子ごと1～2項目を選択し、「子どもへの不適切な育児行為」項目とした。

表8 一般人口調査(学童)育児項目因子分析

不適切な育児項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
傷つくことを繰り返し言う	0.72	-0.10	0.17	0.01
子どもの言動を無視	0.68	0.04	-0.03	0.23
子どもに八つ当たりする	0.64	0.06	0.00	0.11
長時間子どもを叱り続ける	0.58	0.12	0.19	-0.01
物を投げつける	0.49	0.17	0.44	-0.08
蹴る	0.43	0.20	0.38	-0.13
裸にして外に出す	0.11	0.90	-0.13	-0.04
首を絞める	0.06	0.89	0.10	-0.07
長時間子どもを家に入れない	0.09	0.57	0.21	0.40
物でたたく	-0.09	0.13	0.74	0.08
殴る	-0.06	0.13	0.62	0.04
外出を過度に制限	0.16	-0.05	0.47	0.11
突き飛ばす	0.31	0.04	0.41	-0.10
食事を与えない	0.15	-0.02	0.34	0.10
長時間勉強を強制する	0.15	-0.13	0.32	0.01
着替させない	-0.01	0.07	0.14	0.76
子どもを置いたまま外出	0.04	0.00	-0.07	0.73
学校の世話をしない	0.11	-0.05	0.11	0.60

因子抽出法: 主成分分析・バリマックス法 5回の反復で回転が収束しました。

資料:「大都市一般人口における児童虐待の疫学調査報告書(学童調査)」

③ 支援施設関連職員へのヒアリング

母子のケアを行っている支援施設関連職員（母子指導員・児童指導員・養護施設職員・家庭生活支援センター相談員）へヒアリングをおこない、支援施設入所の母親から子供への不適切な育児行為にどのようなものがあるのか、またその不適切な育児の背景にある母親自身が抱えている問題点の検討を行った。その結果、母親に頻繁に見られる不適切な育児行為としては、変形するほどオムツを長時間取り替えない、食事を与えないなどの行為のほかに、学校に登校させない、兄弟間での明らかな差別、職員の面前で子供を蹴る・殴るなどの不適切な育児行為が抽出された。

ヒアリングの中で、支援施設は母子が個室で生活しているため、母親が室内に閉じこもり職員の介入を拒むと、それが子供への不適切な育児行為に直接つながり、子供の保護対応に困難をきたすなど施設特有の難しさが浮かびあがった。これらの不適切な育児行為の背景に、母親としての自覚の無さや育児スキルが獲得できていないなどのほかに、統合失調症や他の精神疾患の所在が疑われ、質問項目や内容をより精査する必要があることが示唆された。そのため質問項目をより回答しやすいように項目数を絞り込み、乳幼児・学童とも共通して答えられる内容および文言に配慮したものに改変し、計8項目とした。各項目ごとに「まったくない」「ときどきある」「しばしばある」の3件法(0～2点)で得点化を行い、不適切な育児行為得点とした。

(3) 不適切な育児項目における信頼性・妥当性の検討

① 信頼性の検討

信頼性についてはこれら 8 項目における内部一貫性による信頼性係数 (Cronbach のアルファ係数) は 0.67 であり、許容できる範囲と考えられた。再現性の確認は当事者への自記式調査であるために行なっていない。

② 妥当性の検討

a. 因子妥当性

因子妥当性を見るために 8 項目の因子分析 (主因子法) を行なったところ 2 因子が抽出された。第一因子は「子どもが傷つくようなことを繰り返し言うことがある」「子どもの言動を無視することがある」「保育園や学校に行かせないことがある」「たたいてしまうことがある」「学校や保育園の世話ができないことがある」の 5 項目で構成されていた。第二因子は「罰として長時間部屋の外に出すことがある」「オムツや衣類を取り替えられないことがある」「食事を与えないことがある」の 3 項目で構成されていた。第一因子は心理的・物理的不適切な育児であり、第 2 因子は「食事を与えないことがある」など生命の危機などの、より重度な不適切な育児を表していると考えられ、「不適切な育児項目」は心理的・物理的虐待とより重度な虐待内容を表しているものと考えられた。

b. 構成概念妥当性

一般的に母親の年齢が若いほど虐待のリスクが高まると言われており、構成概念妥当性を検討する方法として年齢ごとの不適切な育児得点の解析を行なった。その結果、20 代以下の不適切な育児得点の平均値は 4.13、30 代 3.21、40 代 2.36、50 代 1.60 と年齢が下がるに連れて、不適切な育児得点は減少したところから、不適切な育児項目内容は一般的に言われている虐待行為から外れていないと言える。

c. 併存妥当性

今回の調査は当事者への自記式調査であるため、併存妥当性を検証するための項目を入れることはできなかった。

今後より精度の高い質問項目を作成するために、調査協力が得られるようになった段階で、再度尺度を作成することを目的とした調査が行われることが望まれる。

不適切な育児行為項目

- ア. おもわずたたいてしまうことがある
- イ. 罰として長時間部屋の外に出すことがある
- ウ. 忙しくて子どもの言動を無視することがある
- エ. おもわず子どもが傷つくようなことを繰り返し言うことがある
- オ. 気持ちが落ち込んで保育園や学校に行かせないことがある
- カ. 疲れていてオムツや衣類を取り替えられないことがある

キ. 罰として食事を与えないことがある

ク. 疲れていて学校や保育園の世話ができないことがある。

4) メンタルヘルス項目

(1) 抑うつ傾向の有無：CES-D(うつ評価尺度)

CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression scale) はラドロフ (1977) (11)により開発されたもので、20 項目の自己評価式のものである。島ら(1985) (12) により日本語版が作成され、わが国においても高齢者・学生その他を対象とした研究が多くなされており(14)、高い信頼性を得ている。この1週間の状態について「まったくないか1日続かない」を0点とし、「週の5日以上(あてはまる)」を3点とする4件法で構成されており、各得点を合算し抑うつ得点とする。

(2) 解離傾向の有無：DES (解離体験尺度)

① 一般人口調査(学童)の解離傾向項目 (表 9)

一般人口調査では質問数の制限から、解離傾向について標準化された解離体験尺度(Dissociative Experience Scale DES)を用いず、近似する方法として臨床的に経験する「子育ての最中に、じっと空を見つめて、何も考えず時間の経過に気がつかないまま、ただじっと座っていることがある」などの項目を作成し、乳幼児調査項目では5項目、学童調査はそれに2項目加え7項目とし、「まったくない」「時々ある」「しばしばある」の3件法で0～2点の得点を合算し、解離傾向得点とした。

表 9 一般人口調査(学童)の解離傾向項目

解離傾向項目 (*乳幼児調査共通項目)
* (1) 子どもを叱っているときに、いつの間にかたたいたりつねったりしていることに、ふと気づくことがある。いつどうしてたたいたのか、出来事の流れていると思えないことがある。
(2) 子どもと会話(対話)していて、今しがた子どもから言われたこと(話しかけられたこと)を聞いていなかったことにふと気がつく
* (3) 子どもを強く叱るときには、普段の自分がおかれたときとはまったく違って振舞うので、自分がまるで二人の別の人間のように感じられる。
* (4) 自分が育児しているところを、まるで脇に立って見ているように感じ、あたかも他人を眺めるように自分自身の育児行動を見失ってしまうことがある。
* (5) ふだんの生活で、どのように、またどうやって育児をしたのか、育児の工程の一部(又は全部)を覚えていないことにふと気づくという経験がある。
(6) 子育ての最中に、じっと空を見つめて、何も考えず、時間の経過に気がつかないまま、ただじっと座っていることがある。
(7) あることを実際にしたのかそれとも、しようと思っただけなのか良く思い出せない。(たとえば子どもを実際に叱ったのか、それとも叱ろうと思っただけなのか) というような経験がある。

②解離傾向の虐待得点への影響

虐待への解離傾向の影響を見るため、虐待得点との関連が有意であった項目を独立変数、虐待得点を従属変数として重回帰分析を行った。乳幼児調査でもっとも関連の強かった項目は「子供の数（が多い）」「解離傾向」「子が望みどおりにならない」があげられたが、学童調査では「解離傾向」「母性意識否定項目」「母親の年齢」となり、子供の年齢により虐待のリスク要因が異なっていた。また乳幼児及び学童を持つ母親の虐待行動に共通して影響を与えていた要因は、①解離傾向得点②母親としての（母性意識）否定感③「現在の家族の葛藤性」（乳幼児）・「夫が暴力をふるう」（学童）と家庭内での暴力傾向を表している項目などが挙げられ、解離傾向が虐待に影響を及ぼしていることが示唆された。

③ 一般人口調査における解離傾向の限界と課題

このように「解離傾向」が母親の不適切な育児行為に影響を与えていることが予測されたが、一般人口調査では解離傾向を測るために質問紙の制限から、臨床的に良く見られる項目を独自に作成し使用したため、質問項目の信頼性・妥当性の検証がなされていない。そのため解離傾向が不適切な育児に影響を与えているとは確実には言えなかった。今回支援施設調査にあたり、解離傾向に関して既に信頼性・妥当性を検証された日本版解離性体験尺度（J-DES）を使用し、「解離傾向」が不適切な育児行為に影響を与えているのか否かを検証する。

④ 解離性体験尺度 DES (Dissociative Experience Scale)

DESはバーンシュタインとパトナム（1986）（14）によって開発されたもので、解離性体験を量的に測定するために開発された28の質問項目からなる自記式スケールで、梅末（15）らによって日本語版解離性体験尺度（J-DES）が作成されている。DESの特徴として視覚的アナログ反応スケール（16）を採用したことにあるが、今回プリテストを行った際、何人かの被験者からのこの方式になじみが薄いため、記入しづらいとの意見があった。そのため「あなたにはどのくらいの割合でこのような体験がありますか。経験が無ければ0を経験が多いほど100に近い値をえらびその数値を○で囲んでください」と数値で答える方法に変更した（17）。

（5）母親の子どもへの愛着：ボンディング質問表（愛着形成障害評価尺度）

ボンディング質問表はクーマーら（18）ロンドン大学周産期精神医学部門のメンバーによって開発された自己質問票で、母親から乳児への愛着形成への障害評価尺度である。愛着は乳幼児期のみに機能するわけではなく、形を変えながらも存続する（John Bowlby, 1988）（19）との仮説により、乳幼児を持つ母親と限定せずに母親と子どもとの相互作用である愛着感情とメンタルヘルス・育児との関連を検討するために用いた。質問票についてはクーマーらが母性感情の獲得についての調査（Robson&Kumar, 1980）にもと

づき開発した9項目の簡便なボンディング質問票(20)を山下が翻訳し作成した(21)ものを用いた。

各項目は母親自身の子どもへの肯定的ないし否定的な感情を表す形容詞からなる。母親の側の愛着障害、育児不安、虐待のリスクなど育児上の問題に関連した項目を含んでおり、高得点ほど否定的感情が高いことを示している。子どもに対してどのような感情を持つかについて「ほとんどいつも強くそう感じる」「たまに強くそう感じる」「たまに少しそう感じる」「全然感じない」を0から3点までの4件法で答えてもらい合算してボンディング得点とする。

(6) パートナー・実家との関係

パートナーとの関係や実家との関係について、特に家庭内での暴力傾向や葛藤性を問うための質問項目を一般人口調査項目の中から選択した。

II. 調査結果の概要

この節では調査結果の概要を述べると共に、今回の調査妥当性を先行調査・研究を参考に検討した。その理由は調査法において都内母子生活支援施設入所者のランダムサンプリング法が取れず、母集団のコントロールができなかったため、回収されたものの偏りの有無について検討する必要があったからである。

1. 調査サンプルの代表性の検討

1) 他調査との比較検討

(1) 比較データーの選択

母子生活支援施設調査としては厚労省で5年ごとに行なっている「児童養護施設入所児童等調査結果の概要」(以下児童養護調査と略す)および全国社会福祉協議会・全国母子生活支援施設協議会が2年毎に調査している「全国母子生活支援施設実態調査報告書」(以下全国調査と略す)が代表的なものである。児童養護施設調査は全国の母子生活支援施設への悉皆調査であり、全国調査は全国母子生活支援施設協議会会員施設へのアンケート調査で、直近の平成16年調査で回収率90.5%を数える。調査数は児童養護調査(平成15年)で4,343、全国調査(平成16年)で4,131とほぼ近似している。調査内容は全国調査のほうが施設状況や職員数などの項目も入り、より詳細な内容の調査を行なっている。今回母子生活支援施設のデーター比較に際し、悉皆調査である児童養護施設調査を参考としたいところであったが、入所者年齢が児童養護調査では「入所時の年齢」しか掲載されておらず、現在年齢が確認できないため「全国調査」を比較対照データーとしてとして選択し、検討を行なった。

(2) 比較項目

比較可能項目は年齢・子どもの数・終了状況の3項目であった。DV経験の有無などは入所理由のひとつには挙げられているが、複数回答ではないため確実な数を確認できないこと、また被虐待経験の有無なども調査項目に含まれていないことから他の項目は比較検討できなかった。

①年齢

入所者の年齢構成は「全国調査」(N=4131)では20歳未満～29歳21.3%、30～39歳49.6%、40～49歳24.2%、50歳以上4.8%であった。「支援施設調査」(N=143)では20歳未満～29歳11.3%、30～39歳59.8%、40～49歳25.4%、50歳以上3.5%と全国調査に比較して、20代が10%少なく、30代が10%程度多かった。

②子どもの数

子どもの数の平均は「支援施設調査」で1.64人(SD±0.8)、「全国調査」でも子供の数の平均は1.63とほぼ同値であった。

③就労状況

「支援施設調査」ではパート・アルバイト52.4%、フルタイムは25.9%、未就労は休職中・無職をあわせて21%であった。「全国調査」ではパート・アルバイトに該当する「臨時雇用」が45.4%、フルタイムに該当する「常用雇用」が20.5%、未就労は23.8%、とほぼ似通った数値であった。

④考察

全国調査と異なった点は、年齢において20代が10%程度少なく、30代が10%多いことから、若年層が少なく中年層が多いことであった。子どもの数や就労状況においては大きな違いは見られなかった。特に就労状況は入所者の社会技能などを表していると考えられ、そこでの差があまり見られなかったことから今回の調査対象が、母子生活支援施設入所者と大きく異なる可能性が見られたが、比較できる項目が限られているため偏りが無いとも言えない。

これらのことに加え、サンプル数の問題や施設内での協力の有無などの問題があり、今回の調査対象者が母子生活支援施設の代表であると明確には言いがたく、そのためのサンプルの歪みなどがあることを考慮しつつ検討・考察を行なってゆく。

2. 対象者の社会的属性

対象者の社会的属性を表10に示した。

1) 年齢

入所者の平均年齢は36.03歳(SD=6.95)、年齢階級別に見ると「30歳～34歳」がもっとも多く全体の36%、30代全体で59.5%と入所者の60%を占めた。「全国調査(N=4131)」でも入所者の30歳～39歳がもっとも多く49.6%を占めたが、それより10%ほど多かった。

2) 子どもの数・年齢

子どもの数の平均は1.64人(SD=0.8)、「全国調査」でも子供の数の平均は1.63とほぼ同値が出ている。もっとも多かったのがひとりで53.1%、次に二人が34.3%と2人以内が全体の87.4%を占めた。子どもの年齢の最大値は18歳、最小値は0歳であった。

3) 婚姻状況

離婚70.6%、別居中15.4%、死別1.4%、未婚7.7%であった。「全国調査」では離別60.6%、死別1.9%であり、離婚した人の割合が10%ほど多かった。

4) 学歴

学歴でもっとも多かったのは高校卒の39.9%、次に専門学校25.2%、中学校卒17.5%と続き、大学卒は7.7%であった。「学童調査(N=968)」では高校卒の44.4%、次に専門学校37.1%、大学卒は13.5%中学校卒5.0%であった。

5) 就労

就労状況はパート・アルバイトがもっとも多く52.4%、フルタイムは25.9%と78.9%と約8割の人が就労していた。就労していない人は休職中・無職をあわせて21%であった。「全国調査」でもパート・アルバイトに該当する「臨時雇用」が59.7%、フルタイムに該当する「常用雇用」が27%とほぼ似通った数値であった。

6) 年収

年収でもっとも多かったのが100万円以内41.3%、100万～200万が30.8%「なし」の16.8%を合計すると88.8%と、約9割の人が200万円以下の年収であった。厚生労働省が行った「平成15年度全国母子世帯調査（以下母子世帯調査と略す）」によると、やはり「100万円未満」がもっとも多く、48.3%、「100～200万」が44.2%と似たような傾向がうかがわれた。

表 10 社会的属性 (n=143)

項目		人数	%
年齢	17～29	16	11.3
	30～34	51	35.9
	35～39	34	23.9
	40～44	24	16.9
	45～49	12	8.5
	50～52	5	3.5
子どもの数	1人	76	53.1
	2人	49	34.3
	3人	12	8.4
	4人	6	4.2
最終学歴	中学	25	17.5
	高校	57	39.9
	専門学校	36	25.2
	短大	14	9.8
	大学	11	7.7
就労	パート・アルバイト	75	52.4
	フルタイム	37	25.9
	休職中	9	6.3
	無職	21	14.7
年収	なし	24	16.8
	～100万	59	41.3
	100～200万	44	30.8
	200～400万	13	9.1
	400～700万	3	2.1
パートナーとの関係	別居中	22	15.4
	離婚した	101	70.6
	結婚したとなし	11	7.7
	死別した	2	1.4
	その他	7	4.9

3. 母親のソーシャルサポート

1) 現在、お子さんを預かってくれたり、実際に子育てに協力してくれる人

実際に育児協力してくれるサポート（手段的サポート）について、複数回答で答えてもらったところ、平均 2 名の子育て協力者を持っていた。その内訳は、父母など家族を抜いて支援施設職員がもっとも多く、実際の子育てに支援施設職員が頼りにされている状況があった。しかしながら「協力者がいない」と答えた人も 14 名（9.8%）あった。「学童調査」で「子育て協力者がいない」と答えた人は全体の 6.1%であった。

2) 子育ての相談相手になってくれる人

子育ての相談相手（情動的サポート）の平均サポート資源数は 2.08 と実際の子育て協力者に比べ、若干増加していた。相談相手でもっとも多かったのが支援施設職員 96、つぎに友人・仲間が 91 とほぼ同数あり、共に生活するなかでの友人・仲間が相談先となっていた。

しかしながら「相談相手がいない」と答えた人も10人(7.0%)いた。「学童調査」では「いない」と答えた人は0.8%であった。

3) 子育てのグチをこぼせる人

育児の大変さを気軽に話せる人となると、もっとも多かったのが友人・仲間で103人(72%)、次に支援施設職員59人(41.3%)、母親41人(28.7%)と続いた。「子育てのグチをこぼせる」という情緒的サポートの平均資源数は1.7と他のサポート源と比べ、もっとも少なかった。「いない」は9.8%であった。「学童調査」では「あなたの心配事や悩みを聞いてくれる人は誰ですか」との質問項目で、「いない」と答えた人は1.0%だった。

4. パートナーとの関係

1) 「夫やパートナーが育児や家庭内のことに関して協力的だった」

「はい」と答えた人が28%「いいえ」が71.3%と、夫が育児や家庭内のことで非協力的であったとする人が70%以上あり、夫から家庭のことについて具体的な支援が受けられていなかった。「学童調査」では「非協力的」と答えた人は15.3%であった。

2) 「夫やパートナーとよくケンカした」

「はい」が68.5%、「いいえ」が30.8%と7割近くの人がパートナーとの間で様々な葛藤を抱えていた。「学童調査」では「いいえ」(けんかしない)と答えた人は98.1%であった。

3) 「夫やパートナーが暴力を振るったことはなかった」

「はい」が32.2%、「いいえ」が67.1%と入所者の約7割弱の人が夫・パートナーからなんらかの暴力を受けていた。「学童調査」では「はい」(暴力を振るったことがない)と答えた人は90.0%であった。

5. 実家との関係

1) 「私が育ったうちの人とはどなって怒ることはほとんどなかった」

「はい」が45.5%、「いいえ」が54.5%と半数以上の入所者が、家庭内で葛藤や緊張を強いられた生活を送っていた。「乳幼児調査」では「はい」が59.2%、「いいえ」が40.3%であった。

2) 「私が育ったうちでは殴り合いになることはなかった」

「はい」が65.7%、「いいえ」が34.3%と3割以上の人が、家族内での暴力の目撃、もしくは自身が暴力にさらされた生活を送ってきた可能性が見られた。「乳幼児調査」では「はい」が92.5%、「いいえ」が6.9%であった。

6. 子どもとの関係

1) 子どもへの愛着

子どもに対してどのような感情を持つかについて「ほとんどいつも強くそう感じる」「たまに強くそう感じる」「たまに少しそう感じる」「全然感じない」を0から3点までの4件法で答えてもらい、合算してボンディング得点（愛着障害得点）とした。ボンディング得点の平均値は5.58（SD=3.44）、中央値5.0、最大値は19、最小値は0であった。得点が高いほど愛着障害が高いということになる。

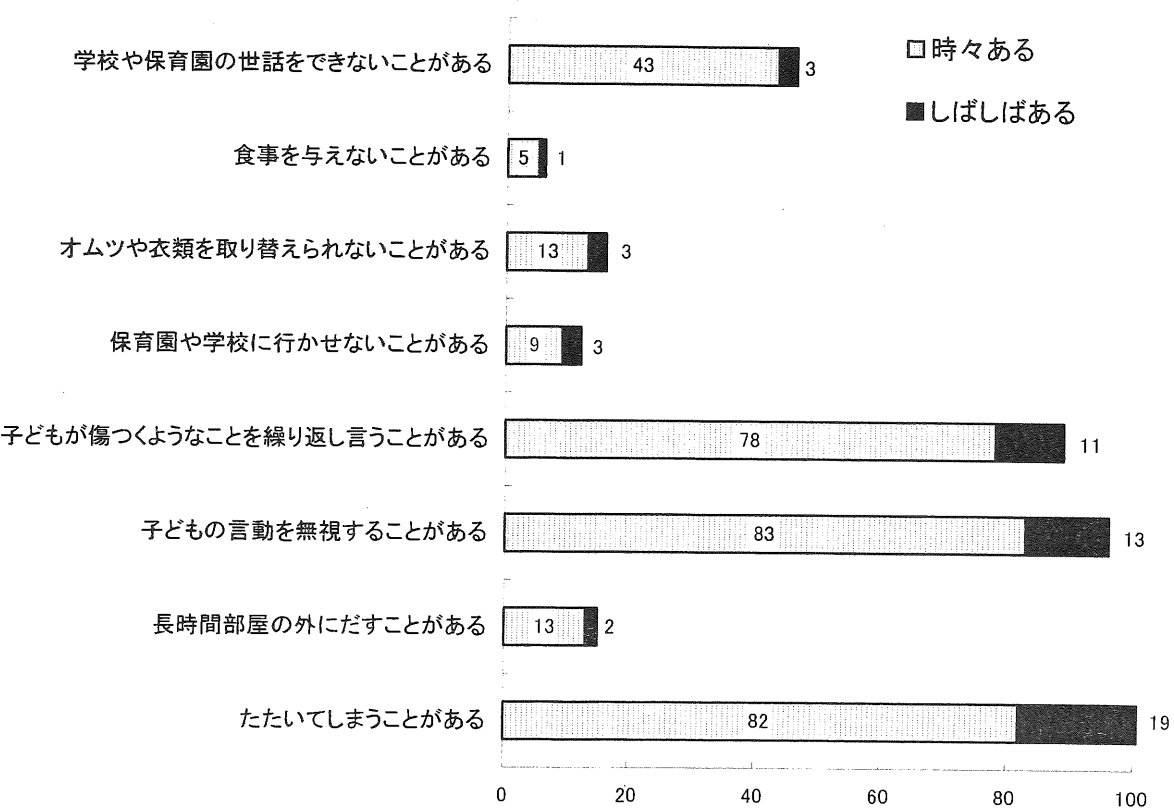
山下らの産後3ヶ月の母親を対象とした調査ではボンディング得点で非うつ群1.9、うつ群で3.2とあり、平均すると2.55となり、支援施設入所者のボンディング得点は2倍強となり、かなり高いことになる。

2) 子どもへの不適切な育児

①不適切な育児行為頻度

各行為項目の頻度を図11に示した。頻度の高かった項目は、「たたいてしまうことがある」（時々ある82名　しばしばある19名）「子供の言動を無視することがある」（時々ある83名　しばしばある13名）「子どもの傷つくようなことを繰り返し言うことがある」（時々ある78名　しばしばある11名）。逆に頻度の低い項目は「食事を与えないことがある」（時々ある5名　しばしばある1名）「保育園や学校に行かせないことがある」（時々ある9名　しばしばある3名）であった。

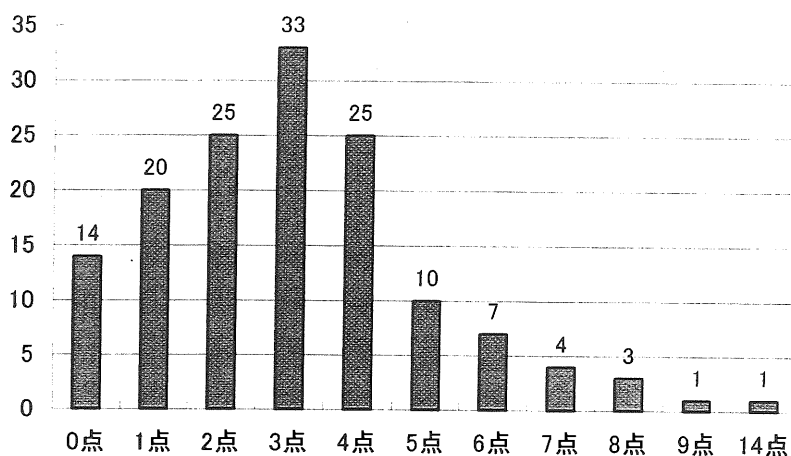
図11 子どもへの不適切な育児行為頻度(N=143)



② 不適切な育児行為得点 (図 12)

不適切な育児行為項目を「しばしばある」2点・「時々ある」1点・「ない」0点として合算し、不適切な育児行為得点とした。平均値が 3.05 (SD=2.15)、最小値 0 点、最大値 14 点であった。

図12 不適切な育児得点頻度



7. メンタルヘルス

1) 抑うつ傾向

(1) 抑うつ得点

抑うつ得点の平均値は 19.1 (SD13.1)、最大値は 57、最小値 0 であった。もっとも多かったのが 0～10 点で 37 人 (26%)、11～15 点 36 人 (25.3%)、31～41 点 19 人 (13.4%) であった。「学童調査」での抑うつ得点平均値は 9.0 (SD7.3)、最大値は 47、最小値 0 であった。

(2) 抑うつ傾向の有無

抑うつ傾向の有無については Radloff や島らにより推奨される 16/15 をカットオフポイントとして、CES-D 高得点を鬱群、CES-D 低得点を非鬱群として 2 群化を行ったところ、鬱群 49%、非鬱群 51%と抑うつ傾向にある人が入所者の半数を占めた。「学童調査」では鬱群 13.1%、非鬱群 86.9%の割合であった。

2) 解離傾向

(1) 解離傾向得点

解離傾向得点の平均値は 12.3 点 (SD=14.5) 最小値 0 点 最大値 71.4 点であった。解離傾向得点階級では 0～10.9 点が多かった、全体の 63%を占めた。

(2) 解離傾向の有無

カールソンと パトナム (1993) (18) は 30 点をカットオフポイントとしており、多くの先行研究でもその数値が用いられている。今回もそれらにならい 0~29 点の「解離傾向低得点」を非解離群、30 点以上の「解離傾向高得点」を解離群とした。その結果解離群に属したのは全体の 13%であった。

Ⅲ. 考察

1. 入所者の社会生活状況

年齢、子どもの数、婚姻状況は支援施設実態調査(平成 16 年度全国母子支援施設実態調査報告書・平成 15 年度全国母子世帯調査)とほとんど違いは見られなかった。しかし教育年数(学歴)は「学童調査」から比較すると、支援施設入所者の大学卒割合が低く、中卒者の割合が高く、その割合は学童調査の 1/3 程度と、教育年数の短いことに特徴があった。教育年数の短さは就労・収入にも影響し、就労はパート・アルバイトが多く、収入も 200 万円以下が約 9 割と厳しい生活状況の中で仕事と子育てを行っている状況がうかがえた。

母子世帯が低所得であることについては、一般的に女性の平均給与が年 275 万と男性のほぼ半分、しかも男性は年齢が上がるに連れ給与も増加するが、女性は歳をとっても給与はほとんど変わらない(2003 年度国税庁民間給与実態統計調査)ことから、母子世帯の貧困研究として青木ら(2003)が『現代日本の「見えない」貧困』(22)により詳細に検証しているが、支援施設入所者もほぼ同様の厳しい経済状況に置かれていることが理解された。

2. 母親の持つソーシャルサポート

母親のソーシャルサポートについては「実際に子育てに協力してくれる人」(手段的サポート)の平均サポート源は 2 名で支援施設職員がもっとも多く、子育て相談者(情動的サポート)の平均サポート源は 2.08 名で支援施設職員・友人・仲間が多かった。「子育てのグチをこぼせる」という情緒的サポートの平均資源数は 1.7 と他のサポート源と比べもっとも少なく、その少ないサポート源の中で友人・仲間の割合がもっとも多く、友人や仲間の存在が育児を含め様々な心の支えになっている可能性が伺われた。全体として支援施設入所者のサポート資源数は少なく、特に家族や地域・公的な支援はあまり得られていず、支援施設職員や友人・仲間が頼りにされている状況が見られた。

青木らの調査(22)からも「母子世帯のかなりの部分が親といえども頼れる存在ではない現実」があり「公的な援助ネットワークによる補完が求められる」としているが、公的な援助支援についてもあまり利用されていないことがわかった。また学童調査との比較でその割合が顕著だったのは、入所者で「グチをこぼせる人がいない」は 9.8%、「学童調査」では 1.0%とその差は大きく、また「相談相手がいない」も 7.0%、「学童調査」では 0.8%である等、支援施設入所者の情緒的・情動的サポートの認知がかなり低い傾向が見られた。

海外先行研究でもギル(1970)(23)は「拡大家族の少なさや友達からのサポートが欠けているなどの社会的孤立は、虐待と関係のある社会的因子である」と述べ、ポランスキーら(1985)(24)も「ネグレクトをしている母親は非公式な支援ネットワークに関わることが少なく、自分たちを孤独と見ている。」などの報告が多くなされており、今後入所者への援助ネットワークを構築する際に、どのような対応がサポートの認知に結びつくのかの方法論を含めた検討が必要であることが示唆された。

3. パートナーとの関係

3項目とも葛藤性があるとした人が38.5%あり、葛藤性がまったくないと答えた人はわずか5%に過ぎず、ほとんどの人がパートナーとの関係に葛藤性を有していた(表11)。

「パートナーが家事や育児に協力的でない」と答えた割合は「学童調査」では15.3%だったが、支援施設入所者は71.3%の人にのぼり、「パートナーが暴力を振るったことがある」は「学童調査」では10%に過ぎなかったが、支援施設入所者は67.1%と大きな差を見せた。

「全国調査」の施設入所理由として「夫などからの暴力」が44.9%にのぼっているが、実際にはより多くの方がパートナーから暴力を受けていることがわかった。夫婦間暴力の子どもへの影響については1970年代からこの問題に注目が集まり始め、これまで子どもへの深刻な心理社会的・身体的影響を及ぼすという詳細な研究成果が積み重ねられてきている(Gleason, 1995)(25)。今回は子どもへの調査は行っていないのでこの点についての検討はできないが、子どもへの潜在的な影響を予測していた。

表11 パートナー葛藤性得点

葛藤性得点	度数	%
0	7	4.9
1	29	20.4
2	51	35.9
3	55	38.7
合計	142	

4. 実家との関係

「私が育ったうちの人とは怒鳴って怒ることはほとんどなかった」「私が育ったうちでは殴り合いになることはなかった」両項目とも「ない」と答え、実家との葛藤性が「まったくない」62人(43.4%)、両項目とも「ある」32.2%、「どちらかひとつある」24.5%と、実家との関係になんらかの葛藤性があると答えた人は56.5%であった。特に「私の育った家では殴り合いになることはなかった」では「いいえ」が34.3%と、「乳幼児調査」では「殴りあいになる」と答えた人がわずか6.9%であったことから見ても、支援施設入所者の中で被虐待経験を有している可能性がある割合が多かった。この結果から見ると支援入所者の約3割強の人が、生育家庭内で暴力の直接もしくは目撃を含む体験をしており、被虐待経験を有しているということがいえる。またこのことが実家からサポート源が少ないことの理

由のひとつに挙げられるのかもしれない。

生育家族からの暴力傾向や葛藤性が対人関係スキルや子育ての方法などの「世代間伝達」として、世代から世代へと受け継がれる予測的研究も多く(Crittenden, 1984)(26)、今後その影響についても詳細に検討する必要がある。

5. 子どもとの関係

1) 子どもへの不適切な育児行為 (学童調査比較)

不適切な育児行為頻度がどの程度のものかを検討するため、学童調査で使用した不適切な育児行為から抽出し、表 12 にあるよう質問項目の対照比較表を作成した。支援施設調査で使用した「保育園や学校に行かせないことがある」の内容項目は学童調査ではないため、表 13 の頻度比較表には記載されていない。

表12 不適切な育児項目比較

母子生活支援施設調査	学童調査
・たたいてしまうことがある	・あざができるほどたたいたり、殴ったりする
・長時間部屋の外にだすことがある	・長時間子どもを家に入れない
・子どもの言動を無視することがある	・子どもの言動を無視する
・子どもが傷つくようなことを繰り返し言うことがある	・子どもが傷つくようなことを繰り返し言う
・オムツや衣類を取り替えられないことがある	・汚れが目立っても着替えさせたり、洗濯しない
・食事を与えないことがある	・食事を与えない
・学校や保育園の世話をできないことがある	・学校に関する世話をしない
・保育園や学校に行かせないことがある	

表 13 にあるように学童調査では「やつあたりをすることがある」が時々 (56.7%) しばしば (0.02%) で頻度の最多であったが、その次に多かった「傷つくことを繰り返し言う」「子供の言動を無視することがある」は、母子調査でも同じように 2 位・3 位を占めるなどの傾向が見られた。もっとも学童調査と異なっていたのが、母子調査では「たたいてしまうことがある」時々 (57.3%) しばしば (13.3%) でもっとも多く、支援施設入所者の 70.6% が子どもをたたいていた。学童調査の質問項目が「あざができるほどたたき・殴る」時々 (1.68%) しばしば (0%) であったことを見ると、質問内容のニュアンスがかなり異なっているとはいえ、その頻度が高いことが理解された。また「学校や保育園の世話をできないことがある」では学童調査では時々としばしばで 6% であったが、母子調査では 32.2% と高く、また「オムツや衣類を取り替えられないことがある」では学童調査で 0.85%、母子調査で 11.2% と子どもへの世話ができない頻度が高かった。

子どもの養育の放棄 (ネグレクト) についてブラウンら (1998) (27) によると、ひとり

親家庭の子どもは両親のいる家庭の子どもに比べ、ネグレクトの全サブカテゴリーについて危険が高いなどの研究のほか、ネグレクトとひとり親との関連を報告した先行研究が多く(28)、先行研究を立証したものとなった。

表13 不適切な育児行為比較

不適切な育児項目	母子生活支援施設調査(n=143)			学童調査(n=951)		
	時々	しばしば	合計	時々	しばしば	合計
たたいてしまうことがある	57.3%	13.3%	70.6%	1.7%	0.0%	1.7%
長時間部屋の外にだすことがある	9.1%	1.4%	10.5%	1.7%	0.3%	2.0%
子どもの言動を無視することがある	58.0%	9.1%	67.1%	40.5%	1.5%	42.0%
子どもが傷つくようなことを繰り返し言うことがある	54.5%	7.7%	62.2%	42.7%	2.3%	45.0%
オムツや衣類を取り替えられないことがある	9.1%	2.1%	11.2%	0.7%	0.1%	0.8%
食事を与えないことがある	3.5%	0.7%	4.2%	1.5%	0.1%	1.6%
学校や保育園の世話をできないことがある	30.1%	2.1%	32.2%	4.6%	1.4%	6.0%

2) 子どもへの気持ち（愛着障害）

子どもへの愛着(アタッチメント)は子供の発達を促進する親子の相互作用をとらえるものとしてボウルビィ(1988)により概念づけられた(29)。ボウルビィは概念化の前に母親と子どもの間に、愛着をベースにした結合の強いパターンとして「内的ワーキングモデル(Internal Working Model)」が形成され、それが対人関係や学習の機能的準備になり、それが生涯をとおして機能すると仮定した。その形成過程においては生後6ヶ月から5歳くらいまでを重視しているが、児童期や青年期を通じて作り上げられ、その後は比較的安定した形で維持されるとしている。

これらの研究をもとにわが国でも発達心理学や公衆衛生・母子保健領域で多くの研究がなされている(30)。山下らは大学病院周産母子センターで出産し、産後3ヶ月間の前方視調査ではEPDS(エジンバラ産後うつスケール)とともにボンディングスケールを使用し、抑うつ傾向が及ぼす母親の子どもへの否定的感情を測定するなど(山下, 2003)(21)、メンタルヘルスが子育てに及ぼす影響を報告している。

山下らが行った調査の産後3ヶ月の母親グループと支援施設入所者との子どもへの否定的感情について、比較検討を行ったところ(表14)以下のような特徴がみられた。

「愛おしいと感じる」「守ってあげたい」「子どもと一緒にいるのが楽しい」など子どもへの肯定的感情については乳児を持つ母親と変わらず、特に「守ってあげたい」は乳児を持つ母親より多かったが、否定的感情である「がっかりしている」「腹立たしく感じる」「うとましく感じる」「攻撃的になる」はいずれも4倍から7倍多く、支援施設入所者が子どもに否定的感情をもつ割合が多いことがわかった。今後なぜこのような状況になるのか、メンタルヘルスおよび他の諸要因を含めて検討することが必要であることが理解された。

表14 産後3ヶ月調査対象者との比較

	産後3ヶ月調査対象者 (N=88)	母子施設入所者 (N=143)
1 愛おしいと感じる	23.9%	27.3%
2 がっかりしている	11.4%	47.6%
3 何も感じない	17.0%	11.9%
4 自分のものだと感じる	52.3%	37.8%
5 腹立たしく感じる	11.4%	71.3%
6 うとましく感じる	2.3%	46.9%
7 守ってあげたい	12.5%	22.4%
8 子どもと一緒にいるのが楽しい	28.4%	30.1%
9 攻撃的になる	9.1%	62.9%

否定的感情を報告した女性の比率(%)1～9の各項目で1点以上の否定的感情があると答えたもの

6. メンタルヘルス

1) 抑うつ傾向の有無

抑うつ得点の平均値では同じ CES-D スケールを用いた「学童調査」では 9.0 であったが、支援施設入所者は 19.1 と一般人口調査より2倍の得点を示し、抑うつ傾向の有無でも「学童調査」でうつ群に該当したのが 13.1%、支援施設入所者は 49%と3倍にのぼった。平川らは(31)、民間シェルターを利用して退所した人(1997年～2001年)50名を対象とし、CES-D スケールを用いた調査を行っているが、退所後の抑うつ傾向群(CES-D 高得点)の割合は56%を占めるなど、今回の調査結果とほぼ同様の数字が出ている。このように一般人口調査での抑うつ傾向群は13%、DV被害群で56%、支援施設入所群で51%と、一般人口調査と大きな差が見られた。抑うつは虐待の加害者(身体的)、被害者(心理的・性的・体罰・DV)など広範囲にわたって影響を及ぼしているとされる先行研究も多くあり(Dore et al. 1995) (32)、不適切な育児と抑うつとの関連を検討することが求められる。

2) 解離傾向の有無

解離は乳幼児及び学童を持つ母親の一般人口調査において、不適切な育児に関連する要因として挙げられている。今回解離性体験尺度を用いて検討したところ、解離傾向得点の平均値は 12.3 であった。小西ら(2003) (33)によるDV被害者のメンタルヘルス調査でのDES得点の平均値は 13.02 (SD=12.97)、足立ら(2005) (34)の一般成人を対象とし、日本語版解離性体験尺度(J-DES)を使用した調査では平均値が 10.6 から見ると、小西らの調査対象者である配偶者暴力支援センターを利用したDV被害対象者に近い数字であった。

解離傾向の有無で解離群に属したのは全体の 13%であった。ロスら(1991) (35)によって行われたカナダ、ウィニペグ市の市民を対象とした一般人口調査では、解離性障害を持

つ人が人口の 11.2%を占め、解離性症状は一般集団においてまれではないことを示している。またロスら(1990)(36)によると一般集団における解離性障害の罹患率は5～10%の範囲で、不安や抑うつ傾向と同じように精神障害の広範囲で起こりうるとの報告があり、わが国でも三好らの調査(2004)(34)で比較対照群とされた一般成人では全体の11.3%と、本調査にきわめて近い数字が出されており、妥当性はあると思われる。今後解離が不適切な育児とどのように関連するのかを検討し、その具体的影響を知ることを試みる。

IV. 調査結果からの今後の検討課題

調査結果から入所者を取り巻く経済・就労状況が厳しく、家族や友人などからのソーシャルサポートもないと認知している人が一般人口調査(学童)より多く、心理・社会生活上の困難さを抱えていることが理解された。パートナーとの関係でも約7割の人が葛藤体験を有しており、特にパートナーから暴力を受けていた人が67%と多数を占めたことにより、支援施設入所者の多くが心の傷つきを負っているとの推測が実証された。さらに実家との関係でも暴力傾向のある成育体験(被虐待経験)をしている可能性のある人が34.3%と、一般人口調査(乳幼児)ではわずか7%弱であったことから、その割合はかなり高いといっ
てよい。子どもとの関係では不適切な育児行為もその頻度が多い傾向が見られ、子どもへの愛着も否定的感情(ボンディング得点)が高く、母子関係障害の可能性が見られた。さらにメンタルヘルスでは抑うつ傾向のある人は支援施設入所者の49%と、一般人口調査(学童)の13%の約4倍弱の高率にのぼった。

調査結果から支援施設入所者がさまざまな精神的な傷つきにより、不適切な育児を行っている可能性が高いことが判明した。このことを踏まえ、さらにどのような要因が支援施設入所者の不適切な育児に影響を与えているのかを検討し、その上でどのような支援が求められているのかを考察する。

【注・参考文献】

- (1) 妹尾栄一他：「大都市一般人口における児童虐待の疫学調査報告書」(学童調査)平成12年度「長寿・子育て・障害者基金」(社会福祉・医療事業団) 東京都精神医学総合研究所(2001)
- (2) 内山洵子, 小長井賀與：一般家庭調査 母親が行う虐待行為の実態. 児童虐待とその対策 (荻原玉美、岩井宣子編) 多賀出版. (1998)
- (3) 妹尾栄一「首都圏一般人口における児童虐待の調査報告書」(乳幼児調査)平成11年度「長寿・子育て・障害者基金」(社会福祉・医療事業団) 東京都精神医学総合研究所(2000)
- (4) 山之上哲子、松浦賢長：子どもに対するマルトリートメントに関する研究(第1報)ー垂直伝達を中心に. 母性衛生 43-1. 133-138. (2002)
- (5) 河村代志也, 加固正子他：乳児の母親に見られる子ども虐待の可能性ー3～4ヶ月健康診査における日本語版子ども虐待ポテンシャル調査票(JCAP)の使用経験. 日本社会精神医学会誌, 13号. 116-128. (2005)
- (6) Robertson, K. R., Milner, J. S. : Convergent and discriminate validity of the Child Abuse Potential Inventory. J Pers Assess 49. 86-88. (1985)
- (7) Milner, J.S. Wimberley, R.C. : Prediction and explanation of child abuse. J Clin Psychol 36: 875-884, (1980)
- (8) Milner, J.S., Gold, R.G: Predictive validity of the Child Abuse Potential Inventory. J Consult Clin Psychol52: 879-884, (1984)
- (9) 三橋順子：CAP I (The Child Abuse Potential Inventory) 日本語版の使用可能性に関する研究. アルコール依存とアデクション 13. 154-166 (1996)
- (10) Kawamura, Y., Kako, m., Akiyama, T., et al: Validation and reliability of a Japanese version of the Child Abuse Potential Inventory. Child Abuse Neglect (in submitting)
- (11) Radloff, L.S. : The CES-D Scale ; A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement 1, 385-401. (1977)
- (12) 島 悟, 鹿野達男, 北村俊則, 浅井昌弘 (1985). 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学 27, 717-723
- (13) 福田直子, 朝倉隆司, 小室理恵子, 脇坂喜代美, 西村一夫：大学新入生の抑うつ症状と関連要因. CAMPUS HEALTH. 38-3, 105-110. (2002)
- (14) Bernstein, Eve M. & Putnam, Frank W: Development, reliability, and validity of a dissociation Scale. J. Nervous and Mental Disease, 174: 727-735. (1986)
- (15) Umesue M, Matsuo T, Iwata N, Tashiro N: Dissociative Disorders in Japan: A Pilot Study with the Dissociative Experience Scale and a Semistructured

Interview. Dissociation 9: (in press)

(16) 視覚アナログ反応スケール

DES では被験者は質問に書かれた体験が、どのくらいの頻度 (%) で自分にあるかを 100 mm の線の上に、斜線で記入することが求められる。パトナム はこの方式を選んだ理由について、「感度がよく、被験者間に十分な分散度が得られたからである」と述べており、解離性障害者の時間へのこだわりを考えると「時間のパーセンテージ」書式を使用するには臨床的な意味があることも含め、実際に使用してみることを勧めている。



- (17) Carlson, Eve B & Putnam FW: An update on the Dissociative Experience Scale. Dissociation 6(1): 16-27. (1993)
- (18) Kumar, RC: "Anybody's child"; severe disorders of mother? To? Infant bonding. British Journal of Psychiatry, 171, 175-181. (1997)
- (19) Bowlby J. : A Secure Base Clinical applications of attachment theory. (1988)
二木 武 監訳 : ボウルビィ 母と子のアタッチメント 心の安全基地. 医歯薬出版. (1993)
- (20) Robson, K. M. & Kumar, R. : Delayed onset of maternal affection after childbirth. British Journal of Psychiatry, 136, 347-353. (1980)
- (21) 山下 洋 : 産後うつ病と Bonding 障害の関連」精神科診断学 vol14(1) 41-48. (2003)
今回の調査に関し、山下氏より使用許可を得ている。
- (22) 青木紀 他 : 「現代日本の『見えない』 貧困-生活保護受給母子世帯の現実」明石書店. (2003)
- (23) Gil, D.G. : Violence against child, Physical child abuse in the United States. Cambridge, MA: Harvard University Press. (1970)
- (24) Poransky, N., A., Ammons, P. W., & Gaudin, J. M. : Loneliness and isolation in child neglect. Social Casework; The Journal of Contemporary Social Work, 66, 38-47. (1985)
- (25) Gleason, W. J. : Children of battered women; Developmental delays and behavioral dysfunction. Violence and Victims, 10, 153-160. (1995)
- (26) Crittenden, P. M. : Sibling interaction: Evidence of a generational effect in maltreating infants. Child Abuse & Neglect, 8, 433-438. (1984)
- (27) Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment; Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and

neglect. Child Abuse & Neglect, 14, 357-364.

- (28) Sedlak, A. V., & Broadhurst, D. D.: Third national incidence study on abuse and neglect Washington, DC, U.S. Department of Health and Human Service. (1996)
- (29) Bowlby J.: Attachment and Loss: vol.1. Attachment. London: Hogan. (1969)
「母子関係の理論 I. 愛着行動」岩崎学術出版社、東京 (1991)
- (30) 数井みゆき、遠藤利彦ほか：日本人母子における愛着の世代間伝達、教育心理学研究 48-3、323-332. (2000)
- (31) 平川和子：平成 14 年度厚生労働科学研究子ども家庭総合研究事業分担研究報告「民間シェルターを利用したDV被害女性の健康に関する実態調査」508-519. (2002)
- (32) Dore, M. M., Doris, J., & Wright, P.: Identifying substance abuse in maltreating families; A child welfare challenge. Child Abuse & Neglect, 19, 531-543. (1995)
- (33) 小西聖子 (2003)「ドメスティック・バイオレンス被害者のメンタルヘルス調査」(厚生労働省科研費子ども家庭総合事業平成 14 年度報告書)
- (34) 足立卓也、足立直人他：一般成人・青年における解離性体験－日本版解離性体験尺度 (J-DES)による定量評価－、精神科治療学 20 (6) 625-628. (2005)
- (35) Ross C. A. Shaun Joshi, & Raymond Currie. : Dissociative Experiences in the General Population. American Journal of Psychiatry 147. (1990)
- (36) Ross C. A: Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. Psychiatric of Clinics of North America, 14. (1991)
- (37) 三好和子、野島正剛、四戸智明、斉藤学：日本語版 DES-IIによる PTSD 患者と正常人との解離性体験についての比較検討. 家族機能研究所紀要 7 号. (2004)

第3章 不適切な育児の要因

Ⅰ. 不適切な育児の検討課題と方法

1. 本章の検討課題

第2章の「母子生活支援施設調査」により、支援施設入所者が抱えているさまざまな困難性が明らかになり、それが育児にも影響を及ぼしている可能性が推測されたが、入所者が行なう不適切な育児の要因についてはまだ検討されていない。そのため本章では入所者の不適切な育児の要因を探索するため、不適切な育児行為の頻度を合算したものを得点化したものを「不適切な育児得点」とし、その得点と属性・サポートやメンタルヘルスなどの諸項目との統計解析をおこない、多面的にその要因を検討・考察する。

2. 児童虐待防止法と不適切な育児

不適切な育児についての定義は序章「不適切な育児の定義」で述べ、育児項目の選定についても第2章3)「不適切な育児行為項目の検討」で行なったが、司法の枠組みの中での検討はまだ行っていない。そのためわが国における「児童虐待」の定義である「児童虐待防止法」と不適切な育児行為項目を対比し、司法面からの不適切な育児行為項目の内容妥当性を検討する。なお児童虐待防止法は序章に掲載してあるので、ここには再掲しない。

虐待防止法と不適切な育児項目比較対照表（表15）を作成し、検討を行なった。

表15 児童虐待防止法と不適切な育児項目

児童虐待防止法		不適切な育児項目
身体的虐待	児童の身体に外傷が生じ、または生じる恐れのある暴行を加えること	・たたいてしまうことがある
ネグレクト	児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、保護者以外の同居人による前二号又は次号に掲げる行為と同様の行為の放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること。	・長時間部屋の外に出すことがある ・食事を与えないことがある ・オムツや衣類を取り替えられないことがある ・保育園や学校に行かせないことがある ・学校や保育園の世話ができないことがある。
心理的虐待	児童に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力（配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）の身体に対する不法な攻撃であって生命又は身体に危害を及ぼすもの及びこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動をいう。）その他の児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。	・子どもの言動を無視することがある ・子どもが傷つくようなことを繰り返し言うことがある

①身体的虐待

「児童の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること」の身体的虐待には不適切な育児項目「たたいてしまうことがある」が該当した。

②ネグレクト

「児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、保護者以外の同居人による前二号又は次号に掲げる行為と同様の行為の放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること」のネグレクトは以下のような項目が該当した。「著しい減食」は「食事を与えないことがある」。「長時間の放置」は「長時間部屋の外に出すことがある」。「保護者としての監護を著しく怠ること」は「オムツや衣類を取り替えられないことがある」「学校や保育園の世話ができないことがある」「保育園や学校に行かせないことがある」が該当した。児童虐待調査研究会（1985）（1）ではネグレクトを『ネグレクトとは、遺棄、衣食住や清潔さについての健康状態を損なう放置（栄養不良、極端な不潔、怠慢ないし拒否による病気の発生、学校へ行かせない、など）をいう』と「保育園や学校に行かせないことがある」をネグレクトに位置づけていることから、児童虐待調査研究会と同じように「ネグレクト・保護者としての監護を著しく怠ること」のカテゴリーの中に入れた。

③心理的虐待

「児童に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応」の心理的虐待としては、「子どもの言動を無視することがある」「子どもが傷つくようなことを繰り返し言うことがある」が該当した。

これらのことから、今回使用した不適切な育児行為項目は児童虐待防止法の定義に則ったものとして、内容的にも妥当性があると考えられる。

3. 不適切な育児要因の検討方法

不適切な育児の要因を検討するための方法として、不適切な育児行為項目を「しばしばある」2点・「時々ある」1点・「ない」0点として合算し、不適切な育児行為得点とした。

不適切な育児得点を従属変数に、各項目を独立変数として各項目ごとに等分散の検定を行い、等分散性の確認を行なった。その後一元配置分散分析を行い、有意差の見られた項目についてはチューキーの方法による多重比較を行った。等分散の確認が行なわれなかった項目についてはクラスカル・ウォリスの順位検定を使用した。

次に不適切な育児な育児に関連する要因について総合的に考察するため、不適切な育児得点との関連が有意であった変数を独立変数、不適切な育児得点を従属変数として、強制投入法による重回帰分析を行なった。

分析にはSPSS（14.0 J for Windows）を用いた。

Ⅱ. 不適切な育児得点と関連項目

1. 社会的属性と不適切な育児

表 16 に見られるように不適切な育児得点と統計的な関連の見られた項目は、「年収」と「婚姻状況」の 2 項目であった ($F=2.61$ 、 $p<0.05$; $F=3.41$ 、 $p<0.05$)。

1) 年齢・子どもの数・学歴・就労

(1) 年齢

不適切な育児得点(平均値)がもっとも高かったのが 17～29 歳の若年群で 4.13($SD=3.42$)、もっとも低かったのが、50～52 歳の高年群 1.6($SD=0.89$)であった。

(2) 子どもの数

子どもの数 4 人がもっとも高く 4.67 ($SD=2.81$)、1 人がもっとも低く 2.8($SD=2.07$)であった。

(3) 学歴

学歴では中学校卒がもっとも高く 4.67 ($SD=2.81$)、短大卒がもっとも低く 2.14($SD=2.03$)であった。

(4) 就労

パート・アルバイトはもっとも高く、3.19 ($SD=2.1$)、低かったのは休職中 1.56($SD=1.24$)であった。

統計的な差は見られなかったが先行研究の通り、年齢が若いほど (2) 子どもの数が多いほど (3) 不適切な育児得点は高くなる傾向が見られた。また学歴では中学校卒がもっとも高かった。ズラヴィンら (4) の研究によると、教育上の達成度の低さとネグレクトとの関係を示す結果が一貫して見られたとの報告もある。わが国においても高校の進学率が 1999 年ごろより 97% となり、中教審 (中央教育審議会) が「高校全入」の答申を行なうなど高校の義務教育化が進んでいる。その中で中学卒業を最終学歴とすることはそれまでの生活の中で様々な困難を抱えてきたと見てよいだろう。教育年限の短さは就労についても困難さを有するであろうし、社会経済上不利になることはいうまでもない。それらを含め、多くの不利を抱えつつの生活が子育てに影響を及ぼしているとは可能である。

就労についてはパート・アルバイトとフルタイムとの差は見られず、休職中がもっとも低かった。最近の就労状況ではパート・アルバイトだから短時間労働とも限らず、雇用形態はパートとするも就労実態はフルタイムと変わらない事業所も多く、パートもフルタイムと同じようなストレスを抱える可能性があり、それが子どもへの不適切な育児行為につながるのかもしれない。

2) 年収

「100 万～200 万」の不適切な育児得点がもっとも高く、「200 万～400 万」がもっとも低くこの間で統計的差が見られた ($p<0.05$) ことから、年収が不適切な育児への影響を及ぼしていた。低収入と育児の関連については一般人口調査では差が見られなかったが、今回低収入と不適切な育児との間で差が見られたことを以下のように考察した。

年収が 100 万円以内ならば、生活保護の受給など社会資源の利用が可能であるが、100 万

～200万の収入があるとそれも難しくなり、かといって母子で生活するには十分な収入とは言えず様々なストレスがかかりやすく、それが影響して不適切な育児となる可能性があることが伺われた。ここから見られることは「200万～400万」の収入が確保できれば身体的・精神的にも安定し、不適切な育児が減る可能性があることである。低収入と不適切な育児との先行研究も多く、クラウセンら（1991）（5）は低収入ほどネグレクトの深刻度と関連していると報告しているが、わが国のようにまったく（もしくはほとんど）収入がなければ、生活保護などの公的な援助を受けることが可能であるが、稼働収入があると公的扶助が減額されてしまうシステムでは、安心して生活できる収入が確保されない限り、その影響を直接受けるひとり親の、特に母親への負担は大きい。低収入の母子世帯に対してはこれまで児童扶養手当が支給されてきたが、2002年から所得制限限度額と手当額の見直しが行なわれ、全額支給の所得額が200万から130万に引き下げられる。さらに5年後には半減されることになるなど「100万～200万」のボーダーラインにある世帯がもっともその影響を受けることになり、ストレスが過大にかかることが容易に推測される。それらのストレスから子どもへの不適切な育児が生じるとしたら、母子特に子どもの心身の健康な発達・成長を阻害する恐れが出てくる。そのため収入面からだけで手当を打ち切るのではなく、生活全体を含めた支援や対応をすることが求められ、特に収入がボーダーラインにあるときは、生活面での安定が確保されるまで経済的支援は継続される必要がある。

3）婚姻状況

婚姻状況が不適切な育児に影響を及ぼしているのかを見たところ、群間で差が見られたのは「結婚したことなし(未婚)」(4.82)と「別居中」(2.45)・「その他」(1.71)でいずれも統計的に有意な差($p<0.05$)が見られた。「結婚したことなし(未婚)」の不適切な育児得点をもっとも高かったことに関し、先行文献から考察を行なった。ゼレンコら（2002）（6）は思春期の妊婦 50 名を対象にC A P I（Child Abuse Potential Inventory）（7）を用いて虐待の予測を行ない、その予測に関連したものとして、母親の精神的な悩み、精神科診断の既往とともに子どもの父親からのサポートの欠如がC A P I 得点の高さに関連したとの報告をしている。妊娠期からの長期にわたるパートナーからのサポート欠如が、未婚シングル女性のストレスとなり、子どもへの不適切な育児につながる可能性は十分に考えられる。その視点から見ると「別居中」はまだパートナーからの経済的支援やその他の支援を受けられる可能性もあり、不適切な育児に至らずに済むのかもしれない。

表16 不適切な育児得点と社会的属性(n=143)

項目		人数	平均値	標準偏差	F値	有意確率
年齢	17～29歳	16	4.13	3.42	2.19	n.s
	30～34歳	51	3.18	1.92		
	35～39歳	34	3.26	1.88		
	40～44歳	24	2.42	1.93		
	45～49歳	12	2.25	1.91		
	50～52歳	5	1.6	0.89		
子どもの数	1人	76	2.8	2.07	1.59	n.s
	2人	49	3.2	2.12		
	3人	12	3.17	2.29		
	4人	6	4.67	2.81		
最終学歴	中学	25	3.92	3.17	2.15	n.s
	高校	57	2.95	1.83		
	専門学校	36	3.19	1.72		
	短大	14	2.14	2.03		
	大学	11	2.27	1.68		
就労	パート・アルバイト	75	3.19	2.1	1.61	n.s
	フルタイム	37	3.16	2.51		
	休職中	9	1.56	1.24		
	無職	21	2.95	1.83		
年収	なし	24	2.79	1.41	2.61	**
	～100万	59	2.92	2.01		
	100～200万	44	3.77	2.61		
	200～400万	13	1.85	1.63		
	400～700万	3	2.33	1.16		
婚姻状況	別居中	22	2.45	2.09	3.41	**
	離婚した	101	3.05	1.91		
	結婚したことなし	11	4.82	3.63		
	死別した	2	4.5	0.71		
	その他	7	1.71	1.11		

**p<0.05

2. ソーシャルサポート、パートナー・実家との関係と不適切な育児

1) ソーシャルサポート

不適切な育児と関連の見られたソーシャルサポートは「相談する人」の有無、「グチを言う人」の有無で差が見られた ($p < 0.05$)。「相談する人がいる」の不適切な育児得点平均値が 2.92、いない人は 4.80、「グチを言う人がいる」は 2.94、いない人は 4.07 とサポートがないと認知している人の不適切な育児得点は有意に高かった。

サポートと不適切なかわりについても多くの先行研究があり (8、9)、ギル (1970) (10) は拡大家族の少なさや友達からのサポートが欠けているなどの社会的孤立は、虐待と関係のある社会的因子であるとしている。レンボイツは著書「家庭内暴力」(11) の中で『殴打を加える親は友人をもっているにしても、ごく少数の友人しかもっていないが、それに加えて通常彼らは、自分の親戚とは物質的にも感情的にも疎遠であり、親戚から助けをもらうことはほとんどない。これらの孤立した家族はソーシャルサービスに

助けを求めることをしない』と述べ、サポートがあっても自らそのサポートを求めないことや、公的なサービスを受けることも求めないとしている。今回の調査からも、支援施設入所者の中で「相談する人がいない」「グチを言う人がいない」と思っている人は不適切な育児を行なう可能性が高いという結果が得られた。このことから実際のサポート（保育などの子育て支援）をスタッフから受けても、パートナーと同様、心理・情緒的サポートを受けていると認知することは難しいのかもしれない。一般的に母親の不適切なかわりを阻止するのは、親密な関係にあるパートナーからの支援であると言われているが、その支えがないことに加え、相談やグチを言う人がいないと認知している人にとって、育児はさらに困難感を感じさせ、不適切なかわりになりやすいといえる。

2) パートナーとの関係

(1) パートナーからの暴力

「パートナーが暴力を振ったことはなかった」項目で「ない」3.7(SD=2.39)「ある」2.76 (SD=2.76)の間で差がみられ ($p < 0.05$)、パートナーからの暴力がなかったと答えた人のほうが不適切な育児得点が高かった。これは言葉を変えて言えばDV被害経験がある方が不適切な育児が少ないということになる。

DVがある家庭では母親のみならず子どもも同じように暴力を受けているという調査および研究は既に多く報告されている(12、13、14)。またDVにさらされた母親がそのストレスから子供を虐待する可能性が高くなる報告(15、16)もあり、DVを受けている母親の子どもへの虐待の可能性についても近年周知され始めている。今回の調査結果に見られたDV加害者から離れたあとのDV経験が、子どもへの不適切な育児を少なくさせることについて、以下のように検討してみた。

(2) DV被害経験と不適切な育児

- ①DV被害者が母子生活支援施設などの安全な場に避難した後はDVによるストレスがなくなり、子どもへの不適切な育児が無くなる。
- ②多くの不安やリスクを抱えつつも母子生活支援施設に入所したDV経験者は、自己決定や相談、社会資源を利用するなどの健康度が高く、それが子どもへの育児に反映し適切な対処を可能とさせている。
- ③DV被害者には加害者から母親の権威を貶められることによる、子育ての特徴があるといわれている(17)。DV被害者はDV加害者から支配されることで、子どもの養育をコントロールできなくなることから、自分は親として不適格だと思い込まれたり、子どもへの自責感から必要な時に叱る等のきちんとしたしつけができないなどの状況が生じる。それが安全な場に逃れた後もトラウマとなって残り、母親自身の自己評価・自尊心の低下が回復しない限り、子どもへの育児も自信を持って対処することができず、必要があっても子どもへ怒鳴ったり、たたいたりをしない(できない)。またパートナーが行なう子どもへ虐待的で権威主義的な接し方を真似したくないと考えるあまり、親としての当然の権威を示すことを控えることもあるといわれている(42)。

④DV被害者が子供を虐待しやすいことが周知されていることから、DV経験者のバイアスがかかり、不適切な育児への回答を低くした。

このほかにもさまざまな可能性が考えられるが、この点については今後より詳細に検討する必要がある。

3) 実家との関係

「私が育った家では怒鳴って怒ることはほとんどなかった」($p < 0.05$)「私が育った家では殴り合いになることはなかった」($p < 0.1$)で「いいえ」と答えた人に不適切な育児得点が高かった。

被虐待者が自分の親から「虐待を受けてきた」と認知し、それを周囲に伝えることはより困難であるといわれている(18、19)。そのため生育家庭内での葛藤性(不安・混乱など)を量的に計るものとして、モースら(1975)(20)が開発したFES(家族環境スケール)のサブスケールである葛藤性(コンフリクト)の一部を使用し、生育家庭の「怒鳴って怒る」や「殴り合いになる」による恐怖・緊張などの虐待傾向を推測した。一般人口調査(乳幼児)でもFESを用いて虐待との関連を検討しており、虐待の有無と「私のうちの人は怒鳴って怒ることがほとんどない」($p < 0.001$)、「私のうちでは殴り合いになることがある」($p < 0.001$)と関連が見られ、被虐待経験が子どもへの虐待につながる可能性を示唆している。今回質問紙の量からFES全9項目を使用することは難しく、前述の2項目を用いて調査を行なったところ、一般人口調査(乳幼児)と同様に不適切な育児との関連が見られた($p < 0.05$ 、 $p < 0.1$)。

子ども時代に受けた被虐待経験の世代間連鎖は虐待を受けた人の3分の一程度と言われており、全員が子どもへの虐待を行なうわけではない(23)が、子どもへ不適切なかかわりに関連する危険因子であることは、これまでの研究から既に明らかになっている。ケンプら(1978)(24)やスティール(1987)(25)は虐待発生のリスク要因として①母親自身の乳幼児期における被虐待経験もしくは被剥奪経験②母親の子どもに対する認知的なゆがみ③内的危機状況の存在④社会的援助の欠如をあげており、この4条件が揃ったとき生じるとしている。今回の調査からも、被虐待経験が子どもへの不適切なかかわりの要因の一つになっている可能性が高く、このことから支援施設入所者への育児支援は欠かせないものであることが示唆された。

4) パートナーからの被暴力経験(DV経験)と生育家庭での被虐待経験

(1) DV経験と被虐待経験との合併

パートナーからの被暴力経験と生育家庭での被虐待経験との関連を精査するために、「パートナーが暴力を振ったことはなかった(いいえ)」をDVあり・なし群、「私のうちの人は怒鳴って怒ることがほとんどない(いいえ)」「私のうちでは殴り合いになることはない(いいえ)」2項目の両方もしくはどちらかが「いいえ」と応えた群を被虐待経験あり群、両方とも経験がないと答えた群を被虐待経験なし群として、4群化を行なった。

DVと被虐待経験が合併していたのは51(35.7%)、DVのみ45(31.5%)、被虐待のみ29(20.3%)、両方なし17(11.9%)であった。全体の35%の人がDVと被虐待両方の経験をしていた。

リッジらの報告でも児童青年期に家庭内での暴力を体験することが、成人後にDV被害者と加害者の双方になりうる主要なリスクファクターであるといわれて(21)おり、金らの調査(14)でも暴力体験の重複として、生育家庭における暴力被害経験者は16.7%(N=48)を占めていた。今回の調査からもDV被害者96人中被虐待経験を有している人が51人(53.1%)と約半数が被虐待経験を合併しており、DV被害者の中に高率に被虐待経験を有している人がいることが判明した。

DV加害者が被虐待経験を持つことはレノア・ウオーカー(1979)(22)などによって広く知られているが、被害者の被虐待経験についてはほとんど知られておらず、今回の調査のようにDV被害経験者のうちの半数以上に被虐待経験があることは、わが国でも初めて知られるところである。レノア・ウオーカーは「子供時代の暴力と固定的な性役割」として『バタードウーマンが暴力的な家庭から出るとは決まっていないが、虐待者のほうはこれにあてはまる。一中略一虐待を見たり経験したりした子供は、大人になった時に虐待者になる傾向が強い』と述べ、DV男性加害者に被虐待歴があることを定説化している。しかしながら男性が父親から加害者モデルを学んで成長するように、暴力が蔓延している家庭内で育った女性が、母親から被害者モデルや「愛情を暴力で表現する」という誤った思い込み、さらに暴力への親和性を学習することから、被害者になりやすい可能性があるということは理論的にも十分可能である。そのためこれまでほとんど語られてこなかった被虐待とDVが合併するという問題について、今後本論文の中で検討してゆく。

(2) DV・被虐待との合併と不適切な育児

「DV・被虐待」「DVのみ」「被虐待のみ」「なし」の4群と不適切な育児得点の多重解析を行なったところ「表17」、「被虐待経験のみ群」の不適切な育児得点が高かった。3.76、「DVのみ群」がもっとも低く2.24、この間に有意な差が見られた($p < 0.05$)。これらのことから不適切な育児はDVより被虐待経験により影響を受けている可能性が見られた。また「なし群」も3.59と「DV・被虐待合併群」より高かった。

DV経験の有無と不適切な育児との関連については「パートナーとの関係」の節で、詳細に述べたが、今回の解析結果から、「なし群」より「DVのみ群」のほうが不適切な育児得点が低かったことから、DV経験者の健康度が高いという解釈より、育児さえも加害者にコントロールされ、加害者から逃れた後育児をどのようにすればよいかわからなくなることや、DVからのトラウマが回復できず、被害感が持続するため適切な育児を行なうことができないでいる、と考えるほうがより妥当であると考えられる。このことにより親機能の低下や、子どもにも適切に関わっていない状況が推測され、積極的に「不適切な育児」は行なわれないまでも、DV被害者が抱える子育ての特徴を現している可能性がみられた。

DVと被虐待の合併が子育てにどのような特徴を有するのかについては、今後その問題に特化した調査項目を立て検討する必要があるが、ひとついえることはDVを入所理由に

した中で、不適切な育児を行なっている人は「被虐待歴」があるといつてよいかもしれない。入所者の 67%にDV経験があったことから、今後DVを理由にした入所者の増加が見込まれるが、そのうちかなりの高い頻度で被虐待経験を合併している可能性があることが予測され、早急に対応を検討することが求められている。

表17 DVと被虐待の4群化と不適切な育児

	度数	平均値	標準偏差	F 値	有意確率
DV・被虐待	51	3.22	2.081	3.836	0.029
DVのみ	45	2.24 *	1.694		
被虐待のみ	29	3.76	2.668		
なし	17	3.59	1.906		
合計	142	3.06	2.148		

3. メンタルヘルスと不適切な育児

1) 「抑うつ傾向の有無」「解離傾向の有無」と不適切な育児

メンタルヘルスが不適切な育児にどのような影響を及ぼしているのかを見るため、「抑うつ傾向の有無」「解離傾向の有無」と不適切な育児との解析を行なった。

抑うつ傾向のある人の不適切な育児得点平均値は 3.87、ない人は 2.29 とその差が大きかった ($p < 0.001$)。また解離傾向のある人は 3.89、ない人は 2.92 ($p < 0.05$) とやはり差が見られた。

(1) 抑うつ傾向の有無と不適切な育児

産後うつ症状が不適切なかかわりに関連するという先行研究もすでに多くあるが(26、27)、本研究でめざした産後うつ以外のネガティブイベントによる抑うつ症状も同じように子どもへの不適切な育児に影響を及ぼしていることは検証された。わが国でも斉藤ら(2001)(28)の全国養護施設調査によると被虐待児の実母のうつ病の割合が高く(10.2%)、太田ら(2001)(29)のクリニックでの調査でも虐待母の43.6%がうつ病圏の訴えをするなどの研究が行なわれているが、何れも医療機関や養護施設など生活の場以外で行なわれた調査であり、今回のように日常生活を送っている場で抑うつと不適切な育児との関連が見られたことは初めてのことであり、意義は大きいと考える。

うつの主要な症状である抑うつ感や、思考活動が緩慢になることから育児や家事ができなくなるなど、またそこから派生する自責感・孤立感などは一般にもよく知られている。吉田(2000)(30)は特定不能のうつ病性障害の説明の中で「抑うつ症状が特定不能の不安障害の部分症状として存在することもありえる」として、不安障害の症状を(1)落ち着きのなさ、または緊張感、又は過敏(2)疲労しやすいこと(3)集中困難(4)易刺激性(5)筋肉の緊張(6)睡眠障害を上げている。これらのことからうつ病は単に抑うつのみではなく、不安感・

焦燥感や刺激に対して過敏に反応したりと、これらの諸症状が弱者である子どもへの不適切なかかわりとして放出されている可能性がある。しかしながらそれらの症状はうつ病としては軽症であるところから、母親自身も含め、周囲も病気として認知しにくいという困難さを抱えていることが推察されるが、乳幼児健診のようなメンタルヘルスに関するシステムが無いため、今後どのように介入・支援して行くのかの検討が必要である。

(2) 解離傾向の有無と不適切な育児

抑うつと不適切な育児との関連については全国規模の調査が行われる(31、32)など、その問題が明らかにされつつあるが、「解離」については学生を対象とした調査(33)があるのみで、保健・福祉領域での調査はほとんど見られない。わずかにバーガーら(1995)(34)が摂食障害者の女性を対象としてDESを用いて調査を行い、DESの高得点は身体的虐待と関連するが、性的虐待とは関連しなかったとの報告や、三好ら(2004)(35)によるPTSD患者と正常成人との解離性体験の比較研究が見られるのみで、育児と解離との関係の研究はわが国ではこれまで行なわれてこなかった。

小野(2003)(36)は『PTSDの症状としての回避・麻痺、合併する抑うつ、解離などの精神症状は、養育者の子どもとの情緒的な応答を妨げ、安定した親子関係を障害し、必要な育児行動を困難にするなどの養育機能不全をきたし、ネグレクトが発生する要因となる。』と述べており、今回の調査でも実際に解離と不適切な育児との関連が見出された。これまで抑うつや解離などのメンタルヘルスが育児にどのように影響しているのかについて、小野が述べているような臨床例の範囲でしかなかったが、実際に抑うつや解離が不適切な育児のどのような行為に影響を与えているのかを知ることができれば、それに応じた対応やケアのあり方が検討できると考え、メンタルヘルスと不適切な育児との関連を精査することとした。

2) メンタルヘルスと不適切な育児各項目の検討

(1) 抑うつ傾向の有無と不適切な育児各項目との検討

抑うつ傾向が具体的にどのような育児行為に影響を及ぼしているのかを表18にまとめた。「たいていしまうことがある」「子どもの言動を無視することがある」「子どもが傷つくようなことを繰り返し言うことがある」「保育園や学校に行かせないことがある」「学校や保育園の世話ができないことがある」の5項目で抑うつ傾向のある人のほうがない人に比べ、有意に多かった。「たいていしまうことがある」「子どもの言動を無視することがある」「子どもが傷つくようなことを繰り返し言うことがある」などは抑うつによる子どもへの攻撃性で見られ、または「保育園や学校に行かせないことがある」や「学校や保育園の世話ができないことがある」は抑うつによる気力・意欲の低下(おっくうで何もする気が起きない)の影響下にあると見られた。このように母親の具体的な育児行為から早期に抑うつ傾向を発見し、適切なケアを行なえるのは、母子ともに生活する母子生活支援施設なればこそであり、施設が持つ有効性にもつながるものである。施設ケアの有効性を保障するため

には、母子生活支援施設職員の精神保健に関する知識やそれに応じたケアのトレーニングが必要であり、母子生活支援施設の今後のケアのあり方を示唆するものでもあった。

表18 抑鬱の有無と不適切な育児

不適切な育児項目		非鬱群(N=73)		鬱群(N=69)		合計	有意確率
たたいてしまうことがある	なし	28	66.7	14	33.3	42	**
	ある	45	45	55	55	82	
長時間部屋の外に出ることがある	なし	68	53.5	59	46.5	127	n.s
	ある	5	33.3	10	66.7	15	
子どもの言動を無視することがある	なし	30	65.2	16	34.8	46	**
	ある	43	44.8	53	55.2	96	
子どもが傷つくようなことを繰り返し言うことがある	なし	37	69.8	16	30.2	53	***
	ある	36	40.4	53	59.6	89	
保育園や学校に行かせないことがある	なし	72	55.4	58	44.6	130	**
	ある	1	8.3	11	91.7	12	
オムツや衣類を取り替えられないことがある	なし	68	54	58	46	126	n.s
	ある	5	31.3	11	68.8	16	
食事を与えないことがある	なし	71	52.2	65	47.8	136	n.s
	ある	2	33.3	4	66.7	6	
学校や保育園の世話ができないことがある	なし	62	64.6	34	35.4	96	***
	ある	11	23.9	35	76.1	46	

***p<0.001 **p<0.01

(2) 解離傾向の有無と不適切な育児各項目

解離傾向が育児にどのような影響を及ぼしているのか、不適切な育児と解離傾向との関連を見たところ「保育園や学校に行かせない事がある」「学校や保育園の世話ができないことがある」などのネグレクト項目に関連が見られた。保育園や学校に行かせない事がある群(n=12)のうち解離傾向がある人は33.3%とない群(n=130)の10.8%より大幅に増加した。また学校や保育園の世話ができない群(n=45)人のうち解離傾向のある人は24.4%と世話ができる群の7.2%より3倍強を示した。

これらのことから小野の言うように解離傾向が母親の子どもへの養育不全につながる可能性があり、抑うつ傾向と同様にそれらの行動をキャッチした段階で、周囲からの適切な支援と介入により、母親へのケアが十分にできれば、さらなる子どもへの不適切なかわりが予防できる可能性がある。

4. 子どもへの愛着と不適切な育児

1) 子どもへの愛着（ボンディング得点）

ボンディング得点の中央値 5 を分岐点とし、0～4 点をボンディング低得点群、5 点以上をボンディング高得点群と 2 群化し、不適切な育児得点との関連を見たところ、低得点群平均値は 2.36 であったが、高得点群は 3.56 と差が見られ（ $p < 0.001$ ）、愛着障害が子どもへの不適切な育児に影響している可能性が見られた。

2) ボンディング項目（愛着障害）と不適切な育児の有無

ボンディング項目「ほとんどいつも強くそう感じる」「たまに強くそう感じる」「たまに少しそう感じる」「全然感じない」で子どもへの否定的感情 0 点を「なし群」1 点以上の否定的感情があると答えたものを「あり群」として 2 群化を行い、不適切な育児の有無との解析を行なった。

表 19 に見られるように、不適切な育児の有無と関連の見られた項目は「がっかりしている」（ $p < 0.05$ ）「腹立たしく感じる」（ $p < 0.05$ ）「うとましく感じる」（ $p < 0.05$ ）「攻撃的になる」（ $p < 0.001$ ）の 4 項目が不適切な育児に影響を及ぼしていた。「攻撃的になる」や「腹立たしく感じる」などの子どもへの怒りや攻撃、「がっかりしている」と子どもに対する期待の喪失やそこから生じる拒絶や、「うとましく感じる」などの子どもへの忌避などの否定的感情の関連が大きかった。

表19 不適切な育児の有無とボンディング項目

項目	不適切な育児あり群 (n=129)	不適切な育児なし群 (n=14)	統計学的比較検討
1 愛しいと感じる	93(72.1%)	11(78.6%)	n.s
2 がっかりしている	67(51.9%)	1(7.1%)	**
3 何も感じない	16(12.6%)	1(7.1%)	n.s
4 自分のものだと感じる	51(39.5%)	3(21.4%)	n.s
5 腹立たしく感じる	96(74.4%)	6(42.9%)	*
6 うとましく感じる	64(50.8%)	3(21.4%)	*
7 守ってあげたい	102(79.1%)	9(64.3%)	n.s
8 子どもと一緒にいるのが楽しい	88(68.2%)	12(85.7%)	n.s
9 攻撃的になる	89(69.0%)	1(7.1%)	**

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

母親による子どもへの拒絶・忌避について精神医学では「母子関係障害」との語を用い、特に妊娠から産後早期における乳幼児と母親の情緒的絆についての研究が進められている (37)。母親の子どもへの働きかけによる母子の情緒的絆は、子どもへ安全な居場所という認識を与え、子ども自身の生命の保持や発達保証の不可欠な役割を果たすといわれている (38)。近年この母子相互の絆の障害を愛着障害とし、障害の要因を産後うつとの関連で検討した周産期医学研究が進められ、その成果が臨床の場で用いられ始めて

いる(39)。

わが国でも山下ら(2003)(40)は出産後3ヶ月の母親を対象にEPDS(エジンバラ産後うつスケール)とボンディング質問票を用いて調査を行い、うつ病群の母親の中で攻撃的感情を持つと解答した母親の割合が高かった(非うつ群1.4%、うつ群47%、 $p < 0.0001$)と報告している。山下は『自己質問票の回答と実際に母子相互作用は必ずしも直結しておらず、また児に対して攻撃的になるといった項目は偽陰性が高いことは考慮すべきであろう』と述べているが、山下の言うように強迫観念や不安を述べているだけなのか、それとも実際の育児行為に反映されるのかをどうかを、次節不適切な育児項目との関連で検討した。

3) 子どもへの否定的感情と不適切な育児行為

子どもへの気持ち(愛着)の否定感情が具体的にどのような不適切な育児行為に影響を与えるのかを見るため、否定感情4項目の「感じる・感じない」と不適切な育児の有無との解析をおこなった。

「攻撃的になる」と感じている人は「たたく」「子どもの言動を無視する」「傷つくことを繰り返し言う」($p < 0.001$)「保育園や学校の世話ができない」($p < 0.01$)と実際に不適切な育児を行なっている可能性が見られた。また「保育園や学校の世話ができない」は「保育園や学校の世話をやらない」という子どもへの攻撃性の表出として行なわれていることが理解された。「腹立たしく感じる」という子どもへの怒りは、「攻撃的になる」より緩やかなのか、「たたく」「子どもの言動を無視する」「傷つくことを繰り返し言う」($p < 0.001$)は行なわれるが、「保育園や学校の世話ができない(やらない)」までにはいたっていない。

「がっかりしている」という子どもへの過剰な期待は「攻撃的になる」と似たような傾向を示し「傷つくことを繰り返し言う」に関連が見られたところから、行動より言葉による表出のほうが多く見られるのかもしれない。「うとましく感じる」という子どもへの拒絶・忌避の感情は、「部屋の外に出すことがある」「食事を与えない」以外の全項目に影響を与えており、この感情が持つ反映は母親による子どもへの多彩な不適切なかわりとして表出されていた。

このように母親の持つ子どもへの否定的感情は、不安や恐れなどの内的感情だけではなく、以下のように実際に行動化されている可能性が示唆され、不適切な育児に大きく関与していることが明らかとなった。

(1) 攻撃的になる

「たたくことがある」「子どもの言動を無視することがある」「傷つくことを繰り返し言うことがある」($p < 0.001$)「保育園や学校の世話ができない」($p < 0.01$)の項目に関連が見られた。

(2) 腹立たしく感じる

「たたくことがある」「傷つくことを繰り返し言うことがある」($p < 0.001$)「子どもの言動を無視することがある」($p < 0.01$)の項目に関連が見られた。

(3) がっかりしている

「傷つくことを繰り返し言うことがある」($p < 0.001$)「たたくことがある」「子どもの言動を無視することがある」「保育園や学校の世話ができない」($p < 0.05$)の項目に関連が見られた。

(4) うとましく感じる

「傷つくことを繰り返し言うことがある」「オムツや衣類を取り替えない」($p < 0.001$)「子どもの言動を無視することがある」「保育園や学校に行かさない」($p < 0.01$)「たたくことがある」「保育園や学校の世話ができない」($p < 0.05$)の項目に関連が見られた。

4) 愛着と母子関係障害

山下はまた『児に対して攻撃的になると回答した女性に対して強迫観念や不安に基づいて回答しているのか、イライラなどの不穏な気分の反映なのか、情動や衝動の制御困難の傾向にあるのか、母親自身が虐待の経験を持つものなのか』は質問紙のみではなく、精神医学的面接をすることによって明らかになるとし、「攻撃」性についてはさらなる精査が必要であることを述べている。

子どもへの「攻撃・怒り」などによる不適切なかかわりについて、棚瀬(2001)(19)は母親の被虐待体験・被剥奪体験などの生育背景と、子どもに対する認知の歪みとに整理して説明し、特に『母親の「可愛くない」という誤った認知が、結果として愛着を示さない子どもを作り上げてしまうことになる』と述べ、『母子間の愛着を形成するのに乳児より母親がはるかに重要な役割を果たすことを示している』と述べている。ブロッキントン(2003)(41)は『産後うつとの関連が問題となるが、乳児との相互作用の障害はうつ病がない場合にも存在しうる、より深くて広範な情動面での障害に根ざしている場合がある』として、『うつ病がある場合は軽度であっても治療し』、また『母子の二者関係に働きかけ、専門家によるガイダンスとサポートを通して母親を助け、子どもとやり取りすることを楽しめるようにすることである』とボンディング障害への周囲の理解の促進とその対応について述べ、不適切なかかわりの予防を示唆している。

ボンディング障害は主として乳児期の子どもと母親との関連で検討され、子どもの心身の健康な発達を阻害するといった点で、その影響の大きさが知られるようになってきている。しかしながら母子関係—子どもへの愛着は乳児期のみならず一生続くことを考えると、今回の調査結果から見られたように子どもへの母親の攻撃性など、衝動性のコントロールが困難な状況にあるときは不安定な関係が継続することになり、子どもの健康な発達がますます阻害されることが十分に予測される。それを防ぐためには母子生活支援施設という保護され安定した環境の中で、様々なサポートを受けることにより子どもへの認知の歪みの修正や、母親自身の被虐待体験からの快復ケアなどを受けることにより、子どもへの攻撃性や衝動性のコントロールなどの行動修正も可能となるかもしれない。また母親が養育できないときは、一時的にも支援施設スタッフの援助を受けることにより、母親も楽になり子供も十分なケアを受けることにより、安定した成長を促進することが可能となる。そのような意味でも支援施設におけるその役割が期待されるところである。

Ⅲ. 不適切な育児に関する要因の検討

これまでの分析において、不適切な育児得点と各要因との関連性と説明力を示すために各ステップからなる階層的重回帰分析を行なった(表 20)。

ステップ 1 では人口統計学的変数は有意な決定係数 ($R^2=0.096$) を示し、年齢と学歴(教育年数)は負の方向で不適切な育児に関連していた。ついで第 2 ステップで実家からの被虐待傾向を表す項目(実家での怒鳴りあい・殴り合い)を加えたところ、決定係数は 0.103 を示し、第 1 ステップよりの増加は 0.007 であった。第 3 ステップに「パートナーからの暴力がない」を加えたところ、決定係数は 0.129 を示し、第 2 ステップよりの増加は 0.026 であった。第 4 ステップに「相談する人・グチを言う人がいない」というサポート項目を加えたところ、決定係数は 0.162 を示し、第 3 ステップよりの増加は 0.033 であった。第 5 ステップに「解離傾向・抑うつ傾向」などのメンタルヘルス項目を加えたところ、決定係数は 0.221 を示し、第 4 ステップよりの増加は 0.059 とその増加率はもっとも高かった。第 6 ステップに「ボンディング得点」を加えたところ、決定係数は 0.265 を示し、第 5 ステップよりの増加は 0.044 とその増加率はメンタルヘルスに次いで高かった。

その結果、もっとも決定係数が大きかったのは年齢(が若い)・パートナーからの暴力が(DV経験)がない・ボンディング得点(愛着障害が大きい)の順であった。また第 4 ステップから第 5 ステップにかけてのメンタルヘルス項目の追加が、もっとも決定係数の増加に寄与していたことから、メンタルヘルスが不適切な育児に大きく影響を及ぼしていることが理解された。またこれまでの仮説の通り、メンタルヘルスは子どもへの愛着に影響を及ぼし、その増加もメンタルヘルスについて大きかったことから、メンタルヘルスが子どもへの愛着に影響を与え、不適切な育児に大きく関連していることが明らかとなった。

これらの結果から、母子生活支援施設入所者の不適切な育児をある程度予測できることが明示され、今後支援施設でどのような支援が有効か、具体的な対応方法を導き出すことができれば、入所者への効果的な介入を行なうことが可能となることが示唆された。

表20 不適切な育児に関連する階層的重回帰分析の結果

	ステップ1	ステップ2	ステップ3	ステップ4	ステップ5	ステップ6
	β	β	β	β	β	β
年齢	-0.272 ***	-0.265 ***	-0.263 ***	-0.313 ***	-0.325 ***	-0.312 ***
学歴	-0.188 *	-0.159	-0.135	-0.074	-0.055	-0.041
年収	0.111	0.115	0.094	0.053	0.063	0.073
実家での怒鳴りあい		0.109	0.078	0.027	0.011	0.03
実家での殴りあい		0.05	0.086	0.097	0.079	0.05
パートナーからの暴力がない			0.175 *	0.205 *	0.212 *	0.227 **
相談する人がいない				0.166	0.158	0.152
グチを聞いてくれる人がいない				0.072	0.063	0.01
解離得点					0.189	0.106
抑うつ得点					0.141	0.158
ボンディング得点						0.236 **
調整済みR ²	0.096 ***	0.103 ***	0.129 ***	0.162 ***	0.221 ***	0.265 ***
ステップ1からの増加		0.007	0.026	0.033	0.059	0.044

(*<0.05 **<0.01 ***<0.001)

IV. 不適切な育児のまとめと今後の検討課題

1. 基本的属性との関連

不適切な育児と関連が見られたのは「年収」と「婚姻関係」であった。年収が 100～200 万の人の不適切な育児得点が高くなることから、この層の人たちがもっともストレスを受けやすいということが理解された。また婚姻状況でも「未婚」の人の不適切な育児得点が高かったことから、「未婚」者が抱える育児ストレスが推察され、今後どのような支援が必要かを当事者とともに検討する必要があることが理解された。

2. ソーシャルサポート

「相談する人がいない」「グチを言う人がいない」とサポート認知がない人に不適切な育児得点が高く、実際のサポート(保育などの子育て支援)をスタッフから受けても、心理・情緒的サポートを受けていると認知することは難しいことがわかり、今後どのような対応方法を工夫すればよいのか検討することが求められる。

3. DV経験と被虐待経験

1) DV経験と不適切な育児

今回の調査結果に見られたDV経験者がもっとも不適切な育児得点が高いことについて、これまで検討してきたようにさまざまな解釈が成り立つが、データの限界から推測の域を出ないということもあり、そのうち可能性が高いものを以下の2点にまとめた。

(1) DV被害による養育機能の低下

DV被害者は加害者からの育児支配による親機能の低下のため、子どもに適切に関われていない可能性である。DV被害者である母親が安全な場に逃れた後も持続して家庭内で被害者役割を取り続けていると、今度は子どもが加害者役割を取り始めることも多くの先行研究がある。L・バンクロフトとJ・シルバーマン(2002)(42)によると『母親に対する暴力がもっとも起こりやすいのは両親の別居後、子どもの一人が

加害者に代わって、その役割を演じるケースである』とあるように、親としての権威を回復し適切な養育が取れないと、今度は子どもがそれまで加害者から学習して来た加害者役割を取り始め、母親を怒鳴ったりたたいたりする子から親への虐待のサイクルが生じる可能性がある。この暴力のサイクルを断ち切るためには子どもと親のトラウマケアとともに、親子同時に行なう知識教育プログラムの導入・実施が望まれる。

(2) DV被害者の不適切な育児へのバイアス

DV被害者の不適切な育児得点が低いことについて、調査対象者のバイアス上の問題がある可能性もある。DV被害者が加害者と同居している際、加害者による被虐待のストレスから子どもへの不適切な育児が行なわれやすいことは周知されており、今回のような調査に対して、子どもへの不適切な育児について正直に答えたくないと言うこともあったかもしれない。そのため、今後DV被害者の育児に関して特化した調査項目の投入など、より確実なデータを集めることが必要であると思われる。

2) 実家での被虐待経験

実家からの被虐待経験は不適切な育児に影響を及ぼし、被虐待経験からの快復をめざす働きかけの重要性が示唆された。DVと被虐待経験の合併事例の多いことから、今後支援施設に不適切な育児を行なう可能性のある入所者の増加が見込まれ、支援施設として虐待被害者への快復と育児支援をどのように行なってゆくのかという課題が示された。

4. 不適切な育児の要因と今後の検討課題

重回帰分析の結果、不適切な育児の要因でそのリスクが高かったのが、「年齢（が若い）」「DV経験がない」「ボンディング得点（愛着障害）」であった。

年齢が若いほど不適切な育児を行なうことに関しては海外でも多くの先行研究があり(43, 44)、「一般人口調査(学童)」でもリスク要因として挙げられている。「DV経験がない」は前節でも述べたように「DV経験がある」の反語としてとらえられ、DV経験により不適切な育児をしない(できない)可能性が見られた。また抑うつや解離などのメンタルヘルスが不適切な育児にもっとも寄与しており、そこから「ボンディング得点(愛着障害)」へと影響していたことから、子供への不適切な育児を減少させるにはまず抑うつや解離などのメンタルケアを行い、そこから派生する子供への否定感を減らすことの必要性が示された。

本章において子供への否定感にメンタルヘルスが濃厚に関わっているとの研究仮説が検証されたが、メンタルヘルスの問題がどのような要因で生じるのかの検討はなされていない。その要因を探索できれば、「解離」や『抑うつ』を防止する手段も導き出されるのではないかと考え、第4章ではメンタルヘルスの要因を検討・考察する。

【注・参考文献】

- (1) 児童虐待調査研究会編：「児童虐待」、財団法人日本児童問題調査会、(1985)
- (2) Connell, C. D., & Straus, M. A. : Mother' s age and risk for physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, 709-718 (1992)
- (3) Sedlak, A. J., & Broadhurst, D. D. : Third national incidence study on child abuse and neglect. Washington, D C. U .S. Department of Health and Human Services. (1996)
- (4) Zuravin, S. J., & DiBlasio. F. A: Child-neglecting adolescent mothers. How do they differ from their nonmaltreating counterparts?
- (5) Claussen, A. H., & Crittenden, P. M. : Physical and psychological maltreatment: Relations among types of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 15, 5-18. (1991)
- (6) Zelenco MA, Huffman L, et al. : Poor adolescent expectant mother; can we asses their potential for child abuse? . *J Adolescent Health* 29-4 271-278. (2002)
- (7) Milner, J.S., Gold, R.G: Predictive validity of the Child Abuse Potential Inventory. *J Consult Clin Psychol*52: 879-884, (1984)
- (8) Disbrow, M. A., Doerr, H., & Caulfield, C. : Measuring the components of parents' potential for child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 1, 279-296. (1977)
- (9) Smith, S. : The battered child syndrome. London, Butterworths. (1975)
- (10) Gil, D. G. : Violence against children; Physical child abuse in the United State. Cambridge. MA *Neglect*, 1, 279-296, Harvard University Press. (1970)
- (11) Jean Renvoize: *Web of Violence*. (1978)
J. レンボイツ:「家庭内暴力」 山口哲夫 久保絃章訳 星和書店 (1982)
- (12) 東京都「女性に対する暴力調査報告書」東京都生活文化局 (1998 年)
子どものいるケースのうち 64.4%に父親による子どもへの暴力があり、特定の子どものみだけではなく、全員 (82.8%) が暴力を受けていた。
- (13) Campbell, J. C., Lewandowski, L. : Mental and physical health effect of intimate partner violence on women and children. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20, 353-374. (1997)
DV 被害者が子どもをシェルターに同伴する場合、その子どもが被害を受けている率は 40~70%とも言われている。
- (14) 金吉晴他：母親とともに家庭内暴力被害を受けた子どもへの心理的支援のための調査。平成 15 年度厚生労働科学研究 (子ども家庭総合研究事業)
公立保護施設入所者を対象とした調査で同伴児童の 25%に直接の身体的暴力が確認されたとの結果が出ている。
- (15) 「家庭におけるパートナーシップと児童の健全育成の関する調査～ドメスティックバイオレンスおよび子どもの調査～」松山市男女共同参画推進財団 (2001)

松山市在住の男女 3000 人を対象にした調査で、深刻な DV を受けている女性は受けていない女性に比べ、子どもを虐待している率が極めて高い ($p < 0.0004$) という結果が出ている。

- (16) 齊藤学:「虐待する親とはどういう人たちか」子どもの虐待とネグレクト. 第 5 巻 1 号 98-105 (2003)
齊藤クリニックを受診した母親の 34.6%が配偶者虐待 (DV) の被害者であったと報告している。
- (17) Bilinkoff, J: Empowering battered women as mothers. In E. Peled, P. Jaffe, & J. Edleson (Eds.). Ending the cycle of violence: Community responses to children of battered women. Thousand Oaks, CA: Sage. (1995)
- (18) レンボイツは前著の中で被虐待経験者が「自らを虐待した親のことを温和で愛情豊かな人だったという記憶を持ちながらも同時に、3 分の一の母親が自分の子ども時代が不幸だったとの記憶を持っていた。-中略- 明らかにこのような親たちは思い出すのに好都合なことだけを思い出すのである」といっている。
- (19) 棚瀬一代: 虐待と離婚の心的外傷. 朱鷺書房 (2001)
- (20) Moos, R., Moos, B: A Typology of Family Social Environments. Family Process 15, 357-372 (1975)
FES (家族環境スケール) は家族を個々の構成員の「環境」と位置づけ、対象者が成育した家族の「気風」ないし「雰囲気」を全面的に自己査定するもので、オリジナルでは 10、日本語版(野口)らでは 8 つのサブスケールで、信頼性・妥当性が確立している。
- (21) Riggs, D. S., Caulfield, M. B., Street, A. E.: Risk for domestic violence associated with perpetration and victimization. Journal of clinical Psychology, 56, 1289-1316. (2000)
- (22) Lenore E. Walker: The Battered Women. Harper & Row. New York, Springer Publishing Company. (1979)
レノア・E・ウォーカー:「バッタード・ウーマン」金剛出版 1979
- (23) Kaufman, J., & Zigler, E: Do abused children become abusive parents? American Journal of Orthopsychiatry, 57, 186-192. (1987)
カウフマンらは多くの調査をレビューし、被虐待経験を持つ親が子どもへの虐待を行うという世代間連鎖についての推定値は 25%から 35%の間だとしている。
- (24) Kemp, R. S. & Kemp C.H.: Child Abuse, Cambridge. Harvard University Press. (1978)
- (25) Steele, B.: Psychodynamic factors in child abuse. In Helfer R E & Kemp R. S. (eds.) The Battered Child. (4th ed.) Chicago, University of Chicago Press. (1987)
- (26) Dore, M. M., Doris, J., & Wright, P: Identifying substance abuse in maltreating families. Child Abuse & Neglect, 19, 531-543. (1995)
- (27) Bifulco A, Moran PM, Baines R, Bunn A, Stanford K.: Exploring Psychological

- abuse in childhood, Association with other abuse and adult clinical depression. Bull Menninger clinic 2002 Summer, 66(3). 241-258. (2002)
- (28) 齊藤学:「全国養護施設に入所してきた被虐待児とその親に関する研究」 子どもの虐待とネグレクト vol 3-2、332-360 (2001)
- (29) 太田真弓、齊藤学:「虐待する母親と虐待される児童への治療的介入の2例」 子どもの虐待とネグレクト vol 3-2、250-261 (2004) (2001)
- (30) 吉田敬子:母子と家族への援助—妊娠と出産の医学. 金剛出版 (2000)
- (31) 妹尾栄一「首都圏一般人口における児童虐待の調査報告書」(乳幼児調査)平成11年度「長寿・子育て・障害者基金」(社会福祉・医療事業団) 東京都精神医学総合研究所 (2000)
- (32) 妹尾栄一「大都市一般人口における児童虐待の疫学調査報告書」(学童調査)平成12年度「長寿・子育て・障害者基金」(社会福祉・医療事業団) 東京都精神医学総合研究所 (2001)
- (33) 笹野友寿、塚原貴子:大学生の精神保健に関する研究—解離体験尺度の測定」川崎医療福祉学会誌 Vol 8(1) (1998)
- (34) Berger, D., Ono, Y., Saito, S. Tezuka, I., Takahashi, Y., Uno, M., Ishikawa, Y., Kuboki, T. & Asai, M: Relationship of parental bonding to child abuse and dissociation in eating disorder in Japan. Acta Psychiatrica Scandinavia 91, 278-282. (1995)
- (35) 三好和子、野島正剛、四戸智明、齊藤学:日本語版 DES-IIによる PTSD 患者と正常成人との解離性体験についての比較検討. 家族機能研究所紀要 7 号 (2004)
- (36) 小野善郎:精神科医療における児童虐待、臨床精神医学 32 巻 2 号 173-178 (2003)
- (37) Brockington, I.F. & Brierley, E.: Rejection of a child by his mother, successfully treated after 3 years. British Journal of Psychiatry 145, 316-318. (1984)
- (38) Bowlby, J.: Attachment and Loss vol1: Attachment. The Hogarth Press, London. (1969)
- 黒田実郎他訳: 愛着行動—母子関係の理論 岩崎学術出版社、(1976)
- (39) Boyce: Risk factors for postnatal depression; A review and risk factors in Australian populations. Arch Womens Mental Health, 6(suppl2), s43-s50. (2003)
- (40) 山下洋:産後うつ病と Bonding 障害の関連. 精神科診断学 14 巻 1 号 41-48. (2003)
- (41) I. F. Brockington: 母子間のボンディング形成の障害の診断学的意義. 季刊精神科診断学 14 巻 1 号 7-17. (2003)
- (42) Lundy Bancroft & Jay G. Silverman: The Batters as Parent Addressing the Impact of Domestic Violence on Family Dynamics. Sage Publications Inc.,
ランディ・バンクロフト、ジェイ・G・シルバーマン: DVにさらされる子どもた

ち一加害者としての親が家族機能に及ぼす影響。 幾島幸子訳。 金剛出版 (2004)

- (43) Connely, C.D., & Straus, M. A. : Mother' s age and risk for physical abuse. Child Abuse & Neglect, 16, 709-718. (1992)
- (44) Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. : A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment; Findings of a 17-year prospective study officially recorded and self- reported child abuse and neglect. Child Abuse & Neglect, 22, 1065-1078. (1998)

第4章 メンタルヘルスが及ぼす影響

I. 抑うつ傾向の検討

1. 抑うつ傾向と本章における検討課題

1) 抑うつ傾向

近年の国内調査で抑うつ傾向(気分障害)は一般住民の15人に一人が経験しているとの報告があり(1)、世界保健機構(WHO)の障害調整生存率による疾病負荷の将来予測でも、2000年総疾病の第4位にあげられ、20年後の2020年には第2位になるなど今後大きな健康問題となる事が予想されている。

気分障害は性別・年齢を問わず、また様々な要因により発症すると言われているが、その要因の代表的なものにストレスによるものが挙げられる。特にライフイベントが気分障害の発症・持続に影響があるという研究は1950年代から現在に至るまで、膨大な研究がなされており、その中でもホームズとレイによるライフ・イベント研究は良く知られている。

彼らの『社会的再適応の評価尺度』(Holmes and Rahe, 1967.) (2)によると、配偶者の死をストレス値100の最大とし、次に離婚73、別居65と配偶者との関わりによるストレスが1位から3位まで占め、その影響の大きさを示している。これらのことから見ても配偶者からの離別により支援施設に入所する人々の持つストレスは多大なものであることが予測され、調査結果に見られたように入所者の49%に抑うつ傾向があるのも、当然なことなのかもしれない。

2) 抑うつの先行研究

抑うつの要因については生物学的モデル(神経伝達物質関連)や統合モデル、心理社会モデルなどに分けられる(3)が、抑うつの心理社会的モデルとしてまずあげられるのは、幼少期における不幸な体験が成人期における気分障害の病因であるという「幼少時心的外傷モデル」である。精神分析学派による母性剥奪・対象喪失(幼少期における親との死別・離別)が将来のうつ病の素因となることを指摘した研究(4)がなされ、よく知られている。

また幼少期に両親から受けた養育体験の質が抑うつの発症に影響するとの仮説から、成人してから後に自ら受けた養育体験をさかのぼり評価する試みもなされている。パーカーら(1979) (5)が作成したPBI (Parental Bonding Instrument) は抑うつのスクリーニングテストとして、各国で使用され、わが国でも摂食障害(6)や強迫性障害(7)の親の養育態度の影響を見るために使用され、一般人口調査(学童)でも虐待に関連する要因として使用した。

子どもへの不適切なかかわりと抑うつとの関連に関する先行研究は欧米諸国でも多くの集積がなされており、特に身体的虐待(8.9)とネグレクト(10)とに関連があるといわれている。うつ病の発症についてブラウンら(1978)(11)による女性のうつ病研究では、「きっかけとなるライフイベントと女性のもつ脆弱性(サポートの乏しさ、低い自己評価、思春期のうつ病エピソード、小児期の否定的な体験)」がうつ病の発症に作用するとし、その後オコーナーら(1995)(12)によって検証されている。このように抑うつには様々な要因が仮定されているが、この章では実際に抑うつがどのような要因で生じるのか調査結果を基に検討する。

3) 抑うつ傾向の検討課題

抑うつ傾向と母子との関連では、出産前後のうつが母子相互に与える影響についてわが国でも関心が高く、吉田ら九州大学グループのほかにも本城ら(2004)(13)名古屋大学グループによって「母子関係障害」の予防のための研究が行なわれている。本城らは妊娠期からの母親の胎児に関する愛着と抑うつとの関連を研究し、妊娠期からの抑うつ・愛着が高いものは出産後も高い傾向にあり、母親の子どもに対するネガティブな感情は余裕のなさやストレス、母親のレジリエンスの低さ、抑うつによって予測されたとし、妊娠期の抑うつの影響を明らかにした。

このように「妊娠」「産後」への介入・支援は、公衆衛生領域の専門家による研究が多くなされ、それに伴って援助方法も明らかにされつつあるが、今回の調査結果から見られたように、母子生活支援施設入所者の約半数が抱えていたネガティブ・ライフイベントによる「抑うつ傾向」への介入支援など、メンタルヘルスの視点での援助はこれまでほとんど見過ごされてきている。

DV等を入所理由とした支援施設入所者にとって「離別」は単にパートナーからの「離婚」だけではなく、これまで築き上げてきた生活上の物理的・精神的な大分を失うことを意味しており、その心理的影響は極めて大きいことが予測される。「第3章 不適切な育児とその要因」で、抑うつが育児に影響を与えていることが明らかになったが、抑うつがどのような要因によって生じるのか、またそれに伴ってどのような支援があれば抑うつを防止できるのかの検討は行なっていない。本節では支援施設入所者への援助をより適切に行うため、抑うつの要因を探索し、その対策を講じることを検討課題とする。

2. 抑うつ要因の検討

1) 解析方法

抑うつ傾向の有無については16/15をカットオフポイントとして、CES-D高得点をうつ群、CES-D低得点を非うつ群として2群化し、抑うつの有無を独立変数に各項目を従属変数として、不適切な育児と同様の解析を行い、抑うつの要因を検討した。

2) 結果

(1) 社会的属性と抑うつ傾向

①年齢と抑うつ傾向

年齢区分ごとに抑うつ傾向の有無を見たところ、うつ群の割合がもっとも多かったが、17～29歳の若年層で66.7%であった。次に多かったのが40～44歳62.5%と年齢ごとの抑うつ傾向に二分化が見られ、もっとも少なかったのが、45～49歳の25%であった。

②婚姻状況と抑うつ傾向

パートナーとの関係でうつ群の割合がもっとも多かったのが「その他」で66.7%、次に「離婚」50.5%・「死別」50%と続いた。もっとも少なかったのが「未婚」で36.4%であった。

③学歴と抑うつ傾向

「中学」でうつ群に属したのが68%ともっとも多く、「専門学校」47.2%、「高校」46.4%と続いた。全体として学歴があがるほどうつ群の頻度が減少する傾向が見られた。

④現在の職業と抑うつ傾向

就労未就労関係なく、約半数が抑うつ傾向状態であった。うつ群がもっとも多かったのが「パート・アルバイト」で51.4%、「フルタイム」でも43.2%の人がうつ群に属し、就労している人でも半数が抑うつ傾向状態であった。

⑤年収と抑うつ傾向

うつ群がもっとも多かったのが「収入なし」56.5%、もっとも少なかったのが「400万～700万」0%であった。「0～100万」49.2%、「100～200万」50%であったが、200万から400万に年収があがるとうつ群は38.5%に減少し、全体として収入が多いほど抑うつ傾向の頻度が下がる傾向が見られた。

社会的属性（年齢・子どもの数・婚姻状況・学歴・現在の職業・年収）と抑うつ傾向に統計的な関連は見られなかった。特に「現在の職業」では、抑うつ傾向があるにもかかわらず約半数が就労しており、未就労とその割合が変わらなかった。

平川らの調査(14)ではCES-D高得点群は低得点群に比較し、就業状態になく身体症状も多彩であると述べていることから、支援施設入所者は平川調査と比べ、「抑うつ傾向」を持ちつつも就労していることが伺われ、かなりの程度に身体面・生活面で様々な困難（疲れやすさ、気力・集中力が持てないなど）を有しているのではないかと推測された。この身体的・精神的疲労の蓄積は周囲との人間関係の摩擦や、子どもとの関係に影響を及ぼしていることが予測され、就労についてもメンタルヘルスに配慮する必要があることを示唆した。

(2) ソーシャルサポートと抑うつ傾向

サポートの有無と抑うつの有無との関連を見たところ、サポートをしてくれる人が「い

ない」と答えた中でのうつ群の割合は「いる」と答えた群に比べ、どのサポート項目でもその割合が高く、統計的にも有意な差があった。手段的サポートである「実際に子育てに協力してくれる人」が「いない」と思っている人でうつ群は15.9%、非うつ群で4.1%、情動的サポートである「子育てを相談する人」が「いない」人でうつ群は14.5%いたが、非うつ群で0%であった。特に情緒的なサポート項目である「子育てのグチをこぼせる人」が「いる」人でうつ群はゼロであったが、「いない」人でうつ群は20.3%であった(表22)。

特に「子育て相談者」「子育てのグチをこぼせる人」がいる人は抑うつ傾向を有しておらず、サポートがないことと抑うつ傾向とに関連が見られた。ソーシャルサポートがネガティブ・ライフイベントの影響を緩衝する要因となるという研究も多く(15)、今回の結果も先行研究と同様に、サポートがあると認知している人はそれにより抑うつを回避している可能性があった。具体的には抑うつ症状がある場合、その症状のひとつでもある「人に会いたくなくなる」の影響を受け、助けを求める救助行動が起こしにくくなる可能性がある。当事者が救助行動を起こさない限り周囲もそのまま放置せざるを得ないことも多いが、周囲が「抑うつ」についての知識を得ることで「抑うつ」に配慮した積極的対応がなされれば、入所者にとってより適切な援助を受けられることになる。これらの視点から見ても、まず入所者を取り巻く周囲の人へのメンタルヘルス知識の普及が求められる。

表22 抑うつ傾向の有無とサポート

サポートの有無	カテゴリー	非鬱群	%	鬱群	%	合計	有意確率 (正確)
子育て協力者	いる	70	95.9	58	84.1	128	*
	いない	3	4.1	11	15.9	14	
子育て相談者	いる	73	100	59	85.5	132	**
	いない	0	0	10	14.5	10	
子育てのグチをこぼせる人	いる	73	100	55	79.7	128	***
	いない	0	0	14	20.3	14	

***p<0.001 **p<0.01 *p<0.05

(3) パートナーとの関係と抑うつ傾向

パートナーとの関係が現在の抑うつ傾向に影響を及ぼしているか否かをみたところ、パートナーが「非協力的だった」71.6%「よくケンカした」68.8%「暴力を振るわれた」67.4%とどの項目も高率でパートナーとの葛藤性を有していたが、抑うつ傾向の有無との関連は3項目とも見られなかった。差が見られなかったことについては

- ① 被暴力体験者が67%にのぼることや入所者の95%がなんらかのパートナーとの葛藤性を有していることから、入所者の殆どがDV被害を受けてきた可能性もあるため、統計的な差が見られなかった
- ② 危険な場所から逃れた安心感が抑うつを減少させ、既に快復している

などさまざまな仮説が考えられるが、今回の調査から決定的なことは言えなかった。

DVは身体的暴力のみではなく、心理的、経済的 he 様々な抑圧を被害者に強いる事は既によく知られるところであり、この3項目以外にもDV被害の種類は多々あるが、質問紙の制限及び調査対象者への再トラウマを避けるためにDV被害項目を制限した経過もあり、今回DV被害の尺度(16)を用いた調査は行えなかった。そのためこの点に関しても今回の調査の限界と今後の課題である。

(4) 実家との関係と抑うつ傾向

①私が育った家の人は怒鳴って怒ることはほとんど無かった

うつ群の66.7%に生育家庭内で緊張や恐怖の体験をしている人がいたが、非うつ群では43.8%と減少し、有意な差が見られた($p < 0.01$)。

②私が育った家では殴り合いになることはなかった。

非うつ群で「いいえ」と答えた人は23.3%であったが、うつ群では46.6%とほぼ2倍にのぼった($p < 0.01$)。

生育家庭である実家との関係と抑うつ傾向との関連が見られ、実家での葛藤や被暴力体験がある人に抑うつ傾向を有している人が多かった。

抑うつ傾向の発症が不適切な被養育体験と関連するという先行研究も精神分析学派からの膨大な研究(14)が蓄積されており、今回気分障害モデルのひとつである「幼少時心的外傷モデル」が立証されたとも考えられるが、抑うつ傾向の持続という観点からは、実家との関係はむしろ今現在実家からの支援のなさが抑うつ傾向に関連しているかもしれない。

これはパートナーとの関係からも推測され、過去のストレスがそのまま継続することで抑うつ傾向が持続するのに加え、今現在のストレスがさらにメンタルヘルスに影響している可能性が高い。具体的にはパートナーからの離別といった困難時に、もっとも支援が求められる親や兄弟など家族からの支援がない場合は「見捨てられ体験」や「喪失」を入所者が再び経験することとなり、それが再トラウマになるのは容易に想像できる。

そのストレスをケアするためには支援施設職員は実家からの支援と似たような支援が求められ、その支援により入所者は、「家族」から得られなかった愛着や信頼を持つことが可能となるのかもしれない。

(5) DVと生育家庭での被虐待経験の合併と抑うつ傾向

DVと被虐待経験の合併が抑うつ傾向に関連しているのかを見るため、3章で行ったのと同様に、DVと被虐待合併群、DVのみ群、被虐待のみ群、なし群の4群と抑うつ傾向得点との分散分析を行った(表23)。抑うつ傾向得点がかつても高かったのはDVと被虐待合併群で22.7、もっとも低かったのはDVのみ群14.5と多重解析ではこの群間で

差が見られた ($p < 0.05$)。抑うつ傾向得点をもっとも高かったのは合併群であったが、被虐待のみ群も 21.3 と合併群との差はそれほど見られず、被虐待経験が抑うつ傾向に影響を及ぼしているといえる。またDVのみ群は抑うつ傾向がもっとも低く、精神的な健康度がより高い可能性がある。

これらのことからDVと抑うつ傾向の関連を検討すると、DV被害者のうち被虐待経験を有する人は、トラウマに対する脆弱性が高いことや、そこから生じる喪失体験が大きいこと予測され、抑うつリスクが高くなる可能性がある。また逆に被虐待経験のない人は抑うつにならずに済むのかもしれない。この点についてはサンプル数を増加し、今後より詳細に検討する必要がある。

表23 DVと被虐待合併と抑うつ得点

* $p < 0.05$

	度数	平均値	標準偏差	F 値	有意確率
DV・被虐待	51	22.7 *	13.8	3.75	0.013
DVのみ	45	14.5	12.2		
被虐待のみ	29	21.3	14.3		
なし	17	17.1	6.2		
合計	142	19.2	13.1		

(6) 子どもへの愛着と抑うつ傾向

①抑うつ傾向の有無とボンディング得点

母親の子どもへの愛着と抑うつ傾向との関係を検討するため、ボンディング得点と抑うつ傾向の有無との解析を行ったところ、非うつ群のボンディング得点の平均値が 4.66 であったのに対し、うつ群では 6.59 と高く、統計的にも有意な差が見られ ($p < 0.001$)、抑うつが子供への愛着に影響を及ぼしている可能性が見られた。

②各ボンディング項目と抑うつ傾向

具体的にどのような愛着行為に関連が見られるのかを知るために、抑うつ傾向の有無と各ボンディング項目との解析を行った。ボンディング項目「ほとんどいつも強くそう感じる」「たまに強くそう感じる」「たまに少しそう感じる」「全然感じない」で子どもへの否定的感情 0 点を「なし群」1 点以上の否定的感情があると答えたものを「あり群」として 2 群化を行い、抑うつの有無とのクロス解析を行った。

抑うつの影響を受けていたボンディング項目は 9 項目中「自分のものだと感じる」「腹立たしく感じる」「うとましく感じる」「子どもと一緒にいるのが楽しい」「攻撃的になる」の 4 項目であった。特に「腹立たしく感じる」「うとましく感じる」($p < 0.05$)「攻撃的になる」($p < 0.01$)などは、子供へのイライラ感や不満感が喚起されがちとなり、子どもに対する身体的・心理的暴力など不適切な育児にもつながる可能性がある。また子ども

と一緒にいるのが楽しく感じられないなど、抑うつ傾向の症状のひとつである「何事にも興味がわかず楽しくない」は子どもへの無関心にもつながりやすく、子どもに適切な対応をすることが困難になるなど、母子双方に大きな影響を与える。

ボウルビィ (17) は、母親が子どもの状態や欲求をどのくらい敏感に察知して適切に対処できるかが愛着の質を分けるとし、抑うつが母親の愛着形成を阻害し子ども自身の成長・発達に影響を与えている可能性がある。このことは子どもの健康な発達を保障し、世代間連鎖を防ぐという観点からも重要なことであり、母親へのケアが必要であることの根拠ともなりうる。

(7) 抑うつと解離との関連

抑うつと解離との関連を検討するために「解離の有無」・「抑うつの有無」とで 4 群化し頻度をみたところ、約半数 (49.7%) は抑うつも解離傾向もなかった。

抑うつと解離傾向 (PTSD) の合併割合は全体の 11.2% であった。抑うつのみ 36.4%、解離のみは 1.4% であった。解離傾向のある人 (n=18) のうち 89% (16 名) は抑うつ症状が合併しており、解離傾向にはほとんど抑うつが合併していることが示された。このことは抑うつがある人 (n=68) の 31% に解離症状が合併していることになる。

「PTSD」の中でも反復的な外傷体験を基盤とした「複合型 PTSD」は気分変調をきたすことが多く、そのなかでも多く報告されるのが遷延化した抑うつ症状であると言われており (18)、抑うつ症状を有する人の中で、「複合型 PTSD」が見られることは当然なのかもしれない。

3) 重回帰分析による抑うつ要因の検討

これまでの分析において、抑うつ得点との関連が統計的に有意であった変数を独立変数、抑うつ得点を従属変数として重回帰分析 (強制投入法) を行ったところ、9 個の変数によるモデルが示された。その結果、不適切な育児得点に対するモデル全体の説明力は .47 であった (表 24)。

抑うつ得点にもっとも関連の大きかったのは解離得点であった。抑うつ症状と解離との併存については前節でも述べたが、抑うつ症状は解離傾向を合併している可能性があり、医学的診断に応じたメンタルケアが必要であり、その契機となり得ることが理解された。

次に抑うつに影響を及ぼしていたのがサポートの有無であり、特に情緒的サポートである「グチを言う人がいない」、手段的サポートである「実際の子育ての協力者がいない」情報的サポート源である「相談する人がいない」など対人関係における孤立感は抑うつ傾向に影響を与えていた。

実家との関係とも関連が見られ、「私が育った家では怒鳴って怒ることはほとんどなかった」「私が育った家では殴り合いになることはなかった」は負の方向に影響を与え、被虐待経験を有しているほど、抑うつ傾向が高くなる可能性が見られた。

また抑うつ傾向が高まるほど子どもへの愛着が障害され、それが不適切な育児につながる危険性が大きいと言える。

表24 抑うつ得点を目的変数とした重回帰分析の結果

(**<0.01 ***<0.001)

説明変数	標準偏回帰係数
解離得点	0.40 ***
グチを言う人がいない	0.23 **
ボンディング得点	0.20 **
育児に協力してくれる人がいない	0.17 **
私が育った家では怒鳴って怒ることはほとんど無かった	-0.11
相談する人がいない	0.07
私が育った家では殴り合いになることは無かった	-0.07
不適切な育児得点	0.10
調整済みR ²	0.454

II. 解離傾向の検討

1. 解離傾向と本節における検討課題

1) 解離傾向について

高橋（1997）（19）が『解離性障害が国際的な傷病名として初めて登場したのは 1992 年第 10 回修正の国際疾病分類（ICD-10）（20）である』と述べたように、精神医学の世界でも疾患名として正式に登場したのがごく最近のことである。ICD-10 では解離性（転換性）障害を「解離性（あるいは転換性）障害が共有する共通の主題は、過去の記憶、同一性と直接的感覚、および身体運動のコントロールの間の正常な統合が部分的あるいは完全に失われることである」とし、それまではフロイド（1909）（21）やジャネ（1889）（22）によるヒステリー研究の中で「解離」が用いられ、その後ヒステリーの中に長く位置づけられてきたが、ICD-10 以降「ヒステリーにはさまざまな意味を持つため、可能な限り使用を避けることが最良」とされた。その発症は心因性であること、トラウマ的な出来事、解決しない耐え難い問題、障害された対人関係と密接に関連していると推定され、近年「PTSD」や「虐待」などの文脈から、「解離」が再び注目を浴びるようになってきている。

「解離」は解決しない耐え難い問題に直面したときに、心身の状態をばらばらにすることで防衛しようとする手段の一つであると言われ、「適応」のための方法とされている。西澤（2002）（23）によると「解離現象は自分を守るための防衛反応である反面、それが固定化されたときには感情・思考・行動・記憶の統合性の欠如をはじめとする不適応な『障害』に転じる」と述べ、岡野（1995）（24）は「解離」を「私たちが物事を体験するとき、その体験はいくつかの側面を含む。それらは過去に起きたことの記憶との照合、その体験を持っている自分のアイデンティティの感覚、そのとき感じている身体感覚、視覚、聴覚などの感覚的な情報、そして自分の体のコントロールしているという感覚などである。解離状態では、体験の持つそれらの側面が統合を失い、その一部が意識化されなかったり、失われたりしている（解離している）状態である」と定義し、解離を「統合を失い、まとまりのない状態」と位置づけている。

2)「解離」の先行研究

解離研究は米国など先進国で既に多くの先行調査研究があり、調査対象も医療・司法関連や一般人口などで様々に行われている。表 25 はグリーブス (1996) (25) がこれまでの主な解離性障害の調査研究をまとめたものである。研究は入院患者や摂食障害・薬物乱用者を対象に行なわれており、解離性障害は性虐待被害者の 88% (Anderson ら 1993) (26)、薬物乱用 39% (Ross, kronson ら 1992) (27)、女性の入院患者 31.4% (Latz ら 1995) (28) に見られるなど、さまざまな分野で解離性障害関連の研究が行なわれている。

表25 主要な臨床対象者と非臨床対象者における解離性障害と人格障害 (David H Gleaves)

研究	数	対象者	解離性障害 (%)	多重人格障害 (%)
Clinical				
Ross,Anderson,et al.(1991)	299	入院患者	20.7	3.3
Saxe et al.(1993)	110	入院患者	13.6	3.6
Von Braunsberg(1994)	100	入院患者	20.0	13.0
Von Braunsberg(1994)	100	司法精神科(男性)	22.0	17.0
Latz et al.(1995)	175	女性入院患者	31.4	12.0
McCallum et al.(1992)	38	摂食障害	29.0	10.0
Ross,kronson,et al.(1992)	100	薬物乱用	39.0	14.0
Goff et al.(1992)	100	強迫神経症	10.0	0.0
Anderson et al.(1993)	51	性的虐待	88.0	54.9
Nonclinical				
Ross(1991)	454	一般市民	11.2	1.3
Von Braunsberg(1994)	402	大学生	3.5	0.5

資料: The Sociognitive Model of Dissociative Identity Disorder: A Reexamination of the Evidence.から
 翻訳

パトナム (2001) (29) はこれまでの研究成果から、解離症状の成因を心的外傷ととらえ、特に病的解離の一要因を小児期からの被虐待体験によるものとしている。スピーゲル (1991) (30) も解離は心的外傷に対する手段、心的外傷後の症状として出現するとし、心的外傷に圧倒された多くの子どもたちが解離エピソードを持つなど、虐待との関連を指摘している。このように子どもが解離を適応的に用いている間はよいが、成人後も解離症状を持ち続け、大人として記憶・行動・自己感覚の連続性を要求されるさまざまな社会状況―職場や家庭の場で不適応状態をおこし、育児に際しても困難を抱える可能性が予測される。

バッレラ (1992) (31) は解離症状を苦痛に対する防御反応としてとらえ、『感覚・感情を意識から切り離すことにより生き延びる手段として使用する』と述べているように、解離はストレスへの対処法として使用されるというプラスの側面とともに、現実生活の中で自分が体験していることが主観的に経験できないという負の側面も見逃せない。

しかも解離は「その主体が（意識化されずに）受身的に陥る状態であることから、主体により積極的に用いられる抑圧機制とは基本的に異なる」（岡野、1995）ため、当事者の自覚がされにくい。そのため、問題が放置され重篤化してしまうなど、解離の認知がなされないことによる困難もあり、研究が十分進められない状況が存在する。しかしながら近年病院など臨床現場からの解離性障害の報告例 (32) も増加しつつあり、今後解離の実態について解明される日が近いかもしれない。

3) 本節における解離傾向の検討課題

解離が「PTSD」や「虐待」から見出され、精神疾患として認知され始めているが、生き延びるための手段としての解離が実際の生活面でどのように影響しているのか、ほとんど研究されておらず、不明な部分が非常に多い。特に育児にどのように関連しているのか、わが国での先行研究はほとんどなく手探りの状態である。「第3章 不適切な育児」でその一部の考察を行ってきたが、解離がどのような要因で生じるのかも不明であることやさらにどのように対応するのが適切なのかも明らかでないため、本節では解離の要因とその対応を探索することを検討する。

2. 解離傾向の検討

1) 解析方法

カールソンとパトナム (1993) (33) は30点をカットオフポイントとしており、多くの先行研究でもそれが用いられている。今回もそれらにならい0～29点の「解離傾向低得点」を非解離群、30点以上の「解離傾向高得点」を解離群と2群化したところ、解離傾向あり群（解離群）18名（12.6%）、解離傾向なし群（非解離群）124名（86.7%）であった。

解離傾向の有無を独立変数、他の各項目を従属変数として解析し、解離傾向の要因の検

討を行った。

2) 結果

(1) 社会的属性と解離傾向

① 年齢と解離傾向

a. 年齢と解離傾向得点

年齢区分ごとに解離傾向得点の平均値を見たところ、解離傾向得点をもっとも高かったのは17～29歳の15.3であった。30代12.3、40代10.9と減少傾向にあったが、50代で13.7と増加していた。

もっとも高かったのは17～29歳の年代の平均値であったが、この数値をロスら(1990)(34)のカナダ、ウィニペグで行った一般人口調査(表26)から比較してみると、ほとんど変わらなかった(35)。30～39歳では12.3、40～49歳では10.9とカナダ調査より高い傾向が見られた。もっとも異なっていたのが50～52歳の13.7であった。これまでの研究では若年齢層に解離得点が高く、年齢が下がるに連れて低くなるといわれている。足立ら(2005)(36)は一般成人を対象に日本版解離性体験尺度(J-DES)を使用し調査を行い、その報告によると20～29歳で13.5(SD=11.1)、50～59歳で6.7(SD=5.7)とやはり年齢が下がる傾向が見られている。

これらを検討した所、50歳から52歳の層に1名30点以上の解離傾向あり群に属した人があり、平均値を押し上げたと考える。タイラー(1989)(37)は解離状態が長期に持続する頻度は10%程度であるとの報告をしており、30点以上の高得点者は外傷後ストレス障害(PTSD)との高い関連が見込まれ、様々な要因で高齢になっても症状が持続することがあるのかもしれない。

表26 ウィニペグの無作為抽出研究における男女の解離体験スケールの点数 (N=1,055)

年齢(歳)	男 (N=435)		女 (N=609)	
	平均	SD	平均	SD
18-29	15.2	12.7	15.6	12.1
30-39	11.9	10.2	10.3	8.9
40-49	8.7	9.3	10.9	8.3
50-59	6.0	4.5	7.0	5.3
60-69	5.9	5.1	10.9	14.0
70以上	9.0	7.1	6.8	6.5

資料: Dissociative experience in the general populationから翻訳

② 婚姻状況と解離傾向

パートナーとの関係で解離群の割合がもっとも多かったのが「その他」で 28.6% (n=7)、次に「離婚」12.9% (n=101)と続いた。もっとも少なかったのが「死別」で 0% (n=2)であった。

③学歴と解離傾向

「中学」で解離群に属したのが 20% (n=25)ともっとも多く、「短大」14.3% (n=14)と続いた。もっとも少なかったのが大学で 0% (n=11)であった。

ロスらの調査では性別、世帯収入、学歴、家族の人数、出生地、または児童期からのもしくは現在の宗教の重要性など社会経済学的要素と解離傾向得点との間に有意な相関は見られなかったといっている。足立らの調査でも年齢との間で関連が見られたほか、性別・教育年数との間には差が見られなかったとの報告がある。

今回の解析でも先行研究と同様に教育年数との間で統計的な差は見られなかったが、教育年数の短い「中学」にもっとも解離群に属した割合が高く、「大学」で解離群に属した人はいなかったことから、若年早期からの解離性障害が持続すると学習にも障害を与え、進学も困難になるのかもしれない。筆者も両親からの虐待を受け、解離性障害を有した人が特に知的障害があるわけではないのに本が読めないと述べ、学習への集中困難などが予測される経験をしたことから、解離の持つ学習への影響など、今後より詳細に検討する必要があると考える。

④現在の職業と解離傾向

解離群がもっとも多かったのが「休職中」(n=9)で 33.3%、「無職」(n=21)14.3%と働いていない人が多く、「パート・アルバイト」(n=75)で 16%「フルタイム」の人は 0% (n=36)であった。フルタイムで解離群に属した人は一人もいず、求職中や無職にその割合が多かった。このことから解離症状の重症度が高くなると就労にも差し支える傾向が見られ、この点が抑うつと異なっていた。就労支援についても今後解離症状の有無などメンタルヘルスへの注意が必要であることが明らかとなった。

⑤年収と解離傾向

解離群がもっとも多かったのが「0~100 万」(n=58)17.2%、次に「収入なし」(n=24)16.7%であった。200 万以上 (n=16)の収入は 0%であった。「100~200 万」(n=44)で 9.1%であった。就労の問題は収入にもひびき、解離群で 200 万以上の収入のある人はひとりもいず、収入なし 16.7%、100 万以下 17.2%、100 万~200 万 9.1%と 200 万以下の低収入層に属した。解離症状があると就労することが難しく、収入も低くなるという傾向がうかがえ、メンタルケアとともに経済的な支援も求められることが示唆された。

(2) ソーシャルサポートと解離傾向

サポートの有無と解離傾向の有無との関連を見たところ、「子育てに協力してくれる人」「子育てを相談する人」「子育てのグチをこぼせる人」の有無との影響は見られなかった

(3) パートナーとの関係と解離傾向

パートナーとの関係が現在の解離傾向に影響を及ぼしているか否かについてみたところ「パートナーが育児や家庭内のことに協力的だった」項目で「非協力的だった」で解離群に属したのは16.7%、「協力的だった」で解離群は2.6%と有意な差が見られた ($p < 0.05$)。

「パートナーが育児や家庭内のことに関して協力的でなかった」と答えた人に解離群に属した人が多いことを検討したところ、解離症状のために家事・育児ができない場合、身近にいるパートナーからのサポートが必要不可欠となるが、夫からの協力が「得られない」場合、夫からの非難をあびるなどが推測され、それを「協力がなかった」と認知していた可能性がある。解離傾向のある群にフルタイムの就労者がひとりもいなかったことから類推して、家事・育児を中心とした日常生活にさまざまな困難感を持っていたと推測される。解離症状があることを本人や夫を含め周囲の人が知らなければ、家事・育児への協力が必要かどうかの判断もすることができず、援助を得られないことによって、パートナーとの関係も難しくなることは予測可能である。

(4) 実家との関係と解離傾向

① 私が育った家の人は怒鳴って怒ることはほとんど無かった

「怒鳴って怒る人がいない」と答えた群で解離群に属したのは6.2%であったが、「怒鳴って怒る人がいる」で解離群に属したのは18.2%と約3倍に増加し、生育家庭内で緊張や恐怖の体験をしている人に解離傾向を有している人が有意に多かった ($p < 0.05$)。

② 私が育った家では殴り合いになることはなかった。

「怒鳴る人がいる」と同様に「殴る人がいない」と答えた群で解離群に属したのは8.5%であったが、「殴る人がいる」群で解離傾向を有していたのは20.8%と約2.5倍の増加を示し、生育家庭内での被暴力体験がある人に解離傾向を持つ人が多かった ($p < 0.05$)。先行研究(38, 39)にあるように解離傾向は「被虐待経験」から生じる要因のひとつであると言われているが、そのことが今回の調査結果からも見られた。

(5) DVと生育家庭での被虐待経験との合併と解離傾向

DV・被虐待経験と解離傾向の関連を見るため、DVと被虐待合併群・DVのみ群・被虐待のみ群・なし群の4群と解離傾向得点との分散分析を行った。解離傾向得点が高かったのは「DV・被虐待合併群」で18.2、被虐待群11.5、DV群8.8と続き、もっとも低かったのは「なし群」で6.0であった。多重解析では「合併群・被虐待群」と「なし群」の間で差が見られた ($p < 0.05$)。このことから解離傾向は被虐待により影響を受け、さらにDVによる再トラウマからその傾向がより強まる可能性がみられた。

(6) 子どもへの愛着と解離傾向

今回の調査からは子どもへの愛着と解離傾向の有無とでは関連が見られなかった。しか

しながらパトナム (28) はメインら (1996) (40) の研究を引用し、解離症状による首尾一貫しない不適切な養育(マルトリートメント)は子どもに影響を及ぼし、『構造が崩れ、葛藤をはらむ行動パターンであって、矛盾した意図と環境に対する嗜好性の欠如と、そして突然トランス状態に入るか、あるいは茫然とした表情で身動きしなくなるという時期を挟むのが特徴である』愛着行動パターン(D型)を示すと述べ、それが解離性障害への発症への傷つき易さを大きくするといっている。

愛着行動D型とはエインズワース (1978) (41) が新奇場面法 (Strange Situation Procedure) により子どものアタッチメントの質を評定し、A (不安定—回避型) B (安定型) C (不安定—両価型の 3 つの型に分類し、その後メインら (1990) (42) によりD (不安定—無秩序型) が抽出され、現在は4類型で分類されている。このD型はエインズワースが分類した型のどれにもあてはまらず、親との再会場面において、抑うつや混乱を示すかのように動作が停滞する「凍結」が見られたり、強く接近を求めた直後に激しく回避したり、情動障害を示すなどの非組織行動が見られ、探索行動が乏しいなどの行動を示すことを特徴とする。またメインら (40) は母親のDES得点が高ければ子どもの乳児期のタイプD型 (不安定—無秩序型) を予告し、解離症状の持つ子どもへの影響を報告している。

このように先行研究から母親の持つ解離症状が子どもへ及ぼす影響が報告されているが、今回の母親からのみの自記式アンケート調査では、当然ではあるが先行研究にあるような問題は浮かび上がってこなかった。この点についても今回の研究方法の限界でもあり、今後は母親の自己評価だけでなく、子供の母親評価やスタッフなどの観察などを取り入れた客観的評価を加える必要があることが理解された。

(7) 不適切な育児と解離傾向

不適切な育児についても子どもへの愛着と似たような傾向が見え、不適切な育児得点と解離傾向の有無との関連は見られなかった。不適切な育児各項目間で関連が見られたのは、「保育園や学校に行かせないことがある」「学校や保育園の世話ができないことがある」($p < 0.05$) であった。

これらの項目はいずれも「学校」や「保育園」といった他者との関わりが強いものであり、保育園や学校に行かせなかったり、保育園や学校での必要な準備をしてこなければ、すぐ連絡が来て母親自身ができていることを自覚しやすい。他の不適切な育児項目は何れも母子相互のみのやり取りであり、もし子どもは母親に言ったとしても母親が取りあわなければ済んでしまうことから、第3者から言われることは認知しやすく、そうでないことは認知しにくいのかもしれない。解離は朦朧状態や麻痺・回避を起こすと言われているが、そのことを本人も認知しにくく、周りもわかりにくいという状況があることがここからも見てとることができる。

パトナムは前掲著 (p406-410) (28) 「第15章 解離性家族における子育て」の中で、解離における子育てを4つに分類して説明している。その一部を引用すると『多重人格性

障害の親はしばしば、自分が子どもに言ったことしたこと、子どもとしたことを思い出せない。矛盾した言明を行い、矛盾した要求をする。約束したことの実行を忘れる。果ては不可欠なケアの提供をせず、子どもを危険な状況に置く。時には、自分の子どものいちばん基本的な要求にこたえられない』と述べ、解離性障害を持つ親から子どもへの影響を具体的に報告している。

今回の調査結果に見られたように「学校や保育園に行かさないことがある」などの「ネグレクト」項目が解離の影響を受けていたところから、入所者自身の認知以外のところで実際は様々な不適切な育児を行なっている可能性が伺え、このことは解離性障害を持つ母親への支援を考える際に貴重な示唆を与えてくれる。もし母親による子どもの養育放棄や放置が解離性障害のためで、意識的に「学校や保育園に行かさない」のではなく「行かせることができない」としたら、支援者はこれまでとは異なった援助法が求められるかもしれない。たとえば解離のために登園や登校ができない母親に対して登校や登園への声掛け、もしくは実際に学校に必要な支度の確認・援助などが有効であるかもしれない。これは母親のみならず子どもへの支援ともなり、母親の子どもの放置・放棄を防ぐためにも必要なこととなる。

このように支援施設職員はメンタルヘルス、特に解離の存在を知ることで当事者を責めるのではなく、より適切な支援の方策を見出すことが可能になる。

3) 重回帰分析による解離傾向要因の検討

解離傾向の要因を検討するため、これまでの分析において、解離得点との関連が統計的に有意であった変数を独立変数、解離得点を従属変数として重回帰分析（強制投入法）を行ったところ、5個の変数によるモデルが示された(表 27)。その結果、解離傾向得点に対するモデル全体の説明力は.31であった。

解離に関連する要因として大きかったのは「抑うつ得点」と「私が育った家では殴り合いになることはなかった」という生育家庭での被虐待経験であった。解離傾向が高いほど抑うつ傾向が高く、生育家庭の暴力傾向が影響を及ぼしていた。また解離傾向が高いほど不適切な育児行為の頻度が高いことになる。また「グチを言う相手がいない」と言う情緒的サポートが少ないことも解離傾向に関連していた。

イグランドら（1996）（43）の研究でも被虐待の既往をもつ母親のDES得点の高さとその子への虐待とが連動しているという報告もあり、被虐待経験へのケアや情緒的サポートの提供など、今回の結果から見られた特性を理解した上での対応が必要となることが明示された。

表27 解離得点を目的変数とした重回帰分析の結果

説明変数	(*<0.05 ***<0.001)	
	標準偏回帰係数	
抑うつ得点	0.45	***
私が育った家では殴り合いになることは無かった	-0.19	*
不適切な育児得点	0.10	
私が育った家では怒鳴って怒ることはほとんど無かった	-0.02	
調整済みR ²	0.31	

Ⅲ. メンタルヘルスの影響のまとめと今後の課題

1. 被虐待経験とDVとの関連

これまで抑うつと解離傾向が支援施設入所者にどのような影響を与えているのか、その要因を検討してきたが、抑うつ・解離傾向へ共に影響していたのが、生育家庭の中での被虐待体験であった。被虐待経験者は入所者の56%と半数以上にのぼり、入所者の多くにメンタルヘルスの問題を抱えている可能性が見られた。

被虐待経験とDV被害についても以下のような特徴が見出された。支援施設入所者はDVと被虐待経験を合併して有している頻度が高く、全体の35.7%と3人にひとりが合併していた。抑うつも解離傾向もその平均値がもっとも高かったのが、「DV・被虐待合併群」であり、低かったのが抑うつでは「DVのみ群」、解離傾向では「なし群」であった。

生育家庭での被虐待経験がさらなる暴力被害を生むことについて、森田(2001)(44)は『DV被害者は子ども時代に虐待を受けた人、以前暴力を受けたことがある人が多いと主張する人もいますが、広範な調査に基づいて数値的にそのことをあとづけるものはない』と、被虐待経験とDVとの関連について否定している。しかしながらアンドリュースとブラウン(1988)(45)によって行なわれたロンドンの地域社会研究によると、「子どものころ暴力に遭ったり、目撃した女性のうち成人してからまたDVにあった女性は32%」という報告もあり、また児童虐待の被害者が虐待関係の反復傾向という対人関係の特徴を示すことは、既に良く知られているところである。

虐待関係の反復傾向とは、被虐待者が過去に大人と持っていた「虐待的な人間関係」を、現在の大人との人間関係において再現する傾向のことを言う。西澤(2002)(22)はそのメカニズムの一つに「対人関係の反復傾向」をあげ、『人は対人関係にある一定のパターンを持っているもの』で『多くの場合、自分の親との関係のあり方に由来している』とし、『虐

待を受けた子どもにとって、その発達初期に養育者との関係で学習した基本的人間関係とは、虐待関係であるといえよう』と述べているように、成人した被虐待者が「虐待」的配偶者選択をする可能性は十分にあるといえる。

今回の調査結果に見られた被虐待経験とDVの合併が、抑うつや解離などのメンタルヘルスにもっとも影響を与えていたことから、支援施設スタッフは早期にメンタルヘルスの問題に介入することで母親に適切な支援を行い、それとともに当事者へもメンタル・ケアの必要性を喚起することが重要となる。その理由は当事者が育児をうまくできないことを自分の責任として責めず、サポートを受けやすくすることを可能にするからである。周囲からのサポートで得られた心理的・身体的余裕は子どもへの対応にもゆとりを与え、子どもの健やかな成長を入所者が体験し子育てへの自信につながってゆく。またスタッフ自身も精神保健領域の専門職との連携を行うことで、より有効な援助方法やスタッフ自身のサポートを得ることが可能となる。

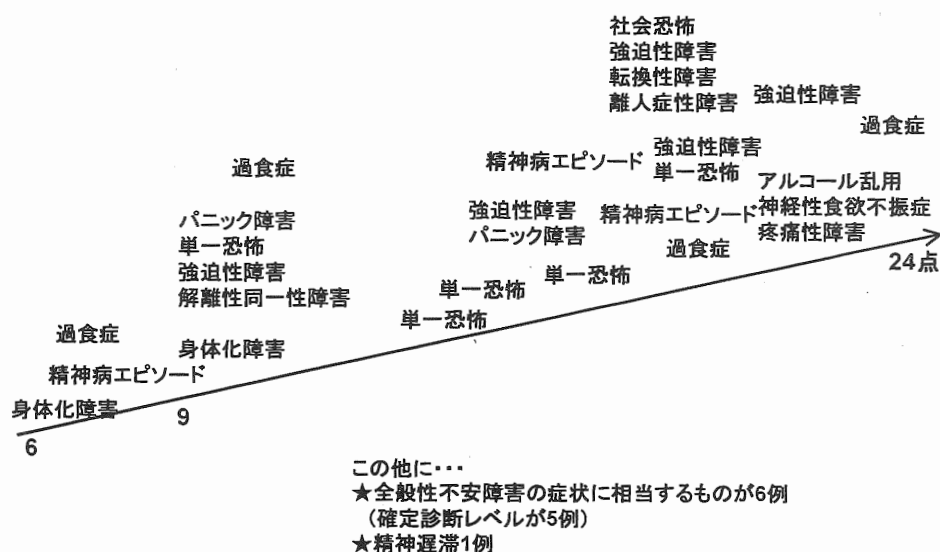
2. 抑うつと解離との関連

抑うつと解離が合併していることが、今回の調査から明確となった。「解離傾向群」(n=18)のうち、抑うつ傾向がなかったのは2名で、あとの16名(89%)は抑うつが合併していたところから、解離傾向は抑うつをかなりの頻度で合併しているといえる。

この4群と不適切な育児との関連を見たところ、もっとも不適切な育児得点が高かったのが、抑うつ・解離合併群(n=16)4.25、次が抑うつのみ群で(n=52)3.75、なし群(n=71)2.32もっとも低かったのが解離のみ群(n=2)1であった。解離のみ群の例数が少ないため確実なことはいえないが、解離のみ群は、「抑うつ」群や「何もしない」群など他の3群より圧倒的に不適切な育児得点が高い。このことから抑うつ傾向のある人は、子どもへの否定的感覚や不適切な育児行為を行なっていると認知しているが、解離傾向は子どもへの不適切な感情や行為への自己認知を阻害している可能性が見られた。

西園(2005)(46)は保健所での乳児検診においてEPDSの高得点者(9点以上)と面接し、抑うつとともに摂食障害や強迫神経症などの様々な精神疾患が併存していることを診断し、精神疾患ごとの適切な治療が必要であることを報告している。西園が作成した図13(47)ではEPDS得点が上昇するに従い、さまざまな精神症状が合併していることを示している。このことから理解されるように抑うつ傾向は単に抑うつだけではなく、その背後に併存しているPTSDや他の精神疾患への発見に結びつく可能性があり、それはひいては支援施設入所者への適切なケアへとつなげることが期待できる。そのため支援施設職員は精神科医や保健師、心理職などのメンタルヘルスの専門職と連携をとりつつ、その査定に応じた対応や支援をすることが求められる。

図13 EPDS総得点と精神科併存症 (DSMIV Axis I) 西園作成



出所：2005 年精神神経学会西園発表スライド

3. 母子生活支援施設入所者へのメンタルヘルス支援

母子生活支援施設入所者はひとりで仕事・家事・育児全てを担わなければならない、身体的・心理的負担などその困難性は大きく重い。これらのストレスは、入所者がこれまで抱えてきた実家からの被虐待経験やDVなどの、心的外傷による抑うつ傾向・解離など様々なメンタルヘルスの問題を、持続させるリスクが非常に高いことが今回の調査から十分に見て取れた。

海外の先行研究でも低所得のシングルマザーが多くのストレスに直面し、抑うつ傾向から子どもへの虐待のリスクを高めるという研究が報告されている(48、49)。近藤(2005)(50)も社会経済的因子(学歴・職業・所得)が抑うつの原因になっていることを検証し、「人間関係の喪失」「社会経済的因子(社会的サポートが乏しい、低学歴、低所得者、経済的困窮、ストレスの多い労働条件)」が抑うつの危険因子であると述べている。今回の調査でも支援施設入所者は近藤の言う、「抑うつの危険因子」を多く有しており、それによる精神的不健康は身体的にも影響を及ぼし、育児にも当然に影響を及ぼしているところから、まずこのような社会的・経済的不利の是正が不適切な育児を解消する方策のひとつとなる。

さらにメンタルヘルスの問題を抱えた母親にどのような支援が有効かについて、近年著名なのは認知行動療法(51)であるが、他にもモースら(1997)(52)は抑うつを抱えた母親への具体的援助方法として、積極的に乳児に関わるマッサージセラピーと共に「母親がうつの場合の介入方法としてあげることでできるもうひとつの方向性は、うつでない人をそばに置くという単純なもの」であることを述べ、母親のそばに(うつでない人が)寄り添

うことで子どもへのうつ病の潜在的悪影響を埋め合わせることができるとしている。このように時に感情や行動のまとまりを失うことがあるかもしれないメンタルヘルスの問題を抱えた当事者への支援は、その傍らに寄り添いつつ不安が生じたときにいつでも助けてくれる人の存在こそ、安心感・安全感の促進となり、支援施設のように 24 時間支援する職員がいて初めてなしえる援助となる。そのような意味でも支援施設の実存意義は大きい。

4. 今後の課題

第 5 章ではこれまで検討してきた不適切な育児要因とその構造を明らかにし、そこからどのような介入支援が可能かを検討する。また支援施設経験者によるヒアリングから、具体的にどのような援助が求められているのかを聞き取って行く中で、母子生活支援施設の母親支援のあり方を考察する。

【注・参考文献】

- (1) 平成 14 年度厚生労働省患者調査 (2002 年)
- (2) Holmes, T.H. & Rahe, R. H.: The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic Research*, 11, 213-218. (1967)
- (3) 石郷岡純編:「精神疾患 100 の仮説」星和書店 (2004)
- (4) 小此木啓吾: 精神分析理論、懸田克躬編:「現代精神医学体系、精神医学総論Ⅱa2」, 中山書店。(1980)
- (5) Parker, G., Tupling, H., Brown, L. B.: A Parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52; 1-10. (1979)
- (6) 高橋誠一郎: Parental Bonding Instrument (PBI) と摂食障害. *精神科診断学* 10; 417-427 (1999)
- (7) 吉田卓史 他: 強迫性障害の PBI. *精神科診断学* 10; 409-416 (1999)
- (8) Dore, M. M., Doris, J., & Wright, P.: Identifying substance abuse in maltreating families. *Child Abuse & Neglect*, 19, 531-543. (1995)
- (9) Milner, J. S., Halsey, L. B., & Pultz, J.: Empathic responsiveness and affective reactivity to infant stimuli in high and low-risk for physical child abuse mothers. *Child Abuse & Neglect*, 19, 767-780. (1995)
- (10) Ethier, L. S., Lacharite, C., & Couture, G.: Childhood adversity, parental stress and depression of negligent mothers. *Child Abuse & Neglect*, 19, 619-632. (1995)
- (11) Brown, G. W., Harris, T.: Social origins of depression, London Tavistock Interview Schedule for events and difficulties 323-339. (1978)
- (12) O' Connor, P. & Brown, G.W.: Supportive relationships: fact or fancy? *Journal of Social and Personal Relations* 1. 159-175. (1984)
- (13) 本城秀次他:「母子関係障害についての精神医学的・発達心理学的研究—母子関係障害解決・予防のための基礎研究—」厚生労働科学研究平成 15 年度研究報告書 (2004)
- (14) 平川和子 (2002) 平成 14 年度厚生労働科学研究子ども家庭総合研究事業分担研究報告「民間シェルターを利用したDV被害女性の健康に関する実態調査」508-519.
- (15) Dalgard, O. S., Bjørnsgaard, S., Tambs, K.: Social support, negative life events and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 166, 29-34. (1995)
- (16) 石井朝子、飛鳥井望他:「ドメスティック・バイオレンス(DV)簡易スクリーニング尺度(DVIS)の作成および信頼性・妥当性の検討」*精神医学* 45 (8)、817-823. (2003)
DV被害者の簡易版スクリーニング尺度として開発され、最近1年間の被害頻度を問うものである。15設問で構成され、「相手は私に何かいやがらせをした」0の「これまで一度も無い」6の「20回以上」を最多とし「1年以上前にはあった」を7としてその頻度を問うものである。

- (17) Bowlby, J.: Developmental psychiatry comes age. *American Journal of Psychiatry* 145, 1-10. (1988)
- (18) 岡野憲一郎:「外傷性精神障害のスペクトラム」*精神科治療学* 10(1); 9-19, (1995)
- (19) 高橋徹: ヒステリーから解離性障害へ 中谷陽二編集「解離性障害」 *精神医学レビュー* No. 22 5-12. (1997)
- (20) 融道男ほか監訳:「ICD10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン」
医学書院 (2005)
- (21) Freud, Sigmund: Five Lectures on Psycho- Analysis. S.E. 11. (1909)
- (22) Janet Pierre: L' automatisme Psychologique. Alean, Paris. (1889)
- (23) 西澤哲:「子どもの虐待 子どもと家族への治療アプローチ」 誠信書房. (2002)
- (24) 岡野憲一郎:「外傷性精神障害—心の傷の治療と病理」岩崎学術出版 (1995)
- (25) David H. Leavess. : The Sociocognitive Model of Dissociative Identity Disorder:
A Reexamination of the Evidence. *Psychological Bulletin* vol120 No.1, 42-39.
(1996)
- (26) Anderson, G., Yassenik, L., & Ross, C. A: Dissociative experiences and disorders
among women who identify themselves as sexual abuse survivors. *Child Abuse &
Neglect*. 17, 677-686. (1993)
- (27) Ross C. A., kronson, J et al :Dissociative comorbidity in 100 chemically
dependent patient. *Hospital and Community Psychiatry*, 43. (1992)
- (28) Latz, T. T., Kramer, S. I., & Hughes, D. L. : Multiple personality disorder among
female inpatients in a state hospital. *American Journal of Psychiatry* 152. (1995)
- (29) Frank W Putnam. :「解離—若年期における病理と治療」中井久夫訳 みすず書房.
(2001)
- (30) Spiegel, D :Dissociation and Trauma. Tasman, A., Goldfinger, and S. M (Ed):
American Psychiatric Press, 261-275, Washington, DC. (1991)
- (31) Briere, J: Child abuse trauma, Theory and treatment of the lasting effect. Sage.
(1992)
- (32) 鈴木智美: 解離とわが子への虐待をもつ人格障害患者の精神分析的療法過程.
臨床精神医学 28 巻 11 号 1411-1417 (1999)
- (33) Carlson, Eve B & Putnam FW: An update on the Dissociative Experience Scale.
Dissociation 6(1): 16-27. (1993)
- (34) Colin A. Ross, M. D., Shuan Jshi, & Raymond Currie, Ph. D. : Dissociative experience
in the general population. *American Journal of Psychiatry* 147, 11. (1990)
- (35) 同上文獻 (33) (p 1550) から引用し、作成した。
- (36) 足立卓也、足立直人他: 一般成人・青年における解離性体験—日本版解離性体験尺度
(J-DES)による定量評価—、*精神科治療学* 20 (6) 625-628. (2005)

- (37) Tyrer P: Classification of Neurosis. 87-117. John Wiley & Sons, Chichester, (1989)
- (38) Chu, J.A., Dill, D. L. : Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J. Psychiatry*, 147; 887-892. (1990)
- (39) Kluft, R. P: Childhood antecedents of multiple personality. *American Psychiatry Press*. (1985)
- (40) Main, M., & E. Hesse: Disorganization and disorientation in infant Strange Situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states. In L. Michelson and W. Ray (Eds.), *Handbook of Dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York, Plenum Press. 107-138. (1996)
- (41) Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. : Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home. Hillsdale, N, J; Erlbaum. (1978)
- (42) Main, M. & Solomon, J. : Procedures for identifying infant as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in Preschool Years*. 121-160. Chicago: University of Chicago Press. (1990)
- (43) Egeland, B., & A. Susman-Stillman. : Dissociation as mediator of child abuse across generations. *Child Abuse & Neglect*. 20, 1123-1132. (1996)
- (44) 森田ゆり : 「ドメスティック・バイオレンス」 小学館. (2001)
- (45) Andrews, B. & Brown. G.W. : Marital violence in the community b biographical approach. *Journal of psychiatry*, 153.305-312. (1988)
- (46) 西園マーハ文 : 産後うつ病質問票高得点者に見られる抑うつ以外の精神病理と精神医学的既往歴の検討. 2005 年精神神経学会発表抄録. (2005)
- (47) 西園氏の了解を得、西園氏の作成した(45)発表時の資料を転載した。
- (48) Lutenbacher M. Hall LA: The effect of maternal psychosocial factors on parenting attitude of low-income, single mothers with young children. *Nurse Researcher*. 47(1); 25-34 (1998)
- (49) Zuravin SJ : Severty of maternal depression and three types of mother-to-child aggression. *American Journal of Orthopsychiatry*. 59(3), 377-389. (1989)
- (50) 近藤克則 : 「健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか」 医学書院. (2005)
- (51) Burns, D.D: feeling good, The new mood therapy. (1980)
野村総一郎他 : いやな気分よ さようなら—自分で学ぶ「抑うつ」克服法. 星和書店 (1999)
- (52) Robin Karr-Morse & Meredith S, Wily: Ghosts from the nursery: Tracing the Roots of Violence. *Atlantic Monthly Press*, New York. (1997)
朝野富蔵、庄司修也監訳 : 「育児室からの亡霊」 毎日新聞社. (2000)

第5章 母親支援の検討

I. 不適切な育児の要因とそれに関連する構成妥当性の検討

—一般人口調査との比較から—

1. 本節の検討課題

これまでどのような要因が不適切な育児に影響を及ぼしているのかを知るため、不適切な育児に関わっているであろう項目を多面的に測定し、要因ごとの分析を行った。さらに重回帰分析を行い、その要因と相互の関連を検討してきた。しかしながらこれまで行なってきたことは、母子生活支援施設入所者の不適切な育児要因とその関連であるため、序章で示した不適切な育児要因と構成が一般的・妥当的であるかの検証はなされていない。そのため、本節では一般人口調査(学童)との比較をおこない、今回見出された不適切な育児の構成仮説が、妥当性のあるものか否かを目的とした検討を行なう。そしてそれに加え、一般人口調査対象者と母子生活支援施設入所者との異同を検討し、その特徴を知ることにより支援施設入所者へより適切な支援・介入方法を導きだすことを課題とした。

2. 一般人口調査における不適切な育児の要因とその構成の検討

1) 方法

一般人口調査(学童)のデータをもとに、支援施設調査で行ったのと同じ方法で虐待得点と各要因との関連性と説明力を示すため、各ステップからなる階層的重回帰分析を行なった。投入した項目は支援施設調査で用いた項目と同様、もしくは準じたものを選択し使用した。

2) 使用した項目

- ① 人口統計学的変数：支援施設調査と同様に、年齢・学歴・年収を用いた。
- ② 実家との関係(被虐待経験)：支援施設調査と同様の項目がなかったため、PBI (Parental Bonding Instrument) (1)の「愛情ケア得点」「過保護可干渉得点」を用いた。PBIは母親から受けた被養育体験をさかのぼって測る尺度であり、低愛情ケア・高過干渉という「愛情欠損的統制」を被虐待体験とする。
- ③ パートナーからの暴力：支援施設調査では「パートナーからの暴力がない」が、一般人口調査では「パートナーが暴力を振るう」と内容が逆転している。
- ④ サポート項目：「相談する人がいない」「心配事や悩みを聞いてくれる人がいない」を用いた。
- ⑤ メンタルヘルス項目：抑うつは同じCES-D、解離傾向は臨床的によく見られる解離症状7項目を合算したものを解離傾向得点とし、使用した。

- ⑥ 子どもへの気持ち：支援施設調査で使ったボンディング(愛着)項目が入っていないため、以下のような項目を作成し、使った。

「あなたはお子様について、次のように感じることはありますか」と子どもへの認知を問うた15項目の主成分分析を行い、3つの主成分を抽出した。第一主成分は「子供は私を傷つけたり追い詰めたりするようなことを言う」など7項目で母親自身への脅威を表す主成分であると解釈し、7項目の合計を「自分への脅威得点」とした。第二主成分は「よその子より手がかからない」「私が好きでそばに居たがる」など4項目からなり、「子への肯定的感情」を表す主成分であると解釈した。第三主成分は「期待していたほどできがよくない」などの4項目からなり、子どもへの非現実的な期待を表している主成分であると解釈し、「子への非現実的な期待」とした。この3つのうち子どもへの否定感を表す「自分への脅威得点」「子への非現実的な期待得点」を用いた。

3) 解析の結果

虐待得点に関連する要因の階層的重回帰分析の結果は以下のようであった(表28)

① ステップ1

人口統計学的変数は有意な決定係数($R^2=0.029$)を示し、年齢のみ負の方向で不適切な育児に関連していた。

② ステップ2

被虐待傾向を表すPBI項目(「愛情ケア得点」「過保護可干渉得点」)を加えたところ、「愛情ケア得点」は負の方向で、「過保護可干渉得点」は正の方向を示し、低愛情ケア・高可干渉と被虐待傾向が見られ、決定係数は0.062を示し、第1ステップよりの増加は0.033であった。

③ ステップ3

第3ステップに「パートナーが暴力を振るう」を加えたところ、決定係数は0.107を示し、第2ステップよりの増加は0.045であった。

④ ステップ4

「相談する人がいない」「心配事や悩みを聞いてくれる人がいない」のサポート項目を加えたところ、決定係数は0.109を示し、第3ステップよりの増加は0.002であった。

⑤ ステップ5

「解離傾向・抑うつ傾向」などのメンタルヘルス項目を加えたところ、決定係数は0.206を示し、第4ステップよりの増加は0.097とその増加率はもっとも高かった。

⑦ ステップ6

子どもへの否定感を表す「自分への脅威得点」「子への非現実的な期待得点」を加えたところ、決定係数は0.294を示し、第5ステップよりの増加は0.088とその増加率はメンタルヘルスに次いで高かった。

もっとも決定係数が大きく有意差があったのは、子どもへの否定感である「子への非現実的な期待」であり、「解離得点」「自分への脅威」「パートナーが暴力を振るう」「年齢(が若い)」の順であった。

表28 虐待得点(学童調査)に関連する階層的重回帰分析

	ステップ1	ステップ2	ステップ3	ステップ4	ステップ5	ステップ6
	β	β	β	β	β	β
年齢	-0.185 ***	-0.169 ***	-0.159 ***	-0.16 ***	-0.13 ***	-0.087 **
学歴	-0.002	-0.001	-0.016	-0.017	-0.039	-0.019
年収	0.025	0.04	0.029	0.032	0.041	0.038
PBI(愛情ケア)		-0.115 **	-0.099 *	-0.092 *	-0.067	-0.052
PBI(過干渉)		0.102 *	0.106 **	0.097 **	0.06	0.039
パートナーからの暴力			0.216 ***	0.213 ***	0.13	0.117 ***
相談する人がいない				0.042	0.045	0.015
心配ごとや悩みを聞いてくれる人がいない				0.039	0.022	0.018
抑うつ得点					0.067	0.007
解離得点					0.304 ***	0.242 ***
否定的認知(自分への脅威)						0.144 ***
否定的認知(子への非現実的な期待)						0.244 ***
調整済みR ²	0.029 ***	0.062 ***	0.107 ***	0.109 ***	0.206 ***	0.294 **
ステップ1からの増加		0.033	0.045	0.002	0.097	0.088

(*<0.05 **<0.01 ***<0.001)

3. 一般人口調査(学童)と母子生活支援施設調査との比較検討

一般人口調査(学童)との比較を行なうため、以下に母子生活支援施設調査「不適切な育児に関連する階層的重回帰分析の結果(表20)」を再掲し、 β (標準偏回帰係数)をパス係数とし、各項目ごとの比較を行なった。

表20 不適切な育児に関連する階層的重回帰分析の結果

	ステップ1	ステップ2	ステップ3	ステップ4	ステップ5	ステップ6
	β	β	β	β	β	β
年齢	-0.272 ***	-0.265 ***	-0.263 ***	-0.313 ***	-0.325 ***	-0.312 ***
学歴	-0.188 *	-0.159	-0.135	-0.074	-0.055	-0.041
年収	0.111	0.115	0.094	0.053	0.063	0.073
実家での怒鳴りあい		0.109	0.078	0.027	0.011	0.03
実家での殴りあい		0.05	0.086	0.097	0.079	0.05
パートナーからの暴力がない			0.175 *	0.205 *	0.212 *	0.227 **
相談する人がいない				0.166	0.158	0.152
グチを聞いてくれる人がいない				0.072	0.063	0.01
解離得点					0.189	0.106
抑うつ得点					0.141	0.158
ボンディング得点						0.236 **
調整済みR ²	0.096 ***	0.103 ***	0.129 ***	0.162 ***	0.221 ***	0.265 ***
ステップ1からの増加		0.007	0.026	0.033	0.059	0.044

(*<0.05 **<0.01 ***<0.001)

1) 項目ごとの比較

①ステップ1 (人口統計学的データ)

年齢(若い)のパス係数は学童調査-0.185、支援施設調査も-0.272 といずれも有意差を示し、決定係数に寄与していた。支援施設調査では学歴が-0.188 と有意差を示したが、学童調査では-0.002 と低かった。年齢・学歴・年収の決定係数は学童調査と支援施設調査では大きく異なり、学童では 0.029 であったのが、母子では 0.096 であったことから、支援施設入所者の不適切な育児に年齢・学歴や年収などの慢性的社会的不利がより強く関連していることが理解された。

②ステップ2 (被虐待経験)

学童調査のPBIでも愛情ケアが乏しく過干渉が強い「愛情欠損的統制」パターンを示し、決定係数の増加も 0.033 と被虐待が不適切な育児に関連していることが見られた。しかしながら支援施設調査ではパス係数に有意差が見られず、決定係数の増加も 0.007 と低かった。このことは尺度の問題か、それとも支援施設調査では被虐待経験を有している人がほぼ半数と多く、そのために不適切な育児に影響が見られなかったのか、今後さらに検討する必要がみられた。

③ステップ3 (パートナーからの暴力)

学童調査と支援施設調査でもっとも異なっていたのが、「パートナーからの暴力」であった。学童調査では「パートナーが暴力を振るう」項目の追加で決定係数が 0.045 増加し、支援施設調査では逆に「パートナーからの暴力が無い」で 0.026 の増加が見られた。学童調査ではDV加害者と同居中であり、パートナーからの暴力は子どもへの不適切な育児に直接結びついていたが、支援施設調査では入所者が既にDV加害者から離れ、不適切な育児が少なくなるとの方向に影響していた。これらのことに関してはこれまで繰り返し述べているが、支援施設利用のDV経験者の特徴と言えるのかもしれない。

④ステップ4 (サポート)

サポートについても学童調査と支援施設調査では差が見られた。支援施設調査のサポートの決定係数は 0.033 であったが、学童調査では 0.002 と低かった。学童調査では「サポートがない」と認知していても夫や家族から援助を受けることで、不適切な育児に至らない可能性がある。しかし支援施設調査ではサポートの影響が大きいことから、支援施設入所者の「サポートがない」との認知はそのまま不適切な育児に結びついてしまうのかもしれない。このように支援施設入所者の「サポートがない」との認知が不適切な育児と関連することが示されたことから、逆に入所者がサポート認知を得ることができるようになれば不適切な育児を防止する手段となる可能性が見出された。

⑤ステップ5 (メンタルヘルス)

学童調査の決定係数の増加が 0.097、支援施設調査でも 0.059 とその増加率は他の要因に比べもっとも高く、不適切な育児にメンタルヘルスが大きな影響を及ぼしていることが理解され、今回の仮説の一部が検証された。

⑥ステップ6（子どもへの否定感）

支援施設調査で使用したボンディング項目と、学童調査の子どもへの否定的認知項目もほぼ同じように、メンタルヘルスに次いで不適切な育児に影響していた。これらのことから子どもへの愛着と否定的認知は、子どもへの否定感と近似したものを測っている可能性が見られた。いずれにしても子どもへの不適切な育児行為は子どもへの否定的感情から生じ、その誘因にメンタルヘルスが関わっているとの仮説が検証されたと言ってよいかもしれない。

2）一般人口調査と母子生活支援施設調査の構成妥当性

学童調査も支援施設調査も不適切な育児に関連する要因の構成は、項目ごとの影響の強弱はあるものの両調査ともほぼ一致しており、序章で提示した不適切な育児に影響を及ぼす要因とその関連構成の仮説は、ほぼ妥当性があると考えられた。不適切な育児は一方向で進行するのではなく、さまざまな要因が重なり合ったときに生じるといわれており、今回その重なりの一部が検証されたといえる。今後さらにデーターを蓄積し、どのような要因がどのように重なると不適切な育児を生じるのかより詳細に検討することが求められる。

3）一般人口調査との比較から見た母子生活支援施設入所者の特徴

（1）慢性的社会的不利の影響

学歴（教育年数の短さ）・年収（が低い）・就労形態（雇用が不安定）など社会的不利の継続が一般人口調査対象者と比較し、不適切な育児に影響することが理解され、支援施設入所者への経済的、教育的配慮をすることが不適切な育児を減らすために必要であることが明らかとなった。収入と不適切な育児については「第3章不適切な育児」で既に述べたが、母子生活支援施設入所者には安定した就労や収入の確保など、経済的な保証を得ることを可能にするための施策が望まれる

（2）サポート認知の影響

一般人口調査対象者のサポート認知が低くても、家族からの支援により不適切な育児にそれほど影響を及ぼしていなかった。しかしながら支援施設入所者のサポート認知の低さはそのまま不適切な育児に影響していたことから、サポートの認知をどのように高めてゆくかが支援施設入所者への支援のポイントになる可能性が見られ、今後具体的にどのような方法が有効かを検討する必要があることが示された。

（3）パートナーからの暴力の影響

一般人口調査対象者のパートナーからの暴力は、子どもへの不適切な育児に直接影響していたが、支援施設入所者は逆に不適切な育児が減ることが見られた。このことはDV家庭の子どもへの影響という観点から見て、明らかに支援施設が子どもにとって安全で保護される環境として機能しているということがいえる。ただしDVの後遺症とも言える子ど

もが学習してきた暴力や、母親の親機能の回復がなされないと、子どもから同胞や親への暴力が生じる可能性があることを踏まえつつ、入所者へ育児についての配慮などを働きかける必要があるかもしれない。

Ⅱ. 母子生活支援施設入所者へのヒアリング

1. 対象と方法

数量的な検討だけではその実際のところが見えないため、これまでの量的データからの検討を参考にヒアリングを行ない、どのような介入やケアが有効かを検討・考察した。

1) 対象

支援施設に入所しそこから地域生活に移行した支援施設入所経験者を対象に、支援の有効性についてのヒアリングを行なった。対象者については支援施設スタッフに依頼し、ヒアリングの協力者を募り2名の方のご協力を得た。その施設は退所後も母子へのケアを長期的に行っており、その関係で今回の協力が得られたと思われる。

2) 方法

面接時間は1時間程度を予定し、ヒアリング開始前に守秘義務など調査の説明を行い、了解を得る同意書をいただいた。ヒアリングについては「子育てについて」との大枠を提示し、その後は自由に語っていただいた。話していただく中で調査者が必要に応じて質問を挟む、半構造化面接法で行なった。

ヒアリングの「まとめ」については調査者がヒアリングの内容から抜粋し、カテゴリー別に構成した。なお個人情報を示すものは削除もしくは内容を変更して記した。

2. ヒアリング

1) 事例 Aさん

(1) 実家との関係

親から特に父親からはとても可愛がって育ててもらった。田舎で育てたいということで、田んぼに囲まれたところで育った。ただ田舎なので親は思っていなかったと思うけど、「〇〇の家の子」と言う周囲の目がうるさくて、周りから悪く思われないうちゃんとしなければいけないと思っていた。また下に兄弟が居て面倒を見ていたので、小さいころから頑張っていたと思う。

婚家先を出て、職探しをしているとき母親もすごく心配して「家に帰ってきたらどうか」と言われたが、夫が実家まで来て探すかもしれないのが心配で帰らなかった。最近実家から「戻っておいで」といわれたけど仕事をこちらに決めてしまったし、帰っても田舎では仕事がないから無理かなとも思う。

(2) 夫との関係

家事手伝いをして半年位して結婚したので、技術や職歴も無く(まったくの)専業主婦だった。夫は「物を落としてはいけない、食事は残してはならない」と子供をいつもたたいていた。だから子どもが確実に食べられる量を盛り付けるなど、とても気を使った。夫は楽しい家庭に憧れていると言うが、実際にやっていることはまったく違う。夫の意向に外れることを子供がちょっとでもやると、それを許さないで子供に暴力を振るう。それがすごく辛くて「やめて」と言うが「これは必要なこと、あなたが見なければいい」「あなたの家庭は甘いからそういうことを言う」など私がどんなに言ってもダメだし、自分の考えを全部押し付けるのですごく辛かった。そんな中で私は苦しくて家にいられず、子供 2 人を自転車に乗せて、朝から晩までとにかく出かけていた。夫は家族みんなで出かけたがる人で、平日の活動は「(それに) 差し障りない様にしろ」とか、全部自分に合わせないと嫌という人だった。(私を) 檻の中に置くというか、家に居て欲しくて働くこともダメだった。

私自身虐待と言うか心理的なDVがあるということを知らなくて、家を出てから女性センターで初めて知った。精神的なDVなら私も入っているなと思う。今はコンビニでポスターが張ってあったり、DVのチラシやパンフレットが置いてあるけど、もっと早くこのことを知っていたらと思う。

(3) メンタルヘルスの関連

子供が生まれる前は何もすることがなくて、でも生活費は全部夫が管理してお金もないし、田舎から東京に出てきて何をしたら良いかわからず、寝てばかりいた。夫を送り出した後、そのまま夕方まで寝ていて、精神的にも参っていたのかもしれない。

子供が生まれてからは忙しかったこともあるので、寝込むことは無くなったけど、今度は家にいたくなくて、子供を連れて毎日出かけていた。普通だったらそんなことしないと思うけど、そのときはそこに行くしかないと思いつめていた。今思うと普通の心理状態ではなかったと思う。

できるだけ子供のことを自分で見たいと思っていたが、イライラして子供が泣くと、子どもを放り出して家の外に出て行ったりしたこともあった。夫がいるときは2人で分担できるのに、一人で何かやらなければならないのがすごく辛かった。夫は子供と同じで全部面倒を見て貰いたい人で、子供が 3 人いるのと同じだった。そこでも夫は大人なのに、なぜ(私が夫の面倒を)見なければならないのかと思いイライラした。

支援施設入所前は「こういう生活をしている自分は大嫌い」という自分を、離れて見ている別な自分があったけど、入所して1年くらいたってから、自分を見ている自分がいなくなったことに気がついた。前は確かに少し離れているところに別な自分が居たけど、それが今は一つになったということかな。それが一番大きい。一番変わったのは自分かもしれない。

(4) 支援施設との関係

ここの職員は皆型にはまっていないと言うか個性的。でも、それぞれの人がそれぞれの

個性を出している。すごくその人らしくて「職員としてこうあるべき」と言ったところがない。こちらにも話ができるというか、飾らなくていいというかそういうところが良い。

ここ（支援施設）はお母さんたちが働き易いようにいろいろやってくれて、熱が出たとき、迎えに行ってくれたりするので、あまり職場を休まずに済む。話をしたいときには職員室にいつでも話しにいけないし、ストレスを抱え込まなくて良かったと思う。子供が問題を起こしたときも職員が学校に行って、子供と一緒に先生から話を聞いてきてくれる。そしてあとで母親も同席し、子供とそのことについて話しあってくれる。子どもは親が言っても聞かない時があるが、職員からなら話を聞いたり、（自分の気持ちを）話したりできる。そして職員から悪いことは悪いと怒ってくれたり、父親代わりをしてくれるので、退所後もまだまだここ（支援施設）が必要で、この近所にアパートを借り、親子で来たいときに来ている。

(5) 子供との関係

怖い父親から離れて最初の数ヶ月間、子供たちは部屋の中を走り回るような状態だった。下の子がふざけるようになったのを見て、この子は本当はこんな子だったんだと思った。上の子は頻繁に暴力を振るう子で、兄弟げんかをしたときなどは下の子をたたいていたが、入所してから少しずつ暴力を抑えられるようになり、今は暴力を振るうことはない。ただ上の子が「自分みたいにひどい目にあった子は他には居ない」と言うのを聞いて、子供がそんな風に思っていることは知らなかった。下の子は心配していないが上の子は今不登校気味で、学校に行けなくなっている。学校ではとても不器用で友人との人間関係がうまく行っていないみたい。支援施設にいるときはみんなが同じ立場（一人親）なので、あまり気にしなかったようだが、退所したあと他の人は両親がいて自分は（違う）ことが気になっているよう。また本人はどこかで自分が父親に似ていると思っていて「僕はお父さんの血を引いているから」と言っていたこともあった。子供は今荒れているわけでも話をしないわけでもないが、学校に行かなかったりするとやはり心配。ただ学校と違い、ここ（支援施設）では自分らしくいられるようで、ここに自分の居場所があるという感じで、来ると小さい子と一緒に遊んであげたりしている。

2) 事例 Bさん

(1) 実家との関係

両親は愛情はあると思うが、育て方を知らない人たちだった。共働きをしていたので、放って置かれた。私も（思春期のころ）悪さをした時期もあったが、（今思うと）そのときは寂しかったんだと思う。母から「あなたなんて生むんじゃなかった」と繰り返しいわれ続けて、私からすると「どうして私はここに生まれてきたの」と。自分が「何で生まれたのか」を知りたかったし、「何で私はここにいるの？生きていちゃいけないの」とも思っていた。今は母ももう歳なのであまりいじめたくないけど、夫婦関係が悪いのも子供のせい、旦那のせいと言い訳ばかりしていて、それを聞くのが本当に嫌だった。生活面でもご飯は

作ってくれないし、ほったらかしで、私は親戚の人に育てられた。その人はとても厳しくて何かあるとお灸や箠で体罰された。それを当たり前に思ってきたが、あるときテレビで虐待のドラマを見て、「エー、私って虐待を受けてきたんだ」とそのとき初めてわかった。

私は父や母にはすごく否定的だけど、反面教師という点ではよかった面もある。子供の所為で離婚できないと言われることは私にとってとても苦痛だったから、夫とのことも我慢しようと思えばできたけど、自分の両親の姿をずーと見てきて、仮面夫婦の問題をよく知っていたので、別れる事に踏み切ることができた。よくなかった点は家庭に対して美化しすぎてしまい「こうあらねば」と思ってしまい、こけたくない(失敗したくない)という思いが強かったと思う。

(2) 夫との関係

(夫は)子供への愛情はある人。でも身内が周りにいないし、彼自身が愛情を受けて育っていない人だった。やはり幼少時代にお母さんが家を出て行ってしまっ、私も夫に何回も「お母さんに会ったら」と言ったが「もう会う気はない」と言っていたし、女性に対して人より変わった感覚なんじゃないかなと思う。でも身内や血縁関係はすごく自分のものと思っている。私自身は親から面倒はまったく見てもらえなかったもので、尽くし型というか身内の人でなくても愛情がわいてしまうが、夫とはその辺の感覚がまるで違う。

(夫の女性関係があって)自立するための生活の基盤づくりをしようと下の子を連れて家を出た。上の子はお父さんとの関係が良く夫は子煩悩だったし、私は(経済的に)食べさせていけるか、学校にきちんと行かせられるかと言う不安感がすごく強かった。上の子は夫が手放さなかったこともあるが、夫からの経済的な援助がまったくない状態で子供を育てていけるかととても悩んだ。夫からそこを衝かれて「君には何も無いだろう」と。向こうは財産のある家だったし、私の実家に頼ることは一切できなかったもので、自分の力で何とかするしかないと思っていた。夫は「自分のところに子供が来たら援助する」と言っていたが、要するに「やれるもんならやってみろ。どうせすぐ戻ってくるんだろう」と高をくくっていたのかも知れない。

(私が)支援施設に入所してしばらく元夫が上の子を育てていたのだが、新しいお母さん(彼女)がそこに入って、祖父(夫方)と夫と子供とその彼女と4人で生活していたが、祖父が急に倒れて他界し、実は夫ではなくて祖父が息子の面倒を見ていたということがわかり、息子を私が引き取ることにした。でも今もって親権は夫が持っており、私は養育権だけ。悩んだけどそれでもいいかなと思っている。

(3) メンタルヘルスの関連

離婚直後は精神的にも経済的にも病んでいると言うか、現実には大半の人がうつになると思うし、今となって確信できる。うつになると大変。子供の声が聞きたくなくなるし、辛く逃げ出したい気持ちになる。私はそういう時は申し訳ないけどコンビニに行っていた。

うつは、そのとき(離婚時)が初めてでなく、実家にいたときからあった。周りに自殺をした人がいて、もっとこうしてあげたほうが良かったんじゃないかと自分を責めたりして、

そこからうつが始まっているのではないかと思う。

夫の女性問題や経済的な問題が重なり、それに加えて息子の問題が出てきた。たとえば食事を作ってもあつという間になくなって食べたのかなと思ったら、2階から投げ捨てたということがわかり、反抗だと思うがただ悲しくてどうして良いかわからず泣いた。そのときはうつだと気がついていないしうつのために周りに相談できなかったと思う。うつときは自分が悪いんじゃないか、相談したら嫌われるのではないかと考えて相談できず、自分をどんどん追いこんでしまう。うつときはまったく関係ない人との相談のほうがいいんじゃないかと思う。だからといって病院には行き辛いし、敷居が高い。

女性支援センターやいろんなところに相談に行ったが、「旦那さんを変えなくては」といわれて、「アーそうじゃないといけないんだ」と思った。強くならなければと思っているときにはいいけど、弱いときに言われると潰れるかもしれない。紙一重というか難しい。てきぱきとはっきりした意見をされると、自分の気持ちを相談員にちゃんと伝えられているかしらと不安に思うこともある。子どものことを考え前向きに生きていかなければとも思うが、正直その当時は自殺願望が強かった。それまで支援施設のことはイメージ的によくなくて(規則などがあるので)、極力自分の力で何とかしようと思っていたが、精神的にまいってしまい「もう死んでしまいたい」という気持ちになってしまった。これはとにかく何とかしなければと役所に相談に行き、ここを紹介され入所した。

(4) 支援施設との関係

なんとか前向きになりたいと即決でここ(支援施設)にきた。職員に会ってははじめはうるさそうに感じたが、現実的に自分が孤立しかけていた一離婚して同じ地域内にいると友人や保育園の関係がすごくきつかった。上の子を置いて出たことを周りは心配して「何で離すの」などいろいろ言ってくれるが、その事情をいちいち説明する元気もなかったし、自分でもそれが良いのか悪いのかわからない状態だった一ので、もうここに精神的に避難したという感じだった。子供から「ママ笑顔がない」と言われ、「こんなに頑張っているのになんと言う子なの」と言う感覚に自分になってしまった。

上の子を小学校に行かせることがとても大変で、私が30分以上ここ(支援施設)の玄関で怒鳴っていたこともある。どうして良いかわからないとき、職員がそれを見ていて「あなたは仕事に行きなさい」と対応してくれたが、そのときは「私がやるんだから」という気持ちが強かった。でも母親が安定しているほうがいいし、言葉は悪いけどそのときは親を捨て、子どもをお願いした。そこまでの気持ちじゃないと本当は自分がやらなくてはいけないと思っていたし、割り切れなかったし、でも今はそれでよかったと思える。

(5) 子供との関係

夫の彼女が何でも言うことを聞く人だったので、息子はすごくわがままになってしまった。その人は嫌われたくないから悪いことをしても怒れない。だから一緒に生活し始めたとき、私は子どもを怒ってばかりいた。たとえば登校前にビデオを30分以上見るという習慣だったらしく、寝る時間・起きる時間といった生活パターンを作るのが大変だった。

そして食べるものやおもちゃにしても私たちの生活は質素だが、夫たちはお金も手もかかった食事をしていたので、「こんなの食べられない」と文句がすごかった。

私自身も怒りきることができなくて・・・、怒ったらまた逃げてしまうんじゃないかという不安がすごくあった。怒ったらどうなるかとパニック症候群みたいになってしまった。子どもも知らない人にはいい子で、わがままを出すのは私だけだったが、それが良かったのか悪かったのかわからない。その当時はまだコミュニケーションが取れていなかったのかも知れない。ここの職員に助けってもらってなんとかここまで来た。

子供（息子）にとってここにきてよかった。ここは子供が帰ってこれる場所だと思う。ここで友達と触れる時間ができてよかった。やっぱり片親（女親だけ）だけということがちょっと弱いかなと思うところがある。社会的に両親をもっている子とそうでない子と、子供の中に大きな声で言えない何かがあるのかもしれない。たとえば友達のうちと自分のうちとは違うと・・・、ここにいとそう思わなくて済む。「そんな引け目を感じなくていい」と言うのは大人になって思うことなんだと思う。ここ（支援施設）にいるときは思わなくて済んだけど、ここから出たらと息子は自分の中にこもってしまい反発できない。下の子はそれを「ふーん、だから何」といって投げ返せ、プラス思考で対処できるが息子はマイナス思考で引きこもってしまう。ここに来たいと思っているようだが、ちょっと遠いのでまだ1人ではこれない。行事のときなどに参加させてもらえると良いのではと思う。

(6) 支援施設への要望

子供も大事だけど母親の社会性というか社会にうち勝つ力が大事で、そこから自信をつけるようなことをやって欲しい。子供を育てているときは勤務時間が決まっている事務系の仕事のほうが良い。ここで字を書く練習とか、パソコンの基本的な講習とか母親が前向きになって、自信をつくものが良い。事務ができれば仕事はどこでもできるし、社会にながていけるものをここでやってもらえれば、仕事に行く気持ちにもなると思う。

3. ヒアリングからの検討

(1) 実家との関係

ヒアリングの2例とも実家（生育家庭）は夫との関係が悪くなったときの逃げ先とはならなかった。Aさんはその理由を「夫が実家まで追いかけてくると実家に迷惑をかける」と述べ、Bさんは夫が家庭に責任を持たなくなっても夫に責任を追及することなしに「自分の力でなんとかしなければ」とがんばり続けた。両者の「自分でなんとかがんばる」は共通しており、Aさんは「子どものころから長子としてがんばって来た」とことやBさんの実家での「被虐待」経験は実家に「頼る」ことを阻害していた。ここから見えてくるのは困ったときに周囲に頼れないという愛着機能の低下である。母親の愛着機能の低下は子どもへの愛着にも影響を及ぼし、さらに子ども自身も愛着機能が低下することで母子関係相互に影響を与え、関係障害を生じる契機となりうるということが理解され

た。

(2) 夫との関係

両者とも夫からの身体的暴力については語らなかったが、結婚当初から「生活費を渡さない」などの経済的虐待や心理的虐待を受けていた。Bさんはそれに加えて夫の「女性問題」というパートナーからの裏切りや責任放棄を受けていた。加害者は生活費を渡さないことで経済的に自立を阻み、支配しようとしたが、両者とも母子生活支援施設に入所することで、経済的に縛ることができなくなったため離婚が可能となった。ちなみに両者とも夫からの養育費は受け取ってはず、その理由をAさんは裁判で養育費のことを言うと離婚に応じてもらえないから、Bさんは養育権だけで親権はまだ夫にあり、納得できないけど仕方がないと養育費の支払いを受けられない状況を述べ、離別後もDV加害者の被害家族に及ぼす経済的支配による影響を示している。

(3) 地域社会からの孤立

実家に頼れないまま、夫からの虐待は子どもやAさんに対し次第にエスカレートしていく。Aさんのお子さんには身体的・情緒的虐待が、Aさん自身へも経済的・心理的虐待が継続していた。そのような困難時への対処として、Aさんは「家から離れ、子どもを連れて毎日朝から晩まで出かける」事で乗り切ろうとし、Bさんは次子を連れて家を出、働いて経済的に自立することをめざした。この間両者とも共通していたのは、この困難な状況を相談する人や場所が無かったことである。Bさんは当時のことを「孤立」していたと述べているが、その孤立もうつのため、「自分が悪いのではないか」との自責感や、相談したら「嫌われるのではないか」との不安感のため相談できなかったと、うつ症状がどのように人を孤立化させてゆくのかの具体的経過が明らかとなった。

(4) メンタルヘルスの影響

DVを受けているときAさんは寝こんだり、離人感やイライラ（焦燥感）が募っていたようである。家にいられず朝早くから夕方ぎりぎりまで子どもを連れて昼間はほとんど公園で過ごすなど、Aさんいわく「そのときはそこに行くしかないと思いつめていた」とあるように、加害者がいる場所からの避難といった面が強かったのかもしれない。Bさんも他県に別居してからも毎日始発に乗って朝ごはんを作りに来るなど、身体的にもかなりきつかったのではないかと思えるが、疲労感も感じないまま動いていたと見られる。両者とも自覚的には「うつ」ではないかと感じてはいるが、病院には「敷居が高くていけない」と。また「うつでない」ときは相談できるが「うつ」のときは相談できないと、うつ状態にあるときの他者からのサポートが届きにくいことがここから見て取れる。

(5) 支援施設入所までの経過

Aさんは地域の相談機関を利用し、子どもの学校問題などを考え計画的に家を出た。しかしながら施設の空きがなく、ホテル住まいをしながら施設を何箇所か転々としつつ

なんとか支援施設に入所した。Bさんは「母子寮はイメージ的に悪かった」ので、極力自力で何とかしたいとの気持ちが強かったが、「死にたい」と自殺衝動が生じたことにより関係機関に相談、支援施設に入所した。このことから支援施設の入所に至るまではかなりのハードルがあり、容易には利用できない状況であることが理解された。

(6) 支援施設の利用経過

両者とも「子どもにとってここを利用してよかった」と述べている。Aさんは「長子(男の子)が暴力的で次子(女の子)をたたいていたが、それも次第に少なくなって今は暴力を振るうことがなくなった」と支援施設でのケアの有効性を述べている。Bさんはそれまで子どもの面倒を見てくれた義父の死亡により、長子を引き取り長子の生活のリズムを立て直そうとしたが長子の抵抗にあい、支援施設の玄関先で30分ものバトルを繰り広げ、職員の介入支援を受けた。そのときの気持ちを「本当は自分がやらなければと思っていた。でも怒ったら子どもが逃げて行ってしまうのではないかと不安があって怒れなかった」と育児に自信が持てないために不適切な育児を行なったこと、そこに職員の介入があったとき、「結果としてお願いしたことが良かったのだけれど、そのときの気持ちは『子どもを捨てた』って感じだった」と職員にゆだねることがいかに困難であるかを述べている。しかしながらこのようなプロセスを経て、子どもにとっての安全な場所は母親にとっても安心感の持てる所と、支援施設が母子双方ともに「安心」できる場所との認知は、退所してからも支援施設を「帰ってこれる」場所とすることで情緒的に安定し、初めて「自立」につながることを可能にする。

(7) 支援施設の支援(特にアフターケア)について

両者とも退所後も子どもが学校不適応を起こしたときに受けた支援施設のアフターケアが良かったと述べていた。Aさんは退所後既に数年を経過し、Bさんも2～3年たっているが、「ここ(支援施設)がまだまだ必要」と言っている。この支援施設は家族のニーズ、特に子どもが不適応を起こした際その都度介入し、職員が子どものケアを行なっていることが特徴である。両氏の長子は男の子で、父親からの虐待を受けていることから、生育過程でさまざまな不適応を抱える可能性が高いが、支援施設では加害者でない男性イメージを形成するため、男性学習ボランティアの派遣などきめ細かな援助を行なっている。これらの支援により母親だけで育児を抱えこまずに済み、子どもも親しい他者の存在により対人関係を広げるなど、子どもの発達過程に応じた支援を行うことの重要性を明らかにしている。

4. 考察

ヒアリングから家庭内でパートナーから直接身体的暴力を受けていなくても、心理的・経済的虐待が行なわれれば、それが人として、また母親としての自尊心を低下させ心理的に追い詰められることにより、さまざまな対処能力を低下させてゆくプロセスが

浮かび上がってきた。特に心理的追い詰められは、母親のメンタルヘルスに大きな影響を与え、PTSD 症状としての離人感やうつ、焦燥感、不安感など多彩な精神症状を引き起こし、それが子どもへの不適切な育児へとつながっている可能性が明らかとなった。さらにどんなに辛くても精神科への受診は、症状が進行し重度化するほど否定的になるため、治療にはなかなか至らないことも判明した。このことからメンタルヘルスの知識を日常的に伝えてゆく働きかけも重要であることが理解された。

メンタルヘルスの影響の可能性も考えられるが両者に共通していたのが、「自分の力で何とかしたい」と他者へ頼ることをさせにくくさせる愛着機能の低下であった。ボウルビィ(2)はアタッチメント行動を「乳幼児期にもっとも顕著に見られるものであるが障害を通して一特に非常時には一見られる(中略)危急の際にすぐ快く助けに来てくれる親しい人の近くにいることは、私たちは何歳であっても、良い保険に入っているようなものである」と述べ、その重要性を説明している。このように愛着機能が促進されれば周囲からのサポートの認知を得られるようになる可能性もあり、サポート認知と愛着機能は深く結びつき、お互いに影響を与えているといえる。しかしながらさまざまな理由で愛着機能が低下すると、自ら支援を求められない状況を生じ、支援を得ることができないまま問題を長期・深刻化させる。このことはBさんの例にも見られたように、自殺まで追い詰められた時によりやく支援に結びついた経過からも理解される。

事例からも愛着機能を促進することが重要であることが理解されたが、それでは具体的にどのような働きかけが有効になるのであろうか。ひとつには周りからの積極的なサポートがあげられる。その理由は親自身が他者に頼ることを経験することで、「サポートがある」ことを知って貰う。さらにそのサポートを利用することで愛着機能を促進することができれば、それは子どもにとっても「信頼性」のモデルとなる。子どもは親や大人を頼って当然であるが、親自身が「信頼できる大人」に頼る経験をしていないと、子どもを自分に依存させることを許せず、しばしば怒りを生じさせる元となることもよく言われている。親が職員を頼ることで、子どもへの愛着機能を促進させ、子どもの安全感の獲得が可能となることで、初めて支援施設が母子にとって「自分たちの帰ってこられる居場所」として機能し、ボウルビィの言う「心の安全基地」となり、不適切な育児を予防する手段のひとつとなると考えられる。

またDVによる子どもへの影響が明らかとなった。Aさんの長子は父親からの虐待を受け、兄弟に暴力を振るう、友人関係が持ちにくいなど対人関係への影響を受けていた。DV加害者による子どもへの身体的・心理的虐待は、安全な場に逃れた後も子どもに大きな影響を与え、そこから容易には快復できず長期にわたるケアが必要なことが理解された。ヒアリングからも長期にわたる支援施設でのケアにより、暴力の連鎖が阻止される効果が見られたことから、支援施設による不適切な育児への介入・支援は虐待の影響を緩和し、被害者から加害者への転換と言う「連鎖」を防ぐための有効な方策となる可能性が見られた。ただしその際の注意点としてスタッフが単に支援を行なうだけでは

なく、当事者の持つ力を尊重し、その力を損なうことなしに必要な支援を行うエンパワーモデルで行なうことが肝要である。なぜなら一方的な支援は当事者の力を損ない、被害者の立場に居続けさせ、回復を阻害させてしまうことになるからである。

5. ヒアリングのまとめ

(1) 利用者の被虐待経験とメンタルヘルスの影響

利用者が受けた被虐待経験はメンタルヘルスに大きな影響を及ぼし、さまざまな精神症状を引き起こす。そしてその症状により相談などの援助資源になかなか結びつかず、子どもへの不適切な育児も長期化しやすい。そのため、メンタルヘルスへの知識を提供するなど早期に介入することで、母子双方に虐待の重度化・深刻化を防げる可能性がある。

(2) 支援施設職員による愛着促進を目標とした支援

支援施設職員の介入支援は、親が他者に頼ること(愛着)を経験し、そのことが親にとって恥ではなく、子どもたちに必要な信頼性のモデルになることを見据えた援助が必要である。具体的には母親のもつ力を最大限尊重し、その力を引き出すエンパワーメントモデルで行なうことで母親の自尊心を高め、育児への自信を取り戻す働きかけが求められる。

(3) 虐待にさらされた子どもへの支援

虐待にさらされた子どもへの影響は大きく、長期にわたる支援が必要であることが確認され、支援が長期に継続して行なわれるためのシステムやそのシステムを維持するための方策が必要であることが理解された。

Ⅲ. 母子生活支援施設での支援の検討

調査データーやヒアリングから、母子生活支援施設での具体的な対応法を含めたソフト面での支援と、それを可能にするためのシステムを中心としたハード面の支援に分けて検討した。

1. ソフト(対応)の支援

(1) メンタルヘルスの情報提供

ネガティブ・ライフイベントによるメンタルヘルスの問題は、それへのケアがなされない限り長期にわたり、母親の生活や子どもへの育児に影響を与えることが明確となり、産前後期以外でもメンタルケアが重要であることを喚起する必要性が明確となった。

母親へのメンタルヘルスの働きかけの利点としては、①疾病として認めることで育児がうまくできないことを自身の問題として責めずに済む事、②周囲から非難されずに支

援を受けやすいことなどがあげられる。またスタッフにとっては早期にメンタルヘルスの問題に介入することで、母親に適切な支援を行い、ひいてはそれが子どもの健康な発達保障にもつながること、またスタッフ自身も精神保健領域の専門職との連携を行うことで、より有効な援助方法を見出すことなど、メンタルヘルスの知識とそれに伴う情報提供・介入が施設スタッフや入所者に受け入れられれば、多くの利点を生む可能性がある。そして個別ケアや知識教育プログラムなどのグループケアの導入も期待される。

(2) メンタルヘルスへの介入手段としてのチェックリストの作成

心のケアの重要性が叫ばれているにもかかわらず、メンタルヘルスの問題は未だ大きな偏見があり、心理的不調や困難を抱えていても治療機関に登場しないことはこれまでも繰り返し述べてきた。ウィットンら(1996)(3)の調査では産後うつ病と診断された母親のうち、不調についての自覚が97%あったが、「産後うつ病」としてとらえていたのは32%に過ぎなかったという報告から、チェックリストにより「抑うつ傾向」にあると判定することにより、自らの不調に気がつき治療に結びつく可能性がある。また子供への否定感は「親なら子供が可愛いと思って当然」との母性神話による縛りがあるため、周囲にはなかなか漏らすことさえできない。チェックリストのように気楽に記入できるものであれば、今現在持っている子供への不満などの記入は可能かもしれない。

阿部(2004)(4)は児童相談所職員を対象に調査を行い、親子の再統合のアセスメントをする際、親の精神障害、薬物乱用、犯罪歴が聴取されていないことから、そのための簡便なチェックリストの必要性を述べている。このように児童相談所職員のような専門職でさえも、メンタルヘルスの問題について直接当事者に聞けていないことから、阿部の提案のように、侵襲的でない簡便なチェックリストによるメンタルヘルスへの介入は、入所者の養育ストレス軽減の支援や医療機関との連携促進などへ、早期に援助を開始することができる手段の一つとなりうる。

チェックリストの使用方法についても、職員からの一方的な強制ではなく「今困っていることはありませんか。困っていることがあればお手伝いします」などの援助提案とともに、職員の援助を行なうために必要なものとして行うことが望ましい。施設入所以前からメンタルヘルスの問題を抱えている人も多いことが予測され、その症状ゆえに自分が職員から否定的に見られるのではないかと不信感をもたれる可能性も高い。チェックリストを使用することで、入所者が職員から責められるとの心配を持たずに自分の状態をチェックし、それにより適切な支援を得ることができればチェックリストの記入もしやすくなる。このようにチェックリストの開発・使用は援助の必要性を早期に知ることができ、有効であるといえる。

(3) 子供への否定感の介入手段としての生活・育児支援

子供への否定感を修正するにはかなり時間がかかり、多くの場合長期にわたる支援が必要であるといわれている。こうした状況にあるときこそ、周囲からのサポートが有効であり、特に子供への直接的な育児支援は母親の不適切な育児行為を誘発させること

を阻止する可能性がある。母親のさまざまな不適応感や不調感があるとき、母親への育児・家事負担を軽減することにより、子供への否定感を修正することはできなくても不適切な育児を行わなくて済む事は、母親の自責感を減少させ安定した母子関係が持続することにつながる。ガルバリーノら（1986）（5）は「虐待的な養育環境を補い、バランスをとるような心理的に滋養に満ちた養育や支えの存在」が子供の健康な発達を保証するとしている。母子関係障害を避けつつ、母親へのケアにより不適切な育児を阻止する手段を支援施設で開発できれば、地域でもどのような支援があれば虐待防止が可能かの具体的なパイロットスタディにもなりうる。

（４）愛着機能の促進を目的とした援助技術の開発

母親への直接的な介入支援はヒアリング事例にあったように、母親の不適切な育児行為の行動化とその増幅を阻止する。そしてそれにより不適切な育児を行わずに済めば、母親の自責感を減少させ安定した母子関係を継続させることにつながる。さらに職員との信頼関係により「頼る」経験を積むことで「居場所（自分が自分らしく居て良いと保障される場）」として愛着が促進され、「心の安全基地」として機能すれば母子関係障害を回避し、子どもへの否定感を修正することが可能となる。今母子生活支援施設に求められているのは、この愛着機能の促進であると言っても過言ではないかもしれない。

（５）母子へのペアレンティングプログラムの開発・提供

被虐待経験により親としての適切な養育を学ぶ機会を逸してしまい、虐待的な育児を行ってしまうことはよく知られているところである。またDV経験は加害者により養育機能を剥奪されることにより、子どもへの適切な養育がどんなものか混乱させ、子どもの養育に自信を持って対処することをできなくさせる。被虐待もDV経験も親機能の発達促進を阻害する点では一致しており、そのことが子どもへの影響としてあらわれ、虐待の連鎖となる可能性が生じる。そのため親機能の促進を目標とした援助プログラムも必要となるであろう。

カナダなど欧米先進諸国では、このような母親や子どもたちに対してサポートプログラムを提供しているが、わが国ではそのようなプログラム開発はほとんど取り組まれていない。たとえばカナダでは母親へのサポートとしてグループケアを行っており、そのうちのコンカレント・プログラム（母子同時グループプログラム）を紹介する（6）。

グループはDV被害を受けた母親を対象として、12セッションで構成されている（7）。ユニークなのはDVにより虐待を受けた子どもたちのグループケアと同時に、母親のグループも開催される。

母親グループの目標としては①母親が癒されるよう支援②仲間からの支援を得る機会を提供③いかに最善に子どもを助けるか、母親が理解できるよう手助けする④母親のグループを同時に提供することにより子どものグループ経験を強めるなどである。セッションは以下のように構成されている。

①セッション1 つながりを作る

- ・ 孤立感を減らす
 - ・ グループに出席しやすくなるよう快適にする
 - ・ 個人また地域を基盤としたサポートネットワークを考え始める
- ②セッション2 沈黙を破る、分かち合いの機会を提供する
- * 自身の虐待経験
 - * DV 中での子育て体験
- ③セッション3 自分の様々な感情を大事にすることの重要性
- ・ DV の結果、女性や子どもたちが経験した広範囲の入り混じった気持ちを確認し、根拠のあるものであるとする重要性を強調する
 - ・ いかに母親が子どもたちを支援でき、気持ちを表現するモデルとなれるかを示す
- ④ セッション4 女性虐待にさらされる一子どもの経験を理解する
- ・ 発達上の影響を教える
 - ・ いかに DV が子どもたちに影響しているかについて考えられるように母親に支援を提供する
- ⑤ セッション5 女性と子どもたちの個人的安全計画
- ・ 母親自身と子どもたちのための細かい、具体的な安全計画を立てられるよう母親に情報を提供し支援する
 - ・ 母親の安全・健康と、子どもの安全・健康はつながっていることを示す
- ⑥ セッション6
- 虐待の責任について理解する
- ・ 虐待者本人に暴力的な行動の責任があることを受け入れるようにする
 - ・ 時に女性に責任があるのではないかと感じる理由を確認する
 - ・ 間違えた責任の所在がいかに大人の犠牲者と子どもたちの安全と健康に影響するかを示す
- ⑦ セッション7 怒りを称え、理解する
- ・ 怒りは根拠のあるもので力強い、適切な感情であると認める
 - ・ 虐待と、怒りに対する間違った概念の関係を確認する
 - ・ 親の怒りの表現の仕方によって子どもの怒り方があることを説明する
 - ・ 健康的な方法で怒りを表現できるよう、母親がどのように子どもたちを支援できるか確認する
- ⑧ セッション8
- 争いを理解する：有効な、傷つかない方法での問題解決を子どもに教える
- ・ 争いについての意見（信じていること）を探る
 - ・ 母親が子どもに示せるような問題解決法を教える
- ⑨ セッション9
- 損失を悲しみ、選択する権利や変化を祝う

- ・ 暴力的な状況から出た後の変化や損失に関する難しさを確認する

⑩ セッション１０

自分に必要な支援を得られるようつながっている

- ・ 自分（母親）自身と子どものためのサポートネットワークの構築を気づかせる
- ・ 地域資源とつながる知識を増やす

⑪ セッション１１ セルフケアの重要性

- ・ 暴力的な関係にあるときに、セルフケアができるよう境界線を確認しておく
- ・ セルフケア法を探る
- ・ セルフケアと癒し、セルフケアと親業との間がつながっていることを示す

⑫ セッション１２ ここまでやってこれたことを祝う一前に進む

- ・ 癒しを遂行していくことを強化する
- ・ 一緒に過ごした時間を祝う
- ・ さようならを言う

母親はこれらのグループに参加することで、虐待やDVが及ぼす影響や子どもへの対応の仕方・社会資源の利用について学ぶのと同時に、貶められてきた自尊心の回復や仲間からの支えを受けることができる。

今後わが国でもカナダで実践しているような、母子プログラムの開発が望まれる。

２．ハード（システム）の支援

（１）慢性的社会的不利の改善

安定した雇用や収入に結びつくような施策の確保。またそれまでの生活保障を可能とする経済的支援が求められる。

（２）長期支援（アフターケア）を行なうための資源の確保

アンケート調査やヒアリングの結果からも母子ともに虐待の影響が長期的に見られ、そこからの回復のために職員による長期的な支援が求められていることがわかった。しかしながら母子生活支援施設は自立支援を目標としており、就労し住居が見つかれば退所となることが多く、虐待や愛着障害に見られる親機能の回復・促進までを視野に入れたものではない。しかし今回の調査に見られたように愛着障害が不適切な育児に大きく関与していることから、愛着障害からの回復までをめざした支援でなければ、ストレスがかかったとき親としての機能が弱まり、容易に子どもへの加害行為や、もしくは反対に子どもからの暴力に対処できなくなるなど、不適切な育児が再発してしまう恐れがある。この愛着障害からの回復までは時間がかかるため、退所後もアフターケアは必至であり、ゆっくりと確実な回復をめざすことが重要である。アフターケアは平成 16 年度の児童福祉法改正でようやく支援施設の本来業務として位置づけられるようになったが、それを可能とするための資源の確保が求められる。

（３）愛着促進を可能にするための施設の小規模化（利用世帯の少数化）

愛着関係を促進するためには児童養護施設と同様に、大規模施設より小規模施設のほうが望ましい。今回のヒアリング協力者が利用した施設も認可世帯数が 20 世帯以上の支援施設が多い中、10 世帯という小規模施設でケアを行なっている。もともと「愛着」は母子関係のような強い結びつきにより可能となることから、職員は家族に代わるような技量が求められる。そのため大規模施設より、小人数の入所者をきめ細かくケアできる小規模施設のほうがより深く関わるのが可能となり、愛着機能をより促進させることを可能とする。

（４）保育士だけではなく社会福祉士・精神保健福祉士など多様な支援を行なえるスタッフの配置

母子生活支援施設は児童福祉施設であるため、従事スタッフも保育士が多い。しかしながら支援施設を利用する母子は生活面や心理面など多くの問題を抱えているため、さまざまな領域の知識や方法でケアにあたる事が求められる。さらに長期にわたる支援は多機関・多職種と連携することが必要になり、ソーシャルワークなど多様な援助を可能とするスタッフの配置が望まれる。ヒアリング協力施設では子どもへの不適応を起こしている子どもへ学習ボランティアを派遣し、有効な支援を行なっていることから、家族全体を視野に入れた支援を行なうための技量を有したスタッフが必要である。

【注・参考文献】

- (1) Parker, G., Tupling, H. Brown, L. B. : A Parental Bonding Instrument. British Journal of Medical Psychology 52: 1-10. (1979)
- (2) Bowlby J. : A Secure Base Clinical applications of attachment theory. (1988)
二木 武 監訳 : ボウルビィ 母と子のアタッチメント 心の安全基地. 医歯薬出版. (1993)
- (3) Whitton A, Warner R, Appleby L: The pathway to care in post -natal depression; women' s attitudes to post -natal depression and its treatment. Br J Gen Pract 46: 427-428. (1996)
- (4) 阿部敬一郎 : 「虐待傾向を示す親に関する精神医学的研究」平成 16 年厚生労働科学研究 児童福祉機関等における心理的アセスメントの導入に関する研究 分担研究. (2005)
- (5) Garbarino, J, E., Guttman, E., & Seeley, J. : The Psychologically Battered Child: Strategies for Identification, Assessment, and Intervention. San Francisco, Jossey-Bass. (1986)
- (6) カナダ・ロンドン市における「司法機関に関わる子どもと家族のためのセンター」の児童虐待とDVサポートプログラム Web サイト www.lfcc.on.ca/sevices.html を参照
- (7) Michele Paddon : A Concurrent group for children and their mothers, Mother' s program manual. MacTop Publishing Inc. The Children' s Aid Society of London and Middlesex. (2006)

終章 結論

I. 本研究のまとめ

1. 本研究の目的

メンタルヘルスが不適切な育児に影響を及ぼすことは、近年「産後うつ」などの研究が進むことにより明らかとなり、公衆衛生領域において「母性保護」や「虐待防止」の観点から積極的に取り組まれ、成果が上がっている。しかしながらそれ以外のネガティブ・ライフイベントによるメンタルヘルスが母親に及ぼす影響についてはほとんど関心が払われず、調査研究もあまり行われていない現状がある。そのため家族からの離別を含め、様々な困難を抱える母子であることが入所条件でもある支援施設利用者に、メンタルヘルスや生活面での様々な問題が集約されていると考え、そこでの不適切な育児の要因や防止方法を検討することにより、育児支援における適切な手段を探索することは支援施設利用者にとどまらず、メンタルヘルスの問題を抱えた母親へも共通して有効な方法となるであろうことを仮定し、母親への効果的な支援のあり方を提案することを研究の目的とした。

2. 結果

母子生活支援施設入所者を対象に自記式アンケート調査を行なったところ、抑うつ傾向にある人は49%と約半数を占め、同じ尺度を用いた一般人口調査（学童）では13%であったことと比較すると4倍弱の高率であった。また暴力傾向のある生育体験（被虐待経験）をしている可能性のある人が34.3%と一般人口調査（乳幼児）ではわずか7%弱であったことからその割合はかなり高く、またパートナーから暴力を受けていた人が67%にのぼり、支援施設入所者が多くの困難を抱えていることが理解された。

子どもへの不適切な育児の要因を検討したところ、年齢（が若い）がもっとも影響し、その次にリスクが高かったのが、子供への愛着障害（子供への否定感）であった。また抑うつや解離などのメンタルヘルスもリスク要因にあげられた。これらのことから、子供への不適切な育児を減少させるには子供への否定感を減らすこと、また抑うつや解離などのメンタルケアの必要性が明示されたがこれらは各々独立したものではなく相互に影響しあうものと仮定し、その双方に介入支援が必要であることが示された。

3. 不適切な育児に関する仮説モデルの構成妥当性の検証

これまで検討されてきた不適切な育児の要因とその構成の仮説モデルの設定を行い、それを検証するため、階層的重回帰分析による検討を行なった。その結果、年齢が若いことや教育年数が短い・年収が低いなどの慢性的社会的不利が不適切な育児に影響していた。生育家庭での被虐待経験は心理的不適応を促す可能性があり、サポートがないという認知も心理的不適応を促し、抑うつや解離傾向などのメンタルヘルスに予測された。

そしてメンタルヘルスの悪化は子どもへの愛着障害（否定的感情）に影響し、子どもに対する否定的な感情は実際に子どもへの不適切な育児を引き起こすという仮設モデルの一部が検証された。支援施設入所者の「サポートがない」は心理的不適応を引き出すだけではなく、その後のメンタルヘルスの悪化や、ボンディング障害・不適切な育児に至るまですべての面で影響している可能性が見られたが、各々の検証はなされておらず今後の課題である。

4. 量的調査を補うヒアリングによる検討

量的調査だけでは不適切な育児の要因や構成およびそのプロセスなど、実際の・具体的なことがわかりづらいため、支援施設経験者を対象としたヒアリングを行ない、それらを補うこととした。その結果被虐待経験などからの愛着機能の低下や、メンタルヘルスの影響によりサポート認知が困難になることが明らかとなり、愛着機能の促進を目的としたケアが重要となることが理解された。またケアについては当事者の力を最大限尊重し、その力を引き出すエンパワーメントモデルで行なうことで母親の自尊心を高め、育児への自信を取り戻す働きかけが求められる。

5. 母親支援の検討（一般人口調査との比較から）

これまでの支援施設調査と一般人口調査（学童）の比較から母子生活支援施設入所者の支援方法を検討したところ、まず慢性的社会的不利を改善し経済面を保障すること、またサポート認知・愛着機能を促進する働きかけとともに、抑うつや解離傾向などのメンタルヘルス面への介入・ケアが必要であることが明示された。メンタルケアへの適切な支援がなされ、母親の焦燥感や自責感が軽減されれば、子どもへの否定的感情に至らずに済む可能性があり、また子どもへの否定感の介入の方法としては、母親の愛着機能の促進を中心とした生活支援や個別カウンセリング、また親教育プログラム・自助グループなどのグループケアなどさまざまな方策が講じられる必要があることが明らかとなった。支援施設はこれらの方法により、愛着機能を促進させ、子どもへの否定感の減少と不適切な育児を防止する母子ユニットとしての機能を持つことを求められることが示唆された。

6. 母子生活支援施設における支援方策の提案

これまでに導き出された支援の検討から、具体的な対応方策としてソフト面での支援と、その支援を担保するためのシステムとしてのハード面に分け、以下のような提案を行なった。

1) ソフト面での支援

- (1) メンタルヘルスの情報提供
- (2) メンタルヘルスへの介入手段としてのチェックリストの作成

- (3) 子供への否定感の介入手段としての生活・育児支援
- (4) 愛着機能の促進を目的とした援助技術の開発
- (5) 母子へのペアレンティングプログラムの開発・提供

2) ハード面での支援

- (1) 慢性的社会的不利の改善
- (2) 長期支援(アフターケア)を行なうための資源の確保
- (3) 愛着促進を可能にするための施設の小規模化(利用世帯の少数化)
- (4) 保育士だけではなく社会福祉士・精神保健福祉士など多様な支援を行なえるスタッフの配置
- (5) 母子生活支援施設の地域間格差の是正と施設の増設

(5)については「第1章母子生活支援施設の機能と現状」で述べたように、わが国では母子生活支援施設の地域間格差があり、支援施設数も減少の一途をたどっている現状がある。その背景には、これまでわが国では暴力の許容や男性中心主義からの脱却という社会的コンセンサスが十分でないことから、「なかった」とされてきた『子ども虐待』や『配偶者虐待』といった事象を中心に、「女性・子ども」の権利擁護についての認知が未だなされていない状況がある。これらのことは支援施設の努力に負わせるだけでは解決されず、国や地方自治体などへ公的な責任を求めると同時に、それを地域に普及させる活動が求められる。そして支援施設を増設し、さまざまな困難を抱え適切な育児が行なうことが難しい母子すべてに、支援施設のケアが受けられるようにすることが望まれる。

Ⅱ. 本研究の限界と今後の課題

1. 本研究の限界

(1) サンプル数の不足と、サンプリングの問題

本研究における母子生活支援施設調査を行なうにあたり、支援施設をまとめている全国社会福祉協議会および東京都社会福祉協議会へ調査協力の依頼を行ったが、メンタルヘルスを含む調査は自記式調査ではなく個別面接法で行なうことが望ましいと、調査手法の問題により協力を得ることができなかった。そのため個別に都内母子生活支援施設に依頼し回収をしたため、ランダムサンプリングなどの調査法がとれなかったことや、同じ理由でサンプル数も多くは望めなかったことなどの多くの限界があり、包括的な実態の把握が困難であった。林(1)が「(支援施設が)治療とは悪いところを直す場所であるというのであれば、母子家庭の社会的背景は欠落し、かつ母たちは、個人的に欠陥を持った人間として扱われはしないだろうか」と憂慮したように、(メンタルな)治療とは欠陥人間と言うき

わめてシンプルな二元論的な考えがいまだ残存されている可能性があるとも考えられるが、今回の調査からも見られたように、支援施設入所者のさまざまな困難な状況が浮かび上がり、それがメンタルヘルスの問題につながり、そこへの援助は入所者・職員双方にとって無視できない状況であることが明らかとなった。そのため今回の調査研究を予備調査とし、サンプル数の増加やサンプリング法なども正規の手法を用いた調査を行い、より信頼できるデータを集積することにより、より効果的・具体的な支援の方策を明らかにすることを期待する。

（２）自記式調査のみによる調査の限界

今回の調査からはその問題が明確になったのが「解離傾向」と他の項目との関連であった。解離傾向の有無と子どもへの愛着や不適切な育児得点との関連は見られなかったが、パトナム(2001)(2)はメインら(1996)(3)の研究を引用し、解離症状による首尾一貫しない不適切な養育(マルトリートメント)は子どもに影響を及ぼすという報告や、ベンジャミンら(1996)(4)の研究では解離症状のある54人の入院患者を対象とし、20人の病院スタッフをコントロール群とした比較検討を行い、子どもの成長・発達を促進する育児行動14項目のうち(愛着行動・子どもへの、ののしり・愛情を表現する能力など)、解離群はコントロール群と比べ13項目により否定的な子育て行動を示し、解離群の母は育児に関し感情や行動、認知面での困難を示したとの報告がある。このように先行研究からは母親の持つ解離症状が子どもへ及ぼす影響が見られるが、臨床的には当事者自身が解離症状を認知することが困難な場合が多く、今回母親からのみの自記式アンケート調査では、先行研究にあるような問題は浮かび上がってこなかった。この点についても今回の研究方法の限界であり、今後は母親の自己評価だけでなく、子供の母親評価やスタッフなどの観察などを取り入れた客観的評価を加える必要があることが示唆された。

（３）子どもへの影響の未検討

今回母親のみへの調査であったが、ヒアリングに見られたのがDVによる子どもへの影響であった。ストラウスの研究(1990)(5)では母親への虐待頻度が増加すると、児童虐待も増加する傾向にあると報告しており、入所者の67%にパートナーからの暴力がある支援施設入所者の子どもが、親から虐待を受けてきた可能性は高い。DV加害者が行なった子どもへの身体的・心理的虐待は、支援施設入所後も子どもに大きな影響を与え、地域に退所したあとでもなかなか快復できない状況にあることがわかり、この問題を早急に検討する必要があることが理解された。ヒアリング対象者が利用した施設では、支援施設職員による長期にわたる支援により効果が上がっているが、施設によってここまで長期的に関われるかどうか難しいところもあると思われる。そのため子どもへの被害調査・研究も早急に実施し、子どもへの影響を減少させるための対策を講ずる必要があることも明らかとなった。

2. 今後の課題

本研究の限界で述べたように、これまで支援施設内におけるメンタルヘルスは当事者・職員双方ともに「触れてはならない問題」として存在してきた可能性があるが、今回の調査で明らかになったように、多くの困難を抱える入所者はメンタルヘルスの問題をも有している可能性が高いことが示された。しかもメンタルヘルスへのケアは個別性が大きく、一律ではないため、職員は精神保健福祉領域の知識の習得と対応を学び、さらに処遇について検討を重ね有効な手段を工夫することが求められる。

今後DVを入所理由にする当事者の増加が見込まれ、母親のメンタルヘルス・ケアとともに、「虐待」を受けてきた子どもたちへのケアもこれまで以上に必要となるであろうし、そこへの対応も子どもの発達の特任家と協力し行なう必要がある。今後支援施設は削減対象になるとの話を聞くことが多いが、母子の生活と心の健康を守る場として存在し、機能する場として今後これまで以上に多くのことを求められることが予測され、利用者ニーズに合わせたケアなど具体的な対策を開発することが喫緊の課題であると言える。

Ⅲ. 終わりに代えて

調査の際の自由記述欄に、当事者より「女性がもっと生きやすい国にして欲しい」との要望があったが、具体的には母子が安心して生活できる社会であり、暴力を振るうパートナーからの離別のために母子が窮地に陥らなくても済む社会の実現でもある。しかしながら経済面から見ても、わが国の女性の平均年間給与が男性の半分に過ぎない(国税庁民間給与実態調査)などの状況は、母子世帯を経済的困難に陥らせ、さらに母親がひとりで仕事・家事・育児全てを担わなければならない、その身体的・心理的負担など母親が抱える困難性は大きく重い。2006年10月読売新聞が行なった「出産に関する全国意識調査」によると、調査対象者に少子化対策として現行政策以外に必要と思われる対策を聞いたところ、もっとも多かったのが「働く時間を短くするなどして夫婦の時間を増やす」(39.4%)であったが、次に多かったのが「シングルマザーなどへの支援を拡充する」(21.3%)とあり、母親がひとりで子育てをしている困難さを既に多くの人々が周知しており、出産に不安を抱いていることがわかった。今回の調査からも母親が産後に限らず、さまざまな困難からストレスを生じ、メンタルヘルスの問題を発症・持続させるリスクが非常に高いことが十分に見て取れた。このように「女性が生きにくい社会」は、「母子」にとっても生きにくい社会であり、ひいては新聞のアンケート調査にもあったように少子化の要因の一端ともなっている。母子生活支援施設入所者への支援は少子化社会をどう乗り越えるかのパイロットスタディの意味も有し、母親の負担を軽減し、安心して子どもを生み育てることができるような社会的支援の具体化が求められているといえる。

【注・参考文献】

- (1) 林 千代(1992 年)「母子寮の戦後史—もう一つの女たちの暮らし」 ドメス出版
- (2) Frank W Putnam. :「解離—若年期における病理と治療」中井久夫訳 みすず書房.
(2001)
- (3) Main, M. & Solomon, J.: Procedures for identifying infant as disorganized /disoriented during the Ainsworth strange situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), Attachment in Preschool Years. 121-160. Chicago: University of Chicago Press. (1990)
- (4) Benjamin LR, Benjamin R, Rind B.: Dissociative mother's subjective experience of parenting. Child Abuse & Neglect 20(10): 933-42 (1996)
ベンジャミンら(1996)の研究では解離症状のある 54 人の入院患者を対象とし、20 人の病院スタッフをコントロール群とした比較検討を SCID-D (Structured clinical Interview for Dissociative Disorders) と SEPS (Subjective Experiences of Parenting Scale) を用いて行った。
- (5) Straus, M. Ordinary violence, child abuse, and wife -beating: What do they have in common? In M. Straus & R. Genes (Eds.), Physical violence in American Families: 403-24. New Brunswick, NJ: Transition. (1990)

資料

1 現在のあなたのご家庭についておうかがいします。

- ① 次の中から、現在一緒に住んでいるお子様についてあてはまる方を選び、番号に○をつけてください。そして、年齢をご記入ください。

1	第一子	[1 男・2 女]	→	[1 実子・2 継子]	→	[_____ 歳 _____ 月]
2	第二子	[1 男・2 女]	→	[1 実子・2 継子]	→	[_____ 歳 _____ 月]
3	第三子	[1 男・2 女]	→	[1 実子・2 継子]	→	[_____ 歳 _____ 月]
4	第四子	[1 男・2 女]	→	[1 実子・2 継子]	→	[_____ 歳 _____ 月]
5	第五子	[1 男・2 女]	→	[1 実子・2 継子]	→	[_____ 歳 _____ 月]

- ② 次の中から、現在のあなたのパートナーについて1つだけ選び、○をつけてください。

1 別居中	2 離婚した	3 結婚したことなし	4 死別した
5 その他（具体的にご記入ください： _____ ）			

2 現在の子育てについておうかがいします。

現在、あなたの周りには、以下の①～③にあげるような人がいますか。①～③のそれぞれについてあてはまる人をすべて選び、○をつけてください。

あてはまる人がいない場合は、「9 いない」に○をつけてください。

- ①現在、お子さんを預かってくれたり、実際に子育てに協力してくれている人

1 あなたの母親	2 あなたの父親	3 母子施設職員
4 親戚	5 友達・仲間	6 近所・地域の人
7 保健師	8 その他（具体的に： _____ ）	9 いない

②現在、子育ての相談相手になってくれている人

1 あなたの母親	2 あなたの父親	3 母子施設職員
4 親戚	5 友達・仲間	6 近所・地域の人
7 保健師	8 その他（具体的に： ）	9 いない

③現在、あなたが気軽に子育てのグチをこぼせる人

1 あなたの母親	2 あなたの父親	3 母子施設職員
4 親戚	5 友達・仲間	6 近所・地域の人
7 保健師	8 その他（具体的に： ）	9 いない

③ あなたご自身についておうかがいたします。

- ① あなたの現在の年齢をご記入ください。 → 現在〔 〕歳
- ② あなたが初めて出産したときの年齢をご記入ください。 → 初産〔 〕歳
- ③ 次の中から、あなたが最後に卒業された学校を1つだけ選び、番号に○をつけてください。

1 中学校	2 高校	3 専門学校	4 短期大学	5 大学・大学院
-------	------	--------	--------	----------

- ④ 次の中から、あなたのお仕事について1つだけ選び、番号に○をつけてください。

1 勤めている（パート・アルバイト）	2 勤めている（常勤）	3 休職している
4 内職している	5 働いていない	

⑤ 次の中から、あなたの^{さくねんど}昨年度1年間の^{しゅうにゅう}収入（^{ぜいこみ}税込み）を1つだけ選び、○をつけてください。

1 ^{しゅうにゅう} 収入なし	2 0～100万円まで	3 100～200万円まで
4 200～400万円まで	5 400～700万円まで	6 700～1000万円まで

⑥ この1週間のあなたの^{からだ}体や^{こころ}心の^{じょうたい}状態についておうかがいいたします。次のア～トのそれぞれについて、もっとも近いと思われる番号を1つずつ選び、○をつけてください。

	1 日 続 か な い	全 く 無 い ま た は	週 の 1 ～ 2 日	週 の 3 ～ 4 日	週 の 5 日 以 上
ア. ^{ふだん} 普段は何でもないことが、わずらわしい。	1		2	3	4
イ. 食べたくない。 ^{しょくよく} 食欲が落ちた。	1		2	3	4
ウ. ^{かぞく} 家族や ^{ともだち} 友達から ^{はげまして} 励ましてもらっても、 ^{きぶん} 気分が晴れない。	1		2	3	4
エ. 他の人と同じ程度には ^{のうりよく} 能力があると思う。	1		2	3	4
オ. ^{ものごと} 物事に ^{しゅうちゅう} 集中できない。	1		2	3	4
カ. ^{ゆううつ} 憂鬱だ。	1		2	3	4
キ. 何をするのも ^{めんどう} 面倒だ。	1		2	3	4
ク. これから先のことについて ^{せつぎよくでき} 積極的に考えることができる。	1		2	3	4
ケ. ^{かこ} 過去のことに ^{よくよく} よくよく考える。	1		2	3	4
コ. 何か ^{おそろしい} 恐ろしい気持ち ^が する。	1		2	3	4
サ. なかなか ^{ねむれない} 眠れない。	1		2	3	4
シ. 生活について ^{ふまん} 不満なくすごせる。	1		2	3	4
ス. ^{ふだん} 普段より口数が少ない。口が重い。	1		2	3	4
セ. 一人ぼっちで ^{さびしい} 寂しい。	1		2	3	4

ソ. 皆がよそよそしいと思う。	1	2	3	4
タ. 毎日が楽しい。	1	2	3	4
チ. 急に泣き出すことがある。	1	2	3	4
ツ. 悲しいと感じる。	1	2	3	4
テ. 皆が自分を嫌っていると感じる。	1	2	3	4
ト. 仕事が手につかない。	1	2	3	4

- ⑦ 以下のことは日常生活で体験するかもしれないことについて28の質問から構成されています。あなたにはどのくらいの割合でこのような体験がありますか。経験がなければ0を、経験が多いほど100に近い値を選び、その数値を○で囲んでください。
(ただしアルコールを飲んだときの体験は除いてください。)

(1) 車を運転している時や、電車やバスに乗っている途中の出来事を、全部又は一部を憶えていないときがある。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(2) 人の話を聞いている時に内容の一部また全部を聞いていなかったときがある。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(3) 気がつくのとべつの場所において、どうしてそこまで行ったのか自分でもわからない。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(4) 自分では着た憶えがない服をきている。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(5) 自分の持ち物の中に新しい品物がある。しかし自分では買った憶えがない。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(6) 見知らぬ人から別の名前でもよばれたり、以前に会ったことがあるといわれる。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(7) 自分の近くに立っていたり、自分が何かするのをながめたりして、まるで他人を見るように自分を外から見ている。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(8) 友達や家族の見分けがつけられないときがある。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

9)	結婚式や卒業式など、自分の大切な出来事の記憶がない。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(10)	身に憶えがないのに嘘をついたと人から責められる。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(11)	鏡の中の姿が自分とは思えない。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(12)	周囲の人や物、出来事が現実でないように感じる	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(13)	自分の体が自分のものではないように感じる	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(14)	昔のことを生き生きと思い出して、実際にもう一度体験しているように感じる	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(15)	実際におこった出来事を覚えているのか、それともただ想像しただけなのかははっきりしないことがある。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(16)	良く知っているはずの場所なのに、一度も来たことがないとか、見慣れない場所だと感じる。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(17)	テレビや映画を見ているときに物語に熱中しすぎて、周囲の出来事に気づかなくなる	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(18)	空想にのめりこんで、まるでそれが実際に起きているように感じる。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(19)	痛みを無視できることがある。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(20)	何も考えずに、ただ空間を見つめたまま時のたつのを忘れることがある。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(21)	そばに誰もいないのにひとりごとを言うことがある。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(22)	場所が変わるとまったく別な行動をするので、自分が二人いるように感じてしまう。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(23)	本来なら苦手なはずのスポーツ、仕事、人付き合いなどを何の苦もなく、簡単にできることがある。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

(24) ある ^{こと} 事をやったのか、それともやることを考えた ^{かんがえた} だけなのか憶えていないときがある。 (例えば手紙 ^{たとえばてがみ} をだしたのか、それとも出 ^だ そう ^{そう} と考えた ^{かんがえた} だけなのかわからない)	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(25) 自分に記憶 ^{きおく} がないが、何かを実行 ^{じっこう} した形跡 ^{けいせき} がある。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(26) 自分に記憶 ^{きおく} がないが、明らかに自分が書いたメモ ^{めも} や絵 ^え 、文章 ^{ぶんしょう} などを発見 ^{はっけん} する。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(27) 何かするように命令 ^{めいれい} したり、自分の行為 ^{じぶんの} を批判 ^{ひはん} する声 ^{こえ} が、頭 ^{あたま} の中 ^{なか} から聞こ ^{きこ} えることがある。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
(28) まるで霧 ^{きり} がかかったように周囲 ^{しゅうい} がぼやけて見えるので、人 ^{ひと} や物 ^{もの} がかすんだり、遠 ^と くにあるように見える。	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

4 あなたの家庭では以下のようなことがありましたか。

次のア～オの各項目について、「はい」または「いいえ」のうち、どちらか一つを選び、○をつけてください。

	はい	いいえ
ア. 夫 ^{おっと} やパートナーが育児 ^{いくじ} や家庭内 ^{かていない} のことに関して協力 ^{きょうりよくてき} 的だった。	1	2
イ. 夫 ^{おっと} やパートナーとよくけんかをした。	1	2
ウ. 夫 ^{おっと} やパートナーが暴力 ^{ぼうりよく} を振 ^ふ ることはなかった。	1	2
エ. 私 ^{わたし} が育 ^{そだ} ったうちの人は怒鳴 ^{どな} って怒 ^{おこ} ることはほとんどなかった。	1	2
オ. 私 ^{わたし} が育 ^{そだ} ったうちでは殴 ^{なぐ} り合 ^あ いになることはなかった。	1	2

5 お子さまについてうかがいます。

① あなたのお子さまについてどのように感じていますか。今のあなたの気持ちに一番近いと感じられるものに○をつけてください。あてはまる番号をそれぞれ1つずつ選び、○をつけて下さい。

	強くそう感じる	ほとんどいつも たまに強くそう感 じる	たまに少しそう感 じる	全然そう感じない
ア. 愛 ^{いと} おしいと感じる	1	2	3	4
イ. がっかりしている	1	2	3	4
ウ. 何も感じない	1	2	3	4
エ. 自分のものだと感じる	1	2	3	4
オ. 腹立 ^{はらだた} たしく感じる	1	2	3	4
カ. うとましく感じる	1	2	3	4
キ. 守ってあげたい	1	2	3	4
ク. 子どもと一緒 ^{いっしょ} にいるのが楽しい	1	2	3	4
ケ. 攻撃 ^{こうげき} 的になる	1	2	3	4

- ② あなたはお子様に対して、次のようなことをすることがありますか。
次のア～ケの8項目それぞれについて、もっともよく当てはまると思われる番号を1つずつ選び、○をつけてください。

	まったくない	ときどきある	しばしばある
ア. おもわずたたいてしまうことがある	1	2	3
イ. 罰として長時間部屋の外に出すことがある	1	2	3
ウ. 忙しくて子どもの言動を無視することがある	1	2	3
エ. おもわず子どもが傷つくようなことを繰り返す言がある	1	2	3
オ. 気持ちが落ち込んで保育園や学校に行かせないことがある	1	2	3
カ. 疲れていてオムツや衣類を取り替えられないことがある	1	2	3
キ. 罰として食事を与えないことがある	1	2	3
ク. 疲れていて学校や保育園の世話ができないことがある。	1	2	3

- ③ 子育てやあなた自身への支援についてのご要望を、自由にご記入ください。

This image shows a completely blank white rectangular area enclosed within a thin black border. There are no markings, text, or illustrations present on the page.

★★★★★★★★★★ ご協力ありがとうございました。 ★★★★★★★★★★★★★★