子どもの虐待予防に関連する
母親の自己効力感の検討

２０１４

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

関　美雪

目次

第Ⅰ章　文献的考察
Ⅰ－A　子ども虐待の現状と問題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
Ⅰ－B　子ども虐待に関連する要因について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
Ⅰ－C　子ども虐待に対する施策について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
Ⅰ－D　本研究の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6

第Ⅱ章　子ども虐待傾向と関連する出産後の要因の検討　－自己効力感に着目して－
Ⅱ－A　目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
Ⅱ－B　調査研究の背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
Ⅱ－C　対象と方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8
Ⅱ－D　結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
Ⅱ－E　考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13
Ⅱ－F　結論・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15

第Ⅲ章　子ども虐待傾向と関連する妊娠期の要因の検討　－自己効力感に着目して－
Ⅱ－A　目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16
Ⅱ－B　調査研究の背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・16
Ⅱ－C　対象と方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・18
Ⅱ－D　結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20
Ⅱ－E　考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・22
Ⅱ－F　結論・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・25

第Ⅳ章　まとめ
Ⅳ－A　子ども虐待傾向と関連する要因について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・26
Ⅳ－B　母親の自己効力感について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・26
Ⅳ－C　子ども虐待予防への取り組みの知見・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・27

第Ⅴ章　本研究の限界と課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・28

第Ⅵ章　結語・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29

第Ⅶ章　謝辞・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・30

第Ⅷ章　参考文献・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・31

第Ⅸ章　図表およびグラフ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39

付　質問票

第Ⅰ章

文献的考察

第Ⅰ章　文献的考察

A.　子ども虐待の現状と問題

厚生労働省の報道発表資料では[1]、子ども虐待相談件数は急増しており、2013年は73,765件と過去最高の相談件数となっている。さらに、2011年4月1日から2012年3月31日までの12か月間に発生した、子ども虐待による死亡事例は、85事例（99人）であり、約半数が0歳台の子どもであったことが報告されている。近年では、子ども虐待の1つである乳幼児揺さぶられ症候群による死亡例や、死亡に至らないまでも重篤な障害を残す例が報告されている[2]。乳幼児揺さぶられ症候群は、乳幼児を強く揺さぶることによって、頭蓋内出血や眼底出血が生じ、後遺症として麻痺や知的障害などが残り、最悪の場合には死亡する。このため、厚生労働省は、2013年に「赤ちゃんが泣きやまない」のDVDを作成し、地方公共団体に無償頒布し、乳幼児揺さぶられ症候群の啓発に力を入れている。母子健康手帳にも乳幼児揺さぶられ症候群の情報を掲載し、発生予防に力を注いでいる。

さらに、厚生労働省の報道発表資料では[1]心中以外の虐待死亡事例における、子ども虐待の主たる加害者は、実父母が26例（46.4%）と最も多いことが報告されている。心中以外の虐待死亡事例の実母には、「育児不安」、「精神疾患」、「うつ状態」等の心理的精神的な問題が背景にあることも報告されている。近年では、子ども虐待の背景要因として、産後うつ病があることが明らかとなってきた。産後うつ病の発生頻度は、およそ10～15%といわれており[3) 4)]、周産期におけるメンタルヘルス上の大きな課題となっている。

また、産後うつ病は、子どもへの愛着障害や虐待に進むケースも少なくない[5) 6)]。子どもの発育や発達に否定的影響をもたらすエビデンスが蓄積されており、母親の育児や家事の負担を軽減するために、夫や家族は仕事等の家庭内の調整が必要となり、母親のみならず、配偶者や他の家族にも影響を与えること等、母親のメンタルヘルスは子ども虐待予防と子どもの健全な成長発達の促進のために重大な課題となっている。

子ども虐待の問題としては、子どもの生命の危機的状態としての問題はもちろんのことであるが、子どもの発育や発達にとって、長期的および将来的に否定的な影響をもたらすことは大きな問題である[7) ～ 10)]。Bowlbyは、出産後早期のアタッチメントの重要性について述べている[11)]。アタッチメントは、子どもと養育者との間に形成される身体的・精神的結びつきであるとし、良好なアタッチメントは、その後の安定した人間関係の基礎となるばかりか、共感性や道徳性の発達の基礎となると述べている。そのため、虐待という体験は、子どもの健全な成長発達にとって、重要な基礎となるアタッチメントの形成が、阻害される可能性が高いと考えられる。アタッチメントの形成には、母親の応答性と敏感性が重要とされているが、母親の精神障害やうつ状態は、子どもへのこのような応対が不完全となり、さらに子どもがかわいいと思えない、あるいは愛情がわかないという症状が見られることもある[12) 13)]。また、Bowlbyは、4～6か月までが愛着の臨界期であること、

不安定な愛着はその後の成長、発達に大きな影響を与えかねないことを報告し、愛着形成が人格形成にとって重要であることを述べており、このことからも子ども虐待予防を目的とした支援が重要であることがわかる。

子ども虐待は、子どもの成長、発達にとって重大な問題を引き起こすことは明らかであるが、特にアタッチメント障害は、認知障害に持続的な悪影響を及ぼすというエビデンスが多く[14)～19)]、母親支援は、子どもの健全な成長発達にとって重要な課題である。

B.　子ども虐待に関連する要因について

母親の育児の負担感や不安を取り除くための、さまざまな取り組みが行われているが、子ども虐待の発生件数に改善は見られず、子育てに対する負担感には、育児休業取得や経済的支援などでは解決できない、育児に対する心理的精神的負担感の要因も多く存在していることが推察される。

子育てに対する心理的精神的負担感の課題について、大阪における調査[20)]と兵庫における調査[21)]では、現代の母親は子どもの世話経験が少なく、さらに地域から孤立しやすい状況にあること、子育てに自信をなくしている実態が報告されている。原田[22)]は、子育ての自信は、母親のメンタルヘルスとも関連しており、子どもの世話経験が少ないことは育児ストレスにも関連していると考えられ、子育ての心理的精神的負担感への支援は重大な課題であると指摘している。

現代の母親は、慣れない育児に直面し、負担感を感じ、自信を失いやすい状況にあるといえる。子育てに対する自信のなさや低い自己効力感は、産後うつ病や愛着障害、子ども虐待を引き起こすリスク要因ともなる可能性が示されている[23) 24)]。一方、自己効力感の高い母親は、より良い親役割を実践できる機知に富んでいることが報告されている[25)]。

自己効力感について、Bandura は[26)]自己効力感が変化する情報源として、「遂行行動の達成」、「代理的経験」、「言語的説得」、「情報的喚起」の４つをあげており、成功体験やモデリングや、言語によるフィードバックなどで自己効力感が影響されるとしている。坂野らは[27)]、一般性自己効力感尺度を作成し、自己効力感は、個人がいかに多くの努力を払おうとするか、あるいは嫌悪的な状況にいかに長く耐えることができるかを決定する要因になっていること、自己効力感の高低が個人の行動全般にわたって影響する可能性があることを示している。一般性自己効力感は、３つの下位尺度で構成されている。「行動の積極性」は、この下位尺度得点が高いときには行動に遂行に費やす努力が増大する傾向として定義しており、「失敗に対する不安」は、この下位尺度得点が低いときには失敗に対する不安が高まり、過去に行った自己の失敗経験にこだわり、暗い気持ちになる傾向として定義している。「能力の社会的位置づけ」は、この下位尺度得点が高いときには、一般的で社会的な場面において自己の遂行を高く評価する傾向として定義している。このことから、自己効力感は、育児という課題遂行にとって重要な要因の１つと考えられ、自己効力感を高めることは、育児の自信を高めることにもつながり、子どもの健全な成長発達を促進する鍵に

なるといえる。健やか親子２１においても、取り組むべき指標の１つとして「子育てに自信が持てない母親の割合を減らすこと」が目標に掲げられており、母親が自信を持てるような支援や教育が必要といえる。一方、母親が適切な支援が得られず、精神的負担感が大きい場合には、母親の抑うつが母子相互作用にもたらす影響[28)～31)]や子どもの認知にもたらす影響[32)～41)]も報告されている。母親は、子どもにとって最も重要な環境的要因であり、子ども虐待を予防する上で、母親支援は必要不可欠といえる。

一方、厚生労働省が作成したマニュアルである「子ども虐待対応の手引き」では[42)]、子ども虐待のリスク要因として、①保護者側のリスク要因、②子ども側のリスク要因、③養育環境のリスク要因の３つをあげている。保護者側のリスク要因としては、望まない妊娠出産や産後うつ病や精神障害が重要なリスク要因となっている。また、子ども側のリスク要因としては、未熟児など子どもの育てにくさをあげている、さらに、養育環境のリスク要因としては、離婚再婚などの家庭環境や孤立した家庭、経済不安がある家庭などがリスク要因としてあげられている。厚生労働省のマニュアルでは、リスク要因のある保護者への対応として、母子健康手帳交付の際の支援や乳幼児健康診査における関わりなど、行政の母子保健事業における支援の重要性が述べられているが、子ども虐待の発生は増加の一途を辿っている。

子ども虐待に関連する要因は、多々存在し、社会の変化や、少子化に伴う子育ての体験の希薄化などの時代による特徴や変化も考えられるため、今後も継続的な研究を積み重ね検証していくことが重要といえる。

C.　子ども虐待に対する施策について

平成 12 年（2000 年）に「児童虐待の防止等に関する法律」が施行された。それ以前は、「児童福祉法」に、児童相談所への通告や一時保護などの事項が盛り込まれていた。「児童虐待防止等に関する法律」では、第２条に子ども虐待の定義がはじめて定められた。これにより、身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待の４種類が子ども虐待として定義され、これらの具体的な行為も示されている。また、国や地方公共団体の責務も明確にされるなど、子ども虐待に対する本格的な取り組みが認知されるきっかけとなった法律といえる。この法律と平行して、児童福祉法及び母子保健法などにより子ども虐待への取り組みや支援が行われているが、以下に主要な取り組みや支援を示した。

a. 健やか親子２１

我が国の母子保健は、２０世紀中の取り組みの成果として既に世界最高水準にあるが、妊産婦死亡や乳幼児の事故死について改善の余地がある。また、思春期における健康問題、親子の心の問題の拡大など等、対応すべき課題が存在する。そこで、2001 年から始まった、母子保健における国民運動である「健やか親子２１」では[43)44)]、(1) 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進　(2) 妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援

(3) 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備 (4) 子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減の４つの課題ごとに具体的な取り組みの目標や指標について示している。４つ目の柱となっている「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」では、母親が育児を楽しめるような育児環境の整備が不可欠であることや、妊娠・出産・育児に関する母親の不安を軽減し、育児を楽しみ、子どもの豊かな心の成長を育むための取り組みを全国的に総合的に講じることは、２１世紀の母子保健上極めて重要な対策ということを提唱している。

さらに、子ども虐待への対策として①保健所・市町村保健センター等ではこれまで明確でなかった児童虐待対策を母子保健の主要事業の一つとして明確に位置付け、積極的な活動を展開すること。②医療機関と地域保健が協力し被虐待児の発見、救出した後の保護、再発防止、子どもの心身の治療、親子関係の修復、長期のフォローアップの取り組みを進めること。③これらの活動にあたっては、児童相談所、情緒障害児短期治療施設等の福祉関係機関、警察、民間団体等との連携を図ることの３つを掲げ、具体的な取り組みを示している。「虐待による死亡数」、「法に基づき児童相談所等に報告があった被虐待児数」、「子育てに自信が持てない母親の割合」、「子どもを虐待していると思う親の割合」などの項目を掲げ、すべて減少傾向へという目標値を示している。このように、虐待による死亡数を減らすことや、子どもを虐待していると思う親の割合を減らすことなどが指標として示され、妊娠期および出産後の心理的精神的負担や育児の困難感にも目を向けた支援、母親のメンタルヘルスにも目を向けた対策が目標に掲げられ、子ども虐待予防に対する取り組みを具体的に示している。また、子育ての自信や子どもとの生活の QOL 向上を目指した支援、思春期保健や小児保健医療水準の向上への対策も目標に掲げられ、13 年間の取り組みが行われてきた。

しかしながら、子ども虐待は減少する傾向は見られていない。2015 年度からは、健やか親子２１（第２次）による取り組みが行われることになっているが[45]、基盤課題として(1)切れ目のない妊産婦・乳幼児への保健対策、(2)学童期・思春期から成人期に向けた保健対策、(3)子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくりとし、重点課題として(1)育てにくさを感じる親に寄り添う支援、(2)妊娠期からの児童虐待防止対策があげられている。子ども虐待の課題については、課題の改善が見られておらず、継続して取り組むべき重要な課題の１つとなっている。

ｂ．家庭訪問

家庭訪問指導事業として実施されている母子支援は、妊産婦の訪問指導、新生児の訪問指導、未熟児の訪問指導、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問指導事業などがある。母子保健法では、妊産婦の訪問指導、新生児の訪問指導、未熟児の訪問指導を定めている。妊産婦の訪問指導では、「妊産婦の健康状態に応じ、保健指導を要する者については、医師、助産師、保健師又はその他の職員をして、その妊産婦を訪問させて必要な指導を行わ

せ、妊娠又は出産に支障を及ぼすおそれがある疾病にかかっている疑いのある者については、医師又は歯科医師の診療を受けることを勧奨するものとする。」ことが定められている。

新生児の訪問指導では、「市町村長は、当該乳児が新生児であって、育児上必要があると認めるときは、医師、保健師、助産師又はその他の職員をして当該新生児の保護者を訪問させ、必要な指導を行わせるものとする。」と定めている。さらに、未熟児の訪問指導では、「市町村長は、その区域内に現在地を有する未熟児について、養育上必要があると認めるときは、医師、保健師、助産師又はその他の職員をして、その未熟児の保護者を訪問させ、必要な指導を行わせるものとする。」と定めており、いずれも市町村長が実施することとなっている。これらの訪問指導は、周産期の母親のメンタルヘルスへの支援や、育児に不慣れな母親への重要な支援策となっている。近年では、訪問指導の際に、エジンバラ産後うつ病質問票、Bonding 質問票、育児支援チェックリストが、出産後の子ども虐待予防のための支援ツールとして活用されている。

また、児童福祉法では、乳児家庭全戸訪問事業として、「生後４か月までの乳児のいるすべての家庭を訪問し、様々な不安や悩みを聞き、子育て支援に関する情報提供等を行うとともに、親子の心身の状況や養育環境等の把握や助言を行い、支援が必要な家庭に対しては適切なサービス提供につなげる。乳児のいる家庭と地域社会をつなぐ最初の機会とすることにより、乳児家庭の孤立化を防ぎ、乳児の健全な育成環境の確保を図るものである。」と定めている。さらに、児童福祉法では、養育支援訪問指導事業として、「育児ストレス、産後うつ病、育児ノイローゼ等の問題によって、子育てに対して不安や孤立感等を抱える家庭や、様々な原因で養育支援が必要となっている家庭に対して、子育て経験者等による育児・家事の援助又は保健師等による具体的な養育に関する指導助言等を訪問により実施することにより、個々の家庭の抱える養育上の諸問題の解決、軽減を図る。」として、育児不安を抱えた母親や、継続支援が必要とされる母親への重要な支援策となっている。

このような、出産前後からの訪問による支援策があるにもかかわらず、子ども虐待の相談対応件数および死亡事例は減少する傾向はみられない。死亡事例は、０歳台に多く発生するが、望まない妊娠や母子健康手帳の交付を受けていない、あるいは出生届が出されないなどの子ども虐待のリスクが高い家庭ほど、このような場合は、訪問による支援が活用されにくい状況となる可能性が高い。教育的な支援などの子ども虐待発生予防への検討も課題といえる。

ｃ．健康教育

母親あるいは父親への教育的な支援としては、出産前には、母親学級や両親学級、パパママ教室などの出産までの過ごし方や、出産の準備などに関する健康教育が、自治体や医療機関で実施されている。出産後には、子育て学級、離乳食講習会など育児の方法に関する健康教育が自治体で開催されている。

また、市町村は、母子健康手帳の交付機関となっているが、母子健康手帳交付の際には、面接を行い、母子健康手帳の活用の仕方を伝えながら、母子の健康管理への活用を促す教育の場としている。市町村を中心として、母子を対象とした健康教育を実施しているものの、自治体の技量に委ねられているのが現状である。出産前から子ども虐待予防を視野に入れた対策としては、従来から行われている母子健康手帳の交付と、健康教育事業が主となっている。早期介入として、子ども虐待予防の支援は未だ十分とは言い難い状況である。その要因として、出産後の子ども虐待リスクを予測しうる、妊娠期に活用可能なツールの検討が十分行われていないことも要因の１つとしてあげられる。

そのため、子ども虐待リスク要因を検討し、早期介入を可能とするアセスメントの視点を明確にすることは、子どもの虐待予防にとって重要である。

D.　本研究の目的

先行研究から、出産後の子どもの虐待予防のための尺度として、エジンバラ産後うつ病質問票、Bonding 質問票、育児支援チェックリストが活用され、家庭訪問や乳幼児健診など行政を主体として対策が講じられているものの、子ども虐待が減少する傾向は見られていない。2015 年から始まる「健やか親子２１（第２次)」では、「妊娠期からの児童虐待防止対策」を重点施策の１つとして位置づけているが、妊娠期から子ども虐待予防のための問診項目や尺度は開発されていない。

さらに、妊娠期の母親の身体的・精神的・社会的要因と、出産後の子ども虐待との関連については明らかにされていない。保健行動の達成に必要な概念である自己効力感は、育児という課題遂行にとって重要な要因の１つと考えられるが、出産後の子ども虐待と自己効力感との関係は明らかになっていない。

そこで、以下の点について検討することを本研究の目的とした。

１）子ども虐待傾向と関連する出産後の要因の検討

子ども虐待傾向と関連する出産後の要因について検討を行い、①妊娠期からの子ども虐待予防の指標になりうる要因を抽出すること、②母親の自己効力感との関連を検討することを目的とした。

２）子ども虐待傾向と関連する妊娠期の要因の検討

子ども虐待傾向と関連する妊娠期の要因について検討を行い、①妊娠期からの子ども虐待予防の指標となりうる要因を明らかにすること、②妊娠期の母親の自己効力感との関連を明らかにし、子ども虐待発生を予防するための出産前の早期支援の可能性について検討することを目的とした。

以上二つの検討により、今後の子ども虐待予防を目的とした母親支援を行うためのアプローチや、妊娠期からの介入の示唆を得ることができ、早期からの支援や教育評価へ応用、効果的な対策の検討も可能となると考えられた。

第Ⅱ章

調査研究－１

子ども虐待傾向と関連する出産後の要因の検討
－自己効力感に着目して－

（ 参考文献：Japanese Journal of Health and Human Ecology 2015;81(1) in press ）

第Ⅱ章　調査研究－１

子ども虐待傾向と関連する出産後の要因の検討
－自己効力感に着目して－

A.　目的

子ども虐待傾向と関連する出産後の要因について検討を行い、①妊娠期からの子ども虐待予防の指標になりうる要因を抽出すること、②母親の自己効力感との関連を検討することを目的とした。

本研究の仮説は以下のとおりである。

仮説１：初産の母親は、Bonding 得点が高い。

仮説２：核家族の母親は、Bonding 得点が高い。

仮説３：育児支援が受けられない母親は、Bonding 得点が高い。

仮説４：GSES と子ども虐待傾向の有無と関連がある。

仮説５：育児ストレスと子ども虐待傾向の有無と関連がある。

仮説６：EPDS と子ども虐待傾向の有無と関連がある。

仮説７：育児支援と子ども虐待傾向の有無と関連がある。

B.　調査研究の背景

2000 年に児童虐待防止等に関する法律（以下、児童虐待防止法）が制定され、子ども虐待は、「保護者がその監護をする児童に対して行う４分類の行為」と法律で定義された。４分類の行為とは、①身体的虐待、②性的虐待、③ネグレクト、④心理的虐待である。2004 年に児童虐待防止法が改正され、「保護者以外の同居人」によるものも追加された。さらに、「ドメスティックバイオレンス」は心理的虐待との記述も盛り込まれ、子ども虐待発生予防への関心が高まっているとともに、社会背景の変化により子ども虐待の要因も複雑化し、随時法律の改正整備が行われている[46)～48)]。

一方で、子ども虐待相談対応件数は増加の一途をたどっている[1)]。児童虐待防止法などの社会的関心の高まりにより、相談対応件数増加への影響していることも考えられるが、子ども虐待そのものが増加している可能性も高い。

子ども虐待の発生を防ぐための取り組みは　周産期医療や母子保健活動の中で行われている[49) 50)]が、虐待死の報道は後を絶たず、2003 年にはじまった子ども虐待による死亡事例等の検証は、すでに、第９次報告まで発行されており、平成 23 年４月から平成 24 年３月 31 日までの子ども虐待死事例（心中以外）は 56 例（58 人）にのぼっている[1)]。

子ども虐待の発生要因として、①親の生育歴も含めた親自身の問題、②夫婦関係や家族の病気などのストレスフルな家庭状況、③近隣や親族を含めた社会からの孤立、④手のかかる子、育てにくい子などの子ども自身の要因、⑤親子分離体験、相性の悪さなど親と子

どもとの関係をめぐる状況などの要因があることが明らかになっている[51]。

さらに、最近では、母親の精神的健康が子ども虐待発生の要因として注目されている。母親の精神障害は、実際の育児の中でさまざまな障害をもたらす。たとえは、子どものおむつを替えることができない、食事の世話ができないなど、基本的な生活のケアに影響をもたらす。つまり、ネグレクトを引き起こす背景要因となっていることが、報告されている[52) 53)]。特に、産後うつ病は、愛着障害を示唆する否定的な気持ちを有する母親の割合が高いこと、虐待リスク項目が高得点であったこと、子ども虐待との関連が報告されている[54)]。子ども虐待の関連要因が検討されているものの、アセスメントや援助計画の不十分さなどの援助体制の課題や、親子に寄り添うべきといった伝統的援助観、子育て支援サービスの未整備や社会的養護体制の貧弱さなどの多くの課題があり、子ども虐待の疑いがある家庭に、支援が踏み込めないなどの課題があることも報告されている[55)]。

しかしながら、子ども虐待の問題は、幼少期母子関係の破綻、それに伴う発達障害、さらに脳の構造機能に影響を及ぼすことや、世代間連鎖などの将来への重大な影響を及ぼすことが指摘されている[56) 57)]。このようなことからも、子ども虐待に介入する意義は大きく[58)]、子ども虐待に関連する要因を多角的に検討していくことは、子ども虐待発生予防への重要な示唆を与えると考える。

そこで、本研究では、アタッチメント形成に重要な時期である４か月までの乳児を持つ母親の子ども虐待傾向を明らかにし、それと関連する出産後の要因を検討することとした。

なお、本研究では、子ども虐待傾向をBonding質問票で捉えることとした。また、出産後の要因として、自己効力感、母親の心理的精神的状態、身体的状態、社会的状態を把握し、子ども虐待傾向との関連を検討することとした。

C.　対象と方法

a. 調査対象

Ａ県Ｂ市に在住する４か月までの乳児をもつ母親790名を対象とした。

b. 調査期間

2008年12月から2011年3月

c. 調査方法

無記名自記式質問紙調査を郵送法にて実施した。具体的な手順としては、Ａ県Ｂ市から対象者に個別通知あるいは、家庭訪問（新生児訪問あるいは乳児家庭全戸訪問事業）の際に調査用紙を手渡ししてもらい、調査対象者から研究実施者宛に郵送にて回収を行った。回収数は530名（回収率67.1%）であった。そのうち、調査項目に欠損値のない516名を分析対象とした。

d．質問紙の構成

1)基本属性

母親の年齢、出産経験、就業の有無、家族構成、出産前教育受講状況とした。

2)育児ストレス

佐藤ら[59]の「育児ストレス尺度」(生後6か月用）の「子ども関連ストレス尺度」12 項目を基に、4 か月までの乳児の状況をふまえて、調査フィールドの保健師と育児ストレス項目の検討を行い、11 項目を設定した。佐藤らの「子ども関連ストレス尺度」から、「離乳がすすまない」、「子どもの体の調子が悪い」、「かんしゃくをおこす」、「抱き癖がついた」、「発育が遅れている」、「人見知りがひどい」、「(児）の気がちりやすい」、の 7 項目は 4 か月までの子どもには適切でないとの検討から、「一度泣くとなかなか泣きやまない」、「母乳・ミルクを飲まない」、「1 人にすると泣く」、「湿疹がある」、「下痢（または便秘）をする」、「おむつでかぶれる」の 6 項目に変更した。どの程度ストレスを感じるかについて 0:「全く感じない」、1:「少し感じる」、2：「かなり感じる」、3：「非常に感じる」までの 4 段階で回答を得た。4 段階で回答を得た粗点（0-3）をもとに合計点を算出した。合計得点の範囲は、0-33 点となり、得点が高いほど育児ストレスが高い判定となる。

3)一般性自己効力感（GSES)

自己効力感については、坂野ら[60]の開発した General Self-Efficacy Scale（以下 GSES とする）を用いた。一般性自己効力感は、16 項目あり、各項目に対して、「はい」、「いいえ」の 2 件法で回答を求めている。2 件法で得られた回答には、それぞれ 0 点と 1 点が得点化されており、その合計点を算出し、GSES 得点としている。合計得点の範囲は、0-16 点となる。また、GSES は 16 項目の合計得点により 5 段階に区分されている。成人女性では、0-3 点の範囲を低い、4-7 点の範囲をやや低い、8-10 点の範囲を普通、11-14 点の範囲をやや高い、15-16 点の範囲を高いとしており、得点が高いほど自己効力感は高い判定となる。

GSES は、「行動の積極性」(7 項目)、「失敗に対する不安」(5 項目)、「能力の社会的位置づけ」(4 項目）の 3 つの下位尺度により計 16 項目で構成されている。「行動の積極性」は、ひっこみじあんな方だと思う。積極的に活動するのは苦手なほうである。どんなことでも積極的にこなすほうである。などの 7 項目で構成されており、合計得点の範囲は 0-7 点となる。「失敗に対する不安」は、何かをするとき、うまくゆかないのではないかと不安になることが多い、小さな失敗でも人よりずっと気にするほうである。などの 5 項目で構成されており、合計得点の範囲は 0-5 点となる。「能力の社会的位置づけ」は、友人より優れた能力がある。世の中に貢献できる力があると思う。などの 4 項目で構成されており、合計得点の範囲は 0-4 点となる。

4)エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）

Edinburgh postnatal depression scale（以下 EPDS とする）を用いた[61) 62)]。EPDS は 10 項目の質問項目に対して、それぞれ４つの選択肢が設定されており、４つの選択肢から１つを選ぶことになっている。各選択肢に対して、0-3 点が得点化されており、その合計点を算出し、産後うつ病のスクリーニングをする。合計得点の範囲は、0-30 点となる。国内外で使用されている質問票であり、合計は 30 点満点である。わが国では 9 点以上を産後うつ病の疑いとしてスクリーニングしている。

5)育児支援項目

育児支援項目については、現在、未熟児訪問指導事業で母親支援に使用されている、育児支援チェックリストを用いた[63)]。これは、育児困難に関連する要因及び状況について構成された９項目についての質問紙調査である。実践の場では、母親の回答から、２次質問を行い、具体的な内容を確認し、その後の支援につなげている。質問項目の内容は、妊娠出産に関連するストレス、精神的疾患の既往歴、ソーシャルサポート、経済的問題、育児環境、子どもへの拒否感情について「はい」・「いいえ」で回答を求めている。ソーシャルサポートについては、「はい」、「いいえ」、「いない」で回答を求めている。

6)Bonding 質問票

質問項目は 10 項目で、0～3 点の４件法で回答を求めている[64)]。合計得点の範囲は、0－30 点で、得点が高いほど、赤ちゃんへの否定的な感情が強いことを示している。Bonding 質問票は、簡便な Bonding 障害の評価尺度として用いられている。簡便ながら、母親の側の愛着障害、育児不安、さらにネグレクトや子ども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、先行研究[65) 66)]では、子ども虐待の解釈やリスク要因との検討に使用されている実績がある。

e. 倫理的配慮

調査を行うにあたり、著者の所属大学である埼玉県立大学の倫理委員会の承認を得た（第 20054 号）。個別通知により、質問紙を郵送した対象者には、研究の趣旨、調査への協力が任意であること、調査への協力をしなくても不利益を生じないこと、結果の公表に関しての匿名性を保持することを記した調査依頼文書を添付した。また、家庭訪問の際に質問紙を手渡した対象者には、調査実施自治体の保健師より、研究の趣旨、調査への協力が任意であること、調査への協力をしなくても不利益を生じないこと、結果の公表に関しての匿名性を保持することを記した調査依頼文書を用いて、口頭による説明を行った。調査票の返信をもって同意とみなした。

f．解析

対象者の属性については、回答数とその割合を求めた。Bonding、GSES、育児ストレス、EPDS について、出産後の回答時期別に平均値、中央値、最小－最大値を求めるとともに、一元配置分散分析を行った。次に、属性、育児支援チェックリストから得られた、妊娠出産に関連するストレス、精神的疾患の既往歴、ソーシャルサポート、経済的問題、育児環境、子どもへの拒否感情と、Bonding 得点との２群間比較について、Mann-Whitney-U 検定を行った。さらに、Bonding 得点を２群に分類し、GSES、育児ストレス、EPDS および属性、育児支援チェックリストの項目について、二項ロジスティック回帰分析を行った。統計解析は、SPSS for Windows Ver.21.0 を用い、有意水準は両測検定で 5%以下とした。

D.　結果

a．調査対象者の属性

対象者の属性を表１に示した。母親の平均年齢は、30.3±5.2 歳であった。出産歴は、初産が 285 名（55.2%）であった。就業の有無は、就業有りは、157 名（30.4%）であった。家族構成は、核家族が 441 名（85.5%）で、祖父母同居は 75 名（14.5%）であった。

b．Bonding、GSES、育児ストレス、EPDS の出産後の回答時期別得点分布

４か月までの乳児をもつ母親を対象としていることから、産後１～４か月までの回答時期別に Bonding、GSES、育児ストレス、EPDS の得点分布を表２に示した。なお、EPDS は９点以上を産後うつ病の疑いとしてスクリーニングしているため、９点以上の人数と割合も表２に示した。

調査対象者の平均値±SD は、Bonding は 2.0±2.6、GSES は 8.1±3.7、育児ストレスは 6.8±5.0、EPDS は 5.2±4.6 であった。EPDS は９点以上の産後うつ病疑いの割合は、20.3%であった。Bonding は産後２か月、育児ストレスは産後４か月、EPDS は産後３か月で得点が高く、GSES は産後２－３か月で得点が低かった。EPDS9 点以上の割合は、産後２か月が 21.6%と高かった。Bonding、GSES、育児ストレス、EPDS の得点分布については、図１から４に示した。

さらに、Bonding、GSES、育児ストレス、EPDS の出産後の回答時期別に平均値の差について、一元配置分散分析を行ったが、いずれも有意差は得られなかった（表３）。

c．Bonding 得点と属性、育児支援項目との関連

Bonding 質問票と属性および育児支援項目との関連について検討した（表４）。Bonding 質問票と属性について検討したところ、出産経験がない母親は、出産経験がある母親に比べて、得点が高く、赤ちゃんへの否定的な感情が強い結果となった（$p<.001$）。さらに、今回の妊娠中に母親学級を受講している母親は受講していない母親に比べて、得点が高く、赤ちゃんへの否定的な感情が強い結果となった（$p<.01$）。

次に、Bonding質問票と育児支援項目について検討したところ、ソーシャルサポートの項目すべてに有意な結果が得られた。「夫に何でも打ち明けることができますか」の質問に「いいえ・いない」と回答した母親は、「はい」と回答した母親に比べて、得点が高く、赤ちゃんへの否定的な感情が強い結果となった（$p<.01$）。「実母に何でも打ち明けることができますか」の質問に「いいえ・いない」と回答した母親は「はい」と回答した母親に比べて、得点が高く、赤ちゃんへの否定的な感情が強い結果となった（$p<.001$）。「夫や実母以外の相談相手がいますか」の質問に「いいえ」と回答した母親は「いる」と回答した母親に比べて、得点が高く、赤ちゃんへの否定的な感情が強い結果となった（$p<.01$）。
さらに、「赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない」と「赤ちゃんを叩きたくなることがある」の質問項目では、いずれも「はい」と回答した母親は「いいえ」と回答した母親に比べて、Bonding質問票の得点が高く、赤ちゃんへの否定的な感情が強い結果となった。（$p<.001$）。

また、育児支援項目の回答数と割合に着目すると、心理的、精神的な問題で受診歴がある者は、55名（10.7%）であった。ソーシャルサポートの項目では、夫に何でも打ち明けられると回答した者は、416名（80.6%）、実母に何でも打ち明けられると回答した者は、350名（67.8%）、夫や実母以外の相談相手の有無では、475名（92.1%）がいると回答していた。「赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない」の項目は、赤ちゃんのケアが十分できず、苦痛に感じるためネグレクトにつながるリスクを持っていることが考えられる項目である。「はい」と回答した者が、315名（61.0%）であった。「赤ちゃんを叩きたくなることがある」の項目は、赤ちゃんへの拒否感や嫌悪感が強い場合、ストレスでイライラが強い場合は、赤ちゃんの泣き声など些細な出来事をきっかけに、攻撃的な感情を持つことや、叩きたいという気持ちは身体的虐待につながるリスクを持っていることが考えられる項目である。「はい」と回答した者が、56名（10.9%）であった。

d．子ども虐待傾向と関連する出産後の要因について

本研究では、子ども虐待傾向についてBonding質問票を用いて測定した。Bonding質問票にカットオフ値はないが、2001～2002年に実施された、Bonding質問票を用いた3,370人を対象とした調査結果では[64)]、Bonding質問票の総得点の平均は2.6であったことが報告されている。本研究では、Bondingの平均値が2.0±2.6であり、先行研究と同様の結果が得られたことから、2点以下（子ども虐待傾向なし）と3点以上（子ども虐待傾向あり）に分類し、二項ロジスティック回帰分析を行った。なお、説明変数には、GSES、育児ストレス、EPDS、出産歴、ソーシャルサポート、育児支援項目の子ども虐待関連2項目とした。

結果を表5に示した。Bonding質問票が3点以上であることによって判定された、子ども虐待傾向の有無を有意に予測したものは、GSES（$p<.05$）、育児ストレス（$p<.05$）、EPDS（$p<.01$）、実母に何でも打ち明けられる（$p<.01$）、赤ちゃんを叩きたくなることがある（$p<.001$）の5項目であった。

E. 考察

a. 子ども虐待傾向について

本研究では、母親の子ども虐待傾向をBonding質問票でとらえた。その結果、Bonding質問票の平均値は2.0±2.6であった。中央値は、1.0であり、得点の範囲は0-15であったことから、少なからず高得点者が存在しているといえる。Bonding質問票は、カットオフポイントはなく、得点が高いほど、赤ちゃんへの否定的な感情が強いことを示している。山下は[65]、EPDSとBonding質問票との関連について検討した結果、EPDSの高い母親は、Bonding質問票の得点が有意に高かったことを報告している。また、Bonding質問票の得点は、産後５日では、非うつ病群では、1.8±2.0で、うつ病群は4.8±3.3であった。さらに、産後３か月では、非うつ病群では、1.9±3.7で、うつ病群は3.2±2.9であったことを報告している。吉田は[66]、Bondingとは、母親のわが子に対する情緒的な絆であると定義し、逆に子どもに対してこのような気持ちや状態になれず、育児機能を損なう状況になった場合をBonding障害としている。さらにBonding障害は、母子や家族、周囲との対人関係にさまざまな影響を及ぼし、周産期はその要の時期であるとされている。本研究の平均値は2.0±2.6であり、平均値は高い得点ではないが、高得点者の存在も認められており、妊娠期および出産後の継続的な支援は、Bonding障害を予防するためにも、非常に重要な課題といえる。

一方、育児支援項目の子ども虐待に関連する項目をみると、「赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない」の項目に「はい」と回答した者が、315名（61.0%）であった。「赤ちゃんを叩きたくなることがある」の項目に「はい」と回答した者が、56名（10.9%）であった。鈴宮ら[64]は、「赤ちゃんを叩きたくなることがある」と回答した母親は、9.5%存在していたことを報告している。本研究と同様の結果といえるが、この項目からも、子ども虐待傾向のある母親の存在が、確認できたといえる。Bonding障害あるいは、子どもへの否定的な感情は、産後うつ病や精神障害の症状の１つと捉えることができる。しかしながら、Bonding障害は、愛着形成の障害をもたらすことが指摘されており[67]、本研究の結果から、その傾向がある母親が、少なからず存在することが明らかとなった。

また、Bonding、GSES、育児ストレス、EPDSの回答時期別の得点をみると、回答時期による得点の有意な差はみられなかったが、産後２か月はBondingの得点が高く、また、EPDS9点以上の割合が高かった。GSESは産後２－３か月が低い傾向であった。産後２か月頃は、里帰り出産から自宅に戻る時期であることも関連していると考えられた。

b. 出産後の母親の自己効力感について

GSES得点は、平均値が8.1±3.7であった。坂野ら[60]は、成人女性のGSESの平均値が9.12±3.93であることを示している。また、佐々木ら[68]は3～4か月健診を受診した541名の母親を対象とした調査では、GSESの平均値が8.8±3.8であったことを報告している。出産後の母親は、GSESが低い傾向にあることが本研究でも確認された。この時期は、慣れない育児を行うことと、母親自身の体調が充分回復していないこと、充分な睡眠がとれな

いこと等が自己効力感と関連している可能性も考えられるが、自己効力感はどのようなライフイベントによりどの程度変動するのかは明らかにされておらず、自己効力感に関しては更なる検討が必要である。

c．子ども虐待傾向と関連する出産後の要因について

はじめに、子ども虐待傾向と関連する要因を検討するために、Bonding 質問票と属性、育児支援項目との関係について、Bonding 得点との２群間比較について、Mann-Whitney-U 検定を行った。その結果、Bonding 質問票と属性との関連では、出産経験のない母親は、出産経験のある母親に比べて、Bonding 質問票の得点が高く、赤ちゃんへの否定的な感情が強い結果となっていた。出産経験のない母親は、出産経験のある母親に比べて不安やストレスが高いことが報告されている[36)]。また、初めての子育てであることや、現代の母親は赤ちゃんと接する経験が少ないことなどの、経験の有無が育児ストレスとも関連している可能性も考えられる。一方、出産経験のある母親は、子育ての知識や経験が生かされていることが考えられるが、出産経験のない母親が子育ての中で感じている不安やストレスなど、赤ちゃんへの否定的な感情に影響を与えると考えられる要因については、更に検討を重ねていくことが課題といえる。

また、第１子の子育てへの夫の育児参加や育児の負担感や不安が少ないことが、第２子出生意欲につながっていることが明らかになっており[69)]、初産婦への適切な支援によるストレスの軽減は少子化を防ぐことにもつながるといえる。母親学級を受講している母親に、赤ちゃんへの否定的な感情が強い結果となっていたが、通常、母親学級を受講するのは初産の母親であることが、このような結果となったと考えられる。

さらに、育児支援項目のサポート項目である「夫に何でも打ち明けられる」、「実母に何でも打ち明けられる」、「夫や実母以外の相談相手」が「いいえ」・「いない」と回答した母親は、「はい」と回答した母親に比べて Bonding 質問票の得点が有意に高く、赤ちゃんへの否定的な気持ちが強い結果となった。ソーシャルサポートが育児不安や育児困難感等の軽減につながっていることや、育児をする上で重要な要因であるとの報告がされている[70)～79)]。夫や実母、兄弟姉妹や友人などの、いずれかのサポートが得られない場合は、育児における母親の孤立が推察される。サポートが得られない背景を探り支援をしていくことは、今後の課題と考えられた。

EPDS9 点以上が産後うつ病の疑いとしてスクリーニングしているが、本研究では９点以上の者が、105 名（20.3%）存在した。９点以上の者の割合は、１か月では、20.9%、２か月では、21.6%であった。Bonding 障害に関する調査では[80)]、産後うつ病の母親に子どもに対して攻撃的感情を抱くと回答した母親の割合が高かったことが報告されている。本研究では、「赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない」の項目に「はい」と回答した母親、「赤ちゃんを叩きたくなることがある」の項目に「はい」と回答した母親は、「いいえ」と回答した母親に比べ Bonding 質問票の得点が有意に高く、赤ちゃんへの否定的な

気持ちが強い結果となった。このことから、EPDS や Bonding から、母親の精神障害が疑われる場合、あるいはうつ病の兆候が見られる場合には、早期に医療機関の受診につなげ、子ども虐待発生の予防につなげることが重要といえる。

次に、子ども虐待傾向と関連する要因をより明らかにするために、Bonding 質問票 2 点以下（子ども虐待傾向なし）と 3 点以上（子ども虐待傾向あり）に分類し、二項ロジスティック回帰分析を行った。子ども虐待傾向の有無を有意に予測したものは、GSES が低いこと、育児ストレスが高いこと、EPDS が高いこと、さらに、ソーシャルサポートでは、実母に何でも打ち明けられないことであった。また、「赤ちゃんを叩きたくなることがある」の項目は「いいえ」を基準にすると、「はい」は、オッズ比が 5.6 であり、子ども虐待傾向を有意に予測する項目であった。「子どもを叩きたくなることがある」は、行動としての質問内容であり、出産後は、この項目が子ども虐待予防に重要な問診項目と考えられた。また、サポートについては、「実母に何でも打ち明けられる」という質問項目が有意であった。この項目は、実母との信頼関係を確認している項目とも考えられるが、実母に打ち明けられない理由や背景などについては更に検討していくことが課題である。

F. 結論

出産後４か月までの母親を対象として、調査を行った。Bonding、GSES、育児ストレス、EPDS の回答時期別の得点をみると、回答時期による得点の有意な差はみられなかったが、産後２か月は Bonding の得点が高く、子どもに対する否定的な感情が高い傾向であった。さらに、EPDS9 点以上の産後うつ病の疑いがある母親の割合が高かった。また、GSES は産後２－３か月が低い傾向であった。

また、子ども虐待傾向について Bonding 質問票を用いて測定したところ、GSES、育児ストレス、EPDS との関連が認められた。さらに、育児支援項目では、「実母に何でも打ち明けられる」、「子どもを叩きたくなることがある」との関連が認められた。特に、「子どもを叩きたくなることがある」は、子ども虐待傾向の有無を有意に予測する項目であった。しかしながら、「子どもを叩きたくなることがある」および EPDS や育児ストレスは、妊娠期には回答することが不可能な項目である。一方、属性やサポートの有無、GSES は妊娠期に回答することが可能な項目である。これらの項目について妊娠期に調査を行い、出産後の子ども虐待傾向との関連について検討することは重要と考えられた。

第Ⅲ章

調査研究－２

子ども虐待傾向と関連する妊娠期の要因の検討
－自己効力感に着目して－

第Ⅲ章　調査研究－２

子ども虐待傾向と関連する妊娠期の要因の検討
－自己効力感に着目して－

A.　目的

子ども虐待傾向と関連する妊娠期の要因について検討を行い、①妊娠期からの子ども虐待予防の指標となりうる要因を明らかにすること、②妊娠期の母親の自己効力感との関連を明らかにし、子ども虐待発生を予防するための出産前の早期支援の可能性について検討することを目的とした。

本研究の仮説は以下のとおりである。

仮説１：GSES は、妊娠期と出産後で変化はない。

仮説２：初産の母親は、GSES が低く、Bonding 得点が高い。

仮説３：核家族の母親は、GSES が低く、Bonding 得点が高い。

仮説４：育児支援が受けられない母親は、GSES が低く、Bonding 得点が高い。

仮説５：妊娠期の GSES と子ども虐待傾向の有無と関連がある。

仮説６：出産経験と子ども虐待傾向の有無と関連がある。

仮説７：育児支援と子ども虐待傾向の有無と関連がある。

B.　調査研究の背景

子ども虐待の課題は、2001 年から 2014 までの 13 年間で健やか親子２１の取り組みとして実施されてきたが[43) 44)]、子ども虐待相談件数や死亡事例は後を絶たず、2015 年から始まる、健やか親子２１（第２次）において、継続すべき重大な健康課題と認識され、継続して取り上げられることとなった[45)]。健やか親子２１（第２次）では、「妊娠期からの児童虐待防止対策」という柱で、今後もより一層の子ども虐待発生予防への継続的対策が行われていくことになっている。

さらに、妊娠期からの子ども虐待予防が重要との考えから、2011 年７月に厚生労働省は、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長及び家庭福祉課長、母子保健課長より、「妊娠期からの妊娠・出産・子育て等に係る相談体制等の整備について」の文書を、都道府県、指定都市、中核市、保健所設置市、特別区に通達している。児童虐待防止対策に関しての更なる推進と、日齢０日児の死亡事例が報告されていることを鑑み、妊娠等について悩みを抱える人に対する相談の整備及び強化について周知徹底を求めている。相談機関としては、女性健康センター、児童相談所、保健所、保健センター、福祉事務所、婦人相談所などがあげられ、妊娠期からの予防的支援が積極的に行われつつある。

子ども虐待発生をいかに予防するかということについては、従来の訪問指導や乳幼児健康診査におけるポピュレーションアプローチもさることながら、最近では、予防的介入に

関する検討も行われている[81)~84)]。妊娠期からの介入研究では、母親の精神的健康の改善に着目した予防的介入の有効性を示す報告[85)~88)]がある一方、効果が得られなかったとする報告も存在する[89) 90)]。

このように、現在では、子ども虐待に関連する要因の１つでもある、母親の精神的健康に着目した妊娠期からの予防的介入についての研究に着目されるようになった。これらの先行研究における介入効果を図る指標として、EPDS や Profile of Mood States、Maternity Social Support Scale などさまざまな指標が用いられている。妊娠期からの子ども虐待予防の指標となるツールの検討も今後の課題といえる。効果測定の指標の１つとして、EPDS を妊娠期の子ども虐待予防のアセスメントの指標として活用できるか否かの可能性については論争の的となっており、検討した報告もあるものの[91)~95)]、EPDS は産後うつ病のスクリーニングが主目的であるため、新たな指標や EPDS と併用し、教育効果の測定に活用できる指標の検討も必要と考える。

また、虐待予防に着目した妊娠期からの具体的な取り組みの重要性については、多くの研究者が認知している[96) 97)]。厚生労働省も、出産前の子ども虐待リスク要因として、「特定妊婦」という名称で、望まない妊娠や若年妊婦、経済的困窮などのリスクファクターをもつ妊婦を、妊娠期から支援していくことの重要性を認識している。特定妊婦として子ども虐待リスク要因のある妊婦に対して、母子健康手帳交付後に継続的支援につなげている自治体もあるが、対応する支援者の力量に左右され、継続的な支援につながらない事例もあり、力量に左右されないスケールの開発や研修などによる人材育成も今後の課題といえる。

教育的介入の評価については、自己効力感をスケールとして用いる方法が報告されている[98)]。自己効力感は、Bandura により、社会的学習理論の中で初めて提唱された[99)]。Bandura は、環境や刺激が行動の直接の要因であると協調する伝統的な行動主義の考え方を否定し、行動や環境、刺激、個人的要素などが相互に関連していること、特に、個人的要素に含まれる認知を重視している。自己効力感は、心理的適応やストレスとの関連が数多く報告されている[100)~103)]。自己効力感と心理的適応や QOL との関係についても検討されており、高い自己効力感を持っている人の方が、心理的な適応がより有効であることが報告されている[104) 105)]。

2001 年から始まった、健やか親子２１では、４つの対策の１つの柱として「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」を掲げ、その指標の１つとして「子育てに自信が持てない母親の割合を減少させる」ことを、目標に掲げている。2000 年のベースライン調査では、27.4%の母親が子育てに自信が持てないと回答していたことが示されている[106)]。子育てに自信をもてることが重要との認識はあるものの、主観的な自信の有無によるもので、信頼性妥当性のある尺度を用いた結果ではないため、子育ての自信を図る尺度を検討することも課題といえる。また、どのようにすれば、子育てに自信が持てるのかの検討も課題である。

著者が行った出産後の母親を対象とした調査研究－１では、自己効力感と Bonding 調査票との関連が認められ、母親の否定的な自己効力感は、子ども虐待傾向と関連することが明らかとなった。先行研究では、自己効力感と育児不安や精神的健康度との関連が検討されており[107)108)]、自己効力感が母親の健康度に影響を与えていることが報告されている。

しかし、先行研究では、出産後の横断的調査や影響要因との検討が中心となっており、妊娠期からの縦断的調査による報告はほとんどない。出産前後での否定的な自己効力感が子ども虐待傾向に関連しているとすれば、妊娠期の自己効力感を測定し、自己効力感を高めることを目的とした教育的介入や、自己効力感を子ども虐待発生予防のアセスメントツールとして支援につなげることも可能となる。

さらに、縦断的調査から子ども虐待要因との関連を検討することは、子ども虐待発生予防への重要な示唆を与えると考える。

そこで、本研究では、妊娠８か月および産後２か月の母親を対象に縦断的調査を行い、妊娠期の母親の自己効力感および妊娠期からの子ども虐待予防の指標となりうる要因と、出産後の子ども虐待傾向との関連について検討することとした。

なお、縦断的調査の調査時期の設定については、著者が行った調査研究－１の結果から、Bonding、GSES は出産後の回答時期により有意な差はみられなかったが、産後１か月は里帰り出産で母親が自宅にいないことが多いこと、産後１か月健診以降に自宅に戻ることが多いことから、出産後の調査時期は２か月とした。また、妊娠期の調査時期については、調査医療機関での出産が確実となる妊娠８か月とした。

C.　対象と方法

a. 調査対象

Ａ県Ｂ医療機関の産科外来を受診した母親 280 名を対象とした。

b. 調査期間

2011 年 4 月から 2013 年 3 月

c. 調査方法

妊娠８か月時および産後２か月時に同一対象者への縦断的調査として、無記名自記式質問紙調査を郵送法にて実施した。具体的な手順としては、Ｂ医療機関の妊娠８か月の妊婦健診の際に、対象者に調査用紙を配布し、郵送にて回収した。妊娠時および出産後の調査用紙には、対象者が任意の同一番号を記入し、出産前後のデータをマッチングできるようにした。出産後の調査用紙は、妊娠８か月時の妊婦健診の際に配布し、産後２か月時に記入後、郵送にて回収した。回収数は 200 名（回収率 71.4%）であった。そのうち、調査項目に欠損値のない 194 名を分析対象とした。

d．質問紙の構成

1)基本属性

児の性別および月齢、母親の年齢、出産経験、就業の有無、家族構成、里帰り出産の有無、出産前教育受講状況とした。

2)一般性自己効力感（GSES）

母親の育児の自信については、坂野ら[60]の開発したGeneral Self-Efficacy Scale（以下GSESとする）を用いた。一般性自己効力感は、16項目あり、各項目に対して、「はい」、「いいえ」の2件法で回答を求めている。2件法で得られた回答には、それぞれ0点と1点が得点化されており、その合計点を算出し、GSES得点としている。合計得点の範囲は、0-16点となる。

GSESは16項目の合計得点により5段階に区分されている。成人女性では、0-3点の範囲を低い、4-7点の範囲をやや低い、8-10点の範囲を普通、11-14点の範囲をやや高い、15-16点の範囲を高いとしており、得点が高いほど自己効力感は高い判定となる。GSESは、「行動の積極性」（7項目）、「失敗に対する不安」（5項目）、「能力の社会的位置づけ」（4項目）の3つの下位尺度により、計16項目で構成されている。

3)育児支援項目

育児支援項目については、現在、未熟児訪問指導事業で使用されている、育児支援チェックリストを用いた[63]。これは、育児困難に関連する要因及び状況について構成された9項目についての質問紙調査である。妊娠出産に関連するストレス、精神的疾患の既往歴、ソーシャルサポート、経済的問題、育児環境、子どもへの拒否感情について「はい」・「いいえ」で回答を求めている。ソーシャルサポートについては、「はい」、「いいえ」、「いない」で回答を求めている。

なお、育児支援チェックリストの項目で、「妊娠中の母体および胎児の異常の有無」、「赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない」、「赤ちゃんを叩きたくなることがある」の3項目は妊娠期に回答不可能な項目として除外し、出産後のみとした。

4)Bonding質問票

質問項目は10項目で、0～3点の4件法で回答を求めている[64]。合計得点の範囲は、0－30点で、得点が高いほど、赤ちゃんへの否定的な感情が強いことを示している。Bonding質問票は、簡便なBonding障害の評価尺度として用いられている。簡便ながら、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、先行研究[65) 66)]では、子ども虐待の解釈やリスク要因との検討に使用されている実績がある。なお、Bonding質問票は出産後の調査のみ使用した。

e. 倫理的配慮

調査を行うにあたり、著者の所属大学である埼玉県立大学の倫理委員会の承認を得た（第20054 号)。対象者には、研究の趣旨、調査への協力が任意であること、調査への協力をしなくても不利益を生じないこと、結果の公表に関しての匿名性を保持することを記した調査依頼文書を添付し、Ｂ医療機関の看護職から口頭による説明を行い、調査票の返信をもって同意とみなした。

ｆ．解析

対象者の属性については、回答数とその割合を求めた。妊娠期および出産後の GSES、Bonding については平均値、中央値、最小ー最大値を求めた。次に、GSES の妊娠期および出産後の平均値の比較については、Wilcoxon の符号付き順位検定を行った。さらに、GSES の合計得点及び下位尺度の Pearson の積率相関係数を算出し検討した。属性および育児支援項目と、GSES および Bonding 質問票の合計点との２群間比較には、Mann-Whitney-U 検定を用いた。Bonding 得点を２群に分類し、妊娠期の GSES、出産経験、サポートについて、二項ロジスティック回帰分析を行った。統計解析は、SPSS for Windows Ver.21.0 を用い、有意水準は両測検定で 5%以下とした。

D.　結果

a. 対象者の属性

対象者の属性を表６に示した。母親の平均年齢は、妊娠 8 か月時 30.0±4.7 歳、産後 2 か月時 30.3±5.8 歳であった。出産歴は、初産が 131 名（67.5%）であった。就業の有無は、妊娠 8 か月時では就業有りは、78 名（40.2%）であったが、産後 2 か月時では、64 名（33.0%）であった。家族構成は、妊娠 8 か月時では、核家族が 175 名（90.2%）であったが、産後 2 か月時では、171 名（88.1%）であった。

また、ソーシャルサポートの状況は、妊娠 8 か月時および産後 2 か月時で同様の回答が得られ、夫に何でも打ち明けられるには、161 名（83.0%）が、実母に何でも打ち明けられるには、126 名（64.9%）が「はい」と回答していた。夫や実母以外の相談相手が「いる」と回答したのは、177 名（91.2%）であった。

ｂ．GSES および Bonding 質問票の得点

GSES および Bonding 質問票の得点を表７に示した。GSES の平均値±SD（min-max）は、妊娠 8 か月時では、8.7±3.2（0-15)、産後 2 か月時では、8.5±3.7（0-15）であった。Bonding 質問票は、1.9±2.6（0-15）であった。Bonding、GSES の得点分布については、図５～７に示した。

c．妊娠期および出産後の GSES の関連

妊娠８か月時および産後２か月時の GSES の比較について、Wilcoxon の符号付き順位検定を行ったが、有意な結果は得られなかった（表８）。さらに、妊娠８か月時および産後２か月時の GSES の合計得点および３つの下位尺度項目の相関関係については、Pearson の積率相関係数を算出した（表９）。GSES の合計得点およびいずれの下位尺度間においても妊娠８か月および産後２か月で有意な正の相関（r＝.182～.786）を示した。

d．属性と GSES および Bonding 質問票との関連

GSES および Bonding 質問票と属性との関連について検討した（表 10)。Bonding 質問票との関係では、出産経験がない母親は、出産経験がある母親に比べて、得点が高く、赤ちゃんへの否定的な感情が強い結果となった（p<．05)。家族構成、就労の有無、母親学級受講の有無、里帰り出産の有無の４項目については、GSES および Bonding 質問票ともに有意な結果は得られなかった。

次に、GSES および Bonding 質問票と育児支援項目との関連について検討した（表 11)。GSES とサポートの有無では、「夫に何でも打ち明けることができますか」の質問に「はい」と回答した母親は「いいえ・いない」と回答した母親に比べて、GSES の得点が、妊娠８か月時および産後２か月時のいずれも高かった（p<．01)。さらに、「夫や実母以外の相談相手はいますか」の質問に「いる」と回答した母親は「いない」と回答した母親に比べて、GSES の得点が、妊娠８か月時（p<．01）および産後２か月時（p<．05）のいずれも高かった。

また、出産後に「赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない」の質問に「はい」と回答した母親は、「いいえ」と回答した母親に比べて、GSES の得点が、妊娠８か月時（p<．05）および産後２か月時（p<．05）のいずれも低かった。さらに、Bonding 質問票の得点では、「赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない」の質問に「はい」と回答した母親は、「いいえ」と回答した母親に比べて、Bonding 質問票の得点が高かった（p<．001)。出産後に「赤ちゃんを叩きたくなることがある」の質問に「はい」と回答した母親は、「いいえ」と回答した母親に比べて、GSES の得点が、妊娠８か月時（p<．05）および産後２か月時（p<．05）のいずれも低かった。さらに、Bonding 質問票の得点では、「赤ちゃんを叩きたくなることがある」の質問に「はい」と回答した母親は、「いいえ」と回答した母親に比べて、Bonding 質問票の得点が高かった（p<．001)。

育児支援項目の子ども虐待傾向に関連する項目をみると、「赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない」の項目に「はい」と回答した者が、116 名（59.8%）であった。「赤ちゃんを叩きたくなることがある」の項目に「はい」と回答した者が、19 名（9.8%）であった。

e. 子ども虐待傾向と関連する妊娠期の要因について

本研究では、子ども虐待傾向についてBonding質問票を用いて測定した。Bonding質問票にカットオフ値はないが、著者が行った調査研究－1では、Bondingの平均値が2.0±2.6であり、調査研究－2では、Bondingの平均値が1.9±2.6であったことから、調査研究－1と同様に、2点以下（子ども虐待傾向なし）と3点以上（子ども虐待傾向あり）に分類し、二項ロジスティック回帰分析を行った。なお、説明変数には、GSES、出産経験、ソーシャルサポートとした。結果を表12に示した。Bonding質問票が3点以上であることによって判定された、子ども虐待傾向の有無を有意に予測したものは、GSES（$p<.001$）の1項目であった。

E. 考察

a. 子ども虐待傾向と関連する妊娠期の要因について

本研究では、母親の子ども虐待傾向をBonding質問票でとらえた。その結果、Bonding質問票の平均値は1.9±2.6であった。中央値は、1.0であり、得点の範囲は0-15であったことから、少なからず高得点者が存在しているといえる。

一方、育児支援項目の子ども虐待傾向に関連する項目をみると、「赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない」の項目に「はい」と回答した者が、116名（59.8%）であった。「赤ちゃんを叩きたくなることがある」の項目に「はい」と回答した者が、19名(9.8%)であった。調査研究－1の結果では、「赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない」の項目に「はい」と回答した者が、315名（61.0%）であり、「赤ちゃんを叩きたくなることがある」の項目に「はい」と回答した者が、56名（10.9%）となっており、ほぼ同様の結果であった。さらに、調査研究－1と同様に、「赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない」の項目に「はい」と回答した母親、「赤ちゃんを叩きたくなることがある」の項目に「はい」と回答した母親は、「いいえ」と回答した母親に比べBonding質問票の得点が有意に高く、赤ちゃんへの否定的な気持ちが強い結果となった。

また、調査研究－1と同様に、出産経験のない母親は、出産経験のある母親に比べて、Bonding質問票の得点が高く、赤ちゃんへの否定的な感情が強い結果となっていた。出産経験のない母親は、出産経験のある母親に比べて不安やストレスが高いことが報告されている[59)]。出産経験のある母親のストレス対処やソーシャルサポートの関連など、赤ちゃんへの気持ちに良い影響をもたらしている要因の検討も必要と考える。

今後は、少子高齢社会の影響により[109)]、ますます赤ちゃんに接する経験がないまま親になるケースが増加することが考えられる。自治体では、出産経験がない母親に対する母親学級等が実施されているが、赤ちゃんに接する経験がないまま親になることが多い現状にあることや、出産後の母親の育児不安やストレス等の実態を把握し、実態に即した出産前の教育を実施することが求められているといえる。

次に、子ども虐待傾向と関連する要因をより明らかにするために、Bonding質問票2点以

下（子ども虐待傾向なし）と 3 点以上（子ども虐待傾向あり）に分類し、二項ロジスティック回帰分析を行った。子ども虐待傾向の有無を有意に予測したものは、GSES が低いことであった。さらに、「赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない」の項目に「はい」と回答した母親、「赤ちゃんを叩きたくなることがある」の項目に「はい」と回答した母親は、「いいえ」と回答した母親に比べ GSES の得点が有意に低く、GSES が子ども虐待を予防するうえで、重要な尺度になると推察された。

b. 出産前後の母親の自己効力感について

GSES 得点の平均値は、妊娠８か月では、8.7±3.2、産後２か月では、8.5±3.7 であった。坂野ら[60]は、成人女性の、GSES の平均値（9.12±3.93）と比較すると、妊娠期および出産後ともに GSES の得点は低い傾向であった。藤野は[110]、産後１か月でうつ傾向を呈した母親の育児生活について、面接による調査を行っている。その結果、うつ傾向を示した母親は、育児に対する自己効力感の喪失が顕著にみられており、孤立した育児生活を送っていたことを報告している。育児に対する自己効力感の喪失の背景としては、子どもが泣きやまないことなど、思い通りにならない出来事が生じ、出産後は自己効力感を喪失していく時期であると述べている。

また、自己効力感は、産後うつ病との関連があることや、子どもへの愛着障害や虐待の素地となる可能性が示唆されている[111]。今回の調査結果では、妊娠８か月時および産後２か月時の GSES の合計得点および３つの下位尺度項目の相関関係では、いずれも有意な正の相関を示していた。自己効力感は、産後も維持される傾向にあるといえ、自己効力感が低い傾向にある母親を出産前から把握し、支援をしていくことが可能といえる。自己効力感を喪失している背景を探り支援していくことは、産後うつ病の早期発見だけでなく、出産前からの子ども虐待予防につながる可能性があるといえる。

また、GSES とサポートの有無についての検討結果では、「夫に何でも打ち明けることができる」、「夫や実母以外の相談相手がいる」と回答した母親は、そうでない母親に比べて GSES の得点が、妊娠８か月時および産後２か月時のいずれも高かった。ソーシャルサポートについては、育児不安やストレスの軽減[112][113]、さらに母親の精神的健康度[114][115]を良好にするという結果が示されている。しかしながら、牧野は[116]、国際比較調査研究

の結果から、わが国では、子育てを主として母親が引き受けており、父親が子どもと接する時間は短く、父親の労働時間と通勤時間が長いことを報告している。また、2011 年に育児休業を取得した男性は 1.89%であり、前年より 0.74 ポイント低下している[117]。子どもを産み育てやすい環境整備や政策は、今後も努力を続けていくことが必要といえる。

一方、ソーシャルサポートの中で、実母の支援については有意な結果は得られなかった。柳川は[118]、現代の母親は、育児に関して親の意見を支持していないこと、実母に多くの援助を求めていながらも母親役割モデルを期待していないことを指摘している。2011 年の

女性の平均初婚年齢は、29歳であり、第1子出産時の平均年齢が30.1歳となっている[119]。30歳代での出産がめずらしくなくなってきたが、一方で実母が高齢となり子育ての負担をかけられない等の理由で、実母への相談や支援を遠慮している可能性も考えられる。出産前後には、夫のサポートの有無が自己効力感に影響を与えることが確認できたことから、パートナーの協力が得られるような支援を心がけていくことが、母親の自己効力感を高めるためにも重要といえる。孤立しない育児のためにも、ソーシャルサポートは、重要である。

出産前後での、自己効力感が低いことが確認でき、母親は自信を持てない時期といえる。特に初産の母親に顕著であることを考え、子育て支援に関わる専門職や家族など身近な支援者は、母親への声かけの仕方への配慮や、母親への早期からのサポートが重要といえる。

c．育児支援への実践の示唆

出産前後の母親の自己効力感と、子ども虐待傾向およびその関連要因に着眼した、今後の育児支援への実践の示唆について以下2点を提言する。

1つ目は、周産期に着目した心理的精神的支援である。低い自己効力感が、赤ちゃんへの否定的な気持ちにつながっていることから、母親の肯定的な自己効力感を高める支援やソーシャルサポートの強化が望まれる。Bandura は[99]、自己効力感が変化する情報源として、「遂行行動の達成」、「代理的経験」、「言語的説得」、「情報的喚起」の4つをあげており、成功体験やモデリングや、言語によるフィードバックなどで自己効力感が影響されるとしている。現在、自治体で行われている妊娠期の支援として、母子健康手帳の交付時の面接、妊婦家庭訪問が行われている。支援の際に、自己効力感を測定する尺度を問診項目として活用することや、母親の自己効力感に注意を払い支援をすることで、子ども虐待の予防につながる可能性があると考える。

2つ目は、自己効力感に着目した教育的プログラムの実施である。新井らは[120]、産後うつ病に対する予防的介入研究について、その効果を検討しているが、産後うつ病の危険因子をもつ母親を対象とした心理療法が効果的であると述べ、予防的介入の意義を示している。現在、自治体や医療機関では、妊婦やパートナーを対象とした教育が行われているが、パートナーの協力の重要性や、具体的な育児方法を修得できる実践的な内容など、更なる充実を図ること、参加率向上に向けた工夫していくことが望まれる。

現在、学校教育の場では、「赤ちゃんふれあい体験事業」や「乳幼児と中・高校生のふれあい事業」など、中学生や高校生が、赤ちゃんとふれあう機会を体験できる取り組みを積極的に実施している自治体もある[121]。子どもたちの気持ちの変化や効果について、中学生が実際に赤ちゃんにふれることで、赤ちゃんに対する自分の気持ちの気づきなど、さまざまな学びが得られたことが報告されている[122][123]。本研究では、出産経験の有無が、Bonding と関連していることが明らかとなったが、今後は、このような学校教育における取り組みの効果の検証が重要と考える。

F. 結論

出産前後の母親を対象として、縦断的調査を行った。子ども虐待傾向についてBonding質問票を用いて測定したところ、妊娠期の要因では、GSESとの関連が認められ、出産後の子ども虐待傾向の有無を有意に予測する項目であった。妊娠期の母親の自己効力感は、出産後も維持される傾向を示しており、自己効力感に着目した妊娠期からの子ども虐待予防の可能性が示唆された。

また、自己効力感には、サポートの有無が影響していることも明らかとなった。これらのことから、妊娠期における支援として、相談面接や家庭訪問における自己効力感に着目した問診や教育介入などが、妊娠期からの子ども虐待を予防するための支援になると考えられた。

第IV章

まとめ

第Ⅳ章　まとめ

A.　子ども虐待傾向と関連する要因について

子ども虐待の相談対応件数および死亡事例は増加しており、厚生労働省をはじめとして、さまざまな子ども虐待への対策を講じているが、思うような成果が現れていないのが現状である。本研究では、子ども虐待傾向を、Bonding 質問票でとらえて測定した。Bonding 質問票の得点が高いほど、赤ちゃんへの否定的な気持ちが高いことを示しているが、Bonding 質問票の得点が高い母親が少なからず存在していることが示された。

さらに、「赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない」という、ネグレクトにつながるリスクを持っていることが考えられる項目には、約 60%の母親が「はい」と回答し、「赤ちゃんを叩きたくなることがある」という、身体的虐待につながるリスクを持っていることが考えられる項目には、約 10%の母親が「はい」と回答していた。子ども虐待傾向を潜在的にもっている母親が存在している可能性が示唆された。

また、Bonding 質問票で捉えた子ども虐待傾向と関連する出産後の要因として、GSES、育児ストレス、EPDS との関連が認められた。さらに、育児支援項目では、「実母に何でも打ち明けられる」、「子どもを叩きたくなることがある」との関連が認められた。子ども虐待傾向と関連する妊娠期の要因としては、GSES との関連が認められた。

さらに、出産経験やソーシャルサポートの有無も、少なからず Bonding および GSES との関連を示していた。妊娠期から母親の自己効力感に着目した支援を行うことで、子ども虐待を低減させる可能性が示唆された。

B.　母親の自己効力感について

健やか親子２１では、「子育てに自信が持てない母親の割合」を減少させることを目標値の１つに掲げ、対策を進めてきた。自己効力感は、子育ての自信につながる概念と考えられるが、本研究では、妊娠期および出産後における GSES を用いて自己効力感を測定した。出産後は、一般成人女性の GSES と比べて、平均値も低い傾向を示していた。

さらに、妊娠期と出産後の GSES 得点の有意な相関が示され、出産前後の自己効力感は維持される傾向が示唆された。自己効力感の高い母親は、より良い親役割を実践できる機知に富んでいることが報告されている[112)]。一方、子育てに対する自信のなさや低い自己効力感は、産後うつ病や愛着障害、子ども虐待を引き起こすリスク要因ともなる可能性が示されている[110) 111)]。このことから、自己効力感は、子ども虐待予防の鍵となる概念の１つと考えられる。本研究の結果から、妊娠期からの自己効力感を活用した早期介入も可能性が示唆された。

2015 年から始まる健やか親子２１（第２次）では「妊娠期からの児童虐待防止対策」を基盤施策の１つに掲げている。Bandura は[99)] 自己効力感が変化する情報源として、「遂行

行動の達成」、「代理的経験」、「言語的説得」、「情報的喚起」の４つをあげており、成功体験やモデリングや、言語によるフィードバックなどで自己効力感が影響されるとしている。妊娠期から把握可能な尺度である自己効力感を用いての相談面接や家庭訪問、モデリングなど自己効力感を高める教育介入などにより、子ども虐待発生の予防につながると考えられた。

C.　子ども虐待予防への取り組みへの知見

本研究から、子ども虐待傾向の関連要因として、妊娠期の母親の自己効力感との関連が明らかとなった。また、赤ちゃんへの否定的な気持ちが高い傾向にある母親も少なからず存在し、「赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない」に「はい」と回答した母親が６割ほど存在していた。子ども虐待予防への取り組みとしては、行政機関を主体として実施されている訪問指導、乳幼児健康診査、健康教育、相談事業などがあり、子ども虐待事例への関わりとして、保健所、保健センター、児童相談所や警察などの関連諸機関が連携して支援を行っている。従来の支援策として、妊娠期からの予防的関わりとしては、妊婦訪問や妊娠期の健康教育、母子健康手帳交付時の面接相談の３つがあげられる。妊娠期のこれらの支援を行う際に、自己効力感に着目した支援を行うことで、妊娠期からの子ども虐待予防への一助となると考える。

我が国は、2014 年に７月に、全国知事会が人口減少問題を議論し、「少子化非常事態宣言」を採択した。少子化対策を国家的課題と位置づけ、結婚や出産、子育て支援の充実などに政府とともに取り組むとして、少子化問題が危機的状況であることを伝えている。本研究では、初産婦の母親に Bonding 質問票の得点が高く、子どもへの否定的な気持ちが高い傾向が示された。子育ての不安や悩みや負担感がある母親は、第２子出生確率が低いことが報告されており[124)]、初産婦の母親への有効な支援を行うことは、少子化対策の一助を担うと考えられた。また、周産期における諸外国の先進的な取り組み[125)]を、我が国へ応用することの検討も課題といえる。

第Ⅴ章

本研究の限界と課題

第Ⅴ章　本研究の限界と課題

本研究は、出産前後の母親を対象とした無記名自記式質問紙による横断および縦断的研究であることなどから以下に挙げる限界が存在すると考えられる。

1)標本抽出の問題から、調査研究－１および調査研究－２の、Bonding 質問票の得点分布をみると、調査対象は高い得点群の対象者が少ないサンプルであったことが考えられる。結果の解釈にあたってはこの点に留意する必要があり、今後は調査対象者数を増やすなど研究データを積み重ね、Bonding 質問票の高得点者の背景要因を分析していくことが課題であると考えられた。

2)本研究では、Bonding 質問票を用いて、子ども虐待傾向を捉えた。Bonding 質問票には、ネグレクトや子ども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いるが、分析対象は４か月までの母親であった。今後は、４か月以降の Bonding 質問票の得点の変化についても研究データを積み重ね、得点の変化について分析していくことが課題であると考えられた。

3)本研究では、GSES を用いて自己効力感を測定した。一般成人女性と比べて GSES 得点の平均値が低い結果であったが、出産前後の母親の GSES 得点およびその変化については、明確に示されていない。出産前後の母親の自己効力感についても研究データを積み重ね、得点の変化について分析していくことが課題であると考えられた。

4)調査研究－１では特定の地域における母親を対象にその結果が限定されている。調査－２では、縦断的研究ではあるが、１つのクリニックを受診している母親を対象にその結果が限定されている。居住地域により、子育て文化や風習などの相違もあると考えられ、同じ対象集団でも地域性による違いが結果に影響する可能性もある。一般化するには、対象地域および対象者数を増やし検討を重ねていくことが今後の課題であると考えられた。

5)調査研究－１および調査研究－２の各調査は、無記名自記式質問紙調査を用いて行ったが、各調査の回収率は、70%前後となっており、自記式の調査としては比較的高い回収率であった。しかし、佐藤[126)]は、子ども虐待による死亡事例の検証では、問題のある家庭では、母子健康手帳未発行や妊婦健診未受診、乳幼児健診未受診であることが多いこと、つまり、子どもに関心が少なく、サービスに結びつきにくく、サービスを求めない親が虐待に至っていることを指摘している。このことからも、質問紙調査だけでは、子ども虐待予防の検討に十分な資料は得られるとはいえず、事例や質的調査による検証を行っていくことが今後の課題であると考えられた。

第VI章

結語

第VI章　結語

本研究においては、子ども虐待傾向を Bonding 質問票で捉え、子ども虐待傾向と関連する出産後の要因と、妊娠期から出産後の縦断的調査により、妊娠期からの関連要因と子ども虐待への予防的介入の可能性について着目した。

子ども虐待傾向では、Bonding 質問票の得点が高い母親が少なからず存在していた。また、「赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない」という、ネグレクトにつながるリスクを持っていることが考えられる項目には、約 60%の母親が「はい」と回答し、「赤ちゃんを叩きたくなることがある」という、身体的虐待につながるリスクを持っていることが考えられる項目には、約 10%の母親が「はい」と回答していた。子ども虐待傾向を潜在的にもっている母親が存在している可能性が示唆された。

出産後の、Bonding、GSES、育児ストレス、EPDS の回答時期別の得点をみると、回答時期による得点の有意な差はみられなかったが、産後２か月は Bonding の得点が高く、EPDS9 点以上の産後うつ病の疑いがある母親の割合が高かった。また、GSES は産後２－３か月が低い傾向であった。

また、子ども虐待傾向について Bonding 質問票を用いて測定したところ、出産後の要因では、GSES、育児ストレス、EPDS との関連が認められた。さらに、育児支援項目では、「実母に何でも打ち明けられる」、「子どもを叩きたくなることがある」との関連が認められた。特に、「子どもを叩きたくなることがある」は、子ども虐待傾向の有無を有意に予測する項目であった。同様に、妊娠期の要因との検討を行ったところ、GSES は、子ども虐待傾向の有無を有意に予測する項目であった。

子ども虐待の死亡事例の６割が０歳台で起きており、出産後早期からの支援は重要である。しかしながら、日齢０日での死亡事例も存在し、妊娠期からの子ども虐待予防は重要といえる。

しかし、子ども虐待による問題のある家庭では、母子健康手帳未発行や妊婦健診未受診、乳幼児健診未受診であるなど、子どもに関心が少なく、サービスに結びつきにくく、サービスを求めない親が虐待に至っていることが報告されている。質問紙調査だけでなく、子ども虐待事例の検討や質的調査などによる検証を重ねていくことで、予防的介入が有効な対象群と、個別支援が有効な対象群が明らかになると考えられ、更なる検討をしていくことが今後の課題であると考えられた。

今後は、本調査結果を公表することで、子ども虐待予防への取り組みに大きく貢献することが可能になると考えられた。

第Ⅶ章

謝辞

第Ⅶ章　謝辞

本研究を進めるにあたり、ひとかたならぬご指導、ご鞭撻をくださった筑波大学人間総合科学研究科生命システム医学専攻の加藤光保教授に深謝いたします。

また、本研究における調査にご協力いただいた調査機関の職員の皆様、膨大な調査にご協力いただいた方々に深謝いたします。

第Ⅷ章

参考文献

1)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．子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第９次報告）2013.
2)奥山眞紀子．乳幼児揺さぶられ症候群．小児科臨床　2007;60(4):611-616.
3)Kumar R, Robson JM. A prospective study of emotional disorders in childbearing Women. British Journal of Psychiatry 1984;144:35-47.
4)Yoshida K, Marks M.N, Kibe N, Kumar R, Nakano H, Tashiro N. Postnatal depression in Japanese women who have given birth in England, J Affect Disord 1997;43(1):69-77.
5)吉田敬子，山下洋，岩元澄子．Attachment Style Interview による心理社会的脆弱性の評価　うつ病の発症機序とボンディング障害の関連についての症例検討．精神科診断学 2003;14(1):59-69.
6)鈴宮寛子，山下洋，吉田敬子．出産後の母に見られる抑うつ感情とボンディング障害　自己質問票を活用した周産期精神保健における支援方法の検討．精神科診断学 2004;14(1):49-57.
7)東誠．愛着障害や虐待を経験した子どもへの対応．チャイルドヘルス 2008;11(10):696-99.
8)友田明美．虐待が脳に及ぼす影響－脳科学と子どもの発達行動－．チャイルドヘルス 2011;14(9):1536-1573.
9)田村立，杉山登志郎．虐待を受けた子どもの予後．小児科臨床　2007;60(4):751-759.
10)西澤哲．子ども虐待がこころにおよぼす影響．小児科臨床　2011;74(10):1543-1549.
11)Bowlby J. Attachment and Loss. Vol.1 Attachment. Tavistock Institute of Human Relactions. 1969.
12)Cambell, S.B.&Cohn, J.F. The timing and chronicity of postpartum depression: implications for infant development. In Postpartum Depression and Child Devalopment (eds L., Murrray & P. J. Cooper) . New York:Guildford Press. 1997;165-201.
13)Kaplan, P.S., Bachorowski, J.& Zarlengo-Strouse, P. Child-directed speech produced by mothers with symptoms of depression fails to promote associative learning in 4-month old infants. Child Development 1999;70:560-570.
14)Wrate, R.M., Rooney, A.C., Thomas, P.F., et al . Postnatal depression and child development.A three-year follow-up study. British Journal of Psychiatry 1985;146:622-627.
15)Coogill, S.R., Caplan, H.L., Alexandra, H., et al. Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children.BMJ 1986;292:1165-1167.
16)Cox, J. L.The life event of childbirth:sociocultural aspects of postnatal depression.In Motherhood and Mental Illness(vol.2)(eds R kumar & I.Brockington) London:John Wright 1988:64-75.

17)Murray, L. Effects of postnatal depression on infant development. The contribution of direct studies of early mother-infant interactions. In Motherhood and Mental Illness (Vol. 2) (eds R. Kumar & I. F. Brockington). London: John Wright 1988:159-191.
18)Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., et al. The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. British Journal of Psychiatry 1991;158:46-52.
19)Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A., et al. Controlled trial of the short-and long-term effect of psyachological treatment of post-partum depression. 2: Impact on the mother-child relationship snd child outcome. British journal of Psychiatry 2003;181:420-427.
20)服部祥子, 原田正文. 乳幼児の心身発達と環境-大阪レポートと精神医学的視点-. 名古屋大学出版会 (名古屋) 1991;172-213.
21)原田正文. 子育ての変貌と次世代育成支援-兵庫レポートにみる子育て現場と子どもの虐待予防-. 名古屋大学出版会 (名古屋) 2006;142-147.
22)原田正文. 子育ての実態調査から浮かび上がった子育て支援の方向性「大阪レポート」から23年後の調査が描くもの. 助産雑誌 2004;58(7):571-574.
23)吉永茂美, 眞鍋えみ子, 瀬戸正弘, 上里一郎. 育児期の女性における育児ストレッサーの構造に関する探求的研究. 母性衛生 2006;46(4):642－648.
24)金岡緑. 育児に対する自己効力感尺度 (Parenting Self-efficacy Scale:PSE尺度) の開発とその信頼性・妥当性の検討. 小児保健研究 2011;70(1):27-38.
25)Bryanton J. Gagnon A. J, Hatem M. et al. Predictor of Early Parenting Self-efficacy. Nursing Research 2008;57:252-257.
26) Bandura, A. Self-efficacy:Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 1997;84:191-215.
27)坂野雄二, 東條光彦. 一般性セルフエフィカシー尺度作成の試み. 行動療法研究 1986;12:73-82.
28)Cambell, S. B. & Cohn, J. F. The timing and chronicity of postpartum depression: implications for infant development. In Postpartum Depression and Child Devalopment (eds L., Murrray & P. J. Cooper) New York:Guildford Press 1997:165-201.
29)Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., et al. The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. Child Devvelopment 1996;67:2521-2526.
30)Kaplan, P. S., Bachorowski, J. & Zarlengo-Strouse, P. Child-directed speech produced by mothers with symptoms of depression fails to promote associative learning in 4-month old infants. Child Development 1999;70:560-570.
31)Edhborg, M., Lundh, W., Seimyr, L., et al. The long-term impact of postnatal depressed mood on mother-child interaction:a prelimininary study. journal of Reproductive and

Infant Psychology 2001;19:61-71.
32) Wrate, R. M., Rooney, A. C., Thomas, P. F., et al. Postnatal depression and child development. A three-year follow-up study. British Journal of Psychiatry 1985;146:622-627.
33) Coogill, S. R., Caplan, H. L., Alexandra, H., et al. Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. BMJ 1986;292:1165-1167.
34) Cox, J. L. The life event of childbirth: sociocultural aspects of postnatal depression. In Motherhood and Mental Illness (vol. 2.) (eds R kumar & I. Brockington) London: John Wright 1988:64-75.
35) Murray, L. Effects of postnatal depression on infant development. The contribution of direct studies of early mother-infant interactions. In Motherhood and Mental Illness (Vol. 2) (eds R. Kumar & I. F. Brockington) London: John Wright 1988:159-191.
36) Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., et al. The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. British Journal of Psychiatry 1991;158:46-52.
37) Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A., et al (2003) Controlled trial of the short-and long-term effect of psyachological treatment of post-partum depression. 2: Impact on the mother-child relationship and child outcome. British Journal of Psychiatry2003;181:420-427.
38) Cooper, P. J. & Murray, L. The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. In Postpartum Depression and Child Development (eds L. Murray & P. Cooper) New York: Guilford Press 1997:202-221.
39) Sharp, D., Hay, D. F., Pawlby, S., et al. The impact of postnatal development on boy's intellectual development. Journal of Child Psychology and Psychiatry 1995;36:1315-1336.
40) Sinclair, D. & Murray, L. Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. Teacher's reports. British Journal of Psychiatry 1998;172:58-63.
41) Hay, D. F., Pawlby, S., Sharp, D., et al. Intellectual Problems Shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. Journal of Child Psychology and Psychiatry2001;42:871-889.
42) 日本子ども家庭総合研究所編集. 子ども虐待対応の手引き－平成 25 年度 8 月厚生労働省の改正通知－ 有斐閣 2014.
43) 「健やか親子２１」の評価等に関する検討会. 「健やか親子２１」中間評価報告書. 厚生労働省 2006.
44) 「健やか親子２１」の評価等に関する検討会. 「健やか親子２１」第２回中間評価報告書. 厚生労働省 2010.
45) 社会保険実務研究所. 健やか親子２１次期計画づくりに専門職の積極的参加を. 保健衛

生ニュース　2014　第1768号　64.
46)鈴木昭．子ども虐待問題の理解と我が国の動向．新潟歯学会誌　2011;41(2):1-13.
47)柳川敏彦．子ども虐待における医療の役割．小児科診療　2011;10(23):1460-148.
48)柳川敏彦．子ども虐待の理解とその対応．チャイルドヘルス　2011;14(9):1520-1523.
49)渡辺好恵．周産期医療と虐待予防－保健機関との連携のポイント－．小児科臨床　2007;60(4):791-796.
50)中板育美．母子保健と子ども虐待．小児科臨床　2007;60(4):805-810.
51)横田恵，今井美香子，吉留慶子，渡辺恵美子，桐生康生，樋口和子．児童虐待の要因に関する研究－乳幼児発達相談・発達訓練事業の事例対象研究－．厚生の指標　2004;51(13):13-18.
52)岡野禎治．本邦における産後精神障害研究の実態．周産期医学　1993;23(10):1397-1404.
53)吉田敬子．英国における産後精神病研究の実態．周産期医学　1993;23(10):1405-1409.
54)鈴宮寛子，山下洋，吉田敬子．保健機関が実施する母子訪問対象者の産後うつ病全国多施設調査．厚生の指標　2004;51(10):1-5.
55)柏女霊峰．子ども虐待防止の現状と課題．小児科臨床　2007;60(4):555-561.
56)友田明美．子ども虐待と脳科学．日本未熟児新生児学会誌　2011;23(1):55-61.
57)佐藤拓代．虐待とその予防－周産期医療の視点から－．周産期医学　2008;38(5):603-606.
58)平野朋美．子ども虐待における医療者の役割とソーシャルワーク．小児科臨床　2011;64(1):25-32.
59)佐藤達哉，菅原ますみ，戸田まり，島悟，北村俊則．育児ストレスとその抑うつ重症度との関連．心理学研究　1994;64:409-416.
60)坂野雄二，前田基成（2008）：セルフ・エフィカシーの臨床心理学；北大路書房（京都），50-52
61)岡野禎治，村田真理子，増地聡子，玉木領司，野村純一，宮岡等，北村俊則．日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）の信頼性と妥当性．精神科診断学　1996;7:525-533.
62)Cox J.L.,Holden J.M.& Sagovsky R.Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry 1987;150:782-786.
63)吉田敬子，山下洋，鈴宮寛子．産後の母親と家族のメンタルヘルス　自己記入式質問票を活用した育児支援マニュアル．母子保健事業団　2005:25-30.
64)鈴宮寛子，山下洋，吉田敬子．出産後の母親に見られる抑うつ感情とボンディング障害．精神科診断学 2003;14(1):49-57.
65)山下洋．産後うつ病と Bonding 障害の関連．精神科診断学　2003;14(1):41-48.
66)吉田敬子．胎児期からの親子の愛着形成．母子保健情報　2006;54:39-46.

67)Kumar,R.C. “Anybody's child” :severe disorders of mother-to-infant bonding. British Journal of Psychiatry 1997;171:175-181.

68) 佐々木瞳，後藤あや，矢部順子，安村誠司．乳児を持つ母親の自己効力感とその関連要因．小児保健研究　2010;69(5):666-675.

69)山田昌弘，松田茂樹，施利平，永田夏来，内野淳子，飯島亜希．夫婦の出生力の低下要因に関する分析～「少子化と夫婦の生活環境に関する意識調査」　の個票を用いて～．内閣府経済社会総合研究所　2013.

70)竹田小百合，岩立京子．ソーシャルサポートが育児ストレスにおよぼす効果について－特定のサポート源の違いおよびサポートに対する必要度との関連から－．東京学芸大学紀要第１部門　教育科学　1999;50:215-222.

71)難波茂美，田中宏二．サポートと対人葛藤が育児期の母親のストレス反応に及ぼす影響－出産直後と３か月後の追跡調査－．健康心理学研究　1999;12(1):37-47.

72)丸光惠，兼松百合子，奈良間美保他．乳幼児期の子どもをもつ母親へのソーシャルサポートの特徴．小児保健研究　2001;60(6):787-794.

73)新田紀枝，藤岡千秋．幼児をもつ母親の心身の状態とソーシャルサポートとの関係．大阪府立看護大学紀要　1997;3(1):65-73.

74)海老原亜弥，秦野悦子．保育園・幼稚園児を育てる母親の育児負担感－ストレッサー、コーピング、ソーシャルサポートの関係－．小児保健研究　2004;63(6):660-666.

75)吉永茂美，岸本長代．乳幼児をもつ母親の育児ストレッサー．ソーシャルサポートとストレス反応との関連－初産婦と経産婦の比較から－．小児保健研究　2007;66(6):767-772.

76)加藤孝士．母親の主観的幸福感とソーシャルサポートとの関係－最も関わる人物からのサポート－．小児保健研究　2008;67(1):57-62.

77)武田文，宮地文子，山口鶴子，野崎貞彦．産後の抑うつとソーシャルサポート．日本公衆衛生誌 1998;6:564-571.

78)岡崎絹子，中村裕美子，山口美重子，奥山則子，標美奈子，渡部月子．乳幼児をもつ母親の疲労感と父親の育児参加に関する研究．小児保健研究　2002;61(5):629-700.

79)日下部典子，坂野雄二．３歳児をもつ母親のストレッサー．ストレス科学　2001;15(4):276-283.

80)吉田敬子，山下洋，岩本澄子．育児支援のチームアプローチ　周産期精神医学の理論と実践．金剛出版　2006:111-122.

81)浦山昌美．心理的アプローチとして「美徳・教育プログラムの方法 (Virtues Approach)」を取り入れた「マタニティクラス」の編成とその効果について．母性衛生 2010;50(4):620-628.

82)原田正文．親支援プログラム“Nobody's Perfect”とは．保健師ジャーナル 2007;63(9):774-777.

83)新井陽子．産後うつの予防的看護介入プログラムの介入効果の検討．母性衛生　2010;51(1):144-152.
84)佐藤喜根子，佐藤祥子．妊娠期からの継続した心理的支援が周産期女性の不安・抑うつに及ぼす効果．母性衛生　2010;51(1):215-225.
85)Gordon R.E, Gordon KK. Social factors in prevention of postpartum emotional problems. Obstet Gynecol　1960;15:433-438.
86)Halonen J.S, Passman RH.Relaxation training and expectation in the treatment of postpartum distress. J Consult Clin Psychol　1985;53:839-845.
87)Elliott S.A, Leverton TJ,Sanjack M,et al. Promoting mental health after childbirth : a controlled trial of primary prevention of postnatal depression. Br J Clin Psychol 2000;39:223-241.
88)Zlotnick, C.Johnson SL,Miller IW,et al. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. AM J Psychiatry　2001;158:638-640.
89)Buist, A. Westly, D. Hill, C. Antenatal Prevention of postnatal depression. Arch Womens Ment Health　1998,;1:167-173.
90)Hayes, BA. Muller, R. Bradly, BS . Perinatal depression : a randomized controlled trial of an antenatal education intervention for primiparas.Birth　2001;28:28-35.
91)杉下佳文，栗原佳代子，吉田正代，池田真理，山本弘江，大塚寛子，上別府圭子．周産期メンタルヘルスと子ども虐待対応に関する全国医療機関の取り組み．日本周産期・新生児医学会雑誌　2011;47(1):86-91.
92)河村代志也，高橋ゆきえ，秋山剛，加固正子，三宅由子．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．日本社会精神医学会雑誌　2006;14(3):221-230.
93)杉下佳文，上別府圭子．妊娠うつと産後うつの関連ーエジンバラ産後うつ病自己評価票を用いた検討ー．母性衛生　2013;53(4):444-450.
94)Green,J.M. & Murray,D.The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria.In Perinatal Psychiatry.Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale(eds J.Cox & J.Holden) London:Gaskell　1994:180-198.
95)Evans,J.,Heron,J.,Francomb,H.,et al . Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth.BMJ　2001;323:257-260.
96)鈴宮寛子．周産期からの育児支援ー地域における母子精神保健の視点からー．母子保健情報　2005;51:48-53.
97)海老根真由美．うつ病予防のための心理的援助の実際．助産雑誌　2007;61:944-950.
98)鈴木千絵子．２型糖尿病患者の血糖コントロールに及ぼす家族支援と自己効力感について．ヒューマンケア研究学会誌　2013;5(1):41-46.

99)Bandura, A. (1977) ／原野広太郎監訳. 社会的学習理論. 金子書房 1979.
100)中谷奈美子, 中谷素之. 母親の被害的認知が虐待的行為に及ぼす影響. 発達心理学研究 2006;17(2):148-158.
101)藤生英行. 挙手と自己効力, 結果予期, 結果価値との関連性についての検討. 教育心理学研究 1991;39(1):92-101.
102)川端響子, 石田宣子, 岡美智代. 血液透析患者の自己管理行動および自己効力感に影響を及ぼす因子、日本生理人類学会誌 1998;3(3):1-8.
103)金外淑, 嶋田洋徳, 坂野雄二. 慢性疾患患者の健康行動に対するセルフ・エフィカシーとストレス反応との関連. 心身医学 1996;36(6):500-505.
104)浦山昌美, 永山くに子, 大木秀一. 妊娠中の自尊感情・特性的自己効力感と産後抑うつとの関連性. ペリネイタルケア 2013;32(6):95-101.
105)田中和子. 育児適応に影響を与える要因の検討. 母性衛生 2007;47(4):554-562.
106)日本小児保健協会. 平成 12 年度幼児健康度調査. 2001.
107)阿部亜希子, 小林淳子. 産後の母親の育児の自己効力感と関連要因に関する縦断的検討. 北日本看護学会誌 2004;7(1):19-28.
108)西出弘美, 江守陽子. 育児期の母親における心の健康度 (Well-being) に関する検討－自己効力感とソーシャルサポートが与える影響について－. 小児保健研究 2011;70(1):20-26.
109)内閣府. 少子化社会対策白書. 2013.
110)藤野裕子. 産後 1 か月間でうつ傾向を呈した母親の育児体験の質的研究. 母性衛生 2012;53(2):259-267.
111)浦山昌美, 永山くに子, 大木秀一. 妊娠中の自尊感情・特性的自己効力感と産後抑うつとの関連性. ペリネイタルケア 2013;32(6):95-101.
112)海老原亜弥, 秦野悦子. 保育園・幼稚園児を育てる母親の育児負担感－ストレッサー. コーピング. ソーシャルサポートの関係－. 小児保健研究 2004;63(6):660-666.
113)吉永茂美, 岸本長代. 乳児をもつ母親の育児ストレッサー、ソーシャルサポートとストレス反応との関連－初産婦と経産婦の比較から－. 小児保健研究 2007;66(6):767-772.
114)加藤孝士. 母親の主観的幸福感とソーシャルサポートの関係－最も関わる人物からのサポート－. 小児保健研究 2008;67(1):57-62.
115)藤田大輔, 金岡緑. 乳幼児を持つ母親の精神的健康度に及ぼすソーシャルサポートの影響. 日本公衆衛生雑誌 2002;49(4):305-313.
116)牧野カツコ.「家庭教育に関する国際比較調査」の概要と意義. 国立女性教育会館研究ジャーナル 2007;11:3-10.
117)厚生労働省.「平成 24 年度雇用均等基本調査」の概要. 雇用均等・児童家庭局雇用均等政策課 2013.

118)柳川真理．妊娠から産後１か月の援助と二者関係　実母と義母の比較を中心に．香川医科大学看護学雑誌　2003;7(1):109-118.
119)厚生労働統計協会．国民衛生の動向．2013;60(9):53-55.
120)新井陽子，高橋真理．産後うつ病の妊娠期予防介入におけるシステマテチィック・レビュー．母性衛生　2006;47(2):463-473.
121)田中和子．「10 年後、親となるかもしれない自分」in 高校プロジェクト．ペリネイタルケア　2013;32(9):902-905.
122)田中義人．思春期保健・福祉体験学習．小児科臨床　2005;58(4):573-580.
123)田中義人．思春期保健福祉体験学習．小児科臨床　2000;53:203-206.
124)厚生労働省大臣官房統計部．21 政治出生児縦断調査及び 21 世紀成年者縦断調査　特別報告書（10 年分のデータより）．　2013.
125)浅野みどり．予防的育児支援 Oregon Healty Start Program　－オレゴン州における集中的家庭訪問サービスの実際－．日本看護医療学会雑誌　2007;9(1):55-60.
126)佐藤拓代．妊娠期からの虐待予防．チャイルドヘルス　2011;14(9):46-49.

第IX章

図表およびグラフ

表1　対象者の属性　　n＝516

項目		平均±SD	人数(%)
母親の属性			
年齢		30.3±5.2	
出産歴			
	初産		285(55.2)
	経産		231(44.8)
就業			
	あり		157(30.4)
	なし		359(69.6)
母親学級受講			
	あり		257(49.8)
	なし		259(50.2)
家族構成			
	核家族		441(85.5)
	祖父母と同居		75(14.5)

表2 Bonding、GSES、育児ストレス、EPDSの回答時期別得点分布　　n＝516

回答時期	n	Bonding			GSES			育児ストレス			EPDS			
		平均値±SD	中央値	最小―最大値	平均値±SD	中央値	最小―最大値	平均値±SD	中央値	最小―最大値	平均値±SD	中央値	最小―最大値	9点以上 人数(%)
産後1か月	86	1.9±2.5	1.0	0-15	8.6±3.8	9.0	0-16	7.0±4.7	7.0	0-20	5.2±4.2	4.0	0-24	18(20.9)
産後2か月	287	2.2±2.8	1.0	0-14	8.0±3.7	8.0	0-16	6.7±5.2	6.0	0-33	5.2±4.7	4.0	0-26	62(21.6)
産後3か月	120	1.9±2.3	1.0	0-14	7.9±3.8	8.0	0-16	6.4±4.3	6.0	0-21	5.3±4.6	4.0	0-24	22(18.3)
産後4か月	23	1.7±2.4	1.0	0-10	8.7±3.6	9.0	1-15	8.7±6.3	8.0	0-24	4.2±3.6	4.0	0-12	3(13.0)
合計	516	2.0±2.6	1.0	0-15	8.1±3.7	8.0	0-16	6.8±5.0	6.0	0-33	5.2±4.6	4.0	0-26	105(20.3)

表3　Bonding質問票、GSES、育児ストレス、EPDSの回答時期別得点比較

	1か月 n＝86	2か月 n＝287	3か月 n＝120	4か月 n＝23	F値	
Bonding	1.9±2.5	2.2±2.8	1.9±2.3	1.7±2.4	0.75	ns
GSES(注1)	8.6±3.8	8.0±3.7	7.9±3.8	8.7±3.6	0.81	ns
育児ストレス	7.0±4.7	6.7±5.2	6.4±4.3	8.7±6.3	1.45	ns
EPDS(注2)	5.2±4.2	5.2±4.7	5.3±4.6	4.2±3.6	0.35	ns

一元配置分散分析
ns：有意差なし
注1：General Self-Efficacy Scale（一般性自己効力感）
注2：Edinburgh postnatal depression scale（エジンバラ産後うつ病質問票）

表4　Bonding質問票と属性および育児支援項目との関連　　平均値±SD

		n	Bonding	p値
母親の属性				
出産歴	あり	231	1.66±2.2	***
	なし	285	2.35±2.8	
就業	あり	157	2.13±2.8	
	なし	359	2.00±2.5	
母親学級受講	あり	257	2.25±2.7	**
	なし	259	1.83±2.4	
家族構成	核家族	441	2.13±2.7	
	祖父母と同居	75	1.53±1.8	
育児支援項目				
妊娠中の母体および胎児の異常の有無	あり	106	2.12±2.7	
	なし	410	2.02±2.6	
流産、死産、出産後1年以内の子どもの死亡	あり	91	2.19±2.8	
	なし	425	2.01±2.5	
心理的、精神的な問題での受診	あり	55	2.35±3.0	
	なし	461	2.00±2.6	
夫に何でも打ち明けられる	はい	416	1.83±2.3	**
	いいえ・いない	100	2.90±3.4	
実母に何でも打ち明けられる	はい	350	1.68±2.3	***
	いいえ・いない	166	2.80±3.0	
夫や実母以外の相談相手	いる	475	1.94±2.5	**
	いいえ	41	3.24±3.3	
生活が苦しいなど経済的な不安	あり	231	2.08±2.6	
	なし	285	2.01±2.6	
今の住環境への満足	満足	299	1.95±2.5	
	不満	217	2.16±2.7	
家族や親しい人の病気や事故や死亡	あり	96	1.90±2.3	
	なし	420	2.07±2.7	
赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない	はい	315	2.53±2.7	***
	いいえ	201	1.27±1.7	
赤ちゃんを叩きたくなることがある	はい	56	4.91±3.7	***
	いいえ	460	1.69±2.2	

Mann-Whitney U検定
**:P < 0.01　***:P < 0.001

表5　子ども虐待傾向と関連する出産後の要因の分析

説明変数	β	オッズ比	95%信頼区間	p値
GSES(注1)	−0.063	0.939	0.88−1.00	*
育児ストレス	0.055	1.056	1.01−1.11	*
EPDS(注2)	0.070	1.073	1.02−1.13	**
出産歴*1	−0.076	0.926	0.59−1.46	
夫に何でも打ち明けられる*2	0.216	1.242	0.68−2.25	
実母に何でも打ち明けられる*2	−0.739	0.478	0.30−0.77	**
夫や実母以外の相談相手*3	−0.418	0.659	0.31−1.39	
赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない*4	0.297	1.346	0.82−2.21	
赤ちゃんを叩きたくなることがある*4	1.728	5.627	2.77−11.45	***

二項ロジステック回帰分析　HosmerとLemeshowの検定:0.688
目的変数:子ども虐待傾向なし(Bonding得点2点以下＝0)，子ども虐待傾向あり(Bonding得点3点以上＝1)
*1 なし＝0，あり＝1
*2 いいえ・いない＝0，はい＝1
*3 いいえ＝0，いる＝1
*4 いいえ＝0，はい＝1
*:P < 0.05　**:P < 0.01　***:P < 0.001
注1:General Self-Efficacy Scale(一般性自己効力感)
注2:Edinburgh postnatal depression scale(エジンバラ産後うつ病質問票)

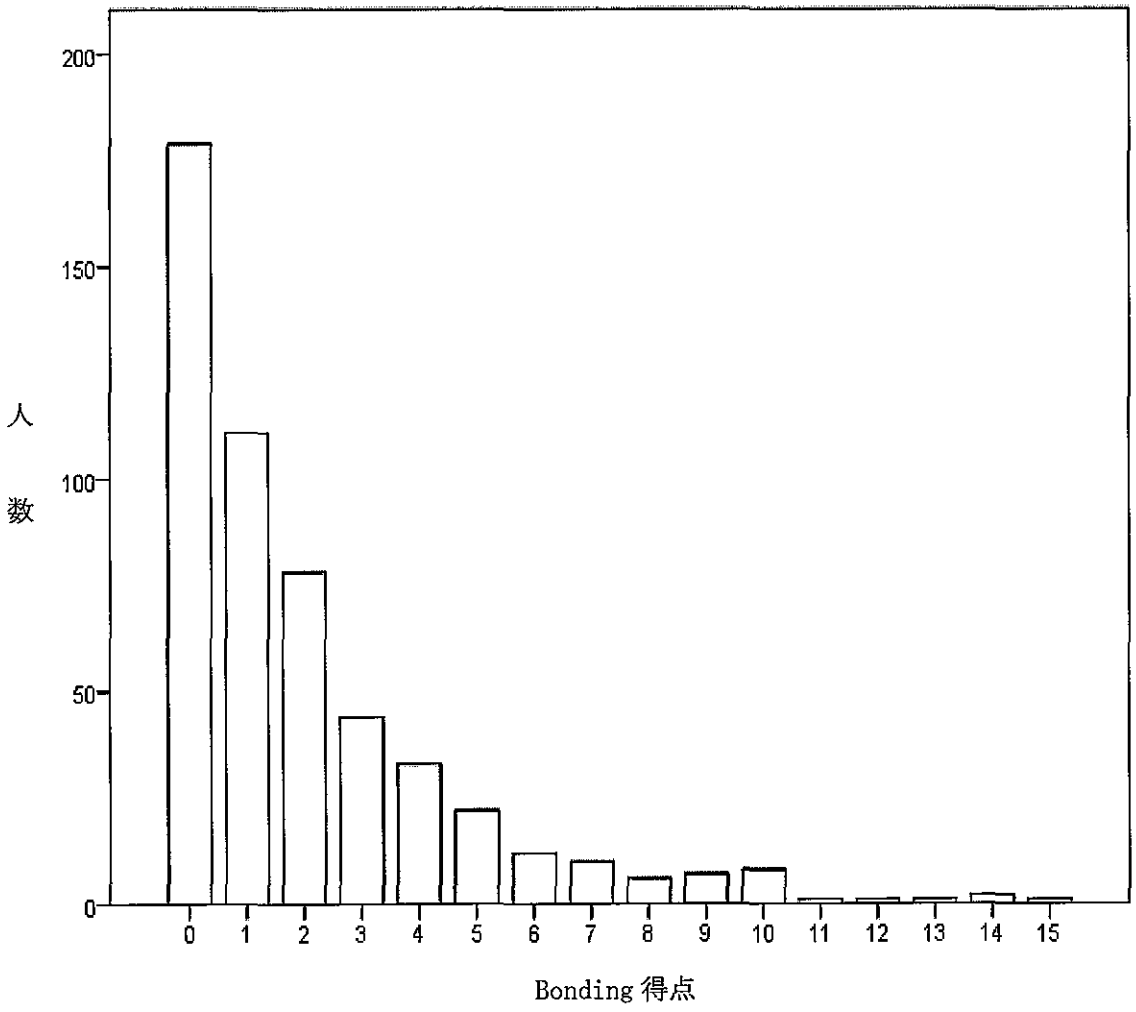

図1　Bonding 得点の分布

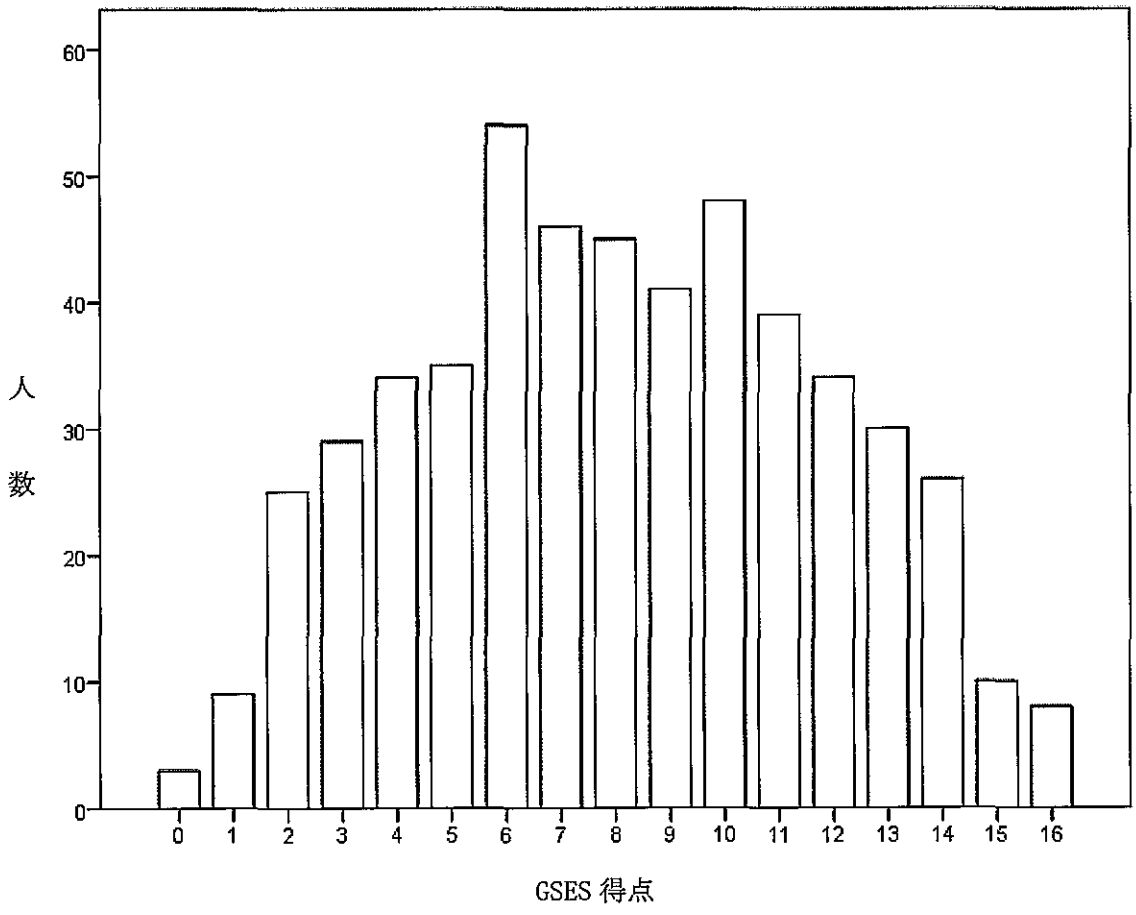

図２　GSES 得点の分布

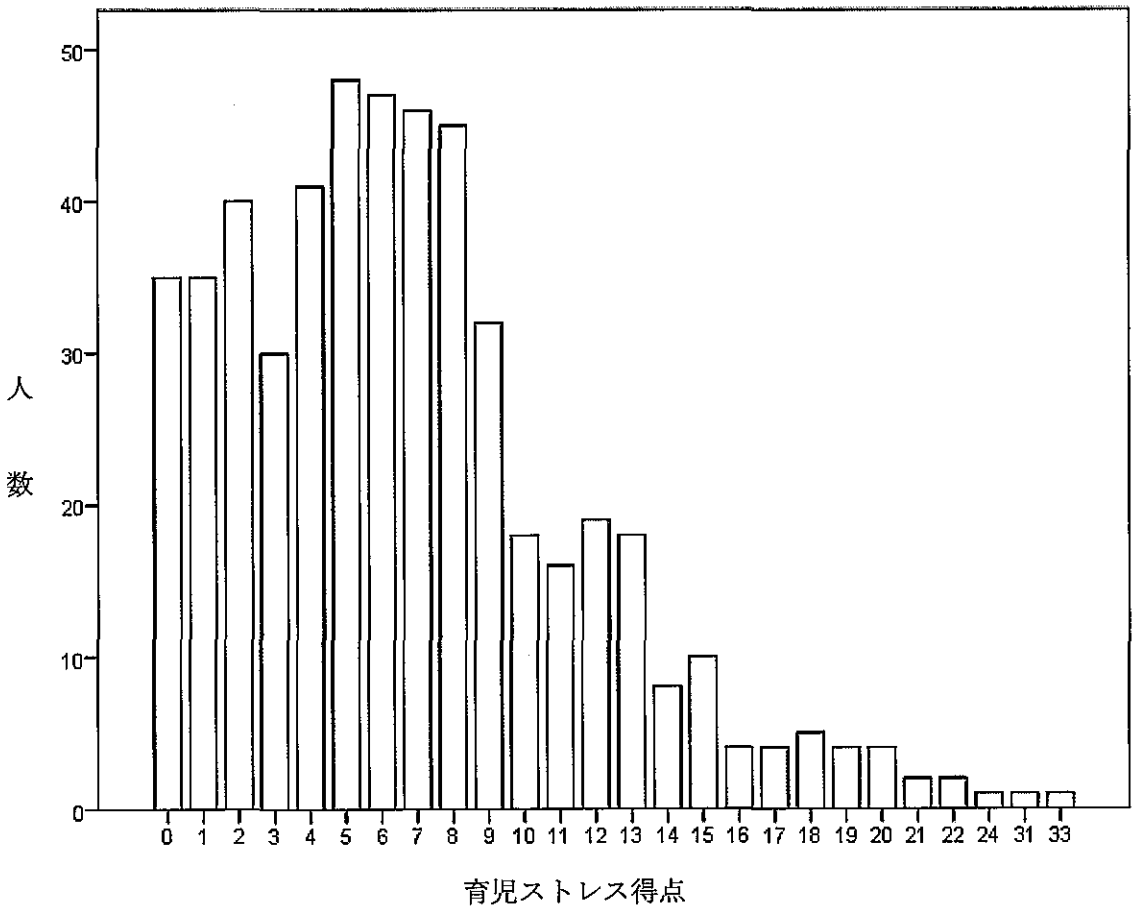

図３　育児ストレス得点の分布

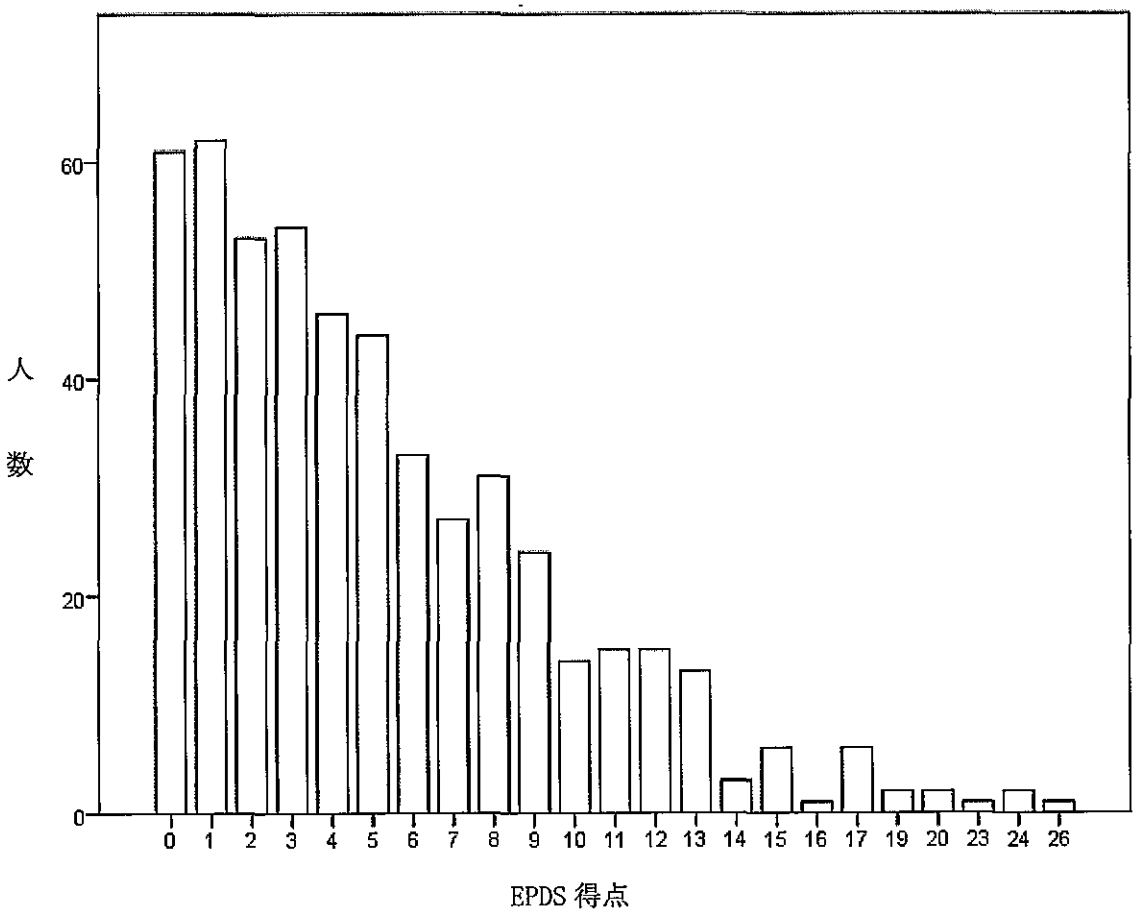

図４　EPDS 得点の分布

表6　対象者の属性　　n＝194

		妊娠8か月		産後2か月	
		平均±SD	人数(%)	平均±SD	人数(%)
母親の属性					
年齢		30.0±4.7		30.3±5.8	
出産歴					
	初産				131(67.5)
	経産				63(32.5)
就業					
	あり		78(40.2)		64(33.0)
	なし		116(59.8)		130(67.0)
母親学級受講					
	あり				106(54.6)
	なし				88(45.4)
家族構成					
	核家族		175(90.2)		171(88.1)
	祖父母と同居		19(9.8)		23(11.9)
里帰り					
	あり				37(19.1)
	なし				157(80.9)

表7　GSESとBonding質問票の得点分布　　n＝194

	平均値±SD	中央値	最小ー最大値
GSES(妊娠8か月)(注1)	8.7±3.2	9.0	0-15
GSES(産後2か月)(注1)	8.5±3.7	9.0	0-15
Bonding質問票	1.9±2.6	1.0	0-15

注1：General Self-Efficacy Scale(一般性自己効力感)

表8　GSESの妊娠期および出産後の比較　　n＝194

	妊娠8か月	産後2か月	Z	
	平均値±SD	平均値±SD		
GSES(注1)	8.7±3.2	8.5±3.7	−0.856	ns

Wilcoxonの符号付き順位検定
ns：有意差なし
注1：General Self-Efficacy Scale（一般性自己効力感）

表9　妊娠8か月時と産後2か月時のGSES合計得点および下位尺度の関連

産後2か月 ＼ 妊娠8か月	GSES（16項目）	下位尺度項目		
		Ⅰ行動の積極性	Ⅱ 失敗に対する不安	Ⅲ 能力の社会的位置づけ
GSES（16項目）(注1)	.786**	.717**	.403**	.492**
下位尺度項目				
Ⅰ 行動の積極性	.712**	.782**	.316**	.270**
Ⅱ 失敗の対する不安	.542**	.485**	.481**	.185**
Ⅲ 能力の社会的位置づけ	.532**	.284**	.182*	.738**

Pearsonの積率相関係数
*:P＜0.05　**:P＜0.01
注1:General Self-Efficacy Scale（一般性自己効力感）

表10　GSESおよびBonding質問票と属性との関連　　平均値±SD(n)

		GSES				Bonding	
		妊娠8か月	p値	産後2か月	p値		p値
母親の属性							
出産歴	あり	8.54±3.7(63)		8.75±4.1(63)		1.37±2.1(63)	*
	なし	8.73±3.0(131)		8.34±3.5(131)		2.15±2.7(131)	
就業	あり	9.17±3.1(78)		9.11±3.8(64)		1.50±1.8(64)	
	なし	8.34±3.3(116)		8.16±3.6(130)		2.09±2.8(130)	
母親学級受講	あり	8.99±3.1(106)		8.55±3.7(106)		2.01±2.6(106)	
	なし	8.28±3.3(88)		8.39±3.7(88)		1.76±2.5(88)	
家族構成	核家族	8.66±3.3(175)		8.36±3.7(171)		2.00±2.7(171)	
	祖父母と同居	8.79±2.7(19)		9.30±3.6(23)		1.13±1.1(23)	
里帰り	あり	8.24±3.4(37)		8.30±3.8(37)		1.54±1.7(37)	
	なし	8.77±3.2(157)		8.52±3.7(157)		1.98±2.7(157)	

Mann-Whitney U検定
*:P < 0.05

表11　GSESおよびBonding質問票と育児支援項目との関連　　平均値±SD(n)

		GSES 妊娠8か月	p値	GSES 産後2か月	p値	Bonding	p値
妊娠中の母体および胎児の異常の有無	あり	8.48±3.4(33)		7.88±3.6(33)		2.12±2.3(33)	*
	なし	8.71±3.2(161)		8.60±3.7(161)		1.90±2.6(161)	
流産、死産、出産後1年以内の子どもの死亡	あり	8.44±3.3(32)		8.00±3.5(32)		2.09±12.7(32)	
	なし	8.72±3.2(161)		8.56±3.7(161)		1.91±2.6(161)	
心理的、精神的な問題での受診	あり	8.16±3.4(25)		7.76±3.7(25)		2.36±3.5(25)	
	なし	8.75±3.2(169)		8.58±3.7(169)		1.88±2.4(169)	
夫に何でも打ち明けられる	はい	9.04±3.0(161)	**	8.84±3.5(161)	**	1.88±2.5(161)	
	いいえ・いない	6.85±3.7(33)		6.67±3.9(33)		2.21±3.0(33)	
実母に何でも打ち明けられる	はい	8.69±3.0(126)		8.42±3.6(126)		1.72±2.4(126)	
	いいえ・いない	8.63±3.6(68)		8.57±3.9(68)		2.34±2.8(66)	
夫や実母以外の相談相手	いる	8.89±3.1(177)	**	8.64±3.6(177)	*	1.90±2.6(177)	
	いない	6.35±3.7(17)		6.71±3.9(17)		2.35±2.4(17)	
生活が苦しいなど経済的な不安	あり	8.33±3.3(66)		8.17±3.7(66)		1.91±32.2(66)	
	なし	8.84±3.2(128)		8.63±3.7(128)		1.95±2.8(128)	
今の住環境への満足	満足	8.96±3.0(117)		8.69±3.5(117)		1.76±2.3(117)	
	不満	8.23±3.5(77)		8.14±3.9(77)		2.21±3.0(77)	
家族や親しい人の病気や事故や死亡	あり	8.23±3.0(30)		7.93±3.6(30)		1.40±1.5(30)	
	なし	8.75±3.3(164)		8.57±3.7(164)		2.04±2.7(164)	
赤ちゃんがむずかったり、泣いている理由がわからない	はい	8.42±3.3(116)	*	7.95±3.7(116)	*	2.38±2.8(116)	***
	いいえ	9.04±3.1(78)		9.26±3.6(78)		1.28±2.1(78)	
赤ちゃんを叩きたくなることがある	はい	6.84±3.5(19)	*	5.89±3.9(19)	*	4.89±3.8(19)	***
	いいえ	8.87±3.2(175)		8.75±3.6(175)		1.62±2.2(175)	

Mann-Whitney U検定
*:P < 0.05　**:P < 0.01　***:P < 0.001

表12　子ども虐待傾向と関連する妊娠期の要因の分析

説明変数	β	オッズ比	95%信頼区間	p値
GSES(妊娠8か月)(注1)	−0.209	0.812	0.72−0.92	＊＊＊
出産歴＊1	−0.770	0.463	0.21−1.04	
夫に何でも打ち明けられる＊2	0.301	1.351	0.49−3.69	
実母に何でも打ち明けられる＊2	−0.593	0.553	0.25−1.22	
夫や実母以外の相談相手＊3	−0.074	0.929	0.30−2.93	

二項ロジステック回帰分析　HosmerとLemeshowの検定:0.564
目的変数:子ども虐待傾向なし(Bonding得点2点以下＝0)，子ども虐待傾向あり(Bonding得点3点以上＝1)
＊1　なし＝0，あり＝1
＊2　いいえ・いない＝0，はい＝1
＊3　いいえ＝0，いる＝1
***:P < 0.001
注1:General Self-Efficacy Scale(一般性自己効力感)

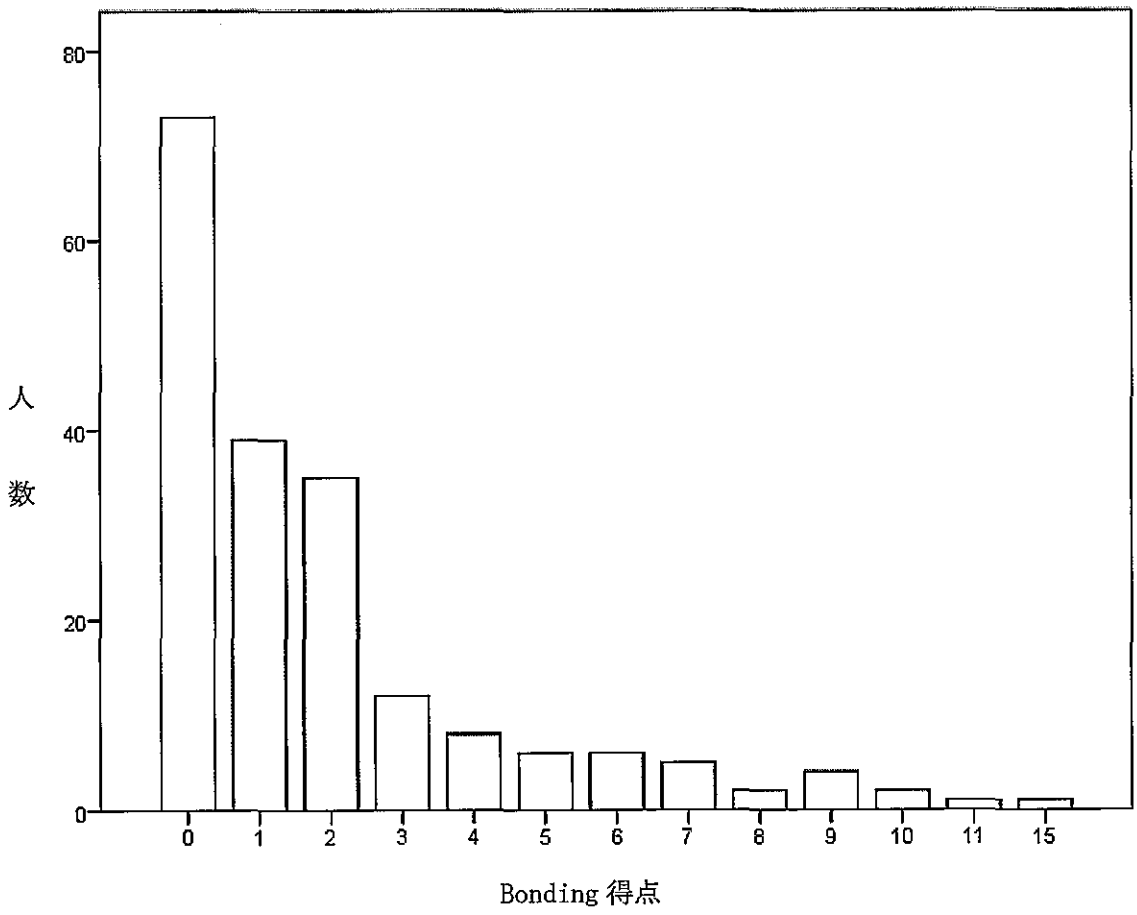

図５　Bonding得点の分布

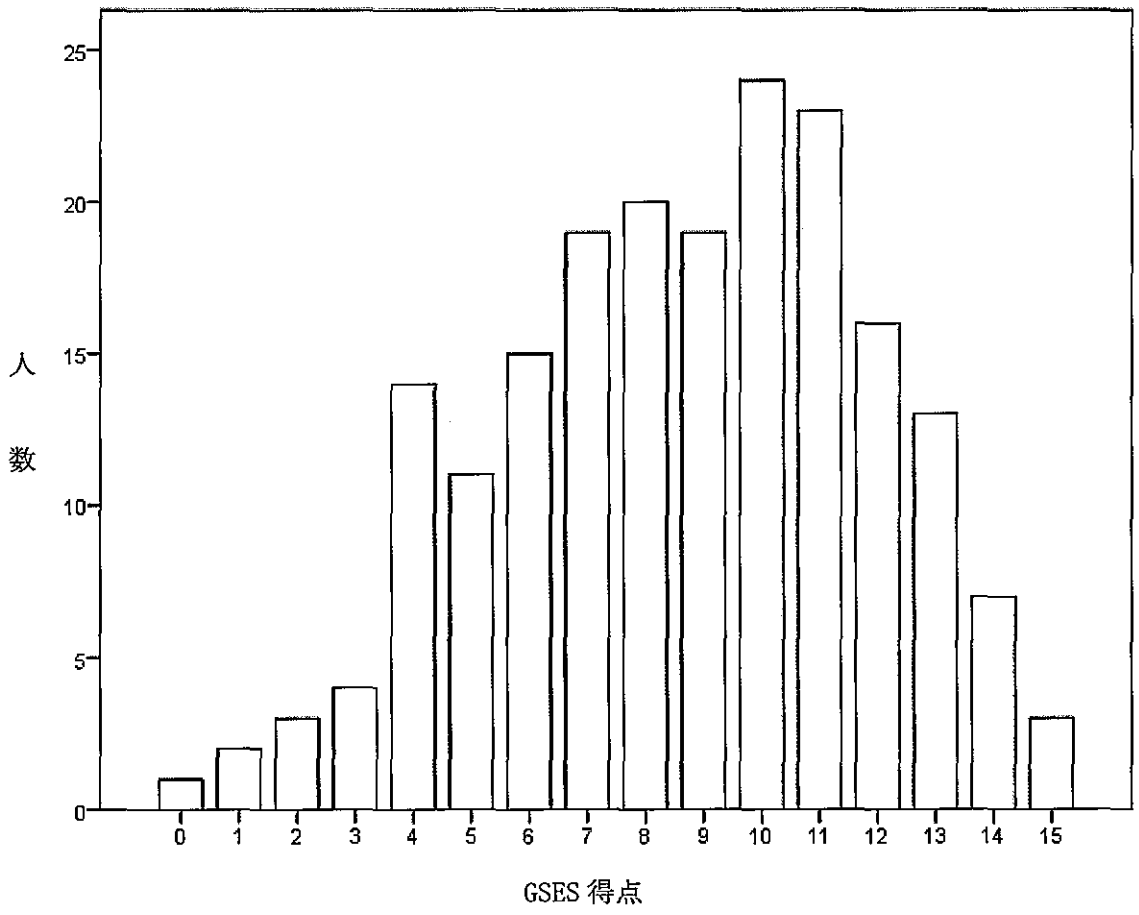

図６　妊娠期GSES得点の分布

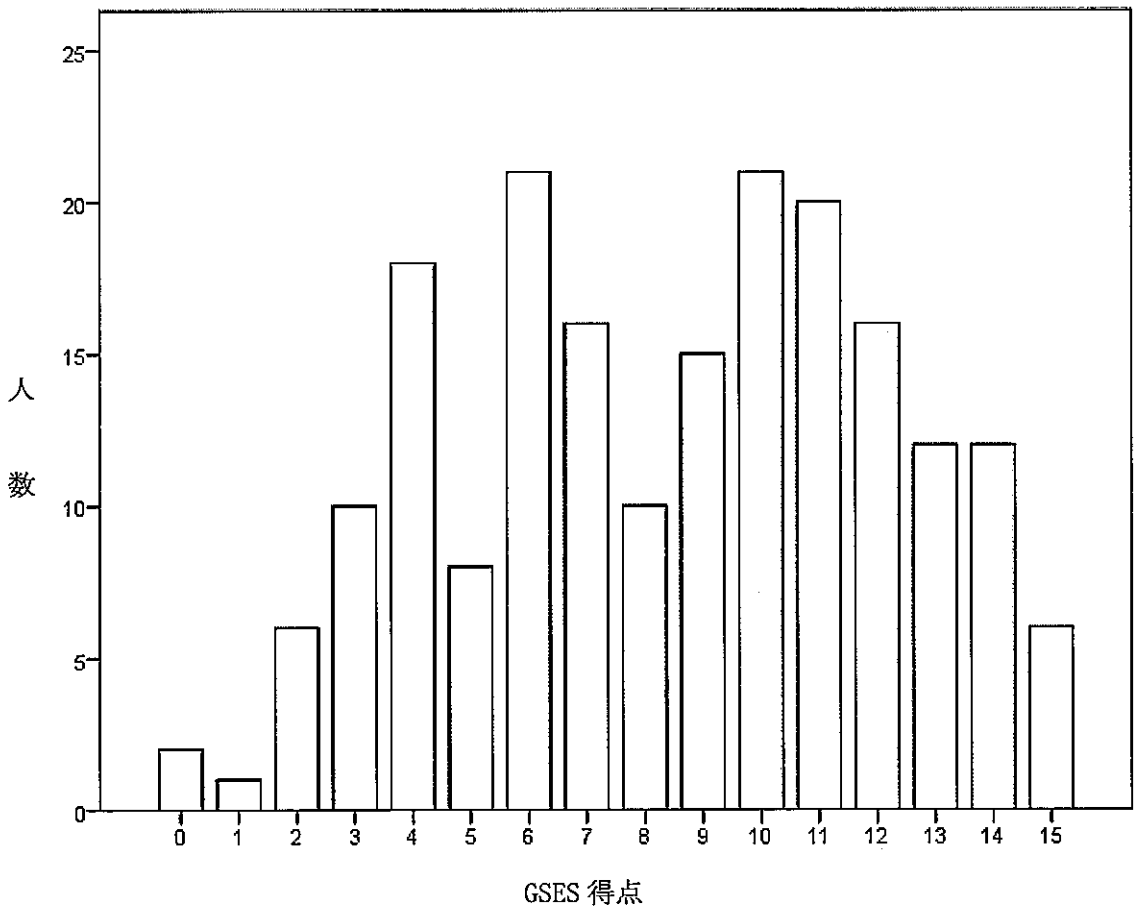

図 7　出産後 GSES 得点の分布