筑 波 大 学

博士（医学）学位論文

子供時代の親子関係が成人期のストレス対処力に及ぼす影響に関する予防医学的研究

２０１７

筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科

大滝　優

目次

第Ⅰ章　文献的考察
Ⅰ－A　親子関係と精神的健康に関する先行研究－－－－－－－－－－－－－－－－－－－4
Ⅰ－B　精神的健康とストレス対処力に関する先行研究－－－－－－－－－－－－－－－8
Ⅰ－C　親子関係とストレス対処力に関する先行研究-－－－－－－－－－－－－－－－12
Ⅰ－D　本研究の目的 －－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－13

第Ⅱ章　子供時代の親子関係 ～自殺予防ホットラインから～ -－－－－－－－－－－－－15

第Ⅲ章　子供時代の親子関係と成人期のストレス対処力の関係-－－－－－－－－－－－－23

第Ⅳ章　結語-－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－29

第Ⅴ章　謝辞-－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－33

第Ⅵ章　引用文献-－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－－35

第Ⅶ章　図表 －－48

（付）　質問票

（付）　参考論文

第 I 章

文献的考察

第Ⅰ章　文献的考察

労働者の精神的健康を保つことは喫緊の課題である。厚生労働省[1)]の調査では、現在の仕事や職業生活に関することで強い不安、悩み、ストレスになっていると感じる事柄がある労働者の割合は55.7%となっており、増加傾向がみられている。わが国のうつ病の患者数の推移をみると、1996年には43.3万人であったが、2011年には95.8万人と大きく増加している[2)]。厚生労働省[3)]は、自殺やうつ病による経済的損失は年間で約2.7兆円になると推計しており、WHO[4)] は2030年にはうつ病が全疾患のなかで最も経済的損失が大きくなると推測している。

成人期の精神的健康は子供時代の親子関係とも関連しており、特に親から子への情動的な関わりを表すBondingが成人期の精神的健康に影響を与えていると多くの先行研究で報告されている[5-12)]。また、精神的健康にはストレス対処力が関連していることも多くの先行研究で報告されている[13-30)]。そのため、子供時代の親子関係と成人期のストレス対処力の関連も先行研究で指摘されているが[31-39)]、わが国の労働者において、その関連性についてはまだ十分に検討されていない。この関連について調査することはストレス対処力の形成に関する新たな知見を獲得することにつながり、産業保健の現場において労働者の心理状態の把握に役立ち、健康の保持・増進活動に貢献できると考えられる。そこで、本研究では子供時代の親子関係と成人期のストレス対処力の関連について調査することにした。

Ⅰ-A　親子関係と精神的健康に関する先行研究

(1)親子関係について

新生児科医のKlausと小児科医のKennellは、親子関係のうち、特に親から子供への情動的な関わりを表す概念として「Bonding」を提唱している[40)]。しっかりとしたBondingが構築されることにより、子供のなかで養育されているという感情、確かな安定感が心の内部に高まってくる。しかも、この体験を両親が子供時代に受けることで、さらに自分の子供にも波及させることができると考えられている。

Bondingは繰り返し変化するという特徴をもっており、固定的なものでも不変のものでもない。状況や環境により、家族歴や個体差によって、その成立過程は影響を受けるとされている[40)]。Bondingを定量化するためにPBI(Parental Bonding Instrument)と呼ばれる質問紙を開発したParkerら[41)]は、Bondingの形成には、愛着行動の違いなどの子供の特性、心理的・文化的違いなどの親や養育環境の特性、相互的で劇的で発展的な親子関係の特性が影響を与えていると示唆している。また、Bowlby[42)]は子供時代にどのように養育されたかによって、自分自身の内的表象モデルを作り上げるという。後年になって、困難なことが起こってくると、この内面化したモデルにより、困難に直面した際に自分で切り抜けることができ、援助を受けるにふさわしいと感じることができると指摘している。

Bonding は子供だけでなく、親にも精神的影響を及ぼしている。自分の子供に愛情や慈しみが湧かず、子供を世話したり守ったりする感情が弱く、イライラや敵意を感じて攻撃したくなる衝動が出てくる心理状態を Bonding 障害とよぶ[43]。Bonding 障害を予測する因子としては、心的外傷後ストレス障害[44]、不安[45,46]、帝王切開[47]や緊急帝王切開[48]、子供が新生児特定集中治療室に入っていたこと[49]、子供の性別が女性[49,50]、児童期の不良な被養育体験[51]などが先行研究で示されている。自分の子供に愛情や慈しみを感じられない場合、育児行動に悪影響が出ることが想定される。実際に、Bonding 障害のある母親は子供との相互作用が不良であると報告している先行研究は多く存在する[44,52,53]。虐待との関連も報告されており、Bonding 障害は児童虐待の予測要因の 1 つであるとされている[54]。

Klaus と Kennell[40]、Bowlby[42]の先行研究から、Bonding 障害のある家庭では、子供が養育されているという感情や確かな安定感を抱きにくく、困難に直面した際にうまく切り抜けたり、周囲に援助を求めたりすることが難しくなっていることが懸念される。

また、Bonding が親から子供への情動的な関わりを表す概念であるのに対して、子供から親への愛着を表す概念として「attachment」という言葉が存在する(図 I -1)。この概念を提唱した Bowlby[55]は、attachment を「人が生後数か月のあいだに特定の人(母親や父親)との間に結ぶ情愛的な絆」と定義している。健全な attachment の形成は他者との人間関係の構築においてのみならず、知能の発達、自尊心や自信の形成にも大きな影響を与えていると指摘されている[56]。逆に、attachment が障害されると対人関係が不安定になり、相手を過度に警戒して回避的になったり、相手との距離感を認識できずに過度に馴れ馴れしくなったりするようになる[57]。Attachment 障害の原因としては、養育者との離別や不適切な養育環境などにより、子供が養育者に対して愛着を形成できなかったことが指摘されている[58]。そのため、親の Bonding 障害により、子供の attachment 障害が生じることも考えられる。本研究では、親子関係がストレス対処力や精神的健康に与える影響について調査しているため、子供に影響を及ぼす Bonding を主眼とした親子関係について検討していく。

(2)親子関係と精神的健康の関係

わが国では、親子関係が希薄化したり悪化したりする傾向がみられ、子供の精神的健康への影響も懸念される。例として挙げると、児童相談所に寄せられた児童虐待の相談件数は 2015 年に 10 万件を突破し、児童虐待防止法が施行される前の平成 11 年度と比較して 8.9 倍と増加傾向にあり、過去最多となっている[59]。また、離婚件数は 1996 年以降、毎年 20 万件以上となっている。

このように親子関係が不良な場合、ストレス反応が高くなることが指摘されている。先行研究では、親との別離を経験した子供は学業成績、心理的適応、社会的関係が不良であること、虐待を経験した子供は攻撃性、抑うつ度、不安、怒りのレベルが高いことが報告されている[5]。さらに同研究では、子供時代に両親の離婚を経験した成人は失業して生活保護を受けやすいこと、虐待された経験をもつ成人は、孤独による不安、アルコール依存、

反社会的行動を起こしやすいことが報告されている。Norman ら[60]は、身体的虐待、感情的虐待、ネグレクトが、抑うつ障害、薬物使用、性感染症、危険な性行為と有意に関連していることを示している。

別離や虐待の他にも、子供が主観的に感じる養育環境も精神的健康に影響を与えている。Grant ら[6]の研究では、母親に愛情なく育てられた女性は有意に自身の周産期に不安障害やうつ病になりやすく、父親に愛情なく育てられた女性は有意に周産期に不安障害になりやすかったと報告しており、養育環境を評価することは周産期の愛着障害や養育ストレスのリスクを調査するうえで重要であると指摘している。Narita ら[7]の研究では、両親のケアが不足していると、生涯のうちでうつ病になりやすく、両親のケア不足はうつ病に関連した最も重要な要因であると指摘しており、養育が過保護であると、生涯のうちでうつ病になりやすいことを示唆している。Stewart-Brown ら[8]の研究では、子供時代に虐待や不良な親子関係を経験すると、３つ以上の健康問題を抱えると予測しており、子供時代の不良な親子関係は大人になったときの健康問題のリスクファクターとなりうることを指摘している。Kitamura ら[9]の研究では、母親の過保護の欠如、母親の虐待、父親の過保護、母親のケアの欠如は大うつ病発症の予測因子であると報告している。Maunder と Hunter[10]の研究では、養育者の愛情が不安定であると、物質依存や治療に非協力的な態度などの健康にリスクを与えるような行動が増え、養育者との愛情関係が構築されているほど社会的支援の恩恵を受けられることが示唆されている。

その他にも、母親が過保護であると感じた人々は精神的健康度の指標である General Health Questionnaire (GHQ)の点数がより高い値を示したことが指摘されている[11]。また、うつ病自己評価尺度である Self-rating Depression Scale(SDS)においても、母親が過保護であると感じた人々はその後抑うつ状態となるリスクが高くなり、両親の愛情が薄いと感じた人々は抑うつ症状がより強かったと報告されている[12]。それゆえ、子供時代の不良な親子関係が成人期の精神面に与える悪影響が深刻な問題となっている。

(3) 親子関係と自殺リスクとの関連

親子関係が精神的健康に与える影響が深刻な場合、自殺リスクにつながることも懸念される。実際に、先行研究では親子関係と自殺リスクとの関連も報告されている。Martin と Waite[61]が行った調査では、両親の愛情が欠けていると感じた高校生は自殺念慮が 2 倍の相対リスクがあったことを示している。また、Goldney[62]が自殺企図者に対して行った調査では、両親のケアが低かったり、過保護の度合いが強かったりしたことが認められている。自殺既遂の危険因子としても、両親との不仲、両親との離別などが報告されている[63]。Tousignant ら[64]は、子供と父親の関係は自殺念慮に重要な役割を果たし、子供と父親の関係が悪い場合は成人期早期まで自殺念慮に影響すると指摘している。

被虐待経験との関連では、児童期に虐待された経験をもつ成人は自殺企図のオッズ比が約 25 まで高まると報告されている[65]。Norman ら[60]は、身体的虐待、感情的虐待、ネグ

レクトが長期的な健康へ及ぼす影響に関するシステマティックレビューを行い、自殺企図のオッズ比は身体的虐待と感情的虐待でそれぞれ 3.4、ネグレクトで 2.0 であったと示している。別の先行研究では、児童期の被虐待経験は男性で約 2.5%、女性で 13.5%とされており[66]、自殺企図における児童期の被虐待経験の寄与危険度は 9～20%と報告されている[66,67]。また、児童期に性的虐待を受けたことが、その後の自殺行動に影響を与えていることも指摘されている[68,69]。

(4) 自殺予防ホットラインについて

Kessler ら[70]の研究では、自殺念慮を抱いた者の 34%は具体的計画を立てており、自殺念慮を抱いた者の 26%は実際に自殺企図に及ぶとされている。さらに同研究では、計画的な自殺企図に及んだ者の 69%が 1 年以内に自殺念慮を抱いていたと報告している。別の研究では、自殺企図を行ってから最初の数年間は毎年 1%ずつが自殺し、最終的には自殺企図者の約 10%が自殺を既遂するとされている[71]。

自殺念慮者には適切なサポートを行い、精神状態を改善させていく必要があるが、自殺念慮者の援助希求に対する考え方として、Shea[72]は以下のようなものを指摘している。

- 自殺は弱さの証拠であり、恥ずべきこと
- 自殺が道徳に反する行為、罪深い行為
- 自殺について話すこと自体タブー
- 頭がおかしくなったと思われるのではないか
- 「入院させられる」のではないか
- 真剣に死を望み、誰にも知られたくない
- 誰も自分を救えない

このように、自殺念慮者は自身の苦悩について他者に相談しにくい傾向がある。特に、深刻な自殺念慮ほど隠されやすく、場合によっては援助者を敵とみなすこともみられる[73]。

そのため、自殺念慮が生じたときにはなるべく本人が相談しやすい窓口が必要である。自殺予防ホットラインは相談者の匿名性が保たれるため、有力な相談窓口の 1 つと考えられる。自殺予防ホットラインの有効性として、海外の先行研究で自殺企図者の自殺率を減らすことが報告されている[74]。その他にも複数の研究で、自殺企図の既往のある患者における電話フォローアップは自殺リスクを減らすことが指摘されている[75-77]。

自殺リスクの減少以外にも電話相談は効果が示されている。Rhee ら[78]の研究では、電話によるセラピーはコントロール群と比較して、精神状態の改善がみられたとされている。さらに、Pil ら[79]の研究では、電話相談は自殺予防策として費用対効果にも優れていることを示唆している。

しかし、わが国の自殺予防ホットラインにおいて相談内容を解析した研究は少なく、茨城いのちの電話の解析調査では 11 の相談分類のなかで親子関係の相談は未成年者で 5 番目に

自殺念慮が高かったとされているが[80]、全国で子供時代の親子関係に関する自殺念慮の割合やオッズ比は明らかになっていない。

Ⅰ-B　精神的健康とストレス対処力に関する先行研究

(1)ストレス対処力(SOC)について

イスラエルの健康社会学者 Antonovsky は、ストレス対処力の指標となる概念として、首尾一貫感覚(SOC: Sense of Coherence)を提唱した[81]。SOC は健康生成モデルにおける中核的な概念を表している。従来の医学の考え方では、疾病を発生させる要因に着目し、その原因や過程を取り除くような介入が行われてきた。このような考え方を Antonovsky は疾病生成論と表現している。それに対して、健康生成論では健康を保つことができる要因に着目し、いかにして健康増進を図っていくかという考え方のアプローチを行っている。このような考え方は、今後の予防医学的活動に対する新たな方向性を提示していると考えられている[82]。

Antonovsky[81]は、第 2 次世界大戦時のアウシュビッツ収容所から生還した女性の精神的健康状態を調査した。ユダヤ人の強制収容所という極限のストレス環境を経験した被験者であるため、一般集団と比較すると精神的健康は悪かったが、そのなかでも一部の被験者は精神的健康を保つことができていた。そのことに Antonovsky は着目し、ストレスに強い人たちが持っている特性をまとめ、SOC という言葉で表現した。その後の研究で、SOC はライフイベントなどの様々なストレッサーの処理に大きな影響を与えると報告されている[24,83,84]。

SOC が高ければ、ストレスを抱えた状況においても、自身ないし周囲に存在する様々な汎抵抗資源(GRRs: Generalized Resistance Resources)を活用することによって状況をしなやかに乗り越え、健康を維持するだけでなく、その経験を自身の成長の糧にすることができる[85]。GRRs とは、健康に生きることを支えてくれるものであり、人、物、金銭、自身の性格、社会的地位などストレッサーを回避したり処理したりするのに有用なもの全てが含まれる[39]。SOC と GRRs は相互に作用を及ぼしている関係にあり、そのことについては後ほど説明する。

SOC は 3 つの要素で構成され、それぞれ把握可能感、処理可能感、有意味感と名付けられている。把握可能感とは、人が内的環境や外的環境から刺激を受けたとき、その刺激をどの程度認知的に理解できるものとして捉えているかという感覚である。つまり、日常の出来事を混沌とした無秩序で説明できないものとして捉えるのではなく、一貫性のある構造化されたものとして知覚できるということである。

処理可能感とは、人に降りそそぐ刺激に見合う十分な資源を自分が自由に使える感覚と定義されている。自分の統制下にある資源や、その人が頼れると信頼している正当な他者によって統制されている資源があることで、困難なことが起きたときにも、自分が犠牲になっていると感じたり、人生が不公平だと思ったりせずに対処することができると考えら

れている。

有意味感とは、人が人生を意味があると感じている程度を表している。つまり、生きていることによって生じる問題や要求のなかには、労力を投入するのに値し、関わる価値があると思える感覚である。この感覚により、不幸な経験が課されたときにも、その人はその挑戦を進んで受け止め、それに意味を見出そうとし、それを克服するための最善の努力を尽くすと考えられる。

以上により、SOC とは、その人に浸みわたった、ダイナミックではあるが、持続する確信の感覚によって表現される世界(生活世界)規模の志向性のことであると定義される[86]。それは第一に、自分の内外で生じる環境刺激は、秩序づけられた、予測と説明が可能なものであるという確信、第二に、その刺激がもたらす要求に対応するための資源はいつでも得られるという確信、第三に、そうした要求は挑戦であり、心身を投入し、関わるに値するという確信から成るとされている。これは、SOC がストレス要因に対する認知的側面に焦点を当てるものであり、ストレス対処力を反映する指標であると考えられている[24,81,83,84]。

⑵SOC と精神的健康の関係

前述のように、SOC はストレス対処力を反映すると考えられている。ストレスをうまく対処することができれば、健康状態を良好に保ちやすくなることは想像に難くない。実際に、SOC が高いほど、精神的健康度も高くなることが先行研究で報告されている[13]。これは、SOC がストレッサーを低減し、ストレス反応に及ぼす影響を緩衝していると考えられている[14,15]。

うつ病と SOC の関連については多くの先行研究で示されている。フィンランド人 2,999 名を対象とした 1 年間の追跡調査では、1,000 人当たり 28.5 人のうつ病を認めたが、うつ病の予測因子として、慢性疾患を患っていること、人間関係が希薄であることに加えて、SOC の低さが要因として指摘されている[16]。初発のうつ病患者 24 名を 1 年間追跡した調査では、うつ病が改善した患者では SOC の上昇も認められたと報告されている[17]。ギリシャの看護師 79 名を対象に行った研究では、SOC が低い人ほど抑うつ傾向が認められたとされている[19]。

自殺リスクと SOC の関連についても報告されている。ノルウェー人 663 名を対象にした研究で、徴兵初期における SOC、自殺企図、自殺遂行を調査したところ、自殺企図 21.7%、自殺遂行 2.6%であり、この 2 つに該当する被験者の SOC はそうでない人に比べて有意に低く、自殺企図を予測するのにもよい指標であることが言及されている[18]。

SOC は疾病や自殺リスクを減らす以外にも健康を維持する上で重要な指標となっている。労働者を対象として、1986～1996 年の 10 年間で追跡調査した研究では、SOC の高い人は低い人と比較して 10 年後の精神的健康状態が良好で、どんなストレッサーよりも強く SOC が 10 年後の状態に影響を与えていた[20]。特に、SOC は精神面における主観的健康感と強く関連しており、健康の予測因子となりうることが報告されている[21]。さらに、SOC は

QOL にも影響を与えており、SOC が高いほど QOL も高くなることが指摘されている[22]。

また、健康生成論の概念が人生に対する志向性と関連していることから、SOC は社会的な健康行動とも結びついていることが報告されている。301 名の思春期の子供に対する調査では、身体活動に対して積極的な態度を示す子供の SOC は有意に高かったとされている[23]。20,921 名の男女を対象として、SOC とネガティブなライフイベントの関連を調べた研究では、SOC の低い集団はライフイベントへの適応が有意に遅れたことから、SOC が社会的適応能力を反映していたと報告されている[24]。その他にも、SOC と喫煙歴が関連するといった先行研究も存在する[25]。

産業保健の分野における研究でも SOC との関連が報告されている。具体的には、SOC が高い人ほど仕事上の疲労感が少なかったり[26,27]、バーンアウトを起こしにくかったり[28-30]、職務満足感が高かったりすることが挙げられる[27]。このように、SOC は労働者の精神的健康状態にも大きな影響力をもっていると考えられる。

(3)SOC の形成過程

SOC の形成には、良質な人生経験が必要であると考えられている[81]。良質な人生経験とは、一貫性の経験、過小負荷と過大負荷のバランスの経験、結果形成への参加の経験の 3 つに分けられる[33]。

一貫性の経験とは、ルールや規律が明確で、さらに、そのルールについての責任の所在も明確で、ルールのほか全体的な価値観もまた明確であることを示している。例えば、職場や学校などで、評価の基準が明確になっており、高い評価に対して高い報酬が、低い評価に対して低い報酬が、ぶれることなく適用されるような環境での経験が挙げられる[39]。

過小負荷と過大負荷のバランスの経験とは、周りからの要求がその人のもっている能力や手段を超えていて実行できないことと、その人がもっている能力や手段を十分に使う必要もないくらい弱い要求の間のバランスのとれた経験のことである。例えば、汎抵抗資源を使用しても効果がないような極めてストレスフルな状況は過大負荷の経験であり、汎抵抗資源を活用するまでもないような全くストレスのない状況は過小負荷の経験である。適度な負荷のもとで、資源を使って乗り越えることにつながる経験が良好な人生経験と考えられている[39]。

結果形成への参加の経験とは、自分たちの前に設定された課題を快く受け入れ、自分たちでその課題を行うことに責任をもって、何をするのかしないのかを決定する経験を意味する。例えば、重要な方針の決定に関わる会議に召集されて議論に参加するようなことである。ここでの「重要な方針」とは、自分にとって重要と思えるものであり、人によってどのようなものが重要になるのかは異なる[39]。

このような良質な人生経験は GRRs によってもたらされている(図 I -2)。Antonovsky[81] はストレス対処における SOC と GRRs の関連性について言及したところによると、ストレッサーやそれによる緊張が生じたとき、既存の SOC が GRRs を動員してその処理を試み、

こうした対処の成否が健康を左右する。対処の成功は健康にプラスに働き、その成功体験はSOC自体を強化することにもつながる。一方で、対処が失敗したときは健康が脅かされる。GRRsの豊かさとその動員力であるSOCの強さが、ストレス対処の成否の鍵を握っているのである。GRRsに関しては、SOCの形成を促すだけでなく、SOCによって動員されるものとしての役割も存在しているといえる。そして、GRRsの豊かさは、その人がどのような子育てを受けてきたか、どのような社会的役割を占めているかによっても左右されることが示されている。

生涯においてSOCが大きく形成される時期は「乳幼児期」「思春期」「成人初期」の3つの時期がある。乳幼児期は、選択肢のある主要な経験であり、人生においてSOCを強い方向か弱い方向へと向かわせる最初の推進力になる。おおかたの文化において、一人の主要な人(世話をしてくれて、SOC 形成のための初期の経験をかたちづくっている人)をもっており、SOCの形成に大きな影響力をもっていると考えられる。思春期は、疾風怒濤のように絶えず襲ってくる動揺、混乱、自己不信、不安定により、実に魅力的、劇的に特徴づけられている。幼少期に据えられた強いSOCのための基礎も思春期にはひっくり返されることが予想される。成人初期は、人々や社会的役割や仕事との長期の関わり合いをもつようになり、幼少期や思春期の経験が強められたり弱められたりし、SOCが固定化してくると考えられている[81]。Antonovsky[81]は、SOCは30歳くらいまでに安定し、それ以降は大きな変動は起きにくいという仮説を立てている。しかし、SOCの変化や向上に着目した研究は少なく、成人のSOCがどのように変化したり向上させたりできるのかについては明らかになっていない。

Antonovsky[81]の仮説では、SOCを変化させる方法として、3つの可能性が提唱されている。1つは一時的なイベントによりSOCの変動が促される可能性が示されている。交通事故で子供を亡くした親や、ストライキで重要な譲歩を勝ち取った組合員を例として、一時的にSOCが変化することを指摘している。2つ目は、臨床家とクライアントの出会いによってSOCが変化する可能性である。多く得られるものでなく、一時的なものであるとしながらも、臨床家の専門性に基づく有意性を発揮することにより、クライアントが一貫してバランスのとれた意味ある参加と思うことができれば、クライアントのSOCが変化することを示している。3つ目は、介入プログラムによってSOCが向上する可能性である。介入者が長期間クライアントの人生条件をコントロールできるなら、クライアントが自身の経験を再認識することができ、それをある程度の期間持続することができるのであれば、SOCが向上することを指摘している。

先行研究では、スウェーデン人女性41名に対して、ストレスマネジメントプログラムをクロスオーバー比較試験にて実施したが、両群ともSOCが上昇し、介入による十分な効果が得られなかった[87]。Langelandら[88]は、自ら開発したコーピング手法で精神疾患患者116名に対して無作為化比較試験を行ったところ、介入群でSOCの上昇がみられたと報告している。わが国では、慢性疾患患者に対するセルフマジメントプログラム[89]のアウトカム評

価研究のなかで、プログラム実施 3 か月後、6 か月後の SOC が有意に上昇している[90]。その他にも、未治療の未破裂動脈瘤を持つ患者が、診断による強烈な衝撃と恐怖を乗り越えるための認知的・行動的対処を行うことで、1～3 年にわたる日々において SOC が改善した可能性が示唆されている[91]。

Ⅰ-C　親子関係とストレス対処力に関する先行研究

ここまでみてきたように、親子関係と精神的健康、ストレス対処力と精神的健康の関連が先行研究で報告されていることから、親子関係がストレス対処力を介して精神的健康に影響を与えていることが考えられる。Antonovsky[81]は、子供の内的環境から生じる要求を方向づけたり激励したりすることは SOC の形成を促進する一方、子供の内的環境から生じる要求を無視したり拒否したりすることは過大負荷を生み、SOC の形成に悪影響があると指摘している。

実際に、先行研究でも親子関係と SOC の関連については調査されている。Rivera ら[92]は、思春期の SOC に関する研究のシステマティックレビューを行い、思春期の SOC の形成には、家族、学校、友人、近隣の人々が関連していることを報告している。そのなかで家族に関連するものとしては、家族の病気や死[93]、家族による潜在的なストレス[94]、家族との対立[95]、不良な養育環境[96]、家族のサポート[97]、個人の成長の促し[95]、家族関係の良さ[98]が挙げられている。

子供時代の親子関係と成人期の SOC の関連について調査した先行研究も存在する。Bruskas と Tessin[31]は、里親に育てられた成人女性の SOC は劇的に低かったと報告しており、Lundberg[32]は子供時代の家族との対立がその後の SOC に影響を与えることを指摘している。その他にも、Sagy ら[33]は思春期に家庭内で意思決定への参加経験を有していたことと親の学歴が高いことが、65 歳以降の SOC が高いことに関与していたと報告しており、Volanen ら[34,35]は 16 歳以前に家庭内暴力や家庭内不和などがあると SOC が低下し、思春期までの両親との離死別経験や親との良好な関係などが、その後の SOC と関連することを指摘している。Feldt ら[36]は 14 歳時に良好な家族関係であったことが 42 歳時に SOC が高いことと直接の関連があったことを報告している。一方で、16 歳時の両親との同居、兄弟の有無、学童～思春期の虐待経験は SOC と直接関連がなかったという研究も存在する[99]。

わが国の親子関係とストレス対処力に関する研究では、大学生を対象とした調査で、回想した attachment が良好であることと、ストレス対処力の 1 つの概念であるレジリエンスが高いことに相関がみられたと報告されている[37]。また、同じく大学生を対象とした調査で、小学生時の母親の褒めるしつけが現在のレジリエンスと正の相関を示し、小学生時の父親の褒めるしつけとけなすしつけが現在のレジリエンスと負の相関があったとする研究も存在する[38]。山崎と戸ヶ里[39]は、25～74 歳の日本人成人(男性 956 名、女性 1,107 名)を対象として、中学 3 年生時の親子関係と現在の SOC について調査している。その研究によると、親や同居者から繰り返し暴力を受けた経験はその後の SOC の低さに関連しており、

両親との関係が良好であるとSOCは高くなることを示している。しかし、わが国の労働者を対象として、子供時代の親子関係と成人期のSOCの関係性についてはまだ十分に調査されていない。

Ⅰ-D　本研究の目的

これまでの文献的考察により、子供時代の親子関係が成人期のストレス対処力を介して精神的健康に影響を与えていることが考えられる。先行研究では、子供時代の不良な親子関係が精神的健康に及ぼす影響について報告されており、特に自殺リスクに関連した深刻な健康問題も指摘されている。電話相談は自殺リスクを減少させるのに有効な手段であることが示されているが、わが国の自殺予防ホットラインのなかで、子供時代の親子関係に関する自殺念慮の割合やオッズ比は明らかになっていない。これを明らかにすることで、子供時代の親子関係に関する相談のなかで、自殺念慮を抱きやすい相談項目を特定でき、適切なサポートを行うための対策を立てやすくなる。これにより、効果的な自殺予防につながることが考えられる。

ストレス対処力と精神的健康の関連は先行研究で報告されているが、わが国の労働者において、子供時代の親子関係が成人期のストレス対処力に与える影響についてはまだ十分に調査されていない。子供時代の親子関係が成人期のストレス対処力に影響を与えていることを明らかにすることで、労働者の心理状態を把握しやすくなり、産業保健の現場でより適切なケアにつながると考えられる。

そこで本研究では、自殺予防ホットラインにおいて子供時代の親子関係に起因する自殺念慮を明らかにするとともに、子供時代の親子関係が成人期のストレス対処力に与える影響について調査することを本研究の目的とした(図Ⅰ-3)。

(1) 子供時代の親子関係 ～自殺予防ホットラインから～

2012年の全国いのちの電話の年間データを二次利用して、子供時代の親子関係に起因する自殺念慮とそれ以外の相談に起因する自殺念慮を比較した。調査対象は全国48のコールセンターに寄せられた未成年者からの相談24,333件で、調査項目は性別、相談内容、身体的健康問題、精神的健康問題、自殺未遂歴、自殺念慮とした。相談内容を親子関係に関するもの、それ以外のもの、親子関係とそれ以外の両方を含むものに分類し、それぞれの自殺念慮の割合を求めた。そして、すべての調査項目を共変量として二項ロジスティック回帰分析を行い、子供時代の親子関係に関する自殺念慮のオッズ比を求めた。

(2) 子供時代の親子関係と成人期のストレス対処力の関係

子供時代のBondingが成人期労働者のストレス対処力とストレス反応に与える影響について検討した。Webアンケートのデータを二次利用し、子供時代(20歳未満)のBonding、首尾一貫感覚13項目7件法(SOC)を調査した。アンケート回答者をBondingの良好群と不

良群に分け、SOC を男女別に年齢を共変量とした共分散分析を行った。

上記の調査研究により、自殺予防ホットラインにおける子供時代の親子関係に起因する自殺念慮を明らかにし、子供時代の親子関係と成人期のストレス対処力の関連性について検討することにより、子供時代の親子関係に関する自殺念慮やストレス対処力の形成についての新たな知見を獲得し、産業保健の現場において労働者の心理状態の把握に役立ち、健康の保持・増進活動に貢献できると考えられる。

第Ⅱ章

子供時代の親子関係
～自殺予防ホットラインから～

第Ⅱ章　子供時代の親子関係～自殺予防ホットラインから～

Ⅱ-A　目的

第Ⅰ章で述べたように、子供時代の親子関係が不良な場合、自殺念慮を抱きやすくなることが報告されている。そのため、子供時代の親子関係に関する相談は自殺念慮を伴っている場合が多いのではないかと想定される。先行研究では、電話相談は自殺率を減少させたり、精神状態を改善させたり、費用対効果にも優れていたりすることが指摘されている[75,78,79]。しかし、わが国の自殺予防ホットラインにおいて、子供時代の親子関係に関する自殺念慮の割合やオッズ比は明らかになっていない。そこで、2012 年の全国いのちの電話の年間データを用いて、子供時代の親子関係に関する相談をそれ以外の相談と比較し、自殺念慮の割合やオッズ比を求めることを本研究の目的とした。これにより、子供時代の親子関係に関する相談のなかで自殺念慮の高い項目が明らかになり、自殺予防ホットラインにおいて、より適切なサポートを行うための対策を立てやすくなると考えられる。

Ⅱ-B　方法

(1) 研究対象

いのちの電話はボランティアで運営されている全国的な自殺予防ホットラインの組織である。1971 年に設立され、24 時間体制で相談に対応している。カウンセラーは電話相談を行う前に、60 時間以上の研修を 2 年間かけて受けている。現時点で約 6,800 人のカウンセラーが全国に存在している。すべてのケースに対して詳細な情報が記録され、データはすべて匿名化されている。本研究では全国 50 箇所のコールセンターのうち 48 箇所のコールセンターに 2012 年 1 月 1 日から 12 月 31 日の期間に寄せられた未成年者からの相談データを二次利用した。残りの 2 箇所のコールセンターは、技術的な問題で調査時に他と同様の手法でデータを取得することができなかったため除外されている。

(2) 調査項目

相談者の性別、相談内容、身体的健康問題、精神的健康問題、自殺企図歴、現在の自殺念慮について調査した。自殺念慮は、カウンセラーの評価により 6 つのグループ(念慮なし、熟考中、危険な思考あり、予告あり、実行中、不明)に分けられた。カウンセラーは、電話相談中に得られた情報をもとに、相談終了後すぐに自殺念慮の評価を行った。

相談内容は 13 項目(ライフイベント、思想、親子関係、仕事、経済、夫婦、教育、人間関係、恋愛、身体的健康問題、精神的健康問題、情報、その他)に大きく分類されており、それぞれの相談内容に関してさらに詳細な相談項目が存在している。親子関係の相談としては、9 項目(家庭内暴力、家庭崩壊、介護、虐待、近親姦、子育て、不満、扶養、その他)に分類されている。この相談分類は、いのちの電話における専門家の議論に基づいて作成さ

れた。同じ電話相談のなかに相談内容が複数含まれる場合、カウンセラーは３つまで相談内容を選択して順位付けを行った。

(3) 統計解析

解析対象を自殺念慮の有無が判明している未成年者の相談に限定するため、自殺念慮が不明である相談や 20 代以降の相談は解析から除外した。親子関係とそれ以外の相談を交互作用に考慮して比較するため、相談内容が親子関係のみであったものを「親子関係」、相談内容に親子関係が含まれないものを「親子関係以外」、親子関係と親子関係以外のどちらも含まれるものを「両方」として分類した。親子関係の相談、親子関係以外の相談、両方の相談に関する自殺念慮の割合を比較するため、自殺念慮が判明している相談を自殺念慮あり群(熟考中、危険な思考あり、予告あり、実行中)と自殺念慮なし群(念慮なし)に分類した。

次に、親子関係の相談、親子関係以外の相談、両方の相談で自殺念慮の割合に差があるかどうか調べるためにカイ二乗検定を行った。また、自殺念慮の深刻度別での相談割合を比較するため、親子関係の相談、親子関係以外の相談、両方の相談ごとに自殺念慮の内訳を分類した。

その後、親子関係の相談とそれ以外の相談のそれぞれにおいて、どのような項目で自殺念慮の割合が高くなっているのか調べるために、各相談の内訳ごとに自殺念慮の有無を分類した。そして、親子関係以外の相談と比較して、親子関係の相談がどの程度自殺念慮を抱きやすいのか調べるために、自殺念慮を 2 値変数(0:なし,1:あり)に変換し、それぞれの属性を共変量として二項ロジスティック回帰分析を行い、自殺念慮のオッズ比を求めた。また、自殺企図歴は自殺念慮に大きく影響を与えることが先行研究で報告されており [77]、これまで自殺企図に至っていない人において、どのような相談内容が自殺念慮に影響しているかを検討するため、自殺企図歴なしの相談を対象とした二項ロジスティック回帰分析も行った。参照点は原則として最も健康な状態に設定した。相談内容に関しては、「親子関係以外」の項目を参照点として設定し、親子関係の相談の各項目と比較した。統計解析には windows 版 SPSS version 24 を用い、有意水準 5%とした。

(4) 倫理的配慮

本研究は筑波大学倫理委員会(承認番号 73)といのちの電話連盟に承認された。相談者とカウンセラーの匿名性は確保されている。

Ⅱ-C　結果

相談者の基本属性を表Ⅱ-1 に示す。調査期間中の未成年者からの相談は 24,333 件であった。親子関係の相談は 5,242 件(21.5%)、親子関係以外の相談は 18,061 件(74.2%)、両方の相談は 1,030 件(4.2%)で。性別では男性からの相談が 20,097 件、女性からの相談が 4,236 件であった。自殺念慮が認められた相談は 6.8%で、相談時に自殺企図歴が認められたのは

2.2%であった。

相談内容と自殺念慮の比較を表Ⅱ-2 に示す。自殺念慮を認めたものは親子関係の相談で2.2%、親子関係以外の相談で 7.9%、両方の相談で 10.9%であった。カイ二乗検定を行うと、有意な差がみられた($p < 0.001$)。表Ⅱ-3 より、自殺念慮の深刻度別でみると各項目で両方の相談が最も自殺念慮の割合が高く、その次に親子関係以外の相談、親子関係の相談と続いた。

親子関係の相談と自殺念慮の関係を表Ⅱ-4 に示す。親子関係の相談のなかで、自殺念慮の割合が大きかった項目としては、虐待が 20.4%、家庭崩壊が 16.1%、家庭内暴力が 10.6%であった。また、親子関係の相談件数で多かったものとしては、近親姦が 2,624 件、その他が 1,497 件、不満が 872 件となっていた。

親子関係以外の相談と自殺念慮の関係を表Ⅱ-5 に示す。親子関係以外の相談のなかで、自殺念慮の割合が大きかった項目としては、思想が 26.5%、ライフイベントが 25.5%であった。相談件数としては、身体的問題が 4,173 件、その他が 3,748 件、恋愛が 2,532 件で多かった。

自殺念慮のオッズ比を表Ⅱ-6 に示す。親子関係の相談に関する自殺念慮のオッズ比は 0.426 であり、親子関係と親子関係以外の両方を含む相談に関する自殺念慮のオッズ比は 1.46 であった。自殺企図歴なしの相談を対象とした解析では、親子関係の相談に関する自殺念慮のオッズ比は 0.421 であり、親子関係と親子関係以外の両方を含む相談に関する自殺念慮のオッズ比は 1.58 であった(表Ⅱ-7)。

Ⅱ-D　考察

本調査は全国的な自殺予防ホットラインの年間データを解析した最初の研究である。自殺予防ホットラインの利用者において、子供時代の親子関係に関する自殺念慮を初めて記述した。

表Ⅱ-2,3,6,7 より、親子関係の相談は親子関係以外の相談と比較して、自殺念慮の割合やオッズ比が有意に低くなっている。表Ⅱ-4 の親子関係の相談の内訳をみてみると、虐待(20.4%)、家庭崩壊(16.1%)、家庭内暴力(10.6%)のように自殺念慮の割合が高い項目は存在するが、相談件数としてはいずれも少ない(家庭崩壊 68 件、虐待 132 件、子育て 20 件、家庭内暴力 53 件)。逆に、親子関係の相談件数として多かった近親姦(2,624 件)、その他(1,497 件)、不満(872 件)では、自殺念慮の割合が低くなっている(近親姦 0.6%、その他 0.7%、不満 5.6%)。内閣府[100]の調査では、不満や悩みに耳を傾けてくれる人として、67.6%の人が同居の家族と回答しているが、親子関係が問題であるときは家族に相談しにくいため、自殺念慮を伴わない問題でも電話相談につながりやすいことが考えられる。

近親姦はその後の自殺念慮との関連も先行研究で報告されているが[101-104]、本研究では自殺念慮の割合が低かった。この原因としてまず挙げられるのは、本研究では近親姦が現在の問題として相談されていることである。多くの先行研究では子供時代の近親姦が思春期

や成人期の自殺念慮と関連していることを報告しており[101-104]、近親姦が自殺念慮に影響を与えるまでには、ある程度の経過を要すると考えられる。その経過として、Cole と Putnam[105]は、近親姦によって自己調節機能の形成が阻害されて、自殺行動に至る可能性を指摘している。先行研究では自殺行動が衝動性と攻撃性の相互作用によって生じることが示されているが[106]、近親姦のようなトラウマ体験は感情の脆弱性を悪化させ、将来的に衝動性や攻撃性が強くなることで自殺行動に結びつきやすくなるのではないかと考えられている[107]。その他に近親姦に関する自殺念慮が低かった原因としては、本研究では近親姦として扱われる行為の範囲が明確でなかったことが挙げられる。近親姦には、接触のある性的行為だけでなく、息子を夫のように扱おうとする母親の誘惑行為なども近親姦に含まれるとされており[108]、状況の深刻度にはばらつきがある。さらに、本研究で「性的虐待」という相談項目がなかったことで、様々な性的問題が近親姦として選択されやすく、自殺念慮を伴わない相談が多かったことが考えられる。近親姦の発生率は、文化的な抑圧や羞恥心・罪悪感から調査することが難しくなっている[109]。米国の先行研究では、大学生 796 名(男性 266 名、女性 530 名)において、男性は家族による性的虐待率は 1.5%で、女性は家族による性的虐待率は 8.4%であったと報告されている[108]。わが国の先行研究では、健康な女性の 2%が 18 歳までに何らかの近親姦的被害に遭っているとされている[110]。近親姦は社会的にタブーの意識が強く[111]、周囲に相談しにくいため、匿名性の保たれている自殺予防ホットラインに相談が集まりやすかったことが考えられる。

表Ⅱ-5 から親子関係以外の相談では、思想(26.5%)、ライフイベント(25.5%)に起因する自殺念慮が高くなっているが、茨城いのちの電話の先行研究では「生き方」という相談内容が未成年者で自殺念慮のオッズ比が最も高くなっており[80]、本研究においても同様の傾向が認められた。その他の先行研究でも、ライフイベントによるストレスと自殺念慮の関連は多く報告されている[112-116]。思想とライフイベントで自殺念慮が高かった原因としては、自殺念慮者の心理と子供の生活環境が関与している可能性が考えられる。自殺念慮者の心理としては、「誰も自分のことを助けてくれるはずはない」「居場所がない」といった孤立感や「私なんかいない方がいい」「生きていても仕方ない」といった無価値観などがあり[117]、人生に対して悲観的に考えているため、思想に関する自殺念慮が高かったと考えられる。また、子供の生活環境においては、人間関係が家庭と学校を中心としたものに限られており、仲間からのいじめや喪失体験(離別、死別、予想外の失敗など)は大人以上に心理的な負担となるため、自殺の危険因子とされている[117]。実際に、小中高生の自殺の原因としては、学校問題が約 40%で最も多く[118]、日常のライフイベントから自殺念慮を抱きやすいと考えられる。

親子関係とそれ以外の両方を含んだ相談件数は未成年者の相談全体の 4.2%と少なかったが、自殺念慮の割合は 10.9%と高かった。先行研究では、親との別離を経験した子供は学業成績、心理的適応、社会的関係が不良であること、虐待を経験した子供は攻撃性、抑うつ度、不安、怒りのレベルが高いことが報告されている[5]。その他にも、身体的虐待、感情

的虐待、ネグレクトが、抑うつ障害、薬物使用、性感染症、危険な性行為と有意に関連していることが示されている[60]。そのため、親子関係の問題が背景要因となり、精神的健康問題、社会的人間関係のトラブル、学校生活に関する悩み、性的逸脱行為などが生じやすいと考えられる。このような問題は自殺念慮との関連が報告されており[119-122]、親子関係の問題も合併していることから、本研究では親子関係とそれ以外の両方を含んだ相談に関する自殺念慮の割合が高くなったと考えられる。

親子関係の相談全体としては自殺念慮の割合は低かったが、個別の項目でみると家庭崩壊や虐待では自殺念慮の割合が高くなっている。家庭の不安定性は自殺企図と関連すると報告されており[123]、本研究で家庭崩壊の自殺念慮の割合が高かったことは先行研究と同様の傾向がみられている。家庭崩壊に関するレビューを行ったMooneyら[124]は、家族の対立、養育や親子関係の質、母親の精神的健康、経済的問題、度重なる生活環境の変化、家族構成が相互的に影響を及ぼし合って家庭崩壊に至ると報告している。家庭崩壊とは、家庭内の不和、離別、暴力などによって、家庭が機能不全に陥っている状態を指すが[125]、そのなかでも自殺念慮につながりやすい状況が存在している[126]。身体的・性的虐待は自殺念慮との関連が多くの先行研究で報告されている[101,127,128]。家庭内暴力を目撃することでも、自殺念慮や自殺企図につながりやすくなることが示されている[129,130]。そのため、本研究で家庭内暴力や虐待においても自殺念慮のオッズ比が高かったことは先行研究と合致した結果となっている。一方で、家庭崩壊が起きても子供が健康を維持できる要因も存在する。先行研究では、適格で思いやりのある養育、親の心理的健康、親の対立が少ないこと、離別後の協力的な養育、社会的サポートが報告されており[131,132]、電話相談においてもこれらの保護因子を検索して、日常生活のなかで効果的に活用できないか検討していくことは重要と考えられる。

表Ⅱ-6より自殺企図歴があると自殺念慮のオッズ比は77.3となり、すべての属性のなかで最も自殺念慮のオッズ比が高くなっている。先行研究では、自殺企図は自殺を予測する最も強力な因子として報告されている[77]。自殺企図した人の3%は1年以内に、9%は5年以内に、10%はそれ以降に亡くなっている[133-137]。そのため、電話相談で自殺企図歴を認めた場合は、将来の自殺リスクが高いことを認識し、詳細に情報収集することで保護因子を探索していく必要があると考えられる。

警察庁[138]の調査では未成年者の自殺の原因として家庭問題が第3位に位置しており、三上ら[139]の研究では未成年者の自殺企図の心理・社会的要因として家族の問題を有していた割合は50%で最も多かったと報告しており、親子関係の問題は自殺行動への影響も与えている。自殺予防ホットラインでは自殺企図や自殺既遂を防ぐために適切なサポートが求められる。松本[140]は、自殺念慮を抱いた人々へのサポートとして、聞くことと尋ねることが重要であると指摘している。カウンセラーは、相談者の問題を明らかにするために注意深く話を聞き、相談者の生活背景を尋ねることで、問題解決の手助けをしていく必要がある。相談者の苦悩を明らかにするのと同様に、自殺のリスク要因に対抗する保護因子を特定し

ていくことは重要である。

Ⅱ-E　研究の限界

本研究では、収入、婚姻状況、社会的サポートなどの自殺念慮に影響を与えることが知られている他要因が含まれていない。収入が低かったり、社会的サポートが少なかったりする状況では、自殺念慮を抱きやすいことが想定される。そのため、本研究で示した未成年者の親子関係に関する相談の自殺念慮のオッズ比にも影響が出ると考えられる。また、いのちの電話は調査機関ではないため、研究のための質問紙は用いておらず、主訴や自殺念慮の分類などは曖昧なところがある。今後の研究では、これらの分類が明確になるように修正していく必要がある。

本研究では相談内容ごとの自殺念慮の割合を示したが、それぞれの分母となっている相談者は異なっている。相談者個人の特性や状況によって自殺念慮の抱きやすさには違いがあるため、相談内容ごとの自殺念慮の割合に影響を与えていると考えられる。

以前の自殺念慮については調査されていないが、過去に自殺念慮を抱いていた人々は相談時にも自殺念慮を抱きやすいと考えられる。それゆえ、現在の自殺念慮に与える要因をより詳細に調べるためには、過去の自殺念慮についても調査していく必要がある。

本研究では自殺企図歴の詳細については調査されていない。自殺企図の頻度・回数が多かったり、自殺企図の内容が首つりなど切迫したものであったりした場合は、自殺念慮を抱いている可能性や深刻度が高いことが想定される。これらの項目について調査されていれば、研究結果の解釈を深めることができたと考えられる。

自殺予防ホットラインには頻回相談者が存在しており[141]、本研究データは相談者の重複を含んでいることが考えられる。これにより、子供時代の親子関係に関する相談件数が相談者数よりも多くなっていたり、自殺念慮の深刻度が過大評価されていたりする可能性がある。今後の研究では、相談者の相談回数を聴取するなど重複者を除外する仕組みが必要である。

カウンセラーは研修を積んでいるが、自殺念慮の有無や相談の種類などの判断は個別に行っている。それゆえ、カウンセラーごとのバイアスが存在している可能性がある。また、多くの変数の分析で「不明」に分類されるものが存在している。このことは、研究結果や自殺リスク評価の解釈を歪めている可能性がある。今後の研究では、相談者がどの分類に属するのか特定するためのマニュアルを作成することが重要である。カウンセラーは「不明」の分類を減らすために、できるだけ自然に基本属性について質問するように心がけるべきである。

Ⅱ-F　結論

本研究により、わが国の自殺予防ホットラインにおける子供時代の親子関係の相談に関する自殺念慮が明らかになった。親子関係の相談全体に関する自殺念慮の割合やオッズ比

はそれ以外の相談と比較して有意に低かった。親子関係の問題では、普段の相談相手となるべき家族に相談しにくいため、自殺念慮を伴わない問題でも電話相談につながりやすいことが考えられた。

第Ⅲ章

子供時代の親子関係と
成人期のストレス対処力の関係

第Ⅲ章　子供時代の親子関係と成人期のストレス対処力の関係

Ⅲ-A　目的

第Ⅰ章で述べたように、子供時代の親子関係が不良な場合、養育されているという感情や確かな安定感を抱きにくくなり、GRRs が乏しくなる。GRRs は良質な人生経験を提供するものであるが、親子関係が不良であるとその機能を十分に果たせないため、良質な人生経験が少なくなり、SOC の形成が阻害されることが考えられる。先行研究では子供時代の親子関係が不良であると、その後の SOC が低いことが示されているが[31-39]、わが国の労働者を対象として、子供時代の親子関係と成人期の SOC の関係性についての調査はまだ十分に行われていない。子供時代の親子関係が成人期のストレス対処力に影響を与えていることを明らかにすることで、労働者の心理状態の把握に貢献し、より適切なケアにつなげることができる。そこで、筑波研究学園都市において 2011 年に実施した大規模疫学調査の結果を用い、子供時代の親子関係が成人期労働者のストレス対処力に与える影響について調査した。

Ⅲ-B　方法

(1) 研究対象と質問項目

筑波研究学園都市交流協議会に所属し、本調査に参加同意の得られた機関の労働者 21,922 名を対象として、2011 年 11 月に生活環境・職場ストレスに関する無記名式の WEB アンケート調査が実施された。本研究はその調査を二次データとして利用した。

二次データとしては年齢、性別、学歴、婚姻状況、子供の有無、雇用形態といった基本属性のほか、20 歳未満のときの Bonding に関する項目(身体的・性的虐待、ネグレクト、親との死別、親の離婚、親の再婚、親の失踪、里親、家庭内暴力、親の精神的問題、親の過保護、親の放任、親から認められていたかの有無)、SOC 日本語版 13 項目版 7 件法を利用した。Bonding に関する項目は、筑波研究学園都市交流協議会に所属する精神科医が先行研究をもとに協議した上で決定された[142,143]。Bonding を定量化する質問紙として、PBI(Parental Bonding Instrument)が存在するが、質問数が 25 項目あり、調査全体の回答率を上げるために質問数を限定する必要があったことから PBI は採用されなかった。

20 歳未満のときの Bonding に関する項目のクロンバックのα係数は 0.505 であり、定量的な研究を行うことは困難であった。それゆえ、Bonding 関する項目で１つでも不良のものがあれば Bonding 不良群とし、Bonding を二値変数として扱うことにした。Bonding に関する項目で１つでも不良のものがあれば Bonding 不良群とし、Bonding に関する項目で１つも不良がないものを Bonding 良好群とした。解析対象は年齢が 20 歳以上の労働者であり、調査項目に欠損がない者とした。

SOC-13 日本語版 13 項目 7 件法

Antonovsky [81]により作成され、信頼性と妥当性の検討も行われた評価スケール [144]の日本語版である。13 項目の質問からなる。13～91 点で数値化される合計得点（SOC 総得点）が高いほど強い SOC、すなわちストレス対処力が高いことを意味する。日本語版は山崎 [145]によって作成され、いくつかの研究によって妥当性が検証されている [146,147]。

(2)統計解析

SOC は先行研究で男女差があることについて報告されているため [148]、男女別で独立したサンプルの t 検定を行った。さらに、年齢は SOC と正の相関を示すと報告されているため [149]、年齢と SOC に関してピアソンの積率相関分析を行った。その後、Bonding 良好群と Bonding 不良群について、SOC を男女別に年齢を共変量とした共分散分析を行った。有意水準を 5%とし、統計解析ソフトには SPSS statistics version 22 for windows を用いた。

(3) 倫理的配慮

倫理的な配慮に関しては、調査実施時に回答は自由意思によるものであること、無記名の調査であり回答者のプライバシーに配慮すること、データについては厳重に管理することを Web 調査上に明記した。また、回答をもって本調査に同意するとみなすことも明記した。さらに、調査実施に当たっては、対象機関が所属する筑波研究学園都市交流協議会の総会において、調査実施の手段、解析手法、結果の公表方法等につき説明し、承認を得た。

Ⅲ-C　結果

9,525 名(男性 6,042 名、女性 3,483 名)から回答が得られ、回答率は 43.4%であった。平均年齢は 42.1±10.1 歳であった。表Ⅲ-1 に解析対象者の基本属性を示した。

男女別で SOC を求めたところ、男性では SOC 56.3±12.0 点となり、女性では SOC 53.9±11.8 点となった。男女別で独立したサンプルの t 検定を行うと、有意差が認められた(p<0.001)。

年齢と SOC に関してピアソンの積率相関分析を行うと、相関係数は 0.158 であった(p<0.001)。

表Ⅲ-2 に Bonding と SOC の関係を示した。Bonding 良好群は男性で 4,592 名、女性で 2,408 名となり、Bonding 不良群は男性で 1,450 名、女性で 1,075 名となった。男性に関しては、Bonding 良好群で SOC 57.2±11.7 点、Bonding 不良群で SOC 53.3±12.2 点となった。年齢を共変量とした共分散分析を行うと、有意な差が認められた(p<0.001)。女性に関しては、Bonding 良好群で SOC 55.5±11.4 点、Bonding 不良群で SOC 50.4±11.9 点となった。年齢を共変量とした共分散分析を行うと、有意な差が認められた(p <0.001)。

Ⅲ-D　考察

本研究では、男女ともに Bonding 不良群は Bonding 良好群と比較して有意に SOC が低かった。先行研究では、子供時代の親子関係が不良であると、その後の SOC が低いことが示されており [31-39]、対象者を日本人労働者とした本研究でも同様の傾向が認められている。ただし、不良な親子関係が直接的に SOC に悪影響を与えていると考えるのは短絡的である。SOC はホロコースト・サバイバーの健康要因を調べるなかで抽出された概念である。つまり、極限のストレス環境でも精神的健康を保つことができた人々に認められた特性が SOC なのである。SOC と健康との関連についてシステマティックレビューを行った Eriksson と Lindström[21]は、SOC は健康を促進する力であることを示しており、斎藤 [150]は通常の健康度の上位概念、いわゆる「メタ健康度」のようなものであると指摘している。親子関係が SOC に影響を与えるには、もう少し複雑な過程が含まれている。

本研究で親子関係と SOC に関連がみられた要因としては、GRRs と良質な人生経験の関与が考えられる。Antonovsky[81]はそのメカニズムについて自身の著書で解説している。良好な親子関係は、ストレッサーを処理するための GRRs を豊かにし、それによって良質な人生経験が提供される。この良質な人生経験には、一貫性のある人生経験、適度な負荷のある人生経験、結果形成に参加した人生経験が含まれ、これらの要素によって SOC の形成は促進されると考えられている。実際に、イスラエルの Sagy ら [33]は、思春期に家庭内の意思決定に参加した経験をもつ人々は、その後の SOC が高かったことを報告しており、山崎と戸ヶ里 [151]は、小学生時代に家庭における意思決定への参加経験があるほど、高校生において SOC が良好であったことを示している。本研究では、子供時代の親子関係が不良であった結果、GRRs が乏しくなり、良質な人生経験が少なかったために、SOC の形成が促進されず、成人期の SOC が低かった可能性が示唆される。

このように、SOC の形成には GRRs と良質な人生経験が深く関わっているため、子供時代の親子関係が不良であった場合でも、GRRs や良質な人生経験を豊富に得ることができれば、成人期の SOC を良好に保てることが考えられる。Antonovsky[81]は、親子関係の他に、GRRs の源泉となるものして、社会的関係と個人的特質の存在を指摘している。実際に、先行研究ではそのことを裏付けるような報告がされている。Collishaw ら [152]は、虐待された子供たちの一部は成人期に精神的な問題を生じなかったことを報告しており、その耐性には、自覚的な両親のケア、思春期の友人関係、成人期の恋愛関係の質、人格様式が関連していた。その他にも、先行研究では遺伝的要因、生物学的要因、認知的要因、対人的要因が子供時代の不良な親子関係への対処資源となって精神的健康の維持につながることが報告されている [153-156]。ストレス対処力に関する研究もされており、Shibue と Kasai[37]は、attachment が不良な場合でも、親以外に情緒面でサポートしてくれる人と確かな関係を築くことがレジリエンスを高めることを指摘している。Ying ら [157]は、友人との人間関係が SOC と関連していることを示しており、親子関係が不良な場合でも周囲との人間関係を良好に保つことが SOC の形成につながると考えられる。Antonovsky[81]は、30 歳頃までに SOC は形成されると述べているが、SOC は年齢とともに徐々に上昇していくことが多くの先行

研究で示されている[158-161]。したがって、調査時点で成人期のSOCが不良であったとしても、周囲の人々と良好な関係を築くことで、GRRsが豊かになり、良質な人生経験を手に入れ、SOCが改善していく可能性も示唆される。

一方で、子供時代の親子関係が不良であった場合、心身の準備が整わないまま次世代の親になり、そこでまた不適切な養育が繰り返されたり[162]、両親の抱えるトラウマが子供のSOCや愛情形成に悪影響を与えたりすることが指摘されており[163]、親子関係やSOCの悪循環も懸念される。このような負の連鎖を断ち切るためにも周囲と良好な人間関係を築くことが重要だが、その他にも子供と親の双方に対して予防的介入による育児支援も行われており[164,165]、このような親子関係を改善させる取り組みも必要と考えられる。

また、どのような親子関係が良好なSOCを形成するのかについても先行研究が存在する。思春期の発達とSOCの関係についてシステマティックレビューを行ったRiveraら[92]は、家族のサポートがあること[97]、個人の成長を促してくれること[95]、家族関係の雰囲気が良いこと[98]が良好なSOCの形成を促進すると指摘している。つまり、親が支持的に子供を温かく見守りながら、必要があれば援助を行って、子供の成長を促していけるような親子関係があることが大切である。このような親子関係においては、子供が困難に直面したときにも対処資源が豊富にあり、家庭内での意思決定にも参加しやすくなるなどの良質な人生経験を得ることにつながり、良好なSOCの形成が促されると考えられる。

子供時代の親子関係と成人期労働者のストレス対処力に関する大規模疫学調査はわが国では珍しく、本研究の結果は大きな示唆を与えるものといえる。労働者のメンタルヘルス不全を扱う場合にも、産業保健スタッフが子供時代の親子関係を聴取しておくと、病態の理解に役立つ可能性が考えられる。また、子供時代の親子関係が不良な労働者のケアとしては、ストレス対処力が低くなっている可能性が考えられるため、周囲のサポートなどのストレス緩和要因を充実させていくことが有効であると考えられる。

Ⅲ-E　研究の限界

本研究におけるBondingの調査方法は、先行研究の心理測定方法では報告されていないものである。本研究のBonding項目には、主観的なもの(例：両親の過保護や無関心)と客観的なもの(例：両親の離婚や再婚)が含まれている。主観的な項目に関しては、思い出しバイアスの可能性を念頭において結果を解釈する必要がある。ストレス対処力が低い人やストレス反応の高い人は、子供時代の親子関係について悲観的に記憶している可能性が考えられる。今後は、Bonding項目を主観的なものと客観的なものを分けた解析やBondingの不良項目数に応じた解析などの検討を行う必要がある。

Bondingを定量化する質問紙として、PBI(Parental Bonding Instrument)が存在するが、本研究は筑波研究学園都市交流協議会の生活環境・職場ストレスに関する調査を二次データとして利用しているため、PBIについては測定していない。PBIは主観的なBonding項目を取り扱っており、養護因子(例：援助することやほめること)と過保護因子(例：押さえ

つけとや強制)を含んでいる。本研究では、客観的な Bonding 項目も含んでいるため、PBI と比較して Bonding 不良群の数が多くなっている可能性が考えられる。今後の研究では、PBI を用いて併存妥当性も検討していく必要がある。

本研究は横断研究であり、思い出しバイアスが存在するため、親子関係とストレス対処力の因果関係を証明するには限界がある。先述したように、ストレス対処力が低いために、子供時代の親子関係を悲観的に考えている可能性が考えられる。この因果関係を調べていくためには、縦断研究を今後行う必要がある。

また、今回の研究対象者は、一般的な事業場と比較して、研究職が多く、その結果として高学歴者の占める割合や平均所得が高くなっている。学歴や所得の高い人は今までに多くの困難を乗り越えてきていることが想定され、ストレス対処力が高いと考えられる。今後は、職種を考慮した解析、対象者を限定した研究の検討が必要と考えられる。

本研究では性別と年齢を SOC の調整項目として用いたが、SOC はその他にも職務能力、職務満足度、健康状態、社会経済的地位、教育歴、職種、収入などの影響を受けると報告されている [21,166,167]。今後の研究では、SOC に影響を与える要因を調整項目としてより多く含める必要がある。

Ⅲ-F　結論

本研究ではわが国の成人労働者を大規模に調査することにより、子供時代の親子関係と成人期のストレス対処力の関係性の一部を明らかにした。子供時代の親子関係が不良である場合、ストレス対処力が有意に低いことが確認され、子供時代の親子関係が成人期のストレス対処力に影響を与える可能性が示唆された。

第IV章

結語

第Ⅳ章　結語

これまでの先行研究により、子供時代の不良な親子関係が精神的健康に及ぼす影響について報告されており、特に自殺リスクに関連した深刻な健康問題も指摘されている。しかし、わが国の自殺予防ホットラインにおいて、子供時代の親子関係に関する自殺念慮の実態は明らかになっていない。また、精神的健康にはストレス対処力が関連しているが、わが国の労働者において、子供時代の親子関係が成人期のストレス対処力に与える影響については十分に調査されていない。これらを明らかにすることで、より適切な自殺予防対策を立てたり、産業保健の現場でより適切なケアを行ったりすることができると考えられる。

そこで本研究では、自殺予防ホットラインにおける子供時代の親子関係の自殺念慮を明らかにするとともに、子供時代の親子関係が成人期のストレス対処力に与える影響について調査することを本研究の目的として調査を行った。

Ⅳ-A　子供時代の親子関係～自殺予防ホットラインから～

親子関係の相談は親子関係以外の相談と比較して、自殺念慮の割合やオッズ比が有意に低くなっている。親子関係の相談の内訳をみてみると、虐待(20.4%)、家庭崩壊(16.1%)、家庭内暴力(10.6%)のように自殺念慮の割合が高い項目は存在するが、相談件数としてはいずれも少ない(家庭崩壊 68 件、虐待 132 件、子育て 20 件、家庭内暴力 53 件)。逆に、親子関係の相談件数として多かった近親姦(2,624 件)、その他(1,497 件)、不満(872 件)では、自殺念慮の割合が低くなっている(近親姦 0.6%、その他 0.7%、不満 5.6%)。内閣府[100]の調査では、不満や悩みに耳を傾けてくれる人として、67.6%の人が同居の家族と回答しているが、親子関係が問題であるときは家族に相談しにくいため、自殺念慮を伴わない問題でも電話相談につながりやすいことが考えられる。

近親姦はその後の自殺念慮との関連も先行研究で報告されているが[101-104]、本研究では自殺念慮の割合が低かった。この原因としてまず挙げられるのは、本研究では近親姦が現在の問題として相談されていることである。多くの先行研究では子供時代の近親姦が思春期や成人期の自殺念慮と関連していることを報告しており[101-104]、近親姦が自殺念慮に影響を与えるには、ある程度の経過を要すると考えられる。その経過として、Cole と Putnam[105]は、近親姦によって自己調節機能が破綻して自殺行動に至る可能性を指摘している。自殺行動が衝動性と攻撃性の相互作用によって生じることが示しているが[106]、近親姦のようなトラウマ体験は感情の脆弱性を悪化させ、将来的に衝動性や攻撃性が強くなることで自殺行動に結びつきやすいと考えられている[107]。その他に近親姦に関する自殺念慮が低かった原因としては、本研究では近親姦として扱われる行為の範囲が明確でなかったことが挙げられる。近親姦には、接触のある性的行為だけでなく、息子を夫のように扱おうとする母親の誘惑行為なども近親姦に含まれるとされており[108]、状況の深刻度にはばらつきがある。

さらに、本研究で「性的虐待」という相談項目がなかったことで、様々な性的問題が近親姦として選択されやすく、自殺念慮を伴わない相談が多かったことが考えられる。

親子関係の相談全体としては自殺念慮の割合は低かったが、個別の項目でみると家庭崩壊や虐待では自殺念慮の割合が高くなっている。家庭の不安定性は自殺企図と関連したり[123]、身体的・性的虐待は自殺念慮と関連したりすることが報告されており[101,127,128]、本研究で家庭崩壊や虐待の自殺念慮の割合が高かったことは先行研究と同様の傾向がみられている。

Ⅳ-B　子供時代の親子関係と成人期のストレス対処力の関係

本研究では、男女ともに Bonding 不良群は Bonding 良好群と比較して有意に SOC が低かった。先行研究では、子供時代の親子関係が不良であると、その後の SOC が低くなることが示されており[31-39]、対象者を日本人労働者とした本研究でも同様の傾向が認められている。

本研究で親子関係と SOC に関連がみられた要因としては、GRRs と良質な人生経験の関与が考えられる。良好な親子関係は、ストレッサーを処理するための GRRs を豊かにし、それによって良質な人生経験が提供される。この良質な人生経験には、一貫性のある人生経験、適度な負荷のある人生経験、結果形成に参加した人生経験が含まれ、これらの要素によって SOC の形成は促進されると考えられている。本研究では、子供時代の親子関係が不良であった結果、GRRs が乏しくなり、良質な人生経験が少なかったために、SOC の形成が促進されず、成人期の SOC が低かった可能性が示唆される。

SOC の形成には GRRs と良質な人生経験が深く関わっているため、子供時代の親子関係が不良であった場合でも、GRRs や良質な人生経験を豊富に得ることができれば、成人期の SOC を良好に保てることが考えられる。Antonovsky[81]は、親子関係の他に、GRRs の源泉となるものして、社会的関係と個人的特質の存在を指摘している。Shibue と Kasai[37]は、attachment が不良な場合でも、親以外に情緒面でサポートしてくれる人と確かな関係を築くことがレジリエンスを高めることを指摘している。Ying ら[157]は、友人との人間関係が SOC と関連していることを示しており、親子関係が不良な場合でも周囲との人間関係を良好に保つことが SOC の形成につながると考えられる。Antonovsky[81]は、30 歳頃までに SOC は形成されると述べているが、SOC は年齢とともに徐々に上昇していくことが多くの先行研究で示されている[158-161]。したがって、調査時点で成人期の SOC が不良であったとしても、周囲の人々と良好な関係を築くことで、GRRs が豊かになり、良質な人生経験を手に入れ、SOC が改善していく可能性も示唆される。

労働者のメンタルヘルス不全を扱う場合にも、産業保健スタッフが子供時代の親子関係を聴取しておくと、病態の理解に役立つ可能性が考えられる。また、子供時代の親子関係が不良な労働者のケアとしては、ストレス対処力が低くなっている可能性が考えられるため、周囲のサポートなどのストレス緩和要因を充実させていくことが有効であると考えら

れる。

第Ⅱ章では、自殺予防ホットラインにおける子供時代の親子関係の相談に関する自殺念慮が明らかになった。親子関係の相談全体に関する自殺念慮はそれ以外の相談と比較して低かった。親子関係の問題では、普段の相談相手となるべき家族に相談しにくいため、自殺念慮を伴わない問題でも電話相談につながりやすいことが考えられた。

第Ⅲ章では、子供時代の親子関係と成人期のストレス対処力の関連性について検討した。子供時代の親子関係が不良である場合、ストレス対処力が有意に低いことが確認され、子供時代の親子関係が成人期のストレス対処力に影響を与える可能性が示唆された。

本研究では、自殺予防ホットラインにおいて子供時代の親子関係に起因する自殺念慮が明らかとなり、子供時代の親子関係がストレス対処力の形成に影響を与える可能性が示唆された。産業保健の現場においても、労働者の心理状態の把握に役立ち、健康の保持・増進活動に貢献できるものであると考えられた。

第V章

謝辞

第Ⅴ章　謝辞

本研究を進めるにあたり、ひとかたならぬご指導、ご鞭撻下さった筑波大学人間総合科学研究科の松崎一葉教授、笹原信一朗准教授、大井雄一助教、平井康仁助教、道喜将太郎助教に深謝いたします。

第Ⅱ章、第Ⅲ章の調査研究を進めるにあたり、ひとかたならぬご尽力をいただいた全国いのちの電話連盟のスタッフの皆様及び筑波研究学園都市交流協議会の労働衛生専門委員の皆様に深謝いたします。

さらに、本研究の資料収集・整理に多大なるご協力を下さった研究室の白木渚、高橋司、Christina Sylvia Andrea、堀大介、竹川京子、前田由紀子、原葉子、安達薫の諸氏に心より感謝の意を捧げます。

第VI章

引用文献

第VI章　引用文献

1. 厚生労働省. 平成 27 年　労働安全衛生調査（実態調査） 2016 [cited 2017 August 31]. Available from: http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h27-46-50_kekka-gaiyo.pdf.

2. 厚生労働省. 平成 23 年(2011)患者調査の概況 2012 [cited 2017 September 6]. Available from: http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/index.html.

3. 厚生労働省. 自殺・うつ対策の経済的便益（自殺やうつによる社会的損失）の推計の概要 2010 [cited 2017 August 31]. Available from: http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000qvsy-att/2r9852000000qvuo.pdf.

4. WHO. The global burden of disease: 2004 update 2004 [cited 2017 August 31]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/.

5. Kagamimori S, Nasermoaddeli A, Wang H. Psychosocial stressors in inter-human relationships and health at each life stage: A review. Environmental health and preventive medicine. 2004;9(3):73-86.

6. Grant K-A, Bautovich A, McMahon C, Reilly N, Leader L, Austin M-P. Parental care and control during childhood: associations with maternal perinatal mood disturbance and parenting stress. Archives of women's mental health. 2012;15(4):297-305.

7. Narita T, Sato T, Hirano S, Gota M, Sakado K, Uehara T. Parental child-rearing behavior as measured by the Parental Bonding Instrument in a Japanese population: factor structure and relationship to a lifetime history of depression. Journal of affective disorders. 2000;57(1):229-34.

8. Stewart-Brown SL, Fletcher L, Wadsworth ME. Parent–child relationships and health problems in adulthood in three UK national birth cohort studies. The European Journal of Public Health. 2005;15(6):640-6.

9. Kitamura T, Sakamoto S, Yasumiya R, Sumiyama T, Fujihara S. Child abuse, other early experiences and depression: II. Single episode and recurrent/chronic subtypes of depression and their link to early experiences. Archives of Women's Mental Health. 2000;3(2):53-8.

10. Maunder RG, Hunter JJ. Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. Psychosomatic medicine. 2001;63(4):556-67.

11. Kitamura T, Suzuki T. Perceived rearing attitudes and minor psychiatric morbidity among Japanese adolescents. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 1993;47(3):531-5.

12. Kerver M, Son M, De Groot P. Predicting symptoms of depression from reports of early parenting: a one - year prospective study in a community sample. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1992;86(4):267-72.

13. 明翫光宜. 首尾一貫感覚と健康な精神的機能との関連. 中京大学心理学研究科・心理学部紀要. 2003;3(1):7-16.

14. Gana K. Is sense of coherence a mediator between adversity and psychological well - being in adults? Stress and Health. 2001;17(2):77-83.

15. Jorgensen RS, Frankowski JJ, Carey MP. Sense of coherence, negative life events and appraisal of physical health among university students. Personality and Individual Differences. 1999;27(6):1079-89.

16. Lehtinen V, Sohlman B, Nummelin T, Salomaa M, Ayuso-Mateos J-L, Dowrick C. The estimated incidence of depressive disorder and its determinants in the Finnish ODIN sample. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2005;40(10):778-84.

17. Skärsäter I, Langius A, Ågren H, Häggström L, Dencker K. Sense of coherence and social support in relation to recovery in first - episode patients with major depression: A one - year prospective study. International Journal of Mental Health Nursing. 2005;14(4):258-64.

18. Mehlum L. Suicidal ideation and sense of coherence in male conscripts. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1998;98(6):487-92.

19. Tselebis A, Moulou A, Ilias I. Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. Nursing & Health Sciences. 2001;3(2):69-71.

20. Kalimo R, Pahkin K, Mutanen P, Topipinen-Tanner S. Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. Work & Stress. 2003;17(2):109-22.

21. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. Journal of Epidemiology & Community Health. 2006;60(5):376-81.

22. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. Journal of Epidemiology & Community Health. 2007;61(11):938-44.

23. Sollerhed A-C, Ejlertsson G, Apitzsch E. Predictors of strong sense of coherence and positive attitudes to physical education in adolescents. Scandinavian Journal of Social Medicine. 2005;33(5):334-42.

24. Surtees PG, Wainwright NW, Khaw K-T. Resilience, misfortune, and mortality: evidence that sense of coherence is a marker of social stress adaptive capacity. Journal of psychosomatic research. 2006;61(2):221-7.

25. Glanz K, Maskarinec G, Carlin L. Ethnicity, sense of coherence, and tobacco use among adolescents. Annals of behavioral medicine. 2005;29(3):192-9.

26. Hanse JJ, Engstrom T. Sense of coherence and ill health among the unemployed

and re-employed after closure of an assembly plant. Work & Stress. 1999;13(3):204-22.
27. Feldt T. The role of sense of coherence in well-being at work: analysis of main and moderator effects. Work & Stress. 1997;11(2):134-47.
28. Pålsson MB, Hallberg I, Norberg A, Björvell H. Burnout, empathy and sense of coherence among Swedish district nurses before and after systematic clinical supervision. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 1996;10(1):19-26.
29. Baker M, North D, Smith DF. Burnout, sense of coherence and sources of salutogenesis in social workers. Psychology: A Journal of Human Behavior. 1997.
30. Gilbar O. Relationship between burnout and sense of coherence in health social workers. Social work in health care. 1998;26(3):39-49.
31. Bruskas D, Tessin DH. Adverse childhood experiences and psychosocial well-being of women who were in foster care as children. The Permanente Journal. 2013;17(3):e131.
32. Lundberg O. Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: exploring their theoretical and empirical relations. Social science & medicine. 1997;44(6):821-31.
33. Sagy S, Antonovsky H. The development of the sense of coherence: A retrospective study of early life experiences in the family. The International Journal of Aging and Human Development. 2000;51(2):155-66.
34. Volanen S-M, Lahelma E, Silventoinen K, Suominen S. Factors contributing to sense of coherence among men and women. The European Journal of Public Health. 2004;14(3):322-30.
35. Volanen S-M, Suominen S, Lahelma E, Koskenvuo M, Silventoinen K. Sense of coherence and its determinants: A comparative study of the Finnish-speaking majority and the Swedish-speaking minority in Finland. Scandinavian Journal of Social Medicine. 2006;34(5):515-25.
36. Feldt T, Kokko K, Kinnunen U, Pulkkinen L. The role of family background, school success, and career orientation in the development of sense of coherence. European Psychologist. 2005;10(4):298-308.
37. Shibue Y, Kasai M. Relations between attachment, resilience, and Earned Security in Japanese University students. Psychological reports. 2014;115(1):279-95.
38. 葛西真記子, 藤井美沙子. レジリエンスの形成過程: 回想された両親像に注目して. 鳴門教育大学研究紀要. 2013;28:295-306.
39. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典. 健康生成力 SOC と人生・社会. 東京: 有信堂; 2017.
40. Klaus MH, Kennell JH. Maternal-infant bonding: The impact of early separation or loss on family development. 1976.
41. Parker G, Tupling H, Brown L. A parental bonding instrument. Psychology and

Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 1979;52(1):1-10.
42. Bowlby J. A secure base: Clinical applications of attachment theory: Taylor & Francis; 2005.
43. Brockington I. Maternal rejection of the young child: Present status of the clinical syndrome. Psychopathology. 2011;44(5):329-36.
44. Muzik M, Bocknek EL, Broderick A, Richardson P, Rosenblum KL, Thelen K, et al. Mother–infant bonding impairment across the first 6 months postpartum: the primacy of psychopathology in women with childhood abuse and neglect histories. Archives of women's mental health. 2013;16(1):29-38.
45. Dubber S, Reck C, Müller M, Gawlik S. Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy. Archives of women's mental health. 2015;18(2):187-95.
46. Figueiredo B, Costa R. Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. Archives of women's mental health. 2009;12(3):143-53.
47. Sockol LE, Battle CL, Howard M, Davis T. Correlates of impaired mother-infant bonding in a partial hospital program for perinatal women. Archives of women's mental health. 2014;17(5):465-9.
48. Edhborg M, Matthiesen A-S, Lundh W, Widström A-M. Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum–a study of new mothers and fathers. Archives of women's mental health. 2005;8(4):221-31.
49. Figueiredo B, Costa R, Pacheco A, Pais Á. Mother-to-infant emotional involvement at birth. Maternal and Child Health Journal. 2009;13(4):539-49.
50. Edhborg M, Nasreen H-E, Kabir ZN. Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2–3 months postpartum: a population-based study from rural Bangladesh. Archives of women's mental health. 2011;14(4):307.
51. Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond: reliability and validity of the Dutch version of the MPAS, PBQ and MIBS. Archives of women's mental health. 2010;13(5):373-84.
52. Hornstein C, Trautmann-Villalba P, Hohm E, Rave E, Wortmann-Fleischer S, Schwarz M. Maternal bond and mother–child interaction in severe postpartum psychiatric disorders: Is there a link? Archives of women's mental health. 2006;9(5):279-84.
53. Noorlander Y, Bergink V, Van den Berg M. Perceived and observed mother–child interaction at time of hospitalization and release in postpartum depression and psychosis. Archives of Women's Mental Health. 2008;11(1):49-56.

54. Ohashi Y, Sakanashi K, Tanaka T, Kitamura T. Mother-To-Infant Bonding Disorder, but not Depression, 5 days After Delivery is a Risk Factor For Neonate Emotional Abuse: A Study in Japanese Mothers of 1-Month Olds. The Open Family Studies Journal. 2016;8(1).

55. Bowlby J. Attachment, Vol. 1 of Attachment and loss. New York: Basic Books; 1969.

56. 平野美沙子. アタッチメント（愛着）形成と，保育の役割. 環境と経営: 静岡産業大学論集. 2013;19(2):149-55.

57. 中根允文, 岡崎祐士. ICD-10「精神・行動の障害」マニュアル. 東京: 医学書院; 1994.

58. 岡田尊司. 愛着障害　子供時代を引きずる人々. 東京: 光文社; 2011.

59. 厚生労働省. 児童相談所での児童虐待相談件数 2016 [cited 2017 August 31]. Available from: http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000132366.pdf.

60. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS medicine. 2012;9(11):e1001349.

61. Martin G, Waite S. Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1994;89(4):246-54.

62. Goldney RD. Parental representation in young women who attempt suicide. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1985;72(3):230-2.

63. Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, Kakuma T, Peskin JR, Siefker CA. Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1993;32(1):106-13.

64. Tousignant M, Bastien M, Hamel S. Suicidal attempts and ideations among adolescents and young adults: the contribution of the father's and mother's care and of parental separation. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 1993;28(5):256-61.

65. Mina EES, Gallop RM. Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. The Canadian Journal of Psychiatry. 1998;43(8):793-800.

66. Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. American journal of public health. 2001;91(5):753.

67. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1999;38(12):1490-6.

68. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. The American journal of psychiatry. 1991;148(1):55.

69. Ystgaard M, Hestetun I, Loeb M, Mehlum L. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? Child abuse & neglect. 2004;28(8):863-75.

70. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry. 1999;56(7):617-26.

71. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. The Journal of clinical psychiatry. 2005.

72. Shea SC. The practical art of suicide assessment: A guide for mental health professionals and substance abuse counselors: John Wiley & Sons Inc; 1999.

73. J C, K S. Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2005.

74. Gould MS, Kalafat J, HarrisMunfakh JL, Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes part 2: suicidal callers. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2007;37(3):338-52.

75. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bulletin of the World Health Organization. 2008;86(9):703-9.

76. Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. Psychiatric services. 2001;52(6):828-33.

77. Mousavi SG, Zohreh R, Maracy MR, Ebrahimi A, Sharbafchi MR. The efficacy of telephonic follow up in prevention of suicidal reattempt in patients with suicide attempt history. Advanced biomedical research. 2014;3.

78. Rhee WK, Merbaum M, Strube MJ, Self SM. Efficacy of brief telephone psychotherapy with callers to a suicide hotline. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2005;35(3):317-28.

79. Pil L, Pauwels K, Muijzers E, Portzky G, Annemans L. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. Journal of telemedicine and telecare. 2013;19(5):273-81.

80. Doki S, Kaneko H, Oi Y, Usami K, Sasahara S, Matsuzaki I. Risk factors for suicidal ideation among telephone crisis hotline callers in japan. Crisis. 2016.

81. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well: Jossey-Bass; 1987.

82. Lindström B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. Health promotion international. 2006;21(3):238-44.

83. Richardson CG, Ratner PA. Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events on health. Journal of Epidemiology & Community Health. 2005;59(11):979-84.

84. Hogh A, Mikkelsen EG. Is sense of coherence a mediator or moderator of relationships between violence at work and stress reactions? Scandinavian Journal of Psychology. 2005;46(5):429-37.

85. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子. ストレス対処力 SOC. 東京: 有信堂; 2008.

86. Antonovsky H, Sagy S. The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. Journal of Social Psychology. 1986;126(2):213-26.

87. Haraldsson K, Fridlund B, Baigi A, Marklund B. The self‐reported health condition of women after their participation in a stress management programme: a pilot study. Health & social care in the community. 2005;13(3):224-30.

88. Langeland E, Riise T, Hanestad BR, Nortvedt MW, Kristoffersen K, Wahl AK. The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems: A randomised controlled trial. Patient education and counseling. 2006;62(2):212-9.

89. Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. Effective clinical practice: ECP. 2001;4(6):256-62.

90. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典. SOC (sense of coherence) を高める介入方策の開発に向けて. 看護研究. 2010;43(2):161-72.

91. 藤島麻美, 戸ケ里泰典, 山崎喜比古. 未治療の病をもちながら生きる体験. SOC 理論を用いた質的データ分析の試み. 看護研究. 2009;42:527-37.

92. Rivera F, García-Moya I, Moreno C, Ramos P. Developmental contexts and sense of coherence in adolescence: A systematic review. Journal of Health Psychology. 2013;18(6):800-12.

93. Ristkari T, Sourander A, Rønning JA, Nikolakaros G, Helenius H. Life events, self-reported psychopathology and sense of coherence among young men—a population-based study. Nordic Journal of Psychiatry. 2008;62(6):464-71.

94. Moksnes UK, Rannestad T, Byrne DG, Espnes GA. The association between stress, sense of coherence and subjective health complaints in adolescents: sense of coherence as a potential moderator. Stress and Health. 2011;27(3).

95. Marsh SC, Clinkinbeard SS, Thomas RM, Evans WP. Risk and protective factors predictive of sense of coherence during adolescence. Journal of Health Psychology. 2007;12(2):281-4.

96. Sagy S, Dotan N. Coping resources of maltreated children in the family: A salutogenic approach. Child Abuse & Neglect. 2001;25(11):1463-80.

97. Margalit M. Perception of parents' behavior, familial satisfaction, and sense of

coherence in hyperactive children. Journal of School Psychology. 1986;23(4):355-64.
98. Olsson M, Hansson K, Lundblad AM, Cederblad M. Sense of coherence: definition and explanation. International Journal of Social Welfare. 2006;15(3):219-29.
99. Krantz G, Östergren P-O. Does it make sense in a coherent way? Determinants of sense of coherence in Swedish women 40 to 50 years of age. International journal of behavioral medicine. 2004;11(1):18-26.
100. 内閣府. 自殺に関する意識調査 2011 [cited 2015 July 28]. Available from: http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/survey/report_h23/index.html.
101. Wagner BM. Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. Psychological bulletin. 1997;121(2):246.
102. Grilo CM, Sanislow C, Fehon DC, Martino S, McGlashan TH. Psychological and behavioral functioning in adolescent psychiatric inpatients who report histories of childhood abuse. American Journal of Psychiatry. 1999;156(4):538-43.
103. Stepakoff S. Effects of sexual victimization on suicidal ideation and behavior in US college women. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1998;28(1):107-26.
104. Briere J, Runtz M. Suicidal thoughts and behaviours in former sexual abuse victims. Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement. 1986;18(4):413.
105. Cole PM, Putnam FW. Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. Journal of consulting and clinical psychology. 1992;60(2):174.
106. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. American Journal of Psychiatry. 1999;156(2):181-9.
107. Brodsky BS, Stanley B. Developmental effects on suicidal behavior: the role of abuse in childhood. Clinical Neuroscience Research. 2001;1(5):331-6.
108. Herman JL. 父-娘 近親姦. 東京: 誠信書房; 2000.
109. Nakashima II, Zakus GE. Incest: Review and clinical experience. Pediatrics. 1977;60(5):696-701.
110. 斎藤学. 家族の闇をさぐる 現代の親子関係. 東京: 小学館; 2001.
111. Parsons T. The incest taboo in relation to social structure and the socialization of the child. The British Journal of Sociology. 1954;5(2):101-17.
112. Wetzler S, Asnis GM, Bernstein R, Virtue C, Zimmerman J, Rathus JH. Characteristics of suicidality among adolescents. Suicide and Life-Threatening Behavior. 1996;26(1):37-45.
113. Metha A, McWhirter EH. Suicide ideation, depression, and stressful life events among gifted adolescents. Journal for the Education of the Gifted. 1997;20(3):284-304.

114. Lam BC, Bond MH, Chen SX, Wu WC. Worldviews and individual vulnerability to suicide: The role of social axioms. European Journal of Personality. 2010;24(7):602-22.

115. Wan GW, Leung PW. Factors accounting for youth suicide attempt in Hong Kong: A model building. Journal of adolescence. 2010;33(5):575-82.

116. Casey PR, Dunn G, Kelly BD, Birkbeck G, Dalgard OS, Lehtinen V, et al. Factors associated with suicidal ideation in the general population. The British Journal of Psychiatry. 2006;189(5):410-5.

117. 文部科学省. 自殺のサインと対応 2009 [cited 2017 December 17]. Available from: http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/__icsFiles/afieldfile/2009/04/13/1259190_5.pdf.

118. 文部科学省. 子供の自殺等の実態分析 2014 [cited 2017 December 17]. Available from: http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/__icsFiles/afieldfile/2014/09/10/1351886_05.pdf.

119. Sawyer MG, Arney FM, Baghurst PA, Clark JJ, Graetz BW, Kosky RJ, et al. The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2001;35(6):806-14.

120. Klomek AB, Sourander A, Gould M. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. The Canadian Journal of Psychiatry. 2010;55(5):282-8.

121. Kerr DC, Preuss LJ, King CA. Suicidal adolescents' social support from family and peers: Gender-specific associations with psychopathology. Journal of abnormal child psychology. 2006;34(1):99-110.

122. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, et al. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2001;40(7):837-46.

123. Adam KS, Bouckoms A, Streiner D. Parental loss and family stability in attempted suicide. Archives of General Psychiatry. 1982;39(9):1081-5.

124. Mooney A, Oliver C, Smith M. Impact of family breakdown on children's well-being: Evidence review. 2009.

125. Weblio 辞典. 家庭崩壊 2017 [cited 2017 December 3]. Available from: https://www.weblio.jp/content/%E5%AE%B6%E5%BA%AD%E5%B4%A9%E5%A3%8A.

126. Sandin B, Chorot P, Santed MA, Valiente RM, Joiner Jr TE. Negative life events and adolescent suicidal behavior: A critical analysis from the stress process perspective. Journal of adolescence. 1998;21(4):415-26.

127. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. Child abuse & neglect. 2008;32(6):607-19.

128. Salzinger S, Rosario M, Feldman RS, Ng-Mak DS. Adolescent suicidal behavior: Associations with preadolescent physical abuse and selected risk and protective factors. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2007;46(7):859-66.

129. Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, Asmundson GJ, Stein MB, Sareen J. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. American journal of public health. 2008;98(5):946-52.

130. Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. The American journal of psychiatry. 1991;148(12):1665.

131. Amato PR. The consequences of divorce for adults and children. Journal of marriage and family. 2000;62(4):1269-87.

132. Kelly JB. Children's living arrangements following separation and divorce: Insights from empirical and clinical research. Family process. 2007;46(1):35-52.

133. Cedereke M, Monti K, Öjehagen A. Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. European Psychiatry. 2002;17(2):82-91.

134. Kapur N, Cooper J, Hiroeh U, May C, Appleby L, House A. Emergency department management and outcome for self-poisoning: a cohort study. General hospital psychiatry. 2004;26(1):36-41.

135. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. Epidemiologic reviews. 2008;30(1):133-54.

136. Nordentoft M, Branner J, Drejer K, Mejsholm B, Hansen H, Petersson B. Effect of a Suicide Prevention Centre for young people with suicidal behaviour in Copenhagen. European Psychiatry. 2005;20(2):121-8.

137. Suominen KH, Isometsä ET, Lönnqvist JK. Attempted suicide and psychiatric consultation. European psychiatry. 2004;19(3):140-5.

138. 警察庁. 2014 年度の自殺の状況 2015 [cited 2017 August 30]. Available from: https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/H26/H26_jisatunojoukyou_01.pdf.

139. 三上克央, 猪股誠司, 早川典義, 大屋彰利, 安藤英祐. 思春期における自殺企図の臨床的検討―入院を必要とした症例を中心に. 精神医学. 2006;48(11):1199-206.

140. 松本俊彦. もしも「死にたい」と言われたら. 東京: 中外医学社; 2015.

141. Middleton A, Gunn J, Bassilios B, Pirkis J. Systematic review of research into frequent callers to crisis helplines. Journal of Telemedicine and Telecare. 2014;20(2):89-98.

142. Gordon Parker HTaLBB. PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI) [Available from:

file:///C:/Users/Yuh%20Ohtaki/Downloads/PARENTAL_BONDING_INSTRUMENT__PBI__Authors.pdf.

143. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. The British Journal of Psychiatry. 2010;197(1):20-7.

144. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Social science & medicine. 1993;36(6):725-33.

145. 山崎喜比古. 健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念 SOC. Quality Nursing. 1999;5:825-32.

146. Togari T, Yamazaki Y, Nakayama K, YAMAKI CK, TAKAYAMA TS. Construct validity of Antonovsky's sense of coherence scale: Stability of factor structure and predictive validity with regard to the well-being of Japanese undergraduate students from two-year follow-up data. Japanese Journal of Health and Human Ecology. 2008;74(2):71-86.

147. 遠藤伸太郎, 満石寿, 和秀俊, 大石和男. 13 項目 7 件法版 Sense of Coherence scale (SOC-13) の信頼性と 1 因子モデルの妥当性についての検討: 大学生を対象としたデータから. コミュニティ福祉学部紀要. 2013;15:25-38.

148. Larsson G, Kallenberg KO. Sense of coherence, socioeconomic conditions and health: Interrelationships in a nation-wide Swedish sample. The European Journal of Public Health. 1996;6(3):175-80.

149. Pallant JF, Lae L. Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. Personality and individual differences. 2002;33(1):39-48.

150. 齋藤環. 人間にとって健康とは何か. 東京: PHP 研究所; 2016.

151. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典. 思春期のストレス対処力 SOC. 東京: 有信堂; 2011.

152. Collishaw S, Pickles A, Messer J, Rutter M, Shearer C, Maughan B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. Child abuse & neglect. 2007;31(3):211-29.

153. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. Science. 2002;297(5582):851-4.

154. Masten AS, Hubbard JJ, Gest SD, Tellegen A, Garmezy N, Ramirez M. Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. Development and psychopathology. 1999;11(1):143-69.

155. Quinton D, Rutter M, Liddle C. Institutional rearing, parenting difficulties and marital support. Psychological medicine. 1984;14(1):107-24.

156. Rutter M. The promotion of resilience in the face of adversity. 2006.

157. Ying YW, Lee PA, Tsai JL. Predictors of depressive symptoms in Chinese American

college students: Parent and peer attachment, college challenges and sense of coherence. American Journal of Orthopsychiatry. 2007;77(2):316-23.

158. Lindmark U, Stenström U, Gerdin EW, Hugoson A. The distribution of “sense of coherence”among Swedish adults: A quantitative cross-sectional population study. Scandinavian Journal of Social Medicine. 2010;38(1):1-8.

159. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky’s sense of coherence scale: a systematic review. Journal of Epidemiology & Community Health. 2005;59(6):460-6.

160. Nilsson KW, Leppert J, Simonsson B, Starrin B. Sense of coherence and psychological well-being: improvement with age. Journal of Epidemiology & Community Health. 2010;64(4):347-52.

161. Würtz ET, Fonager K, Mortensen JT. Association between sense of coherence in adolescence and social benefits later in life: a 12-year follow-up study. BMJ open. 2015;5(1):e006489.

162. 吉田敬子. 子どもの問題. 学術の動向. 2010;15(4):22-7.

163. Han M. Relationship among perceived parental trauma, parental attachment, and sense of coherence in Southeast Asian American college students. Journal of Family Social Work. 2006;9(2):25-45.

164. Vitaro F, Tremblay RE. Clarifying and maximizing the usefulness of targeted preventive interventions. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, Fifth Edition. 2008:989-1008.

165. 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. 2004;6(2):218-31.

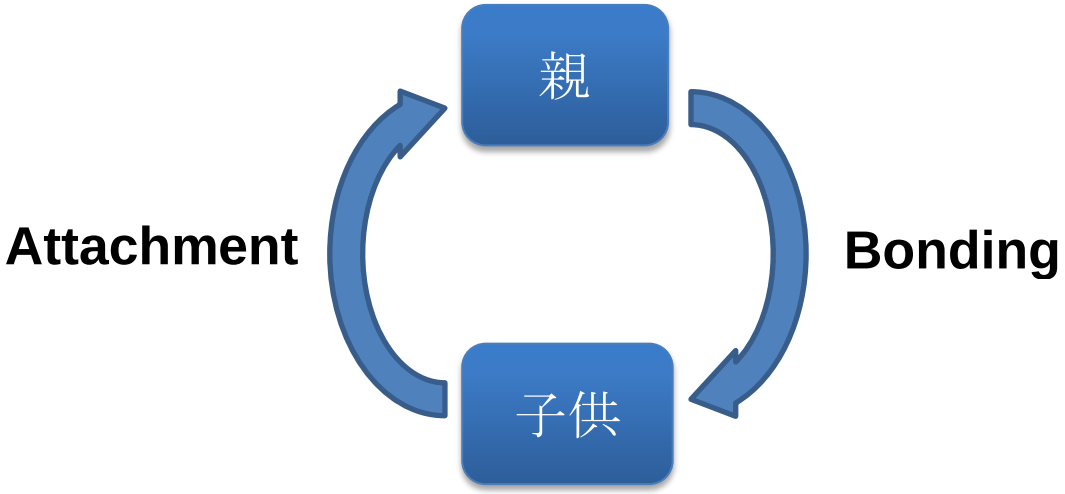
166. 山口優, 江川幸二, 平尾明美. 救急看護師の Sense of Coherence に影響を与える要因. 日本救急看護学会雑誌. 2016;18(2):1-10.

167. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子. SOC はいかにして育まれるか. 東京: 有信堂; 2008.

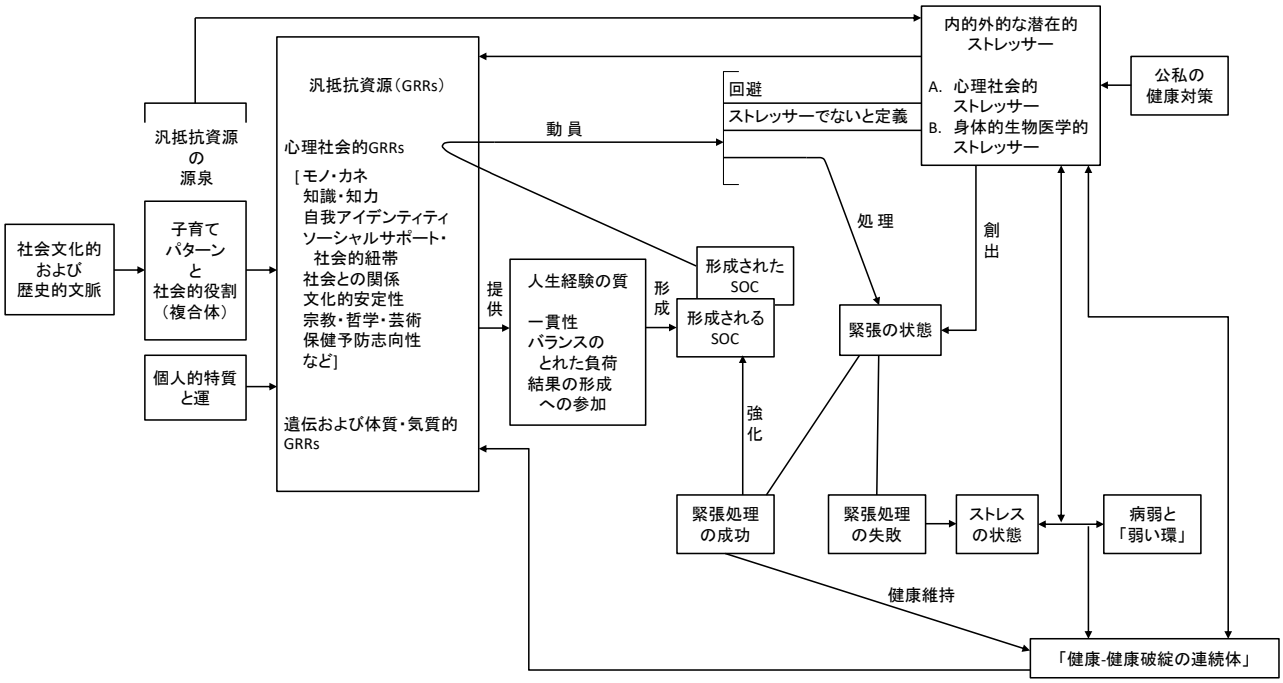
第Ⅶ章

図　表

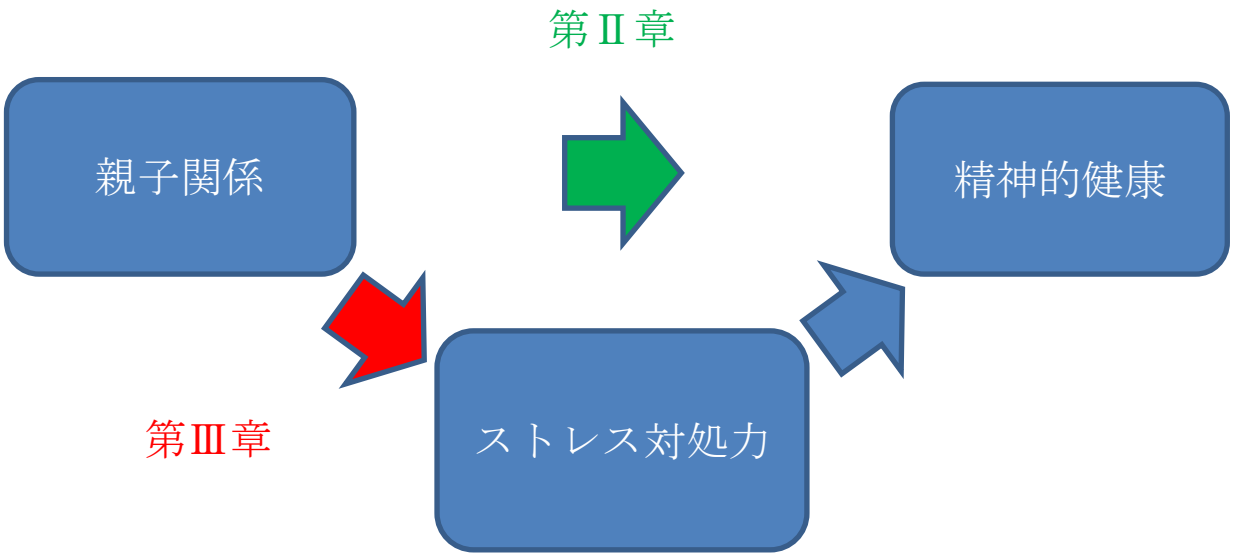
図 I -1 Bonding と Attachment の概念図



図Ⅰ-2 健康生成モデル


内的外的な潜在的
ストレッサー
A. 心理社会的
ストレッサー
B. 身体的生物医学的
ストレッサー
公私の
健康対策
汎抵抗資源（GRRs）
心理社会的GRRs
[モノ・カネ
知識・知力
自我アイデンティティ
ソーシャルサポート・
社会的紐帯
社会との関係
文化的安定性
宗教・哲学・芸術
保健予防志向性
など]
遺伝および体質・気質的
GRRs
汎抵抗資源
の
源泉
社会文化的
および
歴史的文脈
子育て
パターン
と
社会的役割
（複合体）
個人的特質
と運
動 員
回避
ストレッサーでないと定義
処 理
創
出
提
供
人生経験の質
一貫性
バランスの
とれた負荷
結果の形成
への参加
形
成
形成された
SOC
形成される
SOC
緊張の状態
強
化
緊張処理
の成功
緊張処理
の失敗
ストレス
の状態
病弱と
「弱い環」
健康維持
「健康-健康破綻の連続体」

図Ⅰ-3 本研究の構造



表Ⅱ-1. 相談者の基本属性

属性	未成年者（%）
性別	
男性	20,097 (82.6)
女性	4,236 (17.4)
相談内容	
親子関係	5,242 (21.5)
親子関係以外	18,061 (74.2)
両方	1,030 (4.2)
身体的健康問題	
なし	18,679 (76.8)
既往あり	362 (1.5)
疑いあり	369 (1.5)
治療中	866 (3.6)
不明	4,057 (16.7)
精神的健康問題	
なし	16,550 (68.0)
既往あり	266 (1.1)
疑いあり	1,977 (8.1)
治療中	1,104 (4.5)
不明	4,436 (18.2)
自殺企図歴	
なし	21,249 (87.3)
あり	532 (2.2)
不明	2,552 (10.5)
自殺念慮	
なし	22,681 (93.2)
あり	1,652 (6.8)

表Ⅱ-2. 相談内容と自殺念慮の関係

	自殺念慮なし	自殺念慮あり	カイ二乗検定
親子関係（%）	5,127 (97.8)	115 (2.2)	
親子関係以外（%）	16,636 (92.1)	1,425 (7.9)	$p < 0.001$
両方（%）	918 (89.1)	112 (10.9)	

表Ⅱ-3. 相談内容と自殺念慮深刻度別の関係

	念慮なし	熟考中	危険な思考	予告あり	実行中
親子関係（%）	5,127（97.8）	84（1.6）	14（0.3）	15（0.3）	2（< 0.1）
親子関係以外（%）	16,636（92.1）	1,182（6.5）	137（0.8）	95（0.5）	11（0.1）
両方（%）	918（89.1）	89（8.6）	12（1.2）	9（0.9）	2（0.2）

表Ⅱ-4 親子関係に関する相談内容と自殺念慮の関係

親子関係	自殺念慮なし(%)	自殺念慮あり (%)
子育て	13 (92.9)	1 (7.1)
扶養	9 (100)	0 (0)
介護	10 (100)	0 (0)
家庭崩壊	47 (83.9)	9 (16.1)
家庭内暴力	42 (89.4)	5 (10.6)
虐待	90 (79.6)	23 (20.4)
近親姦	2,607 (99.4)	17 (0.6)
不満	823 (94.4)	49 (5.6)
その他	1,486 (99.3)	11 (0.7)

表Ⅱ-5. 親子関係以外の相談内容と自殺念慮の関係

親子関係以外	自殺念慮なし(%)	自殺念慮あり(%)
ライフイベント	1,321 (74.5)	453 (25.5)
思想	25 (73.5)	9 (26.5)
仕事	206 (91.6)	19 (8.4)
経済	17 (85.0)	3 (15.0)
夫婦	62 (95.4)	3 (4.6)
教育	1,562 (88.3)	206 (11.7)
人間関係	1,517 (88.2)	203 (11.8)
恋愛	2,451 (96.8)	81 (3.2)
身体的健康問題	4,070 (97.5)	103 (2.5)
精神的健康問題	1,608 (84.6)	292 (15.4)
情報	94 (92.2)	8 (7.8)
その他	3,703 (98.8)	45 (1.2)

表Ⅱ-6. 自殺念慮についての二項ロジスティック回帰分析(N = 24,333)

属性	B	オッズ比	95%信頼区間	
			下限	上限
性別				
男性(参照点)	-	-	-	-
女性	1.24	**3.45**	**3.03**	**3.92**
相談内容				
親子関係以外(参照点)	-	-	-	-
親子関係	-0.854	**0.426**	**0.342**	**0.530**
両方	0.379	**1.46**	**1.12**	**1.90**
身体的健康問題				
なし(参照点)	-	-	-	-
既往あり	0.432	**1.54**	**1.05**	**2.26**
疑いあり	0.578	**1.78**	**1.24**	**2.57**
治療中	0.416	**1.52**	**1.19**	**1.93**
不明	0.071	1.07	0.887	1.30
精神的健康問題				
なし(参照点)	-	-	-	-
既往あり	0.576	**1.78**	**1.13**	**2.80**
疑いあり	0.799	**2.22**	**1.83**	**2.71**
治療中	1.28	**3.59**	**2.92**	**4.43**
不明	0.140	1.15	0.940	1.41
自殺企図歴				
なし(参照点)	-	-	-	-
あり	4.35	**77.3**	**60.1**	**99.5**
不明	2.15	**8.61**	**7.41**	**9.99**

表Ⅱ-7. 自殺念慮についての二項ロジスティック回帰分析(自殺企図歴のない相談(N=21,249)に限定)

属性	B	オッズ比	95%信頼区間	
			下限	上限
性別				
男性(参照点)	-	-	-	-
女性	1.40	**4.06**	**3.41**	**4.85**
相談内容				
親子関係以外(参照点)	-	-	-	-
親子関係	-0.865	**0.421**	**0.309**	**0.574**
両方	0.460	**1.58**	**1.13**	**2.22**
身体的健康問題				
なし(参照点)	-	-	-	-
既往あり	0.563	**1.76**	**1.07**	**2.89**
疑いあり	0.328	1.39	0.873	2.21
治療中	0.574	**1.78**	**1.32**	**2.39**
不明	-0.155	0.857	0.595	1.23
精神的健康問題				
なし(参照点)	-	-	-	-
既往あり	1.03	**2.80**	**1.61**	**4.86**
疑いあり	1.05	**2.86**	**2.24**	**3.65**
治療中	1.62	**5.06**	**3.93**	**6.53**
不明	0.063	1.07	0.743	1.53

表Ⅲ-1. 解析対象者の基本属性

属性	N	SOC	Bonding 不良群(%)
合計	解析対象者(9,525)	55.4 ±11.9	2,525 (26.5)
性別	男性(6,042)	56.3 ±12.0	1,450 (24.0)
	女性(3,483)	53.9 ±11.8	1,075 (30.9)
年代	20 代(1,061)	52.8 ±11.8	314 (29.6)
	30 代(3,112)	54.3 ±12.0	949 (30.5)
	40 代(2,904)	55.3 ±12.0	723 (24.9)
	50 代(2,011)	57.4 ±11.3	436 (21.7)
	60 代以上(437)	61.3 ±10.5	103 (23.6)
最終学歴	高校(1,436)	53.7 ±11.7	409 (28.5)
	高等専門学校(84)	55.1 ±12.3	17 (20.2)
	短期大学(611)	53.8 ±12.1	159 (26.0)
	大学(2,542)	54.7 ±11.6	679 (26.7)
	大学院(4,236)	57.0 ±11.9	1,061 (25.0)
	専門学校(589)	53.3 ±12.0	186 (31.6)
	その他(27)	48.7 ±12.8	14 (51.9)
雇用形態	常勤(7,252)	55.6 ±12.0	1,815 (25.0)
	非常勤(1,958)	55.2 ±11.6	594 (30.3)
	派遣(315)	53.2 ±12.5	116 (36.8)
職種	教育・研究系(3,853)	56.9 ±11.9	1,017 (26.4)
	事務系(3,065)	53.5 ±11.8	844 (27.5)
	技術系(2,304)	55.7 ±11.9	577 (25.0)
	その他(303)	54.0 ±12.1	87 (28.7)
職位	管理職(1,900)	58.4 ±11.6	415 (21.8)
	非管理職(7,625)	54.7 ±11.9	2,110 (27.7)

表Ⅲ-2. Bonding と SOC の関係(年齢を共変量とした共分散分析)

	男性					女性				
	Bonding 良好群 (N =4,592)	Bonding 不良群 (N =1,450)	df	F 値	*p*	Bonding 良好群 (N =2,408)	Bonding 不良群 (N =1,075)	df	F 値	*p*
SOC	57.2 ±11.7	53.3 ±12.2	1	124	<0.001	55.5 ±11.4	50.4 ±11.9	1	87.0	<0.001

質問票

Bonding に関する質問

あなたの幼少期（20 歳未満）のことについてお尋ねします。

次のようなことがありましたか。もしあればその番号全てに〇をつけて下さい。

1)友達は少なかった
2)親友はいなかった
3)いじめられていた
4)いじめていた
5)不登校
6)引きこもり
7)身体的虐待を受けていた
8)性的虐待を受けていた
9)ネグレクト（育児放棄）されていた
10)親との死別
11)親が離婚した
12)親が再婚した
13)親が失踪した
14)実の両親以外に養育された
15)家庭内暴力があった
16)親が精神的問題で治療を受けていた
17)父親は過保護だった
18)母親は過保護だった
19)父親は放任だった
20)母親は放任だった
21)父親は自分を認めてくれなかった
22)母親は自分を認めてくれなかった

首尾一貫感覚(Sense Of Coherence)13 項目 7 件法

以下の**人生について**の質問で、1から7までのうち、あなたの感じ方を最もよく表している段階の番号に、1つだけ〇をつけてください。

1 あなたは、自分のまわりで起こっていることがどうでもいいという気持ちになることがありますか？

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

まったくない　　とてもよくある

2 あなたはこれまでに、よく知っていると思っていた人の、思わぬ行動に驚かされたことがありますか？

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

まったくなかった　　いつもそうだった

3 あなたは、あてにしていた人にがっかりさせられたことがありますか？

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

まったくなかった　　いつもそうだった

4 今まで、あなたの人生は、

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

明確な目標や目的はまったくなかった　　とても明確な目標や目的があった

5 あなたは、不当な扱いを受けているという気持ちになることがありますか？

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

とてもよくある　　まったくない

6 あなたは不慣れな状況の中にいると感じ、どうすればよいかわからないと感じることがありますか？

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

とてもよくある　　まったくない

7 あなたが毎日していることは、

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

喜びと満足を与えてくれる　　つらく退屈である

8 あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか？

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

とてもよくある　　まったくない

9 あなたは、本当なら感じたくないような感情をいだいてしまうことがありますか？

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

とてもよくある　　まったくない

10 どんなに強い人でさえ、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることがあるものです。

あなたは、これまで「自分はダメな人間だ」と感じたことがありますか？

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

まったくなかった　　よくあった

11　何かが起きたとき、ふつう、あなたは、

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

そのことを過大に評価したり、過小に評価してきた　　適切な見方をしてきた

12　あなたは、日々の生活で行っていることにほとんど意味がない、と感じることがありますか？

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

とてもよくある　　まったくない

13　あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか？

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

とてもよくある　　まったくない

いのちの電話相談コード表

性別	相談内容	身体疾患	精神疾患	自殺傾向	自殺未遂歴
1.男性	1.子育て	0.なし	0.なし	0.なし	0.なし
2.女性	2.扶養	1.歴あり	1.歴あり	1.念慮	1.あり
	3.介護	2.疑いあり	2.疑いあり	2.危険	9.不明
	4.家庭崩壊	3.治療中	3.治療中	3.予告	
	5.家庭内暴力	9.不明	9.不明	4.実行中	
	6.虐待			9.不明	
	7.近親姦				
	8.不満				
	99.その他				

参　考　論　文