

2016 年度聖路加国際大学大学院博士論文

論文題目

構造方程式モデリングを用いた
乳児虐待と家族内の要因の因果構造の探索

**Causal Relationships between Infant Abuse and Family Factors
Using Structural Equation Modeling**

学生番号 13DN001

氏名 馬場 香里

目次

第1章 序論	1
I. 背景	1
II. 研究の目的	2
III. 研究の意義	2
IV. 用語の定義	3
第2章 文献検討	5
I. 乳児虐待に関する研究が必要とされる根拠	5
II. 乳児虐待の判断指標	6
III. 虐待の予防に向けた取り組み	8
IV. 虐待のリスクファクター	10
V. 虐待の因果関係に関する理論的視点	14
VI. 文献検討のまとめ	16
第3章 予備研究	18
I. 予備研究①	18
II. 予備研究②	20
III. 予備研究から得た本研究への示唆	28
第4章 研究の方法	30
I. 研究デザイン	30
II. 本研究の概念枠組み	30
III. 研究仮説	32
IV. 測定用具	35
1. 概要	35
2. 乳児虐待の影響要因：サブシステムの特徴	38
3. 乳児虐待の影響要因：サブシステム間の関係性	41
4. 乳児虐待	43
5. 表面妥当性の検討	45

V.	研究協力者	45
1.	研究協力施設.....	45
2.	研究協力者	46
3.	サンプルサイズ	46
VI.	研究実施期間.....	46
VII.	研究実施方法.....	47
1.	研究協力の依頼	47
2.	研究実施手順.....	48
3.	データ管理の方法.....	49
4.	謝礼の渡し方.....	49
5.	研究実施期間中の研究協力者への配慮.....	50
VIII.	分析方法.....	50
IX.	倫理的配慮	51
第5章	研究の結果.....	53
I.	対象者数	53
II.	基本統計量	54
III.	下位概念と乳児虐待との関連	80
IV.	乳児虐待に影響する家族内の要因モデル	91
第6章	考察	96
I.	本研究対象の特性.....	96
II.	乳児虐待と関連のある概念抽出.....	96
III.	「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル A」	98
IV.	「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル B」	102
V.	乳児虐待を予防するための方策.....	103
VI.	研究の限界と今後の課題.....	107
第7章	結論	110
	引用文献	112
	資料目次	132

図目次

図 1. 本研究の概念枠組み	31
図 2. 乳児虐待に影響する家族内の要因の仮説モデル A.....	33
図 3. 乳児虐待に影響する家族内の要因の仮説モデル B.....	34
図 4. 本研究の構成概念と測定用具.....	37
図 5. 研究対象と質問紙の回収率	53
図 6. 多母集団同時分析による確認的因子分析（非標準化解）	71
図 7. CTS1-CTSPC の因子毎の得点分布	79
図 8-1. 乳児虐待に影響する家族内の要因のモデル A 多母集団同時分析（母親）	93
図 8-2. 乳児虐待に影響する家族内の要因のモデル A 多母集団同時分析（父親）	94
図 9. 乳児虐待に影響する家族内の要因のモデル B	95

表目次

表 1 虐待の特徴.....	22
表 2 虐待する養育者の特徴.....	25
表 3 虐待を受ける子どもの特徴.....	26
表 4 データ収集時期と使用する測定用具の概要.....	35,36
表 5-1 養育者の属性.....	55
表 5-2 上の子の養育経験のある養育者の属性.....	56
表 5-3 養育者の産科的属性.....	58
表 5-4 養育者の授乳状況.....	59
表 5-5 養育者の養育環境.....	60
表 6-1 子どもの属性と周産期異常.....	61
表 6-2 子どもの健康.....	62
表 6-3 子どもとの睡眠環境.....	63
表 7 養育者の怒りの基本統計量 (STAXI).....	64
表 8-1 養育者の健康 (心身の健康) の基本統計量 (SF-8).....	65
表 8-2 養育者の健康 (睡眠) の基本統計量 (AIS-J).....	66
表 9 子どもの泣き尺度の基本統計量.....	68
表 10-1 子どもの泣き尺度の探索的因子分析における因子負荷量 (10 項目).....	69
表 10-2 子どもの泣き尺度の探索的因子分析における因子負荷量 (7 項目).....	70
表 11 子どもの泣きの基本統計量 (子どもの泣き尺度).....	73
表 12 愛着スタイルの基本統計量 (ECR-RS).....	74
表 13-1 IPV 経験の基本統計量 (VAWS).....	75
表 13-2 IPV 陽性者の割合.....	75
表 14 ボンディングの基本統計量 (MIBS-J).....	76
表 15 CTS1-CTSPC の基本統計量.....	78
表 16 乳児虐待の基本統計量 (CTS1-CTSPC).....	79
表 17-1 養育者の属性と乳児虐待との相関.....	83
表 17-2 養育者の属性と乳児虐待との相関.....	83
表 17-3 養育者の属性と乳児虐待との相関.....	84

表 18	子どもの属性と乳児虐待との相関	84
表 19	養育者の怒りと乳児虐待との相関	85
表 20-1	養育者の健康（心身の健康）と乳児虐待との相関.....	86
表 20-2	養育者の健康（睡眠状況）と乳児虐待との相関	86
表 21	子どもの健康と乳児虐待との相関	87
表 22	子どもの周産期異常と乳児虐待との相関	88
表 23	子どもの泣きと乳児虐待との相関	88
表 24	パートナー間の愛着スタイルと乳児虐待との相関.....	89
表 25	パートナー間の暴力と乳児虐待との相関	89
表 26	親子間のボンディングと乳児虐待との相関.....	90
表 27	モデル A の多母集団同時分析における適合度指標の比較	92

第1章 序論

1. 背景

近年、児童虐待（虐待）は日本の社会問題として広く認識されるようになった。虐待に関連したテーマは、連日のようにメディアにとり上げられている。こうした社会背景から、虐待に関する認識は、専門職のみならず一般家庭にも広まってきている。厚生労働省の政策では、2015年7月から児童相談所全国共通ダイヤル「189」が設けられた。このような動向を受け、児童相談所における虐待相談対応件数は、2013年度に73,802件まで増加した（総務省統計局, 2014a）。しかし、虐待としての概念が広まる一方で、虐待がどのような現象かを明示することは難しい。虐待を一定の基準をもって捉えることの難しさから、虐待の支援につなげる困難さが生じているともいえよう。

さらに、虐待は胎児期から生じ（Condon, 1986; De Genna, Larkby, & Cornelius 2007; 高橋ら, 2012）、被害児の心身の健康に長期的に深刻な被害をもたらすことから、早期の予防が求められている。日本の虐待相談対応件数の年齢別統計によると、学齢前の児童に関して42.6%、0～3歳に関して18.9%であった（総務省統計局, 2014b）。さらに、日齢0日目からの虐待死事例が報告されている。2012年度の虐待による死亡事例は51人であり、0歳児の死亡22人（43.1%）のうち、半数の11人が生後1ヶ月未満であり、過去10年間の生後1ヶ月未満の死亡例は240人（全虐待死亡事例のうち46.3%）に達した（厚生労働省, 2014a）。また、虐待をうけた子どもの心身には、幼児期から青年期、成人期まで長期的に悪影響を生じることは明らかである（Breslau et al., 2014; Norman, Byambaa, De, Butchart, & Scott, 2012; Weston & Riolo, 2007）。よって虐待の予防は急務であり、早期の予防が求められている。

虐待の早期予防が求められる昨今、周産期医療の場での虐待対応の必要性が求められ、特に新生児期や乳児期の虐待対応の重要性が高いと考える。この根拠となる医療現場における事象として、乳幼児揺さぶられっこ症候群（Shaken Baby Syndrome [SBS]）や虐待的頭部外傷（Abusive Head Trauma [AHT]）がある。これらは虐待に分類され、子どもへの致命的な影響があり、特に新生児期からみられ、生後2～3ヶ月の乳児に多く発生する（Barr, Trent, & Cross, 2006; Lee, Barr, Catherine, & Wicks, 2007）。つまり、虐待が新生児や乳児に生じる場合には、短期間であっても生命に影響を及ぼす深刻な状況が発生する可能性が高く、よって周産期医療の場での乳児への虐待予防が必要である。しかしな

がら、生後数ヶ月の乳児への虐待予防に焦点を当てた研究は極めて少なく、縦断的研究はほとんどない。

虐待者は、子どもの実の父母や義父母を合わせると約 9 割である（厚生労働省, 2014b）ことから、虐待予防策の対象は母親と父親であることが望ましい。虐待者に関する統計データ（児童相談所への虐待相談）によると、実母が最も多く 38,224 人（57.3%）、次いで実父が 19,311 人（29.0%）、実父以外の父親が 4,140 人（6.2%）、実母以外の母親が 548 人（0.8%）、その他が 4,478 人（6.7%）と報告されている（厚生労働省, 2014b）。さらに、過去 10 年間の虐待による死亡事例においては、実母によるものがほとんど（91.0%）であり、実父母によるものは 99.1%であった（厚生労働省, 2014a）。しかしながら、虐待予防のための介入としては、実践的にも研究的にも多くが母親のみを対象としており、父親を含めたものはほとんどないのが現状である。

以上の背景から、虐待予防への取り組みは周産期医療の場に求められ、周産期医療の場における虐待の取り組みへの主要な課題は、以下の 2 点であることが示唆された: (a) 虐待の概念を明らかにし周産期医療の場での虐待予防活動の基盤をつくる必要性、(b) 父母を対象とした研究により虐待の構造をつかむ必要性。特に、周産期医療の場においては、生後数ヶ月の乳児期の虐待を主眼とすることが急務であると考えられる。これらの主要課題に対する本研究の取り組みの初段階として、予備研究①において虐待の概念分析を実施し、予備研究②において専門職の認識する虐待の概念を統合することによって、(c) 虐待の概念を捉え虐待予防活動の基盤を作り、(d) 虐待の影響要因として予測される概念を抽出し、父母から乳児への虐待が生じる構造に関する仮説を作成した。本研究では、予備研究から得た研究仮説に基づく父母を対象とした研究により、乳児期の虐待の因果構造を探索し、乳児期の虐待予防を目的とした具体的方策を思案する。

II. 研究の目的

本研究では、生後 1 ヶ月、及び生後 3 ヶ月の乳児への虐待に影響する家族内の要因の構造を探索し、影響要因に即した乳児虐待を予防するための方策を提言することを目的とする。

III. 研究の意義

本研究の方法論の特徴は、母子のみならず父親も対象とした研究であり、家族内の要素

が乳児虐待の影響要因になっているのではないかと考えている点である。さらに本研究は、子どもの出生直後、生後1か月後、及び3か月後までの3時点で回答を得る縦断研究であるため、乳児虐待と影響要因についての因果関係を探索することができる。

これらの特徴をもつ本研究での強みは二点挙げられる。一つ目は、乳児虐待に影響する家族内の要因の構造を明らかにすることによって、母子のみならず父親を対象にした乳児虐待予防のための介入方法について、周産期に携わる立場として示唆を得ることができる。二つ目は、3時点での縦断研究であることから、乳児虐待に対してどの時点の要素が最も影響が強いかを検証することにつながり、より具体的な乳児虐待予防のための介入方法を提言することができる。これらの強みを生かし、本研究は、将来的な周産期医療の場での虐待予防と早期発見に貢献することが期待される。

IV. 用語の定義

文献検討、及び予備研究の結果から、以下のように操作的定義を作成した。

1. 母親

母親とは、研究協力依頼時に研究協力施設内で出産後である女性を指す。

2. 子ども

子どもとは、18歳未満の児童を意味し、本研究では、研究協力依頼時に母親が出産した子どもを指す。

3. 父親

父親とは、研究依頼時に母親がパートナーであると認識している男性を指す。子どもや子どもの同胞との血縁関係は問わない。

4. 同胞

同胞とは、子どもの兄または姉に相当し、子どもの父親または母親に養育されている18歳未満の者を指す。父親または母親との血縁関係は問わない。

5. 養育者

養育者とは、父親と母親を指す。

6. 家族

父親、母親、研究依頼の直前に出生した子どもを含む単位を指す。

7. 児童虐待

児童虐待（虐待）とは「養育者から子どもへの一方的な支配関係から成る、養育者の自

覚の有無に関係しない行為による子どもの状況を基盤とした、子どもの well-being を害する行為、及び子どもの well-being を保つ行為の欠如」を指す。

8. 乳児虐待

生後 1 ヶ月時点での児童虐待、及び生後 3 ヶ月時点での児童虐待を、特に乳児虐待と表現する。

9. IPV

IPV とは、Intimate Partner Violence の略称であり、本研究では「親密なパートナー間の暴力」を意味する。特に、IPV 経験と表記した場合には、IPV を受けた経験を意味する。

第2章 文献検討

1. 乳児虐待に関する研究が必要とされる根拠

1. 虐待の統計

虐待の発生数は未知数であり、多くの潜在が推定されている（Butchart, Harvvey, Mian & Furniss, 2006 / 2011）が、日本における虐待事例の発見数は増加傾向にある（総務省統計局, 2014a）。日本の虐待数の一例として最も使用頻度の高い統計データは、厚生労働省によって集計されている児童相談所への虐待相談件数である。この統計データに基づくと、1999年度に初めて10,000件を超え、2013年度の総数は73,802件まで増加した（総務省統計局, 2014a）。特に、児童虐待防止法が制定された2000年度からは約4.2倍となっている。また、近年最も増加している相談経路は、近隣・知人（泣き声通告）及び警察等（IPV相談の同伴児通告）である（総務省統計局, 2014a）。これらの背景を根拠に、虐待相談件数の増加は虐待事案の発生増加を示しているのではなく、発見の増加を示しているという見解がある（山本, 2013）。一方で、国外統計の一例では、米国の4,341世帯を子どもの出生から13ヶ月後まで追跡した結果、専門家による客観的評価に基づくと135世帯（約3.1%）に虐待が存在した（Dixon, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2005）。日本では、「健やか親子21」における目標に対する最終評価（山懸, 2013）を根拠とすると、子どもを虐待していると思う養育者の割合は、乳児健診で4.2%、1歳6ヶ月健診で8.5%、3歳児健診で14.2%だった。これらの統計データに基づくと、日米とも1歳未満の乳児への虐待は少なくとも3~4%発生すると予測される。

2. 虐待の種類別統計

虐待は、児童虐待の防止等に関する法律（児童虐待防止法, 2000）によると、身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、ネグレクトに分類され、種類別統計による分布は、被害児の年齢によって異なる。2013年度の虐待種類別の統計では、初めて心理的虐待28,348件（38.4%）が身体的虐待24,245件（32.9%）を超え、ネグレクト19,627件（26.6%）、性的虐待1,582件（2.1%）となった。年齢別の虐待種類構成（総務省統計局, 2014b）に着目すると、0~3歳では心理的虐待が44.4%、ネグレクトが31.2%と総数よりも多いが、身体的虐待（24.1%）と性的虐待（0.3%）は総数よりも少ない。つまり、乳児が性的虐待の被害に遭うことは非常に稀であり、乳児虐待の多くは身体的虐待、ネグレクト、心理的虐待であるといえよう。

3. 虐待の被害児への影響

虐待をうけた子どもの心身には、幼児期 (Breslau et al., 2014) から青年期 (Weston & Riolo, 2007)、成人期 (Norman et al., 2012) まで長期的に悪影響を残す。乳幼児期においては、子どもから養育者へのアタッチメントの不安定 (Baer & Martinez, 2006) や脳の発達 (Twardosz & Lutzker, 2010)、成人期の筋骨格・神経系の異常 (Wegman & Stetler, 2009) が生じていた。性的虐待を除く虐待の長期的予後に関するシステマティックレビュー (Norman et al., 2012) によると、うつ病や薬物依存、自殺企図、性感染症、若年での妊娠との間に因果関係が見られた。虐待の長期的な影響としては、統合失調症 (Matheson, Shepherd, Pinchbeck, Laurens, & Carr, 2013) やパーソナリティ障害 (Winsper, Zanarini, & Wolke, 2012)、Posttraumatic stress disorder (PTSD; Breslau et al., 2014) 等の精神面への影響に関する報告が最も多い。加えて、周産期の女性に関しては、妊娠中から産後 12 ヶ月のうつ症状の発生率が 3~7 倍高く (Alvarez-Segura et al., 2014)、性的虐待歴がある場合、妊娠期から産後 1~2 ヶ月の PTSD の発症割合が高かった (Wosu, Gelaye, & Williams, 2015)。

4. まとめ

虐待の発生数は未知数であり、多くの潜在が推定されているが、日本における虐待事例の発見数は増加傾向にあり、特に 1 歳未満の乳児への虐待は少なくとも 3~4% 発生すると予測される。さらに、虐待は長期的に子どもの心身に悪影響を及ぼすことから、潜在的虐待の早期の把握が必要であり、乳児虐待に焦点を当てた研究は重要である。

II. 乳児虐待の判断指標

1. 乳児虐待の把握への可能性

新生児虐待や乳児虐待に焦点を当てた研究は極めて少なく、国内で実施された縦断研究は 2 件だった。大橋, 北村, 坂梨, 田中 (2014) は母親の新生児虐待に焦点を当て、母親のパーソナリティと産褥 5 日目の子どもへの愛着 (ボンディング) の程度が新生児への虐待傾向に影響すると報告している。また佐藤幸, 遠藤, 佐藤志 (2013) は、新生児期から 3 歳までの母親の虐待傾向の変化に焦点を当てた縦断研究を実施し、妊娠初期の母親の特性不安は 3~4 ヶ月児の母親の虐待傾向に影響し、月齢 1~4 ヶ月児の母親の虐待傾向は、1 年半後と 3 年後の虐待傾向に影響すると報告している。これらの研究をもとに、養育者の虐待傾向を測定する尺度を用いることによって、新生児期から養育者の虐待傾向を測定

できる可能性があり、またその傾向は 3 年後の虐待傾向を予測できる可能性が示唆され、本研究において乳児虐待の判断指標の一つとして尺度を用いることの妥当性が示唆された。

2. 乳児虐待の指標

乳児虐待予防のための支援には、まず虐待を把握する必要がある。虐待の定義は、児童虐待防止法（2000）によって定められているが、臨床実践や研究において定義のみを根拠に虐待を把握することは困難である。そこで、先行研究に用いられている虐待の指標を概観した。

まず、国内の虐待の目安として最も使用されている統計データは児童相談所への虐待関連相談件数であることから、臨床における虐待の客観的指標の一つは児童相談所との関連の有無であるといえる。また、国内の研究において虐待の指標になっていたのは、**Conflict Tactics Scales 1 (CTS 1)**（大橋ら, 2014）の他、母親の虐待傾向尺度（佐藤幸ら, 2013）、女性問題研究会が主体となって実施した一般家庭調査で用いられたものを基に修正した尺度（樋口ら, 2004; 渡辺ら, 2002）、母親の虐待的育児尺度（黒澤 & 田上, 2005）等、養育者の養育態度に関する主観的指標だった。

国外において虐待の予防効果を測ったランダム化比較試験（Randomized Controlled Trial [RCT]）によると、客観的指標として Child Protective Services (CPS) の報告（Dubowitz, Feigelman, & Lane, 2009; Duggan et al., 2007; Duggan et al., 2004; Dumont et al., 2008; Fergusson, Grant, Horwood, & Ridder, 2005; Lowell, Carter, Godoy, Paulicin, & Briggs-Gowan, 2011）が最も広く用いられ、次いで救急外来受診有無と受診理由（Duggan et al., 2007; Fergusson et al., 2005; Koniak-Griffin et al., 2003）や、医療ネグレクトとして予防接種の接種状況（Dubowitz et al., 2009; El-Mohandes et al., 2003; Fergusson et al., 2005; Koniak-Griffin et al., 2003）、乳幼児健診の受診状況（El-Mohandes et al., 2003; Fergusson et al., 2005）が用いられていた。主観的指標としては、the Parent-Child subscale of the Conflict Tactics Scales (CTSPC) が多く用いられていた（Bugental & Schwartz, 2009; Dubowitz et al., 2009; Duggan et al., 2007; Duggan et al., 2004; Dumont et al., 2008; Fergusson et al., 2005）。CTSPC とは、大橋ら（2014）が新生児期の子どもの母親に用いた CTS 1 に、開発者の Straus et al.によって 13 項目追加され改変された、養育者の虐待的養育態度を測る尺度である（Straus, Hamby, Finkelhor, Moore, & Runyan, 1998）ことから、乳児期の子どもの養育者の主観的指標としての使用可能性が示された。よって、虐待的養育態度の主観的指標としては CTS 1 や CTSPC、客

観的データとしては児童相談所との関連の有無、救急外来受診有無、予防接種の接種状況や乳幼児健診の受診状況を指標とすることが適切であると示された。

3. まとめ

以上から、月齢4ヶ月未満の乳児虐待について、養育者の虐待的養育態度を測る既存の尺度を判断指標として研究的に用いることの妥当性が示された。養育者の虐待的養育態度の主観的指標としてはCTS1やCTSPCの使用が最も適し、客観的指標としては児童相談所との関連の有無、救急外来受診有無と理由、予防接種の接種状況や乳幼児健診の受診状況を指標とすることが適切であると結論づけた。

III. 虐待の予防に向けた取り組み

日本の自治体において実施されている虐待予防への取り組みとしては、妊娠期の母子手帳交付時の保健師との面接（益邑，2014）、発達障害児をもつ親子へのあそびの教室（小淵，2012）、養育不安等の吐露の場であるMother and Child Group（日本小児科学会，2014；佐藤，2005）を例として、継続的支援が実施されている。特に、最も幅広く実施されている取り組みは、家庭訪問（こんにちは赤ちゃん事業、妊産婦訪問指導、新生児訪問指導、養育支援訪問事業）であり、虐待の死亡事例に占める乳児の割合が高いことを受け、2007年度より生後4ヶ月までの乳児のいる家庭の全戸訪問である「こんにちは赤ちゃん事業」が開始した（東京都福祉保健局，2009a）。こんにちは赤ちゃん事業の実施率の全国平均は、平成23年度で92.3%であった（厚生労働省，2014c）。こんにちは赤ちゃん事業における訪問者は、保健師等の専門職の他、必要な研修を受けた子育て経験者や母子保健推進員等様々であり（厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課，2009）、自治体によっては玄関先までの訪問と育児に関する情報提供も含まれている（横浜市こども青少年局，2015；綾瀬市ホームページ，2015）。また、妊産婦訪問指導及び新生児訪問指導では、母子保健法に定められているように、助産師や保健師等の専門職が家庭訪問し、母乳育児支援や養育指導等が実施され（東京都福祉保健局，2009a）、実施率は平成23年で62.9%であった（厚生労働省，2014e）。これらの訪問によって養育支援が必要であると判断した家庭や特定妊婦（若年、経済的問題、妊娠葛藤、母子保健手帳未発行、妊娠後期の妊娠届け、妊婦健診未受診、多胎、妊婦の心身の不調等）に対しては、養育支援訪問事業によって訪問の継続が行われている（厚生労働省，2014e）。

一方、医療機関においては、虐待対応のための虐待防止対策委員会（Child Abuse

Prevention System [CAPS]) の設置が勧められている (東京都福祉保健局, 2009b) もの、全国の医療機関を対象に虐待に関する取り組みを調査した結果、虐待対応組織があるのは 18.3%であった (杉下ら, 2011)。周産期医療の場による虐待予防への提言や実践としては、少数ではあるものの、特定妊婦に対する取り組み (利部, 森, 小西, & 加藤, 2013) や母乳育児への支援 (井上 & 松村, 2012)、産後 1 週間健診 (福田, 2011)、産後 2 週間健診の実施 (鷺尾, 馬場, 木村, 出石, & 中井, 2013)、新生児特定集中治療室 (Neonatal Intensive Care Unit [NICU]) における母子間愛着形成の取り組みや退院後のフォローアップ (吉行, 谷口, & 神澤, 2007) 等みられた。その他の虐待予防を目的とした介入には、ペアレンティング・プログラム (柳川ら, 2009) や養育者支援プログラム (望月ら, 2013)、子育て支援プログラム (藤原, 2009)、the Period of PURPLE Crying (パープルクライング期) 教材による介入 (藤原, 2010) 等の報告があるが、育児不安やストレスの軽減等をアウトカムとしている。また、介入のほとんどは母親のみを対象としていた。

日本国外においては、米国予防医学タスクフォース (U.S. Preventive Services Task Force [USPSTF]) は、潜在的に虐待のリスクがある家庭の虐待の発生や虐待に関わるアウトカム発生の予防効果のある介入についてシステマティックレビュー (Systematic Review [SR]) を実施した (Selph, Bougatsos, Blazina, & Nelson, 2013)。Selph et al. (2013) によると、組み入れられた 10 の RCT では、虐待のリスクアセスメントに基づく妊娠期や新生児期、乳児期の子どもがいる養育者への家庭訪問に虐待予防効果があった。これらの RCT は養育支援プログラムである Early Start program (ニュージーランド) や Child First program (アメリカ)、Healthy Families Hawaii (ハワイ) の評価として実施され、訪問者は専門職に限らずトレーニングされた者だった。カナダ予防医学タスクフォース (Canadian Task Force on Preventive health Care) が Selph et al. (2013) の SR と同様の目的で行った SR によると、組み入れられた 3 つの RCT では、妊娠期から出生 2 年後まで継続した看護師による家庭訪問には、性的虐待を除く虐待の予防効果を示していた (MacMillan, 2000)。

つまり、虐待の予防介入としては、諸外国において専門職やトレーニングされた者による家庭訪問の虐待予防効果が報告されていたが、日本における家庭訪問の虐待予防効果は検証されていなかった。周産期医療機関における介入も様々報告されているが、虐待の予防効果は確立しておらず、母親のみを対象とした介入がほとんどだった。これらの虐待の取り組みの概観による示唆は、父親を含んだ本研究の必要性を裏付ける根拠となった。

IV. 虐待のリスクファクター

1. 虐待の支援に関わる組織からの提示

日本においては、日本小児科学会、子ども家庭総合研究所、日本助産師会、日本看護協会等の周産期に関わる組織によって、虐待する保護者や被虐待児の特徴（日本小児科学会, 2014）、保護者側のリスク要因・子ども側のリスク要因・養育環境のリスク要因（日本子ども家庭総合研究所, 2009）、虐待のハイリスク要因と妊娠期のチェック項目（日本助産師会, 2004; 日本看護協会, 2003）等が提示されている。これらの提示を概観するだけでも、虐待に影響し得るリスクファクターの多様性が明らかである。しかしながら、医療の場における実践において、これらの多様なリスクファクターの把握は困難なことが予想され、重要度や緊急性に応じた焦点化が必要だと考えた。よって、これらの多様なリスクファクターの重要度や緊急性を考察するため、虐待のリスクファクターを報告するコホート研究や症例対照研究について概観した。

2. 養育者に関するリスクファクター

母子の要素のみを対象とした研究が多い中、Dixon et al. (2005) と Gessner, Moor, Hamilton, and Muth (2004) は父親の要素を含めて分析していた。Dixon et al. (2005) は、いずれかの養育者が 21 歳未満の時に $OR = 3.85, 95\%CI [1.44, 10.27]$ 、精神疾患またはうつ病治療歴の時に $OR = 3.29, 95\%CI [1.25, 8.65]$ 、暴力的傾向のある時に $OR = 5.09, 95\%CI [1.55, 16.68]$ 、未婚の時に $OR = 4.37, 95\%CI [1.71, 11.26]$ であったと報告していた。Gessner et al. (2004) は、学歴が 12 年未満である場合は、父親が 1.6 倍 ($95\%CI [1.1, 2.5]$)、母親が 1.8 倍 ($95\%CI [1.2, 2.7]$)、未婚の母親が 2.3 倍 ($95\%CI [1.7, 3.2]$)、妊娠中のアルコールまたは喫煙が 1.7 倍 ($95\%CI [1.2, 2.3]$) と報告していた。

虐待通告事例 (Wu et al., 2004) または虐待死事例を対象とした研究 (Stiffman, Schnitzer, Adam, Kruse, & Ewigman, 2002) によると、母親は父親に比べて 1.7 倍 ($95\%CI [1.1, 2.5]$) (Stiffman et al., 2002) であり、母親に関する要素として未婚が 1.8~2.0 倍、高卒未満が 1.7 倍 (Stiffman et al., 2002; Wu et al. 2004)、20 歳未満が 1.4 倍 (Wu et al., 2004)、妊娠間隔が 15 ヶ月以下に 1.2 倍 (Wu et al., 2004) 多かった。さらに、妊婦健診の初診妊娠 5 ヶ月目以降が 1.7 倍 (Stiffman et al., 2002)、不十分な妊婦健診が 1.5 倍 (Wu et al. 2004)、妊娠中の喫煙は 2.8 倍 (Wu et al., 2004)、妊娠中のアルコールと喫煙では 1.7 倍 (Gessner et al., 2004) 多かった。Stiffman et al. (2002) によると、過去の虐待通告歴 ($OR = 7.1, 95\%CI [2.9, 17.1]$) のある世帯が多かった。日本における症例対照研

究は1件のみ(藤原, 奥山, 石井, 2006)であり、虐待が強く疑われる62例と非虐待28例について母子家庭や母親の被虐待歴、父母の精神疾患、不妊治療経験、母親の出産年齢が20歳未満といった要因の陽性反応的中度及び特異度は90%以上であった。

3. 子どもに関するリスクファクター

虐待死や虐待通告歴のある世帯とそうでない世帯を比較した研究によると、子どもに関するリスクファクターが検討されていた。低出生体重児が2.0倍(Benedict & White, 1985; Gessner et al., 2004; Wu et al., 2004)、多胎妊娠が2.7倍(95%CI [1.4, 4.9]) (Gessner et al., 2004)、Small for Gestational Age (SGA) が5.2倍(95%CI [1.53, 17.54]) (Windham et al., 2004) 多かった。Stiffman et al. (2002) は、男児 ($OR = 1.7$, 95%CI [1.1, 2.5]) や3番目以降に出生した子ども ($OR = 2.2$, 95%CI [1.4, 3.5])、5歳未満の同胞のいる世帯に多い ($OR = 3.1$, 95%CI [2.1, 4.6]) と述べた。子どもが3人以上いる世帯には2.4~2.7倍(Egami, Ford, Greenfield, & Crum, 1996; Wu et al., 2004) であった。周産期異常と身体的虐待との関連を調べた研究では、在胎週数32週未満 ($OR = 2.6$, 95%CI [1.4, 5.4])、入院期間1週間以上 ($OR = 1.8$, 95%CI [1.1, 3.0]) である割合が高く(Benedict & White, 1985)、藤原ら(2006)によると、有意差があったのは子どもの基礎疾患の存在 ($OR = 5.3$, 95%CI [1.4-19.3]) のみであったが、低出生体重児や極低出生体重児、多胎、先天性異常、28週未満の超早産、喘息やアトピー性皮膚炎の既往、発達障害については陽性反応的中度及び特異度が90%以上であった。

4. 子どもの泣きと Shaken Baby Syndrome

Reijneveld, van der Wal, Brugman, Sing, & Verloove-Vanhorick (2004) は、子どもの泣きと乳児(生後6か月未満)への虐待の関連に関する調査により、約6%の養育者が泣き止ませるために一度は虐待(窒息、叩く、揺さぶる)しており、それらの虐待者のうち、子どもが過度に泣くと感じている者が2.6倍(95%CI [1.79, 3.85])、泣くことへの不安がある者が3.1倍(95%CI [1.84, 5.04]) 多かったと報告している。この点について、乳児の泣きのピークがSBSやAHTのピークとなる月齢の一致に関するという実証研究(Fujiwara, Okuyama, & Miyasaka 2008; Lee et al., 2007)があり、乳児の泣きへの養育者の認知は、乳児虐待のリスクファクターになり得ることが示唆された。しかし、生後3ヶ月未満の乳児の泣きは、生後6週目にピークを迎え、その後徐々に減少する(Brazelton, 1962)ことは、乳児の泣きの一般的特徴であると捉えられている。この乳児の泣きの特徴は、研究によって明らかであり(Barr et al., 2006)、現在の日本では「夕暮れ泣き」や「黄

昏れ泣き」の呼び名で周知され（杉浦, 2007）、パープルライジング期といった呼び名も広まりつつある（藤原, 2013）。

5. 経済面に関するリスクファクター

貧困世帯での虐待発生率は高く、Dixon et al. (2005) によると 7.8 倍 (95%CI [3.07, 20.00])、Egami et al. (1996) によると 2.5 倍 (95%CI [1.32, 4.78]) だった。健康保険の種類としては、Wu et al. (2004) によるとメディケード（低所得者への医療保障）受給者が 2.1 倍 (95%CI [1.8, 2.4]) 多く、藤原ら (2006) によると、生活保護の受給がある場合の陽性反応的中度及び特異度が 90%以上を示した。Drake & Pandey (1996) は、貧困と虐待の種類の間を調べ、ネグレクトとの関連が最も強く、次いで身体的虐待であり、性的虐待とは中程度の関連があった。

6. 家庭内の暴力と養育者の被虐待歴

さらに、養育者の被虐待歴とその子どもの虐待には有意な相関関係があり（Pears & Capaldi, 2001）、被虐待歴のある養育者による虐待は、虐待歴のない養育者に比べて 3.7 倍 (95%CI [1.34, 10.25]) であった (Dixon et al., 2005)。一方、Renner and Slack (2006) によると、身体的虐待歴のある女性は 2.6 倍 (95%CI [1.75, 3.83])、性的虐待歴のある女性は 3.0 倍 (95%CI [1.84, 4.90]) IPV 経験があった。さらに Cox, Ketch, and Everson (2003) によると、IPV 経験のある母親と IPV 経験のない母親に比べると虐待の通告歴が約 2 倍であった。Windham et al. (2004) によると、虐待傾向のある母親には IPV 経験 (adjusted OR = 8.42, 95%CI [3.90, 18.16]) が多かった。さらに Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl, and Moylan (2008) による文献レビューでは、身体的虐待と家庭内の IPV には相関関係がみられ、虐待のリスクの高い家庭では養育者同士が身体をつかった喧嘩をする率が 3~9 倍であり、IPV のある家庭では虐待とネグレクトの発生が一般家庭と比べて 15 倍だったことから、“IPV のある家庭には虐待も同時発生するエビデンスがある”と結論付けられている。藤原ら (2006) によると、IPV の存在がある世帯においては、虐待の陽性反応的中度及び特異度が 90%以上を示した。つまり、幼少期に虐待歴がある養育者の多くの幼少期家庭には IPV が存在しており、被虐待歴のある成人期女性はパートナーからの IPV 被害の可能性が高く自身の子どもへの虐待の可能性も高まり、IPV が存在する世帯には虐待も同時発生しやすいといった暴力の連鎖が示唆された。

7. 実践での虐待リスクアセスメント

リスクファクターの概観から、リスクファクターの多様性が明らかであった。国外で開

発され日本語版の実施例のある 2 点のリスクアセスメントは、Child Abuse Potential Inventory の日本語版の the Japanese Version of the Child Abuse Potential Inventory (J-CAP; 加固 & 今関, 2000) と、Kempe Family Stress Checklist の日本語版の the Japanese Version of the Kempe Family Stress Checklist (J-FSC; Baba & Kataoka, 2014) であり、これらは多様なリスクファクターの要素を含んだ複合的リスクアセスメント尺度である。これらのリスクアセスメントは、養育者の養育態度のみならず、心身の健康度や怒りの対処能力、生活環境やサポート状況、養育者自身の養育体験等に関する要素を含んでいる。これらのアセスメントを周産期医療の場で用いる時の欠点は、回答者や実施者への時間的負担が大きいことである (新井 & 片岡, 2010)。

実際、国内で実施されているリスクアセスメントの要素としては、妊娠届出時の心配事や子どもへの想い (東京都福祉保健局, 2009c) や、年齢や学歴、婚姻関係や経済状況に関する 16 の要素 (佐藤衣 & 緒方, 2013) 等がある。医療機関においては、妊娠期の家庭を対象としたチェックリストの実施報告 (星野ら, 2013; 益田, 玉熊, & 村松, 2012) もある。これらは、いずれも先行研究においてリスクファクターとして示された項目だが、これらのリスクアセスメントは標準化されておらず、虐待予防に有効に働いたか否かの十分な検討はされていない。

一方、長野県内の自治体のリスクアセスメントの現状を調査した研究によると、支援者の主観的評価に次いで、エジンバラ産後うつ病自己評価票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]; 岡野ら, 1996) や赤ちゃんへの気持ち質問票 (Yoshida, Yamashita, Conroy, Marks, & Kumar, 2012) が多く用いられていた (近藤ら, 2011)。この点について、Kitamura, Ohashi, Kita, Haruna, Kubo (2013a) の 3 ヶ月児の母親を対象とした横断研究によると、抑うつ傾向と子どもへのボンディングの乳児虐待への影響を説明する割合は 13%であった。また、Choi et al. (2010) の乳児を養育中の母親を対象とした横断研究によると、母親の抑うつ傾向ではなく養育歴が子どもへのボンディングに影響し、子どもへのボンディングが虐待に影響していた。これらの研究結果に基づくと、自治体で多く使用されている指標である EPDS と赤ちゃんへの気持ち調査票のみを虐待のリスクアセスメントとして使用するには情報量が不足している可能性がある。

8. まとめ

実践において使用されているリスクアセスメント要素のばらつきや情報量の不足が示され、背景には虐待のリスクファクターの多様性があった。言い換えると、虐待のリスクア

セスメントのために多様な要素を考慮する必要があるものの、実践においては限られた時間にアセスメントする必要がある、リスクアセスメントの要素を独自の目線で選択しているのが現状であった。結果的に、虐待予防に有効性を発揮できていないことが推測された。よって、虐待のリスクファクターについて焦点化する必要性が再度示された。

V. 虐待の因果関係に関する理論的視点

1. 虐待の因果論

虐待の因果関係を述べた理論的視点を概観することは、虐待を現象として捉え、原因を考察する根拠の一つになる。この点についてミラーペリンは、以下のように述べている。

虐待のリスクファクターが、虐待をする人物像や虐待を受けやすい子どもの種類に関する情報となる一方で、虐待が生じる原因論に焦点を当てることは、虐待の予防活動を行うために重要な貢献ができる (Miller-Perrin & Perrin, 1999 / 2003, p.247)。

コービーは、虐待の因果論について、心理学的理論、社会心理学的理論、社会学的理論、の三つに分類している (Corby, 2000 / 2002)。心理学的理論とは、虐待する個人の本能的、心理学的資質に注目するものである (Corby, 2000 / 2002)。例えば、子どもの虐待を養育者の精神病理 (精神疾患や人格障害) や心理的・行動的特徴 (認知のゆがみ、ストレス、自尊心の低さ等)、親子の関係性の相互的な性質 (子どもの難しい行動は養育者の怒りのコントロールや養育能力の低さによる) 等によって生じると考える理論であり、個人のもつ危険因子が虐待を予測すると考える理論である (Miller-Perrin & Perrin, 1999 / 2003)。心理学的理論の一つである社会的学習理論では、子どもが観察し真似る性質を述べている (Miller-Perrin & Perrin, 1999 / 2003)。つまり、社会的学習理論 (Bandura, 1979 / 2011) によると、大人の暴力行為を見た子どもが、暴力行為が感情表現の方法だと学ぶことで暴力的になる、という次世代への暴力の連鎖を説明することができる。しかし、心理学的理論では、個人の内部にある要因の説明は可能であるが、その他の人々との相互作用や社会的な影響を説明することができない。

社会心理学的理論とは、“虐待者、子ども及び直接的環境の相互作用の動態に注目するものである” (Corby, 2000 / 2002, p.248)。社会心理学的理論が心理学的理論と異なる点は、養育者の虐待行動が過去の経験や学習等の個人的内部要因ではなく、人々の相互作用によって決定されるとみなしている点であり、“養育者の背景や特徴よりも現在の関係の力学により注目している” (Corby, 2000 / 2002, p.248)。つまり、虐待という状況に対して、子

どもの寄与、またはパートナーの寄与を考慮しようとする理論である。例えば、難しく泣きわめく子どもと、ストレス耐性の低い養育者では虐待のリスクが高いが、同じ要素をもつ養育者であっても扱いやすい子どもの場合にはリスクが低くなると考えることができる (Corby, 2000 / 2002)。また、社会心理学的理論では、一方の養育者の暴力的行動は、他方の養育者が暴力的となる影響を与える可能性について述べている (Corby, 2000 / 2002)。このように、社会心理学的理論では、心理学的理論と比較すると家族の力学の構成員への影響まで焦点を拡大したものの社会的影響を説明することができない。

社会学的理論とは、例えば、社会的、政治的条件を、虐待の存在に対する最も重要な理由として強調するものである (Corby, 2000 / 2002)。例えば、“文化の中で暴力が受け入れられていることと、社会や家庭における犯罪的暴力には関係がある (Miller-Perrin & Perrin, 1999 / 2003, p.60)” という文化的説明を可能にする。また、“法的規制から罰を作ることによって、抑止するという抑止理論も含まれる” (Miller-Perrin & Perrin, 1999 / 2003, p.67)。このように、社会学的理論では、社会のある層で暴力が多い場合の因果を説明することができるが、家族内の一人ひとりがなぜ暴力的になるのかについて述べることはできない。また、“虐待を構造的な問題と捉えており、個人に潜む多様な動機を説明してはいない (Miller-Perrin & Perrin, 1999 / 2003, p.70)”。

2. 家族システム論

虐待の因果論に関する概観から、本研究の枠組みを構成するための基盤となる理論は、個人の危険因子のみに着目した心理学的理論の視点から、家族の構成員との相互の影響まで焦点を拡大する社会心理学的理論の視点が最も研究目的に合致すると考えた。この点について、家族システム論とは、社会心理学的理論の要素をもつ理論であり (Corby, 2000 / 2002)、1945年に生物学者ベルタランフィによって提唱された一般システム理論を応用して構築された理論である (岡堂, 1984)。ベルタランフィによると、システムとは「相互作用する諸部分の複合体」であると述べられ、家族システムはいくつかの小さなサブシステム (家族を構成する各個人) から構成されている (岡堂, 1984)。

まず、家族システム論は家族療法思考の基礎理論であり、複数の学派によって異なるアプローチを用いた家族療法が展開されている (遊佐, 1984)。Corby (2000 / 2002) は、虐待に対する家族療法思考では、虐待を家族の機能不全と捉え、家族の力学が家族成員の行動に影響して虐待が発生していると捉えている。しかしながら、家族療法思考は、社会的影響から切り離された閉鎖システムとしての家族に注目しすぎている点が批判されている

(Corby, 2000 / 2002)。この点について、ボーエンの家族システム理論では、父親、母親、子どもから成る核家族を最小単位としてはいるが、拡大家族や多世代におよぶ伝達過程までも家族療法の対象として認識されている (遊佐, 1984)。

一方、看護領域における家族システム論とは、家族看護学において、家族に関する中範囲理論を広くカバーする包括的理論として認知され、家族看護学の論点を明確にする理論として広く引用されており、家族看護の視点で家族の特性を把握し、援助するための最も基礎的な理論として位置づけられている (鈴木 & 渡辺, 2012)。家族システムとは、家族内部での相互作用、及び外部との相互作用によって成り立ち、5 つの特性を基本としている。5 つの特性とは、まず、家族システムは家族成員 (サブシステム) によって構成されているが、家族全体として機能するため、一家族成員の変化は家族全体の変化となって現れる「全体性」をもち、家族成員間の相互作用には相乗効果があり、全体としての機能は個々の家族成員の機能の総和以上のものとなる「非累積性」、家族システム内外の変化に絶えず対応して安定状態を保とうとする「恒常性」、家族成員の関係は、原因と結果という直線的なものではなく、循環的なものである「循環的因果関係」、家族成員同士は互いに境界をもつ独立した存在であるとともに階層性と期待された役割がある「組織性」をもつ (鈴木 & 渡辺, 2012)。

VI. 文献検討のまとめ

1. 虐待の発生数は未知数であり、多くの潜在が推定されているが、日本における虐待事例の発見数は増加傾向にあり、特に 1 歳未満の乳児への虐待は少なくとも 3~4% 発生すると予測される。さらに、虐待は長期的に子どもの心身に悪影響を及ぼすことから、潜在的虐待の早期の把握が必要であり、乳児虐待に焦点を当てた研究は重要である。
2. 乳児虐待の多くは身体的虐待、ネグレクト、心理的虐待であることが示唆されたことから、乳児虐待については性的虐待を除く 3 種について主に把握する必要性が高い。
3. 乳児虐待について、養育者の虐待的養育態度を測る既存の尺度を判断指標として研究的に用いることは妥当である。養育者の虐待的養育態度の主観的指標としては CTSPC の使用が最も適し、客観的指標としては児童相談所との関連の有無、救急外来受診有無と理由、予防接種の接種状況や乳幼児健診の受診状況を指標とすることが適切である。

4. 虐待の予防介入としては、諸外国においては専門職やトレーニングされた者による家庭訪問の虐待予防効果が報告されていたが、日本における家庭訪問の虐待予防効果は検証されていなかった。周産期医療機関における介入も様々報告されているが、虐待の予防効果は確立しておらず、母親のみを対象とした介入がほとんどだった。これらの虐待の取り組みの概観による示唆は、母子のみならず父親を含んだ本研究の必要性を裏付ける根拠となった。
5. 虐待のリスクファクターに関する先行研究を概観した結果、貧困やIPV、養育者の婚姻関係や同居の有無、過去の虐待通告歴や学歴、年齢、暴力的傾向、子どもの泣きへの認知等が抽出され、特に母親に関しては、妊娠中のアルコールやタバコの摂取状況及び妊婦健診の受診状況が抽出された。子どもに関しては、低出生体重児や多胎、SGA児等の周産期異常に加え、性別や同胞数、出生順や障害の有無が抽出された。
6. 虐待のリスクファクターの多様性から、実践で使用されるリスクアセスメント要素のばらつきや情報量不足が生じていた。言い換えると、虐待のリスクアセスメントのために多様な要素を考慮する必要があるものの、実践においては限られた時間にアセスメントする必要があるため、リスクアセスメント要素を独自に限定している現状が推測された。しかし実際には、限定されたリスクアセスメントの信頼性や妥当性は検討されておらず、結果的に虐待予防に有効性を発揮できていないことが推測された。よって、虐待のリスクファクターを焦点化する必要性が示された。
7. 本研究の枠組みを構成するための基盤となる理論は、個人の危険因子のみに着目した心理学的理論の視点から、家族の構成員との相互の影響まで焦点を拡大する社会心理学的理論の視点が最も研究目的に合致すると考え、社会心理学の要素をもつ家族システム論の視点が適していると考えた。よって、家族システム論の視点に基づき、予備研究の結果を踏まえ、本研究における仮説及び概念枠組みの作成を行う。

第3章 予備研究

1. 予備研究①「児童虐待の概念分析（馬場，2015）」

1. 目的

児童虐待の本質を捉えることによって、将来的な周産期における児童虐待防止への支援の発展と、児童虐待予防活動の基盤づくりへの示唆を得ることを目的とした。

2. 分析方法

分析方法は、Rodgers (2000) の概念分析のアプローチ法を参考にした。対象文献の「児童虐待」という用語に注目しながら内容を把握し、定義や本概念を構成する特性である属性、本概念に先立って生じる先行要件、本概念に後続して生じる帰結、代用語、関連概念に該当する箇所を生データのままだに抽出し、対象文献ごとに Excel に入力した。抽出したデータごとにラベルをつけてコード化し、共通性と相違性に基づいてカテゴリ化した。抽出されたカテゴリについて、カテゴリ間の関係を検討し、本概念の再定義を提示した。検索には、国内は医中誌 Web、CiNii を、海外は PubMed、CINHAL、PsycINFO、SocINDEX の合計 6 つのデータベースを使用した。ガイドラインにおける定義を確認するため、ガイドラインに関するデータベースとして Minds、National Guideline clearing-house、Trip Database、を使用した。英語文献 26 件、日本語文献 32 件の計 58 件（看護学 15 件、医学 16 件、心理学 13 件、社会学 4 件、社会福祉学 10 件）と、日本小児科学会の発行している「子ども虐待診療手引き（2014）」を分析対象とした。以下に、カテゴリは【】、サブカテゴリは []、コードは<>を使用する。

3. 結果

「児童虐待」の属性として、5 つのカテゴリ【養育者から子どもへの一方的な支配関係】【養育者の自覚の有無に関係しない行為】【子どもの状況】【子どもの well-being を害する行為】【子どもの well-being を保つ行為の欠如】が抽出された。先行要件として、【養育者の要因】【子どもの要因】【社会環境の要因】【複数要因の重なり】【適切な介入の不足】の 5 つのカテゴリを抽出した。帰結として、【子どもの保護】【養育者の否認と孤独】【サバイバーの健康への影響】【母になったサバイバーの苦悩】【世代間伝播】の 5 カテゴリを抽出した。5 属性、5 先行要件、5 帰結から、「児童虐待」の概念モデルを作成した。属性は、【養育者から子どもへの一方的な支配関係】から成る【養育者の自覚の有無に関係しない行為】による【子どもの状況】を基盤とした【子どもの well-being を害する行為】と

【子どもの well-being を保つ行為の欠如】の発生であった。先行要件として【養育者の要因】【子どもの要因】【社会環境の要因】が前提としてあり、【複数要因の重なりと適切な介入の不足】から児童虐待の発生につながっていた。帰結として、【子どもの保護】によって【養育者の否認と孤独】が生じるプロセスと、【子どもの保護】への働きかけがありつつも【サバイバーの健康への影響】や【母になったサバイバーの苦悩】が発生し、【世代間伝播】につながるプロセスがあった。さらに「児童虐待」は、【世代間伝播】となって先行要件につながる可能性のある繰り返しのモデルとなった。

4. 「児童虐待」の再定義

児童虐待の概念とは「養育者から子どもへの一方的な支配関係から成る、養育者の自覚の有無に関係しない行為による子どもの状況を基盤とした、子どもの well-being を害する行為、及び子どもの well-being を保つ行為の欠如である」と再定義した。

5. 「児童虐待」の代用語・関連概念

代用語には、日本語での「児童虐待」と同義語として使用されていた「child maltreatment」が抽出された。「child maltreatment」とは、子どもに対する不適切な関わりを意味し、「punishment」を含み、「児童虐待」より広義の概念であった。関連概念には、「しつけ」や、医学的診断名である「Shaken Baby Syndrome（揺さぶられっこ症候群）」「Munchhausen Syndrome by Proxy（代理ミュンヒハウゼン症候群）」が抽出された。

6. 結論

本概念分析の結果は、児童虐待の本質を捉えることにつながり、今後の児童虐待予防活動の基盤となりうる。また本概念分析により、児童虐待による子どもへの長期的な健康への影響や、次世代への児童虐待の繰り返しの可能性が示され、児童虐待発生前の妊娠期からの予防の必要性、特に周産期で主な支援対象となる母親がサバイバーであった場合の母親に対する支援の必要性が示唆された。さらに周産期における児童虐待防止への支援については、母親のみならず、そのパートナーや子ども、社会環境も含めて支援対象であると認識し、それらの要因に対する適切な介入が必要であることも示唆された。

また、児童虐待に関する研究は、医学や看護学のみならず心理学や社会学等の多分野においても実施されていたことから、今回の概念分析で抽出された結果は多領域で認識されている児童虐待の概念を反映しているといえる。さらに、臨床的意見に基づく児童虐待の特徴をつかみ、概念分析の結果の臨床実践への適応を確認する必要がある。

II. 予備研究②「児童虐待を支援する専門職の認識する児童虐待と児童虐待の影響要因（馬場 & 片岡, 2016）」

1. 目的

本研究の目的は、(a) 虐待事例を支援する専門職の認識する虐待の特徴、虐待する養育者の特徴、子どもの特徴について記述し統合すること、(b) 予備研究①：児童虐待の概念分析の結果の臨床実践への適応を確認すること、の2点である。

2. 研究方法

研究デザインは、質的記述的研究デザインである。虐待事例への支援を行っている専門職を対象に、約 60 分の半構造的インタビューを実施した。対象者のリクルートは、まず母子保健活動を行う保健師に研究協力候補者を紹介してもらえよう依頼した。対象者の選定基準は、支援経験が5年以上であり、紹介者が主観的に虐待事例との関わりを積極的に行っていると思う方とした。研究に協力しても良いという候補者には、対面にて研究の主旨や内容について研究者が説明し、同意の上で対象者となってもらった。インタビューでは、関わった虐待事例について想起してもらおうよう説明した後、「虐待者にはどのような特徴がありましたか」「虐待者の特徴から、虐待の程度や種類に傾向はみえましたか」「虐待者は子どものことをどう表現していましたか」「虐待をうける子どもに特徴はありましたか（虐待による特徴なのか否か）」「妊娠中から虐待のリスクを判断する時に考慮すべき情報は何か」「身体的虐待・心理的虐待・性的虐待・ネグレクトといった虐待の4分類にはどうやって振り分けていますか、また重複することはありますか」等の質問を適宜行った。収集したデータは逐語録化し、意味や内容を損なわないように文脈を要約し、＜児童虐待の特徴＞＜虐待する養育者の特徴＞＜虐待を受ける子どもの特徴＞についての文脈を抽出した後、コード化した。同一性と相違性に留意し抽象化し、サブカテゴリとカテゴリに分類した。分析は、母性看護学の複数の研究者からのスーパーバイズを受け、結果の妥当性確保に努めた。

聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号：13-080）を得た上で実施した。

3. 結果

1) 研究協力者の特性

研究への協力が得られた者は12名であり、職種の内訳は、精神科医師1名、新生児科医師1名、保健師2名、児童福祉士1名、臨床心理士2名、看護師1名、医療ソーシャルワーカー2名、助産師1名、子ども家庭支援センター職員1名であった。専門職としての

経験年数は平均 19.7 年（5 年～43 年）、虐待事例と関わった経験年数は平均 12.6 年（5 年～19 年）であり、女性 8 名、男性 3 名だった。

以下、【】はカテゴリを、[] はサブカテゴリを指し、サブカテゴリを表す代表的な語りの引用は「」内に斜体で記した。

2) 虐待の特徴

虐待の特徴を示すカテゴリとして、2 カテゴリ【不自然な子どもの兆候】【養育者の態度や行為により生じる状況】が抽出された（表 1）。

(1) 【不自然な子どもの兆候】

【不自然な子どもの兆候】のサブカテゴリは、[不自然な子どもの健康] [不自然な子どもの生活状況] [不自然な子どもの態度] だった。

① [不自然な子どもの健康]

不自然な子どもの健康とは、動けない時期の子どもの怪我や不自然な骨折、タバコの痕、繰り返す怪我等の子どもの心身に生じた状況であり、医学的な診断名として揺さぶられっこ症候群や硬膜下血腫が含まれていた。不自然というのは、年齢や状況から考慮して起こりえないことを指し、さらに不自然な死亡や子どもの自殺も含まれた。

② [不自然な子どもの生活状況]

不自然な子どもの生活状況とは、同じ服を着続けている、食事を食べていないといった生活において必要な養育をしてもらえていないことが予想される状況であった。

③ [不自然な子どもの態度]

乳児に関しては、「0 歳の時から触られるのがすごく嫌で、抱っこされるとえび反りみたいに反り返って、落ち着いて抱っこされない」「目つきというか表情がちょっときついというか（中略）明らかに何かあったなとみんなが感じる泣き方だった」といった語りがあった。加えて、「年齢にふさわしくない行動をとっている時は、何かあるんじゃないかと思う」「性器の絵とか性行為の絵とかを描いて、プレイルームでも性行為の場面を泣き叫びながら再現をして」等、子どもの年齢にそぐわない態度だった。

(2) 【養育者の態度や行為により生じる状況】

【養育者の態度や行為により生じる状況】とは、養育者の [子どもへの態度] や、それによって生じる状況である [隠れた状況] を表すサブカテゴリが含まれた。

① [子どもへの態度]

虐待として扱う不適切な態度は、子どもが従わないために怒る、過度に厳しくする、子どもの人格や存在を否定する、友達と遊ばせない、理不尽に子どもを叩く、年齢にふさわしくない性行動といった養育者の子どもへの態度であり、性的な支配や経済的な支配といった支配的態度も存在していた。

② [隠れた状況]

「それだけで独立したものではなく、育児行動のごく一部」「日常生活や育児の中にあるもの」「実際には見えるところより見えないところで起きる虐待が多い」「目に見えるうちはわかりやすいが、治療していくとわからなくなってしまう可能性がある」「性的虐待は、少ないというか隠されている」といった複数の語りから、虐待は、日常生活や育児行動の一部となって見過ごされている可能性があった。また、見えるものよりも見えないところで起きる虐待は多く、虐待によって生じた怪我が治療していくと虐待としての証拠が消えてしまう可能性が示唆された。

表1
虐待の特徴

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	
不自然な子どもの兆候	不自然な子どもの健康	動けない時期の子どもの怪我 不自然な骨折 タバコの跡 繰り返す怪我 硬膜下血腫 揺さぶりっこ症候群 窒息	歯の治療をしていない 表情が乏しい 心理的に満たされていない 低年齢での妊娠 自殺 死亡
	不自然な子どもの生活状況	同じ服を着続けている 洋服が小さい ご飯を食べていない 世話をしてもらっていない	定期健診を受けない 予防接種を受けていない 学校を何日も休む
	不自然な子どもの態度	触れられることを嫌がる 不自然な泣き方 性行動の絵を書く 性器に触れられたと話す	表情がきつい 触れられることを嫌がる 性行為の場面を再現する お父さんとお風呂に入りたがらない
養育者の不適切な態度や行為により生じる状況	子どもへの態度	子どもが従わないために怒る 過度に厳しくする 子どもの人格を否定する 突発的な行動 理不尽に子どもを叩く 子どもに友達と遊ばせない 子どもを外に出さない 風呂場に子どもを沈めようとする	子どもの存在を否定する 性的に支配する 経済的に支配する 消化できない飲料を飲ませる 年齢にふさわしくない性行動 子どもに性行為をみせる 必要な食事を食べさせない
	隠れた状況	日常生活や育児行動の一部 見過ごされている可能性がある 見えるものよりも見えないところで起きる 子どもの怪我が治療すると証拠が消えてしまう 性虐待は隠れやすい	同胞との扱いに差がある 子どもが家の中で疎外されている 誰にでも起こりうる 子どもにとって好ましくない状況

3) 虐待する養育者の特徴

虐待する養育者の特徴を示す内容として、4カテゴリ【安心できない生活環境】【子ども・養育・パートナーへの認知】【不安定な心身の健康】【多様な生育歴と生育歴への否定的認知】が抽出された（表2）。

(1) 【安心できない生活環境】

【安心できない生活環境】のサブカテゴリは、[養育負担] [不安定な生活環境] [複雑な家族背景] [家族の関係性]であった。

① 養育負担

子どもと過ごす時間が長いことに家事への負担が加わり、周囲から育て方について責められ、養育者が追いつめられ限界となっている状況や、支援が不足している状況等、[養育負担]についての語りは多かった。

② 不安定な生活環境

「お母さんはパートで働きに出ていてお父さんが居るってことなので、経済的には多分裕福ではなかったんだらうって推察されます」「ごみ屋敷みたいな状態の家」といった経済状況や住居環境、「大体もう孤立しています。ほとんど相談する相手がない」「転居の繰り返し」といった孤立した生活だった。

③ 複雑な家族背景

「母子家庭（父子家庭）」「多産家族」「複雑な家庭環境」「パートナーが何人もかわる」といった複雑な家族背景だった。

④ 家族の関係性

「パートナーからの暴力」「母親とその実母は絶縁状態だった」「（親が）自分の母子関係で悩んでいる（問題が片付いていない）」といった家族間の関係性だった。

(2) 【子ども・養育・パートナーへの認知】

【子ども・養育・パートナーへの認知】には、[子どもへの認知の2面性] [養育への認知のゆがみ] [パートナーへの認知の2面性]の3つの側面があった。

① 子どもへの認知の2面性

特に妊娠期から継続する子どもへの憎悪に関する語りが多く、「望まない妊娠」から始まり、出生後は「子どもを可愛いと思えない」「子どもが自分（親）を困らせようとしている」「子どもは自分（親）を馬鹿にしている」「子どもは自分に嫌がらせをするために泣いている」、といったような嫌悪的な感情の一方で、「自分の関心事の中

で子どもの存在がかなりの場所をしめている」「子どもの存在に頼っている」「子どもはかわいいという親もいる」といった好意的な感情も少数語られた。

② 養育への認知のゆがみ

「(養育者が)不適切な行為(虐待)であると認めたくない」「子どもが変だから虐待されてしまっても仕方ない(と養育者が表現する)」、「子どものためを思って、親が自分の価値観を押し付けてる」「ずっとやってたような人は、文化として暴力はずっとですから」といった語りであり、養育に関するゆがんだ認知であった。

③ パートナーへの認知の2面性

「子どもよりもパートナーとの関係性を保つことを重視している」「パートナーからの愛情を子どもにとられてしまったという感情」といったパートナーへの好意的感情の一方で、「元パートナーに似た子どもを嫌う」「新しいパートナーが出来てから子どもをみたくなくなる」といったパートナーへの嫌悪的な感情もあった。

(3) 【不安定な心身の健康】

【不安定な心身の健康】には、[パーソナリティ][妊娠期の健康管理][心身の健康度の低下]が含まれた。

① パーソナリティ

「かーっとなって全然こちらの意見が入らない」「殴らないとしたら、どうやって子育てすればいいんだ(と言った親)」「イライラし焦り怒っている」「自分を止められない」といった特徴的なパーソナリティが語られた。

② 妊娠期の健康管理

特に妊娠期の母親の健康に関して、「出産まで妊娠気付かない」「妊婦健診を定期的に受診しない」、「出産まで母子手帳を発行していない」「妊娠中にタバコをやめられない」といった内容が語られた。

③ 心身の健康度の低下

「養育が困難な程の精神障害、知的障害、身体的障害」は多く抽出されたが、「普段は良くてもアルコールや薬物でイライラすると別な行動に出ちゃう」「アルコール依存、アディクションがあると、説明してもおさまらない」といったアディクションも

(4) 【多様な生育歴と生育歴への否定的認知】

【多様な生育歴と生育歴への否定的認知】には、[多様な生育歴]と[生育歴への否定的認知]が含まれた。

① 多様な生育歴

「被虐待歴がある」「養育モデルがない」「(養育者自身が) DVのある家庭で育った」「教育を受ける環境に問題があった」「友人関係に問題があった」「レイプ被害歴」等の家庭内外での多様な生育歴であった。

② 生育歴への否定的認知

養育者自身のもつ「幼少期に不適切に養育されてきた」、「愛されて育たなかった」、「厳しすぎる環境であった」、「適切な教育を受けられなかった」といった、養育者の生育歴への否定的な認知であった。

表2
虐待する養育者の特徴

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	
安心できない生活環境	養育負担	子どもと過ごす時間が長過ぎて負担が大きい 家事育児をすべて行っている 育て方について責められている 気持ちに余裕がない 追いつめられている 休まらないために限界となる	支援が不足している 支援があるのに活かさない 支援の必要性を感じていない 危機的状況に子どもの心身の障害が重なる 経済、異性関係、病気などの問題を抱えている 様々な要因の重なり
	不安定な生活環境	経済的に不安定な生活 ごみ屋敷みたいな状態	孤立した生活 転居の繰り返し
	複雑な家族背景	多産家族 パートナーの精神障害	母子家庭(父子家庭) パートナーが何人もかわる
	家族の関係性	パートナー間の暴力 実母との関係性に悩んでいる	実母と絶縁状態
子ども・養育・パートナーへの認知	子どもへの認知の2面性	望んだ妊娠ではなかった 親から子へのボンディングに障害がある 子どもの行動を理解できない 子どもの気持ちを読み取れない 子どもの存在に頼っている	胎児への憎悪を抱いている 親になる意思がない 子どもの存在や変化を受け入れられない 子どもが他人に迷惑をかけることに耐えられない 子どもはかわいいという親もいる
	養育への認知のゆがみ	不適切な行為であると認められない 養育に関する偏った価値観をもつ 同胞への養育が不適切である 子どもがストレスのはげ口になっている	客観的にみて養育者が育てていると感じられない 子どもよりも自分の欲求が優先されている 養育モデルがない 理想が高く周囲によくみられたい
	パートナーへの認知の2面性	子どもよりもパートナーとの関係性を保つことを重視する 元パートナーに似ている子どもを嫌っている	パートナーからの愛情をとられたといった感情
不安定な心身の健康	パーソナリティ	カーツとなると意見が入らない イライラし焦り怒っている 他者へ頼ることが下手 本当の気持ちを話さない 困難に対して乗り越える力が弱い	殴ることが日常になっている イライラした時の対処が困難である イライラした時に暴力的になる 行動をコントロールできない 他者へ依存的である
	妊娠期の健康管理	妊娠中の不安が強い 妊娠中の身体を大切にできていない 妊婦健診を定期的に受診しない	母子手帳の発行時期が遅い 妊娠に気付く時期が遅い 若年妊娠
	心身の健康度の低下	養育が困難な程の精神障害 心身のバランスが崩れている アディクション(アルコール・薬物)	養育が困難な程の知的障害 養育が困難な程の身体的障害
多様な生育歴と生育歴への否定的認知	多様な生育歴	自宅で生活していなかった IPVのある家庭で育った 友人関係に問題があった	被虐待歴がある レイプ被害歴がある 性行動年齢が若年である
	生育歴への否定的認知	不適切に養育されてきたという思いがある 愛されて育ったと感じていない 厳しすぎる環境で育った	被虐待歴について語れていない 適切な教育を受けられなかったという思いがある

4) 虐待を受ける子どもの特徴

虐待を受ける子どもの特徴を示したコードは少なく、【子どもの気質】【子どもの心身の健康不良】が抽出された。(表3)。

(1) 【子どもの気質】

【子どもの気質】には、[乳児期に特徴的な気質][幼児期に特徴的な気質]が含まれた。

① 乳児期に特徴的な気質

乳幼児期では、「泣き止まない」「よく泣く」「泣き声大きい」「夜泣きする」といった、子どもの泣きに関する内容が最も多かった。「すごく匂いに敏感だったり、ちょっとした音に反応して、赤ちゃんのときに抱っこじゃないと寝なくて、そっと置いてもちょうとでも触れるとまた起きる」といった敏感さや、「思うようにおっぱいを飲んでくれない」といった授乳時の特徴があった。

② 幼児期に特徴的な気質

幼児期に特徴的な気質は少数であり、「育てにくい子ども」「かんしゃくが強い、こだわりの強い子」だった。

(2) 【子どもの心身の健康不良】

【子どもの心身の健康】は最も少数であり、[先天的な周産期異常][後天的な障害]が含まれた。

① 先天的な周産期異常

「低出生体重児」や「未熟児」、「仮死」、「NICU入院」といった出生時の異常であり、「(親子が)最初に一緒にいられなかった、自分が育てた感じがしない」「母子分離による愛着形成困難」が生じる可能性が語られ、[子どもへの認知の2面性]と同時に語られる場面があった。

② 後天的な障害

「多動」、「自閉症」等の「発達障害」が語られた。

表3
虐待を受ける子どもの特徴

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
子どもの気質	乳児期に特徴的な気質	夜泣き 泣き止まない 泣き声大きい
	幼児期に特徴的な気質	敏感 母乳を飲んでくれない
子どもの心身の健康	先天的な周産期異常	育てにくい 大人の感情を逆なでする
	後天的な障害	未熟児 NICU入院 親子の分離による子から親へのアタッチメント形成困難
		発達に問題がある 自閉症 障害による子から親へのアタッチメント形成困難

4. 結論

1) 専門職の認識する虐待の特徴

本研究において抽出された虐待の特徴は、【不自然な子どもの兆候】、および【養育者の態度や行為により生じる状況】であり、これらは虐待支援に携わる多種専門職の認識する虐待の特徴を統合したものであると捉える。表 1 に見えるように、本研究のデータでは、養育者の態度や行為そのものが虐待として捉えられているだけでなく、養育者の態度から生じる状況が虐待の特徴として抽出された。支援者が虐待を捉える時、最も重視されているのは子どもの兆候であり、養育者の態度や行為を頼りに子どもの隠れた状況が把握されていた。また、本研究で得た虐待の特徴は、児童虐待防止法（2000）によって定められている虐待の定義と比較して広義であり、この点については周産期看護領域で提示されている虐待の定義（馬場, 2015; 日本助産師会, 2004; 日本看護協会, 2003）と類似していた。つまり、虐待支援に携わる多種専門職にとって支援の対象となりうる事例数は、統計上の虐待対応件数（厚生労働省 b, 2015）よりもはるかに広範囲であることが示唆された。

2) 児童虐待に関連する要因

本研究で抽出された「虐待する養育者の特徴」や「虐待を受ける子どもの特徴」については、虐待に影響する要因と捉えた。

本研究で得た分析結果に特徴的だった点は 4 つ挙げられる。

まず、「虐待する養育者の特徴」として、4 カテゴリー【安心できない生活環境】【子ども・養育・パートナーへの認知】【不安定な心身の健康】【多様な生育歴と生育歴への否定的認知】が抽出されたが、最も多く抽出されたのは【安心できない生活環境】だった。特に、【安心できない生活環境】には、パートナー間の関係性や親自身の親子関係の問題が含まれ、特にパートナー間の暴力の存在が多く語られていたことから、これらは重視されるべき影響要因であると捉えた。

2 つ目に、「虐待する養育者の特徴」として、【子ども・養育・パートナーへの認知】がカテゴリとして抽出された点は本研究の特徴であった。現在、看護領域（日本助産師会, 2004; 日本看護協会, 2003）や社会福祉領域（日本子ども家庭総合研究所, 2009）では、虐待の影響要因として、「望まない妊娠」や「愛着形成不足」が提示されているが、本研究では、子どもだけではなくパートナーに対する認知も示され、さらに好意的な感情と嫌悪的な感情の 2 面性が示された。つまり、子どもやパートナーに対する好意的認知と嫌悪的な認知の 2 面性が影響要因として捉えられた。

3つ目に、「虐待する養育者の特徴」の【不安定な心身の健康】では、[パーソナリティ]に関するコードが多く抽出され、特に怒りや暴力性が特徴的だったことから、特に怒りやすさや怒りの対処方法がパーソナリティに関連した虐待の影響要因として捉えられた。

4つ目に、「虐待を受ける子どもの特徴」は少数であったものの、乳児期に特徴的な気質や先天的な周産期異常に関するコードは比較的多数抽出されたことから、これらは乳児への虐待に影響する要因として比較的重視されている可能性が示唆された。

3) 児童虐待の概念分析（予備研究①）の臨床実践への適応の可能性

本研究で抽出された虐待の特徴である【養育者の態度や行為により生じる状況】【不自然な子どもの兆候】と、児童虐待の概念分析（馬場，2015）の属性を比較すると、内容の多くの部分が一致していた。よって、児童虐待の概念分析（馬場，2015）で再定義した児童虐待の定義は、研究のみならず、臨床実践にも適応可能性があると考えられる。さらに、本研究で抽出された虐待の影響要因を示すカテゴリもまた、児童虐待の概念分析（馬場，2015）における先行要件をほぼ包含しており、より多くの具体的コードを含んでいた。以上から、概念分析によって示された児童虐待の概念は臨床的な意見を反映しており、臨床実践への適応が可能であることが確認された。

III. 予備研究から得た本研究への示唆

1. 予備研究①②より、「児童虐待」の概念は、「養育者から子どもへの一方的な支配関係から成る、養育者の自覚の有無に関係しない行為による子どもの状況を基盤とした、子どもの well-being を害する行為、及び子どもの well-being を保つ行為の欠如である」と定義された。本研究では、これを児童虐待の定義とした。
2. 予備研究②では、養育者の態度や行為そのものが虐待として捉えられているだけでなく、養育者の態度から生じる子どもの兆候が虐待の特徴として抽出された。一方、虐待を目的変数とした先行研究（樋口ら，2004；黒澤 & 田上，2005；大橋ら，2014；佐藤幸ら，2013；渡辺ら，2002）では、すべて養育者の虐待的養育態度を目的変数としていた。特に乳児虐待を評価する本研究においては、子どもの兆候を測定することは困難なことが予想されることから、養育者の虐待的養育態度を目的変数とすることが適当だと考えた。
3. 予備研究①から、周産期における児童虐待防止への支援については、女性のみならず、そのパートナーや子ども、社会環境を含めて支援対象と認識する必要性が示された。本

研究では、家族システム論に基づく概念枠組みを作成するため、予備研究②では、特に女性（母親）、パートナー（父親）、子どもの要素に焦点を当てて虐待の影響要因を抽出した。

4. 特に、本研究では乳児虐待を目的変数としているため、子どもについては乳児の要素に注目した。乳児の要素としては、泣きに関する要素が多く抽出され、泣き方や泣きのタイミング等が乳児虐待の影響要因として抽出された。また、予備研究において、子どもの周産期異常について比較的重視されていたことから、出生体重や在胎週数、NICU 入院の有無が乳児虐待への影響要因として抽出された。さらに、乳児の泣きに関連して、養育者の睡眠への影響が示唆されたことから、養育者の睡眠状況もまた乳児虐待の影響要因として抽出された。
5. 父親と母親の虐待への影響要因としては、4 カテゴリ【安心できない生活環境】【子ども・養育・パートナーへの認知】【不安定な心身の健康】【多様な生育歴と生育歴への否定的認知】が抽出された。まず、【安心できない生活環境】のうち、家族構成や、家族間の関係性の特にパートナー間の暴力について重視されるべき影響要因であると捉えた。
6. 【子ども・養育・パートナーへの認知】のうち、子どもやパートナーに対する好意的認知と嫌悪的認知の2面性が虐待への影響要因であると捉えた。
7. 【不安定な心身の健康】のうち、特に怒りや暴力性が特徴的だったことから、特に怒りやすさや怒りの対処方法を虐待の影響要因として捉えた。さらに、妊娠期の健康管理として、母子手帳発行時期や妊婦健診の受診状況が特に母親の虐待への影響要因と捉えた。

第4章 研究の方法

I. 研究デザイン

本研究は、自記式質問紙による量的縦断的記述研究である。

II. 本研究の概念枠組み

文献検討における虐待に関する因果論の概観から、本研究は家族システム論に基づき、父親、母親、子どもで構成された家族内の要素や、関係性に焦点を当てた上で研究の構造を説明し、研究仮説を立てることが適切であると導かれた。本研究の概念枠組みは、家族システム論に基づき、文献検討と予備研究を参考に作成した(図1)。家族システム論の視点から、家族を一つのシステムと捉え、家族を構成する父親、母親、子どもをサブシステムと捉える。家族システム論の視点から、虐待とはサブシステムの特性に加え、サブシステム間の関係性に不均衡や緊張等が生じた結果、家族の機能不全として生じる現象の一つであると捉え、各サブシステムの特性やサブシステム間の関係性が乳児虐待の影響要因となると考えた。以下、【】を構成概念、[]を下位概念で示す。

本研究におけるサブシステムの特性を構成する概念は、【子どもの特性】【父親の特性】【母親の特性】である。【子どもの特性】については、[属性][泣き][健康]の下位概念で構成した。子どもの[属性]には、予備研究において乳児虐待への影響要因として抽出された、出生体重や在胎週数等を含み、[泣き]には泣き方や泣きのタイミング等を含んだ。子どもの[健康]としては、周産期異常に関する要素を含んだ。【父親の特性】【母親の特性】については、[属性][怒り][健康]の下位概念で構成した。父親と母親の[属性]には、予備研究において虐待への影響要因として抽出された、家族背景や経済状況等を含み、[怒り]には怒りやすさや怒りの対処方法を含み、[健康]には心身の健康状況や睡眠状況を含んだ。睡眠状況には、乳児の泣きに関連して養育者の睡眠が抽出されたことが反映されている。

サブシステム間の関係性を構成する概念は、【親子間の関係性】【パートナー間の関係性】である。【親子間の関係性】については、[ボンディング]の下位概念で構成した。[ボンディング]には、予備研究において虐待への影響要因として抽出された[子どもへの認知の2面性]が反映されている。[子どもへの認知の2面性]とは、養育者から子どもへの好意的認知と嫌悪的認知であったが、これは Bowlby の内的作業モデル(1969/1976)に基づ

く愛着であると捉えた。子どもへの好意的認知があれば良好な愛着を示し、嫌悪的認知があれば愛着は不良になるだろう。本研究では、乳児と養育者の愛着は、養育者から子どもへの感情面の絆を意味することから、愛着を特に“ボンディング”と表記した。【パートナー間の関係性】については、[愛着スタイル]と[暴力]の下位概念で構成した。[愛着スタイル]には、予備研究において虐待への影響要因として抽出された[パートナーへの認知の2面性]が反映されている。[パートナーへの認知の2面性]とは、パートナーへの好意的認知と嫌悪的認知であったが、好意的認知の側面は Bowlby (1969 / 1976) の内的作業モデルに基づく愛着であり、特に成人における愛着を示すのが愛着スタイルである(金政, 2006) ことから、[愛着スタイル]と表現した。[暴力]には、予備研究における[家族の関係性]にパートナー間の暴力が抽出された点が反映されている。

【乳児虐待】は、乳児への養育者の虐待行為である[虐待的養育態度]だと捉えた。

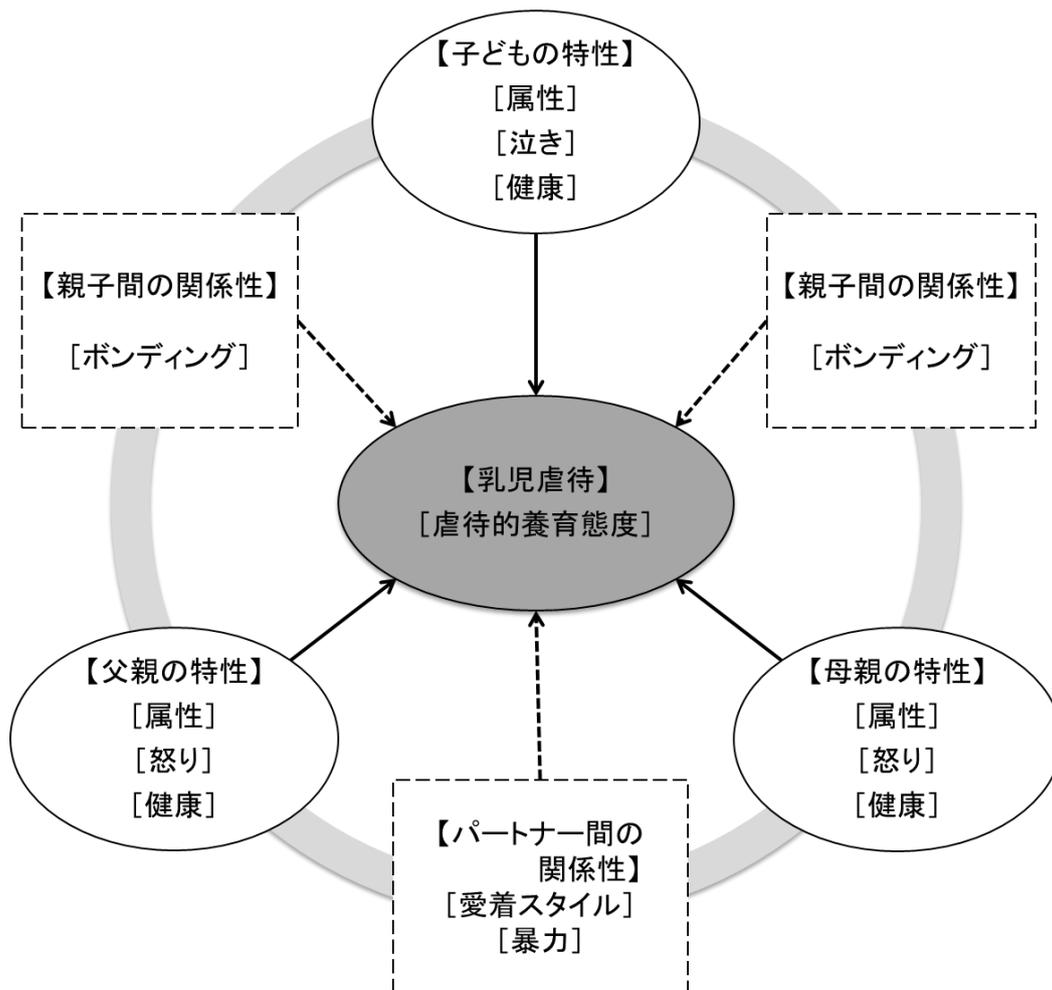


図1. 本研究の概念枠組み.

III. 研究仮説

本研究では、父親と母親を対象とした生後1ヶ月、及び生後3ヶ月の乳児虐待に影響する要因の検討を通して、乳児虐待に影響する要因の構造を探索し、影響要因に即した乳児虐待を予防するための方策を提言することを目的とする。

文献検討及び予備研究から、乳児虐待に影響すると予測される要因は、父親の特性と母親の特性、及び子どもの特性と、パートナー間の関係性と親子間の関係性であると考えられる。そして、乳児虐待においては、父親の乳児虐待と母親の乳児虐待が存在すると考える。これら2点から、乳児虐待に影響する要因の構造は、父親における構造と母親における構造が成り立ち、父母それぞれの構造の違いを検討することにより、父母への乳児虐待予防策を考察することが可能となると考えた。さらに、家族システム論の視点から、これらの家族内の要素は相互作用をもつ可能性が推測される。これらの推測から、以下の研究仮説を作成した。

- 仮説 A: 父親、および母親それぞれの乳児虐待に影響する要因の構造は異なる。
- 仮説 B: 父親、および母親の乳児虐待に影響する要因の構造には相互作用がある。

続いて、仮説 A、B に基づき「乳児虐待に影響する家族内の要因仮説モデル A」および「乳児虐待に影響する家族内の要因仮説モデル B」を作成した（図 2、3）。仮説 A に基づく仮説モデル A（図 2）は、父母それぞれの「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル A」である。また、仮説 B に基づく仮説モデル B（図 3）は、父親と母親の要素を組み入れ、相互作用を考慮した「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル B」である。

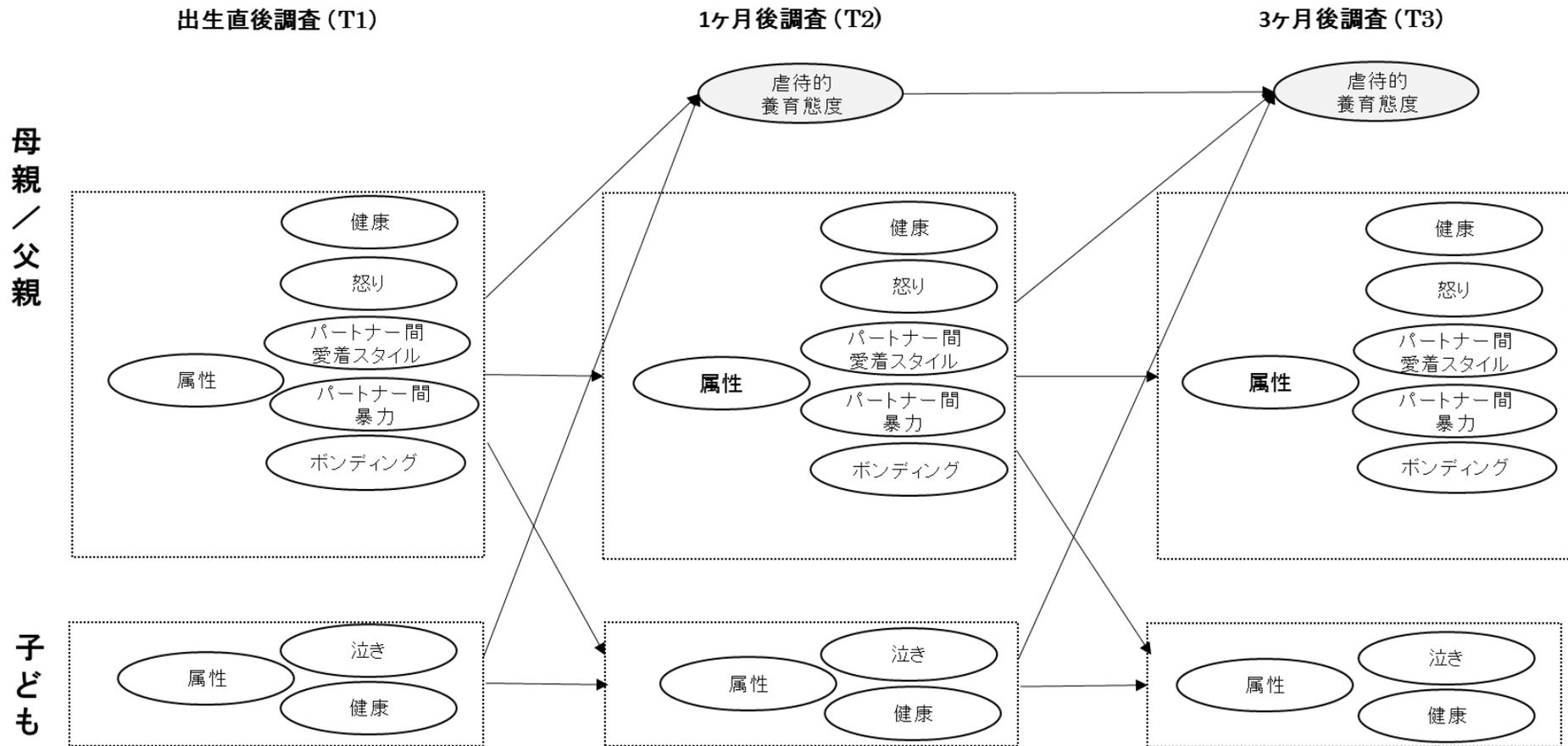


図2. 乳児虐待に影響する家族内の要因の仮説モデルA.

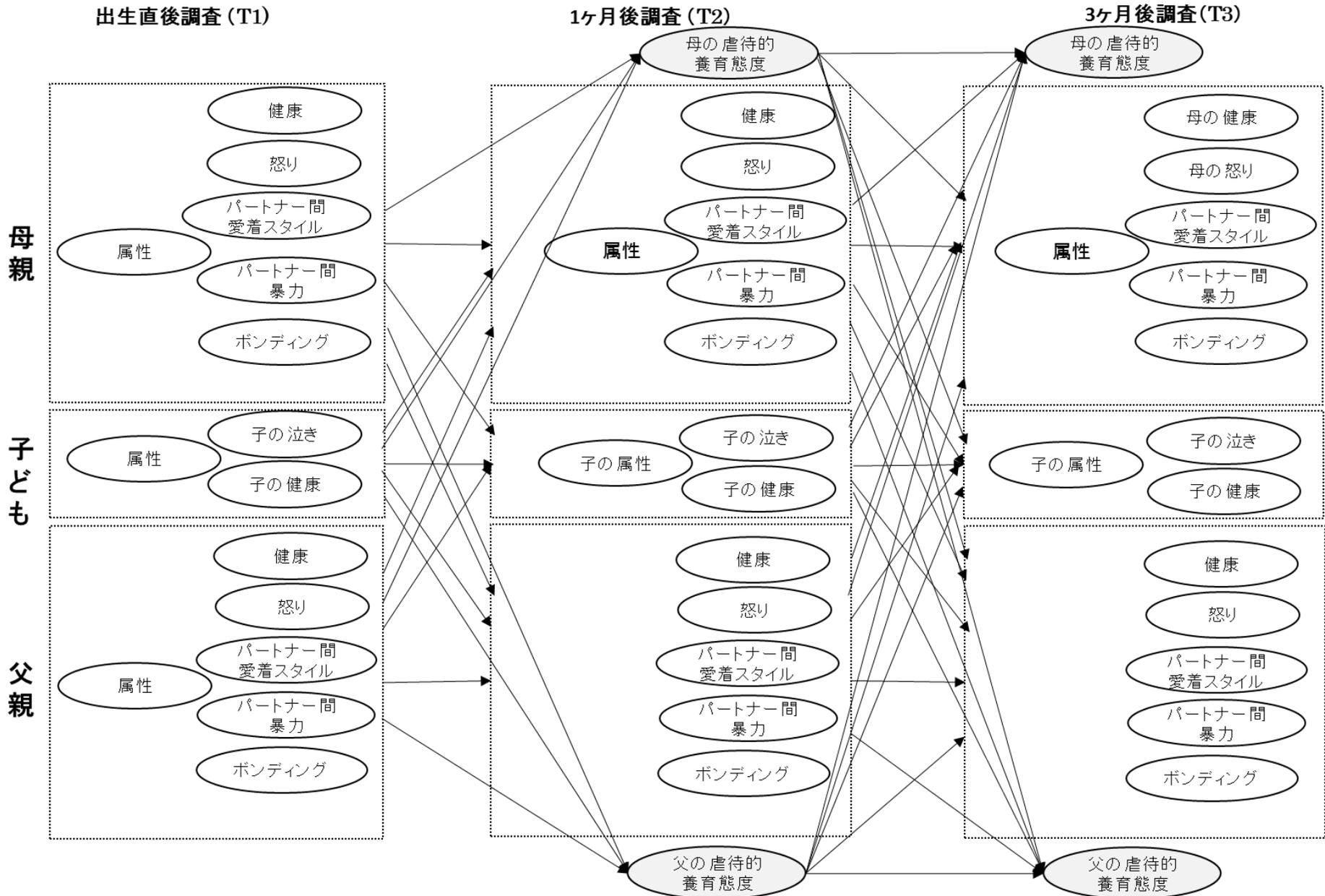


図3. 乳児虐待に影響する家族内の要因の仮説モデルB.

IV. 測定用具

1. 概要

本研究の構成概念と測定用具の関連について、図 4 にサブストラクション (Holzemer, 2000) の手法を用いて示す。本研究のデータは、子どもが日齢 3~7 日の時 (出生直後調査 [T1])、月齢 1 ヶ月の時 (1 ヶ月後調査 [T2])、月齢 3 ヶ月の時 (3 ヶ月後調査 [T3]) の 3 時点で収集した。各調査時点で使用する測定用具の概要について、表 4 に示す。本研究では、T1 にて配布する質問紙を質問紙① (資料 1、2)、T2 で配布する質問紙を質問紙② (資料 3、4)、T3 にて配布する質問紙を質問紙③ (資料 5、6) として扱う。質問紙の他に、診療録から得られるデータについては、チェックシート (資料 7) を用いて、協力者の同意の上で診療録より研究者、または研究補助者が収集した。質問紙は、すべて無記名としたが、本研究は連結可能な匿名化のもとに情報収集を行った。3 つの調査時点では、属性と乳児虐待に関する質問内容を除くと、質問項目は同じとした。同じ項目について回答を得る理由としては、子どもと過ごす期間によって各要素に変化の可能性がある、変化の程度が乳児虐待への影響にも関与すると考えられるためである。これらの回答を得ることによって、乳児虐待とより関連の強い要因が何れの時点のどの要素なのかを探索することにつながり、具体的な介入策の思案を得られる利点があると考ええる。

表4

データ収集時期と使用する測定用具の概要

データ収集時点	配布・回収方法	測定用具	信頼性・妥当性		因子数		項目数	
			母親	父親	母親	父親	母親	父親
出生直後調査 (T1) 子どもが日齢3~7日の時点で配布、1週間以内に回収 配布期間 2015年12月~ 2016年3月	母親: 産褥病棟にてリクルートし、配布病棟で回収、または郵送にて回収 父親: 産褥病棟にてリクルート、または母親から手渡し病棟にて回収、または郵送にて回収	質問紙①						
		A. 属性に関する質問	—	—	18	7		
		B. SF-8 24時間版	構成概念妥当性 平行検査法信頼性	2因子	8	8		
		C. AIS-J	構成概念妥当性 併存妥当性 内部一貫性	2因子	8	8		
		D. 子どもの泣き尺度	—	—	10	10		
		E. MIBS-J	構成概念妥当性 併存妥当性 内部一貫性	2因子	10	10		
		F.G. STAXI	構成概念妥当性 内部一貫性	4因子	34	34		
		H. ECR-RS	構成概念妥当性 基準関連妥当性 内部一貫性	2因子	9	9		
		I. VAWS	構成概念妥当性 内部一貫性	2因子	7	7		
		チェックシート ^a	—	—	10			
		計			114	93		

注. SF-8 = SF8 Health Survey; AIS-J = the Japanese version of the Athens Insomnia Scale; MIBS-J = 赤ちゃんへの気持ち質問票; STAXI = State-Trait Anger Expression Inventory; ECR-RS = Experiences Close Relationships—Relationship Structure; VAWS = Violence Against Women Screen; 属性に関する質問, 子どもの泣き尺度は研究者が作成した項目. ^aチェックシートによって診療録から研究者がデータ収集した項目. (次ページへ続く)

表4

データ収集時期と使用する測定用具の概要

データ収集時点	配布・回収方法	測定用具	信頼性・妥当性	因子数	項目数				
					母親	父親			
1ヶ月後調査 (T2) 子どもが月齢 1ヶ月の時点で 配布、1週間以 内に回収 配布期間 2016年1月～ 2016年4月	母親、父親へ 子どもの1ヶ月 健診時、また は郵送にて配 布 郵送にて回収	質問紙②							
		A. 属性に関する質問 (健康状態、成長発達) (乳児虐待の客観的指標)	—	—	7	1			
		B. SF-8スタンダード版	構成概念妥当性 平行検査法信頼性	2因子	8	8			
		C. AIS-J	構成概念妥当性 併存妥当性 内部一貫性	2因子	8	8			
		D. 子どもの泣き尺度	—	—	10	10			
		E. MIBS-J	構成概念妥当性 併存妥当性 内部一貫性	2因子	10	10			
		F.G. STAXI	構成概念妥当性 内部一貫性	4因子	34	34			
		H. 日本語版ECR-RS	構成概念妥当性 基準関連妥当性 内部一貫性	2因子	9	9			
		I. 日本語版ISA	構成概念妥当性 内部一貫性	2因子	7	7			
		CTS1-CTSPC	判別妥当性 併存妥当性 内部一貫性	4因子	24	24			
		計				121	111		

データ収集時点	配布・回収方法	測定用具	信頼性・妥当性	因子数	項目数				
					母親	父親			
3ヶ月後調査 (T3) 子どもが月齢 3ヶ月の時点で 配布、1週間以 内に回収 配布期間 2016年3月～ 2016年7月	母親、父親へ 郵送にて配 布、回収	質問紙③							
		A. 属性に関する質問 (健康状態、成長発達) (乳児虐待の客観的指標)	—	—	6	—			
		B. SF-8スタンダード版	構成概念妥当性 平行検査法信頼性	2因子	8	8			
		C. AIS-J	構成概念妥当性 併存妥当性 内部一貫性	2因子	8	8			
		D. 子どもの泣き尺度	—	—	10	10			
		E. MIBS	構成概念妥当性 併存妥当性 内部一貫性	2因子	10	10			
		F.G. STAXI	構成概念妥当性 内部一貫性	4因子	34	34			
		H. 日本語版ECR-RS	構成概念妥当性 基準関連妥当性 内部一貫性	2因子	9	9			
		I. VAWS	構成概念妥当性 内部一貫性	2因子	7	7			
		CTS1-CTSPC	判別妥当性 併存妥当性 内部一貫性	4因子	24	24			
		計				122	110		

注. SF-8 = SF8 Health Survey; AIS-J = the Japanese version of the Athens Insomnia Scale; MIBS-J = 赤ちゃんへの気持ち質問票; STAXI = State-Trait Anger Expression Inventory; ECR-RS = Experiences Close Relationships-Relationship Structure; VAWS = Violence Against Women Screen; CTS1 = the Conflict Tactics Scale 1; CTSPC = the Parent-Child Subscale of the Conflict Tactics Scale; 属性に関する質問、子どもの泣き尺度は研究者が作成した項目。

構成概念	サブシステム内の特性						サブシステム間の関係性						
	父親の特性			母親の特性			子どもの特性			パートナー間の関係性		親子間の関係性	乳児虐待
下位概念	属性	怒り	健康	属性	怒り	健康	属性	泣き	健康	愛着スタイル	暴力	ボンディング	虐待的養育態度
経験的指標	年齢 婚姻 就労 (育児休暇) 学歴 (世帯年収) (生活保護) (家族構成) 妊娠時の気持ち 同胞の扱いにくさ	STAXI (鈴木ら, 1994) 4因子 特性怒り 怒り表出 怒り抑制 怒り制御	SF-8(福原ら, 2004) 2因子 精神的健康 身体的健康 ASI-J (Ojimaら, 2013); 2因子 夜間不眠 日中の機能障害	年齢 婚姻 就労 育児休暇 学歴 世帯年収 生活保護 ^a 家族構成 子を授かった時の気持ち 同胞の扱いにくさ 初経産 ^a 分娩様式 ^a 里帰り 育児支援 母子手帳発行時期 妊健受診 切迫流・早産	STAXI (鈴木ら, 1994) 4因子 特性怒り 怒り表出 怒り抑制 怒り制御	SF-8(福原ら, 2004) 2因子 精神的健康 身体的健康 ASI-J (Ojimaら, 2013); 2因子 夜間不眠 日中の機能障害	性別 ^a 栄養 同胞数 同胞年齢 同胞の成長発達	子どもの泣き尺度 (研究者作成) 2因子 予期に反する泣き 対処に反して持続する泣き	周産期異常 ^a ; 早産 LBW NICU AS	ECR-RS (古村, 2014) 2因子 回避不安	VAWS (片岡ら, 2004) 1因子 IPV経験	MIBS-J (Yoshidaら, 2012) 2因子 愛情の欠如(LA) 怒りと拒絶(AR)	CTS1 (Kitamura et al, 2004) CTSPC(研究者翻訳) 思考性 心理的虐待 身体的虐待 ネグレクト
尺度	名義尺度 16項目 比尺度 2項目	順序尺度 34項目 4件法	SF-8(順序尺度8項目 5-6件法) 睡眠状況 (順序尺度8項目4件法)	名義尺度18 項目 比尺度1項目 順序尺度2項目	順序尺度 34項目 4件法	SF-8(順序尺度8項目 5-6件法) 睡眠状況 (順序尺度8項目4件法)	名義尺度3項目 比尺度1項目	順序尺度 10項目5件法	名義尺度3項目 順序尺度3項目 比尺度2項目	順序尺度 9項目7件法	順序尺度 7項目3件法	順序尺度8項目4件法	順序尺度24項目8件法

図4. 本研究の構成概念と測定用具. SF-8 = SF8 Health Survey; AIS-J = the Japanese version of the Athens Insomnia Scale; MIBS-J = 赤ちゃんへの気持ち質問票; STAXI = State-Trait Anger Expression Inventory; ECR-RS = Experiences Close Relationships—Relationship Structure; VAWS = Violence Against Women Screen; CTS1 = the Conflict Tactics Scale 1; CTSPC = the Parent-Child Subscale of the Conflict Tactics Scale; 属性に関する質問, 子どもの泣き尺度は研究者が作成した項目. ^a出生直後調査にて診療録から研究者がデータ収集した項目. ()は母親から回答を得た項目.

2. 乳児虐待の影響要因：サブシステムの特性

1) 属性

父親、母親、子どもの属性について回答を得た。母親と子どもの属性については、T1、T2、T3 で回答を得た。

T1 (資料 1、2) で得た情報は、父親及び母親の年齢、婚姻状況、就労状況、最終学歴、世帯年収、生活保護か否か、パートナー間の同居、子どもを授かった時の気持ち、同胞の数と年齢、同胞の扱いにくさを感じるか否か、同胞の育児相談経験の有無についてである。さらに母親に関しては、初経産、分娩様式 (普通分娩、器械分娩 [吸引分娩・鉗子分娩]、腹式帝王切開)、里帰りの有無、家事や育児の支援予定、母子手帳発行時期、妊婦健診の受診状況、切迫流・早産の有無について、子どもに関しては、性別、栄養方法 (母乳、人工乳、混合栄養)、同胞の成長発達上の問題について情報を得た。これらのうち、父親が回答した項目は、年齢、婚姻状況、就労状況、最終学歴、子どもを授かった時の気持ち、同胞の扱いにくさを感じるか否か、同胞の育児相談経験の有無の 7 項目である (資料 1)。母親が回答した項目は、年齢、婚姻状況、就労状況、最終学歴、世帯年収、パートナー間の同居、里帰りの有無、家事や育児の支援予定、子どもの栄養方法、子どもを授かった時の気持ち、母子手帳発行時期、妊婦健診の受診状況、切迫流・早産の有無、同胞数と年齢、同胞の成長発達上の問題、同胞の扱いにくさを感じるか否か、同胞の育児相談経験の有無の 18 項目である (資料 2)。母親から同意を得た上で診療録からデータ収集した項目は、初経産、分娩様式、子どもの性別、生活保護の有無の 4 項目である。(資料 7)

T2、T3 では、母親の生活場所、家事や育児の支援、子どもの栄養方法 (母乳、人工乳、混合栄養)、子どもと一緒に寝ている大人、夜間覚醒回数、夜間覚醒時の入眠潜時間、子どもの健康状態について情報を得た。これらの 7 項目については、母親から回答を得た (資料 4、6)。

2) 養育者の怒り

父親または母親の怒りについては、T1、T2、T3 で父親と母親より回答を得た (資料 1～6)。

怒りの評価指標としては、Spielberger (1988) によって作成された State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) の日本語版 (鈴木・春木, 1994) を使用した (資料 1～6)。STAXI は、State and Trait Anger Scale (STAS) の 20 項目、及び Anger Expression Scale (AX) の 24 項目から成る計 44 項目の自己記入式質問紙である。STAXI を構成する STAS

は、情動状態としての怒りの強さを測定する「状態怒り（10項目）」、パーソナリティ特性としての怒りやすさの個人差である「特性怒り（10項目）」の計20項目、AXは、怒りを他人や周囲のものに対して向ける「怒りの表出（8項目）」、怒りを内にためる「怒りの抑制（8項目）」、怒りが外に出るのを抑えようとする「怒りの制御（8項目）」の計24項目の計5つ下位概念で構成される。本研究では、一時点の情動状態を示す「状態怒り」は乳児虐待への寄与が低いと考えて質問項目から除外し、残りの4下位概念34項目を使用した。回答は、「全く当てはまらない（1）」から「とてもよく当てはまる（4）」の4件法により評定を求め、対象の普段の状態について回答を求めた。鈴木・春木（1994）は、循環器内科に通院中の患者と健康な大学生を対象に調査を行い、全対象から得た結果から因子分析した結果、STASは2因子、AXは3因子構造になり、米国にて報告されたSTAXIの因子構造とほぼ一致していた。下位概念の内的一貫性については、鈴木・春木（1994）はCronbach's α 係数を算出し、STASについて0.913~0.839、AXについて0.758~0.818であり、各因子に相当する下位尺度の内的一貫性からみた信頼性は高いことが示されている。日本語版STAXIの使用については、鈴木平氏より許可を得た。

3) 養育者の健康

父親または母親の健康については、T1、T2、T3で父親と母親より回答を得た（資料1~6）。予備研究より、健康とは、心身の健康、および睡眠状況であると導かれ、特に心身の健康とは、身体的健康度及び精神的健康度と捉えた。

本研究における養育者の心身の健康の評価指標として、健康関連 Quality of Life の包括的尺度である SF8 Health Survey (SF-8; 福原 & 鈴鴨, 2004) を用いた（資料1~6）。SF-8は米国で作成された MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) の短縮版であり、現在ヨーロッパやアジア各国で翻訳されて国際的に使用され（福原 & 鈴鴨, 2004）、日本国内の看護研究においても、一般の成人男女（野坂ら, 2012）や子育て中の母親（関島, 2014）など様々な対象に使用されている。身体機能、日常役割機能—身体、体の痛み、全体的健康感、活力、社会生活機能、日常役割機能—精神、心の健康の8つの概念から成り立ち、各概念に1項目の計8項目で測定する。また、SF-8の因子構造は「身体的健康」と「精神的健康」の2次元であることが確認されている（福原 & 鈴鴨, 2004）。体の痛み、全体的健康感、の2項目は6段階リカートスケール、その他6項目は5段階リカートスケールである。国民標準値に基づくスコアリング法によって、サマリースコアを変換し、身体的サマリースコア（PCS）及び精神的サマリースコア（MCS）に得点化し、

得点が高い程健康度も高いことを意味する (福原 & 鈴嶋, 2004)。SF-8 には、過去 1 ヶ月のことについて回答を得るスタンダード版、過去 1 週間のことについて回答を得るアキュート版、24 時間以内のことについて回答を得る 24 時間版が開発され、信頼性と妥当性が検討されている (福原 & 鈴嶋, 2004)。日本において、スタンダード版の平行検査法信頼性係数は、各下位尺度 0.58~0.87、PCS が 0.77、MCS が 0.73、再テスト法信頼性係数は各下位尺度 0.61~0.72、PCS が 0.75、MCS が 0.77 であった (福原 & 鈴嶋, 2004)。アキュート版の平行検査法信頼性係数は、各下位尺度 0.65~0.93、PCS が 0.90、MCS が 0.85、24 時間版の平行検査法信頼性係数は、各下位尺度 0.71~0.89、PCS が 0.84、MCS が 0.78 だった (福原 & 鈴嶋, 2004)。妥当性については、日本ではスタンダード版のみであるが、英語版についてはスタンダード版に限らず、SF-36 の併存妥当性、構成概念妥当性が検証されている (福原 & 鈴嶋, 2004)。本研究では、T1 では 24 時間版を、T2、T3 ではアキュート版を用いる。SF-8 の使用については、iHope International 株式会社より許可を得た。

睡眠状況に関する既存の自己評価尺度は、the Athens Insomnia Scale [AIS] の日本語版である the Japanese version of the Athens Insomnia Scale [AIS-J] を使用した (資料 1~6)。AIS とは、世界保健機構 (WHO) との協同による世界睡眠・保健プロジェクトによって作成された自記式の不眠評価尺度であり、不眠症のスクリーニングや重症度評価に用いられている (Soldatos, Dikeos, & Paparrigopoulos, 2000)。AIS-J は、Okajima, Nakajima, Kobayashi, & Inoue (2013) によってバックトランスレーションの手法を用いて作成された。AIS-J は、8 項目から成る 4 段階 (0 点~3 点) のリカート尺度であり、過去 1 か月間に少なくとも週 3 回以上あてはまる症状について回答を得る (ただし開発者より、研究に応じて不眠の期間に関する教示を変更可能とされている)。慢性不眠症と不眠症でない男女を対象とした調査では、AIS-J は、2 因子構造 (第一因子 nocturnal sleep problem と第二因子 daytime dysfunction) であり、各因子について Chronbach α は第一因子で 0.85、第二因子で 0.78、合計で 0.88、因子間の相関係数は 0.62 であった (Okajima et al., 2013)。さらに、他の不眠評価尺度である日本語版ピッツバーグ睡眠調査票および不眠重症度指数との相関がそれぞれ 0.81、0.85 であることから、併存妥当性も確認されている (Okajima et al., 2013)。AIS-J の使用については、岡島義氏より許可を得た。本研究では、T1 では子どもが生まれた後の睡眠について、T2、T3 では過去 1 ヶ月間の睡眠について回答を得た。

4) 子どもの健康

子どもの健康とは、出生時の周産期異常とその後の健康状態や成長発達を指す。子どもの周産期異常については、全て母親から同意を得た上で、T1に研究者が研究協力施設での診療録から情報を得た(資料7)。内容は、予備研究や先行研究から抽出された情報であり、早産児か否か、低出生体重児か否か、NICU入院の有無、アプガースコアについてである。T2、T3では、子どもの健康状態や成長発達について母親より回答を得た(資料4、6)。

5) 子どもの泣き

子どもの泣きについては、T1、T2、T3で父親と母親から回答を得た。子どもの泣きを測る標準化された尺度は見つからなかったため、先行研究(興石, 2002)や新生児期の子どもの気質を測る尺度であるEarly Infancy Eemperament Questionnaire(江藤 & 堀内, 2000)、パープルクライング期における泣き方の特徴(藤原, 2013)、予備研究②で得たデータを元に10項目から成る「子どもの泣き尺度」を研究者が作成した(資料1~6)。本研究で測定する子どもの泣きとは、子どもが泣いていると養育者が認識した頻度であり、この頻度をもって泣きの程度と捉え、頻度が多いほどに泣きやすい性質をもつと捉える。泣きの範囲には、ぐずっていると養育者が認識した態度も含むと捉え、泣きは、子どもが泣く頻度に関する養育者の主観的評価によって測定できると考えた。以上の定義から、「子どもの泣き尺度」を作成した。泣き尺度は、「全く見られなかった(1)」から「いつも見られた(5)」までの5段階リカート尺度である。得点が高いほど子どもが泣きやすい性質をもつことを示す。

子どもの泣き尺度の信頼性については、Chronbach α を算出し、構成概念妥当性については探索的因子分析、確認的因子分析を用いて尺度の構造を確認する。内容妥当性については、育児支援経験のある専門職4名に確認し、質問項目を修正した。

3. 乳児虐待の影響要因：サブシステム間の関係性

1) パートナー間の関係性

(1) 愛着スタイル

パートナー間の愛着スタイルについては、T1、T2、T3で父親と母親より回答を得た(資料1~6)。「愛着スタイル」とは、Bowlby(の内的作業モデル1969/1976)に基づく感情の絆である愛着について、特に成人において、心理表象によって捉える概念である(金政, 2006)。また、愛着スタイルの個人差について、類型論的に捉える流れから次元論的に捉える流れへと移行しつつある(Fraley, Waller, & Brennan, 2000)ことから、本研究では、

成人愛着スタイルについて次元論的に捉える Experiences Close Relationships–Relationship Structure (以下、ECR–RS) (古村, 村上, & 戸田, 2014) を用いることとした。

ECR–RS は、Fraley et al. (2011) によって作成され、古村ら (2014) によって翻訳され、【回避】6項目、【不安】3項目の2因子9項目で構成された、7段階リカート尺度である。日本語版 ECR–RS の2因子構造は、他の愛着スタイル尺度との因子構造 (Fraley et al., 2000) と対応していた (古村ら, 2014)。内的一貫性については、【回避】の ω 係数が0.88、【不安】が0.93、全体で0.91だった (古村ら, 2014)。基準関連妥当性については、CES–D や Rosenberg 自尊心尺度等の複数の外的基準を使用した場合の相関係数は全体として先行研究で得られた結果と類似しており、妥当性が確認されている (戸田, 古村, 村上, 2007)。日本語版 ECR–RS の使用については、古村健太郎氏より許可を得た。

(2) パートナー間の暴力

パートナー間の暴力については、T1、T2、T3 で父親と母親より回答を得た (資料 1~6)。パートナー間の暴力については、IPV の経験の有無を問うことによって測定した。IPV の経験を測る測定用具としては、日本において開発され、他の IPV の尺度と比較して言葉の表現の侵襲性が低く項目数も少ない Violence Against Women Screen (VAWS) (片岡, 2004) を用いた。

VAWS は、日本の周産期医療の場で実用されている尺度である。VAWS は、パートナーから女性への IPV を測る「まったくない (1)、たまにある (2)、よくある (3)」の7項目3件法の尺度として開発された。本研究では、男性への IPV を測定するが、男性への使用については開発者からの許可を得た。身体的暴力と非身体的暴力の2因子構造であるが、項目の因子負荷量が0.40未満である項目があることと、因子間相関が0.58であることから1次元の因子構造であるとみなされ、尺度の合計得点がスクリーニング判定に使用されている (片岡, 2004)。また、GHQ30 の合計点、自尊感情尺度と弱い相関 ($r=0.30$, $r=-0.26$) があり、さらに他の IPV を測る尺度である日本語版 ISA との強い正の相関 ($r=0.69$) があることから、併存妥当性が確保されている。日本語版 ISA を基準にすると、9点をカットオフポイントにした VAWS の感度は86.7%、95%CI [81.3, 87.5]、特異度は80.2%、95%CI [75.4, 85.0]、陽性的中率は20.0%、陰性的中率は99.0%、陽性尤度比は4.38、陰性尤度比は0.17だった。VAWS の使用については、開発者の片岡弥恵子氏より許可を得た。

2) 親子間の関係性

本研究において、親子間の関係性を構成する下位概念は「ボンディング」と捉えた。ボンディングについては、T1、T2、T3 で父親と母親より回答を得た（資料 1～6）。ボンディングは、Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS; Taylor, Atkins, Kumar, Adams, & Glover, 2005) の日本語版である赤ちゃんへの気持ち質問票 (MIBS-J) (Yoshida et al., 2012; 鈴宮, 山下, 吉田, 2003) を用いて測定した。MIBS-J は、吉田敬子らが中心となってバックトランスレーションの手法を用いて翻訳された (Yoshida et al., 2012)。

MIBS-J は、母親から子どもへのボンディング障害の評価尺度として開発された。10 項目から成る、4 段階 (0 点: ほとんどいつも強くそう感じる、1 点: たまに強くそう感じる、2 点: たまに少しそう感じる、3 点: 全然そう感じない) リカート尺度であり、得点が高いほどにボンディングが悪いことを示す (質問 2、3、4、5、7、9 は逆転項目)。Bienfait et al. (2011) による Receiver Operating Characteristic (ROC) 曲線を用いた分析では、小児精神科医によるインタビュー診断を基準とした場合、MIBS-J 合計得点 2 点以上の場合に Area Under the Curve (AUC) が 0.93 であり、感度が 0.9、特異度が 0.8 だったことから、ボンディング障害のスクリーニング法としての利用可能性も示されている。MIBS-J は、産後 1 か月から 4 か月までの母親を対象にした調査によると 2 因子構造であり、Lack of Affection (愛情の欠如) と Anger/Rejection (怒りと拒絶) の 2 つの下位尺度が提示されている (Yoshida et al., 2012)。小また、0 歳から 10 歳までの子どもを養育する父親と母親に MIBS-J を実施した調査においても、同様の 2 因子構造が示された (Kitamura et al., 2013b)。MIBS-J の信頼性は、内部一貫性を示す Cronbach's α について、愛情の欠如において、父親が 0.722、母親が 0.721 であり、怒りと拒絶において父親が 0.612、母親が 0.481 だった (Kitamura et al., 2013b)。Yoshida et al. (2012) の調査においても、Cronbach's α は愛情の欠如で 0.71 であり、怒りと拒絶で 0.51 だった。MIBS-J は、産後うつリスクスクリーニングである EPDS との相関 (Taylor et al., 2005) や、他のボンディング尺度である Postpartum Bonding Questionnaire との相関 (Suetsugu, Honjo, Ikeda, Kamibeppu, 2015) が示されている。MIBS-J の使用については、吉田敬子氏より許可を得た。

4. 乳児虐待

乳児虐待を構成する下位概念は「虐待的養育態度」と捉えた。養育者の虐待的養育態度については、T2、T3 で父親と母親より回答を得た (資料 3～6)。虐待的養育態度は、養

育者の虐待行為の頻度を得点化する Conflict Tactics Scale Parent-Child (CTSPC) の日本語版 (研究者が本研究のため翻訳)、及び CTSPC の初版である Conflict Tactics Scale 1 (CTS1) を用いて測定した。CTSPC、CTS1 とは、IPV 調査に用いられる Conflict Tactics Scale (CTS) を虐待に適用するよう parent-child version に改訂され、養育者を対象として養育者の子どもへの養育態度を測る自己記入式質問紙である。CTSPC は 35 項目、CTS1 は 19 項目から成り、7 段階 (全くない : 0、1 回 : 1、2 回 : 2、3~5 回 : 3、6~10 回 : 4、11~20 回 : 5、20 回以上 : 6) のリカート尺度である (Straus et al, 1998)。CTS1 は、思考性、身体的攻撃、心理的攻撃を示す 3 つの下位概念で構成され、CTSPC には、ネグレクト、性的虐待に関する下位概念が追加されている (Straus et al, 1998)。本研究では、乳児への虐待的養育態度を目的変数としていることから、性的虐待の発生頻度の予測や回答者への負担を考慮した結果、性的虐待に関する回答の重要性は低いと考え、思考性、身体的攻撃、心理的攻撃、ネグレクトに関する下位概念について回答を得ることとした。よって、最終的には CTS1 の、思考性、身体的攻撃、心理的攻撃に関する 19 項目、及び CTSPC のネグレクトに関する 5 項目、計 24 項目を使用した (CTS1-CTSPC)。スコアリング方法は、The Conflict Tactics Scales Handbook (CTS Handbook; Straus, Hamby, & Warren, 2003) に基づき、(0) は 0 点、(1) は 1 点、(2) は 2 点、(3) は 4 点、(4) は 8 点、(5) は 15 点、(6) は 25 点とし、各カテゴリ (思考性、心理的攻撃、身体的攻撃、ネグレクト) 毎に合計点を算出する。CTS1-CTSPC については、T2、T3 で父親と母親から回答を得る。

CTS1 は、日本の生後 1~3 ヶ月の乳児をもつ父親、母親に対して研究的に使用され (Kitamura, Takauma, Toda, Yoshida, & Nakano, 2004; 大橋ら, 2014)、父母の年齢やマタニティブルー、EPDS スコアとの相関が示されている (Kitamura et al., 2004)。CTSPC は、米国を主とした虐待予防介入プログラムのアウトカム評価の一部として使用され (Duggan et al., 2007; Duggan et al., 2004)、18 歳未満の子どもを 1 人以上もつ養育者すべてを対象に実施可能な尺度である。CTSPC の Cronbach's α は、身体的攻撃が 0.55、心理的攻撃が 0.60、思考性が 0.70、ネグレクトが 0.22、深刻な身体的攻撃はほぼゼロだった。しかし、深刻な身体的攻撃に関しては非常にまれな事象であり、項目間の相関が低いことが α を下げていると Straus et al. (1998) は結論付けている。再テスト法によると級内相関係数 (Intraclass Correlation Coefficient [ICC]) は、CTS1 において 0.49~0.80 であった (Straus et al., 1998)。CTSPC の判別妥当性は示されている (Bennett, Sullivan,

Lewis, 2006)。Rodriguez (2010) によると、虐待リスクを判定する CAPI との併存妥当性が示されている。

CTSPC の翻訳、及び使用については、米国の Western Psychological Services より許可を得た。CTSPC の翻訳には、バックトランスレーションの手法 (舟島, 2011) を用い、CTS Handbook (Straus et al., 2003) を参考にして日本語版 CTSPC を作成した。作成手順は、研究者と英語圏で就学経験のある者が日本語版の原案を作成した後、英語圏にて看護師として臨床に従事するバイリンガル 1 名にバックトランスレーションを依頼し、バックトランスレーションと原版の意味内容の一致性や表現について、英語を母国語とする者 1 名、バイリンガル 1 名、研究者、その他複数の看護学研究者によって検討して作成した。CTS1 については、北村俊則氏が日本語版を作成している (Kitamura et al., 2004) ため、北村俊則氏より使用許可を得た。

5. 表面妥当性の検討

研究協力者は、一般の女性とそのパートナーであるため、測定用具が一般的な日本語表現になるように工夫する必要がある。この視点から、過去 1 年以内に出産し現在も子どもを養育中の女性とそのパートナー各 5 名程度に評価を依頼し、回答に要する時間、質問紙の答えやすさ、質問紙の理解しやすさ、質問紙への負担について検討した。表面妥当性の検討の依頼は、文書 (資料 8) を用いて説明し、協力を得た。表面妥当性の検討への協力者から協力を得られた後、質問紙 (男性には資料 1、3、5、母親には資料 2、4、6) 及び回答用紙 (資料 9) を郵送にて配布した。回収時は、資料 9 のみ郵送にて回収した。

V. 研究協力者

1. 研究協力施設

都内近郊で妊婦健診から分娩までを取り扱っている 7 カ所の施設 (周産期母子医療センター、病院、診療所、助産所) であった。研究実施期間中、研究協力者の中に心身の健康面や養育困難等に対する支援を要する可能性を考慮し、研究協力を依頼する施設を抽出する際は、施設内に精神保健福祉士や臨床心理士の配置や、児童虐待防止委員会等の虐待への組織的なプロトコルがあるかを確認した上で協力を依頼した。

また、研究で使用する質問紙の中に、IPV の有無を問う内容の項目が含まれているため、回答中は他者に回答を見られることのないような場所の確保を依頼した。データ収集の一部として、女性の同意を得た後、子どもの属性 (性別) や周産期異常 (出生体重、在胎週

数、NICU 入院有無)、女性の属性 (初経産、分娩様式)、生活保護の有無について、研究者または研究補助者が分娩台帳や診療録から情報を得ることを依頼した。

2. 研究協力者

研究協力施設内で出産した女性とそのパートナーのうち、研究の協力を同意を得られた以下の条件を満たす者すべてを研究協力依頼の対象者とした。

- データ収集期間内に出産し、研究協力施設内に産褥入院している女性とパートナー
- 日本語による読み書きが不自由ではない女性とパートナー
- 日本語で書かれた質問紙の理解と回答が得られる女性とパートナー

ただし、多胎の場合、死産や新生児死亡の場合、協力者の心身の健康状態が不良である等の理由により研究協力での心身への悪影響が明らかに予測される場合には、リクルート対象としない。リクルート対象か否かの選別は、研究協力施設スタッフに依頼した。

3. サンプルサイズ

高木 & 林 (2006) は、因子分析を要する探索的研究において必要とされるサンプルサイズは調査項目数の 2 倍程度であると提示している。本研究で配布する質問紙のうち、最も項目数の多い質問紙③は、合計項目数 122 項目であり、高木 & 林 (2006) の提示を参考に、本研究の必要協力者数の最小人数を算出すると、244 名であった。また、CTS1 を用いた先行研究 (大橋ら, 2014) で、乳児虐待に影響を与えていた変数は子どもへのボンディングであり、子どもへボンディングの下位尺度と心理的虐待には緩やかな正の相関がみられていた ($r = .14 \sim .19$)。よって CTS1 と MIBS-J の相関係数 ($r = 0.15$) を期待される相関係数と設定し、両側 $\alpha = .05$ 、 $\beta = .20$ と仮定すると (Hulley, Cummings, Browner, Grady, & Newman, 2013 / 2014)、必要協力者数は 346 名と算出された。これらのサンプルサイズの推定値を根拠とし、300 名程度を要すると設定した。

また、先行研究において、産後 1 ヶ月から 3 ヶ月までの追跡率は 50.2%、有効回答率 100% (河村ら, 2006)、妊娠後期から産後 4 ヶ月までの追跡率は 75.4%、有効回答率 97.7% (小林, 2009) だった。以上から、郵送における縦断調査の回収率を 60%、有効回答率を 97% として見積もり、質問紙を配布する対象数は父親と母親各 505 名程度を予定した。

VI. 研究実施期間

- 測定用具の表面妥当性の検討期間：2015 年 10～11 月
- 研究協力への依頼・出生直後調査配布期間：2015 年 12 月～2016 年 3 月

- 1ヶ月後調査配布期間：2016年1月～2016年4月
- 3ヶ月後調査配布期間：2016年3月～2016年6月
- 質問紙の回収期間：2015年12月～2016年7月

VII. 研究実施方法

1. 研究協力の依頼

1) 研究協力施設への依頼

研究協力の依頼には、医療施設の看護部長もしくは施設長に口頭と文書にて研究の趣旨、目的、意義を説明し、研究への協力を求めた（資料 10）。研究協力施設としての同意が得られた後、施設の看護部長、または施設長より同意書に署名をもらい（資料 11）、研究者が施設スタッフに対し、研究の目的と意義、調査方法の詳しい説明を行った。また、出産後の女性とパートナーに研究実施について周知してもらうことを目的として、研究協力施設内に、女性とパートナーの目の届くところに研究に関する説明（資料 12）の掲示を依頼した。

研究協力施設には、研究協力者から研究者に支援の依頼があった場合に備え、相談窓口になれる専門職（助産師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士のいずれか）を1名配置してもらえるように研究開始前に依頼した。研究協力者への支援を円滑にするために、相談窓口になる専門職に対し、研究開始前に研究内容や主旨を説明した。研究協力施設における相談窓口への相談経路としては、研究協力者から直接の相談、および研究者を介した相談の2通りの経路を想定した。研究協力施設の相談窓口へ相談があった後には、施設内の組織的な虐待予防プロトコルに基づいて支援を依頼した。

2) 研究協力者への依頼

研究協力者に対しては、女性の分娩後の入院期間に研究者または研究補助者が、口頭と文書（資料 13）にて研究の目的、意義、手順について説明し、研究への協力依頼を行う。研究協力者への依頼の際は、本研究は乳児虐待の予防を考える研究であることを伝え、本研究で配布する質問紙の内容に、健康や睡眠、感情、パートナーとの関係性、子どもの健康、泣き方、子どもの扱い方やしつけについて問う内容が含まれることを説明した。本研究への同意を得られた場合には、同意書（資料 14）に氏名、研究協力者質問紙配布先用紙（資料 15）に氏名、住所の記入を求めた。この際、本研究への同意を得た後に同意を撤回し、研究の中断や過去に提供した情報の削除が可能である旨を説明した。質問紙の返送が

ない場合は研究の中断とみなし、過去に提供した情報の削除を希望する場合には研究協力の同意撤回書（資料 16）を返送してもらった。研究同意の撤回については、質問紙の回収終了（2016 年 6 月下旬）まで可能であることを説明した。

女性の入院期間中にパートナーに会えず口頭での説明が困難だった場合、女性にパートナー用の依頼書（資料 13）と同意書（資料 14）、研究協力者質問紙配布先用紙（資料 15）、父親用質問紙①（資料 1）を渡し、女性からパートナーに間接的に渡してもらった。女性に対して、女性からパートナーへの説明は依頼せず、パートナーに手渡すことのみを依頼した。この場合のパートナーの研究協力への同意は、質問紙①の返送をもって同意を得たとし、同意書（資料 14）と質問紙①（資料 1）の返送にて確認した。

2. 研究実施手順

1) 出生直後調査

出生直後調査（T1）は、研究協力者の子どもが日齢 3～7 日の時点で配布した。質問紙①（資料 1、2）の配布は、研究協力依頼時に研究協力施設内で行った。研究協力者には、「SF-8 アキュート版（8 項目）」「A. 属性に関する質問（母親 18 項目、父親 8 項目）」「B. ASI-J（8 項目）」「C. 子どもの泣き尺度（10 項目）」「D. MIBS-J（8 項目）」「E.F. STAXI（34 項目）」「G. ECR-RS（9 項目）」「H. VAWS（7 項目）」に回答してもらった（資料 1、2）。質問項目の中に、IPV の有無を問う内容の項目が含まれているため、回答中は他者に回答を見られることのないような場所を確保した。回答後は、速やかに質問紙①を封筒に入れて封をしてもらった。回収方法は、研究者に手渡しまたは回収箱、回答から 1 週間以内の郵送とした。

研究者は、女性の同意を得た後、子どもの属性（性別）や周産期異常（出生体重、在胎週数、NICU 入室有無）、女性の属性（初経産、分娩様式）について「チェックシート」（資料 7）を使用して診療録から情報を得た。また、子どもの 1 ヶ月健診日を「チェックシート」に記入し、T2 の一部は子どもの 1 ヶ月健診時の配布とした。研究協力者には、T2 は子どもの 1 ヶ月健診時、または郵送にて配布することを説明した。

2) 1 ヶ月後調査

1 ヶ月後調査（T2）は、研究協力者の子どもが月齢 1 ヶ月の時点で回答を得られるよう実施した。1 ヶ月後調査の配布時期までに、研究同意への撤回書（資料 16）の返送がなかった者全てに質問紙を配布した。質問紙②（資料 3、4）は、一部子どもの 1 ヶ月健診時に手渡しし、子どもの 1 ヶ月健診時に配布できなかった場合は郵送した。T2 では、「SF-8 ス

スタンダード版 (8 項目)」「A. 属性に関する質問 (母親 8 項目、父親なし)」「B. ASI-J (8 項目)」「C. 子どもの泣き尺度 (10 項目)」「D. MIBS-J (8 項目)」「E.F. STAXI (34 項目)」「G. ECR-RS (9 項目)」「H. VAWS (7 項目)」「I. CTS1-CTSPC (27 項目)」の回答を得た (資料 3、4)。回収方法はすべて郵送とし、回答から 1 週間以内の投函を求めた。

3) 3 ヶ月後調査

3 ヶ月後調査 (T3) は、全ての研究協力者に対し郵送にて配布した。T3 では、「SF-8 スタンダード版 (8 項目)」「A. 属性に関する質問 (母親 8 項目、父親なし)」「B. ASI-J (8 項目)」「C. 子どもの泣き尺度 (10 項目)」「D. MIBS-J (8 項目)」「E.F. STAXI (34 項目)」「G. ECR-RS (9 項目)」「H. VAWS (7 項目)」「I. CTS1-CTSPC (27 項目)」の回答を得た (資料 5、6)。回答後は、速やかに質問紙を封筒に入れて封をしてもらう。回収方法はすべて郵送とし、回答から 1 週間以内の投函を求めた。

3. データ管理の方法

質問紙はすべて無記名とし、質問紙 (資料 1~6)、チェックシート (資料 7) へ ID 番号を付記し、対応表によって得た情報が連結可能となるように、連結可能な匿名化を用いた。ID 番号は、研究への同意を得た順に研究者が付記した。また、パートナー間には同じ ID 番号を付記し、パートナーであることが回答後の質問紙から明らかになるようにした。連結する情報は、診療録から得た情報 (分娩様式、初経産、生活保護の有無、子どもの性別、アプガースコア、体重、在胎週数、NICU 入室有無) と質問紙、及び T2、T3 の質問紙配布に要する研究協力者の氏名と住所 (資料 15) である。対応表は、その他媒体とは別の鍵のかかる保管場所にて、研究者のみが厳重に保管し、研究目的に限り使用するため、個人を特定するためには使用できないよう配慮した。ただし、T2、T3 の虐待的養育態度に関する項目 (CTS1-CTSPC) への回答から、児童虐待防止法 (2000) の第二条に定められた *児童虐待の定義* に相当する程度の虐待的養育態度が見られた場合には、研究者の所属する期間の法律の専門家に対応方法を相談した。この、児童虐待の定義に相当する程度の虐待的養育態度とは、CTS1-CTSPC の No.16-19 の項目と考え、これら 4 項目について 1 つでも 1 以上と回答があった場合とした。対応表、及び氏名と住所 (資料 15) は、全ての質問紙の回収期間終了とともに速やかに破棄する。

4. 謝礼の渡し方

謝礼については、研究同意が得られた時と、3 回すべての質問紙に回答を得られた時の 2 回に分けて研究協力者に渡した。本研究に同意のあった研究協力者に対しては、T1 配布

時に謝礼を手渡した。3回すべての質問紙に回答を得られた方への謝礼については、T3の配布時に謝礼を同封した。

5. 研究実施期間中の研究協力者への配慮

研究者は、研究協力者が心身の健康面や IPV 等からの救済を要する場合に備え、適切な社会資源を得るための経路を準備した。1つ目の経路として、研究協力者全てに対し、乳児虐待に関する公的支援や相談窓口について、質問紙とともに配布した（資料 17）。ただし、IPV に関する情報は、希望者のみへの配布を予定したが、希望する者はいなかった。2つ目に、T2、T3 の間に、研究者から研究協力者全てにお便り（資料 18）を送付し、養育支援情報を提供した。資料 18 の内容は、虐待との関連が示唆された子どもの黄昏れ泣きや産褥うつ、父親の役割等に関するものに加え、予防接種の内容について記載した。

また、研究による心身の負担等が研究協力者に生じた場合に備え、研究協力施設の担当者を通して、適切な専門家を紹介し対応する経路の準備を整える。これらの支援経路があることを研究依頼時に説明するとともに、文書（資料 12、13）にて提示する。

VIII. 分析方法

1. 基本等計量の算出

各変数の基本統計量として、最小値、最大値、平均値 (M)、標準偏差 (SD) を算出する。

2. 測定用具の妥当性・信頼性の検討

本研究で作成した「子どもの泣き尺度」について、探索的因子分析、および確認的因子分析を施行し、構成概念妥当性を確認する。その他の測定用具については、先行研究で提示されている因子構造から下位尺度得点を算出する。各測定用具の下位尺度毎の信頼性係数 Cronbach's α を算出し、内的整合性について検討する。

3. 変数間の関係性の検討

各調査時点における各尺度の下位尺度得点間のピアソンの積率相関係数を算出し、乳児虐待と関連のある変数を抽出する。

4. 乳児虐待に影響する家族内の要因に関するモデルの作成

共分散構造分析を用いてモデルの検証を行うことで、「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル」を探索する。

以上の分析には、統計ソフト SPSS version 22.0 および AMOS version 22 を使用し、

統計の専門家のスーパーバイズを受ける。

IX. 倫理的配慮

本研究は、人を対象として行う探索研究であり、文部科学省・厚生労働省「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に沿って倫理的配慮には細心の注意を払う。研究協力の依頼の際は、以下の内容について口頭、及び文書にて説明し、同意を得た上で実施する。

1. 研究への協力は自由意思によるため、研究への参加、不参加、中断が可能であること、研究への協力が無い場合であっても、対象に不利益は一切生じないこと。研究に参加した後も、質問紙のすべてに回答する必要はないこと。研究同意の撤回については、質問紙の回収期間（2016年6月下旬）まで可能であること。
2. 研究への参加が中断した場合であっても、中断時までに回収した情報については研究に使用するが、研究同意の撤回書の返送があった場合には過去の情報の破棄ができること。
3. 本研究では、対象の同意のもと、診療録から個人情報を見直し、研究に必要な項目のみ転記する。閲覧、転記は、研究協力施設にて指定された時間と場所に限定し、転記の際には情報の漏洩、盗難、及び紛失することのないように細心の注意を払うこと。研究に使用する媒体は、鍵のかかる場所に保管し、研究者と研究補助者のみが研究目的のみで使用すること。
4. 本研究の質問紙に回答した後は、一人につき一つの封筒に入れて投函してもらう。
5. 本研究は、連結可能な匿名化のもとに情報収集を行うため、診療録から得た個人情報と質問紙の対応表を作成する。対応表は、その他媒体とは別の鍵のかかる保管場所にて、研究者のみが厳重に保管する。対応表は研究目的に限り使用し、対象の氏名と住所を記載した資料 15 とともに、質問紙回収期間終了とともに速やかに破棄すること。
6. 本研究によって、研究協力者に直接的な利益は想定されていない。ただし、質問紙配布時には、公的な養育支援窓口の情報、IPV 被害者支援に関する情報を提供し、研究期間中にはお便りにて養育支援情報を提供する。
7. 研究参加による心身への負担等が生じた場合に備え、研究協力施設を通して適切な専門家への支援経路が準備されていること。
8. 本研究で得たデータは、研究者が厳重に管理し、研究協力者に個別に開示することはない。また、協力者のパートナー、や協力施設スタッフから得たデータの開示を要求

された場合にも、公開することはない。ただし、本人から何らかの支援の希望があり、研究協力施設の相談窓口やその他支援機関への情報開示を求められた場合のみ、指定の機関へ情報を開示する。

9. 本研究で得たデータは、本研究目的以外にも二次的に利用する可能性がある。二次的にデータを利用する場合は、データはすべて数値化されており、研究者を除き個人が特定されることはない。得たデータは、博士論文としてまとめ、学会や学術雑誌等で公表するが、数値化し統計処理されるため、匿名性が保持されること。数値化したデータは、パスワードで保護されたパソコン、及びフラッシュメモリーに保存するが、紛失や盗難を避けるために不用意には持ち歩かないこと。
10. 質問紙とチェックシートは、データの再現を目的として、論文の発表後最低 10 年程度保存した後は、データについては復元不可能な状態に消去、紙媒体についてはシュレッダー等で裁断し破棄すること。
11. 本研究は聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を受けた上で実施する（承認番号：15-074）。
12. 聖路加国際大学研究倫理審査委員会において承認を得た後、研究協力施設への依頼を行う。研究協力施設より同意を得た後は、研究協力施設内の倫理審査委員会にて承認を得、本研究を実施する。
13. 聖路加国際大学倫理審査委員会において承認を得た後、日本看護学校看護学校協議会 共済会の総合補償制度 Will に加入する。
14. 本研究は、「平成 26 年度公益信託山路ふみ子専門看護教育研究助成基金」、及び「科学研究費助成事業（基盤研究 B）平成 25 年度～平成 28 年度（課題番号 25293458）」の補助を受けて実施する。

第5章 研究の結果

1. 対象者数

リクルート対象は、505名の分娩後の女性、及び501名のパートナーだった。同意を得た女性は482名、パートナーは319名であり、うち女性2名、パートナー1名から同意の撤回があった。最終的な研究協力者は女性480名、パートナー318名だった(図5)。なお、各質問紙に対し7割以上の回答があったものを有効回答とした。

480名の女性のうち、T1の返信は445名、有効回答は441名から得た(回収率92.7%、有効回答率99.1%)。T2の返信は398名、有効回答は397名から得た(回収率82.9%、有効回答率99.7%)。T3の返信は344名、有効回答は343名から得た(回収率69.6%、有効回答率99.7%)。すべてに有効回答を得た女性は、319名(66.5%)だった。318名のパートナーのうち、T1の返信は314名、有効回答は309名だった(回収率98.7%、有効回答率98.4%)。T2の返信は267名、有効回答は266名(回収率84.2%、有効回答率99.6%)、T3の返信は219名、有効回答は218名だった(回収率84.0%、有効回答率99.5%)。すべてに有効回答を得たパートナーは203名(63.6%)だった。T1~3回に有効回答を得た女性319名、パートナー203名を分析対象とした。

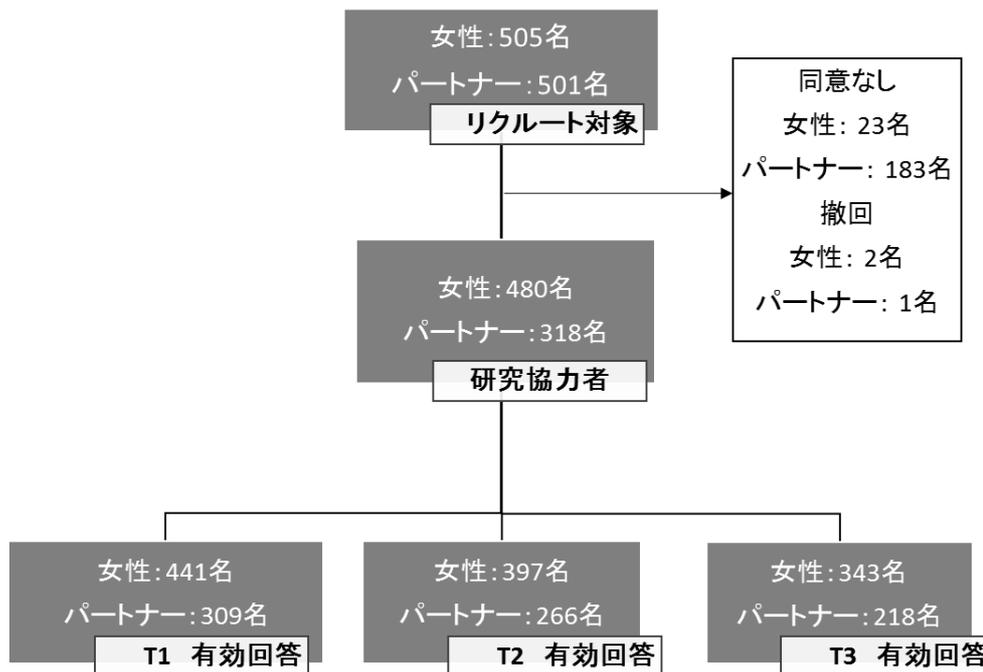


図5. 研究対象と質問紙の回収率. T1 = 出生直後調査, T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査.

II. 基本統計量

1. 養育者の属性

【母親の特性】および【父親の特性】として、女性とパートナーの〔属性〕について回答を得た。以下に父親と母親の〔属性〕に関する基本統計量を示す（表 5-1～5-5）。

1) 一般属性

分析対象となった女性 ($n = 319$)、およびパートナー ($n = 203$) の属性を表 5-1 に示す。

(1) 年齢

女性の年齢 ($M = 33.2$ 、 $SD = 4.6$) の最小値は 17、最大値は 44 であり、30～39 歳が最も割合が高く (69.9%)、次いで 20～29 歳 (17.2%)、40～49 歳 (6.6%)、20 歳未満 (1.3%) だった。男性の年齢 ($M = 34.6$ 、 $SD = 5.3$) の最小値は 20、最大値は 48 であり、30～39 歳が最も多く 125 名 (61.6%)、次いで 40～49 歳 (20.2%)、20～29 歳 (14.8%) だった。

(2) 婚姻状況

婚姻状況としては、既婚が 309 名 (96.9%)、未婚が 3 名 (0.9%)、パートナー不在が 3 名 (0.9%)、無回答 4 名 (1.3%) だった。

(3) パートナー間の同居

パートナー間に同居者ありが 302 名 (96.7%)、同居者なしが 15 名 (4.7%)、無回答 2 名 (0.6%) であった。

(4) 就労状況

女性の就労状況としては、常勤が 163 名 (51.1%) と最も多く、非常勤が 29 名 (9.1%)、無職が 126 名 (39.5%) だった。パートナーの就労状況としては、常勤が 299 名 (96.8%) とほとんどであり、非常勤が 5 名 (1.6%)、無職が 1 名 (0.3%) であった。

(5) 就学歴

女性の就学歴としては、中学校卒が 2 名 (0.6%)、高校卒が 51 名 (16.0%)、専門・短大卒が 104 名 (32.6%)、大学卒が 148 名 (46.4%)、大学院卒が 13 名 (4.1%)、無回答 1 名 (0.3%) だった。パートナーの就学歴としては、中学校卒が 6 名 (3.0%)、高校卒が 30 名 (14.8%)、専門・短大卒が 25 名 (12.3%)、大学卒が 105 名 (51.7%)、大学院卒が 33 名 (16.3%)、無回答 4 名 (2.0%) だった。

(6) 経済状況

世帯年収について回答した女性のうち ($n = 223$)、平均世帯年収は 869 万円 ($SD = 483.5$ 、範囲 120~5000 万円) であり、300 万未満が 1 世帯 (0.4%)、300 以上 500 万未満が 30 世帯 (13.5%)、500 万以上 700 万未満が 50 世帯 (22.4%)、700 万以上 1000 万未満が 71 世帯 (31.8%)、1000 万以上が 71 世帯 (31.8%) だった。また、生活保護世帯はなかった。

表5-1
養育者の属性

属性	女性 ($n = 319$)		パートナー ($n = 203$)	
	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)
年齢				
20歳未満	4	(1.3)	0	0
20~29歳	55	(17.2)	30	(14.8)
30~39歳	223	(69.9)	125	(61.6)
40~49歳	21	(6.6)	41	(20.2)
欠損値	19	(5.0)	7	(3.4)
婚姻状況				
既婚	309	(96.9)		
未婚	3	(0.9)		
パートナーなし	3	(0.9)		
欠損値	4	(1.3)		
パートナー間の同居				
あり	302	(96.7)		
なし	15	(4.7)		
欠損値	2	(0.6)		
就労状況				
常勤	163	(51.1)	299	(96.8)
非常勤	29	(9.1)	5	(1.6)
なし	126	(39.5)	1	(0.3)
欠損値	1	(0.3)	4	(1.3)
就学歴				
中学校卒	2	(0.6)	6	(3.0)
高校卒	51	(16.0)	30	(14.8)
専門・短大卒	104	(32.6)	25	(12.3)
大学卒	148	(46.4)	105	(51.7)
大学院卒	13	(4.1)	33	(16.3)
欠損値	1	(0.3)	4	(2.0)
世帯年収				
300万未満	1	(0.4)		
300以上500未満	30	(13.5)		
500以上700未満	50	(22.4)		
700以上1000未満	71	(31.8)		
1000以上	71	(31.8)		
不明	96			

2) 上の子の養育経験のある養育者の属性

子育て経験があると回答した女性 ($n = 140$)、パートナー ($n = 87$) の上の子に関する回答を表 5-2 に示す。

(1) 上の子への扱いにくさ

子育て経験のある女性のうち、上の子への扱いにくさを感じているのは 8 名 (5.7%) であり、上の子の成長発達に何らかの問題があると回答したのは 2 名 (1.4%) だった。子育て経験のあるパートナーのうち、上の子への扱いにくさを感じているのは 8 名 (9.1%) であり、扱いにくさを感じないと回答したのは 66 名 (75.0%)、無回答が 14 名 (15.9%) だった。

(2) 上の子の成長発達

上の子どもの成長発達については女性より回答を得、成長発達に何等かの問題があると回答したのは 2 名 (1.4%) のみだった。

(3) 上の子に関する子育て相談経験

子育て経験のある女性のうち、過去に子育て相談を受けたことがあると回答したのは 25 名 (17.9%) だった。子育て経験のあるパートナーのうち、過去に子育て相談を受けたことがあると回答したのは 2 名 (2.3%) のみだった。

表5-2
上の子の養育経験のある養育者の属性

属性	女性 ($n = 140$)		パートナー ($n = 87$)	
上の子の扱いにくさ				
扱いにくさを感じる	8	(5.7)	8	(9.1)
扱いにくさを感じる子はいない	129	(92.1)	66	(75.0)
欠損値	3	(2.1)	14	(15.9)
上の子の成長発達				
成長発達に問題がある	2	(1.4)		
問題がある子はいない	136	(97.1)		
欠損値	2	(1.4)		
上の子について子育て相談を受けた経験				
あり	25	(17.9)	2	(2.3)
なし	111	(79.3)	70	(80.5)
欠損値	4	(2.9)	15	(17.2)

注. 子育て経験者のみから得た回答を示した。

3) 産科的属性

T1 調査より得た産科的属性に関する回答を表 5-3 に示す。授乳状況に関する属性のみ、T1、T2、T3 より回答を得たため表 5-4 に分けて結果を提示した。

(1) 初経産

初産婦は 176 名 (55.5%)、経産婦は 141 名 (44.2%)、不明 2 名 (0.6%) だった。

(2) 分娩様式

普通分娩（無痛分娩含む）は 234 名 (73.4%)、腹式帝王切開術が 54 名 (16.9%)、器械分娩（吸引分娩、鉗子分娩）が 54 名 (16.9%) だった。

(3) 妊娠が分かった時の気持ち

女性の、妊娠がわかった時の気持ちについて、とても嬉しかったのは 252 名 (79.0%)、やや嬉しかったのは 50 名 (15.7%)、どちらともいえないのは 13 名 (4.1%)、あまり嬉しくなかったのは 1 名 (0.3%)、まったく嬉しくなかったのは 1 名 (0.3%) だった。

また、パートナーの妊娠が分かった時の気持ちとして、とても嬉しかったと回答したのは 177 名 (87.2%)、やや嬉しかったが 14 名 (6.9%)、どちらともいえないが 7 名 (3.4%)、あまり嬉しくなかった、まったく嬉しくなかったが 0 名、無回答が 5 名 (1.6%) だった。

(4) 母子手帳発行時期

母子手帳発行時期については、12 週未満が 250 名 (78.4%) であり、12 週から 19 週が 65 名 (20.4%)、20 週～分娩までが 1 名 (0.3%)、分娩後はいなかった。無回答 3 名 (0.9%) だった。

(5) 妊婦健診の受診状況

妊婦健診について、定期的に受診したと回答したのは 317 名 (99.4%)、時々受診しなかったのはおらず、ほとんど受診しなかったのは 1 名 (0.3%)、無回答は 1 名 (0.3%) だった。

(6) 切迫流早産傾向

切迫流早産傾向については、腹部が全く張らなかったのは 53 名 (16.6%)、張ったが薬は必要なかったのは 219 名 (68.7%)、張って内服したのは 38 名 (11.9%)、張って入院したのは 8 名 (2.5%)、無回答は 1 名 (0.3%) だった。

表5-3
養育者の産科的属性

属性	女性 (n = 319)	パートナー (n = 203)
初経産		
初産	176 (55.5)	
経産婦	141 (44.2)	
欠損値	2 (0.6)	
分娩様式		
普通分娩(無痛分娩含)	234 (73.4)	
器械分娩(鉗子・吸引)	34 (9.4)	
腹式帝王切開	54 (16.9)	
欠損値	1 (0.3)	
妊娠時の気持ち		
とても嬉しかった	252 (79.0)	177 (87.2)
やや嬉しかった	50 (15.7)	14 (6.9)
どちらともいえない	13 (4.1)	7 (3.4)
あまり嬉しくなかった	1 (0.3)	0 (0.0)
まったく嬉しくなかった	1 (0.3)	0 (0.0)
欠損値	2 (0.6)	5 (2.5)
母子手帳発行時期		
12週未満	250 (78.4)	
12週～19週	65 (20.4)	
20週～分娩まで	1 (0.3)	
分娩後	0 (0.0)	
欠損値	3 (0.9)	
妊婦健診		
定期的に受診した	317 (99.4)	
時々受診しなかった	0 (0.0)	
ほとんど受診しなかった	1 (0.3)	
欠損値	1 (0.3)	
切迫流早産傾向		
全く張らなかった	53 (16.6)	
張ったが薬は必要なかった	219 (68.7)	
張って内服した	38 (11.9)	
張って入院した	8 (2.5)	
欠損値	1 (0.3)	

(7) 授乳状況

T1での授乳回数 ($M = 9.9$, $SD = 3.3$) は、13回以上15回未満が最も多く121名 (37.9%)であり、次いで6回以上13回未満が106名 (33.2%)、15回以上31名 (9.7%)であった。一方で、T2 ($M = 9.8$, $SD = 2.1$) ではほとんどが6回以上13回未満を占め、264名 (82.8%)であった。T3 ($M = 7.1$, $SD = 9.8$) では、6回以上13回未満が220名 (69.0%)と最も多く、次いで6回未満が99名 (28.9%)であり、13回以上と回答したのは3名のみだった (表5-4)。

授乳方法としては、T1では母乳のみが105名 (32.9%)、母乳とミルク (母乳の方が多) が107名 (33.5%)、母乳とミルク (半々) が41名 (12.9%)、母乳とミルク (ミルクの方が多) が60名 (18.8%)、ミルクのみ1名 (0.3%)といった分布であったが、T2から母乳のみが最も多くなり、T1で144名 (45.1%)、T3で177名 (55.5%)まで上昇した。

表5-4
養育者の授乳状況

属性	女性		
	T1 ($n = 319$)	T2 ($n = 319$)	T3 ($n = 319$)
授乳回数			
6回未満	13 (4.1)	1 (0.3)	95 (29.8)
6回以上13回未満	106 (33.2)	264 (82.8)	220 (69.0)
13回以上15回未満	121 (37.9)	13 (4.1)	1 (0.3)
15回以上	31 (9.7)	8 (2.5)	3 (0.9)
欠損値	48 (15.0)	33 (10.3)	0 0.0
授乳方法			
母乳のみ	105 (32.9)	144 (45.1)	177 (55.5)
母乳とミルク(母乳が多い)	107 (33.5)	116 (36.4)	85 (26.6)
母乳とミルク(半々)	41 (12.9)	26 (8.2)	19 (6.0)
母乳とミルク(ミルクが多い)	60 (18.8)	20 (6.3)	20 (6.3)
ミルクのみ	1 (0.3)	10 (3.1)	17 (5.3)
欠損値	5 (1.6)	3 (0.9)	1 (0.3)

注. 女性のみから回答を得た. T1 = 出生直後調査, T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査.

4) 養育環境に関する属性

T1、T2、T3における養育者の養育環境について表5-5に示す。

(1) 生活の場所

女性の回答において、T1時点で里帰り予定ありと回答したのは133名(41.7%)、予定なしと回答したのは179名(56.1%)であった。実際に、T2時点(子どもの出生1か月後)までに里帰りをしたと回答したのは111名(34.8%)、T3時点(子どもの出生1か月後～3か月後の間)では13名(4.1%)まで減少していたことから、子どもの出生3か月後までの間にほとんどの女性は自宅を主な生活場所としていることが示された。

また、パートナーのほとんどは、T3時点(子どもの出生3か月後)までの間の主な生活場所を自宅と回答したが、T2にて12名(5.9%)、T3にて4名(2.0%)は女性の実家で過ごすと回答した。

(2) 出産後の子育て支援

出産後の子育て支援については、女性から回答を得た。すべての時点において、9割以上の女性は、何等かの子育て支援はあると回答した。

表5-5
養育者の養育環境

属性	女性			パートナー	
	T1 (n = 319)	T2 (n = 319)	T3 (n = 319)	T2 (n = 203)	T3 (n = 203)
里帰り ^a					
あり	133 (41.7)	111 (34.8)	13 (4.1)		
なし	179 (56.1)	200 (62.7)	302 (94.7)		
未定	4 (1.3)				
欠損値	3 (0.9)	8 (2.5)	4 (1.2)		
生活場所					
自宅				179 (88.2)	194 (95.6)
自分の実家				9 (4.4)	2 (1.1)
女性実家				12 (5.9)	4 (2.0)
欠損値				3 (1.5)	3 (1.5)
子育て支援 ^a					
なし	16 (5.0)	10 (3.1)	15 (4.7)		
あり	302 (94.7)	309 (96.9)	303 (95.0)		
欠損値	1 (0.3)		1 (0.3)		

注. ^aT1では予定について回答を得た。T1 = 出生直後調査, T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査。

2. 子どもの属性

【子どもの特性】として、子どもの〔属性〕について回答を得た。以下に、子どもの〔属性〕に関する基本統計量を示す（表 6-1～6-3）。

1) 子どもの一般属性（表 6-1）

(1) 性別

子どもの性別は、男児 159 名（49.8%）、女児 160 名（50.2%）だった。

(2) 出生体重

出生体重の平均は 3038.5g ($SD = 363.7$)、最小値 1690、最大値 4228 だった。

2) 子どもの健康

(1) 子どもの周産期異常（表 6-1）

319 名の子どものうち、2500g 未満の低出生体重児は 19 名（6.0%）、2500g 以上は 300 名（94.0%）だった。37 週未満の早産児は 4 名（1.3%）、正期産児が 313 名（98.1%）、過期産児 2 名（0.6%）だった。NICU 入室によって母子分離があったのは 3 名（0.9%）、NICU 入室のなかったのは 316 名（99.1%）だった。

表6-1
子どもの属性と周産期異常

属性	n = 319	
性別		
男	159	(49.8)
女	160	(50.2)
出生体重		
2500g未満	19	(6.0)
2500g以上	300	(94.0)
アプガースコア(1分値)		
7点以下	6	(1.9)
8点	87	(27.3)
9点	211	(66.1)
10点	4	(1.3)
欠損値	11	(3.4)
アプガースコア(5分値)		
8点	6	(1.9)
9点	148	(46.4)
10点	154	(48.3)
欠損値	11	(3.4)
在胎週数		
28～36週	4	(1.3)
37～41週	313	(98.1)
42週以降	2	(0.6)
NICU入室		
あり	3	(0.9)
なし	316	(99.1)

(2) 子どもの健康 (表 6-2)

T3 時点 (子どもの出生 3 か月後) までに、ほぼすべての女性が子どもの普段の健康状態は良好だったと回答し、成長発達についての指摘もなかったと回答した。救急外来の受診があったと回答したのは、T2 時点までに 7 名 (2.2%)、T2 以降 T3 時点までに 17 名 (5.3%) だった。1 か月健診については、T2 時点までに受診したと回答したのは 259 名 (81.2%) であり、残りの回答もすべて受診予定ありだった。T3 時点までに、2 名をのぞく 317 名 (99.4%) が 1 か月健診を受診したと回答した。予防接種については、T3 時点までに 307 名 (96.2%) が受けたと回答し、他の 11 名 (3.4%) も受診予定ありと回答した。

表6-2
子どもの健康

属性	T2 (n = 319)	T3 (n = 319)
普段の健康状態		
良好	316 (99.1)	316 (99.1)
自宅療養を要する	0	1 (0.3)
入院している	2 (0.6)	1 (0.3)
欠損値	1 (0.3)	1 (0.3)
成長発達への指摘		
指摘されたことはない	281 (88.1)	302 (94.7)
指摘されたが、今は問題ない	27 (8.5)	11 (3.4)
指摘され、今も経過観察中	10 (3.1)	5 (1.6)
欠損値	1 (0.3)	1 (0.3)
救急外来の受診歴		
ない	311 (97.5)	301 (94.4)
ある	7 (2.2)	17 (5.3)
欠損値	1 (0.3)	1 (0.3)
1ヶ月健診受診		
受診した	259 (81.2)	317 (99.4)
未受診だが受診予定あり	59 (18.5)	0
未受診であり受診予定なし	0	1 (0.3)
欠損値	1 (0.3)	1 (0.3)
予防接種の受診		
受けた		307 (96.2)
未受診だが受診予定あり		11 (3.4)
未受診であり受診予定なし		0
欠損値		1 (0.3)

注. T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査.

(3) 子どもとの睡眠環境 (表 6-3)

女性において、T3 時点まではいずれも 9 割以上が子どもと一緒に寝ていると回答したが、パートナーについては、T2 時点まで子どもと一緒に寝ているのは 4 割程度、T3 時点までで約 6 割にとどまった。子どもが一晩に起きる回数としては、T2 時点までは 3~4 回が最も多く (48.9%)、T3 時点まででは 1~2 回 (69.9%) が最も多かった。また、T2 時点までは夜間に 1 回も起きないと回答したのが 2 名 (0.6%) のみだったが、T3 時点までには 42 名 (13.2%) まで増加がみられた。子どもが夜間に起きてから寝入るまでの所要時間については、T2 時点までは 30 分~1 時間が 150 名 (47.0%) と最も多く、1 時間以上が 45 名 (14.1%) と多かった。一方、T3 時点までになると、寝入るまでの所要時間は 10 分~30 分との回答が最も多く (48.9%) となり、1 時間以上と回答したのも 3 名 (0.9%) まで減少した。

表6-3
子どもとの睡眠環境

属性	女性		パートナー	
	T2 (n = 319)	T3 (n = 319)	T2 (n = 203)	T3 (n = 203)
子どもと一緒に寝ている				
寝ている	305 (95.6)	300 (94.0)	127 (39.8)	184 (57.7)
寝ていない	14 (4.4)	18 (5.7)	192 (60.2)	134 (42.0)
欠損値		1 (0.3)		1 (0.3)
子どもが一晩に起きた回数				
0回	2 (0.6)	42 (13.2)		
1~2回	146 (45.8)	223 (69.9)		
3~4回	156 (48.9)	49 (15.4)		
5回以上	14 (4.4)	3 (0.9)		
欠損値	1 (0.3)	2 (0.6)		
子どもが夜中に起きてから寝入るまでの所要時間				
10分以内	24 (7.5)	91 (28.5)		
10分~30分	98 (30.7)	156 (48.9)		
30分~1時間	150 (47.0)	53 (16.6)		
1時間以上	45 (14.1)	3 (0.9)		
欠損値	2 (0.6)	16 (5.0)		

注. T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査.

3. 養育者の怒り

【母親の特性】および【父親の特性】として、女性とパートナーの[怒り]について回答を得た。[怒り]は、STAXIを用いて測定した。先行研究(鈴木 & 春木, 1994)から、STAXIは特性怒り、怒り表出、怒り制御、怒り抑制の4因子から成ることを前提として、この4下位因子毎の因子得点を算出し、その基本統計量を求めた。各調査時点における、女性、およびパートナーのSTAXIの基本統計量を表7に示す。因子得点算出の際は、各下位項目の8割以上の回答がある場合に有効回答とし、8割に満たない場合には欠損値として扱った。

表7より、女性とパートナーのそれぞれの時点毎の変数変化に着目すると、大きな変化はみられなかった。また、女性とパートナーの得点分布を比較した場合にも、大きな差はみられなかった。

表7

養育者の怒りの基本統計量 (STAXI)

観測変数	時点	n	女性						パートナー					
			最小	最大	M (SD)	歪度	Chronbach's α	n	最小	最大	M (SD)	歪度	Chronbach's α	
特性怒り	T1	317	10	38	21.7 (5.3)	0.15	.86	203	10	34	20.0 (5.2)	-0.01	.84	
	T2	315	10	40	21.6 (5.8)	0.18	.88	202	10	35	19.8 (5.8)	0.30	.89	
	T3	318	10	40	21.1 (5.8)	0.35	.88	203	10	40	19.4 (6.3)	0.37	.89	
怒り表出	T1	316	8	23	13.5 (3.3)	0.41	.74	203	8	22	12.1 (3.1)	0.59	.72	
	T2	317	8	23	13.1 (3.3)	0.53	.75	201	8	20	12.0 (3.0)	0.62	.75	
	T3	316	8	24	13.0 (3.3)	0.59	.75	202	8	24	12.0 (3.4)	0.82	.80	
怒り抑制	T1	318	8	23	14.5 (3.2)	0.14	.69	202	8	22	12.1 (2.9)	-0.03	.57	
	T2	317	8	24	14.1 (3.4)	0.14	.72	203	8	23	14.9 (3.2)	-0.18	.72	
	T3	314	8	24	13.8 (3.1)	0.20	.68	203	8	23	14.6 (3.4)	0.27	.73	
怒り制御	T1	315	7	21	14.9 (3.1)	-0.18	.78	203	7	21	16.5 (3.1)	-0.57	.80	
	T2	314	7	21	15.2 (3.3)	-0.25	.83	200	7	21	16.5 (3.2)	-0.77	.83	
	T3	314	7	21	15.3 (3.4)	-0.08	.84	202	7	21	16.3 (3.6)	-0.72	.86	

注. STAXI = State-Trait Anger Expression Inventory. T1 = 出生直後調査, T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査.

4. 健康

【母親の特性】および【父親の特性】として、女性とパートナーの〔健康〕について回答を得た。本研究では、〔健康〕として心身の健康と睡眠状況を想定した。〔健康〕に関する基本統計量は、表 8-1、8-2 に示す。

1) 心身の健康

〔健康〕の 1 つである心身の健康は SF-8 (福原 & 鈴嶋, 2004) を用いて測定した。国民標準値に基づくスコアリング法によって、身体的サマリースコア (PCS)、および精神的サマリースコア (MCS) を算出した。各調査時点における、女性、およびパートナーの基本統計量を表 8-1 に示す。SF-8 では、得点が高いほどに健康度が高いことを示す。

表 8-1 より、SF-8 の分布については、女性とパートナーの間に複数の違いが見られた。まず、PCS について女性とパートナーの時点間の平均値の変化に着目すると、女性では 10 点程度差があるのに対し、男性では 2 点未満の差だった。また、女性においては T1 における PCS が最も低かったのに対し、パートナーにおいては T1 における PCS が最も高いという点にも違いがみられた。一方で、MCS については、女性、パートナーともに時点間の平均値の変化はほとんどなかったが、女性、パートナーともに T2 時点の MCS が最も低かった。

表8-1

養育者の健康(心身の健康)の基本統計量(SF-8)

観測変数	時点	女性					パートナー				
		n	最小	最大	M(SD)	歪度	n	最小	最大	M(SD)	歪度
身体的サマリースコア (PCS)	T1	284	12.6	58.5	39.2 (9.5)	-0.36	194	27.4	62.3	52.8 (4.6)	-2.07
	T2	316	21.6	61.0	43.7 (7.9)	-0.58	201	27.1	61.8	51.6 (5.0)	-1.39
	T3	315	15.8	61.1	49.2 (6.3)	-1.36	203	11.9	61.0	50.9 (6.2)	-2.20
精神的サマリースコア (MCS)	T1	284	21.9	67.9	49.5 (8.7)	-0.55	194	32.3	57.4	50.9 (4.6)	-1.25
	T2	316	22.4	63.2	46.2 (6.9)	-0.49	201	26.0	57.5	48.6 (6.2)	-0.92
	T3	315	22.1	59.6	49.2 (6.0)	-1.03	203	25.2	60.9	50.0 (1.3)	-1.33

注. SF-8 = SF8 Health Survey, T1 = 出生直後調査, T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査.

2) 睡眠状況

[健康] の1つである睡眠状況は AIS-J (Okajima et al., 2013) を用いて測定した。先行研究 (Okajima et al., 2013) から、AIS-J は nocturnal sleep problem (夜間不眠) と daytime dysfunction (日中の機能障害) の2因子から成ることを前提として、この2因子毎の因子得点を算出し、その基本統計量 (度数、最大値、最小値、平均値、標準偏差、歪度) を求めた。各調査時点における、女性、およびパートナーの AIS-J の基本統計量を表 8-2 に示す。因子得点算出の際は、各下位項目の8割以上の回答がある場合に有効回答とし、8割に満たない場合には欠損値として扱った。

表 8-2 より、AIS-J の分布については、女性とパートナーの間に複数の違いが見られた。まず、夜間不眠について女性とパートナーの平均値の変化に着目すると、女性では3点ほどの差があり、T1 が高いのに対し、パートナーでは時点間の差がほとんどなく、一定して2点前後であった。また、日中の機能障害について女性とパートナーの平均値の変化に着目すると、それぞれ時点毎の変化はほとんどないが、男女での平均値をみると女性の方が高かった。

表8-2

養育者の健康(睡眠)の基本統計量 (AIS-J)

観測変数	時点	女性							パートナー					
		<i>n</i>	最小	最大	<i>M</i> (<i>SD</i>)	歪度	Chronbach's α	<i>n</i>	最小	最大	<i>M</i> (<i>SD</i>)	歪度	Chronbach's α	
夜間不眠	T1	310	0	15	5.6 (3.1)	0.45	0.82	202	0	7	1.9 (1.8)	0.88	0.75	
	T2	314	0	15	3.8 (2.5)	1.21	0.79	200	0	15	2.4 (2.1)	1.63	0.78	
	T3	319	0	15	2.6 (2.3)	1.45	0.75	202	0	15	2.2 (2.1)	1.69	0.79	
日中の機能障害	T1	314	0	5	1.9 (1.3)	0.26	0.69	203	0	6	0.5 (1.0)	1.97	0.78	
	T2	318	0	6	2.0 (1.3)	0.52	0.80	202	0	6	0.8 (1.1)	1.42	0.74	
	T3	319	0	6	1.1 (1.2)	1.08	0.73	202	0	4	0.7 (1.1)	1.40	0.77	

注. AIS-J = the Japanese version of the Athens Insomnia Scale. T1 = 出生直後調査, T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査.

5. 子どもの泣き

1) 各項目の基本統計量

【子どもの特性】として、子どもの「泣き」について女性およびパートナーから回答を得た。「泣き」は、本研究で作成した「子どもの泣き尺度」を用いて測定した。

まず、各調査時点における、女性、およびパートナーの子どもの泣き尺度の基本統計量（平均値、標準偏差、歪度）を表 9 に示す。項目 6「母乳やミルクを飲ませようとしても、飲まずに泣いている（ぐずっている）」については、一部で床効果がみられ、項目 10「かんしゃく（手を付けられない程激しく泣く）を起こす」については、女性およびパートナーからのすべての調査時点における回答で床効果がみられた。

2) 子どもの泣き尺度の配置不変性と測定不変性

(1) 探索的因子分析

「子どもの泣き尺度」10 項目について、本研究対象における因子構造を探るために、まず探索的因子分析（EFA）を行った。各調査時点で、女性、およびパートナーから得たデータについて、それぞれ探索的因子分析（EFA）を実施した（表 10-1）。因子抽出法は最尤法、プロマックス回転、固有値の下限を 1 と設定し、スクリープロットにより因子数を決定した。EFA では、女性、パートナーともに 2 因子が抽出されたが、項目 3「突然、意味もなく泣き出す（ぐずり出す）」、項目 5「起きている時は、穏やかな時間よりも泣いている時間の方が長い」については、時点毎や男女毎に因子負荷量がどちらの因子に高くなるかばらつきがみられるとともに、どちらの因子にも因子負荷量が高くなる傾向がみられた。

各項目の基本統計量の分布、および EFA の結果より、床効果が強くみられた項目 10 と、EFA にて男女や時点での因子負荷に違いのみられた項目 3、項目 5 の 3 つを除いた計 7 項目において、再度 EFA を実施した（表 10-2）。7 項目での EFA によると、女性とパートナーでの因子構造は同様となった。

表9

子どもの泣き尺度の基本統計量

項目	T1						T2						T3					
	<i>n</i>	最小	最大	<i>M</i> (<i>SD</i>)	歪度		<i>n</i>	最小	最大	<i>M</i> (<i>SD</i>)	歪度		<i>n</i>	最小	最大	<i>M</i> (<i>SD</i>)	歪度	
1 昼間よりも夕方から夜に泣く	315	1	5	3.56	(1.02)	-0.41	319	1	5	3.23	(1.07)	-0.17	319	1	5	3.27	(1.15)	-0.31
	184	1	5	3.08	(1.01)	-0.45	197	1	5	3.33	(0.93)	-0.12	201	1	5	3.30	(1.02)	-0.47
2 起きているとき、一人にされると泣く	316	1	5	2.59	(1.09)	0.27	319	1	5	3.39	(1.01)	-0.39	319	1	5	3.38	(1.01)	-0.43
	183	1	5	2.59	(1.08)	0.07	200	1	5	3.26	(0.97)	-0.14	201	1	5	3.33	(0.95)	-0.45
3 突然、意味もなく泣き出す	316	1	5	2.38	(0.98)	0.36	319	1	5	2.55	(0.94)	0.24	315	1	5	2.44	(0.95)	0.31
	184	1	5	2.32	(0.97)	0.41	199	1	5	2.62	(0.98)	0.36	200	1	5	2.59	(0.98)	0.22
4 寝そうな時でも、ベッドや布団におくと起きて泣く	316	1	5	3.08	(1.15)	-0.14	319	1	5	3.81	(0.94)	-0.73	319	1	5	3.41	(1.09)	-0.47
	185	1	5	2.65	(1.15)	0.15	200	1	5	3.49	(0.98)	-0.57	201	1	5	3.57	(1.03)	-0.63
5 起きている時は、穏やかな時間よりも泣く時間の方が長い	315	1	5	2.48	(1.08)	0.40	318	1	5	2.64	(0.99)	0.18	319	1	5	2.00	(0.83)	0.68
	185	1	5	2.18	(0.92)	0.68	199	1	5	2.49	(0.87)	0.32	201	1	5	2.13	(0.83)	0.77
6 母乳やミルクを飲ませようとしても、飲まずに泣く	316	1	5	1.87	(0.97)	0.99	318	1	4	1.48	(0.71)	1.39	319	1	5	1.60	(0.81)	1.42
	184	1	4	1.78	(0.81)	0.68	199	1	4	1.67	(0.70)	0.66	201	1	5	1.83	(0.85)	1.07
7 母乳やミルクを飲んだ後でも、泣く	316	1	5	2.44	(1.15)	0.28	319	1	5	2.35	(0.96)	0.39	319	1	5	1.91	(0.90)	0.87
	185	1	5	1.97	(0.86)	0.53	200	1	5	2.17	(0.83)	0.64	201	1	4	2.01	(0.77)	0.59
8 泣いてから落ち着くまでに、時間がかかる	315	1	5	2.36	(0.92)	0.32	319	1	5	2.43	(0.96)	0.33	317	1	5	2.22	(0.94)	0.47
	186	1	5	2.20	(0.93)	0.33	100	1	5	2.37	(0.84)	0.42	201	1	5	2.41	(0.85)	0.19
9 抱っこしたり、あやしても泣く	316	1	5	2.40	(0.94)	0.24	319	1	5	2.45	(1.03)	0.30	319	1	5	2.14	(0.95)	0.71
	185	1	4	2.19	(0.84)	0.28	199	1	4	2.40	(0.90)	0.19	201	1	5	2.45	(0.90)	0.41
10 かんしゃく(手を付けられない程激しく泣く)を起こす	316	1	5	1.62	(0.82)	1.51	319	1	5	1.75	(0.94)	1.11	319	1	5	1.62	(0.86)	1.33
	186	1	4	1.60	(0.83)	1.10	200	1	5	1.81	(0.92)	1.06	201	1	5	1.86	(0.97)	0.89

注: 上段に女性, 下段にパートナーの値を示した. T1 = 出生直後調査, T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査.

表10-1

子どもの泣き尺度の探索的因子分析における因子負荷量(10項目)

項目		女性		パートナー	
		因子負荷量		因子負荷量	
		第1因子	第2因子	第1因子	第2因子
1. 昼間よりも夕方から夜に泣く(ぐずる)	T1	.450	.083	.378	.098
	T2	.212	.287	.473	-.109
	T3	.331	.151	.444	.140
2. 起きているとき、一人にされると泣く(ぐずる)	T1	.622	-.099	.863	-.096
	T2	.665	-.098	.818	-.263
	T3	.840	-.200	.825	-.183
3. 突然、意味もなく泣き出す(ぐずり出す)	T1	.381	.307	.686	.086
	T2	.301	.395	.618	.195
	T3	.356	.332	.441	.320
4. 寝そうなときでも、 ベッドや布団におくと起きて泣く(ぐずる)	T1	.849	-.225	.816	.012
	T2	.775	-.047	.550	.134
	T3	.637	.098	.810	-.064
5. 起きている時は、穏やかな時間よりも 泣いている(ぐずる)時間の方が長い	T1	.528	.160	.249	.409
	T2	.362	.358	.357	.442
	T3	.345	.357	.394	.297
6. 母乳やミルクを飲ませようとしても、 飲まずに泣いている(ぐずっている)	T1	-.161	.661	.013	.454
	T2	-.060	.440	-.181	.485
	T3	-.040	.456	-.148	.631
7. 母乳やミルクを飲んだ後でも、 泣いている(ぐずっている)	T1	.485	.229	.485	.229
	T2	.151	.440	.151	.440
	T3	.069	.555	.069	.555
8. 泣いて(ぐずって)から落ち着くまでに、 時間がかかる	T1	.058	.797	.067	.796
	T2	-.025	.828	-.076	.810
	T3	-.009	.840	.045	.777
9. 抱っこしたり、あやしても泣く(ぐずる)	T1	.130	.718	-.051	.821
	T2	-.012	.830	-.089	.782
	T3	-.063	.835	.033	.779
10. かんしゃく(手を付けられない程激しく泣く) を起こす	T1	-.080	.712	.020	.686
	T2	-.106	.764	.139	.523
	T3	.013	.605	.126	.645

注: 因子負荷量>.30の場合、太字表記とした。T1 = 出生直後調査, T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査。

表10-2

子どもの泣き尺度の探索的因子分析における因子負荷量(7項目)

項目		女性		パートナー	
		因子負荷量		因子負荷量	
		第1因子	第2因子	第1因子	第2因子
1. 昼間よりも夕方から夜に泣く(ぐずる)	T1	.348	.216	.382	.143
	T2	.258	.300	.508	-.069
	T3	.305	.195	.479	.109
2. 起きているとき、一人にされると泣く(ぐずる)	T1	.530	.000	.967	-.108
	T2	.420	.083	.670	-.146
	T3	.876	-.136	.753	-.106
4. 寝そうなときでも、 ベッドや布団におくと起きて泣く(ぐずる)	T1	.882	-.151	.642	.154
	T2	1.024	-.056	.593	.177
	T3	.546	.199	.795	-.029
6. 母乳やミルクを飲ませようとしても、 飲まずに泣いている(ぐずっている)	T1	-.125	.572	.035	.427
	T2	-.037	.384	-.179	.472
	T3	-.020	.432	-.151	.661
7. 母乳やミルクを飲んだ後でも、 泣いている(ぐずっている)	T1	.364	.376	.050	.676
	T2	.073	.495	.034	.611
	T3	.061	.574	-.060	.770
8. 泣いて(ぐずって)から落ち着くまでに、 時間がかかる	T1	.001	.857	.042	.827
	T2	-.014	.865	.004	.743
	T3	.032	.814	.143	.714
9. 抱っこしたり、あやしても泣く(ぐずる)	T1	.060	.768	-.033	.809
	T2	.042	.773	.034	.752
	T3	-.028	.826	.149	.674

注. 因子負荷量>.30の場合、太字表記とした。T1 = 出生直後調査, T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査。

(2) 多母集団同時分析による確認的因子分析

EFAによって得た2因子構造について、女性(T1~T3)およびパートナー(T1~T3)各集団における配置不変性、および測定不変性を確認するために7項目において多母集団同時分析を実施した。欠損値については、完全情報最尤推定法を用いて欠損値代入を行った。

まず、EFAによって得た2因子構造について、女性およびパートナーの時点毎の6つのモデルを作成し、モデルの適合が良いことが確認された。続いて、多母集団同時分析による確認的因子分析を実施した結果、配置不変モデルの適合度指数は、 $CMIN/DF = 0.60$ 、 $CFI = .86$ 、 $AIC = 813.46$ であったのに対し、測定不変モデルの適合度指数は、 $CMIN/DF = 5.02$ 、 $CFI = .86$ 、 $AIC = 794.80$ 、 $RMSEA = .045$ ($CMIN = 31.34$ 、 $p = .18$)であったことから、測定不変モデルが採択された(図6)。なお、Kenny (2011)によると、「独立モデルのRMSEAが.158未満の時、CFIを適合度指数として用いることは適さない」と述べられている。測定不変モデルのCFIは.858であったが、独立モデルにおけるRMSEAが.103であったことから、RMSEAを適合度指標とし、良好なモデルと判断した。以上の分析結果より、子どもの泣き尺度は、項目1、2、4から成る第1因子(F1)と、項目6、7、8、9から成る第2因子(F2)の2因子構造において、各調査時点における女性、パートナーの各集団の配置不変性と測定不変性が成り立つ、と判断した。

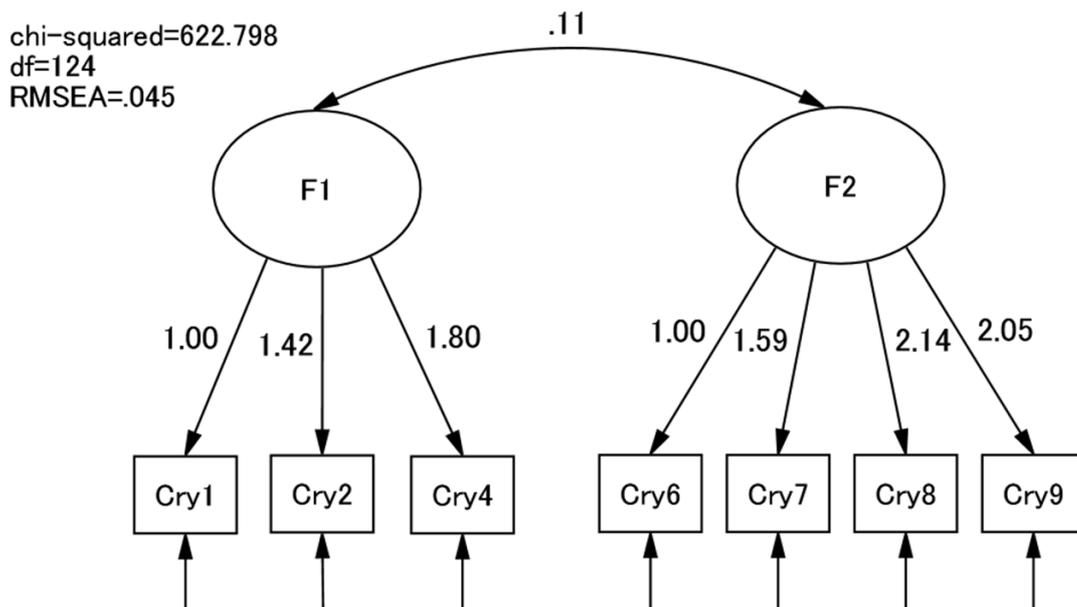


図6. 多母集団同時分析による確認的因子分析(非標準化解).

(3) 因子構造の解釈

第1因子(F1)は、項目1「昼間よりも夕方から夜に泣く(ぐずる)」項目2「起きているとき、一人にされると泣く(ぐずる)」項目4「寝そうなときでも、ベッドや布団におくと起きて泣く(ぐずる)」というように、養育者が想定(予期)していることに反して泣き出す、ということに関する因子であるため、「予期に反する泣き」と命名した。続いて、第2因子(F2)は、項目6「母乳やミルクを飲ませようとしても、飲まずに泣いている(ぐずっている)」項目7「母乳やミルクを飲んだ後でも、泣いている(ぐずっている)」項目8「泣いて(ぐずって)から落ち着くまでに、時間がかかる」項目9「抱っこしたり、あやしても泣く(ぐずる)」というように、子どもの泣きに対して何らかの対処をしたにもかかわらず子どもが泣き続けている、ということに関する因子であるため、「対処に反して持続する泣き」と命名した。

除外された項目3「突然、意味もなく泣き出す(ぐずり出す)」項目5「起きている時は、穏やかな時間よりも泣いている(ぐずる)時間の方が長い」項目10「かんしゃく(手を付けられない程激しく泣く)」について、男女での測定不変性が成り立たなかった理由としては、いずれの項目も子どもと過ごす時間の長さによって回答に偏りが生じたことが推測された。つまり、女性とパートナーでは、子どもと過ごす時間に差があるため、因子構造の違いとして現れたと考えられた。

以上より、本研究において子どもの泣き尺度は、第1因子「予期に反する泣き」、第2因子「対処に反して持続する泣き」の2因子構造であると捉えた。

3) 子どもの泣きの下位尺度得点

【子どもの特性】として、女性とパートナーから子どもの[泣き]について回答を得た。[泣き]は、予期に反する泣き、対処に反して持続する泣きの2因子から成ることから、この2下位因子毎の因子得点を算出し、その基本統計量を求めた(表11)。因子得点算出の際は、各下位項目の8割以上の回答がある場合に有効回答とし、8割に満たない場合には欠損値として扱った。

これらの因子毎に、Chronbach's α を算出した(表11)。「予期に反する泣き」では、女性において.66(T1)、.55(T2)、.61(T3)、パートナーにおいて.72(T1)、.73(T2)、.69(T3)、「対処に反して持続する泣き」では、女性において.78(T1)、.75(T2)、.62(T3)、パートナーにおいて.80(T1)、.76(T2)、.80(T3)だった。以上より、本研究で得た下位尺度毎の内的整合性はほぼ一定して確認された。

表11より、子どもの泣き尺度の分布について、女性とパートナーの平均値を比較すると、予期に反する泣き、対処に反して持続する泣きは、T1においてのみ男女間で1点ほどの差があり、女性の方が高かったものの、T2、T3の時点においては、大きな男女の差がみられなかった。

表11

子どもの泣きの基本統計量(子どもの泣き尺度)

観測変数	時点	女性							パートナー				
		n	最小	最大	M(SD)	歪度	Chronbach's α	n	最小	最大	M(SD)	歪度	Chronbach's α
予期に反する泣き	T1	315	3	15	9.2 (2.4)	-0.06	.66	183	3	15	8.3 (2.6)	-0.36	.72
	T2	319	3	15	10.4 (2.2)	-0.54	.55	197	4	15	10.1 (2.1)	0.06	.73
	T3	319	3	15	10.1 (2.5)	-0.41	.61	201	3	15	10.2 (2.4)	-0.59	.69
対処に反して持続する泣き	T1	315	4	20	9.1 (3.1)	0.26	.78	183	4	15	8.1 (2.7)	0.14	.80
	T2	318	4	18	8.7 (2.8)	0.36	.75	198	4	15	8.6 (2.4)	0.14	.76
	T3	317	4	20	7.9 (2.8)	0.78	.62	201	4	19	8.7 (2.7)	0.47	.80

注. T1 = 出生直後調査, T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査.

6. 愛着スタイル

【パートナー間の関係性】として、[愛着スタイル]について ECR-RS (古村, 村上, & 戸田, 2014) を用いて回答を得た。先行研究 (古村, 村上, & 戸田, 2014) から、愛着スタイルは回避と不安の 2 因子から成ることを前提として、この 2 下位因子毎の因子得点を算出し、その基本統計量を求めた。各調査時点における、女性、およびパートナーの愛着スタイルの基本統計量を表 12 に示す。ECR-RS の基本統計量は、逆転項目を処理した後に算出した。因子得点算出の際は、各下位項目の 8 割以上の回答がある場合に有効回答とし、8 割に満たない場合には欠損値として扱った。

表 12 より、愛着スタイルの分布については、下位尺度毎の平均値に着目すると、2 因子とも各時点での変化はほとんどみられなかった。一方、各因子の男女の平均値を比較すると、不安では男女間で差はなかったものの、回避 (項目例、私はその人に心を開くことを心地よく感じない) においてパートナーが 2 点程高かった。

表12

愛着スタイルの基本統計量 (ECR-RS)

観測変数	時点	女性							パートナー					
		<i>n</i>	最小	最大	<i>M</i> (<i>SD</i>)	歪度	Chronbach's α	<i>n</i>	最小	最大	<i>M</i> (<i>SD</i>)	歪度	Chronbach's α	
回避	T1	313	6	26	11.1 (4.6)	0.88	.78	200	6	35	13.1 (5.3)	0.94	.80	
	T2	314	6	32	12.0 (5.1)	0.78	.75	203	6	41	13.5 (5.3)	1.04	.76	
	T3	313	6	32	11.8 (5.5)	1.13	.62	203	6	41	13.2 (5.9)	1.08	.80	
不安	T1	315	3	18	6.1 (3.5)	1.10	.66	202	3	18	6.3 (3.4)	0.82	.72	
	T2	314	3	18	6.2 (3.6)	1.11	.55	203	3	21	6.4 (3.7)	1.02	.73	
	T3	313	3	17	5.8 (3.7)	1.20	.61	203	3	21	6.5 (4.0)	1.27	.69	

注. ECR-RS = Experiences Close Relationships— Relationship Structure, T1 = 出生直後調査, T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査.

7. 暴力

【パートナー間の関係性】として[暴力]については、VAWS (片岡, 2004) を用いて IPV 経験を測定した。VAWS の基本統計量は、開発者の提示したスコアリング処理「まったくない (1)、たまにある (2)、よくある(3)」を施した後に算出した。先行研究 (片岡, 2004) から、VAWS は 1 因子構造であることを前提として、全項目から因子得点を算出した (表 13-1)。因子得点算出の際は、各下位項目の 8 割以上の回答がある場合に有効回答とし、8 割に満たない場合には欠損値として扱った。なお、VAWS の各項目の歪度が高かったことから、各項目得点について対数変換を行った上で、因子得点および Chronbach's α を算出した。

また、VAWS の合計得点から、IPV 陽性者の割合を示した (表 13-2)。T1 時点では、女性の 24.8%、パートナーの 24.3%、T2 時点では、女性の 20.9%、パートナーの 23.6%、T3 時点では、女性の 18.0%、パートナーの 22.2%が IPV 陽性であった。

表 13-1 より、女性とパートナーそれぞれの各時点の平均値の変動はほとんどなく、男女間の平均値にもほとんど差は見られなかった。一方で、13-2 より、いずれの時点においても IPV 陽性者は男女とも 20%前後みられ、3 つの時点と比較すると特に T1 時点 (子の出生 1 か月前の妊娠後期) に陽性者割合が高かった。

表13-1

IPV経験の基本統計量(VAWS)

観測変数	時点	女性						パートナー					
		n	最小	最大	M (SD)	歪度 (log変換)	Chronbach's α	n	最小	最大	M (SD)	歪度 (log変換)	Chronbach's α
IPV経験	T1	315	7	14	7.9 (1.4)	1.58	.68	197	7	18	8.2 (1.8)	1.94	.72
	T2	316	7	15	8.8 (1.4)	2.12	.70	203	7	19	0.7 (1.2)	2.40	.79
	T3	316	7	13	7.7 (1.3)	2.11	.67	203	7	19	0.6 (1.0)	2.42	.73

注. IPV = Intimate Partner Violence; VAWS = Violence Against Women Screen.
T1 = 出生直後調査, T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査.

表13-2

IPV陽性者の割合

	女性			パートナー		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3
IPV判定	(n = 319)	(n = 319)	(n = 319)	(n = 203)	(n = 203)	(n = 203)
IPV陽性 9点 \leq	78 (24.8)	66 (20.9)	57 (18.0)	49 (24.3)	48 (23.6)	45 (22.2)
IPV陰性 <9点	237 (75.2)	250 (79.1)	259 (82.0)	153 (75.7)	155 (76.4)	158 (77.8)

注. IPV判定とはVAWSのスクリーニング基準に基づいた区分である。IPV = Intimate Partner Violence; VAWS = Violence Against Women Screen. T1 = 出生直後調査, T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査.

8. ボンディング

【親子間の関係性】の[ボンディング]については、MIBS-J (Yoshida et al., 2012) を用いてボンディングの程度を測定した。MIBS-J の基本統計量は、開発者の提示したスコアリング処理「ほとんどいつも強くそう感じる (0)、たまに強くそう感じる (1)、たまに少しそう感じる (2)、全然そう感じない (3)」を施した後に算出した (質問 2、3、4、5、7、9 は逆転項目)。先行研究 (Kitamura et al., 2013b; Yoshida et al., 2012) から、MIBS-J は愛情の欠如 (Lack of Affection [LA]) と怒りと拒絶 (Anger rejection [AR]) の 2 因子から成ることを前提として因子得点を算出した (表 14)。因子得点算出の際は、各下位項目の 8 割以上の回答がある場合に有効回答とし、8 割に満たない場合には欠損値として扱った。なお、MIBS-J の各項目の歪度が高かったことから、各項目得点について対数変換を行った上で、因子得点および Chronbach's α を算出した。また、MIBS-J は得点が高いほどにボンディングの程度が悪いことを示す。

表 14 より、下位尺度毎の時点変化をみると、2 因子とも T1 から T3 になるにつれて平均値がごくわずかに低下しているものの、大きな変化は男女ともにみられなかった。

表14

ボンディングの基本統計量(MIBS-J)

観測変数	時点	女性							パートナー						
		<i>n</i>	最小	最大	<i>M</i> (<i>SD</i>)	歪度 (log変換)	Chronbach's α	<i>n</i>	最小	最大	<i>M</i> (<i>SD</i>)	歪度 (log変換)	Chronbach's α		
愛情の欠如 (LA)	T1	315	0	12	1.5 (2.1)	1.65	.75	199	0	12	1.4 (2.0)	1.48	.71		
	T2	319	0	11	1.4 (1.9)	1.52	.78	203	0	9	1.8 (2.0)	1.05	.75		
	T3	319	0	9	0.8 (1.4)	2.25	.76	201	0	9	1.3 (1.8)	1.32	.69		
怒りと拒絶 (AR)	T1	312	0	7	1.0 (1.1)	1.24	.36	202	0	5	1.0 (1.0)	1.18	.21		
	T2	319	0	6	0.8 (1.1)	1.39	.47	201	0	7	1.1 (1.3)	1.52	.54		
	T3	318	0	8	0.6 (1.0)	2.18	.53	203	0	6	0.8 (1.0)	1.61	.39		

注. MIBS-J = 赤ちゃんへの気持ち質問表. T1 = 出生直後調査, T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査.

9. 虐待的養育態度

[虐待的養育態度]については、CTS1-CTSPC (Straus et al, 1998) を用いて測定した。CTS1-CTSPC の基本統計量は、CTS Handbook (Straus, Hamby, & Warren, 2003) に基づき、(0) は 0 点、(1) は 1 点、(2) は 2 点、(3) は 4 点、(4) は 8 点、(5) は 15 点、(6) は 25 点として算出した (表 15)。

さらに、本研究では、開発者の理論構成 (Straus et al, 1998) に基づき、思考性、心理的攻撃、身体的攻撃、ネグレクトの 4 つの因子から成ることを前提として、4 因子毎に合計点を算出した (表 16、図 7)。なお、各項目の歪度がいずれも高値であったことから、各項目得点について対数変換を行った上で、因子得点および Chronbach's α を算出した。因子得点算出の際は、各下位項目の 8 割以上の回答がある場合に有効回答とし、8 割に満たない場合には欠損値として扱った。

本研究対象において、特に身体的攻撃 (項目 11~19) に関する出現頻度は著しく低く、因子得点が 1 点以上であった対象は、各時点において身体的攻撃で 3%未満、ネグレクトで 10~15.7%、心理的攻撃については 15.3~23.2%であった。

表15

CTS1-CTSPCの基本統計量

項目	T2							T3						
	n	最小	最大	M (SD)	歪度	歪度 (log変換)	n	最小	最大	M (SD)	歪度	歪度 (log変換)		
思考性														
1 赤ちゃんに落ち着いて話しかけた	315	0	25	16.77 (10.2)	-0.6	-1.3	314	0	25	17.92 (10.1)	-0.8	-1.4		
	202	0	25	13.77 (10.4)	-0.1	-0.8	203	0	25	16.11 (10.4)	-0.5	-1.1		
2 自分のやっていることを正当化させる理由を見つけようとした	312	0	25	2.66 (6.3)	2.9	1.5	316	0	25	2.57 (5.6)	3.0	1.3		
	201	0	25	0.93 (3.2)	5.4	2.5	201	0	25	1.68 (4.4)	4.0	1.8		
3 事態の解決のために、誰かに手助けしてもらった(もらおうとした)	315	0	25	11.50 (10.2)	0.3	-0.5	316	0	25	9.58 (9.7)	0.7	-0.3		
	202	0	25	7.20 (8.6)	1.2	0.0	203	0	25	8.24 (9.1)	1.0	-0.1		
心理的攻撃														
4 赤ちゃんを罵(ののし)ったりした	417	0	25	0.24 (1.6)	12.4	5.2	318	0	25	0.19 (1.5)	13.9	6.4		
	203	0	4	0.05 (3.6)	8.7	7.2	203	0	25	0.24 (1.8)	11.5	6.7		
5 不機嫌(ふきげん)に黙りこんでしまい、赤ちゃんの反応を無視した	317	0	25	0.62 (1.9)	7.4	2.3	318	0	25	0.60 (2.0)	7.3	2.4		
	203	0	15	0.29 (1.3)	8.5	3.7	203	0	25	0.44 (2.0)	9.3	3.6		
6 赤ちゃんのいる部屋から乱暴に出ていった	317	0	25	0.12 (1.4)	16.4	10.4	318	0	25	0.09 (1.4)	17.6	14.2		
	203	0	4	0.02 (0.3)	13.2	11.9	203	0	25	0.17 (1.8)	12.7	10.1		
7 赤ちゃんに対し怒鳴(どな)った	317	0	25	0.16 (1.5)	15.3	6.9	318	0	15	0.17 (1.0)	11.0	5.2		
	203	0	4	0.03 (0.3)	11.5	9.0	203	0	25	0.17 (1.7)	13.6	9.2		
8 赤ちゃんのいやがることをしようとした	317	0	4	0.04 (0.3)	10.0	7.8	318	0	4	0.03 (0.3)	12.7	10.5		
	203	0	4	0.03 (0.3)	10.8	9.3	203	0	25	0.38 (2.5)	8.8	5.6		
9 叩いたり何かを投げるようなふりをして赤ちゃんをおどかした	317	0	1	0.00 (0.1)	17.8	17.8	318	0	25	0.08 (1.4)	17.8	16.8		
	203	0	4	0.02 (0.3)	14.2	14.2	203	0	25	0.14 (1.7)	14.1	11.9		
10 (赤ちゃんではなく周囲の壁や家具などに)何かを投げる、こわす、たたく、けるなどをした	317	0	2	0.03 (0.2)	7.3	6.6	318	0	4	0.02 (0.3)	13.5	11.7		
	203	0	4	0.02 (0.3)	13.2	11.9	203	0	25	0.14 (1.7)	13.8	11.5		
身体的攻撃														
11 赤ちゃんに向かって何かを投げた	317	0	0	0	0		318	0	0	0				
	202	0	4	0.02 (0.3)	14.2	14.2	203	0	25	0.13 (1.7)	14.2	14.2		
12 赤ちゃんを押したり、赤ちゃんにつかみかかったり突きとばしたりした	317	0	1	0.00 (0.1)	17.8	17.8	318	0	0	0				
	202	0	8	0.04 (0.6)	14.2	14.2	203	0	25	0.12 (1.7)	14.2	14.2		
13 赤ちゃんを平手でたたいた	317	0	2	0.01 (0.1)	17.8	17.8	318	0	25	0.08 (1.4)	17.8	17.8		
	202	0	4	0.02 (0.3)	14.2	14.2	203	0	25	0.12 (1.7)	14.2	14.2		
14 赤ちゃんをけったり、かんだり、拳(こぶし)でたたいた	317	0	0	0	0		318	0	0	0				
	202	0	4	0.02 (0.3)	14.2	14.2	203	0	25	0.12 (1.7)	14.2	14.2		
15 物でたたいたり、物でたたこうとした	317	0	0	0	0		318	0	0	0				
	202	0	2	0.01 (0.1)	14.2	14.2	203	0	25	0.12 (1.7)	14.2	14.2		
16 赤ちゃんを何度もなぐった	317	0	0	0.00	0.0		318	0	1	0.00 (0.1)	17.8	17.8		
	202	0	4	0.02 (0.3)	14.2	14.2	203	0	25	0.12 (1.7)	14.2	14.2		
17 赤ちゃんに火傷(やけど)を負わせた	317	0	0	0	0		318	0	0	0				
	202	0	2	0.01 (0.1)	14.2	14.2	203	0	25	0.12 (1.7)	14.2	14.2		
18 赤ちゃんを刃物などで脅(おど)した	317	0	0	0	0		318	0	0	0				
	202	0	4	0.02 (0.3)	14.2	14.2	203	0	25	0.12 (1.7)	14.2	14.2		
19 赤ちゃんに実際に刃物などを使った	317	0	0	0	0		318	0	0	0				
	202	0	2	0.01 (0.1)	14.2	14.2	203	0	25	0.12 (1.7)	14.2	14.2		
ネグレクト														
20 誰か大人と一緒にいてあげなければならないと考えはしたが、子どもを家に1人にした	318	0	25	0.19 (1.6)	13.4	6.6	319	0	25	0.29 (2.1)	10.9	5.6		
	202	0	2	0.01 (0.2)	11.4	10.7	203	0	2	0.02 (0.2)	9.6	8.8		
21 個人的な問題にかかりきりになり、子どもに愛情を示したり、伝えることができなかった	319	0	25	0.19 (1.6)	13.4	6.4	319	0	25	0.36 (2.1)	9.9	4.6		
	202	0	8	0.22 (1.0)	5.8	4.2	203	0	15	0.37 (1.7)	6.4	4.3		
22 子どもに必要な栄養を十分に与えられなかった	319	0	25	0.09 (1.4)	17.2	13.7	319	0	4	0.02 (0.3)	13.5	11.7		
	202	0	2	0.01 (0.1)	14.2	14.2	203	0	0	0				
23 必要なのに、子どもを医者や病院に連れて行けなかった	319	0	1	0.01 (0.1)	12.6	12.6	318	0	0	0				
	202	0	2	0.01 (0.1)	14.2	14.2	203	0	1	0.00 (0.1)	14.2	14.2		
24 とても酔った、またはハイになってしまい、子どもの世話ができなかった	319	0	0	0	0		319	0	25	0.08 (1.4)	17.9	17.9		
	202	0	8	0.08 (0.6)	10.7	6.6	203	0	2	0.07 (0.5)	4.9	4.5		

注. CTS1 = the Conflict Tactics Scale 1; CTSPC = the Parent-Child Subscale of the Conflict Tactics Scale. T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査. 上段に女性、下段にパートナーの値を示した.

表16

乳児虐待の基本統計量(CTS1-CTSPC)

観測変数	時点	女性						パートナー					
		n	最小	最大	M (SD)	歪度 (log変換)	Chronbach's α	n	最小	最大	M (SD)	歪度 (log変換)	Chronbach's α
思考性	T2	309	0	75	30.7 (20.4)	-1.4	.65	195	0	75	21.7 (17.1)	-1.7	.52
	T3	312	0	75	30.2 (19.3)	-1.5	.65	196	0	75	26.0 (18.0)	-1.7	.61
心理的攻撃	T2	317	0	100	1.2 (6.0)	5.3	.63	198	0	24	0.5 (2.2)	8.8	.66
	T3	318	0	115	1.2 (6.8)	7.1	.72	197	0	175	1.7 (12.9)	9.0	.92
身体的攻撃 ^a	T2	317	0	2	0.0 (0.1)	13.4		197	0	34	0.2 (2.4)	14.2	
	T3	318	0	26	0.1 (1.5)	17.8		198	0	25	1.1 (16.0)	14.2	
ネグレクト ^a	T2	318	0	26	0.5 (2.7)	4.5		197	0	10	0.3 (1.3)	5.18	
	T3	318	0	25	0.8 (3.3)	3.3		198	0	16	0.5 (1.9)	3.6	

注. CTS1 = the Conflict Tactics Scale 1; CTSPC = the Parent-Child Subscale of the Conflict Tactics Scale. T2 = 1ヶ月後調査, T3 = 3ヶ月後調査. ^a全対象者が0と回答した項目があるためChronbach's α 算出せず

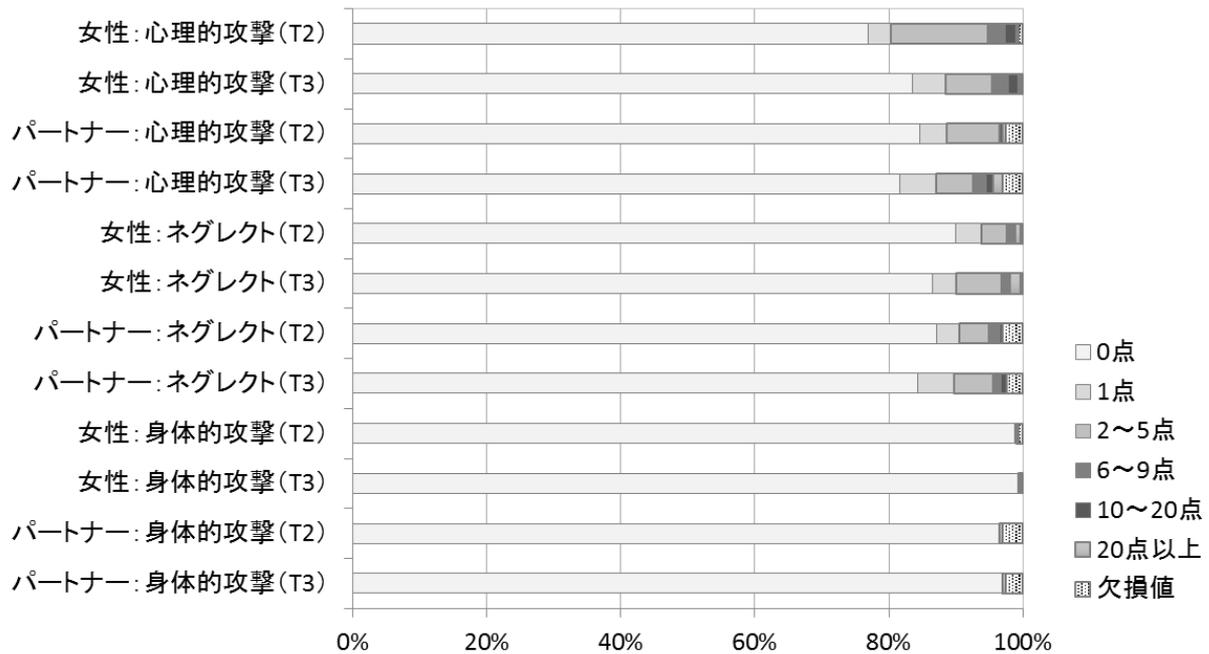


図7. CTS1-CTSPCの因子毎の得点分布.

III. 下位概念と乳児虐待との関連

「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル」を探索する前段階として、乳児虐待の影響要因として想定した各概念と乳児虐待との関係性について、ピアソンの積率相関係数を用いて検討した(表 17-1~26)。欠損値分析の結果、各変数の欠損値の現れ方はすべて Missing completely at random (MCAR) であったことから、欠損値はペアワイズ除去法にて扱った。

また、本研究では、乳児虐待を構成する概念は「虐待的養育態度」であると捉えているが、本研究で得たデータでは、「虐待的養育態度」である心理的攻撃、身体的攻撃、ネグレクトのうち、身体的攻撃の出現頻度が著しく低く、心理的攻撃の出現頻度は相対的に高かった。よって、以降の分析においては心理的攻撃をもって「虐待的養育態度」を示し、「乳児虐待」を意味することとする。なお、心理的攻撃の因子得点は、CTS1-CTSPC の項目 4~10 の計 7 項目の対数変換後の合計得点とした。

1. サブシステムの特性

1) 養育者の属性と乳児虐待との関連

養育者の「属性」として回答を得た各変数と「乳児虐待」との相関を求めた結果、パートナーの属性と「乳児虐待」において相関が認められたものは全くなかった(表 17-1、17-2、17-3)。一方、女性では、初経産、子育て経験の有無について弱い相関がみられた($p < .001$)。

2) 子どもの属性と乳児虐待との関連

子どもの「属性」として回答を得た性別、出生体重と「乳児虐待」との相関を求めた結果、有意な相関はみられなかった(表 18)。

3) 養育者の怒りと乳児虐待との関連

【父親の特性】および【母親の特性】である「怒り」については、特性怒り、怒り表出、怒り制御、怒り抑制を観測変数として、「怒り」と「乳児虐待」との関連について検討した(表 19)。女性では、特性怒り、怒り表出と「乳児虐待」の間に弱い相関がみられ、パートナーでは怒り表出と「乳児虐待」との間に弱い相関がみられた($p < .001$)。怒り抑制、および怒り制御には女性とパートナーともに有意な相関は、すべての時点ではみられなかった。

4) 養育者の健康と乳児虐待との関連

【父親の特性】および【母親の特性】である「健康」については、SF-8 によって「健康 QOL」を測定し、AIS-J によって「睡眠状況」を測定した。まず、身体の健康度を評価す

る身体的サマリースコア (PCS) と精神の健康度を評価する精神的サマリースコア (MCS) を観測変数として、[健康 QOL] と【乳児虐待】との関連について検討した (表 20-1)。女性においては、MCS が【乳児虐待】と弱い相関を示したが ($p < .001$)、PCS との有意な相関はすべての時点ではみられなかった。男性においては、[健康 QOL] と【乳児虐待】との有意な相関はほとんどみられなかった。

次に、夜間不眠と 日中の機能障害を観測変数として、[睡眠状況] と【乳児虐待】との関連について検討した (表 20-2)。女性においては、すべての時点の夜間不眠および日中の機能障害と【乳児虐待】との間に有意な相関がみられた ($p < .001$)。一方、男性においては、[睡眠状況] と【乳児虐待】との間の有意な相関はすべての時点ではみられなかったが、T3 時点の夜間不眠と【乳児虐待】との間に有意で比較的強い相関がみられた ($r > .4$, $p < .001$)。

5) 子どもの健康と乳児虐待との関連

【子どもの健康】として回答を得た各変数と【乳児虐待】との相関を求めた結果、有意な相関はみられなかった (表 21)。

6) 子どもの周産期異常と乳児虐待との関連

【子どもの周産期異常】として回答を得た各変数と【乳児虐待】との相関を求めた結果、有意な相関はほとんどみられなかった (表 22)

7) 子どもの泣きと乳児虐待の関連

【子どもの特性】である [泣き] については、子どもの泣き尺度 (本研究で研究者が作成した) を用いて測定した。これまでの分析結果より、[泣き] は、予想に反する泣き、対処に反して持続する泣きの 2 因子から成ることが明らかとなっている。これらの 2 因子得点を観測変数として、[泣き] と【乳児虐待】との関連について検討した (表 23)。

女性においては、予想に反する泣きと【乳児虐待】との間に有意な相関がほとんどなかったのに対し、対処に反して持続する泣きと【乳児虐待】との間に弱い相関がみられた ($p < .001$)。パートナーにおいては、[泣き] と【乳児虐待】との間に有意な相関はほとんどなかった。

2. 乳児虐待の影響要因：サブシステム間の関係性

1) パートナー間の愛着スタイルと乳児虐待の関連

【パートナー間の関係性】である [愛着スタイル] については、ECR-RS を用いて測定した。[愛着スタイル] は、回避と不安の 2 因子から成る。これらの 2 因子得点を観測変数

として、[愛着スタイル] と【乳児虐待】との関連について検討した (表 24)。

女性においては、不安と【乳児虐待】との間に弱い相関がみられた ($p < .001$) のに対し、パートナーにおいては回避と【乳児虐待】との間に弱い相関がみられた ($p < .001$)。

2) パートナー間の暴力と乳児虐待の関連

【パートナー間の関係性】の [暴力] については、VAWS を用いて測定した。VAWS では IPV 経験に関する回答を得ており、得点が高い程に IPV 経験が多いことを意味する。

女性とパートナーともに、IPV 経験と【乳児虐待】の間に有意な相関がみられ ($p < .001$)、特にパートナーにおいては比較的強い正の相関がみられた ($r > .4$) (表 25)。

3) 親子間の関係性であるボンディングと乳児虐待の関連

【親子間の関係性】のである養育者の [ボンディング] については、MIBS-J を用いて測定した。[ボンディング] は愛情の欠如 (LA) と怒りと拒絶 (AR) の 2 因子から成り、得点が高いほどにボンディングが悪いことを意味する。2 因子得点を観測変数として、[ボンディング] と【乳児虐待】との関連について検討した (表 26)。

女性とパートナーともに、愛情の欠如 (LA) と【乳児虐待】、怒りと拒絶 (AR) と【乳児虐待】との間に有意な正の相関を示した ($r > .4$, $p < .001$)。特に怒りと拒絶 (AR) においては、【乳児虐待】との間に比較的強い正の相関がみられた ($r > .4$, $p < .001$)。

3. まとめ

相関行列 (表 27~36) より、女性、パートナーのいずれかにおいて【乳児虐待】との比較的強い相関 ($r > .4$, $p < .001$) がみられた概念は、【養育者の特性】である [睡眠状況]、【パートナー間の関係性】である [暴力]、【親子間の関係性】である [ボンディング] であった。

表17-1

養育者の属性と乳児虐待との相関

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 乳児虐待 (T2)	-									
2 乳児虐待 (T3)	.763***	-								
3 年齢	.806***		-							
	.030	.064								
	.020	-.040								
4 婚姻有無	-.014	-.035	.265***	-						
	.025	.022	.002							
5 パートナー有無 ^a	-.064	-.047	-.142*	-.433***	-					
6 就学歴	.038	-.010	.102	.157**	-.030	-				
	.059	.093	.075	-.030						
7 世帯年収	-.059	-.030	.247***	.078	.048	.264***	-			
	.026	-.100	.326***	-.014		.027				
8 子育て経験有無	-.224***	-.195***	.289***	.090	-.049	-.047	.018	-		
	.046	.059	.058	-.012		.441	-.073			
9 上の子への扱いにくさ ^b	.029	.045	-.025	-.065	.021	-.062	.108	^c	-	
	.046	.067	.134	^c		.447**	-.080	.997***		
10 上の子の子育て相談 ^b	.030	.037	-.073	-.008	.021	-.035	.074	^c	.804***	-

注. 女性: $n = 319$, 男性: $n = 203$. 上段に女性, 下段にパートナーの値を示した. $p < .001$ の相関係数を太字表記とした.

^a女性のみ回答を得た項目, ^b子育て経験者のみ回答を得た項目, ^c0になる変数があったため相関係数の算出なし.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表17-2

養育者の属性と乳児虐待との相関

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 乳児虐待 (T2) ^a	-							
2 乳児虐待 (T3) ^a	.763***	-						
3 初経産 ^a	-.210***	-.193**	-					
4 分娩様式 ^a	.082	.089	-.070	-				
5 妊娠時の否定的気持ち	.084	.068	-.057	.019	-			
	.006	.053						
6 母子手帳発行時期の遅れ ^a	.032	.010	-.062	.069	.342***	-		
7 妊婦健診の不適切受診 ^a	.017	.015	-.049	.029	.573***	.519***	-	
8 切迫早産 ^a	.002	.030	.032	.037	.390***	.366***	.690***	-

注. 女性: $n = 319$, 男性: $n = 203$. 上段に女性, 下段にパートナーの値を示した. $p < .001$ の相関係数を

太字表記とした. ^a女性のみ回答を得た項目.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表19

養育者の怒りと乳児虐待との相関

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 乳児虐待 (T2)	-													
2 乳児虐待 (T3)	.763***	-												
3 特性怒り (T1)	.806***		-											
	.140*	.178**												
	.077	-.017												
4 特性怒り (T2)	.146**	.176**	.619***	-										
	.177*	.139*	.658***											
5 特性怒り (T3)	.134*	.200***	.592***	.641***	-									
	.229**	.219**	.650***	.711***										
6 怒り表出 (T1)	.156**	.237***	.554***	.411***	.396**	-								
	.049	.027	.527***	.516***	.441***									
7 怒り表出 (T2)	.174**	.193**	.435***	.545***	.455***	.632***	-							
	.190**	.244***	.398***	.540***	.470***	.661***								
8 怒り表出 (T3)	.046	.112*	.422***	.430***	.552***	.589***	.655***	-						
	.333***	.339***	.355***	.435***	.632***	.514***	.666***							
9 怒り抑制 (T1)	.121*	.149**	.265***	.128*	.129*	.115*	.034	.001	-					
	.099	.098	.239**	.300***	.248***	.232**	.155*	.134						
10 怒り抑制 (T2)	.102	.131*	.105	.223***	.073	-.036	.111*	.000	.574***	-				
	.156*	.111	.122	.355***	.264***	.052	.223**	.057	.594***					
11 怒り抑制 (T3)	.078	.096	.133*	.181**	.221***	-.015	.058	.095	.527***	.602***	-			
	.204**	.223**	.180*	.302***	.405***	.071	.229**	.304***	.530***	.657***				
12 怒り制御 (T1)	-.018	-.090	-.161**	-.195**	-.213***	-.271***	-.280***	-.304***	.439***	.201***	.245***	-		
	-.126	-.052	-.158*	-.139*	-.174*	-.257***	-.139*	-.245***	.300***	.251***	.126			
13 怒り制御 (T2)	.007	-.046	-.156**	-.161**	-.170**	-.350***	-.328***	-.359***	.267***	.409***	.292***	.555***	-	
	.017	.015	-.105	-.061	-.070	-.202**	-.182*	-.272***	.261***	.447***	.314***	.566***		
14 怒り制御 (T3)	-.006	-.081	-.185**	-.221***	-.238***	-.301***	-.309***	-.399***	.280***	.286***	.410***	.601***	.657**	-
	-.109	-.058	-.093	-.078	-.102	-.234**	-.215**	-.270***	.207**	.356***	.396***	.606***	.733***	

注. 女性: $n = 319$, 男性: $n = 203$. 上段に女性, 下段にパートナーの値を示した. $p < .001$ の相関係数を太字表記とした.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

表20-1

養育者の健康（心身の健康）と乳児虐待との相関

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 乳児虐待 (T2)	-							
2 乳児虐待 (T3)	.763***	-						
	.806***							
3 身体的健康 サマリースコア (T1)	-.100	-.115	-					
4 身体的健康 サマリースコア (T2)	-.058	-.128*	.388***	-				
5 身体的健康 サマリースコア (T3)	.025	-.033	.123*	.176**	-			
6 精神的健康 サマリースコア (T1)	-.195**	-.209***	-.188**	.111	-.030	-		
7 精神的健康 サマリースコア (T2)	-.282***	-.310***	.114	-.073	.161**	.342**	-	
8 精神的健康 サマリースコア (T3)	-.195**	-.274***	.052	.112*	-.115*	.370**	.417**	-
	-.142*	-.179*	-.054	.100	-.012	.310***	.449***	

注. 女性: $n = 319$, 男性: $n = 203$. 上段に女性, 下段にパートナーの値を示した. $p < .001$ の相関係数を太字表記とした.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表20-2

養育者の健康（睡眠状況）と乳児虐待との相関

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 乳児虐待 (T2)	-							
2 乳児虐待 (T3)	.763***	-						
	.806***							
3 夜間不眠 (T1)	.203***	.201***	-					
	.181*	.103						
4 夜間不眠 (T2)	.305***	.320***	.484***	-				
	.203**	.113	.526***					
5 夜間不眠 (T3)	.196***	.237***	.339***	.536***	-			
	.462***	.406***	.423***	.445***				
6 日中の機能障害 (T1)	.196***	.233***	.372***	.207***	.264***	-		
	.007	-.036	.549***	.320***	.157*			
7 日中の機能障害 (T2)	.278***	.311***	.350***	.553***	.412***	.351***	-	
	.238**	.106	.285***	.505***	.274***	.365***		
8 日中の機能障害 (T3)	.142*	.226***	.242***	.419***	.523***	.330***	.468***	-
	.091	.080	.365***	.358***	.514***	.391***	.455***	

注. 女性: $n = 319$, 男性: $n = 203$. 上段に女性, 下段にパートナーの値を示した. $p < .001$ の相関係数を太字表記とした.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表21

子どもの健康と乳児虐待との相関

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
1 乳児虐待	(T2)	-													
2 乳児虐待	(T3)	.763**	-												
3 健康状態	(T2)	-.058	.025	-											
	(T3)	.033	.022	-.001	-										
4 成長発達	(T2)	-.031	.010	.820***	.006	-									
	(T3)	.041	.041	.069	.857***	.183**	-								
5 救急外来受診	(T2)	-.055	.030	.930**	-.001	.768***	.001	-							
	(T3)	.012	.008	-.088	.914**	-.071	.807***	-.044	-						
6 1ヶ月健診の 未受診	(T2)	-.046	.040	.805***	-.063	.626***	-.048	.789***	-.113*	-					
	(T3)	.017	.015	-.001	.957***	.007	.861***	-.001	.910***	-.070	-				
7 予防接種の 未受診	(T3)	.013	.013	.000	.927***	.007	.839***	.000	.878***	-.040	.932***	-			
8 母が子どもと 寝ている	(T2)	-.003	-.032	-.204***	.008	-.185**	.036	-.234***	.043	-.203***	.009	-.001	-		
	(T3)	.089	.091	-.087	.002	-.072	-.002	-.088	.016	-.062	.002	.000			
9 夜間に 起きた回数	(T2)	.023	.013	-.104	-.027	-.085	-.168**	.035	-.040	-.001	-.036	-.046	-.237***	-	
	(T3)	-.013	-.007	.009	-.001	.047	.016	.000	-.034	-.016	-.001	-.010	.006		
10 寝入るまで の時間	(T2)	.096	.093	-.090	.032	-.074	-.075	.043	.024	.008	.022	.023	-.119*	.460***	-
	(T3)	-.003	-.006	-.009	-.010	.009	-.014	-.006	.010	-.041	-.012	-.031	-.018	.091	

注. $n = 31$. $p < .001$ の相関係数を太字表記とした。

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表22

子どもの周産期異常と乳児虐待との相関

	1	2	3	4	5	6	7
1 乳児虐待 (T2)	-						
2 乳児虐待 (T3)	.763***	-					
	.806***						
3 低出生体重児	-.016	-.010	-				
	.040	.008					
4 アプガースコア 1分後	-.129*	-.106	-.022	-			
	.000	.060	-.042				
5 アプガースコア 5分後	-.100	-.056	.003	.592***	-		
	-.133	-.008	-.009	.574***			
6 早産児	.017	-.050	.085	.017	.042	-	
	-.011	.042	.120	.040	.085		
7 NICU入室あり	-.004	.019	.104	-.087	-.108	-.207***	-
	.036	-.022	.108	-.084	-.081	-.230**	

注. 女性: $n = 319$, 男性: $n = 203$. 上段に女性, 下段にパートナーの値を示した. $p < .001$ の相関係数を太字表記とした.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表23

子どもの泣きと乳児虐待との相関

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 乳児虐待 (T2)	-							
2 乳児虐待 (T3)	.763***	-						
	.806***							
3 対処に反して 持続する泣き (T1)	.226***	.233***	-					
	.041	.021						
4 対処に反して 持続する泣き (T2)	.231***	.200***	.443***	-				
	.179*	.130	.434***					
5 対処に反して 持続する泣き (T3)	.217***	.327***	.396***	.561***	-			
	.106	.149*	.281***	.397***				
6 予期に反する泣き (T1)	.067	.014	.472***	.169**	.197***	-		
	-.055	-.019	.475***	.257***	.177*			
7 予期に反する泣き (T2)	.122*	.063	.269***	.470***	.249***	.267***	-	
	-.010	-.005	.291***	.235**	.142*	.451***		
8 予期に反する泣き (T3)	.126*	.136*	.307***	.329***	.414***	.307***	.457***	-
	.076	.129	.246**	.272***	.451***	.412***	.430***	

注. 女性: $n = 319$, 男性: $n = 203$. 上段に女性, 下段にパートナーの値を示した. $p < .001$ の相関係数を太字表記とした.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表24

パートナー間の愛着スタイルと乳児虐待との相関

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 乳児虐待 (T2)	-							
2 乳児虐待 (T3)	.763***	-						
	.806***							
3 回避 (T1)	-.058	-.002	-					
	.238**	.168*						
4 回避 (T2)	.027	.017	.742***	-				
	.217**	.189**	.665***					
5 回避 (T3)	.054	.100	.641***	.757***	-			
	.201**	.183**	.690***	.785***				
6 不安 (T1)	.196***	.183**	.367***	.324***	.299***	-		
	.062	.022	.397***	.280***	.313***			
7 不安 (T2)	.134*	.156**	.336***	.415***	.369***	.731***	-	
	.201**	.200**	.331***	.411***	.303***	.546***		
8 不安 (T3)	.195**	.227***	.278***	.340***	.475***	.642***	.754***	-
	.151*	.159*	.284***	.373***	.370***	.516***	.687***	

注. 女性: $n = 319$, 男性: $n = 203$. 上段に女性, 下段にパートナーの値を示した. $p < .001$ の相関係数を太字表記とした.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表25

パートナー間の暴力と乳児虐待との相関

	1	2	3	4	5
1 乳児虐待 (T2)	-				
2 乳児虐待 (T3)	.763***	-			
	.806***				
3 IPV経験 (T1)	.111*	.173**	-		
	.076	.152*			
4 IPV経験 (T2)	.085	.128*	.717**	-	
	.355***	.470***	.625***		
5 IPV経験 (T3)	.107	.194***	.679**	.713**	-
	.215**	.296***	.604***	.752***	

注. 女性: $n = 319$, 男性: $n = 203$. 上段に女性, 下段にパートナーの値を示した. $p < .001$ の相関係数を太字表記とした.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

表26

親子間のボンディングと乳児虐待との相関

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 乳児虐待 (T2)	-							
2 乳児虐待 (T3)	.763***	-						
3 愛情の欠如 (T1)	.806***		-					
4 愛情の欠如 (T2)	.340***	.308***		-				
5 愛情の欠如 (T3)	.421***	.357***	.672***		-			
6 怒りと拒絶 (T1)	.226**	.221**				-		
7 怒りと拒絶 (T2)	.177*	.226**	.556***				-	
8 怒りと拒絶 (T3)	.251***	.328***	.589***	.675***				-
	.077	.142*	.477***	.673***				
	.377***	.364***	.342***	.300***	.240***			
	.299***	.214**	.138	.162*	.086			
	.548***	.460***	.302***	.405***	.305***	.570***		
	.480***	.377***	.192**	.228**	.259***	.432***		
	.458***	.568***	.229***	.322***	.334***	.484***	.576***	
	.362***	.447***	.127	.322***	.380***	.344***	.539***	

注. 女性: $n = 319$, 男性: $n = 203$. 上段に女性, 下段にパートナーの値を示した. $p < .001$ の相関係数を太字表記とした.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

IV. 乳児虐待に影響する家族内の要因モデル

相関行列（表 17-1～表 26）より、女性、パートナーいずれかにおいて【乳児虐待】と比較的強い相関（ $r > .4$ 、 $p < .001$ ）がみられた概念は、【養育者の特性】である〔睡眠状況〕、【パートナー間の関係性】である〔暴力〕、【親子間の関係性】である〔ボンディング〕であり、いずれも正の相関であった。よって、これらは【乳児虐待】と比較的関連の高い概念とみなす。特に、〔睡眠状況〕を測定した AIS-J では得点が高い程に睡眠障害があることを意味し、〔暴力〕を測定した VAWS では得点が高い程に IPV 経験が多いことを意味し、〔ボンディング〕を測定した MIBS-J では得点が高い程にボンディング障害があることを意味することから、以下の分析では、〔乳児虐待〕〔睡眠障害〕〔IPV 経験〕〔ボンディング障害〕を変数名として組み入れた「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル A」および「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル B」を作成した。モデル A、B から、仮説 A「父親、および母親それぞれの乳児虐待に影響する要因の構造は異なる」、仮説 B「父親、および母親の乳児虐待に影響する要因の構造には相互作用がある」の検証を行った。

1. 女性とパートナー別の「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル A」

仮説 A「父親、および母親それぞれの乳児虐待に影響する要因の構造は異なる」に基づき、女性とパートナー別のモデル作成を試みた。まず、睡眠障害、IPV 経験、ボンディング障害、乳児虐待を組み入れたモデルを作成した後にモデルトリミングを施行すると、両モデル共に睡眠障害から乳児虐待へのパスが削除された。次に、IPV 経験、ボンディング障害、乳児虐待を組み入れたモデルを作成した後、多母集団同時分析を実施した。

多母集団同時分析の結果（表 27）、「制約なし」モデルの適合度指標が最も良好（CFI = .920、RMSEA = .086）であり、AIC が最も低いことから、相対的にモデルの適合が良いと解釈できる。また、モデルにおいてグループの異質性を考慮することの妥当性が示された。制約なしの女性の「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル」を図 8-1、パートナーの「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル」を図 8-2 に示す。女性とパートナーにおいて、パス係数に有意差があったものは、〔ボンディング障害〕（T1）から〔IPV 経験〕（T2）へのパス、〔IPV 経験〕（T2）から〔乳児虐待〕（T3）へのパス、〔乳児虐待〕（T2）から〔乳児虐待〕（T3）へのパスだった。つまり、モデル A において、父親、および母親それぞれの乳児虐待に影響する要因の異質性を示す点は、(a)〔ボンディング障害（T1）〕から〔IPV 経験（T2）〕への影響、(b)〔IPV 経験（T2）〕から〔乳児虐待（T3）〕への影響、(c)〔乳児虐待（T2）〕から〔乳児虐待（T3）〕への影響の 3 点であり、よって仮説 A は支

持されたと考える。

表27
モデルAの多母集団同時分析における適合度指標の比較

モデル	CMIN	自由度	CMIN/DF	CFI	RMSEA	AIC
制約なし	271.52	56	4.85	.920	.086	467.52
測定モデルのウエイト	302.17	63	4.80	.912	.085	484.17
構造モデルのウエイト	449.52	82	5.48	.864	.093	593.52
構造モデルの共分散	480.16	85	5.65	.854	.095	618.16
構造モデルの残差	483.03	87	5.55	.854	.094	617.03
独立モデル	2836.76	132	21.49	0	.199	2880.76

2. 女性とパートナーの「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル B」

仮説 B「父親、および母親の乳児虐待に影響する要因の構造には相互作用がある」に基づき、女性とパートナーの変数を組み入れたモデルを作成した。以降の分析では、女性とパートナーが3つの時点すべてに回答したデータを対象とした ($n = 198$ 組)。

まず、女性とパートナーのすべての変数を組み入れたモデルでは不適解となったため、[睡眠障害] [IPV 経験] [ボンディング障害] のそれぞれと、【乳児虐待】である [心理的攻撃] を組み入れた3通りのモデルを作成し、IPV 経験と乳児虐待の変数を組み入れたモデルが成り立った (図 9)。モデル B によって、父母の IPV 経験と乳児虐待の相互の作用が示されたことから、仮説 B「父親、および母親の乳児虐待に影響する要因の構造には相互作用がある」は支持されたと考える。

chi-squared=271.516
 df=56
 CFI=.920
 RMSEA=.086
 AIC=467.516

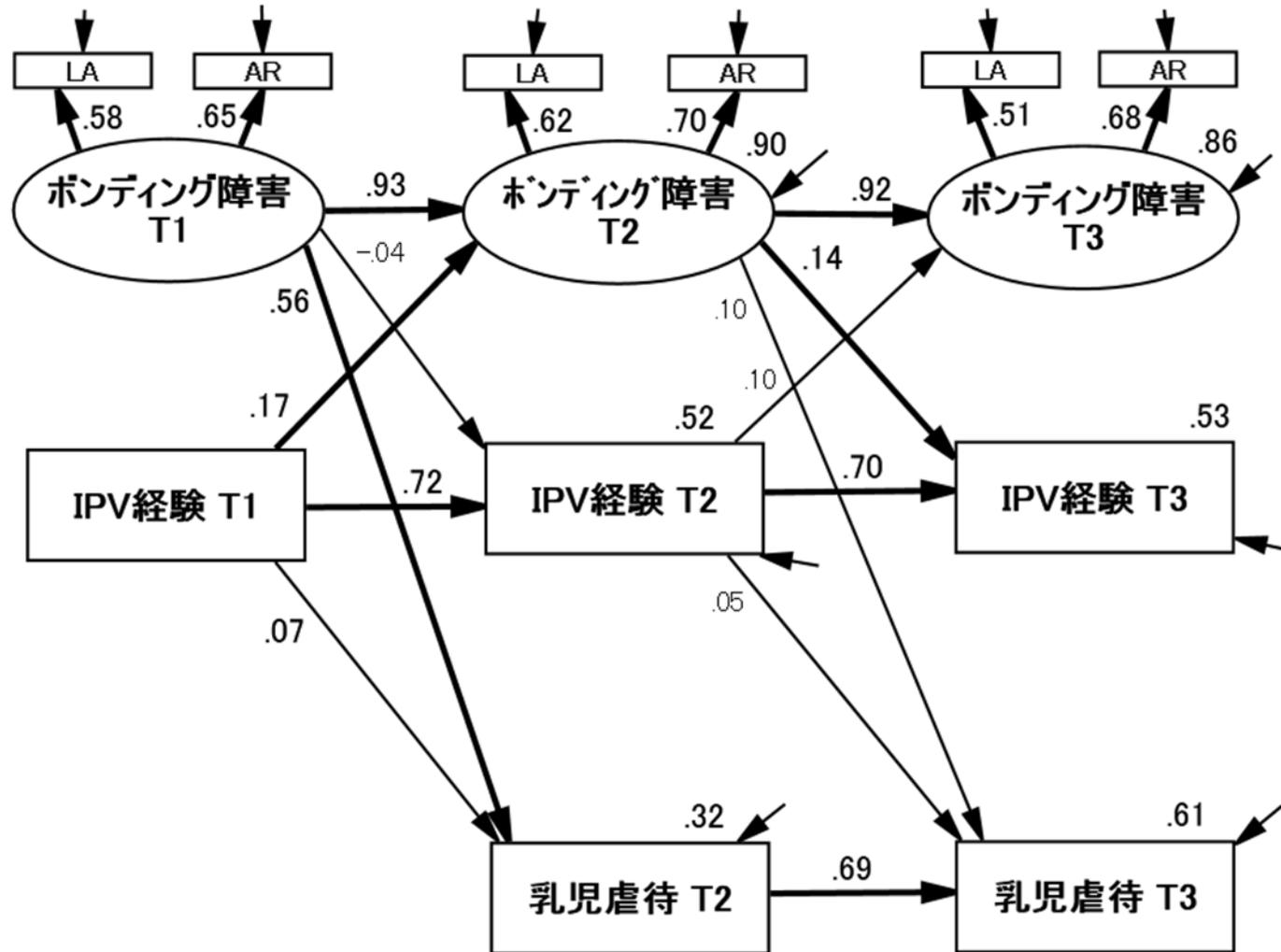


図8-1. 乳児虐待に影響する家族内の要因モデルA 多母集団同時分析(母親). パス係数は標準化解. 有意であったパス, およびパス係数を太字表記とした(相関については非表示).

chi-squared=271.516
 df=56
 CFI=.920
 RMSEA=.086
 AIC=467.516

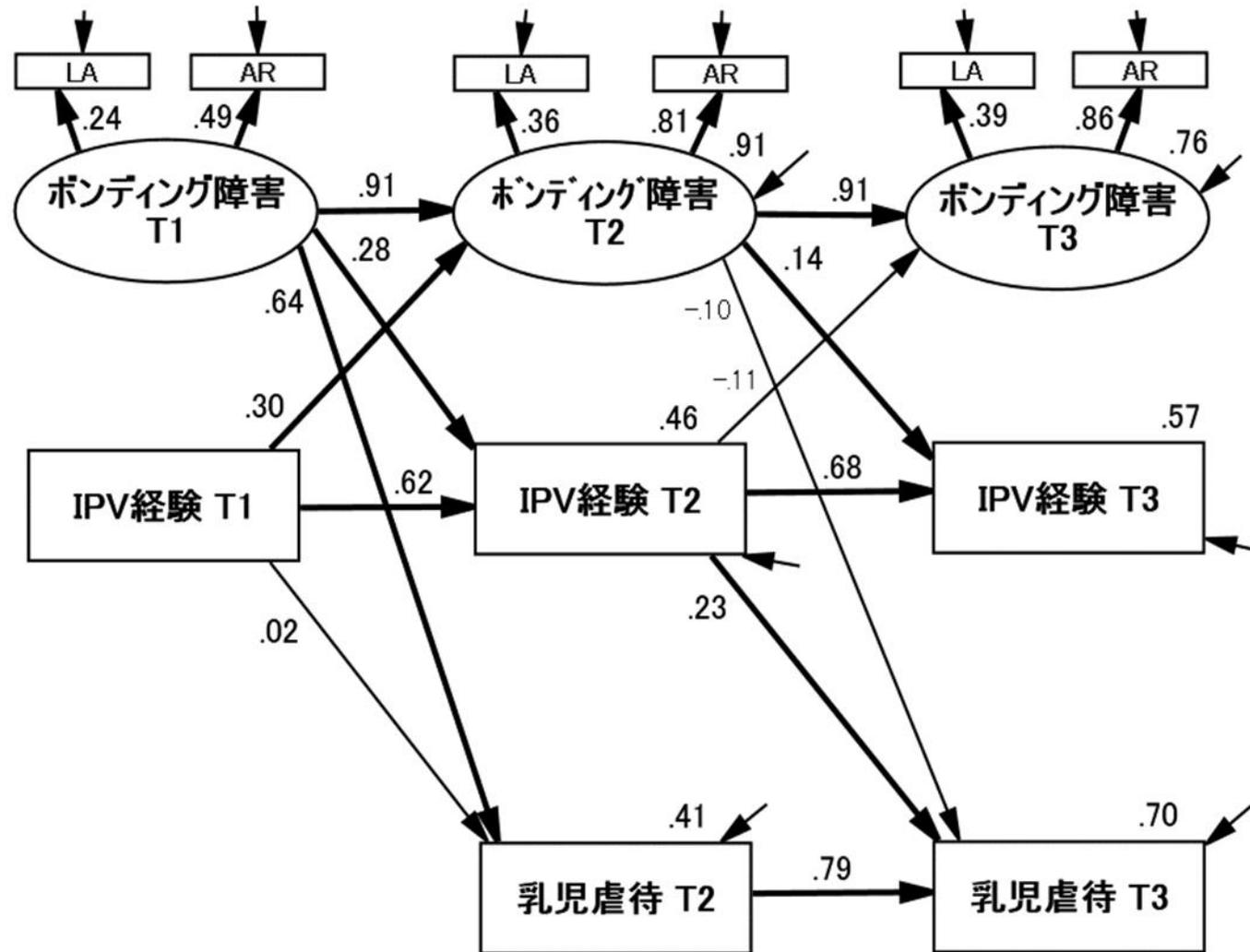


図8-2. 乳児虐待に影響する家族内の要因モデルA 多母集団同時分析(父親). パス係数は標準化解. 有意であったパス, およびパス係数を太字表記とした(相関については非表示).

chi-squared=70.473
 df=12
 CFI=.946
 RMSEA=.157
 AIC=176.473

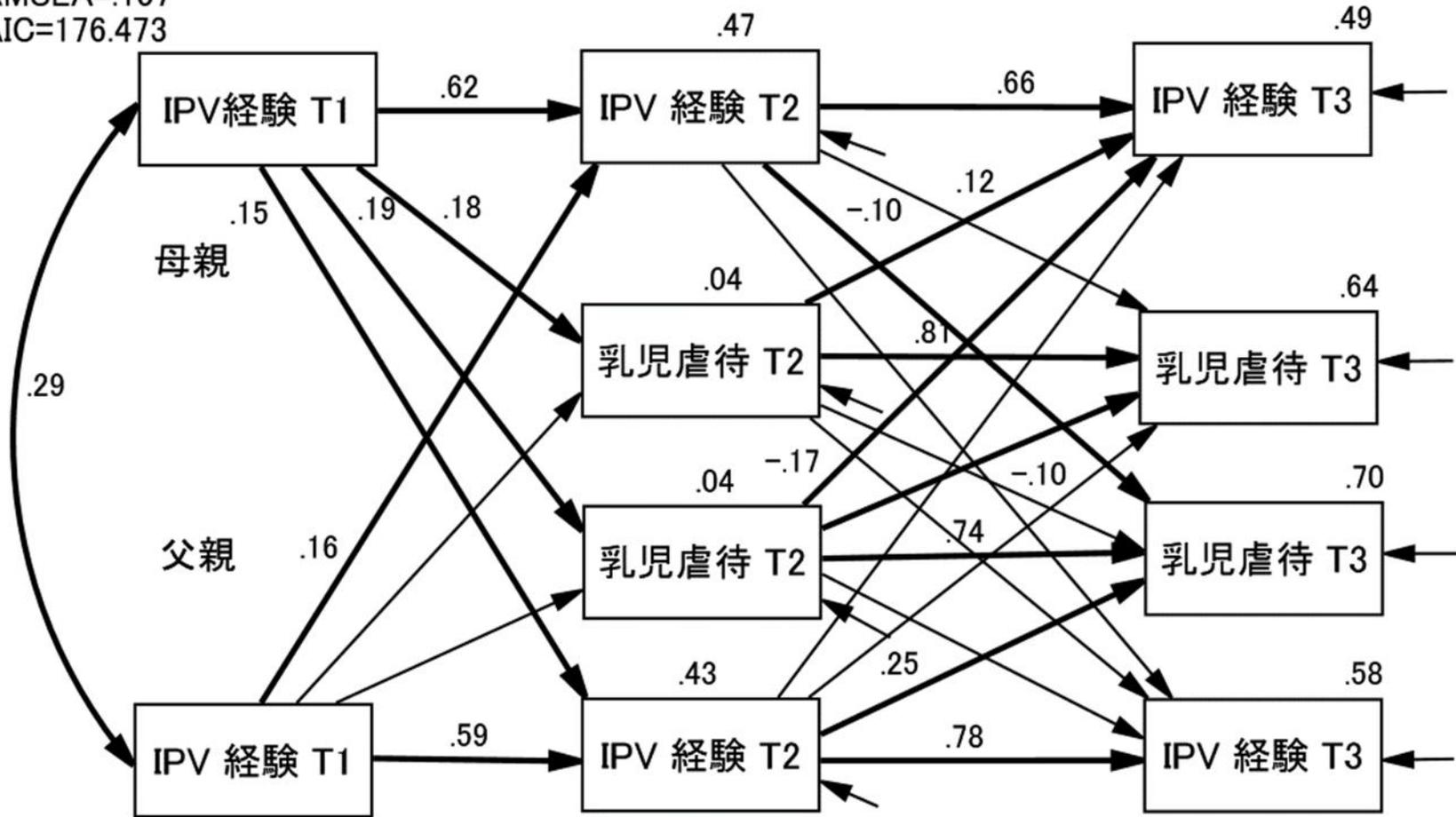


図9. 乳児虐待に影響する家族内の要因モデルB. パス係数は標準化解.
 有意であったパス, およびパス係数を太字表記とした(有意でないパス係数, および相関については非表示).

第6章 考察

I. 本研究対象の特性

本研究では、都内近郊の7か所（周産期母子医療センター、病院、診療所、助産院）の研究協力施設内で出産した女性とそのパートナーのうち、研究協力での心身への悪影響が明らかに予測される場合を除くすべてをリクルート対象とすることによって、一般的な養育者の集団であると想定した。実際に、対象の属性に関する複数のデータ（年齢、就学歴、経済状況、産科属性等）を概観し、日本の統計資料と比較することによって、本研究対象となった養育者の特徴を考察した。

年齢については、第一子、第二子出生時の平均年齢（厚生労働統計協会, 2015）と比較し、大きな違いはなかった。未婚の女性は0.9%であったが、全国平均において65歳未満の母親と20歳未満の子のみの世帯が1.5%であること（厚生労働統計協会, 2016）から、婚姻状況も全国平均と差はないと捉えた。一方、就学歴については、全国平均（厚生労働統計協会, 2016）と比較して短大・大学卒業割合が男女とも10%程度高かった。就労状況については、0歳児のいる母親の就労状況の全国平均と比較すると、常勤が占める割合が約2倍であり、世帯年収についても児童のいる世帯の平均世帯年収より200万円程高かった（厚生労働統計協会, 2013）。よって、本研究対象は、一般的な養育者を想定してリクルートしたものの、研究協力を得られた集団は父母ともに高学歴であり、特に母親が常勤の仕事を持ち、比較的経済状況も良好な集団であった。

産科的属性としては、子どもの出生体重の平均値は全国平均とほぼ一致したが、早産児の割合が1.9%であり、全国平均の5.8%を大きく欠けており、低出生体重児の割合も3%ほど少なかった（厚生労働統計協会, 2015）。本研究では、NICU入室のあった児が3名のみであったことから、周産期異常を有する対象が少なかったといえる。

II. 乳児虐待と関連のある概念抽出

1. 本研究対象における乳児虐待

本研究における目的変数は【乳児虐待】であり、下位概念である養育者の「虐待的養育態度」とは、心理的攻撃、身体的攻撃、ネグレクトから成ると想定していた。これは、0～3歳の虐待構成において、心理的虐待が44.4%、ネグレクトが31.2%、身体的虐待が24.1%（総務省統計局, 2014b）であったことから、乳児虐待は身体的虐待、ネグレクト、心理的虐待で構成することが妥当だと考えたためである。

実際、本研究の対象となった一般の分娩後の女性とパートナーから得た回答では、身体的攻撃に関する出現頻度は著しく低い一方で、心理的攻撃は各調査時点にある程度の出現分布がみられた。この分布は、西日本において CTS1 を用いた実態調査における分布と類似していた（馬場ら., 2016; Baba et al., 2016）。これらの結果から考察すると、心理的攻撃は、本研究対象のような一般の養育者に発生し得る乳児虐待として扱うべきものであり、本研究対象の「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル」の目的変数として扱うことは妥当ではないかと考えた。よって、今回のモデル作成においては、[心理的攻撃] を目的変数である【乳児虐待】として扱うこととした。

一般的な養育者を対象とした今回の研究では、【乳児虐待】を構成する概念は心理的攻撃のみとなったことは研究の限界であり、身体的攻撃やネグレクトを含んだ【乳児虐待】との要因モデルの検討は、異なる研究対象（例えば、子ども家庭支援センターや児童相談所から介入を受けている養育者等）への調査によって必要だと考える。

以上から、本研究から得た結果については、少なくとも、臨床において日常的に関わる養育者に一般化できる可能性があると考えられる。

2. モデルを構成する下位概念の抽出

まず、父母それぞれから得た虐待の影響要因と想定した諸変数について、目的変数である乳児虐待との関連の傾向について、相関行列から探索した。その結果、多くの変数には乳児虐待との有意な関連がみられたが、関連の程度には、父母での違いや、時点での違いがみられた。今回の分析では、「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル」の探索を目的とし、父母いずれかにおいて、特に強い相関がみられた変数が、乳児虐待と因果関係が相対的に強い変数とみなすこととした。父母いずれかにおいて乳児虐待との比較的強い相関 ($r > .4$, $p < .001$) がみられた下位概念は、【母親の特性】【父親の特性】である [睡眠状況]、【パートナー間の関係性】である [暴力]、【親子間の関係性】である [ボンディング] であった。これらの抽出された下位概念と研究の概念枠組みを比較すると、【乳児虐待】に影響する要因として想定していた【子どもの特性】は、今回の分析においては相対的に【乳児虐待】との関連が弱い概念であると捉えた。

3. 乳児虐待に影響する家族内の要因モデル A を構成する概念

乳児虐待と比較的強い相関 ($r > .4$, $p < .001$) のみられた 3 つの下位概念 [睡眠状況] [暴力] [ボンディング] について、[乳児虐待] [睡眠障害] [IPV 経験] [ボンディング障害] を変数名として組み入れたモデルを作成した。

仮説 A「父親、および母親それぞれの乳児虐待に影響する要因の構造は異なる」を検証するため、女性とパートナーそれぞれのモデル作成を試みた。モデル作成過程において、モデルトリミングによって【母親の特性】および【父親の特性】である〔睡眠障害〕から〔乳児虐待〕へのパスが削除されたことから、【母親の特性】や【父親の特性】は、【パートナー間の関係性】や【親子間の関係性】の【乳児虐待】への影響力を加味した場合、【子どもの特性】に続いて直接的な影響力の弱い概念である可能性が示唆された。最終的に、「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル A」を構成する概念は、【パートナー間の関係性】である〔IPV 経験〕、【親子間の関係性】である〔ボンディング障害〕、および【乳児虐待】である〔心理的攻撃〕であり、女性とパートナーで同様の構造が成り立った。つまり、生後 3 か月までの乳児虐待と家族内の要因の因果関係の構造を捉える場合、影響要因として相対的に重視されるべき概念は、父母ともに家族の関係性である可能性が導かれた。

4. 乳児虐待に影響する家族内の要因モデル B を構成する概念

続いて、仮説 B「父親、および母親の乳児虐待に影響する要因の構造には相互作用がある」の検証のため、乳児虐待と比較的強い相関 ($r > .4$, $p < .001$) のみられた 3 つの変数〔睡眠障害〕〔IPV 経験〕〔ボンディング障害〕について、それぞれ父母の相互作用を含めたモデルの作成を試みた。しかし、〔ボンディング障害〕や〔睡眠障害〕においては父母の相互作用を含めたモデルが成り立たなかったことから、仮説 B は男女間の〔IPV 経験〕においてのみ成り立つ仮説である可能性が示された。

よって、本研究においては、父親と母親の相互作用を考慮した構造は、【パートナー間の関係性】の下位概念である〔暴力〕の関係性にのみ成り立つ構造であったことから、IPV 経験と乳児虐待の因果構造を考える際には、父母の相互作用を考慮する必要があると捉えた。

III. 「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル A」

1. 「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル A」の有効性

抽出された下位概念より、父母のモデルを多母集団同時解析にて比較した「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル A」（以下、モデル A）を作成した。

共分散構造分析において推定されたモデルの良さを評価するための適合度指標として、本研究では CMIN/DF、CFI、RMSEA、AIC を用いた。各適合度指標について、豊田 (2007) によると、a) CMIN/DF は下限が 0 で、値が小さいほど適合が良いモデルであると考えら

れる、b) CFI は 1 に近いほどデータへの当てはまりが良いと判断する、c) RMSEA は .05 以下であれば当てはまりがよく、.10 以上であれば当てはまりが良くないと判断すると述べられている。モデル A の適合度指標は、CMIN/DF=4.85、CFI= .92、RMSEA = .086、AIC = 467.52 であったことから、概ね良好なモデルであると判断した。

2. 「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル A」における概念の関係性

ここでは、モデル A によって示された概念の関係性に関する解釈を述べる。

母親のモデル A (以下、母モデル A) より明らかとなったのは、以下の 3 点である。まず、母親による子どもへの乳児虐待は、子どもの出生 1 ヶ月後までには始まっており、出生 3 ヶ月後まで有意に影響していた。この結果と、先行研究において月齢 1~4 ヶ月児の母親の虐待傾向が 3 年後の虐待傾向に影響していた (佐藤幸ら, 2013) 点を考慮すると、子どもの出生直後から虐待は発生し、3 年後まで影響が続く可能性が高いと捉えられる。よって、この結果は、産褥期の母親に対して乳児虐待をアセスメントする必要性の高いことの裏付けとなった。

2 つ目に、妊娠後期から出産直後の IPV 経験は、産後 1 ヶ月を介し、産後 3 か月まで有意に影響していた。VAWS を用いた先行研究 (Kataoka, Imazeki, & Shinohara, 2016) によると、妊娠期 (21%) と比較して妊娠前の IPV 陽性率 (35%) が高かったことから、妊娠中に IPV 経験のある女性は妊娠前から IPV 経験を有する可能性が高く、産後 3 ヶ月後まで影響する可能性が高いと考えられる。

3 つ目に、ボンディング障害についても同様に、出産直後から 3 か月後まで有意な影響を与えていた。ボンディング障害に関する先行研究によると、産後のボンディング障害は 1 年後のボンディング障害に影響し (O'Higgins, Roberts, Glover, & Taylor, 2013)、妊娠への否定的な感情は産後のボンディングに影響を与える (Kokubu, Okano, & Sugiyama, 2012) ことが示されている。今回の母モデル A においても、これらの先行研究を裏付ける結果を得た。

父親の「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル A」(以下、父モデル A) より明らかとなったのは、父親による子どもへの乳児虐待も、母親と同様に子どもの出生 1 ヶ月後までに始まっており、出生 3 ヶ月後まで有意に影響していた。よって、産褥期の母親のみならず、父親に対する乳児虐待アセスメントの必要性を裏付ける結果となった。

続いて、今回得たデータでは、妊娠期の IPV 経験は男女でほとんど同じ割合であり (女性 24.8%、パートナー 24.3%)、父親においても、妊娠期の IPV 経験は、1 ヶ月後の IPV

経験を紹介し、産後3か月まで有意に影響していた。つまり、父親から母親へのIPVに限らず、少なくとも産後の母親から父親へのIPVは存在し、その影響は産後3か月まで続いていると捉えられる。男性から女性へのIPVに関する複数の先行研究(Cox et al., 2003; Kataoka et al., 2016; 片岡, 八重, 江藤, & 堀内, 2005)から、周産期における女性へのIPVのスクリーニングの必要性が高まっている(長坂ら, 2012)が、女性から男性へのIPVに関する研究はほとんどない。今後は、男性のIPVに焦点化した実態調査を重ねることによって、男性のIPVスクリーニングの必要性やIPVへの介入策について評価していく必要がある。

次に、ボンディング障害についても母親と同様に、子どもの出生直後から3か月後まで有意な影響を与えており、違いに有意な差はみられなかったことから、子どもの出生直後のボンディング障害が3ヶ月後まで影響を及ぼすことは、父母に共通していることが示唆された。

3. 「乳児虐待に影響する家族内の要因モデルA」における乳児虐待への影響

ここでは、モデルAによって示された概念の関係性のうち、特に乳児虐待への影響を示したパスに関する解釈を述べる。

母モデルAでは、産後1ヶ月までの乳児虐待を予測した概念は、妊娠後期のIPV経験ではなく、出産直後のボンディング障害だった。この点においては、大橋ら(2014)の報告した結果と一致したことから、出産直後の母親のボンディング障害は、乳児虐待予防の観点から重視すべき概念であることが示唆された。

そして、産後3ヶ月までの乳児虐待を予測した概念は、産後1ヶ月までのIPV経験やボンディング障害ではなく、産後1ヶ月までの乳児虐待であった。この結果より、出産直後の母親のボンディング障害は、産後3ヶ月までの乳児虐待を予想することにつながると捉えられる。つまり、出産直後のボンディング障害をアセスメントすることは、出産1ヶ月後および3ヶ月後の乳児虐待を予想することにつながる。この点と関連し、妊娠への否定的な感情は産後のボンディングに影響を与える(Kokubu et al., 2012)ことを考慮すれば、妊娠期の胎児へのボンディングをアセスメントすることは、出産直後のボンディング障害を予測しうると考えられる。

一方で、妊娠後期女性のIPV経験は、産後1ヶ月のボンディング障害を予測し、さらに産後1ヶ月のボンディング障害は産後3ヶ月のIPV経験を予測することが示された。つまり、妊娠後期のIPV経験は乳児虐待に直接影響はしないものの、産後1ヶ月のボンディン

グ障害に影響し、産後1ヶ月のボンディング障害が産後3ヶ月のIPV経験に影響することから、パートナー間の関係性の問題は、親子間の関係性の問題と波及し合うと捉えられる。

父モデルAにおいて、産後1ヶ月までの乳児虐待を予測した概念は、妊娠後期のIPV経験ではなく、出産直後のボンディング障害であり、これは母モデルAと同様の結果であった。そして、産後3ヶ月までの乳児虐待を予測した概念は、産後1ヶ月までのIPV経験やボンディング障害ではなく、産後1ヶ月までの乳児虐待であり、これもまた女性と同様の結果であった。よって、子どもの出生直後のボンディング障害は、産後3ヶ月までの乳児虐待を予想することは、父母に共通していることが示唆された。

4. 父母のモデル比較と仮説Aの検証

モデルAにおいて、父母のモデル共通点のみならず、構造の違いが複数示されたことから、仮説A「父親、および母親それぞれの乳児虐待に影響する要因の構造は異なる」は支持されたと考える。

モデルAにおいて、父母に共通していた点は、(a) 子どもの出生直後のボンディング障害は3ヶ月後まで影響を及ぼすこと、(b) 子どもの出生直後のボンディング障害が1ヶ月後の乳児虐待に直接影響すること、(c) 妊娠期のIPV経験が1ヶ月後のボンディング障害を予測し、さらに1ヶ月後のボンディング障害は3ヶ月後のIPV経験を予測すること、の3点だった。また、モデルAにおいて、父母に有意な違いが示されたのは、(d) 子どもの出生直後のボンディング障害から1ヶ月後のIPV経験へのパス、(e) 1ヶ月後のIPV経験から3ヶ月後の乳児虐待へのパス、および(f) 1ヶ月後の乳児虐待から3ヶ月後の乳児虐待へのパスの3点であった。特に、(d)、(e)は父においてのみ有意であった。つまり、父親に子の出生直後のボンディング障害がある場合、乳児虐待のみならず、1ヶ月後のIPV経験に影響し、さらに1ヶ月後のIPV経験は、3ヶ月後の乳児虐待に影響することが父母の違いとして示された。

以上から、父母のモデルを比較した結果として、1ヶ月後の乳児虐待に直接影響するのは、父母ともに子の出生直後のボンディング障害であり、さらに父においては、子の出生直後のボンディング障害は1ヶ月後のIPV経験を媒介し3ヶ月後の乳児虐待に影響する、と結論付ける。つまり、乳児虐待予防の観点で重視されるべきは子の出生直後の父母のボンディング障害、および父の子の出生後1ヶ月間のIPV経験の2点である。

IV. 「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル B」

1. 「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル B」における概念の関係性

モデル B において、モデル A と共通していた点として、(a) 父母それぞれの妊娠期の IPV 経験は 1 ヶ月後、3 ヶ月後まで有意に影響しており、(b) 子どもの出生 1 ヶ月後の乳児虐待は 3 ヶ月後の乳児虐待に有意に影響していた。

続いて、モデル B によって示された、父母の相互作用について考察する。母親の妊娠期の IPV 経験は、父親の 1 ヶ月後の IPV 経験に影響し、父親の妊娠期の IPV 経験もまた母親の 1 ヶ月後の IPV 経験に影響し、その影響力の程度は同様であった（母親から父親のパス係数 .15、父親から母親のパス係数 .16）ことから、相互に IPV は作用し合い、その程度は同程度であることが示された。

2. 「乳児虐待に影響する家族内の要因モデル B」における乳児虐待への影響

母親が妊娠中に IPV 経験をもつ場合、母親の 1 ヶ月後の乳児虐待に影響し（パス係数 .18）、さらに父親の 1 か月後の乳児虐待に影響していた（パス係数 .19）。つまり、父親から母親への IPV は、母親の乳児虐待のみならず、父親の乳児虐待の誘因になるといえる。一方で、父親が妊娠中に IPV 経験をもつ場合であっても、母親、父親のいずれの乳児虐待も影響をうけなかった。これらのパスから、父母の相互作用を考慮した場合、妊娠期の父母の IPV 経験として乳児虐待に影響を及ぼすのは、父親から母親への IPV のみであり、父母両者の乳児虐待に同様の誘因となることが示された。しかし、子の出生後 1 ヶ月間に IPV 経験がある場合から 3 ヶ月後の変数には、異なるパスが示された。具体的には、母親の 1 ヶ月後の IPV 経験は父の乳児虐待を抑制し（パス係数 $-.10$ ）、父親の 1 ヶ月後の IPV 経験が 3 ヶ月後の父親の乳児虐待に影響を与えていた（パス係数 .25）。以上のことから、父母の相互作用を考慮した場合には、妊娠期の母親の IPV 経験、および子の出生 1 ヶ月間の父親の IPV 経験が、それぞれ乳児虐待に影響する可能性が示唆され、一方で子の出生 1 ヶ月の母親の IPV 経験は、父の 3 ヶ月後の乳児虐待を抑制することが示唆された。子の出生 1 ヶ月間の父の IPV 経験が父の 3 ヶ月後の乳児虐待に影響する点は、モデル A と共通していた。

次に、母親の産後 3 ヶ月の乳児虐待を有意に予測したのは、母親および父親の 1 ヶ月後の乳児虐待であった。一方で、父親の 1 ヶ月後の乳児虐待から 3 ヶ月後の母親の乳児虐待へのパス係数は $-.10$ であった。このパスでは、父の 1 ヶ月後の乳児虐待が母の乳児虐待を抑制することを意味する。

3 つ目に、母親の 1 ヶ月後の乳児虐待から 3 ヶ月後の IPV 経験への有意なパス（パス係

数 .12) が示された点について考察する。このパスは、母親の 1 ヶ月後の乳児虐待がある場合、母親は 3 ヶ月後の IPV 経験が増加することを示す。本研究において、乳児虐待は目的変数として設定したが、IPV 経験の誘因にもなり得る可能性が示されたことは、新たな検討課題である。

3. 仮説 B の検証

モデル B によって、父母の IPV 経験と乳児虐待の相互の作用が示されたことから、仮説 B 「父親、および母親の乳児虐待に影響する要因の構造には相互作用がある」は支持されたと考える。乳児虐待への影響に着目すれば、妊娠期の母親への IPV が 1 ヶ月後の父母の乳児虐待に影響し、子の出生 1 ヶ月間の父親への IPV が 3 ヶ月後の父親の乳児虐待に影響することが示された。一方で、乳児虐待を抑制する作用も導かれ、1 ヶ月後の母の IPV 経験は 3 ヶ月後の父の虐待を抑制し、1 ヶ月後の父の虐待は 3 ヶ月後の母の虐待を抑制する可能性が示唆された。

V. 乳児虐待を予防するための方策

1. 周産期医療における乳児虐待への取り組みの必要性

本研究で得た全てのモデルに共通して明らかだったのは、父親による乳児虐待も母親による乳児虐待も、子どもの出生 1 ヶ月後までに始まり、出生 3 ヶ月後の乳児虐待に有意に影響し、その影響力はいずれの変数と比較しても大きかった点である。つまり、生後 1 ヶ月間の乳児虐待への取り組みを開始することは、その後の虐待を予防することにつながる。つまり、周産期医療における乳児虐待への取り組みの重要性を裏付ける結果が得られた。

そこで、乳児虐待への取り組みの現状を振り返り、今後の周産期医療のあり方を考察する。日本において、主な虐待予防は行政で実施されている（こんにちは赤ちゃん事業、妊産婦訪問指導、新生児訪問指導、養育支援訪問事業等）。一方、医療機関においては、虐待対応のための虐待防止対策委員会（CAPS; Child Abuse Prevention System）の設置が勧められている（東京都福祉保健局 b, 2009）ものの、全国の医療機関のうち、虐待対応組織があるのは 2 割に満たない（杉下ら, 2011）。周産期医療からの活動報告としては、特定妊婦に対する取り組み（利部ら, 2013）や産後 1、2 週間健診（福田, 2011；鷺尾ら, 2013）等があるが、その報告例数から、活動はまだ少数であると予想される。また、虐待予防に関する取り組みの道標となるガイドラインの一例としては、日本小児科学会（2014）、日本助産師会（2004）、日本看護協会（2003）を手にとることができる。しかし、看護領域から発信

された情報は10年以上前のものであり、最新とは言い難いのが現状であった。これらの2点を以ても、行政や小児医療と比較して、周産期医療の乳児虐待への関心の低さを感じる。まずは周産期においても、行政や小児医療と同様に、乳児虐待への取り組みが必要であると意識をもつ必要があるだろう。周産期医療全体としての意識を高めるためには、個人の意識の向上が必要である。そのためには、周産期に携わる職種を対象とした虐待予防・対策に関する教育の拡大や、ガイドラインの改訂等による新しい情報の周知が効果的ではないかと考える。

2. 看護への提言

1) 乳児虐待予防への周産期看護の役割

先に、周産期医療に携わる職種の乳児虐待への関心の向上の必要性を述べたが、特に助産師にはその役割が大きいと考える。その理由として、助産師は妊娠期から産褥期を通して、保健指導や妊婦健診、産後の入院期間や母乳外来等、母親に関わる機会が多く、妊娠期から産褥期まで、家族と継続して関わりをもちやすい。また、昨今では、妊婦健診の付き添いや両親学級など、父親と接する機会も増加しつつある。これらの特徴を持つ助産師であれば、その独自性を生かし、周産期における乳児虐待への取り組みの先導となり得ると考える。

2) 周産期看護における家族を対象とした乳児虐待予防策

ここでは、家族を対象とした乳児虐待予防を目的とした具体的取り組み内容に関する考察を述べる。本研究で得たモデルでは、父母それぞれの乳児虐待と影響要因の構造において、モデルAから類似点と相違点、モデルBから相互作用がみられた。これらの結果から、乳児虐待予防のための方策は父母いずれか一方ではなく家族を対象とすべきであり、特にIPVについては父母の相互作用に着目した介入を提供すべきだと考える。

1つ目に、本研究で得たモデルから、父母それぞれの子の出生直後のボンディング障害が、1ヶ月後の乳児虐待に影響を与えていた。父母それぞれの影響力に有意な差はなかったことから、どちらのボンディング障害も重視して対応する必要があり、父母に対するボンディング障害の改善に向けたケアを適切に提供することによって、乳児虐待を予防できる可能性がある。まず観察の視点として、産褥入院中の女性や面会時のパートナーに対し、子どもへの気持ちや態度について意識的にアセスメントする必要がある。つまり、女性のルーティンの身体的な観察だけではなく、心理面への配慮や観察が必要だと言えよう。さらに、父親の子どもへの気持ちや態度についても同様にアセスメントしていく意識付けが必要だ

ろう。産褥入院中の母親と比較して、面会が不定期的である父親の子どもとの関係性をアセスメントすることには困難が予想されるものの、多くの父親が分娩立会いや退院時の付き添いに来院する昨今、これらの機会に助産師が意識的に父子関係を観察することは可能性が見込まれる。ボンディングをアセスメントする技法を高めることに関して、周産期女性の心理面への援助態度である自覚的共感性について、ロールプレイやグループワーク等によって有意に向上したという報告がある（玉木, 北村, 小澤, & 宮崎, 2014）ことから、これらの教育は有効性が高いと考える。また特に女性では、先行研究（Kokubu et al., 2012）から、妊娠への否定的な感情が産後のボンディングに影響を与えることが示されており、妊娠期の胎児への感情を観察し、否定的感情がある場合には介入の必要があると考える。

ボンディング障害を改善するための介入方法としては、児との皮膚接触であるカンガルーケア（Feldman, Eidelman, Sirota, & Weller, 2002; Feldman, Weller, Sirota, & Eidelman, 2003; Gathwala, Singh, & Balhara, 2008; Miles, Cowan, Glover, Stevenson, & Modi, 2006; Mörelius, Theodorsson, & Nelson, 2005; Young, Lee, & Shin, 2010）や、ベビーマッサージ（Onozawa, Glover, Adams, Modi, & Kumar, 2001）、母児関係に関する教育ビデオ（Wenderland-Carro, Piccinini, & Miller, 1999）等が母児の関係性を改善するとの先行研究がある。すべて母親を対象とした研究ではあるが、ボンディング障害のある父親に対してもこれらを乳児虐待予防として取り入れることは有効だと考える。

2つ目に、本研究で得たモデルにおいて、パートナー間の暴力の相互作用や、父母の IPV 経験の乳児虐待への影響の違いが示されたことから、IPV についても父母を対象にしたアプローチが必要であることが明らかであった。一方で、父母の乳児虐待への影響の構造の違いから、アプローチが有効な時期は父母間で異なっていることも示された。具体的には、妊娠期の母親の IPV 経験が 1 ヶ月後の父母の乳児虐待それぞれに影響し、子の出生 1 ヶ月間の父親の IPV 経験が 3 ヶ月後の父親の乳児虐待に影響することが示されたことから、乳児虐待予防の視点からいうと、母親では特に妊娠期の IPV 経験を、父親では特に子の出生 1 ヶ月間の IPV 経験に注意して観察し対応することが効果的だと考える。しかしながら、男性への IPV に関するスクリーニングや支援方法について、具体的な実施方法を示した資料はみつからなかったことから、現在の臨床実践において実現可能性のある方策を考察した。

まず、子の出生 1 ヶ月間の父親の IPV 経験には、母親の妊娠期の IPV 経験も影響を与えていたことから、母親の妊娠期の IPV への支援を拡大することは、ひいては父親への IPV

の減少、父親の乳児虐待の減少にもつながる可能性はある。よって、まずは妊娠期の女性を対象とした IPV の介入を拡大していくことに重点を置くことは、父母それぞれの乳児虐待予防にとって効果的だと考える。現在、女性への IPV に関する支援についてはガイドラインとしてまとめられており（聖路加看護大学 女性を中心にしたケア研究班, 2004）、乳児虐待の予防にもつながることから、ガイドラインに基づく有効な支援を提供すべきである。続いて、妊娠中に父母に直接的な働きかけが可能である場として、両親学級を提案したい。パートナー間に暴力の関係性が在る場合、新生児への暴力にも影響を及ぼす可能性があることから、両親学級において、妊娠期よりパートナー間の関係性の持ち方について話し合う機会を作ることは効果的だと考える。

さらに、子の出生 1 ヶ月後の父親の乳児虐待は、3 ヶ月後の母親への IPV を抑制していた（パス係数 -0.17 ）。一方で、子の出生後 1 ヶ月間の母親への IPV は、3 ヶ月後の父の虐待を抑制し（パス係数 -0.10 ）、1 ヶ月後の父の虐待は 3 ヶ月後の母の虐待を抑制していた（パス係数 -0.10 ）。これらの結果から、父親から子どもへの虐待は母親への暴力を抑制し、父親から母親への暴力は子どもへの虐待を抑制するという構造を得た。よって、周産期において特に女性の IPV 経験へ支援を実践する際は、女性自身の子どもへの虐待だけではなく、父親の子どもへの虐待が背後に潜みうることを考慮した関わりが必要である。

3) 地域活動との連携

乳児虐待への取り組みについては、今後の周産期医療の場での実践の拡大が必要であることを述べてきたが、継続支援のためには地域活動との連携が重要である。地域活動との連携のためには、まずは地域活動に関する知識をもち、関係機関とのネットワークを強化することが必要だと考える。

まず、厚生労働省の妊娠・出産包括支援モデル事業が実施されており、特に産後ケア事業は助産院や一部の産科医療機関において実施されている（厚生労働省, 2016）。各自治体における支援内容を把握し、育児不安や支援不足が見込まれる褥婦に対し事業に関する情報提供をすることで、虐待予防につながる継続支援を提供することができるだろう。また、虐待に悩む父母への支援としては、民間での電話相談やグループケア（社会福祉法人子どもの虐待防止センター, 2009）も実施されていることから、行政のみならず民間との連携も重要である。

VI. 研究の限界と今後の課題

1. サンプルサイズ

本研究では、必要サンプルを 300 名程度と見積もり、サンプルサイズを算出した上で 505 名の女性、および 501 名のパートナーへリクルートを実施した。しかし実際には、予定数を得られたのは女性のみであり ($n = 319$)、男性からは予定数を得ることができなかった ($n = 203$)。標本数について、豊田 (2003) は、標本数が少ないと解が収束しなかったり、不適解になるといった問題が起こりやすくなる、と述べている。しかし、Boomsma (1985) は、標本数が 100 以下のときは信頼に足る結果を得られない可能性があり、最尤法によれば 200 以上の標本数が望ましいと述べている。これらのことから、本研究では必要最低限の標本数を確保した上で最尤法による分析を実施しているため、結果の信頼性はある程度確保されたと考える。一方で、サンプルサイズの拡大による分析結果の精度の向上は必要だと考える。本研究において提示した最終モデルの適合度指数は、モデル A で CFI = .92、RMSEA = .09、モデル B で CFI = .95、RMSEA = .16 であり、男女ペアのモデルとしたモデル B の RMSEA が .1 を超える結果となった。男性から得られたサンプルが予定数 ($n = 300$) に至らなかったことが、男女ペアモデルの標本数 ($n = 198$) の縮小につながり、適合度指標に影響を及ぼしたと考える。今後も研究を継続し、サンプルサイズを増やした分析によって分析結果の精度を高める必要がある。

2. 選択バイアス

本研究では、リクルート期間に研究協力施設内で分娩後入院中であった女性、およびパートナーを対象としたが、対象の健康面等に配慮し、研究依頼が適さないと判断された者へのリクルートはしなかった。また、虐待に関する調査であることを十分に説明した上で同意を得た方のみを研究対象とした。その結果、選択バイアスが生じ、乳児虐待に影響すると想定した要素をもつ対象が含まれなかった可能性は考慮すべきだろう。特に、本研究対象には、父母ともに高学歴であり、特に母親が常勤の仕事を持ち比較的経済状況も良好であり、周産期異常を有する対象が少なかったという特徴があった。これには、都内近郊の施設に限定した調査であったことが影響したと考えられる。

また、3 回にわたる縦断研究であり、リクルート対象を基準とした質問紙の回収率は女性 63%、男性 41%であった。この 3 回すべての質問紙に回答のあった対象は、母集団から見ると乳児虐待に影響する要素をもたない傾向があった可能性は否定できない。ただし、これらは研究対象への倫理的配慮の観点から避けられないバイアスであり、本研究の限界だ

と捉える。

本研究では、選択バイアスをカバーするために、幅広い対象を得るように、複数の研究協力施設（周産期母子医療センター、病院、診療所、助産院）において、基準を満たす対象へのリクルートがもれることのないように定期的リクルートの機会を設けるように努めたが、今後はより対象の幅を拡大し、大規模な実態調査が必要だと考える。

3. 今後の研究課題

今後の研究課題としては、4つ挙げられる。

1つ目に、本研究では、女性またはパートナーいずれかにおいて、乳児虐待と比較的強い相関 ($r > .4$, $p < .001$) がみられた変数を乳児虐待と因果関係が見込まれる変数とみなし、モデル A および B を作成した。この過程から、パートナー間の関係性と親子間の関係性を組み入れたモデルを最適モデルとして提示したが、その他複数の変数にも乳児虐待との有意な相関がみられていた。これらの分析過程から、今回のモデルから外れた変数が乳児虐待との因果推定に全く寄与しないと結論付けるべきではなく、他の理論構成に基づくモデルの検証が必要である。

2つ目に、今回の分析では、調査時点の差ではなく変数間の相関から因果関係の推定を行ったが、今後の分析では、3つの時点での変数間の差が乳児虐待にどのように影響するかについて、潜在変化モデル (Geiser, 2012) やマルチレベルモデル (安藤, 2011; Heck, Thomas, & Tabata, 2013) を用いて検討する必要があると考える。

3つ目に、女性から男性への IPV に関する研究の集積が必要である。本研究で得た結果では、母親の IPV 経験のみならず、父親の IPV 経験が父親の乳児虐待に影響する可能性が示唆された。しかし、臨床の場面で父母の両者に IPV について問うことは、安全性への配慮の側面から実現困難だと予想する。また、男性への IPV に関する研究は女性への IPV と比較して少数でもあり、本研究の結果を根拠に周産期における父親への IPV 経験を評価し、介入する必要性を結論付けることは難しい。よって、今後は周産期の女性を対象とした IPV と同様に、男性への IPV に関連した研究の集積が必要だと考える。

4つ目に、今後はより対象の幅を拡大した大規模な調査が必要である。具体的には、調査地域の拡大により、集団の偏りを減らすことで結果の一般化が可能となるだろう。さらに、子ども家庭支援センター等からの介入を受けているような養育者を対象としたデータの集積が必要である。調査の継続によって異なる集団からのデータを集積し、父母の比較のみならず、一般的養育者と乳児虐待ハイリスク者との比較が可能となり、より効果的な乳児

虐待への取り組みの策を得ることにつながると考える。対象のもつ特徴から集団を分類する方法として、クラスター分析（北村, 2013; 小塩, 2004）が挙げられるが、クラスター分析によって得た質の異なる集団毎のモデル比較は、新たな知見を得る上で有効だと考える。

第7章 結論

本研究では、生後1ヶ月、及び生後3ヶ月の乳児への虐待に影響する家族内の要因の構造を探索し、影響要因に即した乳児虐待を予防するための方策を提言することを目的とした。仮説A「父親、および母親それぞれの乳児虐待に影響する要因の構造は異なる」、および仮説B「父親、および母親の乳児虐待に影響する要因の構造には相互作用がある」に沿って「乳児虐待に影響する家族内の要因モデルA」および「乳児虐待に影響する家族内の要因モデルB」を作成した結果、以下の点が明らかとなった。

1. 本研究では、家族内の関係性（親子間の関係性、パートナー間の関係性）に焦点化したモデルを得たことから、乳児虐待予防には家族の関係性へのアプローチが有効であることが示唆された。「乳児虐待に影響する家族内の要因モデルA」より仮説Aは支持され、父母間での共通点や相違点が導かれた。本研究で得たモデルAおよびBに共通していたのは、父親による乳児虐待も母親による乳児虐待も、子どもの出生1ヶ月後までに始まり、出生3ヶ月後の乳児虐待に有意に影響し、その影響力はいずれの変数と比較しても大きかった点である。つまり、生後1ヶ月間の乳児虐待への取り組みを開始することは、乳児虐待の早期発見や予防につながるといえ、周産期医療における乳児虐待への取り組みの重要性を裏付ける結果が得られた。
2. 乳児虐待への影響要因として父母に共通していたのは、子の出生直後のボンディング障害が、1ヶ月後の乳児虐待に影響を与えていたという点である。父母それぞれの影響力に有意な差はなかったことから、どちらのボンディング障害も重視して対応する必要があり、ボンディング障害の改善に向けたケアを適切に提供することによって、乳児虐待を最も効果的に予防できる可能性が示唆された。そのためには、産褥入院中の母親や面会時の父親の子どもへの気持ちや態度について、意識的に観察し、支援する必要があり、助産師を始めとした医療者の心理援助技術の向上が重要である。
3. 「乳児虐待に影響する家族内の要因モデルB」によって、仮説Bが支持された。父母それぞれのIPV経験は、相互に影響し合い、乳児虐待に影響していた。乳児虐待への影響に着目すれば、妊娠期の母親へのIPVが1ヶ月後の父母両者の乳児虐待に影響し、子の出生1ヶ月間の父親へのIPVが3ヶ月後の父親の乳児虐待に影響することが示された。一方で、子の出生1ヶ月間の父親へのIPVには妊娠期の母親へのIPVが影響していた。言い換えると、妊娠期の母へのIPVの対策を拡大することは、ひいては子の

出生後の父への IPV の減少にもつながるのではないかと考える。よって、父母の乳児虐待予防の視点からいうと、母親では特に妊娠期の IPV 経験を、父親では特に子の出生 1 ヶ月間の IPV 経験に注意して観察し対応する必要があるが、特に妊娠期の母親の IPV 経験への介入が有効であることが示唆された。周産期における女性への IPV スクリーニングや支援ガイドラインは拡大しつつあるが、これらは乳児虐待を予防する上でも重要性が高いことが、本研究によって裏付けされた。加えて、臨床実践において実現可能性の高い方法としては、妊娠期の両親学級においてパートナー間の関係性の持ち方に関する内容を取り入れることは、乳児虐待予防においても有効な策として提示できるだろう。

謝辞

本研究において、研究協力をいただきました対象者の皆様には、深く感謝申し上げます。また、研究遂行のために、温かくご協力、ご配慮くださいました各研究協力施設の施設長、ならびにスタッフの皆様にも、心より御礼を申し上げます。

聖路加国際大学 片岡弥恵子教授には、博士前期課程在学時より、指導教官として研究計画から論文執筆に至る全過程において、常に温かく丁寧なご指導をいただきました。同大学 堀内成子教授には、研究計画書の理論構成から、論述についての的確なご助言をいただきました。同大学 麻原きよみ教授には、公衆衛生看護学の視点から、医療と地域活動の連携の重要性や実践法について、具体的なお助言をいただきました。同大学 及川郁子教授には、小児看護学の視点から、的確で有益なお助言をいただきました。北村メンタルヘルス研究所所長 北村俊則先生には、国内外の精神科診療に貢献されてこられた臨床医としての、専門的かつ幅広い視点から、実践的なご助言をいただき、共分散構造分析を用いた統計手法についても丁寧にご指導いただきました。島根大学教育・学生支援機構 光永悠彦先生には、統計手法について、専門的立場から多くの示唆をいただきました。博士論文作成の全過程において、多くの有益なお助言をくださいました諸先生方に、心より感謝申し上げます。

研究活動の全過程を支えてくれた本学大学院博士課程の諸先輩方、同期の皆様、後輩の皆様にも、心より感謝申し上げます。

最後に、これまで、自分の思う道を進む事に対し、暖かく見守り支援してくれた家族に、深い感謝の意を表して、謝辞と致します。

なお、本研究は、平成 26 年度公益信託山路ふみ子専門看護教育研究助成基金、ならびに科学研究費助成事業（基盤研究 B）の研究助成を受けて実施いたしました。

2016 年 9 月