

後、多くの人に「子ども手当」は子どもの貧困率をどれほど削減するか、といったことを聞かれるが、貧困率の削減は、一つの指標ではあるものの、それだけをもって「子ども手当」の効果を語るのは愚かである。簡単にいえば、子ども手当が貧困を非貧困に押し上げるのは、所得が貧困線より2.6万円×12カ月=31.2万円以内でしか下回らない世帯だけである⁶⁾。しかし、かといって、「子ども手当」が貧困線よりずっと所得が下の世帯にとって役に立たないというわけではない。むしろ、これら貧困の「深い」世帯への支援のほうが重要なのである。しかし、彼らへの支援は、貧困率の改善には表れない（貧困ギャップやセン指標ではこれらも考慮される）。また、貧困線を50%にするか、60%にするかといったテクニカルな定義の違いによって、推計される「効果」が非常に大きく左右されてしまう。

もう一つの大きな問題は、相対的貧困は、あくまでも「社会全体」の標準的生活水準に比べて、その個人の生活水準がどれくらいかということを示すものである。つまり、80歳の高齢者も、3歳の子どものも同じ基準で判断をしている。子ども手当に所得制限をつけるのかつけないのかという議論はまだ完全に終結したわけではないが、仮にすべての子どもを対象とするのであれば、子ども手当はその他の年齢層（=大人）の人たちに比べ、子どもの生活水準を上げていることとなる⁷⁾。しかし、子どもの観点からすれば、自分の生活水準が80歳の高齢者と比べてどうか、ということよりも、同じ年齢層のほかの子どもに比べてどうか、ということのほうがより重要なのではないだろうか。しかし、残念ながら、子ども手当は子ども間の格差については効果が無い。

4 子どもの貧困対策 子育て支援策

だとすれば、子ども手当には所得制限をつけたほうが、より子どもの貧困に効果的なのではないか。その答えは明快ではない。確かに、同じ財源規模であれば、所得制限をつけてその分、増額した子ども手当を貧困層に給付したほうが、貧困率の削減には効果的である。問題は、そのような政策が一般市民の理解を得られるかということである。「かわいそうな子ども」に対する救済措置としての「扶助」ではなく、子どもの健全な成長の責任を社会が負うという観点からの「手当」のほうが、財政が厳しくなったときに縮小プレッシャーを受けにくいという指摘もある。もちろん、富裕層に対しても同額の手当てを給付する前提には、その財源である税（社会保険料含む）において十分な累進性が確保されるという大前提があることは忘れてはならない。

普遍的な「子ども手当」が子どもの貧困対策としても有効な理由は、同じ額であっても貧困層の有子世帯が受け取る手当と、富裕層が受け取る手当では子どもが得る便益が異なるであろうという推測である。貧困世帯にとっての月々26,000円の給付は、子どもを医療機関に行かせるか、高校中退せずに学費を払い続けられるかなどの決定を左右するものとなるかもしれない。これを実証するには給付後の手当の用途調査を待たなければならない。

とはいえ、「子ども手当」のみでは、子どもの貧困政策としては不十分であることは間違いない。子どもの基礎的人権として保障されるべき衣食住、子どもの健全な発育に不可欠な安定的環境、医療サービス、保育サービス、そして、義務教育を、すべての子どもに確実に保障するためには現金給付ではなく、現物

給付が必要であろう。これには、子どもの医療費の無償化⁸⁾、給食(できれば朝食)の無償提供、そして、現在、義務教育であっても諸費用がかかる学校生活そのものの保障⁹⁾なども含まれる。

最後に、子どもの貧困に早くから対策を講じている諸外国からの教訓を紹介したい。

①貧困に対するどのような事後的な救済政策よりも、貧困そのものを削減するUpstreamな対策のほうが効果的である(OECD 2006)。

②子どもの年齢が低いほうが、プログラムの効果が高く、就学前からの介入が望ましい(OECD 2006)。

③貧困の不利を負っている子どもたちに対しては、通常の子どもに対するプログラムよりも、よりintensiveで、より質の高いプログラムが必要である(Neuman 2009)。

ここで用いられている「効果」とは、単なる貧困率の増減を指しているのではない。子どもの学力や問題行動の発現、健康、成人となったときの低所得、犯罪率、寿命、などのさまざまなウェル・ビーイング(Well-Being)の指標を総合的にみた「効果」である。

政府が子どもの貧困率を公表したことは、非常に意義深いことである。しかし、相対的貧困率は、簡略化された指標の一つにしか過ぎない。子どもの貧困率の削減が、子どもに対する政策の目的化し、ひとり歩きしてはならない。実質的な子どものウェル・ビーイングの向上をいかに担保するか、そして、それをどのように測定していくか。これが、「子どもの貧困」対策の出発点となる問いである。

注

1) OECDの報告書も、今回の厚生労働省の数値も同じデータ(「国民生活基礎調査」)、同じ定義を用いているので、

同じ数値が出るのは当たり前である。

2) 1953年から1965年にかけて、厚生省は生活保護世帯並みの現金支出しかない世帯の率として「低消費世帯率」を公表している。

3) 厚生労働省(2007)「日雇い派遣労働者の実態に関する調査及び住居喪失不安定就労者の実態に関する調査の概要」2007年8月28日発表。

4) 2007年2月13日衆院予算委員会。

5) このような社会調査の代表的なものが相対的剥奪(Relative Deprivation)、物的剥奪(Material Deprivation)などの名で呼ばれる指標作成のための調査である。日本における相対的剥奪の概念を用いた社会調査の分析には、阿部(2006)がある。

6) これは、子ども手当が、日本の社会全体の所得分布をそれほど変えない、つまり、等価世帯所得の中央値の50%の貧困線がそれほど動かないことを想定した場合。

7) 勤労所得であれ、年金であれ、子ども手当であれ、源泉にかかわらず世帯の所得はすべての世帯員でシェアされるという考えに基づくのであれば、子ども手当は、世帯内の子どものみならず、子どものいる世帯の世帯員全員の便益を増加させる。

8) 子どもの医療費無償化については、すでに自治体によって取り組まれているが、その対象年齢、所得制限などの制度設計は各自治体によって異なり、全国的な取り組みの必要性が指摘されている(乳幼児医療費無料制度を国に求める全国ネットワークHP)。基本的には就学前の児童を対象としているが、2008年4月現在にて、全国の自治体の86.1%は就学後の児童についても通院を、97.2%が入院を助成している。

9) イギリスの著名な団体Child Poverty Action Groupが発表している「子どもの貧困ゼロ社会への10のステップ」は、ステップの一つとして「すべての子どもが教育の必需品(給食費、制服、活動費)への完全なアクセスがあること」を挙げており、授業料や教科書だけでは教育が保障されないことを訴えている。

参考文献

阿部彩(2006)「相対的剥奪の実態と分析：日本のマイクロデータを用いた実証研究」社会政策学会編『社会政策における福祉と就労(社会政策学会誌第16号)』法律文化社、pp.251-275。

阿部彩(2008)「日本の貧困の実態と貧困政策」阿部彩・國枝繁樹・鈴木亘・林正義『生活保護の経済分析』東京大学出版会、pp.21-51。

厚生労働省(2009)「相対的貧困率の公表について」報道発表資料。

Förster, Michael and Marco Mira d'Ercole (2005) Income Distribution and Poverty in OECD countries in the Second Half of the 1990s, *OECD Social, Employment and Migration Working Papers* 22.

Neuman, Susan (2009) *Changing the Odds for Children at Risk: Seven Essential Principles of Education Programs that Break the Cycle of Poverty*. Westport: Praeger Publishers.

OECD (2006) *Starting Early II*, Paris: OECD.

OECD (2008) *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*, Paris: OECD.

子どもの健康格差を考える



● 国立社会保障・人口問題研究所

阿部 彩 あべ あや

マサチューセッツ工科大学（MIT）卒業。タフツ大学フレッチャー法律外交大学院修士・博士号取得。国際連合、海外経済協力基金を経て、1999年より現職。『生活保護の経済分析』（共著、東京大学出版会 2008年）にて第51回日経・経済図書文化賞を受賞。主著に『子どもの貧困—日本の不公平を考える』（岩波新書 2008年）

- 社会経済階層による子どもの健康格差を示唆するデータから、現行の社会保険をベースとする公的医療制度は現代日本の貧困に対応しきれていないことが分かる。低所得層にとって負担が重い国保保険料が滞納を招き、高い自己負担率が受診抑制につながっている。貧困層の子どもは「健康ショック」の頻度も高く、金銭的問題とあわせて、家庭環境や住居環境自体を改善する取り組みが必要だ。

はじめに

おそらく本誌の読者の方々の多くは、子どもの健康状態がその子の育つ家庭の経済状況に影響を受けていることを、身をもって感じていることであろう。しかし、子どもの貧困が国会で議論されるほど社会問題と認識されつつあり、学力格差、進学格差、意欲の格差などさまざまな分野における格差を実証するデータが次々と報告されるなか、子どもの健康格差を立証するデータは意外と少ない。諸外国においては、子どもの健康格差についての調査研究が数多く存在し、子どもが生まれ出た社会経済階層によって、子どもの健康状況が大きく異なることが、社会政策学者の間では常識である。本稿では、このような数少ない日本のデータを駆使しながら、子どもの

健康格差を解消する政策について論じることとする。

子どもの健康と社会経済階層

社会経済階層が子どもの成長・健康に影響を及ぼす理由はいくつか存在すると考えられている。1つの説は、低階層・低所得の世帯は、情報等の欠如により、子どもの病気や障害などに気づくことに遅れ、また、それらに対処する金銭的、時間的、その他の資源（resource）が乏しいという説である（資源の欠如説）。金銭的資源の欠乏は、病院や医師に対する支払い、薬代はもちろんのこと、障害の場合にはそれに対処する訓練費を払うことが困難といった形でも現れる。時間的資源の欠如は、子どもが病気の際に、親が仕事を休むことができずに放置されてしまう、といった例が

あげられる。そのため、同じ「健康ショック」を受けても、それに起因する負の影響が低階層・低所得層の子どもの方が、高階層・高所得層の子どもに比べて大きいと考えられる。

第2の説が、低階層・低所得の子どもは、高階層・高所得の子どもに比べ、「健康ショック」を受ける頻度・度合いが大きいという説である（健康ショック頻度説）。例を挙げれば、劣悪な住環境、貧相な栄養、親の長時間労働によるケアの欠如、金銭的なストレス、などである。この2つの説はおそらく両方とも正しいが、その相対的重要度についてはあまり分かっていない。この点について、Currie and Stabile (2003) は、興味深い研究をしている。2人は、カナダのパネル・データを用いて子どもの健康格差を研究しており、低階層と高階層の子どもの健康格差が、子どもの年齢が上がるに連れて拡大すること¹⁾に着目する（図1）。そして年齢の異なる子どもたちの健康格差を分析した結果、格差が特に10歳ごろから拡大し始めており、その拡大は、低社会経済階層（定義はカナダ公式貧困線以下の世帯所得の世帯）の子どもの健康の悪化によるものであるとしている。さらに、低所得層の子どもの健康の悪化が、彼らが受ける健康ショックからの悪影響が高所得層に比べて大きい（または長引く）のではなく、彼らがより多くの「健康ショック」を受けているからであると結論づけている。

日本の子どもの健康格差は存在するか

それでは、日本の子どもの上に記したカナダの

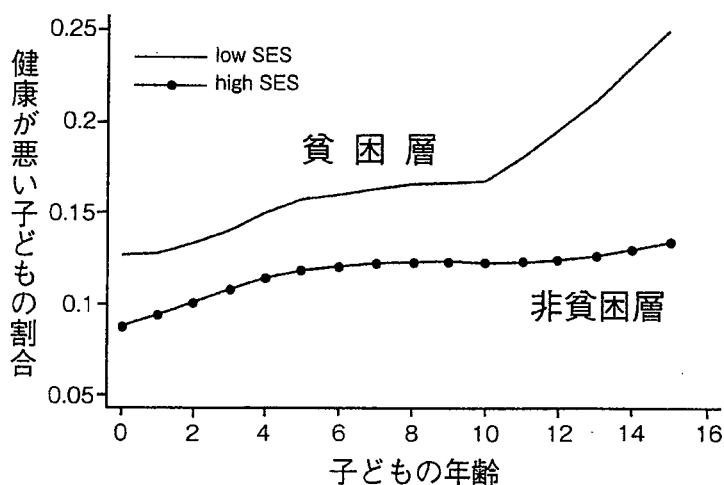


図1 カナダの子どもの健康格差
出所) Currie and Stabile (2003), Figure2

ような健康格差は存在するのであろうか。日本においても、成人については社会経済階層による健康格差が存在することは確かである。これについては、近藤 (2005、2007) による愛知県の高齢者を対象とした AGES プロジェクトによる結果が有名であるが、所得階層によってうつ、転倒歴、残菌数などが有意に異なることが示されている。しかし、これら成人の分析においては、社会経済階層が低いことが要因で健康状態が悪いのか、健康状態が悪いことが要因で社会経済階層が低いのか、といった、因果関係の方向を見極めることが難しい。一方、子どもの場合は、健康状態が、その子の属する世帯の社会経済状況に影響することは比較的少ないと考えられるため、子どもに健康格差が存在するのであれば、それは、社会経済状況が健康状態に影響していると考えられることができる。

子どもの健康格差を示す数少ないデータの一つが駒村 (2009) による子どもの虫歯と所得の関係の分析である。駒村 (2009) は、東京 23 区の区単位のデータを用いて、小学校

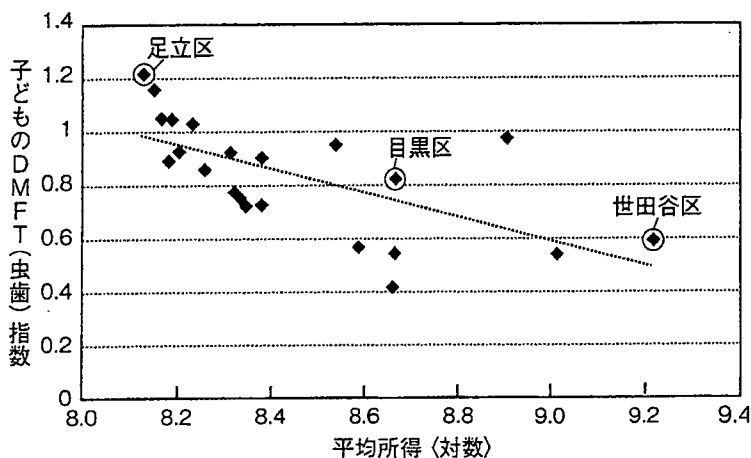


図2 東京 23 区内の子ども(小学校 6 年生)の虫歯と所得の関係
東京都「平成 18 年度納税資料一人あたり総所得」と 19 年度東京都学校保健統計小学校 6 年生男女計虫歯 DMFT 指数より駒村作成
出所) 駒村 (2009)、図 3—2、P79

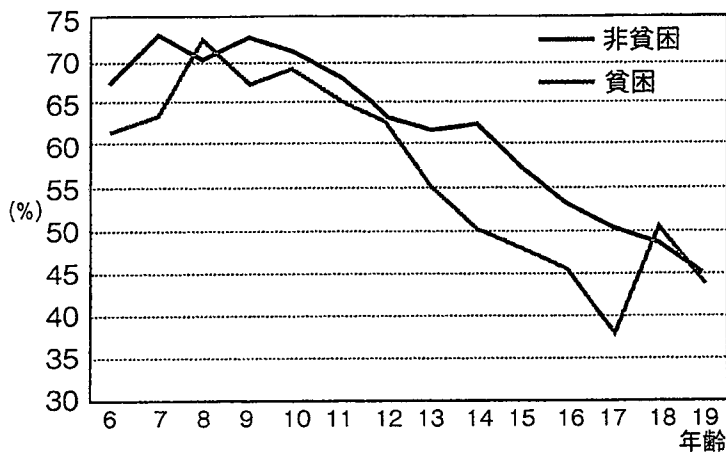


図3 主観的健康感が「よい」「まあよい」の率
出所) 内閣府 (2010)

6 年生の虫歯(子どもの DMFT (虫歯) 指数)と、区の平均所得(対数)の相関を分析しており、平均所得の低い区ほど子どもの虫歯の状況が悪いとしている(図 2)。

駒村(2009)の分析は先駆的であるが、データが自治体単位であること、平均所得が区の平均であるため必ずしも区の有子世帯の経済状況を示すものでないこと、など、厳密さに

欠ける。子どもの育つ社会経済環境と子どもの健康状況の関心の精密な分析のためには、個人単位のマイクロ分析が望ましい。個人単位の分析では、関根(2009)が家族構成別に子どもの健康を分析した研究があり、母子世帯の子どもは他に比べて健康感が低い生徒が多いことが報告されている²⁾。しかし、関根(2009)の分析には所得情報が含まれていないため、子どもの貧困と健康の直接的関係が実証されているわけではない。

そこで、本稿では内閣府のプロジェクトにおいて筆者が行った分析の一つを紹介する。図 3 は、6 歳から 19 歳の子どもの主観的健康感の状況である。「あなたの現在の健康状態はいかがですか」という問いに対して、5 段階(「よい」「まあよい」「ふつう」「あまりよくない」「よくない」)の回答が用意されており、図 3 は、このうち、「よい」「まあよい」と回答した子どもの割合を年齢別、貧困状況に示している。貧困状況の判断は、世帯の合算所得が貧困線を下回る世帯に属する子どもを「貧困」、そうでない子どもを「非貧困」としている。ちょうど、カナダの図 1 のグラフの反対と考えればよい。

これをみると、貧困層の子どもは非貧困層の子どもに比べ主観的健康感が「よい」「まあよい」の割合がほぼ一貫して低いことがわかる。8 歳から 12 歳ではその差は小さく有

意性もないが、12歳から17歳からは格差が拡大しており、カナダの状況と似通った傾向を見せている。18歳、19歳は、その差は再度接近しているが、この年齢層は親元から離れる子どもも多く、サンプル・バイアスが生じているのかもしれない。

日本の医療制度のほころび

このように、十分とはいえないものの、日本においても、社会経済階層による子どもの健康格差が存在することを示唆するデータは存在し、子どもの健康格差は現実的な政策課題といえる。しかし、日本の医療制度は国民皆保険を基本理念として掲げており、低所得層に対するそれなりの配慮をした制度設計となっているはずである。例えば、国民健康保険の保険料に関しては、所得に対応する減免制度が設けられているし、患者負担分の医療費についても高額療養費制度や乳幼児医療費助成制度が存在する。それならば、なぜ、社会経済階層による子どもの健康格差が生じるのであろうか。

その答えは部分的にしか分かっていない。まず、確かなのは、現行の社会保険をベースとする公的医療制度は、現代日本の貧困に対応しきれていないということである。この問題について、ひとつひとつ見ていくこととしたい。

国保の保険料滞納問題

現行の社会保険をベースとした医療制度の限界を示すのに、まず挙げられるのは国民健康保険の保険料の滞納率の高さである。国民健康保険の保険料を滞納している世帯は、全国で約453万世帯、滞納率は20.9%に達する

(2008年6月時点、厚生労働省2009)。2008年末には、滞納の末、国民健康保険証を取り上げられた、事実上の「無保険状態」の子ども(中学生以下)が約33,000人存在することが明らかになった(厚生労働省2008)(子どもの無保険状態については、国も早急な対応をとり、同年12月11日には「子ども無保険救済法案」(国保法改正案)が衆院本会議で可決され、2009年4月より施行されている)。

なぜ、保険料滞納の問題が生じるのか。保険料の負担能力がない低所得層に対して、国民健康保険は保険料軽減(減額)制度を設けており、低所得層に対する配慮がなされているはずである。しかし、国保の未加入問題を分析した研究は、一貫して経済的理由(保険料率、所得に対する保険料の割合)が一番大きい要因であることを実証している(鈴木・大日2000、湯田2006)。保険料軽減措置は、前年の所得をベースとしている場合もあるので、今年急に所得が下がった人や、借金などを抱えている人などに対して対処できていないことが考えられる。そもそも、応益負担部分が大きい国保の保険料は、健保の保険料よりも高いことが多く、どのような社会保険に入れるかによって、不公平が生じていることもある。阿部(2008)は、同じ所得階層であっても国保の加入者は健保の加入者よりも高い保険料を払っており、特に低所得層において所得に占める保険料の割合が高いことをデータで確認している。すなわち、保険料軽減措置が存在しても、低所得層にとって国民健康保険料は高い負担となっているのである。

自己負担の問題

次の問題が自己負担率の高さである。保険

過去1年間に、金銭的な理由で、医療受診を控えたことがあるか（非正規労働者）

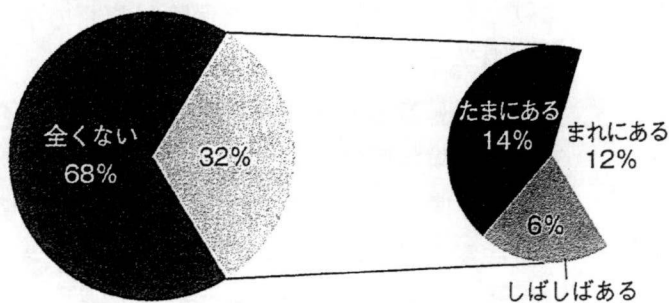


図4 パート・派遣等労働者生活アンケート調査
出所) 連合 (2009)

があっても、3割の自己負担が受診抑制を起こしている可能性は大きい。連合が2008年6月にパート・派遣等労働者を対象とした調査³⁾(回答者数12,658人、男性3,316人、女性9,304人、性別不詳38人)においては、過去1年間に金銭的な理由で医療受診を控えたことがある人が約3割も存在した(図4)。また国立社会保障・人口問題研究所が行った2007年の調査では、全世帯の約2%が「過去1年間の間に、健康ではなかったが医療機関に行けなかった」と回答しており、そのうち約4割は「自己負担の割合が高いため」としている(国立社会保障・人口問題研究所2009)。

子どもの医療費の自己負担分については、自治体が行っている乳幼児医療費助成制度が大きな役割を果たしている。これは、自治体が乳幼児にかかる医療費の患者負担分を独自の財源で補助する制度であり、2009年の時点において日本全国の全自治体において実施されている(乳幼児医療費無料制度を国に求める全国ネットワークHP)。対象年齢や所

得制限は自治体によって、大きく異なる。対象年齢については、基本は、就学前の児童であるが、就学後(6歳以降)の児童を対象とする自治体も増加しており、2008年4月現在にて全自治体の86.1%が就学後の児童の通院を、97.2%が入院を助成している。このように対象年齢の拡大は全国的に広がってきているものの、財政状況の厳しさからか所得制限を設定したり、患者負担を一部求めている自治体も増えている⁴⁾。

問題は、乳幼児医療費助成制度にカバーされない子どもの問題である。年齢や住む地域によっては、自己負担額が高いために子どもが必要な医療を受けられない状況は十分に考えられる。

子どもの健康格差をなくすために

しかし、上記のような保険料、自己負担分の金銭的な問題が解決されたとしても、社会経済階層による子どもの健康格差を完全に解消することは難しいであろう。なぜなら、図1で示したカナダのデータが示すように、すべての子どもに無料の医療が保障されていたとしても子どもの健康格差は生じるからである。その要因の一つは、Currie and Stabile(2003)が示したように、貧困層の子どもは、そうでない子どもに比べ、より病気になりやすい、怪我をしやすい、というような「健康ショック」の頻度の違いを指摘するべきであろう。これを根本的に改善するためには、貧困層に育つ子どもの家庭環境や住居環境自体



を改善するような取り組みが必要なのである。

【参考文献】

- Case, Anne, Lubotsky, Darren and Paxson, Christine (2002) "Economic Status and Health in Childhood: The Origins of the Gradient." *American Economic Review*, 92 (5), pp.1308-34.
- Currie, Janet and Stabile, Mark (2003) "Socioeconomic Status and Child Health: Why Is the Relationship Stronger for Older Children?" *The American Economic Review*, Vol.93, No.5, pp.1813-1823.
- 阿部彩 (2008) 「格差・貧困と公的医療保険—新しい保険料設定のマイクロ・シミュレーション—」『季刊社会保障研究』44 (3) :332-347.
- 厚生労働省 (2008) 『「資格証明書の発行に関する調査」の結果等について』(2008.10.30. 発表資料)
- 厚生労働省 (2009) 『平成19年度国民健康保険(市町村)の財政状況について=速報=』報道発表資料、<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/01/h0116-1.html>
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2009) 『社会保障実態調査結果の概要』.
- 駒村康平 (2009) 『大貧困社会』角川SSC.
- 近藤克則 (2005) 『健康格差社会』医学書院.
- 近藤克則編 (2007) 『検証「健康格差社会」』医学書院.
- 鈴木亘・大日康史 (2000) 「医療需要行動の Conjoint Analysis」『医療と社会』10 (1), pp.125-144.
- 全国保険医団体連合会 (2007) 『資格証明書の交付を受けた被保険者の受診率(推計)一覧』.
- 関根道和 (2009) 「子どもの社会経済的環境・生活習慣と健康：富山出生コホート研究」『学校保健研究』2009.Vol.51 Suppl. 第56回日本学校保健学会講演集, p.78-79.
- 内閣府男女共同参画会議監視・影響調査専門調査会 (2010 予定) 『新たな経済社会の潮流の中で生活

- 困難を抱える男女について検討会報告書』内閣府HP.
- 日本労働組合総連合会(連合) (2009) 『れんごう政策資料187:2008年連合パート・派遣等労働者生活アンケート調査報告』日本労働組合総連合会.
- 湯田道生 (2006) 「国民年金・国民健康保険未加入者の計量分析」『経済研究』57 (4), pp.344-356.
- 乳幼児医療費無料制度を国に求める全国ネットワークHP (<http://babynet.doc-net.or.jp/>)

注

- 1) Currie and Stabile (2003) は、カナダのデータを用いているが、この子ども期における健康格差の拡大は、アメリカにおいても確認されている (Case et al 2002).
- 2) 関根 (2009) の分析は、富山出生コホート研究によって集計された中学1年生 9,345 人のデータに基づいている。
- 3) 本調査は、以下を対象に行われた：①連合傘下の組合が所属する企業・官公庁で働いているパート・派遣等労働者②組合員・組合役員の家族や友人・知人の非正規労働者③連合及び地方連合会と関係するNPO・NGO団体等、外部団体が配布した非正規労働者一。調査票の配布は、非正規労働者の母体を無作為に抽出したものではないため、偏りがある可能性がある。また、比較的労働条件が厳しい状況の人々が対象であること、受診抑制が実際受診記録に基づくものでなく本人の自己申告によるものであること、を考慮すると、約3割という数値は一般化できないものの、少なくとも人々が受診抑制をしていることは確かであろう。
- 4) 所得制限については、2000年度には、全自治体の26%が課していたものの、2006年度にはそれが32%に増加、対象者の一部に患者負担を求めている自治体は2000年度の39%から2006年度の54%に増加している (Ibid.)

児童虐待における世代間連鎖の問題と援助的介入の方略： 発達臨床心理学的視点から

久保田 まり

はじめに

「子どもを虐待する親自身、かつては被虐待児だった」ということは、よく言われることである。勿論、被虐待児のすべてが、将来、虐待親になるわけではないが、そのような傾向があることは指摘されている。本稿では、この「虐待の世代間連鎖」について最近の諸研究を例に挙げながら考察するとともに、それを断ち切るための援助的介入の実践を概観する。

I 虐待の世代間連鎖

1 親子関係の質の世代間連鎖のメカニズム

危険や新奇な事態に遭遇したときに示す子どもの恐怖・不安反応の程度は、自分にとっての愛着人物（子どもの場合、たいいては母親や父親）からいかに情緒的応答が得られるかについての、その子どもの確信の程度に関連しており、この確信は「自分にとっての愛着人物は一体誰で、その人に助けを求める時にはどの程度接近しやすく、どうすれば応答してくれるのか、そしてどのような応答が期待できるのか」を予測する、その子どもの「愛着人物についての内的ワーキング・モデル」に基づいている。また、それと表裏一体の構造として形成される「自己についてのワーキング・モデル」の中心は、自分が愛着人物からいかに受容されているか、いかに助けを与えられるに足る人物として判断されているかどうか、という点にある。

これらのワーキング・モデルは、愛着人物との過去および現在における実際の相互作用経験が直接のリソースとなって構築される。つまり、人が、愛着人物の自分に対する行動の仕方を予測する場合に、その予測は、過去においてその人物が自分に対してどのように振舞ったか、そして現在も続いている愛着人物の行動の仕方に基づいている〔Bowlby 1973；久保田 1995〕。

例えば、恐怖事態やストレスフルな事態に際して、子どもが接触や助けを求めるにもかかわらず、母親（愛着人物）が拒否や嫌悪、あるいは身体的・言語的暴力を繰り返す場合、その子どもは“拒否的で情緒的応答性の乏しい、近づきたい人物”あるいは“慰安や助けを求めれば求めるほど、拒絶され、脅威を与える人物”という確信に至る愛着人物についての内的ワーキング・モデルを構築するであろうし、同時に、“助けを求めても応じられることはなく、無力で愛されるに値しない”“自分は悪い子なので、敵意を向けられ、暴力を振るわれても仕方がない”という自己についてのワーキング・モデルを補完的に構築するであろう。特に機嫌の悪い態度で絶えず接触を拒否されたり、「よそに追い払う」という脅かしを繰り返し経験する子どもは、強い見捨てられ不安を抱くに至り、さらに、親との関係以外の家庭外の状況や他者との交流においても、見捨てられ不安や脅威・恐怖に著しく敏感になっていく。つまり、愛着人物（母親・父親）との経験や愛着人物についてのワーキング・モデルの質は、そのまま、愛着人物以外の、他者や周りの世界についてのワーキング・モデルへと一般化され、「他者とは、たい

ていは敵意的で自分を拒絶する存在」であり、同時に自分は親から嫌われているだけではなく、「ほかの誰からも望まれない存在である」と確信するようになると考えられる。このような人の目には、世界は「何の慰めもなく、拒否的・脅威的・敵意的で、予測のつかない、不可解で混沌としたもの」として映っていると言える。

反対に、安定した温かい愛着経験を経た子どもは、「求めるときは受容され、近づきやすく、情緒的に応答してくれる」という考えに至る愛着人物の内的ワーキング・モデルを一構築し、同時に「愛されるに値する、価値ある固有の存在である」という自己についてのワーキング・モデルをも構築する。そして、これらのモデルは他者や世界についてのワーキング・モデルにまで一般化され、このような人は、親の愛情に対する確信のみならず、他者からも愛されるに値すると確信し、いかなる時も自分に援助の手を差し伸べてくれる信頼できる人物の存在を信じ、このような無意識に近い確信と自信を持って世界に近づくことができる。そして恐怖事態に際しても、信頼できる人に効果的な援助を求めながら、コンピテントに対処することができると考えられる〔Bowlby 1973〕。

加えてBowlby〔1988〕は、「子どもが構築した自己のワーキング・モデルは、親が子どもに持つイメージを反映しているし」「親が子どもの内に認め損なったものは、何であろうと、子ども自身も自分の内に認めることはできないであろう」と述べている。

実際、多くの人は、前述のような極端に不幸な、あるいは極端に幸福な経験の中間にあり、愛着人物、他者、世界、そして自己についての“good”と“bad”の調和のとれた現実的な内的ワーキング・モデルを子ども時代を通じて構築していく〔Bowlby 1973〕。

このように、子ども時代の愛着人物（多くは母親）との相互作用経験を通して構築された内的ワーキング・モデルは、人生におけるかなり大きな出来事や特異的な内的体験が無い限り比較的变化しにくく、その後、出会う他者（友人、恋人、パートナーや自分の子ども）との関係性について

の一つのテンプレートとなり、一連の“期待”“ピリーフ”を提供すると考えられている〔Bowlby 1980〕。特に不適切な養育を受けた子どもの場合は、虐待経験に基づいて形成された愛着人物と自己についての内的ワーキング・モデルによって、親子間の虐待-被虐待という関係性の質が、次世代、つまり自分と自分の子どもとの関係に伝達され、養育関係の連鎖が生まれる結果となることが多い〔Buchanan 1996〕。

2 虐待の世代間連鎖

Cicchettiら〔2006〕は、一歳児に対して不適切な養育（身体的・心理的虐待、情緒的ネグレクト、身体的ネグレクト、性的虐待）が認められる母親137名と、そうではない統制群の母親52名とを対象とした研究において、不適切養育群の母親は統制群の母親に比べて、子ども時代に自分自身も実親からの不適切な養育を経験していたことが有意に多く、子ども時代の実母に対しては「拒否され放って置かれた」「拒否され脅威的だった」というイメージを強く持ち、現在の実母との関係についても「怒り」を強く抱いていることが報告されている。また、このような不適切養育群の母親自身、乳児（自分の子ども）に対する「共感の欠如」「体罰」や「不適當な期待」を多く報告することが見出されている。

Cicchettiらの研究以外にも、「被虐待児など愛着外傷を抱える人が、後年、虐待親になっていく」という虐待の世代間連鎖の比率の高さは、数多く報告されている。

また、Schechterら〔2007〕は、幼児期から思春期にかけての時期（16歳以前まで）に身体的・性的虐待やDVの目撃などを含む暴力的な外傷体験を有する母親と、その子ども（4-7歳児）を対象として、母親自身の子ども時代の愛着関係にまつわる心的外傷が、その子どもの心理発達に及ぼす影響について検討している。対象である母親の約70%にはパートナーはおらず、低所得のための公的保護を受けている。対象の子どもが描いた家族画について、家族の統合性、家族の中での自己の存在感、全体的印象などの観点より分析した結

果、30%が安定愛着、70%が不安定愛着と評定された。さらに、不安定愛着の中でも、特に“背景の欠如”“地面に着いていない（宙に浮いている）人物像”“無表情の顔”“不完全な人物描写（身体の一部の欠如など）”“不可解な記号やシンボルの描写”などの特徴を示す傾向が高く、これには、対象の母子間における混沌とした「無秩序・無方向型愛着（後述）」が反映されていると評定された。加えて、各児に、家族の葛藤場面や不安場面（怪我や、親との分離場面）、家庭内でアクシデントが生じた場面等を示す物語を途中まで聞かせて、続きを結末まで語ってもらう物語課題を実施し、語られた物語の特徴を分析している。その結果、不安定愛着群の子どもの語りには、“回避”“退却”“怯え”“無力感”あるいは“敵意”“攻撃”“脅し”を表す内容が多く、また、物語としてのまとまりや整合一貫性も低いレベルにあった（これは、年齢による認知発達の未熟性に起因するものではないことが確認されている）。

このような結果は、不安定愛着群の子どもにおいて特徴的に語られた“無力”“怯え”や“敵意”“脅し”というモチーフには、この子どもたちの「家族に関する内的表象」の質が反映されており、このことは、暴力的経験を主とする愛着外傷を抱えた母親自身の内的表象が、既に、彼女たちの子ども達の心理世界にも連鎖的に伝達されていることを意味している。実際、対象児には、これまでの生活の中で注目すべきような心理的外傷経験や脅威的出来事との遭遇は特に無く、このことから、子どもたちの無力や敵意、脅威に満ちた家族表象は、母親自身の子ども時代の暴力的外傷経験に由来していることが示唆され、まさに、愛着外傷の表象レベルでの「世代間連鎖」を象徴している。

また、親からの直接的な虐待が無い場合でも、その親自身が過去に被虐待経験を持ち、かつ、その愛着外傷を「生傷」のまま抱え続けながら親となった場合、それは自分の子どもへの養育行動にも影響し、例えば、自分の子どもに「怯える」あるいは「脅す」ような行動が突如出現し、その突然性と不可解さによって、母子間の愛着関係が不全のまま持続し、子どもは被虐待児と同様の心理

発達上のリスクを負うことが指摘されている（Main & Hesse, 1990）。

3 虐待がもたらす子どもの愛着システムの崩壊と後年の心理発達上の問題

本来は安心・安全感の源泉である養育者によって、日常的に繰り返す「脅かされ」「身体的・心理的暴力」を受けてきた被虐待児にとって、愛着の対象が同時に恐怖の対象でもあることは、「解決不能なパラドックス」であり、乳幼児期に形成される親への愛着は不全のまま、接触・慰安を求めるために親へと方向付けられた愛着行動システムは完全に崩壊していく（Main & Hesse, 1990）。具体的には、母親を前にして「顔をそむけつつ、近づいていく」「母親を求めて接近するが、近づくと回避する」「方向が定まらず、部屋中をうろうろする」「明らかに怯えた表情をする」、あるいは「見知らぬ人の方に、むしろ親和的にかかわる」など、相矛盾した不可解な行動を示す。

虐待などの不適切な養育を受けた（受けている）子どもたちが養育者との関係において示すこのような“不合理でまとまりがなく、混乱した”愛着のパターンを、Main & Solomon [1986]は「無秩序・無方向型愛着」と称し、子どもが不安を対処するための行動システムの崩壊、および愛着関係のdisturbanceとして位置づけている。事実、被虐待児の約6～8割の子どもが無秩序・無方向型愛着を示すことが複数の研究で明らかになっている〔Carlson et al 1989; Lyons-Ruth et al 1990〕。人生早期の愛着関係のdisturbanceは、その後、幼児期、児童期における他者への攻撃性や敵意性の高さ、非行傾向など外向次元での行動問題が多くの調査研究から既に明らかになっているが、それは、被虐待児の愛着のdisturbanceに由来するところの、自己や他者に関する否定的な、あるいは混乱・混沌、敵意と脅威に満ちた内的表象に起因しているものと考えられる。

乳幼児期に親からの虐待を受けた子どもの後年の発達的問題について、ほかにも、例えば、Maughan & Cicchetti [2002]は、4-6歳の幼児期後期の子どもを対象とした研究より、情動の

コントロールができにくく、他者の怒りに直面すると過剰に興奮してしまい、怒りの感情のみならず幸福感の高まりなど否定的感情と肯定的感情の両方の高まりが持続してしまう等の「抑制されない、かつ不適当な情動の表出」が見られるか、あるいは全く逆に、「過剰に抑制された無反応と場面からの回避」が際立っているとの特徴を報告している。また、対人間の識別がなく見知らぬ人に対して、より一層の接触を求めるなどの「無差別愛着」の問題〔Lyons-Ruth et al. 2009〕、児童期から思春期における「他者の感情や視点を理解する能力の低さ」〔Burack et al. 2006〕、人生早期の深刻かつ慢性的な虐待に起因する高比率の反応性愛着障害と発達遅滞〔Becker-Weidman 2009〕、等々、被虐待児の予後についての様々な縦断的研究が、現在も行われ続けられている。

4 世代間連鎖における媒介因子、抑制（保護的）因子、促進因子

親子関係の質が世代から世代へと伝達されていく傾向は確かに高いが、しかし、必ずしもそうではない場合も勿論あるのであり、不適切な養育に関しても、虐待－被虐待関係の連鎖が断ち切れ、良好な養育へとシフトしていくケースも数多く存在する。

Egelandら〔1988〕によれば、虐待の連鎖を断ち切ることができたケースの共通点として、子ども時代のある時点で愛情とサポートの提供者としての（虐待親に代わる）他者の存在があったこと、情緒的サポートの提供者としてのパートナー（恋人、夫）の存在があること、あるいは、ある時点で心理療法を体験し、セラピストとの関係性を通して他者や自己に関する内的ワーキング・モデルの修正に至ることができ得たこと、などが挙げられている。

Milanら〔2004〕は、低所得者層でマイノリティ地域に住み、かつ、子ども時代に親や家族からの身体的虐待経験を有する10代の妊婦（平均17.4歳）を対象とした研究において、子ども時代の不適切な養育経験が、生まれてきた乳児との関係に影響することの程度は、妊娠期にある母親（青年

期女子）自身が、①現在の実母（あるいはそれに代わる叔母や祖母）との関係をどのように受止めているのか（信頼や情愛など程度）、および②自分が母親である（になる）ことに関連する感情の質、が媒介していることを見出している。即ち、過去に愛着外傷的な経験を有していたとしても、その後の青年期において、（過去は過去として）現在の実母やそれに代わる愛着人物（叔母や祖母）との関係性が安定している場合や、自分が母親になることに対して肯定的な感情が持てる妊婦（母親）は、出産後の乳児との関係についての問題や養育ストレスをさほど感じることは無く、被虐待の経験が直線的に養育行動や子どもとの関係性に否定的な影響を及ぼすことは認められなかった、という結果が見出されている。さらに、妊娠期から継続的に恋人やパートナーからのサポートを充分に得ている場合には、母親の被虐待経験が子どもとの関係に与える影響は低減・緩和されることが認められた。即ち、恋人やパートナーから高サポートを得ている場合には、かなりシビアな身体的虐待経験を有する母親であっても乳児との関係に問題やストレスを感じるものが少ないのに対して、低サポートの場合には、乳児との関係に多くの問題を抱え高いストレス状態に置かれることや、虐待に移行していくリスクが高いことが見出された。このことより、妊娠期からの恋人やパートナーによるサポートは、虐待の世代間連鎖を抑制する保護要因として機能することが示唆される。

逆に、虐待の世代間連鎖をより一層促進する要因としては、貧困や、社会的不利（差別等）により社会的サポートが得られないこと、および、そこから派生する問題として、ハイリスク家庭が地域社会からの“暴力”や隣人・仲間からの攻撃・排除にさらされてしまうこと等が強調されており、社会経済的要因が強く関与していることが指摘されている〔Briere & Jordan 2009〕。

II. 児童虐待等のハイリスク親子への 予防的介入・援助の実際

1 医療者の家庭訪問による予防的介入の実際 とその有効性

医療者やソーシャル・ワーカーによる家庭訪問を通じた介入と援助は、児童虐待の予防対策として十分に期待できる方略の一つとして認識されてきている。Oldsら〔1997〕は、妊娠期から乳幼児期までの長期にわたる保健師による継続的な家庭訪問サービスによる予防的介入（Nurse Family Partnership: 以下、NFP）の結果、虐待やネグレクトなどの不適切な養育の総数が、当該地域における介入前の時期や統制群に比べて減少したことを報告している。予防的介入プログラムの有効性の評価は、NFPやその他の介入的実践も含めて、大部分が児童虐待の件数の減少が主たる指標であり、具体的には、一定期間を通じて生じた虐待やネグレクトの報告件数や虐待が疑われるケースの通報件数の減少、及び、子どもをもつ家庭におけるそれらの有無の割合の低下などである。例えば、身体的虐待を疑われるような負傷により救急に搬送される件数などの顕著な減少が、特にハイリスク家庭（貧困・非婚・10歳代の母親など）において認められている。また、介入後において、たとえ虐待やネグレクトが生じた場合でも、統制群（非介入群）に比べて、かなり安全な状態で家庭生活を維持していることなどが報告されている。

他方、虐待やネグレクトの開始時期（初発時の子どもの年齢）を含むタイミングの問題も、子どもの心理社会発達に及ぼす影響の度合いを検討する中で、重要視されてきている。Zielinskiら〔2009〕は、NFPにおける効果を検討する際に、新たに「タイミング」の要因に焦点を当て、不適切な養育の初発時期や、介入終了後の数年に亘って予防的効果がどの程度有効なたちで持続し得るかなどについて15年間の縦断的研究を通じた結果を報告している。この研究では、400人の妊婦を対象としており、その内訳は、社会経済的に不

利な状況にいる低所得者層の者や非婚の者が各々60%以上を占め、また、19歳以下の母親も47%に及んでいる。全対象者のうち、約100名（グループI）は通常地域・母子保健サービスを公的機関を通して受けており、そこでは、子どもが生後12カ月及び24カ月時点で発育・発達のスクリーニングが実施され（乳幼児健診）、医療的な評価・診断や必要な処置・対応、必要に応じた専門機関へのリファアなどがなされる。次の約100人（グループII）は、Iのサービスに加えて、妊娠期から子どもが2歳の誕生日を迎えるまでの期間、保健センターなどで必要な相談やケアを受けられるようにタクシーチケット（無料券）が提供されている。グループIIIの100人は、IIのサービスに加えて、妊娠期に地域保健師による家庭訪問によるケアが提供されている。そして、グループIVの約100人は、IIIのサービスに加えて、妊娠期から子どもが2歳になるまでの期間、保健師による定期的な家庭訪問ケアを提供される（不適切な養育に対する予防的介入NFPのフル・プログラム）。

保健師による定期的な家庭訪問の目的は、①出産前の妊婦の健康の改善への援助、②乳児期早期のケアに対する母親の効力感や心理的安定のための援助と、そのことによる乳児の心身の発育・発達の改善、③母親自身が今後の生活展望が立てられるように、具体的には学校への復学、就労に関する援助を通して、母親が経済的に自立でき、生活に自己-充足感が持てるよう援助すること、などである。これらを通して、最終的には、虐待やネグレクトを予防することを目的としている。また、専門職者以外のサポート源の拡がりを意図して、妊娠期-出産-乳児期早期のケアにおいて、家族や友人も介入プログラムに参加し、支援に携わるようにネットワークづくりにも努めている。実際の家庭訪問は、妊娠期には隔週1回、周産期や乳児期初期には毎週1回、その後は次第に間隔を調整し、子どもが2歳になるまで継続的な訪問を続け、合わせて妊娠期には平均9回、誕生から2歳になるまで平均23回の家庭訪問が重ねられている。

子どもが思春期（15歳）時点でのフォローアッ

ブ調査の対象者は324名が得られ、原対象者の80%以上がフォロー可能であった。結果として、このうちの69名(21.3%)において不適切な養育(虐待、ネグレクト)の報告(初発時)が公的機関に記録されており、そのほとんどはネグレクトとされている。子どもが15歳まで、何らかの不適切な養育の報告が無い場合の比率は、グループIVの対象者が特に高く、ネグレクトに至っては83%において報告はなく、妊娠期から乳幼児期に亘って定期的な家庭訪問によるケアサービスを提供されていた群は、その予防的効果は子どもが思春期になるまで持続していることが明らかであった。

さらに、「タイミング」要因についての分析の結果、子どもが5-6歳ころまでは、IV群と他群との虐待・ネグレクトの初発報告比率についてはさほど差が見られなかったが、しかし、5-6歳以降において次第に介入効果の持続性に差異が認められ、IV群の場合、次第に減少し8歳以降にはいずれの初発報告も皆無となった。ネグレクトに関しては、3歳以降の初発報告はされていない結果である。それに対して、他群は不適切な養育生起のリスクは思春期にまで及んでおり、学齢期にも乳幼児期と変わらない割合で、初発報告がされ続けている。また、IV群のうちでも、ハイリスク家庭(貧困、非婚、19歳以下の母親など)においては、さらに介入効果が高く、この結果はNFPの先行研究と一致しており、「地域による個別援助サービスは、リスク要因が重層的で高いストレス状況にさらされている対象者に対し、特に効果を及ぼす」という交互作用があるのかもしれない。

Zielinskiら〔2009〕は、IV群の初発報告が介入後の早期に限られていたことについて、この群の家族の機能や養育力が時間を通して改善されていき、若年であった母親が成熟するにつれて、介入時から示されていた肯定的変化が、その後も強化され深化されたのだろうと考察している。また、先行研究において、介入群においてその後に不適切な養育が認められた場合でも、その子どもが思春期になったときの問題行動の比率は、非介入群よりも有意に少ないことが報告されており、このことより、早期の予防的介入が不適切な養育の慢

性化を防ぐという可能性も示唆される。

また、前述のように、他群では思春期に至るまで不適切な養育の初発報告が続いていたが、このことに関して、思春期だけに生起する不適切な養育は、幼児・児童期に始まり思春期まで慢性的に続く場合と同様にして、かなりリスクが高く、例えば、非行、薬物乱用、外向次元の行動問題などが顕著化することが報告されている。

2 被虐待児と親に対する心理臨床的介入の2タイプの介入方略とその有効性

前述のNFPは、妊娠期からの介入が不適切な養育の生起にかなりの程度で予防的な効果をもたらし、その有効性について実証された実践である。しかし、既に乳児期において虐待やネグレクトが起きてしまっているケースへの介入としての効果は、検証されていない。

Cicchettiら〔2006〕は、低所得者層でかつ不適切な養育下にいる12カ月児とその母親の137組を対象として、彼等を3つの異なる介入条件の内のどれか一つにランダムに割り振り、1年間に亘る介入を実施している。そして、社会経済的状況が類似している統制群52組(養育リスクの無い群)との比較をして、その介入の効果を検証している。全対象について、①人口統計的指標(家族構成、所得、学歴、職業、など)、②母親の子ども時代の虐待やネグレクトの経験の有無と種類、③子ども時代の親との関係、現在の親との関係についての受止め方、④家庭訪問時の母子相互作用の観察を通した母親の養育行動の質、⑤乳児に対する不適切な養育行動(虐待やネグレクト関連事項)の有無と質、⑥受け取っている社会的サポート、⑦子どもの養育や親自身のことに関するストレス、⑧SSP¹⁾による母子間の愛着関係の質(介入前と介入後とで比較)、などの点について調査、自己報告による評定、行動観察による客観的評定等を行っている。

3つの介入条件群の内の一つは、親子に対する心理療法を中心とした介入・援助群(Infant-Parent Psychotherapy:以下、IPP群)、一つは母親に対する心理教育的アプローチを中心とした

介入・援助群 (Psychoeducational Parenting Intervention: 以下, PPI群), もう一つは母子に対する標準的な援助群である。

児童虐待やネグレクトに至らしめる親-乳児関係の困難さは, 親側の養育上の知識やスキルの不足のみが主たる原因ではなく, むしろ, 前述のように, 養育者側の愛着に関する不安定な内的ワーキング・モデルが問題視されており, これは主として養育者自身の子ども時代の養育経験に基づいていると考えられている。例えば, 乳児の泣きや接触を求める愛着行動は, 養育者(母親)自身の過去のネガティブな親子関係と結びついている情動や記憶を呼び起こし, あるいは, 自分と親との関係に関する未解決の葛藤的な複合感情が乳児へと投影され, その結果, 乳児の行動や乳児についての歪曲した受止め方や感情が入り込み, 情動調律²⁾や応答のかかわりが不全となる (Iの1を参照)。

IPPは, このような親-乳児の関係性のdisturbanceに対する心理療法的なアプローチであり, 具体的には臨床心理学の専門教育を受けた心理セラピストが, 母親と乳児に週1回, 約1年間を通して会い, 子どもに関する発達相談も含む母親への心理療法的接近を継続する。母親への支持的, 非審判的, 非指示的なかわりを中心として, また, 母親とともに乳児の行動を観察する中でセラピストは母親と乳児の双方に共感的に応答することがIPPの根幹である。例えば, 母親の子ども時代の愛着の歴史に由来する記憶や葛藤的な感情と結びついたものとして, 乳児とのかかわりに際して母親の内に自動的に生じてしまう歪曲した情緒的反応を, セラピストは受け入れ, 認めていくと同時に, セラピスト自身は乳児の行動や反応に情緒的応答性を示し, 共感的に意味づけをして言葉に表したり, 行動でのかかわりを示していく。このこと自体, 即ち, 母親にとっても乳児にとっても, 肯定的関心に満ちた応答的環境の提供は, 時間とともに, 母親の乳児への理解を拡張させ, また, 乳児への歪曲した感じ方がどこに由来するのか, という心理的探索へと母親を向かわせる。

このような治療的関係の構築と継続, 親子が

各々安心できる応答的環境の提供を通して, 母親は次第に過去の自身の親子関係と, 現在の自身の乳児との関係を切り離すことができるようになり, 乳児との関係における母としての自分を肯定的に捉えられるようになることが予測される。そして, 介入・援助の結果として, 乳児に対する情緒的応答性が増し, 安定愛着の形成が促進され, 子ども自身の幼児期に向けた自律への過程も保障されることが目的とされる。

他方, PPIでのアプローチは, IIの1に示したOldsらNFPをモデルとした介入であり, 重層的リスク家庭への心理教育的援助に多くの経験を有するセラピストが, 約1年間を通して毎週家庭訪問を行う。ここでは, 不適切な養育へ至らしめる要因としての, 養育者の個人的資源の乏しさ(養育知識やスキルの不足), 社会的サポートの乏しさ, 家庭内ストレスの高さに焦点を当て, 養育者への具体的な(養育に関する)心理教育と養育スキルトレーニング, リラクゼーションなどを提供し, また認知-行動的技法により日々の具体的な(養育に関する)問題解決力を高めていくことを目的としている。それによって, 母親の養育ストレスの低減を目指し, また, 社会的サポートネットワークの拡大についても援助する。

Cicchettiら(2006)の研究では, 介入期間がIPP群が平均47週, PPI群が平均50週であった。

結果として, まず, 虐待やネグレクトなど不適切な養育群の母親は, 統制群の母親に比べて, 子ども時代に自分自身も親からの虐待やネグレクトを経験していたという報告が多く, 現在も実母との関係は不安定であり, より多くの養育上のストレスを抱え, 家族による有益なサポートは乏しかった (Iの2を参照)。また, 母子相互作用の観察より, 子どもへの内的状態を察知する感受性や情緒的応答性が低いことが見出された。

次に母子間の愛着関係の質について, 前述のように介入前(生後12カ月時点)と介入後(生後24カ月時点)にSSPにより評定をしている。介入前においては, 安定愛着型の比率が, 統制群は33%だったのに対して, 不適切な養育群はIPP群が3.3%, PPI群および標準援助群はいずれも0%とい

う値であった。そして、心理発達上のリスクが最も予測される、言わば臨床群とも言える無秩序・無方向型愛着の比率は、統制群が42%だったのに対して、不適切養育群ではIPP群が88%、PPI群が83%、標準援助群93%という著しく高い比率を示していた。これまでの多くの先行研究では、先進諸国の中流家庭児の場合、平均して安定愛着群は60-70%であり、無秩序・無方向型愛着群は15%程度というが一般的比率であることが見出されている。また、被虐待児の場合は80%程度が無秩序・無方向型愛着であることも認められている。このことより、Cicchettiら〔2006〕の対象者は、統制群といっても低所得者層家庭であり、安定愛着が33%、無秩序・無方向型愛着が43%と言う比率は、1歳児の親子間の愛着関係の形成がかなり不安定な状態であることを反映している。さらに、不適切養育群の場合、安定愛着を形成している母子は皆無に近く、ハイリスクの状態にいる母子が90%にも上るという結果は、積極的・集中的な早期介入・援助が必須のサンプルであると言える。

約1年間の介入後におけるSSP評定での結果、安定愛着型の比率については、IPP群が61%、PPI群が55%、標準援助群が2%であり、他方、無秩序・無方向型愛着の比率は、IPP群が32%、PPI群が46%、標準援助群が78%であった。このことより、2つの援助的介入群（IPP群、PPI群）において、不安定愛着から安定愛着への飛躍的なシフトと、その分の無秩序・無方向型愛着の顕著な低下が認められ、母子間の安定愛着の再構築にかなりの効果が見られた。

少なくとも2-3歳までに安定愛着へシフトすることは、その後の社会情動、認知領域の発達にとって非常に重要であることより、IPPおよびPPIは、ハイリスク児にとって、かなり有効なプログラムであることが実証された。

3 ハイリスク家庭への統合的介入プログラムの実際とその有効性

貧困やマイノリティによる社会・経済的不利、親の精神病理や身体的問題、虐待やネグレクトな

どの不適切な養育、などを含むハイリスク家庭の子どもは、早期の愛着形成の不全や物理的・社会的環境刺激の不足により、社会情動領域はもちろんのこと、注意、記憶、言語、認知発達上の高いリスクを負っている。これらのことは、多くの先行研究により明らかにされてきているが、人生早期の脳の構造と機能の発達に関する最近の脳科学研究からも、このことが「発達における緊急事態」として実証されている。ルーマニアの子どもたちのような、特別に劣悪な環境下で長期に亘って環境刺激が剥奪された状態にさらされたケースは、極端であるにせよ、このことを最も明確に実証している。

しかし、IIの2で示したような援助的介入が、重層的なリスクにもかかわらず、子どもの発育と発達において持続的な改善をもたらすことも実証されている。

これまでの先行研究の結果を概観すると、バイリスク家庭の親子への早期（乳幼児期）における有効な援助的介入の方略として、主に3つが挙げられる。一つは、IIの2で示したような家庭訪問サービスを通しての親に対する心理的サポートや心理教育の個別的プログラムであり、二つ目は、親子間（母子間）の愛着に関する援助的介入、三つ目は知的・情緒的・社会的諸発達の遅れを予防し、促進するための子どもに対する早期教育プログラム（集団か個別）である。

親（特に母親）への個別的支援は、子どもの発達のための直接的媒介をしたり、発達の遅滞を緩和する要因として挙げられる。また、親子間の安定した愛着形成の促進を目的とした介入としては、1970年代にEybergによって開発されたParent-Child Interaction Therapy Programがあり、ハイリスク幼児の発達の改善に有効な結果を残してきている（Eyberg & Robinson, 1982）。また、Toddler-Infant Psychotherapy, Interaction Guidance and the Watch, Wait and Wonder Programmeでは、援助対象とする親子間の相互作用的行動に関して、ビデオ・フィードバックを組み入れた方法を用いて、肯定的な変化をもたらすという介入効果が報告されている

(McDonough, 2004; Svanberg, 2005)。

また、ハイリスク乳幼児に関する発達遅滞を予防するための早期教育プログラムにおいては、主に北米での3つの介入プログラムが実践モデルとして挙げられる。一つは、低所得家庭で、かつIQの低い就学前児を対象としたミシガン州の実践プログラム“The High Scope Perry Preschool Project”〔1962〕である。これは、小グループごとの積極的・集中的な早期教育と、週ごとの幼児教育専門教師による家庭訪問指導を組み合わせたものである。40年以上に亘る実践より、学業的な達成、犯罪行為の減少、勤労者の所得の増加、公的福祉援助の受給者の減少など、かなりの効果が実証されてきている(Nores et al, 2005)。二つ目は、ノースカロライナ州において、1972-77まで行われた低所得家庭の子どもを対象とした“The Abecedarian Project in Chapel Hill North Carolina”プログラムである。生後6週という乳児期早期から小学校入学までの期間に亘る、教育的デイケアによる援助的介入であり、その効果については、21歳時点でのフォローアップ研究より、統制群に比して、学業達成度やIQの有意な高さ、児童期から青年期を通じた過程での知的能力の獲得と定着が確認されている(Ramey et al, 2000)。三つ目は、低所得家庭の3～6歳児を対象とした“The Chicago Child-Parent Centre Program”である。これは、早期幼児教育のサービスに加え家庭・家族支援をも組み入れたもので、22歳までのフォローアップ研究では、対象者は(統制群に比して)学歴が高く、暴力による逮捕や学校中退は低比率であるとの結果が認められている。また、費用対効果についても、リターンが高く、良好な結果を呈していることが報告されている(Reynolds et al, 2001)。

ところで、これらの援助的介入方略は単独で実施されるよりも、複数組み合わせられた統合的アプローチが、より一層の効果を呈することが予測される。このことに関して、オーストラリアのシドニーにおける“The Spilstead Model”では、各援助的介入方略の最良の利点を最大化するための統合的アプローチを組み、実践している。つま

り、家庭訪問による親子の支援、親子の愛着形成に関する介入、多様な専門分野の者が協同して組織化する早期幼児教育プログラムの実践を組み合わせた統合的アプローチである。

Gwynneら〔2009〕は、“The Spilstead Model”の本格的取り組みに向けてのパイロット・スタディにおいて、親側の複合的な問題(精神疾患、児童虐待、家庭内暴力、社会的孤立など)や、そのことによる子ども(就学前児)への影響(心理的発達の遅滞や障害)が顕在化しているハイリスク親子23組(子どもは39名)をこの介入プログラムに参加させ(参加期間は2005年-2006年にかけての12カ月間)、その効果を検証している。

ハイリスクの背景に関しては、親側の問題として、90%以上は重篤な養育上の問題が存在しており、また、精神疾患が57%、過去および現在における家庭内暴力が43%、社会的に孤立状態のシングル・マザーが43%、過去および現在における薬物・アルコール依存が30%にも及んでいた。子どもの年齢構成は、93%が5歳以下、さらに55%が3歳以下の乳幼児であった。対象児のうち、言語の遅れが64%、情緒障害が49%、行動障害が44%、運動発達の遅れが33%の比率で認められた。また、自閉症スペクトラム³⁾18%およびADHD(注意欠陥・多動性障害)⁴⁾18%であり、これらを広汎性発達障害⁵⁾及び発達障害として合計すると36%にも及ぶことが認められた。

“The Spilstead Model”の実際の介入プログラムは、①親に対する個別的心理療法、および養育知識やスキルの獲得をも目的とする心理教育的な集団プログラムの提供、②親子関係(愛着)の安定に向けての専門家の介入的援助、③子どもに対しては、乳児の場合には発達遅滞や障害を予防・改善するための週1回の家庭訪問による教育プログラム、および週1回の支援的なプレイグループ・プログラムが提供される。また、2歳～6歳の就学前児の場合には、各児のレベルや特別なニーズに適合した週2回の教育プログラムの提供で、言語や認知発達の促進や、(年長児の場合には)リテラシーの獲得を目的としている。加えて、安定した愛着関係の形成を促進するためのケア・アプロ

チも含まれている。また、対象児の遅れや障害に応じて、必要な場合には、言語療法、心理療法、作業療法、芸術療法の各専門領域からの援助的介入が積極的かつ集中的に提供される。

提供するプログラムの他にも個別援助を必要とする家庭に対しては、専門的トレーニングを積んだボランティア・ワーカーによる週ごとの家庭訪問による相談や援助も提供している。

以上のような統合的介入プログラムの結果、親側のストレス（養育や扱いにくい子どもに対するストレスなど）、親であることの満足感や効力感、家族の機能（養育能力、家族間の関わり）等のすべての測度に対して、介入前と介入後では有意な差が認められ、明確な改善が確認された。

また、子どもに関しては、5歳以下で発達に遅れが見られた対象児のうちの60%以上が、明確な臨床群として介入前にスクリーニングされている。しかし、援助的介入（早期教育プログラム）の結果、そのうちの80%近くの子どもはリテラシーやスキルにおいて有意な進歩・発達が認められ、さらに70%以上の子どもは、スクリーニングの結果、臨床群から正常群に移行していた。親が感じ取る子どもの行動問題については、注意の集中や持続、攻撃性、睡眠に関する事、引っ込み思案などの点で、介入前よりも介入後において、行動問題得点の有意な低下が認められ、明確な改善が報告された。

結論として、オーストラリア、シドニーにおける統合的介入援助プログラム“The Spilstead Model”の実践は、虐待・ネグレクトなどの不適切な養育や、その背景因子としての親の精神疾患や貧困、非婚、サポート源の欠如など複合的・重層的なリスクを負う家庭・家族、及びその影響下にある被虐待児、発達遅滞・発達障害児への介入として、かなりの効果が期待できることが認められた。

Gwynneら〔2009〕は、「多様な専門領域と、多様な援助的介入モデルが一つの支援プログラムとして統合され、かつ、生涯を通して援助プログラムがコーディネートされ、提供される」保健・医療サービスの重要性を強調している。“The

Spilstead Model”では、さらに早期教育の援助サービスも統合され、強化されたものとなっている。

また、ハイリスク家庭・親子への早期の積極的介入の効果は、対象者の生活や心身の健康、対象児においては発育・発達、学業達成に対する改善や肯定的変化がもたらされるだけでなく、対象児に見られる青年期までの高い学業達成や非行・犯罪率の低下、所得の増加など長期に及び、当該地域・自治体にとっても介入サービスの費用便益上の妥当性、効率性が期待できることが示唆されている。

おわりに

我が国においても、加速度的に増加・重篤化する不適切な養育の実態があるが、親や子どものハイリスクを早期に同定し、集中的・積極的・持続的な介入に至るまでの「途切れのないサービスの組織化」と、時代を担う子どもたちに対する「保健・医療領域と教育領域とのサービスの協働」が早急に必要とされる。ハイリスク親子への援助的介入のためには、多職種（医療、福祉、心理、教育領域の専門職）から構成される統合的援助プログラムの開発と、保健師を中心とした（予防的）家庭訪問サービスやソーシャルワーカーを中心とした家族支援のコーディネートの充実化が求められる。

虐待の世代間連鎖を断ち切ることは、当事者一人の力では甚だ困難であり、家族・地域・自治体レベルでのサポートと援助的介入・予防的介入が必須である。であるが故に、援助的介入プログラムの開発や実施プランの検討は、国レベルで取り組まなければならない喫緊の課題であると思われる。

注

- 1) SSP (strange situation procedure: ストレンジ・シチュエーション法) とは、1-2歳児と養育者（多くは母親）との愛着関係の質（安定・不安定）を評定する実験的行動観察法であり、特に母親との分離・再会時の子どもの行動に焦点を当て

- て、母親が子どもにとっての安心感の源泉となっている場合には、安定した愛着関係を形成している、と評定される。
- 2) 乳児期後半の母子の関わり合いにおいて、乳児の情動状態に母親が共鳴し、波長を合わせて応答することで情動を共有すること。
 - 3) 社会性・コミュニケーション・想像力の3つの領域に障害のあることで定義され、典型的な自閉症からアスペルガー症候群（高機能自閉症）、あるいは重い知的障害を伴うケースから知的水準には遅滞が無いケースまでを包括し、これらを連続体（スペクトラム）として捉える概念。
 - 4) ADHD（Attention Deficit/Hyperactivity Disorder）とは、「不注意」（注意の集中・持続の困難など）、「多動性-衝動性」を特徴とする発達障害のことで、社会、学業、職業等の機能において著しい障害が存在するという明確な証拠があるもの。
 - 5) 対人社会性やコミュニケーション能力の発達の障害についての精神医学的な分類上の概念。

引用文献：

- Becker-Weidman, A. 2009 "Effects of early maltreatment on development: a descriptive study using the Vineland Adaptive Behavior Scales-II." *Child Welfare*, vol. 88, 137-161.
- Bowlby, J. 1977/1991 黒田実郎・岡田洋子・吉田恒子（訳）『母子関係の理論 II：分離不安』岩崎学術出版社。[Bowlby, J. 1973 *Attachment and Loss, Vol 2: Separation: Anxiety and Anger*. London: Hogarth.]
- _____ 1981/1992 黒田実郎・吉田恒子・横浜恵三子（訳）『母子関係の理論 III：対象喪失』岩崎学術出版社。[Bowlby, J. 1980 *Attachment and Loss, Vol 3: Loss: Sadness and Depression*, London: Hogarth.]
- _____ 1988 *A Secure Base*. New York: Basic Books.
- Briere, J., & Jordan, C.E. 2009 "Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women: an overview." *Trauma, Violence, & Abuse*, vol. 10, 375-388.
- Buchanan, A. 1996 *Cycles of child maltreatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Burack, J., Flanagan, T., Peled, T., Sutton, H.M., & Manly, J. 2006 "Social perspective-taking skills in maltreated children and adolescents." *Developmental Psychology*, vol. 42, 207-217.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. 1989 "Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants." *Developmental Psychology*, vol. 25, 525-531.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. T. 2006 "Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions." *Development and Psychopathology*, vol. 18, 623-649.
- Egeland, B. 1988 "Breaking the cycle of abuse: Implications for prediction and intervention." In K. Browne, C. Davies, & P. Stratton eds. *Early prediction and prevention of child abuse*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Egeland, B., Jacobvitz, D., & Sroufe, A. 1988 "Breaking the cycle of abuse." *Child Development*, Vol. 59, 1080-1088.
- Eyberg, S.M., & Robinson, E.A. 1982 "Parent-child interaction training: effects on family functioning." *Journal of Child Psychology*, vol. 11, 130-137.
- Gwynne, K., Blick, B.A., & Duffy, G.M. 2009 "Pilot evaluation of an early intervention programme for children at risk." *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 45, 118-124.
- 久保田まり 1995 『アタッチメントの研究』川島書店。
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J.F., Riley, C.D., & Atlas-Corbett, A.F. 2009 "Socially indiscriminate attachment behavior in the Strange Situation: Convergent and discriminant validity in relation to caregiving risk, later behavior problems, and attachment insecurity." *Development and Psychopathology*, vol. 21, 355-372.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D., Grunebaum, H.V., & Botein, S. 1990 "Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment." *Child Development*, vol. 61, 85-98.
- Main, M., & Hesse, E. 1990 "Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?" In M.T. Greenberg., D. Cicchetti., & E.M. Cummings eds. *Attachment in the Preschool Years: Theory, research and intervention*. Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., & Solomon, J. 1986 "Discovery of a new, insecure - disorganized/disoriented attachment pattern." In T.B. Brazelton & M.W. Yogman eds. *Affective Development in Infancy*. Norwood, NJ: Ablex.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. 2002 "Impact of Child Maltreatment and Interadult Violence on Children's Emotion Regulation Abilities and Socioemotional Adjustment." *Child Development*, vol. 73, 1525-1542.
- McDonough, S. 2004 "Interaction guidance: promoting and nurturing the caregiving relationship." In

- Sameroff, A.J., McDonough, S.C., & Rosenblum, K.L. eds. *Treating Parent-Infant Relationship Problems: Strategies for intervention*. New York: Guilford Press.
- Milan, S., Lewis, J., Ethier, K., Kershaw, T., & Ickovics, J.R. 2004 "The impact of physical maltreatment history on the adolescent mother-infant relationship: Mediating and moderating effects during the transition to early parenthood." *Journal of Abnormal Child Psychology*. vol. 32, 249-261.
- Nores, M., Belfield, C.R., Barnett, W.S., & Schweinhart, L. 2005 "Updating the economic impact of the high scope perry preschool program." *Educ. Eval. Policy An. Fall*. vol. 27, 245-261.
- Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et al. 1997 "Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect." *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, 637-643.
- Ramey, C.T., Campbell, F.A., Burchinal, M., Skinner, M.L., Gardner, D.M. & Ramey, S.L. 2000 "Persistent effects of early intervention on high risk children and their mothers." *Appl. Dev. Sci.* vol. 1, 2-14.
- Reynolds, A., Temple, J., Robertson D., & Mann, E. 2001 "Long-term effects of early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest: a 15-year follow-up of low-income children in public schools." *JAMA*; 285, 2339-2346.
- Schechter, D.S., Zygumt, A., Trabka, K.A., Davies, M., Colon, E., Kolodji, A., & McCaw, J.E. 2007 "Child mental representations of attachment when mothers are traumatized: The relationship of family-drawings to story-stem completion." *Journal of Early Child and Infant Psychology*. vol. 3, 119-141.
- Svanberg, P.O.G. 2005 "Promoting attachment security in primary prevention using video-feedback: the sunderland infant programme." *Infant Mental Health Journal*, vol. 7, 543-578.
- Zielinski, D.S., Eckenrode, J., & Olds, D. 2009 "Nurse home visitation and the prevention of child maltreatment: Impact on the timing of official reports." *Development and psychopathology*, vol. 21, 441-453.

参考文献

- 庄司順一・奥山眞紀子・久保田まり 2008 『アタッチメント：子ども虐待・トラウマ・対象喪失・社会的養護をめぐる』 明石書店。
(くぼた・まり 東洋英和女学院大学教授)