

坂本和靖「親の行動・家庭環境がその後の子どもの成長に与える影響」IPSS Discussion Paper(No. 2007-J01) 国立社会保障人口問題研究所。

東京都社会福祉協議会保育部会調査研究委員会(2002)『10代で出産した母親の子育てと子育て支援に関する調査報告書』

上田美香・森田明美(2009)「10代子育て家庭への妊娠期からの福祉的支援に関する研究：A市における10代親への継続的インタビュー調査」(日本社会福祉学会第57回全国大会自由報告、2009年10月11日、法政大学)

若林ちひろ・森田明美・井上仁・田谷幸子・前田信一・兼井京子(2009)「10代子育て家庭への妊娠期からの福祉的支援に関する研究：児童福祉施設入所施設出身者、施設職員への調査」(日本社会福祉学会第57回全国大会ポスター発表、2009年10月11日、法政大学)

17 子どもの社会経済階層（SEC）と疾病

阿部 彩

1. はじめに

近年、経済状況の悪化とともに、子どもを取り囲む環境が急速に悪化している。日本の社会保障制度の発展のなかで、達成されてきたと考えられていた子どもの生活を守るセーフティネット（安全網）にもほころびが目立ち始めている。2008 年末には、公的医療保険を持たない無保険の世帯が全国約 33 万世帯存在し、そのうち 1 万 8240 世帯に中学生以下の子どもがおり、無保険状態の子どもの総数は 3 万 3000 人近い数値であることが発表され（厚生労働省 2008 年 10 月 30 日）、大きな衝撃をもって受け止められた。また、大阪社会保障推進協議会（大阪社保協）の調査によると、「無保険」状態の中学生以下の子どもは大阪府内で少なくとも 1720 人、横浜市の社会保障推進協議会によると、同市内で同様の小中学生が 3692 人、全体の 1.3%にも上る（朝日新聞 2008 年 8 月 21 日）。

日本は、「国民皆保険」を社会保障制度の基本的な理念として掲げており、すべての国民が健康保険にカバーされていることを誇りとしてきた。もちろん、子どもも例外ではなく、親が職場からの健康保険に加入している場合は扶養家族としてカバーされ、そうでなければ、自治体による国民健康保険に世帯単位で加入しているはずである。しかし、近年、国民健康保険の保険料の滞納が増加しており問題となっている。2006 年には、国民健康保険の被保険世帯の 19%が保険料を滞納している。滞納が続くと、保険証が取り上げられ、「被保険者資格証明書」が発行される。証明書では医療費はいったん全額負担となるため、医療を受けることをためらい治療がおくれて死亡するケースも報告されている。資格証明書は全国で約 35 万世帯に交付されており、この数は被保険世帯の 1.4%にあたる（鈴木 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 月より施行される予定である。法案は、中学生以下の子どもを、医療サービスの給付停止の対象とすることを除外とし、滞納世帯の子どもに短期保険証を交付することを義務付けている。

しかし、たとえ、無保険状態の子どもがいなくなったとしても、経済状況が厳しい世帯における子どもの医療サービスの受診格差については懸念が残る。何故なら、公的医療保険が 7 割負担するとはいえ、医療費の 3 割が自己負担であるからである。自己負担率の引き上げと医療受診との関係では、低所得世帯においてより多く受診抑制が起こると考えられ、低所得の子どもが中高所得の子どもに比べて受診を控えるために、結果として健康格差が生じている可能性が否めない。

また、医療サービスに平等なアクセスが確保されているとしても、劣悪な居住環境や親の金銭的・心理的余裕の欠如、情報の不足といった諸要因が子どもの社会経済階層による

健康格差を生み出している可能性は十分に考えられる。

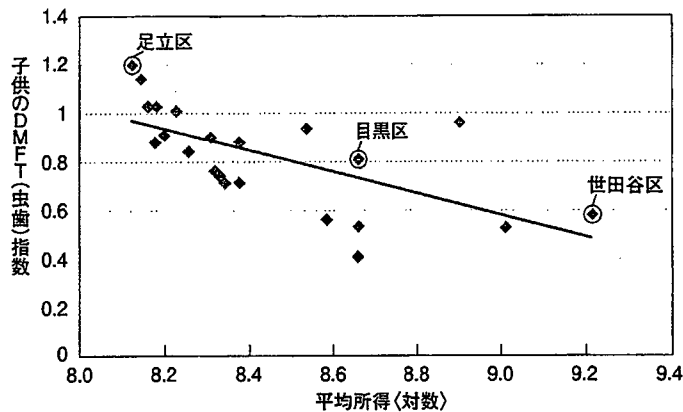
海外における研究においては、幼児期における子どもの成長や健康が、子どもの属する世帯の経済状況や社会階層に大きく影響されることは、多くの研究が報告している（例えば、Millar and Korenman 1994, Currie and Thomas 1993, 1995, Korenman and Miller 1997）。例えば、Case et al. (2002)と Currie and Stabile (2003) は、アメリカ、カナダのパネル・データを用いて子どもの健康格差を検証しており、低所得層と高所得層の子どもの健康格差が確かに存在すること、そして、その格差は子どもの年齢が上がるに連れて拡大することを報告している。また、Millar and Korenman (1994)は、身長・体重に表される子どもの栄養失調は、子どもの育つ世帯の経済状況に大きく影響されており、さらに、その影響の度合いは、測定が行われた時点における経済状況よりも、10年間の長期的貧困(10年間の Income-to-Needs Ratio \leq 1 の場合貧困と定義)の平均)により大きく影響されることを示した。また、Korenman & Miller (1997)においても、5～7歳の子どもにおける低身長、低体重が、それまでの「貧困の継続」によって影響を受けており、その貧困の「時期」によって影響の度合いも異なることが報告されている。

日本においては、近藤 (2005) が、15自治体の高齢者約3万人のデータを基に、うつ、や転倒の頻度といった健康状態が、社会経済階層によって異なっていることを報告している。しかし、子どもの社会経済階層による健康格差については、筆者の知る限り非常にデータが少ない。そこで、本稿では、厚生労働省が2001年から行っている「21世紀出生児縦断調査」を用いて、4歳児の疾病状況と、その時点までの子どもの社会経済階層 (Socio Economic Class : 以下、SEC) との関連を探る。本稿は、筆者が同データを用いて行った身長・体重、通院・入院経験の分析 (阿部 2008) をさらに精緻化するものである。

2. 先行研究

日本における子どもの健康格差の先行研究として、唯一挙げられるのが、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1)。

図1 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指数より筆者作成

出所： 駒村 2009、図 3-2、p.79.

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精密な分析のためには、世帯単位のマクロ分析が望ましい。

本稿の先行研究である阿部 (2008) は、厚生労働省「21世紀出生児縦断調査」を用いて、約4万人の2001年に出生した子どもの4歳時点(パネル5年目)の子どもの成長(身長・体重¹)と健康状態(通院経験の有無、入院経験の有無)を分析している。これによると、貧困経験年数(4歳までに貧困であった年数。所得情報がある4年間ともに貧困であった場合は「4」、一年も貧困の経験がない場合は「0」の値をとる)別に、これらの健康指標の平均値を計算すると以下となり(表1)、貧困経験年数が多いほど身長、体重が低くなり、入院経験が多くなる。通院経験については、貧困経験回数との明確な関係は見られない。

さらに、阿部 (2008) は、出生時体重(または未熟児ダミー)、母親と父親の年齢、学歴、世帯類型など、子どもの成長に影響を及ぼすと見られる独立変数をコントロールした上での重回帰分析を行っている。すると、貧困経験回数の係数は、身長・体重の両方においてconsistentにマイナスで有意であった。身長については、貧困年数が1年増えると、約0.08cm、体重では約30g、低くなっている。同様に、通院経験、入院経験の有無(過去1年間)については、通院経験については、マイナスで有意、入院経験についてはプラスで有意という結果であった。

¹ 現時点においては、身長・体重の測定時期については、コントロールしていない。

表1 貧困経験回数別、健康指標

貧困経験年数	n	通院経験あり	入院経験あり	身長(0.1cm)	体重(100g)
なし	26552	0.9819	0.0580	1035.11	166.17
1回	3910	0.9780	0.0655	1033.84	165.88
2回	1604	0.9757	0.0754	1031.96	165.20
3回	878	0.9552	0.0740	1034.53	165.05
4回	645	0.9628	0.0806	1031.51	164.85
総数		0.9801	0.0606	1034.74	166.04
		32869	33589	30958	31453

この結果を経て、阿部（2008）は、

・・・貧困経験回数が多いほど、通院経験がある子が減り、入院経験がある子が増えるのである。通院と入院において、符号が逆となっているが、これらは総合して次のように解釈することができるのではないであろうか。つまり、貧困経験の蓄積は、身長・体重といった子どもの成長を有意に抑制する。しかし、0歳から4歳といった幼児期において、多かれ少なかれ子どもは病気をするものなので、通院といった日常における健康のケアについては、むしろ、貧困経験がない子どものほうがより多く受けており、貧困経験が多くなるほど、通院しない子が増える。しかし、入院を伴うような大きな疾病は、やはり、貧困経験が多い子どもの方が多くなるのである。（阿部 2008）

と結論づけている。

しかし、阿部（2008）の分析においては、すべての疾病の通院経験と入院経験を合わせた「通院の有無」「入院の有無」の変数を使っているので、疾病ごとに社会経済階層による影響の仕方や受診行動が異なる可能性を観察することができない。同じ通院や入院にしても、先述の駒村（2009）が着目した虫歯の受診行動や、風邪など比較的に軽い疾病の受診行動は、受診せざるをえない重篤な疾病の受診行動と異なるであろうし、ぜんそくなど環境因子が大きく影響するであろう疾病や、先天性の病気など生まれる前から決定づけられる疾病とは異なる影響を受ける可能性が多い。そこで、本稿では、疾病ごとの通院と入院行動と子どもの置かれている社会経済環境の関係をより詳しく見ていくこととしたい。

3. データと手法

1) データ

本稿で用いるデータは、厚生労働省が2001年から毎年行っている「21世紀出生児縦断調査（以下、ベビー・パネル）」の2001年から2005年までの5回の個票データである。この調査は、2001（平成13年）年の1月10日から17日の間及び7月10日から17日の間に出生した全国のすべての子供を持つ世帯を対象とした全国調査であり、初年度の2001年は回収数47,010票（回収率87.7%）、2年目（2002年）は43,925票、3年目（2003年）は42,812票、4年目（2004年）は41,557票、5年目（2005年）は39,809票である。ベビー・パネルの脱落の状況をみると、低所得層が高所得層に比べ、脱落・非回答の率が高いことが確認される。分析に用いられたのは、すべての所得データが揃っている balanced data である33,589サンプルである。

2) 社会経済階層（SEC）の定義

本稿では、社会経済階層を示す指標に、各年の貧困状況を勘案した以下の変数を用いる。

1. 現在の貧困状況 ダミー変数 4歳時点において貧困状態である場合に1、そうでない場合は0
2. 貧困経験の有無 ダミー変数 1年でも貧困であった場合に1、そうでない場合は0
3. 固定的貧困 ダミー変数 4時点においてすべて貧困であった場合に1、そうでない場合は0
4. 前期の貧困状況 ダミー変数 1年目（0歳）と2年目（1歳）の平均等価世帯所得が1年目と2年目の貧困線の平均を下回る場合は1、そうでない場合は0
5. 後期の貧困状況 ダミー変数 4年目（3歳）と5年目（4歳）の平均等価世帯所得が4年目と5年目の貧困線の平均を下回る場合は1、そうでない場合は0
6. 5.6の複合変数 4つのカテゴリー（前期・後期ともに貧困、前期のみ貧困、後期のみ貧困、非貧困）

貧困の定義は、各年（初年度、2年目、4年目、5年目²）におけるサンプルの等価世帯所得（世帯所得を世帯員人数の平方根で除した値）の中央値の50%を貧困線として、それより以下の等価世帯所得の子どもを貧困状況とした。

² 3年目は所得データなし。

4. クロス表分析

1) 結果

表2は、社会経済変数と疾病状況のクロス表による分析結果を示す。

まず、通院経験（上段）から見てみよう。現在（4歳時点）の貧困状況（貧困=2965 サンプル、非貧困=30,624 サンプル）と過去1年間の通院を伴う疾病状況をみると、風しん、けいれん・ひきつけ、う歯（虫歯）において、貧困層の子どもの方が疾病率が高い。風しんでは、0.6%に対し0.2%、けいれん・ひきつけでは、2.3%に対し1.8%、虫歯では30.7%に対し26.6%と差を見ることができる。逆に、非貧困層の子どもの方が（通院を伴う）疾病率が高いものもある。アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎、かぜ（咽頭炎、扁桃腺炎、気管支炎、肺炎）、胃腸炎など消化器系の病気、その他の病気がこれにあたる。阿部（2008）の結果によると、貧困層の子どものほうが通院経験は多くなるとあるが、これは、圧倒的に頻度が高い「かぜ」の通院経験が大きく影響しているからと考えられる。

同様の傾向は、「貧困経験の有無」「固定的貧困」によっても見ることができる。社会経済変数によって、若干の違いはあるものの、往々にして、水痘（みずぼうそう）、風しん、麻疹（はしか）、の感染症疾患、虫歯は、貧困層の方が多く通院しており、アレルギー性疾患、かぜ、胃腸炎、とびひ、湿しんは、非貧困層の方が多く通院している。

貧困の時期を前期・後期に分けて分析すると、さらに詳しい疾病の偏りを観察することができる。麻疹、風疹、虫歯については、前期・後期ともに貧困である場合が一番通院する確率が高く、後期（つまり現在）のみ貧困の場合の確率よりも高くなる³。

次に、入院経験（下段）を見てみよう。入院経験の頻度は通院経験に比べ少ないので、多くの場合に χ 二乗検定が有効でないことは留意しなければならない。しかし、いくつかのconsistentな結果が観察される。まず、貧困経験の有無でみると、貧困層の方が、非貧困層よりも高い確率で入院している疾病が多い。水痘、アトピー性皮膚炎、中耳炎、かぜ、胃腸炎など消化器系の病気、虫歯、発達と行動面の相談において統計的に有意な差がみられる。非貧困層が貧困層よりも高い確率であるのは、アレルギー性鼻炎・結膜炎のみである。同様に、現在の貧困状況においても、結膜炎、ぜんそく、アトピー性皮膚炎、かぜ、消化器系病気、けいれん・ひきつけで貧困層のほうが有意に高い確率で入院している。興味深いことに、期間別に貧困経験と入院の関係をみると、後期の貧困が入院の確率に大きく影響していることである（麻疹、ぜんそく、かぜ）。

2) 考察

ここでの結果は、おおよその結果は阿部（2008）の分析結果と同様の傾向をしている。しかし、疾病別の分析をすることにより、興味深い示唆を得ることができる。まず、水痘、

³ 麻疹と風疹については、期待値が小さいため信頼性は低くなる。

風しん、麻疹は、貧困層のほうが通院する確率が高く、これは特に前期（0歳、1歳）の貧困と関係していると考えられる。この理由として、予防接種が影響している可能性が考えられる。これら3つの病気は、すべて予防接種⁴を受けることによって疾患の確率を低くする、または、疾病しても軽度にすませることができる病気であるので、前期に貧困であった子どもは、そうでない子どもに比べて、予防接種率が低い可能性がある。また、虫歯は、貧困層と非貧困層の子どもの疾病確率に大きな差があるが、これは、貧困の時期に関わりなく観察される。興味深いことに、前期のみ貧困であった子どもの虫歯の率も、前期・後期ともに貧困であった子どもと大きく変わりはない。ここでも、前期（0、1歳）の経済状況がその後の子どもの健康に影響を及ぼすことが窺われる。

特記すべきなのは、入院を伴うような重篤な疾病の経験が、貧困層の子どもに偏っていることである。水痘、アトピー性皮膚炎、中耳炎、かぜ、胃腸炎など消化器系の病気、虫歯、発達と行動面の相談、結膜炎、ぜんそく、けいれん・ひきつけ、と、多くの疾病について、この傾向が「貧困経験」または「現在の貧困」においてみることができる。かぜ（咽頭炎、扁桃腺炎、気管支炎、肺炎）、胃腸炎など消化器系の病気は、通院経験でみると、非貧困層の方が確率が高いものの、入院経験でみると、貧困層の方が高い。つまり、かぜや消化器系の病気など、子どもがかかりやすい疾病について、日常的なケアとしての通院は非貧困層の方が多いが、逆に、貧困層の子どもは通院する確率が低いがために、これらの疾病についても重症となってしまっている可能性がある⁵。

入院と、貧困の時期の関係をみると、水痘、ぜんそく、かぜにおいて、後期の貧困が前期の貧困よりも大きく影響していることがわかる。通院の場合は、いくつかの疾病において、前期の貧困が後期の貧困よりも影響の度合いが大きいので、逆の結果となる。つまり、病気にかかりやすいかどうかは前期の貧困に比較的に大きく影響されるものの、それが重症となるか否かは、現在の貧困により大きく影響されると考えられる。ぜんそくについては、10歳ごろから、非貧困層と貧困層の健康の格差が拡大すると報告したカナダの先行研究（Currie and Stabile 2003）において、格差拡大の一番大きい要因と指摘されている。本稿の分析の対象児童はまだ4歳であるため、この格差拡大をみることはできないものの、今後、貧困層において、入院を伴うような重症のぜんそくにかかる確率が増えることが懸念される。

⁴ 麻疹と風疹については、日本の予防接種法によって定期予防接種として無料で行われている。麻疹の予防接種年齢は生後12ヶ月から90ヶ月であるが、標準的には満1歳で実施される。しかし、小児へのワクチン接種率は全国平均で80%と完全ではなく、地域によっては50-60%と低い状況にある。年齢別では、1歳時点で約82%、2歳時点で96%である（2006年値）。風疹についても、予防接種の対象は生後12カ月以上～90カ月未満であるが、標準的な実施時期は1歳である。風疹の接種率は、1歳時点で79%、2歳時点で約92%であるが、減少傾向にある（2006年値）。水痘については、任意接種のため、接種率は25～30%程度と考えられている。（国立感染症情報センターHP）

⁵ これに代わる仮説としては、居住環境などの影響により、貧困層の子どもの方が、軽いかぜはかかりにくいものの、重たいかぜにはかかりやすいというものである。

5. 重回帰分析

次に、出生時に未熟児であったかどうか、両親の年齢、学歴、世帯類型（母子世帯、父子世帯、両親不在世帯、ふた親世帯）など、子どもの健康に影響を与えると考えられるほかの要因をコントロールした上でも、貧困の経験が影響をあたえているかどうかを見るためにロジスティック分析を行った。被説明変数は、通院経験あり（麻疹、アレルギー性鼻炎・結膜炎、かぜ（咽頭炎・扁桃腺炎・気管支炎・肺炎）、虫歯）、入院経験あり（ぜんそく、かぜ）である。これらの疾病は、クロス表分析において、特に関係が深いと示唆された疾病である。結果を表3に示す。

表3 貧困の時期と4歳時点の疾病

被説明変数= OLS分析	通院経験あり				入院経験あり	
	麻疹	アレルギー性鼻炎 かぜ	虫歯	ぜんそく	かぜ	
前期貧困	0.9136 ***	-0.1969 **	-0.2871 ***	0.1184 **	0.0799	-0.0502
後期貧困	0.2103	-0.0141	0.00494	0.1027 **	0.3828 *	0.3843 ***
コントロール変数(5年目時点)						
母親の年齢	-0.0418	0.00599	0.00592	0.0109 ***	-0.0372	-0.0323 ***
父親の年齢	0.0763 ***	-0.00392	-0.0123 ***	0.00406	0.0355	0.00363
母子世帯(*1)	0.5591	-0.1044	-0.0479	-0.0902	0.248	0.1016
父子世帯	-12.0796	0.0341	-0.36 **	-0.0583	-12.08	0.1087
両親不在世帯	-12.0462	-1.2878	-0.3113	-0.1657	-12.0328	-11.0371
未熟児ダミー	-1.0332	0.0601	0.0384	-0.1201	0.4276	0.3224 *
両親の学歴:(*2)						
父親中卒	0.7536 **	0.0338	-0.0744	0.0487	0.221	0.062
父親高専	0.3838	0.0633	0.0663	-0.1167 ***	-0.5782	-0.0721
父親大学	-0.3122	0.1106 **	0.0246	-0.284 ***	-0.1307	0.00461
父親学歴不明	0.0462	-0.1933	0.2543	-0.1623	0.0921	0.4318
母親中卒	0.4582	-0.1682	-0.149 *	-0.0403	0.2415	-0.4704 **
母親高専	0.0276	0.0433 ***	0.1008 ***	-0.1154 ***	-0.1858	0.0527
母親大学	-0.3402	0.0447	0.0285	-0.2794 ***	-0.0322	-0.052
母親学歴不明	1.8396 **	0.1087	-0.4983 **	0.1212	0.1695	0.0444
切片	-7.647 ***	-2.3967 ***	1.5558 ***	-1.3076 ***	-4.8298 ***	-2.6954 ***
Adj R-Sq						
-2 Log L	1112.848	20618.965	33993.72	38842.942	36.2572	42.1982
標本数	33322	33322	33322	33322	33322	33322

***1%有意、**5%有意、*1%有意
(*1)ベースはふた親世帯、(*2)ベースは高卒

これをみると、クロス表による分析と同様に、通院（麻疹、アレルギー性鼻炎・結膜炎、かぜ）については、前期の貧困が大きく影響している。麻疹については、通院の確率を高め、アレルギー性鼻炎、かぜについては、確率を低くしている。虫歯については、前期・後期ともに通院の確率を高くしている。そのほかの変数については、父親・母親の年齢が、疾病に影響していることがわかる。父親・母親の学歴が特に影響するのは、虫歯であり、学歴が高いほど子どもが虫歯で通院する確率が低くなっている。

入院経験については、確率が低いために、推計が困難なケースが多かった。表3では、ぜんそくとかぜのケースのみを記述している。これによると、両者ともに、後期の貧困が入院の確率を高くする要因となっていると考えられる。そのほかのコントロール変数については、どれも大きな影響は認められない。

6. さいごに

本稿では、4歳児の疾病別の既往歴（過去1年間）が、子どもがおかれる社会経済環境（貧困状態など）にどのように影響されるかが分析された。本稿でなされた子どもの健康格差の研究は、まだ予備的分析の段階ではあるが、ここから示唆される知見はこれからの医療行政に非常に重要な視点である。ここで明らかになってきたのは、「国民皆保険」の成熟や、予防接種の一部制度化、一部の自治体における子どもの医療費の無料化など、子どもの医療にかかわる制度が拡充されてきたとはいえ、経済状況による子どもの健康格差は確実に存在するということである。特に予防接種の接種率や、医療サービスの受診時における格差（受診格差）が、貧困層の子ども入院を伴うような重篤な疾病に繋がっている可能性が示唆される。

【参考文献】

- 阿部 彩(2008)「子どもの健康と貧困の経験」厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業「パネル調査（縦断調査）に関する総合的分析システムの開発研究」平成19年度報告書 2008.3.31、p.205-216.
- 阿部 彩(2008)「子どもの貧困のダイナミズム－厚生労働省「21世紀出生児縦断調査」を使って－」厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業「パネル調査（縦断調査）に関する総合的分析システムの開発研究」平成19年度報告書 2008.3.31、p.189-204.
- 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.
- 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 Hyson, Rosemary (1999) “Is the Impact of Health Shocks Cushioned by Socioeconomic Status? The Case of Low Birthweight,” *The American Economic Review*, Vol.89, No.2, pp.245-250.
- 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.
- Currie, Janet and Thomas (1995) “Does Head Start Make a Difference?” *The American Economic Review* 85(3): pp.341-364.
- Department of Health and Social Security (1980) *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*.
- Duncan, Brooks-Gunn and Klebanov (1994) “Economic Deprivation and Early Childhood Development,” *Child Development* 62(2): p.296-318.
- Korenman, Sanders and Miller, Jane E. (1997) “Effects of Long-Term Poverty on Physical Health of Children in the National Longitudinal Survey of Youth,” in Duncan, G. and Brooks-Gunn, J. eds. (1997) *Consequence of Growing Up Poor*, New York: Russell Sage Foundation, pp.70-99.

はじめに

現代の日本の母親が、育児に関して、不安・負担・ストレス等を抱えていることは広く社会問題となってきた。以下に述べるように既存調査からも、「専業主婦の方が就業女性よりも育児不安が高い」と指摘され、とくに専業主婦の育児負担・不安感の緩和、在宅子育て支援が政策課題となってきた経緯がある。

従来調査では、一時点の育児不安感や負担感の度合いが測定され、育児不安をめぐる議論もそういった一時点の調査結果をもとに議論されてきた。21世紀出生児縦断調査というパネル調査を用いると、子どもが成長するにつれ、母親の育児不安や負担感がどう変化するか、負担感が高い母親の特徴は何なのか、子どもが成長するにつれての変化を読み解くことができる。

本稿は、出生児縦断調査第1～6回をもとに、母親の育児不安・負担感の変化の特徴、ならびに、育児不安や負担感が高い母親の特徴を明らかにすることを目的とする。

1. 先行研究の概要

(1) 概念設定・方法

先行の調査研究では、「育児不安」「育児負担」「育児ストレス」「育児の悩み」と概念が混在して使われているのが現状であり、その使われ方や意味内容は調査によって必ずしも同じではない。

日本における育児不安研究の第一人者であり、1980年代から育児不安調査を重ねてきた牧野カツコは、育児不安概念の意味やその測定方法について、次のように論じている。

まず育児不安概念については、「期待」と「実現水準」とのズレから生じる。すなわち、「育児における＜不安＞は、この将来あるいは育児の結果に対する漠然とした恐れを意味しており、それは対象（理由）のはっきりしない非合理的なものであったり、無力感や疲労感などを伴っている」としたうえで、不安が生じるところの「期待」と「実現水準」のズレ、すなわち、「不安は親の方が感じるものであるから、親に向けられる期待と、親が実現している育児の現実とのズレ」に着目する¹。

その後牧野は同概念の再検討を加えるなかで、「育児不安の概念も、過度の母子一体（接近）の感情とイライラや子ども嫌い（離反）の感情の両極性をもつものであり、ともに“育児における負荷事象”である」ことを強調している²。

次に不安の測定方法について、理論的には、不安の構造面からの測定、不安に関連する

問題からの測定、事例からの測定が考えられると論じている³。具体的には、「一般的疲労感」「一般的気力の低下」「イライラの状態」「育児不安徴候」「育児意欲の低下」に分けた 14 指標が提示されてきた^{4,5}。

(3) 先行研究から明らかにされてきたポイント

育児不安や負担感の調査研究は近年多くなされている。本稿では以下の 5 つの先行研究に焦点をあて、そのポイントを挙げる。

第 1 に、1980 年代に実施された牧野による一連の調査がある。この調査では、育児不安の程度と子どもの年齢、数、家族形態などとは関連がみられないこと⁶、育児不安に影響を与える要因として、父親の協力や母親のネットワーク（母親自身の社会的な人間関係の広さ）が挙げられている⁷。

第 2 に、大日向雅美による一連の調査からは、高学歴になるほど母親役割の受容に消極的・否定的になることが示されている。たとえば、「子どもを育てることが負担に感じられる」について、中学卒・高校卒・短大卒・大学卒以上と比べたときに、大学卒以上が 22.8%、短大卒が 11.2%、高校卒が 14.5%、中学卒が 12.5%と、大学卒がもっとも高くなっている。一方で、子どもへの密着化傾向は、低学歴の母親やパートにおいて強いことが示されている⁸。さらに、就業別にみると、無職（専業主婦）は母親役割の受容に対して積極的・肯定的である反面、育児に専念することで世の中から送れることや視野が狭くなることを件年する傾向があり、常勤にくらべて母親役割受容に葛藤が多いこと。パートは無職と同等あるいはそれ以上に、育児に専念することによる焦燥感が強いこと。家事・育児に支障のない範囲内で選ばれた仕事は、結局仕事内容そのものにも満足しきれない結果を招いているものと思われ、パートにこそ育児や仕事に対する焦燥感が強くあらわれる傾向があることが指摘されている⁹。

第 3 に、原田正文による大阪（1980 年）と兵庫（2003～2004 年）における詳細な調査レポート¹⁰が挙げられる。「大阪レポート」の調査は、大阪府下 A 市で 1980 年 1 月 1 日～12 月 31 日の間に生まれた全数児、約 2,000 人対象とし、乳幼児健診（4 か月児健診、6 か月児健診、10 か月児健診、1 歳 6 か月児健診、3 歳 6 か月児健診）と小学校入学後健診として小学校 1 年生の 6 月にアンケート調査を実施した経年調査である。「兵庫レポート」の調査は、2003 年から 2004 年にかけて、兵庫県 H 市、大阪府 I 市で実施された。

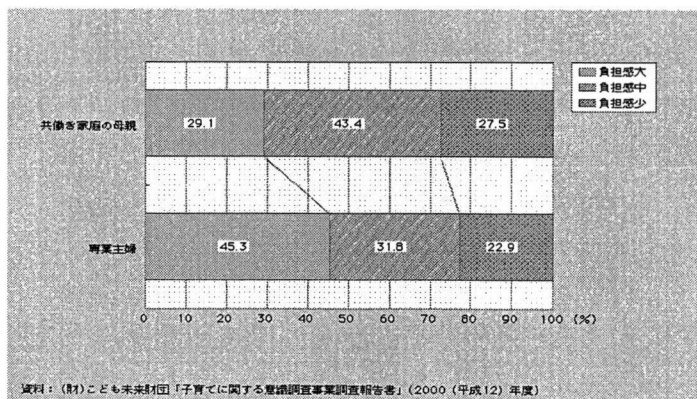
本稿との関連で、この両調査のポイントを挙げれば次のようになる。育児の心配は子どもの成長とともに内容を変えながら消えることなく続き、育児での不安や心配な時期には、2 つのピーク（退院～1・2 ヶ月と、1 歳前後から以降の時期）があること¹¹。育児不安の要因としては、①母親が子どもの要求を理解できないこと、②母親の具体的心配事が多いこと、およびその未解決放置、③母親に出産以前の子どもの接触経験や育児経験が不足していること、④夫の育児への参加・協力が得られないこと、⑤近所に母親の話し相手がい

ないこと¹²、⑥イメージしていた育児と現実との大きなギャップの存在、⑦自分の育児に自信がもてない、⑧子どもにどうかかわっていいかわからない、⑨よその子と自分の子とを比較して気にする、⑩自分の育児に対する人の目が気になる、⑪育児についての努力を誰もほめてくれない、⑫自分の思い通りにものごとをすすめたい¹³、という点が明らかになっている。なお、原田の調査では、家庭の経済状況と母親の育児不安とは特に相関がみられない結果となっている¹⁴。

ちなみに原田は分析のなかで、不安と負担感を分けて考察している点が興味深い。すなわち、育児不安が結果としてもたらすものとして、負担感やイライラ感を挙げている。育児不安が結果としてもたらすものと考えられる項目としては、体罰の多用・育児でのイライラ感、育児での負担感、好ましくない親子関係、子どもから離れたたい、産まなければよかった、という点を挙げている¹⁵。

第4に、子ども未来財団「子育てに関する意識調査事業調査報告書」が挙げられる。この調査から、「いわゆる専業主婦の方が共働き世帯の妻よりも、子育てに対する負担感を感じている人が多い」という結果が出ており、このデータは各自治体の次世代育成支援行動計画でも多く引用されているデータである¹⁶。この調査では、育児負担感の9項目¹⁷を得点化し、「負担感大：上位（23～36点以下）」「負担感中：中位（19～23点未満）」「負担感小：下位（9～19点未満）」の3類型に分けている。その結果として、次の図表1に示すように、「負担感大：上位（23～36点以下）」は専業主婦が45.3%、共働き家庭の母親が29.1%となっていることから、共働きでない場合の方が負担感が強いと結論づけている¹⁸。

図表1 共働き家庭の母親と専業主婦の子育て負担・不安感



出典：内閣府(2004)『平成16年度 少子化社会白書』43頁

第5に、21世紀出生児縦断調査(第2回:2002年度、対象児年齢1歳6か月)をもとに、母親の就業別に負担感をみた結果、職に就いている場合よりも「無職」(専業主婦)の方が割合が高いことが示されている。また、こうした結果の背景として、「夫や他の家族、あるいは外部からの支援が得られないまま、24時間乳幼児と向き合っ、心身両面で育児に追

われる妻の姿がうかがえる」と指摘されている¹⁹。

(3) 本稿の視点

以上のように先行研究では、母親自身の意識や経験、夫の意識や行動、あるいは母親の就業状況の観点から育児不安や負担感が考察され、その豊富な調査結果が蓄積されてきた。一方で、階層（学歴や収入面）の観点からの育児不安や負担感の調査研究は意外に少ないことがわかった。上述したように、大日向による学歴のクロス、原田による経済状況（安定しているか、ほどほど安定か、苦しいか）のクロス分析があるものの、実際の収入面での分析や学歴別の育児不安・負担感の特徴については、調査研究の蓄積が少ない現状にあると思われる。

したがって本稿では、母親の就業状況に加え、収入面や学歴といった階層の視点から、育児不安や負担感の変化や特徴について検討することとしたい。

また「育児不安」とは、1節で検討したように「親に向けられる期待と、親が実現している育児の現実とのズレ」から生じるものとされる。ここには2つの前提があると思われる。第1に、親が自分の子育てや暮らし自体を主体的にふりかえる意識や意欲がある、という前提。第2に、自分の暮らしを向上させたいという意識や意欲が親にある、という前提である。

逆にいえば、親が自分の子育てや暮らしを振り返る意識や意欲が弱かったり、余裕がなかったりする場合、あるいは、自分の暮らしを向上させたいと思う意欲や意識が弱かったり、余裕がなかったり、暮らしの向上自体が「どうにもならない」と親があきらめていたら、そもそも親の「期待」自体が低くなる。そして、「期待」が低いため、こうした層の「育児不安・負担感」の数値は低くあらわれる傾向にあるのではないかと推察される。この点は育児不安・負担感をめぐる調査研究にどうしてもつきまとう限界だとも考えられる。

ここで本稿では、自分の子育てや暮らしをふりかえる余裕がなかったり、あきらめてしまう層もあり得るとの前提から、親をとりまく社会経済的構造、ここでは親の階層に着目して、育児不安・負担感を考察することとしたい。

3. 21世紀出生児縦断調査のデータ特性

次に、21世紀出生児縦断調査のデータ特性について確認しておきたい。21世紀出生児縦断調査の第1・2回調査では、「お子さんをもって負担に思うことは何ですか」「子育ての不安や悩みがありますか」というたずね方であったのに対して、第3回調査以降は、「お子さんを育てていて負担に思うことや悩みについて」と統合している。

また、調査の回を重ねるごとに育児負担を問う項目が増え、第4回目以降は19項目を置いている。ここで、19項目のうち、ごく低い回答率の項目を除いたうえで、いくつかの類

型に整理してみよう²⁰。

第1の類型として「時間不足感」「精神的余裕の不足感」と位置づけられるのが、「自分の自由な時間が持てない」「仕事や家事が十分にできない」「気持ちに余裕をもって子どもに接することができない」「目が離せないので気が休まらない」の4項目である。この4項目は、「自分の自由な時間が持てない」は時間不足感、「気持ちに余裕をもって子どもに接することができない」は精神的余裕の不足感といえるが、「仕事や家事が十分にできない」「目が離せないので気が休まらない」は、時間不足と精神的余裕の不足感が混在した状態ともいえるのでこの類型に位置づけられる。

第2の類型が、「制度の不足感」である。制度の不足感は「子どもの預け先の不足」「急病の時の医者が近くにいない」という項目が該当する。

第3の類型である「経済的負担・不安感」は、文字通り「子育てで出費がかさむ」である。

第4の類型は、「家族間の項目」である。「配偶者が育児に参加してくれない」については、「配偶者の参加不足感」、「しつけのしかたが家族内で一致しない」は「家族内で子育て方針の不一致」といえる。

図表2 育児不安・ストレスの項目（21世紀出生児縦断調査）

類型	項目
①時間不足感、精神的余裕の不足感	「自分の自由な時間が持てない」 「仕事や家事が十分にできない」 「気持ちに余裕をもって子どもに接することができない」 「目が離せないので気が休まらない」 「子育てによる身体の疲れが大きい」
②制度の不足感	「子どもの預け先の不足」 「急病の時の医者が近くにいない」
③経済的負担・不安感	「子育てで出費がかさむ」
④家族間の項目 ・配偶者の参加不足感 ・家族内で子育て方針の不一致	「配偶者が育児に参加してくれない」 「しつけのしかたが家族内で一致しない」
⑤子どもの行動・育ち	「子どもが言うことを聞かない」 「子どもの成長の度合いが気になる」 「子どもについてまわりの目や評価が気になる」 「しつけのしかたがわからない」 「子どもが病気がち」 「子どもが保育所・幼稚園に行きたがらない」

出典：筆者が作成。

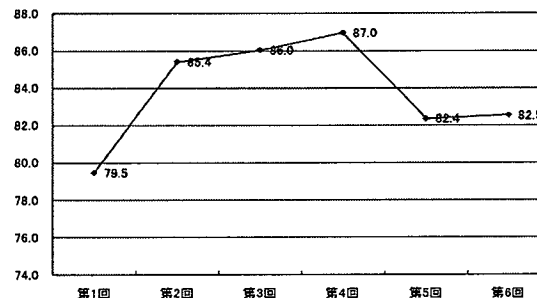
第5の類型は、「子どもの行動・育ち」である。この類型に位置づけられるものとして、「子どもが言うことを聞かない」「子どもの成長の度合いが気になる」「子どもについてまわりの目や評価が気になる」「しつけのしかたがわからない」「子どもが病気がち」「子どもが保育所・幼稚園に行きたがらない」が該当する。

3. 「負担に思うことや悩みがある」の変化

具体の項目の分析に入る前に、まず「負担に思うことや悩みがある」という「あるか・ないか」自体の変化についてみてみよう。

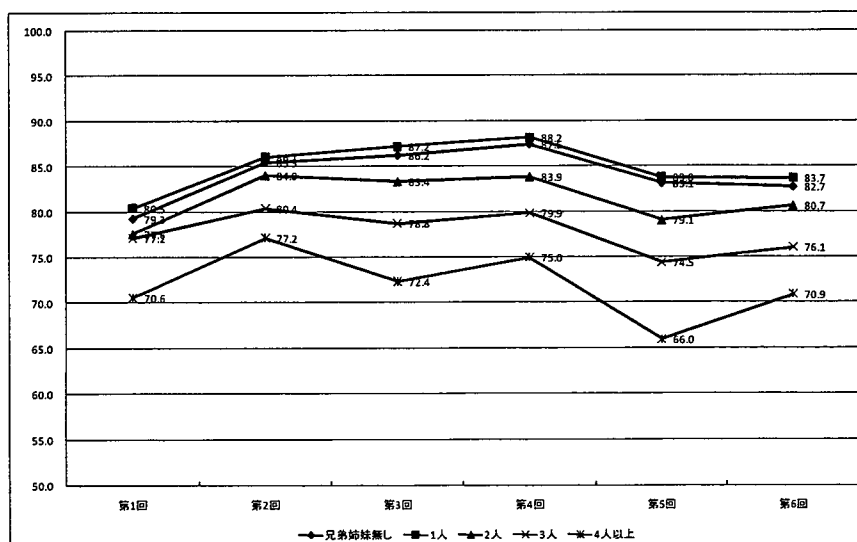
全体傾向として、もっとも育児負担・不安感が高いピークは第4回の87.0%である(図表3)。

図表3 負担に思うことや悩みがあるか (平均)



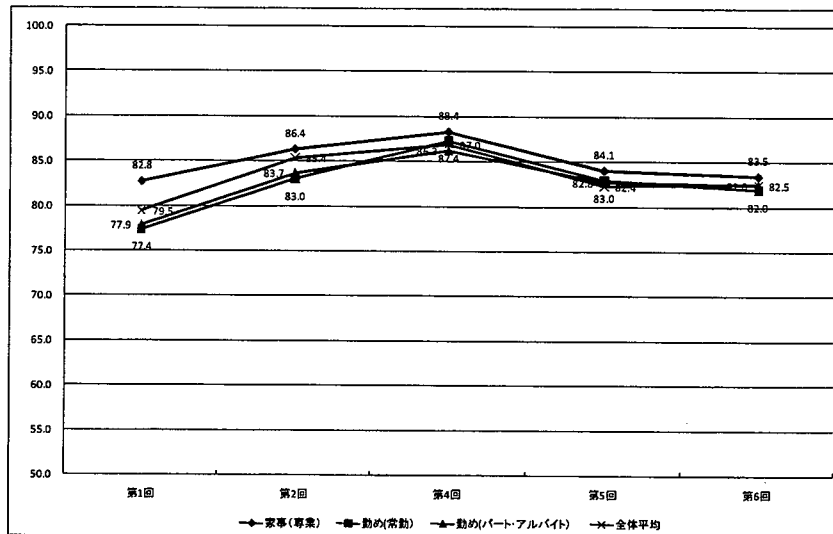
兄弟別にみると、全体として、兄弟が1人(=第2子)と兄弟なし(=第1子)の負担・不安感が高くなっている。また、兄弟の数が増えるにつれて、負担・不安感が低い(図表4)。

図表4 負担に思うことや悩みがあるか (兄弟別)



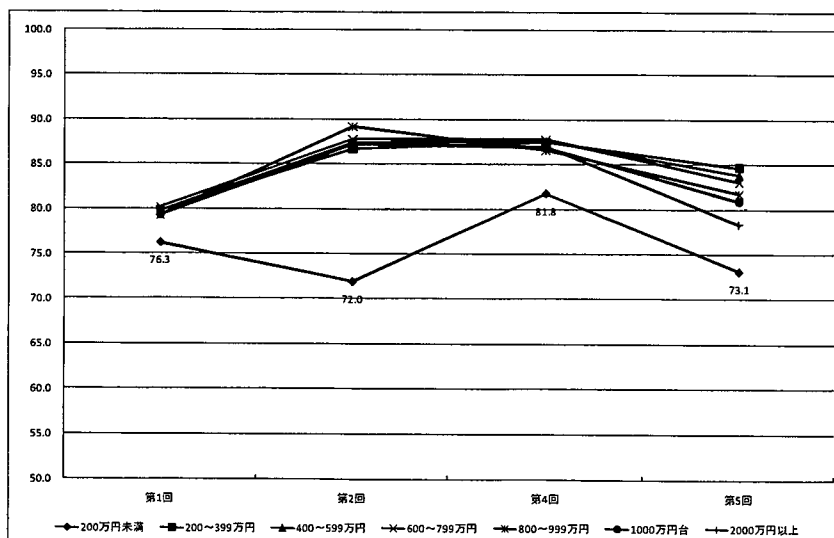
母親の就業状況別にみると、第1回、2回では専業主婦の負担・不安感が高いものの、第4回以降は就業別の差がほとんどあらわれていない（図表5）。

図表5 負担に思うことや悩みがあるか（母親の就業状況別）



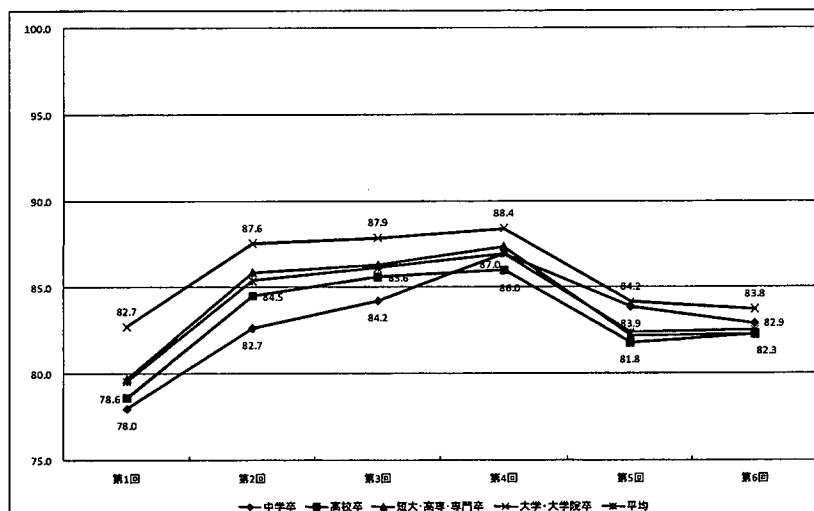
年収別にみると、第1～6回を通じて、200万円未満の層の負担・不安感がもっとも低くなっている。第2回では、800～999万円の間層の負担・不安感がもっとも高い一方で、第5回以降では、200～399万円の負担・不安感がもっとも高い（図表6）。

図表6 負担に思うことや悩みがあるか（年収別）



母親の学歴別にみると、第1回～6回を通じて、大学・大学院卒の育児負担・不安感がもっとも高くなっている。一方で、第1～3回までは中学卒の育児負担・不安感がもっとも低く、第4・5・6回では高学卒の育児負担・不安感が低くなっている（図表7）。

図表7 負担に思うことや悩みがあるか（母親の学歴別）



4. 母親の就業状況と育児不安・負担感の変化

以上の全体の変化をふまえ、次は、育児不安・ストレスの各項目での変化をみてみよう。

(1) 3つの変化パターン

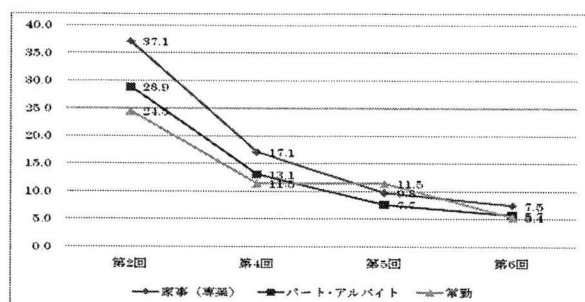
第1回～6回の負担・不安感の高低の変化をみると、3つのパターンが浮かびあがってきた。すなわち、子どもの年齢によって負担・負担感が下がる項目、上がる項目、一時点に突出して高い項目、の3パターンである。ここでは引き続き、就業状況別にその3つの変化パターンをみていこう。

子どもの年齢によって負担・不安感が下がる項目

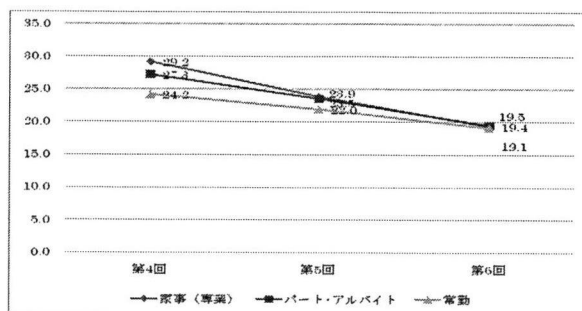
第1回～6回にかけて負担・不安感が低くなっていく、つまり、子どもの年齢によって負担・不安感が下がる項目は、「目が離せないのが気が休まらない」「子どもが言うことを聞かない」「子育てによる身体の疲れが大きい」「自分の自由な時間が持てない」である。これらの項目は、就学前において、子どもの成長によって負担・不安感が低くなる傾向にあるものだといえる（図表8①～④）。

図表8 子どもの年齢によって負担・不安感が下がる項目

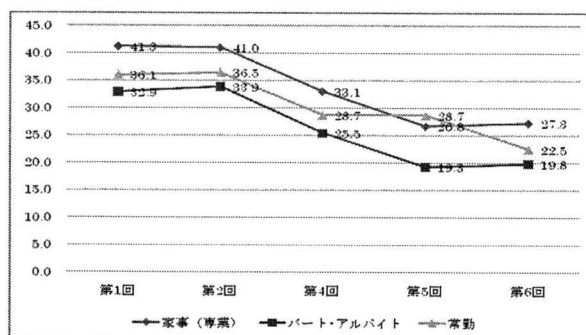
①目が離せないので気が休まらない



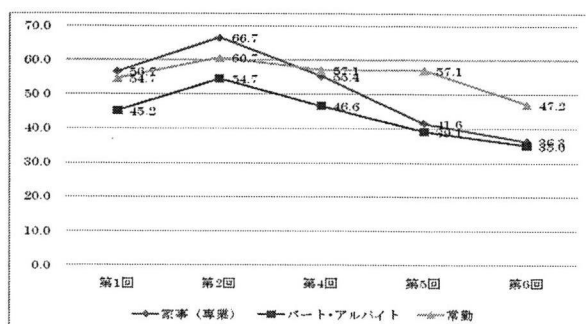
②子どもが言うことを聞かない



③子育てによる身体の疲れが大きい



④自分の自由な時間が持てない



特に「①目が離せないので気が休まらない」は、第2回から第4回にかけて急降下しており、半減以上の変化となっている。それに比べて「②子どもが言うことを聞かない」は、