

現代社会に生きる女性の多様な生き方を支える子育て支援に向けて

伊藤 理絵

<目次>

要旨

1. はじめに 1
2. 現代社会に生きる女性のこころを支える子育て支援：
多様な生き方を認める社会に向けて . . 2
3. 女性を支える包括的な子育て支援の実際：生態学的視点からの子育て支援 . . . 3
4. 女性の多様性を支える子育て支援ネットワークの展望 5
5. おわりに 8

謝辞

文献

1. はじめに

現在、わが国は、依然として少子高齢化の状況にある中で、晩婚化、晩産化が進行している。内閣府の『少子化社会対策白書（平成 26 年版）』によると、日本人の平均初婚年齢は、2012 年で夫が 30.8 歳、妻が 29.2 歳と上昇傾向が続いており、約 30 年間で夫は 3.0 歳、妻は 4.0 歳、平均初婚年齢が上昇している。それに伴い、母親の平均出産年齢も上昇しており、1980 年では 26.4 歳だった第 1 子出産年齢が、2012（平成 24）年では 30.3 歳で、前年に続いて 30 歳を超えた。また、2013（平成 25）年の日本人の平均寿命は、特に女性の長命化が国際的に見ても著しい（男性：80.21 歳、女性：86.61 歳）（厚生労働省，2013）。短い一生に大勢の子を産み育てていた時代の女性の幸せは「母親になること」に集約されていたが、長命と少子の時代の流れにより、女性は一人か二人の子を育て上げた後の「余りの歳月」を、一人の個人として生きる必要が出てきたのである（柏木，2013）。

2013（平成 25）年の「家族と地域における子育てに関する意識調査」では、特に女性において出産後も働き続けられる職場環境を望む回答が 62.0%を占め（男性は 49.2%）、他の項目と比べても際立って多かった。個人として生きようとする女性にとって、現代社会の中で結婚し、子どもを産み育てながら仕事に打ち込む人生を選ぶことは、困難さと不自由さを伴う選択だと感じられるのだろう。子どもは「授かる」時代から「つくる」時代になり、子どもを産むことが選択肢の一つとなった今、女性たちは母として妻としてだけではなく、一人の個人として生きたいと願う傾向にある（柏木，2001）。少子高齢化社会には過去の人々の生き方は通用しなくなり、激しく社会が変化する今日は、なおのこと、一旦こうと決めた人生の選択が生涯続くものではなくなった（柏木，2013）。長い人生を生きる女性の生き方は、従来よりも多様になっているのである。

しかし、人生の生き方の一つとして、出産の選択をした女性にとっても、現代社会の環境下で子育てをするのは容易なことではない。1990 年以降に展開した育児ノイローゼ、育児不安、公園デビュー、公園ジプシー、幼児虐待という子育て問題は、個人の努力だけでは解決できない所まで深刻化しており（加藤，2004）、エンゼルプラン政策以後、子育て支援に関わる政策が進められていてもなお、少子化・晩婚化・晩産化傾向は続いており、子どもを育てる人々や子ども存在そのものが、社会における少数派になっている現状もある（佐藤，2013）。

以上のような社会情勢の中で、子どもを産み育てる選択をした女性に対して、どのような子育て支援が望ましいのだろうか。本論では、10 年後の保育・幼児教育・子育て支援のあるべき姿を考えるにあたり、女性の多様な生き方を支える子育て支援について考察する。

2. 現代社会に生きる女性のこころを支える子育て支援：多様な生き方を認める社会に向けて

現代社会に生きる女性の発達段階で生じる可能性のある危機状況には、ライフスタイルの変化によってもたらされた様々な葛藤状況から生じる危機が考えられる（図 1）。求められる役割を完璧にこなそうとして破綻する「スーパーウーマン症候群」、キャリアの昇進を阻む「ガラスの天井」、子どもの巣立ちの時期に陥る「空の巣症候群」だけでなく、親の介護、夫の定年、自身の老いという老年期の問題もある（内出・加茂, 2013）。

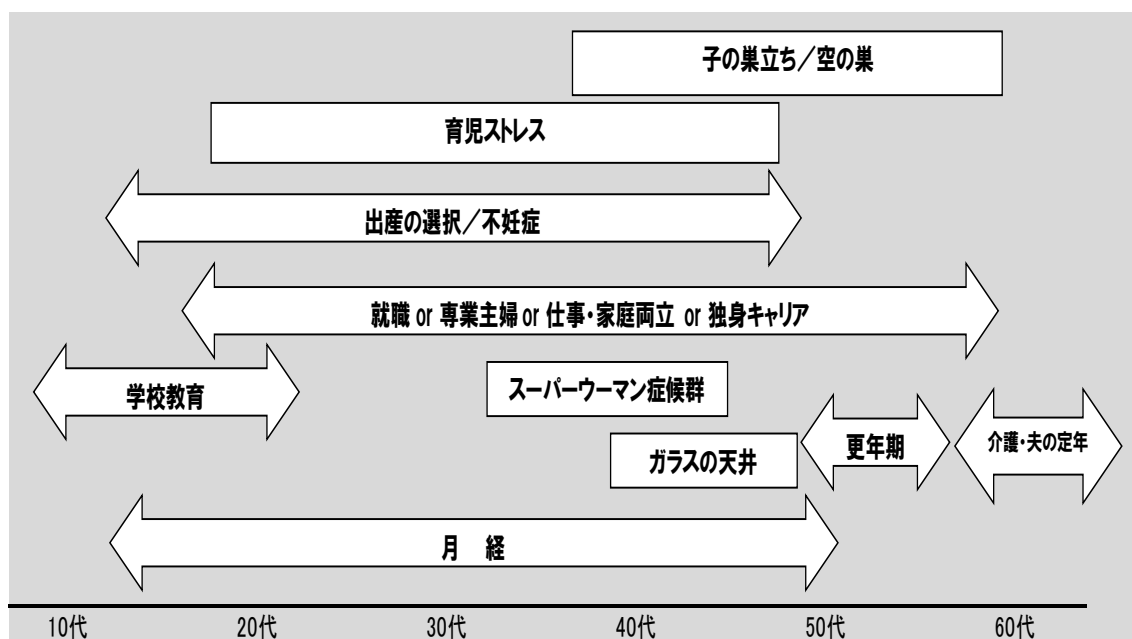


図 1. 現代女性のライフサイクル（内出・加茂(2013)を改変）

特に、結婚・出産に至るまでの年齢が上昇傾向にある日本において、晩産化・晩婚化時代に生きる現代の女性たちは様々な人生の岐路に立たされ、その都度、女性ならではの選択に迫られる。仕事を精力的にこなし、満足の得る成果を得た後に子育てに専念する女性もいれば、さらなるスキルアップを目指して子育てとの両立を目指すことを望む女性もいたり、不妊治療の末に子どもを授かり、喜びのまま子育てができる環境に恵まれる女性もいれば、辛い治療が長年続き、妊娠が分かった途端に燃え尽きてしまい、うつ状態で子育てに苦悩する女性もいたりするだろう。また、40代で出産すれば、子どもが成人するまでの間に、子育ての他に自身の更年期の悩みや親の介護の問題を抱える可能性も高まり、子どもの成人後も、女性が負担を全て引き受けなければならない状況に直面することも起こり得る。今や、多様な子育て支援活動を行うためには、1つの専門機関だけで完結することはできず、さまざまなニーズと相手に合わせて、専門機関が各々の役割を生かした支援を展開していく必要があるのである（吉川, 2008）。そのような目の前の女性一人ひとりを個人として尊重した子育て支援を行うためには、これまでの伝統的な母親観や母性という枠では適切な支援ができず、子育て支援に関わる支援者たちは、自分が持っている価値観を捉え直す必要に迫られる事例に遭遇することを覚悟せねばならないだろう。

女性のこころを支え、女性の多様な生き方を支える子育て支援を行うためには、図 1 のように、女性のライフサイクルの視点のみならず、月経や更年期のような生物学的視点を

取り入れることが有効であると思われる。2013 年度より、4 大疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病）とされてきた地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾病に、新たに精神疾患が加わり、5 大疾病となったが（厚生労働省, 2012）、精神疾患の一つであるうつ病を含む気分障害は、男性よりも女性に多い疾患である。特に、大うつ病性障害の有病率は女性が男性の約 2 倍となっており、うつ病は時代・国・体制を越えて性差が見られることから、生物学的な性差が大きく関与していることが指摘されている（杉山, 2011）。女性特有のうつ病には、月経前不快気分障害（PMDD）、マタニティ・ブルー、産後うつ病、更年期のうつ病があるが（内出・加茂, 2013）、地域医療の基本方針に女性のこころに関する疾患が含まれたことによって、地域医療と連携した子育て支援のためのシステムづくりが進めやすくなったのではないだろうか。精神疾患の性差を考えることは、より理想的な男女共同参画社会に向けた提言や、少子高齢化社会、孤独社会の時代への解決策の一つの視座となることにつながるのである（杉山, 2011）。

女性のうつ病の治療に有用なのは、基本に忠実であることに加え、性差に配慮した生物学および心理社会的要因の両面からの包括的アプローチを行うことである（内出・加茂, 2013）。ライフサイクルについても、いつ結婚するか（しないか）、いつ出産するか（しないか）、仕事をするか（しないか）といった女性ならではの人生の選択場面があり、それに伴うリスクだけでなく、女性に特有のこころの病の好発時期があることを考えると、今後、様々なニーズと女性の生き方の多様性に応じて、生物学的、心理的、社会文化的視点から子育て支援を行うことが重要になると思われる。

次章では、地域医療と連携した子育て支援の取り組みの例として、小児科医をコーディネーターとし、産後うつ症状を評価する EPDS によるスクリーニングによって産後早期からの子育て支援ネットワークを形成し、地域の医療資源を効果的に利用することで、児童虐待防止予防や発達障害児・心身症児の療育支援に役立てようと、生態学的視点を取り入れて包括的なアプローチを行った実践（福田, 2011）を紹介する。

3. 女性を支える包括的な子育て支援の実践：生態学的視点からの子育て支援

近年、養育者や子どもの二者関係だけでなく、家族関係やその周りを取り囲む社会の様々な人間関係や環境との相互作用を 1 つのシステムと捉えて人間の発達を考える生態学的視点（Bronfenbrenner, 1979）を取り入れ、包括的かつダイナミックに子育てを支援しようとするアプローチがなされるようになってきた（野田, 2008）。ここでは、様々なニーズと女性の生き方の多様性に応じた子育て支援の一つのモデルとして、Bronfenbrenner の生態学的発達理論をもとに、小児科医であり心の診療医である福田(2011)の実践を紹介する。

福田(2011)は、慢性的に小児科医が不足している地方都市である愛知県犬山市において、2007 年より「システム型支援ネットワーク」を築いてきた。システム型支援ネットワークをつくるために「小児科医が、子どもの成長に合わせ、児童虐待予防のための子育て支援や、発達障害児・心身症児への療育をコーディネートする役割を担う体制づくり」を実践してきたのである（図 2）。

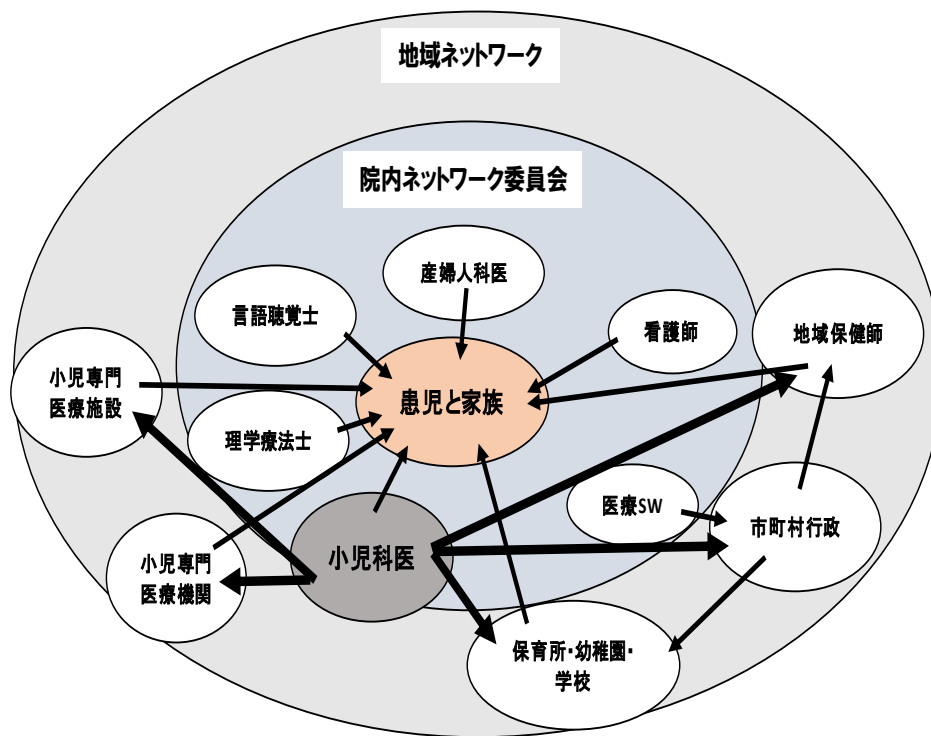


図2 小児科医をコーディネーターとした地域とのネットワークづくり（福田(2011)を元に作成）

小児科医は、正常な身体・精神面の成長・発達を熟知しており、それらからの逸脱や児童虐待のリスクを早期に察することができる機会を有している。そこで、母親教育や子育て相談、および子どもの成長・発達・環境にあわせた地域医療の「コーディネーター」としての役割を小児科医が担い、1週間健診と1ヵ月健診でのエジンバラ産後うつ病自己評価表（EPDS）スクリーニングを用いて、子育て支援・児童虐待予防を開始し、発達障害児・心身症児の療育支援を合わせ、地域の保健医療機関を巻き込んだ「システム型支援ネットワーク」の確立を目指した。この実践報告は、小児科・産婦人科医不足の中で、子育て・療育支援ネットワーク構築の有効性を示した初めての報告である（福田, 2011）。

現在、多様なネットワークで子育て支援を行える地域社会を目指して、地域における子育て支援の拠点等の整備および機能の充実などの取り組みが推進されているが（内閣府, 2014）、様々なニーズと女性の生き方の多様性を支える子育て支援を行うためには、地域それぞれの事情に応じたネットワークを構築するのが望ましいことである。図2は、あくまでも一つのモデルであり、コーディネーターとしてネットワークの核となる役割を担う機関や職種およびシステムとして機能的に活動できるようなネットワーク作りは、地域の子育ての現状を適切に把握し、地域に根ざしたものでなければ意味がない。例えば、周産期のうつに対応するための地域の実情に適した子育て支援のネットワークを形成するために、自殺予防対策としてフィンランドで行われているヘルスプロモーションの理念に基づいた協働プロセスモデルや、アメリカやイギリスの国家レベルの健康増進施策の中でメンタルヘルスのサービスを提供する戦略など（本橋, 2005）、海外の医療と福祉の連携モデル

を参考にすることも有効であろう。

図 2 に示されるような福田(2011)が実践したネットワークづくりは、院内ネットワーク委員会という病院内での連携が中心的な役割を担っている。しかし、地域で生活する子どもの育ちを支えるためには、より地域に開かれたネットワークを構築する必要があると思われる。次章では、10 年後の子育て支援のあるべき一つのモデルとして、女性の生き方の多様性を支えるための子育て支援ネットワークを提案する。

4. 女性の生き方の多様性を支える子育て支援ネットワークの展望

今日の日本は、親戚や近隣の人々に気軽に子育ての相談ができる環境がなくなってきており、子どもが地域の人々に見守られて育つためには、子育てに関する小さな心配から大きな不安まで、幅広く対応できる地域の子育て相談場所が求められている（塩崎，2008）。また、子育ての困難は、当事者が置かれている子育て環境、性格やものの考え方・感じ方の特徴に加え、その時代の雰囲気や社会的情勢からも影響を受けるため、子育て支援を行う者には、目の前の事実だけでなく、その背景にも注意を払い、親を理解することが求められる（若本，2008）。

福田(2011)のモデル（図 2）は、従来の院内完結型の多職種連携に留まらず、地域の医療資源をも利用した子育て支援・児童虐待予防、および発達障害児・心身症児の療育支援のための包括的ネットワークを構築した実践であった。しかし、女性の多様な生き方を支え、一人ひとりのニーズを把握し、当事者の背景を理解した上で子育て支援を行うためには、医療・福祉・教育的側面からの幅広い地域ネットワークを構築することが必要であると考えられる。その一つのモデルとして、図 3 に、女性の多様な生き方を支える子育て支援のためのネットワークのモデル図を示す。

周産期に発現する精神疾患の中でも、うつ病や気分障害の発現頻度は高く、妊娠期登録時から気分障害のリスクの高い妊婦を把握し、助産師や保健師および精神科医と連携し、さらには、地域の母子保健だけでなく精神保健や社会福祉などの資源を活用することが重要になってくる（岡野，2013）。産後の抑うつについては、妊娠中から産後早期の介入が大切である（安藤・無藤，2008）と言われている。よって、現代女性のライフサイクルや女性特有の疾患も含めて地域で対応できるような子育て支援のあり方を考えた場合、図 2 の院内ネットワーク委員会を地域にある資源で実践できるようなネットワークに発展させ、より地域に開かれたネットワークを構築することが望ましいと思われる。図 3 では、妊娠期からうつ病や気分障害を含めて対応できる「認定子育て支援専門医制度」を確立させ、地域医療のコーディネーターとしての役割も担うことのできる小児科医や産婦人科医だけでなく、精神科医（心療内科医）もいる地域のクリニックを「子育て支援クリニック」として認定することを提案している。そこでは、認定子育て支援専門医がコーディネーターとなり、助産師や保健師、臨床心理士、医療ソーシャルワーカー等で構成される医療・福祉の専門職チームによって、地域における医療的支援の中核的役割を果たすことが目指される。さらに、働く女性の職場と子育て支援クリニックがつながれば、職場と地域をつなぐこともでき、職場と地域が連携して子育て支援を行うことも可能となる。

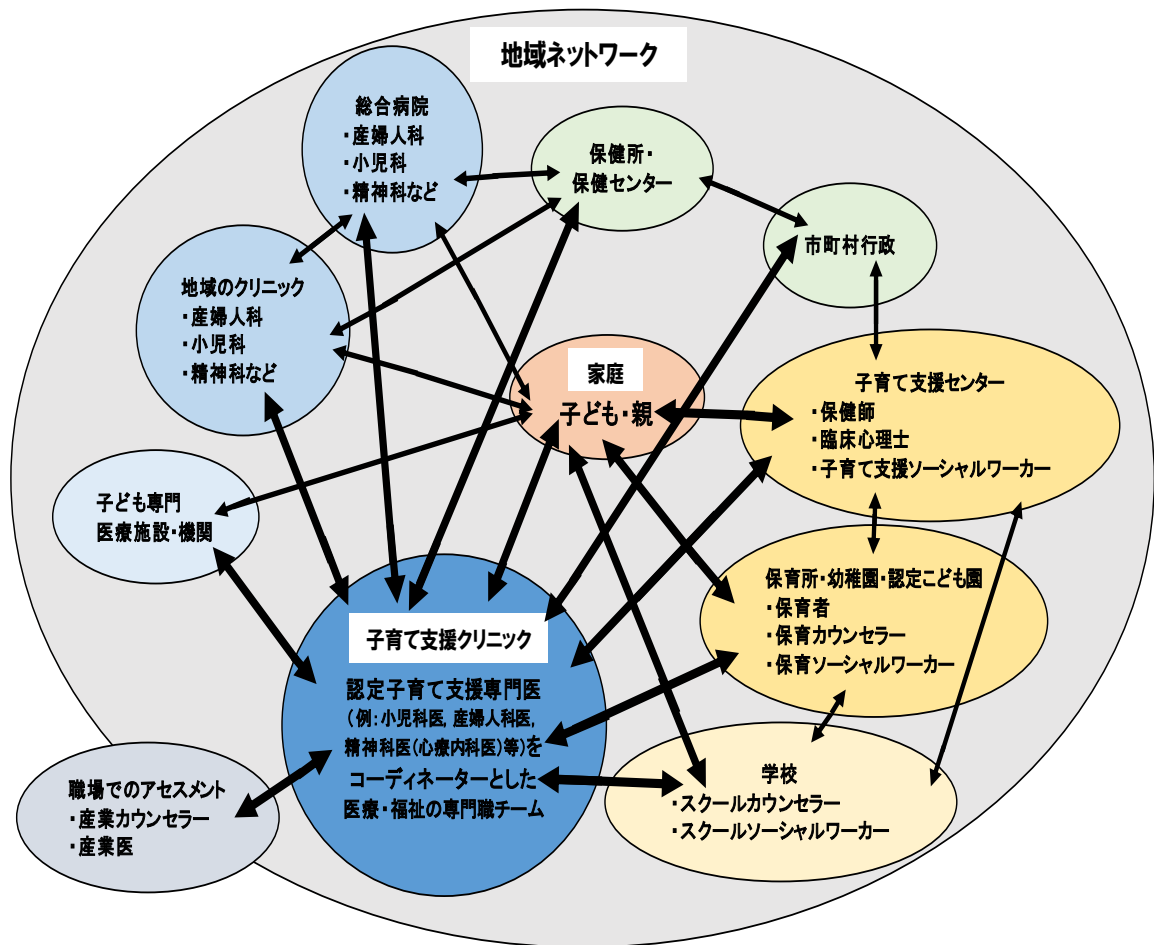


図3 女性の多様な生き方を支える子育て支援のためのネットワークのモデル図

また、近年、保育施設においては、子ども・子育て問題の多様化・複雑化に対応するため、入所している子どものみならず、その保護者、さらには地域の子どもやその保護者に対する子育て支援が求められており、保育施設に対して社会が期待する役割・機能が拡大している（伊藤他, 2012）。保育所には、ソーシャルワーク機能を有する必要性が求められているのだが、保育所のみでソーシャルワークを行うことの限界もあり、そのあり方については未だ議論が十分ではない（山本, 2013）。保育士による高学歴・高齢出産の母親支援に関する研究では（中坪・小川・諏訪, 2010）、高学歴で社会的・経済的地位も高い母親に保育士が向き合う中で葛藤が生じ、「保育士の本音の感情」対「職業人としての保育士の感情」といったジレンマに悩みながらも保育士として母親支援に努める1年間の過程が示されている。そこでは、子育て支援を行う保育士もまた、保育所に求められる保護者支援や、母親に対する受容・共感など社会から期待される保育士像に応えようと、社会的に方向づけられた保育者としてあるべき感情規則に縛られ、悩み苦しむ様子がみられていた。そこで、図3では、子育て支援を行う支援者同士も共に支え合えるネットワークの一つとして、保育施設とは独立した専門機関として「子育て支援センター」を設け、専門職間が連携する中で互いのこころも支え合いながら、専門性を高め合えるような相互関係を目指した。

学校とも繋がることで、幼児期から児童期への支援の接続と、必要に応じて、引き続き子育て支援センターで支援が受けられるようなシステムとなっている。

一方、専業主婦になることを選択した女性は、幼稚園や保育所等に通っている子どもをもつ母親よりも、子育て支援の対象として見過ごされやすいという問題がある。エンゼルプラン以降の施策の流れでは、保育所は地域子育て支援の一つの拠点として位置づけられたが、このような子育てに関する政策は、待機児童の解消策や就労女性の負担軽減策が中心とされ、専業主婦として子育てを行っている母親は、子育て支援策の狭間にあり、専業主婦のニーズの多様化やそのニーズが行政に届いていないという指摘がある（佐々木，2014）。仕事と家庭の両立ではなく、専業主婦として生きることを選択した女性のニーズの多様化には、これまでとは異なる女性のこころを支える支援の必要性があると思われる。図3は、地域のクリニック、総合病院、子育て支援センター、および子育て支援クリニックをつなぐことで、いわば、地域のプライマリ・ケアの中で子育て支援ができるようなシステムを目指し、行政に様々な背景をもつ母親一人ひとりのニーズをなるべく届けられる地域ネットワークとなっている。

今後、現代社会に生きる女性の多様な生き方を支えるという視点から、子どもに関わる福祉、医療、教育の各機関の連携がさらに期待されるようになっていくと思われる。子育て支援を検討する一つの観点として、無藤（2008）は、「リスク」と「予防要因」の見方を導入することを提案している。「リスク」とは、子育てや子どもの発達に関する問題の発生要因のことであり、複数のリスク要因が重なると問題発生の確率が上がることが考えられる。問題が生じやすいのは、全体として、リスク要因が多く、予防要因が少ないときであり、逆に、リスク要因が少なく、予防要因が多ければ問題は生じにくいとされている。例えば、子ども虐待において、虐待者の被虐待歴はわが子への虐待の引き金になるリスク要因であり、子ども虐待の予防に向けた支援のために、妊娠の各期（初期・中期・後期）の特徴と妊婦が培ってきたアタッチメントの質を踏まえた育児支援を行うことは（檜木野・鎌田・鈴木，2002）、予防要因となる。また、檜木野他（2002）は、成人のアタッチメント傾向について、対人スキルのうまさや関係性に対する信頼感を特徴とする **secure** 傾向の強い妊婦は、妊娠初期から一貫して伝統的な母親像を求めており、「母親の方が子育てに向いている」と思う傾向にあったことから、アタッチメント傾向が **secure** 傾向であっても、伝統的な女性の役割に固執することによって、将来、育児に対する負担感が大きくなる可能性を示唆している。母親のアタッチメント傾向が **secure** 傾向であっても、子育てについてはリスク要因となる場合があるのである。

子どもの発達を見通した子育て支援とは、子育てや子どもの発達に関する問題の発生要因を見極め、リスクを減らすことであり、特に、支援者による直接的な支援だけでなく、親の周りにある資源（リソース）を見出し、役立つように振り向けることと同時に、親自身の支援を求める意欲や、自ら良い方向に変えていけるようにする力を増す必要も出てくる（無藤，2008）。個人の生き方を伝統的でステレオタイプの母親像に基づく価値観で捉えることなく、目の前の母親を一人の人間として尊重し、科学的に実証されている知見も踏まえて理解することによって、母親自身が意欲をもってよい方向に向かえる力を引き出すことが、子育てや子どもの発達を支援する専門性として、ますます求められるようになると思われる。図3は、女性の多様な生き方を理解した子育て支援を行うために、生物・

心理・社会的視点から医療・福祉・教育の各機関を繋いだネットワークモデルである。このような子育て支援ネットワークが地域にあれば、リスク要因を多く抱えた女性に対し、妊娠期から支援することができ、支援を求めたくても声を上げられない、どこに相談に行けばいいのかわからない当事者を早期に発見し、早期に介入することが、今より可能になると思われる。したがって、このモデルは、公衆衛生学における二次予防（早期発見・早期治療）および三次予防（リハビリテーション）に役立つネットワークモデルであるとも言えよう。

また、地域に開かれたネットワークづくりを進めるにあたり、情報の扱いは慎重に行わなければならない。子育て支援に関する情報提供については、子育てグループリストを公表することによって、セールスの電話やダイレクトメールに悩まされたり、テレビ局からFAXでグループ紹介を求められたり、取材や人捜しなどマスコミに利用されるケースや、早期教育および健康食品などの営利目的で利用される等の弊害が生じている（西山他，1999）。個人情報漏洩につながるようなシステムでは、悩みの中にある当事者と信頼関係を築くことは不可能である。包括的なネットワークを形成しようとすればするほど、関係する機関や人員は多くなり、その分、互いの情報をどのように扱うかは考えていかなければならない重要な問題である。

さらに、図3は、認定子育て支援専門医制度を確立することが前提になっており、その実現をいかにすすめるかが、このモデルを実践する上で大きな課題ではある。しかし、図3のような視点は、女性一人ひとりの生き方の多様性を認め、女性のこころを支える子育て支援が、地域の実情に適切な形で実現されているかを評価する際に考える資料の一つとして、取り入れることもできるのではないだろうか。

現在、子育て支援におけるソーシャルワーク機能の必要性が増してきており、今後、ニーズの多様化に柔軟に対応できる多職種連携がますます求められるようになるだろう。女性の多様な生き方を支える子育て支援とは、多様な生き方を認める社会の構築であり、支援者には、多職種と協働するための専門性が、強く問われる時代になっていくと思われる。

5. おわりに

本論では、従来の子育て支援に、精神疾患の性差のような生物学的要因と現代社会の女性のライフスタイルを含めた視点から、女性のこころを支える子育て支援の必要性について述べ、女性の多様な生き方を支えるネットワーク構築のためのモデルを提示した。

現在の少子高齢化・晩婚化・晩産化の危機状況は、すぐに解消される問題ではない。10年後は、一人ひとりの生き方が尊重される子育て支援がさらに望まれ、これまでよりも多様な人生の選択をする母親が増えているだろう。その母親を支える支援者には、支援者自身が女性に対して無意識にもっている自分の価値観を自覚し、これまで自分が当たり前と思っていた女性観について捉え直すことのできる省察力や、女性の生き方の多様性に伴う子育ての多様性に対応できる子育て支援ネットワークを構築し、実践できる専門性が今まで以上に求められると思われる。

謝辞

本論の執筆を進めるにあたり、西園マーハ文先生（白梅学園大学教授）、佐久間路子先生

(白梅学園大学教授) にご助言いただきました。

文献

- 安藤智子・無藤隆(2008). 妊娠期から産後 1 年までの抑うつとその変化：縦断研究による関連要因の検討. 発達心理学研究, 19(3), 283-293.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. USA: Harvard University Press.
- 福田ゆう子(2011). 1 週間健診とエジンバラ産後うつ病評価表ではじまる「システム型」支援ネットワークの確立. 子どもの心とからだ, 20(1), 82-90.
- 伊藤良高・香崎智都代・永野典詞・三好明夫・宮崎由紀子(2012). 保育現場に親和性のある保育ソーシャルワークの理論と実践モデルに関する一考察. 熊本学園大学論集『総合科学』. 19(1), 1-21.
- 柏木恵子(2001). 子どもという価値. 東京：中央公論新社.
- 柏木恵子(2013). おとなが育つ条件－発達心理学から考える. 東京：岩波書店.
- 加藤繁美(2004). 子どもへの責任. 東京：ひとなる書房.
- 厚生労働省(2012). 医療計画. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/index.html (最終アクセス日 2015 年 2 月 23 日)
- 厚生労働省(2013). 平成 25 年簡易生命表の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life13/index.html> (最終アクセス日 2015 年 2 月 24 日)
- 本橋豊(2005). 外国から学ぶ自殺予防対策. 治療, 87(8), 2451-2455.
- 無藤隆(2008). 家庭と園と地域における子育て支援. 無藤隆・安藤智子(編). 子育て支援の心理学－家庭・園・地域を育てる. pp. 1-16. 東京：有斐閣.
- 内閣府(2014). 少子化社会対策白書(平成 26 年版). 東京：日経印刷.
- 内閣府(2013). 平成 25 年度家族と地域における子育てに関する意識調査. http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/research/h25/ishiki/index_pdf.html (最終アクセス日 2015 年 2 月 23 日)
- 中坪史典・小川晶・諏訪きぬ(2010). 高学歴・高齢出産の母親支援における保育士の感情労働のプロセス. 乳幼児教育学研究, 19, 155-166.
- 檜木野裕美・鎌田佳奈美・鈴木敦子(2002). 子どもの虐待の予防に向けた育児支援Ⅰ－妊娠各期における妊婦の Internal Working Model と親になることに対する態度の関連－. 日本小児看護学会誌, 11(1), 51-57.
- 西山直美・徳満早苗・金丸典子・上石晶子・桑原和美・長坂典子・中村敦(1999). 東京都における子育てグループの追跡調査 第 1 報 都内子育てグループリストの利用状況について. 小児保健研究, 58(6), 685-689.
- 野田淳子(2008). 親としての力, 子育てに関する有能性. 無藤隆・安藤智子(編). 子育て支援の心理学－家庭・園・地域を育てる. pp. 71-88. 東京：有斐閣.
- 岡野禎治(2013). 周産期のうつ(気分障害, 精神科). 治療, 95(11), 1882-1885.
- 佐々木幸子(2014). 育児中の専業主婦が求める子育て支援策への一考察～A 町でのアンケート調査から. 看護総合科学研究会誌, 15(2), 3-11.
- 佐藤哲也(2013). 子育て支援の歴史文化的諸相. 子育て支援プロジェクト研究会(編). 子育て

て支援の理論と実践. pp. 15-28. 京都：ミネルヴァ書房.

塩崎尚美(2008). 地域での子育て相談の実際. 無藤隆・安藤智子(編). 子育て支援の心理学—家庭・園・地域を育てる. pp. 237-253. 東京：有斐閣.

杉山暢宏(2011). 性差からみた気分障害—多文化間精神医学から行動神経内分泌学まで. 臨床精神医学, 40(2), 169-180.

内出容子・加茂登志子(2013). 女性のうつ病. Depression Strategy, 3(1), 13-16.

若本純子(2008). 親としての成長, 親としての変貌. 無藤隆・安藤智子(編). 子育て支援の心理学—家庭・園・地域を育てる. pp. 89-105. 東京：有斐閣.

山本佳代子(2013). 保育ソーシャルワークに関する研究動向. 山口県立大学学術情報, 6 [社会福祉学部紀要 通巻第 19 号], 49-58.

吉川はる奈(2008). 地域での子育て支援活動. 無藤隆・安藤智子(編). 子育て支援の心理学—家庭・園・地域を育てる. pp. 271-286. 東京：有斐閣.