報告（原著）

# 産後うつと親性の関係についての検討

鬼頭　敦子[1)]，森本　昌史[2)]

〔論文要旨〕

産後うつと親性の関係を検討することを目的に，A 市の 3 か月児健康診査を受診した乳児の母親 398 人に無記名で自記式の質問紙調査を実施した。調査内容は，基本属性のほか，産後うつはエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS），親性は親性尺度，親性に関連する要因としてライフスキルは青年・成人用ライフスキル尺度，精神的回復力は精神的回復力尺度，乳児の気質は Difficult Baby を用いて調査した。産後 1・2 か月頃の EPDS は，本人の同意を得て市の実施分を調査票番号により突き合わせて結果を得た。EPDS（産後 4 か月頃）と親性・ライフスキル・精神的回復力・Difficult Baby の関連を分析した結果，EPDS が 9 点以上の高群は，9 点未満の低群と比較して親性・ライフスキル・精神的回復力各尺度の合計得点がすべて有意に低かった。また，産後うつを独立変数，ライフスキル・精神的回復力・Difficult Baby を調整変数，親性を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った結果，親性は，産後うつとライフスキルに関連することが示唆された。さらに，産後うつの経過の 4 つのパターンを説明変数，親性等を目的変数とした Kruskal-Wallis 検定を行った結果，親性・ライフスキル・精神的回復力には有意な群間差があった。これらの結果から，産後うつ経過パターンの違いは，親性に対して抑制的な影響があることが示唆された。

Key words：産後うつ，産後うつ経過パターン，エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS），親性，母親

## Ⅰ．目　　的

我が国では，少子化や，核家族化，女性の社会進出等により子育ての環境が大きく変容した。また，産後うつ等，妊産婦のメンタルヘルスの問題が顕在化し，時代のニーズに合致した母子保健施策の再構築が求められている[1)]。

産後うつは，妊産婦自身のみならず，パートナー，子どものメンタルヘルスにも多大な負の影響を与える。周産期医療の領域においては産婦人科医と助産師，母子保健の領域では保健師が中心となり，妊産婦を対象とした質問票や面談によるうつ病のスクリーニングや，心理社会的リスク因子の抽出が行われている。「すこやか親子 21」最終評価報告書によると，産後の自治体等による訪問時のエジンバラ産後うつ病質問票（以下，EPDS とする）を実施した調査では，合計得点が 9 点以上のハイリスク（以下 EPDS 高群とする。9 点未満は EPDS 低群とする）の母親の割合は 9%[2)]であり，8 か月児健診時に母親に実施した調査では産後うつを示した母親が 7% 存在し，産後 1 年間ほどは産後うつに着目した支援が必要とされている[3)]。

また，母親は出産を経て，子どもの世話をし，また他者を頼り生きるという，新たな素晴らしい経験をする[4)]。他方で，産後の母親は，自分の能力が発揮しきれない等の不全感を抱き，停滞性も合わせ持つ[5)]。

大橋らは，「親性とは，すべての人が持っているも

Relationship between Postpartum Depression and Parental Maturation
Atsuko Kito, Masafumi Morimoto
1）京都府立医科大学大学院保健看護学研究科博士後期課程
2）京都府立医科大学大学院保健看護学研究科小児発達保健学（研究職）

〔JCH-23-036〕
受付 23. 9.26
採用 24. 4.16

Presented by Medical*Online

のであり，女性と男性に共通する，自己を愛し，尊重しながら，他者（子ども）に対しても慈しみやいたわりを持つという性質である。ライフステージとともに発達していくものであり，妊娠・出産・育児期では，子どもに対しての保護や育成という能力で発揮される」[6]とし，ここで親性は，生涯発達の視点から捉えられている[7,8]。また，親性にも含まれる母性意識を測った研究では，産後 4 か月の母親のうつ傾向や学童期の子どもを持つ母親のうつ傾向と母性意識との関連や，産後 6 か月のうつ傾向と消極的・否定的な母性意識との関連について報告されている[9,10]。これらのことから，産後うつは，親性にも影響する要因と考えられる。

ところで，WHO（世界保健機構）[11]は，ライフスキルを「日常生活で生じるさまざまな問題や要求に対して，建設的かつ効果的に対処するために必要な能力」と定義している。育児は日常生活に密着しており，親性の検討においてもライフスキルの視点は重要である。あわせて，育児に対する精神的回復力（レジリエンス）は，母親が自らの成長を実感することを導き，親性が育まれる過程においても重要な要素であると考えられている[12]。

Pellowski ら[13]は，産後うつ病の特性を考え，妊娠期から産後への移行と産後 18 か月頃までのパターンを理解することが重要と報告している。しかし，産後うつの経過パターンと親性との関連を検討した研究は見当たらない。

そこで，本研究では，産後うつと親性との関連について検討することを目的とした。

## Ⅱ．対象と方法

### 1．研究対象者と調査方法

A 市が 2022 年 2 月から 2022 年 12 月まで実施した「3 か月児健康診査（対象：生後 3 か月数日目から生後 4 か月後半）」を受診した乳児を養育する母親 398 人を対象に無記名で自記式の質問紙調査を実施した。質問票を 3 か月児健康診査の案内に同封して郵送し，健康診査の受付で回収した。なお，A 市が産後 1 か月頃（産婦健康診査）および産後 2 か月頃の家庭訪問（こんにちは赤ちゃん事業）時に実施した EPDS の結果を，市が作成した調査票送付者の対応表をもとに，本調査票と付き合わせた。調査票には産後 1・2 か月時の EPDS を含めた調査に関する説明文書を付けて，同意する旨の確認欄を設けた。回答者は 295 人（回収率 74.1%）であり，そのうち調査票に不備がなく，EPDS の結果が産後 1・2・4 か月すべて把握できた 209 人（有効回答率 52.5%）を研究対象者とした。

なお，A 市は人口約 71,000 人，年間出生数は約 500 人，人口は増加傾向にありファミリー層の転入も多く，子育て世代への調査対象地区として適していると考え選定した。また，本研究のサンプルサイズは，「すこやか親子 21」最終評価報告書から産後の EPDS 高群の母親の割合が 9% であったことを参考に，EPDS 高群の発生率を 10% と考え，期待割合 0.1，区間幅 0.10，信頼水準 95% としてサンプルサイズを算出したところ 139 人となり，今回の研究対象者 209 人が有効であることを確認した[14]。

研究調査の実施については，調査票の回収について鬼頭，結果の統計的な解析について鬼頭・森本が行った。

### 2．用語の定義

本研究では，「親性」を「すべての人が持っているものであり，自己を愛し，尊重しながら子どもに対して慈しみやいたわりを持つ性質である。ライフステージとともに発達していくものであり，妊娠・出産・育児期では，子どもに対しての保護や育成という能力で発揮される」[6]と定義した。

また，「産後うつ経過パターン」を「産後 4 か月頃までの産後うつ経過の違い」と定義し，本研究では，産後 1 か月・2 か月・4 か月の EPDS の結果を高群・低群に分け，すべて低群であったパターンを A 良好型，産後 1 か月・2 か月のいずれかで高群があったが産後 4 か月時で低群であったパターンを B 回復型，産後 1 か月・2 か月のいずれかで低群があったが産後 4 か月で高群であったパターンを C 悪化型，すべて高群であったパターンを D 不調型とした。

さらに，「ライフスキル」を，「日常生活で生じるさまざまな問題や要求に対して，建設的かつ効果的に対処するために必要な能力」[11]，「精神的回復力（レジリエンス）」を，「困難な状況において苦痛を感じながらも，その後の適応的な回復を導く心理的な特徴及び能力」[15]と定義した。

### 3．調査項目

#### ⅰ．基本属性

母親の属性は，年齢，子どもの数（調査対象児を含

Presented by Medical*Online

む），精神科の受診歴，不妊治療の有無，経済的な不安の有無，母親の仕事の有無とした。

乳児の属性は，月齢，性別，出生体重，栄養方法（母乳，人工，混合），心配ごとの有無（対象児に対して），Difficult Baby（育てにくさを示す乳児の気質：子ども総研式育児支援質問紙[16]「よく泣いてなだめにくい」等の 8 項目 測定範囲 8〜32 点）とした。

育児支援は，育児支援者の有無，育児支援者との人間関係とした。

ⅱ．産後うつ

産後うつは，EPDS[17]を用い評価した。EPDS は，「不幸せなので，眠りにくかった」等 10 項目の質問にそれぞれ 4 段階の選択肢があり，総合得点は測定範囲 0 から 30 点である。日本語版の信頼性・妥当性は確認されており，合計得点が 9 点以上はハイリスクとされている[18]。本研究では EPDS　9 点以上を高群，9 点未満を低群とした。

なお，EPDS の結果（産後 1・2・4 か月頃）は，産後 1・2 か月のものは市が実施した分を用い，産後 4 か月のものは今回の調査票から取得した。

ⅲ．親性

親性は，大橋らが作成した信頼性・妥当性が確認されている「親性尺度」[19]を用い評価した。この尺度は，「自己への認識」と「子どもへの認識」の二方向性を持ち，さらに，「自己への認識」を「親役割の状態」と「親役割以外の状態」に分けた二側面の三下位領域から捉える尺度である。「親役割の状態」は「私は，育児に関心があります」等の 13 項目，「親役割以外の状態」は「私は，社会の中での自分の役割が分かります」等の 9 項目，「子どもへの認識」は「私は，子どもの欲求がよく分かります」等の 11 項目の計 33 項目である。各項目は，5 段階評定法で評価した。総合得点（測定範囲 33〜165），「親役割の状態」（測定範囲 13〜65），「親役割以外の状態」（測定範囲 9〜45），「子どもへの認識」（測定範囲 11〜55）で，高得点ほど親性が発達していることを示す。

ⅳ．ライフスキル

ライフスキルは，嘉瀬が作成した信頼性・妥当性が確認されている「青年・成人用ライフスキル尺度」[20]を用いて評価した。この尺度は，「意思決定」，「対人関係スキル」，「効果的コミュニケーション」，「情動への対処」という 4 因子で構成され，「意思決定」8 項目，「対人関係スキル」5 項目，「効果的コミュニケーション」5 項目，「情動への対処」3 項目の計 21 項目からなる。各項目は，5 段階評定法で評価した。高得点ほどライフスキルが高いことを示す。

ⅴ．精神的回復力

精神的回復力（レジリエンス）は，小塩ら[15]が作成した信頼性・妥当性が確認されている「精神的回復力尺度」を用いて評価した。この尺度は，「新奇性追求」「感情調整」「肯定的な未来志向」の 3 因子で構成され，「新奇性追求」7 項目，「感情調整」9 項目，「肯定的な未来志向」5 項目の計 21 項目からなる。各項目は，5 段階評定法で評価した。高得点ほど精神的回復力が高いことを示す。

### 4. 分析方法

分析には以下の検定を行った。解析には，IBM SPSS Statistics Ver.28 を用いた。

ⅰ．基本属性について，EPDS 高群・低群（産後 4 か月頃）との間で $\chi^2$ 検定を行った。

ⅱ．EPDS 高群・低群（産後 4 か月頃）との間で親性，ライフスキル，精神的回復力，Difficult Baby 各尺度の得点について Mann-Whitney の $U$ 検定を用いて比較した。

ⅲ．親性に対する産後うつの影響を調べるため，EPDS（産後 4 か月頃）を独立変数，青年・成人用ライフスキル尺度・精神的回復尺度・Difficult Baby を調整変数，産後 4 か月頃の親性尺度得点「平均値以上/平均値未満」を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った。

ⅳ．産後うつ経過 A から D の 4 つのパターン間における親性，ライフスキル，精神的回復力，Difficult Baby 各尺度の合計得点について，中央値，四分位範囲の第一四分位数と第三四分位数の得点について比較し，さらに Kruskal-Wallis 検定を行った。

### 5. 倫理的配慮

調査票に，研究の目的や方法，調査への協力は研究対象者の自由意思であること等を記載し，協力に関する同意欄へチェックをもって研究への同意とみなした。本研究は，京都府立医科大学医学倫理審査委員会の承認（受付番号 ERB-E-496）を得て実施した。

Presented by Medical*Online

## Ⅲ．結　　果

### 1．対象集団の特性

研究対象者は，平均（±標準偏差：*SD*）年齢は 32 歳 11 か月（±3 歳 10 か月），子どもの数は，2 人が 84 人（40.2%）と最も多かった。精神科の受診歴は，ありが 29 人（13.9%），今回の出産について不妊治療は，ありが 24 人（11.5%）であった。

また，経済的な不安は，ありが 73 人（34.9%），就労状況は，ありが 139 人（66.5%）（育児休業中含む）であった。

主な育児支援者（複数回答）は，夫が 192 人（91.9%），実母が 97 人（46.4%）の順で多かった。育児支援者との人間関係には，問題はないが 190 人（90.9%）と最も多く，次に少し問題があるが 15 人（7.2%）であった（**表 1**）。

### 2．EPDS，親性尺度等各尺度の結果

EPDS の得点は，産後 1 か月頃では平均 4.00（±3.53）点で高群が 34 人（16.3%）：低群が 175 人（83.7%），産後 2 か月頃では 3.36（±3.18）点で高群 12 人（5.7%）：低群 197 人（94.3%），産後 4 か月頃では 3.93（±3.76）点で高群 21 人（10.0%）：低群 188 人（90.0%）であった。

また，各尺度の合計得点は，親性尺度が 133.13（±14.98）点，青年・成人用ライフスキル尺度が 76.76（±10.96）点，精神的回復力尺度が 73.82（±13.41）点，Difficult Baby が 11.76（±3.70）点であった。

### 3．産後 4 か月頃のうつと母親・児の属性，育児支援の関連

EPDS の高群は，低群と比較して，精神科の受診歴ありの割合（$p$=0.017），経済的な不安ありの割合（$p$<0.001），対象児についての心配ごとありの割合（$p$=0.004）がそれぞれ高かった。また，EPDS の高群は，低群と比較して，育児支援者がいない者の割合（$p$=0.020）が高く，育児支援者との人間関係では問題がある者の割合（育児支援者がいない者を含む）（$p$=0.006）が高かった（**表 2**）。

### 4．EPDS（産後 4 か月頃）と親性，ライフスキル，精神的回復力，Difficult Baby，EPDS（産後 1・2 か月頃）の関連

EPDS の高群（産後 4 か月頃）は，低群と比較して，産後 1 か月および産後 2 か月の EPDS 得点は，有意に得点が高かった。また，高群は，親性尺度の合計得点および同尺度の「自己への認識」（親役割の状態，親役割以外の状態），「子どもへの認識」の各得点，青年・成人用ライフスキル測定尺度の合計得点および同尺度の「意思決定」，「対人関係スキル」，「効果的コミュニケーション」，「情動への対処」の各得点，精神的回復力尺度の合計得点および同尺度の「新奇性追求」，「感情調整」，「肯定的な未来志向」の各得点において得点が低かった。Difficult Baby の得点には差はなかった（**表 3**）。

### 5．親性と関連する要因の検討

産後 4 か月頃の EPDS を独立変数，青年・成人用ライフスキル尺度・精神的回復尺度・Difficult Baby を調整変数，親性尺度得点「平均値以上/平均値未満」を従属変数としてロジスティック回帰分析を行った結果，親性への影響は EPDS（$OR$=0.83，$p$=0.004）と青年・成人用ライフスキル尺度（$OR$=1.09，$p$=0.004）に有意であった（**表 4**）。

### 6．産後うつの経過 4 パターンと親性，ライフスキル，精神的回復力，Difficult Baby の合計得点の比較

産後うつの経過パターンは，A　良好型が 165 人（78.9%）と最も多く，次に B 回復型が 23 人（11.0%），C 悪化型が 15 人（7.2%），D 不調型が 6 人（2.9%）であった。

産後うつの経過 A から D の 4 パターンの各尺度の合計得点の中央値は，親性尺度では A 良好型の 136.0 点が最も高く，次いで B 回復型の 129.0 点，C 悪化型の 118.0 点，D　不調型の 114.0 点の順に高かった。青年・成人用ライフスキル尺度では A　良好型の 78.0 点が最も高く，次いで B　回復型の 75.0 点，C　悪化型の 73.0 点，D　不調型の 69.0 点の順に高かった。精神的回復力尺度では A　良好型の 76.0 点が最も高く，次いで B 回復型の 69.0 点，C 悪化型の 62.0 点，D 不調型の 59.5 点の順に高かった。Difficult Baby では B 回復型，C　悪化型，D　不調型は 12.0 点と同じであり，A 良好型は 10.0 点と最も低かった。

Presented by Medical*Online

**表 1** 母親・乳児の属性

| | 項目 | (*n* = 209) (%) |
|---|---|---|
| ◆母親の基本属性 | | |
| 年齢（平均±SD） | 32.91 ± 3.89 | |
| 年齢（区分） | 20 歳代 | 45 ( 21.5 ) |
| | 30 歳代 | 156 ( 74.6 ) |
| | 40 歳以上 | 8 ( 3.9 ) |
| 子どもの数 | | |
| | 1 人 | 79 ( 37.8 ) |
| | 2 人 | 84 ( 40.2 ) |
| | 3 人 | 39 ( 18.7 ) |
| | 4 人 | 6 ( 2.9 ) |
| | 5 人 | 1 ( 0.5 ) |
| 精神科受診歴 | | |
| | あり | 29 ( 13.9 ) |
| | なし | 180 ( 86.1 ) |
| 不妊治療 | | |
| | あり | 24 ( 11.5 ) |
| | なし | 185 ( 88.5 ) |
| 経済的な不安 | | |
| | あり | 73 ( 34.9 ) |
| | なし | 136 ( 65.1 ) |
| 仕事の有無 | | |
| | あり（育休中含む） | 139 ( 66.5 ) |
| | なし | 70 ( 33.5 ) |
| 主な育児支援者（複数回答） | | |
| | 夫（パートナー） | 192 ( 91.9 ) |
| | 実母 | 97 ( 46.4 ) |
| | 実父 | 22 ( 10.5 ) |
| | 義母 | 35 ( 16.7 ) |
| | 義父 | 13 ( 6.2 ) |
| | 兄弟姉妹 | 17 ( 8.1 ) |
| | 友人 | 14 ( 6.7 ) |
| | 近所のひと | 3 ( 1.4 ) |
| | 育児支援者はいない | 3 ( 1.4 ) |
| 育児支援者との人間関係 | | |
| | 問題はない | 190 ( 90.9 ) |
| | 少し問題がある | 15 ( 7.2 ) |
| | 問題がある | 4 ( 1.9 ) |
| ◆乳児の属性 | | |
| 月齢 | | |
| | 3 か月 | 94 ( 45.0 ) |
| | 4 か月 | 115 ( 55.0 ) |
| 性別 | | |
| | 男 | 114 ( 54.5 ) |
| | 女 | 95 ( 45.5 ) |
| 第何子 | | |
| | 第 1 子 | 83 ( 39.7 ) |
| | 第 2 子 | 83 ( 39.7 ) |
| | 第 3 子 | 37 ( 17.7 ) |
| | 第 4 子 | 5 ( 2.4 ) |
| | 第 5 子 | 1 ( 0.5 ) |
| 出生時体重 | | |
| | 2,500g 以上 | 191 ( 91.4 ) |
| | 2,500g 未満 | 18 ( 8.6 ) |
| 栄養方法 | | |
| | 母乳 | 96 ( 45.9 ) |
| | 人工（ミルク） | 42 ( 20.1 ) |
| | 混合 | 71 ( 34.0 ) |
| 心配ごと（対象児に対して） | | |
| | あり | 117 ( 56.0 ) |
| | なし | 92 ( 44.0 ) |

Presented by Medical*Online

**表 2**　EPDS（産後 4 か月）と母親・乳児の属性，育児支援の関連

| | EPDS 低群（*n* = 188） | | EPDS 高群（*n* = 21） | | *p* 値 |
|---|---|---|---|---|---|
| | *n* | % | *n* | % | |
| 出産経験 [a] | | | | | |
| 初産婦 | 73 | 38.8% | 10 | 47.6% | *n.s.* |
| 経産婦 | 115 | 61.2% | 11 | 52.4% | |
| 子どもの数 [a] | | | | | |
| 1 人 | 69 | 36.7% | 10 | 47.6% | *n.s.* |
| 2 人以上 | 119 | 63.3% | 11 | 52.4% | |
| 不妊治療 [b] | | | | | |
| あり | 21 | 11.2% | 3 | 14.3% | *n.s.* |
| なし | 167 | 88.8% | 18 | 85.7% | |
| 精神科受診歴 [a] | | | | | |
| あり | 22 | 11.7% | 7 | 33.3% | 0.017 |
| なし | 166 | 88.3% | 14 | 66.7% | |
| 経済的な不安 [b] | | | | | |
| あり | 56 | 29.8% | 17 | 81.0% | ＜0.001 |
| なし | 132 | 70.2% | 4 | 19.0% | |
| 仕事の有無 [a] | | | | | |
| あり（育児休業中含む） | 125 | 66.5% | 14 | 66.7% | *n.s.* |
| なし | 63 | 33.5% | 7 | 33.3% | |
| 対象児の性別 [a] | | | | | |
| 男 | 99 | 52.7% | 15 | 71.4% | *n.s.* |
| 女 | 89 | 47.3% | 6 | 28.6% | |
| 出生体重 [b] | | | | | |
| 2,500g 以上 | 170 | 90.4% | 21 | 100.0% | *n.s.* |
| 2,500g 未満 | 18 | 9.6% | 0 | 0.0% | |
| 栄養方法 [a] | | | | | |
| 母乳のみ | 88 | 46.8% | 8 | 38.1% | *n.s.* |
| 人工（ミルク）・混合 | 100 | 53.2% | 13 | 61.9% | |
| 心配ごと（対象児に対して）[b] | | | | | |
| あり | 99 | 52.7% | 18 | 85.7% | 0.004 |
| なし | 89 | 47.3% | 3 | 14.3% | |
| 育児支援者 [b] | | | | | |
| いる | 187 | 99.5% | 19 | 90.5% | 0.020 |
| いない | 1 | 0.5% | 2 | 9.5% | |
| 育児支援者との人間関係 [a] | | | | | |
| 問題はない | 175 | 93.1% | 15 | 71.4% | 0.006 |
| 少し問題がある・問題がある | 13 | 6.9% | 6 | 28.6% | |

a：$\chi^2$ 検定　b：Fisher の直接法　*n.s.*：有意差なし

また，親性尺度得点は，産後うつの経過パターン A 良好型が中央値・四分位範囲が 136.0（127.50-147.00）点と最も高く，B 回復型が 129.0（115.00-138.00）点，C 悪化型が 118.0（104.00-126.00）点，D 不調型が 114.0（103.25-121.50）点の順に，低くなる傾向がみられた（**図 1**）。

### 7. 産後うつの経過パターンと親性，ライフスキル，精神的回復力，Difficult Baby の関連

産後うつの経過パターン A 良好型から D 不調型を説明変数，親性尺度，青年・成人用ライフスキル測定尺度，精神的回復力尺度，Difficult Baby の各合計得点を目的変数とした Kruskal-Wallis の検定を行った結果，親性尺度（$H$（$df$=3）=40.32，$p$＜0.001），青年・成人用ライフスキル尺度（$H$（3）=14.43，$p$=0.002），精神的回復力尺度（$H$（3）=26.08，$p$＜0.001）となり，親性尺度，青年・成人用ライフスキル尺度，精神的回復力尺度の各合計得点には群間に差を認めた。

## Ⅳ. 考　　察

### 1. 研究対象者の特徴

研究対象者は，平均年齢 32.91 歳，94.7% が核家族であった。子どもの数が 2 人以上の母親が約 7 割，今回の健康診査の対象児が第 2 子以降であった母親が約 6 割であったのは，A 市が子育て期のファミリー層の転入が多い地域であることも影響していると考えられ

Presented by Medical*Online

**表 3** EPDS（産後 4 か月）と親性，ライフスキル，精神的回復力，EPDS（産後 1・2 か月），Difficult Baby の関連

| | | EPDS 低群（$n=188$） | | EPDS 高群（$n=21$） | | $p$ 値 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 親性尺度 | 合計 | 134.00 | (126.00-147.00) | 118.00 | (105.50-124.50) | ＜0.001 |
| 自己への認識 | | 92.00 | (86.00-99.00) | 78.00 | (66.00-84.00) | ＜0.001 |
| 親役割の状態 | | 59.00 | (53.00-62.00) | 51.00 | (47.00-56.00) | ＜0.001 |
| 親役割以外の状態 | | 35.00 | (31.00-38.00) | 26.00 | (22.50-29.50) | ＜0.001 |
| 子どもへの認識 | | 43.00 | (39.00-47.00) | 40.00 | (35.00-42.00) | ＜0.001 |
| 青年・成人用ライフスキル尺度 | 合計 | 77.50 | (71.25-84.00) | 73.00 | (63.00-75.50) | ＜0.001 |
| 意思決定 | | 31.00 | (27.00-33.00) | 28.00 | (23.50-30.50) | 0.004 |
| 対人関係スキル | | 20.00 | (19.00-21.00) | 20.00 | (17.00-20.50) | 0.036 |
| 効果的コミュニケーション | | 17.00 | (15.00-20.00) | 16.00 | (12.00-17.00) | 0.015 |
| 情動への対処 | | 10.00 | (8.00-12.00) | 8.00 | (7.00-9.00) | ＜0.001 |
| 精神的回復力尺度 | 合計 | 76.00 | (66.00-83.00) | 61.00 | (58.00-67.50) | ＜0.001 |
| 新奇性追求 | | 25.00 | (22.00-30.00) | 22.00 | (19.50-26.00) | 0.022 |
| 感情調整 | | 31.00 | (27.00-36.00) | 25.00 | (20.00-28.00) | ＜0.001 |
| 肯定的な未来志向 | | 19.00 | (17.00-21.00) | 15.00 | (12.00-18.00) | ＜0.001 |
| EPDS | 産後 1 か月 | 2.00 | (1.00-5.00) | 9.00 | (6.00-10.00) | ＜0.001 |
| | 産後 2 か月 | 2.00 | (1.00-4.00) | 7.00 | (4.00-11.00) | ＜0.001 |
| Difficult Baby | | 11.00 | (9.00-13.00) | 12.00 | (9.50-15.50) | *n.s.* |

順位和検定（Mann-Whitney の $U$ 検定） 中央値（四分位範囲） *n.s.*：有意差なし

**表 4** 親性と関連する要因の検討（ロジスティック回帰分析）

| | *OR* | 95%*CI* | $p$ 値 |
|---|---|---|---|
| EPDS（産後 4 か月頃） | 0.83 | ( 0.73 - 0.94 ) | 0.004 |
| 青年・成人用ライフスキル尺度 | 1.09 | ( 1.03 - 1.15 ) | 0.004 |
| 精神的回復力尺度 | 1.04 | ( 1.00 - 1.09 ) | *n.s.* |
| Difficult Baby | 0.97 | ( 0.88 - 1.07 ) | *n.s.* |

*OR*：オッズ比（Odds Ratio） *n.s.*：有意差なし
95%*CI*：95% 信頼区間（Confidence Interval）

る。

また，今回の出産において不妊治療を受けた母親の割合は 11.5% であったが，2021 年には不妊の検査や治療を受けたことがある夫婦は全国で 22.7% で増加傾向にあるという調査結果が発表されている[21]。今後は，A 市においても不妊治療による出産の割合が増加することも考えられる。さらに，精神科の受診歴がある母親は 13.9% であり，わが国の一般人口で精神障害者は 30 人に 1 人という平成 29 年度の報告[22]と比較しても 5 倍ほど多く，今回の数値は妊産婦のメンタルヘルスを考える上で重要な結果といえる（**表 1**）。

### 2. 産後 4 か月頃のうつと母親・児の属性，育児支援の関連

今回の調査では，産後 4 か月頃の EPDS 得点をもとに研究対象者を高群・低群に分け比較した結果，精神科の受診歴がある者，経済的な不安がある者，対象児の心配ごとがある者の割合が高群で高かった。就労している者は 7 割近かったが，一方で経済的な不安がある者は 34.9% あった。出産・育児・労働の社会的なプレッシャーがのしかかる環境[23]にも着目し，A 市でも就労，経済面など生活の背景や，育児支援事業や保育所の利用状況等をアセスメントする必要がある。

また，育児支援者の有無，育児支援者との人間関係での問題の有無と EPDS の結果には関連があり，A 市でも産後うつへの支援においても育児支援者の存在は重要であるといえる（**表 2**）。

### 3. 産後 4 か月頃のうつと親性，ライフスキル，精神的回復力の関連

産後 4 か月頃の EPDS 高群は，低群と比較して，親性・ライフスキル・精神的回復力各尺度の合計得点，および，各因子の得点すべてにおいて低い結果となり，産後うつが，親性に対して抑制的に影響する可能性が示唆された。また，産後うつには，母親自身のライフスキルや精神的回復力との関連のあることが示唆され

Presented by Medical*Online

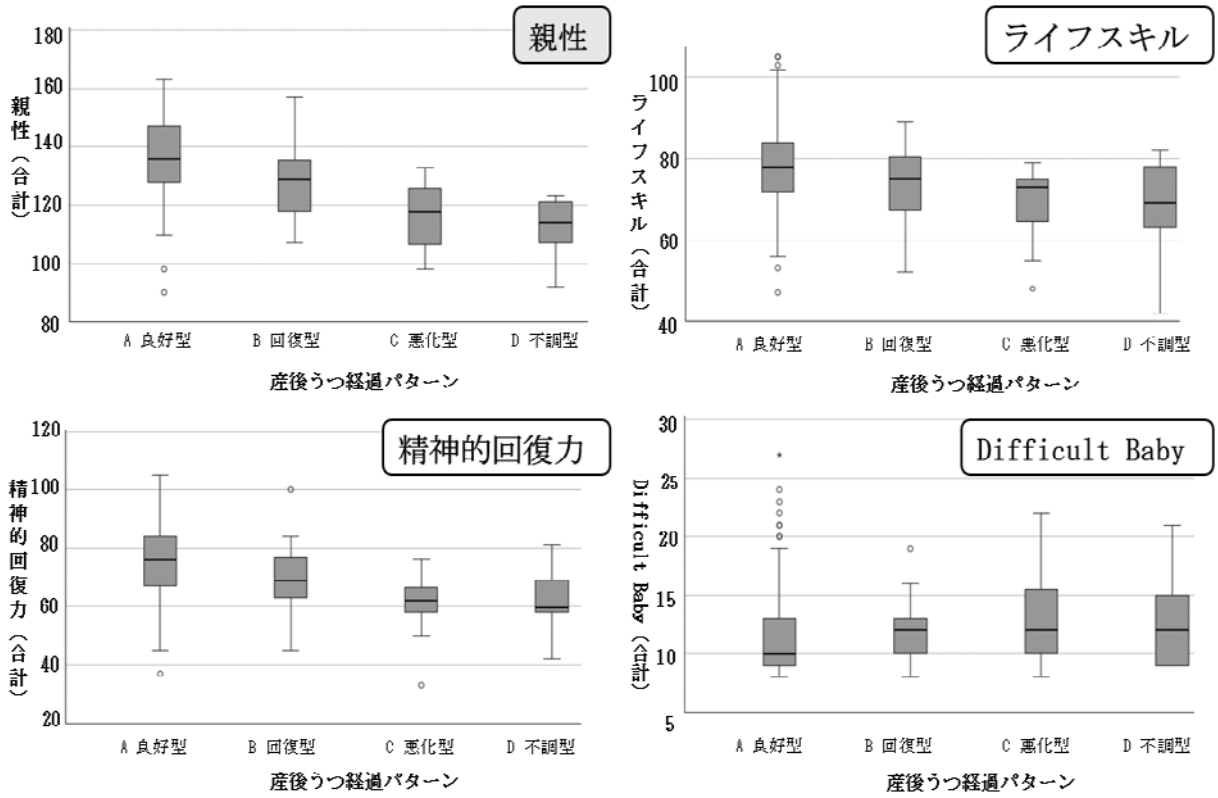


**図 1**　産後うつ経過 4 パターンと親性，ライフスキル，精神的回復力，difficult Baby の比較
産後うつ経過 A 良好型，B 回復型，C 悪化型，D 不調型の 4 パターンごとの各尺度（親性尺度，青年・成人用ライフスキル尺度，精神的回復力尺度，Difficult Baby）の最小値 - 最大値・中央値・四分位範囲を示す。

た（**表 3**）。

### 4. 産後 4 か月頃までの母親の産後うつ経過パターンと親性発達の関係

親性に対する産後うつの影響の度合いを測った結果，親性は，産後うつとライフスキルに関連することが示唆された（**表 4**）。

また，産後うつの経過の 4 つのパターン間で，親性・ライフスキル・精神的回復力の各尺度の合計得点には差があった。特に親性尺度得点は，A 良好型が最も高く，B 回復型，C 悪化型，D 不調型の順に低くなる傾向がみられ，産後うつの経過パターンの違いが親性に対して抑制的に影響する可能性が示唆された（**図 1**）。

以上の結果から，産後うつが産後の経過に伴って改善されない状況は，親性の成長の妨げとなっている可能性がある。親性を育むためには，EPDS 等の地域保健の現場で活用しやすいスクリーニングツールにより産後うつ状況を把握し，そのほか母親のライフスキル等も合わせてアセスメントを行い，産後うつに対応する必要な支援を考える必要があると考える。

### 5. 産後うつ経過を踏まえた親性を育む支援の方向性

親になることによる変化は，生活面，役割意識，パートナー・親子の関係，社会との関係など多肢にわたり，それらの課題に直面するとされる[24]。そして，成功体験を通じネガティブな状況でも新たな状況での適応を助けてくれるような多様な見方を身につけなければならないとされる[25]。親としての成長は，生涯発達の観点から捉え，一方向の進歩・向上・獲得を示す変化だけではなく，停滞や退歩も含みながら変化していく発達であると捉えていくことが重要であるといえる[6]。先行研究では，母親の産後うつは，産後の育児生活肯定感を妨げていた[26]。また，母親の情緒的な反応性の乏しさは，子どもの情緒面や行動に影響をおよぼし，さらに，母子のやりとりの不調和を強めて相互作用の悪循環を招くとされる[27]。産後うつは，家族を含む日常生活にも重大な影響を与えてしまうのである[28]。

地域の母子保健では，産婦健康診査時や家庭訪問時等に EPDS による産後うつのスクリーニングが行われ，2023 年 4 月から「こども家庭庁」が発足し，2024 年度には子育て世代包括支援センターと子ども家庭総合支援拠点を一体化した「こども家庭センター」の設

Presented by Medical*Online

置が市町村には努力義務とされ，母子保健や子どもに係る政策は従来の枠組みから転換する時期を迎えている[29]。

妊娠期から誰もが支援を受けることができる体制の中で，とくに産後うつに対しても早期に把握し，対応できるシステムづくりが必要である。産後うつが産後の経過に伴って改善されない状況は親性の発達に対して抑制的な影響がある可能性を踏まえ，EPDS を産後数か月にわたり活用し母親の心身，育児，家事，経済状況等も踏まえたアセスメントを行い，関係機関等と連携し丁寧にひとつひとつに対応しながら，個々の母親の親性が育まれる過程に寄り添うことが必要である。そのことにより，早期に必要な医療につながり，また行政サービス等（産前・産後サポート事業，産後ケア事業，ホームヘルパー派遣事業，子育て支援センター，ペアレントプログラムの参加等）の利用により保健師・助産師等の専門職とつながることで，産後うつに伴う母親の心身，育児，生活等にかかわる負のスパイラルから抜け出すきっかけとなる可能性がある[30]。産後うつにおいても，ケースマネジメントとして医療・保健・福祉等の関係機関へつなぐとともに必要な支援を切れ目なく行う各地域の「こども家庭センター」の役割はますます重要になると考える。

産後うつに着目した支援が，母親に寄り添い，親性を育む支援となることが期待される。

### 6. 今後の課題

産前や産後さらに数か月にわたる調査での再検討や，他市との比較，産後うつの経過パターンの要因を検討することも今後の課題である。

## Ⅴ．結　　論

産後 4 か月頃に EPDS で 9 点以上の高い得点を示す母親は，親性，ライフスキル，精神的回復力においても低い成績を示し，親性は，産後うつとライフスキルに関連することが示唆された。また，産後うつの経過パターンの違いは，親性の発達に影響のあることが示唆されたことから，パターンの違いに着目した支援により母親に寄り添い親性を育むことが期待される。

### 謝　辞

本研究調査にご協力いただいた A 市の住民の皆様，市職員の皆様方，また，統計学的な解析についてご助言いただいた京都府立医科大学生物統計学教室　手良向　聡教授に心より感謝申し上げます。

### 利益相反

利益相反に関する開示事項はありません。

## 文　　献

1）小林秀幸．近年の母子保健に関わる政策動向．保健師ジャーナル　2020; 76(4): 260-267.
2）厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課．「すこやか親子 21」最終評価報告書―「すこやか親子 21」における目標に対する最終評価・分析シート．　https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000035403.pdf（参照 2024.04.25）
3）三品浩基，有本晃子，伊藤正寛．地域の集団乳児健康診査を活用した産後うつ傾向頻度の縦断的把握．小児保健研究　2014; 73(1): 104-109.
4）Erikson EH, Erikson JM．村瀬孝雄，近藤邦夫訳．ライフサイクル，その完結〈増補版〉．東京：みすず書房，2001.
5）服部祥子．生涯人間発達論～人間への深い理解と愛情を育むために～．東京：医学書院，2000.
6）大橋幸美，浅野みどり．親性とそれに類似した用語に関する国内文献の検討―親性の概念明確化に向けて―．家族看護学研究　2009; 14(3): 57-65.
7）吉野　純．「親の発達」の概念分析．日本小児看護学会誌　2014; 23(2): 25-33.
8）柏木恵子，糸魚川直祐，原　ひろ子，他．柏木恵子，編．父親の発達心理学　父性の現在とその周辺．東京：川島書店，1993: pp 127-131.
9）鈴木浩太，北　洋輔，加我牧子，他．子どもの行動特性と母親の抑うつ傾向の関連性：母性意識の効果について．小児保健研究　2013; 72(3): 363-368.
10）藤田小矢香，鈴木康江，西村正子．6 ヵ月児をもつ母親（初産婦，経産婦）の唾液アミラーゼ値による検討―育児ストレス，産後うつ，母性意識との関連―．母性衛生　2013; 53(4): 451-457.
11）川端徹朗，西岡伸紀，髙石昌弘，他．WHO ライフスキル教育プログラム．WHO 編．東京：大修館書店，1997.
12）高橋智恵，齋藤泰子．0～4 か月児の母親の日常生活における育児に対するレジリエンスに影響を及ぼす育児体験. 武蔵野大学看護学研究所紀要　2018; 12: 41-48.

Presented by Medical*Online

13）Pellowski JA, Bengtson AM, Barnett W, et al. Perinatal depression among mothers in a South African birth cohort study: trajectories from pregnancy to 18months postpartum. Journal of Affective Disorders 2019; 259: 279-287.
14）Stephen BH, Steven RC, Warren SB, et al. 木原雅子，木原正博訳．医学的研究のデザイン　研究の質を高める疫学的アプローチ　第 4 版．東京：メディカル・サイエンス・インターナショナル，2014.
15）小塩真司，中谷素之，金子一史，他．ネガティブな出来事から立ち直りを導く心理的特性―精神的回復力尺度の作成―．カウンセリング研究　2002; 35(1): 57-65.
16）川井　尚．子ども総研式・育児支援質問紙の利用手引き．東京：母子愛育会・日本子ども家庭総合研究所・愛育相談所，2003.
17）Cox J, Holden J. 岡野禎治，宗田　聡訳．産後うつ病ガイドブック．東京：南山堂，2006.
18）岡野禎治，村田真理子，増地聡子，他．日本語版エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）の信頼性と妥当性．精神科診断学　1996; 7(4): 525-533.
19）大橋幸美，浅野みどり．育児期の親性尺度の開発―信頼性と妥当性の検討―．日本看護研究学会雑誌　2010; 33(5): 45-53.
20）嘉瀬貴祥，飯村周平，坂内くらら，他．青年・成人用ライフスキル尺度（LSSAA）の作成．心理学研究　2016; 87(5): 546-555.
21）厚生労働省雇用環境・均等局雇用機会均等課．不妊治療と仕事との両立サポートハンドブック～不妊治療を受ける方と職場で支える上司，同僚の皆さんのために～．　https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/pamphlet/dl/30l.pdf（参照 2024.04.25）
22）京都府商工労働観光部雇用推進課．精神障害者と共に働くための知っとこガイドブック．　https://www.pref.kyoto.jp/jobpark/documents/shittoko_all.pdf（参照 2024.04.25）
23）厚生労働省政策統括官付労働政策担当参事管室．“「第 8 回働き方の未来 2035：一人ひとりが輝くために」懇談会平成 26 年 5 月 10 日資料 2”．　https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000123818.pdf（参照 2024.04.25）
24）及川裕子．親性の獲得過程における変化とその影響要因の検討．日本ウーマンズヘルス学会誌　2005;　4: 81-91.
25）氏家達夫．親になるプロセス．東京：金子書房，1996: pp 230-245.
26）鬼頭敦子，星野明子，志澤美保，他．生後 4 か月頃の乳児をもつ母親の育児の不慣れと育児不安の関係．小児保健研究　2021; 80(6): 821-827.
27）佐藤　文，板垣由紀子，森岡由起子，他．産後のうつ状態と母子相互作用についての縦断的研究（その 2）―産後うつ状態が母子相互作用に及ぼす影響について―．母性衛生　2003; 44(2): 221-230.
28）Johansson M, Benderix Y, Svensson I. Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being 2020; 15(1): 1-10.
29）公益社団法人母子保健推進会議編集部．母子保健を取り巻く課題とこれから．親子保健　2023.2.15;　278: 1-5.
30）Rosander M, Berlin A, Forslund FK, et al. Maternal depression symptoms during the first 21 months after giving birth. Scandinavia Journal of Public Health 2020; 1-10.

Presented by Medical*Online

〔Summary〕

We administered a questionnaire to 398 mothers who had undergone a 3-month health checkup in a Japanese city to investigate the relationship between postpartum depression and parental maturation. We collected data on maternal background characteristics and scores on the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Parenthood Scale, Life Skills Scale for young people and adults scale, Mental Resilience Scale, and Difficult Baby Scale. With their consent, participants' EPDS scores at 1 and 2 months postpartum were also obtained. We analyzed the association between EPDS scores at 4 months postpartum and parenting, life skills, mental resilience, and Difficult Baby Scale scores. The results indicated that mothers with higher EPDS scores (≥9) at 4 months postpartum had significantly lower total parenting, life skills, and mental resilience scores. Logistic regression analysis with being a parent as the dependent variable; postpartum depression as the independent variable; and life skills, mental resilience, and Difficult Baby Scale scores as adjustment variables showed that being a parent was associated with postpartum depression and life skills. Additionally, a Kruskal-Wallis test comparing four groups with different postpartum depression patterns identified differences in parenting, life skills, and mental resilience scores. These results suggest that patterns of postpartum depression have an inhibitory effect on parental maturation.

Key words: postpartum depression, postpartum depressive pattern, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), parenthood, mother

Presented by Medical*Online