

2018 年度
関西福祉科学大学大学院
社会福祉学研究科
心理臨床学専攻

修士論文題目

A 市保健センターにおける乳幼児を子育て
中の母親の抑うつ傾向とボンディング障害
の推移とその要因検討

指導教員（ 谷向 みつえ ）

社会福祉学研究科心理臨床学専攻

学生番号 11720004 氏名 日下部 彩

目次

I．問題	2
1. 周産期女性の抑うつ傾向－産後うつ病	
2. 安定したボンディングの形成が困難な母親の状態とそのケア	
3. 抑うつ傾向にある母親と児との間の母子相互作用、児への影響	
4. 妊娠期から活用できる EPDS と MIBS を用いたスクリーニング	
5. 周産期の母親のソーシャル・サポートの重要性	
6. 妊娠期から産後・子育て期間にかけての切れ目のない支援	
7. 本研究の目的	
II．研究方法	9
1. 研究の調査対象	
2. 研究調査の手続き	
3. 研究方法と材料	
4. 分析方法	
5. 倫理的配慮	
III．結果	14
1. こん赤事業時と 1:6 健診時の EPDS と MIBS の平均値の差の検定	
2. 高得点群・低得点群別の EPDS と MIBS の推移	
3. 子どもの気質面や行動特徴と母親の EPDS・MIBS との関連	
4. ソーシャル・サポートと母親の EPDS、MIBS との関連	
5. こん赤事業から 1:6 健診を経た被験者の EPDS と MIBS のタイプ分類	
6. 低得点群・高得点群の推移に影響がある要因について	
IV．考察	25
1. 母親の抑うつ傾向とボンディングの推移-こんにちは赤ちゃん事業と 1 歳 6 か月健診での比較	
2. 母親の抑うつ傾向と関連のある要因-子どもの特性、ソーシャルサポート	
3. 母親の子どもへのボンディング傾向と関連のある要因-子どもの特性、ソーシャルサポート	
4. EPDS と MIBS の 4 クラスター類型とその要因検討	
5. 総合考察	
6. 今後の課題	
V．引用文献	30

I. 問題

1. 周産期の女性の抑うつ傾向－産後うつ病

近年、産後うつの増加など、妊娠期から子育て期の母親のメンタルヘルスが着目され、様々な支援が講じられている。

女性にとって周産期は、様々な大きな変化がいくつも重なる時期である。元来、心身のバランスを保つために、女性自身に備わる生理的な調節機能や独自の心理的な対処スキルがある。しかし妊娠・出産は母親にとって、生理的、環境的または社会的要因において心身共に劇的な変化となる出来事であり、不測の事態によるストレスに直面することもある。この時期に母親が、精神的な障害を患うと、母親自身の心身面の不安定さに加えて、わが子との健全な関係を構築し難い危険性を伴うことがある。昨今、子どもとの愛着形成や相互作用の障害という二次的障害が、育児を困難化し、育児不安や、最悪のケースでは虐待死の一因にも影響していると考えられている(田口, 2012)。

産褥期の主な精神不調は、「マタニティーブルーズ」、「産後うつ病」、「産褥精神病」に分類されている(Gender M, Gath D, Mayou R & Cowen P, 1996; Sadock BJ, Sadock VA, 2003)。

マタニティーブルーズは、産後 10 日以内にみられ、主に 2～4 日を発症のピークとする一過性の情動障害と定義される。症状としては、涙もろさ、不安感、抑うつ気分、集中力欠如などが現れ、疲労感や頭痛などが見られる。通常は無治療でも、発症から数日以内にこれらの症状は完全に消失すると言われている。

産褥精神病は、産後 1 ヶ月までに急激に発症することが多く、臨床症状としては、意識障害を伴うような激しい興奮状態やまとまりのない言動が目立つ。一般的には予後は良好であり、適切な治療によって数ヶ月から 1 年程度で軽快する事が多いとされている。

産後うつ病は、症状としては、基本的に妊娠以外の時期にみられるうつ病と同じであり、出産後 1 ヶ月～1 年以内に産後女性の 10～15 %が発症するリスクがあると言われている(Yamashita, Yoshida, Nakano, & Tashiro, 2000)。産後うつ病の診断名の基準としては、American Psychiatric Association(2014)による DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引において、うつ病、あるいは大うつ病性障害と診断され、周産期に発症するものを言う。

岡野(2009)によると、産後 1 年以内のうつ病の有病率で最も高率であったのは、産後 3 ヶ月の 12.8 %で、産後 6 ヶ月以内は 10 %前後の高いレベルで推移していた。日本におけるうつ病の生涯有病率がおよそ 6.5 %であることを鑑みると、日本の母親の産後うつ病罹患率はかなり高いことがわかる。

産後うつ病の多くは産科退院後に顕性化し、育児への不安、家事への不満と焦燥感、子どもの発達や健康についての過剰な心配、母親としての自信喪失などが訴えとして特徴的である(神崎, 2002)。

以上のことから、産後うつ病に母親が罹患すると、母親自身の日常生活が健

康的に送られず、その生まれた子どもに対しての育児が適切に為されなくなってしまう危険性が考えられる。

さらに産後だけでなく、妊娠期からみても母親の抑うつ傾向は存在し、支援の対象となる。安藤(2008)によると、産後1年の時点で抑うつ状態にある母親は、妊娠期あるいは産後5週という早い時点で既に抑うつ状態となっている者が多いと報告がある。つまり、育児をする母親の支援としては、その子どもの誕生後ではなく、それ以前の子どもが母親のおなかにいる妊娠期から支援を開始していくことが重要視される。それは、21世紀の母子保健における課題でもあり、国の施策として組み込まれ厚生労働省主導のもと各地方自治体により実施されている。

2. 安定したボンディングの形成が困難な母親の状態とそのケア

女性が妊娠し、出産を経て育児をする中で、母親は幸せや満足感等の肯定的感情をもつ一方、育児の辛さや子育てが思うようにいかないことから子どもに対して否定的な感情をもつこともある。

吉田(2006b)によると、「母親はわが身によって守られ安心して抱かれている子どもの充足感を肌で感じながら、子どもへの気持ちがやさしく満たされたものになる。また、それを楽しみ、ますます子どもを愛おしく思い、子どもに気持ちが向いて接近し守ってあげたくなる。このような母親のわが子に対する情緒的な絆のことをボンディング」としている。逆に、親が子どもに対してこのような気持ちになれず、育児機能を損なう状態になった場合をボンディング障害と呼んでいる(吉田,2006b)。また、愛着及びアタッチメントは子どもから親への情緒的な絆のことである点が、ボンディングとは異なる。

ボンディング障害は「乳児への全体的情緒反応の欠如」と「病的な怒り・拒絶」の2つの次元からなる(Yoshida, Yamashita, Conroy, Marks & Kumar,2012)。「乳児への全体的情緒反応の欠如」では最も軽症な場合でも子どもに対する感情の欠如が見られ、具体的には、母親は自らを『空虚で死んでいるように感じる』と訴えたり、わが子を『自分の赤ちゃんではないように感じる』というような発言が見られることもある。症状が重篤になると、子どもに対して厭わしきや嫌悪の感情が見られる。この場合、母親は子どもに対して心理的虐待やネグレクトを引き起こす可能性があると言われている。

もう一つの次元である「病的な怒り・拒絶」では、軽症の場合は赤ちゃんが泣き止まないことや夜泣きに対して母親は緊張や苛立ちを生じる。この苛立ち感情を母親自身がコントロールできなくなってしまうような怒りまで発展すると、言語的虐待が見られ、身体的虐待行為に結びついてしまうこともある(吉田, 2006b)。

母親の精神疾患の有無に関わらず、子どもとのボンディング障害により子どもへの暴力、心理的虐待やネグレクト、母親の自殺あるいは自殺未遂を引き起こすことがある。つまり、母親がボンディング障害の状態にあると、母親の精

神的健康のみならず、母子間の相互作用や子どもの発達に影響を与える可能性がある。このボンディング障害の治療のポイントとしては、①うつ病の症状があれば、軽度であっても治療を行う。②母子の二者関係に働きかけ、専門家によるガイダンスとサポートを通して母親の育児を助け、子どもとのやりとりを楽しめるようにすることである(吉田・山下・岩元,2006)。

3. 抑うつ傾向にある母親と児との間の母子相互作用、児への影響

岡野・斧澤・李・Gunning・Murray(2002)によると、産後うつ病を発病している母親は乳児に対し愛情度が低く、乳児の行動に対する受容度も低く、乳児の要求に敏感に察知し的確に反応することができない。一方で、子どもへの要求度が高く、子どもを不快にするような行動が多く、不安・緊張が高く、母子間の円滑で満たされた相互のコミュニケーションが欠けていた、と報告している。

さらに、岡野(2009)は、周産期に母親が産後うつ病を患うことは、初期の母子関係や児の社会的・情緒および行動発達に対して負の影響を与えることを指摘している。また、こうした乳児の行動や気質は長期に持続することも知られ、母親の育児行動と共に悪循環に陥ることが推測されるといわれている。さらに、母親の産後うつ病は、乳幼児の精神発達だけでなく、身体的発育遅延（成長の阻害、下痢のリスク）に影響を与えることも指摘されている。

産後うつ病になる母親には、周産期から行動、生理、生化学的なバランスに障害が生じており、また子どもも出生前から影響を受けるというモデル仮説をField(1998)は述べている。産後うつ病の母親は、感情表出が抑えられており、悲しみと怒りの表情のみが現れていた。これに対応して子どもの側でも、慣れない新しい環境場面では行動が抑制されることや、母親に共感していないような行動が多くみられたと報告がある。

また、母親の抑うつ症状と乳幼児の愛着の発達との関連についての研究では、コントロール群に比較して安定した愛着形成が阻害されていることが報告されている(Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski & Chapman, 1985)。

産後うつ病の子どもは認知発達面では、コントロール群と差はなかった。しかし、産後2ヶ月に評価した母子相互作用で、母親が乳児に敏感に反応できていなかった場合、その子どもの5歳児の認知発達に遅れが見られている。

Murray et al. (1999)は、産後うつ病は特に男児の小児期の適応行動に影響を与えることを指摘し、出産後2ヶ月の早期の母子相互作用に注意を喚起し、産後うつ病のスクリーニングと介入の重要性を示している。

これらの研究が示すように、産後うつ病・あるいはそれに類似した症状を発症する母親は、少なからず子どもに望ましくない影響を与えている。これを未然に予防するためにも妊娠期からの母親への支援が重要と考えられる。

4. 妊産婦のメンタルヘルスのスクリーニング・ツール—EPDS と MIBS

(1) EPDS と MIBS について

妊産婦のメンタルヘルスを把握するために、産後うつ傾向をスクリーニングするエジンバラ産後うつ病自己評価票(Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)と、母親の子どもへのボンディング感情を尋ねる赤ちゃんへの気持ち質問票(Mother to Infant Bonding Scale: MIBS)が妥当性や信頼性の検証を経て、世界的に広く活用されている。

EPDS は、プライマリー・ケアにおける産後うつ病のスクリーニング・ツールとして Cox, Holden, & Sagovsky(1987)により開発され、それを岡野ら(1996)が日本語版エジンバラ産後うつ病自己評価票として妥当性、信頼性を検証した。また、Cox et al.(1987)は、英語圏のカットオフポイントが 12/13 点と報告している。一方、日本での EPDS のカットオフ・ポイントは岡野ら(1996)によって、8/9 点と統計的に算出されている。岡野・杉山・西口(2007)は、日本版 EPDS のカットオフポイントを 12/13 点とした際の有用性も認めつつも、現在のところ日本では 8/9 点が母子保健の領域では採用されている。

MIBS は、母親に赤ちゃんへ抱く気持ちについて尋ねた自己式記入式質問票である。Kumar (1997)によって開発された MIBQ をもとに、Taylor, Atkins, Kumar, Adams & Glover (2005)が作成し、それを Yoshida, Yamashita, Conroy, Marks, & Kumar (2012)が「赤ちゃんへの気持ち質問票」として日本語版に翻訳し、信頼性、妥当性を検証した。これまでカットオフポイントはなかったが、新たに Matsunaga, Takuma, Tada & Kitamura(2017)によって統計的に算出され、産後 5 日では 3/4 点、産後 1 か月では 4/5 点が臨床域であると報告されている。

これらの質問票は、母子保健の領域で妊娠期から用いることが、厚生労働省後援のもと、公益財団法人母子衛生研究会により推奨されている。

(2) 母子保健領域におけるスクリーニングの意義

妊娠期から産褥期の母親に、抑うつ傾向やボンディングのスクリーニングを実施するメリットは、自ら SOS を出すことが苦手・できないというようなメンタルヘルスに問題を抱える妊産婦を、支援者が早期に把握できることにある。また、初めて会う母親から、スクリーニングにより多くの情報を聞き出すことが出来、ハイリスクの母親たちを見逃す確率を減少させることができることにある(吉田・山下・鈴宮, 2005)。

EPDS と MIBS の 2 つの質問票は同時に実施され、総合的に活用されていることが多い。同時に実施するメリットを、鈴宮・山下・吉田(2003)は、EPDS による抑うつ症状と、病的な怒りや拒絶など重症のボンディング障害との関連が認められており、産後うつ病の母親を、ボンディング障害や虐待リスクグループとして地域母子保健活動でモニターする妥当性を報告している。

また、EPDS は妊産婦の抑うつ傾向の有無、症状の度合いや持続期間、育児

や家事の機能を図ることができる。MIBS は、母親の主観的な育児困難の状況や、子どもへの虐待リスクの把握が可能となる。各々の諸要因を同時に把握し検討することで、支援の焦点となる問題が明確になると考えられている(吉田・山下・鈴宮, 2017)。

(3) EPDS と MIBS を用いた縦断的先行研究

EPDS と MIBS を使用した縦断研究は過去にも研究されてきた。

産後 1 年以内の研究であると、産後 5 日～産後 10 か月の 6 時点で EPDS 質問票を用いた縦断研究がある。この研究では、産後 5 日には EPDS が 9 点以上の高得点の母親は 18.9 %であったのに対して、産後 10 か月時には 8.5 %であった。この間も EPDS 高得点群は増減を繰り返しながら緩やかに減少していることが分かっている(山口・田川・藤野, 2017)。

妊娠前期、妊娠後期、産後 5 日、産後 1 か月の 4 時点で、EPDS と MIBS の質問票を用いた研究では、母親の子どもへのボンディングは、母親の抑うつ気分と関連していることが明らかにされている。また、妊娠期から産後を通して様々な気分の経過のパターンで、ボンディングとの関連も変化が生じていると報告されている(大岡他, 2015)。

また、縦断研究ではないが、3 歳 3 か月児健康診査にて母親の EPDS 得点は、児に対する否定的感情と関連があることが認められた(徳弘・三品・有本, 2015)。この研究では、EPDS が 9 点以上の高得点群の母親は 9 %存在していた。

以上のように、産後まもなくから 1 年以内の EPDS や MIBS の縦断研究の報告はあるが、産後 1 年以降の母親のボンディングの実態と抑うつ傾向について縦断的に関連性をみた報告はほとんどない。

5. 周産期の母親のソーシャルサポートの重要性

周りからのサポートは、周産期の母親にとって身体的にも心理的にも非常に重要である。伊藤(2006)は、妊娠中期から産後の退院後 1～2 週までの母親のソーシャルサポートを縦断的に研究したところ、ソーシャルサポートの効果は支援者や種類の数の多少により決定するのではないこと、肯定的な効果のみでなく対人葛藤などのマイナスの影響があることを明らかにした。また、時期により母親が求めているサポートや支援者が異なる傾向もみられた。

椎野(2016)は、産後に抑うつ状態を呈する母親は、支援者が少ないと感じていること、母親が受ける支援への満足度が母親のボンディング形成に影響することを報告している。

パートナーや家族からのサポートが少ないと感じている母親に対しては、地域や行政のサポートがますます重要となる。地域や行政のサポートの充実度、さらにいえば母親がこれらのサポートの機会や場所をどれほど認知しているかが問われることになる。

6. 妊娠期から産後・子育て期にかけての切れ目のない支援

母子保健の健康水準を向上させることを目的として、厚生労働省は平成 13 年から「健やか親子 21」という国民運動計画をスタートさせた。これらの計画では、すべての国民が地域や家庭環境等の違いに関わらず、同じ水準の母子保健サービスが受けられることを目指している（図 1 参照）。

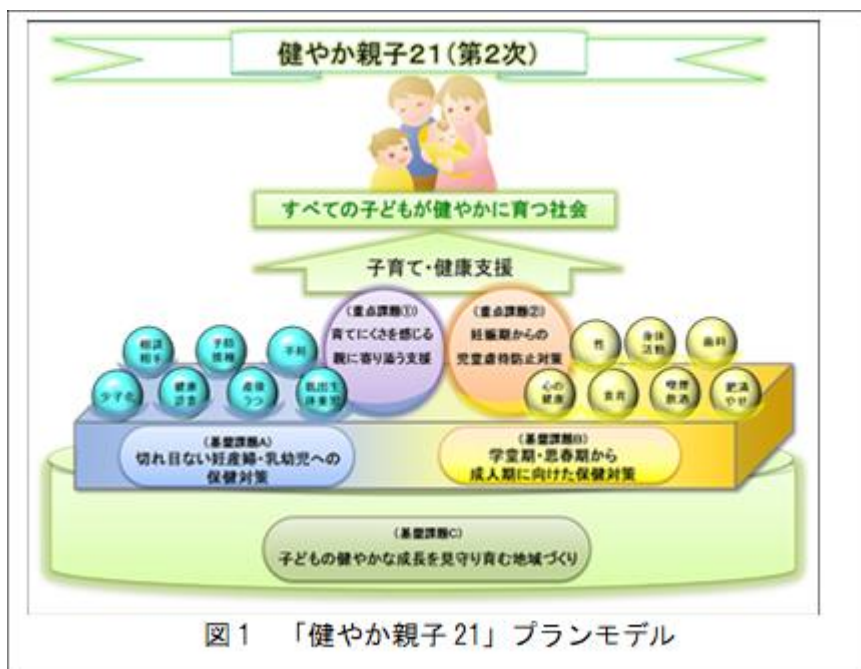


図1 「健やか親子21」プランモデル

この計画対象に産後うつが含まれており、現在の日本において重要課題になっている。産後うつに罹患している、あるいは罹患の恐れのある母親に対する支援として、妊産婦期から産褥期、そして子育て期にかけての切れ目のない支援が掲げられている。その支援策として、自治体によっては産後うつのスクリーニングを実施しており、ハイリスクの母親とその子どもを早期発見・早期支援に繋げることが重要視されている。早期発見・早期支援により、育てにくさを感じている親に寄り添い、虐待防止に繋がると期待されている。

また、周産期の母親の心身ともにケアする活動として、乳幼児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん訪問事業）を、平成 19 年度より各市町村が実施している。これは、生後 4 か月までの乳児のいるすべての家庭を訪問し、不安や悩みを聞き、子育て支援に関する情報提供等を行うとともに、親子の心身の状況や養育環境等の把握や助言を行い、支援が必要な家庭に対しては適切なサービス提供につなげることを目標としている。このように、乳児のいる家庭と地域社会をつなぐ最初の機会を設け、乳児家庭の孤立化を防ぎ、乳児の健全な育成環境の確保を図るものとされている(厚生労働省, 2007)。この取り組みは自治体による、子ども出産後、最初の事業である。

この乳幼児家庭全戸訪問事業の際に、EPDS や MIBS などの質問票を用いて丁寧な聞き取りを行うことで、母親らのメンタルヘルスをスクリーニングしている自治体も少なくない。本研究の調査対象である A 市も該当する。

乳児が身体・精神ともに健康的に育つためには、まず育てる養育者となる母親が身体的・精神的そして社会的に健康であることがもっとも重要である。母親の産後の健康状態を把握し、必要に応じて介入することが、より良い母子関係を構築するためのサポートとなると考えられる。

7. 本研究の目的

産後の母親は一時的に抑うつ傾向が高まり、EPDS でカットオフ・ポイントを超え臨床域に達する親が 10 %以上に及ぶが、抑うつ傾向は産後 3 ヶ月をピークに、子どもの成長につれて緩やかに減少していくことが報告されている(松原ら, 2012; 岡野, 2009)。しかし、縦断研究として EPDS と MIBS の両方の質問票が使用されている先行研究は少ない。

また、A 市を対象に調査をした東野(2016)によると、乳幼児家庭全戸訪問事業にて、産後 2～3 か月の母親の抑うつ傾向の臨床域は 15.5 %と比較的、高率であった。東野(2016)は、この抑うつ傾向を抑制する因子として母親へのソーシャルサポートは重要であり、EPDS の高低群別に祖父母との同居や近居の影響を検討した。しかし有意差は認められず、ソーシャルサポートの有無やサポーターを詳細に検討すべきであると述べている。

以上のことから、第一の目的として、産後 3 カ月頃の母親の抑うつ傾向や子どもへのボンディングが、子どもが 1 歳半の時点でどのように変化しているのかを検討する。そして、この変化はどのような要因によりもたらされているのかを検討することを第二の目的とする。そのために、母親のサポートの有無やソーシャルサポートの認知、子どもの気質特徴や発達特性、それらによる母親の育児ストレスの面から、抑うつ傾向とボンディングとの関連を明らかにする。

II. 方法

1. 調査対象

A 市保健センターの 1 歳 6 ヶ月健康診査（以下、1:6 健診）を受診した母親 273 人から調査協力が得られた。そのうち、2016 年秋から 2017 年にかけて A 市の乳幼児家庭全戸訪問事業（以下、こん赤事業）において EPDS と MIBS を回答した 226 人を分析の対象とした。

対象児の嫡出順数、性別、在胎日数、出生時の身長と体重と、1 歳 6 か月健康診査時点での母親と父親の年齢を表 1 に示す。

表1 フェイスシート情報

		平均値	SD	最小値	最大値
児の嫡出順数	(n=226)	1.7	0.8	1	4
在胎日数(週数と日数)	(n=226)	273.77 (39w)	8.8	244 (238w6d)	293 (41w6d)
出生時身長 (cm)	(n=226)	48.4	1.8	42.5	56.4
出生時体重 (g)	(n=226)	3010.3	354.7	2100	4080
父年齢(歳)	(n=217)	34.4	5.4	19	51
母の年齢(歳)	(n=226)	32.6	5.0	20	45
		男児(人)	女児(人)		
児の性別	(n=226)	113	113		

対象者である母親の周産期状況と、産後の抑うつ傾向についての情報、家庭の世帯形式を表 2 に示す。出産後まもなくの母親の気分の落ち込み、涙もろさや無気力感などの精神的な不調を聞き取る項目となっているのが、「産後の抑うつ傾向」という項目である。これらの不調が産後 4 か月児健康診査時点で、持続中なのかどうかを聞き取る項目がその次の「抑うつ傾向の持続」である。

表2 母親の周産期状況と産後抑うつ傾向、家庭の世帯形式

		無	有	
妊娠時の異常	(n=226)	146 (64.6%)	80 (35.4%)	
分娩時の異常	(n=226)	156 (69.0%)	70 (31.0%)	
新生児の異常	(n=226)	192 (85.0%)	34 (15.0%)	
産後の抑うつ傾向	(n=226)	147 (65.0%)	79 (35.0%)	
抑うつ傾向の持続	(n=88)	77 (34.1%)	11 (4.9%)	
		核家族	拡大家族	ひとり親家庭
世帯形式	(n=226)	199 (88.1%)	15 (6.6%)	12 (5.3%)

2. 調査の手続き

本研究は乳幼児家庭全戸訪問事業と 1 歳 6 か月児健康診査の 2 時点のデータを、以下の手続きによって収集し、ID 番号によって連結した。

(1) 乳幼児家庭全戸訪問事業のデータの収集

乳幼児家庭全戸訪問事業は、産後 2～3 か月時に、A 市の保健師もしくは助産師が家庭訪問を行い、児の発達・発育側面や母親の相談に応じて継続的な支援の必要性を判断している。その際に EPDS と MIBS を実施し、母親の支援に活用している。これらの母親や児の生育状況等に関するデータは A 市保健センターにて厳重に保管されており、研究者が調査の該当項目のデータを、同保健センター内の保健師の管理下で転記し収集した。

(2) 1 歳 6 か月健康診査でのデータ収集

1 歳 6 か月児健康診査に来所した母親に EPDS、MIBS、ソーシャルサポート、PSI-SF、CHS からなるアンケート調査への協力を個別に依頼した。健診の待ち時間に回答してもらい、その場で調査用紙は回収した。また、健診日に母親でなく、父親や他の家族が来所している場合は、研究調査を説明のうえ、自宅での協力を依頼し、同意書と質問紙と返信用封筒を渡し、大学の指導教員研究室宛に返送を依頼した。後日、保健センター内で、母親が記入した問診票から調査の該当項目を転記した。

調査期間は、2018 年 3 月 7 日～2018 年 10 月 16 日である。

3. 調査内容

(1) 日本語版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS; 岡野・村田・増地・玉木・野村・宮岡・北村, 1996)

プライマリーケアにおける産後うつ病をスクリーニングするために、Cox et al.(1987)により開発されたエジンバラ産後うつ病自己評価票(Edinburgh Postnatal Depression Scale)を、岡野ら(1996)が日本語版を作成した。産後のうつ傾向を定量的に評価することが目的で、過去 7 日間で感じたことに最も近い選択肢に回答する、母親による自己記入式質問票である。回答は「いいえ、そうではなかった」の 0 点から「はい、そうだった」の 3 点までの 4 件法で、全 10 項目、合計 30 点満点であり、カットオフポイントは 8/9 点である。

(2) 赤ちゃんへの気持ち質問票 (Mother to Infant Bonding Scale: MIBS; Yoshida, Yamashita, Conroy, Marks & Kumar, 2012)

Yoshida et al.(2012)が日本語版に翻訳した、母親に赤ちゃんへ抱く気持ちについて尋ねる「赤ちゃんへの気持ち質問票」を使用した。質問項目は全 10 項目で、「全然そう感じないの」0 点から「ほとんどいつも強くそう感じる」の 3 点までの 4 件法で、合計 30 点満点で換算する。質問項目 1,6,8,10 は逆転項目となっている(資料参照)。得点が高いほど、赤ちゃんへの否定的な感情が強いことを表す。主に 1 歳未満の乳児を持つ母親に使用される。

この質問票には、乳児に対する腹立ちや怒りを表す項目である虐待リスクの 2 項目(項目 3「子どものことが腹立たしく、いやになる」、項目 5「子どもに対して怒りがこみ上げる」)が設定されており、この 2 項目に 1 点以上の点数がつ

く場合は、どのような状況でそう思うのか等の丁寧な聞き取りが必要といわれている。

また、質問項目 2, 3, 5, 6, 7, 10 が高得点の場合は抑うつ状態のリスクが考えられる。

カットオフポイントは Matsunaga, Takuma, Tada & Kitamura(2017)が算出した、産後 1 か月の 4/5 点を採用することにする。

(3) ソーシャルサポートに関する調査票

調査協力者の配偶者や家族、親しい人物からのサポートの有無、育児ツールとしてスマートフォン・タブレット等の情報端末機器の使用の有無などを聞く 5 項目から構成され、本研究者により作成された独自の調査票である(表 3)。回答は、そのように思う/している、どちらかといえば思う/している、どちらかといえば思わない/していない、そう思わない/そうしていない、の 4 件法の自己記入式の質問票となる。

表3. 1歳6か月児健康診査で用いたアンケートのソーシャル・サポート項目

ソーシャル・サポート名	質問項目
情緒的サポート	「協力者が自分に代わって子どもの面倒を見たり、家事をしてく れると支えられていると感じる。」
	「協力者に、「ありがとう」や「頑張ってるね」などと、言われ ると認められていると感じる。」
	「協力者と、子育てのことや自分の事の悩みを共有できると安心 する。」
情報サポート	「SNSやインターネットの情報は、子育ての参考にしています か。」
道具的サポート	「お子さまにスマートフォンやタブレットなどのアプリやゲーム を見せたりして遊ばせていますか。」

(4) 育児幸福感尺度短縮版;CHS 短縮版 (清水・関水・遠藤, 2010)

育児中に感じる肯定的な感情を「育児幸福感」とし、育児幸福感を感じる場面の気持ちから、育児幸福感尺度(Childcare Happiness Scale; CHS)の開発が清水・関水・遠藤・落合(2007)によって行われた。CHS 短縮版は、その汎用的な活用を目的に作成された短縮版である。

CHS 短縮版は 3 因子から構成されており、その内の「育児の喜び」因子の全 10 項目を本研究で用いた。育児に対するイメージや概念が、抑うつ傾向とボンディングとの関連性を検討するためである。具体的な質問項目内容を表 4 に示す。

表4. 1歳6か月児健康診査で用いたアンケートのCHS項目

因子名	質問項目
育児の喜び	「子どもが生まれてきてそこにいること自体が喜びである。」
	「生まれてきてくれたことにありがたうを子どもに言いたい。」
	「子どもそのものが希望である。」
	「子どもに生きる勇気をもらっている。」
	「日に日に必要とされ親という実感がわいてきて、子どもに愛情を感じる。」
	「子どもをほめたり抱きしめたりするととても喜ぶ。」
	「子どもを育てていることで、人間的に成長させてもらっていると感じる。」
	「子どもと一緒にいるだけで幸せだ。」
	「子どもを産めたことに喜びと誇りを感じる。」
	「子どもの笑顔や寝顔、しぐさなどを見て喜びを感じる。」

(5) PSI 育児支援アンケートショートホーム: PSI-SF(荒木・兼松・横沢・荒屋敷・相墨・藤島,2005)

PSI-SF の原版である Parenting Stress Index(PSI)は、1980 年代に、育児が出来ない危険性がある親と、情緒や行動に問題のある発達上のリスクをもつ子どもを特定することが可能なスクリーニングおよび診断のための有効かつ妥当なツールとして作られた。この原版をもとに日本の親に使用できるものとして、日本版 PSI(奈良間ら, 1999)が開発された。

PSI-SF は、日本版 PSI の短縮版で、子どもの特徴に関する 9 項目と親自身に関する 10 項目の 2 因子計 19 項目から構成されている。本研究で使用する PSI-SF の 6 項目は、PSI の 4 つの下位尺度「親を困らせる度合い」「気が散りやすい・多動」「親が受容する子どもの特徴」「子どもの機嫌の悪さ」から採用したものである (表 5)。

この質問票は、子どもの特徴を母親が主観的に判断した上での母親の育児ストレスとして解釈する。

表5. 1歳6か月児健康診査で用いたアンケートのPSI-SF項目

下位尺度名	質問項目
親を困らせる度合い	「私の子どもはいつも私につきまとうて離れない。」
	「私の子どもは、他の子どもより手がかかるようだ。」
気が散りやすい・多動	「私の子どもは、他の子どもと比べて集中力がない。」
	「私の子どもは元気すぎて私がつかれる。」
親が受容する子どもの特徴	「私の子どもは他の子どものように笑わない。」
子どもの機嫌の悪さ	「私の子どもは不機嫌で泣きやすいと思う。」

(6) 子どもの特性—1歳半健診時の問診票

1 歳 6 か月児健康診査の前に、母親または児の家族が回答する問診票を、A 市保健センターが各家庭に送付する。問診票は、児の姿勢運動・認知適応・言

語・社会性の発達や、健康状態、母親の支援者の存在、父親の心身の健康や育児参加などを、はい・いいえの 2 件法で回答するものであり全 27 項目である。

子どもの特性や発達に関する問診表項目は全 23 項目である。そのうち児の発達に関する 11 項目は、B 県が 1 歳 6 か月児健康診査の問診項目として指定しており、社会性、コミュニケーション、想像力、感覚、行動、生活リズムの 6 領域に分類されている。

他にも問診票には 12 項目あり、それらを KIDS 乳幼児発達スケール(三宅, 1989)をもとに、「運動発達」「操作発達」「言語(理解・表出)発達」「社会性発達」の 4 領域に分類した。

これらの問診票の情報は、本研究者が 1 歳 6 か月児健康診査受診後に、保健センターにて転記した。

(7) フェイスシート

児の出生記録、母親の既往歴、現病歴、妊娠時経過異常、分娩時異常、新生児の異常、両親教室受講、出産後の抑うつ傾向の有無と、家族歴の情報は、問診票とは別の 4 か月児健康診査のフェイスシートから得られる情報である。これらの情報を 1 歳 6 か月児健康診査受診後に同保健センターにて転記した。

4. 分析方法

IBM SPSS® statistics24 を用いて統計的に解析した。

5. 倫理的配慮

本研究は、関西福祉科学大学大学院倫理審査委員会の審査と承認を得た。また、A 市保健センターより本研究実施にあたり書面による同意を得た。

倫理的配慮事項として、調査協力依頼時に研究者が健診に来所された母親一人一人に声をかけ、質問紙の内容、目的、個人情報等の取り扱いに関する倫理的配慮、過去の乳幼児全戸訪問事業でのデータを用いて比較検討することについての説明を行い、対象者から同意の署名を得た。

対象者の 2 時点データは ID 番号で連結し、匿名化処理を行った。また、回収した調査用紙の保管は、本学大学院の院生室内の鍵付きロッカーに保管し、PC への入力データはパスワード付セキュリティ USB へ保存した。

III. 結果

1. こんにちは赤ちゃん事業時と 1 歳 6 か月健診時の EPDS と MIBS の平均値の差の検定

こん赤事業時と 1:6 健診時の EPDS と MIBS の差を検討するために、こん赤事業時の EPDS と 1:6 健診時での EPDS、こん赤事業時の MIBS と 1:6 健診時の MIBS をそれぞれ対応のある t 検定を行った。結果は、表 6 に示したとおり、こん赤事業 EPDS と 1:6 健診 EPDS は有意差が認められた ($t(216) = -2.08, p < .05$)。また、こん赤事業 MIBS と 1:6 健診 MIBS も有意差が認められた ($t(220) = -6.05, p < .001$)。EPDS と MIBS 共に、こん赤事業から 1:6 健診にかけて平均値は高くなり、子どもの成長に伴い EPDS あるいは MIBS の点数は上昇することがわかる。

表6 こん赤事業時と1.6健診時でのEPDSとMIBSの差の検定

	こん赤事業 ($n=217$)		1.6健診 ($n=221$)		t 値	n
	平均値	SD	平均値	SD		
EPDS	3.84	3.53	4.45	3.84	-2.08 *	216
MIBS	1.28	1.66	2.40	2.71	-6.05 ***	220

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

2. 高得点群・低得点群別の EPDS と MIBS の推移

こん赤事業 EPDS と 1:6 健診 EPDS をカットオフポイントで高得点群と低得点群に区分し、イエーツの補正を用いた χ^2 検定を実施すると有意差が認められた ($\chi^2(1) = 12.26, p < .001$)。これらの調整済み残差を検討したところ、こん赤事業時と 1:6 健診時で、2 時点とも低得点群の度数と、2 時点とも高得点群の度数が多かった。同期間で低得点群から高得点群へ変化している度数、あるいは低得点群から高得点群へ変化している度数は少ないことがわかった。つまり、こん赤事業から 1:6 健診までの期間にて、抑うつ傾向が改善あるいは悪化した母親は少なく、反対にこん赤事業時に低得点群にあった母親や高得点群にあった母親は、1:6 健診時でも同様の状態である者が多いことがいえる。

表7 こん赤事業と 1.6健診でのEPDSにおける χ^2 検定 ($n=216$)

		1.6健診			
		低得点群		高得点群	
こん赤事業	低得点群	173	80.09(%)	20	9.26(%)
	高得点群	14	6.48(%)	9	4.17(%)

一方、こん赤事業 MIBS と 1:6 健診 MIBS を、カットオフポイントで高得点

群と低得点群に区分し、イエーツの補正を用いた χ^2 検定を実施すると、有意傾向が見られた($\chi^2(1) = 2.76, p < 0.1$)。これらの調整済み残差を検討したところ、こん赤事業と 1:6 健診の 2 時点とも低得点群の度数と、2 時点とも高得点群の度数が多かった。2 時点で低得点群から高得点群へ変化している度数、あるいは高得点群から低得点群へ変化している度数は少ないことがわかった。

表8 こん赤事業と 1.6健診でのMIBSにおける χ^2 検定 ($n=221$)

		1.6健診			
		低得点群		高得点群	
こん赤事業	低得点群	176	79.64(%)	31	14.03(%)
	高得点群	9	4.07(%)	5	2.26(%)

3. 子どもの気質や行動特性と母親の EPDS・MIBS との関連

PSI-SF の子どもに関する親のストレス 4 領域それぞれの平均値を EPDS と MIBS それぞれの高得点群と低得点群で、対応のない t 検定を行った。結果は、表 9 より「親が受容する子どもの特徴」以外の「親を困らせる度合い」「気が散りやすい・多動」「子どもの機嫌の悪さ」において有意差が認められた($t(217) = -3.72, df = 215, p < .001$; $t(217) = -6.99, df = 50.94, p < .001$; $t(217) = -2.26, df = 215, p < .01$)。いずれも EPDS 高得点群の平均値が、低得点群よりも高く、子どもの特徴による母親の育児ストレスは、母親の抑うつ傾向と関連していることがわかった。なかでも親を困らせるという点での行動や気質の特徴が強く、母親の抑うつ傾向と関連性が認められている。

表9 1.6健診時のEPDSの高得点群・低得点群別のPSI-SF項目の平均の差の検定

	低得点群 ($n=188$)		高得点群 ($n=29$)		df	t 値
	平均	SD	平均	SD		
親を困らせる度合い	3.57	1.72	4.86	1.90	215	-3.72 ***
気が散りやすい・多動	3.48	1.89	5.34	1.23	50.94	-6.99 ***
親が受容する子どもの特徴	0.16	0.48	0.41	0.78	31.40	-1.67
子どもの機嫌の悪さ	1.01	1.11	1.52	1.21	215	-2.26 **

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

次の表 10 は、問診票の B 県が指定している児の生活・発達状況に関する 11 項目を 6 領域に分類し、それらを EPDS の高得点群と低得点群で対応のない t 検定を実施した。子どもの「行動(多動傾向)」に、母親の EPDS 高・低得点群別で有意差が認められた($t(216) = -3.21, df = 35.1, p < .01$)。また、母親の EPDS 高・低得点群と、子どもの「感覚の過敏さ」、「不規則な生活リズム」でもそれぞれ有意差が認められた($t(218) = -2.47, df = 29.4, p < .05$; $t(214) = -2.36, df = 31.6, p < .05$)。この結果から、EPDS 高得点群にある母親は、子どもの「行動(多動傾向)」「感覚の過敏さ」「不規則な生活リズム」という気質や行動の特徴に負担を感じ

ている母親が多いことがわかった。

PSI-SF の結果をふまえてみても、EPDS 高得点群の母親は子どもの行動面や親の困り具合という点に関連していることがわかった。

また、子どもの発達特性の「良好なコミュニケーション」や「良好な想像力」では有意差は認められなかったが、「良好な社会性」では有意差が認められた ($t(218) = -2.69, df = 188, p < .01$)。この「良好な社会性」は①何か興味を持ったとき、指をさして伝えようとしますか、②大人が離れたところにあるおもちゃを指でさすと、その方向を見ますか、③大人が名前を呼ぶと振り向きますか、④他の子どもに興味を示しますか（目で追う、そばに寄って行こうとするなど）という 4 項目から構成されている。これら「良好な社会性」の各項目と、EPDS 高・低得点群別に対応のない t 検定を実施したところ、それぞれ有意差は認められなかった。

表10 1.6健診での児の生活・発達状況に関するEPDS高得点群・低得点群との平均の差の検定

	非臨床群 ($n=189$)		臨床群 ($n=29$)		df	t 値
	平均	SD	平均	SD		
良好な社会性	3.96	0.19	4.00	0.00	188	-2.69 **
良好なコミュニケーション	1.91	0.31	1.90	0.31	215	0.21
良好な想像力	0.98	0.13	1.00	0.00	216	-0.68
感覚の過敏さ	0.08	0.31	0.45	0.78	29.4	-2.47 *
行動（多動傾向）	0.27	0.44	0.59	0.50	35.1	-3.21 **
不規則な生活リズム	0.10	0.30	0.31	0.47	31.6	-2.36 *

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

次に、PSI-SF の 4 領域と MIBS の高・低得点群別に対応のない t 検定の結果を表 11 に示した。MIBS においても「気が散りやすい・多動」で有意差が認められた ($t(222) = -4.22, df = 55.50, p < .001$)。また、MIBS 高・低得点群においても「親を困らせる度合い」、「子どもの機嫌の悪さ」でそれぞれ有意差が認められた ($t(222) = -3.35, df = 220, p < .01$; $t(222) = -2.74, df = 220, p < .01$)。

これらの結果から EPDS 同様に、MIBS 高得点群にある母親は低得点群と比較して、子どもの気質の特徴に対してネガティブな感情を持ちやすいことが示され、否定的なボンディングを形成していると推察された。

表11 1.6健診時のMIBSの高得点群・低得点群別のPSI-SF項目の平均の差の検定

	低得点群 (n=187)		高得点群 (n=36)		df	t値
	平均	SD	平均	SD		
親を困らせる度合い	3.59	1.70	4.66	1.85	220	-3.35 **
気が散りやすい・多動	3.57	1.88	4.83	1.59	55.50	-4.22 ***
親が受容する子どもの特徴	0.18	0.50	0.31	0.68	41.30	-1.15
子どもの機嫌の悪さ	0.97	1.10	1.53	1.23	220	-2.74 **

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

次の表 12 では、問診票の児の生活・発達状況に関する 11 項目、発達特性の 6 領域と、MIBS の高・低得点群別に対応のない t 検定を実施したが、どの領域においても有意差は認められなかった。

表12 1.6健診での児の生活・発達状況に関するMIBS高得点群・低得点群との平均の差の検定

	非臨床群 (n=187)		臨床群 (n=36)		df	t値
	平均	SD	平均	SD		
良好な社会性	3.97	0.18	3.97	0.17	220	-0.14
良好なコミュニケーション	1.90	0.31	1.92	0.28	220	-0.24
良好な想像力	0.99	0.10	0.97	0.17	221	0.81
感覚の過敏さ	0.11	0.36	0.28	0.66	39.2	-1.46
行動（多動傾向）	0.28	0.45	0.42	0.50	46.7	-1.48
不規則な生活リズム	0.12	0.33	0.19	0.40	44.5	-1.04

以上の結果から、子どもの気質や行動特性による母親の育児ストレスが EPDS と MIBS の両方の高得点群と強く関連していることが分かった。

一方で、子どもの発達特性は、母親の MIBS と関連がないことが示された。しかし EPDS に関しては、子どもの「行動(多動傾向)」「感覚の過敏さ」「不規則な生活リズム」といった子どもの特性が高得点群と関連があることが示唆された。

4. ソーシャルサポートと母親の EPDS、MIBS との関連

表 13 では、1:6 健診での問診票の回答から、母親が実際に配偶者からの育児・家事のサポートの有無を得られているか、子育てにおいて相談できる人の有無を「はい・いいえ」の 2 件法で尋ねた結果である。どちらも 90 %以上の母親が「はい」と回答し、実際にサポートを得ている母親が多いことが分かった。

表13 家事・育児のサポーターの有無

	有	無
お父さんは家事や育児に参加していますか	207 (91.6%)	6 (2.7%)
子育てについて身近に相談できる人がいますか	218 (96.5%)	8 (3.5%)

母親にとって協力者(サポーターとなる人)による情緒的なサポートや、ネットや SNS を用いた情報サポート、あるいは道具的なサポートとして、母親の EPDS と MIBS との対応のない t 検定をそれぞれ実施した。

表 14 に関して、EPDS の高・低得点群別では、「情緒的サポート」とで有意差が認められた ($t(214) = -2.21, df = 31.76, p < .05$)。一方、「情報サポート」と「道具的サポート」とは有意差は認められなかった。

「情緒的なサポート」のなかでも、「協力者が自分に代わって子どもの面倒を見たり、家事をしてくれると支えられていると感じる」、「協力者に、『ありがとう』や『頑張ってるね』などと、言われると認められていると感じる」の 2 項目に有意傾向がみられたことから、EPDS 高得点群にある母親は、サポーターからの物理的な代替支援や、感謝の言葉を述べられることが、低得点群の母親と比較して少ないことがわかった。

表14 ソーシャル・サポートとEPDSの高得点群・低得点群との平均の差の検定

	低得点群 ($n=188$)		高得点群 ($n=29$)		df	t 値
	平均	SD	平均	SD		
情緒的サポート	8.18	1.27	7.34	1.97	31.76	2.21 *
情報サポート	1.84	0.68	1.86	0.92	32.90	-0.15
道具的サポート	1.12	0.96	1.31	0.81	215	-1.30

* $p < .05$

次の表 15 では、MIBS 高・低得点群別では「情緒的サポート」とで有意傾向が見られた ($t(219) = 1.77, df = 43.29, p < 0.1$)。表 14 の EPDS と同様に「情報サポート」「道具的サポート」とは有意差が認められなかった。「情緒的サポート」の項目別にみると、「協力者に、『ありがとう』や『頑張ってるね』などと、言われると認められていると感じる」、「協力者と、子育てのことや自分の事の悩みを共有できると安心する」の 2 項目で有意傾向がみられた。このことから、MIBS においては EPDS 同様に、感謝の言葉かけを得て承認されることと、不安要素について相談できることが、子どもへの肯定・否定的感情に影響を与えることがわかった。

表15 ソーシャル・サポートとMIBSの高得点・低得点群との平均の差の検定

	低得点群 (n=186)		高得点群 (n=36)		df	t値
	平均	SD	平均	SD		
情緒的サポート	8.15	1.33	7.61	1.74	43.29	1.77
情報サポート	1.83	0.73	1.78	0.68	220	0.42
道具的サポート	1.10	0.96	1.20	0.87	219	-0.56

次の表 16 では、母親にとって自身の協力者だと思う人物それぞれについて、EPDS の高・低得点群別に χ^2 検定を実施したところ、すべての項目において有意差は認められなかった。母親の抑うつ傾向の高低と、協力者の有無に、関連があるわけではないことがわかった。ちなみに、その他の項目には親戚などの他に、子どもや子どもの兄弟が通う幼稚園や保育園の先生、市の保健師などの専門家が挙げられていた。

表16 EPDS高得点群・低得点群別にみた協力者（サポーター）の存在の有無の割合

	配偶者 (n=214)		実父母 (n=213)		義父母 (n=196)		兄弟 (n=198)		友人 (n=197)		その他 (n=5)	
	低得点群	高得点群	低得点群	高得点群	低得点群	高得点群	低得点群	高得点群	低得点群	高得点群	低得点群	高得点群
思う	177	20	164	19	112	13	109	16	124	14	3	1
思わない	14	3	26	4	65	6	67	6	52	7	1	0

次の表 17 では、母親にとって協力者だと思う人物か、思わないかを MIBS の高・低得点群別にみたものであり、イエーツの補正を用いた χ^2 検定を実施したところ、配偶者（パートナー）に有意差が認められた（ $\chi^2(1) = 4.11, p < .05$ ）。調整済み残差を検討したところ、配偶者（パートナー）を協力者だと思う低得点群と、配偶者（パートナー）を協力者だと思わない高得点群が多く、一方配偶者（パートナー）を協力者だと思う高得点群と配偶者（パートナー）を協力者だと思わない低得点群が少ないことがわかった。

また、それ以外の実父母、義父母、兄弟、友人、その他に有意差は認められなかった。

配偶者（パートナー）の存在が、母親の子どもへのボンディング形成に関連することがわかった。

表17 MIBS高得点群・低得点群別にみた協力者（サポーター）の存在の有無の割合

	配偶者 (n=215)		実父母 (n=213)		義父母 (n=197)		兄弟 (n=198)		友人 (n=198)		その他 (n=5)	
	低得点群	高得点群	低得点群	高得点群	低得点群	高得点群	低得点群	高得点群	低得点群	高得点群	低得点群	高得点群
思う	171	27	151	31	110	16	106	18	118	21	4	4
思わない	11	6	26	5	55	16	59	15	46	13	1	1

5. こん赤事業時から 1:6 健診時を経た被験者の EPDS と MIBS のタイプ分類

こん赤事業における EPDS と MIBS、1:6 健診における EPDS と MIBS の 4

得点を用いて Ward method によるクラスター分析を行うと、4つのクラスターに分類することが出来た(図2)。第1クラスターには97名、第2クラスターには37名、第3クラスターには62名、第4クラスターには16名の調査対象が含まれていた。この人数比の偏りを検討するために χ^2 検定を実施したところ、人数比率に有意な偏りが見られた($\chi^2(3) = 68.7, p < .001$)。

第1クラスターは、EPDSとMIBSの両方において、低得点で非臨床領域であるが、こん赤事業から1:6健診にかけて非臨床域内で上昇している。2時点ともにEPDSもMIBSも平均点あるいは平均よりも低得点である非臨床領域であったので「平均点型」とした。第2クラスターは、EPDSとMIBSどちらも、こん赤事業の時点で平均点よりも高い点数であり臨床領域との境界であったが非臨床領域であった。さらに、1:6健診時点で改善されず、維持されたままであることから「高得点維持型」とした。第3クラスターは、こん赤事業EPDSとこん赤事業MIBSでは両方とも平均より低得点であり、1:6健診でもほとんど変化なく低得点を維持し、非臨床領域であったことから「低得点型」とした。第4クラスターは、こん赤事業時点ではEPDS、MIBSともに平均点に近い点数で非臨床領域にあるが、1:6健診時点では臨床領域へと得点が急激に上昇していることから「上昇型」とした。

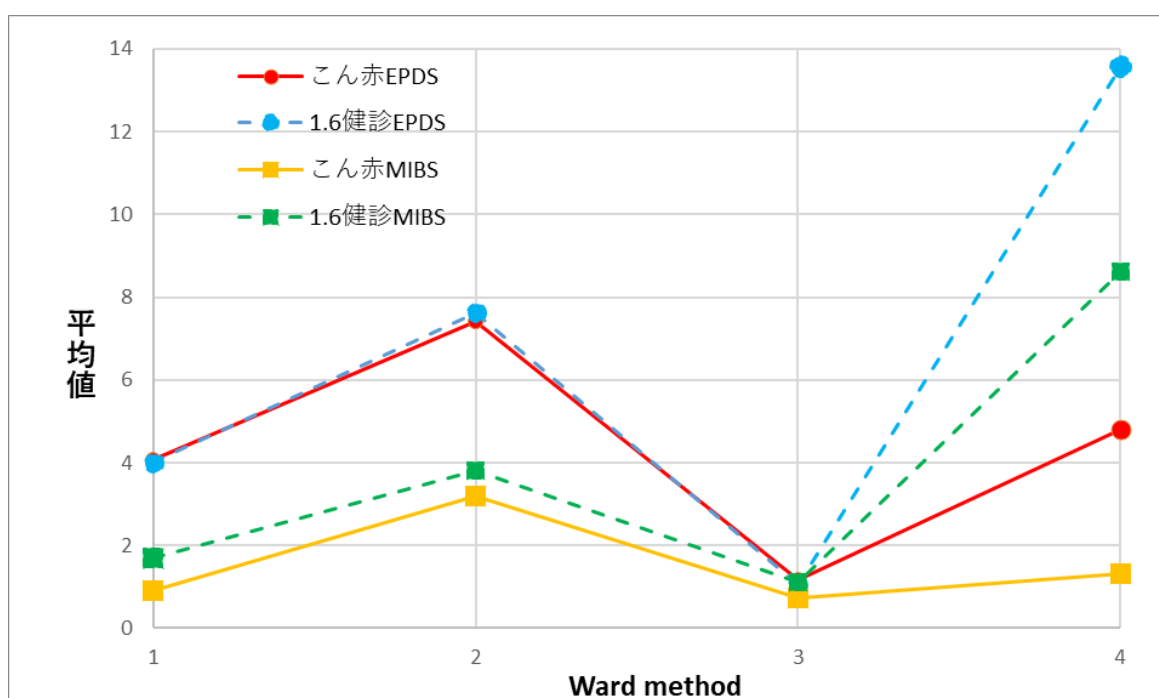


図2 こん赤事業時と1:6健診時の推移によるEPDS・MIBSのタイプ分別

クラスター分析による4類型を独立変数とし、こん赤事業と1:6健診のEPDS、こん赤事業と1:6健診のMIBSの4つを従属変数として一元配置分散分析を実

施した。その結果、4 つ全ての項目とで明らかに有意差が認められた ($F(3,208) = 37.04, p < .001$; $F(3,208) = 238.44, p < .001$; $F(3,208) = 27.04, p < .001$; $F(3,208) = 79.22, p < .001$)。Games-Howell 法 (5 %水準) による多重比較を実施した結果を表 18 に示す。EPDS、MIBS 共に、こん赤事業は「高得点維持型」の平均値が最も高いが、その後 1:6 健診では「上昇型」が高くなっている。「高得点維持型」は 2 時点での変化に大きな差はないことから、子どもにではなく母親自身の気質や特性に関する要因が示唆され、一方「上昇型」は子どもの成長につれて母親に変化が見られていることから、子どもの要因が考えられると推察された。

表18 EPDS・MIBS類型別の2時点でのEPDS・MIBSの各得点平均 (SD) と多重比較の結果 (n=211)

	1:平均点型 (n=97)	2:高得点維持型 (n=37)	3:低得点型 (n=62)	4:上昇型 (n=16)	多重比較の結果 F値
こん赤事業EPDS	4.07 (2.63)	7.41 (4.23)	1.18 (1.25)	4.81 (4.74)	37.04*** 2>1・4>3
1.6健診EPDS	4.01 (1.62)	7.62 (2.38)	1.05 (1.03)	13.56 (3.54)	238.44*** 4>2>1>3
こん赤事業MIBS	0.91 (1.09)	3.19 (2.26)	0.73 (1.27)	1.31 (1.49)	27.02*** 2>1・3・4
1.6健診MIBS	1.71 (1.79)	3.82 (1.76)	1.11 (1.47)	8.63 (3.54)	79.22*** 4>2>1・3

*** $p < .001$

1. 高得点群・低得点群の推移に影響がある要因について

クラスター分析結果の 4 類型を独立変数とし、PSI-SF の 4 領域を従属変数として一元配置分散分析を実施した。その結果から、「親を困らせる度合い」、「気が散りやすい・多動」、「子どもの機嫌の悪さ」に主効果が認められた ($F(3,207) = 4.99, p < .01$; $F(3,207) = 10.55, p < .001$; $F(3,207) = 4.45, p < .01$)。

また、「親を困らせる度合い」と「子どもの機嫌の悪さ」では、Tukey の HSD 法 (5 %水準) による多重比較を実施し、「気が散りやすい・多動」では、Games-Howell 法 (5 %水準) による多重比較を実施し、それぞれ群間差が認められた。その結果を表 19 に記した。これらの結果から、「親を困らせる度合い」「気が散りやすい・多動」「子どもの機嫌の悪さ」において、「高得点維持型」と「上昇型」は「低得点型」よりも高いことがわかった。よって、子どもの行動や機嫌というような気質特徴による母親の育児ストレスが、母親の抑うつ傾向を高めたり、否定的なボンディングと関連していることがわかった。

表19 EPDS・MIBS型別のPSI-SFの得点平均 (SD) と多重比較の結果 (n=211)

	1:平均点型 (n=97)	2:高得点維持型 (n=37)	3:低得点型 (n=62)	4:上昇型 (n=16)	多重比較の結果 F値
親を困らせる度合い	3.75 (1.79)	4.25 (1.65)	3.24 (1.60)	4.88 (2.09)	4.99 ** 2・4>3
気が散りやすい・多動	3.44 (1.88)	4.95 (1.39)	3.18 (1.88)	4.81 (1.47)	10.55 *** 2・4>1・3
親が受容する子どもの特徴	0.21 (0.54)	0.16 (0.55)	0.16 (0.55)	0.44 (0.73)	1.17 n.s.
子どもの機嫌の悪さ	1.06 (1.09)	1.38 (1.23)	0.74 (1.03)	1.69 (1.20)	4.45 ** 2・4>3

** $p < .01$; *** $p < .001$

次に、問診票において児の生活・発達状況に応じた項目からなる 6 領域を従

属変数として、同様に一元配置分散分析を実施した。その結果、「感覚の過敏さ」と「行動(多動傾向)」で主効果が認められた($F(3,208) = 4.76, p < .01$; $F(3,206) = 4.24, p < .01$)。さらに、Games-Howell 法を用いて多重比較を実施したところ、表 20 のような結果となった。「感覚の過敏さ」に関しては、クラスター類型ごとに差はみられなかったが、「上昇型」が最も平均値が高く、その次に「高得点維持型」の平均値が高かった。

「行動(多動傾向)」に関しては「平均点型」よりも「高得点維持型」の方が高くなっていた。これらの結果から、EPDS や MIBS が高い母親は子どもの気質や行動の特徴と関連があることがわかった。

また、「社会性」「想像力」面での子どもの発達に関しては、有意差がみられなかったことから、EPDS や MIBS には子どもの発達特性よりも気質や行動の要因が関係していることがわかった。

表20 EPDS・MIBS型別の児の生活・発達状況に関する得点平均(SD)と多重比較の結果 (n=208)

	1:平均点型 (n=97)	2:高得点維持型 (n=37)	3:低得点型 (n=62)	4:上昇型 (n=16)	F値	多重比較 の結果
良好な社会性	3.95 (0.22)	3.95 (0.23)	4.00 (0.00)	4.00 (0.00)	1.41	n.s.
良好なコミュニケーション	1.87 (0.37)	1.86 (0.35)	1.98 (0.13)	1.94 (0.25)	2.19 †	3>1
良好な想像力	0.98 (0.14)	0.97 (0.16)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	0.61	n.s.
感覚の過敏さ	0.07 (0.26)	0.24 (0.55)	0.08 (0.38)	0.44 (0.81)	4.76 **	n.s.
行動(多動傾向)	0.24 (0.43)	0.50 (0.51)	0.25 (0.43)	0.50 (0.52)	4.24 **	2>1
不規則な生活リズム	0.10 (0.31)	0.19 (0.40)	0.10 (0.30)	0.25 (0.45)	1.47	n.s.

** $p < .01$; † $p < .10$

また、A市の1歳6か月健康診査で使用されている問診票より、B県指定項目を除いた他項目からEPDSとMIBSの要因を検討した。

「運動発達」と「言語発達」において、EPDS・MIBSクラスター類型の主効果が認められた($F(3,207) = 2.94, p < .05$; $F(3,197) = 2.91, p < .05$)。さらに「運動発達」に関しては Games-Howell 法を、「言語(理解・表出)発達」に関しては Tukey の HSD 法を用いて多重比較を実施すると表 21 のような結果となった。「運動発達」ではクラスター類型間に差は見られなかったが、「言語(理解・表出)発達」では、「低得点型」の方が「高得点維持型」よりも高くなっていた。「高得点維持型」の母親の抑うつ傾向や、子どもへのネガティブな感情は、子どもの言語表出や言語理解の乏しさに関連があることが示された。なお、「社会性発達」に関しては、4クラスター類型とも同じ値であった。

表21 EPDS・MIBS型別の1.6健診での発達項目に関する得点平均(SD)と多重比較の結果 (n=212)

	1:平均点型 (n=97)	2:高得点維持型 (n=36)	3:低得点型 (n=62)	4:上昇型 (n=16)	F値	多重比較 の結果
運動発達	2.98 (0.14)	2.96 (0.18)	3.00 (0.00)	2.88 (0.34)	2.94 *	n.s.
操作発達	2.95 (0.47)	2.89 (0.36)	2.92 (0.28)	2.94 (0.63)	0.41	n.s.
言語(理解・表出)発達	2.52 (0.24)	2.09 (0.17)	2.61 (0.00)	2.40 (0.06)	2.91 *	3>2
社会性発達	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	-	-

* $p < .05$

以上のことから、母親は子どもの気質・行動の特徴や、子どもの発達特性面においてネガティブな感情を抱きやすいことがわかった。そこで、母親の育児自体に対しての感情と4クラスター類型との関連をみた。

CHS 短縮版より、「育児の喜び」を従属変数とし、独立変数としたクラスター類型との一元配置分散分析を行った。その結果が表 22 で、「育児の喜び」で主効果が認められたが ($F(3,202) = 7.28, p < .001$)、Games-Howell 法で多重比較したところ4クラスター間に群間差は見られなかった。表 22 より、「上昇型」は他のクラスター類型と比較して、「育児の喜び」の点数が低得点となっていた。つまり、1:6 健診での EPDS と MIBS 得点の上昇は、育児の喜びの乏しさと関連していることが示唆された。

表22 EPDS・MIBS型別のCHS「育児の喜び」の平均得点 (SD) と多重比較の結果

	1:平均点型 (<i>n</i> =97)	2:高得点維持型 (<i>n</i> =36)	3:低得点型 (<i>n</i> =62)	4:上昇型 (<i>n</i> =16)	多重比較の結果 <i>F</i> 値
育児の喜び	38.69 (2.14)	37.57 (2.93)	38.85 (2.09)	35.87 (4.72)	7.28*** <i>n.s.</i>

*** $p < .001$

次の表 23 では、社会資源の活用程度と、EPDS・MIBS クラスター類型ごとの関連を一元配置分散分析で見たところ、主効果は認められなかった。しかし、最も平均得点が高くなっているのは「上昇型」であった。

この社会資源は、母親が市の子育てサロンなどの地域交流の場を利用しているか、健診対象児やきょうだいをこども園に通わせているのかという項目からなるものである。

表23 EPDS・MIBS型別での社会資源活用の平均得点 (SD) の結果

	1:平均点型 (<i>n</i> =68)	2:高得点維持型 (<i>n</i> =18)	3:低得点型 (<i>n</i> =46)	4:上昇型 (<i>n</i> =13)	<i>F</i> 値
社会資源	2.37 (0.91)	2.50 (0.86)	2.35 (1.04)	2.85 (0.99)	1.06

また、EPDS・MIBS クラスター類型別にソーシャルサポートとの関連を一元配置の分散分析で見たところ、「情緒的サポート」において主効果が認められた。Games-Howell 法による多重比較の結果、「平均点型」と「高得点維持型」間に、群間差が認められた ($F(3,204) = 3.64, p < .05$)。結果を表 24 に示す。

また、「道具的サポート」においても有意傾向が認められた ($F(3,207) = 2.13, p < 0.1$)。「道具的サポート」は母親が子どもに遊びのツールとしてスマートフォンやタブレットなどの端末機器を使わせているかを尋ねた項目である。多重比較の結果、有意差はみられなかったが、「高得点維持型」「上昇型」は「低得点群」の母親に比べて平均値が高く、子どもに端末機器で遊ばせる機会が多いことが推察された。

表24 EPDS・MIBS型別のソーシャル・サポートの得点平均（SD）と多重比較の結果（ $n=211$ ）

	1:平均点型 ($n=96$)	2:高得点維持型 ($n=37$)	3:低得点型 ($n=62$)	4:上昇型 ($n=16$)	F 値	多重比較 の結果
情緒的サポート	8.29 (1.29)	7.59 (1.36)	8.18 (1.28)	7.38 (2.25)	3.64 *	1>2
情報サポート	1.89 (0.65)	1.86 (0.89)	1.74 (0.70)	1.75 (0.77)	0.60	-
道具的サポート	1.00 (0.89)	1.30 (0.91)	1.10 (1.08)	1.56 (0.73)	2.13 †	<i>n.s.</i>

* $p<.05$; † $p<.10$

IV. 考察

1. 母親の抑うつ傾向とボンディングの推移 -こんにちは赤ちゃん事業と1歳6か月健診での比較-

こん赤事業の産後3か月頃と1:6健診の頃のEPDSとMIBSを比較すると、両方ともに得点が上昇したことが明らかにされた。両時点のEPDS得点をカットオフポイント高得点群と低得点群に分類したところ、こん赤事業時にEPDSが高得点群の母親は全体の10.7%(23人)で、1:6健診時に高得点群であった母親は全体の13.4%(29人)であった。岡野(2009)は、母親の抑うつ傾向は産後3ヵ月がピークと述べているが、本研究では、産後3か月頃よりも、児が1歳半頃の方が抑うつ傾向の高得点群、つまり臨床域の母親の割合は高くなることが示された。

また、同じくA市のこん赤事業を対象とした東野(2016)の調査では、母親の抑うつ傾向は15.5%であったことに対して、本研究では10.7%であった。この値は、鈴宮ら(2003)のこん赤事業の抑うつ傾向の報告13.9%よりも低い。この点に関して、本研究の対象者は、こん赤事業と1:6健診の両時点の調査に回答し、EPDSとMIBSのデータが揃っている者に限られている。2時点のデータが揃わない理由には、転出入のほか、調査協力への拒否、要支援の程度が高く質問票を実施していないなど、特別な事情を抱える場合が考えられるが、本研究にはそのようなケースが含まれていないためと考えられる。

次に、この2時点間の抑うつ傾向の推移をみたところ、高得点群から低得点群へと変化した母親は6.5%(14人)、低得点群から高得点群へと変化した母親は9.2%(20人)で両方とも少なく、2時点とも高得点群であった母親は4.2%(9人)、2時点とも低得点群であった母親は80.1%(173人)で、高得点群・低得点群ともに2時点が同様の状態であった母親の方が多かった。

MIBSの高得点群は、こん赤事業では6.3%、1:6健診では16.1%であった。一見、ボンディング高得点群(臨床域)の母親が急激に増加しているように見える。Matsunagaら(2017)は、産後5日のカットオフポイントを3/4点、産後1か月では4/5点と算出した。しかしながら、産後1か月のカットオフポイントを、産後3か月、さらに産後1年半に適用可能かどうかの妥当性は、現在のところ検証されていない。従って、こん赤事業や1:6健診でのMIBSのカットオフポイントは5点よりも大きい値になる可能性が考えられ、1:6健診のボンディングの臨床域が16.1%に及ぶ点は検討の余地があると言える。

2. 母親の抑うつ傾向と関連のある要因 -子どもの特性、ソーシャルサポート-

1:6健診時のEPDSに影響を及ぼす要因として、子どもの行動や発達特性と母親のサポート状況から検討した。まず、PSI-SFの子どもの側面での「親を困らせる度合い」「気が散りやすい・多動」「子どもの機嫌の悪さ」で、EPDS高

得点群・低得点群に有意差が認められた。高得点群の平均値が有意に高く、母親への子どものつきまといや手のかかりやすさ、子どものどこに行くか分からないような多動傾向、子どもの不機嫌さや泣きやすさは、母親の抑うつ傾向と関連がみられた。また、健診時の問診項目との関連から、高得点群は、児に「感覚の過敏さ」「行動（多動傾向）」「不規則なリズム」があるという回答が有意に多かった。

以上の結果から、1歳半の子どもの行動特性や子ども要因のストレスは、母親の抑うつ傾向に影響を及ぼすことが明らかにされた。一方で、児の「良好なコミュニケーション」「良好な想像力」は、EPDS 高得点群・低得点群で有意差が認められなかったことから、子どもの社会性の発達は高得点群の母親の抑うつ傾向と関連がないことが示唆された。

母親のソーシャルサポート状況と EPDS との関連を見ると、「情緒的サポート」と EPDS 高得点群・低得点群に有意差が認められた。EPDS 低得点群の方が「情緒的サポート」の平均値が高く、抑うつ傾向が低い母親は「情緒的サポート」を得ていることが示された。

3. 母親の子どもへのボンディング傾向と関連のある要因 —子どもの特性、ソーシャルサポート

1:6 健診時の MIBS に影響を与える要因を、子どもの気質の特徴や発達特性と母親のサポート状況から検討した。EPDS と同様、PSI-SF の子どもの側面での「親を困らせる度合い」「気が散りやすい・多動」「子どもの機嫌の悪さ」において、MIBS 高得点群・低得点群に有意差が認められた。母親の子どもへのボンディングは、抑うつ傾向と同じく、子どものつきまといや手のかかりやすさ、子どもがどこへ行くかわからないような多動傾向や、子どもの不機嫌さ・泣きやすさといった気質や行動特性、子ども要因のストレスが関連していることがわかった。しかし、発達の問診票項目と MIBS との間に有意な関連は認められなかった。このことから、MIBS の高得点群は、母親がストレスと感じている子どもの行動特性と関連があるといえる。

母親のソーシャルサポート状況と MIBS との有意な関連は認められなかった。しかし、「配偶者/パートナーが協力者であるか」という項目で、MIBS 高得点群・低得点群に有意差が認められた。このことから、どのようなサポートが必要かというサポートの種類ではなく、サポーターが存在し協力してくれているという事実が母親の支えになっていると思われる。さらに、夫やパートナーという母親にとって心理的にも物理的にも最も近い存在が、子どもに肯定的な感情を持ち育てていく上での重要な支えとなることが示唆された。

4. EPDS と MIBS の 4 クラスター類型とその要因検討

こん赤事業と 1:6 健診の EPDS と MIBS の得点の推移から、「平均点型」「高得点維持型」「低得点型」「上昇型」の 4 つのクラスター類型が抽出された。

「低得点型」は、EPDS と MIBS が共に非臨床域で全体の平均値よりも低く、こん赤事業と 1:6 健診の 2 時点にほとんど差がない最も安定しているタイプである。「低得点型」の母親は PSI-SF や問診項目から、子どもの機嫌の悪さや多動傾向の子ども要因の育児ストレスが低く、児のコミュニケーション能力は高く、言語理解や言語表出の発達が良いことが明らかにされた。

また、「低得点型」の母親は CHS「育児の喜び」得点が高いことから、育児に対して肯定的で楽しんで子どもと関わっていることが推察される。

一方で、情緒的サポートの得点は高いが、スマートフォンなど情報機器の利用によるサポートは低いことから、近しい人間の協力を得ることが出来ていることが予測される。

「平均点型」は、EPDS と MIBS が共に非臨床域で全体の平均値よりも低く、2 時点共に MIBS は「低得点型」と同程度に低い、EPDS は「低得点型」よりも高いのが特徴である。

PSI-SF や問診項目の結果から、「平均点型」の子どもの多動傾向は低いことがわかった。

また、子どものコミュニケーション能力は、「低得点型」よりも低かった。ただ、言語表出や言語理解面では「低得点型」と群間差はないことから、言語を用いたコミュニケーションの発達は「低得点型」と同様に良好であるといえる。しかし、指差しした方向を見るなどの共同注視等の言語以外のやり取り面で、「低得点型」よりも不良な子どもが多いと考えられる。

「上昇型」は、こん赤事業時には EPDS、MIBS 共に非臨床域で、全体の平均値と同程度であったが、1:6 健診時に大幅に上昇し EPDS、MIBS 共に平均値が臨床域に達しているハイリスクなタイプである。PSI-SF や問診項目の結果より、明らかに子どもの機嫌の悪さや多動傾向、親を困らせる度合いの育児ストレスが他クラスター類型よりも高かった。子どもの成長に伴い、子どもの気質の特徴や行動特性が母親のストレスとなり、母親自身の抑うつ傾向の上昇や、子どもへのネガティブなボンディングに関連していると考えられる。また、CHS「育児の喜び」の平均値も他クラスター類型と比較して最も低く、育児や子どもに対して幸福な感情を抱けていないことがわかった。

「高得点維持型」は、こん赤事業の時点の EPDS と MIBS の平均値が 4 クラスター類型の中で最も高得点で、カットオフポイントに近く、1:6 健診時点でもその得点を維持しているため、臨床予備群ともいえるのが特徴である。

PSI-SF や問診項目から、「上昇型」と同様に、子どもの機嫌の悪さや多動傾向、親を困らせる度合いの育児ストレスが高いことが示された。また、言語理解・言語表出の発達が「低得点型」よりも低く、4 クラスター類型の中で最も低い平均値であった。親が困難と感じる子どもの多動傾向などの行動特性や、子どもとの言語的なやり取りや母子間の情動共有が上手くいかないという発達面の問題が、母親の EPDS と MIBS の高得点の維持に関連していると考えられる。

さらに「平均点型」と比較して情緒的サポートが有意に低く、実際に十分なサポートが得られていない状況も考えられる。

産後 3 か月のこん赤事業よりも以前の母親の状況は、本研究では分からないが、こん赤事業から 1:6 健診にかけて臨床域に近い抑うつ傾向と否定的なボンディングが維持されていることから、育児をする上で常に心身ともに苦悩していることが推察され、長期的な支援を要する類型と考えられる。

5. 総合考察

本研究では、子どもの気質特徴や多動傾向が EPDS、MIBS の上昇や高得点での維持に強く関係していることがわかった。

「上昇型」の母親は、産後から子どもが乳児の間は EPDS、MIBS とともに非臨床域であったと推測されるが、1:6 健診では臨床域へと変化していた。1 歳 6 か月の子どもの発達の様子は、一人で動き回るため目が離せなかったり、言葉の表出や言葉の理解が発達して意思の疎通ができるようになり、自我の発達に伴い自己主張がみられるようになる。しかし、母親が育児をする上ではその成長が育児のやりにくさにつながることもある。本研究から、子どもの多動傾向や、母親を困らせる行動、子どもの不機嫌さや泣きやすさ、過敏性が母親のストレスとなっていた。つまり、子どもの気質や行動特性が基となる『子どもの育てにくさ』が母親の抑うつ傾向の上昇やより良いボンディング形成の阻害に関連することが分かった。

先行研究にも、かんしゃくを起こしやすかったり大泣きをして騒いだりするような扱いにくい子どもを持つ母親は自身が育児をすることに不安を感じている。また、子どもをわずらわしいと思ったり、子育てを負担に感じることがあるというような子ども、子育てに対して否定的な感情を中心とした不安を抱いているという報告がある（武井ら、2006）。この報告からも、子どもの育てにくさが母親の抑うつ的な不安や子どもへのネガティブ感情と関係することがいえる。

また、「高得点維持型」は、産後 3 か月頃に実施されたこん赤事業において非臨床域にあるが平均点より高い得点であり、そのまま 1:6 健診でも大きく変化は見られず推移していた。先行研究より、産後 1 年後に抑うつ傾向が持続している母親は、妊娠中か産後の早期に抑うつ状態となっていると報告されている（安藤ら、2008）。この報告の傾向を踏まえている結果ともいえる。

「高得点維持型」の母親は、子どもを産んだ直後から高い抑うつ傾向や子どもとボンディングを形成する点で障害があるようである。その要因の一つとしては、「上昇型」と同様に、子どもの育てにくさが起因しているように思われる。実際に、1:6 健診時点で子どもの育てにくさを感じている母親が多い。しかし、こん赤事業の時から高い得点で変化していることは、生まれた直後から子どもを育てにくいと思っていたのか、実際にその当時から扱いにくい子どもだったことも考えられる。また一方で、母親自身の被養育体験、サポートのなさが高

得点の要因の一つだとも先行研究から考えられる（吉田，2006b）。

本研究において、こん赤事業から 1:6 健診にかけて EPDS と MIBS 共に得点が上昇していた。岡野（2009）は、EPDS は産後 3 か月をピークに緩やかに下降していくと報告しているが、その反対の結果が得られた。この理由としては、子どもの成長発達に伴い子どもの育てにくさという面が明らかになり、これが母親の抑うつ傾向やボンディング形成の阻害に関連する要因となっている。逆に言えば、気質・行動特徴に問題が見られたり、その可能性がある子どもを健康診査等で見られたなら、この健康診査等が抑うつ状態の母親やボンディング障害及びその疑いがある母親を見つけ出す機会となりうるということが期待される。支援者側は、このような子どもをもつ母親に対しては、特に丁寧に聞き取っていくことが必要である。

6. 今後の課題

—EPDS 高得点群・低得点群と「良好な社会性」との関連について—

関係性の中で育まれる発達特性の中で「良好な社会性」のみ、EPDS 高得点群の子どもの方が「良好な社会性」を備えているという結果であった。「良好な社会性」の項目ごとに t 検定を実施したところ有意な差は認められなかったことから、今回の結果は偶発的に関連性が認められたともとれる。

子どもの社会性が良好であったことは、高得点群の中に子どもと上手く関わる母親が多いこと、あるいは母親以外の人間との上手な関わりなどの他の要因が考えられるため、これらの要因との関連を検討できる質問票を活用することが今後の課題となった。

〈謝辞〉

A 市保健センターでの 1 歳 6 か月児健康診査に来所されたお母様方とご家族には、お忙しい時間を割いてご協力いただきました。心より感謝申し上げます。また、A 市保健センターの保健師清水友香里様、職員の皆様にはご多忙中にも関わらず調査の実施にあたり多大なご協力を賜りました。心より感謝申し上げます。助産師の東野さつき先生にも A 市保健センターとの連絡調整、ならびに調査内容や方法についてご指導頂きました。東野先生のご尽力によりまして、貴重な研究の機会を得ることができましたことを大変感謝しております。最後に、研究にあたり、ご指導いただきました先生方にも心より感謝申し上げます。

V. 引用文献

- American Psychiatric Association(2014). DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引. 日本精神神経学会監修, 高橋 三郎・大野 裕監訳, 染矢俊幸・他訳, 医学書院.
- 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.
- 荒木 暁子・兼松 百合子・横沢 せい子・荒屋敷 亮子・相墨 生恵・藤島 京子(2005). 育児ストレスショートフォームの開発に関する研究 小児保健研究, 64(3), 408-416.
- Cox, J.L., Holden J. M. & Sagovsky R.(1987). Detection of postnatal depression: development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786
- 榮 玲子・植村 裕子・塩田 敦子・松村 恵子(2016). 妊娠末期から産後 1 年までの抑うつ傾向とストレス対処能力の関連. 香川母性衛生学会誌, 16(1), 33-40.
- Field, T.(1998). Maternal Depression Effects on Infants and Early Interventions. Preventive Medicine. 27(2), 200-203
- Gender M, Gath D, Mayou R & Cowen P(1996). New Oxford Textbook of Psychiatry 3rd Edition, Oxford University Press.
- 東野 さつき(2016). 乳幼児家庭全戸訪問事業における心理的スクリーニング導入の試み 大阪教育大学大学院教育学研究科修士論文, (未公刊)
- 伊藤 道子(2006). 妊娠期から産褥期までの女性の心理・社会的状態とソーシャルサポート 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 13, 1-9.
- 神崎 秀陽(2002). 研修医のための基礎知識: C. 産科疾患の診断・治療・管理: 12. 産褥異常の管理と治療, 日産婦誌, 54(7)
- Kitamura T, Takegata M, Haruna M, Yoshida K, Yamashita Y, Murakami M, & Goto Y(2015). The Mother-Infant Bonding Scale: Factor Structure and Psychosocial Correlates of Parental Bonding Disorders in Japan. Journal of Child and Family Studies, 24(2), 393-401.
- 厚生労働省(2007). 乳幼児家庭全戸訪問ガイドライン, https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/dl/131030_03-02.pdf, (2019 年 1 月 11 日)
- 厚生労働省(2013). 「健やか親子 21」最終評価報告書, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000030082.pdf>, (2019 年 1 月 11 日)
- 厚生労働省(2014). 健やか親子 21(第 2 次)ホームページ, <http://sukoyaka21.jp/about#>, (2019 年 1 月 11 日)
- 厚生労働省(2015). 母子保健関連施策, <https://www.mhlw.go.jp/file/05->

- Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000096263.pdf?vos=magazine&route_no=6784, (2019 年 1 月 11 日)
- 久保 隆彦(2015).妊産婦のメンタルヘルスの実態把握および介入方法に関する研究, 厚生労働科学研究データベース, 201410017A, <http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201410017A>, (2019 年 1 月 11 日)
- Kumar RC(1997). “Anybody’s child”: severe disorders of mother-to-infant bonding. *Br J Psychiatry*, 171, 175-181.
- 松原 直美・堀田 法子・山口 孝子(2012). 育児期の母親の抑うつ状態に関する縦断的研究 小児保健研究, 71(6), 800-807.
- Matsunaga A, Takuma F, Tada K, & Kitamura T. (2017). Discrete category of mother-to-infant bonding disorder and its identification by the Mother-to-Infant Bonding Scale: A study in Japanese mothers of a 1-month-old. *Early Human Development*, 111, 1-5.
- 三宅 和夫・大村 政男・高島 正士・山内 茂・橋本 泰子(1989). KIDS 乳幼児発達スケール 第 4 版. 三宅 和夫監修, (財)発達科学研究教育センター.
- Murray L, Sinclair D, Cooper P, Ducournau P, Turner P, & Stein A. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry*, 40(8), 1259-1271.
- 奈良間 美保・兼松 百合子・荒木 暁子・丸 光恵・中村 伸枝・武田 淳子・白畑 範子・工藤 美子(1999). 日本版 Parenting Stress Index (PSI) の信頼性・妥当性の検討. 小児保健研究, 58(5), 610-616.
- 岡野 禎治(2009). 産後うつ病と育児支援. 精神経誌, 111(4), 432-439.
- 岡野 禎治・村田 真理子・増地 聡子・玉木 領司・野村 純一・宮岡 等・北村 俊則(1996). 日本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. 季刊 精神科診断学, 7(4), 525-533.
- 岡野 禎治・斧澤 克乃・李 美礼・M.D Gunning・L. Murray(2002). 産後うつ病の母子相互作用に与える影響—日本版 GMI(Global Rating of Mother-Infant Interaction at Four Months)を用いて— 日本女性心身医学会雑誌(Journal of JSPOG), 7(2), 172-179.
- 岡野 禎治・杉山 隆・西口 裕(2007). プライマリケアにおける産後うつ病のスクリーニングシステムについて. 母性衛生, 48(1), 16-20.
- 大岡 治恵・小出 隆義・後藤 節子・村瀬 聡美・金井 篤子・増田 知子…尾崎 紀夫(2015). 妊娠中, 産後期の母子愛着における母親のうつ状態の影響. 精神神経学雑誌, 117(11), 887-892.
- Radke-Yarrow M, Cummings E M, Kuczynski L, Chapman M(1985). Patterns of attachment in two- and three-year-olds in normal families and families with parental depression. *Child Development*, 56, 884-893.

- Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, & Harrington R. (2004). Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 946-952.
- Sadock BJ, Sadock VA(2003). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry-9th Edition. Lippincot Williams & Wilkins.
- 椎野 智子(2016). 周産期のソーシャルサポートが母子関係に及ぼす影響 ストレス科学研究, 31,74-75.
- 清水 嘉子・関水 しのぶ・遠藤 俊子(2010). 母親の育児幸福感尺度の短縮版尺度開発. 日本助産学会誌, 24(2), 261-270.
- 清水 嘉子・関水 しのぶ・遠藤 俊子・落合 富美江(2007). 母親の育児幸福感一尺度の開発と妥当性の検討. 日本看護科学誌, 27(2), 15-24.
- 鈴宮 寛子・山下 洋・吉田 敬子(2003). 出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害—自己質問紙を活用した周産期精神保健における支援方法の検討—. 精神科診断学, 14 (1), 49-57.
- 田口 寿子(2012). 司法精神医学における産後うつ病. 女性心身医学, 16(3), 246-250.
- 高橋 睦子(2017). 日本が子どもに優しい社会になるために. 日本乳幼児精神保健学会 FOUR WINDS 第 20 回全国学術集会 FW20 周年記念東京大会講演
- 武井 祐子・寺崎 正治・門田 昌子(2006). 幼児の気質特徴が養育者の育児不安に及ぼす影響 川崎医療福祉学誌, 16(2), 221-227.
- Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D & Glover V(2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Arch Womens Ment Health*. 8, 45-51. doi: 10.1007/s00737-005-0074-z.
- 徳弘 由美子・三品 浩基・有本 晃子(2015). 児に対する否定的感情を抱える母親の実態調査—集団幼児健診における問診項目の分析—. 小児保健研究, 74(4), 556-562
- 山口 扶弥・田川 紀美子・藤野 成美(2017). 乳児をもつ母親の育児不安に関する縦断的研究—経産婦と初産婦の傾向と支援対策の検討—. 健康科学と人間形成. 3(1), 13-23.
- Yamashita H, Yoshida K, Nakano H, & Tashiro N(2000). Postnatal depression in Japanese women: Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. *Journal of Affective Disorders*, 58(2), 145-154.
- 吉田 敬子(2000). 母子と家族への援助 妊娠と出産の精神医学. 金剛出版.
- 吉田 敬子(2006a). 胎児期からの親子の愛着形成. 母子保健情報, 54, 39-46.
- 吉田 敬子(2006b). アタッチメント障害とボンディング障害. そだちの科学, (7), 88-95.

- 吉田 敬子・山下 洋・岩元 澄子(2006). 育児支援のチームアプローチ—周産期精神医学の理論と実践— 金剛出版
- 吉田 敬子・山下 洋・鈴宮 寛子(2005). 産後の母親と家族のメンタルヘルス—自己記入式質問票を活用した育児支援マニュアル—. 吉田 敬子監修, 母子保健事業団
- 吉田 敬子・山下 洋・鈴宮 寛子(監修)(2017). 妊娠中から始めるメンタルヘルスケア—多職種で使う 3 つの質問票—. 日本評論社
- Yoshida K, Yamashita H, Conroy S, Marks MN & Kumar C (2012). A Japanese version of Mother-to Infant-Bonding Scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 15, 343-352.