

父親の育児行動の促進と産後うつ予防： 妊娠期の夫婦参加型育児支援介入モデルの効果検証

(研究助成金 50万円)

代表研究者 福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター

助手 石井 佳世子

聖路加看護大学看護学部卒業
聖路加看護大学大学院博士課程修了

研究目的

本研究は、父親の育児行動の促進を目標とする、妊娠期の夫婦を対象とした育児支援介入モデルを多施設で実践し、効果を検証することを目的とする。

研究実施計画の概要

本研究の計画について（詳細は最終ページ参照）

- 研究デザイン：介入研究。介入モデルを多施設で臨床応用し、父親の育児行動を促し、両親の産後うつを予防できるかの検証を行う。
- 対象者：妊娠中期～後期の妊娠経過に問題のない夫婦。2つのフィールド（自治体、医療施設）において、1回のセッションにつき、約5～10組の夫婦を対象とし、各フィールドにおいて、5回の介入モデルを実施する。
- 介入方法：2つのアクティビティから構成され、夫婦同士の話し合いを通じて共感を高めることにより、父親の育児行動を促し、産後うつを予防する夫婦参加型育児支援介入モデル「共感セッション」を実施する。1回2時間のセッションであり、セッション実施後に郵送による資料配布を2回行う。

本介入プログラムはオーストラリアのモデル介入を（J Affect Disord 2004; 79 : 113-126）、共同研究者が日本に適応したものである（Int Electron J Health Educ 2012; 15 : 191-202）。

- 評価方法：介入前後の比較および、自治体では3・4か月児健康診査のデータを用いて、参加者と市全体のデータとの比較を行う。用いる指標はメンタルヘルス（うつ傾向と共感性）と育児状況である。
- 成果の活用：分析後、プログラムに修正を加え、広く公表する。

I はじめに

近年、産後うつを含む母親のメンタルヘルスや育児困難の問題が取り上げられている。世界保健機関の専門委員会は、生物学的、社会的環境要因に加え、母親のメンタルヘルスが子どもの発達に影響を及ぼすことを示した。また、妊娠中の母親の不安やうつ傾向が、子どもの気質、身体・精神発達に長期的な影響を及ぼすことも報告されている。

日本の母子保健計画「健やか親子21」によると、生後3・4か月の子育てに自信が持てない母親の割合は、ここ10年間2割程度と変わらない。日本では、欧米よりも母親の育児に対する自己評価が低く、我々の研究から育児の自信のなさが育児状況に負の影響を及ぼすことが明らかになっている。

母親の産後うつを予防するには、家族機能の強化が重要であり、夫からの情緒的サポートや良好な夫婦関係が母親の良好なメンタルヘルスにつながることで、夫婦で出産育児の準備を行うと、産後の夫の育児意図が有意に高まることが報告されている。一方、父親にも産後うつが起これば、父親とパートナーの産後うつは相関することが明らかになっている。しかし、妊娠期からの父親を対象とした育児支援プログラムの効果検証は国内では行われていない。以上のことから、妊娠期の夫婦を対象とした育児支援が父親の育児行動を促すことにより、母親だけでなく父親自身の産後うつを予防し、また、子どもの発育・発達にも効果をもたらすと考えられる。

そこで、本研究では、父親の育児行動の促進を目標とする、妊娠期の夫婦を対象とした育児支援介入モデルを多施設で実践し、効果を検証することを目的とした。

II. 方 法

1. 研究デザイン

介入モデルを多施設で臨床応用し、父親の育児行動を促し、両親の産後うつを予防できるかの検証を行う介入研究である。

2. 対象者

妊娠中期～後期の妊娠経過に問題のない夫婦とし、実施場所はA市保健福祉センター、B病院で実施した。A市保健福祉センターでは、対象期間内の分娩予定日の妊婦へプログラムを個別郵送し(365通)、参加者を募集したところ、25名から参加希望の連絡があった(応募率6.8%)。欠席者5名を除いた合計20組夫婦を対象とし、2回に分けてプログラムを実施した。B病院ではもともと病院で企画されている両親学級の一部に本プログラムを導入した。1回のセッションにつき3～4組の合計14組の夫婦を対象として4回に分けて実施した。セッション終了1週間後と産後に資料を郵送し、産後約6週間でアンケートの返送を依頼した。

3. 介入実施期間

2016年6月から2016年10月までとした。

4. 介入方法

本介入プログラムはオーストラリアのモデル介入を、共同研究者が日本に適応したものである。2つのアクティビティから構成され、夫婦同士の話し合いを通じて共感を高めることにより、父親の育児行動を促し、産後うつを予防する夫婦参加型育児支援介入モデル「共感セッション」を実施した。1回2時間のセッションであり、セッション実施後に郵送による資料配布を2回行った。

5. 評価方法

本研究の対象者は基本属性、産後の気持ちや身体の状態、母親には父親の育児の協力度「お子さんのお父さんは育児をしていますか?」について、父親には「お母さんお父さんで育児や家事を協力して行っていますか?」について回答を得た。

それ以外の評価方法として、以下の3つの尺度を介入前後(妊娠中、産後約6週間)で回答していただいた。

- ① EPDS(エジンバラ産後うつ病質問票)：産後うつ病のスクリーニング票として英国で開発された。自記式の10個の質問票で、母親の抱える様々な問題を明らかにすることができる。10項目4件法であり、日本では合計30満点中9点以上は産後うつ病の可能性が高いと言われている。EPDS測定は妊娠期にも有効な尺度である。父親のEPDSのカットオフポイントが文献によって異なるため、本調査では母親父親共に、EPDS9点以上をうつ傾向ありとした。

- ② フェイススケール：Lorish & Maskinが開発したQOL尺度で、「幸せ」から「悲しみ」までの感情を目の周囲と口、涙を用いて20段階で評価した。
- ③ 多次元共感性尺度（MES）の下位尺度である視点取得：
共感性とは他者の心理状態を正確に理解する認知と他者の心理状態に対する代理的な情動反応を統合した概念である。日本において開発された多次元共感性尺度は、Davisによる対人反応性指標（IRI）、Mehrabian & Epsteinによる情動的共感性尺度を参考にし、「他者指向的反応」「自己指向的反応」「被影響性」「視点取得」「想像性」の5つの下位尺度からなる。全体で計24項目5件法であるが、本研究では自発的に他人の心理的立場をとろうとする傾向を表す視点取得（Perspective Taking）の下位尺度を構成する5項目を使用した。

6. 分析方法

EPDS（エジンバラ産後うつ病質問票）、フェイススケール、多次元共感性尺度（視点取得）、父親の育児に対する母親の評価を用いて、産後の返送があった24名を対象に、プログラム介入前後の比較を行った。統計学的解析は、IBM SPSS Statistics21を使用した。

7. 倫理的配慮

本研究は福島県立医科大学倫理委員会の承認を得た（No. 2707）。また、本研究についての説明を受け、参加することに文書により同意した者のみを対象者とした。

III. 結 果

1. 参加対象者の属性（表1）

参加対象者はA市保健福祉センターでは20組全員から、B病院では14組中13組から研究協力の同意が得られた。初産が29名（87.9%）と多く、今までに母親教室を受けたものは21名（63.6%）であった。母親の年代は20代が15名（45.5%）、30代が14名（42.4%）とほぼ同じ割合であったが、父親の年代は30代が19名（57.6%）と最も多かった。次に、半分以上の母親（19名（57.6%））が仕事をしており、ほとんどの父親（32名（97.0%））が仕事をしていた。核家族が30組と9割を占めており、6割近くが里帰りを予定していた。セッション参加時の妊娠週数は 30.9 ± 4.5 週であった。

表 1 対象者の属性 (n=33)

項目		n(%)	もしくは平均値±SD
開催場所	A市保健福祉センター	20	(60.6%)
	B病院	13	(39.4%)
初産・経産の別	初産	29	(87.9%)
	経産	4	(12.1%)
母親教室の受講の有無	あり	21	(63.6%)
	なし	12	(36.4%)
母親の年代	20代	15	(45.5%)
	30代	14	(42.4%)
	40代以上	4	(12.1%)
父親の年代	20代	11	(33.3%)
	30代	19	(57.6%)
	40代以上	3	(9.1%)
母親仕事の有無	あり	19	(57.6%)
	なし	14	(42.4%)
父親仕事の有無	あり	32	(97.0%)
	なし	1	(3.0%)
家族構成	核家族	30	(90.9%)
	拡大家族	1	(3.0%)
	無回答	2	(6.1%)
里帰りの予定	あり	19	(57.6%)
	なし	13	(39.4%)
	無回答	1	(3.0%)
セッション参加時妊娠週数			30.9±4.5週

2. 介入前後の母親および父親のうつ傾向、フェイススケール、共感性（視点取得）の変化について（表 2）

産後 6 週間アンケートの返信は、A市保健福祉センターでは20組中15組（回収率75.0%）、B病院では13組中 9 組（回収率69.2%）の合計24組（回収率72.7%）であった。妊娠中、産後共に返信のあった24組で分析を行った。記入時点での気持ちを表すフェイススケールは、夫婦共に介入前に比べて介入後に改善が見られたが、統計的な有意差は認められなかった（ウィルコクソン検定）。母親のうつ傾向ありは介入前 6 名であったが、介入後は 4 名に減り、父親のうつ傾向ありは介入前 5 名であったが、介入後は 7 名に増加した。しかし、どちらの結果も統計的な有意差は認められなかった（マクネマー検定）。共感性（視点取得）得点は、母親、父親共に介入前後で変化はみられなかった。

表2 介入前後の母親父親のフェイススケール, EPDS, うつ傾向, 共感性の変化 (n=24)

	介入前 (妊娠中)		介入後 (産後)		P 値
	中央値 (最小, 最大)	平均値±SD	中央値 (最小, 最大)	平均値±SD	
母フェイススケール	5 (1, 11)	4.8±2.8	2 (1, 15)	4.2±3.8	0.264
母EPDS	6 (0, 18)	6.3±4.1	6 (1, 18)	6.5±3.9	0.725
母うつ傾向あり	6 (25.0)		4 (16.7)		0.625
なし	18 (75.0)		20 (83.3)		
母共感性尺度	3.8 (3.0, 4.6)		3.8 (3.4, 4.6)		0.489
父フェイススケール	5 (1, 10)	5.3±3.2	3 (1, 16)	4.4±3.5	0.106
父EPDS	4 (0, 14)	5.6±4.1	5 (1, 16)	6.2±4.4	0.313
父うつ傾向あり	5 (22.7)		7 (31.8)		0.688
なし	17 (77.3)		15 (68.2)		
父共感性尺度	3.8 (2.6, 4.6)		3.8 (2.2, 4.6)		0.896

※ウィルコクソン検定、マクネマー検定

3. 父親の産後育児行動と母親の産後うつ傾向の有無との関連について (表3)

父親の産後育児行動により母親の産後うつ傾向の割合が異なるかについて検討した。「お子さんのお父さんは育児をしていますか?」という母親への問いに対し、「よくする」と回答した群と、「時々する」から「ほとんどしない」と回答した群の2群に分け検定を行ったところ (フィッシャーの直接確率検定), 父親の育児行動について「よくする」と回答した母親の方が「時々する～ほとんどしない」と回答した母親に比べて, 産後うつ傾向ありの割合が低い傾向が見られた (P=0.059)。また, 2変数間の関連の程度を表すφ係数は0.45で, 中等度の関連であった。

表3 母親の産後うつ傾向の有無と父親の産後育児行動との関連について

	母親産後うつ傾向あり n (%)	母親産後うつ傾向なし n (%)	P 値	φ 係数
父親の育児				
よくする (n=17)	1 (5.9)	16 (94.1)	0.059	0.451
時々する～ほとんどしない (n=7)	3 (42.9)	4 (57.1)		

※フィッシャーの直接確率検定

4. 父親の共感性の変化と母親の産後うつ傾向の有無との関連について（表4）

父親の共感性の変化と母親の介入後のうつ傾向の有無との関連について検定を行った結果（マン・ホイットニーのU検定）、有意な差は認められなかった。

表4 母親の産後うつ傾向の有無と父親の共感性の変化との関連について

	母親産後うつ傾向あり 中央値（最小，最大）	母親産後うつ傾向なし 中央値（最小，最大）	P 値
父親共感性尺度変化量 (後値－前値) n=21	-0.1 (-0.6, 0.0)	0.0 (-1.2, 1.2)	0.317

※マンホイットニーのU検定

IV. 考 察

1. 参加者の特徴について

今回の33組の参加者は初産（87.9%）で核家族（90.9%）が多かった。母親教室は初産の母親が多く参加する傾向にあるため、今回の参加者も初産が多かったと考えられる。厚生労働省「国民生活基礎調査」によると平成27年度の児童のいる世帯のうち核家族世帯の割合は80.9%であるので、本調査では比較的核家族が多い。また、本調査の母親の妊娠中の就業割合は57.6%であったが、第14回出生動向基本調査によると出産前後の女性の継続就業率は38.0%であるので、本調査の母親の就業率は高い。本調査による里帰りをする予定の母親の割合は57.6%であったが、育児情報誌のアンケート調査によると平成28年度は55.9%が里帰りをしており、本調査とほぼ同じ割合である。以上のことから、核家族が多く、就業率の高い初産の夫婦が参加したと考えられる。

2. 母親と父親の産後うつ傾向について

母親の産後うつ傾向は、産前が25.0%、産後は16.7%であった。健やか親子21の最終評価によると、平成25年度調査において9.0%であると報告されていることから、全国的な値と比較すると高い値である。また、父親の産後うつ傾向も産前が22.7%、産後が31.8%であった。父親の産後うつ傾向の全国的な割合は5～10%と報告されているので、本プログラムにはうつ傾向の高い夫婦が参加している。A市保健センターは対象期間内に出産予定の全夫婦を対象に募集案内を個別郵送したものの応募率が6.8%しかなかったことから、出産後の夫婦関係に不安を抱き心理的アプローチを行う本プログラムに関心を持った夫婦がより多く参加したものと推測される。また、B病院は、もともと精神疾患合併者が多い病院として特徴づけられている。

3. 産後うつとフェイススケールの変化について

産後うつ的人数は、母親については減少したが、父親については増加した。フェイススケールについては、介入前後比較を行ったところ、母親も父親も共にフェイススケールの改善傾向が見られた。フェイススケールは回答時点での気分を表すもので、最近1週間の状態を評価するEPDSと併用することにより、参加者の細かな心理状態を評価できる。母親の産後うつとフェイススケールの改善がみられた理由として、本プログラムの効果の可能性の他に、産前の予期していた不安が解消されたこと、産後6週間でのアンケート返送であったためマタニティブルーの時期を過ぎ育児にも慣れてきた期間であったことが理由として考えられる。父親に対する育児支援については、母親に対する以上に今後の検討と工夫が必要であることが示唆された。

4. 母親の産後うつ傾向への影響について

1) 母親による父親の育児に対する協力度の評価の影響

父親は全員が「夫婦で協力して育児を行っている」と回答しているにもかかわらず、母親は「お子さんのお父さんは育児をしていますか?」という問いに対して、「よくしている」と回答した割合は、70.8%であった。健やか親子21における平成25年度3.4か月児の最終評価では「よくしている」は52.3%であり、回答時期が異なるため単純な比較はできないが、本研究参加者の父親は比較的育児に積極的に取り組んでいると考えられる。また、父親の育児行動について「よくする」と回答した母親の方が「時々する～ほとんどしない」と回答した母親に比べて、産後うつ傾向ありの割合が低い傾向が見られた。母親の産後うつ要因として夫婦関係が挙げられているが、父親が夫婦で協力して育児を行っているとは回答しても、母親の期待する「よくしている」という主観とのずれが、母親の産後うつ傾向を高める要因の一つであると考えられる。

2) 父親の共感性尺度の変化について

母親の産後うつ傾向の有無で、父親の介入前後による共感性尺度（視点取得）の変化量を比較した結果、有意な差は認められなかった。すなわち、本介入プログラムへの参加により、父親の共感性があがり、育児への協力が増え、さらには母親の産後うつ傾向を改善することを目標としたが、今回の調査では明確な効果を確認できなかった。とはいえ、妊娠中からうつ傾向の高い夫婦が本プログラムの受講を希望していることから、本プログラムへの期待は高いと考えられる。今後は特に父親の支援について介入プログラムの修正をした上で、対象者数を増やした効果検証が必要である。

V. 結 論

1. プログラム参加者の特徴として、初産、核家族、就業の割合が高く、夫婦共にうつ傾向が高かった。
2. 介入前後で母親のうつ傾向は減り、父親のうつ傾向ありは増加したが、いずれも有意差は認められなかった。
3. 父親の育児行動について、「よくする」と回答した母親の方が、「時々する～ほとんどしない」と回答した母親に比べて、産後うつ傾向ありの割合が低い傾向が見られた。
4. 今後は父親支援についてプログラム修正をした上で、対象者数を増やした効果検証が必要である。

謝 辞

研究にご協力をいただきました対象者の皆様、A市保健福祉センターの皆様、B病院のスタッフの皆様に深く御礼を申し上げます。また、本研究を助成してくださった総合健康推進財団に深謝いたします。