

石川県立看護大学
大学院 看護学研究科

博士論文

早期産褥期の母親を対象とした
「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果の検討

前川 弓枝

2023

Study on the mental support for early post-partum mothers named “Mama Nikkori Peace of Mind Child Care Program”.

Currently, around 60% of child abuse fatalities involve infants under one year old, with half of them under 1 month old. In addition, approximately 60% of the main perpetrators of abuse are mothers. In 2015, the “Healthy Parents and Children 21 (Secondary)” program was launched, providing continuous childcare support from pregnancy to postpartum to enable safe child-rearing after hospital discharge. However, during the process of growing up as a mother, some mothers lose confidence in their parenting skills. Especially in the early postpartum period, negative feelings towards the child and one's own upbringing history often lead to unexpected difficulties and increased anxiety. To address these issues, we focused on group support among mothers to improve their self-efficacy in childcare. However, there are currently no parenting support programs for early postpartum mothers. In this study, we focused on the Nobody's Perfect (NP) program, which has demonstrated effectiveness in Japan by improving self-efficacy and reducing childcare anxiety. Building upon the NP program, we aimed to develop and verify the effectiveness of a unique program called “Mama Nikkori Peace of Mind Child Care Program” tailored to mothers in the early postpartum period.

We assessed the program's efficacy in two parts: first, using “Tool to Measure Parenting Self-efficacy (TOPSE)” and then employing the “Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)” and the “Mother to Infant Bonding Scale (MIBS)”. In addition, the program's process was analyzed based on free descriptions.

The intervention group (43 individuals) received group support through the devised program and the control group (55 individuals) received only bedside individual support. Both groups were assigned an anonymous self-administered questionnaire, including TOPSE, before and after the program; the intervention group also responded to the questionnaire one week after hospital discharge. Exogenous variables such as “postpartum depression”, “bonding disorder”, “feeling of being loved by parents”, and “first-time mothers”, which are factors that affect self-efficacy in childcare, were

analyzed using two-way analysis of variance. The analysis was performed for both groups as a whole and for each risk factor over time and between groups (intervention group/control group).

The results for part 1 indicated a significant main effect of time on TOPSE scores, but no main effect or interaction between the groups. Furthermore, in part 2, MIBS and EPDS exhibited similar changes in both groups, and no statistical analysis yielded significant results indicating the program's intervention effects.

Based on mothers' feedback during the verification of the process, approximately 80% of them felt that time spent on the program was "a good degree", indicating that the program content had a positive group therapy effect.

The study did not statistically demonstrate the intervention effects of the program. This is because it is difficult to design a program setup that accurately captures the effects of group support, as the participants were mothers in the early postpartum phase. In addition, the verification of the effects might have been affected by the fact that the participants could not be selected completely at random.

However, during the process validation, participating mothers stated that they were satisfied with the program and did not find it burdensome. Furthermore, some content was seen as an effect of the group therapy. This does not mean that the program was ineffective. Therefore, we aim to continue improving the program and conducting further research to develop it into an effective form of group support.

目次

第 I 章 序論	8
1.研究の背景	8
1.1 出産後の褥婦の現状	8
1.2 褥婦の気がかりな育児行動の背景要因	9
1.3 母親の生育歴と気がかりな育児行動の関連	11
1.4 虐待の現状	12
1.5 育児における（親になることへの）支援状況	13
1.6 子育てにおける母親の自己効力感への支援とその現状	16
2.文献検討	19
2.1 産褥期における支援の着眼点	19
2.2 看護師が育児の知識・技術を提供するプログラム支援	19
2.3 産褥期における「プログラム」による支援方法	20
2.4 母親同士の集団型の育児プログラム支援	21
2.5 育児の自己効力感に着目したプログラム支援	21
2.6 母親のストレスに着目したプログラム支援	22
2.7 育児不安に着目した集団型のプログラム支援	23
3.産後の育児支援の活動内容とその課題	23
3.1 育児不安や育児ストレスに関する支援の実際とその効果	24
3.2 産褥期の育児支援の課題	24
4.海外で行われている親支援プログラム	25
4.1 Nobody's Perfect (NP)	25
4.2 Program for Early Parent Support (PEPS)	26
4.3 Positive Parenting Program (Triple P)	27
4.4 Parents Helping Parents (PHP)	27
4.5 Powering Parents, Empowering Communities (EPEC)	27
4.6 他のプログラムに対する NP の特徴	28
5.総括	29
5.1 早期産褥期の母親の役割行動と心身の変化	29
5.2 早期産褥期の母親役割と育児行動の変化	30

5.3 早期産褥期の母親の育児不安.....	30
5.4 早期産褥期の母親の育児と自己効力感.....	31
5.5 早期産褥期の母親への支援プログラムの考案.....	32
5.6 まとめ	33
6.本論文の構成	34
7.引用文献.....	35
第Ⅱ章 早期産褥期の母親を対象とした「ママにっこり安心子育てプログラム」の 効果：Tool to Measure Parenting Self-efficacy 得点による評価	41
1.緒言.....	41
1.1 研究目的	42
1.2 用語の定義.....	42
2.研究方法	42
2.1 研究デザイン と研究対象者	42
2.2 プログラムの概要（プログラムの対象者）	43
2.3 プログラムの概要（ねらいと基本的考え方）	43
2.4 プログラムの概要（NP プログラムとの相違）	45
2.5 プログラムの概要（プログラムの運営方法）	46
2.6 調査方法	47
2.7 調査内容・測定尺度・調査期間.....	48
2.8 分析方法	48
2.9 倫理的配慮.....	49
3.結果.....	50
3.1 対象者の属性.....	50
3.2 対象者の生活環境とサポート状況.....	52
3.3 プログラム前（妊娠 36～40 週）における心理的背景.....	54
3.4 プログラム実施前・実施後・退院後約 1 週間の自己効力感（Tool to Measure Parenting Self-efficacy 下位尺度：子どもの理解と情緒的相互作用得点）の変化	55
3.5 介入群と対照群におけるプログラム実施前後の自己効力感（Tool to Measure Parenting Self-efficacy 下位尺度：子どもの理解と情緒的相互作用得点）の変化	56
3.6 外生変数別にみる自己効力感（Tool to Measure Parenting Self-efficacy 下位尺度：子ど	

もの理解と情緒的相互作用得点) の変化.....	57
3.7 プログラム参加後の自由記載の調査の結果	58
4. 考察.....	60
4.1 「ママにっこり安心子育てプログラム」 の効果検証について	60
4.2 プログラムの構成プロセスの検証 (自由記載の内容より)	62
4.3 研究の限界と課題.....	64
5. 結論.....	65
6. 引用文献.....	65
第三章 早期産褥期の母親を対象とした「ママにっこり安心子育てプログラム」の 効果 : Edinburgh Postnatal Depression Scale および Mother to Infant Bonding Scale 得点による検証	68
1. 緒言.....	68
1.1 研究目的	70
2. 研究方法.....	70
2.1 プログラムの効果をみる指標及びその尺度	70
2.2 分析方法	71
2.3 倫理的配慮	71
3. 結果.....	71
3.1 対象者の属性	71
3.2 Mother to Infant Bonding Scale 得点における両群比較	71
3.3 Edinburgh Postnatal Depression Scale 得点における両群比較	71
3.4 Mother to Infant Bonding Scale 得点と Edinburgh Postnatal Depression Scale 得点にお ける妊娠期と産後の関連と二群比較	72
3.5 考察.....	74
3.6 研究の限界と課題.....	76
4. 結論.....	77
5. 引用文献.....	78
第四章 総括	80
1. 第II章～第III章の要約	80
2. 検証1と検証2の結果による「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果検証.....	81

3.「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果検証の限界.....	83
4.今後の課題.....	84
5.引用文献.....	85
謝辞.....	86
利益相反.....	87
本研究に関連する研究発表.....	87

第 I 章 序論

1. 研究の背景

1.1 出産後の褥婦の現状

ライフサイクルの中で、女性は妊娠という新しい命を体内に宿すと、約 10 ヶ月もの間その命を体内で守りながら日々を過ごすこととなる¹⁾。妊娠期の母親になっていくプロセスは、妊婦自身が妊娠を肯定的に受け止めるところから始まる。妊娠を肯定的に受け止めて受容することは、妊娠期間中の妊婦自身と胎児の健康を守り、出産・育児への心身の準備を進め、母親になっていくプロセスを進んでいく上で重要である¹⁾。夫や家族が妊娠を喜んでいることは妊婦自身の親になっていくプロセスに肯定的に影響する¹⁾。

出産後は、退行性変化と進行性変化が同時に起こる時期でもある。退行性変化の一つである妊娠により増大した子宮の復古は、産後 0～2 日の間の比較的規則正しい間隔をもって子宮収縮（後陣痛）が起こる。そして、産褥 1 日は臍下 1～2 横指経、産後 3 日には分娩直後の高さになり、日をおって下降し 9～14 日で小骨盤内に入って腹壁上からは触れなくなる²⁾。また、産褥中に子宮、膣から悪露という分泌物が排出される。悪露は主に胎盤・卵膜の剥離で生じた子宮内創傷面からの分泌物であり、分娩直後の約 1 日間は鈍血液であり産褥 4～5 日から 8～9 日で血液成分を減じるも 8～21 日までは血液色を示し 4～6 週で全く停止する。悪露の全量は約 500～1000 g で、3/4 は産褥初期の 4 日間で排出される²⁾。また、分娩時にできた会陰部の裂傷は 1～2 週間で治癒することが多いが大きい裂傷は瘢痕を残す³⁾。他にも、様々なホルモンバランスの変化や全身の循環動態など褥婦の身体はゆっくり時間をかけて回復し妊娠前の状態に変化していく。一方で進行性変化として乳房の変化がある。妊娠期から発育した乳房は、分娩が終わるとさらに急激に発育し、産褥 2～3 日になると著しく腫脹・増大して硬結することもある。静脈は表面に現れ索状の排泄管、結節状の乳腺に触れるようになり、褥婦は刺すような痛み・熱感を感じる。乳汁分泌は、経産婦では比較的速やかに開始するものが多く、ときには分娩後 12 時間でこれを見る。初産婦は遅く、平均産褥 3～4 日ころから急激に分泌が亢進する²⁾。

このような妊娠期、分娩を経て産褥期の急激な身体の変化が進む中で育児は始まる。多くの母親は、妊娠期から母親学級や助産師外来等で、出産後すぐに始まる育児についての知識を獲得し母親になる心の準備を進めている。妊娠期は、母親が胎児の存在を実感し愛情を抱いていく⁴⁾ 母性を育む時期であり、子育ての出発点である。妊娠期からの母性の成長は出産後すぐからわが子に愛情をそそぎ母子関係の円滑な始まりにつながる。一方で子どもは産まれた直後か

ら母親からの豊かな愛情を受けることができる。子どもにとっては母親からの豊かな愛情は、将来、自らがさらに次世代をいつくしみ育む力となる⁵⁾。早期産褥期から良好な母子関係が開始でき育めるように支援することは、良好な母子関係を保ちながら育児が継続するために重要であると考ええる。

1.2 褥婦の気がかりな育児行動の背景要因

分娩を終えた褥婦は、その経過が正常であっても産褥の2～3日は分娩のストレスによる影響が残っている。会陰切開部位の疼痛、排尿・排便時の違和感、後陣痛、乳房緊満感などの身体的苦痛は褥婦の感受性を鈍くし、褥婦をとりまく環境への適応を困難にする⁴⁾。また、内分泌の急激な変動も相まって感情の揺れ動きが激しく、時に不安定になりやすい。褥婦にみられるこの感情の特性には個人差はあるものの産後早期における母性の形成過程で影響力を持つ⁴⁾。産褥期の精神面での正常からの逸脱には、マタニティーブルーズ、神経症、抑うつ症、精神分裂病などがあげられる。マタニティーブルーズ以外の発生頻度は0.1～0.4%であるが、マタニティーブルーズは産後3日目頃から起こり褥婦の10～30%にみられる。マタニティーブルーズとは一過性の軽い抑うつ状態のことをいい、通常2週間ほどで症状は消失するが一部に周産期うつ病、産褥期精神障害などに移行するものもある³⁾。原因は十分に解明されていないが、分娩後の体内の急激な内分泌環境の変化が関連しており、この変化に、慣れない育児への不適応（母乳栄養の確立・新生児の世話など）、夫や家族の非協力、サポートシステムを持たない産褥期の日常生活による基本的ニーズが満たされないなどの心理・社会的要因が加味されて発症に影響を及ぼすと考えられている⁴⁾。また、マタニティーブルーズなどのうつ病の症状は周産期の生活や体調の変化と結びつけて解釈され見過ごされることも多い⁶⁾。産後うつ病の褥婦には、乳児がなぜ泣くのか分からない、乳児の欲求にどのように応えてよいかわからないと困惑する、あるいは逆に、むしろ子どもへの関心より自分の感情にとらわれているなどの育児行動がみられ、育児機能に様々な障害をきたしている⁷⁾。わが国では、周産期うつ病においては、日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票⁶⁾（Edinburgh Postnatal Depression Scale：EPDS）を用いてスクリーニングが行われている。EPDSは英国のCoxらにより開発され、周産期医療や地域母子保健活動において周産期の女性の心の問題の気づきの手立てとして広く取り入れられている⁶⁾。EPDS得点においては、妊娠期EPDSの高得点者が産後EPDS高得点者になる相対リスクは17.0であり中等度の相関が確認される⁸⁾など妊娠うつと産後うつの関連が分かっている。妊娠うつのリスクファクターとして「母親の不安」「ストレス」「うつ病の既往」「社会的支援の不足」

「望まない妊娠」などがあり⁹⁾ 妊娠中からの否定的な胎児感情や不安がうつ症状を発症させる要因とされている。また、産後うつに強く関連している要因として「赤ちゃんの気持ちを汲みとれない不安」「赤ちゃんを拒絶する気持ち」などがあり¹⁰⁾ 望まない妊娠や、否定的な胎児感情など妊娠中より不安が強くうつ症状のある妊婦は産後にうつ症状が悪化し育児障害をきたす可能性が予測される。

近年では、産後うつとボンディング障害との関連が注目されている。「ボンディング」とは、母親とわが子との二人の間の愛情に満ちた関係を意味しているとされている⁵⁾。親子関係において、子どもから母親や母親的な養育者への特別な情緒を愛着と呼ぶとしている⁵⁾。反対に、わが子に対する情緒的な絆を結べず、母親に対して治療や介入をしないと子どもの安全が懸念されるような母親の状態を「ボンディング障害」¹¹⁾という。Brockington^{11,12)} は母親のわが子に対する情緒的な気持ちと態度の障害について、損なわれた情緒的な絆の感情、拒絶と怒り、子どもをケアすることについての自信のなさや不安、虐待のリスクにわけている。ボンディング障害の要因は単一ではなく、諸要因が複雑に絡んでいるとし、その要因として心理・社会的な脆弱性や、母親自身が幼少期から体験した否定的な被養育体験などを挙げている¹¹⁾。また、幼少期にうけた否定的な被養育体験の過去をもつ母親は、母親として成長する過程の中でそのつらい体験が思いだされることもある⁶⁾。母親は自らの過去と向き合いながら母親としての役割を担っていかなければならない。その中で母親はメンタルヘルスのバランスをくずし母親になることへの自信をなくし母親役割の達成に支障が生じる可能性もあると考える。

母親役割の達成について Mercer¹³⁾ は、多くの要因が母親役割に直接的、間接的に影響を及ぼしているとしている。その要因として、①母となった年齢②出産経験についての受け止め方③早期母子分離④自己尊重（自尊感情）⑤自己概念（自己認識）⑥柔軟性⑦養育態度⑧健康状態⑨不安⑩抑うつ⑪役割緊張⑫満足感⑬アタッチメント⑭乳児の気質⑮乳児の健康状態⑯乳児の特性⑰家族⑱家族の機能⑲ストレス⑳ソーシャルサポート㉑情緒的なサポート（Emotional Support）㉒情報的なサポート（Informational Support）㉓身体的なサポート㉔評価的なサポート㉕母親－父親関係㉖分化の要素に基づいているとしている。Mercer¹³⁾ はルービンの理論をもとに、役割理論や発達理論の影響をうけて母親役割達成の理論を開発した。また、母親役割の達成は、①妊娠中に始まる予期的段階②子どもの出産によって始まる公式的段階③母親自身の過去の経験に基づいて自信の役割を生み出す非公式的段階④役割のアイデンティティを獲得して役割を達成する個人的段階の4つの段階を経て達成されるとしている¹⁴⁾。

出産後、母親になるための直接的な要因にサポートすることは、産後うつやボンディング障

害を予防し、生育歴に何かしらの背景をもつ母親にとっては、自身のつらい過去の体験と向き合いながら母親として成長するための支援につながるのではないかと考える。

1.3 母親の生育歴と気がかりな育児行動の関連

育児行動には、女性の生育過程すなわち、誕生から思春期に至るまで過去および現在の経験や環境などの要因が大きく左右する¹⁵⁾。産後うつと生育歴の関連について、子どもの頃に虐待を受けた母親、特に心理的、性的虐待を経験した母親は産後うつリスクが高く、わが子への虐待の不安から心理的および行動上の問題を引き起こすことが分かっている¹⁶⁾。また、妊娠うつや不安に最も関連する要因としてはパートナーの欠如や社会支援の欠如、虐待や家庭内暴力の経験、精神疾患の既往や望ましくない妊娠などが分かっており¹⁷⁾、虐待の生育歴が周産期全体のより高いうつ病リスクに関連していると示されている¹⁸⁾。虐待のハイリスク因子として、被虐待体験や社会的孤立、子どもに対する否定的感情や愛着不全などがあげられ、親の不適切な養育体験などの生育歴や孤独な育児環境は産後の育児不安やボンディング障害を引き起こすだけでなく、それらによる虐待の世代間連鎖に至る可能性もある。虐待のハイリスク因子として、被虐待体験や社会的孤立などがあげられるが、鎌田ら¹⁹⁾は母親の被養育体験に着目し内的ワーキングモデル（Internal working model：IWM）と社会支援に対する態度との関連を明らかにしている。

IWM とは、愛着を向けることのできる相手は一体だれなのか、その相手はどこにいるのか（近接可能性）そしてその相手は自分の働きかけにどう応えてくれるのか（情緒的応答性）について、子どもがそれらの表象を形成しそのことを確信していく作業モデルを指す²⁰⁾。鎌田ら¹⁹⁾は、乳幼児を持つ母親の IWM が secure 傾向の母親が子育てを肯定的に感じているものが多いのに比して、ambivalent 傾向では「しんどい」「いらいらする」「不安が強い」などの否定的に感じている母親が多いとしている。また、IWM と愛着との関連において幼少期の Attachment と IWM の安定型、不安定型、回避型のそれぞれの間には相関が見られており²¹⁾トラウマなど逆境体験を重ねてきた母親は自分の子どもにいろいろなものを投影してしまうことが多く、子どもを拒絶する背景には「大声で泣いてわざと私を怒らせようとしている」など被害的な思いを感じていることがある²²⁾。

近年、欧米では、チャイルド・マルトリートメント、日本語で「不適切な養育」という考え方が一般化してきた²³⁾。虐待などの不適切な養育（マルトリートメント）を受けた子どもは安定したアタッチメントが育たなかったり、反応性アタッチメント障害を発症する²⁴⁾。マルトリ

ートメントを受けた子どもは大人になってからも人間関係がうまくいかないなどの症状を示すアタッチメント（愛着）障害が生じやすい²³⁾。愛着障害をもつ子どもたちは自己肯定感が極端に低く叱るとフリーズしてしまい、褒め言葉はなかなか心に響かない特徴があるとされている²³⁾。そして、その子どもが大人になったとき、胎児を拒否したり、我が子に否定的感情を抱いたり、育児を回避、拒絶する²⁵⁾などのボンディング障害を示すこともある。きがかりな育児行動の背景には、否定的な対児感情やボンディング障害など、母親自身の生育歴の関与の可能性のある心理的要因も関係していると考えられ妊娠期から早期に支援することが望ましいと考える。しかし、全ての母親の生育歴に焦点をあてて支援することは難しく、見過ごされたまま退院してしまうケースも少なくないのが現状である。生育歴に何かしらの背景を持つ母親は、不安定なIWMをもつことが考えられ育児に対する否定的な感情を抱きやすい¹⁹⁾。入院中から生育歴に何かしらの背景をもつ母親が孤独な育児にならないよう、また、自尊心が高まるようなサポート的な支援は母子の愛着形成を促進する上でも重要であると考ええる。

1.4 虐待の現状

児童虐待は英語で「child abuse」といい、欧米では大人が子どもに対して不当な権力行使をするという概念でとらえられている²⁶⁾。児童虐待は大きな社会問題であり、我が国の児童相談所における相談件数は年々増加し1992年度(平成4年)は1372件であった²⁶⁾。しかし、1995年(平成7年)頃から、急増し2000年度(平成12年)には1万7725件、2014年度(平成26年)には8万8931件となっており、約20年の間に40倍以上と増加の一途をたどっている²⁶⁾。わが国では、1990年(平成2年)前後から一部の医療関係者や児童福祉関係者に児童虐待の事実は知られていたが、社会的関心が高まり始めたのは1990年代の後半からである。このような情勢に伴い、児童虐待に関する調査研究が本格化し、2000年(平成12年)には「児童虐待の防止等に関する法律」が成立するに至った²⁶⁾。さらに、2007(平成19年)年には虐待を受けているおそれがある子どもの安全確認、身柄確保のため、裁判所の許可状を得て児童相談所が強制的に立ち入ることができるなどの改正がなされた。なお、近年問題になっている医療ネグレクトや施設入所中などの児童については児童虐待から子どもを守るため、民法の「親権制限制度」「未成年後見制度」が改正され、2012年4月1日から施行されている²⁷⁾。

児童虐待の虐待者は、母親が約6割、父親が3割であると報告されている²⁶⁾。その中で、死亡事例での主たる虐待者は、実母が全体の5割である。母親が虐待者として最も多い背景には、母親が育児を主として担っていることがあげられる²⁶⁾。児童虐待の被虐待児の年齢は、小学生

が最も多く、次いで3歳～学齢前、0～3歳未満となっている。一方、死亡事例では、0歳児が他の年齢に比べて際立って多く、虐待を受けた場合、抵抗のできない乳児は死亡に至っている²⁶⁾。近年、新生児虐待の素地としてボンディングの問題が注目されている²⁸⁾。山田²⁸⁾・Ohashi²⁹⁾らの調査では、産後5日目の抑うつではなく、ボンディング障害があるときに、産後1ヶ月時に虐待的育児行動が有意に多くみられることが明らかになっている。山下は³⁰⁾、産後うつとボンディング障害との関連については、産後5日目、3ヶ月目のいずれにおいてもうつ病の母親においてボンディング質問票の総得点は高く、産後うつ病の母親の乳児に対する否定的感情がより高い結果となっているとしている。

厚生労働省の2021年（令和3年）³¹⁾における現在の合計特殊出生率は1.30と低下の一途をたどっている。一方、核家族化の進行により、多くの母親が家族の支援を得られにくい孤独な環境で子育てをしている。また、閉塞感のある環境での育児の継続による不安や抑うつ状態の悪化や、支援の少ない孤独な育児環境による育児困難感の増大と児童虐待との関連³²⁾が問題視されている。よって、児童虐待の予防の関連からも早期からの母親の不安や抑うつ、育児困難感に対する支援の必要性が求められる。

1.5 育児における（親になることへの）支援状況

母子保健の歴史においては、1947年（昭和22年）の児童福祉法の制定後、母子保健の一層の向上を図るために1965年（昭和40年）に母子保健法が制定された³³⁾。その後、「1.57ショック」に見舞われ少子化が大きな社会問題となり、核家族や女性の社会進出など子育て環境の変化に伴い発達障害をはじめとする子どもの心の問題、児童虐待などが深刻な社会問題となった³³⁾。これらを背景として、2016年（平成28年）の児童福祉法の改正を機に母子保健法は一部改正され児童虐待防止対策の推進を図っている。また、この改正により「母子健康包括支援センター」という名称で法律上位置づけられ、市町村に努力義務が課されることとなった³³⁾。さらに、2019年には公布の改正母子保健法により、市町村は出産後1年を経過しない産婦および乳幼児を対象に、産後ケア事業を行うことの努力義務が課せられている³³⁾。

また、母子保健の重要課題を「妊娠期からの児童虐待防止対策」と「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」とし、2015年（平成27年）度より、「健やか親子21（第2次）」がスタートしている¹¹⁾。厚生労働省では、産婦のメンタルヘルス対策の観点から、産前産後の育児不安や育児負担感、うつ状態が子どもの虐待の誘因になることを指摘し、妊娠期から出産後の切れ目ない支援を始めた^{11,33)}。これは、2017年（平成29年）度から始められた事業で、産後2週間およ

び産後1ヶ月頃の産婦を対象とした産婦健康診査の費用を助成するものである³³⁾。

2007年（平成19年）には、乳児家庭の孤立化の防止や育児不安の軽減や子ども虐待の予防を図り乳児の健全な育成環境の確保を目的にこんにちは赤ちゃん事業（乳児家庭全戸訪問事業）が始まった⁵⁾。また、妊娠出産の時期は、心身共に親になるための準備をする時期である。これらの周産期における子育て支援として、妊娠期においては胎児を意識できる言葉かけや不安の受けとめ、入院中は出産によって達成感をもつための支援や出産後の母体の回復、アタッチメントの形成、子育ての知識や技術の獲得のための保健指導が行われている⁵⁾。

しかし、これらの事業が行われている一方で、妊娠中から産褥早期においてはこれに対する支援はほとんど行われていない。先にも述べたが、早期産褥期である入院中に医療者から受ける助言の内容は、産後の身体的変化や日常生活の過ごし方、おむつ交換や沐浴、授乳などの多くが育児技術についてである。母親は退院後の子育てへの不安、特に赤ちゃんの泣きにうまく対応できるかという不安を持っており、自身の出産までに子どもを世話した経験のない母親が増加していること育児負担感や不安、いらいらなどの育児ストレスを抱える母親が増加していることが指摘されている⁵⁾。また、退院後は、これまでの夫婦だけの生活から赤ちゃんがいる生活に変わり育児のある生活に生活環境が変化する。産後ケア事業を利用する産後21日までの母親が不安と訴える内容には今後育児や家事がうまくできるかなどちょっとしたことで不安になり思うようにいかない時や夕方にいらいらし、一人の時は辛さが増すと感じていることが分かっている³⁴⁾。親が育児をする生活基盤である心理社会的背景の支援だけでなく親子関係そのものへの支援によって虐待の発生予防ができるとし、子ども時代に愛された体験のない親の子育てへの支援が重要であることが指摘されている³⁵⁾。また、このようなハイリスクな母親が妊娠分娩中にスタッフから温かく共感性のあるケアをうけることは重要である。分娩時から始まるわが子との生活において、わが子の言動の意味を知り有効な対応スキルを得ることは愛着形成を促進するケアとなる。また、子育てする中で回帰する子ども時代の辛さを話して理解されて心的外傷が回復するようなサポーターティブな支援を個別またはグループで行うことは重要であることも分かっている³⁵⁾。妊娠期から育児期にかけて切れ目なく支援していく中で、このようなグループ療法の効果を活かした支援について着目した。妊娠期においては伊達岡³⁶⁾が、育児不安や育児困難の予防を目的に妊婦を対象にグループ支援を実施し、サポーターティブなグループの中で「実母との関係に関する不安」における自分の本当の気持ちを吐露することが自己受容や不安の低下につながり、妊娠・出産・産後の子育てにポジティブな気持ちになるとしている。また、産後においては、前原ら³⁷⁾は、母子相互作用を促すプログラムとして、ピアサポートを

活用しながら母子の相互作用を促すことから母親の自信をたかめるようなプログラムを行いその評価をしている。しかし、出産後間もない入院中の母親に対しては、退院後に安全に育児ができるような育児技術の支援と助産師の経験値で察知した気がかりな褥婦に対する個別的なケアをすることで精一杯であり十分な支援が行き届いているとは言いがたく、個々の休息を重視していることからグループによる育児支援は各施設の判断に委ねられているのが現状である。産褥早期の褥婦が、グループで語り合う場面においては「自分を理解してくれる、自分を同一化できるようなグループ」と受けとめられ、安心感とともに自己開示とカタルシスを可能にすることも分かっている³⁸⁾。従来の育児支援は、知識や技術の伝達や指導を中心としたものであったが、現在では母親のそばに寄り添い、共感しながら支えていくという形に変化しつつある⁵⁾。このことから、産後の育児に対する自己効力感をあげるような支援としてエンパワメントされるようなグループ支援の考案が必要であると考えられた。早期産褥期の特徴として、出産後間もない時期であり疲労を抱えたまま慣れない育児を行っている時期であること、さらに、心理面において内分泌の変動により精神状況が不安定になりやすい時期であることが考えられる。母親の気持ちの安楽を図りながら母親の気持ちに寄り添い、共感できるようなグループ支援が必要であると考えられる。このような共感しながら支えていく形の支援として **Nobody's Perfect** プログラムや育児幸福感を高めるプログラムなどのグループ支援がある⁵⁾。これらの支援は、参加者が中心となって抱えている悩みや関心のあることをグループで話し合いながら自分にあった子育ての仕方を学んだり、育児ストレスなどのネガティブな感情への対応とともに育児幸福感などのポジティブな感情を大切にしたり、母親自身がそうした気持ちに気づき、育児している自分を認め自信をもって取り組めるようにしたりするためのプログラムである⁵⁾。**Nobody's Perfect** プログラムにおいては、「参加者の安全を大切にし、エンパワメントされるように関わりながら、他者や自分の思いの共有から自分の長所に気づき、自分のできそうなやり方を獲得する参加型の支援」という基本的な考え方がある。さらに、参加者が悩みや不安・困り事経験を話し(自分の経験の再認識)、それを聞いていた残りの参加者たちが思いついたこと(似た悩みや経験またはそれが軽減・解決した経験、自分の考えなど)をそれぞれ話す(関連付け)というスタイルで進められる。そのスタイルによって、短時間で負担なくグループ支援をすることが可能であると考えられ、早期産褥期の母親に求められる支援方法であると考えられる。

出産後間もない早期産褥期は、前述したように、産後の疲労を抱え、さらに身体的・心理的の激しい変化に適応しながら育児のある環境に適応しなければならない状況にある。また、このような状況で孤独な育児が継続されれば母親は育児に不安を抱え育児困難に陥ったり、育児

に自信をなくした状態で退院を迎える可能性がある。そのため、「健やか親子 21（第 2 次）」妊娠期から育児期にかけて切れ目のない支援が必要であるという視点からも、出産後間もない時期から退院を迎えるまでの入院期間中にも、母親が「なんだか育児ができそうだ」と育児に自信をもてるような育児支援が必要であると考ええる。

1.6 子育てにおける母親の自己効力感への支援とその現状

Bandura³⁹⁾ は自己効力感について、「ある状況や結果をもたらすために、自分が力を発揮できるという予期や自信」、「自分ならできる」という自己への信頼感・有能感を指す。また、「自然発生的に生じるものではなく、①遂行行動の達成（自分の力で成功したという体験）、②代理経験（類似する人の成功から自分もできるという信念の獲得）、③言語的説得（社会・第 3 者からの説得）、④情動的喚起（生理的要因・感情要因）の 4 つの情報源を通して自ら作り出していくものである。」と述べている。さらに、心理学的ケアは、その方法が何であれ、自己効力感のレベルと強さを変化させると述べており、成功したパフォーマンスを繰り返し観察すると、自己効力感のレベルと強さが大幅に増加し、それに伴いパフォーマンスも同様に大きく増加したとされている⁴⁰⁾。Bandura³⁹⁾ は、成功と失敗についての個人の経歴はその人が自己効力感をどのくらい持つかを定める第 1 の源であるとし、自己効力感の低い感覚を持つ人が早期に課題をあきらめる傾向がある一方、強い自己効力感をもつ人はそれが成功するまで与えられた課題をやり通すとしている。

子育ての自己効力感においては、生育歴や親からの被愛され感⁴⁰⁾、育児不安⁴¹⁾、うつ傾向⁴²⁾、ボンディング障害⁴³⁾の程度などが影響を及ぼしていることがわかっている。また、母親の自己効力感と産後うつが虐待の経験と関連していること、愛着障害に関連する自己効力の低いリスクが最も高い母親の産後うつに苦しんでいるなど、自己効力感と虐待、ボンディング障害、産後うつは複雑に関連している⁴³⁾。産後うつにおいては、日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）得点が 9 点以上の高得点群は一般性セルフエフィカシー（GSES）が有意に低く、育児ストレス得点が有意に高いことから、育児ストレスと自己効力感が EPDS と関連する要因であることも分かっている⁴⁴⁾。母親の自己効力は、母親の虐待の生育歴に影響され^{45,46)}、虐待を受けた母親の自己効力感が低いリスクが高いことが確立されるとしている¹⁸⁾。虐待の生育歴のある母親にとって赤ちゃんの存在は虐待やうつ病の感情の記憶を呼び起こし⁴⁷⁾ 虐待の生育歴や愛着障害が母親の自己効力感に影響を与える可能性がある。また、母親の自己効力感と乳幼児の苦痛との関連性が母親の感受性に与える影響を検討した結果⁴⁸⁾、母性ケアの記憶と自尊心

は互いに、また母親の自己効力感とも有意に相関し、記憶された母親ケアの母親の自己効力感に対する効果は自尊心によって媒介されることがわかっている⁴⁸⁾。また、制限に対する幼児の苦痛、幼児の癒しやすさ、サポートへの満足度は、母親の自己効力感を予測するために有意に相互作用したとし、自己効力感を高めるために支援が必要であるとしている⁴⁹⁾。これらの背景より、自己効力感と産後うつ、虐待や愛着障害などの人間関係のトラウマと心理的サポートとの関連について調査したところ、心理的サポートは母親の産後うつを緩和し自己効力感を高めることに影響していることが分かっている⁴⁵⁾。また、母親との信頼関係を築き、母親の個々のニーズに応じた心理的サポート、前向きな評価サポート、情動的サポート、実践的サポートを提供し、問題や感情などに焦点をあてた方法での支援は、母親の自信や自尊心、自己効力感を高めるのに役立つ支援となっており⁵⁰⁾ 母親へのサポータティブな支援は自己効力感を高めるために効果的であることがわかっている。

ここからは、「Tool to Measure Parenting Self-efficacy (TOPSE) : 子育ての自己効力感尺度」について述べる。TOPSE は、Kendall⁵¹⁾が様々な育児プログラムの効果についての評価研究が少ないことに着眼し、2005 年（平成 17 年）に開発をしている。この尺度は、Bandura が開発した、自己効力感理論に基づいている。そして、両親と育児プログラム・ファシリテータと一緒に実施された 12 のフォーカスグループから自己効力感尺度に含まれる重要な項目を特定しこれらの尺度の妥当性と信頼性を分析したものである。サブスケールの内部信頼係数は 0.80 から 0.89 の範囲で全体の信頼度が 0.94 である子育て自己効力感を測定するための有効で信頼性の高いツールとして開発された。また、これらの評価尺度により育児に多少問題があると確認された親がそうでない親より、TOPSE のスコアが有意に低かったことを明らかにしている。これらの尺度を用いて、Kendall⁴⁹⁾は育児期の両親におけるグループベースの子育てプログラムである「123マジック」の有効性について調査している。Kendall⁴⁹⁾は、「123Magic は育児の自己効力感を向上させる上で効果的で有り地域の親や家族を支援するための親プログラム・ファシリテータの価値と貢献を示している」と示唆しており、2007 年から 2009 年までに 16 回の「123Magic」の子育てプログラムに参加した 74 名の親を対象にプログラム前後に TOPSE にてアンケート調査を実施した。結果、ベースラインからプログラム終了時のすべての TOPSE の平均スコアが上昇しこれらのスコアが統計的に有意であったと報告している⁴⁹⁾。また、日本の児童虐待や虐待の増加は自己効力感を高めストレスを軽減する支援が日本の親に有益である事を示唆し、日本人の母親のストレスと自己効力感に関する集団ベース子育てプログラムの有効性について調査した。日本のある都道府県の公立保育園で行われた「123Magic」の育児プログラムに参加してい

る 49 名の母親に、プログラム前に TOPSE と PSI、プログラム後に TOPSE、プログラム終了の 3 ヶ月後に TOPSE と PSI のアンケート調査を実施した。結果、ベースラインからプログラム終了後、フォローアップまですべての TOPSE 尺度に有意な変化が見られ、PSI スコアは、ベースラインからフォローアップまで、困難な子どもを測定する尺度 ($P<0.001$) および PSI 全体 ($P<0.01$) で変化がみられたことを報告している⁵²⁾。また、「123Magic」のプログラムの影響について、プログラムに参加した母親の語りより、「A benefit for many mothers was the opportunity to listen to and share experiences with other parents. Many said it gave them a sense of security to know that they were not alone in their difficulties : 多くの母親にとって有益だったのは、他の親の話を聞いたり、経験を共有したりする機会だった。多くの母親が、困難な状況にあるのは自分だけではないと知り、安心感を得たと語っています。」と報告している⁵²⁾。これらのことから、グループメンバーの他の母親の影響を受けたり、共感されるようなピア・エンパワメントを意識したグループ支援はより効果的に自己効力感を高める支援につながると考える。養育体験と自尊心は互いに、また母親の自己効力感とも有意に相関し、幼少期にうけた養育体験の母親の自己効力感に対する効果は自尊心によって影響されると言われている⁴⁸⁾。また、子育ての効力の低い両親が子育ての能力に強い自信を持っている両親と比較して、反応の遅い幼児との交互作用でいらいらする傾向がみられることがわかっており、母親の子育ての効力が周囲の他のものと比較した場合、赤ん坊のなだめやすさに影響していることを示唆している⁵³⁾。前述したように、母親の自己効力は、母親の虐待の生育歴に影響され^{45,46)}、虐待を受けた母親の自己効力感が低いリスクが高いことが確立されている¹⁸⁾ おり、幼少期に愛着障害を受けた母親は、母親の子どもに対する感受性だけでなく、有能な母親としての自分自身の認識に影響を与える⁴⁷⁾。また、子育てプログラムを用いたグループ支援は、育児のストレスや自己効力感に効果的であり、「他の親の話を聞いたり、経験を共有したりする機会であり、困難な状況にあるのは自分だけではないという安心感を得たことが母親にとって有益だった」という母親の語りより全ての母親に必要なケアであると考ええる。

早期産褥期の母親に対して育児に対する自己効力感を高めるためのグループ支援は、子育てをする全ての母親にとって前向きに育児に取り組めるようにするだけでなく、育児による母親のストレスからくる産後うつやボンディング障害、また虐待の世代間連鎖を防止するための重要な支援であると考ええる。

2.文献検討

2016 年の児童福祉法の改正により「母子健康包括支援センター」という名称で法律上位置づけられ市町村に努力義務が課され、母子保健の重要課題を「妊娠期からの児童虐待防止対策」と「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」とし、2015 年度より、「健やか親子 21（第 2 次）」がスタートしている^{12,33)}。2023 年 1 月に医学中央雑誌 Web 版を用いて「産褥期」「支援」「子育て」「プログラム」をキーワードに「健やか親子 21（第 2 次）」がスタートした 2015 年～2022 年の 8 年間の文献検索をおこなった。抽出した 73 件から支援の着眼点について整理し、「プログラム支援」に関する文献からは、「対象時期」「介入方法」「プログラムの概要」「評価指標」「介入結果」から支援の効果について検討をおこなった。

2.1 産褥期における支援の着眼点

2015 年～2022 年に産褥期の育児に対する支援について文献内容を整理したところ、多い順に【産後うつ】9 件、【母乳育児支援】7 件、【プログラム支援】【家族支援】6 件、【産後支援の実際と課題】【育児不安】【虐待予防】【合併症妊産婦ケア】5 件、【メンタルヘルス】【保健指導】3 件、【ソーシャルサポート】【産後の社会的支援：就業について】【育児肯定感】【エンパワメント・ピアグループ支援】【産後の QOL について】2 件、【自己効力感】【ストレスケア】【リーフレットによる介入支援】【母子関係】【異文化育児支援】【母親の意識調査】1 件であった。【産後うつ】や【育児不安】【虐待予防】に着目した文献が多いのは、厚生労働省が 2015 年度から産後ケア事業を実施し、産前産後の育児不安や育児負担感、うつ状態が子どもの虐待の誘因になることを指摘してきたことが要因であると考ええる。また、厚生労働省は妊娠期から出産後の切れ目ない支援として、産婦のメンタルヘルス対策の観点から産後 2 週間および産後 1 ヶ月頃の産婦を対象とした産婦健康診査の費用を助成する事業を 2017 年度から実施している³³⁾。この事業によって、【産後支援の実際と課題】として現状の産褥期の支援を分析し、【メンタルヘルス】や【保健指導】から産褥期のエモーショナルサポートや専門職の介入方法のあり方についても着目されている。

2.2 看護師が育児の知識・技術を提供するプログラム支援

大田ら⁵⁴⁾は、産褥早期の母児ケアに従事している看護者を対象に、「産褥早期の母児の愛着形成支援」のための e ラーニングプログラムを導入し、看護者が、学習したスキルをケアに活

用し、どのように言動のおよび認知的変容がもたらされたかを通して、プログラムの効果を質的に評価した。プログラムは、3つのステップで構成する約3時間のeラーニングであり、プログラムにおける介入前後で看護者の母児への関わりの言動の変容を、ケア場面の参加観察法によりデータを収集し事例分析から評価している。看護者の認知的変容を看護者へのリフレクション面接を通して評価した。その結果、プログラムによる介入をすることで、母親の気持ちやニーズに応え、母親を情緒的に包み込む態度で接する行動がみられるなど、看護者が母児の絆を促進することへの言動の変化が示唆され、これまで看護者自身が行ってきた母子へのケアへの新たな気づきと省察という認知的変容が示された。

柏原ら⁵⁵⁾は、「HUG Your Baby」のプログラムの有用性について評価研究を行った。「HUG Your Baby」は米国ノースカロライナ大学メディカルセンター、ファミリーナースプラクティショナーのJan Tedder氏によって開発された産後早期の育児をサポートするプログラムであり、妊婦とその家族が児の行動を正しく理解し、出産後に肯定的な育児行動を継続することができることを目的としている。「プログラムは前半後半の2部構成で2時間実施し、参加者は「新生児の行動の理解」と妊婦とその夫による「おくるみを巻く体験」をしたり、育児を経験している母親・父親から体験談の提供を受けたりした。妊娠25週以降の妊婦に「HUG Your Baby」のプログラムを実施し、プログラム参加後に出産した育児中の母親に対し、プログラム実施後と産後1ヶ月、産後3ヶ月の3時点にクラス自体への評価に関するアンケートを実施し、産後2～7ヶ月時点でインタビューガイドを用いた半構成的面接によるインタビューを実施している。結果、新生児の行動や育児技術に関するDVDなどの教材は産後3ヶ月の使用回数が有意に高く、インタビューの結果からは、育児のコツを取得することで児の泣きへの対応や、授乳や寝かしつけができたこと、育児体験談に助けられたこと教材により家族との情報共有ができたことが語られプログラムの有用性が示されている。

2.3 産褥期における「プログラム」による支援方法

2015年～2022年の文献を整理したところ6件の【プログラム支援】に関する文献が確認された。さらに、「産褥期」「育児支援プログラム」をキーワードに医学中央雑誌 Web版を用いて文献検索したところ、22件の論文が抽出された。22件のプログラム内容について整理したところ【プログラム開発】3件、【プログラム支援教材作成】1件、【文献検討】3件、【看護学生のプログラム模擬体験の効果】1件、【妊娠期からのプログラム介入による効果】3件、【発達障害児への支援プログラムの評価】1件、【育児期のプログラム支援の効果・評価】10件であった。

今回、この中でも特に【育児期のプログラム支援の効果・評価】に着目し、これらの支援について「対象時期」「介入方法」「プログラムの概要」「評価指標」「介入結果」について整理し、支援とその効果について検討をおこなった。

2.4 母親同士の集団型の育児プログラム支援

大豆生田ら⁵⁶⁾は、Nobody's Perfect Program(以下、NP)の親自身の主体的な力を支えるファシリテーション技法を用いた支援が必要と考え、「赤ちゃんを創るわたしの家族プログラム(Family Start 通称 FS)」を2009年から開発しその効果について分析している。プログラムは参加型であり、緩やかな半構成スタイルで、事前と毎回のアンケートの回答等から得られる参加者のニーズに応じて柔軟に内容が構成されている。プログラムは生後2~4ヶ月の第一子とその母61組を対象として行われた。講座4日目の最終日に実施するアンケートの設問内容「プログラムに参加してもっとも役に立ったこと、赤ちゃんに対する思いや接し方などへの変化」への記述回答をKJ法で分類し分析している。その結果、「他の母親の話が聞けた」、「悩みの共有」、「子育てに余裕」、「気持ちが楽になった等」の16項目を抽出し、それらを「情報、知識の習得」「仲間関係の構築」「リフレッシュ・安心効果」「価値観の変化」という大きな4つのグループに分類した。また、ファシリテーションによって支えられる参加型プログラムのため、親同士が安心して繋がり、支え合い、互いの経験から学ぶNPの手法により、参加者のそれぞれの個性豊かな家族の在り方が尊重され、自己肯定感の向上についても多く言及され、産後早期に親を主役とし個人の多様性と創造性を尊重するプログラムの意義と予防的効果は大きいと言えるとしている。

2.5 育児の自己効力感に着目したプログラム支援

武井ら⁵⁷⁾は、気質特徴に適合した親子ふれあい遊び体験が養育者の育児不安や育児自己効力感にどのような影響を与えるのか、どのような育児認識と関連しているのかについて、従来の親子ふれあい遊び体験との比較によって明らかにし、子どもの気質特徴に適合した親子ふれあい遊びプログラムの有効性を検証した。児童館そして保育園に貼られたチラシを見て応募し、研究協力に同意した養育者とその子ども35組に対し、従来の親子ふれあい遊びあるいは気質特徴に適合した親子ふれあい遊びプログラムを実施している。プログラムは、1回につき10組程度を対象として、30人程度が十分に身体を使って遊べる広さのある教室において集団で1時間程度実施されている。従来の親子ふれあい遊びを体験した14組(統制群)、気質特徴に適合し

た親子ふれあい遊びを体験した 18 組（実験群）に①幼児気質質問紙②育児不安質問紙③育児自己効力感質問紙④自由記述質問紙の質問紙調査を行っている。これらの質問紙の回答を分析した結果、どちらの親子ふれあい遊びを体験しても、育児に対する漠然とした不安は低下し、育児自己効力感が高まること、子どもや養育者への効果を実感していることを明らかにしている。一方、養育者の育児不安への効果は、実験群と統制群では異なっており、実験群では、日常生活に取り入れることの難しさを感じることなく、より多面的に子どもについて考えるようになっていたことから、気質特徴に適合した親子ふれあい遊びは、日常生活に取り入れられる可能性が高く、養育者が育児をする上でより有効な育児支援プログラムの 1 つになると示唆している。

2.6 母親のストレスに着目したプログラム支援

笹尾ら⁵⁸⁾は、A 大学近隣及び周辺市町村に居住する未就園の子どもとその養育者を対象とし、子育てを行う親や家族のストレス解消、Quality of Life(以下 QOL と記述)の向上、児童虐待の防止を目標とし、「HUS 子育て支援カフェ」を立ち上げ、育児支援プログラムを実施している。プログラムの運営は小児看護学、母性看護学教員が中心となり、月に 1～2 回、平日の午前中に、1 回 1 時間半～2 時間程度、A 大学の母性・小児看護学実習室、実験室または A 地区の区民センター会議室で実施していた。プログラムの内容は、①参加者が楽しむことができる②参加者の疲労が軽減される③参加者の子育てに対する意欲が高まる④教員、参加者と交流ができるものとし、子育てのための勉強や講演会、ストレスの解消のための軽い運動、親子で楽しむプログラムなどを計画していた。プログラムの評価として養育者へ初回の参加時に無記名自記式質問紙調査を実施している。調査内容は「参加した理由」、「内容の満足度」などで構成されている。これらの調査内容から、他の母親を話すことで参考になる話が聞ける、リフレッシュになる、自分の時間を作ることが大切と気づくなどの反応がみられたとしている。

奥村ら⁵⁹⁾は、妊娠後期から産後 1 年以内の母親を対象に育児支援センターおよび産院で実施されている、育児支援プログラムを参考に作成したプログラムを妊娠期・育児期の各 1 回ずつ実施しその結果を研究成果として報告している。育児期のプログラム（産褥 1 年以内）は、母乳育児相談、離乳食相談、赤ちゃんとのふれあい遊び、ベビーマッサージ、産後の母親の身体回復のための体操、ハンドマッサージを実施している。プログラムの効果は、①生理的指標の測定（唾液アミラーゼ値、心拍変動による自律神経活動の分析）②心理的評価の測定（新版 State-Trait Anxiety Inventory、対児感情尺度、日本語版エジンバラ産後うつ病自己評価票）で評

価し、①と②の視点からそれぞれの尺度を用いて分析している。プログラム修了後にこれらの調査を実施した結果、育児支援プログラムは、母親のストレスおよび不安を軽減し、児へのアンビバレントな感情を低下させたことが示唆されたとしている。

2.7 育児不安に着目した集団型のプログラム支援

宇野⁶⁰⁾は、「新米ママと赤ちゃんの会」プログラムが参加者の育児不安と精神的健康に与える効果を検討することを目的に、初めて生後2～3ヶ月の乳児を育てる母親を対象にプログラムを実施している。プログラムの目標測定は、①育児不安スクリーニング尺度②精神的健康度(The General Health Questionnaire-12)③子育てする地域に対する肯定的な気持ち(子育てコミュニティ感尺度)④自主サークル化(プログラム終了後にできたサークル数)を指標として評価している。プログラムは定員が12組の保育付きプログラムで、週に1回実施し、連続4回を1クールとしている。各回をセッションとよび、1セッションは約2時間とし、メンバーは子どもが同じ誕生月の人としているため、年間12クール実施していた。これらのプログラムによる介入の結果、介入群と対照群における比較では、育児不安の解消と自信の獲得、精神的健康の回復、地域に対する肯定的な気持ちの高まりが確認され、名前がつけられた自主サークルの数が40できたとしている。さらに、「新米ママと赤ちゃんの会」プログラムは、育児不安と自身のなさについては介入群より対照群の方が低かったが、初産婦を対象とした、集団型の産後サポートや産後ケアのプログラムとして有用性があるとしている。

3.産後の育児支援の活動内容とその課題

厚生労働省では2017年から産婦のメンタルヘルス対策の観点から、産後2週間および産後1ヶ月頃の産婦を対象とした産婦健康診査の費用を助成する事業を実施している³³⁾。また、2016年の児童福祉法の改正を機に母子保健法は一部改正され児童虐待防止対策の推進を図っており、2015年度より、「健やか親子21(第2次)」がスタートしており^{12,33)}母子保健の重要課題の中にも「妊娠期からの児童虐待防止対策」を掲げている。2015年～2022年に産褥期の育児に対する支援について文献を整理したところ、【産後うつ】が最も多く抽出され、また、【産後支援の実際と課題】【育児不安】【虐待予防】【合併症妊産婦ケア】が比較的多く抽出されたことは、これらの時代の背景が影響していると考えられる。

3.1 育児不安や育児ストレスに関する支援の実際とその効果

育児不安や育児ストレスに関する育児支援の実際については、島田ら⁶¹⁾が2018年に「育児ストレス」「育児不安」「育児困難」「支援」「効果」をキーワードに過去10年の文献検索を行い、103件を抽出しそのうち15件を分析対象としている。レビューの結果より、【研究対象者】は育児中の母親が13件と最も多く、母親自ら参加した研究が最多であった。【母親への育児支援内容】においては、①育児への考え方と養育スキルの習得の支援②児へのふれあい方の支援③母親同士のピアサポートの支援⑤リフレッシュを促す支援などがあげられた。【支援内容の効果】に関しては、子育てのスキルや子どもとのふれあい方を通した支援は、直接子どもと触れ合うことで子どもへの愛情の促進と母親のメンタルの安定に繋がると同時に、自分の子育てを客観視しながら母親の自尊感情を高めることで育児不安の軽減につながったとしている。さらに、母親同士のピアサポートの支援では、母親同士のカウンセリング理論を基盤とした子育てサロンとして、出産した施設において産後1～3ヶ月未満の母親を対象に実施され、同じような状況に置かれている母親同士がお互いの悩みを共有し解決されることを実感することで自己効力感を高めていた。また、出産した施設の助産師がファシリテーターとして支援することで母親たちにとっては参加しやすい環境としている。

3.2 産褥期の育児支援の課題

島田ら⁶¹⁾が分析対象とした文献における研究対象者は、1ヶ月～9歳までの子どもを持つ育児期の母親であり、産後1ヶ月以内の子どもを持つ育児期の母親に関する支援はみられなかった。分析対象とした文献の中で、1件のみ0ヶ月の乳幼児の母親を対象としていたが、文献では乳児家庭全戸訪問事業の訪問時にアンケート調査を実施しているため産後2週間以上は経過している可能性が考えられた。

2011年～2016年に浦山⁶²⁾は「子育て支援」「母親サポート」「虐待予防」をキーワードに子育て支援に関する国内文献を検索し91件を抽出しそのうちの12件を分析対象とし整理した。分析した結果の中で、島田ら⁶¹⁾の分析内容とは他に「親支援プログラム(Nobody's Perfect)」による子育て支援の有効性を分析している。0～5歳の子どもの親がグループの中で互いの体験や不安を話し合う事で子育てのスキルを高め自信を取り戻して行くことを目的につくられた「親支援プログラム(Nobody's Perfect)」を虐待リスクのある12名の母親を対象に実施した結果、インタビュー内容から母親のエンパワメントが付き肯定的な変化が示されたとしている。また、浦山⁶²⁾は子育て支援の文献内容から記された課題として「サポートを維持させること」

「信頼関係を構築すること」「母親の育児に対するネガティブな感情へのサポート」「他職者との連携」「支援に必要な母親を見極めること」「支援者側の力量不足」を抽出している。

産後の母親支援においては、母親の育児に対するネガティブな感情へのサポートと同時に、同じような状況に置かれている母親同士がお互いの悩みを共有し解決されることを実感しながら自己効力感を高めていける支援が必要であると考ええる。また、支援に必要な母親を見極めることは必要であるが、子育てへの不安やストレスは誰もが起こりうる可能性があることであるため支援の内容はハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチが両方兼ね備わった支援内容であることが望まれると考えられた。

4.海外で行われている親支援プログラム

海外におけるピア・ペアレンティングプログラムについては、Nobody's Perfect (NP)、Program for Early Parent Support (PEPS)、Positive Parenting Program (Triple P)、Parents Helping Parents (PHP)、Empowering Parents, Empowering Communities (EPEC)の5つのプログラムモデルが存在していることが文献⁶³⁾により示されている。これら5つのプログラムの概要を説明する。

4.1 Nobody's Perfect (NP)

NP⁶³⁾はカナダ公衆衛生局 (PHAC) が所有し 1987 年にカナダ全土に導入されたプログラムである。このプログラムは、家族内暴力を防ぐために前向きな子育てを促進するとされている⁶³⁾。これは、子供の健康、安全、行動に対する親の理解を高めることによって実現され、親がすでに持っているスキルを強化し、それにより親の自尊心と対処スキルが向上するとしている⁶³⁾。プログラムはカナダ政府の支援を受けており、カナダ全土の多くの場所ですでに確立されていることが強みである。日本では、2005 年にカナダ保健省からの公認を得て、NPO 法人こころの子育てインターネット関西 (KKI)、子育て研究リソースセンター (KRC)、NPO 法人コミュニティ・カウンセリング・センター (CCC) の3団体によって「Nobody's Perfect Japan (通称 NP-Japan)」が立ち上げられた⁶⁴⁾。

NPは、0～5歳の子どもを持つ親を対象としたプログラムである。主な対象は、①若い親②ひとり親③孤立している親④所得が低いまたは十分な学校教育を受けていない親である。特に上記③の孤立している親は、現在の日本では、ほとんどの家庭に該当するため、0～5歳の子どもをもつ親すべてを対象にしている⁶⁵⁾。NPプログラムは、約10名のグループを対象として行わ

れるプログラムであり、研修を受けたファシリテーターのもとで、原則として週1回、各回約2時間のグループワーク・セッションを6回から8回実施する。参加費は無料であり、子どもたちの保育が用意されるので参加者は話し合いに集中することができる⁶⁵⁾。扱うテーマについては、参加者の関心事、気になることや取り上げて欲しいことを出してもらい、それらをKJ法等で整理して、決定していく⁶⁵⁾。各セッションは、①アイスブレイカー（緊張をほぐすための簡単なゲーム等）、②決まりの確認（参加者がお互いに守ってほしいことを確認し、同意し、約束することで安全な場を作る）、③テーマの展開（その回のテーマについて話し合い、さまざまなワークを行ったりしながら、互いの知識や体験を出し合って考える）、④お茶とおやつ（グループの緊張をほぐし、参加者がくつろげる休憩時間）、⑤ふりかえり（参加者各自に、その回のセッションで良かったこと、不足だったことを語ってもらい、「学んだことは何か」、「家で実行したいことは何か」についても尋ねる）からなっている⁶⁵⁾（図I-1）。

NPプログラムの効果としては、NPプログラム後に調査するアンケートの自由記載の内容分析から、「考え方や行動で変わったこと」として、子どもに優しくなった、子どもを怒らなくなった、子どもの話を聞くようになった、子どもの気持ちを受け止めるようになった等が挙げられており⁶⁴⁾、子どもよりも自分が変わったと感じられたときに、子育て不安が軽減されたと参加者は感じていたとしている⁶⁶⁾。また、子育て不安については、プログラムとの参加動機との関連において「子どものほめ方や叱り方がわからないから」、「毎日いらいらしているから」、「子どもが、かわいくないと思える時があるから」の3つの項目に関連がみられていた。このことから、この3つの項目においては、NPプログラムによって子育て不安が軽減したということができるとしている⁶⁶⁾。さらに、谷口⁶⁷⁾はNPプログラムの介入グループにおいて、「情緒的サポート感」「自己評価」「育児不安感」「抑うつ感」に有意差な効果が実証されたことを示していた。

4.2 Program for Early Parent Support (PEPS)

次にPEPSについて述べる。このプログラムは、家族の力を高め、子どもの発達を促進し、児童虐待や育児放棄の可能性を減らす、新しく親になった人のための普遍的な親支援プログラムである⁶³⁾。PEPSは、グループ支援であり、対象者は、初めて親になる予定の親、新生児（0～4か月）または幼い赤ちゃん（5～12ヶ月）の親、年長の子供が少なくとも1人いる親である。PEPSは、「乳児や幼児の親が相互支援と情報共有を通じて子育ての課題に対処できるコミュニティを構築できるようにする」ことを目的とし、さらに、プログラムは新しい親が孤立したり、

サポートされていないと感じたりしないようにすることを目的としているため、親が強くて健康な家族を築く自信を育むとされている⁶³⁾。しかし、PEPS は 12 週間のプログラムであり、さらに、プログラム参加には費用がかかるなどの条件があり、経済的に支援を必要とする人々は参加が難しいとされている⁶³⁾ (図I-1)。

4.3 Positive Parenting Program (Triple P)

第 3 に Triple P について述べる。Triple P は、幼児 (2 歳位) からティーンエイジャー (12 歳位) の子どもをもつすべての両親を対象とした、家族生活に焦点を当てた臨床的に証明された子育てプログラムである⁶³⁾。米国、英国、カナダ、ドイツ、イラン、日本、シンガポール、ルーマニアを含む世界 25 カ国で実施されている。このプログラムは、子育て中のすべての人を対象としており、祖父母、里親、その他の養育者が含まれる。このプログラムは、親が使用を検討できるアイデアのツールボックスを保護者に提供することを目的としている。これらのツールは、親や他の養育者が幸せで自信を持った子供を育て、家族全員が人生をもっと楽しめるように親も自分自身の世話をできるようにするのに役立つとされている⁶³⁾。

Triple P は、30 年以上にわたって何千もの家族を対象にテストされており、Triple P がほとんどの家族に効果があることを示す 580 以上の国際的な治験、研究、出版された論文がある⁶³⁾。Triple P は通常 7~8 週間のプログラムである。2 時間のセッションが 4 回ありその後 15~30 分の電話通話が 3 回あり、最後のグループセッションが行われるため、サポート体制が乏しい人々は参加が難しいとされている⁶³⁾ (図I-1)。

4.4 Parents Helping Parents (PHP)

第 4 に PHP について述べる。PHP は 1975 年に考案され、長年にわたって運営され、何十万人もの親がその過程で支援を受けてきたとしている⁶³⁾。このプログラムの焦点は、サポート、教育、トレーニングを通じて保護者に力を与えるために必要なリソースと、子供たちと同じような経験をした他の親たちと親を結び付けることである⁶³⁾。このプログラムは、特別な支援が必要な子供を持つ親にとって特に役立つとされている (図I-1)。

4.5 Powering Parents, Empowering Communities (EPEC)

最後に EPEC である。EPEC は、英国の児童支援センターの下でコミュニティが運営するプログラムである⁶³⁾。EPEC は、グループ形式のプログラムである。経験豊富な親を訓練し、十分

なサービスを受けられていない親子に手を差し伸べることを目的としており、それによって前向きな子育てスキルと対処方法を構築するのに役立つとされている⁶³⁾ (図I-1)。

	NP (Nobody's Perfect)	PEPS (Program for Early Parent Support)	Triple P (Positive Parenting Program)	PHP (Parents Helping Parents)	EPEC (Empowering Parents, Empowering Communities)
対象者	0～5歳の子どもを持つ親	初産婦、新生児（0～4か月）、5～12ヶ月の子の親、年長の子供が少なくとも1人いる親	幼児（2歳位）からティーンエイジャー（12歳位）の子どもをもつすべての両親	特別な支援が必要な子どもを持つ親	経験豊富な親
実施回数	参加人数：約10名（1グループ最大20名） 原則として週1回、各回約2時間のグループワーク・セッションを6回から8回の連続講座	12週間のプログラムプログラム参加には費用がかかる（経済的に支援を必要とする人々は参加が難しいとされている）	7～8週間のプログラムである2時間のセッションが4回ありその後15～30分の電話通話が3回 最後のグループセッションが行われる（サポート体制が乏しい人々は参加が難しいとされている）	8週間で修了 対面・オンラインなど様々な方法で行われている	グループは2～8人の親が参加し、子育ての専門家からサポートを受け、条件を満たした12人の親グループリーダーが進行役をつとめプログラムを提供 2時間8回のセッション
プログラム目的	自己効力感理論の価値を認識し、その概念をプログラムの開発に取り入れており、「参加者の親としての自信と自己イメージを向上させる」こと 日本では「Nobody's Perfect Japan」が立ち上げられた	新しい親が孤立したり、親がサポートされていないと感じたりしないようにすること	親が使用を検討できるアイデアのツール（親や他の養育者が幸せで自信を持った子供を育て、家族全員が人生をもっと楽しめるように親も自分自身の世話をできるようにするのに役立つとされている） ボックスを保護者に提供すること	サポート、教育、トレーニングを通じて必要なリソースと、子供たちと同じような経験をした他の親たちと親を結び付けること	グループ形式のプログラム。 経験豊富な親を訓練し、十分なサービスを受けられていない親子に手を差し伸べること

【図 I -1 海外で行われている親支援プログラム】

4.6 他のプログラムに対する NP の特徴

これら 5 つのプログラムのうち、日本でもすでに活用されているペアレンティング・プログラムは、NP と Triple P である。また、PEPS も、プログラムの対象者が、初めて親になる予定の親、新生児（0～4 か月）または幼い赤ちゃん(5～12 ヶ月)の親、年長の子供が少なくとも 1 人いる親であるため、早期産褥期の母親への支援としては適応可能な支援内容であると考えられた。PEPS と Triple P においては費用が必要であったり、実施回数が多いなどで経済的に支援の必要な人やサポート体制が乏しい人が受講するのが困難であると考えられる。早期産褥期という、出産後すぐの母親のように身体的の疲労や精神的に不安定に陥る可能性がある対象においては、身体的な負担が生じる可能性のある Triple P は実施が難しいと考えられ、全ての母親を対象としたプログラムという側面においては経済的な負担が生じる PEPS は適応外であると考えられた。NP においても実施回数や実施時間などから考えると、Triple P 同様に身体的負担の側面においては不適応な内容である可能性が考えられた。しかし、プログラムの構成内容から参加者がく

つろげる休憩時間としての設定がされていること、また、効果検証においては、「自己評価」「育児不安感」「抑うつ感」において、子育て不安が軽減している効果がある。このことから、時間や回数などを適切に変更することで、NP が早期産褥期の母親に実施可能なプログラムになるのではないかと考えられた。

さらに、NP プログラムは、自己効力感理論の価値を認識し、その概念をプログラムの開発に取り入れており、「参加者の親としての自信と自己イメージを向上させる」を目的としていた⁶⁸⁾。NP は、親の強みを生かしたプログラムであり、親が目標を達成できるよう支援するものであり、参加者が互いの経験から学び、比較し、自分なりの判断ができるようにすることを目的とし、参加者同士が子育てを励まし合い、ストレスの多い子育て状況に対処できるようにすることとされている⁶⁸⁾。親が困難な状況に直面したときに、適切な行動をとるためのスキルを身につけることを目的としたプログラムであるとされている⁶⁸⁾。

早期産褥期の入院中の育児においては、休息の必要性から自室で過ごすことが多いと考えられる。自室での育児は孤独な育児になる可能性があり、わが子の泣きの要求に応えられないことや、他の人の育児を知る機会が少ないことから、育児への自信をなくし育児困難感が増強する可能性がある。このことから、NP の「参加者が互いの経験から学び、比較し、自分なりの判断ができるようにすること」「親が困難な状況に直面したときに、適切な行動をとるためのスキルを身につけること」という目的は、母親の育児の自己効力感を高め育児への自信をつけるための、よい支援方法になるのではないかと考えられた。

5.総括

5.1 早期産褥期の母親の役割行動と心身の変化

Rubin⁶⁹⁾は、産褥期の母親の役割行動について、産後 1～2 日を受容的で依存的な時期である受容期とし、その後 10 日間ほどを母親としての自立に向けて努力する時期である保持期、その後は母親役割を受け入れる時期である開放期として 3 段階に分類している。受容期は産後の影響から回復する時期であり、保持期は身体のコントロールを取り戻し、子どもに関心を向け、母親役割を引き受け始める時期である。開放期は自分と家族の変化に適応した新しい母親役割パターンを作りはじめ、子どもに振り回される生活から、次第に落ち着きを取り戻す時期にあたるとしている。また、分娩や授乳時に母体におけるオキシトシンの分泌が促進されるとされている⁷⁰⁾。赤ちゃんが吸う刺激で母親の体内にオキシトシンが放出されるなどのオキシトシ

ン・システムの影響のもとで、母親の役割を果たす女性は、授乳をすることで落ち着きを増し、引きこもっていることを楽しむが、同時に、人と人との親しみのこもったふれあいに対して心を開くとされている⁷⁰⁾。しかし、授乳という経験は個人差があり生得の傷つきやすさや、子ども時代の不幸な経験、頼りになるパートナーがいなかったことが原因となり授乳期間中に憂鬱や不安を抱える場合があるとされている⁷⁰⁾。

5.2 早期産褥期の母親役割と育児行動の変化

久納⁷¹⁾は、産後1日目と産後3日目の「母親役割の自信」と「母親であることの満足度」について《知識・技術の自信》《合図の読み取り》《自分とわが子にあったやり方の確立》《母親としての自己満足感》は産後3日目に上昇し、母親として育児開始した時点において役割獲得が始まったとしている。また、反対に《要求への応答》《相互作用の楽しみ》について、産後3日目に低下していることから、出産後初めてわが子に対する育児行動を開始したことで生じた「母親役割をこなすうえでの困難さ」があることを示している。

早期産褥期の母親は、分娩による身体的侵襲を抱え、さらに退行性変化やオキシトシンなどのホルモンバランスの変動に適応しながら産後すぐにわが子の育児が開始される。オキシトシンの影響を受け心のバランスを保ちながら、育児技術の習得に向けて努力し、同時に母親としての役割取得の時期であり、入院中の早期産褥期は依存的で受容的な受容期から母親としての自立に向けて努力する保持期の時期であると考えられる。早期産褥期においては、助産師や看護師の支援により《知識・技術の自信》や《自分とわが子にあったやり方の確立》などの母親役割の自信や母親としての自己満足感はある程度上昇していると考えられる。しかし、そのような状況においても《要求への応答》や《相互作用の楽しみ》は低下し、わが子の泣きの応答に応答できず、育児の楽しみを見いだせないことで「母親役割をこなすうえでの困難さ」は感じており、過去の経験や、生育歴、母親の特性などから容易に育児に対する状況不安が出現する状態であると考えられる。

5.3 早期産褥期の母親の育児不安

母親は、妊娠中から両親学級や母親教室に参加するなど様々な知識を習得し、出産後すぐから始まる育児に対しての心の準備をしている。しかし、知識は持っていたとしても、実際のわが子の育児は思い通りにはいかず、育児は母親がそれまでの人生では経験したことのない困難と向き合うことになるかとされている⁷²⁾。また、今日の母親は育児熱心な母親も多く、その熱心さが

子育て不安の原因とも言われている⁷²⁾。妊娠期の不安においては、妊娠初期・中期・後期において状態不安と特性不安には中等度の相関関係があり、さらに各時期の特性不安間には強い相関があるとされている⁷³⁾。妊娠期の不安と産褥期における母親の認知評価との関連において、妊娠中期の特性不安が高い母親は、授乳中の児の興奮性や母乳育児の困難さなどを感じやすく、出産経験の少ない母親はさらに感じやすいとしている⁷³⁾。

妊娠中の母親のもつ特性不安は妊娠初期からずっと継続し、出産後、わが子の育児でそれまでの人生で経験したことのない困難に直面したときに、母親の状態不安が増強する可能性がある。さらに、母親の母親役割取得の受容期において困難が生じたときに、母親としての自信をなくし母親としての自立に向けて努力する保持期への移行に障害が生じる可能性が考えられた。また、妊娠中からの否定的な胎児感情や不安がうつ症状を発症させる要因とされており⁹⁾、産後うつに強く関連している要因として「赤ちゃんの気持ちを汲みとれない不安」「赤ちゃんを拒絶する気持ち」などがある¹⁰⁾。妊娠から継続されるうつ症状が産後にも持続し、産後のうつ症状とボンディング障害との関連やボンディング障害と新生児虐待との関連が明らかになっている²⁸⁾ことから、虐待予防の観点からも母親の不安や、育児に対する自己効力感を高める必要性があると考えられた。

5.4 早期産褥期の母親の育児と自己効力感

妊娠中の自尊感情と特性的自己効力感および産後抑うつとの関連においては、妊娠時の自尊感情と特性的自己効力感に中等度の正の相関関係が認められている⁷⁴⁾。自尊感情の低下は特性的自己効力感を低下させ育児に対する自信を無くし、育児困難に移行する可能性が考えられた。

不安と自尊感情においては、状態自尊感情と状態不安または特性自尊感情と特性不安に負の相関関係があることが分かっている⁷⁵⁾。また、母親の育児ストレスが高い場合に、「被害的」または「否定的」認知が促進され、母親の自尊感情が高い場合はこれらの認知は軽減することが明らかとなっている⁷⁶⁾。さらに、母親の自尊感情の高さや親に対する愛着（心理的安定感）の高さが子どもに対する肯定的認知を促進することが分かっている⁷⁶⁾。このことから、わが子の泣きに応答できない、授乳がうまくいかないなど育児におけるストレスが「被害的」「否定的」な認知の促進となり、育児での状態不安が高まることで状態自尊感情が低下する可能性がある。また、特性不安の強い母親はさらに特性自尊感情が低下し自尊感情の低下により育児に対する自己効力感が低下する可能性が考えられた。母親の自尊感情や母親の生育歴は育児において肯定的認知を促進するなどわが子の子育てにおいても影響を及ぼしている。新生児は出生時から

愛着行動を示し、それが母親の母性的な行動を触発し母子が相互に作用し合うことによって母子の絆が形成され基本的信頼を得る⁷²⁾。この母子の絆が形成される大切な早期産褥期に母親が、育児に対する自信を無くさないように支援することは、その後の良好な母子関係の促進や不適切な養育にならないようにするための重要な支援になると考える。

自尊感情については、他者から受容されていると感じると状態自尊感情尺度は高くなり、拒否されていると感じると状態自尊感情は低くなること、状態自尊感情は課題達成の成功によって上昇し、失敗によって低下する傾向にあることが分かっている⁷⁵⁾。状態自尊感情は他者から受容されたり課題を達成したりすることによって上昇することが知られている⁷²⁾。したがって、入院中の密室の中での孤独な育児を行っている母親にとって、自分の育児を肯定してくれる相手の存在が母親の自尊感情を高め育児の不安を軽減する可能性が考えられる⁷²⁾。

自尊感情と自己効力感については、自己の能力の評価という点は類似しているが、自尊感情は自己を評価して生じる感情に対し、自己効力感は個人の能力の推測で感情ではない点が異なるとしている⁷⁷⁾。母親のもつ、自尊感情においては入院期間の短期間での改善は難しいと考えるが、自己効力感においては入院中の助産師・看護師の関わりを後押ししながら、成功体験や言語的説得、代理経験などの情報源から「達成をもたらすような一連の行動を計画し実行する信念」⁷⁷⁾を向上させることは可能なのではないかと考えられた。そこで今回、母親役割の行動に重要な時期である早期産褥期に、母親の育児に対する自己効力感を高め、さらに状態不安の軽減から母親の育児に対するメンタルケアにつながるプログラム支援を考案することを考えた。

5.5 早期産褥期の母親への支援プログラムの考案

現在、日本で行われている親支援プログラムを検索したところ、5つのプログラムの効果が検証されていた。しかし、この5つのプログラムにおいて、前述したような母親同士のグループ支援に関するプログラムは「Family・Start」と「新米ママと赤ちゃんの会」のみであった。また、「Family・Start」や「新米ママと赤ちゃんの会」のプログラムにおいてもプログラムの介入時期や実施時間、プログラム内容などから検討すると、休息の側面から早期産褥期の母親に実施することは難しいと考えられた。そこで、既存のプログラムではなく、既存のプログラムをもとに独自にプログラムを考案する必要があるのではないかと考えられた（図I-2）。

	「HUG YourBaby」	Family Start	親子ふれあい遊び体験	HUS 子育て支援カフェ	新米ママと赤ちゃんの会
対象者	妊娠25週の妊婦とその夫 産後1～7ヶ月の母親	生後2～5ヶ月の第1子とその母親	保育園のチラシをみて応募し研究参加に同意を得た親子	未就園の子どもとその養育者	初めて生後2～4ヶ月の乳児を育てる母親
実施回数	25週以降にプログラムを実施 プログラムは前半後半の2部構成で2時間実施	1シリーズ（4回） 定員8名程度 1時間半程度	1回につき10組程度 40分ほど従来のふれあい遊びを体験	月に1～2回、平日の午前中に、1回1時間半～2時間程度	定員が6～12組（同じ誕生日） 保育付きプログラム週に1回 連続4回を1クール 各回をセッションとよび、1セッションは約2時間
プログラム内容	「新生児の行動の理解」「おくるみを巻く体験」 育児を経験している母親・父親から体験談の提供 産後2～7ヶ月にインタビュー	NPプログラムの理念と手法をもとにしている ・家族をつくるプロセスを参加者が語り合う参加型のプログラム FSファシリテーターがサポート	従来の親子ふれあい遊び（ロケットジャンプ・メリーゴーランド・ロボット歩き等） 気質特徴に適合した親子ふれあい遊び（従来のふれあい遊びから気質にあったものを紹介）を実施	子育てのための勉強や講演会、ストレスの解消のための軽い運動など親子で楽しむプログラム	内容は、第1回「みんなに聞いてみたいこと、心配なこと、気になること」第2回「赤ちゃんがいて良かったことと悪かったこと」第3回では「自分と子どもの現在・過去・未来」1時間半のグループワーク

【図 I -2 日本で行われている親支援プログラム】

そこで今回、プログラムを考案するにあたり、海外で行われている「ピア・ペアレンティングプログラム」を構築する際に注目されていた5つのプログラムの詳細を確認した（図I-1）。対象者において0歳児ではないプログラムや、ハイリスクアプローチのプログラムは参考から除外しNPとPEPSに限定した。NP、PEPSの詳細を確認したところ、プログラムの介入時期や実施時間、プログラム内容などから検討すると、日本で行われていたプログラム同様に、既存のプログラムをそのまま実施することは難しいと考えられた。そこで既存の親支援プログラムを早期産褥期の母親にも実施できる内容に改良したものを考案することを考えた。

プログラムを考案するにあたり、日本で行われている親支援プログラムにおいてもNPの手法をもとにつくられたプログラムが存在している。さらに、NPに関しては自己効力感理論の概念をプログラムに取り入れ、「参加者の親としての自信と自己イメージを向上させる」ことを目的としている。そこで今回、NPの手法や考え方を基盤としたプログラムを考案することを考えた。

5.6 まとめ

本研究の特徴は主に以下の2点である。

1. 母親への介入時期が早期産褥期であること
2. NPを基盤とした介入を用いたこと

本研究において早期産褥期の介入に着目し、いくつか提案されている育児支援プログラムのうち本研究において NP を基盤とした介入を行ったのは主に以下の理由からである。

まず第 1 の理由は、早期産褥期の母親は母親役割を獲得するための重要な変化の時期であるにも関わらずホルモンバランスや身体的な侵襲の影響を受けやすく育児への困難感や不安が増強しやすいことから愛着障害などを引き起こす時期であること。第 2 の理由は早期産褥期の母親は育児を習得する中で様々な状態不安に直面し、特性不安の影響がさらに状態不安を増強させるなど育児に対し自信をなくしてしまう時期であり、育児の自己効力感を高める支援が必要であること。第 3 の理由は、精神的健康度（General Health Questionnaire 28）と自己評価（Self-Esteem Scale）が向上し母親の育児不安感（子ども総研式育児支援質問紙ミレニウム版）が減少することの効果が検証されている⁷⁹⁾ NP を基盤とした支援方法を早期産褥期の母親に実施することで母親の自尊感情や育児の自己効力感を高めることが理由である。

6.本論文の構成

本論文は 4 章で構成されている。

第 I 章は序論であり研究背景や研究の目的について述べた。第 II 章では、考案した「ママにっこり安心子育てプログラム」についてその効果について育児の自己効力感（TOPSE）より検討した。本論文の第 II 章は、【前川弓枝，西村真実子，千原裕香：早期産褥期の母親を対象とした「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果．看護実践学会誌，35(1)，71-81，2023.】を一部改変したものである。第 III 章では、「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果を EPDS・MIBS の側面より検討した。第 IV 章ではこれら実験結果を総括し、早期産褥期の母親への支援についての今後の展望と課題についてまとめた。

7.引用文献

- 1) 太平光子, 佐々木くみ子, 井上尚美, 他: 第1章 妊娠期の看護, 母性看護学Ⅱ マタニティーサイクル 母と子そして家族のよりよい看護実践 (第3版). 南江堂, 84-99, 2022.
- 2) 真柄正直, 荒木勤: III産褥の生理 最新産科学 正常編 (第20版). 文光堂, 東京, 277-293, 1993.
- 3) 青木康子, 加藤尚美, 平澤美恵子: 産褥期の助産診断・技術の特徴 助産学体系 助産診断・技術学Ⅱ (第2版). 日本看護協会出版会, 東京, 2-42, 1996.
- 4) 太平光子, 佐々木くみ子, 井上尚美, 他: 第3章 産褥期の看護, 4産褥の親になっていく過程のアセスメントと援助 母性看護学Ⅱ マタニティーサイクル 母と子そして家族のよりよい看護実践 (第3版). 南江堂, 289-314, 2022.
- 5) 新道幸子, 中野仁雄, 遠藤俊子: 母性看護学概論 ウイミンズヘルスと看護 (第5版). メヂカルフレンド社, 東京, 46-53, 2017.
- 6) 吉田敬子, 山下洋, 鈴宮寛子: 妊娠中から始めるメンタルヘルスケア—他職種で使う3つの質問票— (第1版). 日本評論社, 2017.
- 7) 吉田敬子: 乳幼児臨床における精神医学の役割. 児童青年精神医学とその近接領域, 50(3), 257-266, 2009.
- 8) 杉下佳文, 上別府圭子: 妊娠うつと産後うつの関連—エジンバラ産後うつ病自己評価票を用いた検討—. 母性衛生, 53(4), 444-450, 2013.
- 9) Lancaster, C.A., Gold, K.J., Flynn, H.A., et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review American Journal of Obstetrics and Gynecology, 202(1), 5-14, 2010.
- 10) 山中富, 西田和子, 酒井太一, 他: 初産婦の産後うつ関連要因の検討. 久留米医学会雑誌, 75(3-4), 116-127, 2012.
- 11) 吉田敬子, 山下洋, 鈴宮寛子: 妊娠・出産・育児に関わるメンタルヘルスケアの現状と課題: 総論. 精神医学, 58(2), 103-113, 2016.
- 12) Brockington, I.F.: 母子間のボンディング形成の障害の診断学的意義 吉田敬子訳. 精神科診断学, 14, 7-17, 2003.
- 13) Mary M, Meighan (M): 第26章 ラモナ T・マーサ 母親役割の達成, 看護理論家とその業績 新道幸恵訳 (第3版). 医学書院, 475-493, 2004.
- 14) 新道幸子, 中野仁雄, 遠藤俊子: 第2章 母性看護学に役立つ概念と理論, 母性看護学概論 ウイミンズヘルスと看護 (第5版). メヂカルフレンド社, 東京, 46-59, 2017.

- 15) 新道幸子, 中野仁雄, 遠藤俊子: 序章 これから学ぶ母性看護学, 母性看護学概論 ウイミンズヘルスと看護 (第5版). メヂカルフレンド社, 東京, 2-8, 2017.
- 16) Choi, K.W., Houts, R., Arseneault, L., et al. Maternal depression in the intergenerational transmission of childhood maltreatment and its sequelae: Testing postpartum effects in a longitudinal birth cohort. *Development and psychopathology*, 31(1), 143-156, 2019.
- 17) Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., et al. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77, 2016.
- 18) Li, Y., Long, Z., Cao, D., et al. Maternal history of child maltreatment and maternal depression risk in the perinatal period: A longitudinal study. *Child Abuse and Neglect*, 63, 192-201, 2017.
- 19) 鎌田佳奈美, 石原あや, 川村千恵子: 乳幼児をもち母親の内的ワーキングモデルと社会支援に対する態度との関連. 大阪府立大学看護学部紀要, 13(1), 1-8, 2007.
- 20) 瀬地山葉矢, 本城秀次: 子育ては親育て! ⑩母子愛着と内的ワーキングモデル. *チャイルドヘルス*, 11(2), 56-58, 2008.
- 21) 木村留美子, 津田朗子, 室橋めぐみ: 幼少期の Attachment と Internal Working Model (IWM) および対人関係との関連について. *母性衛生*, 41(1), 16-23, 2000.
- 22) 上野千穂: 胎児・児童虐待予防と周産期メンタルヘルス. 産婦人科の実際, 70(6), 599-605, 2021.
- 23) 友田明美: 不適切な生育環境に関する脳科学研究. 日本ペインクリニック学会誌, 27(1), 1-7, 2020.
- 24) 友田明美: 子育て困難を支援する“愛着障害の診断法と治療薬”の開発ー発達障害や愛着障害の脳科学的研究ー. *YAKUGAKU ZASSHI*, 136(5), 711-714, 2016.
- 25) 吉田敬子: 子どもの問題ー母親のメンタルヘルスとその育児を支えるー. 学術の動向, 22-27. 2010.
- 26) 新道幸子, 中野仁雄, 遠藤俊子: 第6章 現代社会における母性保健をめぐる課題, 母性看護学概論 ウイミンズヘルスと看護 (第5版). メヂカルフレンド社, 東京, 148-160, 2017.
- 27) 二宮啓子, 今野美紀: 第1章 小児看護を实践するための基礎知識 小児看護学概論 こどもに寄り添う援助 (第3版). 南江堂, 33-37, 2022.
- 28) 山田露子, 大橋優紀子, 竹形みずき, 他: 周産期ボンディング障害と新生児虐待. *臨床精神医学*, 49(1), 917-923, 2020.
- 29) Ohashi, Y., Sakanashi, K., Tanaka, T., et al. Mother-to-infant bonding disorder, but not

- depression, 5 days after delivery is a risk factor for neonate emotional abuse: A study in Japanese mothers of 1-month olds. *The Open Family studies Journal*, 8, 27-36, 2016.
- 30) 山下洋：産後うつ病と Bonding 障害の関連. *精神科診断学*, 14(1), 41-48, 2003.
 - 31) 厚生労働省：令和 3 年（2021）人口動態統計月報年計（概数）の概況 [オンライン <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai21/dl/gaikyouR3.pdf>], (アクセス日 4.19.2023.)
 - 32) 望月由紀子, 田中笑子, 篠原亮次, 他：養育者の育児不安および育児環境と虐待との関連 保育園における研究. *日本公衆衛生雑誌*, 6(6), 263-274, 2014.
 - 33) 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*, 76(4), 260-267, 2020.
 - 34) 小松崎愛美, 齋藤泰子, 小山千秋, 他：産後ケア事業の評価ー利用時期別のケアニーズー. *武蔵野大学看護学部紀要* (第 8 号), 63-68, 2014.
 - 35) 小林美智子：子ども虐待発生予防における母子保健のめざすもの. *子どもの虐待とネグレクト*, 11(3), 322-334, 2009.
 - 36) 伊達岡五月:育児不安・育児困難の予防を目指した妊娠期からのグループ支援「妊婦プログラム」の評価, [オンライン, <http://id.nii.ac.jp/1301/00000173/>], 石川県立看護大学博士論文 2016, (アクセス日 10. 4. 2022.)
 - 37) 前原邦江, 森恵美：“ふれあい”を通して母子相互作用を促す看護介入プログラムの評価. *千葉大学看護学部紀要* (第 29 号), 9-14, 2007.
 - 38) 東野妙子, 和田サヨ子, 武田とき子, 他：産褥早期の褥婦のグループによる出産体験の振り返りの分析. *日本母性衛生学会*, 47(1), 205-213, 2006.
 - 39) アルバート・バンデューラ：激動社会の中の自己効力（初版）. 金子書房, 2017.
 - 40) Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215, 1977.
 - 41) 浦山晶美, 西村真実子：母親の内的ワーキングモデルと虐待的な養育態度の関連性. *日本公衆衛生雑誌*, 56(4), 223-231, 2009.
 - 42) 宮岡久子, 佐藤君江, 堀越幸子：褥婦の退院時と 1 ヶ月健診時における自己効力感と、1 ヶ月健診時の育児不安および育児困難感との関連. *母性衛生*, 55(4), 776-782, 2015.
 - 43) Seki, M., Sakuma, K. Factor related to the mental health of postpartum mothers: focusing on the relationship between child-rearing stress and self-efficacy. *Japanese Journal Health and Human Ecology*, 81(1), 15-26, 2015.
 - 44) 関美雪：子ども虐待予防に関連する母親の自己効力感の検討 筑波大学 人間総合科学研究科 博士（医学）論文, [オンライン <http://hdl.handle.net/2241/00127102>]

つくばリポジトリ,2015, (アクセス日 4.1.2023.)

- 45) Brazeau, N., Reisz, S., Jacobvitz, D., et al. Understanding the connection between attachment trauma and maternal self-efficacy in depressed mothers. *Infant Mental Health*, 39(1), 30-43, 2018.
- 46) Alvarez-Segura, M., Garcia-Esteve, L., Torres, A., et al. Are women with a history of abuse more vulnerable to depressive symptoms? A systematic review. *Archives of woman's mental health*, 17(5), 343-357, 2014.
- 47) Schore, A.N. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269, 2001.
- 48) Leerkes, E.M., Crockenberg, S.C. The development of maternal self-efficacy and its influence on maternal behavior. *Infancy*, 3, 227-247, 2002.
- 49) Bloomfield, L., Kendall, S. Audit as evidence: the effectiveness of '123magic' programmes. *Community Practitioner*, 83(1), 26-29, 2010.
- 50) McLeish, J., Redshaw, M. 'She come like a sister to me': a qualitative study of volunteer social support for disadvantaged women in the transition to motherhood in England. *Philosophical transactions of the royal society B biological science*, 376(1827):20200023, 2021.
- 51) Kendall, S., Bloomfield, L. Developing and validating a tool to measure parenting self-efficacy. *Journal of Advanced Nursing*, 51(2), 174-181, 2005.
- 52) Kendall, S., Bloomfield, L., Appleton, J., et al. Efficacy of a group-based parenting program on stress and self-efficacy among Japanese mothers: A quasi-experimental study. *Nursing and Health Sciences*, 15(4), 454-460, 2013.
- 53) 後藤亜希, 西村真実子: 母親の完全主義と育児困難・エンパワーされた経験の関係. *石川看護雑誌*, 17, 23-36, 2020.
- 54) 大田康江: 「産褥そう気の子の育児の愛着形成支援」のための看護職 e ラーニングプログラムに対する質的評価. *日本助産学会誌*, 35(1), 22-35, 2021.
- 55) 柏原由梨恵, 新福洋子, 堀内成子: 育児支援プログラム「HUG Your Baby」の有用性—産後のアンケートとインタビューを通して—. *日本助産学会誌*, 34(1), 14-24, 2020.
- 56) 大豆生田千夏, 齋藤幸子, 伊志嶺美津子, 他: ファシリテーションによる産後早期の子育て家族支援「赤ちゃんを創るわたしの家族」プログラムの意義と効果. *小児保健研究*, 77, 222, 2018.
- 57) 武井祐子, 門田昌子, 奥富庸一, 他: 気質特徴に適合した親子ふれあい遊びが養育者の育児認識、育児不安および育児自己効力感に及ぼす効果. *川崎医療福祉学会誌*, 29(2), 279-292, 2020.
- 58) 笹尾あゆみ, 山本八千代, 前田尚美, 他: 北海道科学大学が提供する地域子育て

- 支援活動. 北海道科学大学研究紀要, 41, 213-216, 2016.
- 59) 奥村ゆかり, 渡邊聡美, 勝田真由美, 他: 妊娠期から育児期までの母親に対する育児支援プログラムによるストレスへの効果. 日本赤十字広島看護大学紀要, 15, 51-58, 2015.
- 60) 宇野耕司: 「新米ママと赤ちゃんの会」プログラムが参加者の育児不安と精神的健康に与える効果に関する予備的研究. 目白大学 心理学研究, 18, 13-32, 2022.
- 61) 島田葉子, 杉原紀代美, 橋本実里: 育児ストレスや育児不安, 育児困難を抱える母親への育児支援の実践とその効果について文献レビュー. 足利大学看護学研究紀要, 7(1), 69-81, 2019.
- 62) 浦山晶美: 子育て支援に関する文献検討と母親への支援の課題. 山口県立大学学術情報 (第 10 号), 39-45, 2017.
- 63) Asuncion, C., Fraser, C. Evaluation of existing peer parenting program. Guelph, ON: Community engaged scholarship institute, 3-16, 2016.
- 64) 吉村真理子: ノーバディーズ・パーフェクト・プログラムの有効性について. 千葉敬愛短期大学紀要, 53-65, 2009.
- 65) 寶川雅子: 児童虐待防止のための子育て支援プログラムについて. 鎌倉女子大学紀要, 21, 93-100, 2014.
- 66) 遠藤和佳子: ノーバディーズ・パーフェクト・プログラムに関する効果測定—追跡調査を用いた分析—. 関西福祉科学大学紀要, 24, 31-37, 2020.
- 67) 谷口るり子: 親教育プログラム「Nobody's Perfect (NP)」の効果について, 沖縄の小児保健, 36, 42-45, 2009.
- 68) Nadarajah, T. A performance measurement system for nobody's perfect parenting program, [オンライン,
https://dspace.library.uvic.ca/bitstream/handle/1828/7358/Nadarajah_Tharany_MPA_2016.pdf?sequence=1] School of Public Administration, University of Victoria, 2016, (アクセス日 5. 31. 2023.)
- 69) Rubin R.; 新道幸恵, 後藤佳子訳: 母性論 母性の主体的体験 (第 1 版). 医学書院, 東京, 117-148, 1997.
- 70) シヤスティン・ウヴネース・モベリ; 瀬尾智子, 谷垣暁美訳: オキシトシン 私たちのからだがつくる安らぎの物質 (初版). 晶文社, 東京, 92-169, 2014.
- 71) 久納智子: 周産期におけるオキシトシン値の変化と母親役割獲得過程の関連. 心身健康科学, 15(1), 42-47, 2019.
- 72) 湯舟貞子: 母性意識形成要因の 2 カ国比較 家族形態の変化がもたらす影響 (第 1 版). 文芸社, 108-139, 2014.
- 73) 香取洋子, 高橋真理: 妊婦の不安が産褥早期の母子関係に及ぼす影響. 日本女性

- 心身医学会雑誌, 10(3), 154－162, 2005.
- 74) 浦山晶美, 永山くに子, 大木秀一: 妊娠中の自尊感情・特性的自己効力感と産後抑うつとの関連性. ペリネイタルケア, 32(6), 95-101, 2013
- 75) 阿部美帆, 今野裕之: 状態自尊感情尺度の開発. パーソナリティ研究, 16(1), 36－46, 2007.
- 76) 中谷奈美子, 中谷素之: 母親の被害的認知が虐待的行為に及ぼす影響. 発達心理学研究, 17(2), 148－158, 2006.
- 77) 江本リナ: 自己効力感の概念分析. 日本看護科学会誌, 20(2), 39－45, 2000.
- 78) Skrypnek, B.J., Charchun, J. An Evaluation of the Nobody's Perfect Parenting Program. [オンライン, https://www.bccf.ca/media/uploads/Resource%20PDF/nobody's_perfect_evaluation.pdf] Canadian Association of Family Resource Programs (FRP Canada), 2009, (アクセス日 6. 10. 2023)
- 79) 柴田俊一: 親教育プログラム Nobody's Perfect の短期的効果について. 子どもの虐待とネグレクト, 8(1), 114－118, 2006.

第Ⅱ章 早期産褥期の母親を対象とした「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果：Tool to Measure Parenting Self-efficacy 得点による評価

1.緒言

近年、出産を無事に終え待望の児を迎えても、授乳などの育児が開始されると、わが子の「泣き」に上手く応答できないなどを理由に育児に消極的な態度となり母子関係が円滑に促進されないケースが増えている¹⁾。臨床の現場においても、わが子が泣きやまないことをネガティブにとらえ、わが子の泣きに困惑している母親もみられる。母親は退院後の子育てへの不安として、特に赤ちゃんの泣きにうまく対応できるかという不安を持っている者や、自身の出産までに子どもを世話した経験がない等のことから育児のある生活のイメージがつきにくい者が多い。

このような母親の不安や気がかりな育児行動の背景には、身体的要因、知識・認識面の要因、心理的・生育歴の要因が関係しており、それらは相互に影響しあっている。産後は分娩・寝不足などによる疲労や、分娩時の裂傷による疼痛などの身体的負担に加え、産後1～2週間はホルモンバランスの影響でマタニティブルーズに陥りやすく、精神的に不安定な状態で育児が継続される可能性がある。また、赤ちゃんの泣きや行動の特徴とその対処方法等に関する知識不足、授乳方法等の育児への不慣れに加えて、「赤ちゃんは泣くのが仕事」、「赤ちゃんは手間暇かけて育てるもの」等の認識不足や、さらにこれらによって児に対する予想と現実に不一致を感じてしまうなど、知識・認識面の要因の関与も考えられる。

さらに、知識や認識不足によって母親になることへの戸惑いが生じ、自分の育児に自信がもてず子育ての困難感につながっていると思われる^{2,3)}。さらに、否定的な対児感情やボンディング障害など、母親自身の生育歴の関与の可能性のある心理的要因も関係していると考えられる。虐待などの不適切な養育を受けた子どもは安定したアタッチメントが育たないことで、反応性アタッチメント障害を発症する⁴⁾。そして、その子どもが大人になったとき胎児を拒否したり、我が子に否定的感情を抱いたり、育児を回避、拒絶する⁵⁾などのボンディング障害を示すこともある。

このような、不安や気がかりな育児行動を示すすべての早期産褥期の母親に対して、周産期ケアの全てを担う医療施設においては退院後に安全に育児ができるための授乳や沐浴等の育児

技術への支援と、助産師の経験値で察知した気がかりな母親に対し個別的なケアを行っている。しかし、母親のそばに寄り添い、共感しながら支えていくという心理的支援も重視されているが、十分な支援が行き届いているとは言いがたいのが現状である。医療者の手を離れ、自らの生活時間に戻ることに不安が残り、退院後は不適切な養育や虐待のリスクが高まる時期であると言われている⁶⁾。

近年では、退院後 1 週間ほどの早期に産後うつや新生児の虐待予防をねらいとした「母乳外来」や「2 週間健診」という育児支援を行う病院が増えている。厚生労働省も 2017 年に「2 週間健診」の費用に対する助成を発表した。しかし、「2 週間健診」の内容については特に規定されていない。

これらの状況を受け、気がかりな行動をとる母親の退院後早期の憂慮する子育て状況に対する支援として、本研究では早期産褥期の母親同士が交流をもちながら、わが子が泣きやまない時の対応方法や、退院後に育児をしながらどのように日常生活を送ればよいかの「産後の育児のある生活」への不安などを共有することによって気持ちが楽になったり整理でき、「なんとか子育てをやっていけそう」という母親自身の自己効力感を上げることをねらいとした「ママにっこり安心子育てプログラム」というグループ支援を考案した。

1.1 研究目的

本研究の目的は、早期産褥期の母親を対象に自己効力感を上げることをねらいとした「ママにっこり安心子育てプログラム」を実施し、その効果を評価することである。

1.2 用語の定義

早期産褥期

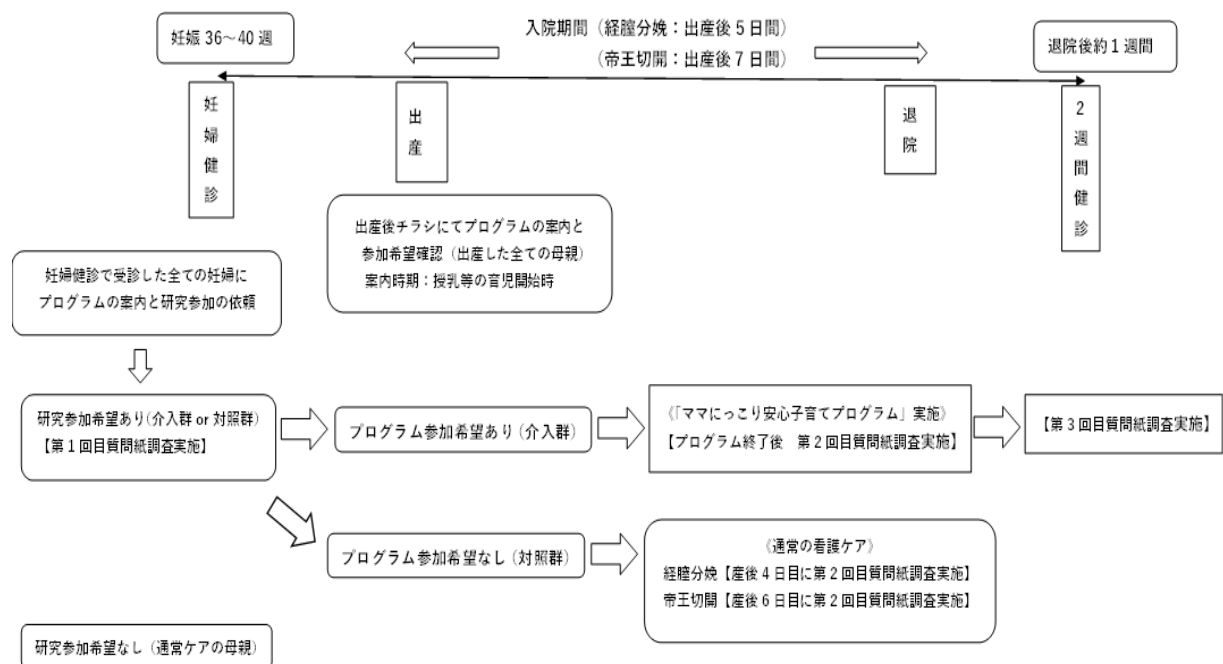
出産後 1～6 日目の入院中の母親とした。

2. 研究方法

2.1 研究デザイン と 研究対象者

研究デザインは、介入研究（前後比較試験）である。研究対象者は、北陸圏内の研究協力病院 1 施設で妊婦健診の受診と出産をした研究参加に同意が得られた母親とした。研究参加協力の依頼については、妊娠後期（36～40 週）に調査依頼用紙を用いて口頭で説明した。本プログ

ラムに参加した母親を介入群、参加しなかった母親を対照群とした。対照群は、ベッドサイドにおける通常の個別的ケアを受けているのに対して、介入群は本プログラムと個別的ケアの両方を受けていた（図II-1）。



【図 II -1 研究デザインと研究対象者】

2.2 プログラムの概要（プログラムの対象者）

本プログラムの対象者は、産後 1～6 日目の母親である。プログラムへの参加案内は、妊娠後期（36～40 週）と出産後（産後 0～1 日目の育児開始時）にすべての母親に対し本プログラムの案内チラシを用いて口頭でプログラムについて説明し参加希望を募った。プログラムの参加希望は、妊婦健診時と出産後に渡すプログラムの案内のチラシに希望の意思を記載し提出してもらうことで確認した。

2.3 プログラムの概要（ねらいと基本的考え方）

本プログラムのねらいは、参加者が「退院後の赤ちゃんとの生活をイメージできること」「自分にも育児ができそうであるという子育ての自己効力感を高めること」である。自己効力は、「将来どうなりたいのか」という認知能力によって行動が左右されるとした理論であり^{7,8)}、個人がある結果を生み出すのに必要な行動をとることができるのかどうかの確信の度合いである。

「効力期待」を意味する^{7,8)}。「自分はやればできるという本人の確信」を高めることがエンパワメントにつながるとされ、本プログラムでは、自らの体験から生み出した「思い」にピアの「思い」を加えられることが強みである「ピア・エンパワメント」の素地をつくり「仲間と一緒に元気になる」「力を引き出しあう」ことを基本とした⁷⁾。また、Nishimura⁹⁾は、2008年から妊婦や乳幼児の母親を対象に、NP¹⁰⁾手法を基にした独自の話し合いの進め方を用いたグループ支援を実践し、参加者の子育ての自己効力感の向上や育児不安・うつ傾向の軽減を明らかにしている。グループ支援の一つであるNPの基本的な考えは、「参加者の安全を大切にし、エンパワメントされるように関わりながら、他者や自分の思いの共有から自分の長所に気づき、自分のできそうなやり方を獲得する参加型の支援」である。今回、これらの要素をふませながら、参加者が認識を変化させ自己効力感の向上につながるようファシリテートした。ファシリテートする際に、Nobody's Perfect 完璧な親なんかいない親支援プログラム¹¹⁾の「体験学習サイクル」の考え方を参考とした我々の独自のファシリテーション手法を用いて実施した。独自の手法とは、参加者が不安や悩み、経験の共有を通して自分の考えをあらためて見つめ直し、自分に合った子育ての仕方や考えを獲得できるように手助けする話し合いの進め方である。参加者が悩みや不安・困り事などの経験を話し(自分の経験の再認識)、それを聞いた残りの参加者たちが思いついたこと(似た自分の悩みや経験、またはそれが軽減・解決した経験、自分の考えなど)をそれぞれに話をする(関連付け)。お互いのよく似た経験や悩みを通して自分の言葉で考えを話したり、他の参加者の意見や考えを聞いて自分の考えと照らし合わせながら自分の考えを再認識することで新たな自分の考えや気持ちに気づくことになる。さらに、他の参加者から新たな育児のスキルや退院後の生活についての話を聞くことで退院後の育児のある生活をイメージすることができ、「育児にはできないことがあってもよい」という考えに気づけるようファシリテートすることで、育児に対する考え方や子どもへの向き合い方に余裕が生まれ、「退院後もなんだか育児ができそうだ」と退院後の育児においても自己効力感の向上が維持されることにつながると考えた。

なおNPプログラムは、その基本的な考えをさまざまなシーンにおける話し合いに活用可能であるとしている。ただし「NPプログラム」として実施するには、開催回数・間隔、参加人数、認定ファシリテーターによる実施などの条件が定められている¹⁰⁾。したがって、本プログラムはNPプログラムを参考に考案した、独自のグループ支援である。

2.4 プログラムの概要（NP プログラムとの相違）

早期産褥期の特徴を踏まえて、本プログラムはNPプログラムを基盤に早期産褥期の母親が実施可能な「ママにっこり安心子育てプログラム」を考案した。「ママにっこり安心子育てプログラム」の詳細について説明する。本プログラムの参加者は、出産後間もない新生児の育児をしている早期産褥期の母親であり、参加人数は2～5人程度の母親を1グループとした。また、プログラムの実施回数については、入院中の3日間とし、各セッションの実施時間を30分間とした。また、プログラムは3日間の連続講座とし講座は3回ともに同じメンバーとした。プログラム実施の間は母親がプログラムに専念できるように、入院施設の助産師・看護師が保育を行った。プログラムの形態と進行役については、NPプログラム同様に参加型とし研究をうけたファシリテーターが進行をつとめた。取り扱うテーマについては、NPプログラムでは参加者の関心事や気になることをテーマとしているが、本プログラムにおいては「赤ちゃんの泣きへの対応」や「退院後の育児のある生活」について最初の1回目2回目のセッションで実施し、3回目のセッションで参加者の関心事や気になることをテーマとした。また、セッションの進め方については1回が30分という短時間での実施であることから、休憩時間は設けずに実施することとした（図 II-2）。また、上記の内容にプログラムを変更した理由については、参加者においては1日の出産人数に変動があり、プログラムを同じメンバーで3日間連続参加するという側面から実施可能と考えられる2～5名に設定した。また、プログラムの実施回数・実施回数についてはグループ支援の最適回数が週に3～6回とされていること¹²⁾から実施回数を3回と設定し、また、短時間しか集中力を保てない心身の状態が弱い者や、限られた問題を焦点化しながらグループワークを成立させることに関しては45～60分のミーティングであれば実施可能であるとされている¹²⁾。しかし、育児のある母親の負担を考慮すること、また、プログラムにおいては今回、休憩時間は設定していないことから最短の45分よりも短い30分で設定した。また、安心して意見の共有や不安が語れるようにするため、グループのメンバーはNPプログラム同様に3回の講座は同じメンバーで実際すると設定した。また、取り扱うテーマについては、入院中の育児で必ず誰もが経験する「赤ちゃんの泣きへの対応」と「退院後の赤ちゃんとの生活」に不安を感じる母親が多いことから「退院後の育児のある生活」をテーマとし、3回目にはNPプログラム同様に「参加者の思いや気になること」を共有することに設定した。また、セッションの進め方については、NPプログラム同様の進め方を実施するが、プログラムをできるだけ母親の負担なく実施するため実施時間を短時間に設定していることから休憩時間は改めて設けずに休憩をしながらプログラムに参加してもらうように設定した。

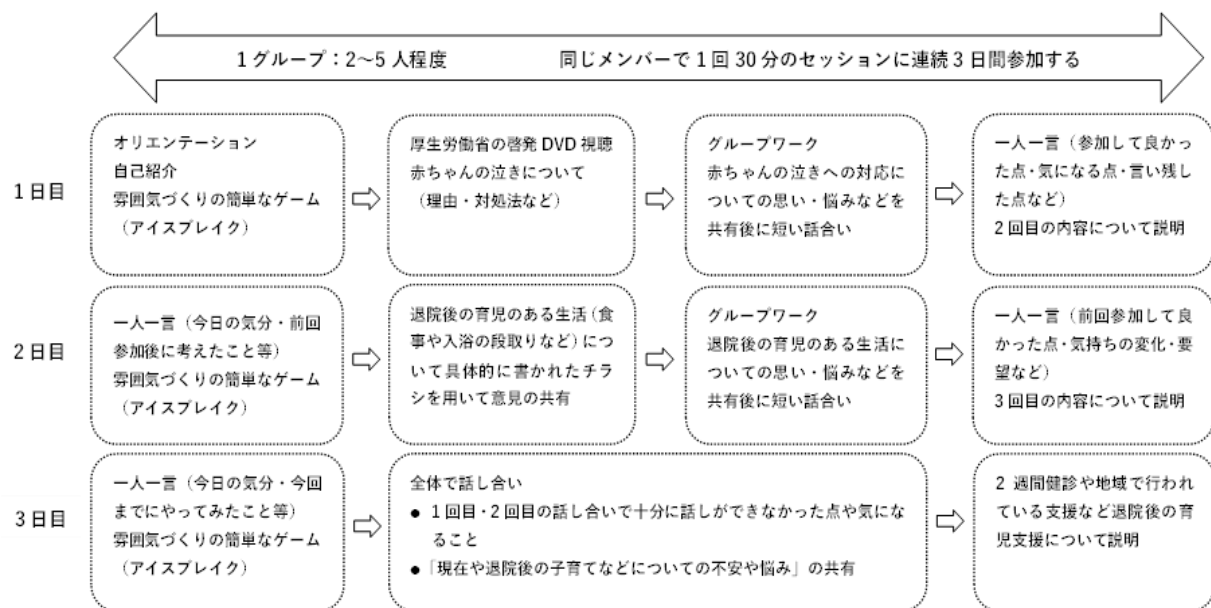
	NPプログラム	ママにっこり安心子育てプログラム
参加者	0～5歳の子どもをもつ母親	出生後間もない新生児の子をもつ母親
参加人数	約10人（1グループ最大20人）	1グループ2～5名程度
プログラム実施回数	（原則）週1回 各回2時間のグループワークセッション 6～8回連続講座	（原則）入院中の3日間 各回30分間のグループワークセッション 同じメンバーで連続3日間講座
保育・参加費用	保育付き 参加費無料	保育付き（看護師・助産師が預かる） 参加費無料
プログラム形態	参加型	参加型
進行役	研修を受けたファシリテーター	研修を受けたファシリテーター
扱うテーマ	参加者の関心事 気になること	赤ちゃんの泣きの対応（1回目） 退院後の育児のある生活（2回目） 参加者の関心事・気になること（3回目）
セッションの進め方	アイスブレイク→決まりの確認→テーマの展開→お茶とおやつ→ふりかえり	アイスブレイク→決まりの確認→テーマの展開→振り返り （お茶とおやつは提供しながら進める）

【図 II-2 NP プログラムとの相違点】

2.5 プログラムの概要（プログラムの運営方法）

本プログラムの運営方法とセッションの詳細については、1回目のセッションでは、まず母親同士が知り合い、安全・安心感をもつことをねらいとした簡単なゲームをした。さらに、わが子の「泣き」に上手く応答できないケースが増えている¹⁾ことから、赤ちゃんの泣きへの対応方法や啼泣時の母親のネガティブな気持ちの落ち着け方などについてのビデオを視聴し、これに対する感想や赤ちゃんへの対応や不安に思っていること、体験談について話しあった。2回目のセッションは、退院後の赤ちゃんとの生活（これまでの生活と変わることをイメージすることが主なねらいである。1回目終了時に配布した退院後の育児のある生活（食事や入浴の段取りなど）についてのチラシの記載内容についてどう思うかなどを、各自の具体的な生活を交えながら話し合った。3回目のセッションは、「現在や退院後の子育てなどについての不安や悩み」を共有し話し合った。

話し合いにおいては、初産婦は育児のある生活は想像がつきにくく、不安や悩みという思いや気持ちを中心となるが、経産婦は過去の育児経験と関連した悩みが多いので、初産婦に参考になるよう具体的な場面を交えて話してもらった。本プログラムはグループ支援の研修を受けた研究者2人が共同ファシリテーターとして実施した（図II-3）。また、参加者がゆったりとした気持ちで参加できるように音楽などで環境を整えた（図II-4）。



【図 II-3 プログラム内容と運営方法】



【図 II-4 リラックスできるように配慮した環境】

2.6 調査方法

後期の妊婦健診時(妊娠 36～40 週)に、調査依頼用紙を用いて説明し研究参加への同意が得られた全ての妊婦に対して、質問紙調査を実施した(介入群では「プログラム前」の調査、対照群

では「第 1 回目調査」となる)。さらに、介入群においては「プログラム後」と「退院約 1 週間後 (2 週間健診時)」、対照群においては「産後 4 日 (第 2 回目調査)」とそれぞれの時期において同意が得られた母親に質問紙調査を実施した。

調査は無記名自記式とした。記載済質問紙の回収は、外来または病棟に設置した施錠した回収箱に投函してもらった。

2.7 調査内容・測定尺度・調査期間

プログラムの効果は、プログラムのねらいである「子育ての自己効力感」を指標とした。子育ての自己効力感は、子育ての自己効力感尺度日本版¹³⁾ (Tool to Measure Parenting Self-efficacy : TOPSE)、TOPSE 日本版¹⁴⁾を用いた。TOPSE は、子育て中の母親 82 人を対象とした質的研究の結果から子育ての自己効力感を構成する質問項目を特定し、さらに因子分析により 9 下位尺度、82 項目の尺度として作成されたものである。11 段階のリッカート尺度で回答、高得点ほど自己効力感が高いとしている。各下位尺度のクロンバック α 係数は 0.80 から 0.89 の範囲で、基準関連妥当性として、一般性セルフ・エフィカシーとの有意な関係が報告されている。また、TOPSE 日本版は、米田らにより 4 下位尺度 (子どもの理解と情緒的相互作用 : 25 項目、しつけとセルフコントロール : 13 項目、プレッシャーとバンダリー : 7 項目、ルールを守らせる能力 : 3 項目) とされ、信頼性と妥当性が証明されている。本研究では、プログラムのねらいと合致する「子どもの理解と情緒的相互作用」下位尺度 (クロンバック α 係数 0.94) のみを使用した。

また、プログラムの評価指標「自己効力感」と関係する要因¹⁵⁻¹⁸⁾ (外生変数) として、産後うつ、赤ちゃんへの否定的感情、親からの愛され感について調査した。さらにこれらに影響する要因として望まれた妊娠であったかなどの妊娠への気持ち、育てにくいと感じる子の有無などについて調査した。産後うつは「日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票¹⁹⁾ (Edinburgh Postnatal Depression Scale : EPDS)」を、赤ちゃんへの否定的感情は「赤ちゃんへの気持ち質問票²⁰⁾ (Mother to Infant Bonding Scale : MIBS)」をそれぞれ用いた。さらに、プログラム終了後に自由記載で感想や意見を調査した。調査は平成 30 年 8 月 11 日～11 月 22 日に行った。

2.8 分析方法

研究対象者の基本属性と、外生変数について両群に差がないかを対応のない t 検定または χ^2 検定を用いて分析し、クロス集計表で期待度数が 5 未満のセルの時は、Fisher の直接確率法を用

いて分析した。

プログラムの効果については、介入群のプログラム前・後・退院後約1週間のTOPSE得点の経時的変化を反復測定による一元配置分散分析で、また両群のTOPSEの得点変化に差がないかを二元配置分散分析にてそれぞれ分析した。その後、Bonferroni法を用いて多重比較検定をした。自己効力感に影響のある外生変数においては「産後うつ（EPDS）」、「赤ちゃんへの否定的感情（MIBS）」、「親からの愛され感」について、各外生変数を「EPDS：9点以上群・9点未満群」、「MIBS：3点以上群・3点未満群」、「親からの愛され感：感じている群・感じていない群」の2群にわけて、同様にTOPSE得点に差がないかを分散分析で分析した。

アンケートの自由記載の内容については、母親の意見を抽出してカテゴリー化し、さらにプログラムの構成について内容を抽出しプロセスの検証を行った。

2.9 倫理的配慮

本研究は、石川県立看護大学倫理委員会（承認番号：看大第139号）および調査施設の倫理委員会（承認番号：2018-032）の承認を得て実施した。さらに、「ママにつこり安心子育てプログラム」を実施する産科施設の病院長、看護部長、看護師長へ、研究者が直接本研究の協力依頼を行い産科施設の倫理委員会の承認を得た（承認番号：2018-032）。

質問紙調査は、個人が特定できないように回答した調査用紙は封筒に入れて病棟に設置した鍵付き専用ボックスへ投函してもらった。1回のプログラムの参加者が2～5名と少ないため、プログラムが3クールほど終了後に調査用紙を鍵付き専用ボックスから取り出すようにした。また、各調査時点の個々の調査結果を対応させることや、データの開示や破棄の希望時に対応できるように、調査対象者に自分の携帯電話番号の下4桁を各時点で配布する調査用紙に記載してもらうように調査依頼した。

なお、調査協力依頼文には①調査の協力は自由意思に基づくこと、②調査に協力しなくても不利益を被ることがないこと（介入群では褥婦プログラムの参加やプログラム中の全ての状況における不利益。対照群では診療や健診などの全ての状況における不利益）、③個人が特定されないこと。特に、電話番号の下4桁の記載を依頼するが個人が特定できないように匿名化を図りつつ、各時点の記入済み調査用紙を対応可能とすること、④個人情報漏れないことや、保管期間後にデータはシュレッダーにかけて破棄すること、⑤調査の目的以外では一切使用しないこと、⑥結果を博士論文として提出し、学会等で公表したいこと。その際個人が特定されないようにすることについての内容を明記した。

3.結果

研究参加に同意が得られた 111 人（介入群 53 人、対照群 58 人）のうち、プログラムに連続 3 回出席できなかった 6 人と 2 週間健診でアンケートが実施できなかった 3 人、アンケートに未回答項目があった 4 人を除外した 98 人（介入群 43 人・対照群 55 人）を対象者とし結果を分析した。「ママにっこり安心子育てプログラム」は合計 18 回実施した。1 グループの人数は 2~4 人、平均 2.94 人であった。プログラムに 3 回連続参加できない人は 6 名でありほとんどの人が 3 回参加できた。

3.1 対象者の属性

母親の平均年齢は介入群 32.58 ± 5.15 歳、対照群 32.95 ± 4.29 歳であった。家族形態は核家族が介入群 32 人（74.4%）対照群 45 人（81.8%）であり、拡大家族は介入群 11 人（うちひとり親家族 1 人）（25.6%）対照群 10 人（18.2%）であった。

分娩経験の有無は、初産婦は介入群 22 名（51.2%）対照群 23 名（41.8%）、経産婦は介入群 21 名（48.8%）対象群 32 名（58.2%）であった。

育児をしている子どもの人数（胎児を含まない子どもの人数）は 2 人未満が介入群 40 名（93.1%）対照群 42 名（76.3%）、2 人以上が介入群 3 名（7.0%）対照群 13 名（23.6%）であり子どもの人数に有意差がみられた（Fisher の正確確率検定、* $p < 0.05$ ）。

既往歴は、既往歴「なし」は介入群 31 名（72.1%）対照群 33 名（60.0%）であり、「あり」は介入群 12 名（27.9%）対照群 22 名（40.0%）であった。既往歴「あり」の人における内訳は、身体的疾患が介入群 11 名（91.7%）対照群 20 名（90.9%）であり、精神的疾患が介入群 1 名（8.3%）対照群 2 名（9.1%）であった。また、受診の継続の有無については受診の継続「あり」は介入群 5 名（41.7%）対照群 13 名（59.1%）であり、「なし」は介入群 7 名（58.3%）対照群 9 名（40.9%）であった。

分娩方法は、経膈分娩が介入群 28 名（65.1%）対照群 41 名（74.5%）であり、帝王切開が介入群 15 名（34.9%）うち緊急帝王切開が 3 名、対照群 14 名（25.5%）うち緊急帝王切開が 2 名であった。

家族形態・分娩経験の有無・既往歴・分娩方法については両群に有意な差はなかった（表 II-1）。

【表 II-1 対象者の属性】

		介入群 (N=43)		対照群 (N=55)			
		Mean±SD		Mean±SD		t 値	p 値
年齢		32.58±5.15		32.95±4.29		0.26	0.70
		N	%	N	%	χ ² 値	
家族形態	核家族	32	74.4	45	81.8	0.79	0.38
	(ひとり親)	0		0			
	拡大家族	11	25.6	10	18.2		
	(ひとり親)	1		0			
分娩経験の有無	初産	22	51.2	23	41.8	0.84	0.36
	経産	21	48.8	32	58.2		
育児をしている 子どもの人数	2 人未満	40	93.1	42	76.3	1)	0.03*
	(内訳) 0 人	22	51.2	23	41.8		
	1 人	18	41.9	19	34.5		
	2 人以上	3	7.0	13	23.6		
既往歴	なし	31	72.1	33	60.0	1.56	0.21
	あり	12	27.9	22	40.0		
	(内訳)					1)	1.00
	身体的疾患	11	91.7	20	90.9		
	精神的疾患	1	8.3	2	9.1		
	受診の継続あり	5	41.7	13	59.1	0.95	0.33
	受診の継続なし	7	58.3	9	40.9		
分娩方法	経膈分娩	28	65.1	41	74.5	1.03	0.31
	帝王切開術(緊急)	15(3)	34.9	14(2)	25.5		

1) Fisher の正確確率検定 *p<0.05

3.2 対象者の生活環境とサポート状況

産後の生活環境の変化については、「なし」は介入群 37 名（86.0%）対照群 49 名（89.0%）であり、「あり」は介入群 6 名（14.0%）対照群 6 名（11.0%）であった。「あり」の内訳については、介入群は「家族関係の問題」2 名（33.3%）「子どもの身体的問題」1 名（16.7%）「長子の不安な様子」1 名（16.7%）「出産への不安」1 名（16.7%）「切迫早産への不安」1 名（16.7%）の順に多く、「自身の病気」「失職・退職」「引っ越し」「出産への圧力」「里帰り出産」「その他」の該当者はいなかった。対照群は、「自身の病気」4 名（66.7%）「失職・退職」1 名（16.7%）「引っ越し」1 名（16.7%）「切迫早産への不安」1 名（16.7%）「出産への圧力」1 名（16.7%）「里帰り出産」1 名（16.7%）「その他」1 名（16.7%）の順に多く、「家族関係の問題」「子どもの身体的問題」「長子の不安な様子」「出産への不安」の該当者はいなかった。

子どもを預けられる人の有無については、「いない・いても頼みづらい」が介入群 13 名（30.2%）対照群 14 名（25.5%）であり、「いる」が介入群 30 名（69.8%）対照群 41 名（74.5%）であった。

悩みを打ち明けられる人の有無について、「いない」を選んだ人は介入群に該当者はなく、対照群 2 名（3.6%）であった。「いる」は介入群 43 名（100.0%）、対照群 53 名（96.4%）であった。妊娠中に「いる」と回答した介入群の相談相手の内訳として、多い順に「実母」36 名（83.7%）「夫」32 名（74.4%）「友人」20 名（46.5%）「きょうだい」18 名（41.9%）「実父」6 名（14.0%）「義母」5 名（11.6%）「専門家」1 名（2.3%）であり「義父」「その他」は該当者がいなかった。対照群の相談相手の内訳として多い順に「夫」44 名（81.5%）「実母」40 名（74.1%）「友人」35 名（64.8%）「きょうだい」19 名（35.2%）「実父」9 名（16.7%）「義母」3 名（5.6%）「その他」1 名（1.9%）「義父」「専門家」はいなかった。産後に「いる」を選んだ人は介入群が 43 名（100.0%）対照群 55 名（100.0%）であり、「いない」を選んだ人は両群ともにいなかった。産後に「いる」を選んだ介入群の相談相手の内訳として、多い順に「実母」35 名（81.4%）「夫」34 名（79.1%）「きょうだい」25 名（58.1%）「友人」22 名（51.2%）「義母」5 名（11.6%）「実父」4 名（9.3%）「専門家」2 名（4.7%）であり「義父」「その他」はいなかった。対照群の相談相手の内訳として多い順に「夫」50 名（90.9%）「実母」45 名（81.8%）「友人」34 名（61.8%）「きょうだい」23 名（41.8%）「実父」9 名（16.4%）「義母」4 名（7.3%）「専門家」3 名（5.5%）「義父」1 名（1.8%）「その他」1 名（1.8%）であった。生活環境とサポート状況において、両群に有意な差はみられなかった（表Ⅱ-2）。

【表Ⅱ-2 対象者の生活環境とサポート状況】

		介入群(N=43)		対照群(N=55)		χ^2 値	p値
		N	%	N	%		
産後の生活	なし	37	86.0	49	89.0	0.21	0.65
環境の変化	あり	6	14.0	6	11.0		
(内訳：複数回答あり)							
	自身の病気	0	0.0	4	66.7		
	失職・退職	0	0.0	1	16.7		
	引っ越し	0	0.0	1	16.7		
	家族関係の問題	2	33.3	0	0.0		
	子どもの身体的問題	1	16.7	0	0.0		
	長子の不安な様子	1	16.7	0	0.0		
	出産への不安	1	16.7	0	0.0		
	切迫早産への不安	1	16.7	1	16.7		
	出産への圧力	0	0.0	1	16.7		
	里帰り出産	0	0.0	1	16.7		
	その他	0	0.0	1	16.7		
子どもを預けられる人の有無	いない	13	30.2	14	25.5	0.28	0.60
	(いても頼みづらい)						
	いる	30	69.8	41	74.5		
悩みを打ち明けられる人の有無	いない	0	0.0	2	3.6	1)	0.50
	いる	43	100.0	53	96.4		
(内訳：複数回答あり)							
	夫	32	74.4	44	81.5		
	実母	36	83.7	40	74.1		
	実父	6	14.0	9	16.7		
	義母	5	11.6	3	5.6		
	義父	0	0.0	0	0.0		
	きょうだい	18	41.9	19	35.2		
	友人	20	46.5	35	64.8		
	専門家	1	2.3	0	0.0		
	その他	0	0.0	1	1.9		

1)Fisher の正確確率検定 *p<0.05

3.3 プログラム前（妊娠 36～40 週）における心理的背景

対象者のプログラム前（妊娠 36 週～40 週）における心理的背景について分析した。妊娠への気持ちは「嬉しい」が介入群 42 名（97.7%）対象群 52 名（94.6%）であった。「嬉しい」と感じた介入群の内訳は「とても嬉しい」31 名（72.1%）「嬉しい」11 名（25.6%）、対照群の内訳は「とても嬉しい」36 名（65.5%）「嬉しい」16 名（29.1%）であった。妊娠に対する気持ちで「嬉しいと思わない」が介入群 1 名（2.3%）で対照群 3 名（5.4%）であった。介入群の内訳は「特に思わない」「やや嬉しくない」は該当者がなく「不明」1 名（2.3%）であり、対照群の内訳は「特に思わない」1 名（1.8%）「やや嬉しくない」2 名（3.6%）であり「不明」は該当者がいなかった。

育てにくいと感じる子の有無は、「いない」が介入群 42 名（97.7%）対照群 47 名（85.5%）、「いる」が介入群 1 名（2.3%）対照群 8 名（14.5%）であり両群に有意な差がみられた（Fisher の正確確率検定、 $p<0.05$ ）。親からの愛され感については、愛されていると「感じている人」が介入群 39 名（90.7%）、対照群 45 名（81.8%）であり、「感じていない人」が介入群 4 名（9.3%）、対照群 10 名（18.2%）であった。

MIBS において、カットオフポイントとして「3 点以上」・「3 点未満」で分類したところ、「3 点以上」が介入群 26 名（60.5%）、対照群 30 名（54.5%）、「3 点未満」が介入群 17 名（39.5%）、対照群 25 名（45.5%）であった。

EPDS において、カットオフポイントとして「9 点以上」・「9 点未満」で分類したところ、「9 点以上」が介入群 18 名（41.9%）、対照群 15 名（27.3%）、「9 点未満」が介入群 25 名（58.1%）、対照群 40 名（72.7%）であった。

妊娠への気持ち・子どもを預けられる人の有無・悩みを打ち明けられる人の有無・親からの愛され感・MIBS・EPDS については両群に有意な差はみられなかった（表II-3）。

【表 II -3 対象者の妊娠期（36～40 週）の心理的背景】

妊娠期の心理的背景		介入群 (N=43)		対照群 (N=55)		χ^2 値	p 値
		N	%	N	%		
妊娠への気持ち	嬉しい (内訳)	42	97.7	52	94.6	1)	0.63
	とても嬉しい	31	72.1	36	65.5		
	嬉しい	11	25.6	16	29.1		
	嬉しいと思わない (内訳)	1	2.3	3	5.4		
	特に思わない	0	0.0	1	1.8		
	やや嬉しくない	0	0.0	2	3.6		
	不明	1	2.3	0	0.0		
育てにくいと感じ る子の有無	いない	42	97.7	47	85.5	1)	0.04*
	いる	1	2.3	8	14.5		
親からの愛され感	感じていない	4	9.3	10	18.2	1)	0.26
	感じている	39	90.7	45	81.8		
MIBS ²⁾	3 点以上	26	60.5	30	54.5	0.35	0.56
	3 点未満	17	39.5	25	45.5		
EPDS ³⁾	9 点以上	18	41.9	15	27.3	2.30	0.13
	9 点未満	25	58.1	40	72.7		

1) Fisher の正確確率検定 * $p < 0.05$

2) MIBS：赤ちゃんへの気持ち質問票 カットオフポイントが 3 点

3) EPDS：日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 カットオフポイントが 9 点

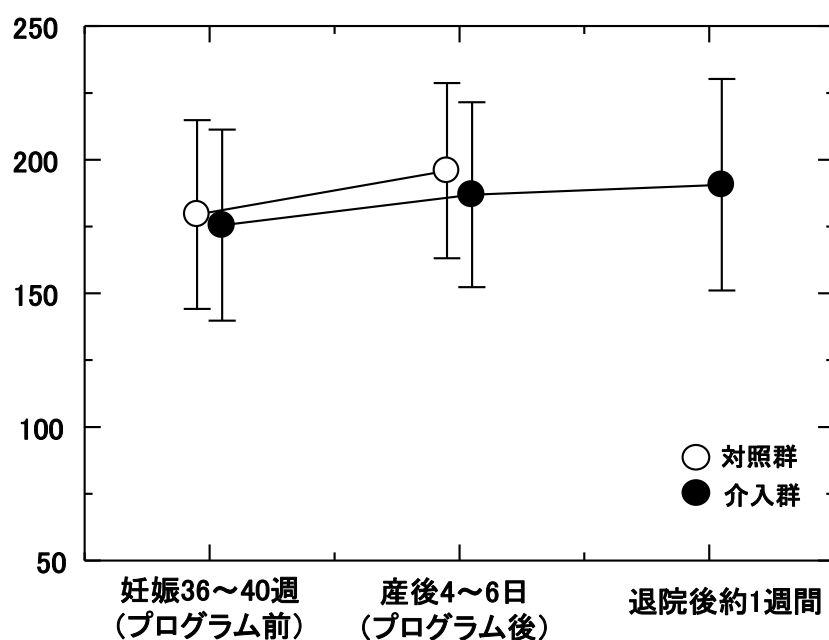
3.4 プログラム実施前・実施後・退院後約 1 週間の自己効力感（Tool to Measure Parenting Self-efficacy 下位尺度：子どもの理解と情緒的相互作用得点）の変化

プログラムの効果が実施前後から退院後も持続しているかについて時系列で検証するため、介入群の TOPSE 得点の変化を調べるために一元配置分散分析をおこなった。実施前の TOPSE の平均得点±標準偏差は 175.47±35.74 点、実施後 186.93±34.59 点、退院後約 1 週間 190.65±39.60 点で、時間の主効果が有意であり、3 時点の得点が有意に上昇していた ($df=2$ 、 $F=10.73$ 、 $p<0.01$ 、効果量 $\eta^2=0.20$ 、多重比較；プログラム前 vs プログラム後 $p<0.01$ 、プログラム前 vs 退院後約 1 週間 $p<0.01$ 、プログラム後 vs 退院 1 週間後 $p=0.58$) (図 II-5)。

3.5 介入群と対照群におけるプログラム実施前後の自己効力感（Tool to Measure Parenting Self-efficacy 下位尺度：子どもの理解と情緒的相互作用得点）の変化

介入群と対照群の TOPSE 得点変化に差がないかを調べるために二元配置分散分析を行った。介入群のプログラム前が 175.47 ± 35.74 点、プログラム後が 186.93 ± 34.60 点、対照群の妊娠後期(介入群の「プログラム前」と対応させている)が 179.49 ± 35.30 点、産後 4～6 日目(介入群の「プログラム後」と対応させている)が 195.87 ± 32.79 点で、時間の主効果が有意であったが、群間の主効果、交互作用はなく、両群ともにプログラム前後の得点が有意に上昇していた ($df=1$ 、 $F=29.80$ 、 $p<0.01$ 、効果量 $\eta^2=0.24$ 、多重比較；プログラム前 vs プログラム後 $p<0.01$) (図 II-5)。

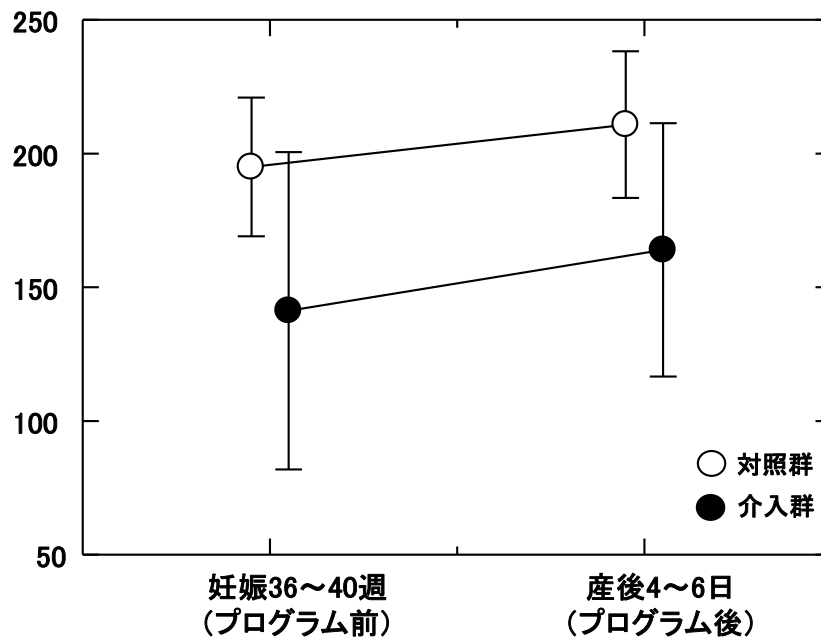
育児の自己効力感においては、前回の育児経験における成功体験から経産婦においては育児の自己効力感が容易に上昇する可能性がある。そのため、今回、初産婦に焦点を絞り TOPSE 得点変化について両群比較を行った。結果、介入群のプログラム前が 167.95 ± 41.81 点、プログラム後が 175.14 ± 34.04 点、対照群の妊娠後期(介入群の「プログラム前」と対応させている)が 165.91 ± 40.22 点、産後 4～6 日目(介入群の「プログラム後」と対応させている)が 185.70 ± 39.68 点であった。全体の TOPSE 得点変化同様に、時間の主効果は有意であったが、群間の主効果、交互作用はなく、両群ともにプログラム前後の得点が有意に上昇していた ($df=1$ 、 $F=10.37$ 、 $p<0.01$ 、効果量 $\eta^2=0.19$ 、多重比較；プログラム前 vs プログラム後 $p<0.01$)。また、両群においてプログラム前後の TOPSE 得点の変化量について比較したところ、介入群は +7.2 点であり、対照群は +19.8 点と対照群に変化量が多くみられた。



【図II-5. プログラム前後・退院後約1週間における
子育ての自己効力感尺度（TOPSE）得点変化と2群比較】

3.6 外生変数別にみる自己効力感（Tool to Measure Parenting Self-efficacy 下位尺度：子どもの理解と情緒的相互作用得点）の変化

TOPSE 得点はプログラム前後および退院後約1週間の時系列では有意に上昇していたが、両群間のプログラム前後の得点変化に有意な差はみられなかった。そこで、自己効力感に影響のある、親からの愛され感・EPDS・MIBSの外生変数別に生育歴や対児感情、産後の精神状態の条件が同じ研究対象者だけで両群のTOPSE得点に差がないかを調べるために二元配置分散分析を行った。その結果、EPDS・MIBSについては、総合データ同様に、時間の主効果のみ有意な差があり、群間の主効果、交互作用において有意な差はみられなかった。「親からの愛され感の少ない母親」については、介入群のプログラム前が 141.25 ± 59.38 点、プログラム後が 164.00 ± 47.36 点、対照群の妊娠後期が 195.00 ± 25.88 点、産後4～6日目が 210.80 ± 27.43 点を示し、時間の主効果 ($df=1$, $F=21.46$, $p<0.01$, 効果量 $\eta^2=0.64$, 多重比較；プログラム前 vs プログラム後 $p<0.01$) と、群間の主効果 ($df=1$, $F=5.99$, $p<0.05$, 効果量 $\eta^2=0.33$, 多重比較；プログラム前 vs プログラム後 $p<0.05$) であり有意な差はあったが、交互作用には有意な差はなかった（図II-6）。



【図 II-6 「親からの愛され感の少ない母親」のみの
子育ての自己効力感尺度 (TOPSE) 得点変化の 2 群比較】

3.7 プログラム参加後の自由記載の調査の結果

プログラム終了後に実施した、アンケートの自由記載から、参加して良かった点について内容を抽出しまとめた。「悩んでいるのは自分だけではないと思え安心した」、「親としての共通の気持ちがあると知り安心した」、「安心して自分の思いを話せて楽になった」、「知識やいろいろな考え方・対応方法が知れてよかった」、「“子育てはひとりでできない”などの『子育てあるある』に気づいた」、「自分の気持ちや特徴に気づいた」、「退院後の生活を考える機会になりイメージできるようになった」、「前向きに頑張ろうと思えた」、「悩みを話せて自信につながった」、自分から他の母に話しかけることができないなどの状況があり「他の母親と交流をもつことができてよかった」、「リフレッシュできて楽しかった」など、11 カテゴリーにまとめられた (表II-4)。

さらに、プログラムの実施時間に関する自由記載のアンケート調査内容を単純集計した。アンケートは介入群 43 名のうち未回答の 8 名を除外した 35 名の結果について分析した。結果、プログラムの実施時間について「すごく長い：3 人 (8.6%)」「少し長い：0 人 (0.0%)」「ほどよい：29 人 (82.9%)」「少し短い：3 人 (8.6%)」「短い：0 人 (0.0%)」と母親は感じていた。

【表Ⅱ-4 プログラムの参加により得られた気づきや気持ちの変化
－プログラム終了後のアンケートの記載内容－】

カテゴリー（1～5）	コード（記載内容）
1：悩んでいるのは自分だけではないと思え 安心した	<ul style="list-style-type: none"> ・みんな一緒。自分だけじゃないと思うと心強くなった。 ・自分一人だけの悩みでないことが分かり、安心・リフレッシュできた。自分より大変な方もいる中で自分も頑張ろうと勇気をもらえた。 ・不安な気持ちはみんな一緒と強く感じられて安心した。抱え込まないことが一番大事と感じた。 ・同じような悩みを持つ方とお話できて気持ちが楽になった。等
2：親としての共通の気持ちがあると知り安心した	<ul style="list-style-type: none"> ・親として共通の気持ちがあることが知れた。 ・入院中や退院後の生活の不安を皆で共有できた。
3：安心して自分の思いを話せて楽になった	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の意見を発表できるだけで安心できたし、いろんな意見が聞けてよかった。 ・自分の不安なことを話すだけで気持ちが楽になった。等
4：知識やいろいろな考え方・対応方法が知れて よかった	<ul style="list-style-type: none"> ・ずっと個室で赤ちゃんを2人だし、助産師さんや看護師さんの話はためになるけどやっぱり同じ時期に産んだ人の話が聞けるのは良いと思った。等
5：「子育てあるある」に気づいた 〈「子育てあるある」の内容〉 1) 子育ては一人でできない 2) 人に頼ったり相談するのがよい 3) 肩の力を抜いていくのが大事である 4) 心に余裕をもつのが大事である 5) 柔軟に考える気持ちの広がりが大事である 6) いろいろなやり方があってどれも間違いはない 7) 子どもの数が増えても悩みは減らない 8) 一人目の育児の失敗や体験を活かせばよい	<ul style="list-style-type: none"> ・1人目のときに感じた失敗や体験談を2人目にいかそうと思った。 ・初産婦の方と悩みの共感や経産婦さんからの経験談をバランスよくお話できて勉強になった。 ・自分以外の意見を聞いて悩みはそれぞれ違うけど子育ては一人ではできないと実感した。 ・母乳育児の悩み・心の余裕をもつ（ことが大事だと思った） ・子供の数が増えても悩みは減ることがないんだな～と感じた。 ・いろいろなやり方があってどれも間違いではないという考え方でよいことを感じた。 ・周囲のサポートを得て肩の力を抜いて子育てしようと思った。 ・人に頼って相談して進んでいこうと思った。 ・いろんな方法や考え方を知り、困ったときの対応方法や柔軟に考えられる気持ちが広がったと思う。

【表Ⅱ-4 プログラムの参加により得られた気づきや気持ちの変化
－プログラム終了後のアンケートの記載内容－】

カテゴリー（6～11）	コード（記載内容）
6：自分の気持ちや特徴に気づいた 〈気づいたこと〉 1) 自分はストレスを感じている 2) こんなに自分をコントロールできない	・保育士だからできなきゃと思っていたけど妊娠するとこんなに自分をコントロールできないことがあるんだと知った。 ・他の人と話をしてみても自分はストレスを感じていると実感できた。
7：退院後の生活を考える機会になりイメージできるようになった	・このプログラムがあったことで家に帰ってからの生活が想像できるようになった。気持ちが楽になった。等
8：前向きに頑張ろうと思えた	・出産直後の不安定になりやすい時期にこういう場があると前向きになれると思った。等
9：悩みを話せて自信につながった	・悩みを口にしてだす場があることは、自分の自信につながってよかった。
10：他の母親と交流をもつことができてよかった 〈他の母親との交流がよい理由〉 1) 赤ちゃんと二人きりで個室に閉じこもっているから 2) 自分から話しかけることができないから 3) 入院中は一人で考えがちだから	・入院中はずっと一人で考えがちなので他の方と話せてよかった。 ・ずっと部屋で赤ちゃんと一緒になので人と交流することがなかったので今回参加できて楽しかった。 ・産後個室に閉じこもりになってしまっていたので話すことでリフレッシュできた。 ・なかなか自分では人に話しかけることができないので少人数で話しやすいいい機会になった。 ・他のママさんと交流するきっかけができてうれしかった。等
11：リフレッシュできて楽しかった	・人と話すことが入院中少ないので他の人と話ができることはリフレッシュになると思った。等

4.考察

4.1「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果検証について

今回、母親が退院後の子育てや生活に少しでも自信がもてることを目的に、早期産褥期の母親を対象に「ママにっこり安心子育てプログラム」考案し、その効果を検証した。プログラムに参加した介入群の TOPSE 得点は有意に上昇し、退院後約 1 週間も得点の上昇は継続していた。しかし、対照群も同様に妊娠中の TOPSE 得点が退院直前には有意に上昇しており、ベッドサイドでの個別支援の効果も確認できたが、本プログラムが個別支援よりも自己効力感の向上に効果的であるかについては不明であった。

今回、属性において「育児をしている子どもの人数」と「育てにくいと感じる子の有無」において両群に有意な差がみられた。今回、プログラム参加における選定を、母親の希望に合わ

せたことで完全にランダムな対象者の選定をすることができなかった。また、「子どもの人数が多い母親」と「育てにくいと感じる子がいる母親」において、本プログラムへの参加が少なかった理由として、育児経験者である経産婦や上の子の育児に対して自信をなくしている母親にとってプログラムへの参加意欲に欠ける設定であった可能性が考えられた。プログラムにおいて、同じような育児環境の母親同士のグループで実施するなど、様々な育児環境の母親が参加したいと思える設定にプログラムを改善する必要があると考えられた。

また、育児においては前回の育児の経験のある経産婦は成功体験を感じやすいと考えられる。そこで、育児の自己効力感に影響を考慮し、育児経験のない初産婦のみと自己効力感と関連する各外生変数において同一得点の研究対象者に限定して分析した。結果、初産婦のみにおいては、全体の TOPSE 得点変化と同様の結果となったが「親からの愛され感の少ない母親」の TOPSE 得点変化において、時間と群間の主効果に有意な差がみられた。初産婦の TOPSE 得点のプログラム前後の変化量をみると、介入群は+7.2 点であり対照群は+19.8 点と対照群に変化量が多くみられた。さらに、「親からの愛され感の少ない母親」のプログラム前後の TOPSE 得点変化量をみると、介入群で+22.8 点、対照群が+15.8 点と介入群の変化量の方がやや大きい傾向がみられた。しかしながら、分散分析においてはプログラム前後と群間の交互作用は有意とならなかった。つまり「親からの愛され感の少ない母親」を対象とした場合には本プログラムによって TOPSE 得点が向上する傾向がみられたものの、統計的に有意な効果は確認できなかったといえる。

自己効力感について、臨床心理学においては短期的あるいは長期的に個人の行動を予測し、ネガティブな情動反応を抑制する要因として、個人がセルフ・エフィカシーをどの程度身につけているのかを認知することが重要であるとしている²¹⁾。また、セルフ・エフィカシーは活動の場面の選択に影響するのみならず、どの程度努力するかという側面にも影響を与え、同時に困難に直面した際、どのくらい耐えうるかを規定にするとされている²¹⁾。このことから、個人のもつ一般性の自己効力感は、育児において「赤ちゃんが泣き止まない」などの困難に直面した際にどのくらい耐えどの程度努力するかに影響する可能性が考えられる。今回、育児経験のない初産婦のみで分析した際、妊娠期の TOPSE 得点は介入群と対照群はほぼ同じような点数であったが、対照群において産後の TOPSE 得点変化量が介入群よりも上昇していた。このことから、本プログラムの対象者においては対照群の方が介入群よりも一般性の自己効力感が高い人が多くいた可能性が考えられた。また、妊娠時の自尊感情と特性的自己効力感に中等度の正の相関関係が認められている²²⁾。今回、妊娠期の自尊感情の測定は行っていないため自己効力感

への影響は不明であるが、介入群に妊娠期の自尊感情が低い人が多かったことで特性自己効力感に影響しプログラム効果に影響した可能性も考えられた。

本プログラムは、NP のプログラムの手法を参考に本プログラムを考案している。NP プログラムは、保護者が困難な状況に直面したときに、適切な行動をとるためのスキルを身につけることを目的としている。また、Nadarajah²³⁾ は NP プログラムの効果について、親が求めているテーマでないときは、自己効力感の発達を妨害する可能性があり、不適切な話題を選択したりすると、子育ての自己効力感が低下する可能性があるとしている。今回、プログラムの内容として「子どもの泣きへの対応」や「退院後の育児のある生活」などをテーマに実施した。しかし、早期産褥期の母親においては退院後の生活など先々の育児のある生活のイメージも必要であるが、特に初産婦においては現状の育児における不安や悩みの共感を求めている可能性も考えられた。前述したように、親が求めているテーマでなかったことが子育ての自己効力感の発達を妨害していたとしたら、プログラムの内容についての再検討の必要性も考えられた。また、自己効力感においては、Bandura⁸⁾ は成功体験や代理経験、言語的説得、情動的な喚起が自己効力感を高めるとしている。本プログラムにおいては、早期産褥期のプログラム介入であったことから、短期間・短時間でのプログラム介入となり自分の育児に関連づけることで終了し、自分にあった育児の方法を発見したり、成功体験を経験するに至らなかったことが自己効力感の向上に影響した可能性が考えられた。代理的经验などが経験できる時間を設けたり、自分の育児で成功体験するなどで実感できる時間があれば、プログラム参加による自己効力感の向上への効果が期待できた可能性が考えられた。

また、「親からの愛され感がない・あまりない」と答えた母親の中には、愛着障害など、親子関係やアタッチメントに課題をもつ母親が含まれている可能性がある。このような課題をもつ母親のインターナル・ワーキング・モデルには否定的な自己評価ないし自己侮辱が含まれ²⁴⁾、自己肯定感が低い特徴があるとされており²⁵⁾、不安が強いことなどが考えられるため、きめ細やかな支援が必要である。しかし、日々のベツトサイドのケアのみでは親からの愛され感などの生育歴に気づくことは難しく、十分なケアが行えているとは言いがたい。そのため不安の強い母親が退院後の子育てに少しでも前向きな気持ちで取り組めるように、全ての母親を対象とした本プログラムを出産後に実施する必要がある。

4.2 プログラムの構成プロセスの検証（自由記載の内容より）

本プログラムが、早期産褥期の母親に実施可能なプログラムであったかについて、自由記載

のアンケートより検証を行った。その検証内容について4つの視点から考察していく。

まず、プログラムのグループ人数はプログラムの設定人数範囲内の2～4人でプログラムは実施され、このことから早期産褥期の母親へのプログラム介入において実施可能な人数であった可能性が考えられた。しかし、効果的なグループ支援をする上で、メンバーが互いに分かち合える最適なグループは4～5人（最大12人）とされており¹²⁾、2～3人のグループ支援はフラストレーションを感じる可能性があるとされている¹²⁾。このことから、人数設定においては負担なく効果的にグループ支援を行うためには再検討の必要性があると考えられた。

第2にプログラム実施回数についてであるが、今回プログラムに連続3回参加できなかった母親が6人存在していた。このことから、早期産褥期においては入院期間中に連続3回プログラムに母親が参加することは難しいのではないかと考えられた。しかし、効果的なグループ支援をする上では、週に3～6回会うことが最適としている。このことから、入院期間中に母親がプログラムに3回は参加可能にするための方法の再検討の必要性があると考えられた。

第3にプログラムの実施時間についてであるが、プログラムに参加した母親のほとんどが1回のセッション時間が30分であることを「ほどよい」と感じていた。よって、本プログラムが早期産褥期の母親の負担になる支援にはなっていなかったことが考えられた。しかし、セッションの大きなテーマを終了するためには60分は必要とし、最適な実施時間は60～120分とされている¹²⁾。短くても45～60分は必要とされており、20～30分はグループが準備運動程度の時間とされている¹²⁾。このことから、今回のプログラム実施時間においては、プログラムに参加した母親の感覚では「ほどよい」と感じられていたが、テーマを解決するまでには至っておらず、十分にテーマが解決しないままの状態でプログラムが終了していた可能性が考えられた。このことから、プログラムの実施時間に関しては母親の負担にならない実施可能で且つ、テーマが解決するに必要な時間の確保を意識した内容に再検討する必要があると考えられた。

第4にグループ支援の内容についてであるが、グループ支援については自分が求められ受け入れられている心の調和（カタルシス）や、自分の問題が普遍的で他のグループメンバーと分かちあえるものであると気づき力強い安心感を体験する（普遍性）などがある¹²⁾。今回、プログラム後に実施した自由記載アンケートの内容より、「カタルシス（カテゴリー3：安心して自分の思いを話せて楽になった）」や「普遍性（カテゴリー1：悩んでいるのは自分だけではないと思え安心した・カテゴリー2：親としての共通の気持ちがあると知り安心した）」などのグループ療法の効果を示す記載内容がみられた。このことから、個別支援に加えて本プログラムに参加したことで、短時間ではあるが受容的・共感的なグループによりエンパワメントされ、退

院後の子育てへの不安や自信がない点などを共有できたことは自己効力感の向上につながったと考える。また、自己効力感においては、Bandura⁸⁾の自己効力感の強化要因である①遂行行動の達成（自分の力で成功したという体験）、②代理経験（類似する人の成功から自分もできるという信念の獲得）がある。今回、他の母親と悩み・経験や考えの共有を通して「子育てであるある」や「自分の気持ち」などに気づいたり、「前向きに頑張ろうと思えた」経験が自己効力感の向上につながったと考える。さらには、「家に帰ってからの生活が想像できるようになった」など、プログラムのねらいである退院後の生活がイメージできたことが自由記載内容から示されており、子育て経験のない母親にとっても「なんとか育児をやっていけそう」という前向きな気持ちに繋がったと考える。今回、グループ支援を通して安心して自分の悩みを話せたことは、その後の相談等の支援策へのアクセスを容易にする可能性がある。また、母親の語りからは「自分から他の母親に声をかけられない」、母子同室で「閉じこもりがちになる」など入院生活において他の母親と交流する機会を求める者が多く、本プログラムのようなグループ支援はよい機会であったと考える。

伊達岡ら²⁶⁾は、育児不安や育児困難の予防を目的に妊婦を対象にグループ支援（週に1回のセッションを4回）を実施し、比較群の Japanese Prenatal Self-Evaluation Questionnaire（: J-PSEQ）下位尺度〔実母との関係に関する不安〕得点がグループ実施前後・1か月後で上昇するのに対し、介入群の得点は有意に低下することを明らかにした。また、サポート的なグループの中で〔実母との関係に関する不安〕における自分の本当の気持ちを吐露することが自己受容や不安の低下につながり、妊娠・出産・産後の子育てにポジティブな気持ちになるとしている。育児不安に対する支援は、可能であれば疲労感の多い出産直後ではなく妊娠中から時間をかけて支援していくことが望ましく、さらに、退院後も「2週間健診」などによる子育て支援とともに、実親との関係について気になることなどを安心して話すことができる場をつくるなど、母親として成長する過程で少しでも気持ちの整理に繋がる機会があればよいと考える。

4.3 研究の限界と課題

今回、早期産褥期におけるグループ支援であったため、産後の疲労等の配慮から、同じ条件の両群の研究対象者を確保するのが難しくグループダイナミクスを活用した支援が十分に行えなかった。本研究においては全体の参加者数は98名であったが、「親からの愛され感が少ないと感じる母親」のみを選んだ場合は14名であり、統計検定における検出力は十分ではなかった。このため今回の研究では、TOPSE 得点の統計学的な分析からは介入効果を証明することは

できなかった。

しかし、本プログラムは自由記載の内容から、ある程度グループ支援の効果を示す内容が抽出され、さらに早期産褥期の母親に対して実施可能なプログラムになる可能性が考えられた。今後は、さらに効果的なプログラム支援が得られるように改善していきたいと考える。

5.結論

早期産褥期の母親に対し「ママにっこり安心子育てプログラム」の介入を行った結果、統計的に TOPSE 得点の有意な上昇は示されなかった。しかし、自由記載の調査の結果などから早期産褥期に適したプログラム支援としてある程度の効果を示す可能性が示唆された。

6.引用文献

- 1) 吉田敬子：胎児期からの親子の愛着形成．母子保健情報，54，39－46，2006.
- 2) 堀越摂子，常盤洋子，國清恭子，他：生後1ヶ月児の泣きに関する母親の認識．KJM THE KITAKANTO MEDICAL JOURNAL，66，23－30，2016.
- 3) 東 雅代，西村真実子，米田昌代，他：乳幼児をもつ母親の育児困難の状況－母親および子育て支援に関わるエキスパートへのフォーカス・グループ・インタビューから－．石川看護雑誌，6，1-10，2009.
- 4) 友田明美：子育て困難を支援する“愛着障害の診断法と治療薬”の開発－発達障害や愛着障害の脳科学的研究－．YAKUGAKU ZASSHI，136(5)，711－714，2016.
- 5) 吉田敬子：子どもの問題－母親のメンタルヘルスとその育児を支える－．学術の動向，22－27，2010.
- 6) 福島富士子：産後支援の新しい形と考え方の提案 出産からの一貫した支援プロセスの必要性．保健師ジャーナル，66(1)，20－25，2010.
- 7) 安梅勅江：第2節ピア・エンパワメント，エンパワメントのケア科学 当事者主体チームワーク・ケアの技法（第1版）．医歯薬出版株式会社，東京，2－49，2007.
- 8) アルバート・バンデューラ：激動社会の中の自己効力（初版）．本明寛，野口京子監訳，金子書房，東京，1－6，2017.
- 9) Nishimura, M., Kanaya, M., Yoneda, M., et al. Evaluation of group meetings on parenting for mothers of infant experiencing anxiety and difficulty with childcare, [オンライン, https://www.czechin.org/cmPortalV15/CM_W3_Searchable/ISP18/normal#!abstractdetails/0000663810], ISPCAN2018], (アクセス日 10. 4. 2022.)

- 10) Nobody's perfect Japan : Nobody's perfect プログラムの概要, [オンライン,
<https://www.nobodys-perfect-japan.com/home>], Nobody's perfect Japan ホームページ], (アクセス日 9.19. 2022.)
- 11) 新道幸子, 中野仁雄, 遠藤俊子: 第6章 現代社会における母性保健をめぐる課題 母性看護 学概論 ウイミンズヘルスと看護 (第5版). メヂカルフレンド社, 東京, 156-176, 2017.
- 12) アーヴィン・D ヤーロム, S・ヴィノグラードフ: グループサイコセラピー ヤーロムの集団精神療法の手引き (第六刷). 川室優訳, 金剛出版, 東京, 23-57, 2008.
- 13) Kendall, S., Bloomfield, L. Developing and validating a tool to measure parenting self-efficacy. *Journal of Advanced Nursing*, 51(2), 174-181, 2005.
- 14) 米田昌代, 北岡和代, 西村真実子, 他: TOPSE(子育ての自己効力感尺度)の日本における信頼性・妥当性の検討. 第48回日本母性衛生学会抄録集, 48(3), 142, 2007.
- 15) 阿部(河本)亜希子, 小林淳子: 産後の母親の育児の自己効力感と関連要因に関する縦断的検討. 北日本看護学会誌, 7(1), 19-28, 2004.
- 16) 佐藤奈緒子, 森岡由起子, 佐藤 文, 他: 産後うつ状態に影響を及ぼす背景因子についての縦断的研究(第一報)-母親自身の被養育体験・内的ワーキングモデルおよび児への愛着との関連-. 母性衛生, 47(2), 320-329, 2006.
- 17) 樋口広美, 坪川トモ子, 高橋裕子, 他: 育児実態調査から見た子ども虐待のハイリスク要因 子ども虐待を早期発見・予防するために. 保健師ジャーナル, 60(10), 1006-1013, 2004.
- 18) 富岡久子, 佐藤君江, 堀越幸子: 褥婦の退院時と1ヶ月健診時における自己効力感と、1ヶ月健診時の育児不安および育児困難感との関連. 母性衛生, 55(4), 776-782, 2015.
- 19) 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子, 他: 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. 精神科診断学, 7 (4), 525-533, 1996.
- 20) 吉田敬子, 山下洋, 鈴宮寛子: 妊娠中から始めるメンタルヘルスケア=他職種で使う3つの質問票=. 第1版, 日本評論社, 東京, 2-26, 2017.
- 21) 坂野雄二, 前田基成: セルフ・エフィカシーの臨床心理学. 北大路書房, 京都, 47-57, 2013.
- 22) 浦山晶美, 永山くに子, 大木秀一: 妊娠中の自尊感情・特性的自己効力感と産後抑うつとの関連性. ペリネイタルケア, 32(6), 95-101, 2013
- 23) Nadarajah, T. A performance measurement system for nobody's perfect parenting program, [オンライン,
https://dspace.library.uvic.ca/bitstream/handle/1828/7358/Nadarajah_Tharany_MPA_2016.pdf

?sequence=1] School of Public Administration, University of Victoria, 2016, (アクセス日 5. 31. 2023.)

- 24) 繁多 進：愛着(アタッチメント)理論の基礎ーボウルビィ理論の骨格とボウルビィの臨床, 「子育て支援と心理臨床」編集委員会, 子育て支援と心理臨床 (第1刷). 福村出版株式会社, 東京, 6ー12, 2014.
- 25) 友田明美：子どもの虐待と脳科学ーアタッチメント(愛着)の視点からー. 小児保健研究, 78(6), 519ー524, 2019.
- 26) 伊達岡五月:育児不安・育児困難の予防を目指した妊娠期からのグループ支援「妊婦プログラム」の評価. [オンライン, <http://id.nii.ac.jp/1301/00000173/>], 石川県立看護大学博士論文 2016, (アクセス日 10. 4. 2022.)

第Ⅲ章 早期産褥期の母親を対象とした「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果：Edinburgh Postnatal Depression Scale および Mother to Infant Bonding Scale 得点による検証

1. 緒言

近年増える児童虐待に対し、厚生労働省は 2015 年度から「健やか親子 21（第 2 次）」を実施し切れ目のない支援として産後ケア事業を実施した¹⁾。また、2019 年には改正母子保健法により、市町村は出産後 1 年を経過しない妊産婦および乳児を対象に、産後ケア事業を行うよう努めなければならないこととされ、事業実施の義務が課せられた¹⁾。さらに、妊娠期から産後に至る切れ目のない支援として、厚生労働省では 2017 年から産後 2 週間および産後 1 ヶ月頃の産婦を対象とした産婦健康診査の費用を助成する事業を実施している¹⁾。

令和 3 年度中の児童相談所での児童虐待相談対応件数は、207,659 件であり過去最多となっている²⁾。虐待により死亡した子どもの年齢は 0 歳児が 31 例（65.3%）と最も多く、0 歳児のうち 0 ヶ月児が 50%を占めている²⁾。主たる加害者は「実母」が 59.2%を占め、その動機は「子どもの世話・養育をする余裕がない」「泣きやまないことにいらだった」であった²⁾。このような養育者の心理的・精神的問題には「養育能力の低さ」30.6%、「育児不安」30.6%、「産後うつ」10.2%、「精神障害」10.2%などがあげられている²⁾。

虐待の予防においては、支援が必要な家族への育児負担の軽減や養育者の孤立を防ぐなどの早期介入が虐待の未然防止となり子育て支援の重要な目的の一つとされている³⁾。同様に、鈴宮³⁾は、出産からの取り組みとして産後うつや愛着障害のスクリーニングや、養育環境を把握し、援助・介入することが虐待発生の未然防止になるとしている。

近年、これらの虐待予防の観点から周産期のメンタルヘルスが注目をあびている。妊娠うつは妊娠中に発症する「うつ」と定義され、DSM の基準によるわが国の妊娠うつ病の発症率は 5.6%と報告されている⁴⁾。また、マタニティーブルーズとは、産後 3～10 日以内に始まり、産後 2 週間以内に治まる一過性の抑うつ状態であり⁴⁾、産後うつ病は、産後 1 ヶ月以内に発症するうつ病と定義される。中山は⁵⁾、産後うつ病は産後におこる他の精神的な異常と区別しなければいけないとし、産後うつ病については、症状の多くは妊娠をしていない時期に起こるうつ病と同じであり、そのほか母乳への強いこだわりや子どもに対する悲観的思考などの訴えもあるとしている。近年では、産後うつ病に注目が集まりスクリーニング目的で日本版エジンバラ産

後うつ病自己評価票（Edinburgh Postnatal Depression Scale :EPDS）を用いることが多い⁴⁾。

これらの周産期にみられる精神疾患において北村⁶⁾は、妊娠に対する拒否的態度は重要な問題であるとしている。妊娠に対する拒否的態度は、産後のボンディング障害を含む様々な産後精神疾患の危険要因であり胎児ボンディング障害が胎児虐待につながることもあるとしている。ボンディング（絆）とは、2人の間の愛情に満ちた関係を意味する⁷⁾。親子関係においては、子どもから母親や母親的養育者への特別な情緒を愛着とよび絆は親から子どもへの特別な情緒を表現するときに用いられることが多い⁷⁾。児に対して明るい感情がもてない、さらには嫌悪的感情など母親と子どもに対する情緒面の絆に障害があり、母親に治療や介入をしないと子どもの安全が危ぶまれるほどの状態をボンディング障害とされている^{4,8)}。

また、児に対する愛情がなく嫌悪感や拒否的態度を示すボンディング障害は母親が育児をする上で重大な問題である。産後のボンディング障害は児童虐待につながり病態が持続することを考慮すれば全ての産後精神疾患の中で最重症のものであるといえるとしている⁸⁾。

吉田ら⁸⁾は、ボンディング障害の要因は単一ではなくかつ諸要因も複雑に絡んでおり重症な産後うつ病の症状や産後うつ病の関連する要因と重なることがあるとしている。また、その要因とは心理社会的な脆弱性（身近な周囲からの情緒的なサポートが乏しく心理的に孤立した育児を強いられる場合や重大なライフイベントが周産期に生じた場合）、さらには母親自身が幼少期から体験した否定的な被養育体験などであるとしている。

周産期うつとボンディング障害の関連について、産後うつと児に対するボンディング障害は相関しているとしている^{4,9)}。妊娠中の不安は産後うつやボンディング障害を予測し、妊娠に対する否定的な思いが産後のボンディング障害を予測する。さらにボンディング障害が産後うつに対して影響をおよぼすことも明らかにしている^{4,10)}。

産後うつとボンディング障害の関連については、土田は¹¹⁾、産後早期の産後うつと産後1ヶ月と1年後のボンディング障害の間に関連がみられたことで、産後うつを早期に治療あるいは産後うつを予防することができれば、ボンディング障害についても予防が可能であることが示唆されたとしている。これらのボンディング障害と産後うつの関連より、産後1ヶ月の母親の心理的虐待を予測したのは産後5日目の抑うつではなく、産後5日目のボンディング障害であり、うつ病が児童虐待の危険因子ではなく、むしろボンディング障害のほうが危険因子である可能性が高いことを明らかにしている^{12,13)}。

これらの背景より、早期産褥期から母親の産後うつやボンディング障害を理解することは、母親の育児ストレスを軽減させ産後うつを予防することでボンディング障害の予防につながり

新生児虐待を防止するための重要な支援になると考える。

1.1 研究目的

早期産褥期の母親を対象に、日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票（Edinburgh Postnatal Depression Scale :EPDS）¹⁴⁾と赤ちゃんへの気持ち質問票（Mother to Infant Bonding Scale : MIBS）¹⁵⁾の変化を指標として「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果を明らかにすることを目的とした。

2.研究方法

研究方法は、第II章と同様の方法で実施した。以後、第II章で実施した研究方法と違う内容に関してのみ記載する。

2.1 プログラムの効果をみる指標及びその尺度

うつ傾向については EPDS を用いて評価した。EPDS は、1987 年に Cox らによって開発され産後うつスクリーニング尺度であり世界で広く使用されている。わが国では、合計得点 9 点以上の場合に産後うつ傾向があると判断する。日本語版の Cronbach's α 係数は 0.78 で、10 項目の検査としては信頼性(内的整合性)が高い。日本人のカットオフポイントは（区分点）は 9 点であり、EPDS 総合点 9 点以上が「うつの可能性が高い」とするものとしてスクリーニングするが、点数とうつ病の重症度に関連はない¹⁵⁾。

また、ボンディング障害の程度は、赤ちゃんへの否定的な気持ちについて MIBS を用いて調査した。MIBS は、Marks M.H によるボンディングの程度、すなわち怒りなどの赤ちゃんへの否定的な気持ちの程度を測定する尺度の日本語版であり、赤ちゃんに対する愛着の気持ちについての質問項目 10 項目「ほとんどいつも強くそう感じる」「たまに強くそう感じる」「たまに少しそう感じる」「全然そう感じない」の 4 件法で回答する。1 歳未満児の乳児をもつ母親に実施し、得点範囲は 0～30 点であり、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示している。児童精神科医によるボンディング障害の診断との整合性をみることにより内容妥当性が確認されている。因子分析の結果から、2 因子からなる構造が明らかとなっている。

第 1 因子が乳児への全体的な情緒反応と関連を持つ内容。第 2 因子は怒りや腹立たしさ、拒絶に関連する項目。これらの 2 要因構造は全体的な情緒反応および病的な怒りという

Brockington が示したボンディング障害の構造と一致している。カットオフ値はないが、3 点以上の高得点の場合ほどボンディング形成の困難をもつ割合は高くなる¹⁵⁾。合計点が 3 点以上の母親では、メンタルヘルスの問題や心理社会的リスク要因と合わせて育児困難の深刻さを考慮することが望ましいとされている¹⁵⁾。

2.2 分析方法

EPDS と MIBS の妊娠期と産後における両群の比較については、データの正規性を確認後に Mann-Whitney U 検定にて分析した。SPSS Advanced Statistics Academic 21.0 を使用し、有意水準は 5%とした。また、EPDS と MIBS において妊娠期と産後の各時期の EPDS と MIBS について両群に差がないかを Mann-Whitney U 検定にて分析し、さらに妊娠期と産後の前後比較において両群で変化に違いがあるかについてそれぞれ Wilcoxon 検定の符号順位検定にて分析した。

2.3 倫理的配慮

本研究は、石川県立看護大学倫理委員会および調査施設の倫理委員会にて承認を得て実施した（承認番号：看大第 139 号）。

3.結果

3.1 対象者の属性

第Ⅱ章の対象の属性と同様である。

3.2 Mother to Infant Bonding Scale 得点における両群比較

MIBS 得点において両群を比較した。結果、1 回目（妊娠期）の MIBS 得点の中央値〔第 1 四分位数－第 3 四分位数〕は介入群が中央値 3.00〔2.00－6.00〕であり、対照群は中央値 3.00〔1.00－6.00〕であった。2 回目（産後）の MIBS 得点の中央値〔第 1 四分位数－第 3 四分位数〕は介入群が中央値 2.00〔1.00－4.00〕、対照群が中央値 3.00〔1.00－4.00〕であった。妊娠期と産後の各時期において両群に有意な差はなかった（表Ⅲ-1）。

3.3 Edinburgh Postnatal Depression Scale 得点における両群比較

EPDS 得点において両群を比較した。結果、1 回目（妊娠期）の EPDS 得点の中央値〔第 1 四

分位数－第 3 四分位数〕は介入群が中央値 8.00〔6.00－10.00〕であり、対照群は中央値 7.00〔4.00－9.00〕であった。2 回目（産後）の EPDS 得点の中央値〔第 1 四分位数－第 3 四分位数〕は、介入群が中央値 7.00〔5.00－10.00〕であり、対照群が中央値 6.00〔4.00－9.00〕であった。妊娠期と産後の各時期において両群に有意な差はなかった（表Ⅲ-1）。

【表Ⅲ-1 MIBS と EPDS における両群の比較】

		介入群(N=43)	対照群(N=55)	Z 値 ¹⁾	p 値
		Median [IQR] ²⁾ (最小値-最大値)	Median [IQR] ²⁾ (最小値-最大値)		
MIBS ³⁾	1 回目（妊娠期）	3.00 [2.00-6.00] (0-11)	3.00 [1.00-6.00] (0-20)	-0.61	0.54
	2 回目（産後）	2.00 [1.00-4.00] (0-10)	2.00 [1.00-4.00] (0-19)	-0.43	0.67
EPDS ⁴⁾	1 回目（妊娠期）	8.00 [6.00-10.00] (2-18)	7.00 [4.00-9.00] (1-15)	-1.78	0.08
	2 回目（産後）	7.00 [5.00-10.00] (1-19)	6.00 [4.00-9.00] (1-15)	-1.50	0.14

1) Mann-Whitney U 検定 2) 中央値〔第 1 四分位数－第 3 四分位数〕

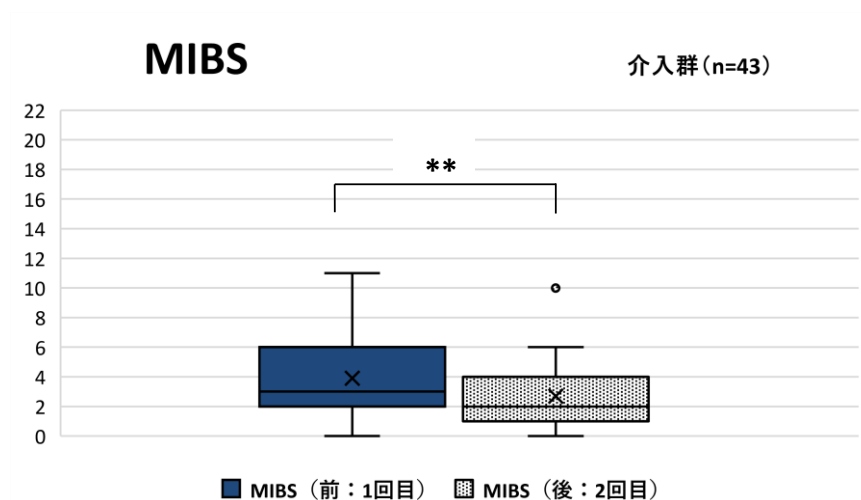
3) MIBS：赤ちゃんへの気持ち質問票 カットオフポイントが 3 点

4) EPDS：日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 カットオフポイントが 9 点

3.4 Mother to Infant Bonding Scale 得点と Edinburgh Postnatal Depression Scale 得点における妊娠期と産後の関連と二群比較

プログラムの効果が、産後のうつ状態や愛着障害に影響を及ぼしているかについて各群別に妊娠期と産後の MIBS と EPDS の前後比較を検証した。

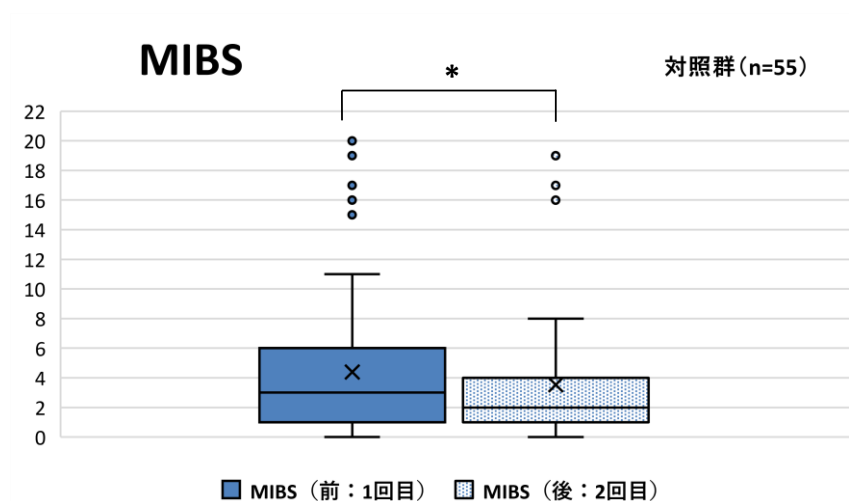
結果、MIBS の中央値〔第 1 四分位数－第 3 四分位数〕については、介入群の妊娠期（プログラム前）は中央値 3.00〔2.00－6.00〕、産後（プログラム後）は中央値 2.00〔1.00－4.00〕であった（ $p<0.00$ ）。対照群の妊娠期は中央値 3.00〔1.00－6.00〕であり、産後は 3.00〔1.00－4.00〕であった（ $p<0.03$ ）。MIBS においては、両群ともに妊娠期から産後にかけて有意に低下し、両群ともに同じような変化を示していた。また、対照群においては妊娠期と産後に外れ値が多く、ばらつきが多くみられた。（図Ⅲ-1,Ⅲ-2）。



【図Ⅲ-1 MIBS における妊娠期と産後の全体の前後比較（介入群）】

箱ひげ図は中央値(箱の横線), 四分位範囲(箱), 最大値・最小値(ひげ)を示す。×は平均値であり, ○ははずれ値である。

Wilcoxon 検定の符号順位検定 $p < 0.05^*$, $p < 0.01^{**}$



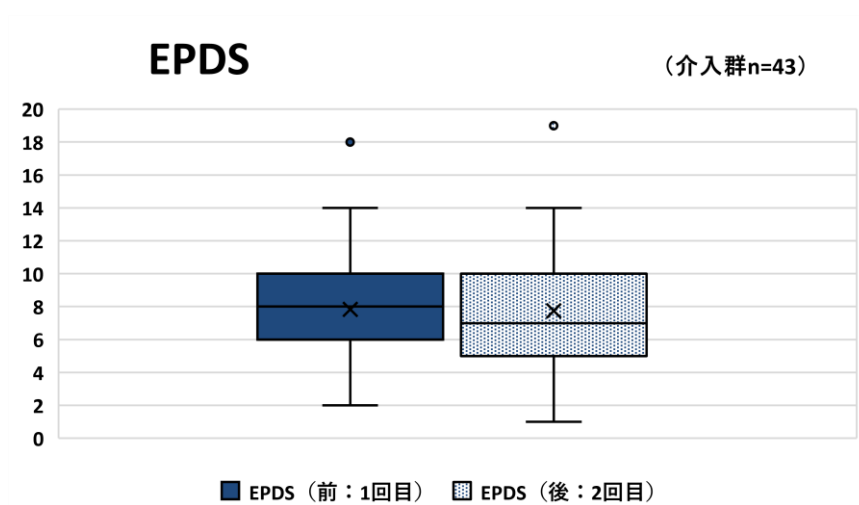
【図Ⅲ-2 MIBS における妊娠期と産後の全体の相関関係（対照群）】

箱ひげ図は中央値(箱の横線), 四分位範囲(箱), 最大値・最小値(ひげ)を示す。×は平均値であり, ○ははずれ値である。

Wilcoxon 検定の符号順位検定 $p < 0.05^*$, $p < 0.01^{**}$

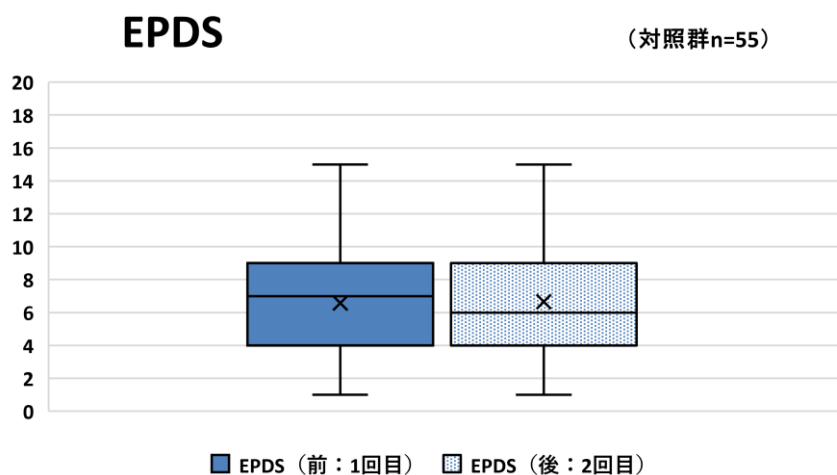
さらに、EPDS 得点の中央値〔第 1 四分位数－第 3 四分位数〕については、介入群の妊娠期（プログラム前）は 8.00〔6.00－10.00〕、産後（プログラム後）は中央値 7.00〔5.00－10.00〕であった（ $p=0.96$ ）。対照群の妊娠期は 7.00〔4.00－9.00〕であり、産後は 6.00〔4.00－9.00〕であった（ $p=0.98$ ）。EPDS においては、妊娠期から産後にかけて両群ともに有意な変化はみられず、

また、両群が同じような変化を示していた（図III-3,III-4）。



【図III-3 EPDS における妊娠期と産後の全体の相関関係（介入群）】

箱ひげ図は中央値(箱の横線), 四分位範囲(箱), 最大値・最小値(ひげ)を示す。×は平均値であり, ○ははずれ値である。



【図III-4 EPDS における妊娠期と産後の全体の相関関係（対照群）】

箱ひげ図は中央値(箱の横線), 四分位範囲(箱), 最大値・最小値(ひげ)を示す。×は平均値である。

3.5 考察

今回、早期産褥期の母親を対象に、MIBS と EPDS の側面から「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果を評価した。結果、MIBS と EPDS において、両群の妊娠期と産後の各時期の比較、および、両群の妊娠期と産後の前後比較においては同じような変化を示し両群に有意な差

はなかった。

山田ら¹⁶⁾は妊娠期の胎児ボンディング障害について、胎児に対して「かわいいと思えない」「何も感じない」「腹立たしく感じる」「気持ちが離れていく」といった感情を抱く場合があり、その心理状態は出産後にも改善されず続くことがあるとし、妊娠後期から産後 1 ヶ月までの追跡調査において、胎児ボンディング障害は産後の新生児ボンディング障害のほか母親の新生児に対する心理的虐待を予測するとしている。さらに山下¹⁷⁾は、ボンディングと産後うつとの関連についてうつ病群、非うつ病群を比較したところ産後 5 日目、3 ヶ月目のいずれにおいてもうつ病の母親においてボンディング質問票の総得点は高く母親の乳児に対する否定的感情がより高いことを報告している。同様に大岡ら¹⁸⁾は、EPDS と MIBS には中等度の相関がみられ、「低い気分」状態の女性は強い愛着障害をもつ傾向があるとしている。このことから、妊娠期からボンディング障害がある母親は産後にも持続し、うつ症状の強い母親はより否定的な対児感情が高まる可能性が考えられた。

大久保¹⁹⁾は、出産後の女性の心の健康とその要因において、出産後の生活上のストレスに中程度の負の相関、出産経験の肯定的認知との間に弱い正の相関があり、子どもの扱いにくさやネガティブイベントとの間に弱い負の相関があったとしている。また、久保田ら²⁰⁾は、産後 1 ヶ月の母親の育児不安の内容として「仕事と育児の両立」「体重」「児の健康」「泣き」「母乳・ミルク」「サポート」「母の身体」「漠然とした不安」であり、〈子どもをめぐる不安が強い〉としている。このことから、産後の母親の不安の内容は、授乳などの育児技術や赤ちゃんの泣きの対応、また母親自身の身体のことや退院後のサポートなどさまざまな種類の悩みを抱えていると考えられる。さらに、これらの悩みを抱えながら産後の疲労や慣れない育児のある産後の生活のストレスや自身の出産に対する否定的な感情などの心身のストレスが加わることは産後のうつ症状が悪化する要因となることが考えられた。

また、本プログラムは、NP を基盤とし「ピア・エンパワメント」の素地をつくり「仲間と一緒に元気になる」「力を引き出しあう」ことを基本としながら自分の思いを表出できるようなグループ支援を実施している²¹⁾。ピア・エンパワメントにおいては、ピア同士の問題認識の共有と、問題を解決するための方法をピアで討論して解決策を導くとされている²¹⁾。しかし、本プログラムは、早期産褥期の母親に適応できるよう独自のプログラム構成により実施時間が短時間に設定されている。そのため、グループ支援において母親同士の不安の表出からお互いの問題の共有はできたが、その問題に対する解決策をみつけるまでの話し合いをもつには至らなかった可能性が考えられた。その結果、母親の不安が軽減するだけのピア・エンパワメントの効

果が得られずプログラムの効果に影響した可能性が考えられた。

さらに、今回の属性において、「育児をしている子どもの人数」と「育てにくいと感じる子の有無」の両群の比較に有意な差がみられている。育児経験がある母親であっても上の子ども達との育児のある生活は初めてとなる。これらの未知の生活環境に対する不安や多忙な生活をイメージすることでストレスを感じていた人がいた可能性が考えられた。また、「育てにくいと感じる子の有無」についても、対照群の MIBS において最小値 0 から最大値 20 とばらつきの範囲が大きかったことから、対照群の母親の中に妊娠中から退院後の育児のある生活をネガティブにイメージしていた人がいた可能性がある。状態不安と状態自尊感情においては負の相関関係があるとされている²²⁾。このような、「育てにくさを感じている子がいる母親」がプログラムに参加しグループ支援をうけることは、同じような育児環境をもつ母親同士が語り合うことで自らの不安を共感・受容されることが予測される。また、プログラムによるグループ支援でエンパワメントされることは育児に対する不安が少しでも軽減し、それが育児の自尊感情の高まりに影響することでボンディングに影響するなどの効果があった可能性も否定できない。このことから、対象者の選定において属性に差があったことは、少なからずともプログラムの効果に影響していた可能性が考えられた。しかし、今回、対象者の選定の際においては、強制力が働かないようにするためプログラムの参加を母親の希望に合わせて行っている。その結果、完全にランダムな対象者の選定には至らなかった。対象者に偏りなくプログラムに母親が参加できるように設定することは、本来のプログラムの効果の検証につながるのではないかと考えられた。

山田ら¹⁶⁾は、親が積極的にわが子に対してポジティブな養育行動をくりかえしていくことによりボンディングはさらに良好なものへと強化され、その後長期的な親子関係を育むとし、出産直後からのボンディング強化は非常に重要であるとしている。早期産褥期の母親にとって、育児における不安を軽減させ、わが子への愛着を促進させるような支援は重要である。そのため、育児環境において様々な背景をもつ全ての母親が参加でき、エンパワメントされるような効果的なグループ支援のプログラムの構成へと再検討が必要であると考ええる。

3.6 研究の限界と課題

今回、「ママにっこり安心子育てプログラム」の介入効果においては、明らかな MIBS と EPDS の低下は認められなかった。属性の「育児をしている子どもの人数」や「育てにくいと感じる子の有無」に有意な差があり、対照群の MIBS において、介入群よりもばらつきが多くみ

られたことから対象者の選定の段階で完全にランダム化されなかったことがプログラムの効果に影響した可能性が考えられた。しかし、早期産褥期の母親を対象としていること、さらに、プログラムの参加においては倫理的な側面から強制力が働かないようにする必要があり、対象者の選定において完全にランダム化ができないことが本研究の限界であるとする。

4. 結論

プログラムの構成において、育児背景において様々な要因をもつ母親が快く参加でき、さらに早期産褥期に実施可能な効果的なグループ支援の得られるプログラムの構成へ近づけられるように検証を継続していきたいと考える。

5.引用文献

- 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，76（4），260-267，2020.
- 2) 厚生労働省：令和3年児童相談所での児童虐待相談対応件数（速報値）[オンライン <https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000987725.pdf>]，（アクセス日 4.1.2023.）
- 3) 鈴宮寛子：特集 子どもの虐待をどう防ぐ！？出産前後から新生児期に虐待予防－保健機関の取り組み－．チャイルドヘルス，9(7)，14-16，2006.
- 4) 南谷真理子，大橋優紀子，北村俊則：周産期うつ病とその周辺．産科と婦人科，81(9),1093-1098，2014.
- 5) 中山敏男：子どもの虐待－周産期から切れ目のない支援－産後うつ 私たちにできる支援．小児保健研究，79(1)，26-35，2020.
- 6) 北村俊則：総論：周産期に見られる精神疾患．ペリネイタルケア，36(12)，12-14，2017.
- 7) 新道幸子，中野仁雄，遠藤俊子：第2章 母性看護学に役立つ概念と理論，母性看護学概論 ウイミンズヘルスと看護（第5版）．メヂカルフレンド社，東京，46－59，2017.
- 8) 吉田敬子，山下洋，鈴宮寛子：妊娠・出産・育児に関わるメンタルヘルスケアの現状と課題：総論．精神医学，58(2)，103-113，2016.
- 9) O'Higgins, M., Roberts, I.S.J., Glover, V., et al. Mother child bonding at 1 year; Associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. Archives of woman's mental health, 16(5), 381-389, 2013.
- 10) Kokubu, M., Okano, T., Sugiyama, T. Postnatal depression, maternal bonding failure, and negative attitudes towards pregnancy: a longitudinal study of pregnant women in Japan. Archives of woman's mental health, 15(3), 211-216, 2012.
- 11) 土田暁子：メンタルヘルス 分娩回数が増えると産後うつと対児愛着は改善するか？．臨婦産，74(5)，456-462，2020.
- 12) 馬場香里：周産期ボンディングと新生児虐待 助産師ができる母親への関わり方．助産雑誌，71(12)，930-934，2017.
- 13) Ohashi, Y., Sakanashi, K., Tanaka, T., et al. Mother-to-infant bonding disorder, but not depression, 5 days after delivery is a risk factor for neonate emotional abuse: A study in Japanese mothers of 1-month olds. The Open Family studies Journal, 8, 27-36, 2016.
- 14) 岡野禎治，村田真理子，増地聡子，他：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．精神科診断学，7（4），525-533，1996.
- 15) 吉田敬子，山下洋，鈴宮寛子：妊娠中から始めるメンタルヘルスケア－他職種で

使う 3 つの質問票－. 第 1 版, 日本評論社, 東京, 2－26, 2017.

- 16) 山田露子, 大橋優紀子, 竹形みずき他: 周産期ボンディング障害と新生児虐待. 臨床精神医学, 49(7), 917-923, 2020.
- 17) 山下洋: 産後うつ病と Bonding 障害の関連. 精神科診断学, 14(1), 41－48, 2003.
- 18) 大岡治恵, 小出隆義, 後藤節子, 他: 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, 2015.
- 19) 大久保功子, 新道幸恵, 高田昌代: 出産後における女性の心の健康とその関連要因. 日本看護科学会誌, 19(2), 42-50, 1999.
- 20) 久保田隆子, 他: 産後 1 ヶ月の母親をめぐる育児不安と自尊感情の関連性. 日本母子看護学会誌, 10 (2), 23-30, 2017.
- 21) 安梅勅江: 第 2 節ピア・エンパワメント, エンパワメントのケア科学 当事者主体 チームワーク・ケアの技法 (第 1 版). 医歯薬出版株式会社, 東京, 2－49, 2007.
- 22) 阿部美帆, 今野裕之: 状態自尊感情尺度の開発. パーソナリティ研究, 16(1), 36－46, 2007.

第Ⅳ章 総括

1.第Ⅱ章～第Ⅲ章の要約

本研究は、早期産褥期の母親を対象とした「ママにっこり安心子育てプログラム」を考案し、その介入効果について子育ての自己効力感尺度日本版（TOPSE）と日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）、赤ちゃんへの気持ち質問票（MIBS）を用いて効果の検討を行った。

第Ⅱ章では、育児の自己効力感をあげることを目的とした「ママにっこり安心子育てプログラム」を考案し、早期産褥期の母親を対象に実施し、そのプログラムの介入効果について子育ての自己効力感尺度（TOPSE）と自由記載のアンケートを用いて検証した。結果、プログラムに参加した介入群の TOPSE 得点の時系列変化は、プログラム前後と退院後約 1 週間の 3 時点において TOPSE 得点の上昇はみられていたが、対照群も同様の TOPSE 得点変化を示していた。また、自己効力感と関連する各外生変数において同一の研究対象者に限定して分析したところ、「親からの愛され感の少ない母親」の TOPSE 得点変化に、時間と群間の主効果において有意差がみられた。しかし、両群の分散分析においてはプログラム前後と群間の交互作用は確認できず、プログラムの介入効果を証明することはできなかった。

第Ⅲ章では、早期産褥期の母親を対象に「ママにっこり安心子育てプログラム」を実施し、その介入効果について EPDS と MIBS の側面から両群の妊娠期と産後の各時期の比較と妊娠期と産後の前後比較において両群に違いがないかの分析結果から介入効果を検証した。結果、EPDS と MIBS において両群のプログラム前後（妊娠期と産後）の 2 時点に有意な差はみられなかった。さらに、EPDS と MIBS の妊娠期と産後の前後比較においては両群同じ変化を示しておりプログラムの効果を EPDS と MIBS から統計学的に証明できなかった。

さらに、プログラム後に実施した自由記載のアンケート調査よりのプロセスについて検証した。結果、プログラムに参加した約 8 割の母親がプログラムの実施時間を「ほどよい」と感じており、さらにプログラムの内容への意見から、グループ療法の効果を示す「カタルシス」「普遍性」の内容が抽出された。

これらの結果をもとに、「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果検証についてと、本研究の限界と今後の課題について論述する。

2.検証 1 と検証 2 の結果による「ママにっこり安心子育てプログラム」 の効果検証

臨床心理学において、適切な行動の遂行レベルが低い時には、その行動に対する課題特異的なセルフ・エフィカシーのみが低いのか、あるいは一般的なセルフ・エフィカシーが低いのかを区別する必要があるとされている¹⁾。また、セルフ・エフィカシーにおいては高い者と低い者との比較といった横断的な変化というよりはむしろ、様々な要因によって個人内でどのような変化がみられるのかという縦断的な変化を中心に考えていくことが多いとされている¹⁾。さらに、臨床の場面で一般的セルフ・エフィカシー尺度を使用する際には、特定の行動に対するセルフ・エフィカシー尺度と組み合わせて用いながら、介入に必要な資料を獲るようにするのが良いとされている¹⁾。今回、自己効力感においては育児という特定の行動に対するセルフ・エフィカシーのみを評価しており、個人の一般的セルフ・エフィカシーに関しては評価していない。今回、プログラムの効果について、育児の自己効力感（TOPSE）の統計学的分析結果からは証明できなかった。しかし、育児特有の自己効力感のみならず一般的自己効力感の評価も組み合わせて縦断的に分析することで、育児に対して、またはそれ以外の要因が関連するセルフ・エフィカシーがどう変化したかを分析できた可能性が考えられる。

浦山ら²⁾は妊娠時の自尊感情と特性的自己効力感に中等度の正の相関関係が認められたと報告している。さらに Leekers³⁾は、自分の親からうけた養育環境の記憶と自尊心は母親の自己効力感とも有意に相関するとしている。これらより、自己効力感においては個人の自尊感情と関連があり、母親の自尊感情が低下していると自己効力感も低下すること考えられる。また、小林⁴⁾は子ども時代に愛された経験のない母親は、良い親モデルを持たないため親役割も意に反してうまくいかず、気づくと親と同じことをしてしまいそのことにさらに自尊心が傷ついて親子関係の悪循環に陥るとしている。

Bandura⁵⁾は、不安場面に対処することへのセルフ・エフィカシーの低さの影響を指摘している。個人のもつ特性自己効力感や自尊心が影響し、育児においても「不慣れな育児環境によるストレス」や「わが子の泣きの理由が分からない」などの困難な場面に直面した際に、自信のなさから対処行動につながらない可能性がある。また、セルフ・エフィカシーの低さが困難への対処に影響することで、育児に対して自信をなくし「自分は駄目な母親である」という育児の自己効力感の低下につながるなど負の循環に至る可能性が考えられた。

吉田⁶⁾は、自尊感情と親の養育態度について、自尊感情は「親密性の回避」と「見捨てられ不安」とに負の相関関係があるとしている。親からの不適切な養育態度を受けるなどの生育歴になんらかの背景をもつ母親は、幼少期の養育環境から母親の自尊感情は低い可能性が考えられる。また、佐藤ら⁷⁾は母親自身の被養育体験は、IWMを介して産後うつ状態に影響を与えていたとし、産後うつ状態は母子愛着因子と負の相関があるとしている。このことから、自尊感情の低い母親は自己効力感が低くなりやすく、また産後うつ状態になりやすいことや産後うつ状態と愛着の関連からボンディング障害を引き起こしやすいことが推測された。

本研究の属性においては、母親の妊娠期のEPDSやMIBS、生育歴になんらかの背景をもつ母親において両群に差はなく自己効力感においてネガティブな要因はなかったと考える。しかし、検証1の分散分析の結果であるTOPSE得点の変化からはプログラムの介入効果は検証されなかった。この結果を踏まえて、検証2ではMIBSとEPDSにおいて妊娠期と産後の変化から効果を分析した。結果、妊娠期の産後のEPDSとMIBSは両群が同じような変化を示していた。本研究において、属性の「育児をしている子どもの人数」や「育てにくいと感じる子の有無」に有意な差がみられていた。対照群のMIBSにおいて介入群よりもばらつきが多くみられていたことから、属性における有意な差がプログラムの効果に影響を与える要因になっていた可能性が考えられた。妊娠時の自尊感情と特性的自己効力感においては、中等度の正の相関関係があるとされている⁸⁾。「育てにくさを感じる子」をもつ母親は、思うようにいかないわが子の子育ての経験から育児における自己効力感が低下している可能性がある。また、その経験から、妊娠期からすでに産後の生活をネガティブにイメージしている可能性があり、そのことが育児への不安の増強につながりボンディングに影響していた可能性が考えられた。また、このようなネガティブな感情をもつ母親はプログラムの参加に対し、自信のなさから消極的になりやすくプログラムの参加を希望しなかった可能性がある。これらの背景を考えると、対象者の選定の段階で完全にランダム化されなかったことがプログラムの本来の効果に影響した可能性が考えられた。

本プログラムのプロセスの検証においては、自由記載の内容より実施時間においては、本プログラムが早期産褥期の母親にとって負担なく実施可能なプログラム構成である可能性が考えられた。しかし、プログラムの構成において、実施時間やグループの人数など効果的なグループ支援が得られる設定ではなかったことがプログラムの効果に影響し、統計学的な結果が得られなかった可能性が考えられた。しかし、本プログラムに参加した母親の自由記載の内容から、グループ療法の効果である【普遍性】や【カタルシス】の効果を示す内容が抽出されている。

このことから、本プログラム内容においては、全くグループ支援の効果がないとは言い切れないことが考えられた。

今後、効果的なグループ支援が得られるようにプログラムの改善を積み重ねていくことは、早期産褥期の母親に適した効果的なグループ支援につながり、母親の育児への自己効力感を高める重要な支援につながる可能性が考えられた。

3. 「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果検証の限界

今回、プログラム対象者の属性において「育児をしている子どもの人数」に有意な差があり、2人以上の子育て経験者の経産婦が対照群に多くみられていた。また、「育てにくさを感じる子の有無」において対照群に多くみられるなど両群に有意な差がみられている。自己効力感について Bandura⁹⁾は、経験的情報源の信頼性が高いほど自己効力感の変化は大きくなるとしている。本研究において2人以上の子育てをしている母親が対照群に多く存在していた。経産婦は育児に対する経験値があることで、過去の育児における成功体験が育児に対する自己効力感を高める要因となっていたことが考えられた。また、そのことから新たに育児の不安を抱えても入院中に受ける通常のケアのみで「なんとか育児ができそう」と思え、それが今回の TOPSE 得点の変化に影響しプログラムの介入結果が得られなかった可能性があると考えられた。

和田⁹⁾らは、EPDS の影響する因子として「育児に不慣れ・多忙」のカテゴリーの影響が強いとしている。また大岡ら¹⁰⁾は、EPDS と MIBS には中等度の相関があり、「低い気分」状態の女性は強い愛着障害をもつ傾向があるとしている。今回、2人以上の子どもをもつ母親が多かった対照群は、育児の経験から自己効力感の高まりは早かったが、退院後に2人以上の子どもと出産した子の育児のある生活を想像するなかで「多忙」になることが推測され退院後の生活に対し「気分が低く」なり EPDS 得点が高まったことが考えられた。さらに、「子どもの育てにくさ」において、山田ら¹¹⁾は、子どもの気質に関する要因には、子どもがむずかり、なだめにくく、簡単に気を悪くし抵抗しやすいなどの気性を示す、いわゆる「気難しい」気質の子どもであることが養育のストレスを増加させ、母親のボンディング障害につながると報告している。このことから、今回、対象者の属性において「育児をしている子どもの数」「育てにくいと感じる子の有無」における両群の有意差は、プログラムの効果検証において結果に大きな影響を及ぼした可能性が考えられた。

さらに、本プログラムにおいては早期産褥期の母親に実施可能な独自のプログラム構成とな

っている。そのため、プログラムの実施時間や実施回数、またグループの人数においてもグループ支援の効果が得られるために必要な回数や時間、人数であったとは言い難く、そのことが本プログラムの効果を妨げる要因になった可能性が考えられる。

しかし、本研究においては、早期産褥期の母親を対象にしたグループ支援であったため、産後の休息などの側面からプログラムの参加において強制力が働くことは倫理的にも問題がある。そのため、介入群と対照群の選定をする際に完全にランダム化された対象を確保することは難しく、また、プログラムに構成においては効果的なグループ支援を得られる設定などにおいては限界があると考ええる。

4.今後の課題

今回のプログラムの効果検証においては、育児の自己効力感（TOPSE）および EPDS・MIBS の検証結果からは効果を示す結果はみられなかった。金子ら¹²⁾は、愛着形成の障害による子どもの精神面の影響について、愛着関係を基盤として自分の感情をコントロールする経験が十分得られないと感情が高ぶるとパニックや暴力といったような行動で表わすようになったり、逆にちょっとしたことでもひどく動揺して落ち込むことにもなるとしている。また渡辺¹³⁾は、愛着の世代間伝達について、自分がどのように愛されたかという体験は根強い記憶として無意識の中に組み込まれる。周産期は母親が、自分の母親と、かつての赤ん坊としての自分に二重に同一化し、自分が母親にされたことをわが子にも繰り返しやすいとしている。今回、早期産褥期の母親を対象とした独自のプログラム構成であったため、プログラムの実施時間・実施回数、グループの人数などにおいて効果的なグループ支援やエンパワメントが促進されるようなプログラム構成に設定することが困難であった。そのことから、十分なグループ支援の効果が得られず母親の育児の自己効力感の向上や不安の軽減などを統計学的に検証できなかった可能性が考えられた。しかし、本プログラムのプロセス検証において、グループ療法の効果などの前向きな結果もでており、全く効果のない支援であるとは言い切れないと考ええる。また、プログラムの効果検証においては、今回は早期産褥期のみの検証であるが、本プログラムが退院後の育児のある生活を見据えての内容であったことから、退院後に効果を示す可能性も考えられる。

今後はプログラムの改良を重ね、可能な限り早期産褥期の母親に実施可能で、且つ効果的なグループ支援が得られるプログラムに近づけていけるよう検証を継続するとともに、本プログラムの効果が発揮される時期においても引き続き検証していきたいと考える。

5.引用文献

- 1) 坂野雄二, 前田基成: セルフ・エフィカシーの臨床心理学. 北大路書房, 京都, 47-71, 2013.
- 2) 浦山晶美, 永山くに子, 大木秀一: 妊娠中の自尊感情・特性的自己効力感と産後抑うつとの関連性. ペリネイタルケア, 32(6), 95-101, 2013
- 3) Leerkes, E. M., Crockenberg, S. C. The development of maternal self-efficacy and its influence on maternal behavior. *Infancy*, 3, 227-247, 2002.
- 4) 小林美智子: 子どもの虐待発生予防における母子保健のめざすもの. 子どもの虐待とネグレクト, 11(3), 322-334, 2009.
- 5) Albert B. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215, 1977.
- 6) 吉田美波: 親の「褒め」・「叱り」・「見守り」が子どもの内的作業モデル及び自尊感情に与える影響について. 跡見学園女子大学大学院附属心理教育相談所紀要, 18, 55-70, 2022.
- 7) 佐藤奈緒子, 森岡由起子, 佐藤文他: 産後うつ状態に影響を及ぼす背景因子についての縦断的研究 (第一報) - 母親自身の被養育体験・内的ワーキングモデルおよび児への愛着との関連 -. 母性衛生, 47(2), 320-329, 2006.
- 8) 浦山晶美, 永山くに子, 大木秀一: 妊娠中の自尊感情・特性的自己効力感と産後抑うつとの関連性. ペリネイタルケア, 32(6), 95-101, 2013
- 9) 和田清恵, 野浪裕子, 川瀬恵美里他: 産後1ヶ月健診時のエジンバラ産後うつ病自己評価票得点に影響する要因. 滋賀母性衛生学会誌, 19, 15-22, 2019.
- 10) 大岡治恵, 小出隆義, 後藤節子他: 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, 2015.
- 11) 山田露子, 大橋優紀子, 竹形みずき他: 周産期ボンディング障害と新生児虐待. 臨床精神学, 49(7), 917-923, 2020.
- 12) 金子一史, 野邑健二, 本城秀次: 特集・現代を生きる子どもたちー小児科医に求められる対応 愛着形成について. 小児内科, 43(5), 824-828, 2011.
- 13) 渡辺久子: 特集・周産期とリエゾン精神医学 愛着と周産期. 周産期医学, 23(10), 1445-1448, 1993.

謝辞

本研究を進めるにあたり、多くのご協力いただきました皆様に謹んで御礼申し上げます。調査を快く受け入れてくださいました、褥婦の皆様方のご協力に心から感謝いたします。

また、研究を積極的に受け入れ、調査の機会を与えてくださいました、福井県済生会病院の院長 登谷大修先生、看護部長 協和枝様、産婦人科病棟師長 池邑昌子様、研究を推進するにあたり数多くの御配慮をいただきました、看護部スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

本論文の全過程におきまして、子どもと家族の看護のあり方について熱心にご指導いただきました、石川県立看護大学特任教授 西村真実子先生、統計処理の知識や論文の本筋に必要なご指導をいただきました、同教授 小林宏光先生に心より感謝申し上げます。西村真実子先生より、虐待予防という視点からの母子をとらえるご指導をいただけたことは、母子という関係を支援する上での新たな発展した考え方への構築に繋げることができました。また、小林宏光先生から統計学的視点から分析内容のとらえかたについてご指導いただけたことは、分析内容の表現がどう結果の理解につながるかについての知識の発展に繋げることができました。論文の知識が未熟な私に、辛抱強くご指導いただけたことに深く感謝申し上げます。

学位論文審査において、貴重なお指導とご助言を賜りました石川県立看護大学教授 米澤洋美先生、同教授 岩佐和夫先生、同教授 亀田幸枝先生、同教授 紺家千津子先生に心より感謝申し上げます。ご多忙の中、学位論文の完成度を高めるためのご指導をいただき、さらに温かいお言葉をいただけたことに深く感謝申し上げます。

プログラムの検証にあたりプログラムの運営や直接的なアドバイスをいただきました石川県立看護大学母性看護学講座教授 米田昌代先生、小児看護学講座講師 千原裕香先生に心より深く感謝申し上げます。ご多忙の中、ファシリテーターとしてのご支援をいただき、さらに温かく支えていただけたことに深く感謝申し上げます。

また、日々の細やかな御配慮をいただき、時に温かいお言葉を頂きました石川県立看護大学母性看護学講座教授 濱耕子先生をはじめ、助産・母性・小児看護学講座の先生方には心より感謝申し上げます。

仕事と家庭との両立に耐えきれず、学位論文の完成を断念することを考えたこともありましたが、多くの先生方の多大なご配慮、また支えがあり無事に中断することなく終了することができますことに心より御礼申し上げます。

最後に、見守り支えてくれた家族に言い尽くせないほどの感謝を申し上げ謝辞といたします。

利益相反

本研究は、平成 29 年度学内研究助成金を受け実施したものである。

本論文に関連する利益相反事項はない

本研究に関連する研究発表

- 1) 前川弓枝，西村真実子，千原裕香：早期産褥期の母親を対象とした「ママにっこり安心子育てプログラム」の効果．看護実践学会誌，35(1)，71-81，2023．