

妊娠期から産後の母親の精神的健康と
ボンディング形成について

名古屋大学大学院 教育発達科学研究科

心理発達科学専攻

学生番号：421612064

中野 まみ

目次

第1章 本論文の問題と目的.....	4
第1節 妊娠期から産後の母親の精神的健康とボンディング形成	5
1-1-1 妊娠期から産後の母親の課題	5
1-1-2 産後うつとボンディング形成不全に関連する諸問題.....	9
1-1-3 産後うつとボンディング形成不全の関連	10
1-1-4 妊娠期から産後のうつとボンディング形成不全への予防・介入について ..	10
1-1-5 先行研究における問題点.....	13
第2節 本論文における目的	14
1-2-1 本論文の目的.....	14
1-2-2 先行研究における問題点の解決方法	15
第2章 母親の産後のうつ傾向に関するリスク要因—住民データを用いて— (研究1) ...	16
第1節 問題と目的.....	17
第2節 方法.....	18
2-2-1 調査協力施設及び手続き	18
2-2-2 使用した尺度	20
2-2-3 分析方法	20
2-2-4 倫理的配慮	21
第3節 結果.....	21
2-3-1 産後うつの母親の割合	21
2-3-2 ロジスティック回帰分析の結果.....	21
第4節 考察.....	23
第3章 母親の産後のボンディング形成不全に関するリスク要因—住民データを用いて— (研究2)	27
第1節 問題と目的	28
第2節 方法	29
3-2-1 調査協力施設及び手続き	29
3-2-2 使用した尺度	30
3-2-3 分析方法	30

3-2-4 倫理的配慮	31
第3節 結果	31
第4節 考察	34
第4章 母親の妊娠期におけるボンディング形成不全に関するリスク要因（研究3）.....	37
第1節 問題と目的	38
4-1-1 胎児へのボンディング形成不全のリスク要因について.....	38
第2節 方法.....	39
4-2-1 調査協力施設及び手続.....	39
4-2-2 参加者の属性	39
4-2-3 質問紙の構成	40
4-2-4 分析方法.....	41
4-2-5 倫理的配慮	41
第3節 結果.....	42
第4節 考察.....	42
第5章 妊娠期から産後にかけての母親から子どもへのボンディングについて—母親の体験から—（研究4）.....	45
第1節 問題と目的	46
5-1-1 本研究の目的.....	46
第2節 方法.....	46
5-2-1 参加者	46
5-2-2 手続き	48
5-2-3 倫理的配慮	49
第3節 結果.....	49
5-3-1 妊娠中の母親のボンディング形成に関わる体験と心理・社会的背景	50
5-3-2 産後の母親のボンディング形成に関わる体験と心理・社会的背景	54
5-3-3 妊娠中と産後の母親の体験の関連性	59
第4節 考察.....	59
5-4-1 妊娠中の母親から胎児へのボンディング形成と心理・社会的背景.....	59
5-4-2 産後の母親の子どもへのボンディング形成と心理・社会的背景.....	61
5-4-3 まとめ	63

第6章 総合考察.....	65
第1節 本論文における研究結果のまとめ	66
6-1-1 産後うつとボンディング形成不全の早期のリスク要因について.....	66
6-1-2 母親のボンディング形成に関わる体験と心理・社会的背景.....	66
6-1-3 産後うつとボンディング形成不全への予防と介入について	67
第2節 本論文の意義	71
第3節 本論文の限界と今後の課題	73
引用文献	75
謝辞.....	95
付録.....	97

第 1 章 本論文の問題と目的

第 1 節 妊娠期から産後の母親の精神的健康とボンディング形成

1-1-1 妊娠期から産後の母親の課題

妊娠期から産後の母親の精神的健康

妊娠・出産は女性にとって、身体的にも精神的にも大きな負担のかかる出来事であり、女性は様々なストレスを体験する。その中で母親が精神的な健康を保ち、生まれた我が子との関係を築いていく事は重要な課題であると考えられる。しかし、妊娠中から産後は女性が精神疾患を発症しやすい時期であると言われている (Di Florio et al., 2013)。産後うつは「精神障害の診断と統計マニュアル」によると、産後 1 か月以内に起きる大うつ病エピソードと定義されており、その中核症状は抑うつ気分や興味・喜びの減退、集中力や記憶力の問題、罪悪感や無力感、食欲の変化や睡眠の問題と言われている (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013)。臨床場面では産後 1 か月以内に限定せず、産後 1 年以内に起きるうつを産後うつと捉えている (O'hara & McCabe, 2013)。産後うつは世界的に注目されており、国によって罹患率は異なるものの 3% (シンガポール) ~38% (チリ) の母親が産後うつになると報告されている (Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs, & Anaya, 2017)。日本では産後うつ疑い (EPDS 得点が 9 点以上) の割合は 2001 年には 13.4%, 2005 年には 12.8%, 2009 年には 10.3%, 2013 年には 9.0%と報告されている (厚生労働省, 2013)。産後うつと同様の症状を持ちつつも、症状が出産後 3~5 日でピークを迎え、数週間の内に自然に落ち着いていく状態は「マタニティーブルー」と呼ばれており、約 4 割の母親が体験すると報告されており、産後うつとは区別されている (Rezaie-Keikhaie et al., 2020)。

産後うつは母親の精神的健康に影響があるだけでなく、養育行動や子どもの発達にも影響を及ぼす。産後うつの母親は乳児の行動の受容がしにくく、乳児の要求を敏感に察知し反応することが難しい事や、子どもへの要求が高い事が報告されている (岡野・斧澤・李, 2002)。また産後うつの母親に育てられた子どもは認知面の発達が遅れやすい事や (Brand & Brennan, 2009)、問題行動を起こしやすいとも言われている (Avan, Richter, Ramchandani, Norris, & Stein, 2010; Murray et al., 2011)。また産後うつは母親の自殺にも繋がる可能性が報告されている (Weng, Chang, Yeh, Wang, & Chen, 2016)。日本では 2015 年~2016 年の間に妊娠中から産後 1 年間の間の自殺が 92 例あり (国立成育医療研究センター, 2018)、がんや心疾患よりも死亡例が多い事が明らかとなった。この 92 例が全て産後うつであったかどうかは不明であるものの、母親の産後のメンタル面が影響している

のではないかと考えられている（国立成育医療研究センター，2018）。産後うつの母親の全てがこのような結果に繋がるわけではないものの，母子の健康面や子どもの発達上のリスクを考えると予防・介入が必要であると言える。

このように産後うつへの関心が高まり，早期予防・介入の必要性が指摘される中で，妊娠期のうつにも注目されるようになった。妊娠中のうつは約 10.7%の母親に起きると考えられている（Bennett, Einarson, Taddio, Koren, & Einarson, 2004）。日本人を対象とした研究では，290 名の母親に構造化面接を行った中で，約 5.6%の母親にうつ症状があった事が報告された（Kitamura et al., 2006）。妊娠期のうつは早産や低出生体重，また妊娠合併症と関連があるだけでなく（Dadi, Miller, Bisetegn, & Mwanri, 2020），母親の妊娠中の食事・睡眠・運動面での健康を保つ行動が少なくなると報告されている（相馬，2011）。そのため妊娠期のうつは母親の精神的健康だけでなく，胎児の成長にも影響を与えると考えられる。また妊娠期のうつは産後うつにも影響すると報告されているため（Norhayati, Hazlina, Asrenee, & Emilin, 2015），産後だけでなく妊娠中からのうつの予防・介入が必要であると考えられる。

母親から子どもへのボンディング形成

妊娠中から産後にかけて，母親が子どもとの関係性を築いていく事も重要な課題である。母親が子どもに対して感じる情緒的絆は「ボンディング」と呼ばれ，具体的には，子どもを愛おしく思う，かわいいと思う等の感情を指している（Kumar,1997）。この概念は，親役割を獲得するために必要なプロセスとして（Rubin, 1967a, 1967b）が紹介し，Klaus & Kennell（1976）がボンディング形成のために，出産直後から母子同室であることの必要性について報告したことで広く知られるようになった。また妊娠中にも胎児へのボンディングは始まっていると考えられており，胎児期のボンディングについては，Condon & Corkindale（1997）が「胎児と親の間に通常起きる情緒的な結びつき」と定義している。

母親の子どもに対するボンディングは，母子の相互作用を通して形成されと考えられている（Brockington, 2003）。胎児期の母親から子どもへの関わりとしては，母親が胎動を感じ，それに反応して話しかけることが挙げられる。また胎児期においては，超音波検査により胎児の画像を確認し，まだ見ぬわが子への想像を膨らませることもボンディングを促進する要因であると考えられている（Brockington, 2003）。出産後は，母親は子どもとアイコンタクトを交わしたり，子どもによる生理的微笑や泣き声に反応することで関わりを持

つことになる。また、子どもは母親に対して愛着を形成する過程で、出生後 6～12 週には、人の話し声や歌声を弁別し、主な養育者が母親ならば、母親の声を好んで反応するようになる。このような子どもによる母親の弁別は、母親のわが子へのいとしさを感じさせると考えられている (吉田, 2006)。

しかし、全ての母親が子どもに対する良好なボンディングを自然に築けるわけではない。母から子どもへのボンディングは産後 3 か月までに形成されることが多いと考えられているものの (Brockington, 2003), 母親から子どもへのボンディング形成が遅れることは、精神科母子ユニットで 6～41% (Chandra, Desai, Reddy, Thippeswamy, & Saraf, 2015; Edhborg, Nasreen, & Kabir, 2011; Garcia-Esteve et al., 2016; Loh & Vostanis, 2004; Parfitt & Ayers, 2009; Siu et al., 2010), 一般人口で 1% (Edhborg et al., 2011; Garcia-Esteve et al., 2016; Kerstis et al., 2016) に起こりうると報告されている。ボンディングの形成が上手くいかない場合には、母親は子どもに対する感情が欠如し、「自分の赤ちゃんではないように」感じたり、子どもへの拒否感を強く持つことがあると報告されている (Brockington & Rosenthal, 1997)。このような状態は、“Bonding disorder” と捉えられており、Kumar (1997) は 2 つの主な特徴を報告した。第 1 に児に対する他人事のような、無関心な感覚や、愛情の欠如であり、母親は自分の子どもを「自分の子どもではないみたい」、「他の人の赤ちゃんみたい」と述べることがあるとされている。第 2 に、子どもに対する怒り、憎しみ、敵意等の感情であり、母親は「子どもを傷つけたい」、「突然死などで子どもが消えてほしい」と述べることがあると報告されている。“Bonding disorder” の日本語訳については「ボンディング障害」と言われているものの、診断基準が確立している疾患ではないため、「障害」という言葉が適切ではないとも考えられる。“Disorder” には「不調」といったニュアンスも含まれることを考慮して、今回の論文では「ボンディング形成不全」と呼ぶ事とした。

心身ともに消耗しやすい新生児期から乳幼児期にかけて、子どもをかわいいと思いつける事は難しいと考えられる。そのため「子どもがかわいいと思えない事」は一般的な感情でもあると考えられるが、一方でそのような感情が長く続いたり、あまりにも強い感情になると「ボンディング形成不全」と捉えられると考えられる。

ボンディングと愛着概念

ボンディングと混同されやすい概念として Bowlby (1969) が提唱した「愛着」概念がある。

Bowlby (1969) は、ヒトが危機的な状況に際して、特定の対象との近接を求め、またそれを維持しようとする個体の傾性のことを「愛着 (attachment)」と称した。また、この近接の維持を通して、自らの「安全であるという感覚 (felt security)」を確保しようとするのが、人間やその他の動物の本性であると考えた。つまり、愛着とは、恐れや不安といったネガティブな情動を、他の個体に接近することで低減、調節しようとする行動制御システムのことを指している。その後、愛着は、親子関係、夫婦関係、恋愛関係のように人が特定の他者との間に築く緊密な情緒的結びつきのことを指して使われるようになり、Bowlby 自身もそのような意味で愛着という言葉を使う事も出てきている (Bowlby, 1988)。

愛着は乳児期に形成され、個人が自立した後でも生涯を通じて存続すると考えられている。その形成過程として、Bowlby (1969) は 4 つの発達段階を提唱している。第 1 段階 (生後 8~12 週) では不特定多数に向けたアイコンタクトや生理的微笑などの愛着行動が見られるようになる。第 2 段階 (生後 12 週~6 か月) では、より養育をしてくれる複数の人に向けて愛着行動を取るようになる。第 3 段階 (生後 6 か月~2, 3 歳) になると、子どもは知っている人と知らない人の区別がつくようになり、知らない人に対しては人見知りを示すようになる。また主な養育者が母親の場合は、母親の後を追ったり、母親が見えなくなると泣くなどの、特定の人に向けた愛着行動が見られるようになる。第 4 段階 (3 歳頃~) では、子どもは母親 (愛着対象) が近くに居ると安心して、活動範囲を広げられるようになる。つまり、愛着対象に接近するだけではなく、愛着対象を「安全基地」とした探索活動が可能になる。このように乳児からの愛着は、初期には不特定多数に向けて見られる愛着行動が、母親との関わりを通して母親に向けてのみ見られるようになり、最終的には母親を「安全基地」として外界との関わりを持てるようになるプロセスであると考えられている。

ボンディングは母親から子どもに対する情緒的な絆を指しており、ボンディングと愛着概念の理論的背景や発達段階は異なると考えられている。ボンディングと愛着はほとんどの先行研究で区別して使用されており (Kinsey & Hupcey, 2013)、区別して使用する事が適切であると考えられる。愛着概念は主に子どもの視点から考えられているものの、愛着形成には子どもから大人への関わりだけでなく、大人から子どもへの気持ちや養育行動も関わっていると考えられる。つまり、母親から子どもへの微笑みやあやし行動、またそのような行動を引き起こす子どもへの情緒的な繋がりも愛着形成に重要であると考えられる。しかし母親から子どもへのボンディング形成については、子どもから大人への愛着ほど注目されておらず、先行研究の数も愛着概念を扱った研究と比べると少ない。今回は乳幼児期に重

要な愛着形成や、その後も続く養育行動に影響を与える重要な要因の 1 つとして、大人から子どもに対するボンディング形成を取り上げる事とした。

1-1-2 産後うつとボンディング形成不全に関連する諸問題

日本では、児童相談所による児童虐待相談対応件数は年々増えており、平成 30 年度では 159850 件（速報値）と、前年度よりも 119.5%増加していた。対応件数が年々増えていることの背景には、児童虐待がメディアで取り上げられるようになり通告をする人が増えたこと、心理的虐待の中に、兄妹への虐待や配偶者への家庭内暴力が含まれたこと等も影響していると考えられる。そのため、虐待そのものが年々増えていると一概に考えることは出来ないが、対応件数の増加は児童虐待問題に対する社会的な注目の高まりを表していると考えられる。また、特に乳幼児期における虐待問題は死亡に繋がりやすく、死亡に至らない場合も子どもの発達に深刻な影響を及ぼすことが考えられることから、乳幼児虐待に対する早期予防、早期介入が必要であると言われている。平成 30 年度に児童虐待によって死亡した事例の中には、0 歳が約 5 割を占めており、「保護を怠った事による死亡」が多かった（厚生労働省, 2018a）。虐待の主な加害者は実母であり、母親の心理的・精神的な問題として子どもの成長発達を促すために必要な関わり（授乳や食事、保清、情緒的な要求への応答、子どもの体調変化の把握、安全面への配慮等）を適切に行いにくい「養育能力の低さ」を挙げている。虐待による乳幼児死亡についても、母親に精神疾患があった割合は心中以外で 13.2%、心中で 26.8%と報告されている。その中でうつを患っていた母親は心中以外で 38.7%、心中で 47.6%と他の精神疾患より割合が高く（岡井, 2017）、産後うつへの支援は児童虐待を防止する上でも注目されている。

ボンディング形成不全と児童虐待の関連については研究も少なく、明らかになっていない事も多いものの、北村・高馬・多田（2014）は産後うつではなくボンディング形成不全が、新生児虐待のリスク要因となることを報告している。ボンディング形成不全の母親は子どもへの嫌悪や拒否感から、育児を疎み子どもを避けるような態度や行動を取ることがあり、重症になると乳児が盗まれる、乳児が突然死することを願うこともあると報告されている。このような母親の状態は、心理的虐待やネグレクトにいたる可能性があると考えられる（Brockington et al., 2001）。またボンディング形成不全の母親は、「病的な怒り」を児に対して感じやすいと報告されており、乳児が泣き止まない、夜泣きなどのストレス状況に対して母親が苛立ちやすくなると報告されている（Brockington et al., 2001）。このような病的

な怒りは、乳児に対して叫ぶ、罵る等の心理的虐待に繋がりやすく、重症になると、怒りから子どもを叩く等の身体的虐待にいたる可能性があると考えられている。ボンディング形成不全のある全ての母親が虐待的な行動に繋がるわけではないものの、これらの問題はボンディング形成全によって起きる子どもへの感情や関心の欠如と関連する可能性が考えられる。乳幼児虐待を早期に予防するためにも、ボンディング形成に難しさを感じている母親に関して、介入や支援が必要であると考えられる。

1-1-3 産後うつとボンディング形成不全の関連

産後うつの母親は、乳児への反応が乏しくなったり、子どもの信号を敏感に読み取り対応することが困難になることから（岡野ら、2002）、ボンディング形成不全の際に見られる母親の行動と同様に見られることがある。またボンディング形成不全と思われる母親は産後うつに罹患していることが多かったため（Kumer, 1997）、ボンディング形成不全は「母子の関係性障害を伴う産後うつ」といったように、産後うつの症状の一部と捉えられることも多かった（Brockington, Fraser, & Wilson, 2006）。しかし、産後うつの母親でも子どもに対する良好なボンディングを形成している場合や、産後うつを発症していなくても、ボンディングの形成が上手くいかない事があると報告されている（Brockington et al., 2006）。また鈴宮（2003）はボンディング形成不全の中でも、病的な怒りや子どもとの関わりの嫌悪については産後うつとの関連が高いものの、子どもに対する感情の欠如については産後うつとの関連が低いことを報告した。このことから、ボンディング形成不全の特徴の中でも、産後うつと関連の強い次元と、関連の弱い次元がある可能性が考えられる。また、重症化していないうつ病よりも、ボンディング形成不全の方が、子どもの行動、情動や認知の発達に長期的な影響を持つといった報告もある（Murray, 1996）。

これらの事から、産後うつとボンディング形成不全を別個に捉え、それぞれに対して予防や介入を行う必要性があると考えられる。しかし、産後うつに比べてボンディング形成不全に対する予防や介入についての研究は少ないのが現状であり、特にボンディング形成不全について検討していく必要があると考えられる。

1-1-4 妊娠期から産後のうつとボンディング形成不全への予防・介入について

妊娠期から産後のうつへの予防・介入

産後うつの介入については、日本では2001年に母子の健康水準を向上させるための国民

運動計画である「健やか親子 21」が策定され、主要目標の 1 つとして「産後うつ病の発症率の減少」が挙げられている。2007 年からは厚生労働所の事業として「乳幼児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）」が始まり、エジンバラ産後うつ病自己評価標（Edinburgh Postnatal Depression Scale; 以下 EPDS）（Cox, Holden, & Sagovsky, 1987）を用いて母親の精神状態を把握する取り組みが広がっている。また「健やか親子 21」では「産後 1 か月で EPDS9 点以上を示した人へのフォロー体制がある区町村の割合の増加」も目標としており、2013 年には 11.5%であったのが 2017 年には 41.8%に増加していると報告されている（厚生労働省, 2017）。フォロー体制は徐々に整ってきているものの、半数以上の市町村では未だ産後うつの傾向がある母親へのフォロー体制がない状態である。フォロー体制の内容としては、「保健・医療・福祉連携」「時期に合わせた育児支援」「妊娠期からのスクリーニングと早期介入」「産後の支援の場と心理的支援」「NICU・低体重児への支援」「家族関係調整や生活への支援」「妊産婦の行動変容に対する支援」が行われていると報告されている（浅野・平井・中山, 2019）。

また産後うつの介入について、The United States Preventive Services Task Force（アメリカ合衆国予防医学専門委員会）は先行研究をまとめ、認知行動療法や対人関係療法といったカウンセリングが有効であると発表している（Curry et al., 2019）。カウンセリングは心理カウンセラー、助産師、看護師、または他のメンタルヘルスの専門家が行い、4 回～20 回（平均 8 回）のセッションで、4 週～70 週にわたるものとしている。効果的な介入時期については明らかになっていないものの、妊娠中期から始められる事が多いと報告されている。一方で運動、心理教育、薬物療法、食事療法については、効果に関する知見が一致していない（Curry et al., 2019）。また近年、オンラインによる産後うつへの介入も研究が進んでいる。オンラインでの認知行動療法についてはメタ分析の結果、中程度の効果がある事が示されている（Roman, Constantin, & Bostan, 2020）。しかし、産後うつの母親のうち、一度でも支援を受けた事がある母親は約 22%と報告されており（Byatt, Levin, Ziedonis, Simas, & Allison, 2015）、産後うつの可能性がある母親を拾い上げ、支援に繋げる事が十分に出来ていないと考えられる。

妊娠中からの産後うつへの予防については、母子保健分野では、母子健康手帳交付時に EPDS を使用する、産後うつの知識の啓蒙（ポスターや両親学級で取り扱う）、パートナーにパパ子育て手帳も交付し、妊婦の心の変化を説明する等の取り組みがなされている（鈴木ら, 2010）。また産後うつに関する心理教育やサポート要請トレーニングを含むプログラム

(末継・岩元, 2015)や、家族機能の支援として夫婦間の産後の役割や夫婦のコミュニケーションパターンについて面接を行い、産後に起こりやすい問題やその対処方法について情報提供を行うプログラム(新井, 2010)が産後うつ予防的効果があると報告されている。鈴木ら(2010)が全国の市町村における妊娠中の EPDS 高得点者に対するフォロー内容をまとめた結果を見ると、電話相談や家庭訪問、個別フォロー面接、ケースカンファレンスでの検討、母親同士のグループカウンセリングが行われている事が分かる。しかし、これらの先行研究においては、どのような人を特にフォローするべきなのかといった知見が少なく、関係機関が妊婦に対応していく中で心配であると思われたケースに対して個別に対応している状態であると考えられる。

妊娠期から産後のボンディング形成不全への予防・介入

ボンディング形成に対する支援としては、妊娠期においては、うつへの介入(Alhusen, Hayat, & Borg, 2020)、予想外の妊娠へのカウンセリング(Ekrami, Mohammad-Alizadeh Charandabi, Babapour Kheiroddin, & Mirghafourvand, 2020)や、胎動や(Güney & Uçar, 2019)、胎児の身体位置を感じる事(鈴井・大橋, 2007)は胎児へのボンディング形成の促進に繋がると報告されている。産後は母子同室で過ごす事や、出産直後の皮膚接触(カンガルーケア)(McGreggor & Casey, 2012)、ベビーマッサージ(飯島・井上, 2015)、母乳育児(武本・中村, 2011)がボンディング形成を促進する事が報告されている。日本では出産直後の皮膚接触は一般的で、全国の産科医療機関及び有床分娩取扱助産所 932 か所を対象とした調査において、出産直後の母子接触は 88.2%の施設で行われていると報告されている(厚生労働省, 2015)。またその後も母子同室となるのが一般的であり、栄養面では母乳育児を勧奨されているため、ボンディングを促進しやすい環境が用意されていると考えられる。

一方で、先行研究ではボンディングを促進する関わりについては報告されているものの、ボンディング形成不全が見られる母親への介入についての研究は十分であるとは言えない。またどのような対象がボンディング形成に難しさを感じやすく、ボンディング形成が難しくなる要因についても明らかになっていない事が多いと言える。母子保健分野においては妊娠中や産後において EPDS と共に「赤ちゃんの気持ち質問票」を使用してボンディングについてもアセスメントを行う事が徐々に広がっているものの、実際にボンディング形成不全の母親を見つけた場合に、どのような介入をすればよいのかは個別的に検討されているのが現状であると考えられる。

1-1-5 先行研究における問題点

妊娠中から産後におけるうつに関する先行研究の問題点

妊娠中から産後におけるうつに関する先行研究の問題点は、主に2点ある。1点目は、産後うつの関連要因を検討している縦断的研究が少なく (Asano et al., 2014; Matsumoto et al., 2011; Watanabe et al., 2008), 後の産後うつと関連するリスク要因が十分には検討されていない事である。産後うつは世界的にも注目されており, 日本でも産後早期に EPDS を用いてアセスメントを行い, フォローを行う取り組みは広がっている。しかし妊娠期からの予防・介入を考えると, どのような対象が後に産後うつになりやすく特にフォローすべきなのかという知見は少ない (Curry et al., 2019)。また横断的研究の場合, 産後うつも1時点でしか測定していないため, 測定時点では産後うつでなかった母親で, 後に産後うつとなった母親が検討しきれていない事が問題点として挙げられる (Furumura et al., 2012; Hayakawa et al., 2012; Ishikawa et al., 2011)。また横断的研究では多くの情報が回顧的に回答されるため, 信頼性が低くなると考えられる。2点目は, 西洋諸国以外では住民データを扱って産後うつの関連要因について検討している研究が非常に少ないため (Kirkkan et al., 2015; Lee et al., 2007; Muchanga et al., 2017), 先行研究においては結果に対するサンプルバイアスが強い事が挙げられる。住民データを扱っている研究でも, 多くは妊娠後期からのデータとなり, 妊娠初期からのデータを扱っている研究はほとんどない。産後うつのリスクが高い人を妊娠中から注意深くフォローしていくためには, サンプルバイアスの少ないデータを用いて, 産後うつに関連する要因を妊娠期から縦断的に検討する必要があると考えられる。

妊娠中から産後におけるボンディング形成不全に関する先行研究の問題点

ボンディング形成不全に関する先行研究の問題点は、主に3点ある。1点目は、ボンディング形成不全に対する基礎的知見が乏しい点である。先行研究においては、ボンディング形成不全の臨床像 (Brockington, 2003), 質問紙や面接による評価方法 (Brockington et al., 2001; Kumar & Hipwell, 1996)が検討されてきた。また、ボンディング形成不全には母親の要因 (出産経験, 妊娠の受容, 被養育体験, 産後うつ病などの精神疾患), 子どもの要因 (先天性疾患, 低出生体重児, 気難しい気質), 出産や育児に関する要因 (母親の出産体験の評価, 母乳養育)等が関連することが明らかになっている。しかし同時に複数の要因との関

連について検討している研究は少ないため、特にどの要因の関連が強いのかという事については明らかにはなっておらず、どのような対象を特にフォローするべきかという事は明らかになっていない。特に関連が強い要因を明らかにする事で、母子保健分野にて出会う全ての妊婦の中から、フォローするべき対象をスクリーニングしやすくなると考えられる。2点目は、従来、ボンディング形成不全は産後に起きると考えられていたため (Kumar, 1997), 妊娠期におけるボンディング形成不全に関する知見が少ない事である。ボンディング形成不全は妊娠期からも起きる事が認められ、妊娠期のボンディング形成不全と産後のボンディング形成不全は関連することが明らかになっている (榮, 2007)。このことから、妊娠期のボンディング形成不全の関連要因を明らかにし、産後のボンディング形成不全への予防に役立てていく事が必要だと考えられる。3点目は、ボンディング形成に関する質的研究が少なく、母親のボンディング形成やボンディング形成不全に関する体験と、それに関連する心理・社会的背景を検討している研究が少ない点である。Brockington (2011) や Brockington (2016) はボンディング形成不全に陥った母親の体験を記述しているものの、母子精神科ユニットにて入院している母親を対象にしており、ボンディングの形成不全が重度に難しい母親を取り上げている。そのため産婦人科や母子保健事業で出会う一般的な母親を対象とした、ボンディング形成に伴う母親の体験や心理・社会的背景については十分に明らかになっていないと考えられる。

これらの問題を解決するためには、妊娠期と産後におけるボンディング形成不全の関連要因を量的に検討し、また母親が子どもへのボンディングを築いていく中でどのような体験をしているか質的にも検討する事で、どのような対象を注意深くフォローし、どのような支援が必要であるか明らかにする必要があると考えられる。

第2節 本論文における目的

1-2-1 本論文の目的

本論文の目的は、産後うつとボンディング形成不全の予防に向けて、早期のリスク要因について検討し、どのような対象を特に注意深くフォローするべきか、またどのような支援が必要であるか提言する事である。さらに、ボンディング形成不全については、母親の実際の体験や心理・社会的背景を明らかにする研究が不足していると考えられる。妊娠中から産後の母親のボンディングに関わる体験と、それに関連する心理・生活的状況を質的に検討し、

ボンディング形成不全に関する要因や支援について質的な側面からも検討する事を目的とした。

1-2-2 先行研究における問題点の解決方法

ボンディング形成不全や産後うつのリスク要因に関する先行研究では、①妊娠初期からの縦断データで検討している研究が少ないこと、②サンプルバイアスの少ないデータを用いた研究が少ないこと、③妊娠期のボンディング形成不全のリスク要因についての研究が少ないこと、④ボンディング形成についての質的な研究が少なく、母親の実際の体験や心理・社会的背景を明らかにする研究が少ない事が挙げられる。

そこで本研究では愛知県碧南市の保健センターと共同研究を行い、妊娠届、出生届、乳幼児健診で収集したデータを用いて産後うつ、ボンディング形成不全のリスク要因について検討を行った（研究 1, 2）。用いるデータはサンプルバイアスの少ない住民データとなり、妊娠初期からの縦断データであるため、問題点①②が解決される。問題点③④の解決方法として、岐阜県にある国立研究機構長良医療センターの産婦人科と共同研究を行い、妊娠初期のボンディング形成不全のリスク要因を検討すると同時に（研究 3）、インタビュー調査を行った（研究 4）。

第2章 母親の産後のうつ傾向に関するリスク要因—住民データを用いて— (研究1)¹

¹ 本章は、Nakano, M., Sourander, A., Luntamo, T., Chudal, R., Skokauskas, N., & Kaneko, H. (2020) を加筆・再校正したものである。

第 1 節 問題と目的

本研究の目的は、愛知県碧南市の住民データを用いて、産後 3 か月までの母親のうつのリスク要因を明らかにする事である。第 1 章でも述べた通り、産後うつの母親は抑うつ気分や興味・喜びの減退、集中力や記憶力の問題、罪悪感や無力感、食欲の変化や睡眠の問題が生じやすく (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013)、子どもに対する養育行動にも影響を与えると考えられる。そのため、産後うつに関連する妊娠中の要因を明らかにし、注意深くフォローする必要性があると考えられる。

産後うつは世界的にも注目されているため、リスク要因に関する先行研究は多く、レビュー論文も複数発表されている。Hutchens & Kearney (2020) はこれまでの産後うつに関するリスク要因をレビューした 21 本の論文をまとめ、ストレス、ソーシャルサポートの少なさ、被虐待経験、夫婦もしくはパートナー間の関係の不和がリスク要因になり、特に妊娠期のうつと DV とがリスク要因になると報告した。他にも産後うつのリスク要因に関する先行研究をまとめると、要因は 6 種類に大別されと考えられ、(1) 母親の身体的要因：高齢出産 (Silverman et al., 2017) や若年出産 (Segre et al. 2007; Wang et al. 2011), (2) 社会的要因：経済的問題 (Chang et al., 2016), 母親の就業状況 (Liu, Phan, Yasui, & Doan, 2017), 母親の教育水準が低い事 (Lee, Stroo, Fuemmeler, Malhotra, & Østbye, 2014), (3) 心理的要因：母親のうつの既往歴 (Silverman et al., 2017), 妊娠中のストレスフルな体験 (Boyce & Hickey, 2005), 予定外の妊娠 (Qiu, Zhang, Sun, Li, & Wang, 2020), (4) 出産に関わる要因：帝王切開の体験 (Silverman et al., 2017) や、ネガティブな出産体験 (Eisenach et al., 2008), (5) 子どもに関する要因：低出生体重児である事 (Vigod, Villegas, Dennis, & Ross, 2010) や気質の難しさ (McGrath, Records, & Rice, 2008), (6) 心理社会的要因：初産 (Räisänen et al., 2013), 母乳育児でない事 (Sword et al., 2011), 夫婦関係が良くない事 (Escribà-Agüir & Artazcoz, 2011), ソーシャルサポートの少なさ (Eastwood, Jalaludin, Kemp, Phung, & Barnett, 2012), パートナーからの暴力 (Dennis & Vigod, 2013) が挙げられている。しかし、産後うつのリスク要因に関する研究は主に西洋諸国で行われており、西洋諸国以外でどのような要因がリスクとなるかは十分に検討されていない。

日本人を対象とした産後うつのリスク要因に関する研究では、25 歳未満の出産 (Mori et al., 2011) や 35 歳以上の高齢出産 (Matsumoto et al., 2011; Mori et al., 2011), 初産 (Tamaki, Murata, & Okano, 1997; Tsuchida et al., 2019), 教育水準の低さ (Matsumura,

Hamazaki, Tsuchida, Kasamatsu, & Inadera, 2019), 妊娠中の不安 (Kokubu, Okano, & Sugiyama, 2012), 低出生体重児であること (Tamaki, Murata, & Okano, 1997), サポートの少なさ (Mori et al., 2011; Takahashi & Tamakoshi, 2014; Yamada, Isumi, & Fujiwara, 2020), 精神疾患の既往歴 (Mori et al., 2011), マタニティーブルー (Ishikawa et al., 2011; Watanabe et al., 2008) が産後うつに影響すると報告されている。その中で縦断的研究は数少なく, Asano et al., (2014) は妊娠中期から産後 3 か月までの縦断研究を行い, ASD 傾向がある人が産後うつのリスクが高くなる事を報告している。また妊娠後期の不安が産後 1 か月時点でのうつと関連がある事 (Kokubu et al., 2012), マタニティーブルーが産後 3 か月までのうつと関連がある事が先行研究により報告されている (Watanabe et al., 2008)。また Tamaki et al., (1997) は初産と産後 1 か月のうつの関連や, ネガティブなライフイベントや育児への不安が産後 3~4 か月のうつと関連している事を報告している。しかし, これらの研究は住民データではなく, サンプルバイアスの影響は強いと考えられる。日本人を対象とし, 住民データを使用して産後うつの関連要因を検討している研究は筆者の知る限り, Yamada et al., (2020)のみである。Yamada et al., (2020) は愛知県の複数の市の 3~4 か月健診のデータを分析し, ソーシャルサポートの少なさが産後うつと関連している事を明らかにしているが, 横断的研究に留まっている。以上より, 住民データを使用した妊娠初期からの縦断的研究は筆者の知る限りなく, 本研究は妊娠中から特定できる産後うつのリスク要因に関する知見に貢献できると考えられる。

第 2 節 方法

2-2-1 調査協力施設及び手続き

今回の研究は, 母親と家族のこころの健康を支援するために, 愛知県碧南市の保健センターと共同で行った。対象は 3 か月健診に参加した 1163 人の母親であった。母親は妊娠届提出時, 出生届提出時, 赤ちゃん訪問時 (産後 1 か月), 3 か月児健診時に, 通常の母子保健事業で配布される質問紙に回答した。これに加え, 赤ちゃん訪問時と 3 か月健診時には, 産後うつの測定としてエジンバラ産後うつ病自己評価表 (Edinburgh Postnatal Depression Scale; 以下 EPDS, Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) に回答した。研究としては, EPDS に回答した母親の妊娠届, 出生届, 赤ちゃん訪問時の情報を後ろ向きに収集した (Table 1)。収集する情報は, 研究で必要な情報のみとした。妊娠届からは, 母親の年齢 (24 歳以下・

25 歳～34 歳・35 歳以上), 出産経験 (初産・経産), 過去の精神疾患既往歴 (ある・ない), 妊娠が分かった時の気持ち (嬉しかった・予想外だったが嬉しかった・予想外だったので戸惑った・困った・なんとも思わない) の情報を得た。「嬉しかった」(711 人) 以外を選出した母親が少なかったため, 予想外だったが嬉しかった (215 人), 予想外だったので戸惑った (59 人), 困った (3 人), なんとも思わない (4 人) をまとめて「ネガティブな気持ち」とした。出生届からは, ソーシャルサポート (ある・ない), 出産方法 (経膣分娩, 帝王切開, その他 i.e. 吸引分娩や鉗子分娩), 児の出生体重 (2500 グラム未満・2500 グラム以上) といった情報を得た。赤ちゃん訪問 (産後 1 か月) では, 子育てを助けてくれる人がいるか (はい・いいえ) の情報を得た。3 か月児健診では在胎週数 (37 週未満・37 週以上), 児に栄養を与える方法 (母乳のみ・ミルクのみ・混合栄養), 産後の母親の体調 (良い・悪い), 妊娠中に働いていたか (はい・いいえ) といった情報を得た。出生届でソーシャルサポートが「ない」と答えた母親は 11 人, 赤ちゃん訪問で子育てを助けてくれる人が「いない」と答えた人は 6 人であったため, どちらかに一度でも「ない/いない」と答えた場合を「ソーシャルサポートがない」とした。

分析の対象は, (1) 日本人であり, (2) 双子でなく, (3) Edinburgh Postnatal Depression Scale (以下 EPDS) (Cox et al. 1987; Okano et al. 1996) に産後 1 か月時点か産後 3 か月時点で少なくとも一度回答している母親とした。結果, 1050 人 (90.28%) の母親のデータが分析に使用された。分析対象とならなかった 113 人 (9.71%) のうち, 7 人 (0.60%) は双子であり, 58 人 (4.99%) は外国籍であり, 48 人 (4.50%) は EPDS を一度も回答していなかった。分析対象となった母親の平均年齢は 29.95 歳 ($SD=5.08$) で, 16 歳から 44 歳にわたっていた。平均在胎週数は 38.96 週 ($SD=1.36$) で, 33 週～41 週にわたっていた。半分以下の母親が初産で (424 人, 41.90%), ほぼ半分の母親が男児を出産していた (543 人, 52.62 人)。

Table 1. 妊娠期から産後にかけて測定した項目 (研究 1)

妊娠期		出産後	
1. 妊娠初期 (妊娠届)	2. 産後 2 週間以内 (出生届)	3. 産後 1 か月 (赤ちゃん訪問)	4. 産後 3 か月 (乳児健診)
1-1. 母親の年齢	2-1. 乳児の性別	3-1. ソーシャルサポート	4-1. 分娩方法
1-2. 出産経験	2-2. 出生体重	3-2. 産後うつ (EPDS)	4-2. 栄養の与え方
1-3. 妊娠が分かった時の気持ち			4-3. 産後の体調
1-4. 妊娠前の精神疾患既往歴			4-4. 妊娠期の就業状態
			4-5. 在胎週数
			4-6. 産後うつ (EPDS)

2-2-2 使用した尺度

エジンバラ産後うつ病自己評価表 (Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS, Cox et al., 1987)

産後うつのスクリーニングのために Cox et al., (1987) が開発し、岡野・村田・増地・玉木・野村・宮岡・北岡 (1996) が日本語版を作成した尺度で、母親の産後うつの判別のために産後 1 か月時 (赤ちゃん訪問) と産後 3 か月時に使用した。この尺度は「笑うことができたし、物事のおかしい面もわかった」等の 10 項目から構成され、それぞれについて過去 7 日間を振り返って 4 件法で評定される。EPDS の得点が高い程、産後うつの可能性が高い事を示す。EPDS 日本語版の信頼性は Cronbach's $\alpha = 0.78$ で、カットオフポイントを 8 / 9 に設定した場合、鋭敏度は 0.82, 特異度は 0.93 と報告されている (Yamashita et al., 2000)。本研究においてもカットオフポイントを 9 点とし、産後 1 か月と産後 3 か月のどちらか一度でも 9 点を超えた母親を「産後うつ群」とした。一方、産後 1 か月と産後 3 か月でどちらも EPDS が 8 点以下だった母親を「統制群」とした。

2-2-3 分析方法

産後うつのリスク要因を検討するために、二項ロジスティック回帰分析を行った。結果は 95%信頼区間におけるオッズ比で表した。二項ロジスティック分析では、従属変数として 2 つに群分けした変数を入れる必要がある。今回は産後 1 か月と産後 3 か月の EPDS 得点を使用し、「産後うつ群」と「統制群」に群分けしたものを従属変数とした。参照カテゴリは統制群とし、統制群と比較した際のオッズ比を算出した。まず各独立変数を用いて単変量二項ロジスティック回帰分析を行った。この時の有意水準は $p < 0.10$ とした。次に単変量二項ロジスティック分析で有意であった独立変数を多変量二項ロジスティック回帰分析に投入

した。多変量二項ロジスティック回帰分析では、 $p<0.05$ を有意水準とした。分析では SPSS 23.0 を使用した。

2-2-4 倫理的配慮

本研究は、名古屋大学大学院教育発達科学研究科研究倫理委員会にて承認されている（番号：490）。EPDS に関しては、通常の母子保健事業で回答が求められる質問紙ではないため、研究の目的を説明した上で、研究協力に同意した人のみ回答してもらった。

第 3 節 結果

2-3-1 産後うつの母親の割合

今回の研究では、8.9% ($n = 93$)の母親が少なくとも産後 1 か月と産後 3 か月のうち 1 度 EPDS9 点以上となり、産後うつ群となった。93 人の母親のうち、29.0% ($n=27$) の母親が産後 1 か月と産後 3 か月のどちらも EPDS が 9 点以上であった。産後 1 か月のみ EPDS が 9 点以上だった母親は 42.0% ($n = 39$) で、産後 3 か月のみ EPDS が 9 点以上だった母親は 29.0% ($n=27$) であった。産後 1 か月時点の回答は 1046 人で、EPDS9 点以上の母親は 6.3% ($n = 66$) であった。産後 3 か月時点の回答は 1049 人で、EPDS9 点以上の母親は 5.1% ($n = 54$) であった。

2-3-2 ロジスティック回帰分析の結果

Table 2 は単変量ロジスティック分析と多変量ロジスティック分析の結果を表す。単変量ロジスティック分析の結果、妊娠が分かった時にネガティブな気持ちである事 ($OR = 2.11$, 95% $CI = 1.35-3.31$), 人工栄養のみ ($OR = 2.13$, 95% $CI = 1.21-3.77$), 混合栄養のみ ($OR = 1.99$, 95% $CI = 1.21-3.25$), 初産 ($OR = 2.07$, 95% $CI = 1.34-3.20$), 母親の年齢が 24 歳以下 ($OR = 2.64$, 95% $CI = 1.58-4.38$), 母親の精神疾患既往歴 ($OR = 6.09$, 95% $CI = 3.00-12.38$), ソーシャルサポートがない事 ($OR = 4.61$, 95% $CI = 1.59-13.42$), 出生体重が 2500g 未満である事 ($OR = 1.98$, 95% $CI = 1.00-3.92$) が産後うつと有意に関連があった。

単変量ロジスティック分析で有意であった変数のみを投入した多変量ロジスティック回帰分析の結果、妊娠が分かった時にネガティブな気持ちである事 ($OR = 2.07$, 95% $CI = 1.28-3.36$), 初産 ($OR = 2.01$, 95% $CI = 1.21-3.35$), 母親の年齢が 24 歳以下 ($OR = 2.43$,

95% CI = 1.37-4.30), 母親の精神疾患既往歴 (OR = 4.84, 95% CI = 2.09-11.19), 混合栄養 (OR = 1.80, 95% CI = 1.01-3.05), ソーシャルサポートがない事 (OR = 4.93, 95% CI = 1.54-15.74) が産後うつと有意に関連があった。出生体重が 2500g 未満である事と, ミルクのみで栄養を与えている事は単変量分析では有意であったが, 多変量分析では有意でなかった。

Table 2. 産後うつを従属変数としたロジスティック回帰分析

変数	N (%)		単変量分析	多変量分析
	No PPD	PPD	OR (95%CI)	OR (95%CI)
1-1. 母親の年齢 (n = 1,031)				
24 歳以下	133 (83.13)	27 (16.88)	2.64 (1.58-4.38)***	2.43 (1.37-4.30)*
25~34 歳	610 (92.85)	47 (7.15)	Reference	Reference
35 歳以上	197 (92.06)	17 (7.94)	1.12 (0.63-2.00)	1.00 (0.52-1.93)
1-2. 出産経験 (n = 1,012)				
経産婦	550 (93.54)	38 (6.46)	Reference	Reference
初産婦	371 (87.50)	53 (12.50)	2.07 (1.34-3.20)*	2.01 (1.21-3.35)*
1-3. 妊娠が分かった時の気持ち (n = 992)				
嬉しかった	662 (93.11)	49 (6.89)	Reference	Reference
嬉しかった以外	243 (86.48)	38 (13.52)	2.11 (1.35-3.31)*	2.07 (1.28-3.36)*
1-4. 妊娠前の精神疾患既往歴 (n = 1,030)				
なし	914 (92.14)	78 (7.86)	Reference	Reference
あり	25 (65.79)	13 (34.21)	6.09 (3.00-12.38)***	4.84 (2.09-11.19)*
2-1. 乳児の性別 (n = 1,032)				
男	500 (92.08)	43 (7.92)	Reference	Reference
女	441 (90.18)	48 (9.82)	1.23 (0.82-1.95)	1.49 (0.92-2.40)
2-2. 出生体重 (n = 1,032)				
2500g 以上	880 (91.67)	80 (8.33)	Reference	Reference
2500g 以下	61 (84.72)	11 (15.28)	1.98 (1.00-3.92)*	1.87 (0.90-3.87)
3-1. ソーシャルサポート (n = 1,007)				
あり	908 (91.7)	82 (8.3)	Reference	Reference
なし	12 (70.6.7)	5 (29.4)	4.61 (1.59-13.42)*	4.93 (1.54-15.74)*
4-1. 分娩方法 (n = 1,043)				
経膈分娩	686 (91.22)	66 (8.78)	Reference	NA
帝王切開	196 (89.91)	22 (10.09)	0.60 (0.21-1.70)	NA
吸引・鉗子分娩	69 (94.52)	4 (5.48)	1.16 (0.70-1.94)	NA
4-2. 栄養の与え方 (n = 1,046)				
母乳栄養のみ	626 (93.29)	45 (6.71)	Reference	Reference
人工栄養のみ	124 (86.71)	19 (13.29)	2.13 (1.21-3.77)*	1.60 (0.82-3.00)
混合栄養	203 (87.50)	29 (12.50)	1.99 (1.21-3.25)*	1.80 (1.01-3.05)*
4-3. 産後の体調 (n = 1,046)				
問題なし	906 (91.24)	87 (8.76)	Reference	NA
問題あり	47 (88.68)	6 (11.32)	1.33 (0.55-3.20)	NA
4-4. 妊娠中の就業状態 (n = 1,049)				
働いている	503 (90.79)	51 (9.21)	Reference	NA
働いていない	453 (91.52)	42 (8.48)	0.91 (0.60-1.40)	NA
4-5. 在胎週数 (n = 1,049)				
37 週以上		921	88 (8.72)	Reference
37 週未満		35 (87.50)	5 (12.50)	1.50 (0.57-3.91)

***<0.0001, **<0.001, *<0.05, N.A = Not applicable

第4節 考察

今回の研究の目的は、産後3か月までの産後うつリスク要因について、妊娠初期からの住民データを使って検討する事であった。結果、妊娠初期に回答した妊娠が分かった時の気持ち、初産、母親の年齢が24歳以下である事、精神疾患既往歴、混合栄養、ソーシャルサポートがない事が産後3か月までの産後うつと関連している事が明らかになった。

妊娠が分かった時の気持ちがネガティブである事と産後うつの関連については、先行研究でも報告されており (Kokubu et al., 2012; Limlomwongse & Liabsuetrakul, 2006), 今回の研究結果と一致している。日本における先行研究では、妊娠が分かった時の気持ちを妊娠後期に測定しているため、回顧バイアスの影響を受けやすかったと考えられる。今回の研究では妊娠が分かった時の気持ちを妊娠初期に測定しているため、先行研究と比べデータのバイアスが少ない状態で関連性を明らかにできた。妊娠が分かった時には心配や不安といった、喜び以外の気持ちも起きうると考えられる。しかし妊娠届を提出する際に、妊娠が分かった時の気持ちを「嬉しかった」以外で提出している母親の中には、望まない妊娠である可能性や、また経済的な不安や育児への心配で妊娠を「嬉しかった」と答えられていない可能性も考えられる。また今回の研究では、「予想外だったが嬉しかった」「予想外だったので困った」という回答も「ネガティブな気持ち」に含まれており、予想外の妊娠で精神的な負担を感じやすかった可能性も考えられる。先行研究では、妊娠が分かった時のネガティブな気持ちは、妊娠中のうつを媒介して産後うつに影響を与えると報告されている (Kitamura et al., 2006)。今回妊娠中のうつは測定していないため不明な部分はあるものの、妊娠を喜べない状況が妊娠中のうつにも影響している可能性が考えられる。妊娠が分かった時の気持ちは、全国の70%以上の市町村区で妊娠届提出時に尋ねている項目であり(足立・上野, 2018), 市町村区で把握しやすい情報である。妊娠が分かった時にネガティブな気持ちであった事が分かった場合には、その背景にある理由を尋ねながら、支援の方法を探っていく事が求められる。

また今回の研究では、母乳育児と人工栄養(ミルク)のみの育児は産後うつと関連がなかったものの、人工栄養と母乳の混合栄養での育児が産後うつと関連があった。ミルクのみ与えている事は、単変量分析では有意になったものの、多変量分析では有意にならなかった。産後うつとみなされた母親の中でミルクのみと回答した方が19人と少なかった事も統計上影響している可能性がある。しかし混合栄養での育児もストレスは強いと考えられ、

Maehara et al., (2017) は、混合栄養を行っている母親は、完全母乳で育児を行っている母親よりも育児ストレスが高い事を報告している。また混合栄養である場合には、ミルクを作る時間がかかるために睡眠時間が短くなり、疲れが強くなると言われている (Maehara et al., 2017)。日本では母乳育児が勧奨されている事もあり、妊娠中から「ぜひ母乳で育てようと思った」という母親は 67.6%となっているものの、その中で実際には混合栄養になった母親は 3 割程度存在している (厚生労働省, 2018b)。産後 3 か月時点では母乳のみで育児を行っている母親も半数以上おり (厚生労働省, 2018b)、混合栄養で育児を行っている母親の中には、妊娠中の希望が叶わなかったという気持ちや挫折感、また母乳のみで育児が行えない罪悪感 (田村・佐々木・内藤, 2016) を味わっている可能性もある。今回の研究では因果関係は不明であるものの、産後うつが授乳面へ影響している可能性も考えられる。先行研究でも、産後うつは母乳の分泌量にも影響し、十分な量が出ないために授乳期間が短くなりやすい (Dennis & McQueen, 2007; Gaffney, Kitsantas, Brito, & Swamidoss, 2014) 事や、授乳への自信がつきにくい事が報告されている (Haku, 2007; Zubaran & Foresti, 2013)。混合栄養を行っている方に対しては、妊娠中からの授乳方法への希望や、実際の母乳の分泌量も把握しながら、うつの状態も気にかけていく必要があると考えられる。

今回の結果では初産と産後うつの関連があったものの、先行研究の知見は一致しておらず、関連があると報告している研究もあるものの (Asano et al., 2014; Iwata et al., 2016; Satoh et al., 2009)、関連はないと報告する研究や (Dietz et al., 2007; Wenzel, Haugen, Jackson, & Brendle, 2005)、初産の方が産後うつのリスクは低いと報告する研究もある (Dørheim Ho-Yen, Tschudi Bondevik, Eberhard-Gran, & Bjorvatn, 2007; Figueiredo & Conde, 2011; Skari et al., 2002)。初産の母親は経産婦に比べて、妊娠・出産を通して環境の変化も大きく感じられ、初めての育児でストレスも感じやすいと考えられる (Dørheim, Bondevik, Eberhard-Gran, & Bjorvatn, 2009; Hung, 2007)。その中で母親役割を獲得していく事が求められ、心理的な負担も大きく、うつ状態に陥りやすい可能性が考えられる。または出産後にうつ症状を経験した母親は、第 2 子をもうける事が少ないため (Di Florio et al., 2014)、経産婦で産後うつになる母親が少ない可能性もある。初産の母親については、経産婦よりも産後うつになる可能性が高いと考え、より注意深くフォローする必要があると考えられる。

今回の研究では母親の年齢が 24 歳以下である事と産後うつの関連があったものの、母親の年齢と産後うつの関連についても、先行研究では結果が一致していない。若年出産と産後

うつの関連の報告がある一方で (Milgrom et al., 2008; Mori et al., 2011; Sword et al., 2011; Zaidi, Nigam, Anjum, & Agarwalla, 2017), 高齢出産と産後うつの関連も報告されている (Bell et al., 2016; Matsumoto et al., 2011; Mori et al., 2011; Muraca & Joseph, 2014)。また産後うつと年齢には関連がないという報告もある (Asano et al., 2014; Green, Broome, & Mirabella, 2006; Kitamura et al., 2015)。日本の第1子出産の平均年齢は30.7歳となっており, 24歳以下の第1子出産は全体の14.03%となっている (厚生労働省, 2018c)。そのため24歳以下の母親は周りに妊娠・出産をしている人が少なく, 身近な育児モデルの不足や, ピア・サポートが得られにくいと考えられる。また母親の年齢が若い場合, 経済的に不安定になりやすく, 夫婦関係も安定しにくいとい報告もあり (Muraca & Joseph, 2014; Seimyr, Edhborg, Lundh, & Sjögren, 2004), そのような側面が産後うつに繋がっている可能性がある。

また, 母親に精神疾患の既往歴がある事とソーシャルサポートの少なさは産後うつのリスク要因であると考えられた。先行研究においても, どちらも産後うつの重要なリスク要因として報告されており (O'Hara & McCabe, 2013; Okubo et al., 2011; Sagami, Kayama, & Senoo, 2004), 先行研究と結果が一致したと言える。産後は精神疾患を再発しやすい時期であると言われており (Di Florio et al., 2013), 既往歴がある母親の産後のうつ状態については確認する必要があると考えられる。ソーシャルサポートと産後うつの関連については, 今回の研究では, 妊娠中か産後のどちらかで「助けてくれる人が誰もいない」と答えた母親をソーシャルサポートがないと判断した。このような回答をした母親はパートナーや家族, また友人との関係が希薄で, 病院や保健センターからもサービスを得にくいと感じている母親だと考えられる。または産後うつは対人関係の知覚に影響すると考えられるため (Leskelä et al., 2008; Senturk, Abas, Dewey, Berksun, & Stewart, 2017), 産後うつ, もしくは妊娠中にうつ傾向のあった母親がソーシャルサポートのなさを現実よりも更に強く感じている可能性も考えられる。またソーシャルサポートが少ないと孤立感が高まり, 育児のストレスが強くなりやすいと報告されている (Hudson, Elek, & Campbell-Grossman, 2000)。妊娠中からソーシャルサポートがないと答えた母親に対しては, 産後までにサポート源を探しておくことや, 支援者がサポート源になる事で, 妊娠中からの産後うつの予防となる可能性が考えられる。

本研究より, 妊娠が分かった時の気持ちを早期にアセスメントし, 母親が「嬉しかった」以外の気持ちを抱えている時は, その原因を整理し適切なサポートに繋げる事も必要であ

ると考えられる。また混合栄養で育児をしている事、初産である事、ソーシャルサポートが少ない事、母親の年齢が24歳以下である事、精神疾患の既往歴がある事は産後うつとの関連があった。これらの要因を持つ母親を早期に特定し、産後うつのリスクがある母親として妊娠期からの関係づくりを意識する事や、産後うつに関する心理教育、サポート要請トレーニングを含むプログラム（末継・岩元, 2015）等の予防的な取り組みへの参加を積極的に勧める必要があると考えられる。

第3章 母親の産後のボンディング形成不全に関するリスク要因— 住民データを用いて— (研究2)²

² 本章は、Nakano, M., Upadhyaya, S., Chudal, R., Skokauskas, N., Luntamo, T., Sourander, A., & Kaneko, H. (2019)を加筆・再校正したものである。

第 1 節 問題と目的

本研究の目的は、産後 3 か月時点のボンディング形成不全のリスク要因を明らかにすることである。母親から子どもへのボンディングは産後 3 か月までに形成されると考えられているものの (Brockington, 2003), ボンディングを築きにくい母親も一定数存在する。ボンディング形成がされないと、その後の母親の養育行動 (Brockington et al., 2001) や子どもの発達 (Alhusen, Hayat, & Gross, 2013) にも影響があると考えられ、早期の介入が必要であると考えられる。そのため妊娠中における産後のボンディング形成不全に関するリスク要因を明らかにし、妊娠中から支援が必要な対象を明らかにすることが求められている。

ボンディング形成不全のリスク要因としては、妊娠中のうつ (Perry, Ettinger, Mendelson, & Le, 2011; Rossen et al., 2016) や産後うつ (Dubber, Reck, Muller, & Gawlik, 2015; Moehler, Brunner, Wiebel, Reck, & Resch, 2006) が西欧諸国 (Moehler et al., 2006; Perry et al., 2011; Rossen et al., 2016) や、日本を含むアジア (Edhborg et al., 2011; Kokubu et al., 2012; Nagata, Nagai, Sobajima, Ando, & Honjo, 2003; Ohara et al., 2016; Ohoka et al., 2014; Yoshida, Yamashita, Conroy, Marks, & Kumar, 2012) で報告されている。他にボンディング形成不全の母親側の要因としては、母親の不安 (Chandra et al., 2015), 母親の不安定な愛着スタイル (Nonnenmacher, Noe, Ehrental, & Reck, 2016), 初産であること (Suetsugu, Honjo, Ikeda, & Kamibeppu, 2015), 家族からのサポートの少なさ (Cinar, Kose, & Altinkaynak, 2015), 配偶者からの暴力 (Kita, Haruna, Matsuzaki, & Kamibeppu, 2016), 予想外の妊娠 (Goto, Yasumura, Yabe, & Reich, 2006), 緊急帝王切開を経験すること (van Reenen & van Rensburg, 2013) が挙げられている。子ども側の要因としては、低出生体重児であること (Feldman, Weller, Leckman, Kuint, & Eidelman, 1999), 女兒であること (Edhborg et al., 2011), 子どもの睡眠時間が短い事 (Hairston et al., 2011) が報告されている。

しかしながら、筆者の知る限り、ボンディング形成不全のリスク要因について、妊娠初期からデータを集めて検討しているものは Rossen et al., (2016) のみで、非常に少ない。Rossen et al., (2016) は妊娠初期のデータを集めているものの、サンプル数が 372 人と少なく、妊娠初期のデータについては回顧法を用いて集めている参加者もいる。また多くの研究ではボンディングを出産後 2 か月までにアセスメントしているが (Kokubu et al., 2012;

Perry et al., 2011), ボンディングは産後 3 か月頃までに形成されるという報告もあるため、産後 3 か月頃にアセスメントを行う事が適切であると考えられる。そこで本研究では妊娠初期からの縦断データを用いて、産後 3 か月時点におけるボンディング形成不全の妊娠初期からのリスク要因を検討した。

第 2 節 方法

3-2-1 調査協力施設及び手続き

研究 1 と同様に、母親と家族のこころの健康を支援するために、愛知県碧南市の保健センターと共同で研究を行った。対象は 3 か月健診に参加した 1163 人の母親であった。母親は妊娠届提出時、出生届提出時、赤ちゃん訪問時（産後 1 か月）、3 か月児健診時に、通常の母子保健事業で配布される質問紙に回答した。これに加え、赤ちゃん訪問時と 3 か月健診時には、ボンディングの測定として産後ボンディング尺度（Postpartum Bonding Questionnaire; PBQ; Brockington et al, 2001）に回答した。研究 1 と同様に、PBQ に回答した母親の妊娠届、出生届、赤ちゃん訪問時の情報を後ろ向きに収集した（Table 3）。収集する情報は、研究で必要な情報のみとした。研究 2 では、母親のストレス症状を独立変数として追加した。母親のストレス症状は妊娠届に記載されている質問項目で、“この 1 年間に、2 週間以上続く「眠れない」「イライラする」「涙ぐみやすい」「何もやる気がしない」等の症状がありますか”（はい・いいえ）で測定された。他の提供を受けた情報の尋ね方については、研究 1 にて記述した。分析の対象は、(1)日本人であり、(2)双子でなく、(3)産後ボンディング尺度（Postpartum Bonding Questionnaire; PBQ; Brockington et al, 2001）に回答している母親とした。結果、1060 人（91.14%）の母親のデータが分析に使用された。分析対象となった母親の平均年齢は 29.90 歳（ $SD = 5.07$ ）で、16 歳から 44 歳にわたっていた。平均在胎週数は 38.95 週（ $SD = 1.37$ ）で、33 週～41 週にわたっていた。半分以下の母親が初産で（425 人、41.67%）、ほぼ半分の母親が男児を出産していた（550 人、52.78%）。

Table 3. 妊娠期から産後にかけて測定した項目（研究 2）

妊娠期		出産後	
1. 妊娠初期 （妊娠届）	2. 産後 2 週間以内 （出生届）	3. 産後 1 か月 （赤ちゃん訪問）	4. 産後 3 か月 （乳児健診）
1-1. 母親の年齢	2-1. 乳児の性別	3-1. 産後うつ（EPDS）	4-1. 分娩方法
1-2. 出産経験	2-2. 出生体重		4-2. 栄養の与え方
1-3. 妊娠が分かった時の気持ち			4-3. 産後の体調
1-4. 母親のストレス症状			4-4. 妊娠期の就業状態
1-5. 妊娠前の精神疾患既往歴			4-5. 在胎週数
			4-6. 産後うつ（EPDS）
			4-7. ボンディング （PBQ）

3-2-2 使用した尺度

ボンディング尺度（Postpartum Bonding Questionnaire; PBQ; Brockington et al, 2001 の日本語版 15 項目）

Brockington et al. (2001) が開発したもので、原著者に了承を得て日本語に翻訳し、母親の児に対するボンディングを測るために使用した。今回は、25 項目ある内の 15 項目を使用した。「私は自分の赤ちゃんを身近に感じる」等の質問で構成され、それぞれについて「いつもそう」（1 点）から「全くない」（6 点）の 6 件法で評定された。得点が高い方が、母親から児へのボンディング形成が阻害されており、ボンディング形成不全に近い状態であると考えられた。

PBQ ではカットオフ得点が設定されていない。今回の研究では高群と低群でどの変数に違いが認められるか、より明確となるようにするため、ボンディング形成不全高群、中群、低群の 3 群に分けて検討した。PBQ 得点が 24 点以上（平均+ 2 SD）をボンディング形成不全高群、17～23 点（平均+1 SD は平均+ 2SD）をボンディング形成不全中群、16 点未満（平均+ 1 SD）をボンディング形成不全低群とした。PBQ の得点分布は Shapiro-Wilk 検定で正規分布を示さなかったが、カットスコアの設定に正規分布は必要ないと考えられている（Cizek, 2012）。その結果、35 人（3.3%）の母親がボンディング形成不全高群、116 人（10.9%）の母親がボンディング形成不全中群、909 人（85.8%）の母親がボンディング形成不全低群と分類された。

3-2-3 分析方法

ボンディング形成不全のリスク要因を検討するために、多項ロジスティック回帰分析を

行った。結果は 95%信頼区間におけるオッズ比で表した。多項ロジスティック分析では、従属変数として 2 つ以上に群分けした変数を入れる必要がある。今回は PBQ 得点を基に群分けした、ボンディング形成不全高群、中群、低群を従属変数とした。参照カテゴリはボンディング形成不全低群とし、ボンディング形成不全低群と比較した際のオッズ比を算出した。まず各独立変数を用いて単変量ロジスティック回帰分析を行った。この時の有意水準は $p<0.10$ とした。次に単変量ロジスティック分析で有意であった独立変数を多変量ロジスティック回帰分析に投入した。多変量ロジスティック回帰分析では、 $p<0.05$ を有意水準とした。

上記のように分析を行った所、産後うつのオッズ比が他の独立変数と比べ高くなった。ロジスティック分析では関連が強い変数を独立変数に入れると、他の変数との関連が検討しにくくなる。そこで産後うつを独立変数から除外した多変量ロジスティック分析も行い、結果を参考として検討した。また PBQ 得点はカットオフ得点がないため、ボンディング得点を群分けせずに順序尺度として従属変数とし、重回帰分析を行い、3 群に分けて分析する妥当性の参考とした。分析では SPSS 23.0 を使用した。

3-2-4 倫理的配慮

本研究は、名古屋大学大学院教育発達科学研究科研究倫理委員会にて承認されている（番号：490）。PBQ に関しては、通常の母子保健事業で回答が求められる質問紙ではないため、研究の目的を説明した上で、研究協力に同意した人のみ回答してもらった。

第 3 節 結果

単変量ロジスティック分析の結果を Table 4 に表す。産後 1 か月時点でのうつ ($OR = 14.46, 95\% CI = 6.93-30.14$)、母親のストレス症状 ($OR = 4.68, 95\% CI = 1.83-11.95$)、妊娠前の精神疾患既往歴 ($OR = 4.63, 95\% CI = 1.68-12.76$)、妊娠が分かった時の気持ちがネガティブである事 ($OR = 2.51, 95\% CI = 1.25-5.05$)、初産である事 ($OR = 2.49, 95\% CI = 1.23-5.03$)、混合栄養 ($OR = 2.43, 95\% CI = 1.15-5.15$)、低出生体重 ($OR = 2.36, 95\% CI = 0.88-6.31$) がボンディング形成不全と関連があった。また中程度のボンディング形成不全とは、初産である事 ($OR = 1.78, 95\% CI = 1.20-2.65$)と妊娠が分かった時の気持ちがネガティブである事 ($OR = 1.45, 95\% CI = 0.95-2.21$)が関連していた。単変量ロジスティック

分析で有意であった独立変数を投入し多変量ロジスティック分析を行った結果 (Table 4), 産後うつ (OR = 7.85, 95% CI = 3.44-17.90), 妊娠が分かった時の気持ちがネガティブである事 (OR = 2.16, 95% CI = 1.02-4.56)がボンディング形成不全と関連していた。初産である事は中程度のボンディング形成不全と関連していた (OR = 1.85, 95% CI = 1.22-2.81)。

Table 4. ボンディング形成不全を従属変数とした単変量ロジスティック分析

変数 (n = 回答者数)	ボンディング形成不全の 水準 n (%)			ボンディング形成不全	
	低	中	高	中 OR(95%CI)	高 OR(95%CI)
1-1. 母親の年齢 (n = 1040)					
24 歳以下	146 (87.95)	17 (10.24)	3 (1.81)	0.97 (0.54-1.76)	0.65 (0.18-2.38)
25～30 歳	350 (86.85)	42 (10.42)	11 (2.73)	Reference	Reference
31～34 歳	222 (86.05)	23 (8.91)	13 (5.04)	0.86 (0.51-1.48)	1.86 (0.82-4.23)
35 歳以上	176 (82.63)	30 (14.08)	7 (3.29)	1.42 (0.86-2.35)	1.27 (0.48-3.32)
1-2. 出産経験 (n = 1020)					
経産婦	531 (89.24)	51 (8.57)	13 (2.18)	Reference	Reference
初産	345 (81.18)	59 (13.88)	21 (4.94)	1.78 (1.20-2.65)*	2.49 (1.23-5.03)*
1-3. 妊娠が分かった時の気持ち (n = 999)					
嬉しかった	624 (87.76)	70 (9.85)	17 (2.39)	Reference	Reference
嬉しかった以外 (予想外/困った)	234 (81.25)	38 (13.19)	16 (5.56)	1.45 (0.95-2.21)*	2.51 (1.25-5.05)*
1-4. 母親のストレス症状 (n = 1036)					
なし	851 (86.04)	110 (11.12)	28 (2.81)	Reference	Reference
あり	39 (82.98)	2 (4.26)	6 (12.77)	0.40 (0.09-1.67)	4.68 (1.83-11.95)*
1-5. 妊娠前の精神疾患既往歴 (n = 1038)					
なし	860 (86.26)	108 (10.83)	29 (2.91)	Reference	Reference
あり	32 (78.05)	4 (9.76)	5 (12.20)	1.00 (0.35-2.87)	4.63 (1.68-12.76)*
2-1. 乳児の性別 (n = 1042)					
男	474 (86.18)	57 (10.36)	19 (3.45)	Reference	Reference
女	422 (85.77)	55 (11.18)	15 (3.05)	1.08 (0.73-1.61)	0.89 (0.45-1.77)
2-2. 出生体重 (n = 1042)					
2500g 以上	835 (86.26)	104 (10.74)	29 (3.00)	Reference	Reference
2500g 未満	61 (82.43)	8 (10.81)	5 (6.76)	1.05 (0.49-2.26)	2.36 (0.88-6.31)*
3-1. 産後うつ (n = 1039)					
なし	848 (87.24)	104 (10.70)	20 (2.06)	Reference	Reference
あり	44 (65.67)	8 (11.94)	15 (22.39)	1.48 (0.68-3.24)	14.46 (6.93-30.14)***
4-1. 分娩方法 (n = 1053)					
経膈分娩	653 (86.38)	81 (10.71)	22 (2.91)	Reference	Reference
帝王切開	187 (84.23)	25 (11.26)	10 (4.50)	1.08 (0.67-1.74)	1.59 (0.74-3.41)
鉗子/吸引分娩	62 (82.67)	10 (13.33)	3 (4.00)	1.30 (0.64-2.64)	1.44 (0.42-4.93)

Table 4. 続き

変数 (n =回答者数)	ボンディング形成不全の 水準 n (%)			ボンディング形成不全 中 高	
	低	中	高	OR(95%CI)	OR(95% CI)
4-2. 栄養の与え方 (n = 1055)					
母乳栄養のみ	587 (87.48)	68 (10.13)	16 (2.38)	Reference	Reference
人工栄養のみ	122 (81.88)	21 (14.09)	6 (4.03)	1.49 (0.88-2.52)	1.80 (0.69-4.70)
混合栄養	196 (83.40)	26 (11.06)	13 (5.53)	1.15 (0.71-1.85)	2.43 (1.15-5.15)*
4-3. 産後の体調 (n = 1056)					
問題なし	858 (85.71)	112 (11.19)	31 (3.10)	Reference	Reference
問題あり	47 (85.45)	4 (7.27)	4 (7.27)	0.65 (0.23-1.84)	2.36 (0.80-6.95)
4-4. 妊娠中の就業状態 (n = 1059)					
働いている	482 (86.54)	56 (10.05)	19 (3.41)	Reference	Reference
働いていない	426 (84.86)	60 (11.95)	16 (3.19)	0.95 (0.48-1.88)	1.21 (0.82-1.79)
4-5. 在胎週数 (n = 1059)					
37 週以上	876 (85.97)	111 (10.89)	32 (3.14)	Reference	Reference
37 週未満	32 (80.00)	5 (12.50)	3 (7.50)	1.23 (0.47-3.23)	2.57 (0.75-8.82)

***<0.0001, **<0.001, *<0.05, +<0.10, NA=Not applicable

産後うつのオッズ比が高かったため、多変量ロジスティック分析を行う際に産後うつを投入せずに分析を行うと (Table 5), 初産もボンディング形成不全と関連があった (OR = 2.47, 95% CI = 1.19-5.13)。また、ボンディング得点を群分けせずに順序尺度として従属変数とし、重回帰分析を行った結果、産後 1 か月時点でのうつ ($\beta = -4.59, p < 0.01$), 妊娠が分かった時の気持ち ($\beta = -1.58, p < 0.01$), 初産である事 ($\beta = -2.52, p < 0.01$) がボンディング形成不全と関連があった。

Table 5. ボンディング形成不全を従属変数とした多変量ロジスティック回帰分析

変数	産後うつを除外した 多変量ロジスティック分析		産後うつを入れた 多変量ロジスティック分析	
	中 OR (95% CI)	高 OR (95% CI)	中 OR (95% CI)	高 OR (95% CI)
1-2. 出産経験				
経産婦	Reference	Reference	Reference	Reference
初産	1.83 (1.22-2.76)*	2.47 (1.19-5.13)*	1.85 (1.22-2.81)*	1.97 (0.92-4.23)
1-3. 妊娠が分かった時の気持ち				
嬉しかった	Reference	Reference	Reference	Reference
嬉しかった以外 (予想外/困った)	1.53 (0.99-2.35)	2.40 (1.17-4.96)*	1.46 (0.94-2.28)	2.16 (1.02-4.56)*
1-4. 母親のストレス症状				
なし	Reference	Reference	Reference	Reference
あり	0.36 (0.08-1.56)	2.58 (0.86-7.73)	0.22 (0.03-1.65)	1.85 (0.57-5.98)
1-5. 妊娠前の精神疾患既往歴				
なし	Reference	Reference	Reference	Reference
あり	0.90 (0.26-3.13)	2.71 (0.82-8.92)	0.35 (0.05-2.68)	2.13 (0.59-7.71)
2-1. 乳児の性別				
男	Reference	Reference	Reference	Reference
女	1.06 (0.71-1.59)	0.89 (0.44-1.84)	1.09 (0.72-1.65)	0.83 (0.39-1.77)
2-2. 出生体重				
2500g 以上	Reference	Reference	Reference	Reference
2500g 未満	1.06 (0.49-2.32)	1.96 (0.70-5.51)	0.99 (0.44-2.27)	1.95 (0.67-5.68)
3-1. 産後うつ				
なし			Reference	Reference
あり			1.07 (0.43-2.65)	7.85 (3.44-17.90)***
4-2. 栄養の与え方				
母乳栄養のみ	Reference	Reference	Reference	Reference
人工栄養のみ	1.34 (0.76-2.37)	1.13 (0.39-3.28)	1.21 (0.67-2.20)	0.98 (0.33-2.95)
混合栄養	1.18 (0.72-1.94)	2.14 (0.97-4.71)	1.09 (0.65-1.82)	1.72 (0.75-3.94)

***<0.0001, **<0.001, *<0.05, +<0.10

第4節 考察

今回の研究の目的は、妊娠初期から縦断的に集められた住民データを用いて、産後3か月時点のボンディング形成不全のリスク要因を検討する事であった。結果、産後1か月時点でのうつと妊娠が分かった時の気持ちがネガティブである事が、産後3か月時点でのボンディング形成不全のリスク要因となっていた。また初産である事も、中程度のボンディング形成不全と関連がある事が明らかとなった。

産後うつとボンディング形成不全の関連については、スウェーデンの住民データを用い

た先行研究でも、産後 6 週時点でのうつとボンディングに関連があると報告されている (Kerstis et al., 2016)。また妊娠期や産後のボンディングが産後のうつと関連するという報告もあり (Dubber et al., 2015; Goecke et al., 2012; Nagata et al., 2003; Ohara et al., 2017), 先行研究でもうつとボンディングの関連は注目されている。しかし今までの住民データを用いた縦断研究では、母親のストレス症状や精神疾患の既往歴、子どもに栄養を与える方法などの要因を含めて検討をしていなかった (Edhborg et al., 2011; Kita et al., 2016; Kokubu et al., 2012; Nagata et al., 2003; Ohoka et al., 2014)。今回の研究によって、他の心理社会的要因で統制しても、産後うつが後のボンディング形成不全と関連する可能性が示唆されたといえる。産後うつの母親は苛立ちや、活動に対する興味や喜びの減退といったネガティブな気分を感じやすい (Patel et al., 2012)。また産後うつの母親は認知の歪みが見られ、自分自身や乳児を含む他者 (Stein et al., 2010) や未来 (Beck, 1979) についてもネガティブに知覚しやすい。このようなうつによる特徴が、子どもへの興味の持ちにくさや、子どもへの苛立ちに繋がっている可能性が考えられる。ボンディング形成に難しさを感じている母親を早期に見つけ出すためにも、うつ傾向のある母親を早期にアセスメントすることが重要であると考えられる。

また、妊娠が分かった時のネガティブな気持ちとボンディング形成不全に関連がある事が明らかになった。産後うつの影響を統制しても関連が見られ、ボンディング形成不全の重要なリスク要因の 1 つであると考えられる。先行研究では妊娠が分かった時の気持ちとボンディング形成不全の関連について、産後 1~2 か月までしか検討していなかった (Kokubu et al., 2012; Perry et al., 2011)。今回の研究によって、妊娠が分かった時の母親のネガティブな気持ちが、産後 3 か月時点でのボンディング形成不全にも関連がある事が明らかとなった。また研究 1 と同様に、妊娠が分かった時の気持ちを妊娠初期に測定しているため、先行研究と比べデータのバイアスが少ない状態で関連性を明らかにできたと言える。妊娠が分かった時にネガティブな気持ちになった母親は、妊娠中から胎児に対して喜ばしくない、もしくはアンビバレントな気持ちを持っていた可能性がある。また今回の研究では、「予想外だったが嬉しかった」「予想外だったので困った」という回答も「ネガティブな気持ち」に含まれているため、予想外の妊娠で胎児を受け入れる事が難しい可能性も考えられる。研究 1 でも述べた通り、妊娠が分かった時の気持ちは全国の 70%以上の市町村区で妊娠届提出時に尋ねている項目であり (足立・上野, 2018), 把握しやすい情報であると考えられる。妊娠が分かった時にネガティブな気持ちであったと分かった場合には、子どもへの気持ち

をどのように感じているか、妊娠中から定期的に確認する必要があると考えられる。

初産である事も、中程度のボンディング形成不全と関連があった。先行研究でも、初産の母親の方が、経産婦に比べてボンディングが形成されにくいと報告されている (Suetsugu et al., 2015)。親になる過程は責任が増える中で身体的、情緒的变化もあり、ストレスフルなイベントともいえ (Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion, & Epiney, 2011)、初産の母親の方が経産婦の母親よりも変化を感じやすい可能性がある。また初産の場合、初めての育児への不安や負担感も感じやすいと考えられ、その中で更に子どもへの情緒的な絆を築いていく事が難しい可能性もある。初産の母親に対しては経産婦の母親よりも注意深く、子どもへの気持ちを確認していく必要があると考えられる。

本研究により、産後うつと妊娠が分かった時の気持ちがボンディング形成不全のリスク要因である可能性が示唆された。産後の赤ちゃん訪問にて EPDS を用いて産後うつ傾向をアセスメントする自治体が増えてきているが、産後うつ傾向の母親が特定できた場合には、その母親のボンディングについても注意する必要があると考えられる。また妊娠が分かった時の気持ちがネガティブである母親については、産後うつの有無に関わらず注意深くフォローし、ベビーマッサージ教室への参加 (飯島・井上, 2015) 等のボンディング形成をサポートできる取り組みを紹介していく必要があると考えられる。また妊娠中からも、予想外の妊娠へのカウンセリングや (Ekrami et al., 2020)、胎動を活かした触れ合い遊び等の紹介を通して、妊娠中からのボンディング形成を促す必要があると考えられる。また初産の母親においても、ボンディング形成をサポートできる取り組みの紹介に加え、初めての妊娠・出産の中で子どもへのボンディングが築けているかどうか注意深く確認していく必要があると考えられる。

第4章 母親の妊娠期におけるボンディング形成不全に関するリスク要因 (研究3)³

³ 本章は、中野まみ・深谷麻未・崎山美穂・諸岡由依・高橋雄一郎・服部律子・金子一史 (2019)を加筆・再校正したものである。

第1節 問題と目的

4-1-1 胎児へのボンディング形成不全のリスク要因について

母親は妊娠中から妊娠週数が進むにつれて、胎児へのボンディングを築き始めると考えられている (Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, & Cannella, 2009)。母親は超音波検査による胎児の画像を見たり、胎動を感じる中で、まだ見ぬ我が子への想像を膨らませ、ボンディングを形成していくと考えられている (Brockington, 2003)。一方で妊娠中にボンディングが形成されにくい母親も存在し、胎児期にボンディングが築かれないうちに、妊娠中に求められる健康維持がされにくい (Lindgren, 2001) と報告されている。また胎児へのボンディングは産後のボンディングに影響を与えるという知見もあることから (榮, 2007)、産後だけでなく胎児期へボンディング形成不全についてのリスク要因を明らかにし、早期のフォロー対象とする必要があると考えられる。また胎児とのボンディングを促進することが産後うつ予防に繋がるという報告もあり (Sugishita & Kitagawa, 2019)、産後うつ予防・介入策としての知見に繋がる可能性もある。

先行研究においては、胎児へのボンディングの関連要因としては、妊娠中のうつ (Čėsnaite, Domža, Ramašauskaitė, Voločovič, & Bužinskienė, 2019; Rollè, Giordano, Santoniccolo, & Trombetta, 2020)、母親の不安定な愛着スタイル (大村・山磨・松原, 2001)、ソーシャルサポートの少なさ (Yesilcinar, Yavan, Karasahin, & Yenen, 2017)、切迫早産等のハイリスクの妊娠 (Pisoni et al., 2016) が報告されている。日本で行われた研究は少ないものの、成田 (1993) は母親に流産経験があると、以前流産を経験した時期まで胎児へのボンディングが低く抑えられると報告している。また妊娠に対する気持ちが胎児へのボンディングに関連しているという報告もある (榮, 2004; 成田, 1993)。しかし、検討されてきた要因は母親自身や子どもに関連する要因が多く、夫婦関係等の母親以外の存在が影響する要因についての検討は不十分であると考えられる。妊娠・出産は夫婦にとって一大イベントであると考えられ、新しく生まれる子どもを含めて家族を再編成していく時期だと考えられる。また親になると夫婦関係の親密性が下がると報告されており (小野寺, 2005)、妊娠中は夫婦関係も不安定になりやすい時期であると考えられる。出産後においては、夫婦関係は子どもへのボンディングに影響を与えると報告されているものの (盛山・島田・足立, 2011)、妊娠期においては関連性が明らかになっていない。そこで今回の研究では、妊娠中のボンディングの関連要因についてデモグラフィック要因、妊娠期のうつ、また夫婦関係を

対象として検討した。

第2節 方法

4-2-1 調査協力施設及び手続

岐阜県にある国立病院機構長良医療センターの産科を受診した母親を対象に、研究の内容について受付係が説明を行った。同意が得られた場合には QR コードから Qualtrics 上の質問紙にアクセスしてもらい、質問に回答してもらった。また研究参加の同意・不同意に関わらず同意書の回収を行った。長良医療センターは 1 年に約 900 名の妊婦が産科を受診しており双胎等のハイリスクの妊婦も受け入れている事が特徴である。また胎児ドックを行っているため、分娩は他施設で行うものの、胎児ドックのみの受診をした妊婦も含まれている。参加者への質問には、基本情報、ボンディング尺度 (Postpartum Bonding Questionnaire; 以下 PBQ) (Brockington et al., 2001; Kaneko & Honjo, 2014), エジンバラ産後うつ病自己評価表 (Edinburgh Postnatal Depression Scale; 以下 EPDS) (Cox et al., 1987), 夫婦満足度尺度 (Norton, 1983; 諸井, 1996) が含まれていた。本研究は現在も進行中の縦断研究であり、参加者に合わせて、妊娠中期、妊娠後期、産後 3 か月、産後半年、産後 1 年、産後 2 年に Qualtrics 上の質問紙の URL をメールアドレス宛に送付している。今回の研究では、初回の回答のみを使用して分析を行った。

4-2-2 参加者の属性

参加者は 2017 年 10 月 2 日から 2019 年 3 月 25 日までに、国立病院機構長良医療センターの産科を受診し、研究参加に同意した 143 名が対象であった。母親の年齢は 23~44 歳 (平均 33.9 歳, $SD = 4.6$), 妊娠週数 5 週~38 週 (平均 18.9 週, $SD = 7.28$) であった。妊娠初期 (~15 週) の方は 58 名 (40.0%), 妊娠中期 (16 週~27 週) は 56 名 (44.8%), 妊娠後期は 20 名 (13.8%) であった。双胎妊娠中は 11 名 (7.6%), 第 1 子妊娠中は 71 名 (49.0%), 第 2 子妊娠中は 54 名 (37.2%), 第 3 子妊娠中は 20 名 (13.8%) であった。胎動を感じている母親は 45 名 (56.3%), 胎動を感じていない母親は 34 名 (42.5%) であった。その他の参加者の属性を Table 6 に示す。

Table 6. 参加者の属性

変数	人数	変数	人数
母親の婚姻状態		不妊治療の経験	
既婚	142 (97.9%)	あり	27 (33.8%)
未婚	3 (2.1%)	なし	52 (65.0%)
母親の最終学歴		流産経験	
中学卒業	1 (0.7%)	あり	53 (36.6%)
高校卒業	39 (26.2%)	なし	92 (63.4%)
短大卒業	42 (28.2%)	中絶歴	
4年制大学卒業	52 (34.9%)	あり	13 (9.0%)
大学院修了以上	11 (7.4%)	なし	132 (91.0%)
現在の就業状態		予想外の妊娠	
専業主婦	55 (36.9%)	はい	26 (17.4%)
自営業	4 (2.7%)	いいえ	116 (77.8%)
パートタイム勤務	18 (12.1%)	妊娠が分かった時の気	
フルタイム勤務	51 (34.2%)	嬉しかった	117 (80.7%)
育児休暇中	16 (10.7%)	嬉しかった以外 (困った, 戸惑った)	21 (19.4%)
うつの既往歴			
あり	11 (7.6%)		
なし	134 (92.4%)		

4-2-3 質問紙の構成

ボンディング尺度 (Postpartum Bonding Questionnaire; 以下 PBQ) (Brockington et al., 2001; Kaneko & Honjo, 2014)

母親の胎児に対するボンディングを測るために使用した。この尺度は Brockington et al., (2001) が開発したもので、原著者に了承を得て日本語に翻訳して使用した。尺度は「私は自分の赤ちゃんを身近に感じる」等の質問で構成され、それぞれについて「いつもそう」(1点) から「全くない」(6点) の6件法で評定された。この尺度は産後、乳児へのボンディングを測るために開発された尺度である。今回は原著者の了承を得て、25項目ある内の、妊娠中でも使えると判断した17項目を使用した。得点が高い方が、母親から児へのボンディング形成が阻害されていると考えられた。

妊娠期のボンディングをアセスメントする質問紙としては、Maternal Fetal Attachment Scale (MFAS) (Cranley, 1981), Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) (Condon, 1993), Prenatal Attachment Interview (PAI) (Muller & Mercer, 1993) が開発されている。この中で日本語訳されており、信頼性・妥当性が確認されているのは MFAS (成田,

1993), PAI (大村 et al., 2001) であり, 日本人を対象とした研究では PAI が主に用いられている。PAI は 21 項目 4 件法であり, 「赤ちゃんの動き (胎動) を感じるのは嬉しいです」「赤ちゃんの事を考えているととてもワクワクします」といった項目から構成されている。しかし, これらの質問紙は産後に使用することは想定されていない。本研究は進行中の縦断研究であり, ボンディング尺度を妊娠中から産後まで使用している。縦断研究の中では可能な限り同じ質問紙を使う事が望ましいと考えられたため, 今回の研究では, 既に産後のボンディングをアセスメントする際に広く用いられている PBQ を原作者に了解を取った上で, 妊娠期でも使用した。

夫婦満足度尺度 (Norton, 1983; 諸井, 1996)

夫婦関係を測定するために使用した。「私たちは, 申し分のない結婚生活を送っている」等の 6 項目から構成され, それぞれについて「かなりあてはまる」(3 点) から, 「ほとんどあてはまらない」(0 点) の 4 件法で評定された。得点が高い程, 夫婦関係がよいと考えられた。

エジンバラ産後うつ病自己評価表: Edinburgh Postnatal Depression Scale; 以下 EPDS) (Cox et al., 1987; Okano, 1996)

母親のうつ傾向を測定するために使用した。詳細は第 2 章第 2 節「方法」参照。

4-2-4 分析方法

まず, ボンディング得点を従属変数として, うつ得点, 夫婦関係得点, 出産経験 (初産/経産婦), 母親の年齢, 母親の就業状況 (有/無), 中絶の経験 (有/無), 流産の経験 (有/無), うつの既往歴 (有/無), 不妊治療の経験 (有/無), 胎動の有無, 妊娠週数を説明変数として単回帰分析を行った。単回帰分析で有意であった変数のみを投入して, 強制投入法で重回帰分析を行った。 $p<.05$ を有意水準とした。

4-2-5 倫理的配慮

本研究は, 名古屋大学大学院教育発達科学研究科 (番号: 919) と国立病院機構長良医療センターの研究倫理委員会で承認されている。

第3節 結果

ボンディング得点を従属変数として、独立変数毎に単回帰分析を行った所、うつ得点 ($\beta = .27, p < .01$) と夫婦関係満足度 ($\beta = -.23, p < .05$)、妊娠が分かった時の気持ち ($\beta = .22, p < .01$) が有意であった。単回帰分析で有意であった変数を投入し重回帰分析を行った所、うつ得点 ($\beta = .23, p < .01$) と夫婦関係満足度 ($\beta = -.18, p < .05$) が有意であった。R=.38, 調整済み R²=.13 となった。出産経験、母親の年齢、母親の就業状況、中絶の経験、流産の経験、うつの既往歴、不妊治療の経験、胎動の有無、妊娠週数は有意ではなかった。回帰分析の結果を Table 7 に示す。

Table 7. 妊娠期のボンディング得点を従属変数にした回帰分析

変数	標準偏回帰係数 (β)	
	単回帰分析	重回帰分析
うつ得点 (9 点以上/9 点以下)	.27**	.23**
夫婦関係満足度	-.23**	-.18*
妊娠が分かった時の気持ち (嬉しい/嬉しい以外)	.22**	.14
出産経験 (初産/経産婦)	.09	
母親の年齢	.08	
母親の就業状況 (有/無)	-.10	
中絶の経験 (有/無)	.04	
流産の経験 (有/無)	-.04	
うつの既往歴 (有/無)	-.08	
不妊治療の経験 (有/無)	.07	
胎動の有無	-.08	
妊娠週数	-.04	

**< .01, *< .05, +< .10

第4節 考察

今回の調査の目的は、妊娠期における母親から胎児へのボンディングの関連要因を検討する事であった。分析の結果、妊娠期の母親から胎児に対するボンディングには、母親のうつ傾向と夫婦関係満足度が関連している事が明らかとなった。

母親のうつ傾向と胎児への否定的な感情の関連については、先行研究でも報告がなされている (安藤・無藤, 2006)。しかし安藤・無藤 (2006) では胎児への感情を「かわいい、嬉

しい」等の肯定的な感情と「じゃまな、むずかしい」等の否定的な感情を表す単語で測定している。今回の研究では、胎児へのボンディングに関してより具体的に測定した上で、妊娠中のうつとの関連が確認できたと考えられる。この関連に関しては、うつ傾向の強い母親は気分の落ち込み等の症状から、胎児へと注意が向かない事が影響している可能性が考えられる。ボンディングは母子の相互作用を通して形成されると考えられているが (Brockington, 2003), 妊娠中はエコー写真や胎動などを通しての関わりとなり、子どもからの反応を得るのは難しい。その中で母親が胎児へ意識を向けていく事は、出産後に子どもに意識を向けるよりも想像力が必要であると考えられ、気分の落ち込みや意欲の低下などの症状があると難しく感じられる可能性がある。またうつは認知の歪みも引き起こしやすい事が報告されており、うつ傾向の強い人は自分や他者に対する否定的な認知をしやすくなると言われている (Stein et al., 2010)。そのため、うつ傾向の強い母親は胎児に対しても否定的に捉えやすくなる可能性もある。また今回は因果関係については検討できないため、胎児へのボンディングが築けない事が、母親のうつ傾向に影響している可能性も考えられる (Ohara et al., 2017)。胎児に対して肯定的な感情が持てない場合には、母親は産後に子どもと良好な関係が築けるのか不安に感じ、育児への不安に繋がる可能性もある。そのような母親の心理状態が、うつ傾向に影響を与えている可能性も考えられる。妊娠中にうつ傾向をアセスメントする動きも出てきている中で (鈴木ら, 2010), 妊娠中にうつ傾向の高い母親を見つけた場合には、胎児へのボンディングについても確認する必要があると考えられる。

また今回の研究では、夫婦関係満足度と母親の胎児へのボンディングに関連があった。夫婦関係と胎児へのボンディングの関連を検討した研究は少ない中で、岡山 (2002) は夫婦関係が母親の妊娠への受け止めに媒介して、胎児へのボンディングに影響すると報告している。夫婦関係の満足度が高い中での妊娠は、夫婦で話し合い望んだ妊娠である可能性が高いと考えられ、母親は妊娠自体を受け止めやすいと考えられる。また母親から見た夫婦関係満足度が高い夫婦は、夫からの妊娠中のサポートが高いという報告もあり (中島・常盤, 2011), 妊娠中に安定して過ごしやすい事が、胎児へのボンディングにもポジティブな影響を与えている可能性が考えられる。また夫婦関係と胎児へのボンディングの関連に対しては、母親の内的作業モデルが影響している可能性も考えられる。内的作業モデルとは自己と他者に対する心的表象であり、人生早期に形成され、その後の対人関係様式に影響すると考えられている (Bowlby, 1969; Bowlby, 1973)。母親の内的作業モデルが安定していると、対人関係

の一つである夫婦関係も良好になりやすいと考えられる (Shaver & Hazan, 1988)。胎児へのボンディングも母親と胎児の新たな対人関係と捉える事もでき、夫婦関係が良好に築けるような、安定した母親の内的作業モデルが胎児へのボンディング形成に影響している可能性も考えられる。妊娠・出産を通して母親は身体的、精神的にも負担が感じられやすく、場合によっては仕事等の社会的な環境も変化する。その中でパートナーが母親の負担や変化を理解する事が求められると考えられ (中島・常盤, 2011)、妊娠中の夫婦のコミュニケーションを支援する事や、妊娠中の両親学級など、夫婦関係を維持もしくは改善するような取り組みが、胎児へのボンディング形成にもポジティブな影響を与える可能性があると考えられる。

今回の結果から、妊娠期からうつ傾向の高い妊婦や夫婦関係が不安定な妊婦が特定できた場合には、胎児へのボンディングにも注意する必要があると考えられる。また胎児へのボンディングは産後のボンディングにも影響する可能性があるため、ボンディング形成が難しい妊婦が特定できた場合には、産後も注意深くフォローする必要があると考えられる。また妊娠中は夫婦関係が変化しやすい時期である事に注意しながら、夫婦関係を維持または改善できるような支援を行う事で、胎児へのボンディングも促進することが出来る可能性があると考えられる。しかし、今回の分析結果の調整済み R^2 は 0.13 と低くなったため、他にも胎児へのボンディングに関連している重要な要因がある可能性がある。今後更に参加者や要因を追加して、胎児へのボンディングのリスク要因を明らかにしていく必要があると考えられる。

第 5 章 妊娠期から産後にかけての母親から子どもへのボンディングについて—母親の体験から— (研究 4)

第 1 節 問題と目的

5-1-1 本研究の目的

妊娠中から産後において母親は様々な体験をすると考えられるが、母親の体験を質的に描いた研究は多くはない。先行研究においては、母親の死産・流産の体験（秦・大平・中塚, 2019）、若年妊婦の母親の体験（坂本・安達, 2018）、双胎妊娠（坪田・佐々木・赤星・宮原, 2017）や双子育児の体験（嶋松・高山, 2004）、出産体験（今崎, 2006）、NICU への入院の体験（飯塚, 2013）、母乳育児の体験（神谷・志村, 2018; 中田・片岡, 2018）については報告があるものの、母親が子どもとのボンディングを形成する中で、妊娠中から産後にどのような体験をしており、その体験にはどのような要因が影響しているかは明らかになっていない。Brockington (2011) や Brockington (2016) はボンディング形成不全の母親の体験について詳しく記述しているが、母子精神科ユニットにて入院している母親を対象にしており、ボンディングの形成不全が重度に難しい母親が取り上げられている。そのため産婦人科や母子保健事業で出会う一般的な母親を対象とした、ボンディング形成に伴う母親の体験については十分に明らかになっていないと考えられる。そこで今回の研究では、妊娠中～産後にかけてインタビュー調査を行い、母親が子どもとのボンディング形成をしていく中でどのような体験しているか、またその体験にはどのような心理・社会的背景が影響しているのかを検討を行った。本研究を行う事で、質問紙を用いた研究のみでは明らかにならなかった、ボンディング形成に関わる母親の体験についての知見が得る事を目的とし、インタビュー調査を行った。

第 2 節 方法

5-2-1 参加者

研究 3 と同様、岐阜県にある国立病院機構長良医療センターの産科を受診した母親を対象に、研究の内容について受付係が説明を行った。研究 3 に同意した母親の中で、インタビューにも参加して頂ける母親には同意書に「インタビューにも参加可」の欄にチェックをしてもらった。後日、研究者が母親と日程調整し、インタビューを行った。27 名の母親が研究に参加し、年齢は 20 代後半～40 代前半であった。第 1 子を妊娠中の方が 15 名、第 2 子が 9 名、第 3 子が 3 名であった。双胎妊娠中の方が 4 名であった。産後も回答している方

が 16 名であった。参加者の基本情報は Table 8 にまとめた。

Table 8. インタビュー調査協力者の基本情報

ID	年代	第何子	妊娠初期 (時期)	妊娠 後期	産後 2～3 か月	産後 7～9 か月	インタビューから得られた 特記事項
1	30代 前半	第3子	○ (中期)	○	○	○	不妊治療を経験。義両親と同居の ストレスが強い。DV 経験あり。
2	40代 前半	初産	○ (中期)		○		特になし。
3	30代 前半	第3子	○ (後期)		○	○	予定外の妊娠で、仕事復帰を予定 していた所に妊娠が分かった。
4	30代 後半	初産	○ (中期)				妊娠初期に出血があり2か月自宅 安静を経験。うつの既往歴あり。
5	20代 後半	第2子	○ (中期)	○	○	○	母親に双極性障害の診断あり。
6	30代 後半	第2子	○ (初期)	○			双胎妊娠で、切迫流産のため入院 中。
7	30代 前半	第2子	○ (中期)		○		妊娠初期に切迫流産で自宅安静。
8	30代 前半	第2子	○ (後期)		○		第1子に先天性疾患あり。
9	30代 前半	第2子	○ (中期)	○	○	○	母親に ADHD の診断あり。第1子 は ASD と診断。望まない妊娠 で、中絶を考えていた。
10	30代 前半	初産	○ (中期)	○			不妊治療を経験。パートナーが脳 腫瘍を罹患。
11	30代 後半	第2子	○ (中期)		○	○	第2子は希望していなかったが、 妊娠が分かたら嬉しかった。第 1子出産後に身体的な不調を経験 し、精神的にも不安定になった。
12	30代 前半	初産	○ (中期)				不妊治療を経験。
13	20代 後半	初産	○ (中期)		○		妊娠前は、生理前になると鬱っぽ さ、希死念慮があった。妊娠中も 1度、似たような気持ちが出た。
14	40代 前半	初産	○ (中期)		○		特になし。
15	20代 後半	初産	○ (初期)		○		双胎妊娠。
16	40代 前半	初産	○ (中期)		○		流産2回経験。不妊治療を経験。
17	30代 前半	第2子	○ (中期)	○			不妊治療を経験。第1子が育て辛 い。

Table 8. 続き

ID	年代	第何子	妊娠初期 (時期)	妊娠 後期	産後 2～3 か月	産後 7～9 か月	インタビューから得られた 特記事項
18	30代 後半	初産			○	○	うつの既往歴あり。不妊治療を経験。母乳育児が上手くいかず精神的に落ち込んだ。
19	20代 後半	第2子	○ (中期)		○		双胎妊娠。ステップファミリー。
20	不明	第2子			○		女兒を希望しており、産み分けのためにクリニックに通っていた。出産後に男児と分かった。
21	30代 前半	初産	○ (中期)				出生前診断を希望していたが、年齢などの条件が合わず受けられなかった。
22	30代 後半	第3子	○ (後期)		○	○	特になし。
23	40代 前半	初産	○ (初期)				不妊治療を経験。3回流産を経験し、4回目の妊娠。
24	30代 前半	初産	○ (初期)				母ASDと診断あり。現在も心療内科に通っている。
25	30代 後半	初産	○ (後期)				染色体異常がないか、胎児ドックの結果を見て出産の継続を決めようと思っていた。
26	20代 後半	初産	○ (中期)	○			母看護師で、NICUで勤務経験あり。
27	30代 後半	初産	○ (中期)				不妊治療を経験。妊娠初期はホルモン不足のため病院に毎日通い注射を受けていた。

5-2-2 手続き

インタビューはインタビューガイドを用いた半構造化面接として行った。質問内容は妊娠～出産後に関わる生活や自身の変化や、夫婦関係の変化、母親から子どもへの気持ちに等ついて尋ねた。インタビューガイドは母親の妊娠、出産の時期に合わせて用意した（付録参照）。インタビューは30分～120分程度で、参加者の自宅か、名古屋大学大学院教育発達科学研究科の1室といったプライバシーが保たれる場所で行われた。本研究は現在も進行中であり、妊娠中に2回（妊娠初回、妊娠後期）、産後2回（産後2～3か月、7～9か月）にインタビューを行っている。1度のインタビューにつき、謝礼をお支払いした。インタビュー内容は同意が取れた場合のみ録音し、逐語録を作成した。録音の承諾が得られなかった1名は、承諾を得てメモをとった。インタビュー終了後、同日中にできる限り逐語化した。分

析は逐語録を確認し、子どもへの気持ちと、子どもへの気持ちに影響を与えていると思われる語りを抽出し、ラベル化した。ラベル化したものをカテゴリーに分け、同一カテゴリーと思われるものを分類しグループを作成した。カテゴリーを<>、グループを【】として記述している。またイタリック体は語りの内容（原文）である。

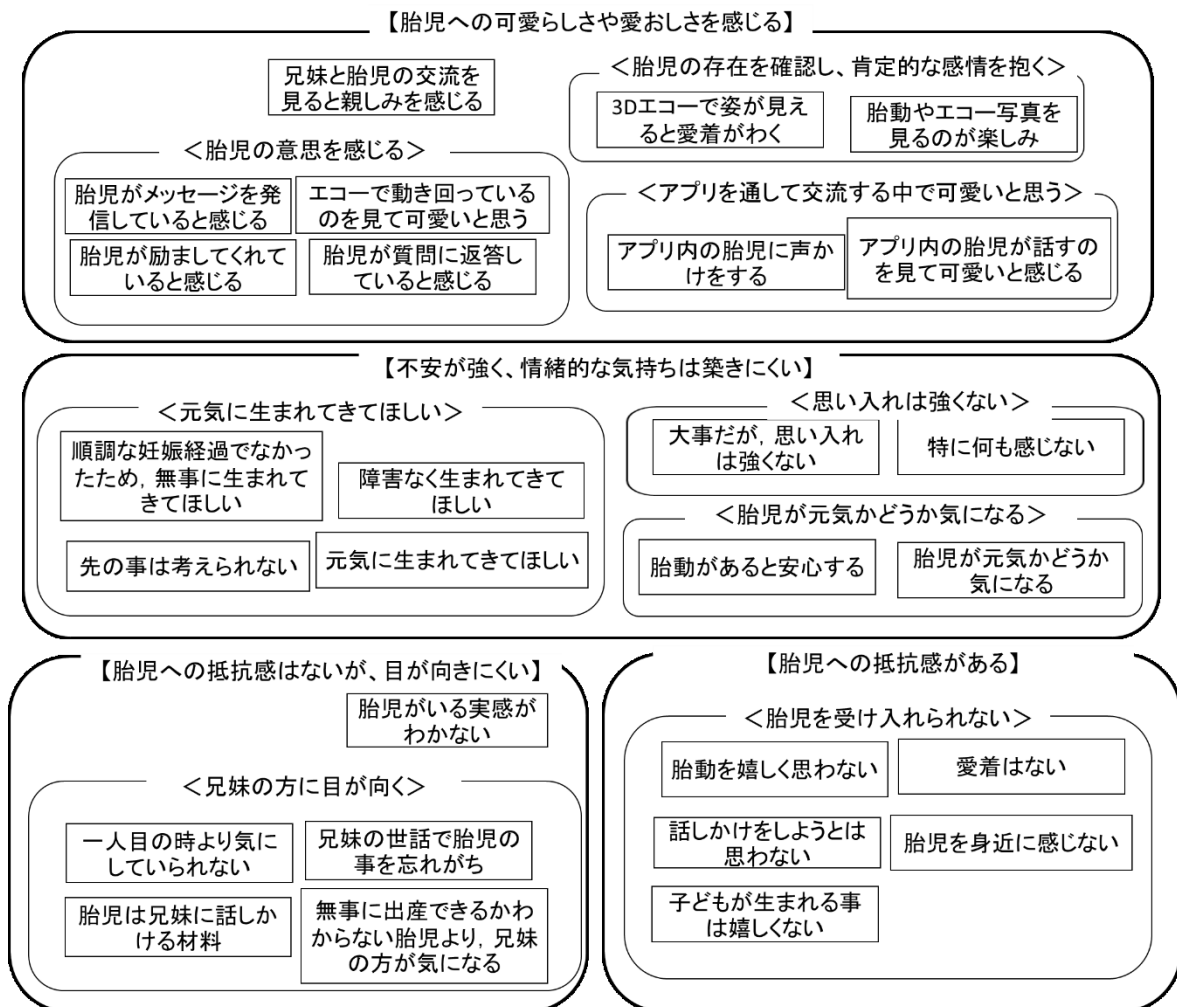
5-2-3 倫理的配慮

本研究は、名古屋大学大学院教育発達科学研究科（番号：919）と国立病院機構長良医療センターの研究倫理委員会で承認されている。

第3節 結果

母親の体験を分類した結果、妊娠中の母親への胎児への気持ちとしては8個のカテゴリーと、カテゴリーにまとまらない2つのラベルが存在した。それらをまとめ、【胎児への抵抗感がある】【胎児への抵抗感はないが、目が向きにくい】【不安が強く、情緒的な気持ちは築きにくい】【胎児への可愛らしさや愛おしさを感じる】という4つのグループを作成した（Figure 1）。【胎児への抵抗感がある】グループは<胎児を受け入れられない>、【胎児への抵抗感はないが、目が向きにくい】グループは<兄妹の方に目が向く>カテゴリーと「胎児がいる実感がわからない」ラベル、【不安が強く、情緒的な気持ちは築きにくい】グループは<胎児が元気かどうか気になる><元気に生まれてきてほしい><思い入れは強くない>、【胎児の存在を感じ、可愛らしさや愛おしさを感じる】グループは<胎児の意思を感じる><胎児の存在を確認し、肯定的な感情を抱く><アプリを通して交流する中で可愛いと思う>というカテゴリーと「兄妹と胎児が交流を見ると親しみを感じる」というラベルで構成された。

Figure 1. 妊娠中の母親の胎児への気持ち



5-3-1 妊娠中の母親のボンディング形成に関わる体験と心理・社会的背景

【胎児への抵抗感がある】

このグループには、＜胎児を受け入れられない＞カテゴリーのみが入った。望まない妊娠による胎児の受け入れにくさを表していると考えられた。

母親は胎動を通じて胎児の存在を確認すると考えられるが、胎動を感じても「胎児を身近に感じない」と話す母親がいた。この母親は第2子が、癩癪や落ち着きのなさがあり育てにくさを感じていた。第2子の妊娠を望んでいなかったがパートナーが避妊に協力してくれず、中絶についてもパートナーと話し合えず中絶可能な時期を過ぎてしまっていた。また第1子の出産後に夫婦仲が悪くなったため、もう一度そのような状態には戻りたくないと考えていた。母親は胎児を受け入れられない気持ちがあったと考えられ、“子どもに積極的に話

しかけようとしたりとか、子どもの胎動が一つ一つ嬉しかったりとかない…。全然身近に感じていなくて、ただほんとにおなかの中に子ども…何かいるんだなというくらいにしか今でも思っていないですけど…” (ID9, 妊娠中期)と話した。妊娠後期にも胎児への抵抗感変わらず、“胎動はすごく強く感じますし、元気だなとは思いますが、…そんなに愛着っていうのはない、物理的に、ちゃんと育てていきたいなっていう気持ちはありますが、そこに愛着っていうのはまだ沸いてないですね。育ててはいかなきゃと思うけど、私は全然…子どもが生まれることは嬉しくない。” (ID9, 妊娠後期)と話した。

【胎児への抵抗感はないが、目が向きにくい】

このグループには、＜兄妹の方に目が向く＞カテゴリーと、「胎児がいる事に対して実感がわからない」ラベルが属した。胎児への情緒的な気持ちは強くないものの、胎児への抵抗感を表している訳ではなく、妊娠の経過や母親が置かれている状況の影響が強いと考えられた。

初産ではない母親は、妊娠しても既にいる子どもとの生活が続いている。その中で胎児に目を向ける事は難しく、＜兄妹の方に目が向く＞と話し、その事に対して申し訳なさを感じたり、胎動を胎児からのアピールと感じていた。“第一子の時は、重いものを持たないようにとか、お腹あっためようとか、ちょっとヨガしてみようとか (中略)、今の子はもう長男の世話があるので、もう全然そういうことやってなくて、ちょっと申し訳ないなっていう気持ち。” (ID11, 妊娠中期)。“結構日々のこの子 (上の子)とかのことで忘れがちなんですけど、でも胎動が強くなってきたんで、ちゃんと生きてるんだよっていうアピールをされてるようで” (ID7, 妊娠中期)。また、無事に産むことが出来るかどうかわからない胎児よりも、既に存在している第1子の方が大切という気持ちもあった。“もしダメだったとしても上の子おるからって多分思ってるから。ってなると、まだ見ぬ双子より今いる我が子の生活の方が正直気になっちゃうし。(中略)「ごめん」って思うこともある、お腹の子に。「私妊娠しとったわ」って思い出す時とかある。” (ID6, 妊娠後期)。ID6の母親は双胎妊娠であり、妊娠継続のリスクの高さを説明されていた事も、＜兄妹の方に目が向く＞事に影響していたと考えられる。

また胎動を感じる前には妊娠しているという実感が持ちにくく、「胎児がいる事に対して実感がわからない」と話す母親もいた。その中で胎児に対する特別な感情を持つのは難しく、妊婦健診でエコーを見る時にだけ胎児の存在を感じていた。“今はまだ胎動も感じなくて、

いる感じもしない。最近ちょっと（お腹が）出たのかなっていうだけで全然実感がないんです。（中略）具体的にそのかわいっていうのは明確になってないですね。”（ID24, 妊娠初期）。実感はないっていうか、毎日大丈夫かな、元気かなって感じです。（中略）ちゃんと心臓動いてるのかなとか。”（ID2, 妊娠初期）

【不安が強く、胎児への気持ちを築きにくい】

このグループには、＜元気に生まれてきてほしい＞＜思い入れは強くない＞というカテゴリーが属した。胎児が無事に生まれるかどうかという心配が強いと、胎児への気持ちを築く段階に至らないと考えられた。

双胎妊娠や以前に死産の経験があると、胎児が＜元気に生まれてきてほしい＞という気持ちが強く表れていた。ID15の母親は双胎妊娠のため妊娠継続のリスクを説明されており、「先の事は考えられない」と話していた。“男でも女でもいいから、もう元気で無事にいてくればいいかな、ぐらいにしか。その先をみんな言うんですけど、その先まで今はいい。母子手帳の説明のとかのときも、すごい先のことまで説明されても全然頭入ってこなくて、いやそもそもそこまでいけるかわかんないし、（中略）自分の子でめっちゃかわいいとかいう感情が生まれる自信も無いんですけど。今は特に思っなくて、その先も思うかどうか、私はそれが不安です。”（ID15, 妊娠後期）。ID17は前回の妊娠で死産を経験し、今回の妊娠でも初期に切迫早産を経験している事もあり、“ほんとに無事に生まれてくればいいってことだけで。ずっと順調にいったばかりの妊娠ではなかったの。”（ID17, 妊娠中期）と話した。

＜思い入れは強くない＞カテゴリーの中には、“感じる気持ち…あー特にないです。”（ID27, 妊娠後期）という語りがあった。その背景には、前回の妊娠で化学流産を体験しており、今回の妊娠も妊娠初期にはホルモン注射を毎日打たねばならず、妊娠継続に不安を抱いていた事が影響していると考えられる。また特性的な不安が強く、胎児への気持ちをあまり表現しない母親もいた。ID5の母親は双極性障害の診断が出ており、不安が強く出るタイプと話していた。自らを「無感動なタイプ」と評し、現在第2子を妊娠中であるが、第1子の時から妊娠中には胎児にはあまり思い入れが出来ないと話していた。“一人目のときもそうなんですけど、産まれてくるまでは大事なんですけど、ああ、かわいいとか、あたしの赤ちゃんみたいな感じなくて、あ、動いとる動いとるって。元気かな、この人っていうぐらいの感じなんです。すごく思い入れができるってことは産まれるまでは不思議とないですね。

(中略)ただの観察対象みたいな。”(ID5, 妊娠中期)。“ああ私の赤ちゃん！みたいな感じにはあんまりやっぱならないですね。”(ID5, 妊娠後期)。

【胎児の存在を感じ、可愛らしさや愛おしさを感じる】

このグループには、「兄妹と胎児が交流を見ると親しみを感じる」ラベルと、＜胎児の存在を確認し、肯定的な感情を抱く＞＜胎児の意思を感じる＞＜アプリを通して交流する中で可愛いと思う＞というカテゴリーが属した。

胎児への声掛けは、まだ見えぬ我が子との交流の一つであると考えられる。母親自身だけでなく、既に育てている兄妹が胎児へ声をかける事も、母親が胎児への親しみを感じる機会となっていた。ID22の母親は胎動を感じるまでは、お腹の中に本当に胎児がいるのかと思っていたものの、兄妹が胎児に話しかけている時には、“娘たちがこう話しかけて反応したとか、あーちゃんと聞いてるんだなあとか親しみを感じる。”と話した。

またエコー写真や、胎動も胎児へのボンディングを促す重要な存在であり、＜胎児の存在を確認し、肯定的な感情を抱く＞機会となっていた。“かわいいですね、生まれる前から。(中略)おなかを蹴ったり、エコーの写真を見るのがすごい楽しみだったり。”(ID3, 妊娠後期)。“健診で3Dエコーですとか姿が見えると、やっぱり愛着わきますね。”(ID4, 妊娠中期)という語りの様に、胎動やエコー写真を見て可愛いと感じる母親もいた。しかし、ただエコー写真を見たり、胎動を感じるだけでなく、エコーを撮る時の様子や胎動のタイミングから＜胎児の意思を感じる＞事で、可愛いと感じている母親もいた。ID4の母親は、エコーを撮る時に胎児が“必ず手が前にあって、見せてもらえなくて。私も主人も、別にそんなに人見知りとかしないのに”(ID4, 中期)と話し、胎児が人見知りをしていると読み取っていた。更には胎動を通してコミュニケーションを楽しんでおり、“自分の行動も聞いて、「どうしよう、今からもう、お夕飯の支度したほうがいいと思う？」とかって。「いいと思うならポンと蹴って」とか言って待っていると、ポーンとか蹴ってくれと、ああ、よし、動こうとか(笑)。”と話した。また胎動を質問への返答だけでなく、胎児からのメッセージの発信と捉えていた。“一回起きなきゃいけない時間のときに、いつものその時間なんですけど、ボコボコすごかったんですよ。胎動を感じて目が覚めるぐらいにすごくて、ああ、なんでこんなに朝からって思ったら、その時間に起きろっていう合図だったんでしょうね。”(ID4, 妊娠中期)。胎動を胎児からのメッセージと捉えている母親は他にもおり、ID10は“私がこう泣いてるときとかもなんか、すごいもうおなかとかを蹴ってくれたりして、まあ、なんと

なくそれがこう、大丈夫だよって言ってくれたり励ましてくれているような気がして。(中略) かわいいというか愛おしいというか。”(ID10, 妊娠中期)と胎動を胎児からの励ましと受け取っていた。

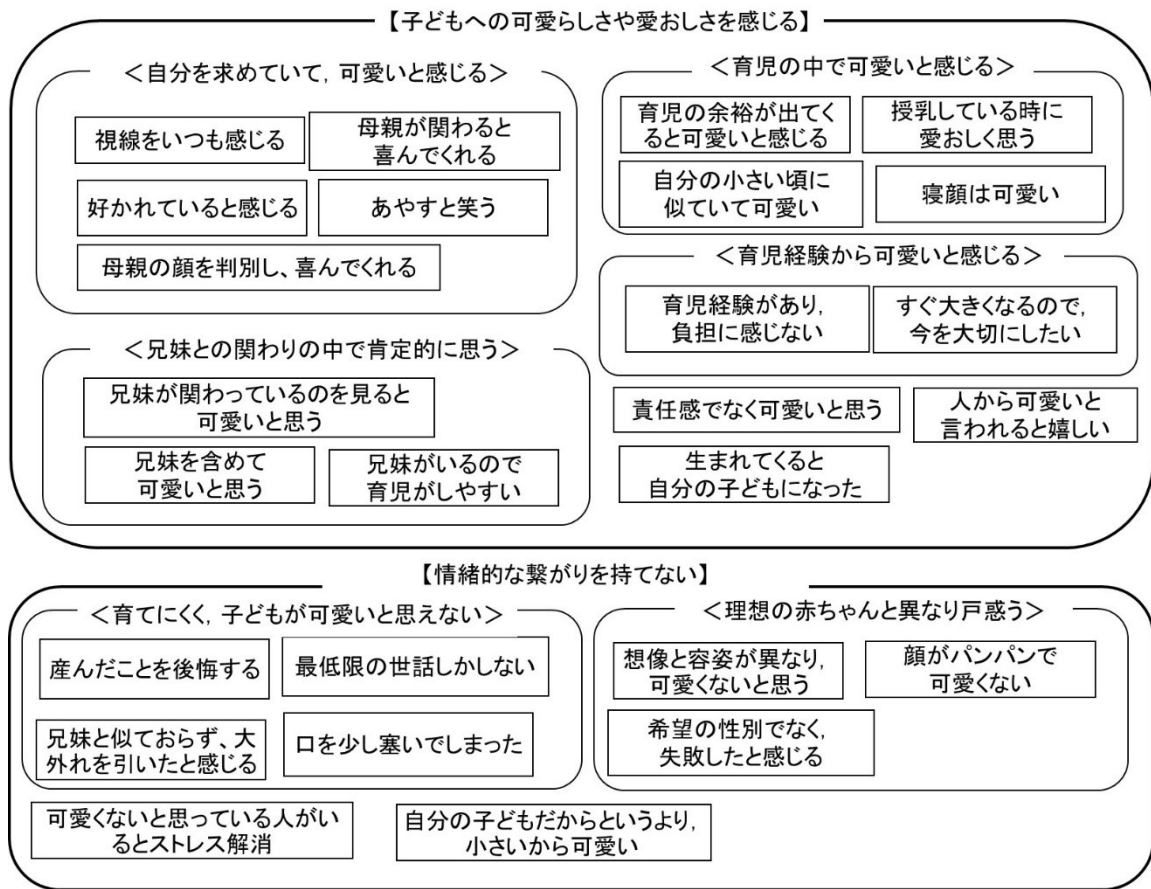
また胎児に話しかけるといった直接的なコミュニケーションだけでなく、＜アプリを通して交流する中で可愛いと思う＞母親もいた。ID23の母親は不妊治療を経験しており、妊娠初期の頃からアプリを通して胎児への言葉かけを間接的に行っているとの事であった。

“ママからの赤ちゃんへのメッセージっていうのが毎日あって、それをもうずっと続けます。7週、8週くらいからそのアプリを落として、卵の頃から続けて毎日休まずおはようとかやってます。”(ID23, 妊娠中期)。ID12の母親もアプリで表示される胎児への気持ちを話していた。“アプリを入れてるんですけど、あと何日で産まれてくるかっていう。その赤ちゃんがいろいろ喋るんですよ。別にその子があたしの子なわけじゃないんだけど、やっぱ、あ、可愛いなっていうのは思いますし。”(ID12, 妊娠初期)。

5-3-2 産後の母親のボンディング形成に関わる体験と心理・社会的背景

同様に産後の母親の子どもへの気持ちを分類した結果、6つのカテゴリーと、カテゴリーにまとまらない5つのラベルが存在した。それらの中で類似しているものをまとめ、【情緒的な繋がりを持つ】【胎児への可愛らしさや愛おしさを感じる】という2つのグループを作成した(Figure 2)。【情緒的な繋がりを持つ】グループは＜育てにくく、子どもが可愛いと思えない＞＜理想の赤ちゃんと異なり戸惑う＞カテゴリーと、「自分の子どもだからというより、小さいから可愛い」「可愛くないと思っている人がいるとストレス解消」ラベルが属していた。【子どもへの可愛らしさや愛おしさを感じる】グループには＜自分を求めている、可愛いと感じる＞＜育児の中で可愛いと感じる＞＜育児経験から可愛いと感じる＞＜兄妹との関わりの中で肯定的に思う＞カテゴリーと、「責任感でなく可愛いと思う」「人から可愛いと言われると嬉しい」「生まれてくると自分の子どもになった」というラベルが存在した。

Figure 2. 産後の母親の子どもへの気持ち



【情緒的な繋がりを持ってない】

このグループには、＜育てにくく、子どもが可愛いと思えない＞＜理想の赤ちゃんとは異なり戸惑う＞カテゴリーと、「自分の子どもだからというより、小さいから可愛い」「可愛くないと思っている人がいるとストレス解消」ラベルが属していた。

新生児を育てるのは身体的にも精神的にもストレスが溜まりやすい事であり、母親は疲労感を味わいやすい。生まれてくる子どもにも個人差があり、育てやすさも異なってくる。泣きがおさまりやすいかどうかは育てやすさに大きく影響する部分であり、子どもが泣き続ける事で育児が大変に感じられ、可愛くないという思いを抱いている母親もいた。D11の母親は生後半年までの事を振り返ると、“正直下の子に対しては、全然愛情がなかったです。(中略)。もう本当に生まれた時は何で産んじゃったんだろうってくらい全然かわいくなかったの。(中略)やっぱり常に泣き続けている、何をやっても泣いている。だっこしても何やってももう嫌がって嫌がって泣く、床におろしても泣くっていうのがあって。で、また声も

うるさい。顔もかわいくない。(上と) おんなじ感じの子が生まれてくると思っていたので、大外れを引いてしまったと、その当時は思っていました。(中略) 口に出して言うことが罰当たりな気がして、なかなか言えなかった。言わないでおこうって思っていました。”と話した。泣き止まずに可愛いと思えない事は子どもへの関わり方にも影響をしており、一瞬ではあるが口を塞ぐ行動にも繋がっていた。“下の子をあんまり世話しないっていう。世話しないっていうかまあ、衣食住はやってたんですけど、あやすとかニコニコ笑いかけるとか。もう何やってもとても無理だと思って、ちょっと放置していたと思います。(中略) バシって叩いたりはしなかったと思うんですけど、なんかこう荒々しくおむつ替えをしたりとか、はあとか言っただけ息をつきながら冷たい目で見たりとか、口をふさいで「もうちょっと静かにして！」って感じでちょっとふさいだこともありました。この母親は「可愛くないと思っている人がいるとストレス解消」とも話しており、“当時はネットもよく見ていました。「子ども かわいくない」とかそんな感じで見ていました。(中略) それを見て「あっ、わかるわかる～」とかいって、夜中見てるのがストレス解消になってました。なかなか自分の汚い感情を現実では出せないの。書き込みとかはしてないですけど見て楽しんでいました。”と語った。

また＜理想の赤ちゃんと異なり戸惑う＞と話す母親もいた。母親は妊娠中から我が子への想像や希望を持っていると考えられる。その想像や希望が出産後に異なる事が分かると、戸惑いの気持ちや、可愛くないという気持ちに繋がっていた。ID18の母親は、“(子どもが) 主人のお父さんの方にそっくりで、お父さんが家にいるみたいで、緊張するっていうか。なんかはっきり言って、そんなに可愛くないって思っちゃったんですよ(中略) もうちょっと天使、天使みたいな、かわいらしい赤ちゃんを想像していたので。それでなんかおっかない赤ちゃん、(中略) かわいそうなんですけど、ちょっといやだなって思っちゃった”(ID18, 産後2か月、出産後に初めてインタビューに参加)。と話した。またID11の母親は、“何か顔がパンパンだったので、「え？この子…ちょっとかわいくないな」って思いました。何か正直言いますと…うーん…ちょっとぶちやいくな赤ちゃんかなって。”(ID11, 産後2か月)と話している。

性別の希望も、子どもへの気持ちに大きく影響を与えていた。ID20の母親は、女兒を希望しており産み分けのためのクリニックにも通っていた。妊娠中も産み分けが失敗していないかが気になり、妊娠自体を喜ぶ気持ちが少なかった。また妊娠中のトラブルも多かったため、“こんなに大変ならきっと女の子だろう”という気持ちを持っていた。病院の方針で

子どもの性別は教えてもらわないまま出産に臨んでいたが、母親自身も怖くて、性別を前に通っていたクリニックでも聞けなかった。“出産後に男の子とわかって複雑な気持ちでいっぱい…こんなこと誰にも言えないです。まさか失敗するなんて…失敗と言ってはいけなそうですけど…でも失敗した、という気持ちが今は一番強い” (ID20, 出産後 4 日, 出産後に初めてインタビュー参加)と出産後に話した。

また＜自分の子どもだからというよりは、小さいから可愛いと思う＞と話す母親もいた。生まれた子どもに可愛らしさは感じているものの、“自分の子どもだからというよりはただその、動物の赤ちゃんもそうですけど、ちっちゃいから可愛いなっていうのが多い気はします。” (ID9, 産後 2 か月)と話し、情緒的な絆を築くまでには至っていないと考えられた。

【胎児への可愛らしさや愛おしさを感じる】

このグループには、＜自分を求めている、可愛いと感じる＞＜兄妹との関わりの中で肯定的に思う＞＜育児の中で可愛いと感じる＞＜育児経験から可愛いと感じる＞カテゴリーと、「責任感でなく可愛いと思う」「人から可愛いと言われると嬉しい」「生まれてくると自分の子どもになった」のラベルが属した。

母親は生まれた我が子の行動から自分を求めていると感じる事で、可愛らしさを感じる機会となっていた。“表情が出てきたりとか、私がそばを通ると、頭動かして目で追ってくるのが、すごい可愛いなと思って。(ID1, 出産後 2 か月)。“視線いつも感じるんですよ。それがなんか呼ばれてるような気がして、すぐ行っちゃうっていう。(中略)近づいたり声かけるともうバタバタバタバタ手足を動かして喜んでくれるんで。あー好きなのかなとかかって思ったりすると、かわいくなって思って。” (ID1, 出産後 6 か月)。＜自分の子どもだからというよりは、小さいから可愛いと思う＞と話していた ID9 の母親も、産後半年時点は“子どもに対して愛着が何もなかったのが、かわいくなって思ってる。あやすと笑うようになってからは、私の顔とかが判別できるようになって、笑ってくれる時から…” (ID9, 産後半年)と話し、子どもからの反応が出てきた事で可愛いと感じる場面が出てきていた。

また母親と子どもの直接的な交流だけでなく、兄妹と今回出産した子どもの関わりを見る事も、子どもに対する可愛いと思う気持ちを引き出ししていた。“上の子 2 人が〇〇ちゃんって言って、ほっぺ撫でてたりする時とか、ああ可愛いなって思いますね。” (ID3, 産後 2 か月)。“今のほうが可愛いって思ってるかもしれないです。なんかこの子だけじゃなくて、みんなが可愛いような。3 人一緒に遊んでたりとか、寝顔見てるときとか、可愛いな、3 人

いて良かったなって思いますね。”(ID3, 産後半年)。

また経産婦の母親は育児経験があるために負担が少なく、可愛いと感じる余裕がある様子であった。第1子の時は必死で可愛いと思う余裕もなかったが、育児の経験からすぐに大きくなる事がわかっているため、今を大切にしたいという気持ちがあった。“最初から可愛かったです。なんか泣いたりしても、だいたいわかってるというか、赤ちゃんでそういうもんだってわかってるので、だからあんまり負担に感じたりとかはしないですね。”(ID3, 産後2か月)。“やっぱり一人目の時より、こんな可愛かったっけなあと思って。すぐ大きくなっちゃうので、今しかないんだよなって可愛がってあげなきゃなと思いつつ、余裕がないんで。今を大切にしないとかなきゃなって。無条件に笑ってくれる。かわいいなって思ってます。”(ID7, 産後2か月)。

初産の母親でも、育児に慣れて余裕が出てくる事で、子どもへの気持ちに変化が起きている様子であった。ID13の母親は第1子出産だったため新生児の頃は慣れない育児で大変だったが、少し余裕が出てくると可愛いと思う気持ちが出てきたと話している。“一番最初の新生児の頃はすごいしんどかったんで、何か段々段々、その気持ちの余裕が出てくるのと同時に、かわいいなという気持ちも増えてくる感じはしましたね。”(ID13, 産後4か月)。

またID10の母親は出産後はもうお腹の中にいない寂しさを感じつつも、特に授乳中や一人で静かに過ごしている時に想像以上に可愛いと感じると話していた。“生まれてからは…だんだん…可愛さが増えていくというか、可愛さというかこう、愛おしさが増えていくというか。この世の中に、大事というか愛おしい存在があるのかっていう感覚が、本当に初めてだったので、すごく、それが不思議だなあって思って。(中略)、まあ授乳してる時とか、本当に一人で静かに子どもといるときとかは思います”(ID10, 産後5か月)。また自分の小さい頃に似ていて可愛いと感じるとも話していた。“小さい頃にすごく似ているので。なのでやっぱりこう、自分…自分、の小さい頃に似てるので、やっぱりこう可愛いなって思いますし”(ID10, 産後5か月)。

周囲の人から子どもを「可愛い」と言ってもらう事も、母親の支えとなっていた。“やっぱり人から「かわいいね」とか言われるとなんかすごい嬉しかったというか。「かわいいんだ〜、こんなにかわいくないのに周りから見ると、もしかしてかわいいんだ。」っていうのがすごいストレス解消になりました。あとなんか知らないおばあちゃんとかにすごいかわいがってもらえると鬱屈したものが消えていくような感じがしました。”と語った。

5-3-3. 妊娠中と産後の母親の体験の関連性

妊娠中から【胎児への可愛らしさや愛おしさを感じる】と話していた母親は、産後も【子どもへの可愛らしさや愛おしさを感じる】と話していた。また【不安が強く、情緒的な気持ちは築きにくい】【胎児への抵抗感はないが、目が向きにくい】と話していた母親は、無事に生まれるか不安を感じていたり、兄妹の世話で手一杯で胎児に目が向きにくい状態であったが、産後に特に問題なくボンディングを築いている様子であった。しかし同じように＜兄妹の方に目が向く＞と話していた ID11 は、産後＜育てにくく、子どもが可愛いと思えない＞＜理想の赤ちゃんと異なり戸惑う＞という体験をしていた。また妊娠中に【胎児への抵抗感がある】と話していた母親は、産後には「自分の子どもだからというより、小さいから可愛い」と話しており、情緒的には繋がりをもちにくい体験が語られた。

これらの体験から、妊娠中から産後の子どもへの気持ちは、妊娠中と大きく変化しないケースが多かった。双胎等ハイリスク妊娠による不安や、母親の特性的な不安が強く妊娠中にボンディングが形成しづらい事は、産後のボンディング形成には影響しないと考えられた。一方で出産後に子どもが育てにくい場合や、容姿や性別が理想と異なると感じる場合には、妊娠中の気持ちに関わらず、ボンディングが築きにくい可能性が考えられた。

第4節 考察

5-4-1 妊娠中の母親から胎児へのボンディング形成と心理・社会的背景

インタビューより、妊娠中から胎児や子どもとコミュニケーションを取りながら関係性を築き、【胎児の存在を感じ、可愛らしさや愛おしさを感じる】と妊娠中からボンディングを形成していると思われる母親もいた。一方で【胎児への抵抗感がある】【胎児への抵抗感はないが、目が向きにくい】【不安が強く、情緒的な気持ちは築きにくい】という母親もあり、ボンディング形成がしづらい体験も明らかとなった。

【胎児への抵抗感】については、望まない妊娠が背景にあったと考えられる。ID9 は今回の妊娠を望んでおらず、理由として第1子の育てにくさと、第1子出産後に夫婦関係が悪化した経験を挙げていた。妊娠経過が進むにつれて胎児を育てる意思は出てきたものの、親しみ等の肯定的な感情は持っていなかった。ID9 は既に育てている子どもの育てにくさと、夫婦関係が悪化した経験によって、新しく生まれる子どもとのボンディング形成もし辛くなった可能性がある。Chen & Xu (2018) は第1子への育児効力感が、第2子妊娠中の胎児

へのボンディングに関連していると報告しており、今回の語りと一致している部分があると考えられる。今回の結果から、出産した子どもだけでなく、兄妹を含めた子どもの育てにくさのアセスメントの必要性があると考えられる。また夫婦関係と妊娠中のボンディングの関連についても中野・深谷・崎山・諸岡・高橋・服部・金子 (2019) が報告しているが、現在の夫婦関係だけでなく、第 1 子を妊娠・出産した時の夫婦関係も次の妊娠時の胎児へのボンディングに影響している可能性が考えられる。

双胎といったリスクの高い妊娠をしている母親は<元気に生まれてきてほしい>という気持ちが強く、胎児のことを「かわいい」と表現したり、胎児とコミュニケーションを取る様子は語られなかった。また自らの事を「不安が強いタイプ」と話した ID5 の母親や、妊娠継続できるかどうか不安を抱いていた母親も<思い入れは強くない>と話していた。この事から、リスクが高いため出産にまで至る事が出来ない不安や、母親自身の不安の強さによって胎児と関係を築き始める事が難しいという背景があり、【不安が強く、胎児への気持ちを築きにくい】体験をしていたと考えられる。筆者の知る限りではあるが、双胎とボンディング形成についての研究は少なく、単胎妊娠と比較してボンディング形成にどのような違いがあるのか明らかになっていない。双胎妊娠は双胎である事自体が予想外の事であり不安も抱えやすく、切迫早産等のリスクも高いと考えられる。また双胎であると出産後も育児の負担が大きく、育児に慣れるまでも時間がかかる事が予想される。双胎妊娠の母親に関して、育児負担だけでなく子どもへのボンディング形成といった面でも特に支援が必要である可能性が考えられる。また双胎妊娠だけでなく、妊娠継続へのリスクが高い母親や、不安を持ちやすい母親のボンディング形成に関しても注意深く見守る必要があると考えられる。

妊娠中から胎児とコミュニケーションを取りながら関係性を築き、【胎児の存在を感じ、可愛らしさや愛おしさを感じる】と話した母親もいた。先行研究では、胎動を自覚している妊婦 (成田・前原, 1993; 榮, 2004) や、胎動を数えている妊婦 (Güney & Uçar, 2019) の方が、そうでない妊婦よりも胎児へのボンディングが強い事を報告している。今回の語りは量的に測定された先行研究と一致していると考えられるが、今回の研究によって母親が胎動から<胎児の存在を確認し、肯定的な感情を抱く>だけでなく、胎動を通して胎児が質問に答えている、母親を起こそうとしている、恥ずかしがって人見知りをしている、励ましてくれている、といった<胎児の意思を感じる>体験を明らかにする事が出来た。

また妊娠週数に合わせて胎児が育っていくアプリを通して、胎児とコミュニケーション

を取っている母親もいた。筆者の知る限りではあるが、アプリは近年使用可能になったツールである事もあり、妊娠中に胎児を意識させるアプリの使用とボンディング形成について検討している研究は未だない。母親の語りからは、アプリを使う事で胎児の存在が目に見えるものになり、コミュニケーションを取りやすい様子であった。エコー写真や、更に胎児の姿が見えやすい 3D のエコー写真はボンディング形成に役立つと報告されていたが (Coté, Badura-Brack, Walters, Dubay, & Bredehoeft, 2020)、実際の胎児を可視化する事だけでなく、胎児を疑似的に可視化することもボンディングを促進する可能性もあると今回の研究で明らかになったと考えられる。また母親から胎児への声掛けだけでなく、兄妹が胎児に興味を持ち、交流することも母親から胎児へのボンディングに影響を与えている様子であった。母親と胎児の直接的な交流だけでなく、アプリや兄妹を通した間接的な交流もボンディングを促進すると考えられた。兄妹の存在は<兄妹の方に目が向く>と【胎児への抵抗感はないが、目が向きにくい】という体験にも繋がりがやすかったが、母親と胎児の交流を促進する存在にもなる可能性が考えられた。

5-4-2 産後の母親の子どもへのボンディング形成と心理・社会的背景

出産後は、【子どもへの可愛らしさや愛おしさを感じる】母親もいれば、【情緒的な繋がりを持てない】と感じている母親も存在した。

【情緒的な繋がりを持てない】母親は、<育てにくく、子どもが可愛いと思えない><理想の赤ちゃんとは異なり戸惑う>という体験をしていた。出産後のボンディングは乳児のサインを感じ取り、母子相互作用を行う事で形成されていく (Brockington, 2003) と考えられている。母子相互作用を行うためには、母親の方にも、子どものサインに応じる力である情緒応答性が必要になると考えられるが、子どもの方にも「あやすと笑う」等の反応性が求められると考えられる。ID11 は妊娠中は<兄妹の方に目が向く>と話していたが、他の同様の語りをしていた母親は、産後は【子どもへの可愛らしさや愛おしさを感じる】と話していた。ID11 の場合は子どもが何をしても泣いてばかりで、<育てにくく、子どもが可愛いと思えない>という体験に繋がっていた。そして「最低限の世話しかしない」という行動や、「口を少し塞いでしまった」という行動に繋がっていったと考えられる。ID11 の体験から、妊娠中はボンディング形成に大きな問題がなくても、出産後に子どもからの良好な反応が気質や発達上の問題で得られない場合に、ボンディング形成が難しくなる場合があると考えられる。子どもの泣き方や頻度には個人差があり、子どもの過敏さといった気質とも影響

していると考えられる。子どもの気質や発達上の特性についても早期にアセスメントを行い、育てにくさがある場合には支援を行う事が、ボンディング形成の面でも重要であると考えられる。また母親が子どもからの反応を感じ取れるまでは特にサポートが必要な時期であると考えられる。

また＜理想の赤ちゃんと異なり戸惑う＞については、ID18は“パートナーに似た赤ちゃん”や“天使みたいなかわいらしい赤ちゃん”を想像していたものの、実際には子どもが義父に似て見えて、緊張したという体験が語られた。義父との関係性も影響している可能性があるが、子どもの容姿が予想と異なる事への反応である可能性が考えられた。まだ見ぬわが子への想像を膨らませることも、妊娠期におけるボンディング形成において必要な事ではあるものの、想像と大きく異なる場合には「可愛くない」といった反応に繋がる可能性が考えられた。また「希望の性別でなく、失敗したとを感じる」という体験をした母親もいた。性別とボンディングの関係については、Edhborg et al., (2011) は後継ぎ等において男児が望まれる文化においては、女児よりも男児の方がボンディングを形成しやすい事を報告している。ID20のケースでは、社会的な要望ではないが女児を希望しており、産み分けを行ったものの男児が生まれショックを受ける様子が語られた。今回社会的・文化的な背景が強くなくても、母親の希望通りの性別でない事がボンディング形成に影響している可能性が考えられた。母親に対して、容姿、性別を含めてどのような子どもを想像していたか尋ねる事で、母親のボンディング形成の難しさの理由に気づくことが出来る可能性があると考えられる。

【胎児への可愛らしさや愛おしさを感じる】については、＜自分を求めている、可愛いと感じる＞というように、子どもの視線や笑顔を読み取る事が出来ている母親はボンディングも築けている様子であった。また第2子以降の妊娠・出産においては、＜兄妹との関わりの中で肯定的に思う＞＜育児経験から可愛いと感じる＞という背景があり、兄妹の存在や育児経験が出産後にボンディング形成を促進していたと考えられる。初産とボンディング形成不全の関連は先行研究や (Suetsugu et al., 2015), 本論文の研究2でも関連が報告されており、初産の母親は育児に不慣れであり余裕がない事や、また親になるといった環境の変化によるストレスを受けやすく、子どもと関係を築きにくいのではないかと考えられてきた。今回の研究によって、これまでの考察に加えて、経産婦の場合、兄妹との関わりが母親との胎児・乳児への気持ちを促進している可能性が明らかとなったと考えられる。また兄妹の胎児への反応、また新しく生まれてきた子どもへの反応も、母親がボンディングを形成

していく上で重要であると考えられる。

また周囲の人の反応も、母親のボンディング形成に影響を与えると考えられた。ID11の母親は子どもの容姿や育てにくさで「可愛くない」という思いを持っていたが、周囲の人に可愛いと言われると「可愛いのかな」と感じたり、可愛いと言ってもらう事自体がストレス発散になっていたと語った。ID11の場合、パートナーからの支援も少なく周囲に知っている人もいないため、一緒に子育てをする人がいない状態であったと話している。妊娠を受容する際には周囲の反応も影響を与えると考えられるが、出産後も家族や周囲の人が子どもの存在を受け入れる事が母親のボンディング形成にも役に立つと考えられる。また子育てに対するサポートが少なく母親一人で対応している家庭も少なくないが、そのような状況であると子どもに関して「可愛い」等肯定的な言葉を言ってもらう機会も少なくなると考えられる。サポートの少なさとボンディング形成の関連は報告されているが（福井・上林・中田, 1999）、その関連の背景として、サポートが少ない事による他者からの反応の少なさもボンディング形成に影響を与えていると考えられる。

5-4-3 まとめ

今回の研究では、母親の妊娠中から産後のボンディング形成に関わる体験や、その心理・社会的背景を明らかにする事が目的であった。妊娠中は、双胎や切迫早産の母親は胎児の安否への不安が強く、ボンディング形成までに至る事が出来ない体験が明らかになった。また出産後は子どもが希望の性別でない事や、容姿が想像と異なる事、兄妹を含めた子どもの育て辛さによって、ボンディング形成が難しくなる体験が語られた。双胎妊娠や兄妹の育て辛さ、また子どもの容姿とボンディング形成の関連については筆者の知る限り先行研究もなく、本研究で新たに分かったボンディング形成不全の背景である可能性が考えられる。またアプリを活用して胎児とコミュニケーションを取ったり、兄妹との関わりの中で母親が胎児、子どもに対してボンディングを築く体験が明らかとなった。アプリを使用して疑似的に胎児を可視化してコミュニケーションを取る事や、兄妹が胎児や子どもと関わる姿を見る事が、ボンディング形成を促進する可能性が考えられた。

妊娠中と産後の子どもへの気持ちは同一になっているケースが多く、妊娠中のボンディングは産後のボンディングに影響するという量的研究（榮, 2007）と一致していると考えられる。兄妹の世話で忙しく胎児に目が向かない事や、ハイリスクの妊娠で妊娠継続への不安があったり、特性的に不安が強い母親の場合は、妊娠中のボンディングは低く抑えられてい

るように見えるものの、産後は問題なくボンディング形成をしていた。一方で出産後に子どもの気質が難しく育てにくい場合や、容姿や性別が理想と異なると感じる場合には、妊娠中の気持ちに関わらず、ボンディングが築きにくい可能性が考えられた。

今回の研究から、量的研究のみでは明らかにならなかった、母親の妊娠中から産後のボンディングに関する体験とその心理・社会的背景が明らかになったと考えられる。胎児や子どもに対するネガティブな気持ちを話した母親は、インタビューで話した内容について「誰にも話したことがない」と話す事が多かった。「児をかわいいと思わない母親」は非難の対象になりやすく（菅野，2001），母親はそのような感情を抱いてもサポートを求めにくいと考えられる。今回の結果が一般化できるかどうかは慎重に考える必要があるが、支援者は一般的に産科で会う母親の中でも、子どもを育てにくい場合や、容姿や性別が理想と異なる場合にはボンディング形成不全に繋がる事を知っておく事で、母親のボンディング形成不全に関する気持ちを引き出しやすくなる可能性がある。またボンディング促進のためのアプリの活用の可能性についても、今後検討していく必要があると考えられる。

第 6 章 総合考察

第 1 節 本論文における研究結果のまとめ

6-1-1 産後うつとボンディング形成不全の早期のリスク要因について

本研究の目的は、妊娠中から産後の母親の精神的健康とボンディング形成への支援に向けて、産後うつとボンディング形成不全の早期のリスク要因について検討し、どのような対象を特に注意深くフォローするべきなのか提言する事であった。研究 1 では、妊娠届、出生届、赤ちゃん訪問、3 か月児健診で得られたデータを縦断データとして扱い、産後 3 か月までの産後うつに関しては、妊娠が分かった時の気持ちがネガティブである事、初産である事、母親の年齢が 24 歳以下である事、精神疾患既往歴がある事、混合栄養で育児をしている事、ソーシャルサポートがない事がリスク要因になりうる事が明らかとなった。研究 2 では研究 1 と同様のデータを扱い、ボンディング形成不全のリスク要因について検討した。結果、産後 3 か月時点では産後 1 か月時点のうつ、妊娠が分かった時の気持ちがネガティブである事、また初産である事がリスク要因となる可能性が示唆された。日本国内で住民データを用いて、産後うつやボンディング形成不全について縦断的に検討している研究は筆者の知る限りなく、産後うつやボンディング形成不全のリスク要因の基礎的な知見になると考えられる。また研究 3 では妊娠期にボンディングを測定し、妊娠期のボンディング形成不全には母親のうつ傾向と夫婦関係満足度が低い事が関連している事を明らかにした。夫婦関係とボンディング形成について検討している研究は少ない中で、母親や子どもに関わる要因だけでなく、夫婦の関係も胎児との新しい関係に影響を与える可能性が明らかになった。

6-1-2 母親のボンディング形成に関わる体験と心理・社会的背景

本研究のもう 1 つの目的は、妊娠中から産後の母親のボンディングに関わる体験と、それに関連する心理・社会的背景を質的に検討し、ボンディング形成やボンディング形成不全に関する背景について質的な側面からも検討する事であった。研究 4 の質的研究からは、量的研究では測りきれなかった、母親の妊娠中から産後の子どもに対する気持ちや体験を明らかにすることが出来た。結果、双胎や切迫早産の母親は胎児の安否への不安が強く、ボンディング形成までに至る事が出来ない体験が明らかになった。また出産後は子どもが希望の性別でない事や、容姿が想像と異なる事、兄妹を含めた子どもの育て辛さによって、ボンディング形成が難しくなる体験が語られた。一方で妊娠中から兄妹やスマートフォンの

アプリを通して胎児とのコミュニケーションを楽しみボンディング形成を促進している様子や、育児の中で自分を求めていると感じて子どもへの気持ちを肯定的に築いていった体験も語られた。双胎妊娠や兄妹の育て辛さ、また子どもの容姿とボンディング形成の関連については筆者の知る限り先行研究もなく、本研究で新たに分かった体験である可能性がある。質問紙で明らかになったリスク要因と共に、母親の体験に寄り添って支援を考える必要があると考えられる。

また今回のインタビューの中で、子どもがあまりにも泣き止まなかったため、「子どもの口を塞いだ」という語りもあった。乳幼児死亡を伴う児童虐待の加害の動機も「泣き止まない事にいら立ったため」という理由もあり（厚生労働省、2018）、今回はそのような生命の危機には直結しなかったものの、少しずつ行為がエスカレートする可能性もあると考えられる。「可愛くない」という思いが引き出せた時には、子どもの育てにくさや抑うつ感等の母親の「可愛くない」という思いの背景を理解し、子どもに対する心理的・身体的虐待が起き始めていないか確認することも、児童虐待を防止する上でも重要であると考えられる。

6-1-3 産後うつとボンディング形成不全への予防と介入について

優先的にフォローすべき対象について

今回の研究の目的は、産後うつとボンディング形成不全に対して特に関連が強い要因を明らかにする事で、母子保健分野にて出会う全ての妊婦の中から、フォローすべき対象をスクリーニングしやすくする事であった。また今回の研究では、ボンディング形成不全と産後うつのオッズ比を出したため、リスク要因の中でも特に関連の強いものを明らかにし、優先的にフォローすべき対象について示唆する事も目的としていた。

まず産後うつについては、妊娠前の精神疾患既往歴（OR = 4.84, 95% CI = 2.09-11.19）と、ソーシャルサポートがない事（OR = 4.93, 95% CI = 1.54-15.74）は他のリスク要因と比較してオッズ比が高いと言える。産後は精神疾患を再発しやすい時期であると言われており（Di Florio et al., 2013）、妊娠すると減薬や服薬の中断を行うこともあり、症状の悪化に繋がるケースもある（三輪ら., 2020）。今回の結果より、精神疾患の既往歴があると答えた妊婦については、精神状態について定期的に確認する事がうつの早期発見に繋がると考えられる。ソーシャルサポートについては、今回の研究では、妊娠中か産後のどちらかで「助けてくれる人が誰もいない」と答えた母親をソーシャルサポートがないと判断した。妊娠中からソーシャルサポートがないと答えた母親に対しては、産後までにサポート源を探しておくことや、

支援者がサポート源になる事で、妊娠中からの産後うつ予防となる可能性が考えられる。

またボンディング形成不全については、産後1か月時点でのうつ (OR = 7.85, 95% CI = 3.44-17.90)が他のリスク要因と比較してオッズ比が高かった。今回の研究ではうつとボンディングの因果関係は明らかに出来ないが、産後うつとボンディング形成不全は関連が強い可能性があると考えられる。現在の母子保健事業では EPDS を産後に使用して、うつ傾向をアセスメントする事が一般的になってきたため、ボンディング形成不全が疑われる母親よりは産後うつ傾向の高い母親の方が見つけやすいと考えられる。今後産後うつ傾向の母親を特定できた場合に、子どもへのボンディングがどのような状態か確認することも必要であると考えられる。

また今回の研究で明らかとなった、他のリスク要因を持つ母親についても、可能であれば積極的にフォローする事が望ましい。しかし現実的にはオッズ比が高いリスク要因だけでも全員を定期的にフォローしていくのは、フォローする側の人間的な問題もあり難しい場面も想定される。また母親自身も家庭訪問や面談などの定期的なフォローを望む方ばかりではないと考えられる。そのためリスクの高い母親をフォローするハイリスクアプローチだけでなく、産後のメンタルヘルスやボンディング形成に関する心理教育などの妊婦全体へのアプローチを行う事も必要であると考えられる。胎動を活かした触れ合い遊びの紹介、ベビーマッサージ教室への参加(飯島・井上,2015)等、妊婦全体に向けて行う事が出来る活動に、リスク要因を持っている母親を積極的に誘っていくことも、予防・介入方法の1つとして考えられる。また今回の研究ではアプリを媒介して胎児との関わりを楽しんでいる母親もいる事が明らかとなった。アプリは母親の好きな時間に使用できるだけでなく、対人での支援に抵抗がある母親にも使いやすい可能性や、支援者側の負担も少ない可能性が考えられる。今後アプリを使った妊婦全体へのアプローチの有効性を検討する価値があると考えられる。また精神的に調子を崩した場合や、子どもへのボンディングを築きにくいと感じた場合の相談先をパンフレットで渡しておく等、母親から SOS を発信しやすい取り組みも必要であると考えられる。

妊娠・出産を初めて迎える人や、ネガティブな気持ちで迎える人へのサポート

母親が初産であることや、妊娠が分かった時の気持ちがネガティブである事と、産後うつとボンディング形成不全の両方のリスク要因となっていた。母親は妊娠すると、心理的・身体的な変化を体験し、今までとは異なった役割に適応していくことが求められる(成田,

1993)。初産の母親は初めての妊娠・出産という体験の中で、経産婦の母親よりも精神的な負担を感じたり、子どもへのボンディングを感じる余裕がなくなりやすいと考えられる。初産の母親に対しては、妊娠中から産後にどのような心理的变化や生活の変化があるか等具体的に伝えながら、心配な点があれば使えるサービスを考えるといったサポートが必要であると考えられる。

また親になる準備も、初産の母親や妊娠が分かった時にネガティブな気持ちであった母親は、そうでない母親に比べて十分には出来ていない可能性が考えられる。親になる準備は「親性準備性」と言われており、「情緒的、態度的、知的に親としての役割を果たすために十分なレディネス」と定義されている（井上・深谷,1983）。核家族化が進んだ日本では、自分が親になるまでに乳幼児と接する経験が少なく（原田, 2006）、子育てに対する知識やイメージを持ちにくくなっていると考えられる。そのため初産の母親が初めての育児に戸惑うことも多くなっていると考えられる。また妊娠が分かった時にネガティブな気持ちであった母親も、予想外の妊娠で子育てのイメージが持ちにくい母親や、育児への不安が強い母親が含まれている可能性が考えられる。親性準備性は乳幼児との接触体験（川瀬, 2010）や、教育プログラムでも促進できることが報告されており（川崎, 2008）、妊娠後からでも親性準備性を高める活動に参加してもらい、親になる事や子育てのイメージを持ってもらう事で、産後の母親の精神的負担を減らし、産後うつ予防に繋がる可能性がある。また子育てのイメージを持つ事自体が、まだ見ぬ我が子との関係作りにも繋がっていくと考えられ、妊娠期からのボンディング形成の促進になる可能性が考えられる。また妊娠前からも、親性準備性を高めていく事を含めた性教育や、妊娠が分かった時に「嬉しい」と感じられるよう家族計画の重要性を周知していく事も、産後うつやボンディング形成不全を予防するためにも必要であると考えられる。

また妊娠・出産に伴う変化を受け入れ、適応していく事は母親だけで行うものではなく、家族等の他者からのサポートが必要であると考えられる。植村・榮・松村（2010）は妊娠の受容に関連する要因として、夫や実母との関係が影響していることを報告している。今回の研究でも、夫婦関係は妊娠中の胎児へのボンディングに影響している事が明らかになった。母親が妊娠が分かった時にネガティブな気持ちを感じていたり、初産である場合、夫も親性準備性が低かったり、どのような変化が妊娠中や産後に起きるのかイメージし辛く、母親へのサポートがしにくい可能性が考えられる。初めて妊娠を迎えた夫婦や、母親が妊娠をネガティブな気持ちで迎えている夫婦に対しては特に、妊娠中の両親学級やパンフレットを用

いた啓発活動を積極的に行い、夫婦で妊娠・出産に関する変化を受け入れ、親性準備性を高めていけるようにサポートしていく事が、母親のボンディング形成不全や、産後うつを予防することに繋がる可能性が考えられる。

子どもの育てにくさへの支援

研究 4 の質的研究から、兄妹を含めた子どもの育てにくさは、ボンディング形成に影響を与えていると考えられた。インタビューでは、第 2 子を出産後、赤ちゃんが第 1 子と比べて育てにくく、何をしても泣き続けるために「全く可愛いと思えなかった」と話す母親もいた。先行研究でも気質と母親のボンディングの関連が報告されており (Abuhammad., AlAzzam., & AbuFarha.,2020), ボンディングは母親の要因だけでなく、子どもの気質や育てにくさにも影響を受けると考えられる。インタビューで母親は、生後半年頃に子どもの反応が見えてきたことで気持ちが楽になったと語っていた。子どもが自分の行動に反応している、自分を求めていると感じる事はボンディング形成を促すと考えられ (吉田, 2006), 子どもからの反応が見られるまでは特にサポートが必要な時期であると考えられる。子どもの発達特性を理解したり受容するためのフォロー教室への参加を勧めたり、子どもの反応を引き出したり、読み取る活動を一緒に行う事もボンディング形成のサポートになると考えられる。

また第 1 子の育てにくさが、第 2 子へのボンディングに影響している母親もいた。インタビューでは、第 1 子の育てにくさから第 2 子を望んでいない中での妊娠となり、第 2 子にもボンディングを築きにくい様子が語られた。第 1 子は自閉症スペクトラム (Autism Spectrum Disorder : ASD) と診断されており、発達特性の影響で育てにくさを感じていた可能性が考えられる。ASD の子どもの中には、こだわりや癇癪が起きやすい場合もあり、母親のストレスや疲労感に繋がりやすい (梶, 2017)。またあやしても笑いにくい、目線が合いにくい、人への興味が薄い子や (根岸・細渕, 2017), 抱っこ等の触覚刺激を嫌がる子もいるため、母親が子どもに働きかけても子どもからの反応がない、または拒否的な反応と捉えられやすく、母子相互作用も成立しにくいと考えられる。第 1 子への育児効力感が、第 2 子妊娠中の胎児へのボンディングに関連しているという研究もあり (Chen & Xu .,2018), 今回出産した子どもだけでなく、兄妹を含めた子どもの育てにくさも確認する必要があると考えられる。

ピアサポートの必要性

インタビューの中で、出産後に子どもを可愛いと思えなかったと話した母親にどのような支援があれば良かったと思うかと尋ねると、「同じように可愛くないと感じている母親で集まりたかった」と話し、同じ立場にある人同士でのサポート（ピアサポート）を求めている。産後のピアサポートは、自分の育児体験を話し合う事で育児不安が低減したり、自己効力感が高くなると言われている（島田, 2019）。しかしボンディング形成不全に対するピアサポートについては筆者の知る限り報告がない。ボンディング形成不全はテーマとしても非難の対象になりやすい事からも（菅野, 2001）、対面で会う場面を設定したり、参加者を募集する事が難しいと考えられる。そのためインターネットを使用したピアサポート（竹ノ上・前田・田所・中北, 2009）や、母親の体験をまとめておくことが、後に母親になった方のサポートになる可能性もある。また子どもの育てにくさ等の状況によっては、子どもを可愛いと思えない事もあるといった情報を幅広く伝えておく事が母親のサポートになったり、サポートを求めやすくなる可能性もあると考えられる。

第2節 本論文の意義

本論文の意義としては、4点挙げられる。まず1点目は、妊娠初期からの産後のボンディング形成不全や産後うつリスク要因を、サンプルバイアスの少ないデータで検討し明らかにした事である。先行研究においてボンディング形成不全のリスク要因や、特に産後うつのリスク要因については、先行研究で様々な要因が報告されていた。産後うつのリスク要因に関してはレビュー論文（Hutchens & Kearney, 2020）も出ているが、先行研究では西洋諸国を対象とした研究が多く、日本人を対象にした際にも当てはまるかどうかは不明であった。今回の研究は日本人を対象とし、住民データを用いた数少ない研究と言える。今回の研究は、日本の一部地域で行われたものであり、日本人一般に当てはまるかどうかは更に研究が必要ではあるが、今回明らかになった要因については数ある要因の中でも注意をした方がよい可能性が考えられる。

2点目は、妊娠初期からのリスク要因を明らかにした点である。臨床現場では、妊婦を支援できるタイミングとして妊娠届を提出する時が大切な機会となっている。出産後は乳幼児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）や健診事業でほとんど全ての母親と会う事が可能であり、また子どもも保育所や幼稚園など外に出る機会が増えてくる事から、支援

が必要な対象と分かる機会も増える。妊娠中も産婦人科は妊婦健診で接触する事ができるため妊婦が支援を受ける機会が全くない訳ではないが、産後に比べると少なく、妊娠届提出後は妊婦自身が支援を求めない限りは支援が必要な対象であると判別されにくい。今回明らかになったリスク要因は妊娠届のデータを分析したこともあり、妊娠初期から判別できる項目である。現在も妊娠届提出時には支援の始まりとしてアセスメントを行っていると考えられるが、今回明らかになった要因に当てはまる妊婦については更に丁寧にフォローを行う事で、産後のボンディング形成不全や産後うつになってから出会うのではなく、妊娠期からの継続的な支援が行える可能性がある。

3点目に、質問紙を用いた量的研究だけでなく、妊娠期から産後までの縦断的なインタビューを通した質的研究も行い、母親が実際にボンディング形成やボンディング形成不全に関してどのような体験をしているのか明らかにし、その心理・社会的背景も検討した点である。インタビューの中では、家族の関係性や母親の置かれている生活状況についても情報を集めた。今回のインタビューでは、インタビュアーが母親の生活とは無関係な立場であったからこそ、聞くことが出来た母親の気持ちがあったと考えられる。胎児や子どもに対するネガティブな気持ちを話した母親は、インタビューで話した内容について「誰にも話したことがない」と話す事が多かった。「児をかわいいと思えないこと」は、ボンディング形成不全でなくても、多くの母親が経験する感情であると考えられる。しかし、「児をかわいいと思わない母親」は非難の対象になりやすく（菅野, 2001）、母親はそのような感情を抱いてもサポートを求めにくいと考えられる。実際に母親は子どもが可愛くないという気持ちについては、「罰当たりなような気がして言えなかった」と話している。地域の支援者は母親の生活の中にいると考えられ、時には母親が話すことをためらう場面も出てくる可能性がある。支援者は今回の研究のように一般的なサンプルから募集した母親の中でも、子どもを身近に感じられなかったり、育てにくさから可愛いと思えなかったり、容姿や性別に関して戸惑う事がある事を念頭において、時には支援者の方から具体的に尋ねながら、母親と関わる事が大切であると考えられる。

4点目に、ボンディング形成不全という母親と子どもという2者関係で語られることが多かった事象に対して、家族という視点を取り入れる事が出来たと考えられる。研究3では胎児期のボンディングに夫婦関係が関連している事を報告し、研究4のインタビューの中では、兄妹の存在によって新しく生まれる子どもへのボンディング形成が促進されることもあれば、一方で兄妹が育てにくいためにボンディングが築きにくい様子も語られた。ボン

ディング形成の支援を考える時には、母子への支援だけでなく、兄妹への発達支援や、パートナーへの育児指導等の家族全体への支援が有効である可能性が考えられる。母親だけでなく家族一人一人の特徴や関係性を把握した上で、支援できる部分から支援していく姿勢が求められると考えられる。

第3節 本論文の限界と今後の課題

本研究の限界点としては、3点挙げられる。1点目は、サンプルバイアスの問題である。研究1, 2では住民データを用いてサンプルバイアスが少ないデータでの検討を行ったものの、1つの市の住民データであるため、一般化は慎重に行う必要がある。また研究1, 2共にEPDSやPBQに回答していない、また乳幼児健診を受けていない母親が一定数いる。これらの母親はうつ傾向が高かったり、ボンディングの形成が難しいと感じているために質問紙に回答出来なかった可能性がある。また健診を受けていない母親は市による育児支援を受けていないとも考えられ、うつ傾向やボンディング形成に関するリスクが高い可能性も考えられる。更に研究3, 4では1つの産科を対象とし、自発的に研究に参加して頂ける方を対象としたため、参加率は低いものとなっている。また参加者を募集した国立病院機構長良医療センターは双胎や切迫早産といったリスクの高い妊婦を受け付けており、また胎児ドックが行える数少ない病院であるため、一般的な産科を受診している妊婦とは心理的状态が異なる可能性は考えられる。また病院の方針として、妊娠中に子どもの性別を教えていなかった事も研究4の結果に影響している可能性が考えられる。今後は更にサンプリングの対象施設を増やし、検討していく必要がある。

2点目はうつやボンディングについて、自己記入式で判断している点である。ボンディング形成不全については明確な診断基準が未だ確立されていないため、今回はPBQを用いて平均よりも2SD高い母親をボンディング形成不全としたが、母親の実際の状態については検討できていない。うつに関しては診断基準があるものの、本研究では妊娠期のうつや産後うつのアセスメントとしてEPDSを用い、診断のための面接を行っていない。EPDSは信頼性、妥当性が確認され、母子保健分野や研究でも広く使われており、大規模な調査を行う上ではEPDSを使用するのは一般的といえるものの、今後診断のための面接を行った上で研究が望まれる。

3点目は、研究2, 3で妊娠期から産後のボンディング形成不全のリスク要因としてうつ

傾向が挙げられたものの、うつとボンディングの因果関係については検討できていない点である。今後はうつとボンディングを共に縦断的に複数回アセスメントを行い、多変量自己帰帰モデル等を用いてうつとボンディングの因果関係を含んだリスク要因を検討する必要があると考えられる。しかしながら因果関係を明らかにする事のみが重要なのではなく、妊娠期から産後のメンタルヘルスを考える上で、うつとボンディングの両方に注目する必要がある事を強調したい。今後これらの問題点を克服した研究手法で、産後うつとボンディング形成不全について研究が行われることが求められる。

引用文献

- Abuhammad, S., AlAzzam, M., & AbuFarha, R. (2020). Infant temperament as a predictor of maternal attachment: A Jordanian study. *Nursing Open*, 8, 636–645.
- 足立安正・上野昌江 (2018). 市町村における妊娠届出時の情報把握に関する実態調査. 兵庫医療大学紀要, 6(1), 1-9.
- Alhusen, J. L., Hayat, M. J., & Borg, L. (2020). A pilot study of a group-based perinatal depression intervention on reducing depressive symptoms and improving maternal-fetal attachment and maternal sensitivity. *Archives of Women's Mental Health*, 1-10.
- Alhusen, J. L., Hayat, M. J., & Gross, D. (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 521-529.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fifth ed. American Psychiatric Pub.
- 安藤智子・無藤隆 (2006). 妊娠期抑うつと胎児への感情に関する仮説モデルの検討. 小児保健研究, 65(5), 666-674.
- 新井陽子 (2010). 産後うつ予防的看護介入プログラムの介入効果の検討. 母性衛生, 51(1), 144-152.
- 浅野友理絵・平井宏美・中山和美 (2019). エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) を用いた支援に関する文献的考察. 新潟医療福祉学会誌, 18(2), 6-12.
- Asano, R., Tsuchiya, K. J., Takei, N., Harada, T., Kugizaki, Y., Nakahara, R., . . . Takagai, S. (2014). Broader autism phenotype as a risk factor for postpartum depression: Hamamatsu Birth Cohort (HBC) Study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(12), 1672-1678.
- Avan, B., Richter, L. M., Ramchandani, P. G., Norris, S. A., & Stein, A. (2010). Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health.

- Archives of disease in childhood*, 95 (9), 690-695.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*: Guilford press.
- Bell, A., Carter, C., Davis, J., Golding, J., Adejumo, O., Pyra, M., . . . Rubin, L. (2016). Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 19 (2), 219-227.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103 (4), 698-709.
- Bowlby, J. (1988). Clinical applications of attachment: A secure base. *London: Routledge*, 85.
- Boyce, P., & Hickey, A. (2005). Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40 (8), 605-612.
- Brand, S. R., & Brennan, P. A. (2009). Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: how are the children? *Clinical obstetrics and gynecology*, 52 (3), 441-455.
- Brockington, I. (2003). 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 (1), 7-17.
- Brockington, I. (2011). Maternal rejection of the young child: present status of the clinical syndrome. *Psychopathology*, 44 (5), 329-336.
- Brockington, I. (2016). Emotional Rejection of the Infant: Status of the Concept. *Psychopathology*, 49 (4), 247-260. doi:10.1159/000448334
- Brockington, I., & Rosenthal, M. (1997). Motherhood and mental health. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185 (12), 767.
- Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The postpartum bonding questionnaire: A validation. *Archives of Womens Mental Health*, 9 (5), 233-242.
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., . . . Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3 (4), 133-140.
- Byatt, N., Levin, L. L., Ziedonis, D., Simas, T. A. M., & Allison, J. (2015). Enhancing participation in depression care in outpatient perinatal care settings: a

- systematic review. *Obstet Gynecol*, 126(5), 1048.
- Čėsnaityė, G., Domža, G., Ramašauskaitė, D., Voločovič, J., & Bužinskienė, D. (2019). Factors affecting the maternal-foetal relationship. *Acta Medica Lituanica*, 26(2), 118.
- Chandra, P. S., Desai, G., Reddy, D., Thippeswamy, H., & Saraf, G. (2015). The establishment of a mother-baby inpatient psychiatry unit in India: adaptation of a Western model to meet local cultural and resource needs. *Indian journal of psychiatry*, 57(3), 290.
- Chang, F.-W., Lee, W.-Y., Liu, Y.-P., Yang, J.-J., Chen, S.-P., Cheng, K.-C., . . . Hsu, R.-J. (2016). The relationship between economic conditions and postpartum depression in Taiwan: a nationwide population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 204, 174-179.
- Chen, B. B., & Xu, Y. (2018). Mother's attachment history and antenatal attachment to the second baby: The moderating role of parenting efficacy in raising the firstborn child. *Archives of women's mental health*, 21(4), 403-409.
- Cinar, N., Kose, D., & Altinkaynak, S. (2015). The Relationship Between Maternal Attachment, Perceived Social Support and Breast-Feeding Sufficiency. *Jcpssp- Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 25(4), 271-275.
- Cizek, G. J. (2012). *Setting performance standards: Foundations, methods, and innovations*: Routledge.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British journal of medical psychology*, 66(2), 167-183.
- Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70(4), 359-372.
- Coté, J. J., Badura-Brack, A. S., Walters, R. W., Dubay, N. G., & Bredehoeft, M. R. (2020). Randomized Controlled Trial of the Effects of 3D-Printed Models and 3D Ultrasonography on Maternal–Fetal Attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(2), 190-199.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression.

- Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Curry, S. J., Krist, A. H., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., . . . Kemper, A. R. (2019). Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *The Journal of the American Medical Association*, 321 (6), 580-587.
- Dadi, A. F., Miller, E. R., Bisetegn, T. A., & Mwanri, L. (2020). Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health*, 20 (1), 173.
- Dennis, C. L., & Vigod, S. (2013). The relationship between postpartum depression, domestic violence, childhood violence, and substance use: epidemiologic study of a large community sample. *Violence against women*, 19 (4), 503-517.
- Dennis, C. L., & McQueen, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica*, 96 (4), 590-594.
- Di Florio, A., Forty, L., Gordon-Smith, K., Heron, J., Jones, L., Craddock, N., & Jones, I. (2013). Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *The Journal of the American Medical Association psychiatry*, 70 (2), 168-175.
- Dietz, P. M., Williams, S. B., Callaghan, W. M., Bachman, D. J., Whitlock, E. P., & Hornbrook, M. C. (2007). Clinically identified maternal depression before, during, and after pregnancies ending in live births. *American Journal of Psychiatry*, 164 (10), 1515-1520.
- Dørheim Ho-Yen, S., Tschudi Bondevik, G., Eberhard-Gran, M., & Bjorvatn, B. (2007). Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 86 (3), 291-297.
- Dørheim, S. K., Bondevik, G. T., Eberhard-Gran, M., & Bjorvatn, B. (2009). Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. *Sleep*, 32 (7), 847-855.
- Dubber, S., Reck, C., Muller, M., & Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy.

- Archives of Womens Mental Health*, 18(2), 187-195.
- Eastwood, J. G., Jalaludin, B. B., Kemp, L. A., Phung, H. N., & Barnett, B. E. (2012). Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 148.
- Edhborg, M., Nasreen, H. E., & Kabir, Z. N. (2011). Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2-3 months postpartum: a population-based study from rural Bangladesh. *Archives of Womens Mental Health*, 14(4), 307-316.
- Eisenach, J. C., Pan, P. H., Smiley, R., Lavand'homme, P., Landau, R., & Houle, T. T. (2008). Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*, 140(1), 87-94.
- Ekrami, F., Mohammad-Alizadeh Charandabi, S., Babapour Kheiroddin, J., & Mirghafourvand, M. (2020). Effect of counseling on maternal-fetal attachment in women with unplanned pregnancy: A randomized controlled trial. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(2), 151-165.
- Escribà-Agüir, V., & Artazcoz, L. (2011). Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(4), 320-326.
- Feldman, R., Weller, A., Leckman, J. F., Kuint, J., & Eidelman, A. I. (1999). The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(6), 929-939.
- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 14(3), 247-255.
- 福井知美・上林靖子・中田洋二郎 (1999). 望まない妊娠で生まれた児と母親の精神保健に関する研究. 乳幼児医学・心理学研究, 8(1), 37-52.
- Furumura, K., Koide, T., Okada, T., Murase, S., Aleksic, B., Hayakawa, N., . . .

- Ishikawa, N. (2012). Prospective study on the association between harm avoidance and postpartum depressive state in a maternal cohort of Japanese women. *Plos One*, 7(4), e34725.
- Güney, E., & Uçar, T. (2019). Effect of the fetal movement count on maternal–fetal attachment. *Japan Journal of Nursing Science*, 16(1), 71-79.
- Gaffney, K. F., Kitsantas, P., Brito, A., & Swamidoss, C. S. (2014). Postpartum depression, infant feeding practices, and infant weight gain at six months of age. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(1), 43-50.
- Garcia-Esteve, L., Torres, A., Lasheras, G., Palacios-Hernandez, B., Farre-Sender, B., Subira, S., . . . Brockington, I. F. (2016). Assessment of psychometric properties of the Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) in Spanish mothers. *Archives of Womens Mental Health*, 19(2), 385-394.
- Goecke, T., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckmann, M., & Beetz, A. (2012). The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre-and postpartum depression in first-time mothers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(2), 309-316.
- Goto, A., Yasumura, S., Yabe, J., & Reich, M. R. (2006). Addressing Japan's fertility decline: Influences of unintended pregnancy on child rearing. *Reproductive Health Matters*, 14(27), 191-200.
- Green, K., Broome, H., & Mirabella, J. (2006). Postnatal depression among mothers in the United Arab Emirates: socio-cultural and physical factors. *Psychology, health & medicine*, 11(4), 425-431.
- 秦久美子・大平光子・中塚幹也 (2019). 不育症夫婦における夫の流死産時の医療者の支援・社会的支援への思い. 川崎医療福祉学会誌, 29(1), 63-74.
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2017). Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression of 308 Studies from 56 Countries. *Frontiers in psychiatry*, 8, 248.
- Hairston, I. S., Waxler, E., Seng, J. S., Fezzey, A. G., Rosenblum, K. L., & Muzik, M. (2011). The role of infant sleep in intergenerational transmission of trauma.

- Sleep*, 34(10), 1373-1383.
- Haku, M. (2007). Breastfeeding: factors associated with the continuation of breastfeeding, the current situation in Japan, and recommendations for further research. *The Journal of Medical Investigation*, 54(3, 4), 224-234.
- 原田正文 (2006). 子育ての変貌と次世代育成支援. 名古屋大学出版会.
- Hayakawa, N., Koide, T., Okada, T., Murase, S., Aleksic, B., Furumura, K., . . . Ishikawa, N. (2012). The postpartum depressive state in relation to perceived rearing: a prospective cohort study. *Plos One*, 7(11), e50220.
- Hudson, D. B., Elek, S. M., & Campbell-Grossman, C. (2000). Depression, self-esteem, loneliness, and social support among adolescent mothers participating in the new parents project. *Adolescence*, 35(139), 445.
- Hung, C.-H. (2007). The psychosocial consequences for primiparas and multiparas. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 23(7), 352-360.
- Hutchens, B. F., & Kearney, J. (2020). Risk factors for postpartum depression: an umbrella review. *J Midwifery Womens Health*, 65(1), 96-108.
- 飯塚有紀 (2013). NICU への入院を経験した低出生体重児の母親にとっての母子分離と母子再統合という体験. *発達心理学研究*, 24(3), 263-272.
- 飯島梢・井上みゆき (2015). 日本におけるベビーマッサージの効果に関する文献レビュー. *日本小児看護学会誌*, 24(1), 68-75.
- 井上義朗・深谷和子 (1983). 青年の親準備性をめぐって. *周産期医学*, 13, 2249-2252
- Ishikawa, N., Goto, S., Murase, S., Kanai, A., Masuda, T., Aleksic, B., . . . Ozaki, N. (2011). Prospective study of maternal depressive symptomatology among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(4), 264-269.
- 今崎裕子 (2006). 緊急帝王切開を体験した女性の出産後約 1 年半までの出産に関する気持ち. *日本助産学会誌*, 20(1), 1_79-71_88.
- Iwata, H., Mori, E., Sakajo, A., Aoki, K., Maehara, K., & Tamakoshi, K. (2016). Prevalence of postpartum depressive symptoms during the first 6 months postpartum: Association with maternal age and parity. *Journal of Affective Disorders*, 203, 227-232.
- Bowlby J. (1969). *Attachment. Attachment and loss*: Vol. 1. Loss. New York: Basic

- (Bowlby, J. 黒田実郎・大羽葵・岡田洋子・黒田聖一 (訳) (1991).母子関係の理論 I 愛着行動 東京：岩崎学術出版社.)
- 梶正義 (2017). 発達障害のある子どもの新生児期における発達上の問題と母親の子育て困難感：発達障害児と定型発達児の比較. 研究紀要, (18), 1-7.
- 神谷摂子・志村千鶴子 (2018). 母乳育児継続に関連する要因― 母乳育児を 1 年間継続した母親の振り返りから―. 日本保健科学学会誌, 20(4), 147-157.
- Kaneko, H., & Honjo, S. (2014). The psychometric properties and factor structure of the Postpartum Bonding Questionnaire in Japanese mothers. *Psychology*, 2014.
- 川崎雅子 (2008). 親世代になるための準備教育の授業開発. 授業実践開発研究, 1, 13-21.
- 川瀬隆千 (2010). 大学生の親準備性に関する研究. 宮崎公立大学人文学部紀要, 17(1), 29-40.
- Kerstis, B., Aarts, C., Tillman, C., Persson, H., Engstrom, G., Edlund, B., . . . Skalkidou, A. (2016). Association between parental depressive symptoms and impaired bonding with the infant. *Archives of Womens Mental Health*, 19(1), 87-94.
- Kinsey, C. B., & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal-infant bonding: A principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29(12), 1314-1320.
- Kirkan, T. S., Aydin, N., Yazici, E., Aslan, P. A., Acemoglu, H., & Daloglu, A. G. (2015). The depression in women in pregnancy and postpartum period: A follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(4), 343-349.
- Kita, S., Haruna, M., Matsuzaki, M., & Kamibeppu, K. (2016). Associations between intimate partner violence (IPV) during pregnancy, mother-to-infant bonding failure, and postnatal depressive symptoms. *Archives of Womens Mental Health*, 19(4), 623-634.
- 北村俊則・高馬章江・多田克彦 (2014). 新生児虐待の原因は産後の抑うつ状態ではなくボディング障害である：岡山地区疫学調査から. 第 11 回日本周産期メンタルヘルス研究会学術集会, 2014 年 11 月 13 日 14 日, さいたま.
- Kitamura, T., Takegata, M., Haruna, M., Yoshida, K., Yamashita, H., Murakami, M., & Goto, Y. (2015). The Mother-Infant Bonding Scale: Factor Structure and Psychosocial Correlates of Parental Bonding Disorders in Japan. *Journal of*

- Child and Family Studies*, 24 (2), 393-401.
- Kitamura, T., Yoshida, K., Okano, T., Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N., . . .
- Kanazawa, K. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 9 (3), 121-130.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1976). *Maternal-infant bonding: The impact of early separation or loss on family development*. CV Mosby.
- Kokubu, M., Okano, T., & Sugiyama, T. (2012). Postnatal depression, maternal bonding failure, and negative attitudes towards pregnancy: a longitudinal study of pregnant women in Japan. *Archives of Womens Mental Health*, 15 (3), 211-216.
- 国立成育医療研究センター (2018). 人口動態統計 (死亡・出生・死産) から見る妊娠中・産後の死亡の現状. <https://www.ncchd.go.jp/press/2018/maternal-deaths.html> (2020 年 5 月 3 日閲覧).
- 厚生労働省 (2013). 「健やか親子 21」最終評価報告書 (参考資料 1~6) <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000030389.html> (2020 年 5 月 3 日閲覧).
- 厚生労働省 (2015). 早期新生児期における早期母子接触及び栄養管理の状況【簡略版】. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/kanryakuban.pdf> (2020 年 10 月 4 日閲覧) .
- 厚生労働省 (2017). 「健やか親子 21 ホームページ」 http://sukoyaka21.jp/expert/targetvalue/task_a (2020 年 5 月 3 日閲覧) .
- 厚生労働省 (2018a). 児童虐待による死亡事例の推移. <https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000361196.pdf> (2020 年 10 月 4 日閲覧) .
- 厚生労働省 (2018b). 授乳及び離乳を取り巻く現状について. <https://www.mhlw.go.jp/content/11908000/000464806.pdf> (2020 年 11 月 1 日閲覧) .
- 厚生労働省 (2018c). 平成 30 年 (2018)人口動態統計月報年計 (概数) の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai18/dl/gaikyou30-190626.pdf> (2020 年 11 月 1 日閲覧) .
- Kumar, R., & Hipwell, A. E. (1996). Development of a clinical rating scale to assess

- mother-infant interaction in a psychiatric mother and baby unit. *British Journal of Psychiatry*, 169(1), 18-26.
- Kumar, R. C. (1997). "Anybody's child": severe disorders of mother-to-infant bonding. *British Journal of Psychiatry*, 171, 175-181.
- Lee, A. M., Lam, S. K., Sze Mun Lau, S. M., Chong, C. S., Chui, H. W., & Fong, D. Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol*, 110(5), 1102-1112.
- Lee, C.-T., Stroo, M., Fuemmeler, B., Malhotra, R., & Østbye, T. (2014). Trajectories of Depressive Symptoms Over 2 Years Postpartum Among Overweight or Obese Women. *Women's Health Issues*, 24(5), 559-566.
- Leskelä, U., Melartin, T., Rytsälä, H., Sokero, P., Lestelä-Mielonen, P., & Isometsä, E. (2008). The influence of major depressive disorder on objective and subjective social support: a prospective study. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(12), 876-883.
- Limlomwongse, N., & Liabsuetrakul, T. (2006). Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6–8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Archives of Women's Mental Health*, 9(3), 131-138.
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal–fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in nursing & health*, 24(3), 203-217.
- Liu, C. H., Phan, J., Yasui, M., & Doan, S. (2017). Prenatal Life Events, Maternal Employment, and Postpartum Depression across a Diverse Population in New York City. *Community mental health journal*, 1-10.
- Loh, C. C., & Vostanis, P. (2004). Perceived mother - infant relationship difficulties in postnatal depression. *Infant and Child Development*, 13(2), 159-171.
- Maehara, K., Mori, E., Iwata, H., Sakajo, A., Aoki, K., & Morita, A. (2017). Postpartum maternal function and parenting stress: Comparison by feeding methods. *International journal of nursing practice*, 23, e12549.
- Matsumoto, K., Tsuchiya, K. J., Itoh, H., Kanayama, N., Suda, S., Matsuzaki, H., . . .

- Mori, N. (2011). Age-specific 3-month cumulative incidence of postpartum depression: The Hamamatsu Birth Cohort (HBC) Study. *Journal of Affective Disorders, 133* (3), 607-610.
- Matsumura, K., Hamazaki, K., Tsuchida, A., Kasamatsu, H., & Inadera, H. (2019). Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). *Bmc Psychiatry, 19* (1), 419.
- McGrath, J. M., Records, K., & Rice, M. (2008). Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant behavior and Development, 31* (1), 71-80.
- McGreggor, J., & Casey, J. (2012). Enhancing parent-infant bonding using kangaroo care: a systematic review, *Evidence Based Midwifery, 10* (2), 50-56.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., . . . Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders, 108* (1-2), 147-157.
- Miyake, Y., Sasaki, S., Tanaka, K., Yokoyama, T., Ohya, Y., Fukushima, W., . . . Hirota, Y. (2006). Osaka Maternal and Child Health Study Group. Dietary folate and vitamins B12, B6, and B2 intake and the risk of postpartum depression in Japan: the Osaka Maternal and Child Health Study. *Journal of Affective Disorders, 96* (1-2), 133-138.
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives of Womens Mental Health, 9* (5), 273-278.
- Mori, T., Tsuchiya, K. J., Matsumoto, K., Suzuki, K., Mori, N., Takei, N., & Team, H. S. (2011). Psychosocial risk factors for postpartum depression and their relation to timing of onset: The Hamamatsu Birth Cohort (HBC) Study. *Journal of Affective Disorders, 135* (1), 341-346.
- 盛山幸子・島田三恵子・足立智美 (2011). 産後の夫婦関係及び出産満足度と「対児感情及び母親役割行動」との関連. *家族看護研究, 17* (1), 13-19.
- 諸井克英 (1996). 家庭内労働の分担における衡平性の知覚. *家族心理学研究, 10* (1), 15-30.
- 三輪照未・三輪一知郎・讃井裕美・縄田慈子・濱野弘樹・長谷川恵子・佐世正勝 (2020).

- 当院における精神疾患合併妊娠に関する検討. 日本周産期・新生児医学会雑誌, *56* (1), 49-54.
- Muchanga, S. M. J., Yasumitsu-Lovell, K., Eitoku, M., Mbelambela, E. P., Ninomiya, H., Komori, K., . . . Suganuma, N. (2017). Preconception gynecological risk factors of postpartum depression among Japanese women: The Japan Environment and Children's Study (JECS). *Journal of Affective Disorders*, *217*, 34-41.
- Muller, M. E., & Mercer, R. T. (1993). Development of the prenatal attachment inventory. *Western journal of nursing research*, *15*(2), 199-215.
- Muraca, G. M., & Joseph, K. (2014). The association between maternal age and depression. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *36* (9), 803-810.
- Murray, L., Arteché, A., Fearon, P., Halligan, S., Goodyer, I., & Cooper, P. (2011). Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *50* (5), 460-470.
- Murray, L., Hipwell, A., Hooper, R., Stein, A., & Cooper, P. (1996). The cognitive development of 5 - year - old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *37* (8), 927-935.
- Nagata, M., Nagai, Y., Sobajima, H., Ando, T., & Honjo, S. (2003). Depression in the mother and maternal attachment - Results from a follow-up study at 1 year postpartum. *Psychopathology*, *36* (3), 142-151
- 中田かおり・片岡弥恵子 (2018). 出産後に仕事へ復帰した女性が働きながら母乳育児を継続した体験. 日本助産学会誌, *32* (1), 49-59.
- 中野まみ・深谷麻未・崎山美穂・諸岡由依・高橋雄一郎・服部律子・金子一史 (2019). 妊娠期における母親から子どもへのボンディングの関連要因. 北海道心理学研究, *41*, 59-59.
- Nakano, M., Sourander, A., Luntamo, T., Chudal, R., Skokauskas, N., & Kaneko, H. (2020). Early risk factors for postpartum depression: A longitudinal Japanese population-based study. *Journal of affective disorders*, *269*, 148-153.
- Nakano, M., Upadhyaya, S., Chudal, R., Skokauskas, N., Luntamo, T., Sourander, A., &

- Kaneko, H. (2019). Risk factors for impaired maternal bonding when infants are 3 months old: a longitudinal population based study from Japan. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-9.
- 成田伸・前原澄子 (1993). 母親の胎児への愛着形成に関する研究. 日本看護科学会誌, 19(2), 1-9.
- 中島久美子・常盤洋子 (2011). 妊娠初期の妻が満足と感じる夫の関わりにおける夫婦の認識. 日本助産学会誌, 25(1), 45-56.
- 根岸由紀・細渕富夫 (2017). 知的障害のない自閉症スペクトラム障害児の初期発達に関する研究: 4 ヶ月齢児のホームビデオ記録を用いて. 埼玉大学紀要. 教育学部, 66(2), 401-413.
- Nonnenmacher, N., Noe, D., Ehrenthal, J. C., & Reck, C. (2016). Postpartum bonding: the impact of maternal depression and adult attachment style. *Archives of Womens Mental Health*, 19(5), 927-935.
- Norhayati, M., Hazlina, N. N., Asrenee, A., & Emilin, W. W. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 34-52.
- Norton, R. (1983). Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family*, 141-151.
- O'hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 9, 379-407.
- Ohara, M., Okada, T., Kubota, C., Nakamura, Y., Shiino, T., Aleksic, B., ... & Goto, S. (2017). Relationship between maternal depression and bonding failure: a prospective cohort study of pregnant women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(10), 733-741.
- Ohara, M., Okada, T., Kubota, C., Nakamura, Y., Shiino, T., Aleksic, B., . . . Ozaki, N. (2016). Validation and factor analysis of mother-infant bonding questionnaire in pregnant and postpartum women in Japan. *Bmc Psychiatry*, 16, 7.
- Ohoka, H., Koide, T., Goto, S., Murase, S., Kanai, A., Masuda, T., . . . Ozaki, N. (2014). Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant-mother attachment. *Psychiatry and Clinical*

Neurosciences, 68(8), 631-639.

- 岡井崇 (2017). 妊産褥婦の自殺－東京都の集計及び概略分析
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo/kyokushougai/hoken/fukushibu-Kikakuka/0000149769.pdf> (2020 年 5 月 3 日閲覧).
- 岡野貞治・村田真理子・増地聡子・玉木領司・野村純一・宮岡等・北岡俊則 (1996). 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性. 精神科診断学, 7(4), 525-533.
- 岡野貞治・斧澤克乃・李美礼 (2002). 産後うつ病の母子相互作用に与える影響: 日本版 GMII (Global Rating of Mother-Infant Interaction at Four Months) を用いて (ワークショップ: 現代の家族関係が女性の心身に与える影響) (< 特集> 第 31 回 日本女性心身医学会学術集会報告). 女性心身医学, 7(2), 172-179.
- 岡山久代 (2002). 妊婦の胎児への愛着に対する実母ならびに夫との関係の影響. 日本看護研究学会雑誌, 25 (5), 5_15-15_25.
- Okubo, H., Miyake, Y., Sasaki, S., Tanaka, K., Murakami, K., & Hirota, Y. (2011). Dietary patterns during pregnancy and the risk of postpartum depression in Japan: the Osaka Maternal and Child Health Study. *British journal of nutrition*, 105(8), 1251-1257.
- 小野寺敦子 (2005). 親になることにともなう夫婦関係の変化. 発達心理学研究, 16(1), 15-25.
- 大村典子・山磨康子・松原まなみ (2001). 周産期における母親の内的ワーキングモデルと胎児および乳児への愛着. 日本看護科学会誌, 21(3), 71-79.
- Parfitt, Y. M., & Ayers, S. (2009). The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(2), 127-142.
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C., & Osiezagha, K. (2012). Postpartum Depression: A Review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(2), 534-542.
- Perry, D. F., Ettinger, A. K., Mendelson, T., & Le, H. N. (2011). Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with

- infants. *Infant Behavior & Development*, 34 (2), 339-350.
- Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., . . . Stronati, M. (2016). Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29 (5), 771-776.
- Qiu, X., Zhang, S., Sun, X., Li, H., & Wang, D. (2020). Unintended pregnancy and postpartum depression: A meta-analysis of cohort and case-control studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 110259.
- Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ open*, 3 (11).
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27 (2), 237-242.
- Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49 (2), 127-136.
- Rollè, L., Giordano, M., Santoniccolo, F., & Trombetta, T. (2020). Prenatal attachment and perinatal depression: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17 (8), 2644.
- Roman, M., Constantin, T., & Bostan, C. M. (2020). The efficiency of online cognitive-behavioral therapy for postpartum depressive symptomatology: a systematic review and meta-analysis. *Women & health*, 60 (1), 99-112.
- Rossen, L., Hutchinson, D., Wilson, J., Burns, L., Olsson, C. A., Allsop, S., . . . Mattick, R. P. (2016). Predictors of postnatal mother-infant bonding: the role of antenatal bonding, maternal substance use and mental health. *Archives of Womens Mental Health*, 19 (4), 609-622.
- Rubin, R. (1967a). Attainment of the maternal role: Part I. Processes. *Nursing Research*, 16 (3), 237-245.

- Rubin, R. (1967b). Attainment of the maternal role: Part II. Models and referrants. *Nursing Research*, 16(4), 342-346.
- Sagami, A., Kayama, M., & Senoo, E. (2004). The relationship between postpartum depression and abusive parenting behavior of Japanese mothers: a survey of mothers with a child less than one year old. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(2), 174-187.
- 榮玲子 (2004). 妊婦の胎児への愛着形成に影響する要因の検討. 日本助産学会誌, 18(1), 49-55.
- 榮玲子 (2007). 母親の子どもに対する愛着の検討：妊娠期から産後 12 か月までの縦断調査からの分析. 香川県立保健医療大学紀要, 4, 25-31.
- 坂本希世・安達久美 (2018). 10 代で出産した女性の育児期における経験. 日本保健科学学会誌, 21, 32-32.
- Satoh, A., Kitamiya, C., Kudoh, H., Watanabe, M., Menzawa, K., & Sasaki, H. (2009). Factors associated with late post - partum depression in Japan. *Japan Journal of Nursing Science*, 6(1), 27-36.
- Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(4), 316-321.
- Seimyr, L., Edhborg, M., Lundh, W., & Sjögren, B. (2004). In the shadow of maternal depressed mood: experiences of parenthood during the first year after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(1), 23-34.
- Senturk, V., Abas, M., Dewey, M., Berksun, O., & Stewart, R. (2017). Antenatal depressive symptoms as a predictor of deterioration in perceived social support across the perinatal period: a four-wave cohort study in Turkey. *Psychological medicine*, 47(4), 766-775.
- Shaver, P. R., & Hazan, C. (1988). A biased overview of the study of love. *Journal of Social and Personal relationships*, 5(4), 473-501.
- Silverman, M. E., Reichenberg, A., Savitz, D. A., Cnattingius, S., Lichtenstein, P., Hultman, C. M., . . . Sandin, S. (2017). The risk factors for postpartum depression: A population - based study. *Depression and anxiety*, 34(2), 178-187.

- 島田葉子 (2019). 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際とその効果についての文献検討. *看護学研究紀要*, 7(1), 69-81.
- 嶋松陽子・高山知美 (2004). 双子を養育する母親の育児困難感とその要因. *保健科学研究誌*, 1, 35-42.
- Siu, B. W.-M., Ip, P., Chow, H. M.-T., Kwok, S. S.-P., Li, O.-L., Koo, M.-L., . . . Hung, S.-F. (2010). Impairment of mother-infant relationship: validation of the Chinese version of Postpartum Bonding Questionnaire. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(3), 174-179.
- Skari, H., Skreden, M., Malt, U. F., Dalholt, M., Ostensen, A. B., Egeland, T., & Emblem, R. (2002). Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth—a prospective population - based study of mothers and fathers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(10), 1154-1163.
- 相馬深輝 (2011). 初妊婦の胎児への愛着と生活行動との関連. *日本助産学会誌*, 25(2), 203-214.
- Stein, A., Arteché, A., Lehtonen, A., Craske, M., Harvey, A., Counsell, N., & Murray, L. (2010). Interpretation of infant facial expression in the context of maternal postnatal depression. *Infant Behavior & Development*, 33(3), 273-278.
- 末継奏子・岩元澄子 (2015). 産後の抑うつ予防を目的とした妊娠期からの介入の検討. *久留米大学心理学研究: 久留米大学文学部心理学科・大学院心理学研究科紀要*, 14, 25-35.
- Suetsugu, Y., Honjo, S., Ikeda, M., & Kamibeppu, K. (2015). The Japanese version of the Postpartum Bonding Questionnaire: Examination of the reliability, validity, and scale structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(1), 55-61.
- 菅野幸恵 (2001). 母親が子どもをイヤになること: 育児における不快感情とそれに対する説明づけ. *発達心理学研究*, 12(1), 12-23.
- Sugishita, K., & Kitagawa, M. (2019). Promoting Mother-to-Baby Attachment to Prevent Postpartum Depression: An Intervention Study.
- 鈴井江三子・大橋一友 (2007). 妊婦の身体感覚と胎児への愛着の関連性. *日本助産学会誌*, 21(1), 1_6-1_16.

- 鈴木寛子 (2003). 出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害. 自己質問紙を活用した周産期精神保健における支援方法の検討. *精神科診断学*, 14 (1), 49-57.
- 鈴木茜・樋口善之・渡辺多恵子・若松美貴代・市川香織・玉腰浩司・松浦賢長 (2010). P-174 EPDS による産後うつ頻度の把握に関する研究 (Group72 母子保健・訪問指導, ポスターセッション, 第 51 回日本母性衛生学会総会). *母性衛生*, 51 (3), 262.
- Sword, W., Kurtz Landy, C., Thabane, L., Watt, S., Krueger, P., Farine, D., & Foster, G. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118 (8), 966-977.
- Takahashi, Y., & Tamakoshi, K. (2014). Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya journal of medical science*, 76 (1-2), 129.
- 武本茂美・中村幸代 (2011). 児の栄養法別による育児不安および対児感情の関連. *日本助産学会誌*, 25 (2), 225-232.
- 竹ノ上ケイ子・前田尚美・田所由利子・中北充子 (2009). 流産・死産体験者を対象とした e-ケア・システムの構築と活用. *Keio SFC journal*, 9 (2), 23-37.
- 田村博美・佐々木睦子・内藤直子 (2016). 母親が母乳育児継続に自信をもつまでのプロセス. *香川大学看護学雑誌*, 20, 27.
- Tamaki, R., Murata, M., & Okano, T. (1997). Risk factors for postpartum depression in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 51 (3), 93-98.
- 坪田幸子・佐々木規子・赤星衣美・宮原春美 (2017). 長期入院した双子の母親の産後の経験と思い. *保健学研究*, 29, 17-25.
- Tsuchida, A., Hamazaki, K., Matsumura, K., Miura, K., Kasamatsu, H., Inadera, H., . . . Yaegashi, N. (2019). Changes in the association between postpartum depression and mother-infant bonding by parity: longitudinal results from the Japan environment and Children's study. *Journal of Psychiatric Research*, 110, 110-116.
- Ueda, M., Yamashita, H., & Yoshida, K. (2006). Impact of infant health problems on postnatal depression: Pilot study to evaluate a health visiting system. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60 (2), 182-189.

- 植村裕子・榮玲子・松村恵子 (2010). 妊娠初期の女性における妊娠の受容に関する研究. 香川県立保健医療大学雑誌, 1, 35-41.
- van Reenen, S. L., & van Rensburg, E. (2013). The Influence of an Unplanned Caesarean Section on Initial Mother-Infant Bonding: Mothers' Subjective Experiences. *Journal of Psychology in Africa*, 23 (2), 269-274.
- Vigod, S. N., Villegas, L., Dennis, C. L., & Ross, L. E. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low - birth - weight infants: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(5), 540-550.
- Wang, L., Wu, T., Anderson, J. L., & Florence, J. E. (2011). Prevalence and risk factors of maternal depression during the first three years of child rearing. *Journal of Women's Health*, 20(5), 711-718.
- Watanabe, M., Wada, K., Sakata, Y., Aratake, Y., Kato, N., Ohta, H., & Tanaka, K. (2008). Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 211-217.
- Weng, S.-C., Chang, J.-C., Yeh, M.-K., Wang, S.-M., & Chen, Y.-H. (2016). Factors influencing attempted and completed suicide in postnatal women: A population-based study in Taiwan. *Scientific Reports*, 6, 25770.
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of anxiety disorders*, 19(3), 295-311.
- Yamada, A., Isumi, A., & Fujiwara, T. (2020). Association between Lack of Social Support from Partner or Others and Postpartum Depression among Japanese Mothers: A Population-Based Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(12), 4270.
- Yamashita, H., Yoshida, K., Nakano, H., & Tashiro, N. (2000). Postnatal depression in Japanese women - Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. *Journal of Affective Disorders*, 58(2), 145-154.

- Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 708-715.
- Yesilcinar, I., Yavan, T., Karasahin, K. E., & Yenen, M. C. (2017). The identification of the relationship between the perceived social support, fatigue levels and maternal attachment during the postpartum period. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(10), 1213-1220.
- 吉田敬子 (2006). シンポジウム ボンディング障害と愛着障害--精神医学疾患のモデルでどこまで説明できるか. 乳幼児医学・心理学研究, 15(1), 41-50.
- Yoshida, K., Yamashita, H., Conroy, S., Marks, M., & Kumar, C. (2012). A Japanese version of Mother-to-Infant Bonding Scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. *Archives of Womens Mental Health*, 15(5), 343-352.
- Zaidi, F., Nigam, A., Anjum, R., & Agarwalla, R. (2017). Postpartum Depression in Women: A Risk Factor Analysis. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDDR*, 11(8), QC13.
- Zubaran, C., & Foresti, K. (2013). The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(1), 9-15.

謝辞

博士論文を執筆するにあたり、多くの方のご支援とご協力を頂きました。気づけば、休学期間も含めて 7 年もの間、名古屋大学にお世話になりました。多くの方のご支援がなければ、続けられる事ではありませんでした。

まず、この長い間研究を続けることが出来たのは指導教官の金子一史先生の手厚いご指導のおかげです。時間を惜しまず、研究の事、進路の事など、いつも親身にお話してくれました。また金子先生には研究を通して、私の世界の幅を広げて頂きました。トゥルク大学の Andre Sourander 教授とのご縁を繋いで頂いた事も、私の大学院生活にとって大きな出来事でした。Sourander 教授にはトゥルク大学の研究室にお迎え頂き、研究 1, 2 の論文化に際して多くのご指導を頂きました。また研究 1, 2 共著者の方々にも、英語が拙い私の留学生活から論文化まで、本当にお世話になりました。

副査の永田雅子先生、狐塚貴博先生にも的確なコメントを頂き、論文を書く楽しさを再度教えて頂いたと感じております。お忙しい中副査を引き受けて頂き、本当にありがとうございます。また教育発達科学研究科の先生方に授業を通してご指導頂いた事は、私が臨床心理士として生きてく上での財産です。

また岐阜県総合医療センターの高橋雄一郎先生、岐阜県立看護大学の服部律子先生には共同研究にて本当にお世話になりました。現場で多職種の方と共同しての研究という、学生としてはなかなか得られないような貴重な経験を頂きました。また調査に参加して下さった皆様にも、心よりお礼申し上げます。皆様の体験を細やかに教えて頂いた事、本当に勉強になりました。まだ研究は継続中ですので、これからも皆様の役に立てるように結果をまとめていきたいと思っています。

愛知県碧南市役所の方々にも貴重なデータを頂き、感謝しております。また愛知県碧南市役所や愛知県みよし市保健センターの方々には、乳幼児健診業務にて本当にお世話になりました。現場で学んだ体験が、この論文に繋がっていると感じています。また研究や業務で胸を張って一緒に出来るよう、日々精進したいと思います。

Well-being プログラム関係の皆様にも本当にお世話になりました。最初は専攻と両立で

きるか不安に思っていたましたが、専攻分野のみでは出会えなかった体験をさせて頂きました。大学院中に国際学会に多く参加する事が出来たのも、Well-being での経験があったからだと思っています。本当にありがとうございました。

桑名市役所 子ども総合相談センターの皆様にも心より感謝申し上げます。社会人としても、臨床心理士としても経験が浅い私を、温かく迎えてくださいました。また学業との両立に関しても応援してくださり、本当にありがたく感じております。培ってきた研究の力を、いつか皆様の役に立てる日が来れば嬉しいです。

最後に、おそらく誰も予想していなかった長期に渡る大学院生活に関して、温かく応援し続けてくれた祖母，母親，夫に感謝します。

令和3年 中野まみ

付録

第 5 章 妊娠期から産後にかけての母親から子どもへのボンディングについて（研究 4:質的研究）

インタビューガイド：妊娠初回

①妊娠週数を教えてください。また、最近の体調はいかがですか？

—お医者さんから注意するように言われたことはありますか？

②あなたの同居しているご家族を教えてください。ご結婚されている場合、いつ頃でしたか？また、あなたやパートナーのご両親と交流はありますか？

—（どちらかの両親と同居している場合）いつから同居されていますか？

—（上にお子さんがいる場合）上のおさんはどんな子ですか？何か気になっていることはありますか？

③妊娠・出産・育児の事で、誰か相談に乗ってくれる人、また乗ってくれそうな人はいますか？どんなことを相談しましたか（したいですか）？

④ご主人（パートナー）のご職業をお聞きしてもいいですか？どのような勤務形態ですか？
—ご主人の仕事の状況が、お母さんの気持ちに影響を与えていると思う事はありますか？あるとすればどんなことですか？

⑤あなたは現在働いていますか？いつ頃から働いていますか？どのようなお仕事をされていましたか？

—（働いていない場合）妊娠前には働いていましたか？

—（働いている場合）これからの休職、復職の予定を教えてください。

—働いている時の仕事の負担、ストレスについて教えてください。

—退職、もしくは休職に際して、困ったこと、悩んだことはありましたか？

⑥妊娠が分かった時、どのようなお気持ちでしたか？

—どうしてそのように感じたと思いますか？

⑦（パートナーがいる方に対して）あなたのパートナーは、妊娠をどのように感じているようですか？また、妊娠したことでパートナーの変化はありましたか？

—パートナーにしてもらいたかったこと、してもらって助かったことはありますか？

⑧子どもを授かった時期について、どのように感じていますか？

⑨不妊治療の経験はありますか？

—（ある場合）どのような治療を行ったか聞かせて頂いてもよろしいですか？

⑩あなたは今お子さんに対してどのように感じていますか？また、どんな時にそう感じますか？

⑪お子さんをかわいいと思う事がありますか？どんな時にそう感じますか？

⑫お子さんに何かネガティブな気持ちを感じることはありましたか？（関心がもてない等）。その時、あなたはどのような状況でしたか。また、何が原因だと思えますか。

—そのような状況はどれくらい続きましたか。またどのようにそのような気持ちから抜け出しましたか？

⑬これまでに身体的に、もしくは精神的な病気をしたことがありますか？

⑭最近気分が落ち込んだり、いらいらすることはありますか？

—眠れないことはありますか？

⑮妊娠判明時（前回調査時）から現在までで、あなたが変わったと思うことについて教えてください。

⑯妊娠判明時（前回調査時）から現在までで、あなたの価値観が変わったと思うことはありましたか？どんなことに対して変わりましたか？

⑰何か今お母さんが心配されていること、気がかりなことはありますか？

⑱生まれてくる赤ちゃんに対して願いが 3 つ叶うとしたら、何を願いますか？

⑲今あなたが妊娠（子育て）中でホッとできる時間について教えてください。（出てこないようであれば）もし時間があれば何がしたいですか？

インタビューガイド：妊娠後期

①妊娠週数を教えてください。また、最近の体調はいかがですか？

—お医者さんから注意するように言われたことはありますか？

—（前回気がかりなことを話されている方であれば）～～～の件はどうになりましたか？

②前回お会いした時から、何か生活の変化はありましたか？

—お体の変化について感じられることはありますか？

③どちらの病院でご出産される予定ですか？里帰り出産をされますか？

④出産に向けて感じていることはありますか？何か心配されていることはありますか？

—パートナーは出産が近づいてきたことについて何か感じられているようですか？立ち合い出産をする予定ですか？

⑤母親・父親教室などには参加されたことはありますか？

—いつ、何回頃参加されましたか？

—どんなことが役に立ちそうだと思いますか？もっと知りたいことはありましたか？

⑥出産後の育児で心配されていることはありますか？

—出産後の育児を手伝ってくれそうな人はいますか？

⑦生まれてくるお子さんはどのような子だと思いますか？

⑧あなたは今お子さんに対してどのように感じていますか？また、どんな時にそう感じますか？

⑨お子さんをかわいいと思う事がありますか？どんな時にそう感じますか？

—胎動はありますか？動いた時はどのようなお気持ちですか？

—エコー写真を見るとどのように思われますか？

⑩お子さんに何かネガティブな気持ちを感じることはありましたか？（関心がもてない等）。

その時、あなたはどのような状況でしたか。また、何が原因だと思いますか。

—そのような状況はどれくらい続きましたか。またどのようにそのような気持ちから抜け出しましたか？

⑪最近気分が落ち込んだり、いらいらすることはありますか？

—眠れないことはありますか？

⑫病院の先生や看護師さんはどんな方ですか？

⑬前回調査時から現在までで、あなたが変わったと思うことについて教えてください。

⑭前回調査時から現在までで、あなたの価値観が変わったと思うことはありましたか？どんなことに対して変わりましたか？

⑮何か今お母さんが心配されていること、気がかりなことはありますか？

⑯お母さんとお父さんの長所は何ですか？（出てこない場合）今までに他の方から言われた長所はありますか？

⑰お子さんが生まれてから、楽しみにしていることはありますか？

インタビューガイド：産後 2～3 か月

①お子さんの誕生日、性別、出生体重を教えてください。

②この前お会いしてから、妊娠中に何かありましたか？

—お医者さんから言われていたことはありますか？

—何かお母さんの環境で変わったことはありましたか？

③陣痛が来た時、どのようにお過ごしでしたか。その後、出産時の体験を教えてください。

—出産には何時間かかりましたか？

—自分が思っていた出産と比べてどうでしたか？

④（里帰りをした方であれば）里帰り先ではどのようにお過ごしでしたか？

⑤赤ちゃんが生まれた時、どのようなお気持ちでしたか？

—パートナーは一緒にいましたか？どのような反応でしたか？

⑥入院中の生活はどのようなようでしたか？

⑦現在育児はどうですか？

⑧現在、育児を手伝ってくれる方はいますか？

—母乳育児を希望されていますか？今どのように栄養を与えていますか？

⑨出産後、パートナーは育児や家事にどの程度参加していますか？

—妊娠時の期待と比べていかがですか？

—出産後、パートナーとの関係の変化はありますか？

⑩お子さんはどのような赤ちゃんですか？

⑪あなたは今お子さんに対してどのように感じていますか？また、どんな時にそう感じますか？

⑫お子さんを身近に感じる時はありますか？またかわいいと思う事がありますか？

—どんな時にそう感じますか？

⑬お子さんに対してネガティブな感情を持つことがありましたか？その時、あなたはどのような状況でしたか。また、何が原因だと思いますか。

—お子さんに関心が持てなかったり、赤ちゃんがいない頃に戻れたらと思う事がありましたか？

—そのような状況はどれくらい続きましたか。またどのようにそのような気持ちから抜け出しましたか？

⑭お子さんに対して、「怒鳴りたい、叩きたい」等してはいけないと思う事でしたと思ったことはありますか。

—実際に行動に移したことはありますか。

⑮お子さんに先天性疾患や、その可能性が伝えられましたか？

—どのような経緯でわかりましたか？

—伝えられた時に考えられたこと、お気持ちを聞かせてもらってもいいですか？

⑩最近気分が落ち込んだり、いらいらすることはありますか？

—そのせいで眠れないことはありますか？

⑪前回調査時から現在までで、あなたが変わったと思うことについて教えてください。

⑫前回調査時から現在までで、あなたの価値観が変わったと思うことはありましたか？どんなことに対して変わりましたか？

⑬何か今お母さんが心配されていること、気がかりなことはありますか？

⑭出産後、思ったよりも大変だったこと、大変じゃなかったことはありますか？

⑮お子さんの成長で楽しみにしていることはありますか？

インタビューガイド：産後 7～9 か月

①最近のお母さん、お子さんの体調はいかがですか？大きな病気などありましたか？

②この前お会いしてから、お母さんの環境で変わったことはありましたか？（引っ越し・身近な人の出産・病気など）

③現在、育児を手伝ってくれる方はいますか？

—母乳育児希望をされていましたか？今どのように栄養を与えていますか？

④現在育児はどうですか？

⑤出産後、パートナーは育児や家事にどの程度参加していますか？

—妊娠時の期待と比べていかがですか？

⑥お子さんが生まれたことで、パートナーとのご関係にどのような影響がありましたか？

—他に赤ちゃんが生まれたことで、関係が変化した人はいますか？（上の子、両親、義両親、友人等）

⑦お子さんはどのような赤ちゃんですか？

—何か発達面で気になることはありますか？育てにくいなと感じることはありますか？

—乳幼児健診で何か言われたことはありましたか？

⑧あなたは今お子さんに対してどのように感じていますか？また、どんな時にそう感じますか？

—赤ちゃんに対する感情はどのように移り変わりましたか？

—赤ちゃんに対する自分の感情に（戸惑ったり）、がっかりしたことがありますか？

—お子さんを身近に感じる時はありますか？またかわいいと思う事がありますか？どんな

時にそう感じますか？

⑨お子さんに対してネガティブな感情を持つことがありましたか？その時、あなたはどのような状況でしたか。また、何が原因だと思いますか。

—そのような状況はどれくらい続きましたか。またどのようにそのような気持ちから抜け出しましたか？

⑩お子さんに対して、「怒鳴りたい、叩きたい」等してはいけないと思う事でしたいと思ったことはありますか。実際に行動に移した事がありますか。

⑪お子さんに先天性疾患や、その可能性が伝えられましたか？

—どのような経緯でわかりましたか？

—伝えられた時に考えられたこと、お気持ちを聞かせてもらってもいいですか？

⑫最近気分が落ち込んだり、いらいらすることはありますか？

—自分に対する否定的な気持ちや罪悪感を感じることはありますか

—睡眠や食欲への影響はありますか？

⑬前回調査時から現在までで、あなたの価値観が変わったと思うことはありましたか？どんなことに対して変わりましたか？

⑭何か今お母さんが心配されていること、気がかりなことはありますか？

⑮出産後、思ったよりも大変だったこと、大変じゃなかったことはありますか？

⑯お子さんの成長で楽しみにしていることはありますか？