

ハイリスク妊婦とそのパートナーの
親性の変化と影響因子
-妊娠期から児の退院後の縦断研究-

名古屋大学大学院医学系研究科

看護学専攻

氏名:河村江里子

令和5年度 学位申請論文
ハイリスク妊婦とそのパートナーの
親性の変化と影響因子
-妊娠期から児の退院後の縦断研究-

名古屋大学大学院医学系研究科
看護学専攻

(指導:浅野 みどり 教授)

氏名:河村 江里子

目次

要旨.....	1
Abstract.....	3
I. 緒言.....	5
II. 研究背景.....	6
1. 妊娠期の親性.....	6
2. 育児期の親性.....	8
3. ハイリスク妊婦とそのパートナーの親性.....	8
III. 研究意義.....	9
IV. 研究目的.....	10
V. 用語の操作的定義.....	10
VI. 研究方法.....	11
1. 研究デザイン.....	11
2. 研究対象.....	11
3. データ収集期間.....	11
4. 調査手順.....	12
5. 調査内容.....	12
6. 分析方法.....	15
7. 倫理的配慮.....	16
VII. 結果.....	16
1. 承諾状況.....	17
2. 妊娠期から児の退院後までの父親・母親の SECP 得点の変化の違い.....	18
3. 父親と母親の SECP 得点の違い.....	20
4. SECP 得点の関連因子.....	20
VIII. 考察.....	25
1. ハイリスク妊婦とそのパートナーの妊娠期から児の退院までの父親・母親の親性の変化と相違.....	25
2. ハイリスク妊婦とそのパートナーの妊娠期から児の退院後までの親性に影響を及ぼした因子.....	28
3. 看護への示唆.....	31
4. 本研究の強みと限界.....	32
IX. 結論.....	33
X. 謝辞.....	34
XI. 文献.....	35

<図・表> 図1、2、3、4、5 表1、2、3、4、5、6、7、8、9、10

<資料> 資料1：妊娠期（1回目）の質問紙

資料2：出産後（2回目）の質問票

資料3：児の退院後（3回目）の質問紙

ハイリスク妊婦とそのパートナーの親性の変化と影響因子

—妊娠期から児の退院後の縦断研究—

要旨

1. 背景

世界中の妊婦には様々なストレス要因が存在し、特に社会的・環境的な影響によりハイリスク妊婦が増加する可能性がある。これらは、女性とそのパートナーにとって、親への移行を困難にする原因となりうる。しかし、親になることに焦点を当て検討した研究は限られている。そこで本研究では、ハイリスク妊婦とそのパートナーにおける妊娠中から出産、児の退院後までの親性の変化と、性差の有無、親性に関連する要因について明らかにすることを目的とした。

2. 方法

本研究は縦断的調査研究であり、ハイリスク妊婦外来を受診した 127 名の妊婦とそのパートナーに自記式無記名質問票を配布した。育児期の親性尺度（以下 SECP : 3 下位尺度、33 項目）を用いて、妊娠中、出産後、児の退院後の 3 回実施した。

3. 結果

回答が得られた妊娠期 85 名（父親 37 名、母親 48 名）、出産後 36 名（父親 13 名、母親 23 名）、児の退院後 31 名（父親 11 名、母親 20 名）を分析対象とした。妊娠期から児の退院後にかけて、両親ともに SECP 得点の有意な上昇がみられた。母親は、父親よりも妊娠期から出産後にかけて SECP 得点の上昇が大きかった。また、父親の妊娠期および出産後における SECP 得点の平均値は、母親と比較して高かった。各時点における母親と父親の SECP 得点には有意な差はなかった。SECP 得点は、すべての時点で不妊治療、出産後では産後うつ、児の退院後では育児ストレスと有意に関連していた。

4. 考察・結論

不妊治療を受けた群の親性が出産前後を通して有意に高いことが明らかとなった。しかし、そのようなカップルには出産自体がゴールとなる懸念もあるため継続した支援が必要である。親性の発達を阻害する要因への介入を提案し、両親の様々な背景を理解し、夫婦を1単位として考慮しながら個々に支援する必要がある。

Changes and influential factors of parenthood for high-risk pregnant women and their partners

in Japan

– Longitudinal study from pregnancy to post-discharge of infants–

Abstract

Background: Various stressors exist for pregnant women worldwide, especially negative social and environmental influences that can increase the number of high-risk pregnant women. These may cause a difficult transition to parenthood for women and their partners. However, limited studies have focused on and examined parenthood. Therefore, this study aimed to identify the changes in parenthood from pregnancy to post-discharge after childbirth among high-risk pregnant women and their partners, as well as the presence or absence of gender differences and the factors associated with parenthood.

Methods: This longitudinal quantitative study used a self-administered anonymous questionnaire distributed among 127 pregnant women and their partners who visited a high-risk pregnant outpatient clinic. The Scale of Early Childrearing Parenthood (SECP; three subareas, 33 items) was administered thrice: during pregnancy (T1), after childbirth (T2), and after discharge (T3).

Results: The analysis included 85 T1 (37 fathers and 48 mothers), 36 T2 (13 fathers and 23 mothers), and 31 T3 (11 fathers and 20 mothers) responses. There was a significant increase in the SECP scores for both parents from T1 to T3. Mothers had a greater increase in the SECP scores from T1 to T2 than fathers. In addition, fathers' mean SECP scores at T1 and T2 were higher compared with those of the mothers. Mothers' and fathers' SECP scores at each time point showed no significant differences. At all time points, the SECP scores were commonly and significantly associated with infertility treatment, postpartum depression at T2, and parenting stress at T3.

Conclusions: Parenthood in the infertility treatment group was significantly higher throughout the series. We need to support such couples so that childbirth does not become their main goal. We suggest interventions for factors that impede parenthood development, understand the various backgrounds of the parents, and support the couple individually while also considering them as a unit.

I. 緒言

2100年の世界の合計特殊出生率は1.66と予測され、さらに、このシナリオでは、日本、タイ、スペインを含む23カ国が2017年から2100年にかけて50%未満の人口減少になると予測され、世界は深刻な人口減少に陥っている（Vollset et al., 2020）。我が国の2020年の合計特殊出生率は、厚労省によれば1.34と低水準となっており、少子化が大きな問題となっている（日経新聞, 2021）。また、近年は晩婚化に伴い、母体の出産年齢の高齢化や高度な生殖医療技術の発展によりハイリスク妊婦も増加している（厚労省, 2019）。

周産期の女性にとってのストレス要因は世界中にあり、例えば米国の妊婦においては、有色人種の女性、虐待歴のある女性、ハイリスク妊娠の女性など、より脆弱な集団はストレスのレベルが上昇することが示されている（Preis, Mahaffey & Lobel, 2020; Barbos et al., 2021）。日本においては、特に社会的・環境的ストレスによって育児の孤立や負担感の増大を招く可能性が高い。特にハイリスク妊婦においては、自分自身と生まれてくる我が子に対する健康不安などの身体的・精神的要因により、追加のストレスや負担感が増大する可能性が高くなる可能性がある。それは、すなわち、親となる移行期が危機的な状況になる可能性を示唆している。

また、新型コロナウイルスの感染拡大以降は、ほとんどの医療施設で面会制限が実施された（中日新聞, 2021）。全国の施設を対象に行ったアンケート調査では、実に小児科病棟の9割超が面会を規制していた（日経新聞, 2020）。特に父親は、一般的に社会的活動のため他者と接触する機会が多いとの判断により、面会を禁止している施設も少なくない。そのため、父親は出産から児が退院するまで、一度も子育てに関わる機会を得ることができない場合もある（川崎市立川崎病院, 2021）。さらに、パンデミック時の父親は母親よりも育児ストレスを高く報告している（佐瀬, 2020; Vance et al., 2021）；

Taubman, Ben & Chasson, 2021) 。このような環境や状況において、父親にとっても親への移行は危機的な状況に陥りやすいと言える。

以上のように、我が国では少子化と育児困難の差し迫った重要な問題を抱えている。様々な障壁の中で、男性・女性ともに親への移行における課題と支援を検討することは重要であると考えます。

そこで今回は、親としての自覚を持ち、子育ての能力の獲得と発達支援を検討するために、ハイリスク妊婦とそのパートナーの「親性」に注目した。従来は、子どもを育てるために父親や母親として求められる機能や能力を「父性」・「母性」といった言葉で表現されてきた(小笠原, 2010)。しかし、これは、ステレオタイプの性別役割分業観に基づいている(浅野, 2020)。そこで現在は、母親と父親に共通する親の特性を示す必要性が増大し「親性」という言葉が使用されている(大橋, 浅野, 2010)。Belsky (1984) は、養育期のペアレンティング (parenting) について、その規定因を親性の要因(親自身の生育歴、パーソナリティ)、社会的要因(夫婦関係、仕事、社会的ネットワーク)、子どもの特徴の3要因としている。「親性」を高めることは“子育て力”を向上させることにつながると考えられ(小笠原, 2010)、親性はライフステージとともに発達していく(大橋, 浅野, 2010)ため、ハイリスク妊婦とそのパートナーに対して妊娠期から親性を発達させるための支援を検討することは重要であると考えます。

本研究を進めるにあたり、研究の背景を以下に述べる。

II. 研究背景

1. 妊娠期の親性

親子の間の愛着形成は、母親の場合、妊婦期から形成されると言われており（成田，前原，1993）、親性も同様であると考えられる。しかし、父親の場合は、妊娠期からの親性に関する既存の研究は少ない。その中で、父親の親性に関しては、子どもの誕生前に子育ての知識を得たり、母親とのコミュニケーションを通したりして夫婦で共に子育てをしている感覚や、子どもとの関わりの中で小さな楽しみや新しい発見を得ることがきっかけとなり、父親の子育てに対する思いが肯定的に変化する可能性が示唆されている（中村,2016）。妊娠期の夫の親性の研究によると、胎児情報を中心とした妻の積極的な働きかけは夫の親性を発達させる（古田ら,1999）との報告がある。また、育児経験がない青少年を対象にした研究においては、継続的な乳幼児との接触が親性に影響していることが明らかとなっている（佐々木ら,2011）。

男女の親性の違いに関しては、親となる意識の構造とその影響因子に関する調査によると、夫においては成熟した人格、子どもへの強い関心と存在の実感が親になる意識に肯定的に関与すると考えられ、一方、妻では夫婦関係の良さは親になる意識の否定的側面を軽減しており、胎児への関わりと胎児存在の実感は親となる意識の肯定的側面を強化すると同時に、否定的側面の子の健康不安も強めることがわかった（佐々木,植田,鈴木,前田,片山,2004）。そして、胎児への愛着に関して妊婦とそのパートナーで比較した研究では、愛着は妊婦の方が有意に高かった（Ustunsoz, Guvenc, Akyuz & Oflaz, 2010; Abbasi, Tahmasbi, Hasani & Takami, 2012）。

以上のように男性は妊娠期から子どもに関心を持ち、女性は夫婦関係を良好に過ごすことが親性に肯定的な影響を与えるが、女性の場合、胎児に健康問題があった場合に親性に否定的な影響があることが示唆される。また、妊娠期は男性よりも女性の方が親性は高い傾向にあることが示唆された。しかし、

妊娠期の男女の親性に何が影響するかを量的に検証した研究は未だ少なく、出産前後でどのように親性が変化するかも明らかとなっていない。

2. 育児期の親性

出産から12ヶ月後までの両親の親性の変化に関しては、出産後から3ヶ月後にかけて大きく向上し、その後12ヶ月までは安定する（浅野, 2020）。そして、心身の状態と不安の有無が親性に影響していた（浅野, 2020）。

母親に関しては、実際の育児に関わる人が多い母親の方が親になることでの変化は大きく、母親から受けた被養育体験が親性にやや影響を与えていた（及川, 2005）。3か月児を持つ初産の母親は、産後の良好な夫婦関係は母親役割行動の高まりにつながることを示唆されている（盛山, 島田, 足立, 2011）。また、抑うつ傾向の高い母親は、子どもに対する愛着が低くなることを示されている（本城, 2006）。

以上のように、育児期の親性のプロセスとして、出産から3ヶ月後にかけては最も重要な時期であることが考えられ、支援が必要であることが示唆されている。母親の方が育児に関わることで親性を発達させていくが、良好でない夫婦関係や実母から受けた被養育体験や母親のメンタルヘルスの問題は親性の発達を阻害する要因になる可能性がある。

3. ハイリスク妊婦とそのパートナーの親性

ハイリスク妊婦の愛着は、先天性異常を持つ児の妊婦、その他の妊娠合併症を持つ妊婦、健康な妊婦の3群で胎児への愛着を比較した結果、グループ間で有意な差はなく、合併症を伴う妊婦は過去の否定

的な妊娠経験が胎児への愛着の低下と関連していた (Kucharska, 2021)。産後うつに関しては、妊娠糖尿病は、産後 6 週でのうつ病のリスクを 4.62 倍増加させることと関連していた (Hinkle et al., 2016)。

また、母親と父親の生後 4 から 6 週間の産後うつ病を調査した結果においては、産後うつに最も関連する危険因子は、極低出生体重児の誕生、続いて女性であること、生涯の精神障害、および低い社会的支援であった (Helle et al., 2015)。新生児集中治療室に入院している低出生体重児の母親が、子どもへの肯定的感情を促進する要因について検討した別の研究では、子どもに直接関連する要因として、「子どもの状態や発達の改善」、「子どもの状態について毎日報告を受けること」が最も多く挙げられていた (垣口ら, 2014)。

以上のように、ハイリスク妊婦に関しては、産後うつとの関連や、子どもへの愛着や感情に関する報告はあるが、親性に焦点を当てて検証した報告はほとんどなく、そのパートナーである父親を対象とした報告は極わずかである。

よって、博士論文では、ハイリスク妊婦とそのパートナーに対して妊娠期から児の退院までの親性の变化と違い、親性に影響する因子を明らかにすることで、両親の親性の獲得・発達を促す周産期看護の一助となり、より効果的な退院支援の方法の示唆を得ることを目的に研究に取り組みたいと考えた。

III. 研究意義

これらの知見は、産前早期から親性の獲得と発達を促進する看護の一助となると考える。両親が親性を獲得し発達させることは、より良好な親子関係といった児への直接的な成長発達と、良好な夫婦関係から良好な親子関係へと導く子どもへの間接的な成長発達に肯定的な影響を及ぼす可能性と、親自身の成長発達に肯

定的な影響を及ぼす可能性が期待される。また、慢性的な人材不足や時間的制限がある臨床現場において、いかに効果的に親性を発達させる事ができるかを検証することは保健医療従事者の家族支援スキルに貢献するとともに、児とその家族のウェルビーイングに貢献する事が期待される。さらに、性差を研究することはジェンダード・イノベーションにつながるため、母親と父親の親性の違いを検証することは重要であると考え（Sims, Stefanick, Kronenberg, Sachedina & Schiebinger, 2010）。

IV. 研究目的

ハイリスク外来に受診した妊婦とそのパートナーを対象にした質問紙調査により以下の3点を明らかにする。

1. 妊娠期から児の退院までの父親・母親の親性の変化の違いの有無。
2. 妊娠期、出産後、児の退院後の各時期の父親・母親の親性の違いの有無。
3. 妊娠期、出産後、児の退院後の各時期における両親の親性に影響を及ぼす因子。

<key words>

ハイリスク妊婦、親性の変化、父親と母親の親性の違い、親性への影響因子

V. 用語の操作的定義

- ・親性：すべての人が持っているものであり、女性と男性に共通する、自己を愛し、尊重しながら、他者（子ども）に対しても慈しみやいたわりを持つという性質である。ライフステージとともに発達し

ていくものであり、妊娠・出産・育児期では、子どもに対して保護や養育という能力で発揮される

(大橋, 浅野, 2010)。

- ・ハイリスク妊婦：母児のいずれかまたは両者に重大な予後が予測される妊婦を指す。この際、重大な予後とは、母体では母体死亡にもつながる状態、胎児では胎児仮死（胎児低酸素症）、早産（低出生体重児）、先天異常（胎児奇形）より周産期死亡や後遺症につながる状態を指している（岡田, 2005）。

VI. 研究方法

1. 研究デザイン：自記式無記名質問紙調査を用いた縦断的調査研究

2. 研究対象

1) 対象施設

東海地方のハイリスク妊婦外来を有する2施設であった。

2) 対象者の選択基準

ハイリスク妊婦外来を受診した妊婦とそのパートナーであり、外来担当医師から研究協力の候補者として判断され、研究協力を承諾を得られた者とした。妊婦と再婚や事実婚により血縁関係なく胎児と親子関係となるパートナーは除外した。

3. データの収集期間

令和3年4月から令和3年12月

4. 調査手順

研究対象となり得る東海地区を中心に、ハイリスク妊婦外来を実施し、NICUを有している施設をリストアップした。本学の生命倫理審査委員会の承認を得た後、対象1施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

計2施設に調査依頼を行い協力が得られた。依頼の際には、対象施設の看護部長と周産期センターの管理責任者宛に調査協力の依頼をした。研究者が施設にて施設用研究依頼書・研究説明書・研究承諾書と添付資料として対象者用研究依頼書・研究説明書・質問紙調査票を持参し研究内容を説明した。施設から研究承諾を得た後、各施設の倫理審査委員会の承認を得た。

研究承認後は、研究者が外来の主治医に選定基準を満たす対象者のリストアップを依頼した。リストアップされた対象者の外来受診日に、主治医または施設管理者が対象者に研究参加に関して研究者から直接説明を聞くことへの意向を確認してもらった。説明の承諾が得られた対象者に、研究者が文書及び口頭で説明し、同意を得て対象者に質問紙を渡し、無記名で記入するよう依頼をした。質問紙は、妊娠期（1回目）、出産後（2回目）、児の退院後（3回目）の3回分を返信用封筒と共に1度に渡し、各時期の毎に記入して郵送するよう依頼をした。なお、児の退院後は1ヶ月以内に記入するように依頼した。

5. 調査内容（資料 1、2、3）

1) 参加者の背景については以下の内容である。

以下に示す全24項目を調査した。対象者の性別、年齢、現在の職業、最終学歴、家族形態、結婚年数、不妊治療の有無、調査時に妊娠週数、乳幼児の取扱い経験の有無、現在の育児不安・育児以外の不

安の有無、「夫は仕事、妻は家事育児」に対する意見の是非、男性の育児参加についての意見の是非、現在の身体的精神的不調の有無、被養育環境とした。出産後では、児の出生週数、児の出生時体重、児の性別、出生順（子どもの人数）、多胎出生の有無、新生児集中治療室（以下NICU）の入院の有無、入院期間、入院中の育児参加状況、育児休暇取得の有無とした。

2) 親性については妊娠期、出産後、児の退院後の全ての時期に使用し、以下の内容である。

育児期の親性尺度（Scale of Early Childrearing Parenthood：以下SECPとする）（大橋, 浅野, 2010；Ohashi & Asano, 2012）を使用した。この尺度は、Mercer（1995）の母性役割達成理論に基づき、大橋・浅野（2010）が開発した尺度で、信頼性と妥当性が確認されている。この尺度は、自己への認識と「子どもへの認識」の2方向性をもち、さらに自己への認識を「親役割の状態」と「親役割以外の状態」とに分けた2側面の3下位領域からとらえる尺度として開発されている。「親役割の状態」が13項目（質問例：私は、育児に関心があります）、「親役割以外の状態」が9項目（質問例：私の生き方は、自分で納得いくものだと思います）、「子どもへの認識」が11項目（質問例：私は、現在の子どもの発育がよくわかります）の計33項目の自記式質問用紙である。各項目は「全くその通り」から「全く違う」の5段階評定法で評価する。評価は総合点（測定範囲33-165）と、それぞれ親役割の状態の合計点（測定範囲13-65）、親役割以外の状態の合計点（測定範囲9-45）、子どもへの認識の合計点（測定範囲11-55）で比較する。カットオフ値はなく、合計点が高いほど親性が発達していることを意味している。本研究におけるSECPのCronbach's α は0.82から0.94と内的整合性の高さは確認できている。

3) 産後うつ病については出産後に使用し、以下の内容である。

日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale : 以下 EPDS とする)

(岡野, 1996) を使用した。EPDS は Cox, Holden and Sagovsky (1987) によって開発された日本語版で、産後うつを評価するものである。10 項目からなる自己記入式の質問紙票で、妊婦並びに出産後 1 年未満の産婦とそのパートナーを対象に使用する。各質問とも 4 段階の評価法で、合計点 (測定 0-30) で評価し、合計が 9 点以上、あるいは質問項目 10 番「自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた」が 1 点以上のいずれかを満たす場合は「うつ病の可能性が高い」としてスクリーニングする。本対象者に行った結果、Cronbach' α は 0.82 と内的整合性の高さは確認できている。

4) 育児ストレスについては児の退院後に使用し、以下の内容である。

日本版 PSI 育児支援アンケートショートフォーム (Parenting Stress Index-Short Form Scale : PSI-SF とする) (荒木ら, 2005) を使用した。PSI-SF は、Abidin (1995) によって開発された PSI 全文 (奈良間ら, 1999) を基にした作成された尺度の短縮版である。「子どもに関するストレス」9 項目 (質問例: 私の子どもは元気すぎて私が疲れる)、「親自身に関するストレス」10 項目 (質問例: 私は子どもを産んでからやりたいことがほとんどできない) の 2 側面を下位領域とする計 19 項目から構成された尺度であり国内外で使用されている。各項目は「とてもそう思う」から「まったくそう思わない」の 5 段階評定法で評価する。評価は総合点 (測定範囲 19-95) と、それぞれ子どもに関するストレスの合計点 (測定範囲 9-45) 、親自身に関するストレスの合計点 (測定範囲 10-50) で比較する。カットオフ値はなく、合計点が高いほどストレスが高いことを意味している。本対象者に行った結果、Cronbach' α は 0.88 から 0.66 と内的整合性の高さは確認できている。

6. 分析方法

データ分析は以下の順序で行った。

参加者の概要を記述するための記述統計量を算出した。記述データは、連続変数は平均（範囲）、名義変数は人数（%）として表した。

まず、妊娠期、出産後、児の退院後のそれぞれの時期間の父親・母親の SECP 得点（総合点及び下位 3 尺度得点：親役割の状態、親役割以外の状態、子どもへの認識）の変化を明らかにするために対応のある T 検定を行った。

2 番目に、各時期の父親・母親間の SECP 得点の違いを明らかにするために T 検定を行った。

3 番目に、各時期の SECP 得点と有意差を示す変数を抽出するために SECP 得点を従続変数、参加者の特徴項目を独立変数として、2 群（例：性別）を比較する場合は T 検定、連続変数（例：年齢、EPDS、PSI-SF）の場合は Pearson の積率相関分析、3 群以上（例：職業）を比較する場合は一元配置分散分析を使用した。正規性の仮定は検定された。なお、SECP 得点と有意差を示した項目については、実質的な平均値の差の大小を明らかにするために、効果量として Cohen'd を算出した。効果量 d の基準は、0.2 は小さな差、0.5 は中程度の差、0.8 は大きな差である（Cohen, 1988）。

最後に、各時期での SECP 得点の影響因子となる変数を明らかにするために、上記で SECP 得点と有意差を認めた項目を独立変数とする重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。その際、独立変数同士の相関関係はないことを確認した。

統計的有意性の基準は、両側有意確率 5%未満に設定した。データは SPSS（IBM SPSS Statistics 28 for Windows, Japan, Tokyo）を使用した。

7. 倫理的配慮

本研究は名古屋大学大学院医学系研究科生命倫理審査委員会の承認（2020-0322）を得た後に、対象施設1施設の倫理審査委員会の承認（20200528-1）を得た上で実施した。

主治医や施設管理者が、研究者からの研究説明を受ける意向を対象者に確認する際、対象者の意思を尊重し、諾否が施設との関係性に影響しないことを対象者に伝えてもらい強制力が働かないよう十分配慮した。研究者からは、研究目的、内容と方法に加え、研究への参加は自由意思によるものであり参加拒否できること、同意をした後、質問紙に回答するまでは承諾の撤回ができること、拒否した場合でも不利益を被らないこと、研究で得られた資料は本研究以外の目的で使用しないことを文書および口頭で説明した。また、無記名の質問紙は個人が特定されないよう回収し匿名性を確保した上で、得られた結果は学会等で発表する予定があることを説明し、プライバシーが守られることを保証した。

さらに、EPDSの結果に関して、産後うつ病のハイリスクとしてスクリーニングされた該当者に対して、本人に知らせ適切な対応方法を本人と検討し、本人の同意のもと必要に応じて適切な機関へ情報提供することを文書および口頭で説明した。その際、該当者と直接連絡を取り合うために、一時的に電話番号等の個人情報を知り得ることとなった。しかし、調査終了後は速やかに個人情報を消去し保持しないよう説明した。

質問紙は鍵のかかる場所で厳重に保管し、データを保管するパソコンや外付けHDDにはパスワードロックをかけた。研究終了後は、シュレッダーで粉砕処分し、電磁的データは消去用ソフトにより適切に削除し、復元不可能な状態にして破棄することを説明した。

VII. 結果

1. 承諾状況 (図1)

質問紙配布部数は127部であった。妊娠期の回収数は86部(67.7%)、有効回答数は85部(98.8%)であった。上記のうち継続調査への同意が得られたのは77名(60.6%)で、出産後の回収数は37部(29.1%)、有効回答数は36部(28.3%)であった。児の退院後の回収数及び有効回答数は31部(24.4%)であった。

1) 参加者の背景

妊娠期、出産後、児の退院後のそれぞれの時期の参加者の背景に関して表1に示す。

(1) 1回目；妊娠期

父親37名(43.5%)、母親48名(56.5%)、計85名であった。平均年齢32.61(21-50)歳、正規雇用54名(63.5%)で、最終学歴が短大・専門学校・大学以上63名(74.1%)であった。結婚3年未満35名(41.2%)、不妊治療をしていたのは29名(34.1%)であった。心身ともに快調なのは65名(76.5%)であった。妊娠期の調査時期28週未満は31名(36.5%)、今回は第一子は44名(51.8%)、育児不安は40名(47.1%)がある、育児以外の不安は21名(24.7%)があった。

(2) 2回目；出産後

父親13名(36.1%)、母親23名(63.9%)、計36名であった。平均年齢33.94(22-50)歳、最終学歴は短大・専門学校・大学以上27名(75.0%)、結婚3年未満12名(33.3%)、不妊治療をしていたのは11名(30.6%)、心身ともに快調26名(72.2%)であった。子どもの平均出生週数37.78(26-41)週、出生体重2500g以上27名(75.0%)、第一子17名(47.2%)、NICU入院加療9名(25.0%)であ

った。育児の不安は13名(36.1%)がある、育児以外の不安は6名(16.7%)がある、育児休暇を取得した人は19名(52.8%)、EPDSの平均点は4.45(0-14)点で、産後うつリスク状態であるとスクリーニングされた(以下EPDS陽性とする)のは9名(25.0%)であった。EPDS陽性者の背景として9名中、父親3名、母親6名で、夫婦ともに陽性は1組であった。不妊治療をしていたのは2名、NICU入院加療は1名、第一子は4名、心身不調は6名、育児不安があるのは6名(Fisher法; $p=0.046$)、育児以外の不安があるのは4名(Fisher法; $p=0.024$)であった。

(3) 3回目; 児の退院後

父親11名(35.5%)、母親20名(64.5%)、計31名であった。平均年齢33.84(22-50)歳、最終学歴は短大・専門学校・大学以上が24名(77.4%)、結婚3年未満11名(35.5%)、不妊治療をしていたのは9名(29.0%)、心身ともに快調21名(67.7%)であった。子どもの平均出生週数37.87(26-41)週、出生体重2500g以上25名(80.6%)、第一子16名(51.6%)、NICU入院加療5名(16.1%)であった。育児の不安は13名(41.9%)がある、育児以外の不安は6名(19.4%)がある、育児休暇取得18名(58.1%)であった。PSI-SFの平均点はそれぞれ合計点37.77(22-55)点、子どもの側面18.84(9-27)点、親の側面18.94(10-30)点であった。

2. 妊娠期から児の退院後までの父親・母親のSECP得点の変化の違い(表2・図2,3,4,5)

分析対象は3時期全て参加した父親11名、母親20名、計31名とした。

1) 妊娠期から出産後までのSECP得点の変化

「総合点」では、父親 ($p=0.029$, $d=0.77$) は中等度、母親 ($p<0.001$, $d=1.17$) は大きな差で両親共に有意に上昇した (図2、表2)。「親役割の状態」では、父親 ($p=0.052$) は有意な上昇はなく、母親 ($p<0.001$, $d=1.30$) は大きな差で有意に上昇した (図3、表2)。「親役割以外の状態」では、父親 ($p=0.624$) は有意な上昇はなく、母親 ($p=0.011$, $d=0.63$) は中等度の差で有意に上昇した (図4、表2)。「子どもへの認識」では、父親 ($p=0.017$, $d=0.87$)、母親 ($p<0.001$, $d=0.89$) 共に大きな差で有意に上昇した (図5、表2)。

2) 出産後から児の退院までの SECP 得点の変化

「総合点」では、父親 ($p=0.282$)、母親 ($p=0.068$)、「親役割の状態」では、父親 ($p=0.131$)、母親 ($p=0.632$)、「親役割以外の状態」でも、父親 ($p=0.356$)、母親 ($p=0.743$) と両親共に有意な上昇はなかった。しかし、「子どもへの認識」では、父親 ($p=0.841$) は有意な上昇はなかったが、母親 ($p=0.009$, $d=0.66$) は中等度の差で有意に上昇した (図5、表2)。

3) 妊娠期から児の退院後までの SECP 得点の変化

「総合点」では、父親 ($p=0.025$, $d=0.79$) は中等度、母親 ($p<0.001$, $d=1.21$) は大きな差で有意に上昇した (図2、表2)。「親役割の状態」では、父親 ($p=0.023$, $d=0.79$) は中等度、母親 ($p<0.001$, $d=1.19$) は大きな差で有意に上昇した (図3、表2)。「親役割以外の状態」では、父親 ($p=0.271$) は有意な上昇はなく、母親 ($p=0.050$, $d=0.72$) は中等度の差で上昇した (図4、表2)。「子どもへの認識」では、父親 ($p=0.044$, $d=0.69$)、母親 ($p<0.001$, $d=1.07$) 共に大きな差で有意に上昇した (図5、表2)。

3. 父親と母親の SECP 得点の違い

妊娠期では計 85 名；父親 37 名・母親 48 名、出産後では計 36 名；父親 13 名・母親 23 名、計 36 名、児の退院後では計 31 名；父親 11 名・母親 20 名を分析対象とした。詳細は表 3 に示す。

妊娠期の SECP 得点の平均値 (SD) は、「総合点」では父親 120.68 (15.83)、母親 118.15 (17.04)、「親役割の状態」では父親 50.27 (6.82)、母親 51.35 (6.61)、「親役割以外の状態」では父親 34.03 (5.57)、母親 32.17 (6.48)、「子どもへの認識」では父親 36.38 (7.97)、母親 34.63 (7.70) であった。「親役割の状態」以外は父親の方が母親より平均点は高かった。妊娠期の SECP 得点は父母の 2 群間において、「総合点」及び下位 3 尺度得点全てにおいて有意差はなかった。

出産後の SECP 得点の平均値 (SD) は、「総合点」では父親 125.62 (10.60)、母親 125.48 (13.86)、「親役割の状態」では父親 52.31 (6.07)、母親 55.83 (5.49)、「親役割以外の状態」では父親 34.08 (5.14)、母親 33.74 (5.08)、「子どもへの認識」では父親 39.23 (5.82)、母親 36.35 (7.64) であった。「親役割の状態」以外は父親の方が母親より平均点は高かった。出産後の SECP 得点も父母の 2 群間において、「総合点」及び下位 3 尺度得点全てにおいて有意差はなかった。

児の退院後の SECP 得点の平均値 (SD) は、「総合点」では父親 129.00 (11.03)、母親 130.00 (18.17)、「親役割の状態」では父親 54.55 (6.50)、母親 56.40 (6.39)、「親役割以外の状態」では父親 35.09 (5.59)、母親 34.30 (6.15)、「子どもへの認識」では父親 39.09 (5.75)、母親 39.45 (7.71) であった。「親役割以外の状態」以外は母親の方が父親より平均値が高かった。3 回目の ESCP 得点は父母の 2 群間において、「総合点」及び下位 3 尺度得点全てにおいて有意差はなかった。

4. SECP 得点の関連因子

各時期における SECP 得点と関連する要因を以下に示す。

1) 妊娠期

(1) SECP 得点に関連する要因：単変量解析の結果（表 4）

妊娠期の SECP 得点と有意差があったのは以下の 9 項目であった。

- ① 職業：正規、非正規、自営、無職（専業主婦）の 4 群間において「親役割以外の状態」
($p < 0.001$) に有意差を示した。
- ② 最終学歴：高校卒業までと大学・短大以上の 2 群間において、「親役割以外の状態」
($p < 0.001$, $d = 1.00$)、「子どもへの認識」($p = 0.026$, $d = 0.49$) に小さい差から大きな差を示した。
- ③ 結婚年数：3 年未満と 3 年以上の 2 群間において、「子どもへの認識」($p = 0.037$, $d = 0.45$) に小さい差を示した。
- ④ 調査時の妊娠週数：調査時妊娠 28 週未満と 28 週以降の 2 群間において「総合点」($p = 0.005$,
 $d = 0.61$)、「親役割の状態」($p < 0.001$, $d = 1.00$)、「親役割以外の状態」($p = 0.030$, $d = 0.63$) に
中程度から大きな差を示した。
- ⑤ 不妊治療：有無の 2 群間において、有りの方が「総合点」($p = 0.002$, $d = 0.72$)、「親役割の状
態」($p = 0.002$, $d = 0.72$)、「親役割以外の状態」($p < 0.001$, $d = 0.99$) において有意に高く、中
程度から大きな差を示した。
- ⑥ 出生順（子どもの人数）：第 1 子目と第 2 子目以上の 2 群間において、「子どもへの認識」
($p = 0.006$, $d = 0.61$) に中程度から大きな差を示した。

- ⑦ 育児の不安：有無の2群間において、「総合点」 ($p=0.004$, $d=0.66$)、「親役割の状態」 ($p=0.033$, $d=0.47$)、「子どもへの認識」 ($p=0.005$, $d=0.63$) に小さい差から中程度の差を示した。
- ⑧ 育児以外の不安：有無の2群間において、「総合点」 ($p=0.006$, $d=0.71$)、「親役割の状態」 ($p=0.039$, $d=0.53$)、「親役割以外の状態」 ($p=0.001$, $d=0.86$) に中程度から大きな差を示した。
- ⑨ 心身の状態：心身ともに快調とどちらかまたはともに不調の2群間において、「総合点」 ($p=0.005$, $d=0.73$)、「親役割の状態」 ($p=0.005$, $d=0.73$)、「親役割以外の状態」 ($p=0.015$, $d=0.80$) に中程度から大きな差を示した。

(2) SECP 得点に関連する要因：多変量解析の結果 (表 5)

妊娠期の SECP 得点と関連があった上記 9 の項目を独立変数とする重回帰分析の結果、「総合点」には、妊娠時期 ($\beta=0.23$, $t=2.28$, $p=0.025$) と不妊治療の有無 ($\beta=0.33$, $t=3.17$, $p=0.002$) と子どもの人数 ($\beta=0.24$, $t=2.40$, $p=0.019$) と育児の不安の有無 ($\beta=0.33$, $t=3.57$, $p<0.001$) の 4 項目が有意な影響力を示した。「親役割の状態」には妊娠時期 ($\beta=0.44$, $t=4.84$, $p<0.001$) と育児の不安の有無 ($\beta=0.22$, $t=2.33$, $p=0.023$) と心身の状態 ($\beta=0.23$, $t=2.35$, $p=0.021$) の 3 項目が有意な影響力を示した。「親役割以外の状態」には自営業であること ($\beta=0.22$, $t=2.42$, $p=0.018$) と最終学歴 ($\beta=0.27$, $t=2.86$, $p=0.005$) と不妊治療の有無 ($\beta=0.28$, $t=2.96$, $p=0.004$) と心身の状態 ($\beta=0.26$, $t=2.86$, $p=0.005$) の 3 項目が有意な影響力を示した。「子どもへの認識」には子どもの人数 ($\beta=0.29$, $t=2.52$, $p=0.014$) と育児の不安の有無 ($\beta=0.26$, $t=2.89$, $p=0.005$) の 2 項目が有意な影響力を示した。

2) 出産後の結果

(1) SECP 得点に関連する要因：単変量解析の結果（表 6）

出産後の SECP 得点と有意差があったのは以下の 7 項目であった。

- ① 年齢：両親の年齢において「子どもへの認識」 ($p=0.027$, $r=0.37$) に正の相関を示した。
- ② 結婚年数：3 年未満と 3 年以上の 2 群間において、「子どもへの認識」 ($p=0.002$, $d=1.20$) に大きな差を示した。
- ③ 不妊治療：有無の 2 群間において、有りの方が「総合点」 ($p=0.019$, $d=0.89$)、「親役割の状態」 ($p=0.002$, $d=1.25$)、「親役割以外の状態」 ($p=0.032$, $d=0.81$) において有意に高く、大きな差を示した。
- ④ 出生順（子どもの人数）：第一子目と第二子目以上の 2 群間において、「親役割以外の状態」 ($p=0.009$, $d=0.93$) に大きな差を示した。
- ⑤ 育児休暇（休業）取得：有無の 2 群間において、「親役割の状態」 ($p=0.036$, $d=0.73$)、「親役割以外の状態」 ($p=0.010$, $d=0.91$) に中等度の差を示した。
- ⑥ EPDS：EPDS の得点において「総合点」 ($p=0.009$, $r=-0.43$)、「親役割の状態」 ($p=0.043$, $r=-0.34$)、「親役割以外の状態」 ($p=0.010$, $r=-0.43$) に負の相関を示した。
- ⑦ 心身の状態：心身ともに快調とどちらかまたはともに不調の 2 群間において、「総合点」 ($p=0.024$, $d=0.88$)、「親役割以外の状態」 ($p=0.007$, $d=0.83$) に大きな差を示した。

(2) SECP 得点に関連する要因：多変量解析の結果（表 7）

出産後の SECP 得点と関連があった上記 7 の項目を独立変数とする重回帰分析の結果、「総合点」には、不妊治療の有無 ($\beta=0.36$, $t=2.48$, $p=0.019$) と EPDS ($\beta=-0.40$, $t=-2.77$, $p=0.009$) の 2 項目有意な

影響力を示した。「親役割の状態」には不妊治療の有無 ($\beta=0.49$, $t=3.46$, $p=0.002$) と EPDS ($\beta=0.30$, $t=2.15$, $p=0.039$) の 2 項目が有意な影響力を示した。「親役割以外の状態」には子どもの人数 ($\beta=0.39$, $t=2.69$, $p=0.011$) と EPDS ($\beta=-0.38$, $t=-2.66$, $p=0.012$) の 2 項目が有意な影響力を示した。「子どもへの認識」には結婚年数 ($\beta=0.50$, $t=3.39$, $p=0.002$) の 1 項目が有意な影響力を示した。

3) 児の退院後

(1) SECP 得点に関連する要因：単変量解析の結果 (表 8)

児の退院後の SECP 得点と有意差があったのは以下の 5 項目であった。

- ① 結婚年数：3 年未満と 3 年以上の 2 群間において、「子どもへの認識」 ($p=0.005$, $d=1.16$) に大きな差を示した。
- ② 不妊治療：有無の 2 群間において、有りの方が「総合点」 ($p=0.007$, $d=1.15$)、「親役割の状態」 ($p=0.002$, $d=1.35$)、「親役割以外の状態」 ($p=0.011$, $d=1.08$) において有意に高く、大きな差を示した。
- ③ 育児以外の不安：有無の 2 群間において、「親役割以外の状態」 ($p=0.047$, $d=0.95$) に大きな差を示した。
- ④ 心身の状態：心身ともに快調とどちらかまたはともに不調の 2 群間において、「総合点」 ($p=0.017$, $d=0.97$)、「親役割以外の状態」 ($p=0.013$, $d=1.01$) に大きな差を示した。
- ⑤ PSI-SF：PSI-SF の合計点において「総合点」 ($p<0.001$, $r=-0.65$)、「親役割の状態」 ($p<0.001$, $r=-0.58$)、「親役割以外の状態」 ($p=0.001$, $r=-0.55$)、「子どもへの認識」 ($p=0.009$, $r=-0.46$) に負の相関を示した。子どもの側面の得点において「総合点」 ($p<0.001$, $r=-0.57$)、

「親役割の状態」 ($p=0.003$, $r=-0.52$)、「親役割以外の状態」 ($p=0.048$, $r=-0.36$)、「子どもへの認識」 ($p=0.005$, $r=-0.50$) に負の相関を示した。親の側面の得点において「総合点」 ($p<0.001$, $r=-0.59$)、「親役割の状態」 ($p=0.003$, $r=-0.52$)、「親役割以外の状態」 ($p<0.001$, $r=-0.62$) に負の相関を示した。

(2) SECP 得点に関連する要因：多変量解析の結果（表 9）

児の退院後妊娠期の SECP 得点と関連があった上記 5 の項目を独立変数とする重回帰分析の結果、「総合点」には、不妊治療の有無 ($\beta=0.37$, $t=2.85$, $p=0.008$) と PSI-SF ($\beta=-0.58$, $t=-4.02$, $p<0.001$) の 2 項目が有意な影響力を示した。「親役割の状態」には不妊治療の有無 ($\beta=0.45$, $t=3.33$, $p=0.002$) と PSI-SF ($\beta=-0.50$, $t=-3.64$, $p<0.001$) の 2 項目が有意な影響力を示した。「親役割以外の状態」には不妊治療の有無 ($\beta=0.37$, $t=2.47$, $p=0.018$) と PSI-SF ($\beta=-0.48$, $t=-2.82$, $p=0.002$) の 2 項目が有意な影響力を示した。「子どもへの認識」には結婚年数 ($\beta=0.50$, $t=3.70$, $p=0.001$) と PSI-SF ($\beta=-0.46$, $t=-2.81$, $p=0.003$) の 2 項目が有意な影響力を示した。

VIII. 考察

本研究はハイリスク妊婦とそのパートナーに対して、妊娠期からの親性を測定した縦断的研究としては初であり、以下に父親・母親それぞれの親性の変化と相違、親性の関連因子の検証結果を考察する。

1. ハイリスク妊婦とそのパートナーの妊娠期から児の退院までの父親・母親の親性の変化と相違

本研究において、父親と母親の両方の SECP 得点は妊娠期から児の退院までに有意に上昇があり、特に母親の場合、妊娠期において、SECP 得点は母親が父親よりも低かったが、出産以降からの上昇は

著しく、特に「親役割の状態」は有意に父親の得点を上回った。これは母親が出産というイベントを経験したことで得られた結果と考えられる。

親子の愛着形成は、母親の場合、妊婦期から形成されると言われており（成田, 前原, 1993）、母親は、妊娠によって子どもとの一体感を得ながら、出産や授乳という体験によって子どもに対する愛情を徐々に育むことができる（松田, 2018）。一方父親は、妻を介して子どもの存在を感じ取り、生まれた我が子との対面や触れ合いによって、子どもへの関心を高めていき、妻の妊娠・出産という劇的な変化のなかで、妻を介して子どもからのサインを感じ取り、様々な新しい気づきから自分が親になることを空想していく（松田, 2018）と言われている。また、親への移行に関する先行研究では、出産前教育からの父親の包含の欠如を指摘しており、父親としての準備不足が報告されている（Deave, Johnson & Ingram, 2008）。本研究結果は乳幼児の親性の発達は、父親よりも母親の方が著しく、実際に育児に関わることが多い母親のほうが親になることでの変化が大きい（及川, 2005）と言われていることと一致した結果であった。また、本研究で興味深いのは、妊娠期と出産後の SECP 得点（「親役割の状態」は除く）の平均値が父親の方が高い結果となったことである。胎児への愛着に関して妊婦とそのパートナーで比較した研究では、愛着は妊婦の方が有意に高かった（Abbasi, 2012）との報告があり、一般的に父親よりも母親の方が親性は高いと考えられているが、本研究では逆の結果となった。これはハイリスク妊婦の特徴であると考えられる。妊娠期の父親役割への適応を促す援助を質的に分析した調査では、夫婦間コミュニケーションの促進（岩田, 森, 2004）が挙げられている。妊娠期の夫婦関係においては、夫婦で子どもを迎えるための十分な夫婦間のコミュニケーションをもつことで、出産・育児に向けての準備をすることが理想的な夫婦関係であり（中島, 常盤, 2008）、父親となるためのより良い準備と、親になるための移行期間における夫婦関係のサポートは、新しい父親にとってより良い経験を促進

し、新しい父親のより良い適応と精神的ウェルビーイングに貢献することが期待される (Baldwin, Malone, Sandall & Bick, 2018)。そして、父親は、子どもの誕生前に子育ての知識を得たり、母親とのコミュニケーションを通したりして夫婦で共に子育てをしている感覚や、子どもとの関わりの中で小さな楽しみや新しい発見を得ることがきっかけとなり、父親の子育てに対する思いが肯定的に変化する可能性が示唆されている (中島, 常盤, 2008)。また、親になる意識の研究では、妻は夫に比べ親になることは制約を受けることであり負担であると認知しており、これは、妻が実際に妊娠・出産を体験する立場であり、生理的変化を請け負い、生活上の制約を実際に受けることの影響であると考えられる (佐々木, 植田, 鈴木, 前田, 片山, 2004)。特に高齢の初産婦では母親の病気や重度の疲労が産後2ヶ月の親のストレスの高さと関連することが報告されている (前原ら, 2015)。本研究の父親の親性が母親よりも高かったのは、出産前から夫婦間でコミュニケーションを取り様々な問題解決をしてきたことや、母親は特に一般的な妊婦と比較して身体的精神的負担が大きかったことが考えられる。

次に、妊娠期、出産後、児の退院後の各時期においてハイリスク妊婦とそのパートナーの SECP 得点に有意差がなかったことから、出産前後の親性に性差はないことが示された。これは、出産直後から生後1年の同尺度の SECP 得点に性差はなかったという、先行研究とも一致する結果であった (大橋, 2012)。この結果はまた、親になる初期の母親と父親の適応に関して、乳児の気質と子育ての間の関連性に母親と父親の違いの証拠がほとんどないという発見とも一致していた (Solmeyer & Feinberg, 2011)。よって、父親も母親も同様に親移行のプロセスを辿っていくことがわかった。しかし、いずれも出産後の結果であり、妊娠期においても親性に性差がなかったのは、本研究における新たな発見である。

2. ハイリスク妊婦とそのパートナーの妊娠期から児の退院後までの親性に影響を及ぼした因子

妊娠期から児の退院までの一連を通して、ハイリスク妊婦とそのパートナーの親性には不妊治療が共通して関連しており、加えて出産後は産後うつ、児の退院後は育児ストレスと関連していることが明らかとなった。

日本では、実際に不妊の検査や治療を受けたことがある夫婦は18.2%であり、これは夫婦全体の約5.5組に1組の割合になる(厚労省, 2022a)。本研究の対象者の不妊治療率は30%を上回っており、一般群と比較して高い。不妊治療後に妊娠出産した女性は、不妊体験を意味あるものとして捉えており

(荒木, 阪本, 國清, 常盤, 中島, 2011)、不妊治療の当事者にとって「子を持つこと」それ自体が、果たすべき目的として語られることがある(柳原, 2012)。目標を果たしたことで得られた自己肯定感の高まりが不妊治療を受けた夫婦の親性に影響したと考えられる。また、不妊というストレスを共有することで、夫婦の満足度が高まる可能性があり(Peterson, Newton & Rosen, 2003; Repokari et al., 2007;

Ying, Wu & Loke, 2015)、それが親性を高めた結果とも考えられる。本研究の結果では、妊娠期から児の退院後の全ての時期において、不妊治療群のSECP得点が有意に高かったが、不妊治療の当事者にとって出産がゴールとなる傾向にあることも否定できない。不妊治療経験者と自然妊娠者では妊娠経過の不安、胎児の発育、分娩への不安に差がないとする研究が概ね多いようであるが、項目で検討してみると差があるというものがあり、明確に結果の一致をみない(佐々木, 2014)。また、不妊体験では親になる目標に直面すると、人々はより悪いウェルビーイング(例えば、より高い抑うつ、ネガティブな感情)を経験する傾向があった(Da Silva, Boivin & Gameiro, 2016)。そして、不妊症夫婦におけるパートナーの不妊関連ストレス認知の一致と夫婦間適応および抑うつとの関連性の検討の研究によると、男性では夫婦の不一致はうつ病とは無関係であったが、女性では人間関係の悩みと子育ての必要性の不一致

がうつ病と関連していた (Peterson, Newton & Rosen, 2003)。特に、不妊治療の中でも体外受精の経験では、身近な社会環境から十分なサポートを受けていない可能性があり、不妊のストレスとなっていることが先行研究により示されている (Peterson, Newton, Rosen & Skaggs, 2006 ; Malina & Pooley, 2017)。よって、不妊体験は夫婦の結束を強める一方で、支援の脆弱性によるストレスを強める可能性があり、不妊治療経験が直接的な親性の発達に影響したか否かは検証していく必要性があり、また、この先の親性がどのように変化するかも検証していく必要がある。

次に、出産後の親性には、特に産後うつが関連することが明らかとなったことから、メンタルヘルスへの支援は重要であると考えられる。母親の場合は、出生前の愛着が胎児に近ければ近いほど産後うつ症状は少なくなるという報告がある (Goecke et al., 2012)。近年は母親だけでなく、父親の産後うつは増加傾向にある。本研究の対象者においても、出産後の EPDS 陽性の男女比は同等であった。先行研究によると、男性の産後うつ病は生後 3~6 ヶ月でピークに達し、全体の有病率は約 10% であり、産後うつ病の有病率は男性と女性の間で有意な差はない (Tokumitsu et al., 2020)。父親の産前・産後うつの影響は、父親の育児行動の量と質の低下、子どもの情緒・行動・社会的な発達への悪影響に加え、母親の産後うつとの関連があり、夫婦が同時期に精神的な不調に陥ってしまうと、養育環境の悪化が懸念される (竹原, 2021) とされている。また、父親の産後うつは人間関係と身体の問題が含まれるべき重要な要素である (Domoney, Trevillion & Challacombe, 2020) とされているように、本研究の関連因子でもある心身の状態とセットで考慮すべきである。今回、NICU 入院児は僅かであったが、これは日本が、妊産婦死亡率、周産期死亡率、新生児・乳児死亡率が激減し、最も安全に出産・育児ができる国であり (厚労省, 2019)、ハイリスク妊婦外来が有効に機能し、リスクを回避していたことを示していると言える。さらに、親性と児の因子との間には有意差はなかったが、ハイリスク妊婦とそのパートナー

にとっては出産児の健康問題も大きな不安材料である。これまでの研究によると、産後うつリスクは、極低出生体重児の母親では4～18倍、父親では3～9倍であり、満期産児の母親や父親と比較して高いことがわかっている (Hinkle et al., 2016)。従って、児の健康問題と同時に両親の精神状態をアセスメントして看護介入を行うことの重要性を再認識する必要がある。

最後に、育児ストレスに関しては、児の母親の育児ストレス状況とその関連要因を検証した研究によると、母親の育児ストレスは、パーソナリティとしての不安になりやすさをベースに、夫に対するストレスや子どもへの否定的感情、親役割の非受容感が影響しており、育児ストレスは怒りよりも不安や抑うつ感が主となっている (高橋, 2007)。そして、うつ病は、母親の育児ストレスと夫婦関係満足度の間に有意な媒介効果を持つことが示され (Dong S, Dong Q, Chen & Yang, 2022)、新生児 (0～1ヶ月) を持つ母親の愛着回避と育児に対する自信のなさは正の相関を示し、この相関は育児ストレスによって媒介されることが示された (Tognasso et al., 2022)。そして、うつ病は、母親、父親ともに育児ストレスの予測因子であった (Tedgård, Tedgård, Råstam & Johansson, 2020)。児への愛着や育児の自信等は親性の要素でもあり、親性と育児ストレスは相互に影響していることから、親性を高めることは育児ストレスを軽減し、また逆も然りであると考えられる。本研究では、育児ストレス、不安、抑うつとの関連は本研究では有意差は証明できなかったが、親性を高めることは、その後の育児期の不安や鬱の軽減にも貢献すると考える。高齢初産婦の産後2ヶ月における育児ストレスを予測した研究によると、予測因子に褥婦の病気、産後1ヶ月時の疲労がある (前原ら, 2015) との報告がある。ハイリスク妊婦の場合、自身の疾患や産後の回復が遅れる可能性があり、産後早期に身体的回復を促進することは育児ストレスへの軽減と共に、その後の親性に肯定的に影響する可能性が示唆される。父親に関しては、子どもに肯定感情を抱いている者ほど育児ストレスは低く、逆に、夫婦関係がうまく機能していなかった

り、育児の負担感、子どもが産まれたことによって生じる制限や子どもとの接し方がわからないといった育児ストレスの高い人はストレス反応が高いとされている（清水, 住岡, 岸田, 眞鍋, 2008）。

ハイリスク妊婦外来の通院者の特徴である、不妊治療を受け、両親共に、出生前から子どもに対して肯定的な感情を抱き、夫婦関係の良好さから育児ストレスの軽減をもたらしていることが、親性の発達に影響を及ぼしていると考えられる。

3. 看護への示唆

ハイリスク妊婦外来で不妊治療を受けたカップルには、出産がゴールとならないよう支援し、出産によって上昇した親性を後退させない支援の必要性が示唆された。母親に対しては、出産時の体験や出産直後の児との接触がその後の親性に影響する可能性があるため、バースレビューの重要性を意識して介入する必要がある。また、周産期医療専門家が、母親を優先的に見ていることを父親が認識していた（Hambidge, Cowell, Arden & Mayers, 2021）との報告があるように、父親に対しては、特に出産前後の親としての移行期において、母親と違い身体的変化が少ないため、親としての意識を高めるような体験を持って刺激を与えるような介入の必要性が示唆された。更に、入院中のハイリスク産科患者は、一般的にうつ症状およびまたは不安症状を経験しながらも、治療を受けていない可能性があり（Byatt et al., 2014）、リスク因子が多いと予測されるにも関わらず介入されていない場合もある。

以上のように、ハイリスク妊婦とそのパートナーにとって第三者からの介入がなければ親性の発達が阻害される可能性がある。そのため、保健医療従事者はこれらをよく理解し、妊婦とそのパートナーのさまざまな背景を考慮し、個別の問題に長期的に関わる必要性を認識する必要があると考える。特に、親の心理的苦痛を防ぐために、産後のメンタルヘルスの評価は、母親と父親の両方の間で促進されるべ

きである (Takehara, Suto & Kato, 2020) と指摘されているように、メンタルヘルスの問題に関しては、夫婦は相互に作用するため両親を切り離さず 1 単位と捉える必要性があることが示唆された。

最後に、日本を含む世界的人口減少に対して、さまざまな問題解決の一つに女性のリプロダクティブヘルツの維持があげられている (Vollset et al., 2020)。リプロダクティブヘルツケアの主な対象者は女性・母親・胎児・子どもであるが、生殖・育児のパートナーとしての男性も含まれている (JOICFP, 2023)。そのため、女性とそのパートナーに対して、妊娠期より前の不妊治療を受ける段階から継続的にサポートすることは少子化に貢献することになると考える。

4. 本研究の強みと限界

本研究の強みは、妊産婦への支援を強化し、妊娠中から「シームレスな支援」に焦点を当てたことであるが、父親に関するデータは、支援の必要性を強調する上で貴重なものであった。父親と母親の両方を含めることで、家族システムをよりダイナミックに捉えることができた。また、以前の研究における SECP のデータは出生から生後 1 年までしかカバーしていないため、妊娠期のデータを含めることは斬新であった。さらに、本研究は、不妊治療歴のある親についての知見を追加するものであった。日本では、2022 年に不妊治療に国民皆保険が適用される制度がスタートした (厚労省, 2022b)。現代社会ではこの需要が高まることが予想されるため、本研究は新たに親になるための困難を克服するカップルを支援するものであると言える。

本研究にはいくつかの限界がある。第一に、参加者の希少性からサンプル数が不十分であったことである。調査期間中に日本はコロナ第七波に陥り、研究者の施設への入出制限があったことで直接的なリクルートが不可能となってしまった。また、上記の理由により、出産時に参加者に対して直接的にリマ

インドできなかったことが出産後で回収率が大きく低下してしまった原因と考えられる。したがって、サンプル数が不十分であったために、いくつかの項目が有意差を示せなかった可能性は否定できない。特にNICUでの治療グループが少なかったことは予想外であり、今後更なる検証が必要である。

第二に、調査項目が不十分であったことである。例えば、経済状況、ソーシャルサポート・育児のサポートの有無、出産以降の子どもとの接触時間など、親性に関連する可能性が予測される重要な項目が欠落していたことで十分な結果が得られなかった可能性がある。

第三に、日本の文化的価値観が親性に影響している可能性があることである。日本では“男性は仕事、女性は育児”という性別役割分業の価値観が未だ根底にある。よって、それが世界各国の文化に転用できない可能性がある。

最後に、本研究は日本人に焦点を当てたものである。2017年に日本で生まれた新生児のうち、外国人の母親を持つ人は3%未満であり、それまでの20年間に比べ26%増加し、さらにこの数は増加することが予想される（日経新聞, 2019）。したがって、日本で出産するすべての妊婦へのシームレスな支援を実現するためには、外国生まれの参加者のデータも必要であり今後の課題である。

IX. 結論

本研究では、ハイリスク妊婦とそのパートナーに対して、妊娠期から児の退院まで縦断的に父親・母親それぞれの親性の変化と相違、彼らの親性の関連因子の検証を目的に実施した。その結果、妊娠期から児の退院後まで、父親も母親も両方親性得点が有意に上昇し、性差がないことが示された。しかし、母親の場合、父親よりも出産後に親性が著しく上昇することが示された。また、妊娠期と出産後の親性の得点の平均値は母親よりも父親の方が高い結果となった。そして、妊娠期から児の退院までの一連を

通して、彼らの親性には不妊治療が共通して関連しており、加えて出産後は産後うつ、児の退院後は育児ストレスと関連していた。妊娠期、出産後、児の退院後のすべてにおいて不妊治療群の親性が有意に高いことから、ハイリスク妊婦外来で不妊治療を受けた夫婦には、出産がゴールとならないよう、親性の発達を阻害する要因に対して介入し、対象の様々な背景を理解し、個別に長期的に支援する必要性が示唆された。特に産後のメンタルヘルスは夫婦を1単位と捉え支援する必要性が示唆された。

X. 謝辞

本研究において、育児と仕事でお忙しい最中にも関わらず、快く研究参加に承諾いただきましたお父様、お母様に心より感謝申し上げます。また、研究の趣旨をご理解いただき、対象者様の調整を行っていただいた、名古屋大学医学部附属病院 総合周産期母子医療センター 早川昌弘教授、小谷友美教授、今井健史先生、牛田貴文先生、小林知子先生、古田恵香師長、森本綾師長、村嶋一步師長、大垣市民病院 細川愛弓師長、その他各施設の産科外来の助産師・看護師の皆様にも重ねて感謝申し上げます。

本研究の全過程を通して、多くの時間をいただき、大変丁寧に温かくご指導・ご支援を賜りました、名古屋大学大学院医学系研究科 浅野みどり教授には深く感謝申し上げます。また、本論文を精読いただき、多くのご指導・ご鞭撻を賜りました名古屋大学大学院医学系研究科、西谷直子教授、佐藤一樹教授に心より感謝申し上げます。そして、研究計画から分析過程においてご助言いただきました、浅野研究室の皆様には深く感謝申し上げます。

そして、いつも応援し温かく支えてくれた父 河村新一に心から感謝します。生きていればこの論文の完成を喜んでくれたであろう亡き母 河村美子にも感謝の言葉を伝えたいと思います。

その他、本研究を行うにあたり、ご協力いただきました全ての方々に深く感謝申し上げます。

本研究の主な成果は、BMC Pregnancy and Childbirth に掲載されました。

(DOI <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05519-3>)

XI. 文献

Abbasi E, Tahmasbi H, Hasani S, Takami-Gholam-Reza N.(2012). Comparison of material and Paternal fatal attachment in couples referred to health care center in Sari.Journal of the Breeze of Health,1(2),13-18.

Abidin R. (1995). Parenting stress index: Manual 3rd ed. Odessa:Psychological Assessment Resources

荒井洋子, 阪本忍, 國清恭子, 常盤洋子, 中島久美子. (2011). 不妊治療後に妊娠し出産した女性が不妊体験を意味づけるプロセス. 日本生殖看護学会誌, 8(1), 23-31.

荒木暁子, 兼松百合子, 横沢せい子, 荒屋敷亮子, 相墨生恵, 藤島京子. (2005). 育児ストレスシヨートフォームの開発に関する研究. 小児保健研究, 64(3), 408-416.

浅野みどり, (2020). 子育てのウェルビーイングをめざして. GRL studies. (3), 48-51.

Baldwin, S., Malone, M., Sandall, J., & Bick, D. (2018). Mental health and wellbeing during the transition to fatherhood: a systematic review of first time fathers' experiences. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 16(11), 2118-2191. doi:10.11124/JBISRIR-2017-003773

Barbosa-Leiker, C., Smith, C. L., Crespi, E. J., Brooks, O., Burduli, E., Ranjo, S., Carty, C. L., Hebert, L. E., Waters, S. F., & Gartstein, M. A. (2021). Stressors, coping, and resources needed during the COVID-19 pandemic in a sample of perinatal women. BMC Pregnancy and Childbirth, 21(1), 171. doi:10.1186/s12884-021-03665-0

Belsky, J. (1984). determinants of parenting: a process model. Child Development, 55(1), 83-96.

doi:10.2307/112983

- Byatt N, Hicks-Courant K, Davidson A, Levesque R, Mick E, Allison J, et al. (2014). Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 36(6), 644-649.
doi:10.1016/j.genhosppsych.2014.07.011
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Second edition ed.). Psychology Press.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- 中日新聞. (2021). 面会制限やむかない NICU 親子の関係づくり苦心
<https://www.chunichi.co.jp/article/214999> (検索日 2021 年 9 月 24 日)
- da Silva, S. M., Boivin, J., & Gameiro, S. (2016). Self-Regulation and Wellbeing When Facing a Blocked Parenthood Goal: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 11(6), e0157649.
doi:10.1371/journal.pone.0157649
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(1), 30. doi:10.1186/1471-2393-8-30
- Domoney, J., Trevillion, K., & Challacombe, F. L. (2020). Developing an intervention for paternal perinatal depression: An international Delphi study. *Journal of Affective Disorders Reports*, 2:100033.
- Dong, S., Dong, Q., Chen, H., & Yang, S. (2022). Mother's Parenting Stress and Marital Satisfaction During the Parenting Period: Examining the Role of Depression, Solitude, and Time Alone. *Frontiers in Psychology*, 13, 847419. doi:10.3389/fpsyg.2022.847419
- 古田祐子, 生塩麻衣, 池尻真紀, 斎藤陽子, 宮野由加利, 矢野恵. (1999). 妊娠期の妻の働きかけによる夫の親性発達. *母性衛生*, 40(4), 482-490.

- Goecke, T. W., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckmann, M. W., & 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. doi:10.1007/s00404-012-2286-6
- Hambidge, S., Cowell, A., Arden-Close, E., & Mayers, A. (2021). “What kind of man gets depressed after having a baby?” Fathers’ experiences of mental health during the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1-463. doi:10.1186/s12884-021-03947-7
- Helle, N., Barkmann, C., Bartz-Seel, J., Diehl, T., Ehrhardt, S., Hendel, A., Bindt, C. (2015). Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 180, 154-161. doi:10.1016/j.jad.2015.04.001
- Hinkle, S. N., Buck Louis, G. M., Rawal, S., Zhu, Y., Albert, P. S., & Zhang, C. (2016). A longitudinal study of depression and gestational diabetes in pregnancy and the postpartum period. *Diabetologia*, 59(12), 2594-2602. doi:10.1007/s00125-016-4086-1
- 本城秀次. (2006). 出生前の母親のメンタルヘルスと愛着. *そだちの科学*, (7), 101-106.
- 岩田裕子, 森恵美. (2004). 父親役割への適応を促す看護援助に関する文献研究. *千葉看護学会会誌*, 10(1), 49-55.
- JOICFP. (2023) .<https://www.joicfp.or.jp/jpn/>. (検索日 2023 年 2 月 7 日)
- 垣口恵美, 寺崎成美, 森藤香奈子, 山本直子, 中尾優子, 田中初美, 土居美智子, 荒木美幸. (2014). NICU に入院経験のある低出生体重児の母親が肯定的な感情を抱くきっかけ. *保健学研究*, (26), 7-13.

厚生労働省. (2019). 妊産婦の診療の現状と課題 <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000488877.pdf>.

(検索日 2021 年 9 月 24 日)

厚生労働省. (2022a). 不妊治療と仕事の 両立サポートハンドブック -

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/pamphlet/dl/30l.pdf>. (検索日 2022 年 1 月 15 日)

厚生労働省. (2022b). 不妊治療に関する取組

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshi-hoken/funin-01.html

(検索日 2022 年 10 月 22 日)

川崎市立川崎病院 看護部. (2021). コロナ禍における親子の愛着形成に向けた取り組み

<https://www.city.kawasaki.jp/32/cmsfiles/contents/0000037/37856/kawasaki/about/shitoku-R03-3.html>

(検索日 2021 年 9 月 24 日)

Kucharska, M. (2021). Selected predictors of maternal-fetal attachment in pregnancies with congenital disorders, other complications, and in healthy pregnancies. *Health Psychology Report*, 9(3), 193-206.

doi:10.5114/hpr.2020.97295

前原邦江, 森恵美, 土屋雅子, 坂上明子, 岩田裕子, 小澤治美, ... 玉腰 浩司. (2015). 高年初産婦の産後 2 か月における育児ストレスを予測する要因. *千葉大学大学院看護学研究科紀要*, (37), 27-35.

Malina, A., & Pooley, J. A. (2017). Psychological consequences of IVF fertilization – Review of research. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 24(4), 554-558. doi:10.5604/12321966.1232085

松田佳子. (2018). 『親になる移行期の父親らしさ』尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. *日本看護科学会誌*, 38, 9-17.

Mercer RT. (1995). *Becoming a Mother* 1st edn. (pp180–214). Springer, New York

- 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. 家族看護学研究, 17(1), 13-19.
- 中島久美子, 常盤洋子. (2008). 妊娠期の妻への夫の関わりと夫婦関係に関する研究の現状と課題. 群馬保健学紀要, 29, 111-119.
- 中村恵美. (2016). 子育てに対する父親の思いの変化：フォーカス・グループ・インタビューによる父親の語りから. 小児保健研究, 75(2), 254-260.
- 奈良間美保, 兼松百合子, 荒木暁子, 丸光恵, 中村伸枝, 武田淳子, ... 工藤美子. (1999). 日本版 Parenting Stress Index(PSI)の信頼性・妥当性の検討. 小児保健研究, 58(5), 610-616.
- 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, 13(2), 1-9.
- doi:10.5630/jans1981.13.2_1
- 日本経済新聞 (2019). 母が外国人、年間2万5000人
<https://www.nikkei.com/article/DGKKZO45296250X20C19A5CC1000/> (検索日 2022年5月5日)
- 日本経済新聞 (2020). 面会制限、小児病棟の苦悩 コロナ禍「親子分離」懸念
<https://www.nikkei.com/article/DGXMZO60540070Z10C20A6TCC000/> (検索日 2021年9月24日)
- 日本経済新聞 (2021). 20年出生率1.34、5年連続低下 13年ぶり低水準
<https://www.nikkei.com/article/DGXZQOUA043NS0U1A600C2000000/> (検索日 2021年9月24日)
- 小笠原百恵. (2010). 親になった男性の「親性」に関する文献研究. 関西看護医療大学紀要, 2(1), 11-21.
- 大橋幸美. (2012). 産後12か月までの親性の変化と親性と家族機能の関連 (博士論文). 名古屋大学大学院医学系研究科, 愛知.
- 大橋幸美, 浅野みどり. (2010). 育児期の親性尺度の開発--信頼性と妥当性の検討. 日本看護研究学会雑誌,

33(5), 45-53.

Ohashi, Y., & Asano, M. (2012). Transition to early parenthood, and family functioning relationships in Japan: a longitudinal study. *Nursing & Health Sciences*, 14(2), 140-147. doi:10.1111/j.1442-2018.2011.00669

及川裕子. (2005). 親性の発達に関する研究--乳幼児の親性の因子構造と背景要因の検討. 埼玉県立大学
紀要, 7, 1-7.

岡田真由美. (2005). 第II篇 1.3 ハイリスク妊婦. 後藤節子, 森田せつ子, 久納智子, 濱松加寸子. 新版テ
キスト母性看護II.(pp182). 名古屋大学出版会

岡野禎治. (1996). 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価表(EPDS)の信頼性と妥当性. *精神科診断学*, 7(4),
525-533.

Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H., & Skaggs, G. E. (2006). Gender differences in how men and women
who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction (Oxford)*, 21(9), 2443-2449.
doi:10.1093/humrep/del145

Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen, K. H. (2003). Examining Congruence Between Partners' Perceived
Infertility-Related Stress and Its Relationship to Marital Adjustment and Depression in Infertile Couples. *Family
Process*, 42(1), 59-70. doi:10.1111/j.1545-5300.2003.00059.x

Preis, H., Mahaffey, B., Heiselman, C., & Lobel, M. (2020). Vulnerability and resilience to pandemic-related stress
among U.S. women pregnant at the start of the COVID-19 pandemic. *Social Science & Medicine* (1982), 266,
113348. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113348

Repokari, L., Punamäki, R., Unkila-Kallio, L., Vilksa, S., Poikkeus, P., Sinkkonen, J., . . . Tulppala, M. (2007).

Infertility Treatment and Marital Relationships: A 1-Year Prospective Study Among Successfully Treated ART

Couples and Their Controls. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 62(11), 725-726.

doi:10.1097/01.ogx.0000286811.09907.88

佐々木綾子, 小坂浩隆, 末原紀美代, 町浦美智, 定藤規弘, 岡沢秀彦. (2011). 親性育成のための基礎研究

(3)青年期男女における乳幼児との継続接触体験の知性準備性尺度・fMRIによる評価一. *母性衛生*, 51(4), 655-665.

佐々木くみ子, 植田彩, 鈴木康江, 前田隆子, 片山理恵. (2004). 親となる意識の構造とその影響要因に関

する調査研究. *米子医学雑誌*, 55(2), 142-150.

佐々木直美. (2014). わが国における不妊治療経験者の心理に関する文献研究. *看護栄養学部紀要 山口県*

立大学学術情報 山口県立大学学術情報編集委員会編, (7), 49-56.

佐瀬雄治. (2020). 地域医療支援病院を対象とした新型コロナウイルス感染症に関する Web サイト掲載

項目調査. *日本医療・病院管理学会誌*, 57(3), 105-112.

清水尚子, 住岡里永子, 岸田真由美, 眞鍋えみ子. (2008). 育児期における父親の育児ストレス, スト

レス対処, ストレス反応の関連. *京都府立医科大学看護学科紀要*, 17, 79-86.

Sims, S. T., Stefanick, M. L., Kronenberg, F., Sachedina, N. A., & Schiebinger, L. (2010). Gendered Innovations: A

New Approach for Nursing Science. *Biological Research for Nursing*, 12(2), 156-161.

doi:10.1177/1099800410375108

Solmeyer, A. R., & Feinberg, M. E. (2011). Mother and father adjustment during early parenthood: The roles of

infant temperament and coparenting relationship quality. *Infant Behavior & Development*, 34(4), 504-514.

doi:10.1016/j.infbeh.2011.07.006

高橋有里. (2007). 乳児の母親の育児ストレス状況とその関連要因. *岩手県立大学看護学部紀要*, 9, 31-41.

Takehara, K., Suto, M., & Kato, T. (2020). Parental psychological distress in the postnatal period in Japan: a population-based analysis of a national cross-sectional survey. *Scientific Reports*, 10(1), 13770.

doi:10.1038/s41598-020-70727-2

竹原健二, (2021). 父親の産前・産後のうつの実態とその支援. 週刊医学界新聞. https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2021/3405_02 (検索日 2022 年 1 月 17 日)

Taubman–Ben-Ari, O., Ben-Yaakov, O., & Chasson, M. (2021). Parenting stress among new parents before and during the COVID-19 pandemic. *Child Abuse & Neglect*, 117, doi:10.1016/j.chiabu.2021.105080

Tedgård, E., Tedgård, U., Råstam, M., & Johansson, B. A. (2020). Parenting stress and its correlates in an infant mental health unit: a cross-sectional study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 74(1), 30-39.

doi:10.1080/08039488.2019.1667428

Tognasso, G., Gorla, L., Ambrosini, C., Figurella, F., De Carli, P., Parolin, L., . . . Santona, A. (2022). Parenting Stress, Maternal Self-Efficacy and Confidence in Caretaking in a Sample of Mothers with Newborns (0–1 Month). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9651.

doi:10.3390/ijerph19159651

Tokumitsu, K., Sugawara, N., Maruo, K., Suzuki, T., Yasui-Furukori, N., & Shimoda, K. (2020). Prevalence of perinatal depression among Japanese men: a meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 19(1), 1-65.

doi:10.1186/s12991-020-00316-0

Ustunsoz, A., Guvenc, G., Akyuz, A., & Oflaz, F. (2010). Comparison of maternal–and paternal–fetal attachment in Turkish couples. *Midwifery*, 26(2), e1-e9.

Vance, A. J., Malin, K. J., Miller, J., Shuman, C. J., Moore, T. A., & Benjamin, A. (2021). Parents' pandemic NICU experience in the United States: a qualitative study. *BMC Pediatrics*, 21(1), 558. doi:10.1186/s12887-021-03028-

w

Vollset, S. E., Goren, E., Yuan, C., Cao, J., Smith, A. E., Hsiao, T., . . . Murray, C. J. L. (2020). Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet (British Edition)*, 396(10258), 1285-1306. doi:10.1016/S0140-6736(20)30677-2

柳原良江. (2012). 代理出産をめぐる「子を持つ欲求」. *死生学研究*, 17(1), 204(141)-229(116).

Ying, L., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2015). The Experience of Chinese Couples Undergoing In Vitro Fertilization Treatment: Perception of the Treatment Process and Partner Support. *PLoS ONE*, 10(10), e0139691.

doi:10.1371/journal.pone.0139691

< 図・表 >

図 1、2、3、4、5

表 1、2、3、4、5、6、7、8、9

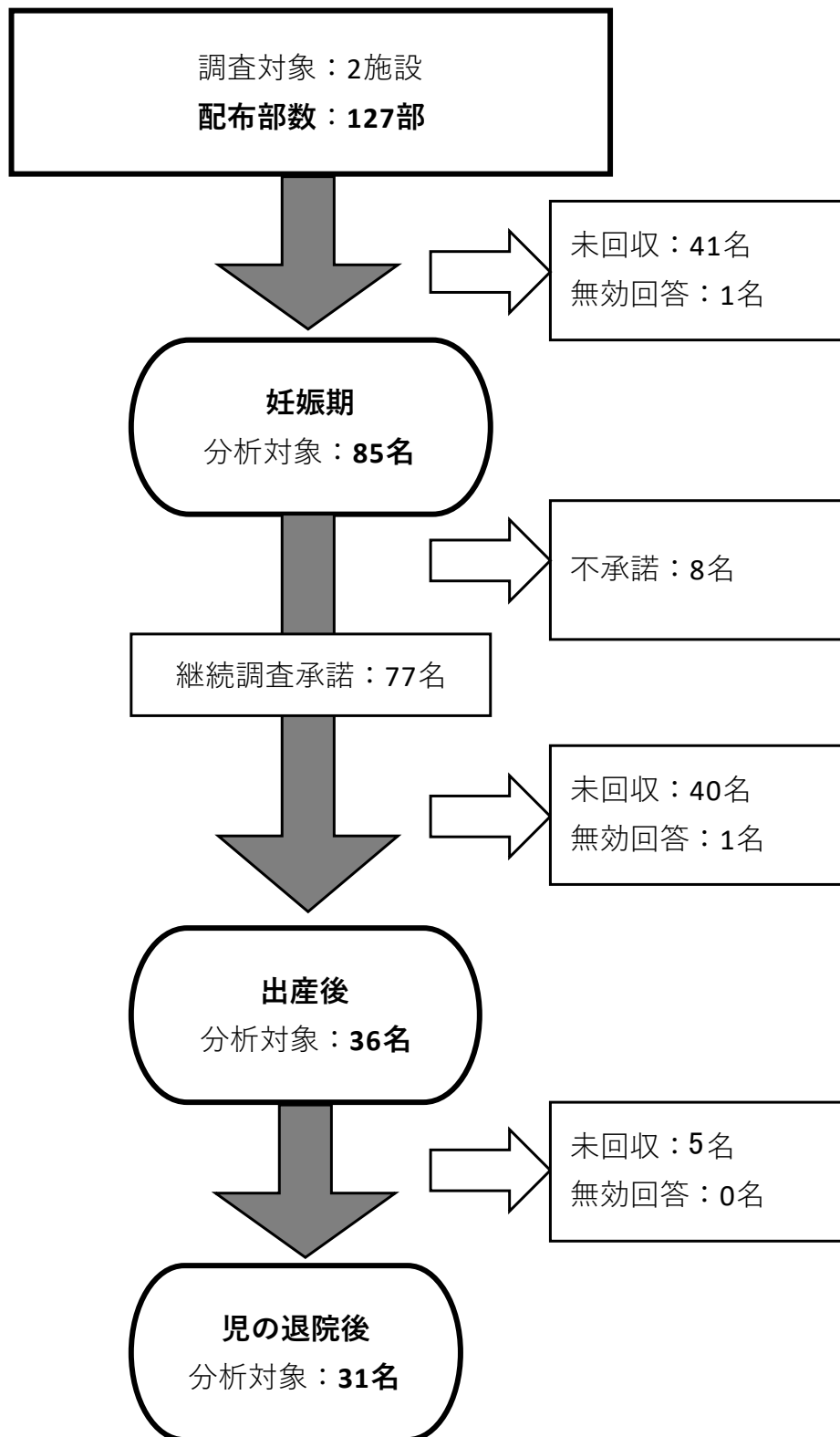


図1 各時期における分析対象数のフロー図

表1 参加者の背景

項目	妊娠期 (n=85)		出産後 (n=36)		退院後 (n=31)	
	n (%)	範囲	n (%)	範囲	n (%)	範囲
親の特徴						
性別						
父親	37 (43.5)		13 (36.1)		11 (35.5)	
母親	48 (56.5)		23 (63.9)		20 (64.5)	
年齢 (才)	32.61	21-50	33.94	22-50	33.84	22-50
職業						
正規雇用	54 (63.5)		22 (61.1)		20 (64.5)	
非正規雇用	9 (10.6)		5 (13.9)		3 (9.7)	
自営業	4 (4.7)		2 (5.6)		2 (6.4)	
無職 (専業主婦)	18 (21.2)		7 (19.4)		6 (19.4)	
最終学歴						
高卒まで	22 (25.9)		9 (25.0)		7 (22.6)	
大学・短大以上	63 (74.1)		27 (75.0)		24 (77.4)	
家族形態						
核家族	75 (88.2)		32 (88.9)		29 (93.5)	
拡大家族	10 (11.8)		4 (11.1)		2 (6.5)	
結婚年数						
3年未満	35 (41.2)		12 (33.3)		11 (35.5)	
3年以上	50 (58.8)		24 (66.7)		20 (64.5)	
不妊治療						
はい	29 (34.1)		11 (30.6)		9 (29.0)	
いいえ	56 (65.9)		25 (69.4)		22 (71.0)	
調査時の妊娠週数						
28週未満	31 (36.5)					
28週以降	54 (63.5)					
子どもの特徴						
出生週数 (週)			37.78	(26-41)	37.87	(26-41)
出生体重						
2500g未満			9 (25.0)		6 (19.4)	
2500g以上			27 (75.0)		25 (80.6)	
性別						
男			21 (58.3)		19 (61.3)	
女			15 (41.7)		12 (38.7)	
出生順						
第1子	44 (51.8)		17 (47.2)		16 (51.6)	
第2子以上	41 (48.2)		19 (52.8)		15 (48.4)	
多胎児						
はい			3 (8.3)		0 (0.0)	
いいえ			33 (91.7)		31 (100.0)	
NICU入院						
有り			9 (25.0)		5 (16.1)	
無し			27 (75.0)		26 (83.9)	
入院期間						
1週間未満					23 (74.2)	
1週間-1か月					5 (16.1)	
1か月以上					3 (9.7)	
育児・家事に関する内容						
乳幼児の取扱い経験						
有り	63 (74.1)		30 (83.3)		25 (80.6)	
無し	22 (25.9)		6 (16.7)		6 (19.4)	
育児の不安						
有り	40 (47.1)		13 (36.1)		13 (41.9)	
無し	45 (52.9)		23 (63.9)		18 (58.1)	
育児以外の不安						
有り	21 (24.7)		6 (16.7)		6 (19.4)	
無し	64 (78.3)		30 (83.3)		25 (80.6)	
『夫は仕事、妻は家事』						
そう思う	14 (16.5)		8 (22.2)		4 (12.9)	
そう思わない	71 (83.5)		28 (77.8)		27 (87.1)	
男性の育児参加について						
大変好ましい	66 (77.6)		28 (77.8)		24 (77.4)	
まあ好ましい	19 (22.4)		8 (22.2)		7 (22.6)	
入院中の育児参加						
有り					28 (90.3)	
無し					3 (9.7)	
育休取得						
有り			19 (52.8)		18 (58.1)	
無し			17 (47.2)		13 (41.9)	
PSI-SF						
合計点					37.77	22-55
子どもの側面					18.84	9-27
親の側面					18.94	10-30
健康状態・被養育環境						
心身状態						
心身ともに快調	65 (76.5)		26 (72.2)		21 (67.7)	
心身どちらかまたはともに不調	20 (23.5)		10 (27.8)		10 (32.3)	
被養育環境						
愛情をもって育てられた	82 (96.5)		34 (94.4)		30 (96.8)	
愛情深く育てられなかった	3 (3.5)		2 (5.6)		1 (3.2)	
EPDS						
合計			4.75	0-14		
EPDS						
陰性			27 (75.0)			
陽性			9 (25.0)			

Note. 正規雇用は会社員と公務員を含む。不妊治療に関して、妊娠期の調査において47組中17組(36.2%)が有ると回答している。

表2 妊娠期・出産後・児の退院後の父母のSECP得点の比較

	総合				親役割の状態				親役割以外の状態				子どもへの認識							
	M (SD)	妊娠期		出産後		M (SD)	妊娠期		出産後		M (SD)	妊娠期		出産後		M (SD)	妊娠期		出産後	
		p	d	p	d		p	d	p	d		p	d	p	d		p	d		
全体 (n=31)																				
妊娠期	112.74 (13.12)	-	-	-	-	48.65 (6.04)	-	-	-	-	32.06 (5.90)	-	-	-	32.03 (6.66)	-	-	-	-	-
出産後	125.48 (13.52)	<0.001	1.02	-	-	54.55 (6.22)	<0.001	1.02	-	-	34.13 (5.13)	0.022	0.44	-	37.13 (7.44)	<0.001	0.90	-	-	-
児の退院後	129.48 (15.46)	<0.001	1.08	0.037	0.390	55.74 (6.39)	<0.001	1.05	0.210	-	34.58 (5.88)	0.003	0.58	0.379	39.32 (6.98)	<0.001	0.93	0.030	0.41	-
父親 (n=11)																				
妊娠期	117.18 (11.32)	-	-	-	-	49.55 (6.44)	-	-	-	-	33.36 (4.70)	-	-	-	34.27 (6.48)	-	-	-	-	-
出産後	125.82 (11.55)	0.029	0.77	-	-	52.27 (6.62)	0.052	-	-	-	34.18 (5.40)	0.624	-	-	39.36 (6.27)	0.017	0.87	-	-	-
児の退院後	129.00 (11.03)	0.025	0.79	0.282	-	54.55 (6.50)	0.023	0.79	0.131	-	35.09 (5.59)	0.271	-	0.356	39.09 (5.75)	0.044	0.69	0.841	-	-
母親 (n=20)																				
妊娠期	110.30 (13.66)	-	-	-	-	48.15 (5.91)	-	-	-	-	31.35 (6.47)	-	-	-	30.80 (6.58)	-	-	-	-	-
出産後	125.30 (14.45)	<0.001	1.17	-	-	55.80 (5.78)	<0.001	1.30	-	-	34.10 (5.12)	0.011	0.63	-	35.90 (7.89)	<0.001	0.89	-	-	-
児の退院後	130.00 (18.17)	<0.001	1.21	0.068	-	56.40 (6.39)	<0.001	1.19	0.632	-	34.30 (6.15)	0.050	0.72	0.743	39.45 (7.71)	<0.001	1.07	0.009	0.66	-

Note. 対応のあるT検定

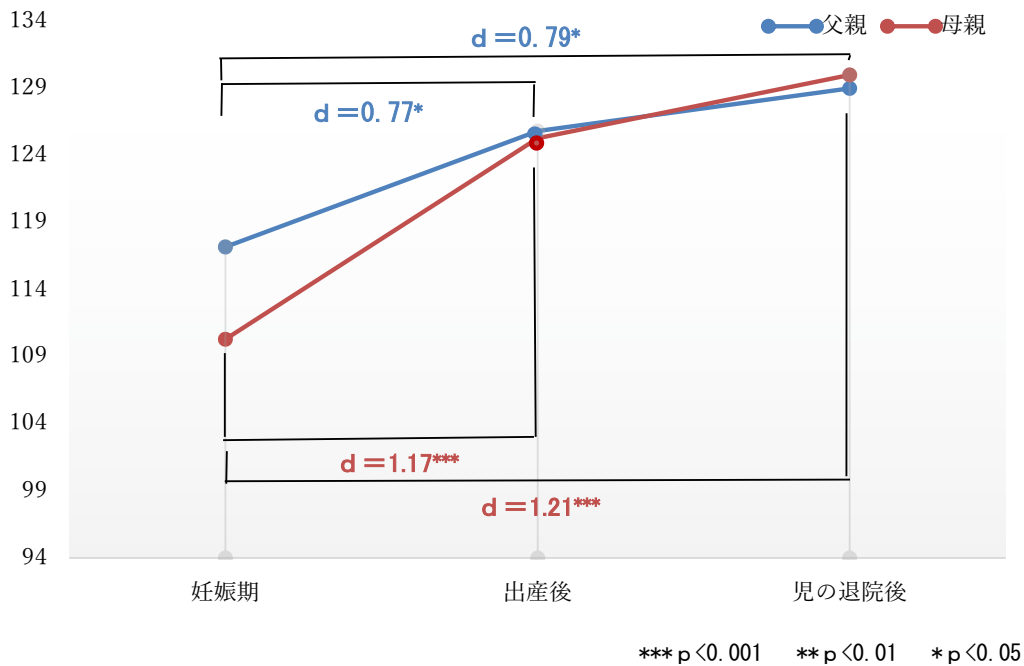


図2 父母のSECP得点「総合点」の妊娠期・出産後・児の退院後の変化

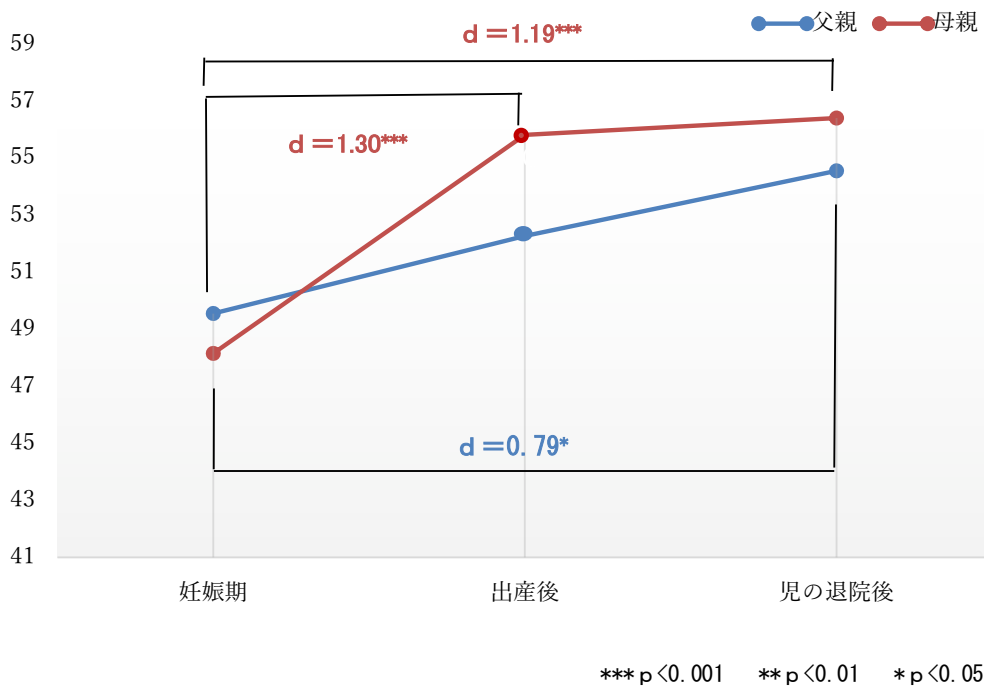


図3 父母のSECP得点「親役割の状態」の妊娠期・出産後・児の退院後の変化

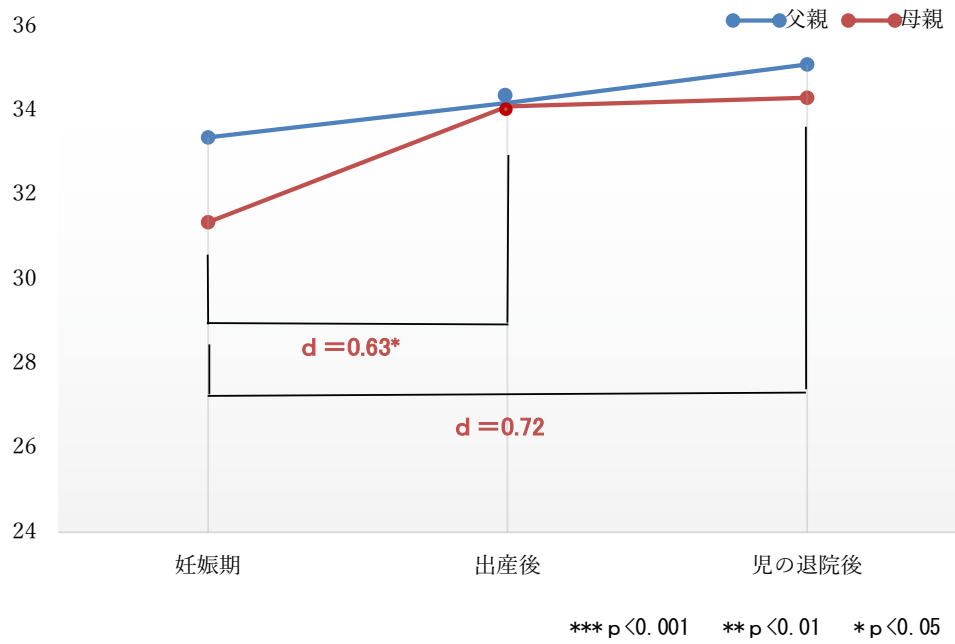


図4 父母の SECP 得点「親役割以外の状態」の妊娠期・出産後・児の退院後の変化

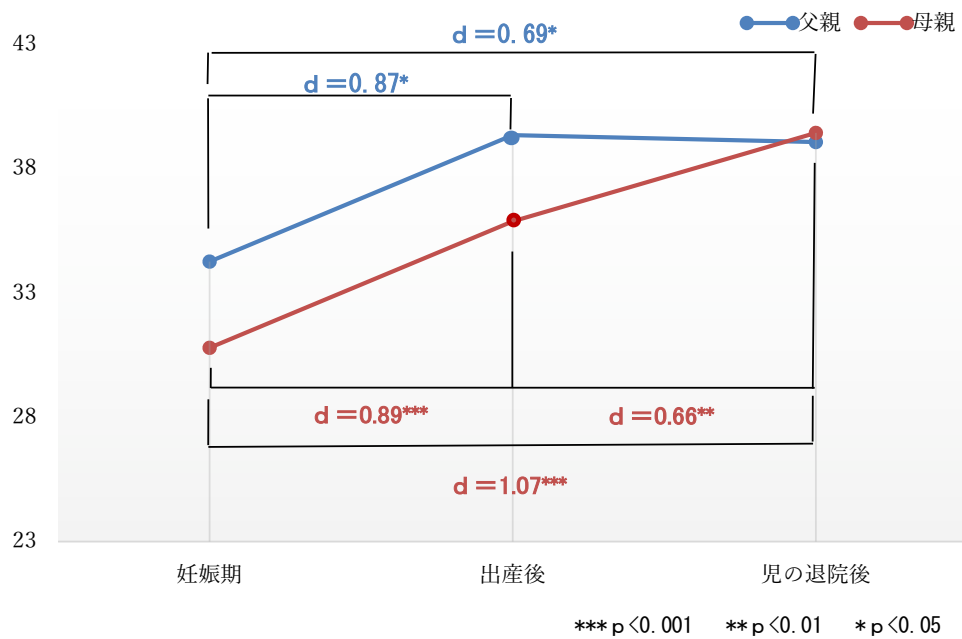


図5 父母の SECP 得点「子どもへの認識」の妊娠期・出産後・児の退院後の変化

表3 各時期における父親と母親のSECP得点の違い

	総合		親役割の状態		親役割以外の状態		子どもへの認識	
	M (SD)	p	M (SD)	p	M (SD)	p	M (SD)	p
妊娠期 (n=85)								
父親	120.68(15.83)	0.486	50.27(6.82)	0.462	34.03(5.57)	0.167	36.38(7.97)	0.311
母親	118.15(17.04)		51.35(6.61)		32.17(6.48)		34.63(7.70)	
出産後 (n=36)								
父親	125.62(10.60)	0.976	52.31(6.07)	0.084	34.08(5.14)	0.850	39.23(5.82)	0.239
母親	125.48(13.86)		55.83(5.49)		33.74(5.08)		36.35(7.64)	
児の退院後 (n=31)								
父親	129.00(11.03)	0.900	54.55(6.50)	0.449	35.09(5.59)	0.726	39.09(5.75)	0.897
母親	130.00(18.17)		56.40(6.39)		34.30(6.15)		39.45(7.71)	

表4 妊娠期のSECP得点と参加者の背景の関係

	総合			親役割の状態			親役割以外の状態			子どもへの認識		
	M (SD)	p	d	M (SD)	p	d	M (SD)	p	d	M (SD)	p	d
	r			r			r			r		
全体	119.25(16.48)			50.88(6.68)			32.98(6.14)			35.39(7.82)		
親の特徴												
性別												
父親	120.68(15.83)			50.27(6.82)			34.03(5.57)			36.38(7.97)		
母親	118.15(17.04)	0.486		51.35(6.61)	0.462		32.17(6.48)	0.167		34.63(7.70)	0.311	
年齢(才)		0.04	0.734		0.04	0.731		0.13	0.252		-0.05	0.656
職業												
正規雇用	119.61(16.57)			50.72(6.50)			33.72(5.46)			35.17(7.96)		
非正規雇用	112.22(18.88)			50.67(7.97)			28.00(5.66)	<0.001		33.56(9.74)		0.761
自営業	134.25(15.69)	0.169		54.50(7.42)	0.752		42.25(2.50)			37.50(12.12)		
無職(専業主婦)	118.33(13.92)			50.67(6.79)			31.17(6.20)			36.50(5.46)		
最終学歴												
高卒まで	116.55(15.59)			49.45(5.74)			28.91(6.00)	<0.001	1.00	38.18(6.90)	0.026	0.49
大学・短大以上	120.19(16.79)	0.375		51.38(6.96)	0.247		34.40(5.56)			34.41(7.94)		
家族形態												
核家族	118.64(16.23)			50.77(6.76)			32.88(6.12)			34.99(7.82)		
拡大家族	123.80(18.51)	0.355		51.70(6.36)	0.683		33.70(6.55)	0.694		38.40(7.53)	0.197	
結婚年数												
3年未満	115.17(17.55)			50.26(7.05)			31.63(6.22)			33.29(7.98)		
3年以上	122.10(15.21)	0.056		51.32(6.45)	0.474		33.92(5.96)	0.090		36.86(7.44)	0.037	0.45
調査時の妊娠週数												
28週未満	125.32(15.14)			54.71(5.55)			35.35(5.47)			35.26(8.12)		
28週以降	115.76(16.32)	0.005	0.61	48.69(6.32)	<0.001	1.00	31.61(6.13)	0.030	0.63	35.46(7.72)	0.91	
不妊治療												
はい	126.69(15.45)			53.90(6.98)			36.62(5.69)			36.17(7.15)		
いいえ	115.39(15.77)	0.002	0.72	49.32(6.02)	0.002	0.72	31.09(5.51)	<0.001	0.99	34.98(8.18)	0.509	
子どもの特徴												
出生順(子どもの人数)												
第1子	117.23(17.57)			50.75(7.17)			33.30(6.08)			33.18(7.98)		
第2子以上	121.41(15.13)	0.244		51.02(6.21)	0.851		32.63(6.25)	0.622		37.76(7.00)	0.006	0.61
育児・家事に関する内容												
乳幼児の取扱い経験												
有り	120.44(16.21)			51.37(6.50)			33.46(6.19)			35.62(8.14)		
無し	115.82(17.14)	0.259		49.50(7.16)	0.262		31.59(5.89)	0.221		34.73(6.96)	0.648	
育児の不安												
有り	113.88(17.36)			49.25(6.73)			31.75(7.33)			32.88(7.77)		
無し	124.02(14.20)	0.004	0.66	52.33(6.37)	0.033	0.47	34.07(4.66)	0.091		37.62(7.24)	0.005	0.63
育児以外の不安												
有り	110.81(16.34)			48.29(6.28)			29.24(7.04)			33.29(6.92)		
無し	122.02(16.67)	0.006	0.71	51.73(6.64)	0.039	0.53	34.20(5.32)	0.001	0.86	36.08(8.03)	0.157	
『夫は仕事、妻は家事』に対する意見												
そう思う	120.21(15.50)			49.43(5.92)			32.71(5.37)			38.07(7.74)		
そう思わない	119.06(16.76)	0.812		51.17(6.83)	0.376		33.03(6.31)	0.862		34.86(7.78)	0.081	
男性の育児参加についての意見												
大変好ましい	119.76(16.28)			51.44(6.67)			33.39(6.17)			34.92(7.67)		
まあ好ましい	117.47(17.48)	0.597		48.95(6.55)	0.153		31.53(5.96)	0.245		37.00(8.35)	0.311	
健康状態・被養育環境												
心身状態												
心身ともに快調	121.97(15.98)			51.98(6.46)			34.08(5.53)			35.91(8.37)		
心身どちらかまたはともに不調	110.40(15.25)	0.005	0.73	47.30(6.28)	0.005	0.73	29.40(7.42)	0.015	0.80	33.70(5.53)	0.272	
被養育環境												
愛情をもって育てられた	119.09(16.27)			50.76(6.62)			33.00(6.24)			35.33(7.52)		
愛情深く育てられなかった	123.67(25.54)	0.639		54.33(9.07)	0.366		32.33(2.08)	0.855		37.00(16.64)	0.878	

Note. †検定あるいはPearsonの積率相関あるいは一元配置分散分析。正規雇用は会社員と公務員を含む。

表5 妊娠期のSECP得点を従属変数とする重回帰分析

変数	妊娠期の親性得点											
	総合			親役割の状態			親役割以外の状態			子どもへの認識		
	β	t	p	β	t	p	β	t	p	β	t	p
職業												
正規雇用	0.10	1.01	0.317	0.02	0.12	0.860	0.18	1.87	0.066	-0.03	-0.25	0.804
自営業	0.11	1.12	0.265	0.02	0.12	0.860	0.22	2.42	0.018	0.06	0.60	0.550
その他												
最終学歴	-0.03	-0.32	0.747	-0.03	-0.30	0.759	0.27	2.86	0.005	-0.16	-1.59	0.115
結婚年数	-0.05	-0.40	0.694	0.02	0.19	0.847	0.00	-0.05	0.964	0.04	0.34	0.733
妊娠時期	0.23	2.28	0.025	0.44	4.84	<0.001	0.07	0.72	0.473	0.07	0.66	0.513
不妊治療の有無	0.33	3.17	0.002	0.17	1.73	0.087	0.28	2.96	0.004	0.18	1.72	0.089
子どもの人数	0.24	2.40	0.019	0.10	1.03	0.305	0.07	0.79	0.431	0.29	2.52	0.014
育児の不安の有無	0.33	3.57	<0.001	0.22	2.33	0.023	0.16	1.77	0.081	0.26	2.89	0.005
育児以外の不安の有無	0.00	0.02	0.983	0.02	0.17	0.869	0.15	1.63	0.108	0.04	0.04	0.971
心身状態	0.17	1.77	0.08	0.23	2.35	0.021	0.26	2.86	0.005	0.03	0.25	0.803
R ²	0.31			0.32			0.38			0.17		
調整済みR ²	0.28		<0.001	0.30		<0.001	0.35		<0.001	0.15		<0.001
F	9.16			12.73			12.30			8.46		

Note. VIF 5以下である。P≥0.05の項目の β は投入されたときの標準回帰係数を表す。職業の正規雇用・自営業ははいを1、いいえを0、最終学歴は大学・短大以上を1、高卒までを0、結婚年数は3年以上を1、3年未満を0、妊娠時期は28週未満を1、28週以降を0、不妊治療は有りを1、無しを0、子どもの人数は第2子目以上を1、第1子目を0、子育てへの不安は無しを1、有りを0、子育て以外の不安は無しを1、有りを0、心身の状態は心身ともに快調を1、心身どちらかまたはともに不調を0のダミー変数に変換している。

表7 出産後のSECP得点を従属変数とする重回帰分析

変数	出産後の親性得点											
	総合			親役割の状態			親役割以外の状態			子どもへの認識		
	β	t	p	β	t	p	β	t	p	β	t	p
年齢	0.23	1.34	0.189	0.04	0.26	0.798	0.12	0.71	0.484	0.23	1.47	0.152
結婚年数	0.23	1.60	0.121	0.03	0.24	0.811	0.14	0.84	0.408	0.50	3.39	0.002
不妊治療の有無	0.36	2.48	0.019	0.49	3.46	0.002	0.23	1.52	0.139	0.03	0.23	0.824
子どもの人数	0.03	0.18	0.860	0.09	0.56	0.577	0.39	2.69	0.011	0.02	0.14	0.893
育児休暇	0.06	0.41	0.687	0.22	1.54	0.132	0.20	1.24	0.399	0.18	1.24	0.223
心身状態	0.11	1.11	0.276	0.02	0.52	0.900	0.13	1.16	0.499	0.19	1.93	0.204
EPDS	-0.40	-2.77	0.009	-0.30	-2.15	0.039	-0.38	-2.66	0.012	-0.20	-1.34	0.188
R ²	0.31			0.35			0.33			0.25		
調整済みR ²	0.27			0.31			0.29			0.23		
F	7.46			8.90			8.09			11.52		

Note. VIF 5以下である。P \geq 0.05の項目の β は投入されたときの標準回帰係数を表す。結婚年数は3年以上を1、3年未満を0、不妊治療は有りを1、無しを0、子どもの人数は第2子目以上を1、第1子目を0、子育てへの不安は無しを1、有りを0、心身の状態は心身ともに快調を1、心身どちらかまたはともに不調を0をダミー変数に変換している。

表9 児の退院後のSECP得点を従属変数とする重回帰分析

変数	出産後の親性得点											
	総合			親役割の状態			親役割以外の状態			子どもへの認識		
	β	t	p	β	t	p	β	t	p	β	t	p
結婚年数	0.21	1.89	0.096	0.08	0.59	0.560	0.10	0.50	0.489	0.50	3.70	0.001
不妊治療の有無	0.37	2.85	0.008	0.45	3.33	0.002	0.37	2.47	0.018	0.13	0.81	0.385
育児以外の不安の有無	0.11	1.00	0.401	0.06	0.40	0.689	0.21	1.84	0.162	0.04	0.10	0.805
心身状態	0.11	0.66	0.432	0.05	0.34	0.739	0.18	0.93	0.266	0.06	0.17	0.698
PSI-SF	-0.58	-4.02	<0.001	-0.50	-3.64	<0.001	-0.48	-2.82	0.002	-0.46	-2.81	0.003
R ²	0.55			0.53			0.43			0.46		
調整済みR ²	0.52			<0.001			0.39			<0.001		
F	17.29			15.60			10.61			11.85		

Note. VIF 5以下である。P \geq 0.05の項目の β は投入されたときの標準回帰係数を表す。結婚年数は3年以上を1、3年未満を0、不妊治療は有りを1、無しを0、子育て以外の不安は無しを1、有りを0、心身の状態は心身ともに快調を1、心身どちらかまたはともに不調を0をダミー変数に変換している。

<資料>

資料1：妊娠期（1回目）の質問紙

資料2：出産後（2回目）の質問紙

資料3：児の退院後（3回目）の質問紙

研究協力をお願い

妊娠おめでとうございます。

私は名古屋大学大学院医学系研究科 看護学専攻健康発達看護学分野 博士課程後期課程 2年の河村江里子と申します。私は現在、妊娠期からお子様退院までの両親の親性の変化について研究に取り組んでいます。親性とは、父親と母親に共通する、自分への思いや子どもに対する思い、親としての役割意識などのことです。親になる準備段階として妊娠中から出産後の一連を通して、親性がどのように発達・変化するかを検証するために率直にお感じになったことを伺いたいと考えております。また、現在の生活の中で、お子様や子育てについて、ご自身に対して、ご家族の方々と関係についてどのように感じておられるかを伺い、今後の育児支援に役立てていきたいと考えております。

また、今後、出産後、お子様が退院後の合計3回、アンケートにご協力いただきたいと考えております。
今回のみのご協力でも結構です。

もしも継続してアンケートにご協力していただける場合は、アンケート用紙の最後のページに『継続研究協力の連絡票』がありますので、「同意する」にチェックしていただき、アンケートと共に同封し郵便ポストにご投函ください。後日、入院された医療機関からアンケートをお渡しさせていただきます。

調査内容に関する疑問やご質問は下記にいつでもお問い合わせください

「問い合わせ先」 (研究分担者) 名古屋大学大学院医学系研究科 看護学専攻 健康発達看護学分野
博士課程 (後期課程) 2年 河村江里子
(研究責任者) 名古屋大学大学院医学系研究科 看護学専攻
教授 浅野みどり

〒461-8673 愛知県名古屋市東区大幸南一丁目1番20号
名古屋大学大学院医学系研究科 本館417研究室
Tel : 052-719-3157
E-mail : midoria@met.nagoya-u.ac.jp

記入方法のご説明

- ① 質問用紙は全部で4ページあります。
- ② 一つの質問についてあまり深く考えずに、率直なお気持ちをお聞かせください。
- ③ 現在の妊娠週数などは母子手帳などを参考にしてご記入ください。
- ④ 質問に答えたくないものには無理にお答えいただくなくても結構です。
また参加承諾後でも途中でやめることは自由です。
- ⑤ 本研究にご協力いただけなくても、今後の診療や看護での不利益をうけることはありません。
- ⑥ ご記入が終了されましたら、返信用封筒（切手不要）に入れて、出来るだけ1週間以内に郵便ポストにご投函ください。（多少遅れても、ご投函していただければ幸いです）

ご協力よろしく申し上げます

ご自身についてのアンケート紙①

妊娠おめでとうございます。ご自身とお子様のことについてお聞かせください。

- Q1. あなたの年齢（ ）歳
- Q2. あなたはお子さんからみて父親ですか母親ですか？ 父親 母親
- Q3. あなたの現在のご職業についてお答えください。
正社員（民間企業） 非正規社員（民間企業） 公務員 自営業 その他（ ）
- Q4. 差し支えなければ、あなたの最後に卒業した学校についてお答えください。
中学校 高等学校 短大・専門学校 大学・大学院
- Q5. 家族形態をお聞かせください。
夫婦のみ 自分の両親と同居 夫または妻の両親と同居
- Q6. ご結婚されてから（同居されてから）現在どれくらい経ちますか？
1年未満 1～3年未満 3～5年未満 5年以上
- Q7. お子様の妊娠にあたり不妊治療はされましたか。
はい いいえ
- Q8. 現在の妊娠週数をお答えください。
（ ）週
- Q9. お子様は第何子ですか（多胎児の場合お子様たちは何番目のお子様たちでしたか）？
第1子 第2子 第3子 それ以上
- Q10. 現在までに赤ちゃんの抱っこやおむつ交換等を体験したことがありますか？
何回もあった 1～2回程度あった 全くなかった
- Q11. お父様のみお答えください。現時点で、育児休業・育児休暇の取得の予定はありますか？
はい→ 1)に進んでください いいえ→ Q12に進んでください
- 1) 『はい』とお答えになった方にお聞きします。
取得予定期間を教えてください。
1週間以内 1週間以上1ヶ月以内 1ヶ月以上3ヶ月以内 3ヶ月以上1年以内 1年以上
- Q12. 現在のあなたの精神状態や身体の調子はいかがですか？
心身ともに快調
身体的に快調だが精神的に不調
精神的に快調だが身体的に不調
心身ともに不調
- Q13. 現在、子育てについて何か不安や心配事がありますか？
なし あり（どのような ）
- Q14. 現在、あなたの生活について（子育て以外）何か不安や心配事がありますか？
なし あり（どのような ）
- Q15. 現時点であなたは「夫は仕事、妻は家事と育児に専念する方が良い」と思いますか？
非常にそう思う まあそう思う あまりそう思わない 全くそう思わない

Q16. あなた自身どのように育てられたと感じられますか？

深い愛情をもって育てられた

比較的愛情をもって育てられた

あまり愛情深く育てられなかった

愛情をもって育てられなかった

Q17. 男性の育児参加に対してどのように感じますか？

大変好ましい

まあ好ましい

あまり好ましくない

好ましくない

その他

次のページに、お進みください

妊娠中の親性についてのアンケート

お腹の中の赤ちゃんに対する、あなたご自身のお気持ちをうかがいます。質問項目は33問です。

以下の質問内容について、あなたの現在のお気持ちにどの程度あてはまりますか。

1. 全くその通り 2. その通り 3. どちらともいえない 4. 違う 5. 全く違う
 のうち、あてはまる数字ひとつに○を付けてください。

質問項目はお腹の中の赤ちゃんに対して現時点でのイメージでお答えください。

可能な範囲でお答え下さい。

また、この調査は「良い親」「悪い親」と評価するものではありません。

あまり深く考え込まずに、直感でお答えください。

もし、あなたの気持ちをよくあらわす答えがない時は、最も近い数字を選び○をつけてください。

1.	2.	3.	4.	5.
全くその通り	その通り	どちらともいえない	違う	全く違う

- ① 私は、自分自身のことを信頼しています _____ 1 2 3 4 5
- ② 私は、子どもによく話しかけています _____ 1 2 3 4 5
- ③ 私は、育児をすることに満足感を感じていません _____ 1 2 3 4 5
- ④ 私は、子どもの様子がよくわかります _____ 1 2 3 4 5
- ⑤ 私は、子どもとスキンシップがとれていません _____ 1 2 3 4 5
- ⑥ 私は、社会の中での自分の役割がわかります _____ 1 2 3 4 5
- ⑦ 私は、現在の子どもの発育がよくわかります _____ 1 2 3 4 5
- ⑧ 私は、親としての充実感を感じていません _____ 1 2 3 4 5
- ⑨ 私は、自分なりの生き方を主体的に選んでいると思いません _____ 1 2 3 4 5
- ⑩ 私は、子どもに関わる時間を充分とりたいと思います _____ 1 2 3 4 5
- ⑪ 私は、子どもに喜びを与えていると思います _____ 1 2 3 4 5
- ⑫ 私は、子どもとコミュニケーションがとれています _____ 1 2 3 4 5
- ⑬ 私は、子育てに実感を感じていません _____ 1 2 3 4 5
- ⑭ 私は、子どもの性格がよくわかります _____ 1 2 3 4 5

1.	2.	3.	4.	5.
全くその通り	その通り	どちらともいえない	違う	全く違う

- ⑮ 私は、子どものこれからの発育の様子を想像することができます _____ 1 2 3 4 5
- ⑯ 私は、親として以外の自分は充実していると思えません _____ 1 2 3 4 5
- ⑰ 私は、育児に関心があります _____ 1 2 3 4 5
- ⑱ 私は、日々の生活をうまくやっていく自信がありません _____ 1 2 3 4 5
- ⑲ 私は、子どもの欲求がよくわかります _____ 1 2 3 4 5
- ⑳ 私は、子どもを寝かしつけることがうまくできます _____ 1 2 3 4 5
- ㉑ 私は、子どもに関わる時間を大事にしていません _____ 1 2 3 4 5
- ㉒ 私は、親として以外の自分自身に対して前向きではありません _____ 1 2 3 4 5
- ㉓ 私の生き方は、自分で納得いくものだと思います _____ 1 2 3 4 5
- ㉔ 私は、子どもとの関係に満足していません _____ 1 2 3 4 5
- ㉕ 私は、子どもの食事（授乳）の世話がうまくできます _____ 1 2 3 4 5
- ㉖ 私は、社会的に必要とされていると思います _____ 1 2 3 4 5
- ㉗ 私は、親としてだけの自分をむなしいと思います _____ 1 2 3 4 5
- ㉘ 私は、子どもの気持ちがわかりません _____ 1 2 3 4 5
- ㉙ 私は、育児をすることに喜びを感じています _____ 1 2 3 4 5
- ⑳ 子どもは、いつも私が嫌がることをします _____ 1 2 3 4 5
- ㉑ 私は、親として以外の自分に満足していません _____ 1 2 3 4 5
- ㉒ 私は、子どもの個性がわかります _____ 1 2 3 4 5
- ㉓ 私は、子どもに信頼されていると思います _____ 1 2 3 4 5

質問内容は以上です
ご協力ありがとうございました

次のページに、継続調査へのご協力に関して記載事項があります。お進みください。

継続調査協力の同意書

本研究では、できましたら今後、出産後、お子様の退院後の合計3回
アンケートにご協力いただきたいと思いますと考えております。
継続してご協力いただけると幸いです。

もし、ご協力していただけるようでしたら、下記に、お名前をご記入いただき、
アンケートと共に返信用封筒に同封し郵便ポストにご投函ください。
後日入院されている医療機関よりアンケート用紙をお渡しさせていただきます。

どうぞよろしくお願いいたします。

研究者 _____

私は、今回を含めて継続して研究に協力する事に同意します。

令和 年 月 日

氏名 _____

回答後のアンケート用紙と、
継続研究協力の連絡票は
返信用封筒（切手貼用済）に入れて
郵便ポストへご投函してください。

最後までお答えいただき
ありがとうございました

ご出産おめでとうございます。

前回のアンケートのご協力及び、継続調査のご承諾、
誠にありがとうございます。

アンケート用紙の記入方法のご説明

- ⑦ 質問用紙は全部で5ページあります。
- ⑧ 一つの質問についてあまり深く考えずに、率直なお気持ちをお聞かせください。
- ⑨ お子様の週数・体重などは母子手帳などを参考にしてご記入ください。
- ⑩ 質問に答えたくないものには無理にお答えいただくなくても結構です。
また参加承諾後でも途中でやめることは自由です。
- ⑪ 本研究にご協力いただけなくても、今後の診療や看護での不利益をうけることはありません。
- ⑫ ご記入が終えられましたら、返信用封筒（切手不要）に入れて、出来るだけ5日以内（お子様が退院される前まで）に郵便ポストにご投函ください。（多少遅れても、ご投函していただければ幸いです）

調査内容に関する疑問やご質問は下記にいつでもお問い合わせください

「問い合わせ先」 (研究分担者) 名古屋大学大学院医学系研究科 看護学専攻 健康発達看護学分野
博士課程（後期課程）2年 河村江里子
(研究責任者) 名古屋大学大学院医学系研究科 看護学専攻
教授 浅野みどり

〒461-8673 愛知県名古屋市東区大幸南一丁目1番20号
名古屋大学大学院医学系研究科 本館417研究室
Tel : 052-719-3157
E-mail : midoria@met.nagoya-u.ac.jp

ご協力よろしく申し上げます

ご自身についてのアンケート紙②

お子様のお誕生おめでとうございます。ご自身とお子様ことについてお聞かせください。

Q1. お子様についてお答えください。

1) 生まれた時の週数をお聞かせください。

() 週

2) 生まれた時の体重をお聞かせください。

500g 未満 500～1000g 未満 1000～1500g 未満
1500～2500g 未満 2500g 以上

3) 性別についてお聞かせください。

男 女

4) お子様は多胎児（双子、三つ子など）でしたか。

はい いいえ

Q2. お子様が生まれた後についてお聞かせください。

1) お子様はNICU（新生児集中治療室）に入院されましたか？

はい→ 2) に進んでください いいえ→ Q3. に進んでください

2) 『はい』とお答えになった方にお聞きします。

①お様の入院理由を教えてください。

低出生体重児 呼吸障害 心疾患 その他 ()

②お子様がNICUに入院される前に**出生前訪問**を受けましたか？

***出生前訪問**とはNICUに入院する可能性のあるお子様の家族に対して新生児科医師とNICU看護師が、
 お子様が生まれる前に行う面接のことです。

はい→ 3) に進んでください いいえ→ Q3. に進んでください

3) 『はい』とお答えになった方にお聞きします。

①それはどのような内容でしたか？(当てはまるもの全てお選びください)

小児科医からの説明 NICU看護師からの説明 NICUの見学 その他 ()

②それに同席したご家族を教えてください。(当てはまるもの全てお選びください)

自分 パートナー（妻または夫） 自分の(両)親 パートナーの(両)親

③その説明から出産までの期間をお答えください。

1日（翌日出産） 2日から1週間未満 1週間から1ヶ月未満 1ヶ月以上

④説明を受けた理由をお答えください。

自ら希望した 医療スタッフに薦められた その他 ()

Q3. 現在のあなたの精神状態や身体の調子はいかがですか？

心身ともに快調

身体的に快調だが精神的に不調

精神的に快調だが身体的に不調

心身ともに不調

Q4. 現在、子育てについて何か不安や心配事がありますか？

なし あり（どのような)

Q5. 現在、あなたの生活について（子育て以外）何か不安や心配事がありますか？

なし あり（どのような)

Q6. 現時点であなたは「夫は仕事、妻は家事と育児に専念する方が良い」と思いますか？

非常にそう思う まあそう思う あまりそう思わない 全くそう思わない

Q7. 男性の育児参加に対してどのように感じますか？

大変好ましい まあ好ましい あまり好ましくない 好ましくない その他

次のページに、お進みください

育児期の親性についてのアンケート（出産後）

お子様に対するお気持ちとあなたご自身に対するお気持ちをうかがいます。質問項目は33問です。

以下の質問内容について、あなたの現在のお気持ちにどの程度あてはまりますか。

2. 全くその通り 2. その通り 3. どちらともいえない 4. 違う 5. 全く違う
のうち、あてはまる数字ひとつに○を付けてください。

この調査は「良い親」「悪い親」と評価するものではありません。

あまり深く考え込まずに、直感でお答えください。

もし、あなたの気持ちをよくあらわす答えがない時は、最も近い数字を選び○をつけてください。

1.	2.	3.	4.	5.
全くその通り	その通り	どちらともいえない	違う	全く違う

- ① 私は、自分自身のことを信頼しています _____ 1 2 3 4 5
- ② 私は、子どもによく話しかけています _____ 1 2 3 4 5
- ③ 私は、育児をすることに満足感を感じていません _____ 1 2 3 4 5
- ④ 私は、子どもの様子がよくわかります _____ 1 2 3 4 5
- ⑤ 私は、子どもとスキンシップがとれていません _____ 1 2 3 4 5
- ⑥ 私は、社会の中での自分の役割がわかります _____ 1 2 3 4 5
- ⑦ 私は、現在の子どもの発育がよくわかります _____ 1 2 3 4 5
- ⑧ 私は、親としての充実感を感じていません _____ 1 2 3 4 5
- ⑨ 私は、自分なりの生き方を主体的に選んでいると思いません _____ 1 2 3 4 5
- ⑩ 私は、子どもに関わる時間を充分とりたいと思います _____ 1 2 3 4 5
- ⑪ 私は、子どもに喜びを与えていると思います _____ 1 2 3 4 5
- ⑫ 私は、子どもとコミュニケーションがとれています _____ 1 2 3 4 5
- ⑬ 私は、子育てに充実感を感じていません _____ 1 2 3 4 5
- ⑭ 私は、子どもの性格がよくわかります _____ 1 2 3 4 5

1.	2.	3.	4.	5.
全くその通り	その通り	どちらともいえない	違う	全く違う

- ⑮ 私は、子どものこれからの発育の様子を想像することができます _____ 1 2 3 4 5
- ⑯ 私は、親として以外の自分は充実していると思えません _____ 1 2 3 4 5
- ⑰ 私は、育児に関心があります _____ 1 2 3 4 5
- ⑱ 私は、日々の生活をうまくやっていく自信がありません _____ 1 2 3 4 5
- ⑲ 私は、子どもの欲求がよくわかります _____ 1 2 3 4 5
- ⑳ 私は、子どもを寝かしつけることがうまくできます _____ 1 2 3 4 5
- ㉑ 私は、子どもに関わる時間を大事にしていません _____ 1 2 3 4 5
- ㉒ 私は、親として以外の自分自身に対して前向きではありません _____ 1 2 3 4 5
- ㉓ 私の生き方は、自分で納得いくものだと思います _____ 1 2 3 4 5
- ㉔ 私は、子どもとの関係に満足していません _____ 1 2 3 4 5
- ㉕ 私は、子どもの食事（授乳）の世話がうまくできます _____ 1 2 3 4 5
- ㉖ 私は、社会的に必要とされていると思います _____ 1 2 3 4 5
- ㉗ 私は、親としてだけの自分をむなしいと思います _____ 1 2 3 4 5
- ㉘ 私は、子どもの気持ちがわかりません _____ 1 2 3 4 5
- ㉙ 私は、育児をすることに喜びを感じています _____ 1 2 3 4 5
- ㉚ 子どもは、いつも私が嫌がることをします _____ 1 2 3 4 5
- ㉛ 私は、親として以外の自分に満足していません _____ 1 2 3 4 5
- ㉜ 私は、子どもの個性がわかります _____ 1 2 3 4 5
- ㉝ 私は、子どもに信頼されていると思います _____ 1 2 3 4 5

次のページに、お進みください。

※あなたが父親の場合も以下の質問にお答えください。

産後の気分についておたずねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけでなく、過去7日間にあなたが感じたことに最も近い 答えに○をつけて下さい。

必ず10項目全部答えて下さい。

1)笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった。

- (0) いつもと同様にできた。
- (1) あまりできなかった。
- (2) 明らかにできなかった。
- (3) 全くできなかった。

2)物事を楽しみにして待った。

- (0) いつもと同様にできた。
- (1) あまりできなかった。
- (2) 明らかにできなかった。
- (3) ほとんどできなかった。

3)物事が悪くいった時、自分を不必要に責めた。

- (3) はい、たいていそうだった。
- (2) はい、時々そうだった。
- (1) いいえ、あまり度々ではなかった。
- (0) いいえ、全くなかった。

4)はっきりした理由もないのに不安になったり、心配したりした。

- (0) いいえ、そうではなかった。
- (1) ほとんどそうではなかった。
- (2) はい、時々あった。
- (3) はい、しょっちゅうあった。

5)はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた。

- (3) はい、しょっちゅうあった。
- (2) はい、時々あった。
- (1) いいえ、めったになかった。
- (0) いいえ、全くなかった。

6)することがたくさんあって大変だった。

- (3) はい、たいてい対処できなかった。
- (2) はい、いつものようにうまく対処できなかった。
- (1) いいえ、たいていうまく対処した。
- (0) いいえ、普段通りに対処した。

7)不幸せなので、眠りにくかった。

- (3) はい、ほとんどいつもそうだった。
- (2) はい、時々そうだった。
- (1) いいえ、あまり度々ではなかった。
- (0) いいえ、全くなかった。

8)悲しくなったり、惨め（みじめ）になったりした。

- (3) はい、たいていそうだった。
- (2) はい、かなりしばしばそうであった
- (1) いいえ、あまり度々ではなかった。
- (0) いいえ、全くそうではなかった。

9)不幸せなので、泣けてきた。

- (3) はい、たいていそうだった。
- (2) はい、かなりしばしばそうだった。
- (1) ほんの時々あった。
- (0) いいえ、全くそうではなかった。

10)自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。

- (3) はい、かなりしばしばそうだった。
- (2) 時々そうだった。
- (1) めったになかった。
- (0) 全くなかった。

質問内容は以上です

ご協力ありがとうございました

回答後のアンケート用紙は
返信用封筒（切手貼用済）に入れて
郵便ポストへご投函してください。

最後までお答えいただき
ありがとうございました

退院おめでとうございます。

前回のアンケートご協力と継続調査の承諾、
誠にありがとうございます。

アンケート用紙の記入方法のご説明

- ⑬ 質問用紙は全部で4ページあります。
- ⑭ 一つの質問についてあまり深く考えずに、率直なお気持ちをお聞かせください。
- ⑮ 質問に答えたくないものには無理にお答えいただくなくても結構です。
また参加承諾後でも途中でやめることは自由です。
- ⑯ 本研究にご協力いただけなくても、今後の診療や看護での不利益をうけることはありません。
- ⑰ ご記入が終了されましたら、返信用封筒（切手不要）に入れて、**1ヶ月以内に郵便ポストにご投函ください。**（多少遅れても、ご投函していただければ幸いです）

調査内容に関する疑問やご質問は下記にいつでもお問い合わせください

「問い合わせ先」 (研究分担者) 名古屋大学大学院医学系研究科 看護学専攻 健康発達看護学分野
博士課程 (後期課程) 2年 河村江里子
(研究責任者) 名古屋大学大学院医学系研究科 看護学専攻
教授 浅野みどり

〒461-8673 愛知県名古屋市東区大幸南一丁目1番20号
名古屋大学大学院医学系研究科 本館417研究室
Tel : 052-719-3157
E-mail : midoria@met.nagoya-u.ac.jp

ご協力よろしく申し上げます

ご自身についてのアンケート紙③

退院おめでとうございます。ご自身とお子様ことについてお聞かせください。

- Q1. お子様の退院までの期間をお答えください（多胎児の場合、先に退院したお子様でお答えください）。
1 週間未満 1 週間～1 か月未満 1 か月～3 か月未満 3 か月～6 か月以上 6 か月以上
- Q2. 入院中にどのような育児支援がありましたか？（当てはまるもの全てお選びください）
おむつ交換 授乳 沐浴 カンガルーケア その他（ ）
- Q3. 現在のお子様の状態についてお聞かせください。
 1) 医療的ケアが必要ですか？
はい いいえ
 2) 『はい』とお答えになった方にお聞きします。
 現在お子様にはどのような医療的ケアが必要ですか？（複数回答可）
経管栄養 吸引 人工肛門管理 人工呼吸管理 酸素投与 その他
- Q4. お父様のみお答えください。実際に育児休業・育児休暇は取得しましたか、または今後取得予定ですか？
はい→ 1) に進んでください いいえ Q6に進んでください
 1) 『はい』とお答えになった方にお聞きします。
 取得期間を教えてください。
1 週間以内 1 週間以上1 ヶ月以内 1 ヶ月以上3 ヶ月以内 3 ヶ月以上1 年以内
1 年以上
- Q5. お母様のみお答えください。現在の就業状況についてお答えください。
育休中 育休から仕事復帰 もともと専業主婦
 1) 育休を取得された方にお聞きします。
 取得期間を教えてください。
1 週間以内 1 週間以上1 ヶ月以内 1 ヶ月以上3 ヶ月以内 3 ヶ月以上1 年以内
1 年以上
- Q6. 現在のあなたの精神状態や身体の調子はいかがですか？
心身ともに快調
身体的に快調だが精神的に不調
精神的に快調だが身体的に不調
心身ともに不調
- Q7. 現在、子育てについて何か不安や心配事がありますか？
なし あり（どのような ）
- Q8. 現在、あなたの生活について（子育て以外）何か不安や心配事がありますか？
なし あり（どのような ）
- Q9. 現時点であなたは「夫は仕事、妻は家事と育児に専念する方が良い」と思いますか？
非常にそう思う まあそう思う あまりそう思わない 全くそう思わない
- Q10. 男性の育児参加に対してどのように感じますか？
大変好ましい まあ好ましい あまり好ましくない 好ましくない その他

次のページに、お進みください

育児期の親性についてのアンケート（退院後）

お子様に対するお気持ちとあなたご自身に対するお気持ちをうかがいます。質問項目は33問です。

以下の質問内容について、あなたの現在のお気持ちにどの程度あてはまりますか。

3. 全くその通り 2. その通り 3. どちらともいえない 4. 違う 5. 全く違う
のうち、あてはまる数字ひとつに○を付けてください。

この調査は「良い親」「悪い親」と評価するものではありません。

あまり深く考え込まずに、直感でお答えください。

もし、あなたの気持ちをよくあらわす答えがない時は、最も近い数字を選び○をつけてください。

1.	2.	3.	4.	5.
全くその通り	その通り	どちらともいえない	違う	全く違う

- ① 私は、自分自身のことを信頼しています _____ 1 2 3 4 5
- ② 私は、子どもによく話しかけています _____ 1 2 3 4 5
- ③ 私は、育児をすることに満足感を感じていません _____ 1 2 3 4 5
- ④ 私は、子どもの様子がよくわかります _____ 1 2 3 4 5
- ⑤ 私は、子どもとスキンシップがとれていません _____ 1 2 3 4 5
- ⑥ 私は、社会の中での自分の役割がわかります _____ 1 2 3 4 5
- ⑦ 私は、現在の子どもの発育がよくわかります _____ 1 2 3 4 5
- ⑧ 私は、親としての充実感を感じていません _____ 1 2 3 4 5
- ⑨ 私は、自分なりの生き方を主体的に選んでいると思いません _____ 1 2 3 4 5
- ⑩ 私は、子どもに関わる時間を充分とりたいと思います _____ 1 2 3 4 5
- ⑪ 私は、子どもに喜びを与えていると思います _____ 1 2 3 4 5
- ⑫ 私は、子どもとコミュニケーションがとれています _____ 1 2 3 4 5
- ⑬ 私は、子育てに充実感を感じていません _____ 1 2 3 4 5
- ⑭ 私は、子どもの性格がよくわかります _____ 1 2 3 4 5

1.	2.	3.	4.	5.
全くその通り	その通り	どちらともいえない	違う	全く違う

- ⑮ 私は、子どものこれからの発育の様子を想像することができます _____ 1 2 3 4 5
- ⑯ 私は、親として以外の自分は充実していると思えません _____ 1 2 3 4 5
- ⑰ 私は、育児に関心があります _____ 1 2 3 4 5
- ⑱ 私は、日々の生活をうまくやっていく自信がありません _____ 1 2 3 4 5
- ⑲ 私は、子どもの欲求がよくわかります _____ 1 2 3 4 5
- ⑳ 私は、子どもを寝かしつけることがうまくできます _____ 1 2 3 4 5
- ㉑ 私は、子どもに関わる時間を大事にしていません _____ 1 2 3 4 5
- ㉒ 私は、親として以外の自分自身に対して前向きではありません _____ 1 2 3 4 5
- ㉓ 私の生き方は、自分で納得いくものだと思います _____ 1 2 3 4 5
- ㉔ 私は、子どもとの関係に満足していません _____ 1 2 3 4 5
- ㉕ 私は、子どもの食事（授乳）の世話がうまくできます _____ 1 2 3 4 5
- ㉖ 私は、社会的に必要とされていると思います _____ 1 2 3 4 5
- ㉗ 私は、親としてだけの自分をむなしいと思います _____ 1 2 3 4 5
- ㉘ 私は、子どもの気持ちがわかりません _____ 1 2 3 4 5
- ㉙ 私は、育児をすることに喜びを感じています _____ 1 2 3 4 5
- ㉚ 子どもは、いつも私が嫌がることをします _____ 1 2 3 4 5
- ㉛ 私は、親として以外の自分に満足していません _____ 1 2 3 4 5
- ㉜ 私は、子どもの個性がわかります _____ 1 2 3 4 5
- ㉝ 私は、子どもに信頼されていると思います _____ 1 2 3 4 5

次のページに、お進みください。

育児ストレスについてのアンケート

あなたが日々どのように過ごしているのか、お子様の様子をどう感じているのか伺います。
質問項目は19問です。

以下の質問内容について、あなたの現在のお気持ちにどの程度あてはまりますか。

4. 全くその通り 2. その通り 3. どちらともいえない 4. 違う 5. 全く違う

あまり深く考え込まずに、直感でお答えください。

もし、あなたの気持ちをよくあらわす答えがない時は、最も近い数字を選び○をつけてください。

1.	2.	3.	4.	5.
全くその通り	その通り	どちらともいえない	違う	全く違う

- ① 私は親であることを楽しんでいる。 _____ 1 2 3 4 5
- ② 子どもの世話について問題が生じた時、助けやアドバイスを求める人がたくさんいる。 __ 1 2 3 4 5
- ③ 私の子どもは、元気すぎて私が疲れる。 _____ 1 2 3 4 5
- ④ 私の子どもは、他の子どもと比べて集中力がない。 _____ 1 2 3 4 5
- ⑤ 私の子どもは、私が喜ぶことはほとんどしない。 _____ 1 2 3 4 5
- ⑥ 私の子どもは、とても不機嫌で泣きやすいと思う。 _____ 1 2 3 4 5
- ⑦ 私の子どもは、他の子どものように笑わない。 _____ 1 2 3 4 5
- ⑧ 子どもがすることで、私がとても気になることがいくつかある。 _____ 1 2 3 4 5
- ⑨ 私の子どもは、小さなことにも腹を立てやすい。 _____ 1 2 3 4 5
- ⑩ 私の子どもは、他の子どもよりも手がかかるようだ。 _____ 1 2 3 4 5
- ⑪ 私の子どもは、いつも私につきまとして離れない。 _____ 1 2 3 4 5
- ⑫ 私は物事をうまく扱えないと感じることが多い。 _____ 1 2 3 4 5
- ⑬ 子どもが生まれてから、私はやりたいことがほとんどできないと感じている。 _____ 1 2 3 4 5
- ⑭ いつも子どもが何か悪いことをすると、私のあやまちだと感じてしまう。 _____ 1 2 3 4 5
- ⑮ 子どもが生まれてから、私のパートナーは期待したほど援助やサポートをしてくれない。 1 2 3 4 5
- ⑯ 子どもが生まれたことにより、パートナーとの問題が思ったより多く生じている。 _____ 1 2 3 4 5
- ⑰ 私は孤独で、友達がいないと感じている。 _____ 1 2 3 4 5
- ⑱ この6か月間、私はいつもより病気がちで痛みを感じるが多かった。 _____ 1 2 3 4 5
- ⑲ 私は以前のように物事を楽しめない。 _____ 1 2 3 4 5

回答後のアンケート用紙と、
インタビュー協力への連絡票は
返信用封筒（切手貼用済）に入れて
郵便ポストへご投函してください。

最後までお答えいただき
ありがとうございました