

〈原著論文〉

生後1か月児を育児中の父親における精神健康度の関連要因とサポートニーズ

Related factors of mental health and support needs in fathers raising one month old children

中村愛美¹ 朝澤恭子² 筒井志保³

1 NTT東日本関東病院

2 東京医療保健大学 東が丘看護学部

3 独立行政法人国立病院機構 東京医療センター

Manami NAKAMURA¹, Kyoko ASAZAWA², Shiho TSUTSUI³

1 NTT Medical Center Tokyo

2 Division of Nursing, Faculty of Nursing, Tokyo Healthcare University

3 National Hospital Organization Tokyo Medical Center

要 旨：目的：生後1か月児を育児中の父親への看護支援の示唆を得るために、1か月健診時の父親の精神健康度の関連要因およびサポートニーズを明らかにする。

方法：量的記述的研究デザインを用いて生後1か月児を育児中の男性99名に無記名の自記式調査票を用いてデータ収集を行った。調査内容は育児の現状とニーズ、精神健康度調査法12項目であった。

結果：有効回答は52部（52.5%）であった。精神健康度平均点は1.8点、精神健康度良好群は84.6%であった。精神健康度非良好群は精神健康度良好群より育児のサポート希望者が有意に多く（ $p=0.021$ ）、家事のサポート希望者が有意に多く（ $p=0.030$ ）、夫婦の同居年数が有意に短かった（ $p=0.048$ ）。

結論：乳児を育児中の父親において精神健康度が低い人は、育児のサポート希望者が多く、家事のサポート希望者が多く、夫婦の同居年数が短いことが明らかとなった。

Abstract：Purpose: The purpose of this study was to clarify factors related to mental health and support needs in fathers who are raising one-month-old children.

Methods: This was a cross-sectional study which used the quantitative data from 52 returned self-report questionnaires distributed to 99 men who were raising one-month-old infants. The contents of the survey were the current status and needs of childcare and 12-item version of the General Health Questionnaire.

Results: The number of returned questionnaires was 52 (52.5%). The average General Health Questionnaire score was 1.8 points, the good mental health group was 84.6%. The group with poor mental health has significantly more applicants for childcare support ($p = 0.021$), significantly more applicants for housework support ($p = 0.030$), and significantly shorter couple's cohabitation period than the group with good mental health ($P = 0.048$).

Conclusion: It was suggested that fathers who were raising infants and had low mental health had many needs for childcare support, many needed housework support, and the couple's cohabitation period was short.

キーワード：父、GHQ（精神健康調査）、育児

Keywords : Fathers, GHQ (General Health Questionnaire) , Child Rearing

I. はじめに

日本は急激な少子化の進行や核家族化、共働き世帯の増加等の社会状況の変化により、出産後の育児不安や負担、孤独感から産後うつに罹患している母親が問題視されている¹⁾。女性の産後うつ病の発症は10.0%と報告され²⁾、産前・産後から母親の精神的サポートに対する施策の重要性が強まっている³⁾。近年、育児に参加する父親がクローズアップされ、父親に対する社会的期待がより一層高まっている状況である。そのため、父親は親役割を果たす一方で、身体的・精神的・時間的な負担が大きくなることが予測される。

父性に関する先行研究として、妻が妊娠中の父親に対して十分に育児参加できるよう医療者の教育的関わりが必要であると報告されている^{4) 5)}。医療者は女性の妊娠中にパートナーである男性に対して、父親としての自己像形成に必要な素材の内容を把握し提供すること、妊娠・出産をする妻に対して関心を高めるよう促すこと、仕事と家庭内役割の役割調整の必要性に気づくよう促すことが必要である⁴⁾。父親が十分に育児参加できる準備教育、育児の知識習得が必要である⁵⁾。また、育児中の父親に対して就業スケジュールや親の役割に対する自信欠如などの障壁を理解しつつ、子どもの健康管理に父親を参加させる工夫を検討する必要性があることも報告されている⁶⁾。

また、育児中の父親に関する報告で、多様な育児休業の取得方法や取得期間を拡充する必要性があり、父親特有の悩みである社会的な自己を失う不安に対する心理社会的支援の必要性も明らかとなっている⁷⁾。加えて、父親のうつは職業状況やサポート不足などから起因している。妻が妊娠・出産した男性に対する調査において、パートナーの妊娠中および出産後9ヵ月間にうつ病の症状が高い父親の要因は、ストレスを感じていること、自身の健康状態が悪いことであり、産後の父親のうつ病は、社会的および人間関係の不利な要因と関連している⁸⁾。1歳未満の子を持つ父親のエジンバラ産後うつ病自己評価票を用いたうつ病高リスク者は12.0%であり、その要因は、子どもの睡眠問題、父親のうつ病の既往歴、ソーシャルサポートの欠如、低い経済状況である⁹⁾。父親は育児中に母子密着の関係性から疎外感を感じていることも明らかになっている¹⁰⁾。周産期の女性のパートナーである男性に対するうつ病の介入研究では、父親の周産期うつ病の

有病率は10%であり、父親単独ではなく、母親やカップルを対象に焦点を当てることとうつ病スコアに改善をもたらすと報告されている¹¹⁾。さらに、育児中の親を対象としたうつ病に関する調査において、父親も母親もうつ病スコアが高いのは子どもが1歳未満であり、その発症率は10年間で1.6～2.9に増加し、有病率は年々増加している¹²⁾。調査された国、方法により、うつ病発症やリスクの数値にはややばらつきがあるものの、父親にもパートナーの産後期間のうつ状態があることが述べられている。

このように、父親の育児中のうつ状態や支援の必要性は明らかとなっているが、産後1か月までに育児をしている父親の精神状態、サポートニーズについての研究報告は見当たらない。特に国内文献において産後1か月のパートナーを持つ男性に対する調査報告が稀少である。晩婚化・晩産化により妊産婦が高齢化したことにより親の介護が必要となり、育児と介護のダブルケアを行う女性が増加している¹³⁾。女性たちは産後に両親からのサポートを得ていた環境が変化し、退院直後からパートナーによるサポートが増加傾向にある。そこで、父親への育児参加を推進し、子どもの父親と母親にとってストレスが少なく育児できるように、産後早期における父親の精神状態の実態把握とサポートニーズを明らかにする必要性がある。本研究の目的は、生後1か月児を育児中の父親への看護支援の示唆を得るために、1か月健診時の父親の精神健康度の関連要因およびサポートニーズを明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 研究デザイン：量的横断的記述研究デザイン

2. 調査期間：2017年6月～8月であった。

3. 調査対象：研究協力施設は関東圏の総合病院であり、調査対象者は妻が出産後の1か月児の父親であった。子どもがNICU等で入院中、妻が産後に里帰りをして1度も育児をする機会が無い父親は除外した。調査対象人数は、調査項目の2倍程度が必要であり¹⁴⁾、同様の調査と回収率89%を参考に¹⁵⁾、100名と算出した。

4. 用語の定義

1) サポートニーズ：生後1か月児を育児中の父親が、育児や家事に関して、家族、医療者、その他の人に

対して必要とするニーズを示す。

- 2) **精神健康度**: 全体的なストレス反応や不安の程度、睡眠や集中力など身体および精神の健康の度合いを示す。

5. 調査内容:

- 1) **属性**: 年齢、妻の年齢、子どもの人数、父親の職業、同居年数、家族形態、婚姻状況、出産状況、育児協力の状態、介護者の有無、休暇取得の有無について回答を求めた。
- 2) **対象者が実施している育児の状況**: 具体的育児内容、育児時間、情報提供者について回答を求めた。
- 3) **育児中のサポート状況**: サポート者の有無、内容について回答を求めた。
- 4) **サポートニーズ**: 妻子の退院後のサポートニーズのうち、時期や内容について回答を求めた。
- 5) **精神健康度調査法12項目版** (General Health Questionnaire, : 以下GHQ12)

この尺度は、Goldbergら¹⁶⁾によって開発され、中川ら¹⁷⁾によって日本版として翻訳されている。GHQ12は、不安や不眠、抑うつなどの精神医学的症状に関して、最近1か月間の症状の頻度を4件法で回答する。大規模疫学調査での精神疾患や臨床介入を必要とする人の発見用のスクリーニングとして用いられている。12項目1因子モデルであり、下位概念を想定せず、そのまま観測変数の合計点をもって精神的健康度の程度とみなす。一方、荒納ら¹⁹⁾によると、「不安・抑うつ」「活動障害」の2下位因子が示されている。「ない」または「あまりなかった」という上位の回答には0点、「たびたびあった」または「あった」という下位の回答には1点を算出し、合計得点を計算する。GHQ12得点で最高得点は12点、最低得点を0点とし、得点が高いほど精神状態が悪いことを示す。cut offポイントは3/4であり¹⁸⁾、3点以下を精神的に良好なGHQ12良好群であり、4点以上をGHQ12非良好群とした。新納ら¹⁹⁾によると、信頼性として内部一貫性を示すCronbach's α は0.85であり、妥当性においては開発者¹⁶⁾により一定の構成概念および交差妥当性が確認されている。ストレス反応や不安の程度など精神の健康の度合いを測るにあたり、調査項目が少なく負担の少ないこの尺度を選定した。

6. **調査方法**: 研究協力施設の管理者に、研究の説明をし、研究協力の同意を得た。研究者が研究対象候補者または研究対象候補者の妻に対して1か月健診で外来に来院時に、研究の趣旨を説明し、研究協力の依頼をした。承諾が得られた対象者または対象者の妻に調査票および封筒を配布し、個別郵送法を用いて回収した。

7. **分析方法**: 統計ソフトSPSS ver.21を使用し、記述統計量を算出した。GHQ12得点を因子分析および信頼性分析を用いて信頼性と妥当性の再検討をした。精神健康度の関連要因を探索するために、属性および育児の状況と精神健康度の関連の検討が必要であり、GHQ12得点を従属変数とし、Mann-Whitney U検定またはKruskal-wallis検定を用いた群間比較で精神健康度の高低を検討した。属性の連続変数である父親の年齢、母親の年齢、同居期間は本研究における年齢の差、同居期間の差による精神健康度の関連を検討するためにサブグループ分析を実施した。サポートニーズは、度数分布から統計量を得た。GHQ12良好群とGHQ12非良好群の群間比較はFisher正確確率検定またはMann-Whitney U検定を用いた。

8. **倫理的配慮**: 研究参加は自由意思で同意しない場合も不利益は受けないこと、匿名性の保持、データの厳重管理、公表後に適切な処分をすることを文書と口頭で説明した。調査票の回収をもって同意とみなした。東京医療保健大学倫理審査委員会 (28-36) および研究協力施設の倫理審査委員会 (R17-61) の承認を得た上で実施した。

Ⅲ. 結果

対象者99名に調査票を配布した結果、52部回収、有効回答は52部 (有効回答率52.5%) であった。

1. GHQ12得点の信頼性と妥当性の検討 (表1)

GHQ12得点の信頼性と妥当性を確認するために、因子分析 (主因子法、プロマックス回転) を行った結果、4下位尺度、因子負荷量は0.41以上、負荷量平方和は56.2%であった。Cronbach's α は、0.79であり、信頼性が確認された。GHQ12得点は開発された尺度のとおり、使用してよいとみなし、合計点を算出した。GHQ12の平均点は1.8 (SD2.3) であった。

表1 精神健康度12項目版の信頼性と妥当性の検討 (N=52)

尺度	Mean	SD	項目	因子負荷量	負荷量平方和	Cronbach's α
GHQ12	1.8	2.3	12	0.41-0.99	56.2	0.79

因子分析 (主因子法、プロマックス法)、信頼性分析

2. 対象者の属性 (表2)

対象者である父親の平均年齢は35.6 $\pm$ 6.4歳、対象者の妻である母親の平均年齢は33.7 $\pm$ 7.4歳であった。職業は「会社員・公務員」が90.4%であった。婚姻状況は、「初婚」が92.3%、子どもの人数は「1人」が61.6%、「2人以上」が38.4%であった。GHQ12得点を従属点数とし、属性による相違があるかを検定するために、群間比較を行ったが、属性による有意差は認められなかつ

表2 対象者の属性とGHQの群間比較 (N=52)

項目	GHQ12得点			p値
	mean±SD (範囲)	median	IQR	
父親年齢	35.6±6.4歳	1.0	1.0-2.5	0.381
		1.0	0.0-2.0	
母親年齢	33.7±7.4歳	1.0	0.75-2.25	0.433
		1.0	0.0-2.0	
同居期間	4年 (1か月～17年)	1.0	0.5-2.0	0.124
		0.0	0.0-2.0	
職業				
会社員・公務員	47	90.4	1.0	0.0-2.0
自営業・会社経営	5	9.6	2.0	1.0-8.0
家族構成				
夫婦・子ども	39	75.0	1.0	0.0-2.0
夫婦・子どもと両親	13	25.0	1.0	1.0-2.5
婚姻状況				
初婚	48	92.3	1.0	0.0-2.0
再婚	4	7.7	2.5	0.5-6.75
子どもの人数				
1人	32	61.6	1.0	0.0-3.0
2人以上	20	38.4	1.0	0.0-1.5

GHQ12:精神健康度12項目版
属性の連続変数は平均値で高低2群に分けた。
Mann-Whitney U検定を実施。IQR=四分位範囲。

た。

3. 対象者における育児の状況とGHQの群間比較 (表3)

妻以外の育児の協力者は、「母親の両親」65.4%、「父親の両親」17.3%、協力者がいない人は11.5%であった。出産のための休暇取得者は67.3%であり、その平均は2.5日、育児のための休暇取得者は34.6%、その平均は3.4日であった。一日の育児時間は「1時間未満」が48.1%と最も多く、父親に対するサポート者は「妻」が62.7%と最多であった。父親の主な育児内容は、抱っこ・あやすが90.4%、おむつ交換が78.8%であった。育児参加についての情報提供者は「雑誌・ネット」36.5%、父親の産後ブルーについての情報提供者は「なし」88.5%であった。GHQ12得点を従属点数とし、育児状況による相違があるかを検定するために、群間比較を行ったが、育児状況による有意差は認められなかった。

4. 対象者における育児のサポートニーズ (表4)

退院後のサポートは「いらない」が61.5%であり、必要者のうち「退院後1週間頃」の希望者が15.4%であった。希望するサポート者は「妻」が23.1%であった。生後1か月までに希望するサポート内容は「育児の手伝い」28.8%、「家事の手伝い」23.1%、「育児の相談」11.5%であった。今後、育児中の父親へのサポートについて希望するものは、第1希望として「妻からの具体的指示」が30.8%であった。

5. 精神健康度良好群と非良好群の群間比較 (表5)

対象者における精神健康度の高低と、属性やニーズの関連を検討するために、精神健康度良好と非良好群の二群に分けてサブグループ分析を行った。精

表3 対象者における育児の状況とGHQの群間比較 (N=52)

項目	n	%	median	IQR	p値
育児の協力者					
母親の両親	34	65.4	1.0	0.0-2.0	0.812
父親の両親	9	17.3	1.0	0.0-2.0	
なし	6	11.5	1.5	0.0-3.5	
友人・親戚など	3	5.8	1.0	0.0-1.0	
出産休暇					
あり	35	67.3	1.0	0.0-2.0	0.213
なし	17	32.7	0.0	0.0-2.0	
育児休暇					
あり	18	34.6	1.0	0.0-2.0	0.485
なし	34	65.6	1.0	0.0-2.0	
育児時間					
1時間未満/日	25	48.1	1.0	0.0-2.0	0.218
1～3時間未満/日	23	44.2	1.0	0.0-5.0	
3～5時間未満/日	4	7.7	0.5	0.0-1.75	
父親に対するサポート者					
妻	32	62.7	1.0	0.0-2.0	0.345
なし	13	25.0	2.0	1.0-4.5	
妻以外の男性の家族	3	5.8	1.0	0.0-1.0	
妻以外の妻の家族	3	5.8	0.0	0.0-0.0	
育児内容(複数回答)					
抱っこ・あやす	47	90.4			
おむつ交換	41	78.8			
瓶哺乳	27	51.9			
沐浴	27	51.9			
着替え	19	36.5			
育児の情報提供者(複数回答)					
雑誌・インターネット	19	36.5			
父親の家族	12	23.1			
知人	12	23.1			
医療者	7	13.5			
自治体	6	11.5			
妻の家族	5	9.6			
父親の産後ブルーの情報提供者					
なし	46	88.5			
雑誌・インターネット	4	7.7			
自治体	1	1.9			
知人	1	1.9			

*複数回答はその回答を選択した人数の割合を示す。

*GHQ12:精神健康度12項目版。IQR=四分位範囲

2項目の場合はMann-Whitney U検定、3項目の場合はKruskal-wallis検定を実施。

神健康度良好群は44名(84.6%)であり、精神健康度非良好群8名(15.4%)であった。Fisher正確確率検定を行った結果、二群間で育児サポート希望、希望サポート内容の有意な差が確認された。GHQ12非良好群はGHQ12良好群よりも育児のサポート希望者が有意に多かった(p=0.021)。また、GHQ12非良好群はGHQ12良好群よりも家事のサポート希望者が有意に多かった(p=0.030)。さらに、二群間の相違を検定するためにMann-Whitney U検定を行った結果、GHQ12非良好群はGHQ12良好群よりも、夫婦の同居年数が有意に短かった(p=0.048)。

IV. 考察

1. 対象者の属性

2016年の第1子出生時の平均年齢は、夫32.7歳、妻30.7歳である¹⁹⁾。本調査結果の父親35.6歳、母親33.7

歳という値は、本研究の対象者が関東圏で乳児を養育している父親であることから、日本の平均よりも年齢が上昇していることが考えられる。また、子どもの人数が1人である対象者が61.6%であることも、全国平均の48.0%と比較すると¹⁹⁾、関東圏に在住する対象者の特徴であるといえる。

2. 育児中の父親の心理状態

本研究結果において、GHQ12の平均点は1.8点、GHQ12良好群は84.6%であった。GHQ12非良好群は15.4%であるため、不安や不眠、抑うつなどの精神医学的症状が良好でない父親は一定の割合で存在し、支援の必要性があると考えられた。同様の父親のうつに関する報告では、10%がうつ病を罹患していた²¹⁾。一方、海外の父親の産後の抑うつ状態は8%程度と報告されている^{22) 23)}。このように、文化的背景、生活環境により、産後に父親のうつ病罹患の差は見られているものの、日本のみならず海外の父親においても、妻の産後は健康に影響するような精神的負担を感じていること、先行研究より精神的非良好者が多いことが確認された。特に、GHQ12非良好群は育児のサポート希望者が多く、育児より家事のサポート希望者が多く、夫婦の同居年数が短いという特徴が明らかとなった。これは、夫婦がそれぞれの性格や思考の特性を十分に把握しきれていないことや、ライフイベントを通して

表5 GHQ12良好群と非良好群の群間比較 (N=52)

項 目	GHQ12良好群 (n=44)		GHQ12非良好群 (n=8)		p-value
	84.6%		15.4%		
	n	%	n	%	
サポート希望					
あり	14	31.8	6	75.0	0.021 *
なし	30	68.2	2	25.0	
希望するサポート(n=33)					
家事	7	26.9	5	71.4	0.030 *
育児	19	73.1	2	28.6	
	median	IQR	median	IQR	p-value
同居期間(月)	44.0	(22-83)	24.0	(6-46)	0.048 *

Fisher正確確率検定, Mann-Whitney U検定, *p<0.05, IQR=四分位範囲

初めて出現する問題や課題に乗り越えるための対処能力や解決への多様な方法を用いていないことによって精神的負担を感じていると推測される。また、対象者の36.5%の人が育児に関して雑誌・ネットから情報を得ていたが、家事に関しては、妻からの具体的な指示がないと実施できない場合があることも予測される。高木ら²⁴⁾の父親の健康関連QOLの低さは子どもが二人以上いること、母親の精神健康度が低いこと、母親と関係構築が良好でないことであり、本研究結果とやや相違があった。調査時期が高木は生後3か月であり、本研究は生後1か月であり、時期と共に父親の環境や心理の相違が推測される。さらに、渡部ら¹⁵⁾によると、父親の成育歴や小さい子どもとの接触体験などの個人的要因から子どもが苦手な子育てへの自信が低いことが、今回の調査では精神健康度の低さは成育歴など属性による影響は明らかにならなかった。

本研究の結果から、対象者の育児のサポートニーズとして、育児の相談が11.5%、医療機関での育児練習が17.3%であった。また、精神健康度が良好の父親は31.8%、精神健康度が良好ではない父親は75.0%の人がサポートを必要としていた。助産師は妊婦健診や両親学級などで来院される夫婦の状況、特に夫婦をサポートする周囲の状況やメンタル面、本人のサポートニーズといった情報をアセスメントし、適切な情報提供をすることが望まれる。また、夫婦が産後に問題への解決がしばらく自己効力感や自尊感情を損なう状態が継続されることで、夫婦で産後うつを発症するリスクや子どもへの虐待のリスクが高まることが懸念される。現在、3組に1組が離婚を迎える状況であり²⁵⁾、父親の育児参加を取り巻く問題は、助産師が意識してケアを実施することとともに社会全体で解決策を見出すことも必要である。

3. 看護支援の介入の必要性

本研究の父親に対するサポート者は妻が62.7%と最も多かった。育児期における夫婦間のコミュニケーションは、母親の育児サポートに対する肯定的認識に

表4 対象者の育児のサポートニーズ (N=52)

項 目	n	%
希望サポート時期		
退院後1週間頃	8	15.4
退院後2週間頃	3	5.8
退院後3週間頃	4	7.7
退院後4週間頃	4	7.7
なし	32	61.5
無回答	1	1.9
希望するサポート者		
妻	12	23.1
なし	11	21.2
妻以外の男性の家族	9	17.3
妻以外の妻の家族	9	17.3
無回答	11	21.2
サポート希望内容		
育児の手伝い	15	28.8
家事の手伝い	12	23.1
育児の相談	6	11.5
なし	17	32.7
無回答	2	3.8
今後希望する第1サポート		
希望はない	17	32.7
妻からの具体的指示	16	30.8
医療機関で育児練習	9	17.3
自治体で育児練習	5	9.6
無回答	5	9.6

つながり、母親の自己効力感を高める²⁶⁾。産後の期間は、夫婦間で妊娠中や出産に対して振り返る機会となり、その後の育児に対して互いにどのように思っているかなども含めて話し合うことが必要である。父親は母親と比較した場合に、自らが援助を求めることに消極的であるため²⁷⁾、助産師は、母親が入院中に父親とコミュニケーションをとることを勧めるとともに、希望している育児内容や家事内容を具体的に父親へ依頼することの助言が必要である。

現在、厚生労働省の施策として、産後の2週間健診への公費負担が行われ、産後うつ防止、虐待防止に対してサポートが示されている²⁸⁾。父親に対しては、母親への健診や受診時に、父親同伴であることを積極的に受容し、可能な限り父親に対しても母親と同じようにバックアップしていく必要があると考えられる。妊婦健診時に父親ともコミュニケーションをとり、サポートニーズのある父親、同居期間の短い夫婦に対して、積極的に関わる必要がある。

夫婦間で妊娠中からコミュニケーションをとることによって、父親は産後の育児行動につながり、夫婦関係の良好を維持する。父親の育児行動やコミュニケーションを得て信頼関係が築かれることは、産後の女性だけでなく、父親も精神的な安定が得られる^{5), 29)}。さらに、父親が子どもへの肯定的感情と母親の育児への理解を示すことや育児に関わるという意識が夫婦関係を良好にすることにつながる³⁰⁾。そのため、看護者自身も男女における親役割獲得のプロセスの相違やコミュニケーションの重要性を把握した上で、両親学級や退院指導で助言を行うことが望まれる。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究は、関東圏中心の乳児を養育している父親を対象としているため、他の地域の集団との相違が推測される。今後は関東圏だけでなく各地域を含んだ大規模調査を行い、様々な地域、背景を持つ父親のさらなる関連要因の探索が必要である。精神健康度の良好でない父親に対して看護支援をするためのスクリーニングとしての活用が期待される。

V. 結論

乳児を育児中の父親の精神健康度は84.6%が良好であり、属性や育児の状況との関連が確認されなかった。サブグループ分析において、乳児を育児中の父親における精神健康度が低い人は、育児のサポート希望者が多く、育児より家事のサポート希望者が多く、夫婦の同居年数が短いことが明らかとなった。父親のサポー

トニーズとして、時期は退院後1週間頃、サポート者は妻、サポート内容は育児の手伝い、今後希望する内容は妻からの具体的指示が多かった。

看護者は育児する父親に対して、夫婦でコミュニケーションを取り、妻からのサポートを得て育児に臨むことの大切さを伝え、支援する必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力くださった皆様に深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働省.「健やか親子21 (第2次)」の中間評価等に関する検討会 報告書. 2019; 検索日:2020年3月30日
<https://www.mhlw.go.jp/content/11901000/000614300.pdf>
- 2) Takahashi Y, Tamakoshi K. Factors Associated with Early Postpartum Maternity Blues and Depression Tendency Among Japanese Mothers with Full-Term Healthy Infants. Nagoya J Med Sci 2014;76 (1-2): 129-138.
- 3) 伊藤わらび. 東京都の育児支援施策の現状と課題その1全国最低の出生率にある巨大都市・東京の対策. 十文字学園女子大学人間生活学部紀要2004;2:83-110.
- 4) 森田亜希子, 森恵美, 石井邦子. 親となる父親が産後の父親役割行動を考える契機となった妻の妊娠期における体験. 母性衛生2010;51(2): 425-432.
- 5) 大関信子, 大井けい子, 佐藤愛, 池田礼美. 乳幼児を持つ母親のメンタルヘルス:父親のメンタルヘルスと関連要因. 女性心身医学 2013;18(2):248-255.
- 6) Garfield CF, Isacco A. Fathers and the well-child visit. Pediatrics 2006;117(4):637-645.
- 7) 鈴木紀子. 父親の育児休業 (第1報) 一育児休業取得前の思いおよび育児休業取得中・後の思いと行動一. 母性衛生 2013;54(2):335-345.
- 8) Underwood L, Waldie KE, Peterson E, et al. Paternal Depression Symptoms During Pregnancy and After Childbirth Among Participants in the Growing Up in New Zealand Study. JAMA Psychiatry 2017;74(4):360-369.
- 9) Lloyd F, Paul C. Paternal postnatal depression in Ireland: Prevalence and associated factors. Midwifery 2018;56:121-127.
- 10) 加藤邦子. 育児期の父親が子どもとの関連性を高める要因—フォーカス・グループ・インタビューの質的分

- 析一. お茶の水女子大学紀要.2009;08:23-35.
- 11) Goldstein Z, Rosen B, Howlett A, Anderson M, Herman D. Interventions for paternal perinatal depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2020;265:505-510.
 - 12) Davé S, Petersen I, Sherr L, Nazareth I. Incidence of maternal and paternal depression in primary care: a cohort study using a primary care database. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164(11):1038-1044.
 - 13) 相馬直子, 山下順子. ダブルケア (ケアの複合化) .医療と社会2017; 27(1),63-75.
 - 14) 高木廣文, 林邦彦. 第8章サンプルサイズの定め方,エビデンスのための看護研究の読み方・進め方.第1版.東京: 中山書店.2006;106-111.
 - 15) 渡部舞子, 安積陽子. 妻の妊娠期における夫の抑うつの実態と関連要因. 母性衛生 2016;57(1):174-182.
 - 16) Goldberg, D, Williams P. A user's guide to the general Health Questionnaire. London : NFER-NELSON;1991,49-50.
 - 17) 中川泰淋,大坊郁夫. 日本語版GHQ 精神健康調査票手引き. 東京:日本文化科学社1985;17-34.
 - 18) 福西勇夫. 日本版General Health Questionnaire. (GHQ12)のcut-off point. 心理臨床 1990;3(3):228-234.
 - 19) 新納美々, 森俊夫. 企業労働者への調査に基づいた日本版GHQ精神健康調査票12項目版(GHQ-12)の信頼性と妥当性の検討. 精神医学 2001; 43(4): 431-436.
 - 20) 内閣府. 平成30年(2018年)版「少子化社会対策白書」. 東京:日経印刷2018;1-60.
 - 21) 樋貝繁香, 遠藤俊子, 比江島欣慎. 生後1ヵ月の子どもを持つ父親の産後うつと関連要因. 母性看護 2008;49(1): 91-97.
 - 22) Kerstis B, Engström G, Sundquist K, Widarsson M, Rosenblad A. The association between perceived relationship discord at childbirth and parental postpartum depressive symptoms: a comparison of mothers and fathers in Sweden. *Ups J Med Sci*. 2012;117(4):430-438.
 - 23) Carlberg M, Edhborg M, Lindberg L. Paternal Perinatal Depression Assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Gotland Male Depression Scale: Prevalence and Possible Risk Factors. *Am J Mens Health*. 2018;12(4):720-729.
 - 24) 高木悦子. 妻の妊娠期と産後における夫(父親)の心身の健康度とその関連要因について. 母性衛生 2017;58(1):119-124.
 - 25) 厚生労働省. 平成27年国勢調査人口等基本集計結果.2015. 検索日; 2017年12月13日
<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka/kihon1/pdf/gaiyou1.pdf>
 - 26) 佐藤小織. 初産婦の夫婦関係の評価と育児満足感を構成する諸要因の関係に関する研究—育児初期の核家族に焦点を当てて—. 日本助産学222会誌 2012; 26(2): 222-231.
 - 27) Darwin Z, Galdas P, Hinchliff S, et al. Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17(1):45. doi:10.1186/s12884-017-1229-4
 - 28) 神ノ田昌博. 産婦健康診査事業の概要について.助産雑誌 2017;71(9):664-665.
 - 29) 朴志先, 金潔, 近藤理恵, 他. 未就学児の父親における育児参加と心理的ウェルビーイングの関係. 日本保健科学学会誌 2011; 13(4):160-169.
 - 30) 藤田優一, 西村明子, 勝田真由美. 産後4カ月の乳児を持つ父親の夫婦関係満足度への影響要因. 日本看護学会論文集母性看護 2014;44: 34-37.