

厚生科学研究費補助金（こども家庭総合研究）

研究報告書

妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究

目 次

I	総括研究報告	主任研究者	中野 仁雄	4
II	研究協力者研究報告			
1	多施設共同産後うつ病研究		北村 俊則	7
2	妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究		金澤 浩二	27
3	地域型母子精神保健医療における母子ユニットの意義		岡野 禎治	30
4	妊娠中および出産後の母子精神保健プログラムの作成		吉田 敬子	35
5	助産婦のメンタルヘルスケア能力育成を目的とした卒後教育プログラムに関する研究		新道 幸恵	39
6	助産婦教育における母子精神保健教育のあり方の研究		谷口 初美	50
7	NICU における倫理的・医学的意志決定前後の家族への対応		竹内 徹	53
8	乳幼児突然死で児を失った家族のサポートのあり方に関する研究		仁志田博司	56
9	乳幼児期早期の母子コミュニケーションの質的評価とありかたに関する研究（その2） 母子コミュニケーションの成立を左右する要因に関する検討		小林 隆児	58
10	乳幼児の母親の自己否定的認知スキーマ		崎尾 英子	61

妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究

主任研究者

中野仁雄 九州大学医学系研究科生殖常態病態学

研究協力者

北村俊則	国立精神神経センター精神保健研究所	金沢浩二	琉球大学医学部産科婦人科学
木下勝之	埼玉医科大学総合医療センター産婦人科	工藤尚文	岡山大学医学部産科婦人科学
佐藤昌司	九州大学医学部附属病院周産母子センター	豊田長康	三重大学医学部産科婦人科学
岡野禎治	国立療養所三重病院精神科	吉田敬子	九州大学医学部神経精神医学
仁志田博司	東京女子医科大学母子総合医療センター	竹内 徹	大阪樟蔭女子大学児童学科
小林隆児	東海大学健康科学部社会福祉学科	崎尾英子	国立小児病院心療内科・精神科
新道幸恵	青森県立保健大学	谷口初美	佐賀医科大学医学部臨床看護学

研究要旨

妊産褥婦と乳幼児に関わるメンタルヘルスの問題を特定・評価し、周産期保健・医療の向上と親子関係の健全な育成のために必要な日本版プログラムの策定を目的として、包括的な視点から総合研究を実施した。その詳細は研究協力者研究報告によることとして、その概略を記述する。

A. 研究目的

リサーチクエスション(RQ)：

RQ1：本邦、全妊産褥婦に行う施設型「母子精神保健プログラム」の策定

RQ2：本邦、全妊産褥婦に行う地域型「母子精神保健プログラム」の策定

RQ3：メンタルヘルスケア実施者としてのコメディカルの教育プログラムの策定

RQ4：新生児合併症症例の父母のメンタルヘルスに関する対応のありかたの策定

RQ5：母子のコミュニケーションの質的評価とありかたの策定

B. 研究方法

RQ1：施設型「母子精神保健プログラム」策定

前年度研究を維持展開した。すなわち、埼玉医科大学、三重大学、岡山大学、九州大学、琉球大学の5施設による多施設共同研究を行い、対象は、(a)初産婦(b)エントリー時点で妊娠8か月(c)当該施設での出産予定(d)調査への同意が得られた者で、300例を目標とした。面接は助産婦を実施者として、妊娠後期、分娩入院中、産後1か月、産後3か月、産後12か月に実施し、調査期間を通じて同一の妊産褥婦を同一の助産婦が担当した。面接技法の研修・評価方法は過年度の報告書にゆずる。

今年度（進行年度中）は、前方視的調査が産後1ヶ月まで終了した145名を対象として、発生頻度と関連危険因子を解析した。

RQ2：地域型「母子精神保健プログラム」策定

1) 精神科母子ユニットの創設と試行

地域母子精神保健サービスの実状に対応するための手段として国立療養所三重病院精神科にこれを設置（個室、5床）し、試行と評価を行った。

2) 地域保健所による母子精神保健プログラムの策定

福岡市において、地域保健所の乳幼児健診を活用して、プログラム策定を行った。方法は、保健婦等による訪問聞き取り調査とFAX通信による専門医へのコンサルテーションによった。

3) ロンドン南部における妊産褥婦のメンタルヘルスサービス

研究チームに属する助産婦1名（九州大学）をロンドン大学精神医学研究所に6ヶ月間派遣、実状調査を行うとともに研修に参加した。

RQ3：メンタルヘルスケア実施者としてのコメディカルの教育プログラムの策定

1) 助産婦のメンタルヘルスケア能力育成を目的とした卒後教育プログラムの策定

プログラム（研修カリキュラム）試案を作成し、これに従って、青森県において、臨床経験5年以上の助産婦（希望者）16名を対象として、講師16名が参加して2週間の研修を行った。

2) 助産婦教育における母子精神保健教育教材の試作

マルチメディア（ビデオ、コンピュータソフト）による教材を試作した。

RQ4：新生児合併症症例の父母のメンタルヘルスに関する対応のありかたの策定

1) NICUにおける倫理的・医学的意志決定前後の家族への対応

新生児医療連絡会登録施設を対象に、家族への対応の実態をアンケートにより調査した。

2) 乳幼児突然死症候群で児を失った家族のサポートのありかた

日本SIDS家族の会のビフレンダーとして活動している会員5名(説明・同意)にインタビューを行った。

RQ5：母子のコミュニケーションの質的評価とありかたの策定

1) 乳幼児期早期の母子コミュニケーションの質的評価とありかた

東海大学健康科学部におけるMother-Infant Unitにおける治療例を対象に、養育者が子どもに抱く内的表象の質的問題を検討した。

2) 乳幼児の母親の自己否定的認知スキーマ

認知スキーマ質問表を某雑誌に掲載し、これによせられた回答を集計解析した。

C. 研究結果と考察

RQ1：本邦、全妊産褥婦に行う施設型「母子精神保健プログラム」の策定

1) 多施設共同研究

研究中途の状況ではあるが、本邦における周産期の精神疾患の発現に関する前方視的多施設コホート調査はそれ自体画期的であり、1999年度に発足したWHO国際プロジェクト(英国を主幹として欧州で展開中)に匹敵する。また、本邦の助産婦が一定の研修家庭を経て精神科診断を行えることが再確認された。

2) 助産婦面接の効果とその評価

助産婦による構造化・非構造化面接を前方視的に施行し、精神面支援の介入効果を検討した結果、産後うつ病の発症防止に対する直接効果が示された。

すなわち、(a)初産婦(b)エントリー時点で妊娠8か月(c)当該施設での出産予定(d)調査への同意が得られた者で、前方視的に産後1ヶ月までの調査が終了した145例から発症した産後うつ病は1名

(0.6%)のみであった。この値は、本研究を含む国外研究により10-15%とされる発症頻度に対して明らかに低頻度である。国外の先行研究により面接の有用性が論じられていることを参照すれば、同一の妊産褥婦に対して同一の助産婦が、妊娠後期、分娩入院中、産後1か月にわたり最低3回の面接を実施し、直接・間接のメンタルヘルスケアに参加することの直接効果であると考えられ、本邦における施設型プログラムの骨

格を論理的に支持するものといえる。

3) 産後うつ病関連危険因子の解析

産後1ヶ月の145名のうつ状態得点から、関連危険因子を重回帰分析により求めると、

(1)妊娠後期の不安

(2)マタニティー・ブルー

(3)子育ての困難

(4)月経前緊張症

(5)妊婦が受けた15歳以前の母親からの虐待が有為に寄与していることが明かとなった。進行中の状況評価に加えて、個々人の生活史にも着目することが重要である。

RQ2：地域型「母子精神保健プログラム」策定

1) 精神科母子ユニットの創設と試行

1999年12月に母子ユニットを非感染性慢性小児病棟に創設した。看護スタッフは19名で、精神看護の経験はない。これに保育士2名と精神保健指定医1名が参加する。非精神病性うつ病を対象として、本人と配偶者の同意を得て入院とした。これまでに3例(3組)の入院を受け入れたが、うち1組は保健所保健婦からの依頼による。3例の評価では、母子ともに良好な心身状態が観察されている。

産後うつ病に対する地域医療は母子保健と精神保健の統合が前提となるが、医療と福祉に関する行政は個別の対応にとどまり、母子精神保健体制は十分には機能していない。精神科母子ユニットを小児科病棟の一角に創設して母の治療と児のケアを並行して行うことの医学的有用性は、母の治療効果や児の情緒・認知発達への良好な誘導の側面としてロンドンでクマール等がすでに明らかにしたところであるが、本邦での意義は、未整備の地域サービスと開発途上の施設サービスを直接的に結合する、極めて具体的なモデルとするところにある。施設型プログラムにみるような能動的な面接とそれによる精神面支援を介しての産後うつ病防止効果を期する方向と共に、施設においては最終的な受け入れ施設、それも社会の必要性がより高いサービス提供施設としての母子ユニット設置の意義は大である。

2) 地域保健所による母子精神保健プログラムの策定

福岡市の地域保健所の乳幼児健診を活用して、プログラム策定を行った。すなわち、保健婦等による訪問聞き取り調査とFAX通信による専門医へのコンサルテーションによった。この結果、エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)は有用であり、その有効性は産後1~12ヶ月に亘ることが判明した。これにより、FAX通信による精神科専門医との情報交換はもとより、

専門医受診への道が確保された。

3) ロンドン南部における妊産褥婦のメンタルヘルスサービス

施設と地域の双方において、助産婦がメンタルヘルススクリーニングとサポートに重要な役割を果たしている。産前の妊婦外来では、助産婦が精神科的既往と現在の精神状態の評価を行い、問題症例に対してはリエゾンサービスのミーティングをもって対応している。また、地域助産婦はチームに分かれて家庭訪問を行い、リエゾン精神科医との連携のもと、妊産褥婦の援助を展開している。

WHOプログラムとは無関係に本邦独自のプログラムを策定するなかにあつて、このような英国の現状はこれを支援する根拠となるものである。

RQ3：メンタルヘルスケア実施者としてのコメディカルの教育プログラムの策定

1) 助産婦のメンタルヘルスケア能力育成を目的とした卒後教育プログラムの策定

GIO・SBOを定めて講習会（2週間）を実施した。学習方略は、講義、演習（グループ討議とロールプレイ）によつた。受講者は、経験13年（平均）、年齢27-49歳、産婦人科病棟勤務60%、新生児センター勤務14%であつた。これに対して、受講の前後に亘り、学習効果の評価を行った結果、いずれにおいても良好な成績が示された。

短期間でメンタルヘルスサービスを開始する目的に対しては、人生経験と臨床体験が豊富な助産婦の再教育を行うことの意義は大である。これにより、十分な動機付け、そして自己学習への道が補償される。

2) 助産婦教育における母子精神保健教育教材の試作

マルチメディア（ビデオ、コンピュータソフト）による教材を試作した。インターネットの普及率と今日の学生のコンピュータ利用環境を考慮すると、これからの助産婦の卒前教育教材として有用であると思われる。

RQ4：新生児合併症症例の父母のメンタルヘルスに関する対応のありかたの策定

1) NICUにおける倫理的・医学的意志決定前後の家族への対応

家族への対応に関するガイドラインの作成施設は2%で70%は保有していない。しかし、82%は必要とした。作成主体は、学会（50%）、各施設（40%）、厚生省（10%）であるべきとした。家族からの延命医療中止の希望に対する

意志決定は、医療チームとする者が多かつた（72%）。チーム内容としては医師（64%）、看護婦（60%）が相半ばした。死後への対応は、悲嘆環境の提供（65%）、家族の希望配慮（60%）解剖依頼（60%）、形見の品手渡し（45%）、死後処置への参加（41%）、お別れ会実施（5%）などの回答が得られた。

治療方針の決定は医学的見地によつて、さらに十分な倫理性が保証されなければならない。そして、その前後に亘る家族への対応が最も重要な位置を占める。ことに、事後の対応にはさらなる工夫と配慮を要する。

2) 乳幼児突然死症候群で児を失つた家族のサポートのありかた

インタビューの録音テープの事後心理評価により事例解析を行った結果、「何年たつても赤ちゃんを亡くした悲しみは過去にならない。その時のトラウマが残る。にもかかわらず、ほとんどは十分に悲しみに浸る時を自ら与えないまま、仕事や次の活動に移行していることが問題である」との事実が分かつた。

RQ5：母子のコミュニケーションの質的評価とありかたの策定

1) 乳幼児期早期の母子コミュニケーションの質的評価とありかた

乳幼児の愛着パターンの分類によれば、安全型、回避型、アンビバレント型、崩壊型のうち、回避型が75%を占めた。養育者の成人愛着表象を母親を対象とした場合、安定型、愛着軽視型の順であつた。

治療介入の結果、子どもの愛着行動に積極性が出現した時点で、養育者の愛着表象が安定型であれば母子のコミュニケーションが進展する。これが軽視型やとらわれ型の場合は必ずしも結果は良好ではない。このように、養育者自身の愛着表象の質が母子のコミュニケーションの成立過程に大きな影響を及ぼしている。

2) 乳幼児の母親の自己否定的認知スキーマ認知スキーマ質問表を某雑誌に掲載し、これによせられた1135名の回答を集計解析した。

この結果、一般集団において2%弱の母親が自己否定的認知スキーマを持っていることが分かつた。これに心的外傷を想起させるストレスが加われば不適応行動が助長される結果に至る。

D. 研究発表

1) 中野仁雄、吉田敬子：精神神経症状とその管理—マタニティー・ブルーズを中心に、1999、臨床エビデンス産科学、メジカルビュー。

妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究

「多施設共同産後うつ病研究」

北村俊則 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部
研究協力者

木下勝之、林 正敏 埼玉医科大学総合医療センター産婦人科
豊田長康、伊東雅純 三重大学医学部産科婦人科
工藤尚文、多田克彦 岡山大学医学部産科婦人科学
佐藤昌司 九州大学医学部附属病院周産母子センター
金沢浩二、佐久本薫 琉球大学医学部産科婦人科学

研究要旨：多施設共同研究により初産婦 145 名を妊娠後期から産後 1 ヶ月目まで前方視的に調査した。産後うつ病は 1 名 (0.6%) のみであった。妊娠期間中の精神疾患が少なくないことから、妊娠後期からの助産婦の積極的関与（担当助産婦制、1 回の面接が 1 時間、救急時の連絡先の徹底）が本来出現するはずの産後うつ病を低減させた可能性が示唆された。産後 1 ヶ月目の抑うつ状態得点の関連危険要因を重回帰分析で求めると、(1) 妊娠後期の不安 (2) 産後のブルーズ (3) 子育ての困難 (4) 月経前緊張症 (5) 妊婦自身が 15 歳以前にその母親から受けた虐待が有意の貢献をしていることが明らかとなった。産後のメンタルヘルスケアを行うにあたって、産直後の精神状態の確認、育児の困難性、に加え詳細な生活史聴取の重要性がうかがわれた。

A. 研究目的

国外の研究結果では、産後うつ病の発症率は約 10% である (O'Hara & Zekoski, 1988; 島, 1994)。産後うつ病は、出現頻度が高いこと、産婦自身が心理的苦痛を経験すること、児に短期的・中期的望ましくない影響を与えること、配偶者(夫)にも心理的負担となっていることに加え、核家族、少子化、女性の社会進出を考えれば、周産期に十分な医療・看護的援助が必要と考えられる。そこで、産後うつ病に罹患する可能性の高いものを十分な確度で同定し、早期発見方法を開発することは、この病態の予防・治療・再発防止の基礎となり得る。

産後うつ病の発症には危険因子と防御因子があると想定できる。本研究では先行研究の検討から、可能性ある危険因子と防御因子を以下のように設定した。

〔危険因子〕

- (a) 出産の問題
- (b) 胎児・新生児の異常
- (c) 妊娠期間中及び産直後のライフ・イベント(職業以外) (Brown et al., 1972, 1987; Paykel et al., 1980)
- (d) 職業上の困難
- (e) 望まない妊娠・出産
- (f) 過去のうつ病(大うつ病と気分変調症)の既

往 (O'Hara et al., 1988)

- (g) 過去のあるいは並存する(うつ病以外の)精神疾患 (Watson et al., 1984)
- (h) 妊娠期間中の不安状態・抑うつ状態 (Watson et al., 1984)
- (i) 産科退院後の家事の負担 (Brown & Bifulco, 1990)
- (j) 産科退院後の育児の負担
- (k) 産後の「マターニティ・ブルーズ」(Stein, 1980)
- (l) 夫のうつ病
- (m) 初潮時年齢と月経前困難

〔防御因子〕

- (a) 夫との良好なマリタル・アジャストメント (Kumar & Robson, 1984)
- (b) 夫・他の家族・友人等のサポート (Paykel et al., 1980; O'Hara et al., 1982; Terry et al., 1995)
- (c) 同時期に出産する他の妊産婦との接触及びサポート
- (d) 人格傾向 (Cloninger et al., 1993)
- (e) 実両親との過去の良好な関係 (Parker, 1979, 1983; Parker et al., 1982)
- (f) 新生児(他人や兄弟の子)とのこれまでの接触体験
- (g) 妊娠期間中の母親学級の参加頻度と内容

(Mavrias et al., 1990; Ludwick-Rosenthal & Neufeld, 1988; Suls & Fletcher, 1985; Miller & Mangan, 1983; Auerbach et al., 1983)

(h) その他の妊娠出産に関する知識 (Lobo et al., 1996; Garcia-Campayo et al., 1996)

(i) 産科退院後の「里帰り」

(j) 対処行動 (Terry et al., 1995)

(k) 良好な住環境 (Kellet, 1989; Platt et al., 1989; Booth & Cowell, 1976; Calhoun, 1972; Levy & Herzog, 1974; Magaziner, 1988)

(l) 児童期の喪失体験 (Tennant et al., 1980)、被虐待体験 (Berger et al., 1994; Bridge & Runtz, 1994; Weismann Wind & Silvern, 1994; Carlin et al., 1994)、被いじめ体験、他の体験 (Brown et al., 1994a, 1994b)

(m) 産後の夫のうつ病 (Areias et al., 1996a, 1996b)

(n) 妻の人生の目的 (Brunstein et al., 1996)

B. 研究方法

参加施設と対象

埼玉医科大学、三重大学、岡山大学医学部、九州大学医学部、琉球大学の5施設の産婦人科教室が参加した。

対象患者の選択は (a) 初産婦 (妊娠歴は問わない) (b) エントリー時点で妊娠8か月である者 (c) 当該施設で出産予定である者 (d) 調査への同意が得られた者以下の4つの基準を満たすものとした。

該当する各女性について妊娠後期アンケートを配布する際に本研究の目的と内容を説明し、同意を得た。さらに、妊娠後期面接に先だて再度、面接者が本研究の目的と内容を説明し、その上で書面による同意を得た。

診断面接

診断面接は訓練を受けた助産婦が行った。診断面接は今回の研究に合わせて作成した構造化面接を使用した。診断は DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) に準拠し、大うつ病挿話その他の精神疾患の有無、ある場合は、発症時期を確認した。妊娠後期と産後1か月に面接で施行した。この使用法について事前の訓練を受て施行した。診断面接の訓練は国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部が行った。

産後抑うつ状態の評価

産後1か月にエジンバラ産後うつ病自己評価票 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987, 1994; 岡野ら, 1996) を実施した。

危険因子と防御因子の評価

妊娠後期、産後5日目までの産褥入院期間、産後1か月にいずれもアンケート方式にて施行した。

産後のストレス状況については、Arizmendi & Affonso (1987) の一覧表を参照して項目を設定した。

妊娠期間中の不安状態・抑うつ状態については Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD; Zigmond & Snaith, 1983) にて評価した。

産後の「マターニティ・ブルーズ」については Stein の Blues Scale にて評価した。

夫との良好なマリタル・アジャストメントを Intimate Bond Measure (Wilhelm et al., 1988) にて評価した。

人格傾向は Temperament and Character Inventory (TCI; Cloninger et al., 1993; 木島ら, 1996) にて評価した。

実両親との現在及び過去の良好な関係は Parental Bonding Instrument (PBI; Parker et al., 1979) にて評価した。

対処行動は Folkman & Lazarus (1980) の Ways of Coping Checklist から Kendler et al. (1991) が選んだ14項目を用いた。

人生の目的は Aspiration Index (Kasser et al., 1995) にて評価した。

C. 研究結果

対象妊婦の特徴

今回報告するデータは、(1) 九州大学、岡山大学、埼玉医科大学に登録された妊婦で、(2) 妊娠後期データと産後1ヶ月データの双方があり、(3) データのコンピュータ入力時点までに資料が事務局に届けられたものとした。

今回の解析対象妊婦は145名で、平均年齢29歳であった(表1)。

表 1. 被検者の基礎情報と妊娠期間中並びに産後に発症した精神疾患

項目	九州大学	埼玉医科大学	岡山大学	全体
エントリー人数	49	63	33	145
年齢 平均 (標準偏差)	28.0 (4.0)	30.2 (4.1)	29.6 (4.4)	29.3 (4.2)
年齢 最低	22	17	23	17
年齢 最高	39	38	39	39
<u>今回妊娠期間中の発症</u>				
大うつ病	0	4	2	6 (4.1%)
全般性不安障害	2	2	1	5 (3.4%)
<u>産後1ヶ月までの発症</u>				
大うつ病	0	0	1	1 (0.7%)
躁病	0	0	1	1 (0.7%)
全般性不安障害	0	0	1	1 (0.7%)
特定の恐怖症	0	1	0	1 (0.7%)
パニック障害	0	0	1	1 (0.7%)
産後1ヶ月 EPDS 得点 平均 (標準偏差)	6.2 (5.3)	6.3 (4.6)	5.7 (3.9)	6.2 (4.7)

妊娠期間中および産後1ヶ月以内に発症した精神疾患

表 1 に示すように、妊娠期間中に大うつ病が 4.1%、全般性不安障害が 3.4% に発症していた。一方、産後には大うつ病、躁病、全般性不安障害、特定の恐怖症、パニック障害がそれぞれ 0.7% ずつ発生した。

産後1ヶ月の抑うつ状態

産後1ヶ月の EPDS 得点は 6.2 点であった。そこで、次に産後1ヶ月の抑うつ状態に関連する要因を求めた。計算にあたっては産後1ヶ月目アン

ケートのエジンバラ産後うつ病評価尺度の総得点を従属変数とし、その他の項目を予測変数とした。まず、個別の予測変数と従属変数の関係をカイ二乗検定、積率相関係数、一元配置分散分析のいずれか適した手法で検討した。多数の変数を扱うため、有意水準を 0.001 未満と設定した。

面接状況・結婚・配偶者・家庭・職業

表 2 と表 3 に見るように、結婚・配偶者・家庭・職業について産後の抑うつ状態と有意の関連を示した変数は見当たらなかった。

表 2. 結婚・配偶者

		EPDS 得点	P
結婚・同棲	No (n = 3)	11.3 (5.1)	0.052
	Yes (n = 142)	6.1 (4.6)	
配偶者 (パートナー)との同居	No (n = 7)	7.0 (5.4)	0.689
	Yes (n = 138)	6.1 (4.6)	
本人教育歴		r = -0.085	0.317
結婚時年齢		r = 0.097	0.251
結婚時配偶者年齢		r = 0.135	0.107
配偶者教育歴		r = -0.102	0.234
結婚持続期間		0.068	0.420

表3. 家庭・職業

		EPDS 得点	P
同居者数		r = 0.034	0.685
年収		r = -0.088	0.335
夫の愛情		r = -0.183	0.029 *
夫の過干渉		r = 0.049	0.561
結婚満足		r = -0.074	0.377
夫婦間合意		r = -0.081	0.332
住環境の満足		r = 0.153	0.066
産後住まいが手狭に		r = 0.198	0.017
里帰り	すぐに今の住居に (n = 45)	6.8 (5.0)	0.117
	実家戻る予定だ (n = 83)	5.7 (4.4)	
	その他の場所に行く (n = 3)	11.7 (4.5)	
	何も決めていない (n = 14)	5.8 (4.4)	
産後の住居	自宅・実家 (n = 137)	6.1 (4.7)	0.041
	その他の場所に行く (n = 3)	11.7 (4.5)	
職業	専業主婦 (n = 57)	6.1 (5.0)	0.842
	パートタイム (n = 36)	6.6 (5.0)	
	フルタイム (n = 52)	6.0 (4.0)	
妊娠中の妻の家事：	回数	r = 0.000	1.000
	時間	r = 0.027	0.752
妊娠中の夫の家事：	回数	r = 0.057	0.498
	時間	r = -0.179	0.032

妊娠歴 (表4)

過去の妊娠歴について産後抑うつ状態との関連を示したのは月経前に不機嫌であった。

表4. 妊娠歴

	EPDS 得点	P
過去の妊娠回数	r = 0.247	0.003
過去の流産回数	r = 0.223	0.007
過去の死産回数	r = 0.090	0.283
過去の人工中絶回数	r = 0.100	0.232
初潮時年齢	r = 0.062	0.470
月経前に不機嫌	r = -0.287	0.001 *
他人の赤ちゃんを抱いた回数	r = -0.037	0.660

* P < 0.001

健康行動 (表5)

健康行動で産後抑うつ状態との関連を示したものはなかった。

妊娠期間中のソーシャルサポート (表6)

ソーシャルサポートのうち、ストレスに直面したときに期待できるサポートを妊娠期間中に確認した。これは産後のストレスが妊娠後期にはまだ発生していないからである。期待された（知覚された）サポートの人数は産後抑うつ状態と関連を見なかった。しかし、知覚された情緒的サポートおよび知覚された情動的サポートの満足度が低いほど産後の抑うつ得点が高かった。

表6. ソーシャル・サポート

	EPDS 得点	P
人数総数	-0.061	0.485
人数：情緒的サポート	-0.081	0.343
人数：情動的サポート	-0.033	0.705
人数：道具的サポート	0.043	0.621
満足：総合	-0.214	0.012
満足：情緒的サポート	-0.282	0.001 *
満足：情動的サポート	-0.283	0.001 *
満足：道具的サポート	-0.031	0.718

* P < .001

表5. 健康行動

		EPDS 得点	P
飲酒		r = 0.069	0.408
妊娠とわかって	禁酒 (n = 80)	6.6 (4.7)	0.750
	飲酒 (n = 15)	7.0 (4.6)	
喫煙		r = 0.046	0.588
妊娠とわかって	禁煙 (n = 22)	6.2 (4.3)	0.536
	喫煙 (n = 9)	7.4 (6.3)	

今回の妊娠状況 (表7)

妊娠後期に産後自信を持って過ごせると答えたものほど産後の抑うつ得点は低かった。しかし、他の妊娠要因で産後抑うつ状態に関連したものはなかった。

今回の妊娠に気づいて自分自身がどのように感じたかは産後抑うつ状態得点に無関係であった。しかし、妊娠と知って夫が否定的反応(「こまった」「どうしよう等」)を示した場合にやや産後抑うつ的になる傾向にあった。ただし、この関連は有意のものではなかった。男児がほしかったか女児がほしかったかも無関係であった。

妊娠期間中の母親学級、電話相談、マタニティボックス、他の妊婦との会話なども産後抑うつ状態に関連を見なかった。

幼少期の被養育体験 (表8)

15歳以前の母親の養育態度が愛情が低く(低ケア得点)過干渉(「子供扱いする」「いちいち指示をする」等)であり、また虐待的行動が多い場合に、今回の産後1ヶ月時点での抑うつ状態得点が高くなっていた。なお、ここでいう虐待は心理的虐待と身体的虐待を含み、軽度なものから構成されている。

一方、妊婦が15歳以前にその父親がどのような養育態度を示したか(ケア得点、過干渉得点、虐待得点)は、産後抑うつ状態に何の関連も示さなかった。

また親との離別・死別の体験も産後抑うつ状態得点と無関係であった。

これまでの人生の体験 (表9)

これまでの27種類の体験(「成績が一番になった」等自己評価を高めると想定できるものと、「いじめられた」等自己評価を低下するであろう想定できるものが含まれている)の有無(Brugha et al., 1985)と産後抑うつ状態得点の関連を見たが、いずれも有意のものでなかった。

表9. これまでの人生の体験

	少なくとも1回体験した者	P
1 転校した	46	0.988
2 学級委員	65	0.169
3 成績が一番	20	0.655
4 運動会一等	60	0.427
5 図画・書道で一等	55	0.359
6 いじめられた	50	0.148
7 親友に裏切られた	26	0.654
8 親友が死亡	3	na
9 性的いやがらせ	15	0.514
10 受験に失敗	50	0.890
11 恋人と別れた	47	0.096
12 大きな病気	49	0.855
13 骨折や怪我	30	0.828
14 病院に入院	96	0.527
15 失業した	28	0.360
16 解雇された	5	na
17 金銭トラブル	15	0.366
18 両親が夫婦喧嘩	69	0.033
19 両親が離婚した	19	0.759
20 転居をした	108	0.264
21 兄弟姉妹が死亡	4	na
22 家族が病気怪我	74	0.625
23 家族・友人と不仲	44	0.054
24 夫が死亡した	1	na
25 別居・離婚した	3	na
26 警察沙汰・裁判	5	na
27 大事なものを紛失	13	0.072

表7. 今回の妊娠

		EPDS 得点	P
今回の妊娠を知って	嬉しかった (n=107)	6.2 (4.6)	0.869
	実感がなかった (n=25)	4.8 (1.0)	
	困ったどうしよう (n=9)	5.8 (1.9)	
今回の妊娠を知って夫は	嬉しかった+実感がなかった (n=132)	6.0 (4.9)	0.018
	困ったどうしよう (n=8)	10.0 (5.2)	
今回のご妊娠は望んでおられましたか	望んでいなかった (n=5)	7.2 (6.3)	0.785
	時期が早かった (n=33)	6.8 (4.8)	
	自然に任せていた (n=28)	5.5 (4.9)	
	望んでいた (n=42)	5.7 (3.9)	
	不妊外来等努力 (n=32)	6.4 (5.3)	
妊娠合併症総数		r = -0.006	0.944
教室形式の母親学級出席	No (n=52)	6.3 (4.9)	0.785
	Yes (n=93)	6.1 (4.5)	
個人別の母親学級	No (n=140)	6.1 (4.6)	0.856
	Yes (n=5)	8.8 (5.7)	
電話による相談	No (n=129)	5.9 (4.6)	0.033
	Yes (n=11)	9.1 (5.4)	
マタニティピクスや水泳教室	No (n=142)	6.2 (4.7)	0.494
	Yes (n=3)	4.3 (3.2)	
他の妊婦と話す機会	No (n=64)	6.3 (4.6)	0.711
	Yes (n=81)	6.0 (4.7)	
育児書等 (ビデオなど)	No (n=9)	5.7 (3.7)	0.742
	Yes (n=136)	6.2 (4.7)	
産後の過ごし方についての自信		r = -0.278	0.001 *

* P < .001

表8. 幼少期の被養育体験

		EPDS 得点	P
父親			
15歳以前の死別	なし (n=143)	6.2 (4.7)	0.336
	あり (n=2)	3.0 (2.8)	
15歳以前の12か月以上の離別	なし (n=128)	6.3 (4.7)	0.552
	あり (n=17)	5.5 (4.6)	
PBI ケア得点		-0.201	0.029
PBI 過干渉得点		0.184	0.045
虐待		0.116	0.200
母親			
15歳以前の死別	なし (n=141)	6.1 (4.6)	0.427
	あり (n=4)	8.0 (7.8)	
15歳以前の12か月以上の離別	なし (n=141)	6.3 (4.7)	0.000 *
	あり (n=4)	3.0 (0.0)	
PBI ケア得点		-0.305	0.000 *
PBI 過干渉得点		0.306	0.000 *
虐待		0.345	0.000 *

P < .001

対処行動・人格傾向・人生の目的 (表10)

対処行動は援助希求、問題解決、否認の3つの下位尺度とも産後抑うつ得点と関連を示さなかった。

TCI で測定した人格傾向 (新奇追求性、損害回避、報酬依存、持続、自己志向性、協調性、自己超越) および Aspiration Index で産後抑うつ状態と関連するものは見出せなかった。TCI の損害回避の高得点が産後抑うつ状態に関連する傾向があったが、有意のものではなかった。

なお、Cloninger et al. (1993) は、人間の人格を、遺伝的に規定される気質 temperament と学習によって成熟する性格 character に分け、そこから精神疾患との関連を推測した。ここでいう気質には(a)行動の触発 (新奇追及) (b)維持 (報酬依存) (c)抑制 (損害回避) (d)固着 (固執) が、性格には(a)自律的個人 (自己志向) (b)人類社会の統合的部分 (協調) (c)全体としての宇宙の統合的部分 (自己超越) が含まれる。さらに新奇追及性には dopamine、損害回避には serotonin、報酬依存には norepinephrine が対応すると推定された (竹内ら, 1992) が、すでに dopamine 受容体である DRD4 と新奇追及性の相関は確認されている。今回は、損害回避の高いものが産後に夫をはじめとした人々からのエモーショナルサポートを求めない傾向にあり、その結果産後うつ病の頻度が高くなると仮定した。

表10. 対処行動・人格傾向・人生の目的

	EPDS 得点	P
対処行動		
援助希求	r = 0.129	0.127
問題解決	r = -0.010	0.902
否認	r = -0.106	0.213
TCI		
新奇追求性	r = -0.091	0.295
損害回避	r = 0.269	0.002
報酬依存	r = 0.135	0.117
持続	r = 0.226	0.007
自己志向性	r = 0.042	0.630
協調性	r = 0.145	0.099
自己超越	r = 0.097	0.265
Aspiration Index		
自己受容	r = 0.043	0.614
愛情	r = 0.059	0.483
地域	r = 0.057	0.497
健康	r = 0.080	0.347
社会的認知	r = 0.050	0.556

見た目	r = -0.054	0.523
成功	r = 0.014	0.869
配偶者の認知	r = -0.107	0.207
配偶者の支援	r = -0.135	0.112

妊娠期間中の精神症状 (表11)

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD; Zigmond & Snaith, 1983) は総計14項目で、各4件法で測定される。下位尺度は不安(7項目)と抑うつ(7項目)である。HAD 尺度は元来 liaison psychiatry で用いることを目的とし、不安・抑うつの身体症状を排除し、認知・感情症状に限定した。従って身体症状がある被検者に使用可能。日本語版の信頼性・妥当性は検討されている (東ら, 1996)。

HAD の抑うつ得点が高い者および不安得点が高い者ほど産後1ヶ月目の抑うつ得点が高かった。

表11. 妊娠期間中の精神症状

	EPDS 得点	P
妊娠後期 HAD		
抑うつ症状	r = 0.380	0.000 *
不安症状	r = 0.479	0.000 *

* P < .001

分娩状況と新生児 (表12・13)

分娩が思いほど産後の気分状態への影響が予測された。しかし、分娩所用時間、分娩出血量、分娩形式、分娩合併症 (15種類) はいずれも産後1ヶ月目の抑うつ重症度と何ら関連を示さなかった。同様に新生児の状況も産後抑うつ状態に影響を与えなかった。

産直後の精神状態 (表14)

産後5日間のマターニティブルーズを測定するブルーズ得点は4日目を除けばすべて産後1ヶ月目の抑うつ得点と中程度の相関を示した。

表14. 産直後の精神症状

分娩後ブルーズ得点	EPDS 得点	P
産後1日目	r = 0.297	0.001 *
産後2日目	r = 0.354	0.000 *
産後3日目	r = 0.286	0.001 *
産後4日目	r = 0.212	0.016
産後5日目	r = 0.336	0.000 *

* P < .001

表12. 分娩

	体験回数	EPDS 得点	P
分娩所要時間 第1期		r = 0.039	0.687
分娩所要時間 第2期		r = -0.012	0.901
分娩所要時間 第3期		r = 0.006	0.952
分娩出血量		r = 0.058	0.494
分娩形式	自然分娩 (n = 84)	6.5 (4.8)	0.273
	帝王切開 (n = 30)	6.4 (4.6)	
	鉗子分娩 (n = 16)	5.7 (4.8)	
	吸引分娩 (n = 10)	3.3 (2.5)	
	その他 (n = 3)	8.3 (6.4)	
胎児	単胎 (n = 137)	6.1 (4.6)	0.776
	双胎・品胎 (n = 8)	6.6 (5.6)	
分娩合併症			
1 切迫流産	No (n = 137)	6.2 (4.7)	0.680
	Yes (n = 8)	5.5 (4.4)	
2 切迫早産	No (n = 122)	6.1 (4.5)	0.727
	Yes (n = 23)	6.5 (5.5)	
3 前期破水	No (n = 113)	6.0 (4.8)	0.376
	Yes (n = 32)	6.8 (4.3)	
4 前置胎盤	No (n = 145)		na
	Yes (n = 0)		
5 頸管無力症	No (n = 145)		na
	Yes (n = 0)		
6 軽症妊娠中毒症	No (n = 137)	6.1 (4.7)	0.407
	Yes (n = 8)	7.5 (2.9)	
7 重症妊娠中毒症	No (n = 145)		na
	Yes (n = 0)		
8 微弱陣痛	No (n = 115)	6.1 (4.6)	0.929
	Yes (n = 30)	6.2 (5.0)	
9 過強陣痛	No (n = 145)		na
	Yes (n = 0)		
10 子宮内感染	No (n = 145)		na
	Yes (n = 0)		
11 胎児仮死	No (n = 117)	6.3 (4.6)	0.455
	Yes (n = 28)	5.6 (4.9)	
12 子宮内発達遅延	No (n = 136)	6.3 (4.7)	0.359
	Yes (n = 9)	4.8 (3.3)	
13 弛緩出血	No (n = 132)	6.3 (4.7)	0.451
	Yes (n = 13)	5.2 (4.6)	
14 貧血	No (n = 125)	6.4 (4.7)	0.145
	Yes (n = 20)	4.8 (4.0)	
15 その他	No (n = 98)	5.8 (4.5)	0.158
	Yes (n = 47)	7.0 (5.0)	
妊娠合併症総数		r = -0.007	0.935

表13. 新生児

	体験回数	EPDS 得点	P
5分アプガール値		r = 0.090	0.295
10分アプガール値		r = 0.063	0.470
児体重		r = -0.052	0.535
出産の結果	死産 (n = 6)	6.8 (5.2)	0.722
	生産 (n = 139)	6.1 (4.7)	
児の性別	男児 (n = 60)	6.7 (5.0)	0.334
	女児 (n = 81)	6.0 (4.4)	
新生児の問題			
新生児仮死	No (n = 141)	6.3 (4.7)	0.136
	Yes (n = 4)	2.8 (3.6)	
感染症	No (n = 140)	6.2 (4.7)	0.447
	Yes (n = 5)	4.6 (3.8)	
奇形	No (n = 138)	6.1 (4.7)	0.814
	Yes (n = 7)	6.6 (5.3)	
その他	No (n = 120)	6.1 (4.5)	0.516
	Yes (n = 25)	6.7 (5.4)	
産後の病室	完全母児異室 (n = 91)	6.4 (4.4)	0.929
	完全母児同室 (n = 1)	9.0	
	一部母児同室 (n = 39)	6.1 (4.8)	
	その他 (n = 11)	5.9 (6.6)	
産後の病室	完全母児異室 (n = 91)	6.4 (4.4)	0.880
	母児同室 (完全+一部) (n = 40)	6.2 (4.7)	

表15. 産後の適応

		EPDS 得点	P
今回のご出産は	軽かった (n = 39)	5.1 (4.4)	0.136
	思った通りだった (n = 15)	5.4 (3.5)	
	大変だった (n = 91)	6.8 (4.9)	
今回のご出産は	軽かった・普通 (n = 54)	5.2 (4.1)	0.047
	大変だった (n = 91)	6.8 (4.9)	
母親学級でビデオを	見なかった (n = 127)	6.2 (4.7)	0.873
	見た (n = 18)	6.0 (4.2)	
赤ちゃんの性別について	がっかりはしない (n = 140)	6.0 (4.6)	0.035
	がっかりした (n = 5)	10.4 (6.2)	
赤ちゃんの性別についてご主人は	がっかりはしない (n = 139)	6.0 (4.6)	0.060
	がっかりした (n = 6)	9.7 (5.2)	
産後の妻の家事:	時間	r = -0.037	0.659
産後の夫の家事:	時間	r = -0.032	0.707

産後の適応 (表15)

産婦の産後の適応で産後1ヶ月目の抑うつ状態を予測できるものはなかった。

今回の出産を主観的に大変だったと感じたものと児の性別について失望したものがやや産後抑うつ

つ得点を高く示す傾向にあった。しかし、いずれも有意のものではなかった。

表16. 産後の出来事

	EPDS 得点	P
ポジティブ出来事	r = -0.017	0.839
ネガティブ出来事	r = -0.385	0.000 *
出来事総合点	r = -0.304	0.000 *
個別の出来事の得点		
<u>からだの症状</u>		
1 疲労	r = -0.173	0.037
2 食欲増加	r = -0.120	0.150
3 食欲低下	r = -0.124	0.138
4 嘔気・嘔吐	r = -0.038	0.651
5 会陰切開部の痛み	r = 0.003	0.972
6 帝王切開部の痛み	r = -0.075	0.372
7 その他の痛み	r = -0.139	0.096
8 不眠	r = -0.219	0.008
9 失禁	r = -0.013	0.877
10 乳腺炎	r = 0.082	0.325
<u>生活パターンの変化</u>		
11 里帰り	r = -0.177	0.033
12 住居が手狭に	r = -0.179	0.031
13 内装の変更	r = -0.164	0.049
14 生活リズムの変更	r = -0.174	0.036
15 引っ越し	r = -0.083	0.318
16 外出がむずかしい	r = -0.217	0.009
<u>ご自分の体型</u>		
17 体重が戻らない	r = 0.054	0.515
18 体型が崩れた	r = -0.013	0.880
19 シミなど皮膚の変化	r = -0.126	0.132
<u>金銭上の出来事</u>		
20 出費がかさんだ	r = -0.236	0.004 **
21 ローンを組んだ	r = -0.092	0.269
22 医療費の心配	r = -0.139	0.095
23 定収入が減った	r = -0.070	0.402
<u>家族・親族について</u>		
24 実家の両親の反応	r = -0.143	0.087
25 夫の両親の反応	r = -0.069	0.413
26 夫の反応	r = 0.001	0.989
27 セックスの変化	r = -0.067	0.420
28 親戚の付き合い	r = -0.004	0.962
<u>家庭の外の出来事</u>		
29 友人との付き合い	r = 0.001	0.990
30 趣味の時間	r = -0.170	0.041
<u>職業上ので出来事</u>		

31 勤務を開始した	r = -0.034	0.687
32 勤務内容の変更	r = -0.028	0.737
33 学校に行き始めた	r = 0.021	0.803
<u>子育てについて</u>		
34 子育てが困難	r = -0.305	0.000 *
35 授乳の困難	r = -0.260	0.002
36 夜の授乳	r = -0.090	0.279
<u>赤ちゃんについて</u>		
37 泣きやまない	r = -0.274	0.001 *
38 夜泣き	r = -0.233	0.005
39 寝付きが悪い	r = -0.282	0.001 *
40 児の感染・病気	r = -0.059	0.480
41 赤ちゃんの入院	r = 0.020	0.814
42 赤ちゃんの手術	r = -0.002	0.984
43 ふたご・みつご	r = -0.029	0.729
44 死産だった	r = -.094	0.261

* P < .001

表 17. 出産後ので出来事についての対処行動とソーシャル・サポート

		EPDS 得点	P
対処行動			
援助希求		r = 0.350	0.000 *
問題解決		r = 0.074	0.386
否認		r = 0.020	0.816
ソーシャル・サポート			
情緒的サポート:	人数	r = 0.010	0.907
情緒的サポート:	満足	r = -0.312	0.000 *
情動的サポート:	人数	r = -0.076	0.365
情動的サポート:	満足	r = -0.318	0.000 *
道具的サポート:	人数	r = -0.004	0.962
道具的サポート:	満足	r = -0.243	0.003
情緒的アンダーマニング:	人数	r = -0.307	0.000 *
情緒的アンダーマニング:	満足	r = -0.374	0.000 *
情動的アンダーマニング:	人数	r = -0.286	0.000 *
情動的アンダーマニング:	満足	r = -0.344	0.000 *
道具的アンダーマニング:	人数	r = -0.305	0.000 *
道具的アンダーマニング:	満足	r = -0.287	0.000 *
情緒的失望:	人数	r = -0.259	0.002
情緒的失望:	満足	r = -0.313	0.000 *
情動的失望:	人数	r = -0.225	0.006
情動的失望:	満足	r = -0.312	0.000 *
道具的失望:	人数	r = -0.223	0.007
道具的失望:	満足	r = -0.246	0.003

産後のライフイベントと対処行動・ソーシャルサポート (表 16・17)

産後の出来事のネガティブな得点と有意に産後1ヶ月の抑うつ得点と関連していた。一方、産後の出来事のポジティブな得点と産後1ヶ月の

抑うつ得点と何の相関も示さなかった。つまり、ネガティブな出来事が産後の抑うつ状態を惹起するが、ポジティブな出来事に抑止作用はないといえる。

各出来事に分けて検討すると、「子育てが困難」「泣き止まない」「寝つきが悪い」という子育て

」「泣き止まない」「寝つきが悪い」という子育てに直接関連する事項のみが産後抑うつ状態に有意な相関を示していた。

ではこうしたストレスにどのように対処したかが産後抑うつ状態に影響を与えたのであろうか。期待に反し、産婦が他者に援助を求めるほど抑うつ度が高くなっていった。

一方、与えられたソーシャルサポートに満足いくほど抑うつ度は低く、他から気分を害される働きかけ（アンダーマイニング）が強いほど抑うつ度が高く、さらに得られると期待していたサポートが得られない（失望させられた）ほど抑うつ度が強くなっていった。

多数の独立変数による予測

上記のように産後抑うつ度には少なくない関連要因が見出された。これら予測変数は相互に関連している可能性があり、個別の変数と産後抑うつ

度との間に得られた関連が見かけのものである可能性は否定できない。そこで、重回帰分析によって見かけの要因を排除する試みを行った。

重回帰分析では従属変数を産後1ヶ月目の抑うつ得点とした。これにまず HAD 抑うつ得点および HAD 不安得点を投入し、ついで分娩後のブルーズ得点を投入し、さらにネガティブイベントを投入し、最後に産後のサポートの各指標を投入した（表18）。HAD 得点、ブルーズ得点、出来事得点は有意の貢献を示したが、サポート関連変数は無関係であることが明らかとなった。

次に、同様に分娩前の指標を準じ投入すると、月経前の不機嫌と母親による虐待が有意に予測できる要因であることが明らかとなった（表19）。

表18. 多数の予測変数による産後1ヶ月目のEPDS得点の予測—1—

Predictors	R ²	R2 increase	F	df	P	β
Step 1	0.233	0.233	31.52	1,104	0.000 ***	
HAD 不安尺度得点						0.340 ***
Step 2	0.301	0.068	10.00	1,103	0.002 **	
分娩後ブルーズ得点						0.210 *
Step 3	0.361	0.060	9.66	1,102	0.002 **	
子育てが困難						-0.141
Step 4	0.428	0.067	1.07	1,92	0.391	
情緒的サポート満足						-0.054
情動的サポート満足						-0.118
情緒的アンダーマイニング 数						-0.174
情緒的アンダーマイニング 満足						-0.196
情動的アンダーマイニング 数						-0.019
情動的アンダーマイニング 満足						-0.081
道具的アンダーマイニング 数						0.123
道具的アンダーマイニング 満足						0.007
情緒的失望：満足						0.020
情動的失望：満足						-0.031
調整済み R ²						

* P < .05; ** P < .01; *** P < .001

表19. 多数の予測変数による産後1ヶ月目のEPDS得点の予測—2—

Predictors	R ²	R2 increase	F	df	P	β
Step 1	0.227	0.227	32.57	1,111	0.000	
HAD 不安尺度得点						0.230 **
Step 2	0.0296	0.069	10.77	1,110	0.001	
分娩後ブルーズ得点						0.192 *
Step 3	0.349	0.053	8.85	1,109	0.004	
子育てが困難						-0.187 *
Step 4	0.375	0.026	4.58	1,108	0.035	
援助希求 (産後の対処行動)						0.199 *
Step 5	0.399	0.024	4.33	1,107	0.040	
月経前に不機嫌						-0.113
Step 6	0.457	0.058	3.70	3,104	0.014	
母親のケア						-0.077
母親の過干渉						0.033
母親の虐待						0.202 *
調整済み R ²	0.416					

D. 考察

今回の調査では産後うつ病の頻度がわずか1%以下と、期待より大幅に低かった。

助産婦の面接技術の乏しさから、実際には発症していた症例が正しく診断されなかったとも推測できる。しかし、妊娠期間中のうつ病が診断されていることや妊娠以前のうつ病が診断されていることから考えると、産後のみ診断できなかったとの推測は可能性が低い。むしろ、妊娠後期からの助産婦の関与が予防的に働いたのではないだろうか。

今回の調査は同時に周産期の助産婦による心理的支援を向上させる臨床上的目的も有していた。妊娠後期から調査面接を行う助産婦が担当助産婦になった。1回の面接は1時間ほどで、この時間内に精神科診断を行うだけでなく、さまざまな相談行為も行った。また、緊急の際の連絡先も伝えるなど積極的な支援を行った。

重回帰分析の結果から、産後1ヶ月目の抑うつ状態得点の関連危険要因は、

- (1) 妊娠後期の不安
- (2) 産後のブルーズ
- (3) 子育ての困難
- (4) 月経前緊張症
- (5) 15歳以前の母親の虐待

であった。

産後のメンタルヘルスケアを行うにあたって、産直後の精神状態の確認、育児の困難性、さらに妊娠前の月経前緊張症、児童期に受けた母親から受けた虐待体験を聴取することが重要であろう。

研究上の問題点と今後の課題

今回のような臨床に直結した研究においては特有の研究遂行上の隘路も見られた。以下にそれらを列挙する。

1) 面接の場所、時間に関する問題点

- ・患者のプライバシー保護を考慮した面接室を確保したが、外来との距離があり、双方の負担となっている。
- ・外来診療の待ち時間や診察終了後に面接を行い、患者の負担を軽減するよう努力している。
- ・通常の業務と平行して本研究の面接を行うには時間的に困難な事がある。
- ・勤務外の出勤、定期的なフォローアップ、記録整理など勤務外の時間の犠牲が大きい。
- ・患者を長期間にわたって追跡するために面接員の勤務移動(病棟間、病棟内チーム間)が問題になっている。
- ・勤務内での面接ができるよう勤務調整を行っているが、他のスタッフの理解、協力が得られるようになった。
- ・退職・病気休暇などで面接員が減った場合、新しい面接員の養成が容易でなく、残った面接員の負担が大きくなった。継続的な面接員の養成が必要である。

2) 今後の課題

- ・面接技術・カウンセリング技術をさらに深めていくため、継続した学習が必要であり、教育プログラムの作成や研修会の実施が強く望まれる。
- ・妊婦への精神的支援の重要性が認識され、問題意識が非常に高まった。エントリー対象外の症例に対しても、検討会の開催・精神科医との連携など積極的な取り組みが行われるようになった。
- ・患者が精神的なサポートを必要としているときに即時に援助することが大切であると思われる。
- ・面接等で問題が生じた場合に即時に精神科医師と緊密な連携がとれ、適切な対応ができることが望ましい。
- ・予想以上に妊産褥婦が妊娠・分娩・育児をしていく中で、支援者を必要としており、話す機会と相手を求めている。産科的知識や育児に関する知識を有する助産婦は、母子医療の現場におけるエモーショナル・サポートの担い手に十分なり得ると考えられる。
- ・助産婦が行うエモーショナル・サポートを定着させるためには、その必要性と重要性を産婦人科医会、助産婦会、行政等へ呼びかけ、制度として確立することが望まれる。

研究協力者

本研究では5施設で多数のスタッフの協力があつた。以下に氏名を記し謝意としたい(順不同、敬称略)。

埼玉医科大学総合医療センター産婦人科

小林浩一、黒牧謙一、松本幸子、谷島春江、白石路子、下館俊枝、神田千恵、影山直子、船生真紀、白井真由美

三重大学医学部産科婦人科

岡野禎治、門脇文子、吉沢いよ子、渡辺由紀、福島千恵子、行方かおり、小西澄代

岡山大学医学部産科婦人科学

高馬章江、松村恵、山本桂子、内田久恵、伏本恵子、澤村陽子、河本洋実

九州大学九州大学医学系研究科生殖病態生理学

吉田敬子、有吉秋代、竹葉恭子、山下春江、今村菜摘、吉谷薫、野口ゆかり、森澤養子、光武博子

琉球大学医学部産科婦人科学

本村幸枝、大城順子、比嘉国江、古波蔵真琴、中村幸乃

【文献】

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association: Washington D.C.
- Areiras, M. E. G., Kumar, R., Barros, H. & Figueiredo, E. (1996a). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 30-35.
- Areiras, M. E. G., Kumar, R., Barros, H. & Figueiredo, E. (1996a). Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 36-41.
- Arizmendi, T. G. & Affonso, D. D. (1987). Stressful events related to pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 743-756.
- Auerbach, S. M., Martelli, M. F. & Mercuri, L. G. (1983). Anxiety, information, interpersonal impacts, and adjustment to a stressful health care situation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1284-1296.
- Berger, D., Saito, S., Ono, Y., Tezuka, I., Shirahashi, J., Kuboki, T. & Suematsu, H. (1994). Dissociation and child abuse histories in an eating disorder cohort in Japan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 274-280.
- Booth, A. & Cowell, J. (1976). Crowding and health. *Journal of health and Social Behavior*, 17, 204-220.
- Brewin, C. (1996). Scientific status of recovered memories. *British Journal of psychiatry*, 169, 131-134.
- Bridge, J. & Runtz, M. (1994). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect*, 14, 357-364.

- Brown, G. W. & Bifulco, A. (1990). Motherhood, employment and the development of depression: a replication of finding? *British Journal of Psychiatry*, 156, 169-179.
- Brown, G. W. & Bifulco, A. & Harris, T. O. (1987). Life events, vulnerability and onset of depression: some refinement. *British Journal of Psychiatry*, 150, 30-42.
- Brown, G. W. & Moran, P. (1994a). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I. a community survey. *British Journal of Psychiatry*, 165, 447-456.
- Brown, G. W. & Moran, P. (1994b). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I. a patient enquiry. *British Journal of Psychiatry*, 165, 457-465.
- Brown, G. W., Sklair, F., Harris, T. O. & Birley, J. L. T. (1972a). Life-events and psychiatric disorders: part 2: nature of causal link. *Psychological Medicine*, 3, 159-176.
- Brugha, T., Bebbington, P., Tennant, C. & Hurry, J. (1985). The list of threatening experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychological Medicine*, 15, 189-194.
- Brunstein, J. C., Dangelmayer, G. & Schultheiss, O. C. (1996). Personal goals and social support in close relationships: effects on relationship mood and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1006-1019.
- Calhoun, J. B. (1972). Population density and social pathology. *Scientific American*, 206, 139-148.
- Carlin, A. S., Kemper, K., Ward, N. G., Sowell, H., Gustafson, B. & Stevens, N. (1994). The effect of differences in objective and subjective definitions of childhood physical abuse on estimates of its incidence and relationship to psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 18, 393-399.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1993). A psycho-biological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- 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, 782-786.
- Cox, J. & Holden, J. (1994). The Japanese version of the EPDS. In *Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. pp 261-262, London: Gaskell.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- García-Campayo, J., Campos, R., Marcos, G., Perez-Echeverria, M. J. & Lobo, A., (1996). Somatization in primary care in Spain: II. differences between somatizers and psychologisers. *British Journal of Psychiatry*, 168, 348-353.
- 東あかね, 八城博子, 清田啓介, 井口秀人, 八田宏之, 藤田きみゑ, 渡辺能行, 川井啓市(1996). 消化器内科外来における hospital anxiety and depression scale (HAD尺度) 日本語版の信頼性と妥当性の検討. *日本消化器病学会雑誌*, 93, 884-892.
- Kasser, T., Ryan, R. M., Zax, M. & Sameroff, A. J. (1995). The relationship of maternal and social environments to late adolescents' materialistic and prosocial values. *Developmental Psychology*, 31, 907-914.
- Kellet, J. (1989). Health and housing. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 255-268.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Heath, A. C., Neale, M. C. & Eaves, L. J. (1991). Coping: a genetic epidemiological investigation. *Psychological Medicine*, 21, 337-346.
- 木島伸彦, 斎藤令衣, 竹内美香, 吉野相英, 大野裕, 加藤元一郎, 北村俊則 (1996). Cloningerの気質と性格の7次元モデルおよび日本語版 Temperament and Character Inventory (TCI). *精神科診断学*, 7, 379-399.
- Kumar, R. & Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Levy, L. & Herzog, A. N. (1974). Effects of population density and crowding on health and social adaptation in the Netherlands. *Journal of Health and Social Behavior*, 15, 228-240.
- Lobo, A., García-Campayo, J., Campos, R., Marcos, G. & Perez-Echeverria, M. J. (1996a). Somatization in primary care in Spain: I. estimates of prevalence and

- clinical characteristics. *British Journal of Psychiatry*, 168, 344-348.
- Ludwick-Rosenthal, R. & Neufeld, R. W. J. (1988). Stress management during noxious medical procedures: an evaluative review of outcome studies. *Psychological Bulletin*, 104, 326-342.
- Magaziner, J. (1988). Living density and psychopathology: a reexamination of the negative model. *Psychological Medicine*, 18, 419-431.
- Mavrias, R., Peck, C. & Doleman, G. (1990). The timing of pre-operative preparatory information. *Psychology and Health*, 5, 39-45.
- Miller, S. M. & Mangan, C. E. (1983). Interacting effects of information and coping style in adapting to gynecological stress: should the doctor tell all? *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 223-236.
- O'Hara, M. W., Rehm, L. P. & Campbell, S. B. (1982). Predicting depression: a role for social network and life stress variables. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 336-341.
- O'Hara, M. W. & Zekoski, E. M. (1988). Postpartum depression: a comprehensive review. in (R. Kumar & I. F. Brockington, eds.) *Motherhood and Mental Illness* vol. 2, London: Academic Press.
- 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子, 玉木領司, 野村純一, 宮岡等, 北村俊則 (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, 525-533.
- Parker, G. (1979). Parental characteristics in relation to depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 134, 138-147.
- Parker, G. (1983). Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression: a risk factor delineated. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960.
- Parker, G. & Hadzi-Pavlovic, D. (1982). Parental representations of melancholic and non-melancholic depressives: examining for specificity to depressive type and for evidence of additive effects. *Psychological Medicine*, 22, 657-665.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Paykel, E. S., Emms, E. M., Fletcher, J. & Rassaby, E. S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 136, 339-346.
- Platt, S. D., Martin, C. J., Hunt, S. M. & Lewis, C. W. (1989). Damp housing, mould growth, and symptomatic health state. *British Medical Journal*, 298, 1673-1678.
- 島悟(1994). マタニティ・ブルーズと産後うつ病の診断学. *精神科診断学*, 5, 321-330.
- Stein, G. (1980). The pattern of mental change and body weight change in the first post-partum week. *Journal of Psychosomatic Research*, 24, 165-171.
- Suls, J. & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.
- 竹内美香, 吉野相英, 大野裕, 加藤元一郎, 北村俊則 (1992). Cloninger の 3次元人 (TPD) 理論および日本語版 Tridimensional Personality Questionnaire (TPQ). *精神科診断学*, 3, 491-505.
- Tennant, C., Bebbington, P. & Hurry, J. (1980). Parental death in childhood and risk of adult depressive disorders: a review. *Psychological Medicine*, 10, 289-299.
- Terry, D. J., Rawle, R. & Callan, V. J. (1995). The effects of social support on adjustment to stress: the mediating role of coping. *Personal Relationships*, 2, 97-124.
- Watson, J. P., Elliott, S. A., Rugg, A. J. & Brough, D. I. (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, 144, 453-462.
- Weismann Wind, T. & Silvern, L. (1994). Parenting and family stress as mediators of the long-term effects of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18, 439-453.
- Wilhelm, K. & Parker, G. (1988). The development of a measure of intimate bonds. *Psychological Medicine*, 18, 225-234.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (訳) 北村俊則 (1993). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD尺度). *精神科診断学*, 4, 371-372.