

厚生科学研究  
(子ども家庭総合研究事業)

妊産褥婦及び乳幼児の  
メンタルヘルスシステム作りに関する研究

平成12年度研究報告書

平成13年 3 月

主任研究者 中野仁雄

## 目 次

I	総括研究報告		
	妊産褥婦及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・・・・ 57
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・・・・ 61
2	妊産褥婦及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・・・・ 76
3	Client Service Receipt Inventory (CSRI)および Pathway を用いた、産後うつ病のケアシステムに関する質的研究		岡野 禎治・・・・ 78
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・・・・ 83
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・・・・ 88
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 —知識とその実践に向けて：教材製作とその教育効果—		谷口 初美・・・・ 92
7	NICU における医療意思決定後の母親に対するメンタルヘルスケア		竹内 徹・・・・ 95
8	アンケート方式による新生児虐待調査に関する報告		工藤 尚文・・・・ 99
9	周産期の死をめぐる母親へのサポートに関する研究 —助産婦および臨床心理士の役割について—		仁志田博司・・・・ 100
10	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		小林 隆児・・・・ 103
11	妊産褥婦に関わる技法：新たな人間理解モデルによるビデオ学習		崎尾 英子・・・・ 106
III	研究成果の刊行に関する一覧表		109

## 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 九州大学医学部附属病院病院長

研究協力者 北村俊則 熊本大学医学部神経精神医学教授  
金澤浩二 琉球大学医学部産科婦人科学教授  
木下勝之 埼玉医科大学総合医療センター産婦人科教授  
工藤尚文 岡山大学医学部産科婦人科学教授  
佐藤昌司 九州大学医学部附属病院周産母子センター講師  
豊田長康 三重大学医学部産科婦人科学教授  
岡野禎治 三重大学保健管理センター助教  
吉田敬子 九州大学医学部神経精神医学講師  
新道幸恵 青森県立保健大学学長  
谷口初美 佐賀医科大学医学部臨床看護学助教授  
仁志田博司 東京女子医科大学母子総合医療センター教授  
竹内 徹 大阪樟蔭女子大学児童学科教授  
小林隆児 東海大学健康科学部社会福祉学科教授  
崎尾英子 国立小児病院心療内科・精神科医長

### 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。本年度は3年間の研究期間の最終年度である。

### 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：メンタルヘルスクエ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

過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、琉球大学の多施設共同研究において得られた303例からなるコホートを調査した。面接調査の方法、対象の選択基準等は過年度の報告書にゆずる。

RQ2：地域型「母子精神保健プログラム」策

定

1) 産後うつ病患者(日本人20名、欧米人41名)を対象に、診断基準DSM-IVに準拠して調査を行った。

2) 保健所の新生児訪問を希望した産婦100人を対象とした。訪問指導員による調査と精神科医の訪問による精神科診断面接を行った。

RQ3：メンタルヘルスクエ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) 青森(2週間)と東京(1週間)で各1回の母子のメンタルヘルスクエア能力育成コースを開催し、研修効果を評価した。対象は5年以上の経験を有する助産婦(計51名)である。

2) 助産婦教育における母子精神保健教育教材の作成と試行

マルチメディア(ビデオ、コンピュータソフト)による教材を作成し、看護学科(54名)と助産専攻(60名)を対象に教育効果を調査した。

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

NICUにおいて死亡症例77名について、施設倫理委員会に提出された医学的意思決定報告書をもとに分析を行った。

## 2) 周産期児死亡に遭遇した家族への対応

出生直後に児を失った3人の母親に、その事例発生の2~3カ月後に助産婦および臨床心理士が個別に面接を行い、その記録を解析した。

### 1. 新生児虐待調査

ローリスクの褥婦458名を対象としてアンケート調査を行った。

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) 精神科母子ユニットにおける治療例25例を対象として、乳幼児期の自閉症圏障害に注目した母子コミュニケーションの質的検討を行った。

2) 心的援助の実際の方法をビデオによって映像化した。

## 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

前方視的追跡調査を行うためのコホート303例を形成した。初期登録例は2年以上を経過している。かかるコホートは本邦には類例がなく、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。

### 2) 産後うつ病の発症頻度

エントリーされた妊産褥婦は5施設あわせて303名であった。このうち産後3ヶ月目までの追跡が可能だったものは290名（96%）であった。分娩時点で抑うつ状態（8名）あるいは精神病性障害のもの（1名）を除外すると、母数281名のうち、産後に大うつ病を発症した褥婦は14名（5%）であった。この発症頻度は、過年度に調査した10~15%と比べて明らかに低率である。助産婦の個別面接という調査自体が、予防的介入効果をもたらしたものと考えられる。これをより明確にするには、一般集団においても大うつ病に特化した調査活動が必要である。

### 3) 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。このことから、本邦の助産婦が一定の研修過程を経て精神科診断とともに支援的介入を行えることが再確認された。

### 4) 産後うつ病の社会心理的要因

産後うつ病発症の危険要因は、住環境の不足、産後住まいが手狭になる、出産後の夫の家

事時間が短い、今回の妊娠を知って困った、妊娠して欲しい子の性別が決まっている、15歳以前に父と死別、同朋と比較して母親からの愛情が強かった、通常援助希求が少ない、愛情面の aspiration が高い、赤ちゃんの性別でよかった [妊娠中に望んだ性の子でないことは危険要因でない]、産後低収入が減った、産後授乳が困難、児の夜泣き、産後情緒的アンダーマイニングの不満が強い、であった。

RQ2：地域型「母子精神保健プログラム」策定

1) 産後うつ病の母親が受けたヘルスケアサービス

日本と欧米とを比較した。日本の母親では、公的援助金の援助、助産婦からの支援、家庭医の利用、託児所の利用の割合が低かった。受療行為を阻害（Barrier to access）する要因について日本と欧米間に有意な差はみられなかったが、受療に対して抵抗がやや高い割合を示した。

### 2) 産後うつ病の母親の受療経路

最終の精神科サービスに到るまでの期間については、1~17週とかなりの幅がみられた。ケアレベルが進展しても、必ずしもスムーズな連携はなく、35%の女性は自らの決断によって次のケアレベルを求めて、経路が複雑になるにつれて、遷延傾向がみられた。さらに欧米の女性との比較では、発病から依頼までの期間、発病から保健医療機関に到る期間には差はなかったが、日本の女性の方が通院に時間を要した。つまり、プライマリ・ケアにおいて複雑な受療経路をとって、治療への時間的負担が大きいことが示唆された。

3) 地域保健所による母子精神保健プログラムの策定

地域型母子精神保健プログラムの作成のため、平成10年度から福岡市の一保健所と連携して、保健所の保健婦および助産婦が従来から施行している出産後の母親の家庭訪問の制度を利用して、訪問時に産後うつ病と母子の愛着の障害が疑われるケースについての同定と介入についての研究を行った。平成11年度はこの研究の対象となった母親に、出産後6カ月に里帰り分娩質問票および、エジンバラ産後うつ病質問票と赤ちゃんへの気持ち質問票を郵送して、母親の産後の精神状態の再評価と児に対する愛着についての調査を行った。さらに、出産後12カ月に面接の同意が書面で得られた70例の母親の精神科診断面接とその児の発達検査を施行し、今年度終了した。地域におけるエジンバラ産後うつ病評価票を用いた産後うつ病のスクリーニングの有用性が判明した。産後6カ月に施行し

た里帰り分娩質問票から、産後の母親が受けているサポート状況と産後の母親の抑うつ状態との関連が示された。

**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) 母子のメンタルヘルスケア能力育成コースの開催

(1) 受講者の属性およびニーズ

昨年度基礎コース受講者は経験年数5～27(平均13.0±8.9)、年齢27～49(平均37.4±6.14)、今年度基礎コース受講者は経験年数5～20(平均12.8±5.05)、年齢25～44(平均36.8±5.88)、応用コース受講者は経験年数3～21(平均10.5±6.11)、年齢25～44(平均33.7±6.83)であった。受講生の勤務場所は、68.5%が産婦人科病棟で、その他新生児センター・小児病棟・助産院・保健所等であった。受講者の受講目的(ニーズ)では、障害児や奇形児の母親・精神科疾患をもつ妊産婦・児が死亡した母親・家族のサポート問題、育児放棄等の事例への対応やカウンセリング技術について学びたいとの回答が多かった。

(2) プログラムの評価

受講前後のSEテストでは、受講前と1ヵ月後・8ヵ月後との有意差はないが、平均点が経時的に高くなっていった。患者関係テストにおいても、有意差はみられなかったが、平均点が経時的に高くなっていった。受講終了後の調査において、その時点の過去1ヶ月間にメンタルヘルスケアを行った対象事例の問題状況は広範にわたっていた。後輩または同僚の指導についても、直接、または報告会やカンファレンス等を通じて行われており、6～8割の上司から、研修後実践に活用されていると評価されていた。本プログラムの感想等については、本プログラムの継続・対象者の保健婦や看護婦等他職種への拡大と、事例検討会・フォローアップ研修会の開催を望む声が目立った。

2) 助産婦教育における母子精神保健教育教材の製作と試行

今回、看護学生(2年次)と助産学生を対象に試みた結果、知識の習得は母性の看護学習時の2年次生で充分可能である。助産学生はそれをどのように臨床実習に生かす実践力を養うカリキュラムの必要性が示唆された。今後のカリキュラム作成時には今回の研究の結果を反映して、それぞれの学習のレディネスと必要性に応じた学習カリキュラム改訂が望まれる。

**RQ4**：新生児合併症事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

医学的意志決定の水準4段階にあって、積極的医療、制限的医療につぐホスピスの医療と看取りの医療の疾病内容は、超未熟児に重度の合併症(脳室内出血、虚血性脳症など)を併発したものの、急性期の重度の適応障害の例が多かった。医学的意思決定後の死亡に至る迄の時間は、「積極的医療」、「制限的医療」、「ホスピスの医療」、「看取りの医療」の順に短くなり、とくに「看取りの医療」ではほぼ30分以内に死を迎えている。判断基準の適正さがある程度反映されていると思われた。両親が新生児の死を現実として受容することは、出生後の患児の病状を医療従事者と共に身近に経験している場合と、死産の場合とは明らかに異なり、前者は比較的容易である。両親が希望すれば死亡したわが子を見る、抱く、触れることは重要なことである。死亡直前のケアとして父母による患児の抱擁を勧めるが、死亡前後に両親のニーズに応じた個別的支援を行うには、両親が一緒にいて、子どもと過ごすための場所(個室)が必要であるが、現実にはない。

2) 周産期児死亡に遭遇した家族への対応

直接医療に携わった助産婦や看護婦には、その医療内容および医療を通じて培った個人的なコンタクトを介したサポートのメリットがある一方、臨床心理士はそれらを超えた専門的なテクニックによるクライアントの心の問題を引き出すメリットがあり、周産期の死をめぐる患者のサポートには、両者が必要であると結論される。

3) 新生児虐待調査

合併症を待たないローリスク妊婦を対象としてアンケート用紙を用いて新生児期の虐待行動を調査した。新生児期の虐待行動にはマタニティブルー、ボンディング不良、ソーシャルサポート不良、不適切な対処行動、産後うつ病などの因子が相互に関与していると考えられ、それぞれの項目を「産科入院中アンケート」ならびに「1ヵ月健診時アンケート」の中に入れ調査を行った。その結果、実際に子どもを傷つけるまでには至らないものの、子どもに対して行動を起こしている例が見られており、ボンディング不良との関連性も示唆された。現在までに児童虐待に関する報告は多数見られるが、ほとんどが幼児期以降のものであり、新生児期の虐待に関しては調査されていない。また被虐待児の約4割が低出生体重児であるとの報告もあり、新生児期における虐待行動調査は意義深い。

**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) 母子コミュニケーションの質的評価とありかた

母子間のコミュニケーションが、子どもの愛着パターンのみならず、養育者の成人愛着表象の質にも大きく左右されることが示された。一方、子どもに対する不安の質によって、容易に母子コミュニケーションが破綻する危険性もはらんでいた。

その結果、養育者自身の愛着表象の質が母子コミュニケーションの成立過程に大きな影響をもたらす可能性が示唆された。

2) 周産期メンタルヘルスに関連する全人格相互の適切な共鳴効果をもたらす学習教材

ビデオ教材を開発作成した。これにより、育児される乳幼児への直接的影響、周囲の人間への影響、メンタルヘルスに関わる職種の認識など包括的な場面の捉え方のもと、相互に及ぼす影響をトータル的に評価し、健全安定化するのに資することが期待される。

#### D. 結論

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。3年間の継続研究により、必要な施策的対応の大枠を把握するとともに現状での全貌と今後の活動の着手点が明らかになった。今年度の成果に特定すれば以下のとおりである。

1. 初産婦、妊娠8ヶ月での同意による登録例、固定助産婦による構造化・非構造化面接の定時反復というコホートにおける産後うつ病の発症頻度は5%である（一般頻度の1/2から1/3）。
2. 精神科診断面接の所定の研修・訓練を受けた助産婦は診断調査と支援介入に十分に耐える職種である。
3. 産後うつ病の社会心理的危険要因を特定することができた。
4. 産後うつ病の発症認知から適切な治療開始までの時間が長く、かつまちまちであることが、受療動態調査によって明らかで、地域における紹介ルート不安定と不適切な紹介の実態がある。
5. 地域保健所の保健婦を入り口として、郵送質問票と家庭訪問によりリスクによる群別を行い、適当な精神面支援を行うこと、さらにリエゾン精神科医への治療に導くことの合理性と有用性が分かった。
6. 経験を有する助産婦に行う、母子のメンタ

ルヘルスケア能力育成コースは有効である。現実の潜在的ニーズに応え、指導者としての輪を広げるとともに、診療に実際の場に心のケアを滑らかに導入するための有効な草の根運動的展開である。

7. 看護学、助産学の卒前カリキュラムに自己学習型教材を導入することができる。さらに、これをインターネット対応に設計することで普遍化と共有化が図れ、メンタルヘルスケアの強化と基盤化が可能になる。
8. 周産期児死亡などハイリスクの事象への対応として、倫理的配慮に基づく、多段階の医学的意志決定の提示と、各過程における両親の児との共生・共有体験の創設とが必要である。さらに、これを可能にする施設・設備の拡充と要員の研修が不可欠である。
9. 保健・医療の現場で遭遇する異なる人格、医師、コメディカル、妊産褥婦、配偶者、家族、児の全てが演じる舞台の統合的視角の導入が必要である。関連する人格相互のコミュニケーションは十分に質の保証が効いたものであることが前提となり、このための研修教育にはさらに科学的な根拠を求めての研究活動が継続されなければならない。

#### E. 研究発表

##### 1 論文発表

- 1) 日母医報、第27回日母産婦人科医会特集号  
周産期とリエゾン精神医学、印刷中

##### 2 学会発表

- 1) 第27回日本母性保護産婦人科医会大会特別講演  
周産期とリエゾン精神医学、平成12年9月24日、札幌
- 2) 11<sup>th</sup> Congress of the Federation of the Asia and Oceanic Perinatal Societies  
Postnatal Depression, October 2-6, 2000, Manila, Philippines.

## 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

主任研究者

中野 仁雄 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学

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社会精神保健部  
(現在：熊本大学医学部神経精神医学講座)

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

金澤 浩二、佐久本 薫 琉球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

**研究要旨：**多施設共同研究により初産婦 303 名を妊娠後期から産後 3 ヶ月目まで前方視的に調査した（追跡率 96%）。産後大うつ病の発生頻度は約 5%であった。つまり初産婦においては 20 回の分娩に 1 回は産後うつ病が見られる。産後うつ病発生の危険要因は、住環境の不満足、産後住まいが手狭になる、出産後の夫の家事時間が短い、今回の妊娠を知って困った、妊娠して欲しい子の性別が決まっている、妊娠合併症総数が少ない、15 歳以前に父と死別、同朋と比較して母親からの愛情が強かった、通常援助希求が少ない、愛情面の aspiration が高い、赤ちゃんの性別でよかった〔妊娠中に望んだ性の子でないことは危険要因でない〕、産後定収入が減った、産後授乳が困難、児の夜泣き、産後情緒的アンダーマイニングの不満が強いであった。

#### A. 研究目的

産後うつ病の発症率は約 10%であると報告されている (O'Hara & Zekoski, 1988; 島, 1994)。本調査は、日本においてはじめて多施設共同による産後うつ病の出現頻度とその発生危険要因の同定を試みた調査である。

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。この使用方法について事前の訓練を施行

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。

### 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) 参加 5 施設に登録された妊婦で、(2) 妊娠後期データがあり (3) 産後 1 ヶ月データもしくは産後 3 ヶ月データのいずれかがあるものとした。

エントリーされた女性は 5 施設あわせて 303 名いた。このうち産後 3 ヶ月目までの追跡が可能だったものは 290 名 (96%) であった (表 1)。追跡率は 5 施設で明らかなる差はなかった。平均年齢は 30 歳で、最低が 17 歳、最高が 44 歳であった。

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	埼玉医大	岡山大学	九州大学	琉球大学	三重大学	全体
エントリー人数	74	69	69	66	25	303
産後 3 ヶ月までの追跡完了人数	72	63	66	64	25	290
年齢 平均 (SD)	29.7 (4.2)	29.2 (4.0)	27.6 (4.6)	31.2 (5.4)	29.9 (4.7)	29.5 (4.7)
年齢 最低	17	20	18	21	18	17
年齢 最高	38	39	39	44	38	44

**妊娠期間中および産後1ヶ月以内に発症した精神疾患**

産後3ヶ月まで追跡できた290名中の妊娠期間中の各種精神疾患罹患率（発症率）は表2に示すとおりである。12%の女性が何らかの精神疾患を今回の妊娠期間中に発症しており、最も頻度が高いものが大うつ病で、6%の罹患率を示した。

一方、産後3ヶ月目までの期間に13%の女性

が何らかの精神疾患を発症していた。産後うつ病の発生頻度を見るに当たって、分娩時点で抑うつ状態だった女性は以降抑うつ状態が持続しても定義上産後うつ病とはいえず、また分娩時点で精神病性障害のものも除外すべきと考えた。前者が8名後者が1名であった。残る281名のなかで産後に大うつ病を呈した女性は14名（5%）であった（表2）。

表2. 被検者の基礎資料

項目	埼玉医大	岡山大学	九州大学	琉球大学	三重大学	全体
産後3ヶ月までの追跡完了人数 (A)	72	63	66	64	25	290
<b>妊娠期間中の発症</b>						
大うつ病 (%)	5 (7)	5 (8)	1 (2)	3 (5)	2 (8)	16 (6)
特定不能のうつ病 (%)	3 (4)	2 (3)	5 (8)	1 (2)	1 (4)	12 (4)
全般性不安障害 (%)	2 (3)	2 (3)	3 (5)	1 (2)	0	8 (3)
広場恐怖	0	1 (2)	1 (2)	0	0	2 (1)
社会恐怖	0	1 (2)	0	0	0	1 (0)
特定の恐怖症	0	1 (2)	1 (2)	0	0	2 (1)
上記のいずれか	9 (13)	7 (11)	11 (17)	5 (8)	3 (12)	35 (12)
<b>産後の発症</b>						
大うつ病	3 (4)	4 (6)	3 (5)	4 (6)	1 (4)	15 (5)
特定不能のうつ病	4 (6)	2 (3)	5 (8)	2 (3)	1 (4)	14 (5)
躁病	0	1 (2)	0	0	0	1 (0)
全般性不安障害	0	2 (3)	0	0	0	2 (1)
パニック障害	0	1 (2)	0	1 (2)	1 (4)	3 (1)
社会恐怖	1 (1)	0	0	0	0	1 (0)
特定の恐怖症	1 (1)	0	0	1 (2)	0	2 (1)
強迫性障害	1 (1)	1 (2)	3 (5)	0	0	5 (2)
上記のいずれか	9 (13)	7 (11)	11 (17)	7 (11)	3 (12)	37 (13)
分娩時点で抑うつ状態だった者 (B)	0	3 (5)	3 (5)	1 (2)	1 (4)	8 (3)
分娩時点で psychotic disorder だった者 (C)	0	1 (2)	0	0	0	1 (0)
産後うつ病分析の対象者 (A-B-C)	72	59	63	63	24	281
大うつ病	3 (4)	3 (5)	3 (5)	4 (7)	1 (4)	14 (5)
特定不能のうつ病	4 (6)	2 (3)	5 (8)	2 (3)	1 (4)	14 (5)
躁病	0	0	0	0	0	0
全般性不安障害	0	2 (3)	0	0	0	2 (1)
パニック障害	0	1 (2)	0	1 (2)	1 (4)	3 (1)
社会恐怖	1 (1)	0	0	0	0	1 (0)
特定の恐怖症	1 (1)	0	0	1 (2)	0	2 (1)
強迫性障害	1 (1)	1 (2)	2 (3)	0	0	4 (1)
上記のいずれか	9 (13)	5 (8)	10 (16)	7 (11)	3 (13)	34 (12)

面接状況・結婚・配偶者・家庭・職業

結婚状況、年齢、教育歴、年収、里帰り、職業について、産後大うつ病群と対照群の間で有意の差は見られなかった。

一方、産後大うつ病群は対照群に比して、住環境の不満が強く、産後に住まいが手狭になると訴え、また出産後の夫の家事時間が少なかった(表3)。

表3. 面接状況・結婚・配偶者・家庭・職業

	対照群 (n = 266)	産後大うつ病群 (n = 14)	P
結婚状況			.699
未婚・非同居	6/266 (2%)	0	
既婚・別居	7/266 (3%)	0	
既婚・同居	253/266 (95%)	14/14 (100%)	
年齢	29.7 (4.8)	27.3 (4.0)	.069
本人教育歴	3.8 (0.8)	3.8 (0.9)	.915
結婚状況			
結婚時年齢	26.7 (4.0)	24.7 (3.2)	.068
結婚時配偶者年齢	28.6 (4.9)	27.1 (5.0)	.266
配偶者教育歴	1.2 (0.4)	1.2 (0.4)	.978
夫の愛情	11.9 (0.4)	11.4 (2.1)	.396
夫の過干渉	7.2 (3.1)	6.3 (2.4)	.304
結婚満足	4.0 (1.4)	3.9 (1.5)	.948
夫婦間合意	4.3 (0.9)	3.9 (1.1)	.137
年収	5.4 (2.3)	4.5 (2.1)	.162
同居者数	1.8 (3.2)	4.6 (8.7)	.241
賃貸住宅	132/256 (52%)	11/14 (79%)	.057
住環境の満足 (1-非常に満足; 5-非常に不満足)	2.3 (1.0)	3.1 (1.0)	.010 *
産後住まいが手狭に (1-ならない; 3-非常になる)	1.7 (0.7)	2.1 (.08)	.013 *
里帰り			.912
予定はない	89/266 (34%)	4/14 (29%)	
実家に戻る	148/266 (56%)	9/14 (64%)	
その他の場所に	3/266 (1%)	0	
決めていない	26/266 (10%)	1/14 (7%)	
職業			.131
専業主婦	102/266 (38%)	2/14 (14%)	
パートタイム	51/266 (19%)	5/14 (36%)	
フルタイム	113/266 (43%)	7/14 (50%)	
分娩後復職			.259
続ける	70/163 (43%)	5/12 (42%)	
成長したら復職	67/163 (41%)	7/12 (58%)	
子育て専念	26/163 (16%)	0	
妊娠中妻家事回数	6.4 (1.5)	6.1 (1.0)	.465
出産後妻家事時間	237.0 (216.8)	196.4 (117.2)	.539
妊娠中夫家事回数	5.4 (2.6)	5.3 (1.9)	.845
出産後夫家事時間 (分/日)	178.9 (254.7)	109.1 (57.4)	.007 **

妊娠歴と健康行動

過去の妊娠歴（妊娠回数、流産回数、死産回数、人工中絶回数）、初潮時年齢、月経前のイライラ、

産後の過ごし方への自信、健康行動（飲酒と喫煙）  
 についての指標で大うつ病群と対照群の間で有意差を示したものはなかった（表4、表5）。

表4. 妊娠歴

	対照群 (n = 266)	産後大うつ病群 (n = 14)	P
過去の妊娠回数	0.5 (0.9)	0.8 (1.3)	.414
過去の流産回数	0.3 (0.7)	0.4 (0.8)	.764
過去の死産回数	0.0 (0.2)	0.0 (0.0)	.590
過去の人工中絶回数	0.2 (0.5)	0.4 (0.8)	.226
初潮時年齢	12.4 (1.2)	11.9 (1.3)	.146
生理前のイライラがしばしば	42/257 (16%)	4/14 (29%)	.267
他人の赤ちゃんを抱いたことあり	51/260 (20%)	4/14 (29%)	.490
産後の過ごし方自信ない	151/258 (59%)	12/14 (86%)	.051

表5. 健康行動

	対照群 (n = 266)	産後大うつ病群 (n = 14)	P
飲酒（回/週）	0.5 (1.4)	.4 (0.9)	.778
妊娠とわかっても飲酒	8/30 (27%)	0/2 (0%)	1.000
喫煙（本/日）	2.7 (6.1)	1.9 (3.8)	.600
妊娠とわかっても喫煙	10/58 (17%)	2/3 (67%)	.096

妊娠期間中のソーシャルサポート

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。サポート内容により「情緒的サポート」「情動的サポート」「道具的サポート」に分け、それぞれそうしたサポートが得

られると考えられる人数と、その満足度について自己評価させた。さらに3領域の得点を加算した総合点も計算した。

期待された（知覚された）サポートの人数および満足度は産後抑うつ状態と関連を見なかった（表6）。

表6. ソーシャル・サポート

	対照群 (n = 266)	産後大うつ病群 (n = 14)	P
人数総数	17.5 (12.5)	12.6 (7.9)	.150
人数：情緒的サポート	8.8 (6.5)	5.7 (3.2)	.078
人数：情動的サポート	6.0 (5.9)	4.6 (3.7)	.405
人数：道具的サポート	2.6 (1.8)	2.2 (1.8)	.484
満足：総合	10.5 (1.6)	10.6 (1.8)	.698
満足：情緒的サポート	3.5 (0.6)	3.6 (0.7)	.816
満足：情動的サポート	3.5 (0.6)	3.6 (0.6)	.486
満足：道具的サポート	3.4 (0.7)	3.4 (0.8)	.884

### 今回の妊娠状況

今回の妊娠に気づいて自分自身が否定的反応（「こまった」「どうしよう等」）を示した場合に産後に大うつ病になる傾向にあった（表7）。

男児がほしかったか女児がほしかったかについて

ては、はっきりといずれかの性の子をほしいという女性ほど産後うつ病に罹患しやすかった。

妊娠期間中の母親学級、電話相談、マタニティビクス、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。

表7. 今回の妊娠

	対照群 (n = 266)	産後大うつ病群 (n = 14)	P
今回の妊娠を知って			.049 *
嬉しかった・実感がなかった	243/257 (95%)	11/14 (79%)	
困ったどうしよう	14/257 (5%)	3/14 (21%)	
今回の妊娠を知って夫は			.585
嬉しかった・実感がなかった	240/255 (94%)	13/14 (93%)	
困ったどうしよう	15/255 (6%)	1/14 (5%)	
男女どちらが欲しいか			.048 *
男(女)が欲しい	59/257 (23%)	7/14 (50%)	
どちらでも良い・分からない	198/257 (77%)	7/14 (50%)	
今回の妊娠は			
望んでいなかった	9/257 (4%)	0/14 (0%)	
時期が早かった	50/257 (20%)	7/14 (50%)	
自然に任せていた	42/257 (16%)	4/14 (29%)	
望んでいた	82/257 (32%)	1/14 (7%)	
不妊外来等努力	74/257 (29%)	2/14 (14%)	
妊娠合併症総数	0.7 (0.8)	0.3 (0.6)	.048 *
教室形式の母親学級出席	181/266 (95%)	9/14 (64%)	.774
個人別の母親学級	11/266 (4%)	2/14 (14%)	.132
電話による相談	30/257 (12%)	1/14 (7%)	1.000
マタニティビクスや水泳教室	10/266 (4%)	0/14 (0%)	1.000
他の妊婦と話す機会あり	156/266 (59%)	8/14 (57%)	1.000
育児書等（ビデオなど）見た	246/266 (93%)	14/14 (100%)	.609
マタニティ・ブルーズは知っている	246/266 (94%)	14/14 (100%)	1.000
産後うつ病は知っている	160/266 (60%)	6/14 (43%)	.315

### 幼少期の被養育体験

15歳以前に父親から死別した女性のほうが産後大うつ病に罹患する可能性が高かった（表8）。

一方、15歳以前の母親および父親の養育態度

（ケア得点、過干渉得点、虐待得点）については、両群間に有意の差は見なかった。しかし、同朋と比べて母親からの愛情が強かったと回顧する女性のほうが産後大うつ病に関連していた。

表8. 幼少期の被養育体験

	対照群 (n = 266)	産後大うつ病群 (n = 14)	P
父親			
15歳以前の死別	5/266 (2%)	2/14 (14%)	.043 *
15歳以前の1か月以上の離別	48/266 (18%)	5/14 (36%)	.195
15歳以前の12か月以上の離別	20/266 (8%)	2/14 (14%)	.684

PBI ケア得点	25.4 (6.5)	20.4 (11.5)	.208
PBI 過干渉得点	9.9 (5.8)	9.6 (4.4)	.853
虐待	9.8 (2.9)	10.9 (4.4)	.241
同朋と比較したケア	1.2 (0.5)	1.2 (0.8)	.884
同朋と比較した過干渉	0.8 (0.6)	0.6 (0.7)	.300
同朋と比較した虐待	0.4 (0.7)	0.5 (0.7)	.786
母親			
15歳以前の死別	5/266 (2%)	0	1.000
15歳以前の1か月以上の離別	29/266 (11%)	1/14 (7%)	1.000
15歳以前の12か月以上の離別	7/266 (3%)	1/14 (7%)	.869
PBI ケア得点	29.9 (5.5)	29.7 (7.3)	.881
PBI 過干渉得点	9.7 (6.5)	10.3 (5.7)	.746
虐待	10.3 (3.1)	12.1 (4.5)	.053
同朋と比較したケア (0-いいえ ; 1-どちらともいえない ; 2-はい)	1.2 (0.5)	1.6 (0.5)	.001 **
同朋と比較した過干渉	0.7 (0.5)	0.7 (0.6)	.732
同朋と比較した虐待	0.8 (0.7)	0.8 (0.7)	.955

#### 発症前の対処行動・人格傾向・人生の目的・妊娠期間中の精神症状

対処行動のパターンは援助希求、問題解決、否認の3つに分けられる。このうち、援助希求（問題が発生した時に周囲の人に）が大うつ病群で有意に低かった（表9）。

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）で産後抑うつ状態と関連するものは見出せなかった。

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 DRD 4 と新奇追及性の相関は確認されている。

Aspiration Index は人生の目的を測定するが、ここでは愛情を人生の目的とする点数が大うつ病群に高く出ている。

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）。妊娠期間中の症状は抑うつ症状と不安症状に分けて測定した。いずれも両群間に差は認めなかった（表10）。

表9. 発症前の対処行動・人格傾向・人生の目的

	対照群 (n = 266)	産後大うつ病群 (n = 14)	P
対処行動			
援助希求	9.9 (2.7)	8.2 (3.2)	.030 *
問題解決	8.7 (2.9)	8.1 (2.5)	.459
否認	8.1 (2.7)	8.6 (3.5)	.450
TCI			
新奇追求性	25.0 (5.5)	25.6 (4.2)	.696
損害回避	31.6 (6.7)	33.1 (6.6)	.403
報酬依存	30.8 (4.8)	30.1 (7.7)	.753

持続	8.3 (2.2)	8.0 (2.4)	.682
自己志向性	45.4 (7.4)	44.3 (13.6)	.801
協調性	50.0 (6.8)	48.1 (4.8)	.391
自己超越	16.7 (6.2)	16.1 (3.8)	.751
Social desirability	16.2 (3.1)	16.0 (1.2)	.829
Aspiration Index			
自己受容	7.2 (2.1)	7.6 (2.0)	.471
愛情	8.9 (1.6)	9.5 (1.0)	.040 *
地域	6.3 (2.1)	7.3 (2.3)	.102
健康	9.0 (1.8)	9.4 (1.7)	.432
社会的認知	3.2 (1.9)	2.7 (2.5)	.416
見た目	3.8 (1.8)	3.3 (2.1)	.262
成功	3.1 (1.7)	3.9 (2.1)	.128
配偶者の認知	4.0 (0.9)	4.0 (1.1)	.911
配偶者の支援	4.1 (0.8)	4.1 (1.1)	.922

表 10. 妊娠期間中の精神症状

	対照群 (n = 266)	産後大うつ病群 (n = 14)	P
妊娠後期			
HAD 抑うつ症状	4.2 (2.9)	4.6 (3.8)	.566
HAD 不安症状	4.1 (3.2)	4.4 (3.6)	.693

#### 分娩・産直後の精神症状・産後の適応

分娩が重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 3 ヶ月目までの大うつ病発症と何ら関連を示さなかった。同様に新生児の状況も産後うつ病発症に

影響を与えなかった（表 11）。

分娩後のブルーズ得点も両群間で差を見なかった（表 12）。

産後の適応を見ると、生まれた子の性に満足した女性の率が産後うつ病群で有意に低かった（表 13）。

表 11. 分娩

	対照群 (n = 266)	産後大うつ病群 (n = 14)	P
分娩形式			.526
自然分娩	156/248 (63%)	8/12 (67%)	
帝王切開	56/248 (23%)	2/12 (17%)	
鉗子分娩	15/248 (6%)	2/12 (17%)	
吸引分娩	15/248 (6%)	0	
その他	6/248 (2%)	0	
単胎	246/265 (93%)	14/14 (100%)	.609
分娩所要時間 第 1 期	609 (588)	506 (519)	.605
分娩所要時間 第 2 期	124 (241)	197 (268)	.358
分娩所要時間 第 3 期	10 (27)	6 (1)	.652
分娩出血量	566 (507)	381 (169)	.191

表 12. 産直後の精神症状

	対照群 (n = 266)	産後大うつ病群 (n = 14)	P
分娩後ブルーズ得点	8.0 (2.1)	7.9 (1.3)	.959

表 13. 産後の適応

	対照群 (n = 266)	産後大うつ病群 (n = 14)	P
今回の出産は大変だった	2.37 (0.86)	2.18 (0.98)	.475
妊娠中メンタルヘルスビデオを見た	37/207 (18%)	2/10 (20%)	1.000
赤ちゃんの性別はよかった	178/217 (82%)	5/11 (46%)	.009 **
夫は赤ちゃんの性別を良いと思う	174/215 (81%)	7/11 (64%)	.236
妊娠中に望んだ性別の子	36/266 (14%)	3/14 (21%)	.423

## 産後の出来事

産後に経験した出来事に得点をつけさせ、プラスの点の合計とマイナスの点の合計を計算したが、いずれも両群間に差を見なかった。

そこで個別の出来事の体験頻度を見てみると、産後大うつ病群は「定収入が減った」「授乳の困難」「夜鳴き」が有意に多く経験していた(表 14)。

表 14. 産後の出来事 (頻度)

個別の出来事の頻度	対照群 (n = 266)	産後大うつ病群 (n = 14)	P
<u>からだの症状</u>			
1 疲労	194/266 (73%)	9/14 (64%)	.541
2 食欲増加	110/266 (41%)	4/14 (29%)	.503
3 食欲低下	45/266 (17%)	3/14 (21%)	.714
4 嘔気・嘔吐	18/266 (7%)	2/14 (14%)	.263
5 会陰切開部の痛み	130/266 (49%)	5/14 (36%)	.493
6 帝王切開部の痛み	39/266 (15%)	2/14 (14%)	1.000
7 その他の痛み	124/266 (47%)	4/14 (29%)	.296
8 不眠	111/266 (42%)	5/14 (36%)	.867
9 失禁	18/266 (7%)	1/14 (7%)	1.000
10 乳腺炎	16/266 (6%)	0 (0%)	1.000
<u>生活パターンの変化</u>			
11 里帰り	127/266 (48%)	6/14 (43%)	.936
12 住居が手狭に	82/266 (31%)	8/14 (57%)	.073
13 内装の変更	44/266 (17%)	4/14 (29%)	.271
14 生活リズムの変更	198/266 (74%)	11/14 (79%)	1.000
15 引っ越し	11/266 (4%)	0 (0%)	1.000
16 外出がむずかしい	198/266 (74%)	10/14 (71%)	.760
<u>ご自分の体型</u>			
17 体重が戻らない	93/266 (35%)	6/14 (43%)	.574
18 体型が崩れた	162/266 (61%)	8/14 (57%)	1.000
19 シミなど皮膚の変化	95/266 (36%)	5/14 (36%)	1.000
<u>金銭上の出来事</u>			
20 出費がかさんだ	157/266 (59%)	9/14 (64%)	.911
21 ローンを組んだ	8/266 (3%)	2/14 (14%)	.083
22 医療費の心配	41/266 (15%)	4/14 (29%)	.252

23 定収入が減った	72/266 (27%)	8/14 (57%)	.029 *
<u>家族・親族について</u>			
24 実家の両親の反応	183/266 (69%)	8/14 (57%)	.385
25 夫の両親の反応	185/266 (70%)	8/14 (57%)	.377
26 夫の反応	185/266 (70%)	8/14 (57%)	.377
27 セックスの変化	62/266 (23%)	3/14 (21%)	1.000
28 親戚の付き合い	100/266 (38%)	5/14 (36%)	1.000
<u>家庭の外の出来事</u>			
29 友人との付き合い	127/266 (48%)	9/14 (64%)	.351
30 趣味の時間	87/266 (33%)	4/14 (29%)	1.000
<u>職業上での出来事</u>			
31 勤務を開始した	3/266 (1%)	0 (0%)	1.000
32 勤務内容の変更	11/266 (4%)	0 (0%)	1.000
33 学校に行き始めた	2/266 (1%)	0 (0%)	1.000
<u>子育てについて</u>			
34 子育てが困難	150/266 (56%)	11/14 (79%)	.174
35 授乳の困難	126/266 (47%)	11/14 (79%)	.045 *
36 夜の授乳	167/266 (63%)	11/14 (79%)	.362
<u>赤ちゃんについて</u>			
37 泣きやまない	84/266 (32%)	7/14 (50%)	.157
38 夜泣き	56/266 (21%)	7/14 (50%)	.019 *
39 寝付きが悪い	114/266 (43%)	8/14 (57%)	.439
40 児の感染・病気	46/266 (17%)	2/14 (14%)	1.000
41 赤ちゃんの入院	31/266 (12%)	2/14 (14%)	.674
42 赤ちゃんの手術	4/266 (2%)	0 (0%)	1.000
43 ふたご・みつご	15/266 (6%)	0 (0%)	1.000
44 死産だった	1 (0%)	0 (0%)	1.000

出産後の出来事についての対処行動とソーシャル・サポート

産後のネガティブな出来事に対する対処行動について、両群間に有意の差は見なかった。

またそうした出来事について得られたソーシ

ャルサポートについて見てみると、情緒的アンダーマイニングの得点が低く、このことは、ネガティブな出来事に関連して周囲の人から情緒面について「神経にさわる言動」があるほど産後うつ病の危険性が増加するものと解釈できる（表15）。

表 15. 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

	対照群 (n = 266)	産後大うつ病群 (n = 14)	P
対処行動			
援助希求	6.7 (3.5)	7.9 (2.4)	.276
問題解決	6.6 (3.6)	6.3 (3.4)	.761
否認	6.7 (3.1)	5.9 (2.1)	.385
ソーシャル・サポート			
情緒的サポート：人数	4.8 (5.2)	3.9 (3.6)	.552
情緒的サポート：満足	3.5 (0.8)	3.2 (0.8)	.162
情動的サポート：人数	3.2 (3.5)	2.7 (2.2)	.635
情動的サポート：満足	3.5 (0.7)	3.6 (0.7)	.695
道具的サポート：人数	2.0 (1.7)	1.7 (1.3)	.491
道具的サポート：満足	3.6 (0.6)	3.2 (1.0)	.175
情緒的アンダーマイニング：人数	0.4 (0.9)	0.9 (0.9)	.054
情緒的アンダーマイニング：満足	3.4 (1.1)	2.4 (1.3)	.001 **

情動的アンダーマニング：人数	0.5 (1.1)	0.4 (0.7)	.931
情動的アンダーマニング：満足	3.4 (1.2)	3.1 (1.3)	.381
道具的アンダーマニング：人数	0.4 (0.7)	0.5 (0.9)	.598
道具的アンダーマニング：満足	3.4 (1.0)	3.3 (1.0)	.656
情緒的失望：人数	0.4 (0.8)	0.6 (0.9)	.548
情緒的失望：満足	3.4 (1.1)	2.9 (1.3)	.226
情動的失望：人数	0.4 (1.0)	0.5 (0.9)	.603
情動的失望：満足	3.6 (0.9)	3.3 (1.2)	.319
道具的失望：人数	0.3 (0.6)	0.5 (0.9)	.177
道具的失望：満足	3.6 (0.9)	3.2 (1.2)	.251

#### D. 考察

今回の調査から 20 回の初産分娩に産後うつ病が出現することが明らかとなった。産後うつ病は、その出現頻度が高く、産婦自身が心理的苦痛を経験する。さらに、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が報告されている。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・看護的援助が必要である。今回の所見は、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できることを示している。さらに、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。

すでに昨年度報告書で述べたように、研究上の問題点と今後の課題について以下に列挙する。

##### 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

三重大学医学部附属病院

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

岡山大学医学部附属病院

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

九州大学医学部附属病院

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

琉球大学医学部附属病院

本村幸枝、大城順子、比嘉国江、古波蔵真  
琴、中村幸乃

#### 文献

1. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). American Psychiatric Association: Washington D.C.
2. 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.
3. 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.
4. Arizmendi, T. G. & Affonso, D. D. (1987). Stressful events related to pregnancy and postpartum. *Journal of Psycho-somatic Research*, 31, 743-756.
5. 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.
6. 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.
7. Booth, A. & Cowell, J. (1976). Crowding and health. *Journal of health and Social Behavior*, 17, 204-220.
8. Brewin, C. (1996). Scientific status of recovered memories. *British Journal of Psychiatry*, 169, 131-134.
9. Bridge, J. & Runtz, M. (1994). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect*, 14, 357-364.
10. Brown, G. W. & Bifulco, A. (1990). Motherhood, employment and the development of depression: a replication of finding? *British Journal of Psychiatry*, 156, 169-179.
11. 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.
12. Brown, G. W. & Bifulco, A. & Harris, & Moran, P. (1994a). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I. a community survey. *British Journal of Psychiatry*, 165, 447-456.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. Calhoun, J. B. (1972). Population density and social pathology. *Scientific American*, 206, 139-148.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Garcia-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.
22. 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.
23. 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.
24. Kellet, J. (1989). Health and housing. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 255-268.
25. 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.
26. 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.
27. Kumar, R. & Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
28. Levy, L. & Herzog, A. N. (1974). Effects of *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 336-341.
35. 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.
36. Parker, G. (1979). Parental characteristics in relation to depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 134, 138-147.
37. Parker, G. (1983). Parental 'affectionless control' as an antecedent to adult depression: a risk factor delineated. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960.
38. 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.
29. Lobo, A., Garcia-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.
30. 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.
31. Magaziner, J. (1988). Living density and psychopathology: a reexamination of the negative model. *Psychological Medicine*, 18, 419-431.
32. Mavrias, R., Peck, C. & Doleman, G. (1990). The timing of pre-operative preparatory information. *Psychology and Health*, 5, 39-45.
33. 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.
34. O'Hara, M. W., Rehm, L. P. & Campbell, S. B. (1982). Predicting depression: a role for social network and life stress variables. *Psychological Medicine*, 22, 657-665.
39. Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
40. 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.
41. 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.
42. 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.
43. 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.

44. Suls, J. & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.
45. 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.
46. Tennant, C., Bebbington, P. & Hurry, J. (1980). Parental death in childhood and risk of adult depressive disorders: a review. *Psychological Medicine*, 10, 289-299.
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. Wilhelm, K. & Parker, G. (1988). The development of a measure of intimate bonds. *Psychological Medicine*, 18, 225-234.
51. igmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
52. 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.

付録：産後3ヶ月用アンケート

## 最近のご様子について

事務用欄 施設番号

カルテ番号

あなたの生年月日をお書き下さい。  
アンケートの記載年月日をお書き下さい。

昭和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

ここでは、あなたが最近どのように感じているかをお尋ねします。次の10の設問について4つの選択肢のうち、あなたのこの1週間の御様子に最も近いものに○をつけて下さい。

あなたはこの1週間に...

**1** 笑うことができたし、物事のおかしい面もわかった。

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

**2** 物事を楽しみにして待った。

- 1) いつもと同様にできた
- 2) あまりできなかった
- 3) 明らかにできなかった
- 4) 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。

- 1) はい、たいていそうだった