

200500393A

厚生労働科学研究費補助金
子ども家庭総合研究事業

周産期母子精神保健ケアの方策と効果判定に関する研究

平成17年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 北村 俊則

平成18年3月

目次

全体研究	
助産師による妊娠期間中の心理支援が産後うつ病の重症度を与える予防効果に関する研究 北村 俊則 ら	2
個別研究	
産褥期の女性の抑うつ気分の調査 佐藤 喜根子 ら	87
産後の電話相談 上里 忠司 ら	93
三重大学における活動 杉山 隆 ら	96
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) を実施して 野村 由美子	99
助産師による妊産褥婦のメンタルヘルスケア 當山 国江 ら	101

全体研究

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）研究報告書

助産師による妊娠期間中の心理支援が産後うつ病の重症度に与える 予防効果に関する研究

主任研究者

北村 俊則	熊本大学大学院 医学薬学研究部 臨床行動科学分野 研究協力者
岡村 州博	東北大学大学院 医学系研究科 周産期医学
竹田 省	埼玉医科大学総合医療センター産婦人科
藤田 壽太郎	愛和病院
上里 忠司	愛和病院
杉山 隆	三重大学医学部附属病院周産母子センター
日下 秀人	三重大学医学部附属病院周産母子センター
佐藤 昌司	九州大学病院周産母子センター
福嶋 恒太郎	九州大学病院周産母子センター
大場 隆	熊本大学大学院 医学薬学研究部 産科学分野
松井 和夫	愛育会福田病院
金澤 浩二	琉球大学医学部産科婦人科学
岡野 禎治	三重大学 保健センター
吉田 敬子	九州大学病院精神科神経科
山下 洋	九州大学病院精神科神経科
新井 陽子	北里大学
中野 仁雄	九州大学大学院 医学研究院 生殖病態生理学

研究要旨

産後うつ病は産後3ヶ月以内に出現するうつ病であると規定されており、その頻度は10%といわれている。妊娠期間中の助産師を中心とした周産期医療スタッフによる心理介入（1回60分全8回の個人心理療法と全4回のグループセッション）の産後うつ病予防効果を確認するため、全国8ヶ所の産科医療施設において140名の初産婦あるいは1子のいる経産婦を対象として、無作為割付による比較試験を行なった。対照群に比べ介入群において産後3ヶ月の産後うつ病重症度指標（Edinburgh Postnatal Depression Scale）が有意に低く、また産後1ヶ月の愛着障害も有意に低かった。妊娠前期の抑うつ・不安症状の重症度は両群に差はなかったが、妊娠中期と後期に不安得点が、妊娠後期に抑うつ得点が、いずれも介入群において低かった。

A. 研究目的

産後うつ病の出現頻度

これまで産後うつ病の頻度はおよそ10%であるといわれてきた（O'Hara & Zekoski, 1988; 島, 1994）。産後うつ病の頻度を求める際の「産後」の範囲は研究者によって異なる

が、3～12か月（Watson et al., 1984）の期間を想定するのが通常である。日本における産後うつ病の罹患率については大規模調査が存在しなかったが、中野ら（2000）による平成12年度厚生科学研究（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システム作りに関する研究」（中野班）においては

じめて多施設による疫学調査が実施された。この調査には5つの大学病院が参加し、訓練を受けた助産師が面接と診断をおこなった。表1に示すように、300人弱の初産婦のうち、産前・産後の時期を通じてもっとも多く出現したのが大うつ病であった。約20の分娩に1

回大うつ病が観察され、別にほぼ同数のその他の抑うつ状態が認められた。双方合わせると約10の分娩に1回に割合で介入の必要な抑うつ状態が出現することが明らかとなった(表1)。

表1. 周産期に見られる精神疾患

項目	実数	%
産後3ヵ月までの追跡完了人数 (A)	290	
<u>妊娠期間中の発症</u>		
大うつ病	16	6
特定不能のうつ病	12	4
全般性不安障害	8	3
広場恐怖	2	1
社会恐怖	1	0
特定の恐怖症	2	1
上記のいずれか	35	12
<u>産後の発症</u>		
大うつ病	15	5
特定不能のうつ病	14	5
躁病	1	0
全般性不安障害	2	1
パニック障害	3	1
社会恐怖	1	0
特定の恐怖症	2	1
強迫性障害	5	2
上記のいずれか	37	13
分娩時点で抑うつ状態だった者 (B)	8	3
分娩時点で精神病性障害 (psychotic disorder) だった者 (C)	1	0
産後の発症 (A-B-C)	281	
大うつ病	14	5
特定不能のうつ病	14	5
躁病	0	0
全般性不安障害	2	1
パニック障害	3	1
社会恐怖	1	0
特定の恐怖症	2	1
強迫性障害	4	1
上記のいずれか	34	12

中野仁雄, 北村俊則, 木下勝之, 林正敏, 豊田長康, 伊東雅純, 工藤尚文, 多田克彦, 金沢浩二, 佐久本薫, 佐藤昌司 (2000). 多施設共同産後うつ病研究. 平成12年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書 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, 61-75 より引用

愛着障害と児童虐待

産後うつ病の多くは短い期間に終結する。また、うつ病としては比較的軽症から中等度

のものが多い。しかし、産後うつ病は二つの点で、介入・援助が大いに必要とされる心理的状态である。それは愛着障害と児童虐待で

ある。産後すぐに現れる母の子に対する強い拒否的感情（「我が子」の感情がない）を愛着不全と呼ぶ。愛着障害は、児の特徴とは無関係で、妊娠期間中に愛着不全を予測する要因がなく、産後うつ病に合併するものもあるといわれている。しかし、必ずしも産後うつ病の回復に伴って回復しないとされている。治療法は確立されていない。以前から児童虐待の素地になるかもしれないといわれていた（Brockington, 1996, 2004; Kumar, 1997）。次に児童虐待の危険要因として産後うつ病が注目されている。児童虐待には（1）身体的虐待（2）心理的虐待（3）性的虐待（4）ネグレクトがある。中野班の研究は、産後の抑うつ状態が産後1月目の虐待的育児を愛着不全が予測し、さらに産後の抑うつ状態が愛着不全を一部規定しているという結果を報告した。

産後うつ病の予防

産後の合併症として多く認められる産後うつ病は、それ自身が母親にとって苦痛であるばかりでなく、愛着障害や児童虐待との関連が示唆されており、事前に産後うつ病を予防することは重大な保健行政の課題であるといえる。

これまでに産後うつ病の一次予防的取り組みは多くは存在していない。Stuart et al. (2003) はこれまでの予防的介入を概観し、対照群をとった予防研究がすでに12本存在している。このうち、対照群に比べて介入群において抑うつ状態（あるいはうつ病）の出現が有意に低い結果を得た研究は7つあった。

しかし、このうちひとつの研究は産後うつ状態の定義が不明確であり、別のひとつは介入方法が特殊であった。さらに別のひとつは産直後に助産師が母親に分娩についての debrief をおこなうというもので、妊娠期間中の介入はおこなっていない。心理療法的アプローチを妊娠期間中に施設でおこなった研究は Gorman et al. (1997) と Zlotnick et al. (2001) の二つであった。

日本において、産後うつ病の予防的介入研究は存在しない。

今回は、産後うつ病予防の手法として Zlotnick et al. (2001) の開発したグループセッションと月1回の継続的個別面接法を導入する（介入手法参照）。

研究の目的

今回の研究におけるリサーチクエスションは以下の通りである。

初産婦に対し妊娠期間中に心理援助をおこなうことで産後のうつ病・愛着障害・児童虐待を抑制できるか？

B. 研究方法

【対象】

エントリー基準

- （1）当該施設産科外来受診の女性で
- （2）これまでに分娩経験がないか（初産婦）あるいは現時点で1名の児（配偶者の連れ子を含む）を有している
- （3）妊娠確認時点で18歳以上であり
- （4）重大な身体疾患を有せず
- （5）児が単胎であり
- （6）重大な妊娠合併症を有さず
- （7）日本語による意思疎通に問題がなく
- （8）当該施設産科外来に継続して受診し、
- （9）かつ当該施設にて分娩を希望している

女性。

現時点で2名以上の児（配偶者の連れ子を含む）を有しているものは除外する。不妊治療歴は問わない。

調査の説明と同意書

説明書を用い調査の説明を口頭で行い、文書による同意を取得する。

調査期間

2004年6月より2005年3月までをエントリー期間とした。

【方法】

倫理審査

研究責任者（北村俊則）の所属する熊本大学大学院医学薬学研究部の倫理委員会疫学分科会の審査を事前に受けた。加えて、参加各施設において当該施設の倫理委員会もしくは

相当機関の審査を受けた。

エントリー作業

各施設産科外来において、妊娠の確定した女性についてエントリー調査票に（１）妊娠の確定した年月日（２）出産歴（３）その他の情報を記入する。

エントリー基準に該当する女性に対し本研究の目的と内容を説明し参加を呼びかける。説明と参加呼びかけの時期は外来担当医師の裁量とするが、各被検者のエントリーは（遅くとも）妊娠16週までに行った。

グループ分け

上記エントリー作業で調査に参加の意思を表明した女性を（１）介入群（２）対照群の二つに分ける。まずエントリー基準に合致した最初の女性を介入群として参加するよう呼びかける。辞退された場合は、エントリー基準に合致した次の女性に同様に介入群として参加するよう呼びかける。参加に同意する女性が現れるまでこの作業を繰り返す。いったん介入群に参加同意した女性が得られたら、以降はエントリー基準に合致した女性に対照群として参加するよう呼びかける。辞退されたら次の該当者に同様に呼びかけを行い、対照群として参加に同意する女性が現れるまでこの作業を繰り返す。

各施設に必要とされる被検者数を得るまで上記の作業を継続する。作業の内容をエントリー調査票に記入する。

介入群

介入群に分類された女性については心理援助担当看護スタッフ（助産師あるいは看護師）を配置し、下記の心理的援助介入を実行する。

加えて、（１）妊娠初期（２）妊娠後期（３）産後1ヶ月目（４）産後3ヶ月目に、評価診断担当看護スタッフ（助産師あるいは看護師）が Structure Clinical Interview for DSM-IV (SCID) 面接を実行する。さらに、各時期（+妊娠中期、産後5日目）のアンケート用紙（別添）を配布し、回収する。心理的介入と心理状態の評価は独立していなければならない。したがって心理的介入をおこなうものと心理状態の評価をおこなうものは別のものとする。

対照群

（１）妊娠初期（２）妊娠後期（３）産後1ヶ月目（４）産後3ヶ月目に、評価診断担当看護スタッフ（助産師あるいは看護師）が Structure Clinical Interview for DSM-IV (SCID) 面接を実行し、Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders 4th Edition Text Revision (DSM-IV-TR) に従った精神科診断を実施する。さらに、各時期（+妊娠中期、産後5日目）のアンケート用紙（別添）を配布し、回収する。

介入手法

介入群については、以下の2種類の介入を実行する。

- （１） エントリーが確定した時点で受け持ち看護スタッフを配属する。受け持ち看護スタッフは妊娠期間中に8回の支持的面接を継続的に実施する。この支持的面接は産後3ヶ月まで、適宜継続する。1回の支持的面接は60分とする。初回は生活史聴取をおこなない、さらに Seeley et al. (1996) が保健婦による産後うつ病治療に際して準拠した Egan (1986) のマニュアルを用いた。
- （２） ブラウン大学で開発された対人関係療法理論に基づいたグループセッション (Zlotnick et al., 2001) を妊娠期間中に4回、産後に1回行い、参加させた。

被検者の出席の有無については記録用紙に記載する。連絡なく欠席した場合は直後に受け持ち看護スタッフが本人に電話連絡し、欠席の理由の確認と、次回の予約を取り付ける。

エントリー時点で精神疾患を有するものの扱い

- （１） 介入群としてエントリーされた女性のなかで、診断評価の結果なんらかの精神疾患が認められた場合も、調査計画通りの対応をおこなう。受け持ちとなった看護スタッフは計画通りの月に1回の支持的面接を継続的に実施する。さらに必要に応じ

て、医療・看護上必要な通常の処置（例えば精神科へのコンサルテーション）を加える。

- (2) 対照群としてエントリーされた女性のなかで、診断評価の結果なんらかの精神疾患が認められた場合も、調査計画通りの対応をおこなう。そして、医療・看護上必要な通常の処置（例えば精神科へのコンサルテーション）を加える。

スタッフの訓練

今回の調査で対象女性に直接接するものは助産師あるいは看護師といった看護スタッフとする。看護スタッフは (1) 心理援助担当看護スタッフと (2) 評価診断担当看護スタッフにわける。いずれも実施に先立って講習を受ける。

心理援助担当看護スタッフは心理援助技法に関する講習会を必ず受講し、評価診断担当看護スタッフは評価診断に関する講習会を必ず受講する。しかし、もう一方の講習会をも受講することは妨げない。

- (1) 心理援助技法に関する講習会：

心理援助担当スタッフは (1) Egan (1986) のマニュアルに準拠した個人心理療法と (2) Zlotnick et al. (2001) の開発したグループセッションについて研修を受ける。以下の資料を個別配布する。

ジェラード・イーガン (著) 鳴澤實、飯田栄 (訳)
熟練カウンセラーをめざすカウンセリング・テキスト。創元社

クラーマン、ワイスマン、ランスヴィル、シェヴロン (著) 水島広子、嶋田誠、大野裕 (訳) うつ病の対人関係療法。岩崎学術出版社

研修は (1) 各自の自習 (2) 講義 (3) ロールプレイによる技術の習得 を主な柱とする。

- (2) 評価診断に関する講習会：

評価診断担当スタッフは DSM-IV による精神科診断技術について研修を受ける。以下の資料を個別配布した。

研修は (1) 各自の自習 (2) 講義 (3) ロールプレイによる技術の習得 を主な柱とする。

マネージャーの設置

各参加医療機関に1名のマネージャーを置いた。調査担当の看護スタッフ、医局長、教授秘書など、施設の状況で決定する。マネージャーの役割は (1) 研究班事務局との連絡 (2) それぞれの施設内での研究進捗状況の把握 (3) 記入用紙などのデータ管理、とした。

【調査手法】

産後うつ病の重症度

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) を産後1ヶ月と3ヶ月に実施した。産後5日目には Blues Questionnaire (Stein, 1980) を使用した。

愛着障害

Kumar 作成の Bonding Questionnaire (吉田訳) を使用する。

児への虐待的養育

Conflict Tactics Scale (CTS; Straus) を用いて、母親の児への虐待的養育行動を評価する。

妊娠期間中の不安状態・抑うつ状態

Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD; Zigmond & Snaith, 1983) 総計14項目、4件法。下位尺度は不安(7項目)と抑うつ(7項目)。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(Zigmond et al., 1993)の信頼性・妥当性は検討されている(東ら, 1996)。

C. 研究結果

対象の特徴

総計149名の妊婦がエントリーされた。数名のものについてそれぞれの時点でアンケートの回収が出来なかった(表3)。

年齢は21歳から42歳、平均30.6歳(標準偏差4.8歳)であった。また対照群(M=29.8, SD=4.9)に比べ介入群(M=31.5, SD=4.6)のほうが年齢が有意(t=2.1, P=.038)に上であった。

149名中123名(82.6%)が初産婦であった。

初産婦の率は対照群と介入群で有意の差はなかった。

表 3. 欠損値事例数

	妊娠前期 アンケート	妊娠中期 アンケート	妊娠後期 アンケート	産後 5 日目 アンケート	産後 1 ヶ月 アンケート	産後 3 ヶ月 アンケート
対照群	2	6	7	13	17	23
介入群	2	2	7	12	12	14
計	4	8	14	25	29	37

産後の抑うつ症状・愛着障害・児童虐待

産後 5 日目の Blues Questionnaire 得点と産後 1 ヶ月の EPDS 得点について対照群と介入群の間に有意の差は認めなかった(表 4)。しかし、産後 3 ヶ月の EPDS 得点を見ると、対照群の EPDS 得点は産後 1 ヶ月の得点と同様の高値であったが、介入群のそれは低減しており、両群間の差は有意 ($P < .05$) であ

った。

産後の愛着障害得点は産後の 3 時点のうち産後 1 ヶ月の時点で介入群より対照群が有意 ($P < .05$) に高い値を示していた。

児童虐待得点は産後の 2 時点のいずれにおいても両群間に差を認めなかった(産後 5 日目は入院中であることから児童虐待の可能性はないと考え、評価を行っていない)。

表 4. 産後の 3 時点 (産後 5 日目, 1 ヶ月, 3 ヶ月) における抑うつ状態, 愛着障害, 児童虐待

	対照群	介入群	<i>P</i>
産後の抑うつ状態			
産後 5 日目 Blues Questionnaire	4.07 (2.27)	4.00 (2.66)	.883
産後 1 ヶ月 EPDS	5.31 (3.73)	4.33 (4.04)	.172
産後 3 ヶ月 EPDS	4.08 (4.09)	2.52 (2.67)	.018
産後の愛着障害			
産後 5 日目	1.93 (1.82)	2.04 (2.03)	.762
産後 1 ヶ月	3.18 (2.79)	2.22 (2.13)	.034
産後 3 ヶ月	1.45 (1.69)	1.27 (1.55)	.548
産後の児童虐待			
産後 1 ヶ月	9.9 (4.9)	10.9 (5.6)	.310
産後 3 ヶ月	11.4 (4.5)	14.0 (9.1)	.059

() S.D.

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale

妊娠期間中の抑うつ・不安

上記の結果は、介入群において産後 3 ヶ月の抑うつが明らかに低いことを示している。しかし、対照群と介入群は無作為に割り付けたものの、偶然、対照群のほうが妊娠初期(エントリー時点)で抑うつあるいは不安とい

った negative affectivity が高かった可能性もある。そうであれば、対照群が産後に再度抑うつ状態を悪化させたことが見かけ上の有意差を作っているのであろう。

そこでこの可能性を検討すべく、妊娠期間中の 3 時点 (前期, 中期, 後期) の HAD 得

点を比較した（表5）。

HAD の抑うつ得点と不安得点はいずれも妊娠前期において両群間に差を認めなかった。従って前述の仮説は否定できた。

しかし、妊娠中期と妊娠後期を見ると差が認められた。すなわち、対照群においては抑

うつ得点・不安得点ともに中期・後期と経過しても得点の低減は認められないのに比べ、介入群では抑うつ得点・不安得点が漸減していた。両群間の差は抑うつ得点では妊娠後期に、不安得点では妊娠中期と妊娠後期に有意の差を示していた。

表5. 妊娠期間中の3時点（前期，中期，後期）における抑うつ・不安

	対照群	介入群	P
抑うつ			
妊娠前期	4.7 (3.4)	4.0 (3.4)	.206
妊娠中期	4.0 (2.9)	3.1 (3.3)	.074
妊娠後期	4.1 (3.0)	2.9 (2.7)	.017
不安			
妊娠前期	4.8 (3.3)	3.9 (3.1)	.089
妊娠中期	4.4 (3.3)	2.9 (2.6)	.004
妊娠後期	3.9 (3.2)	2.9 (2.2)	.037

() S.D.

D. 考察

これまで日本においては産後うつ病の発症率が欧米のそれに比べてほぼ同等であるという報告と、産後うつ病の発生機構についての研究はあった。しかし、産後うつ病の予防に関する実証的研究は存在していなかった。今回の研究は、通常の産科外来を受診する妊婦（初産婦と1子のいる経産婦）を対象として助産師を中心とする周産期医療スタッフが妊娠期間中に集中的な心理援助（8回の心理面接と4回のグループセッション）を施行し、その結果、産後3ヶ月のEPDS得点が明らかに低下することを見出した。このことは、産後うつ病を一次予防が可能であることを示している。

産後うつ病の発生メカニズムについて未だ結論は出ていないが、心理的要因が重要であることは多くの研究者が指摘するところである。今回のような心理的介入が予防効果を有する所見もこうした心理的発生要因仮説に一致するものであろう。うつ病の再発予防法の主たるものは薬物療法である。しかし、妊娠期間中は薬物の催奇形性が完全に払拭できな

いことから、薬物による発症予防を日常的に行なうことは出来ない。

はじめに述べたように、産後うつ病はうつ病それ自体の問題に加えて、愛着障害や児童虐待との関連が問題として指摘されている。今回の予防介入方法は産後うつ病の予防を目的としたものであったが、産後の愛着障害も同時に低減する効果が認められた。今回の心理介入がうつ病に特定のものでなく、母の児に対する態度の変化をもたらしたことは画期的であろう。

今回の予防方法は個人療法とグループセッションを併用している。そのためどちらの要素が予防方法として有効だったのか、あるいは両方が存在してはじめて効果があるものなのかの判断は今後の研究に待たなければならない。1回60分で全8回の個人療法と4回のグループセッションに掛かる人的資源は無視できるほど軽微なものではない。そのため、特に予防に有効な部分を同定することは不可欠の研究である。

さらに、妊婦全員に今回と同様の事前介入を行なうことは医療経済的に効率のよいものとはいえない。産後うつ病や愛着障害を呈す

る可能性の高い妊婦を事前に同定することで、そのような妊婦に限定した予防介入を行なうことも今後の課題であろう。

仮に再研究でも同様の予防効果が認められた場合、研究的手法をいかに一般周産期医療の現場に導入するかは、厚生行政上の施策とともに工夫すべき点である。ここには、予防手法を教えるための教材、研修コースの設定、受講者の何らかの資格付与などが含まれる。

今回の研究の方法論上の限定についても考慮しなければいけない。第1に、今回は140名という比較的少数の被検者が対象となった。多数の被検者を用いた再研究は必要である。第2に、産後の抑うつ状態の指標としてEPDSを用いた。EPDSは産後うつ病の指標として国際的にも広く用いられている。しかし、EPDSの内的整合性や因子構造については未解明の部分がある。今回は少数例のためこうした統計学的諸点について検討は出来なかった。今後の研究は産後うつ病の指標についてさらなる検討が必要であろう。第3に、今回見られた愛着障害と産後うつ病の相互関係と予防効果の関連についての研究も手がつけられていない。

こうした方法論上の問題点を勘案しても、本研究の成果は今後の周産期メンタルヘルスケアの方向を示すものであると考えられる。

文献

- Brockington, I. F. (1996). *Motherhood and Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Brockington, I. F. (2004). Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. *World Psychiatry*, 3, 89-95.
- 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.
- Egan, G. (1986). *The Skilled Helper* (3rd ed.). Monterey, California: Brooks/Cole. ジェラード・イーガン (著) 鳴澤實, 飯田栄 (訳) 熟練カウンセラーをめざすカウンセリング・テキスト. 創元社
- Gorman, L. L. (1997). Prevention of postpartum adjustment difficulties. *Diss. Abst. Int., B. Sci. Eng.*, 58, 2674.
- 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.
- Kumar, R. C. (1997). "Anybody's child": severe disorders of mother-to-infant bonding. *British Journal of Psychiatry*, 171, 175-181.
- 中野仁雄, 北村俊則, 木下勝之, 林正敏, 豊田長康, 伊東雅純, 工藤尚文, 多田克彦, 金沢浩二, 佐久本薫, 佐藤昌司 (2000). 多施設共同産後うつ病研究. 平成12年度厚生科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書 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, 61-75.
- 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.
- Seeley, S., Murray, L., & Cooper, P. (1996). The outcome for mothers and babies of health visitor intervention. *Health Visitor*, 69, 135-138.
- 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.
- Stuart, S., O'Hara, M. W., & Gorman, L. L. (2003). The prevention and psychotherapeu-

- tic treatment of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6 [Suppl. 2], s57-s69.
- 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.
- 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.
- Zlotnick, C., Johnson, S. L., Miller, I. W., Pearlstein, T., & Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *American Journal of Psychiatry*, 158, 638-640.

参加施設の研究協力者

(敬称略)

施設名	評価診断	心理援助
東北大学	佐藤祥子	大内里美
	佐藤喜根子	菅原早苗
	片倉睦	佐川淳子
埼玉医科大学総合医療センター		太田明希子
	松本幸子	白石道子
	飯田真理子	本間真紀
	斉藤正博	神田千恵
	臼井真由美	景山直子
	田幡純子	
	牧口順子	
愛和病院	上里忠司	平野美香
	加藤富美子	本澤佳代子
	日比野さおり	小高智子
三重大学	吉田純	門脇文子
	福島千恵子	行方かおり
	北村知子	南出祐美
	岩佐成子	
九州大学	大塚美香	山下春江
	田川真理子	長谷川泰代
	徳田淳子	渡邊志保
	相川祐里	
熊本大学	荒木千恵子	
	富永るみ子	福山裕子
福田病院	浅尾由美	宮田聡子
	野村由美子	高木博子
琉球大学	田中優子	大場京子
	藤本伸子	井上梓
		河合麻貴
琉球大学	佐久本薫	本村幸枝
	當山国江	當山国江

平成15年度 厚生労働省 厚生労働科学研究費補助金
子ども家庭総合研究事業

周産期精神母子保健ケアの方策と効果判定に関する研究

妊娠前期面接マニュアル

熊本大学大学院 臨床行動科学

May 2004

記載方法

1. 記入用紙の記載はすべてBの鉛筆でお願いします。記載の変更をする際は消しゴムで消して新しく書きなおして下さい。
2. 各項目はいくつかの項目を除いてすべて適切な数値を与えられたマスの中に、1数字1マスで右につめて記入してください。「約」とか「1/2」といった表現は使わないで下さい。文章での記入が指示されている場合は、余白に自由記入して下さい。
3. 被検者の発言内容が面接の途中で変ったために判断がつかなくなったり、面接で聴取しそこなったり、質問が不可能(例:回答が拒否される)あるいは回答があいまい、等の場合は「9」(2桁なら「99」、3桁なら「999」と記入します。
4. 年齢・回数等については最も適当と思われる正の整数の数値を右に寄せて記入します。「約」とか「1/2」といった表現は使わないで下さい。
5. これまでのメンタルヘルスの節では、面接時点までの全生涯の間に、さまざまな精神疾患が認められたか否かを確認します。生涯のいずれかの時点で体験されたと判断された診断名については、その初発年齢と挿話回数を確認します。このマニュアルで挿話 episode とは、寛解(2か月以上持続して症状のない状態)と別の寛解に挟まれた、精神医学的に障害を認める期間、もしくはそれまで精神医学的に健康だった者がある時点から症状を示し始め評価時点まで持続している期間のいずれかを指します。
6. さらに、各挿話について、発症時期と消失時期を確認し、西暦で記載します。発症が月の上旬中旬下旬でのみ想起されるのであれば、上旬は5日、中旬は15日、下旬は25日と記載します。また月でのみ想起される場合(例「およそ4月ごろだった」)は、15日と記載します。季節でのみ想起される場合(例「たしか3年前の春だった」)は、春→5月99日、夏→8月99日、秋→11月99日、冬→2月99日とし、年でのみ想起される場合(例「41歳になった年だった」)は年のみ記入しあとは99月99日とします。その上で、発症時期の確度を判定記入してください。挿話の消失時期についても同様に扱います。面接時点でも続いている症状については、その終了時期は面接日として記入して下さい。
7. 妊娠の開始時期および終了時期についても、挿話と同一の方法で記載します。
8. 機能障害について、入院した場合や、たまたま連休中でなにもしなくてもよかった場合等も、「もし通常の勤務(学業)に就いていたらどうか」と想定して、機能障害を評価します。例えば、飛行機恐怖症で飛行機に乗れば必ず恐怖感、動悸、口渇、胸部苦悶があり、そのため出張を命ぜられても、飛行機での日帰りなら強く拒否するような場合は、機能障害です。また、無理をして飛行機に乗っても、恐怖のため飛行中はほとんど隣席の同僚にも声を掛けられないなら機能障害です。高所恐怖があるが、いやだとは感じても10階にある事務所まで毎日勤務し、勤務中は高所にいることを忘れ、昼休み中に食事に出るときなど怖さを感じるのであれば、機能障害ではありません。
9. 「……へ飛ぶ」と指示してある場合には以降の項目については質問をする必要がなく、記入欄を空白とします。
10. 記入する欄がなくても、重要な情報と思われる事柄はすべて余白にメモして下さい。
11. 記入方法について迷った場合は、面接終了後ただちに事務局(北村俊則)に相談して下さい。

記入方法等に関する相談電話

研究室直通

096-373-5181/096-373-5183

一般情報

面接開始

被検者を面接室に導入後すぐに面接者は名刺を渡し名を名乗る。その後被検者に椅子を勧め、被検者が着席してから面接者が着席する。

「_____様、このたびはご妊娠おめでとうございます。また、今日は、色々とお話を聞かせていただくことになりまして、本当にありがとうございます。私は面接を担当する_____です。よろしくお願いいたします。すでにお聞きのことと思いますが、今回の面接は、厚生労働省の班研究の一部として行うもので、赤ちゃんをお生みになる方々の心理的状态をお伺いし、今後の産科医療においてご出産を控えた女性に対する心のケアの方策を決めて行くための重要な資料になります。お話をきかせていただいたデータは、すべてお名前を伏せて分析いたします。個人データが部外者に知れることは全くありません。面接は約30分ほどで終了します。もしお答えなさりたくない質問であれば、その部分は飛ばしますので、そのようにおっしゃって下さい。また、面接は、妊娠中にもう一回、産後1か月目、産後3か月目、つごう4回を計画しております」

(外来担当産科医が同意書を取っていないければ)「皆様にご了解下さいましたことの記録として皆様から同意書を頂いております。お手数ですが、この承諾書にご署名下さい」

(署名が終了したら)「では最後までよろしく御協力下さい」

「それと、こちらからすでにお渡ししましたアンケートはもうご記入いただけましたでしょうか。こちらで頂戴いたします。(まだ記入していないければ)では面接が終わってからご記入下さい」

被検者と調査状況

施設:

妊婦氏名:

番号:

生年月日:(西暦)

年
月
日

面接者名:

面接者番号:

調査年月日:(西暦)

年
月
日

家族構成

「では早速、お話を伺わせていただきます。最初に、あなたの家に一緒に住んでいる方についてお尋ねします」

同居者:血縁の有無にかかわらず、住居の中に同居する者を記載する。該当する者の数を記入する。該当する者が同居していなければ 0 とする。例えば、自分の父母と 2 名の兄と同居していれば、父→ 1, 母→ 1, 兄→ 2 とし、他の項目はすべて 0 とする。

「お住まいで一緒に暮らしているのは全部で何人おられますか。どなたですか」

- | | |
|----|-----------|
| A. | 自分の祖父 |
| B. | 自分の祖母 |
| C. | 配偶者の祖父 |
| D. | 配偶者の祖母 |
| E. | 自分の父 |
| F. | 自分の母 |
| G. | 配偶者の父 |
| H. | 配偶者の母 |
| I. | 自分のオジ・オバ |
| J. | 配偶者のオジ・オバ |
| K. | 自分の兄 |
| L. | 自分の弟 |
| M. | 配偶者の兄 |
| N. | 配偶者の弟 |
| O. | 自分の姉 |
| P. | 自分の妹 |
| Q. | 配偶者の姉 |
| R. | 配偶者の妹 |
| S. | 配偶者 |
| T. | 自分のオイ・メイ |
| U. | 配偶者のオイ・メイ |
| V. | その他自分の血縁 |
| W. | その他配偶者の血縁 |
| X. | 非血縁の者 |

結婚歴と配偶者

現在の結婚状態: 調査時点の配偶者の有無

「現在結婚しておられますか」

- | | |
|----|--------------------------|
| 1. | 既婚(1年以上の同棲を含む) |
| 2. | 未婚だが今のパートナーとすぐに入籍(同居)の予定 |
| 3. | 独身(入籍・同居の予定はない) |

過去の結婚歴:

現在独身なら「以前には結婚なさったことはありませんか。(はいなら)その御結婚はどうなったのですか」

現在既婚なら「初婚でいらっしゃいますか。以前に別れたり死別したりしたご主人様がおられますか」

1. 過去の結婚歴なし
2. 離婚(内縁関係の場合は永久的離別)
3. 死別
4. 離婚と死別

▶現在の結婚状態が「独身」で過去の結婚歴が「過去の結婚歴なし」であるなら今回の妊娠へ飛ぶ。

結婚年齢:現在の配偶者との結婚の時の年齢

「ご主人様と結婚なさったのは何年の何月何日でしたか。その時、おいくつでしたか。ご主人様はその時おいくつでしたか」

本人の結婚年齢		歳
夫の結婚年齢		歳
結婚年月日(西暦)		年
		月
		日

結婚様式:

「御結婚は、お見合いですか、恋愛結婚ですか」

1. 見合い
2. 恋愛

今回の妊娠

出産予定日:

「ご出産の予定日はいつですか」

	20	年
		月
		日

最終月経の開始時期:

「最後の月経はいつでしたか」

	20	年
		月
		日

出産予定場所:

「今回のご出産はどこでなさるご予定ですか。こちらの病院でお生みになるおつもりですか。里帰りなさって、そこでお生みになりおつもりですか」

1. この病院で
2. 里帰りして生む
3. その他の場所で生む
4. 決めていない・わからない

妊娠歴

過去に妊娠歴が存在したなら、その開始時期と終了時期を確認する。すべての妊娠について、発生時期の若い(早い)ものから順に、妊娠コード番号{すでに記入してある}、妊娠の開始時期、妊娠の開始時期の確度、月数、結果、妊娠の終了時期、妊娠の終了時期の確度について記入用紙の妊娠歴一覧表に記載する。

これまでの妊娠回数: 今回の妊娠は含めない。

「これまで何回妊娠なさいましたか」

妊娠の開始時期: 今回の妊娠は含めない。各妊娠の開始年月日(その時の最終月経)を記入する。(記載方法参照)

「その時期を教えてください。妊娠なさったのはいつですか」

開始時期の確度:

1. 日の単位
2. 旬の単位
3. 月の単位
4. 季節の単位
5. 年の単位

月数: 今回の妊娠は含めない。各妊娠の結果(流産・死産・中絶・生産)の月数を記入する。

妊娠結果: 今回の妊娠は含めない。

「それぞれのご妊娠の結果について教えてください」

1. 自然流産であった
2. 死産であった
3. 人工中絶(堕胎)した
8. 生産
9. 不明

妊娠の終了時期: 今回の妊娠は含めない。各妊娠の開始年月日を記入する。(記載方法参照)

「その時期を教えてください」

終了時期の確度:

1. 日の単位
2. 旬の単位
3. 月の単位
4. 季節の単位
5. 年の単位

不妊治療歴

「これまでに不妊治療をなさいましたか」

不妊のタイプ:

1. 原発性(最初から妊娠歴なし)
2. 続発性(妊娠歴・出産歴はあった)
9. 不明

不妊の原因:該当すれば 1, 該当しなければ 0 とする. いずれともわからない場合は 男性不妊 0 女性不妊 0 とする.

男性不妊

女性不妊

受診した医療機関の数:

()施設

不妊治療期間

年 月

受けた治療内容:該当すれば 1, 該当しなければ 0 とする

排卵誘発剤

人工授精

体外受精

その他

不妊治療を希望した理由:該当すれば 1, 該当しなければ 0 とする

自分が育児を望んだ

夫が育児を望んだ

実家の希望

夫の家族の希望

その他