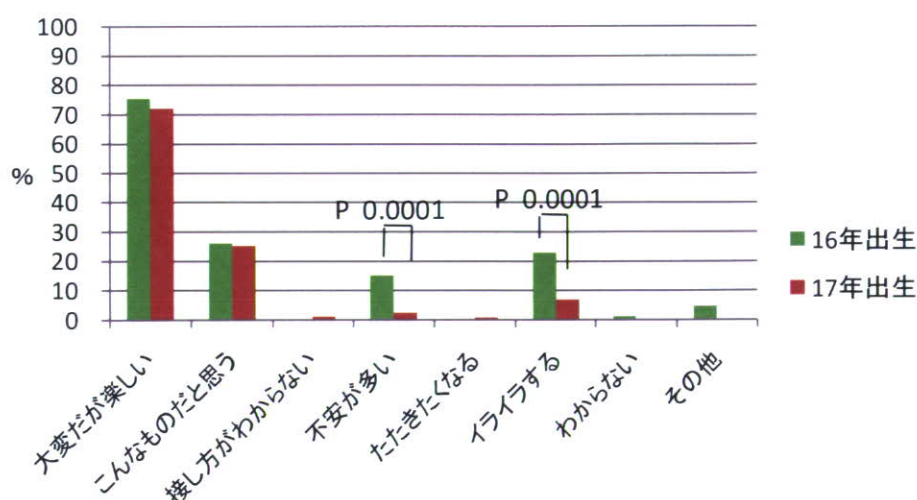


<図 4> 1歳6か月児健診受診者の母親の子育て感



4) 虐待発生率

東大阪市では、全市の学齢期以前の虐待事例は保健センターにおいても台帳管理されており、平成19年12月31日現在の平成17年2月～18年1月出生児の虐待発生状況を検討した。

○第1子の状況把握者1571人から **5例 (発生率0.33%)**

講習会参加時のランクはAAランク2人、Aランク2人、Dランクが1人であった。

Dランクは、4か月児健診でも問題がなかったが、10か月の時に地区健康相談に参加し、母親のうつ傾向、軽度のネグレクトが把握された事例である。

○未把握者417人から2例 (発生率0.48%)

○同時期出生の第2子以降から19例 (発生率0.90%)

対象児が1歳11か月～2歳11か月に相当するので、コントロールとして平成17年度中の第1子の0～3歳未満児の虐待発生状況を見ると、**36例 (発生率0.57%、 $P<0.224$)**であった。なお、コントロールは平成16年度の発生状況が望ましいが、台帳が不完全であったため平成17年度とした。そのため、コントロール群には2か月～1歳1か月の講習会参加者が含まれていることになる。このことから、厳密な検定ではないが、虐待を減少させた可能性があると考えられる。

6 まとめ

以下のことから、講習会は虐待予防に効果があると考えられた。

- ①支援が必要な母親が参加しやすい。
- ②親に愛された思いがないことに早期に着目し、支援を行うことができる。
- ③支援を集団の場に出てこられないことに注目することにより、発達障害等の母親を早期に把握することができる。
- ④継続した支援が必要なハイリスク母子を早期に把握することができる。
- ⑤面接・電話相談・地区健康相談などの保健サービスの利用を増加させる。
- ⑥育児不安を持つ母親を減少させる。
- ⑦虐待発生数を減少させた可能性がある。

初めて子育てをするお父さん、お母さんのために

2か月親子講習会

子どもにも個性があります。みんな違って、みんないい！
金子みすずの詩より



東大阪市 東保健センター TEL072-982-2603
中保健センター TEL072-965-6411
西保健センター TEL06-6788-0085
(平成18年度厚生労働科学研究補助金による)

「しつけ」と「虐待」のちがいは？

「しつけ」に暴力や暴言を使うようになるとうつ注意しつけでただよくうになると暴人はどんどんエスカレートして、抑えられなくなります。

こんな行為が虐待です！

- **身体的虐待**
殴る、蹴る、物を投げつける、熱湯をかけるなど身体に暴行を加えたり、子どもを死に至らしめたりする行為
- **性的虐待**
胸や生殖器にさわる、生殖器を子どもこみせる、ポルノ写真を撮るなど子どもに対してわいせつな行為をする・わいせつな行為をさせること
- **ネグレクト（保護の怠惰と拒否）**
食へ物を与えない、入浴させない、車椅子に放置する、病気になるでも受診させないなど保護者・同居者が子どもの正常な発達を妨げる行為や安全・健康を害すること
- **心理的虐待**
生まれてこなければよかったと言う、無視する、他のきょうだいと差別するなど暴言をいったり、無視や脅迫行為、配偶者に刘々る暴力など身体的外傷を与えること

虐待はどこの家庭にもおこります。子育てに疲れたらだれかに相談しましょう！



らくらく子育てのちょっぴりヒントです☆
 子育てって、お母さんが育児書とかにばかりかまってるの、
 体お母さんの子育てに少しもいらはりません。

～お母さんへ～

なんでも完ぺきに
 やろうと思わないで、
 たまには手抜きを

家事も子育ても完ぺきにやろうとし
 ていまいか？手づくりや自然食に
 こだわらず、なんどいときは冷凍食
 品やレトルト食品などを使ったり手抜
 きすることやいいのでは・・・！



たまには子どもをあず
 けて自分の時間をもっ
 てみては

毎日続く子育てでイライラがいっ
 ぱいです。子どもどいるのかしん
 どくなくなったときは、少しはなれる
 ことかかんがえてみては・・・
 保健師・福祉事務所にご相談し、一
 時あずかりなどを利用しましょう。

つらいときや困ったときは、
 ひとりで悩まないで

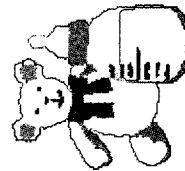
天や友人、祖父母、保健師や保育士
 など信頼できる人に相談してみま
 いか？



～お父さんへ～

毎日、奥さんにひと声
 かけてあげてください

話を聞いてもらうだけで気持ちが楽
 になります。また、“大変だったね”
 “ご苦労さま”と声をかけてあげ
 るだけで疲れもやわらぎます。



ふたりで家庭をささ
 げよう

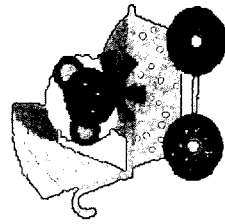
子育てはもちろんですが、家庭内の
 ことも夫婦で協力して解決してい
 きましょう。仕事が忙しさを理由
 にせず、協力できることを話し合っ
 てみては・・・！

お父さんの協力が大切です！
 沐浴の時間や寝る時も協力してくれ
 ると喜んでいるお母さんが多い
 ですよ！



子育てから開放される
 時間ももてるようにお
 互い協力しましょう！

毎日24時間ずっと子育てにイライラす
 るのは仕方ありません。子育てから開
 放される時間を作ってみましょう。





2 か月親子講習会のお誘い

新しい家族が増えて約2か月が過ぎましたが赤ちゃんのいる生活はいかがですか。

『2か月親子講習会』は初めての子育てをするママを対象にしたものです。

24時間続く子育ては、かわいさもある反面、時には不安や戸惑い、がんばってもどうにもならないこともありますね。

そんな時に少しひと息いれて他のママと赤ちゃんとの交流をしてみませんか。

「こんな時どうしたらいいのだろうか?」「他のママはどうしているのかな?」そんなことを話してみませんか。

まだ赤ちゃんが小さくて大変な時期ですが、保健師が日ごろの心配ごとの相談もお受けいたしますので是非、ご参加ください。

なお、『2か月親子講習会』においてになれない方はご連絡ください。



ご案内

内 容：第1回 赤ちゃん和妈妈のタッチケア (助産師・保健師)
第2回 赤ちゃんとの接し方・遊び (保育士・保健師)

対 象：平成 年 月生まれの第一子

時 間：いずれも午前9時45分より受付、10時開始11時終了
(午前8時の時点で警報発令の場合は中止します)

持ち物：母子手帳

外出時に必要なもの(調乳用のお湯はご準備ください)

バスタオルまたは毛布(赤ちゃんを寝かせる際に敷く物)

ティータイムをしますのでお母さん用の好きなお飲み物をご持参ください

タッチケアって?

赤ちゃんを抱っこするとお母さんは自然に赤ちゃんの背中をさすったり抱きしめたりしていると思います。

それがタッチケアの原点です。

お母さんと赤ちゃんの結びつきを深め発達を促すひとつの方法として体験してみませんか。



*裏に日程と場所のご案内があります

<資料 3 >

記入日 平成 年 月 日

子育てアンケート



記入のお願い

お答えいただいたアンケートをもとに子育ての相談、必要なサービスの情報を提供させていただきますと考えています。記入していただいた内容は個人情報として扱い、プライバシーの保護をいたします。回答がしにくい部分は記入していただくなくても結構です。お母さんご自身のことについてお答えください。

お子様の名前	月 日生
記入者の名前	年齢 ()
昼間の連絡先	自宅 (-) その他 ()
住 所	東大阪市

1. 体調はいかがですか？あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 よい 2 よくない (疲れやすい 眠れない その他 [])

2. 気持ちの状態はいかがですか？あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 よい 2 よくない (なんともいえない気分 不安になる その他 [])

3. 赤ちゃんとの生活は、出産前にイメージしていたものと差がありますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 イメージしていたとおり赤ちゃんはかわいい 2 イメージしていたとおり育児は楽しい
3 イメージしていたとおり育児はしんどい 4 イメージしていたのと違って育児はしんどい
5 赤ちゃんはもっとかわいいものと思っていた
6 その他 ()

4. 困っているときに協力をお願いできる人や機関はありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 配偶者 2 友人 3 自分の親やきょうだい 4 配偶者の親やきょうだい 5 近所の人 6 民間サービス
7 保育園・幼稚園 8 行政サービス 9 誰もいない 10 その他 ()

5. あなたご自身は、子どもの頃から愛情を受けて育ったという実感がありますか。

- 1 ある 2 なんとなくある 3 あまりない 4 ない



6. 現在困っていることはありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 困っていることはない 2 家庭内で育児方針が違う 3 育児の協力者が得にくい
4 経済的な不安 5 家庭内で経済観念が違う 6 会話が少ない
7 親族との付き合い方 8 ギャンブル問題 9 過度の飲酒 10 薬物の問題 11 暴力
12 失業 13 転職 14 無計画な借金 15 その他 ()

きょうの「2ヶ月親子講習会」で聞きたいことや相談したいことがありますか



子育てに関することをご自由にお書きください

ご協力ありがとうございました

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
児童虐待等の子どもの被害、及び子どもの問題行動の予防・介入・ケアに関する研究
（主任研究者 奥山真紀子）

分担研究報告書

分担研究者 中板育美 国立保健医療科学院

児童虐待の発生日防・進行防止を目指す在宅養育支援のあり方に関する研究
～産後うつ等への精神保健・医学的介入に関する研究～

研究要旨

目的：妊娠・出産に関連して生じる精神症状、障害の発生後の重症度評価、フォローアップに関する現状の問題点を明らかにする。

研究方法：事例研究 期間：平成18年9月～平成19年1月

研究結果：自殺既遂者7名、自殺企図後昏睡状態者1名に関する聞き取り調査が実施できた。精神科未受診例については推定であるが、統合失調症1例、産後うつ病2例、神経症圏病態が5例であった。神経症圏事例も抑うつ状態を主徴とし、回顧的にみると何らかの形で援助者にSOSのサインを発していた。

提案：「過性のうつ状態でも、100%精神保健的視点で考えよう」

「うつ病を精神疾患ととらえ、精神科医療機関と連携の意識を持とう」

「医師には、積極的に関係者情報やバックアップ体制を伝えましょう」

「出産は女性にとって大きなライフイベント。何があっても不思議はない」

「変則的な里帰りには、要注意！責任の所在の明確化を」

「引き継ぎは支援の切れ目になりやすい」

「子ども、夫、祖父母は自死遺族です」

研究協力者

渡辺好恵 さいたま市保健所
藤原千秋 東京都町田保健所
家入香代 栃木県とちぎ健康福祉協会事業
部研修課
柴山陽子 川崎市健康福祉局子ども事業本
部
遠藤厚子 玉川総合支所健康づくり課
田村房代 中山クリニック
佐野信也 防衛医科大学校

A. 研究背景

児童虐待の発生日防から虐待防止、再統合に至る各段階の切れ目のない支援体制の構築を目指して虐待防止法が改正された(2003)。その中の発生日防を支える事業として厚生労働省は、「育児支援家庭訪問事業」を平成16年度に創設した。この事業で効果を表しやすい対象のなかに、筆者の調査では、軽度の育児不安を抱く親や子どもの発達確認を要する親、「産後うつ状態の親」があげられた¹⁾。アウトリーチ型のサービスで、家事援助やカウンセリング機能の提

供で効果を導いている。しかし、その一方で、中等度あるいは自殺の危険性をはらむ重症の産後うつ病も同様の育児支援家庭訪問事業の導入に関しては限界もあり、検討の余地があった。

産後うつ病は、2000年以降、徐々に言葉そのものが浸透した。発症すると養育環境に影響を与えることもあることから、公衆衛生分野では、母子保健法に基づく母子健康手帳の交付や妊産婦、新生児訪問の機会を活用して、精神状態をスクリーニングするなど、母子保健活動を中心に、その予防から発見・対応の重要性が認識され、特に発見には力が注がれている。

しかし、発見後の対応については、産後うつ病の理解、対応技術、精神科との連携、資源の不十分さから、子育て支援策の中で対応されていることが課題であった。

(1) 産後うつ病という言葉と地域保健

従来から、保健師活動の中では、特に新生児訪問や乳児健診では、母親の心の状態に着目して心理社会的介入と受療促進を図ってきた自治体も決して少なくないが、一般的に「産後うつ」の言葉を地域保健現場に浸透させたのは、九州福岡県での取り組みが有名である。

その具体的な取り組みとして、スクリーニングが主で、エジンバラ産後うつ病調査票 (EPDS=Edinburgh Postnatal Depression scale) や検査時の状況に左右されにくく、体格特性として表わされる特性不安と個人が置かれている状態と関わりで捉える状態不安の両者を同時に各20の項目で問う STAI(=State-Trait Anxiely Inventory)の日本版(1972)や、Maternity blues を13の項目で図る Stein (1980) の maternity blues score が開発されているが、地域保健現場においては、エジンバラ産後うつ病調査票を、産後約1か月前後で行われる新生児家庭訪問で導入しているのが常套である。

(2) 産後うつ病と自殺、母子心中

産後うつ病が引き金となる母親の自殺や子どもを道連れにする母子心中については、大学病院や産婦人科、精神科などの医療機関からの報

告が主で、保健分野の研究報告は、かろうじて EPDS 質問項目から「自傷・自殺企図傾向群」を割合で導いている報告があるのみである。母親が精神疾患に罹患しても早期に適切なケアが提供されないと、最悪の場合は、自殺(企図)や子ども殺し、心中に発展する可能性もある

日本において、「心中」は、同一の場所で同時に二人以上のものが同意の上で同一目的のもとに自殺する場合のみを指している。したがって乳幼児を母親が道連れにする「母子心中」は「心中」とは言い難く、「殺人+自殺」と考えることが妥当とする意見もある。精神医学論文では、「心中」を約束のある自殺と suicide pact (double suicide) と整理している。法医学では加害者が自殺する意思をもって殺人を侵した場合 (murder-suicide) と整理している。母子心中の場合は、乳幼児との約束を交わすことは困難であることから「無理心中」

(murder-suicide) と保科は整理している²⁾。

近年では、保科¹⁾の研究で、無理心中259例中110例が母子心中であり、母親の年齢は25歳~34歳で34%、被害者の乳幼児の年齢は1歳未満で34%、4歳までで64%である。母子心中の動機の約5割が育児ノイローゼであることが報告されている²⁾。

B. 研究目的

妊娠・出産に関連して生じる精神症状、障害の発生後の重症度評価、フォローアップに関する現状の問題点を明らかにする。

C. 研究方法

事例研究

最近5年以内に地域保健機関が把握していながら自殺に至った産後精神障害事例に関して、関与した保健師等にインタビューし、自殺者のプロフィール、家庭状況、関係機関の支援プロセス、自殺要因等を調査する。あわせて自殺事件に伴う関与スタッフの心理的衝撃や各機関の自殺後の対応についても調査する。

D. 期間

平成 18 年 9 月～平成 19 年 1 月

E. 倫理的配慮

インタビュー対象者に対して、a.研究の主旨、b.保健師が所属する勤務先への依頼を行うこと、c.不都合があれば研究途中で中止することも可能なこと、d. 個人名、県名、市町村名、特殊な課名ならびに分析対象事例についても、実名イニシャルを一切使用しないこと。e. 研究終了後は、録音記録や逐語録を初めとする書類等はすべてシュレッダーにて破棄することを口頭と文書で伝え、同意を得た上で調査を実施した。

また、事例については主旨を変えない範囲で加筆修正を加え、個人特定を避けた。

F. 結果

自殺既遂者 7 名、自殺企図後昏睡状態者 1 名に関する聞き取り調査が実施できた。精神科未受診例については推定であるが、統合失調症 1 例、産後うつ病 2 例、神経症圏病態が 5 例であった。神経症圏事例も抑うつ状態を主徴とし、回顧的にみると何らかの形で援助者に SOS のサインを発していた。

(1) 事例紹介

〔事例 1〕 長く未治療であった統合失調症の入院治療が導入されながら、退院直後に 2 才の娘を遺して自殺した 41 歳の主婦

子育て中の安定しない統合失調症患者に対する理解が不十分な精神科医との調整に保健師は奮闘した。遠慮がちに生活関連情報の提供をしながら、入院を機に保護になった子どもに対する母の気持ちにも配慮できるよう考えたが、結果的には、母が治療効果による現状認識が進んだことを良い傾向と捉え、その結果自覚した子どもとの距離感や苦悩を表す母の言葉を理解するに至らなかった。(対等なネットワークの困難性)

〔事例 2〕 過去の深刻な家族間葛藤を自己開示し、保健師との関係が構築されそうになった矢先に 1 歳半の息子を遺して自殺した 32 歳の主婦

うつ状態の背景にある根深い家族関係の問題を母自身が夫にも言わずに一人で抱えながら、保健師が奨める育児教室に参加。周囲と会話でボランティアなど外への関心を示す一方で、保健師に個人的に医療機関を紹介して欲しいと投げかけてくるなどのアンバランスさに保健師が個別に関わる必要性を感じ取り、その方向性を示していた矢先、タイミング悪くすれ違ってしまった。方向性を出すまでの期間の裏には保健師の精神科との心理的距離感があった。

〔事例 3〕 夫からの脅迫に対する適切な保護方法が見いだせず、見守りのさなかに自殺企図した 3 人娘を育てる 39 歳の母

母の SOS を産婦人科医がキャッチし、地域関係者である保健所と市町村双方に丁寧に繋がれた危機感が活かされなかった。多くの関係機関がそれぞれ家族を理解しようとする関心が低いかまたは縦割り意識が母の SOS を遠ざけた。シェルターを紹介しても入らないのは「まだ大丈夫だから」と判断してしまう先入観などは、関係者の知識の乏しさと地域資源情報の乏しさも根底にある。

〔事例 4〕 産後うつ病により、育児環境が定まらず、広域対応が求められた母親の自殺

妊娠中に始めた義父母との同居を気遣ったか、里帰りせずに育児雑誌を頼りに頑張るが心の安定を崩した。環境の変化も関係していると思われるが、3 年間の不妊治療がどのような影響を与えているかなど、本人と本人を取り巻く周辺環境を理解するにあたり、キーステーションが不明確で、皆が、結果的にその場対応になってしまっている。理解と判断、援助方針の見通しが立てられないまま進行してしまっただ。

〔事例5〕 多愁訴や生活苦を訴え支援を求めていたが、医療と関係機関との協働に至らぬまま2人の子どもを遺して自殺した36歳の女性

挑発的で何かあれば攻撃的に訴えてくる対象者に対して、援助側は、困れば何か言ってくると思いがちになる。待ちの姿勢になると結果、精神的に不安定な本人に翻弄されやすくなり、関係者間の情報共有、精神的見立てが後手に回りやすい。子どもの障害と愛着問題を感じ取っていても、そこへの介入の方向性も見いだすに至らなかった。

〔事例6〕 被虐待歴と多重嗜癖的病態を有し、関係機関が治療再開の方策を模索しつつ、その苦悩への共感姿勢を示せないまま11か月の乳児を遺して自殺した29歳の主婦

子どもが養育できないことと本人の寂しさや見捨てられ感との戦いは本人からSOSとして出されているが、服薬中断になることを恐れたり、子どもの保護解除を目指すことで、精神科受診先を探さなければならないことが、思いの外先行してしまい、周辺の関係者が本人不在で対応を進めてしまい、本人の孤独を助長してしまった可能性がある。

〔事例7〕 長期関与しながらも様々な問題の背景に迫れず、繰り返される自傷行為が完遂につながるリスクも共有されずに息子を遺して自殺した女性

本人がDV被害者だったり、入院するなどの病状悪化の経過を知りつつ、児の保育所入所で児の環境を確保したことで、支援が一段落してしまい、母親の背景に迫れず、数回にわたるSOSに関係者が危機意識を持つことができなかった

〔事例8〕 実家などの支援体制が整っていたことから、『産後うつ病』の視点からの支援体制を

構築しないまま、双子の乳児（7か月）を遺して自殺した31歳の主婦

母自身の素直なSOSも、双子の大変さと受け止め、子育て支援で対応し続けた。死後、夫の精神的ダメージが大きく、夫ケアも必要なケースだった。

1. 産後うつとリスクファクター

産後うつ病の危険因子として、うつ病の既往歴、産前の抑うつあるいは不安状態、*maternity blues*、低い自己評価、育児ストレス、人生上のストレス、社会的支援の欠如、配偶者との葛藤関係、乳幼児の気質、結婚形態、社会経済状態、無計画あるいは望まない（望まれない）妊娠などが指摘されている（*Jomeen, 2004*）。

2. 既往歴との関係

8例中、うつ病の既往は、妊娠期や思春期のうつ状態も含めると、4例（事例2、3、5、8）であった。産後うつ病と診断された事例4は、インタビューでは、既往はなく産後の急激な悪化であった。

2. 妊娠契機

8例中2例（事例4と事例8）が、不妊治療による妊娠で、産後の保健サービスも受け入れている。事例1、2、3、4は、予想外や希望外あるいは、妊娠中に内縁夫とのトラブルなどがあり、妊娠の受け入れと妊娠期間を複雑な心境で送っている状況である。

3. 結婚形態

5例は核家族であり、そのうち事例6は再婚（夫へのDVで離婚歴）、DV被害による離婚も含めて母子家庭3例（内縁関係）であった。

4. 経済状態

母子家庭の3例は経済的不安を抱え、生活保護受給中であった。

5. 家族間葛藤

事例2は、プライドが高く自己中心的でカットしやすい夫との関係の中でも対等性を欠き、実父母との関係でも幼少期の力関係が影響して緊張関係が続いていた。事例3は、前夫からの自分だけでなく娘なども巻き込む脅迫におびえ

る毎日であった。事例5は、家族間葛藤に関する情報が乏しいが、母親の攻撃態度、試し行動などから実父母との間に葛藤関係は推測できる。事例6は、実母のAL依存症に振り回されて育ち、学校でもいじめにあい、リストカット、摂食障害を繰り返し、常に人恋しさ、寂しさ、見捨てられ不安が強く、子育ても夫の気持ちをつなぎ止めるためになりやすく結果的にネグレクトになっていく。

6. こどもの気質

事例1、5、8が子どもに何らかの疾患や障害を抱えていた。事例1は関わり等の養育環境も影響していると考えられていた。

7. 社会的支援（保健サービス等の利用）

産後、予防接種など乳児期のサービスは比較的受けていた。拒否あるいは消極的だったのは子どもの気質に問題を抱えた事例1や5であった。

G. 考察

1. 広く理解し、判断して関わる援助

援助は、対象者の生活状況を理解し、判断しながら行う。理解とは、まず目の前に見えるその現象を現象のまま、あるいは言葉のまま受け止めるだけではなく、多面的に捉えることである。例えば「私、うつなんです」と言われた場合、医療機関の管理下にあるのか？服薬しているのか？確かに気になるところだし、その情報は必要であるが、自覚症状は？その状態を本人がどのように受け止めていて、本人の暮らしぶりにどのような影響を及ぼしているのか？不安はないか？絶望を感じているのか？その中で何かに期待を寄せているのか？子どもとの関係は？育児は？など「うつなんです」の一言から、その人にとっての「うつ」をきめ細かく知る（理解）必要がある。それが個別性である。また、明確な病名告知でなくとも事例6「赤ちゃんを傷つけてしまう」、事例3「ストーカー的な脅迫が続き、イライラが高じていた」事例4「自分が抱くとむずかる」などの言葉の裏側に持つ意味を捉える意識があれば、子どものいる生活、

これまでの人生、どのような地域で、どのような人々に囲まれて育ち、何を感じ、何を大切に生きてきたのか、今育児はどのような人々に囲まれながらできていて（できていなくて）、今後どうしていききたいのかなど話題を広げることによって、家族間葛藤を抱えている事例の理解も一層深まることになる。

また、マイナス点だけでなく、「いいところ探し」も理解を促す重要な姿勢である。ただし「いいところ」は問題を帳消しにする材料ではない。例えば、事例6は、状況の厳しさはあるが、自らの危機を察して、子どもとの密室を避ける行動化を起こしている。この行動は評価されるべきでその強さを、母親の力として意識化させることも関与のひとつである。

2. 産後うつ病を含めた産後の精神障害へのアプローチと母子保健活動の限界

前述の技術は、子どもの発育・発達保障、健全育成のための子育て支援という子育て社会全体へのサービス中心だった母子保健活動において十分発揮されてきたとはいえない。

今回の事例でも、「うつと自分で言っているから大丈夫」「医療機関を紹介しても行かないのは、状態が悪くないから」「うつで服薬していると聴いたので大丈夫と思った」「嫌われると子育て支援に影響をするので介入を控えた」など、子育て支援の横に親の心の状態をおいてしまっている事例がおおい。

母子保健活動の究極の目的は、子どもの安全と豊かさの保障であり、そのための環境づくりは公的な責任である。親が、子どもの健やかな成長を守る最も身近な環境と考えれば、親のメンタルヘルスも子育て支援の柱に据えて、親の精神保健的観点の獲得と精神科医療との連携も活動範囲あるいは、精神保健担当とのネットワークを結ぶ役割は、不可欠である。

3. 関わりのポイント

産後うつ病になると、悲観的になったり、気分の落ち込み、絶望感、集中力の減退、無気力、不眠、頭痛、肩こり、めまいなどがの身体症状

現れることもあり、本来備えているエネルギーが体の中から抜けていく感じで、あたりまえにできていたことができなくなる。対応の基本姿勢は、うつ対応と大きな変化はなく、きちんと医学的精査のうえに休養と薬物療法（抗うつ薬や時に睡眠薬）、カウンセリング、環境調整をバランスよく取り入れる。ここでいう環境調整とは、ストレスを引き起こす要因を明らかにし、治療に安心して専念できる環境を整えることを意味する。重症化すると時には自殺や母子心中に考えがいたることもあるので、危機を適切に見極めることが必要である。

軽症の産後うつ病が周りからは理解しづらく、怠けている程度に誤解されるのに対し、重症化すると、周囲も違和感をもち、明らかに心配せざるを得ない程度で、治療が不可欠な状態になり、今回の事例は皆それに該当する。

援助は、深めた情報から緊急性を判断し、危機予測をたてて、介入することで、初めて危機をチャンスに変えることができるのである。

精神科との連携や産後うつ病の知識については、第2章を、精神科とのつきあい方、連携の仕方については、第3章を参考にされたい。

8例中産後うつ病2事例とも産後直行の里帰りではなく、事例4は、産後1ヶ月頃から徐々に症状が表面化し、児への危害も加わるなどの状況が変化して実家に約8ヵ月間。事例8は、未熟児の退院を待ってからの3ヶ月間の里がえりであった。そのほかの神経症圏では、事例2は、里帰りです実母との以前からの確執が影響して険悪となり、その後1年以上実家と音信不通になった。事例3は、児が9か月まで実母宅で生活し、その後生活保護受給のために別居している。事例6は、産後、実家で自分の入院と子どもの児童相談所への保護を経験し、長期化している。変則的な里帰りの場合、その状況を把握し、要支援とわかった場合には、広域対応になるため、保健所等も今まで以上に関心を寄せ、自治体同士、医療医機関等のネットワークと責任の所在を明確化して関わる必要がある。

自殺には、当事者のみでなく、残された家族の心の痛みを伴う。乳幼児期の母親の自殺は、夫側と母側の関係性にも影響を及ぼし、祖父母との接触が断たれるなど、子どもの心身の健全な成長への影響も懸念せざるを得ない。養育についても、父方の祖父母の支援に委ねられることが多く、祖父母および残された家族、児のポストベンションと祖父母への育児支援が必要である。

5. 職場の体制づくり

関与事例の自殺は、援助者にも大きな傷を残す。本事例でも担当保健師のインタビューの声からもわかるように、後悔とともに、自分たちの理解、判断、行動に対する自責感は全ての保健師がもっていた。少なくとも、一人で責任を負うことではなく、組織対応の結果と受け止める勇気が必要である。

H. 今後の課題

今回は事例の実態の一部を紹介したに過ぎない。今後は全体の実態把握と支援者の心の動きさらに、サポートしあえる職場風土等のあり方などを検討していく必要がある。

I. おわりに

これまで、公衆衛生の課題の中で関心が寄せられにくい、また昨今の保健師の業務分担の仕組みに巻き込まれ、母子保健と精神保健の連動が困難性になっている。そのためにより、顕在化しづらい乳幼児を持つ母親の自殺の実態を今回は知ることができた。産後うつ病の発見の言葉だけが走るのではなく、産後の精神疾患の重症度を判断できる技術とケア技術向上に向けて、前進していくこと一步にしたい。

J. 謝辞

今回、自殺（未遂）事例を提供してくださった保健師は、自らの失敗事例を自責の想いや後悔を想起する覚悟の上に提供して頂いている。人の命に介在する援助職として、その勇気に敬意を表し、感謝したい。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省 社会保障審議会児童部会 児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会：第3次報告. 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について. 2007年9月 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/06/dl/h0622-5b.pdf>
- 2) 岡野禎治, 野村純一, 越川法子, 他: Maternity Blues と産後うつ病の比較文化的研究. 精神医学 33: 1051-1058, 1991
- 3) 岡野禎治 PMDD(月経前不快気分障害)の病態と治療. 日本医事新報 4328号: 68-72, 2007
- 4) 岡野禎治: 出産に関連して生じる精神疾患の最近の知見. 総合病院精神医学 19: 137-144, 2007
- 5) 岡野禎治. パロキセチンが奏功したPMDDを伴う産後うつ病の1症例. Pharma Medica Vol.23 No.6 2005
- 6) 岡野禎治. 妊産褥婦及び乳幼児のメンタルヘルスシステムに関する研究「地域型母子精神保健医療における母子ユニットの意識」. 厚生科学研究費補助金(こども総合家庭研究)研究協力者報告書 1999
- 7) 吉田敬子. 周産期精神医学の研究と実践の動向. 臨床精神医学 33(8); 971-976, 2004
- 8) 鈴宮寛子, 山下洋, 吉田敬子: 出産後の母親に見られる抑うつ感情とボンディング障害—自己質問表を活用した周産期精神保健における支援方法の検討—. 季刊 精神科診断学 14: 49-57, 2003
- 9) 星 和彦. マタニティーブルーの本邦における実態とその対策. 平成5年度厚生省心身障害研究「妊産婦を取り巻く諸要因と母子の健康に関する研究」報告書.P30-32
- 10) 平島奈津子. うつを見出す 健康なうつと治療が必要なうつ. こころの科学 Vol 125. 16-18, 2005.12
- 11) 本間博彰. 一般精神科臨床と児童精神科臨床の機能連携「治療の中で起こる一般精神科臨床と児童精神科臨床の連携」. 精神科治療学 Vol.21. No.4, 2006
- 12) 広瀬徹也: うつ状態(抑うつ症候群)という「状態像診断」の今日的意義. 臨精医 34: 537-542, 2005
- 13) 北村俊則: 周産期の女性のうつ病: その頻度と発生要因. 日本新生児学会雑誌 33: 454-456, 1997
- 14) 長鶴美佐子. 周産期の実母との関係性が産褥1か月の褥婦のメンタルヘルスに及ぼす影響. 母性衛生. Vol.46 No. 4 550-559. 2006
- 15) 八代利香 吉留厚子. 日本と韓国における産後の母親に対する支援内容と満足度の2国間比較. 母性衛生. Vol.47 No.4 547-553 2007
- 16) 南 貴子. 小原敏郎. 武藤安子. 育児初期の母親の育児支援の在り方に関する検討-「産後の里帰り」経験に焦点をあてて-. 日本家政学会誌 Vol.57 No.12 807-817 2006
- 17) 新井陽子. 高橋真理. 産後うつ病の妊娠期予防介入におけるシステムティック・レビュー. 母性衛生. Vol.47 No.2 464-473 2006
- 保科光紀. 司法解剖例における心中の検討. 慶応医学・83(1): 37-45. 2006
- 18) 品川信良, 野村雪光, 平岡友良. 産科および母子医療担当者の立場から「母子心中」を考える. 日本医事新報 No.3250
- 19) 中板育美. 産後の精神障害. 周産期医学 Vol.36 No.5 2006-5
- 20) Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-mateos JL et al: Reducing the global burden of depression. Br J Psychiatry 184: 393-403, 2004
- Murray L, Cooper P, Hipwell A: Mental health of parents caring for infants. Arch Women Mental Health 6:71-77, 2003
- 21) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed (DSM-III). APA, Washington DC, 1980
- 22) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed (DSM-IV). APA, Washington DC, 1994
- 23) Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB: Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. Br J Psychiatry

173: 209-211, 1998

2 4) Austin MP, Kildea S, Sullivan E: Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting. *Med J Aust* 186: 364-367, 2007

2 5) Barker DJ, Hales CN, Fall CH, et al: Type 2(non-insulin dependent) diabetes mellitus, hypertension and hyperlipidemia (syndrome X): relation to reduced fetal growth. *Diabetologia* 36: 62-67, 1993

2 6) Barker DJ: The fetal origins of type 2 diabetes mellitus. *Ann Int Med* 130: 322-324, 1999

2 7) Bowen A, Muhajarine N: Antenatal depression. *Can Nurse* Nov 102: 26-30, 2006

2 8)

Brockington IF: Obsteric and gynaecological conditions associated with psychiatric disorder. In Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N ed: *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford, 1195-1217, 2003

2 9) Burt VK, Hendric VC: Psychiatric disorders in pregnancy. In *Clinical Manual of Women's Mental Health*, American Psychiatric Publishing Inc, Washington, 37-77, 2005

3 0) Cohen LS, Altshuler LL, et al: Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA* 295: 499-507, 2006

3 1) Cox JL, Holden JM, Sagovsky R: Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Dpression Scale. *Br J Psychiatry* 150: 782-786, 1987

3 2) Forty L, Jones L, Macgregor S, et al: Familiality of postnatal depression in unipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry* 163: 1549-1553, 2006

3 3) Goodman JH: Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implication for family health. *J Adv Nurs* 45: 26-35, 2004

3 4) Jomeen J: The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct: A literature review. *Clinical Effectiveness in Nursing* 8: 143-155, 2004

3 5) Kelly RH, Zatick DF, Anders TF: The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obsterics. *Am J Psychiatry* 158: 213-218, 2001

3 6) Kitamura T, Shima S, Sugawara S, et al: Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychol Med* 23: 967-975, 1993

3 7)

Kitamura T, Yoshida K, Okano T, et al: Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Women's Ment Health* 9: 121-130, 2006

3 8)

Kumar RC: "Anybody's child": severe disorders of mother-to-infant bonding. *British Journal of Psychiatry* 171: 175-181, 1997

3 9) Murphy-Eberenz K, Zandi PP, March D: Is perinatal depression familial? *J Affect Disord* 90: 49-55, 2006

4 0) Najman JM, Anderson MJ, Bor W, et al: Postnatal depression: myth and reality: maternal depression before and after the birth of child. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 35: 19-27, 2000

4 1)

Robertson E, Grace S, Wallington T, et al: Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 26: 289-295, 2004

4 2) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: *Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH)*. Why mothers die 2000-2002, RCOG Press, London 2004

4 3) 佐藤喜根子 : 妊産褥期にある女性の不安の程度とその要因. *日本助産学会誌* 20: 74-84, 2006

4 4) Scholle SH, Haskett RF, Hanusa BH, et al: Addressing depression in obstetrics/gynecology practice. *Gen Hosp Psychiatry* 25: 83-90, 2003)

4 5) 庄司順一：B 母子関係障害の予防. 浅井昌弘, 牛島定信, 倉知正佳他編. 臨床精神医学講座 S3「精神障害の予防」, 中山書店, 東京, pp266-271, 2000

4 6) Spielberger CD, Gorsuch RL, Clayden AD et al: The Clinical anxiety scale; An instrument derived from the Hamilton anxiety scale. *Br J Psychiatry* 141: 518-523, 1982 ; 肥田野直, 福原真知子, 岩脇三良, 曾我洋子, Spielberger CD : 新版 STAI-JYZ マニュアル. 実務教育出版, 東京, 2000

4 7) Stein GS: The pattern of mental change and body weight in the first postpartum week. *J Psychosoma Res* 24: 165-171, 1980

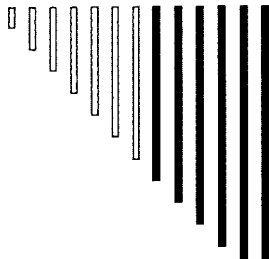
4 8) 田口寿子: わが国における Maternal Filicide の現状と防止対策—96 例の分析から. *精神経誌* 109 : 110-127, 2007

4 9) Van Den Bergh BRH, Mulder EJH, Mennes M et al: Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child Links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehv Rev* 29: 237-258, 2005

5 0) Viguera AC, Whitfield T, Baldessarini, et al: Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry* 164: 1817-1824, 2007

5 1) Whiffen VE: The comparison of postpartum depression: a rose by any other name. *J Psychiat Neurosci* 16: 160-165, 1991

5 2) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders; Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva, 1992



産後のメンタルヘルスと母子保健

『一過性のうつ状態でも、100%精神保健的視点で考えよう』

母子保健活動は、人との出会いの場面（入り口）と考え、精神保健福祉活動へのつながりを見通せる姿勢・認識を持つ必要があります。

「自分から“うつ”と言えてるし…」 「まさか死ぬなんて…予想もしなかった」

『自分で言えるなら大丈夫という大きな誤解！子育て支援での対応は慎重に！』

産後うつ病は、ポピュレーションアプローチの子育て教室等での対応は要注意です。程度の判断を見極める必要があります。

『うつ病を精神疾患ととらえ、精神科医療機関と連携の意識を持とう』

うつ病は、状態から病気まで幅広い。「うつ」の言葉だけで反応せず、状況と臨床医学的診断を大切にしましょう。（関心を持ちましょう）

「精神科に紹介したり、同行受診したり、意見したり、そんな習慣はないですね」

「育児は疲れるし、不安になるのはよくあることだし、その延長だと考えてしまった」

『医師には、積極的に関係者情報やバックアップ体制を伝えましょう』

精神科医療機関（クリニック）や精神科医師との付き合いは、母子保健活動担当者でも必要です。

「先生に相談するというより指示を仰ぐ。お願いするという形になりがち」「地域側の意見を聞きたいとは思っていないと思っていた」

『出産は女性にとって大きなライフイベント。何があっても不思議はない』

妊娠出産＝母子保健＝市町村＝うつ対応≠保健所ではありません。

役割分担意識の弊害を知っておくことは重要。

「『うつ病』といえば保健所担当だけど『産後うつ』という母子保健に戻される。」

『変則的な里帰りには、要注意！責任の所在の明確化を。』

うつ病の場合、実家との連絡体制・他市との調整・役割分担を緻密に！

「実家の保健センターが担当だったので…」 「実家に帰っていることは知らなかった」

『引き継ぎは支援の切れ目になりやすい』

母親のうつ病（状態）の説明は具体的に行い、支援の留意点を伝えることが必要です。

「担当が変わって、なぜこの家族がフォローになるのかわからなかった」

『子ども、夫、祖父母は自死遺族です』

母親の自殺後、子ども、夫、祖父母の支援が必要です。

「父親が仕事に行けなくなりました。母方の祖父母と父親・孫の関係がうまくいかなくなりましたね」。

児童虐待の発生予防・進行防止を目指す在宅養育支援のあり方に関する研究
～産後うつ等への精神保健・医学的介入に関する研究～

分担研究者 中板育美 国立保健医療科学院

【第2章】出産前後に発現する精神障害に関する最近の知見 —子どもの虐待問題との関連性に焦点をあてて—

1 用語と概念

妊娠・出産は女性の最大のライフ・イベントであり、短い期間に著明な生物学的、心理社会的変化をもたらす。分娩後、母体の子宮復古までの通常6～8週を「産褥期 puerperium」と呼ぶが、「産後 postnatal」の期間はこれより広く捉えられ、分娩後6ヶ月程度とみなされることが多い。また「周産期 perinatal period」とは、ICD-10では、「妊娠満22週（154日）に始まり、出生後満7日未満まで」と定義されている。日本の厚生労働省の統計でも平成7（1995）年からICD-10の定義が採用されているが、妊産婦の精神保健一般を扱う論文においては、必ずしもこの期間に限定されず、妊娠から産後1年くらいまでの時期を包括して指し示す用語として用いられている。

従来から女性のライフ・サイクルの中で、産褥期は精神障害の好発時期であるといわれてきた。一方、妊娠期は情動的に安定し、精神障害の発症を抑止する因子が多いと考えられてきたが、最近の報告（Burt VK, 2005 ; Kelly RH ら, 2001 ; Kitamura T ら, 1993 ; Scholle SH ら, 2003）によると、妊娠期にも不安や抑うつを中心とする精神科病態が少なくないことが知られるようになった。さらに、妊娠早期に母体がさらされるストレスや不安が、胎児の器官・先天形成異常や分娩時の合併症、さらには幼児期に至る子どもの行動上の問題に影響するという知見（Glove ら, 2004）、産後精神障害の発症の予測因子としても妊娠期の不安や抑うつの様態が注目されるという知見（Robertson ら, 2004 ; 佐藤, 2006）などにより、母子の心身の健康を増進するためには、より早期からの母子保健・精神保健を統合した予防的介入の必要性（岡野, 2007^a）が強調されるに至っている。

この周産期という時期は、神経内分泌学的要因や心理・社会学的要因が密接に関連しているために、精神疾患の発現機構を解明する格好の病態モデルとされ、1980年代以降活発に研究され、従来の maternity blues, 産後うつ病, 産褥精神病という3分類以外に、多彩な病態および疾患が生起することが指摘されるようになった。例えば、英国の代表的精神医学書である New Textbook of Psychiatry(2003) (Brockington, 2003^b) では、maternity blues という準臨床的な類型は削除され、「産褥精神病」、「産後うつ病」に加えて、「不安、強迫およびストレス関連障害」と「母子関係障害（出産したわが子に対する敵意、無関心、愛着障害などを含む）」が項目立てられている。最後の「母子関係（ボンディング）障害」は、子ども虐待の重要な危険因子と考えられる（Brockington, 2003^a）が、わが国でも吉田らの研究グループを中心によろやくいくつかの報告（吉田ら, 2003 ; 古市ら, 2006）が現れるようになった。残る「不安、強迫およびストレス関連障害」に関しては、実地臨床、調査研究いずれにおいても未だ手薄な領域といえよう。

本節では、出産前後の母に発現する精神障害に関する最近の知見を、抑うつ主導の病態を中心として、子どもの虐待問題との関連性に注目しながら小括する。

2 妊娠期の抑うつ状態と不安

最近の体系的調査（Burt, 2005 ; Kelly ら, 2001 ; Kitamura ら, 1993 ; Scholle ら, 2003）

によると、妊娠期のうつ病は、小うつ病も含めると12～13.5%と産後うつ病と同等の有病率が報告されている。日本では16%という報告 (Kitamuraら, 1993) がある。北村ら (北村, 1997) は、妊娠期に現れるうつ病は産後うつ病に比較して、母の生活歴や性格により多くの心理的葛藤要因を含み、両者の心理社会的要因のプロフィールは大きく異なっていると指摘している。もっともここでは「抑うつ状態」の異種性に関する留意 (広瀬, 2005) が必要となるだろう。すなわち、妊娠・出産を契機に生じる精神障害に関する調査研究は、産科診療機関や地域保健機関において、精神科的問題が事例化する以前のサブクリニカルな妊産婦を対象として、エジンバラ産後うつ病自己評価票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS) (Coxら, 1987) やState-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Form X : Spielbergerら, 1982 ; 日本版新版STAI : 肥田野ら, 2000) 等の質問票を用いて行ったものが多いので、種々の基礎疾患による病態水準の異なった抑うつ状態が混じている可能性がある。

妊娠期のうつ病の危険因子としては、DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) 以降の基準による大うつ病の既往歴、月経前不快気分障害 (premenstrual dysphoric disorder ; PMDD) (岡野^b, 2007)、若年妊娠、社会的支援の不足、望まない (望まれない) 妊娠、予期せぬ妊娠などが指摘されている (Bowen, 2006 ; Kitamura ら, 2006)。とくに大うつ病の既往歴を有する女性の妊娠中の再発率は43%に上り、断薬群の再発率は治療継続群の2.6倍に及ぶという報告 (Cohen ら, 2006)、また双極型障害と診断された女性をプロスペクティブに調査した結果、その妊娠期の再発率は71%に上り、気分安定化薬を断薬した群では、再発率の上昇、再発までの期間短縮化、有症状期間の長期化などが明瞭に認められたという報告 (Viguera ら, 2007) があり、治療継続の重要性¹が強調されている。

14,000例以上のメタ解析 (Robertson ら, 2004) において、妊娠期のうつ状態が産後うつ病の予測因子であることが知られており、出産前に妊婦のうつ状態を評価し、産後の対応につなげることが重視されているにもかかわらず、その検出率や介入効果はまだ低い (岡野, 2007^a)。

妊娠期の母の精神的安定の重要性が再度喚起されるようになった背景には、Barker (Barker, 1999) が提唱した胎児期プログラミング仮説 (fetal programming hypothesis) の影響があり、さらに様々に工夫された動物実験や臨床的知見から、出産前の母のストレスや不安が、胎児のみならず出生後の子どもの発達にも長期的影響を与えうるというエビデンスが集積されてきたこともある (Glover ら, 2004 ; Van Den Bergh ら, 2005)。胎児期プログラミング仮説とは、特定の臨界期においては、子宮内環境が児の表現型 (phenotype) にも恒久的な影響を与えるというものである。Barker は、出生時体重がその後の心血管系疾患や糖尿病への脆弱性と関連があることを示し (Barker ら, 1993)、子宮内早期の生命環境の変化に胎児が順応するために、胎児の側に生理学的・神経内分泌学的側面および代謝面における適応プロセスが発動し、その結果、主要な組織や臓器における細胞増殖と分化の発達パターンにも恒久的なプログラミング (再プログラミング) が生じ、子宮内環境が成人期の種々の疾患の基礎を成すと主張した。

¹ 妊娠中とくに妊娠初期の女性に対する向精神薬の導入ないし継続に関しては、薬物療法による胎児への有害作用、母体の精神状態悪化、それに伴う胎児への有害な影響を比較考慮してインフォームド・コンセントを得る必要がある、個々の薬剤ごとに提供すべき臨床情報が集積されている段階である。現在までに、患者家族に提示できる決定的な情報が得られるには至っていないが、双極型障害患者における非計画的な妊娠の発覚により薬物療法を急に中断することの高いリスクを Viguera らは示している。

現在まで、妊娠中の母の高い不安や抑うつ指標と関連する出産後の子どもの有害な転帰には、器官・先天形成異常、早産、低出生体重（在胎週数に比較して）、行動上の問題、利き手の混在（左右どちらかに固定されない）などが報告されている（Gloverら, 2004）。これらの知見から、従来は子ども虐待において子どもの側の要因として捉えられていた問題の一部は、妊娠中の不安や抑うつに根ざしている可能性が示唆され、妊娠早期からの予防的介入の重要性がクローズ・アップされることになる。

3 産後のうつ病

産後うつ病は、postnatal (postnatal) depression と呼称され、過去 30 年にわたり多数の調査研究が積み重ねられてきた。わが国においても、包括的な健康増進施策「健やか親子 21」の中で、策定当初の発生率 13.4%（2001）から減少させることが 2010 年までの目標の一つとして採りあげられている（山梨大学医学部社会医学講座：<http://rhino.med.yamanashi.ac.jp/sukoyaka/mokuhyou2.html>）。

病像としては、他の時期に発症するうつ病との間に統計学的に検証された症候学的差異は認められていない（Whiffen, 1991）。このため DSM-IV 基準（APA, 1994）では、「大うつ病性障害」、「混合性エピソード」、「双極 I 型および II 型障害」、「小うつ病性障害」が適用されることになるが、産後発症（with postpartum onset）という経過に関する特定用語の付記が可能である。ICD-10 分類（World Health Organization, 1992）でも、通常は「双極性感情障害」、「うつ病性エピソード」、「反復性うつ病性障害」、「持続性気分障害」が適用されるが、分娩後 6 週以内に発症したもので、前記の気分障害各カテゴリーに合致しない特殊な臨床的特徴を伴うものについては、「F53 産褥に関連した精神および行動の障害、他に分類できないもの」というカテゴリーが用意されている。

産後うつ病の有病率は社会文化的背景によって異なり、日本では欧米より低率とされていた（岡野ら, 1991）が、最近の調査（Yamashita ら, 2000）では、欧米とほとんど同水準の 10～15% となっている。その発症時期は、分娩後 3～6 ヶ月以内と幅が広く一定していないが、最近の産後うつ病の家族歴に関する研究（Forty L ら, 2006；Murphy-Eberenz ら, 2006）では、とくに産後 4 週間以内の発病率が高いことから、「産後」うつ病の定義を最大 6～8 週間以内とすることが提唱されている。

心理社会的危険因子として、うつ病の既往歴、産前の抑うつあるいは不安状態、maternity blues、低い自己評価、育児ストレス、人生上のストレス、社会的支援の欠如、配偶者との葛藤関係、乳幼児の気質、結婚形態、社会経済状態、無計画あるいは望まない（望まれない）妊娠などが指摘されている（Jomeen, 2004）。

最近、出産前後の母だけでなくその配偶者である父も、産褥早期にその 1.2～25.5% が抑うつ状態を呈し、そのうち 24～50% では出産した配偶者が産後うつ病であったという報告（Goodman, 2004）があった。すなわち父の抑うつ状態は母の産後うつ病と関連しており、産後うつ病への治療的介入に際しては、見逃されがちな配偶者の精神状態に関する評価も必要となる。

スクリーニングのためにもっとも利用されているのは、エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）である。10 項目から構成され、短時間で実施できるので、わが国でも普及してきたが、その使用にあたっては、Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) が提

唱するガイドラインが参考になる。Web 上にも公開されているこのガイドライン (SIGN ; 2002) には、産後うつ病のスクリーニングに EPDS を用いるに際して留意すべき以下のような注記がある。①単独で用いるより、他の尺度 (General Health Questionnaire ; GHQ 等) と併用した方がよい。②EPDS は、あくまでスクリーニング用の尺度であり、正確な診断のためには直接の臨床評価が必要である。③出産前の抑うつ状態のスクリーニングのために用いることは可能だが、産後うつ病の発症を妊娠期に的確に予測できる評価尺度はまだ確立されていない。わが国では、佐藤 (佐藤, 2006) が、妊娠末期の STAI の特性不安の得点が産褥期の特性不安と産褥 3 ヶ月目の EPDS 得点と関連していたと報告している。また、吉田ら (吉田ら, 1999) は、出産後 8~10 週に行われる保健所の新生児訪問を希望した母 100 名を対象とした調査において、EPDS による産後うつ病のスクリーニングで抽出された産褥婦の中に、少数ながら不安障害、適応障害、愛着形成障害などが含まれていたと報告している。もっとも、スクリーニング後の精神科医療との連携が確保されていれば、予防的ないし治療的介入という視点からは、幾分広範囲の精神症候群を抽出することは妥当といえよう。

4 出産前後の不安・抑うつと母子関係 (Bonding) 障害

母子関係障害とは、アタッチメント (愛着) の形成不全、母子相互作用の量的不足あるいは質的偏倚に基づいて母子の双方に現れる障害であり、母の側には子どもの虐待、育児不安²、養育困難など、子の側には反応性愛着障害や分離不安障害などの形で発現する広いスペクトラムを有している (庄司, 2000)。母子の愛着形成の臨界期に好発する産後うつ病によって生じる種々の機能障害は、育児内容および母子相互作用に幅広く影響する可能性がある。

山下 (山下, 2003) は 88 人の母を産後 3 ヶ月間追跡し、EPDS, maternity blues 質問票 (Stein, 1980), ボンディング質問票 (Kumar, 1997) の 3 種の質問票と、電話による半構造化診断面接を併用して、産後うつ病とボンディング障害の関連性を検討している。対象のうち診断面接でうつ病とされたのは 17% であり、ボンディング質問票得点を非うつ病群と比較すると、うつ病群で有意に高く、とくに「子どもと一緒にいるのが楽しい」、「攻撃的になる」という項目での差が目立った。さらに鈴宮 (鈴宮ら, 2003) は、全国 33 の保健機関の協力を得て、対象を 3000 人超に拡大して EPDS, ボンディング調査票, 家庭訪問を担当した助産師または保健師による聞き取り調査 (産後の気分, 育児, 出産に関する事項) を行った。この調査では、ボンディング障害についての質問項目が虐待や neglect のリスクを幅広く捉え、かつ虐待行為そのものを問う方法よりも回答しやすいことにも着目している。結果として、抑うつ症状と関連のあったボンディング質問票項目の方には、より重症のボンディング障害や虐待リスクにつながるものが含まれており、産後うつ病の母親を乳幼児の虐待や neglect のリスクグループとして観察することの意義を主張している。

² 「育児不安」とは、定義なしに頻用される曖昧性の高い用語である。諸文献を通覧すると、およそ以下のような基準に沿った状態と考えられる。①操作的に定義された抑うつや不安主導の病態カテゴリーを満たすほど重症ではない不安感や自信のなさ。②育児の困難感を母が自覚しているが、その要因は母側の養育能力不足と子どもの側の育てにくさ (あるいは障害) が種々の程度に複合したものである。

5 出産前後の母の自殺と精神障害

周産期の母の自殺に関する詳しい報告は少ない。1990年代までに報告されているのはデンマークおよびフィンランドにおける登録連結調査の結果だけである。デンマークでは分娩10万件あたりの平均自殺率は1件 (Appleby ら, 1998), フィンランドでは6件 (Najman ら, 2000) とされているが, 双方とも自殺の要因に関する情報はない。その後母体死因に関する統計対象期間が6週間から産後1年以内とされ, より詳細な情報が得られるようになった。

表1は, 英国王立産婦人科学会による機密調査結果 (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2004) とオーストラリアからの報告 (Austin ら, 2007) をまとめたものである。オーストラリアでは妊娠中の自殺が65%と高いことが注目される。イギリスでは, 出産後の母の自殺は3/4以上が産後6ヶ月以内に生じており, 精神科既往歴を有するものが61%あった。また両報告から, 精神科サービスとの接触は約1/3とあいかわらず低い率に留まっていることが知られる。

表1 イギリスとオーストラリアにおける精神障害に伴う母の死亡様態

自殺数	オーストラリア(n=26) (1995~2002)	イギリス(n=60) ^b (2000~2002)
平均自殺率(10万分娩あたり)	—	3.3
産褥後期母体死因に占める自殺の割合		
産後3ヶ月以内	—	57%
産後6ヶ月以内	—	78%
25歳以下	27%	19%
物質乱用	23%	52%
暴力的方法による自殺	65%	23%
産前の死亡	65% (分娩20週以前) ^a	23%
精神科既往歴	23%	61%
周産期のエピソード	50%	62%
周産期の治療歴	35%	62%
精神科サービスとの接触	31%	38%
精神科入院歴	3%	17%

^a 妊娠中の自殺が多く, また産後6週以内に9名中6名が自殺していた

^b 全体の自殺者の54%が精神科疾患と関連していた

6 いわゆる心中と母の精神障害

英豪の報告には, いわゆる心中³も含まれると推定されるが, 両報告では言及されていない。わが国の厚生労働省の専門委員会は, 2007年9月に, 子ども虐待による死亡事例に関する検証結果第3次報告 (厚生労働省, 2007) を発表し, 心中事例とそうでない事例を区

³ 「心中」とは二人以上のものが同意の下にほぼ同時に自殺する事態を指し, 自己決定能力があるとはいえない乳幼児を親が道連れにする場合は, 厳密にはこれに該当しない。