

妊産婦のメンタルヘルスの実態把握及び介入方法に関する研究

研究代表者 久保隆彦（独立行政法人国立成育医療研究センター
周産期・母性診療センター産科医長）

研究要旨

本研究は妊産婦の縦断的な追跡調査（妊娠 20 週、分娩直後、産後 2 週間、1・2・3 カ月）を実施してきた。データ収集完了は産後 2 週までの計 3 回である。産前・産後のメンタルヘルス不調者は初産婦と経産婦では傾向が異なり、初産婦が経産婦より高いことが明らかとなった。EPDS が 9 点以上、WHO-5 が 13 点未満のメンタルヘルスのハイリスク者割合は産後 2 週が最も高く、経産婦に比して初産婦のハイリスク者割合が高い結果となった。初産婦に対しては入院期間中の介入以外に、ハイリスク者割合が高くなる産後 2 週で専門職の何らかの介入が必要である。また、特に初産婦に対しては退院後できるだけ早期に母子訪問するための方策整備が急がれる。

妊娠期や産直後の EPDS だけでは産後 2 週時の EPDS を予測できず、早期発見法が今後の課題であることが明らかになった。産後のメンタルヘルス不調の一因に、産婦の休養・睡眠が大きく影響し、予防介入プログラムの検討で重要であると考えられた。

産後 2 週の抑うつ状態予測する妊娠中の因子として、「夫以外に手伝ってくれる人が身近にいるかどうか」「泣いている赤ちゃんをあやした経験があるかどうか」「精神科通院中であるか」「EPDS スコアがハイスコアかどうか」が、分娩直後の因子としては「分娩の満足度」「母乳栄養かどうか」「尿漏れ」「会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み」「妊娠前の精神科通院歴」「実母または義母の精神的サポートの有無」「生後 4、5 日後の EPDS スコアがカットオフ値を超えるかどうか」が重要であることが示唆された。

母親のメンタルヘルス管理への医師の参入をテーマとして、「医師をシステムに取り組む」「母子と家族を長年みる小児科の役割」「精神科医師による実践とシステムをバックアップすること」について検討した。その結果、産科スタッフが妊娠中から関わること、ハイリスク児を持つ母親のメンタル面にも小児科スタッフ留意すること、母親のメンタルヘルスが重症の場合は精神科スタッフと連携すること、医師もメンタルケアと育児支援のチームの一員となること、地域の多職種、多機関で有機的で実質的な連携を築き上げること、さまざまな教育啓蒙を行っていくことの重要性を明らかとなった。

本研究のように協議会など地域の代表が集まって検討することで、研究成果が地域に活かされ、悉皆率が飛躍的に高まる。産後 2 週は妊産婦のメンタルヘルスにとって大変重要な時期であり、この時期の産褥健診を制度化する必要性が示唆された。精神科を持つ大きな分娩医療施設、保健所、精神科開業医、児童相談所、小児科医と連携をすることで事象を防ぐ可能性が示唆された。パートナーのメンタルヘルスも大きな関与要因である。特定妊婦を利用しやすくするために、リスクをある程度量的に示すツールと使い方や自治体が参加して協議会方式を行うことの有効性も示唆された。

分担研究者：

森臨太郎（国立成育医療研究センター
研究所成育政策科学研究部部長）
立花良之（国立成育医療研究センター
こころの診療部育児心理科医長）
吉田敬子（九州大学病院
子どものこころの診療部特任教授）
葛西圭子（社団法人日本助産師会
専務理事）

研究協力者：

竹原 健二（国立成育医療研究センター研究所）
井富由佳（国立成育医療研究センター研究所）
田山美穂（国立成育医療研究センター研究所）
岡潤子（国立成育医療研究センター研究所）
須藤茉衣子（津田塾大学大学院）
掛江直子（国立成育医療研究センター研究所）
大田えりか（国立成育医療研究センター研究所）
三木佳代子（助産師）
辻井弘美（国立成育医療研究センター
こころの診療部）

A. 研究目的

我々の先行研究では、妊娠中期にうつと対人関係困難を評価したところ 37%の妊婦がストレスを持ち、その多くは産後もケアと支援を必要とした。さらに、追跡研究で、妊娠中の母親の対人関係困難群が1年後の虐待行動と最も高い相関をもつことが明らかとなった。すでに海外では、様々な虐待防止に有効な親子関係への介入プログラムが作られ、成果を挙げ、メタアナリシスでも有用性が証明されているが、我が国での介入は未だ無い。

本研究の目的は、妊娠中、産後のメンタルヘルススクリーニングならびに影響因子を調査することで、いつの時期にどの程度の頻度でハイリスク群（介入必要群）が存在し、その簡便な抽出方法を確認することにある。このような縦断的研究は現在国内外にも無く独創的といえる。また、妊娠中

のメンタルヘルスリスクと産後のメンタルヘルスならびに育児行動、母子関係との関係があるか否か、それに影響する因子を抽出することにある。そのハイリスク妊産婦への妊娠中・後の母親への介入で産後の育児ストレス軽減、ひいては虐待予防に繋がるか否かを明らかとし、竹原班、立花班の成果をレビューしたうえで、我が国における妊産婦のメンタルヘルスの支援体制を構築するためにどのような施策がとりうるかを提言することを目的とする

B. 研究方法

< 研究 1：妊婦メンタルヘルスの縦断的調査と解析 >

1. 研究デザイン

世田谷区の分娩を取り扱うすべての産科施設による population based な縦断研究である。

2. 対象者

対象者は、2012年12月末から2013年4月末に、世田谷区内の全分娩取り扱い施設に分娩予約し、本研究への参加協力を同意をした妊婦。産科クリニックでは、妊娠期や産後に重篤な合併症が確認され区外の高次産科医療施設に転院した対象者は、その時点で本研究から脱落した。

3. 研究方法

妊娠20週時のベースライン調査、分娩後入院中（産後数日）、産後2週、1か月、2か月、3か月の合計6回の調査を実施した。データは研究IDを用いて連結可能匿名化が施された状態で収集された。対象者は自記式質問紙かipadのいずれかを用いて回答をした。産後2週の質問票は対象者が退院する際に手渡し、郵送してもらった。2か月、3か月のフォローアップ調査については、研究事務局から分娩日をもとに質問票の送付時期を特定し、対象者の自宅に自記式質問票を送付し、返送してもらった。

4. 質問項目

メンタルヘルスの評価指標として、EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) と WHO-5 精神的健康状態表を用いた。EPDS は先行研究に準じてカットオフ値を 8/9 点とした。

WHO-5 は、最近 2 週間の精神的健康状態について、5 項目で尋ね、「0: まったくない」から「5: いつも」の 6 件法にて回答を得る。

WHO-5 の回答の評価方法は素点を単純加算し、13 点未満の場合に精神的健康状態が低いとした。WHO-5 にて、精神的健康度の変化を評価するためには、0-25 点の素点に 4 をかけて百分率スコアとし、10% 以上の差が生じた場合は、有意な変化があると判定される。

上記の EPDS と WHO-5 の 2 つのスクリーニングツールのほかに、本研究では、わが国の母子保健領域で広く使われている育児支援チェックリストと、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児ストレスショートフォーム (PSI-SF: Parenting Stress Index Short Form) などの既存尺度を用いた。

5. 倫理的配慮

対象者のリクルートに先立ち、国立成育医療研究センター倫理委員会による承認を得た (No. 627)。

調査を実施中にメンタルヘルスや虐待傾向がハイリスクと判定された対象者については、速やかに各調査協力施設にフィードバックをした。

< 研究 2: 産後 2 週の抑うつ状態についての、妊娠中期 20 週頃と産後直後 (4, 5 日後) における予測因子についての研究 > (研究 2-1)

1. 対象と調査方法

第 1 回目 (妊娠 20 週頃) と第 3 回目 (分娩 2 週間後) で欠損データのない 424 名を対象とした。

2. 変数

2.1. 従属変数

第 3 回目の EPDS。

2.2 独立変数

第 1 回目調査票の心理社会的因子・精神科既往・生殖医療についての経験の因子を用いた。若年妊娠、高齢妊娠、多胎妊娠、仕事の有無 (妊娠 20 週頃の時点で)、パートナーの有無、パートナーが精神的に支えてくれるか、パートナーは家事を手伝ってくれるか、夫以外で心を打ち明けて相談できる相手の有無、夫以外で家事を手伝ってくれる人の有無、家族としてのまとまりを感じるか、赤ちゃんを抱いた経験、泣いている赤ちゃんをあやした経験、被虐待歴、成育歴における主観的被愛体験の有無、妊娠以外で継続的に病院にかかっているか、精神科通院をしているか、過去に精神科通院歴があるか、不育症の検査や治療の有無、生殖医療の有無、望んでいた妊娠か、妊娠が分かった時の気持ち、精神的負荷のかかるライフイベントの有無、世帯収入、最終学歴

3. 分析方法

従属変数に点数のカテゴリ化した第 3 回目の EPDS、独立変数として尤度比による変数増加法による二項ロジスティック回帰分析を行った。統計解析ソフト SPSS21.0J for Windows を用いた。

(研究 2-2)

1. 対象と調査方法

第 2 回目 (産後 4, 5 日後) と第 3 回目 (分娩 2 週間後) の欠損が無い 1025 名を対象とした。

2. 変数

2.1 従属変数は研究 2-1 と同じ。

2.2 独立変数

第 2 回目調査票に含まれる出産様式、身体的トラブル、精神科既往、サポートの有無についての因子を用いた。

早産かどうか、過期産かどうか、低出生体重かどうか、里帰り出産かどうか、分娩方法（経膣分娩、予定帝王切開、緊急帝王切開）、分娩手技（吸引分娩、鉗子分娩、それ以外）、陣痛促進剤の使用の有無、分娩の満足度、児がNICU管理、母体搬送、乳房トラブル、母乳栄養かどうか、直接母乳かどうか、尿漏れ、会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み、痔または脱肛、妊娠前に精神科通院歴あり、妊娠中に精神科通院あり、パートナーの精神的サポート、パートナーの家事・育児の手伝い、実母または義母の精神的サポート、夫とまたは義母の家事・育児のサポート、家族としてのまとめ

3. 分析方法は研究 2-1 と同じ。

< 研究 3：妊娠期からはじめる妊産婦へのメンタルケアと育児支援のシステムについて >

本年度は、12月15日に東京大学本郷キャンパス内医学系研究科教育研究棟 大学院セミナー室で九州大学病院子どものこころの診療部主宰で、次の内容の議題で研究連絡会議を進めた。本年度は特に医師の参入をテーマとして、1. 医師を連携のシステムに取り組む、産科スタッフの重要性、2. 母子と家族を長年みる小児科の役割 3. 精神科医師による実践とシステムをバックアップすることについて検討した。

C. 研究結果

< 研究 1 >

1. 調査の進捗状況

2014年2月時点での質問票の回収状況は、同意書は1,799人、妊娠20週で1721人、分娩直後1327人、産後2週間1130人、産後1カ月1382人、産後2カ月1156人、産後3カ月964人であった。産後1カ月以降は現在も回収中である。

2. 産後2週までの解析結果

対象者の平均年齢は34.3歳、就業状況57.9%、そのうち69.2%は常勤職であった。世帯年収は、200万円未満が1.5%、200～500万円未満が20.8%であった。初産婦が55.1%、平均在胎週数は39週2日であった。分娩様式は80.8%が経膣分娩であった。児は男児が51.1%、平均出生体重は3,038.4g、2,500g未満低出生体重児は5.5%、双胎は0.9%であった。

対象者へのサポート状況は、産後数日時に、パートナーからの精神的なサポートの状況は97.7%であった。実母もしくは義母からの精神的なサポートについては94.1%あった。

今回の妊娠前の精神科受診歴は6.4%で、うつ病がもっとも多く、次いで不安障害、摂食障害、躁うつ病であった。妊娠前に受診をやめて、以後受診していないが83.3%、妊娠中も継続して受診した者が12.6%、妊娠後に受診を再開した者2.6%であった。なお、今回の妊娠中に新たな精神的な問題が生じて受診をした者は0.5%であった。

メンタルヘルスのハイリスク者の頻度
EPDSの9点以上の者は、妊娠20週時：10.3%、産後直後：13.2%、産後2週時：17.5%であった。WHO-5が12点以下だった者は、同様に12.0%、12.9%、26.5%であった。

初産・経産婦別のEPDSのハイリスク者の割合は、初産婦では妊娠20週で10.0%、産後数日で16.9%、産後2週で24.7%であった。経産婦では、妊娠20週が8.6%、産後数日が8.5%、産後2週が7.7%であった。

初産・経産婦別のWHO-5のハイリスク者の割合は、初産婦では妊娠20週が11.6%、産後数日で15.7%、産後2週で30.5%であった。経産婦では、妊娠20週が11.6%、産後数日が9.3%、産後2週が20.7%であった。

産後2週時の育児ストレスと判定された者は2.0%であった。

初産婦と経産婦を分けて WHO-5 の平均得点の推移では、妊娠 20 週時には初産婦と経産婦差はなかったが、産後数日になると、5 項目すべてで経産婦の平均得点が高くなり、産後 2 週には、経産婦の得点の低下に比べ、初産婦の得点の低下する幅がすべての項目で大きいことが示された。

EPDS を用いた感度分析(妊娠 20 週時-産後数日時)では、感度は 30.0%、特異度は 93.7%、陽性的中率 (PPV) は 41.7%、陰性的中率 (NPV) は 90.0%であった。陽性尤度比 (PLR) は 4.8、陰性尤度比 (NLR) は 0.7 であった。

妊娠 20 週時-産後 2 週時の感度分析では、感度は 18.5%、特異度は 93.3%、PPV は 36.7%、NPV は 84.5%、PLR は 2.7、NLR は 0.9 であった。

産後数日時-産後 2 週時の感度分析では、感度は 39.5%、特異度は 93.7%、PPV が 57.0%、NPV が 88.0%、PLR が 6.3、NLR が 0.6 であった。

産後 2 週時の虐待傾向は 4.3%であった。そのうち、42 人は初産婦で、初産婦全体の 7%に相当した。

産後 2 週時のネグレクトにつながる質問に「はい」と回答した者は 59.0%であった。初産婦は 75.7%、経産婦は 38.2%が「はい」と回答していた。

身体的虐待につながる質問項目は 0.8%が「はい」と回答しており、その内訳は初産婦が 6 人、経産婦が 3 人であった。

< 研究 2-1 >

EPDS の点数と 2 変量相関解析で有意確率であったのは、仕事の有無、パートナーの有無、妊娠中に夫以外で心を打ち明けて相談できる人の有無、妊娠中に夫以外で身近に手伝ってくれる人の有無、家族としてのまとまりを感じるかどうか、赤ちゃんを抱いた経験の有無、泣いた赤ちゃんをあやした経験の有無、成育歴における主観的被愛体

験の有無、精神科通院をしているか、過去に精神科通院歴があるか、生殖医療の有無、妊娠が分かった時の気持ち、最近 1 年間の転居の有無、最近 1 年間の自分の失職・離職であった。

「夫以外に手伝ってくれる人が身近にいるかどうか」「泣いている赤ちゃんをあやした経験があるかどうか」「精神科通院中であるか」「EPDS スコアがハイスコアかどうか」の因子がモデル方程式に含まれた。「精神科通院中であるか」「EPDS スコアがハイスコアかどうか」は相関を示した

< 研究 2-2 >

EPDS の点数カテゴリと 2 変量相関解析で有意となったのは、過期産、分娩方法、分娩手技、無痛分娩、陣痛促進剤の使用、分娩の満足度、児の NICU 管理、乳房トラブル、母乳栄養かどうか、直接母乳かどうか、尿漏れ、会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み、痔または脱肛、妊娠前に精神科通院歴あり、妊娠中に精神科通院あり、パートナーの精神的サポート、パートナーの家事・育児の手伝い、実母または義母の精神的サポート、実母または義母の家事・育児のサポート、家族としてのまとまりであった。

生後 4、5 日後の EPDS スコアがカットオフ値を超えるかどうかは「分娩の満足度」「母乳栄養かどうか」「尿漏れ」「会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み」「妊娠前の精神科通院歴」「実母または義母の誠意心的サポートの有無」「生後 4、5 日後の EPDS スコアがカットオフ値を超えるかどうか」の因子がモデル方程式に含まれた。

< 研究 3 >

検討から以下のことが重要であることが明らかとなった。

妊婦にいち早くかかわる立場にある産科スタッフが妊娠中から関わること

低出生体重児や疾患を持つ子どもについては、小児科スタッフが子どもの診療に際して母親のメンタル面にも留意すること

母親のメンタルヘルスの水準が精神科診断閾値にまで到達し重症の場合は、精神科スタッフとの診療連携が必要

スタッフとは保健師や助産師などコ・メディカルと保健福祉行政機関のみではなく、医師もメンタルケアと育児支援のチームの一員となることが包括的なチーム形成に不可欠である

今後（コミュニティ）をベースとしたチームであることは変わらないので、そのためには一つのケースを地域の多職種、多機関で共有して蓄積し、有機的で実質的な連携を築き上げること

その蓄積を記録に残し、まとめ育児支援の在り方について提言していくこと

D. 考察

調査の進捗状況は2014年2月の時点では産後2週までの3回の調査データの収集が終了している。実際にベースライン調査に参加した1,721人をもとに考えると、80.3%が継続をしていることから、本研究は当初の計画に沿って順調に進んでいると判断できる。

これまでの妊産婦のメンタルヘルスに関する先行研究では一時点のデータで質の高い研究デザインはあるものの、妊娠期から産後3か月にわたるpopulation-basedな縦断研究は見当たらない。本研究で収集しているデータは、わが国の妊産婦において、メンタルヘルスの不調を訴えやすくなる時期の特定や、メンタルヘルスの状態の推移などを適切に把握する上で有用なものと考えられる。

メンタルヘルス不調の妊産婦の頻度（EPDS 9点以上）は、妊娠期から産後2週にかけて、10.3%、13.2%、17.5%と増えていることが示された。健やか親子21

の第一回中間評価時の、産後うつ病の発生率は12.8%（10,759人の産婦）であり、最短で生後20日、最長で120日ごろの実態と報告されている。本研究では、産後数日と産後2週でEPDS陽性者の割合が初産婦で多く、測定時期や初産婦と経産婦の割合によって、対象集団の陽性者の頻度が変化する可能性が示唆された。今後、産後うつの実態把握、年次比較をする際には、EPDSの測定時期を揃えるなどの配慮が必要であると考えられる。

初産婦に対しては入院中の介入以外に、ハイリスク者割合が高くなる産後2週で専門職による何らかの介入が要請される。ただし、初産婦では産後3か月には妊娠20週時点よりハイリスク者割合が減少している。産後2週で高まった精神的問題を自ら乗り越えた結果であるのかは不明であるが、「困難を経験する」こと自体に意味があるとするれば、専門職の介入との関連が十分吟味される必要がある。

本研究にて示された、EPDS陽性者の頻度が初産婦で高く、初産婦であるかどうか、が産後うつの大きなリスク要因になっていることを示している。経産婦は、自身の出産経験から産後の復古に関する身体変化、児の啼泣など生活リズムについて予測可能であり、対処方法も経験から学習していることがこのような差異となったと考えられる。妊娠期には経産婦と大きな違いがないことから、初めての育児や産後の体調や生活の変化に対する戸惑いが、初産婦のメンタルヘルスに大きな影響を与えていると推察される。

WHO-5の項目別に、平均得点の推移を見ても、産後2週にかけて睡眠・休養に関する項目が精神的健康度の低下に強く影響を及ぼしていることがうかがわれ、特に産後2週時の初産婦で顕著であった。産後は、新生児に対する夜中の頻回の授乳やおむつの交換などで、産婦はまとまった時間

でぐっすり睡眠をとることが難しくなる。こうしたことから、産後しばらくの間に、いかに産婦が睡眠や休養を適度にとれるようになるか、ということが、産後うつなどをはじめとする精神的健康度の大幅な低下の予防につながる可能性があると考えられる。

産後うつは妊娠 20 週や産後数日の EPDS の結果から、産後 2 週時の EPDS の陽性者を予測するためにおこなった感度分析の結果では、いずれも感度や特異度、PLR、NLR といったスクリーニングの精度を評価する指標の数値は極めて低いものに留まった。本研究の結果からは、妊娠期や産褥入院中の EPDS の結果だけでは、産後 2 週時の EPDS を予測できないことが示された。

本研究で使用した虐待のリスクアセスメントは、本来、対面で実施すべき項目も含まれているが、研究デザインのために自記式で回答を得た。産後 3 か月時に徳永の虐待のリスクアセスメントツール『一般家庭調査』も用いているため、これらの項目からリスク要因の探索をおこなっていく予定である。

産後 2 週間の抑うつ状態を予測する因子として、「妊娠中に夫以外で身近に手伝ってくれる人がいるか」、「これまでに泣いている赤ちゃんをあやしたことがあるか」、「妊娠中の精神科通院歴」、「妊娠 20 週頃の時点で抑うつ状態かどうか」が重要であることが示唆された。

「妊娠中に夫以外で身近に手伝ってくれる人がいるかどうか」は実母のサポートの重要性が大きく影響していると予想される。「これまでに泣いている赤ちゃんをあやした経験の因子」は出産後に泣いている児に接する育児ストレスを軽減させる可能性を示唆する。児が泣くということは、母親にとって大きな精神的負荷となりうる。産前の母親教室での妊婦指導で、泣いている赤ちゃんをあやす指導をすることの有用な可

能性があると考えられる。「妊娠中の精神科の通院歴」が判明した場合は産後の精神的な問題を発症するハイリスク者として、注意して対応していく必要があると考えられる。

妊娠 20 週頃の EPDS がカットオフ値（9 点）以上かどうかの因子がモデル方程式に含まれたことは、妊娠 20 週頃の EPDS スコアが産後 2 週後の EPDS スコアを予測するうえで重要であることを示唆する。妊娠中の抑うつ状態に加え、今回のモデル方程式に含まれた因子のような母親の持つ様々な心理社会的問題などが、産後の抑うつ状態につながると考えられる。また、この因子がモデル方程式に含まれたことより、産後のメンタルヘルス不良の母親を予測するために、妊娠中から EPDS を実施し妊婦ケアに結果を生かすことの有用であると考えられる。必ずしも EPDS でなくても、

なお、妊娠中の精神科通院歴と妊娠 20 週頃の EPDS がカットオフ値以上かどうかについて相関があることから、多重共線性を有すると考えられる。精神科通院中の妊婦は抑うつ状態にある者が多いと予想されるが、妊娠中に EPDS スコアが高くても精神状態が悪くても精神科通院歴がない妊婦は多数存在すると考えられ、今回、産後 2 週間後の EPDS カットオフ値以上を予測するモデル方程式には両方の因子を残すこととした。

以上のことから、妊娠中に「夫以外に手伝ってくれる人が身近にいるかどうか」「泣いている赤ちゃんをあやした経験があるかどうか」「精神科通院中であるか」「EPDS スコアがハイスコアかどうか」をチェックすることが、産後 2 週の母親の抑うつ状態を予測するうえで、非常に重要であるといえる。

産後 2 週間の抑うつ状態を予測する因子として、産後分娩施設でまだ入院中である産後 4、5 日においては、「分娩の満足度」

「母乳栄養かどうか」「尿漏れ」「会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み」「妊娠前の精神科通院歴」「実母または義母の精神的サポートの有無」「生後4、5日後のEPDSスコアがカットオフ値を超えるかどうか」が重要であった。

「分娩の満足度」が後の精神状態に影響することを示唆する一方で、精神状態が悪くなってきている妊婦は、ネガティブな感情が優位に立ちやすいかもしれない。しかし、出産に対して不満を持っていることを感じた際には、のちの精神状態の悪化のハイリスクと考えて対応するのが良いと考えられる。

「母乳栄養かどうか」は、母親の心身の不調が関係しているケースが多いことを示唆する。向精神薬を飲んでいて母乳を与えることやめる母親も多い。また、身体的に不調だったりして、児に十分に母乳を与えられないこともありうる。「母乳を挙げられない」背景はいろいろであるが、母乳を挙げれば母の精神状態が良くなると解釈するのは危険であろう。母乳を挙げられないことが母親の心身の不調のサインになりうることを解釈すべきと考える。

「尿漏れ」「会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み」は後の精神的な不調につながることを示唆する。持続する痛みは精神的な苦痛となりやすい。出産後の下半身のトラブルは本人から語られないことも多く、産科スタッフな、本人が言えずに悩んでいるか気を付け、もし本人が困っているようであれば、本人の苦痛に耳を傾け、積極的にケアしていく必要性が示唆される。

「妊娠前の精神科通院歴」は産後も精神的な不調をきたしやすいとして注意深くケアする必要性を示唆する。精神的に不調であれば産後ケアの中でフォローアップしていったほうが良い。

「実母または義母の精神的サポートの有無」は母親の心理的な安定に大きく影響す

る。実母や義母が遠方にいたり関係が悪かったりして産後手伝ってくれることを期待できない母親については、メンタルヘルスのハイリスク者として注意すべきと考えられる。

「生後4、5日後のEPDSスコアがカットオフ値を超えるかどうか」をのちの産後ケアに生かすことが、母親のメンタルヘルスサポートに有用である。しかし、この時期はマタニティーブルーズの好発時期であり、マタニティーブルーズの症状を呈した母親の多くは1週間ほどで自然軽快する。しかし、本研究の結果よりこの時期マタニティーブルーズの症状を含め、抑うつ状態を呈した母親は、マタニティーブルーズの時期が過ぎた産後2週間の時点で抑うつ状態を呈するハイリスク者としてケアしていく必要性を示唆する。また、この時期にEPDSなどメンタルヘルスのスクリーニングを実施し母親のメンタルヘルスを把握しておくことは有用であると考えられる。

分娩後4、5日は退院前に、産科スタッフがいろいろなケアや指導をできる時期である。この時期に、分娩に対してよい感情を持っていない、母乳栄養を与えられていない、産後の下半身のトラブルがある、妊娠前から精神科に通院している、抑うつ状態である母親については、産後2週で抑うつ状態になる褥婦は注意深いフォローアップの必要性を示唆する。

早期虐待防止の観点から、3つの質問票（育児背景を把握するための質問票：育児支援チェックリスト、母親のうつ病を評価するスクリーニングとしての質問票：産後うつ病質問票、母親の乳児への感情や育児態度を評価する筆問表：赤ちゃんへの気持ち質問票）のうちもっとも直接関連がある赤ちゃんへの気持ち質問票の知見と今後の使い方について検討した。愛着の問題を根底に考えると、産後うつ病質問票とは別個に赤ちゃんへの気持ち質問票の得点

に注目することが必要であり、その質問票については他国でも翻訳され使用されているが区分点も諸外国と一致して2点以上を要注意としてみなすことができることが明らかとなった。

関連する三つの研究班(久保班、立花班、竹原班)の結果を統合し、また協議会など地域の代表が集まって、研究結果を持ち寄るとともに、施策について検討する手法(Community Participatory Approach)により、研究成果が地域に活かされ、地域の悉皆率が飛躍的に高まることで研究の質も高まるという相乗効果が得られた。

出生後二週は妊産婦のメンタルヘルスにとって大変重要な時期であり、この時期の産褥健診を制度化する必要性が示唆された。特に初妊婦は支援が少なかったり経験値が少ないことが考えられ、特別な配慮が必要であることが考えられた。

世田谷区においては、睡眠に関連したスクリーニングによって、リスクの高い妊産婦が発見できる可能性が示唆され、精神科を持つ医療施設、保健所、精神科開業医、児童相談所、小児科医などと連携をすることで、より大きな事象を防ぐ可能性が示唆された。

パートナーのメンタルヘルスも大きな関与要因であるので職場衛生という観点も重要である可能性もある。

特定妊婦を利用しやすくするために、リスクをある程度量的に示すツールと使い方や自治体が参加して協議会方式を行うことの有効性も示唆された。

E. 結論

妊娠期から産後2週にかけて初産婦において、EPDS陽性者の割合が10.0%から24.7%へと、約2.5倍に増えることが示された。一方、経産婦における、EPDSの陽性者の割合には時期による変化は認められなかった。初産婦はEPDS、WHO-5共に産後2週でハイ

リスク者割合が高く、何らかの対策が必要と考えられる。経産婦ではEPDSハイリスク者割合は妊産褥期を通じて10%以下で推移していたが、WHO-5では産後2週で20.8%という結果であった。

妊娠中に「夫以外に手伝ってくれる人が身近にいるかどうか」「泣いている赤ちゃんをあやした経験があるかどうか」「精神科通院中であるか」「EPDSスコアがハイスコアかどうか」をチェックすることが、産後2週の母親の抑うつ状態を予測するうえで、非常に重要である。

分娩4、5日後に、「分娩に対してよい感情を持っていない」、「母乳栄養を与えられていない」、「産後の下半身のトラブルがある」の母親は、産後2週で抑うつ状態になりやすい。このように、産後家庭に戻ってから抑うつ状態になるハイリスクの母親には産後早期から注意深いケアが望まれる。

出産後2週の時点でのメンタルヘルスのハイリスクが高頻度であることから、産褥健診を制度化することが有効な手段となる。

学会や医師会をはじめ各種機関が母親のメンタルヘルスの管理に保健師や助産師などコ・メディカルのみスタッフと保健福祉行政機関のみの構成ではなく、産科あるいは小児科医もチームの一員となることの教育啓蒙を行っていくことが重要である。

引用文献・出典

分担研究を参照

F. 研究発表

1. 論文発表 特になし
2. 学会発表

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他