

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

（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

研究最終年度となり、研究班最大の目標であった妊娠中から産後 3 ヶ月までの縦断的メンタルヘルスに關与するデータベースを完成させることができた。これにより、今後の妊産婦のメンタルヘルス研究の基盤が完成しただけではなく、産後 2 週間、1 ヶ月の母体健診の必要性のエビデンスも明らかとなった。

妊娠期から産後における、EPDS 陽性者の割合の推移は、初産婦では、EPDS 陽性者の割合が妊娠 20 週の 9.6% から産後 2 週時には 25.0% にまで増加し、その後産後 3 か月時の 6.1% まで減少した。経産婦では、5.8-8.8% でほぼ横ばいに推移した。EPDS の因子得点の推移は、Anxiety 因子が影響していることが示され、初産婦と経産婦で因子得点の推移のパターンが異なった。このことから、EPDS を使用する際は、対象者の属性や測定時期によって解釈を変え、8/9 点のカットオフ値で判定するだけでなく各因子得点に着目する重要性が明らかになった。

乳幼児虐待についての産前・産後の危険因子は、母親の就労状況・望まない妊娠・家庭内の支援・喫煙、産後の身体の痛み、泣いている赤ちゃんへの対応の経験の乏しさ・とまどいが産前・産後ともに危険因子となった。産前の教育・産後の指導の重要性、発達障害傾向・衝動性の評価・支援法の確立の必要性が示唆された。

産後うつ病をはじめとして出産後の母親の精神面の評価とケアについては、妊娠中から産科がメンタル評価とケアにかかわるべくスクリーニングをすること、低出生体重児の診療や健診を行う小児科が母親のメンタル面のチェックも行うこと、精神症状により必要な場合の精神科医師との連携などの多領域チームの参入が必要である。

新生児訪問を実施している助産師へのインタビュー調査から、助産師によって客観的に観察された母親と育児状況に対して、関連している母親の体験は育児疑似体験や出産時の体験であり、それらを補う体験の場を提供するとともに、身近な人からの支援を中心に、社会的サポート体制を整えるとともに、医療者として専門性を発揮した対応が必要であることが明らかとなった。

我が国における女性と子どもの健康にとって、妊産婦のメンタルヘルスは喫緊の課題であり、本研究班の成果から以下の制度の構築が有効かもしれない。1) 産褥期健診の構築：産褥 2 週間と 4 週間（6 週間）の時点での新生児、産褥婦の身体的精神的課題の健診を行う。2) 特定妊婦制度の運用の開発と推進：本研究班のデータベースからスコアリングシステムを開発し、特定妊婦を抽出し、自治体と連携をとる。3) 分娩施設と行政の連携：妊娠出産を通して、社会的、またはメンタルヘルス上のハイリスクと考えられる場合、自治体と情報が共有でき、個人情報共有の問題を解決できるような制度を構築する。4) 地

域協議会：自治体と地域医師会、分娩施設、精神科医、小児科医が一堂に会し、情報交換をしつつ、地域により患者の受け渡しを容易にする協議会を自治体ごとに行う。5) 母児同時入院施設：メンタルヘルスや社会的なハイリスクの産褥婦と児が入院加療できる施設を医療圏ごとに設定し、金銭的補助を検討する。

研究分担者

森臨太郎（国立成育医療研究センター研究所

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 乳幼児メンタルヘルス診療科医長）

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（公益社団法人日本助産師会 専務理事）

竹原健二（国立成育医療研究センター研究所 政策科学研究部 研究員）

研究協力者

掛江直子（国立成育医療研究センター研究所）

井富由佳（小学館集英社プロダクション）

田山美穂（国立成育医療研究センター研究所）

岡潤子（東邦大学大学院看護学研究科）

須藤茉衣子（津田塾大学大学院）

三木佳代子（助産師）

大田えりか（国立成育医療研究センター研究所）

小泉智恵（国立成育医療研究センター研究所）

中川真理子（国立成育医療研究センターこころの診療部 乳幼児メンタルヘルス診療科）

辻井弘美（国立成育医療研究センターこころの診療部）

山下洋（九州大学病院子どものこころの診療部）

山下春江（九州大学病院看護部）

徳田淳子（九州大学病院総合周産期母子医療センター）

梶原世津（九州大学病院 総合周産期母子医療センター）

山城五月（東京衛生病院）

田村千亜希（公益社団法人日本助産師会）

北目利子（トコ助産所）

渡邊香（公益社団法人日本助産師会）

岡本弘美（公益社団法人日本助産師会）

A. 研究目的

国内外問わず、妊娠期および産後の女性のメンタルヘルスは公衆衛生上、大きな課題となっている。海外のメタアナリシスの結果では、産後うつリスクがある者の割合は、妊娠初期・中期・後期でそれぞれ 7.4%、12.8%、12.0%とされ、産後では 12.8%、厚生労働省報告では 9.0%が同様に産後うつのリスクがあると示されている。こうした産前・産後のメンタルヘルスのスクリーニングツールとして、Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)が最も広く使われており、わが国では、EPDS は全 10 項目の合計得点が 9 点以上を示した対象者を EPDS 陽性(産前・産後うつのリスクあり)と判断する使われ方がもっとも一般的である。わが国では、産後 1 か月時の健診だけでなく、「こんにちは赤ちゃん事業」、「乳幼児訪問」、「3・4 か月の検診時」など、様々な時期に EPDS が用いられている。しかし、こうした様々な測定時期によって、EPDS の得点の傾向や、その関連要因が一定であるのか、もしくは変化がみられるのか、といったことに関する知見は乏しいのが現状である。そこで、分担研究者の竹原は測定時期による EPDS の有病割合や関連要因の影響の大きさの変化を明らかにし、わが国の EPDS のより適切な用法について提言することとした。

厚生労働省の資料によれば児童虐待は 0 歳から学齢前だけで全体の 43.4% (平成 24 年度)であり、虐待による死亡事例の状況を見ると 0 歳児が 43.1%で最も多く、0~2 歳までで 67.2%を占めており、乳幼児の虐

待予防は非常に重要である。分担研究者の立花は児童虐待予防のために「特定妊婦」として注意すべき因子を明らかにすることを目的とし、東京都世田谷区の全分娩施設を対象として行われたコホート調査の結果から乳幼児虐待についての産前・産後の危険因子を考察することとした。

分担研究者の吉田は、妊婦からはじめて、出産後、および育児期間中の女性の精神面の評価の方法を確立し、それに基づくケアを継続的に行い母子と家族の支援をする上での多領域支援チームのあり方を明らかにする。特に、これまでの地域の保健行政機関や病院診療施設の助産師や保健師、行政スタッフに加えて、産科、小児科、精神科医師がチームに参加し、それぞれの専門の医師の役割分担と、診療連携のあり方を明らかにすることを目的とした。

出産後の入院期間の短縮化と、出産年齢の高齢化、核家族化など、産後の母児を取り巻く環境は変化している。母親に対する直接的な調査は行われている一方で、母親に接する助産師を対象とした研究報告は少ない。母親による自己評価とともに客観的視点も大切である。母親を対象とする専門職である助産師によるメンタルヘルスの評価を明らかにすることで、母親と、支援を行う助産師との両方向からの視点を合わせるにより、効果的かつ望ましい支援のあり方を構築することが可能となる。分担研究者の葛西は、質問紙による母親への調査に対し、新生児訪問を実施している助産師が産後一か月以内の母親のメンタルヘルス状況をどのように受けとめているかを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

本研究は縦断的データベースの構築と各分担者からの研究から構成されているため、研究方法と結果については独立して総括する。詳細は各分担報告書を参考にされたい。

<研究1> 妊産褥婦のメンタルヘルスを中心とした縦断的データベースの構築に関する研究

世田谷区内の全ての分娩施設で出産した本研究に同意を頂けた妊婦を対象に、妊娠中期、出産直後、2週間後、1ヶ月後、2ヶ月後、3か月後の計6回のアンケートを行った。スケジュールは図1に、アンケート項目は図2に示した。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、すべて質問票形式で収集された。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。このデータセット構築に関する詳細な研究方法や倫理的配慮、昨年度末の時点での経過報告については、昨年度の本研究班の研究報告書に記載されており、(独)国立成育医療研究センター倫理委員会による承認を得ておこなわれたものである(No. 627)。

図1

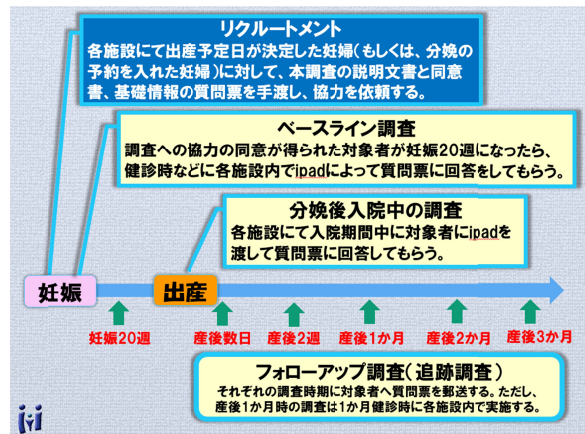


図2

| 各時期のアンケート項目 | | | | | | |
|--|------|------|--------|-----|-----|-----|
| 検査項目 | 妊娠中期 | 分娩直後 | 退院後1週間 | 1か月 | 2か月 | 3か月 |
| 日本版エプソバ行産後うつ病自己評価表 (EPDS): 10項目 | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 (FARS) 変法(自記式): 12項目 | ● | | | | | |
| WHO-5精神的健康状態表: 5項目 | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| Child maltreatment: 一般家庭調査(徳永)の質問票: 17項目 | | | | | | ● |
| 赤ちゃんへの気持ち質問票: 10項目 | | ● | ● | ● | ● | ● |
| 育児支援チェックリスト: 9項目 | | ● | ● | ● | ● | ● |
| 育児ストレスインテグレーションフォーム(PSI): 19項目 | | ● | ● | ● | ● | ● |
| <質問項目数> | 27 | 53 | 53 | 53 | 53 | 70 |
| 社会的・身体的因子、妊娠の問題: 若年、経済的問題、多胎、心身の不調 | ● | | | | | |
| 分娩の状況: 20項目 | | ● | | | | |
| 社会的・身体的問題: 育児支援状況、夫の協力、育児休暇の取得の有無、排尿困難(尿感)、尿失禁、会陰痛、痔(脱肛): 20項目 | | ● | ● | ● | ● | ● |
| <質問項目数> | 21 | 40 | 2 | 9 | 4 | 8 |

< 研究 2 > 妊産婦を対象とした妊娠期から産後 3 か月までの縦断研究のデータセットを用いた研究

本研究班のデータベースを用いて、妊娠期から産後における、初産・経産婦別の EPDS 陽性者の割合とその推移、EPDS の因子得点の推移、EPDS に対する関連要因の影響の大きさの推移を推計した。

産後 3 か月時の EPDS、WHO-5、ボンディング、育児ストレスショートフォーム、虐待尺度のうち、どれか 1 つ以上の尺度でカットオフ値または 90 パーセントイル以上である人をハイリスク群、全ての尺度でカットオフ値または 90 パーセントイル未満である人をローリスク群とシアウトカムとした。独立変数は妊娠 20 週、産後数日、2 週時調査としての分析は時期ごとに行った。妊娠 20 週時変数：EPDS、WHO 幸福感尺度（WHO-5）、広汎性発達障害尺度（PARS）、多胎、就労、配偶者の有無、夫以外のサポート、赤ちゃんとの接触経験、自身の被虐待経験、現在症、妊娠を望んでいたか、については、それぞれ単項目のダミー変数として扱った。その他に、夫の精神的支え、夫の家事手伝い、妊娠が分かった時の気持ち、世帯収入、学歴、飲酒、喫煙、ギャンブルの頻度を扱った。産後数日時変数：分娩方法（経膈か帝王切開か）、里帰り出産、児の栄養（母乳か否か）、身体症状の有無、母体・児の搬送や入院の有無、分娩の感想、サポート、家族関係、EPDS とした。産後 2 週時変数：EPDS、WHO-5、ボンディング尺度、育児ストレスショートフォーム、身体症状、児の栄養とした。データを初産婦、経産婦でわけ、それぞれに対して、各調査時期の独立変数のうち、どの変数がハイリスク群、ローリスク群を分けるのかについて、判別分析（独立変数はステップワイズ投入法）を用いて、2 群を判別する変数を検討した。

< 研究 3 > 乳幼児虐待・養育不全についての産前・産後における危険因子についての研究

妊娠中期の産後 3 か月後に実施された質問票に、児童虐待についての質問項目（徳永ら、2000 年）を用いた。児童虐待についての質問項目のカットオフ値をもとに虐待ハイリスク群とそうでない群に分けた。これらの分類と、妊娠期の心理社会的因子・エジンバラ産後うつ病評価尺度の関係について二変量解析を行った。p<0.1 の項目を独立変数として、虐待ハイリスク群の分類を従属変数としてロジスティック回帰分析を行い、妊娠期における児童虐待の危険因子を求めた。分析方法は二変量解析、多変量解析で選択された独立変数を独立変数に、虐待傾向のカットオフ値で分けられた 2 群を従属変数に、ロジスティック回帰分析を行い、産前の虐待傾向のリスク因子を求めることとした。

< 研究 4 > 妊婦からはじめる精神面の評価とケアとその後の継続支援体制、多領域支援チームへの産科、小児科、精神科医師の参加と診療連携に関する研究

産科医師からは、精神科との医療連携のあり方の検討について日本産科医会の活動報告、小児科医師からは日常の健診業務で可能な精神面支援の方法と結果、精神科医師からは、地域のクリニックで可能な産科医師と行う妊産婦の診療連携について、保健福祉行政からは、妊娠中から始める医師を含めた新たな多領域支援を普及させるための教育が必要との観点から、その研修方法のあり方について報告を行い、それらを結果としてまとめる方法をとった。今年度は東京大学で報告内容を参加した多領域全員で検討した。

< 研究 5 > 母児訪問助産師が捉えた産後早期における初産婦のメンタルヘルスの状況に関する研究

研究対象は助産師で1年以内に「新生児訪問指導」を行っている者とした。研究方法はインタビューで、全員でロールプレイを実施した。

< 研究 6 > 世田谷妊産婦のメンタルヘルスに関する縦断研究の成果に基づいた適切な政策に関する研究

久保班、竹原班および立花班で得られた成果を基に、日本の周産期医療制度の現状を勘案し、理論的に最も適切な政策についての検討を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は国立成育医療研究センター倫理委員会による承認を得ておこなわれたものである(No. 627)。

C. 研究結果

< 研究 1 > 妊産婦のメンタルヘルスを中心とした縦断的データベースの構築に関する研究

図3にデータ回収状況を示した。産後2週間は1,140件と少なかったが、1400件以上の縦断データが集積され、我が国で初めての妊産婦メンタルヘルスに特化したデータベースが構築できた。

図 3

| | 調査全体 | | パースコホート | |
|-------|-------|-------|---------|-------|
| | 回収数 | 追跡率 | 回収数 | 追跡率 |
| 同意書 | 1,775 | 100% | | |
| 妊娠中期 | 1,717 | 96.7% | | |
| 分娩直後 | 1,335 | 75.2% | 1,311 | 100% |
| 産後2週 | 1,140 | 64.2% | 1,108 | 84.5% |
| 産後1か月 | 1,424 | 80.2% | 1,178 | 89.9% |
| 産後2か月 | 1,400 | 78.9% | 1,184 | 90.3% |
| 産後3か月 | 1,406 | 79.2% | 1,180 | 90.0% |

※パースコホートとは、妊娠20週、産後数日の両方に回答した者を分析対象とした設定

< 研究 2 > 妊産婦を対象とした妊娠期から産後3か月までの縦断研究のデータセットを用いた研究

妊娠20週から産後3か月の6時点における、初・経産婦別のEPDS陽性者の割合は、初産婦では、妊娠20週から9.6%、17.0%、25.0%、17.6%、10.0%、6.1%と推移し、産後2週時にかけて顕著なピークがあることが明らかになった。一方、その後は産後3か月にかけて急激に低下し、経産婦とほぼ同水準になった。一方、経産婦では、妊娠20週から、8.8%、8.8%、8.4%、5.8%、7.4%、6.8%となり、5.8%から8.8%の幅でほぼ横ばいとなることが示された。EPDSの因子分析では、初産婦はすべての時点でAnxiety因子の得点がかつても高かった。特に妊娠期の2.00点は、産後1か月の2.08点とほぼ同水準の高さとなっており、妊娠期には不安が高くなりやすいことがうかがわれた。因子得点の経時的推移では、産後2週を頂点にEPDS陽性者の割合が高くなることと同様に、Anxiety因子やDepression因子において、産後2週を頂点とする推移となった。Inability to cope因子やAnhedonia因子においては、産後2週だけでなく、産後1か月時もほぼ同水準で高い因子得点となることが示された。Self-harm因子は0.04点前後の低い値で横ばいとなった。妊娠前に精神科既往歴がある者のEPDSは精神科既往歴がない者と比べて、妊娠20週時では3.75(95%CI:2.33-6.05)、産後数日では1.77(95%CI:1.06-2.94)、産後2か月時が2.78(95%CI:1.53-5.07)、産後3か月時が4.02(95%CI:2.12-7.63)と、この4時点で有意に高くなることが示された。妊娠20週時にEPDS陽性だった者は、陰性だった者に対して、産後のすべての時点のオッズ比が有意に高くなり、3.85-7.24倍と、いずれの時点でももっとも高いオッズ比が算出された。産後3か月時のメンタルヘルスハイリスクと関連する妊娠中期の因子は、初産婦で

は、明るく、楽しい気分で過ごしていなかった、はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた、大勢の会話では誰が誰に話しかけているかがわからないことがある、夫以外に妊娠出産育児で心を打ち明けて相談できる人なし、現在、精神的な問題で通院あり、抑揚の乏しい不自然な話し方をすることが関連し、これらの項目の判別率は72.9%であった。経産婦では、悲しくなったり、惨めになったりした、年齢相応の友達関係がない、抑揚の乏しい不自然な話し方をすることが、家族としてのまとまりを感じない、はっきりした理由もないのに恐怖に襲われたが関連し、判別率は69.9%であった。

産後3か月時のメンタルヘルスハイリスクと関連する産後数日の心身社会的変数は、初産婦では、はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた、日常生活の中に興味あることがなかった、妊娠前の精神科受診歴がある、夫から精神的な支えがないが関連し、判別率は68.0%であった。経産婦では、明るく、楽しい気分で過ごしていなかった、はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた、胸のしこり、痛み、乳腺炎があった、日常生活の中に興味あることがなかった、分娩に対する不満が強いが関連し、判別率は68.8%であった。

産後3か月時のメンタルヘルスハイリスクと関連する産後2週時の心身社会的変数は、初産婦では、私は子どもを産んでから、やりたいことがほとんどできていないと感じる、悲しくなったり、惨めになったりした、赤ちゃんをととも身近に感じない、母乳の出が悪い、私は孤独で友達がいなくて感じている、私の子どもは、他の子どもよりも手がかかるようだが関連し、判別率は78.5%であった。経産婦では、私は物事をうまく扱えないと感じることが多い、日常生活の中に興味あることがなかった、私の子どもは、小さなことに腹を立てやすい、私は子どもを産んでから、やりたいことが

ほとんどできていないと感じる、赤ちゃんを身近に感じない、私は孤独で友達がいなくて感じているが関連し、判別率は73.3%であった。

<研究3> 乳幼児虐待・養育不全についての産前・産後における危険因子についての研究

産前の虐待の危険因子は、就労形態、パートナーの家事手伝いがない、赤ちゃんをあやした経験が乏しい、喫煙、ASRSであり、産後の虐待の危険因子は会陰部の痛み、パートナーの家事・手伝いがない、赤ちゃんがなぜ泣いているのかわからない、赤ちゃんの気持ち「愛情の欠如」、EPDS、腰痛、ASRSであった。

<研究4> 妊婦からはじめる精神面の評価とケアとその後の継続支援体制、多領域支援チームへの産科、小児科、精神科医師の参加と診療連携に関する研究

医師の参入は地域の助産師・保健師などのコメディカルと保健福祉行政スタッフが共有していた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）を共有できることが明らかになった。産科医師は助産師とともに3つの質問票を用いて妊婦の診察に活用し、特定妊婦のスクリーニングとしても利用できる。小児科医師は子どもの診療に際して母親のメンタル面にも留意する。小児科外来は、母子が自発的、定期的、継続的に来院するため、長期にわたり母子両者および相互関係の経過観察が可能であり、重要な子育て支援の場であることが意義として確認された。精神科医師は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、育児や家事

などの日常生活機能への障害が明らかである重症の場合は診療連携が必要となる。地域の保健福祉スタッフとの連携の中で、精神科医師による連携と治療の対象となる妊産婦は、精神科既往歴がある、あるいは精神科へ通院している場合、母親に病識がなく、サポートをもとめず、家族の協力や理解が得られない場合であった。

< 研究 5 > 母児訪問助産師が捉えた産後早期における初産婦のメンタルヘルスの状況に関する研究

助産師が訪問によって産後一カ月以内の初産婦のメンタルヘルス状況や育児状況をどのようにとらえているかについては、助産師が客観的に観察した【母親の状況】【児と育児の状況】、その状況の関連として【体験】【支援】という4つのカテゴリーに分類された。

【母親の状況】については< 表出 > < 生活行動 > < 住状況 > < 産後の身体回復 > < 個人特性 > < 考えていたことと実際とのギャップ > < コーピング > < 経済状況 > 8つのサブカテゴリーに、【児と育児状況】については、< 児の状況 > < 育児状況 > < 母乳 > の3つのサブカテゴリーに、【体験】では< 育児疑似体験 > < 成育歴 > < 仕事 > < 精神的既往 > < 出産時の体験 > < 大切な人の死 > の6つのサブカテゴリーに、【支援】については< パートナー、血縁からの支援 > < 医療者からの支援 > < 関係性と支援 > < 質問 > < 自らの発信 > の5つのサブカテゴリーに分類された。

< 研究 6 > 世田谷妊産婦のメンタルヘルスに関する縦断研究の成果に基づいた適切な政策に関する研究

我が国における妊産婦のメンタルヘルスは、我が国の女性と子どもの健康にとって大きな課題であることがわかった。我が国において妊産婦のメンタルヘルスに関して

は、直接的に支援できる政策として、保健所などが支援に入る「特定妊婦」や、初めて乳幼児を持つ家庭に保健師が訪問、乳幼児医療費助成などの制度がある。ただし、特定妊婦の制度が存在しているのにもかかわらず、有効な利用のされ方がされていない。この理由として、妊産婦の社会的ハイリスクを客観的に算出する方法が欠けていること、ハイリスク妊産婦を最初に見る産科医療との連携が不十分であり、具体的な道筋が作られていないことが考えられる。こういった現状を踏まえると、産褥期、特に出産後二週間前後のタイミングで妊産婦のメンタルヘルスに関するスクリーニングが望ましい。我が国の新生児健診は生後一か月であり、母児の健診を効率よく行うには、先進諸外国のように、母児の社会健診を生後二週間の時点で行い、その後生後1か月半の時期とするほうが適切かもしれない。その後、ハイリスクと考えられる産褥婦に関しては、乳幼児全戸訪問事業へとつなげられるように、分娩施設と保健所との連携が必要である。一方、妊産婦のメンタルヘルスの問題解決には客観的なスコアリングシステムを開発する必要がある。

メンタルヘルスのハイリスクと考えられる妊産婦において、保健所の対応能力は限られており、本研究班で世田谷区と試みたように、自治体（保健所）と地域医師会、地域の分娩施設、地域の精神科医、地域の小児科医が一堂に会し、情報交換をしつつ、地域により患者の受け渡しを容易にする協議会のような存在が有効であるとも考えられる。また、メンタルヘルスのハイリスクである母児が同時に入院でき、乳児のケアも施設の支援を受けながら、母も病状に応じて対応できるような「母児入院施設」が必要である。

さらに、予防策としては、母児の愛着形成を促進するような、積極的で簡易な教育プログラムも構築する必要がある。

我が国の妊産婦の自殺は、妊産婦死亡の統計から漏れている可能性があり、妊産婦のメンタルヘルスが児の成長発達に大きく影響する可能性があることから、喫緊の課題として対応する必要があるとあり、本研究班として具体的な政策として示されるところまでできた。

D. 考察

妊娠中からのハイリスクメンタルヘルスは産後の育児不全、愛着形成障害、虐待、母親の自殺などの種々の問題と関係することとなり、その対応として分娩後2週間ならびに1ヶ月の母親健診の公的補助の有用性が指摘されてきたが確固としたエビデンスはこれまでなかった。これまでの研究が妊娠、産後の横断的評価とEPDSなどの少数の評価項目に限定していたことが推察される。本研究では世田谷区という地域コホートで一つの集団を妊娠中期から分娩後3ヶ月まで縦断的に調査し、しかもメンタルヘルスに関係する「うつ病自己評価(EPDS)」、「自閉症尺度(PARS)」、「WHO-5 精神的健康状態表」、「徳永の child maltreatment スコア」、「赤ちゃんへの気持ち質問票」、「育児支援チェックリスト」、「育児ストレスインデックスフォーム」、「衝動障害質問票(BIS/BAS)」、「注意欠陥・多動障害質問票」などの多数のパラメータで評価した。さらに、社会的・身体因子として妊娠状況・経済状態・支援体制・育児休暇取得・共働きなどの状況と分娩状況、身体的不調、母乳状況など多方面のアンケートを実施した。このようなデータベースはこれまで報告されておらず、このデータベースは今後の妊産婦メンタルヘルス研究に寄与することが期待される。

このデータベースを利用した解析からいくつかの興味深い事実が判明した。使用する評価スコアに関係なく妊婦は約1割が精神的ハイリスクであり、分娩直後にハイリ

スク率は上昇し、産後2週間がそのピークとなる。産後1ヶ月でもまだハイリスク率は高く、妊娠中のハイリスク率となるのは分娩後3ヶ月まで要する。このことは、産後2週間と産後1ヶ月の時点で母親への対応が必要であることを意味し、産後2週間健診・1ヶ月健診の公的補助を支持する我が国初めてのエビデンスといえる。

EPDSでの評価では初産婦と経産婦で前述のハイリスク率は大きく異なり、産後のハイリスク率の上昇は初産婦で顕著であった。さらに、産後3ヶ月の時点でハイリスクとなった褥婦に関係する妊娠中期、分娩直後、産後2週間のリスク因子が抽出され、妊娠中からのメンタルヘルス評価の重要性も明らかとなった。このリスク因子も初産婦と経産婦では異なったことから今後の妊産婦健診では初産婦と経産婦は個別化した対応が必要であることも判明した。

産後3ヶ月のハイリスクを予測するリスク因子は「精神的不安定状態」、「妊娠・育児支援体制不足」、「会陰などの疼痛を含めた身体症状ならびに母乳分泌不全を含めた乳房トラブル」に大別され、今後の妊産婦健診のチェックリストとなる。

EPDSは測定時期や対象集団によって、その得点が変わる可能性は以前から指摘されていたが、具体的研究は行われていなかった。本研究ではEPDSの得点は測定時期によって影響が出る可能性が示唆された。特に、EPDSの陽性者の割合を経年比較、地域差を調べる研究では留意しなければならない。また、EPDSの中でもAnxiety因子の得点が、初産婦・経産婦ともに高くなりやすいことが示された。このことはEPDSを使用する際には、カットオフ値を用いた単純なスクリーニングツールとしてではなく、より多くの観点から評価することで、妊産婦のメンタルヘルスの状態把握をさらに詳細に把握できる一つの方策となろう。

妊娠期の EPDS 陽性と産後の EPDS 陽性に強い関連が認められたことも本研究で得られた重要な知見の一つだと考えられる。わが国では、産後に比べて産前の EPDS の実施は少ない。

本研究は 14 の産科施設で分娩をした女性を対象にしている。この 14 の産科施設には、高次医療機関もあれば、地域のクリニックも含まれている。地域の実態把握をする上では最適な Population だが、解析をしていく上では、施設の方針やそこに集まる妊産婦の特性の差などを考慮する必要がある場合もある。今後は、そうした状況に応じて、マルチレベル解析などの実施をおこなっていくことが課題であると考えられる。

本研究により産前・産後の乳幼児虐待の危険因子が明らかになった。就労状況、赤ちゃんをあやした経験、望まない妊娠、生殖医療の治療歴は、妊娠期の外来の問診票で聴取可能である。また、母親の発達障害傾向や衝動性などについての特有の認知特性が妊娠期において、児童虐待を予測することが明らかになった。特に ADHD 傾向については、産前・産後とも重要な危険因子であることが示唆された。しかし、このような母親の特性を日常的に精神科ケアに従事していないスタッフがアセスメントするのは困難である。今後、このような認知特性へのアセスメント・対応について、母子保健関係者に周知してもらうシステム作りが望まれる。産後の危険因子として、会陰部の痛みや腰痛といった身体の痛みに関係するものが含まれ、乳房管理と共に注意しなければならない。

精神面でのケアや治療を必要とする女性ほど相談や受診をしない。そこで 3 つの質問票を用いたアウトリーチ主体の支援が必要である。精神科医師だけでなく小児科医師、産科医師などが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ことが明らかとなった。

E. 結論

これまで懸案であった母親の産後健診の必要性のエビデンスを我が国で初めて明らかとした。特に、産後 2 週間と 4 週間での母親健診が重要であることが判明した。産後 3 ヶ月時の母親のハイリスクあるいは乳幼児虐待の可能性に関連する産前・産後の危険因子が明らかになったことから、産後 2 週間、4 週間健診で大切なチェックリストが提案できた。また、妊娠中の評価が産後の母親のメンタルヘルスと関連することは、これまでなかった妊婦健診でのメンタルヘルス評価の必要性を証明した。しかし、評価する時期、初産婦・経産婦によってもそのリスク因子が異なることから妊産褥婦健診では個別化した対応が求められる。

一般産後健診で頻用される EPDS は測定時期や集団の特性により陽性者の割合が大きく異なる可能性があり、合計得点だけでなく因子得点など項目別にも評価をすることが肝要であり、妊娠期の EPDS は産後の EPDS と深く関係することから、より効果的な EPDS の使用・評価への道を開いた。出産後のうつ病やボンディング障害をきたす要因は妊娠中からすでに把握できる。ライフサイクルにみられる母子の悪循環の連鎖を断ち切るには、妊娠中からの支援が必要であり、妊婦のストレスを軽減する支援や治療についての具体的な方法の検討と実践が必要となる。

新生児訪問を実施している助産師は、【母親の状況】と【児と育児の状況】を客観的に観察し、その状況の関連として母親の【体験】と【支援】状況について語られた。身近な人からの支援を中心に、社会的サポート体制を整えるとともに、助産師には専門性を発揮した対応が望まれる。

我が国における女性と子どもの健康のため、妊産婦のメンタルヘルスを考慮した以下の政策が可能性として挙げられた。

1) 産褥期健診の構築

産後2週間と4週間（あるいは6週間）の時点での分娩施設を舞台とした産褥婦・新生児の健診制度を構築し、産褥婦の身体的・精神的課題の評価と対応を行う。

2) 特定妊婦制度の運用の開発と推進
本研究班のデータでのリスク因子から特定妊婦を抽出し、自治体と連携をとる。今後ではるが、構築したデータベースを利用して妊娠中・産後の各時期での簡便な抽出ツールを作成することが望まれる。

3) 分娩施設と行政の連携

妊娠出産を通して、社会的またメンタルヘルス上のハイリスクと考えられる場合、自治体と情報が共有できるように、個人情報共有の問題を凌駕できるような制度を構築する。

4) 地域協議会

自治体（保健所、保健師）と地域医師会、分娩施設、精神科医、小児科医が一堂に会し、情報交換をしつつ、地域により患者の受け渡しを容易にする協議会を自治体毎に推進する。

5) 母児同時入院施設

メンタルヘルスや社会的ハイリスクの産褥婦が母児入院加療できる施設を高次医療圏ごとに設定し、診療報酬上の配慮も検討する。

引用文献・出典

分担研究を参照

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

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

なし