

## 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

本研究班は我が国における妊産婦のメンタルヘルスの実態を把握することを目的に東京都世田谷区内の全分娩施設 14 施設の協力を得て、妊娠 20 週から産後 3 か月までの計 6 回のアンケートを行う妊産婦の追跡調査をした。2012 年 11 月に開始、最終的に 1,775 名から参加同意が得られ、最終的に産後 3 か月時のフォローアップ調査には 1,406 名からの回答を得、我が国では極めて特異な縦断的妊産婦のメンタルヘルスに特化したデータベースを確立した。今後、このデータベースを利用したより多くの周産期メンタルヘルス研究が実施されることが期待される。

妊娠期から産後における、EPDS 陽性者ならびに WHO-5 ハイリスク者の割合は妊娠 20 週に比較し分娩直後に上昇し、産後 2 週時にピークとなる。その後低下し、産後 3 か月時には妊娠中のレベルに戻る。特にこの傾向は初産婦に顕著であることから、初産婦の妊産婦管理には注意を要する。これらのことから、産後 2 週間、1 ヶ月時における母親の産褥健診の必要性が明らかとなり、その際には妊婦健診と同様に公的補助が強く望まれる。

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・産後の危険因子は「精神的不安定状態」「妊娠・育児支援体制不足」「身体症状ならびに母乳分泌不全」に大別され、産後 2 週間、4 週間健診で大切なチェック項目が提案できた。これらの危険因子は周産期スタッフの問診や面接で把握可能であり、メンタルヘルス不調や乳幼児虐待のハイリスク者のスクリーニングに活用できる。しかし、危険因子となる認知特性のアセスメント法及び支援法は確立しておらず、それらの開発は今後の課題である。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婦健診では個別化した対応が求められる。

産科施設が捉えた『気になる妊産婦』に対して 専門の医療機関や行政機関との連携、面接や電話訪問などによるフォロー、気にかけるながらの経過観察が行われていたが、対応における医療連携、時間やマンパワーに問題があることが明らかになった。

関連する三つの研究班（当該研究班 = 久保班、「わが国の男性における産後のうつの有病割合と、その予防要因の解明に関する縦断研究」 = 分担研究者の竹原班、「うつ病の妊産婦に対する医療・保健・福祉の連携・協働による支援体制（周産期 G-P ネット）構築の推進に関する研究」 = 分担研究者の立花班）の結果を参考に、日本の実情にあった適切な政策を検討した。以下の制度の構築が有効かもしれない。 メンタルヘルスを念頭においた妊産婦健診の導入：「精神的不安定状態」「妊娠・育児支援体制不足」「身体症状ならびに母乳分泌不全」に注目し、メンタルヘルスを評価、介入する妊産婦健診を薦め

る。特に初産婦はメンタルヘルス障害を合併しやすく、注意深い対応を要する。 産褥期母親健診の新設：産後2週間と4週間（あるいは6週間）の時点で分娩施設での産褥婦・新生児健診制度を構築し、身体的精神的チェックリスクの評価を含む健診を行い、妊婦健診同様の公的補助を検討する。ハイリスク産褥婦には介入、地域を含めた多職種チーム管理を行う。 産褥期における母児同時入院施設の設置と拡充：メンタルヘルスや社会的ハイリスクを有する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、診療報酬上の配慮を検討する。 特定妊婦抽出のスコアツールの開発と制度の運用の推進：本研究班のデータベースを利用してハイリスク妊婦を抽出できる簡便なスコアリングシステムをこれから開発・検証・確立し、積極的な特定妊婦の運用を活性化させる。 分娩施設と他の医療施設との連携を可能とする行政の介入：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であっても、現状では個人情報保護法により自治体との情報共有が妨げられ、分娩施設と精神科施設との連携が困難となっている。したがって、分娩施設、小児科施設で抽出されたハイリスク妊産褥婦の個人情報が他の医療施設と共有できるような制度を構築する。 周産期メンタルヘルス地域協議会の推進：妊産褥婦のメンタルヘルスリスク群に対応するために、本研究で構築したような行政（保健師など）と地域医師会、分娩施設の産科医と助産師・看護師、精神科医、小児科医が一堂に会し、情報交換する協議会を自治体ごとに構築する。さらには、医療だけではなく保健、福祉・教育をも巻き込んだ地域システムを構築する。

#### 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）  
柳川侑子（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）  
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）  
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

本縦断研究の目的は、妊娠期から産後における妊産婦のメンタルヘルスのハイリスク者の割合を把握すること、妊娠中期の妊婦のメンタルヘルスの状態が、産後の

メンタルヘルスのリスクを予測できるか検討すること、妊産婦のメンタルヘルスのリスク因子を探索的に検討すること、妊産婦のメンタルヘルスが子どもへの愛着や養育行動に及ぼす影響を検討すること、の4点であった。

分担研究者の立花は、児童虐待予防の観点から、妊娠期から母子保健関係者が気を付けるべき、産後にメンタルヘルス不調や養育不全を来しやすい母親の心理社会的な危険因子について検証することを目的とした。

分担研究者の吉田は、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、精神科医師が周産期の女性の精神面評価とケア、育児支援チームに参加することを目的に研究した。

分担研究者の葛西は、分娩を取り扱う産科施設において、日頃の臨床業務の中で、メンタルヘルス上『気になる妊産婦（リスクの高い、もしくは高そうな妊産婦）』の有無や、そうした妊産婦への対応、苦慮していることについて、より詳細な実態を把握すること、妊娠期から産後における妊産婦のメンタルヘルスのハイリスク者割合について把握し、ハイリスク得点を示す時期と、初産婦、経産婦の比較から、ハイリスクを引き起こす要因と、助産師としてどのように関わっていくかを明らかにすること、新生児訪問を実施す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て研究を行った。

分担研究者の森は、世田谷区内のすべての分娩施設に協力を得て、各施設にて分娩予約をした妊婦の追跡調査を行っている久保班、分担研究者が派生的に行っている班「わが国の男性における産後のうつの有病割合と、その予防要因の解明に関する縦断研究」=竹原班と「うつ病の妊産褥婦に対

する医療・保健・福祉の連携・協働による支援体制（周産期 G-P ネット）構築の推進に関する研究」=立花班の成果をレビューしたうえで、日本における妊産婦のメンタルヘルスを支援するための適切な政策について検討することを目的とした。

## B. 研究方法

本縦断研究の対象者は東京都世田谷区内で分娩を取り扱っている14の全ての産科施設で分娩を予定し、本研究に同意を得られた妊婦とした。2012年11月末から2013年4月末に妊娠20週以前にリクルートをおこない、妊娠20週時にベースライン調査、その後、産後数日、2週、1か月、2か月、3か月の計5回のフォローアップ調査を含め、全6回のアンケート調査を実施した。データの収集方法は、自記式質問紙およびiPadのアプリケーションへの回答とした。産後2週の検診を実施していない施設の対象者に対しては、研究事務局から対象者に質問票を送付し、郵送により回収した。産後2か月、3か月時の調査は、同様に、事務局と対象者の間で郵送により質問票を送付・回収した。

各時点の質問票には、「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」などのパラメータを盛り込んだ。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。データの質の担保や、対象者の脱落を防ぐことを目的に、本研究で調査協力施設ごとに、調査員が分担をして調査の進捗状況を監督する方法をとった。調査員

はおおよそ 2-3 週に 1 度のペースで各施設を訪問し、各施設のスタッフ(主に産科医、助産師、受付スタッフ)との話し合いや、iPad の中に蓄積された回答データや、自記式質問票の回収をおこない、調査が円滑に進行しているかどうかを定期的に確認した。(調査に使用したアンケート票はまとめて最後に添付した。)

分担研究者の立花は、世田谷区の妊産褥婦のメンタルヘルスについてのコホート調査のデータを用い、産後 2 週後の抑うつ状態を予測する妊娠 20 週頃の妊婦の様々な因子、産後 2 週後の抑うつ状態を予測する産後直後(4, 5 日後)の母親の様々な因子、産後 3 か月の乳幼児虐待傾向・乳幼児虐待を予測する妊娠 20 週頃及び産後の様々な因子について、ロジスティック回帰分析で検証した。

分担研究者の吉田は、国内外で行われてきた周産期メンタルヘルスの評価方法とケアについての知見についての総括を行い、EPDS について妊娠中からの使用について調べ、育児障害をきたすハイリスク要因について検討した。さらに、赤ちゃんへの気持ち質問票の評価を国内外の結果と比較した。妊婦からはじめる精神面の評価・ケアとその後の継続支援を行っている医療機関の産科、精神科、小児科の医師に協力を要請し、多領域協働の中での医師の役割について検討した。

分担研究者の葛西は、世田谷区の産科施設全 14 か所と、区内の産後ケアセンター 1 か所の計 15 か所に対して質問票を送付し、その施設の現状・実態について尋ね、区内の産科施設の関係者などが集まる会議で共有し、その意見をまとめた。都内で新生児訪問を行っている助産師 13 名を対象として、産後早期における妊産婦のメンタルヘルス状況についてインタビュー調査を実施した。

分担研究者の森は、各研究班の成果をレビューし、検討を加えた。

(倫理面への配慮)

研究の実施に先立ち、(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た(No. 627)。また、すべての対象者に対し、文書および口頭にて研究の説明をおこなった上で、研究参加への同意を書面で得た。

### C. 研究結果

2012 年 11 月よりリクルートを開始し、1,775 名から研究参加への同意を取得した。妊娠 20 週時のベースライン調査に参加した対象者は 1,717 名であった。最終的に、産後 3 か月時の質問票には、1,406 名からの回答を得た。これは、ベースライン調査の回答が得られた対象者の 81.9%であった。分析対象 1,311 名のうち、初産婦が 721 名(55.2%)、経産婦が 585 名(44.8%)、分娩歴の無回答 5 名であった。年齢は初産婦が 33.7 歳、経産婦が 35.1 歳であった。就労状況は初産婦では 69.0%が何らかの職に就いており、特に常勤職に就いているものが初産婦の 47.3%を占め、もっとも多かった。経産婦では、就労なし(専業主婦)が 53.2%ともっとも多く、次いで常勤職の 32.2%だった。双胎は併せても 19 名(1.4%)に留まった。今回の妊娠前の精神科既往歴があるものは初産婦で 105 名(14.6%)、経産婦で 55 名(9.5%)であった。在胎週数は初産婦が 39.6 週、経産婦が 39.1 週であった。分娩様式は初産婦では自然分娩が 51.8%、器械分娩が 21.6%、予定および緊急帝王切開が 19.6%であった。無痛分娩は初産婦・経産婦ともにおおよそ 30%であった。

EPDS 陽性者(9 点以上)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。経産婦では、妊娠 20 週から、8.8%、8.8%、8.4%、5.8%、7.4%、6.8% となりほぼ横ばいとなることが示された。EPDS の 10 項目を 5 つの構成概念に分け、推移を調べたところ、初産婦・経産婦ともに Anxiety に関する因子 (EPDS の項目 3-5) の得点がいずれの時点においても、もっとも高かった。妊娠期の EPDS 陽性者における EPDS 陽性オッズ比は 3.85-7.24 倍と、いずれの時点のでももっとも高いオッズ比が算出された。

WHO-5 精神的健康状態表は、5 項目の合計得点が 13 点未満もしくは、全 5 項目のいずれかに、「0 点：まったくない」、「1 点：ほんのたまに」のいずれかの回答がある場合には、大うつ病の調査を実施することが推奨されているスクリーニングツールである。初産婦と経産婦のいずれにおいても、「ぐっすりと休め、気持ちよく目覚めた」という項目の平均得点が産後 2 週と 1 か月時を底として、顕著に低下し、その後、回復していく経過を辿ることが示された。

妊娠 20 週時にパートナーからの Emotional サポートがない場合の EPDS 陽性のオッズ比は 8.16 (95% Confidence Interval(CI): 3.39-19.66) であった。産後数日時の実母・義母からの Emotional サポートがない場合は 2.11 (95% CI: 1.13-3.94)、産後 3 か月時にパートナーからの Emotional サポートがない場合は 2.82 (95% CI: 1.13-7.00) となった。

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」が関連した。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」、「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」、「赤ちゃんをととても身近に感じない」、「母乳の出が悪い」、「私は孤独で友達がいないと感じている」、「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いと感じている」が関連した。

妊娠中期における分娩 2 週後の抑うつ状態の危険因子は、「夫以外に手伝ってくれる人が身近にいない」、「家族としてのまとまりを感じられない」、「初産婦、精神科通

院中」「妊娠中期 20 週頃の時点で抑うつ状態」であった。

分娩直後の分娩 2 週後の抑うつ状態の危険因子は、「母乳栄養でない」「尿漏れ」「妊娠前の精神科通院歴」「生後 4、5 日後に抑うつ状態」であった。

妊娠中期の産後の虐待の危険因子は、「無就労または不規則な就労形態」「パートナーによる家事のサポートが乏しい」「赤ちゃんをあやした経験が乏しい」「喫煙」「AD/HD 傾向」であった。

分娩直後から分娩 2 か月後の産後 3 か月の虐待の危険因子は、「会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み」「腰痛」「パートナーの家事・手伝いが乏しい」「赤ちゃんがなぜ泣いているのかわからない」「赤ちゃんの気持ち質問票で愛情の欠如」「抑うつ状態（EPDS 高得点）」「AD/HD 傾向」であった。

「赤ちゃんへの気持ち質問票」は EPDS と異なり、精神科疾患の外的基準はなく、区分点はない。因子構造は、わが子への親しみの欠如と怒り・拒否の 2 因子が抽出され、海外の報告と同様であった。妊娠から出産後および乳幼児にいたる育児支援には、多領域協働のチーム編成が必要であることが分かった。産科医師は助産師とともに「育児支援チェックリスト」「EPDS」「赤ちゃんへの気持ち質問票」の質問票を工夫すれば用いて妊婦の診察に活用することができた。小児科医師は低出生体重児や小児疾患を抱える子どもの診察に際して母親のメンタル面にも留意し、3 つの質問票で母親の産後うつ病のスクリーニングも行うことができた。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。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、精神科スタッフに連携できる必要があるが、児童・乳幼児精神医学専門ではない地域の精神科医師は、妊産婦や乳児を敬遠する傾向が顕著であった。そこで、地域の医師会に所属する精神科、小児科、産科医師も参加してケースによる検討を継続した結果、精神科医師が重症の産後うつ病および養育機能不全の母親の診療に携わるようになった。

産科施設が自施設を訪れた妊産婦に占める『気になる妊産婦』の割合は 5 % 未満が 4 施設、5 ~ 10 % 未満が 3 施設であった。対応で困っていることとして、精神科に関する専門的な知識がないことや、『気になる妊産婦』に対して相談や連携してケアをできる精神科医および精神科医療施設が乏しいこと、対応したくても時間とマンパワーを割くことができないことが示された。

母児訪問助産師が捉えた産後早期における妊産婦のメンタルヘルス状況では、訪問によって観察された【母親の状況】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分けられ、【児と育児状況】については、<児の状況><育児状況><母乳>の 3 つに分類された。母親のメンタルヘルス状況と育児状況に関連する【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 つに、母児に対する【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。

妊娠期や産後数日時の EPDS のスコアでは、産後 2 週時の EPDS の判定を十分には予測できないことが示され、いかに産後のメンタルヘルス不調者を早期発見していくか、ということが今後の解析を進めるうえでの課題であることが明らかになった。一

方で、産後のメンタルヘルス不調の一員に、産婦の休養・睡眠が大きく影響していることが示唆され、予防介入のプログラムを検討する上で、有用な根拠となりえる可能性が認められた。年四回ほど開かれた協議会で、世田谷区内のすべての分娩医療施設から代表者、世田谷区および保健所、区内で開業している精神科医が出席し、世田谷区医師会の協力を得て小児科医や児童相談所関係者も出席して、区内における支援体制について検討した。睡眠が大きく影響している可能性という久保班の成果や、それに基づくスクリーニング方法、妊産婦のメンタルヘルスのリスクアセスメント、さらに保健所と分娩医療施設がそれぞれに行う、産褥健診や、こんにちは赤ちゃん事業と連携を取る手法、特定妊婦制度の効果的な利用法など、多岐にわたる地域における支援策に関して、ワーキンググループを設けて、話し合いを行った。また、協議会により育児困難のハイリスクの母親を支援するネットワークを構築し要保護児童対策地域協議会の機能強化に結び付けるための試みを行っている。さらにメンタルヘルス不調の母親のサポートのための多職種連携マニュアルを作成した。

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る。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、社会的にハイリスクと考えられる妊産婦に対して、保健所などが支援に入る「特定妊婦」という政策や、初めて乳幼児を持つ家庭に保健師が訪問し、家庭のニーズを見極める政策がある。また、乳幼児医療費助成など、乳幼児の医療的課題に関して各自治体を中心に医療費補助の制度がある。ただし、特定妊婦の制度は、多くの自治体で申請されておらず、制度が存在しているにもかかわらず、有効な利用のされ方がされていない。

この一つの理由に、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が挙げられる。さらに、特定妊婦ではこういったハイリスク妊産婦を最初に見る産科医療との連携は不十分であり、具体的な道筋が作られていないとともに、社会的ハイリスクとは言えないものの、少しの支援で母児関係が正常化しよい関係が築けるような場合への支援が難しい形になっている。また、乳幼児全戸訪問事業では、実際に訪問されているのは4か月を超える時期となっており、また焦点は乳幼児に当てられており、自治体による工夫はされているものの、妊産婦のメンタルヘルスを中心とする課題を直接的に解決する方策とはなっていない。こういった現状を踏まえると、産褥期、特に出産後2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存在していることが望ましい。行政機関においては、出産後2週間を把握することは難しく、我が国の母子保健制度を考えると、この産褥期健診は、産科医療機関で行うことが望ましいと考えられる。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2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。一方で、初産婦と経産婦でEPDSの経時変化が異なり、また、かなり経時変化に個別のパターンが存在していることから、出産後2週間とともに、生後6週間（一か月半）の時点でも、産褥婦のメンタルヘルスに関するスクリーニングを行うことも一考である。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は、妊娠中を通して発見されることも多く、特定妊婦の特定のための客観的なスコアリングシステムを開発する必要が

あり、こういった場合は、全国一律に特定妊婦としての制度を活用するよう、働きかけが必要である。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、こういったメンタルヘルスのハイリスクである母児が、時に入院加療を必要とする場合があり、出産間もない時期に、母のメンタルヘルス支援のために、母児が同時の入院でき、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。

#### D. 考察

本研究は約2年という比較的短い期間で、研究計画立案、倫理委員会の承認、参加協力施設への協力依頼、データの収集、データセットの構築といった作業をおこなった。先行研究でみられるような、健診時のみのデータ収集ではなく、妊娠期から産後にかけての妊産婦のメンタルヘルスの実態を把握するためにデータ収集をおこなうことができた。短期間で確立されたデータベースであるために十分な解析、検討がなされていない。しかし、この妊産婦メンタルヘルスの縦断的データベースは稀有、特異なものであることから、このデータベースを用いて、わが国の妊産婦のメンタルヘルスの研究が実施されれば、具体的な予防方法などの極めて大切な政策提言につなげていくことが期待される。

現時点で明らかになったことの一つは、妊産婦のメンタルヘルスは時期によって大きく異なり、特に初産婦では産後2週時にEPDS陽性者が25%と顕著なピークがあることが認められた。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。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。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。

また、EPDSを構成する因子の得点の推移を見てみても、そのトレンドが異なることも示されたことから、EPDSで収集された複数のデータを比較・検討する際には、調査が実施された時期を無視することはできない。本来、対面式で使われることが望ましいEPDSは臨床や公衆衛生の現場でも自記式質問票で用いられる機会が少ないのが現状である。こうした自記式EPDS



の評価方法はカットオフ値（8/9点）のみが多いが、本研究で示したように、EPDSはその構成概念ごと、国際的にはすでに実施されているように項目ごとの評価・検討を試みることで、対象者のメンタルヘルスの状況をより詳しく把握できるものと思われる。

妊娠期におけるEPDSの実施が有用である可能性が示されたことも、本研究の成果だと考えられる。産後のEPDSとの強い関連（調整後オッズ比）が示された。これまでも、妊娠前の精神科既往歴は、産後うつ病のリスク因子として広く知られ常に注目されてきた。妊娠期のEPDSもそうした調整変数や背景因子として重要な位置付けになる可能性が示されたと言える。

但し、この研究が東京都世田谷区という都会で実施されたものであるため、この成果が日本全国で均てん化できるとはいえない。本研究と同一プロトコールで分担研究者の竹原が愛知県西尾市で展開している。西尾市は都会とは対極的な田舎であり、この結果と本研究の成果とを比較検討することでさらなる妊産褥婦のメンタルヘルス健診が構築できると考えている。

メンタルヘルス不調や養育不全・乳幼児虐待のハイリスクの母親を妊娠中などの早期から同定する上で明らかとした危険因子は妊娠期に、産科外来などにおいて問診票でチェックできるものであり、今後妊娠期のメンタルヘルスのスクリーニングの中に含むべき重要な項目と考えられる。一方で、産後うつ病の危険因子としての尿漏れや、会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛みや腰痛といった身体の痛みが重要であることが明らかになったことから、母親のメンタルケアや虐待予防の観点からも産後の身体的ケアの重要性が示唆された。虐待傾向や虐待の危険因子として、母親の発達障害や衝動性などの認知特性の重要性が示唆されたことから、発達障害傾向や衝動性な

どについてのアセスメントや支援法のついでに確立が必要であると考えられる。

母親の就労状況、望まない妊娠、家庭内の支援、喫煙、産後の身体の痛みに気づきケアすることの重要性が示唆された。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ことから、産前教育・産後指導の重要性が示唆された。

本研究で明らかになった産後の母親のメンタルヘルス不調や養育不全・児童虐待の危険因子は、ハイリスク者を同定するための妊婦健診のスクリーニングの項目として活用しうる。今後、周産期医療の中にメンタルケアがルーチンに含まれ、メンタルヘルス不調や養育不全を来しうる母親を早期に発見し支援していく仕組みづくりが望まれる。それと同時に、メンタルヘルス不調の母親をサポートする支援体制の構築をしていくことも重要と考えられる。

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し、精神科医師には、自らは、ほとんど打ち明けない場合が多い。プライマリケアに携わる医療機関が3つの質問票のツールを共有する意義は医療連携の意味で大きい。わが子に対する情緒的な絆が持てない母親は、虐待のリスクが高くなるが、虐待する養育者には精神障害が高率に見いだされる。地域の母子訪問による支援を拒否する母親で「赤ちゃんへの気持ち質問票」の合計点3点以上は精神科医療の対象として把握しておくのが子どもにとり安全である。より多領域協働の周産期精神面評価とケアの重要性が明らかになった現在、簡便なスクリーニングを策定する必要があるが、EPDSを外的基準として感受性、特異性、陽性適中率、陰性適中率をともに良好で、英国のNICEガイドラインでも簡略なこの方法を取っている。

第1子を出産する母の年齢は、2010(平成22)年で平均29.9歳であり、年々上昇

傾向にある。この女性たちの大学・短大進学率は2000(平成12)年48.7%である。高学歴化は、社会的責任を猶予される「モラトリアム」期間の延長や、親からの経済的、心理的自立時期を遅くしている。女性の就業率は、2010(平成22)年の25歳から29歳では72.7%、30歳から34歳で64.1%となっている。有配偶でも約半数が就業している。日本経済は1990年代初頭のバブル崩壊から出産後も就業を継続する女性が多いと考えられる。出産医療環境は、里帰り出産や、分娩の集約化に伴う医療施設の移動は継続した関わりが問題になる場合がある。このような出産する女性を取り巻く環境の変化を踏まえて、医療施設が『気になる妊産婦』への対応としては各施設において、メンタルヘルスに問題を抱える妊産婦を早期に発見し、適切なケアの提供をはじめることが不可欠である。

頻繁な授乳など、メンタルヘルスのハイリスクとなる根本的な要因の除去はできないが、退院後の身体的変化や児の変化に対して十分な知識を与えることで、その変化を予測させることが大切となる。母親の表出された表情や生活行動、児の状況と育児状況について、母親のメンタルヘルス状況や育児状況が見えてくる。その状況に関連している母親の体験を補うような場の提供と、周囲のサポート体制の強化、加えて、助産師の専門的支援の必要性が明らかになった。

当該研究のように、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、地域の参加意識により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。ま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限り、地域の企業との連携による職場衛生という観点も重要であり、地域と仕

事場との結びつき方により、地方行政単位の対策は異なってくる可能性もある。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

3年間の研究から、我が国における女性と子どもの健康のため、妊産褥婦のメンタルヘルスを考慮した以下の政策の可能性が導かれたので提案する。

(1)メンタルヘルスを念頭においた妊産褥婦健診の導入(図1)

妊婦の高齢化、核家族化、女性の社会進出などにより妊産褥婦のメンタルヘルスは脅かされているにも拘らず、現在の妊婦健診は医学的異常の発見のみが優先され、妊産褥婦のメンタルヘルスへの配慮がない。そこで、「精神的不安定状態」「妊娠・育児支援体制不足」「身体症状ならびに母乳分泌不全」に注目し、メンタルヘルスを評価、介入する妊産褥婦健診を導入する。特に初産婦はメンタルヘルス障害を合併しやすく、注意深い対応を要する。以下の事項に該当する場合には特に留意が必要である。

<妊娠初期>精神疾患の既往あるいは治療中、AD/HD傾向、喫煙、赤ちゃんをあやした経験の欠如、妊娠期・育児期の支援体制不備

<妊娠中期>不規則な就労形態、パートナーからの情動的・実質的支援不足、交友関係が少ない、抑うつ傾向、自閉傾向

<分娩直後>分娩に対する不満、抑うつ傾向、乳腺炎・切開縫合痛・尿漏れ、母乳分泌不良

<産後2週間>身体的疼痛、母乳分泌不良、抑うつ傾向、赤ちゃんを身近に感じない、なぜ泣いているか分からない、AD/HD傾向

(2) 産褥期母親健診の構築 (図1)

産後2週間と4週間(あるいは6週間)の時点で分娩施設での産褥婦・新生児健診制度を構築し、本研究で抽出された身体的精神的チェックリスクの評価を含む健診を行う。現在実施されている妊婦健診と同様の公的補助を導入する。抽出されたハイリスク産褥婦には介入、地域を含めた多職種チーム管理を行う。

(3) 産褥期における母児同時入院施設の設置と拡充

核家族で周囲からの支援が得られない産褥婦はメンタルヘルスや社会的ハイリスクを有しやすいが、現状での対応では困難なため、母児入院加療できる施設を高次医療圏ごとに設定する。現在、少数ではあるが私的・公的ケアハウスが導入されつつあるが、施設基準、人的条件を行政が整備し、多くの核家族産褥婦が利用できる状況ではない。この状況を打破するために診療報酬上の配慮も検討する必要がある。

(4) 特定妊婦抽出のスコアツールの開発と制度の運用の推進 (図1)

本研究ではリスク因子の抽出に留まったが、この班のデータベースを利用してハイリスク妊婦を抽出できる簡便なスコアリングシステムを開発し、都市部だけではなく様々な地域で検証し、スコアを確立する必要がある。このツールが確立されれば、特定妊婦の抽出は容易となり、その運用は日本全土で展開可能となる。

(5) 分娩施設と他の医療施設との連携を可能とする行政の介入

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であっても、本人の同意が無ければ現状では個人情報保護法により自治体との情報共有が妨げられている。このため、分娩施設と精神科施設との円滑な連携は困難となり、虐待などの重大な事件とならなければ対応できない。そこで、分娩施設、小児科施設

で抽出されたハイリスク妊産褥婦の個人情報ほかの医療施設と共有できるような制度を構築する。

(6) 周産期メンタルヘルス地域協議会の推進

妊産褥婦のメンタルヘルスリスク群に対応するために、本研究で構築した自治体(行政、保健所など)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ごとに構築する。さらには、医療だけではなく保健、福祉・教育をも巻き込んだ地域協議会の構築を目指す。(図2)

図1

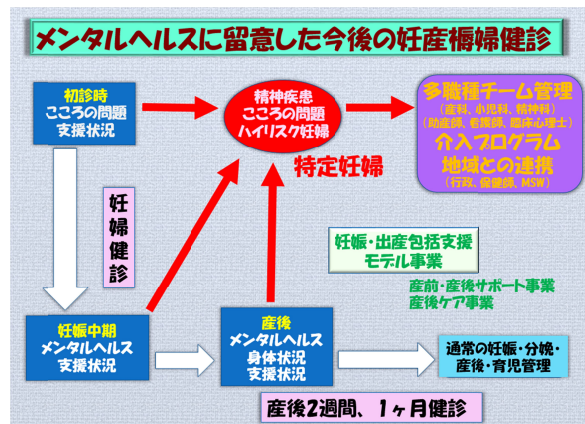
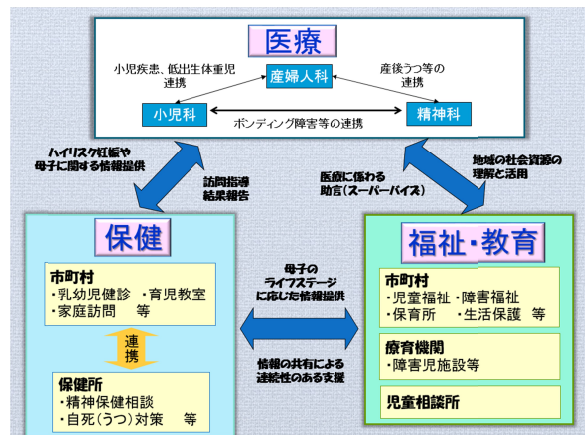


図2



## **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