

すく、そうした身体的・精神的な様々なトラブル（以降、マイナートラブル）が起りやすくなるとされている。産褥期のマイナートラブルでは、特に身体面のマイナートラブルを訴える褥婦が多く、産後1か月未満の褥婦のほぼ半数は「腰痛」、「肩の痛み」、「咳・鼻やのどなどの症状（風邪）」などの症状がみられることが知られている¹⁾。また、初産婦・経産婦で多少の違いはあるものの、約60-70%が出産後の睡眠不足による疲労や眠け、だるさを訴えており、自覚症状は出産後4か月までに集中している²⁾。さらに、「腰痛」は妊娠末期に訴えのあった者のうち、痛みが産褥期にも継続している者が45%、その後、産後3年に渡って継続している者が17%に達するといわれている³⁾。

一方、精神面のマイナートラブルとして、近年注目されているのは産後うつ病である。産後うつ病は健やか親子21においても、特に重点を置かれている事項であるが、未だ約10%の褥婦は産後うつのリスクが高いと判定されている⁴⁾。母親が産後うつ病になると、単に母親の健康状態の低下に留まらず、子どもの長期的な認知や情緒・行動発達への悪影響につながる事が明らかにされている。

一般的に、産科施設のスタッフと産婦との関わりは、産後1か月健診が最後になることが多く、産後1か月以降も産婦との関わりが継続されることは少ないのが現状である。産科施設のスタッフは、産後の各時期に起きうるマイナートラブルを知り、産後1か月健診時に、個人や時期に応じた長期的な視点を持って、産婦への支援をして

いくことが求められると言える。しかし、先行研究では、産後1か月での身体的・精神的なマイナートラブルの有訴者の割合や、「腰痛」などの有訴者数の多いマイナートラブルの経過を追った研究は報告されているものの、マイナートラブル全般について、幅広く経過を負った研究は少ない。

本研究では、産後1か月以降の褥婦の精神的・身体的マイナートラブルの実態について明らかにし、産後1か月健診時までの褥婦に対するケアやサポートのあり方を検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. 使用したデータセットと分析対象者

本研究では、厚生労働省の研究班「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）」⁵⁾によって収集されたデータセットを用いて、二次解析をおこなった。

そのデータセットの対象者は、世田谷区的全産科施設で分娩予定であった妊婦1,775人である。そのうち、産後数日、産後1か月、2か月、3か月の4度の調査のいずれにも回答が得られた1,043人を本研究の分析対象者とした。データの収集方法など、研究方法の詳細については、当該研究班の報告書に記載されている⁵⁾。なお、このデータセットを構築した研究は、対象者から書面で同意を得るとともに、国立成育医療研究センターの倫理委員会にて承認を得て実施されたものである。

2. 質問項目とその分類

身体的なマイナートラブルに関する項目として、おっぱいのしこりや痛み、乳首の痛み、乳腺炎、母乳の出が悪い、腰痛、肩こり・背部痛、腕・手首の痛み、分娩時の傷の痛み（会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み）、痔または脱肛、尿漏れの10項目について、該当項目の「ある／なし」を確認した。精神的なマイナートラブルについては、エジンバラ産後うつ質問票

（Edinburgh Postnatal Depression Scale：EPDS）、精神的健康状態表

（WHO-5）、育児ストレスの項目を用いて確認した。EPDSは、10項目をそれぞれ0-3点の4段階で点数化し、合計得点が9点以上になった場合を産後うつ病のリスクが高い者とした。WHO-5(精神的健康状態表)は、最近2週間の状態にもっとも近いものを、0-5点の6段階で点数化し、合計得点が12点以下の場合、精神的健康状態が低いと判断し、精神的健康状態のハイリスク者とみなした。

育児ストレスの項目として、育児状況の確認項目である以下の質問に対し、「ある／なし」の2件法で回答を得た。

1) 赤ちゃんが、なぜ、むずがったり、泣いたりしているのかわからないことがありますか？

2) 赤ちゃんを叩きたくなることがありますか？

3. 分析方法

マイナートラブルに関する産後1、2、3か月の各項目について、初産婦と経産婦別にデータを解析した。各項目について産後1、2、3か月時の有訴者数と、産後2、3

か月時の継続者と新規者との割合をそれぞれ記述した。

継続者とは、産後1か月の有訴者のうち、産後2、3か月それぞれにおいて、同項目の訴えがあった者とした。産後3か月の継続者とは、産後1か月から3か月まで継続した訴えに限らず、産後1か月時と3か月時の2時点のみの訴えであっても継続者とした。一方、新規者とは、産後1か月では訴えのなかった者の中から、産後2、3か月各期で新たに各項目の訴えが生じた者とした。なお、欠損値は分析から除外した。

C. 研究結果

分析対象者の平均年齢は34.5歳であり、初産婦が569人(54.6%)を占めた。各時期の有訴者の人数とその割合を表1、産後2か月、3か月時の継続者数と、産後1か月の有訴者に占める継続者の割合を表2、産後2か月時、3か月時の新規者数とその割合を表3に示した。

1. 産後1か月時のマイナートラブル

産後1か月時に多く見られたマイナートラブルは、初産婦では、精神面は「児が泣いている理由がわからない」がもっとも多く、身体面は「肩こり」、「腕・手首の痛み」の順で多かった。経産婦では、精神面は「WHO-5のハイリスク」、「児の泣いている理由がわからない」、身体面は「肩こり」、「腰痛」の順に多い結果となった。

2. 産後2か月時のマイナートラブル

産後2か月時に多く見られたマイナートラブルは、初産婦では、精神面「WHO-5

のハイリスク」がもっとも多く、身体面は「肩こり」、「腕・手首の痛み」の順に多かった。精神面は、初産婦では「WHO-5のハイリスク」が多く、身体面は「肩こり」、「腕・手首の痛み」の順であった。経産婦では、精神面は「WHO-5のハイリスク」が多く、身体面は「肩こり」、「腰痛」の順で多かった。

産後2か月時における継続者の人数が多いマイナートラブルは初産婦では、「肩こり」、「腕・手首の痛み」、「WHO-5のハイスコア」の順であり、経産婦では、「肩こり」、「WHO-5のハイリスク」、「腰痛」の順であった。

産後1か月時の有訴者に対する産後2か月の継続者の割合が高いマイナートラブルは、初産婦では「母乳分泌不足感」が100%の継続率であり、次いで「肩こり」、「WHO-5のハイリスク」、「腕・手首の痛み」であった。経産婦では、「肩こり」、「WHO-5のハイリスク」、「腰痛」の継続者の割合が高かった。

産後2か月時の新規者数は、初産婦では「肩こり」、「腕・手首の痛み」、「腰痛」、「WHO-5のハイリスク」が多く、経産婦では、「肩こり」、「WHO-5のハイリスク」が多かった。

3. 産後3か月時のマイナートラブル

産後3か月時に多く見られたマイナートラブルは、初産婦では、「肩こり」、「WHO-5のハイリスク」、「児が泣いている理由がわからない」、「腕・手首の痛み」、「腰痛」が多く、経産婦では、「肩こり」、「WHO-5

のハイリスク」、「腕・手首の痛み」が多かった。

産後3か月時における継続者の人数が多いマイナートラブルは初産婦では、「児が泣いている理由がわからない」がもっとも多く、次いで、「肩こり」、「WHO-5のハイリスク」であった。経産婦では、「肩こり」、「WHO-5のハイリスク」、「腰痛」、「児を叩きたくなる」であった。

産後1か月時の有訴者に対する産後3か月の継続者の割合が高いマイナートラブルは、初産婦では、「WHO-5のハイリスク」が約90%であり、「肩こり」、「腰痛」と続いた。経産婦では、「WHO-5のハイリスク」、「肩こり」、「腰痛」の順に高い割合だった。

産後3か月時の新規者数の割合が高かった項目は、初産婦では、「腰痛」、「肩こり」、「WHO-5のハイリスク」であった。経産婦では、「腰痛」、「肩こり」、「WHO-5のハイリスク」であった。

4. 産後1～3か月を通して

継続者の割合よりも新規者の割合の方が高い項目は、産後2か月では「乳腺炎」、産後3か月では「児を叩きたくなる」、「乳腺炎」であった。産後うつ病のスクリーニングとして活用されるEPDSのハイリスク者は、1か月では11.8%、2か月では9.0%、3か月では6.3%であった。2、3か月における継続者、新規者ともに、経産婦が初産婦と比較して高い割合であった。

D. 考察

本研究では、産後の身体的・精神的なマイナートラブルの実態を調査した。その結果、マイナートラブルには、「腰痛」や「肩こり」のように、初産婦・経産婦問わず、産後しばらく症状が継続しやすいものもあれば、初産婦において「児が泣いている理由がわからない」が多いなど、初産婦と経産婦で発生頻度が異なるマイナートラブルもあることが明らかになった。

1. 姿勢や育児に関連した身体的トラブル

身体面でのマイナートラブルの中で「乳首の痛み」や「尿漏れ」など、お産に関連した項目よりも「肩こり」や「腰痛」、「腕・手首の痛み」といった項目の方が有訴者、継続者、新規者のいずれも多い結果となった。「肩こり」は初産婦・経産婦関係なく約30%の者が訴えており、産後1か月時に訴えがあった場合、その訴えは産後3か月まで約80%が継続していた。また、新規の有訴者数も多かった。「腕・手首の痛み」や「腰痛」に関しても、各期ともに初産婦・経産婦に多少の差はあるが、継続者数・新規者数ともに多かった。こうした身体の「肩こり」や「腕・手首の痛み」、「腰痛」の要因として、①妊娠期に増量するエストロゲン作用による筋肉の過伸展による疼痛の遷延、②妊娠によって増量した乳房や授乳期の乳房緊満による筋緊張、③授乳姿勢による筋疲労、④ホルモンの変調による血行障害、⑤抱っこによる筋疲労、⑥夜間の睡眠不足による疲労感の増大、などが挙げられる。①から④は特に産褥早期に生じやすいが、産褥期を過ぎると身体が非妊時に戻

るとともに育児技術への慣れもあり、改善するとも考えられる。

「肩こり」が産後3か月まで継続する原因としては、月齢を重ね、体重や活動量が増加した児の世話により、相当の負荷がかかる子育て早期の生活状態との関連が示唆されている¹⁾。また、産褥期の精神的ストレスや疲労の蓄積、睡眠不足等による自律神経症状による影響も指摘されている。本研究によって、初産婦よりも経産婦に「肩こり」や「腕・手首の痛み」の有訴者が少ないことが示された。それは初産婦では、慣れない育児により育児動作や児の体重増加や活動量の増加が特に負担になり、「肩こり」や「腕・手首の痛み」が顕著にみられていると考える。

一方、本研究では一般的に産後のマイナートラブルとして多いといわれる「乳首の痛み」や「尿漏れ」の有訴者や継続者・新規者は少ない結果となった。これらは主に妊娠による変化や分娩・授乳に原因があり、その多くは産後1か月で軽快していく。多くは創傷であるため、治癒が進むこと、また、授乳に関連する痛みやトラブルは、産科施設を退院した後、母乳外来や助産院といった、サポート体制が比較的整っていることが、今回有訴者が少ない要因であると考えられる。

産後は初産婦・経産婦ともに身体面での負担は大きく、時間の経過により自然に軽快するものもあれば、児が成長していくにつれ、身体への負担が増大するものもあり、睡眠不足や疲労感など精神的な負担も身体へ大きく影響するため、心身の適度な休息が必要であると考えられる。また、このような

リスクを踏まえ、妊娠期から身体の状態を整えるとともに、普段の姿勢に加え、授乳・育児中の姿勢や動作に関する指導や、セルフケアや痛みを緩和させる方法に関する情報提供をおこなっていく必要があるといえる。

2. メンタルヘルスに対する早期対応の必要性

精神面のマイナートラブルとして、初産婦では「児の泣いている理由がわからない」がもっとも多く、産後 2、3 か月ともに継続者も高い結果となった。産後 2、3 か月では新規者より継続者の方が高く、産褥早期より訴えのある者は、産後 3 か月まで解決せず育児を継続している状態にあるといえる。

母親は、全体的な観察やその時々の子の状況をもとに、子が泣く原因を判断しているといわれているが、その判断基準の大部分は情報源がなく、試行錯誤によって得ている。初産婦は育児経験が乏しく、初めて経験する母親役割は、精神的緊張や混乱を招きやすいとされる。産褥早期より試行錯誤しながら得た経験から、子が泣く理由を徐々に理解しながらも、それでも経験にない子の啼泣が起こると、母親は一つ一つ、「なぜか？」と、その理由や原因を考え、苦悩しやすい⁶⁾。その苦悩や理由のわからない不安の継続が、産後 3 か月も続くとなると、母親のメンタルヘルスの不調が懸念される。さらに、産後 3 か月は子の急成長期とされ、授乳回数・夜間中途覚醒の回数が増え、母親は睡眠不足や疲労感を感じやすい。夜間や授乳後の啼泣を、母親の 7 割

はストレスと認識し、肩こりや不安など、心身の症状がストレス反応として出現するとされ、産後 3 か月の時期に、母親のメンタルヘルスの不調を助長する要因となりうる。

このような経過を踏まえ、特に初産婦には、産褥早期より子の啼泣や授乳、子の睡眠など、生理的な部分における教育的な関わりが必要であり、早期からの介入やフォローが求められる。母親に対し、様々な苦悩を一つ一つ乗り越えていくことで、母親自身も成長するという過程を繰り返していくものだという認識を持たせることや、肯定的に自己の育児を振り返りつつ、前向きに過ごせるような関わりが必要である。

経産婦では、「WHO-5 のハイリスク」の有訴者の割合が高く、産後 2、3 か月でも継続者の割合が高かった。経産婦は初産婦よりも育児のストレスが低いとされる一方で、育児不安が高いといわれている。その原因として、里帰りや家庭内サポートが得られにくいため、ストレスfulな感情が高まり、そのストレス反応として育児に対する否定的感情が高くなることが指摘されている。サポートが得られない状況では、新たな家族形態の中で育児による拘束感、圧迫感を感じやすく、心身の休息をとることができない。不安やストレスの強い環境での育児は、母親は産後うつ病の発生リスクが上昇し、そのような環境下で成長する子への影響も懸念される。産後 1 か月以降のサポート体制を整え、適度な休息を得られるような環境下での育児ができるよう支援していくことが求められる。

3. 予防的保健指導とサポート体制の構築

本研究の結果で、「児をたたきたくなる」、「乳腺炎」の2項目は、明らかではないものの産後3か月に向け、僅かに数値が上昇していた。「児をたたきたくなる」の質問項目は、母親の育児環境および精神衛生状況について把握するために設けられているものであった。

「乳腺炎」は、一般に産後2、3週目にもっとも起こりやすいが、軽傷例を含めると約半数の者が乳腺炎を経験するとされる。乳腺炎の原因は多々あるが、産後3か月頃、児はまだ夜間睡眠パターンが安定しないことによる夜間中途覚醒や、急成長期における授乳回数の増加や母乳不足感から人工乳を追加することなどにより、授乳パターンも変動しやすいこと、仕事復帰など母親の生活の変化などにより、産後3か月でも起こりやすいのではないかと考える。

このように、産後1か月で有訴者が少ないマイナートラブルであっても、産後3か月が経過しても、同様に有訴者が推移または増加している項目もあり、産後1か月までの関わりの中でリスクを予測し、予防法やセルフケア能力を向上させる予防的保健指導を行う必要がある。同時に、「児をたたきたくなる」など、虐待のリスクともなりうる母親の精神面でのトラブルに関して、早期に気づき、予防介入をしていけるような周囲とのサポート体制、連携システムを構築していくことが求められる。

E. 結論

本研究により、①身体面では初産婦・経産婦ともに「肩こり」「腕・手首の痛み」

「腰痛」など姿勢や育児動作に関連したマイナートラブルが多い、②精神面では初産婦は「児の泣いている理由がわからない」、経産婦では「WHO-5のハイリスク」が多くメンタルヘルスの不調が懸念される、③頻度は少なくとも、産後1か月以降に増加または横ばいで推移するマイナートラブルが存在する、ということが分かった。

産後1か月健診時には、その後のマイナートラブルの状況を考慮したうえで、予防やセルフケアの方法を指導したり、サポート体制の調整をしていくことが求められる。

F. 引用文献・出典

1. 関島香代子. 子育て期早期にある女性の身体的健康. 母性衛生 53(2),375-382, 2012.
2. 西谷理沙ほか. 第1子および第2子出産後1年間の1母親の身体活動量と自覚疲労の比較. 群馬県立県民健康科学大学紀要 1, 97-104, 2006
3. 青山朋樹. 妊婦における腰痛, 母性衛生 53(1), 45-50, 2012
4. 渡辺多恵子ほか. EPDSによる産後うつ頻度の把握に関する研究～健やか親子21 最終評価に向けて～. 厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究（主任研究者：山縣然太郎）平成25年度総括・分担研究報告書. 470-475. 2014.
5. 竹原健二ほか. 調査の進捗状況と、妊娠20週から産後2週までのメンタルヘルスの実態に関する記述的分析～世田谷区の

産科施設にて分娩をした産婦における縦断研究～，厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）「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（主任研究者：久保隆彦）」平成25年度総括・分担研究報告書. 73-81.

2014.

6. 難波寿子ほか. 母親が新生児が泣く理由を判断する要因の経日的変化，母性衛生 38(4), 382-388, 1997

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1. 産後の各時期における有訴者とその割合

		産後1か月				産後2か月				産後3か月			
		初産婦		経産婦		初産婦		経産婦		初産婦		経産婦	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
身体面	EPDSハイスコア	96	9.2%	27	2.6%	59	5.7%	35	3.4%	34	3.3%	32	3.1%
	WHO-5ハイスコア	240	23.0%	235	22.5%	300	28.8%	243	23.3%	365	35.0%	294	28.2%
	児が泣いている理由が分からない	452	43.3%	204	19.6%					340	32.6%	160	15.3%
	児を叩きたくなる	14	1.3%	5	0.5%					19	1.8%	6	0.6%
精神面	乳房のしこり	144	13.8%	54	5.2%	100	9.6%	43	4.1%	71	6.8%	31	3.0%
	乳首の痛み	228	21.9%	78	7.5%	106	10.2%	36	3.5%	61	5.8%	26	2.5%
	乳腺炎	9	0.9%	10	1.0%	14	1.3%	6	0.6%	13	1.2%	2	0.2%
	母乳分泌不足感	134	12.8%	52	5.0%	112	10.7%	45	4.3%	99	9.5%	46	4.4%
	腰痛	240	23.0%	193	18.5%	259	24.8%	189	18.1%	288	27.6%	203	19.5%
	肩こり	339	32.5%	275	26.4%	374	35.9%	310	29.7%	381	36.5%	303	29.1%
	腕・手首の痛み	279	26.7%	87	8.3%	305	29.2%	95	9.1%	293	28.1%	93	8.9%
	傷の痛み	84	8.1%	41	3.9%	42	4.0%	19	1.8%	33	3.2%	14	1.3%
	痔・脱肛	108	10.4%	95	9.1%	96	9.2%	63	6.0%	77	7.4%	46	4.4%
	尿漏れ	52	5.0%	41	3.9%	47	4.5%	44	4.2%	51	4.5%	31	4.2%

表2. 産後2か月、3か月時におけるマイナートラブルが継続している者の人数とその割合

		産後2か月				産後3か月			
		初産婦		経産婦		初産婦		経産婦	
		n	%	n	%	n	%	n	%
身体面	EPDSハイスコア	38	39.6%	15	55.6%	18	18.8%	13	48.1%
	WHO-5ハイスコア	190	79.2%	177	75.3%	215	89.6%	198	84.3%
	児が泣いている理由が分からない					309	68.4%	124	60.8%
	児を叩きたくなる					8	57.1%	0	0.0%
精神面	乳房のしこり	57	39.6%	15	27.8%	39	27.1%	12	22.2%
	乳首の痛み	81	35.5%	19	24.4%	45	19.7%	17	21.8%
	乳腺炎	0	0.0%	2	20.0%	1	11.1%	1	10.0%
	母乳分泌不足感	134	100.0%	31	59.6%	56	41.8%	22	42.3%
	腰痛	158	65.8%	128	66.3%	165	68.8%	126	65.3%
	肩こり	272	80.2%	229	83.3%	268	79.1%	221	80.4%
	腕・手首の痛み	204	73.1%	44	50.6%	182	65.2%	41	47.1%
	傷の痛み	30	35.7%	12	29.3%	23	27.4%	8	19.5%
	痔・脱肛	67	62.0%	47	49.5%	51	47.2%	34	35.8%
	尿漏れ	27	51.9%	19	46.3%	25	48.1%	11	26.8%

表3. 産後2か月、3か月時におけるマイナートラブルが新規に発症した者の人数とその割合

		産後2か月				産後3か月			
		初産婦		経産婦		初産婦		経産婦	
		n	%	n	%	n	%	n	%
身体面	EPDSハイスコア	21	4.4%	20	4.5%	16	3.4%	19	4.4%
	WHO-5ハイスコア	110	33.4%	66	27.6%	150	45.6%	96	40.2%
	児が泣いている理由が分からない					31	26.5%	36	13.3%
	児を叩きたくなる					11	2.0%	6	1.3%
精神面	乳房のしこり	43	10.1%	28	6.7%	33	7.8%	18	4.3%
	乳首の痛み	25	7.3%	17	4.3%	19	5.6%	9	2.3%
	乳腺炎	14	2.5%	4	0.9%	12	2.1%	1	0.2%
	母乳分泌不足感	41	9.4%	14	3.3%	43	9.9%	24	5.7%
	腰痛	101	30.7%	61	21.7%	165	50.2%	126	44.8%
	肩こり	102	44.3%	81	40.7%	113	49.1%	82	41.2%
	腕・手首の痛み	101	34.8%	51	13.2%	111	38.3%	52	13.4%
	傷の痛み	12	2.5%	7	1.6%	10	2.1%	6	1.4%
	痔・脱肛	29	6.3%	16	4.2%	26	5.6%	12	3.2%
	尿漏れ	20	0.0387	25	0.058	26	0.05	20	0.046

分娩後 2 週時の心身・社会変数が分娩後 3 か月時の育児困難・抑うつ症状に関連するか
：探索的研究

研究分担者 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）

研究協力者 小泉智恵（国立成育医療研究センター研究所）

研究要旨

本研究は、分娩後 2 週時の心身・社会変数のうち、尺度の各項目を単変数とみなして分析することによって、より少ない変数で分娩後 3 カ月の育児困難や抑うつ症状を予測できるかを探索的に検討する。本研究での「分娩後の育児困難や抑うつ症状」の定義は、分娩後 3 か月時に EPDS、WHO-5、ボンディング尺度、PS-SF、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 パーセンタイル以上である人とした。分娩後 2 週時の心身・社会変数を独立変数とし、分娩後 3 か月時の育児困難や抑うつ症状の有無を従属変数として判別分析を行った。その結果、初産婦においては、「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」、「赤ちゃんをとて身近に感じない」、「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」の 6 変数が分娩後 3 か月時のリスクの有無を判別した。これらの変数による判別率は 78.5%であった。他方、経産婦においては、「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」の 6 変数が分娩後 3 か月時のリスクの有無を判別した。これらの変数による判別率は 73.3%であった。これらの結果から、尺度の組み合わせに限らず、より少ない変数でスクリーニングした場合の有効性が示唆された。

A. 研究目的

本研究は、分娩後 2 週時の心身・社会変数のうちどのような変数が分娩後 3 カ月の育児困難や抑うつ症状に影響を及ぼすのかについて、探索的に検討することを目的とする。

先行研究をひもとくと、分娩後の心身・社会変数がその数か月後の育児困難やメンタルヘルスに及ぼす影響についての研究は

数多く存在する。国内外で最も広く使用されている尺度の 1 つは、エジンバラ産後うつ病尺度（EPDS：Cox1987）である。EPDS は 13 変数からなる。岡野ら（1996）は EPDS を産褥期と分娩後 1 か月時の 2 時点で調査し、産褥期の EPDS 得点が分娩後 1 か月の産後うつ病の発症を予測できたことを示した。吉田は EPDS だけでなく、ボンディング尺度、育児支援尺度の 3 点を組み合わせ

て用いることにより、分娩後の育児困難をスクリーニングすると述べている（吉田2005）。

育児ストレス尺度（PSI：Abidin1990）もまた、国内外で最も広く使用されている尺度の1つである。PSIの原版は101変数からなるが、奈良間(1999)は78変数で日本語版を作成した。また、19変数からなるPSIの短縮版（育児ストレスショートフォーム：PS-SF）も開発されている（荒木2005）。

これらの尺度は、妥当性・信頼性の点でも確認されており、メンタルヘルスや育児困難の測度として有効であることが示されている。そして、これらの尺度は互いに関連し合い、分娩後の育児困難や抑うつ症状を引き起こすことも報告されている。例えば、分娩後の抑うつは育児ストレスの原因の1つにもなると報告されている（Leigh2008）。つまり、これらの尺度を用いて分娩後の抑うつ症状や育児困難をアセスメントすることに留まらず、分娩後間もない褥婦に対してEPDSやPSIを実施することで、後の産後うつ病患者や育児困難者をスクリーニングすることにつながるため、これらの尺度はリーズナブルであると言える。

しかし、医療現場では限られた診療時間とマンパワーでハイリスク者を効率よくスクリーニングする必要がある。診察場面で医療スタッフが患者に数十変数を問診として尋ねることは困難である。また、患者が数十変数にわたる自記式の調査票に全変数記入したとしても、医療スタッフがそれらを集計しスクリーニングする時間が取れないため、スクリーニングを継続的に実施す

るのは難しい。そのため、医療現場では、より少ない変数で簡便なスクリーニング方法が求められている。

ところで、妊産婦の育児困難やメンタルヘルスをスクリーニングするにあたり、スクリーニングの網を荒くすると、比較的多くの軽微なケースがハイリスクに分類される。偽陽性も増えるが、重篤なケースを取りこぼすことが少なくなる。本研究が目指すスクリーニングは、軽度以上の不適応を掌握できることである。

そこで、本研究は、分娩後2週時の心身・社会変数のうち、尺度の各項目を単変数とみなして分析することによって、より少ない変数で分娩後3カ月の育児困難や抑うつ症状を予測できるかを探索的に検討する。本研究での「分娩後の育児困難や抑うつ症状」の定義は、分娩後3か月時にEPDS、WHO-5、ボンディング尺度、PS-SF、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パーセンタイル以上である人とした。

B. 研究方法

1. 対象

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扱施設に分娩予約し、本研究への参加協力に同意した妊婦である。産科クリニックで妊娠期や分娩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。

2. 調査方法

分娩施設において妊娠中期から分娩後3か月までの期間に合計6回の調査票を配布

し、回収した。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。対象者は自記式の調査票か iPad の調査票のいずれかを用いて回答した。第 3 回目の分娩後 2 週時調査票は対象者が退院する際に手渡しし、時期が来たら記入し郵送してもらった。第 5 回目、第 7 回目の分娩後 2 か月時、3 か月時調査票は、研究事務局から分娩日をもとに調査票の送付時期を特定し、対象者の自宅に自記式調査票を送付し、回答後に返送してもらった。

調査時期は、第 1 回目：妊娠 20 週時のベースライン調査、第 2 回目：分娩後 4 日目頃、第 3 回目：分娩後 2 週時、第 4 回目：分娩後 1 か月時、第 5 回目：分娩後 2 か月時、第 6 回目：分娩後 3 か月時。

本研究では、第 3 回目（分娩後 2 週時）と第 5 回目（分娩後 3 ヶ月時）の調査データを使用した。

3. 分析方法

独立変数の選択

独立変数は分娩後 2 週時調査の変数である。分娩後 2 週時に、EPDS、WHO-5Well-being 尺度、ボンディング尺度、PS-SF をそれぞれ尺度得点でなく単変数として扱った。そのほか、身体症状 (10 変数)、児の栄養 (ダミー変数) も加えた。

アウトカム変数の合成

分娩後 3 か月時の EPDS、WHO-5Well-being 尺度、ボンディング尺度、PS-SF、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 パーセンタ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 パーセンタイル未満である人をローリスク群とした。

それぞれの内訳は表 1 に示した。

分析の手順

データを初産婦、経産婦で分け、それぞれに対して、独立変数のうちどの変数がハイリスク、ローリスクを分けるのかについて、判別分析（独立変数は Wilks のラムダを基準とした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。

C. 研究結果

1. アウトカム変数に対する各尺度の判別率

まず、従来使用されてきた尺度得点がアウトカム変数をどのくらい判別できるのかについて分析をおこなった。初産婦、経産婦を分けて、それぞれにおいて、上述したアウトカム変数（ハイリスク群かローリスク群か）を従属変数、EPDS、WHO-5Well-being 尺度、ボンディング尺度、PS-SF、身体症状合計得点をそれぞれ単一の独立変数として判別分析をおこなった。

その結果として、判別率を表 2 に示した。EPDS、WHO-5Well-being 尺度、ボンディング尺度、PS-SF、身体症状合計得点いずれも経産婦より初産婦において判別率が高かった。身体症状は判別率が最も低く、初産婦、経産婦ともに約 60%であった。その他の尺度は初産婦で 70.2～79.0%、経産婦で 67.0～71.7%の判別率であった。EPDS、WHO-5Well-being 尺度、ボンディング尺度、PS-SF においては、初産婦の方が経産婦より判別率が高かった。

EPDS、WHO-5Well-being 尺度、ボンディング尺度、PS-SF、身体症状合計得点の 5 つの尺度を強制投入して判別分析をおこなった。その結果、すべての尺度は有意な標

準化判別関数を示した。5 つの尺度による判別率は、初産婦で 77.6%、経産婦で 72.5%であった。

2. より少ない変数による探索的な判別分析

次に、方法で述べたように尺度得点でなく単変数とみなして独立変数群を作成し、アウトカム変数に対する判別分析をおこなった。ステップワイズ法を用いて探索的に判別分析をおこなった結果、初産婦においては(表 3)、「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(PS-SF)」、「悲しくなったり、惨めになったりした (EPDS)」、「赤ちゃんをとて身近に感じない(ボンディング尺度)」、「母乳の出が悪い (身体症状)」、「私は孤独で友達がいないと感じている(PS-SF)」、「私の子どもは、他の子どもよりも手がかかるようだ (PS-SF)」の 6 変数が分娩後 3 か月時のリスクの有無を判別した。これらの変数による判別率は 78.5%であった (表 4)。これはボンディング尺度単独の判別率 (79.0%) に次いで 2 番目に高い値であった。

経産婦においては(表 5)、「私は物事をうまく扱えないと感じることが多い(PS-SF)」、「日常生活の中に興味あることがなかった (WHO-5Well-being 尺度)」、「私の子どもは、小さなことに腹を立てやすい(PS-SF)」、「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(PS-SF)」、「赤ちゃんを身近に感じない (ボンディング尺度)」、「私は孤独で友達がいないと感じている(PS-SF)」の 6 変数が分娩後 3 か月時のリスクの有無を判別した。これらの変数による判別率は 73.3%であった (表 6)。こ

の判別率は経産婦における分析の中で最も高かった。

D. 考察

本研究は従来の尺度得点を用いず、単変数として使用し、より少ない変数で分娩後 3 か月時の育児困難や抑うつ症状を判別できるかについて探索的に検討した。その結果、分娩後 2 週時の心身社会に関する 6 変数が分娩後 3 か月時のリスクの有無に関連した。その判別率は従来の尺度による判別率に比べて高い値を示した。つまり、分娩後 3 か月時のリスクの有無は分娩後 2 週時の心身社会に関する 6 変数という、少ない変数で判別した。このように、尺度得点でなく、より少ない変数でアウトカム変数に関連が見いだせたことから、医療現場での簡単なスクリーニング方法として単変数を組み合わせて使用する可能性もあるかもしれない。

分娩後 3 か月時のリスクの有無を判別する、分娩後 2 週時の心身社会に関する 6 変数は初産婦／経産婦によって共通面と独自面がみられた。共通面としては、ボンディング尺度の「赤ちゃんを身近に感じない」、育児ストレスの「私は孤独で友達がいないと感じている」と「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」の 3 変数であった。また、変数は異なるが、PS-SF の子ども要因である「私の子どもは他の子どもよりも手がかかるようだ」と「私の子どもは小さなことに腹を立てやすい」は、子どもの気質的要素も母親の育児困難や抑うつ症状に関連すると考えられた。他方、独自面としては、初産婦は EPDS の「悲しくなったり、惨めになっ

たりした」と身体症状の「母乳の出が悪い」という変数が有意であった。初産婦は初めてのことで赤ちゃんがどのくらい飲んだら満足なのか、赤ちゃんがよく泣くのは母乳の出が悪いのではないかと考えたり、初めての育児がうまくいっていると思えず悲しくなったりしやすいのかもしれない。これに対して、経産婦は育児ストレスの「私は物事をうまく扱えないと感じることが多い」、WHO-5Well-being 尺度の「日常生活の中に興味あることがなかった」といった対処困難感や疲弊感が特徴的であった。

本研究の限界としては、判別率が 73.3%、78.3%と、適度に高いものの、誤判別ケースが残ることがあげられる。もしこれら 6 変数でスクリーニングした場合、偽陽性、偽陰性のケースが 3 割程度いることを心に留めておいて、スクリーニングでハイリスクと判定された人以外の観察や支援も怠らないことである。

E. 引用文献

1. Cox,J.L., Holden,J.M.,&Sagovsky,R. Detection of postnatal depression: development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry (1987)150,782-786.
2. 岡野禎治、村田真理子、増地聡子他. 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 (2006)7,525-533.
3. 吉田敬子監修. 分娩後の母親と家族のメンタルヘルス—自己記入式質問票を活用した育児支援マニュアル—(2005) 公益財団法人母子衛生研究会 (株式会社母子保健事業団), 東京.

4. Abidin,R.R. Parenting Stress Index (PSI) Third Edition Professional Manual. Pediatric Psychology Press(1990), USA.

5. 奈良間美保、兼松百合子、荒木暁子、丸光恵、中村伸枝. 日本版 Parenting Stress Index (PSI) の信頼性・妥当性の検討. 小児保健研究(1999)58,610-616.

6. 荒木暁子、兼松百合子、横沢せい子、荒屋敷亮子、相墨生恵、藤島京子. 育児ストレスショートフォームの開発に関する研究. 小児保健研究(2005)64,408-416.

7. Leigh,B, Milgrom,J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. BMC Psychiatry (2008)8,24, doi:10.1186/1471-244X-8-24.

F. 健康危険情報

健康被害の報告なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録情報

なし

表1 ハイリスク群における、各変数のカットオフ以上の該当者数

産後3か月時の変数	カットオフ	該当者数
エジンバラ産後うつ病尺度	9/10	94
WHO-5 wellbeing	a)	205
ボンディング尺度	90パーセンタイル	89
育児ストレスショートフォーム	90パーセンタイル	124
虐待尺度	90パーセンタイル	90
上記のうち1つ以上でカットオフ以上		330
(内訳 1つがカットオフ以上		191
2つがカットオフ以上		64
3つがカットオフ以上		30
4つがカットオフ以上		25
5つがカットオフ以上		6

a) 粗点が 13 点未満であるか、5 項目のうちのいずれかに 0 または 1 の回答がある

表2 産後2週時に測定した尺度を独立変数として投入した判別分析の結果

		産後2週時					右の尺度全てを独立変数に投入した場合 (全尺度の Wilks's Λ は有意)
		(下の各尺度単体で独立変数に投入した場合)					
		エジンバラ産後うつ病尺度	WHO-5 wellbeing	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	
判別率	初産婦	77.2%	70.2%	79.0%	74.3%	59.8%	77.6%
	経産婦	69.5%	67.0%	71.7%	70.0%	59.9%	72.5%

表3 初産婦における、産後2週の心理社会的変数が産後3か月時のリスクを判別するか(判別分析)

ステップ	尺度	項目	Wilks のラムダ	有意確率
1	育児ストレス	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	.841	.000
2	EPDS	悲しくなったり、惨めになったりした	.793	.000
3	ボンディング	赤ちゃんをとても身近に感じない	.769	.000
4	身体症状	母乳の出が悪い	.756	.000
5	育児ストレス	私は孤独で友達がいないと感じている	.745	.000
6	育児ストレス	私の子どもは、他の子どもよりも手がかかるようだ	.737	.000

表4 左の判別分析の判別率

		予測された群		合計
		ローリスク	ハイリスク	
実際の群 (度数)	ローリスク群	361	88	449
	ハイリスク群	34	85	119
実際の群 (%)	ローリスク群	80.4	19.6	100.0
	ハイリスク群	28.6	71.4	100.0

グループ化されたケースのうち 78.5% 個が正しく分類されました。

表5 経産婦における、産後2週の心理社会的変数が産後3か月時のリスクを判別するか(判別分析)

ス テ ッ プ	尺度	項目	Wilks のラム ダ	有意確率
1	育児ストレス	私は物事をうまく扱えないと感じることが多い	.868	.000
2	WHO-5	日常生活の中に興味あることがなかった	.826	.000
3	育児ストレス	私の子どもは、小さなことに腹を立てやすい	.792	.000
4	育児ストレス	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	.777	.000
5	ボンディング	赤ちゃんを身近に感じない	.765	.000
6	育児ストレス	私は孤独で友達がいないと感じている	.754	.000

表6 左の判別分析の判別率

		予測された群		合計
		ローリスク	ハイリスク	
実際の群 (度数)	ローリスク群	250	81	331
	ハイリスク群	38	76	114
実際の群 (%)	ローリスク群	75.5	24.5	100.0
	ハイリスク群	33.3	66.7	100.0

グループ化されたケースのうち 73.3% 個が正しく分類されました。

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
分担研究報告書

産後うつ病の治療に関するコクランレビューについての
オーバービューレビューのプロトコール作成

研究分担者 森臨太郎（国立成育医療研究センター成育政策科学研究部）
研究協力者 太田えりか（国立成育医療研究センター成育政策科学研究部）
Nnorom Chioma Ezinne（国立成育医療研究センター成育政策科学研究部）
小林絵理子（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）
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）
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）

研究要旨

産後うつ病は母親や子ども、家族に影響を及ぼすだけでなく、グローバルな規模での負担となり、社会にネガティブな影響を与えうる。したがって、産後うつ病の効果的な治療法を認識し明確にすることが重要となる。本研究では、産後うつ病の介入効果に関するコクランのシステマティックレビューのみからのエビデンスを要約する。このオーバービューレビューは、治療法のプロトコールに関するエビデンスに基づいた最適な治療についての政策決定に有用となり、患者や臨床家にとっての有効な指針ともなりうる。次年度、オーバービューレビューを行う。

A. 研究目的

産後うつ病は、産後、あるいは出産年齢時の女性がかかるグローバルな精神疾患である。産後うつ病の特徴としては、慢性的な低気分、喜びの欠如、反社会的行動、自殺念慮や他のネガティブな症状があげられる。産後うつ病の分類に関しては一致したものはないが、ICD-10（出産後6週間以内）やDSM-5（妊娠期間内や出産後4週間以内の発現）に示されるような発現は広く受け入れられている。産後うつ病は、出産後1年にまで及び、5年以内には40%の再発率があることを記しておくべきであろう[1-3]。

産後うつ病は、出産前に経験したうつ症状の延長でもありうる。その期間は重症度とポジティブに相関する。産後うつ病の平均発症率は13%であり、現在の発症率は

10 - 15%とされている[4]。産後うつ病は、他の認知機能、感情、社会及び乳幼児の疾病とも関連があるとされている。産後うつ病は、産後の主要な死因である。また、核家族にせよ大家族にせよ、結果として起こるネガティブな社会的結果による家族への影響は計り知れない。

産後うつ病の要因はいくつもの要因が重なっている。遺伝的要素、ホルモン、心理社会的要素、社会的要素（移民の立場、身体の虐待、社会的サポートの欠如、大きなライフイベント）、身体的要素（養育中のライフスタイルの変化、ホルモン治療からの撤退）などである。授乳中の抗うつ剤の影響や薬の副作用については懸念があり、結果として、治療へのコンプライアンスを低めることとなり、さらに症状が継続することになる。産後うつ病の治療に効果があ

るとみられる多面的な治療戦略には、投薬（ホルモンを含む）、心理社会的治療（非指示的カウンセリング）や心理的治療（対人的心理療法、認知行動療法）が含まれる[5-7]。

B. 方法

心理的、社会心理的、投薬治療など、多様な介入が単独あるいは統合された形で産後うつ病の治療に有効である。

心理・社会心理的介入

この介入は、影響を受けている個人や社会のメンタル面での行動上の変化を促すものである。心理的なものでは、認知行動療法とインターパーソナル心理療法と2種類が認識されている。両方ともセッションリミットがあり、感情や機能、思考や行動をコントロールすることを目的としている。心理社会的介入としては、ホームビジットを含むサポータティブなインターアクションが含まれる。そこにおいては、クライアントは自由に話をし、聞き手は共感をもって聞くことが期待されている。同じような経験を過去や現在に抱えている人たちが集まるサポートグループも、互いに支え合い励まし合う場となる。

投薬治療

これが通常標準とされるファーストラインの治療であり、ニューロトランスミッター(脳のシグナル伝達に関与するケミカル)[9]の再取り込みを遮断したり、累積を促す抗うつ剤を数種類投与することが含まれる。このような投薬治療は、心理社会的あるいは心理的治療の統合や、代替案として使用される。

近年では、産後うつ病の原因は内分泌の要因にあるとしたプロジェスティンやエストロゲンなどのホルモン治療の使用へのエビデンスが増えている[10]。このようなホ

ルモンの生理的濃度を投与することは、中枢神経を安定することになり、結果として抗うつ剤の効果となる[11]。

1) 介入がどのように作用するか

産後うつ病の介入は、単独にせよ統合された形にせよ、メンタル面、感情面、ケミカル欠如を検知し、調整することを目的としている[12, 13]。これにより症状の軽減や停止に役立つこととなる。通常このプロセスにはトレーニングを受けた経験豊かな医療従事者が関わっており、フォローアップ評価は再発を防ぐ。

2) なぜこのレビューを行うことが重要なのか

産後うつ病は母親や子ども、家族に影響を及ぼし、それはグローバルな規模での負担となる。母親は社会の災いのもととなり、社会にネガティブな影響を与えうる。したがって、産後うつ病の効果的な治療法を認識し明確にすることが重要となる。産後うつ病は、高い再発率が認められ、治療期間など治療法の適切さについて情報が必要である。このレビューは、治療法のプロトコルに関するエビデンスに基づいた最適な治療の政策決定に有用となる。また消費者や臨床家を誘う有効な資源ともなりうる。

C. 目的

このレビューの目的は、産後うつ病の介入効果に関するコクランのシステマティックレビューのみからのエビデンスを要約するものである。

D. 方法

このレビューに含む研究の基準

研究の種類

このレビューでは、産後うつ病の治療を目的とした介入のRCTのコクランシステマティック研究すべてを含む。コクランレビ

ユーへの定期的なアップデートや、プライマリ・セカンダリーアウトカムを評価している最近のクリニカルトライアルもレビューに含まれる。

参加者のタイプ

産後うつ病、産後不安やペアレンティングの問題、子どもの虐待の問題を抱える女性に関するレビューが含まれる。

介入のタイプ

産後うつ病のみの治療か、産後うつ病の治療や、両親のストレスや不安を軽減することを目的とした投薬、心理社会的、心理的治療を統合したものが含まれる。

アウトカムのタイプ

以下のアウトカムに関して報告された研究を含む。

主要アウトカム

1. うつ尺度での重症度（エジンバラ産後うつ病スケール（EPDS）
2. 両親のストレス
3. 母親の QOL

副次的アウトカム

1. 母親—子どもの相互作用
2. 子どもへの虐待
3. 母親の治療に対する満足度
4. 母親の不安
5. 母親の致死率
6. 投薬の副作用

レビューの探求方法

以下のキーワードにて、コクランデータベースや Archie9Th コクラン情報マネジメントシステムをサーチする。“postpartum depression”、“postnatal depression”、“mental health problems”の用語は、タ

イトルやアブストラクト、キーワードに限る。他のデータベースは調査しない。

データコレクションと分析レビューの選択

二人の著者が、必要と思われるコクランシステマティックレビューを評価する。これにより、産後うつ病の治療を目的とした介入効果を評価し、目的や、アウトカムと参加者を含めた方法を分析するコクランシステマティックレビューで出版され、適合するものを抽出できる。著者間の不一致はディスカッションで解消するか、第三者を介し解消する。

データ抽出と管理

事前に指定されたデータコレクションフォームを使用し、二人の筆者が出版されたシステマティックレビューのデータを個別に抽出する。含まれている研究の手法やエビデンスを評価するアセスメントも、二人の著者によって行われる。方法の品質に関する評価については、複数のシステマティックレビューのアセスメント（AMSTAR）を使用する[14]。このツールは、11のクライテリアに基づいたレビュー方法の非バイアス度を計るものである。含まれた研究のエビデンスの質を図るものとしては、Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) アプローチを使用する。このアプローチは、含まれた研究の質を、とても低い・低い・中程度・高いの4レベルに基づいて評価するものである。著者間の不一致に関しては、著者間のディスカッション、あるいは必要に応じて第三者を交えて解消する。

データの統合

それぞれの研究のナラティブによる要約は“overview of reviews table”の中で示される。その中には、研究の特徴、GRADE