

応困難例、産後のフォロー体制、回答者の属性などであった。

分析方法は、量的変数については単純集計を、自由記述については、SCAT (Steps for Coding and Theorization: 大谷, 2008) を用いて質的データ分析をおこなった。

二年度の対象者は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。

三年度は、平成24年度から26年度に東京都世田谷区のコホート調査から、「3点セット」がどの程度児童虐待を予測するかを検討した。産後1か月で行われた「3点セット」の各項目を独立変数として、産後3か月で行われた児童虐待の質問紙(徳永ら)のカットオフ値(3/4点:虐待傾向、6/7点:虐待)を従属変数として、それぞれの従属変数についてロジスティック回帰分析を行った。また、それらをもとに、ROC曲線を描き、曲線下面積の値から検出力について検討した。

## C. 研究結果

### 1. 初年度の結果

メンタルヘルスが気になる妊産婦は11施設中9施設で、気になる妊産婦の割合は7施設が10%未満と答えたが、10-30%と回答した施設もあった。

メンタルヘルスが気になる妊産婦の症例は、「家族関係」、「精神疾患現在あり」、「妊娠出産による身体変化から精神不調へ」、「上の子の育児負担」、「母親失格感」、「偏った考えやこだわり行動」、以

前に精神疾患があったという「精神疾患既往」、「精神不安定」、「社会ルール逸脱」、「母親一人で育児」、「低所得で分娩育児に前向きでない」、「仕事と育児の両立」、「子どもの障害」、「社会から孤立感」が因子であった。気になる妊産婦を判断する観点・基準は、「家族のサポート不足」、「暗い印象」、「経済的困窮」、「未成熟な性格」、「児への愛情が乏しい」、「行動観察して主観評定」、「心理検査で基準設定」、「妊娠出産に前向きでない」、「精神疾患既往」、「身体既往歴」、「生活態度がルーズ」、「児の身体疾患」、「育児経験がない」、「本人からの訴え」があげられた。気になる妊産婦への対応方法は、「面談」、「母乳外来」、「産後2週間健診」、「地域資源を利用することを勧める」、「電話訪問」、「公的地域資源との連携」、「周産期スタッフ間での情報共有」、「ソーシャルワーカーとの連携」、「精神科との連携」であった。気になる妊産婦への対応で困っていることは、「判断・対応に迷う」と「産後の支援」であった。気になる妊産婦に対する産後1か月以降のフォロー体制を構築することは現実には困難でその理由は、「時間とマンパワー不足」、「精神専門家がない」、「コストがとれない」、「行政との情報共有をする機会が少ない」が挙げられた。

### 2. 二年度の結果

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。初産婦は、「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(PS-SF)」、「悲しくなったり、惨めになったりした(EPDS)」、「赤ちゃんをととても身近に感じない(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。経産婦は、「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。

### 3. 三年度の結果

虐待傾向については、赤ちゃんへの気持ち質問票の2項目、育児支援チェックリストの1項目が統計的に有意に影響のある項目となり、曲線下面積は0.76であった。虐待については、赤ちゃんへの気持ち質問票の3項目、育児支援チェックリストの1項目が統計的に有意に影響のある項目となり、曲線下面積は0.93であった。

#### D. 考察

「世田谷区の妊産婦のメンタルヘルスを考える協議会」に参加している産科施設を対象にメンタルヘルスの問題を抱えた妊産婦についてのアンケート調査を実施した。

メンタルヘルスの問題を抱えた妊産婦が1割であったことは先行研究の観点から議論があるところである。従来、エジンバラ産後尺度のカットオフを8/9点としたときの大規模調査では15-20%が抑うつ群となっていた。このようにエジンバラ産後うつ病尺度のカットオフを何点にするかによってメンタルヘルスの問題を抱えた妊産婦の割合は変動する。周産期だけのフォローではなく、長期的なフォローが必要な群なのではないだろうか。ライフステージの移行に合わせて、周産期のサポート体制から育児期のサポート体制へ情報の申し送りと患者・家族がスムーズに移行できるような橋渡しが必要だろう。

初年度の研究の結果から、サポート体制は個人産院と病院で異なることが示唆された。例えば、個人産院は医療スタッフが各ケースの様子に対応して面接をしたり電話をしたり外来受診を勧めるなどしていた。他方、病院の場合は院内のソーシャルワーカーや他科スタッフなど多科・多職種によって業務分担をし、地域に情報提供をするといった流になっていた。こうした対応の違いはそれぞれの立地や特色を生かして形成されてきたと考えられる。

二年度の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、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。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くて感じている」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、偽陽性、偽陰性のケースが3割程度いるため、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。

三年度の研究により、3点セットが児童虐待のアセスメントに有用なツールであることが明らかとなった。また、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリストの項目の中でも児童虐待のアセスメントにとりわけ重要な項目があり、それらについて母子保健関係者が注意していくことの重要性が示唆された。

## E. 結論

妊娠中から産後までの妊婦メンタルヘルスへ問題のある妊婦の存在は多くの分娩施設で認識されていた。しかし、ハイリスク妊婦を抽出する適切な方法・対応法のツールの開発が望まれた。また、ハイリスク妊婦への対応としては「判断に迷う」「産後支援」についての問題を持っていることが判明した。さらに、一か月健診以降のフォローアップ体制の仕組みがないことも判明した。この結果から、単なる抽出ツールの開発だけではなく、地域一体となった妊婦メンタルヘルスへの対応が重要であることが明らかとなった。

分娩後3カ月の育児困難や抑うつ症状を予測できる因子としては、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、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」であった。これから、より少ない変数でスクリーニングできる可能性が示唆された。

母親のメンタルヘルス不調や養育不全・児童虐待のリスク評価として使用されている「エジンバラ産後うつ病評価尺度」、「赤ちゃんへの気持ち質問票」、「育児支援チェックリスト」のいわゆる3点セットが児童虐待のアセスメントに有用なツールであることが明らかとなった

**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

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））

「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

総合分担研究報告書

諸外国の文献レビューおよび  
妊娠中と産後のうつ病の予防・治療に関する  
コクランレビューのオーバービューレビュー

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 大田えりか（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）  
大西香世（元国立成育医療研究センター研究所 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

妊娠中および産後の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、妊娠中および産後の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、平成 25 年度に日本における要保護児童対策地域協議会（要対協）の現状の問題点と今後の課題を分析すべく、アメリカ・イギリス・オーストリアの 3 国を事例として、これら 3 国の制度の文献調査を行った。平成 26 年度は、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オーバービューレビューのプロトコールを作成した。平成 27 年度は、妊娠中および産後のうつ病の社会心理的および心理的な予防・治療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オーバービューレビューを実施した。産後うつ病に対する社会心理的・心理的予防・治療介入の有効性が明らかになった。しかし、妊娠中のうつ病に対する予防・治療介入の研究はまだ少なく、とくに予防に関して系統的レビューの作成が急務である。

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]。

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[2]。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ストラテジーには、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]。本分担研究班では、平成25年度には、日本におけるメンタルヘルス不調の母親の早期発見・支援システムの発達に対するインプリケーションを提示するために、これらのシステムが発達している欧米3か国—アメリカ・イギリス・オーストリア—の先例の文献調査を行い、平成26年度は、オーバービューレビューのプロトコルを作成し、平成27年度は、心理社会的や心理的な予防介入で妊娠中や産後のうつ病を予防・治療に効果があるのかどうか検証したコクラン系統的レビューを網羅的に検索し、オーバービューレビューとして、ナラティブに結果をまとめた。

## B. 目的

平成25年度は、アメリカ・イギリス・オーストリア—の先例の文献調査を行うことを目的とし、平成26年は有効な予防治療介入の効果を明らかにするために、オーバービューレビューのプロトコルを作成し、平成27年度は、特に妊娠中および産後の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とを目的とした。

## C. 方法

海外の動向に関しては政府機関の一次・二次資料をあたり、文献調査を行った。また、出版されているコクラン系統的レビューのうち、妊娠中または産後の女性を対象に、心理的、社会心理的な予防・治療介入が単独あるいは統合された形で実施されたものを網羅的に検索し、該当するものの結果をまとめた。

### このオーバービューレビューに含む研究の基準

#### 研究の種類

このオーバービューレビューでは、妊娠中および産後のうつ病の予防・治療を目的とした社会心理的、心理的な介入のRCTのコクラン系統的レビューをすべて含む。

#### 参加者のタイプ

すべての妊娠女性、産後の女性、または産後うつ病、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心理社会的、心理的予防・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

### 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 Archie 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、妊娠中および産後うつ病の予防・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。

### 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を使って評価したプライマリーアウトカムのエビデンスの質の要約、AMSTARを使ったシステマティックレビューのレーティングが含まれる。”postpartum treatment”のアウトカムに関する最近のデータがない場合は、著者の許可を得たうえで、コクランレビューに適切なプライマリーとセカンダリーアウトカムする。

### 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。

### なぜこのオーバービュー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。妊娠中および産後のうつ病は、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。このオーバービューレビューは、予防・治療介入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。

#### D. 結果

##### 1) 諸外国の文献レビュー

###### 【アメリカ】

アメリカにおける連邦レベルの取り組みとしては、アメリカ疾病管理予防センター (Centers for Disease Control and Prevention : CDC) のリプロダクティブ・ヘルス局 (Division of Reproductive Health) が、行っている調査監督 (サーベイランス) と研究が挙げられる。リプロダクティブ・ヘルス局が対象とするのは、出産可能年齢とされる15歳から44歳までの女性である。同局の重要なアジェンダのひとつには、メンタルヘルス不調の母親の早期発見および支援システムを構築することであるが、具体的には以下のようなサーベイランスやスクリーニングのための質問票 (questionnaires) の作成を行っている。

まず、CDCが作成している産後うつなどのメンタルヘルスに関するスクリーニングのための質問票ひとつに、妊娠リスク・アセスメント・モニタリングシステム (the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System; PRAMS) がある。PRAMSの目的は、州の健康省 (health departments) と協力し、州レベルに特化した、妊娠前後 (妊娠前・妊娠中・産後) の州人口の妊産婦の心身の体調をモニタリングし、データを収集して、周産期の母と子の健康の増進につとめるものである。現在では、PRAMSには40州とニューヨーク市が参加しており、全米の78%

の出生に相当する。

PRAMSの調査質問票の歴史は古く、1987年に開発されたが、現在の時点で、全ての州がアセスメントを義務付けられている質問項目のコアは、以下の8項目である。

- 1) 最近の妊娠に関する態度と感情
- 2) 妊娠管理の内容と情報
- 3) アルコールと煙草の摂取
- 4) 妊娠前・妊娠中の身体的虐待
- 5) 妊娠合併症
- 6) 新生児のヘルス・ケア
- 7) 避妊
- 8) アルコールや煙草の害や葉酸の効用、HIVのリスクなど妊娠に関連した健康情報

PRAMSの質問は、郵便の郵送による自己回答式 (self-administered questionnaires) と電話での質問によるインタビュー形式 (interviewer-administered questionnaires) とに分かれる。このように、アメリカ疾病管理予防センターが作成したPRAMSの質問票を、州自治体を実施するという形式になっているが、この他には、保健福祉省 (Department of health and Human Services) の Health Resources and Services Administration が、妊産婦のうつの自己診断の方法を呼びかけている。ただし、この方法では、メンタルヘルスの専門家が早期に周産期うつを発見するという形式ではなく、妊産婦の自発性に依存するものとなっている。CDCは、自己診断によってメンタルヘルス障害の可能性が疑われた場合、妊産婦は専門家のアポイントメントをとることを推奨しているが、自分で電話をかけることができない場合は、予約の電話の際にナース・プラクティショナーなどに同伴してもらうことをアドバイスしている。

アメリカ疾病管理予防センターの取り組みの一方で、州レベルにおいて、州が独自に法令を制定している地域も存在する。イ



リノイ州（州都・シカゴ）がその一例であり、周産期メンタルヘルスのスクリーニングと対策について法令を作成している。

イリノイ州においては、2008年に、**Perinatal Mental Health Disorders Prevention and Treatment Act**が施行された。同法令の目的は、周産期うつの早期発見と処方を促進し、その認識を高めることである。法令では、①ライセンスのある専門家（医師や上級看護師等）が、女性に対して教育を与えること、そして可能であれば、周産期メンタルヘルス障害について、女性の家族にも教育を与えること、②分娩を扱っている全ての病院において、産婦、父親、その他家族のメンバーに対して、周産期のメンタルヘルス障害に関する情報を与えること、③ライセンスのある周産期ヘルス・ケアの専門家が、女性が周産期のメンタルヘルス障害に陥っていないかを査定するために質問(エディンバラ産後うつ病自己評価票 EPDS, the Postpartum Depression Screening Scale, the Beck Depression Inventory, the Patient Health Questionnaire 等)を完成させること、この上記3つを義務付けている。

イリノイ州では、ヒューマン・サーヴィス省、健康と家族サーヴィス省、公衆衛生省などが連携し、政策提言を行ったり、メンタルヘルスに関する教育の教材を作成したりと連携をしている。とりわけ、健康と家族サーヴィス省(HFS)は、イリノイ州の出生の51%をカバーしているが、メンタルヘルスケアの専門家は、HFSとパートナーシップを組み、スクリーニングやリファerralに取り組むことが、奨励されている。

また、同州は、無料のコンサルテーションのサーヴィスも提供している。コンサルタント、大学教員、スタッフ・クリニシャンが、イリノイ大学シカゴ校のウィメンズ・メンタルヘルス・プログラム(the University of Illinois at Chicago Women's Mental Health Program)からカウンセリング

のために派遣されている。さらに、周産期うつを感じている女性に対して、Evanston Northwestern Healthcare Perinatal Depression Program という24時間ホット・ラインも提供されている。

#### 【イギリス】

イギリスにおいては、英国国立医療技術評価機構 NICE (National Institute for Clinical Excellence)が最新のエビデンスに基づいて、周産期(antenatal and postnatal)のメンタルヘルスに関する実践的なガイドラインの暫定版 (Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance)を作成している。

NICE ガイドラインでは、産前・産後の期間、妊産婦がファースト・コンタクトをとる相手は、通常、助産婦やヘルスビジターなどの専門家であり、メンタルヘルスの潜在的リスクの可能性があった場合に、一般医(GP)のアセスメント(assessment)を受けるというシステムとなっている。そして、双極性障害、産褥期の精神病などの重症なメンタルヘルスの症状が見られた場合には、精神科医というメンタルヘルスの専門家に照会されるというシステムになっている。NICW ガイドラインの具体的な手順としては、①予知(prediction)→②発見(detection)→③カウンセリング・心理社会的治療(psychosocial treatments)→④うつ管理(management of depression)→⑤リスクの説明(explaining risks)→⑥抗うつ治療の処方(prescribing antidepressant medication)の手順を踏むことが推奨されている。

周産期の妊産婦のうつ発見のために、まず、過去の病歴のスクリーニングを行うことを推奨している。過去の病歴に関しては、

- 1) 過去または現在の気分障害(双極性障害、産褥期の精神病、重症のうつ病)
- 2) 入院治療を含む精神科医・メンタル

ヘルス専門家による治療歴の有無  
(分娩中および前後の向精神薬の  
使用)

- 3) 周産期の精神疾患の家族歴  
の質問項目に答える形式となっている。また、妊婦によってファースト・  
コンタクトがとられた専門家は、うつ病の予知と検出のために、以下の  
二つの質問をすることが求められている。これは北米の精神科診断基準  
(DSM-IV)の中核症状とほぼ同等で  
あり、うつ病を見逃さないための  
“Whooley questions”(= Two Questions  
法)としてスクリーニングとしての  
妥当性も検証されている。
- 4) 過去1ヵ月の間に、気分が落ち込ん  
だり、元気がなくて、あるいは絶望  
的になったりして、しばしば悩ま  
されたことがありますか？
- 5) 過去1ヵ月の間に、物事をするこ  
とに興味あるいは楽しみをほとんど  
なくして、しばしば悩まされたこ  
とがありますか？

NICE ガイドラインは、妊産婦が上記の2  
つの質問のどちらかひとつでもあてはまっ  
た場合、3つ目の質問として、3)上記のこ  
とは、あなたが何か必要としたり、助けを  
ほしいと感じたりしたものでしたか？とい  
う質問を聞くことを推奨している。

このスクリーニングの後、リスク・ファ  
クター（気分障害の既往歴、社会心理的要  
因など）の高い妊産婦に対しては、まず  
1ヶ月以内に、専門家によって最初のアセ  
スメントがなされ、準臨床的なカウンセリング・心理社会的治療(psychosocial  
treatments)が行われることが推奨されてい  
る。その際、①過去に既往症がある場合は、  
人間関係療法(interpersonal therapy=IPT)や  
認知行動療法 cognitive behavioural therapy  
=CBT)などの4-6の短いカウンセリング・  
セッションが行われる。一方、②過去に既

往症がない場合は、インフォーマルな個人  
的/グループ・ベースの社会的支援などが行  
われるようになっている。

次に、軽度から中等度のうつ病が発見さ  
れた場合は、自助戦略(self-help strategies)、  
傾聴訪問(listening visits)、短い認知行動療  
法、人間関係療法(interpersonal therapy=IPT)  
などが行われる。これらの治療が適切であ  
ると考えられるものの、身近に治療を受け  
る場がない場合、The Patient Advice and  
Liaison Service(PALS) にコンタクトをとる  
ことが推奨されている。PALS とは、NHS  
のサービスを利用する人々のために、守  
秘義務をもって情報を提供したりアドヴァ  
イスをしたりする独立機関である。PALS  
が助言できない場合は、地元の Independent  
Complaints Advocacy Service に照会される。

こうして、うつが発見された場合は、精  
神科医によって、メンタル障害に関する治  
療と非介入のそれぞれの相対的・絶対的リ  
スクなど、リスクの説明がなされ、最後に、  
抗うつ治療の処方として、三環系抗うつ薬  
Tricyclics (TCAs)、抗鬱剤(SSRI)などが処方  
されるという段階になっている。

ところで、NICE ガイドラインでは、ヘル  
スビジター(HV)が、産後6ヵ月から18ヵ  
月の褥婦に対して、エディンバラ産後うつ  
病自己評価票(EPDS)をテストすることを  
推奨しており、EPDSは褥婦のうつ発見に  
関して、イギリスでは汎用しているもので  
ある。ただ、近年には、National Screening  
Committee (NSC)が、EPDSの有効性、とり  
わけカット・オフ・レベル(cut-off level)  
関しては、その有用性を否定しており、  
EPDSの採用には多方面から検討される余  
地がある。

#### 【オーストラリア】

オーストラリアにおいては、2008年度か  
ら同国において初めて、国家計画として周  
産期のメンタルヘルスに対する5年計画、

The National Perinatal Depression Plan (NPDP) を発表した。オーストラリア政府は、州と特別地域、健康省のアドヴァイザリー・カウンシル(Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC) と全国周産期うつイニシアティヴ(National Perinatal Depression Initiative)を発足させ、州と特別地域、うつ対策プログラム(beyondblue)、健康省の the Access to Allied Psychological Services (ATAPS) に、ファンディングされることとなった。とりわけ、beyondblue は周産期うつ対策にこれまで積極的に取り組んできており、研究などを通して周産期うつの知識や情報を提供したり、アボリジニなどやトレス海峡諸島民などの人々（通常、アボリジニなどやトレス海峡諸島民などの女性は、それ以外の女性よりも高い確率で、ウェル・ビーイングの問題や精神的な問題を抱えているとされている(Social Health Reference Group 2004)。の言語的・文化的背景にも考慮したうつ対策のプログラムを提供したりしている。

beyondblue の Mental Health National Action Plan は、①妊娠中のうつのルーチン・スクリーニングと産後2ヶ月のフォローアップ・チェック、②うつの潜在的リスクがある妊婦に対するフォローアップ・サポートとケア、③妊産婦のうつの診断をする専門家のトレーニングなどを指針している。

ルーチン・スクリーニングに関しては、beyondblue が、National Health and Medical Research Council を通して、スクリーニングのガイドラインを決定している。産後うつの普及とスクリーニングプログラムの容認性を決定するために、12,000 オーストラリア女性に対して、エディンバラ産後うつ病自己評価票を用いたスクリーニングを行っていた。ただし、EPDS は過去1週間の女性の気分を図るものに限定され、その他には、①社会的・精神的サポートの欠如、②

最近のストレス、③低い自尊心、④既往症、⑤ドメスティック・バイオレンス、などを質問する心理アセスメントが必要であるとしている。

うつの診断をする専門家に関しては、政府によって採用されたスクリーニングのツールを正しく使用できるよう、一般医・産科医・母子保健看護師・助産師・アボリジナル・ヘルスワーカー・保健師の訓練を推奨すると同時に、それ以外の非専門家や NGO、民間部門などが、周産期うつに関する知識や情報を得ることを推奨している。これらの非専門家や NGO、チャイルド・ケア・ワーカーや児童相談所のスタッフが含まれる。

また、行政が提供するコンサルテーション・サービスとしては、Perinatal Mental Health Consultation Service (PMHCS)がある。

## 2) 社会心理的・心理的な予防・治療介入の効果のkokランレビューのオーバービューレビュー

kokランレビューを網羅的に検索した結果、3本のkokラン系統的レビューが、妊娠中または産後のうつ病の予防または治療介入の効果をもっているものだった[8-10]。治療に関しては、妊娠中のうつ病の社会心理的・心理的治療介入のレビュー[8]、そして産後うつ病の社会心理的・心理的治療介入のレビュー[9]の2本が含まれた。また予防に関しては、産後うつ病の社会心理的・心理的予防介入のレビュー[10]が含まれた。妊娠中のうつ病の社会心理的・心理的予防介入のレビューはkokランでは存在しなかった。

A) 妊娠中のうつ病の社会心理的・心理的治療介入の効果 (Dennis 2007) [8]

アメリカで行われた38名のDSM-IVうつ病と診断された妊娠女性をランダム化し、妊娠中の16週間に専門家に

よる45分間の社会心理的介入のセッションを複数回介入した群と、比較群は育児に関するセッションを同時期行った研究が一つだけ含まれた[11]。Clinical global impression scale という尺度を用いた介入群のうつ病の治療は統計的に有意に効果RR0.46 (95%CI:0.26-0.83)があった。Hamilton rating scale for depression (カットオフ>6)を用いたうつ病の治療効果は統計的な有意な差RR0.82(95%CI:0.65-1.03)はみられなかった。この研究のリスクオブバイアスのAllocation concealmentはunclearであった。

B) 産後うつ病の社会心理的・心理的治療介入の効果 (Dennis 2007) [9]

10件のRCTがレビューの適格基準に該当した。そのうち、9件のRCT(合計参加者数=956名)がレビューのアウトカムを報告しており、メタ分析で統合された。社会心理的・心理的治療介入は通常の産後ケアと比較して、1年以内の産後うつ症状が有意に減少したRR 0.70 (95%CI: 0.60-0.81, 9 trials, 956 women)。EPDS12点以上の人数の割合も、RR 0.44 (95%CI: 0.24-0.80, 2 trials, 81 women)と統計的に有意に減少した。社会心理的介入も心理的介入も両方ともうつ症状を減少させるのに有効であった。

C) 産後うつ病の社会心理的・心理的予防介入の効果 (Dennis 2013) [10]

このレビューでは、17000名を超える参加者を含む28件のRCTが分析に含まれた。社会心理的または心理的な予防介入を受けた女性は、通常のケアを受けた群と比べて

産後うつ病になる割合が統計的に有意に少なかった(RR 0.78, 95% confidence interval (CI) 0.66 to 0.93; 20RCTs, 14,727 women)。いくつかの有効であった介入は、(1)保健師または助産師が提供する複数回の個別の家庭訪問の提供 (RR 0.56, 95% CI 0.43 to 0.73; 2 RCTs, 1262 women); (2)ピアによるテレフォンサポート(RR 0.54, 95% CI 0.38 to 0.77; 1 RCT, 612 women); (3)対人精神療法(standardised mean difference -0.27, 95% CI -0.52 to -0.01; 5 RCTs, 366 women)。プロト一般の人の介入は両方ともうつ症状のリスクを減少させる効果があった。個人ベースの介入も (RR 0.75, 95% CI 0.61 to 0.92; 14 RCTs, 12,914 women) 複数人の介入(RR 0.78, 95% CI 0.66 to 0.93; 16 RCTs, 11,850 women)も両方ともうつ症状を軽減させるのに効果がみられた。産後から介入を始めたものも統計的に有意にうつ症状を軽減させていた (RR 0.73, 95% CI 0.59 to 0.90; 12 RCTs, 12,786 women)。産後うつ病のハイリスク群を特定して介入することは、有意にうつ症状が減少した(RR 0.66, 95% CI 0.50 to 0.88; 8 RCTs, 1853 women)。

E. 考察

アメリカ・イギリス・オーストラリアの英語圏3国の事例から、それぞれの地域では、それぞれCDC、NHS、AHMがそれぞれ、全国規模でEPDSなどのインストルメントを用いた周産期うつの早期発見のネットワークのイニシアチブをとっていることが分かった。とりわけ、アメリカにおいては、州レベルにおいて法令が制定され、大学等民間部門と協力し、専門家を派遣したり、緊急ホットラインを提供したりと、ネットワーク網の発達が見られた。

このオーバービューレビューは、社会心理的、心理的介入の予防・治療法が妊娠中および産後のうつ病に有効かどうかを検証した。産後うつ病や産後のうつ症状に関し

ては数多くの RCT があり、有効性が明らかになった。とくに、有効な介入の特徴も明らかになってきており、我が国においても介入パッケージの作成が急務である。妊娠中のうつ病に関しては、治療に関しては RCT が 1 件と少なく、予防に関しては、コクランレビューが存在しなかった。妊娠中のうつ病の社会心理的・心理的予防介入が有効かどうかの検証は重要であり、本分担当では、系統的レビューのプロトコルを作成した。今後、研究費が継続できれば、コクラン系統的レビューでのタイトル登録または、妊娠中のうつ病に関する系統的レビューを引き続き実施し、出版したい。

#### F. 結論

日本においては、未だ周産期メンタルヘルスの認知度が低いが、アメリカ・イギリス・オーストラリアにおいては、政府・地方自治体・民間部門がパートナーシップを組み、冊子を作成するなどのメンタルヘルスの認知度を高める啓蒙活動から、EPDS などのインスツルメントを用いたアセスメントまで、幅広く行っている。日本が参考にする部分は大きい。

産後うつ病の介入方法についてのコクランレビューのオーバービューレビューを作成した。産後うつ病に対する社会心理的・心理的予防・治療介入の有効性が明らかになった。しかし、妊娠うつ病に対する研究はまだ少なく、とくに予防に関して系統的レビューの作成が必要である。このオーバービューレビューは、社会心理的・心理的な予防・治療介入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や、患者及び臨床家にとっての有効な指針ともなりうる。

#### G-1. 引用文献・出典

1. Stuart S, Couser G, Schilder K, O'Hara MW, Gorman L. Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *The Journal of nervous and mental disease* 1998; 186(7): 420-4.
2. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 1995; 166(2): 191-5.
3. Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH. Timing of depression recurrence in the first year after birth. *Journal of affective disorders* 2004; 78(3): 249-52.
4. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International review of psychiatry* 1996; 8(1): 37-54.
5. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of general psychiatry* 2000; 57(11): 1039-45.
6. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *Bmj* 1989; 298(6668): 223-6.
7. Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth* 2006; 33(4): 323-31.
8. Dennis CL, Ross LE, Grigoriadis S. Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3.

- Art. No.: CD006309. DOI:  
10.1002/14651858.CD006309.pub2.
9. Dennis CL, Dowswell T.  
Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 2. Art. No.: CD001134. DOI:  
10.1002/14651858.CD001134.pub 3.
  10. Dennis CL, Hodnett ED.  
Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD006116. DOI:  
10.1002/14651858.CD006116.pub 2.
- G-2. 主要参考文献
1. Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance, NICE clinical guideline 45 Issued: February 2007, reissued April 2007)([guidance.nice.org/cg45](http://guidance.nice.org/cg45))  
*beyondblue*: the national depression initiative Perinatal Mental Health Consortium Perinatal Mental Health National Action Plan  
[http://www.beyondblue.org.au/docs/default-source/8.-perinatal-documents/bw0125-report-beyondblues-perinatal-mental-health-\(nap\)-full-report.pdf?sfvrsn=2](http://www.beyondblue.org.au/docs/default-source/8.-perinatal-documents/bw0125-report-beyondblues-perinatal-mental-health-(nap)-full-report.pdf?sfvrsn=2)
  2. Understanding NICE guidance: Information for people who use NHS services  
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG045PublicInfo.pdf>
  3. An evaluation of screening for postnatal depression against NSC criteria CLINICAL PRACTICE GUIDELINES Depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis in the perinatal period
  4. A guideline for primary care health professionals February 2011  
<https://www.bspg.com.au/dam/bsg/product?client=BEYONDBLUE&prodid=BL/0891&type=file>
  5. Illinois Department of Human Services, Screening and Treatment for Perinatal Mental Health Disorders,  
<http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=35251>
  6. Mental Health among Women of Reproductive Age  
[http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Depression/PDFs/Mental\\_Health\\_Women\\_Repo\\_Age.pdf](http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Depression/PDFs/Mental_Health_Women_Repo_Age.pdf)
- H. 研究発表
1. 論文発表  
なし
  2. 学会発表  
なし
- I. 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

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編著者名	書籍名	出版社名	出版 地	出版 年	ページ
立花良之	こころの問題を持つ 母親のサポートハン ドブック 気づい て・つないで・支え る多職種地域連携			医歯薬出版	東京		印刷中
立花良之	アタッチメント（愛 着）の形成	田山卓浩	乳幼児を診る—根拠に 基づく育児支援 総合小児医療カンパニ ア 第7巻	中山書店	東京	2014	114-121
小泉典章	公衆衛生領域と精神 保健領域における、 医療、介護及び福祉 との連携と協働。	武藤孝司 磯博康	公衆衛生領域における 連携と協働	日本公衆衛 生協会	東京	2014	145-152



研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<u>Tachibana Y</u> <u>Takehara K.</u> <u>Mori R.</u> <u>Kubo T., et al.</u>	Antenatal Risk Factors of Postpartum Depression at 20 Weeks Gestation in a Japanese Sample: Psychosocial Perspectives from a Cohort Study in Tokyo	PLOS ONE	10.1371/journal.pone.0142410		2015
<u>Konishi M,</u> <u>Tachibana Y,</u> <u>Takehara K.</u> <u>Kubo T., et al.</u>	Self-Rated and Female Partner-Rated Scales in the Assessment of Paternal Prenatal Depression	Community Mental Health Journal	10.1007/s10597-015-9931-z		2015
<u>立花良之</u>	妊娠・出産・育児にかかわる各時期の保健福祉システムの現状とあり方	精神医学	58(2)	127-133	2016
<u>立花良之</u>	メンタルヘルス不調の母親の支援のゲートキーパーとしての小児科医の役割	日本小児科医学会報	50	142-145	2015
<u>立花良之、小泉典章</u>	妊娠期から母親のメンタルヘルスや育児を支援する多職種地域連携システムの試み 周産期G-Pネット	信州公衆衛生雑誌	8(1)	18-19	2013
<u>立花良之</u>	周産期の子育て支援について	子育て支援と心理臨床	60(1)	94-97	2013
<u>小泉典章</u>	実現しうる産後うつ病の予防対策とは	日本公衆衛生協会	45(1)	6-7	2015
<u>小泉典章,</u> <u>伊藤真紀</u>	精神保健と母子保健の協働	精神科治療学	30(2)	265-270	2015
<u>小泉典章</u>	長野県における医療計画策定経過と概要—今後の医療計画の見取り図と連携—	精神神経学雑誌	116(7)	563-569	2014
<u>小泉典章</u>	長野県の地域精神保健の動向	信州公衆衛生雑誌	8(1)	13-14	2013

