

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

## 妊産褥婦のメンタルヘルスについての研究

研究分担者 久保隆彦（医療法人社団シロタクリニック代田産婦人科 名誉院長）

研究協力者 小泉智恵（国立成育医療研究センター研究員）

### 研究要旨

初年度の研究では、世田谷区の約 8 割の分娩施設が妊娠中から産後までの妊婦メンタルヘルスに問題のある妊婦の存在を認識していたが、ハイリスク妊婦を抽出する適切な方法と対応法には多くの問題を抱えていた。この結果から、単なるメンタルヘルスハイリスク妊婦の抽出ツールの開発だけでなく、地域一体となった妊婦メンタルヘルスへの体制を構築していくことを政策提言していくことが重要であることが明らかとなった。

二年度の研究では、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」の 6 変数が分娩後 3 か月時のリスクの有無を判別した。（判別率は 78.5%）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。（判別率は 73.3%）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。

三年度の研究は、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 点セットの有用性を検討した。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、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。

### A. 研究目的

我が国の妊産褥婦の精神病による多くの

自殺が問題となっている。また、育児中の

虐待の増加は指数関数的に増加し、最悪の

場合には虐待死となること、虐待実施者は実母であることが多いと報告されている。核家族化、勤労女性の妊娠は妊産褥婦へのストレスを増長し、メンタルヘルスを悪化さしうる。さらに、母親自身の精神状態にとどまらず、母子間の愛着形成すら損なう可能性があり、虐待発生の原因ともなると考えられている。しかし、現在の妊産褥婦健診ではメンタルヘルスのリスクアセスメント及び対応がほとんどなされていない。また、妊娠中とは異なり産後の母親健診には公的補助がなく、標準化された産後健診はなく、メンタルヘルスリスクの早期発見、介入が難しいことが現状である。「養育支援訪問事業」で「特定妊婦」への支援事業が構築されているが、メンタルヘルスのハイリスク群は特定妊婦となるにも関わらず、その具体的な抽出法もなく、ほとんど活用されていない。そこで、「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」久保班では妊娠中期、産後に社会経済状況、メンタルヘルススクリーニングを行い、ハイリスク群の頻度及び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の経時的変化ならびに育児行動、妊婦を取り巻く職場の状況、里帰りの有無、地域的特性（都内と地方都市）、母子関係との関係があるか否か、関与する因子を明らかとする研究を開始した。この研究は世田谷区をフィールドとし開始したところ、参加する分娩施設ですでにメンタルヘルスの妊婦さんについては危惧しているも現実的な対応、精神科、行政との連携に苦慮していることから「世田谷区の妊婦のメンタルヘルスを考える協議会」を立ち上げた。本研究はその協議会におけるアンケート調査であ

り、周産期のメンタルケアにおける地域連携について、医療スタッフのニーズなどをシステム化する以前の現状を明らかとすることを初年度の研究目的とした。

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。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、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、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ため、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二年度の目的とした。

日本の母子保健では、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、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」が広く用いられている。この「3 点セット」は、養育不全や児童虐待のスクリーニングとしても重要な役割を担っているが、どのくらいの検出力を持っているか明らかになっておらず、本研究ではその検出力について検討することを三年度の目的とした。

## B. 研究方法

初年度のメンタルヘルスの問題を抱えた世田谷区内の 15 の産科施設における妊産婦に対して 2013 年 1 月にアンケートを实

施した。調査内容は、メンタルヘルスが気になる妊産婦の割合、症例、対応方法、対応困難例、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。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、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」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