

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

平成 25 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 久保 隆彦

平成 26 年 (2014) 年

目 次

I. 総括研究報告

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

久保隆彦

(資料)

世田谷コホート アンケート調査票

II. 分担研究報告

1. 妊産婦のメンタルヘルスのための診療体制構築のための研究

森臨太郎

2. 産後2週の抑うつ状態についての、妊娠中期20週頃と産後直後(4,5日後)における予測因子についての研究

立花良之

3. 妊娠期からはじめる妊産婦へのメンタルケアと育児支援のシステムについて

吉田敬子

4. 初産婦と経産婦のメンタルヘルスハイリスク群に関する考察

葛西圭子

5. 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～

竹原健二

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（独立行政法人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

本研究は妊産婦の縦断的な追跡調査（妊娠 20 週、分娩直後、産後 2 週間、1・2・3 カ月）を実施してきた。データ収集完了は産後 2 週までの計 3 回である。産前・産後のメンタルヘルス不調者は初産婦と経産婦では傾向が異なり、初産婦が経産婦より高いことが明らかとなった。EPDS が 9 点以上、WHO-5 が 13 点未満のメンタルヘルスのハイリスク者割合は産後 2 週が最も高く、経産婦に比して初産婦のハイリスク者割合が高い結果となった。初産婦に対しては入院期間中の介入以外に、ハイリスク者割合が高くなる産後 2 週で専門職の何らかの介入が必要である。また、特に初産婦に対しては退院後できるだけ早期に母子訪問するための方策整備が急がれる。

妊娠期や産直後の EPDS だけでは産後 2 週時の EPDS を予測できず、早期発見法が今後の課題であることが明らかになった。産後のメンタルヘルス不調の一因に、産婦の休養・睡眠が大きく影響し、予防介入プログラムの検討で重要であると考えられた。

産後 2 週の抑うつ状態予測する妊娠中の因子として、「夫以外に手伝ってくれる人が身近にいるかどうか」「泣いている赤ちゃんをあやした経験があるかどうか」「精神科通院中であるか」「EPDS スコアがハイスコアかどうか」が、分娩直後の因子としては「分娩の満足度」「母乳栄養かどうか」「尿漏れ」「会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み」「妊娠前の精神科通院歴」「実母または義母の精神的サポートの有無」「生後 4、5 日後の EPDS スコアがカットオフ値を超えるかどうか」が重要であることが示唆された。

母親のメンタルヘルス管理への医師の参入をテーマとして、「医師をシステムに取り組む」「母子と家族を長年みる小児科の役割」「精神科医師による実践とシステムをバックアップすること」について検討した。その結果、産科スタッフが妊娠中から関わること、ハイリスク児を持つ母親のメンタル面にも小児科スタッフ留意すること、母親のメンタルヘルスが重症の場合は精神科スタッフと連携すること、医師もメンタルケアと育児支援のチームの一員となること、地域の多職種、多機関で有機的で実質的な連携を築き上げること、さまざまな教育啓蒙を行っていくことの重要性を明らかとなった。

本研究のように協議会など地域の代表が集まって検討することで、研究成果が地域に活かされ、悉皆率が飛躍的に高まる。産後 2 週は妊産婦のメンタルヘルスにとって大変重要な時期であり、この時期の産褥健診を制度化する必要性が示唆された。精神科を持つ大きな分娩医療施設、保健所、精神科開業医、児童相談所、小児科医と連携をすることで事象を防ぐ可能性が示唆された。パートナーのメンタルヘルスも大きな関与要因である。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。

分担研究者：

森臨太郎（国立成育医療研究センター
研究所成育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
こころの診療部育児心理科医長）
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（社団法人日本助産師会
専務理事）

研究協力者：

竹原 健二（国立成育医療研究センター研究所）
井富由佳（国立成育医療研究センター研究所）
田山美穂（国立成育医療研究センター研究所）
岡潤子（国立成育医療研究センター研究所）
須藤茉衣子（津田塾大学大学院）
掛江直子（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）
三木佳代子（助産師）
辻井弘美（国立成育医療研究センター
こころの診療部）

A. 研究目的

我々の先行研究では、妊娠中期にうつと対人関係困難を評価したところ 37%の妊婦がストレスを持ち、その多くは産後もケアと支援を必要とした。さらに、追跡研究で、妊娠中の母親の対人関係困難群が1年後の虐待行動と最も高い相関をもつことが明らかとなった。すでに海外では、様々な虐待防止に有効な親子関係への介入プログラムが作られ、成果を挙げ、メタアナリシスでも有用性が証明されているが、我が国での介入は未だ無い。

本研究の目的は、妊娠中、産後のメンタルヘルススクリーニングならびに影響因子を調査することで、いつの時期にどの程度の頻度でハイリスク群（介入必要群）が存在し、その簡便な抽出方法を確立することにある。このような縦断的研究は現在国内外にも無く独創的といえる。また、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ならびに育児行動、母子関係との関係があるか否か、それに影響する因子を抽出することにある。そのハイリスク妊産褥婦への妊娠中・後の母親への介入で産後の育児ストレス軽減、ひいては虐待予防に繋がるか否かを明らかとし、竹原班、立花班の成果をレビューしたうえで、我が国における妊産婦のメンタルヘルスの支援体制を構築するためにどのような施策がとりうるかを提言することを目的とする

B. 研究方法

< 研究1：妊婦メンタルヘルスの縦断的調査と解析 >

1. 研究デザイン

世田谷区の分娩を取り扱うすべての産科施設による population based な縦断研究である。

2. 対象者

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り扱い施設に分娩予約し、本研究への参加協力を同意をした妊婦。産科クリニックでは、妊娠期や産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。

3. 研究方法

妊娠20週時のベースライン調査、分娩後入院中（産後数日）、産後2週、1か月、2か月、3か月の合計6回の調査を実施した。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。対象者は自記式質問紙か iPad のいずれかを用いて回答をした。産後2週の質問票は対象者が退院する際に手渡し、郵送してもらった。2か月、3か月のフォローアップ調査については、研究事務局から分娩日をもとに質問票の送付時期を特定し、対象者の自宅に自記式質問票を送付し、返送してもらった。

4. 質問項目

メンタルヘルスの評価指標として、EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) と WHO-5 精神的健康状態表を用いた。EPDS は先行研究に準じてカットオフ値を 8/9 点とした。

WHO-5 は、最近 2 週間の精神的健康状態について、5 項目で尋ね、「0: まったくない」から「5: いつも」の 6 件法にて回答を得る。

WHO-5 の回答の評価方法は素点を単純加算し、13 点未満の場合に精神的健康状態が低いとした。WHO-5 にて、精神的健康度の変化を評価するためには、0-25 点の素点に 4 をかけて百分率スコアとし、10% 以上の差が生じた場合は、有意な変化があると判定される。

上記の EPDS と WHO-5 の 2 つのスクリーニングツールのほかに、本研究では、わが国の母子保健領域で広く使われている育児支援チェックリストと、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児ストレスショートフォーム (PSI-SF: Parenting Stress Index Short Form) などの既存尺度を用いた。

5. 倫理的配慮

対象者のリクルートに先立ち、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)。

調査を実施中にメンタルヘルスや虐待傾向がハイリスクと判定された対象者については、速やかに各調査協力施設にフィードバックをした。

< 研究 2: 産後 2 週の抑うつ状態についての、妊娠中期 20 週頃と産後直後 (4, 5 日後) における予測因子についての研究 > (研究 2-1)

1. 対象と調査方法

第 1 回目 (妊娠 20 週頃) と第 3 回目 (分娩 2 週後) で欠損データのない 424 名を対象とした。

2. 変数

2.1. 従属変数

第 3 回目の EPDS。

2.2 独立変数

第 1 回目調査票の心理社会的因子・精神科既往・生殖医療についての経験の因子を用いた。若年妊娠、高齢妊娠、多胎妊娠、仕事の有無 (妊娠 20 週頃の時点で)、パートナーの有無、パートナーが精神的に支えてくれるか、パートナーは家事を手伝ってくれるか、夫以外で心を打ち明けて相談できる相手の有無、夫以外で家事を手伝ってくれる人の有無、家族としてのまとまりを感じるか、赤ちゃんを抱いた経験、泣いている赤ちゃんをあやした経験、被虐待歴、成育歴における主観的被愛体験の有無、妊娠以外で継続的に病院にかかっているか、精神科通院をしているか、過去に精神科通院歴があるか、不育症の検査や治療の有無、生殖医療の有無、望んでいた妊娠か、妊娠が分かった時の気持ち、精神的負荷のかかるライフイベントの有無、世帯収入、最終学歴

3. 分析方法

従属変数に点数のカテゴリ化した第 3 回目の EPDS、独立変数として尤度比による変数増加法による二項ロジスティック回帰分析を行った。統計解析ソフト SPSS21.0J for Windows を用いた。

(研究 2-2)

1. 対象と調査方法

第 2 回目 (産後 4, 5 日後) と第 3 回目 (分娩 2 週後) の欠損が無い 1025 名を対象とした。

2. 変数

2.1 従属変数は研究 2-1 と同じ。

2.2 独立変数

第 2 回目調査票に含まれる出産様式、身体的トラブル、精神科既往、サポートの有無についての因子を用いた。

早産かどうか、過期産かどうか、低出生体重かどうか、里帰り出産かどうか、分娩方法（経膣分娩、予定帝王切開、緊急帝王切開）、分娩手技（吸引分娩、鉗子分娩、それ以外）、陣痛促進剤の使用の有無、分娩の満足度、児がNICU管理、母体搬送、乳房トラブル、母乳栄養かどうか、直接母乳かどうか、尿漏れ、会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み、痔または脱肛、妊娠前に精神科通院歴あり、妊娠中に精神科通院あり、パートナーの精神的サポート、パートナーの家事・育児の手伝い、実母または義母の精神的サポート、夫とまたは義母の家事・育児のサポート、家族としてのまとめ

3. 分析方法は研究 2-1 と同じ。

< 研究 3：妊娠期からはじめる妊産婦へのメンタルケアと育児支援のシステムについて >

本年度は、12月15日に東京大学本郷キャンパス内医学系研究科教育研究棟 大学院セミナー室で九州大学病院子どものこころの診療部主宰で、次の内容の議題で研究連絡会議を進めた。本年度は特に医師の参入をテーマとして、1. 医師を連携のシステムに取り組む、産科スタッフの重要性、2. 母子と家族を長年みる小児科の役割 3. 精神科医師による実践とシステムをバックアップすることについて検討した。

C. 研究結果

< 研究 1 >

1. 調査の進捗状況

2014年2月時点での質問票の回収状況は、同意書は1,799人、妊娠20週で1721人、分娩直後1327人、産後2週間1130人、産後1カ月1382人、産後2カ月1156人、産後3カ月964人であった。産後1カ月以降は現在も回収中である。

2. 産後2週までの解析結果

対象者の平均年齢は34.3歳、就業状況57.9%、そのうち69.2%は常勤職であった。世帯年収は、200万円未満が1.5%、200～500万円未満が20.8%であった。初産婦が55.1%、平均在胎週数は39週2日であった。分娩様式は80.8%が経膣分娩であった。児は男児が51.1%、平均出生体重は3,038.4g、2,500g未満低出生体重児は5.5%、双胎は0.9%であった。

対象者へのサポート状況は、産後数日時に、パートナーからの精神的なサポートの状況は97.7%であった。実母もしくは義母からの精神的なサポートについては94.1%あった。

今回の妊娠前の精神科受診歴は6.4%で、うつ病がもっとも多く、次いで不安障害、摂食障害、躁うつ病であった。妊娠前に受診をやめて、以後受診していないが83.3%、妊娠中も継続して受診した者が12.6%、妊娠後に受診を再開した者2.6%であった。なお、今回の妊娠中に新たな精神的な問題が生じて受診をした者は0.5%であった。

メンタルヘルスのハイリスク者の頻度
EPDSの9点以上の者は、妊娠20週時：10.3%、産後直後：13.2%、産後2週時：17.5%であった。WHO-5が12点以下だった者は、同様に12.0%、12.9%、26.5%であった。

初産・経産婦別のEPDSのハイリスク者の割合は、初産婦では妊娠20週で10.0%、産後数日で16.9%、産後2週で24.7%であった。経産婦では、妊娠20週が8.6%、産後数日が8.5%、産後2週が7.7%であった。

初産・経産婦別のWHO-5のハイリスク者の割合は、初産婦では妊娠20週が11.6%、産後数日で15.7%、産後2週で30.5%であった。経産婦では、妊娠20週が11.6%、産後数日が9.3%、産後2週が20.7%であった。

産後2週時の育児ストレスと判定された者は2.0%であった。

初産婦と経産婦を分けて WHO-5 の平均得点の推移では、妊娠 20 週時には初産婦と経産婦差はなかったが、産後数日になると、5 項目すべてで経産婦の平均得点が高くなり、産後 2 週には、経産婦の得点の低下に比べ、初産婦の得点の低下する幅がすべての項目で大きいことが示された。

EPDS を用いた感度分析(妊娠 20 週時-産後数日時)では、感度は 30.0%、特異度は 93.7%、陽性的中率 (PPV) は 41.7%、陰性的中率 (NPV) は 90.0%であった。陽性尤度比 (PLR) は 4.8、陰性尤度比 (NLR) は 0.7 であった。

妊娠 20 週時-産後 2 週時の感度分析では、感度は 18.5%、特異度は 93.3%、PPV は 36.7%、NPV は 84.5%、PLR は 2.7、NLR は 0.9 であった。

産後数日時-産後 2 週時の感度分析では、感度は 39.5%、特異度は 93.7%、PPV が 57.0%、NPV が 88.0%、PLR が 6.3、NLR が 0.6 であった。

産後 2 週時の虐待傾向は 4.3%であった。そのうち、42 人は初産婦で、初産婦全体の 7%に相当した。

産後 2 週時のネグレクトにつながる質問に「はい」と回答した者は 59.0%であった。初産婦は 75.7%、経産婦は 38.2%が「はい」と回答していた。

身体的虐待につながる質問項目は 0.8%が「はい」と回答しており、その内訳は初産婦が 6 人、経産婦が 3 人であった。

< 研究 2-1 >

EPDS の点数と 2 変量相関解析で有意確率あったのは、仕事の有無、パートナーの有無、妊娠中に夫以外で心を打ち明けて相談できる人の有無、妊娠中に夫以外で身近に手伝ってくれる人の有無、家族としてのまとまりを感じるかどうか、赤ちゃんを抱いた経験の有無、泣いた赤ちゃんをあやした経験の有無、成育歴における主観的被愛体

験の有無、精神科通院をしているか、過去に精神科通院歴があるか、生殖医療の有無、妊娠が分かった時の気持ち、最近 1 年間の転居の有無、最近 1 年間の自分の失職・離職であった。

「夫以外に手伝ってくれる人が身近にいるかどうか」「泣いている赤ちゃんをあやした経験があるかどうか」「精神科通院中であるか」「EPDS スコアがハイスコアかどうか」の因子がモデル方程式に含まれた。「精神科通院中であるか」「EPDS スコアがハイスコアかどうか」は相関を示した

< 研究 2-2 >

EPDS の点数カテゴリと 2 変量相関解析で有意となったのは、過期産、分娩方法、分娩手技、無痛分娩、陣痛促進剤の使用、分娩の満足度、児の NICU 管理、乳房トラブル、母乳栄養かどうか、直接母乳かどうか、尿漏れ、会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み、痔または脱肛、妊娠前に精神科通院歴あり、妊娠中に精神科通院あり、パートナーの精神的サポート、パートナーの家事・育児の手伝い、実母または義母の精神的サポート、実母または義母の家事・育児のサポート、家族としてのまとまりであった。

生後 4、5 日後の EPDS スコアがカットオフ値を超えるかどうかは「分娩の満足度」「母乳栄養かどうか」「尿漏れ」「会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み」「妊娠前の精神科通院歴」「実母または義母の誠意心的サポートの有無」「生後 4、5 日後の EPDS スコアがカットオフ値を超えるかどうか」の因子がモデル方程式に含まれた。

< 研究 3 >

検討から以下のことが重要であることが明らかとなった。

妊婦にいち早くかかわる立場にある産科スタッフが妊娠中から関わること

低出生体重児や疾患を持つ子どもについては、小児科スタッフが子どもの診療に際して母親のメンタル面にも留意すること

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重症の場合は、精神科スタッフとの診療連携が必要

スタッフとは保健師や助産師などコ・メディカルと保健福祉行政機関のみではなく、医師も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

今後（コミュニティ）をベースとしたチームであることは変わらないので、そのためには一つのケースを地域の多職種、多機関で共有して蓄積し、有機的で実質的な連携を築き上げること

その蓄積を記録に残し、まとめ育児支援の在り方について提言していくこと

D. 考察

調査の進捗状況は2014年2月の時点では産後2週までの3回の調査データの収集が終了している。実際にベースライン調査に参加した1,721人をもとに考えると、80.3%が継続をしていることから、本研究は当初の計画に沿って順調に進んでいると判断できる。

これまでの妊産婦のメンタルヘルスに関する先行研究では一時点のデータで質の高い研究デザインはあるものの、妊娠期から産後3か月にわたるpopulation-basedな縦断研究は見当たらない。本研究で収集しているデータは、わが国の妊産婦において、メンタルヘルスの不調を訴えやすくなる時期の特定や、メンタルヘルスの状態の推移などを適切に把握する上で有用なものと考えられる。

メンタルヘルス不調の妊産婦の頻度（EPDS 9点以上）は、妊娠期から産後2週にかけて、10.3%、13.2%、17.5%と増えていることが示された。健やか親子21

の第一回中間評価時の、産後うつ病の発生率は12.8%（10,759人の産婦）であり、最短で生後20日、最長で120日ごろの実態と報告されている。本研究では、産後数日と産後2週でEPDS陽性者の割合が初産婦で多く、測定時期や初産婦と経産婦の割合によって、対象集団の陽性者の頻度が変化する可能性が示唆された。今後、産後うつの実態把握、年次比較をする際には、EPDSの測定時期を揃えるなどの配慮が必要であると考えられる。

初産婦に対しては入院中の介入以外に、ハイリスク者割合が高くなる産後2週で専門職による何らかの介入が要請される。ただし、初産婦では産後3か月には妊娠20週時点よりハイリスク者割合が減少している。産後2週で高まった精神的問題を自ら乗り越えた結果であるのかは不明であるが、「困難を経験する」こと自体に意味があるとするれば、専門職の介入との関連が十分吟味される必要がある。

本研究にて示された、EPDS陽性者の頻度が初産婦で高く、初産婦であるかどうか、が産後うつの大きなリスク要因になっていることを示している。経産婦は、自身の出産経験から産後の復古に関する身体変化、児の啼泣など生活リズムについて予測可能であり、対処方法も経験から学習していることがこのような差異となったと考えられる。妊娠期には経産婦と大きな違いがないことから、初めての育児や産後の体調や生活の変化に対する戸惑いが、初産婦のメンタルヘルスに大きな影響を与えていると推察される。

WHO-5の項目別に、平均得点の推移を見ても、産後2週にかけて睡眠・休養に関する項目が精神的健康度の低下に強く影響を及ぼしていることがうかがわれ、特に産後2週時の初産婦で顕著であった。産後は、新生児に対する夜中の頻回の授乳やおむつの交換などで、産婦はまとまった時間

でぐっすり睡眠をとることが難しくなる。こうしたことから、産後しばらくの間に、いかに産婦が睡眠や休養を適度にとれるようになるか、ということが、産後うつなどをはじめとする精神的健康度の大幅な低下の予防につながる可能性があると考えられる。

産後うつへの予測は妊娠 20 週や産後数日の EPDS の結果から、産後 2 週時の EPDS の陽性者を予測するためにおこなった感度分析の結果では、いずれも感度や特異度、PLR、NLR といったスクリーニングの精度を評価する指標の数値は極めて低いものに留まった。本研究の結果からは、妊娠期や産褥入院中の EPDS の結果だけでは、産後 2 週時の EPDS を予測できないことが示された。

本研究で使用した虐待のリスクアセスメントは、本来、対面で実施すべき項目も含まれているが、研究デザインのために自記式で回答を得た。産後 3 か月時に徳永の虐待のリスクアセスメントツール『一般家庭調査』も用いているため、これらの項目からリスク要因の探索をおこなっていく予定である。

産後 2 週間の抑うつ状態を予測する因子として、「妊娠中に夫以外で身近に手伝ってくれる人がいるか」、「これまでに泣いている赤ちゃんをあやしたことがあるか」、「妊娠中の精神科通院歴」、「妊娠 20 週頃の時点で抑うつ状態かどうか」が重要であることが示唆された。

「妊娠中に夫以外で身近に手伝ってくれる人がいるかどうか」は実母のサポートの重要性が大きく影響していると予想される。「これまでに泣いている赤ちゃんをあやした経験の因子」は出産後に泣いている児に接する育児ストレスを軽減させる可能性を示唆する。児が泣くということは、母親にとって大きな精神的負荷となりうる。産前の母親教室での妊婦指導で、泣いている赤ちゃんをあやす指導をすることの有用な可

能性があると考えられる。「妊娠中の精神科の通院歴」が判明した場合は産後の精神的な問題を発症するハイリスク者として、注意して対応していく必要があると考えられる。

妊娠 20 週頃の EPDS がカットオフ値（9 点）以上かどうかの因子がモデル方程式に含まれたことは、妊娠 20 週頃の EPDS スコアが産後 2 週後の EPDS スコアを予測するうえで重要であることを示唆する。妊娠中の抑うつ状態に加え、今回のモデル方程式に含まれた因子のような母親の持つ様々な心理社会的問題などが、産後の抑うつ状態につながると考えられる。また、この因子がモデル方程式に含まれたことより、産後のメンタルヘルス不良の母親を予測するために、妊娠中から EPDS を実施し妊婦ケアに結果を生かすことの有用であると考えられる。必ずしも EPDS でなくても、

なお、妊娠中の精神科通院歴と妊娠 20 週頃の EPDS がカットオフ値以上かどうかについて相関があることから、多重共線性を有すると考えられる。精神科通院中の妊婦は抑うつ状態にある者が多いと予想されるが、妊娠中に EPDS スコアが高くても精神状態が悪くても精神科通院歴がない妊婦は多数存在すると考えられ、今回、産後 2 週間後の EPDS カットオフ値以上を予測するモデル方程式には両方の因子を残すこととした。

以上のことから、妊娠中に「夫以外に手伝ってくれる人が身近にいるかどうか」「泣いている赤ちゃんをあやした経験があるかどうか」「精神科通院中であるか」「EPDS スコアがハイスコアかどうか」をチェックすることが、産後 2 週の母親の抑うつ状態を予測するうえで、非常に重要であるといえる。

産後 2 週間の抑うつ状態を予測する因子として、産後分娩施設でまだ入院中である産後 4、5 日においては、「分娩の満足度」

「母乳栄養かどうか」「尿漏れ」「会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み」「妊娠前の精神科通院歴」「実母または義母の精神的サポートの有無」「生後4、5日後のEPDSスコアがカットオフ値を超えるかどうか」が重要であった。

「分娩の満足度」が後の精神状態に影響することを示唆する一方で、精神状態が悪くなってきている妊婦は、ネガティブな感情が優位に立ちやすいかもしれない。しかし、出産に対して不満を持っていることを感じた際には、のちの精神状態の悪化のハイリスクと考えて対応するのが良いと考えられる。

「母乳栄養かどうか」は、母親の心身の不調が関係しているケースが多いことを示唆する。向精神薬を飲んでいて母乳を与えることやめる母親も多い。また、身体的に不調だったりして、児に十分に母乳を与えられないこともありうる。「母乳を挙げられない」背景はいろいろであるが、母乳を挙げれば母の精神状態が良くなると解釈するのは危険であろう。母乳を挙げられないことが母親の心身の不調のサインになりうることを解釈すべきと考える。

「尿漏れ」「会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み」は後の精神的な不調につながることを示唆する。持続する痛みは精神的な苦痛となりやすい。出産後の下半身のトラブルは本人から語られないことも多く、産科スタッフな、本人が言えずに悩んでいるか気を付け、もし本人が困っているようであれば、本人の苦痛に耳を傾け、積極的にケアしていく必要性が示唆される。

「妊娠前の精神科通院歴」は産後も精神的な不調をきたしやすいとして注意深くケアする必要性を示唆する。精神的に不調であれば産後ケアの中でフォローアップしていったほうが良い。

「実母または義母の精神的サポートの有無」は母親の心理的な安定に大きく影響す

る。実母や義母が遠方にいたり関係が悪かったりして産後手伝ってくれることを期待できない母親については、メンタルヘルスのハイリスク者として注意すべきと考えられる。

「生後4、5日後のEPDSスコアがカットオフ値を超えるかどうか」をのちの産後ケアに生かすことが、母親のメンタルヘルスサポートに有用である。しかし、この時期はマタニティーブルーズの好発時期であり、マタニティーブルーズの症状を呈した母親の多くは1週間ほどで自然軽快する。しかし、本研究の結果よりこの時期マタニティーブルーズの症状を含め、抑うつ状態を呈した母親は、マタニティーブルーズの時期が過ぎた産後2週間の時点で抑うつ状態を呈するハイリスク者としてケアしていく必要性を示唆する。また、この時期にEPDSなどメンタルヘルスのスクリーニングを実施し母親のメンタルヘルスを把握しておくことは有用であると考えられる。

分娩後4、5日は退院前に、産科スタッフがいろいろなケアや指導をできる時期である。この時期に、分娩に対してよい感情を持っていない、母乳栄養を与えられていない、産後の下半身のトラブルがある、妊娠前から精神科に通院している、抑うつ状態である母親については、産後2週で抑うつ状態になる褥婦は注意深いフォローアップの必要性を示唆する。

早期虐待防止の観点から、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）のうちもっとも直接関連がある赤ちゃんへの気持ち質問票の知見と今後の使い方について検討した。愛着の問題を根底に考えると、産後うつ病質問票とは別個に赤ちゃんへの気持ち質問票の得点

に注目することが必要であり、その質問票については他国でも翻訳され使用されているが区分点も諸外国と一致して2点以上を要注意としてみなすことができることが明らかとなった。

関連する三つの研究班(久保班、立花班、竹原班)の結果を統合し、また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。

出生後二週は妊産婦のメンタルヘルスにとって大変重要な時期であり、この時期の産褥健診を制度化する必要性が示唆された。特に初妊婦は支援が少なかったり経験値が少ないことが考えられ、特別な配慮が必要であることが考えられた。

世田谷区においては、睡眠に関連したスクリーニングによって、リスクの高い妊産婦が発見できる可能性が示唆され、精神科を持つ医療施設、保健所、精神科開業医、児童相談所、小児科医などと連携をすることで、より大きな事象を防ぐ可能性が示唆された。

パートナーのメンタルヘルスも大きな関与要因であるので職場衛生という観点も重要である可能性もある。

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

妊娠期から産後2週にかけて初産婦において、EPDS陽性者の割合が10.0%から24.7%へと、約2.5倍に増えることが示された。一方、経産婦における、EPDSの陽性者の割合には時期による変化は認められなかった。初産婦はEPDS、WHO-5共に産後2週でハイ

リスク者割合が高く、何らかの対策が必要と考えられる。経産婦ではEPDSハイリスク者割合は妊産褥期を通じて10%以下で推移していたが、WHO-5では産後2週で20.8%という結果であった。

妊娠中に「夫以外に手伝ってくれる人が身近にいるかどうか」「泣いている赤ちゃんをあやした経験があるかどうか」「精神科通院中であるか」「EPDSスコアがハイスコアかどうか」をチェックすることが、産後2週の母親の抑うつ状態を予測するうえで、非常に重要である。

分娩4、5日後に、「分娩に対してよい感情を持っていない」、「母乳栄養を与えられていない」、「産後の下半身のトラブルがある」の母親は、産後2週で抑うつ状態になりやすい。このように、産後家庭に戻ってから抑うつ状態になるハイリスクの母親には産後早期から注意深いケアが望まれる。

出産後2週の時点でのメンタルヘルスのハイリスクが高頻度であることから、産褥健診を制度化することが有効な手段となる。

学会や医師会をはじめ各種機関が母親のメンタルヘルスの管理に保健師や助産師などコ・メディカルのみスタッフと保健福祉行政機関のみの構成ではなく、産科あるいは小児科医もチームの一員となることの教育啓蒙を行っていくことが重要である。

引用文献・出典

分担研究を参照

F. 研究発表

1. 論文発表 特になし
2. 学会発表

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

妊産婦のメンタルヘルスのための診療体制構築のための研究

研究分担者 森臨太郎（国立成育医療研究センター 政策科学研究部長）

研究要旨

本分担班では、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」＝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」＝立花班）の結果をレビューして、地域における施策の可能性を検討した。これら関連する三つの研究班の結果から、初年度の成果として、1）当該研究のように、関連した研究班の結果を統合し、また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。2）出生後二週は妊産婦のメンタルヘルスにとって大変重要な時期であり、この時期の産褥健診を制度化する必要性が示唆された。特に初妊婦は支援が少なかったり経験値が少ないことが考えられ、特別な配慮が必要であることが考えられた。3）世田谷区においては、睡眠に関連したスクリーニングによって、リスクの高い妊産婦が発見できる可能性が示唆され、ハイリスクと考えられた場合のリスクと緊急性に応じて、精神科を持つ大きな分娩医療施設（具体例：国立成育医療センターなど）、保健所、精神科開業医、児童相談所、小児科医など、に手渡し、連携をすることで、より大きな事象を防ぐ可能性が示唆された。4）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。5） 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。

研究協力者：

なし

A. 研究目的

本研究では、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）。一方で、当該研究班の分担研究者である竹原は、別の研究班（「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）において、西尾市において、行政をベースにして、同様の追跡調査を行っており、西尾市の調査では、妊産婦だけではなく、そのパートナーのメンタルヘルスを含めて追跡調査を行っている。また、当該研究班の同じく研究分担者である立花は別の研究班（「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」＝立花

班)において、世田谷区を含めて、世田谷区内の妊産婦のメンタルヘルスに関連したステークホルダーに、「世田谷区妊産婦のメンタルヘルスに関する協議会」と題して定期的に集まってもらい、区内の妊産婦のメンタルヘルスの支援のあり方について関係者間で話し合いを行い、診療体制を構築する試みを行っている。本分担研究班では、これら久保班、竹原班、立花班の成果をレビューしたうえで、我が国における妊産婦のメンタルヘルスの支援体制を構築するためにどのような施策がとりうるかを検討した。

B. 研究方法

各研究班の成果をレビューし、検討を加えた。

C. 研究結果

久保班における成果として、世田谷区における成果として、妊娠 20 週で 1,721 人、産後 1 か月の時点で 1,382 人(76.8%)の回答から、産前・産後のメンタルヘルス不調者の割合では、初産婦と経産婦でその傾向が大きく異なり、初産婦では産後 2 週に 24.7%まで増加するのに対し、経産婦では妊娠 20 週時とほぼ同じ 8%前後で横ばいに推移することが示された。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。また、分娩 2 週後の抑うつ状態を予測する妊娠中期 20 週頃の因子として、「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、精神科通院中である」、「妊娠中期 20 週頃の時点で抑うつ状態である」が重要であることが示唆された。分娩 2 週後の抑うつ状態を予測する産後直後(4,5日後)の因子としては、「母乳栄養でない」、「尿漏れがある」、「妊娠前に精神科通院歴がある」、「生後 4,5 日後に抑うつ状態がある」が重要であることが示唆された。一方、竹原班においては、妊産婦とそのパートナーを対象に妊娠期から産後 3 か月まで実施される追跡調査が行われた。2012 年 12 月から愛知県西尾市で母子健康手帳の交付申請に来た妊婦とそのパートナー全例に本研究への参加協力を依頼し、同意が得られた夫婦に対し、妊娠 20 週前後に質問への回答を依頼した。回答方法は自記式質問票か WEB アンケートのいずれかを選んでもらい、回収をした。2013 年 10 月末の時点で、260 組のカップルと 6 人の妊婦から回答を得ており、データの収集は継続されている。本研究では回収されたデータのうち、妊婦のパートナーを分析対象とした。妊婦とパートナーにはそれぞれ、EPDS(エジンバラ産後うつ病自己評価票)と WHO-QOL5 精神的健康状態表を用いて、メンタルヘルスの評価をおこない、先行研究で適当とされるカットオフ値により、対象者を大別した。260 人の妊婦のパートナーは、平均年齢が 31.7 歳、正規雇用されている者が 237 人(92.2%)、パートや派遣社員、自営業などを含めると全員が何らかの仕事をもっていた。精神的な問題による受診歴がある者は 13 人(5.0%)、現在、通院中の者は 3 人(1.2%)であった。妻との関係が良好と回答した者は 253 人(97.3%)、妻とのスキップに満たされている者は 212 人(81.5%)であった。精神的な状態としては、EPDS(エジンバラ産後うつ病自己評価票)で 8 点以上であった者が 24 人(9.3%)、WHO-5 精神的健康状態表の得点が、精神的

健康状態が低いとみなされる 12 点以下だった者は 61 人 (23.6%) であった。EPDS が 8 点以上、WHO-5 が 12 点以下のいずれか 1 つでも該当する者は 72 人 (28.2%)、両方とも該当する者は 12 名 (4.7%) であった。妊婦において、EPDS が 9 点以上であった者は 28 人 (10.6%)、WHO-QOL5 が 12 点以下だった者は 45 人 (16.9%) であった。妊婦のパートナーにおいて EPDS が 8 点以上であった者は 24 人 (9.3%)、WHO-QOL5 が 12 点以下だった者は 61 人 (23.6%) であった。これら 2 つの指標を用いて、カップルのメンタルヘルスの関連を検討したところ、妊婦が EPDS で 9 点以上を示した場合、17.9% でパートナーも EPDS でリスクありとなっていた。一方、妊婦が WHO-QOL5 で 12 点以下を示した場合、パートナーも 12 点以下だったケースは 40.9% であった。カップルのどちらかもしくは双方が EPDS もしくは WHO-QOL5 でリスクありと判定されたケースは 40.7% に上った。また、カップルの双方が EPDS もしくは WHO-QOL5 でリスクありと判定されたケースは 9.2% であった。

立花班においては、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、第四回には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。

D. 考察

これら関連する三つの研究班の結果から、初年度の成果として、

- 1) 当該研究のように、関連した研究班の結果を統合し、また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。
- 2) 出生後二週は妊産婦のメンタルヘルスにとって大変重要な時期であり、この時期の産褥健診を制度化する必要性が示唆された。特に初妊婦は支援が少なかったり経験値が少ないことが考えられ、特別な配慮が必要であることが考えられた。
- 3) 世田谷区においては、睡眠に関連したスクリーニングによって、リスクの高い妊産婦が発見できる可能性が示唆され、ハイリスクと考えられた場合のリスクと緊急性に応じて、精神科を持つ大きな分娩医療施設 (具体例: 国立成育医療センターなど)、保健所、精神科開業医、児童相談所、小児科医など、に手渡し、連携をすることで、より大きな事象を防ぐ可能性が示唆された。
- 4) 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。

- 5) 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

関連した研究班の結果を統合し、また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。出産後2週の時点での産褥健診を制度化するとともに、地域の関係者を広く集める協議会方式が有効な手段である。

引用文献・出典

なし

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

産後 2 週の抑うつ状態についての、妊娠中期 20 週頃と 産後直後（4, 5 日後）における予測因子についての研究

研究分担者 立花良之（国立成育医療研究センター こころの診療部育児心理科医長）

研究要旨

本研究において、産後 2 週間後の抑うつ状態が出産前・産後の様々な因子から予測できるという仮説を立てた。本研究の目的は、世田谷区の分娩施設で行われているコホート調査において、妊娠中期 20 週頃、分娩直後（4, 5 日後）、分娩 2 週後のデータをもとに、この仮説を検証することである。研究 1 では、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について二項ロジスティック回帰分析にて検証した。研究 2 では、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について同様に二項ロジスティック回帰分析にて検証した。分娩 2 週後の抑うつ状態を予測する妊娠中期 20 週頃の因子として、「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、精神科通院中である」、「妊娠中期 20 週頃の時点で抑うつ状態である」ことが重要であることが示唆された。分娩 2 週後の抑うつ状態を予測する産後直後（4, 5 日後）の因子としては、「母乳栄養でない」、「尿漏れがある」、「妊娠前に精神科通院歴がある」、「産後 4, 5 日後に抑うつ状態がある」ことが重要であることが示唆された。これらの予測因子を、メンタルヘルス不調のハイリスク者のケアに生かし、メンタルヘルス不調の際には早期に対応し重症化を防いでいくことが望まれる。

研究協力者:

小泉智恵（国立成育医療研究センター-研究所）

辻井弘美（国立成育医療研究センター
こころの診療部）

井富由佳（国立成育医療研究センター-研究所）

田山美穂（国立成育医療研究センター-研究所）

岡潤子（国立成育医療研究センター-研究所）

三木佳代子（助産師）

掛江直子（国立成育医療研究センター-研究所）

A. 研究目的

周産期は産後うつ病など様々な精神障害の後発時期であることがわかっている。周産期の精神障害のうち産後うつ病は 10 数パーセントの母親が経験し、きわめて頻度が高い。産後うつ病に対して、ハイリスク

者を早期から同定し注意してケアすることは、予防医学上重要である。

本研究において、産後 2 週間後の抑うつ状態が出産前・産後の様々な因子から予測できるという仮説を立てた。本研究の目的は、世田谷区の分娩施設で行われているコホート調査において、妊娠中 20 週頃、分娩直後（4, 5 日後）、分娩 2 週後のデータをもとに、この仮説を検証することである。研究 1 では、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について検証する。研究 2 では、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について検証する。

B. 研究方法

研究 1

1. 対象と調査方法

第 1 回目（妊娠 20 週頃）と第 3 回目（分娩 2 週後）の調査データを使用した。

第 1 回目または第 3 回目の調査で欠損データのある回答を抜かした計 424 名のデータを使用した。

2. 変数

2.1. 従属変数

第 3 回目の調査票に含まれるエジンバラ産後うつ病評価尺度について、うつ病のスクリーニングとしてのカットオフ値である 9 点より高い点数を 1、8 点以下を 0 と、2 項目に分けた。

2.2 独立変数

第 1 回目の調査票に含まれる心理社会的因子・精神科既往・生殖医療についての経験の因子を用いた。また、年齢について、 ± 2 SD の値が 25 歳、40 歳にあることより、若年妊娠、高齢妊娠の因子を作った。若年妊娠の因子では、25 歳未満を 1、それ以上を 0 とした。高齢妊娠の因子では、40 歳未満を 1、それ以上を 0 とした。

- ・若年妊娠
- ・高齢妊娠
- ・多胎妊娠か
- ・仕事の有無（妊娠 20 週頃の時点で）
- ・パートナーの有無
- ・パートナーが精神的に支えてくれるか
- ・パートナーは家事を手伝ってくれるか
- ・夫以外で心を打ち明けて相談できる相手の有無
- ・夫以外で家事を手伝ってくれる人の有無
- ・家族としてのまとまりを感じるか
- ・赤ちゃんを抱いた経験
- ・泣いている赤ちゃんをあやした経験
- ・被虐待歴
- ・成育歴における主観的被愛体験の有無
- ・妊娠以外で継続的に病院にかかっているか

- ・精神科通院をしているか
- ・過去に精神科通院歴があるか
- ・不育症の検査や治療の有無
- ・生殖医療の有無
- ・望んでいた妊娠か
- ・妊娠が分かった時の気持ち
- ・精神的負荷のかかるライフイベントの有無
- ・世帯収入
- ・最終学歴

3. 分析方法

従属変数に点数のカテゴリ化した第 3 回目のエジンバラ産後うつ病評価尺度の結果とし、2.2 の因子の中から独立変数として、尤度比による変数増加法による二項ロジスティック回帰分析を行うこととした。2.2 の因子が多いため、二項ロジスティック回帰分析を実施する前に、2 変量の変数を絞り込むこととした。その際に、 $p > 0.25$ 以上の有意水準からかけ離れた因子は除外することとした。統計解析については、統計解析ソフト SPSS 21.0J for Windows を用いた。

研究 2

1. 対象と調査方法

第 2 回目（産後 4、5 日後）と第 3 回目（分娩 2 週後）の調査データを使用した。第 2 回目または第 3 回目の調査で欠損で ^ 他のある回答を抜かした計 1025 名のデータを使用した。

2. 変数

2.1 従属変数

第 3 回目の調査票に含まれるエジンバラ産後うつ病評価尺度について、うつ病のスクリーニングとしてのカットオフ値である 9 点より高い点数を 1、8 点以下を 0 と、2 項目に分けた。

2.2 独立変数

第2回目の調査票に含まれる出産様式、身体的トラブル、精神科既往、サポートの有無についての因子を用いた。

- ・早産かどうか
- ・過期産かどうか
- ・低出生体重かどうか
- ・里帰り出産かどうか
- ・分娩方法（経膈分娩、予定帝王切開、緊急帝王切開）
- ・分娩手技（吸引分娩、鉗子分娩、それ以外）
- ・無痛分娩かどうか
- ・陣痛促進剤の使用の有無
- ・分娩の満足
- ・児がNICU管理
- ・母体搬送
- ・乳房トラブル
- ・母乳栄養かどうか
- ・直接母乳かどうか
- ・尿漏れ
- ・会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み
- ・痔または脱肛
- ・妊娠前に精神科通院歴あり
- ・妊娠中に精神科通院あり
- ・パートナーの精神的サポート
- ・パートナーの家事・育児の手伝い
- ・実母または義母の精神的サポート
- ・実母または義母の家事・育児のサポート
- ・家族としてのまとまりを感じるか

3. 分析方法

3.1 主解析

従属変数に点数のカテゴリ化した第3回目のエジンバラ産後うつ病評価尺度の結果とし、2.2の因子の中から独立変数として、尤度比による変数増加法による二項ロジスティック回帰分析を行うこととした。2.2の因子が多いため、二項ロジスティック回帰分析を実施する前に、2変量の変数を絞り込むこととした。その際に、 $p > 0.25$ 以上の有意水準からかけ離れた因子は除外することとした。統計解析については、統計解

析ソフト SPSS 21.0J for Windows を用いた。

3.2 サブ解析

主解析の結果予測因子となった、「泣いた赤ちゃんをあやした経験の有無」について、初産婦のみに対して、産後2週のEPDSのカットオフ値かどうかのカテゴリとの相関解析を行った。

C. 研究結果

研究1.

2.2の因子のうち、3回目のエジンバラ産後うつ病評価尺度の点数カテゴリと2変量相関解析の結果を表1に示す。有意確率が $p < 0.25$ となった変数は、下記のような因子であった。

- ・仕事の有無
- ・パートナーの有無
- ・妊娠中に夫以外で心を打ち明けて相談できる人の有無
- ・妊娠中に夫以外で身近に手伝ってくれる人の有無
- ・家族としてのまとまりを感じるかどうか
- ・赤ちゃんを抱いた経験の有無
- ・泣いた赤ちゃんをあやした経験の有無
- ・成育歴における主観的被愛体験の有無
- ・精神科通院をしているか
- ・過去に精神科通院歴があるか
- ・生殖医療の有無
- ・妊娠が分かった時の気持ち
- ・最近1年間の転居の有無
- ・最近1年間の自分の失職・離職

これらの因子について行った二項ロジスティック回帰分析の結果は表2のようであった。「夫以外に手伝ってくれる人が身近にいるかどうか」「泣いている赤ちゃんをあやした経験があるかどうか」「精神科通院中であるか」「EPDSスコアがハイスコアかどうか」の因子がモデル方程式に含まれた。「精神科通院中であるか」「EPDSスコアが

ハイスコアかどうか」は相関を示した (Pearson の相関係数 = 0.072; 有意確率 = 0.019)。モデル²検定の結果は $p < 0.001$ で有意であり、各変数も有意 ($p < 0.001$) であった。モデル方程式に含まれなかった変数については、表 3 のような結果であった。Hosmer Lemshow の検定結果は $P = 0.979$ で問題なく、判別率の中率は 83.8% と良好であった。実測値に対して予測値が $\pm 3SD$ を超えるような外れ値は存在しなかった。

研究 2.

2.2 の因子のうち、3 回目のエジンバラ産後うつ病評価尺度の点数カテゴリーと 2 変数相関解析の結果を表 4 に示す。有意確率が $p < 0.25$ となった変数は、下記のような因子であった。

- ・ 過期産
- ・ 分娩方法
- ・ 分娩手技
- ・ 無痛分娩
- ・ 陣痛促進剤の使用
- ・ 分娩の満足度
- ・ 児の NICU 管理
- ・ 乳房トラブル
- ・ 母乳栄養かどうか
- ・ 直接母乳かどうか
- ・ 尿漏れ
- ・ 会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み
- ・ 痔または脱肛
- ・ 妊娠前に精神科通院歴あり
- ・ 妊娠中に精神科通院あり
- ・ パートナーの精神的サポート
- ・ パートナーの家事・育児の手伝い
- ・ 実母または義母の精神的サポート
- ・ 実母または義母の家事・育児のサポート
- ・ 家族としてのまとまりを感じるか
- ・ 産後 4、5 日後の EPDS スコアがカットオフ値を超えるかどうか

これらの因子について行った二項ロジスティック回帰分析の結果は表 5 のようであった。「母乳栄養かどうか」「尿漏れ」「妊娠前の精神科通院歴」「産後 4、5 日後の EPDS スコアがカットオフ値を超えるかどうか」の因子がモデル方程式に含まれた。Hosmer Lemshow の検定結果は $P = 0.862$ で問題なく、判別率の中率は 85.0% と良好であった。実測値に対して予測値が $\pm 3SD$ を超えるような外れ値は存在しなかった。モデル方程式に含まれなかった変数については、表 6 のような結果であった。

また、サブ解析において、初産婦では、「泣いた赤ちゃんをあやした経験の有無」について、初産婦と経産婦に分けて、産後 2 週の EPDS のカットオフ値かどうかのカテゴリーについての Pearson の相関係数は 0.072 (有意確率 [両側] = 0.082) であった。

D. 考察

解析 1

解析 1 の結果は、産後 2 週間の抑うつ状態を予測する因子として、妊娠中に夫以外で身近に手伝ってくれる人がいるか、妊娠したことで新しい家族像に対して一体感を感じられるか、これまでに泣いていている赤ちゃんをあやしたことがあるか、妊娠中の精神科通院歴、妊娠 20 週頃の時点で抑うつ状態かどうか、が重要であることを示唆する。

妊娠中に夫以外で身近に手伝ってくれる人がいるかどうかは、出産後の夫以外のサポートの有無にも直結するはずで、おそらく、この因子では実母のサポートの重要性が大きく影響していると予想される。

家族としてのまとまりを感じるかどうかモデル方程式に含まれたことは、家族としての一体感を感じることが、産後の抑うつ状態を予防することを示唆する。一番身近な家族という人間関係の単位の中で絆

を感じられることは、産後の心理的ストレスを軽減すると考えられる。

これまでに泣いている赤ちゃんをあやした経験の因子がモデル方程式の中に含まれたことより、泣いている赤ちゃんをあやした経験がないと、産後2週の抑うつ状態のリスク因子となることを示唆する。一方で、経産婦であれば、児と離れて生活していなければ、泣いている児をあやした経験は当然あると考えられ、「泣いている赤ちゃんをあやした経験」の交絡因子として、児を生んだ経験が介在している可能性が考えられた。そこで、初産婦のみに対して行った、「泣いている赤ちゃんをあやした経験の有無」と産後2週のEPDSがカットオフ値かどうかのカテゴリについての相関解析では、この2つの因子は相関を持たなかったことから、初産婦であるということが産後2週の母親の抑うつ状態を予測するハイリスク因子になると考えられる。

妊娠中の精神科の通院歴がモデル方程式に含まれたことから、妊娠中に精神新患を有して精神科治療を受けていることが、産後2週間の抑うつ状態の予測因子として重要であることを示唆する。妊娠中に精神科通院歴があると判明した場合は、産科スタッフは、産後の精神的な問題を発症するハイリスク者として、注意して対応していく必要があると考えられる。

妊娠20週頃のEPDSがカットオフ値(9点)以上かどうかの因子がモデル方程式に含まれたことは、妊娠20週頃の抑うつ状態が産後2週後の抑うつ状態を予測するうえで重要であることを示唆する。妊娠中の抑うつ状態に加え、今回のモデル方程式に含まれた因子のような母親の持つ様々な心理社会的問題などが、産後の抑うつ状態につながると考えられる。また、この因子がモデル方程式に含まれたことより、産後のメンタルヘルス不良の母親を予測するために、妊娠中からEPDSを実施し妊婦ケアに結果

を生かすことの有用であると考えられる。EPDS以外にも有用な抑うつ尺度はいくつか存在する。たとえば、PHQ-2やPHQ-9がある。精神科・心療内科以外の診療科では、意識してメンタルヘルスのスクリーニングをしないと、忙しい日常診療の中ではメンタルヘルスの不調の人を見落としやすい。何らかの抑うつ尺度を妊娠中にスクリーニングとして使うのが良いと考えられる。

なお、妊娠中の精神科通院歴と妊娠20週頃のEPDSがカットオフ値以上かどうかについて相関があることから、多重共線性を有すると考えられる。精神科通院中の妊婦は抑うつ状態にある者が多いと予想されるが、妊娠中にEPDSスコアが高くて精神状態が悪くても精神科通院歴がない妊婦は多数存在すると考えられ、今回、産後2週間後のEPDSカットオフ値以上を予測するモデル方程式には両方の因子を残すこととした。

以上のことから、妊娠中に「夫以外に手伝ってくれる人が身近にいるかどうか」「家族としてのまとまりを感じるか」「泣いている赤ちゃんをあやした経験があるかどうか」「精神科通院中であるか」「EPDSスコアがハイスコアかどうか」をチェックすることが、産後2週の母親の抑うつ状態を予測するうえで、非常に重要であるといえる。

研究2.

解析3の結果は、産後2週間の抑うつ状態を予測する因子として、産後分娩施設でまだ入院中である産後4,5日においては、「分娩の満足度」「母乳栄養かどうか」「尿漏れ」「会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み」「妊娠前の精神科通院歴」「実母または義母の精神的サポートの有無」「産後4,5日後のEPDSスコアがカットオフ値を超えるかどうか」が重要であると考えられることができる。

「分娩の満足度」がモデル方程式に含まれたことは、分娩に対して満足できたかどうか、のちの精神状態に影響することを示唆する。一方で、精神状態が悪くなってきている妊婦は、ネガティブな感情が優位に立ち、分娩に対しても否定的な感情が表れやすいかもしれない。しかし、産後スタッフが母親とのやり取りの中で、出産に対して不満を持っていることを感じた際には、のちの精神状態の悪化のハイリスクと考えて対応するのが良いと考えられる。

「母乳栄養かどうか」がモデル方程式に含まれたことについては、母乳栄養を与えられていることは、母親の心身の不調が関係しているケースが多いことを示唆する。向精神薬を飲んでいて母乳を与えることやめる母親も多い。また、身体的に不調だったりして、児に十分に母乳を与えられないこともありうる。「母乳を挙げられない」背景は、いろいろであるが、母子保健の臨床では、のちの心身の不調のハイリスク要因と考えてケアすることの必要性を示唆する。一方で、この結果を、母乳を挙げれば母の精神状態が良くなると解釈するのは危険であろう。母乳を挙げられないことが母親の心身の不調のサインになりうると解釈すべきと考える。

「尿漏れ」がモデル方程式に含まれたことは、出産後の下半身の不調がのちの精神的な不調につながることを示唆する。出産後の尿漏れは、慢性的になって母親を苦しめることも多いが、そのようなトラブルは本人から語られないことも多い。産科スタッフは、本人が言えずに悩んでいないか気を付け、もし本人が困っているようであれば、本人の苦痛に耳を傾け、積極的にケアしていく必要性が示唆される。

「妊娠前の精神科通院歴」がモデル方程式に含まれたことは、精神科治療をすでに受けている母親については、産後も精神的な不調をきたしやすいハイリスク者として

注意深くケアする必要性を示唆する。このような母親については、分娩後の退院前に心理的な不調が起きた時について話し合っておいたり、精神的に不調の場合は産後の母乳指導外来など各分娩施設で行っている産後ケアの中でフォローアップしていったりするほうが良いと考えられる。

「産後4、5日後のEPDSスコアがカットオフ値を超えるかどうか」がモデル方程式に含まれたことは、産後4、5日にEPDSを行いその結果をのちの産後ケアに生かすことが、母親のメンタルヘルスサポートに有用であることを示唆する。この時期はマタニティーブルーズの好発時期であり、マタニティーブルーズの症状を呈した母親の多くは1週間ほどで自然軽快する。しかし、本研究の結果よりこの時期マタニティーブルーズの症状を含め、抑うつ状態を呈した母親に対しては、EPDSなどの抑うつ状態のスクリーニングを行ないとしても、マタニティーブルーズの時期が過ぎた産後2週間の時点で抑うつ状態を呈するハイリスク者としてケアしていく必要性を示唆する。また、この時期にEPDSなどメンタルヘルスのスクリーニングを実施し母親のメンタルヘルスを把握しておくことは有用であると考えられる。

分娩後4、5日は退院前に、産科スタッフが心身のケアや育児指導をできる時期である。本研究の結果は、この時期に、母乳栄養を与えられていない者、産後の尿漏れのトラブルがある者、妊娠前から精神科に通院している者、抑うつ状態である者については、産後2週で抑うつ状態になるハイリスク者として、注意深いフォローアップをしていく必要性を示唆する。

E. 結論

妊娠中に「夫以外に手伝ってくれる人が身近にいるかどうか」「家族としてのまとまりを感じるか」「泣いている赤ちゃんをあ

やした経験があるかどうか」「精神科通院中であるか」「EPDS スコアがハイスコアかどうか」をチェックすることが、産後2週の母親の抑うつ状態を予測するうえで、非常に重要であるといえる。

分娩4、5日後の時期に、母乳栄養を与えられていない、産後の下半身のトラブルがある、妊娠前から精神科に通院している、抑うつ状態である母親については、産後2週で抑うつ状態になるハイリスク者として、注意深いフォローアップをしていく必要性が示唆される。このように、産後家庭に戻ってから抑うつ状態になるハイリスクの母親は、妊娠中や産後直後など、医療機関でかかわる際に同定することができる。産後のメンタルヘルス不調のハイリスク者に対して、早期から注意深いケアが望まれる。

引用文献・出典

- 1) 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.
- 2) 吉田敬子監修．産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）．
- 3) 鈴木茜ほか．産後うつ病スケール(EPDS)得点の分散に関する研究．厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）健やか親子21の推進のための情報システム構築および各種情報の利活用に関する研究（主任研究者：山縣然太郎）平成17年度総括・分担研究報告書．252-261．

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

妊娠期からはじめる妊産婦へのメンタルケアと 育児支援のシステムについて

研究分担者 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）

研究要旨

私たち九州大学病院は、平成 10 年度から福岡市保健所と共同で出産後の母親を対象とした精神面の評価とメンタルケアおよび育児支援の研究を開始し、現在それが福岡市の制度として定着し実践されている。出産後の母子訪問の制度を利用して産後うつ病質問票などを施行するなど、地域をベースにした支援を遂行しており、これが全国にも次第に広がっているがまだ課題も多い。本研究では、妊産婦へのメンタルケアと育児支援システムについて、現状とその課題を明らかにするとともに、今後の方向性を提示した。

A. 周産期メンタルケアの背景

周産期は、精神医学領域の問題が生じやすい時期である。なかでも産後うつ病の発症率は 10 数パーセントと高いことが、1980 年代以降の多くの先行研究から報告されている。わが国でも平成 4 年度から当時の九州大学医学部産婦人科 中野仁雄教授のもとに、厚生省心身障害研究「妊産婦をとりまく諸要因と母子の健康に関する総合的研究」が始まった。母親は「周囲からは祝福されるのに気持ちが沈んでいる、生まれてきた自分の子どもに対して、かわいいとか守ってあげたいという実感がわからない」など出産後のさまざまな否定的な沈んだ感情を抱いている。しかしながら子どもの誕生は、喜ばしくおめでたいことであるので、子どもを無事に出産した後はどうしても子どもに注目が集まり、母親は周囲に自分の感情を打ち明けることができない。妊産婦と新生児・乳幼児に関わる医療従事者は、まずこのことを十分に認識しておく必要がある。

私たち九州大学病院は、平成 10 年度から福岡市保健所と共同で出産後の母親を対象

とした精神面の評価とメンタルケアおよび育児支援の研究を開始し、現在それが福岡市の制度として定着し実践されている。出産後の母子訪問の制度を利用して産後うつ病質問票などを施行するなど、地域をベースにした支援を遂行しており、これが全国にも次第に広がっているがまだ課題も多い。

B. 現在の状況と課題

出産後のメンタルケアは保健福祉機関など地域をベースにして充実してきてはいるものの、最近では、妊娠中のストレスそのものが胎児の子宮内発育不全、形成異常（奇形）、低出生体重、子どもの誕生後の情緒や発達障害（注意欠如多動性障害）など、子どもの予後に関連することも明らかになってきた。これは妊産婦のメンタルケアと育児支援は妊娠中から始める必要があることを示しているが、現状はまだ追いついていない。そのうえ、多領域多職種による周産期のメンタルケアと育児支援のストラテジーは、ドメスティックバイオレンスの被害者および子ども虐待にいたる

養育者、特にそのリスクの多い10代の妊婦、流死産や不妊治療を経験など女性の様々なストレス状況に適用されなければならない。

なぜならこれらの状況に置かれている妊産婦は、不適切な養育や虐待にいたる危険性が大きいからである。児童虐待の半数近くは乳児期に生じている。しかもゼロカ月、ゼロ生日と早期に目立っている。虐待に至る母親には、妊娠・出産・育児について周囲から情緒的サポートが十分に得られない、また、望まない妊娠を余儀なくされたなどのリスク背景があることも明らかになり、とりわけ10代の妊娠は不適切な養育のハイリスク要因となっている。このようにリスクは妊娠中からある程度評価することもできることから、近年、児童虐待防止の観点からすると、妊娠中から始めるメンタルケアと育児支援の有用性かつ必要性が明らかにされてきた。最近では、虐待ケースへの超早期取り組みと可能ならば予防も見据えて、産婦人科スタッフによるメンタルケアの取り組みも始められている。たとえば、岩手県では妊娠中からのメンタルケアについて、産婦人科医師も全県下のレベルで取り組んでおり、その成果が期待される場所である。この試みは市町村行政機関の保健師等の担当者が産科医療機関との連絡や調整を密にして、双方が個人情報防止法の壁を乗り越えて妊婦情報をいかに共有できるかにかかっている。また小児科スタッフは低出生体重児への医療面の充実とともに、低出生体重児を出産する妊婦の社会心理的背景を認識し、出産後早期から母子分離をされる母親への精神面支援にも留意する必要がある。さらに精神科は母親が精神障害の診断レベルにまで至る妊産婦への治療を担う必要がある。

C. 今後の連携と多領域での包括的な育児支援のための本年度の活動

妊娠褥婦の精神面支援と育児支援の在り方については、前述したように平成4年度から研究を始めているが、とりわけ、平成16年度から18年度は、全国の地域の保健福祉機関からの出席者とともに、地域に根付いた育児支援の在り方についての研究教育、実践を重ねてきた。そこでは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）を使用する理論的背景を学び、質問票の使用を実践することを目的としていた。そしてその後も出席者との交流を現在まで継続している。とりわけ当大学病院に子どもの心の診療部が設立されて以来、平成12年度から妊産婦のメンタルケアと育児支援研究連絡会議を毎年開催している。本年度は、12月15日(日曜日)12:00-17:00 東京大学本郷キャンパス内医学系研究科教育研究棟 大学院セミナー室 第7セミナー室にて当診療部主宰で、次の内容の議題で研究連絡会議を進めた。

本年度は特に医師の参入をテーマとして、1. 医師を連携のシステムに取り組む、産科スタッフの重要性、2. 母子と家族を長年みる小児科の役割 3. 精神科医師による実践とシステムをバックアップすることについて検討した（現在。また早期虐待防止の観点から、3つの質問票のうちもっとも直接関連がある赤ちゃんへの気持ち質問票の知見と今後の使い方について検討した。愛着の問題を根底に考えると、産後うつ病質問票とは別個に赤ちゃんへの気持ち質問票の得点に注目することが必要であり、その質問票については他国でも翻訳され使用されているが区分点も諸外国と一致して2点以上を要注意としてみなすことができることを報告した。

来年は平成16年度以降、これまで筆者らが関わった大学や各種学会、病院施設、地域保健福祉行政機関などで3つの質問票を使用してきたすべての機関からの参加を本研究連絡会議で企画している。

D. 今後の方向

以上をふまえて今後のあるべき方向を以下に列挙する。1) 妊婦にいち早くかわる立場にある産科スタッフが妊娠中から関わること、2) 低出生体重児や小児疾患を抱える子どもについては、小児科スタッフが子どもの診療に際して母親のメンタル面にも留意する。3) 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、精神科スタッフに紹介、連携できる診療連携が必要であり、精神科スタッフ対象にこの領域の教育啓蒙を行い、連携の実践に参加してもらうように多領域の医師を交えた検討が必要である。3) スタッフとは従来の産後の母親の支援の主体となった保健師や助産師などコ・メディカルのみスタッフと保健福祉行政機関のみの構成ではない。医師も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。4) 今後も(コミュニティ)をベースとしたチームであることは変わらないので、そのためには一つのケースを地域の多職種、多機関で共有して蓄積し、有機的で実質的な連携を築き上げる。5) その蓄積を記録に残し、まとめ育児支援の在り方について提言していく。6) 学会や医師会をはじめ各種機関がこの提言を受け止め、専門家対象や広く妊産婦やその家族を対象としたさまざまな教育啓蒙を行っていくことを、今後の方向として提言したい。

引用文献・出典

Yoshida K, Yamashita H, Conroy S, Marks M, Kumar C: A Japanese version of Mother-to Infant Bonding Scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers. Archives of Women's Mental Health 15:343-352, 2012

E. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

F. 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

初産婦と経産婦のメンタルヘルスハイリスク群に関する考察

研究分担者 葛西 圭子（公益社団法人 日本助産師会 専務理事）

研究要旨

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を目的とした。世田谷区の産科施設 14 か所が扱う妊産婦を対象とし、日本版エジンバラ産後うつ病自己評価表（EPDS）と WHO-5 精神的健康状態表（WHO-5）を用いて妊産褥期に縦断的調査を実施した。

EPDS が 9 点以上、WHO-5 が 13 点未満のメンタルヘルスのハイリスク者割合は、対象とした全妊産婦でいずれも産後 2 週が最も高い結果であった。EPDS について初産婦、経産婦別にハイリスク者割合をみると、経産婦に比して初産婦のハイリスク者割合が高い結果となった。WHO-5 では、初産婦、経産婦共にハイリスク者割合の経時的変化に同様な推移が見られた。両者ともに産後 2 週でハイリスク者割合が最も高く、産後 3 か月で妊娠 20 週時の水準となった。初産婦に対しては入院期間中の介入以外に、ハイリスク者割合が高くなる産後 2 週で専門職の何らかの介入が必要である。また、特に初産婦に対しては退院後できるだけ早期に母子訪問するための方策整備が急がれる。

研究協力者:

竹原健二（国立成育医療研究センター研究所）
井富由佳（国立成育医療研究センター研究所）
田山美穂（国立成育医療研究センター研究所）
岡潤子（国立成育医療研究センター研究所）
須藤茉衣子（津田塾大学大学院）
掛江直子（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）
三木佳代子（助産師）

A. 研究目的

わが国の周産期衛生統計の水準は世界でもトップレベルにあるが、身体医学的な観点からの数値となっている。妊娠中は公的補助がある約 14 回の妊婦健診と産後 4、5 日間の入院中に医師、助産師等から身体面の観察と保健指導が受けられる。産科医療従事者は産褥期にみられるマタニティ・ブルーズに着目し、

周産期のホルモン環境の変化を知ったうえで、妊産婦に支援を行ってきた。しかし、退院後は医療機関による 1 か月健診、行政保健師等による新生児訪問等が実施されているが、退院後に子どもとの新たな生活が始まり、不安を抱える母親も多いと予測される。入院期間の短縮化や、出産年齢の高齢化、核家族化など、産後の母子を取り巻く環境は変化している。虐待リスクに関しては、特に出産前後の母親への専門職の関与が重要である。

我が国の産後うつ病発症頻度は 10～20%となっており、妊産褥婦のメンタルヘルスの重要性が指摘されている。産後うつ病を評価する尺度の一つとして 1987 年に開発された産後うつ病質問票（EPDS）を用いたスクリーニングも行われるようになっている。

本研究では、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を目的としている。

B. 研究方法

本研究班では平成 25 年 11 月から、世田谷区の産科施設 14 か所が扱う妊産婦を対象とし、妊娠 20 週時のベースライン調査、分娩後入院期間中(産後数日)、産後 2 週、1 か月、2 か月、3 か月の合計 6 回の調査を実施した。妊娠 20 週時、分娩後入院期間中、産後 1 か月は各施設でタブレット型端末あるいは質問票で回答を求めた。産後 2 か月、3 か月時の調査は、調査員による電話での聞き取り、もしくは自宅へ質問票を送り実施した。産後 2 週時の調査は健診実施施設ではタブレット型端末もしくは質問票で回答を求めたが、実施していない施設では産後 2 か月、3 か月時の調査と同方法とした。本研究では日本版エジンバラ産後うつ病自己評価表 (EPDS) と WHO-5 精神的健康状態表 (WHO-5) の 2 つの調査結果について研究対象とした。

(倫理面への配慮)

国立成育医療研究センター倫理委員会にて審議を受け承認されている。

C. 研究結果

平成 26 年 1 月 20 日時点で回収された同意書 1,799 件のうち妊娠 20 週の回答は 1,721 件 (95.7%)、産後数日 1,325 件 (73.8%)、産後 2 週 1,118 件 (62.1%)、産後 1 か月 1,382 件 (76.8%)、産後 2 か月 1,156 件 (64.3%)、産後 3 か月 964 件 (53.6%) を分析対象とした。産後 1 か月、産後 2 か月、3 か月は調査継続中であった。

1) 対象者の属性

分娩時の平均年齢は 34.3 歳、初産婦は 730

人 (55.1%)、経産婦が 594 人 (44.9%) であった。帝王切開は 245 人 (18.5%) であった。仕事ありは 995 人 (57.9%) で、そのうち常勤は 525 人 (69.2%) であった。

表 1 . 対象者の属性

| | 初産婦 (n=730) | | 経産婦 (n=594) | |
|----------------|----------------|-------|----------------|-------|
| 平均年齢 | 33.7 ± 4.7 | | 35.0 ± 3.9 | |
| 仕事あり | 492 人 | 68.7% | 271 人 | 46.6% |
| 常勤者 | 337 人 | 68.5% | 188 人 | 69.1% |
| 夜勤 (22 時以降) あり | 94 人 | 19.1% | 19 人 | 7.0% |
| 里帰り出産 (世田谷への) | 75 人 | 10.3% | 44 人 | 7.4% |
| 分娩様式 | | | | |
| 経膣分娩 | 576 人 | 78.9% | 493 人 | 83.1% |
| 予定帝王切開 | 52 人 | 7.1% | 87 人 | 14.7% |
| 緊急帝王切開 | 93 人 | 12.7% | 13 人 | 2.2% |
| わからない | 9 人 | 1.2% | 0 人 | 0.0% |
| 分娩に対する満足感 | | | | |
| とても満足 | 393 人 | 54.3% | 383 人 | 64.5% |
| どちらかという と満足 | 287 人 | 39.6% | 184 人 | 31.0% |
| どちらかという と不満 | 38 人 | 5.2% | 22 人 | 3.7% |
| とても満足不満 | 6 人 | 0.8% | 5 人 | 0.8% |

2) メンタルヘルスのハイリスク者割合

EPDS が 9 点以上、WHO-5 が 13 点未満のメンタルヘルスのハイリスク者割合は、対象とした全妊産婦でいずれも産後 2 週が最も高い結果であった。妊娠 20 週をベースとした場合、産後 3 か月で両者とも同レベルの水準まで回復している。

EPDS についてみると、妊娠 20 週で 10.3% であったハイリスク者割合は産後 2 週では 17.6% と最も高い割合を示し、2 か月になると妊娠 20 週時の割合を下回っている。

WHO-5 精神的健康状態表の結果については、

妊娠 20 週時点でのハイリスク群が 12.0%であり、産後 2 週間で 26.5%と最も高く、1 か月でも 24.3%と高値である。産後 3 か月で妊娠 20 週時点の水準に戻っている(図 1 参照)。

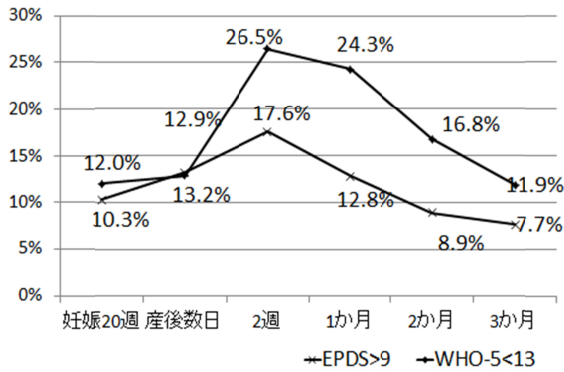


図 1 .メンタルヘルスのハイリスク者割合

3) 初産婦・経産婦別の EPDS ハイリスク者割合

EPDS について初産婦、経産婦別にハイリスク者割合をみると、経産婦に比して初産婦のハイリスク者割合が高い結果となった。

経産婦では妊娠 20 週から 3 か月まで大きな変動はなく、産後 2 週間から 3 か月では妊娠 20 週時のハイリスク者割合より減少している結果であった。

初産婦では産後数日から 2 週にかけてハイリスク者割合が上昇し、産後 2 か月で妊娠 20 週時と同水準までハイリスク者割合が減少している (図 2 参照)。

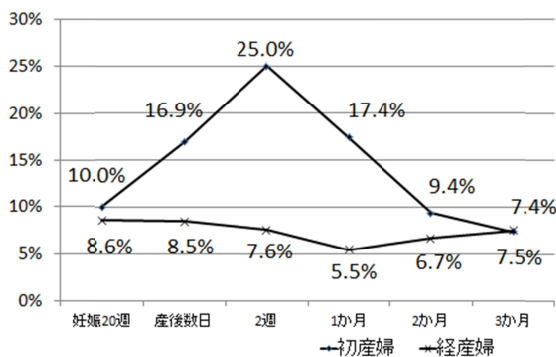


図 2 .初産婦・経産婦別の EPDS ハイリスク者

割合

4) 初産婦・経産婦別の WHO-5 ハイリスク者割合

WHO-5 では、初産婦、経産婦共にハイリスク者割合変化に同様な推移が見られた。両者とも産後 2 週でハイリスク者割合が最も高く、産後 3 か月で妊娠 20 週時の水準になっている。

しかし、産後 2 週で初産婦が 30.5%、経産婦では 20.8%と経産婦に比して初産婦のハイリスク者割合が高い結果であった。産後 1 か月では初産婦が 27.9%、経産婦は 16.0%で、引き続き初産婦にハイリスク者割合が高い結果となった (図 3 参照)。

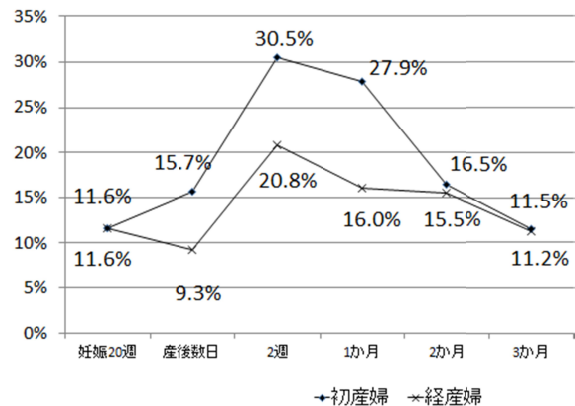


図 3 .初産婦・経産婦別の WHO-5 精神健康状態ハイリスク者割合

D. 考察

本報告は調査途中のデータをまとめたものだが、妊娠期から産後にかけて、妊産婦のメンタルヘルスハイリスク者割合が把握でき、一定の結果が得られた。

妊産褥期のメンタルヘルスには体内のホルモン環境変化の影響が指摘されている。また、母親役割の獲得段階、夫婦の役割や関係の変化、育児を中心とした生活の変化、出産体験など、さまざまな要因が考えられる。

1) メンタルヘルスのハイリスク者割合

全妊産婦でメンタルヘルスのハイリスク者割合は EPDS、WHO-5 両者とも 2 週間で最も高く、3 か月で妊娠 20 週時点とほぼ同水準となっている。産後医療施設退院直後から 1 週間が精神面での支援ポイントとなることが示唆された。

次に EPDS、WHO-5 それぞれの結果について初産婦、経産婦を比較する。

2) 初産婦・経産婦別の EPDS ハイリスク者割合

まず、EPDS では初産婦、経産婦別で妊産褥期のハイリスク者割合が大きく異なる結果となった。初産婦では産後 2 週でハイリスク者割合がピークとなっている。しかし、経産婦では妊娠 20 週からハイリスク者割合に変化は少なく、産前より産後が減少し、産後 2 か月からは微増となっている。経産婦では出産、育児経験が精神的な変化に影響していると考えられる。

経産婦は、自身の出産経験から産後の復古に関する身体変化、児の啼泣など生活リズムについて予測可能であり、対処方法も経験から学習していることがこのような差異となったと考えられる。経産婦では産後 1 か月のハイリスク者割合が妊娠 20 週より減少している。自らの体験から、出産に関する不安が妊娠中の結果に反映されているとも考えられる。また、経産婦で産後 2 か月、3 か月とハイリスク者割合が微増しているのは、上の子への育児の関わりが母親中心に戻ってくる時期でもあり、多忙となることの表れとも考えられる。しかし、産後 3 か月以降の調査は継続されていないため、その後の状況については不明である。

初産婦では、産後 2 週間で 25% の EPDS ハイリスク者割合がみられた。4 人に 1 人という結果である。今回、2 週間健診受診の有無では比較していないが、産後の入院期間が 4 ~ 5 日と短縮されていることや、授乳に不慣

れであり、分娩後の創痛や、寝不足などで、つらい状況が高まっていることが推察される。これらから、産後入院中の褥婦への介入が重要となる。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。これは、経産婦の EPDS ハイリスク者割合の結果からも明らかである。しかし、病院では産科以外の混合病棟も多く、産後の褥婦に十分時間をとって対応する時間が不足している場合も多い。個別の状況をアセスメントして、相談に応じることが必要だが、VTR などのメディアを用いた類型的な集団指導を中心としている施設もある。病院では、疾病治療の考えが優先されがちであるが、妊娠出産に関する「健康な営み」に対する育児指導などを含めた「健康増進教育」、産褥精神障害の「予防教育」といった観点が強化される必要がある。また、初産婦に対しては入院中の介入以外に、ハイリスク者割合が高くなる産後 2 週で専門職による何らかの介入が要請される。ただし、初産婦では産後 3 か月には妊娠 20 週時点よりハイリスク者割合が減少している。産後 2 週で高まった精神的問題を自ら乗り越えた結果であるのかは不明であるが、「困難を経験する」こと自体に意味があるとすれば、専門職の介入との関連が十分吟味される必要がある。

4) 初産婦・経産婦別の WHO-5 ハイリスク者割合

WHO-5 については初産婦、経産婦ともに産後 2 週でハイリスク者割合が最も高くなっているが、初産婦でその傾向が強くなっている。しかし、産後 2 か月で両者は同水準まで減少している。産後 2 週で初産婦は 30.5%、経産婦は 20.8% のハイリスク者割合で精神的健康状態が不良であるという結果であった。

産後うつ病は一般的に産褥 4 ~ 6 週に発症

する。3分の2の女性が経験する産後の一過性の気分障害である「マタニティー・ブルー」は産後1週間以内に症状を示す。メンタルヘルスのハイリスク者割合は産後数日で上昇し始めるが、産後2週が最も高い割合であることに對し、専門家などの第3者が介入すべきかは本調査結果からだけでは明確にできないが、妊産婦本人の苦痛緩和のための支援が必要である。

乳児家庭全戸訪問事業は生後4か月までの乳児のいるすべての過程を訪問し、子育て支援に関する情報提供や養育環境等の把握を行う市町村が実施主体の事業である。かならずしも保健医療専門職のみで訪問が実施されおらず、質の担保が課題と考える。母子双方に専門的支援ができる助産師が積極的にその役割を担っていかなければならない。また、今回の産後2週間、産後1か月のEPDS高得点者の状況から、特に初産婦に対しては退院後できるだけ早期に訪問するための方策整備が急がれる。そのうえで、養育支援を必要とする家庭を確実に把握することが重要だ。また里帰り出産への対応についても早期訪問の仕組み作りが必要である。

養育支援訪問事業は市町村が実施主体として行っているが、厚生労働省雇用均等・家庭局総務課によると平成23年7月1日現在で全市町村の6割強の実施状況となっている。あくまでも市町村の判断での実施となっている。養育支援訪問事業が養育支援を必要とする家庭のニーズに答えているのか、訪問者の資質等も含めての評価はなされていない。

母子に関する施策についての量的整備はもちろんだが、質的整備も欠かせない要素である。

本研究ではメンタルヘルスのハイリスク者割合について把握し、助産師の観点から考察したが、ハイリスク得点を示した個人の縦断的な分析も合わせて行うことでメンタルヘルス介入に関して示唆が得られると考える。

E. 結論

初産婦はEPDS、WHO-5共に産後2週でハイリスク者割合が高く、何らかの対策が必要と考えられる。経産婦ではEPDSハイリスク者割合は妊産褥期を通じて10%以下で推移していたが、WHO-5では産後2週で20.8%という結果であった。

謝辞

本研究の質問票への回答にご協力くださいました妊産婦の方々、世田谷区の医療施設の方々に深く感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 岡野禎治他：産後うつ病ガイドブック-EPDSを活用するために-、南山堂、2006.
- 2) 岩本澄子他：妊産婦の妊娠の状況と抑うつ状態との関連、保健医療科学、Vol.59.No.151-59,2010.
- 3) 佐藤幸子他：母子健康手帳交付時から3歳児健康診査時までの母親の不安、うつ傾向、こどもへの愛着の経時的变化の検討、日本看護研究学会雑誌、Vol.35.No.2,2012.
- 4) 梅崎みどり他：我が国の産後うつ病に関する文献の検討、山陽論叢第19巻、92-97,2012.

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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～

研究協力者 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）

研究要旨

本研究班では、昨年度から妊産婦を対象とする追跡調査を実施してきた。本研究では、その進捗状況を明らかにすることと、すでにデータの収集が終了した妊娠 20 週から産後 2 週までの計 3 回の調査データを用いて、メンタルヘルスのハイリスク者の割合や、リスク要因と思われる項目の頻度を記述することを目的とした。妊娠 20 週で 1,721 人、産後 1 か月の時点で 1,382 人（76.8%）の回答を得た。産前・産後のメンタルヘルス不調者の割合では、初産婦と経産婦でその傾向が大きく異なり、初産婦では産後 2 週に 24.7%まで増加するのに対し、経産婦では妊娠 20 週時とほぼ同じ 8%前後で横ばいに推移することが示された。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。

研究協力者：

井富由佳（国立成育医療研究センター-研究所）
田山美穂（国立成育医療研究センター-研究所）
岡潤子（国立成育医療研究センター-研究所）
須藤茉衣子（津田塾大学大学院）
掛江直子（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）
三木佳代子（助産師）

A. 研究目的

本研究班では、2012 年 11 月から、世田谷区内のすべての産科施設の協力を得て、各施設にて分娩予約をした妊婦の追跡調査を実施している。追跡調査は妊娠 20 週をベースラインとし、産後数日、2 週、1 か月、2 か月、3 か月の 5 回のフォローアップ調査

と合わせて計 6 回の調査への協力を対象者
にお願いしている。

本研究では、2014 年 2 月の時点において、ベースライン調査と各回のフォローアップ調査に対して、回答が得られている対象者数などを示し、調査の進捗状況を明らかにする。また、調査がほぼ終了した産後 2 週までの調査について、そのデータを用いてメンタルヘルスの評価指標や、リスク要因と思われる項目の回答状況を明らかにする。以上の 2 つを本研究の目的とする。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、世田谷区において分娩を取り扱うすべての産科施設による population based な縦断研究である。

2．対象者

本研究の対象者は、2012年11月末から2013年4月末に、世田谷区内にある分娩を取り扱うすべての産科施設のいずれかに、妊婦健診のために訪れた妊婦とした。そのうち、その施設に分娩の予約をした者に対し、各施設のスタッフが口頭と書面にて、本研究への参加協力を依頼した。その依頼に同意をし、同意書が提出された者を本研究の対象者とした。妊婦健診には訪れたものの、当初から里帰り分娩の予定の者などはリクルートの対象から除外された。

本研究の対象者には地域の産科クリニックでリクルートされた対象者も数多く含まれている。産科クリニックでは、妊娠期や産後に重篤な合併症が確認された妊産婦は、高次産科医療施設に転院されている。対象者が区内の高次産科医療施設に転院した場合、できるだけ本研究への参加継続ができるように努めたが、脱落した対象者も少なくなかった。また、妊娠期や分娩時に区外の高次産科医療施設に転院したすべての対象者は、その時点で本研究から脱落した。

3．研究方法

本研究では妊娠20週時のベースライン調査に加え、分娩後入院期間中(産後数日)、産後2週、1か月、2か月、3か月の5回のフォローアップ調査(追跡調査)の合計6回の調査を実施した。各回のデータは研究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。

妊娠20週時のベースライン調査と産後数日、産後1か月のフォローアップ調査は、健診や産褥入院時に各調査協力施設のスタ

ッフから質問票もしくはipadを渡して回答を得た。産後2週の質問票は対象者が産後に退院する際に各施設のスタッフが手渡し、郵送にて返送してもらった。2か月、3か月のフォローアップ調査については、研究事務局から分娩日をもとに質問票の送付時期を特定し、対象者の自宅に自記式質問票を送付した。質問票に返信用封筒を同封し、対象者が回答後に返送してもらった。

本研究では、一度、回答が得られなかった対象者に対しても、次の調査時に再度、調査への協力をお願いした。そのため、対象者は必ずしもすべてのフォローアップ調査に回答をしているわけではない。主に、対象者に質問票を配布しそびれたり、対象者が回答し忘れたり、回答済みの質問票を提出・返送し忘れた場合などでは、データの回収がおこなえなかった。そのため、同意撤回書を提出した対象者と、産後数日、2週、1か月の調査で一度も回答がなかった対象者以外には、産後2か月、3か月の質問票を送付し、できるだけ脱落者が増えないように配慮した。

4．質問項目

本研究では、メンタルヘルスの評価指標として、EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)¹⁾とWHO-5 精神的健康状態表²⁾を用いた。これら2つの尺度は全6回の調査のすべてに含まれている。EPDSは10項目4件法で産後うつをスクリーニングするツールとして国際的にも国内でも広く活用されている。先行研究に準じてカットオフ値を8/9点とした。9点以上の場合には産後うつの疑いあり、とみなした。近年では、EPDSは妊婦を対象とした調査研究でも用いられてきているため、本研究でも妊娠20週時の調査の質問項目にEPDSを含めた。

WHO-5は、最近2週間の精神的健康状態について、5項目で尋ね、「0:まったくな

い」から「5：いつも」の6件法にて回答を得る。日本語版については、すでに先行研究によって、信頼性や妥当性の検証まで完了している³⁾。

WHO-5の回答の評価方法には2つの方法がある。一つ目は、素点を単純加算し、13点未満の場合に精神的健康状態が低いとみなされ、ICD-10のうつ病のためのテストの適応になるとされる。もう一つは、同様に素点が13点未満であるか、5項目のうち1つ以上で0または1の回答があるときには、大うつ病(ICD-10)調査票(Major Depression Inventory)の実施が推奨されている。本研究では、前者の素点のみの評価方法を用いた。WHO-5にて、精神的健康度の変化を評価するためには、0-25点の素点に4をかけて百分率スコアとし、10%以上の差が生じた場合は、有意な変化があると判定される。

上記のEPDSとWHO-5の2つのスクリーニングツールのほかに、本研究では、わが国の母子保健領域で広く使われている育児支援チェックリストと、赤ちゃんへの気持ち質問票⁴⁾、育児ストレスショートフォーム(PSI-SF: Parenting Stress Index Short Form)などの既存尺度を用いた。

5. 倫理的配慮

本研究では、対象者のリクルートに先立ち、(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、調査を実施している中で、質問項目に含まれたメンタルヘルスや虐待傾向などを評価する指標によって、ハイリスクと判定された対象者については、速やかにその結果を各調査協力施設にフィードバックをした。各調査協力施設の判断を経て、対象者の状況に応じたケア・サポートが提供された。

C. 研究結果

1. 調査の進捗状況

2014年2月時点での質問票の回収状況は以下の通りである(表1)。提出された同意書は全部で1,799人分であった。多くの調査協力施設では、対象者のリクルートは妊娠8~12週頃に実施されていたが、リクルート後、妊娠20週時のベースライン調査時までの間に、流産や転院した者などもあり、妊娠20週の調査の回答者は1,721人であった。この1,799人を分母、各調査時におけるデータの回収件数を分子として、回答率を計算したところ、産後数日時で73.8%、産後1か月時で76.8%となっている。産後2週時の調査は、産後数日後の質問票を研究事務局が受け取った時には、すでに産後3週以降になっていたケースもあり、そうしたケースでは、産後2週の調査は飛ばして、産後1か月の調査を実施した。産後1か月以降の調査は、まだすべてのデータの回収が終わっておらず、さらに増える見込みである。

表1. 各調査時の回収数と回答率

| | 回収数 | 回答率 |
|-------|-------|-------|
| 同意書 | 1,799 | |
| 妊娠20週 | 1,721 | 95.7% |
| 産後数日 | 1,327 | 73.8% |
| 産後2週 | 1,130 | 65.7% |
| 産後1か月 | 1,382 | 76.8% |
| 産後2か月 | 1,156 | 64.3% |
| 産後3か月 | 964 | 53.6% |

} データ収集
継続中

2. 産後2週までのデータの解析結果

2-1. 対象者とその子どもの属性

対象者の平均年齢は産後数日の時点で34.3歳(SD:4.44)であった。妊娠20週時の就業状況は、仕事を持っている人が995人(57.9%)であり、そのうちの688人(69.2%)は常勤職であった。有職者のう

ち、一週間の就業時間が49時間以上であると回答した者が171人(17.2%)であった。妊娠20週時の世帯年収は、200万円未満が25人(1.5%)、200~500万円未満が354人(20.8%)であった。

対象者のうち、初産婦が730人(55.1%)、経産婦が594人(44.9%)であった。分娩時の平均在胎週数は、39週2日(min-max:29週5日-42週3日)であった。世田谷区内の産科施設にて里帰り分娩をした者が119人(9.0%)であった。

分娩様式は、1,072人(80.8%)が経膈分娩(吸引・鉗子分娩の症例も含む)、245人(18.5%)が予定・緊急帝王切開であった。母体搬送されたケースは5人(0.4%)であった。

今回、生まれた児の性別は、男児が676人(51.1%)、女児が646人(48.9%)であった。平均出生体重は、3,038.4g(SD:349g)であった。出生体重2,500g未満の低出生体重児は73人(5.5%)であり、1,500g未満の極低出生体重児はいなかった。双子は16件(0.9%)であった。産後にNICUに入院したり、処置のために別の病院に搬送された児は54人(4.1%)であった。

2-2. 対象者へのサポート状況

産後数日時に、パートナーからの精神的サポートの状況について尋ねたところ、「よく支えてくれる」、もしくは「支えてくれる」と回答した者が計1,293人(97.7%)であった。パートナーの家事・育児について尋ねたところ、「よく手伝ってくれる」、「手伝ってくれる」を合わせると計1,249人(94.1%)であった。

同様に、実母もしくは義母からの精神的サポートについては「よく支えてくれる」、もしくは「支えてくれる」と回答した者が計1,241人(94.1%)であった。家事・育児については、「よく手伝ってくれる」、

「手伝ってくれる」を合わせると計1,195人(90.6%)であった。

2-3. 対象者の精神科既往歴と受診状況

産後数日時に、今回の妊娠前の精神科受診歴を尋ねたところ、受診したことがある者は85人(6.4%)であった。その際の病名としては、うつ病が33人と最も多く、次いで不安障害の23人、摂食障害の7人、躁うつ病の6人であった。この既往歴に関する産後数日の時点における受診状況は、妊娠前に受診をやめて、以後受診していない、と回答した者が65人(83.3%)であり、妊娠中も継続して受診した者が10人(12.6%)、妊娠後に受診を再開した者が2人(2.6%)であった。なお、今回の妊娠中に新たな精神的な問題が生じて受診をした者は6人(0.5%)であった。

2-4. メンタルヘルスのハイリスク者の頻度

EPDSの9点以上の者は、妊娠20週時に169人(10.3%)、産後数日時に174人(13.2%)、産後2週時に196人(17.5%)であった。WHO-5が12点以下だった者は、同様に205人(12.0%)、170人(12.9%)、300人(26.5%)であった(図1)。

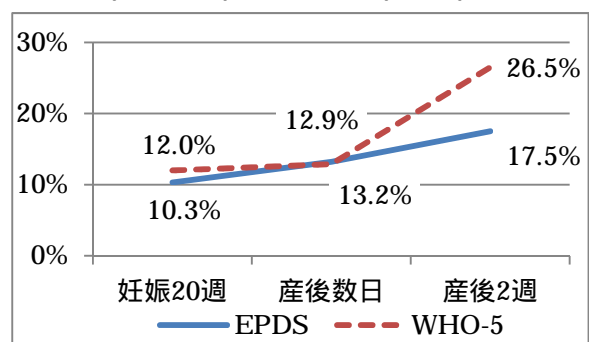


図1 メンタルヘルスのハイリスク者の割合

初産・経産婦別のEPDSのハイリスク者の割合は、初産婦では妊娠20週で10.0%、産後数日で16.9%、産後2週で24.7%であった。経産婦では、妊娠20週が8.6%、産

後数日が 8.5%、産後 2 週が 7.7%であった (図 2)。

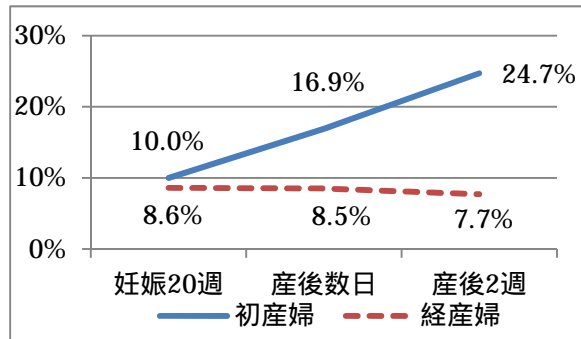


図 2 . 初産・経産婦別の EPDS によるメンタルヘルスのハイリスク者の割合

初産・経産婦別の WHO-5 のハイリスク者の割合は、初産婦では妊娠 20 週が 11.6%、産後数日で 15.7%、産後 2 週で 30.5%であった。経産婦では、妊娠 20 週が 11.6%、産後数日が 9.3%、産後 2 週が 20.7%であった (図 3)。

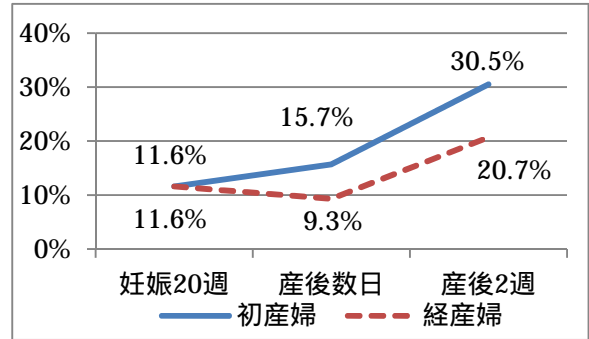


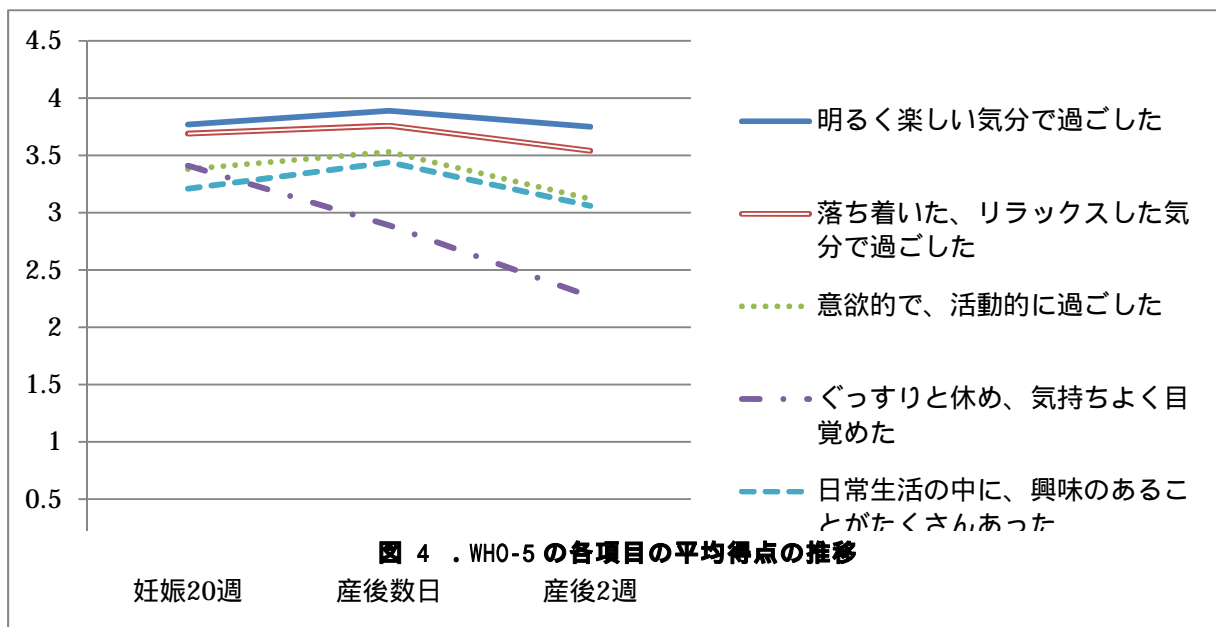
図 3 . 初産・経産婦別の WHO-5 によるメンタルヘルスのハイリスク者の割合

産後 2 週時の育児ストレスについて、育児ストレスショートフォームを用いて評価をしたところ、「子どもの特徴に関するストレスが強い (本研究では、便宜的に関連項目の平均得点が 3 点以上と定義)」と判定された者は、22 人 (2.0%) であった。また、「母親自身に関するストレスが強い (同様に、関連項目の平均得点が 3 点以上と定義)」と判定された者は、36 人 (3.2%) であった。

2-5 . WHO-5 の各項目の平均得点の推移

図 4 に、WHO-5 の 5 つの項目について、

「明るく楽しい気分で過ごした」や、「落ち着いた、リラックスした気分で過ごした」



それぞれ妊娠 20 週から産後 2 週までの平均得点 (0-5 点) の推移を示した。

といった項目は、妊娠 20 週から産後 2 週まで、あまり大きな変化がなく、3 点台後半でほぼ横ばいに推移した。もっとも大きな

変化が見られたのは、「ぐっすりと休め、気持ちよく目覚めた」の平均得点であった。妊娠 20 週の 3.4 点から、産後 2 週には 2.3 点まで落ち込んだ。

初産婦と経産婦を分けて、WHO-5 の平均得点の推移を見てみると、妊娠 20 週時には、初産婦の方が平均得点の高い項目が 2 つ項目あるなど、初産婦と経産婦でほとんど違

いが認められなかった。しかし、産後数日になると、5 項目すべてで経産婦の平均得点が高くなり、産後 2 週には、経産婦の得点の低下に比べ、初産婦の得点の低下する幅がすべての項目で大きいことが示された（表 2）。特に、初産婦の「ぐっすりと休め、気持ちよく目覚めた」の平均得点は、産後 2 週時に 2.09 まで低下した。

表 2. 初産・経産婦別の WHO-5 の平均得点の推移

| | 妊娠 20 週 | | 産後数日 | | 産後 2 週 | |
|-------------------------|---------|------|------|------|--------|------|
| | 初産婦 | 経産婦 | 初産婦 | 経産婦 | 初産婦 | 経産婦 |
| 明るく楽しい気分で過ごした | 3.78 | 3.81 | 3.81 | 3.98 | 3.63 | 3.91 |
| 落ち着いた、リラックスした気分で過ごした | 3.75 | 3.58 | 3.66 | 3.89 | 3.38 | 3.77 |
| 意欲的で、活動的に過ごした | 3.29 | 3.50 | 3.39 | 3.71 | 2.96 | 3.35 |
| ぐっすりと休め、気持ちよく目覚めた | 3.47 | 3.38 | 2.76 | 3.06 | 2.09 | 2.50 |
| 日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった | 3.16 | 3.29 | 3.39 | 3.51 | 3.00 | 3.17 |

2-6. EPDS を用いた感度分析

妊娠 20 週時の EPDS の結果と、産後数日時の EPDS の結果を用いて感度分析をおこなった（表 2）。感度は 30.0%、特異度は 93.7%、陽性的中率（PPV: Positive Predictive Value）は 41.7%、陰性的中率（NPV: Negative Predictive Value）は 90.0%であった。陽性尤度比（PLR: Positive Likelihood Ratio）は 4.8、陰性尤度比（NLR: Negative Likelihood Ratio）は 0.7 であった。

表 2. 妊娠20週時と産後数日のEPDSのカットオフを用いたクロス表

| | | 産後数日 | | |
|-------|-----|------|------|------|
| | | 検査+ | 検査- | 合計 |
| 妊娠20週 | 検査+ | 48 | 67 | 115 |
| | 検査- | 112 | 1003 | 1115 |
| | 合計 | 160 | 1070 | |

同様に妊娠 20 週時と産後 2 週時の EPDS の結果を用いて感度分析をおこなった（表 3）。感度は 18.5%、特異度は 93.3%、PPV は 36.7%、NPV は 84.5%、PLR は 2.7、NLR は 0.9 であった。

表3. 妊娠20週時と産後2週時のEPDSのカットオフを用いたクロス表

| | | 産後2週 | | |
|-------|-----|------|-----|-----|
| | | 検査+ | 検査- | 合計 |
| 妊娠20週 | 検査+ | 33 | 57 | 90 |
| | 検査- | 145 | 788 | 933 |
| | 合計 | 178 | 845 | |

産後数日時と産後 2 週時の EPDS の結果を用いて感度分析をおこなった（表 4）。感度は 39.5%、特異度は 93.7%、PPV が 57.0%、NPV が 88.0%、PLR が 6.3、NLR が 0.6 であった。

表4. 産後数日時と産後2週時のEPDSのカットオフを用いたクロス表

| | | 産後2週 | | |
|------|-----|------|-----|-----|
| | | 検査+ | 検査- | 合計 |
| 産後数日 | 検査+ | 73 | 55 | 128 |
| | 検査- | 112 | 822 | 934 |
| | 合計 | 185 | 877 | |

2-7. 虐待のリスクアセスメント

産後2週時に尋ねた、『赤ちゃんへの気持ち質問票』をもとに対象者の虐待傾向を評価した。質問項目3「赤ちゃんのことが腹立たしく嫌になる」と、質問項目5「赤ちゃんに対して怒りがこみ上げる」のいずれもが1点以上の対象者は、48人(4.3%)であった。そのうち、42人は初産婦が占めており、初産婦全体の7%がリスクあり(いずれの項目も1点以上)と示された。

同様に、産後2週時に尋ねた『育児支援チェックリスト』において、ネグレクトにつながるリスクアセスメントに用いられる質問項目8「赤ちゃんが、なぜむずかかったり、泣いたりしているのかが分からないことがありますか?」に対して、「はい」と回答した者は、666人(59.0%)であった。この質問に対し、初産婦の75.7%、経産婦の38.2%が「はい」と回答していた。

身体的虐待につながるリスクアセスメントに用いられる質問項目9「赤ちゃんを叩きたくありませんか?」では、9人(0.8%)が「はい」と回答しており、その内訳は初産婦が6人、経産婦が3人であった。

D. 考察

1. 調査の進捗状況

2014年2月の時点では産後2週までの3回の調査データの収集が終了している。まだデータ収集中の、産後1か月の調査では、妊娠初期に本研究の参加に同意をした1,799人のうち、すでに1,382人(76.8%)から回答が得られている。さらに実際にベースライン調査に参加した1,721人をもと

に考えると、80.3%が継続をしている。これらのことから、本研究は当初の計画に沿って、順調に進んでいると判断できる。

本研究の対象者には、高次産科医療施設に転院した者を追跡することが難しかったため、母集団と比較して、産科的・精神的にハイリスクな妊産婦の割合がやや少ないことが推測される。

これまでの妊産婦のメンタルヘルスに関する先行研究では、新生児訪問や乳児健診の時など、ある一時点のデータで質の高い研究デザインで、サンプルサイズも大きな研究はあるものの、妊娠期から産後3か月にわたるpopulation-basedな縦断研究は見当たらない。脱落者も少なく、対象者の多くが調査継続をしていることを考えても、本研究で収集しているデータは、わが国の妊産婦において、メンタルヘルスの不調を訴えやすくなる時期の特定や、メンタルヘルスの状態の推移などを適切に把握する上で有用なものと考えられる。

2. メンタルヘルス不調の妊産婦の頻度

EPDSの陽性者(9点以上)の割合は、妊娠期から産後2週にかけて、10.3%、13.2%、17.5%と増えていることが示された。健やか親子21の第一回中間評価時の、産後うつ病の発生率は12.8%となっている⁵⁾。この値は、平成16年度の状況について、72の保健機関が新生児訪問の際におこなった計10,759人の産婦を対象とした調査結果である。この調査では、新生児訪問のタイミングが保健機関により異なることが指摘されており、最短で生後20日、最長で120日ごろに訪問している、という実態が報告されている。本研究では、産後数日と産後2週でEPDS陽性者の割合が4.3%、初産婦だと7.8%も異なることが示された。EPDSの測定時期や初産婦と経産婦の割合によって、対象集団の陽性者の頻度が変化する可能性が示唆された。今後、産後うつの実態

把握、年次比較をする際には、EPDS の測定時期を揃えるなどの配慮が必要であると考えられる。

本研究にて示された、EPDS 陽性者の頻度の変化は、産後 2 週にかけて初産婦における EPDS 陽性者が増えていることによる影響であり、経産婦の場合、妊娠期から産後 2 週までの 3 時点で、いずれも 8% 前後で横ばい傾向であった。このことは、初産婦であるかどうか、が産後うつの大きなリスク要因になっていることを示している。妊娠期には経産婦と大きな違いがないことから、初めての育児や産後の体調や生活の変化に対する戸惑いが、初産婦のメンタルヘルスに大きな影響を与えていると推察される。

WHO-5 の項目別に、平均得点の推移を見てみると、産後 2 週にかけて「ぐっすり」と休め、気持ちよく目覚めた」といった睡眠・休養に関する項目が精神的健康度の低下に強く影響を及ぼしていることがうかがわれた。その傾向は、特に産後 2 週時の初産婦で顕著であった。産後は、新生児に対する夜中の頻回の授乳やおむつの交換などで、産婦はまとまった時間でぐっすり睡眠をとることが難しくなる。先行研究においても、出産後の母親の睡眠パターンが、妊娠中の連続した眠りから、子どものリズムに影響されて中断するようになることが示されている⁶⁾。こうしたことから、産後しばらくの間に、いかに産婦が睡眠や休養を適度にとれるようになるか、ということが、産後うつなどをはじめとする精神的健康度の大幅な低下の予防につながる可能性があると考えられる。

3 . 産後うつの予測

妊娠 20 週や産後数日の EPDS の結果から、産後 2 週時の EPDS の陽性者を予測するためにおこなった感度分析の結果では、いずれも感度や特異度、PLR、NLR といったスクリーニングの精度を評価する指標の数値は極

めて低いものに留まった。本研究の結果からは、妊娠期や産褥入院中の EPDS の結果だけでは、産後 2 週時の EPDS を予測できないことが示された。今後は、ROC 曲線を用いた産後うつの予測に適したカットオフ値の探索や、EPDS 単独による予測ではなく、他のリスク要因なども組み込んだ複数の項目による予測モデルの検討を進めていきたい。

4 . 虐待のリスクアセスメント

『赤ちゃんへの気持ち質問票』など、わが国の母子保健領域で使われている項目を用いて、虐待のリスクアセスメントをおこなった。使用したスクリーニングツールにより、虐待のリスク・傾向があると判定される頻度が大きく異なり、結果の解釈について、時間をかけて議論する必要があると考えられた。

本研究で使用した虐待のリスクアセスメントは、本来、対面で実施すべき項目も含まれているが、本研究では研究デザインの都合上、いずれも自記式で回答を得た。本研究では産後 3 か月時に徳永らが開発した虐待のリスクアセスメントツール、『一般家庭調査』も用いているため、これらの項目をもとに、虐待のリスクを定義した上で、そのリスク要因の探索をおこなっていく予定である。

E. 結論

本研究では、妊娠期から産後 2 週にかけて初産婦において、EPDS 陽性者の割合が 10.0% から 24.7% へと、約 2.5 倍に増えることが示された。一方、経産婦における、EPDS の陽性者の割合には時期による変化は認められなかった。

引用文献・出典

- 1) 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 7, 525-533, 1996.
- 2) The Psychiatric Research Unit at the
Mental Health Centre North Zealand.
The WHO-5 Well-Being Index.
([http://www.psykiatri-regionh.dk/
who5/menu/WHO-5+Questionnaire/](http://www.psykiatri-regionh.dk/who5/menu/WHO-5+Questionnaire/)
(2014年2月13日アクセス)
 - 3) 岩佐一, 権藤恭之, 増井幸恵, 他．日
本語版「WHO-5 精神的健康状態表」の
信頼性ならびに妥当性--地域高齢者を
対象とした検討．厚生指標 54(8),
48-55, 2007.
 - 4) 吉田敬子監修．産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．
 - 5) 鈴木茜ほか．産後うつ病スケール(EPDS)
得点の分散に関する研究．厚生労働科
学研究費補助金(子ども家庭総合研究
事業)健やか親子21の推進のための情
報システム構築および各種情報の利活
用に関する研究(主任研究者:山縣然
太郎)平成17年度総括・分担研究報告
書．252-261．2006．
 - 6) 堀内成子, 褥婦の睡眠パターンの経時
的变化に関する研究．日本看護科学会
誌 14(1), 38-47, 1994.

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

特になし