

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  
(健やか次世代育成総合研究事業)

# 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 26 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 久保 隆彦

平成 27 年 (2015) 年 3 月

# 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 . . . . .

## II. 分担研究報告

1. 世田谷妊産婦のメンタルヘルスに関する縦断研究の成果に基づいた適切な政策に関する研究  
森臨太郎 . . . . .
2. 乳幼児虐待・養育不全についての産前・産後における危険因子についての研究  
立花良之 . . . . .
3. 妊婦からはじめる精神面の評価とケアとその後の継続支援体制  
多領域支援チームへの産科、小児科、精神科医師の参加と診療連携  
吉田敬子 . . . . .
4. 母児訪問助産師が捉えた産後早期における初産婦のメンタルヘルスの状況  
葛西圭子 . . . . .
5. 妊産婦を対象とした妊娠期から産後 3 か月までの縦断研究のデータセットを用いた解析 ~ EPDS の陽性者や関連要因、因子得点の経時的推移 ~  
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

（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

研究最終年度となり、研究班最大の目標であった妊娠中から産後 3 ヶ月までの縦断的メンタルヘルスに關与するデータベースを完成させることができた。これにより、今後の妊産婦のメンタルヘルス研究の基盤が完成しただけではなく、産後 2 週間、1 ヶ月の母体健診の必要性のエビデンスも明らかとなった。

妊娠期から産後における、EPDS 陽性者の割合の推移は、初産婦では、EPDS 陽性者の割合が妊娠 20 週の 9.6% から産後 2 週時には 25.0% にまで増加し、その後産後 3 か月時の 6.1% まで減少した。経産婦では、5.8-8.8% でほぼ横ばいに推移した。EPDS の因子得点の推移は、Anxiety 因子が影響していることが示され、初産婦と経産婦で因子得点の推移のパターンが異なった。このことから、EPDS を使用する際は、対象者の属性や測定時期によって解釈を変え、8/9 点のカットオフ値で判定するだけでなく各因子得点に着目する重要性が明らかになった。

乳幼児虐待についての産前・産後の危険因子は、母親の就労状況・望まない妊娠・家庭内の支援・喫煙、産後の身体の痛み、泣いている赤ちゃんへの対応の経験の乏しさ・とまどいが産前・産後ともに危険因子となった。産前の教育・産後の指導の重要性、発達障害傾向・衝動性の評価・支援法の確立の必要性が示唆された。

産後うつ病をはじめとして出産後の母親の精神面の評価とケアについては、妊娠中から産科がメンタル評価とケアにかかわるべくスクリーニングをすること、低出生体重児の診療や健診を行う小児科が母親のメンタル面のチェックも行うこと、精神症状により必要な場合の精神科医師との連携などの多領域チームの参入が必要である。

新生児訪問を実施している助産師へのインタビュー調査から、助産師によって客観的に観察された母親と育児状況に対して、関連している母親の体験は育児疑似体験や出産時の体験であり、それらを補う体験の場を提供するとともに、身近な人からの支援を中心に、社会的サポート体制を整えるとともに、医療者として専門性を発揮した対応が必要であることが明らかとなった。

我が国における女性と子どもの健康にとって、妊産婦のメンタルヘルスは喫緊の課題であり、本研究班の成果から以下の制度の構築が有効かもしれない。1) 産褥期健診の構築：産褥 2 週間と 4 週間（6 週間）の時点での新生児、産褥婦の身体的精神的課題の健診を行う。2) 特定妊婦制度の運用の開発と推進：本研究班のデータベースからスコアリングシステムを開発し、特定妊婦を抽出し、自治体と連携をとる。3) 分娩施設と行政の連携：妊娠出産を通して、社会的、またはメンタルヘルス上のハイリスクと考えられる場合、自治体と情報が共有でき、個人情報共有の問題を解決できるような制度を構築する。4) 地

域協議会：自治体と地域医師会、分娩施設、精神科医、小児科医が一堂に会し、情報交換をしつつ、地域により患者の受け渡しを容易にする協議会を自治体ごとに行う。5) 母児同時入院施設：メンタルヘルスや社会的なハイリスクの産褥婦と児が入院加療できる施設を医療圏ごとに設定し、金銭的補助を検討する。

## 研究分担者

森臨太郎（国立成育医療研究センター研究所

政策科学研究部 部長）

立花良之（国立成育医療研究センターこころの診療部 乳幼児メンタルヘルス診療科医長）

吉田敬子（九州大学病院子どものこころの診療部 特任教授）

葛西圭子（公益社団法人日本助産師会 専務理事）

竹原健二（国立成育医療研究センター研究所 政策科学研究部 研究員）

## 研究協力者

掛江直子（国立成育医療研究センター研究所）

井富由佳（小学館集英社プロダクション）

田山美穂（国立成育医療研究センター研究所）

岡潤子（東邦大学大学院看護学研究科）

須藤茉衣子（津田塾大学大学院）

三木佳代子（助産師）

大田えりか（国立成育医療研究センター研究所）

小泉智恵（国立成育医療研究センター研究所）

中川真理子（国立成育医療研究センターこころの診療部 乳幼児メンタルヘルス診療科）

辻井弘美（国立成育医療研究センターこころの診療部）

山下洋（九州大学病院子どものこころの診療部）

山下春江（九州大学病院看護部）

徳田淳子（九州大学病院総合周産期母子医療センター）

梶原世津（九州大学病院 総合周産期母子医療センター）

山城五月（東京衛生病院）

田村千亜希（公益社団法人日本助産師会）

北目利子（トコ助産所）

渡邊香（公益社団法人日本助産師会）

岡本弘美（公益社団法人日本助産師会）

## A. 研究目的

国内外問わず、妊娠期および産後の女性のメンタルヘルスは公衆衛生上、大きな課題となっている。海外のメタアナリシスの結果では、産後うつリスクがある者の割合は、妊娠初期・中期・後期でそれぞれ 7.4%、12.8%、12.0%とされ、産後では 12.8%、厚生労働省報告では 9.0%が同様に産後うつのリスクがあると示されている。こうした産前・産後のメンタルヘルスのスクリーニングツールとして、Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)が最も広く使われており、わが国では、EPDS は全 10 項目の合計得点が 9 点以上を示した対象者を EPDS 陽性(産前・産後うつのリスクあり)と判断する使われ方がもっとも一般的である。わが国では、産後 1 か月時の健診だけでなく、「こんにちは赤ちゃん事業」、「乳幼児訪問」、「3・4 か月の検診時」など、様々な時期に EPDS が用いられている。しかし、こうした様々な測定時期によって、EPDS の得点の傾向や、その関連要因が一定であるのか、もしくは変化がみられるのか、といったことに関する知見は乏しいのが現状である。そこで、分担研究者の竹原は測定時期による EPDS の有病割合や関連要因の影響の大きさの変化を明らかにし、わが国の EPDS のより適切な用法について提言することとした。

厚生労働省の資料によれば児童虐待は 0 歳から学齢前だけで全体の 43.4% (平成 24 年度)であり、虐待による死亡事例の状況を見ると 0 歳児が 43.1%で最も多く、0~2 歳までで 67.2%を占めており、乳幼児の虐



待予防は非常に重要である。分担研究者の立花は児童虐待予防のために「特定妊婦」として注意すべき因子を明らかにすることを目的とし、東京都世田谷区の全分娩施設を対象として行われたコホート調査の結果から乳幼児虐待についての産前・産後の危険因子を考察することとした。

分担研究者の吉田は、妊婦からはじめて、出産後、および育児期間中の女性の精神面の評価の方法を確立し、それに基づくケアを継続的に行い母子と家族の支援をする上での多領域支援チームのあり方を明らかにする。特に、これまでの地域の保健行政機関や病院診療施設の助産師や保健師、行政スタッフに加えて、産科、小児科、精神科医師がチームに参加し、それぞれの専門の医師の役割分担と、診療連携のあり方を明らかにすることを目的とした。

出産後の入院期間の短縮化と、出産年齢の高齢化、核家族化など、産後の母児を取り巻く環境は変化している。母親に対する直接的な調査は行われている一方で、母親に接する助産師を対象とした研究報告は少ない。母親による自己評価とともに客観的視点も大切である。母親を対象とする専門職である助産師によるメンタルヘルスの評価を明らかにすることで、母親と、支援を行う助産師との両方向からの視点を合わせるにより、効果的かつ望ましい支援のあり方を構築することが可能となる。分担研究者の葛西は、質問紙による母親への調査に対し、新生児訪問を実施している助産師が産後一か月以内の母親のメンタルヘルス状況をどのように受けとめているかを明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

本研究は縦断的データベースの構築と各分担者からの研究から構成されているため、研究方法と結果については独立して総括する。詳細は各分担報告書を参考にされたい。

<研究1> 妊産褥婦のメンタルヘルスを中心とした縦断的データベースの構築に関する研究

世田谷区内の全ての分娩施設で出産した本研究に同意を頂けた妊婦を対象に、妊娠中期、出産直後、2週間後、1ヶ月後、2ヶ月後、3か月後の計6回のアンケートを行った。スケジュールは図1に、アンケート項目は図2に示した。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、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。このデータセット構築に関する詳細な研究方法や倫理的配慮、昨年度末の時点での経過報告については、昨年度の本研究班の研究報告書に記載されており、(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ておこなわれたものである(No. 627)。

図1

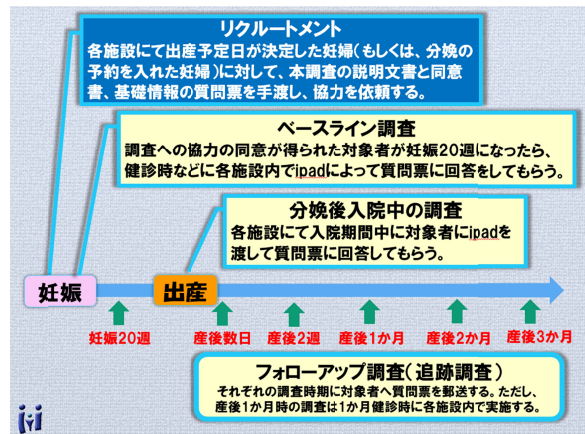


図2

各時期のアンケート項目						
検査項目	妊娠中期	分娩直後	退院後1週間	1か月	2か月	3か月
日本版エプソバ行産後うつ病自己評価表 (EPDS):10項目	●	●	●	●	●	●
広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 (FARS) 変法(自記式):12項目	●					
WHO-5精神的健康状態表:5項目	●	●	●	●	●	●
Child maltreatment: 一般家庭調査(徳永ら)の質問票:17項目						●
赤ちゃんへの気持ち質問票:10項目		●	●	●	●	●
育児支援チェックリスト:9項目		●	●	●	●	●
育児ストレスインテグレーションフォーム(PSI):19項目		●	●	●	●	●
<質問項目数>	27	53	53	53	53	70
社会的・身体的因子、妊娠の問題: 若年、経済的問題、多胎、心身の不調	●					
分娩の状況:20項目		●				
社会的・身体的問題:育児支援状況、夫の協力、育児休暇の取得の有無、排尿困難(尿尿感)、尿失禁、会陰痛、痔(脱肛):20項目		●	●	●	●	●
<質問項目数>	21	40	2	9	4	8

< 研究 2 > 妊産婦を対象とした妊娠期から産後 3 か月までの縦断研究のデータセットを用いた研究

本研究班のデータベースを用いて、妊娠期から産後における、初産・経産婦別の EPDS 陽性者の割合とその推移、EPDS の因子得点の推移、EPDS に対する関連要因の影響の大きさの推移を推計した。

産後 3 か月時の EPDS、WHO-5、ボンディング、育児ストレスショートフォーム、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 パーセント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 パーセントイル未満である人をローリスク群とシアウトカムとした。独立変数は妊娠 20 週、産後数日、2 週時調査としての分析は時期ごとに行った。妊娠 20 週時変数：EPDS、WHO 幸福感尺度（WHO-5）、広汎性発達障害尺度（PARS）、多胎、就労、配偶者の有無、夫以外のサポート、赤ちゃんとの接触経験、自身の被虐待経験、現在症、妊娠を望んでいたか、については、それぞれ単項目のダミー変数として扱った。その他に、夫の精神的支え、夫の家事手伝い、妊娠が分かった時の気持ち、世帯収入、学歴、飲酒、喫煙、ギャンブルの頻度を扱った。産後数日時変数：分娩方法（経膣か帝王切開か）、里帰り出産、児の栄養（母乳か否か）、身体症状の有無、母体・児の搬送や入院の有無、分娩の感想、サポート、家族関係、EPDS とした。産後 2 週時変数：EPDS、WHO-5、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、児の栄養とした。データを初産婦、経産婦でわけ、それぞれに対して、各調査時期の独立変数のうち、どの変数がハイリスク群、ローリスク群を分けるのかについて、判別分析（独立変数は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。

< 研究 3 > 乳幼児虐待・養育不全についての産前・産後における危険因子についての研究

妊娠中期の産後 3 か月後に実施された質問票に、児童虐待についての質問項目（徳永ら、2000 年）を用いた。児童虐待についての質問項目のカットオフ値をもとに虐待ハイリスク群とそうでない群に分けた。これらの分類と、妊娠期の心理社会的因子・エジンバラ産後うつ病評価尺度の関係について二変量解析を行った。p<0.1 の項目を独立変数として、虐待ハイリスク群の分類を従属変数としてロジスティック回帰分析を行い、妊娠期における児童虐待の危険因子を求めた。分析方法は二変量解析、多変量解析で選択された独立変数を独立変数に、虐待傾向のカットオフ値で分けられた 2 群を従属変数に、ロジスティック回帰分析を行い、産前の虐待傾向のリスク因子を求めることとした。

< 研究 4 > 妊婦からはじめる精神面の評価とケアとその後の継続支援体制、多領域支援チームへの産科、小児科、精神科医師の参加と診療連携に関する研究

産科医師からは、精神科との医療連携のあり方の検討について日本産科医会の活動報告、小児科医師からは日常の健診業務で可能な精神面支援の方法と結果、精神科医師からは、地域のクリニックで可能な産科医師と行う妊産婦の診療連携について、保健福祉行政からは、妊娠中から始める医師を含めた新たな多領域支援を普及させるための教育が必要との観点から、その研修方法のあり方について報告を行い、それらを結果としてまとめる方法をとった。今年度は東京大学で報告内容を参加した多領域全員で検討した。

< 研究 5 > 母児訪問助産師が捉えた産後早期における初産婦のメンタルヘルスの状況に関する研究

研究対象は助産師で1年以内に「新生児訪問指導」を行っている者とした。研究方法はインタビューで、全員でロールプレイを実施した。

< 研究 6 > 世田谷妊産婦のメンタルヘルスに関する縦断研究の成果に基づいた適切な政策に関する研究

久保班、竹原班および立花班で得られた成果を基に、日本の周産期医療制度の現状を勘案し、理論的に最も適切な政策についての検討を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は国立成育医療研究センター倫理委員会による承認を得ておこなわれたものである(No. 627)。

### C. 研究結果

< 研究 1 > 妊産婦のメンタルヘルスを中心とした縦断的データベースの構築に関する研究

図3にデータ回収状況を示した。産後2週間は1,140件と少なかったが、1400件以上の縦断データが集積され、我が国で初めての妊産婦メンタルヘルスに特化したデータベースが構築できた。

図 3

	調査全体		パースコホート	
	回収数	追跡率	回収数	追跡率
同意書	1,775	100%		
妊娠中期	1,717	96.7%		
分娩直後	1,335	75.2%	1,311	100%
産後2週	1,140	64.2%	1,108	84.5%
産後1か月	1,424	80.2%	1,178	89.9%
産後2か月	1,400	78.9%	1,184	90.3%
産後3か月	1,406	79.2%	1,180	90.0%

※パースコホートとは、妊娠20週、産後数日の両方に回答した者を分析対象とした設定

< 研究 2 > 妊産婦を対象とした妊娠期から産後3か月までの縦断研究のデータセットを用いた研究

妊娠20週から産後3か月の6時点における、初・経産婦別のEPDS陽性者の割合は、初産婦では、妊娠20週から9.6%、17.0%、25.0%、17.6%、10.0%、6.1%と推移し、産後2週時にかけて顕著なピークがあることが明らかになった。一方、その後は産後3か月にかけて急激に低下し、経産婦とほぼ同水準になった。一方、経産婦では、妊娠20週から、8.8%、8.8%、8.4%、5.8%、7.4%、6.8%となり、5.8%から8.8%の幅でほぼ横ばいとなることが示された。EPDSの因子分析では、初産婦はすべての時点でAnxiety因子の得点がもっとも高かった。特に妊娠期の2.00点は、産後1か月の2.08点とほぼ同水準の高さとなっており、妊娠期には不安が高くなりやすいことがうかがわれた。因子得点の経時的推移では、産後2週を頂点にEPDS陽性者の割合が高くなることと同様に、Anxiety因子やDepression因子において、産後2週を頂点とする推移となった。Inability to cope因子やAnhedonia因子においては、産後2週だけでなく、産後1か月時もほぼ同水準で高い因子得点となることが示された。Self-harm因子は0.04点前後の低い値で横ばいとなった。妊娠前に精神科既往歴がある者のEPDSは精神科既往歴がない者と比べて、妊娠20週時では3.75(95%CI:2.33-6.05)、産後数日では1.77(95%CI:1.06-2.94)、産後2か月時が2.78(95%CI:1.53-5.07)、産後3か月時が4.02(95%CI:2.12-7.63)と、この4時点で有意に高くなることが示された。妊娠20週時にEPDS陽性だった者は、陰性だった者に対して、産後のすべての時点のオッズ比が有意に高くなり、3.85-7.24倍と、いずれの時点でももっとも高いオッズ比が算出された。産後3か月時のメンタルヘルスハイリスクと関連する妊娠中期の因子は、初産婦で

は、明るく、楽しい気分で過ごしていなかった、はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた、大勢の会話では誰が誰に話しかけているかがわからないことがある、夫以外に妊娠出産育児で心を打ち明けて相談できる人なし、現在、精神的な問題で通院あり、抑揚の乏しい不自然な話し方をするが関連し、これらの項目の判別率は72.9%であった。経産婦では、悲しくなったり、惨めになったりした、年齢相応の友達関係がない、抑揚の乏しい不自然な話し方をする、家族としてのまとまりを感じない、はっきりした理由もないのに恐怖に襲われたが関連し、判別率は69.9%であった。

産後3か月時のメンタルヘルスハイリスクと関連する産後数日の心身社会的変数は、初産婦では、はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた、日常生活の中に興味あることがなかった、妊娠前の精神科受診歴がある、夫から精神的な支えがないが関連し、判別率は68.0%であった。経産婦では、明るく、楽しい気分で過ごしていなかった、はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた、胸のしこり、痛み、乳腺炎があった、日常生活の中に興味あることがなかった、分娩に対する不満が強いが関連し、判別率は68.8%であった。

産後3か月時のメンタルヘルスハイリスクと関連する産後2週時の心身社会的変数は、初産婦では、私は子どもを産んでから、やりたいことがほとんどできていないと感じる、悲しくなったり、惨めになったりした、赤ちゃんをととも身近に感じない、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関連し、判別率は78.5%であった。経産婦では、私は物事をうまく扱えないと感じることが多い、日常生活の中に興味あることがなかった、私の子どもは、小さなことに腹を立てやすい、私は子どもを産んでから、やりたいことが

ほとんどできていないと感じる、赤ちゃんを身近に感じない、私は孤独で友達がいなくて感じているが関連し、判別率は73.3%であった。

<研究3> 乳幼児虐待・養育不全についての産前・産後における危険因子についての研究

産前の虐待の危険因子は、就労形態、パートナーの家事手伝いがない、赤ちゃんをあやした経験が乏しい、喫煙、ASRSであり、産後の虐待の危険因子は会陰部の痛み、パートナーの家事・手伝いがない、赤ちゃんがなぜ泣いているのかわからない、赤ちゃんの気持ち「愛情の欠如」、EPDS、腰痛、ASRSであった。

<研究4> 妊婦からはじめる精神面の評価とケアとその後の継続支援体制、多領域支援チームへの産科、小児科、精神科医師の参加と診療連携に関する研究

医師の参入は地域の助産師・保健師などのコメディカルと保健福祉行政スタッフが共有していた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）を共有できることが明らかになった。産科医師は助産師とともに3つの質問票を用いて妊婦の診察に活用し、特定妊婦のスクリーニングとしても利用できる。小児科医師は子どもの診療に際して母親のメンタル面にも留意する。小児科外来は、母子が自発的、定期的、継続的に来院するため、長期にわたり母子両者および相互関係の経過観察が可能であり、重要な子育て支援の場であることが意義として確認された。精神科医師は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診療連携が必要となる。地域の保健福祉スタッフとの連携の中で、精神科医師による連携と治療の対象となる妊産婦は、精神科既往歴がある、あるいは精神科へ通院している場合、母親に病識がなく、サポートをもとめず、家族の協力や理解が得られない場合であった。

#### < 研究 5 > 母児訪問助産師が捉えた産後早期における初産婦のメンタルヘルスの状況に関する研究

助産師が訪問によって産後一カ月以内の初産婦のメンタルヘルス状況や育児状況をどのようにとらえているかについては、助産師が客観的に観察した【母親の状況】【児と育児の状況】、その状況の関連として【体験】【支援】という4つのカテゴリーに分類された。

【母親の状況】については< 表出 > < 生活行動 > < 住状況 > < 産後の身体回復 > < 個人特性 > < 考えていたことと実際とのギャップ > < コーピング > < 経済状況 > 8つのサブカテゴリーに、【児と育児状況】については、< 児の状況 > < 育児状況 > < 母乳 > の3つのサブカテゴリーに、【体験】では< 育児疑似体験 > < 成育歴 > < 仕事 > < 精神的既往 > < 出産時の体験 > < 大切な人の死 > の6つのサブカテゴリーに、【支援】については< パートナー、血縁からの支援 > < 医療者からの支援 > < 関係性と支援 > < 質問 > < 自らの発信 > の5つのサブカテゴリーに分類された。

#### < 研究 6 > 世田谷妊産婦のメンタルヘルスに関する縦断研究の成果に基づいた適切な政策に関する研究

我が国における妊産婦のメンタルヘルスは、我が国の女性と子どもの健康にとって大きな課題であることがわかった。我が国において妊産婦のメンタルヘルスに関して

は、直接的に支援できる政策として、保健所などが支援に入る「特定妊婦」や、初めて乳幼児を持つ家庭に保健師が訪問、乳幼児医療費助成などの制度がある。ただし、特定妊婦の制度が存在しているのにもかかわらず、有効な利用のされ方がされていない。この理由として、妊産婦の社会的ハイリスクを客観的に算出する方法が欠けていること、ハイリスク妊産婦を最初に見る産科医療との連携が不十分であり、具体的な道筋が作られていないことが考えられる。こういった現状を踏まえると、産褥期、特に出産後二週間前後のタイミングで妊産婦のメンタルヘルスに関するスクリーニングが望ましい。我が国の新生児健診は生後一か月であり、母児の健診を効率よく行うには、先進諸外国のように、母児の社会健診を生後二週間の時点で行い、その後生後1か月半の時期とするほうが適切かもしれない。その後、ハイリスクと考えられる産褥婦に関しては、乳幼児全戸訪問事業へとつなげられるように、分娩施設と保健所との連携が必要である。一方、妊産婦のメンタルヘルスの問題解決には客観的なスコアリングシステムを開発する必要がある。

メンタルヘルスのハイリスクと考えられる妊産婦において、保健所の対応能力は限られており、本研究班で世田谷区と試みたように、自治体（保健所）と地域医師会、地域の分娩施設、地域の精神科医、地域の小児科医が一堂に会し、情報交換をしつつ、地域により患者の受け渡しを容易にする協議会のような存在が有効であるとも考えられる。また、メンタルヘルスのハイリスクである母児が同時に入院でき、乳児のケアも施設の支援を受けながら、母も病状に応じて対応できるような「母児入院施設」が必要である。

さらに、予防策としては、母児の愛着形成を促進するような、積極的で簡易な教育プログラムも構築する必要がある。



我が国の妊産婦の自殺は、妊産婦死亡の統計から漏れている可能性があり、妊産婦のメンタルヘルスが児の成長発達に大きく影響する可能性があることから、喫緊の課題として対応する必要があるとあり、本研究班として具体的な政策として示されるところまでできた。

#### D. 考察

妊娠中からのハイリスクメンタルヘルスは産後の育児不全、愛着形成障害、虐待、母親の自殺などの種々の問題と関係することとなり、その対応として分娩後2週間ならびに1ヶ月の母親健診の公的補助の有用性が指摘されてきたが確固としたエビデンスはこれまでなかった。これまでの研究が妊娠、産後の横断的評価とEPDSなどの少数の評価項目に限定していたことが推察される。本研究では世田谷区という地域コホートで一つの集団を妊娠中期から分娩後3ヶ月まで縦断的に調査し、しかもメンタルヘルスに関係する「うつ病自己評価(EPDS)」、「自閉症尺度(PARS)」、「WHO-5 精神的健康状態表」、「徳永の child maltreatment スコア」、「赤ちゃんへの気持ち質問票」、「育児支援チェックリスト」、「育児ストレスインデックスフォーム」、「衝動障害質問票(BIS/BAS)」、「注意欠陥・多動障害質問票」などの多数のパラメータで評価した。さらに、社会的・身体因子として妊娠状況・経済状態・支援体制・育児休暇取得・共働きなどの状況と分娩状況、身体的不調、母乳状況など多方面のアンケートを実施した。このようなデータベースはこれまで報告されておらず、このデータベースは今後の妊産婦メンタルヘルス研究に寄与することが期待される。

このデータベースを利用した解析からいくつかの興味深い事実が判明した。使用する評価スコアに関係なく妊婦は約1割が精神的ハイリスクであり、分娩直後にハイリ

スク率は上昇し、産後2週間がそのピークとなる。産後1ヶ月でもまだハイリスク率は高く、妊娠中のハイリスク率となるのは分娩後3ヶ月まで要する。このことは、産後2週間と産後1ヶ月の時点で母親への対応が必要であることを意味し、産後2週間健診・1ヶ月健診の公的補助を支持する我が国初めてのエビデンスといえる。

EPDSでの評価では初産婦と経産婦で前述のハイリスク率は大きく異なり、産後のハイリスク率の上昇は初産婦で顕著であった。さらに、産後3ヶ月の時点でハイリスクとなった褥婦に関係する妊娠中期、分娩直後、産後2週間のリスク因子が抽出され、妊娠中からのメンタルヘルス評価の重要性も明らかとなった。このリスク因子も初産婦と経産婦では異なったことから今後の妊産婦健診では初産婦と経産婦は個別化した対応が必要であることも判明した。

産後3ヶ月のハイリスクを予測するリスク因子は「精神的不安定状態」、「妊娠・育児支援体制不足」、「会陰などの疼痛を含めた身体症状ならびに母乳分泌不全を含めた乳房トラブル」に大別され、今後の妊産婦健診のチェックリストとなる。

EPDSは測定時期や対象集団によって、その得点が変わる可能性は以前から指摘されていたが、具体的研究は行われていなかった。本研究ではEPDSの得点は測定時期によって影響が出る可能性が示唆された。特に、EPDSの陽性者の割合を経年比較、地域差を調べる研究では留意しなければならない。また、EPDSの中でもAnxiety因子の得点が、初産婦・経産婦ともに高くなりやすいことが示された。このことはEPDSを使用する際には、カットオフ値を用いた単純なスクリーニングツールとしてではなく、より多くの観点から評価することで、妊産婦のメンタルヘルスの状態把握をさらに詳細に把握できる一つの方策となろう。

妊娠期の EPDS 陽性と産後の EPDS 陽性に強い関連が認められたことも本研究で得られた重要な知見の一つだと考えられる。わが国では、産後に比べて産前の EPDS の実施は少ない。

本研究は 14 の産科施設で分娩をした女性を対象にしている。この 14 の産科施設には、高次医療機関もあれば、地域のクリニックも含まれている。地域の実態把握をする上では最適な Population だが、解析をしていく上では、施設の方針やそこに集まる妊産婦の特性の差などを考慮する必要がある場合もある。今後は、そうした状況に応じて、マルチレベル解析などの実施をおこなっていくことが課題であると考えられる。

本研究により産前・産後の乳幼児虐待の危険因子が明らかになった。就労状況、赤ちゃんをあやした経験、望まない妊娠、生殖医療の治療歴は、妊娠期の外来の問診票で聴取可能である。また、母親の発達障害傾向や衝動性などについての特有の認知特性が妊娠期において、児童虐待を予測することが明らかになった。特に ADHD 傾向については、産前・産後とも重要な危険因子であることが示唆された。しかし、このような母親の特性を日常的に精神科ケアに従事していないスタッフがアセスメントするのは困難である。今後、このような認知特性へのアセスメント・対応について、母子保健関係者に周知してもらうシステム作りが望まれる。産後の危険因子として、会陰部の痛みや腰痛といった身体の痛みに関係するものが含まれ、乳房管理と共に注意しなければならない。

精神面でのケアや治療を必要とする女性ほど相談や受診をしない。そこで 3 つの質問票を用いたアウトリーチ主体の支援が必要である。精神科医師だけでなく小児科医師、産科医師などが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ことが明らかとなった。

## E. 結論

これまで懸案であった母親の産後健診の必要性のエビデンスを我が国で初めて明らかとした。特に、産後 2 週間と 4 週間での母親健診が重要であることが判明した。産後 3 ヶ月時の母親のハイリスクあるいは乳幼児虐待の可能性に関連する産前・産後の危険因子が明らかになったことから、産後 2 週間、4 週間健診で大切なチェックリストが提案できた。また、妊娠中の評価が産後の母親のメンタルヘルスと関連することは、これまでなかった妊婦健診でのメンタルヘルス評価の必要性を証明した。しかし、評価する時期、初産婦・経産婦によってもそのリスク因子が異なることから妊産褥婦健診では個別化した対応が求められる。

一般産後健診で頻用される EPDS は測定時期や集団の特性により陽性者の割合が大きく異なる可能性があり、合計得点だけでなく因子得点など項目別にも評価をすることが肝要であり、妊娠期の EPDS は産後の EPDS と深く関係することから、より効果的な EPDS の使用・評価への道を開いた。出産後のうつ病やボンディング障害をきたす要因は妊娠中からすでに把握できる。ライフサイクルにみられる母子の悪循環の連鎖を断ち切るには、妊娠中からの支援が必要であり、妊婦のストレスを軽減する支援や治療についての具体的な方法の検討と実践が必要となる。

新生児訪問を実施している助産師は、【母親の状況】と【児と育児の状況】を客観的に観察し、その状況の関連として母親の【体験】と【支援】状況について語られた。身近な人からの支援を中心に、社会的サポート体制を整えるとともに、助産師には専門性を発揮した対応が望まれる。

我が国における女性と子どもの健康のため、妊産婦のメンタルヘルスを考慮した以下の政策が可能性として挙げられた。

1) 産褥期健診の構築

産後2週間と4週間（あるいは6週間）の時点での分娩施設を舞台とした産褥婦・新生児の健診制度を構築し、産褥婦の身体的・精神的課題の評価と対応を行う。

2) 特定妊婦制度の運用の開発と推進  
本研究班のデータでのリスク因子から特定妊婦を抽出し、自治体と連携をとる。今後ではるが、構築したデータベースを利用して妊娠中・産後の各時期での簡便な抽出ツールを作成することが望まれる。

3) 分娩施設と行政の連携

妊娠出産を通して、社会的またメンタルヘルス上のハイリスクと考えられる場合、自治体と情報が共有できるように、個人情報共有の問題を凌駕できるような制度を構築する。

4) 地域協議会

自治体（保健所、保健師）と地域医師会、分娩施設、精神科医、小児科医が一堂に会し、情報交換をしつつ、地域により患者の受け渡しを容易にする協議会を自治体毎に推進する。

5) 母児同時入院施設

メンタルヘルスや社会的ハイリスクの産褥婦が母児入院加療できる施設を高次医療圏ごとに設定し、診療報酬上の配慮も検討する。

## 引用文献・出典

分担研究を参照

## 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



## 世田谷妊産婦のメンタルヘルスに関する縦断研究の成果に基づいた適切な政策 に関する研究

研究分担者 森 臨太郎（国立成育医療研究センター 研究所政策科学研究部 部長）

### 研究要旨

本研究班全体で取り組んだ、世田谷区を舞台に行った妊産婦のメンタルヘルスに関する縦断研究の成果をまとめ、日本の実情にあった適切な政策を検討した。我が国における女性と子どもの健康にとって、妊産婦のメンタルヘルスは喫緊の課題である。本研究班の成果と、我が国の妊産婦のメンタルヘルス支援の現状の政策をかながみて、以下の結論にあるような制度の構築が有効かもしれない。1) 産褥期健診の構築：産褥二週間と六週間の時点での分娩施設を舞台とした産褥期・新生児健診制度を構築し、産褥婦の身体的精神的課題の健診を行う。2) 特定妊婦制度の運用の開発と推進：本研究班のデータでスコアリングシステムを開発し、特定妊婦の運用に資するよう、自治体と連携をとる。3) 分娩施設と行政の連携：妊娠出産を通して、社会的、またはメンタルヘルス上のハイリスクと考えられる場合、自治体と情報が共有できるように、個人情報共有の問題を解決できるような制度を構築する。4) 地域協議会：自治体（保健所）と地域医師会、地域の分娩施設、地域の精神科医、地域の小児科医が一堂に会し、情報交換をしつつ、地域により患者の受け渡しを容易にする協議会を自治体ごとに行う。5) 母児同時入院施設：メンタルヘルスや社会的なハイリスクの産褥婦が入院加療できる施設を高次医療圏ごとに設定し、母児同時入院できるような配慮を検討する。

### 研究協力者:

竹原健二（国立成育医療研究センター 研究所）  
立花良之（国立成育医療研究センター こころの診療部）

### A. 研究目的

本研究班においては、各分担研究班、特に竹原班、立花班で得られた研究成果を中心に考察し、日本における妊産婦のメンタルヘルスを支援するための適切な政策について検討することを目的とした。

### B. 研究方法

竹原班および立花班で得られた成果を基に、日本の周産期医療制度の現状を勘案し、

理論的に最も適切な政策についての検討を行った。

（倫理面への配慮）

本研究は理論的研究であり、公開されている情報のみを利用したため、特別な倫理的配慮は必要ないものと判断した。

### C. 研究結果

まず、それぞれの解析結果を以下にまとめた。

【竹原班解析 1】妊娠期から産後における、EPDS 陽性者の割合の推移を検討した。その結果、初産婦では、EPDS 陽性者の割合が妊娠 20 週の 9.6% から産後 2 週時には

25.0%にまで増加し、その後産後3か月時の6.1%まで減少した。一方、経産婦では、5.8-8.8%でほぼ横ばいに推移した。

【竹原班解析2】妊娠期から産後3か月にかけてEPDSの因子得点の推移を検証した。その結果、EPDSの10項目から分類された5因子のうち、Anxiety因子得点は初産婦および経産婦、妊娠期から産後3か月までの6時点のいずれにおいても、EPDSの合計得点にもっとも大きな影響を及ぼしていることが示された。また、初産婦と経産婦で、因子得点の推移のパターンが異なることも示された。

【竹原班解析3】妊娠期から産後において、EPDSに対する分娩歴や妊娠前の精神科既往の有無、妊娠期のEPDSと産後のEPDSとの関連について二変量解析および多変量解析によって検討した。その結果、EPDS陽性になるオッズ比は、初産婦が産後数日から産後1か月にかけて有意に高かった。また、妊娠前に精神科既往のある者は、妊娠20週、産後数日、2か月、3か月の4時点で有意に高かった。妊娠期のEPDSで陽性と判定された者は、産後数日から3か月の5時点でいずれも高いオッズ比が示された。

【立花班解析1】産前の虐待傾向・虐待のリスク因子について、産後3か月に実施した児童虐待について質問票（徳永ら2000）を従属変数に、妊娠20週時の心理社会的因子を説明変数にして、ロジスティック回帰分析を行い、妊娠20週における、産後3か月の乳児虐待傾向・乳児虐待の予測因子について検討した。その結果、虐待傾向の危険因子：深夜の就労、泣いている赤ちゃんをあやした経験の乏しさ、望まない妊娠、自閉症傾向、衝動コントロールの弱さ、虐待傾向の保護因子：妊娠時に定職で就労している、不妊治療歴、妊娠を機に仕事を離職・休職、虐待の危険因子：妊娠時に無職・

または不規則な就労、パートナーからのサポートの乏しさ、赤ちゃんをあやした経験の乏しさ、喫煙、AD/HD傾向、という結果が出た。乳児虐待のリスク因子となる、妊娠期に気を付けるべき心理社会的脆弱性が明らかとなり、今後そのような因子について、周産期ケアや保健指導などで注意して妊婦をフォローアップしていく必要性が示唆された。

【立花班解析2】産後の虐待傾向・虐待のリスク因子について、産後3か月に実施した児童虐待について質問票（徳永ら2000）を従属変数に、妊娠20週時の心理社会的因子を説明変数にして、ロジスティック回帰分析を行い、産後数日～産後1か月における、産後3か月の乳児虐待傾向・乳児虐待の予測因子について検討した。その結果、虐待傾向の危険因子：会陰部の痛み、赤ちゃんがなぜ泣いているのかわからない、尿漏れ、虐待の危険因子：パートナーからの精神的な支え、赤ちゃんがなぜむずがっているのかわからない、腕・手首の痛み（2週）、腰痛（2週）、腰痛（1か月）、腕・手首の痛み（1か月）、AD/HD傾向、という結果であった。産後の体の問題に対するケア（周産期ケアや保健指導）の重要性が示唆された。また、上記のような虐待のリスクに関連する心理社会的脆弱性をもつ妊婦を同定し、支援していく必要性が示唆された。

以上の結果から、我が国における妊産婦のメンタルヘルスは、我が国の女性と子どもの健康にとって大きな課題であることがわかる。我が国において妊産婦のメンタルヘルスに関しては、直接的に支援できる政策として、社会的にハイリスクと考えられる妊産婦に対して、保健所などが支援に入る「特定妊婦」という政策や、初めて乳幼児を持つ家庭に保健師が訪問し、家庭のニーズを見極める政策がある。また、乳幼児医療費助成など、乳幼児の医療的課題に関

して各自治体を中心に医療費補助の制度がある。ただし、特定妊婦の制度は、多くの自治体で申請されておらず、制度が存在しているにもかかわらず、有効な利用のされ方がされていない。この一つの理由に、妊産婦の社会的ハイリスクを客観的に算出する方法が欠けていることが挙げられる。さらに、特定妊婦ではこういったハイリスク妊産婦を最初に見る産科医療との連携は不十分であり、具体的な道筋が作られていないとともに、社会的ハイリスクとは言えないものの、少しの支援で母児関係が正常化し、よい関係が築けるような場合への支援が難しい形になっている。また、乳幼児全戸訪問事業では、実際に訪問されているのは4か月を超える時期となっており、また焦点は乳幼児に当てられており、自治体による工夫はされているものの、妊産婦のメンタルヘルスを中心とする課題を直接的に解決する方策とはなっていない。

こういった現状を踏まえると、竹原班の成果にもあるように、産褥期、特に出産後二週間前後のタイミングで妊産婦のメンタルヘルスに関するスクリーニングが存在していることが望ましい。行政機関においては、出産後二週間でのメンタルヘルスを把握することは難しく、我が国の母子保健制度を考えると、この産褥期健診は、産科医療機関で行うことが望ましいと考えられる。我が国の新生児健診は生後一か月であり、母児の健診を効率よく行うには、英国のように、母児の社会健診を生後二週間の時点で行い、その後生後1か月半の時期とするほうが適切かもしれない。一方で、初産婦と経産婦でEPDSの経時変化が異なり、また、かなり経時変化に個別のパターンが存在していることから、出産後2週間とともに、生後6週間（一か月半）の時点でも、産褥婦のメンタルヘルスに関するスクリーニングを行うことも一考である。その後、ハイリスクと考えられる産褥婦に関しては、

乳幼児全戸訪問事業へとつなげられるように、分娩施設と保健所との連携が必要である。一方、妊産婦のメンタルヘルスの問題は、妊娠中を通して発見されることも多く、特定妊婦の特定のための客観的なスコアリングシステムを開発する必要があり、こういった場合は、全国一律に特定妊婦としての制度を活用するよう、働きかけが必要である。

メンタルヘルスのハイリスクと考えられる妊産婦において、保健所の対応能力は限られており、本研究班で世田谷区と試みたように、自治体（保健所）と地域医師会、地域の分娩施設、地域の精神科医、地域の小児科医が一堂に会し、情報交換をしつつ、地域により患者の受け渡しを容易にする協議会のような存在が有効であるとも考えられる。

また、こういったメンタルヘルスのハイリスクである母児が、時に入院加療を必要とする場合があり、出産間もない時期に、母のメンタルヘルス支援のために、母児が同時の入院でき、乳児のケアも施設の支援を受けながら、母も病状に応じて対応できるような「母児入院施設」が必要である。さらに、予防策としては、母児の愛着形成を促進するような、積極的で簡易な教育プログラムも構築する必要がある。

我が国の妊産婦の自殺は、妊産婦死亡の統計から漏れている可能性があり、妊産婦のメンタルヘルスが、立花班の成果にあるように児の成長発達に大きく影響する可能性があることから、喫緊の課題として対応する必要があり、本研究班として、具体的な政策として示されるところまできた。

#### D. 考察

我が国における女性と子どもの健康にとって、妊産婦のメンタルヘルスは喫緊の課題である。本研究班の成果と、我が国の妊産婦のメンタルヘルス支援の現状の政策を

かんがみて、以下の結論にあるような制度の構築が有効かもしれない。

**G. 知的財産権の出願・登録状況**  
なし

## **E. 結論**

我が国における女性と子どもの健康のため、妊産婦のメンタルヘルスを考慮した以下の政策が可能性として挙げられた。

- 1) 産褥期健診の構築  
産褥二週間と六週間の時点での分娩施設を舞台とした産褥期・新生児健診制度を構築し、産褥婦の身体的精神的課題の健診を行う。
- 2) 特定妊婦制度の運用の開発と推進  
本研究班のデータでスコアリングシステムを開発し、特定妊婦の運用に資するよう、自治体と連携をとる。
- 3) 分娩施設と行政の連携  
妊娠出産を通して、社会的、またはメンタルヘルス上のハイリスクと考えられる場合、自治体と情報が共有できるように、個人情報共有の問題を解決できるような制度を構築する。
- 4) 地域協議会  
自治体（保健所）と地域医師会、地域の分娩施設、地域の精神科医、地域の小児科医が一堂に会し、情報交換をしつつ、地域により患者の受け渡しを容易にする協議会を自治体ごとに行う。
- 5) 母児同時入院施設  
メンタルヘルスや社会的なハイリスクの産褥婦が入院加療できる施設を高次医療圏ごとに設定し、母児同時入院できるような配慮を検討する。

## **F. 研究発表**

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

## 乳幼児虐待・養育不全についての産前・産後における危険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 こころの診療部乳幼児メンタルヘルス診療科 医長）

### 研究要旨

本研究では、児童虐待予防のために「特定妊婦」として注意すべき因子を明らかにすることを目的とし、東京都世田谷区の全分娩施設を対象として行われたコホート調査の結果から、乳幼児虐待についての産前・産後の危険因子を考察することとした。

母親の就労状況・望まない妊娠・家庭内の支援・喫煙が重要であることが示唆された。乳幼児虐待予防の観点からも、産後の身体の痛み気づきケアすることの重要性が示唆された。泣いている赤ちゃんへの対応の経験の乏しさ・とまどいが産前・産後ともに危険因子となったことより、赤ちゃんの泣きに対しての産前の教育・産後の指導の重要性が示唆された。今後母子保健領域のスタッフに対し、発達障害傾向や衝動性などについてのアセスメントや支援法についての確立の必要性が示唆された。

### 研究協力者:

小泉智恵（国立成育医療研究センター研究所）  
中川真理子（国立成育医療研究センターこころの診療部乳幼児メンタルヘルス診療科）  
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

厚生労働省の資料によれば児童虐待は 0 歳から学齢前だけで全体の 43.4%（平成 24 年度）であり、虐待による死亡事例の状況を見ると 0 歳児が 43.1% で最も多く、0～2 歳までで 67.2% を占めており、乳幼児の虐待予防は非常に重要である。近年、児童虐待予防の観点から、出産後の養育について出産前から支援を行うことが特に必要と考えられる妊婦を「特定妊婦」として、積極的に支援する施策が行われている。どのような妊婦を「特定妊婦」とすべきかについては、十分なエビデンスがない。本研究では、児童虐待予防のために「特定妊婦」として注意すべき因子を明らかにすることを

目的とし、東京都世田谷区の全分娩施設を対象として行われたコホート調査の結果から乳幼児虐待についての産前・産後の危険因子を考察することとした。

### B. 研究方法

妊娠中期 20 週頃に心理社会的因子とエジンバラ産後うつ病評価尺度からなる質問票に回答してもらった。また、産後 3 か月後に実施された質問票として徳永らによる、虐待行為の評価項目（徳永ら、2000 年）[1] を用いた。徳永らによる虐待行為の評価項目について、Fujiwara らの用いたカットオフ値（虐待傾向：2/3, 虐待：6/7）[2] を用い、乳幼児虐待・養育不全の危険因子を、虐待傾向と虐待の危険因子に分けて考えることとした。

研究 1：妊娠期における産後の虐待傾向及び虐待の危険因子  
対象と調査方法

第 1 回目(妊娠 20 週頃)と第 6 回目(分娩 3 か月後)の調査データを使用した。

### 分析方法

#### 1.1 虐待傾向についての産前の危険因子

##### 1) 二変量解析

第 6 回目の調査票に含まれる徳永らの養育不全尺度について、虐待傾向のカットオフ値として 2/3 点で虐待傾向群とそうでない群の 2 群に分けた。第 1 回目の調査票には、心理社会的因子、エジンバラ産後うつ病評価尺度[3]日本語版[4]、社会コミュニケーション尺度(広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(PARS))[5]短縮版[6]を自記式として使用したもの)、BIS/BAS 尺度[7]日本語版[8]、ASRS[9]日本語版を含んでいた。

上記の 2 群と上記の心理社会的因子でカテゴリ変数については  $\chi^2$  乗検定、連続変数については Pearson の相関解析を行い、 $p < 0.1$  の変数を選択した。

##### 2) 多変量解析

2.1 で選択された変数を独立変数に、虐待傾向のカットオフ値で分けられた 2 群を従属変数に、ロジスティック回帰分析を行い、産前の虐待傾向のリスク因子を求めることとした。

#### 1.2 虐待についての産前の危険因子

虐待のカットオフである 6/7 で分けた 2 群について 1.1 と同様の解析を行った。

研究 2 : 産後における産虐待傾向及び虐待の危険因子

### 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)と第 4 回目(1 か月後)、第 5 回目(2 か月後)、第 6 回目(3 か月後)の調査データを使用した。

### 分析方法

#### 2.1 虐待傾向についての産後の危険因子

##### 1) 二変量解析

第 6 回目の調査票に含まれる徳永らの養育不全尺度について、虐待傾向のカットオフ値として 2/3 点で虐待傾向群とそうでない群の 2 群に分けた。第 2 回目~第 5 回目の調査票に含まれる心理社会的因子について、カテゴリ変数では  $\chi^2$  乗検定、連続変数では Pearson の相関解析を用いて、虐待傾向のカットオフ値として 2/3 点で虐待傾向群とそうでない群の 2 群との解析について、 $p < 0.1$  の変数を選択した。

##### 2) 多変量解析

2.1 で選択された変数を独立変数に、虐待傾向のカットオフ値で分けられた 2 群を従属変数に、ロジスティック回帰分析を行い、 $p < 0.05$  の因子を産前の虐待傾向のリスク因子とした。

#### 2.2 虐待についての産後の危険因子

虐待のカットオフである 6/7 で分けた 2 群について 2.1 と同様の解析を行った。

なお、解析にあたっては統計解析ソフト SPSS 22.0J for Windows を用いた。

## C. 研究結果

研究 1 . 妊娠期における産後の虐待傾向及び虐待の危険因子

#### 1.1 産前の虐待傾向の危険因子

1171 人のデータが多変量解析の対象となった。下記の因子が統計的に有意( $p < 0.05$ )な危険因子となった。

- ・一週間の就労時間が少ないか不定期
- ・22 時以後の就労がある
- ・赤ちゃんをあやした経験が乏しい
- ・望まない妊娠
- ・社会コミュニケーション尺度
- ・BIS 得点(衝動性)

また、

- ・生殖医療の治療歴
- ・妊娠で仕事を失職・離職

が統計的に有意( $p < 0.05$ )な保護的因子であった。

## 1.2 産前の虐待の危険因子

1248人のデータが多変量解析の対象となった。下記の因子が統計的に有意( $p<0.05$ )な危険因子になった。

- ・無職または不安定な就労形態
- ・パートナーの家事手伝い
- ・赤ちゃんをあやした経験が乏しい
- ・喫煙
- ・ASRS 得点 (AD/HD 傾向)

## 研究2. 産後における産虐待傾向及び虐待の危険因子

### 2.1 産後の虐待傾向の危険因子

854人のデータが多変量解析の対象となった。下記の因子が統計的に有意( $p<0.05$ )な危険因子になった。

- ・会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み
- ・産後躁うつ病で病院を受診
- ・赤ちゃんがなぜ泣いているのかわからない

### 2.2 産後の虐待の危険因子

826人のデータが多変量解析の対象となった。下記の因子が統計的に有意( $p<0.05$ )な危険因子になった。

- ・会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み
- ・パートナーの家事・手伝い
- ・赤ちゃんがなぜ泣いているのかわからない
- ・赤ちゃんへの気持ち質問票下位項目「愛情の欠如」
- ・EPDS 得点
- ・腰痛
- ・ASRS 得点 (AD/HD 傾向)

## D. 考察

本研究により産前・産後の乳幼児虐待の危険因子が明らかになった。

本研究で明らかになった産前の危険因子のうち、心理尺度以外の心理社会的因子は、妊娠期の外来の問診票や面接で聴取可能である。産後の危険因子についても同様であ

る。産前・産後に得られた情報を活用し、ハイリスクの母親を早期から適切に保健師をはじめとした関係職種につなぐなどして地域母子保健で支援していくことが必要と考えられる。

本研究で、母親の発達障害傾向や衝動性などについての特有の認知特性が妊娠期において児童虐待を予測しうることを示された。特にAD/HD傾向については、産前・産後とも重要な危険因子であることが示唆された。しかし、このような母親の特性を日常的に精神科ケアに従事していないスタッフがアセスメントするのは困難である。今後、このような認知特性へのアセスメント・対応について、母子保健関係者に周知してもらおうシステム作りが望まれる。

泣いている赤ちゃんへの対応の経験の乏しさ・とまどいが産前・産後ともに危険因子となった。赤ちゃんの泣きに対しての産前の心理教育・産後の育児指導の重要性が示唆された。

また、本研究では、生殖医療の治療歴や妊娠で仕事を失職・離職することが保護的因子となることが示唆されたが、子どもの数や母親自身の時間的・精神的ゆとりなどの交絡因子を含め、さらなる研究が必要である。

産後うつ病の危険因子としての尿漏れや、虐待傾向・虐待の危険因子としての会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛みや腰痛といった身体の痛みが重要であることが明らかになったことから、母親のメンタルケアや虐待予防の観点からも産後の身体的ケアの重要性が示唆された。近年、身体的治療にメンタルケアを一緒に行う、共同ケアの重要性が様々な医学領域で強調されている[10, 11]。本研究の結果からも、周産期医療において共同ケアが必要であると考えられる。

一方で従来母子保健領域において虐待リスクや母親のメンタルヘルスのアセスメントツールとして用いられているエジンバラ

産後うつ病評価尺度や赤ちゃんへの気持ち質問票の高得点が、乳幼児虐待の重要な危険因子となることが本研究においても示された。現在ではこれらの質問紙は保健師の乳幼児全戸訪問事業の際に実施されているが、全戸訪問は産後1か月から4か月に行われ、ハイリスクの母親に対して必ずしも適切な時期にアセスメントやそれに基づく支援がおこなわれるとは限らない。今後、保健分野だけでなく周産期医療現場においてもエジンバラ産後うつ病評価尺度や赤ちゃんへの気持ち質問票などを用いた母親の心理社会的なリスク要因についてのアセスメントが実施されることが望ましいと考えられる。

## E. 結論

本研究により、乳幼児虐待についての産前・産後の危険因子が明らかになった。母親の就労状況・望まない妊娠・家庭内の支援・喫煙が重要であることが示唆された。また、乳幼児虐待予防の観点からも、産後の身体の痛みに気づきケアすることの重要性が示唆された。また、泣いている赤ちゃんへの対応の経験の乏しさ・とまどいが産前・産後ともに危険因子となった。赤ちゃんの泣きに対しての産前の心理教育・産後の育児指導の重要性が示唆された。今後母子保健領域のスタッフに対し、発達障害傾向や衝動性などについてのアセスメントや支援法についての確立の必要性が示唆された。

## F. 引用文献・出典

1. 徳永雅子, 大原美和子, and 萱間真美, 首都圏一般人口における児童虐待の調査. 厚生指標, 2000. **47**(15): p. 3-10.
2. Fujiwara, T., et al., Association of maternal developmental disorder traits with child mistreatment: a prospective study in Japan. Child Abuse Negl, 2014. **38**(8): p. 1283-9.
3. Murray, L. and A.D. Carothers, The validation of the Edinburgh Post-natal Depression Scale on a community sample. The British Journal of Psychiatry, 1990. **157**(2): p. 288-290.
4. 岡野禎治, et al., 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, 1996. **7**(4): p. 525-533.
5. 神尾陽子, et al., 思春期から成人期における広汎性発達障害の行動チェックリスト—日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度 (PARS) の信頼性・妥当性についての検討. 精神医学, 2006. **48**(5): p. 495-505.
6. 安達潤, et al., 広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 (PARS) 短縮版の信頼性・妥当性についての検討. 精神医学, 2008. **50**(5): p. 431-438.
7. Carver, C.S. and T.L. White, Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. Journal of personality and social psychology, 1994. **67**(2): p. 319.
8. 高橋雄介, et al., Gray の気質モデル. パーソナリティ研究, 2007. **15**(3): p. 276-289.
9. Kessler, R.C., et al., The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. Psychological medicine, 2005. **35**(02): p. 245-256.
10. Gilbody, S., et al., Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. Archives of



Internal Medicine, 2006. **166**(21): p.  
2314-2321.

11. Katon, W.J., et al., *Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses*. New England Journal of Medicine, 2010. **363**(27): p. 2611-2620.

#### **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**

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

## 妊婦からはじめる精神面の評価とケアとその後の継続支援体制 多領域支援チームへの産科、小児科、精神科医師の参加と診療連携

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

産後うつ病をはじめとして出産後の母親の精神面の評価とケアについては、医療保健スタッフに教育と啓蒙がなされてきた。その結果、産後うつ病スクリーニング票などを利用して精神面も含めた育児支援が浸透・普及してきた。今年度は、確立されてきている多領域コメディカルスタッフによる支援に加えて医師が参加する方法を検討した。その結果、妊娠中から産科がメンタル評価とケアにかかわるべくスクリーニングをすること、低出生体重児の診療や健診を行う小児科が母親のメンタル面のチェックも行うこと、精神症状により必要な場合の精神科医師との連携の実際について検討し、医師間もスクリーニングを共有して多領域チームに参入することになった。

### 研究協力者

山下洋（九州大学病院子どものこころの診療部）

山下春江（九州大学病院看護部）

徳田淳子（九州大学病院総合周産期母子医療センター）

梶原世津（九州大学病院総合周産期母子医療センター）

### A. 研究目的

妊婦からはじめて出産後、および育児期間中の女性の精神面の評価の方法を確立し、それに基づくケアを継続的に行い母子と家族の支援をする上での多領域支援チームのあり方を明らかにする。特に、これまでの地域の保健行政機関や病院診療施設の助産師や保健師、行政スタッフに加えて、産科、小児科、精神科医師がチームに参加することを目的にそれぞれの専門の医師の役割分担と、診療連携のあり方を明らかにする。

### B. 研究方法

妊婦からはじめる精神面の評価とケアとその後の継続支援体制について、多領域

支援チームへ参加する医師の現状と課題について、今年度はすでに参加して実践している医師からの報告をまとめた。産科医師からは、精神科との医療連携のあり方の検討について日本産科医会の活動報告、小児科医師からは日常の健診業務で可能な精神面支援の方法と結果、精神科医師からは、地域のクリニックで可能な産科医師と行う妊産婦の診療連携について、保健福祉行政からは、妊娠中から始める医師を含めた新たな多領域支援を普及させるための教育が必要との観点から、その研修方法のあり方について報告を行い、それらを結果としてまとめる方法をとった。

今年度は、報告内容の増大に伴い、1月31日と2月1日の2日間に拡大して東京大学本郷キャンパス内医学系研究科教育研究棟にて報告内容を参加した多領域全員で検討した。

（倫理面への配慮）

検討したデータには医療施設での患者個人や、地域で支援を受けた対象の妊産婦個人のデータは含まれておらず、研究に参加

した医師の報告は介入研究でもなく、現状と課題を分析する方法を取ったので、倫理的な問題は発生していないと考える。

### C. 研究結果

医師の参入は、以下の点から必要であり重要であった。地域の助産師・保健師などのコメディカルがと保健福祉行政スタッフが共有していた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）を医師も共有できることが明らかになった。以下、各領域の専門医師の役割と支援方法である。

#### 1. 産科医師

妊娠中から出産後1か月まで継続して妊婦に関わる立場にある産科医師は、助産師とともに3つの質問票を用いて妊婦の診察に活用するべく、工夫する。質問票は、出産後の項目（赤ちゃんがなぜ泣いているかわからない、赤ちゃんをたたきたくなる）を除くと妊娠中から利用でき、特定妊婦のスクリーニングとしても利用できる。エジンバラ産後うつ病は、妊娠中からも使用できるし、産後に施行する得点との変動の有無も確認できる。特に特定妊婦のメンタル面の評価に利用する。

また特定妊婦および精神科既往歴のある妊婦は、精神科医療との連携の必要性が高くなる。このため、日本産科医会の会長が産科医会を代表して、日本精神神経学会など精神科医師による7つの団体に属する精神科医師に対して診療連携の要請を行った。これを受けて現在精神科医師と産科医師による医療の連携のあり方について共同で検討することとなり、

平成26年11月28日に日本産科医会会長（木下勝之医師）と当研究に参加している全国からの複数の精神科医師が集まり、各地域と医療機関の特徴を示したうえで、その医療機関における妊婦の中で精神科治療のニーズがあるものの実態について調査を開始することになった。まだ調査継続中であり、最終的な分析は終了していないが、以下具体的な内容を示す。

先に述べた木下勝之会長名で、厚生労働省に提出された要望は、「妊産婦の精神科病院等への外来受診と緊急時受入態勢の整備構築に関する要望書」として平成25年11月7日に提出された（日産婦医会発第240号）。それを受けて精神科は、平成26年11月28日に開催された日本総合病院精神医学会に木下会長がシンポジストとして参加し、産科が虐待防止を視野に入れて妊娠中から特定妊婦のスクリーニングを行い、対応していく意向について発表された。同日会場内で、以下の精神科機関が出席して、妊産婦の精神科合併とケアや治療の実態を調査することにした。参加機関は、大学病院（東京医科歯科大学、東北大学、兵庫医科大学、埼玉医科大学）、地域の中核病院（済生会横浜市東部病院）であり、精神科紹介やリエゾンの実態および地域の妊産婦に対する評価とケアの前放視研究からエビデンスを集積することにした。2月下旬までにまとめた結果は以下のとおりであり、精神科への医療連携についての早急な体制作りが示された。

大学病院での精神科合併頻度は、各病院で年間の分娩数は異なるが、一機関の全体の娩数の1~3%、分娩数が年間1000例を超える総合病院（済生会横浜市東部病院）で5~6%、精神科リエゾン率（東京医科歯科大学および関連病院）は2%~7%であった。ケアを行った対象女性の半数に精神科既往歴がみられ、妊娠からの取り組みから可能。

精神科外来に周産期メンタルケア外来を設立すると、紹介率は数%からすぐに10%以上に上昇され、精神科との連携の需要は確認された(東北大学病院)。地域のコホート研究から(国立成育医療センター、世田谷地区の地域調査)、産後うつ病スクリーニングで検出された女性は初産婦では20%以上。その3分の1が地域保健師によるケアを受けていたが、精神科治療はほとんどなされていなかった。

## 2. 小児科医師

低出生体重児や小児疾患を抱える子どもについては、小児科医師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。その理由として妊婦のストレスが、子どもの出産時のデータ(奇形、子宮内発育遅延、性出生体重児、早産児)と、その後の子どもの発達障害に関連するという種々の報告の裏付けの根拠もある(Glover, et al, 2010, Glover, 2011)。

そこで乳幼児期のワクチン接種や乳幼児健診を利用して、母親に、3つの質問票を施行したところ、母親の産後うつ病のスクリーニングも行えた。またそれをもとに母親に精神面について小児科が診療中にふれたことは、母親にとり満足いく結果となった。つまり、自己記入式質問票3点は、小児科外来において母親に抵抗なく受け入れられる。小児科外来は、母子が自発的、定期的、継続的に来院するため、長期にわたり母子両者および相互関係の経過観察が可能であり、重要な子育て支援の場であることが意義として確認された。さらに小児の心身症外来においては、子どもの問題と母子関係に焦点を置いているが、母親自身の周産期の問題に留意すると、ケースの問題点がより明確になることも明らかになった。

## 3. 精神科医師

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る。

しかし、児童精神医学や乳幼児精神医学の専門ではない、地域の精神科クリニックの精神科医師は、妊産婦や乳児を敬遠する傾向が顕著であった(平成16年度から18年度に域保健福祉機関から産後の母子訪問を行う保健師・助産師などを対象に、情緒的なサポートが得られない母親など育児機能を脆弱にするリスク因子の同定、産後うつ病スクリーニングの方法および支援の方法などをトレーニングして、産後の母親のメンタル面の支援を実践した(育児機能低下と乳児虐待の評価パッケージの作成とそれを利用した助産師と保健師による母親への介入のための教育と普及・厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業、班長、九州大学病院吉田敬子)。その結果約9%の母親がうつ病と検出され、その中で精神科既往歴のある母親は、保健師などに支援の受け入れが悪く、精神科受診につないだケースが見られた。しかし、そこで受信先の精神科医師による協力が得られないことが全国的に指摘され田が、それは今日に至るまで解消されていない。それが前述の木下会長による要望書につながっている。

そこで地域ですでに出産後の母親を対象に精神面支援に取り組んでいるコメディカルとともに、地域の医師会に所属する精神科、小児科、産科医師も参加してケースによる検討を3年間継続して、育児支援のチームに加わった(福岡県医師会、母子保健委員会:福岡県における妊娠期からの虐待予防連携体制の構築について)。その結果、精神科医師が重症の産後うつ病および養育機能不全の母親の診療に携わるようになった(この中には の赤ちゃんへの気持ち質

問票にて高得点であるわが子に否定的な感情と態度を持つ母親が含まれていた)。

地域の保健福祉スタッフとの連携の中で、精神科医師による連携と治療の対象となる妊産婦は、精神科既往歴がある(出産後のうつ病その他の精神障害のハイリスク)、精神科へ通院している患者が妊娠した場合である。精神病症状で精神科薬物療法が必要である場合、母親に病識がなくサポートをもとめていないので、訪問保健師や助産師の支援を受けない場合、家族の協力や理解が得られない場合であった。

#### D. 考察

精神面でのケアや治療を必要とする女性ほど相談や受診をしないし、精神科医師には、自らは、ほとんど打ち明けない場合が多い(Applebyら, 1989)。そこで前述した3つの質問票を用いたアウトリーチ主体の支援が必要である。プライマリケアに携わる医療機関が同様にこの3つの質問票のツールを共有する意義は医療連携の意味で大きい。医師が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。

妊産婦の精神面支援のうち、今後さらなる精神医学の裏打ちが必要となる対象の女性として、わが子に対する情緒的な絆が持てない一群の母親がいる。これらの母親は、虐待のリスクが高くなるが、虐待する養育者には、また精神障害が高率に見いだされる。地域の母子訪問による支援を受けられない、または支援を拒否する母親は、精神科医療の対象として把握しておくのが子どもにとり安全である。これらの母親は質問票の赤ちゃんへの気持ち質問票でスクリーニングされ、合計点が3点以上は要注意である

(Yoshida et al, 2012)。母親が子どもと情緒的な絆を結べない状況はうつ病でない場合でも存在する。子どもとの情緒的な絆が否定的であると、実際の育児機能に障害をきたす。さらに、子どもの安全

が懸念されると、母親への治療や介入が必要となる。この状態をBrockingtonはボンディング障害と定義して、そのスクリーニング化を試みた(2001)。またその精神医学的診断カテゴリーと、母子に利益をもたらすために周産期にみられるひとつの「障害」の概念としての位置づけを提唱している。(Brockington, 2003)。

これらの母親には彼女たちの幼少児期の否定的な被養育体験との重なり、すなわち世代間伝達も考えておかなければならない。ライフサイクルにみられる母子の悪循環の連鎖を断ち切る最善の治療は、子どもの誕生からなるべく早く開始する予防であり、社会的に不利な家庭の子どもを対象にした予防的介入プログラムがある(Oldほか, 2007)

さらに、より多領域協働の周産期精神面評価とケアの重要性が明らかになった現在、より簡便なスクリーニングを策定する必要である。Mishinaら(2009)が、産後の母親を対象に、Whooleyら(1997)の簡便法を用いてうつ病のスクリーニングを行ったが、その結果については、エジンバラ産後うつ病質問票を外的基準として感受性、特異性、陽性適中率、陰性適中率をともに良好であり、プライマリケアの臨床や健診で使用できるツールとして報告している。英国のNICEガイドラインでも簡略なこの方法を取っている。(NICE guidelines for perinatal mental health

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/>)。

#### E. 結論

出産後のうつ病やボンディング障害をきたす要因は妊娠中からすでに把握できる。ライフサイクルにみられる母子の悪循環の連鎖を断ち切るには、妊娠中からの支援が必要であり、妊婦のストレスを軽減する支援や治療についての具体的な方法の検討と実践が必要となる。

## 引用文献・出典

1. Appleby, L., Fox, H., Shaw, M. & Kumar, R. : (1989). The Psychiatrist in the Obstetric Unit Establishing a Liaison Service. *British Journal of Psychiatry*, 154, 510-515.
2. Brockington IF, Oats J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C & Murdoch, C. : (2001) . A Screening Questionnaire for mother-infant disorders *Archives of Womens Mental Health*, 3, 133-140.
3. Brockington ,I.F.(2003).母子間のボンディング形成の障害の診断学的意義 . 吉田敬子(訳)精神科診断学 , 14(1),7-17.
4. Glover,V., O'Connor,T.G. & O'Connell, K. : (2010). Prenatal stress and the programming of the HPA axis. *Neuroscience and Biobehaviour Review*, 35 (1), 17-22.
5. Glover, V. : (2011). Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4), 356–367.
6. Mishina H., Hayashino, Y. & Fukuhara,S. : (2009) .Test performance of two-question screening for postpartum depressive symptoms. *Pediatrics International*,51, 48–53.
7. O'Hara, M W : (2014) Psychosocial and psychological interventions reduce the risk of postnatal depression compared with standard care." *Evidence Based Nursing* 17(2): 38-39.
8. Old, D.L., Sadler, L. & Kitzman, H. : (2007) . Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Psychology and Psychiatry* 48(3-4), 355-391.
9. Whooley, M.A.1., Avins, A.L., Miranda, J. & Browner, W.S. : (1997). Case-finding instruments for depression. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439-445.

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

Yoshida K, Yamashita H, Conroy S, Marks M, Kumar C: (2012) 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,

### 2. 学会発表

Yoshida K, Yamashita H: (2014) Mothers with bonding disorder and perinatal psychiatric disorders, World Congress of Psychiatry (WPA),9.17, IFEMA,Madrid,Spain

## 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

## 母児訪問助産師が捉えた産後早期における初産婦のメンタルヘルスの状況

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

新生児訪問を実施している助産師が産後 1 か月以内の母親のメンタルヘルス状況をどのように受けとめているかを明らかにすることを目的に 13 名の助産師にインタビュー調査を実施した。【母親の状況】は＜表出＞＜生活行動＞＜住状況＞＜産後の身体回復＞＜個人特性＞＜考えていたことと実際とのギャップ＞＜コーピング＞＜経済状況＞の 8 つのサブカテゴリーに分けられ、【児と育児状況】については、＜児の状況＞＜育児状況＞＜母乳＞の 3 つに分類された。母親のメンタルヘルス状況と育児状況に関連する【体験】では＜育児疑似体験＞＜成育歴＞＜仕事＞＜精神的既往＞＜出産時の体験＞＜大切な人の死＞の 6 つに、【支援】では＜パートナー、血縁からの支援＞＜医療者からの支援＞＜関係性と支援＞＜質問＞＜自らの発信＞の 5 つのサブカテゴリーに分類された。助産師によって観察された母親と児、育児状況に関連していた母親の体験は、育児疑似体験や出産時の体験などであった。それらを補う体験の場を提供するとともに、身近な人からの支援を中心に、社会的サポート体制を整えるとともに、医療者として専門性を発揮した対応が望まれる。

### 研究協力者

山城五月（東京衛生病院）  
田村千亜希（公益社団法人日本助産師会）  
北目利子（トコ助産所）  
渡邊香（公益社団法人日本助産師会）  
岡本弘美（公益社団法人日本助産師会）

#### A. 研究目的

出産後の入院期間の短縮化と、出産年齢の高齢化、核家族化など、産後の母児を取り巻く環境は変化している。

虐待リスクなどに関しては、特に出産前後の母親への専門職の関与が重要である。「社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」が平成 25 年 7 月に発表した「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」第 9 次報告では、0 日・0 か月児の心中以外の虐待死

事例 11 例の状況を報告している。複数回答ではあるが「望まない妊娠」が 6 例、「若年妊娠」が 2 例、「母子健康手帳の未発行」が 8 例、「妊婦健康診査未受診」が 9 例となっている<sup>1)</sup>。

妊娠中は公的補助がある約 14 回の妊婦健診と産後 4、5 日間の入院期間の中で産科医師、助産師等から継続した身体面の観察と指導が受けられる仕組みになっている。退院後は医療機関において 1 か月健診、行政保健師等による訪問等が実施されている。産後訪問のうち「新生児訪問指導」は主に新生児の発育等に関する相談を保健師、助産師等によって出生後約 1 か月までに行っている。「乳児家庭全戸訪問事業（こんには赤ちゃん事業）」は生後 4 か月までに保健師、助産師の他、愛育班員、子育て経験者等によって子育てに関する相談を訪問

によって実施し、平成 23 年の実施市町村は 9 割超となっている。「養育支援訪問事業」は、子育てに対して不安や孤立感等を抱える家庭に子育て経験者による援助または保健師等による家庭訪問によって実施され、平成 23 年度は全市町村の 6 割超の実施率であった<sup>2)</sup>。

産後 2 週間健診について西巻ら<sup>3)</sup>の調査では、母乳不足感の解消、児の発育状況の確認、母親への育児支援を目的として医療施設の 64.6%が実施しており、母親からは「母乳が足りているのかどうか、わからない」などの悩みがきかれ、2 週間健診によってそれが「解消された」と 9 割が回答している。日本未熟児新生児学会は、「正期産新生児の望ましい診療・ケア」<sup>4)</sup>で 2 週間健診の重要性を指摘し、経験を積んだ産科医・小児科医および助産師によって行われ、退院後の育児等のアドバイスを行うことが望ましい、としている。

平成 24 年度から 25 年度に実施された「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」<sup>5) 6)</sup>の縦断的調査では、日本版エジンバラ産後うつ病自己評価表 (EPDS) において経産婦に比して初産婦のハイリスク者の割合が高い結果となった。経産婦では妊娠 20 週から産後 3 か月まで大きな変動はなく、産後 2 週間から産後 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るのに対し、初産婦では産後数日から産後 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。同研究の分担研究者立花<sup>7)</sup>は、産後 2 週の抑うつ状態について妊娠中期の予測因子として、「パートナー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」等を挙げ、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」等を挙

げている。これらの研究はいずれも母親に対する質問紙による調査研究である。また、産後うつ病に関してはスクリーニングに関する調査研究が多く報告されている<sup>8)</sup>。

母親に対する直接的な調査は行われている一方で、母親に接する助産師を対象とした研究報告は少ない。母親による自己評価とともに客観的視点も大切である。母親を対象とする専門職である助産師によるメンタルヘルスの評価を明らかにすることで、母親と、支援を行う助産師との両方向からの視点を合わせることにより、効果的かつ望ましい支援のあり方を構築することが可能となる。

本研究は、質問紙による母親への調査に対し、新生児訪問を実施している助産師が産後一か月以内の母親のメンタルヘルス状況をどのように受けとめているかを明らかにすることが目的である。

## B. 研究方法

### 1 研究対象

- 1) 研究協力者：パイロットスタディとして新生児訪問指導経験のある助産師 1 名、A 地区で EPDS 測定を含む産後新生児訪問を行っている以下の選定条件を満たす助産師 10 名～20 名。
- 2) インタビューを受ける助産師の選定条件：平成 25 年 4 月より 1 年以内に「新生児訪問指導」を行っている者とした。産後母子に関する知識、経験を有していることを前提に訪問指導回数、経験年数は問わないこととした。

### 2 調査期間と研究期間

調査期間は日本助産師会の倫理委員会承認から 2014 年 12 月 25 日までとし、研究予定期間は 2015 年 2 月 28 日までとした。

### 3 研究方法

- 1) インタビューの担当者：助産師経験 10



年以上の6名で実施することとした。

2)パイロットスタディ：新生児訪問指導経験のある助産師1名に対し、予備的にインタビューを実施した。インタビュー担当者全員で予備的なインタビューの逐語録を共有した。6名の担当者全員でロールプレイを実施し、担当者間でインタビュー内容、問いかけの方法を確認した。インタビューガイドに沿って質問し、研究協力者の応答を具体的に深めるような問いかけにするようにした。

3)調査内容・方法の修正：パイロットスタディ後に、調査内容、方法の修正を行った。

4)研究協力者の紹介：都内A区で、行政から委託を受けている東京都助産師会地区分会の会長に説明文書を用いて依頼し、研究協力者の紹介を受けた。

5)協力研究者への説明と同意：文書を用いて口頭で説明し署名による承諾をとった。

6)インタビューの実施：1時間程度の個別の半構成的インタビューとして、日時は面接担当者が研究協力者と調整し決定した。あらかじめ設定した調査項目(インタビューガイドを使用)に沿って、発言を求めた。調査の実施場所は個人情報をもれない個室とし、研究協力者に承諾を得てレコーダーに録音した。

7)謝礼：交通費込みとしてクオカード5,000円分を謝礼として渡した。

#### 4 調査内容(インタビューガイド項目と内容)

調査項目は立花の報告などを参考に、助産師や精神科医、質的研究の経験のある研究者などで検討した。

インタビュー内容は、新生児訪問指導時における初産の母親を中心としたメンタルヘルス状況とした。

##### 1)研究協力者の属性

###### (1)年齢

(2)卒後年数(助産師養成所卒業からの年数)

(3)助産師としての経験年数及び現在に至るまでの業務形態

(4)平成25年度4月～平成26年度3月までの新生児訪問指導件数

2)産後1か月以内の初産の母親のメンタルヘルス状況について

(1)母親のメンタルヘルスや育児状況の良い状態の人とそうではない人に関する捉え方

(2)その違いを生じさせている要因について

(3)訪問時に実施しているEPDSの得点結果に対する判断

(4)初産婦と経産婦の産後EPDS結果の相違について

平成24年度から25年度に実施された「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」<sup>5)6)</sup>の初産婦が経産婦に対してハイリスク割合が高くなっている縦断的調査結果のグラフ(図1)を用いて、初産と経産婦の違いに対する考えを問うた。

#### 5 分析方法

インタビュー担当者がインタビュー内容を逐語録に起こした。母親のメンタルヘルスに及ぼす身体的、心理的、社会的状況毎に文脈単位で抜き出し、適宜ラベルを付与してコード(以下<>で示す)化した。類似した内容をまとめてサブカテゴリー(以下<>で示す)、カテゴリー(以下【】で示す)へと集約した。真実性を確保するために、共同研究者と分析を行った。数人終了する毎で分析し、カテゴリーの抽出が完了したと判断した時点で、新たな研究協力者の面接調査を終了した。妥当性と信頼性を高めるために質的研究者の助言を得て分析作業を進めた。

## 6 倫理的配慮

調査への協力は任意であり、同意のある助産師のみにインタビューした。研究趣旨について文書を用いて口頭で説明し、いつでも承諾を撤回できることも含めて署名による承諾をとった。研究協力者が同意しない場合や承諾後撤回した場合でも所属する助産師会等からなんら不利益を被らないことを説明した。研究協力者が、インタビューに負担を感じた場合には、インタビューを中止する。インタビュー後に同意の撤回があった場合にはデータを削除することとした。回答内容を逐語録に起こす際には人名や場所などは全て記号化し個人情報特定されないようにする。

録音データは、平成 27 年 3 月に、平成 26 年度 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）の分担研究として報告後 3 年間鍵のかかる保管庫に保存し、その後削除することとした。本研究計画は公益社団法人日本助産師会の倫理審査を受け承認されている。

## 7 予想される成果・研究の意義

産後母児訪問を実施している助産師が母親のメンタルヘルス状況をどう捉えているかを明らかにすることで、母児支援の必要性を具体的に解説する資料となることが期待される。

## C. 研究結果

13 名の助産師にインタビューを実施した。インタビューに要した時間は平均 61 分であった。

### 1) 研究協力者の属性（表 1）

（1）年齢：33 歳から 72 歳で、平均年齢は 49.3 歳であった。

（2）卒後年数（助産師養成所卒業からの年数）：10 年から 45 年の卒後年数で平均 25.5 年であった。

（3）助産師としての経験年数及び現在に至るまでの業務形態

臨床経験、教員経験、保育所等実務経験は平均 16.1 年の経験であった。

（4）平成 25 年度 4 月～平成 26 年度 3 月までの新生児訪問指導件数

全ての助産師が産後訪問に関わっていたが、新生児訪問件数は、年間 1 件から 125 件であった。

2) 産後一か月以内の初産の母親のメンタルヘルス状況について（表 2）

助産師が訪問によって産後一か月以内の初産婦のメンタルヘルス状況や育児状況をどのようにとらえているかについては、助産師が客観的に観察した【母親の状況】【児と育児の状況】、その状況の関連として【体験】【支援】という 4 つのカテゴリーに分類された。

「母親のメンタルヘルスや育児状況の良い状態ではない人」に関して多く語られており、その内容を中心に報告する。

### （1）母親の状況について

【母親の状況】については＜表出＞＜生活行動＞＜住居状況＞＜産後の身体回復＞＜個人特性＞＜考えていたことと実際とのギャップ＞＜コーピング＞＜経済状況＞8 つのサブカテゴリーに分けられた。

＜表出＞では 険しくつらい表情 泣いている 疲れている が挙げられた。

険しくつらい表情 泣いている は 5 名の助産師から挙げられた。「下を向いた感じ」「ドアを開けた瞬間に泣いている」「ワーンと泣く」状況が観察されている。

＜生活行動＞では 食べていない 睡眠がとれていない 自分のことが構えない であり、「1 日一食ですとか、二食です」「寝れる時間があるのに寝れないのは要注意」「髪を振り乱して」という状況が

観察され、「母親のメンタルヘルスと育児状況の良い状況の人」（以下「良い状況の人」）に関しては「気づかいはできる」余裕を観察し、「食べることが好きな人は大丈夫」と助産師は判断していた。

観察された<住状況>では、きれいすぎる 片付いていない と、相反する状況が報告され、「使いかけの化粧水が何本もあったりすると、あれっ、大丈夫かな」とする一方、「モデルルームのよう」な状況も報告された。また、家で完結して近所づきあいが無い 状況も観察され、「お買い物もネットスーパーなんです」という情報通信を利用した生活と、今回の対象地域が東京都内という地域性から、高層マンションでひきこもり状態 という、近年の都市の住環境による影響と考えられる答えがあった。報告がされた。

<産後の身体回復>では 傷の痛みを感じている として「お産のエピ、ナートが深かったり。個人差はあるかもしれませんが、まだまだ思うように動かない」状況が語られた。

母親の<個人特性>については、「いい妻、いい嫁、いい母親でいたい、我慢して頑張る」という 規範意識が強い 状態、「自分のなかで知らず知らずにルールを作っちゃってる」 がんじがらめ になり、「この子がなにか訴えて泣いているのに、わかってあげられない自分はダメです」という 自責傾向 が見られ、「子どもにも泣き止んでほしい。旦那にもやってほしいことをきちんとやってほしい」 相手に多くを求める 傾向も観察されている。

また、「家のことができないことに、そういう自分が許せなくて。育児も自分の中の完璧を求めたい」 育児と家事ができるだろう という予測による<考えていたことと実際のギャップ>が観察された。

<コーピング>としては、「毎晩1リッター、ビールを晩酌している」という 逸

脱状況がある 状況が報告されている。「良い状況の人」では、「気分転換さえできればOK」という<コーピング>が観察されている。

<経済状況>では 貧困で児に暴力をふるう 状況と、「裕福だからこそ、旦那さんが不在で、追い詰められている」 裕福でもパートナーが不在である ことが報告されている。メンタルヘルスと育児状況の良い人では、 経済力がなくてもたくましい 裕福だとベビーシッターが雇える 状況も報告された。

#### (2) 児と育児状況について

【児と育児状況】については、<児の状況><育児状況><母乳>の3つのサブカテゴリーに分類された。

観察された<児の状況>は 泣きやまない、「さわったときの、緊張している感じ」として 緊張している 状況が報告され、授乳との関連で 吸着がぎこちないことが観察された。児が 緊張している 状況の観察とともに、「良い状況の人」では、「こうさわったりなんかしながら。それで、反応が返ってくる子（母親とのかかわりがいいと判断）」として 落ちついて いる 状況が観察されている。

<育児状況>では「泣いたとき、自然に声が出ない」 接し方がぎこちない 状況と、「将来この子は大丈夫かとか。ほんとに漠然とした未来まで考えて不安」などの 発育への不安がある 状況が観察された。

<母乳>では 授乳不安がある ことと、「母乳、母乳、母乳って思いながら、それで、飲ませなきゃ、飲ませなきゃ」「ミルクをたすことに罪悪感があったり」という 母乳に関する信念がある 状況が報告された。

#### (3) 母親の体験について

【母親の状況】【児と育児状況】に関連する母親の【体験】では<育児疑似体験><成育歴><仕事><精神的既往><出産

時の体験 > <大切な人の死> の6つのサブ  
カテゴリーが示された。

「甥っ子、姪っ子とも接していない（一  
人っ子も多い）」 赤ちゃんに接した経験  
がない <育児疑似体験>がなく、「自分  
が母子家庭で育ったので。お母さんと同じ  
ような状況になっちゃうといけない。そう  
いう恐怖感もあった」 母子家庭であった  
、「『お姉ちゃん是可以のあなたは  
どうして』と育った」 兄弟で比較された  
という <成育歴> が語られた。

<仕事>では、「ステップを踏めばこう  
なるんだっていう人生を送ってきた方がほ  
とんどなので、子育てに関しては、なんだ  
これはみたいな。やることはやったのにい  
つまでも泣き止まないとか、誰も100点を  
くれない」 キャリアが邪魔をする 状況  
が報告された。

<出産時の体験>では「普通に産んで普  
通に赤ちゃん抱っこしている自分を想像し  
ていたのかもしれないけれども、ちょっと  
違う道にそれたりした（突然点滴が始まっ  
た、突然帝王切開の話が）」という 予期  
しない出産のトラブルがあった 体験をし、

つらい思いが残る出産だった として、  
「自然に産めなかったのは自分の努力が足  
りなかったんだ」「助産師が卵膜剥離をし  
たらしいんですね。ぐーっと。そのときに  
まったく説明がなかった」ことも体験して  
いた。「何年も何年も治療してようやく授  
かって46で産みました。こんなはずではな  
かった」という 妊娠することがゴール  
という体験状況も報告された。

出産間際に、「相談相手だった親友が亡  
くなったとか、親友の赤ちゃんが亡くなっ  
た」<大切な人の死>の体験が報告された。

#### （4）母親に対する支援について

母親の状況、児と育児の状況に関連する  
【支援】については<パートナー、血縁か  
らの支援> <医療者からの支援> <関係性

と支援> <質問> <自らの発信> の5つの  
サブカテゴリーに分類された。

「パパの帰りが遅い、手探りで子育てし  
ている」「脱ぎっぱなし、片付けない、箸  
持ってこい」「母子家庭状態、パートナ  
ーは戦力外」という パートナーには頼れな  
い 状況と、「実父母が介護状態等サポー  
トに回らなければならない」「実母が70  
歳以上だったりして、聞いても参考になら  
ない」 実父母に頼れない <パートナー、  
血縁からの支援>があった。また、「お母  
さんの主張が強すぎる人（わたしのときは  
こうした）」「実の親だからこそ容赦な  
い」という 過度な実母の介入がある 状  
況という <パートナー、血縁からの支援>  
も観察された。

<医療者からの支援>では、医療者は「何  
も言ってこない人には手をかけない」「病  
院では話す時間がなかった」 医療者が関  
わらない、関われない 状況があり、「病  
院でのネガティブな出来事の影響（乳房の  
手当で怒られた）」という 医療者からの  
不適切な支援 が報告された。「一カ月健  
診でみてもらえるから、それまでは自分で  
何とかやらなきゃ」「聞く人がいない」「隣  
の人誰？弱音を吐けないわけですよ」とい  
った 孤独、そして「初対面だと、変な  
人と友達になっちゃって、えらい目に遭っ  
た経験がある」 不適切な友人関係がある  
<関係性と支援>があった。

「良い状況の人」では、「気持ちを聞け  
る人がそばにいる、ちょっと手伝ってくれ  
る、家のことやってくれる」「弱音を吐け  
る人がいるか。つまり、それが実母であれ、  
義母であれ、いとことか友達であれ、ある  
いはヘルパーさんにアウトソーシングして  
いって、どこかにたどりつけているのか」  
など、誰かが そばにいる ことが大切だ  
と報告された。

「善悪を聞きたがる」「不安な方は、箇  
条書きですよ。もう、こう紙一面にチェ

ック項目で。これは質問したって、ひとつひとつチェックする」 過大な質問と答えを執拗に求める <質問>があり、「誰に聞いたらいいのかわからない」「人にモノを頼めない、他人が家に入ってほしくない、自分のやってる手順と違うやり方をやられるのがいやだ」という ヘルプを発信できない、発信しない 状況と、「母子手帳と共に配布される山のような区のガイド、サービスを全く読んでいない」 情報をうまくとれない については<自らの発信>に分類された。

### 3) 初産婦と経産婦の EPDS 結果 (図 1) に関する助産師の考え

初産婦と経産婦の EPDS ハイリスク者割合の変化に対する助産師の考えを問うた。

初産婦の産後 2 週間のハイリスク者割合が 25% であることに関しては、「赤ちゃんを抱いていると帰宅時車のドアが開けられない、退院してすぐの食事をどうするか」、「子育てがわからないから高く出るのは当然」といった 産んだ後の現実の大変さがあり、この生活が「永遠に続くような気がする。現状が見通せないことで不安が高い」「先の出口の見えないトンネル」の先が見通せない 状況に加えて、「実母が帰る」「パートナーの休みが終わる」等の 支援がなくなる時期 がその理由として語られた。

児の状況としては、「1~2 か月が泣きのピークだが、泣き始めか」「泣きのピークに入ってくる。自分が休めない。昼も夜も関係なく」といった 泣きのピークになってくるといった要因がある。産後一か月後にハイリスク者割合が減少し始めるのは「とりあえず何とかやっていけそう」「自分なりに工夫した結果、実ってくるのが2週間過ぎてなのかなあ」といった やっていけそう な状況と、 身体の回復 が理由である。

この推移に関して、「2週間っていうのも感じるんだけど、3週目も多いかなあっていうのをすごく」感じるという意見と、「山を越えるのが3か月」と考えている助産師もいた。

経産婦では、「赤ちゃん返りなど上の子の心配があり、もうちょっと高いと思っていた」「上の子の対応で自分を責める(たたいちゃった)」という 上の子の悩みがある という考えがみられた。一方、「先が見える状況がある」「2人目はこんなもんなんですかね」といった 先が見える状況と、「第1子のことでもう落ち込んでいる暇がない」「やってかなきゃというか、悩んでいる暇がない」といった 落ち込んでいる暇がない という意見がみられた。

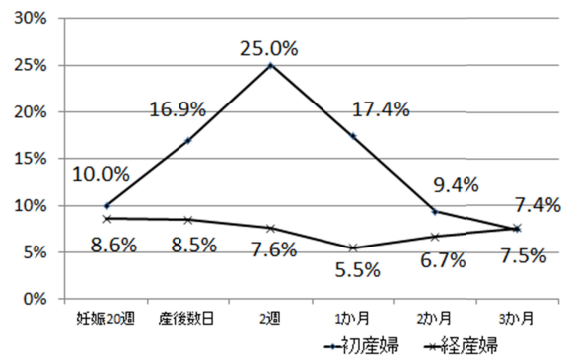


図 1 . 初産婦・経産婦別の EPDS ハイリスク者割合

## D. 考察

### 1 助産師によって観察された母親のメンタルヘルスや育児状況について

本研究は新生児訪問に携わっている助産師に、産後一か月以内の初産婦の状況をどのようにとらえているのかについてインタビューを実施したものである。母親のメンタルヘルスや育児状況について多く語られたのは、「母親のメンタルヘルスや育児状況の良い状態ではない人」についてである。援助のニーズに応えようという援助者の姿勢が関係していると考えられる。

表1 研究協力者の属性

研究協力助産師	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
インタビュー時間 (分)	55	46	66	68	56	112	84	54	85	39	41	36	53
年齢(歳)	47	47	64	40	72	59	37	46	33	47	66	42	48
助産師養成校卒業後年 数(年)	23	14	39	16	45	33	13	24	10	25	44	20	26
臨床、教員、保育所 等経験年数(年)	18	2	30	7	34	13	6	6	10	15	41	7	20
訪問経験年数(年)	5	9	4	9	11	22	7	13	3	7	3	11	5
平成25年4月～平成 26年3月までの新生 児訪問指導件数(件)	56	50	23	125	1	14	14	60	16	15	6	30	35

表2 「母親のメンタルヘルスや育児状況の良い状態ではない人」に関する分類と語り例

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	語り例	助産師
母親の 状況	表出	険しくつらい 表情がある	表情が険しい(ピリピリしている感じ)(F) 表情が能面(J)	BDFJL
		泣いている	何をしても、何を見ても、とにかく涙が出る(A) ドアを開けた瞬間に泣いている(M)	AFIJM
		疲れている	げっそり度合(D)	DFJ
	生活行動	食べていない	1日1食ですとか、2食です(D) 自分の食事がとれない(F)	BDF
		睡眠がとれて いない	寝れる時間があるのに寝れないのは要注意(H)	BFH
		自分のことを 構えない(衣 服が乱れて いる)	髪を振り乱して(D)	DM
	産後の身 体回復	傷の痛みを感 じている	お産のエピ、ナートが深かったり。個人差はある かもしれませんが、まだまだ思うように動かない (F)	DF
	住居状況	きれいすぎる	モデルルームのよう(D)	DFGL
		片付いていな い	使いかけの同じような化粧水が何本もあったり とかすると、あれっ、大丈夫かな(G) 部屋は荒れている、自分はダメだダメだ、赤ちゃ んのことはできているのに、できてないっていう 方向になってます(M)	BGLM
		家で完結して 近所付き合 いがない	お買い物もネットスーパーなんです(B)	BF
		高層マンショ	着替えないと下まで降りれない(D)	DF

		ンで引きこもり		
	個人特性	規範意識が強い	いい妻、いい嫁、いい母親でいたい、我慢して頑張る (F) 子育てをつらいとってしまっている自分を責めてます (子どもがかわいいと思えないなんて、おかしいんじゃないの、わたし) (M)	FM
		がんじがらめ	自分のなかで知らず知らずにルールを作っちゃってる (G)	ADFG
		自責傾向がある	この子がなにか訴えて泣いているのに、わかってあげられない自分はダメです (M)	BEM
		相手に多くを求める	子どもにも泣き止んでほしい。旦那にもやってほしいことをきちんとやってほしい (G)	G
	考えていたこと実際とのギャップ	育児と家事ができるだろう	家のことができないことに、そういう自分が許せなくて。育児も自分の中での完璧を求めたい (L) 赤ちゃんと育児と多分家のことができる妥当ってイメージがあるみたいで。こんなに自分が赤ちゃんのことだけで手がかかっている現実にはちょっと驚いているっていうか、自分のイメージと現実のギャップがある (I)	GIL
	コーピング	逸脱行動がある	1リッター、ビールを晩酌している (E) うちにこもっている人 (K)	EK
	経済状況	貧困で児に暴力をふるう	貧困で児に暴力をふるう (M)	M
		裕福でもパートナーが不在である	裕福だからこそ、旦那さんが不在で、追い詰められている (M)	M
児と育児状況	児の状況	泣きやまない	置いたら泣く (D) よく泣く子 (F,K)	ABDF K
		緊張している	さわったときの、緊張している感じ (D)	D
		吸着がぎこちない	赤ちゃんが吸えなくて (I)	AI
	育児状況	接し方がぎこちない (ことばかけがない)	泣いたとき、自然に声が出ない。抱き方もぎこちない (H)	ACDH M
		発育への不安がある (泣きへの心配)	なんで泣いているんだかわからなくて (D) 将来この子は大丈夫かとか。ほんとに漠然とした未来まで考えて不安 (I)	ADGHI L
	母乳	授乳不安がある	足りてるかわからないとか、自分のおっぱいをちゃんと飲めてるのか心配 (L)	FIJLL
		母乳に関する信念がある	母乳、母乳、母乳って思いながら、それで、飲ませなきゃ、飲ませなきゃ (F) ミルクをたすことに罪悪感があったり (D) 混合栄養が一番悩んでいる (L)	DFJF
	体験	育児疑似体験	赤ちゃんに接した経験がない	核家族の人が増えてしまって、自分のところしかわからない (I)

		い	甥っ子、姪っ子とも接していない(一人っ子も多い)(M)	
成育歴	母子家庭であった		自分が母子家庭で育ったので。お母さんと同じような状況になっちゃうといけない。そういう恐怖感もあった(K)	K
	兄弟で比較された		「お姉ちゃん是可以るのにあなたはどうして」と育った(F)	F
仕事	キャリアが邪魔をする		子育てってきちここうでというふうにならないのが嫌っているような感じ、たぶんきっとそれは仕事でずっと成功してきた人(C) ステップを踏めばこうなるんだってという人生を送ってきた方がほとんどなので、子育てに関しては、なんだこれはみたいな。やることはやったのにいつまでも泣き止まないとか、誰も100点をくれない(H)	CDFH M
精神的既往	心療内科受診歴がある		心療内科にかかったっていう人はEPDSが高い(E) まわりのことが見えなくなっちゃって、うつになっちゃった経験のある人は要注意です(M)	BEFIJ M
出産時の体験	予期しない出産のトラブルがあった		普通に産んで普通に赤ちゃん抱っこしている自分を想像していたのかもしれないけれども、ちょっと違う道にそれたりした(突然点滴が始まった、突然帝王切開の話が)(A)	AD
	つらい思いが残る出産だった		お産がたいへんだったということと言いたかったみたいで、そっちばかり表出していた(A) 助産師が卵膜剥離をしたらしいんですね。ぐーっと。そのときにまったく説明がなかった(J) 自然に産めなかったのは自分の努力が足りなかったんだ(M)	ABCD FIJM
	妊娠することがゴール		ゴールが違う(「やっとできました」)(C) 何年も何年も治療してようやく授かって46で産みました。こんなはずではなかった(B)	BC
大切な人の死	大切な人の死を体験した		相談相手だった親友が亡くなったとか、親友の赤ちゃんが亡くなった(M)	M
支援	パートナー、血縁からの支援	パートナーには頼れない	パパの帰りが遅い、手探りで子育てしている(E) 脱ぎっぱなし、片付けない、箸持ってこい(K) 母子家庭状態、パートナーは戦力外	BCDEF IK
		実父母に頼れない	実父母が介護状態等サポートに回らなければならない(B) 実母が70歳以上だったりして、聞いても参考にならない(L)	BEL
		過度な実母の介入がある	お母さんの主張が強すぎる人(わたしのときにはこうした)(C) 実の親だからこそ容赦ない(G) 余計なこと言われても(H)	DFGM
	医療者からの支援	入院中医療者が関わらない、関われない	何も言ってこない人には手をかけない(C) 病院では話す時間がなかった(B)	BCD



		医療者からの不適切な支援	病院でのネガティブな出来事の影響（乳房の手当で怒られた）（D）	D
関係性と支援		孤独である	一カ月健診でもてもらえるから、それまでは自分で何とかやらなきゃ（G） 聞く人がいない（L） 隣の人誰？弱音を吐けないわけですよ（M）	ACFG HLM
		不適切な友人関係がある	初対面だと、変な人と友達になっちゃって、えらい目に遭った経験がある（M）	D
質問		過大な質問と答えを執拗に求める	善悪を聞きたがる（A） 不安な方は、箇条書きですよ。もう、こう紙一面にチェック項目で。これは質問したって、ひとつひとつチェックする（L）	ADFGI L
自らの発信		ヘルプが発信できない、発信しない	誰に聞いたらいいのか分からない（A） 人にモノを頼めない、他人が家に入ってほしくない、自分のやってる手順と違うやり方をやられるのがいやだ（D）	AD
		情報をうまくとれない	母子手帳と共に配布される山のような区のガイド、サービスを全く読んでいない（D）	DM

初産婦における EPDS 得点が 9 点以上のハイリスク者割合は産後 2 週間で 25%<sup>5)6)</sup>であることを踏まえると、報告された【母親の状況】はその内容を具体的に説明できる語りである。新生児訪問によって実際に観察された状況として＜表情＞や＜生活行動＞に表れていた。特に母親が泣いているという情動的な表出は 5 人の助産師によって報告された。また、自らの衣食住の基本が乱れている状況も観察されている。＜住状況＞でも母親のメンタルヘルス状況と関連させて助産師はアセスメントしている。訪問によって住状況を見ることは、短時間で妊産婦の生活状況を捉える上ではかなり有効である。それぞれの生活状況に応じた支援が助産師の役割であるからだ。

家で完結して近所づきあいがいない状況については、情報通信は現代社会では生活に欠かせない手段となっていることを表している。総務省の平成 25 年通信利用動向調査<sup>9)</sup>では 20 歳から 49 歳のインターネット利用率は 95% 以上であり、世帯単位での家庭内でのインターネット利用頻度は「毎日少なくとも 1 回」と回答したのは 70.8%

と前年調査を 7 ポイント上回っている。産後生活においても今後さらに活用されていくと考えられ、情報通信利用を前提とした関わりの推進が望まれる。

身体的状況では 傷の痛み が報告された。出産時の会陰切開、裂傷、帝王切開による創部痛などが産後の生活に影響を及ぼしており、特に初産婦では会陰部の創傷による苦痛が考えられる。可能な限り出産時の身体への侵襲を少なくする努力が医療者には必要である。

＜個人特性＞では 規範意識が強い がんじがらめ 自責傾向がある いずれも、「いい妻、いい嫁、いい母親でいたい」ということばに表れているように、文化的社会規範としての「いい母親」像を妊産婦自身が内面化し、実際にそれが実行できないことで悩んでいる状況が表れており、それは＜考えていたことと実際のギャップ＞でも観察されている。このように観察された状況に対して、助産師は「あたしたちの役割は手抜きを教えますね。だから、両手で抱っこする必要のないのよって。ちゃんと頭をここで支えて、片手で抱っこして、電

話も出られるし、ジュースも飲めるんだよって話をまずしていきますよね。その人が楽になるように」支援し、「だいたい間違っていないです。変なことしてる人なんていない」と判断している。

助産師によって観察された【児と育児状況】では、<児の状況>として 泣きやまない 特徴について「よく泣く子」として表現されている。児の状況が母親のメンタルヘルスに影響を及ぼす一つの要因と助産師は考えている。母親の関わりによって、児に触った時の状態の違いについても語られた。<育児状況>として「泣いたとき、自然に声が出ない」 接し方がぎこちない

状況に対して、「良い状況の人」では「どうしたのーとか、ちょっと待っててねーとか、自然に声が出る」 自然に接している 状況が観察され、「過敏に反応していない」児との 適度な距離感がある と判断している。

<母乳>については 母乳に関する信念がある ことが挙げられた。立花<sup>7)</sup>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、「母乳栄養かどうか」が重要である、と述べている。また、「母乳をあ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。母乳をあ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」としている。支援する助産師は、母児の心身状態を考えながら、適切な授乳指導を行う必要がある。

【母親の状況】【児と育児状況】に関連する【体験】では<育児疑似体験>として 赤ちゃんに接した経験 が挙げられたが、「良い状況の人」では、「ネコちゃんとかワンちゃんを飼っている人は意外と上手なんです」「赤ちゃんに接した経験があれば触り方も違う」ことが報告された。妊娠期に新生児模型を用いた育児技術の疑似体験学習が母親学級や両親学級で行われている

が、普段の生活で乳幼児に接する機会が少なくなっている現状から、可能な限り<育児疑似体験>ができるような環境整備が必要である。

実際の子育てが、それまでの知識や経験とは異なる体験であることも報告されている。仕事をしている女性の キャリアが邪魔をすることが報告された。「良い状況の人」として「若い人はしらないからやり過ごせる」「自分の感覚を大切にしている人」という状況が報告された。仕事の キャリアが邪魔をする わけではなく、子育てが本来自然な営みであり、児に接しながら学んでいくものだとして理解することができる。

<出産時の体験>については多くの助産師から母親の つらい思いが残る出産だった 体験について語られた。母親は訪問助産師を出産時の状況を理解してもらえる相手として理解していると考えられる。母親から「助産師」として聴き手役割を期待され、出産時の解決されなかった疑問やつらい体験を理解してもらいたいという思いが推察される。出産時の振り返りを行い、つらい思いを軽減することが出産施設等に求められるが、その振り返りの時期が出産後間もない入院期間の中で行われることが適切かについては、「その人にとってのタイミングは絶対あると思うので、それがいつになるかわかんない」という助産師の意見が示すように、個別の状況によって異なると考えられるのでよく吟味される必要がある。

【支援】については、産後の母児は、【支援】が必要な状況であることが前提としてある。その場合に、まず、第一に身近な人の支援が挙げられる。松井ら<sup>10)</sup>は援助に関する被要請者の特徴として、援助を求めることは自分の問題解決能力が低いことを他者に知らせることであるので、自尊心が傷つくことがない相手に助けを求めようと

する、としている。〈パートナー、血縁からの支援〉が得られないとすれば、母親のメンタルヘルスや育児状況に一定の影響を及ぼすことが考えられる。妊娠期からのパートナー、血縁者、義父母に対する母児支援教育も有効であろう。その内容としてはパートナーに対する「両親学級」にとどまらず、祖父母に対する「孫育て」講座などが考えられる。

〈パートナー、血縁からの支援〉に加えて、〈医療者からの支援〉では、医療現場の忙しさが推察される報告もされている。一方、「良い状況の人」に対する〈医療者からの支援〉では、「先生から『問題ないですよー。よく頑張りましたね』って言われた瞬間に、自分が今までやってきたことは間違ってた」「2週間健診とか、母乳外来できちんと診てもらえば、『出てるわよー、あなた』って言ってもらえばね。もう、自信もって、大丈夫」という医療者からの支援が得られる状況が報告されており、医療専門職からの保証が母親の育児に対する自信の強化につながっていると考えられる。「聞く人がいない」「隣の人誰？弱音を吐けないわけですよ」孤独である状況は、支援者の少ない状況を表している。ヘルプを発信できない、発信しない 情報をうまくとれない などの〈自らの発信〉に関する状況や、友人等の関係性に対する葛藤が見られる。また 過度な実母の介入がある ことなど、血縁からの支援についても被支援者としての葛藤が認められる。玉木<sup>11)</sup>は、パートナーや親あるいはそれ以外の非専門的サポートを必要とした場合に「求めない」理由として、他者に対する気兼ねや気遣いを挙げ、心理的葛藤が伺える、としている。他者の支援はありがたい半面、心苦しさを伴うからである。相手に返せない支援であればあるほど、支援を積極的に求めない傾向にあることに注意を要する。

過大な質問と答えを執拗に求める 〈質問〉に、訪問助産師への期待が表れている。〈孤独〉な母親が求める助産師の支援が、医療専門職からの保証を求めていることに加え、返す心配のない支援でもあるからだと考えられる。社会的支援制度の整備を今後さらに検討することが示唆される。「母子手帳と共に配布される山のような区のガイド、サービスを全く読んでいない」状況は、妊娠期の情報提供のあり方に課題があることを示している。保健師、助産師は母子サービスの社会資源活用を妊娠時の両親学級や訪問時に提供しているが、Webなど妊産婦世代に応じた対応も活用していくなど工夫が必要である。

助産師によって客観的に観察された母親と育児状況に対して、関連している母親の体験は育児疑似体験や出産時の体験などであった。それらを補う体験の場を提供するとともに、身近な人からの支援を中心に、社会的サポート体制を整えるとともに、医療者として専門性を発揮した対応が望まれる。

## 2 初産婦と経産婦の EPDS 結果に関する助産師の考えについて

初産婦の EPDS 得点が 9 点以上のハイリスク者割合について、母親に関しては 産んだ後の現実の大変さ 先が見通せない 状況、 支援がなくなる時期 が挙げられた。児の状況についても 泣きのピーク になってくる からと考えていた。一か月後のハイリスク者割合の減少については やっていけそう な状況と 身体の回復 が理由として考えられていた。この調査<sup>5)</sup><sup>6)</sup>では妊産婦の縦断的調査を行っているが、産後では 2 週間と一か月での調査となっている。2 週間から一か月の間のハイリスク者割合が 2 週間をピークとしているのかは不明であるが、産後一か月においれもメンタルヘルス 17.4% であることから、出産施

設の退院後から一か月にかけての母親のメンタルヘルス状況に着目すべきである。

経産婦の結果については、上の子の悩みがある一方、先が見える状況と落ち込んでいる暇がないといった子育ての忙しさが伺えた。経産婦における「上の子の対応で自分を責める(たたいちゃった)」等の自責傾向については初産婦とは異なる支援が必要であろう。

## E. 結論

新生児訪問を実施している助産師は、【母親の状況】と【児と育児の状況】を客観的に観察し、その状況の関連として母親の【体験】と【支援】状況について語られた。身近な人からの支援を中心に、社会的サポート体制を整えるとともに、助産師には専門性を発揮した対応が望まれる。

本研究は平成24年度から3年間で行われた「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」の分担研究として助産師を対象とした質的研究である。大規模に行われた妊産婦に対する質問紙による縦断的な量的研究の結果を補完する意味で、その内容を具体的に説明することができたと考える。しかし、インタビュー対象者が都内の限定された地域であったことで、この結果を一般化することには限界があると思われる。

## 謝辞

本研究のインタビューに協力して頂きました助産師の方々に深く感謝申し上げます。

## 参考資料・文献

1. 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門部会：子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について(第8次報告)、2012.7.p21.

2. 厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課：平成23年度市区町村の児童家庭相談業務の実施状況等の調査結果  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002rr3u.html> (2014.8.6)
3. 西巻滋：平成25年度児童関連サービス調査研究等事業、困難な状況におかれた親の妊娠・出産の支援に関する調査研究、2014.
4. 日本未熟児新生児学会医療体制検討委員会：正期産新生児の望ましい診療・ケア、日本未熟児新生児学会雑誌、第24巻 第3号、2012. 419-441 .
5. 久保隆彦他：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24年度総括・分担報告書、厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服次世代育成基盤研究事業(主任研究者久保隆彦)、2013 .
6. 久保隆彦他：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・分担報告書、厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服次世代育成基盤研究事業(主任研究者久保隆彦)、2014 .
7. 立花良之、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、厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服次世代育成基盤研究事業(主任研究者久保隆彦)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・分担報告書、2014. 49-54.
8. 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、2012.92-97.
9. 総務省、平成25年通信利用動向調査  
<http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/statistics/statistics05.html>

10. 松井豊他編：人を支える心の科学、誠信書房、1998.120-123.
11. 玉木敦子：産後のメンタルヘルスとサポートの実態、兵庫県立看護学部・地域ケア開発研究所紀要 14,37-56.

**F. 研究発表**

なし

**G. 知的財産権の出願・登録状況**

なし

**妊産婦を対象とした妊娠期から産後 3 か月までの  
縦断研究のデータセットを用いた解析  
～ EPDS の陽性者や関連要因、因子得点の経時的推移～**

研究分担者 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 研究員）

**研究要旨**

本研究では、一昨年度から実施してきた縦断研究のデータをもとに、以下の 3 つの解析をおこない、わが国における妊産婦のメンタルヘルスの実態の解明および EPDS のより効果的な使用方法を検討することを目的とした。

**【解析 1】**

妊娠期から産後における、EPDS 陽性者の割合の推移を検討した。その結果、初産婦では、EPDS 陽性者の割合が妊娠 20 週の 9.6% から産後 2 週時には 25.0% にまで増加し、その後産後 3 か月時の 6.1% まで減少した。一方、経産婦では、5.8-8.8% でほぼ横ばいに推移した。

**【解析 2】**

妊娠期から産後 3 か月にかけて EPDS の因子得点の推移を検証した。その結果、EPDS の 10 項目から分類された 5 因子のうち、Anxiety 因子得点は初産婦および経産婦、妊娠期から産後 3 か月までの 6 時点のいずれにおいても、EPDS の合計得点にもっとも大きな影響を及ぼしていることが示された。また、初産婦と経産婦で、因子得点の推移のパターンが異なることも示された。

**【解析 3】**

妊娠期から産後において、EPDS に対する分娩歴や妊娠前の精神科既往の有無、妊娠期の EPDS と産後の EPDS との関連について二変量解析および多変量解析によって検討した。その結果、EPDS 陽性になるオッズ比は、初産婦が産後数日から産後 1 か月にかけて有意に高かった。また、妊娠前に精神科既往のある者は、妊娠 20 週、産後数日、2 か月、3 か月の 4 時点で有意に高かった。妊娠期の EPDS で陽性と判定された者は、産後数日から 3 か月の 5 時点でいずれも高いオッズ比が示された。

以上、3 つの解析結果から、EPDS を使用する際は、対象者の属性や測定時期によって、結果の解釈を変える必要性が示唆された。また、単に 8/9 点のカットオフ値を用いて EPDS 陽性かどうか、を判定するだけではなく、各因子得点や各項目の得点に着目することの重要性が明らかになった。

**研究協力者:**

掛江直子（国立成育医療研究センター研究所）  
井富由佳（小学館集英社プロダクション）  
田山美穂（国立成育医療研究センター研究所）

岡潤子（東邦大学大学院看護学研究科）  
須藤茉衣子（津田塾大学大学院）  
三木佳代子（助産師）  
大田えりか（国立成育医療研究センター研究所）

## A. 研究目的

国内外問わず、妊娠期および産後の女性のメンタルヘルスは公衆衛生上、大きな課題となっている。海外のメタアナリシスの結果では、産後うつリスクがある者の割合は、妊娠初期・中期・後期でそれぞれ 7.4%、12.8%、12.0%とされ<sup>1)</sup>、産後では 12.8%と報告されている<sup>2)</sup>。国内では、厚生労働省の研究班の報告<sup>3)</sup>によると、9.0%が同様に産後うつリスクがあると示されている。

こうした産前・産後のメンタルヘルスのスクリーニングツールとして、Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)は国内外でもっとも広く使われているツールの一つである。わが国では、EPDSは全10項目の合計得点が9点以上を示した対象者をEPDS陽性(産前・産後うつリスクあり)8点以下の者はEPDS陰性(同リスクなし)といった、カットオフ値をもとに判断する使い方がもっとも一般的である<sup>4)</sup>。

このEPDSの使用や評価方法については、測定する時期や対象集団によって結果が異なるのではないかと、という指摘がある<sup>5)</sup>。わが国では、産後1か月時の健診だけでなく、「こんにちは赤ちゃん事業」、「乳幼児訪問」、「3・4か月の検診時」など、様々な時期にEPDSが用いられている。しかし、こうした様々な測定時期によって、EPDSの得点の傾向や、その関連要因が一定であるのか、もしくは変化がみられるのか、といったことに関する知見は乏しいのが現状である。

そこで、本研究では、測定時期によるEPDSの有病割合や関連要因の影響の大きさの変化を明らかにし、わが国のEPDSのより適切な用法について提言することを目的とした。

## B. 研究方法

本研究では、研究班で収集してきた妊娠期から産後3か月にかけてのデータセットを用いた。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(全14施設)のいずれかに、妊婦健診のために訪れた妊婦とした。

同意が得られた対象者に対し、妊娠20週時のベースライン調査(T1)に加え、分娩後入院期間中(産後数日:T2)、産後2週(T3)、1か月(T4)、2か月(T5)、3か月(T6)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。

本研究では、このデータセットを用いて、以下の3つの解析をおこなった。

**解析1**：妊娠期から産後における、初産・経産婦別のEPDS陽性者の割合と、その推移を示すこと。

**解析2**：妊娠期から産後におけるEPDSの因子得点の推移を示すこと。

**解析3**：妊娠期から産後におけるEPDSに対する関連要因の影響の大きさの推移を推計すること。

なお、このデータセット構築に関する詳細な研究方法や倫理的配慮、昨年度末の時点での経過報告については、昨年度の本研究班の研究報告書に記載されており<sup>6)</sup>、(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ておこなわれたものである(No. 627)。

## C. 研究結果

**解析1：妊娠期から産後における、初産・経産婦別のEPDS陽性者の割合と、その推移**

本研究への参加に同意が得られた 1,775 人のうち、妊娠 20 週時の調査と、産後数日時の調査の両方で回答が得られた 1,311 人を分析対象とした。この 1,311 人のうち 1,180 人が産後 3 か月時まで追跡され、回答が得られた。なお、解析 1~3 のいずれにおいても、この分析対象者を用いた。

対象者の属性については、初産婦が 721 人 (55.1%) を占めた。初産婦の平均年齢は 33.7 歳 (標準偏差(SD):4.7)、経産婦の平均年齢は 35.1 歳 (SD:3.9) であった。妊娠 20 週時に仕事をしている者は、初産婦の 69.0%、経産婦の 46.8% であった。

図 1 に、妊娠 20 週から産後 3 か月の 6 時点における、初・経産婦別の EPDS 陽性者の割合と 95%信頼区間を示した。初産婦では、妊娠 20 週から 9.6%、17.0%、25.0%、17.6%、10.0%、6.1% と推移し、産後 2 週間にかけて顕著なピークがあることが明らかになった。一方、その後は産後 3 か月にかけて急激に低下し、経産婦とほぼ同水準

になった。一方、経産婦では、妊娠 20 週から、8.8%、8.8%、8.4%、5.8%、7.4%、6.8% となり、5.8% から 8.8% の幅でほぼ横ばいとなることが示された。

この EPDS 陽性者の割合の推移が、単に一部の対象者が EPDS の得点が高くなりやすいことによるものか検討するために、それぞれの時期の EPDS の得点分布を初・経産婦別に図 2-1、2-2 にまとめた。

初産婦では、妊娠 20 週や、産後 2 か月、3 か月では、0 点や 1 点の度数が高く、右に裾の長い分布になっているが、産後 2 週では 0 点の度数は高いものの、3 点から 10 点の度数がほぼ同じ水準となっており、9 点や 10 点の度数が他の時点と比べ高い分布になっていた。

一方、経産婦では、いずれの時点においても、0 点や 1 点などの低い得点の者が占める割合が高く、分布に大きな違いは見られなかった。

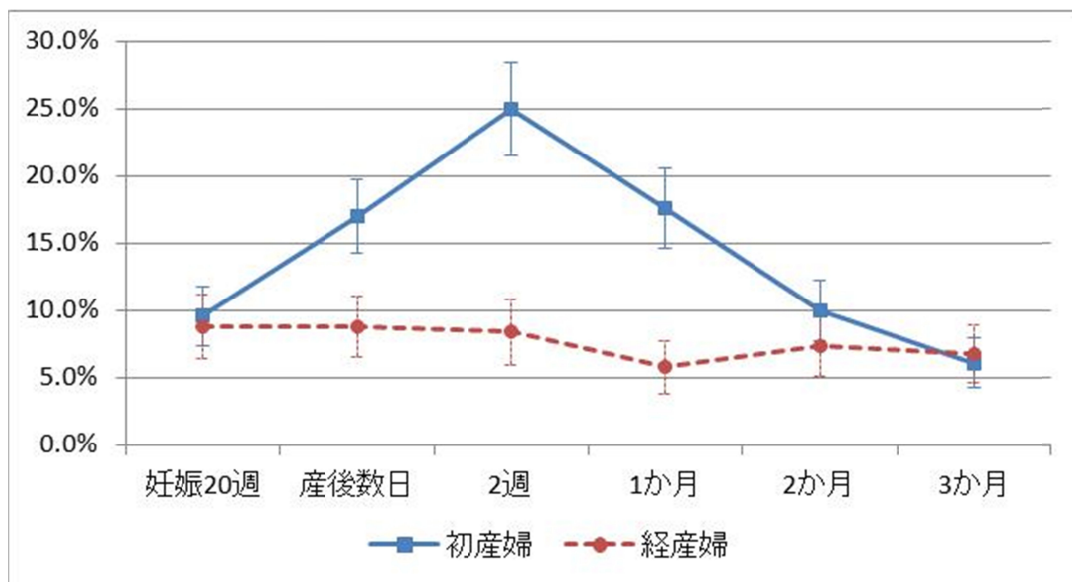


図 1. 妊娠 20 週から産後 3 か月までの初・経産婦別に見た EPDS 陽性者 (9 点以上) の割合と 95%信頼区間



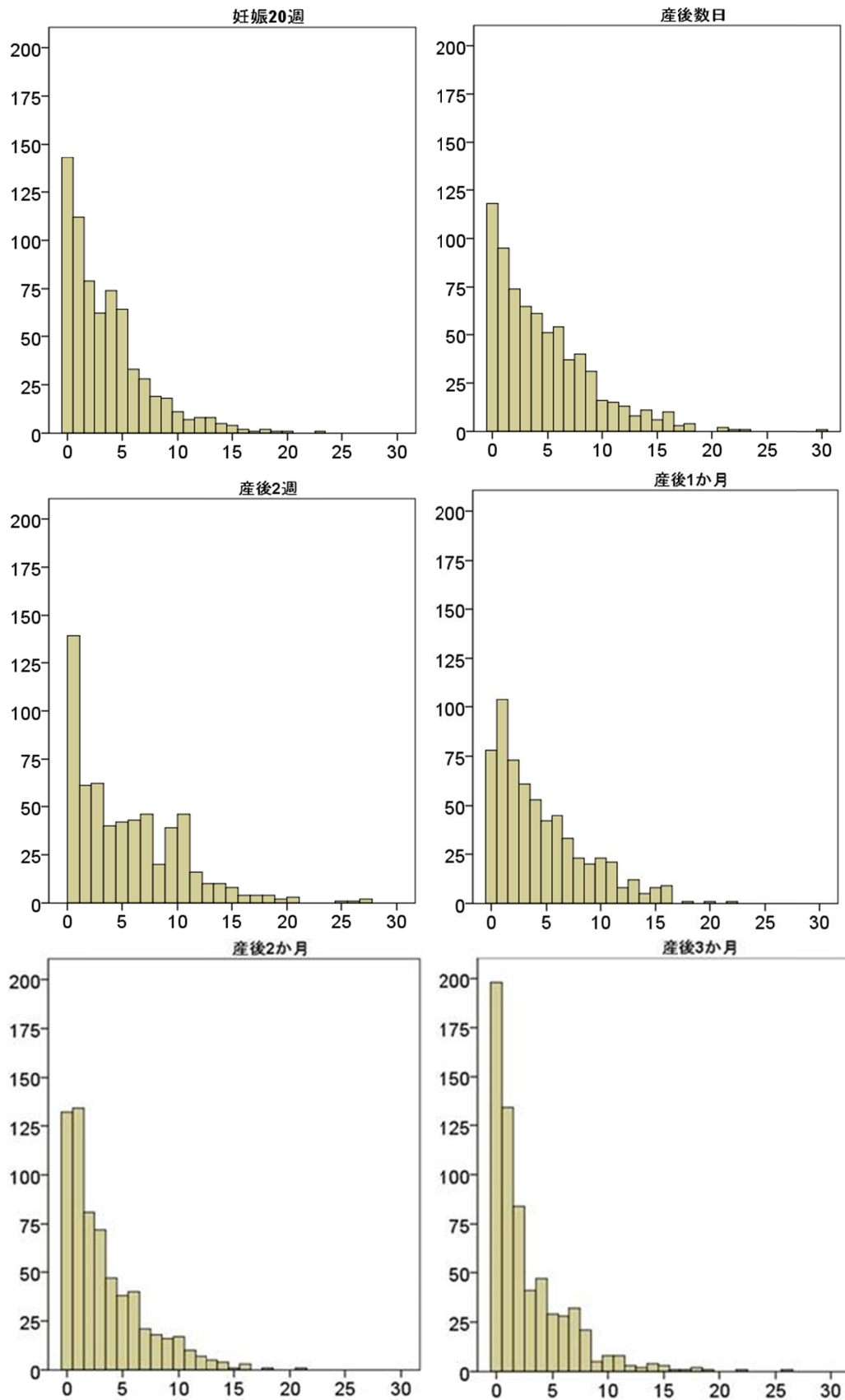


図 2-1 . 初産婦における産前・産後の EPDS の得点分布

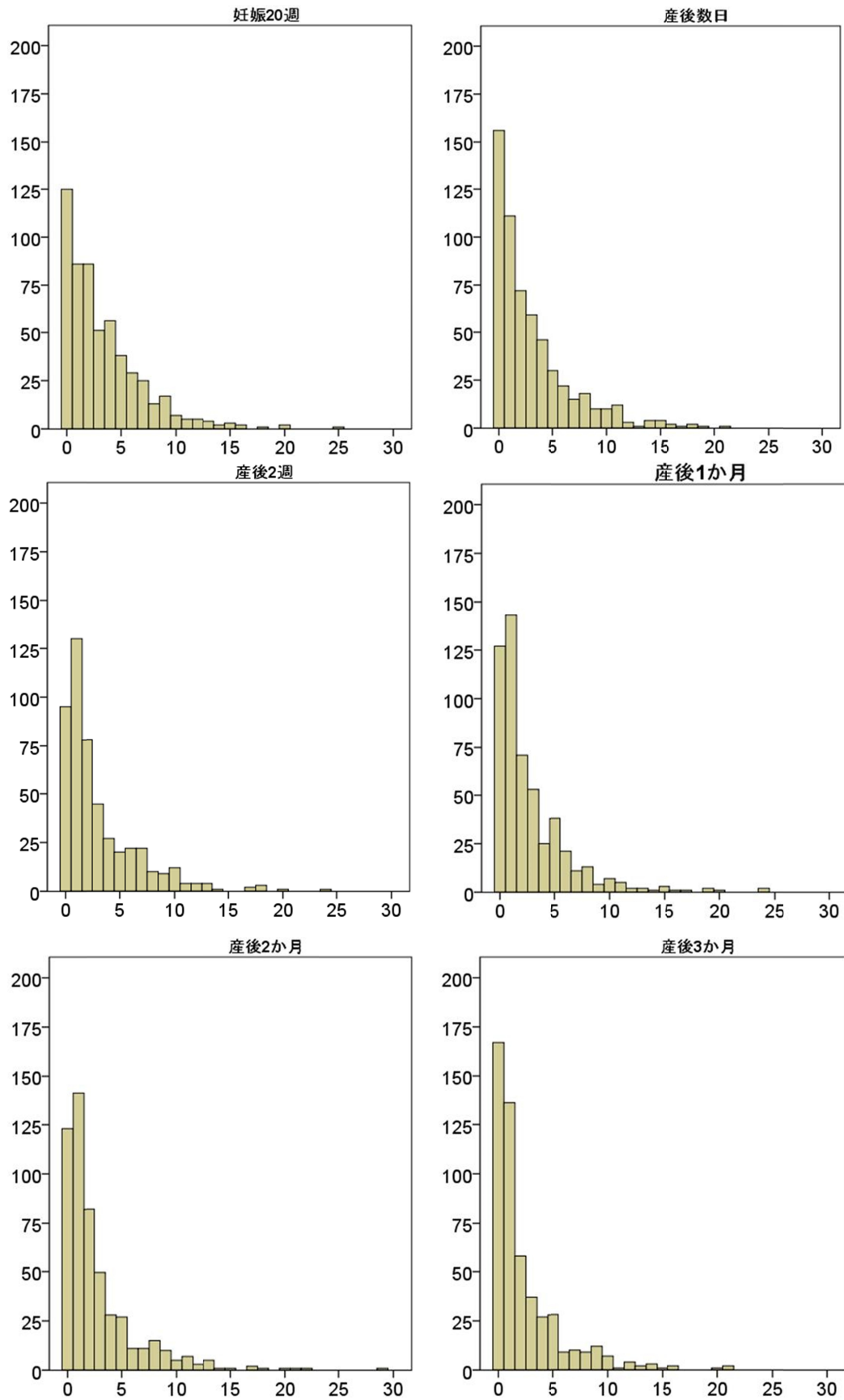


図 2-2 . 経産婦における産前・産後の EPDS の得点分布

## 解析 2：妊娠期から産後における EPDS の因子得点の推移

近年、欧米を中心に EPDS の構成概念や因子構造に着目した研究や<sup>7-10)</sup>、EPDS の項目 3「物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた」、項目 4「はっきりした理由もないのに不安になったり、心配になったりした」、項目 5「はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた」の 3 項目を用いて Anxiety(不安)を測定しようとする試みがおこなわれている<sup>11)</sup>。日本版 EPDS についても、2014 年に同様に因子構造が検証さ

れ<sup>10)</sup>、”Anxiety”(項目 3-5)、“Anhedonia”(項目 1,2)、“Depression”(項目 7-9)の 3 因子構造であることが示された。本研究では、この 3 因子に加え、因子構造に含まれなかった項目 6 を”Inability to cope”、項目 10 を”Self-harm”として 1 項目からなる因子と仮定して、計 5 つの因子得点の推移を記述した。

図 3-1、3-2 は、初産婦と経産婦における上記の 5 因子に含まれる各項目の得点を単純加算し、その平均得点の推移である。

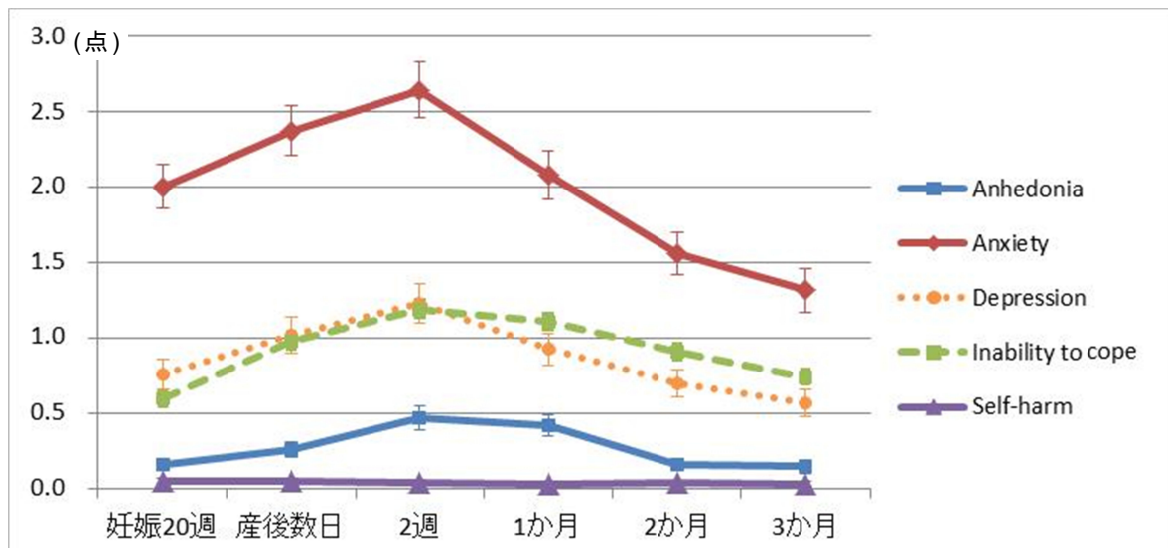


図 3-1．初産婦における EPDS の各因子得点の経時的推移

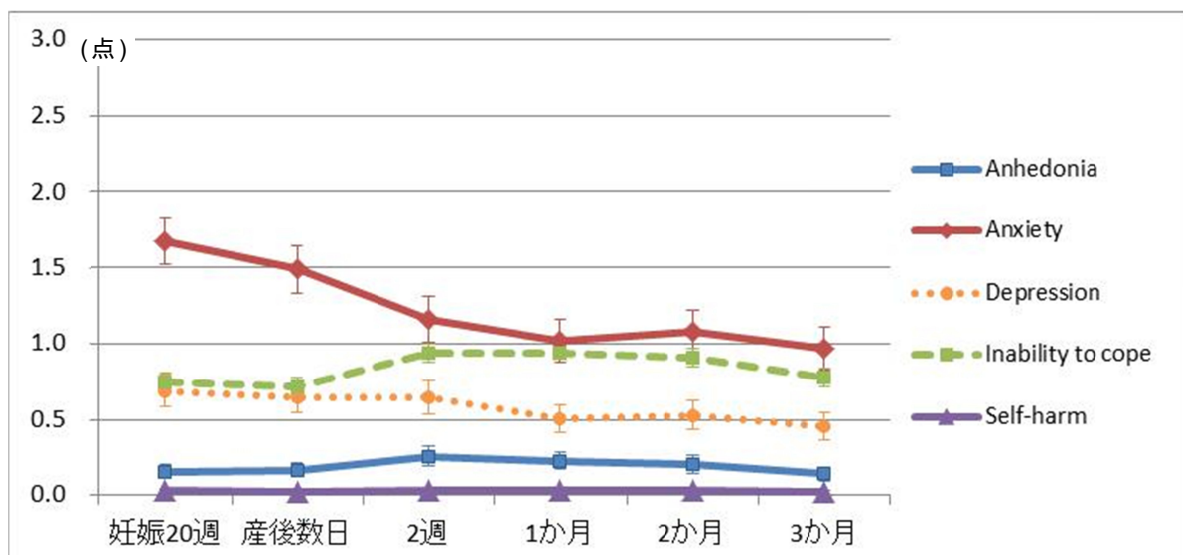


図 3-2．経産婦における EPDS の各因子得点の経時的推移

初産婦では、すべての時点で Anxiety 因子の得点をもっとも高かった。特に妊娠期の 2.00 点は、産後 1 か月の 2.08 点とほぼ同水準の高さとなっており、妊娠期には不安が高くなりやすいことがうかがわれた。

項目別に検討してみると、Anxiety 因子は 3 項目からなっているのに対し、Inability to cope 因子は 1 項目のみで構成されているにも関わらず、高い因子得点で推移していることが認められた。

因子得点の経時的推移では、産後 2 週を頂点に EPDS 陽性者の割合が高くなることと同様に、Anxiety 因子や Depression 因子において、産後 2 週を頂点とする推移となった。Inability to cope 因子や Anhedonia 因子においては、産後 2 週だけでなく、産後 1 か月時もほぼ同水準で高い因子得点となることが示された。Self-harm 因子は 0.04 点前後の低い値で横ばいとなった。

一方、経産婦における EPDS 陽性者の割合がほぼ横ばいであり、初産婦とは異なることはすでに解析 1 で示した通りである。そのため、各因子得点の推移の傾向も初産婦と経産婦では大きく異なっていた。いずれの時点においても Anxiety 因子の因子得点をもっとも高いことは同様であった。しかし、Anxiety 因子は妊娠 20 週の得点をもっとも高く、その後は産後 1 か月まで低下し、それ以降、ほぼ横ばいとなった。一方、Inability to cope 因子は、妊娠 20 週と産後数日はほぼ横ばいで推移したものの、産後 2 週にかけて上昇し、その後、産後 2 か月まで高い水準で推移した。Depression 因子は妊娠 20 週から産後 3 か月にかけて徐々に低下していった。Anhedonia 因子と Self-harm 因子は低水準で横ばいの推移であった。

### 解析 3：妊娠期から産後における EPDS に対する関連要因の影響の大きさの推移

妊娠期から産後の各 6 時点の EPDS 合計得点を、カットオフ値 (8/9 点) によって二値変数に置き換えた。この変数を従属変数として、ロジスティック回帰分析をおこなった。

妊娠 20 週時の解析では、分娩歴、年齢、学歴、仕事の有無、収入、パートナーの有無、胎児数、今回の妊娠が望んだものであったかどうか、妊娠前の精神科既往、を独立変数に投入した。産後数日から 3 か月時の解析では、上記の項目に加え、在胎週数や分娩様式などの分娩時の状況、妊娠時の EPDS の結果、その時点における家族からのサポートの状況も含めて、解析をおこなった。それぞれの時点における要因との関連を検討した。

図 4 に、妊娠 20 週から産後 3 か月時の各時点の EPDS に対する、初産婦、妊娠前の精神科既往あり、妊娠 20 週時の EPDS 陽性のオッズ比と 95%信頼区間を示した。初産婦が経産婦に対して EPDS 陽性になるオッズ比は、産後数日時に 2.10 (95%CI: 1.35-3.26)、2 週は 3.80 (95%CI:2.44-5.93)、1 か月は 3.90 (95%CI:2.35-6.49)となり、この 3 時点では有意に高くなることになった。

妊娠前に精神科既往歴がある者は、精神科既往歴がない者と比べて、妊娠 20 週時では 3.75 (95%CI:2.33-6.05)、産後数日では 1.77 (95%CI:1.06-2.94)、産後 2 か月時が 2.78 (95%CI:1.53-5.07)、産後 3 か月時が 4.02 (95%CI:2.12-7.63)と、この 4 時点で有意に高くなることが示された。

妊娠 20 週時に EPDS 陽性だった者は、陰性だった者に対して、産後のすべての時点のオッズ比が有意に高くなり、3.85-7.24 倍と、いずれの時点でももっとも高いオッズ比が算出された。

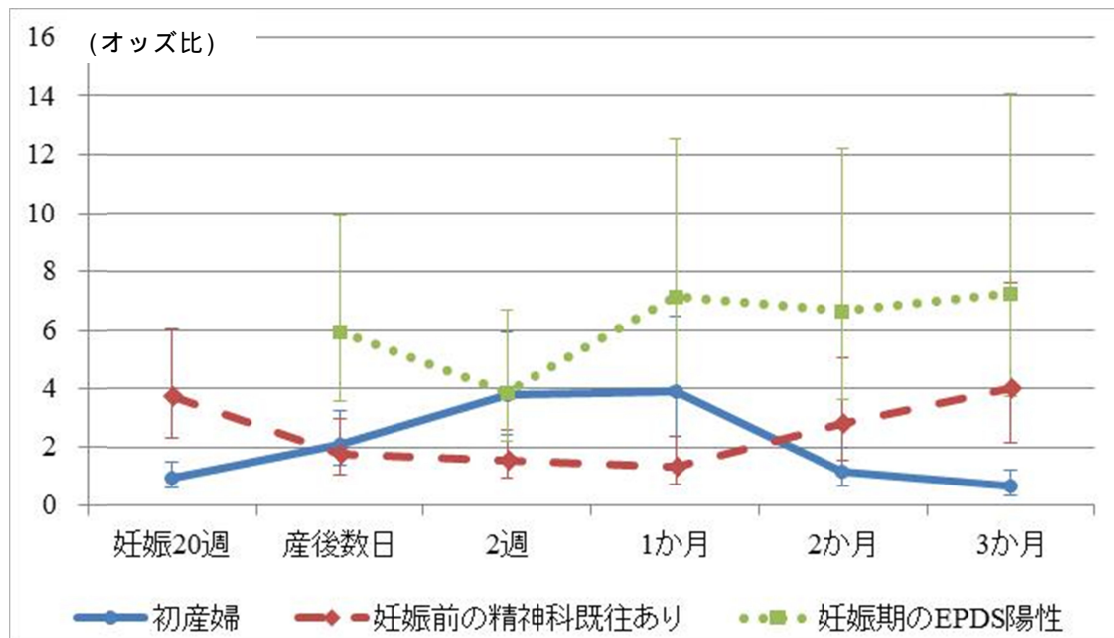


図 4. 各時期の EPDS に対する初産婦、精神科既往歴、妊娠期の EPDS 陽性のオッズ比と 95% 信頼区間

#### D. 考察

##### 1. EPDS の得点に及ぼす測定時期の影響

EPDS は測定時期や対象集団によって、その得点が変わる可能性は以前から指摘されていた。しかし、具体的にその点を明らかにするような先行研究は十分におこなわれてきたとは言えず、特別な対応もほとんどとられていないのが現状であろう。しかし、本研究の解析 1 で示したように、EPDS の得点は測定時期によって影響が出る可能性が示唆された。特に初産婦では、産後 2 週と 2 か月で EPDS 陽性者の割合が 2.5 倍も異なっていた。産後 1 か月健診で EPDS を用いている医療機関も少なくないと思われるが、測定時期が産後 1 か月よりも早くなるか、遅くなるか、という時期のずれだけでも、EPDS の得点が左右する可能性もある。今後、EPDS の得点を算出する際には、こうした測定時期による影響の考慮が必要だということが示された。特に、EPDS の陽性者の割合を経年比較したり、地域差を調べたりするような調査・研究では、測定時期による差異が結果の解釈を大きく歪

めてしまう可能性が高いことに留意することが必要だと考えられる。

##### 2. EPDS の因子や項目の得点に着目する意義と必要性

解析 2 によって、EPDS の中でも項目 3-5 からなる Anxiety 因子の得点が、初産婦・経産婦ともに高くなりやすいことが示された。この Anxiety は不安障害など、精神科臨床上の病的な不安のみを表しているわけではないと考えられる。経産婦では Anxiety 因子の得点が産後に低下し続けることや、初産婦でも産後 2 か月以降は低い水準に下がることを考えると、そうした精神科臨床上の病的な不安というよりも、妊娠や出産、産後の生活に対する、この時期特有の不安を主に示しているものと推察される。妊婦健診や産後の入院期間中に、こういった特有の不安を軽減するような声掛けやサポートが充実することで、妊産婦のメンタルヘルスの改善につながる可能性が示唆された。

これまでも、EPDS を使用する際には、カットオフ値を用いた単純なスクリーニン

グツールとしてだけでなく、EPDS の各質問をきっかけに、より詳細に妊産婦の生活やメンタルヘルスの状態の把握につなげることの重要性が指摘されてきた。国際的には、EPDS の項目 3-5 の 3 項目を用いた EPDS-3A の Validation study がおこなわれたり<sup>11)</sup>、自傷や自殺企図に対する EPDS の項目 10 を用いた感度分析など<sup>12)</sup>、EPDS も幅広い使われ方をされるようになってきている。本研究では、EPDS の項目 10 (自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた) に対して、ほとんどの対象者が 0 点 (まったくなかった) と回答していることが明らかになった。このことは、たとえ EPDS の合計得点がカットオフ値を下回っていても、この項目 10 で高い点数をつけていた場合には、理由を尋ねるなど、何らかのケア・サポートが提供されるべきだと言えるのではないだろうか。

わが国でも、すでに各地の臨床や公衆衛生の現場で EPDS が用いられており、その収集したデータをカットオフ値による評価だけではなく、より多くの観点から評価することで、妊産婦のメンタルヘルスの状態把握をさらに詳細に把握できる一つの方策となろう。因子得点による解析など、現場での判断の根拠となるような知見が多く出されることが求められる。

### 3 . EPDS に対する関連要因

これまで、EPDS に関連する要因のリスクファクターについて、数多くの先行研究がおこなわれてきた。しかし、妊娠期と産後のリスクファクターの区別化はおこなわれていても、産後の複数の時点でリスクファクターが変わり得る、という視点での評価はあまりおこなわれてこなかった。本研究では、時期によりリスクファクターやそのリスクの大きさが変化する可能性が示された。

妊娠期の EPDS 陽性と産後の EPDS 陽性に強い関連が認められたことも本研究で得られた重要な知見の一つだと考えられる。わが国では、産後に比べて産前の EPDS の実施は少ない。本研究の解析は産後の EPDS を予測するためのものではないので、予測の精度などは今後、別の解析で検証をする必要があるが、妊娠期の EPDS は産後の EPDS の関連要因であることは示すことができた。

また、解析については、本研究は 14 の産科施設で分娩をした女性を対象にしている。この 14 の産科施設には、高次医療機関もあれば、地域のクリニックも含まれている。地域の実態把握をする上では最適な Population だが、解析をしていく上では、施設の方針やそこに集まる妊産婦の特性の差などを考慮する必要がある場合もある。今後は、そうした状況に応じて、マルチレベル解析などの実施をおこなっていくことが課題であると考えられる。

### E. 結論

本研究の結果から、EPDS は測定時期や集団の特性により陽性者の割合が大きく異なる可能性があること、EPDS は合計得点だけでなく、因子得点など項目別にも評価をすることで妊産婦のメンタルヘルスの実態がよりつかめるようになること、妊娠期の EPDS は産後の EPDS の関連要因の一つになっていること、の 3 つのことが明らかになった。今後、より効果的な EPDS の使用・評価につながることを期待される。

### 引用文献・出典

1. Bennett HA, et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics and gynecology* 2004;103(4):698-709.

2. O'hara MW, et al. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *Int Rev Psychiatr* 1996;8(1):37-54.
  3. 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 .
  4. 岡野禎治ほか．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* 1996;7(4):525-33.
  5. Gibson J, et al. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiat Scand* 2009;119(5):350-364.
  6. 竹原健二．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 .
  7. Tuohy A, McVey C. Subscales measuring symptoms of non-specific depression, anhedonia, and anxiety in the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society* 2008;47(Pt 2):153-69.
  8. Swalm D, et al. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for perinatal anxiety. *Archives of women's mental health* 2010;13(6):515-22.
  9. King PA. Replicability of structural models of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a community sample of postpartum African American women with low socioeconomic status. *Archives of women's mental health* 2012;15(2):77-86.
  10. Kubota C, et al. Factor structure of the Japanese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the postpartum period. *PloS one* 2014;9(8):e103941.
  11. Matthey S. Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders. *Depression and anxiety* 2008;25(11):926-31.
  12. Howard LM, et al. The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *BMC pregnancy and childbirth* 2011;11:57.
- F. 研究発表**
1. 論文発表  
なし
  2. 学会発表  
竹原健二ほか．わが国の妊産婦における妊娠 20 週から産後 3 か月までの産前・産後うつの割合とその推移 .第 73 回日本公衆衛生学会総会抄録集 2014;286.
- G. 知的財産権の出願・登録状況**
- なし

特になし