

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 24 年度～平成 26 年度 総合研究報告書

研究代表者 久保 隆彦

平成 27 年 (2015) 年 3 月

目 次

I. 総合研究報告

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) アンケート調査用紙

II. 総合分担研究報告

1. 妊産婦のメンタルヘルスのための診療体制構築と適切な政策に関する研究

森臨太郎

2. 母親のメンタルヘルス不調や乳幼児虐待の早期発見・早期介入のための産前・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

国内外の知見の総括およびわが国で実施する多領域協働での支援づくり

吉田敬子

4. 助産師が考える妊産婦メンタルヘルスハイリスク群と支援の方向性

葛西圭子

5. 妊産婦のメンタルヘルスの状態と子どもとの愛着形成に関するコホート研究

(世田谷コホート) の計画と実施

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

本研究班は我が国における妊産婦のメンタルヘルスの実態を把握することを目的に東京都世田谷区内の全分娩施設 14 施設の協力を得て、妊娠 20 週から産後 3 か月までの計 6 回のアンケートを行う妊産婦の追跡調査をした。2012 年 11 月に開始、最終的に 1,775 名から参加同意が得られ、最終的に産後 3 か月時のフォローアップ調査には 1,406 名からの回答を得、我が国では極めて特異な縦断的妊産婦のメンタルヘルスに特化したデータベースを確立した。今後、このデータベースを利用したより多くの周産期メンタルヘルス研究が実施されることが期待される。

妊娠期から産後における、EPDS 陽性者ならびに WHO-5 ハイリスク者の割合は妊娠 20 週に比較し分娩直後に上昇し、産後 2 週時にピークとなる。その後低下し、産後 3 か月時には妊娠中のレベルに戻る。特にこの傾向は初産婦に顕著であることから、初産婦の妊産婦管理には注意を要する。これらのことから、産後 2 週間、1 ヶ月時における母親の産褥健診の必要性が明らかとなり、その際には妊婦健診と同様に公的補助が強く望まれる。

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・産後の危険因子は「精神的不安定状態」「妊娠・育児支援体制不足」「身体症状ならびに母乳分泌不全」に大別され、産後 2 週間、4 週間健診で大切なチェック項目が提案できた。これらの危険因子は周産期スタッフの問診や面接で把握可能であり、メンタルヘルス不調や乳幼児虐待のハイリスク者のスクリーニングに活用できる。しかし、危険因子となる認知特性のアセスメント法及び支援法は確立しておらず、それらの開発は今後の課題である。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婦健診では個別化した対応が求められる。

産科施設が捉えた『気になる妊産婦』に対して 専門の医療機関や行政機関との連携、面接や電話訪問などによるフォロー、気にかけるながらの経過観察が行われていたが、対応における医療連携、時間やマンパワーに問題があることが明らかになった。

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」 = 分担研究者の竹原班、「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」 = 分担研究者の立花班）の結果を参考に、日本の実情にあった適切な政策を検討した。以下の制度の構築が有効かもしれない。 メンタルヘルスを念頭においた妊産婦健診の導入：「精神的不安定状態」「妊娠・育児支援体制不足」「身体症状ならびに母乳分泌不全」に注目し、メンタルヘルスを評価、介入する妊産婦健診を薦め

る。特に初産婦はメンタルヘルス障害を合併しやすく、注意深い対応を要する。産褥期母親健診の新設：産後2週間と4週間（あるいは6週間）の時点で分娩施設での産褥婦・新生児健診制度を構築し、身体的精神的チェックリスクの評価を含む健診を行い、妊婦健診同様の公的補助を検討する。ハイリスク産褥婦には介入、地域を含めた多職種チーム管理を行う。産褥期における母児同時入院施設の設置と拡充：メンタルヘルスや社会的ハイリスクを有する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、診療報酬上の配慮を検討する。特定妊婦抽出のスコアツールの開発と制度の運用の推進：本研究班のデータベースを利用してハイリスク妊婦を抽出できる簡便なスコアリングシステムをこれから開発・検証・確立し、積極的な特定妊婦の運用を活性化させる。分娩施設と他の医療施設との連携を可能とする行政の介入：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であっても、現状では個人情報保護法により自治体との情報共有が妨げられ、分娩施設と精神科施設との連携が困難となっている。したがって、分娩施設、小児科施設で抽出されたハイリスク妊産褥婦の個人情報が他の医療施設と共有できるような制度を構築する。周産期メンタルヘルス地域協議会の推進：妊産褥婦のメンタルヘルスリスク群に対応するために、本研究で構築したような行政（保健師など）と地域医師会、分娩施設の産科医と助産師・看護師、精神科医、小児科医が一堂に会し、情報交換する協議会を自治体ごとに構築する。さらには、医療だけではなく保健、福祉・教育をも巻き込んだ地域システムを構築する。

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）
柳川侑子（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）
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）
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

本縦断研究の目的は、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の割合を把握すること、妊娠中期の妊婦のメンタルヘルスの状態が、産後の

メンタルヘルスのリスクを予測できるか検討すること、妊産婦のメンタルヘルスのリスク因子を探索的に検討すること、妊産婦のメンタルヘルスが子どもへの愛着や養育行動に及ぼす影響を検討すること、の4点であった。

分担研究者の立花は、児童虐待予防の観点から、妊娠期から母子保健関係者が気を付けるべき、産後にメンタルヘルス不調や養育不全を来しやすい母親の心理社会的な危険因子について検証することを目的とした。

分担研究者の吉田は、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、精神科医師が周産期の女性の精神面評価とケア、育児支援チームに参加することを目的に研究した。

分担研究者の葛西は、分娩を取り扱う産科施設において、日頃の臨床業務の中で、メンタルヘルス上『気になる妊産婦（リスクの高い、もしくは高そうな妊産婦）』の有無や、そうした妊産婦への対応、苦慮していることについて、より詳細な実態を把握すること、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、新生児訪問を実施す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て研究を行った。

分担研究者の森は、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、分担研究者が派生的に行っている班「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」=竹原班と「うつ病の妊産褥婦に対

する医療・保健・福祉の連携・協働による支援体制（周産期 G-P ネット）構築の推進に関する研究」=立花班の成果をレビューしたうえで、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

本縦断研究の対象者は東京都世田谷区内で分娩を取り扱っている14の全ての産科施設で分娩を予定し、本研究に同意を得られた妊婦とした。2012年11月末から2013年4月末に妊娠20週以前にリクルートをおこない、妊娠20週時にベースライン調査、その後、産後数日、2週、1か月、2か月、3か月の計5回のフォローアップ調査を含め、全6回のアンケート調査を実施した。データの収集方法は、自記式質問紙およびiPadのアプリケーションへの回答とした。産後2週の検診を実施していない施設の対象者に対しては、研究事務局から対象者に質問票を送付し、郵送により回収した。産後2か月、3か月時の調査は、同様に、事務局と対象者の間で郵送により質問票を送付・回収した。

各時点の質問票には、「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」などのパラメータを盛り込んだ。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。データの質の担保や、対象者の脱落を防ぐことを目的に、本研究で調査協力施設ごとに、調査員が分担をして調査の進捗状況を監督する方法をとった。調査員

はおおよそ 2-3 週に 1 度のペースで各施設を訪問し、各施設のスタッフ(主に産科医、助産師、受付スタッフ)との話し合いや、iPad の中に蓄積された回答データや、自記式質問票の回収をおこない、調査が円滑に進行しているかどうかを定期的に確認した。(調査に使用したアンケート票はまとめて最後に添付した。)

分担研究者の立花は、世田谷区の妊産褥婦のメンタルヘルスについてのコホート調査のデータを用い、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、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、産後 3 か月の乳幼児虐待傾向・乳幼児虐待を予測する妊娠 20 週頃及び産後の様々な因子について、ロジスティック回帰分析で検証した。

分担研究者の吉田は、国内外で行われてきた周産期メンタルヘルスの評価方法とケアについての知見についての総括を行い、EPDS について妊娠中からの使用について調べ、育児障害をきたすハイリスク要因について検討した。さらに、赤ちゃんへの気持ち質問票の評価を国内外の結果と比較した。妊婦からはじめる精神面の評価・ケアとその後の継続支援を行っている医療機関の産科、精神科、小児科の医師に協力を要請し、多領域協働の中での医師の役割について検討した。

分担研究者の葛西は、世田谷区の産科施設全 14 か所と、区内の産後ケアセンター 1 か所の計 15 か所に対して質問票を送付し、その施設の現状・実態について尋ね、区内の産科施設の関係者などが集まる会議で共有し、その意見をまとめた。都内で新生児訪問を行っている助産師 13 名を対象として、産後早期における妊産婦のメンタルヘルス状況についてインタビュー調査を実施した。

分担研究者の森は、各研究班の成果をレビューし、検討を加えた。

(倫理面への配慮)

研究の実施に先立ち、(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、すべての対象者に対し、文書および口頭にて研究の説明をおこなった上で、研究参加への同意を書面で得た。

C. 研究結果

2012 年 11 月よりリクルートを開始し、1,775 名から研究参加への同意を取得した。妊娠 20 週時のベースライン調査に参加した対象者は 1,717 名であった。最終的に、産後 3 か月時の質問票には、1,406 名からの回答を得た。これは、ベースライン調査の回答が得られた対象者の 81.9%であった。分析対象 1,311 名のうち、初産婦が 721 名(55.2%)、経産婦が 585 名(44.8%)、分娩歴の無回答 5 名であった。年齢は初産婦が 33.7 歳、経産婦が 35.1 歳であった。就労状況は初産婦では 69.0%が何らかの職に就いており、特に常勤職に就いているものが初産婦の 47.3%を占め、もっとも多かった。経産婦では、就労なし(専業主婦)が 53.2%ともっとも多く、次いで常勤職の 32.2%だった。双胎は併せても 19 名(1.4%)に留まった。今回の妊娠前の精神科既往歴があるものは初産婦で 105 名(14.6%)、経産婦で 55 名(9.5%)であった。在胎週数は初産婦が 39.6 週、経産婦が 39.1 週であった。分娩様式は初産婦では自然分娩が 51.8%、器械分娩が 21.6%、予定および緊急帝王切開が 19.6%であった。無痛分娩は初産婦・経産婦ともにおおよそ 30%であった。

EPDS 陽性者(9 点以上)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

かになった。経産婦では、妊娠 20 週から、8.8%、8.8%、8.4%、5.8%、7.4%、6.8% となりほぼ横ばいとなることが示された。EPDS の 10 項目を 5 つの構成概念に分け、推移を調べたところ、初産婦・経産婦ともに Anxiety に関する因子 (EPDS の項目 3-5) の得点がいずれの時点においても、もっとも高かった。妊娠期の EPDS 陽性者における EPDS 陽性オッズ比は 3.85-7.24 倍と、いずれの時点のでももっとも高いオッズ比が算出された。

WHO-5 精神的健康状態表は、5 項目の合計得点が 13 点未満もしくは、全 5 項目のいずれかに、「0 点：まったくない」、「1 点：ほんのたまに」のいずれかの回答がある場合には、大うつ病の調査を実施することが推奨されているスクリーニングツールである。初産婦と経産婦のいずれにおいても、「ぐっすりと休め、気持ちよく目覚めた」という項目の平均得点が産後 2 週と 1 か月時を底として、顕著に低下し、その後、回復していく経過を辿ることが示された。

妊娠 20 週時にパートナーからの Emotional サポートがない場合の EPDS 陽性のオッズ比は 8.16 (95% Confidence Interval(CI): 3.39-19.66) であった。産後数日時の実母・義母からの Emotional サポートがない場合は 2.11 (95% CI: 1.13-3.94)、産後 3 か月時にパートナーからの Emotional サポートがない場合は 2.82 (95% CI: 1.13-7.00) となった。

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」、「赤ちゃんをととても身近に感じない」、「母乳の出が悪い」、「私は孤独で友達がいないと感じている」、「私の子どもは、他の子どもよりも手がかかるようだ」が関連した。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いと感じている」が関連した。

妊娠中期における分娩 2 週後の抑うつ状態の危険因子は、「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」「妊娠中期 20 週頃の時点で抑うつ状態」であった。

分娩直後の分娩 2 週後の抑うつ状態の危険因子は、「母乳栄養でない」「尿漏れ」「妊娠前の精神科通院歴」「生後 4、5 日後に抑うつ状態」であった。

妊娠中期の産後の虐待の危険因子は、「無就労または不規則な就労形態」「パートナーによる家事のサポートが乏しい」「赤ちゃんをあやした経験が乏しい」「喫煙」「AD/HD 傾向」であった。

分娩直後から分娩 2 か月後の産後 3 か月の虐待の危険因子は、「会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み」「腰痛」「パートナーの家事・手伝いが乏しい」「赤ちゃんがなぜ泣いているのかわからない」「赤ちゃんの気持ち質問票で愛情の欠如」「抑うつ状態（EPDS 高得点）」「AD/HD 傾向」であった。

「赤ちゃんへの気持ち質問票」は EPDS と異なり、精神科疾患の外的基準はなく、区分点はない。因子構造は、わが子への親しみの欠如と怒り・拒否の 2 因子が抽出され、海外の報告と同様であった。妊娠から出産後および乳幼児にいたる育児支援には、多領域協働のチーム編成が必要であることが分かった。産科医師は助産師とともに「育児支援チェックリスト」「EPDS」「赤ちゃんへの気持ち質問票」の質問票を工夫すれば用いて妊婦の診察に活用することができた。小児科医師は低出生体重児や小児疾患を抱える子どもの診察に際して母親のメンタル面にも留意し、3 つの質問票で母親の産後うつ病のスクリーニングも行うことができた。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。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、精神科スタッフに連携できる必要があるが、児童・乳幼児精神医学専門ではない地域の精神科医師は、妊産婦や乳児を敬遠する傾向が顕著であった。そこで、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継続した結果、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。

産科施設が自施設を訪れた妊産婦に占める『気になる妊産婦』の割合は 5 % 未満が 4 施設、5 ~ 10 % 未満が 3 施設であった。対応で困っていることとして、精神科に関する専門的な知識がないことや、『気になる妊産婦』に対して相談や連携してケアをできる精神科医および精神科医療施設が乏しいこと、対応したくても時間とマンパワーを割くことができないことが示された。

母児訪問助産師が捉えた産後早期における妊産婦のメンタルヘルス状況では、訪問によって観察された【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> 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、母児に対する【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。

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。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、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。

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、産褥期、特に出産後2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2週間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、先進諸外国のように、母児の社会健診を生後2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。

D. 考察

本研究は約2年という比較的短い期間で、研究計画立案、倫理委員会の承認、参加協力施設への協力依頼、データの収集、データセットの構築といった作業をおこなった。先行研究でみられるような、健診時のみのデータ収集ではなく、妊娠期から産後にかけての妊産婦のメンタルヘルスの実態を把握するためにデータ収集をおこなうことができた。短期間で確立されたデータベースであるために十分な解析、検討がなされていない。しかし、この妊産婦メンタルヘルスの縦断的データベースは稀有、特異なものであることから、このデータベースを用いて、わが国の妊産婦のメンタルヘルスの研究が実施されれば、具体的な予防方法などの極めて大切な政策提言につなげていくことが期待される。

現時点で明らかになったことの一つは、妊産婦のメンタルヘルスは時期によって大きく異なり、特に初産婦では産後2週時にEPDS陽性者が25%と顕著なピークがあることが認められた。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産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。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。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。

また、EPDSを構成する因子の得点の推移を見てみても、そのトレンドが異なることも示されたことから、EPDSで収集された複数のデータを比較・検討する際には、調査が実施された時期を無視することはできない。本来、対面式で使われることが望ましいEPDSは臨床や公衆衛生の現場でも自記式質問票で用いられる機会が少ないのが現状である。こうした自記式EPDS

の評価方法はカットオフ値（8/9点）のみが多いが、本研究で示したように、EPDSはその構成概念ごと、国際的にはすでに実施されているように項目ごとの評価・検討を試みることで、対象者のメンタルヘルスの状況をより詳しく把握できるものと思われる。

妊娠期におけるEPDSの実施が有用である可能性が示されたことも、本研究の成果だと考えられる。産後のEPDSとの強い関連（調整後オッズ比）が示された。これまでも、妊娠前の精神科既往歴は、産後うつのリスク因子として広く知られ常に注目されてきた。妊娠期のEPDSもそうした調整変数や背景因子として重要な位置付けになる可能性が示されたと言える。

但し、この研究が東京都世田谷区という都会で実施されたものであるため、この成果が日本全国で均てん化できるとはいえない。本研究と同一プロトコールで分担研究者の竹原が愛知県西尾市で展開している。西尾市は都会とは対極的な田舎であり、この結果と本研究の成果とを比較検討することでさらなる妊産褥婦のメンタルヘルス健診が構築できると考えている。

メンタルヘルス不調や養育不全・乳幼児虐待のハイリスクの母親を妊娠中などの早期から同定する上で明らかとした危険因子は妊娠期に、産科外来などにおいて問診票でチェックできるものであり、今後妊娠期のメンタルヘルスのスクリーニングの中に含むべき重要な項目と考えられる。一方で、産後うつ病の危険因子としての尿漏れや、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。虐待傾向や虐待の危険因子として、母親の発達障害や衝動性などの認知特性の重要性が示唆されたことから、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のついででの確立が必要であると考えられる。

母親の就労状況、望まない妊娠、家庭内の支援、喫煙、産後の身体の痛みに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から、産前教育・産後指導の重要性が示唆された。

本研究で明らかになった産後の母親のメンタルヘルス不調や養育不全・児童虐待の危険因子は、ハイリスク者を同定するための妊婦健診のスクリーニングの項目として活用しうる。今後、周産期医療の中にメンタルケアがルーチンに含まれ、メンタルヘルス不調や養育不全を来しうる母親を早期に発見し支援していく仕組みづくりが望まれる。それと同時に、メンタルヘルス不調の母親をサポートする支援体制の構築をしていくことも重要と考えられる。

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。プライマリケアに携わる医療機関が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。わが子に対する情緒的な絆が持てない母親は、虐待のリスクが高くなるが、虐待する養育者には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拒否する母親で「赤ちゃんへの気持ち質問票」の合計点3点以上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。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、簡便なスクリーニングを策定する必要であるが、EPDS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、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。

第1子を出産する母の年齢は、2010(平成22)年で平均29.9歳であり、年々上昇

傾向にある。この女性たちの大学・短大進学率は2000(平成12)年48.7%である。高学歴化は、社会的責任を猶予される「モラトリアム」期間の延長や、親からの経済的、心理的自立時期を遅くしている。女性の就業率は、2010(平成22)年の25歳から29歳では72.7%、30歳から34歳で64.1%となっている。有配偶でも約半数が就業している。日本経済は1990年代初頭のバブル崩壊から出産後も就業を継続する女性が多いと考えられる。出産医療環境は、里帰り出産や、分娩の集約化に伴う医療施設の移動は継続した関わりが問題になる場合がある。このような出産する女性を取り巻く環境の変化を踏まえて、医療施設が『気になる妊産婦』への対応としては各施設において、メンタルヘルスに問題を抱える妊産婦を早期に発見し、適切なケアの提供をはじめることが不可欠である。

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。母親の表出された表情や生活行動、児の状況と育児状況について、母親のメンタルヘルス状況や育児状況が見えてくる。その状況に関連している母親の体験を補うような場の提供と、周囲のサポート体制の強化、加えて、助産師の専門的支援の必要性が明らかになった。

当該研究のように、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。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。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

3年間の研究から、我が国における女性と子どもの健康のため、妊産褥婦のメンタルヘルスを考慮した以下の政策の可能性が導かれたので提案する。

(1)メンタルヘルスを念頭においた妊産褥婦健診の導入(図1)

妊婦の高齢化、核家族化、女性の社会進出などにより妊産褥婦のメンタルヘルスは脅かされているにも拘らず、現在の妊婦健診は医学的異常の発見のみが優先され、妊産褥婦のメンタルヘルスへの配慮がない。そこで、「精神的不安定状態」「妊娠・育児支援体制不足」「身体症状ならびに母乳分泌不全」に注目し、メンタルヘルスを評価、介入する妊産褥婦健診を導入する。特に初産婦はメンタルヘルス障害を合併しやすく、注意深い対応を要する。以下の事項に該当する場合には特に留意が必要である。

<妊娠初期>精神疾患の既往あるいは治療中、AD/HD傾向、喫煙、赤ちゃんをあやした経験の欠如、妊娠期・育児期の支援体制不備

<妊娠中期>不規則な就労形態、パートナーからの情動的・実質的支援不足、交友関係が少ない、抑うつ傾向、自閉傾向

<分娩直後>分娩に対する不満、抑うつ傾向、乳腺炎・切開縫合痛・尿漏れ、母乳分泌不良

<産後2週間>身体的疼痛、母乳分泌不良、抑うつ傾向、赤ちゃんを身近に感じない、なぜ泣いているか分からない、AD/HD傾向

(2) 産褥期母親健診の構築 (図1)

産後2週間と4週間(あるいは6週間)の時点で分娩施設での産褥婦・新生児健診制度を構築し、本研究で抽出された身体的精神的チェックリスクの評価を含む健診を行う。現在実施されている妊婦健診と同様の公的補助を導入する。抽出されたハイリスク産褥婦には介入、地域を含めた多職種チーム管理を行う。

(3) 産褥期における母児同時入院施設の設置と拡充

核家族で周囲からの支援が得られない産褥婦はメンタルヘルスや社会的ハイリスクを有しやすいが、現状での対応では困難なため、母児入院加療できる施設を高次医療圏ごとに設定する。現在、少数ではあるが私的・公的ケアハウスが導入されつつあるが、施設基準、人的条件を行政が整備し、多くの核家族産褥婦が利用できる状況ではない。この状況を打破するために診療報酬上の配慮も検討する必要がある。

(4) 特定妊婦抽出のスコアツールの開発と制度の運用の推進 (図1)

本研究ではリスク因子の抽出に留まったが、この班のデータベースを利用してハイリスク妊婦を抽出できる簡便なスコアリングシステムを開発し、都市部だけではなく様々な地域で検証し、スコアを確立する必要がある。このツールが確立されれば、特定妊婦の抽出は容易となり、その運用は日本全土で展開可能となる。

(5) 分娩施設と他の医療施設との連携を可能とする行政の介入

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であっても、本人の同意が無ければ現状では個人情報保護法により自治体との情報共有が妨げられている。このため、分娩施設と精神科施設との円滑な連携は困難となり、虐待などの重大な事件とならなければ対応できない。そこで、分娩施設、小児科施設

で抽出されたハイリスク妊産褥婦の個人情報ほかの医療施設と共有できるような制度を構築する。

(6) 周産期メンタルヘルス地域協議会の推進

妊産褥婦のメンタルヘルスリスク群に対応するために、本研究で構築した自治体(行政、保健所など)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ごとに構築する。さらには、医療だけではなく保健、福祉・教育をも巻き込んだ地域協議会の構築を目指す。(図2)

図1

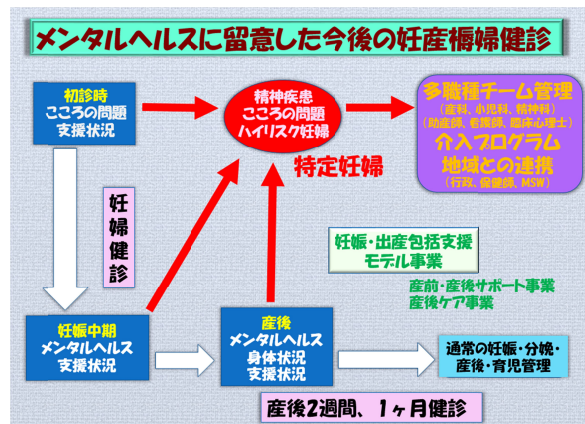
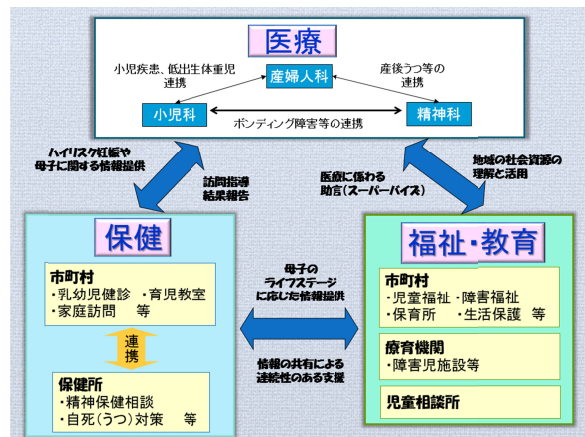


図2



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

妊産婦のメンタルヘルスのための診療体制構築と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病の有病割合と、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、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。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。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

平成25年度研究

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病の有病割合と、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。

平成 26 年度研究

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

各研究班の成果をレビューし、検討を加えた。さらに、当該研究班の竹原分担班および立花分担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

平成 25 年度研究

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-5 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

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%)、妻とのスキンシ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-5 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-5 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-5 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-5 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-5 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。

平成 26 年度研究

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、妊娠中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、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。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来た。

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。

平成26年度の成果を含めて考慮すると、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。

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。

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

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

母親のメンタルヘルス不調や乳幼児虐待の早期発見・早期介入のための 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、母親のメンタルヘルス不調や乳幼児虐待の早期発見・早期介入のための、産前・産後における危険因子について明らかにすることを目的とした。母親のメンタルヘルス不調や乳幼児虐待の危険因子として、ソーシャルサポートや就労の問題、母親の認知特性、精神科既往、周産期の身体的トラブルが重要であることが示された。これらの危険因子は周産期スタッフの問診や面接で把握可能であり、メンタルヘルス不調や乳幼児虐待のハイリスク者のスクリーニングに活用できる。また、危険因子となる認知特性のアセスメント法及び支援法は確立しておらず、それらの開発は今後の課題である。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。身体的ケアにメンタルケアを組み入れ、母親のメンタルヘルス不調や乳幼児虐待に対し早期発見・早期介入を行っていくような周産期ケアの確立が望まれる。

研究協力者:

小泉智恵（国立成育医療研究センター研究所）
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

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に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、妊娠期から母子保健関係者が気を付けるべき、産後にメンタルヘルス不調や養育不全を来しやすい母親の心理

社会的な危険因子について検証することを目的とした。

B. 研究方法

世田谷区の妊産褥婦のメンタルヘルスについてのコホート調査のデータを用い、産後うつ病および産後の養育不全・乳幼児虐待の産前・産後のリスク因子について、ロジスティック回帰分析を行って、検証することとした。

研究 1. 産後うつ病の予測因子についての研究

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。さらに、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。

研究 2.

産後 3 か月の乳幼児虐待傾向・乳幼児虐待を予測する妊娠 20 週頃及び産後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。

C. 研究結果

解析の結果、下記が統計的に有意な危険因子となった。

研究 1．産後うつ病の危険因子

妊娠中期における、分娩 2 週後の抑うつ状態の危険因子

- ・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
- ・精神科に通院中である
- ・妊娠中期 20 週頃の時点で抑うつ状態

分娩直後（4，5日後）における、分娩 2 週後の抑うつ状態の危険因子

- ・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こと

研究 2．虐待傾向・虐待の危険因子

産前の危険因子

1)妊娠中期における、産後の虐待傾向の危険因子

- ・一週間の就労時間が少ないか不規則
- ・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
- ・自閉症傾向
- ・衝動性

また、

- ・生殖医療の治療歴
 - ・妊娠で仕事を失職・離職
- が統計的に有意な保護的因子であった。

2)妊娠中期における、産後の虐待の危険因子

- ・無就労または不規則な就労形態
- ・パートナーによる家事のサポートが乏しい
- ・赤ちゃんをあやした経験が乏しい
- ・喫煙
- ・AD/HD 傾向

産後の危険因子

1)産後直後から分娩 2 か月後における、産後 3 か月の虐待傾向の危険因子

- ・会陰縫合部または帝王切開時の傷の痛み
- ・産後に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)分娩直後から分娩 2 か月後における、産後 3 か月の虐待の危険因子

- ・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」
- ・抑うつ状態（エジンバラ産後うつ病評価尺度の高得点）
- ・腰痛
- ・AD/HD 傾向

D. 考察

本研究により、メンタルヘルス不調や養育不全・乳幼児虐待のハイリスクの母親を妊娠中などの早期から同定する上で重要な危険因子について明らかにした。

本研究で示された産後うつ病の予測因子は妊娠期に、産科外来などにおいて問診票でチェックできるものであり、今後妊娠期

のメンタルヘルスのスクリーニングの中に含むべき重要な項目と考えられる。

一方で、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。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。

虐待傾向や虐待の危険因子として、母親の発達障害や衝動性などの認知特性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が必要であると考えられる。

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教育・産後の指導の重要性が示唆された。

一方で、生殖医療の治療歴や妊娠で仕事を失職・離職が保護的因子となることが明らかとなった。虐待の危険因子だけでなく、保護的因子についての研究も今後必要と考えられる。

本研究により、産後の母親のメンタルヘルス不調や養育不全・児童虐待の危険因子が明らかになった。このような因子は、ハイリスク者を同定するためのスクリーニングの項目として活用しうる。今後、周産期医療の中にメンタルケアがルーチンに含まれ、メンタルヘルス不調や養育不全を来し

うる母親を早期に発見し支援していく仕組みづくりが望まれる。それと同時に、メンタルヘルス不調の母親をサポートする支援体制の構築をしていくことも重要と考えられる。

E. 結論

本研究により、産後のメンタルヘルス不調や養育不全・乳幼児虐待の母親の危険因子が明らかになった。これらの危険因子の多くは、妊娠期をはじめとした周産期の問診や面接で把握可能であり、ハイリスク者のスクリーニングに活用できる。また、本研究において、発達障害や衝動性など母親の認知特性が児童虐待の危険因子となった。母親の認知特性に対するアセスメント・支援法は確立されておらず、今後さらなる研究が望まれる。さらに、産後の身体の不調が母親のメンタルヘルス不調や乳幼児虐待の危険因子となることが明らかとなった。このことにより、身体的ケアにメンタルケアを組み入れた周産期ケアの重要性が示唆された。

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 国内外の知見の総括およびわが国で実施する多領域協働での支援づくり

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

本研究に参加するにあたり、平成 24 年度の初年は国内外で行われてきた周産期メンタルヘルスの評価方法とケアの知見についての総括を行った。これにより今後は妊娠期からのメンタルヘルスの取り組みの重要性が確認されたので、妊娠中からはじめる本研究のプロトコルを精神科として検討した。その結果、エジンバラ産後質問票は妊娠中から採用し、また同じ調査時点で、特定妊婦にみられるハイリスク要因について調べる方法を取った。その結果、産後うつ病の検出とハイリスク要因には関連があり、妊産婦の各時期に携わる医師も含めた多領域の保健医療福祉スタッフすべてが関与する必要性が確認された。

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）

A. 研究目的

分担研究者が平成 4 年度から行ってきた産後うつ病をはじめとした研究と国内外の報告から鑑みて、わが国における妊産婦の精神面の評価と育児支援の体制がいかにあるべきかについて、周産期精神医学の立場から研究協力する。特に、これまで行ってきた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、精神科医師が周産期の女性の精神面評価とケア、育児支援チームに参加することを目的にして、それぞれの専門の医師の役割分担も含めて、診療連携のあり方を明らかにする。

B. 研究方法

本研究に参加するにあたり、平成 24 年度の初年は国内外で行われてきた周産期メン

タルヘルスの評価方法とケアについての知見についての総括を行った。そして精神科領域から参加している分担研究者として、エジンバラ産後質問票について妊娠中からの使用について調べる。また育児障害をきたすハイリスク要因について、本研究の質問票に取り入れる項目を検討する。さらに、赤ちゃんへの気持ち質問票は、研究協力者のわれわれ、および海外でも使用が報告されており、本研究においても使用する。またその得点の評価を、国内外の結果と比較する。

さらに平成 26 年度からは、妊婦から始める精神面の評価・ケアとその後の継続支援を行っている医師に協力を要請し、多領域協働の中での医師の役割について報告をしてもらった。調査は、大学病院、総合病院、地域の診療所クリニックなど機能の異なる医療機関を対象にして、産科、精神科、小児科の医師を対象に行った。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、まとめを要請した。

(倫理面への配慮)

個人を特定できる妊産婦のデータは含まれておらず、本研究は、介入研究ではなく、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

1) わが国での産後うつ病の研究

平成4年の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」(班長:九州大学産婦人科教授中野仁雄)から始まった。精神科医師と産婦人科医師および助産師を研究班員としており、現在の多領域協働での妊産婦のメンタルヘルスの評価とケアおよび育児支援のチーム編成の基礎となった。この研究は、出産後の母親のうつ病に主眼を置いていた。その結果、産後うつ病の発症頻度が約10%と、欧米と同じであること、発症は欧米の報告より早く出産後2週から4週間の間に発症していること、産後うつ病の母親が精神科を自ら受診することは極めてまれであることが明らかとなった。これにより、産後うつ病は産科スタッフが関与する出産後1か月までに検出できること、メンタルケアと育児支援が必要な母親が自ら支援を求めている実態を考えて、育児支援は、保健行政機関などから出産後の母子訪問を行うアウトリーチ型が望ましいことが分かった。

2) 出産後の母親の精神面の評価とケア、育児支援の方法について

平成10年度から福岡市の保健福祉行政機関の一つである博多保健所と九州大学病院が連携して、地域での母子訪問対象者について、産後1年間のうつ病の発症と育児

支援の内容や適任担当機関・者について検討した。地域の保健師と助産師を中心とした支援であるため、3つの質問票:育児支援チェックリスト(現在の特定妊婦に見られるハイリスク要因のリスト)、エジンバラ産後うつ病質問票、赤ちゃんへの気持ち質問票を利用し育児支援機能を包括的に評価し、支援の対象者の同定を行った。またこの研究から母訪問の対象となる母親での産後うつ病の発症率は28%と高率であること、精神科既往歴(チェックリストから検出できる)のある母親は精神科への紹介が必要であったことが分かった。また小児疾患を抱えている子どもの母親は高率に産後うつ病を発症していたこともわかった。これらの知見を受けて福岡市では、平成13年度から7つの保健所すべてで3つの質問票を導入した。この時点からすでに育児支援には、精神科医師も含めた医師の協力が必要であることもわかった。また産科、小児科医師も周産期の早い時期から地域の育児支援者および精神科医師と協働する必要性も明らかになった。

3) 全国での保健福祉機関の母子訪問担当者を対象とした研修

福岡市での研究と知見から、平成16年度から18年度までは、全国の母子訪問担当者を対象に3つの質問票について使用方法についての教育と、それに基づいた支援の実際について研究を行った。多数のケースから、エジンバラ産後うつ病質問票の区分点以上(わが国では30点満点の9点以上)で検出された母親では、「育児不安」「産後うつ病」「不適切な育児および虐待」の例までが明らかになった。またその内容は他の2つの質問票によりある程度区分され、特に赤ちゃんへの気持ち質問票で、母親の乳児に対する怒りと拒絶の気持ちを検出できること、それはエジンバラ産後うつ病質問票の区分点以上の母親群に優位に多く見

られたことも明らかになった。3つの質問票を組み合わせることにより、母親の精神面の評価と問題点がかなりわかることが明らかになった。また実際に質問票を使用している地域のスタッフは、教育研修の内容はより理解されていることもわかり、使用を促す結果となった。

4) 赤ちゃんへの気持ち質問票

エジンバラ産後うつ病質問票と異なり、本質問票は、精神科疾患の外的基準はなく、区分点はない。以前の研究で、研究協力者たちが行った地域のマタニティ病院での（ハイリスク妊産婦のみを対象としていない地域の出産後の母親が対象）調査から、因子分析と得点分布を解析した。本質問票は、総合点30点満点で、多くの母親が0点から2点に入る得点分布となった。因子構造は、わが子への親しみの欠如と怒り・拒否の2因子が抽出された。海外の報告でも同じ結果であった。本研究では、妊娠中から調査したハイリスク諸因子とこの質問票の得点分布との関連を診ることができるので、解析結果を待つ。

5) 多領域協働での育児支援チームの一員としての、医師の参入の検討と役割

これまで述べた知見、および海外での文献の紹介から、妊娠中に何らかの心理社会的なストレスを持っている妊婦は、産後うつ病の発症が高く、また、子どもの産科・小児科的転帰およびその後の小児の認知発達や行動面の予後も悪いことが明らかになった。そこで、本研究のプロトコールは価値があることが分かった。またこれまでの研究から、妊娠から出産後および乳幼児にいたる育児支援には、多領域協働のチーム編成が必要であることが分かったが、これは、周産期からの虐待防止のために特定妊婦の検出と産科スタッフから始める育児支援が必要であることと、かなり重なり合う

部分がある。そこで、平成26年度の研究協力は、「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」とした。各領域の専門医師の役割と支援方法について、平成27年1月31日から2日間にわたり報告会を行った。報告の内容は以下の通りであった。

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が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（調査継続中）。

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もあるので、これらの子どもを診ている小児科医師は、母親が妊娠中から抱えている心理社会的なストレスの存在を認識して、育児支援をすることが重要となるからである。そこで、小児科医師の工夫として、ある小児科医師が、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うことができた。またそれをもとに母親の精神面について小児科が診療中にふれたことは、母親にとり満足のいく結果となった。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。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。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たがらない場合、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く、平成26年度の報告から、医師がメンタルケアと育児支援のチームの一員として機能することも明らかになった。

わが子に対する情緒的な絆が持てない一群の母親は、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って安全である。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が、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、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がある。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ので、妊娠期からはじめる妊産婦へのメンタル評価とケアが必要である。今後は、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

助産師が考える妊産婦メンタルヘルスハイリスク群と支援の方向性

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

産科施設が捉えた『気になる妊産婦』に対して 専門の医療機関や行政機関との連携、面接や電話訪問などによるフォロー、気かけながらの経過観察が行われていたが、対応における医療連携、時間やマンパワーの問題が明らかになった。妊娠期から産後における妊産婦の日本版エジンバラ産後うつ病自己評価表（EPDS）を用いた 9 点以上のメンタルヘルスハイリスク割合は、産後 2 週が最も高く、初産婦が経産婦に比してその割合が高く 25%であった。新生児訪問を実施する 13 名の助産師のインタビューからは、母親のメンタルヘルスと育児状況を客観的に観察し、その状況に関連する母親の体験や、母児に対する支援について報告された。

研究協力者

平成 24 年度：

竹原健二（国立成育医療研究センター研究所）
掛江直子（国立成育医療研究センター研究所）
三木佳代子（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）

平成 25 年度：

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）

平成 26 年度：

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

平成 24 年度は、分娩を取り扱う産科施設において、日頃の臨床業務の中で、メンタルヘルス上『気になる妊産婦（リスクの高い、もしくは高そうな妊産婦）』の有無や、そうした妊産婦への対応、苦慮していることについて、より詳細な実態を把握することを研究の目的とした。平成 25 年度は、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、最終年度である平成 26 年度は、新生児訪問を実施す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て研究を行った。

B. 研究方法

平成 24 年度は、世田谷区の産科施設全 14 か所と、区内の産後ケアセンター 1 か所

の計 15 か所に対して質問票を送付し、その施設の現状・実態について尋ねた。

メンタルヘルスのリスクが高そうな妊産婦の有無や、そうした方々への対応などについて、自由記述を中心に質問項目を設定した。この調査結果は、区内の産科施設の関係者などが集まる会議で共有し、その意見をまとめた。

平成 25 年度は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、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。

平成 26 年度は都内 A 区で新生児訪問を行っている助産師 13 名を対象として、産後早期における妊産婦のメンタルヘルス状況についてインタビュー調査を実施した。

(倫理面への配慮)

平成 24 年度の研究では倫理的な問題はないと判断した。平成 25 年度、平成 26 年度は倫理委員会の審議を受け承認されている。

C. 研究結果

産科施設が自施設を訪れた妊産婦に占める『気になる妊産婦』の割合は、回答のあった 11 施設のうち、5%未満が 4 施設、5~10%未満が 3 施設であり、精神的な落ち込みや、極度な神経質などが報告され、産前・産後に家族のサポートを得ることが難しいケースがあることが示された。その対応としては、主に 専門の医療機関や行政機関との連携、面接や電話訪問などによるフォロー、気かけながらの経過観察、の 3 つに分類された。対応で困っていることとして、精神科に関する専門的な知識がないことや、11 施設中 9 施設は『気になる

妊産婦』に対して、相談や連携してケアをできる精神科医および精神科医療施設が乏しいこと、対応したくても時間とマンパワーを割くことができないこと、『気になる妊産婦』とのコンタクトが困難であることなど、日々の臨床業務の中で困っている実態が示された。

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調査では、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。

母児訪問助産師が捉えた産後早期における妊産婦のメンタルヘルス状況では、訪問によって観察された【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、母児に対する【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。

D. 考察

第 1 子を出産する母の年齢は、2010 (平成 22) 年で平均 29.9 歳であり、年々上昇

傾向にある。同年の女性の平均初婚年齢は28.8歳となっている。この女性たちは一人っ子、あるいは二人程度のきょうだいの中で育った。両親に大切に育てられてきた世代である。

この女性達の大学・短大進学率をみると、2000（平成12）年48.7%である。高学歴化は、社会的責任を猶予される「モラトリアム」期間の延長や、親からの経済的、心理的自立時期を遅くしている。

女性の就業率は、2010（平成22）年の25歳から29歳では72.7%、30歳から34歳で64.1%となっている。有配偶でも約半数が就業している。日本経済は1990年代初頭のバブル崩壊から長い低迷期にある。現在、出産期にある女性たちは子ども時代にバブル崩壊を経験し、就職やその後の結婚生活にも何等かの経済的影響を受けている。全体としては近年の経済状況から出産後も就業を継続する女性が多いと考えられる。

社会状況としては、インターネットなどの通信技術の発展による生活への影響が大きい。平成23年通信利用動向調査¹⁾によると携帯電話は1999（平成11）年末には67.7%の保有率で2013（平成23）年では94.5%となっている。パソコン保有率では37.7%が77.4%となっている。インターネット環境が急速に整い、日常生活の多くをITに依存している世代である。インターネットの活用で妊娠経過や出産後の状況などはあふれる情報に良くも悪くも晒されている。また、出産医療環境は、里帰り出産や、分娩の集約化に伴う医療施設の移動など、妊婦健診と出産場所が異なる場合には、継続した関わりが問題になる場合がある。一方で助産師が主体的に取り組む「助産外来」や「院内助産」においては、診察とともに、妊産婦の心身へのきめ細かい対応が可能となっている。

このような出産する女性を取り巻く環境の変化を踏まえて3年間の研究を考察する。

医療施設が『気になる妊産婦』への対応として、施設内のスタッフの情報共有や、近隣の専門医や行政機関との連携体制の構築など、保健医療システムの強化・改善は重要である。しかし、その保健医療システムを活用するためには、まずは、各施設において、メンタルヘルスに問題を抱える妊産婦を早期に発見し、適切なケアの提供をはじめることが不可欠である。

EPDSが9点以上のハイリスク者割合では、初産婦、経産婦の別で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。

平成 26 年度研究の新生児訪問時に助産師によって観察された、母親や児の状況は、平成 24 年、25 年研究を補完し、具体的な状況を説明できる結果となった。母親の表出された表情や生活行動、児の状況と育児状況について、母親のメンタルヘルス状況や育児状況が見えてくる。その状況に関連している母親の体験を補うような場の提供と、周囲のサポート体制の強化、加えて、授乳や出産時の振り返り等には助産師の専門的支援の必要性が明らかになった。

E. 結論

産科施設で『気になる妊産婦』に対して専門の医療機関や行政機関との連携、面接や電話訪問などによるフォロー、気かけながらの経過観察を行っているが、医療連携や、時間とマンパワーの問題から対応に苦慮している実態が明らかになった。初産婦では経産婦より産後のメンタルヘルスハイリスク者割合が高く、退院後の変化を予測させる関わりが大切となると考えられた。母親のメンタルヘルスへの支援として、母親の体験を補うような場の提供と、周囲のサポート体制の強化、加えて、助産師の専門的支援の必要性が明らかになった。

参考資料・文献

1. 総務省，平成 23 年通信利用動向調査の結果，
http://www.soumu.go.jp/main_content/000161417.pdf
2. 総務省統計局，労働力調査

3. 厚生省の指標，国民衛生の動向
4. 葛西圭子：助産師が考える妊婦メンタルヘルスの問題点、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、2013 . 85-88.
5. 葛西圭子：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、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 . 67-71.

F. 研究発表

1. 学会発表
1) 妊産褥期におけるメンタルヘルスに関する縦断的実態調査，第 70 回助産師学会，2014 .

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

妊産婦のメンタルヘルスの状態と子どもとの愛着形成に関するコホート研究 （世田谷コホート）の計画と実施

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

本研究班では、わが国における妊産婦のメンタルヘルスの実態を把握することを目的に、東京都世田谷区内の14のすべての産科施設から協力を得て、妊娠20週から産後3か月まで、妊産婦を追跡した。本研究では、その縦断研究に関する計画や実施状況を記述することと、これまでに実施した解析の結果の概要をまとめることを目的とした。

本研究は2012年11月に開始され、最終的に1,775名から参加同意が得られた。そのうち、妊娠20週のベースライン調査のデータ収集に際し、1,717名からの協力を得た。最終的に産後3か月時のフォローアップ調査には1,406名からの回答を得た。妊娠20週と産科情報を収集した産後数日時の両時点のデータは1,311名から収集でき、そのうち1,180名が産後3か月時まで追跡された。わが国において、妊娠期から産後にかけて6時点でのデータ収集、および、ある地域のすべての産科施設が参加している、高い追跡率といった特徴のある縦断研究は極めて珍しい。本報告書や、これまでの当研究班の総括・分担研究報告書や、学会発表などでその成果の一部が報告されたが、今後も、引き続きこの縦断研究をもとに収集されたデータから、より多くの知見が出されることが期待される。

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）
柳川侑子（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）

A. 研究目的

本縦断研究の目的は、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の割合を把握すること、妊娠中期の妊婦のメンタルヘルスの状態が、産後のメンタルヘルスのリスクを予測できるか検討すること、妊産婦のメンタルヘルスの

リスク因子を探索的に検討すること、妊産婦のメンタルヘルスが子どもへの愛着や養育行動に及ぼす影響を検討すること、の4点であった。この目的を達しつつ、より質の高い科学的根拠を創出することを目指して、縦断研究の計画を立案し、データの収集をおこなってきた。今年度前半にすべてのデータの収集が終わり、データを用いた解析が始まったところである。

本研究報告書では、約2年間かけて計画・実施してきた縦断研究のその研究方法の概要と、これまでにおこなった解析結果の概要をまとめることを目的とした。

B. 研究方法

本研究の対象者は、東京都世田谷区内で分娩を取り扱っている14の産科施設にお

いて、分娩を予定しているすべての妊婦とした。調査期間は、2012年11月末から2013年4月末に、いずれかの産科施設に、妊婦健診のために訪れた妊婦に対して、妊娠20週以前にリクルートをおこない、妊娠20週時にベースライン調査、その後、産後数日、2週、1か月、2か月、3か月の計5回のフォローアップ調査を含め、全6回の調査を実施した。

データの収集方法は、すべて対象者による自記式質問紙およびiPadのアプリケーションへの回答とした。妊娠20週、産後数日、および産後2週、1か月時は、各調査協力施設において、健診時に質問票調査が実施された。産後2週の検診を実施していない施設の対象者に対しては、研究事務局から対象者に質問票を送付し、郵送により回収した。産後2か月、3か月時の調査は、同様に、事務局と対象者の間で郵送により質問票が送付・回収された。対象者から、明確な参加同意の拒否を示された場合や、妊娠が中断してしまった場合、および、転居して連絡先が不明などのように、脱落理由が明確になっている場合を除き、対象者には各時点で質問票を配布した。

各時点の質問票には、EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) と WHO-5 精神

的健康状態表が含まれた。その他の心理的尺度などの測定ツール、質問項目については、表1の通りである。

データの質の担保や、対象者の脱落を防ぐことを目的に、本研究で調査協力施設ごとに、調査員が分担をして調査の進捗状況を監督する方法をとった。調査員はおおよそ2~3週に1度のペースで各施設を訪問し、各施設のスタッフ（主に産科医、助産師、受付スタッフ）との話し合いや、iPadの中に蓄積された回答データや、自記式質問票の回収をおこない、調査が円滑に進行しているかどうかを定期的を確認した。その際に、何か不具合が生じていることが発覚した場合には、改善策を検討し、対象者の脱落や回答時のミスなど、調査の実施に与える影響を最小限にするように試みた。

(倫理的配慮)

本研究の実施に先立ち、(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、すべての対象者に対し、文書および口頭にて研究の説明をおこなった上で、研究参加への同意を書面を得た。

表1. 各時点の質問票の構成内容

検査項目	項目数	妊娠期	分娩後	産後		
		20週頃	4~5日	2週	1か月	2か月
日本版エジンバラ産後うつ病自己評価表 (EPDS)	10					
広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 (PARS) 変法 (自記式)	12					
WHO-5精神的健康状態表	5					
Child maltreatment: 一般家庭調査 (徳永ら) の質問票	17					
赤ちゃんへの気持ち質問票, Bonding Scale	10					
育児支援チェックリスト	9					
育児ストレスインデックスショートフォーム (PSI)	19					
行動抑制・行動活性化システム (BIS/BAS)	20					
ADHD (注意欠陥多動性障害) 自己記入式症状チェックリスト (ASRS V1.1)	6					
社会・経済的状況、産科・精神科既往、妊娠の状況						
分娩の状況、その後の母児の健康状態						
家族からの家事・メンタルサポートの有無						
産後の心身のマイナートラブル						

：すべての項目を原典に基づいて使用、：一部の項目のみ抜粋して使用

C. 研究結果

1. データの回収状況

2012年11月よりリクルートを開始し、1,775名から研究参加への同意書を取得した。その後の各調査時点のデータの回収件数は表2のとおりである。

妊娠20週時のベースライン調査に参加した対象者は1,717名であった。最終的に、産後3か月時の質問票には、1,406名からの回答を得た。これは、ベースライン調査の回答が得られた対象者の81.9%であった。

表2. 同意者数と各調査時点における質問票の回収数

	同意数	妊娠	産後				
		20週	数日	2週	1か月	2か月	3か月
対象者	1775	1717	1335	1140	1424	1400	1406
回収率		100.0%	77.8%	66.4%	82.9%	81.5%	81.9%

各対象者の回答状況は、1,717名中926名(53.9%)が全6回の質問票に回答しており、264名(15.4%)からは5回、234名(13.6%)からは4回の回答が得られた。妊娠中に転院したり、妊娠が中断してしまった者もあり、1回のみでの回答に留まった者は159名(9.3%)であった。

妊娠20週を回答した者のうち、産後数日の回答が得られていない382名中、135名についての原因が明らかになっており、転居や区外の分娩施設への転院が98名、胎児死亡・中絶が11名、分娩時の母体もしくは新生児搬送が27名であった。

この調査では、妊娠期に対象者の社会的な要因を、産後数日時に分娩時の情報を収集しており、コホート研究のデータセットとして活用する上では、これら2時点のデータは極めて重要である。この2時点のデータが収集された者の追跡状況は表3の通りである。両時点のデータが得られた者は1,311名であった。そのうち、産後3か月時の回答が得られたのは1,180名であり、90.0%の対象者が追跡された。なお、本研究では、重要な変数である分娩歴を、産後数日時の調査で収集した。そのため、妊娠20週時の調査のみで脱落した者など、産後数日時のデータがない対象者については、初・経産婦別の解析に投入できないと

いった問題が生じた。そのため、これまでに実施してきた解析においても、妊娠20週時と産後数日時の2時点のデータが収集され、分娩歴が明らかになっている者が対象とされた。

表3. 妊娠20週時と産後数日の両時点のデータが得られた対象者の追跡状況

	妊娠	産後				
	20週	数日	2週	1か月	2か月	3か月
対象者	1311	1311	1108	1178	1184	1180
回収率	100.0%	100.0%	84.5%	89.9%	90.3%	90.0%

2. 対象者の属性

本研究の分析対象1,311名のうち、初産婦が721名(55.2%)、経産婦が585名(44.8%)、分娩歴の無回答5名であった。初産婦別の属性は表4にまとめた。

対象者の年齢は初産婦が33.7歳、経産婦が35.1歳であった。就労状況は初産婦では69.0%が何らかの職に就いており、特に常勤職に就いているものが初産婦の47.3%を占め、もっとも多かった。経産婦では、就労なし(専業主婦)が53.2%ともっとも多く、次いで常勤職の32.2%だった。

表4. 分析対象者1306名の属性

	初産婦		経産婦	
	n	%	n	%
【対象者の属性】				
年齢(歳)	33.7 ± 4.7		35.1 ± 3.9	
パートナーの有無				
あり	719	99.7%	579	99.8%
就労状況				
常勤	340	47.3%	188	32.2%
派遣	37	5.1%	5	0.9%
パート・アルバイト	69	9.6%	51	8.7%
その他	50	7.0%	29	5.0%
就労なし	223	31.0%	310	53.2%
学歴				
中卒	79	11.0%	65	11.2%
高卒・短大卒	203	28.3%	187	32.1%
大卒以上	436	60.7%	330	56.7%
世帯年収				
200万円以下	12	1.7%	6	1.0%
200-500万円	160	22.4%	121	20.9%
500-1000万円	327	45.7%	268	46.4%
1000万円以上	216	30.2%	183	31.7%
胎児数				
単胎	712	98.9%	573	98.1%
双胎	8	1.1%	11	1.9%
望んだ妊娠だったか				
はい	690	96.0%	552	95.7%
妊娠前の精神科既往歴				
あり	105	14.6%	55	9.5%
【分娩時の状況】				
在胎週数(週)	39.6 ± 1.2		39.1 ± 1.2	
分娩様式				
自然分娩	370	51.8%	433	74.7%
器械分娩	154	21.6%	28	4.8%
帝王切開	140	19.6%	97	16.7%
無痛分娩				
はい	225	31.4%	173	29.4%
出産に対する満足度				
とても満足	385	53.8%	378	64.6%
どちらかという満足	286	39.9%	180	30.8%
どちらかという不満	39	5.4%	22	3.8%
とても不満	6	0.8%	5	0.9%

年齢と在胎週数は平均値 ± 標準偏差を記載

双胎は併せても19名(1.4%)に留まった。今回の妊娠前の精神科既往歴があるものは初産婦で105名(14.6%)、経産婦で55名(9.5%)であった。その受診理由や診断名に関する詳細な情報は、本研究では取得していない。

分娩時の状況としては、在胎週数は初産婦が39.6週、経産婦が39.1週であった。分娩様式は初産婦では自然分娩が51.8%、器械分娩が21.6%、予定および緊急帝王切開が19.6%であった。一方、経産婦では自

然分娩が74.7%を占め、器械分娩は4.8%、帝王切開は16.7%であった。無痛分娩は初産婦・経産婦ともにおおよそ30%であった。

3. EPDS 陽性者の割合の推移

妊娠20週から産後3か月の6時点で尋ねたEPDSの回答を用いて、各時点の初・経産婦別のEPDS陽性者(9点以上)の割合と95%信頼区間を図1に示した。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。

4. EPDS の因子得点の推移

EPDSの10項目を5つの構成概念に分け、その得点の推移を調べたところ、初産婦・経産婦ともにAnxietyに関する因子(EPDSの項目3-5)の得点がいずれの時点においても、もっとも高かった。初産婦では、他の4因子とは顕著な差がみられたものの、経産婦では、産後数日以降はInability to copeに関する因子(項目6)の得点が上昇し、Anxietyとほぼ同じ水準で横ばいに推移した。Self-harmに関する因子(項目10)の平均得点はほぼ0点で横ばいに推移した。初産婦で「0点:まったくなかった」と回答しなかった者は、妊娠20週から産後3か月まで、それぞれ3.5%、3.6%、3.1%、2.2%、2.6%、2.1%しかいなかった。経産婦でも同様に低い割合で推移しており、項目10で1点以上の回答をするケースは極めて稀であることが明らかになった。

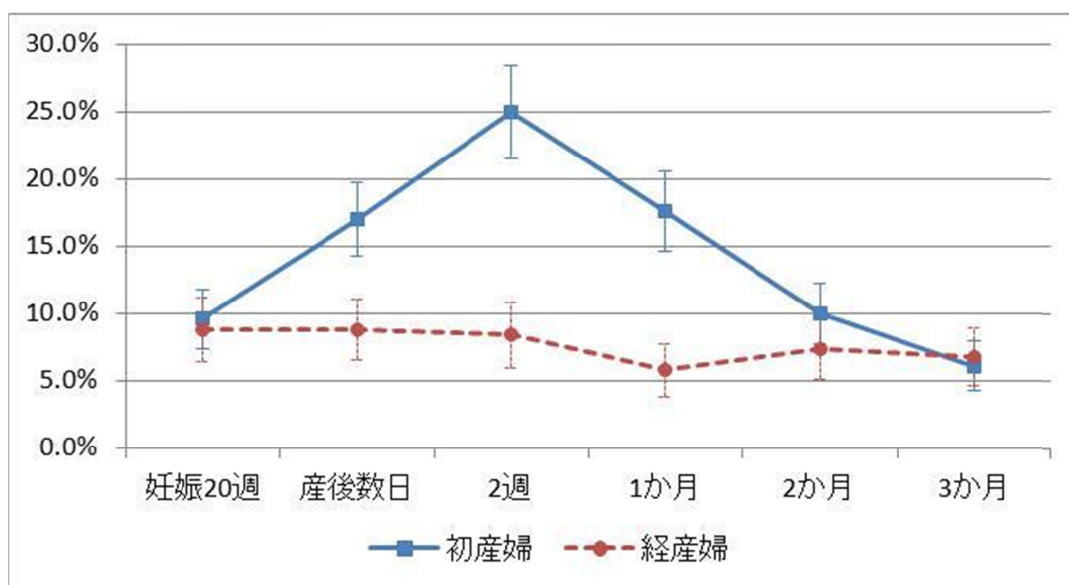


図1. 初・経産婦別にみた EPDS 陽性者の割合と 95%信頼区間とその推移

5. WHO-5 の項目別得点の推移

本研究では EPDS に加え、WHO-5 精神的健康状態表も全 6 時点で尋ねている。本来このツールは、5 項目の合計得点が 13 点未満もしくは、全 5 項目のいずれかに、「0 点：まったくない」、「1 点：ほんのたまに」のいずれかの回答がある場合には、大うつ病の調査を実施することが推奨されているスクリーニングツールである。本研究では、図 2 に初経産婦別に、各時点における 5 項目の平均得点の推移を記述した。

初産婦と経産婦のいずれにおいても、「ぐっすりと休め、気持ちよく目覚めた」という項目の平均得点が産後 2 週と 1 か月時を底として、顕著に低下し、その後、回復していく経過を辿ることが示された。しかし、その他の 4 項目については、初産婦では、それぞれの平均得点が産後 2 週時にやや低下し、産後 3 か月時に向けて上昇していくことが認められ、経産婦では、ほぼ横ばいに推移することが示された。

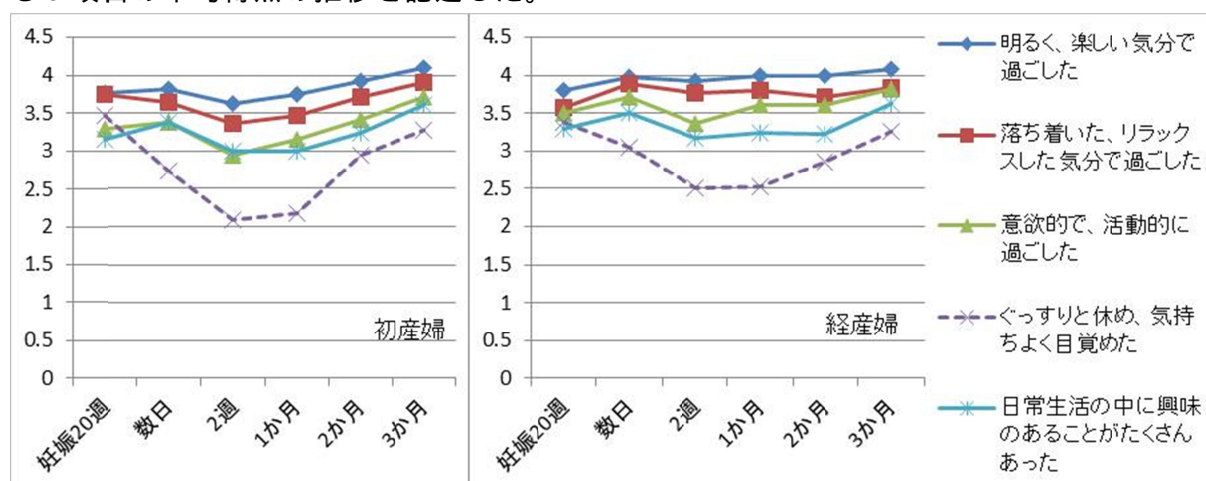


図2. 初・経産婦別にみた WHO-5 の各項目の平均得点の推移

6．産前・産後の家族からのサポートとメンタルヘルスの関連

妊娠 20 週時のパートナーからの Emotional サポートと家事サポートの有無、産後数日、1 か月、3 か月時のパートナーおよび実母・義母からの Emotional サポートと家事サポートの有無が、それぞれの時点の EPDS との関連を検討した。対象者の属性や分娩時の状況、精神科既往歴の有無などの変数で調整したロジスティック回帰分析をおこなった。

その結果、妊娠期にパートナーからの Emotional サポートがない場合の EPDS 陽性のオッズ比は 8.16 (95% Confidence Interval(CI): 3.39-19.66) であった。産後数日時の実母・義母からの Emotional サポートがない場合は 2.11 (95% CI: 1.13-3.94)、産後 3 か月時にパートナーからの Emotional サポートがない場合は 2.82(95% CI: 1.13-7.00) となり、その他のパートナーや実母・義母による家事・育児サポートは、いずれも妊産婦の各時点の EPDS とは関連がみられなかった。

7．EPDS の関連要因の経時的変化

各時点の EPDS をアウトカムとして、初産婦、精神科既往歴あり、妊娠期の EPDS が陽性、の 3 つの指標について、属性や分娩時の状況などについて調整をしたロジスティック回帰分析をおこなった。その結果、各調査時期で、それぞれのオッズ比が異なることや、その中でも妊娠期の EPDS 陽性者におけるオッズ比は、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。

D. 考察

本研究は、研究期間の約 2 年半という比較的短い期間で、研究計画の立案から、倫理委員会の承認、参加協力施設への協力依頼、データの収集と調査の進捗状況の監督、

データセットの構築といった作業をおこなった。先行研究で多くみられるような、健診時のみのデータ収集ではなく、妊娠期から産後にかけての妊産婦のメンタルヘルスの実態を把握するために、最適だと思われる時点を選出し、データ収集をおこなうことができた。今後、このデータを用いて、わが国の妊産婦のメンタルヘルスの実態がより明らかにされるとともに、具体的な予防方法などの政策提言につなげていくことが望まれる。

本研究では、今後も様々な解析がおこなわれるが、現時点で、すでに明らかになったことを整理したい。まず一つは、妊産婦のメンタルヘルスは時期によって、大きく異なることが示されたことである。特に初産婦では産後 2 週時に EPDS 陽性者が 25% に達するなど、顕著なピークがあることが認められた。また、EPDS を構成する因子の得点の推移を見ても、そのトレンドが異なることも示された。これらのことから、EPDS で収集された複数のデータを比較・検討する際には、調査が実施された時期を無視することはできない、ということが言える。

本来、対面式で使われることが望ましい EPDS は、本研究のような疫学研究のみならず、臨床や公衆衛生の現場でも、自記式質問票で用いられる機会が少なくないのが現状である。こうした自記式で EPDS を実施した場合、その評価方法はカットオフ値 (8/9 点) による評価のみになってしまいがちである。しかし、本研究で示したように、EPDS はその構成概念ごと、項目ごとの評価・検討を試みることで、対象者のメンタルヘルスの状況をより詳しく把握できるものと思われる。国際的には、すでに EPDS の構成概念や項目ごとに着目した解析が進められており、わが国でもそうした知見を蓄積していくことは、産前・産後のメンタルヘルスの向上に有益であろう。

産後 2 週や 1 か月時のメンタルヘルスの不調の一因として、EPDS の構成概念別の解析から、不安 (Anxiety) があることや、負荷が過剰にかかっていること (Inability to cope) が強く影響していることがうかがわれた。また、WHO-5 の項目別の解析から、その時期には睡眠不足感、まとまった睡眠がとれないことによる疲労感が影響している可能性が示唆された。こうした知見は、産後のメンタルヘルス不調で苦しむ女性に対するケア・サポートのあり方を検討する上で有用だと考えられる。

妊娠期における EPDS の実施が有用である可能性が示されたことも、本研究の一つの成果だと考えられる。妊娠期に EPDS を実施することは、妊娠期のメンタルヘルスの実態把握につながる。それに加え、産後の女性のメンタルヘルスの状況やこれまでの経過を検討する上で、重要な資料になることが示された。昨年度に実施した感度分析では、十分な感度が示されなかったため、産後の EPDS を良い精度で予測することまでは実証できなかったが、産後の EPDS との強い関連(調整後オッズ比)が示された。これまでも、妊娠前の精神科既往歴は、産後うつリスク因子として広く知られ、産後うつに関連した研究では調整変数や背景因子として、常に注目されてきた。妊娠期の EPDS もそうした調整変数や背景因子として重要な位置付けになる可能性が示されたと言える。今後の産後うつの実態を解明していく上で、妊娠期の EPDS もより考慮される必要があると考えられる。

E. 結論

本研究では、産前・産後のメンタルヘルスの実態把握に資する疫学データが収集された。そのデータに基づいて、わが国における EPDS の使用方法などの知見が示された。今後、更なる解析の実施が望まれる。

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