

こども家庭科学研究費補助金
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

こども家庭センター（母子保健機能）における
効果的な母子保健事業を推進するための研究

令和7年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 市川 香織

令和8（2026）年 5月

目 次

I. 総括研究報告

こども家庭センター（母子保健機能）における効果的な母子保健事業を推進する ための研究	-----	1
市川香織		

II. 分担研究報告

1. こども家庭センター（母子保健機能）における課題に関する文献レビュー	-----	5
草野恵美子，上原明子，市川香織		
2. 周産期メンタルヘルス領域におけるこども家庭センター専門職従事者に対する 教育研修ガイドライン作成のための日本および世界のエビデンス：ナラティブ・ レビュー	-----	14
北村俊則，大橋優紀子，羽田彩子，臼井由利子，丹家歩，齋藤知見		

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	96
---------------------	-------	----

IV. 倫理審査等報告書の写し

こども家庭センター（母子保健機能）における効果的な母子保健事業を 推進するための研究

研究代表者 市川 香織（東京情報大学）
研究分担者 上原 里程（国立保健医療科学院）
研究分担者 草野 恵美子（大阪医科薬科大学）
研究分担者 川松 亮（明星大学）
研究分担者 北村 俊則（北村メンタルヘルス研究所）

研究要旨

本研究では、母子保健事業における既存資料の整理、こども家庭センター（母子保健機能）に関する実態把握を通じた事例収集及び分析等を行い、こども家庭センター（母子保健機能）の体制整備に向けた取組の推進及び担当者の質向上に資することを目的とする。

研究は 3 段階で実施し、第一段階では、こども家庭センターの母子保健機能に関する課題点を整理するため文献レビューを行い、こども家庭センター（母子保健機能）に関する実態調査の設計に反映する。第二段階で全市区町村 1741 を対象としたこども家庭センター（母子保健機能）に関する実態調査を行うとともに、好事例自治体へのヒアリングも行う。第三段階でこども家庭センター（母子保健機能）の体制整備推進のためのマニュアル及び好事例集を作成するとともに、マニュアル及び事例集に基づく研修を実施する。令和 7 年度は第一段階を実施し、研究分担者により、こども家庭センターの母子保健機能に関する課題を明らかにするための文献レビューと、周産期メンタルヘルス領域に関する日本および海外のエビデンスについてナラティブ・レビューを行い、令和 8 年度に実施するこども家庭センター（母子保健機能）に関する実態調査の調査設計を開始した。こども家庭センター（母子保健機能）の課題として明らかになった内容及び周産期メンタルヘルスに関する教育実態と学習ニーズ等を組み込んだこども家庭センター（母子保健機能）の実態調査を設計していく必要がある。

A. 研究目的

こども家庭センターは子育て家庭を包括的に支援する役割があり、なかでも母子保健は妊娠期からすべての妊産婦に保健師等が接点を持つことができ、早期からの支援や継続的な支援を行うために重要な役割を果たす。令和 4 年に改正された児童福祉法等により、令和 6 年 4 月から市町村はこども家庭センターの設置に

努めなければならないこととされており、「こども未来戦略」（令和 5 年）等において全国展開を図ることとされている。こども家庭庁の報告によれば、令和 7 年 5 月 1 日時点で設置済の市区町村は 1240 自治体（71.2%）に留まっており、人口規模の小さな自治体ほど設置が進んでいない。

また、こども家庭センターは、母子保健と児

童福祉の両分野の一体的な運営を行うことにより、全ての妊産婦、子育て世帯、こどもに対し、出産前から子育て期にかかる切れ目ない支援を行うとともに、新たに、支援を要するこども・妊産婦等へのサポートプランの作成、民間団体と連携しながら支援体制を強化するための地域資源の開拓などを担うこととされている。こども家庭センターの運営にあたり、「こども家庭センター業務ガイドライン」（令和6年3月）が示されているが、こども家庭センターの母子保健機能におけるサポートプランの作成や児童福祉機能との連携、地域資源の開拓に必要な知見の収集が十分とは言えない状況であることも指摘されている¹⁾。特に、こども家庭センターの設置に向けた課題として、こども家庭センター未設置市町村の64.1%がサポートプランの作成・手交を挙げており、都道府県や国から得たい情報や支援として、全市町村の59.3%が業務の課題整理や充実に向けた相談対応や助言と回答している²⁾。そのため、母子保健機能が有効に機能しているか、課題は何かを明確にすることは、こども家庭センター設置を推進し、市町村保健師が効果的に支援を行うために必要である。

しかし、これまでこども家庭センターの母子保健機能に特化した研究は取り組まれていない。そこで本研究では、母子保健事業における既存資料の整理、こども家庭センター（母子保健機能）に関する実態把握を通じた事例収集及び分析等を行い、こども家庭センター（母子保健機能）の体制整備に向けた取組の推進及び担当者の質向上に資することを目的とする。

B. 研究方法

研究は以下の段階を踏んで実施する。

1. 文献レビュー（令和7年度）

第一段階として、先行研究のレビューを行い、こども家庭センターの母子保健機能に関する課題点を研究者間で共有、調査で把握すべき内容を整理し、こども家庭センター（母子保健機能）についての調査設計を行う。特に、サポートプランや母子保健・児童福祉連携、地域資源支援の開拓に関する研究報告、資料を中心に情報収集し、調査内容に反映する。また、周産期メンタルヘルス領域に関する日本および海外のエビデンスについてナラティブ・レビューを行い、こども家庭センター（母子保健機能）担当者の研修に必要な内容を検討するための調査項目を検討する。

2. こども家庭センター（母子保健機能）に関する実態調査（令和8年度）

第二段階は、全市区町村1741を対象としたこども家庭センター（母子保健機能）に関する実態調査を行い、実態調査の結果を分析し、好事例や課題など取り組みの実態を明らかにする。好事例については、追加でヒアリングも行うこととする。

実態調査の結果およびヒアリングの結果を受けて、こども家庭センター（主に母子保健機能）担当者の質向上に必要なプログラムを検討する。

3. こども家庭センター（母子保健機能）の体制整備推進のためのマニュアル及び好事例集作成とマニュアル及び事例集に基づく研修の実施（令和9年度）

第三段階は、こども家庭センター（母子保健機能）の体制整備推進のためのマニュアル及び好事例集を作成するとともに、マニュアル及び事例集に基づく研修を実施する。調査及び研修実施結果より、こども家庭センター（母子保健機能）の体制整備に向けて必要な

取り組み，こども家庭センター（母子保健機能）担当者の質向上について提言する。

C. 研究結果

令和7年度は，こども家庭センターの母子保健機能に関する課題を明らかにするための文献レビューと，周産期メンタルヘルス領域に関する日本および海外のエビデンスについてナラティブ・レビューを分担研究でそれぞれ行った。

こども家庭センターに関する文献レビューでは，対象とした文献56件より，こども家庭センター（母子保健機能）の課題として，①組織のあり方（建物，部署間のパワー関係等）②支援のあり方（支援対象者の基準の違い，サポートプラン作成の基準，ポピュレーションアプローチ不足に対する葛藤等）③人材（統括支援員の確保，人材配置等）があることが明らかになった。

周産期メンタルヘルスに関するナラティブ・レビューでは，妊娠期心理症候群（妊娠うつ病，悪阻，胎児ボンディング障害，出産恐怖，希死念慮等，妊娠・出産に伴う心理的・精神的問題の総称）や父親も含む産後うつ病，産後の希死念慮等の日本及び海外のエビデンスをまとめた。こども家庭センター担当者の周産期メンタルヘルスに関する教育実態と学習ニーズについて実態調査に組み込むことを検討した。

以上の結果をもとに令和8年度に実施するこども家庭センター（母子保健機能）に関する実態調査の調査設計を開始した。

D. 考察

今年度は文献レビューを実施し，現状把握を行ったが，こども家庭センターの設置は令和6年度から開始されている施策であるため，先行研究は少なかった。こども家庭センター設置の

理念としては「すべての妊産婦，子育て世帯，こどもたち」を対象に切れ目ない支援を提供するためであり，それにはポピュレーションアプローチが必要であり，ポピュレーションアプローチの要となる母子保健機能の実態を把握することは，こども家庭センター設置をさらに加速するために必要である。また，設置しただけでは支援に至らない。具体的な支援のためには，母子保健と児童福祉の役割認識と連携が深まり，こども家庭センター担当者の質向上を図る必要がある。現在報告されている文献等を見る限りでは，こども家庭センター設置に際して，児童福祉と母子保健のどちらを主体にしたらよいものか困惑が生じている現状があった。そもそも「保健」活動は「おせっかい」的な働きかけが基本であり，「福祉」とは異なる性質であることも指摘されており，母子保健と児童福祉で支援基準が異なるなど，実施レベルで困惑があるケースも散見される³⁾。さらに，ハイリスクアプローチに比重が置かれ，母子保健活動が減少することへの懸念もある。対象となる親子との最初の接点となる母子保健が母子保健機能を十分に発揮できているのか，母子保健機能を促進する要因，逆に阻害する要因は何かを実態調査では把握していく必要がある。

また，周産期メンタルヘルスについては，母子保健において課題の一つである。全ての妊産婦に対応していく母子保健だからこそ，妊娠届出の時点から関係性を構築したうえで，心理面のアセスメントを行い，支援に結び付けていくことが可能となる。妊産婦の背景をアセスメントし支援するために必要な基礎的スキル，多職種連携のスキルは支援者にとって必須であり，ナラティブ・レビューでまとめられた最新の知見やエビデンスは，こども家庭センター担当者への教育プログラムに必要になってくるであろう。現状として，こども家庭センター担当者

が周産期メンタルヘルスに関して受けている教育はどの程度なのか, 学習ニーズはどの程度あるのか実態調査を通して把握する必要がある。

E. 結論

こども家庭センター(母子保健機能)の課題として明らかになった内容及び周産期メンタルヘルスに関する教育実態と学習ニーズ等を組み込んだこども家庭センター(母子保健機能)の実態調査を設計していく必要がある。

また, こども家庭センターの先行研究では, 地域資源の開拓に関する報告が少ないため, 引き続き情報を集める必要がある。

【参考文献】

- 1) 令和5年度こども・子育て支援等推進調査研究事業(課題26. 母子保健と児童福祉の一体的相談体制の構築に係る事例収集についての調査研究)最終報告書, 2024.
- 2) 児童虐待防止対策部会(第5回), 資料3 市町村の機能強化に向けた施策の方向性について. p. 4, 2024.
- 3) 小倉加恵子(2025). こども家庭センタ(母子保健機能)の役割と課題. 公衆衛生. 89(8), 687-694.

F. 研究発表

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

こども家庭センター（母子保健機能）における課題に関する 文献レビュー

研究分担者 草野 恵美子（大阪医科薬科大学看護学部）

研究協力者 上原 明子（東京情報大学看護学部）

研究代表者 市川 香織（東京情報大学看護学部）

研究要旨

本研究では、こども家庭センターにおける母子保健機能の実態と課題を明らかにするため、56 件の文献を対象として文献レビューを実施した。分析の結果、現場の課題は、「組織のあり方」、「支援のあり方」、「職員のあり方」に分類された。「組織のあり方」では部署間の位置関係や連携体制、「支援のあり方」では支援対象者やサポートプランの基準の曖昧さによる現場の困惑、「職員のあり方」では人材や時間が不足する中での本来の母子保健活動であるポピュレーションアプローチが手薄になっている懸念、が課題として挙げられた。こども家庭センターにおいて母子保健機能と児童福祉機能を一体的な支援として機能させるためには、これら 3 側面からの包括的な体制整備と運用システムの構築が急務であることが示唆された。

A. 研究目的

本研究の目的は、文献レビューを通じて、こども家庭センターにおける母子保健機能の実態と課題を明らかにすることである。

B. 研究方法

医学中央雑誌 Web 版を用いて、2025 年 11 月 27 日に文献検索を行った。検索キーワード（図 1）は、「“母子健康センター”/TH」or「子ども家庭センタ/TA or こども家庭センタ/TA」or「子育て世代包括支援/TA」or「子ども家庭総合支援拠点/TA or こども家庭総合支援拠点/TA or 子供家庭総合支援拠点/TA」とした。文献の適合基準（図 2）は、対象者を「“こども家庭センター”または“子育て世代包括支援センター”を対象としているも

の」、「同センターに所属、あるいは関連する母子保健スタッフ、または、その統括責任者を対象とした記述があるもの」、文献テーマを「母子保健活動の“実態（活動内容、支援）や課題について記述されているもの」、「他部門との連携・協働に関する困難感、障壁、工夫、プロセスについて言及があるもの」とし、言語・地域を「日本語、日本国内の自治体や制度」とし、文献の種類や出版年は問わないこととした。

文献は次の手順で選定した。始めに、2 名の研究者が独立してタイトルとのスクリーニングを行い、内容検討に含む文献を抽出した。次に、文献結果を表にまとめた。最終的に、研究者らで結果の齟齬がないか、内容が妥当か検討を行った。

C. 研究結果

1. 検索結果

文献検索の結果, 484 件の文献がヒットし, タイトル・要旨のスクリーニングにより 84 件の文献を抽出した. 84 件のうち, 本文に課題に関する記載がない文献を除外し, 最終的に本研究の文献レビューに組み込まれたのは 56 件だった (図 3).

2. 文献の概要

2023 年以前は, 子育て世代包括支援センターに関する記述, 虐待防止に関する記述が主であった. 2024 年以降の文献から「こども家庭センター」に関する創設や事例紹介などが記述されていた.

3. 文献から抽出された「こども家庭センター」における課題

56 件の文献から抽出された「こども家庭センター」における課題は以下 1)~3) に分類された. 具体的な内容を以下に示す.

1) 組織のあり方

- (1) 建物の課題 (児童福祉相談所と同じ建物か, 本庁舎との距離)
- (2) 部署間の影響力のバランス (母子保健部門と児童福祉部門の関係性)
- (3) 情報共有の円滑化に向けた業務整理

2) 支援のあり方

- (1) 児童福祉と母子保健のどちらを主体にした支援が良いのかについての困惑
- (2) 支援対象者の基準が母子保健機能と児童福祉機能で異なることによる, 一体的支援の対象とする基準の曖昧さ
- (3) サポートプランの作成基準や作成後のサポート状況の曖昧さ

- (4) 支援時の地域のネットワーク発掘や活用
の必要性

- (5) 母子保健活動の時間と人材が不足する中で, ポピュレーションアプローチが不十分になってしまうことに対する現場の葛藤の存在

- (6) 妊娠期からの信頼関係構築に向けたコミュニケーションに関する課題

3) 職員のあり方

- (1) 人材確保 (マンパワー)・人材配置
- (2) 人材育成・キャリアラダーの開発 (統括支援員の人材確保, 人選)
- (3) 人材へのケア (燃え尽きや疲弊感)

D. 考察

現時点では, こども家庭センター開設における課題や開設後の業務・人的配置に関する課題の記述が大半であり, 具体的な支援の実態やその課題についての報告は限られた市町村によるものであった. 同センターの全国設置率は, 2025 年 8 月時点で 71.2%であることから, 2024 年度の設置開始以降, 急速に設置が拡大していることが窺える. 一方で, 設置やその後の課題に関する報告は限られていた. しかしながら今後の検討につながるいくつかの示唆が得られた.

「組織のあり方」のうち, 「(1) 建物の課題」といった物理的環境に関する課題については, こども家庭センター設置前の調査ではあるが, 「母子保健と児童福祉の一体的相談体制の構築に係る事例収集についての調査研究最終報告書 (2024 年 3 月)」¹⁾によると, 全国市区町村を対象とした調査 (回答自治体 1,180) では, 母子保健機能と児童福祉機能が同一建物・同一フロアにある市区町村が 53.7%であったが, 残り半数は別の建物で特に中規模自治体に多いとのことであった. しかしながら, 建物とい

うハード面については簡単に解決できない場合も多い。ソフト面の工夫による連携強化が重要と考えられる。その例として、定期的な会議、オンラインツールを活用した常時連携可能な体制等が挙げられていた。DX 時代における様々な発想をもとに、物理的環境が連携における大きな阻害要因とならないような新たな工夫を促進することが今後ますます必要と考えられる。

課題の2)「支援のあり方」においては、母子保健と児童福祉の専門性の違いが連携の阻害要因ではなく、促進要因となる必要がある点が根本的に重要と考えられる。従来から指摘されているように、母子保健と児童福祉は歴史的背景や専門性が異なり、主に母子保健は予防的視点を重視し健康支援を行い、児童福祉は顕在化した危機へ対応し生活そのものを支援するといったように、両者はそれぞれ重要な役割を果たしている。このように専門性が違うことは多角的視点からより良い支援を提供するためには重要である一方で、場合によっては本研究でも挙げられていたように「支援対象者の基準が母子保健機能と児童福祉機能で異なることによる、一体的支援の対象とする基準の曖昧さ」といった課題につながる可能性がある。専門性の違いを相互理解し、それを活かす工夫が必要である。こども家庭センター内での母子保健部門と児童福祉部門の連携に関する工夫として、先行研究において「児童福祉側の地区分担制」が挙げられていた¹⁾。歴史的に保健分野では地区分担制を重視している。2026 年に改訂された「地域における保健師の保健活動に関する指針」(厚生労働省)²⁾においても、「保健師は、分野横断的に担当地区を決めて保健活動を行う地区担当制等の体制の下、住民、世帯及び地域全体の健康課題を把握し、世帯や地域の健康課題に横断的・包括的に関わり、地域の実情に

応じた必要な支援をコーディネートするなど、担当する地区に責任をもった保健活動を推進すること」とされている。児童福祉も地区担当制とすることにより、お互いに地区の課題に敏感となって責任をもち、分野横断的に課題を共有することにより、柔軟かつ機動的な体制につながると考えられる。

連携の充実を考えるための様々な視点の1つとして「切れ目ない支援」が考えられる。支援の切れ目は、保健と福祉の間だけでなく、児童相談所と市区町村、市区町村と子ども家庭福祉施設との間等にも存在する³⁾。さらには、母子保健の中だけでも課題となることがあり、地域包括ケア時代の切れ目ない母子保健の実現に向けては、ポピュレーションアプローチの充実やハイリスク対象者の的確な抽出、多機関・多職種連携、重層的なかかわり等が必要とされている⁴⁾。本研究においても「母子保健活動の時間と人材が不足する中で、ポピュレーションアプローチが不十分になってしまうことに対する現場の葛藤の存在」が抽出されたように、ハイリスクケースへの対応に迫られ、両輪となるべきポピュレーションアプローチが不十分と感じる現場の葛藤が窺えた。また「妊娠期からの信頼関係構築に向けたコミュニケーションに関する課題」が見いだされたように、継続的支援に関する課題も依然として重要である。これらの課題を改善する好事例や方策を見出し、こども家庭センターにおいても切れ目ない支援を目指すことで一体化した支援につなげることが今後ますます求められると考えられる。

「支援時の地域のネットワーク発掘や活用の必要性」の課題については、従来からのネットワークを活用し、より効果的な支援につなげることが重要である。例えば児童虐待対応においては要保護児童対策地域協議会等で培ったネ

ットワーク支援が有用である。またこれまで同様、ソーシャル・キャピタルの醸成により、顔の見える関係性・ネットワークの強化が必要である。山口らによる研究⁵⁾では、地域で共同して子育てをする意識などを含む「子育ての社会化」には、「つきあい・交流」といったソーシャル・キャピタルの認識が関連していた。行政や専門機関だけでなく住民組織等と連携し、子育てを社会で支える仕組みづくりがますます重要である。

課題3) 職員のあり方に関しては、人材確保や人材育成等の課題が見いだされた。特に統括支援員の育成に関する課題等についての研究についてはまだほとんど見当たらず、これから現状を詳細に把握して対策を検討していく必要がある。また、キャリアラダーの開発の必要性も挙げられていたが、それぞれの専門職におけるキャリアラダーにどのように組み込んでいくのか検討が必要である。そのためには、こども家庭センターの専門職において共通して必要なコンピテンシー（資質・能力）と、それぞれの専門性に必要なコンピテンシーを明らかにし、それを共有していくことが必要と考えられる。

本報告をもとに、今後の調査で同センターにおける母子保健機能の充実に向けた課題と実情を明らかにする必要がある。また、同センターを中核とした包括的・継続的支援の評価については、今後の報告が期待される。

E. 結論

文献レビューを通じて、こども家庭センターにおける母子保健機能の実態と課題を明らかにした結果、母子保健機能には児童福祉機能との統合に伴う「組織体制」と「支援の実務」の両面において、課題が生じていることがわかった。両部門の理念や支援基準の乖離を最小限に

し、現場のスタッフが迷いなく協働できるような運用システムの構築とリソースの保障が必要不可欠である。

【参考文献】

- 1) KMPG コンサルティング株式会社 (2024) . 令和5年度こども・子育て支援等推進調査研究事業（課題26.母子保健と児童福祉の一体的相談体制の構築に係る事例収集についての調査研究）最終報告書.
<https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmgsites/jp/pdf/2024/jp-cfa-issue26-final-report.pdf> (2026年5月14日閲覧)
- 2) 厚生労働省 (2026) . 地域における保健師の保健活動に関する指針.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001700474.pdf> (2026年5月18日閲覧)
- 3) 山縣文治 (2025) . 子ども家庭福祉から見たこども家庭センターの役割. 公衆衛生, 89 (8), 695-703.
- 4) 志澤美保 (2020) . 【地域包括ケアシステムが提唱される時代の看護の未来像】地域包括ケア時代の切れ目のない母子支援. 京都府立医科大学雑誌, 129 (6), 387-393.
- 5) 山口のり子他 (2013) . 「子育ての社会化」についての研究 ソーシャル・キャピタルの視点を以て. 日本公衆衛生雑誌, 60 (2), 69-78.

F. 研究発表

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

図1. 本研究で用いた検索キーワード

#	query	results
#1	"母子健康センター"/TH	371
#2	子ども家庭センタ/TA or こども家庭センタ/TA	75
#3	子育て世代包括支援/TA	192
#4	子ども家庭総合支援拠点/TA or こども家庭総合支援拠点/TA or 子供家庭総合支援拠点	21
#5	#1 or #2 or #3 or #4	484

図2. 文献の適合基準・除外基準

	適合基準	除外基準
対象	・「こども家庭センター」または「子育て世代包括支援センター」を対象としているもの	・センター機能への言及がないもの
	・上記センターに所属、あるいは関連する母子保健スタッフ、または、その統括責任者を対象とした記述があるもの	・児童虐待対応のみに特化しており、母子保健の視点が含まれないもの
テーマ	・母子保健活動の「実態（活動内容、支援方法）」や「課題」について記述されているもの	・医学的、臨床的な指標のみを扱っており、地域保健活動や支援体制、職種間連携への言及がないもの
	・他部門との連携・協働に関する困難感、障壁、工夫、プロセスについて言及があるもの	・単なる制度開設や法律の条文紹介のみで、現場の実態や課題が含まれていないもの
文献の種類	・問わない	・なし
出版年	・問わない	・なし
言語・地域	・日本の制度・自治体を対象としたもの	・日本以外の制度や自治体を対象としたもの

表3 抽出文献一覧

番号	出版年	著者名	タイトル
1	2025	こども家庭庁支援局虐待防止対策課	保育と保健最新情報 こども家庭センターと地域の協働による包括的支援
2	2025	山縣 然太朗, 木庭 愛, 高山 恵子	【こども家庭センターの意義と現状】多角的に開かれた連携の場へ こども家庭センターの現在地とこれから
3	2025	石田 淳子	【こども家庭センターの意義と現状】こども家庭センターの早期整備による取り組みと見えてきた課題 保健師による児童福祉相談体制整備を行ってきた東京都府中市の報告
4	2025	戸倉 由紀	【こども家庭センターの意義と現状】こども家庭センターの現状と見えてきた課題 母子保健の強みを生かす山梨県昭和町
5	2025	山縣 文治	【こども家庭センターの意義と現状】子ども家庭福祉から見たこども家庭センターの役割
6	2025	小倉 加恵子	【こども家庭センターの意義と現状】こども家庭センター(母子保健機能)の役割と課題
7	2025	石井 邦子, 川村 紀子, 北川 良子, 川城 由紀子	子育て世代包括支援における助産師活動の実態と課題 他職種との連携・協働に焦点を当てて
8	2024	山中 朝美	【こども家庭センターの設置にむけて～母子保健と児童福祉の連携～】大阪府熊取町でのこども家庭センターの設置に向けて 母子保健と児童福祉の一体的支援の連携
9	2024	内田 千乃	【こども家庭センターの設置にむけて～母子保健と児童福祉の連携～】大分県別府市におけるこども家庭センターの現状と課題
10	2024	川松 亮	【こども家庭センターの設置にむけて～母子保健と児童福祉の連携～】市区町村子ども家庭相談の役割と母子保健との協働
11	2024	帯包 エリカ	【こども家庭センターの設置にむけて～母子保健と児童福祉の連携～】母子保健から児童福祉へ共有するためのリスクアセスメントシートについて
12	2024	佐藤 睦子	【こども家庭センターの設置にむけて～母子保健と児童福祉の連携～】母子保健におけるポピュレーションアプローチの概要
13	2024	上野 昌江	【こども家庭センターの設置にむけて～母子保健と児童福祉の連携～】今こそ大切にしたい、母子保健におけるポピュレーションアプローチ
14	2024	佐藤 拓代	【こども家庭センターの設置にむけて～母子保健と児童福祉の連携～】母子保健と児童福祉の効果的な運営について こども家庭センターにおける母子保健の役割

15	2025	堺 香奈子, 古川 照美	地域の助産師に必要なコンピテンシー 子育て世代包括支援センターにおける助産師の役割を中心として
16	2024	佐藤 拓代	【「こどもまんなか社会」を目指して-成育基本法・こども基本法・こども家庭庁】 妊娠期からの切れ目のない支援の重要性 こども家庭センターへの期待と課題
17	2024	森 浩也	こども家庭庁設立とこれからのこども支援 伴走型相談支援事業とはぐくみセンター(こども家庭センター)
18	2024	川手 智子, 鶴籠 千恵, 柴田 美保子	【こども家庭センターで発揮する、保健師の専門性】 調布市における母子保健と児童福祉の協働 チームで取り組む予防的支援
19	2024	高田 美紀	【こども家庭センターで発揮する、保健師の専門性】 松山市における母子保健と児童福祉の協働 すくすく支援課とこども相談課の協働による一体的な支援への取り組み
20	2024	上野 昌江	【こども家庭センターで発揮する、保健師の専門性】 伴走型支援の要となるサポートプラン作成のポイント
21	2024	内田 愛子	【助産師のための産後ケア・産婦健診最新トピックス 発達、母乳育児、産後うつ、虐待…母子をまもる地域連携のポイント】 総論 妊産婦支援のしくみと現況 妊娠期から子育て期における切れ目のない支援と今後の展望
22	2024	松島 みどり, 高木 彩, 近藤 尚己, 田淵 貴大	妊娠期の関わりと産後の地域専門職への信頼と援助要請先の認知 JACSIS妊産婦データ2020-2021を用いた検証
23	2023	渡邊 幸恵, 伊藤 桂子	子育て世代包括支援センターにおける妊婦面談の実態調査
24	2023	渡辺 由美子, 中板 育美	ナカイタ発! 気になる人と現場 「こどもまんなか」を実現するために保健師に期待されること
25	2023	三橋 寛子, 行田 智子, 大澤 真奈美	子育て世代包括支援センターに従事する助産師の切れ目ない支援における支援内容
26	2022	人見 素子, 手塚 彩果, 渡邊 美緒, 高嶋 裕子	周産期虐待予防対応における関係機関の実態と展望
27	2023	深見 美希, 山波 真理, 加納 尚美	子育て世代包括支援センターの保健師による精神疾患合併妊産婦への支援と助産師との連携
28	2023	遠田 千春	【虐待から子どもの命をどう守るのか】 和木町における母子保健と児童福祉が連携するための保健師の取り組み
29	2022	西野 友子, 井上 尚子, 古川 亮子	子育て世代包括支援センターのガイドラインに基づいた業務の現状と課題

30	2021	島袋 裕子	子育て世代包括支援センター(母子健康包括支援センター)が目指すもの 沖縄市における子育て世代包括支援センター設置後の妊産婦支援の取り組みと課題について
31	2021	畠 香苗	子育て世代包括支援センター(母子健康包括支援センター)が目指すもの 伊達市版ネウボラ事業 妊娠期からの切れ目のない支援 そして親子が笑顔になる架け橋
32	2020	稲持 英樹	ネウボラに学ぶ切れ目のない子育て支援-子ども・家庭の地域包括ケア 小児科医と多機関連携による子育て世代包括支援
33	2020	久松 素美, 土門 美香	子育て世代包括支援センター「ぎゅっと」の取り組み 妊産婦のメンタルヘルスを含めた切れ目ない支援
34	2020	後藤 ゆめ, 徳丸 由布子	A県3市の子育て世代包括支援センターによる支援内容と今後の課題
35	2020	西野 友子, 井上 尚子, 古川 亮子	子育て世代包括支援センターの現状と課題
36	2020	辻本 愛子	横浜市における妊産婦支援のとりくみ
37	2020	神村 睦子	沖縄市子育て世代包括支援センター「結ぽ〜と」について 設置から1年を通して
38	2020	濱比嘉 由美子	うるま市子育て世代包括支援センター「だいすき」設置とつながるしくみへ
39	2019	井上 登生	【虐待から子どもを守るために】虐待対応制度と医療とのかかわり 虐待を防止する地域づくりと医療の役割 子ども家庭総合支援拠点・要対協・母子保健含む
40	2019	山谷 奈奈子	ちとせ版ネウボラ 子育て包括支援センターの経験からみえたこと
41	2019	中板 育美	子育て支援と虐待予防 妊娠期からの切れ目ない支援 子育て世代包括支援センターの取り組み
42	2019	槻木 直子, 岩國 亜紀子, 川下 菜穂子, 小巻 京子, 箕浦 洋子, 宮川 幸代, 山本 あい子, 工藤 美子	子育て世代包括支援センターで活動する看護職が提供している妊娠期からの切れ目ない子育て支援
43	2019	岩田 裕子, 森 恵美, 前原 邦江, 小坂 麻衣, 木村 佳代子	超高齢妊産婦への支援と多職種連携に関する保健医療専門職の認識 自由記述の内容分析
44	2019	藤原 美輪	【"子どもの暮らし"と地域包括ケア 多様な場で生活を支える看護】(2章)[報告]先駆的・特徴的な取り組み 乳幼児期を支える 稲美町「すくすく子育てサポートセンター」における保健師の役割

45	2019	萩尾 みゆき	【妊産婦のメンタルヘルスケア】 【事業紹介】 子育て世代包括支援センターにおける支援 平塚市の産後うつの取り組み
46	2018	畠山 典子, 朝比奈 青里花, 大崎 和江, 芝岡 美枝, 田村 美智, 福島 富士子, 横山 美江	【本場フィンランドのネウボラから学ぶ-これからの子育て世代包括支援】 梶原町の取り組み 地区担当保健師制の強化 切れ目ない支援の実現へ
47	2018	岸田 久世, 横山 美江	【本場フィンランドのネウボラから学ぶ-これからの子育て世代包括支援】 豊中市の取り組み 地区担当保健師の活動強化と妊娠期からの多職種との連携支援
48	2018	松嶋 弥生	A県内の市町村における「切れ目ない妊娠・出産支援」に関する事業の現状
49	2017	佐藤 和泉, 宇田 優子	切れ目のない妊娠・出産・子育て支援のあり方 子育て世代包括支援センターの活動報告から
50	2017	神ノ田 昌博	【子どもと家族のメンタルヘルス】 最近の母子保健行政の動き 親子の心の問題を中心に
51	2017	市川 宏伸, 小倉 加恵子	【子どもと家族のメンタルヘルス】 なぜ、メンタルヘルスなのか？
52	2017	松原 康雄	【子どもをめぐる諸課題を考える-少子化問題を中心に-】 少子化社会における虐待対応
53	2017	松下 清美	【母子の包括的支援-子育て世代包括支援センターの全国展開を前に】 市町の母子保健体制充実に向けたきめ細かな支援 兵庫県の取り組み
54	2017	木内 恵美	【母子の包括的支援-子育て世代包括支援センターの全国展開を前に】 文京区版ネウボラ事業における包括的母子支援 文京区の取り組み
55	2017	高柳 香里	【母子の包括的支援-子育て世代包括支援センターの全国展開を前に】 早期からハイリスク妊婦に保健師が関わる仕組みを実現 高槻市の取り組み
56	2017	勝又 明子	【母子の包括的支援-子育て世代包括支援センターの全国展開を前に】 子育て世代包括支援センターの整備に向けた情報提供 保健師の役割の核となる「連携強化」とは

周産期メンタルヘルス領域におけるこども家庭センター専門職従事者に対する教育研修ガイドライン作成のための日本および世界のエビデンス ：ナラティブ・レビュー

研究分担者 北村 俊則（北村メンタルヘルス研究所）

研究協力者 大橋 優紀子，羽田 彩子，臼井 由利子，丹家 歩，
齋藤 知見（北村メンタルヘルス研究所）

研究要旨

本研究では、周産期メンタルヘルス領域における国内および海外のナラティブ・レビューを行った。周産期の時期を、（１）妊娠前、（２）妊娠期、（３）産後、（４）時期横断と４つに分け、それぞれの事象についてナラティブ・レビューを行うとともに、代表論文について内容の紹介を行った。

A. 研究目的

本研究の目的は、周産期メンタルヘルス領域における国内および海外のナラティブ・レビューを行い、こども家庭センターの実態調査及びこども家庭センター専門職従事者の質向上プログラム作成に向けた示唆を得ることである。

B. 研究方法

周産期メンタルヘルス領域における国内および海外のナラティブ・レビューを行った。周産期の時期を、（１）妊娠前、（２）妊娠期、（３）産後、（４）時期横断と４つに分け、それぞれの事象についてナラティブ・レビューを行うとともに、代表論文について内容の紹介を行った。

C. 研究結果

添付資料のとおり

D. 考察

本報告をもとに、こども家庭センター担当者

の周産期メンタルヘルスに関する教育実態と学習ニーズについて実態調査に組み込む必要がある。また、担当者の質向上プログラムにも反映させる必要があるだろう。

E. 結論

周産期メンタルヘルス領域における国内および海外のナラティブ・レビューを行い、こども家庭センター専門職従事者に対する教育研修に関する示唆を得た。

【参考文献】

なし

F. 研究発表

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

周産期メンタルヘルス領域におけるこども家庭センター専門職従事者に対する教育研修ガイドライン作成のための日本および世界の
エビデンス：ナラティブ・レビュー

周産期メンタルヘルス領域の知識の進歩

北村俊則
大橋優紀子
羽田彩子
臼井由利子
丹家歩
齋藤知見

かつて、周産期メンタルヘルス領域の問題と言えば、マタニティ・ブルーと産後うつ病だけでした。しかし、過去50年間におけるこの領域の知識の進歩は大きなものがあり、多くのことが解明されています。ここでは、周産期の時期を、（１）妊娠前、（２）妊娠期、（３）産後、（４）時期横断と、4つに分け、それぞれの事象についてナラティブ・レビューを行いました。加えて、代表論文について内容の紹介を行います。

妊娠前

頻回中絶

厚生労働省の調査によると令和5年度の人工妊娠中絶件数は126,734件で、前年度に比べ4,009件(3.3%)増加し、コロナ禍以降、中絶率は上昇をしています(厚生労働省, 2024)。もし女性が全く妊娠を望んでいないのであれば、避妊をすればすむのです。日本では確実な避妊方法をほとんどの女性が知っています。従って、頻回の中絶はリテラシーの欠如が原因ではないでしょう。一方では児を望むが、他方出産育児を望まないという両価的葛藤状況も想定できます。出産恐怖も中絶を選択する理由のひとつです。ある研究では中絶を選択した妊婦の半数に出産恐怖が認められていました(Poursharif et al., 2007)。中絶希望者に対しては出産恐怖の有無を確認し、もしあれば適切な支援・介入・治療を行います。あるいは、パートナーとの関係性を維持する手段として安全でない性交渉を持ち、結果として頻回の中絶となる事例も想定できます。計画していなかった妊娠へのパートナーの反応も重要な評価対象になります(Condon et al., 2009)。パートナーとの関係性に焦点をあてた心理支援は必須です。カップルセラピーも考慮すべきです。

引用文献

Condon, J. T., Corkindale, C. J., Russell, A., & Quinlivan, J. A. (2006). Processes and factors underlying adolescent males' attitudes and decision-making in relation to an unplanned pregnancy. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 447-458.

厚生労働省 (2024). 令和5年度衛生行政報告例の概況. 厚生労働省.

Poursharif, B., Korst, L. M., MacGibbon, K. W., Fejzo, M., Romero, R., & Goodwin, T. M. (2007). Elective pregnancy termination in a large cohort of women with hyperemesis gravidarum. *Contraception*, 76, 451-455.

文献紹介：

Kitamura, T., Toda, M. A., Shima, S., & Sugawara, M. (1998). Single and repeated elective abortions in Japan: A psychosocial study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 19(3), 126-134.

頻回中絶歴のある女性は、児童期に受けた親からの養育が不適切であったとの報告

です。この研究は、約 1300 人の妊婦を対象とした調査で、このうち 635 人が第一子を妊娠中でした。初産婦のなかで、これまで中絶歴のないものは 485 名、中絶歴が 1 回のものが 103 名（16%）、中絶歴が複数なのが 47 名（7%）でした。判別関数分析の結果、中絶歴 1 回および中絶歴 2 回以上の群の特徴は、今回の妊娠が望んだものでなかったことと喫煙習慣でした。一方、中絶歴 1 回の群に比較して中絶歴 2 回以上の群は、配偶者との結婚前の交際期間が長く、15 歳以前の母親との離別・死別体験が多く、15 歳以前に母から受けた養育が愛情の薄いものでした。

流産と習慣流産

妊娠の約 15%は流産となり、その 80%の原因は受精卵の染色体異常によるものです。自然流産を 2 回繰り返した場合を「反復流産」と言い、頻度は 2～5%です。自然流産を 3 回以上繰り返した場合を「習慣流産」と言い、頻度は約 1%です。一旦受精卵が着床しても流産となる事実を不育症といいます。頻回の流産は、生物学的要因だけでなく、心理社会的要因が存在します (Hori et al., 2000; Nakano et al., 2002, 2004; Sugawara-Ogasawara, et al., 2002)。たとえば、2 回の流産後に再度流産した女性を、医学的原因が認められたもの（4 名）と原因が不明なもの（6 名）に分けて検討すると後者は抑うつが強く、ソーシャルサポートへの満足度が低いことが明らかなです (Nakano et al., 2004)。またおそらく、生物学的要因と心理的要因の間には密接な関係があるものと考えられます。例えば習慣流産の女性のなかで、ナチュラルキラー細胞 (natural killer cell) と神経症傾向 ($r = -.32$)、抑うつ症状 ($r = -.26$) および自尊感情 ($r = .34$) の間に有意の相関が認められています (Hori et al., 2000)。習慣流産に限らず、流産経験者に対する心理支援は重要です。習慣流産を経験した女性への心理療法の試みも行われています (Nakano et al., 2013)。流産経験者については、専門の助産外来での継続的支援を行うべきでしょう。

(674 字)

引用文献

- Hori, S., Nakano, Y., Furukawa, T., Ogasawara, M., Katano, K., Aoki, K., & Kitamura, T. (2000). Psychosocial factors regulating natural-killer cell activity in recurrent spontaneous abortion. *American Journal of Reproductive Immunology*, 44, 299-302.

- Nakano, Y., Akechi, T., Furukawa, T. A., & Sugiura-Ogasawara, M. (2013). Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. *Psychology Research and Behavior Management*, 6, 37-43.
- Nakano, Y., Oshima, M., Sugiura-Ogasawara, M., Aoki, K., Kitamura, T., & Furukawa, T. A. (2004). Psychosocial predictors of successful delivery after unexplained recurrent spontaneous abortion: A cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 440-446.
- Nakano, Y., Sugiura, M., Aoki, K., Hori, S., Oshima, M., Kitamura, T., & Furukawa, T. (2002). Japanese version of the Quality of Relationship Inventory: Its reliability and validity among women with recurrent spontaneous abortion. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56, 527-532.
- Sugiura-Ogasawara, M., Furukawa, T. A., Nakano, Y., Hori, S., Aoki, K., & Kitamura, T. (2002). Depression as a potential causal factor in subsequent miscarriage in recurrent spontaneous aborters. *Human Reproduction*, 17, 2580-2584.

不妊治療

育児を希望しても妊娠に至らない女性達是不妊治療を行うことが多くあります。不妊治療は長期になることも稀ではありません。近年の調査によれば、日本で不妊の検査・治療の経験がある夫婦は 22.7%で約 4.4 組に 1 組といわれ、2022 年に実施した生殖補助医療で生まれた児は、7 万 7206 人。現在、日本で出生した約 10 人に 1 人は、生殖補助医療によって生まれているのです。治療により妊娠が得られ、出生に至るまでには長期間、長時間の治療を要し、度重なる流産を経験する方の数は計り知れません。

不妊症と精神状態に関する研究で注目すべきものもあります (Kalorth & Mukherjee, 2021; Schweiger et al., 2018)。患者及びその配偶者のストレスや抑うつが高いほど体外受精 (in vitro fertilization: IVF) は失敗しやすいと報告されています (Haimovici et al., 2018)。抑うつと不安が assisted reproductive technique (ART) の成功率を低くしているということはメタ解析でも確認されています (Milazzo et al., 2016)。そして、心理的支援を行うことが 不妊治療を受けている女性の心理状態を改善し、心理支援を行わなかった群に比較して、妊娠に至る率が高いという一連の報告があります (Domar, Clapp, Slawsby, Dusek, Kessel, & Freizinger, 2000; Domar, Clapp, Slawsby, Kessel, Orav, & Freizinger, 2000; Domar et al., 2011)。そうした治療のひとつでは、認知行動療法 ($n =$

56)、支持療法 ($n = 65$)、対照群 ($n = 63$) にわけたところ、妊娠に至った女性がそれぞれ、26 人 (46%)、26 人 (40%)、5 人 (8%) であり、前者 2 グループで有意に高率であった (Domar, Clapp, Slawsby, Dusek, Kessel, & Freizinger, 2000)。こうした心理的援助についての研究成果はいまだ十分とはいえず (Verkuijlen et al., 2016)、今後の研究が必要です。

一方、不妊治療を行っても妊娠に至らない場合、心理状態に望ましくない影響があります。あるアメリカでの疫学研究では、不妊治療が始まる時点から 18 か月間にわたる追跡調査が行われ、このなかで妊娠に至らなかった女性とその配偶者について、構造化面接でうつ病の発症を調査しました。そして、女性のうち 39%が、配偶者の 15%がうつ病の発症を認めました (Holley et al., 2015)。不成功だった不妊治療中のうつ病発症を有意に予測する変数は、うつ病の既往歴でした。不妊治療の失敗は長期間続く可能性があります。スウェーデンにおける研究では体外受精による治療後 20 数年後に追跡調査が行われ、対照群および挙児に至った女性に比較して、挙児に至らなかった女性は、追跡調査時点で抑うつ、強迫症状、身体症状が有意に高率に認められました (Vikström et al., 2015)。また、デンマークの疫学研究では、治療前に統合失調症の診断のついた女性を除外したうえで、1963 年から 1998 年までの期間に不妊症外来を受診した女性を 2006 年末（もしくは死亡する）まで追跡しました。不妊外来受診後少なくとも 1 名の挙児に至った女性 ($n = 29,322$) のうち 22 名が、挙児に至らなかった女性 ($n = 21,899$) のうち 70 名が自殺をしていました (Kjaer et al., 2011)。これは 10 万人単位でいえば 75 名と 320 名に相当します。ハザード比は 2.43 と計算されました。

では挙児に至った女性は心理的問題がないかというそうではありません。不妊治療後の出産後は、挙児のなかった女性に比べて産後にうつ病の発症率が高く、ハザード比は産後 42 日までが 4.82、43 日以降 1 年以内が 1.77 でした (Sejbaek et al., 2015)。

引用文献

- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, 73(4), 805-811.
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J., & Freizinger, M. (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology*, 19(6), 568-575.

- Domar, A. D., Rooney, K., Wiegand, B., Orav, J., Alper, M. M., Berger, B. M., & Nikolovski, J. (2011). Impact of a group mind/body intervention on pregnancy rates in IVF patients. *Fertility and Sterility*, 95(7), 2269-2273.
- Haimovici, F., Anderson, J. L., Bates, G. W., Racowsky, C., Ginsburg, E. S., Simovici, D., & Fichorova, R. N. (2018). Stress, anxiety, and depression of both partners in infertile couples are associated with cytokine levels and adverse IVF outcomes. *American Journal of Reproductive Immunology*, 79, e12832.
- Holley, S. R., Pasch, L. A., Bleil, M. E., Gregorich, S., Katz, P. K., & Adler, N. E. (2015). Prevalence and predictors of major depressive disorder for fertility treatment patients and their partners. *Fertility and Sterility*, 103(5), 1332-1339.
- Kalorth, N., & Mukherjee, T. (2021). Psychological aspects of infertility: A comparative study. *Journal of Social Psychiatry*, 36(4), 321-326.
- Kjaer, T. K., Jensen, A., Dalton, S. O., Johansen, C., Schmiedel, S., & Kjaer, S. K. (2011). Suicide in Danish women evaluated for fertility problems. *Human Reproduction*, 26(9), 2401-2407.
- Milazzo, A., Mnatzaganian, G., Elshaug, A. G., Hemphill, S. A., Hiller, J. E., & the Astute Health Study Group (2016). Depression and anxiety outcomes associated with failed assisted reproductive technologies: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 11(11), e0165805.
- Schweiger, U., Schweiger, J. U., & Schweiger, J. I. (2018). Mental disorders and female infertility. *Archives of Psychology*, 2(6), 072.
- Sejbaek, C. S., Pinborg, A., Hageman, I., Forman, J. L., Hougaard, C. Ø., & Schmidt, L. (2015). Are repeated assisted reproductive technology treatments and an unsuccessful outcome risk factors for unipolar depression in infertile women? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94, 1048-1055.
- Verkuijlen, J., Verhaak, C., Nelson, W. L. D. M., Wilkinson, J., & Farquhar, C. (2016). Psychological and educational interventions for subfertile men and women (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016 issue 3. Art. No. CD011034.
- Vikström, J., Josefsson, A., Bladh, M., & Sydsjö (2015). Mental health in women 20-23 years after IVF treatment: A Swedish cross-sectional study. *BMJ Open*, 5, e009426.

妊娠期

妊娠うつ病

周産期精神医学の研究は産後の精神疾患、特に非定型産後うつ病 (Pitt, 1977) の報告に触発されました。しかし、妊娠期間中の非精神病性精神疾患についての疫学研究はわずかでした (Campbell, 1988 Cox, 1979)。ですが 1990 年代になり、実は妊娠期間中のうつ病新規発生およびその発生要因の研究が見られるようになりました。妊娠期は 5% の女性に DSM のうつ病 (Major Depressive Episode: MDE) の診断基準に合致する状態が発症し (Kitamura et al, 2006)、軽症うつ病まで含めればその発症率は 10% を超えます (Kitamura, Shima, Sugawara, & Toda, 1993, 1996; Kitamura, Sugawara, Sugawara, Toda, & Shima, 1996)。そして、妊娠うつ病の成因についてはかなり研究されています (Kitamura, Shima, Sugawara, & Toda, 1996)。そのなかでも、配偶者のサポートは大きな意味を持っています (文献紹介)。くわえて、妊娠うつ病について、感情焦点対処行動、中絶歴、不安定な成人アタッチメント、不良なコミュニケーション、低い自己志向、児童期の不良な被養育体験などが想定されています (図)。

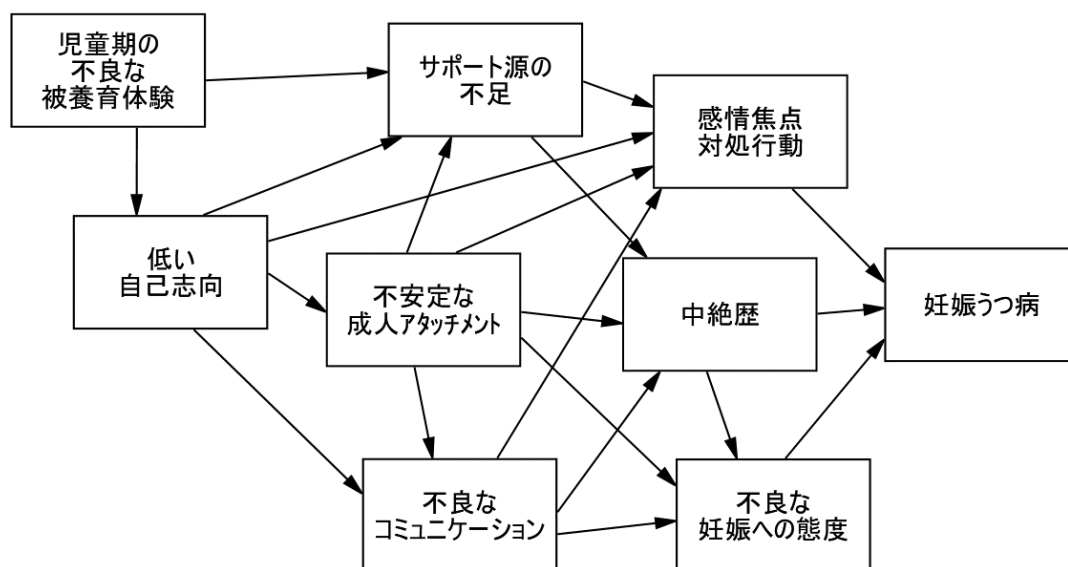


図. 妊娠うつ病の成因 (北村俊則 (2022). 周産期メンタルヘルスケアの制度設計私案, 北村メンタルヘルス学術振興財団 より許諾を得て転載)

なお、1990年代半ばのポルトガルからの報告以来、男性の産後うつ病も注目されるようになりました (Areias et al., 1996)。しかし、オーストラリアのニュー・サウス・ウェールズにおける 1000 人以上の対象者に対する疫学研究では、男性被検者を (a) 子どもが生まれて 1 年以内 (b) 配偶者が妊娠中 (c) その他の 3 群に分けて、抑うつ重症度を測定しました。その結果、3 群の間に抑うつ重症度の平均値に有意の差を認めませんでした (Leach et al., 2015)。つまり、妊娠期は男性にとって、うつ病の発症危険性が上昇する時期ではないのです。

引用文献

- Areias, M. E. G., Kumar, R., Barros, H., & Figueredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: Validation of the Edinburgh postnatal depression scale in Portuguese mothers. *British Journal of Psychiatry*, 169, 30-35.
- Campbell, E. A. (1988). Neurotic disturbance in pregnancy: A review. *Psychiatric Developments*, 4, 311-328.
- Cox, J. L. (1979). Psychiatric morbidity and pregnancy: A controlled study of 263 semi-rural Ugandan women. *British Journal of Psychiatry*, 134, 401-405
- Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M., & Toda, M. (1993). Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychological Medicine*, 23(4), 967-975.
- Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M., & Toda, M. A. (1996). Clinical and psychosocial correlates of antenatal depression: A review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 117-123.
- Kitamura, T., Sugawara, M., Sugawara, K., Toda, M. A. & Shima, S. (1996). Psychosocial study of depression in early pregnancy. *British Journal of Psychiatry*, 168(6); 732-738.
- Kitamura, T., Yoshida, K., Okano, T., Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N., Ito, M., Kudo, N., Tada, K., Kanazawa, K., Sakumoto, K., Satoh, S., Furukawa, T., & Nakano, H. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates. *Archives of Women's Mental Health*, 9(3), 121-130.
- Leach, L. S., Mackinnon, A., Poyser, C., & Fairweather-Schmidt, A. K. (2015). Depression and anxiety in expectant and new fathers: Longitudinal findings in Australian men. *British Journal of Psychiatry*, 206(6), 471-478.

Pitt, B. (1968). "Atypical" depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1325-1335.

文献紹介：

Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M., & Toda, M. (1993). Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychological Medicine*, 23(4), 967-975.

妊娠うつ病の発症には配偶者からのサポートの不良が関与しているという報告。妊娠期間中に3回、構造化診断面接 (Schedule of Affective Disorders and Schizophrenia) を行い、操作的診断基準 (Research Diagnostic Criteria) で評価を行いました。118名の妊婦のうち16%が妊娠うつ病を呈していました。「それまで持っていた夫への信頼度」と「妊娠に対する夫の反応」は単独では妊娠うつ病に顕著な影響を与えていません。つまり、それまでの夫への信頼が高い場合の妊娠うつ病の頻度は14%、夫への信頼度が低い場合は23%です。しかし、それまでに夫への信頼が不良で、なおかつその夫が妊娠の知らせに「嬉しい」という態度を示さなかった場合は、60%を超える妊婦が妊娠うつ病を呈したのです。つまり、この2つの要因が合わさった場合、半数以上の妊婦が妊娠うつ病を発症するのです。

表. 「それまで持っていた夫への信頼度」および「妊娠に対する夫の反応」と妊娠うつ病の発生率

夫への信頼度	妊娠に対する夫の反応		
	嬉しい	嬉しくない	合計
高い	9/72 (13%)	3/16 (19%)	12/88 (14%)
低い	2/22 (14%)	5/8 (63%)	7/30 (23%)
合計	11/94 (12%)	8/24 (33%)	19/118 (16%)

妊娠悪阻

妊娠に伴う悪心・嘔吐は、つわり (Nausea and Vomiting in Pregnancy, NVP) と呼ばれ、かなりの頻度で観察されます。その有病率は約 80%とも報告されています (Gadsby et al., 1993)。症状が重く、脱水、ケトン尿、体重の 5%以上の減少を伴う場合、妊娠悪阻 (hyperemesis gravidarum, HG) と呼ばれ、その有病率は 2~4%です (Seng et al., 2007)。妊娠悪阻の臨床的定義については、まだ合意が得られていないようです。Koot et al. (2018) は、妊娠悪阻について、2017 年 10 月 27 日までに文献データベースに掲載されている妊娠悪阻に関する全てのランダム化比較試験を系統的にレビューし、妊娠悪阻の定義を検討し、34 件の文献を特定しました。これらの文献の中で、妊娠悪阻の定義に用いられた項目は、嘔吐 (100%)、悪心 (88%)、ケトン尿またはアシドーシス (56%)、入院の必要性 (50%)、体重減少 (26%)、脱水 (21%)、電解質異常 (15%)、経口摂取不能 (12%) でした。これは妊娠悪阻の定義に関する合意形成の欠如を示唆しています。

つわり/妊娠悪阻が「ある」妊婦と「ない」妊婦とを峻別する際に、程度の差異と捉えるべきか、明確に区別すべき性質の差異と捉えるべきかは、医療者の関心事項でもあります。それにより、区別の方法、支援の範囲や支援の方法も異なってくるからです。このような差異を特定するために、統計的にはタキソメトリック・アナリシスという手法があります。妊娠悪阻に関するタキソメトリック・アナリシスを用いた研究はまだありません。したがって、つわり/妊娠悪阻のある妊婦とそうではない妊婦とを明確に区別するのは困難であり、程度の差異と考えるのが妥当です。

妊娠中の女性の大半は、つわりや妊娠悪阻による心理社会的変化がマイナスであると報告されています (Poursharif et al., 2008; Wood et al., 2013)。妊娠うつ病の臨床症状は、妊娠に関連しない状況で観察されるうつ病と類似しています。しかし、妊娠うつ病に特異的な特徴のひとつは吐き気であると記されています (Kitamura, Sugawara et al., 1996)。一方で、つわりや妊娠悪阻は、うつ病を伴うことが多いことも多数報告され (Aksoy et al., 2015; Fell et al., 2006; Hizli et al., 2012; Mitchell-Jones et al., 2016; Pirmoglu et al., 2009) ています。つまり、心理/精神的側面から見ると「妊娠うつ病」、産科的側面から見ると「つわり/妊娠悪阻」と、同じ総体を異なる側面から見ているような現象が起きているのです。加えて、妊娠悪阻は、不安 (Pirmoglu et al., 2009)、出産恐怖 (Poursharif et al., 2008)、あるいは、より強い精神的苦痛 (Kjeldgaard, Eberhard-Gran,

Benth & Vikanes, 2017) を伴うことが多いことも報告されています。つわり/妊娠悪阻は、多くの場合、精神疾患の病歴に先行するか、または、つわり/妊娠悪阻の後に、精神疾患が続くことがあります。過去にうつ病の既往歴を有する女性は妊娠悪阻に至る確率が高いことが報告されています (Kjeldgaard, Eberhard-Gran, Benth, Nordeng, et al., 2017; Seng et al., 2007)。妊娠悪阻の女性は、出産後に心的外傷後ストレス障害 (PTSD) やその関連症状 (Christodoulou-Smith et al., 2011; Kjeldgaard et al., 2019; Mullin et al., 2012)、産後うつ病 (Mitchell-Jones et al., 2020; Muchanga et al., 2020) を発症する傾向があります。

なお、つわり/妊娠悪阻の程度を測定する際に国際的に広く用いられている Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE-24: Ebrahimi et al., 2009) という尺度があります。妊娠初期の日本人女性のサンプル (382 名) において、妊娠うつ病と不眠、そして日本語版の PUQE-24 (Hada et al., 2021) で測定した妊娠悪阻が、社会機能不全のおよそ 47%を説明することがわかっています (Hada et al., 2022)。さらにつわり/妊娠悪阻はクラスター分析の結果、臨床上意味のある 4 つのクラスターに分かれました。その 4 つのクラスターとは、吐き気と嘔吐の症状が重い第 1 クラスター、中等度の吐き気と空嘔吐の症状がある第 2 クラスター、軽い吐き気と空嘔吐の症状がある第 3 クラスター、そして症状のない健常群です (Hada et al., 2025)。したがってこのようなつわりの症状や程度において異なる特徴を持つクラスター分類は、つわり/妊娠悪阻の症状のある妊娠女性の、個々の症状の程度や特徴に応じた支援を構築するために役立てることができるでしょう。

引用文献

- Aksoy, H., Aksoy, U., Karadağ, Ö. I., Hacimusalar, Y., Açmaz, G., Aykut, G., Çağlı, F., Yücel, B., Aydın, T., & Babayigit, A. (2015). Depression levels in patients with hyperemesis gravidarum: A prospective case-control study. *Springer Plus*, 4, 34.
<https://doi.org/10.1186/s40064-015-0820-2>.
- Christodoulou-Smith, J., Gold, J. I., Romero, R., Goodwin, T. M., MacGibbon, K. W., Mullin, P. M., Fejzo, M. S. (2011). Posttraumatic stress symptoms following pregnancy complicated by hyperemesis gravidarum. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 24(11), 1307–1311. <https://doi.org/10.3109/14767058.2011.582904>

- Ebrahimi, N., Maltepe, C., Bournissen, F. G., & Koren, G. (2009). Nausea and vomiting of pregnancy: using the 24-hour Pregnancy-Unique Quantification of Emesis (PUQE-24) scale. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 31(9), 803–807.
[https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34298-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34298-0).
- Fell, D. B., Dodds, L., Joseph, K. S., Allen, V. M., & Butler, B. (2006). Risk factors for hyperemesis gravidarum requiring hospital admission during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 107(2 Pt 1), 277–284.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000195059.82029.74>.
- Gadsby, R., Barnie-Adshead, A. M., & Jagger, C. (1993). A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy. *British Journal of General Practice*, 43(371), 245–248.
- Hada, A., Imura, M., & Kitamura, T. (2022). Development of a scale for parent-to-baby emotions: Concepts, design, and factor structure. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 1(3), e30. <https://doi.org/10.1002/pcn5.30>.
- Hada, A., Minatani, M., Wakamatsu, M., & Kitamura, T. (2025). The Pregnancy-Unique Quantification of Emesis: Its clinical correlates and severity ranking among Japanese first trimester pregnant women. *Advances in Reproductive Sciences*, 13(3), 180-198.
<https://doi.org/10.4236/arsci.2025.133016>.
- Hada, A., Minatani, M., Wakamatsu, M., Koren, G., & Kitamura, T. (2021). The Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE-24): Configural, Measurement, and Structural Invariance between Nulliparas and Multiparas and across Two Measurement Time Points. *Healthcare*, 9(11), 1553.
<https://doi.org/10.3390/healthcare9111553>.
- Hizli, D., Kamalak, Z., Kosus, A., Kosus, N., & Akkurt, G. (2012). Hyperemesis gravidarum and depression in pregnancy: is there an association?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 33(4), 171–175.
<https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.717129>.
- Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M., & Toda, M. A. (1996). Clinical and psychosocial correlates of antenatal depression: A review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 117-123.
- Kjeldgaard, H. K., Eberhard-Gran, M., Benth, J. Š., Nordeng, H., & Vikanes, Å. V. (2017). History of depression and risk of hyperemesis gravidarum: a population-based cohort

- study. *Archives of Women's Mental Health*, 20(3), 397–404.
<https://doi.org/10.1007/s00737-016-0713-6>.
- Kjeldgaard, H. K., Eberhard-Gran, M., Benth, J. Š., & Vikanes, Å. V. (2017). Hyperemesis gravidarum and the risk of emotional distress during and after pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 20(6), 747–756. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0770-5>.
- Kjeldgaard, H. K., Vikanes, Å., Benth, J. Š., Junge, C., Garthus-Niegel, S., & Eberhard-Gran, M. (2019). The association between the degree of nausea in pregnancy and subsequent posttraumatic stress. *Archives of Women's Mental Health*, 22(4), 493–501.
<https://doi.org/10.1007/s00737-018-0909-z>.
- Koot, M. H., Boelig, R. C., Van't Hooft, J., Limpens, J., Roseboom, T. J., Painter, R. C., & Grooten, I. J. (2018). Variation in hyperemesis gravidarum definition and outcome reporting in randomised clinical trials: a systematic review. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(12), 1514–1521. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15272>.
- Mitchell-Jones, N., Lawson, K., Bobdiwala, S., Farren, J. A., Tobias, A., Bourne, T. Bottomley, C. (2020). Association between hyperemesis gravidarum and psychological symptoms, psychological outcomes and infant bonding: A two-point prospective case-control multicentre survey study in an inner city setting. *BMJ Open*, 10, e039715.
- Muchanga, S. M. J., Eitoku, M., Mbelambela, E. P., Ninomiya, H., Iiyama, T., Komori, K., Yasumitsu-Lovell, K., Mitsuda, N., Tozin, R. R., Maeda, N., Fujieda, M., Suganuma, N., for the Japan Environment and Children's Study Group. (2020). Association between nausea and vomiting of pregnancy and postpartum depression: The Japan Environment and Children's Study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 43(1), 2-10.
- Mullin, P. M., Ching, C.-Y., Schoenberg, F., MacGibbon, Romero, R., Goodwin, T. M., Fejzo, M. S. (2012). Risk factors, treatments, and outcome associated with prolonged hyperemesis gravidarum. *Journal of Maternal-Fetal Neonatal Medicine*, 25(6), 632-636.

- Pirimoglu, Z. M., Guzelmeric, K., Alpay, B., Balcik, O., Unal, O., & Turan, M. C. (2010). Psychological factors of hyperemesis gravidarum by using the SCL-90-R questionnaire. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 37(1), 56–59.
- Poursharif, B., Korst, L. M., Fejzo, M. S., MacGibbon, K. W., Romero, R., & Goodwin, T. M. (2008). The psychosocial burden of hyperemesis gravidarum. *Journal of Perinatology*, 28(3), 176–181. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211906>.
- Seng, J. S., Schrot, J. A., van de Ven, C., Liberzon, I. (2007). Service use data analysis or pre-pregnancy psychiatric and somatic diagnosis in women with hyperemesis gravidarum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 28(4), 209-217.

文献紹介：

- Hada, A., Minatani, M., Wakamatsu, M., & Kitamura, T. (2025). The Pregnancy-Unique Quantification of Emesis: Its clinical correlates and severity ranking among Japanese first trimester pregnant women. *Advances in Reproductive Sciences*, 13(3), 180-198. <https://doi.org/10.4236/arsci.2025.133016>.

日本の妊娠女性（378名）におけるPUQE-24の妥当性を検証し、PUQE-24スコアの重症度ランク付けを特定した論文です。クラスター分析の結果4つのクラスターが浮かび上がりました。PUQE-24スコアは、妊娠週数、妊娠中の吐き気・嘔吐に関する健康関連QOLスコア（NVP-QOL）、水分・食事摂取量の変化の減少、社会機能障害の程度（Sheehan disability scale: SDS）、抑うつスコア（Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9）と有意な相関を示しました。クラスター分析により、重症群、中等症群、軽症群、無症状群の4群が得られました。受信者操作特性（ROC）分析により、これら4群の最適なカットオフ値（3/4、6/7、7/8）が導き出されました。これらは優れた特異度、感度、陽性予測値、陰性予測値を示しました。本研究の結果は、妊娠女性における臨床応用にはカットオフ値 6/7 が適切である可能性を示唆しています。

表. 各クラスターの PUQE-24 平均スコアと構成概念妥当性

	第 1: 重症 吐き気と 嘔吐 <i>n</i> = 69 (18.4%)	第 2: 中等度 吐き気と 空嘔吐 <i>n</i> = 153 (40.7%)	第 3: 軽度 吐き気と 空嘔吐 <i>n</i> = 85 (22.6%)	第 4: 症状なし <i>n</i> = 69 (18.4%)	分散分析 <i>F</i> (<i>df</i>)	事後比較
PUQE-24						
吐き気	4.13	3.64	2.96	1.00	142.366 (3, 372)***	1>2>3>4
嘔吐	2.43	1.00	1.00	1.00	389.137 (3, 372)***	1>2=3=4
空嘔吐	2.90	2.39	2.00	1.00	38.724 (3, 372)***	1>2>3>4
total	9.49	7.03	5.96	3.00	155.988 (3, 372)***	1>2>3>4
人口統計的						
年齢	31.26	32.76	31.52	31.92	2.738 (3, 368)*	1=2=3=4
夫の年齢	32.91	34.41	32.63	32.88	2.694 (3, 364)*	1=2=3=4
妊娠週数	10.80	10.77	11.02	11.70	6.016 (3, 372)***	1=2=3<4
BMI	21.64	20.74	21.59	20.72	2.390 (3, 364) ^{NS}	
予測妥当性						
水分摂取量	806.45	864.09	982.32	1006.20	4.413 (3, 351)**	1=2=3=4
水分摂取の 変化	3.45	3.88	4.34	4.42	7.592 (3, 372)***	1=2=3=4

食事摂取 量の変化	2.43	3.15	3.43	4.06	13.321 (3, 371)***	1<2=3=4
排尿回数	6.51	7.23	7.55	6.88	2.170 (3, 363) ^{NS}	
治療	1.04	1.03	1.01	1.00	0.801 (3,371) ^{NS}	
社会機能						
SDS total	10.91	9.05	8.25	4.31	11.739 (3, 369)***	1=2=3>4
妊娠うつ病						
身体症状	8.30	7.96	7.63	6.19	10.280 (3, 370)***	1=2=3>4
非身体症状	10.07	9.14	8.51	7.12	11.747 (3, 369)***	1=2=3>4
総得点	18.38	17.10	16.14	13.31	13.772 (3, 372)***	1=2=3>4
不眠の 重症度						
第 1 因子	10.22	9.38	9.34	7.73	7.413 (3, 368)***	1=2=3>4
第 2 因子	6.35	6.05	6.04	5.02	3.874 (3, 362)**	1=2=3=4

注釈： * $p < .05$; ** $p < .01$ *** $p < .001$; ^{NS}, not significant.

胎児ボンディング障害

親と子の間の感情的な相互作用は、様々なメッセージや意味をもたらします。ボンディング、すなわち、親から子への感情は、親としての役割を獲得する過程における子どもに対する親の態度や行動を決定する上で不可欠な要素です。否定的な感情が強いのか、

もしくは平板な感情（感情がわからない）の状態では、親子の相互作用が悪化し、子どもの発達や健康にも悪影響を及ぼす恐れがあります。

これまでボンディングの概念（Kinsey & Hupcey, 2013; Walsh et al., 2010）やその測定のための尺度（McNamara et al., 2019; Wittkowski et al., 2020）については様々な議論がされてきました。Hada et al., (2024a) は、親から子への感情を、「ボンディング」と定義し、Scale of Parent-to-Child Emotions (SPCE) を開発しました。この定義によれば、ボンディングは人間の感情の分類の基本的感情（幸福感、怒り、恐怖、悲しみ、嫌悪）と自己意識的感情（恥、罪悪感、 α プライド、 β プライド）で構成されます。感情には肯定的な感情と否定的な感情がありますが、幸福感、プライドは肯定的な感情、そのほかの感情は否定的な感情です。

ボンディング障害とは、親が子どもに対して嫌悪感や、怒り、憎悪を抱き、その養育を永久に放棄したいと望み、子どもが消えてほしいという願望を抱く心理的状态と考えられています（Brockington, 2011; Brockington et al., 2001, 2006; Kumar, 1996）が、明確な定義や診断基準についてはコンセンサスが得られていません。周産期のボンディング障害は、その時期によって、妊娠期（子どもが胎児期）に顕在化する場合に胎児ボンディング障害、産後の新生児期に顕在化する場合に新生児ボンディング障害と呼ぶことがあります。

胎児ボンディング障害は、産後のボンディング障害やその後の母親と子ども双方のメンタルヘルスの問題を予測する（McNamara et al., 2019; Ohashi et al., 2016; Tichelman et al., 2019）と報告されています。したがって、胎児ボンディング障害のある女性を早期に特定し、治療的介入を開始することは、臨床的に大変重要です。そのため、胎児ボンディング障害は、最近、臨床および研究面で注目されています。

胎児ボンディング障害は成人アタッチメントスタイルや性格特性とも関連しているとの報告があります（Göbel et al., 2019; Hada et al., 2023; Ohashi et al., 2023; Røhder et al., 2020）。成人アタッチメントスタイルに関しては、妊娠初期にアタッチメントスタイルを評価し、安定型、回避型、不安型の3つのスタイルの妊婦それぞれ10名ずつの、胎児ボンディングを妊娠初期、中期、末期と縦断的に測定した結果、アタッチメントスタイルが安定型の妊婦はボンディングが良い方向に向かいますが、不安型の妊婦は妊娠末期に悪化することが示されています（Mikulincer & Florian, 1999）。

ボンディングは病理群と非病理群を明確に区別することができない心理現象である

と考えられますが、ボンディング障害がある場合には、そのボンディングの特徴や程度によっては、積極的な介入が必要です。したがって、ボンディングのタイプ分類とその特徴を明らかにすることは、周産期医療専門家が実施すべき介入の内容を検討する上で重要です。クラスター分析を用いた最近の研究では、胎児期の子どもを持つ父親・母親のボンディングを SPCE で測定し、ボンディングの特徴が異なる 4 つのタイプに分類できることが示されました (Hada et al., 2024b)。その 4 つのタイプは、わが子に対してポジティブな感情が弱くネガティブな感情を強く感じる「ボンディング障害 (Bonding Disorder) タイプ」、ネガティブな感情・ポジティブな感情をともに強く感じる「アンビバレント・ボンディング (Ambivalent Bonding) タイプ」、ポジティブな感情が強くネガティブな感情を弱く感じる「ポジティブ・ボンディング (Positive Bonding) タイプ」、ポジティブな感情・ネガティブな感情ともに感じにくい「特別な感情がわからない (Lack of Bonding Emotions) タイプ」です。さらに、妊婦 (552 名) のデータにおいても、このボンディングの特徴を持つ 4 つの胎児ボンディングのタイプが再現されました (Kitamura et al., 2025)。

これらのことを踏まえると、妊婦健診などで医療者がかかわる機会のある妊娠期から、胎児ボンディングの 4 つのタイプの特徴を踏まえたアセスメントと支援を提供することが、その後の親子の関係とメンタルヘルスの改善に貢献することでしょう。

引用文献

- Brockington, I. F. (2011). Maternal rejection of the young child: Present status of the clinical syndrome. *Psychopathology*, 44(5), 329-336. <https://doi.org/10.1159/000325058>.
- Brockington, I. F., Aucamp, H. M., & Fraser, C. (2006). Severe disorders of the mother–infant relationship: definitions and frequency. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 243-251.
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., ... & Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 133-140.
- Göbel, A., Barkmann, C., Arck, P., Hecher, K., Schulte-Markwort, M., Diemert, A., & Mudra, S. (2019). Couples' prenatal bonding to the fetus and the association with one's own and partner's emotional well-being and adult romantic attachment style. *Midwifery*, 79,

102549.

- Hada, A., Ohashi, Y., Usui, Y., & Kitamura, T. (2024a). A scale of parent-to-child emotions: adaptation, factor structure, and measurement invariance. *Family process*, 63(3), 1677-1701.
- Hada, A., Ohashi, Y., Usui, Y., & Kitamura, T. (2024b). Typology of Parent-to-Child Emotions: A study of Japanese parents of a fetus up to a 12-year-old child. *Healthcare*, 12(9), 881.
- Hada, A., Takeda, S., Imura, M., & Kitamura, T. (2023). Development and validation of a short version of the Scale for Parent to Baby Emotions (SPBE-20): Conceptual replication among pregnant women in Japan. *Psychology*, 14(6), 1085-1110.
- Kinsey, C., B., & Hupcey, J. E. (2013). State of the science of maternal-infant bonding: a principle-based concept analysis. *Midwifery*, 29(12), 1314–1320.
- Kitamura, T., Hada, A., Usui, Y., & Ohashi, Y. (2025). Clusters and case vignettes of impaired maternal-fetal bonding in pregnancy: A mixed method approach. *Psychiatric and Clinical Neurosciences Reports*, 4(2), e70127.
- Kumar, R. C. (1997). “Anybody's child”: Severe disorders of mother-to-infant bonding. *British Journal of Psychiatry*, 171(2), 175-181.
- McNamara, J., Townsend, M. L., & Herbert, J. S. (2019). A systemic review of maternal well-being and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PLoS One*, 14(7), e0220032.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1999). Maternal-Fetal Bonding, Coping Strategies, and Mental Health During Pregnancy—The Contribution of Attachment Style. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(3), 255-276.
- Ohashi Y, Sakanashi K, Tanaka T, & Kitamura T. (2016). Mother-to-infant bonding disorder, but not depression, 5 days after delivery is a risk factor for neonate emotional abuse: a study in Japanese mothers of 1-month olds. *Open Fam Stud Journal*, 8(1), 27–36.
- Ohashi, Y., Takegata, M., Takeda, S., Hada, A., Usui, Y., & Kitamura, T.. (2023). Is your pregnancy unwanted or unhappy? Psychological correlates of a cluster of pregnant women who need professional care. *Healthcare*, 11(15), 2196.
- Røhder, K., Væver, M. S., Aarestrup, A. K., Jacobsen, R. K., Smith-Nielsen, J., & Schiøtz, M. L. (2020). Maternal-fetal bonding among pregnant women at psychosocial risk: The roles

of adult attachment style, prenatal parental reflective functioning, and depressive symptoms. *PloS One*, 15(9), e0239208.

Tichelman E, Westerneng M, Witteveen AB, van Baar AL, van der Horst HE, de Jonge A, et al. (2019). Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review. *PLoS One*, 14(9), e0222998.

Walsh, J. (2010). Definitions matter: if maternal–fetal relationships are not attachment, what are they?. *Archives of Women's Mental Health*, 13(5), 449-451.

Wittkowski, A., Vatter, S., Muhinyi, A., Garrett, C., & Henderson, M. (2020). Measuring bonding or attachment in the parent-infant-relationship: A systematic review of parent-report assessment measures, their psychometric properties and clinical utility. *Clinical Psychology Review*, 82, 101906.

文献紹介：

Kitamura, T., Hada, A., Usui, Y., & Ohashi, Y. (2025). Clusters and case vignettes of impaired maternal-fetal bonding in pregnancy: A mixed method approach. *Psychiatric and Clinical Neurosciences Reports*, 4(2), e70127.

妊娠 36 週以前の妊婦 552 名にアンケート調査を行い、アンケートに参加した女性のうち同意が得られた 258 名の女性にオンラインでインタビューを行いました。統計的に、ボンディングの 4 つのタイプに分類された妊娠女性のデータから、健康的なボンディングであるポジティブ・ボンディングタイプを除き、ボンディング障害、アンビバレント・ボンディング、ボンディング感情の欠如の 3 つのタイプからそれぞれ代表的な症例を 2 例ずつ選び、その臨床像を記述しました。ボンディング障害タイプ属の女性は、胎児に対して怒り、恥、罪悪感といった強い負の感情を抱いていました。重度の抑うつや妊娠悪阻、希死念慮を併発しているケースもありました。流産や長時間の陣痛の末の緊急帝王切開など、妊娠や出産に関連する困難な経験を有しているケースもありました。さらに、胎児を恐怖の対象として否定的に捉えていました（胎児の異常に対する強い恐怖）。アンビバレント・ボンディングタイプの女性は子どもに対して幸福感は強く感じますが、誇りの感情は中程度で、強い懸念と不安が共通しており、さらに子どもに対する恥や罪悪感を抱いていました。ボンディング感情の欠如タイプの女性は、幸福感はありますが、そのほかの肯定的・否定的感情のいずれも弱

く、胎児への関心が乏しく、胎児について考えることも稀でした。出産恐怖や妊娠うつ病の兆候は認められませんでした。

周産期医療に携わる医療者は、このようなボンディングのタイプの親が専門的なアセスメントと支援的（治療的）介入を必要としていることを認識すべきです。妊娠の意味と親役割の獲得の過程における困難を理解することが求められます。

出産恐怖

出産恐怖は以前から知られていました。1858年にマルセが次のようにのべています。

初産婦であれば、未知の疼痛を考えることに計り知れないほど没頭し、表現できないほどの不安に投げ込まれる。経産婦であれば、過去の記憶と将来の見通しに恐怖するのである。

出産恐怖は量的に測定する必要があります。国外では、出産恐怖の評価尺度がいくつか報告されています (Elvander et al., 2013; Eriksson et al., 2005; Fairbrother et al., 2022; Haines et al., 2011; Melender, 2002; Nuraliyeva & Kaya, 2022; Slade et al., 2016; Nunes et al., 2021; Wootton et al., 2020)。このなかでも Wijma et al. (1998) の W-DEQ は早く開発され、国際的にも広く使用されているものです。W-DEQ は日本語に翻訳され、研究に使われています (Takegata et al., 2013)。

出産恐怖があるほど無痛分娩や（非医学的使用が許されている国では）帝王切開を望む率が高いことが知られています (Di Renzo, 2003; Handelzalts et al., 2011; Hildingsson, 2014; Hildingsson et al., 2002; Jespersen et al., 2014; Johnson & Slade, 2002; Lucasse et al., 2011; Nerum et al., 2006; Nieminen et al., 2009; Ryding, 1993; Ryding et al., 2015, 1998; Saisto et al., 2001; Stoll et al., 2015; Wax et al., 2004)。ですから、無痛分娩希望の妊婦において出産恐怖が多く見られることは十分に予測できます。さらに人工中絶を希望する妊婦にも出産恐怖が多く見られます (Poursharif et al., 2007)。

出産恐怖の妊婦が恐れている対象はなんのでしょうか？最近の質的研究では7つの類型が出てきました (Takegata et al., 2018)。それは Maternal and child risk, pain, losing

control, uncertainty, prolonged labour, poor family support and loneliness before Hospitalization です。

出産恐怖の成因については未知の部分が多く残っています。妊娠初期と妊娠中期に行った追跡調査では、出産恐怖、強迫症状、抑うつ of 三者の因果関係を見るため、分散構造分析の非逐次モデルが作られました (Usui et al., 2023)。モデルトリミングをした後の最終モデルの結果、強迫症状が重症なほど出産恐怖が強くなり、出産恐怖が重症なほど、抑うつが強くなり、抑うつが重症なほど強迫症状が強くなります。つまり、三者が負のラセンを作っているのです。また最初に境界性パーソナリティ傾向と成人アタッチメントを評価しました。出産恐怖は境界性パーソナリティ傾向の影響を受けています。境界性パーソナリティと関連している不良な成人アタッチメントは直接に出産恐怖を導きませんが、出産の受け止めが不良なことを介在して、影響を受けています。

妊娠期間中の出産恐怖は産後にも影響があります。特に重要な所見は、妊娠期間中の出産恐怖が強いほど、産後のトラウマ症状が強くなることです (Takegata et al., 2017)。これは初産婦では痛みの知覚を介在しても影響するものです。

引用文献

- Di Renzo, G. C. (2003). Tokophobia: A new indication for Cesarean delivery? *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 13, 217.
- Elvander, C., Cnattingius, S., & Kjerulff, K. H. (2013). Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: Findings from the first baby study. *Birth*, 40(4), 289-296.
- Eriksson, C., Westman, G., & Hamberg, K. (2005). Experimental factors associated with child-birth-related fear in Swedish women and men: A population-based study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(1), 63-72, 2005.
- Fairbrother, N., Collardeau, F., Albert, A., & Stoll, K. (2022). Screening for perinatal anxiety using the childbirth fear questionnaire: A new measure of fear of childbirth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 223.

- Handelzalts, J. E., Fisher, S., Lurie, S., Shalev, A., Golan, A., & Sadan, O. (2011). Personality, fear of childbirth and caesarean delivery on demand. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 91, 16-21.
- Haines, H., Pallant, J. F., Karlström, A., & Hildingsson, I. (2011). Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*, 27, 560-567.
- Hildingsson, I. (2014). Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth: A longitudinal cohort study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5, 75-80.
- Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C., Waldenström, U. (2002). Few women wish to be delivered by Caesarean section. *BJOG*, 109(6), 518-623.
- Jespersen, C., Hegaard, H. K., Schroll, A. M., Rosthøj, S., & Kjærgaard, H. (2014). Fear of childbirth and emergency Caesarean section in low-risk nulliparous women: A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 35(4), 109-115.
- Johnson, R., & Slade, P. (2002). Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109, 1213-1221.
- Lucasse, M., Vangen, S., Øian, P., & Schei, B. (2011). Fear of childbirth, women's preference for Cesarean section and childhood abuse: A longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90(1), 33-40.
- Melender, H.-L. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101-111.
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T., & Ølan, P. (2006). Maternal request for Cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counselling? *Birth*, 33(3), 221-228.
- Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and

- preference for cesarean section: A cross-sectional study at various study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88, 807-813.
- Nunes, R. D., Treebert, E., Seenann, M., & Treebert, J. (2021). Tokophobia Assessment Questionnaire: A new instrument. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(1), 112-114.
- Nuraliyeva, Z., & Kaya, N. (2022). Development of the Childbirth Fear Scale. *Archives of Health Science Research*, 9(3), 161-168.
- Poursharif, B., Korst, L. M., MacGibbon, K. W., Fejzo, M., Romero, R., & Goodwin, T. M. (2007). Elective pregnancy termination in a large cohort of women with hyperemesis gravidarum. *Contraception*, 76, 451-455.
- Ryding, E. L. (1993). Investigation of 33 women who demanded a Cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica et Gynecologia Scandinavica*, 72, 280-285.
- Ryding, E. L., Lukasse, M., van Parys, A.-S., Wangel, A.-M., Karro, H., Kristjansdottir, H., Schroll, A.M., Schei, B., and the Bidens Group (2015). Fear of childbirth and risk of Cesarean delivery: A cohort study in six European countries. *Birth*, 42(1), 48-55.
- Ryding, E. L., Wijma B., Wijma, K., & Rydhström, H. (1998). Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency caesarean section. *Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavica*, 77, 542-547.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E., & Halmesmäki, E. (2001a). Psychological characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108, 492-498.
- Slade, P., Pais, T., Fairlie, F., Simpson, A., & Sheen, K. (2016). The development of the Slade-Pais Expectations of Childbirth Scale (SPECS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34(5), 495-510.
- Stoll, K., Edmonds, J. K., & Hall, W. A. (2015). Fear of childbirth and preference for Cesarean delivery among young American women before childbirth: A survey study. *Birth*, 42(3), 270-276.
- Takegata, M., Haruna, M., Matsuzaki, M., Shiraishi, M., Murayama, R., Okano, T., &

- Severinsson, E. (2013). Translation and validation of the Japanese version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire version A. *Nursing & Health Sciences*, 15, 326-332.
- Takegata, M., Haruna, M., Matsuzaki, M., Shiraishi, M., Okano, T., & Severinsson, E. (2017). Aetiological relationship between factors associated with postnatal traumatic symptoms among Japanese primiparas and multiparas: A longitudinal study. *Midwifery*, 44, 14-23.,
- Takegata, M., Haruna, M., Morikawa, M., Yonezawa, K., Komada, M., & Severinsson, E. (2018). Qualitative exploration of fear of childbirth and preferences for mode of birth among Japanese primiparas. *Nursing & Health Sciences*, 20, 338-345.
- Usui, Y., Takegata, M., Takeda, S., & Kitamura, T. (2023). Relationships between depression, fear of childbirth, and obsessive-compulsive symptoms among pregnant women under the COVID-19 pandemic in Japan. *Healthcare*, 11, 361.
- Wax, J. R., Cartin, A., Pinette, M. G., & Blackstone, J. (2004). Patient choice Cesarean: A evidence-based review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 58(8), 601-616.
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ: A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 19, 84-97.
- Wootton, B. M., Davis, E., Muses, K., Moody, A., & Maguire, P. (2020). The development and initial validation of the tokophobia severity scale. *Clinical Psychologist*, 24(3), 367-375.

文献紹介：

Kitamura, T., Takegata, M., Usui, Y., Ohashi, Y., Sohda, S., Takeda, J., Saito, T., Kasai, Y., Watanabe, H., Haruna, M., & Takeda, S. (2024). Tokophobia: Psychopathology and diagnostic consideration of ten cases. *Healthcare*, 12, 519.

出産恐怖の症状を精神病理学の観点からも見る必要があります。症状としての「恐怖」は怖いという「思考」です。思考という領域の症状には強迫観念、支配観念（優

格観念)、二次妄想、一次妄想、思考促迫、思考吸入があります。精神病理学で恐怖感
はどのカテゴリーに入るのでしょうか？

出産に関する恐怖感が (1) 自分の感情であると認識している、つまり自己所属感があるが、(2) その怖さを自分ではコントロールできない、つまり自己統制感がなく、(3) 一時的ではあっても合理的説明で訂正ができる、つまり他からの訂正可能性があり、(4) 自分でも本来の自身の感じ方とは合っていないと感じている、つまり思考の自我異質性があり、(5) 自身もその怖さが通常のそれを超えていると認識している、つまり不合理の自覚があり、(6) 面接者からみてもその恐怖の内容は理解できる、つまり了解可能性がある場合、強迫観念と判断できます。これが最も狭い意味での出産恐怖です。Kitamura et al. は、出産恐怖は恐怖症ではなく、強迫症であると主張しています。

強迫観念と似ていますが、出産への恐怖感「当然である」と感じ、恐怖感をコントロールできないとは思わず、さらに自身の本来の感じ方とも違和感がなく、その恐怖を不合理だとは思えない場合があります。これはもう強迫症ではありません。支配感覚（優格観念）と判断できます。

さらに、こうした状態で、一時的ですら合理的説明で訂正ができない、つまり他からの訂正可能性がない場合、二次妄想と判断できます。ただし、恐怖の内容はその妊婦のパーソナリティ、感情などから了解することができます。

ただし、二次妄想に該当しても、その恐怖感が妊婦のパーソナリティや感情などから了解できなければ一次妄想と判断できます。

一次妄想と同じ恐怖が、しかし自分のなかで自己コントロールできない状態で湧き上がってくると感じる場合、思考促迫と判断できます。自分の思考ではあるが、自身の感じ方ではない怖さが出てくるという状態です。

思考促迫では怖さは自分の感覚であると認識できています。自己身体の外部から強制的に入れられる感じであれば、思考吸入と判断できます。妊婦は「考えが外から強引に頭に入ってくる」と訴えます。これは精神病性の症状です。

強迫 観念	支配（優格） 観念	二次 妄想	一次 妄想	思考 促迫	考 想 吸 入
----------	--------------	----------	----------	----------	------------------

思考の自己所属感	+	+	+	+	+	-
思考の自己統制感	-	+	+	+	-	-
他からの訂正可能性	+	+	-	-	?	?
思考の自我異質性	+	-	-	-	+	+
不合理性の自覚	+	-	-	-	-	-
了解可能性	+	+	+	-	-	-

以上の整理をしたうえで、新たな事例検討を行いました。いくつかの産科医療機関から「重症の出産恐怖」の事例を紹介してもらい、質的研究を行いました。症例は10例です。この時、新しい構造化面接を作りました。多次元出産恐怖調査票 Multidimensional Tokophobia Tool (MTT) です。出産に関する恐怖を W-DEQ に確認し、その性格を先ほどの項目に分けて質問するようにデザインされています。加えて、これまでの精神疾患の現病歴と既往歴に関する構造化面接を作成して加えてあります。

10 例の症例の精神病理学的内訳です。2 例が強迫観念、3 例が支配観念、1 例が二次妄想でした。精神病理学的判断が複数のカテゴリーに及ぶ例もあります。3 例が強迫観念と支配観念の合併、1 例が強迫観念と二次妄想の合併と考えられました。つまり全事例の 50%は支配観念があったのです。

つまり、出産恐怖は狭い意味の恐怖症とは性格が異なるものなのです。そこで出産恐怖の診断基準が試作されました。

A 経膈分娩あるいは帝王切開による近づきつつあるもしくは想像する出産（例：強い陣痛、医療行為に関連した疼痛、死産、新生児異常など）への顕著な恐怖あるいは不安。

B その恐怖あるいは不安は短時間であっても医学的保障で緩和されな

い。

C その恐怖は意識的コントロール感、あるいは自己同質、病識の欠如を伴う。

D その恐怖あるいは不安はほとんど毎日、連続した少なくとも 14 日間、感じられる。

E その恐怖あるいは不安が、臨床的に意味のある苦痛、あるいは社会的、職業的、またはその他の重要な領域における機能の障害を起こしている。

F その恐怖あるいは不安は物質の生理学的作用、または他の医学的疾患によるものではない。

G 症状は、思考吸入あるいは幻覚、妄想を含む精神病性の障害によってうまく説明されない。

2 つの特定用語も準備しました。

強迫症状を伴う：恐怖感が意識的にコントロールできず、自我異質的（患者の感情、あるいはパーソナリティ、価値観に一致しない）であるため、侵入的で望まないと感じられる。

外傷後の特徴を伴う：恐怖感が過去の外傷体験（例：過去の難産、死産、流産、および周産期でない外傷的出来事）に意味上、関連している。

妊娠期の強迫症

強迫症は、不安や苦痛を引き起こす、持続的で反復的な考えやイメージ（強迫観念）と、反復的な行動または精神行為（強迫行為）が特徴であり、これらのいずれか、または両方が認められる場合に診断されます。本人はそれらが無意味、不合理なものであると認識しているにもかかわらず、制御することが困難であることから、日常生活に著しい支障をきたします。周産期は強迫症のリスクが高い時期とされ、有症率が 6～15%程度と、一般女性の約 1.5～2 倍高いことが明らかとなっています (Miller et al., 2022; Nakić Radoš et al., 2025; Russell et al., 2013)。妊娠中に見られる代表的な症状

としては、汚染に関する強迫観念が挙げられます。例えば、「胎児が感染症や薬剤などで汚染されているのではないか」といったイメージが繰り返し浮かび、頭から離れないといった形で現れます（文献紹介）。妊娠中の強迫症状は妊娠期間中にとどまらず、産後の症状の重症化や生活機能の低下にも影響を与えることが報告されています（Abramowitz et al., 2025; Miller et al., 2022）。さらに、近年の研究では、妊娠中の強迫症が妊娠高血圧腎症、早産、帝王切開、低出生体重児などの妊娠・出産および新生児の有害転帰と関連する可能性も示唆されています（Aujla et al., 2024）。

引用文献

- Abramowitz, J. S., Hellberg, S. N., Krasnow, J., Friedman, J. B., Myers, N. S., Nestadt, P. S., Ojalehto, H. J., Juel, E. K., Samuels, J., Kimmel, M. E., Osborne, L. M., Storch, E. A., Nestadt, G., & Musci, R. J. (2025). Prenatal obsessive beliefs predict postpartum obsessive-compulsive symptoms: a prospective study. *Psychiatry Research*, 351, 116620.
- Aujla, S., Sandeep, M., Aparnavi, P., Padhi, B. K., Shamim, M. A., Sahoo, S., Gangane, N., & Gandhi, A. P. (2024). Effect of maternal obsessive-compulsive disorder (OCD) on fetomaternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 167(3), 949–956.
- Miller, M. L., Roche, A. I., Lemon, E., & O'Hara, M. W. (2022). Obsessive-compulsive and related disorder symptoms in the perinatal period: Prevalence and associations with postpartum functioning. *Archives of Women's Mental Health*, 25(4), 771–780.
- Nakić Radoš, S., Brekalo, M., Matijaš, M., & Žutić, M. (2025). Obsessive-compulsive disorder (OCD) symptoms during pregnancy and postpartum: Prevalence, stability, predictors, and comorbidity with peripartum depression symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 176.
- Russell, E. J., Fawcett, J. M., & Mazmanian, D. (2013). Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(4), 377–385.

文献紹介：

Kalra, H., Tandon, R., Trivedi, J. K., & Janca, A. (2005). Pregnancy-induced obsessive compulsive disorder: a case report. *Annals of General Psychiatry*, 4(1), 12.

妊娠中に強迫症を発症した症例報告。30 歳、初産婦、妊娠 4 か月で外来を受診しました。精神疾患の既往はなく、主訴は過去 1 か月間に見られた「汚染に関する強迫観念」と「洗淨の強迫行為」でした。汚染の考えにとらわれるようになり、自分自身を洗ったり、様々な家庭用品を掃除したりすることにほとんどの時間を費やすようになっていました。彼女はこれらの考えを自分自身のものであり、非合理的だと理解していましたが、それを抑えることができませんでした。彼女は強い苦痛を感じており、仕事を続けることができなくなっていました。洗淨の強迫行為によって不安は一時的に軽減されましたが、汚染に対して具体的に何を恐れているのかは説明できませんでした。初回診察時に薬物療法が提案されましたが、彼女は薬剤の催奇形性作用に関する懸念からこれを拒否しました。次の診察の際には、症状の悪化を訴え、その後、自身の強迫観念が「胎児を汚染してしまうことへの恐怖」にも関係していることを明らかにしました。胎児に害を及ぼさないようにと、彼女は繰り返し洗っていました。初診から 1 か月後、薬物療法が始まり、強迫観念および強迫行為の症状は軽減しました。しかし、妊娠最後の 1 か月に、家族の助言によって薬の服用を中止し、再び侵入的な強迫観念とそれに続く強迫行為の再発を経験しました。出産までは薬物療法の再開を拒否しました。

妊娠期の希死念慮

日本では、直接産科死亡原因として自殺が最も多いことが報告されています (Takeda et al, 2020)。既遂自殺の女性は、直前に「生きていたくない」と訴えることから、希死念慮をもつ妊婦の発見、評価(松長, 北村, 2015)に続く支援・介入・治療 (Joiner et al., 2009) は周産期自殺の予防的観点から喫緊の課題といえます。特に希死念慮から既遂自殺に至る危険性の評価は、周産期メンタルヘルスケアの最重要課題の一つです (Fountoulakis et al., 2012; Holli et al., 2005; Levey et al., 2019)。

日本では約 20%の女性が周産期のどこかの時点で希死念慮を抱き (Takegata et al., 2019)、助産師や保健師が最初に感知することは珍しくありません。対応として精神科

への紹介が優先的に検討されるかもしれませんが、精神科受診をためらう者は少なくなく (Andrade et al., 2014)、日本の精神科受療率は低いことが報告されています (Ishikawa et al., 2016)。既遂自殺者において、自殺に至る前 1 年間に精神科を受診した者は 50%に過ぎず (Hirokawa et al., 2012)、希死念慮は受診の強い動機付けにはなり得ません。また、妊娠期には服薬に不安感を抱く者もあり、安易に精神科受診を勧奨して他機関に「つなぐ」ことは、妊婦の精神科受診の忌避による支援中断を招きかねません。一方で、支援者側にも自殺予防の支援に対する不安感があります。例えば、「自分が自殺について話題にすることで、自殺を誘発するのではないか」といったものです。その不安感から、「死んじゃだめです」「死なない、と約束を」「精神科を紹介します」といった話題の転換、中断や（無意識的な）支援の責任転嫁につながることもしばしばあります。しかし自殺について尋ねることで希死念慮や自殺関連行動が増加するというエビデンスはなく、むしろ積極的に尋ねることで予防的支援に繋がるなどのメリットが上回るとされています (Bolton, Gunnell & Turecki, 2015; Decou, & Schumann, 2017)。

引用文献：

- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Matschinger, H., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sagar, R., Sampson, N. A., Sasu, C., Stein, D. J., Takeshima, T., Viana, M. C., Xavier, M., & Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303–1317.
- Bolton, J. M., Gunnell, D., & Turecki, G. (2015). Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *The BMJ*, 351, h4978.
- DeCou, C. R., & Schumann, M. E. (2018). On the Iatrogenic Risk of Assessing Suicidality: A Meta-Analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(5), 531-543.
- Fountoulakis, K. N., Patoula, E., Siamouli, M., Moutou, K., Gonda, X., Rihmer, Z., Iacovides, A., & Akiskal, H. (2012). Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 138, 449-457.

- Hirokawa, S., Matsumoto, T., Katsumata, Y., Kitani, M., Akazawa, M., Takahashi, Y., . . . Takeshima, T. (2012). Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death: a psychological autopsy study of 76 cases. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(4), 292-302.
- Holi, M.M., Pelkonen, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Ruuttu, T., Heilä, H., Tuisku, V., & Marttunen, M. (2005). Psychometric properties and clinical utility of the Scale for Suicidal Ideation (SSI) in adolescents. *BMC Psychiatry*, 5, 8.
- Ishikawa, H., Kawakami, N., Kessler, R. C., & World Mental Health Japan Survey, C. (2016). Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: results from the final dataset of World Mental Health Japan Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25 (3), 217-229
- Joiner, T. E., Van Orden, K., Witte, T., Selby, E., Ribeiro, J., Lewis, R., & Rudd, M. (2009). Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 634-646.
- Levey, E. J., Rondon, M. B., Sanchez, S., Zhong, O.-Y., Williams, M. A., & Gelaye, B. (2019). Suicide risk assessment: Examining transitions in suicidal behaviors among pregnant women in Perú. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 65-73.
- Takeda, S. (2020). The current status of and measures against maternal suicide in Japan. *Hypertension Research in Pregnancy*, 8(2), 34-39.
- Takegata, M., Takeda, S., Sakanashi, K., Tanaka, T., & Kitamura, T. (2019). Perinatal self-report of thoughts of self-harm, depressive symptoms, and personality traits: Prospective study of Japanese community women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(11), 707-712.
- 松長麻美, 北村俊則 (2015). 対人関係理論に基づく自殺のリスク評価. *精神科治療学*, 30(3); 333-338.

文献紹介：

- Takegata, M., Takeda, S., Sakanashi, K., Tanaka, T., & Kitamura, T. (2019). Perinatal self-report of thoughts of self-harm, depressive symptoms, and personality traits: Prospective study of

Japanese community women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(11), 707–712.

周産期の希死念慮には、未熟なパーソナリティ傾向（低い自己志向性と低い協調性）が影響しているという報告。248名の日本人妊婦を対象に縦断調査を行い（妊娠後期、産後5日、産後1か月）、EPDS第10項目でtwo-stepクラスター分析を実施したところ、正常群（82.7%）と希死念慮群（17.3%）の2つのクラスターに別れました（表）。希死念慮群の女性は、1時点またはすべての時点でEPDS第10項目が陽性でした。またCloninger（1994）らのTCIによる自己志向性と協調性が有意に低く、EPDSの下位尺度である「不安」と「抑うつ」が有意に高いという結果でした。未熟なパーソナリティ特性が希死念慮や不安、抑うつを媒介する素因として機能している可能性が示唆されます。また希死念慮群では、産後のボンディング評価に使用した日本語版PBQ（金子ら, 2019）の下位尺度である「愛情の欠如」と「拒絶と恐怖」が高い傾向がありました。希死念慮群における抑うつ気分やボンディング不良の併存は、近年提唱されている妊娠期心理症候群（Hada & Kitamura, 2024）の概念を裏付けるエビデンスの一つであるといえます。

表 各項目のクラスター比較

		クラスター 1 ($n = 201$)	クラスター 2 ($n = 42$)
		Mean (SD)	Mean (SD)
妊娠後期	不安	2.07 (0.15)	4.50 (0.40)***
	抑うつ	0.56 (0.07)	2.62 (0.37)***
産後5日	不安	1.44 (0.13)	3.62 (0.39)***
	抑うつ	0.61 (0.08)	1.83 (0.02)***
産後1か月	不安	1.04 (0.11)	2.43 (0.36)***
	抑うつ	1.57 (0.25)	2.57 (0.25)***
自己志向性		44.9 (0.6)	39.3 (1.5)***
協調性		50.3 (0.4)	45.9 (1.1)***

*** $p < .001$

産後

産後うつ病

国内の多施設共同疫学研究では、産後 3 か月以内に発症するうつ病エピソード (major depressive episode :MDE) は 5%です (Kitamura et al., 2006)。日本における周産期のうつ病発症率については多くの研究があり、メタ解析によれば、妊娠中期で 14%、妊娠後期で 16%、産後 1 か月で 14%です。しかし、ここで扱われた調査のすべてが EPDS や CES-D といった自記式調査票からのデータでした (Tokumitsu et al., 2020)。したがって陽性的中率 (約 50%) を考慮すれば、面接調査の結果と大きく変わるところではありません。

発症要因については多くの報告があり、生物学的要因でなく、心理的要因 (Hada et al., 2019) や文化差 (Takegata, Ohashi, et al., 2017) のほうが重要であることが、明らかになっています。多数例の疫学調査では、今回の妊娠が望んだものでない場合に、産後うつ病が多く発症するといわれています (Baba, et al., 2020)。産後うつ病はいかなるストレス要因でも起こるわけではありません。身体的ストレス (例：会陰切開の痛みの持続) では起こりません。ストレス要因のなかで、育児関連ストレスと対人関係ストレスが強く産後うつ病に関連していることも報告されています (Hada et al., 2019; Ohashi et al., 2015)。他のうつ病では問題焦点対処がうつ病の軽快に結びついている一方で、産後うつ病ではむしろ重症傾向を作っています (Hada et al., 2019)。支援・介入・治療を行う場合は、十分な注意が必要です。

ライフステージのなかで、周産期や産後が特にうつ病の発症率が高いものではありません。うつ病の発症率を周産期と非周産期に分けて比較した研究はさほど多くはありません。Cox (1979) はウガンダにおいて、89 組の産後女性と非周産期の女性に面接を行い、彼のいう「抑うつ神経症」の有病率を比較しました。それぞれ 12%と 5%でした。両群間で重症度の差は認められませんでした。おそらくそのことの確認をしたかったのでしょう。Cox は数年後に英国内で周産期の追跡調査を行っています (Cox et al., 1982)。105 名の妊婦を妊娠中に 2 回、産後に 2 回 (産後 1 週間以内と産後 3 - 5 か月目) に面接を行い、産後に 17 名 (16%) の女性が重症のうつ病を認めました。この研究から約 10 年後に、今回は 232 名の産後の女性を産後 6 ヶ月目に面接し、これを非周産期の対照女性と比較しました (Cox et al., 1993)。産後 6 か月目のうつ病の時点有病率は産後女性群で 9.1%、対照女性群で 8.2%であり、また 6 ヶ月間の有病率はそれぞれ 13.8%と 13.4%でした。つまり、周産期と非周産期はうつ病発症率について差はなかったのです。同様の報告がアメリカの研究グループによってなされています (O'Hara et al., 1990)。この研究では 182 名の妊婦と同数の対照非妊婦を産後 9 週目まで前方視的に追跡し、研究用診断基準 (Research Diagnostic Criteria: RDC) の定型うつ病および準定型うつ病の有病率を面接で確認しました。定型うつ病がそれぞれ 8 名 (4.4%) と 6 名 (3.3%)、準定型うつ病が 11 名 (6.0%) と 8 名 (4.4%) でした。ま

た、いずれかのうつ病の有病率も 10.4%と 7.8%であり、これも統計学的有意の差には至りません。

産後うつ病を含めた周産期うつ病の臨床的重要性は、うつ病そのものが当該女性に与える影響に留まるものではありません。むしろ、その後の児の発達、特に認知的発達（知能指数）に明らかな影響を与えていることが重要なのです (Ahun & Côtée, 2019)。しかし、認知的機能への影響は母乳率の低さも同様であり、産後うつ病の女性ほど母乳率が低いことを考えると、交絡も十分想定する必要があります。今後の長期追跡研究と、注意深い統計解析が待たれるところです。

産後うつ病の治療については、特に母乳授乳中の女性は薬物療法を嫌うことが多いものです。産後うつ病は軽症のうつ病が多く、軽症・中等症のうつ病に対して抗うつ薬は偽薬を超える有効性が得にくいこと (Bower et al., 2013; Fournier et al., 2010; Fountoulakis et al., 2013; Khan et al., 2002; Kirsch et al., 2008; Rabinowitz et al., 2016) を考慮すれば、心理療法の準備されるべきです (Lin et al., 2018; Milgrom et al., 2005; Miniati et al., 2014; Reay et al., 2012; Stuart, & Koleva, 2014; Stuart et al., 2003)。さらに産後のソーシャルサポート源として配偶者が特出して重要なこと、夫にも児の出産後のうつ病が妻と同様に認められること、対人関係の困難が病因のひとつとして重要なことを考慮すると (Takegata, Ohashi, et al., 2014)、産後うつ病の女性とその配偶者を同席させる心理療法 (Alves et al., 2018; Brandon et al., 2012; Carter et al., 2010; Cuijpers et al., 2008; Sangswang et al., 2019; Wickberg & Hwang, 1996) を考慮すべきです。さらに家庭に訪問して行う、いわゆるアウトリーチ治療も重要です (Toyama et al., 2021)。とくに日本では精神科に特化した訪問看護ステーションが増えており、その中には周産期メンタルヘルスケアを専門にする訪問看護ステーションも現れています。こうしたアウトリーチサービスが産後うつ病の治療を担うことも選択肢のひとつとして考えるべきでしょう。産後うつ病は早期に治療すべき病態です。アウトリーチサービスを担当するものは一定の期間で治癒を目指さなければなりません。早期発見 (北村, 1996) と早期介入を臨床現場で行うことに加えて、妊娠期間中からの予防介入 (Austin et al., 2008; Brugha et al., 2011; Dennis & Creedy, 2008; Dennis et al., 2009; Elliot et al., 2000; Werner et al., 2015; Werner et al., 2016; Zlotnick et al., 2001; Zlotnick et al., 2006) についても対策を講ずる必要があります。

産後うつ病というとはまず女性のもの、母親のものと考えられています。妻が出産した後に夫はうつ病にならないのでしょうか。大阪府と兵庫県で行なわれた産後 1 か月時点での横断調査では、母親とその配偶者の両方に EPDS と CES-D を配布しました。うつ病陽性率は母親で 28 %、父親で 14 %でした。女性に陽性者が多いものの、父親にも無視できない数のうつ病が認められたのです (Nishimura & Ohashi, 2010)。最近のメタ解析では妻の妊娠期間中に 10%の夫がうつ病を発症し、妻の分娩後

にまた 10%の夫がうつ病を発症していることが示されています (Paulson & Bazemore, 2010)。従って、産後の女性（母親）のうつ病に臨床的あるいは行政的注目をするのであれば（もちろんそれが望ましいことですが）、同時に産後（子どもが生まれた後）の男性（父親）のうつ病にも注目しなければなりません。なお、周産期の男性（夫）のうつ病の危険要因として、無職であることが報告されています (Ayinde & Lasebikan, 2019)。同じ周産期のうつ病でも、その発生危険要因は男女差があるかもしれません。もちろん、妻が産後うつ病を発症した際、配偶者である夫に、臨床上の特別の配慮が必要なことは当然のことです (Ruffell et al., 2019)。

(2552 字)

引用文献

- Ahun, M. N., & Côtée, S. M. (2019). Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: A review of putative environmental mediators. *A review of Women's Mental Health*, 22, 15-24.
- Alves, S., Martins, A., Fobnseca, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2018). Preventing and treating women's postpartum depression: A qualitative systematic review on partner-inclusive interventions. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 1-25.
- Austin, M.-P., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland, S., Saint, K., Sagal, N., & Parker, G. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 105, 35-44.
- Ayinde, O., & Lasebikan, V. O. (2019). Factors associated with paternal perinatal depression in fathers of newborns in Nigeria. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40(1), 57-65.
- Baba, S., Kimura, T., Ikehara, S., Honjo, K., Eshak, E. S., Sato, T., Iso, H., & Japan Environmental and Children's Study Group (2020). Impact of intention and feeling toward being pregnant on postpartum depression: The Japan Environment and Children's Study (JECS). *Archives of Women's Mental Health*, 23, 131-137.
- Bower, P., Kontopantelis, E., Sutton, A., Kendrick, T., Richards, D. A., Gilbody, S., Knowles, S., Cuijpers, P., Andersson, G., Christiansen, H., Meyer, B., Huibers, M., Smit, F., Van Straten, A., Warmerdam, L., Barkham, M., Bilich, L., Lovell, K., & Liu, E. T.-H. (2013). Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: Meta-analysis of individual patient data. *British Medical Journal*, 346, f540.
- Brandon, A. R., Ceccotti, N., Hynan, L. S., Shivakumar, G., Johnson, N., & Jarrett, R. B. (2012). Proof of concept: Partner-assisted interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 15, 469-480.
- Brugha, T. S., Morrell, C. J., Slade, P., & Walters, S. J. (2011). Universal prevention of

- depression in women postnatally: Cluster randomized trial evidence in primary care. *Psychological Medicine*, 41, 739-748.
- Carter, W., Grigoriadis, S., Ravitz, P., & Ross, L. E. (2010). Conjoin IPT for postpartum depression: Literature review and overview of a treatment manual. *American Journal of Psychotherapy*, 64, 373-392.
- Cox, J. L. (1979). Psychiatric morbidity and pregnancy: A controlled study of 263 semi-rural Ugandan women. *British Journal of Psychiatry*, 134, 401-405.
- Cox, J. L., Conneer, Y., & Kendell, R. E. (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 140, 111-117.
- Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.
- Cuijpers, P., Bränmark, J. G., & Van Straten, A. (2008). Psychological treatment of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 103-118.
- Dennis, C.-L. & Creedy, D. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. Cochrane Database of Systematic Review, issue 4, Art. No.: CD001134.
- Elliot, S. A., Levertson, T. J., Sanjack, M., Turner, H., Cowmeadow, P., Hopkins, J., & Bushnell, D. (2000). Promoting mental health after childbirth: A controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 223-241.
- Fountoulakis, K. N., Veroniki, A. A., Siamouli, M., & Möller, H.-J. (2013). No role for initial severity on the efficacy of antidepressants: Results of a multi-meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 12, 26.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 303, 47-53.
- Hada, A., Kubota, C., Imura, M., Takauma, F., Tada, K., & Kitamura, T. (2019). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Model comparison of factor structure and its psychosocial correlates among mothers at one month after childbirth in Japan. *Open Family Studies Journal*, 11, 1-17, 2019.
- Khan, A., Leventhal, R. M., Khan, S. R., & Brown, W. A. (2002). Severity of depression and response to antidepressants and placebo: An analysis of the Food and Drug Administration database. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22, 40-45.
- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5, e45.
- Kitamura, T., Yoshida, K., Okano, T., Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N., Ito, M., Kudo, N., Tada, K., Kanazawa, K., Sakumoto, K., Satoh, S., Furukawa, T., & Nakano, H. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates. *Archives of Women's Mental Health*, 9(3), 121-130.
- Lin, P.-Z., Xue, J.-M., Yang, B., Li, M., & Cao, F.-L. (2018). Effectiveness of self-help psychological interventions for treating and preventing postpartum depression: A meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 21, 491-503.

- Milgrom, J., Negri, L. M., Gemmill, A. W., McNeil, M., & Martin, P. R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 529-542.
- Miniati, M., Callari, A., Calugi, S., Rucci, P., Savino, M., Mauri, M., & Dell'Osso, L. (2014). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health, 17*, 257-268.
- Nishimura, A., & Ohashi, K. (2010). Risk factors of paternal depression in the early postnatal period in Japan. *Nursing and Health Sciences, 12*, 170-176.
- O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H., & Wright, E. J. (1990). Controlled perspective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 3-15.
- Ohashi, Y., Takegata, M., Haruna, M., Kitamura, T., Takauma, F., & Tada, K. (2015). Association of specific negative life events with depression severity one month after childbirth in community-dwelling mothers, *International Journal of Nursing and Health Science, 2*(2), 13-20.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postnatal depression in fathers and its association with maternal depression. *Journal of American Medical Association, 303*, 1961-1969.
- Rabinowitz, J., Werbeloff, N., Mandel, F. S., Menard, F., Marangell, L., & Kapur, S. (2016). Initial depression severity and response to antidepressants v. placebo: Patient-level data analysis from 34 randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry, 209*, 427-428.
- Reay, R., Owen, C., Shadbolt, B., Rapahael, B., Mulcahy, R., & Wilkinson, R. B. (2012). Trajectories of long-term outcomes for postnatally depressed mothers treated with group interpersonal psychotherapy. *Archives of Women's Mental Health, 15*, 217-228.
- Ruffell, B., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2019). The experiences of male partners of women with postnatal mental health problems: A systematic review and thematic synthesis. *Archives of Women's Mental Health, 28*, 2772-2790.
- Sangswang, B., Wacharasin, C., & Sangswang, N. (2019). Interventions for the prevention of postpartum depression in adolescent mothers: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health, 22*, 215-228.
- Stuart, S., & Koleva, H. (2014). Psychological treatment for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 28*, 61-70.
- Stuart, S., O'Hara, M. W., & Gorman, L. L. (2003). The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health, 6* [Suppl. 2], s57-s69.
- Takegata, M., Ohashi, Y., Haruna, M., & Kitamura, T. (2014). Theoretical framework for interpersonal psychotherapy in the prevention of postpartum depression: A commentary. *International Journal of Nursing and Health Science, 1*(6), 37-40.
- Takegata, M., Ohashi, Y., Lazarus, A., & Kitamura, T. (2017). Cross-national differences in psychosocial factors of perinatal depression: A systematic review of India and Japan.

- Healthcare*, 5, 91.
- Tokumitsu, K., Sugawara, N., Maruo, K., Suzuki, T., Shimoda, K., & Yasui-Furukori, N. (2020). Prevalence of perinatal depression among Japanese women: A meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 19, 41. 203.
- Toyama, N., Vongphoumy, I., Uehara, M., Sato, C., Nishimoto, F., Moji, K., Pongvongsa, T., Shirai, K., Takayama, T., Takehara, T., Takahara, M., Tamashiro, Y., Endo, Y., Kounnavong, S., & Kobayashi, J. (2021). Impact of village health volunteer support on postnatal rural area of Lao People's Democratic Republic: A cross-sectional study. *Tropical Medicine and Health*, 49, 28.
- Werner, E. A., Gustafsson, H. C., Lee, S., Feng, T., Jiang, N., Desai, P., & Monk, C. (2016). PREPP: Postpartum depression prevention through the mother-infant dyad. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 229-242.
- Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., & Monk, C. (2015). Preventing postpartum depression: Review and recommendations. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 41-60.
- Wickberg, B., & Hwang, C. P. (1996). Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders*, 39, 209-216.
- Zlotnick, C., Johnson, S. L., Miller, I. W., Pearlstein, T., & Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *American Journal of Psychiatry*, 158, 638-640.
- Zlotnick, C., Miller, I. W., Pearlstein, T., Howard, M., & Sweeney, P. (2006). A preventive intervention for pregnant women on public assistance at risk for postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1443-1445.

文献紹介：

Kitamura, T., Yoshida, K., Okano, T., Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N., Ito, M., Kudo, N., Tada, K., Kanazawa, K., Sakumoto, K., Satoh, S., Furukawa, T., & Nakano, H. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates. *Archives of Women's Mental Health*, 9(3), 121-130.

日本の 5 つの大学病院の産科において行われた疫学調査です。この研究は、構造化面接を用いて助産師が継続的に面接を実施し、操作的診断基準 (DSM-III-R) を用いて、290 名の初産婦を対象にして、周産期の精神疾患の発症率を確認した、日本で初めて行われたものです。妊娠期間中の何らかの精神疾患の発症率が妊娠期間中で 12%、産後 3 か月間で 12%でした。ここで産後発症のうつ病の有病率が 4.8%、特定不能のうつ病性障害の有病率が 5.0%と報告されました。

表 妊娠期間中および産後 3 か月間における各種精神疾患の発症率

診断名	妊娠期間中	産後 3 か月間
うつ病	5.5%	4.8%
特定不能のうつ病性障害	4.1%	5.0%
躁病	0.0%	0.3%
全般性不安障害	2.8%	0.7%
パニック障害	0.0%	0.1%
社交恐怖	0.3%	0.3%
特定の恐怖症	0.7%	0.7%
強迫症	0.7%	1.7%
何らかの精神障害	12.1%	11.7%

都市伝説として産後うつ病ホルモン仮説

周産期は女性の体内でホルモンバランスが大きく変わることは広く知られています。そのため、ホルモンの大きな変化がいわゆる「マタニティ・ブルーズ」や産後うつ病の原因であると考えるのはもっともな考え方です。また、周産期の抑うつ状態は、妊娠前に月経前緊張症 (premenstrual tension syndrome) といわれる状態を経験している女性に多いといわれています (Pearlstein et al., 1990)。月経前緊張症は、現在の用語では月経前不快気分障害 (premenstrual dysphoric disorder) といわれています。月経周期の後半、月経の直前の数日間、決まって感情の症状が出る状態です。月経前不快気分障害は月経周期の波に合わせて発生します。ですからホルモンの変化に大きく影響を受けていると思われます (Schmidt et al., 1998)。産後うつ病が月経前不快気分障害と関連しているのであれば、産後うつ病もまたホルモンの変化に影響を受けることも考えられます。さらに、エストラジオールのスキンパッチで重症産後うつ病が軽快する (Henderson et al., 1991)、あるいはエストロゲンで産後うつ病が予防できる (Sichel et al., 1995) という報告も 1990 年代にありました。そこで、研究者のなかには、「産後うつ病の原因は女性のホルモン変化である」と断言する者も多くみられます。ですが、実証的所見はどれほど得られているのでしょうか。ここでは産後うつ病とホルモンの変化に関する先行研究を振り返ってみましょう。

性腺ホルモン：最初に性腺ホルモンに関する研究をみてみます。性腺ホルモンは大きくエストロゲンの系列とプロゲステロンの系列に分かれます。

エストロゲンと産後うつ病やいわゆる「マタニティ・ブルーズ」に関する研究は1980年代から見られます。5例の「マタニティ・ブルーズ」の事例と5例の対照群を比較した Feksi et al. (1984) の研究で、産後5日目の唾液中エストラジオール値が患者群で高いという報告がありました。ここでは「マタニティ・ブルーズ」の定義が明文化されておらず、また対象数も総計10名という少ないものでした。長期の追跡調査も行われていません。同じころ行われた類似の研究 (Kuevi et al., 1983)では有意の関連は否定されています。

多数例の産後うつ病を扱った研究はアイオワ大学の O'Hara et al. (1991) のものがあります。彼らは182名の女性を、妊娠期間中に3回（妊娠34週、36週、38週）、産後に6回（産後1日目、2日目、3日目、4日目、6日目、8日目）、採血を行いました。そしてエストラジオール、総エストリオール、遊離エストリオールを測定しました。対象を産後うつ病の有無で2群に分け、比較しました。産後うつ病の有無は、産後9週目に構造化面接を用いて行いました。すると妊娠36週と産後2日目でエストラジオールが産後うつ病群で有意に低いことが発見されました。しかし、それ以外の所見はすべて産後うつ病群と健常群の間で差はなかったのです。多くの時点（9時点）で採血を行い、数種類の関連物質を測定し、それらと産後うつ病の関連を見るのですから、偶然に統計上有意の所見が出る可能性があります。これは統計学の用語で第1種の過誤 (type I error) といいます。この研究の所見もそのようなものと考えるのが妥当でしょう。エストラジオールだけが2回だけ産後うつ病群で低かったのは、偶然の結果と考えられます。

アラブ首長国連邦の Abou-Saleh et al. (1998) は産後8週目に34名の褥婦を調査し、Present State Examination (PSE) という構造化面接で高得点だった4名と健常であった30名を比較しました。エストロゲン血中濃度は両群で差を認めませんでした。最近ドイツで行われた62名の妊婦に対する追跡研究でも、産後うつ病群の血中エストロゲン値の対照群との有意差は否定されています (Mehta et al., 2014)。

プロゲステロンと産後うつ病の関係はどうでしょうか。先に述べた Feksi et al. (1984) の研究では「マタニティ・ブルーズ」群で唾液中のプロゲステロン値が高いと報告さ

れました。しかし、多数例を扱った先述の O'Hara et al. (1991) の研究ではプロゲステロンの値は、妊娠期間中と産後を通じて、産後うつ病群と健常群の間に有意の差は 1 回も現れませんでした。

Harris et al. (1996) は 120 名の初産婦について、分娩の 2 週間前から産後 35 日目までの期間、毎日唾液を採取し、プロゲステロンを測定しました。プロゲステロンの絶対値もあるいは数日間の変化量も、抑うつ状態重症度や大うつ病の診断と、なんら有意の関連を示しませんでした。

先ほどの Abou-Saleh et al. (1998) は産後に症状がある群でプロゲステロンが有意に高いと報告していますが、ここでの患者群は PSE で 5 点以上で産後うつ病というものでしたので、診断に疑問も残ります。

ごく最近、アメリカの研究者から報告された、1000 人を越えるデータの解析 (Guintivano et al., 2018) でも、エストラジオールおよびプロゲステロン（およびその派生物質であるアロプレグナノロン）の両者において、産後うつ病群と健常群の間に有意の差は認められていません（この研究では脳由来神経栄養因子 [brain-derived neurotrophic factor: BDNF] についても両群間に差をみていません）。

副腎皮質ホルモン：副腎皮質ホルモンは多くの精神疾患との関連が研究されてきたホルモンです。副腎皮質ホルモンの異常は、血液中の値だけでなく、デキサメサゾン抑制試験 (dexamethasone suppression test: DST) というテストの結果が陽性であると、副腎皮質ホルモンが異常に分泌されやすくなっていることを表す指標として利用されています。すでに 1991 年に Paykel et al. (1991) は 11 名の産後重症精神障害の女性で、デキサメサゾン抑制試験が強く陽性に出ることを報告しています。ただし、この研究は、被験者数が少なく、診断名も重症うつ病、躁病、統合失調症と多彩であることに問題が残っています。

少数の「マタニティ・ブルーズ」を対照群と比較した Feksi et al. (1984) の研究や Ehler et al. (1990) の研究では、患者群で唾液中コルチゾールが有意に高いと報告されました。しかし、O'Hara et al. (1991) の大規模研究では、唾液中のおよび尿中のコルチゾール値が、妊娠期間中と産後を通じて、産後うつ病群と健常群の間に有意の差は 1 回も現れませんでした。この研究ではデキサメサゾン抑制試験も行いましたが、その陽性率は産後うつ病群と健常群の間に有意の差はありませんでした。しかし、Harris et

al. は唾液採取で得たコルチゾール値が妊娠後期において産後うつ病群で有意に低いことを報告しています。

ドイツの Nierop et al. (2006) はティア社会ストレステストという興味深い試験を妊婦に実施しました。この試験は被験者に、聴衆の前で下準備のないスピーチを 5 分間させるなどの社会的刺激を与え、唾液中のコルチゾール値の上昇を測定します。57 名の初産婦を対象としてこの試験を行い、産後 2 週間目に EPDS を実施し、産後うつ病群 (16 名) と健常群 (41 名) について比較を行いました。両群は唾液コルチゾールのベースライン値では差がありませんが、ティア社会ストレステストでのコルチゾール上昇値が産後うつ病群で有意に高いことが認められました。なお、両群間には妊娠期間中に測定した特性不安でも有意に差がありました。つまり、産後うつ病の危険要因として (a) ティア社会ストレステストでのコルチゾールの上昇が大きいことと (b) 特性不安が強いことが認められたのです。この研究では (a) と (b) の相関が示されておらず、また (b) で統制した際の (a) と産後うつ病の関係も示されていません。ですから、推定するしかないのですが、本来不安閾値の低い女性が産後うつ病の発症が高く、不安閾値の低いことの生物学的表現がコルチゾール上昇が大きいことであり、一方、心理的表現が高い特性不安なのでしょう。

妊娠中の抑うつ状態とコルチゾール値の間に相関を認めることもありますが (Orta et al., 2017)、周産期に発症を見たうつ病性障害に限定した総説を見ると、そのような研究は 15 本存在します (Szpunar & Parry, 2017)。そして、妊娠うつ病と産後うつ病で、朝に採血したコルチゾールが低値である傾向が認められました。アメリカでの追跡調査では、妊娠期暗中のコルチゾール値は妊娠期間中のストレスの程度と相関していましたが、産後の抑うつ状態を予測するものではありませんでした (Gillespie et al., 2018)。

甲状腺ホルモン：甲状腺ホルモンを見てみましょう。1980 年代初めに産後の甲状腺機能異常と産後精神障害について、実証的研究を発表したのは大阪大学の Amino et al. (1982) でした。大阪市内にある某病院で 1 年間に分娩に至った女性 507 名について、甲状腺ホルモンの測定と診察を繰り返し、3~8 ヶ月間追跡した悉皆調査です。このうち 13 名が一過性の甲状腺機能亢進症、7 名が一過性甲状腺機能亢進症とそれに続く甲状腺機能低下症、7 名が一過性甲状腺機能低下症、1 例が持続性甲状腺機能低下症

でした。内分泌学的にはいずれも一過性（一時的）な病態であることが特徴で、また出現率も他の時期よりも多いとされました。次に Amino et al. (1982) は甲状腺機能亢進症の母親たちの臨床症状を内分泌的には正常の母親のそれと比較しました。すると、前者に疲労感と動悸が有意に高く認められたのです。疲労感は 55%の母親に、動悸は 20%の母親にみとめられました。20 名の甲状腺機能亢進症のうち 2 名に精神疾患の診断が付けられました。1 名は産後 1 ヶ月で入院し、「精神神経症反応」という診断が与えられました。2 人目の母親は「興奮と混乱の一過性発作」が見られました。また甲状腺機能低下症の女性のうち 1 名は「抑うつ反応」とされたのです。

当時はまだ日本の臨床現場では操作的診断基準が使われておらず、従来の伝統診断が行われていました (Kitamura, Shima, Sakio, & Kato, 1989)。現在の知見から推測すれば 500 名ほどの母親のうち 25 名ほどは大うつ病とされるはずです。ここに挙げた 3 例のうち少なくとも 2 例は、症状だけ取ればうつ病とされる可能性が高いと思われます。つまり、もし甲状腺機能を測定しなければ、産後うつ病とされた女性たちのうち無視できない割合で甲状腺機能異常の女性が含まれていたものと考えられます。

1989 年に英国の Harris et al. (1989) が、147 名の妊婦のうち 22 名が大うつ病を産後に発症し、産後うつ病の女性は甲状腺機能の低下（遊離サイロキシンあるいは遊離トリヨードサイロニンが低値あるいは甲状腺刺激ホルモンが高値）があったと報告しました。しかし、妊娠中のサイロキシンは産後うつ病を予測するものではありません (Noshiro et al., 2023)。

抗甲状腺抗体が産後うつ病群で高いことは Harris et al. (1989) は否定しましたが、オランダの Pop et al. (1993) はマイクロゾーム抗甲状腺抗体陽性のものは陰性のものより産後うつ病が 2 倍多いと報告しています。また甲状腺の自己抗体である抗 TPO 抗体が妊娠中に高値であると産後うつ病が起こりやすいことも報告されています (Kuijpers et al., 2001)。

Paykel et al. (1991) の研究では TRH 投与による TSH 上昇が、産後重症精神疾患でやや低めになると報告されていますが、被験者数も少ないこともあり、有意の所見ではありませんでした。

周産期に見られる大うつ病に限定した研究の総説の結果では、甲状腺刺激ホルモン値は特別な変化が見られません (Szpunar & Parry, 2017)。

こうした先行研究を見ると、甲状腺機能の異常や抗甲状腺抗体が産後うつ病で見られることは可能性が高いと考えられます。しかし、甲状腺機能との関連がうつ病で見られるのは、産後うつ病に限りません。実は、男性女性を問わず報告されています (Esposito et al., 1997)。さらに言えば、甲状腺の病気、特に甲状腺機能低下症でよく現れる症状のひとつが抑うつ症状であることは教科書的事実です。産後うつ病と思われた女性の中に実は（軽症の）甲状腺機能低下症があったと考えるほうが常識的ではないでしょうか。

プロラクチン：プロラクチン (prolactin) 値は、妊娠うつ病あるいは産後うつ病で有意の変化を認めません (Szpunar & Parry, 2017)。

オキシトシン：オキシトシン (oxytocin) というホルモンがあります。視床下部で作られ、下垂体後葉から分泌されるホルモンです。平滑筋の収縮に関与しています。分娩時には子宮を収縮させます。さらに、乳腺の筋線維を収縮させるので、乳汁分泌を促します。薬物としても投与されます（陣痛促進剤）。そこで、このホルモンが産後うつ病発症に関与しているのではないかと仮説が出されています。オキシトシンは妊娠後期から産後にかけて上昇してゆきます。ところが、産後うつ病を発症する女性では、妊娠 38 週から産後 2 日にかけてむしろ低下するというドイツからの報告があります (Szpunar & Parry, 2017)。また、過去にうつ病の既往のある妊婦 ($n = 13$) と既往のない妊婦 ($n = 53$) を対象にした研究があります (Massey et al., 2016)。妊娠後期のオキシトシン濃度が測定されました。既往歴のある女性では、産後 6 週目の抑うつ症状は妊娠後期のオキシトシン濃度と正の相関を示しました。一方、既往歴のない女性では、両者の間に有意の相関は見られません。ですから、オキシトシンが関与するのは、過去にうつ病の既往のある女性であると結論されています。

オキシトシンと産後うつ病の関係に関するこれまでの研究のシステマティック・レビューによれば、6 本の論文があり、オキシトシンが高いことと抑うつ症状が低いことを示唆する傾向にあるようですが、いまだ結論までは至っていないようです (Moura et al., 2016)。またごく最近の 1000 例を超える産後女性についての研究でも、オキシトシンは産後うつ病群と健常群でまったく差を認められませんでした (Guintivano et al., 2018)。

産後うつ病の原因は周産期ホルモンの変化ではない：ほかにエンドルフィン (Smith et

al., 1990)、ビタミンD、フェリチン (Noshiro et al., 2023) の研究などありますが多くの知見は集まっていません。妊娠期間中のうつ病を女性特有の内分泌変化の枠組みで説明しようとする研究もあります (Parry & Newton, 2001)。しかし、ここでも明確な所見は得られていません。実は Parry and Newton (2001) 論文では、妊娠期のうつ病女性に断眠療法を実施してその効果をみたものです。断眠と内分泌原因説を結び付けるのはあまりに強引でしょう。また Noshiro et al. (2023) は産後にうつ病になった女性は妊娠中期にケトン体が有意に高いが、妊娠後期のケトン体では差がないと報告しています。ケトン体は妊娠悪阻による脱水などの結果現れます。妊娠悪阻と妊娠うつ病は非常に関連したものです (Aksoy et al., 2015; Fell et al., 2006; Kjeldgaard et al., 2019; Mitchell-Jones et al., 2016, 2020; Pirimoglu et al., 2009)。これが産後うつ病との交絡を説明できると思われます。

従ってこれまでの所見だけで考えれば、周産期のホルモンバランスの乱れが産後うつ病の原因であると断定する証拠は不十分というのが現在の結論だと思います (Hendrick et al., 1998)。この結論はすでに 1980 年代後半の総説でも述べられていました (Deakin, 1988; George & Sandler, 1988; O'Hara & Zekoski, 1988)。

ところで産後うつ病ホルモン仮説の「出火場所」はどこでしょうか。1980 年にダルトンという研究者が一般向けに *Depression after childbirth: How to recognize, treat, and prevent postnatal depression* という書籍を発行しました (Dalton & Holton, 2001)。これは日本語にも翻訳されました。ダルトンは月経前不快気分障害をプロゲステロン中心に研究したようです。そして産後の精神障害もこれに起因するかのように書いたのでしょう。この書籍は周産期メンタルヘルスに対して一般人や研究者の注目を引くという役割を持っていたのでしょう。ダルトンの研究を追ってみると、ロンドンのミドルセックス病院で、妊婦 189 人を妊娠期間中から産後まで追跡した研究が 1971 年に発表されています (Dalton, 1971)。この研究では産後に 14 (7.4%) 名が産後うつ病になったと報告されています。ただし、産後うつ病の基準や症状についての記載はありません。産後うつ病にならなかった女性に比較して、産後うつ病になった女性は、その妊娠初期に不安が強く (不安の測定方法についての記載はありません)、妊娠が進むと高揚感が出現し、母乳栄養への抵抗感が少ないという特徴が有意に多くみられました。大変驚くべきことは、これらの所見が「産後うつ病は胎盤由来のホルモンに依拠していることを支持している」と結論付けていることです。余りにも論理の飛躍があり、

どうしてこの論文が British Journal of Psychiatry に受理されたかがわかりません。妊娠初期の不安がホルモンで規定されるという証拠があるのでしょうか。彼女たちの研究は、スタートラインから「妊娠・分娩 ⇒ ホルモンの変化 ⇒ 心理的变化」という固定観念があったのでしょうか。たしかに、1970 年代に起こり始めた周産期メンタルヘルス研究は 1980 年代以降、大きく開花しました。しかし、一方で大変な誤解とミスリーディングを生んだと思われます。

引用文献

- Abou-Saleh, M. T., Ghubash, R., Karim, L., Krymski, M., & Bhai, I. (1998). Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 465-475.
- Aksoy, H., Aksoy, U., Karadağ, Ö. I., Hacimusalar, Y., Açmaz, G., Aykut, G., Çağlı, F., Yücel, B., Aydin, T., & Babayiğit, A. (2015). Depression levels in patients with hyperemesis gravidarum: A prospective case-control study. *SpringerPlus*, 4, 34.
- Amino, N., Mori, H., Iwatani, Y., Tanizawa, O., Kawashima, M., Tsuge, I., Ibaragi, K., Kumahara, Y., & Miyai, K. (1982). High prevalence of transient post-partum thyrotoxicosis and hypothyroidism. *New England Journal of Medicine*, 306, 849-852.
- Dalton, K. (1971). Prospective study into puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 118, 689-692.
- Dalton, K., & Holton, W. M. (2001). *Depression after childbirth: How to recognize, treat, and prevent postnatal depression (4th ed)*. Oxford: Oxford University Press.
- Deakin, J. F. W. (1988). Relevance of hormones-CNS interactions to psychological changes in the puerperium. In R. Kumar & I. F. Brockington (Eds.) *Motherhood and mental illness 2: Causes and consequences*. Pp. 113-132, Wright.
- Ehlert, U., Patalla, U., Kirschbaum, C., Piedmont, E., & Hellhammer, D. H. (1990). Postpartum blues: Salivary cortisol and psychological factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 319-325.
- Esposito, S., Prage, A. J. Jr., & Golden, R. N. (1997). The thyroid axis and mood disorders: Overview and future prospects. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 205-217.
- Feksi, A., Harris, B., Walker, R. F., Riad-Fahmy, D., & Newcombe, R. G. (1984). 'Maternity blues' and hormone levels in saliva. *Journal of Affective Disorders*, 6, 351-355.
- Fell, D. B., Dodds, L., Joseph, K. S., Allen, V. M., & Butler, B. (2006). Risk factors for hyperemesis gravidarum requiring hospital admission during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 107(2), 277-284.
- George, A., & Sandler, M. (1988). Endocrine and biochemical studies in puerperal mental

- disorders, In R. Kumar & I. F. Brockington (Eds.) *Motherhood and mental illness 2: Causes and consequences*. Pp. 78-112, Wright.
- Gillespie, S. L., Mitchell, A. M., Kowalsky, J. M., & Christian, L. M. (2018). Maternal parity and perinatal cortisol adaptation: The role of pregnancy-specific distress and implications for postpartum mood. *Psychoneuroendocrinology*, 97, 86-93.
- Guintivano, J., Sullivan, P. F., Stuebe, A. M., Penders, T., Thorp, J., Rubinow, D. R., & Meltzer-Brody, S. (2018). Adverse life events, psychiatric history, and biological predictors of postpartum depression in an ethnically diverse sample of postpartum women. *Psychological Medicine*, 48, 1190-1200.
- Harris, B., Fung, H., Johns, S., Kologlu, M., Bhatti, R., McGregor, A. M., Richards, C. J., & Hall, R. (1989). Transient post-partum thyroid dysfunction and postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 17, 243-249.
- Harris, B., Lovett, L., Smith, J., Read, G., Walker, R., & Newcombe, R. (1996). Cardiff Puerperal Mood and Hormone Study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlates across the peripartum period. *British Journal of Psychiatry*, 168, 739-744.
- Henderson, A. F., Gregoire, A. J. P., Kumar, R. C., & Studd, J. W. W. (1991). Treatment of severe postnatal depression with oestradiol skin patches. *Lancet*, 338, 816-817.
- Hendrick, V., Altshuler, L. L., & Suri, R. (1998). Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics*, 39, 93-101.
- Kitamura, T., Shima, S., Sakio, E., & Kato, M. (1989). Psychiatric diagnosis in Japan. I. A study on diagnostic labels used by practitioners. *Psychopathology*, 22, 239-249.
- Kjeldgaard, H. K., Vikanes, Å., Benth, J. Š., Junge, C., Garthus-Niegel, S., & Eberhard-Gran, M. (2019). The association between the degree of nausea in pregnancy and subsequent posttraumatic stress. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 493-501.
- Kuevi, V., Causon, R., Dixon, A. F., Everand, D. M., Hall, J. M., Hole, D., Whitehead, S. A., Wilson, C. A., & Wise, J. C. M. (1983). Plasma amine and hormone changes in 'post-partum blues'. *Clinical Endocrinology*, 19, 39-46.
- Kuijpers, J., Vader, H. L., Drexhage, H. A., Wiersinga, W. M., van Son, M. J., & Pop, V. J. (2001). Thyroid peroxidase antibodies during gestation are a marker for subsequent depression postpartum. *European Journal of Endocrinology*, 145, 579-584.
- Massey, S. H., Schette, S., Pournajafi-Nazarloo, H., Wisner, K. L., & Carter, C. S. (2016). Interaction of oxytocin level and past depression may predict postpartum depressive symptom severity. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 799-808.
- Mehta, D., Newport, D. J., Frishman, G., Kraus, L., Rex-Haffner, M., Ritchie, J. C., Lori, A., Knight, B. T., Stagnaro, E., Ruepp, A., Stowe, Z. N., & Binder, E. B. (2014). Early predictive biomarker for postpartum depression point to a role for estrogen receptor

- signalling. *Psychological Medicine*, 44, 2309-2322.
- Mitchell-Jones, N., Gallos, I., Farren, J., Tobias, A., Bottomley, C., & Bourne, T. (2016). Psychological morbidity associated with hyperemesis gravidarum: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(1), 20-30.
- Mitchell-Jones, N., Lawson, K., Bobdiwala, S., Farren, J. A., Tobias, A., Bourne, T. & Bottomley, C. (2020). Association between hyperemesis gravidarum and psychological symptoms, psychological outcomes and infant bonding: A two-point prospective case-control multicentre survey study in an inner city setting. *BMJ Open*, 10, e039715.
- Moura, D., Canavarro, M. C., & Figueiredo-Braga, M. (2016). Oxytocin and depression in the perinatal period: A systematic review. *Archives Women's Mental Health*, 19, 561-570.
- Nierop, A., Bratsikas, A., Zimmermann, R., & Ehlert, U. (2006). Are stress-induced cortisol changes during pregnancy associated with postpartum depressive symptoms? *Psychosomatic Medicine*, 68, 931-937.
- Noshiro, K., Umazume, T., Inubashiri, M., Tamura, M., Hosaka, M., & Watari, H. (2023). Association between Edinburgh Postnatal Depression Scale and serum levels of ketone bodies and vitamin D., thyroid function, and iron metabolism. *Nutrients*, 15, 768.
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Varner, M. W. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 63-73.
- O'Hara, M. W., & Zekoski, E. M. (1988). Postpartum depression: A comprehensive review. In R. Kumar & I. F. Brockington (Eds.) *Motherhood and mental illness 2: Causes and consequences*. Pp. 17-63, Wright.
- Orta, O. R., Gelaye, B., Bain, P. A., & Williams, M. A. (2017). The association between maternal cortisol and depression during pregnancy: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 21, 43-53.
- Parry, B. L., & Newton, R. P. (2001). Chronobiological basis of female-specific mood disorders. *Neuropsychopharmacology*, 25 (5 suppl), S102-108.
- Paykel, E. S., Del Campo, A. M., White, W., & Horton, R. (1991). Neuroendocrine challenge studies in puerperal psychoses: Dexamethasone suppression and TRH stimulation. *British Journal of Psychiatry*, 159, 262-266.
- Pearlstein, T. B., Frank, E., Rivera-Tovar, A., Thoft, J. S., Jacobs, E., & Mieczkowski, T. A. (1990). Prevalence of axis I and axis II disorders in women with late luteal phase dysphoric disorder. *Journal of Affective Disorders*, 20, 129-134.
- Pirimoglu, Z. M., Guzelmeric, K., Alpay, B., Balcik, O., Unal, O., & Turan, M. C. (2009).

- Psychological factors of hyperemesis gravidarum by using the SCL-90-R questionnaire. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 37(1), 56-59.
- Schmidt, P. J., Nieman, L. K., Danaceau, M. A., Adams, L. F., & Rubinow, D. R. (1998). Differential behavioural effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *New England Journal of Medicine*, 338, 209-216.
- Sichel, D. A., Cohen, L. S., Robertson, L. M., Rutenber, A., & Rosenbaum, J. F. (1995). Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biological Psychiatry*, 38, 814-818.
- Smith, R., Cubis, J., Brinsmead, M., Lewin, T., Singh, B., Owens, P., Chan, E.-C., Hall, C., Adler, R., Lovelock, M., Hurt, D., Rowley, M., & Nolan, M. (1990). Mood changes, obstetric experience and alterations in plasma cortisol, beta-endorphin and corticotrophin releasing hormone during pregnancy and the puerperium. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 53-69.
- Szpunar, M. J., & Parry, B. L. (2017). A systematic review of cortisol, thyroid-stimulating hormone, and prolactin in peripartum women with major depression. *Archives of Women's Mental Health*, 21(2), 149-161.

産後の希死念慮

周産期に希死念慮を有する女性が存在することは近年、広く認められるようになりました (Alhusen et al., 2015; da Silva et al., 2012; Fisher et al., 2013; Howard et al., 2011; Kim et al., 2015; Rodriguez et al., 2017; Sit et al., 2015; Sit et al., 2011; Weng et al., 2016)。

妊娠期間中と同様に、希死念慮は十分な配慮が求められる課題です。希死念慮のある人はいない人よりボンディング障害の発症リスクが高いという報告があります (Sokol et al., 2014)。これは産後の横断調査なので因果関係はわかりませんが、両者の併発が負の影響を与えあっている可能性も考えられます。また児童期に親を喪失することは、以降の児の心理に無視できない影響を与えることは多くの研究が示しています (Bryan et al., 2017)。

日本では、直接産科死亡原因として自殺が最も多いことが報告されており、東京都では、産後の自殺者のうち約 33 %にうつ病があり、精神疾患なしとされた 48 %には、精神科未受診のために診断されていない精神疾患合併褥婦が含まれている可能性

が示唆されています(Takeda et al, 2020)。一般人口中の自殺既遂率を男女に分け、さらに年少の児の数で分けてみると、「乳幼児を持った女性」で自殺率が最も低くなることがわかっています (Qin, Agerbo, & Mortensen, 2003)。自殺企図に関しても、褥婦は一般人口より少なく、約半数であるという報告があります (Lindahl, Pearson, & Colpe, 2005)。出産し乳幼児を持つ女性にとって、自らの遺伝子を継ぐ新しい命が自殺の抑止力にならないことは非常な事態です。妊娠期間中は単一の医療機関が妊婦を担当しますが、産後は多数の関係者が関与するため、評価、診断、支援・介入・治療の責任の所在が曖昧になりがちです。多くの職種が関与していたにもかかわらず既遂に至ったという事例報告もあり、きめ細かく、もれのない制度の構築が求められる部分です。

引用文献：

- Alhusen, J. L., Frohman, N., & Purcell, G. (2015). Intimate partner violence and suicide ideation in pregnant women. *Archives of Women's Health, 18*, 573-578.
- Bryan, R. A., Creamer, M., O'Donnell, M., Forbes, D., Felmingham, K. L., Silove, D., Maihi, G., van Hoof, M., McFrlane, A. C., & Nickerson, A. (2017). Separation from parents during childhood trauma predicts adult attachment security and post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 47*, 2028-2035.
- da Silva, R. A., da Costa Ores, L., Jansen, K., da Silva Moraes, I. G., de Mattos Souza, L. D., Magalhães, P., & Pinheiro, R. (2012). Suicidality and associated factors in pregnant women in Brazil. *Community Mental Health Journal, 48*, 392-395.
- Fisher, J., Tran, T. D., Biggs, B., Dang, T. H., Nguyen, T. T., & Tran, T. (2013). Intimate partner violence and perinatal common mental disorders among women in rural Vietnam. *International Health, 5*, 29-37.
- Howard, L. M., Flach, C., Mehay, A., Sharp, D., & Tylee, A. (2011). 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, 11*, 57.

- Kim, J. J., La Porte, L. M., Saleh, M. P., Allweiss, S., Adams, M. G., Zhou, Y., & Silver, R. K. (2015). Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screen. *Obstetrics & Gynecology*, 125, 885-893.
- Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 77-88.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*, 160, 765-772.
- Rodriguez, V. J., Cook, R. R., Peltzer, K., & Jones, D. L. (2017). Prevalence and psychosocial correlates of suicidal ideation among pregnant women with HIV in Mpumalanga Province, South Africa. *AIDS Care*, 29, 593-597.
- Sit, D., Seltman, H., & Wisner, K. L. (2011). Seasonal effects on depression risk and suicidal symptoms in postpartum women. *Depression and Anxiety*, 28, 400-405.
- Sockol, L. E., Battle, C. L., Howard, M., & Davis, T. (2014). Correlates of impaired mother-infant bonding in a partial hospital program for perinatal women. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 465-469.
- Takeda, S. (2020). The current status of and measures against maternal suicide in Japan. *Hypertension Research in Pregnancy*, 8(2), 34-39.
- Weng, S.-C., Huang, J.-P., Huang, Y.-L., Lee, T. S.-H., & Chen, Y.-H. (2016). Effects of tobacco exposure on perinatal suicide ideation, depression, and anxiety. *BMC Public Health*, 16, 623.

文献紹介：

- Stone, M., Laughren, T., Jones, M. L., Levenson, M., Holland, P. C., Hughes, A., Hammand, T., Temple, R., & Rochester, G. (2009). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: Analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *British Medical Journal*, 339, b2880.

うつ病の重症度で重症に達しない抑うつ状態で、年齢が 25 歳に達していない女性に対して、抗うつ薬を投与することは、非常に危険なことであるという報告。抗うつ薬の投与が自殺行動（既遂自殺 completed suicide、自殺未遂 attempted suicide、自殺の準備行為 preparatory acts）を増加することが以前より指摘されてきました (Donovan et al., 2000)。そこでうつ病 (Major Depressive Disorder: MDE) およびうつ病以外の精神疾患について抗うつ薬と偽薬の無作為割り付け比較対象試験 (randomized controlled trial: RCT) のメタ解析を実施した結果、年齢との関連が明確になりました（表）。希死念慮のみ、自殺行動、両者のいずれかのオッズ比（偽薬に比較して抗うつ薬で何倍多く現れるかの率）は、25 歳以上では 1.0 を下回っていましたが、25 歳以下では、自殺行動が偽薬に比較して抗うつ薬投与群で 2 倍以上増えていました。さらに 25 歳以下の自殺行動について、偽薬と比較した抗うつ薬投与群のオッズ比を診断ごとに分けてみると、うつ病で 0.91、うつ病以外の抑うつ状態で 19.1、その他の精神疾患で 5.11 でした。つまり、抗うつ薬投与は通常、自殺行動を低くさせる傾向がある一方で、25 歳以下の、つまり若年の患者で、その診断がうつ病の重症度に達しない抑うつ状態においてのみ、抗うつ薬は自殺行動を増加させたのです。周産期の臨床現場で発見する「産後うつ病」は非内因性の軽症のうつ病であり、産後うつ病の女性では 25 歳以下のものも少なくありません。産後うつ病の治療として薬物療法を選択する際は慎重な検討が必要でしょう。

表. 年齢幅に分けた偽薬に対して抗うつ薬の希死念慮と自殺行動のオッズ比

	25 歳以下	26 歳以上
希死念慮のみ	1.19	0.70
自殺行動	2.30	0.87
希死念慮＋自殺行動	1.62	0.74

産後の強迫症

一般的に、産後のメンタルヘルスというと「産後うつ」が注目されがちですが、強迫症 (OCD) も十分な評価が必要です。産後にリスクが高まり、長期に持続する可能性が高い疾患です(文献紹介)。診断基準は妊娠期と同様で、強迫観念と強迫行為のいずれか、または両方が認められる場合に診断されます。妊娠中には「汚染」に関する強迫観念や、それに伴う「洗浄」の強迫行為が多く見られますが、産後では「自分が子どもを傷つけてしまうのではないか」といった児への加害恐怖が多く報告されています (Arnold, 1999; Starcevic et al., 2020)。このような不安を抱える女性は、窓際を避ける、ベランダに出ないなどの回避行動をとる人もいます (Hudepohl et al., 2022)。こうした回避が極端になると、児への関わりを避けるようになり、結果として児の世話の拒否やネグレクトに繋がる恐れもあります。また、なかには性的な加害に関するイメージが繰り返し浮かぶケースもあり、そのような女性は、「不適格な母親」、「危険な母親」と判断されることへの恐れや、強い罪悪感や羞恥心のために、症状を周囲に打ち明けられず、専門家への相談をためらう傾向があります (Collardeau et al., 2019)。さらに、産後の強迫症ではうつ症状を併発することが多く、両者が互いに影響しあいながら重症度を高めることが知られています (Nakić Radoš et al., 2025; Usui et al., 2023; Vasileiou et al., 2022)。

引用文献

- Arnold L. M. (1999). A case series of women with postpartum-onset obsessive-compulsive disorder. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 1(4), 103–108.
- Collardeau, F., Corbyn, B., Abramowitz, J., Janssen, P. A., Woody, S., & Fairbrother, N. (2019). Maternal unwanted and intrusive thoughts of infant-related harm, obsessive-compulsive disorder and depression in the perinatal period: study protocol. *BMC Psychiatry*, 19(1), 94.
- Hudepohl, N., MacLean, J. V., & Osborne, L. M. (2022). Perinatal obsessive-compulsive disorder: Epidemiology, phenomenology, etiology, and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 24(4), 229–237.

- Nakić Radoš, S., Brekalo, M., Matijaš, M., & Žutić, M. (2025). Obsessive-compulsive disorder (OCD) symptoms during pregnancy and postpartum: Prevalence, stability, predictors, and comorbidity with peripartum depression symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 176.
- Starcevic, V., Eslick, G. D., Viswasam, K., & Berle, D. (2020). Symptoms of obsessive-compulsive disorder during pregnancy and the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 965–981.
- Usui, Y., Takegata, M., Takeda, S., & Kitamura, T. (2023). Relationships between depression, fear of childbirth, and obsessive-compulsive symptoms among pregnant women under the COVID-19 pandemic in Japan. *Healthcare*, 11(3), 361.
- Vasileiou, E., Fexi, P., Spyropoulou, A., Mourikis, I., Chalimourdas, T., & Zervas, I. (2022). Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy: Their relationship with obsessive beliefs and obsessive-compulsive personality traits. *Psychiatrike=Psychiatriki*, 33(1), 39–48.

文献紹介：

Fairbrother, N., Collardeau, F., Albert, A. Y. K., Challacombe, F. L., Thordarson, D. S., Woody, S. R., & Janssen, P. A. (2021). High prevalence and incidence of obsessive-compulsive disorder among women across pregnancy and the postpartum. *Journal of Clinical Psychiatry*, 82(2),

周産期 OCD の有病率および発症率を調査した研究。妊娠後期から産後 9 か月まで妊婦 761 人を追跡した前向きコホート研究の一部データを用いています。OCD の診断は、DSM-5 に基づく構造化面接 (SCID-5) で行いました。期間有病率の推定に用いたデータは、妊娠期が 375 人、産後が 535 人でした。妊娠期間中の加重期間有病率は 7.8% (95%信頼区間 [CI] 5.1–12.0) と推定されました。産後全体（最終面接である産後 38 週まで）の期間有病率は、追跡期間の変動を調整した上で 16.9% (95%CI 14.0–20.2) と推定されました。時点有病率および期間有病率の推定値はいずれも、妊娠中と比較して産後の方が一貫して高いという結果でした。

新生児ボンディング障害

新生児ボンディング障害の人口統計学的な要因には未婚 (Figueiredo et al., 2009; Tukamushabe et al., 2024)、若年 (Kinsey et al., 2014; Rossen et al., 2017)、初産 (Motegi et al., 2022; Rossen et al., 2017; Tsuchida et al., 2019; Tukamushabe et al., 2024)、学歴の低さ (Kinsey et al., 2014; Tukamushabe et al., 2024) などが報告されています。ほかに、妊娠中に配偶者からの暴力を受けた女性は出産後にボンディング障害が多く出現するとの報告があります (Kita et al., 2016; Nishigori et al., 2019; Park et al., 2019)。しかし、これらの要因のみを取り上げてボンディング障害と単純に結びつけて考えてしまうことは短絡的で、解釈には注意が必要です。ほかのさまざまな要因が交絡していると考えられるからです。

最近の研究で注目されているのは、妊娠期間中の出産恐怖 (fear of childbirth) が産後の新生児ボンディングに影響するという報告です (Challacombe et al., 2021)。出産恐怖は妊娠期心理症候群の一側面です (Hada & Kitamura, 2024)。妊娠期心理症候群の時間的経過の中での一時点のスナップショットでは、同時に妊娠悪阻、妊娠うつ病、胎児ボンディング障害が並存し、ひとつの総体をなしています。これらの妊娠中の症状が時間的な流れの中で産後にかけてどのような経過をたどり、ボンディングにどのように影響を及ぼしているのかは、まだわかっていません。しかし、産後のボンディングは産後突如現れるのではなく、妊娠期からの時間の経過の延長線上に存在する心理現象であると考えられます。したがって、胎児ボンディングの章で述べたように、胎児ボンディングは新生児ボンディングの強力な予測因子であると考えられます。これまでに胎児ボンディングと産後のボンディングを同等の構成概念でかつ精度を保ったまま継続して測定できる心理尺度が存在しませんでした (Macnamara et al., 2019)。今後の研究に大きな期待がされています。

産後の抑うつとボンディング障害が並存することは多くの研究で報告されています (Kinsey et al., 2014; Dubber et al., 2014; Tichelman et al., 2020; Toivo et al., 2023)。しかし抑うつとボンディングの因果については、産後入院中、1 か月、4 か月、10 か月、18 か月の 5 時点の大規模な縦断調査において、Random Intercept-Cross-lagged panel model (RI-CLPM) というモデルで解析した結果で、産後のボンディング障害がそのあとにつづく抑うつを予測しますが、その反対の産後の抑うつがボンディングを予測することは観察

されなかった、という報告があります。加えて、この研究では、妊娠期の抑うつ症状は、ボンディング障害の悪化と産後の抑うつ症状と関連していたと報告されています (Hiraoka et al., 2024)。

これまでに多くの研究で使われてきた Mother-Infant Bonding Scale (MIBS, Yoshida et al., 2012)では「怒りと拒絶」「愛情の欠如」の2側面、Post Partum Bonding Questionnaire (PBQ, Brockington et al., 2001, 2006) (Japanese version, Kaneko & Honjo, 2014) では「怒りと拘束」「拒絶と恐れ」「愛情の欠如」の3側面が測定できますが、胎児ボンディングの章で述べた SPCE では、9つの感情の側面を測定でき、クラスター分析の結果から4つのボンディングのタイプも同定されました (Hada et al., 2024)。胎児ボンディング障害と同様に、ボンディングのタイプごとの特徴を踏まえることは、新生児ボンディングのアセスメントと支援の内容の決定に役立つことでしょう。

引用文献：

- Brockington, I. F., Aucamp, H. M., & Fraser, C. (2006). Severe disorders of the mother–infant relationship: definitions and frequency. *Archives of women's mental health*, 9(5), 243-251.
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., ... & Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 133-140.
- Challacombe, F. L., Nath, S., Trevillion, K., Pawlby, S., & Howard, L. M. (2021). Fear of childbirth during pregnancy: Associations with observed mother-infant interactions and perceived bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 24, 483-492.
- Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2014). Postpartum bonding: The role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 187-195.
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2009). Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Maternal and Child Health Journal*, 13, 539-549.
- Hada, A., & Kitamura T. (2024). Factor structures and clusters of psychological symptoms during pregnancy: Proposal of antenatal psychological syndrome. In T Kitamura (ed.). *Dimensional Assessment of Mother Baby Organization Project: Many facets of*

- psychological difficulties among expectant women*. Nova Science Publishers, New York, pp. 117-142.
- Hada, A., Ohashi, Y., Usui, Y., & Kitamura, T. (2024). Typology of Parent-to-Child Emotions: A study of Japanese parents of a foetus up to a 12-year-old child. *Healthcare*, 12(9), 881. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090881>.
- Hiraoka, D., Kawanami, A., Sakurai, K., & Mori, C. (2024). Within-individual relationships between mother-to-infant bonding and postpartum depressive symptoms: a longitudinal study. *Psychological Medicine*, 54(8), 1749-1757.
- Kaneko, H., & Honjo, S. (2014). The psychometric properties and factor structure of the postpartum bonding questionnaire in Japanese mothers. *Psychology*, 5(9), 1135-1142.
- Kinsey, C. B., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., & Kjerulf, K. H. (2014). Birth-related, psychosocial, and emotional correlates of positive maternal-infant bonding in a cohort of first-time mothers. *Midwifery*, 30, e188-e194.
- Kita, S., Haruna, M., Matsuzaki, M., & Kamibeppu, K. (2016). Associations between intimate partner violence (IPV) during pregnancy, mother-to-infant bonding failure, and postnatal depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 623-634.
- McNamara, J., Townsend, M. L., & Herbert, J. S. (2019). A systemic review of maternal well-being and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *PLoS One*, 14(7), e0220032.
- Motegi, T., Watanabe, Y., Fukui, N., Ogawa, M., Hashijiri, K., Tsuboya, R., Sugai, T., Egawa, J., Araki, R., Haino, K., Yamaguchi, M., Nishijima, K., Enomoto, T., & Smeya, T. (2022). Depression, anxiety and primiparity are negatively associated with mother-to-infant bonding in Japanese mothers. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 3117-3122.
- Nishigori, H., Obara, T., Nishigori, T., Metoki, H., Mizuno, S., Ishikuro, M., . . . Miyagi Regional Center of Japan Environment & Children's Study Group (2020). Mother-to-infant bonding failure and intimate partner violence during pregnancy as risk factors for father-to-infant bonding failure at 1 month postpartum. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 33(16), 2789-2796.
- Park, S., Greene, M. C., Melby, M. K., Fujiwara, T., & Surkan, P. J. (2021). Postpartum depressive symptoms as a mediator between intimate partner violence during pregnancy and

- maternal-infant bonding in Japan. *Journal of interpersonal violence*, 36(19-20), NP10545-NP10571.
- Rossen, L., Hutchinson, D., Wilson, J., Burns, L., Allsop, S., Elliott, E. J., ... Mattick, R. P. (2017). Maternal bonding through pregnancy and postnatal: Findings from an Australian longitudinal study. *American Journal of Perinatology*, 34, 808-817.
- Tichelman, E., Henrichs, J., Schellevis, F. G., Berger, M. V., Bureger, H. (2020). Development of a risk classification model in early pregnancy to screen for suboptimal postnatal mother-to-infant bonding: A prospective cohort study. *PLoS ONE*, 15(11), e0241574.
- Toivo, J., Tulivu, N., Kanzaki, M., Koivisto, A.-M., Kylmä, J., & Paavilainen, F. (2023). First-time parents' bonding with their baby: A longitudinal study of Finnish parents during the first eight months of parenthood. *Children*, 10, 1806.
- suchida, A., Hamazaki, K., Matsumura, K., Miura, K., Kasamatsu, H., Inadera, H., the Japan Environment and Children's Study (JECS) Group (2019). Changes in the association between postpartum depression and mother-infant bonding by parity: Longitudinal results from the Japan Environment and Children's Study. *Journal of Psychiatric Research*, 110, 110-116.
- Tukamushabe, P., Ngabirano, T. D., Okonya, J. N., & Saftner, M.A. (2024). Prevalence and factors associated with impaired mother-infant bonding among mothers attending young child clinic in Kampara, Uganda. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21, 665.
- 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(5), 343-352.

文献紹介：

- Hada, A., Ohashi, Y., Usui, Y., & Kitamura, T. (2024b). Typology of Parent-to-Child Emotions: A study of Japanese parents of a foetus up to a 12-year-old child. *Healthcare*, 12(9), 881. <https://doi.org/10.3390/healthcare12090881>.

日本全国の、長子が胎児期～12歳までの子どもを持つ父親と母親（4600名）に SPCE

を含むインターネット調査を実施しました。SPCE の全ての領域の項目反応理論で算出した因子得点を用いてクラスター分析を実施しました。その結果、4 つのクラスター（グループ）が明らかになりました。さらに、各クラスターに分類された父親と母親を、子どもの年齢段階ごとに比較し、一元配置分散分析およびカイ二乗検定を用いて分類の妥当性を検証しました。その結果、全ての母親と父親は、クラスター 1（ボンディング感情の欠如、 $n = 509$ ）、クラスター 2（ボンディング障害、 $n = 1471$ ）、クラスター 3（アンビバレント・ボンディング、 $n = 1211$ ）、クラスター 4（ポジティブなボンディング、 $n = 1409$ ）に分類されました。4 つのクラスターの間で、親の年齢や子どもの性別には差は見られませんでした。妊娠中期においては、母親の大半はポジティブ・ボンディングタイプで、合計 81 例（37.5%）を占めたのに対し、妊娠中期の父親では、ボンディング障害タイプが合計（60.0%）を占め、その分布が異なっていることがわかりました。このことから、胎動が感じられる妊娠中期には母親（女性）は胎児に対して肯定的な感情を抱く一方で、父親（男性）は否定的な感情を抱きやすい状態にあるのかもしれませんが、ボンディングの性差についてはさらに検証する必要があります。

表. 妊娠初期、中期、末期、産後新生児期のボンディングのタイプの分布

	Cluster 1: ボンディング感情の欠如	Cluster 2: ボンディング障害	Cluster 3: アンビバレント・ボンディング	Cluster 4: ポジティブ・ボンディング	χ^2 (df)
全体 ($N = 4600$)	$n = 509$ (11.1%)	$n = 1471$ (32.0%)	$n = 1211$ (26.3%)	$n = 1409$ (30.6%)	
子どもの年齢×親の性別による区分け	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
1: 妊娠初期の父親, ($n = 126$ [100.0%])	18(14.3)	72 (57.1)	18 (14.3)	18 (14.3)	4.57 (3) ^{NS}
2: 妊娠初期の母親 ($n = 48$ [100.0%])	8 (16.7)	21 (43.7)	6 (12.5)	13 (27.1)	
3: 妊娠中期の父親 ($n = 210$ [100.0%])	17 (8.1)	126 (60.0)	29 (13.8)	38 (18.1)	79.82 (3) ^{***}

4: 妊娠中期の母親 (<i>n</i> = 216 [100.0%])	44 (20.4)	39 (18.0)	52 (24.1)	81 (37.5)	
5: 妊娠末期の父親 (<i>n</i> = 250 [100.0%])	51 (20.4)	64 (25.6)	28 (11.2)	107 (42.8)	13.42 (3)*
6: 妊娠末期の母親 (<i>n</i> = 250 [100.0%])	49 (19.6)	34 (13.6)	42 (16.8)	125 (50.0)	
7: 新生児期の父親 (<i>n</i> = 250 [100.0%])	36 (14.4)	68 (27.2)	47 (18.8)	99 (39.6)	15.88 (3)**
8: 新生児期の母親 (<i>n</i> = 250 [100.0%])	25 (10.0)	51 (20.4)	85 (34.0)	89 (35.6)	

注釈： * $p < .05$; **, $p < .01$ ***; $p < .001$; ^{NS}, not significant. 子どもの年齢が2か月以降のデータは調略しています。詳細を知りたい場合は、下記、アドレスにアクセスすると、データをダウンロードできます。

<https://www.mdpi.com/article/10.3390/healthcare12090881/s1>

新生児虐待

児童虐待は身体的虐待、心理的虐待、性的虐待、ネグレクトの4種類に、さらに家庭内暴力の目撃が加えられています。しかしこれらの虐待の実数はあまり知られていません。まず日本国内における身体的虐待の非通報事例の疫学調査 (Kitamura, Kitahara, Koizumi, Takashi, Chiou, & Fujihara, 1995) は非受診の18歳以上の住民(207名)を対象にして15歳以前に父及び母から受けた虐待を構造化面接 (Time-Ordered Stress & Health Interview) を用いて確認しています(表)。この調査は非受診・非通報事例の調査としては国内で最初のものであります。結果は、10人に数人が年に数回以上の身体的虐待を受けていることが分かります。

表. 年に数回以上の 15 歳以前に受けた児童虐待

児童虐待の種類	父から	母から
叱責	22%	15%
平手打ち	15%	4%
拳で殴る	8%	2%
物で叩く	2%	2%
火傷	0%	1%

心理的虐待について行われた疫学研究では、次のようなタイプが調査されました (Kitamura et al., 1999)。

無視：邪魔扱いされたり、もういないという様子で無視されたといった経験がありましたか

脅迫：捨てると脅されたり、あなた自身またはあなたがとても大切に思っている人や動物に危害を加えるとか、おもちゃを壊すなどと脅かされた経験がありましたか

屈辱：侮辱されたり、他の人がいる前で強く叱られたり、ばかにされたり、恥ずかしい思いをさせられたといった経験がありましたか

父からの虐待（図 1）および母からの虐待（図 2）でいずれも、心理的虐待の頻度は身体的虐待の頻度に比べ低いこと、また父からの虐待頻度が母からの虐待頻度より著しく高いわけではないことが分かります。

児童相談所への通報例と比較すると、通報例は「氷山の一角」だと言えます。さらに虐待を受けた時、子どもたちは大人に援助を求めます。しかし、虐待頻度が多くなると大人への援助を求めないようになります (Kitamura et al., 1995)。

図 1. 父からの虐待

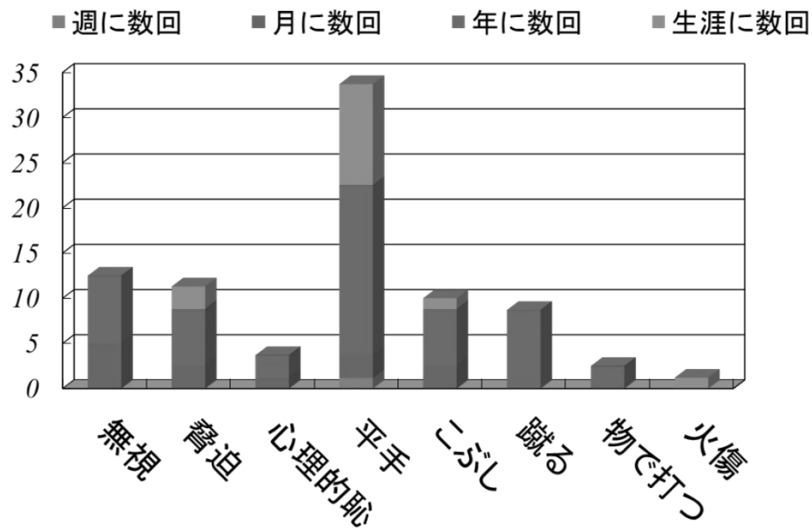
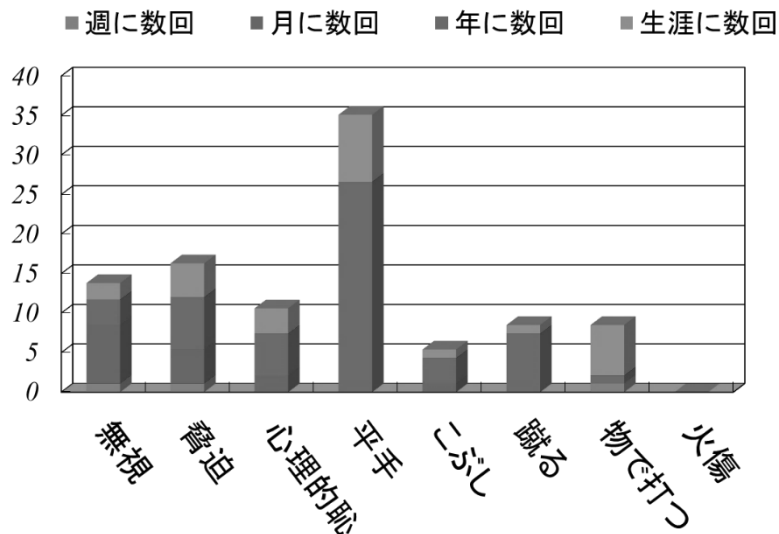


図 2. 母からの虐待



こうした虐待は日常的にみられるものであり、虐待というほどではなく、躰（しつけ）の範囲であると考える人もいます。虐待と躰の区別は、ひとつには長期の悪影響の有無で決められます。思春期以降に特に心理的問題が多くあるなら虐待と考えてよいはずで、某中学校卒業の 119 名の男女（平均年齢 19.3 歳）の被虐待歴を Time-Ordered Stress & Health Interview で遡及的に確認し、これまでの精神疾患歴を DSM-III-R で確認した調査では虐待の種類とその後の精神疾患の種類に一定の関係が見られました

(Yamamoto et al., 1999)。全般性不安障害は、男性では母からの屈辱・母からのこぶし・母からの物で打つが、単一挿話性大うつ病は、女性では母からの平手が、慢性・反復性大うつ病は、男性では父からの屈辱・母からの屈辱が、女性では父からの無視・父からの脅迫が有意に関連していました。しかし、この調査は虐待のカテゴリーと精神疾患のカテゴリーを単純に対比させたものであり、交絡の影響を考慮していません。そこで、別の調査では大学生集団（いわゆる adolescent and young adult (AYA) 世代）を対象とし、幼少期の被虐待体験（ネグレクトと心理的虐待、身体的虐待、性的虐待、権威主義、夫婦不和）、現在の境界性パーソナリティ傾向（原始的防衛、同一性拡散、現実見当識障害、攻撃性、道德価値の低下）、抑うつの因果関係を調査しました（Igarashi et al., 2010）。幼少期の被虐待体験は Child Abuse and Trauma Scale (CATS; Sanders and Becker-Lausen, 1995) を用いて、境界性パーソナリティ傾向は Inventory of Personality Organization (IPO: Clarkin et al., 2001, 2004) を用いて評価しました。単純集計から（表 2）、幼少期の被虐待体験がいずれも現在の境界性パーソナリティ傾向や抑うつと相関していることが分かります。しかし、幼少期の被虐待体験の 5 つの類型は相当な程度で相関していることから、上記の相関は交絡による見かけ上の所見かもしれません。

表. 幼少期の被虐待体験、現在の境界性パーソナリティ傾向、抑うつの相関

	ネグレクトと 心理的虐待	身体的 虐待	性的 虐待	権威 主義	夫婦 不和
原始的防衛	.34***	.23***	.30***	.18**	.20**
同一性拡散	.33***	.19**	.07	.08	.15*
現実 見当識障害	.40***	.27***	.35***	.23***	.15*
攻撃性	.40***	.27***	.29***	.22**	.21**
道德価値 の低下	.39***	.29***	.36***	.15*	.19**
抑うつ	.31***	.14*	.21**	.11	.20**

そこでまず、幼少期の被虐待体験のうち身体的虐待のみを用いて、おなじデータの共

分散構造分析を行います。すると身体的虐待は有意に境界性パーソナリティ傾向および抑うつを予測しています。同時点の境界性パーソナリティ傾向と抑うつは相関していて、その関係を織り込んでも、境界性パーソナリティ傾向は以降の時点の抑うつを有意に予測しています。ここまで見ると、幼少期に身体的虐待を多く受けたほど AYA 世代で境界性パーソナリティ傾向が強くなり、さらに抑うつ症状を直接に、そして境界性パーソナリティ傾向を介在して強くしているようです。これは、従来の多くの研究結果と同じ方向を示すものです (Balan et al., 2017; Bottoms et al., 2004; Gartland et al., 2016; Gershof, 2002; Kaplan et al., 1997; MacKenzie et al., 2012; Mahoney et al., 2000; Salzinger et al., 2007; Straus et al., 1994; Xing & Wang, 2017)。ただし、これらの所見は人種によって異なるとの異論も出されていきました (Deater-Deckard et al., 1996; Horn et al., 2004; Lansford et al., 2014; Lapré et al., 2016; Smetana et al., 2002)。

次に、幼少期の被虐待体験の 5 類型を組み込んで、相互の交絡を調整した共分散構造分析を行います。すると身体的虐待から境界性パーソナリティ傾向へのパスの有意性が消失します。かわって境界性パーソナリティ傾向と抑うつを有意に予測するのはネグレクトと心理的虐待および性的虐待でした。つまり、長期的悪影響を与えているのは身体的虐待ではなく、ネグレクト、心理的虐待、性的虐待なのです。さらに注目すべきは、図 4 において現時点の抑うつを有意に予測する被虐待体験の類型は身体的虐待であり、この予測に方向は負であることです。つまり、他の被虐待体験を調整すれば、身体的虐待を受けたことがかえって抑うつを軽くしているのです。この所見は他の研究者も報告しているものです (Pears & Capaldi, 2001)。

なお、調査で確認しているネグレクトや心理的虐待は表 3 のようなものです。決して「数日、口もきいてくれなかった」や「高熱でも受診させてくれなかった」などのような極端なものではないのです。日常的にあるような親の育児行為・育児態度が AYA 世代の男女の境界性パーソナリティ傾向や抑うつに有意の影響を与えていることに注目すべきでしょう。

表. ネグレクトと心理的虐待の項目

〈ネグレクト〉
あなたは必要ないと思われると感じたり、放っておかれていると感じましたか？
どのくらいの頻度で家に一人で置いておられましたか

あなたの御両親はあなたの学校関係の行事に出席することを嫌がっていましたか

〈心理的虐待〉

御両親はあなたを侮辱したり、言葉で傷つくようなことを罵（ののし）ったりしましたか

ではこうした児童虐待行為はいつからみられるのでしょうか。岡山市内の 5 施設にて分娩した女性を対象とし、産後 1 ヶ月目にアンケート調査した 2 時点での研究で、758 名の産婦を調査対象者とし、新生児虐待の尺度として世界的に用いられている Conflict Tactics Scale (CTS) を利用して、新生児虐待の頻度を調査しました (Kitamura et al., 2004)。この調査はハイリスク群ではなく、一般的産科医療機関での調査です。「赤ちゃんに落ち着いて話しかけた」、「自分のやっている事を正当化する理由を見つけようとした」、「事態の解決のために、誰かに手助けしてもらった（もらおうとした）」は適応的行動です。残りの項目は虐待的行為に当たります。「赤ちゃんを罵（ののし）ったりした」、「不機嫌（ふきげん）に黙りこんでしまい、赤ちゃんの反応を無視した」、「赤ちゃんのいる部屋から乱暴に出ていった」、「赤ちゃんに対し怒鳴（どな）った」などの行為が相当な頻度で見られ、その頻度も産後に 1 回のみではなく、週に 1 回などの頻度も無視できないものでした（表 4）。親による子殺し（filicide）は産後間もなくの時点（ことに出産当日）で行われること（Stanton & Simpson, 2002 ; Yoshida, 2020）を考えれば、虐待予防は産後すぐに行うのでは遅く、妊娠期間中からの対応、それも「困ったら来なさい」という態度ではなく、医療者が需要を「掘り起こす」対応が必要でしょう。

表4. Conflict Tactics Scale (CTS) による虐待頻度（％）

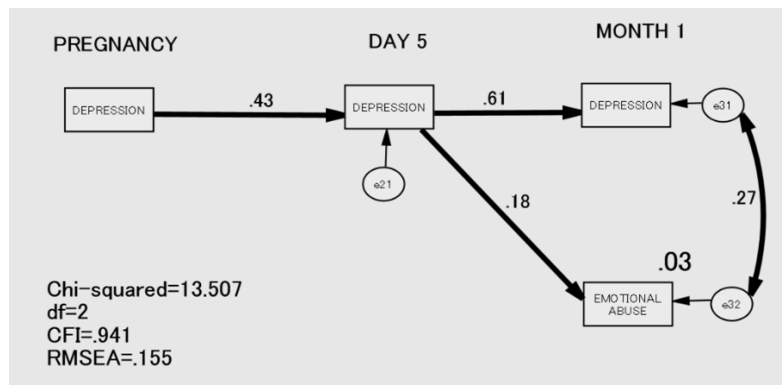
		なか った	1 回	1 回	3~5 回	6~10 回	11~ 20 回	20 回 越
A	赤ちゃんに落ち着いて話しかけた	9.5	1.7	3.0	9.2	9.6	12.9	54.0

	自分のやっている事を正当							
B	化させる理由を見つけよう とした	56.6	5.3	10.2	16.6	6.3	3.2	1.8
C	事態の解決のために、 誰かに手助けしても らった（もらおうとし た）	19.3	4.9	8.3	22.8	16.4	11.5	16.9
D	赤ちゃんを罵（のの し）ったりした	87.9	3.7	3.3	3.8	0.8	0.1	0.4
E	不機嫌（ふきげん）に黙り こんでしまい、赤ちゃんの 反応を無視した	73.0	8.7	6.1	9.1	2.5	0.4	0.3
F	赤ちゃんのいる部屋 から乱暴に出ていっ た	95.5	1.8	1.8	0.8	0	0	0
G	赤ちゃんに対し怒鳴 （どな）った	92.2	3.3	1.7	2.5	0	0.1	0.1
H	赤ちゃんのいやがることを しようとした	97.2	0.8	0.8	0.8	0.9	0.3	0
I	叩いたり何かを投げ るようなふりをして 赤ちゃんをおどかし た	98.2	1.1	0.4	0.3	0	0.1	0
J	（周囲の壁や家具な どに）何かを投げる、 こわす、たたく、ける などした	98.0	1.1	0.5	0.4	0	0	0

K	赤ちゃんに向かって何かを投げた	99.9	0.1	0	0	0	0	0
L	赤ちゃんを押したり、赤ちゃんにつかみかかったり突きとばしたりした	99.6	0	0.3	0	0	0.1	0
M	赤ちゃんを平手でたたいた	99.5	0.5	0	0	0	0	0

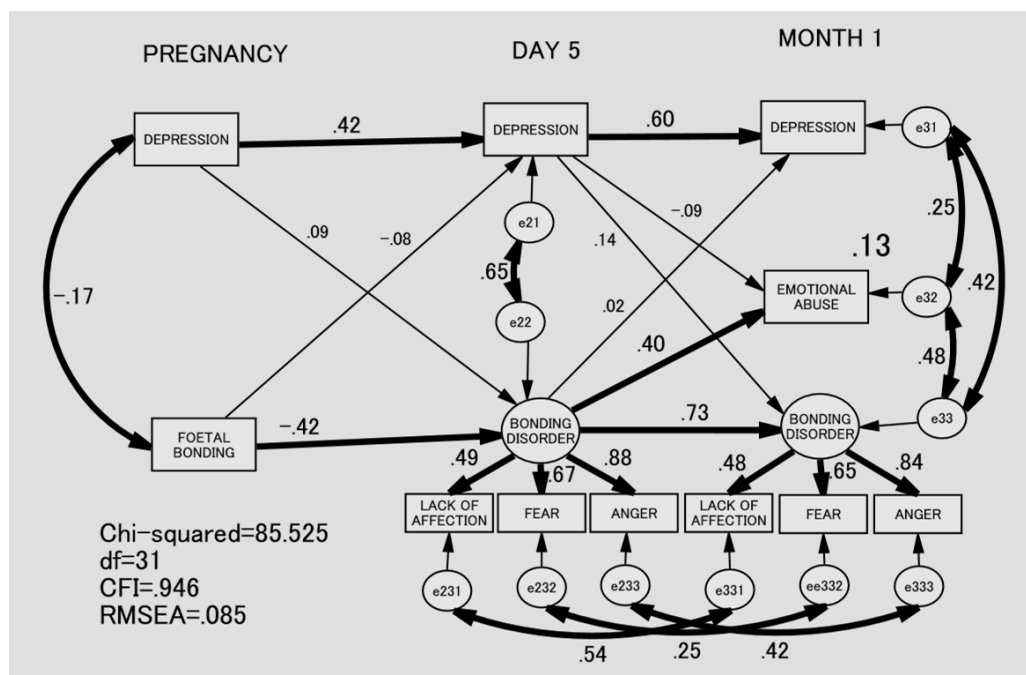
次に検討すべきは、こうした新生児（心理的）虐待の規定要因です。熊本県内の産科医療機関を受診した妊娠 28 週以降の妊婦に対して周産期の 3 時点（妊娠期間中、産後 5 日目、産後 1 か月目）に行ったアンケート調査を見えます（Ohashi et al., 2016）。この 3 時点で抑うつ症状をエジンバラ産後うつ病調査票（EPDS）で、胎児へのボンディング障害を Maternal Antenatal Attachment Scale（MAAS）で、また新生児ボンディング障害を Postnatal Bonding Questionnaire（PBQ）で評価しました。さらに産後 1 か月目に CTS 新生児（心理的）虐待を評価しました。なお、MAAS は得点が高いほど妊婦の胎児へのボンディングが良好であり、PBQ は得点が高いほど母の新生児へのボンディングが不良であることを意味します。まず抑うつが新生児虐待に与える影響をみます。図 5 の上段が 3 時点での EPDS 得点です。産後 5 日目の抑うつは妊娠期間中の抑うつで予測され、さらに産後 5 日目の抑うつが強いほど産後 1 か月目の虐待は強くなります。日本の多くの自治体が「産後うつ病を早期に発見し対応することで児童虐待を未然に防ごう」と呼び掛けていることに呼応しています。

図 5. 周産期の抑うつと産後の心理的虐待



しかし、この所見は妊娠期間中と産後の児へのボンディング障害が交絡しているのです。図 6 では下の列に胎児ボンディング障害と新生児ボンディング障害が設定されています。これを入れたパス図を見ると、産後 1 か月目の児童虐待を規定していた産後 5 日目の抑うつの影響が有意性を失い、代わって産後 5 日目の新生児ボンディング障害が有意に児童虐待を予測しています。産後 5 日目で抑うつが新生児ボンディング障害と相当の相関を示していることが、上記の交絡の原因なのです。つまり、新生児虐待の予防のために見つけるべき状態は産後抑うつ状態ではなく、新生児ボンディング障害なのです。

図 6. 周産期の抑うつ、ボンディング障害と産後の心理的虐待



では新生児ボンディングを最も強く予測する変数は何でしょう。それは胎児ボンディング障害です。新生児ボンディング障害の安定した予測要因が胎児ボンディング障害であることは世界的にも多くの研究が報告しています (Edhborg et al., 2011; Figueiredo & Costa, 2009; Müller, 1996; Nakamura et al., 2015; Petri et al., 2017; Rossen et al., 2016, 2017; Rusanen et al., 2021; Ticherman et al., 2020; Toivo et al., 2023; Van Busse et al., 2010)。

引用文献

- Balan, R., Dobrean, A., Roman, G. D., & Balazsi, R. (2017). Indirect effects of parenting practices on internalizing problems among adolescents: The role of expressive suppression. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 40-47.
- Bottoms, B., Nielsen, M., Murray, R., & Filipas, H. (2004). Religion-related child physical abuse: Characteristics and psychological outcomes. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 8, 87-114.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., & Kernberg, O. F. (2001). *The Inventory of Personality Organization*. The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Weill College of Medicine of Cornell University, White Plains, N.Y.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Disorder Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: rationale, methods, and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders* 18, 52-72.
- Deater-Deckard, K., Dodge, K. A., Bats, J., & Pettit, G. S. (1996). Physical discipline among African American and European American mothers: Links to children's externalizing behaviors. *Developmental Psychology*, 32, 1065-1072.
- Edhborg, M., Nasreen, H.-E., & Kabir, Z. N. (2011). Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2-3 months postpartum: A population-based study from rural Bangladesh. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 307-316.
- Elliot, G. C., Cunningham, S. M., Linder, M., Colangelo, M., & Gross,

- M. (2005). Child physical abuse and self-perceived social isolation among adolescents. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 1663-1384.
- Figueiredo, B., & Costa, R. (2009). Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Archives of Women's Mental Health, 12*, 143-153.
- Gartland, D., Woolhouse, H., Giallo, R., McDonald, E., Hegarty, K., Mensah, F., Herrman, H., & Brown, S. J. (2016). Vulnerability to intimate partner violence and poor mental health in the first 4-year postpartum among mothers reporting childhood abuse: An Australian pregnancy cohort study. *Archives of Women's Mental Health, 19*, 1091-1100.
- Gershoff, E. T. (2002). Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin, 128*, 539-579.
- Horn, I. B., Joseph, J. G., & Cheng, T. L. (2004). Nonabusive physical punishment and child behaviour among African-American children: A systematic review. *Journal of the National Medical Association, 96*, 1162-1168.
- Igarashi, H., Hasui, C., Uji, M., Shono, M., Nagata, T., & Kitamura, T. (2010). Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events, and depression: A study among a university student population in Japan. *Psychiatry Research, 180*, 120-152.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Mandel, F., & Weiner, M. (1997). Adolescent physical abuse and mental health: A national study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1065-1072.
- M. L. & Fujihara, S. (1995). Epidemiology of child abuse in Japan: How big is the iceberg? *Journal of Forensic Psychiatry, 6*(2), 425-431.
- Kitamura, T., Takauma, F., Tada, K., Yoshida, K., & Nakano, H. (2004). Postnatal depression, social support, and child abuse. *World Psychiatry, 3*, 100-101.
- Lapr , G. E., & Marsee, M. A. (2016). The role of race in the association between corporal punishment and externalizing problems: Does punishment severity matter? *Journal of Child and Family Studies, 25*, 432-441.
- MacKenzie, M. J., Nicklas, E., Waldfogel, J., & Brooks-Gunn, J. (2012). Corporal punishment and child behavioural and cognitive outcomes through 5 years of age: Evidence from a

- contemporary urban birth cohort study. *Infant and Child Development*, 21, 3-33.
- Mahoney, A., Donnelly, W. O., Lewis, T., & Maynard, C. (2000). Mother and father self-reports of corporal punishment and severe physical aggression toward clinic-referred youth. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 266-281.
- Müller, M. E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 25, 161–166.
- Nakamura, Y., Takeishi, Y., Ito, N., Ito, M., Atogami, F., & Yoshizawa, T. (2015). Comfort with motherhood in late pregnancy facilitates maternal role attainment in early postpartum. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 235, 53-59.
- Ohashi, Y., Sakanashi, K., Tanaka, T., & Kitamura, T. (2016). Mother-to-infant bonding disorder, but not depression, 5 days after delivery is a risk factor for neonate emotional abuse: A study in Japanese mothers of 1-month olds. *Open Family Studies Journal*, 8(1), 27-36.
- Müller, M. E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: A modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 25, 161–166.
- neonatal emotional abuse: A study in Japanese mothers of 1-minth olds. *Open Family Studies Journal*, 8, 27-36.
- Pears, K. C., & Capaldi, D. M. (2001). Intergenerational transmission of abuse: A two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse and Neglect*, 25, 1439-1461.
- Petri, E., Palagini, L., Bacci, O., Borri, C., Terist, V., Corezzi, C., Faraoni, S., Antonelli, P., Cargioli, C., Banti, S., Perugi, G., & Mauri, M. (2017). Maternal-foetal attachment independently predicts the quality of maternal-infant bonding and post-partum psychopathology. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(23), 3153-3159.
- Rossen, L., Hutchinson, D., Wilson, J., Burns, L., Allsop, S., Elliott, E. J., ... Mattick, R. P. (2017). Maternal bonding through pregnancy and postnatal: Findings from an Australian longitudinal study. *American Journal of Perinatology*, 34, 808-817.
- Rossen, L., Hutchinson, D., Wilson, J., Burns, L., Olsson, C. A., Allsop, S., ... Mattick, R. P. (2016). Predictors of postnatal mother-infant bonding: The role of antenatal bonding, maternal substance use and mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 19,

609-622.

- Salzinger, S., Rosario, M., Feldman, R. S., & Ng-Mak, D. S. (2007). Adolescent suicidal behavior: Associations with preadolescent physical abuse and selected risk and protective factors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 859-866.
- Sanders, B., & Becker-Lausen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment: Early data on the child abuse and trauma scale. *Child Abuse and Neglect* 19, 315-323.
- Smetana, J. G., Crean, H. F., & Daddis, C. (2002). Family process and problem behaviors in middle-class African American adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 12, 275-304.
- Stanton, J., & Simpson, A. (2002). Filicide: A review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 1-14.
- Straus, M. A., & Kaufman Kantor, G. (1994). Corporal punishment of adolescents by parents: A risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating. *Adolescence*, 29, 543-561.
- Tichelman, E., Henrichs, J., Schellevis, F. G., Berger, M. V., Bureger, H. (2020). Development of a risk classification model in early pregnancy to screen for suboptimal postnatal mother-to-infant bonding: A prospective cohort study. *PLoS ONE*, 15(11), e0241574.
- Toivo, J., Tulivu, N., Kanzaki, M., Koivisto, A.-M., Kylmä, J., & Paavilainen, F. (2023). First-time parents' bonding with their baby: A longitudinal study of Finnish parents during the first eight months of parenthood. *Children*, 10, 1806.
- Van Bussel, J. C. H., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2010). Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond: Reliability and validity of the Dutch version of the MPAS, PBQ and MIBS. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 373-384.
- Xing, X., & Wang, M. (2017). Gender differences in the moderating effects of parental warmth and hostility on the association between corporal punishment and child externalizing behaviors in China. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 929-938.
- Yamamoto, M., Tanaka, S., Fujimaki, K., Iwata, N., Tomoda, A., & Kitamura, T. (1999). Child emotional and physical maltreatment and adolescent psychopathology: A community study in Japan. *Journal of Community Psychology*, 27, 377-391.

時期横断

パーソナリティと周産期メンタルヘルス

ストレス理論に従えば、外部にストレス要因が現れた時に人間は様々な対処行動をとります。そのうちのひとつが援助希求 (support seeking) です。これに対して与えられる援助のことをソーシャルサポート (social support) といいます。

ソーシャルサポートの特徴は様々な側面から分けられます (Tardy, 1985)。まず、サポートの方向 (direction) であり、多くの研究は与えられるサポートを測定していますが、与えるサポートを測定することもあります。次に、ソーシャルサポートは、実際に与えられた (enacted) ものと、現在は (その必要がないので) 与えられていないが、必要な際に与えられることが想定できるもの (available support) に分けて考えられます。後者はその量 (サポートを与えてくれる人物が何人いるか) と質 (それにどれほど満足しているか) が評価されます。ソーシャルサポートの内実は、情緒的 (emotional) サポート、道具的 (instrumental) サポート、情動的 (informational) サポート、評価的 (appraisal) サポートに分けられます。妊娠後期の女性が部屋の電球が切れて困ったときに、「本当に大変だね」と声をかける (情緒的)、新しい電球を付け替えてあげる (道具的)、家事援助サービスを紹介する (情動的)、脚立を立てて電球を替えた妊婦に「よくやった」とほめる (評価的) などがこれに該当します。最後に、ソーシャルサポートの供給源が同定されます。ストレスが与える望ましくない心理的影響を減弱するのは、適切な内容のサポートが適切な供給源から与えられることなのです (Terry et al., 1995)。

不良なサポートが心理的不適応をどのようにして惹起しているかについては様々な研究があります。Cohen & Wills (1985) の歴史的総説では、(a) ストレスの存在とサポートの不足が「足し算」として心理的不適応に影響する仮説と、(b) サポートが欠けているときにのみストレスが心理的不適応を惹起するという調整効果の仮説が出され、双方が支持されたため、明確な結論には至っていません。また、ソーシャルサポートは自然に存在するものではなく、それまでの人間関係の中で形成されたものである部分も無視できないものです。ソーシャルサポートの内容はその個人のパーソナリティとも関連し (Kitamura et al., 1999, 2002)、さらに児童期の体験も関連しています (Blain et al., 1993, Flaherty & Richman, 1986; Mallinckrodt, 1992; Parker & Barnett, 1988; Sherman & Donovan, 1991)。妊婦が求めるサポート源のほとんどは配偶者であることが知られています (文献紹介)。

妊娠うつ病と同様に、産後うつ病に影響する最も重要なソーシャルサポート源は配偶者です (Shinohara et al., 2017)。また、看護職者の支援の質は、産後新生児ボンディングに良い影響を与えます (Ohashi et al., 2014; Shigematsu et al., 2019)。

一方、周囲の人々からの望ましくない働きかけ（「小さな親切、大きなお世話」）が、産後うつ病に影響します（Kitamura et al., 2006）。これはソーシャルアンダーマイニングと呼ばれるものです（Manne & Glassman, 2000; Riemsma et al., 2000; Rook, 1984; Symister & Friend, 2003）。心理的不適応の成因としてソーシャルサポートはよく知られていますが、ソーシャルアンダーマイニングの関与はそれと等しく重要です。また、臨床場面でも、ソーシャルサポートの供給を増やすこと以外に、ソーシャルアンダーマイニングの削減も重要な支援手法となります。

家族や医療者を含めたサポートネットワークの構築は、周産期メンタルヘルスケアの重要課題です。例えば、児童虐待の予防要因として、個々のソーシャルサポートに加えてサポート源間のネットワークの構築が重要であるとの報告もあります（Salzinger et al., 1983）。臨床的に言えば、担当する多職種スタッフがカンファレンスや情報共有していることを患者自身が認識していることが予防的・介入的効果があると推定できるのです。

引用文献

- Blain, M. D., Thompson, J. M., & Whiffen, V. E. (1993). Attachment and perceived social support in late adolescence: The interaction between working models of self and others. *Journal of Adolescent Research*, 8, 226-241.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Flaherty, J. A. & Richman, J. A. (1986). Effects of childhood relationships on the adult's capacity to form social supports. *American Journal of Psychiatry*, 143, 851-855.
- Kitamura, T., Kijima, N., Watanabe, K., Takezaki, Y., Tanaka, E., & Takehara, S. (1999). Precedents of perceived social support: Personality and early life experiences. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53(6), 649-654.
- Kitamura, T., Yoshida, K., Okano, T., Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N., Ito, M., Kudo, N., Tada, K., Kanazawa, K., Sakumoto, K., Satoh, S., Furukawa, T., & Nakano, H. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates. *Archives of Women's Mental Health*, 9(3), 121-130.
- Kitamura, T., Watanabe, K., Takara, N., Hiyama, K., Yasumiya, R., & Fujihara, S. (2002). Precedents of perceived social support: Personality, early life experiences and gender. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56(2), 169-176.
- Mallinckrodt, B. (1992). Childhood emotional bonds with parents, development of adult social competencies, and availability of social support. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 453-461.
- Manne, S., & Glassman, M. (2000). Perceived control, coping efficacy, and avoidance coping as mediators between spouses' unsupportive behaviors and cancer patients' psychological distress. *Health Psychology*, 19, 155-164.
- Ohashi, Y., Kitamura, T., Kita, S., Haruna, M., Sakanashi, K., & Tanaka, T. (2014). Mothers' bonding attitudes towards infants: Impact of demographics, psychological attributes,

- and satisfaction with usual clinical care during pregnancy. *International Journal of Nursing and Health Science*, 1(3), 16-21.
- Parker, G. & Barnett, B. (1988). Perceptions of parenting in childhood and social support in adulthood. *American Journal of Psychiatry* 145, 479-482.
- Riemsma, R., Taal, E., Wiegman, O., Rasker, J. J., Bruyn, G. A. W., & van Paasen, H. C. (2000). Problematic and positive support in relation to depression in people with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology*, 5, 221-230.
- Rook, K. S. (1984). The negative side of social interaction: impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1097-1108.
- Salzinger, S., Kaplan, S., & Artemyeff, C. (1983). Mothers' personal social networks and child maltreatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 68-76.
- Sherman, B. R. & Donovan, B. R. (1991). Relationship of perceived maternal acceptance-rejection in childhood and social support networks of pregnant adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 103-113.
- Shigematsu, K., Imura, M., Nanishi, K., & Kitamura, T. (2019). *Breastfeeding self-efficacy in Japanese mothers of an infant: Association with feeding style, mother-to-infant bonding, and depression after childbirth*. In T. Kitamura and Y. Ohashi (Eds.) *Perinatal bonding disorders: Causes and consequences* (pp. 229-267). Cambridge Scholars Publishing.
- Shinohara, E., Yoshida, K., Sakumoto, K., Tada, K., Sato, S., Kitamura, T., & Takeda, S. (2017). Effects of partners' attitudes towards wife's aspirations on depression after childbirth. *Open Journal of Depression*, 6, 79-88.
- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22, 123-129.
- Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 187-202.
- Terry, D. J., Rawle, R., & Callan, V. J. (1995). The effects of social support on adjustment to stress: The mediating role of coping. *Personal Relationships*, 2, 97-124.

文献紹介：

- Kitamura, T., Toda, M. A., Shima, S., Sugawara, K., & Sugawara, M. (1998a). Social support and pregnancy: I. Factorial structure and psychosocial correlates of perceived social support. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52, 29-36.
- Kitamura, T., Toda, M. A., Shima, S., Sugawara, K., & Sugawara, M. (1998b). Social support and pregnancy: II. Its relationship with depressive symptoms among Japanese women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(1), 37-45.

この 1000 人以上の妊婦へのアンケート調査では 7 項目について該当する人物を多肢選択で挙げさせています（表）。ほとんどすべての項目について 7 割以上の妊婦が配

偶者を挙げていました。次に多く挙げられていたのは実母と友人でした。妊娠期の女性の周囲からの援助として、配偶者からのサポートが最も重要なのです。こうして見てみると、妊娠期間中のソーシャルサポート源は配偶者であり、配偶者への支援が（間接的に）妊婦への心理支援となることが想像できます。周産期の支援・介入・治療を夫婦単位で行うことも重要です。こうした妊娠期間中のソーシャルサポートは、抑うつ症状の中で、気分の症状ではなく認知の症状（「自分は価値がない」「自分の将来は暗い」など）を有意に予測するものでした。周産期メンタルヘルスケアの対象は妊婦産婦褥婦に限定せず、周囲の家族などに広げるべきですが、まずは配偶者への対応が女性本人へのそれと同様に行われるべきものでしょう。

サポート源として挙げられた人物

サポートの内容	配偶者	実父	実母	両親	友人	姑
一緒にいて落ち着く・楽しい	78%	0%	5%	1%	8%	0%
問題があったときに頼れる	62%	2%	18%	2%	7%	0%
自由に意見や考えを交換できる	69%	1%	7%	1%	13%	0%
感情を分かち合える	77%	1%	5%	1%	9%	0%
貴女を必要としている	81%	1%	3%	2%	1%	0%
秘密を打ち明けらる	85%	1%	4%	3%	0%	0%
できるだけのことをしてあげたい	70%	1%	6%	5%	1%	0%

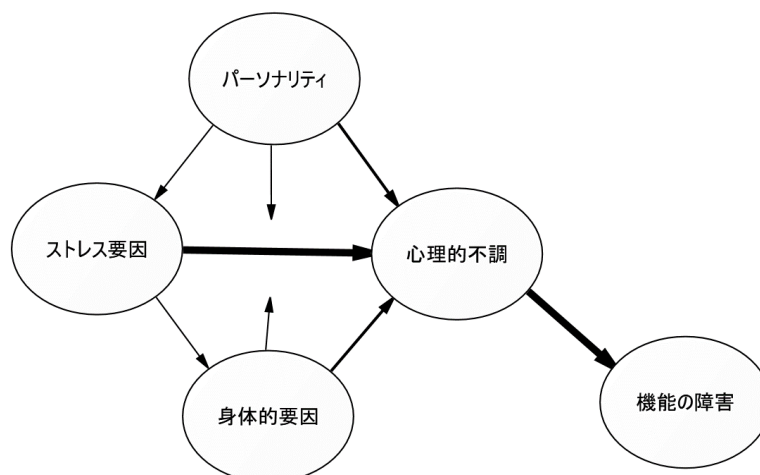
パーソナリティと周産期メンタルヘルス

さまざまな心理的不調は多くの場合、ストレスによって惹起されます（図）。しかし、類似のストレス状況でも、心理的不調が発現するかどうかは個人差があり、これを規定している要因の一つにパーソナリティ傾向があります。つまりストレス状況への暴露が精神症状を惹起させることをパーソナリティが調整（moderation）しているのです（Baron & Kenny, 1986）。またストレス状況に暴露することでパーソナリティ障害の

特徴が強く現れることも少なくありません (北村, 2016)。したがって、さまざまな心理的不調の発生要因と支援・治療・介入計画を策定する際、その女性のパーソナリティ傾向を評価することは、周産期のどのステージにおいても不可欠です。

DSM-III では 10 を超えるパーソナリティ障害の類型があり、3 つのグループ（クラスター）に分けられています。クラスター A には、paranoid personality disorder, schizoid personality disorder, schizotypal personality disorder が含まれ、共通項は、思考や知覚が一風変わっていることです。クラスター B には、antisocial personality disorder, borderline personality disorder, histrionic personality disorder, narcissistic personality disorder が含まれ、共通項は、演技的で、情緒が不安定であることです。クラスター C には、avoidant personality disorder, dependent personality disorder, obsessive-compulsive personality disorder が含まれ、共通項は、不安や恐怖を示すことが多いことです。ケアの対象者について、いきなりパーソナリティ障害の類型診断をしようとせず、まずはどのクラスターに近いパーソナリティなのかを評価することが重要です。パーソナリティに何ら問題を持っていない人間はいません。人はそれぞれに特徴的パーソナリティを有しているので、「普通のパーソナリティ」という評価は避け、個々のパーソナリティ特徴をみていきましょう。

パーソナリティの分類理論は lumpers と splitters に分けられます。lumpers は Kretschmar の 3 類型が有名です。現代では気質と性格に分ける 7 factor model、NEO-PI model、DSM のパーソナリティ類型が多くの研究で用いられています。splitters はパーソナリティのある特徴に焦点を当てた詳細な評価法で、学習性無力感 (Abramson et al., 1977; Seligman & Maier, 1967)、自尊感情 (Mimura & Griffiths, 2007; Rosenberg et al., 1995)、自己効力感 (Bandura et al., 1999, 2001) などが含まれます。



引用文献：

- Abramson, P. R., Mosher, D. L., Abramson, L. M., Woychowski, B. (1977). Personality correlates of the mosher guilt scales. *Journal of Personality Assessment*, 41(4), 375-382.
- Bandura, A. (1999). *Social cognitive theory of personality*. In L. Pervin & O. John (Eds.), *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 154-196). New York, NY: Guilford Publications.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Baron, R. M., & Kenny D. A. (1986). The Moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Mimura, C., & Griffiths, P. (2007). Measuring nursing self-esteem. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), 357-365.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global self-esteem and specific self-esteem: Different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141-156.
- Seligman, M. E. P., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74(1), 1-9.
- 北村俊則 (2016). 慢性抑うつ状態の構造：状態抑うつと特性抑うつ. *精神科臨床サービス*, 16 (1), 114-119.

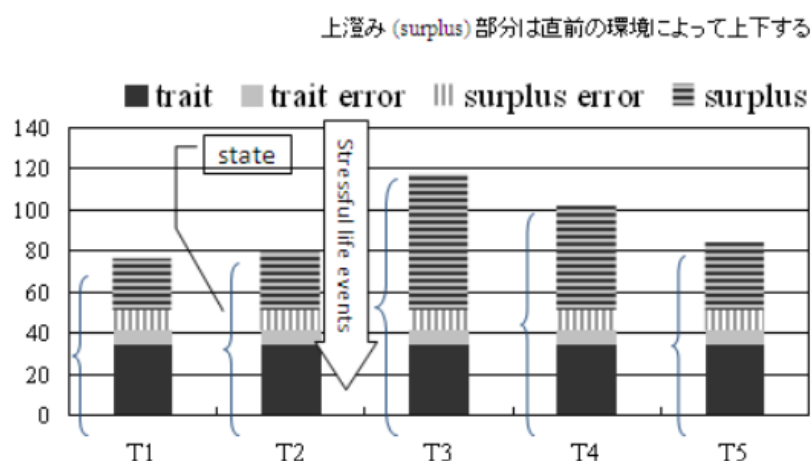
文献紹介：

北村俊則 (2016). 慢性抑うつ状態の構造：状態抑うつと特性抑うつ, *精神科臨床サービス*, 16 (1), 114-119.

慢性化した抑うつ状態の支援介入には、対象者の生活史を詳しく聴取し、パーソナリティを評価することが有用であるという報告。うつ病の多くは比較的短い期間で治癒する一方で、慢性化する症例もあります。この論文では、404名の日本の男女大学生を対象に、抑うつ状態 (Self-rating Depression Scale)、過去1週間のライフイベント、児

童期の被虐待体験を4回（1週間毎）調査し、そのデータを使って共分散構造分析を行いました。そして「状態」抑うつを「特性」抑うつと各時点の上澄み（直前のライフイベントに影響）で予測可能であることを証明しました（図）。そして「特性」抑うつは児童期の被虐待体験から有意に影響を受けていました。うつ病の支援介入を行う際、「特性」抑うつがうつ病の発症に大きく影響している個人の場合、環境やストレス要因によって変動する「状態」抑うつが改善したとしても根治的な回復は見込めません。個人のパーソナリティに影響を受け持続的に存在する「特性」抑うつにより慢性化する可能性があり、個人のパーソナリティを標的にした支援が不可欠なのです。

図 特性と状態の経時的変化



北村俊則：精神科診断学概論：病理所見のない疾患の概念を求めて。北村メンタルヘルス研究所。2013 から許諾を得て引用

別紙 4

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍 刊行物なし

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌 刊行物なし

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

こども家庭庁長官 殿

機関名 東京情報大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 吉本 博明

次の職員の令和7年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
2. 研究課題名 こども家庭センター（母子保健機能）における効果的な母子保健事業を推進するための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 看護学部 教授
（氏名・フリガナ） 市川 香織（イチカワ カオリ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 31 日

こども家庭庁長官 殿

機関名 国立保健医療科学院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 浅沼 一成

次の職員の令和7年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

2. 研究課題名 こども家庭センター（母子保健機能）における効果的な母子保健事業を推進するための研究

3. 研究者名 （所属部署・職名） 次長

（氏名・フリガナ） 上原 里程・ウエハラ リテイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

こども家庭庁長官 殿

機関名 大阪医科薬科大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 佐野 浩一

次の職員の令和7年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業
2. 研究課題名 こども家庭センター（母子保健機能）における効果的な母子保健事業を推進するための研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 看護学部・教授
（氏名・フリガナ） 草野 恵美子・クサノ エミコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年3月23日

こども家庭庁長官 殿

機関名 明星大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 富樫 伸

次の職員の令和7年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

2. 研究課題名 こども家庭センター（母子保健機能）における効果的な母子保健事業を推進するための研究

3. 研究者名 （所属部署・職名） 人文学部 福祉実践学科 常勤教授

（氏名・フリガナ） 川松 亮 （カワマツ アキラ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒	☐	☐		☒
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

令和9年5月に倫理審査申請予定。

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

こども家庭庁長官 殿

機関名 北村メンタルヘルス研究所

所属研究機関長 職 名 所長

氏 名 北村 俊則

次の職員の令和7年度こども家庭科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業

2. 研究課題名 こども家庭センター（母子保健機能）における効果的な母子保健事業を推進するための研究

3. 研究者名 （所属部署・職名） 北村メンタルヘルス研究所 所長

（氏名・フリガナ） 北村 俊則 キタムラ トシノリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. こども家庭分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。