

研 究

産後の母親のうつ傾向を予測する妊娠期要因に関する研究

—子ども虐待防止の視点から—

中板 育美¹⁾, 佐野 信也²⁾

〔論文要旨〕

産婦の精神状態と児への態度を予測する妊娠期要因を探索するため、2,420名の妊婦を対象に、①母子健康手帳交付時、②産後1か月時、③4か月時の3回調査した。①では独自作成の心理社会要因に関する調査票、②と③ではエジンバラ産後うつ病自己評価票と「子どもを傷つけたくなる考えが浮かぶ(Q11)」への回答を求めた。①と②および③のうつ傾向、Q11「あり」の相互関連性を分析した。「望まない妊娠」、「愛情不足体験の認知」、「夫(パートナー)が相談者あるいは協力者として機能していない」の妊娠期要因が、産後のうつ傾向とQ11「あり」の双方の共通要因であり、産婦の精神保健保持と乳児虐待予防のために、これらの心理社会的要因への早期対応が要請される。

Key words : 母子健康手帳, 産後うつ病, メンタルヘルス, EPDS, 児童虐待

I. はじめに

妊娠・産褥期の母の精神状態は、生を享けた子どもの心身の健康と発達に影響を与える¹⁾。この時期に精神障害を発症した母に適切な治療導入がなされなかった場合には、その母による殺害を含む乳児虐待事件も散発している^{2,3)}。このような精神障害を基礎に生じる子ども虐待を予防するためには、出産後の精神的問題への対処では不十分である。妊娠期、産褥期を通じて適時適切な予防的介入を可能にするためには、産褥期に好発する精神障害や産後の養育困難に関連するリスク評価を妊娠早期に実施する方策が重要である。さらに産後の母の精神状態は、乳児との愛着形成に大きく影響する。愛着形成が阻害されると、明らかな虐待に至らなくてもその後の対人関係の基礎をなす内的

ワーキングモデル^{4,5)}が子どもの中に適切に確立されず、さまざまな対人関係障害に発展しうると指摘されている⁶⁾。

最近著者ら⁷⁾は、産褥期の自殺企図8事例に対する保健師の関与を分析した。7例にうつ病の既往や妊娠期のうつ状態が認められ、5例が望まない妊娠であった。また、5例に虐待行為を含む児への不適切な養育が認められた。事例数が少ないので一般化することはできないが、保健師が産褥期のみならず妊娠期の精神保健に注目し配慮することは、子ども虐待予防の観点からも重要であることが示唆された。

各市町村は母子保健法に基づく母子健康手帳交付事業を実施しており、妊娠早期の女性と関わる機会を有している。これは妊娠・出産を機に顕在化する夫婦間葛藤、家族構造の変化に伴う不安など妊婦が抱きやす

Research into Factors during Pregnancy for Predicting Postpartum Depression
— From the Viewpoint of Prevention of Child Abuse —

Ikumi NAKAITA, Shin-ya SANO

1) 国立保健医療科学院生涯健康研究部 (保健師/研究職)

2) 防衛医科大学校心理学学科目 (精神科/教育職)

別刷請求先: 中板育美 国立保健医療科学院生涯健康研究部 〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

Tel : 048-458-6232 Fax : 048-469-7683

(2328)

受付 11. 5. 2

採用 12. 6. 12

い心理的問題や妊婦の精神科受診歴などを聞き知ることができるとは好機であるが、必ずしも全市町村が手帳交付の機会を活かし、妊婦の抱えるこれらの問題を問診しているわけではない。もちろん母子保健の現場では、うつ傾向のスクリーニング尺度 (Edinburgh Postnatal Depression Scale = EPDS)⁸⁾とボンディング調査票⁹⁾を併用するなど、産後のうつ傾向や子育て困難家庭を早期に発見し介入を目指す自治体が増えてきている¹⁰⁾。にもかかわらず、著者らの自殺企図事例でも観察されたように、妊娠期の心身の不調徴候を家族や医療機関が認知しながら、有効な介入に繋がっていないのは、妊娠期の精神状態の評価項目が明確化されていないことが要因の一つではないかと考えられる。なお本論では、医師の診察または直接観察から評価された個人の精神状態を「うつ状態」とし、EPDSのカットオフポイントを超えた産婦の精神状態を「うつ傾向」とした。

II. 目的

産後の母のうつ傾向や産後に子どもへの危害を及ぼす可能性を示唆する妊娠期の要因を特定すること。

III. 方法

1. 研究デザイン

前方視的・縦断的調査研究。

2. 調査対象

2006年8月1日～2007年7月31日の間、首都圏A市の4ヶ所の保健センターで、母子健康手帳の交付（以下、手帳交付時）妊婦3,080名のうち、本調査の趣旨に合意して回答が得られた2,638例を調査対象とした。

3. 調査方法

手帳交付時（調査1）と産後「1か月時」、「4か月時」（調査2）の計3回の調査を実施した。

調査1は、産後のうつ傾向を予測しうる妊娠期の生物学的または心理社会的要因を先行研究^{11～16)}から抽出し、独自の自記式調査表（22項目）を作成して実施した。

調査2では、EPDSの10項目にQ11「子どもを傷つける考えが浮かぶ」（以下、Q11）の項目を追加した11項目の調査票「EPDS + Q11」を用いた。EPDSのカット・オフ得点は、諸研究^{8,17)}に準じて、9点以

上を「うつ傾向群」、8点以下を「正常群」とした。Q11は子ども虐待に結びつく直接的な問いかけである。「あり」の回答者を虐待者と判断することは早計だが、子ども虐待のスクリーニング機能として参考になる¹⁸⁾ことから補足的に採用した。

調査1は、手帳交付時に手帳交付時アンケートへの協力を要請し記入してもらった。調査2は、調査1の協力者に産後1か月時と4か月時に改めて協力を得て実施した。1か月時は、新生児家庭訪問時にその場で記入してもらい回収した。4か月時は、乳児健診の個別通知に同封し、健診当日に提出してもらった。調査票は受付で守秘義務を負ったスタッフが個別に受け取り個人票に綴じ込み、スタッフ以外の目に触れないように配慮した。

4. 分析方法

手帳交付時の各項目（22項目）とEPDS得点によって区分されたうつ傾向群と正常群またはQ11の有無との関連性を解析し、有意差を認めた要因について多変量解析を行った。統計的解析には統計パッケージSPSS Regression17.0J for Windowsを用いた。

IV. 倫理的配慮

著者は、研究計画書をA市に提示した。A市は妊産婦保健サービス充実のための行政調査と位置付け調査実施に同意した。データは、個人情報特定されない形でA市から著者に渡され、これを著者も個人識別不可能な状態で管理し解析することでA市の承認を得た。この経緯を国立保健医療科学院倫理審査委員会に報告し承認を得た（NIPH-IBRA #08016）。

V. 結果

1. 対象者の概要

調査期間内に手帳交付を受けた妊婦3,080名のうち、調査1の協力者は2,638名（85.6%）であった。調査2は、調査1の協力者のうち、①「1か月時」あるいは、②「4か月時」のどちらかに協力が得られた者と、③「1か月時」と「4か月時」の両方に協力が得られた者を合わせた2,420名（78.6%）を解析対象とした。この人数は、A市の調査実施年の年間出生数の約75%が捕捉されたことを意味している。

調査対象は、わが国の妊婦の喫煙に関する全国調査¹⁹⁾の対象属性と近似していた。すなわち、妊婦平均

年齢（全国調査対象：本調査対象＝29.9歳 vs 29.6歳）や初産割合（48.0% vs 49.1%），妊娠中喫煙割合（妊娠初期の喫煙群）（6.9% vs 6.8%）である。さらに地域保健報告²⁰⁾による11週までの妊娠届出割合72%に対して本調査では79%であり，本調査の対象属性は，最近のわが国の妊婦集団をほぼ代表していると推察される。

2. 調査1 「母子健康手帳交付時アンケート」結果

妊婦の平均年齢は29.7歳，父親（パートナー）の平均年齢は31.6歳であった。妊娠週数平均は9.7週，19歳以下の若年妊婦は80名（3.3%）であった（表1）。

「妊娠の受容」について，「予想外で困った」，「困った」が221名（9.2%）であった。「愛情を受けて育った実感」は，77名（3.2%）が「あまりない」，「ない」と回答した。「夫」が「相談者」にならない者が459名（19.0%），「協力者」にならない者が589名（24.3%）いた。「喫煙」は，妊娠前喫煙群（妊娠判明後に禁煙）449名（18.6%），妊娠中喫煙群165名（6.8%）であった。妊娠前の「精神的相談の経験」ありは，36名（1.5%）であった。また，「育児にかかるお金」に対する不安を半数が感じていた（表2）。

3. 調査2 「EPDS 得点＋Q11 「1 か月時」・「4 か月時」アンケート」結果

EPDS 得点 9 点以上のうつ傾向群は，1 か月時で13.4%，4 か月時で12.1%であった（表3）。また，

表1 手帳交付時の妊婦の年齢・婚姻形態・出産経験
N=2,420

		度 数	%
妊婦の年齢	19歳以下	80	3.3
	20～29歳	1,046	43.2
	30～39歳	1,202	49.7
	40歳以上	35	1.5
	不明	57	2.3
妊娠届出週数	21週以前	2,296	94.9
	22週以降	63	2.6
	不明	61	2.5
婚姻状況	未婚	223	9.2
	既婚	2,072	85.6
	不明	125	5.2
出産経験	初産	1,199	49.5
	経産	1,221	50.5
	不明	0	0.0

注：「未婚者」は手帳交付時の婚姻状態であり，結婚予定者も多く含まれている。

Q11「あり」の親は，「1 か月時」で0.7%，「4 か月時」で1.0%であった。1 か月時と4 か月時のEPDS 得点は関連していた（表4）。「1 か月時」のうつ傾向群とQ11「あり」，「4 か月時」のうつ傾向群とQ11「あり」も関連していた（表5-1，5-2）。

4. うつ傾向群と正常群を区分した妊娠期要因

妊娠期の要因と EPDS 得点の2区分について単変量解析を実施した（表6）。その結果，1 か月時のうつ傾向群を正常群と有意に識別した項目は，「妊婦年齢19歳以下」，「妊娠の受容困難」，「幼少期の愛情不足の認知」，「夫（パートナー）の相談者不在」，「精神的相談の経験」など15項目であった。

4 か月時のうつ傾向群を正常群と有意に識別した妊娠期項目は，「妊婦年齢19歳以下」，「幼少期の愛情不足の認知」，「夫（パートナー）の相談者不在」，「精神的相談の経験」など14項目であった。

5. 妊娠期要因と EPDS 得点（「1 か月時」・「4 か月時」）との関連

次に，うつ傾向群と正常群の2群を目的変数とし，単変量解析で有意差を認めた妊娠期の要因を独立変数として，尤度比による変数増加法を用いた二項ロジスティック回帰分析を行い，うつ傾向群の正常群に対する調整オッズ比を求めた。

1 か月時の回帰分析の結果は，有意確率 $p=0.000$ ($p<0.05$) で回帰式の有意性が保証された。各変数も有意であった ($p<0.05$)。Hosmer と Lemeshow の検定の結果，求めたモデルはデータに適合していると判定され，産後のうつ傾向の予測度と期待度との関係（正判別率）は88.7%であった。正常群に対し有意であったのは9要因で調整オッズ比は次のとおりである。「精神的相談の経験」がオッズ比（以下数字のみ）3.03で最も大きかった。「子どもを通した付き合い」1.93，「妊婦自身の妊娠の受容困難」1.89，「夫（パートナー）が相談者となっていない」1.83などであった（表7）。

4 か月時の回帰分析の結果は，有意確率 $p=0.000$ ($p<0.05$) で，回帰式の有意性が保証された。各変数も有意であった ($p<0.05$)。Hosmer と Lemeshow の検定の結果，求めたモデルはデータに適合していると判定され，産後のうつ傾向の予測度と期待度との関係（正判別率）は93.0%であった。正常群に対

表 2 手帳交付時の実態 N=2,420

		度 数	%
家族形態	核家族	1,980	81.8
	複合家族	460	18.2
Q 1 妊婦自身の妊娠の受容	とてもうれしい	1,365	56.4
	予想外だがうれしい	619	25.6
	予想外で困った	184	7.7
	困った	37	1.5
Q 2 愛情を受けて育った実感 (幼少期の愛情不足の認知)	あ る	1,976	81.6
	なんとなくある	358	14.8
	あまりない	60	2.5
	な い	17	0.7
Q 3 母親（両親）学級受講の意思	な し	641	26.5
Q 4 相談者の有無 内 訳	な し	259	10.7
	(夫)	459	19.0
	(自分の親)	656	27.1
	(夫の親)	1,534	63.4
	(きょうだい)	1,732	71.6
	(友人)	1,228	50.7
Q 5 協力者の有無 内 訳	な し	334	13.8
	(夫)	589	24.3
	(自分の親)	814	33.6
	(夫の親)	1,581	65.3
	(きょうだい)	2,040	84.3
	(友人)	2,175	89.9
Q 6 喫煙状況	な し（非喫煙群）	1,693	69.9
	やめた（前喫煙群）	449	18.6
	あ り（喫煙群）	165	6.8
Q 7 精神科的相談の経験	な し	2,370	97.7
	あ り	36	1.5
Q 8 就労の有無	な し	1,219	50.4
	あ り（継続）	586	24.2
	あ り（退職）	515	21.3
Q 9-1 育児全般に対する不安	あ り	1,005	50.3
Q 9-2 育児にかかるお金に対する不安	あ り	1,304	53.9
Q 9-3 病気の時の対応に対する不安	あ り	837	41.8
Q 9-4 パートナーとの関係に対する不安	あ り	155	6.5
Q 9-5 相談者や協力者の存在に対する不安	あ り	49	2.1
Q 9-6 仕事と育児の両立に対する不安	あ り	396	16.4
Q 9-7 子どもを通した付き合いに対する不安	あ り	387	16.0
Q 9-8 親族との付き合い方に対する不安	あ り	144	6.0
Q 10 不妊治療の有無	あ り	130	5.8

し有意であったのは7要因で調整オッズ比は次のとおりである。1 か月時と同様に「精神科的相談の経験」が4.27で最も大きく、「幼少期の愛情不足の認知」2.61, 「パートナーとの関係」2.05, 「夫（パートナー）が相談者となっていない」1.91, 「育児にかかるお金」1.72 などであった（表8）。

6. 妊娠期要因とQ11「子どもを傷つけたくなる考えが浮かぶ」との関連

妊娠期要因とQ11の有無との関連もEPDS得点と同様に二項ロジスティック回帰分析を行った。1 か月時のQ11「あり」に影響した要因は、「妊婦年齢19歳以下」6.99, 「妊婦自身の妊娠の受容困難」2.06であった（表9）。4 か月時のQ11「あり」に影響した要因は、「幼少期の愛情不足の認知」8.61, 「妊婦年齢19歳以下」5.74, 「夫（パートナー）が協力者となっていない」3.42,

「妊婦自身の妊娠の受容困難」2.83であった（表10）。

VI. 考 察

1. 産後1か月時および4か月時のうつ傾向を母子健康手帳交付時に予測した要因

産後30日前後の母親を対象に実施されたEPDSを用いた従来の調査では、EPDS得点が9点以上を示す

表3 1か月時・4か月時のEPDS得点とQ11「子どもを傷つけたくなる考えが浮かぶ」の実態

		度数	%
1 か 月 時 (1744名)	9点以上 (うつ傾向群)	233	13.4
	8点以下 (正常群)	1,511	86.6
	「子どもを傷つけたくなる考えが浮かぶ」 あ り な し	12	0.7
		1,732	99.3
4 か 月 時 (2364名)	9点以上 (うつ傾向群)	286	12.1
	8点以下 (正常群)	2,078	87.9
	「子どもを傷つけたくなる考えが浮かぶ」 あ り な し	23	1.0
		2,341	99.0

産婦の割合は、8.9%～22.8%と幅がある²¹⁻²⁷⁾。本調査では、1か月時EPDS得点が9点以上のうつ傾向群は13.4%であり、4か月時では12.1%であった。

手帳交付時に設定した要因のうち、「精神科的相談の経験」、「夫（パートナー）が相談者となっていない」、「育児にかかるお金」は、1か月時と4か月時双方のうつ傾向を予測したので、重要と考え詳しく検討する。また、「1か月時のうつ傾向のみを予測した要因」、および「4か月時のうつ傾向のみを予測した要因」を、先行研究において重視されていた要因中心に考察を加える。

1) 「精神科的相談の経験」

大うつ病の既往歴を有する女性が妊娠した場合、妊娠中の再発率は43%に及ぶとする報告²⁸⁾がある。また、14,000例以上のメタ解析において、妊娠期のうつ傾向が産後うつ病の予測因子であることも知られている²⁹⁾。

一方、乳児期に深刻な子ども虐待を起こす母親の精神医学的診断に関する大規模調査は行われていない。

表4 1か月時EPDSと4か月時EPDSの関連

		EPDS (1か月時)				Pearsonの χ^2 検定
		8点以下 人	(正常群) %	9点以上 (うつ傾向群) 人	%	
EPDS (4か月時)	8点以下 (正常群)	1,458	96.4	136	70.5	0.001**
	9点以上 (うつ傾向群)	54	3.6	57	29.5	

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

表5-1 EPDS (1か月時) とQ11「子どもを傷つけたくなる考えが浮かぶ」(1か月時) との関連

		EPDS (1か月時)				Pearsonの χ^2 検定
		8点以下 人	(正常群) %	9点以上 (うつ傾向群) 人	%	
Q11 「子どもを傷つけたくなる 考えが浮かぶ」(1か月時)	な し	1,537	99.5	193	97.5	0.000***
	あ り	7	0.5	5	2.5	
合 計		1,544	100.0	198	100.0	

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

表5-2 EPDS (4か月時) とQ11「子どもを傷つけたくなる考えが浮かぶ」(4か月時) との関連

		EPDS (4か月時)				Pearsonの χ^2 検定
		8点以下 人	(正常群) %	9点以上 (うつ傾向群) 人	%	
Q11 「子どもを傷つけたくなる 考えが浮かぶ」(4か月時)	な し	2,185	99.6	149	91.4	0.000***
	あ り	9	0.4	14	8.6	
合 計		2,194	100.0	163	100.0	

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

表6 妊娠期リスクとのうつ傾向群（1か月時・4か月時）との関連

		1か月時うつ傾向群（n=233）			4か月時（n=286）		
		95%信頼区間			95%信頼区間		
		オッズ比	上限～下限	p 値	オッズ比	上限～下限	p 値
婚姻形態	未婚 入籍	1.37 1.00	0.87～2.16	0.171	1.53 1.00	0.94～2.48	0.085
家族形態	核家族 複合家族	1.01 1.00	0.70～1.46	0.939	1.13 1.00	0.76～1.68	0.544
妊娠週数	22週以降	1.51	0.62～3.68	0.358	1.45	0.62～3.42	0.393
妊婦年齢	19歳以下	1.91	1.02～3.58	0.042*	3.00	1.65～5.47	0.000**
	20～29歳	0.87	0.64～1.17	0.364	0.73	0.51～0.98	0.043*
	30～39歳	1.15	0.86～1.54	0.335	1.21	0.88～1.66	0.239
	40歳以上	1.46	0.49～4.31	0.487	1.39	0.42～4.63	0.584
父年齢	19歳以下	1.07	0.48～2.40	0.863	2.00	0.97～4.11	0.057
	20～29歳	0.97	0.77～1.33	0.868	0.87	0.57～1.15	0.255
	30～39歳	1.12	0.83～1.50	0.446	1.02	0.74～1.41	0.879
	40歳以上	1.33	0.77～2.29	0.299	1.56	0.95～2.59	0.080
出産経験	初産 経産	2.19 1.00	1.61～2.98	0.000**	1.07 1.00	0.78～1.46	0.689
Q 1 妊婦自身の妊娠の受容	なし あり	1.59 1.00	1.22～2.06	0.000**	1.30 1.00	0.86～1.60	0.304
Q 2 愛情を受けて育った実感 （幼少期の愛情剥奪の認知）	なし あり	2.87 1.00	1.56～5.28	0.001**	3.24 1.00	1.77～5.93	0.000**
Q 3 公的サービス利用意思	なし あり	0.76 1.00	0.52～1.14	0.182	0.87 1.00	0.58～1.30	0.505
Q 4 相談する人	（夫）なし	1.79	1.21～2.62	0.003**	1.99	1.31～3.01	0.001***
	（自分の親）なし	0.89	0.63～1.26	0.512	1.15	0.76～1.73	0.504
	（夫の親）なし	0.93	0.66～1.30	0.657	0.94	0.63～1.38	0.748
	（きょうだい）なし	0.91	0.63～1.30	0.600	0.86	0.57～1.29	0.475
	（友人）なし	0.87	0.64～1.20	0.396	0.87	0.61～1.23	0.440
Q 5 協力者の有無	（夫）なし	1.49	1.09～2.05	0.013*	1.66	1.19～2.31	0.003*
	（自分の親）なし	1.00	0.71～1.39	0.986	1.10	0.77～1.58	0.602
	（夫の親）なし	1.01	0.72～1.42	0.944	0.77	0.52～1.13	0.176
	（きょうだい）なし	0.90	0.58～1.41	0.652	1.09	1.88～0.67	0.731
	（友人）なし	0.59	0.32～1.11	0.102	0.95	0.95～0.52	0.865
Q 6 喫煙経験の有無	なし	1.00			1.00		
	あり	1.56	1.14～2.14	0.005*	1.45	1.03～2.05	0.035*
妊娠中の喫煙の有無	なし	1.00					
	あり	1.65	1.00～2.75	0.048*	1.84	1.09～3.09	0.022*
Q 7 精神状態の既往	なし	1.00			1.00		
	あり	5.10	2.92～8.88	0.000**	3.91	2.16～7.10	0.000**
Q 8 就労の有無	なし	1.00			1.00		
	あり	1.17	0.85～1.61	0.323	0.74	0.52～1.06	0.105
Q 10 不妊治療の有無	なし	1.00			1.00		
	あり	0.84	0.43～1.64	0.602	0.98	0.49～1.96	0.949
Q 9 育児全般	なし	1.00			1.00		
	あり	2.47	1.83～3.33	0.000**	1.54	1.12～2.11	0.007*
Q 9 育児にかかるお金の不安	なし	1.00			1.00		
	あり	2.12	1.55～2.89	0.000**	1.88	1.35～2.63	0.000**
Q 9 病気の時の対応への不安	なし	1.00			1.00		
	あり	1.63	1.22～2.19	0.001**	1.55	1.13～2.13	0.007*
Q 9 パートナーとの関係不安	なし	1.00			1.00		
	あり	2.38	1.48～3.81	0.000**	2.41	1.49～3.91	0.000**
Q 9 仕事と育児の両立	なし	1.00			1.00		
	あり	1.06	0.73～1.56	0.748	1.51	1.03～2.21	0.035*
Q 9 子どもを通した付き合い	なし	1.00			1.00		
	あり	2.15	1.54～3.00	0.000**	1.48	1.00～2.17	0.048*
Q 9 親族との付き合い	なし	1.00			1.00		
	あり	3.13	2.00～4.90	0.000**	2.49	1.52～4.08	0.000**

表7 出産後1か月時のうつ傾向群に影響を及ぼす妊娠期の要因
(二項ロジスティック回帰分析)

	オッズ比	95.0% 信頼区間		有意確率
		下 限	上 限	
初産	1.51	1.033~2.217		0.033*
夫（パートナー）が相談者となっていない	1.83	1.253~2.665		0.001**
育児全般	2.04	1.404~2.956		0.000***
育児にかかるお金	1.46	1.018~2.078		0.039*
子どもを通した付き合い	1.93	1.296~2.860		0.001**
親族との付き合い方	1.77	0.974~3.229		0.060*
精神科的相談の経験	3.03	1.026~8.959		0.044*
喫煙群	1.52	1.065~2.172		0.021*
妊婦自身の妊娠の受容	1.89	1.141~3.116		0.013*

* p < 0.1, ** p < 0.05, *** p < 0.01

表8 出産後4か月時のうつ傾向群に影響を及ぼす妊娠期の要因
(二項ロジスティック回帰分析)

	オッズ比	95% 信頼区間		有意確率
		下 限	上 限	
精神科的相談の経験	4.27	1.667~10.855		0.002**
幼少期の愛情不足の認知	2.61	1.316~ 5.183		0.006**
仕事と育児の両立への不安	1.75	1.150~ 2.665		0.008**
パートナーとの関係	2.05	1.212~ 3.479		0.007**
病気の時の対応	1.57	1.085~ 2.259		0.016*
育児にかかるお金	1.72	1.190~ 2.492		0.003**
夫（パートナー）が相談者となっていない	1.91	1.278~ 2.841		0.002**

* p < 0.1, ** p < 0.05, *** p < 0.01

表9 Q11「子どもを傷つけたくなる考えが浮かぶ」（1か月時）に影響を及ぼす妊娠期の要因
(二項ロジスティック回帰分析) (N=12)

	オッズ比	95.0% 信頼区間		有意確率
		下 限	上 限	
妊婦自身の妊娠の受容	2.06	0.421~10.040		0.373 N.S
妊婦年齢19歳以下	6.99	1.416~34.521		0.016**

* p < 0.1, ** p < 0.05, *** p < 0.01

表10 Q11「子どもを傷つけたくなる考えが浮かぶ」（4か月時）に影響を及ぼす妊娠期の要因
(二項ロジスティック回帰分析) (N=23)

	オッズ比	95.0% 信頼区間		有意確率
		下 限	上 限	
夫（パートナー）が協力者となっていない	3.42	1.340~ 8.720		0.010*
妊婦自身の妊娠の受容	2.83	0.966~ 8.303		0.057*
妊婦年齢19歳以下	5.74	1.002~32.925		0.050**
幼少期の愛情不足の認知	8.61	2.434~30.467		0.001**

* p < 0.1, ** p < 0.05, *** p < 0.01

いくつかの報告^{3,30)}を参照すると、子ども虐待に至る母親は、うつ状態を示しつつ、その基礎疾患にはパーソナリティ障害、嗜癖的病態など神経症圏の病態が多いことがうかがわれる。そうした人々も EPDS では、産後うつ傾向群としてスクリーニングされうる¹²⁾が、関与並びに治療方法は産後うつ病対応とは異なるため、精査が必要である。

本調査では対象の診断は得られないが、母子健康手帳交付時に「精神科的相談の経験」を有する者が、産後1か月時でうつ傾向を示したのは、経験を有しないものとの比較では3.0倍、産後4か月時では4.2倍であり、精神科的相談の経験がある妊婦は産後うつ傾向を示す可能性が高いことがわかった。前述の先行研究を踏まえると、「精神科的相談の経験」の有無は、うつ病（気分障害）の予測因子として重要なだけでなく、より広く神経症圏病態の再発や悪化の可能性を予測し¹²⁾、それぞれの疾患に適切な対応策を準備しておくためにも知りおくべき項目である。早期の家族教育や適時の受診支援につなげるため、産科医療機関あるいは母子保健スタッフは、妊婦との最初の面接時に精神科的相談の経験ないし精神科受診歴を正確に聴取する重要性を強調したい。

2) 「相談者としての夫（パートナー）」の存在

「相談者としての夫（パートナー）」不在、すなわち、夫またはパートナーが妊産婦の相談者として適切に機能していないという手帳交付時要因があると、産後のうつ傾向は、1か月時では1.8倍、4か月時では1.9倍現れやすくなり、夫（パートナー）との関係性が母親の産後の精神状態悪化を予測するという従来の報告²³⁾が確認された。

夫（パートナー）との良好な関係性にないと、女性は妊娠を受容し難くなることは容易に推察される。本調査からは、夫（パートナー）と良好な関係性にないことが、妊婦を産後のうつ傾向にさせやすく、さらに、妊婦は出産後の乳児に夫（パートナー）のイメージを投影しやすいという機制^{31,32)}が重なれば、子どもとの愛着形成が困難になることも考えられる。

一方、夫（パートナー）が相談者となっていない背景には、妊婦自身の対人関係上の問題が潜んでおり、それが家庭における妊婦の孤立化を助長させ、子ども虐待のリスクを高めることも指摘³³⁾されている。したがって、妊娠初期の夫婦関係や妊婦の対人関係のあり方について聴取しておくことは、産後のうつ傾向を予

測するためだけでなく、より安全な養育環境整備にむけた支援に繋ぐために重要と考えられる。

3) 「育児にかかるお金」に対する不安

妊娠早期から経済的不安がある場合には、将来の育児にも不安を抱えやすいことが指摘されている³⁴⁾。本調査では、妊娠初期段階で5割以上の妊婦が「育児にかかるお金」に対する不安を抱えており、この不安が「育児全般」への不安に繋がる可能性を考慮すれば、子ども虐待の背景としてつとに指摘されてきた家庭の経済的困難^{2,3)}と繋がるため、重要性を再確認させるものであった。

2. 1か月時のうつ傾向のみを予測した要因

妊娠を契機に、家族構造や親族との関係性は大きく変化する。すなわち、妊娠・産褥期とは、対人関係能力やそれまでの社会体験、生活史そのものが問われる機会ともいえる³³⁾。妊娠を受容して出産を迎えたとしても、身体的疲弊度が高かったり、元来の対人関係能力が拙劣な場合には、親族とのかかわりの濃密化や子どもを介した交流が産婦の不安を惹き起こし、うつ傾向に陥る可能性もある。こうした可能性は初産において特に顕著に見られる³³⁾。

これらの文献を参照すると、本調査で「初産」という要因が1か月時点のうつ傾向を高めたにもかかわらず、4か月時点のうつ傾向には影響していないという結果は、初産婦が1か月時にうつ傾向を生じ易かったとしても、出産後、徐々に出産後の環境変化に適応していくことができた初産婦が多かったと解釈することも可能であろう。

「望まない妊娠」は、妊娠期うつ病および産後うつ病の要因^{16,18,29)}、あるいはQ11「あり」の要因となることが確認された。親が胎児を受容できないまま出産に至れば、子どもに対する拒否感を生じ愛着形成に支障をきたす可能性が高まる³⁵⁾。さらに「望まない妊娠」は、虐待死亡事例の加害者である母の妊娠期・周産期の特徴の一つであるとの指摘²⁾を考え合わせれば、子どもへの敵意や攻撃を生み虐待に移行する可能性がある。すなわち、望まない妊娠は、1か月時うつ傾向だけでなく、虐待リスクとしても留意しなければならない。

3. 4か月時のうつ傾向のみを予測した要因

「幼少期の愛情不足の認知」は、4か月時のうつ傾向

向への影響 (2.6倍) を示し, 4 か月時のQ11「あり」も予測 (8.6倍) した。母子の愛着関係は妊娠期から発達するが, 母の不安定な精神状態に由来する母子関係障害は, 健全な愛着形成を阻害する^{28, 35)}。産後に体験される母-乳児関係の中で, 忘却されていた母自身の記憶が誘発され, 過去, 現在, 未来が複雑に絡み合う中で初期の母子関係は展開される³⁶⁾。母はわが子の中に自分の幼い頃の姿を投影し, 自分の態度の中に自身の母親から受けた言葉や仕打ちを重ね合わせやすい。幼少期の愛情不足を記憶する母親でも, 周囲の支援に恵まれれば母役割を身につけようと努力するであろう。しかし, 4 か月の頃には, 産婦の初期努力が持続できずに疲弊し始めたり, 出産後の支援が徐々に撤収され, 乳児との関係の中で, 母としてのモデルを探しあてられず, 精神的な不調に至る可能性も考えられる²⁵⁾。この要因が1 か月時のうつ傾向と関連しなかったのは, 周囲の支援や出産直後の妊婦自身の努力が奏功した可能性も考えられる。このような時に, 夫(パートナー)の心理的な支えや具体的育児支援がないと, うつが深刻化するばかりでなく, 虐待や無理心中などのリスクが高まることを母子保健スタッフは把握しておかねばならない。

4. 産後のQ11「あり」の妊娠期要因, および産後Q11「あり」と産後うつ傾向との関連

Q11に対し, 「あり」と答えた母親は, 「1 か月時」で12名, 「4 か月時」で23名であった。手帳交付時要因のうち, 「望まない妊娠」と「妊婦年齢19歳以下」が, 1 か月時と4 か月時双方のQ11「あり」を予測し, 「愛情不足の認知」, 「協力者としての夫 (パートナー)」不在が, 4 か月時のQ11「あり」を予測した。また, 1 か月時のうつ傾向群とQ11「あり」群, 4 か月時のうつ傾向群とQ11「あり」群はともに有意に関連していた。さらに, 手帳交付時の「望まない妊娠」, 「愛情不足の認知」, 「夫 (パートナー) が相談者あるいは協力者として機能していない」の3要因は, 「1 か月時あるいは4 か月時のうつ傾向」とQ11「あり」の共通のリスクファクターとなっていた。

以上から, 手帳交付時の面接で, 妊婦から「望まない妊娠」であることが語られたり, 夫 (パートナー) との関係性が良好でないことがうかがわれた場合には, さらに妊婦の生活歴や妊婦自身の親子関係等についても触れることで, 産後のうつ傾向のみならず, 虐

待リスクを考慮した早期関与の可能性が増すと考えられる。

5. 実践への示唆

本調査により, 精神科既往歴のみならず妊娠初期の心理社会的要因と産後 EPDS および Q11 との関連性が把握された。産後の「うつ傾向」の予測因子を有する妊婦に対して, 将来生じうる支援・治療的介入を妊娠期から意識しておくことは, 産後, 養育困難となる事態に対する予防的支援にも繋がる。一方, 予測因子に気づかれず, 産後という負荷の大きい時期を迎えることになれば, 産婦の精神状態の悪化や母子の孤立化を招く可能性が増し, 親子の健全な愛着形成ひいては子どもの発育に影響を及ぼすことになりかねない。

母子保健スタッフは母子健康手帳交付事業を, 妊婦の心理社会的状況や精神症状の既往を評価する好機と捉えるべきである。この機会に把握された不利な妊娠環境要因が産後のうつ傾向および子どもへの虐待リスクと併存しやすいことを念頭に置き, 手帳交付後の妊婦健診と連動させ, 対象家族に対する理解を深め, 必要時には時期を逸することなく精神保健・医療と協働できる態勢を予め構築しておくことが要請される。

VII. 調査の限界

本調査では, 産後の子どもの状態や母の養育状況, 子ども虐待が生じたか否かまでの追跡調査を実施していない。子ども虐待に繋がる可能性のある産後の母の精神的な不調を妊娠期に評価し支援体制を整えるためには, 本対象をコホートとして, 虐待事例の発生状況, 虐待発生事例と妊娠期の要因の関連性の検討などの調査が求められるであろう。

VIII. 結 論

1. 22項目の妊娠期環境要因のうち, 1 か月時あるいは4 か月時のうつ傾向群に影響を及ぼす要因は, 「精神科的相談の経験」, 「夫 (パートナー) が相談者になっていない」, 「育児にかかるお金」への不安など13項目であった。
2. とくに, 「精神科的相談の経験」のオッズ比は大きく, 産後のうつ傾向を妊娠初期に予測するためのスクリーニング項目として重視すべきである。
3. 妊娠, 産褥期の母の精神状態の不調が, 愛着障害, 子ども虐待や無理心中などを導くという従来からの

指摘を考慮すれば、Q11「あり」を予測した「妊娠の受容困難」、「幼少期の愛情不足の認知」、「妊婦年齢19歳以下」についても十分注目すべきである。

4. 検証された産後うつ傾向に影響を及ぼす妊娠早期の心理社会的要因を活用して、保健師等は、妊婦の精神安定度や産後の精神的不調に繋がりうる環境要因を評価する機会をなるべく早期に設定することが望ましい。

謝 辞

本研究を進めるにあたりご指南いただきました国際医療福祉大学大学院の中西睦子教授、国立保健医療科学院藤井 仁主任研究官に深く御礼申し上げます。

文 献

- Glover V, GO'Connor, T (吉田敬子訳). 出産前の母のストレスや不安が子どもへ与える長期的影響. 臨床精神医学 2004 : 33 : 983-994.
- 厚生労働省社会保障審議会児童部会, 児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会. 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について (第3次~第5次報告). 2007~2009.
- 東京都児童福祉審議会児童虐待死亡事例等検証部会. 児童虐待死亡ゼロを目指した支援のあり方について (報告書). 東京都児童福祉審議会 2009 : 3-21.
- 今野義孝, 水谷 徹, 星野常夫. わが子虐待の早期発見と早期教育に関する考察—母の愛着形成とわが子虐待の予防—. 「教育学部紀要」文教大学教育学部 2001 : 35 : 105-117.
- Fonagy P, Steele M, Steele H, et al. The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992 The theory and practice of resilience. Journal of child Psychology and Psychiatry 1994 : 35 (2) : 231-257.
- 北村俊則, 他. 周産期メンタルヘルスケアの理論. 医学書院 2007 : 176.
- 中板育美, 佐野信也. 妊娠・産褥期の自殺及び自殺企図事例から学ぶ支援スタッフのかかわり. 日本母子看護学会誌 2009 : 3 (2) : 33-41.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987 : 150 : 782-786.
- Kumar RC. "Anybody's child" : severe disorders of mother-to-infant bonding. Br J Psychiatry 1997 : 171 : 175-181.
- 「健やか親子21」の評価等に関する検討会. 「健やか親子21」第2回中間評価報告書. 厚生労働省 2010 : 30-33.
- 佐野信也, 土居通哉. うつ病の特殊型 産後うつ病. 日本臨床 1994 : 52 (5) : 151-156.
- 吉田敬子, 上田基子, 山下 洋, 他. 乳幼児期の子どもを持つ母の育児不安と神経症症状との関連. メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集 2000 : 11 : 147-151.
- Jomeen J. The importance of assessing psychological status during pregnancy, childbirth and the postnatal period as a multidimensional construct : A literature review. Clinical Effectiveness in Nursing 2004 : 8 : 143-155.
- 長濱輝代, 松島共子. NICU入院時の母親の気分変動に関する縦断的研究—マタニティーブルーと産後うつ病の要因分析—. 生活科学研究誌 2004 : 3 : 165-173.
- 玉木敦子. 産後のメンタルヘルスとサポートの実態. UH CNAS, RINCPC Bulletin 2007 : 14 : 37-56.
- 原田なをみ. エジンバラ産後うつ病自己評価表によるスクリーニングにおける高得点者のリスク因子の分析. 保健科学雑誌 Journal of Health Sciences 2008 : 5 : 1-12.
- 岡野禎治, 他. 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性. 精神科診断学 1996 : 7 (4) : 525-533.
- 山下 洋, 吉田敬子. 自己記入式質問紙を活用した産後うつ病の母子訪問地域支援プログラムの検討. 子どもの虐待とネグレクト 2004 : 6 (2) : 218-231.
- 大井田隆, 曾根智史, 武村真治, 他. わが国における妊婦の喫煙状況. 日公衛誌 2007 : 54 (2) : 115-122.
- 厚生労働省. 平成19年度地域保健・老人保健事業報告, 2008.
- 岡野禎治, 杉山 隆, 西口 裕. プライマリケアにおける産後うつ病のスクリーニングシステムについて. 母性衛生 2007 : 8 (1) : 16-20.
- 佐藤喜根子. 妊娠・産褥期にある女性の不安の程度とその要因. 日本助産学会誌 2006 : 20 : 74-84.
- 白井真由美, 齊藤正博, 関 博之, 他. 総合周産期

- センターでの産後うつ病スクリーニング実施成績.
日本産科婦人科学会雑誌 2006 : 58 (2) : 539.
- 24) 鈴宮寛子. 産後うつ病の早期発見と虐待予防活動—新生児訪問指導における EPDS の実施—. チャイルドヘルス 2001 : 4 (12) : 60-62.
 - 25) 長濱輝代, 松島共子. NICU 入院時の母親の気分変動に関する縦断的研究—マタニティーブルーズと産後うつ病の要因分析—. 生活科学研究誌 2004 : 3 : 165-173.
 - 26) 西園マーハ文. 産後の母親のメンタルヘルスの病態整理と援助技術の向上に関する研究. 財団法人メンタルヘルス岡本記念財団2005年度研究助成報告集 2006 : 17 : 73-80.
 - 27) 山下 洋. 産後うつ病と Bonding 障害の関連. 季刊精神科診断学 2003 : 14 (1) : 41-48.
 - 28) Cohen LS, Altshuler LL, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. JAMA 2006 : 295 : 499-507.
 - 29) Robertson E, Grace S, Wallington T, et al. Antenatal risk factors for postpartum depression : a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry 2004 : 26 : 289-295.
 - 30) 宮口幸治, 伊藤智子, 藤瀬敬喜, 他. 総合病院精神科での児童虐待への関与が疑われる患者例の検討. 精神医学 2007 : 49 : 1231-1237.
 - 31) 岡山久代. 妊婦の胎児への愛着に対する実母ならびに夫との関係の影響—パス解析による因果モデルの検討. 日本看護研究学会雑誌 2008 ; No.25 : 5-15.
 - 32) 金子一史. 妊婦と愛着をめぐって. こころの科学. 日本評論社, 2007 : 134 : 31-36.
 - 33) 酒井佐枝子, 加藤 寛. 養育者の対人関係の持ち方が虐待傾向に及ぼす影響—子ども虐待予防に必要な視点を考える—. トラウマティック・ストレス 2007 : 5 (2) : 157-165.
 - 34) 金澤留美子, 成田和歌子, 高橋聖子, 他. エジンバラ産後うつ病自己評価表高得者に共通する背景. 秋田農村医学会誌, 2009 : 54 (1) : 30-34.
 - 35) 吉田敬子. 胎児からの親子の愛着形成. 母子保健情報. 恩賜財団母子愛育会, 2006 : 54 : 39-46.
 - 36) 渡辺久子. 母子臨床と世代間伝達. 金剛出版, 2000 : 113-115.

[Summary]

Background : Healthcare system is not established that predict the mental health of parturient women and provide necessary ministerial service appropriately.

Purpose : To explore psychosocial factors in early stage of pregnancy that enable to predict the psychiatric condition of pregnant women after their deliveries.

Subjects : 2,420 pregnant women who were issued maternal and child health handbook (MCHH) and gave informed consent to authors on our research.

Method : Self-completed questionnaires constructed for this study originally were administered at three points : first, at the time when our subjects took out the MCHH, second, at the time of home visit for their one month newborn babies, and third, at the time of developmental check-up for their four months babies. EPDS questionnaire and single question "I am sometimes hit by a thought of hurting my child involuntarily" (Question 11) were set in the questionnaires of 2nd and 3rd investigation points. The relationships between the items included in 1st questionnaire and postpartum depressive state which is defined by EPDS score (> 9 points) at 2nd and 3rd point as well as the positive response to Question 11 was examined through multivariable analyses.

Results : Thirteen factors that were suggested in many previous retrospective studies predicted postpartum depressive state which is defined by EPDS score. Among these predictors, the factor "past history of psychiatric consultation" at the 1st investigation point predicted postpartum depressive state most strongly. And it was noted that the factor "subject's age under nineteen" and "perceived maternal deprivation" predicted positive response to Question 11.

Conclusion : It is important to reconsider "past history of psychiatric consultation" is overlooked easily in the practice of maternal and child health. We must realize that we are able to take advantage of this field of maternal and child health in order to check the risks of child abuse or neglect after childbirth.

[Key words]

maternal and child health handbook, postpartum depression, maternal mental health, edinburgh postnatal depression scale, child abuse