

周産期のメンタルヘルスに関する研究の動向

大島 珠子

要 旨

【目的】

産褥婦の5～15%は産後うつ病と言われている。本研究では、妊産婦のメンタルヘルスに関するスクリーニングについての研究動向を明らかにし、自治体における妊娠中からの育児支援のあり方への示唆を得るために、文献検討を行った。

【方法】

本研究では、医学中央雑誌を用い、「周産期」「メンタルヘルス」「産後うつ」「産後」のキーワードを含む文献を全件検索し、1999年～2017年の文献が該当した。抽出された45文献のうち、量的研究や医学要素が強い文献を除いた41件を対象とした。筆頭著者の職種、筆頭著者の所属、診断基準、リスクファクター、アセスメントツール、精神疾患の頻度、支援体制、症例検討、実態調査を検討した。

【結果】

筆頭著者の職種は医師70.7%、内精神科医62.1%、筆頭著者の所属は、大学または研究所58.5%であった。取り扱いの最も多かった文献は、診断基準に関する事項医師12編、リスクファクターに関する事項医師17編、アセスメントツールに関する事項医師17編、精神疾患の頻度に関する事項医師20編、支援体制に関する事項医師28編、症例検討医師3編、実態調査の取り扱いはなかった。産後うつ病の罹患率は5%～15%と幅があり、その50%は妊娠期から発病していた。

【結論】

ハイリスクの半数がサブクリニカルであった。国は子育て世代包括支援センターの母子保健型を示している。産後うつ予防や新生児虐待予防等を図る観点から新たに産婦健康診査事業を開始した。その担い手として地域保健が大きな役割を持つ。

キーワード：周産期、メンタルヘルス、文献検討

I. はじめに

ルービン¹⁾は、産後の母親の適応過程は受容期、保持期、解放期と移行し、そのほとんどは産後1か月に達成されると述べている。母親がその役割に心理的に順調に適応していくためには受容期に適切なケアを受けて基本的ニーズを充足し、身体的に回復していることが必要となる。保持期には授乳など子どもの世話がうまくいくと満足感を味わう一方、うまくいかないと喪失感を抱いたり、自分が拒否されたように感じたり、新生児との関係で欲求不満や不快な気持ちを体験し、落胆や疲弊が蓄積する²⁾。

一般的に妊娠・出産を経験する女性のライフサイクルにおいて、周産期のメンタルヘルスは、ホルモンのバランスの変化や妊娠・育児にまつわる不安などさまざまなストレスが生じやすい時期である。鈴木³⁾によると、特に産褥期は性ホルモンの急激な変動が生じる時期であると同時に、育児という新たな母子関係の役割意識のもとでさまざまな困難に対応する時期でもあり、心理的、社会的なストレスを受ける。

育児の心理的負担によって一過性の気分障害、体調障害といわれるマタニティ・ブルーは、不安・抑うつ・不眠等を主症状としている。また、産後うつとの鑑別の難しさとマタニティ・ブルーから産後うつ病への移行事例があることから、産後うつ病との関連性が考えられている。

本研究では、妊産婦のメンタルヘルスに関するスクリーニングについての研究動向を明らかにし、自治体における妊娠中からの育児支援のあり方への示唆を得るために、文献検討を行った。

II. 研究方法

1. 文献検索の方法

医学中央雑誌を用い、「周産期」「メンタルヘルス」「産後うつ」「産後」の4つのキーワードすべてを含む文献を検索した。期間は全年に出版された文献とした（検索実施日：2017年6月22日）。結果、1999年から2017年の文献が該当した。抽出された論文45編のうち産科臨床など直接スクリーニングの実施を扱っていない2件、アンケー

ト調査やインターネットサイトのログ解析を実施した量的研究の2件は除外し、41編を検討した。それらの文献を著者、出版年、タイトル、執筆職種（あるいは責任著者の職種）、文献が扱っている内容について整理した。

2. 検討内容

文献が扱っている内容として、筆頭著者の職種、筆頭著者の所属、診断基準に関する事項、リスクファクターに関する事項、アセスメントツールに関する事項、精神疾患の頻度に関する事項、支援体制に関する事項、症例検討、実態調査を検討した。

3. 用語の定義

周産期について、医学大辞典⁴⁾によると「妊娠満22週以降から、出生後7日（出生当日を第1日目とする）まで（ICD10）」をいう。妊娠期から育児期をとおしての心の健康を考察するため、妊娠期から産褥期である産後1年までとする。

III. 結 果

1. 筆頭著者の職種

医師29編、助産師8編、看護師2編、臨床心理士1編、保健師1編であり、70.7%が医師の執筆による論文である。

医師の専門科の内訳は、精神科18編（62.1%）、産婦人科8編（27.6%）、小児科2編（6.9%）、公衆衛生1編（3.4%）である。小児神経科及び児童精神科等は精神科に含んだ（表1）。

2. 筆頭著者の所属

大学または研究所24編、医療機関15編、自治体1編、助産院1編である。報告の多い所属は大学または研究所58.5%、報告の少ない所属は自治体と助産院である（表2）。

3. 文献が扱っている内容

診断基準に関する事項を含む文献は、41編のうち医師12編、助産師1編、その他、臨床心理士、保健師、看護師は0編である。

表1 筆頭著者の職種

	文献数	文献が扱っている内容						
		診断基準に関する事項	リスクファクターに関する事項	アセスメントツールに関する事項	精神疾患の頻度に関する事項	支援体制に関する事項	症例検討	実態調査
医師	29	12	26	17	20	28	3	0
医師・精神科（児童精神科等含む）	18	7	17	11	13	12	2	0
医師・産婦人科	8	4	6	5	5	7	0	0
医師・小児科	2	1	2	1	1	8	1	0
医師・公衆衛生	1	0	1	0	1	1	0	0
臨床心理士	1	0	1	0	0	1	0	0
助産師	8	1	7	5	4	7	2	0
助産師・医療機関	4	0	3	3	1	1	1	0
助産師・助産院	1	0	1	1	1	3	1	0
助産師・大学教員/研究所	3	1	3	1	2	3	0	0
保健師	1	0	1	0	1	1	1	0
保健師・自治体	1	0	1	0	1	1	1	0
保健師・大学教員/研究所	0	0	0	0	0	0	0	0
保健師・その他	0	0	0	0	0	0	0	0
看護師	2	0	1	1	1	2	1	0
看護師・医療機関	2	0	1	1	1	2	1	0
看護師・大学教員/研究所	0	0	0	0	0	0	0	0
看護師・その他	0	0	0	0	0	0	0	0
計	41	13	36	23	26	39	7	0

表2 筆頭著者の所属

	文献数	文献が扱っている内容						
		診断基準に関する事項	リスクファクターに関する事項	アセスメントツールに関する事項	精神疾患の頻度に関する事項	支援体制に関する事項	症例検討	実態調査
大学/研究所	24	10	22	12	16	24	2	0
医学系	19	9	17	10	14	20	2	0
看護学系	4	1	4	2	2	3	0	0
心理学系	1	0	1	0	0	1	0	0
医療機関	15	3	12	10	8	13	3	0
自治体	1	0	1	0	1	1	1	0
助産院	1	0	1	1	1	1	1	0
計	41	13	36	23	26	39	7	0

リスクファクターに関する事項を含む文献は41編のうち医師26編、助産師7編、その他、臨床心理士、保健師、看護師は1編である。

ハイリスク者を対象とした延22編の文献のうち、産後うつやうつ傾向などのキーワードを含む文献は延11編である。表3に診断がついていないハイリスク群について扱っている文献延22編を示す。

アセスメントツールに関する事項を含む文献は41編のうち医師17編、助産師5編、看護師1編、その他、臨床心理士、保健師は0編である。メンタルヘルスに関するアセスメントツールを含む文献は41編のうち23編である。表4にツール内容を示す。

精神疾患の頻度に関する事項は、医師20編、助産師4編、保健師1編、看護師1編、臨床心理士0編である。産後うつ病、産褥うつ病、妊娠期のうつ病の診断割合の記載がある文献は延17編である。うち疾病分類の記載のあるものは10編だった。また、精神科医による診断は産後

うつ病4編、産褥うつ病2編、妊娠期のうつ病4編、その他1編の11編だった。

精神疾患に関する一覧表（表5）より、DSM-IV、DSM-IV-TR、DSM-V、ICD10より診断されている文献は8編である。妊娠期の記述があるものは4編だった。産後うつ病診断割合は5～15%の幅がある。産褥精神病診断割合は0.1～0.2%である。妊娠期のうつ病診断割合は2.7～12.9%の幅がある。

支援体制に関する事項は、医師28編、助産師7編、看護師2編、臨床心理士1編、保健師1編である。支援について、各々のキーワードを「連携」「システム」「サポート、社会」「医療制度」に、文献の中に示されているものをカテゴリーに分けて整理した（表6）。「連携」に関する文献は41編中25編と一番多く、続いて「システム」3編、「サポート」「社会」「医療制度」は各々1編である。「連携」のカテゴリーに「多職種」「包括的支援」を含んだ。

表3 診断がついていないハイリスク群

ハイリスク	延本数
特定妊婦 (若年、経済的問題、母子健康手帳未発行等、妊娠後期の届出等)	3
産後うつ	2
産後抑うつ傾向	2
産後うつのリスクが高い母親、ハイリスク妊産婦加算、妊産婦の脆弱因子、メンタルヘルスの既往、ハイリスク妊婦、望まない妊娠・妊婦健診未受診・母子健康手帳未発行・若年妊娠・胎児虐待・墜落分娩・低出生体重児・重篤な合併症をもつ児・多胎・母子分離NICU入院、育児不安、障害を持つ子の親、抑うつや不安がある妊婦、妊娠8か月を経過した妊産婦、マタニティ・ブルーズ、うつ病既往の品胎妊婦、障害を持つ児に自責の念を抱く褥婦、産後精神症状に変調をきたした妊婦、妊婦のスクリーニング項目に1つでも当てはまるハイリスク群	15

表4 メンタルヘルスに関するアセスメントツール

名 称	延本数
エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)	16
簡便で標準化された3つの質問紙票	5
Steinのマタニティ・ブルーズ評価式抑うつ尺度 (自己質問票)	4
Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD、精神機能障害評価)	2
子どもの虐待対応の手引き (2013年改訂版)、自己評価式抑うつ尺度、メンタルチェックリスト、モーズレイ性格検査 (MPI)やミネソタ多面人格目録 (MMPI)の心気症尺度、包括的なうつ病スクリーニング質問票 (2項目質問票)、女性に対する暴力スクリーニング尺度 (VAWS)、A病院内の社会的ハイリスク妊婦スクリーニングシート (VAWSを活用)・メンタルスクリーニング、B病院内のこころの健康チェック	8

表5 精神疾患に関する一覧

出版年	著者職種	診断基準に関する事項	精神疾患の頻度に関する事項
2000	精神科医	DSM-IV	非精神病性のうつ病罹患率約10~15%
2008	産婦人科医	DSM-IV-TR	妊娠中発症のうつ病16例(6%) 産後発症のうつ病15例(5%)
2008	産婦人科医	DSM-IV	産後3~4ヶ月で抑うつ傾向を呈する女性を対象とした調査で既往に摂食障害が多く約45%が何らかの摂食関連症状を経験
2013	精神科医	DSM-V	妊娠期にはうつ病性障害3~6% 産後うつ病の50%は妊娠期から発病
2014	精神科医	DSM-V	妊娠中のうつ病10% 産褥うつ病10~20%
2014	精神科医	DSM-V	妊娠中の女性でうつ病の診断基準に該当6.5~12.9%
2015	精神科医	DSM-V	産褥精神病0.1% 産後うつ病10~15%
2017	精神科医	DSM-V ICD 10	産後うつ病5~10% 産褥精神病0.1~0.2% 妊娠期のうつ状態出現頻度は3~6%で「産後」のエピソードの50%は出産前から始まっている 出産直後に1~2割の頻度で産後軽躁出現

表6 支援について

キーワード	論文記載事項	論文本数
連携 (25)	連携	22
	多職種連携	1
	包括的支援	1
	地域連携システム	1
システム (3)	社会的システムづくり	1
	妊娠期からの切れ目のないメンタルヘルスケアの支援施策	1
	周産期医療・精神科診療ネットワーク構築	1
サポート (1)	ソーシャルサポート	1
社会 (1)	障害の有無に関わらず受け入れられる社会	1
医療制度 (1)	妊産婦精神科医連携医療加算	1
	記載なし	10
	合計	41

症例検討されている文献は、医師3編、助産師2編、保健師1編、看護師1編、臨床心理士0編である。実態調査の取り扱いはなかった。

4. 文献が扱っている内容の職種別、所属別の傾向

文献を取り扱っている職種は医師が多く、うち精神科医師が一番多い。医師の扱った文献は、支援体制に関する事項が一番多く、29編中28編である。臨床心理士の文献は、1編中リスクファクターに関する事項、支援体制

に関する事項である。助産師の文献は、8編中リスクファクターに関する事項7編、支援体制に関する事項7編である。保健師の文献は、1編中リスクファクターに関する事項、精神疾患の頻度に関する事項、支援体制に関する事項、症例検討である。看護師の文献は、支援体制に関する事項が一番多く2編中2編である。

支援体制に関する事項はすべての職種で扱っていた。また所属別においても同様である。リスクファクターに関する事項を含む文献は41編中36編である。精神科になく対象は少ないが、その前の支援を必要とする対象は

多い。

IV. 今後の展望

1. 妊産婦のメンタルヘルスに着目して

今回、抽出された文献は精神科医師が執筆したものが多く、「産後の」抑うつエピソードの50%は、実際には出産前から始まっている⁵⁾。しかし精神科医師の論文で妊娠期をとりあげた文献は少ない。産婦人科医師の文献は、支援体制の事項を取り扱っているものが8編中7編である。妊娠期のメンタルヘルスを扱ったものは8編中6編である。

典型的な精神疾患とはいえないがメンタルヘルス上の症状や徴候を有し、経過観察と介入が必要である、いわゆるサブクリニカルについては、抽出した41編の論文のうち、ハイリスクの半数であった。このことから周産期のメンタルヘルス問題は診断基準を満たすほどの重症な人は少なく、サブクリニカルの割合が多いということを示していると考えられる。今後、スクリーニングが全国的に普及していく中で、有病率はそれほど多くないことを考えると、周産期のメンタルヘルスは、その不安定さに気付き、支援していくことが重要である。

2. アセスメントツールについて

メンタルヘルスに関するツールは、EPDS16編と一番多かった。ツールの特性上、産後に産院や自治体による新生児訪問またはこんにちは赤ちゃん訪問における実施となる。

吉田⁶⁾は育児の障害に影響を与える、育児環境要因、精神科疾患の有無、子どもへの否定的な気持ちを多元的に把握できる3つの質問票を作成し、3つセットの利用を推奨している。

3. 自治体における妊娠中からの育児支援のあり方について

厚生労働省が展開している「健やか親子21（第2次）」⁷⁾は、母子の健康水準を向上させるための取組をみんなで推進する国民運動計画である。課題構成として3つの基盤課題と2つの重点的課題を設定している。基盤課題A「切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策」と基盤課題B「学童期・思春期から成人期に向けた保健対策」には従来から取り組んできたが、少子化や家族形態の多様化等を背景として新たに出現してきた課題があり、産後うつ等を追加した。基盤課題C「子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり」は、基盤課題A及びBを広く下支えする環境づくりを目指すため設定されている。2つの重点課題は、「育てにくさ」を感じる親に寄り添う支援、妊娠期からの児童虐待防止対策を設定している。2018年度からは産後うつ予防や新生児への虐待予防等を図る観点から、産後2週間と1か月に「産婦健康診査事業」を開始した。実施要件として、母体の身体的機能の回復、授乳状況及び精神状態の把握等の実施、結果が健診実施機関から市町村へ速やかに報告される体制整備、支援が必要と判断される産婦に対して産後ケア事業を実施することとしている。

周産期のメンタルヘルスは産科だけでは対応できない。精神科では疾患を診ている。妊娠期からの支援体制を含む取り組みが重要視されている。その担い手として地域保健が大きな役割を持つ。

本研究は修士論文に一部を加筆・修正したものである。

利益相反

本研究では開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) Rubin R. Basic maternal behavior. Nursing Outlook. 9, 1961, 683-686.
- 2) 服部律子. 周産期のメンタルヘルスケアの動向と助産師に求められるかかわり. 助産雑誌. 71(4), 2017, 262-267.
- 3) 鈴木利人. 知っておきたい精神医学的知識. 助産雑誌. 71(4), 2017, 268-274.
- 4) 南山堂医学大辞典. 東京, 南山堂, 2008, 1101.
- 5) DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 日本語版用語監修, 日本精神神経学会. 監訳, 高橋三郎, 大野裕, 東京, 医学書院, 2014, 155, 160-174, 185. (ISBN 4-260-01907-1)
- 6) 吉田敬子. 乳幼児臨床における精神医学の役割. 児童青年精神医学とその近接領域. 50(3), 2009, 257-266.
- 7) 厚生労働省. 健やか親子21 (第2次). 入手先<<http://sukoyaka21.jp/about>>, (参照2018-9-24)

Trend of Research into Perinatal Mental Health

OSHIMA Tamako

Abstract

Objectives

Postnatal depression affects approximately 5~15% of puerperant. The purpose is to investigate the research about screening perinatal mental health and to suggest child-care support during pregnancy at local government by examining literature.

Methods

In this review, outcome studies on the effect of Medical Abstracts Society. Organize data first author of occupation, first author of belonging, diagnostic criteria, risk factor, assessment tool, frequency of psychiatric disorder, support system, review of case, field study.

Results

The effect sizes calculated on the basis 41 outcome studies indicated type of business. It is the Doctor (70.7%). The purpose of the present study is to study how to screen for postpartum depression effectively. Postpartum depression for disease control reported a 5~15% spread.

Conclusion

High-risk is subclinical more than half of the outcome studies. A nation suggest child care generation inclusion support center. It started medical examinations for nursing mothers. Community health play a major role.

Keywords : mental health ; postnatal depression ; document retrieval