



## 産後抑うつ早期発見と 早期支援の為に地域連携システムの確立

松本 かおり (まつもと かおり)

浜松医科大学子どものこころの発達研究センター 特任助教

### 【ポスター -1】

「産後抑うつ早期発見と早期支援の為に地域連携システムの確立」ということで発表します。

前置きがちょっと長いですが、まず、産後うつ病 (略してPPD) についてお話したいと思います。PPDの本態は精神疾患の一つである大うつ病性障害 (うつ病) であり、一般的には産後3ヶ月ぐらい幅を広げて見られるうつ病も含めていますが、厳密に操作的な診断基準マニュアルに沿って言えば産後1ヶ月以内に発症するうつ病のことを指しています。

うつ病なので基本症状のトップ3は、抑うつ気分、活動における喜びの著しい減退、そして疲れやすいことが挙げられます。有病率は10～20%とされています。そのうち80%は受診しません。これは欧米のデータになりますが。それから予後に関して言えば、25～60%は産後半年以内に、15～25%は1年以内に、何もなくても軽快するだろうと言われています。ただし中には、残念なことに軽快しないで数年に渡ってうつ病が遷延してしまうこともあり得ます。これはレビューで言われていることです。これは何故かと言うと、皆さんお分かりのように、本来出産というのはおめでたいことですよね。そういうおめでたいことが起きたときに、自分が辛い、大変だということをお母さんが言いづらいという背景がある。産後なので周りも「ちょっと体辛いよね」と流してしまうようなこともあって、なかなか表に出てこない。周囲が気付かなければ、時として最悪、拡大自殺 (母子心中) といった形でメディアを賑わすことになりえます。

### 【ポスター -2】

加えてPPDが怖いのは、そこにはbabyがいますので、子どもの発達にも影響するということです。これも主に欧米の研究からの知見になります。例えば乳児期において言えば、babyの過剰な泣き、不安定な睡眠、「扱いにくい子だなあ」と思われてしまう気質とか。これは原因と結果という関係ではないかもしれませんが、幼児期においては、例えば、お母

### ポスター 1

#### 産後うつ病 postpartum depression (PPD)

本態は、精神疾患の1つである「大うつ病性障害 (うつ病)」であり、操作的診断基準マニュアルに依れば産後1ヶ月以内に発症する「うつ病」を指すが、一般的に実地臨床現場では、産後3ヶ月以内に見られる「うつ病」も含めている。基本症状のtop-3は

1. 抑うつ気分
2. 活動における興味・喜びの著しい減退
3. 易疲労性

▶有病率:10-20%、そのうち80%は受診しない (欧米)  
▶予後:25-60%は産後6ヶ月以内に、15-25%は1年以内に自然軽快するが、軽快せず数年にわたって大うつ病性障害が遷延することもある (Pope, 2000)。

母親が自身の主観的な辛さを表明しない、あるいは、周囲が気付かなければ、拡大自殺 (母子心中) といった悲劇に繋がることもある (Pearlstein, 2009)。

さんがPPDであると子どもの認知機能が低下していくとか、情緒が不安定になりがちだとか。思春期になるとAD/HDという疾患にかかる率がちょっと上がるとか、攻撃的な行動が多いとか。そして恐ろしいことに、成人期に至ってまでも影響が続くのではないか。PPDのお母さんであった子ども達は、不安障害とかうつ病自体にかかることが高まると言われたりしています。

PPDの母親は、子に対する苛立ちとか育児からの逃避に繋がり、それで、子への虐待を生ずるリスクも高まってしまいます。従って、このPPDを早期に発見して早期に対応することが大事だというところで、この研究の遂行に至ります。

これは浜松市に関してですが、現行は産後1ヶ月以内に、助産師が産後直後の産褥婦のお宅に訪問してくれるのですが、PPDスクリーニングで確実にキャッチできているわけではありません。基本、産後1ヶ月内に訪問するので、産後3ヶ月以内に発症するPPDの見落としが生じてもおかしくはありません。

### 【ポスター -3】

従って本研究の目的としては、それ以前に早期にPPDを発見するための手だてを取って、取りこぼしを少しでも防ぎたいということです。

私どもは出生コホート研究を運営していますから、そのデータを使ってということなのですが、地域代表的な妊産婦データを用いて、まずPPDの3ヶ月間累積発生率を調べてみる。これを用いて、例えば初産と経産というものが関係してくるのか、それからそもそも産褥婦の年齢がPPDの発症に関わってくるのか、というところを見ようと思いました。

そのときに、きちんとしたエビデンスを提出するために、単にこういった要因があるということだけではなくて、その要因が他に関係している色々な要因をコントロールしても、なおかつリスク・ファクターであり得るのかということを見る。そして、その結果を母子保健領域に還元することで地域連携システムの確立の基にしようと思いました。

### ポスター 2

#### (つづき)PPDは児の発達にも影響する！

<乳児期>過剰な泣き・不安定な睡眠・扱いにくい気質  
<幼児期>認知機能（言語・IQ）の低下・行動抑制不良、  
情緒不安定  
<思春期>AD/HD・攻撃的行動  
<成人期>不安障害、うつ病、薬物依存

PPDの母親は、児に対する苛立ちや育児からの逃避を呈し、児への虐待を生ずるリスクも高まる。つまり、PPDは母親の主観的な辛さのみならず、児の発達や母子関係にも悪影響を及ぼすため、PPDの早期発見・早期対応が重要といえる。

※しかしながら現行、産後1ヶ月以内の助産師訪問に依るPPDスクリーニングで確実に捉えきれないわけではない。

### ポスター 3

#### 本研究の目的

よって、この取りこぼしを少しでも防ぐ為に、PPD早期発見・早期支援に繋がるevidence提供のためにも、地域代表的な妊産婦データを用い、

1. PPDの3ヶ月間累積発生率を算出し、これを用いて、
  - a. 初産/経産 (parity) ごとに累積発生率が異なるか?
  - b. 産褥婦の年齢群ごとに累積発生率が異なるか?
2. Parityと産褥婦の年齢は、PPDの risk factor か?  
また、その効果は、既知の risk factors や人口統計学的因子を統制しても認められるのか?

の2点を検証し、その結果をPPD早期発見に活かすべく、地域の母子保健領域へ還元することとした。

【ポスター -4】

方法です。

私ども浜松医科大学の産科婦人科を受診した妊婦さんで、基本は全数対象です。除外要件は特に設けませんでした。この726名というのは、私どもがこの研究発表をする時点でデータの入力完了していただけた数で、全数は1200近くあります。同意書取得率は82%でした。PPDのスクリーニングに関しては、世界中で最も頻繁に用いられているEPDSという自記式スクリーニング尺度を用いました。

それを産後3回、つまり産後2週間目、4週間目、8週間目に書いていただいて、妊産婦さんから郵送法で回収しました。3回お願いしましたが、1回しか返ってきていない回答者に関しては、3ヶ月間の発生率を見る上では信憑性が欠けるので除外して、その48名のデータは使っていません。ただし48名除外者分と解析の対象者にした678名の間で、特に人口・社会学的要因に関して有意な差はありませんでした。ただ、パートナーの平均年齢は違っていました。

【ポスター -5】

統計解析について。全対象者Nは678です。産後3ヶ月間にPPDを発症した対象者をまず特定して、初産と経産の2群間で発症の比率を比較しました。それから先行研究に従って、妊婦さんの年齢ごとに、25歳以下、25～29歳、30～34歳、35歳以上の4群に分けて、年齢帯ごとの発生率の比較をしました。

色々なリスクファクターが挙げられていますが、私どもは今回、初産か経産かというところとお母さんの年齢に焦点を当てているので、この2点に絞って、他の要因をコントロールしてなおかつリスクファクターとして残ってくるかというところを確認しました。

【ポスター -6】

結果です。

102名がPPD (+) と判定されました。累積発生率は15.0%になりました。

ポスター 4

方法

- ▶ 浜松医科大学附属病院 産科婦人科外来受診者で2007年12月20日～2010年3月31日までに出産を終え、同意書取得に至った妊婦726名（同意取得率82%）を対象とした。
- ▶ Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS: Cox & Holden, 2006): 世界中で最も頻繁に用いられるPPDの自記式screening尺度を用い、産後3回（産後2週・4～5週・8～9週目）評価を行い、毎回郵送法で回収。1回のみのお返答者48名は解析から除外した。
- ▶ 除外者48名と、解析対象者678名の人口統計学的特性に統計学的に有意な違いはなかった（パートナーの平均年齢を除く）。

ポスター 5

統計解析

- 全対象者 (N=678) のうち、産後3ヶ月間でPPDを発症した対象者を特定したのち、
  - 初産と経産ごとの3ヶ月間累積発生率を算出する。
  - 年齢群 (25歳以下・25-29歳・30-34歳・35歳以上) ごとの3ヶ月間累積発生率を算出する。
- 産後3ヶ月間のPPD発症のrisk factor 候補として「初産」「年齢」の効果を検討する。この際、既知の risk factors (社会支援の欠如、精神科疾患[うつ病・不安障害]の既往)に加えて、結果に影響する可能性がある人口統計学的・社会学的因子も併せて統制する。



まず、初産・経産ごとの3ヶ月の発症率を比較してみると、このグラフにありますように、初産の方は19.1%。経産の方は11.1%という結果になりました。

その後、追加の解析で他の色々な因子を統制した後の有意差も見ただころ、初産はやはりオッズ比が2.1ということで、有意に残ったままでした。つまりPPD発症にかかる初産効果というのが確認されたということです。

### 【ポスター -7】

次に、お母さんの年齢帯ごとに4群に分けて見えています。これも先行研究に倣っています。4群ごとの発生率を比較したところ、25歳以下の若いお母さんは20.5%、25～29歳のお母さんは14.2%、30～34歳の群はなぜか低くて11.5%、35歳以上のお母さんだとむしろ上がって18.9%という数字が出ました。一見して、25歳以下の若いお母さんと、35歳以上の若干年齢が上のお母さんの年齢群でPPDの発症が高くなってしまおうのかと思うのですが、25歳以下のお母さんに限って言うと、パートナーの年齢と初産という項目を入れると、解析した結果の、年齢効果が消えてしまうのです。しかし、35歳以上のお母さんで見ると、今言った要因を統制しても、やはり年齢効果が残っているのです。35歳という、お母さんの年齢が少し上がることが、直接リスクファクターとして残ったということです。

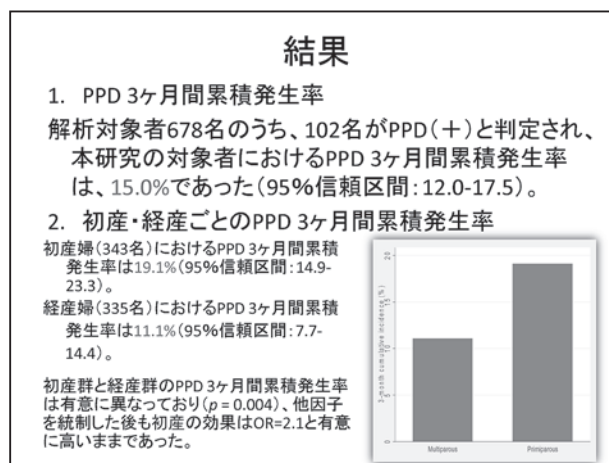
### 【ポスター -8】

考察です。

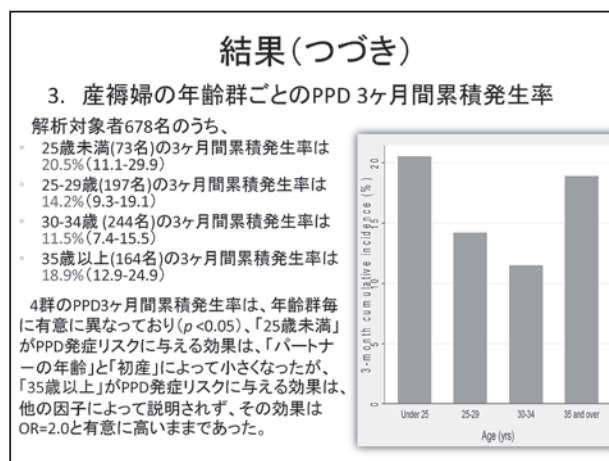
初産は初めての妊娠・出産で、それだけで不安が伴うため、不安が結局PPDに影響してくるのではないかと思われたので、妊娠中の不安に関連が強い要因も導出してみました。例えば社会支援がないとか、精神疾患の既往があったということを経済統制しても、初産というのはやはり影響が強いままでした。

他に、例えば低出生体重児とか、早産のbabyを持ってしまったお母さんは、産後PPDの発症が高くなるのではないかという疑問が出てくると思います。これもPPD有り・無し

### ポスター 6



### ポスター 7



ありませんでした。

では今度は、35歳以上というお母さんの年齢は、本当にそれだけの単体でPPDの発症を高めるのかということですが、可能性として35歳以上となってくると、ぎりぎりまで仕事をしていて妊娠出産で仕事を辞めざるを得ないというような、色々な年齢特異的な心理・社会的なストレスもありますし、年がいつている分、実家には甘えにくいということがあったり、あとは生物学的要因で卵巣機能が低下してくる、ホルモンバランスが崩れてくるということが関係してくるかもしれないとは考えられるのですが、今回の研究ではそのへんの生物学的指標は測定していないので、何とも言えません。

#### 【ポスター -9】

まとめです。

今回、私どもは地域代表的な妊産婦さんのサンプルを用いたコホート研究によって、PPDの3ヶ月間累積発生率を調べました。結果は15.0%で、これは欧米同様の結果かなと思います。

初産と、母親が25歳以下、35歳以上の群においてはPPD3ヶ月間発症率が高かったのですが、追加の解析をしたところ、25歳未満の群は消えてしまいましたので、単体として残った要因は初産と35歳以上のみということになりました。

この結果を、母子手帳配布に関わる保健師さんに返して、初産で例えば35歳以上の妊婦さんであればいわゆるハイリスクマザーと定義して、最初からそういうお母さんを気をつけて見てあげてくださいと、産後3ヶ月くらいまでお願いすることをしていきたいと思えます。

更にこういったことを、母子保健領域だけではなく産科婦人科や小児科といった専門職の方にも返して行って、連携システムを作っていきたいと考えております。

#### ポスター 8

##### 考察

- 「初産」とPPDの関連は、初めての妊娠・出産・育児に伴う『不安』に、対処技能の低下など、能力的な限界が伴うことで説明可能? ← 妊娠中の不安と関連の強い2つの因子(社会支援の欠如、精神疾患[うつ病・不安障害]の既往)を統制しても、「初産」とPPDの関連は弱まらなかった。
- 低出生体重児や早産児をもつ産褥婦は、PPD発症のリスクが高い? ← PPD有/無の2群間において新生児の体重および早産の頻度に有意な差異は見いだせなかった。
- 「35歳以上」とPPDの関連は、年齢特異的な心理社会的ストレスや、卵巣機能の低下によって一部説明可能かも ← 生物学的指標の測定が必要。

#### ポスター 9

##### まとめ

- 地域代表的な妊産婦のサンプルといえるコホート研究において、PPDの3ヶ月間累積発生率を調査した→PPDの3ヶ月間累積発生率は15.0%であった(欧米同様)。
- 「初産」および「35歳以上」の群はPPD3ヶ月間累積発生率が高く(それぞれ、19.1%、18.9%)、追加の解析により
- PPD発症リスクを高める独立した risk factor であることが示唆された。
- 母子手帳配布の時点から、少なくとも産後3ヶ月過ぎ迄、「初産」「35歳以上」の high-risk mothers をフォローしていく必要性が示唆された。
- この知見を地域の母子保健領域や産科婦人科の専門職に還元し、PPDの早期発見・早期対応連携システムの礎とするのみならず、講演会の主催などを通して市民への啓蒙活動にも活かしていく。

---

## 質疑応答

**座長：** ありがとうございます。政策提言に役に立つ、すごくいい研究ですね。

**会場：** 私は助産師をしていますが、35歳以上の方に要因がかなりあるということですが、35歳以上の出産が非常に増えてきているのが現状です。入院中を見ると、やはり産後の疲労度が全然違うと思われれます。特に初産の方達は、もちろん不安も強いですし、それにプラス疲労度もあって、これに眠れないというのが加わると、余計、気持ち的にもうつになる。そのへんの疲労度とかお産の影響というのは、どうなのでしょう。

**松本：** 逆に、例えば、どういった方法で測れそうですか。主観的なものになりますが。

**会場：** ご発表の中で、時期は産後2週間、4～5週間、8～9週間とありますが、産後のすぐのときにも、やはり入院中すごく気になる方がいらしたりします。私たちは全例はやっていなかったのですが、気になる方にはEPDSを用いやっていました。それを産後直後にやってみても、また違うのかなという感じがするのです。

**松本：** 実際、産直後のマタニティブルーと言われるようなお母さん方はPPD発症率は高いですね。

**会場：** ですので、やはり、主観的になるとは思うのですけれども、疲労度ですとか、出血量だとか、そういうものが関係してくるのかなという感じです。

**松本：** ありがとうございます。産科的なデータはありますけれども、今回は出血量や産後の疲労度については解析に含めておりません。実は最近になって当院産科でもEPDSを施行するようになりました。それ以前はやっていませんでした。おっしゃる通りだと思います。ありがとうございます。

**会場：** この対象は全部核家族で、夫婦だけですか。

**松本：** いえ、ばらばらで、色々です。

**会場：** 核家族の場合に、非常に社会的な支援というのは問題になってきますよね。

**松本：** そうですね、なるほど。

**会場：** お母さんが教えてくれるとか、お婆さんが教えてくれるとか、色々なことがあります。全部を核家族でやれば、初産の場合と経産の場合と違いが出てくるかな

と思いました。

**松本：** それを分けてみても面白いかもしれませんね。ありがとうございます。

**座長：** 初産とそれから35歳以上にフォーカスを絞ってということを提言して、例えば、そこで予算を付けろという話が出たときに、現実にはお金がないからもうちょっと絞ろうというときに、今いただいたご意見は、そこからさらに対象を絞るときの大事なデータソースになるのでしょうか。良いプログラムがないと、産後うつ病でお子さんに対して傷害が及ぶような色々な事件まで発生しているし、非常に辛いことが多いので、もっともっと考えなくてはいけない問題ですよ。

**松本：** はい、そう思っています。まだまだ啓発・啓蒙が足りないなと感じています。

**会場：** 産後うつ病はだいぶ啓発が進んできたのですが、先生のところは地域連携のシステムということなので、「こんにちは赤ちゃん事業」と4ヶ月検診とはリンクされているのですか。リンクしてやっていただくのが一番いいと思いますが。

**松本：** リンクされているところもあるのでしょうか、地域差があると思われます。

**会場：** 「こんにちは赤ちゃん事業」というのは虐待がらみですから、4ヶ月検診で皆お母さんは来ますので、是非そことリンクしてやっていただくことが重要だと思います。

**松本：** そうですね。ありがとうございます。