

妊娠期から産後の女性におけるうつ傾向の 推移および時期による差異

オカザキ マチ ヤ ナ ナ ミ キョ アキナ
岡崎 あゆみ*1 町屋 奈々美*2 許 明奈*3
オオワタリ ツカサ アサザワ キョウ コ
大渡 典*4 朝澤 恭子*5

目的 産後うつ病の防止のため、妊婦に対する現状把握が必要である。特に、女性の妊娠初期から産後にかけてうつ病のスクリーニングにより、早期介入の時期を検討する必要がある。本研究の目的は、産後うつ傾向のある女性に妊娠中から関わる示唆を得るために、妊娠期から産後の女性におけるうつ傾向の推移と各時期の差異を明らかにすることである。

方法 後ろ向き観察研究デザインを用いて、2020年10月～2022年2月にデータを収集した。研究対象者のデータは、2021年4月～2022年1月に出産した女性175名分の電子カルテから得た。調査内容は属性、妊娠初期・後期・産後2週間のエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）得点とし、記述統計量を算出し、t検定を行った。

結果 138名分の有効データ（78.9%）を用いて分析した。対象者の平均年齢は 33.8 ± 4.2 歳であり、初産婦が60.1%であった。EPDS得点は妊娠初期 3.9 ± 4.2 点に比較して、妊娠後期 2.6 ± 3.1 点（ $t = 4.7$, $p < 0.001$ ）、産後2週間 2.9 ± 3.4 点（ $t = 2.9$, $p = 0.004$ ）と、それぞれ有意に低下していた。妊娠初期にEPDSが高得点のハイリスク群は、妊娠後期と産後2週間のEPDS得点がローリスク群より高かった（ $p < 0.05$ ）。

結論 妊娠初期にEPDS得点が高いハイリスク群はローリスク群と比較して、妊娠後期および産後2週間もEPDS得点が高く持続していた。妊娠初期から産後うつをスクリーニングし、妊娠初期からうつ防止のために関わり、妊娠期から産後にかけて切れ目なく支援する重要性が示唆された。

キーワード 産後うつ病、妊産婦、褥婦、エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）、後ろ向き研究

I 緒 言

日本では産後うつ病が問題視されており、東京23区では妊産婦の自殺が危惧されている¹⁾。産後うつ病は虐待や育児放棄、母親本人の自殺につながるため、支援が重要である²⁾。厚生労働省の目標は妊娠期から産褥期にわたる切れ目のない支援体制の整備である³⁾。妊娠初期から産後うつ傾向を知り、ハイリスク群をスクリーニングし支援時期を検討する必要がある。

産後1カ月健診までの褥婦は、ホルモンバラ

ンスの急激な変化や育児への不安、社会的孤立など様々な要因によるメンタルヘルスの不調があり⁴⁾、産後うつ病は、出産後半年までの間に、褥婦の10人に1人が発症すると報告されている⁵⁾。久保らの2012～2014年度に行った調査によると、初産婦の場合、うつ状態などの精神的な不調に陥る人は産後2カ月頃までが多く、特に2週間の時期に発症リスクが高い⁴⁾。厚生労働省子ども家庭局⁶⁾は、母子保健医療対策の強化事業の一環として、産後うつ病の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、

*1 国立病院機構東京医療センター助産師 *2 前同助産師 *3 同看護師長

*4 青木産婦人科医院助産師 *5 東京医療保健大学准教授

産後1カ月など出産後間もない時期の妊産褥婦に対する健康診査の重要性から、産婦健康診査事業の支援体制を強化している。そのため、研究者らの所属施設では妊娠期からの切れ目ない支援として、妊娠期と産後の母親の心理状態や児に対する気持ちを把握し、精神的支援を行うことを目的にエジンバラ産後うつ病質問票(Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)を用いたスクリーニングを実施している。EPDSは一般人およびプライマリーケアにおける産後うつ病のスクリーニングを目的として開発された自己記入式の質問紙である⁷⁾。

EPDSの平均点は妊娠各期、産褥1カ月においてカットオフポイントは超えないが、妊娠初期、産褥1カ月で抑うつ状態の高い対象者が含まれている⁸⁾。東京23区の妊産婦の異常死は自殺が最も多く、時期としては妊娠2カ月の割合が最も高いことが明らかになっている¹⁾。しかし、妊娠初期から産後までのEPDSの推移の報告は見当たらない。さらに、先行研究におけるEPDSの報告は、妊娠後期の測定結果が多いため⁹⁾¹⁰⁾、妊娠初期におけるEPDSの結果の比較ができず、ハイリスク群のスクリーニングが十分とはいえない。産後2週間健診時に産後うつ傾向リスクがある母親に対する、妊娠初期からの早期介入ができていないと考える。

そこで、女性の妊娠初期・後期・産後2週間におけるEPDS得点を調査し、推移により早期介入の時期を検討する必要があると考えた。本研究の目的は、産後うつ傾向のある女性に妊娠中から関わる示唆を得るために、妊娠期から産後の女性におけるうつ傾向の推移と各時期の差異を明らかにすることである。

Ⅱ 方 法

(1) 研究デザイン

後ろ向き観察研究であり、電子カルテから対象者の氏名など個人情報得ず、属性および健診時に回答したEPDS得点のデータを得た。

(2) 用語の定義

ハイリスク群：妊娠初期のEPDS得点9点以上のうつ傾向の強い妊産褥婦。

ローリスク群：妊娠初期のEPDS得点9点未満の妊産褥婦。

(3) 調査対象

研究協力施設は国立病院機構東京医療センターであり、調査対象は2020年10月～2022年2月の中で2021年4月～2022年1月に出産した女性175名の妊娠初期・後期・産後2週間の健診を受けた電子カルテ、看護記録とした。調査対象人数として、本調査は因子分析を実施するため、尺度項目数10の場合に10倍のデータ数100が必要であり¹¹⁾、推移を観察するための妊娠初期～産後2週間すべての回答が得られる有効回答率を54%と見積もり¹²⁾、およそ185名のデータが必要であると算出した。

(4) 調査項目

1) 属性

年齢、分娩回数、妊娠合併症の有無、児の出生体重、出血量、妊娠合併症による入院歴(悪阻・切迫流産・妊娠糖尿病・妊娠高血圧症候群)、就業の有無、産前のサポートの有無、産後のサポートの有無、不妊治療の有無、基礎疾患の有無、女性生殖器疾患の有無、精神科受診歴の13項目を調査した。

2) エジンバラ産後うつ病質問票：EPDS

産後うつ病をスクリーニングするために、エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)を使用した。EPDSはCoxら⁷⁾によって開発された産後うつ病スクリーニングのための質問紙である。内容は、抑うつ気分、興味・喜びの減退、不眠、無価値感や罪責感、思考力や集中力の減退、希死念慮など計10項目からなる。EPDSは産褥期の変化する身体的症状によって影響を受けないように工夫されており、身体症状の項目は含まれていない。記入日前1週間の状態としてもっとも当てはまるものに○をつける4件法(0, 1, 2, 3)で、得点範囲は0～30点であり、高得点であるほど抑うつ状態となる。日本語版

は、岡野ら¹³⁾によって翻訳され、信頼性と産後うつ病スクリーニングのためのカットオフポイントは9点とすることの妥当性が検証されている。区分点を8/9とした場合のsensitivityが75%、specificityが93%であり、非妊婦の再テスト法による順位相関係数が0.92、Cronbachの α 係数が0.78と高い信頼性が報告されている¹³⁾。本研究では、妊娠初期、後期、産後2週間の3回のデータを得た。

(5) 分析方法

分析は統計ソフトSPSS Stastics Version26 (IBM) を使用し、記述統計量を算出した。EPDS得点の推移を算出し、各時期の得点を比較した。さらに、EPDSを従属変数とし属性を独立変数と設定し、2群はt検定、3群は一元配置分散分析を用いて関連を検討した。有意水準は5%とした。

表1 対象者の属性 (N=138)

		平均±標準偏差	
年齢(歳)		33.8±4.2	
児の出生体重(g)		3 036.3±343.2	
出血量(ml)		514.9±404.2	
	内訳	人数	%
分娩回数	初産婦	83	60.1
	経産婦	55	39.9
妊娠合併症	あり	29	21.0
	なし	109	79.0
妊娠合併症による入院歴	あり	22	15.9
	なし	116	84.1
不妊治療	あり	38	27.5
	なし	100	72.5
基礎疾患	あり	49	35.5
	なし	89	64.5
女性生殖器疾患	あり	37	26.8
	なし	101	73.2
就業の有無	あり	92	66.7
	なし	46	33.3
産前のサポート	あり	134	97.1
	なし	4	2.9
産後のサポート	あり	135	97.8
	なし	3	2.2
精神科受診歴	あり	19	13.8
	なし	119	86.2

(6) 倫理的配慮

研究対象候補者に対して、研究目的および研究内容について研究協力施設内の掲示により説明した。掲示資料に研究結果は研究の目的以外では使用せず、匿名性の保持、不利益への配慮、データの厳重管理を掲載した。参加の不同意についての連絡先も掲載し、拒否する機会を確保した上で、参加への不同意がなければ同意とみなした。本研究は国立病院機構東京医療センター倫理委員会の承認を得た上で実施した(承認番号R21-116, 2021年12月23日)。

Ⅲ 結 果

(1) 対象者の属性(表1)

収集した175名のデータの中から138名の欠損値のないデータ(有効回答率78.9%)を用いて分析した。対象者の平均年齢は33.8±4.2歳であり、初産婦83名(60.1%)、経産婦55名(39.9%)であった。児の出生体重は平均3,036.3±343.2gであり、出血量は平均514.9±404.2mlであった。妊娠合併症による入院歴のあった女性は22名(15.9%)であり、基礎疾患のある女性は49名(35.5%)であった。

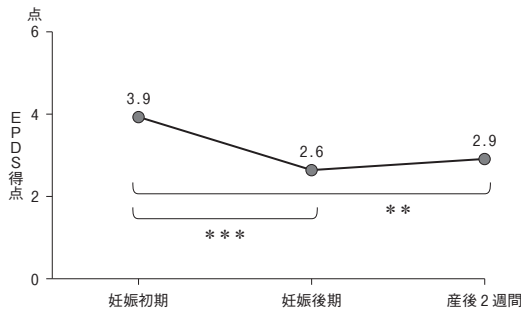
(2) 尺度の信頼性と妥当性の検討

EPDSの信頼性と妥当性を再確認するために、因子分析(最尤法, プロマックス回転)および信頼性分析を行った。その結果、因子負荷量は0.37~0.88であり、負荷量平方和は53.8%, Cronbachの α は10項目で0.86であった。よって、本研究においても尺度の信頼性と妥当性が再確認された。

(3) EPDS得点の推移(図1~2)

EPDS得点は、妊娠初期3.9±4.2点に比較して、妊娠後期2.6±3.1点($t=4.7$, $p<0.001$)、産後2週間2.9±3.4点($t=2.9$, $p=0.004$)と、それぞれ有意に低下していた。妊娠初期のEPDSの合計得点が9点以上の群をハイリスク群($n=16$, 11.6%)、9点未満の群をローリスク群($n=122$, 88.4%)と設定した。妊娠後

図1 EPDS得点の推移 (N=138)

注 ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

期のEPDS得点は、ハイリスク群が 6.5 ± 5.9 点、ローリスク群が 2.1 ± 2.1 点であった。産後2週間のEPDS得点は、ハイリスク群が 6.0 ± 4.4 点、ローリスク群が 2.5 ± 3.0 点であった。ハイリスク群は、妊娠後期 ($t = 2.9$, $p = 0.01$)、産後2週間 ($t = 3.1$, $p = 0.007$) のEPDS得点がローリスク群より高かった。

図2 ハイリスク群とローリスク群におけるEPDS得点の推移 (N=138)

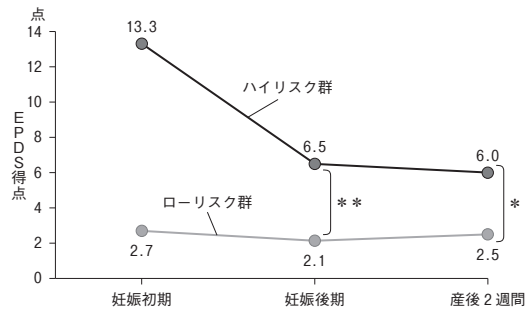
注 * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

表2 EPDS得点と属性の関連 (N=138)

	妊娠初期得点	妊娠後期得点	産後2週間得点
分娩回数	$t = 1.6$	$t = 1.7$	$t = 2.7$
初産婦	4.4 ± 4.4	3.0 ± 3.3	1.1 ± 0.3 **
経産婦	3.2 ± 4.0	2.1 ± 2.8	1.0 ± 0.1
妊娠合併症による入院歴	$t = 2.6$	$t = 2.1$	$t = 0.9$
あり	6.1 ± 5.5 *	4.0 ± 2.9 *	1.1 ± 0.4
なし	3.5 ± 3.9	2.4 ± 3.1	1.1 ± 0.3
基礎疾患	$t = 2.4$	$t = 2.4$	$t = 0.2$
あり	5.1 ± 4.7 *	3.5 ± 3.6 *	1.1 ± 0.3
なし	3.3 ± 3.9	2.2 ± 2.7	1.1 ± 0.3

注 1) 対応のない t 検定を実施2) * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

(4) 各属性とEPDS得点との関連(表2)

各属性と妊娠初期、妊娠後期、産後2週間のEPDS得点を比較した。初産婦は経産婦に比べ、産後2週間時のEPDS得点が有意に高かった ($p = 0.007$)。また、妊娠合併症による入院歴のある女性はない女性と比較し、妊娠初期EPDS得点が有意に高く ($p = 0.011$)、妊娠後期EPDS得点も有意に高かった ($p = 0.031$)。さらに、基礎疾患のある女性はない女性より、妊娠初期EPDS得点が有意に高く ($p = 0.018$)、妊娠後期EPDS得点も有意に高かった ($p = 0.018$)。年齢、産前産後のサポートの有無、精神科受診歴等のその他の属性においてはEPDS得点の有意差が認められなかった。

IV 考 察

(1) 対象者の属性

対象者の特徴は、平均年齢33.8歳、初産婦60.1%、妊娠合併症保持者21.0%であった。一方、日本の初産婦の平均年齢は30.7歳¹⁴⁾、諸外

国では28.8歳¹⁵⁾であった。本研究の対象者は、日本や世界の初産婦の平均年齢より高かった。研究協力施設は首都圏にある成育医療を含んだ専門医療施設であり、高度総合医療施設に位置づけられている。ハイリスク妊婦が分娩のために紹介されたためと考えられる。本研究の対象者は、日本の平均的な初産婦に比べて高齢でリスクの高いグループであったが、首都圏の大規模な総合病院で出産する母親の代表であった。

(2) 産後うつを防止するために

本研究においても、湯舟⁸⁾の研究と同様にEPDS得点の平均値はカットオフポイントは超えないが、妊娠初期のEPDS得点が高い結果であった。また、妊娠初期EPDS得点9点以上のハイリスク群であった女性は妊娠後期、産後2週間健診時も、ローリスク群と比較しEPDS得点が高いまま推移しており、妊娠初期からの継続した関わりが必要であると示唆された。さらに、妊娠合併症による入院歴のある女性は、入院歴のない女性と比較して妊娠初期および後期

EPDS得点が有意に高かった。基礎疾患においても同様の結果が得られ、基礎疾患のある女性はない女性より、妊娠初期および後期EPDS得点が有意に高かった。川瀬ら¹⁶⁾は、EPDS高得点の背景として「妊娠中の入院歴」を挙げている。妊娠中の入院に関しては予定された入院もあるが、ほとんどが急な入院となることが多い。入院生活への不安や環境の変化によるストレス、早産となった際の児への影響等、心身ともに不安定な状況が続く、それがEPDS高得点へ影響すると考える。基礎疾患の有無がEPDS高得点に起因する先行研究は多くないが、本研究においては有意差がみられた。そのため、妊娠中に入院することになった女性や基礎疾患のある女性は、妊娠初期のEPDS得点が低かったとしても産後うつ病のハイリスク傾向にあることを念頭に置きながら関わる必要があると示唆された。

先行研究⁸⁾において、初産婦は経産婦と比較しEPDS得点が高くなる傾向にあり、本研究においても同様の結果が得られている。初めての育児への不安や、育児に不慣れであることが関係していると推測される。母親学級や両親学級など妊娠期からの指導や、産後は育児技術獲得へ向けた指導を行い、初産婦でも育児技術に自信を持って退院できるよう支援していく必要がある。また、妊娠期EPDS得点に関わらず、入院中のメンタルヘルスをより注意して観察し、必要時には地域への情報提供を行う等、切れ目のない支援が重要であると考えられる。

平野ら¹⁷⁾は、母親における産後1カ月時点のEPDS高得点群は、低得点群と比較して精神疾患合併の症例割合が有意に多かったと報告している。さらに、うつ病合併症例を除外しても、うつ病以外の境界性パーソナリティ障害、摂食障害、統合失調症といった精神疾患も有意に多かったと報告している¹⁷⁾。しかし、本研究において、妊娠初期、妊娠後期、産後2週間において、精神科受診歴の有無によるEPDS得点の有意差はみられなかった。また、宗田¹⁸⁾は、産後うつ病の発症のバックグラウンドとして、妊娠前からの精神疾患の既往や、パートナーや実母からの実質的・情緒的サポートの不足、対人

関係のゆがみ、経済・住環境など様々な問題が挙げられると述べている。これらも本研究においては、産前、産後のサポートの有無によるEPDS得点の有意差はみられなかった。研究協力施設において、精神疾患合併例や精神科・心療内科受診歴のある妊婦および産前産後のサポートが少ない妊婦を妊婦健診の初期の段階でピックアップしている。病棟スタッフ内で情報共有を行い、ハイリスク妊婦にはプライマリナースが担当して関わり、継続した支援を行っている。これらに起因している可能性があると考えられる。

(3) 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は次の3点である。第1に、調査施設は首都圏にある一施設であり、データ収集はコンビニエンス・サンプリングであるため、データには本質的に偏りがある。また、都市部のハイリスク母体が多い施設での調査であるため、高年齢での帝王切開率が高く、一般化可能性に限界がある。第2に、調査で使用したエンジンバラ産後うつ病質問票の得点は、個人の主観的な尺度であり、客観的な状態を測定するものではなかった。これらの状態が結果に影響を及ぼしている可能性がある。第3に、21.1%の女性のデータは欠損値があり、分析に使用できなかった。データ収集をした施設に妊娠初期から受診をしていない女性や、妊娠の途中からハイリスクまたは分娩のために受診施設を変更した女性がいた可能性がある。今後の課題は、首都圏以外の女性を含んだ大規模な横断調査を行い、日本の女性のうつ状態を検証することである。さらに、妊娠初期にEPDS得点が高いハイリスク群への看護介入を行い、うつが減少する効果を検証する必要がある。

V 結 論

妊娠期から産後の女性におけるうつ傾向の推移として、妊娠初期が最も高く、妊娠後期が最も低く、産後2週間では妊娠後期の値が持続することが明らかとなった。妊娠初期と妊娠後期

の差、妊娠初期と産後2週間の有意な差が確認された。妊娠初期のハイリスク群はローリスク群と比較して、妊娠後期および産後2週間もEPDS得点が高く持続するため、妊娠初期からEPDSを調査し、早期にうつ防止のために関わる必要性がある。

謝辞

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただいた皆様へ心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 竹田省. 妊産婦死亡原因としての自殺とその予防：産後うつを含めて. 臨床婦人科産科 2016; 71(6): 506-10.
- 2) 尾島万理. 妊産婦への支援に関する研究動向とその課題. 法政大学大学院大学院紀要 = Bulletin of graduate studies 2019; 82: 99-107.
- 3) 厚生労働省. 産前・産後サポート事業ガイドライン. 2020. (<https://www.mhlw.go.jp/content/000658063.pdf>) 2021.7.28.
- 4) 久保隆彦, 森臨太郎, 立花良之. 妊産婦のメンタルヘルスの実態把握及び介入方法に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業)総括報告書. (<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/23865>) 2021.7.1.
- 5) 永田雅子. 周産期の最新情報 産婦健診をよりよい支援につなげるためにEPDSの活用に向けて. ペリネイタルケア 2017; 36(8): 810-4.
- 6) 厚生労働省子ども家庭局. 参考資料. 産婦健康診査事業について. 2016. (https://www8.cao.go.jp/kodomonohinkon/yuushikisya/k_11/pdf/ref2.pdf) 2023.4.27.
- 7) Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry 1987; 150: 782-6.
- 8) 湯舟邦子. 妊娠初期, 中期, 末期から産後1ヶ月までの抑うつ状態のスクリーニングの検討. 昭和学士会誌 2015; 75(4): 465-73.
- 9) 岩本澄子, 中村美希, 山下洋, 他. 妊産婦の妊娠の状況と抑うつ状態との関連. 保健医療科学 2010; 59(1): 51-9.
- 10) 寺坂多栄子, 岡山久代. 妊娠末期・産褥早期における産後うつ予防の保健指導の効果. 母性衛生 2015; 56(1): 87-94.
- 11) 石井秀宗. 統計分析のここが知りたい. 文光堂, 2005: 60-2.
- 12) 横田妙子, 佐々木睦子, 内藤直子. 低出生体重児をもつ母親の抑うつと育児困難感の推移と関連. 香川大学看護学雑誌 2014; 18(1): 25-34.
- 13) 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子, 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): 525-33.
- 14) 厚生労働省. 令和3年度「出生に関する統計」の概況. 母の出生時平均年齢. (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/syussyo07/dl/gaikyou.pdf>) 2022.11.3.
- 15) Esmaelzadeh Saeieh S, Rahimzadeh M, Yazdkhasati M, et al. Perceived social support and maternal competence in primipara women during pregnancy and after childbirth. Int J Community Based Nurs Midwifery 2017; 5(4): 408-16.
- 16) 川瀬恵美里, 野浪裕子, 和田清恵, 他. A 総合周産期母子医療センターにおけるエジンバラ産後うつ病 自己評価票高得点の背景要因について. 滋賀母性衛生学会誌 2018; 17/18(1): 32-9.
- 17) 平野まどか, 渡邊憲和, 成味恵, 他. エジンバラ産後うつ病評価票を用いた合併症妊娠を含めた妊娠関連項目と周産期うつ病の関連の解析. 山形医学 2021; 39(1): 10-5.
- 18) 宗田聡. EPDS活用ガイド：産後うつ病スクリーニング法と産後健診での正しい対応. 東京：南山堂, 2017: 92.