

# オープンフォーラム 「産後精神障害の評価法」

## 妊産婦をとりまく諸要因と母子の健康に関する研究

座長：九州大学医学部婦人科学産科学教授 中野仁雄

中野 本日、11月6日は殊のほかお日柄がよろしくて、東京都内のホテルはほとんどそのために占められておるそうでございます。連動して、そこからはじき出された多くの会議が大変苦勞しておりまして、私どものこの会議も会場がないというので、どうなることかと一時期本当に心配いたしました。しかし、明治乳業の大変なご厚意でもって、こういった素晴らしい場をご提供していただくことになり、会議をもてますことは、まことにご同慶の至りでございます。しかし、皆様方には若干地理不案内ということもございましたでしょう。私なども国技館の前をうろうろして、いつまでたっても見当たらないということもございました。そういった不行き届きを大変申しわけなく存じております。

「妊産婦をとりまく諸因子と母子の健康に関する研究」という、心身障害研究の一環になるこの研究が昨年度からスタートしています。四つの分担班で研究を進めているところでありますが、昨年度以来、この研究においてはオープンフォーラムの形で、班の中に限らず、外の方々のご参加を願って有益な討論をしようかと企画してまいったわけでありまして。昨年は事始めということで、それぞれの分担班の中から代表の1～2名の方にお話をいただいてオープンフォーラムを開催いたしました。この班全体が目指すところは、紛れもなく日本の母子保健、あるいは母子医療の中長期の見通しを考えながら必要な策定をして、それに contribute しようということでございます。その中のキーワード的なものを四つの分担班に分けてはいますが、それですべてを覆うわけではございませんで、横糸を通すという、おそらく integration の過程に何かご提案できるものがありはしないかというのが、このオープンフォーラムのもう一つの目的でもございます。

本年度は、殊に産後の精神障害、精神面支援といったところに焦点を当ててご討論を願うわけですが、その発端は、昨年度末の研究班の評価委員会の場におい

て、重要なこととしての幾つかのご指摘がございました。そのうちの一つをとりあえず今年度の目標としてとりあげたような次第であります。

本日は、班外から国立精神神経センターの北村先生、並びに神戸大学附属病院看護部長の新道先生にお出ましいたご講演を願います。そこでいろいろと学習をさせていただいて、それを基調とした後に、班の中から山下、岡野両先生にマニティーブルーズ、さらに postnatal の種々の精神的な異常に対する評価の尺度を日本でも決めることができるか、決めるとすればどのようなものであるか、それは何をねらって決めるべきであるかというご討論をいただきまして、きょうのうちに尺度というもののあらかたをお決めいただきたい、これがこのフォーラムの目的でございます。

少々長くなりましたけれども、以上をもってご挨拶と、そして、兼ねてご案内とご参集の御礼と、三つにかえさせていただきます、どうもありがとうございました。

では、お二方からご講演をいただきたいと思ひます。

まず最初に、国立精神神経センターの社会保健部長をお務めでいらっしやいます北村先生に、「周産期の精神症状の評価法の継時的妥当性の変化について」という演題でご講演をいただきます。

先生、どうぞよろしく願ひいたします。

### 基調講演

#### I. 「周産期の精神症状の評価法の継時的妥当性の変化について」

国立精神・神経センター精神保健研究所  
社会精神保健部長  
北村俊則先生

きょうは、私どもが川崎プロジェクトと呼んでいる研究の一部を、皆様方の今後のご検討の参考になればと思ひて供覧させていただきます。

この研究は、7～8年前にスタートしたもので、当初、私どもは妊娠・出産に伴う母親の精神症状、特にうつ病、それと子供の状態、さらには母と子の相互作用、この三つを継続的に追跡調査をしようという目的で始めたものでございます。母親の抑うつ状態が子供と関係があるということで「ベイビーブルーズ・プロジェクト」というニックネームを私どもはつけております。きょうお話いたしますのは、精神的な所見というよりも、むしろそのときに使う調査票の妥当性に関する基礎データでございます。もし時間があれば、あるいはご質問があれば、データについてもご説明させていただきます。

なぜ私どもが妊娠・出産に興味を示したかということ、これは後で出たデータですが、女性は妊娠期間中に約15～16%の率で新しくうつ病を発症するという事実があります。そして、産後も同じように、種類はいろいろありますが、うつ病が15～16%の率で新たに発生するというのが私どものデータです (Kitamura, T., Shima, S., Sugawara, M. and Toda, M.A. (1993). Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychological Medicine*, 23, 967-975)。この率は、例えば妊娠期間中を40週とすれば、40週の間一般の非妊娠の女性が発症するうつ病の発症危険率よりも著しく高い。したがって、うつ病の発症危険状況として妊娠及び出産があることが考えられます。

さて、私どものデータについて、その概要を簡単にご説明いたします。

まず、私どもは川崎市立病院産科外来に来院した妊婦さん約1200名を対象とし、継続的に questionnaire による調査を行いました。その一方で、この1200名の中からほぼ無作為に抽出した120名を取り出し、前者を extensive group, 後者を intensive group といたしました。Intensive group については、調査票に加えて構造化面接を行いました。内容は後でご説明いたします。要は、この1200名について用いた questionnaire の妥当性の外的指標として構造化面接による精神医学的な診断を用いたということです。別の言い方をすると、questionnaire で知りたいという事柄、例えば症状の重症度であったり、うつ病があるかないかの判断ですが、それが正しいかどうかは、最終的には訓練を積んだ精神科医療の専門家による、既に信頼性、妥当性の認められている診断とどれほどこれが一致するかという点にあります。一致しなければ、この

questionnaire は以降使えないことになります。もし一致するならば、これを使っても安全であろうと言えるわけです。

私どもは調査を、妊娠初期—8～12週にまず1回、妊娠後期—third trimester (32～36週)にさらにもう一回調査を行いました。そして、出産後についても、出産後3日目には Brazelton の新生児行動評価尺度を別途にやりまして、5日目にやはり questionnaire を行い、面接をしております。1ヵ月目にも questionnaire を行い、面接をしております。以降、6ヵ月、12ヵ月、18ヵ月とやっております。

実は、この後、私たちの子供たちは7～8歳ぐらいになっていますので、来年もう一回フォローアップをしようという計画を立てております。本来はもっと早くデータをまとめるべきだったのですが、データの量が多いということと、私どもが怠慢だということで、基礎的な解析がなかなか終わっておりませんでした。したがって、きょうお話するのはまだ公表されていないデータがかなり出てまいりますので、ご容赦いただきたいと思っております。

先ほど言いましたように、intensive group の母親は120名で、年齢は17～42歳 (平均: 約28歳)、初産婦が66人おりました。ごく平均的な川崎地区の母親です。当院で子供を産むという条件以外には特別の除外規定をつけておりません。調査票は世界的にも有名なものを二つ使いました。まずGHQ, これは当時イギリスのマンチェスター大学の精神科 David Goldberg 教授が随分昔につくったものです。これが評価しようとしているターゲット症状は、非精神病性の精神医学的な病態全般であります。言葉をかえると、抑うつ、不安、心気、対人関係の悪さ等々、全般的に少なくとも精神科医が何らかの精神医学的な診断名をつけるであろうという人を questionnaire で同定するためにつくったものです。項目数は原版は60ですが、その後の改良によって30項目、28項目、20項目、12項目というものができております。各項目は4つの選択肢のうちどれかをとるようにしておりますが、その得点は0点か1点です。したがって、私どもが使った30項目版では0～30点までの間をとります。0に近いほど正常、30に上がれば上がるほど病的だと言えます。30に上がれば上がるほど病的だというのは、もっと正確に言うと、得点が高ければ高いほど、その被験者が精神医学的な特定の病態にいる可能性が高いということであり、決して重症度ではございません。

GHQの各質問文には四つ選択肢があります。例えば、

「何かをするとき」①いつもより集中してできた。②いつもと変わらなかった。③いつもよりできなかった。⑤全くできなかった—これは左の項目が健康状態、右の項目が精神医学的に不健康な状態というふうになっております。得点は、左の二つどちらかをとったときにはこの項目は0点、右の二つのどちらかをとったときには一点という計算をいたします。なぜ4項目かという、五つの奇数にすると、人間はどうしても真ん中をとりやすくなるので、右か左かどちらかを強制しようということによって偶数個にしてあります。偶数個にしても、比較的「そうだ、そうだ」と極端に言う人と、「いや、そんなことはないな」と、割と過小評価する傾向のある人がいますので、そういう questionnaire に対する反応の個人的な差異をなるべく除外するために、Goldberg はどっちをとっても1点は1点ですよというやり方をしております。こうした採点方法はGHQが初めてであるため、この得点の仕方を“GHQ scoring”と呼んでいます。通常は、左から右に四つあると、0, 1, 2, 3とか、1, 2, 3, 4というように点をつけます。これは、今世紀初めに Likert さんという心理学者が最初に点数の取り方を決めたというので、その人の名をつけて“Likert scale”とっております。

もう一つはSDS (self-rating depression scale)。これはアメリカにいる中国系の研究者で、K.K.Zung という人がつくったもので、うつ病のスクリーニングと重症度の測定を目的としています。Zung さん自身は、最初はうつ病の重症度を測定するためにつくったのですが、その後、スクリーニングに使えるという研究が多くの人によってなされております。項目数が20ございます。これは Lickert scaling で、原法では1, 2, 3, 4の4点をとります。しかし、これですると最低点が20点になるので、強迫神経症の私は最低点は0にしたいと思って、今回の研究では0, 1, 2, 3……というふうにしております。したがって、総合点は0~60点の間を示します。このSDSも、うつ病のスクリーニングとしては世界的に有名なものになっております。

こうしたものが精神医学的病態をどれほど正しく測定できるかというのは、一にその尺度に使った評価が、訓練を受けた精神医療の専門家の判断と合っているかということにかかるといえます。

では、精神医療の専門家の判断はどうやって行うかということ。近年は精神医学の領域では日常的事になっておりますが、構造化面接というものを使

います。これは面接の方法を一定の方法にコントロールする、人によって差が出ないように一定の方法を使うというやり方です。私どもが使ったのは SADS (schedule for affective disorders and schizophrenia) と略称されているもので、「感情病と精神分裂病のための面接基準」と訳されておりますが、ニューヨーク州立精神医学研究所の Robert Spitzer という人がつくりました。目的は、一つには、現在及び過去の症状の同定と重症度の判定、そしてそれをもとにした精神医学的な診断の決定です。そのときに使う精神科の診断は、研究用診断基準 Research Diagnostic Criteria (RDC) で行います。これは、同じ Spitzer らが1970年代の半ばにアメリカ国立精神衛生研究所が主催した多施設のうつ病に関する心理生物学的研究の中で使った操作的診断基準です。主に非器質性の成人にみられる精神障害の主だったものについて、ほとんどすべての診断基準を作成したものです。操作的な診断基準の話をするに40~50分はすぐにはたつてしまいますので、一言だけ言いますと、精神科の中で大変力を持っているアメリカ精神医学会がつくった DSM (精神障害の診断と統計のためのマニュアル) の第3版が1980年に発表されております。そのDSM-IIIの precursor が実はRDCです。ですから、RDC 診断というのはDSM-IIIとほとんど同じだとお考えいただいて結構です。一部ちょっと変化はありますが、ほとんど同じです。なぜならば、RDCをつくった Spitzer が DSM-III の task force の座長をやっていたという関係で、ぴったり同じものができてしまったわけです。

繰り返しになりますが、私どもが行った調査でGHQの妥当性をみるときは、ともかくRDC診断のどこかに引っかかった場合には、それを“case”と定義しました。一方、SDSの妥当性を検討するときには、うつ病を調査するのが目的で、ほかの強迫神経症とか心気症をとるためではございません。そこで、SDSの妥当性をみるに当たっては、RDC診断の中の<うつ病>だけを取り出しました。「定型うつ病」、「準定型うつ病」、それから、「その他精神障害」という独立した診断基準があるのですが、その中の「不快気分を伴うもの」、この三つを私どもは「SADS/RDCに従ったうつ病」と定義いたしました。このうつ病を Zung の自己記入式うつ病評価尺度がどれほどうまくスクリーニングできるのかというのが、今回のお話のキモでございます。

先ほど16%が発病すると言いましたが、実は妊娠前

からうつ病を持っている人もおります。したがって、GHQやSDSが引っかけているのは、何人罹患したか、つまり incidence を測っているのではなくて、point prevalence (時点有病率) を測っています。時点有病率では、つい10日前から調子がおかしいという人も、10年うつうつとしているという人も、両方とも引っかかってしまいます。私たちの興味があったのは、incidence ですが、きょうは point prevalence で話を進めます。

妊娠初期には表1に示すような case がありました(表1)。時間の関係で細かいことは省略いたします。結構あるということをご理解ください。RDCは重複診断を許していますので、1人で2病名、3病名持っていることもあります。でも、定型うつ病が120中9名いるというのは、調査のためにはいい値ではないかと思えます。

同じように、妊娠後期に入っても、やはり相当数の人たちはRDC精神障害を有しておりました(表2)。この中には妊娠初期に調子が悪くて、このときも調子

が悪いという方もいますし、妊娠初期には調子が悪かったが、妊娠後期には健康になったという人も入っています。また、その逆もあるとお考えください。

産後5日目ではどうか(表3)。これは後でまた物議をかもすと思いますが、「定型うつ病」はないんですね。「準定型うつ病」が121人中6人という、かなりな数になっています。きょうのフォーラムの後半の「マタニティーブルーズとは何か」というときに、こちら辺が必ず問題になると思います。それから、dysphoric mood を伴うOPD (その他の精神科障害) が6名いました。これは妊娠期間中とかなり異なる様相を呈した病態だということがわかります。

産後1ヵ月目ではどうか(表4)。1ヵ月めになると、定型うつ病がまた出てくるんですね。3名ほど出てきました。

では、GHQの妥当性はどうかという本日のレポートのキモに入ります。GHQの妥当性について、妊娠初期、妊娠後期、産後5日目、産後1月目に分けて示します。(表5)。

(表1) FIRST TRIMESTER

major depressive disorder	9
minor depressive disorder	3
OPD with dysphoric mood	1
phobic disorder	2
obsess-compulsive disorder	3
panic disorder	1
labile personality	1
OPD no dysphoric mood	3
schizotypal features	1

(表3)

DAY 5 POSTNATALLY

minor depressive disorder	6
OPD with dysphoric mood	6
phobic disorder	2
obsess-compulsive disorder	4
labile personality	1
OPD no dysphoric mood	2

(表2) THIRTD TRIMESTER

major depressive disorder	5
minor depressive disorder	5
OPD with dysphoric mood	1
phobic disorder	2
obsess-compulsive disorder	5
labile personality	1

(表4)

ONE MONTH POSTNATALLY

major depressive disorder	3
minor depressive disorder	4
OPD with dysphoric mood	3
phobic disorder	2
obsess-compulsive disorder	7
labile personality	1
OPD no dysphoric mood	1

(表5)

VALIDITY OF GHQ FOR RDC CASAES								
GHQ cut-off points	First trimester		Third trimester		Postnatal day 5		Postnatal month 1	
	sensit	specif	sensit	specif	sensit	specif	sensit	specif
0/1	100.0	3.3	92.3	12.9	100.0	8.3	100.0	4.8
1/2	100.0	11.1	76.9	29.4	100.0	31.9	93.8	27.7
2/3	94.4	31.1	61.5	49.4	77.8	43.1	81.3	39.8
3/4	88.9	38.9	38.5	56.5	61.1	54.2	81.3	54.2
4/5	88.9	47.8	38.5	64.7	44.4	63.9	68.8	61.4
5/6	88.9	54.4	38.5	72.9	27.8	68.1	50.0	68.7
6/7	83.3	64.4	38.5	77.6	27.8	73.6	50.0	75.9
7/8	83.3	71.1	38.5	82.4	27.8	79.2	50.0	84.3
8/9	77.8	75.6	30.8	83.5	22.2	80.6	37.5	85.5
9/10	77.8	78.9	23.1	87.1	11.1	81.9	37.5	88.0
10/11	66.7	78.9	23.1	88.2	11.1	86.1	37.5	89.2
11/12	66.1	83.3	7.7	91.8	11.1	87.5	37.5	89.2
12/13	44.4	87.8	7.7	95.3	11.1	88.8	37.5	89.2
13/14	27.8	92.2	7.7	95.3	11.1	90.2	37.5	90.4
14/15	27.8	93.3	7.7	95.3	11.1	95.8	25.0	94.0

GHQは0点から30点までになっていますから、陽性か陰性かを分けるには、どこかで足切りをしなければいけません。その足切りの区分点を“cut-off point”と称します。例えば3点と4点の間で足切りをすると、3点以下であれば陰性——正常である、4点以上であれば陽性、つまり精神的に不健康だと決めようというやり方です。その足切りはいずれの区分でも人為的に決めることができます。しかし足切りの場所を変えることによって、そのGHQの結果の妥当性は変わります。妥当性の指標には“sensitivity”と“specificity”とがあります。“sensitivity”は「感受性」と訳すことができますが、一言でいうと、临床上、精神障害、精神的な不健康と同定された方の中で、何%がGHQ得点で陽性になっているかということです。一方、“specificity”は「特異性」と訳されますが、临床上、精神医学的に健康であるとされた人の中で、何%がGHQ得点の上で陰性とされたかという率であります。したがって、GHQが精神的な不健康をスクリーニングする優秀な instrument であることを証明するためには、sensitivity も高く、specificity も高いことが要求されます。当然ですね。ところが、理論的にはちょっと考えるとおわかりいただけますが、足切りの区分点を低くすることも高くすることもできます。足切り点を高くすると sensitivity は落ち込みます。しかし、足切り点をたかくすることによって specificity は上がります。逆に足切り点を下げると sensitivity は上がりますが、specificity は下がる。数学的理論的に必ずこうなるものなんです。したがって、我々が一番いい区分点 (optimal cut-off point) をどこかで決めるかというのは、sensitivity と

specificity のちょうどいい塩梅のところで決めるというやり方です。それ以上に細かい規定の仕方はありませんが、きょうはその話はいたしません。

Goldbergの原法では、たしか4点、5点で切れたというのがイギリスでの足切り点だったと思います。ところが、それをすると妊娠初期でも sensitivity は89%と十分な高さを示しますが、specificity は48%と、使いものにならないくらい低くなります。つまり、本当は健康な方でも陽性になってしまう、偽陽性の方がいっぱい出てくるということですね。私どもは7/8点を提案しました。これは2年前の“Psychological Medicine”に発表したものです。佐賀医科大学の研究グループもGHQを使って cutoff point を決めています。彼らのデータでも日本では7/8がよからうというデータが出てきております。ほかにGHQに関するデータはもう一つあるぐらいで、実は、日本では三つぐらいしかないんです。

ところが、妊娠後期でもし7/8点を区分点とすると、sensitivity が39%という、いかにも低い値になります。これでは使えません。Sensitivity を上げるために2点、3点で切ると sensitivity は62%までありますが、specificity が50%しかいかなくなります。非常に困るんですね。したがって、妊娠後期についてはGHQのちょうどいい cut-off point はないということになります。

では、産後5日目はどうか。同じく7/8点でとります。そうすると、specificity は80%と上がってくれました。しかし、sensitivity はなお28%です。とても使いものにならない。これを何とかするためGHQ得点を2点、3点の区分点に持ってくると、sensitivity は78%でOKですが、specificity は43%で使えないということになります。

産後1ヵ月目になると、どういうわけか区分点7/8でみると、specificity が84%、sensitivity も50%と、前2回に比べると上がってくれます。少なくともこれと言えることは、GHQという自己記入式 questionnaire の妥当性を1回目やって確かによかったということがわかって、繰り返して使うと、妥当性の値はどんどん変わってくる。即ち、妥当性が錆びてくることがわかります。今のを別の方面でもう1回みてもとこうということになります。

GHQの得点を、妊娠初期、後期、産後5日目、産後1ヵ月目でみても、临床上、SADS, RDC診断で精神的に不健康である、病気であるとわかった人の数はこれだけで、多少の凸凹はありますが、大体同

じくらいです(表6)。妊娠後期が少し減るというのは、先行研究と大体一致します。ところで、その場合の case と non-case の GHQ 得点をみると、後者の方は妊娠初期が6.2と低い値です。妊娠後期も4.2、4.7、4.7、大体こらで推移しています。ところが、SADS/RDC で精神的に不健康とされた人たちの平均点をみると、最初は12.3点ですが、次は6点、6点。そしてまたここで10点に跳ね上がります。両群間の平均値の差の検定をすると、妊娠初期には確かに有意の差がなくなります。産後1ヵ月目に、まあ許せるかなという程度の有意の差がやっと出てくるというのがデータでございます。

(表6)

GHQ SCORES OF RDC CASES & CONTROLS

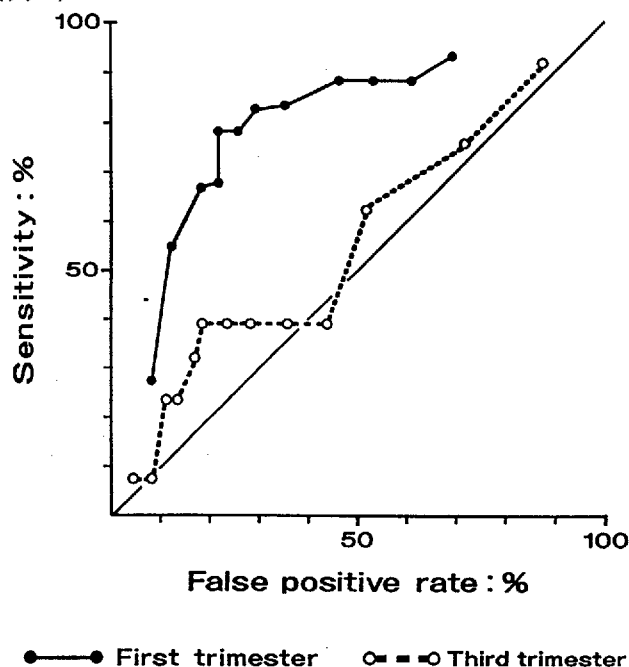
	First 1/3	Third 1/3	Postnat day 1	Postnat month 1
<b>Cases</b>				
N	18	13	18	16
mean	12.3	5.8	5.9	9.3
S.D.	5.7	6.5	5.1	7.3
<b>Non-cases</b>				
N	90	85	72	83
mean	6.2	4.2	4.7	4.7
S.D.	5.1	4.2	4.5	4.4
t	4.58	0.87	1.02	2.43
P	0.000	0.397	0.311	0.026

では、妊娠初期にあれだけ妥当な能力を示した GHQ が、妊娠後期にもう一回やると、なぜスクリーニングテストとしての能力が落ちてしまうのかということについて検討いたします (Kitamura, T., Toda, M. A., Sima, S. and Sugawara, M. (in press). Validity of the repeated GHQ among pregnant women; a study in a Japanese general hospital. International Journal of Psychiatry in Medicine)。ここでは妊娠初期と妊娠後期だけに注目して解析をいたしました。さっきと同じように、妊娠初期に RDC で case とされたのが18名、妊娠後

期では13名です。妊娠初期は GHQ に答えてくれたのが108名ですが、妊娠後期には、例えば転院してしまったとか、川崎からどこかほかの地域に転出したという方がおられて、ちょっと人数が減ってきております。Receiver operating curve(ROC)といいまして、縦軸に sensitivity をとり、横軸に false positive rate をとります。各点は cut-off point を切ります。cut-off point の切り方で sensitivity は先ほどのように変わります。False positive rate も変わります。左下の角からスタートしてまっすぐ上がって、100までぶっかって直角に曲がって右上の角へ行くという、こういうカーブになるべく近いものを示した Questionnaire は非常に妥当性の高い Questionnaire と言えます。ところが、対角線を走るのはほとんど使い物にならんとするというものです。

今回の GHQ のデータですが、first trimester で使ったときには結構こっちに近いんですね(表7)。先ほどと同じようにいいぞということがわかった。Third trimester では、こんな走り方をします。したがって先ほど言ったことは絵にしてもはっきりわかる。したがって、妊娠後期にはどの区分点をとっても決して妊娠初期の GHQ の妥当性を超える場所がないということが目でわかるわけです。これは先ほどの数値でわかることですが、目でみるとこういうことがわかります。

(表7)



ところで、先ほどちょっと触れましたように、この妊婦さんの中には妊娠初期には不健康だったが、妊娠後期には健康になっている方もいます。妊娠前期には

健康だったが、妊娠後期に不健康という方もいます。そこで、私たちは妊娠前期、後期ともに健康だった人を探したところ、73名おりました。また、妊娠前期、妊娠後期ともに不健康、つまり持続的に不健康だったという方が6名おりました。その人たちの妊娠前期及び妊娠後期のGHQの平均得点をみてみました。すると、妊娠前期にはcaseとnon-caseの間のGHQ得点の平均に有意の差が明らかにあり、妊娠後期にはそれに有意の差がなかった。ということは、可能性として二つ考えられます。つまり、一つの可能性は、健康な人が妊娠後期になると、質問に反応し出して、「あっ、そういえばそういう症状もある、ああいう症状もある」と言って、GHQのアイテムにsensitiveになってくる。もう一つはcase、即ち不健康だった方が2回、3回と繰り返すにつれて、アイテムに鈍感になる、反応しなくなることが考えられます。まず我々がみたのは、健康な人たち73名では、初回も2回目も健康だった人たちは、初回が6.1、妊娠後期が4.2点です。ちょっと下がってきています。

妊娠前期、妊娠後期とも不健康だった6名の方は、妊娠前期には10.2点という非常に高い値を示したのも、妊娠後期には4.2点という値に落ちてきています。したがって、我々がわかるのはcaseもnon-caseもGHQのアイテムには、いずれにせよ鈍感になってきている。特に不健康な人たちが鈍感になりやすいことがわかりました。

では、鈍感になるかもしれないものをどうすればいいかということですが、発表の順番と話の流れが逆で本当に申しわけないのですが、89年に我々が発表したデータがございます (Kitamura, T., Sugawara, M., Aoki, M. and Shima, S. (1989). Validity of the Japanese version of the GHQ among antenatal clinic attendants. *Psychological Medicine*, 19, 507-511)。これは妊娠初期についてだけ調査をしたものです。内容等については先ほどと全く同じですが、先ほどの解析に加えてこういうことをいたしました。それは、判別関数です。今回の場合には120名のお母さんたちのうち、妊娠初期に臨床上不健康だとされた人と健康とされた人、2群ありました。この2群を区分するのに30の項目を使いましたが、各項目ごとに判別できる、区別できる能力に差があるわけです。したがって能力の高いものには係数をつけましょう、もしある項目が陽性だとすれば、それに重みをつけてやりましょう、判別能力のないものは、極端な場合には計算から除外しましょう。その方が雑音

が少なくていいという重みづけであります。これを判別関数といいます、Wilks rhamdaを使った判別関数を行いました。そうすると、30項目あったうち、その項目が有意にRDCの健康、不健康の区別づけに貢献できていたという項目は13項目しかなかった。残りの17項目は精神的に健康か不健康かの判別に有意の貢献をしていなかったから、つまり質問する意味もなかったということになる。この12項目だけで済んだわけです。当然、それには貢献度の高いものもありますし、低いものもあります。それぞれに重みをつけた。そして、重みづけをした上での、つまりmodifyしたGHQ得点を出して、その結果を先ほどと同じようなsensitivity, specificityの値を出しました。

sensitivity, specificityだけをみて、あらためて判別関数による判別関数得点をみてみると、sensitivity, specificityとも0.8を超えて、もう0.9に近い。ですから、先ほどの生データでの点をとるよりも、判別関数でやった方がsensitivity, specificityともに高い値を示すという結果が得られたわけです。したがって、単なる加算をしてもだめで、判別に寄与の高い項目にはお駄賃をつける、寄与の低いものは除外すると、questionnaireの精度が上がるということがわかりました。なぜだかわかりませんが、GHQの判別関数に関する過去の諸外国のデータは、判別関数をやっても妥当性が上がらないという結果が多かったのです。判別関数で妥当性が上がるという結果を出したのは、実は我々が初めてでした。おそらくそれが論文が受理された理由ではないかと思えます。

先ほどGHQは各項目の選択肢が四つあると言いました。そして得点は、「0, 0, 1, 1」という、業界でGHQ scoringといわれている得点をするということを申し上げました。これがGoldbergの言った原法です。ところが、これではだめという意見があります。例えばGoodchildという人の、「0, 1, 1, 1」にせよという意見があります。よくよく考えてみると、考え方としては「0, 1, 1, 1」もあるし、「0, 0, 1, 1」もあるし、「0, 0, 0, 1」もあるわけです。どれが一番いいのかというのは、実はあまり検討されておりませんでした。私どもはその検討をいたしました (Kitamura, T., Shima, S., Toda, M. A. and Sugawara, M. (1993) Comparison of different scoring systems for the Japanese version of the General Health Questionnaire. *Psychopathology*, 26, 108-112)。表がかなり細かいので省略いたしますが、私どもがやったのは、健康

か不健康かを判別しよう。判別するためにこのアイテムについては、0, 1, 1, 1法の得点、0, 0, 1, 法の得点、0, 0, 0, 1法の得点、この三つの独立変数にするという、統計学的にはかなり問題があるような変法を使いました。ところが、ほとんどのアイテムに関して0, 0, 1, 1というのが一番強い判別能力を有していることが認められました。したがって、Goodchildの言っているような0, 1, 1, 1法の変法をやっても、少なくとも日本の妊婦さんの妊娠初期の健康・不健康の判別力を高めることはできないということがわかりました。もし新しい評価法をつくらずれば、複数のアイテムにできていて、各アイテムの選択肢が「はい」か「いいえ」ではなくて、少なくとも三つ以上の選択肢からなっているとすれば、その得点の仕方はLickertを使うべきなのか、GHQのような0, 0, 1, 1をするのか、あるいはGoodchild変法を使うのか、慎重な検討を十分すれば、妥当性を高める可能性は十分であろうというふうに私は信じております。

あと、細かいことは幾つかございますが、きょう私がぜひお話ししておきたかったことは以上でございますので、ここでとめさせていただきます。何かご意見、ご質問等がございましたら、よろしく願いいたします。

#### [討 論]

中野 ありがとうございます。ご討論をいただきたいと思っております。

先生のお話、後半はメジャー、物差しに関連したお話で締めくくり、前半は仮にその物差しをお使いになったときの、といいましょうか、psychiatric biologyといいましょうか、その結果を特に時系列のゆらぎでもってお示しになりましたね。この2点だったように思うのですが、ご討論ございませんでしょうか。

先月でしたか、たまたまクマール先生のところで班員の吉田敬子先生が出されたデータを討論していたら、そこにスタイン先生が通りかかれたので、スタイン先生のスケールの話で少しお伺いしてみたのです。きょうの最後にお示しになったような多変量解析によるアイテムと重みベクトルをもってきて、内積の総和でもって測定しようという思想、そういったものであるのかないのかとお伺いしたら、何となくそうでないような雰囲気スタイン先生のスケールから受けたのです。吉田先生、間違いないですか。

吉田 九州大学からは後でマタニティーブルーズのscoringの話をしていただくのですが、北村先生は

今、妊婦に焦点を合わせたお話でした。産後のブルーズについては、その件で私も北村先生に質問が二つあります。現在、スタインのマタニティーブルーズの診断基準を九州大学とロンドンと両方で使っています。スタインがブルーズのquestionnaireをつくる時に、GHQと比べて関連性が0.8ぐらい高いということを検討しています。一つは、今の北村先生のご発表にも関連しますが、スタインのブルーズの得点づけにGHQが使えるかどうか、もしそうなら、それと関連性が高いといわれているブルーズのscoringにどのような改良を加えたらよいのでしょうか。

二つ目は、スタインはブルーズの診断基準のcut-off pointを8点に設定しているのですが、それはGHQでいけば12点に相当するので、かなり高いのではないか。日本においては、ブルーズもpostnatal depressionも罹患率が西欧に比べて低いわけですから、もっとcut-off pointを低くしないといけないのでしょうか。その辺が問題になると思うのですが、教えてください。

北村 まず、後の話から私の意見を述べさせていただきますと、基本的なことは、自己記入式の調査票が陽性になったから病気にならないといけないということではないんです。まず最初に病的状態があり、それを同定するのが自己記入式の調査票です。したがって、区分点をどこにするかという議論は、当然、対象とすべき病態があるかないかをまず同定した上で、それが決まってから初めて区分点をどこに決めるかという議論であろうと私は思います。

第2に、GHQの区分点を12点、13点にするかという問題ですが、GHQ本来の目的は重症度判定ではありませんで、得点が高ければ高いほど、それが目的としている精神状態、あるいは行動様式を測っている可能性が高いという、つまりprobabilityが上がるということであって、severityが上がるということでは決まてない。世界にはGHQの得点とseverityの間に有意の相関があったという形で論を進めている研究者はいますが、私は反対でして、それを証明できるようなデータは今までお目にかかったことがありません。また、これは3番目のことになるのですが、精神状態の重症度というのは、これはこれですごい専門領域に入ってきて、一概にGHQの得点が高かったから重症だと言われてはちゃんちゃらおかしいという気持ちがあります。

それから、最初の問題点で、産後のGHQが使えないかどうかということ。私の説明が多少誤解を招いた



かと思うのですが、一言でいうとこういうことです。どのような自己記入式のものでも、初回使ったときに幾ら妥当性が高くても、2回、3回とリピートして使うと妥当性は鈍ってくる可能性がある。これはちょっと不思議に思いましたので、幾つか調べてみました。そうすると、例えばGHQについても3桁以上の対象者のデータを持っているオーストラリアの Scott Henderson のデータがありますし、子供の Beck の BDI のデータについては、たしかスタンフォードの Nolen-Heksema が去年の“Abnormal Psychology”に出しているデータがあるのですが、いずれも長期間にわたって多数例の被験者を、例えば3ヵ月とか半年置きに特定の調査票で繰り返し調査をすると、病態の上では変化はないはずなのに、もし高得点が病態を表すとすれば——GHQ や Beck は高得点が病態を表すのですが——初回から次第に落ちていきます。例えばオーストラリアのキャンベラの1000人の一般人口が、初回は非常に神経症の率が高くて、3ヵ月たったら落ちて、それからどんどん落ちていくということは、ごく普通の精神科疫学の常識では考えられないことなんです。何が考えられるかということ、さっき私が示したように、そのGHQに対する反応の仕方が初回と2回目、2回目と3回目が変わってくるということではないか。したがって、もしquestionnaireを使うのであれば、どうぞ1回お使いください。しかし、もう二度と使うなというのが、私のデータのメッセージであろう。二つ目のメッセージは、Goldberg のGHQ 原法では、4/5点でcut-offをとれと言いました。私どものデータでは7/8点がベストの区分点だということがわかりました。今まで、過去のGHQの世界じゅうの妥当性検討を知る限り全部調べましたが、発表者によってまちまちです。同じ研究者でも対象をかえることによって変わります。つまり、今回は我々は妊婦を使いました。一般の学生ですとこの値は変わります。年寄りはどうだろうか、変わるでしょう。40代、50代の男性でやっても変わる可能性はあります。同じ妊婦さんでも川崎ではこのデータでしたが、岡山に行ったらどうなるか、それはわかりません。むしろ妥当性が変わる、つまり区分点が変わるであろうというのが、おそらく、正直にこういった領域の研究をやっている人の今のコンセンサスであろうと思います。したがって、もし日本国内でGHQの区分点を7/8点にしろというような論文があったら、私は大反対をします。おやりになるのであれば、研究しようとするその特定の母集団——特定の教育訓練を受け、特定の文化背景

があり、日本語の理解が特定であり、そしてある特定の病態を多く持つであろうと思われる、その母集団について妥当性検討を行い、そこで optimal cut-off point を決め、それを使ってから研究なさるのであったら結構ですが、川崎でやったデータをそのまま九州大学でやられるようなことは、それはどうぞおやめください。そんな危険極まりないことはおやめくださいということを申し上げたいと思います。

私は専門でないからわからないのですが、以前、ほかの論文で血中コルチゾールの濃度の施設間の差をみたら、めちゃうちゃ違うんですね。同じ検体を持って行って、四つ五つの施設でコルチゾールを測ると、絶対値はめちゃうちゃに変わるんだそうです。しかし唯一コルチゾールについて言えることは、一つの施設での信頼度は高い。同じ血液を同じ施設で2回測れば、その相関係数は0.9幾つになるわけです。そして、一つのところでの calibration というか、傾きですね——つまり、一つのところでコルチゾールが低いとされた患者と高いとされた患者は、どこにもっていったって、その高低が逆転することはないんです。しかしコルチゾールの絶対値で、あの施設のラボとこっちの施設のラボを比べるのは乱暴だというのが欧文の論文に出ておりました。おそらく、我々が使う自記式もそういう運命を持っているだろうと私は思っております。

中野 ほかに、どなたかご意見、ご質問をお持ちの方はいらっしやいませんか。精神医学者のグループの岡野先生、山下先生、いかがですか。

岡野 今、マタニティーブルーズの評価でちょっとお話が出ましたが、実際、外的基準をきちっと用いて、マタニティーブルーズの病態に近い評価をする。その上で、スケールを考えるというお話がございましたね。今までは、Stein とか Kennerly のスケールはそういう点は十分でなかったと思うのです。“British Journal of Psychiatry”という雑誌のインプレスの論文を最近見せていただいたのです。Glover という、ロンドン大学の産婦人科研究所の psychiatrist が、単なる今までのスケールを使うのではなくて、新しく、先ほど先生がお示しになった SADS,RDC のクライテリアを用いてあるいは comprehensive psychopathological rating scale を用いて、マタニティーブルーズの実態をもっと細かくみようという論文を出しています。これからも、こういう形で細かく病態を把握していく必要があるのじゃないかと思いましたが、ちょっと追加させてもらいました。

中野 ありがとうございます、北村先生、今みたいなご意見は……。

北村 当然だと思います。私はきょう instrument はどうかという話をしましたが、外的基準の方は何でもいいわけではないのです。マタニティーブルーズであれマタニティーピンクスであれ、特定の病態だと定義するためには、少なくとも四つないし五つの基準をクリアしなければいけないというのが、現在精神科診断学の常識になっております。その四つ五つの基準とは何かというと、まず症状が本当に集まっているのか。つまり cluster とか因子分析で集まってくれているのかどうかという点が一つ。第2に、経過を追って、全然別の病気になると困るわけですね、経過を追ってもその病態は続く。つまり、何か特定の病気の前駆症状だったということで診断基準としては認められないというのが一つ。3番目には遺伝負因ですね。もし遺伝があるとすれば、家族集積性があるはずだという問題があります。4番目には検査所見。例えばうつ病であれば DST が陽性になるというような、検査所見で診断、もしくは病態を説明できるものがあるか。5番目には、当然それに乗っかるわけですが、特定の治療反応性があるか。どんな薬でも効くか、ほかの病気と同じ薬が効いて全然区別ができないようだ困りますから、できれば特定の治療法が対応できるかという、この五つのうち、少なくとも三つか四つは満たしていなければ診断基準、診断概念としては使えないというのが現在の常識だと思います。したがって、もしブルーズの定義をするとすれば、そこら辺の調査研究が必要なのかなというふうに思っています。

中野 決して debate というわけじゃありませんが……。Nonparametric といいますか、ただいまのような外的基準を持たない解析法も解析の方法としてはあるわけです。そこにあってマタニティーブルーズの clinical entity をなしているわけでもないし、精神病的特定が行われているわけでもない、しかし、そういったものを集団として持っていきこうというのは、行政研究上の意味はあるのですね。そうした場合、external criteria というものを探ることができて、そして妥当性を見つけるというような方法がありまじょうか。

北村 あると思います。ブルーズの定義というのは、あれは調べる人によって千差万別ですね。調子が高くなるものまでブルーズに入れる研究者もいます。たしか Stein 自身が review を出していますが、あれによっても定義はさまざまです。我々は既に cluster 分析と

か、因子分析とか、潜在構造分析とかいうテクニックを持っていますから、それで症状を固定することができます。

第2に、1日、2日で終わってしまうブルーズもありますし、10日、1ヵ月と長く続くものもあります。もし cluster である一定のものがわかって、その cluster を呈した妊婦さんたちは、少なくとも1ヵ月は持続することが示されれば臨床単位と考える事も可能です。

第3に、ブルーズというのは1回目の妊娠、2回目の妊娠で、また繰り返す可能性もありますし、親がブルーズだったということを確認できれば、ある程度の遺伝性を決定することはできます。今、軽症感情障害の遺伝というのはかなり話題になっておりますので、おそらく出てくるであろうと私は思います。

また、病態生理はわからなかったにしても、治療法で特定の治療が功を奏するのか、三環系抗うつ薬が功を奏するのか、あるいは特定の認知療法が功を奏するのか、もしそういうものがそれとくっつけば、我々となればさらに強いまとまりとして強調できるのではないかと考えております。

中野 大いに encourage していただいて、ありがとうございます。

先生に拍手でお礼を申し上げます。ありがとうございました。(拍手)

中野 続いて、きょうの特別講演の第2席、神戸大学医学部附属病院看護部長の新道先生のお話を承りたいと思います。

「妊産褥婦の心理的問題とケア」と題するお話でございまして、母性の育成、あるいは母性看護といった視点での長年のご経験を本日ご披露いただけるものと楽しみにしています。どうぞ先生、よろしく願いいたします。

## 基調講演

### II. 妊産褥婦の心理的問題とケア

神戸大学医学部附属病院看護部長  
新道幸恵 先生

今、北村先生の迫力あるお話をお聞きしていますうちに、何かとても場違いなところに来たような気後れがしておりますが、一応、用意してきた内容をお話しさせていただこうと思っております。

私のきょうの表題は「心理的問題とケア」というふうにいたしました。今、ご紹介いただきましたよう

に、母性の形成発展ということで何年間か取り組んだ研究をもとにいたしまして、妊産婦の心理的な問題の背景——妊娠することによって母親になることの準備や、母親にならなければいけない、役割を担わなければならないというところから、心理的な問題が発生しやすいという視点で少しお話をさせていただこうと思っております。

今からお話する内容は、ご専門の方ばかりのお集まりですので、あえていうところもあるかと思いますが、先ほど申し上げましたように、用意してきた内容をお話しさせていただきます。

〔表1〕これは、ホームズという方が作成した、ストレスの点数ということでよく使われているものです。配偶者の死を100点とした場合に、妊娠は40点のストレスに値する。これは全部で42項目ありますが、妊娠、分娩、産褥期において妊産婦が経験しやすい出来事だけを取り出して挙げてみました。

「妊娠」：40点、「家族に新しいメンバーが加わる」：39点——これは赤ちゃんが生まれるというふうに読みかえればいいと思います。「息子が娘が家を去る」：29点——これは妊娠した場合に、まだ前の家族との分離ができていないと、このことが大変問題になるケースが最近は多くなっているのではないかと思います、ここに載せてみました。「妻が仕事を始めるか、やめる」：26点——これは自分が愛着を持って続けた仕事を妊娠によってやめなければならないということが、心理的な問題発生の背景にかなりあるように思いますので、取り上げてみました。個人的な出来事として、「住居をかえる」：20点、「睡眠や習慣上の大きな変化」：16点——妊娠すると食習慣を変えるように言われたり、自然に変わるという部分がありますが、その辺のところを取り上げてみました。それから「解雇されている状態」：47点——これは仕事という項目があって、もし配偶者がそういう状態であったならばというところで少し関係してくるかと思います。「財政状態の大きな変化」：38点、こういうものが挙げられております。

〔図1〕妊娠することによって、どういうストレスのある出来事があるかということを示しています。

まず、心理的な因子の中では「情緒的な因子」と「認知に関すること」「心理・社会的に関すること」というふうに分けてあります。

まず、母親になることに対して大変不安がある。夫がそれにどう反応するかということや、医師や助産婦や看護婦などの医療従事者がどう反応するか。医療処

置に対する知識の不足。初めての経験で大変不安がある。これに加えて、性格的な因子で、内向的か外向的かということによって心理的問題が起きるか起きないかということが関わってくると思います。

「認知に関すること」というのは、妊娠して母親になることの準備として、妊娠についての知識を持ったり、期待を持ったりする。特にボディイメージの変化——自分の体がだんだん変わるということに対して肯定的な受けとめもありますが、妊娠の受容との関係で、自分の体が変わるということをまだ受けとめられずにストレスになる人もあります。

次に、サポートシステム。特に最近では核家族が多くなって、親が周辺にいても娘の妊娠や出産のサポートができる親が少なくなったということで、支援システムがないということがストレスのある出来事につながる可能性があります。

次に、行動的因子。その人が日常生活に持っているいろんな出来事、あるいは身体的な要因としては、妊娠初期のマイナートラブルや、妊娠が進むに従って産科的な合併症とそのほかの病気が起こることともストレスのある出来事と言えるかと思えます。本人がどう受けとめるかによってそれがストレスになって、心理的な問題を発生するかしないかということになる。それをそのままクリアする人と、かなり重大に受けとめる人と、いろいろあるだろうと思いますが、物事の受けとめ方も、その人が持っている周辺のサポートシステムによって、その人の傾向によって反応もいろいろ違うと思いますが、妊娠中にはそういうことが考えられるということです。

〔図2〕は分娩中のストレスについて説明したものです。一番問題になる「分娩に対する不安」というのは、痛みに対する不安ということと、もう一つは、痛みや分娩のストレスに対してどう振る舞うかという、自分自身をコントロールできる状態であるかどうかという不安、別の言い方をすれば、「喪失体験」という表現ができるかもしれませんがねそれがかなり心理的な問題を発生しやすい要因になると思います。

分娩の体験は、産痛や不安があり、心理的な問題が発生しやすい状況を持っていますが、その中でも自分自身がどう振る舞えるかということ、予期以上の産痛と不安を経験し、自己期待に反した振る舞いをした場合には、心理的喪失感が大きく問題発生につながりやすいことを示しております、それらの出来事を受けたときの反応として、「不安」「失望」「興奮」「怒り」等がみられることがあります。

[表2] 妊娠するという事は母親になることを意味しますが、初期においては母親になるという自覚の前に、本人自身が一人女性として、また妻として、主婦として、いわゆる社会人として活動している中で、仕事が軌道に乗り、それなりに意味を持って生活している場合には、妊娠を待ち望んでいても、中には、妊娠とわかったときにそれらを失わなければいけないというショックを感じてしまう方がいるようです。ちょうどその時期が妊娠初期のマイナートラブルの発生する時期、頻尿だとか悪阻などの身体的な違和感のある時期に重なった場合、より落ち込みやすい状態になるのではないかと思います。それを別の観点から見たときに、一つの「対象喪失体験」ということも言えるかと思ひまして、この表をお出ししました。これは慶応大学精神科の小此木先生の『対象喪失』という本の中でおまとめになりましたことを、妊娠・分娩・産褥期の体験に照らして言いかえたものです。これには異常妊娠・分娩等を入れておりますが、正常な妊娠・分娩においても、自分の愛着を持っていた仕事や趣味をあきらめなければならない。妊娠をとるのか、それをあきらめるのかという葛藤が妊娠初期にかなりある。妊娠を受けとめていない人の中には、周囲が期待して妊娠をさせられてしまったことをまだ悩んでいて、悪阻がひどくなったというケースに出会ったこともあります。また、先ほどのストレスのある出来事の中に挙がっていたように、退職とか趣味の中断、それに住居の移転はサポートシステムがなくなるという意味合いも含めて、かなり喪失感を与えるものだと思います。

次は、分娩中の自己コントロールの喪失ということです。今はこんなことを言う人は少なくなったと思いますが、「女がお産をするのは棺桶の中に足を入れるに等しい」とか、「障子の棧が見えなくなるまで痛くならないとお産は終わらないものだ」とか、「お産の最中に声を出すのは恥ずかしいこと」などと言われてお産に臨んだ場合、自分が周囲の期待にこたえるように、女として一人前と言われるようなお産をしたいという望みのある場合には、分娩経過の中で声を上げたり、暴れたという体験があると、自己コントロールの喪失ということで、かなり後々まで残るようなショックを受けることもあるようです。

次は、分娩能力の喪失。会陰切開術とか吸引分娩とか、いきなりそういう処置が行われた場合に、自分でお産をする能力がなかったのだという喪失感の中で、かなり長く苦しんでいることがあります。また、帝王切開分娩も、体の完全性の喪失に匹敵すると思ひます

が、帝王切開分娩をした人の中には、傷の痛み以外にそういう喪失感による苦しみを抱えている方に出会うことがあります。

[表3] これはお産の体験を産婦が表出したものです。私たちが何気なしに言っていた言葉が、その後ずっとわだかまりになっていることがあります。例えば縫合のときに「筋肉が硬くなるからリラックスしなさい」と言われたことが、一番嫌な場面できつい言葉だった。内診時、「痛みが来ると縮まるわね」と助産婦がつぶやいたこと。前回のお産のときに、お小水が沢山出てしまって助産婦さんからそのことを言われて恥づかしかったこと。いきんではいけないと言われていきんできましたということ。一人でほうりっぱなしにされたこと等々がわだかまりになっています。

私が臨床の中で体験したことですが、助産婦さんから正常産だったという申し送りがあったケースで、朝から布団をかぶって全然顔を出そうとしない、だれとも話をしようとする気配がなかった。その褥婦にはしばらくしてお産の話を30分ぐらいした後、今度はとても爽やかな顔つきになった。その顔つきになったプロセスの中で何をしたか。ただひたすらに本人のお産のときの体験——内容はここに書かれたようなことですが、そういうことを人に聞いてもらうことで自分で気持ちを鎮めて、その後の生活に積極的になったというケースもあります。

[表4] 喪失体験の中の一つで、分娩中の自己コントロールの喪失について産婦自身が語った中で、「声を出してしまった」、「自分が我慢できない状態を表出してしまった」ということで、かなりダメージを受けているという内容を示したものです。妊娠をして、母親になるという気持ちを固めるまで——計画出産であっても、マイナートラブルがおさまって、胎動等で妊娠の実感が感じられるようになるまで、かなり喪失体験による悩みの時を経験することが多いようで、その前後にどのようなサポートがあるかによって、その悩みを深めたり、クリアしたりという経験をしているようです。子供が生き生きと自分のおなかの中で育つことを確かめられるようになって自分で母親としての気持ちをかため、前向きにその準備に取り組む母親が比較的多いのではないかと思います。その一方で、今度は母親としての役割を引き受けるための準備と、実際に母親の役割を引き受ける前にお産という苦痛体験を経験しなければならない不安や恐怖が、妊娠中の心理的な問題を悪化させる要因ではないかと思ひます。

先ほど北村先生から14~15%が新たにうつ状態に

なるというお話がありました。そういう体験の中でうつ状態になっていくこともあるのではないかと、ということが早期発見されて、事前のサポートがないということで落ち込んでいくこともあるのではないかと、思います。

私がケース・スタディの中で間接的に経験した事例ですが、ある英語の先生で、小さいときからとても可愛がられて育ち、本人も大学の英語の教師としてとても有能だと思っていたのですが、悪阻がひどくなったので、周囲から赤ちゃんのために学校をやめなさいと言われてやめた。やめた後はお母さんにかしづいてもらって、お風呂でシャワーを浴びるのもお母さんに手伝ってもらっていた。そしてお産は惨憺たるもので、お産後2日目に発病したケースがありました。その方は、分娩の最中に助産婦に「私は有能で、今まで何一つできないことはなかったのに、妊娠してから私の思いどおりにならないことばかりだ」ということを話しておられたとの事です。精神科の先生方がいろいろな背景による診断をされると思いますが、そういうケースもケアのあり方によっては予防ができる可能性もあるのではないかと、思っています。

〔表5〕 妊産婦の心理的な問題に着目したケアとしては、母性意識の形成発展を促すようなケアと、母親役割が順調に取得できるようなケア、そして妊娠の各時期に応じた心身の苦痛の緩和を図ることを目標にしながら、親役割の準備教育をする。次に、分娩教育—分娩の苦痛感を自分自身でどのようにコントロールしていけばいいのかということ、技術を身につけさせながら行う。これはラマーズ法等で積極的に行われていますが、そういうことを段階的に行う。もう一つは親役割の準備教育です。これは典型的な母親学級等で行われていますが、最近のお母さん方は大変学歴が高く知識も豊富です。お産に対する雑誌も沢山出ておりまして、2～3冊は読んでいて、俗に言えば母親学級の「はしご」をしているようなお母さん方もいて、知識はかなり持っていらっしゃるのですが、その知識を自分自身の親としての行動の中に役に立たせることができない方々がある。それは直接的体験がない上に、自分自身のために役に立てるように組み立てられないというところがあります。そういう現状を考えますと、今後は正確な知識をその人に合うように持ってもらうアプローチが必要になってくるのではないかと。母親学級のような知識伝達型の保健指導よりも、少しカウンセリング的な要素も取り入れたQ&Aの親役割の準備教育が必要になっている時代ではないかと思えます。

また、喪失体験等の状況がみえたお母様方には「受けとめ」と「傾聴」を主としたケアが必要かと思えます。

先ほどのお産のときの表出体験は、お産のときどんなに辛かったのかということ、ただひたすら話してもらったプロセスの中で収集された情報です。分娩中の苦痛体験を産褥早期に話す、だれか熱心に耳を傾けて聞いてもらう人があることで、そのわだかまりから開放されて、親として積極的に子供にアプローチすることができるようになる。これは私と一緒に本を書いている和田さんの一つの研究の成果なんです。私も実践活動の中でこのことを活用してみました。かなり効果があるように思えます。自分の気持ちを表出させる、ただひたすら表出できるように、「受けとめ」と「傾聴」というサポートが役に立つのではないかと、思っております。

次に、サポートネットワークの形成。これは最近、特に子供の世話とか、子供と一緒に遊ぶ経験がなく親となる人たちに対するケアとして大変重要だろうと思えます。それともう一つ、最近のお母さん方の中で気になることは、とても甘やかされて育った、大切に育てられて、我慢をする経験をあまりしないで親になる人が多くなったことによる問題の顕在化とも言いましょうか、妊娠ということの中で起こった出来事への対応策、coping能力がなくなってきている。そのために妊娠や分娩中の困難な出来事をクリアするためのサポートネットワークが意図的につくられる必要が出てきているんじゃないかと思えます。

私は長年、「母性意識」という視点で母親をみてきましたが、母親が成長し得ない理由、それと母親が問題を起こすこと背景に、父親の未熟さというものもあるようです。最近、母親と父親を同時にみていかないといけないんじゃないか。例えばちょっと極端な例になりますが、先天異常のベビーを産んだお母さんには父親がサポートしてもらわなきゃいけないのですが、医師は父親に「母親がまだショックの大きい時期なので、あなただけにお知らせします」とムンテラされるのですが、そのようにムンテラされた父親がすごくショックを受けて、母親に会うことができなかつたり、その混乱を母親にもろに見せてしまうというケースが出てくる、いわゆる父親の未熟性が問題になっている時代ではないかと思えます。そういうことから「家族ケア」ということがとても大切だと思います。この「家族ケア」というのは、いわゆる家族の力量のバランスを専門家が判断して、父親が未熟だとわかった場合には、やはり父親の未熟性をサポートするよう

な援助をし、そして母親と一緒に育児ができる父親に育てていく、サポートしていくというアプローチかと思ひます。

もう一つは専門家の支援システムの形成ということで、心理的な問題を発生しやすい人たちを、専門家が継続的にそれぞれの立場で支援していくということが必要かと思ひます。そういう意味で、問題が起こったときに電話相談を利用するというケースもありますが、これは一時的な解決にはなるけれど、それだけで終わってしまつて、それほど大きな解決にはつながらない。電話相談をする人は常連さんになってしまうということは、それほど解決策になり得ていないのではないか。やはり自分が問題を解決できるような力量を育てていかなければいけないのではないか。そういう力量を育てるための支援システムをつくるのが、サポートネットワークの形成の中で重要であろうと思ひます。

もう一つは、「仲間づくり」がサポートネットワーク形成の中で大切ではないか。それが本人たちの力量を形成するための直接的なアプローチとして役に立つのではないかと思ひます。保健指導や個別指導、母親学級のような知識伝達を主とするアプローチはインテリジェンスの高い方々にはそれほど役に立たなくて、むしろカウンセリング的な、自分の直接的な体験を中に入れ込みながら周囲の人たちと親として育てていく

ような機会をつくっていくという援助の仕方、これを私は「仲間づくり」と呼んでいるわけですが、そういう援助の仕方が必要なのではないかと思ひます。

例えば、マタニティースウィミングに行くお母さん方というのは比較的生き生きとしていらっしゃるんです。私は、マタニティースウィミングに参加していらっしゃるお母さん方の多いクリニックに研究のために出入りしていた時期があるのですが、その方たちは自分の仲間のお産を、いわゆる外来にいる私たち専門家が知る以前にキャッチしている。なぜだろうと思ひましたら、スウィミング中にお友達になって、その方たちがお産をして歩行開始になったら、いち早く仲間たちに電話で自分のお産の状態をリアルに話しているのです。いわゆるスウィミングスクールがそのままマタニティサロンのような形になって、お互いがお産の体験を話し合い、育児の体験も支え合うという、大変よいサポートシステムになっているのを目の当たりにしたことがあります。そういう機会を、スウィミングということを通じなくても、仲間づくりが普通にできるような場を専門家が妊娠初期から提供して、そういうきっかけをつくるというサポートも今後必要になるのではないかと考えております。

少し舌足らずな内容になりましたが、以上で私の話は終わりにさせていただきます。

表1 生活変化単位  
(生活的再適応評価尺度によって測定)

生活変換事項	値
家族：配偶者の死	100
妊娠	40
家族に新しいメンバーが加わる	39
息子が娘が家を去る	29
妻が仕事を始めるかやめる	26
個人：住居を変える	20
睡眠の習慣上の大きな変化	16
食習慣上の大きな変化	15
仕事：解雇されている状態	47
財政：財政状態の大きな変化	38

(計 42項目)

(注)D. A. ベイカル著、岡堂哲雄監訳：病気と痛みの心理学、新曜社、1983年のP. 99の妻3-1を引用

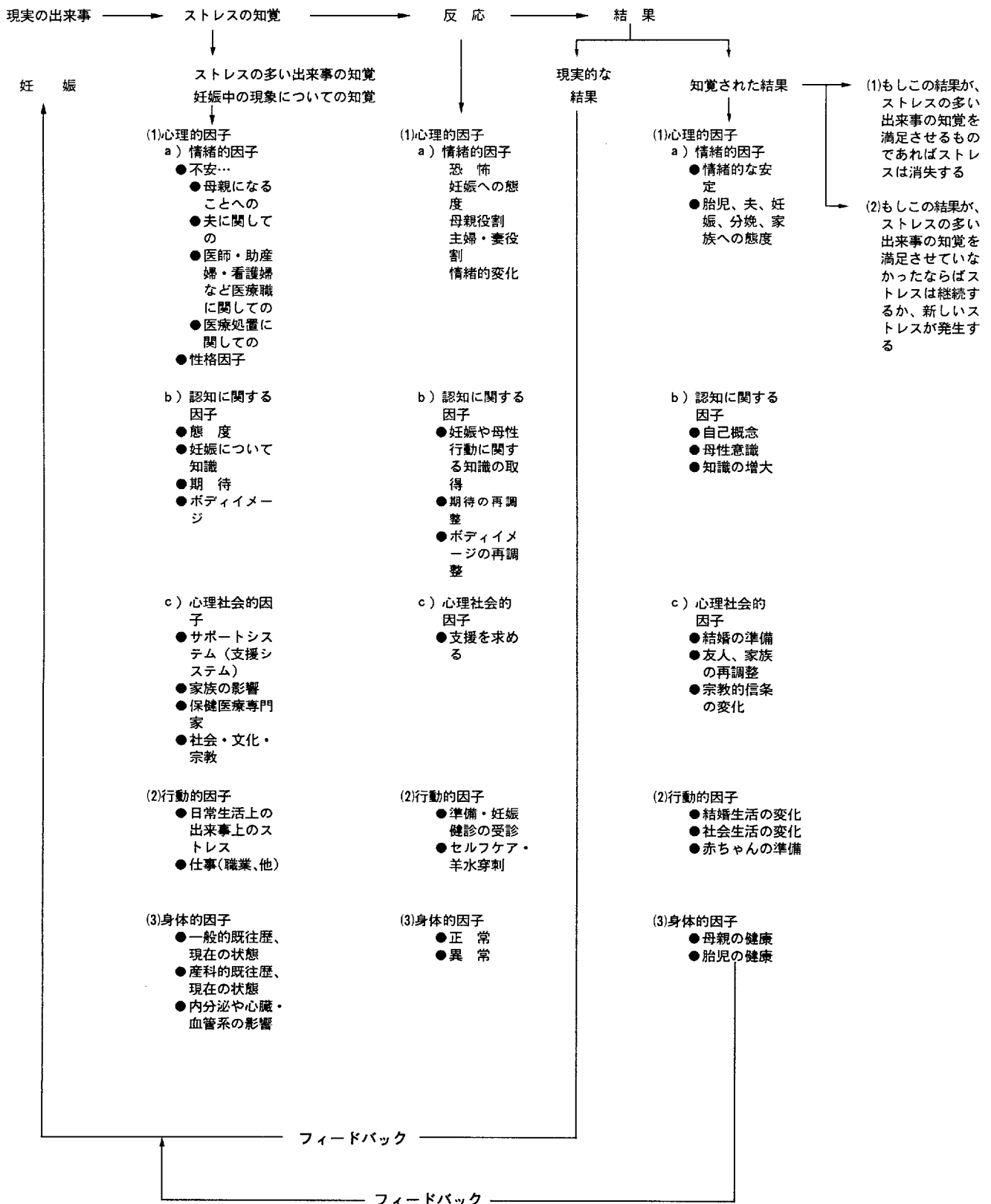


図1 妊娠中の心身・社会的諸側面の相関のメカニズム<sup>1)</sup>

母性の心理社会的側面と看護ケア

医学書院 P.10 1990年

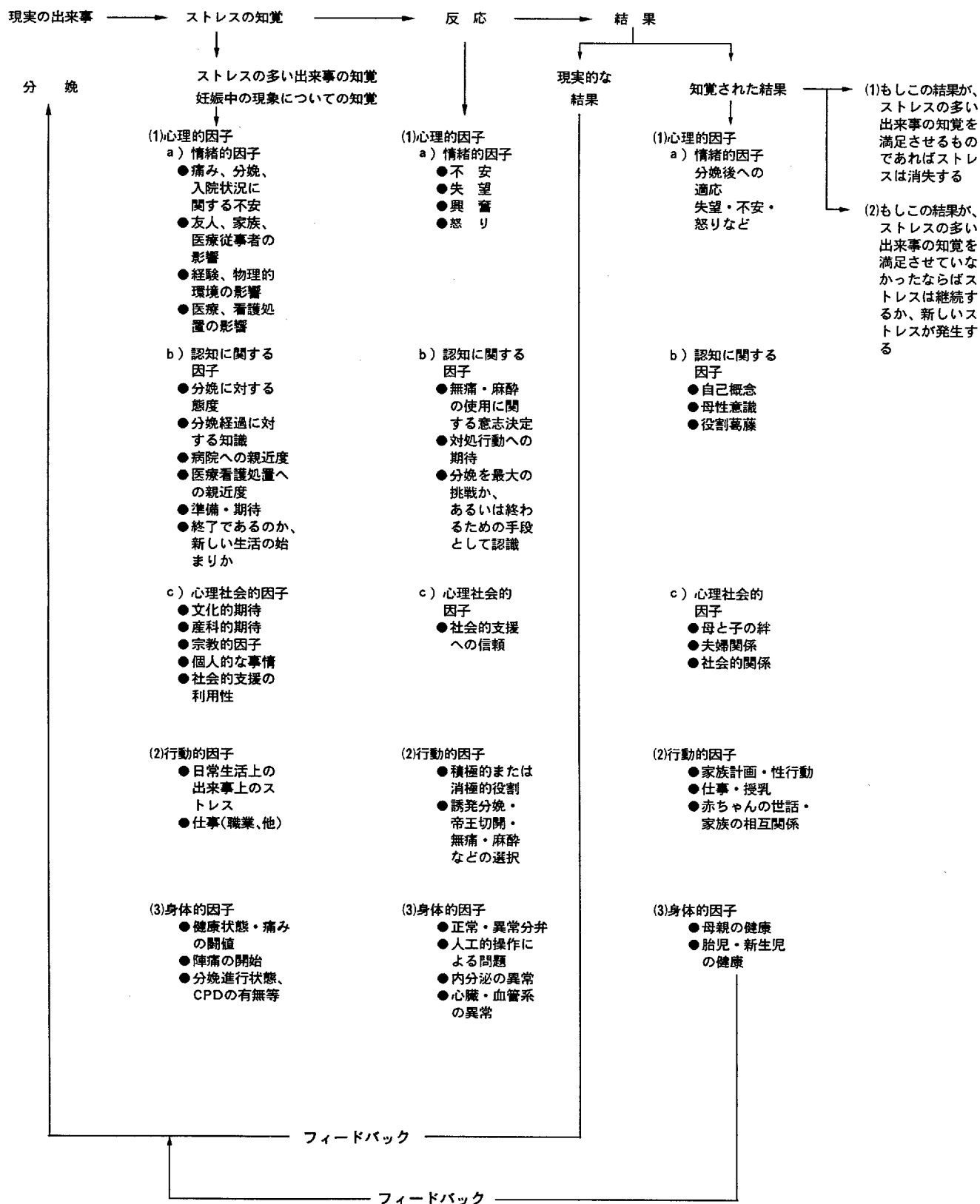


図2 分娩中の心身・社会的諸側面の相関のメカニズム<sup>2)</sup>

母性の心理社会的側面と看護ケア

医学書院 P.11 1990年



表2 妊娠・分娩・産褥期の対象喪失体験

1. 愛情・依存の対象の死や別離	: 流産、早期産、死産による胎児、新生児の死
2. 住みなれた環境や地位、役割、故郷などからの別れ	
① 親しい一体感をもった人物の喪失	: 妊娠期や分娩期における退職、趣味の中断、住居の移転
② 自己を一体化させていた環境の喪失	: 妊娠期の住居の移転
③ 環境に適応するための役割や様式の喪失	: 妊娠期や分娩期における退職、趣味の中断
3. 自分の誇りや理想、所有物の意味をもつような対象の喪失	
① アイデンティティの喪失	: 理想や期待の喪失（先天異常児の出産）
② 自己の所有物の喪失	: 分娩中の自己コントロールの喪失（自然分娩） 分娩（娩出）能力の喪失（帝王切開分娩、会陰切開術、吸引分娩ほか）
③ 身体的自己の喪失	: 身体の完全性の喪失（帝王切開分娩）

母性の心理社会的側面と看護ケア

医学書院 P.47 1990年

表3 出産過程におけるわだかまりの例

産歴		事象	産婦の表出内容
初産	事例 13		縫合のリラックスしないと筋肉が硬くなるから、とされたことかいちばん嫌な場面で、きつい言葉だった。
	事例 33		内診時、「痛みがくるとちぢまるわね」と言われた。(子宮外所見)
経産	事例 2		①前回、いきみのとき、お小水がたくさん出てしまった。助産婦さんから、前ではなくて後ろのほうにいきむように言われて、恥ずかしかった。 ②「いきんではいけない」と娩出期に叱られた。
	事例 14		①お産になるまで、一度も来てくれず、いらいらした分娩室の責任者がいて、叱られてばかりだった。二度とそこでお産をしたくなかった。 ②「この人は我慢強い人だから、麻酔はいらないわよ」と縫合のとき言われた。
	事例 27		①発露の際に「いきんじゃだめ、！」と言われたが、いきんでしまったので失敗感がある。 ②内診時、「ちょっと硬いわ」と言われたことで、自分の子宮口が普通でないという印象を受けた。
	事例 36		前の病院で、一人にされ、ほうりっぱなしになった。

表4 出産体験に対する制御喪失、感情表出に起因する事象

産歴		事象	産婦の表出内容
初産	事例 10		助けて、もういや、点滴止めて、と声を出したことが、恥ずかしかった。(誘導および吸引分娩)
	事例 11		助けて、もうだめ……と1~2回もらったこと(小さい声)、我慢できなかったことが情けないという失敗感(点滴による促進分娩)
	事例 18		騒ぐまいと思っていたのに、もうだめた、やめてほしい、と言ったことで、失敗感がある。(吸引分娩)
	事例 33		外子宮口全開大前に腹圧がかかり、うめき声が出てしまったこと。どうして私だけが弱虫なの。お願い、もうだめ、もう許して、と騒いだことが、すごく恥ずかしい。(点滴による促進分娩)
経産	事例 1		陣痛発来時、声を出してしまったこと。前回のお産のとき、「まあ、あなたなんという声を出すんですか、」と言われ、気になっていたので、分娩終了後、「私はやっぱり取り乱しましたね」と失敗感を表出した。(誘導分娩)
	事例 2		陣痛発来時、声を出したこと、早く、早くして、と言ひ、私は我慢がないから……。弱虫だから……。分娩終了後、みっともなく、と言う。
	事例 6		大きな声を出しちゃって……と失敗感を表出
	事例 31		分娩終了後、喉がからからになっていたの、騒いだと思ひ恥ずかしかった。分娩台での自分の顔が気になる。声を出したこと、いきみをコントロールできなかったことに、ひっかかりを感じている。
	事例 36		前回の分娩経過に、いきみがこないことが、似ていたこと、自分が思うようにならなかったことで怒りの感情がこみあげ、腹がたった。期待に応えられなかったのかナァ。十分に力を出し切れないところがあったのではないかと、申しわけない。

母性の心理社会的側面と看護ケア  
 医学書院 P.59 1990年

表5 妊産婦の心理的問題に対するケア

目 標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 母性意識の形成発展</li> <li>2. 母性役割取得</li> <li>3. 妊婦時期の心身の苦痛緩和</li> </ol>
援 助	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 親役割の準備教育</li> <li>2. 分娩準備教育</li> <li>3. 受け止めと傾聴</li> <li>4. サポートネットワークの形成                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族ケア</li> <li>・専門家の支援システムの形成</li> </ul> </li> </ol>

[ 討 論 ]

中野 ありがとうございます

最後に、結論として体系的におまとめいただいて理解を深めることができました。

ご討議をお願いしたいと思います。ご質問とかご意見、ごさいませんでしょうか。具体的な精神面支援のお話もございましたが、分担している方がいらっしやると思います。いかがでしょうか。

吉田先生、たびたび恐縮ですが、サポートシステムとして、ロンドンの「なかよし会」という例がありましたね。それを少し、記録に残る言葉として追加をお願いしたいと思います……。

今、新道先生のお話の social system の点で、孤立した日本人社会の中でお互いが助け合うという一つのモデルをつくっていらっしやるので、簡単に紹介していただけますか。

吉田 ロンドンには、推定4万人ぐらいの日本人—主として企業員と家族—がいます。ロンドンの日本大使館に、1993年10月から1994年10月までの1年間に455人の出生届がありました。つまりロンドンは大きな日本人コミュニティがあるのです。「なかよし会」というのは、もともとはイギリス人のボランティアがある一人の日本人の母親をサポートしたことから始まりました。“National Child Birth Trust”がバックアップしています。幼子を抱えた日本人の母親が孤立した状態で、自殺と思われる悲しい顛末がありまして、それがきっかけで、日系企業に勤めていた英国人で親日家の Kay Wong さんという方が、日本人企業の奥さんで、岡田さんという方と2人で1990年の秋に始めました。まだ日は浅いのですが、精力的な活動のため、現在では会員は160家族に増え、幼い子供を持つ母親、これから子供を持つ妊婦さんたちのよりどころとなっています。

英国では特に最初のお産の方が多い——初めてのお産を外国でするということで、妊娠、出産を通じて、あるいはその後の子育てを通じてネットワークをつくるのです。その「なかよし会」の仕事の一環として、イギリスはコミュニティ活動が発達しているので、その地域に入り込む形で、妊婦を対象に日英対訳の『マタニティーパック』という出産準備ガイドブックを出しています。お産をする場所も、関わり合う助産婦さんも英国人ですから、英語が一言もわからないお母さんでも、その項目を指せばミッドワイフにもある程度のこと通じるようになっていきます。この本は日本の新聞でもかなり取り上げられてきましたし、今までに

発表された「なかよし会」のネットワークづくりの資料は中野教授に差し上げておりますので、ご参照ください。

産後うつ病になった母親へのサポートシステムとして、イギリスにはうつ病になったお母さんも訓練を受けてメンバーになり、専門のカウンセラーとともに行っている産後うつ病カウンセリンググループがあります。1人の専門カウンセラーがすべて個別に遠いところまで行けませんから、このような地道な活動は効率からいうといいとは言えませんが、移民やシングルマザーの多いイギリスの社会が生んだ必要性というところもあります。そういうかなり全国的にも活躍している、元患者さんの体験を通じて一緒にカウンセリングをしていくというグループが幾つかあります。代表的なものに NEWPIN や HOME-START があります。

中野 ありがとうございます。

新道先生、先ほど「父性の未熟性」ということをおっしゃいましたね、なるほど母性だけではないんだなと思いましたが、今みたいな社会が生んだ必要性ということにこれも該当するんでしょうか。つまり時代の変遷ということで、先行きももっとも必要性が増すという立場に立つべきでしょうか。

新道 父性の未熟性というのは、父性が特別というよりも、母性の未熟性が指摘されていた同じような時期に子供の育てられ方ということで、父性も母性も同じ状態にあったのだらうと思いますが、世の中の目が母性にだけ向けられて、子育ては母親の役割だという常識の中で、父性の未熟性はあまり気づかれなかった。そのあたりに着目されないで、いわゆる意図的に母性、父性を育成するようなことがなされない限り、そういう方々がだんだん増加していくのではないかと思っています。最近ではマスコミ等もそのことに着目して、今度はとても極端な形で宣伝し始めましたので、多少それもプラスになる部分もあるのかなと思ったりしております。

中野 育児休業に対する制度等の報道が、今おっしゃっている「マスコミの報道」なんでしょうか。

新道 はい。それともう一つ、いわゆる男性が子育てをして楽しいという、特異な方たちの体験も宣伝され始めておまして、子育てを楽しいと思うことは恥ずかしくない、子育てに関心を持つことにやぶさかではない人たちをつくっていくということに意味があるのではないかと思っています。

中野 もう一つよろしゅうございますか。——今、育児の話が出てまいりましたが、中長期的には日本の

育児に対する取り組みというのは大問題になると厚生省では考えているんですね。先ほどからのお話とたまたま話を結びつけますと、「喪失体験」でしたでしょうか、幾つもの心理的代償——と申し上げていいかどうかかわかりませんが、そういったものの尺度で測って、かつ支援介入のメニューをいろいろ設けられた結果、例えば育児不安の解消につながったとか、あるいはそうでない場合は、育児不安というのが具体的に表面に出てきたとか、その辺の連鎖はございますか。

新道 私たちが厚生省の班で少し父親研究をしたことがあります。そのときには母親と父親を同時に1000組ぐらいを対象に、最初は母親の育児不安というものを取り上げて、父親の育児参加との関連性をみましたら、やはり父親が育児に参加するかどうかということがかなり育児不安に影響している。特に参加という積極的なことだけでなく、子供について何か不安や心配があって夫に話しかけたときに、夫が無視したり、それはおまえの仕事だと言ったり、取り合わなかったりする場合は育児不安がとても大きい。でも、解決はできなくても話し相手になってくれたり、一緒に解決するように努力してくれる場合には育児不安が少ない。もう一つ、調査用紙の中に夫婦関係というものを入れているのですが、夫婦関係がいい場合には、育児不安はかなり少ないと出ております。

中野 ありがとうございます。

北村 妊娠期と出産後の、比較的短い間の周産期の医療サービス制度についてお教えいただいたわけですが、日本の現状をみて、産後1ヵ月以降の専門サービスの供給制度とマンパワーについては、どんなふうにお考えでいらっしゃるのでしょうか。

新道 私たちが調査したり、それから入り込んだりするときには、乳幼児健診の場を使っております。先ほど私は「仲間づくり」と言いましたが、一つは、妊娠初期から施設内の助産婦を中心に仲間づくりをすることで、お産後も1ヵ月、2ヵ月、6ヵ月、1年と続けて、そのフォローアップを保健婦さんたちに回すということも可能かと思えます。もう一つは、1ヵ月以降ということでは、最近は保健所というより市区町村になると思いますが、乳幼児健診や母子を対象にした試み——いわゆる妊娠・分娩を喪失体験等で過ごした場合には、子供と遊べない母親が多くなっているのです、そういう人たちを子供と一緒に遊べるレベルにするという目標を持って地区活動をしていくことが重要ではないかと思っております。私が知っているところでも、積極的な保健婦さんの中では、母と子を遊ばせること

を目的にした会を持っているところもありますし、乳幼児健診で心身の発達においてボーダーラインのところにいるような子供たちと正常な子供たちと一緒にして、親子で遊ばせるということを試みているところがあります。

私が公衆衛生院にいるときに仲間づくりを目標にした活動にちょっと関わったことがあるのですが、母親が自分の子供とよその子供と一緒に遊んでいるのを見たり、自分がその中に入るといことはすごく意味があるという体験をしたことがあります。自分の子供とずっと1対1で日常生活をしていた母親をそういう中に呼び出して一緒にすると、子供というのはこういう反応をするもので、自分の子供は異常ではないということに気づき始めたということもあります。そういう活動を組織的に地区でつくっていくのも一つの方法ではないかと思っております。

北村 それは、市町村がリーダーシップをとるべきだというふうに先生はお考えですか。

新道 そうですね。そしてもう一つ、私は助産婦で、助産婦教育を長くしておりましたので、今の施設の助産婦さんたちの妊産婦への保健指導のあり方を変えるべきだというのが、ここ2~3年来の私の考え方なのですが……。

中野 ありがとうございます。北村先生もきつとご存じだと思いますが、去年から出産前小児保健指導事業というものがモデル事業として、今年2年目を動いています。これは清水先生からご紹介していただくのが一番いいと思いますが、それによると、初妊婦を対象に7~9ヵ月ぐらいのときに産科医からの紹介で小児科の先生を指名し、ご本人だけではなくて、お父さんも一緒にした育児相談を始めています。育児不安の事前解消と、必要であるべき出産後の小児主治医をつくらうというのがこの事業のもくろみで、それが今、細々ですが、入口をつくっておりますので、その効果にも私たちは大いに期待することができるのじゃないかと思っております。つけ加えさせていただきます。新道先生どうもありがとうございました。

これをもって、フォーラムの前半である学習会を、お二方の素晴らしいお話で終了することになります。後半は、本日のもう一つの目的である討論事項に入ります。討論課題に入る前に、私たちが学ぶという意味で、厚生省から行政研究のあり方ということでお話をさせていただきまして、続いて山下先生、岡野先生の順にご提案をいただく、その後、討論によって本日の目的を達する、こういうふうになりたいと思っておりますので、どう

ぞよろしくお願ひいたします。  
それでは、休憩に入ります。

## ＜休 憩＞

中野 後半は、討論課題として「マタニティブルーズ」、「産後うつ病」、この二つの尺度を日本でも、standardize といいますか、ある共通のものをもって測っていくことはどうであろうか、ということを厚生省にご提案できればというのが、このセッションの目的事項であります。

まず、私たちが行政研究に対してどう取り組みばよいかという考え方のご指示を含めて、厚生省児童家庭局母子衛生課からおみえの清水先生にご挨拶をお願ひしたいと思います。  
どうぞよろしくお願ひいたします。

## 特別発言

厚生省児童家庭局母子衛生課  
清水美登里 先生

初めての先生もいらっしゃるかと思いますが、私、この7月に上家の後に参りました。

まだ未熟ではございますが、よろしくお願ひいたします。  
日ごろから厚生行政の遂行について、ご尽力を賜っていることを大変感謝いたしております。

大変高いところからの発言で恐縮でございますが、これからの行政研究ということで、率直なところを申し上げますと、厚生省のみならず、各省を取り混ぜて、子供の問題は大変重要だと考えております。厚生省では、子育て支援の一環で、母と子を巡る環境づくりについて今後力を入れていきたいとしており、先日来、新聞報道等にもありますように、来年度予算でも大きな重点項目の一つとして取り組んでいくよう考えております。

その中で、母子保健、母子医療について考えてまいりますと、お母さんとお子さんとの関係は切っても切れない密接な結びつきがありますが、特にお母さんの健康、その中でも心の健康ということに現在私どもは高いポイントを置いて考えております。今までの母子保健の中では、身体上の問題だけに注目していたきらいがあり、全体的に総合的に健康をみていくという視点が十分であるとは言えなかったと思いますので、今後の状況も踏まえながら、先生方に今お願ひしている研究を、ぜひ私どもの施策のうえに乗せていきたいと

考えております。

具体的に、現在、母子保健法の改定という作業をやっておりますが、その中で妊産婦に対するあり方に注目して、どのような形で盛り込んでいくか、施策の基盤になるものをいかにつくっていくかということも、作業の一つとして遂行中でございます。

そういったことを考えていく上で、医療、あるいは保健の分野で実際に研究とか臨床でやっていらっしゃることが、法制上に組み込まれ、今後行政の核となっていくよう、この研究をより具体的に行政ニーズに沿うものとして位置づけていきたいと考えております。そのような意味で、先生方に、今後少しでも社会全体の役に立てるような形での研究の具体的な作業をお願ひしたいと思います。

きょうは、これからの妊産婦をめぐる問題ということでご討論等をお願いするわけでございますが、闊達なご議論がなされるよう希望と期待をいたしております。大変短くてわかりにくい挨拶になりましたが、以上でございます。ありがとうございました。(拍手)

中野 ありがとうございます。

お話のように、この班においては昨年度来、「妊産婦の精神面支援とその効果に関する研究」、「妊産婦の生活環境と出産への影響に関する研究」(一條先生ご担当)、「母乳内物質の乳児への影響に関する研究」(大西先生ご担当)、「妊娠・分娩と中高年婦人の健康に対する研究」(武谷先生ご担当)といった分担で、キーワードを設定し、ご一緒に研究を進めていただいているところでございます。

その中で、妊産婦の精神面支援とその効果という中でのマタニティブルーズ、あるいは産後うつ病を、同じ一つのスケールで今から測定しようじゃないか、どういうスケールが成り立つか、というのがきょうの目的でございます。

お配りいたしました『周産期学』(1993, Vol. 23, No.10)ですが、これはちょうどまいタイミングに出版されたものですから、研究資料にさせていただこうというので準備させていただきました。手前みそになりますが、1389 ページに私が「公衆衛生的な対応」という視点から、少産少子の問題とともに、ただいまお話がございました母子保健医療対策の中長期プランということを少し書かせていただきました。平成元年の高齢者保健福祉10ヵ年戦略の中の一部として、厚生省の児童家庭局長の私的懇談会、小林登先生が座長で行われた「これからの母子医療に関する討論会」というのがございました。平成4年5月にその最終答申が

出ました。提言は4項目に分かれます。即ち、妊産婦死亡率の改善、新生児医療のさらなる向上、子育て支援の体制整備などがありますが、この「子育て支援」という中でいろいろな問題が提起されております。その中で、育児に対する不安をどういうふうに治していくか、あるいは、ただいまお話がございました、精神面の支援でどういった展望が開けるかということの研究するために発足したのがこの班でございます。そういった位置づけの中でマタニティーブルーズを取り上げることになるわけですが、おそらくは精神医学者の討論を経ますと、そうじゃないとおっしゃると思います。しかし、マタニティーブルーズという感度高い反応を示す正常でない状況と、医療の対象となる産後の種々の精神障害が何かの因果関係を持っているのではなからうか。例えば英国の例では、ポピュレーションの中で分娩1000に対し1~2というかなりの頻度で産後の精神障害が生じる。ですから、100万都市では10名ぐらい、特別の施設をもって対応しないと、行政的にカバーできないのではないかという時代が到来するのか、しないのか。するとすれば、いつか。それはどういうふうな尺度で集団を計測し続けていけばいいのか、というのがきょうのブルーズ、ないし post-natal psychosis の尺度化を測ろうという討論の大目的であります。

さて、そのような位置づけで、早速、ディスカッサーのお二人、九州大学の山下先生と三重大大学の岡野先生に、それぞれマタニティーブルーズ関係、産後うつ病関係の尺度化としてご提案をお願いしたいと思います。山下先生から、どうぞよろしく申し上げます。

## 指定討論

### I. 産褥期の精神症状の評価方法と産科臨床における有用性について(マタニティーブルーズの定義と評価尺度の一試案)

九州大学医学部精神科神経科助手  
山下 洋 先生

産褥期の精神症状の評価方法と産科臨床における有用性についてということで、私たちの調査結果のご報告と、提案をいたしたいと思っております。

私たちの立場としては、多領域にわたるリエゾンサービスの中での調査結果及び有用性の判断ということになります。

それでは、まず定義の問題について私たちの立場からまとめたことを発表いたします。

産褥期は女性のライフサイクルの中でも精神障害を来す危険が高く、その実態の把握や評価方法が難しい時期です。これまでの臨床研究から、産褥期が出産直後から日単位での明らかな気分の変動が短期間みられることが報告されています。このためマタニティーブルーズは、特徴的な症状が一定期間持続する他の精神科一般臨床でみられる精神障害とは異なった一まとまりの症状複合であり、以下のように定義されると思います。[表1]

まず、①出産後、出産から産褥10日ごろまでに一過性、ほとんどは1~2日間現れる精神症状で、自然に軽快する ②はっきりした理由もなく泣くこと。抑うつ気分、あるいは易変性などの気分の障害と精神機能低下、自律神経及び身体症状や愁訴を主な症状とする。 ③頻度は50~80%と高く、その症状は一過性の経過であるので、いわゆる従来の精神障害とはいえない——ということでもあります。

以上のように、これらは特定の精神障害、例えばうつ病などと異なり、産褥婦に広く観察される現象です。この場合、産科臨床においてその実態を調査する際、多くの対象に日単位で評価することができる尺度が必要となります。

次に、マタニティーブルーズの評価方法について述べたいと思います。

英国のスタインは、産褥期の精神状態の評価研究のために自己質問表を作成しました。これには産褥期にみられる代表的な精神症状が広く含まれ、かつ、その日単位での症状を記録し、点数化できるようになっています。配布資料のごとく、産褥期の精神状態のスクリーニングとして簡便化され、数分で記入できるので、実施が容易です。

マタニティーブルーズは疾患としての明確な境界はなく、一般褥婦に広くみられる現象と考えられますので、点数はそれにより、正常、異常を判別するというよりは、症状の程度を反映することになります。スタインの方法では産後5日間、同じ時間帯に褥婦自身が記録し、5日間で少なくとも1日以上、8点以上となったものをマタニティーブルーズとしています。

3番目に、この評価尺度を用いて行った調査結果をご報告いたします。日本人褥婦におけるマタニティーブルーズです。

まず、調査及び結果ですが、既に日本では岡野らがスタインの質問紙を用い調査を行っています。ここでは私たちが九州大学周産母子センターにおいて行った調査、非妊産婦を用いたコントロール群(岡野らの研究

によるコントロール群の結果を借用)、現在吉田が比較文化的研究の目的で九州大学と同じプロトコルを用い、英国における日本人褥婦に対して行っている調査結果、この三つを比較し、提示します。

その得点の分布の差から、褥婦は一般コントロール群と比較して、産褥期特有の精神症状をどの程度顕著に現すのか、また比較文化的見地からは英国の cut-off point を日本国内の基準として用いてよいのか、ということを検討しました。

[表2] コントロール群は九州大学の調査群と年齢分布を一致させた16歳から45歳の日本人非妊産婦163名です。調査群は九州大学周産母子センターで出産し、入院中でもあった18歳から45歳の日本人褥婦161名です。

スタインの自己質問紙による得点の平均は、1と2の2群間で有意の差があります。このコントロール群に関しては、「マタニティーブルーズ」という言葉は間違いでして、「8点以上であったもの」ということでご理解ください。これで1と2の2群間で得点の平均は有意の差がありました。褥婦の方が高くなっており、スタインの設定した得点が8点以上になったものの比率も褥婦が有意に高くなります。英国の日本人褥婦については、現在まで総数30名で、調査が続行中です。平均年齢は他の2群とほぼ同じですが、日本国内の調査結果よりも明らかに得点が高く、欧米での調査結果に近い結果となっています。

結果に関する考察：マタニティーブルーズは、現在のところ生物学的にも心理・社会的にも一つの要因には特定できない、単一的な精神現象と考えられています。先に述べた結果から、スタインの自己質問紙による調査が出産に伴う内分泌学的環境の急変という、生物学的要因を持つ産褥期の女性が、「抑うつ」や「泣き」を初めとする気分変動などの精神身体症状を高い比率で経験することを示しています。また反面、同じ生物学的要因を持つ日本人褥婦でも、居住国の違いで比率が明らかに異なることから、心理・社会的背景の違いが大きな影響を与えることも、共通の評価尺度による調査により明らかになりました。

次に、マタニティーブルーズ日本版診断基準作成に向けての提言を行いたいと思います。

英国でのスタインらの調査では、8点以上の高得点を示した褥婦は76%であり、高い頻度で産褥期に気分を初めとする種々の障害がみられることを示しています。日本国内での日本人対象の研究では、これに比較してその頻度が低く、cut-offを8点以上と設定す

ることがスクリーニングテストとして用いる際、適切かどうか今後検討の余地があります。

スタインの自己質問表はマタニティーブルーズの症状を簡便に把握し、かつそれが短期間とはいえ、従来の精神障害に相当する程度まで顕著である褥婦を的確に把握するというように配慮されています。このスクリーニングの産科臨床での有用性は、マタニティーブルーズがその後に発症する産後精神障害の予測の要となることとなります。即ち、マタニティーブルーズ自体は、たとえそれが軽症の精神障害に当たる状態であっても、一過性であります。しかし、その重症度や持続期間が後に発症する産後うつ病と関連を持ち、予測因子となることが考えられていますので、この意味でマタニティーブルーズの的確なスクリーニングは臨床上重要な意味を持ちます。

産後うつ病の診断評価用の質問紙としては、エジンバラ産後うつ病評価尺度 (EPDS) があります。これを用いた産後うつ病のスクリーニングについては、後で岡野先生の報告があります。ここで cut-off point と信頼性、妥当性が検討されています。

現時点では、従来どおり、臨床的に施行するための暫定的なスクリーニングと、比較文化研究の目的で、スタインの自己質問紙で8点以上の基準を用いていくことが考えられます。このとは8点に設定しますと日本国内の調査結果ではマタニティーブルーズの頻度が低くなったことから考え、日本人におけるマタニティーブルーズの現象を。この得点では十分に抽出していない危険性があります。しかし、スクリーニングの目的は新たに母親になった女性にみられる育児、そのほかに対する不安や身体の疲れなどを軽度にも有する褥婦を広く抽出することではなく、その後に発症する産後精神障害の予測とその精神面支援や精神科リエゾンなどの対象となるものの的を絞ることになります。また、居住国の違いなど、異なった社会環境においては日本でも欧米並みのマタニティーブルーズの頻度を示す可能性が高いことも示されましたので、頻度差を cut-off point の変更で修正すべき問題かどうかは現時点では決定できません。むしろ英国では日本での頻度の低さが注目されており、共通の尺度を用い、同じ基準で比較文化的研究を続行し、その差に寄与する要因を解明することの方が有意義と考えます。

ここで、産後の調査として、産後5日目にEPDSを加えます。これは産後1ヵ月と3ヵ月の産後うつ病のスクリーニングへとつながります。スタインの質問紙によるマタニティーブルーズの程度が同時期に施行

された EPDS に反映され、さらにそれが産後 1 ヶ月、3 ヶ月の EPDS の得点とも相関を持てば、EPDS を産後直後から産後うつ病のスクリーニングとして行うことも考えられます。これらの手続から、産後精神障害への処遇をはじめ、広く産後の精神面支援の一環として、産科病棟の時点で行える精神科リエゾンのためのスクリーニングテストを作成できると考えられます。

日本国内でこれら二つの質問紙を用い、日本での評価基準を設定する試みは有意義であると考えられます。

以上、総括してマタニティーブルーズ日本版診断基準作成についての提言を示します。

[表 3] ①スタインのマタニティーブルーズ質問書、産後 5 日間及び産後 5 日目に EPDS を施行する。②マタニティーブルーズの cut-off point はスタインと同じ 8 点とする。③産直後の 5 日間に施行する上記二つのスクリーニング質問紙間の関連性を調べる。④出産直後の EPDS の施行が産後うつ病のスクリーニングとして有用である可能性を検討する。⑤以上の手続から、日本人を対象とした出産直後における最も妥当なスクリーニング法を作成する。

最後に、産科病棟でのスタインのマタニティーブルーズ自己質問紙有用性について、妊産婦の精神面支援とリエゾンの見地から述べます。

出産直後に褥婦と接するのは産科スタッフです。この間にスタインの質問紙を施行することで、産科スタッフは褥婦の精神状態を把握でき、かつ必要に応じて精神科医とのリエゾンワークに利用できます。この意味でスタインのマタニティーブルーズ質問紙は有用であります。また、この時期はその後の産後精神障害の診断、予測の要となる時期と考えられ、産科病棟で褥婦と直接関与する産科スタッフが、質問紙を通して褥婦に特有の精神状態を的確に理解できることは重要であると思われます。以上でご報告を終わります。

中野 ありがとうございます。

ただいまのお話を要約しますと、emotional psychosis を今後検出していくことを目的として、その前段階として sensitivity の高いマタニティーブルーズに注目する、かつ、同時に外国との比較文化的な研究の道も一方で確保するというので、スタイン並びに EPDS の二つで cut-off point の提案が行われたわけでございます。後ほどまたご審議をお願いしたいと思います。

続けて、岡野先生に産後うつ病に関連したお話をお願いいたします。

[表 1]

### マタニティーブルーズの定義

- 1 出産から産褥 10 日ごろまでに、一過性(殆どは 1~2 日)に現れる精神状態で自然に軽快する。
- 2 はっきりした理由もなく泣くこと、抑うつ気分あるいは易変性などの気分の障害と精神機能低下、自律神経および身体症状や愁訴を主な症状とする。
- 3 頻度は 50~80% と高く、その症状は一過性であるので、いわゆる従来の精神障害とはいえない。



[表 2]

対 象	1) 非妊産婦のコントロール群 (岡野による)	2) 日本 (日本人)の褥婦 (九州大学)	3) 英国 (日本人)の褥婦 (吉田による)
総 数 ( 名 )	163	161	30
平均年齢 ( 歳 )	30.0y.o (SD:5.1)	30.4y.o (SD:4.9)	29.8y.o (SD:2.5)
Stein の 質 問 紙 の 平 均 値 (point)	3.5 (SD:2.9)	4.2 (SD:3.2)	7.6 (SD:4.7)
マタニティーブルー ズ の 比 率 (%)	11.7	19.9	56.6
非ブルーズ群の 平 均 値	2.7 (SD:2.0)	3.0 (SD:1.8)	3.1 (SD:1.7)
ブルーズ群の 平 均 値	9.8 (SD:1.8)	9.2 (SD:2.5)	11.0 (SD:2.9)

[表 3]

### マタニティーブルーズ日本版診断基準作成についての提言

1. Stein のマタニティーブルーズ質問紙を産後 5 日間、および産後 5 日目に EPDS を施行する。
2. マタニティーブルーズの Cut-off point は Stein と同じ 8 点とする。
3. 産後直後の 5 日間に施行する上記 2 つのスクリーニング用質問紙間の関連を調べる。
4. 出産直後の EPDS の施行が、産後うつ病のスクリーニングとして有用である可能性を検討する。
5. 以上の手続きから、日本人を対象とした出産直後における最も妥当なスクリーニング法を作成する。

指定討論

II. 産後うつ病の診断における EPDS の信頼性と妥当性について

三重大学医学部精神科神経科講師  
岡野禎治 先生

マタニティーブルーズに引き続いて、産後うつ病の話をしていただきます。

産後うつ病というのは非常に頻度が高いわけですが、きょう配布された『周産期精神科学』の1400ページの表1をごらんください。私がかかせていただいたものですが、先ほど北村先生のお話であったようにDS

表1 産後うつ病の出現頻度

		国名	診断基準	頻度
Saksら	(1985) <sup>(6)</sup>	U.S.A.	DSM-III	10%
Herissら	(1989) <sup>(10)</sup>	U.K.	DSM-III	15
Hapgoodら	(1988) <sup>(12)</sup>	N.Z	DSM-III	15
岡野ら	(1989) <sup>(24)</sup>	JAPAN	DSM-III	3.2
Kumarら	(1984) <sup>(45)</sup>	U.K	RDC	15%
O' Haraら	(1990) <sup>(51)</sup>	U.S.A.	RDC	19
Troutman	(1990) <sup>(52)</sup>	U.S.A.	RDC	26
Okanoら	(1992) <sup>(58)</sup>	JAPAN	RDC	8.2
島ら	(1988) <sup>(72)</sup>	JAPAN	RDC	9.3
Harrisら	(1989) <sup>(15)</sup>	U.K	EPDS	20%
岡野ら	(1991) <sup>(57)</sup>	JAPAN	EPDS	3.1

M-IIIとかRDCなどの捜査的な診断基準を用いて測った出現頻度です。外国では10~15%ぐらいといわれている、こういったかなり頻度が高い産後うつ病をどのように検出するかということが今後の課題になってくるということです。そこで、このEPDSが考案されたいきさつを簡単にお話しいたします。

3分の1の産後うつ病の患者さんが未治療であるという指摘、あるいは産後うつ病の母親の半数は1年を経過してもまだ十分に回復していないという話があります。そういう産後うつ病のスクリーニングテストの適切なものとしてEPDSが生まれてきました。これは1987年、Keele大学のProfessorであるCoxによって、一般人口とか、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つくられたわけです。その後、いろいろフィールド・テストが行われております。結論として、欧米ではスクリーニングテストとしては非常に有効であるといわれております。実際、イギリス以外でもかなり追試が行われておりまし

て、先月、10月1日にロンドンであったシンポジウムで私はCoxとちょっと会ったのですが、現在12カ国でEPDSが翻訳されております。それに対してかなり研究業績ができておまして、この秋にはEPDSのモノグラフが出るということも聞いております。

私の方は北村先生のお力添えで、日本版を再英訳してつくりました。それを正常群、対照群と妊産婦さんに使用して、その臨床的な有用性について調べてみました。

プリントの表1、エジンバラ産後うつ病調査票、10項目からなっております。産辱期はかなり身体的な影響を受けるということで、うつ病の身体症状はあまり含まないように工夫されております。過去1週間の精神状態に最も近いものを被験者が○をつけていくということで、4段階の構成になっております。最低が0点、最高が30点ということです。記入時間は5分と、非常に短いですね。我々はこれを用いて、妊産婦47名に対して産後1ヵ月後と3ヵ月後にEPDSを記入し、産後1ヵ月後には構造化面接を行っております。結果的には4名が産後うつ病(定型うつ病と準定型うつ病が2名ずつ)と診断されております。

まず信頼性を検討してみたわけですが、再テスト法とクローンバッハの係数で評価しました。その結果、再テストの第1回目、2回目ともに有意差はなくて、かなりよい相関係数(0.918(Pearson))を得られております。そして、項目別のテスト、再テスト間の相関も、表2のように、高い相関係数が示されております。

表2 項目別のテスト-再テスト間の相関関係

	Pearson	Spearman
項目番号	r	r <sub>s</sub>
EPDS-F1	0.599***	0.599***
EPDS-F2	0.487***	0.544***
EPDS-F3	0.816***	0.799***
EPDS-F4	0.767***	0.795***
EPDS-F5	0.914***	0.941
EPDS-F6	0.733***	0.747***
EPDS-F7	0.923***	0.917***
EPDS-F8	0.930***	0.946***
EPDS-F9	0.708***	0.672***
EPDS-F10	0.859***	0.912***
TOTAL	0.918***	0.895***

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

産後1ヵ月と3ヵ月では、平均得点に関して、正常産辱婦では有意差(4.32±2.32 VS. 4.97±2.63)がなくなっております。そのほか、2回目の相関係数では、

産後1ヵ月と3ヵ月では弱い相関(0.418:Pearson)があったということがわかっております。そして、内的整合性——僕も専門ではないのでなかなか難しいのですが、クローンバッハの係数を推定したところ、 $\alpha$ が0.78という値を得ております。10項目の検査としては信頼性が高いということがわかりました。

次に、EPDSの妥当性について検討しました、これは産後うつ病と正常群における総得点の差、それから項目別得点の差、区分点を幾つ設定すればよいのかという、そういった場合の有効性の点で検討しております。

まず産後1ヵ月と3ヵ月ですが、産後うつ病群では明らかに高得点になって有意差(4.5±2.0 VS. 9.5±2.3 産褥1ヵ月、5.0±2.6 VS. 9.7±2.1 産褥3ヵ月)がみられましたが、10項目の平均得点では有意差はみられませんでした。これは4名という、症例がかなり少ないことも関係していると思います。

最後に表の3番です。先ほど北村先生のご講演であ

表3 EPDSの区分点の設定

	鋭敏度	特異度	陽性反応 適中度	陰性反応 適中度	診断度
5/6	100.0	72.1	25.0	100.0	74.5
6/7	75.0	86.0	33.3	97.4	85.1
7/8	75.0	90.7	42.9	97.5	89.4
8/9	75.0	93.0	50.0	97.6	91.5
9/10	50.0	100.0	100.0	95.6	95.7
0/11	50.0	100.0	100.0	95.6	95.7

りましたように、cut-off pointをどこにしたらよいのかということ。その点、いわゆる sensitivity と specificity について、sensitivity が75%で、specificity が93%あたり、cut-off point が9点以上が一番妥当性があるんじゃないかという結論になりました。現在、イギリスのこのEPDSを作成した John Cox さんも、プライマリーケアについては従来は13点以上と言っていますが、10点以上でもオーケーじゃないかと言っております。

結論として、うつ病に関する自己評価表というのは結構あるのですが、産後のうつ病用に開発された評価表は今のところ我が国ではありません。この日本版のEPDSを使って母子精神保健の臨床の場で有用じゃないかという結論に至りました。

現在、私たちもこの産後うつ病のEPDSを用いて、産後4ヵ月間ぐらいみております。三重県下の保健所

もご協力を得まして、おそらく1年間で6000人ぐらいの対象が得られるのではないかとくろんでおります。以上、EPDSの信頼性と妥当性についての話をさせていただきました。

最後にちょっとお断りしておきたいのですが、このEPDSというのは“British Journal Psychiatry”の1987年版に連載されているものです。こういったもののコピーライトが欧米では非常にうるさいので、もし雑誌に載せる場合などには、やはり“British Journal of Psychiatry”のマネージャーに一応打診してください。商業用に用いたりする場合は、向こうでfeeをいただくということになるかもしれませんが、研究業績で用いる場合にしても、無断の転載はちょっと具合が悪いと思いますから、必ずそういったコピーライトの件については、気をつけていただきたいと思ます。以上です。

## [総合討論]

中野 ありがとうございます。

山下先生と岡野先生、お二人から、お聞きのようにマタニティブルーをねらうものと、emotional psychosisをねらうもの、二つでスタインのスケールとコックスのスケールが提案されたわけでございます。あと、20分ぐらい時間がございまして、この時間をその妥当性ということに当てたいと思ます。どうぞ自由に発言をお願いしたいと思います。

北村 私の発表とかなり重複した部分があると思ますので、あえて発言をさせていただきます。

何点かございまして、Steinのマタニティブルー尺度を使う場合、まず一番は、岡野先生の発表ではEPDSという自己記入式尺度の妥当性を求めるのに、RDCの定型うつ病、もしくは準定型うつ病を外的指標として、それをつかまえるためにEPDSを使ったところ、信頼性もあり妥当性も高かったというデータを出しているわけですね。同じように考えれば、Steinのマタニティブルー自己記入式尺度を使って、一体何を測っているのか。その「何」に当たる部分が一番最初のスライドに書かれてあったことだと思うんです。それを臨床現場で、産科医であれ、助産婦であれ、産科病棟の看護婦であれ、つけて、それとSteinの得点がどの程度の関係にあったのかということが妥当性の指標として計算されるものということになるわけで、それがごく標準的な臨床評価法の基礎なのです。ですから、その第1のスライドのことを先生

独自に定義なさるべきであろうと私は思います。

その上で、あえて申し上げるのですが、第1のスライドの1番目に「出産から産褥10日ごろまでに一過性（ほとんどは1～2日）に現れる精神症状で、自然に軽快する」とありましたが、そうすると、つまり3日続いたらマタニティブルーズではないわけですね。4日続いてもマタニティブルーズではない。まして、1ヵ月、2ヵ月、6ヵ月続くようなものはマタニティブルーズとは言わないという定義をなさっておられる。それはそれで結構だと思います、そういうマタニティブルーズの定義をしている方もおられますから。そうであれば、questionnaireの方にもその項目を盛り込まないとまずいのではないかと。つまり、産んだその日、2日目、3日目、4日目、5日目も、ともに調子が悪かったということであれば、先生のおっしゃっているマタニティブルーズに合わないであろう。であれば、questionnaireのつくり方としては当然それを入れるべきであろうというふうに思います。

もう一つの問題は、「きょう、いかがですか」という質問文ですね。自記式questionnaireを使っている人間はだれでも知っていることなんです、そういった種類の自記式questionnaireの最大の問題は何かというと、きのう始まった症状も「イエス」になります。私どものデータでも107名の産婦さんの中で、5日目に面接をしたところ、約8名の方が妊娠前から精神障害を有していた。それがひょっとするとSteinの方で引っかかってくるかもしれないんですね。それをどう除外するのかという、questionnaireのつくり方の上での問題点があるんじゃないかと思います。

山下 今ご指導いただいたことですが、2点とも、まずマタニティブルーズという現象のみでない精神障害の除外項目ということになると思うのです。一つはこの経過期間については何日以下という明確な定義はまだしておりません。それと、経過期間をquestionnaireに盛り込むということですが、これは出産後の産科現場でモニターするということを目的に考えておりましたので、その経過期間になるとレトロスペクティブというか、ある程度期間を経てからのことになると思うので、それをquestionnaireに入れられるかどうかという実際的な問題が一つあると思います。それと、スクリーニングということで考えましたので、評価の時点ではもっと柔軟な定義を用い、その後のフォローアップの経過の中でそういう精神障害が明らかになったものはデータとしては除外するという、そういう方法では無理でしょうか。

北村 もう一つ、これも割とベーシックな話になってしまうのですが、こういった評価表を使っている人の間で理解されていることは、スクリーニングをするinstrumentは幾らもあります。例えばボケをスクリーニングするとか……。しかし、そのスクリーニング用のものは決して定義には使わないということです。定義はまた別のものがございますから、スクリーニングに使うのか、確定診断用に使うinstrumentか、あるいは重症度に使うのか、その三つに使い分けるべきではないかと思います。

吉田 マタニティブルーズに確定診断を要するかどうか、ブルーズが病気かどうか、病気につながるものであるかどうか、これには問題がいろいろあります。第1に、ここでは定義と書きましたが、例えばスタインもヤーロンも、またピットも、幾人かの研究者がマタニティブルーズを、一つの出産後にみられる一過性の気分・身体症状の変化の症候群とみなしてほぼ同じようなことを言っているわけです。だから、何日続くかという、それ自体は私はあまり重要ではないと思うんです。というのは、例えばヤーロンは10日間に少しでも泣いた人をブルーズと定義しています。産婦は産後3日間は病棟にいるからその間は記録や面接で、退院してからは、その後の1週間は電話で聞いています。その日その日の気分を日別に追ってとったわけです。スタインも、ブルーズは日ごとの変化だから、今までのような精神科診断基準にのっとった考えで診断確定作業ができないと考えています。

第2に、先生もご指摘されたように、例えば精神科構造面接は毎日できない、出産直後のお母さんに1人ずつそういう形ではできないので、九州大学では助産婦さんがこのスケールとは全然別に、同じような症状を病棟で聴取しました。その関連の表は今手許にはありませんが、それは非常に大きなポイントで、自己記入質問紙とは別に、施行しないといけなく思っています。このマタニティブルーズという混沌とした現象の把握に対して、プラクティカルに毎日調べる方法がたまたまこのスタインの調査紙を使っただけであって、これで診断確定をしようとか、そういうこととは次元の違う問題ではないかと私たちは考えているのですが…。

北村 そうであれば、「定義」という言葉ではなくて、「スクリーニング」という言葉にまずフィックスしていただきたい、これが1点。もう一点は、マタニティブルーズのもう一つの重大な問題は、まさに吉田先生がご指摘のように、例えば同じ産婦さんでも、

私はこれをブルーズだと思う、思わないというのは、George Stein を連れてきてみていた場合と、Brice Pit を連れてきてみていた場合と、Ian Brockington をつれてきてみていた場合とでは違う。世界の専門家によってめちゃくちゃに違うわけです。そういったものをスクリーニングするというのとは一体どういう意味があるのか。つまり、癌の腫瘍マーカーで、例えば消化器癌を早期にスクリーニングアウトしようというときに、癌の定義が違ったら、マーカー自体の存在意味も何もないわけですね。例えば大腸癌の腫瘍マーカーであれば、だれがみても大腸癌である。しかし毎日直腸鏡を突っ込むわけにはいかないの、血液を採るわけですね。今回やっているのも、結局、毎日1時間半の構造化面接ができないから、アンケート調査をする。であれば、とにかく何をつかまえるかは、班としてははっきりした臨床上の定義をつけておいて、それをスクリーニングできるかどうかという、次のステップになるのじゃないかというのが私の主張の主な点なんです。

中野 ありがとうございます。今の二つの debate には立場の違いがあると思うんです。北村先生が主として懸念していらっしゃるのとはどこから発するかといいますと、精神医学という純粋科学という視点を究めなきゃいけないし、それによって正確さを増さなきゃいけないというお立場がはっきりあるわけです。主としてそれに準拠してのご発言で、それを応用するというお立場で展開していらっしゃる。吉田先生の場合はどうかといいますと、やはり行政研究で、ロンドンでの小さなコミュニティの経験からきたわけです。マタニティーブルーズの存在をコミュニティに知らせることがコミュニティの自助努力作用につながるんだ、こういう発想があるので、これは明らかに行政研究のフィールドから発していますし、まさにムーブメントを通じる社会教育効果をねらっていらっしゃる。この二つが debate の基本にあることを、まず私たちは確認しておく必要があると思います。

そうは言うものの、先ほど山下先生に対する指摘の中で、第1スライドの表の3番目、頻度が「50~70%と高く」というのは、「50~80%という高さを示すようなマキシマムの感度を有する」というふうに書かないといけない。高いから、だから定義するというのは全くおかしい話だと、私も先ほどから思っていました。そして、まさに定義とスクリーニング、あるいはフィルターをかけるときの条件というのは違うんだとおっしゃった、私もそのとおりだと思いますね。結局、1日か2日かで討論になりましたが、何日でもいいでは

ないかというぐらいな緩さから、後でわかればよい。つまり clustering がそこに存在するというのが後でわかればよいのではないか。ただいまはマーカーの話が出ましたが、私どもの領域で、卵巣腫瘍の、しかも特別な組織型に対するマーカーということで応用が開始されます。しかしながら、それは必ずしもそれを指し示すものではないんですね。裾野を引いていて、かなり共有性がある、そういう発展をしていくものなんです。もっと古い例を挙げますと、Papanicolaou が細胞診を出しまして、めったにないものをクラスのIからVまで分けました。それがその後 pathology の entity の延長と結びついて、今や組織診断まで類推するようになっていきます。こういう動きの中で体験を通じた empirical medicine と、もう一つは系統的な自然科学が合体していくというプロセスを私は思いたいと思います。お二方の少し違う debate の中にはそういう立場があるということだけ申し上げて、これはどちらに対する意見でも回答でもありません。一応ベースだけを確認しておく必要があるわけです。

吉田 今以上に付け加えることはありません。

中野 ありがとうございます。そうすると、山下先生、ただいま北村先生からご指摘が3点プラス1点ぐらいあつたと思いますね。それをひとつ十分に考察していただきまして、レポートの中ではその修正を十分にきかしたのものとして活用していただきたいと思います。

北村先生、よろしゅうございますでしょうか。——ありがとうございます。

ほかにございませんか、EPDSについてはいかがでしょうか。——EPDSの方は、どちらかという、我々医療者にとっては概念としてつかまえやすいですね。Pathology という大きなジャンルの中から発しますので、外的基準も設定しやすいし、スケールの必然性も何となく説明しやすい、こういうふうには感じましたが、どうですか。

北村 中野先生のご指摘のように、EPDSの対象というのは産後うつ病で、非常にわかりやすいわけですね。ただ、僕らは産後うつ病と言っているのですが、かなりバリエーションがある。私たちが見つけたいのは潜在的な産後うつ病ですね。いわゆる何となく産後の肥立ちが悪くて半年や1年ぐずぐずしているという例がかなりあります。そうした人たちは産婦人科とか内科を回って、最後に精神科に来る。それまでに十分に遷延した状態になってしまっていて、早く治るうつが遅くなってしまう、遷延してしまう、そういった重

大な問題であります。これは母子関係にも大きな影響を及ぼすと言われておりますし、家族も困るわけですね。ですから、そういう潜在的な産後うつ病の患者さんをスクリーニングしていただきたい。そういう目的でスケールを使っていたら、後は精神科の領域にリエゾンとして送っていただければ治療がちゃんとできるわけです。早期発見、早期治療という、そういう目的でこのスクリーニングテストを使っていたらと思っております。

中野 ありがとうございます。時間が大分迫ってきましたが、いただいた専門の修正を十分に生かす形をもって、スタイン、コックスといった、評価に耐えて今日存在するものを基本とする——これは厚生省基準というものでは決してございませんで、私たちがこの班研究の中で共通の物差しとしてこれを使っていこうという結論に導くことができるだろうと思っております。今年度、この研究のよい評価が得られましたならば、来年度も続けさせていただけるというお話のもとに進めています。したがって、できるだけ早期に産科をお持ちの研究施設にこれをお配り申し上げますので、随にご利用いただきますと、その結果をまた収集させていただきましょうし、あるいはそれぞれの診療部署で精神面支援というきっかけをつくることのできるのではないか、かように思っておりますので、そういう処理をさせていただきたいと思っております。

最後にちょっと気になることを岡野先生がおっしゃいましたが、コピーライトの件、研究活動で部内でやるということだと、“citation”で動いてしまえばいいんですが、これを公表する段階から問題になるんですね。厚生省の研究報告書というのは公表になるのでしょうか。——やっぱり公表でしょうね。

岡野 尋ねてみたことがあるのですが、やはり公表になるとそれはもちろんのことであって、それに対していわゆる permission をとっていただければいいそうです。

中野 それは普通の論文とこの permission だけでよろしいわけですね。

岡野 ええ。それと数ですね。何千というかなり多い数の場合は、向こうも多少お金が欲しいということをおっしゃっております。

中野 また教えてください。清水先生、このあたりのこともご相談いたしますので、よろしくお願ひします。そして、もし1～2年の経過を経て行政的にもこういったものが必要だということでしたら、またそれは正式な何かをなさってリリースしていただくという

ことだろうと思っております。

また、今後ともお気づきの点がございましたら、私ども、あるいはきょうご提案いただいた両先生にいろいろご意見をお寄せいただければ大変ありがたく思います。実は、きょうは事務連絡もする予定でご案内申し上げました。しかし、考えてみますと、きょうは班会議という銘の打ち方と離れて、オープンフォーラムとしてその一部を討論したこともありますし、研究協力者、あるいは分担班の先生方も何人かは今日おいでになれなかった方もいらっしゃると思いますので、ここで統一した事務連絡事項を確認するということを控えた方がよかろうと思っております。前田の方から後日、各先生方に、文書で資料と説明を添えて直接送らせていただきます。

それから、きょうお配りした資料の中の一つに原稿用紙があったかと思っております。昨年度は皆様から集めた原稿を通常に活字を拾って、校正を2度行いましたが、私ども、やはり力の及ばないところもありまして、大変誤植の多い研究報告書になりましたことを申しわけなく、私自身恥ずかしく思っております。来年からオフセット印刷で参りたいと思っておりますので、ここにかきました70mm、8mm等の外枠を守って、ご自身で最終校正をしていただいておりますので、きょうはこれの予備案内にさせていただきます。また、これも文書等でご案内申し上げて、書式、あるいは書き方等々についての取り決めをご覧いただきたい、かように思っておりますので、この2点のご案内をもって、きょうの事務連絡ということにかえさせていただきます。ちょうど4時になりました。私、きょうは主任研究者として僭越ながら司会をさせていただきましたが、その中で話題に取り上げさせていただきましたのは、私が分担班を務めますところの精神班のごことでございました。あと三つの班は先ほどご紹介だけいたしました。大いに頑張るんだという宣言のお言葉を、ご出席の分担班長から一言ずついただきまして、この会を閉じたいと思っております。

まず、大西先生、僕は頑張るぞというようなことをひとつおっしゃっていただくとありがたいのですが……。 (笑) 先生のご担当は、ご存じのとおり「母乳内物質の乳児への影響に関する研究」でございます。お願いいたします。

大西 私に与えられました分担研究課題は物質的なニュアンスが強いですが、この課題に忠実に行うようにとのご指示を受けました。しかし、その後林先生か

ら口頭で行動面も含めてやってくださいとのご指示もいただきましたので、母乳哺育という行動面も含めまして、広く活動していきたいと思えます。

つい先日、京都大学の霊長類研究所の松沢先生に「チンパンジーの知性と教育」ということで香川県で育児支援の観点から、育児に関係しておられる各方面の方々に対して公開講座を開催いたしました。これからも大いに頑張りたいと思えます。よろしくお願ひいたします。

中野 ありがとうございます、では、武谷先生。先生のタイトルは「妊娠・分娩と中高年婦人の健康に関する研究」です。

武谷 私どものテーマは母子の保健には直接的には結びつきませんが、きょういろいろお話を聞かせていただき勉強になりました。我々、産婦人科医の立場で若干申し上げますと、このような産褥の精神的諸問題というのは、育児を非常に危うくするものでありまして、当然、育児が円滑に遂行されて、はじめてリプロダクションが完成するという、非常に大事な問題じゃないかと思えます。

ただ、考えてみますと、産褥というのは確かにいろいろな意味で未知な体験、今までの人生において経験したことのないようなドラスティックな外的環境の変化が起こるわけですが、内的にもこれほど急激な変化が起こる時は生死に直面する時以外にはありません。我々は妊娠中のいろんな母体の生理的变化ということは積極的に研究しているのですが、産褥に対する知見は極めて乏しいと言わざるを得ません。見方を変えると、9ヵ月かかって起こる妊娠の変化が、産褥では1週間とか2週間とか、非常に短期間でそれが逆行するという、妊娠中よりもむしろ急激な変化が起こっている。NeurotransmitterとかNeuromodulatorとか、脳内のいろいろな精神活動を調整する物質も非常にドラスティックに変化しているということで、産褥における精神状態の変化はバイオリジカルにも十分予想できるのではないかと。いわばバイオリジカルなストームといってもいいようなことが産褥期に起こっているということで、そういう視点で産褥期の精神心因現象をとらえてみるのも非常に面白いんじゃないか。もう少し精神的な変化とバイオリジカルな知見を接近できれば非常に面白い展開になるのではないかと考えているわけでございます。

もう一つ申し上げたいのは、産褥期の精神的な問題は非常に内因的な、intrinsicなものもありますが、社会環境の変化、外的な要因ということも無視できない。

褥婦に対してさまざまな人がケアを行うわけですが、そういう environmental な変化にも我々は目を向けなきゃいけないんじゃないかと感じた次第です。

中野 ありがとうございます。どうぞよろしくお願ひいたします。なお、もう一人の分担班長の一條先生はきょう所要でご出席になれませんが、「妊産婦の生活環境と出産への影響」ということで、飛行機、乗物、たばこ、水泳等々、広いジャンルに取り組んでいらっしゃると思います。きょうは、どうぞよろしくということでございますので、お伝え申し上げます。

さて、どうやらこれで幕を引くときが参りました。本日は厚生省母子衛生課の清水先生にもご臨席いただきました上で、3時間強にわたるご討論、本当にありがとうございます。大変貴重な学習の機会をつくっていただきました北村先生、新道先生、心からお礼を申し上げます。ありがとうございます。そして、ディスクッサーとしてきょうのご提案をいただきました岡野先生、山下先生並びにイギリスの事情をご披露いただいて、この研究班で初めて顔を見せていただいた吉田先生にも感謝いたします。ありがとうございます。このためにイギリスから帰られて、また戻られるようになりますので、お気をつけてお帰りになりますように。そして、班研究の研究協力者の皆様方はもちろんですが、お招きを申し上げておいでいただきました先生方もいらっしゃいます。お礼を申し上げます。ありがとうございます。おかげさまで、今年度のオープンフォーラムを滞りなく終了することができまして、重ねて感謝いたします。どうぞ皆様、お気をつけてお帰りくださいませ。ありがとうございます。(拍手)

——— 閉 会 ———

↓ **検索用テキスト** OCR(光学的文字認識)ソフト使用 ↓  
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります

妊産婦をとりまく諸要因と母子の健康に関する研究