

最終試験の結果の要旨

報告番号	総研第	391号	学位申請者	若松 美貴代	
審査委員	主査	乾 明夫		学位	博士 (医学)
	副査	河野 嘉文		副査	家入 里志
	副査	浅川 明弘		副査	加治 建
<p>主査および副査の5名は、平成28年10月31日、学位申請者 若松 美貴代 君に面接し、学位申請論文の内容について説明を求めると共に、関連事項について試問を行った。具体的には、以下のような質疑応答がなされ、いずれについても満足すべき回答を得ることができた。</p> <p>質問1) 同じPDPI-Rを用いた韓国や本邦・池田らの先行研究との比較ではどうだったのか。 (回答) 韓国での研究はカットオフ値6.0と10.0、PPD22.5%で、池田らはカットオフ値6.0と8.0、PPD21%であった。</p> <p>質問2) 池田らのPPD20%になっているのに対し、本研究は10%であるが、この違いはどこから来ていると考えるか。 (回答) 池田らは一つの大学産婦人科に通院中の母親学級参加妊婦という限定的な母集団であったことに対して、我々の研究では診療科から病院、大学まで様々な医療機関からリクルートしたことによって違いが生じたと考えている。</p> <p>質問3) 母集団の背景、たとえば実の親や義理の親との同居形態などの情報はないのか。 (回答) 情報としてはあるが、今回は解析を行ってない。</p> <p>質問4) 他のテストバッテリー(複数の心理検査を組み合わせることで実施すること)との相関はなかったのか。 (回答) 研究計画では精神科診断面接を実施する予定であったが対象の同意が得られず実施できなかった。</p> <p>質問5) この研究の知見で得られた細やかなフォローとは具体的にはどのように考えるか。 (回答) 育児技術の習得はどうか、ソーシャルサポートがあるか否かなど、地域に帰る前に対象の背景をしっかりと把握して保健師、ソーシャルワーカーにつながるようなフォローが肝要と考える。</p> <p>質問6) 本研究を発展させた今後のfuture studyはどのように考えているか。 (回答) 性格傾向としての気質の同定によく使用されるTEMPS-AとMunich Personality Test (MPT)を合わせて日本語版とした基本性格テストや、健康に対する認識やストレス対処能力が把握できるといわれているSense of Coherence (SOC: 首尾一貫感覚)を妊婦に実施し、PPDとの関連を明らかにする予定である。</p> <p>質問7) EPDSとPDPI-Rの関係は。また、PPDの診断は誰が行うものなのか。 (回答) EPDSは褥婦の過去1週間を振り返っての精神状態を評価するのに対し、PDPI-RはPPD発症を予測するものである。診断は精神科診断面接で医師が行う。</p> <p>質問8) 妊婦や褥婦にPPDの兆候が出てきた際に精神科を受診する機会が現実にはスムーズにいくものなのか。 (回答) 今回の研究でも精神科の医師につながることは難しかった。したがって困難な場合には産婦人科の医師、助産師、看護師が精神科医師や地域の保健師との間に入り、繋いでいくことが必要である。</p> <p>質問9) PPDの患者が精神科の医師にコンサルトされていないという解釈でよいのか。また、精神科疾患の資質がない者でも自殺が起こるのか。 (回答) 症状が出て精神科を受診するのは10%以下という研究報告もある。自殺にいたる約半数はうつ病既往者、残り半数は既往がない者であることが報告されている。さらに最近ではPPDの半数はすでに妊娠前から発症しているという報告もあることから、自殺に至るケースは妊娠期からの発症の可能性も高いと考える。</p> <p>質問10) 実際にサポートを行っての効果に関する研究報告があるのか。</p>					

(回答) PDPI-R を用いることはどこをサポートすればよいかの重要な情報源となる。またオーストラリアの Zlotnick らの研究で PPD の対象者に対し認知行動療法を行って効果があったという報告がある。

質問 11) 池田らの PDPI-R-J と今回の研究で翻訳された日本語版と違いがあるのか。

(回答) 池田らの日本語論文がないために我々どどこが異なるのか不明である。

質問 12) イタリアとはカットオフ値が異なっていたが、全世界的に人種差は認められるものなのか。

(回答) 研究によって母集団に偏りがあり、PPD の割合も異なっているが、O'Hara らが 59 の先行研究を分析した結果、PPD の有病率は臨床診断面接が 12%、自己記入式で 14%と国によって有意差はないと報告している。

質問 13) 妊娠悪阻が PPD に関連するという報告はあるのか。

(回答) 多くの先行研究で妊娠悪阻は妊娠受容や不安などの心理的状態と関連することがわかっている。また、今回は妊娠悪阻と PPD の関係は分析していないが、他の PDPI-R の研究で妊娠期の不安は PPD のリスク因子となっていたことから、関連はありうると考えられる。

質問 14) 日本では妊婦健診でシステムティックにスクリーニングするシステムはまだ行われていないと考えてよいか。

(回答) 妊婦健診でチェックするシステムはまだない。産後については 2017 年から PPD を予防するための健診助成が 2 週間と 1 ヶ月の 2 回行われることになった。

質問 15) 今回、治療的介入は行っていないのか。また、児に異常を認めた妊娠の場合、PPD の発症率が上がるというデータはあるか。

(回答) 治療的介入は行っていないが、妊娠中の PDPI-R 高得点者は医師、助産師に情報提供した。また、産後も EPDS で 9 点以上の対象者を精神科に繋ぐことができなかつたため、同様に情報提供し、その後のフォローを依頼した。児に疾患を持った母親は、先行研究で健常児の母親と比較して抑うつが有意に強いことや、児が NICU 入室している母親の EPDS のスコアが高いことがわかっていることから、PPD のリスクは高くなると考えられる。

質問 16) 鹿児島県で年間どれくらいの出生数があり、そのどれくらいが対象となったのか。

(回答) 平成 26 で年間 14,236 人の出生である。アンケート対象は 203 人で約 1.4%が対象となったことになる。

質問 17) EPDS9 点で判定したのはなぜか。また、9 点以上の方は介入が必要だという印象であったか。

(回答) 山下らによる EPDS カットオフ値 9 点が感度、特異度共に高く、臨床でも推奨されていることから 9 点を採用した。EPDS が過去 1 週間を振り返っての褥婦の精神状態を把握するものであるため、調査したときがピークでなく、抑うつ状態が治まってきている場合もあった。先が予測できないという点では PDPI-R を実施する意義があると考えられる。

質問 18) 今回の調査は妊娠 23 週で終わっているが、それ以降は安定するのであまり意味がないということで実施しなかったのか。

(回答) 産前版を妊娠末期まで行くと産後版との相違があまりなくなるのではないかと考えたこと、妊婦の心理として妊娠前半期に相反する両価的な考えがあり、生物学的にもホルモン状態が不安定で心理的にも影響を受けやすい時期ということから妊娠 23 週までとした。

質問 19) 「結婚への不満足」などがリスク因子であったということから、夫と一緒に話を聞くということもあるのか。

(回答) 夫婦の関係性によって(夫が支配的な場合など)は最初から夫婦同時に話をすることがベストでない場合もある。そのような時にはまずは褥婦に夫にも話す内容に関して了承を得たうえで進めていくことが必要と思われる。

質問 20) 既往のうつ病とトータルスコアと相関はなかったのか。

(回答) 今回は既往のうつ病の方を除外したためトータルスコアと相関しなかった。

質問 21) うつ病で不安が強い方は治療が難しいが、経過の中で不安の強い方に特徴的なことはなかったか。

(回答) 今回の研究ではうつ病既往の方を除外したため、PPD と不安のリスク因子に関連はなく特徴も見られなかったが、他の文献では関連があったため、注意深くフォローが必要と思われる。

以上の結果から 5 名の審査員は申請者が大学院博士課程修了者としての学力・識見を有しているものと認め、博士(医学)の学位を与えるに足る資格を有するものと認定した。