

妊娠期からの周産期メンタルヘルス支援と今後の課題

若松美貴代¹⁾, 中村雅之²⁾, 春日井基文²⁾, 肝付洋²⁾, 小林裕明³⁾

【要旨】

近年、妊産褥婦の自殺、子どもの虐待の問題から周産期メンタルヘルスの重要性が注目されるようになった。より細やかな支援のためには妊娠早期から関わる必要がある。そのため2017年に母子保健法改正が行われた。妊娠早期から産後うつ病を予測できる質問紙が求められ開発が行われているが、日本で使用できるものは少ない。諸外国で広く用いられている Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R) が有効と考えられる。日本語へ翻訳し、信頼性、妥当性と産前産後のカットオフ値の検討も行われている。PDPI-R は妊娠期から産後うつ病を予測できるだけでなく、妊産褥婦の背景を多角的に把握でき、支援する際のアプローチの手がかりにもなりうる。今後、本調査票が広く用いられ、産後うつ病、虐待、ボンディング障害の関係性についても明らかになることが期待される。

キーワード：Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R), 妊娠早期, 産後うつ病スクリーニング, ボンディング障害, 子育て世代包括支援センター

はじめに

女性にとって妊娠、出産は喜ばしいことであり、心理的にも安定している時期であると考えられていた¹⁾。その後の研究で、妊娠、出産の時期は女性が身体的にも精神的にも極めて大きな影響を受け、マタニティブルー、産後うつ病、産褥精神病などを発症することが分かってきた。なかでも産後うつ病は日本だけでなく海外でも広く見られる疾患^{2,3)}で、パートナーのメンタルヘルスや生まれてくる子供の社会的・情緒的発達や認知機能の発達にも影響を及ぼすことが分かっており⁴⁾、子どもへの虐待やネグレクトとの関連も報告されている^{5,6)}。

近年、妊産婦の自殺が妊産婦死亡の最大の原因であるという報告がいくつかある^{7,8)}。東京23区の妊産婦の自殺と精神科疾患についての分析によると、妊婦および産後の自殺者の約4割がうつ病を有していた。またイギリス、スウェーデン、東京の妊産婦死亡率と妊産婦自殺率

と比較すると、3者の死亡率には大差はないが東京の自殺率はイギリス、スウェーデンより2～3倍高かった⁹⁾。これらの妊産婦の自殺の実態に関する報告は医療関係者に衝撃を与え、その後の周産期メンタルヘルスの重要性が広く認識されるようになった。

子ども虐待の死亡事例の結果をみると、心中以外の虐待死0日児の虐待の加害者は94.3%が実母である。つまり、生まれたその日に虐待で亡くなっているのである。実母の抱える問題は「望まない妊娠/計画外の妊娠」、「妊婦健診未受診」、「若年(10代)」¹⁰⁾などである。産後うつ病、子どもの虐待に関する問題は喫緊の課題で、産後からの対応では支援が間に合わないことはこれらの報告でも明らかである。妊娠早期から母親の抱える問題や精神科疾患既往などについて把握し、必要なときにはすぐに支援ができるような体制をとっておくことは非常に意義がある。

¹⁾ 鹿児島大学医学部保健学科 看護学専攻 母性・小児看護学講座

²⁾ 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 社会・行動医学講座精神機能病学分野

³⁾ 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 発生発達生育学生殖病態生理学分野

連絡先：若松美貴代

〒890-8544 鹿児島市桜ヶ丘8-35-1

Tel/Fax: 099-275-6792

E-mail: mikiwaka@health.nop.kaagoshima-u.ac.jp

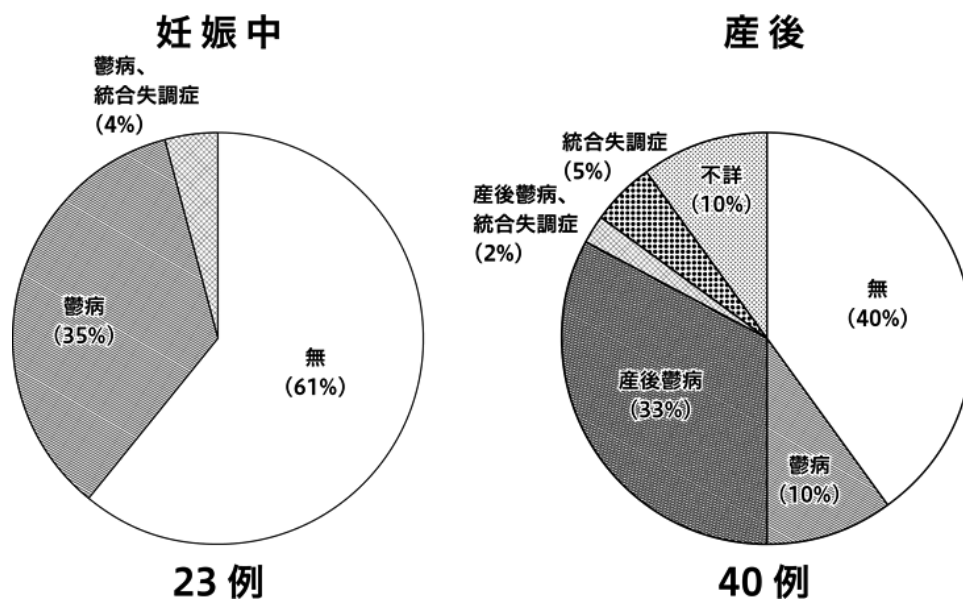


図1. 自殺事例と精神疾患
 文献8)：竹田省：妊産婦死亡原因としての自殺とその予防—産後うつを含めて，臨床婦人科産科2017; 71(6)

表1. 各国の妊産婦死亡率と自殺の実態

	イギリス (2015)	スウェーデン (2016)	東京 (2016)
調査期間	2009-2013	1980-2007	2005-2014
調査機関	統計局	死因統計局	東京都監察医務院
妊産婦死亡率	3.7/ 出生 10 万	4.7/ 出生 10 万	3.96/ 出生 10 万
追跡人数	101 名	103 名	63 名
妊産婦の自殺率	2.3/ 出生 10 万	3.7/ 出生 10 万	8.7/ 出生 10 万

文献9)：岡野禎治：周産期メンタルケアの現状と展望. 精神科治療学. 32 (6)

周産期に注意しておくべき精神疾患

周産期に注意しておくべき精神疾患は産後うつ病の他に、マタニティブルーズ、産褥精神病がある。

《マタニティブルーズ》

わが国のマタニティブルーズの発症率^{11,12)}は24～25.8%と他国と比較する^{13,14)}と低い4人に1人の褥婦が経験する分娩直後の数日間に起こる情動変化で、疾患

とは位置づけられていない。発症時期は分娩後3～4日がピークで、その後自然と消失する。症状としては理由のない涙もろさ、抑うつ、情緒不安定、集中困難、困惑などの精神症状と頭痛、疲弊などの身体症状が指摘されている。マタニティブルーズを経験した褥婦では産後うつ病のリスク因子となることがこれまでの先行研究で明らかになっている^{14)–19)}。我々の調査でも産後うつ病の強

表2. 大うつ病性エピソードの診断基準 (DSM-5)

- A. 以下の症状のうち5つ（またはそれ以上）が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも1つは（1）抑うつ気分、または（2）興味または喜びの喪失である。
- (1) ほとんど一日中、ほとんど毎日の抑うつ気分
 - (2) ほとんど一日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味または喜びの著しい減退
 - (3) 食事療法をしていないのに、有意の体重減少、または体重増加、またはほとんど毎日の食欲の減退または増加
 - (4) ほとんど毎日の不眠、または過眠
 - (5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または抑止
 - (6) ほとんど毎日の疲労感、または気力の減退
 - (7) ほとんど毎日の無価値観やまたは過剰であるが不適切な罪責感
 - (8) 思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる
 - (9) 死についての反復思考、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画
- B. 臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている
- C. 物質の生理学的作用、または他の医学的疾患によるものでない
- D. 統合失調症や妄想性障害、その他の精神障害では説明できない
- E. 躁病エピソード、躁うつ病エピソードが存在したことがない

DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル, American Psychiatric Association, [編] 日本精神神経学会, 高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸, 他

力なりリスクファクターであった¹⁹⁾。したがって、マタニティブルーズを経験した褥婦は産後の注意深い見守りが必要である。

《産褥精神病》

産後2週間以内に急性に発症し、発症頻度は1000回の方娩に1～2回とまれである。不眠、急激な気分の変化、幻覚、妄想が症状として現れる。薬物療法などにより比較的速やかに改善することが多い。家族や周囲の知人からみると日頃の本人の状況とは様子がかなり違って見え、危険な妄想がある場合は入院治療が必要である。

産後うつ病の定義と疾病率

産後うつ病は Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5（以後 DSM-5と略す）では産後4週間以内の発症でうつ病の一形態と位置づけられている。DSM-5の改定で妊娠中の発症も含むようになった。産後うつ病の発症期間の定義は研究者で考え方が異なり、通常、研究の場合には3～12ヶ月以内の期間をさす。わが国での産後うつ病の疾病率は研究対象者のリクルート方法により背景と診断基準が異なるが10～17%^{11,15,18)}で、海外の報告と大きな差はない²⁰⁾。

産後うつ病の臨床症状

産後うつ病の臨床症状は産後に気分が沈む、興味や喜びの喪失などの抑うつ感と、疲労感、睡眠障害、イライラ感、不安、罪悪感、自殺念慮などの症状がある。DSM-5での診断基準では表2に示すように「抑うつ気分」または「興味や喜びの著しい減退」の少なくとも一つを含む5つ以上の症状が同じ2週間の間に存在すること、身体疾患や薬物に起因するものではないこと、統

合失調症や妄想性障害、その他の精神障害では説明できない、躁病エピソード、躁うつ病エピソードが存在したことがないということが条件である。

産後に表れる訴えとして「気力が出ない」、「気が滅入る」、「憂うつ」、「子どもがかわいくない」、「楽しいはずのことが楽しくない」などがある。その場合、妊娠中もしくは妊娠前はどうか確認する。また、「子どもに対して申し訳ない」、「母親失格だ」、「この子はちゃんと育たないに違いない」などの無価値観や劣等感をもったり、ある育児に関して非常に強いこだわりが生じそれ以外のことは考えられないこともある。子どもに関する悲観的な訴えは育児不安に見え、周囲がうつ病の症状に気付かないこともある。よってその内容が悲観的過ぎたりしていないか、極端に偏っていないかについて聴き取る。体重減少の訴えがある場合は「おいしく食事が取れているか」を確認する。また、うつ病の患者の食事を取っているときの感覚として「砂をかんでるようだ」と表現することがある。食欲の有無だけでなく、食事の際の状況を聴きとる必要がある。不眠の訴えに関しては、子どもが寝ていて寝られる状況であるのに寝られないのか、疲れているのに寝られないのかを確認する。

われわれは、産後の間もない時期の家事育児が忙しく、母親がゆっくり食事や休息を取る時間もない中でどのように対処しているか、家事や育児に影響を及ぼしている程度についても把握する必要がある、症状が産後だけでなく妊娠中から持続している場合にはこれまでの経過について注意深く聞き取りをし、場合によっては多職種で支援する体制を考慮する。

産後に使用される質問紙

臨床や地域で産後の母親のメンタルヘルスと育児支援

のために使用されている質問紙²¹⁾は、育児支援チェックリスト、エジンバラ産後うつ病自己評価表 (Edinburgh Postnatal Depression Scale: 以後 EPDS と表記)、赤ちゃんへの気持ち質問票の3つである。使用する順番は、育児支援チェックリストで育児環境と状況を把握し、EPDS で母親の心の状態を把握し、赤ちゃんへの気持ち質問票で日頃の赤ちゃんへの関わりかた、気持ちについて把握する順が質問紙を使つての面接も行いやすい。各質問紙は日本語版の原版のまま使用し、改変して使用することは正確な評価ができなくなるため禁止されている。使い方については勉強会、研修を受けた上で使用することが望まれる。点数だけで評価するのではなく、面接を通して対象をアセスメントしていくことが必要である。

実際に使用する際には、質問紙を配布する目的が育児支援であることを伝え、普通のアンケートのように配布しないように気をつける。また、最初に記載にかかる時間とその後の面接にかかる時間を伝える。目的を説明しても拒否された場合には本人の意思を尊重し、強要しない。同一の質問紙を何度も使用することは、被験者がその質問紙の評価内容を察知し、望ましい方向で答えるようになるため、その平均値が健康な反応へ変化することがわかっている。したがって、反復使用することにより褥婦が見かけ上、実際の本人の気持ちや状況より改善されたように点数が評価される可能性がある。我々はそのことを十分に理解し、質問紙の点数のみで判断しないことが重要である。実際の面接で育児の状況や母親の気持ちについて前回と比較して具体的に何が改善されたか、できるようになったか、逆にその逆のパターンも考慮して確認することが必要である。

《育児支援チェックリストについて》

育児支援チェックリスト²¹⁾は九州大学病院精神科神経科児童精神医学研究室と福岡市保健所の共同で作成されたもので、育児環境や育児困難の要因に関する9項目から成り立っている。母親が「はい」「いいえ」で答える自己記入式質問紙票である。特に質問8、9に関しては実際の育児状況に関する質問内容なので、注意深く聴き取る必要がある。質問8は実際の育児で赤ちゃんが何を求めているかを母親が汲み取れるかの内容である。赤ちゃんの発する欲求がわからないとケアが十分に出来ず、苦痛に感じるためネグレクトにつながる可能性もある。したがって、「はい」の場合、わからない状況でどう関わっているのかを具体的に聴く。質問9は実際に赤ちゃんを叩きたくなるかについての内容である。ここでは赤ちゃんへの拒否的・攻撃的な気持ちを打ち明けてもらうことが大切であるため、看護者が非難するような口調や教育的な口調にならないように気をつけることが必

要である。

《EPDS について》

EPDS²²⁾は Cox J.L. が産後うつ病のスクリーニングのために作成したもので、過去7日間における褥婦の精神状態について母親自身に記載してもらう質問票である。日本語への翻訳は岡野らが行った。各項目の点数は0～3点の10項目、30点満点である。欧米諸国の大部分は13点以上を採用している。本邦では岡野ら²³⁾が区分点8/9とした際の信頼性と妥当性について検討している。臨床でもカットオフ値9点以上をうつ病の疑いとして、広く採用されている。2次診断が必要である。実施したらすぐに対応するのが望ましい。9点以下でも質問10の自殺念慮に1点以上あればどのようなときに自殺したいと思うのか、緊急性があるか、「死にたい。」と思ったときに SOS を出せるか、これまでどのようにして自殺を実行せず思いとどまれてきたかなどについて詳しく聴き取る必要がある。またその際に多職種との連携や家族へ連絡することについても本人の承諾を得る。もし承諾が得られない場合、もしくは緊急性がある場合には精神科医師へ連絡をし、専門家の診察を依頼する。

最近の研究結果で EPDS は anhedonia (興味喜びの消失)、anxiety (不安)、depression (抑うつ) の3因子構造であるとの報告²⁴⁾もある。全体の点数だけを見るだけでなく、中核症状である(興味、喜びの消失)が高いのか、その他のどの項目が高いのかにも着目し対応する。《赤ちゃんへの気持ち質問票について》

ボンディングとは親から子どもへ向かう情緒的な関心や愛情のことをさし、ボンディング障害とは自分の子どもに愛情がわかず世話をしたいし守りたいという感情が弱く、かえってイライラしたり敵意を感じたり攻撃したくなるような心理状態である。産後に使用するボンディングの評価方法である Mother-to-Infant Bonding Scale (以後 MIBS) は吉田ら²⁵⁾が翻訳を行い、赤ちゃんへの気持ち質問票 (MIBS-J) として臨床で使用され、信頼性、妥当性については鈴宮ら²⁶⁾が検討している。内容は、赤ちゃんに対する愛着の気持ちについて各項目0～3点の10項目の質問項目で30点満点である。質問票の結果だけでなく実際の育児態度も把握しておく。最近の研究でカットオフ値については産後5日目、産後1ヶ月がそれぞれ4.0、5.0で継続的な支援が必要との報告があること、MIBS が Lack of Affection (愛情の欠如) と Anger and Rejection (怒りと拒絶) の2因子構造をもつことから総合点だけでなくどの因子が強いのかもアセスメントする必要がある²⁷⁾。ボンディング障害のリスク因子としては、望まない妊娠や母親が抱く妊娠への拒否反応、低学歴、若年、貧困、配偶者との関係性の不良などが指摘されている^{28,29)}。

これまで虐待は産後うつ病が原因であると考えられていた。しかし、研究が進み、虐待を行う母親に産後うつ病がみられないことや、産後うつ病よりボンディング障害の方が危険要因である可能性が高いことが明らかになってきた²⁷⁾。ボンディング障害に関しては治療法、その効果など明らかになっていない点もあり、今後の研究で明らかにされることが期待される。

妊娠中に使用できる質問紙

妊娠中に産後うつ病を予測できるツールが開発され、近年のものとして Austin et al.³⁰⁾ の Pregnancy Risk Questionnaire (以後 PRQ と略す)、Beck¹⁷⁾ の Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (以後 PDPI-R と略す)がある。PRQ は妊娠期から使用可能であるが臨床医が面接で実施することになっており、特異度は92%だが、感度44%と感度が低いためスクリーニング検査には用いられない。

PDPI-R は妊娠期からも使用できる質問紙で欧米、韓国など海外でも翻訳され、広く使用されている。2011年に Ikeda et al.³¹⁾により日本語で翻訳されカットオフ値の検討を行い妥当性が評価されている。しかし、英語論文のため日本語翻訳物は公表されていない。我々も原版の開発者である Beck に2012年2月に翻訳許可を得、2016年に日本語に翻訳しカットオフ値の検討を行った¹⁹⁾。今回、その際の日本語翻訳版を最後に参考資料として公表する。

PDPI-R の使い方

妊娠初期から使用できる自記式質問紙調査票で、産前、産後版がある。質問紙の内容は産前版の婚姻状態、社会経済的背景、自尊心、妊娠前のうつ状態、妊娠中のうつ状態、結婚・パートナーとの満足感、生活上のストレスなど10項目に、産後版は子育てのストレス、子どもの気質、マタニティブルーの3項目が追加された13項目からなる。点数だけでなく、妊産褥婦の背景を多面的に把握できる。PDPI-R をもとに面接を行い、支援する際のアプローチにもなりうる質問紙である。

我々のカットオフ値は産前版7.0、産後版8.0であった。日本でのカットオフ値については今後さらに対象者を増やし、検討する余地がある。

今後の課題

妊娠中を含めた早期からのより細やかな支援の重要性が認識され、2017年の母子保健法改正により子育て世代包括支援センターの設置が努力義務となった。産後に用いられる従来の3つの質問紙に加え、妊娠早期から産後うつ病を予測できる質問紙として、諸外国で広く用いら

れている PDPI-R の活用が望まれる。PDPI-R は妊産褥婦の背景を多角的に把握できるため妊娠中から支援する際のアプローチの手がかりにもなる。また、子どもの虐待とボンディング障害の関係も念頭に置きながら分娩で入院中の母親の児への接し方や言動等を見守ることで、異常の早期発見と必要なときの支援につながりやすい。今後はスクリーニングで抽出された妊婦や褥婦をどのタイミングで、どこへ連携するのか、それぞれの地域の特性や日頃からの医療連携、対象者の背景を十分に理解した上で繋げられるようにこれまで以上の多種職連携が望まれる。

文献

- 1) 大日向雅美 母性の研究—その形成と変容の過程—伝統的な母性観への反証. 第1章, 川島書店, 1988, P60
- 2) Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J of Psychiatry* 1984; 144: 35-47
- 3) Gaillard A, Strat YL, Mandelbrot L, Keita H, Dubertret C. Predictor of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res* 2014; 215: 341-346
- 4) Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs* 2004; 45: 26-35
- 5) Madigan S, Wade M, Plamondon A, Jenkins J. Maternal abuse history, postpartum depression, and parenting: links with preschoolers' internalizing problems. *Infant Ment Health* 2015; 36: 146-155
- 6) Kitamura T, Ohashi Y, Kita S, Haruna M, Kubo R. Depressive mood, bonding Failure, and abusive parenting among mothers with three-month-old babies in a Japanese community. *Open J Psychiatry* 2013; 3: 1-7
- 7) 田中佳世, 田中博明, 村林奈緒他: 自殺が最大の妊産婦死亡原因である可能性についての検討, 産婦人科の実際 2016; 65(13): 1791-1794
- 8) 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 2017; 71(6): 506-510
- 9) 岡野禎治: 周産期メンタルヘルスの現状と展望, 精神科治療学 2017; 32(6): 715-718
- 10) 厚労省: 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について (第13次報告)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000173329.html>

- 11) 山下洋：産後うつ病と Bonding 障害の関連. 精神科診断学 2003; 14(1): 41–48
- 12) 岡野禎治：Maternity Blues と産後うつ病の比較文化的研究. 精神医学 1991; 33(10): 1051–1058
- 13) Nappi RE, Petraglia F, Luisi S, Polatti F, Farina C, Genazzani AR. Serum allopregnanolone in women with postpartum “blues” *Obstet Gynecol* 2001; 97: 77–80
- 14) Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord* 2009; 113: 77–87
- 15) Takahashi Y, Tamakoshi K. Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya J Med Sci* 2014; 76: 129–138. Beck CT. Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2002; 31: 394–402
- 16) O’Hara MW. Social Support, life event, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 569–573
- 17) Beck CT. Revision of the Postpartum Depression Predictors Inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2002; 31: 394–402
- 18) Watanabe M, Wada K, Sakata Y, Aratake Y, Kato N, Ohta H, Tanaka K. Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008; 29: 206–212
- 19) Mikiyo Wakamatsu, Masayuki Nakamura, Motofumi Kasugai, Hiroshi Kimotsuki, Toshimichi Oki, et al. Predictive validity of the Japanese version of Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R) during pregnancy and the postpartum period, *Medical Journal of Kagoshima University* 2016; 68: 9–19
- 20) O’Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 37–54
- 21) 吉田敬子, 山下洋, 鈴宮寛子：産後の母親と家族のメンタルヘルス, 自己記入式質問票を活用した育児支援マニュアル, 母子保健事業団, 東京, 2005
- 22) Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782–786
- 23) 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, 7525–533
- 24) Chika K, Takashi O, Branko A, et al.: Factor structure of the Japanese Version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the Postpartum Period, *PLOS One*.2014, 9(8), e103941, Published online 2014 Aug
- 25) Yoshida K, Yamashita H, Conroy S, et al.: A Japanese version of Mother-to-Infant Bonding Scale: factor structure, longitudinal changes and links with maternal mood during the early postnatal period in Japanese mothers, *Archives of Womens’ Mental health* 2012; 15: 343–352
- 26) 鈴宮寛子, 山下洋, 吉田敬子：出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害. 精神科診断学, 2003; 14(1), 49–57
- 27) Matsunaga A, Takauma F, Tada K. et al.: Discrete category of mother-to-infant bonding disorder and its identification by the Mother-to-Infant Bonding Scale: A study in Japanese mothers of a 1-month-old, *Early Human Development*, 2017; Aug: 111: 1–5
- 28) Kinsey CB, Bapitite-Roberts K, Zhu J, et al.: Birth-related, Psychosocial, and emotional correlates of positive maternal-infant bonding in a cohort of first-time mothers. *Midwifery* 2014; 30(5): e188–194
- 29) Kitamura T, Takegata, M, Haruna M, et al The mother-infant Bonding Scale:Factor structure and Psychosocial correlates of parental Bonding disorders in Japan, *Journal of Child and Family Studies*, 2013; 24(2): 393–401
- 30) Austin MP, Colton J, Priest S, et al.: The antenatal risk questionnaire (ANRQ): acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting, *Women Birth*, 2013 Mar. 26(1): 17–25
- 31) Ikeda M, Kamibeppu K. Measuring the risk factors for postpartum depression: development of the Japanese version of the postpartum depression predictors inventory-revised (PDPI-R). *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013; 13: 112

8. ソーシャルサポート

①パートナー

あなたは、パートナーから十分な精神的なサポートを受けていると思いますか。	はい	いいえ
あなたは、パートナーを十分信頼できますか。	はい	いいえ
あなたは、パートナーを頼ることができますか。	はい	いいえ
あなたは、パートナーから十分に有益なサポートを受けていると思いますか。	はい	いいえ

②家族

あなたは、家族から十分な精神的なサポートを受けていると思いますか。	はい	いいえ
あなたは、家族を十分信頼できますか。	はい	いいえ
あなたは、家族を頼ることができますか。	はい	いいえ
あなたは、家族から十分に有益なサポートを受けていると思いますか。	はい	いいえ

③友人

あなたは、友人から十分な精神的なサポートを受けていると思いますか。	はい	いいえ
あなたは、友人を十分信頼できますか。	はい	いいえ
あなたは、友人を頼ることができますか。	はい	いいえ
あなたは、友人から十分に有益なサポートを受けていると思いますか。	はい	いいえ

9. 結婚/パートナーの満足感

あなたは、あなたの結婚や生活環境に満足していますか。	はい	いいえ
あなたは、現在結婚やパートナーとの関係に問題がありますか。	はい	いいえ
あなたとパートナーの間は、うまくいっていますか。	はい	いいえ

10. 生活上のストレス

あなたは、現在の生活において、以下のようなストレスを感じていますか。

経済的問題	はい	いいえ
結婚の問題	はい	いいえ
家族の死	はい	いいえ
失業	はい	いいえ
家族の重い病気	はい	いいえ
引っ越し	はい	いいえ
転職	はい	いいえ

【産後版】

11. 子育てのストレス

赤ちゃんには、健康上の問題がありますか	はい	いいえ
あなたは、赤ちゃんの授乳に関して問題がありますか。	はい	いいえ
あなたは、赤ちゃんの睡眠に関して問題がありますか。	はい	いいえ

12. 赤ちゃんの気質

あなたは、赤ちゃんは神経質な方だと思いますか。	はい	いいえ
あなたの赤ちゃんはよく泣きますか。	はい	いいえ
あなたの赤ちゃんは、あやしたり、なだめるのが難しいですか。	はい	いいえ

13. マタニティブルー

あなたは、産後1週は涙もろくなるときがありましたか。	はい	いいえ
----------------------------	----	-----

Perinatal mental health support during pregnancy and future issues

Mikiyo Wakamatsu¹⁾, Masayuki Nakamura²⁾, Motofumi Kasugai²⁾, Hiroshi Kimotsuki²⁾, Hiroaki Kobayashi³⁾

- 1) Department of Maternal & Child Nursing and Midwifery Kagoshima University
Faculty of Medicine School of Health Sciences, 8-35-1, Sakuragaoka, Kagoshima 890-8544, Japan
- 2) Department of Psychiatry, Kagoshima University Graduate School of Medicine and Dental Sciences,
Kagoshima, Japan
- 3) Department of Reproductive Pathophysiology, Obstetrics Gynecology,
Kagoshima University Graduate School of Medicine and Dental Sciences, Kagoshima, Japan

Address corresponding to: Mikiyo Wakamatsu
E-mail: mikiwaka@health.nop.kagoshima-u.ac.jp

Abstract

In recent years, the issues of suicide and child abuse committed by pregnant and postpartum woman have focused attention on perinatal mental health. Three questionnaires for use after childbirth have been found to identify mothers at risk for postpartum depression and child abuse. However, for detailed assistance it is necessary to provide support early in the pregnancy. Therefore, the Maternal and Child Health Law was revised in 2017.

A questionnaire that can predict postpartum depression from early pregnancy is required and some candidates have been developed. However, no such questionnaire has been validated for use in Japan. The Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R), which is widely used in other countries, is considered to be effective for predicting postpartum depression. Therefore, we translated the PDPI-R into Japanese and examined its reliability, validity, and cut-off values during pregnancy and postpartum.

The PDPI-R could not only predict postpartum depression during pregnancy, but also provided a multifaceted understanding of the backgrounds of perinatal woman. We hope that this questionnaire will be widely used in the future. It is expected that the use of the PDPI-R will help clarify the relationships among postpartum depression, child abuse, and bonding disorder.

Key words: Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised, screening of postpartum depression, early pregnancy, bonding disorder, Child-rearing Generation Comprehensive Support Center