

## 発達障害特性を有する女性の周産期メンタルヘルス

長谷川 京子 (信州大学大学院総合医理工学研究科、篠ノ井総合病院小児科)  
篠山 大明 (信州大学医学部精神医学教室)  
菊地 範彦 (信州大学医学部産科婦人科学教室)  
本道 隆明 (篠ノ井総合病院産婦人科)  
板倉 憲二 (板倉レディースクリニック)  
渡邊 智子 (丸山産婦人科医院)

### <要 旨>

妊産婦が安定した精神状態で出産に臨み、育児を不安なく始めることは、女性個人のメンタルヘルスのみならず子の健全な発育にとって重要なことである。本研究では、妊産婦のうつ傾向のリスク因子をさらに解明するために、発達障害特性およびパーソナリティと妊産婦のうつ傾向の関連を調べた。長野県内の4施設で妊婦健診を受けた20歳以上で日本語を母国語としている女性に対し、妊娠36-37週、産後2週間、産後1か月の3期で縦断的に調査を行った。単胎妊娠の904人について、注意欠如・多動症(Attention-Deficit/Hyperactivity disorder:以下「ADHD」)特性と自閉スペクトラム(Autism Spectrum:以下「AS」)特性の有無を評価して4グループに分け、エディンバラ産後うつ自己評価票(Edinburgh Postnatal Depression Scale:以下「EPDS」)で示唆されるうつ傾向との関係を調べた。EPDSの平均点は妊娠36-37週時が最も高く、ADHD特性とAS特性の両者またはいずれか一方を有する人は、どちらの特性も有さない人と比較してEPDS得点が有意に高かった。ADHD特性の有無とうつ傾向は3期すべてで関連を認め、AS特性の有無とうつ傾向は妊娠36-37週時のみ関連を認めた。AS傾向の強さとEPDS得点の間には3期とも有意な正の相関関係があった。感覚プロファイルの低登録、感覚過敏、感覚回避の3つの象限とEPDS得点の間にはいずれの時期でも有意な正の相関関係があった。神経症傾向のパーソナリティはいずれの時期でもEPDS得点との間に正の相関関係があり、外向性、協調性、勤勉性との間には負の相関関係があった。本研究によってADHD特性、AS特性、感覚についての特性、パーソナリティは、妊産婦のうつ傾向に影響していることが示された。妊産婦のうつ傾向は産後よりも妊娠後期により強く認められるため、メンタルヘルスのスクリーニングは産後健診を待たず妊娠早期から行われること、また発達障害特性やパーソナリティを評価する設問をスクリーニングに取り入れ、妊産婦の個性をあらかじめ把握して適切な支援を提供することが推奨される。

### <キーワード>

周産期メンタルヘルス、産後うつ、エディンバラ産後うつ自己評価票、注意欠如・多動症、自閉スペクトラム、感覚プロファイル、パーソナリティ

【はじめに】  
現在、我が国では子ども虐待が大きな社会問題

となっている。虐待で死亡した子どもの年齢で最も多いのは1歳未満であり、加害者の過半数

が実母であり、被害児の実母の 23.2%に育児不安、うつ状態、精神疾患などの精神的問題があった[1]。目に見える虐待事案とならない場合であっても、母親のうつ症状は子どもの精神発達に影響を及ぼし、長期的に子どものメンタルヘルスに関係することが指摘されている[2]。妊産婦が安定した精神状態で出産に臨み、育児を不安なく始めることは、母親のメンタルヘルスだけでなく、子の健全な発育にとっても極めて重要なことである。

周産期メンタルヘルスの研究は、1987年にCoxらが産後うつの尺度としてのエディンバラ産後うつ自己評価票（Edinburgh Postnatal Depression Scale:以下「EPDS」）[3]を作成したことで大きく進展した。EPDSは現在、日本語を含めた57か国語に翻訳され[4][5]、臨床のみならず研究者によっても用いられ、産後うつについての研究報告が国内外で多くみられるようになった。

先行研究の分析から得た周産期のうつ病発症率は約12%[6]、国内での報告では10-15%とされている。産後うつ病のリスク要因について、Beckは84篇の論文を解析し、出産前からのうつや不安、自己評価、育児や生活のストレス、夫婦の関係性など13項目との関連を指摘した[7]。我が国では、不妊治療、若年・高齢出産、双胎、帝王切開術[8]や、うつ病既往、妊娠経験の少なさ、合併症、義両親との同居などが産後1か月の母親のEPDSが高得点となる要因として報告されている[9]。以上のように、これまでの産後うつ病のリスク因子についての研究では社会的背景や産科的因子が注目されることが多い。一方で、妊産婦の精神面については、精神病既往歴が取り上げられることはあるが、妊産婦個

人の認知パターンやパーソナリティの違いを論じたものは少ない。臨床現場では社会的、産科的リスク要因には差がないにもかかわらず、妊産婦の心のありようが異なっていることはよく経験されることであり、妊産婦ひとりひとりの特性と周産期のうつ病の関連についての調査が必要である。

発達障害特性については、国内の妊娠中期の妊婦に対する調査で、発達障害の特性を持つ可能性のある妊婦が数パーセント存在するという報告がある[10]。また、自閉スペクトラム（Autism Spectrum：以下「AS」）特性が中・高度の母親は妊娠中の社会的支援が欠如しやすく、産後1か月時にうつや新生児虐待をきたし易いことも指摘されている[11]。女性は発達障害の特性を有していても児童期には症状が目立たず、成人してから学校や職場での不適応を契機に診断される症例が多い。近年では成人の発達障害に対する理解が深まり、学校や職場でも支援の試みが始まっているが、妊娠・出産・子育て期の様々な場面での配慮や支援の体制はまだ十分とは言えない。周産期は身体の変化のみならず、医療や保健施設の利用や、里帰り分娩を目的とする一時的転居、産休・育休を含めた離職など大きな生活の変化に直面するため、発達障害特性を有する女性は心身の変調をきたしやすいことが推測されるが、それを裏付ける研究報告は国内外とも少ない。

そこで、本研究では一般妊婦人口の中に占める発達障害特性を有する女性の割合を把握し、特性の有無により周産期のうつ傾向に差異があるかを検討することを第一の目的とした。あわせて感覚プロフィールとパーソナリティとうつ傾向についても関係を調査し、さらに広い視点

で女性の神経発達の特性と周産期のうつ傾向についての関係を分析した。

## 【方法】

### 1. 対象者と調査期間

2020年1月14日から2020年12月31日までの間に、長野県内のA大学病院、B総合病院、Cクリニック、Dクリニックの4施設の産婦人科外来に健診目的で来院した妊娠36週0日から37週6日までの妊婦に調査への参加を呼び掛けた。年齢が20歳以上で、母国語が日本語であり、日本語の自己記入式質問票に一人で回答することができることを条件とし、当日の体調やスケジュールの都合で参加が困難と思われる場合は依頼対象から除外した。準備が整った施設からリクルートを開始し、最終登録者が産後1か月健診を終了するまでを調査期間とした。DクリニックはCOVID-19の感染予防対策のために調査を一時中断し、リクルート期間は合計4か月間であった。

### 2. 調査方法

各施設の産婦人科外来で、条件に合致していると思われた受診妊婦に研究の目的や方法についての説明書、同意書、および第一回めの調査用紙が入った封筒を手渡した。対象者は内容を検討し、研究参加に同意する場合は、同意書に署名したうえで診療待機時間を利用して質問票に回答した。回答用紙は同意書とともに封筒に戻し、施設内に設置してある回収箱に投函され、研究者が回収した。回答は原則、調査日当日に病院内で行うこととしたが、都合により質問票を持ち帰っての回答も許容した。登録者を対象に、産後2週間健診時、産後1か月健診時に調査を行った。初回と同様に質問票の入った封筒

を外来で手渡し、回答を依頼し、回収箱に投函してもらった。産後の2回の調査では、健診で利用されている産婦健康診査問診票の回答用紙の複写も得た。産婦健康診査問診票の流用は、登録者に配布した説明書に記してあり、同意書への署名をもって承認されたものとした。

### 3. 調査内容

妊娠36-37週の調査用に、年齢、妊娠週数、精神科既往歴等の基本的属性、産科的異常の有無などの情報と、特性やパーソナリティを評価するための自己記入式心理検査を設問に入れた調査冊子を作成した。冊子に採用した心理検査は、注意欠如・多動症(Attention-Deficit/Hyperactivity disorder:以下「ADHD」)特性を評価する「成人期のADHD自己記入式症状チェックリスト」(Adult ADHD Self-Report Scale:以下「ASRS」)、パーソナリティの5つの傾向を評価する「日本語版Ten Item Personality Inventory」(以下「TIPI」)、うつを評価する「Whooleyの2項目質問票」、不安を評価する「Generalized Anxiety Disorder-2」とEPDSであった。さらに別冊でAS特性を評価する「成人用AQ日本語版自閉症スペクトラム指数」(Autism Spectrum Quotient:以下「AQ」)、感覚刺激への反応傾向を4つの象限で評価する「日本版青年・成人感覚プロファイル自己評定質問票」(Adolescent/Adult Sensory Profile:以下「AASP」)を調査用封筒に同封して回答を求めた。産後の2回の調査も同様に、妊娠回数、出産回数、分娩形式、出生児の人数や、体重、身長等の情報と、それぞれの時期の授乳方法や育児不安の内容を把握する自己記入式質問票を配布し、産婦健康診査問診票の複写から、子育て支援チェックリスト、EPDS、赤ちゃんへの気持ち

質問票の回答結果を得た。

#### 4. 倫理的配慮

本研究は、信州大学医学部の医倫理審査委員会で承認を得て実施した。調査を実施するすべての施設において倫理委員会等の審査を受け、施設の長の許可を得て調査を行った。研究への参加を呼び掛ける説明書には、参加は任意であり、回答しないことで不利益を被ることはないこと、個人情報保護についての対策等を明記した。

#### 5. 統計解析

統計解析はSPSSver. 26を用いて行った。ADHD特性、AS特性の有無と、EPDSの得点が9点以上で示される「うつ傾向」の関連はカイ2乗検定で評価した。EPDS得点9点以上群と9点未満群のAQ得点の比較はマン・ホイットニーの検定を用いた。AQ得点、AASPの各象限、TIPIのパーソナリティ傾向とEPDS得点の関係はスピアマンの順位相関分析で解析した。有意水準は両側5%とした。

### 【結果】

#### 1. 解析対象者

4施設で合計1,355人に研究参加を呼びかけたところ、有効回収率81.9%（A大学病院90.0%、B総合病院89.0%、Cクリニック60.8%、Dクリニック65.2%）で、1,110人の登録者を得た。本研究では、そのうちの「出産児数が1人」、「産後2週間健診を産後14日の前後7日以内に実施」、「産後1か月健診を産後30日の前後7日以内に実施」、「産後2週間健診および1か月健診時に児が退院している」、「AQ、ASRSおよび3回のEPDSのすべての問いに回答している」の5つの条件を満たした904人についてデータ解析

を行った。AASPとEPDSの関連についての解析は、AASPに未回答があった46人を除外した858人で行い、TIPIとEPDSの関連についての解析は、TIPIに未回答があった9人を除外した895人で行った。

#### 2. 解析対象者の属性

解析対象者904名の利用施設の内訳はA大学病院252人(27.9%)、B総合病院463人(51.2%)、Cクリニック106人(11.7%)、Dクリニック83人(9.2%)であった。本研究ではASRSの得点がカットオフ値4点以上であった人を「ADHD特性あり(ADHD+)」とし、4点未満の人を「ADHD特性なし(ADHD-)」とした。AQの総合点がカットオフ値33点以上であった人を「AS特性あり(AS+)」とし、33点未満の人を「AS特性なし(AS-)」とした。ADHD+の人数は904人中66人(7.3%)、AS+は14人(1.5%)で、ADHDとASの特性の有無で4グループに分類すると、ADHD+AS-は62人(6.9%)、ADHD-AS+は10人(1.1%)、ADHD+AS+は4人(0.4%)、いずれの特性もないADHD-AS-は828人(91.6%)であった。対象者の属性を、特性グループ別に示したのが表1、表2である。登録時の全体の平均年齢は32.3( $SD = 4.9$ )歳、妊娠週数は36.8( $SD = 3.9$ )週であった。精神科やカウンセリングを受診したことがあると回答した人は114人(12.6%)で、ADHDと診断されていた人は4人(0.4%)いたが、その中で今回ADHD特性ありと評価されたのは1人だけであった。ASの診断歴がある人は3人(0.3%)いたが、今回AS特性ありとされた人はいなかった。うつ病の診断歴がある人は34人(3.8%)で、そのうち4人はADHD特性あり、2人はADHDとASの両方の特性ありと評価されていた。今回が初めての妊娠で

表 1 対象者の属性：産前の状態

		ADHD+AS- n = 62 (6.9%)	ADHD-AS+ n = 10 (1.1%)	ADHD+AS+ n = 4 (0.4%)	ADHD-AS- n = 828 (91.6%)	全体 N = 904 (100%)
属性		平均値 (SD)				
登録時の年齢		31.6 (4.8)	29.9 (5.5)	27.0 (4.9)	32.4 (4.9)	32.3 (4.9)
登録時の妊娠週数		36.7 (3.5)	36.7 (3.5)	36.5 (3.4)	36.8 (4.0)	36.8 (3.9)
		人数 (%)				
妊娠回数	1回	24 (38.7)	5 (50.0)	1 (25)	340 (41.1)	370 (40.9)
	2回	22 (35.5)	4 (40.0)	2 (50)	280 (33.8)	308 (34.1)
	3回以上	16 (25.8)	1 (10.0)	1 (25)	205 (24.8)	223 (24.7)
	無回答				3 (0.4)	3 (0.3)
不妊治療 経験	あり	8 (12.9)	4 (40)	0 (0)	187 (22.6)	199 (22.0)
	なし	54 (87.1)	6 (60)	4 (100)	641 (77.4)	705 (78.0)
	妊婦にあり	6 (9.7)	3 (30)	0 (0)	137 (16.5)	146 (16.2)
妊娠中の 異常	胎児にあり	3 (4.8)	0 (0)	0 (0)	17 (2.1)	20 (2.2)
	なし	53 (85.5)	7 (70)	3 (75)	663 (80.1)	726 (80.3)
	無回答			1 (25)	11 (1.3)	12 (1.3)
精神科等 受診歴と 診断	あり	16 (25.8)	5 (50.0)	2 (50.0)	91 (11.0)	114 (12.6)
	ADHD	1 (1.6)	0 (0)	0 (0)	3 (0.4)	4 (0.4)
	AS	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (0.4)	3 (0.3)
	うつ病	4 (6.5)	0 (0)	2 (50.0)	28 (3.4)	34 (3.8)
	なし	46 (74.2)	4 (40.0)	2 (50.0)	728 (87.9)	780 (86.3)
	無回答		1 (10.0)		9 (1.1)	10 (1.1)

妊娠回数は今回を含む。妊娠中の異常は初回調査日より以前の診断。精神科等受診歴は「心の不調での医療機関やカウンセリングの受診」歴。診断の「ADHD」は ADHD または注意・欠如多動症、「AS」は自閉スペクトラム症、広汎性発達障害、アスペルガー症候群のいずれかの診断。ADHD と AS の合併診断は 0 人。平均値 (SD)、人数 (%) は特性グループごとの統計。

あった人は 370 人 (40.9%)、初産婦は 440 人 (48.7%) で、3 回以上の出産経験 (今回の出産を含む) がある人は 136 人 (15.0%) であった。分娩形式は経膈分娩の人が 733 人 (81.1%)、帝王切開の人は 168 人 (18.6%) であった。2 週間健診までの間に生まれた児に異常の指摘があったと回答した人は 131 人 (14.5%) いた。

### 3. 発達障害特性と妊産婦のうつ傾向の関連

特性の有無で分類した 4 グループで、EPDS の得点との関係を検討した。表 3 に特性ごとに分けた EPDS の平均点を示す。3 期いずれにおいても、ADHD 特性と AS 特性の両者またはいずれか

一方がある群は、どちらの特性も有さない群と比較して EPDS 得点が有意に高かった (妊娠 36-37 週間:  $U = 17455.5$ ,  $p < .00$ 、産後 2 週間健診時:  $U = 22459.0$ ,  $p < .001$ 、産後 1 か月健診時:  $U = 25201.5$ ,  $p = .003$ )。EPDS 得点が 9 点以上となった人数の割合を特性グループ別に示したのが表 4 である。EPDS 得点が 9 点以上でうつ傾向があると評価された人の割合は、特性を有する群の妊娠 36-37 週でとくに高い傾向が見られた。次に、特性の有無が EPDS の得点に影響しているかを調べるため、ADHD については AS 特性のない 890 人、AS については ADHD 特性のない

表 2 対象者の属性：分娩と新生児の状態

		ADHD+AS- n = 62 (6.9%)	ADHD-AS+ n = 10 (1.1%)	ADHD+AS+ n = 4 (0.4%)	ADHD-AS- n = 828 (91.6%)	全体 N = 904 (100%)
属性		人数 (%)				
出産回数	1回	26 (41.9)	5 (50)	1 (25.0)	408 (49.3)	440 (48.7)
	2回	23 (37.1)	5 (50)	2 (50.0)	296 (35.7)	326 (36.1)
	3回以上	13 (21.0)	0 (0)	1 (25.0)	122 (14.8)	136 (15.0)
	無回答					2 (0.2)
分娩形式	経膈分娩	51 (82.3)	9 (90)	4 (100)	669 (80.8)	733 (81.1)
	予定帝王切開	5 (8.1)	1 (10)	0 (0)	109 (13.2)	115 (12.7)
	緊急帝王切開	6 (9.7)	0 (0)	0 (0)	47 (5.7)	53 (5.9)
	無回答				3 (0.4)	3 (0.3)
出生後の児の異常	あり	8 (12.9)	1 (10.0)	0 (0)	122 (14.7)	131 (14.5)
	なし	52 (83.9)	9 (90.0)	4 (100)	697 (84.2)	762 (84.3)
	無回答	2 (3.2)			9 (1.1)	11 (1.2)
児の性別	男	33 (53.2)	7 (70.0)	1 (25)	412 (49.8)	453 (50.1)
	女	29 (46.8)	3 (30.0)	3 (75)	415 (50.1)	450 (49.8)
	無回答				1 (0.1)	1 (0.1)
		平均値 (SD)				
分娩週数		39.7 (7.5)	39.5 (4.8)	39.3 (4.3)	39.6 (7.4)	39.6 (7.4)
児の出生体重 (g)		3098.5 (351.5)	2997.6 (334.5)	3179.0 (484.2)	3083.9 (353.1)	3084.4 (353.0)
児の出生身長 (cm)		48.4 (1.5)	47.9 (1.5)	47.9 (2.0)	48.5 (1.8)	48.5 (1.8)

出産回数は今回を含む。「出生後の児の異常」は産後2週間健診時までの診断。平均値 (SD)、人数 (%) は特性グループごとの統計

表 3 発達障害特性の有無別 EPDS 平均点 (SD)

	n	妊娠 36-37 週	産後 2 週間健診時	産後 1 か月健診時
ADHD-AS-	828	4.2 (4.0)	2.9 (3.3)	2.2 (2.8)
ADHD+AS-	62	7.9 (5.0)	4.9 (4.7)	3.3 (3.7)
ADHD-AS+	10	8.3 (6.6)	4.1 (3.3)	3.3 (3.0)
ADHD+AS+	4	8.8 (4.5)	5.8 (4.6)	3.5 (2.9)
全体	904	4.6 (4.2)	3.1 (3.5)	2.3 (2.9)

表 4 発達障害特性別 EPDS 9 点以上の人数 (%)

	n	妊娠 36-37 週	産後 2 週間健診時	産後 1 か月健診時
ADHD-AS-	828	116 (14.0)	64 (7.7)	28 (3.4)
ADHD+AS-	62	28 (45.2)	12 (19.4)	7 (11.3)
ADHD-AS+	10	4 (40.0)	1 (10.0)	1 (10.0)
ADHD+AS+	4	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0)
全体	904	151 (16.7)	78 (8.6)	36 (4.0)

表 5 発達障害特性の有無と EPDS 得点の関係の検定

	妊娠 36-37 週		産後 2 週間健診時		産後 1 か月健診時	
	U	p	U	p	U	p
ADHD	37095.0	< .001	32730.5	< .001	30236.0	< .001
AS	5705.0	.038	5345.5	.108	5249.5	.135

ADHD : N = 890 (AS 特性+を除外)、AS : N = 838 (ADHD 特性+を除外)

表 6 発達障害特性の有無と EPDS9 点以上の人数の相違の検定

	妊娠 36-37 週			産後 2 週間健診時			産後 1 か月健診時		
	$X^2$	$df$	$p$	$X^2$	$df$	$p$	$X^2$	$df$	$p$
ADHD	41.274	1	< .001	9.981	1	.002	9.550	1	.002
AS	5.440	1	.020	0.071	1	.790	1.295	1	.255

ADHD :  $N=890$  (AS 特性+を除外)、AS :  $N=838$  (ADHD 特性+を除外)

表 7 感覚プロファイルと EPDS 得点の相関関係 ( $\rho$ )

	妊娠 36-37 週	産後 2 週 間健診時	産後 1 か 月健診時
低登録	.272***	.245***	.218***
感覚探求	.043	-.049	-.003
感覚過敏	.191***	.170***	.168***
感覚回避	.136***	.141***	.164***

$N=857$  : AASP のすべての設問に回答した人 \*\*\*  $p < .001$

表 8 パーソナリティと EPDS 得点の相関関係 ( $\rho$ )

	妊娠 36-37 週	産後 2 週 間健診時	産後 1 か 月健診時
外向性	-.141***	-.147***	-.135***
協調性	-.137***	-.093***	-.044
勤勉性	-.052	-.080*	-.074*
神経症傾向	.395***	.309***	.259***
開放性	.023	.004	.020

$N=895$  : TIPI のすべての設問に回答した人

\*\*\*  $p < .001$  \*  $p < .05$

838 人で検定した。その結果を表 5 に示す。ADHD 特性の有無は、いずれの時期でも有意差を認めしたが、AS 特性については、妊娠 36-37 週時のみ有意であった。同様に、特性の有無とうつ傾向ありと判定された人数の偏りについて検定したところ、ADHD は 3 期とも有意差を認めたが、AS で妊娠 36-37 週時のみ有意となった (表 6)。

AQ 得点がカットオフ値を超えて AS 特性ありと判定される人は限られているが、診断に至らなくても AS の特徴を有している broader autism phenotype の人も困難を感じていることは以前から指摘されている。産婦を対象とした先行研究では AQ 得点の高さを AS 特性の程度ととらえ、特性が強いほど、EPDS 得点が高く、子ども虐待の可能性が高くなるとの報告がある [11]。そこで本研究でも AQ 得点を AS 特性を有する傾向の強さとし、EPDS 得点との関係を調べた。ADHD+ の 66 人を除外した 838 人で AQ 得点

と EPDS 得点の分布を確認し、順位相関分析を行ったところ、妊娠 36-37 週 ( $\rho = .227$ )、産後 2 週間健診時 ( $\rho = .175$ )、産後 1 か月健診時 ( $\rho = .170$ ) の 3 期とも 0.1% 水準で有意な正の相関関係を認めた。

#### 4. 感覚プロファイルと EPDS 得点

AASP では感覚の受け止め方と反応の仕方を 4 つの象限に分類し、感覚刺激への反応の起こりにくさを「低登録」、特定の感覚刺激を求める傾向を「感覚探求」、感覚刺激に対する過剰反応のおこしやすさを「感覚過敏」、不快な刺激を過剰に回避する傾向を「感覚回避」と定義している。対象者の 4 つの象限の得点を年齢カテゴリー別の基準に従って「非常に低い」「低い」「平均的」「高い」「非常に高い」の 5 段階で評価して EPDS 得点との関係を調べたところ、低登録、感覚過敏、感覚回避の 3 象限と EPDS 得点の間には、妊娠 36-37 週、産後 2 週間健診時、産後 1 か月健

診時のすべてで 0.1%水準で有意な正の相関を認めた。感覚探求と EPDS 得点には 3 期とも有意な相関は認められなかった (表 7)。

## 5. パーソナリティと EPDS 得点

TIPI で示された対象者の 5 つのパーソナリティ傾向と EPDS 得点の相関を表 8 に示す。神経症傾向は 3 期とも 0.1%水準で有意な正の相関関係があり、外向性は 3 期とも 0.1%水準で有意な負の相関を認めた。協調性は妊娠 36-37 週と産後 2 週間健診時で、勤勉性は産後 2 週間健診時と 1 か月健診時でそれぞれ有意な負の相関関係があった。

### 【考察】

#### 1. 対象者について

異なる形態の 4 施設で行われた回収率の高い調査であることから、本研究の解析結果は長野県の産科外来を受診する一般的な妊産婦の実態をおおむね示しているといえる。

#### 2. 発達障害特性を有する妊産婦の割合

DSM-5 では ADHD の有病率は子どもで約 5%、成人で約 2.5%、自閉スペクトラム症は 1%とされている [12]。本研究では、対象者 904 人のうち、ADHD 特性を有すると評価された人の割合は 7.3%であり、AS 特性は 1.5%であった。ADHD も AS も男性のほうが女性よりも 3-4 倍多いとされていることを考えると、本研究で示された数値はこれまで言われているよりも多いと言える。本研究で ADHD 特性または AS 特性があるとされた 76 人のうち、これまでにそれらに関連する診断を受けていた人は 1 人のみであったことから、一般人口の中には、これらの特性を有していても診断に至らない人が多く存在していることが考えられる。

#### 3. 発達障害特性とうつ傾向の関係

ADHD 特性を有する人は、調査の 3 期いずれにおいても、特性がない人に比べて EPDS 得点が高くなり、うつ傾向を示す人が多いということがわかった。女性の ADHD は多動・衝動が目立たないことが多いため、不注意があっても学校では問題にはされにくい。児童期に医療や支援につながりにくいため、大人になって職場で困難を感じて初めて自身の特性に気づく人もいる。周産期から子育て期は複数のことを同時に行っていかななくてはならないため、マルチタスクが苦手な ADHD 特性を有する女性は精神的負担を感じ、うつ傾向となる可能性がある。

周産期は予期せぬことの連続であり、臨機応変が苦手な AS 特性を有する女性には困難な時期であると思えるが、本研究では AS 特性と EPDS 得点やうつ傾向の関係性は妊娠 36-37 週時しか認められなかった。その理由については、今後検討の余地がある。その一方で、AQ 得点と EPDS 得点の相関を解析すると、いずれの時期でも正の相関関係があった。この結果は broader autism phenotype と称される AS 特性をある程度有している人たちは産後うつのリスクが高いというこれまでの報告 [13] と矛盾しない。

いずれの特性グループにおいても、産後 2 週間健診時、産後 1 か月健診時よりも、妊娠 36-37 週時のほうが EPDS 平均点が高く、EPDS が 9 点以上の人数の割合が高かったことは予想外の結果であった。湯舟が妊娠初期、中期、末期および産後 1 か月で行った調査研究 [14] では、EPDS 平均点は産後 1 か月が最も高く、次いで妊娠初期、末期、中期の順であり、本研究の結果と一致しない。妊婦は里帰り分娩目的で転居したり、妊婦健診のみ行う施設から分娩する施設へ転院す



ることがある。本研究の調査では、転院による中断者が出ることを懸念し、多くの妊婦が転院を終えているであろう妊娠 36-37 週から調査を開始した。その結果、中断者は少なかったものの、対象者の一部は転居直後、転院直後に初回の調査に回答していた可能性がある。いかなる理由であっても、転居や転院の直後は不安が高まることは否めず、それが EPDS の得点に影響した可能性がある。また、妊娠後期には各施設で分娩に向けての指導が行われ、分娩がいよいよ迫ってきたことを実感することになる。仕事をしていた妊婦は産休に入ったり、離職する人もいる。分娩に対する不安や、生活のリズムが変わることで受ける刺激は特性の有無によらず、精神状態に影響を及ぼしていると考えられる。

#### 4. 感覚プロファイルとうつ傾向の関係

DMS-5 において、感覚過敏や鈍麻は ASD の症状として記載されているが、診断がなされていない AS 特性がある成人にも感覚の異常を認めることが報告されている[15]。本研究では、発達障害の特性の有無によらず、感覚プロファイルの 4 象限と EPDS 得点の相関を検討し、低登録、感覚過敏、感覚回避で、関係性が認められることを示した。今後は、発達特性と感覚プロファイル、うつ傾向の関係をさらに解析し、発達障害特性のどのような側面がうつ傾向をもたらしているのかを明らかにしていきたい。

#### 5. パーソナリティとうつ傾向の関係

パーソナリティと周産期のメンタルヘルスの研究はあまり行われていないが、Mattey は Interpersonal Sensitivity Measure を用い、Saito は NEO-Personality Inventory-Revised を用いて、いずれも神経症傾向は周産期のうつのリスク因子になることを報告している[16]

[17]。本研究でも EPDS 得点との相関関係が最も強かったのは神経症傾向で、その傾向が強い人ほど EPDS 得点が高く、うつ傾向となる可能性があることが示された。注目すべきは、外向性、協調性および勤勉性と EPDS 得点に負の相関関係が認められたことである。このことは、社会的背景に同じリスク因子があっても、外向性や協調性、勤勉性の傾向が高い人はうつになりにくい可能性を示している。対象者の属性を統一し、さらに解析することでこの仮説を検証することができるだろう。

#### 6. 本研究の限界

産婦人科外来で妊婦健診を受ける人を調査の対象としたため、切迫早産やその他の合併症で入院している妊婦は除外されている。また、健診に来院することができていても、当日の心身の状態が調査の負担に耐えられないと思われる人は、本人または調査者の判断で不参加となっている。そのためうつ傾向が特に重度であった人は参加していない可能性がある。

本研究で採用した対象者の発達障害特性（AS 特性・ADHD 特性）によるグループ分けは、自己記入式の心理検査票に基づく判定であり、対象者の臨床的診断ではない。

#### 【まとめ】

本研究の結果では、産後よりも妊娠後期にうつ傾向を示す人が多かった。現在、産後うつのスクリーニングは産後 2 週間と産後 1 か月の健診で行われることが一般的であるが、妊娠中からのうつ傾向に対処するためには、妊娠早期から定期的にスクリーニングを行うことが望ましい。支援が必要な妊産婦を把握するために、スクリーニングツールには妊産婦の発達障害特性

やパーソナリティに関するアセスメントを含めることを推奨したい。発達障害特性を有する人を含め、すべての人にとって安心して安全な周産期医療を提供するためには、妊産婦にかかわる専門職が女性の発達障害特性やパーソナリティについてより理解を深める必要がある。

#### 【参考文献】

1. 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会, 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について. 2021, 厚生労働省.
2. Alvarez, S.L., et al., *Maternal Depression and Early Intervention: A Call for an Integration of Services*. *Infants Young Child*, 2015. **28**(1): p. 72-87.
3. Cox, J.L., J.M. Holden, and R. Sagovsky, *Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *Br J Psychiatry*, 1987. **150**: p. 782-6.
4. John Cox, J.H.a.C.H., *Perinatal Mental Health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual*. 2nd ed. 2014: RCPsych Publications.
5. 岡野禎治, 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): p. 525-533.
6. C.A. Woody, A.J.F., D.J. Siskindb., H.A. Whiteforda., M.G. Harrisa, *A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression*. *Journal of Affectiv Disorder*, 2017. **219**: p. 86-92.
7. Beck, C.T., *Predictors of postpartum depression: an update*. *Nurs Res*, 2001. **50**(5): p. 275-85.
8. 原田なをみ, エジンバラ産後うつ病自己評価表によるスクリーニングにおける高得点者のリスク因子の分析. *保健科学研究誌*, 2008(5): p. 1-12.
9. 丸山陽子, 産褥期うつスクリーニングと背景因子の検討. *佐久大学看護研究雑誌*, 2012. **4**: p. 15-27.
10. 辻井弘美, 妊娠・出産と育児. *精神科臨床サービス*, 2011. **11**: p. 224- 228
11. Hosozawa, M., et al., *Risk of postpartum depression and very early child mistreatment among mothers reporting higher autistic traits: Evidence from the Japan Environment and Children's Study*. *J Affect Disord*, 2021. **280**(Pt A): p. 11-16.
12. 日本精神神経学会監修, DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル日本語版. 2014.
13. Hirokawa, K., et al., *Associations between broader autism phenotype (BAP) and maternal attachment are moderated by maternal postpartum depression when infants are one month old: A prospective study of the Japan environment & children's study*. *J Affect Disord*, 2019. **243**: p. 485-493.
14. 湯舟邦子, 妊娠初期、中期、末期から産後1ヵ月までの抑うつ状態のスクリーニングの検討. *昭和医学会雑誌*, 2015. **75**(4): p. 465-473.
15. Horder, J., et al., *Autistic traits and abnormal sensory experiences in adults*. *J Autism Dev Disord*, 2014. **44**(6): p. 1461-9.
16. Matthey, S., et al., *Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood*. *J Affect Disord*, 2000. **60**(2): p. 75-85.
17. Saisto, T., et al., *Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study*. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001. **80**(1): p. 39-45.