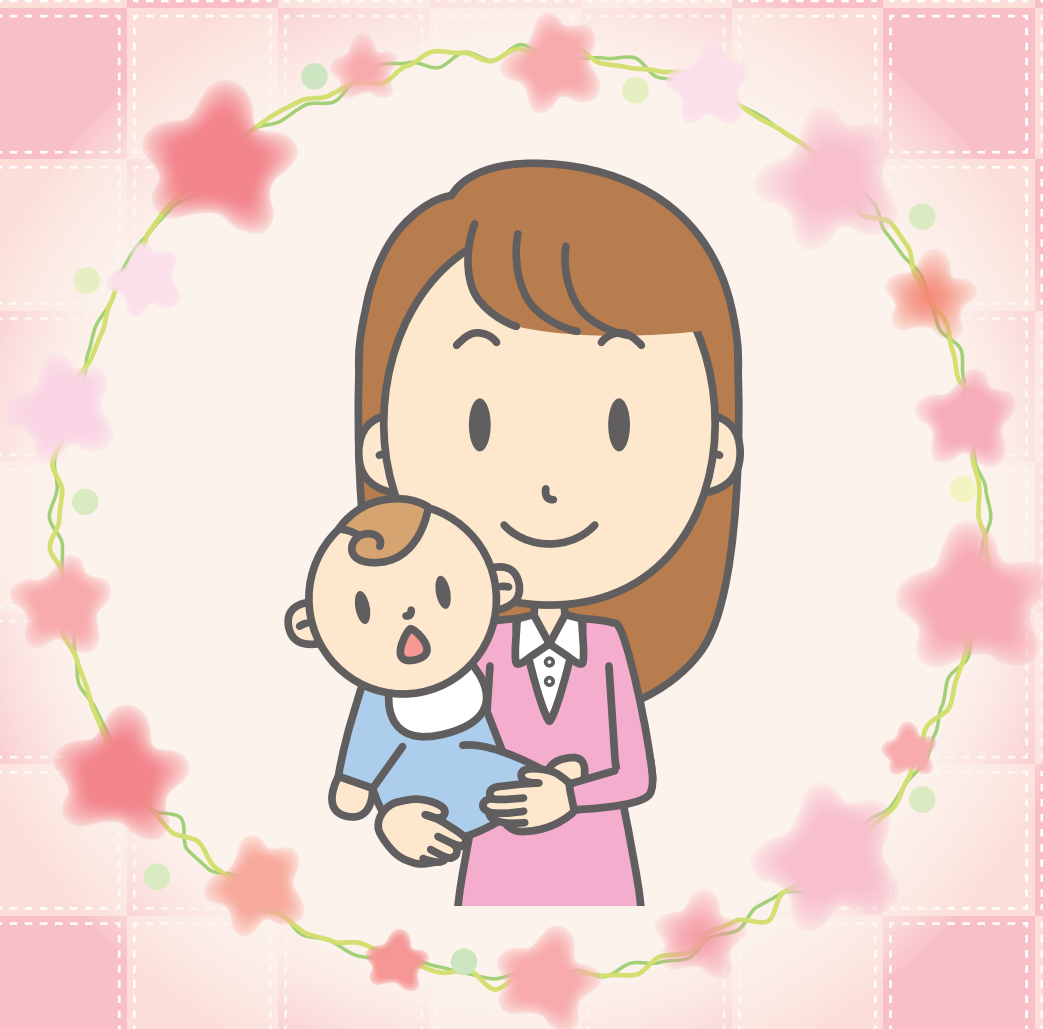


妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル

～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～



公益社団法人 日本産婦人科医会

平成 29 年 3 月

本マニュアルは「妊娠等について悩まれている方のための
相談援助事業連携マニュアル」改訂版（平成 26 年 3 月）を
改訂したものです。

目次

はじめに	4
I. 本マニュアルについて	7
II. 妊産婦メンタルヘルスの重要性	8
1. 少子化問題と妊産婦メンタルヘルス	8
2. 妊産婦メンタルヘルスの現状	11
(1) 児童虐待	11
(2) 妊産婦の自殺	12
(3) 妊婦の心の状態と子どもの発達	12
(4) 虐待が子どもの脳に及ぼす影響	13
III. 妊産婦メンタルヘルスの基礎知識	16
1. 妊産婦の心理	16
2. 妊産婦メンタルヘルスの不調と障害	16
(1) 妊産婦にみられることの多い不安と心配	16
(2) 妊産婦にみられる気分障害と神経症性障害	17
(3) 妊産婦にみられる精神病性障害	17
(4) 妊産婦にみられる知的障害や発達障害	18
3. 母子の関係性（母子相互作用）	18
(1) 母親のわが子に対する情緒的絆	18
(2) 母親のわが子に対する情緒的絆の障害	18
(3) 乳児の愛着形成	19
4. 乳幼児の発達	19
(1) 定型発達	19
(2) 親のメンタルヘルスと子どもの発達の関連	20
IV. 妊産婦メンタルヘルスケアの実際	23
1. 妊産婦への対応の基本	23
(1) 基本的な接し方	23
(2) 把握しておきたい情報と情報収集の仕方	24
(3) 見逃してはいけない言葉や表情	24
(4) 言ってはいけない言葉	24

(5) 家族への接し方～正しい協力を得るために～	24
2. 育児支援とケアが必要な妊産婦のスクリーニング	25
(1) スクリーニングの必要性	25
(2) スクリーニングの時期と評価方法	28
1) 妊娠初期	30
2) 妊娠中期 (25～28週)	32
3) 出産時 (入院中)	34
4) 産後2週間	36
5) 産後1か月	38
(3) 3つの質問票の活用	40
1) 質問票Ⅰ. 育児支援チェックリスト	40
2) 質問票Ⅱ. エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)	42
3) 質問票Ⅲ. 赤ちゃんへの気持ち質問票	44
(4) 3つの質問票による面接の実際とケアの方法	46
1) 実施方法	46
2) EPDSの結果の伝え方	47
3. 精神科への紹介が必要なケース	48
(1) 精神科リエゾン	48
(2) 妊産婦への向精神薬投与と子どもへの影響	49
4. 小児医療へつなぐ	50
5. 助産師 (看護師・保健師) の役割	52
(1) ハイリスク妊産婦のスクリーニング	52
(2) ハイリスクと判断されなかった妊産婦への予防的支援	52
(3) ハイリスク妊産婦への支援	52
6. 特定妊婦について	54
(1) 特定妊婦とは	54
(2) 特定妊婦等の情報提供	54
(3) 特定妊婦の例示	56
V. 妊産婦メンタルヘルスケアにおける多領域協働チームの意義と実際	58
1. 妊産婦メンタルヘルスケアにおける多領域協働チームの必要性	58
(1) 多領域協働チームの必要性	58
(2) 連携の実際	58
2. 妊産婦に対する支援の枠組みと個人情報の取り扱い	59
(1) 妊産婦に対する支援の枠組み	59
1) 主な相談援助機関	59

2) その他の支援制度	61
3) 子育て世代包括支援センター	63
(2) 個人情報の取り扱い	64
1) 特定妊婦等についての情報提供	64
2) 医療従事者の守秘義務および個人情報保護義務との関係	65
3) 地方公務員である医療従事者の守秘義務および個人情報保護義務	66
4) 民事責任	66
3. 妊産婦メンタルヘルスケアにおける多領域協働チームの実例	68
(1) 秋田県の取り組み	68
(2) 大阪府の取り組み	75
(3) 大分県の取り組み	82
資料集	89

はじめに

この度、産婦人科医、精神科医、小児科医、助産師、保健師、看護師等、周産期メンタルヘルスを担当する全ての関係者のための「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」を発刊するにあたり、この領域の研究開始から今日に至るまでの発展の歴史につき、まず記録に留めておきたい。

妊婦と母親の心の状態に焦点を当てた精神医学・心理学の研究の開始は1960年頃からであり、今日までにすでに50年の歳月が過ぎたにもかかわらず、わが国の多くの産科医師の妊婦の心への関心は始まったばかりである。

本格的な産後うつ病の研究は、1980年代に入りロンドン大学精神医学研究所のChanni Kumarを中心としたグループから始まり、各国の若手研究者たちのアクティブな活動から国際的にも重要な臨床の課題となっていった。中でも国を挙げてこの問題の重要性を認識した英国では、政策として周産期メンタルヘルスへの支援体制の構築を掲げ、今日では地域社会での各関係者の役割まで検討され、その仕組みはできあがっている。

一方、わが国の周産期メンタルヘルス研究人口は少なく、1990年代に入り産後うつ病のスクリーニング用紙であるエジンバラ産後うつ病質問票（Edinburgh Postnatal Depression Scale：EPDS）の日本語訳を作成した三重大学精神科の岡野禎治、上述のKumarの下へ留学した九州大学小児科から精神科に進んだ吉田敬子、そして、周産期メンタルヘルス領域で用いる様々な尺度の標準化研究を行っていた国立精神衛生研究所の北村俊則等が、この領域のパイオニアとして研究・臨床のその後の展開を支えてきた。

わが国の産科領域で初めて周産期メンタルヘルスに注目したのは、九州大学産科婦人科教授の中野仁雄であった。厚生労働科学研究費による班研究の研究責任者であった中野は、2000年に「産褥婦および乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究」を開始した。翌年のテーマ「産後うつ病の実態調査ならびに予防的介入のためのスタッフの教育研修活動」では、班員として産婦人科医と助産師以外に、吉田、岡野、北村らに崎尾英子という4名の精神科医を加え、周産期精神疾患に関する日本における多施設共同研究が初めて実施された。中野班のこの調査で、日本における産後3か月以内の大うつ病性エピソードの発生率が約5%であることが明らかとなった。2000年前後のわが国の産科医療界は、脳性麻痺児や母体死亡による医療訴訟が多く、母児の身体的異常に対する診療内容の改善と医療体制作り奔走していた時代であった。そのような時代背景もあって、残念なことに中野班で示された妊産婦メンタルヘルスの重要性は、周産期領域の医師には認識されることはなく全国的な展開には至らなかった。

しかし、この研究のリーダー的立場であった3名の精神科医の一人である吉田敬子は、その後、九州大学病院に「子どものこころの診療部」を設立し、教授として研究、臨床、専門領域の人材育成を踏まえた教育だけでなく、福岡市を中心に、妊婦、母と子の心のケアに関する地域貢献について包括的な活動を行っている。岡野禎治は自ら日本周産期メンタルヘルス研究会を立ち上げ、現在は学会に昇格させ、会長として日本のこの領域の学術研究の発展を支えている。また北村俊則は熊本大学精神科教授を経て、現在は北村メンタルヘルス研究所を主宰し、自ら妊産婦の心のケアに当たっている。

この間、2010年頃の日本産婦人科医会では「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」の厚労省報告で、0歳児の生後0日での死亡事例が最も多く、その加害者は望まぬ妊娠をした実母であることが明らかとなったことから、産科診療所や病院に「妊娠等で悩んでいる妊婦の相談窓口」を置いてその予防対策を試みた。しかし、望まぬ妊娠をした女性は、診療所や病院に来ることはなく、自宅で出産する場合は最も多いだけにこの事業の転換が求められた。

実際に、診療所や病院で妊婦健診を受けている妊婦の中には、望まぬ妊娠をはじめ、出産育児に不安を持っている、自分の親からネガティブな養育を受けてきた、うつ症状がある等、様々な悩みをもつ妊婦が増えていることから、妊婦健診の項目の一つとして妊婦の心の悩みスクリーニングとその相談まで診療の幅を広げることが求められる時代になっていると考えられた。

しかし、最も危惧されたことは、妊産婦と接する多くの産婦人科医、助産師、看護師等にとっては、妊婦の精神的問題への対応は経験のないことであり、果たして妊婦に資する対応ができるのだろうかという問題であった。

そこで、まず妊婦の心のケアをするための基礎知識や技術を学ぶことから開始することとし、2013年以降、妊産婦メンタルヘルスケアの仕組み作りを福岡県で実践した九州大学の吉田敬子教授に直接の指導をお願いした。医会では母子保健部会の関沢明彦、相良洋子、鈴木俊治等が中心となって、日本の全ての産婦人科医が行うことができる妊産婦メンタルヘルスケアの仕組み作りの作業を以下のように開始した。

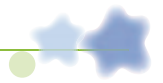
- ① 日本産婦人科医会主催で、毎年「母と子のメンタルヘルスフォーラム」学術集会を開催している。アクティブに活動している各都道府県から開催地を決定しており、昨年の愛知県（名古屋）大会では600名を超える参加者があった。
- ② 産前・産後の妊産婦健診の項目に心の悩みのスクリーニングを加えることで、健診料の増額を国に求めるためには、産婦人科診療ガイドラインへの掲載が必要である。そこで、2016年には、日本産科婦人科学会、日本周産期メンタルヘルス学会、日本産婦人科医会の代表が集まり、産婦人科診療ガイドライン産科編2017に「妊娠中の精神障害のリスク評価の方法は？」などのClinical Questionの掲載に向けて活動した。
- ③ 厚生労働省平成28年度子ども・子育て支援推進調査研究事業に、「産前・産後の支援のあり方に関する調査研究」（主任研究員関沢明彦）が採択された。
- ④ この厚労省研究事業の一環として、本冊子である「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」が作成された。このマニュアルは吉田敬子教授の指導の下、妊産婦メンタルヘルスを担当する産婦人科医、精神科医、小児科医、助産師、保健師、看護師等が学んで身に付けておくべき知識と技術の基本をまとめたものである。
- ⑤ 本冊子の内容をもとに、産婦人科医会主催の研修プログラムの受講体制を作ることで「周産期メンタルヘルスペシャリスト」としての資格を付与し、さらに高度な専門家としての修養を求める者には、新たに高度な研修内容テキストを作成する計画である。

本冊子の発刊は妊産婦メンタルヘルスへの参画の第一歩であり、今後、日本全国の全ての産婦人科医、助産師、保健師、看護師等が実施できるように、その基礎知識から実際の診療と地域における精神科医や行政との役割分担と連携を含め、その仕組み作りを進めていく。

この事業のために、終始ご助言とご指導を賜り、また英国の研修システムをご教示いただいた吉田敬子教授と鈴木寛子島根県雲南保健所所長に深甚なる謝意を表します。そして、本事業のために終始尽力してこられた岡井崇副会長と関沢明彦常務理事、相良洋子常務理事、鈴木俊治副幹事長、星真一幹事には厚く御礼申し上げます。

平成29年3月

公益社団法人日本産婦人科医会
会長 木下 勝之



I. 本マニュアルについて

本書は妊産婦の医療とケアに携わるすべての医療行政スタッフが、協働して妊産婦のメンタルヘルスを守るための基本的な考え方と方法をまとめたものである。メンタルヘルスとは精神疾患の有無ではなく、妊産婦が安心して生活を営み、ほどよく十分な愛情をもって子どもと向き合うことができる心の状態を意味している。

日本の周産期医療は、身体管理や治療については、今や世界一の安全性を誇れるまでになっている。しかしその一方で、心のケアが立ち遅れてきたことは否めない。児童虐待を疑う事例は年々増加し続けており、妊産婦のうつ病は、妊娠や出産に関連した身体疾患より頻度が高く、また自殺の頻度も産科異常による母体死亡を上回っていることなどが徐々に明らかになっている。1.57ショック以来、様々な少子化対策が行われてきたにもかかわらず出生数が減少し続けているのは、妊娠・出産・育児に喜びを見出すことができない女性たちの本音の表れと見ることもできるのではなかろうか。

周産期は、女性にとっては母親としての第一歩を歩み始める時期であり、子どもにとってはまさにヒトとしての第一歩を歩み始める記念すべき時期である。そしてここで始まる母と子の愛着形成が、子どもが将来心身共に健やかに成長し、母子と家族そして周囲の人たちと一緒に社会生活を営んでいく中で最も基本的で重要な要素であることは多くの研究が示している。周産期に携わるすべてのスタッフはこの重要性を深く心に刻み、妊娠・出産が母児の双方にとって大きな喜びとなるよう支援していかなければならない。

本書の前半には妊産婦の心理や乳幼児の発達についての基礎知識が、後半には面接の基本、支援が必要な妊産婦のスクリーニング、精神科や小児科との連携について書かれており、最後にすでに実践されているいくつかの地域での多領域協働チームの実例が示されている。特に妊産婦のスクリーニングの項では、産科スタッフが関わる妊娠初期から産後1か月健診までの間のいくつかのポイントで、質問票を使った面接を行うことにより妊産婦のメンタルヘルスの状態を評価し、早期に支援体制を整えるための方法を示している。本書の内容はできるだけ基本的な事柄にとどめているので、これをもとに地域にあった形のそれぞれのシステムが作られていくことが理想である。また、妊産婦に関わるスタッフにおいては、本書に書かれた内容を習得した後、現場での経験を積み重ねながら、職種に応じてさらにレベルの高い心理療法や家族調整のスキル、多領域連携のマネジメントを行う人材としてスキルアップしていくことが期待される。

本書を利用することにより、周産期に携わるすべてのスタッフがメンタルヘルスに対する偏見をなくし、傾聴と共感の気持ちを持って妊産婦と向き合うことができるようになること、それが本書の何よりの目的である。

Ⅱ． 妊産婦メンタルヘルスの重要性

日本の周産期医療は、戦後の母子衛生対策の整備と昭和40年の母子保健法の制定を経て急速に改善し、今や周産期死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率、妊産婦死亡率などの指標は世界のトップクラスとなり、日本は世界で最も安全にお産ができる国になっている¹⁾。それにもかかわらず、少子化問題は改善の兆しがみられず、それどころか最近では子どもの虐待や周産期の精神障害など、周産期をめぐる心理社会的問題が次々と浮上しているのが現状である。将来を担う子どもたちが心身ともに健やかに育つことは何よりも重要なはずであり、周産期の母子を取り巻く問題を明らかにし、その解決に向けての取り組みが求められている。

1. 少子化問題と妊産婦メンタルヘルス

男女雇用機会均等法が制定された1985年頃から女子の大学進学率や就業率は上昇し、平成27年には生産年齢の女性の就業率は70%を超えている。さらに最近では半数近くの女性が「子供ができて仕事も続ける方がよい」と考えており、その結果、女性の年齢階級別労働力率のグラフは出産世代の落ち込みが顕著なM字型から徐々に台形のパターンに近づいている(図1)²⁾。これに伴って晩婚化・晩産化の傾向は今世紀に入って顕著になり、2014年には女性の初婚年齢は29.4歳、第1子出生時の平均年齢は30.6歳に達している(図2)。

しかし実際には、働きながら出産した女性のうち、出産後も就業を継続した女性は4割

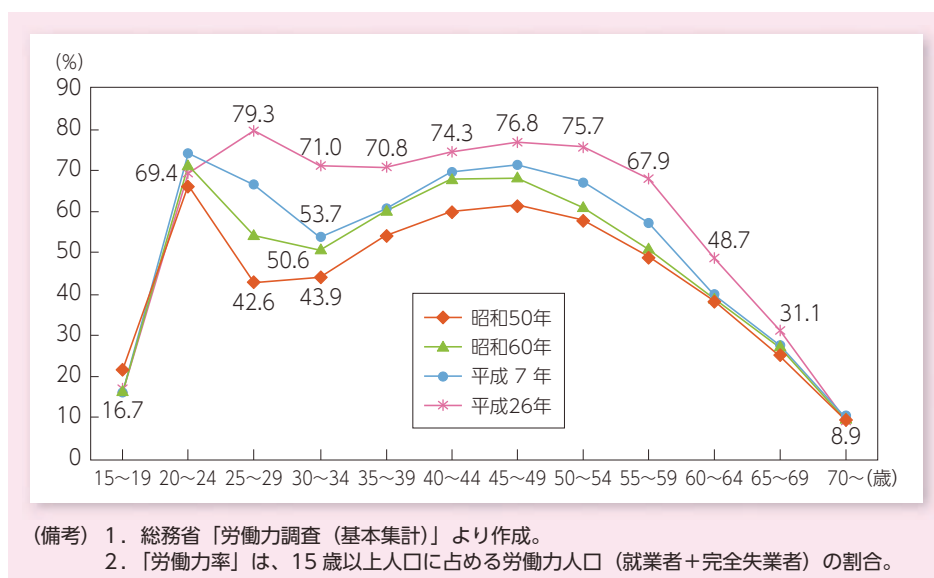
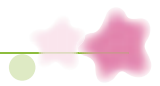


図1. 女性の年齢階級別労働力率²⁾



にとどまっております、仕事を辞めた女性の4割以上が、仕事と育児の両立が困難、解雇や退職勧奨、仕事の内容が変わってやりがいなくなったなど、不本意な理由で退職している(図3)。また結婚したカップルは平均的にふたり以上の子どもを望んでいるが、実際には経済的理由や年齢、心身の疲労などの理由で希望通りには子どもを持っていないのが現状である(図4)³⁾。さらに出生数が減少していく中で、生殖補助医療技術(ART)による出生児

妊産婦メンタルヘルスの重要性

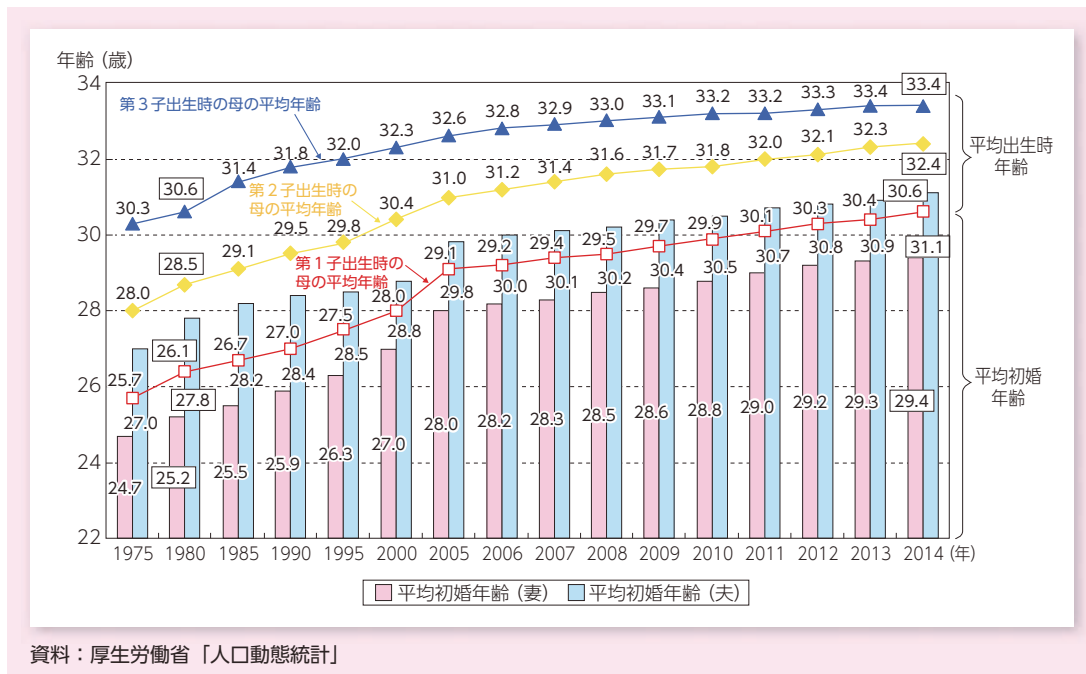


図2. 初婚年齢・出産年齢³⁾

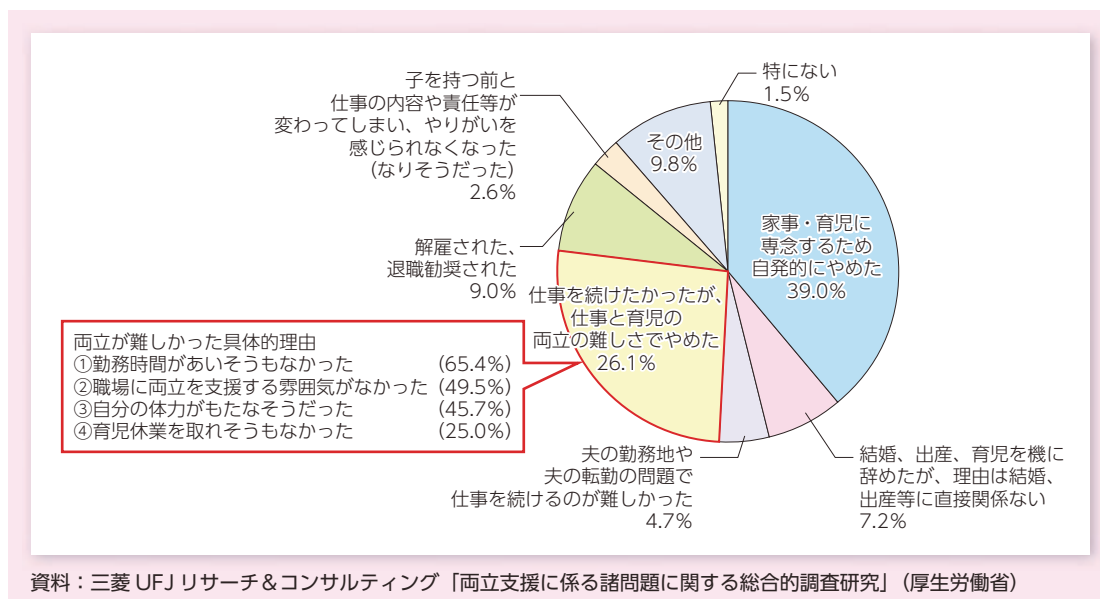


図3. 出産後に仕事を辞めた理由³⁾

II. 妊産婦メンタルヘルスの重要性

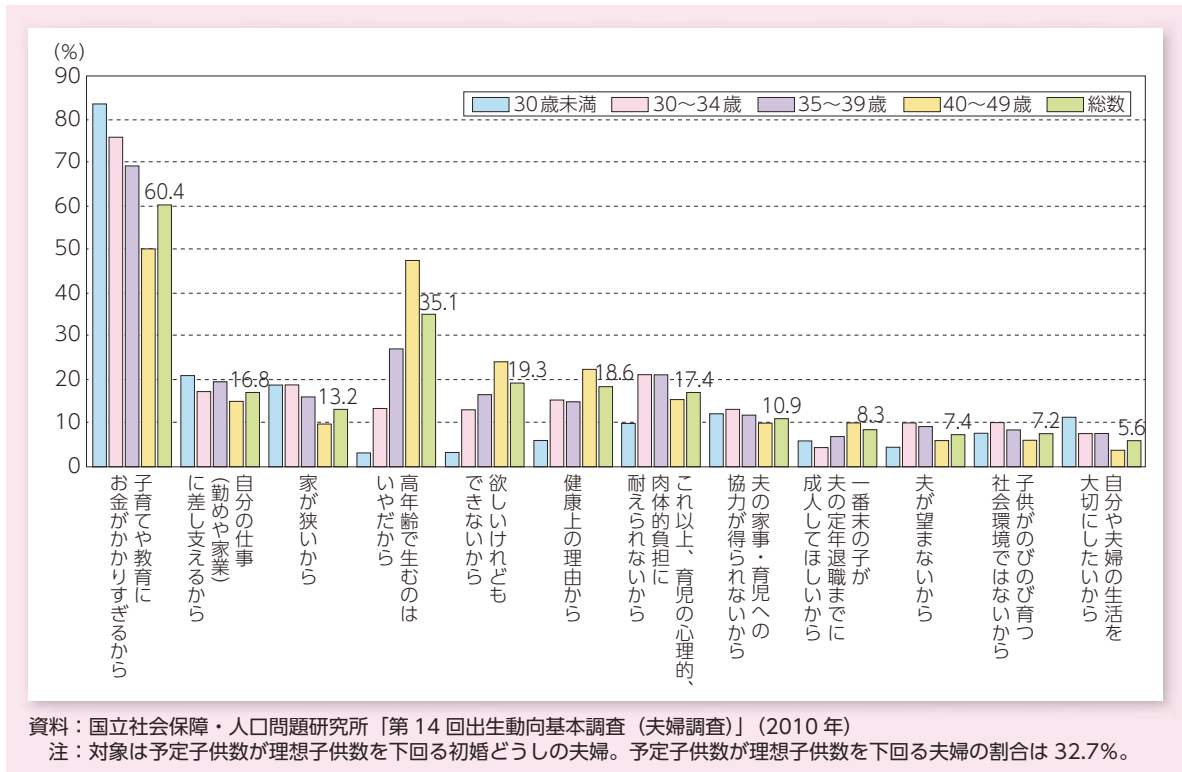


図4. 理想の子どもを持てない理由³⁾

の割合は増加しているが、母親の年齢は40歳前後にピークがあり、仕事のために時期を逸した女性達が最後の手段としてARTを選択する様子が見られる。

このように少子化社会は女性達が子どもを産み育てることに困難を感じている社会であり、時代的な家族関係の変化も加わって妊産婦メンタルヘルスの問題が生じやすい要因が存在している。マタハラという言葉が示すように、職場では妊娠・出産が必ずしも喜ばしいこととして受け止められない場合もあり、仕事と育児の両立は心身の負担が大きく、慢性的な疲労や抑うつの原因になる。また保育所などの育児支援施設の不足により仕事を断念しなければならないような場合には、子どもの存在が負担に感じられる可能性もあり、核家族化のために乳児とふたりきりの時間が続くと情緒不安定に陥ることも考えられる。さらにこのような状態は乳幼児の心にも影響を及ぼす可能性が指摘されている。渡辺は乳幼児精神医学の観点から、少子化社会では①貴重な子どもが親の依存対象になりやすく、育児ノイローゼや児童虐待が起きやすい、②親が子どもの気持ちを理解しようとせず、逆に親の葛藤が子どもに向けられやすい、③家庭内にビジネス原理が持ち込まれ、子どもの心が緊張しやすくなる、④核家族化のために基本的な家族構造が確立しにくく、子どもの成長に伴う変化によって親の葛藤が再燃しやすくなる、といった問題を挙げている⁴⁾。

少子化という現象は、男女が平等に働ける社会になったものの、リプロダクションという観点からみると、時間的・経済的・心理的余裕がないために子供を産み育てにくい社会



になっていることの現れとみることにもできる。人口問題研究所によると、今後しばらくの間は少子化が続き、人口は減少していくと予測されている。これに伴って妊産婦のメンタルヘルスの様相も変化していく可能性があるが、社会や時代の変化に合わせて柔軟な形で支援体制を整えていく必要がある。

2. 妊産婦メンタルヘルスの現状

少子化が続く中で、数少ない貴重な子供たちが大切に育てられ、幸せな幼少期を過ごしているかという点、必ずしもそうではないことを示す事実が徐々に明らかになっている。ここでは妊産婦のメンタルヘルスの問題がどのような事態を引き起こしているか、または将来引き起こす可能性があるかについて、最近の知見を紹介する。

妊産婦メンタルヘルスの重要性

(1) 児童虐待

厚生労働省が発表している児童相談所での児童虐待相談対応件数は年々増加しており、平成 27 年度は 10 万件を超え、過去最多を更新した（図 5）。虐待の内容でみると、身体的虐待やネグレクトの割合は徐々に減少している一方で心理的虐待が増加しており、こ

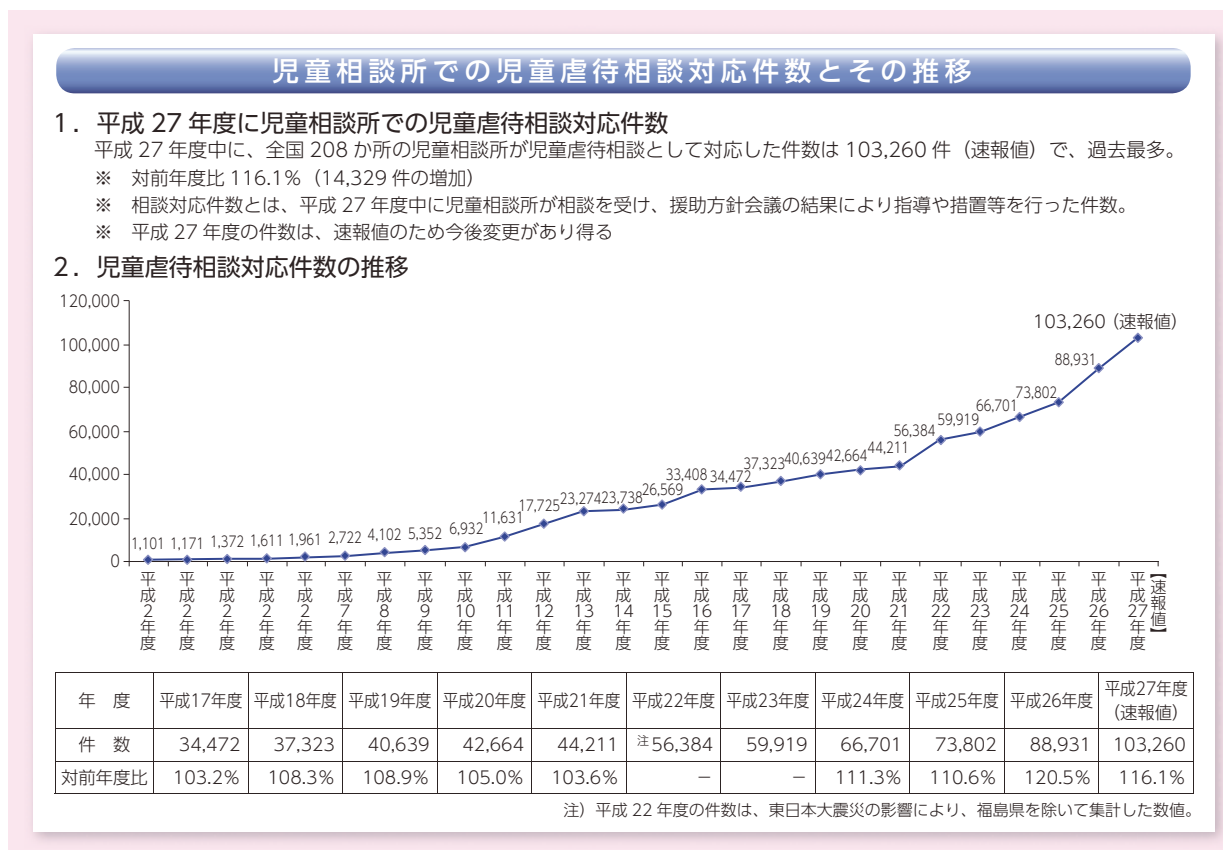


図 5. 児童相談所での児童虐待相談対応件数⁵⁾

れは子供の面前での配偶者暴力（面前DV）の増加が一因と考えられている⁵⁾。

一方、虐待による死亡事例は、社会保障審議会専門委員会の第12次報告（平成26年4月1日～平成27年3月31日）によると64例（71人）と報告されているが、心中以外の虐待死44人のうちでは0歳児が27人（61.4%）で最も多く、さらにそのうちの15人（55.6%）は日齢0日での死亡であった。加害者は心中以外の虐待死および心中による虐待死のいずれも実母が最も多く（それぞれ63.6%、85.2%）、これらの数字は第1次報告から第12次報告に至るまでおおむね同様の傾向である。動機としては、心中以外の虐待死では「子供の存在の拒否・否定」が最も多く（31.8%）、特に3歳未満ではこの割合が高くなっている（50%）。心中による虐待死では保護者自身の精神疾患・精神不安が59.3%で最多であり、次いで育児不安や育児負担感が33.3%と続いており、精神疾患の存在と育児の負担が大きな要因になっている⁶⁾。

（2）妊産婦の自殺

欧米では、産後1年未満の後発妊産婦死亡の原因として産後うつ病をはじめとする精神疾患による自殺が少なくないことが知られていたが、日本ではその実態はほとんど明らかにされていなかった。2016年、竹田は東京都監察医務院との共同で、2005～2014年の10年間に東京23区で発生した妊産婦の異常死を分析し、この間に63例の自殺が起こっていたことを発表した（妊娠中23例、産褥1年未満40例）⁷⁾。この数字は産科異常による妊産婦死亡率（東京都）の2倍以上であったことが大きな衝撃であったが、さらに自殺した妊婦の約4割がうつ病または統合失調症であったこと、産婦の6割が産後うつ病をはじめとする精神疾患を有していたことが明らかになり、妊産婦のメンタルヘルスケアの重要性を再認識させる重要な報告であった（図6）。

（3）妊婦の心の状態と子どもの発達

妊娠中の母親が抱える不安やストレスが出生後の子どもの情緒や行動に影響を与える可能性については動物実験では以前から知られていたが、今世紀になりヒトでも同様であることが確認された。O'Connorらは、妊娠32週時に質問票で得た妊婦の不安の強さが、出生後81か月の子どもの行動や情緒の障害（過活動、情緒障害、関係性の障害）と密接に関連していたことを報告した（図7）⁸⁾。妊娠中の不安は産後の不安や産後うつ病よりも強い相関があり、O'Connorらはこの結果は胎児期に既にこれらの障害を発症するメカニズムができていることを示すものであり（プログラミング仮説）、胎児がストレスによって過剰に分泌される母親のコルチゾールに長期間さらされていることが一因である可能性がある」と述べている。

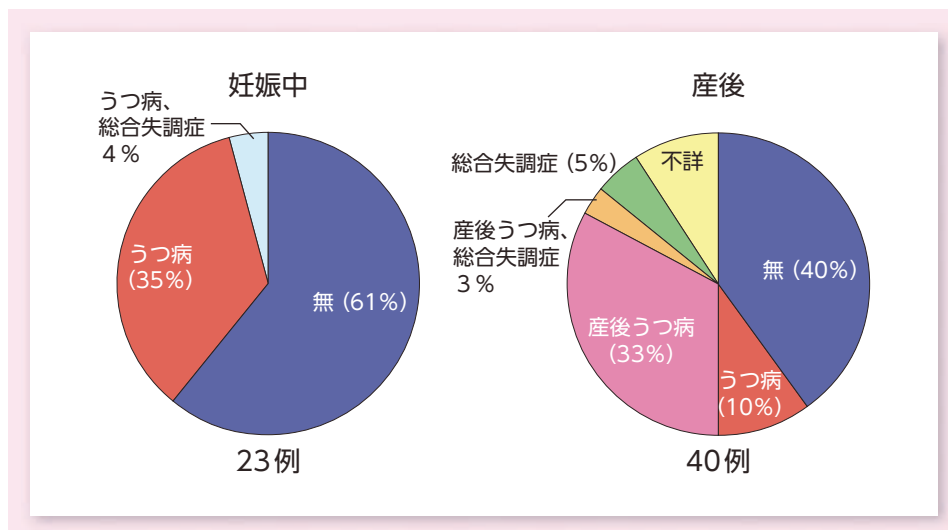
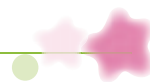


図6. 妊産婦の自殺と精神疾患⁷⁾

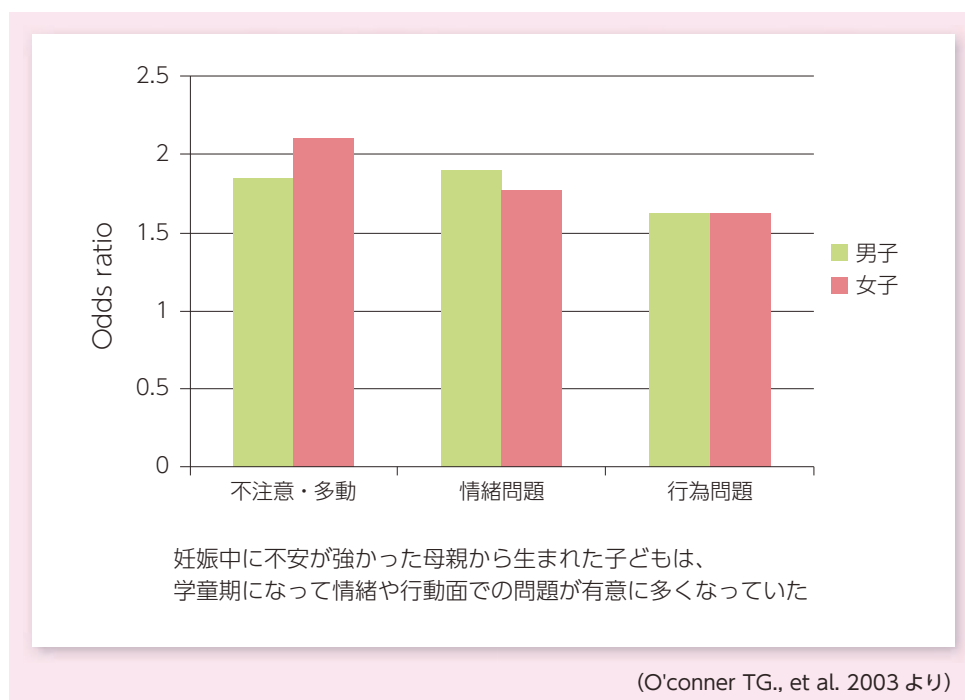


図7. 妊娠中の母親の不安が子どもの発達に及ぼす影響⁸⁾

(4) 虐待が子どもの脳に及ぼす影響

虐待経験のある子どもにてんかん様の症状が見られることは以前から気づかれていたが、1990年代になり、実際に脳波や神経心理学的検査で異常が見られることが明らかになってきた。さらに21世紀に入り、MRIをはじめとする画像診断を用いた研究により、虐待を受けた子どもの脳には器質的変化が起こることが相次いで報告された⁹⁾。この中で友田は、子供時代に性的虐待を受けた女性では視覚野の容積が有意に減少していること、

暴言虐待を受けた男女では聴覚野の容積が有意に増加していること、さらに厳格体罰を受けた男女では感情や理性をつかさどる右前頭前野内側部、実行機能と関係のある右前帯状回、認知機能がある左前頭前野背外側部の容積が有意に減少していることを報告している(図8)。友田はこのような変化が起きる機序として、被虐待者の脳の発達外界の刺激に過剰に反応して障害をきたしやすくなっており、その結果として脳の活動性が落ち、脳の様々な構成要素を含んだネットワーク形成不全が起こっている可能性があると言っている。友田は成人を対象にした認知行動療法がこの異常を改善したという報告があることから、多様な治療で改善できる可能性があると言っているが、虐待を防止または可及的早い時期から介入することによりこのような変化を最小限に抑える努力が重要であることは言うまでもない。

男女雇用機会均等法以来、女性の社会的役割には大きな変化が起こり、今や「一億総活躍社会」が謳われるまでになっている。しかしリプロダクションの観点から見ると、ライフサイクルの中の適当な時期に妊娠・出産・育児を位置付けることが困難になり、その結果、若者たちの晩婚化・晩産化という現象が進んでいる。また、現代の家族の形態や社会の価値観は、妊産婦や乳幼児にとって必ずしも安心・安全な環境を与えているとは言い難く、児童虐待の増加や妊産婦の自殺は背景にある問題の大きさを示唆している。一方、最近の知見は、胎児期から乳児期の子供の心身の状態が将来の健康に多大な影響を及ぼすことを示しているが、これは身体面だけでなく心理面でも同様である。特に心理面での健康は、将来の人間関係の形成や社会適応の面で大変重要な要素であり、いわば子供たちが将

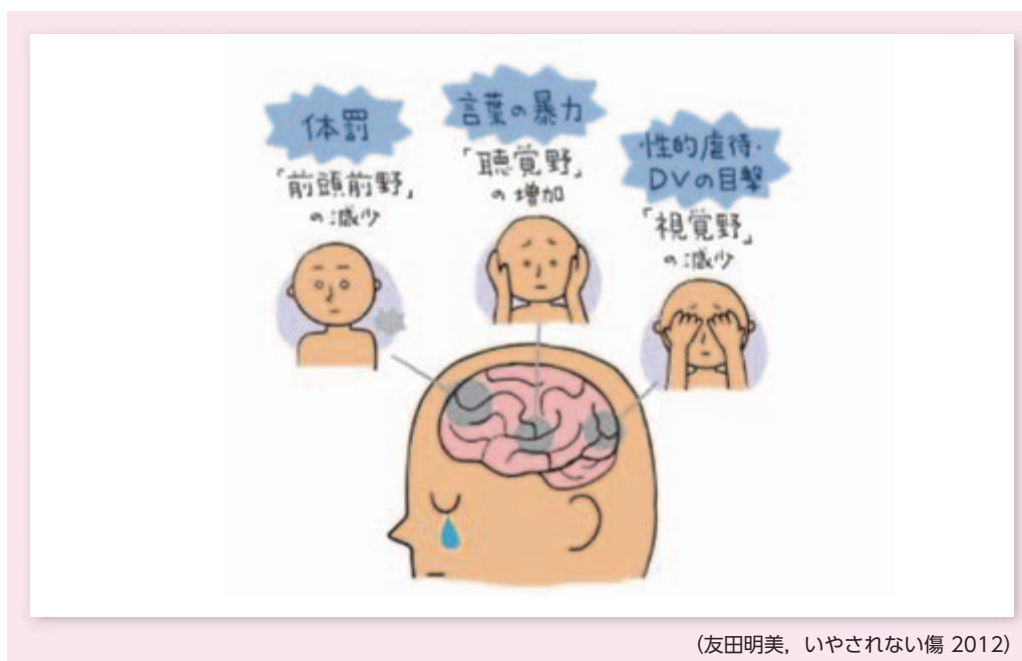
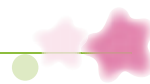


図8. 虐待が子どもの脳に及ぼす影響⁹⁾



来、社会的存在として生きていくことの基礎がこの時期に形成されると言っても過言ではない。この時期の子供たちの心の健康は、健康な母親との親密な関係が基本であり、その意味で妊産婦のメンタルヘルスの重要性はいくら強調してもしすぎることはない。今後の周産期医療は母と子の「命」だけでなく「心」を守ることに目も向けていく必要がある。

- 1) 公益財団法人母子衛生研究会（編集協力）：Ⅰ．母子保健行政の歴史、Ⅱ．母子保健の水準。わが国の母子保健，7-35，母子保健事業団（東京）2016
- 2) 内閣府男女共同参画局：男女共同参画白書 平成 27 年版
http://www.gender.go.jp/about_danjyo/whitepaper/h27/gaiyou/index.html
- 3) 内閣府：少子化社会対策白書 平成 28 年版
<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/>
- 4) 渡辺久子（著）：少子化時代の精神療法。（新訂増補）母子臨床と世代間伝達，37-45，金剛出版（東京）2016
- 5) 厚生労働省：平成 27 年度 児童相談所での児童虐待相談対応件数（速報値）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000132381.html>
- 6) 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（第 12 次報告）2016
- 7) 竹田 省：妊産婦死亡“ゼロ”への挑戦，日産婦誌，68（9）：1815-1822，2016
- 8) O'Connor TG, Heron J, Golding J, et al.: Maternal antenatal anxiety and behavioral/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4（7）：1025-1036，2003
- 9) 友田明美（著）：第Ⅲ章 虐待によっておこる脳の変化。（新版）いやされない傷，48-105，診断と治療社（東京）2012