

妊婦からはじめる精神面の評価とケアとその後の継続支援体制 多領域支援チームへの産科、小児科、精神科医師の参加と診療連携

研究分担者 吉田 敬子（九州大学病院子どものこころの診療部 特任教授）

研究要旨

産後うつ病をはじめとして出産後の母親の精神面の評価とケアについては、医療保健スタッフに教育と啓蒙がなされてきた。その結果、産後うつ病スクリーニング票などを利用して精神面も含めた育児支援が浸透・普及してきた。今年度は、確立されてきている多領域コメディカルスタッフによる支援に加えて医師が参加する方法を検討した。その結果、妊娠中から産科がメンタル評価とケアにかかわるべくスクリーニングをすること、低出生体重児の診療や健診を行う小児科が母親のメンタル面のチェックも行うこと、精神症状により必要な場合の精神科医師との連携の実際について検討し、医師間もスクリーニングを共有して多領域チームに参入することになった。

研究協力者

山下洋（九州大学病院子どものこころの診療部）
山下春江（九州大学病院看護部）
徳田淳子（九州大学病院総合周産期母子医療センター）
梶原世津（九州大学病院総合周産期母子医療センター）

A. 研究目的

妊婦からはじめて出産後、および育児期間中の女性の精神面の評価の方法を確立し、それに基づくケアを継続的に行い母子と家族の支援をする上での多領域支援チームのあり方を明らかにする。特に、これまでの地域の保健行政機関や病院診療施設の助産師や保健師、行政スタッフに加えて、産科、小児科、精神科医師がチームに参加することを目的にそれぞれの専門の医師の役割分担と、診療連携のあり方を明らかにする。

B. 研究方法

妊婦からはじめる精神面の評価とケアとその後の継続支援体制について、多領域

支援チームへ参加する医師の現状と課題について、今年度はすでに参加して実践している医師からの報告をまとめた。産科医師からは、精神科との医療連携のあり方の検討について日本産科医会の活動報告、小児科医師からは日常の健診業務で可能な精神面支援の方法と結果、精神科医師からは、地域のクリニックで可能な産科医師と行う妊産婦の診療連携について、保健福祉行政からは、妊娠中から始める医師を含めた新たな多領域支援を普及させるための教育が必要との観点から、その研修方法のあり方について報告を行い、それらを結果としてまとめる方法をとった。

今年度は、報告内容の増大に伴い、1月31日と2月1日の2日間に拡大して東京大学本郷キャンパス内医学系研究科教育研究棟にて報告内容を参加した多領域全員で検討した。

（倫理面への配慮）

検討したデータには医療施設での患者個人や、地域で支援を受けた対象の妊産婦個人のデータは含まれておらず、研究に参加

した医師の報告は介入研究でもなく、現状と課題を分析する方法を取ったので、倫理的な問題は発生していないと考える。

C. 研究結果

医師の参入は、以下の点から必要であり重要であった。地域の助産師・保健師などのコメディカルがと保健福祉行政スタッフが共有していた3つの質問票（育児背景を把握するための質問票：育児支援チェックリスト、母親のうつ病を評価するスクリーニングとしての質問票：産後うつ病質問票、母親の乳児への感情や育児態度を評価する筆問表：赤ちゃんへの気持ち質問票）を医師も共有できることが明らかになった。以下、各領域の専門医師の役割と支援方法である。

1. 産科医師

妊娠中から出産後1か月まで継続して妊婦に関わる立場にある産科医師は、助産師とともに3つの質問票を用いて妊婦の診察に活用するべく、工夫する。質問票は、出産後の項目（赤ちゃんがなぜ泣いているかわからない、赤ちゃんをたたきたくなる）を除くと妊娠中から利用でき、特定妊婦のスクリーニングとしても利用できる。エジンバラ産後うつ病は、妊娠中からも使用できるし、産後に施行する得点との変動の有無も確認できる。特に特定妊婦のメンタル面の評価に利用する。

また特定妊婦および精神科既往歴のある妊婦は、精神科医療との連携の必要性が高くなる。このため、日本産科医会の会長が産科医会を代表して、日本精神神経学会など精神科医師による7つの団体に属する精神科医師に対して診療連携の要請を行った。これを受けて現在精神科医師と産科医師による医療の連携のあり方について共同で検討することとなり、

平成26年11月28日に日本産科医会会長（木下勝之医師）と当研究に参加している全国からの複数の精神科医師が集まり、各地域と医療機関の特徴を示したうえで、その医療機関における妊婦の中で精神科治療のニーズがあるものの実態について調査を開始することになった。まだ調査継続中であり、最終的な分析は終了していないが、以下具体的な内容を示す。

先に述べた木下勝之会長名で、厚生労働省に提出された要望は、「妊産婦の精神科病院等への外来受診と緊急時受入態勢の整備構築に関する要望書」として平成25年11月7日に提出された（日産婦医会発第240号）。それを受けて精神科は、平成26年11月28日に開催された日本総合病院精神医学会に木下会長がシンポジストとして参加し、産科が虐待防止を視野に入れて妊娠中から特定妊婦のスクリーニングを行い、対応していく意向について発表された。同日会場内で、以下の精神科機関が出席して、妊産婦の精神科合併とケアや治療の実態を調査することにした。参加機関は、大学病院（東京医科歯科大学、東北大学、兵庫医科大学、埼玉医科大学）、地域の中核病院（済生会横浜市東部病院）であり、精神科紹介やリエゾンの実態および地域の妊産婦に対する評価とケアの前放視研究からエビデンスを集積することにした。2月下旬までにまとめた結果は以下のとおりであり、精神科への医療連携についての早急な体制作りが示された。

大学病院での精神科合併頻度は、各病院で年間の分娩数は異なるが、一機関の全体の娩数の1~3%、分娩数が年間1000例を超える総合病院（済生会横浜市東部病院）で5~6%、精神科リエゾン率（東京医科歯科大学および関連病院）は2%~7%であった。ケアを行った対象女性の半数に精神科既往歴がみられ、妊娠からの取り組みから可能。

精神科外来に周産期メンタルケア外来を設立すると、紹介率は数%からすぐに10%以上に上昇され、精神科との連携の需要は確認された(東北大学病院)。地域のコホート研究から(国立成育医療センター、世田谷地区の地域調査)、産後うつ病スクリーニングで検出された女性は初産婦では20%以上。その3分の1が地域保健師によるケアを受けていたが、精神科治療はほとんどなされていなかった。

2. 小児科医師

低出生体重児や小児疾患を抱える子どもについては、小児科医師が子どもの診療に際して母親のメンタル面にも留意する。その理由として妊婦のストレスが、子どもの出産時のデータ(奇形、子宮内発育遅延、性出生体重児、早産児)と、その後の子どもの発達障害に関連するという種々の報告の裏付けの根拠もある(Glover, et al, 2010, Glover, 2011)。

そこで乳幼児期のワクチン接種や乳幼児健診を利用して、母親に、3つの質問票を施行したところ、母親の産後うつ病のスクリーニングも行えた。またそれをもとに母親に精神面について小児科が診療中にふれたことは、母親にとり満足いく結果となった。つまり、自己記入式質問票3点は、小児科外来において母親に抵抗なく受け入れられる。小児科外来は、母子が自発的、定期的、継続的に来院するため、長期にわたり母子両者および相互関係の経過観察が可能であり、重要な子育て支援の場であることが意義として確認された。さらに小児の心身症外来においては、子どもの問題と母子関係に焦点を置いているが、母親自身の周産期の問題に留意すると、ケースの問題点がより明確になることも明らかになった。

3. 精神科医師

母親のメンタルヘルスの水準が精神科診断閾値にまで到達し、育児や家事などの日常生活機能への障害が明らかである重症の場合は、精神科スタッフに紹介、連携できる診療連携が必要である。

しかし、児童精神医学や乳幼児精神医学の専門ではない、地域の精神科クリニックの精神科医師は、妊産婦や乳児を敬遠する傾向が顕著であった(平成16年度から18年度に域保健福祉機関から産後の母子訪問を行う保健師・助産師などを対象に、情緒的なサポートが得られない母親など育児機能を脆弱にするリスク因子の同定、産後うつ病スクリーニングの方法および支援の方法などをトレーニングして、産後の母親のメンタル面の支援を実践した(育児機能低下と乳児虐待の評価パッケージの作成とそれを利用した助産師と保健師による母親への介入のための教育と普及・厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業、班長、九州大学病院吉田敬子)。その結果約9%の母親がうつ病と検出され、その中で精神科既往歴のある母親は、保健師などに支援の受け入れが悪く、精神科受診につないだケースが見られた。しかし、そこで受信先の精神科医師による協力が得られないことが全国的に指摘され田が、それは今日に至るまで解消されていない。それが前述の木下会長による要望書につながっている。

そこで地域ですでに出産後の母親を対象に精神面支援に取り組んでいるコメディカルとともに、地域の医師会に所属する精神科、小児科、産科医師も参加してケースによる検討を3年間継続して、育児支援のチームに加わった(福岡県医師会、母子保健委員会:福岡県における妊娠期からの虐待予防連携体制の構築について)。その結果、精神科医師が重症の産後うつ病および養育機能不全の母親の診療に携わるようになった(この中には の赤ちゃんへの気持ち質

問票にて高得点であるわが子に否定的な感情と態度を持つ母親が含まれていた)。

地域の保健福祉スタッフとの連携の中で、精神科医師による連携と治療の対象となる妊産婦は、精神科既往歴がある(出産後のうつ病その他の精神障害のハイリスク)、精神科へ通院している患者が妊娠した場合である。精神病症状で精神科薬物療法が必要である場合、母親に病識がなくサポートをもとめていないので、訪問保健師や助産師の支援を受けない場合、家族の協力や理解が得られない場合であった。

D. 考察

精神面でのケアや治療を必要とする女性ほど相談や受診をしないし、精神科医師には、自らは、ほとんど打ち明けない場合が多い(Applebyら, 1989)。そこで前述した3つの質問票を用いたアウトリーチ主体の支援が必要である。プライマリケアに携わる医療機関が同様にこの3つの質問票のツールを共有する意義は医療連携の意味で大きい。医師がメンタルケアと育児支援のチームの一員となることが包括的なチーム形成に不可欠である。

妊産婦の精神面支援のうち、今後さらなる精神医学の裏打ちが必要となる対象の女性として、わが子に対する情緒的な絆が持てない一群の母親がいる。これらの母親は、虐待のリスクが高くなるが、虐待する養育者には、また精神障害が高率に見いだされる。地域の母子訪問による支援を受けられない、または支援を拒否する母親は、精神科医療の対象として把握しておくのが子どもにとり安全である。これらの母親は質問票の赤ちゃんへの気持ち質問票でスクリーニングされ、合計点が3点以上は要注意である

(Yoshida et al, 2012)。母親が子どもと情緒的な絆を結べない状況はうつ病でない場合でも存在する。子どもとの情緒的な絆が否定的であると、実際の育児機能に障害をきたす。さらに、子どもの安全

が懸念されると、母親への治療や介入が必要となる。この状態を Brockington はボンディング障害と定義して、そのスクリーニング化を試みた(2001)。またその精神医学的診断カテゴリーと、母子に利益をもたらすために周産期にみられるひとつの「障害」の概念としての位置づけを提唱している。(Brockington, 2003)。

これらの母親には彼女たちの幼少児期の否定的な被養育体験との重なり、すなわち世代間伝達も考えておかなければならない。ライフサイクルにみられる母子の悪循環の連鎖を断ち切る最善の治療は、子どもの誕生からなるべく早く開始する予防であり、社会的に不利な家庭の子どもを対象にした予防的介入プログラムがある(Oldほか, 2007)

さらに、より多領域協働の周産期精神面評価とケアの重要性が明らかになった現在、より簡便なスクリーニングを策定する必要である。Mishinaら(2009)が、産後の母親を対象に、Whooleyら(1997)の簡便法を用いてうつ病のスクリーニングを行ったが、その結果については、エジンバラ産後うつ病質問票を外的基準として感受性、特異性、陽性適中率、陰性適中率をともに良好であり、プライマリケアの臨床や健診で使用できるツールとして報告している。英国のNICEガイドラインでも簡略なこの方法を取っている。(NICE guidelines for perinatal mental health

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/>)。

E. 結論

出産後のうつ病やボンディング障害をきたす要因は妊娠中からすでに把握できる。ライフサイクルにみられる母子の悪循環の連鎖を断ち切るには、妊娠中からの支援が必要であり、妊婦のストレスを軽減する支援や治療についての具体的な方法の検討と実践が必要となる。

引用文献・出典

1. Appleby, L., Fox, H., Shaw, M. & Kumar, R. : (1989). The Psychiatrist in the Obstetric Unit Establishing a Liaison Service. *British Journal of Psychiatry*, 154, 510-515.
2. Brockington IF, Oats J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C & Murdoch, C. : (2001) . A Screening Questionnaire for mother-infant disorders *Archives of Womens Mental Health*, 3, 133-140.
3. Brockington ,I.F.(2003).母子間のボンディング形成の障害の診断学的意義 . 吉田敬子(訳)精神科診断学 , 14(1),7-17.
4. Glover,V., O'Connor,T.G. & O'Connell, K. : (2010). Prenatal stress and the programming of the HPA axis. *Neuroscience and Biobehaviour Review*, 35 (1), 17-22.
5. Glover, V. : (2011). Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4), 356–367.
6. Mishina H., Hayashino, Y. & Fukuhara,S. : (2009) .Test performance of two-question screening for postpartum depressive symptoms. *Pediatrics International*,51, 48–53.
7. O'Hara, M W : (2014) Psychosocial and psychological interventions reduce the risk of postnatal depression compared with standard care." *Evidence Based Nursing* 17(2): 38-39.
8. Old, D.L., Sadler, L. & Kitzman, H. : (2007) . Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *Journal of Psychology and Psychiatry* 48(3-4), 355-391.
9. Whooley, M.A.1., Avins, A.L., Miranda, J. & Browner, W.S. : (1997). Case-finding instruments for depression. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439-445.

F. 研究発表

1. 論文発表

Yoshida K, Yamashita H, Conroy S, Marks M, Kumar C: (2012) 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 Women's Mental Health* 15:343-352,

2. 学会発表

Yoshida K, Yamashita H: (2014) Mothers with bonding disorder and perinatal psychiatric disorders, World Congress of Psychiatry (WPA),9.17, IFEMA,Madrid,Spain

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし