

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 国内外の知見の総括およびわが国で実施する多領域協働での支援づくり

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

本研究に参加するにあたり、平成 24 年度の初年は国内外で行われてきた周産期メンタルヘルスの評価方法とケアの知見についての総括を行った。これにより今後は妊娠期からのメンタルヘルスの取り組みの重要性が確認されたので、妊娠中からはじめる本研究のプロトコルを精神科として検討した。その結果、エジンバラ産後質問票は妊娠中から採用し、また同じ調査時点で、特定妊婦にみられるハイリスク要因について調べる方法を取った。その結果、産後うつ病の検出とハイリスク要因には関連があり、妊産婦の各時期に携わる医師も含めた多領域の保健医療福祉スタッフすべてが関与する必要性が確認された。

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）

A. 研究目的

分担研究者が平成 4 年度から行ってきた産後うつ病をはじめとした研究と国内外の報告から鑑みて、わが国における妊産婦の精神面の評価と育児支援の体制がいかにあるべきかについて、周産期精神医学の立場から研究協力する。特に、これまで行ってきた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、精神科医師が周産期の女性の精神面評価とケア、育児支援チームに参加することを目的にして、それぞれの専門の医師の役割分担も含めて、診療連携のあり方を明らかにする。

B. 研究方法

本研究に参加するにあたり、平成 24 年度の初年は国内外で行われてきた周産期メン

タルヘルスの評価方法とケアについての知見についての総括を行った。そして精神科領域から参加している分担研究者として、エジンバラ産後質問票について妊娠中からの使用について調べる。また育児障害をきたすハイリスク要因について、本研究の質問票に取り入れる項目を検討する。さらに、赤ちゃんへの気持ち質問票は、研究協力者のわれわれ、および海外でも使用が報告されており、本研究においても使用する。またその得点の評価を、国内外の結果と比較する。

さらに平成 26 年度からは、妊婦から始める精神面の評価・ケアとその後の継続支援を行っている医師に協力を要請し、多領域協働の中での医師の役割について報告をしてもらった。調査は、大学病院、総合病院、地域の診療所クリニックなど機能の異なる医療機関を対象にして、産科、精神科、小児科の医師を対象に行った。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、まとめを要請した。

(倫理面への配慮)

個人を特定できる妊産婦のデータは含まれておらず、本研究は、介入研究ではなく、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

1) わが国での産後うつ病の研究

平成4年の厚生省心身障害研究「妊産婦をとりまく諸要因と母子の健康に関する総合的研究」(班長:九州大学産婦人科教授中野仁雄)から始まった。精神科医師と産婦人科医師および助産師を研究班員としており、現在の多領域協働での妊産婦のメンタルヘルスの評価とケアおよび育児支援のチーム編成の基礎となった。この研究は、出産後の母親のうつ病に主眼を置いていた。その結果、産後うつ病の発症頻度が約10%と、欧米と同じであること、発症は欧米の報告より早く出産後2週から4週間の間に発症していること、産後うつ病の母親が精神科を自ら受診することは極めてまれであることが明らかとなった。これにより、産後うつ病は産科スタッフが関与する出産後1か月までに検出できること、メンタルケアと育児支援が必要な母親が自ら支援を求めている実態を考えて、育児支援は、保健行政機関などから出産後の母子訪問を行うアウトリーチ型が望ましいことが分かった。

2) 出産後の母親の精神面の評価とケア、育児支援の方法について

平成10年度から福岡市の保健福祉行政機関の一つである博多保健所と九州大学病院が連携して、地域での母子訪問対象者について、産後1年間のうつ病の発症と育児

支援の内容や適任担当機関・者について検討した。地域の保健師と助産師を中心とした支援であるため、3つの質問票:育児支援チェックリスト(現在の特定妊婦に見られるハイリスク要因のリスト)、エジンバラ産後うつ病質問票、赤ちゃんへの気持ち質問票を利用し育児支援機能を包括的に評価し、支援の対象者の同定を行った。またこの研究から母訪問の対象となる母親での産後うつ病の発症率は28%と高率であること、精神科既往歴(チェックリストから検出できる)のある母親は精神科への紹介が必要であったことが分かった。また小児疾患を抱えている子どもの母親は高率に産後うつ病を発症していたこともわかった。これらの知見を受けて福岡市では、平成13年度から7つの保健所すべてで3つの質問票を導入した。この時点からすでに育児支援には、精神科医師も含めた医師の協力が必要であることもわかった。また産科、小児科医師も周産期の早い時期から地域の育児支援者および精神科医師と協働する必要性も明らかになった。

3) 全国での保健福祉機関の母子訪問担当者を対象とした研修

福岡市での研究と知見から、平成16年度から18年度までは、全国の母子訪問担当者を対象に3つの質問票について使用方法についての教育と、それに基づいた支援の実際について研究を行った。多数のケースから、エジンバラ産後うつ病質問票の区分点以上(わが国では30点満点の9点以上)で検出された母親では、「育児不安」「産後うつ病」「不適切な育児および虐待」の例までが明らかになった。またその内容は他の2つの質問票によりある程度区分され、特に赤ちゃんへの気持ち質問票で、母親の乳児に対する怒りと拒絶の気持ちを検出できること、それはエジンバラ産後うつ病質問票の区分点以上の母親群に優位に多く見

られたことも明らかになった。3つの質問票を組み合わせることにより、母親の精神面の評価と問題点がかなりわかることが明らかになった。また実際に質問票を使用している地域のスタッフは、教育研修の内容はより理解されていることもわかり、使用を促す結果となった。

4) 赤ちゃんへの気持ち質問票

エジンバラ産後うつ病質問票と異なり、本質問票は、精神科疾患の外的基準はなく、区分点はない。以前の研究で、研究協力者たちが行った地域のマタニティ病院での（ハイリスク妊産婦のみを対象としていない地域の出産後の母親が対象）調査から、因子分析と得点分布を解析した。本質問票は、総合点30点満点で、多くの母親が0点から2点に入る得点分布となった。因子構造は、わが子への親しみの欠如と怒り・拒否の2因子が抽出された。海外の報告でも同じ結果であった。本研究では、妊娠中から調査したハイリスク諸因子とこの質問票の得点分布との関連を診ることができるので、解析結果を待つ。

5) 多領域協働での育児支援チームの一員としての、医師の参入の検討と役割

これまで述べた知見、および海外での文献の紹介から、妊娠中に何らかの心理社会的なストレスを持っている妊婦は、産後うつ病の発症が高く、また、子どもの産科・小児科的転帰およびその後の小児の認知発達や行動面の予後も悪いことが明らかになった。そこで、本研究のプロトコールは価値があることが分かった。またこれまでの研究から、妊娠から出産後および乳幼児にいたる育児支援には、多領域協働のチーム編成が必要であることが分かったが、これは、周産期からの虐待防止のために特定妊婦の検出と産科スタッフから始める育児支援が必要であることと、かなり重なり合う

部分がある。そこで、平成26年度の研究協力は、「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」とした。各領域の専門医師の役割と支援方法について、平成27年1月31日から2日間にわたり報告会を行った。報告の内容は以下の通りであった。

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が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（調査継続中）。

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もあるので、これらの子どもを診ている小児科医師は、母親が妊娠中から抱えている心理社会的なストレスの存在を認識して、育児支援をすることが重要となるからである。そこで、小児科医師の工夫として、ある小児科医師が、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うことができた。またそれをもとに母親の精神面について小児科が診療中にふれたことは、母親にとり満足のいく結果となった。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。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。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たがらない場合、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く、平成26年度の報告から、医師がメンタルケアと育児支援のチームの一員として機能することも明らかになった。

わが子に対する情緒的な絆が持てない一群の母親は、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って安全である。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が、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、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がある。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ので、妊娠期からはじめる妊産婦へのメンタル評価とケアが必要である。今後は、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