

研究代表者

地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪母子医療センター
副院長 光田信明

「社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスケアと
連携ネットワークに関する調査」

分担研究者 清野 仁美 兵庫医科大学 精神科神経科 講師

研究要旨

妊産婦が社会的ハイリスクとなる重要な背景因子の一つに、メンタルヘルスの不調が挙げられている(厚生労働科学研究「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」)。これは、子どもに対する愛着(ボンディング)の障害や不適切な養育行動と、妊産婦のメンタルヘルスの不調が何らかの関連を持つものと推測される。よって、全ての妊産婦に対し、メンタルヘルスの評価とメンタルヘルスケアが実施されることが期待される。

本研究では、妊産婦のメンタルヘルスの不調に対するアセスメントとケアがどのように行われているかの実態を明らかにするため、大阪府のすべての分娩取扱施設、精神科医療機関を対象としてアンケートによる調査を行う。調査後に大阪府内で分娩取扱施設、精神科医療機関の医療者、行政の支援担当者を対象として妊産婦のメンタルヘルス支援に関する研修会を実施し、プレ・ポストテストにて研修の効果を検証する。1年後にアンケートの再調査を行い、妊産婦のメンタルヘルスの評価とケアおよび産科-精神科診療連携ネットワークの構築状況の変化について初回調査との比較検討を行う。

A. 研究目的

社会的ハイリスク妊産婦とは将来、児童虐待につながる可能性がある妊産婦を指す。平成27年より行われた厚生労働科学研究「妊婦健康診査および妊娠届を活用したハイリスク妊産婦の把握と効果的な保健指導のあり方に関する研究」では、社会的ハイリスク妊産婦の持つ背景因子を調査し、母体のメンタルヘルスの不調が重要

な因子の一つである可能性が示唆された。これは母体のメンタルヘルスの不調と、子どもに対する愛着(ボンディング)の障害や不適切な養育行動が何らかの関連を持つものと推測される。

社会的ハイリスク妊産婦への支援にはメンタルヘルスの不調に対するアセスメントとケアが必要と考えられるが、本邦においては、分娩取扱施設において適切なアセスメントと有

効なメンタルヘルスケアがどの程度実施されているかは不透明である。さらに、精神疾患が疑われる妊産婦に対する精神科との診療連携方法はいまだ確立していない現状がある。我々は、分娩取扱施設および精神科医療機関を対象に、妊産婦のメンタルヘルスの不調と子どもに対する愛着（ボンディング）のアセスメント方法、さらに、メンタルヘルスに不調を認めた妊産婦に対するメンタルヘルスケアの体制、精神疾患が疑われる妊産婦に対する産科-精神科連携体制の実情のアンケート調査を行い課題の抽出を行う。その後、分娩取扱施設および精神科医療機関の医療従事者、行政の支援担当者を対象とした研修会を開催し、プレ・ポストテストを参加者に実施し研修会の効果を評価する。さらに、1年後にアンケート調査を再施行し初回と比較検討する。本研究結果に基づき、社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスケアと連携ネットワークにおける課題の抽出と有効なネットワーク構築の実現化を目指す。

B．研究方法

大阪府内すべての分娩取扱施設、精神科医療機関に対し郵送にて初回調査を依頼し、施設代表者に文書にて研究内容の説明を行う。研究参加への同意および調査の回答内容は郵送またはWebにて回収する。

初回調査回収後に研究対象施設の医療従事者、行政の支援担当者を対象

とした研修会を実施する。研修会は大阪府内で実施し、参加は自由意思で行い、交通費は参加者の自己負担とする。初回調査の同意が得られた研究対象施設の施設代表者に対し1年後に初回調査と同じ調査票を用いて再調査を実施し初回調査結果と比較し、研修会の有効性を検討する。

分娩取扱施設調査項目

分娩取扱施設におけるメンタルヘルスに関するアセスメント方法
分娩取扱施設におけるメンタルヘルスケア方法
分娩取扱施設における精神科医療機関・母子保健との連携状況

精神科医療機関に対する調査項目

精神科医療機関における精神疾患合併妊産婦の診療状況
精神科医療機関における妊娠中、授乳中の患者の診療内容
精神科医療機関における分娩取扱施設・行政との連携状況

（統計解析の方法）

SPSS を用いて解析を行う

（主要評価項目・副次的評価項目及び評価方法）

主要評価項目：精神科医療機関で継続して診療する妊婦数（年間）、授乳婦数（年間）

副次的評価項目：妊産婦のメンタルヘルスに関するアセスメント方法、メンタルヘルスの不調がある妊産婦に対するメンタルヘルスケア方法、精神科に紹介・相談する時の判断基準、精神科医療機関における妊産婦の診療までの日数、妊産婦の精神科受診の紹介経路、妊産婦の精神科診療内容

評価方法：調査票、プレテスト・ポストテスト

倫理面への配慮

本研究は兵庫医科大学倫理委員会、大阪母子医療センター倫理委員会において承認を受けている。

C. 研究結果

初回アンケート調査では大阪府下の精神科医療機関 66 施設、分娩取扱施設 53 施設の施設代表者から有効な回答を得た（回収率 22.6%）。

精神科医療機関の初回調査結果

精神科医療機関 66 施設の内訳は、総合病院（産科併設）11 件、総合病院（産科無し）4 件、精神科病院 10 件、精神科診療所 41 件であった。

これらの精神科医療機関のうち継続診療する妊産婦数が「年間 1 人～5 未満」である施設が 65%、「年間 5 人以上」の施設は 20%であった。また、継続診療する授乳婦数が「年間 1～5

人未満」が 74%、「年間 5 人以上」は 12%であった。

妊婦・授乳婦の診療受け入れ状況は、当日受け入れが可能な精神科医療機関は 18%にとどまり、診療の受け入れ体制は時期や予約状況によって流動的と回答された施設が目立った。

妊婦・授乳婦が精神科医療機関を受診する経緯は、「産婦人科からの紹介（31%）」が最も多かったが、「紹介なし（28%）」で自ら受診するケースや、「保健師からの受診勧奨（19%）」もみられた。自由意見では、精神科への紹介や受診勧奨時に、分娩取扱施設の医療者や保健師から妊婦・授乳婦・家族へどのように説明（疾病教育、心理教育を含む）がなされたかが、その後の妊婦・授乳婦・家族の精神科診療に対する認識に影響を与えていること、よって分娩取扱施設の医療者や保健師による適切な説明（疾病教育や心理教育を含む）が望まれること、妊産婦のメンタルヘルスケアが「精神科医療に丸投げ」にならず産科医・助産師や保健師による包括的なケアが維持されたまま、そこにあらたに精神科医が支援者の一人として加わるという形が望まれるという意見が挙げられた。

もともと通院していた精神疾患患者が治療経過中に妊娠・出産することは多くの精神科医療機関が経験していたが、通院中の患者であっても「妊娠・授乳中はすべて総合病院精神科に紹介する」という回答も一部みられ、その背景には「精神症状悪化時に妊婦を受け入れてくれる精神科入院施設

が少ない」ため、精神科診療所では管理が難しいとの意見が挙がった。

薬物療法については「本人が希望すれば妊娠中、授乳中に薬物療法を行う」精神科医療機関は 88%を占め、事前に「薬物療法のリスクとベネフィットを説明する」という回答も 80%でみられた。薬物療法のリスクとベネフィットの検討に際し、参考にするもので最も多く挙げられたものは「医療用医薬品の添付文書(62%)」、次に「医学書(58%)」、「国内外のガイドラインや治療指針(56%)」と続き、「妊娠と薬情報センター」を利用すると回答した施設は 44%にとどまった。一方、「薬剤の安全性に関するエビデンスが不足している」など薬物療法が妊娠や胎児に及ぼす影響を懸念する意見は多く、妊婦・授乳婦の精神科診療を阻む一因であることが浮かび上がった。妊娠・授乳への薬剤の影響に関して産科医からの助言や治療方針の共有、薬剤師による情報提供を望む意見がみられた。

精神療法については、88%の精神科医療機関で支持的精神療法が実施されているが、周産期うつ病などに有効なエビデンスを持つ認知行動療法(20%)や、対人関係療法(9.1%)を実施できる施設は少なかった。疾病教育・心理教育なども含め十分な精神科外来での診療時間の確保が難しいとの意見が挙がった。

妊婦や授乳婦の診療を行う上で、精神科医療機関が連携する専門職は産科(65%)、母子保健などの行政の担当者(67%)との回答が多く、ソーシャル

ワーカー(39%)、薬剤師(30%)との連携も行われており、特に総合病院では多職種者による妊産婦のメンタルヘルスケアの協働体制が構築されていると回答された。一方、地域における産科と精神科の連携、総合病院と診療所との連携方法が確立していないことも課題として挙げられ、精神科医のマンパワー不足によりカンファレンスへの参加時間が確保できないなどの意見があった。

分娩取扱施設の調査結果

分娩取扱施設 53 施設の内訳は「院内に精神科(心療内科)がない施設」が 30 件、「非常勤の精神科医による診察が可能」な施設が 5 件、「院内に精神科(心療内科)外来はあるが精神科入院病床はない施設」が 13 件、「院内に精神科入院病床がある施設」が 5 件であった。

メンタルヘルスの評価方法は「エジンバラ産後うつ病質問票」が 94%の施設で実施されていた。一方、同じ自己記入式の質問票である「育児支援チェックリスト」や「赤ちゃんへの気持ち質問票」の実施率は 22%にとどまり、リスク因子の評価や愛着(ボンディング)の評価は十分とはいえなかった。「助産師による面談」で評価していると回答された施設は 73.6%に上り、カンファレンスによる事例検討も 45.3%で行われていた。カンファレンスを実施している施設では、助産師(100%)、産科医(73%)、看護師

(65%) ソーシャルワーカー(46%) に次いで、精神科医(23%)、小児科医(23%)がカンファレンスに参加していると回答された。一方、7.5%の施設ではメンタルヘルスの評価を「実施していない」との回答がみられた。

メンタルヘルスに不調を呈する妊婦、授乳婦に対して分娩取扱施設内でも助産師(86%)、産科医(56%)がメンタルヘルスケアをしていると報告されており、院内に精神科医が勤務している、いないに関わらず、初期対応として周産期医療スタッフによるメンタルヘルスケアが行われていることが明らかになった。主に助産師外来でのフォローアップや電話相談(電話訪問)、妊婦健診時から産後までプライマリナーシング(担当助産師/看護師が継続して関わる)、両親学級での啓発活動などによって実施されていた。自由意見では、メンタルヘルスの評価やケアを行う上での「マンパワー不足」、メンタルヘルスケアにだけでは解決しえない「社会的問題に対する介入をどのように行うか」が課題として挙げられた。

半数以上の分娩取扱施設が精神科連携を要する判断基準として挙げたのは、

- 精神症状があり、生活に支障をきたしているレベル(77%)
- 自傷・自殺念慮がある(73%)
- 幻覚・妄想がある(60%)

であった。

しかしながら、「当日に紹介・相談で

きる精神科や相談窓口がある(28%)」施設は少なく、「2~3日以内に紹介・相談できる精神科や相談窓口がある(46%)」は過半数以下であり、「紹介・相談できる精神科や相談窓口はない」との回答が全体の19%に上った。自由意見として、「緊急時や夜間に迅速に妊婦・産褥婦を診療してくれる精神科医療機関の不足」、「通常診療であっても精神科の診療予約が取りにくい」、「妊産婦のメンタルヘルスに関する専門性が乏しい」ことなどが挙げられた。結果として、メンタルヘルスに不調のある妊婦、あるいは精神疾患と診断された妊婦が軽症・重症問わず総合病院産科・精神科に集中し負担が増加している現状が報告された。

令和2年3月28日に研修会実施を予定していたが、COVID-19感染拡大防止のため令和2年12月5日に延期された。よって、研修会のプレ・ポストテストの結果は得られていない。

D. 考察

本研究は進行中であるため、以下の考察は初回アンケート調査結果のみに基づく。

初回アンケート調査では、精神科医療機関の妊婦・授乳婦の診療体制について、迅速な診療受け入れを望む分娩取扱施設側のニーズとのずれが浮かび上がった。また、精神科医療機関の中でも妊婦や授乳婦の精神症状悪化時に入院の受け入れ先の確保が難し

いと認識しており、薬物療法に対する懸念も相まって、積極的な診療受け入れの障壁となっていることが考えられた。また、精神疾患の診断基準を満たさないレベルから重要例まで総合病院産科・精神科に集中し、更なる診療受け入れのタイムラグを生じている可能性があった。限りある精神科診療枠を緊急度に合わせて有効活用するため、分娩取扱施設におけるメンタルヘルスの評価とケア、精神科診療所や精神科無床総合病院における軽症例の対応を充実させ、緊急かつ重症例がスムーズに精神科有床総合病院に受け入れ可能となるようなシステムの構築が必要と考えられる。

分娩取扱施設におけるエジンバラ産後うつ病質問票の実施率の高さは、すべての妊産婦のメンタルヘルスに対する評価とケアの機会をもたらすことを可能にしている。今後は初期対応としての助産師を中心とした周産期医療スタッフによるメンタルヘルスケアが更なる高い専門性を持ち、効果をもたらしていくことが望まれる。

一方、社会的ハイリスク妊産婦の支援においては、現状のメンタルヘルスの評価とケアのみならず、子どもの不適切な養育に影響を及ぼす愛着（ボンディング）の評価も必要である。愛着（ボンディング）に対する評価の視点を分娩取扱施設で持つことも重要であろう。愛着（ボンディング）の障害の背景に、母体のうつ病や被虐待体験などに伴うトラウマ関連疾患あれば精神科医療、望まない妊娠やパートナー

間暴力、経済的困窮などがあれば社会福祉支援、子どもの疾患や発達遅れなどがみられる場合は小児科医療と協働し支援することが望まれる。

精神科医療機関が抱える妊婦・授乳婦の薬物治療に対する懸念に対し、研修会の実施や妊娠と薬情報センターのさらなる活用を目指し、産科医や薬剤師からの積極的な情報提供やフィードバックを行うことも有効ではないかと思われる。

精神科紹介に際しては、分娩取扱施設や保健師によって適切な疾病教育・心理教育が施されると、妊婦・授乳婦と家族の精神科診療に対するスティグマが減り、支援の受け入れがスムーズになる可能性がある。いかにして切れ目ない支援を続けるかは、丁寧かつ適切な紹介・受診勧奨と継続した多職種協働ケア体制の維持が重要であると考えられた。

また、初回アンケート調査から多職種ケア体制の基盤となるカンファレンスの実施が総合病院を中心として拡充していることが明らかになった。今後は全ての医療圏、さらには区市町村単位で診療所間、診療所-総合病院間、医療-行政-福祉間をつなぐカンファレンスを、慢性的にマンパワーの不足する各機関に負担を生じない形で実現・維持するかが課題である。

社会的ハイリスク妊産婦に対するメンタルヘルスケアは精神科診療につなぐことが最終目標ではなく、妊婦・授乳婦と児のよりよい母子関係と社会的状況の構築を目指し、多職種者

の連携によってメンタルヘルスと社会的問題へと介入し、継続支援することが重要であると考えられた。

初回アンケート調査結果をふまえて次年度に研修会を実施し、再調査を行い比較検討する。

E . 結論 未

F . 研究発表

1. 論文発表 未発表
2. 学会発表 未発表

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