

令和2年度 厚生労働科学研究費補助金
成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業(健やか次世代育成総合研究事業)
社会的ハイリスク妊婦の把握と切れ目のない支援のための保健・医療連携システム構築
に関する研究 (H30-健やか-一般-003)
(総合) 研究報告

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学講座 講師

研究要旨

社会的ハイリスク妊産婦の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。適切なサポートによって妊産婦のメンタルヘルスが向上すれば、育児困難な状況を減らす可能性があり、子どもの健やかな発達に寄与することになる。よって、全ての妊産婦に対し、メンタルヘルスのアセスメントとケアが行われ、医療-保健の連携下においてソーシャルサポートが実施されることが期待される。

本研究では、①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横断的調査を行い、医療-保健連携下のサポート体制の現状の把握と課題の抽出を行った。②医療・保健機関に従事する多職種を対象とした妊産婦のメンタルヘルス支援に関する研修会(令和2年12月6日)を実施し、プレ・ポストテストにて研修の効果を検証する予定であったがCOVID-19感染拡大により中止となった。

調査結果からは、妊産婦が精神科医療機関にて継続診療を受けている割合はおよそ2.5%であり、想定される周産期精神障害の有病率よりもかなり低いことが明らかになった。その背景には、軽症例については分娩取扱施設の助産師、母子保健の保健師らによりサポートを受けている可能性と、重症例で精神科医療が必要であるにもかかわらず診療連携できていない可能性が考えられた。精神科医療機関側の受け入れを阻む要因は、妊産婦が精神症状悪化時の入院の受け入れ先がない、妊婦・授乳婦に対する薬物療法への懸念が多かった。総合病院精神科への受診の集中もみられ、診療までのタイムラグがみられた。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、①分娩取扱施設や母子保健におけるメンタルヘルスのアセスメントとケアのさらなる充実のための人的・時間的資源の確保、②精神科診療所や精神科無床総合病院における軽症例への対応を充実させ、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地域ごとのシステムの構築が必要と考えられた。妊婦・授乳婦の薬物治療については、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、さらに、産科医や薬剤師から精神科医への積極的な情報提供やフィードバックを行うことが期待される。

分娩取扱施設におけるうつ病のスクリーニングの実施率の高い一方、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)の評価の実施は十分とは言えなかった。社会的ハイリスク妊産婦の支援においてはボンディングにも着目しスクリーニングを普及させ、適切なソーシャルサポートを導入する必要があると考えられた。

多職種によるサポート体制の基盤となるカンファレンスの実施は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と思われる。

A. 研究目的

社会的ハイリスク妊産婦とはさまざまな要因により、今後の子育てが困難であろうと思われる妊産婦を指す。2015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背景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が、子供に対する愛着（ボンディング）の障害や不適切な養育行動など子育てが困難となる直接的因子と何らかの関連を持つものと推測される。したがって、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適切なケアの実施が必要と考えられるが、分娩取扱施設において適切なアセスメントと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や母子保健・精神保健との連携によるサポート体制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-精神科連携および医療-行政連携体制の実情と課題を抽出するためにアンケートを用いた横断的調査を行った。

横断的調査で抽出された連携上の課題をテーマとして、連携サポート体制構築に向けた多職種による研修会を開催し、その効果をプレテスト・ポストテストで検証する予定であった（COVID-19拡大により開催中止）。

本研究の成果に基づき、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サポート体制における課題の抽出と、より有効なケアと有機的で持続可能な連携ネットワーク構築の実現化を目指す。

B. 研究方法

大阪府すべての分娩取扱施設、精神科医療機関に対し郵送にてアンケート調査を依頼し、施設代表者に文書にて研究内容の説明を行った。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にて回収した。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予定であった（COVID-19拡大により中止）。

分娩取扱施設調査項目

- ①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
- ②分娩取扱施設におけるメンタルヘルスケア方法
- ③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

- ① 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
- ② 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
- ③ 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

（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産婦数（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倫理委員会において承認を受けている。

C. 研究結果

横断的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%）。

① 精神科医療機関の調査結果

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。概算で、大阪府下で出産した

全妊産婦のおよそ 2.5%が精神科医療機関で継続診療されていた。

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クエアが「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げられた。

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%にとどまり、認知度が高くない、あるいは利用しにくい可能性があった。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げられた。

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クエ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。

② 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%)がメンタルヘルスクエ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クエ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ーナーシング(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」、メンタルヘルスクエ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(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、12月6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中止となった。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

横断的調査では、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、積極的な妊産婦の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、①分娩取扱施設におけるメンタルヘルスの評価とケア、②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地域ごとの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。そのための時間と人的資源の確保が課題である。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の遅れなどがみられる場合は小児科医療へとつなぐ、というように適切なアセスメントにより適切な連携先を選択して協働することが求められる。

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ては、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、加えて、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、調査結果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。

D. 研究発表

1. 論文発表なし
2. 学会発表なし
(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

E. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他