

令和5年度 こども家庭科学研究費補助金
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)
妊婦健康診査、産婦健康診査における妊産婦支援の総合的評価に関する研究 (21DA1004)
(総合) 分担研究報告書

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
病院長 光田信明

「 妊産婦死亡登録事業からの自殺分析 」

分担研究者	池田 智明	三重大学大学院医学系研究科 産科婦人科学	教授
研究協力者	相良 洋子	さがらレディスクリニック	院長

【研究要旨】

日本の妊産婦死亡率は数十年前と比較し、激減している。特に、産科危機的出血による妊産婦死亡の減少が突出しており、日本母体救命システム普及事業による母体救命講習会など、産科危機的出血による死亡を減らすための取り組みの効果を裏付けるものである。しかし一方で、妊産婦の自殺の多さが取り上げられ、妊産婦の自殺予防は喫緊の課題である。そのため、日本産婦人科医会を中心に、「母と子のメンタルヘルスケア講習会」を各地で開催し、産科医療従事者による周産期精神障害へのスクリーニング及び初期対応に必要な知識の普及、インストラクターの養成を開始した。これらの取り組みと並行し、自殺に至った事例の検討を行った。これまで、妊産婦死亡の減少を目指し、日本産婦人科医会では、2010年より妊産婦死亡報告事業が実施されている。同事業で報告された妊産婦死亡事例を「妊産婦症例検討評価委員会」において、原因分析を行い、今後の周産期医療向上のために、「母体安全への提言」を作成した。

妊産婦死亡の原因を年次推移で見ると、2010年に妊産婦死亡原因の約30%を占めていた産科危機的出血の割合は年々減少し、2019年には7%にまで減少した。しかし、2020年より再び産科危機的出血による死亡の割合が増加し、約20%となった。さらにここ3年間は自殺が産科危機的出血による死亡の割合を超え、死因のトップになっている。産科危機的出血事例の原因分析では、増加に転じた3年間において、救命困難な重篤な事例が増えたわけではないと判断された。そのため、これまで産科危機的出血の妊産婦救命に必要であると考えられる対策を再度確認し、実践することを提言した。自殺事例の原因分析では、自殺のハイリスクと認識されている妊娠前に精神疾患を罹患している妊産婦以外からも一定数の自殺者がいることが判明した。妊娠前に精神疾患と診断されている事例では、早期に多職種連携等で介入されやすいが、妊娠中や産褥期に精神疾患が発症した事例や精神疾患が未診断の事例では、自殺のハイリスクという認識がなく、介入が遅れる可能性がある。そのため、妊産婦の自殺を減少させるためには、従来からのハイリスクアプローチに加え、ポピュレーションアプローチを積極的に行うことが肝要であると考えられる。

A. 研究目的

2010年より始まった妊産婦死亡事業ならびに妊産婦死亡症例検討評価委員会では、各施設から報告された妊産婦死亡事例の調査票をもとに、死亡原因を分析し、得られた課題をもとに再発予防策などを「母体安全への提言」として、毎年発刊している。

わが国の妊産婦死亡は減少傾向にあり、特に産科出血による死亡は2010年が原因の30%を占めていたのに対し、2019年には7%まで激減した。これは日本母体救命システム普及事業を通じて各地で母体救命講習会が開催されていることが奏功しているためと考えられる。一方で、2018年に東京都監察医務院からの報告で、2005年から2014年の10年間に東京都23区で63例の妊産婦自殺があったことが明らかになった。これらの多くは妊産婦死亡症例検討評価委員会への報告がなされておらず、また欧米諸国よりはるかに高率な数値である。このことから、わが国の自殺による妊産婦死亡は想定より多数存在することが予測された。

リスクの抽出や予防介入を行う場合、当該事例を振り返り原因分析を行うことは非常に有益である。妊産婦死亡症例検討評価委員会ですべての自殺事例を把握できていないという欠点はあるものの、すでに構築された同事業を用いることで、当該事例の原因分析は可能である。そのため、本研究では、妊産婦の自殺に関するリスクの抽出と予防介入の可能性について明らかにすることを目的とし、妊産婦の自殺を防ぐシステムの確立を目指す。

B. 研究方法

2010年から2022年の期間において、日本産婦人科医会に報告され妊産婦死亡症例検討評価委員会で死亡の原因分析が施行された症例から自殺が主原因である事例を抽出した。その事例の臨床的特徴を解析した。

本研究は、日本産婦人科医会倫理委員会により承認を得ている。

C. 研究結果

1. 自殺による妊産婦死亡の現状の分析と自殺の背景や予見性に関する検討

1) 妊産婦の自殺事例

2010年から2022年までに報告された自殺による妊産婦死亡は54例であった。54例中、妊娠中の自殺が22例、産褥期の自殺が32例であった。

報告数の年次推移は、2010年1例、2011年0例、2012年4例、2013年3例、2014年4例、2015年5例、2016年3例、2017年2例、2018年3例、2019年4例、2020年8例、2021年8例、2022年9例であり、2020年、2021年、2022年の3年間は自殺による死亡が妊産婦死亡の主因となった。

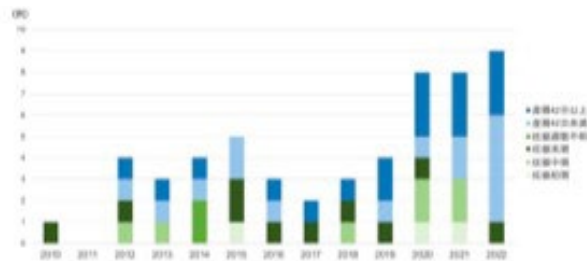


図1：自殺による妊産婦死亡報告数の年次推移

2) 自殺事例の背景

2010年以降に報告された妊産婦死亡の自殺事例54例において、妊娠前に精神疾患の診断がついていた事例は、妊娠中の自殺のうち13例(59%)、産褥期の自殺のうち16例(50%)であった。精神疾患を有する妊婦は自殺のハイリスクであることは明らかであるが、逆に言えば妊娠前に精神疾患がなくても自殺する妊産婦が一定数存在する。

また、自殺事例のうち、精神状態の悪化や精神的不調を来した際に、精神科受診や服薬、入院などの必要な介入を本人が拒否したことが明らかな事例が15例(28%)あった。さらに妊娠前に精神疾患のあった29例において、妊娠判明後に服薬が中止、もしくは減量されている事例が6例(21%)あった。提案された介入を拒否する背景、理由は様々であるが、精神状態が不安定となった後では、時間的な余裕もなく一旦拒否した相手を説得するのは困難である。

3) 自殺の予見性の困難さ

妊産婦の自殺の54例中、院内発生 of 自殺が6例(11%)存在した。また、精神科受診歴と最終受診日の判明している30例において、精神科最終受診から自殺までの日数は7日以内が最も多く12例(40%)を占めている。また精神科最終受診から7日以内の自殺の半数が受診からわずか2日以内で自殺に至っている。このことから精神科医にとっても自殺の予見は難しいと考えられる。

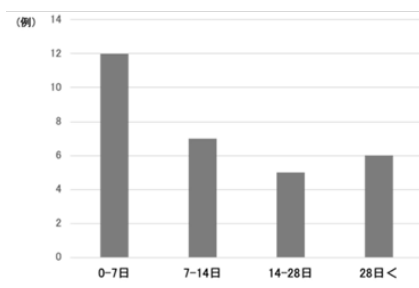


図2：精神科最終受診から自殺までの日数

2. 原因分析時に収集すべき情報の検討

報告事業で得られた自殺事例と既報告で明らかとなっている事象を検討し、妊産婦死亡症例検討評価委員会において、自殺に特化した質問票を作成した。

質問票は、大項目として 1.自殺の状況、2.心理社会的な危険因子、3.家族歴、4.精神科治療、5.産科医の関与を挙げた。

1. 自殺の状況

自殺の時期、場所、手段、準備、遺書、希死念慮や自殺に関する発言について、それぞれの有無を確認した。自殺が突発的に起こったものなのか、計画されていたものかによって、介入方法が異なる可能性があり、自殺の予見性について評価する内容とした。

2. 心理社会的な危険因子

自殺企図・自傷行為の既往、違法薬物等の使用歴、幼少時に虐待をうけた経験、現在のパートナーからの虐待、パートナーからのサポート、父母、義父母からのサポート、望まない妊娠、経済的困窮、社会的孤立、最終学歴、妊娠・月経に関連した精神的変調の既往、最近の死別や喪失体験、妊娠出産によって生じた身体疾患や身体的苦痛、妊娠前からの慢性身体疾患、慢性的な疼痛や身体的苦痛を挙げた。サポートの有無、経済的困窮、社会的孤立、身体的苦痛は具体的内容も追記する欄を設け、今後の課題について検討した。

3. 家族歴

家族構成(同居家族)に加え、危険因子を評価するため、精神医学的問題の家族歴も以下の7項目を選択する形式とした。

- ・産褥精神病
- ・産後うつ病
- ・双極性障害
- ・統合失調症
- ・自殺既遂
- ・アルコール乱用
- ・その他の精神医学的問題（自由記載）

家族歴の範囲は、父母、祖父母、兄弟姉妹、夫、子ども、その他(自由記載)とし、家族との関わりについても検討した。

4. 精神科治療

精神疾患・精神障害の病歴は非常に重要であるため、「有」の場合は精神科治療が妊娠後どのようになされたか、精神症状が変化したか、をチェック形式で回答する方式とした。これまでの事例において、精神科と産科の連携が乏しいこと、妊娠によって治療(通院、服薬)が中断したことが課題として明らかとなったことを受け、以下の項目を作成した。

精神科主治医からの情報提供 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
妊娠した時点での精神科通院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
妊娠後の精神科通院継続 <input type="checkbox"/> 無・中断 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
妊娠後の向精神薬の処方 <input type="checkbox"/> はじめからなし <input type="checkbox"/> 妊娠後に中止 <input type="checkbox"/> 妊娠後も変更なし <input type="checkbox"/> 妊娠後に減量 <input type="checkbox"/> 妊娠後に増量 <input type="checkbox"/> 妊娠後に調整(減量・増量)

また、自殺時の精神科治療が十分であったかを評価するため、自殺前の最終の精神科受診時期と自殺直前の向精神薬の処方(薬剤名・1日量)を調査することにした。

5. 産科医の関与

妊娠初期に既往歴のスクリーニングを行ったか、妊娠中期以降、出産時に不安やうつ病のスクリーニングを行ったか、エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)や赤ちゃんへの気持ち質問票を使用したか(使用した場合はその点数)の設問を設けた。また、妊娠初期、中期、出産時、産後2週間、産後1か月における支援の必要性の認識と支援が必要と判断した場合の対応(産科医療機関で経過観察、行政に連絡、精神科と連携、その他)も確認した。

また本事業の報告者はほとんどが産科医であるため、産科医自身が本事例についてどのような問題を考えていたかを自由記載できるよう設定した。

3. 連携すべき職種やシステムの検討

自殺事例の中には精神疾患未診断例も存在するが、自殺の背景には精神疾患の発症が疑われるため、異変を感じた際には、精神科との連携は必須である。しかしながら、精神科受診をしているものの、周産期的な問題点(児の予後がよくない、育児に困難を感じているなど)が精神科医に伝わっておらず、病状が過小評価されているなど、「連携がとれている」とはいいがたい事例も見受けられた。また、児の疾患に関連してうつ状態を発症していることを産科施設は把握していたものの、児の入院施設へは伝わっていない事例もあった。

さらに自殺事例の中には、「精神疾患既往がないのに自殺した」、「急激に精神状態が悪化し自殺した」と思われるほど、変化に気づいてからの介入が間に合わなかった事例も存在した。そのため、精神疾患合併妊婦など自殺のハイリスク妊婦を対象に介入を

進めていくハイリスクアプローチに加え、ポピュレーションアプローチを行うことで、妊産婦の自殺の減少を目指す必要がある可能性が示唆された。ポピュレーションアプローチを効果的に行うためには産科医のみならず、助産師、ソーシャルワーカー、地域の保健師等多職種が関わりをもつ必要がある。

D. 考察

1. 自殺による妊産婦死亡の現状の分析と自殺の背景や予見性に関する検討

東京都での調査では、妊婦と1年未満の産褥婦（妊産婦死亡と後発妊産婦死亡をあわせたもの）の自殺率は出生10万に対して8.7と報告されている。大阪での報告²⁾もあわせると、我が国では年間に60～80例程度の自殺による死亡が生じていると試算される。また、リンケージ解析によって2018年に発表された我が国の妊産婦死亡において、出産後1年以内の死亡の第1位が自殺であることが判明した。今回、検討した症例はその一部でしかないということには留意が必要である。

ただ、上記の結果が判明後、妊産婦の自殺が喫緊の課題と認識されたこと一致して、出産後42日以降1年以内の自殺事例が本事業に報告されることが(図1)に示す通り年々増加している。

本事業は、自殺による妊産婦死亡数の把握にとどまらず、各事例の詳細なデータを得て、原因分析が実施可能である点、事例の蓄積により傾向の把握と今後の課題の抽出が可能である点が強みである。今後も日本産婦人科医会を中心に本事業に関する情報発信を継続し、後発妊産婦死亡の報告数も増加させる取り組みを展開していく必要がある。

背景因子や予見性の検討では、ハイリスクと認識されていない妊婦でも一定数の自殺が存在すること、精神科を受診していても自殺の予見は難しいことが明らかになった。日頃から妊産婦の精神的負担感や不調を早期に見つけ、寄り添うことが周産期医療従事者に求められている。現在実施されている「母と子のメンタルヘルスクエア講習会」などを通じて、周産期医療従事者がメンタルヘルスクエアについての見識を高め、より一層、妊産婦の負担感・不安感に寄り添うことができるかが今後の課題である。

2. 原因分析時に収集すべき情報の検討

自殺に特化した質問票を作成した後の報告事例では、作成前の事例に比べ、格段に情報量が増加した。特に家族歴の内容や精神科治療の経過、精神科主治医との連携の有無が確認できるようになった。また、心理社会的・精神医学的問題についての産科担当医の自由記載によって、当該事例の妊娠産後経過をどのよう

に把握していたか、自殺後に振り返ってどのような考察を加えているかが明らかになった。本質問票は自殺事例の調査のためではあるが、危険因子や妊娠経過中や産後に確認すべき患者背景も含まれていることから、大項目の2-5については、精神疾患合併妊娠の管理のチェックリストとしても有用である可能性が示唆された。

3. 連携すべき職種やシステムの検討

医療体制としては、精神科医や小児科医との連携は必要である。これに加え、心理社会的支援として、助産師、ソーシャルワーカー、地域の保健師等が関わる必要がある。連携の必要性を認識していても、行政への連絡をするのみで関わりが途絶えている事例もあるため、「連絡」のみで終わらない「連携」体制の確立が必要である。地域の実情に合わせて、体制は構築していく必要があるため、本事業として、どのような提言をしていくかは今後の課題である。

また、産後の育児に対する身体的・精神的負担軽減については、核家族化が進むわが国では取り組むべき喫緊の課題であり、それらが妊産婦の自殺の予防介入にもつながることが予測される。産後ケア事業の法定化に伴い、安心して子育てができる支援体制が整いつつあるが、今後も本事業においてシステムの検討を行う必要がある。

さらに産後1か月を過ぎた時期は、もともと産科医や助産師らが関わる機会が少なく、自殺が生じても妊産婦の死亡事例として認知されにくい背景があり、妊娠産後の危険因子を見逃している可能性がある。そのため、精神的問題を抱える場合は、何らかの形で周産期医療従事者が関わり続けるシステムの構築も必要である。

4. 今後の取組についての提言

日本産婦人科医会の妊産婦死亡報告事業より毎年発行している「母体安全への提言」でメンタルヘルスクエアに関連したものを過去に6つ提言している。

- 精神疾患合併妊娠では十分な情報収集を行い、妊娠中だけでなく産褥期にも精神科と連携をとり診療を行う。
- メンタルヘルスに配慮した産褥婦健診を行い、とくに妊娠初期と産後数か月を経た時期には、妊産婦が必要な精神科治療を継続できるよう支援を徹底する。
- 産褥精神病のリスクがある産褥婦は、自殺可能な場所や危険物から遠ざけ、家族や地域の保健師に十分な注意喚起を行う。
- 周産期の病態に精通する精神科医を育成し、日ごろからよく連携しておく

- 希死念慮の有無を確認することは自殺予防の第一歩である。
 - 精神科治療歴のある妊産婦や精神症状を認める妊産婦は、精神科医療につなげた後も経過を見守り、積極的な関わりを続ける。
- 2. 実用新案登録
該当なし
 - 3. その他
該当なし

これら6つの提言は現在も変わらず重要であるが、さらに2023年9月に新たな提言として、「妊産婦の自殺に対して従来からのハイリスクアプローチに加えてポピュレーションアプローチを積極的に行う」を提言した。これらの提言は、今後も広く周知していく。

原因分析をもとにポピュレーションアプローチによる自殺対策の具体例として以下の3つを挙げる。

1. 精神疾患の有無に関わらず、妊産婦は不安や精神的不調をきたしやすいことを妊産婦本人だけでなく、家族にも知らせる
2. 妊産婦自身の不安や精神的不調などを医療者に伝えやすいように、「傾聴と共感」を基軸として信頼関係を築く
3. 3つの質問票などを活用して、妊産婦の不安や心配事を能動的に抽出し、早期のケアにつなげる

日本における産科危機出血による妊産婦死亡が減少した一つの要因として、関連7団体による日本母体救命システム協議会(J-CIMELS)の設立ならびに母体救命のための多領域・多職種での共同活動が挙げられている。妊産婦のメンタルケアにおいても多領域・多職種連携が重要である。また、医療従事者一人一人ができる範囲内で上記のようなポピュレーションアプローチを少しずつ進めていくことが最重要であると考えられる。

E. 結論

妊産婦死亡症例検討会で解析した54例の自殺事例を解析した。今後も自殺の原因分析や予防介入の検討などを継続していく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表
 - 妊産婦死亡症例検討評価委員会、母体安全への提言2022、日本産婦人科医会、2023年9月、東京。
2. 学会発表
該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
該当なし