

## 「英国および諸外国の医療と行政サービスの軌跡と現状報告」

吉田敬子

### 1. 妊婦出産に関連する精神障害の概説

#### 1) マタニティーブルー

出産直後から10日ごろまでにみられる一過性の気分と体調の障害。泣く、抑うつ気分、不安、緊張、落ち着きがない、焦燥感、困惑、食欲不振、頭痛などの症状を呈する

(Stain,1982)。頻度は欧米では50～70%、本邦ではかなり低く25% (岡野ら、1991)である。治療は不要である。

#### 2) 産後うつ病

多くは産後3カ月頃までに発生するが、その後も産後数月から12カ月までの発症がみられる。症状は、他の時期のうつ病と変わらない。ただし、育児の不安や過剰な心配、母親としての自信喪失や自責感、赤ちゃんに関する妄想が産後うつ病の患者の訴えとして特徴的である。産後うつ病が嬰兒殺しの原因になることがあるので注意を要する。頻度は、Pittの報告 (Pitt,1968) 以下10%前後で本邦では低く、3% (岡野ら、1991) である。マタニティーブルーの症状が重度の例では、産後うつ病を発症する危険性があるとの報告がある (Cox, 1982)。治療は、育児や母子関係の確立のための指導や援助の他は他のうつ病と同じである。しかし、産後うつ病100人のうち、わずかに2～3人が精神科医に紹介されているに過ぎない (Nott, 1982)。過去にうつ病をはじめ、精神科の既往歴のあるもの、また結婚生活やパートナーとの間に問題があるものは、産後のうつ病発症のリスクが20%前後に上昇する。

#### 3) 産後精神病

産後2週間以内の早期に、妄想、幻覚、困惑、躁うつ状態を交えた急性精神病状態で発症する例が典型的であり、遅くとも産後3カ月までに発症する。病像は、躁うつ病 (感情障害)、分裂感情病の状態を主に示す (Kendellら、1976, Dean and Kendell 1981, Brockingtonら、1982)。1000人の出生につき、1～2人の母親が、発症する。精神科での入院治療がすすめられる。予後は比較的よく平均2カ月の治療でほぼ完全に回復することが多い。初産や帝王切開に多いという報告もあるが

(Kendellら、1981)、過去に精神科に既往歴があると、出産後の発症の危険率は、30%～50%にも上昇する (Kendellら、1987)。

### 2. 英国および諸外国の医療と行政サービス

#### 1. 母子ユニットの発展の歴史と現状

##### ①英国における母子ユニット

＜発展の歴史＞産後精神障害の母親とその児を同時に入院させ治療する最初の試みは、英国で始まった。多くは、一般精神科病棟内のいくつかのベッドおよび部屋を必要に応じて母子のために利用するという、流動的で小規模ないわば機能的な母子同時入院治療形態をとってきたが、独立した存在としての母子ユニットも数施設確立されている。

1948年、Surrey Cassel病院で、Main医師により、初めて母子入院治療が試みられた。当時は、SpitzやBowlbyなどにより母子愛着理論が盛んに唱えられていた。英国の小児科病棟ではいち早く心理的な障害を考慮し、母親を積極的に付き添わせたり、一緒に病棟で生活

させていた。Mainは、逆に、母親がなんらかの精神障害により入院を余儀なくされている場合にも、同じ理論にもとずき、そのこどもを母親の病室に入れることを考えた。こどもは3人まで母親と同時に入院させ、ときには父親の同時入院も考慮した。しかし、最初の母親の入院理由は主に神経症の治療が多く、強い混乱を示す精神病状態や、精神分裂と診断された母親は対象外であった。治療はあくまで神経症を対象に、母子の確立を促しながらの、個人精神療法であった。しかし、1955年からは産科病棟勤務のDouglas医師と連携をとり、産後の精神障害、特にうつ病の母親とその新生児を入院させた。彼は、いくつかの経験から将来は、産後精神病の母子の入院可能制について考察した論文を発表している(Main, 1958)。

1953年、St Albans近くのShenley病院に、母子ユニットが創設された。対象となる母親に、産後精神障害があげられ、この時期にすでに産科と精神科の合併病棟の創設が提唱された。その他の対象としては、人格障害、神経症、精神分裂病でこどもと離して治療することが患者の不利益となるものであり、ここにも、小さなこどもから離された母親に体験される罪の意識の軽減を考慮した治療理論がみられる(Glaser1962)。このユニットには、育児室、遊戯室、談話室が設けられ、児の夜間の睡眠は支障のない限り母親と同室でとられた。その後のユニットでの症例については、Bardonが、発表している(1968)。彼は、1959年から1965年までの115人の母子入院の母親患者からの経験を発表した。平均入院期間は7週間、退院後の児の世話は89%の母親で可能であった。ただし、母子入院の適応は、できれば安定した結婚であり、退院後に問題なく家族の機能を営める状態の受け入れがあり、ユニットでの治療が有効にいかされる対象が好ましいと述べている。人格障害や、症状とは別に社会的に問題の多い母親は、ユニット内でも治療に意欲的ではなく、かつユニットに長くどまる傾向がみられたからだ。

1959年、SuttonのBanstead病院では、精神分裂病の母親とその児の同時入院治療を試みた(Bakerら、1961)。その結果、単独入院した精神病患者の母親20人と、児と共に入院した母親20人を比較すると、後者の方が入院期間が短く、かつ退院後の児の世話もよくできたと報告している。

1963年、Derbypastures病院では、20床の女性病棟内に同時期2人までの母子を入院させた。FowlerとBrandon(1965)は、この母子入院は、他の女性患者にも心理的によい効果をあげたと述べている。しかし、独立した母子ユニットを作り、それが機能するには、人口50万人の規模が必要と推察している。

1972年South Manchestre大学病院に、精神科病棟とは独立して、母親が12ヵ月までの乳児とともに入院できる9床の母子ユニットが開設され、Brockingtonら(1982)の発表当時までに、すでに500人以上が入院していた。当初、このような精神科母子ユニットの安全性が問題としてあげられた。まず感染症の問題は、小児科との連携、こどもの食事は、こどもの世話に関係していない独立したスタッフがする、入院時に母子の検便をすることを解決策とし、それまでに、主に新生児の感染症のためにユニットを閉鎖しなければならなくなったことはなかったと報告している。精神障害の母親によるこどもに対する事故については、スタッフ一同の懸念であった。他のユニットからの報告と同時に、精神病症状自体による(例えば妄想にもとずいてこどもに傷害を与える)ことは実際には懸念されるよりかなり少ない。むしろ人格傷害や、母子の絆に問題のある母親の方が危険であることが分かった。対策として、精神病的でかつ、以前にこどもを傷つけた既往のある母親は、このユニットでは治療せず、また入院後に3回以上こどもを傷つけようとした母親には、その母親の状態がよくなるまで、こどもの世話はスタッフがする、夜間はこどもは、保育室で睡眠をとらせるなどの取り決めをした。しかし、過去に2例の致死事件が報告されている。

またこのようなユニットが経済的かどうかについての数字があげられている。人口の200万人で9床のユニットを開設したが、1795年に半稼働を越え(4.9床)、1977年のピークでも6.5床で72%のベット占有率であった。昼2人、夜1人の看護婦、と1人の児のためのナースリー看護婦を常に揃えるためには、9床のユニットでは1人の患者あたり1.1人の看護婦が必要であり、これは非常に高い比率である。これは一般精神科病棟の人員費にくらべ、1人の患者につき3倍のコストであると計算された。

1985年および1986年にAstonとThomasは、イングランドとウェールズにおける産後精神障害の母親と児のための精神科治療サービスの実態を調査した(Aston and Thomas, 1987)。305の精神科と地域の病院を調べたところ、140の病院が産後の精神障害の母親を児と共に入院させていた。17病院は詳細を知らせなかったが、26病院が特別の母子ベッドを持たず、62病院が1床か2床、21病院が3床から5床、14病院が6床以上の母子ベッドを持っていた。平均すると人口10万人に0.58床の母子ベッド、17万2千人に1ベッドであった。1000の出産に対して1.9床、それぞれの出産後の疾患の発症率から計算すると、2.6から3.4床の要求があることが分かった。

#### 考察：

Kumarは、自ら行ったロンドン南東部の実態調査をし(Kumarら、1986)、12の病院が母子入院を行っていた(350万人の人口地域)。出生率が1000人につき12.9人、精神障害発症率が1000の出生に1人か2人とすると、入院は40人から80人になるが実際12の病院に1980年を例に調べると76人入院していた。産後に精神病状態で入院する比率はほぼ一定で計算できることを示している。また、前述した英国での母子入院治療をまとめ、また最近のKumarの母子治療についての総説論文の中で以下の(Kumar, 1992)考察をあげている。

1. いかに母親が産後に精神障害を呈して

いようと、母親から児を離して行う治療は、直感的には非常に印象を持つ。

2. 母親の児に対する態度についての直接観察と評価ができる。

3. しかし、母子ユニット入院治療が、本当に必要かつ妥当かについての系統的な科学的な研究は、まだなされていない。

4. 産後の精神障害の母子を治療する形態としては、

1) 独立した母子ユニット

2) 一般精神科病棟のなかに母子を入院させる

3) デイ・ホスピタル

4) 産後の母親だけを入院させる

5) 産後の精神障害の母親を自宅で治療するが考えられ、どの方法がよいかは、短期および長期経過観察をコーホートスタディーとして行う必要がある。

現場からの報告：

The Maudsley and Bethlem Hospitalの母子ユニットについてConsultant Dr Kumarのもとに、1980年から開設。現在定床8人。ロンドンおよびその近郊から広く患者を受け入れている。ほぼ6床が稼働している。原則として産後6ヵ月までの母子の入院。医師3人、心理士1人、看護婦数は流動的だが、昼夜あわせて6人から7人、ソーシャルワーカー1人、作業療法士1人、その他1週に1回の小児科医師の回診、病院の地域の保健婦の訪問がある。患者や、疾患の分析や入院治療のまとめは、来年度の報告で詳細に報告する。区域外からの患者は、退院後はそれぞれの地域の精神医療を受ける。年間入院数は約30人から40人。

BirminghamではProfessor Brockingtonのもとに8床母子ユニットあり、産後12ヵ月まで受け入れる。1日10人のデイケアサービスもユニット内で行っている。年間約400通の紹介状があり、治療が家族で行われ得るものは、家庭訪問のかたちでスタッフが、患者の家庭におもむき、治療をすすめている。平均入院期間はそれゆえに6週から7週間と短い。

年間入院数は、約60人から70人である。

## ②諸外国における母子治療

1) カナダ：Stewart (1989) は、カナダには母子ユニットは非常に少なく、英国方式をカナダが採用していないことに疑問を持っているが、これには、母子ユニット内で起こり得る児の事故に対する職員の不安やユニットを運営するコストの問題があると考察している。彼自身は、32人の母子入院を希望した産後精神障害の母親と、単独入院を希望した母親を、母子ともに2年間にわたり観察した。感情傷害（躁うつ病）の母親は全員母子入院を希望し、人格障害の母親は単独入院を希望する数が多かった。母子入院希望者群に安定した結婚が多く、2年後の母子関係も母子入院群のほうがよかったと報告している。

2) オーストラリア：Buist (1990) は、1983年に開設した母子ユニットについて報告している。2床から始まり1987年には4床（人口140万人につき）に増えている。嬰兒殺しの衝動をあらわした母親は入院させなかった事もあるが、報告時点までに児の事故はないとのことである。

3) ニュージーランド：LindsayとPollard (1978) は1965年からの母子入院244例をまとめ、母子入院中に母親に児のケアをされることが退院後の母親の自身につながると述べた。母子入院を心配したのは、患者の母親が多く、そのためにも母子入院は、母親自身の育児能力を示す場所にもなると考察している。

4) イスラエル：Masterら (1975) は、母子入院の意義を、SpitzやBowlbyの理論に賛同して、一般精神科病棟における母子入院をはじめたが、はじめる前と後で、看護婦、医師、病院管理者、入院患者、産後精神障害の患者の母親（児の祖母）から意見を募った。一貫して一番消極的かつ壊疑的であったのが、精神科医師であり、看護婦は、治療がうまく行くに従って賛同しはじめた。他の（非産後）入院患者は乳児の入院を歓迎し、実際病棟の雰囲気も和んだ。祖母は、乳児に対する危険を入院前特に懸念した。

5) アメリカ合衆国：Van der Walde (1968) はBostonで、Luepker (1972) はNew Yorkでの母子入院について報告しているが、その後現在まで母子入院およびユニットは米国では、発展しなかった。主に、児への危険性と疾患そのものに対するインシュアランスの問題が、発展を妨げている。

2. 英国でのデイケアとコミュニティーサービス  
デイケア：地域によりさまざまな活動が行われると思われるが、英国での産後精神障害の主な臨床および大家、Cox教授のサービスを紹介する。

Chales Street Parent and Baby Unit (Stoke on Trent)

対象は妊娠中から産後12ヵ月までの母子。最高8人までの児をナーサリーでみる事ができる。スタッフは、医師2人、マネージャー1人、看護婦3人、育児担当看護婦1人、作業療法士1人、心理士（非常勤）1人と秘書である。月曜日から金曜日まで8:30AMから4:30PMまで。おもに6週間のプログラムの間に、自らの気持ちを他の患者と確認、分かち合い、孤立を避け、母親としての自信をつけることを目的にassertive trainingを行う。

コミュニティーサービス：NottinghamのOates医師の指導のもとに行われているサービスが充実しており全国的に知られている。

(Oates, 1989) 入院治療に匹敵するほど、積極的にスタッフが患者の家庭を訪問して治療する。

<Community Nursing Project> 3人の医師、1人の心理士、1人のソーシャルワーカー、2人のCPN(Community Psychiatric Project)の専門職に加え、Homstartのボランティアのメンバーを養成している。彼らは、こどもを持っている一般健康な女性であり、6週間のIntensive Courseを受けその間に、産後の精神障害や情緒の問題についての知識や対応を学ぶ。実践をはじめてからも常に専門家の指導を受ける。

治療の活動レベルは、患者の状態を評価し、決める。

レベル1；精神科医は隔日訪問。看護婦は第1週は1日8時間を患者の家で過ごす。家族で患者を責任持ってみるものに引き継いで家を離れる。第2週目は、毎日午前と午後の2時間ずつ家庭を訪れ、患者の治療にあたる。3週目は隔日、4週目は1週に1度とる。

レベル2；精神科医は週に2度訪問。看護婦は、レベル1の第2週のスケジュールから開始する。

レベル3；精神科医は週に1度訪問。看護婦は隔日訪問する。

この方法により、精神病状態の母親も家庭でみている。

利点；1.家庭と離れないで治療を受けられる。

2.コストが安い。

禁忌；1.車の訪問が20分以上かかる遠方の家族。

2.患者に全く病識、治療意欲がない。

3.家族内に責任を持って患者を見守るものがいない。

看護婦（助産婦）にかなりの権限が与えられており、緊急時には、最低1床、入院に切り替えられるベッドを各担当地域の病棟に保管し、看護婦の判断で入院させられる。

<まとめおよび日本の妊産婦の精神面支援についての考察>

日本に母子ユニットは必要か。これを検討するためには以下の考慮することが必要である。

①英国をはじめ諸外国の産後精神障害にかかわる医療活動の歴史と現状をよく検討する。

1. 英国では、産後うつ病の発生頻度は10%  
2. 産後精神病の発生頻度は1000回につき1回から2回で、この頻度は多くの報告者の間でほぼ一定である。この場合は、入院治療が主流であるが、地域の精神医療チームがしっかりしていれば、家庭で治療も可能であることが証明されている。

(Oates医師の報告参照)

3. 産後の母子のためのベッドは、1000の出生に対して2床から3床が望ましい。人口10万人に対して0.58床と英国の報告者は、算出しているのでこの数字を参照にするのもひとつの手掛かりである。

4. 独立したユニットを持つには、人口50万以上の地域が望ましい。

②日本において考慮すること

1. 日本の産後精神障害の発症率を調べる。本邦からの報告は、かなり頻度が低いので、その数字を念頭に入れると共に、さらに正確な疫学調査が必要である。

2. 里帰り分娩など、家族のサポートが、外国の妊産婦にくらべて、日本人は受けやすい。しかし、今後の家族の状況の変化も考慮しなければいけない。

3. 産婦人科、精神科医師の連携、母子ユニットの試みは、可能であれば、都市の大学総合病院ではじめるのがよいと思われる。

#### 参考文献

- Aston A and Thomas L: Mother and baby psychiatric facilities in England and Wales. Annual Bulletin of the Marc'e Society (ed, Margison F) Pegasus, London, pp3-12, 1987
- Baker AA, Morison M, Game Ja and Thorpe JG: Admitting schizophrenic mothers with their babies. Lancet ii : 237-239, 1961
- Bardon D, Galser YIM, Prothero D and Weston DH: Mother and baby unit : Psychiatry surey of 115 cases. British Medical J 2 : 755-758, 1968
- Brockington IF, Winokur G and Dean C: Puerperal psychosis. In Motherhood and Mental Illness (eds Brockington IF and Kumar R) Academic Press, London, pp37-69, 1982

- Buist A, Dennerstein L and Burrows DG: Review of a mother and baby unit in a psychiatric hospital. *Australian and New Zealand J of Psychiatry* 24 : 101-108, 1990
- Cox JL, Conner Y and Kendell RE: Prospective study of the psychiatric disorders of childhood. *British J Psychiatry* 140 : 111-117, 1982
- Dean C and Kendell RE: The symptomatology of puerperal illness. *British J Psychiatry* 139 : 128-133, 1981
- Fowler DB and Brandon RE: A psychiatric mother and baby unit. *Lancet* i ; 160-161, 1965
- Glaser YIM: A unit for mothers and babies in a psychiatric hospital. *J Child Psychology and Psychiatry* 3 : 53-60, 1962
- Kendell RE, Wainwright S, Heerley A and Schannon B: The influence of childbirth on psychiatric morbidity. *Psychological medicine* 6 : 297-302, 1976
- Kendell RE, Rennie D, Clarke JA and Dean C: The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium. *Psychological Medicine* 11 : 341-350, 1981
- Kendell RE, Chalmers JC and Platz C: Epidemiology of Puerperal Psychosis. *British J Psychiatry* 150 : 662-673, 1987
- Kumar R, Meltzer ES, Hepplewhite R, Stavenson AD: Admitting mentally ill mothers with their babies into psychiatric hospitals. *Bulletin of Royal College of Psychiatrists* 10 : 169-172, 1986
- Kumar R: Mentally ill mothers and their babies: What are the benefits and risks of joint hospital admission? In *practical Problems in Clinical Psychiatry* (eds Hawton K and Cowen P) Oxford University Press, Oxford, pp 184-197, 1992
- Lindsay JSB and Pollard DE: Mothers and children in hospital. *Australian and New Zealand J Psychiatry* 12 : 245-253, 1978
- Luepker ET: Joint admission and evaluation of postpartum psychiatric patients and their infants. *Hospital and Community Psychiatry* 21 : 284-286, 1972
- Main TF: Mothers with children in a psychiatric hospital. *Lancet* 27 : 845-847, 1958
- Margison F and Brockington IF: Psychiatric mother and baby unit. In *Motherhood and Mental Illness* (eds Brockington IF and Kumar R) Academic Press. London, pp 223-238, 1982
- Master R, Klein H and Lowenthal U: Conjoint hospitalization and baby in post-partum syndrome-why and how. *Israeli Annuals of Psychiatry and Related Disciplines* 13 : 124-136, 1975
- Nott PM: Psychiatric illness following childbirth in Southampton: a case register study. *Psychological Medicine* 12 : 557-561, 1982
- Oates M: The development of an integrated community-orientated service for severe postnatal mental illness: In *psychological aspects of obstetrics and gynaecology* Baillière res clinical obstetrics and gynaecology (guest ed Oates M) ,International practice and research, Bailliere, London, pp 133-158, 1989

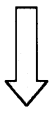
岡野禎治、野村純一、越川法子他 : Maternity bluesと産後うつ病の比較文化的研究、精神医学  
33 : 1051-1058, 1991

Pitt B: A typical depression following childbirth. *British J Psychiatry* 114 : 1225-1235, 1968

Stein G: The maternity blues. In *Motherhood and mental illness* (eds Brockington IF and  
Kumar R) Academic Press, London, pp 119-154, 1982

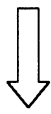
Stewart DE: Psychiatric admission of mentally ill mothers with their infants. *Canadian J*

*Psychiatry* 34 : 34-38  
an der Walde PH, Meeks D, Grunebaum HU and Weiss JL: Joint  
admission of mothers and children to a state hospital. *Archives of General Psychiatry*  
18 : 706-711, 1968



## 検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



### 1. 妊婦出産に関連する精神障害の概説

#### 1) マタニティーブルー

出産直後から 10 日ごろまでにみられる一過性の気分と体調の障害。泣く、抑うつ気分、不安、緊張、落ち着きがない、焦燥感、困惑、食欲不振、頭痛などの症状を呈する (Stain, 1982)。頻度は欧米では 50~70%、本邦ではかなり低く 25%(岡野ら、1991)である。治療は不要である。

#### 2) 産後うつ病

多くは産後 3 ヶ月頃までに発生するが、その後も産後数ヶ月から 12 ヶ月までの発症がみられる。症状は、他の時期のうつ病と変わらない。ただし、育児の不安や過剰な心配、母親としての自信喪失や自責感、赤ちゃんに関する妄想が産後うつ病の患者の訴えとして特徴的である。産後うつ病が嬰兒殺しの原因になることがあるので注意を要する。頻度は、Pitt の報告(Pitt, 1968)以下 10%前後で本邦では低く、3%(岡野ら、1991)である。マタニティーブルーの症状が重度の例では、産後うつ病を発症する危険性があるとの報告がある (Cox, 1982)。治療は、育児や母子関係の確立のための指導や援助の他は他のうつ病と同じである。しかし、産後うつ病 100 人のうち、わずかに 2~3 人が精神科医に紹介されているに過ぎない(Nott, 1982)。過去にうつ病をはじめ、精神科の既往歴のあるもの、また結婚生活やパートナーとの間に問題があるものは、産後のうつ病発症のリスクが 20%前後に上昇する。

#### 3) 産後精神病

産後 2 週間以内の早期に、妄想、幻覚、困惑、躁うつ状態を交えた急性精神病状態で発症する例が典型的であり、遅くても産後 3 ヶ月までに発症する。病像は、躁うつ病(感情障害)、分裂感情病の状態を主に示す(Kendell ら、1976、Dean and Kendell 1981、Brockington ら、1982)。1000 人の出生につき、1~2 人の母親が、発症する。精神科での入院治療がすすめられる。予後は比較的良好で平均 2 ヶ月の治療でほぼ完全に回復することが多い。初産や帝王切開に多いという報告もあるが(Kendell ら、1981)、過去に精神科に既往歴があると、出産後の発症の危険率は、30%~50%にも上昇する(Kendell ら、1987)。