厚生科学研究費補助金（こども家庭総合研究）研究協力者報告書

妊産褥婦及び乳幼児のメンタルヘルスシステムに関する研究

金澤浩二　琉球大学医学部産科婦人科学教室
研究協力者
佐久本　薫、本村　幸恵、大城　順子、比嘉　国江、古波蔵　真琴、中村　幸乃
琉球大学医学部附属病院周産母子センター

研究要旨：一般の妊産褥婦を対象とした産後うつ病の羅患率とその危険要因の解明、ならびに、精神面支援の予防効果の検討を目的とした多施設共同研究に参加した。構造化面接法による精神疾患診断技術の教育を受けた助産婦によるアンケートと面接による精神科的診断を行った。妊娠 8 カ月時点で 59 例中 9 例、産後 1 カ月で 46 例中 6 例および産後 3 カ月で 28 例中 2 例に何らかの精神科的異常が認められ、通常の妊娠検診ではとらえることのできない精神科的ハイリスク症例を抽出できることが明らかとなった。そのような患者では、精神面支援を行うことにより、産後うつ病等の精神疾病の発生を予防できる可能性が示された。妊産褥婦は、妊娠・分娩・育児をしていく中で、予想以上に支援者を必要としており、話す機会と相手を求めている。育児に関する知識を有する助産婦は、母子医療の現場におけるエモーショナル・サポートの担ぎ手に十分なり得ると考えられた。

A．研究目的

本邦における妊産褥婦について、産後うつ病の羅患率とその危険要因を明らかにすること、および、精神面支援の介入による予防効果を検討することを目的とした多施設共同研究に参加した。また、助産婦が、母子保健プログラムにおけるエモーショナル・サポートの担ぎ手としてマンパワーとなり得るかどうかも検討した。

B．研究方法

平成 11 年 4 月から平成 12 年 1 月の機関に、北村らの作成した妊産褥婦へのエモーショナル・サポートに関する多施設共同研究プロトコール[1] に基づき構造化面接を施行した。対象は、初産婦、エントリー時点で妊娠８カ月、当施設に出産予定であり、調査への同意が得られた者とした。面接は事前に構造化面接法の訓練を受けた助産婦が行い、面接は、妊娠後期、産後 1 ケ月、産後 3 カ月、産後 12 カ月に実施し、同一の妊産褥婦には一名の面接員が専任して面接を行った。

C．研究結果

これまでの面接施行症例数は、それぞれ後期が 54 例、産後 1 カ月が 46 例（脱落：2 例）、産後３カ月が 28 例であった。既に分娩を終了したものは 54 例で、そのうち経膣分娩が 44 例、帝王切開が 10 例であった。早産が 4 例であった。また、出産後 2 カ月後に乳児が原因不明で突然死した症例が 1 例経験された。

表に面接の成績を示した。ＤＳＭ－Ⅳ（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）診断基準[2] に従い、面接員が診断した精神疾病の数を延べ数で示したが、症例数としては、妊娠後期 9 例、産後 1 カ月 6 例、産後 3 カ月が 2 例であった。気分変調性障害、軽躁病は認められなかった。自殺行為の 2 例は、過去に wrist cut の既往歴があるものである。出産後 2 カ月目に乳幼児突然死症候群（SIDS）で児を失ったことにより外傷性悲哀反応を示した 1 例を経験した。その経過を報告する。

表　面接の成績

	妊娠後期	産後 1 カ月	産後3 カ月
（症例数）	59	46	28
大うつ病	8	5	1
全般性不安障害	5	1	1
恐怖症障害	2	1	1
パニック障害	1		1
躁病	1		
強迫性障害		1	
自殺行為	2		
外傷性悲哀反応			1

【症例】：年齢 24 歳、初妊婦。看護婦。

妊娠後期面接（妊娠 37 週）　結婚前に妊娠したため、両親の同意が得られず、妊娠初期はほとんど毎日が憂うつな状態であった。何もやる気が起こらず、睡眠不足で疲れやすく、自分は親に信じてもらえないと思ったりした。物事に集中できなくなっていた。抑うつき分、興味の喪失、睡眠変化、易疲労感、自信喪失の 6 項目の症状を認め、大うつ病と診断した。

平成 11 年 5 月 27 日（妊娠 40 週）、正常経膣分娩にて 3,078g の男児を出産した。

産後１カ月面接　産後 2～3 週間､実家に戻った時、自分自身は一生懸命育児しているのにもかかわらず、母親に育児についていろいろ言われ、イライラした。

平成 11 年 7 月 20 日（出産 2 カ月後）、乳幼児突然死症候群（SIDS）にて、児が死亡した。児の死亡により、育児休暇が取れなくなり、9 月 13 日より職場復帰した。

産後 3 カ月面接　児が死亡した日から職場復帰するまでは、毎日が不安で、神経がピリピリし、誰

かと話すたびにイライラし、自分でどうすることもできないと感じながら過ごしていた。疲れやすく、肩こりなどの症状があり、物事に集中できなくなっていた。不眠も続き、夫や両親とも話すことが嫌になり、ひとりでいたいと思うことが多かった。過剰な不安と心配、不安感の制御困難、易疲労性、集中困難、易刺激性、身体的緊張、不眠、機能障害の 8 項目が該当するが、持続時間が短いために全般性不安障害の診断には至らなかった。

児が死亡した後、夫が出勤し、一人で家にいると、動悸、胸が締め付けられるような感じがし、吐き気、気が遠くなるような感じ、現実ではないような感じ、気が狂うのではないかという恐怖などを認めた。人と接するのがおっくうになり、夫を責めたりした。4 項目以上が該当し、パニック障害と診断した。

児が死亡して 2 週間ほどは、ほとんど毎日が憂うつで、何もやる気がしなかった。体重減少、不眠があり、無気力で、物事にも集中できなかった。普段の行動よりも動きがゆっくりであり、一つの場所にいられなかったりした。身体も疲れやすく、自分はだめだと思ったり、児が死亡したの自分の責任だと自分を責めたりした。以上より、大うつ病と診断した。

児をなくし、強い恐怖を体験した後で、時々似たような恐怖感が勤務中に起こることで、仕事に対する心理的苦痛を感じた。そのときの状況を思い出さないようにし、他人から孤立する行動が見られた。外傷後ストレス障害（PTSD）と診断した。児が死亡した 2 カ月後に転居している。

本症例は、出産後 2 カ月目に児をなくし、様々な精神症状が出現した。面接員が頻回に連絡を取り、精神的な変化を観察した。PTSD に特有のフラッシュバックが時々出現したが、精神症状は次第に減少し、次第に明るさを取り戻した。現在歳妊娠し、妊娠 28 週で経過良好である。

D．考察

約 1 年をかけて助産婦に精神科構造化面接法を教育した。実際に面接を開始し、表のような成績であった。日常の産科外来診療では把握することのできなかった過去の精神科既往歴や精神心理状態を的確に捉えることが可能であると思われた。産科主治医は、過去の自殺行為があったことを全く知らず、その原因も知らなかった。面接を通して精神科的挿話が認められた症例を精神面でのハイリスク症例であることを認識することが可能となった。症例の中には望まれない妊娠や未婚の妊娠、不妊治療後の妊娠も含まれ、またつわりや産科合併症のためのストレスも加わり、妊娠初期から精神科的挿話が見られる症例が認められた。本研究では、妊娠後期からの面接を開始することとなっているが、妊娠初期からの対応も検討される必要がある。

面接においては、面接室を設置し、プライバシー保護に努めた。面接時間の設定は外来待ち時間に行うようにしたが、患者と面接員双方に時間的な制約、負担がかかった。面接員の勤務内で面接が行えるように調整したが、通常業務との両立はかなり困難なことがある。まあ、面接後の記録整理や患者のフォローアップなど面接員への時間的負担が大きかった。また、妊産褥婦を長い期間にわたって経過観察するため、面接員の勤務移動、欠員がでた場合の面接員の補充、再教育が問題となっている。

面接技術をさらに深めていくため、継続した学習が必要であり、教育プログラムの作成や研究会の実施が強く望まれる。妊産褥婦への精神面支援の重要性が認識され、産科医師と助産婦にはエモーショナル・サポートの必要性と重要性の認識が非常に高まった。エントリー対象外の症例に対しても、検討会の開催、精神科医との連携など積極的な取り組みが行われるようになった。

患者が精神的なサポートを必要としている時に即時に援助することが大切であると思われる。面接等で問題が生じた場合に即時に精神科医と緊密な連携がとれ、適切な対応ができることが望ましい。母子保健に携わる人々を包括した精神面支援のシステム構築が望まれる。

予想以上に妊産褥婦は、妊娠・分娩・育児をしていく中で、支援者を必要としており、話す機会と相手を求めている。産科的知識や育児に関する知識を有する助産婦は、母子医療の現場におけるエモーショナル・サポートの担い手に充分なり得ると考えられる。精神面支援が産後うつ病などの精神疾病を減少させるかどうかは、多施設共同の成績次第で最終的な結論が出ると思われるが、面接を通して精神科的にハイリスク例と認識した症例については、想起に精神的介入を行うことが、精神疾病の早期発見につながると思われる。

【参考文献】

1.北村俊則：妊産褥婦エモーショナル・サポートに関する多施設共同研究：研究の概要と妊娠期間中の抑鬱症状・不安症状の危険因子．平成 10 年度厚生省心身障害研究報告書、p25-44、1998

2.American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Press, Washington, D. C. (DSM－Ⅳ　精神疾病の分類と診断の手引書、高橋三郎、大野　裕、染矢俊幸訳、医学書院、1995