
総説

周産期メンタルヘルス対策：周産期コホート研究や妊産婦ガイドを踏まえて

尾崎紀夫*

抄録

周産期メンタルヘルスに対する認知度の高まりの一方、その対策が十分とは言えない現状を踏まえ、産科・精神科が共通理解を持ち、連携が促進されることを企図して、「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド(妊産婦ガイド)」が発出された。

産後うつ病の治療導入においては治療者・患者関係を構築した上で、患者が納得しやすい産後うつ病の疾病モデルを呈示して、治療への共通理解に繋げる。この疾病モデル作成に繋がった周産期コホート研究により、産後1ヶ月時点の抑うつ状態を呈するリスク因子と保護因子が同定された。

治療方針の決定に際しては、医療者と患者・家族の間で共同意思決定が基本である点が妊産婦ガイドで強調されている。妊娠・出産を希望する患者や家族が抱くことが想定される疑問点・質問とそれに対する対応について一般向けに解説した「こころの不調や病気と妊娠・出産のガイド」が、本年中に発出予定である。

Abstract

While awareness of perinatal mental health is increasing, the measures taken are insufficient. In light of this situation, the "Clinical guide for women with mental health problems during the perinatal period" was published to promote a common understanding and cooperation between obstetrics and psychiatry. The guide is designed to help build a common understanding of postpartum depression by presenting a disease model of postpartum depression that is easily understood by patients based on the establishment of a therapist-patient relationship. The perinatal cohort study that led to the development of this disease model identified risk factors and protective factors for depression at one month postpartum.

The guide mentioned above emphasizes the importance of collaborative decision-making between healthcare providers and patients/families when making treatment decisions. A "Guide to Mental Illness, Illness, Pregnancy, and Childbirth" will be published later this year to provide the public with an explanation of questions and answers to questions that patients and families who wish to become pregnant and give birth may have.

*名古屋大学大学院医学系研究科 精神疾患病態解明学
(おざき のりお)

キーワード：Perinatal mental health, Postpartum depression, Perinatal cohort study, Clinical guideline, Liaison psychiatry

はじめに：産科を含む多様な診療科との連携

筆者は「人のこころの有り様」に対する興味から、「精神科医になりたい」と考えて医学部に進んだが、医学の主たる対象である身体(脳を含む)には学生時代、あまり関心を持っていなかった。1982年に大学を卒業して研修を始めたが、その当時、「精神科医になるのであれば最初から精神科で勤務して訓練を積む」という即入局の方式が一般的であった。しかし筆者の卒業した名古屋大学は「卒業後は、大学病院以外の病院で色々な診療科で勤務して、様々な疾患の知識や技能を身につけてから、専門とする診療科での研修をする」というローテート研修をとっていた。研修先に選んだ社会保険中京病院(現独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院)の成田善弘精神科部長に、「初期研修はどの様にすれば良いでしょうか」と尋ねたところ、「精神科医になる予定なら、精神科以外のことを学んで欲しい」と言われた。結果的に2年間は産婦人科を含む、精神科以外の多診療科をローテートした。

学生時代には思いもよらなかったことだが、この2年間の初期研修で、身体疾患患者は、精神医学的な問題を持っていることも多いことを実感した。例えば中京病院で先進的に為されていた腎臓移植の患者は、副腎皮質ホルモン(移植腎の拒絶反応を軽減させるため当時は今以上の量が使用されていた)が脳を介して精神症状を呈するといった生物学的側面を考えざるを得ない。加えて、拒絶反応に際して「この腎臓はもう駄目だ。お父さんがおなかを切ってくれた腎臓なのに申し訳ない。お父さんまで腎臓が一つになり、身体をこわしたら自分のせいだ」という自責的な言葉に代表される腎臓を提供する家族と腎臓を受け取る患者の間に生じる様々な心理的な側面への配慮も必要であることを経験した¹⁾。この精神医学において生物心理社会の統合的な視点が重要であることの経験は、その後の筆者の臨床、研究、教育に強い影響を与えた。

筆者は初期研修後に精神科医としての勤務を始めて以来、総合病院勤務が続き、院内の他診療科

と、例えば妊産婦やガン・移植患者等の精神医学的サポートにおける診療科間連携体制(リエゾン精神医学)の構築に関わってきた。この様な診療科間連携活動において、近年取り分け連携を深めているのが産婦人科である。後述する妊産婦メンタルヘルスの状況があり、それが例えば、2021年に日本産科婦人科学会と共に日本精神神経学会が合同で作成・発出した、「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド(以下、妊産婦ガイド)¹³⁾」に繋がった。

本論は筆者が関わっている産婦人科との連携について、周産期メンタルヘルスの状況、産後うつ病症例を提示した上で、産後うつ病治療導入時の留意点、妊産婦メンタルヘルス対策の立案を企図して続けて来た周産期コホート研究、さらに妊産婦ガイドを中心に概説する。

1. 周産期メンタルヘルスの状況: 愛知県内の状況を踏まえて

周産期は心理的・身体的に負荷が高まり、特に内分泌学的・免疫学的な変化が脳のストレス脆弱性を高めること⁶⁾から(図1)、精神疾患の発症、悪化、再発が生じ易い時期でもあり、筆者の総合病院精神科勤務において、精神疾患当事者の妊娠・出産や周産期に発症・再発する精神疾患の対応で、産科婦人科と連携することは稀ではなかった。しかし最近、対応件数が増えており、例えば2021年度には、当院の分娩数中の精神疾患合併妊産婦は20%に上り、数年前まで10%を切っていた状況は大きく変わっている。当院に精神疾患合併妊産婦が増大している背景として以下の二点が考えられる。

第一に周産期メンタルヘルスの認知度の高まりの一方、その対策が十分とは言えない現状がある。2017年、我が国において自死を遂げた妊産婦は東京23区で2005年からの10年間に計63人(妊娠中20・産後43)に上り、周産期死因の約7割を自死が占め、10万人妊産婦あたり8.5人と諸外国と比して極めて高いことが報告された。本報告によると、自死を遂げた妊産婦の約半数は何らか

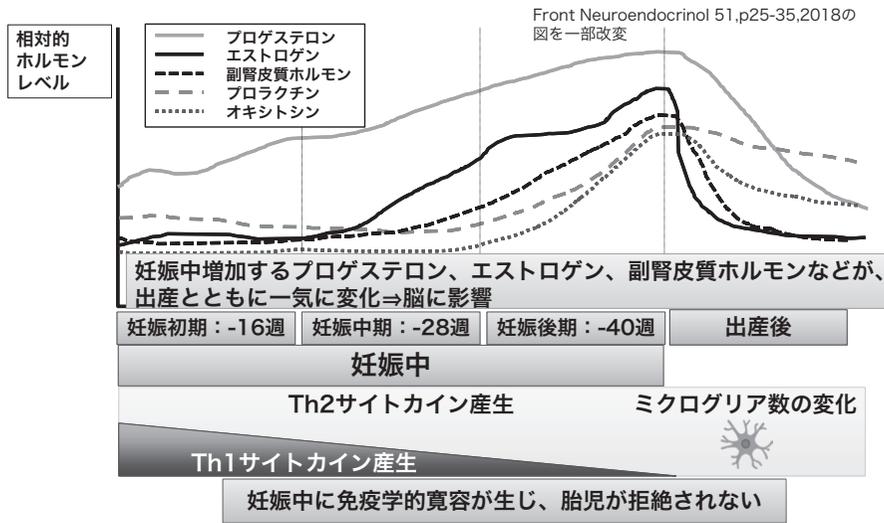


図1. 妊娠中から産後に生じる内分泌・免疫学的変化

の精神疾患として加療を受けており、周産期における精神疾患の再発・悪化が自死の切っ掛けとなった可能性がある。また未治療群の約半数は育児への悩み等を周囲が確認して医療受診の必要性も考慮されながら、妊産婦の医療受診への心理的障壁と地域医療格差があり、受診に至らず自死を遂げている。妊産婦主要死因は精神疾患を背景とする自死であり、少子化の我が国において児の養育環境に母のメンタルヘルスが与える影響も鑑みると、妊産婦メンタルヘルス対策は喫緊の課題である。この様な背景のもと2017年改訂の「自殺総合対策大綱」に妊産婦支援の重要性が明記され、同年産後うつ病健診事業が開始された。また2018年発表「成育基本法」で妊産婦の心身健康確保の重要性が盛り込まれ、同年の地域医療計画で精神疾患合併妊産婦対応医療機関整備が明記された。加えて2020年から産後ケア事業も開始されたが、人的資源が逼迫する周産期医療・地域行政のキャパシティから、産後抑うつ状態の高リスク妊産婦の検出と介入に関し均てん化に至っていない。我が国の成育医療に大きなアンメットニーズが生じていたが、更に2020年初春以来、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の拡大に伴う妊産婦のメンタルヘルス危機が生じた。即ち、1)

精神科医療受診への心理的障壁と地域医療格差状況に加え、特有の免疫学的バランスの変化を有する妊婦や免疫系の未発達な乳児を抱える産婦にとり、感染への懸念は取り分け強く、医療へのアクセスは困難であること、2) 医療機関や行政での、出産・育児をサポートする母親教室などが中止され、里帰り分娩も制限され、通常の診療・サポートが手薄な状況が生じた。

第二に当院近隣の総合病院精神科の危機的状況がある。2011年、医療経済上の観点から過去20年のうちに近隣の3総合病院の精神科病床、計78床が閉鎖され、常勤精神科医の退職者が相次ぐ状況、更に全国的にも総合病院の精神科病床数・医師数、精神科を標榜する病院が減少している事態への警鐘の文章を記載した³⁾。その後の10年、総合病院精神科の危機的状況に改善の兆しは見られない。かつては精神疾患合併妊産婦を引き受けていた総合病院も、必要時の精神科病床がなく、精神科医もごく少数で対応不可能となっている。即ち、前述のとおり周産期医療現場での精神疾患対応への認識が高まったが実際の対応に苦慮する中、愛知県の場合、精神疾患合併妊産婦が大病院に集中する結果になっている。

この様な状況を踏まえ、愛知県では産科医と精

精神科医が話し合う機会を設けたが、同一医療機関内に所属しない産科医と精神科医が知り合う機会も乏しく、医療連携がしづらい実情が浮き彫りにされた。そこで産科・精神科ならびに行政を含む多職種のスタッフがある程度共通理解を持ち、連携が促進されることを企図して、後述する妊産婦ガイドが発出された。

2. 産後うつ病症例:産婦人科と精神科の連携の重要性

筆者の施設には、様々な精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦が紹介されるが、出産後にうつ病となった症例を紹介する。なお、症例提示に際しては個人情報保護など倫理面に配慮し、本人および家族の同意を文書にて得ている。

【生育・生活歴】

30歳台、既往歴には特記事項なく、X-10年に結婚し、妊娠が判明して退職して以来、専業主婦。夫の業務は忙しく、夜遅くなることも多い。結婚にあたって、実家の両親、母方の祖母(認知症)と同居していた。

【初診に至るまでの現病歴】

長年待ち望んでいた妊娠が漸く叶い、妊娠中の経過は順調で精神的にも安定していた。X年6月初旬にA病院で普通分娩。産後翌日から、怒りっぽく、気分が不安定、夫の勤務先に「直ぐ来て欲しい」と泣いて電話がかかって来るかと思えば、「疲れているのでお見舞いはいららない」と言ったりした。しかし、出産直後に見られた気分の不安定さは、自宅にもどった6月中旬頃から、一旦、落ち着いた。

X年6月下旬頃から、「頭がぼんやりして、家事がてきぱきこなせない」と感じる。何をするのもおっくうで、こどもの世話まで「面倒くさい」と思うようになったが、そんな風に考えてしまう自分が情けない。夜も授乳があるので、あまり眠れず、食欲もない。

X年8月初旬：家族に勧められて近医精神科クリニックを受診したところ、「うつ病なので、

抗うつ薬を服用し、母乳はやめるよう」と言われた。しかし、うつ病の診断に納得がいかず、A病院の産婦人科医に相談したところ、「他の精神科医に相談してはどうか」と提案された。

【初診での治療導入】

X年8月中旬：B病院精神科初診時、育児に対する不安を訴え、子どもの世話を面倒に思う自分を責め、「自分は母親として失格」と言い落涙。また、「検査で数値が出るわけでもないのに、どうしてうつ病だと診断できるのか?抗うつ薬を服用して母乳を与えることができないと自分は母として本当に失格」「認知症の祖母の世話をしなければいけない母に、これ以上、負担はかけられない」と、うつ病の診断とその治療に関する疑問や不安を語る。

ご主人をまじえうつ病とその治療について説明し、無理に薬物の服用を迫るのではなく、周囲からサポートを得て育児の負担をできるだけ軽減し、薬物療法は本人の納得を確認しながら段階的に。「夜の育児を家族に任せ睡眠を確保する。それでも睡眠がとれず、今の様に否定的に捉える状態が続けば、母乳をやめ薬物を服用することも考えて欲しい」「出産直後の授乳は免疫力が不十分な新生児にとって、免疫の力を補う意味があるが、出産3ヶ月を経た今はどうなのか、専門家である産婦人科医からも意見を聞いて欲しい」と伝えた。

初診4日後に産婦人科医からも説明を受け、母乳による育児を中止することを納得し、服薬開始。再診時、実母に来院してもらい、育児等のサポートを依頼。

【治療経過】

その後、治療経過は順調、治療開始8週で症状は軽快し、抗不安薬は徐々に減らし中止。抗うつ薬単剤で、半年間維持療法を行い、その後、抗うつ薬も徐々に減らし漸減中止。X+1年1月：治療・回復後、以下の様に語る。「以前、夫が手伝おうと、ほ乳瓶を洗ってくれても、洗い方が気に食わず、自分で全てやろうとしていました。今は、夫の助けを借り、無理の

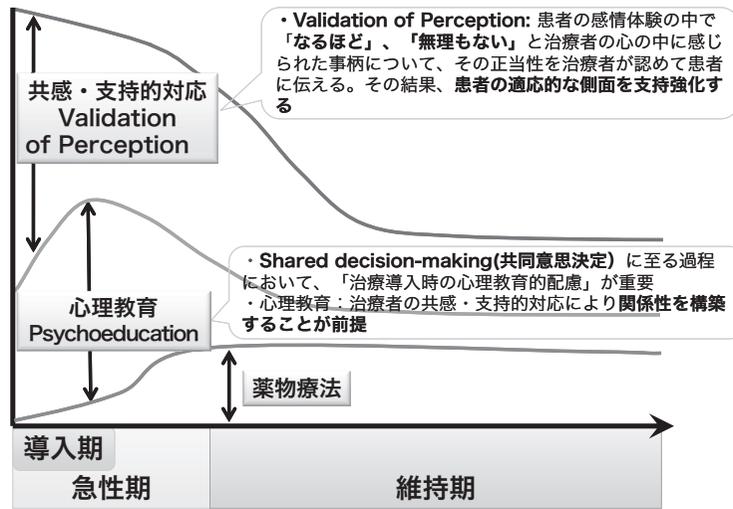


図2. うつ病の経過と治療の推移

ない範囲で育児をしています。以前はどうしてあんなにカリカリしていたんでしょうか。病気だったのですね」。服薬中止3ヶ月後も良い状態が維持されていることを確認して治療終結。

うつ病と治療には何が必要かを患者が十分に理解し、納得することが重要。ご家族のサポートに加え、患者との信頼関係が形成されていた産婦人科医との連携が図れたことは治療導入を円滑化した。

3. 産後うつ病治療導入時の留意点:産後うつ病を如何に説明するか

一般に患者が疾病とその治療について、医療者の意図を理解し、納得していることによって、治療はより有用で円滑なものとなる。産後うつ病の治療においても、良好な当事者・治療者関係を形成した上で、「産後うつ病とはどのような病気か」「どのような治療が必要か」を伝え、当事者が治療上好ましい対処行動をとることを促すこと、すなわち心理教育 (psychoeducation) を治療の基本におく必要がある。ただし、心理教育は、治療者が患者に一方的に知識を伝授するものではなく、双方が参加して、相互理解が深まるべきものであり、治療者の共感・支持的対応により関係性を構

築することが前提となる (図2)。

一方、多くの産後うつ病患者が適切な医療を受けていないという知見の背景には、産後うつ病に伴う否定的認知によって、「自分の状態を改善させる上で、医療は役に立たない」という発想が生じがちで、それが医療受診に対する消極さにつながっていると考えられる。「医療機関受診に消極的な産後うつ病患者」であるが故に、治療導入期の当事者・治療者関係の形成がうつ病診療において、とりわけ重要と言える。当事者・治療者関係の構築において患者が気がかりな事柄を明確化するため、体験や感じ方を、抱いている感情を含めて、治療者が聞き取り、その上で、「このような状況であれば、このような感情を抱くことも無理のないことである」というメッセージを伝える、すなわち「妥当性の承認」(validation of perception) が、重要である。その結果、治療者が患者の感情体験の正当性を承認することで、当事者の適応的な側面を支持強化することが可能となる

その上で、「産後うつ病とは何か」を伝えるが、患者自身が納得しやすい産後うつ病の疾病モデルを呈示して、治療への共通理解に繋げる。その一例として、「環境」と「脳」との関係を示しながら、産後うつ病患者の「否定的なものの見方」をキーボ

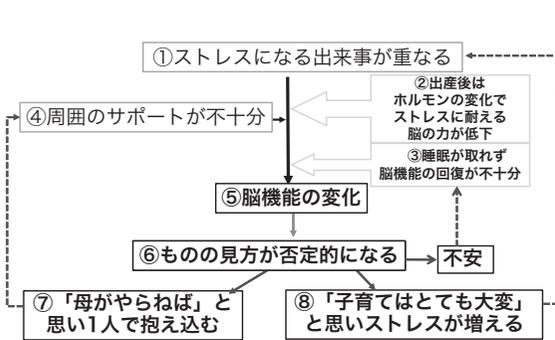


図3 a. 産後うつ病で生じる悪循環に関する説明

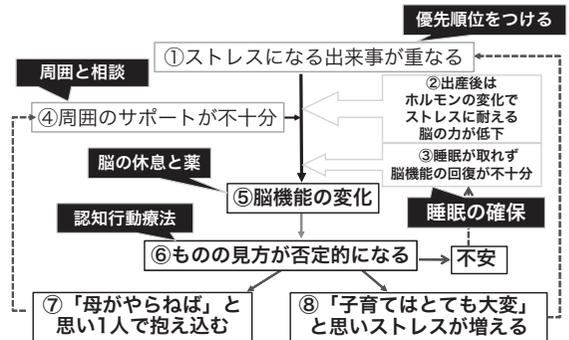


図3 b. 産後うつ病で生じる悪循環の解消法に関する説明

イントに置き、「悪循環」が生じていることを説明している(図3 a)。

- ① 出産後は、ストレスになる出来事が重なる。慣れない育児に加え、児が幼いうちは、母親は十分な睡眠をとることが難しくなる。
- ② 出産後は、ホルモンの変化により、ストレスに耐える脳の力が低下している。出産後は、女性ホルモンが急激に変化することによって脳に影響を与える。
- ③ 新生児は睡眠を夜間にまとめてとるわけではなく、切れ切れの睡眠になる。その結果、新生児の授乳やケアのため、母は睡眠が取りづらくなり、睡眠が果たす脳機能回復が損なわれがち。
- ④ 周囲のサポートが十分に受けられない状況が重なると、脳の機能不全を起こしやすくなる。
- ⑤ ストレスとなる出来事が重なり、脳は出来事を処理しきれず、機能不全が起こる。
- ⑥ 脳の機能不全は、否定的な見方(物事の否定的側面ばかりをみてしまう)を引き起こす。
- ⑦ 否定的なものの見方に加え、「母なら完全にやらねば」と思い、さらにストレスが増える。
- ⑧ 「母親がやるべき」と思い、1人抱え込んでしまうことで、一層、周囲のサポートが受けにくくなる。

以上の結果、悪循環が形成されてしまうのが、周産期うつ病である、と伝える。

そのうえで、「悪循環を形成している要素を1つずつ消していくことで、悪循環を断ち切ることが治療である」と伝える。出産後、ストレスになる出

来事が重なることに対しては、優先順位をつけ、「やらないで済むことは、やらないでおく」「誰かに頼む」などの対処をする。周囲のサポートに関しては「周囲に相談してサポートを得て、いったん、ストレスになる出来事から離れる」ことを伝える。また「脳の機能不全」の改善のためには、「脳(心)の休息と薬物療法」と、「睡眠の確保」が重要であるという点を説明する。ものの見方が否定的になる点については、認知行動療法などへの導入を図り、自分の考え方の癖や行動のパターンを知り、思い込みや考え過ぎを改善する方法について説明する(図3 b)。

前述した産後うつ病患者で生じている悪循環の説明は、筆者らが実施して来た周産期コホート研究から得られた成果を取り入れたものである。

4. 周産期コホート研究:周産期メンタルヘルス対策の立案に活かす

研究はそのデザインによって、後向きに調査を行うケース・コントロール研究と、前向きにデータを集積する前向きコホート研究とに大別される(図4)。

ケース・コントロール研究は、研究期間が比較的短期間で、コストが低く、必要とするサンプルサイズが小さいという研究遂行上の利点を有している。しかし、ケース・コントロール研究では、サンプリングバイアスや想起バイアスが生じ得る。特に心理社会的因子に関しては、記憶の曖昧さによる想起バイアス(症例群の方が、曝露につ

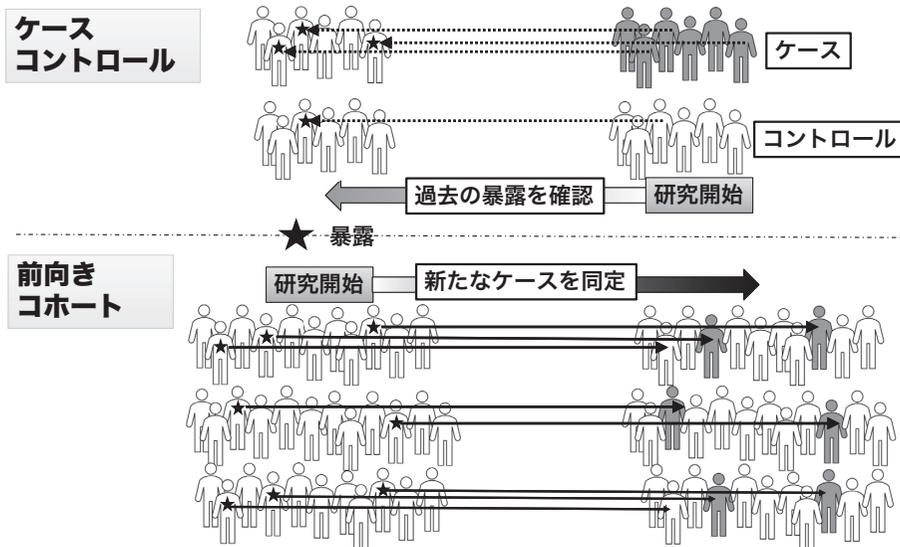


図4. ケースコントロール研究と前向きコホート研究

いて、より多く想起する)や、同じ疾患をもつ者がいると、疾患に気づきやすいという家族情報バイアス(症例群が家族歴ありと評価されやすい)などが生じる可能性が高い。

一方、前向きコホート研究は、多数例を長期間経過観察する必要があるという実施上の困難さを有するが、曝露と疾患の時間的関係についての立証が可能であるという大きな利点がある。また、複数の曝露と関連する多因子疾患の場合、ケース・コントロール研究では曝露との関連を検討することは困難であり、曝露との関係を確認する場合にはコホート研究が必要となる。

我々が目指す目標、1)産後1ヶ月時点の抑うつ状態(うつ病に加え、双極性障害による抑うつ状態を含む)を呈するリスク因子を妊娠期から産後の早期の段階で明らかにすることで精神医学的支援を必要とする群を同定すること、2)1)で同定した群への支援策開発には産後抑うつ状態の保護因子を明らかにすること、の達成には前向きコホート研究が必要と判断した。

また前向きコホート研究は「対象数の多さと観察期間の長さ」という実施上の課題がある。対象数の設定は疾患の発症頻度に左右されるが、産後抑うつ状態の場合は頻度が高い。また経過観察期

間も、妊娠から産後までという比較的短期間に設定可能である。何より産科の理解と支援が得られれば、医療機関受診している妊産婦を対象に出来るという利点もある。

以上を踏まえ、我々は2004年から妊産婦前向きコホート研究を実施して(現時点で1600名の完遂)、妊娠期及び産後早期の段階で、産後1ヶ月時点の抑うつ状態、希死念慮の出現、児への情緒的絆の低さ、のリスク因子と防御因子の同定を企図してきた(表1)。その結果、抑うつ状態のリスク因子として、初産婦¹¹⁾やうつ病の既往⁸⁾、妊娠中の抑うつ傾向²⁾、高い損害回避、血中のkynurenineとkynurenic acid高値⁹⁾、産後直後のマタニティーブルーズが抽出された。また希死念慮のリスク因子としてうつ病の既往¹⁰⁾、児に対する低い情緒的絆のリスク因子として妊娠中の低い情緒的絆⁵⁾が確認された。さらに、妊娠中に周囲からのサポートが高いと感じていることが、抑うつ状態⁴⁾、希死念慮の出現、児への情緒的絆の低さ⁷⁾のいずれに対しても保護的に働くことも同定した(図5)。

さらに周産期コホートの成果により、「否定的なもの見方」から以下の悪循環が生じると考えられる。

表1. 周産期コホート研究プロトコール概要

	妊娠 25週	妊娠 36週	産後 1日目	産後 2日目	産後 3日目	産後 4日目	産後 5日目	産後 1ヶ月	
採血	ゲノム 血漿・血清						ゲノム 血漿・血清		
調査 項目	生活背景							児の状態	
	EPDS	EPDS					EPDS	EPDS	
	HS	HS	HS	HS	HS	HS	HS	HS	
	MIBQ	MIBQ					MIBQ	MIBQ	
	TCI							TCI	
	SSQ							SSQ	
	PBI							PBI	
			MB	MB	MB	MB	MB		
面接				SCID					

- ◆ 対象者: 産婦人科を受診した20歳以上の妊産婦
- ◆ 名古屋大学生命倫理審査委員会の承認の下、参加者からは書面で説明・同意

生活背景: 既往歴、経済状況等。 児の状態: 性別、体重等。 調査項目: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), the Highs Scale (HS), Mother-Infant Bonding Questionnaire (MIBQ), Temperament and Character Inventory (TCI), Social Support Questionnaire (SSQ), Parental Bonding Instrument (PBI), The lifetime version of the Inventory to Diagnose Depression (IDDL), Stein's Scale (MB), Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (SCID)

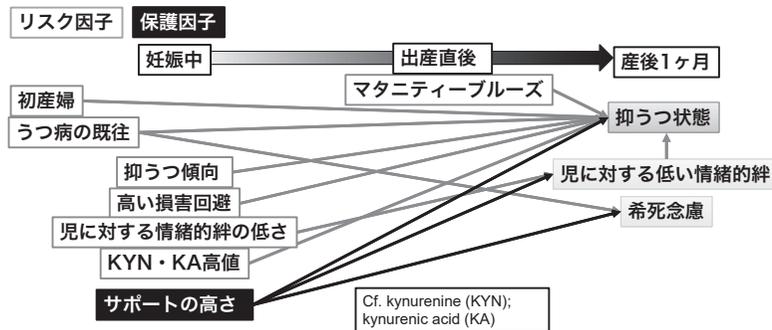


図5. 産後の抑うつ状態・児に対する情緒的絆の低さ・希死念慮のリスク因子と保護因子

- ・周産期に抑うつ的になると、取り越し苦労や、不確かさに対する恐れと焦りといった、それまでにみられなかった、「否定的なものの見方」をするようになる。
「否定的なものの見方」をするようになると、普段気にならなかったことが「大変だ」と感じる。そのため「子育てはととても大変で、出来そうもない」と思い、心の中でストレスになる出来事が増えていくと推察される。
- ・抑うつ状態に伴い、過去の養育体験の捉えが変化し、それまでは自分が幼少期に母親から十分なケアを受けたと捉えていても、抑うつ的になると、母親から受けたケアを不十分と感じる。

- ・サポートは、抑うつ状態およびボンディング不良に対して保護的な働きをするが、否定的な認知から「母には頼れない」と抱え込み、さらにサポート不足になるという悪循環に陥る。
- ・抑うつ的になると、子どもへの愛着が低下する。一方で、子どもへの愛着が低下すると、抑うつ的になるという悪循環が起こる。
抑うつ状態とボンディング不良の悪循環が持続すると、児の発達への影響も懸念される。これまでのまとめを、図6に示す。
これらの周産期コホートの成果の一部は、日本精神神経学会が日本産科婦人科学会と合同で発表した「妊産婦ガイド」にも取り入れられた。

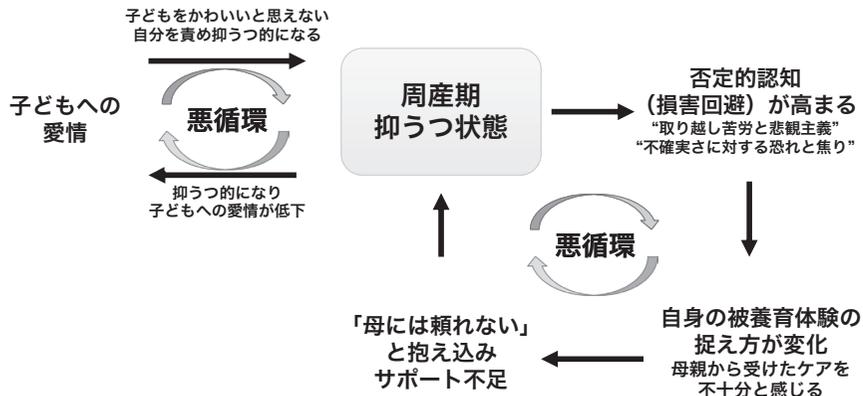


図6. 抑うつ状態に伴って生じる悪循環

5. 妊産婦ガイド：産婦人科と精神科の連携を目指して

妊娠、出産は、妊産婦の身体面だけでなく精神面にも様々な影響を及ぼし、精神疾患の発症、悪化、再発が生じ易い時期でもある。健やかな妊娠、出産のためには、妊産婦のメンタルヘルスへの配慮は不可欠である。妊産婦のメンタルヘルスを考えるには、産婦人科と精神科の両専門領域の協働が理想であろう。しかし、産婦人科と精神科の両領域の緊密な連携、協働のもとに作成されたガイドラインはこれまでにはなかった。そこで、日本精神神経学会が日本産科婦人科学会と合同で「妊産婦ガイド」を作成・発出した¹³⁾。

妊産婦ガイドは5章からなる総論編と、10個の精神疾患および3つの関連事項の章からなる各論で構成されている(表2)。

全体を通して強調されているのは、治療方針の決定に際しては、医療者と患者・家族の間で共同意思決定 (shared decision making : SDM)、即ち医療関係者が医学的な情報提供を適切に行なった上で患者の状態・自身の臨床経験を加味した治療提案を行い、患者・家族の忌憚の無い意見を聴き取り、それらを踏まえた上で双方向的なやりとりを通じて合意を形成することが基本である点である。この方向性は総論の第1章、「精神疾患合併または既往歴がある女性に対するプレコンセプ

表2. 「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド」の章立て

□ 総論編

- ◆ 精神疾患合併または既往歴がある女性に対するpre-conception care : Shared decision-making (共同意思決定) を基本姿勢として
- ◆ 精神症状を呈した妊産婦への対応は
- ◆ エジンバラ産後うつ病評価票 (EPDS) の使用方法
- ◆ 自殺念慮を認める妊産婦への心理的危機介入と見立ては?
- ◆ 精神科医に知ってほしい妊娠出産の知識

□ 各論編

- ◆ うつ病：診断編・治療編
- ◆ 双極性障害
- ◆ 境界性パーソナリティー障害 (BPD)
- ◆ 統合失調症、不安症、強迫性障害、摂食障害、アルコール、薬物依存
- ◆ 発達障害、てんかん、睡眠障害、ボンディング障害
- ◆ 医療・保健・福祉の連携：アウトリーチ編・精神科救急との連携編
- ◆ 妊産婦と向精神薬

ションケア：Shared decision making を基本姿勢として」において解説されている。即ち妊娠に先立ち女性とそのパートナーの健康増進に取り組むことの重要性を記載し、医療者と当事者が共同で方向性を定めつつ、妊娠・出産・育児に向けた適切な環境を整備するものである。

当院には精神疾患合併妊婦或いは褥婦の紹介が多いが、精神疾患当事者と妊娠前から関わることにより、1) 当事者・家族との関係性構築によるSDMの基礎固め、2) 診断と評価の再検討による病像把握や家族の状況を知ること、3) 精神疾患とそれに伴う妊娠・出産に関する心理教育や遺伝カウンセリングの実施、4) 妊娠前に薬剤変更の実施、即ち胎児が曝露される薬剤数は最小限にすること、5) 妊娠前にある程度の安定期間を確認することが可能となる。従って、挙児希望の当事者は、妊娠前から紹介をして頂くと良いのではないかと考えている。

SDMの実践には患者・家族との情報共有が不可欠であり、日本産科婦人科学会と日本精神神経学会が合同で、実際に妊娠・出産を希望する患者や家族が抱くことが想定される疑問点・質問とそれに対する対応について一般向けに解説した「こころの不調や病気と妊娠・出産のガイド(一般の方向け)」(以下、「一般向けガイド」と略)を作成中であり、本年中に発出予定である。

最後に：患者・家族の想いを受けて

「一般向けガイド」の作成過程において妊娠出産を経験した患者・家族の意見聴取の会を開催した。患者・家族の声として、精神科と産科婦人科及び行政(特に福祉担当)との連携が不十分な現状とその改善希望、「遺伝」に関する悩みを伺った(当事者・家族・一般向けに「こころの病気と遺伝」という項参照)¹²⁾。

筆者らは、患者・家族との意見交換の中で、「精神疾患を持っていると、妊娠出産を機に生活リズムが崩れたり、ストレスで病状が悪化する可能性がある」と聞かされ不安です。私でも母になれますでしょうか?」「精神疾患を持っている私が、『妊

娠・出産』に対して望むことはもちろん、口に出しては絶対にいけないように感じていました。その理由はネットには不安を煽る情報ばかりですし、かつての主治医も妊娠・出産に否定的だったからです。」「精神疾患でも出産は出来るという事実をもっと周知させたいと思います。」との想いを伺って来た。

「精神疾患でも出産は出来るという事実をもっと周知させたいと思います」との当事者の想いを実現するためにも、産科婦人科や遺伝子診療を含む多診療科及び行政との連携構築の必要性を改めて強く感じた次第である。

謝辞

本研究の一部はAMEDの課題番号JP22dk0307113の支援を受けて実施した。

利益相反

尾崎紀夫は以下の企業とのCOI関係がある。
(特許・成果有体物使用料)武田薬品工業株式会社、田辺三菱製薬、(講演料)大塚製薬株式会社、住友ファーマ株式会社、ヴィアトリス製薬株式会社、エーザイ株式会社、EAファーマ株式会社、武田薬品工業株式会社、(研究費・助成金など)株式会社地球快適化インスティテュート、株式会社リコー、住友ファーマ株式会社、エーザイ株式会社、武田薬品工業株式会社、大塚製薬株式会社、(奨学寄付など)株式会社地球快適化インスティテュート、大塚製薬株式会社、住友ファーマ株式会社、エーザイ株式会社、田辺三菱製薬株式会社、(その他アドバイザーなど)住友ファーマ株式会社、日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社、大塚製薬株式会社、持田製薬株式会社

文献

- 1) 尾崎紀夫,成田善弘:腎移植における精神医学的諸問題. *精神医学*, 1986, 28 (6):671-77
- 2) Ishikawa N, Goto S, Murase S, et-al. Prospective study of maternal depressive symptomatology among Japanese women. *J Psychosom Res*, 2011, 71 (4):264-9
- 3) 尾崎紀夫:総合病院における精神医療・児童精神科医療の担い手の育成:地域医療再生計画に望むこと. *精神神経学雑誌*, 2011, 113 (9):823
- 4) Morikawa M, Okada T, Ando M, et-al. Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state:a prospective cohort study. *Sci Rep*, 2015, 5 10520
- 5) Ohara M, Okada T, Kubota C, et-al. Relationship between maternal depression and bonding failure:A prospective cohort study of pregnant women. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2017, 71 (10):733-741
- 6) Sherer ML, Posillico CK, Schwarz JM:The psychoneuroimmunology of pregnancy. *Front Neuroendocrinol*, 2018, 51 25-35
- 7) Ohara M,Nakatochi M, Okada T, et-al. Impact of perceived rearing and social support on bonding failure and depression among mothers:A longitudinal study of pregnant women. *J Psychiatr Res*, 2018, 105 71-77
- 8) Kubota C, Inada T, Shiino T, et-al. Relation Between Perinatal Depressive Symptoms,Harm Avoidance, and a History of Major Depressive Disorder:A Cohort Study of Pregnant Women in Japan. *Front Psychiatry*, 2019, 10 515
- 9) Teshigawara T, Mouri A, Kubo H, et-al. Changes in tryptophan metabolism during pregnancy and postpartum periods:Potential involvement in postpartum depressive symptoms. *J Affect Disord*, 2019, 255 168-176
- 10) Kubota C, Inada T, Shiino T, et-al. The Risk Factors Predicting Suicidal Ideation Among Perinatal Women in Japan. *Front Psychiatry*, 2020, 11 441
- 11) Nakamura Y, Okada T, Morikawa M, et-al. Perinatal depression and anxiety of primipara is higher than that of multipara in Japanese women. *Sci Rep*, 2020, 10 (1):17060
- 12) 石塚佳奈子, 夏莉郁子, 尾崎紀夫:こころの病気と遺伝, 日本精神神経学会, 2021
https://www.jspn.or.jp/modules/forpublic/index.php?content_id=56
- 13) 日本精神神経学会・日本産科婦人科学会(監):精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド(総論編・各論編). 2022, 124 (別冊web版)