

## 周産期メンタルヘルス・ケア体制の国内外比較

岡野 禎治

周産期には気分障害、不安障害、精神病性障害など、多彩な精神障害が認められる。最近では、こうした精神障害の危険因子や発病時期に関するエビデンスが明らかになっている。そのため、地域ケア・サービスは、こうしたリスクの高い女性に対する早期からの予測と検出の活用に着目している。さらに、各地域においては、通常サービス、母子保健サービス、メンタルヘルス・サービス、地域支援サービスを提供しながら、枠組みを超えて多職種の専門家により周産期メンタルヘルス・サービスを展開することが重要である。

<索引用語：周産期精神医学，周産期うつ病，地域型リエゾン・サービス，スクリーニング>

### はじめに

周産期に発現する精神疾患は、①重症の気分障害の発現頻度が高くなる、②重症の気分障害の再発率が増加する、③同じ精神疾患でも、病像、経過が通常と異なるという特徴がある。そのため、リスクの高い女性を対象に治療計画を立てるには地域の周産期メンタルヘルス関連システムの果たす役割は重要である。特に、産後うつ病のスクリーニング法、異なる資源や社会保健福祉サービスの提供など周産期メンタルヘルス・ケア体制の確立は、今日母子精神保健の重要な課題の1つになっている。医療制度、社会福祉制度は異なるが、国外の先進的なサービス機関、支援体制と対比しながら、包括的な周産期のメンタルヘルス・ケアについて概括した。

#### I. 母体死因の中で自殺が高い割合を占めている

妊娠期および産褥期の自殺リスクの高い女性に対する早期介入は、今日でも重要な周産期精神医学の課題の1つである。英国では、2000年から3年ごとに、母体ケアの指標である後発妊産婦死亡

(late maternal death) を含めた調査<sup>10)</sup>を開始したところ、産科的身体疾患による死亡数よりも、自殺による死亡数が多いことが判明した。その後、妊産婦の自殺者の精神医学的診断を調査した<sup>4)</sup>ところ、産褥精神病（主に精神病性感情障害）が38%、重症のうつ病が21%、適応障害や悲哀反応が10%、さらに薬物依存が31%であり、相対的に重症の気分障害の割合が高い。こうした結果から、英国では周産期のメンタルヘルスが「女性の健康および公衆衛生上の最重要課題」と位置づけられ、英国王立精神科医学会（Royal College of Psychiatrists）が妊産婦の早期発見とケアに関するキャンペーンを展開した<sup>15)</sup>。しかし、こうした努力にもかかわらず、その後自殺による母体死因は上位を占めている。そして、自殺者の特徴として、60%以上が精神科既往歴を有し、半数以上が産褥期に精神科入院歴があった<sup>4)</sup>。

#### II. 周産期メンタルヘルス・ケアに必須の 母子ユニット

英国では第二次世界大戦後、Bowlby らの愛着

理論<sup>2)</sup>が論じられた時代に精神疾患の母親に対する母子同時入院というユニークな入院形式が1948年にDr. Mainによって創設された<sup>11)</sup>。その背景には、精神疾患を有する母親自身にも「親としての自覚」を可能な限り強化させて、その責任感と子どもに対する適切な養育能力を促進させるという理念があった。その後、この母子ユニット(psychiatric mother and baby unit)は、英国内で単科の精神病院の併設型や高次機能のある独立型専門ユニットなどの形式に発展したが、最近の調査では減少しているものの、英国のNHS(National Health Services)地区の26カ所に整備されている<sup>7)</sup>。一部ではデイケア部門などの地域サービスと連携して、リエゾン精神科医を中心として実践的なケアが運用されている。高規格型のユニット(10床前後)では、精神科医、精神科看護師、児童精神科医、ソーシャルワーカー、保育士などの豊富な人材から構成されている。入院目的としては、早期診断と治療、養育能力の評価、マザーリングの訓練、司法精神医学上の評価などが挙げられる。入院対象疾患は、産後うつ病、産褥精神病、統合失調症以外に、母子関係障害なども含まれる。医療経済的にはどの施設も厳しい点では共通しているが、施設型モデルとしての母子ユニットは今日プライマリケアにおける周産期の精神科医療の中核の拠点である。こうした高い理念をもつ母子ユニットは、1990年代には英国連邦(特に豪州)にも普及して、近年では欧州の各国でも創設されている。今日、英国王立精神科医学会の部会(CCQI)<sup>15)</sup>や英国NICEのガイドライン<sup>14)</sup>によると、母子ユニットと周産期専門の地域メンタルヘルス・チームの両者における質的連携強化が提唱された。

日本では母子ユニットは整備されていないが、パイロット的な母子同時入院の経験<sup>18)</sup>から、こうした施設型モデルは、医療保健福祉など多職種が容易に関与でき、地域支援との連携も円滑に進展した。また、地域の中核施設として、産科医療機関に併設した周産期精神医学の専門外来(周産期メンタルヘルス外来など)は、産婦人科と妊娠初

期から緊密な連携がとれることからも有用であり、今後日本でも発展することが期待される。

### Ⅲ. 産後うつ病のスクリーニング・

#### システムは機能しているか？

スクリーニングには2つの方法がある。1つは、①現在の精神疾患を見出すために尺度を使用すること、もう1つは、②リスクの高い妊産婦を予測することである。

#### 1. 検出

産後うつ病に特化したスクリーニング・テストであるエジンバラ産後うつ病自己質問票(Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)<sup>5)</sup>は、日本語版<sup>17)</sup>も含めて20カ国以上で翻訳されて使用されているが、配布時期、スクリーニングの回数、プライマリケアにおけるスクリーニング後の女性の予後調査の効果に関してはエビデンスが欠けている<sup>21)</sup>。英国のNational Screening Committee(NSC)は妥当性が低いことからEPDSをスクリーニング・ツールとして使用すべきでないと結論づけた。また、Cochrane systematic reviewでは、EPDSの使用に関しては、医療従事者の心理社会的リスクを喚起するが、周産期のメンタルヘルスのアウトカムを改善するだけでエビデンスはRCTのトライアルから不十分であると結論づけている<sup>1)</sup>。日常臨床で使用する場合<sup>22)</sup>もあれば、一方ではうつ病女性の検出と治療を改善するための最良のアプローチとしてスクリーニング体制を整備して使用している場合<sup>3)</sup>もあって、スクリーニング態勢にも差異がある。したがって、産後うつ病のためのスクリーニング・プログラムを支持する実施方法に関するエビデンスは、今日でも不十分である<sup>9)</sup>。

EPDSは専門家の判断や臨床面接に沿って使用されると、スクリーニングとしての用途には適する。英国NICEのガイドライン<sup>14)</sup>では、うつ病の主症状に関する質問については以下のガイダンスを推奨している。EPDSまたはWhooley Questions(大うつ病性障害の主要2項目質問)を産前

ないし産後の時期に臨床モニタリングの補助として使用し、妊産褥婦の情動表出について議論することを推奨している。さらに、うつ病が疑われる場合には、2週間後に再評価すること、症状が持続する場合、初期評価で重症ないし、自殺念慮がある場合には、総合医 (GP) かメンタルヘルスの専門家の評価を受けることを推奨している。

周産期の気分障害の管理に關したスコットランドのガイドライン<sup>23)</sup>でも、EPDS または Whooley Questions の使用はうつ病のスクリーニング・ツールとして正確性が不十分であるとしているが、その使用によって情動問題について話しやすくなること、同時に臨床モニタリングの補助的役割を果たすという。

米国では、EPDS の二次評価に SCID 構造化面接を使用した興味深い大規模調査<sup>24)</sup>が報告された。1万人を対象として、区分点10点以上の1,396名 (14.0%) の中で、家庭訪問による826名の診断は、単極性うつ病 (68.5%)、双極性障害 (22.6%)、不安障害 (5.6%)、物質使用障害 (0.5%)、その他の障害 (0.7%) と多彩であった。そして、大うつ病性障害には、不安障害、双極性障害が並存していた。また、40.1%は産後4週間以内に発病していたが、病相が妊娠期から継続していた群が33.4%であり、さらに妊娠前に発病していた群が26.5%であり、妊娠期、妊娠前の発病が見逃されていることが明らかになった。

日本では、「健やか親子21」に母親の心のケアの推進が提示され、母子保健行政関係者の間に「産後うつ病」に対する関心が高まった。母子保健を担当する行政 (主に市町村) は、近年「乳児家庭全戸訪問事業」の中で EPDS のスクリーニングを開始したが、プライマリケアの中で専門家による高得点群の二次評価が不十分であり<sup>19)</sup>、スクリーニングによる予後調査に關した研究のエビデンスもない。一方、地域リエゾン活動を推進する上で、人的資源の不足、縦割り行政を背景にして精神保健担当行政と母子保健行政間の連携が円滑に進展しない状況もある。

## 2. 予 測

周産期の精神疾患の中でも、産褥精神病、双極性気分障害、産後うつ病は、①発病時期が予想され、②再発リスクが高いことから、再発防止のために妊娠期からの精神科既往歴の把握は、今日重要な周産期メンタルヘルスの課題の1つになっている。

デンマークの60万人を対象とした登録調査では、産後1ヵ月以内に初発の双極性障害の入院するリスクは、23倍 (RR=23.33, 95%CI 11.52~47.24) であり<sup>12)</sup>、既往歴に双極性障害の入院歴のある双極性障害の再入院するリスクは37倍 (RR=37.22, 95%CI 13.58~102) と高い<sup>13)</sup>。

気分障害の女性における周産期の生涯エピソードに關した最近の調査<sup>6)</sup>では、1,785名の双極性障害と再発性大うつ病性障害の3,017件の出産の中で、3分の2以上が周産期に少なくとも1回の生涯エピソードを経験していた。双極I型障害は約半数が周産期に発病した。再発性大うつ病性障害と双極II型障害の周産期の再発リスクは40%であった。再発の特徴として、①双極I型障害ならびに再発性大うつ病性障害では産褥期の発症が高いこと、②周産期のエピソードは産褥期1ヵ月以内に発症すること、③うつ病よりも躁病や精神病が産褥早期に発病したことが指摘された。

一方、産褥期における双極性エピソードの脆弱性要因として、家族歴や感受性遺伝子の関連が報告されている<sup>8)</sup>。

こうした発病予測リスクのエビデンスを受けて、英国の王立産婦人科医学会のガイドラインでは、ハイリスク妊婦の早期発見の指針を発表した。産婦人科医が妊娠登録時に、過去および現在の精神疾患の有無、双極性障害と産褥精神病の家族歴 (第一度近親者) などを確認することについて高い目標数値 (90%) が提唱されている<sup>20)</sup>。

日本では、母子健康手帳の交付時に保健師が全員に面接を実施して、ハイリスク妊婦女性 (精神科既往歴、治療歴) を把握して、妊娠期からの母親のメンタルヘルス支援につなげる事業も一部の自治体で開始されている。また、産婦人科による

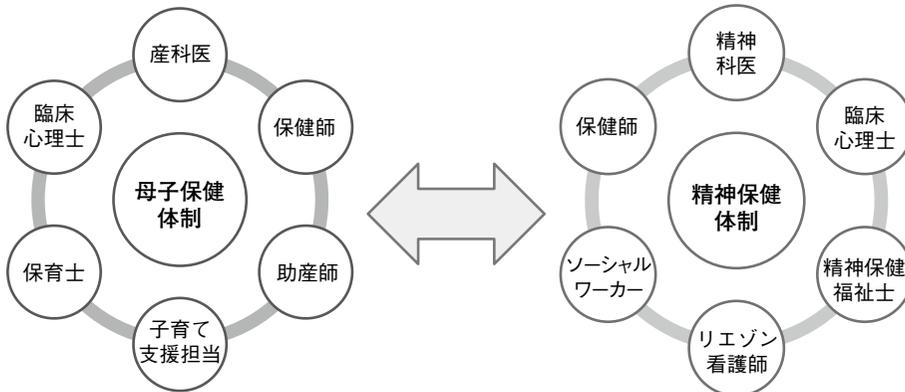


図 周産期メンタルヘルス・ケアのインター型チームワーク・モデル

メンタル疾患の予防的介入への取り組みも開始され、ハイリスク妊婦スクリーニングとして、精神科既往歴、現病歴の有無、家族歴、育児支援者の欠如、社会心理的要因などが検討されている。

#### IV. 周産期メンタルヘルスの地域ケアにおける今後の課題とは？

英国王立精神科医学会の提言<sup>15)</sup>によると、①容易な検出と効果的な早期治療を目標にするために、専門的知識と技法をもつ人的資源が必要である、②周産期精神医学のコンサルタントを中心に専門家による包括的なチームを形成する、③重症で専門的な治療を要する周産期の精神疾患の女性に対しては、専門的医療チームからのアクセスを良くする、④医療圏を超えた母子ユニットの共有システムの構築などの内容が含まれた。

英国 NICE ガイドライン<sup>14)</sup>では、以下の3つの点に着目し、地域ネットワークによる周産期メンタルヘルス・サービスを構築することを課題としている。

- ①多組織の専門家による個別に行われる通常のサービス、産科サービスに関する相談・助言、その他の精神保健サービス、地域サービスを含んだ周産期メンタルヘルス・サービスが地域で提供されること。
- ②既存の枠組みを超えた、情報共有・継続したケアによる精神疾患へのケアが臨機応変に提供さ

れること。

- ③サービス利用者が医療にスムーズにたどりつけるよう、役割と権限をうまく活用した多職種連携を行うこと。

そして、質の高いサービスの重要な要素の中に、母子ユニットと周産期の地域アウトリーチ・チーム（精神科医および看護師主導）との連携を強化して、入院の可否、退院後の追跡サポート、汎用サービスの活用を課題にしている。

周産期の気分障害のサービス部門に関するスコットランドのガイドライン<sup>23)</sup>では、英国 NICE のガイドラインと内容に大差はないが、より実際的である。このガイドラインではユーザー、治療者なども入れた広範な調整委員会を立ち上げて、①地域に入院型母子ユニット増設、②治療のためのアクセスの改善とレベルに合った適切なケアの提供、③産科マタニティリエゾンサービスの設立、④健康専門的ケアの訓練と人材養成など実践的な課題に集約された。

英国の周産期メンタルヘルス・ケアの今後の目標をまとめると、独立型の精神科母子ユニットを地域の中核施設として位置づけて、周産期精神医学専門医（リエゾン精神科医など）が、専門外来クリニック、産科リエゾン・サービス、地域リエゾン・サービス、デイ・ホスピタルを統括しながら、一次ヘルス・ケアの円滑な展開を目指している。また、人的資源としては、訪問保健師（health

visitor), 地域精神科看護師 (community psychiatric nurse) による親業の評価や家庭看護のアウトリーチを活用し, hub-and-spoke のような地域ネットワーク体制の構築を課題に挙げている。

国内では, 周産期メンタルヘルスの地域ケアに関して, 地域の母子保健および精神保健担当機関における相互連携システムがほとんど構築されていない地区が多い。しかし, 周産期のメンタルヘルスに対する関心が高まった今日, 既存の地域医療保健サービスを活用して, 多職種連携による地域型リエゾン支援体制を構築することが肝要である。例えば, 図に示したように, 精神科医は, 2つのインター型チームワークモデルを想定して, 患者・家族のニーズに合った最適な人的資源を選択し, その連携によって最適なケアを提供できるように主導することが望ましい。

こうした既存の枠組みを超えた連携が重要である。今後周産期メンタルヘルスの地域型リエゾンの進展につながると思われる。

### おわりに

周産期のメンタルヘルス・ケアのシステムを考える際には, 地域に中核となる周産期精神医学の専門外来を主軸として, 地域リエゾン体制と連携して, 母子保健および精神保健行政の連携を積極的に行うことが不可欠であると考えられる。

なお, 本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

### 文 献

- 1) Austin, M., Priest, S. R., Sullivan, E. A. : Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008
- 2) Bowlby, J. : *Child Care and the Growth of Love*. Penguin Books, Harmondsworth, 1953
- 3) Buist, A. E., Barnett, B. E., Milgrom, J., et al. : To screen or not to screen—that is the question in perinatal depression. *Med J Aust*, 177 ; 101-105, 2002
- 4) Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE) : *Saving Mothers' Lives : reviewing maternal deaths to make motherhood safer : 2006-08*. The Eighth Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *BJOG*, 118 ; 1-203, 2011
- 5) Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. : Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150 ; 782-786, 1987
- 6) Di Florio, A., Forty, L., Gordon-Smith, K., et al. : Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA Psychiatry*, 70 ; 168-175, 2013
- 7) Elkin, A., Gilbert, H., Slade, M., et al. : A national survey of psychiatric mother and baby units in England. *Psychiatr Serv*, 60 ; 629-633, 2009
- 8) Jones, I., Hamshere, M. L., Nangle, J. M., et al. : Bipolar affective puerperal psychosis—genome-wide significant evidence for linkage to chromosome 16. *Am J Psychiatry*, 164 ; 1099-1104, 2007
- 9) Hill, C. : An evaluation of screening for postnatal depression against NSC criteria. 2010 (postnatal\_depression\_review\_2010\_consultation\_version) ([www.screening.nhs.uk/policydb\\_download](http://www.screening.nhs.uk/policydb_download))
- 10) Lewis, G. : *Why Mothers Die 2000-2002*. RCOG Press, London, 2004
- 11) Margison, F., Brockington, I. F. : *Psychiatric mother and baby units. Motherhood and Mental Illness* (ed. by Brockington, I. F., Kumar, R.). Academic Press, London, p. 223-228, 1982
- 12) Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Pedersen, C., et al. : New parents and mental disorders : a population-based register study. *JAMA*, 296 ; 2582-2589, 2006
- 13) Munk-Olsen, T., Laursen, T. M., Mendelson, T., et al. : Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Arch Gen Psychiatry*, 66 ; 189-195, 2009
- 14) National Institute for Health and Clinical Excellence : *Antenatal and postnatal mental health : clinical management and service guidance*. Alden Press, London, 2007
- 15) Oates, M. : *Perinatal Maternal Mental Health Services. Recommendations for Provision of Services for Childbearing Women*. Council Report CR 88. Royal College of Psychiatrists, London, 2000
- 16) Oates, M. : Suicide : the leading cause of maternal death. *Br J Psychiatry*, 183 ; 279-281, 2003

- 17) 岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子ほか：日本版エジンバラ産後うつ病自己質問票 (EPDS) の信頼性と妥当性. *精神科診断学*, 7 ; 523-533, 1996
- 18) 岡野禎治：精神科母子ユニット. *産科と婦人科*, 67 ; 375-380, 2000
- 19) 岡野禎治：産後うつ病とその発見方法—EPDSの基本的使用方法とその応用母子保健情報, 51 ; 13-18, 2005
- 20) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists : Management of Women with Mental Health Issues during Pregnancy and the Postnatal Period. *Good Practice No. 14*, 2011
- 21) Shakespeare, J. : Evaluation of Screening for Postnatal Depression against the NSC Handbook Criteria. National Screening Committee, London, 2001
- 22) Shakespeare, J., Blake, F., Garcia, J. : A qualitative study of the acceptability of routine screening of postnatal women using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Gen Pract*, 53 ; 614-619, 2003
- 23) Scottish Intercollegiate Guidelines Network : SIGN 127 • Management of perinatal mood disorders. Healthcare Improvement Scotland, March 2012 (<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign127.pdf>)
- 24) Wisner, K. L., Sit, D. K. Y., McShea, M. C., et al. : Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 70 ; 490-498, 2013

---

## Comparison of Care for Perinatal Mental Health between Japan and Other Countries

Tadaharu OKANO

*Center for Mental and Physical Health, Graduate School of Medicine, Mie University*

Various types of mood, anxiety, and psychotic disorder are seen in the perinatal period.

Recently, evidence regarding risk factors and the onset time of such psychiatric disorders has been reported. Local care service systems that can predict or detect high-risk women early are desirable. Furthermore, a specialist multidisciplinary perinatal mental health service should be established in each locality, providing regular services, consultation, and advice to promote maternity, other mental health, and community services.

< Author's abstract >

< **Keywords** : perinatal psychiatry, perinatal depression, community liaison service, screening >

---