

日本うつ病学会 理事長巻頭言



理事長 尾崎 紀夫 名古屋大学 医学系研究科 精神医学・親と子どもの心療学分野

妊産婦のうつ病・双極性障害を理解し対応する： 産後うつ病健診実施等を踏まえて

新たな生命を授かる妊娠・出産は、妊産婦やその家族にとって極めて喜ばしい事柄である一方、周産期はうつ病・双極性障害の発症や再発が生じやすい。昨年、自死を遂げた妊産婦は東京23区で2005～14年の10年間に計63人(妊娠中20人、産後43人)に上り、周産期の死因として自死が最も多いこと、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(J Obstet Gynaecol Res 43,1 p5-7,2017)。更に本報によると、産後自死の6割は何らかの精神疾患として加療中で、その半数は抑うつ的であった。また産後自死中の未治療群の約半数は育児に関する悩みを周囲が確認していたが、本人が精神科診療を拒否していたとのことである。即ち精神科医療の対応が必要と判断されていたが本人は受診に拒否的で、対応が為されないまま自死に到った妊産婦も少なくなかったと考えられる。

妊産婦の主要死因は精神障害を背景とする自死であること、児の養育環境への影響も鑑みると、妊産婦の精神障害対策は喫緊の課題である。この様な背景のもと、平成29年改訂された「自殺総合対策大綱」に妊産婦への支援の重要性が明記され、同年から産後うつ病健診事業が開始された。また平成30年発表された第7次地域医療計画には、「精神疾患を合併した妊婦への対応ができる総合周産期母子医療センター」の整備が明記され、同年の診療報酬改定でも「精神疾患併存の妊産婦加算」が新設された。

しかし妊産婦の中から、自死の可能性の高い医療的対応を要する介入群の同定する方法、さらに当事者の心性や個別性を踏まえた支援策は不詳である。例えば抑うつ状態となった妊産婦は、「子育てに自信がない。何より子どもが可愛いと思えない。しかし母である以上、自分が頑張るべき事柄で、医療で解決が出来る問題ではない」と、全てを否定的に語り、治療導入に難渋することも多い。一般に治療導入の基盤となる治療者患者関係の構築においては、患者が気がかりな事柄を明確化するため、体験や感じ方について、抱いている感情を含めて、治療者が聞き取り、その上で、「この様な状況であれば、この様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。前述したように、抑うつ状態の患者は、否定的な認知が前景化しており、「妥当性の承認」が治療導入には欠かせないが、そのためには、周産期患者の心性を理解することが第一歩と考える。

以上を踏まえて、うつ病学会会員が産科スタッフと連携をとり、日々の臨床において妊産婦のうつ病・双極性障害に対応して頂くことが求められている。さらに本学会員の研究により、産後の抑うつ、自死、ボンディング障害のリスク因子と保護因子が明確化され、医療的対応を要する介入群の同定法と支援策の開発が待たれる。