Current Status and Issues of Medical Health Related to Patients Suffering from Depression After Giving Birth

Bunsho Lee

After giving birth, mothers suffering from depression are more likely to neglect or abuse their children. In cases in which expecting mothers are mentally unstable, it is extremely important that they receive psychological support. Having healthcare workers visit mothers' homes and use the "Edinburgh Postnatal Depression Scale" can help in the early detection of depression after giving birth and enhance the care given to mothers during the perinatal period. Medical therapy applied to patients after giving birth and after depression is further developed can harm the mother's body and their babies. To respect the patient's decision, when doctors decide to use medical therapy to cure patients, they must by all means obtain the patient's informed consent.

In addition, due to the questionable effectiveness of antidepressants, double-blind trials using placebos should be used to test their effectiveness. In future, I expect that when the medical establishment cares for patients with depression after giving birth, it will consider "improved mental and physical health" based on an understanding of health as a correlation between both mental and physical aspects, and independence from medical treatment.

産後うつ病患者をめぐる医療保健の現状と課題

李　　文昇

1．はじめに

厚生労働省は、「子どもの虐待による死亡事例」について調査を行い、毎年その結果を報告している。その調査で浮かび上がってきた問題点は、虐待によって死亡した新生児の多くの事例は、精神障害や抑うつ状態による養育者の関与が含まれていることである[1)]。この問題に対して日本産婦人科学会は、周産期の妊婦に対する精神的心理的支援の重要性を踏まえて、「児童虐待をとりまく諸問題の解決に向けて」と題して改善策を模索している[2)]。

今回、筆者は出産後に発症する可能性の高いうつ病に焦点をあて、その医療保健の現状と課題について述べてみたい。その内容の第１は、産後うつ病による子どもの虐待の関連性が考えられていることから、その文献的事例について述べる。第２は、産後うつ病の発症原因とその症状の特徴、診断方法について述べる。第３は、治療法の実際と薬物療法の問題点を整理する。第４は、周産期の女性における精神的心理的支援の現状について述べる。そして第５は、最後の章として、周産期に実施する際の精神的支援について倫理的視点から述べ、さらに産後うつ病患者への治療の今後の改善について述べてみたい。

2．産後うつ病と子どもの虐待との関連性

うつ病発症の原因はいろいろあるが、その中でも生活の場、職場あるいは妊娠や子育ての女性において精神的ストレスはどのくらいの割合で存在するだろ

うか。内閣府は国民生活白書の中で以下のように調査結果を報告している[3)]。この報告によると、ストレスを感じる人の割合の推移について、「強く感じる」、「やや強く感じる」の割合は、2003年以降50％前後で推移し、ストレスを感じながら生活している人が多いことが理解できる。また、ストレスの要因は、収入や家計に関することが39.9％、仕事や勉強が38.3％、職場や学校における人間関係が34.4％、子育てでストレスを感じている割合が9.1％と個人によってさまざまな要因であることが理解できる。しかし、この白書は、子育て世代に焦点をあてると、我が国では出生率が低下し、少子化現象が進んでいる理由の１つが子育ての大変さを挙げている。妊娠中もしくは出生後３年未満の子どもをもつ女性に対して、「周囲や世間の人々に対してどのように感じていますか」の問いで「社会全体が妊娠や子育てに無関心、冷たい」の回答は、「非常にそう思う」(20.1％)、「まあそう思う」(28.7％）で合計48.8％を占めていた。「社会から隔離され、自分が孤立しているように感じる」との問い対しては、「非常にそう思う」(11.3％)、「まあそう思う」(32.9％）で合計44.2％であり、子育て中の母親が周囲の環境に不満や不安を持っていることを示している。妊娠、子育ては、単に個人や家庭内での些細なストレスと思われがちであるが、生まれてくる子どもへの影響を考えると極めて大きな課題であり、さらにはストレスにより発症した産後うつ病患者の自殺、あるいは家庭崩壊の危険性をも孕んでいる[4)]。

産後うつ病の症状は、抑うつ気分、イライラして落着かない、全身倦怠感、睡眠障害、食欲不振、さらに厭世的で自殺念慮を起しやすい、という一般的なうつ病とほとんど変わらない。ただ、子供を出産した状況下でのうつ病の発症であることから、そのストレスの矛先は自らが生んだ子どもに対する愛着障害、育児放棄や子どもの虐待となって現れている。

近年、育児放棄や虐待は社会的に大きな問題となっている。しかし、その実態は把握し難いのが現状である。そこで多面的な資料の調査が必要になるわけであるが、氷山の一角で実態は掴み難いので、警察が検挙した児童虐待事件で被害に遭った子どもの数から推測してみた。表面化した児童虐待の数は年々増加傾向にあり、平成25年は475人で、このうち死亡した子どもは25人である。

態様別にみると身体的虐待が70.7％、性的虐待が21.9％を占めている。年齢別で子どもの被害者をみると、検挙事件全体では４歳以下が約２割であるが、死亡事件では、約８割が４歳以下で占められている。加害者と被害者の関係は、検挙事件全体でみると実父が約４割、実母が２割となっているが、死亡事件になると、実母による加害は４割を超えている[5)]。

厚生労働省は、社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会において、「心中以外の子どもの虐待」で、生後１か月未満（０か月）の死亡事例が全体の46.3％を占めること、そのうちの生後０日の死亡事例が80％以上を占めると報告している。加害者の大部分である91％が実母であり、その多くの理由が「望まない妊娠」であることを示している。また、その望まない妊娠の背景において、軽度の抑うつ状態から高度な精神疾患までを含む加害者の精神的な原因が存在することや、望まない妊娠そのものも精神障害の発症のリスク因子になっている[6)]。

さらに、厚生労働省の報告している子どもの虐待は、死亡事例を検証した結果、虐待死は生後０か月児が最も多いことや、大阪産婦人科医会の未受診妊婦を対象とした調査では、未受診妊婦の年齢分布が虐待死を起こした母親の年齢分布に酷似し、妊婦の受診コンプライアンスの低さと児童虐待例数に密接に相関性があることを示している。産後数週間から数か月は女性の生涯の中で最もうつ病に罹患しやすい時期にあたり、それが原因で育児不安、愛着形成の欠如、さらには育児放棄を含めた児童虐待を引き起こすことになる[7)]。

３．産後うつ病の症状、発症機序および診断方法

周産期の女性が呈するうつ状態の代表的なものは「大うつ病性障害」と「双極性障害」である。このような「うつ状態」や「躁状態」を呈する疾患群は「感情障害」として精神科領域では位置付けている。大うつ病障害は一般にうつ病と呼ばれ、双極性障害は躁うつ病と呼ばれている。うつ病の生涯罹患率は約７％で、発症率では女性が男性に比べ約２倍と高い。その成因はストレス、養育環境、遺伝子、身体要因、性格傾向など、多種多様な危険因子の組み合わせにより発

症するが、その原因は不明な点が多い。女性の場合、４人に１人が生涯のいつの期間においても罹患する精神障害がうつ病であり、とくに妊娠中と産後の時期はうつ病の罹患率は高くなり10％を上回る[6)]。

妊娠、出産における精神障害に関する研究は、病態モデルを用いて行うことは難しい。ここ最近まで産前産後のうつ病は妊娠期特有の生理的な変化と考えられていた。例えば睡眠障害、食欲低下、意欲の低下などでみる限りでは病態や症状が軽く、うつ病の鑑別が難しいため、有病率は低いのではないかと考えられていた。このような診断上の問題もあるが、我が国では1993年のKitamuraらの報告[7)]は、その有病率が16％である。アメリカの調査では、妊娠期のうつ病の有病率は非妊娠期の女性に比べ高く、12～13.5％であり、産後うつ病は10～15％で、非産褥期の女性に比べると約３倍高い数値である[8)]。

産後うつ病の発症機序は、生物学的要因からみると女性特有のホルモン系の変動によって起こると考えられている[9)]。すなわち、女性のホルモン分泌は、妊娠していない時は主に視床下部、下垂体、内分泌臓器系が作動して生理的な内分泌調節を行っている。しかし、妊娠することによってこの作動系は一時的に休止する。一方、胎児、胎盤系のホルモンであるhCG（human chorionic gonandotropin）やエストリオール（estriol.E3）が多く分泌する作動系が活動する。妊娠によるホルモン調節の特徴は、これらホルモン系が出産後数日以内に急速に低下する。このような急激なホルモンの変動が精神状態に大きく影響を及ぼす。例えば、卵胞ホルモンのエストロゲンは気分や行動、認知機能に影響を与え、卵巣の黄体で合成されるプロゲステロンが産後の免疫系に作用して甲状腺機能異常を起こし、精神的な不安、抑うつ状態を引き起こす原因と考えられている。

産後うつ病の症状は、一般のうつ病の症状と基本的に同じ様相を示し、その診断の基準[10)]について表１で概略したものを記載した。

表１　DSM-５による大うつ病エピソードの診断基準の概要

うつ病の診断はDSM-5による大うつ病エピソードの診断基準として記載され、以下の症状のうち５つ以上が２週間の間に存在し、病前の機能から変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも１つは（１）抑うつ気分、または（２）興味または喜びの喪失で、診断基準は、毎日ほとんどにおいて以下の９項目を充たす内容である。①抑うつ気分。②活動における興味または喜びの著しい減退。③食事療法をしていないのに、有意の体重減少、または体重増加、また食欲減退または増加。④不眠または過眠。⑤精神運動焦燥または制止。⑥疲労感または気力の減退。⑦無価値観または過剰であるか不適切な罪責感。⑧思考力や集中力の減退または決断困難。⑨死についての反復思考、反復的な自殺念慮、自殺企図。

※大うつ病性障害・双極性障害治療ガイドライン，医学書院（2013）より抜粋

さらに、産後うつ病の進行は、妊娠中の抑うつ状態が人間関係によるストレス、夫婦間の不仲、経済的不安などストレスの多い生活の中でますます症状が増悪していく。産後うつ病の特徴的な症状は不眠、過眠、気分の落ち込み、不安感、いらいら感、食欲不振などである。特に産後の女性にとって不眠は生理的、精神的なストレスとして大きい要因である[11)]。また、患者の悩みは否定的なものが多く、具体的には「母親としての役割を果たせないのではないか」、「育児に自信がない」、「育児に過剰な神経質になる」、「子どもの将来が過剰に心配になる」、「夫に愛情を感じなくなる」、「夫の言動や行動を疑う」などがある[9)]。

次に、産後うつ病の診断方法について述べる。産後うつ病についても他の疾患と同様に早期発見、早期治療が最も大切である。発見が遅れれば遅れるほど、症状は悪化し、適切な治療も遅れ、育児や家庭生活に悪影響を及ぼすことになる。

産後のうつ病の治療は症状や重症度によって異なる。軽症な場合は母親に対する精神的心理的な支援によって改善することも多い[12)]。例えば、女性が育児や家事を行うことができる状態であれば抗うつ薬などに頼らず、精神的心理的な治療法だけで充分に改善効果が現れる。だが、うつ病が重症になり、その症状が長引くようであれば、より積極的な治療が必要となる。さらに、自殺衝動や精神病的症状が出た場合には入院などの措置が必要になってくる。従って、

産後のうつ病は、その症状がどの程度かを早期に調べ発見することは極めて重要なことである。

日本産婦人科学会は、産後うつ病の早期発見のための１次スクリーニングとして「エジンバラ産後うつ病自己評価票（Edinburgh Postnatal Depression Scale）EPDSと略す」[13] を活用することを奨励している。この診断方法は、1987年にイギリスにおいて産後うつ病のスクリーニングを目的として開発された自己記入式質問票である。日本では1996年に岡野らが英語版を日本語版に改訂する際に、臨床試験を行い統計学的に信頼性と妥当性を検証している。信頼性は、非妊産婦を対象に再試験法で良好な結果を得ている。妥当性に関しては、産後１カ月の女性47名を対象に健常群と比較して各項目ごと、また合計得点ごとに統計的に有意差があり、区分点における感度、特異性も高い[14]。

EPDSは、10項目４検法の構成で自からが記入する質問票である。実施する際の所要時間は約５分となっている。各質問項目の回答に、０点から３点までの得点をつけて評価し、合計点は最小０点から最大30点としている。そして、９点以上の対象者は産後うつ病の可能性があり、と評価する。日本の場合、対象者は妊娠前期から産後１年以上の期間の女性である。表２はEPDSの具体的な質問および回答内容を記載したものである。

表２　エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）の質問および回答内容

質問１：	笑うことができたし、物事の面白い面もわかった
回　答：	（０）いつもと同様にできた（１）あまりできなかった（２）明らかにできなかった（３）全くできなかった
質問２：	物事を楽しみにして待った
回　答：	（０）いつもと同様にできた（１）あまりできなかった（２）明らかにできなかった（３）全くできなかった
質問３：	物事が悪くいった時、自分を不必要と責めた
回　答：	（３）はい、たいていそうだった（２）はい、時々そうだった（１）いいえ、あまり度々ではなかった（０）いいえ、全くそうではなかった
質問４：	はっきりとした理由もないのに不安になったり、心配した

回　答：（0）いいえ、そうではなかった（1）ほとんどそうではなかった（2）はい、時々あった（3）はい、しょっちゅうあった
質問５：はっきりとした理由もないのに恐怖に襲われた
回　答：（3）ほとんどそうではなかった（2）はい、時々あった（1）はい、しょっちゅうあった（0）いいえ、そうではなかった
質問６：することがたくさんあって大変だった
回　答：（3）はい、たいてい対処できなかった（2）はい、いつものようにうまく対処しなかった（1）いいえ、たいていうまく対処した（0）いいえ、普段通りに対処した
質問７：不幸せなので、眠りにくかった
回　答：（3）はい、ほとんどいつもそうだった（2）はい、ときどきそうだった（1）いいえ、あまり度々ではなかった（0）いいえ、全くそうではなかった
質問８：悲しくなったり、惨めになった
回　答：（3）はい、たいていそうだった（2）はい、かなりしばしばそうだった（1）いいえ、あまり度々ではなかった（0）いいえ、全くそうではなかった
質問９：不幸せなので、泣けてきた
回　答：（3）はい、たいていそうだった（2）はい、かなりしばしばそうだった（1）ほんの時々あった（0）いいえ、全くそうではなかった
質問10：自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた
回　答：（3）はい、かなりしばしばそうだった（2）時々そうだった（1）めったになかった（0）全くなかった

（　）内は点数を示し、自分の状況を判断し、適当と思う箇所に○を付ける。
※岡野の文献[14]より抜粋

このようなスクリーニングを行い自己評価票が高得点を呈した対象者に対しては、専門的な訓練を受けた医師または看護師、助産師あるいは保健師など医療従事者が再評価を２週間以内に行い、対象者の抑うつが一時的なものかどうかを確認することになっている。また、自殺の恐れの有無も踏まえ、医療従事者がその対象者に対して精神的な支援ができることを説明し、さらに、再評価時点でも高得点である人に対しては、うつ病が疑われるため、精神科医への本受診を勧めている[14]。

なお、イギリスではEPDSを用いる際は、医療従事者などの実施者が患者のプライバシーや守秘義務を考慮、守るべきガイドラインがあり、妊娠中の女性

の人権に配慮した倫理性を垣間見ることができる[15]。表３は、実施者がEPDSを実施する際のガイドラインの概要を記載したものである。

表３　EPDSを実施する際のガイドライン

①専門家による判断と臨床面接に支持され、母親の気分の総合的評価の一環としてEPDSを用いる。決してEPDSを単独で使用しない。
②産後うつ病の検出と対応、EPDSの使用方法および臨床面接の実施に関した研修を受講した専門家のみがEPDSを使用することができる。
③母親の気分についての評価は、プライバシーが確保される場所で実施する。母親に結果の意味、適切な介入について説明するために充分な時間を確保する。
④混雑するクリニック内ではEPDSを使用しない。母親に直接郵送しない。家庭訪問ができにくい場所では、プライバシーが確保できる清閑なクリニックにおいてのみ、EPDSが使用できる。
⑤EPDSを実施する前に、専門家はEPDSの目的に関して母親の理解度に注意する。正確にEPDSを回答できる能力であるかを検討する。
⑥EPDSを母親に依頼する場合は、専門家は臨床的な印象と相違がないこと配慮して、個々の母親の反応を把握する。例えば産褥精神病の患者と遭遇した場合に、EPDSの低得点を取る場合が多い。

EPDSを実施した後は、うつ病の症状を確認するため、DSM-Ⅳ（北米の精神科診断基準）の９つの症状を念頭に入れて臨床的な面接を行う。面接では症状に関連する身体的、情緒的、社会的要因を検討し、母親に対する適切な介入方法を立案する。

※岡野禎治、解説レポート、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―愛育ねっと（子ども家庭福祉情報提供事業）より抜粋

４．治療法の実際と課題

うつ病の治療には薬物療法、電気けいれん療法、認知行動療法などの精神療法などが用いられている。薬物療法で用いられる薬剤は三環系抗うつ薬、セロトニン再取り込み阻害薬（SSRIと略す）などがあり、その効果発現は薬剤の種類によって異なるが、１週間以降に現れ、有効性は60％とみられている[16]。

我が国では最近まで統一したうつ病の治療ガイドラインはなかったが、厚生労働省は精神科領域の研究会や大学などの医療機関にうつ病の診断および治療

のガイドラインの作成を依頼していた。最近になって、日本うつ病学会がガイドラインの公表を行っている[17)]。

うつ病の診断で重要なことは、患者の症状を的確に把握することである。症状分類は、重症度ごとに軽症、中等症、重症と分類しているが、日本のガイドラインはアメリカやイギリスのように、軽症のうつ病患者に対して最初から抗うつ薬を使用しないと明記していない。そのため軽症の患者に対する治療にも中等、重症度患者と同様に抗うつ薬をはじめ抗不安薬および睡眠改善薬が用いる例は少なくない[18)]。さらに、我が国の医療環境の中で、軽症のうつ病患者は、まず近隣の総合診療、内科を受診する場合が多く、精神療法などを受ける機会が少なく、治療にあたる医師によっては専門外にもかかわらず抗うつ薬をはじめ抗不安薬、睡眠改善薬などの向精神薬を出す例も多い。

うつ病の病態生理学的研究によって、抑うつの現象は神経伝達系の障害による疾患として位置付けていることから、薬理学的にある特定の神経伝達系に働く薬剤が開発されている。その病態生理は、神経伝達物質ノルアドレナリンやセロトニン（5-HT）レベルの低下と β －アドレナリン性5-HT2受容体数の増加、ノルアドレナリン放出を制御する α 2アドレナリン作動性シナプス受容体の過活性が、シナプス間隙でのノルアドレナリン量を減少させることによって抑うつ状態になると考えられている。そして、抗うつ薬は、5-HT2およびノルアドレナリンの再取り込の抑制、あるいはモノアミンオキシダーゼ（MAO）の阻害によって、間接的または直接的に受容体を下方制御することや5-HT2受容体の活性化が抗うつ効果につながると考えられている[19)]。

我が国では、産後うつ病の患者に対する治療も普通のうつ病患者と同様にまず選択される薬はSSRIであり、第一選択薬になっている。また、その他セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤、既存の三環系および四環系抗うつ薬が使われている。しかし、感情障害の場合、先にも述べたが抑うつ状態が続くうつ病と躁状態とうつ状態を繰り返す双極性障害（躁うつ病）があり、抗うつ薬の選択は難しい。実際には抗うつ薬だけではなく、抑うつ状態には抗うつ薬を使い、躁うつ病の場合は、躁状態に対しては抗精神病薬あるいは情動調整薬

を使用している。また、患者の症状によって、例えば不眠が続く場合において睡眠改善薬が、不安な状態が続けば抗不安薬など複数の薬剤が選択されている。

抗うつ薬の多くは、その化学構造によって人体に及ぼすいろいろな副作用を持っている。三環系抗うつ薬は口の渇き、尿閉、立ちくらみなどがあり、SSRIの薬物依存性は三環系抗うつ薬に比べると少ないが、吐き気や食欲不振などの副作用を持っている。さらに、投与により症状は躁状態や精神的高揚を誘発することもある。つまり、SSRIを用いた治療では治療中に躁状態に変化し、躁うつ病に診断を変更するケースも少なくない[20)]。抗うつ薬の多くは副作用発現率50％を超え、患者によっては、薬物の作用により焦燥などの精神的症状の悪化、あるいは自殺念慮を引き起こすなどの報告もある。その他、抗うつ薬は催奇形性のリスクがあり、妊娠中の女性には選択できない。また、産後うつ病の患者については、薬物投与により授乳による乳児への影響が大きい。例えば、出産後に母親が抗うつ薬や抗不安薬の服薬を続けた場合、母乳中に移行した薬物を乳児が摂取することによる副作用の発現（例えば、呼吸困難、嗜眠傾向、チアノーゼ、高血圧、低血圧、痙攣、体重減少など）がある[21)]。従って、母体や胎児あるいは乳児に対して安全性の高い薬剤を選択することは周産期の精神障害の治療における重要なポイントとなる。

我が国のうつ病に対する治療は主に薬物療法であるのに比べ、イギリスは認知行動療法などを中心とした精神療法である。具体的には、保健機関（National Institute for Health and Clinical Excellence：NICE）のガイドラインに従って治療を実施している。この国の特徴は各地域にかかりつけ医師が定着していることである。患者はかかりつけ医師の診察を受け、この段階でうつ病と診断されると、ガイドラインに従って重症度区分による治療法が決定される。軽症のうつ病と診断された患者は、まず国営の「心理療法センター」に紹介され、認知行動療法を受けることになる。中等から重症度のうつ病と診断された場合、SSRIなどの抗うつ薬で薬物療法が行われる。但し、抗うつ薬などの処方に当たって、医師はインフォームド・コンセントに従い、患者に対して、薬の効果や副作用、離脱現象などについて説明し、患者の同意を求めてから実施する。また、初め

の投与量は副作用を考慮して必要最小限度の用量を処方することを定めているのである[22)]。

認知行動療法は我が国においても薬物に頼らない治療法として近年見直され、現在普及しつつある。この療法は1950年後半に端を発し、感情や気分の一次的な障害を本質的な病態と捉えられていたうつ病を「思考の異常」という観点で捉え直し体系化したものである。1970年代になると、認知療法は抗うつ薬との比較試験を行い、その有効性を認めている[23)]。1980年代には、認知療法はうつ病を以外の神経症（パニック障害、パーソナリティー障害、摂食障害）および夫婦間の心理的問題についても有効な成績を得て欧米の精神科医に受け入れられている[24)]。1990年代には、行動療法と融合して「認知行動療法」として確立し、発達障害や統合失調症にも効果が認められ、現在では欧米の精神療法のガイドラインにも記載されている[25)]。

認知行動療法の実際は、さまざまな状況の中でその時々に自動的思考やイメージに焦点をあてて治療を進めていく。具体的には、対面方式の面接が中心で1回の面接時間は30分以上で、16回から20回実施する。治療の流れは、まず患者を一人の人間と理解し、患者が直面する問題点を洗い出して治療方針を立て、心の奥底にある知識や記憶などの心理的な枠組み、自動的に沸き起こる思考に対して認知の歪みを修正していく。治療者の姿勢は患者を暖かく受入れ、患者の考えや思い込みを一緒になって検証していくことを重視している。さらに、治療者は患者の主体性を尊重しながら患者が自分の考え方を表現しやすい雰囲気を作り、患者が自分で答えを見つけ出していけるように援助する[26)]。

認知行動療法はうつ病だけでなくパニック障害などにおいても臨床的に有効性が認められている。厚生労働省はこの療法の活用、普及をするために、対象をうつ病などの気分障害に絞り、看護師が参画できるように計画を進めている。つまり、認知行動療法を看護師が行った場合でも保険適用とする方針を打ち出し、2016年に診療報酬の改定を行っている。なお、2010年度においては保険点数化する条件は、①入院中以外の患者に対して認知行動療法の治療計画を習熟した医師が作成する。②患者に説明を行った上で計画に沿って治療を実施する。

③診療に要した時間が30分を超えること。④それら一連の業務は、すべて医師が行うこと、となっていて、これら条件が充たされた場合のみ保険適用としていた。2016年では看護師が認知行動療法を行うことで保険点数が取れるようになっている[27)]。その条件は①初回の面接は医師が実施し、担当看護師が同席する。②２回目以降は担当看護師が30分以上の面接を実施する。③その後、続けて、医師が５分以上の面接で進捗を確認し、必要に応じて、医師は看護師に指示や指導を行う。④最後の面接で、これまでの面接を振り返りながら医師が30分以上の面接を実施し、再発予防などについて指導する、などである。また、精神療法はイギリスでは臨床心理士が主体に行っているが、日本では2017年には臨床心理士が国家資格になることが決定しているので、今後、看護師と同様に精神保健医療の担い手として期待できる[28)]。

５．周産期の女性に対する精神的支援の現状

平成12年に母子保健の国民運動計画「健やか親子21年」の項目に「産後うつ病の発生率の減少」の目標が掲げられ精神的支援がスタートしている。

乳児は生まれてすぐに母親を中心とした小さな社会の中で影響を受け、成長していく。母親と乳児は会話や行動で意志の疎通をはかるようになるが、抑うつ的な母親は、乳児に対して肯定的な感情表現や言葉かけが少ない。乳児もそのような母親に対して必然的に肯定的な発声や感情表現が少なくなる。また、抑うつ的な母親に育てられた子どもは、そうでない子どもに比べて、母親に対する愛着が不安定であることや、認知や行動にも異常をきたすことが指摘されている[29)]。産後うつ病の発見が遅れると適切な治療も遅れ、育児や生活する能力が著しく低下する。産後のうつ病や抑うつを早期に発見、予防することは、母子保健において重要な課題となっている[30)]。

地域によってバラツキがあるが、一部の地域医療機関は、産後の抑うつ症状を予防、改善をするために妊娠期における精神的支援を実施している。例えば、長野県の取組みは、「産後うつ予測因子の検討―こんにちは赤ちゃん事業での活用を目指して―」として平成21年１月から12月の１年間に県内で、母親666人

を訪問している。この取組みは平成19年度から虐待防止、育児支援を目的とした一環であり、調査は基本データ調査票（母親の年齢、学歴、精神疾患の有無、出産経験の有無）、訪問記録票（体調、睡眠状態、負担感の有無、イライラ感の有無、育児上の悩み、喫煙の有無、上の子への対応の是非、育児方針の相違、親族近隣との付合いの有無、育児支援者の有無、家の中や家の周囲の整理の是非、他に介護者などの負担の有無、夫婦関係の状態、身体・着衣類の清潔感の是非、身体的な傷の有無）およびEPDSを用いて実施している。

この支援および調査から、EPDS高値（9点以上）の予測因子を解析したところ、産後うつ病発症の主な予測因子は、①初産であること、②精神疾患既往であること、③家族内育児方針不一致などであった。また、これらの予測因子をもつ母親に対しては、体調や育児の負担感、疲労感、育児上の悩みなどを十分に聞き取り適切な精神的支援の必要性があると報告している[31)]。

さらに、同じグループの調査研究において、EPDSを使って訪問する職種は医療職では約90％を保健師であり、その他助産師、看護師も初回訪問から要支援者の抽出、訪問支援に参加して大きな役割を担っている。彼らは精神的支援の必要な母親の抽出、そのための客観的な判断、さらにはEPDSが用いた調査で得たデータをもとにスクリーニングの標準化、今後行う支援ための研修プログラムの立案作成に参画している[32)]。

このように地域が行っている母子保健の国民運動計画「健やか親子21年」の精神的支援の取組について、間中氏は、平成13年から平成25年の12年間の産後うつ病の妊娠期からの予防的介入に関して文献的検討を行って報告している。その中でEPDS値9点以上の母親の比率が平成13年度では13.4％であったのに比べ、平成25年度では9.0％に減少したことを示し、あらためて、出産の前後において、出産についての情報提供や精神的支援を組み合わせた介入方法が、うつ病を予防する有効性が高いこと、また産前から産後3か月以降の長期的な支援が重要であると述べている[33)]。

6．終わりにかえて

今日の医療保健政策では、社会の動向に応じて疾患構造は変化するという考え方が定着し、経済的視点で疾患や障害の患者数、罹病期間、社会的損失などを分析、評価している。その評価の１つの指標が障害調整生命年（Disability Adjusted Life Year：DALYと略す）で、病気などの発生数と死亡数、障害発生または死亡年齢、障害罹患期間、障害の重さなどで規定した指標で、早死ににによる損失生存年数と障害による損失生存年数とを足して算出している。

2010年に公表された世界保健機構（WHO）の資料から我が国ではDALY値による損失生存年数の大きな疾患がうつ病で、社会的損失の大きな疾患の第一位となっている。その大きな理由が、2004年頃から患者数の急激な増加に起因している。今日では、その他に脳血管障害、自殺、認知症、統合失調症、双極性障害などがDALY値の高い上位を占めている。また、うつ病は経済協力開発機構（OECD）諸国でも最大のDALY値をもつ障害として位置付けている。さらに、うつ病を社会的要因との相関性を見た解析では、寿命・健康の損失を全体に占める比率を縦軸にとり、GDP（Gross Domestic Product：国内総生産）を横軸にとってみると、両者において明確な相関性を見出している。つまり、うつ病の患者数の増加は経済発展の速度に比例していることを示唆している。

うつ病の患者数は、1996年から1999年まではまだ横ばいであったのに対して21世紀に入ると2008年には104.1万人と９年間で2.4倍に増加している。男女別に患者数を見ると、男性よりも女性が1.7倍と高く、年齢別に見てもいずれの年齢層で女性の患者数が男性の患者数を上回っている[34)]。1999年から2008年にかけて男女別、年齢別の増加数は男女ともに30歳代の増加が最も多い。特に女性は20代から30代にかけて出産、子育てという人生で最も多難な時期にあたることを考慮すると、周産期の女性に対して医療保健政策として精神的支援を軽視することは、DALY値をさらに押し上げる可能性は高くなるのである。

日本産婦人科学会、日本周産期メンタルヘルス学会の合同会議は、子どもの虐待を引き起こす原因という観点から産後うつ病の対策として、妊娠の初診時

と出産直後に産婦人科医が中心になってメンタルチェックを実施する改善策を提示している[35)]。その内容は産婦人科を受診した妊婦への問診のために国際的に普及しているEPDSなどを活用し、産後２週目と１カ月目に実施することとし、仮に妊娠時、出産時にうつ病の危険性が高いと判断した場合には精神科医の受診を促すことを推奨し、妊産婦の精神保健医療の充実を計るために産婦人科医と精神科医の連携の重要性を述べている[36)]。しかし、産後うつ病患者の具体的な成因はさまざまで、妊娠出産の精神的な準備ができていないことや、出産後に配偶者との共同で育児する体制ができていないこと、経済的問題やその他の社会的問題を抱えていること、さらには、もともと精神障害をもち健康上の問題をもっているなど、個々に深刻な事情があり、対応は難しい。今後、妊産婦に対して自治体と医療機関との連携で、妊産婦やその家族に精神的支援を推進することは不可欠な施策である。これらの施策を行う際において支援側は患者の人権を尊重した倫理的配慮、具体的にはインフォームド・コンセントの実施およびプライバシー保護のための守秘義務が厳守されなければならない。インフォームド・コンセントの観点からは、自己決定の原則に従い、患者自らが治療法を選択あるいは拒否の意思を尊重すべきである。そのためには医療者は患者に寄り添い、実施しようとする治療法の有効性と有害性を説明する義務がある。特に、うつ病の発症が危惧されるEPDSの得点が高い妊産婦は症状の特徴から反復的な自殺念慮や自殺企図を引き起こすことが充分予想されることから、その医療行為には倫理的な配慮が極めて重要な課題であり、倫理綱領の作成が望まれる。

産後うつ病の診療と治療の課題であるが、我が国の精神科領域における治療は薬物療法と認知行動療法などの精神療法の両者を適切に使うことによって最適な治療になると考えられている。しかし、医療の現場では安易に薬物療法を選択している場合が多く、精神療法が適切に行われていない現状がある。その理由を考えてみると、第１に、日本においては精神心理学的療法に支払われる医療費が低く、医療経営として採算が取れない。第２に、うつ病患者の増加により１人の患者に対して充分な診療時間をかけることができない。第３に、抗

うつ薬を用いることである程度の治療効果が期待できるため、時間のかかる治療法は敬遠される。第４に、精神療法は薬物療法に比べ有効性についてのデータが相対的に少ない、などの課題があると考えられている。

認知行動療法は1990年代に確立れて以来、欧米ではうつ病、パニック障害、パーソナリティー障害、摂食障害などに効果が認められているが、日本では歴史が浅く、先に述べた精神療法に対する評価などもある。今後、日本において精神療法を普及していくためには、診療報酬などの改善と科学的根拠に基づいた有効性の検証とデータの集積が不可欠である。

薬物療法の問題点も幾つか挙げることができる。その１つは、有効性の評価が自覚症状によることに起因する。自覚症状は患者の認識や感覚によって幅あるいはブレがあり、一方、評価する医師においてもバイアスを生じる可能性がある。例えば、抗うつ薬とプラセボとの二重盲検比較試験において、各群の有効性に大きな開きがないという報告もある[23)]。これは服薬する被験者がどちらを服薬するか知らされてないために起こる現象とも言える。噛み砕いて述べるならば、実薬もプラセボも患者の心の持ち方が有効性の成績を左右すると言ってよい。一方、21世紀に入ってから日本の若者の間で心因性のうつ病と診断される患者が増加している。その多くは内因性のうつ病ではなく、「未熟さ」とか「わがまま」と言った要素が大きく関与していると指摘する専門家もいて、このタイプのうつ病は薬物療法の対象ではないとしている[37)]。さらに、これら新種のうつ病患者の増加と時を同じくして、新しく開発された抗うつ薬SSRIの有効性が疑問視されている。つまり、今までうつ病の患者に用いられていた三環系抗うつ薬と新薬であるSSRIの比較試験において有効性に大きな差はないとする報告[38)]も出ているのである。

うつ病治療の目標は、抑うつ症状の改善により精神的社会的な生活の質を向上することにある。このような観点からすると客観的で科学的なエビデンスに基づいた治療が求められる。その為には、新旧含めて抗うつ薬の有効性についてプラセボ対照二重盲検比較試験を含め再評価を行う必要があると考える。

もう１つの問題点は、複数の同種同効薬を用いた多剤併用処方である。日本

のうつ病のガイドライン[17]は薬物療法においてまず最初に投薬する第１選択薬が決めていない。つまり、うつ病患者は時間の推移とともに多様な症状を呈することから、用いる治療薬は患者の自覚症状の変化を考慮して試行錯誤的に選択することになり、これが多剤併用処方を作り出す原因となっている[39]。

厚生労働省は、初診のうつ病に用いている薬剤の実態調査研究を平成22年に行っている。その報告書は精神科医療機関の初診で受診したうつ病性障害を対象とした患者の初回治療の処方実態を明らかにしている。それは抗うつ薬はSSRIを中心に単剤で用いられているにも関わらず、併用される場合はスルピリド（定型抗精神病薬）やトアゾドン（抗うつ薬）が処方される一方で、抗不安薬や睡眠薬の併用も多いことを指摘している[40]。さらに、厚生労働省の自殺・うつ病等対策プロジェクトチームは、我が国の精神医療の問題として多剤大量療法に関して、「過量服薬への取組―薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて」と題して、報告書を作成している。その中で、研究班は我が国の精神科医療が諸外国に比べ同種同効であるにも関わらず抗うつ薬や向精神薬などの多種類の薬剤を処方している現状を指摘している。つまり、うつ病に対する薬物療法において他国では多剤併用率は3.4％から25％程度であるのに比べ日本では19.0％から35.9％と高い割合を示しているのである。さらに、報告書は多剤併用療法の弊害として自殺との関連性についても述べている[41]。自殺の原因の実態調査では、患者が亡くなる前に１年間に精神科または心療内科の受診歴があった50％のうち自殺時に向精神薬（睡眠薬、抗うつ薬、抗不安薬あるいは抗精神病薬）の過量服薬を行っていた例が精神科受診群の約60％を占めていた。他の調査を通して自殺関連行動で入院した155名の患者について分析した結果では、境界性パーソナリティー障害が全体の56％を占めた。自殺関連行動の具体的内容は、自己切傷41％、次いで過剰服薬が32％であった。また、これら患者の過剰服薬の経験率は76％と高いことを示している。厚生労働省は自殺予防対策に関連して、過量服薬についての対策から、薬物療法が精神科医療において欠くことができないことを留意しつつ、薬物療法のみに頼らない診療環境を整備していくこと、今後も継続して過量服薬、多剤投与に陥りやすい精神科医療全体の課題

として取組んでいくことを報告し、薬物療法の限界性を示しているのである。

産後うつ病の発症機序は周産期の女性における生理的変化と、生活環境や心理状態が大きく関わる心身相関性の病気である。うつ病を含め心の病に関する研究は、古代ギリシャやローマ時代から、精神と身体との関係で哲学的にも論じられ、その後もデカルト（1596）による「心身二元論」、スピノザ（1632）による「心身平行論」、フロイト（1856）による「精神分析学」、ベルクソン（1859）による「意識と身体の不可分性」、近年ではＶ・ｖ・ヴァイツゼッカーによる「病因論研究―心身相関の医学」などで論議されている。さらには、現代において医学的研究は遺伝子解析、分子生物学的解析を基礎とした生物学的精神医学研究方法を駆使してその実像を解明しようと試みている。臨床医学では、うつ病は心身相関性問題を考えるうえにおいて興味ある課題である。仏教思想は身体と心は分離したものではなく、色心不二あるいは心身一如という全体観として捉え、瞑想やヨーガといった治療法を生み出した。今後、産後うつ病患者の治療においては、薬物療法に頼るのではなく、心身相関を基礎とした「心と身体の健康増進」を目指す医療の確立を期待したい。

参考文献

１）子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について（第11次報告）の概要（社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会（平成27年10月）

２）梅崎みどり，富岡美佳，國方弘子：我が国の産後うつ病に関する文献の検討，山陽論叢，第19巻92-97（2012）

３）平成20年度国民生活白書，1-8，内閣府

４）毎日新聞，平成28年４月24日，２時30分配信

５）平成27年度 子供・若者白書，51-54，内閣府

６）児童虐待をとりまく諸問題の解決に向けて，日本産婦人科学会（平成27年10月21日）

７）Kitamura T, Shima S, Toda MA, Sugawara M: Comparison of different scoring systems for the Japanese version of the General Health Questionnaire. Psychopathol 26, 108-112（1993）

８）岡野禎治：妊娠・産褥期―最近の予防・介入に関する知見―日本臨床，65（９），1689-1693（2007）

９）渡邉昌祐，阿南多津：女性の不安とうつ ㈱創元社（2009）

10）大野　裕：最新版「うつ」を治す，㈱PHP研究所（2014）
11）亀井雄一：気分障害における睡眠の異常とその治療，分子精神医学５（１）6-22（2005）
12）岡野禎治：産後うつ病と育児支援，精神経誌111（４），432-439（2009）
13）Cox JL, Holden JM, Sagovsky R: Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry, 150, 782-786（1987）
14）岡野禎治，村田　信，増地　聡，他：日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票の信頼度と妥当性，精神科診断学７，525-533（2005）
15）岡野禎治：解説レポート，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―愛育ねっと（子ども家庭福祉情報提供事業）
http://www.aiikunet.jp/exposion/manuscript/9206.html
16）中村暖ら：うつ病の薬物療法，昭和学士会誌，74（６），621-627（2014）
17）大うつ病性障害・双極性障害治療ガイドライン，医学書院（2013）
18）冨高辰一郎：なぜうつ病の人が増えたのか，幻冬社ルネッサンス（2010）
19）蜂須　貢：抗うつ薬はどの様にうつ病に効果をもたらすか？―SSRIとNaSSAの比較―，昭和大学薬学雑誌，２（１），58-70（2011）
20）うつ病対策の総合的提言，日本生物学的精神医学会，日本うつ病学会，日本心身医学会，日本生物学的精神医学会誌，21（３）155-182（2010）
21）山下　洋，吉田敬子：「妊娠期における向精神薬の使用について胎児の発達学的観点からのリスクの検討」臨床精神医学，33（８），1011-1026（2004）
22）NHK取材班：NHKスペシャル，うつ病治療，常識が変わる，宝島社（2009）
23）原井宏明：「うつ、不安、不眠の薬の減らし方」，㈱秀和システム（2013）
24）内山喜久雄，坂野雄二：認知行動療法の技術と臨床，日本評論社（2009）
25）小堀　修：イギリスの認知行動療法セラピストを７年で10,000人養成する計画，千葉医学，85，93-95（2009）
26）うつ病の認知療法・認知行動療法―治療者用マニュアル，厚生労働科学研究補助金こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」
27）三上勇気：看護介入として認知・行動的アプローチ，愛知県立看護大学紀要，14，105-112（2008）
28）大野　裕：認知療法・認知行動療法の日本での現状と診療報酬への収載，週刊医学会新聞，第2880（2010年５月24日）
29）岡野禎治，：産後うつ病はマイナートラブルか？周産期医学，32，31-34（2002）
30）末継奏子，岩元澄子：産後の抑うつ予防を目的とした妊娠期からの介入の検討．Kurume University Psychological Research No.15，25-35（2015）
31）日高義彦，他：６．産後うつ予測因子の検討―こんにちは赤ちゃん事業での活用をめざして―，信州公衆衛生雑誌，７，30-31（2012）
32）近藤里栄，他：長野県におけるこんにちは赤ちゃん事業取り組みの現状，信州医誌，

59 (3) 163-175 (2011)
33) 間中麻衣子：産後うつ病の妊娠期からの予防的介入に関する文献検討，大阪医科大学看護研究雑誌，6（3），67-75 (2016)
34) 武田雅俊，神庭重信，野村総一郎：うつ病の現状と「うつ病対策の総合的提言」の背景，日本生物学的精神医学学会誌，21 (3)，177-182 (2010)
35) 児童虐待をとりまく諸問題の解決に向けて，日本産婦人科学会，児童虐待防止のための女性支援委員会（平成27年10月21日）
36) 妊産婦メンタルヘルスに関する合同会議2015報告書，日本産婦人科学会，日本産婦人科医会，日本周産期メンタルヘルス学会（平成27年10月27日）
37) 中嶋　聡：新型うつ病のデタラメ，㈱新潮社（2012）
38) 外ノ池隆史：うつ病治療の危機―日本のうつ病の現状とこれから―，愛知学院大学心身科学部紀要，第10号9-20 (2014)
39) 厚生労働省「精神医療の質の向上について―抗うつ薬多剤併用の実態調査」，第22回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会，平成22年８月６日（資料１）
40) 中川敦夫，菊池俊暁：初診のうつ病患者における投与薬剤の実態調査研究，平成22年度厚生労働科学研究費，特別研究事業，向精神薬の処方実態に関する国内外の比較研究分担研究報告書
41) 厚生労働省「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」，過量服薬への取組―薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて―（平成22年９月９日）