

総論 4-1

自殺念慮のある妊産婦への対応
危機対応と心理社会的評価

要約

周産期には、問診・面接のなかで、妊産婦が自殺念慮やその可能性を有していることがわかることがある。自殺念慮があるからといって自殺に直結するわけではないが、妊産婦に自殺念慮を認めた場合、自殺のリスクを過小評価することなく、妊産婦の心理社会的状況を確認し、支援を検討する必要がある。

自殺の危険因子・保護因子に留意してかわかることは、自殺念慮を認める人の早期発見・早期介入に有益である。

妊産婦に自殺念慮が疑われる場合、次を行うよう努める（産・精はそれぞれ産科医療機関・精神科医療機関で検討するとよいことを指す。*は医療機関の人的リソースで可能ならば対応を検討するとよい場合を指す）。

- I. 危機対応（メンタルヘルス不調に至った事情の確認を含む）（産*・精）
- II. 心理社会的評価（自殺念慮の確認を含む）（産*・精）
- III. 保健機関などと連携しつつケース・マネージメントを検討する（産*・精）
（総論 4-2「ケース・マネージメント」を参照）

産科における妊産婦健診の場で行われる問診のみで自殺念慮を正確にアセスメントし、さらに自殺企図を予見することは実際には困難なことが多く、可能であれば精神科医療機関などと適宜連携しながら慎重に対応する。

問診では自殺念慮のアセスメントをするうえで自殺企図歴の有無の確認は重要である。自殺企図の予見性は精神科の診察においても困難ではあるものの、自殺企図歴のある妊産婦については企図歴のない妊産婦以上に自殺のリスクに留意して慎重に対応する。

エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）の項目 10（「自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた」）で陽性の結果（海外の研究では、回答 0「まったくなかった」、1「めったになか

った」、2「時々そうだった」、3「はい、かなりしばしばそうだった」のうち、回答2、3を「自殺念慮あり」としているものがある)から、自殺念慮が疑われることがある。しかし、日本では項目10の結果からどの程度自殺念慮を判断できるか、どの回答を「自殺念慮あり」とすべきかについての十分なエビデンスはなく、また、項目10の結果だけで自殺念慮の有無を判断することはできないものの、自殺念慮を把握するきっかけになりうる。

解説

妊産婦の自殺と自殺念慮

英国の Maternal, Newborn and Infant Clinical Outcome Review Program (Mothers and Babies: Reducing Risk through Audits and Confidential Enquiries across the UK: MBRRACE-UK) における 2014 年から 2016 年の統計によれば、妊娠中から産後 6 週間の死因の第 3 位 (死亡率 10 万人中 2.8 人)、産後 6 週から産後 1 年間の死因の第 2 位 (10 万人中 4.2 人) が自殺であり、産後 6 週間から 1 年間の母親の死亡の約 4 分の 1 が自殺であることがわかっている⁵⁾。また、死因として、飛び降りや縊首が多く、過量服薬が少ないというように、一般の女性の自殺企図とは性質が異なる。東京都監察医務院の調査¹²⁾では、自殺で死亡した妊産婦が東京 23 区で 2005 年～2014 年の 10 年間で計 63 人に上った。国内外とも、妊産婦の自殺は周産期死亡のなかで非常に重要な要因であり、妊産婦の自殺対策が望まれる。

自殺念慮は、死ねたらいいあるいは死にたいと思ったり、死ぬことを計画したりする気持ちや考えを表す。自殺念慮は、ふと頭に思い浮かぶものから、頭のなかで自殺することについて占められるもの、詳細まで計画するものなどさまざまである。また、いろいろな精神障害が自殺念慮を引き起こすことがある。自殺念慮があるからといって自殺に直結するわけではないが、妊産婦に自殺念慮を認めた場合、自殺のリスクを過小評価することなく、妊産婦の心身社会的状況を確認し、支援を検討する必要がある。

妊娠中・産後のメンタルヘルスの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)^{2,13)}を実施し項目 10 が陽性となった場合、自殺念慮の存在の可能性を考え慎重に評価を

進める。また、問診や面接・ケアのなかで自殺念慮が表出されることがある。妊産婦自身が自殺念慮を自らは語らないが、症状や様子から推察され、本人に尋ねるなかで明らかになることもある。

本項では妊産婦に自殺念慮を認めた場合の一般的な対応方法について述べる。ただし、自殺念慮を認める妊産婦に対応する精神科医療のリソースや周産期メンタルヘルスケアにおける医療・保健・福祉の連携体制は地域によって異なり、リソースや体制により自殺念慮を認める妊産婦への対応が非常に困難な地域もある。地域特性についても留意したうえで可能な対応を検討する。

(以下、産・精はそれぞれ産科医療機関・精神科医療機関で対応を検討するとよいことを指す。*は医療機関の人的リソースで可能ならば対応を検討するとよい場合を指す。)

1. 危機対応 (メンタルヘルス不調に至った事情の確認を含む) (産*・精)

自殺を願う人は、もはや自分の力ではどうにも状況を変えられないという絶望感と無力感にとらわれ、自殺以外の解決策がみえなくなる心理的な視野狭窄に陥るなかでいっさいの意識活動を終焉させることで問題解決をはかろうとする^{7,15)}。

自殺念慮を認める妊産婦とのかかわりとして何よりも重要なのが、スタッフとの良好な関係性の構築である。スタッフが自殺念慮の危険を感じた場合には、なるべく早い段階から、その気持ちに共感し傾聴することが重要である。ケアする側のそのような雰囲気・態度から、妊産婦は自らの自殺念慮を「この人なら打ち明けてもよい」という気持ちになりうる。

自殺念慮を認める妊産婦のなかには、スタッフに対し、攻撃的に接してくる人もいます。本人のそのような態度・行動の背景に“死にたくなるほどつらい”気持ちがあり、またその気持ちの背景には何らかの事情があることを念頭に置き、その気持ちに寄り添って今の問題をどのように解決していけばよいかを一緒に考えていく。

自殺念慮を認めた場合の接し方として「TALKの原則」がある¹⁶⁾。自殺念慮を認める妊産婦への対応においても有益と考えられる。

TALKとは、Tell（伝える）、Ask（尋ねる）、Listen（聴く）、Keep safe（安全を確保する）の頭文字をとったものである。

Tell（伝える）：自殺念慮を語った本人に対し、自分の気持ちをはっきりと伝える。

(例)「いまのあなたのことがとても心配です」「死んでほしくないです」など。

Ask（尋ねる）：「死んでしまいたい」という気持ちについて率直に尋ねる。

(例)「どんなときに死にたいと思いますか」

Listen（聴く）：死にたくなるほどつらい気持ちを傾聴する。そのような気持ちに追い込まれているつらい状況や気持ちを理解し共感する。しっかりと傾聴するならば、自殺について話すことは危険ではなく、予防につながる⁷⁾。

Keep safe(安全を確保する)：自殺の危険が考えられたら、孤立させないようにして寄り添い、また、周りの人から適切な援助を求められるよう支援する。自殺念慮を認める妊産婦への対応においては、家族とりわけ児の安全確保についても考える必要がある。

II. 心理社会的評価（自殺念慮の確認を含む）

(産*・精)

自殺念慮はしばしば秘匿されることを念頭に、当事者の表情や言動を注意深く観察することも大事である。また、自殺念慮の代理表現、例えば、“いなくなってしまうたい”、“消えてしまいたい”、“眠り続けたい”などの表現にも注意を向けなければならない。このような気持ちにまで追い込まれてしまった背景には、多くの場合、そもそもその元となった原因（親族・家庭内の問題、経済的な問題、職業上の問題、対人関係の問題など、さまざまな生活上の問題）、心理的負担がある。危機対応において当事者の事情は聴くとしても、いくつもの事情が折り重なっていることも多

く、ここでその内容を詳しく確認することが、その後のケース・マネージメントを展開していくうえでとても重要となる。また、EPDSを実施していない状況で、精神的不調から自殺念慮が懸念される場合、下記のように睡眠や食欲の質問から始めて自殺念慮を確認するのもよい¹³⁾。産科が心理社会的評価を行う場合、可能であれば精神科と一緒に検討するとよい。

①睡眠についての質問

「夜眠れなくてしんどいことはありますか？」

もし「はい」と答えるようであれば、次のようなEPDSの項目7のような内容の質問をするとよい。

「つらい気持ちでいろいろなことを考えて、眠れないことはありましたか」

眠れなくて、心身ともに疲弊しているようであれば、うつ病の二大症状（持続する抑うつ気分、持続する興味または喜びの喪失）について質問する。

「眠れた感じがしていなくて、何かをやろうという気持ちが出なかつたり、何をやっても楽しいと思えなかつたりするようなことはありませんか」

ここで「はい」と答えるようであれば、持続する興味または喜びの喪失があると考えられる。

あわせて、「1日中気持ちが沈んでいることはありますか」「それはどのくらい続いていますか」と質問することで、持続する抑うつ気分を確認できる。

②食欲についての質問

「食欲はどうですか」と聞き、「あまりありません」などとネガティブな答えがあれば、「以前のようにおいしいものをおいしいと感じることができますか？」「あるいはおいしいものを食べたいと思いますか」といった質問を加えると、食欲の話題から、興味または喜びの喪失といったうつ病の症状について確認することができる。

「持続する抑うつ気分」について確認したあと、うつ病が疑われる状態と考えられれば、そこから、さらに、自責感について聞いていくとよい。自責感については、EPDSの項目3の内容を聞くとよい。「物事がうまくいかないとき、自分を不必要に責めるようなことはありましたか？」

以上のようなやり取りをもとにうつ状態の有無を判断する。そこでうつ状態が疑われるようであれば、妊産婦に対してうつ状態に至った事情や悩み事を丁寧に聴き取り、次いで、自殺念慮の有無について「つらくてしょうがなくありませんか」と聞き、「はい」と答えるようであれば、「そういうとき気持ちが追い詰められて、死にたくなる

ようなことはありますか」などと聞くことで、確認するのもよいであろう。

1. 自殺の危険因子・保護因子に留意したかわり

(産*・精)

自殺の危険因子・保護因子に留意してかわることは、自殺念慮を認める人の早期発見・早期介入に有益である^{8,9)}。世界保健機関 (World Health Organization : WHO) による自殺予防の公衆衛生活動によれば、自殺についての個人の危険因子として、過去の自殺企図、精神障害、アルコールや他の物質の有害な使用、失業もしくは経済的損失、絶望、慢性疼痛と疾患、自殺の家族歴が挙げられている¹⁸⁾。また、保護因子としては、家族やコミュニティの支援に対する強い結びつき、問題解決・紛争解決・不和の平和的解決のスキル、自殺を妨げ自己保存を促すような個人的・社会的・文化的・宗教的な心情、自殺手段へのアクセス制限、精神的・身体的疾患の良質なケアに支援を求めることやアクセスしやすいこと、などがある¹⁸⁾。

危険因子を減らし、保護因子を増やしたり強化したりすることが自殺予防に有効とされている^{6,11)}。

2. 自殺念慮の評価 (産*・精)

産科の問診で自殺念慮を正確にアセスメントし、自殺企図を予見することは困難なことが多いが、自殺念慮がある場合、どの程度の強さかを確認する⁹⁾。例えば「死にたくなることはありますか」「もういなくなっていきたいと思うことはありますか」などとさらに尋ねるとよい。自殺念慮を認めた場合、その計画性についても聞く必要がある⁹⁾。自殺をいつ、どこで、どのようにするかなど具体的に考えている場合には、自殺の危険が高いと判断する。また、自殺念慮を否定している場合でも、自殺の危険因子を認めた場合は自殺のリスクが高いと判断される場合もある。自殺企図の予見は精神科の診察においても困難ではあるものの、自殺企図歴のある妊産婦については企図歴のない妊産婦以上に自殺のリスクに留意して慎重に対応する。

3. 自ら語ることはないが自殺念慮のあるとき (産*・精)

自殺念慮が強くても、EPDS などのスクリーニングや面接などで必ずしも明らかになるとは限らない。英国の MBRRACE-UK では、下記のような精神症状を「red flag」として、緊急の精神科のアセスメントが必要としている⁵⁾。

①精神状態が最近著しく変化したか、新しい症状が急激に

出現した

②自傷行為の考え、または行動が出現した

③母親として自信がないと言い出したり絶えず言ったりしていること、児を嫌がるそぶりがあること

自ら自殺念慮を語らなくても、①、②、③がある、または推察される場合は、自殺念慮について確認するとよい。

上記のアセスメントで浮かび上がった問題について、それぞれ対応法を考える。

4. 非自殺性自傷の気持ちについて (産*・精)

自殺念慮は特に問題ないものの自分を傷つけたいくなる非自殺性自傷の気持ちが強いこともある。自傷行為は、明らかな自殺の意図なしに、非致死性の予測をもって、故意に軽度の損傷を直接に身体表面に加える行為である¹⁷⁾。自傷をしたい人は、間歇的・断続的な苦痛がある状況でそのような不快な意識状態を短期間だけ変化させ、混乱した意識状態の再統合を意図して自らを傷つけたいという気持ちになっていると考えられる^{7,17)}。非自殺性自傷を有する妊産婦に対しては、自傷をやめるように無理に説得することを控え、援助希求行動を支持し、エスカレートに対する懸念を伝え、スタッフが感情的にならずに冷静に本人と接するとよい⁷⁾。そして自傷を「やめられない」ということ自体が治療したほうがよい精神症状であることを本人に説明し、精神科医療に相談することを勧めるとよいであろう。

5. EPDS で自殺念慮が疑われるとき (産*・精)

産後うつ病に対するスクリーニング検査である EPDS は 10 個の質問項目からなっているが、その項目 10 に「自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた」という質問がある。この質問は、自殺念慮を反映するとされている³⁾。項目 10 が陽性 (海外の研究では、回答 0「まったくなかった」、1「めったになかった」、2「時々そうだった」、3「はい、かなりしばしばそうだった」のうち、回答 2, 3 を「自殺念慮あり」としているものがある^{1,3)}) であれば、その結果を踏まえてさらに自殺念慮についてのアセスメントを行い対応するとよい¹⁰⁾。しかし、日本では項目 10 の結果からどの程度自殺念慮を判断できるか、どの回答を「自殺念慮あり」とすべきかについての十分なエビデンスはないものの、自殺念慮を把握するきっかけになりうる。EPDS の回答内容については、本人が必ずしも本当のことを回答しているとは限らないし、回答の正確さについては質問紙法の限界がある。

III. 保健機関などと連携しつつケース・ マネージメントを検討する (産*・精)

詳細は総論 4-2「ケース・マネージメント」を参照されたい。

現時点の課題、今後の研究に向けて

本項では自殺念慮の危険因子・保護因子を取り上げたが、これらは一般成人の自殺念慮についてのものであり、妊産婦についてのものではない。自殺念慮を認める妊産婦について、どのような危険因子・保護因子があるかについては報告が乏しい。また、妊産婦の自殺念慮をどのように把握し、対応するかについては、EPDSの項目10の利用の仕方を含め、十分なエビデンスはない。今後、日本の周産期医療におけるエビデンスの確立が望まれる。

周産期メンタルヘルスケアのリソースや地域の連携体制により、現時点では本項のような対応が実施困難なことがあるかもしれないが、今後このような方策を自殺念慮のある妊産婦への対応において留意し実施していくとよいであろう。

文献

- 1) Bodnar-Deren, S., Klipstein, K., Fersh, M., et al. : Suicidal ideation during the postpartum period. *J Womens Health (Larchmt)*, 25 (12) ; 1219-1224, 2016
- 2) 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
- 3) Howard, L. M., Flach, C., Mehay, A., et al. : The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care : findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11 ; 57, 2011
- 4) Knight, M., Nair, M., Tuffnell, D., et al. : Saving Lives, Improving Mothers' Care : Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2013-15. 2017 (<https://allcatsrgrey.org.uk/wp/download/obstetrics/MBRRACE-UK-Maternal-report-2017-FINAL.pdf>) (参照 2021-06-25)
- 5) Knight, M., Bunch, K., Tuffnell, D., et al. : Saving Lives, Improving Mothers' Care : Lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2014-16. University of Oxford, Oxford, 2018
- 6) Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., et al. : The world report on violence and health. *Lancet*, 360 (9339) ; 1083-1088, 2002
- 7) 松本俊彦 : もしも「死にたい」と言われたら—自殺リスクの評価と対応—. 中外医学社, 東京, 2015
- 8) 日本自殺予防学会監, 国立研究開発法人日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業 (精神障害分野)「精神疾患に起因した自殺の予防法に関する研究」研究班編 : HOPE ガイドブック—救急医療から地域へとつなげる自殺未遂者支援のエッセンス—. へるす出版, 東京, 2018
- 9) 日本臨床救急医学会総監, 日本臨床救急医学会「自殺企図者のケアに関する検討委員会」監, PEEC ガイドブック改訂第2版編集委員会編 : 救急現場における精神的問題の初期対応 PEEC ガイドブック 改訂第2版—多職種で切れ目のない標準的ケアを目指して—. へるす出版, 東京, 2018
- 10) 日本周産期メンタルヘルス学会 : 周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2017. p.20-27, 2017 (http://pmhguideline.com/consensus_guide/cq01-20.pdf) (参照 2021-06-25)
- 11) Office of the Surgeon General, National Action Alliance for Suicide Prevention : 2012 National Strategy for Suicide Prevention : Goals and Objectives for Action : A Report of the U. S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention. US Department of Health & Human Services, Washington, D. C., 2012
- 12) 岡井 崇 : 妊産褥婦の自殺—東京都の集計及び概略分析—. 厚生労働省 : 新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会 (第3回) 資料. 2017 (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo/kyokushougai/hokenfukushibu-Kikakuka/0000149769.pdf>.) (参照 2022-03-17)
- 13) 岡野禎治, 村田真理子, 増地総子ほか : 日本版エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性. *精神科診断学*, 7 (4) ; 525-533, 1996
- 14) 尾崎紀夫 : 不眠の訴えからうつ病診療へ—一般診療における留意点—. *日経メディカル*, 3 ; 132-133, 2005
- 15) Shea, S. C. : The Practical Art of Suicide Assessment : A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors. John Wiley & Sons, Washington, D. C., 1999
- 16) Tanney, B. L., Ramsay, R. F., Lang, W. A., et al. : Safetalk : development of brief skills training in suicide intervention. *Psychiatr Danub*, 18 (Suppl 1) ; 94-95, 2006
- 17) Walsh, B. W., Rosen, P. M. : Self-Mutilation : Theory, Research, and Treatment. Guilford Press, New York, 1988
- 18) World Health Organization : Public health action for the prevention of suicide : a framework. 2012 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf) (参照 2021-06-25)