

急激な精神状態悪化により産院退院翌日に自殺に至った一例

三枝 資枝・松本 良・久保 倫子・伊賀 美穂
木村 吉宏・江口 勝人・金重恵美子

岡山中央病院 産婦人科

Case of a woman who committed suicide the day after discharge from hospital because of sudden deterioration of psychological condition

Yorie Mieda・Ryo Matsumoto・Rinko Kubo・Miho Iga
Yoshihiro Kimura・Katsuto Eguchi・Emiko Kaneshige

Department of Obstetrics and Gynecology, Okayama Central Hospital

産褥期に発症し重症となり得る精神疾患として産後うつ病、産褥精神病があるが、この度、産後に突然精神状態が悪化し退院翌日に自殺に至った症例を経験したので報告する。症例は35歳 経産婦。精神的な基礎疾患はなく、精神科通院歴もなかった。妊娠40週0日、正常経膈分娩となった。産褥3日目夜間に「赤ちゃんがどこかに連れ去られるのではないか」などの発言がみられた。しかし錯乱状態ではなく、落ち着いた様子であった。過去の分娩時も同様の不安感があったが自然軽快したとのことであった。夫と相談され、不安感が強いと早めに自宅で過ごしたいという希望であったため、夫・実母のサポートを得た上で通常より1日早い退院を許可した。この時点で心療内科の受診を勧めたが了承されず、産褥3日目に退院された。翌日来院予定であったが受診予定時間になっても来院がないため電話連絡したところ電話はつながらず、自らの胸を刺して救急要請されている最中であることが判明した。その後高次医療施設に救急搬送され、死亡確認された。産褥期の精神障害はマタニティブルーズ、産後うつ病、産褥精神病に大別される。中でも産褥精神病は稀で重症な疾患である。産褥精神病の急性期の症状として自殺は一般的ではないが、産後うつ病では自殺のリスクが高い。産後うつ病と産褥精神病は明確な区別が難しいこともあり、急激な精神状態の変化や自殺、嬰兒殺しが起こりえることを念頭において対応する必要がある。産婦人科医が精神科疾患の診断をすることはできないが、危険な症状を認識し、緊急性を判断し、必要時に速やかに精神科に紹介することが必要である。そのためには産科と精神科が日頃からの連携が重要である。

Puerperal psychosis is a severe disorder that occurs during the postpartum period. We report the case of a patient who suddenly developed puerperal psychosis or postpartum depression and committed suicide the day after discharge. The patient was a 35-year-old multiparous woman. She had no history of visiting a psychiatrist. Three days after vaginal delivery, she said, "I'm afraid my baby will be taken away somewhere." Because she was very anxious, she wanted to stay at home as soon as possible, and with the support of her husband and mother, she was discharged on the third day of puerperium. We recommended a psychosomatic consultation; however, the patient did not agree. She was scheduled to visit the hospital the next day but did not arrive. She had stabbed herself in the chest and was transported to the hospital, where she was confirmed dead. Although suicide is not a common acute symptom of puerperal psychosis, patients with postpartum depression have a high risk of suicide. It is difficult to distinguish between postpartum depression and puerperal psychosis. We must recognize dangerous symptoms, determine their urgency, and promptly refer patients to psychiatrists when necessary.

キーワード：産褥精神病、産褥期精神障害、自殺、産後うつ病、妊産婦死亡

Key words：puerperal psychosis, postpartum mental disorders, suicide, postnatal depression, maternal mortality

緒 言

産後の女性は出産というイベントを終え、ホルモンの大きな変動を受ける。さらに新生児育児という昼夜を問わない生活が始まることで、心身に新たな負担がかかる。そのような産褥期には特有の精神疾患を発症し得る。一方で、妊産婦死亡の原因として自殺の割合は近年高くなっており、精神疾患を有する場合は自殺リスクも

高くなると考えられる。自殺につながり得る産褥期の精神疾患として産後うつ病と産褥精神病が挙げられるが、この両者は明確に区別することはできずそれぞれの病態を移行することもある。

この度、妊婦健診中・入院中から予期することができず、産院を退院した翌日に急激な精神状態悪化から自殺に至った一例を経験した。本症例は後に心療内科医より、産褥精神病、あるいは激烈に発症した産後うつ病の

可能性があるとの診断となった。反省と再発防止の願いを込めて考察する。

症 例

35歳 経産婦

妊娠分娩歴：G5P5 第1子～第4子は全て他院で正常経膈分娩。第5子(今回分娩)40週1日 男児(詳細下記)

既往歴：特記事項なし

現病歴：夫と、第1子～第4子(10歳, 8歳, 7歳, 5歳)との6人暮らし。自然妊娠にて第5子妊娠成立。妊娠初期から当院で妊婦健診を行っていた。妊娠初期の間診で、心療内科・精神科の受診歴はなかった。妊娠中は身体的合併症なく経過した。精神的にも特記すべき変化は認めなかった。妊娠40週0日、前期破水・自然陣痛発来のため入院された。後方後頭位であり分娩はやや停滞したものの徐々に進行し、3320gの男児をApgar score 1分値9点, 5分値10点, 10分値10点で娩出となった。分娩所要時間6時間2分, 出血600ml(羊水込み), 膈壁会陰裂傷は認めなかった。

分娩後は身体的合併症なく経過した。通常通りの分娩後ケアが行われ、担当医師・スタッフは、患者の精神的な特段の変化は認識しなかった。

産褥3日目深夜2時頃、スタッフに対し、「赤ちゃんがどこかに連れ去られるのではないかと、違う子と入れ替わっているのではないかと気になって眠れません。産まれたらすぐにネームバンドを付けてくれているし、スタッフが何かするとかは考えてもいません。夫に似ているから自分の子だと冷静に思う自分もあります」との発言があった。また、第1子の時にも同様に不安になったものの一過性で自然軽快し、第2子～第4子の時は何もなかったとも語られた。自身で夫と相談され、自宅で過ごしたいとのことで、夫・実母のサポートを得た上で早期退院を希望された。口調は穏やかで笑顔もあり特に混迷した様子もなかったため、この時点ではスタッフが訴えを傾聴し、深夜でもあったことから翌朝に病棟担当医に報告する予定とした。翌朝、疎通は良好で表情は明るく全身状態も良好なため退院許可となり、産褥3日目午前中に退院の方針となった。この時点で心療内科受診を勧めたものの希望されなかったため、嚴重に注意した状態での退院とし、新生児黄疸の確認、先天性代謝異常スクリーニング採血、母の精神面の確認目的に翌日受診を指示した。しかしながら翌日、受診予定時間になっても来院がないため電話連絡したところつながらず、夫に連絡したところ、自らの胸を刺して救急要請されているとのことであった。その後高次医療施設に救急搬送され、死亡が確認された。

考 案

産褥期の精神障害は「マタニティブルー」「産後うつ病」「産褥精神病」に大別される。産褥精神病は500～1000出産に1例の発症頻度とされており、稀な疾患である。一般的には妄想と幻覚を伴う状態であるが、症状が多岐にわたるため精神科専門医であっても診断が困難なこともあるとされる¹⁾。臨床症状は様々で重症度も著しく変化することが知られており²⁾、我々産婦人科医が突然に遭遇すると対応に苦慮する。産褥精神病の症状は幻覚、妄想、支離滅裂な知覚障害、注意力や集中力に欠けた意識混濁や失見当識、困惑、情動不安定、抑うつ気分、多幸、不安、焦燥感など多岐にわたる^{3,4)}。リスク因子として初産婦、双極性障害の既往歴、双極性障害の家族歴が指摘されている¹⁾が、精神症状の既往やライフイベントとの関連がほとんど認められないとの報告もあり³⁾⁵⁾、病前から発症を予測することも困難である。適切に介入し精神科入院・治療を行えば寛解に至り予後は良好であるが、次回妊娠時半数が再発するという報告もある¹⁾。産褥精神病と自殺の直接の関連についての文献は少ないが、Brockingtonの報告では自殺は急性期の精神興奮状態の状態における一般的な症状ではないとされている。しかしうつ状態となれば自殺リスクは高い⁶⁾。

産褥期の3つの精神障害はそれぞれの病態を移行することもあるため、自殺に対する嚴重な注意が必要であることには変わりはない。また、産褥精神病を発症すると本人の生活は破綻し育児困難となり、嬰兒殺しにつながることも懸念される。嬰兒殺しも自殺と同様に産褥期精神病単独の状態であれば一般的ではないが、うつ状態を合併するとリスクが上昇するとされる⁶⁾。

日本産婦人科医学会の「母体安全への提言2023」⁷⁾によれば、解析を始めた2010年から2023年までの14年間の妊産婦死亡原因のうち1位は産科危機的出血で18%を占める。2位の頭蓋内出血・梗塞(14%)、3位の心肺虚脱型羊水塞栓症(11%)に次いで自殺は4位の10%(59例)であった。

一方で、年次推移でみると、2020年からの3年間では自殺が産科危機的出血による死亡の比率を超え、2020年8例(26%)、2021年8例(22%)、2022年9例(23%)で死因の最多を占めていた。2023年は5例(16%)で、頭蓋内出血・梗塞(6例・19%)の方がわずかに多かったが、依然として自殺は近年の妊産婦死亡原因の多くを占めているといえる。

「母体安全への提言2022」⁸⁾によると、妊娠中から産褥1年未満のどの時期に自殺が多いかはまだ明らかではない。また、妊娠前に精神科疾患の診断がついていた事例は妊娠中の自殺のうち13例(59%)、産褥期の自殺の

うち16% (50%) であり、妊娠前に精神疾患がなくても自殺する妊婦は一定数存在することがわかる。さらに、同提言内では自殺の予見は難しいことも記されている。妊産婦の自殺の54例中、院内発生が6例 (11%) 存在する。また、精神科最終受診から7日以内の自殺が最も多く12例 (40%) ある。さらにそのうち半数が2日以内で自殺に至っており、精神科医であっても自殺の予見は困難であることがわかる。

我々産婦人科医にとっては精神疾患の重症度を見極めるのは精神科医よりもさらに難しい。明らかに異常といえる言動が見られれば危険と判断できるが、本症例でも夜間の言葉に違和感を覚えたものの、自責感の訴えもなく冷静な一面も窺えたため、事前に自殺のハイリスクと捉えることはできなかった。振り返ってみると、「赤ちゃんがどこかに連れ去られるのではないかと気になって眠れません」という発言は子どもに対する不自然な不安と不眠という症状であるが、疎通も良好であったことから精神科の発症と考えることはできなかった。第1子分娩時にも同様の不安感があったというエピソードについても、自然に軽快したという経緯から軽視した形となった。そして早期退院についても夫の理解が得られたため許可した結果、夫の見ていないところで不幸な転帰を辿ってしまった。産褥精神科の症状は多岐にわたり専門医であっても診断が容易ではないということからも、我々産婦人科医にできることとして「違和感のある言動」という時点で精神疾患発症を念頭に入れて対応することが必要であると痛感した。

本症例では担当したスタッフの精神的なダメージも強く、心療内科医師に相談の上で、グリーンケアの意味も込めて適切な時期に心療内科医師と病棟スタッフと共に症例の振り返りを行った。心療内科医師の見解は以下であった。「本症例は産褥精神病もしくは激烈に発症した産後うつ病と思われる。しかしこの二つは明確な区別が難しい部分もある。うつ病の場合は縊頸や飛び降りの方が有り得る自殺の手段だが、自身の胸を刺すというのはかなりの強烈な衝動であったと推察される。」そして、「母体安全への提言2022」と同様に「精神科医であってもこのようなケースでの自殺の予見は非常に難しい」とのことであった。

また、心療内科を受診していないため家族歴や成育歴が十分聴取できていないが、35歳という年齢で短い間隔で5人もの児を出産しているということも、家事育児負担や経済状況に問題はなかったか心配される点と指摘された。本人が死亡しているため事実を確認することはできないが、児はその後、夫と親族の協力を得て養育されており、当院スタッフが電話訪問した際は、ご家族から特に不安や育児困難の訴えはなかった。

本症例のように事前にハイリスクと認識できなかった例から精神疾患悪化をきたす例があることから、「母体安全への提言2022」で述べられているように、全ての妊婦を対象とした「ポピュレーションアプローチ」が必要であると考えられる。当院でも2週間健診、1カ月健診でEPDSを活用しており、高得点であった場合や点数に関わらず気になる様子があった場合は助産師が十分に面談し、必要に応じて医師に報告、心療内科に紹介や地域の保健師への報告を行っている。また、本症例以降はEPDSを入院中にも評価することとした。スタッフの訪室時や授乳室での授乳時に気になる言動があった褥婦に対してスタッフがEPDSで評価を行い、高得点や自傷の恐れがあると判断する評価であった場合は速やかに医師に報告する体制とした。これにより「様子が気になる」ことに対して客観的な指標はできたが、EPDSは産後うつ病のスクリーニングにすぎず、カットオフ値 (9点) も産後4週目における値⁹⁾ であることから、値のみで精神疾患の発症や自殺を予知・予防することは困難である。また、自己記入式であり状況によっては点数を低く記載する可能性もあるため、やはり医療者が総合的に判断することが重要である。

さらに、妊娠初期検査の際、助産師による問診をより丁寧な時間をとって行うように体制を作った。これにより、診察室内で十分聴取することが困難である患者背景について、把握しやすくなった。

また、該当症例があれば心療内科医師を交えてカンファレンスを開き、普段から顔が見える関係としてコミュニケーションをとることができる体制を構築した。しかし限りある診療枠であり、必要な時にすぐに予約を取るのには困難であることも多い。新たに週1回院内に心療内科の非常勤医師による外来が開設されたため、そちらへの紹介、さらに必要時には病棟への往診も依頼しており、重症化の判断や精神科的なサポートはより得られるようになってきた。しかしいずれも非常勤医師による対応であり休日・夜間の緊急対応は難しく、課題は残る。緊急時には多くの他施設同様に精神科救急対応窓口連絡をとり、輪番病院に受け入れをお願いすることとなる。また当院から車で20分程度の距離に岡山県下の精神科救急を担っている医療機関があり、緊急性があると判断した症例においては対応をお願いすることもある。しかし、県下の精神科救急を一手に担う施設の過剰な負担になることも危惧される。一方で重症疾患の見逃しも避けねばならず、その判断は容易ではない。

今回、急激な精神状態悪化により退院翌日に自殺に至った一例を経験した。どのように厳重に管理をしても避けられない自殺もあるかもしれないが、産褥精神病や産後うつ病は急激な経過をたどり得ることを念頭にいれ、言動の違和感に気づくように留意する必要がある。

また必要時にスムーズに精神科に紹介できるよう日頃から院内外で多部署・多職種で連携をとり、不幸な転帰をたどる症例を1例でも減らしたいと強く感じた症例であった。

文 献

- 1) 岡野禎治. 周産期医療における精神科緊急事態—産褥精神病の場合—. 日周産期メンタルヘルス研究会誌 2019; 5: 3-6.
- 2) 岡野禎治. 産褥期の急性精神病の特徴について. 精神救急 2013; 16: 42-46.
- 3) 佐々木佳子, 川西貴之, 大道千晶, 根津優子, 平松祐司, 徳毛敬三. 産褥2日目に発症した産褥精神病の1例. 現代産婦人科 2021; 70: 87-92.
- 4) 岡野禎治. 周産期の精神障害—産褥期を中心に—. 睡眠医療 2012; 6: 431-437.
- 5) 武藤仁志, 竹内崇. 産褥期精神病の妊婦・授乳婦への治療. 医のあゆみ 2018; 266: 528-532.
- 6) Brockington I. Suicide and filicide in postpartum psychosis. Arch Womens Ment Health 2017; 20: 63-69.
- 7) 妊産婦死亡症例検討評価委員会, 日本産婦人科医会. 母体安全への提言2023 vol. 14. https://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2023/10/botai_2023.pdf [2025.02.06]
- 8) 妊産婦死亡症例検討評価委員会, 日本産婦人科医会. 母体安全への提言2022 vol. 13. https://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2023/01/botai_2022.pdf [2025.02.06]
- 9) 日本精神神経学会, 日本産婦人科学会. 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. 2020, https://fa.kyorin.co.jp/jspn/guideline/sALL_s.pdf [2025.02.06]

【連絡先】

三枝 資枝
岡山中央病院産婦人科
〒700-0017 岡山市北区伊島北町 6-3
電話: 086-252-3221 FAX: 086-252-1700
E-mail: mieda_y@kohjin.ne.jp