

地域で支える母子と家族のメンタルヘルス

菊地紗耶¹⁾、佐野ゆり²⁾、小澤千恵³⁾、平野秀人⁴⁾、小林奈津子⁵⁾、
本多奈美⁵⁾、松岡洋夫⁵⁾

キーワード：1. 母子保健 2. 周産期メンタルヘルス 3. 多職種連携 4. 子育て支援 5. 特定妊婦

Key words：1. Maternal and child health 2. Perinatal mental health 3. Multidisciplinary team working 4. Child care support 5. Specified expectant mother

抄 録

周産期におけるメンタルヘルス支援は、妊娠期および産後の母親のメンタルヘルス支援だけでなく、子どもの健全な身体的情緒的発達や、夫婦や親子といった家族関係の問題まで幅広い支援が求められている。地域母子保健や産科医療機関におけるスクリーニングは全国的に浸透してきているが、今後はそのスクリーニングを生かすために、その後のアセスメントと支援の質の向上がより重要になる。母子保健担当者や助産師等によるアセスメント能力の向上、支援技術の充実、更に必要な妊産婦に適切な精神科医療を提供するという一連の流れを全国的に実施できるような体制が必要である。各地域で積極的に取り組んでいる母子のメンタルヘルス支援の実践を生かし、今後は日本の医療保健福祉の資源に見合った、体系だった支援体制の構築という次の段階に進む時期である。

1. はじめに

周産期におけるメンタルヘルス支援は、妊娠期および産後の母親のメンタルヘルス支援だけでなく、子どもの健全な身体的情緒的発達や、夫婦や親子といった家族関係の問題まで幅広い支援が求め

本論文の内容は第19回日本精神保健・予防学会学術集会以シンポジウム3（2015年12月12日、仙台国際センター、座長 菊地紗耶（東北大学病院）、小林奈津子（東北大学大学院医学系研究科）として発表したものを中心にまとめた。

Perinatal mental health services for mother, child and family in the community

KIKUCHI Saya, SANO Yuri, OZAWA Chie, HIRANO Hideto, KOBAYASHI Natsuko, HONDA Nami, MATSUOKA Hiroo

1) 東北大学病院 精神科、Department of Psychiatry, Tohoku University Hospital

2) 仙台市太白区保健福祉センター、Taihaku Ward health and welfare center

3) 埼玉医科大学総合医療センター 総合周産期母子医療センター 母体胎児部門、Center of Maternal, Fetal and Neonatal Medicine, Saitama Medical Center, Saitama medical University

4) 秋田赤十字病院 総合周産期母子医療センター、Center for Maternal, Fetal and Neonatal Medicine, Akita Red Cross Hospital

5) 東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野、Department of Psychiatry, Tohoku University Graduate School of Medicine

られている。各医療機関や自治体は、スクリーニングツールなどを活用し、心理社会的リスク因子をもつ妊産婦に対する妊娠期からの介入や、産後うつ病の疑いのある産婦に対する早期発見と介入を行っている。これらの精神保健活動は、周産期のメンタルヘルスだけでなく、その後の精神疾患の予防や早期介入のスタートであり、現場では、周産期である「今」に着目しながら、その後母親と家族にどのような精神的問題が生じうるかといった予防的視点を持ちながら行われている。

第19回日本精神保健・予防学会学術集会(平成27年12月12～13日、仙台市)で行われたシンポジウム「地域で支える母子と家族のメンタルヘルス」(座長菊地紗耶、小林奈津子)では、各地域で活発に周産期メンタルヘルスに取り組む多職種の専門家から実践的な報告が行われた。周産期メンタルヘルスの現状を予防的視点から捉え、そこから見えてくる課題を明らかにすることを目的とし、今後の周産期メンタルヘルスの支援のあるべき方向性についてディスカッションを行った。各シンポジストの発表内容に加え、当日行われたディスカッションについて報告したい。

2. 地域母子保健における周産期メンタルヘルス支援(佐野ゆり、保健師)

周産期は、子どもを育てる役割を担う家庭のライフサイクルの出発点であり、母子保健における支援のはじまりである。これまで母子保健施策は妊産婦・乳幼児の死亡率の低下を目的に推進されてきたが「子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について」(厚生労働省, 2014a)等により、子ども虐待の予防についての役割と期待が高まっている。母子保健の主要な取組を提示している「健やか親子21」(厚生労働省, 2014b)においても、新たな重点課題として「妊娠期からの児童虐待防止対策」が加わっている。つまり母子保健は、児の身体面や精神発達面に重点をおいた支援に加え、虐待予防の観点から、周産期の支援、特に保護者のメンタルヘルスに焦点をあてた支援が求められている。

仙台市では、これまで妊娠の届出時に母子保健担当者が妊婦全員と面接し、出産や育児の不安に対応してきたが、上記のような状況を踏まえ、特定妊婦等精神的な疾患を抱える妊婦を把握し、産後のメンタルヘルス支援に活かしている。また平成23年度から新生児訪問(全新生児対象)の際に、産後うつ病早期発見を目的に「エジンバラ産後うつ病質問票(Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS)」(Cox et al., 1987; 岡野ら, 1996)を使用したスクリーニングを行い、産後うつ病ハイリスクにある産婦に対し訪問や面接を継続し育児支援と共に保護者のメンタルヘルス支援を行っている。フォロー対策として新生児訪問スタッフを対象に、EPDSを活用できるよう専門医を研修講師に招き事例検討し、母親の精神面だけでなく夫や原家族との関係性を含めた事例の考え方や対応について指導を受けている。

仙台市全体の母子保健における支援の状況は、実件数5,021件(平成26年)のうち養育上支援が必要とされる件数が3,563件(約71%)であり、特定妊婦(出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦(児童福祉法))(厚生労働省, 2013)は257件となっている。仙台市太白区保健福祉センターの状況も、仙台市全体と同様であるが、特定妊婦実件数は65件(平成26年)であり市内で最も多い。養育上の課題を抱える家庭への支援内容として、母親のメンタルヘルスの問題が多く挙げられ、経済的な問題、母子家庭等の環境面の課題と重複している。精神疾患を抱え母子家庭で育児している家庭については、キーパーソンの不在もあり対応に苦慮している。

そのため当センターでは、平成27年度から新たな試みとして区内を対象に、養育支援強化事業として二つの柱を掲げ事業を展開している。一つは産科医療機関との連携強化を図るための連携会議であり、もう一つが地域の子育て支援関係者との連携・ネットワーク形成である。平成27年度は、子育て

支援関係者が子育て中の母親の気持ちを理解できるよう「周産期のメンタルヘルス」をテーマに全体研修会を企画し、また地区を限定したワークショップ『子育て井戸端会議』を開催した。『子育て井戸端会議』では民生委員や児童委員などの参加者が、地域の子育てに主体的に関わろうとしており今後の活躍が期待される。

母親のメンタルヘルス関係事業を、一次予防から三次予防に整理すると図1のとおりである。「子育てしやすい地域づくり」「幼児健康診査等集団を対象とした母子保健事業」「個別支援」を組み合わせ、メンタルヘルスの向上、早期発見・支援、重症化予防に取り組んでいる。

今後の課題としては、精神疾患を抱えている保護者の増加や、問題が重複した複雑な家庭等困難事例への対応のために母子保健関係に加え、精神保健関係の知識の習得や母親に寄り添う精神的支援技術の向上が挙げられる。また地域を含む各関係者、母子保健・児童福祉、精神保健、医療関係者、経済的問題に関する社会資源等あらゆる関係機関と手をつなぐためにコーディネート機能を発揮していかなければならないと考えている。

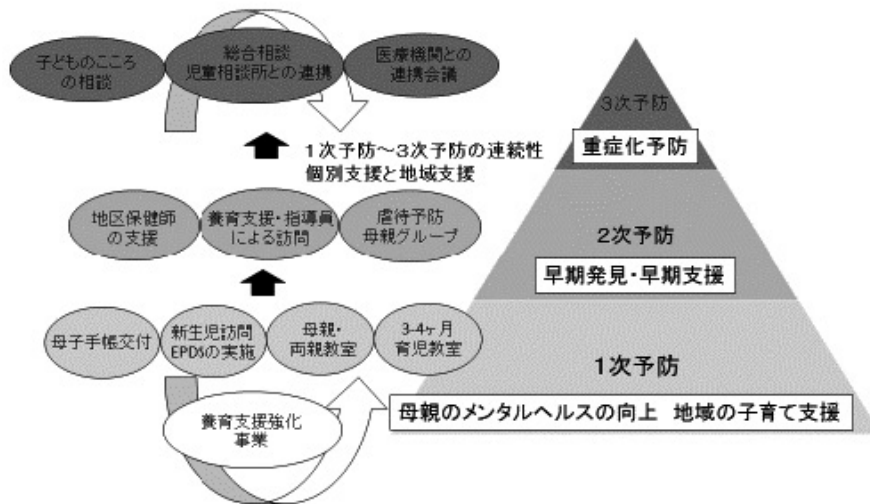


図1 仙台市太白区保健福祉センターにおける周産期メンタルヘルス関連事業

3. 助産師外来における周産期メンタルヘルス支援(小澤千恵、助産師)

近年、わが国の社会構造の変化によって、養育環境は著しく変化し、母親の育児不安やこころの問題が顕在化してきている。周産期うつ病は、妊娠期も産褥期もその発症率の高さはほとんど変わらず、約10%の女性が妊娠期、産褥期のそれぞれで何らかの精神疾患を発症するという報告 (Howard et al., 2014) がなされており、産後だけでなく、妊娠期からのケアも重要となってきている。また、産後うつ病は、発見、治療が遅れると、生活能力や育児能力が低下し、乳幼児を含めた家族に大きな影響を及ぼすため、近年、予防的介入も数多く行われるようになってきた (Dennis et al., 2013)。このような周産期うつ病のケアにおいては、心理的社会的ハイリスク妊産褥婦をできるだけ早期に把握することが大切となるため、支援を必要とする女性と出会う機会が多い助産師の存在は欠かせないと言える。

また、助産師は、妊娠期から産褥期までの女性に継続した様々な支援を行っており、特に、周産期にある女性に対して密に関わることでできる助産師が、メンタルヘルスケアを行うことの効果は高く、その期待も大きいと思われる。周産期ケアを行う助産師は、妊産褥婦の背景にある問題点を整理しながら、具体的にその困っている点を抽出することが重要となる。また、心身のリスクを十分に把握し、

必要時適切な医療機関への橋渡しをすることともに、予防的・治療的な関わりをすることも求められている。そのためには、助産師が周産期うつ病を発見する能力を身に着けることは不可欠であり、それと同時に共感的な対応で接することや相手のペースで話をするなどの技術を向上させることも大切となる。助産師が質の高い心理援助を行うことは、周産期にある女性のみならず、乳幼児や家族にとってもより良い未来へとつながると考えられその意義も大きい。

埼玉県では、国が策定した「健やか親子21」(厚生労働省, 2014b)に基づき、「彩の国健やか親子21」計画を策定し、母子保健対策が推進されている。平成18年から支援が必要であると思われる家庭を積極的に把握し、早期に援助を行うことを目的とした「周産期からの虐待予防強化事業」に取り組んでいる。具体的には、県内11か所の協力医療機関と地域保健機関が連携し、養育支援チェックシート(表1)を使用し、妊娠期からの心理社会的ハイリスク妊婦の抽出を行い、養育支援が必要な家庭への妊娠中からの支援を行っている。平成25年では、埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センターでの分娩数1064名中、要支援者は784名(73.7%)であり、養育支援連絡票送付は405名(38.1%)となっている。

当センターは、母体胎児集中治療室(Maternal-Fetal Intensive Care Unit; MFCIU) 30床、後方ベッド31床、新生児特定集中治療室(Neonatal Intensive Care Unit; NICU) 51床70名、回復治療室(Growing Care Unit; GCU) 30床からなり、平成25年度は分娩数1064名、出生数1183名、母体搬送177件(16.6%)、新生児科入院数370名(31.3%)であった。

助産師が行う周産期メンタルヘルス支援としては、妊娠初期に精神科既往歴を把握し、妊娠28週には産科スタッフによる面接を行い、養育支援が必要な家庭の抽出を行う。入院中は、養育支援連絡票を地域保健機関に送付し、産後4週間にはEPDSを実施、産後6週間には精神科診断用構造化面接(Spitzer et al., 1992; 高橋ら, 2010)を実施、産後3ヶ月にはEPDSと構造化面接を実施している。周産期うつ病が疑われるケースは、メンタルクリニックに紹介し、助産師によるサポート外来を継続する。これらの活動は、心理社会的ハイリスク妊婦や産後うつ病の早期発見、またサポート外来の継続やメンタルクリニックへの紹介といった早期治療、また心理社会的ハイリスク者や養育支援が必要な家庭へのサポート、地域との連携を行うことは予防的介入であるといえる。

これらの活動から見えてくる課題としては、産後うつ病早期発見のために実施している構造化面接を実施できる助産師が限られていること、助産師によるサポート外来の継続の面では、マンパワーや経営的側面から長期支援の難しさや心理支援を行うための技術習得といった課題が挙げられる。またメンタルクリニックへの紹介も、周産期の女性であることを考慮したメンタルクリニックが少ないことも課題である。センターにて、心理社会的ハイリスク者や養育支援が必要な家庭を抽出した後、どのように地域保健医療機関につなげていくかという課題もある。

今後は、助産師が長期的に支援できるようなシステム作り、助産師の心理支援技術の向上、地域保健医療従事者との連携、周産期にある女性が受診できるメンタルクリニックを開拓することを目指していきたい。

表1. 養育支援チェックシート

- | |
|----------------------------|
| ① 婚姻状況(未婚・別居状態など) |
| ② 妊婦健診(未受診・初診が28週以降など) |
| ③ 妊娠状況(望まない妊娠・不妊治療後など) |
| ④ 出産状況(飛び込み出産・墜落分娩) |
| ⑤ 健康状態(精神疾患・身体機能障害など) |
| ⑥ 母親の気になる点(育児不安・虐待歴など) |
| ⑦ 父親の気になる点(攻撃的・協力しない) |
| ⑧ 家庭の状況:経済的番が不安、家族関係(DVなど) |
| ⑨ 出生時の状況(低出生体重児・多胎など) |
| ⑩ 兄弟の状況(発達の遅れ・気になる表情など) |

4. 産科医療機関による妊娠中からの子育て支援事業(平野秀人、産科医師)

わが国では、子どもの虐待に関する深刻な事件が相次いで発生しており、厚生労働省をはじめ、各種団体がその対策に乗り出している。虐待死した子どもの中で最も多いのは0歳児であり、虐待死に「望まない妊娠」が深く関与していることは明らかになっている(厚生労働省, 2014a) 産婦人科医は「望まない妊娠」に直接関わることから、日本産婦人科医会は、全国の産婦人科医に対し、問題のある妊婦に対し、積極的な支援活動を推進するよう要請している。これを受け、秋田県産婦人科医会および学会(現在は秋田県医師会)は「妊娠中からの子育て支援事業」に取り組むことになった。本事業は、産婦人科医療機関は、子どもの養育に対し、妊娠中から支援を行うことが特に必要と認められる妊婦を把握し、市町村の母子保健部門等の関係機関に連絡、連携することによって、適切な支援を行うものである。これらの事業を妊婦へ周知したり、妊娠・出産・育児に関する意識調査を行ったりしている。医療機関と市町村の連携のために、医療機関からの「支援依頼用紙」と市町村からの「報告用紙」、医療機関から市町村へ支援依頼をするため、妊産婦に対する説明書同意書の書式を作成している(図2)。

本事業が始動して1年が経過したため、産婦人科医療機関および市町村に対し、アンケート調査を行った。アンケートの回収率は、産婦人科医療機関93.4%(43/46)、市町村100%(25/25)であり、産婦人科医療機関の内訳は、「分娩取り扱いあり」が25施設、「妊婦健診のみ」が18施設であった。

産婦人科医療機関に対してのアンケート調査では、「妊娠中から育児支援が必要と感じた妊婦がいた」のは、分娩を取り扱っている医療機関19施設(77.1%)に対し、妊婦健診のみの医療機関は5施設(27.8%)であった。そのうち、妊娠中から育児支援が必要と思われた妊婦を市町村に依頼したのは15施設(65.2%)、依頼しなかったのは5施設(20.8%)であり、1施設あたりの依頼件数は1~8件、平均は2.3件であった。妊娠中からの育児支援が必要と思われた理由(複数回答あり)は、経済的理由16、精神疾患14、未婚13、若年妊娠11、望まぬ妊娠3、虐待の既往3、その他9であった。産後に育児支援が必要と思われた産婦を市町村に依頼したのは17機関(68.0%)、依頼しなかったのは8施設(32.0%)であり、1施設あたりの依頼件数は1~30件、平均は8.1件であった。出産後に育児支援が必要と思われた理由(複数回答あり)は、経済的理由11、精神疾患10、若年妊娠7、本人の希望6、飛び込み出産5、虐待の既往3、その他11であった。妊娠中に市町村に育児支援を依頼する時に、同意書を得たのは11施設(73.3%)、同意を得なかったのは3施設(20.0%)、ケースにより同意取得者と非取得者がいたのは1施設(6.7%)だった。本事業が役に立っていると回答した医療機関は18施設(41.8%)であった。

市町村に対してのアンケート調査では、事業開始前に比べて、相談件数が増えた12市町村(48.0%)、

変わらない12市町村 (48.0%)、その他1であった。妊娠中から育児支援が必要と感じた妊婦がいたのは、17市町村 (68.0%)、いなかったのは7市町村 (28.0%)、その他1であった。出産後に育児支援が必要と感じた妊婦がいたのは19市町村 (76.0%)、いなかったのは6市町村 (24.0%)であった。支援の方法(複数回答あり)は家庭訪問が19市町村 (76.0%)、電話で相談が4市町村 (16%)、その他2であった。本事業が役に立っていると回答した市町村は16 (64.0%)であった。

以上の結果から、本事業が県内に浸透しつつあること、産婦人科医療機関と市町村の連携が円滑に行われていること、そして、本事業に対して、特にコメディカルスタッフの意欲が増していることが伺えた。今後の課題としては、支援される側の声を聞く、子育て支援エキスパートを育成する、地域ぐるみの子育て支援活動の強化などが挙げられる。

図2 秋田県による医療機関と市町村連携で使用される依頼票および報告票

5. 精神科周産期専門外来における地域母子保健との連携(小林奈津子、精神科医師)

東北大学病院精神科の周産期専門外来は、妊産婦の心理支援を目的として平成17年に始まった助産師外来(当院産科)への協力を経て、平成20年より周産期メンタルケア外来として開設され、妊娠経過、胎児、授乳や養育行動を考慮した精神医療を提供している。産科でリストアップされる妊娠前～妊娠中に精神疾患もしくは心理的問題をもつ方を主な対象としており、産科医・助産師、小児科医との連携はもとより、その後加わった産科領域専属の心理士、医療ケースワーカーとも支援を分担し、院内連携の充実から、地域母子保健との情報共有へ段階を進めてきた。これは予防という観点からみると、妊娠中から産後1ヶ月頃までの一次予防(問題発生を防ぐ;心理的問題をもつ妊婦の支援)および二次予防(重症化を防ぐ;妊娠前/妊娠中に発症した妊婦の支援)から、長期に渡りうる三次予防(問題の固定化や再発を防ぐ;養育に支援を要する母親の支援)へ拡大してきた経過である(図3)。母親の精神障害が母子相互作用および児の発達に長期的影響を与えることが産後うつ病研究により示されており(Murray, 1992; Stein et al., 2014)、養育機能への望ましくない影響に対し介入を行うことは、次世代への影響の予防でもある。

産後に支援を要するケースでは、地域母子保健との連携が欠かせない。現在、地域自治体の保健師・助産師、在宅における支援を提供する訪問看護・育児ヘルパーといった地域母子保健との連携には、

①母児の状態、産科入院中の育児の様子等について産科助産師から行政へ情報提供する地域連絡票、②主に在宅支援サービスを利用するケースに関する医療ケースワーカーを介した連絡、③精神科医と地域担当者間で直接行われるもの（サービス利用に関する指示書や緊急的な連絡）、④妊娠中あるいは産後のケア会議（ケースワーカーにより調整される）といった経路が挙げられ、各担当者が情報共有・意見交換を行う他、当事者と支援者の顔合わせを行ったり、虐待リスクが懸念される事例では児童相談所、児の様子を観察してくれる保育所を加えた連携体制の形成を行っている。また、当外来担当医はいくつかの自治体で母子保健課の症例検討会・研修会に加わっており、これも意見交流の場となっている（菊地ら, 2014）。これらの連携においては、妊産婦自身の精神的健康を中心に捉える精神医学モデル、児の健やかな発育をもたらす養育環境作りを重視する母子保健モデル、および児の安全や基本的人権の擁護が主体の児童福祉・虐待防止モデルと、互いに異なったモデル・視点をもつ支援者が見解を提示し合って分担可能な対策を相談することになり（西園, 2011）、包括的な支援が行われるためだけでなく、各支援者における母子に対するより全人的な理解につながっていると考えられる。

課題としては、産後新たに症状・問題が顕在化したケースについての受診経路が整えられていないことがまず挙げられる。産後の受診には、通常の疲労感と治療を要する症状の見極めが難しい、受診の時間が作りづらい等の、スムーズなアクセスを阻む当事者側の事情があり、同時に周産期に配慮した精神医療の不足がある。当外来でも、産後新たに受診となっているのは全体の17%余りと少なく、妊娠中に診療した例でも、産後1ヶ月健診以降は当科での診療が途切れるケースが多くみられ、その後の状況をフォローすることは難しい。新生児訪問等でスクリーニングされても、なかなか医療につなげない実情がある。

また、知的障害やパーソナリティ障害、認知機能障害、持続性抑うつ障害といった慢性の経過をもつ問題については、横断的な関わりが多い職種では経過や支援方法についてのイメージを持ちづらく、いわゆる対応困難ケースとなりやすい。そのような精神障害との付き合い方には、精神医学モデル・精神保健のノウハウに有効なものも多く、症状との折り合い方や、困難に寄りそうといったより柔軟な生活支援が必要となることについて、さらに理解を深める必要がある。

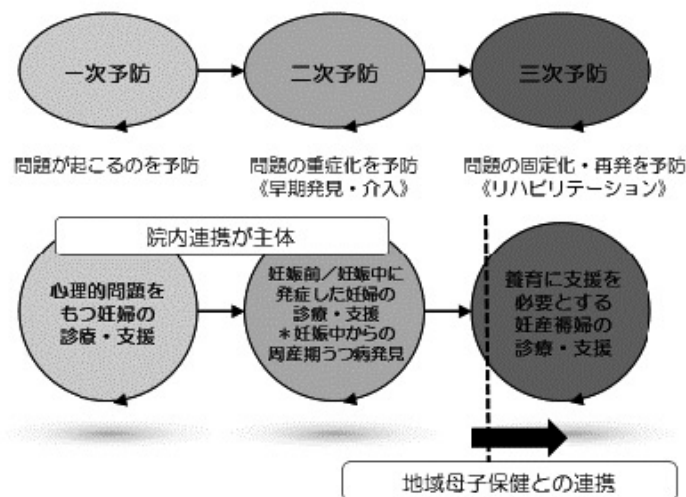


図3. 東北大学病院における地域連携と予防における段階

6. 周産期メンタルヘルスの今後に向けて(菊地紗耶、精神科医師)

本シンポジウムでは、保健師、助産師、産科医、精神科医それぞれから周産期メンタルヘルスの現状と課題について報告された。その後のディスカッションで、産後早期の地域母子保健活動は産後うつ病の早期発見、早期介入は目的の一つであるが、支援時期は何らかのエビデンスに基づいているのか、要支援者スクリーニングの後、精神科との体系的な連携システムは確立されているのかといった内容が取り上げられた。本章では、当日のディスカッションを踏まえ、改めて地域母子保健活動の背景について概観し、地域で母子のメンタルヘルスを支えるために必要な、地域母子保健、産科医療、精神科医療との連携体制について考察を加えたい。

産後うつ病の平均有病率は13%であり(O'Hara et al., 1996)、産後3ヵ月以内の出現が多い(Gavin et al., 2005)。産後うつ病は出現率、出現時期について明らかになっているものの、産後うつ病に罹患した母親が医療機関を受診する率は約10%であるといわれている(Okano et al., 1998)。別の報告では、産後うつ病の母親はいつもより調子が良くないとは思ふものの、産後うつ病だと思うのは約3割に留まり、さらに薬物療法を受けることを考えたのは約2割である(Whitton et al., 1996)。産後うつ病は児の長期的な認知行動面の発達に影響を与え(Murray, 1992; Stein et al., 2014)、児への影響だけでなく父親にも産後うつ症状が現れること(Ballard et al., 1994)が指摘されており、母親だけでなく家族全体のメンタルヘルスの問題になりうる。これらのことは、産後うつ病が産後数ヵ月内に出現し、精神科医療へのアクセスが悪いこと、母親のうつ病の影響が家族に及ぶことを示しており、生後4ヶ月までに行われる乳児家庭全戸訪問事業において、メンタルヘルスのスクリーニング、精神科医療への橋渡しをサポートすることは理にかなっているといえる。

スクリーニングにより要支援者となった母とその家族に対する精神科医療の提供は大きな課題である。現状では、要支援者スクリーニングの後、精神科との体系的な連携システムは確立されていない。各地域の母子保健担当者等が精神科医療機関との連携を求めているものの、産後のメンタルヘルスや薬物療法に精通した精神科医を母子保健担当者が個別の努力で探しているというのが実情である。

前述の乳幼児全戸訪問事業により、地域母子保健担当者が以前にも増して母親のメンタルヘルスに取り組んでおり、さらに2009年児童福祉法の改正により「出産後の養育について、出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」が特定妊婦として規定された(厚生労働省, 2013)ことから、母子保健において産後ではなくより早期、妊娠中に社会的ハイリスク妊婦を同定し支援を行う方向に進んでいる。また秋田県での取り組みのように、妊娠中から産科医療機関において、子育て支援を要する妊婦を把握し、地域母子保健と連携を行うというように、妊婦が関わる各機関においてメンタルヘルス支援が行われている。ここで問題になるのが、これらのメンタルヘルス支援をどう行っていくかである。支援を行っていく上で、「スクリーニング」、「アセスメント」、「精神科医療との連携」、「妊産婦への適切な精神科医療の提供」の4つの重要なポイントがあると考えられる。

一つ目の「スクリーニング」は、心理社会的リスク因子を有する妊産婦を、いつ誰がどのように把握するかということである。地域母子保健であれば、妊娠中の母子手帳交付や産後新生児訪問時、また医療機関からの連携依頼時になり、医療機関であれば妊婦健診や産後健診時ということになる。仙台市や一部の自治体では、母子健康手帳交付時に、保健師が全員に面接を実施しハイリスク妊娠女性を把握し支援につなげている(岡野, 2014)。妊娠中のうつ病のリスク因子には、妊娠中の不安、ライフイベント、過去のうつ病の既往、ソーシャルサポートの不足、望まない妊娠(Lancaster et al., 2010)、産後うつ病のリスク因子は、過去のうつ病の既往、妊娠中のうつ症状や不安、配偶者からのサポート不足、妊

娠中や産後早期のライフイベントがあげられている (Robertson et al., 2004; Milgrom et al., 2008)。さらに、妊娠登録時に把握すべきリスク因子として、現病歴と既往歴、治療歴、家族歴、治療内容、産後のリスク、親密なパートナーとの関係について注意すべきである (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011)。

次に問題になるのが、「アセスメント」である。様々な心理社会的リスク因子を把握したのち、それをどのように診たて、支援の方向を決定していくかという大事なポイントである (菊地ら, 2014)。スクリーニングにて把握した心理社会的ハイリスク妊産婦を、どうアセスメントし支援の方向を決定していくか、保健師や助産師が困難に感じることが多い。母子保健手帳交付や新生児訪問、妊婦健診など限られた時間内で、母子と家族の全体像を把握することは至難の業である。実際にリスク因子を聴取した担当者や施設内の他の担当者だけでなく、精神保健担当者と連携を行うこと、施設内外の専門家 (精神科医、心理士) を交えてアセスメントを行うなどの工夫をすることで、より多面的な評価を行い、適切な支援方針を決定することができると思われる。アセスメントは、支援開始だけでなく、長期的に支援している母子に対しても定期的に行われる必要がある。

3つ目は、精神科医療が必要な妊産婦をどのように精神科医療につなげるかということである。周産期精神医学専門外来は国内に点在するものの (菊地ら, 2015; 竹内, 2016)、全国的にみると数は限られている。全妊婦の約2%は精神疾患合併であることが推定されており (竹内, 2016)、産科や地域母子保健にて積極的なスクリーニングが行われていることを考えると、受け皿となる精神科医療機関の数は少ないと思われる。母子保健事業の枠組みの中で精神科医による相談を行う (西園, 2010) ことも一つである。全国的な自治体や国レベルの施策に反映され、適切な精神科医療が提供されるよう働きかける必要がある (渡邊, 2016)。

4つ目は、精神科医療につながった後、どのように妊産婦に対する適切な精神科医療を提供するかである。産後の母親に対する精神科医療で最も大きな問題となるのは、胎児/乳児への薬物への影響である。妊娠中、胎児への影響を懸念して妊娠判明と同時に向精神薬を中止されることや、逆に胎児への影響についての説明が不十分であるなど、薬物療法の継続について十分な shared decision-making が行われていない現状もある。産後の薬物療法についても、授乳との兼ね合いから、授乳を中断して薬物を使用するか、授乳を優先して薬物を使用しないかという二者択一になりがちである。例えば、授乳については、母乳の1日量から考えると児への薬物移行は母親の数%と少なく、子どもに低出生体重や黄疸などの小児科疾患がなければ母乳を止めたり、薬物を減量する必要はないという見方がある (吉田, 2014)。妊娠期や授乳期の薬物療法について、様々なエビデンスが明らかになっており (伊藤ら, 2014)、それらを参考にしながら精神科医が妊娠期や授乳期に適切な薬物療法が行う必要がある。国立成育医療研究センターで行っている「妊娠と薬情報センター」を利用したり、授乳期の薬剤についての相談も同センターで可能であり、積極的な活用が望まれる (渡邊, 2014)。薬物療法以外についても、産後の育児不安や育児ノイローゼ、産後は誰にでもあることだからと、産後うつ病が見逃されるケースもみられる。周産期にみられる精神疾患についての知識、対応や治療など、周産期精神医学全般について精神科医への普及啓発が必要である。

英国では、地域における妊産婦への精神科治療として、地域の助産師、精神科訪問看護師を中心に、精神科医、心理士、ソーシャルワーカーがチームを編成し、在宅精神科治療が行われている (吉田, 2005)。また、英国王立精神科医学会の提言 (Oates, 2000) によると、英国では、今後、独立型の精神科母子ユニットを中核施設とし、周産期精神医学専門医が、専門外来、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、メンタルヘルスケアを展開することを目指しているという（岡野, 2014）。日本では乳幼児全戸訪問事業が浸透しているという特性を生かし、これらの地域母子保健活動を基盤とし、妊産婦のメンタルヘルス支援体制を構築していく必要がある。

7. おわりに

各地域での妊産婦のメンタルヘルスを支えている現状と課題について報告し、地域母子保健活動の背景について概観し、地域で母子のメンタルヘルスを支えるために必要な精神科医療との連携体制について考察を行った。地域母子保健や産科医療機関におけるスクリーニングは全国的に浸透してきているが、今後はそのスクリーニングを生かし、アセスメントと支援の質の向上がより重要になる。母子保健担当者や助産師等によるアセスメント能力の向上、支援技術の充実、さらに必要な妊産婦に適切な精神科医療を提供するという一連の流れを全国的に実施できるような体制が必要である。各地域で積極的に取り組んでいる母子のメンタルヘルス支援の実践を生かし、今後は日本の医療保健福祉の資源に見合った、体系だった支援体制の構築という次の段階に進む時期である。

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) Ballard CG, Davis R, Cullen PC, Mohan RN, Dean C. Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers. *Br J Psychiatry*. 164 (6) : 782-8, 1994.
- 2) Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 150 (6) : 782-6, 1987.
- 3) Dennis CL and Hodnett ED : Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Feb 28 ; 2 : CD001134. doi : 10.1002/14651858.CD001134.pub3. Review.
- 4) Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al : Perinatal Depression : A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstet Gynecol* 106 : 1071-1083, 2005.
- 5) Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. : Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet* 384. Nov 15 : 1775-1788, 2014.
- 6) 伊藤真也, 村島温子, 鈴木利人編集 : 向精神薬と妊娠・授乳. 南山堂, 東京, 2014.
- 7) 菊地紗耶, 小林奈津子, 本多奈美 : 地域母子保健と精神科医療の連携. 日本周産期メンタルヘルス研究会会誌 1 : 3-7, 2014.
- 8) 菊地紗耶, 小林奈津子, 本多奈美, 松岡洋夫 : 周産期医療とリエゾン精神医学. *精神医学* 57 (3) : 195-202, 2015.
- 9) 厚生労働省. 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 : 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等報告について (第11次報告), 2014a. Available from < [http : //www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000099920.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000099920.html) >
- 10) 厚生労働省 : 「健やか親子21 (第2次)」検討会報告書, 2014b. Available from < [http : //www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000044868.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000044868.html) >
- 11) 厚生労働省. 雇用均等・児童家庭局総務課編 : 子ども虐待対応の手引き (平成25年8月改正版), 2013.

Available from < <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv12/00.html> >

- 12) Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, et al : Risk factors for depressive symptoms during pregnancy : a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*202 : 5-14, 2010.
- 13) Milgrom J, Gemmill A, Bilszta, JL, et al : Antenatal risk factors for postnatal depression : a large prospective study. *J Affect Disord*108 : 147-157, 2008.
- 14) Murray L : The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry. Mar ; 33 (3) : 543-61, 1992.*
- 15) 西園マーハ文 : 地域における精神病理の理解 : 産後メンタルヘルスの援助活動から社会精神医学を考える. *日社精医誌* 19 : 84-90, 2010.
- 16) 西園マーハ文 : 産後メンタルヘルス援助の考え方と実践. 岩崎学術出版社, 東京, 2011.
- 17) 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.
- 18) 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評価票 (EPDS) の信頼性と妥当性. *季刊精神科診断学* 7 : 525-533, 1996.
- 19) Okano T, Nagata S, Hasegawa M, Nomura J, Kumar R : Effectiveness of Antenatal Education about Postnatal Depression : A Comparison of Two Groups of Japanese Mothers. *Journal of Mental Health* 7 : 191-198, 1998.
- 20) 岡野禎治 : 周産期メンタルヘルスケア体制の国内外比較. *精神経誌* 116 (12) : 990-995, 2014.
- 21) O'Hara M and Swain A : Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International review of Psychiatry* 8 : 37-54, 1996.
- 22) Robertson E, Grace S, Wallington T, et al : Antenatal risk factors for postpartum depression : a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 26 : 289-295, 2004.
- 23) Royal College of Obstetricians and Gynecologists : Management of Women with Mental health Issues during Pregnancy and the Postnatal Period (Good Practice No.14), 2011. Available from < <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/good-practice-14/> >
- 24) Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, et al : The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I : History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry.* Aug ; 49 (8) : 624-9, 1992.
- 25) Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, Howard LM, Pariante CM. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet.* 2014 Nov 15 ; 384 (9956) : 1800-19. doi : 10.1016/S0140-6736 (14) 61277-0. Epub 2014 Nov 14.
- 26) 高橋三郎監修 : 精神科診断面接マニュアル SCID (第2版). 日本評論社, 東京, 2010.
- 27) 竹内崇 : 周産期におけるリエゾン活動. 対象となる精神疾患と今後のあり方について. *精神医学* 58 (2) : 141-148, 2016.
- 28) 渡邊博幸 : 地域で支える産後うつ病—多職種ミーティングの活用—. クロストークから読み解く周産期メンタルヘルス. 142-152, 南山堂, 東京, 2016.
- 29) 渡邊央美 : 妊娠と薬情報センターにおける向精神薬相談事例. 向精神薬と妊娠・授乳. 40-43, 南山堂, 東京, 2014.
- 30) Whitton A, Warner R, Appleby L. : The pathway to care in post-natal depression : women's attitudes to post-natal depression and its treatment. *Br J Gen Pract.* 46 (408) : 427-8, 1996.

- 31) 吉田敬子：産褥期の薬物療法と授乳の国際的動向.精神経誌 116 (12) : 1012-1018,2014.
- 32) 吉田敬子：母子と家族への援助.金剛出版,東京, 2005.