



令和6年度 こども家庭庁母子保健指導者養成研修
研修4 妊産婦のメンタルヘルスに関する研修

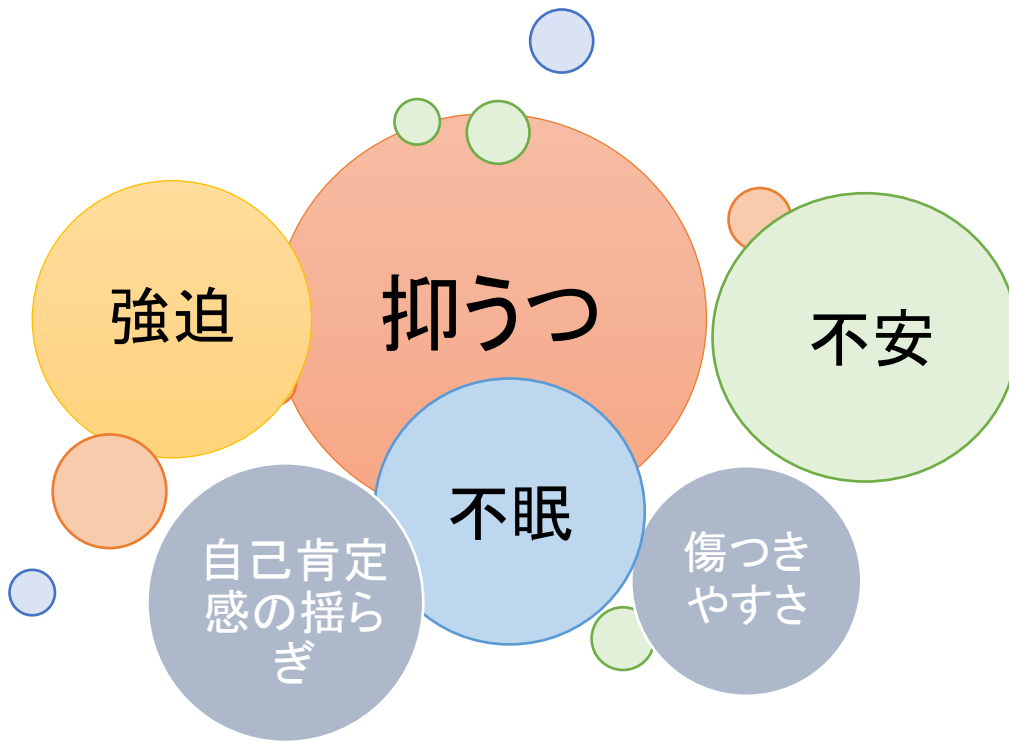


周産期メンタルヘルスの 基礎知識

東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野
菊地紗耶

周産期におけるこころの問題

心理的な危機を生じやすい時期



- 心身の変化、社会的役割の変化
- 得るものと失うもの
- 嬉しい、喜ばしいという一方で、子供を持つという未知で圧倒的な不安
- 母となる心の準備はそれぞれ
- 自らの幼少期の振り返り

周産期におけるこころの問題

心理的な危機を生じやすい時期に
母親が適度な退行と共に周囲に十分
援助してもらうことが、母親の
Well-beingには欠かせない

母親のWell-beingは、母親の自尊心
を高め、母子関係、家族関係、
子供の情緒発達への良い影響が
期待できる



周産期メンタルヘルス支援とは

- 親が親になるプロセスを支え、寄り添うこと
- 妊娠、出産という、喜び、不安、葛藤が入り混じった時期に、できるだけ“支援をしてもらえて良かった”“安心した”という感情を持ってもらうこと
- 新しい対処方法を身につけることを助け、これからの子育てに生かしてもらうこと

周産期メンタルヘルスにおいて大切なこと

- メンタルヘルスに関する基礎知識を持つ

リスク因子を知る⇒予防的視点

周産期特有の精神疾患

精神疾患合併妊娠

妊産婦の自殺、児童虐待

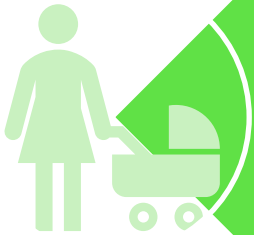
- 傾聴と共感が出来るようになる

- 多機関/多職種連携の方法がわかる

各施設の役割分担



1. 周産期特有の精神疾患



2. 精神疾患合併妊娠



3. スクリーニング、アセスメントと連携

周産期のメンタルヘルス

○周産期に特有の心理的問題・精神疾患

マタニティブルーズ

産後うつ病(周産期うつ病)

産褥精神病



- ・早期発見、重症度評価
- ・妊産婦の精神科受診のハードル

○既存の精神疾患の周産期における管理 “精神疾患合併妊娠”

統合失調症

気分障害(うつ病、双極症)

不安症(全般性不安症、パニック症)、強迫症

心的外傷後ストレス障害(PTSD)

発達障害(知的能力障害、自閉スペクトラム症、ADHD)

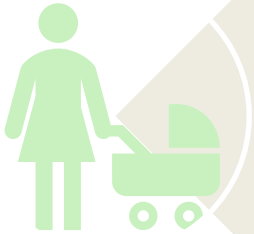
パーソナリティ障害



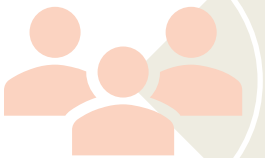
- ・プレコンセプションケア
- ・妊娠や出産を契機とした治療中断、再発
- ・妊娠中・産後の薬物療法
- ・育児支援体制の構築
- ・かかりつけ⇒総合病院(治療場の変更)



1. 周産期特有の精神疾患



2. 精神疾患合併妊娠



3. スクリーニング、アセスメントと連携

マタニティーブルーズ (Maternity Blues ; MB)

MBは出産直後～1週間にみられる一過性の気分と体調の変化。
医学的な診断基準はない。

<病態>

- ・主な症状は、涙もろさと気分の落ち込み。
他に不安、緊張、集中困難、困惑、不眠、疲労感、食欲不振。
- ・症状は数時間から長くて1～2日間続く。
- ・欧米では50～80%の頻度。本邦では10～30%程度の報告。

<ケア>

- ・頻度は高いが一過性であり、自然回復。医学的治療は不要。

* MBは産後うつ病の予測因子(Reck et al; J Affect Disord. 2009)。

周産期うつ病①

- ・妊娠中から産後数カ月以内に発症するうつ病。
- ・産後にスクリーニングされるうつ病のうち、**約半数は妊娠中に発症**
⇒うつ病(周産期発症)(DSM-5)、周産期うつ病

<頻度>

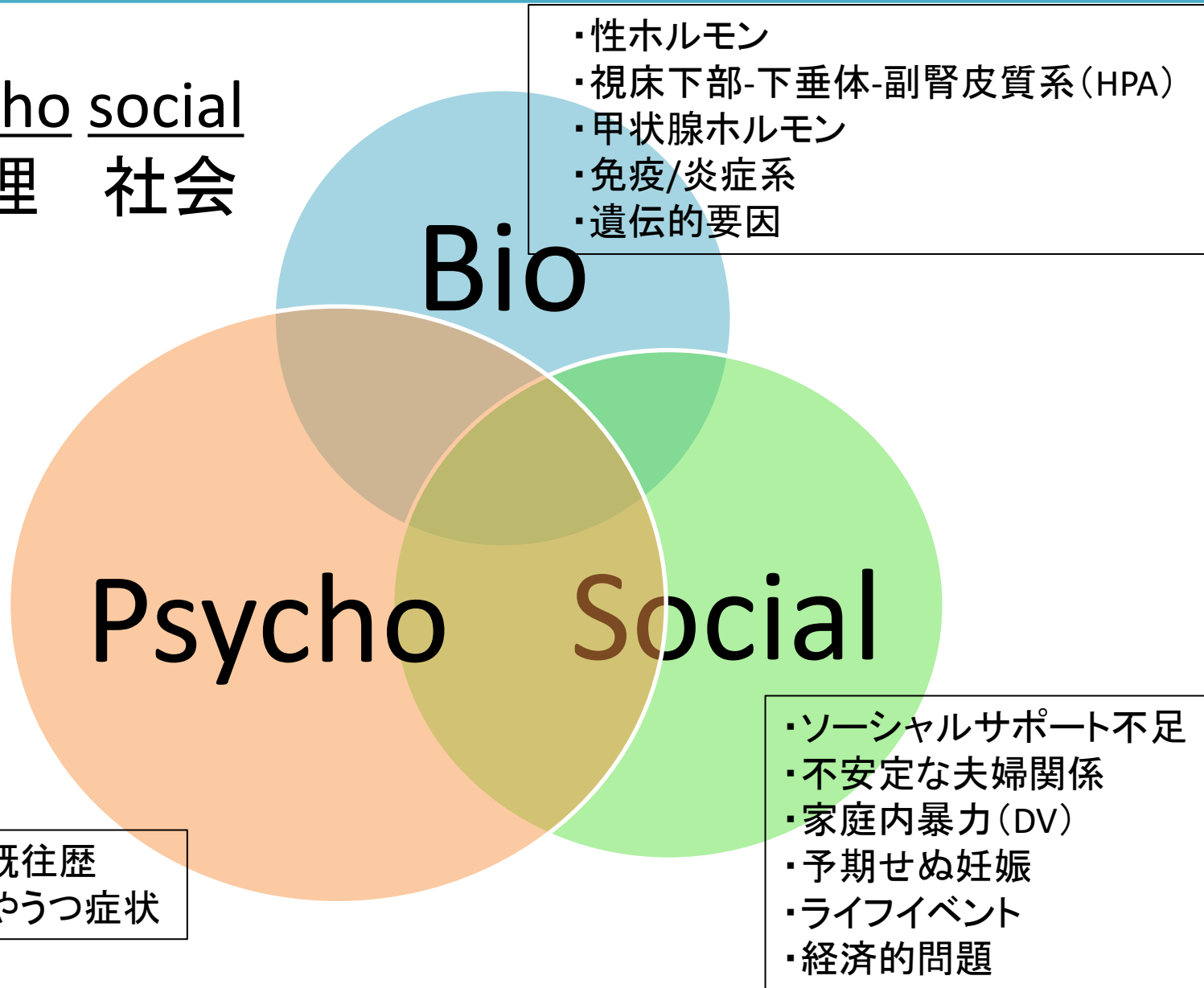
- ・10～15%(O'Hara et al,1996; Yamashita et al,2000)。
- ・重症例は、**3～5%**(岡野,2010)。
 - * **重症例は、比較的産後早期に発症。**

<臨床的特徴>

- ・抑うつ気分、意欲低下といったうつ病症状一般に加え、「赤ちゃんの具合がわるい」「母乳の飲みが悪い」など**子供に対する訴え**や、「自分の赤ちゃんに対する愛情が実感できない」「自分は母親として資格がない」「十分に赤ちゃんの世話ができない」など**母親としての自責感や自己評価の低下を訴える**。(吉田敬子.「母子と家族への援助」)

周産期うつ病のBio-psycho-social的側面

Bio psycho social
生物 心理 社会



周産期うつ病②

- 1. 気分が落ち込む
- 2. 育児が楽しめない

- 3. 疲れやすい、意欲がでない
- 4. 集中できない

- 5. 食欲がない
- 6. 授乳以外でも
夜、目が覚める



- 7. 言動が鈍くなる

- 8. 母親としての自分に価値がない

- 9. 育児がうまくいかず、死ぬことや
赤ちゃんを傷つけることを考えてしまう

1または2を満たし、1～9を合わせて5つ以上の項目が2週間以上持続＝うつ病の診断

周産期うつ病③

<臨床的特徴>

- 軽症の場合には、ある程度日常生活や育児が行えていることが多く、**家族や本人もうつ病と気づかないことがある。**
- 重症例では「赤ちゃんが病気になっている、死んでしまう」と妄想に至ったり、自殺や母子心中に至ることがある。

<治療>

- ・通常のうつ病治療に準ずる。
- ・家族や周囲からの情緒的/実質的支援体制を作る。
- ・**精神症症状、自殺念慮がみられる場合には入院を要する。**

通常うつ病と周産期うつ病はどのように異なるのか？

- 1) 通常うつ病と比較して強い不安感、焦燥感を伴う
- 2) 母親役割の不全感や児に対する愛情疎隔感等から自責的になり自殺念慮を伴いやすい
- 3) 時に幻覚や妄想を伴う重症の精神病性の特徴を有するうつ病に発展し、産褥精神病と区別できない場合がある
- 4) 双極性うつ病や混合状態を伴ううつ病の臨床像を呈する場合がある(後に双極症へ診断が変更される可能性がある)

産褥精神病①

- ・分娩後数週以内、多くが1週間以内に発症。
- ・精神症症状(幻聴、妄想)と、気分症状(躁/うつ状態、混合性エピソード)、意識混濁(錯乱、夢幻、困惑)等が混合した病態。

<頻度>

- ・1回/500～1000分娩

<リスク因子>

- ・過去の双極症既往・家族歴または産褥精神病の既往、初産、産科的合併症 (Munk-Olsen et al, 2009; Blackmore et al, 2006)。



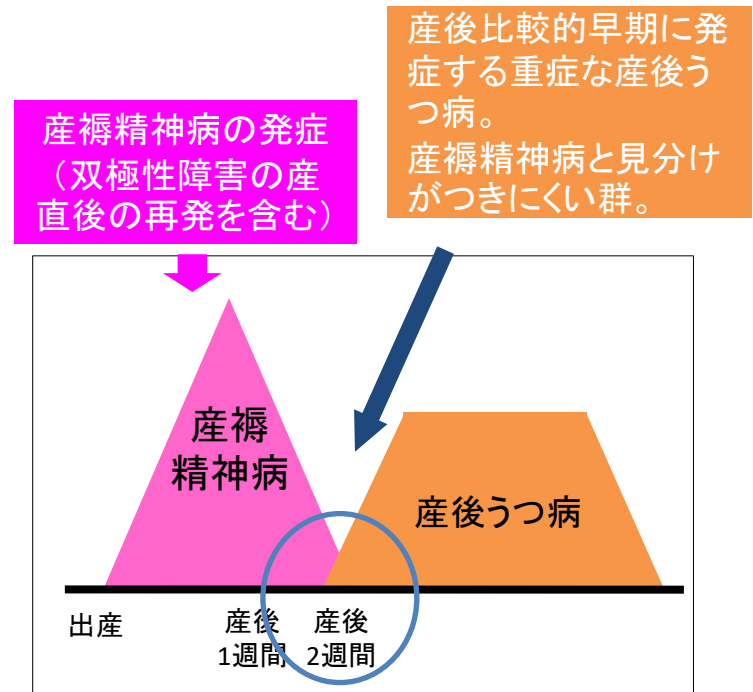
産褥精神病②

<治療>

- **入院加療**を要することが多い。一番の治療目的は、**自殺予防**。
- 抗精神病薬、炭酸リチウム、気分安定薬、ベンゾジアゼピン系薬剤による加療を行う。
- 抗うつ薬は使用しない
(混合状態を惹起)。

<予後>

- 通常、適切な治療により、2-3ヶ月で軽快するといわれる。
- **再発率が高い**ため、次回分娩時には要注意。



妊産婦の自殺率比較

UK & NI (2015)

- 期間: 2009-13
- 統計局
- 妊産婦死亡率
3.7 / 出生10万
- 追跡数: 101名
- 自殺率:
2.3/出生10万

Sweden (2015)

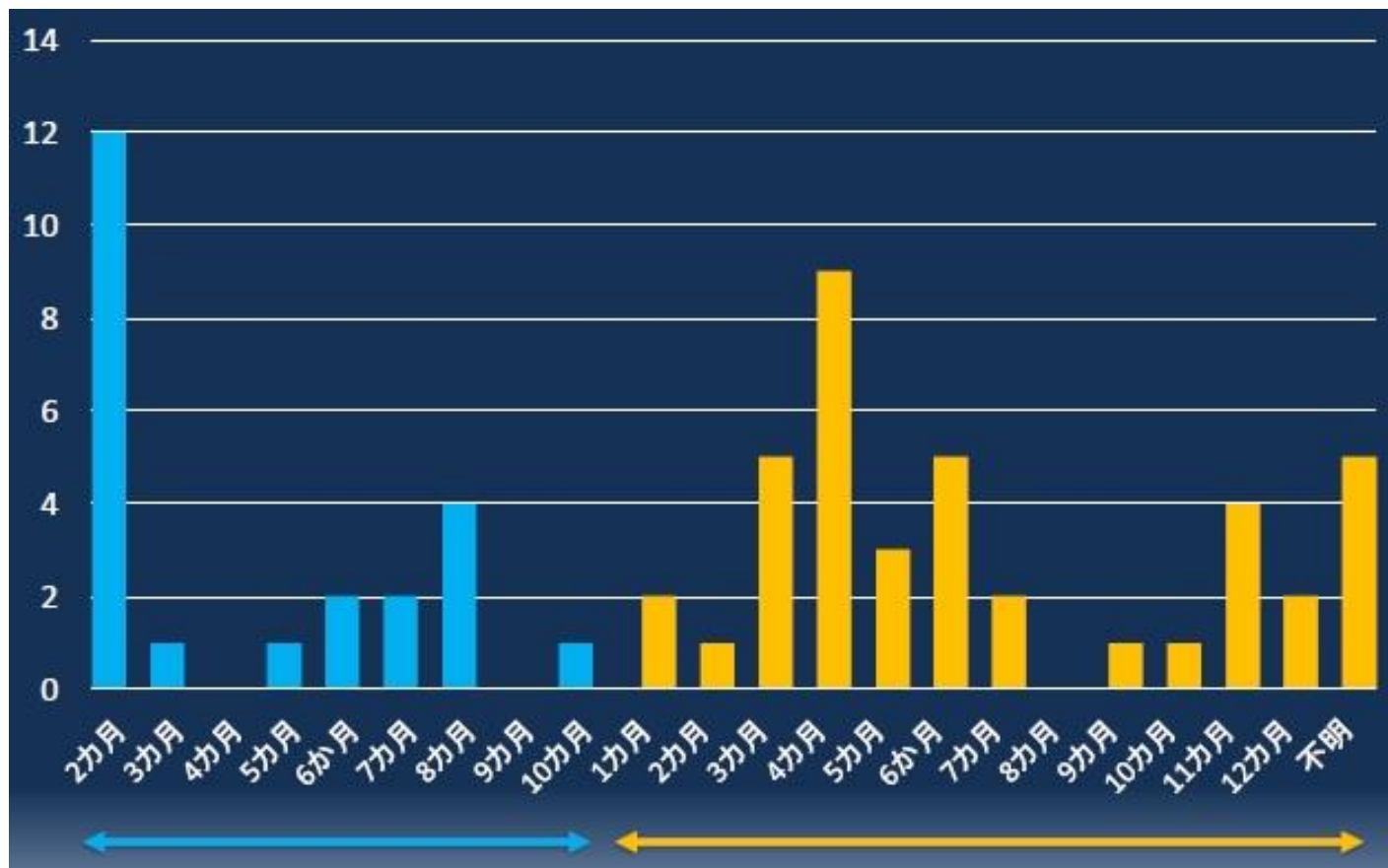
- 期間: 1980-2007
- 死因統計局
- 妊産婦死亡率
4.7 / 出生10万
- 追跡数: 103名
- 自殺率:
3.7/出生10万

Tokyo (2016)

- 期間: 2005-2014
- 人口動態
- 妊産婦死亡率
3.96/出生10万
- 追跡数: 63名
- 自殺率:
8.7/出生10万

東京都の妊産婦自殺率はイギリスの4倍近く、
スウェーデンの2倍以上

妊産婦自殺の時期



妊娠中(23例)

産後(40例)

妊娠初期・中期、産後4か月にピーク

妊産婦死亡の原因別頻度の推移

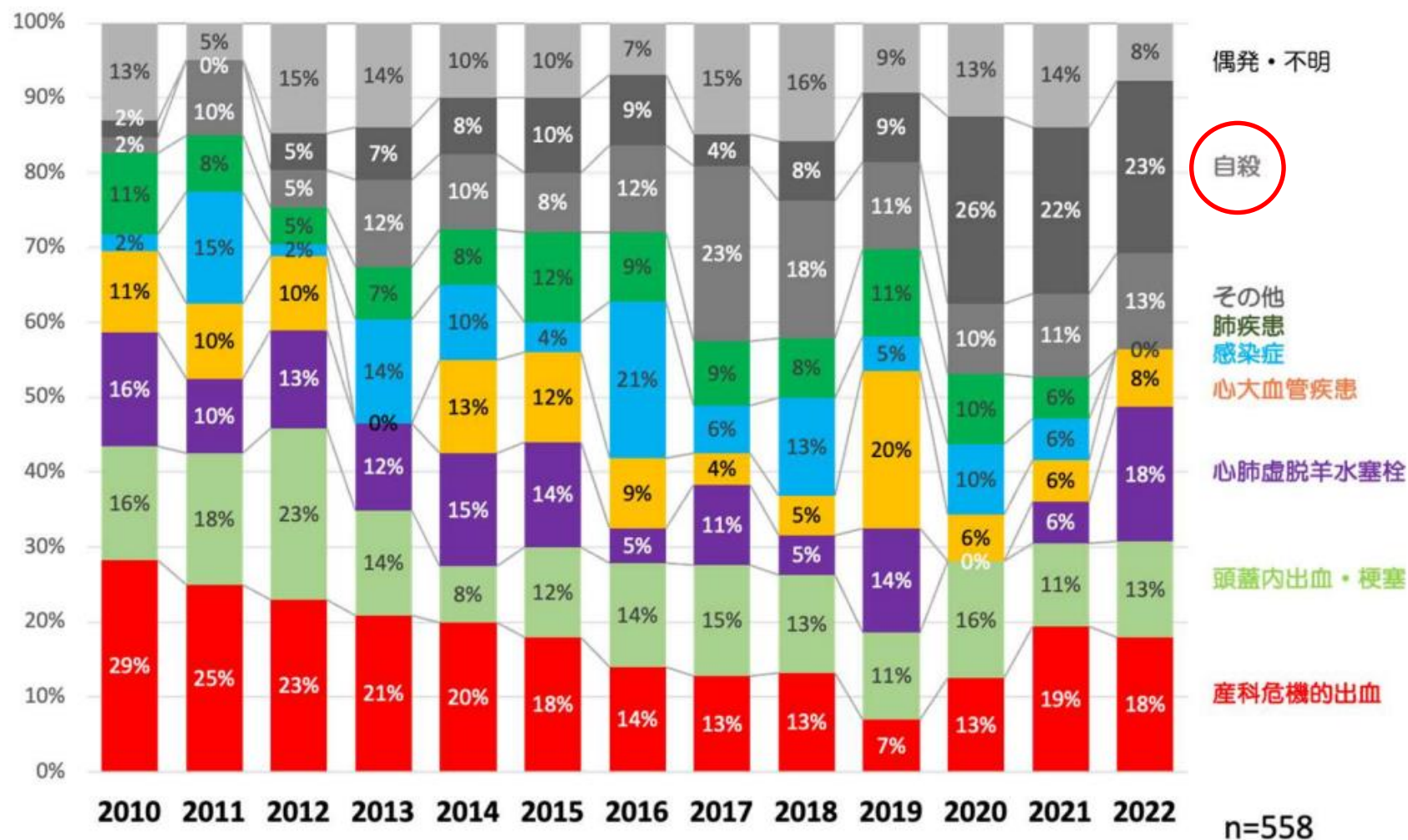
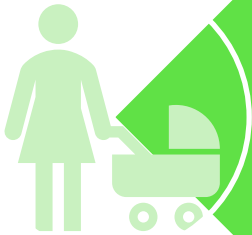


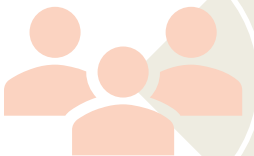
図 12. 妊産婦死亡の原因別頻度の推移（割合）



1. 周産期特有の精神疾患



2. 精神疾患合併妊娠



3. スクリーニング、アセスメントと連携

精神疾患を有する方の妊娠・出産・育児について

- 妊娠・出産・育児に関するさまざまな情報が不足している(届いていない)
- 誰に相談をして良いか分からない
- 妊娠・出産・育児期の服薬、自分の病状がどうなるのか、病気が子供にどう影響するのか、多くの不安を抱えている
- セルフスティグマの問題: 何かが起こると“自分はダメな母親なのではないか”という思いに至る。周囲に援助を求められずに孤立してしまうことも多い。
- 精神疾患を有する方にとって、安心して妊娠・出産・育児を迎えられるようなケアが必要
＝プレコンセプションケア

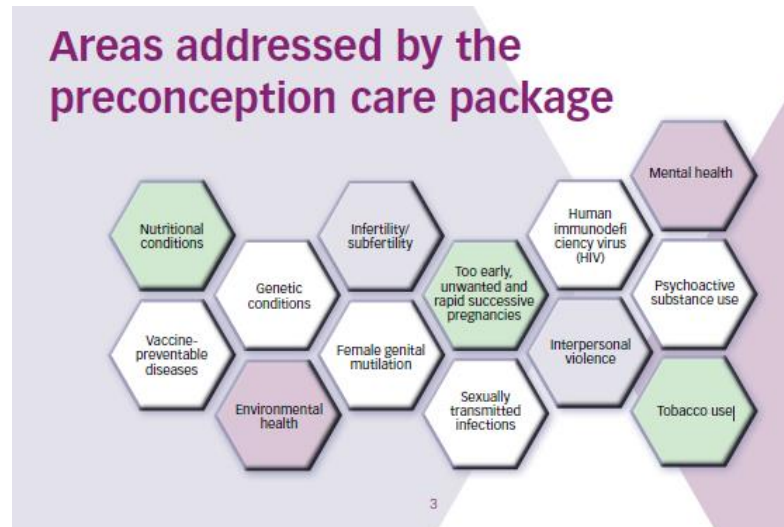


プレコンセプションケア

プレコンセプションケアとは、1980年代に提唱され始めた概念で「妊娠前からの健康管理が、次世代の健康状態およびその後の自身の健康状態を改善する」という考えに基づいている

妊娠可能な年齢女性とカップルに対して、健康チェックや生活習慣の改善を含めた積極的な介入を行うこと

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://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preconception_care_policy_brief.pdf

精神科におけるプレコンセプションケア

- ・生活習慣の検討
 - ：禁煙、禁酒、食生活の改善
- ・妊娠に向けた薬の調整
 - ：少なくとも妊娠3か月前までには、精神疾患が安定していることが望ましい
- ・遺伝カウンセリングの検討
- ・出産・育児サポート体制の構築：家族、医療、行政

妊娠中の向精神薬

- ベースラインリスク: 2-3%

- 気分安定薬: バルプロ酸、リチウムには注意が必要。

バルプロ酸→妊娠中の双極症に対して、使用しないことを強く推奨

リチウム→第二世代抗精神病薬など他の治療薬が効果的でない場合を除いて、使用しないことを弱く推奨

日本うつ病学会診療ガイドライン 双極性障害(双極症) 2023

- 抗うつ薬: SSRIを中心としたエビデンスが蓄積されており、パロキセチンの心奇形への影響が注目されたが、最近の研究では、他の抗うつ薬に比べてリスクが高いとはいえない(Gao et al. 2018; Wang et al. 2015)といわれている。

SSRI: 選択的セロトニン再取り込み阻害薬

- 抗精神病薬: 現時点では、形成異常や児の発達へ明らかな影響はないといわれている。

妊娠判明後の服薬中断と再発

統合失調症、双極症、うつ病（重症）の場合には、周産期の再発リスクが高い

うつ病

- 抗うつ薬中断により約7割が再発（Cohen et al, JAMA, 2006）。

双極症

- 気分安定薬中断により、85.5%が再発、薬剤維持群の37.0%で再発（Viguera et al, 2007）

統合失調症

- 妊婦を対象とした服薬中断と再発リスク増加に関する報告はないが、非周産期と同様に、継続的な薬物療法が必要。

服薬中断、通院中断

- 妊娠判明後に胎児への影響を懸念して、自己判断で服薬を中断してしまったり、医療者も処方継続してよいか判断に迷ったりすることがよくみられる。
- 妊娠中の未治療のうつ病は、早産や低出生体重となるリスクが報告されている(Jarde et al. 2016)。

服薬を中止するリスク・ベネフィット

リスク

- ・再発、再発による影響
- ・胎児への影響
- ・産科合併症への影響



ベネフィット

- ・胎児への影響の懸念がない
- ・母体の副作用がない

不安症

○全般性不安症

- ・ 様々な状況に対して生じる不安。
- ・ 通常の妊産婦でも、自身や児の健康状態や出産への不安は高いが、生じる心配に対する対処不可能性が重要なポイント。

○パニック症

- ・ パニック発作の出現と予期不安、回避行動。
- ・ 妊娠出産により発作が悪化すること、服用薬の影響、出産時の発作の出現、育児の制約を心配していることが多い。

○強迫症

- ・ 不合理と思いながらも繰り返し生じる強迫観念と強迫行為。
- ・ 何回も手を洗ったり、哺乳瓶を何回も消毒する等の強迫行為がみられたり、乳児への加害強迫が見られることもある。

心的外傷後ストレス障害 (Posttraumatic Stress Disorder; PTSD)

- 侵入症状（再体験、フラッシュバック）、回避症状、認知と気分の陰性の変化、過覚醒（不眠や驚愕反応）が特徴。
- 妊娠前に発症したPTSDが見過ごされていることも多い。
- 周産期には、緊急の医療処置、強い痛み等に対して、トラウマ反応が出現することがある。
- DV（Domestic Violence）、流死産、痛みなどの苦痛の大きい妊娠・出産をめぐる体験が心的外傷となる場合がある。
- 周産期はDVの問題が悪化することがあり、周産期のうつや不安と関連。

自閉スペクトラム症、注意欠如多動症(ADHD)

○自閉スペクトラム症

- ・社会的コミュニケーションの障害があり、相手の立場に立てない、こだわりがあることが特徴。
 - ・「臨機応変に」が難しく、「予想と違う出来事」や「変化」は苦手。
- 先の見通しを共有する、助言は、簡潔・具体的に伝える。

○注意欠如多動症(ADHD)

- ・不注意や衝動性、多動が特徴。
 - ・物事を順序立てて行う、優先順位をつけることが苦手で、目についた順に行動に移してしまう。
- 優先順位をつけたり、時間配分を行うことを手伝う。

境界性パーソナリティ障害

- 対人関係、自己像、感情などの不安定さや著しい衝動性、行動化（リストカットや大量服薬）、対人関係における理想化や見捨てられ不安が特徴。
- 他の精神疾患（うつ病や物質乱用）の合併。
- 薬物療法や緊急避難的に入院を要することがある。
- 継続的で安定した対人関係が困難なことが多く、育児支援体制を整えるのに難渋することもある。
→ 家族や支援者と細く長く関わることが重要。

こころの不調や病気と 妊娠・出産のガイド

一般の方むけ



監修 日本精神神経学会・日本産科婦人科学会

第 1 章

こころの不調や病気に悩む方に知っていただきたい
妊娠・出産の知識と妊娠の準備についての Q and A

第 2 章

妊娠中・出産後にこころの不調を来した方、
こころの病にかかった方とその周囲の方のための Q and A

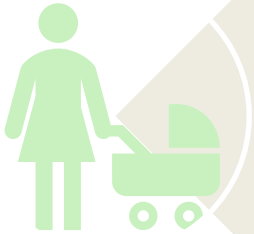
第 3 章

すでにこころの病気の診断を受けていて、
これから妊娠を考えているあるいは出産を控えている方
及びその周囲の方のための Q and A

https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/about/kokoro_ninshin_syussan.pdf



1. 周産期特有の精神疾患



2. 精神疾患合併妊娠



3. スクリーニング、アセスメントと連携

妊娠中のうつ病

- ・約10%
- ・リスク因子:
妊娠中の不安、ライフイベント、過去のうつ病既往、ソーシャルサポート不足、家庭内暴力、望まない妊娠

産後うつ病

- ・10～15%
- ・リスク因子:
過去の精神疾患既往、妊娠中のうつ症状や不安、ソーシャルサポート不足

産科合併症

自殺

子供の長期的な情緒と発達への影響

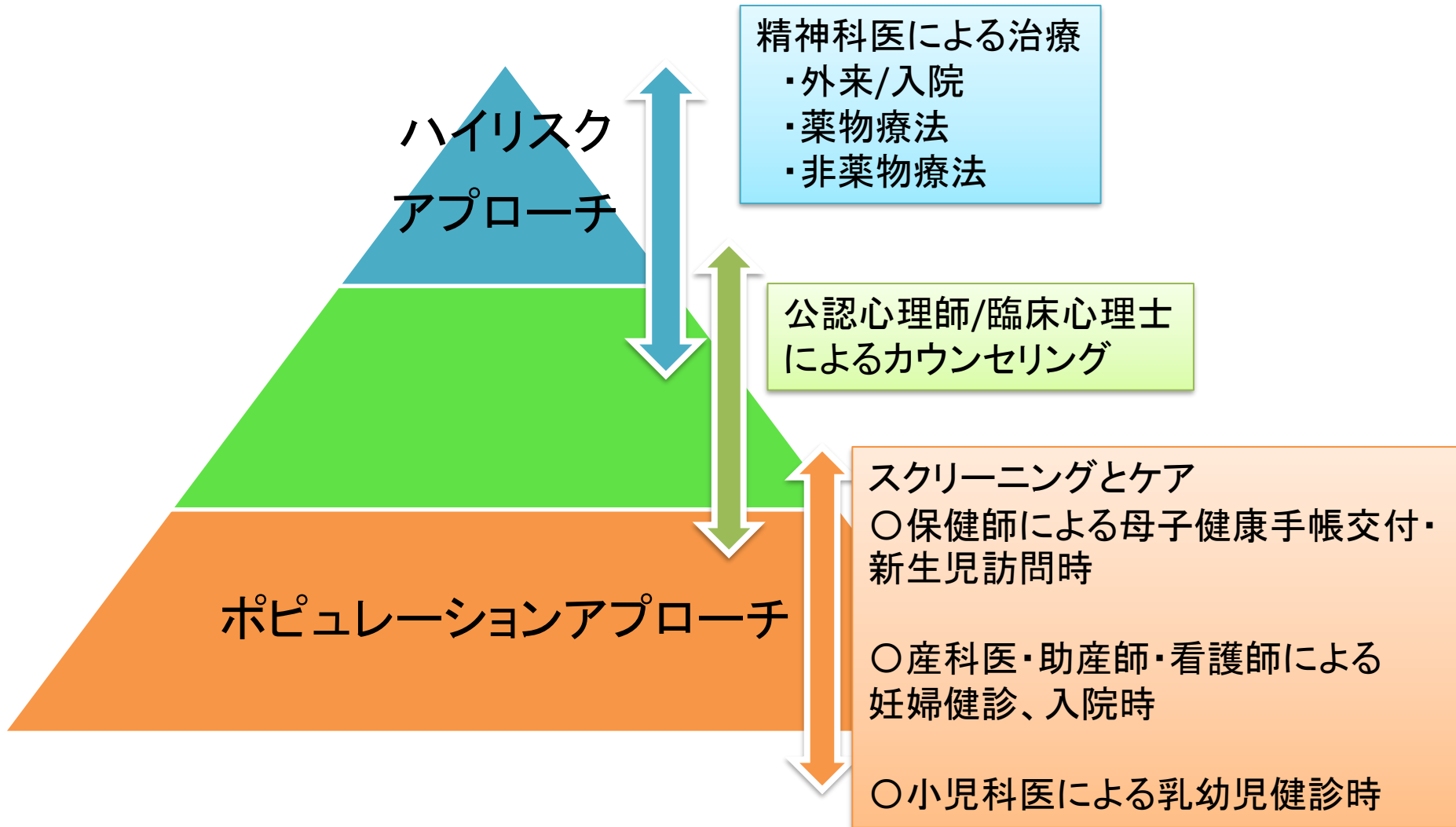
父親のメンタルヘルスへの影響

母子関係への影響

- ◎うつ病出現の頻度、時期、リスク因子、母子関係や家族への影響が明らか
- ◎妊産婦は自分からケアを求めないことが多い
- ◎周産期は、医療保健従事者と頻回に接触する時期

うつ病好発時期に、うつ病の「症状」と「リスク因子」をスクリーニングし、適切なケアを提供する必要がある。

周産期メンタルヘルスへのアプローチ



傾聴と共感：傾聴

① 相手をよく知るため

- ・ 話の腰をおらずに最後まで聞く。
- ・ オープンクエスチョン
- ・ うなづき、あいづち
- ・ リフレイン（繰り返し）

② 相手を受け止めるため

- ・ 対等な立場として関わる
- ・ 相手の言葉で語ってもらう
- ・ 相手の感情も尊重する（泣いている人を慌ててなだめない）



傾聴と共感：傾聴

③ 相手の思考を整理させるため

- 混乱した思考や感情を言葉にしてもらう
- 感情や状況を要約する

④ 相手の感情を落ち着かせるため

- 激しい感情も怖がらずに見守る
- 慌ててなだめず、しっかり受け止める



傾聴と共感：共感

- 十分な傾聴によって、共感の地盤ができる
- 安易に相手のことをわかったと思い込むのでもなく、どうせ他人のことなどわからないと突き放すのでもなく、なんとかして、相手のことをわかりたい(共感したい)と願う気持ち
- 無条件の肯定的関心
自分と価値観が違うかもしれないが、その人そのものに関心を寄せること
- 心の内面をわかろうとすること



介入がどのように受け止められるのか

- 援助職からの「アウトリーチ」的なアクションは、相手がそれをどのように受け止めるかについての**繊細な感受性**と、相手の立場に対する**最大の敬意**を持って行わなければならない
- 早期の一方的な対応が、本人に「よけいな介入」と受け取られると、拒絶的になり、結果的には援助から遠のくことになってしまう
- スクリーニングから援助が始まる場合には、本人はどのような体験をしているか、本人のニーズはどこにあるかについての理解が欠かせない

母親のメンタルヘルス評価と育児支援のための3つの自己記入式質問票の活用

育児支援チェックリスト

- ・育児を困難にする背景や要因のチェック

EPDS

- ・うつ or 不安
- ・症状の持続期間
- ・症状の程度
- ・家事機能、育児機能の評価

赤ちゃんへの気持ち質問票

- ・否定的な気持ちの有無
- ・虐待の危険性の有無

母親の
メンタルヘルスチェック
と
虐待やネグレクトの
リスクアセスメント

援助計画の立案

育児支援チェックリスト

産科的既往	流産や死産、または出産後1年間に子どもを亡くしたことがある
精神科的既往	心理士、精神科医師、心療内科医師への相談や治療歴がある
情緒的サポート ライフイベント	心配事や悩みを、夫、実母、親しい人に打ち明けられない 家族の死や重病、夫の失職、裁判沙汰など重大な出来事がある
経済的不安	経済的な不安がある
生活環境面	著しい騒音や、部屋が狭い、危険など住環境の不満や心配がある
乳児への態度	子どもがなぜ泣いているか分からない、子どもを叩きたくなる

精神疾患既往歴の聴取の工夫(1)

① 精神科/心療内科既往歴の有無

- ・ 既往歴があってもいわないこともある
- ・ 過去に通院歴があるのか、現在も通院中なのか

□妊娠判明後に、服薬/通院を中断⇒受診を勧める。

□妊娠判明前に、通院が終結⇒経過観察

但し、統合失調症、双極性障害、重症うつ病(重症＝入院、自殺企図あり)の場合は、受診を勧める。

② 診断名

- ・ 「差し支えなければ、何と診断されているか、教えて頂けますか？」

③ 服薬の有無

- ・ 「お薬は飲まれていますか？」
- ・ 「主治医の先生は妊娠のことをご存知ですか？」
- ・ 「お薬について、主治医の先生からはどんなふうにいわれていますか？」



精神疾患既往歴の聴取の工夫(2)

④ 大まかな病歴

- 「少しお話を伺っても宜しいですか？」
- 「いつ頃から精神科に通院されていましたか？」
- 「今までに入院されたことはありますか？」

⑤ かかりつけ精神科/心療内科の確認

- (特に周産期に主治医との連携が必要となりそうな場合)「こちらで〇〇さんに関わっていることについて、主治医の先生にご報告させて頂いたり、主治医の先生からお話を伺ったり、連携をさせて頂いても宜しいでしょうか？」

＊ 聴取時、プライバシーが確保された環境で行うこと

精神疾患既往歴の聴取の工夫(3)

④ その他

- 夫や他の家族が、精神科既往歴や現在の治療について知っているか？
- 過去に受けた精神科治療の印象を聞いてみる。

☆精神科既往歴については、できれば情報を得たい。

☆でも、妊産婦さんとの関係構築を最優先しながら、上手にお話を聞いていくということが大事。

☆場合によっては、初回では情報が得られず、関わっていくうちにお話してくれることもある。その場合、「精神科既往歴についてあまりお話したくないのだな」というのも大事な情報。

情緒的サポートについて

- 夫→夫婦関係の評価
- 母→母子関係の評価
 - 夫や母に悩みや心配事を打ち明けられない理由
 - 以前からの関係なのか
 - 夫からのDVが明らかになったり、母親自身の成育歴が明らかになり、被虐待歴が明らかになることもある
- 他にサポートを受けることができるのか、実質的なサポートを含めて評価

エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)

1. 笑うことができたし、物事の面白い面もわかった	抑うつ気分
2. 物事を楽しみにして待った	興味喜びの減退
3. 物事がうまくいかなかった時、自分を不必要に責めた	無価値観、罪責感
4. はっきりした理由もないのに不安になったり、心配した	
5. はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた	
6. することがたくさんあって大変だった	集中力・決断困難
7. 不幸せなので、眠りにくかった	不眠
8. 悲しくなったり、惨めになった	抑うつ気分
9. 不幸せなので、泣けてきた	抑うつ気分
10. 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた	希死念慮、自殺企図

1,2,7,8,9,10: うつ項目

3,4,5,6: 育児不安項目(周産期うつ病でなくとも、子育てに慣れておらず多忙な時等に陽性

になることがある)

エジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS)

- 9点以上が産後うつ病疑い
- EPDSでうつ病の診断ができるわけではない
- 得点が高いからうつ病の疑いが高いというわけではなく偽陽性もありうるし、逆に答えたくない場合には偽陰性もありうる
- 他の情報、訪問時の会話、観察なども加え、質問票につけられた内容を元に、母親の精神状態を理解することが大切
- 二次質問により母親の理解を深める

自殺念慮、自殺企図のアセスメント

自殺念慮、自殺企図について、聴くことでかえって自殺を導くということはない。

- いつ、どのくらい、どのように考えるのか
- 具体的に方法を考えたか
- 誰かに助けを求めることができるか
- 実際に助けを求めたか

・（EPDSの二次質問として）

「ここの質問について、少しお聞きしても宜しいですか？」

「どんな時にそう思われますか？」

「そういう気持ちが強くなって、方法を考えてしまうこともありますか？」

「そういう気持ちが強くなった時に、どうされていまか？」

「誰かに話したり、相談したりしましたか？」

EPDSを繰り返し測定すること、記入の慣れの問題

- 繰り返し特定の自己記入式質問票を用いることについて
 - 繰り返し用いた時のカットオフポイントが明らかではない
 - 繰り返しにより、点数が低く出してしまう可能性がある

Kitamura et al (1999) J Psychosom Obstet Gynaecol20: 112-117

★何度も記入していて、記入慣れしていることについて

- 過去に記入したことがあるかどうかについて、話題にするのも一つ
 - 「前にもご記入頂いたことがあるかもしれませんが」と前置きをする
- もしEPDSを記入したくない様子であれば、無理せずに、Whooleyの二項目や体調や睡眠の状況について聞いてみる
 - 「産後、体調はいかがですか？」
 - 「授乳(ミルク)以外で、夜眠れないと感じる時がありますか？」

3. 赤ちゃんへの気持ち質問票

赤ちゃんへの気持ち質問項目

1. 赤ちゃんをいとしいと感じる
2. 赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある
3. 赤ちゃんのことが腹立たしくいやになる
4. 赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがわからない
5. 赤ちゃんに対して怒りがこみあがる
6. 赤ちゃんの世話を楽しみながらしている
7. こんな子でなかったらなあと思う
8. 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる
9. この子がいなかったらなあと思う
10. 赤ちゃんをととても身近に感じる

赤ちゃんへの気持ち質問票で何がわかるか？

① 全体的な情緒的反応の遅延

いくつしむ、愛するという感情に乏しい

- ◆赤ちゃんを守ってあげたいと感じる(項目8)
- ◆赤ちゃんをととても身近に感じる(項目10)
- ◆赤ちゃんをいとしいと感じる(項目1)
- ◆赤ちゃんの世話を楽しみながらしている(項目6)

② 病的な怒り

- ◆赤ちゃんに対して怒りがこみ上げる(項目5)
- ◆赤ちゃんに対して腹立たしく、いやになる(項目3)
- ◆こんな子でなかったならなあと思う(項目7)

他の項目2,4,9は因子構造から外れる.

赤ちゃんへの気持ち質問票と産後うつ、虐待の関連

赤ちゃんへの気持ち質問項目	産後うつ病 と関連のある 項目	虐待のリ スクと関 連のある 項目
1. 赤ちゃんをいとしいと感じる.		
2. 赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、 おろおろしてどうしていいかわからない時がある.	○	
3. 赤ちゃんのことが腹立たしくいやになる.	○	○
4. 赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがわからない.		
5. 赤ちゃんに対して怒りがこみあげる.	○	○
6. 赤ちゃんの世話を楽しみながらしている.	○	
7. こんな子でなかったらなあと思う.	○	
8. 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる.		
9. この子がいなかったらなあと思う.		
10. 赤ちゃんをととても身近に感じる.	○	

症例検討会から見えてくる母子保健担当者のニーズ

1. EPDSの使用方法	対象、使用回数、頻度、結果の解釈、質問10(希死念慮)の評価、二次質問をより深める方法、結果のフィードバック、再検することの負担
2. 精神疾患に関する知識	うつ病、パーソナリティの評価、複数の精神科診断名がある場合の捉え方、精神疾患が育児に与える影響、知的な問題の評価
3. 精神科受診	精神科受診を勧奨する判断、留意点
4. 家族関係の把握	夫婦関係、母子関係(祖母-母)、成育歴にどれくらい踏み込むか
5. 児への愛着	母子関係(母-児)、児に対する行動への理解
6. 希死念慮への対応	自傷行為の繰り返し、希死念慮を告げられた時の対応
7. 症例全体の捉え方	若年や複雑な成育歴を持つケースの理解、ひきこもり
8. 面接構造の設定	訪問時間の設定、依存性
9. 支援終了の時期	終了の判断材料
10. 支援の方向性	現在の支援の方向性でよいか、どう関わればよいか

こころの不調への対応

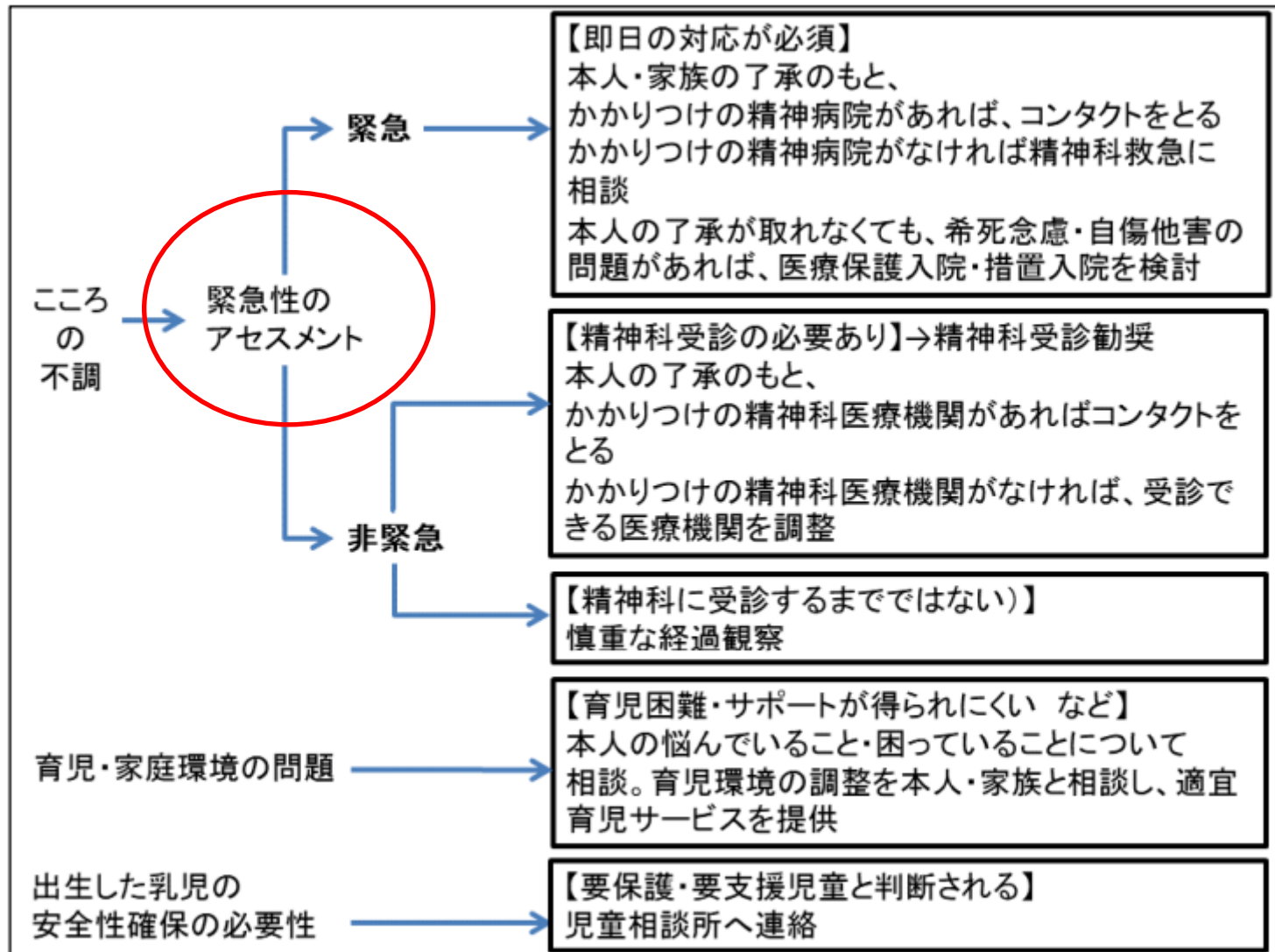


図2 保健センター母子保健担当部署の保健師用対応フローチャート

精神科受診の緊急性がある場合とは？

- 自殺念慮・希死念慮があり、本人がその気持ちを自分で抑えることができない場合
- 精神病症状（幻覚・妄想など）が急に出現または悪化した場合
- 自分やまわりの家族・他人を傷つけてしまう危険性がある場合

対応困難な事例への対応

- ・ 対応困難な事例 ～その背景は何か？～

＜つながりにくい事例＞

＝支援者側は支援が必要と思うが、妊産婦や家族にその認識が乏しいことが多い。人とつながる、人を頼むということが難しいことも。

＜背景が複雑な事例＞

＝精神疾患、被虐待歴、DV、経済的問題、支援者不足など、様々な心理社会的要因を持つ場合。



これが正解という方法がなく、ケースごとに関係者が知りうる情報から、共通の診たてを共有し、時期に応じて、支援方針を検討していくことになる。「大変さ」を共有すること、互いを労うこと、できていることに目を向ける。

連携をスムーズに行うコツ

- ・顔の見える関係を作る

院内での多職種ミーティング、他機関との連絡協議会

- ・困ったときの相談先を確保

相談できる精神科クリニック/病院

地域の精神科救急システム（情報センターの電話番号）

児童相談所等



- ・縦割り意識を少なくす

役割分担も大切だが、お互いの領域をオーバーラップしながら関わる

☆支援を行っていくことに困難を感じるケース程、支援者の支援に関する意識を共有し、お互いの役割を最大限に生かす

施設内での体制充実の工夫

◎メンタルヘルス支援に取り組む意義の共有を！

自分たちの関わりが母子と家族のその後を(良い意味で)変える可能性があるという認識を。

◎妊産婦のメンタルヘルス支援はチームで取り組む

関わりや判断が良かったのかと自問自答することが多くなる。結果の見えにくい支援であり、時にスタッフの無力感や疲弊を招くことがあるため、情報共有やチームで取り組むことが重要。



◎スタッフ自身のメンタルヘルスケアも

スタッフ自身が互いにケアやエンパワメントすること、自分をケアすること(セルフケア)も大切。

Take Home Message

- 周産期は、抑うつ、不安、不眠等様々なメンタルヘルスの不調をきたす時期である。
- メンタルヘルスの悪化は、妊産婦の自殺と関連し、母親だけでなく、児や家族への影響も懸念される。
- 妊娠授乳期には、心理社会的な介入が優先されるが、服薬が必要なこともある。服薬のリスクだけでなく、服薬による母親のメンタルヘルスの安定が児に対するベネフィットになる可能性がある。
- 母親や家族に関わる医療保健福祉従事者が、メンタルヘルスの不調に気づき、適切なケアや連携を行うことが重要である。

ご清聴ありがとうございました

