

第66回日本小児保健協会学術集会 会頭特別企画

子どもの虐待—周産期からの切れ目のない支援—

産後うつ 私たちにできる支援

中山 敏 男 (東京大学医学部附属病院女性診療科・産科)

I. はじめに

近年注目されている産後うつについて、産科医の立場から述べていく。順天堂大学の竹田先生らがまとめられた統計では、東京都23区内で妊産婦の異常死解析の結果、89人の異常死の中で、63人が自殺だったという大変ショッキングな統計がある(図1)。

また内訳として、妊娠中の23人の中の1/3以上がうつ病合併、産後1年未満の40人の中の実に半分程度がうつ病、産後うつ病を合併していることがわかった(図2)。また精神疾患を合併していない人の中にも、うつ症状があるのに精神科受診にまでたどり着けなかった方や、精神科受診をしても十分な診断がされなかった方がいる可能性も指摘されている。

妊産婦の死亡を防ぐには『妊娠期からのメンタルヘルスケア=周産期メンタルヘルスケア』が重要である。

II. 産後うつ病とは 原因や診断

1. 産後うつ病とは

まず第一に産後うつ病は、産後に起こるほかの精神的な異常と区別しなければならない。

・マタニティーブルーズ

産後数日から生じる気分の波、高揚、易怒性、涙もろさ、疲労感、混乱、困惑などの状態。産後5日目あたりがピークで、2週間以内には軽快する¹⁾。

・産褥精神病

産後2週目前後をピークに発症。妄想や幻覚、精神運動興奮、気分の変調がある²⁾。

・産後うつ病

産後3か月以内の発症が多い。症状の多くは産後以外の時期に起こるうつ病と同じ、母乳への強いこだわり

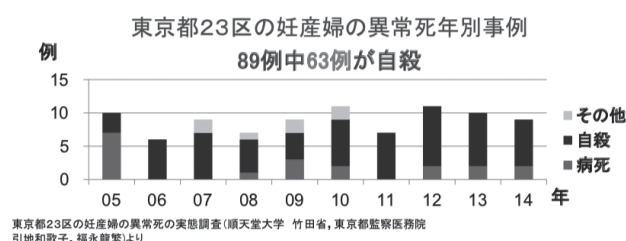


図1 東京都23区の妊産婦の異常死年別事例

妊娠中の自殺と精神疾患合併 23人 産後1年未満の自殺と精神疾患合併 40人

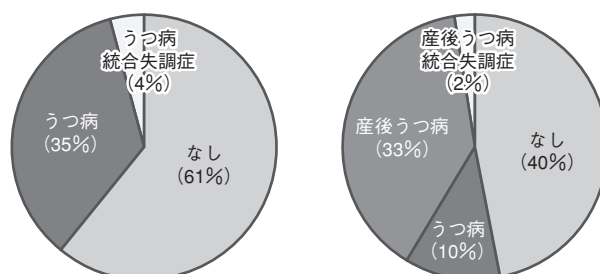


図2 妊産婦自殺における精神疾患合併の割合

りや子どもに対する悲観的思考などの訴えもある。診断は一般のうつ病の診断基準を用いる。

発生頻度としては10~15%に発症するといわれる^{3,4)}。非常に多い数字で、本当に誰にでも起こる可能性があるといえる。では、妊娠していないときに比べて、産後はうつ病になりやすいかということ、同じくらいであるという報告や⁵⁾、やはり母親としての役割を全うする精神的なストレスもあり、最も精神障害が起きやすいという報告もある⁶⁾。生活環境の大きな変化や、自由に使える時間がなくなること、母乳育児や赤ちゃんのお世話、家事などで慢性的な睡眠不足や体力低下などもあり、心身ともにかかる負荷は関連がないとはいえないのかもしれない。

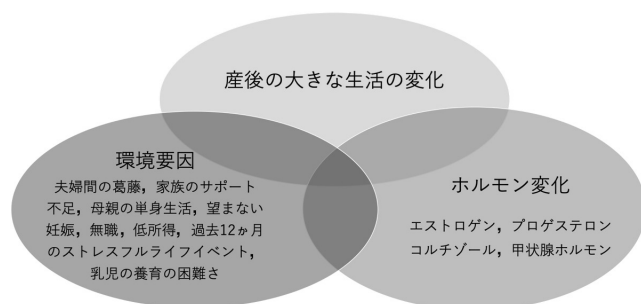


図3 産後うつ病に関わる要因

2. 産後うつ病の原因やリスク因子

産後うつ病の原因がはっきり明確に解明されているわけではないが、母乳育児や育児家事などによる劇的な生活の変化やそれに伴う精神的なストレスをベースに、ホルモン変化の急激な増減による生物学的な背景や、その他の環境要因が相互に作用しているといわれている（図3）。環境要因としては、夫婦の不仲や、家族のサポート不足、単身生活というのは最近やはりよくいわれるワンオペ育児なども関連する。計画外の妊娠や婚外の出産、過去1年の近親者の死亡などのストレスフルなイベントや、養育の困難なども影響する。そのため、日本特有の里帰り分娩などは、家族のサポートが得られやすいので、産後うつ病の有病率が低いという報告もある。

一方で、よくホルモンバランスの変化が原因といわれるが、必ずしもそうではないのではという報告も散見される。代表的な女性ホルモンであるエストロゲンやプロゲステロンは、対照群と産前産後で比較した研究では、ホルモン値に有意差がなかったという報告がある。甲状腺ホルモンに関しては、もともと甲状腺機能低下症ではうつ症状が知られているので、産後うつ病と強く関連するかは断定できない⁷⁾。

無治療の周産期のうつ病や精神疾患は本人の問題のみならず、養育能力低下が児の発育障害や精神発達障害、ネグレクト、児童虐待へとつながり⁸⁾、母子心中や嬰兒殺しの背景に産後うつ病が関連する事例があるため、産後うつ病は、家族、親族、職場、地域など社会全体に大きな影響を及ぼす社会問題であることはいうまでもない。

3. 産後うつ病の診断

うつ病の診断には、これらの言葉の定義を抑える必要がある。

- ・抑うつ気分：悲しい、暗いなどの感情
- ・抑うつ状態：抑うつ気分に加えて、睡眠や食欲などの領域のさまざまな症状を含めたもの
- ・うつ病：DSMで大うつ病と呼ばれるもの

DSM アメリカ精神医学会による『精神障害の診断と統計の手引き』（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）

うつ病の診断基準：

A. 以下の症状のうち5つ以上が2週間存在して機能変化を起こしていること。

- (1) 抑うつ気分
- (2) 興味・喜びの喪失
- (3) 体重減少／増加，食欲減退／増加
- (4) 不眠／過眠
- (5) 精神運動焦燥／制止
- (6) 疲労感，気力減退
- (7) 無価値観，罪責感
- (8) 思考力や集中力の減退，決断困難
- (9) 自殺念慮，自殺企図（症状には（1）または（2）が含まれることが必要）

B. 症状により臨床的，社会的に障害を引き起こしている。

C. 物質の影響，ほかの医学的疾患によるものでない。

D. 精神病性障害（統合失調症および類縁疾患）ではうまく説明できない。

E. 躁病／軽躁病エピソードが存在したことがない。

（DSM-5[®] 精神疾患の分類と診断の手引きより引用，一部改変）

Ⅲ. 産後うつ病の治療

1. うつ病の一般的な治療法

休息，カウンセリング，薬物療法，精神療法（認知療法・認知行動療法，対人関係療法），小運動療法，光療法，マッサージ療法，鍼治療， ω -3脂肪酸補充，電気けいれん療法などが有効とされる。

2. 妊娠や授乳に対する薬物の影響

妊婦や授乳をしている褥婦に薬物治療を行うときに注意しなければならないのは、薬による催奇形性や胎児毒性、早産や胎児発育不全などの産科的合併症への影響、胎児が長期に薬物に暴露していた場合の新生児への毒性や離脱症状、さらには中長期的な影響なども挙げられる。最もよく心配されるのは奇形を起こすかどうかと思うが、妊娠3週までは「all or none 全

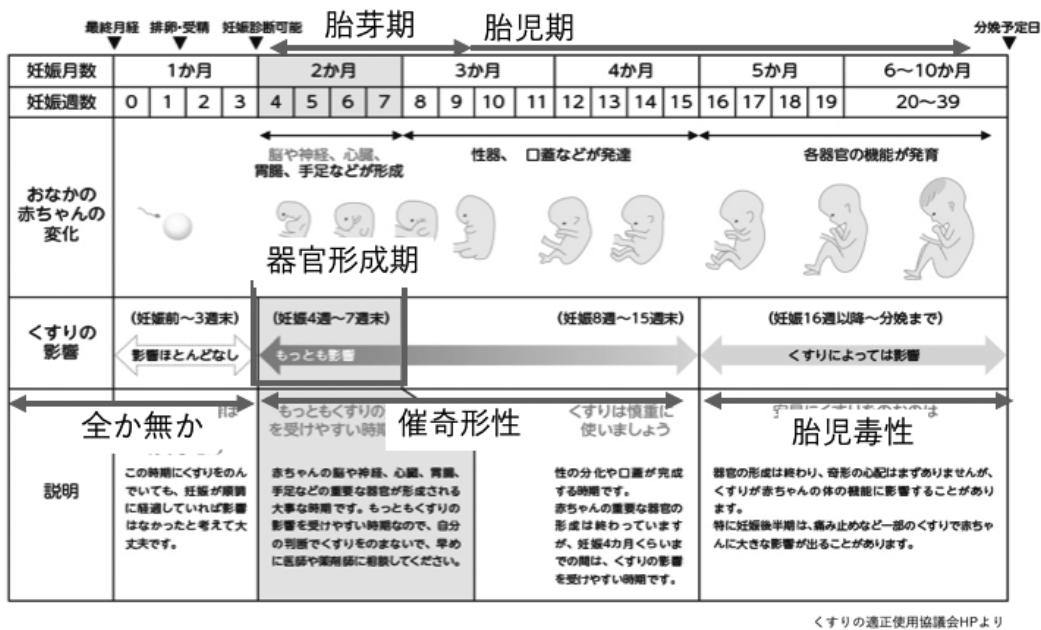


図 4 妊娠期間による薬の影響

か無かの法則」で、薬の影響を心配することはない。妊娠 4 週以降は 7 週までは器官形成期の中でも絶対過敏期であり、催奇形性に注意が必要であるが、催奇形性が認められるのは、抗てんかん薬や免疫抑制剤、抗がん剤など、抗血栓薬のワーファリンや、甲状腺治療薬のメルカゾール（チアマゾール）などごく一部の薬のみである。しかしそれらの薬でさえも、母体治療が優先され、メリットが上回る場合は使用を継続することもある（図 4）。

薬の説明書、添付文書には妊婦に対する注意や、授乳に対する注意が書いてある。しかし安全ですとしっかり書いてある薬はない。授乳に関してもそうである。ほとんどの薬が治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合のみ投与すること、安全性は確立していないというように書いてある。そのためしっかりと大丈夫であるとか、それらの根拠を説明してあげないと妊婦も不安になってしまい、自己判断による中断で原病が悪化してしまうこともよくある。てんかんについては特にしっかりと説明しないと行かない。

授乳に関し、投与中は避けさせること、もしくは授乳を中止させること、授乳中の褥婦に投与することを避け、やむを得ず投与する場合には授乳を中止させること〔動物実験（ラット）で乳汁中への移行が報告されている〕などと記載されていることが多い。しかし実際にはいろいろなデータをもとにして、母乳の安全性についての書籍やインターネットなどを参考に使用

されることが多い。

授乳可能かどうかは、薬の大きさや蛋白結合率、血中の薬物濃度のピークに達するまでの時間や、半減期などが影響する。

・指 標

- 1) M/P（母乳 / 血漿比）：比率が低い（< 1）ほうが好ましい
- 2) RID（Relative infant dose 相対的乳児投与量）
＝乳児が母乳を介して摂取した薬剂量（mg/kg/day） / 乳児の治療量（mg/kg/day）×100%

・因 子

- 1) MW（molecular wweight 分子量）：分子量が低い（<200）ほど移行しやすい
 - 2) PB（protein binding 蛋白結合率）：結合率が高い（> 90%）ほど移行しにくい
 - 3) Tmax（最大血漿中濃度到達時間）：ピークに達する時間は授乳を避ける
 - 4) T_{1/2}（消失半減期）：半減期が短い（1～3 時間）ほうが好ましい
 - 5) 経口バイオアベイラビリティ：薬剤が体循環に到達する能力
 - 6) pKa：イオンと非イオン性が同等のときの ph で、より低い pKa が望ましい
 - 7) Vd（Volume of distribution 分布容量）：体内分布の指標
- よく使われる指標としては、M/P 比と RID がある。

RIDは相対的乳児投与量の略で、乳児が母乳を介して摂取した薬剤量を、乳児の治療量で除したものである。このRIDが10%以下であれば安全に母乳投与はできるといわれている。

薬が安全に使えるかどうかは、国内のものでは国立成育医療研究センターの「妊娠と薬情報センター」が有名であり、大分県産婦人科医会の「母乳とくすりハンドブック」などは非常にわかりやすく書かれている。少し珍しい薬や抗がん剤などの薬の影響を調べるときは、NIH（アメリカ国立衛生研究所）のTOXNETなどのデータベースを参考にして話をしたりする。

妊娠と薬情報センター「授乳とくすりについて」 国立成育医療研究センター

<http://www.ncchd.go.jp/kusuri/jyunyu.html>

母乳とくすりハンドブック 大分県産婦人科医会

<http://www.oitaog.jp/syoko/binyutokusuri.pdf>

妊娠・授乳と薬 あいち小児保健医療センター

<http://www.achmc.pref.aichi.jp/S006/S006F00.html>

Drugs and Lactation Database (LactMed)

TOXNET (NLM/NIH)

<http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>
Committee on Drugs, Pediatrics 108: 776-789, 2001

American Academy of Pediatrics

<http://www.aap.org/policy/0063.html>

UK Drugs in Lactation Advisory Service

National Health Service (UK)

<http://www.ukmicentral.nhs.uk/drugpreg/guide.htm>

3. うつ病に対する薬物療法（表1）

1) SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）、SNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）

重大な催奇形性はないと考えられる。妊娠後期の使用でPPHNのリスク増加と関連する可能性があるが、絶対リスクは1%未満と低い。薬剤の変更や減量、中止にあたっては、離脱症状や再発の有無を確認しながら時間をかけて慎重に行う必要がある。

2) 三環系・四環系抗うつ薬

重大な催奇形性はないと考えられる。分娩直前まで使用した場合、新生児不適応症候群の症状が20~50%でみられる。薬剤の変更や減量、中止にあたっては、離脱症状や再発の有無を確認しながら時間をかけて慎重に行う必要がある。

3) 抗不安薬

ほとんどがベンゾジアゼピン系である。妊娠期の研究では、ベンゾジアゼピン系全体で評価されたものが多く、個々の薬剤による違いは報告されていない。授乳期には、一般的に短時間作用性のものを選択し、短期間、断続的、低用量、生後1週以降であれば安全とされる。

出生後に注意すべきなのが新生児不適応症候群であるが、離脱症候群ともいわれる。SSRIや三環系・四環系抗うつ薬でも注意が必要であるが、麻薬などの薬物が長期間胎児に暴露して、分娩によって暴露がなくなったときに発症する、振戦や興奮などの離脱症状のことである。重篤なものだと、無呼吸発作やけいれんが起きるので、やはりこれらの薬物を長期間摂取する精神疾患合併の妊婦は、周産期センターでの分娩が必要である。出産後の正常な状態から、離脱症状として興奮時の振戦、易刺激性、不安興奮状態等の神経症状が発症する。重篤な症状として、無呼吸発作や痙攣が出現する場合もある。ほとんどの症状は軽度で、生後数時間から数日以内に出現し、1週間以内に回復する⁹⁾。

IV. 産後うつ病の見つけ方

1. 産後うつ病のスクリーニング方法

一般的に産後うつ病の母親は、責任感が強く頑張りすぎてしまうため、また気力の低下なども認めるため、自分からはSOSを訴えることができない。そのためわれわれ医療者から積極的に見つける必要がある。幸い産前や産後は病院を受診する機会が多いため、発症が予測される時期や、発症リスクの高い人にも注意して、受診する機会にスクリーニングをしていく必要がある。

日本周産期メンタルヘルス学会のコンセンサスガイドでは、産後スクリーニング方法に関してのCQがあり、すべての産後女性に対して、エジンバラ産後うつ病質問票を使って、産後1か月に実施することを推奨している（表2）。全部で10項目の質問があり、過去7日間における気分や症状などについて0~3点の4段階で評価する。実際にはこの0~3点などの表記は伏せられて質問に答えてもらう。1と2はうつ項目について、笑うこと、楽しみにすることについてである。3~6は育児不安についての質問である。自分を不必要に責めたか、理由もなく不安になったか、理由もな

表1 乳汁移行に関する薬物動態データ

		RID(%)	M/P比
SSRI 選択的セロトニン 再取り込み阻害薬	パロキセチン (パキシル®)	1.2~2.8	0.056~1.3
	セルトラリン (ジェイゾロフト®)	0.4~2.2	0.89
	フルボキサミン (ルボックス®, デプロメール®)	0.3~1.4	1.34
	エスシタロプラム (レクサプロ®)	5.2~7.9	2.2
SNRI セロトニン・ノルアドレナリン 再取り込み阻害薬	ミルナシプラン (トレドミン®)	-	-
	デュロキセチン (サインバルタ®)	0.1~1.1	0.267~1.29
NaSSA ノルアドレナリン作動性・ 特異的セロトニン作動性抗うつ薬	ミルタザピン (リフレックス®)	1.6~6.3	0.76
		RID(%)	M/P比
三環系抗うつ薬	クロミプラミン(アナフラニール®)	2.8	0.84~1.62
	ノルトリプチリン(ノリトレン®)	1.7~3.1	0.87~3.71
	アミトリプチリン(トリプタノール®)	1.9~2.8	1.0
	アモキサピン(アモキサン®)	0.6	0.21
	イミプラミン(トフラニール®)	0.1~4.4	0.5~1.5
四環系抗うつ薬	ミアンセリン(テトラミド®)	-	-
	マプロチリン(ルジオミール®)	1.4	1.5
	セチプチリン(テシプール®)	-	-
		RID(%)	
抗不安薬	アルプラゾラム(コンスタン®, ソラナックス®)	7.8	
	ロラゼパム(ワイパックス®)	8.5	
	ジアゼパム(セルシン®)	-	

いのに恐怖に襲われたか、することがたくさんあって大変だったかと集中力の低下について聞いている。7は鬱による睡眠障害についての質問であるが、母乳や育児などで寝不足になっていることも多く、詳細に内容を聞く必要がある。8~10はうつ項目についてであるが、悲しい、不幸だという抑うつ症状についてと、自分を傷つける自傷に関しての質問が最後にある。この最後の質問が1点以上、つまり少しでもそのような感情があれば、詳細に事情を聴取し、産後うつ病のハイリスクであると認識する必要がある。母乳で体重が減るため、うつ病の診断基準と違いエジンバラには体重減少の項目はない。もともと睡眠時間は少ないので、不眠に関する質問には注意が必要である。0~3点の10項目全部を合計して、点数が高いほど結果が悪いのであるが、日本では9点以上、欧米では13点以上がカットオフとされている。あくまでスクリーニング検査であるため、確定診断には精神科医師による診察が必要である。9点以上の場合にはうつ病の可能性が高いと

判断するが、8点以下がうつ病ではないというわけではない。また点数の高さはうつ病の重症度を示すものではなく、うつ病以外の精神疾患でも点数が高値になる可能性がある。

2. エジンバラ以外のスクリーニング方法

うつ病以外のスクリーニング方法としては、育児支援チェックリスト、赤ちゃんへの気持ち質問票があり、エジンバラと合わせて、質問票1~3まで分類されて、スクリーニングされることが多い。

質問票1は、夫や周囲のサポートや環境要因について把握するものである。全部で1~9までの質問があり、(はい)か(いいえ)などで答えるものである。①妊娠中の異常があるか、②流産や死産などのストレスがあったか、③精神疾患の既往があるか、④困ったときの相談相手について、夫や実母などのサポートがあるか、なければDVなどが隠れている可能性もある。⑤経済的な不安について、⑥住環境について、⑦家族

表2 エジンバラ産後うつ病質問票

(メンタルヘルスのスクリーニング)

産後の気分についてお尋ねします。あなたも赤ちゃんもお元気ですか。最近のあなたの気分をチェックしてみましょう。今日だけではなく、過去7日間にあなたが感じたことにもっとも近い答えに○をつけてください。

1) 笑うことができたし、物事のおもしろい面もわかった

(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

2) 物事を楽しみにして待った

(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

3) 物事がうまくいかないとき、自分を不必要に責めた

(3) はい、たいていそうだった
(2) はい、ときどきそうだった
(1) いいえ、あまりたびたびではなかった
(0) いいえ、全くなかった

4) はっきりした理由もないのに不安になったり、心配になったりした

(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、ときどきあった
(3) はい、しょっちゅうあった

5) はっきりした理由もないのに恐怖に襲われた

(3) はい、しょっちゅうあった
(2) はい、ときどきあった
(1) いいえ、めったになかった
(0) いいえ、全くなかった

6) することがたくさんあって大変だった

(3) はい、たいてい対処できなかった
(2) はい、いつものようにはうまく対処できなかった
(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

7) 不幸せな気分なので、眠りにくかった

(3) はい、いつもそうだった
(2) はい、ときどきそうだった
(1) いいえ、あまりたびたびではなかった
(0) いいえ、全くなかった

8) 悲しくなったり、惨めになったりした

(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、あまりたびたびではなかった
(0) いいえ、全くそうではなかった

9) 不幸せな気分だったので、泣いていた

(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) ほんのときどきあった
(0) いいえ、全くそうではなかった

10) 自分の体を傷つけるという考えが浮かんで来た

(3) はい、かなりしばしばそうだった
(2) ときどきそうだった
(1) めったになかった
(0) 全くなかった

表3 質問票1 育児支援チェックリスト

あなたへ適切な援助を行うために、あなたのお気持ちや育児の状況について以下の質問にお答え下さい。
あなたに当てはまるお答えのほうに、○をして下さい。

1 今回の妊娠中に、おなかの中の赤ちゃんやあなたの体について、または、お産のときに医師から何か問題があると言われていましたか？
【 はい いいえ 】

2 これまでに流産や死産、出産後1年間にお子さんを亡くされたことがありますか？
【 はい いいえ 】

3 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことがありますか？
【 はい いいえ 】

4 困った時に相談する人についてお尋ねします。
① 夫には何でも打ち明けることができますか？ 【 はい いいえ 夫がいない 】
② お母さんには何でも打ち明けることができますか？ 【 はい いいえ 実母がいない 】
③ 夫やお母さんの他にも相談できる人がいますか？ 【 はい いいえ 】

5 生活が苦しかったり、経済的な不安がありますか？ 【 はい いいえ 】

6 子育てをしていく上で、今のお住まいや環境に満足していますか？ 【 はい いいえ 】

7 今回の妊娠中に、家族や親しい方が亡くなったり、あなたや家族や親しい方が重い病気になったり事故にあったことがありますか？
【 はい いいえ 】

8 赤ちゃんが、なぜむずかかったり、泣いたりしているのかわからないことがありますか？ 【 はい いいえ 】

9 赤ちゃんを叩きたくることがありますか？
【 はい いいえ 】

死産後の妊娠では、妊娠中や産褥期に抑うつ的にみえやすいと報告されています。

既往歴がある場合は産後うつ病を発症しやすくなります。治療を受けた時期、病名、今回の妊娠中の治療の有無、現在の治療状況、家族がどこまで知っているのかなどを確認します。

「いいえ」の場合、夫に話をできない内容や理由を質問します。DVが明らかになることもあります。

自分の母親からの情緒的なサポートが十分受けられるかどうかの質問です。「いいえ」の場合、妊娠出産前から話ができないのか質問します。

経済的問題、育児環境についての質問です。

ライフイベントについての質問です。

赤ちゃんが何を求めているのかわからない場合は、ネグレクトなどにつながるリスクがあります。

「はい」の場合、実際に叩いたことがあるか質問します。ここでは拒否的、攻撃的な気持ちを打ち明けてもらうことが大切で、非難するような口調や教育的な口調にならないように気をつけます。

表4 質問票3 赤ちゃんへの気持ち質問票

あなたの赤ちゃんについてどのように感じていますか？
下にあげているそれぞれについて、いまのあなたの気持ちにいちばん近いと感じられる表現に○をつけて下さい。

	ほとんどいつも 強く感じる (0)	たまに強く 感じる (1)	たまに少し 感じる (2)	全然 感じない (3)
1 赤ちゃんをいとしと感じる。	(0)	(1)	(2)	(3)
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)	(2)	(1)	(0)
3 赤ちゃんのことが腹立たしいやになる。	(3)	(2)	(1)	(0)
4 赤ちゃんに対して何も特別な気持ちがない。	(3)	(2)	(1)	(0)
5 赤ちゃんに対して怒りがこみあげる。	(3)	(2)	(1)	(0)
6 赤ちゃんの世話を楽しみながらしている。	(0)	(1)	(2)	(3)
7 こんな子でなかったらなあと思う。	(3)	(2)	(1)	(0)
8 赤ちゃんを守ってあげたいと感じる。	(0)	(1)	(2)	(3)
9 この子がいなかったらなあと思う。	(3)	(2)	(1)	(0)
10 赤ちゃんをとても身近に感じる。	(0)	(1)	(2)	(3)

状況を詳細に質問し、家事、育児の優先順位を自分で決めて実際にできているかどうか判断します。

どんな時か、つらくないか、強く感じる場合のストレスはどう考えているのか聴きます。
点数が高い場合は母親の赤ちゃんに対する怒りが強いことをあらわしています。虐待傾向が疑われます。

問3と問5の両方とも1点以上の場合は、虐待のリスクを念頭に置く必要があります。

最近の具体的な出来事やその時の状況、どう対処したかを聴きます。
点数が高い場合は母親の赤ちゃんに対する怒りが強いことをあらわしています。虐待傾向が疑われます。

理想の子どものギャップがある場合、どんな点が違うのか質問します。

質問2,3,5,6,7,10が1点以上で高得点となっている場合は抑うつ症状との関連が深いので注意深く支援が必要です。
1点以上がついた質問項目、特に2点以上の高得点をつけた質問については、さらにそのことについて母親の気持ちを詳しく聴き、こちからの質問を行い、内容を余白に記入します。

や親しい人が亡くなるなどのストレスがあったか、⑧赤ちゃんがなぜ泣いているかがわかるかどうかでネグレクトにつながる可能性があるか、⑨赤ちゃんを叩きたくることがあるか(表3)。

質問票2はエジンバラ質問票のことを指す。

質問票3は赤ちゃんへの気持ち質問票である。エジンバラと同様に10項目の0～3点で合計30点になる。得点が高くなるほど赤ちゃんへの否定的な気持ちを示しており、3点以上で支援が必要であるといわれている。愛おしいと感じる、身近に感じるなどの好意的な質問がある一方で、3番の腹立たしいと感じるや、5番の怒りがこみ上げるなど、否定的な質問にマルがついた場合は虐待の可能性があるので要注意となる(表4)。

V. 今、行われている支援

子育て世代包括支援センター：妊娠期から子育て期にわたるさまざまなニーズに対して総合的相談支援を提供するワンストップ拠点であり、地域のさまざまな関係機関と情報を共有しネットワークを構築する。平成29年4月に改正母子保健法の施行により『子育て世代包括支援センター(法律上の名称は母子健康包括支援センター)』の設置が市区町村の努力義務として法定化された。

医療機関では妊娠期を通じて、また出産時、産後2週間、1か月と看護師・助産師によるスクリーニングを行い、産科医療施設内で院内スタッフによる評価と支援を話し合う。その後は包括支援センターを通じて地域の各所とサポートで連携をとるが、エジンバラを含む3つの質問票を使い、各時期でスクリーニングをする。エジンバラが9点以上、もしくは最後の10番目の質問である自傷の恐れがあるもの、赤ちゃんへの気持ち質問票が3点以上のものは、しっかりと産科医療施設にて評価を行う。精神症状があり、生活機能障害があるもの、悩んでいることが打ち明けられない、望まない妊娠、帰宅後の育児困難が予想されるものは、子育て世代包括支援センターに連絡票を用いた情報共有を行い、さらなる情報収集と評価を行う。支援センターは、地域の保健センター、保健所、子育て支援機関、学校などの教育機関、児童相談所などと適宜連携情報共有を行い、必要な産後ケアや産後サポートを提供する。後述するが、特定妊婦の同意が得られれば、要対協とも情報共有を行う。

要対協とは要保護児童対策地域協議会(地域協議会、要対協)、子ども家庭支援センター、子ども子育て応援センターなど呼び名もさまざまである。要保護児童等への適切な支援を図ることを目的に地方公共団体が設置・運営する組織である。平成16年度の児童福祉法改正に際して、同法第25条の2に規定された、要保護児童等に関する情報交換や支援内容の協議を行う法定協議会である。支援対象として要保護児童、要支援児童、特定妊婦が対象となる。児童福祉法第6条の3第5項では下記のように規定される。

- ・特定妊婦：出産前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
- ・要支援児童：保護者の養育を支援することが特に必要と認められる児童(要保護児童に該当するものを除く)
- ・要保護児童：保護者のない児童又は保護者に監護させることが不相当であると認められる児童

要保護家庭があれば、その周りを家庭や区施設などが一緒になって地域で見守り、その周りを医療機関、保健所、福祉事務所、児童相談所、警察、学校や、教育委員会などが要対協と一緒にサポートしていこうというシステムである。ほとんど全ての市



出典：大田区児童虐待対応マニュアル(H28)

図5 要保護家庭への支援

町村に設置されているといわれており、児童相談の対応窓口として虐待通告先などになっている。リスクの高い虐待ケースはこれまでどおり児童相談所などが対応するが、リスクの低い要支援ケースは市町村が管轄する(図5)。

特定妊婦とはどう定義されているかという点、出産前後の養育について出産前において以下の場合に特定妊婦として支援が考慮される。

- ・すでに養育の問題がある妊婦 要保護児童，要支援児童を養育している
- ・支援者がいない妊婦 未婚またはひとり親 夫の協力が無い
- ・妊娠の自覚がない，知識がない，出産の準備をしていない妊婦
- ・望まない妊娠をした妊婦，婚外で妊娠した
- ・すでに多くの子どもを養育して経済的に困窮
- ・若年妊婦
- ・こころの問題がある妊婦，知的な課題がある妊婦，アルコール薬物依存症
- ・経済的に困窮している妊婦
- ・未受診妊婦

(子どもの虐待対応の手引きより)

特定妊婦について要対協を含め地域に情報提供をする場合、極めて踏み込んだ個人情報話すことになる。通常、医療者には守秘義務が刑法で定められているが、児童福祉法では、特定妊婦に関する市町村への情報提供は守秘義務違反にならないことが条文化された。しかし、原則同意書をもって同意を得て、情報提供をすることが市町村からの支援を受けることになり、ひい

ては養育の負担軽減になるということを説明する必要があるとされている。ちなみに同意がある場合は、診療報酬算定が可能である(ハイリスク妊産婦連携指導料750点)(図6,7)。

2017年までの2年間の統計であるが、およそ40~60人の妊婦が特定妊婦として登録され、全分娩数に対する割合は4~6%と上昇傾向にある。内訳は、実に70%もの妊婦が精神疾患をもち、ほかにシングルマザーや未受診、若年妊婦やサポート不足、DVなどが続く。精神疾患の半分はうつ病などの気分障害が占めた。ほかにはパニック障害や不安障害が21%、統合失調症12%、発達障害やパーソナリティ障害が15%を占める(図8)。

VI. まとめ 私たちにできる支援

産後うつ病は大変な病気である。誰にでも起こることがある。お母さんは毎日頑張っている。小さい命を必死に守ろうと、毎日必死に子どもと接している。

小さい子どもはうまく気持ちが伝えられない。理由もわからず泣いているが、お腹が空いた?眠い?ただのわがまま?それとも本当はどこかが痛いのかな…。

1日中ずっと神経をすり減らしているお母さんは、家事に授乳で夜もよく眠れない。家族の食事の用意、洗濯、洗い物、掃除、夫が手伝ってくれないような小さな家事、日用品の補充や、ワクチンの予定、保護者や学校との連絡・・・体は疲れてもなかなか休む時間がない。ベビーシッターやファミリーサポートなどの公共のサポート、お金の心配ももちろんあるけれど、預けて大丈夫な人なのか、何かされていないか、信用できる人なのか、ちゃんと元気にお家に帰ってくるのか。心配は尽きない。

医療者ができること

- ・妊娠期から精神疾患の既往や、現在の精神状況について聴取。
- ・出産後のサポートについての提案。
- ・精神状態に不安があれば、精神科、保健師など情報共有。

→産後うつ病になる前に、予防することが最も大事である。

市町村・地域ができること

- ・すでにさまざまなサポートサービスが存在する。
- ・公的なものは妊婦・家族にわかりにくいこともあり、気軽に利用できる設備、費用などの整備が必要。

自治体に対する個人情報の提供に関するお願い

児童福祉法では「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」を特定妊婦とし、児童福祉法の観点から適切な養育支援を図ることが必要な対象となっております。対象者が居住する市区町村に情報提供を行い、地域の保健師、子ども家庭支援センター等と連携して、妊産婦や子どもに対する支援を提供する事が定められています。

当院では、この規定に従い妊娠期から妊娠・出産・子育てを安心して行えるようにサポートさせて頂きたいと考えております。これにあたり、以下の点についてご理解、ご協力をお願いしております。

1. これまでの病気や子育て環境の事について、正確な情報を教えて頂きますようお願いいたします。
2. 下記に該当する方（児童福祉法の上では特定妊婦と定義されています）については特に地域のサポート体制の強化を図ることが必要となるため、当院で知り得た患者さんの情報について市区町村に情報提供をさせて頂きます。なお、情報提供にあたり、十分な注意と配慮を行い個人情報の保護に努めます。

- ・妊娠中に家庭環境にリスクを抱えている妊婦
- ・経済的な困窮を抱えている妊婦
- ・複雑な家庭内事情を抱えている妊婦
- ・育児が困難と予想される妊婦
- ・精神疾患を抱えている妊婦・若年の妊婦
- ・望まない妊娠をした妊婦
- ・妊婦健康診査を受診しない妊婦
- ・その他（ ）

上記内容について、_____ から説明を受け了解しました。

承諾日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日（氏名）_____ 様（ご署名）

東京大学医学部附属病院産科外来

図6 東大病院における特定妊婦の同意書

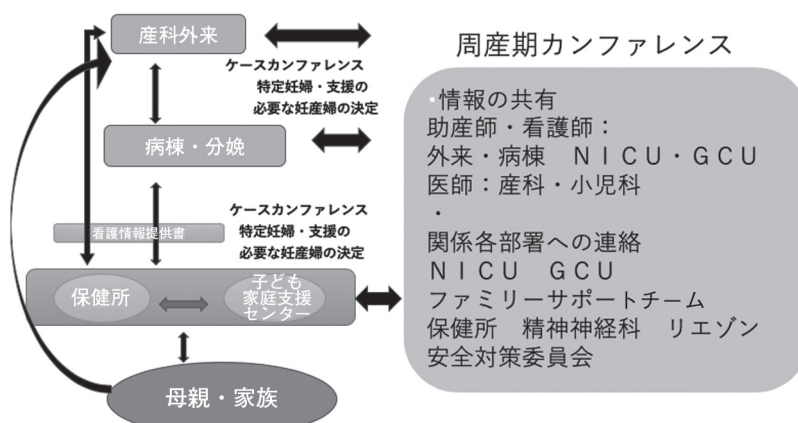


図7 東大病院における特定妊婦決定までの流れ

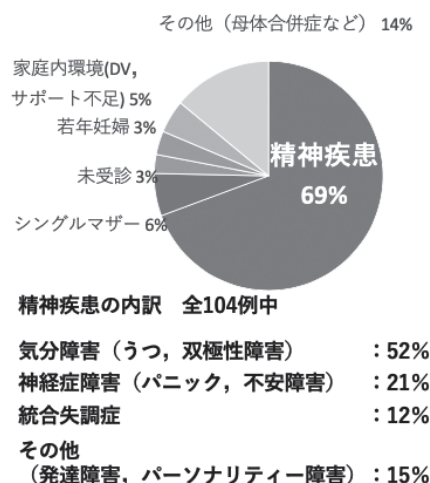
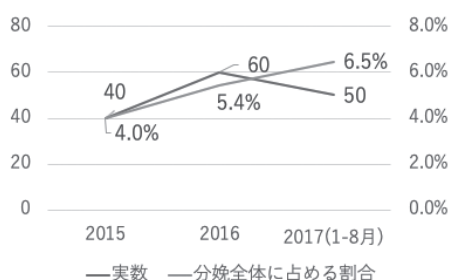
2015年1月～2017年8月までの集計
特定妊婦として把握した症例数の推移

図8 東大病院における特定妊婦の現状

→子育てするお母さんにやさしい地域社会を。

家族ができること

- ・よく話を聞きましょう。
 - ・支えているつもりが孤独にさせていないでしょうか。
- 妊娠中から家族みんなで産後のサポートの準備をしましょう。体とところが疲れると、いろいろなことが悪循環に陥ります。きっとどこかで断ち切れるはずです。

謝 辞

このような発表の場を与えてくださった岡 明先生, 平田陽一郎先生, ならびに座長の労をとって頂きました松田博雄先生に感謝申し上げます。

文 献

- 1) Henshaw C. Mood disturbance in the early puerperium : a review. Arch Womens Ment Health 2003 ; 6 : 33-42.
- 2) 大岡治恵, 尾崎紀夫. 産後うつ病・産後精神病. 分子精神医学 2009 ; 9 : 67-68.
- 3) Brice Pitt. "Atypical" depression following childbirth. Br J Psychiatry 1968 ; 114 : 1325-1335.
- 4) Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. Br J Psychiatry 1984 ; 144 : 35-47.
- 5) JL Cox. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. Br J Psychiatry 1993 ; 163 : 27-31.
- 6) 吉田敬子, 山下 洋. 産後の母親と家族のメンタルヘルス 自己記入式質問票を活用した育児支援マニュアル. 母子保健事業団, 2005.
- 7) Harris B, et al. Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlates across the peripartum period. Br J Psychiatry 1996 ; 168 : 739-744.
- 8) 中野仁雄. 妊産褥婦および乳幼児のメンタルヘルシステム作りに関する研究. 平成12年度厚生科学研究報告書, 2000 ; 61-75.
- 9) Levinson-Castiel R, et al. Neonatal abstinence syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors in term infants. Arch Pediatr Adolesc Med 2006 ; 160 : 173-176.