

第67回日本小児保健協会学術集会 シンポジウム 4

周産期メンタルヘルス

多職種で取り組む母子と家族のための
周産期メンタルヘルス

山下 洋 (九州大学病院子どものこころの診療部)

I. 小児保健の動向と周産期メンタルヘルス

小児保健に関わる国際的な動向として、国連が採択した将来の世代の生活の改善に向けた包摂的なアジェンダである2000年のミレニアム開発目標 MDGs が、2015年には SDGs 持続可能な開発目標へと引き継がれた。母子保健や早期発達の領域についても世界的なアジェンダが可視化された指標として示され、ジェンダーの平等や生涯教育、妊産婦、幼児の安全について達成目標 3, 4, 5 に多くのゴールが設定されている。世界保健機関も、子どもの早期発達 (Early Child Development) がライフコースの要となる時期であり、健やかな育ちに不可欠な養育的ケア (Nurturing Care) を提供する子育て世代に十分な社会的資源を投入することを、国際的なアジェンダとして示している¹⁾。

国内でも次世代を視野に入れて10年後に目指す姿を目標や指標という形で可視化する取り組みが、「健やか親子21」という国民運動計画のもとに2001年より第1次計画がスタートし、2015年より現在まで第2次計画が進行中である。特に第2次計画では、重点課題①「育てにくさを感じる親に寄り添う支援」として、養育的ケアを提供する親への支援に注目した指標の設定と環境整備のための施策が提唱された。重点課題②においても、児童虐待予防の妊娠期からの取り組みに向けた環境整備に向けて、地域の社会資源の拡充が指標化されている。

令和元年には医療の観点から教育・医療・福祉の連携を加速する理念法として成育基本法が制定され、母子保健法と児童福祉法とを統合した施策の運用が求められている。その概念図の中心に据えられた「次世代

育成サイクル」は、まさに養育的ケアの提供により子どもの早期発達を支える過程であり、これを担うのは家族という社会の基本単位が形成する養育環境とその世代間伝達である。周産期メンタルヘルスの実践では、このような理念とアジェンダを踏まえた取り組みの要として、多領域・多職種の連携が求められている。本シンポジウムでは、総合周産期母子医療センターを有する大学病院内から地域への妊産婦のメンタルヘルス支援の取り組みをとおして、多職種連携の意義を検討する。

II. 周産期メンタルヘルスの意義

周産期に生じる母子の心身の状態や、それを取り巻く心理社会的文脈の大きな変化は、さまざまなリスク状況につながる。その一方で、適切なタイミングでリスクへの気づきがあれば、母子保健制度に支えられた公的サービス、あるいは地域や親族間の自然発生的な支援などの社会的なリソースが豊富にあるという点では、レジリエンスの高い時期でもある。

この文脈を踏まえて、地域の母子と家族の生活につながるができる包括的なスクリーニング、すなわちユニバーサル・スクリーニングの導入が国際的にも提唱されている。ユニバーサル・スクリーニングとは、周産期の女性と家族のメンタルヘルスに影響する心理的、社会的、文化的リスク要因を評価するものであり、頻度の高い精神保健の問題であるうつ病のスクリーニングも一部として含むが、それだけに限定しない多次元的な評価を行うことと定義されている。スクリーニングは、統合されたケアプログラムの一環として実施されることが推奨されている²⁾。包括的なスクリーニングの必要性の一方で、その方法の妥当性につ

いては常に慎重に評価する必要がある。まずスクリーニングに際しては、実施後のケアや支援の受け皿へのアクセスの課題がある。産後うつ病と診断された女性のケアへのアクセスの調査では、自身に不調や困難があると感じていても母子保健やメンタルヘルスの専門家にアクセスし、相談した人は限られていたことが20年前の調査でも明らかになっており、その障壁は今も解消されていない。この実情から、ファーストタッチの地域の保健活動におけるメンタルヘルス・スクリーニングの導入が推進されている。しかしながら、スクリーニングを導入したとしてもケアへのアクセシビリティと受け皿の整備が行われなければ、十分な費用対効果が得られないことが示されている。アクセシビリティについては、支援の仕組みの可視化や情報提供とともに、地域社会や個人のスティグマの解消により、支援やケアを受けることへのバリアーを解消していくことが重要となる。

Ⅲ. メンタルヘルスのニーズへの気づきと介入

Everybody's Business という英国の標語にもあるように、ケアへの障壁の解消に向けて周産期のメンタルヘルスの問題は、誰にでも起こり得る普遍的な出来事であることを可視化する必要がある³⁾。不安症やうつ病は、軽症から重症まで程度はさまざまであり、すべてを含めると7人に1人(10~15%)の女性が産後にうつ病を経験し、ストレスとなる出来事後の心身の不調や苦痛—適応障害は15~30%と高い頻度で見られる。不安症や気分症(うつ病)は、周産期の最も頻度の高い併存症であり、Common mental disordersとしてプライマリーケアのレベルでスクリーニングを行う意義がある。もちろん産後の精神病状態は1%、重症のうつ病は3%と頻度は低いが、専門家による緊急の介入を必要とし看過できない病態であることは言うまでもない。

エジンバラ産後うつ病質問票(以下、EPDS)は10項目の簡便な自己質問票であり、世界各国で標準化され、フィジビリティの高いスクリーニング法として幅広い臨床場面で用いられている。開発者のJohn Coxは、その運用に際しては、スクリーニング後の肯定的な支援関係を育むという観点を強調し、自己質問票への記入を支援の糸口として、情報収集にとどまらない傾聴と共感の態度で話し合うこと(Listening Visit)を提唱している⁴⁾。国内でも日本産婦人科医会によ

り、妊産婦メンタルヘルスマニュアルが作成され、EPDSを含む3つの自己質問票を用いてスクリーニングへの導入から支援関係を構築するまでの面接の仕方の教材と研修セミナーが提供されている。

産後うつ病への予防的および早期介入の共通要素として、心理社会的サポートを継続的に提供することがある。周産期を通じて妊産婦とつながる周産期医療機関や地域の母子保健機関が、メンタルヘルスのニーズへの気づきを高めることで、予防的—早期介入の確かなスタートを切ることができる。妊産婦健診や保健指導において、不安・抑うつ症状のスクリーニングと並んで、①精神保健の問題の既往歴がある、②ストレスとなる人生上の出来事を経験している、③サポートが乏しい、などのリスク要因の把握と、それらに応じた多職種連携によるサポートにより、母子と家族の適応の過程を切れ目なく支えていくことが周産期メンタルヘルスケアのプラットフォームとなる。

Ⅳ. 周産期メンタルヘルスの多職種連携による実践

周産期メンタルヘルスが関連する領域を図1に示す。周産期はライフコースにおける関係性発達の最早期にあたり、産後うつ病など養育者のメンタルヘルス、子どもの側の気質と医学的要因および育児環境のリスク要因が、絆形成の過程に与える影響は看過できない。このため周産期メンタルヘルスの実践では、養育者と子どもを基本単位として、養育環境を形成する親子と家族の関係性の問題をアセスメントし、支援することが重要な目標となる。

九州大学病院では、総合周産期母子医療センターと子どものこころの診療部の連携によるリエゾン・コンサルテーション・サービスである「母子メンタルヘルスクリニック(MHC)」を2001年に開設し、現在まで継続している(図2)。周産期メンタルヘルスの臨床実践では、赤ちゃんの要因、養育者の要因、赤ちゃん

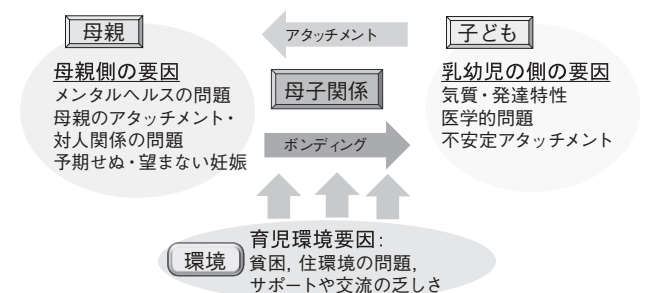


図1 周産期のメンタルヘルスが関わる領域

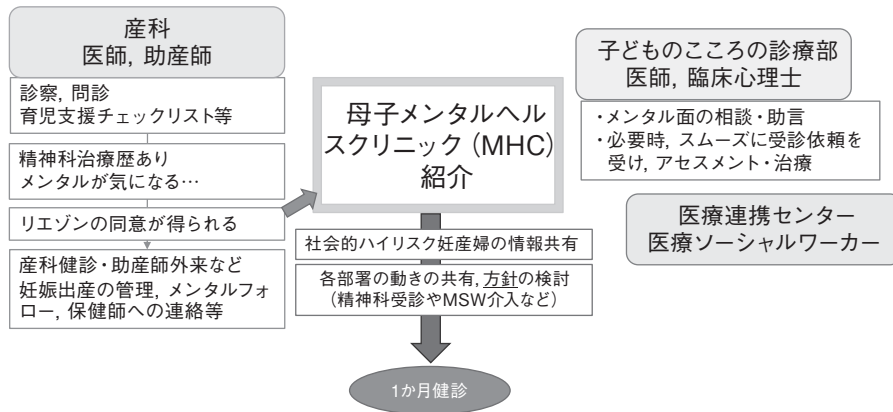


図2 九州大学病院における多職種連携

と養育者の関係性という3つの視点から事例の定式化を行う。赤ちゃんに関わる小児医療スタッフ, 母親に関わる多職種の周産期および精神保健スタッフそれぞれが, 3つの視点からケースの情報を共有できると養育困難状況の見立てと支援の糸口が見えてくる。クリニック登録者の主診断の概要を図3に示した。うつ病のみならず, 幅広い精神保健の問題をもつ女性がスクリーニングされており, 産科においても, 幅広い心理社会的リスクに注意を向けて妊産婦の診療を行っている。週に一度カンファレンスを行い, 各科で担当者が決まっていることで, 周産期における連携の障壁(交流の乏しさ, 時間軸上の障壁)を乗り越え, 院内において一貫した母子支援を行うことにつながる⁵⁾。MHCに登録された女性に対しては, 精神科医・臨床心理士が行った精神障害の診断と治療, および産科医や助産師による育児能力のアセスメントをもとに, 医療ソーシャルワーカー(MSW)が家族との協議による環境調整・地域連携を促進し, 母親のケアと育児の見守りの地域支援への円滑な移行を行った。産科的, 精神的, 社会的(Bio-Psycho-Social)に困難がみられる事例において, 多職種が関わりながら密に情報共有と検討する場があることで, 出産後の母子の生活環境や見守り体制を構築することができる。

周産期のメンタルヘルスケアにおいては, 心の問題の把握のみならず養育者の視点から, 赤ちゃんに対してどのような絆の感情—ボンディングを持っているかを理解し支援することが主要な課題となる。産後のスクリーニングで用いている「赤ちゃんへの気持ち質問票」には, 育児における否定的な感情について愛情の欠如, 怒りや拒絶に関連する項目が含まれている。大多数の養育者は0~1点の回答であるが, 周産期に不

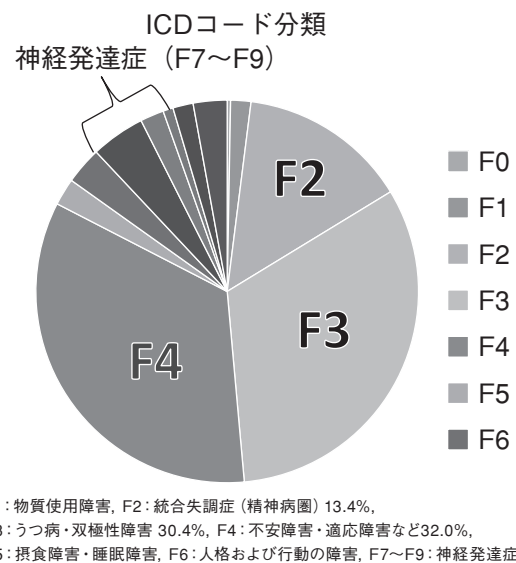


図3 母子メンタルヘルスクリニック登録者(母親)の主診断の概要

安や抑うつ感が強い養育者では, 出産や赤ちゃんとの出会い, 育児を通じた交流の体験を楽しむことが難しく, 懸命な子育ての一方で, 自責感や不全感が深まっている場合も多い⁶⁾。母子と家族に関わる多職種のスタッフが, 子育ての中で養育者が抱えるマイナスの感情もありのままに傾聴する共感的な態度を共有して関わることが支援関係のスタートとなり, 継続的にサポートを提供していくことが周産期という移行期に生じる危機的状況を乗り越えるためのセーフティーネットとなる。コロナ禍によって顔の見えるつながりが築きにくい現在の状況こそ, 多職種連携のネットワークの情報共有によるきめ細かな見守りと支援が求められる。

周産期における包括的支援の課題として, 医療機関における本来の予防的介入としての妊娠期からのメンタルヘルスケア・プログラムの確立がある。九州大学

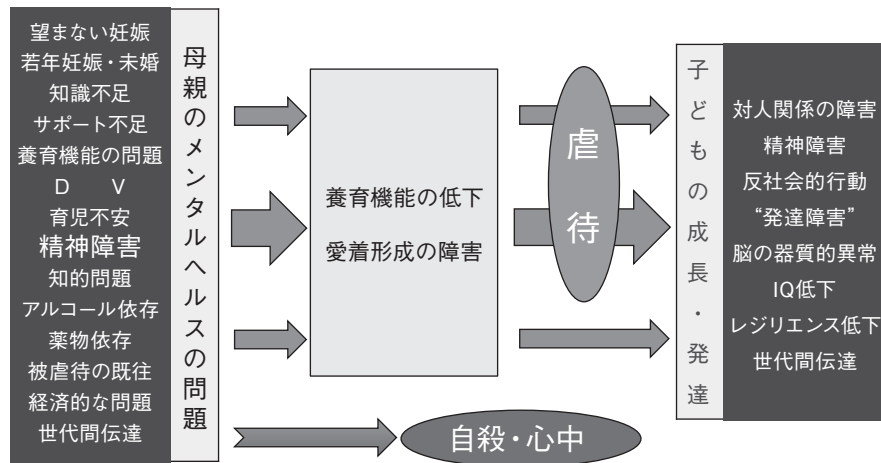


図4 妊産婦のメンタルヘルス：次世代への影響

病院のような総合病院における周産期医療と精神科との連携によるメンタルヘルスのリエゾン・コンサルテーションの取り組みは、ハイリスクアプローチに位置付けられる。産科および精神科のリエゾンによる妊産婦に対する治療のコンセンサスガイドも整備され、ハイリスク妊産婦連携指導料の加算が多職種連携を推進している。もう一方のポピュレーションアプローチとしては、日本産婦人科医会による妊産婦メンタルヘルスケア・プロジェクトが始まり、地域の産科クリニックを含めた妊産婦健診におけるメンタルヘルス・ケアの普及の取り組みが具体化している⁷⁾。産褥健康診査以降は、医療機関から地域へと支援が引き継がれる。地域で周産期うつ病、心理社会的リスク要因や育児困難状況にワンストップで対応するために、市町村の子育て支援のさまざまな資源と窓口を一元化する子育て世代包括支援センターの整備が鍵となっている。

V. 母子保健と虐待予防—小児医療との連携に向けて—

周産期メンタルヘルスの取り組みは、不安・抑うつなど一般的な精神症状のスクリーニングとケアから始まり、現在は、精神医学的・心理社会的ハイリスク・ケースへの予防的支援の取り組みへと進みつつある⁸⁾。予防的支援の目標として、精神医学的ハイリスク・ケースでの再発・増悪による自殺企図⁹⁾および心理社会的ハイリスク・ケースでの不適切養育（虐待・放任）¹⁰⁾の予防が挙げられる。周産期医療体制において、心理社会的ハイリスク・ケースに対しても妊娠中から出産後への切れ目のない治療と支援をコーディネートすることの予防的支援としての意義は大きい。周産期の養育者の不安・抑うつなどのメンタルヘルスの問題は、

次世代の子どもの育ちに否定的な影響を与えることが、国内外の大規模コホート研究の知見から明らかになっている。これらは心中や虐待死亡事例をはじめとする深刻な事例のみにはとどまらない（図4）。心理社会的リスク要因に対する支援に際しては、児童福祉や小児科・精神科医療との多領域・多職種の協働が必要となる。

地域の母子保健および医療機関など、スクリーニングの実施主体にとって費用対効果は継続性の面からも重要である。英国では母親の転帰についての調査に基づいてガイドラインの改訂がなされているが、本来は母親と乳児双方の視点からの費用対効果のエビデンスを参照する必要がある。英国においても周産期精神保健の研究グループは、コホート研究による長期的な予後調査のエビデンスから、うつ病に罹患した母親の子どもの思春期までの身体—心理的な発達リスクと、それらへの対応にかかるコストまでを含めて試算すると、周産期メンタルヘルスケアは、十分な費用対効果が得られることを提唱している¹¹⁾。周産期メンタルヘルスの多職種連携の取り組みの成果は、小児医療による子どもの心身の育ちのフォローアップにより検証され強化される。家族のライフコースを視野に入れた予防の視点からは、今後さらに妊娠前（Pre-conception）の段階への予防的介入が導入されていくと考えられる。小児医療の場で児童思春期・ヤングアダルトなど、親となる世代が妊娠・出産を前にした段階から心身の健康問題とリスク要因に気づき、健康関連行動とメンタルヘルスに介入することで2世代にわたるメンタルヘルスの問題の真の意味での予防が達成される。

文 献

- 1) Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, et al. Investing in the foundation of sustainable development : pathways to scale up for early childhood development. *The Lancet* 2017 ; 389 (10064) : 103-118.
- 2) Austin MP. Marce international society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2014 ; 28 (1) : 179-187.
- 3) Tripathy P. A public health approach to perinatal mental health : improving health and wellbeing of mothers and babies. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 2020 : 101747.
- 4) Cox J, Holden J, Henshaw C. Perinatal mental health : the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) manual (2nd edn). RCPsych Publications, 2014.
- 5) 渡邊博幸. 精神科医は、母子保健とどのように連携していくのか? : 松戸市の取り組みを例に. *精神神経学雑誌* 2018 ; 120 (1) : 52-59.
- 6) 山下 洋, 岩元澄子, 吉田敬子. 周産期に精神医学的問題をもつ母親の母子相互作用と幼児早期の発達転帰. *財団法人 明治安田こころの健康財団 研究助成論文集* 2007 ; 43 : 139-147.
- 7) 木下勝之. 周産期関係者等が目指す妊産婦メンタルヘルスケア. *女性心身医学* 2016 ; 21 (3) : 236-243.
- 8) Judd F, Newman LK, Komiti AA. Time for a new zeitgeist in perinatal mental health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2018 ; 52 (2) : 112-116.
- 9) 竹田 省. 妊産婦死亡原因としての自殺とその予防 : 産後うつを含めて. *臨床婦人科産科* 2017 ; 71 (6) : 506-510.
- 10) 光田信明. 特定妊婦って何?. *女性心身医学* 2016 ; 20 (3) : 289-293.
- 11) Bauer A, Pawlby S, Plant DT, et al. Perinatal depression and child development : exploring the economic consequences from a South London cohort. *Psychological Medicine* 2015 ; 45 (1) : 51-61.

参 考 資 料

- ・日本産婦人科医会. “妊産婦メンタルヘルスケア・マニュアル, 2017” [http : //www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/11/jaogmental_L.pdf](http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/11/jaogmental_L.pdf)
- ・日本産科婦人科学会, 日本産婦人科医会. “産婦人科診療ガイドライン—産科編2020” [http : //www.jsog.or.jp/activity/pdf/gl_sanka_2020.pdf](http://www.jsog.or.jp/activity/pdf/gl_sanka_2020.pdf)
- ・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” [http : //pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html](http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html)
- ・日本精神神経学会. “コンセンサスガイド” [https : //www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/Clinical_guide_for_women_with_mental_health_problems_during_perinatal_period_ver1.1.pdf](https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/Clinical_guide_for_women_with_mental_health_problems_during_perinatal_period_ver1.1.pdf)
[https : //www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/Clinical_guide_for_women_with_mental_health_problems_during_perinatal_period_details.pdf](https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/Clinical_guide_for_women_with_mental_health_problems_during_perinatal_period_details.pdf)