

総 説

精神疾患のある保護者への支援

竹内 崇

I. はじめに

総合病院精神科では、精神疾患を合併した妊産婦の診療を依頼されることは少なくない。その背景には、産科施設では精神疾患の重症度評価に不安があること、精神科病院や精神科診療所では妊産婦への薬物療法への不安があること、さらに双方にとって相互の連携が乏しいことが問題点として指摘されている¹⁾。一方、総合病院で出産を終えた妊産婦は、いずれは地域に戻り、保護者という役割を担うこととなり、それぞれの場所で育児を始める。よって、病院内での多職種による連携によって得られた情報は、病院外で支援を担当するスタッフに引き継がれていかなければならない。本稿では、総合病院精神科において周産期精神医療に携わっている立場から、昨今の周産期メンタルヘルス領域での問題点、ここ数年の展開、東京医科歯科大学病院での取り組みについて提示したうえで、代表的な精神疾患とのかかわりについてのポイントを解説する。

II. 現状と問題点

日本の周産期医療のレベルは国際比較においても高い水準といわれている²⁾。しかし、平成28年に東京都監察医務院と順天堂大学産婦人科の竹田らが調査した都内23区の妊産婦異常死において、10年間で合計63名の自殺者数を認め(8.7/出生10万)、イギリス(3.1/出生10万)やスウェーデン(3.7/出生10万)などの

海外に比し、その頻度が極めて高いことが判明した³⁾。このような背景のもと、わが国における周産期メンタルヘルスの重要性の指摘や実際の活動は、産科側を中心に急速に展開されてきており、それに後押しされるような形で精神科側でも徐々に進んできている。

III. ここ数年の展開

1. 各研修会の実施

周産期メンタルヘルスに携わっている精神科医が協力し、日本産婦人科医学会が主催となって開催されている「母と子のメンタルヘルスケア研修会」がある。この研修会は、厚生労働省平成28年度子ども・子育て支援推進調査研究事業に、「産前・産後の支援のあり方に関する調査研究」が採択され、本事業の一環として作成された「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル」をもとに行われている。このマニュアルは、妊産婦メンタルヘルスを担当する産婦人科医、精神科医、小児科医、助産師、保健師、看護師等が学んで身につけておくべき知識と技術の基本がまとめられたもので、実際的な行動が例示されており、令和3年には改訂版⁴⁾が出ている。

このほか、日本周産期メンタルヘルス学会は、平成30年9月23日に周産期メンタルヘルス研修会2018を東京にて実施した。本研修会では、産婦人科医、精神科医による「周産期メンタルヘルスの基礎知識から診断・治療の実際」に関する講義に加え、「周産期メ

ンタルヘルスのケア・支援～多職種に焦点をあてて～」と題し、助産師、臨床心理士、精神看護専門看護師によるグループワーク、ロールプレイが実施されている。

参加者のほとんどは助産師、保健師となっているが、少数ではあるものの、産婦人科医、小児科医の参加もあり、地域や病院で妊産婦にかかわる職種の周産期メンタルヘルスに関する昨今の意識の高さがうかがわれる。

2. 行政の動き

平成 29 年 3 月 31 日、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長から各都道府県宛に、産婦健康診査事業の実施に当たっての留意事項についての文書⁵⁾が发出されている。ここに、産後うつ予防や新生児への虐待防止等を図るために行う精神状態の把握に関して、健診を実施する病院、診療所および助産所並びに市町村が留意すべき事項が提示されている。このなかで、「精神状態の把握については、エジンバラ産後うつ病質問票の点数だけではなく、問診（精神疾患の既往歴、服薬歴等）、診察（表情、言動等）なども併せて総合的に評価すること」、「精神科に関する情報提供（可能であれば精神科医療機関を紹介）」、「あらかじめ健診実施機関、精神科医療機関及び福祉関係機関との連携体制を構築しておくこと」といった精神科との協働が必要と考えられる項目が複数含まれている。なお、このエジンバラ産後うつ病質問票（Edinburgh Postnatal Depression Scale : EPDS）は、産後のうつ状態を定量的に評価する目的のために作成された自己評価票であり、各 3 点満点の 10 項目から構成され、最低が 0 点、最高は 30 点で、記入所要時間は 5 分程度と短く、簡便なスクリーニングテストとして適したものである。日本語版 EPDS の信頼性と妥当性については、岡野ら⁶⁾によって検証されており、産科医療の現場では日常的に施行されている。

3. 診療報酬改定

平成 28 年度の診療報酬改定で注目されてから、2 年ごとの改定のたびに上げられている。平成 28 年度の改定では、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、およびハイリスク妊産婦共同管理料の算定対象となる合併症に精神疾患が加えられた。これらは、「施設内の精神科に通院している妊産婦」お

よび「他施設の精神科に通院して診療情報提供書が提供された妊産婦」を、一定の基準を満たす施設で妊産婦の入院管理を行った場合に算定されるものとなっている⁷⁾。平成 30 年度の改定では、精神疾患を合併したハイリスク妊産婦に対して、産婦人科、精神科および自治体の多職種が連携して患者の外来診療を行う場合の評価についての項目が新設された⁸⁾。さらに、令和 2 年度の改定において、ハイリスク妊産婦連携指導料についての見直しがあり、多職種によるカンファレンスに係る要件が緩和されている。加えて、ハイリスク妊産婦のうち、精神病棟への入院が必要な患者についても適切に分娩管理を行う観点から、ハイリスク分娩管理加算の対象となった⁹⁾。

4. ガイドラインなど

「産婦人科診療ガイドライン産科編 2017」に、妊娠中のメンタルヘルスに関したリスクの評価が提示され、精神科既往歴の把握、うつ病と不安障害のスクリーニング、そして育児困難の状況と考えられる場合の精神科医への紹介や地域の保健師、社会福祉あるいは社会行政窓口への連絡を考慮する、と記載されて以降、この周産期メンタルヘルスの問題は、1 つの項目として位置付けられるようになった¹⁰⁾。日本周産期メンタルヘルス学会では、周産期メンタルヘルスの臨床現場で問題となることが多い 20 の臨床疑問を取り上げ、各項目に対する文献レビューを行い、平成 29 年 3 月「周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド」¹¹⁾として公開している。現在改訂作業中であり、今年度中に公開予定となっている。また、日本精神神経学会と日本産科婦人科学会の両学会が協働して作成した「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」¹²⁾は、令和 2 年に総論編、令和 3 年に各論編が公開された。

IV. 東京医科歯科大学病院での取り組み

1. 母子支援システム

母子支援システムとは、当院で出産予定のすべての妊娠女性に対し、社会的リスクの評価、およびうつ病・不安障害スクリーニングを実施し、支援の要否の評価を行い、妊娠初期から介入する仕組みである¹³⁾。支援対象者の特定は、月 1 回開催される母子支援会議（助産師、育児支援担当看護師、精神看護専門看護師、精神保健福祉士、社会福祉士が中心）により決定される。

表1 うつ病 DSM-5 から抜粋

以下の症状のうち5つ（またはそれ以上）が同一の2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも1つは（1）抑うつ気分、または（2）興味または喜びの喪失である。

- (1) 抑うつ気分
- (2) 興味、喜びの喪失
- (3) 体重減少、または体重増加、または食欲の減退または増加
- (4) 不眠または過眠
- (5) 精神運動焦燥または制止
- (6) 疲労感、または気力の減退
- (7) 無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感
- (8) 思考力や集中力の減退、または決断困難
- (9) 死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図、または自殺の計画

そこで精神医学的評価が必要と判断された妊産婦は、当院精神科の周産期メンタルヘルス外来の受診につながられる。産後は1か月健診まで産婦人科とともに診療を行い、その後も診療の継続が必要な場合は、かかりつけ医や地域の医療機関に引き継ぐようにしている。育児体制に不安があり、支援を要すると判断される妊産婦に対しては、精神保健福祉士や社会福祉士が妊産婦に対して妊娠中から社会資源に関する情報提供、地域相談機関との連絡・調整を行い、産後も切れ目のない支援を受けられるような体制を整備している。また、週1回の周産期カンファレンスでは、産婦人科医、新生児科医、麻酔科医、小児外科医、精神科医、助産師、看護師、社会福祉士、認定遺伝カウンセラーを含めた多職種が一堂に会し、主として産科的な問題を中心とした全体的な情報共有が行われている。

2. 周産期メンタルヘルス外来

平成30年4月から令和5年3月までの5年間に、周産期メンタルヘルス外来を受診した妊産婦は141例であった。精神科での主診断は、うつ病38例（27.0%）、適応障害24例（17.0%）、双極性障害16例（11.3%）の順に多かった。同外来では、一般的な精神医学的評価に加え、妊娠中の向精神薬使用の考え方、新生児不適応症候群、授乳に関する情報提供や産後の支援体制の確認を行っている。

V. 代表的な精神疾患とのかかわり方

周産期における精神科的な問題については、妊娠前から精神疾患に罹患している場合と、妊娠中もしくは出産後に新たに精神疾患を発症する場合の2つに大別され、いずれも周産期メンタルヘルスにおいて重要な問題である。特に前者は、妊娠前からの精神症状のコ

ントロール、適正な薬物療法による再発予防に加え、出産後の養育支援を行っていくための多職種による連携が求められる。ここでは、代表的な精神疾患について概説し、かかわり方のポイントについて述べる。

なお、精神疾患の診断については、われわれが日々の臨床で用いることの多いアメリカの精神疾患の分類と診断の手引（DSM-5）¹⁴⁾を主として用いることとする。

1. 気分障害

1) うつ病

表1に提示した症状のうち5つ（またはそれ以上）が2週間の間に存在し、日常生活において障害を引き起こしていると定義される。これらの症状のうち少なくとも1つは、抑うつ気分、または興味や喜びの喪失が含まれる。重症度は、軽症、中等症、重症に分類され、中等症以上で抗うつ薬による薬物療法や入院加療を検討する。

2) 双極性障害

躁状態とうつ状態を繰り返す疾患である。うつ状態は前項のうつ病の診断基準と同様であるが、躁状態は、自尊心の肥大、睡眠欲求の減少、多弁、観念奔逸、注意散漫、活動性の増大などの症状が認められ、入院を必要とするほど重篤な場合は躁病エピソード、そうでない場合は軽躁病エピソードとされている。DSM-5¹⁴⁾では、躁病エピソードを認める場合は双極Ⅰ型障害、軽躁病エピソードを認める場合は双極Ⅱ型障害と分類されている。

3) うつ状態の患者への対応

うつ状態ではエネルギーが枯渇しているため、まずは休むことの必要性を指摘する。しかしながら、周囲に対し迷惑をかけているのではないかという自責感を

表 2 統合失調症 DSM-5 から抜粋

以下のうち2つ（またはそれ以上）、おのおのが1か月間ほとんどいつも存在する。これらのうち少なくとも1つは (1) か (2) か (3) である。

- (1) 妄想
- (2) 幻覚
- (3) まとまりのない発語（例：頻繁な脱線または減裂）
- (4) ひどくまとまりのない、または緊張病性の行動
- (5) 陰性症状（すなわち情動表出の減少、意欲欠如）

表 3 パニック障害 DSM-5 から抜粋

繰り返される予期しないパニック発作。パニック発作とは、突然、激しい恐怖または強烈な不快感の高まりが数分以内でピークに達し、その時間内に、以下の症状のうち4つ（またはそれ以上）が起こる。

- (1) 動悸、心悸亢進、または心拍数の増加
- (2) 発汗
- (3) 身震いまたは震え
- (4) 息切れ感または息苦しさ
- (5) 窒息感
- (6) 胸痛または胸部の不快感
- (7) 嘔気または腹部の不快感
- (8) めまい感、ふらつく感じ、頭が軽くなる感じ、または気が遠くなる感じ
- (9) 寒気または熱気
- (10) 異常感覚（感覚麻痺またはうずき感）
- (11) 現実感消失、または離人感
- (12) 抑制力を失うまたは“どうかなってしまう”ことに対する恐怖
- (13) 死ぬことに対する恐怖

認めるため、自ら休むことが難しい。病気の症状として、そのような考え方になっていると伝え、治療によって回復することを保証する。また、睡眠や食事の状況を確認することは病状を評価するのに有用である。

2. 精神病性障害

1) 統合失調症

100 人に 1 人が発症するとされ、まれな病気ではない。表 2 に提示したように、被害妄想や幻聴などの急性期にしばしばみられる陽性症状、自閉や意欲減退などの慢性に持続する陰性症状が主症状である。また、記憶力や判断力などの認知機能も障害されるために、作業能力の低下や柔軟な対処の困難さを生じ社会生活全般に支障をきたすことが多い。発症年齢は 10~30 歳代であり出産適齢期と重なっている。

2) 精神病状態の患者への対応

被害妄想や幻聴と定義している症状は、急性期の患者本人にとっては、症状という認識を持つことができないため、これらの症状を否定しないことが重要である。症状のために、眠れない、不安で落ち着かない、といった患者が困っている問題に寄り添い支援する姿勢が大切である。穏やかに接し、シンプルな説明が望

ましい。

3. 神経症性障害・ストレス関連障害

1) パニック障害

表 3 に提示したパニック発作と、同じ発作がまた起きるのではないかと恐れる予期不安が主症状である。

2) 社交不安障害

対人恐怖症と呼ばれていたものである。社会生活場面で起こる顕著な恐怖・不安であり、その社会生活場面を回避する。

3) 全般性不安障害

不安神経症と呼ばれていたものである。日常の活動において、過剰な不安と心配が生じ、それらをコントロールすることが難しいと感じている。また、焦燥、疲労感、集中困難、イライラ、筋肉の緊張、睡眠障害を伴う。

4) 強迫性障害

具体例として、手が汚物に触れたのではないかとといった考えが、いくら否定しても繰り返し頭に浮かんでくるといった強迫観念と、自分でも不合理だと思うものの、手洗いなどの行為を繰り返しせずにはいられないという強迫行為が主症状としてみられる。

表4 境界性パーソナリティ障害 DSM-5 から抜粋

対人関係、自己像、感情などの不安定性および著しい衝動性の広範な様式で、成人期早期までに始まり、種々の状況で明らかになる。以下のうち5つ（またはそれ以上）によって示される。

- (1) 見捨てられることを避けようとするなりふりかまわない努力
- (2) 不安定で激しい対人関係の様式
- (3) 不安定な自己像または自己意識
- (4) 自己を傷つける可能性のある衝動性（浪費、性行動、物質乱用、無謀な運転、過食などの2つ以上）
- (5) 自殺の行動、そぶり、脅し、または自傷行為の繰り返し
- (6) 顕著な気分反応性による感情の不安定性
- (7) 慢性的な空虚感
- (8) 不適切で激しい怒り、または怒りの制御の困難
- (9) 一過性のストレス関連性の妄想様観念または重篤な解離症状

5) 心的外傷後ストレス障害

危うく死ぬ、重傷を負う、性的暴力を受ける出来事への暴露が契機となり、侵入症状（フラッシュバック）、回避行動、過覚醒などの症状がみられる。

6) 適応障害

はっきりと確認できるストレス因に反応して、そのストレス因の始まりから3か月以内に情動面または行動面の症状が出現する。

7) 不安状態の患者への対応

上記に記載したように、不安を呈する疾患はさまざまであり、疾患やその時の状態によっても対応は異なってくる。ただし、基本は、単なる気にしすぎではなく、症状であることを理解した上で接することが必要である。

4. パーソナリティ障害

1) 境界性パーソナリティ障害

パーソナリティ障害とは、考え方や行動様式が一般とは著しく偏っており、本人もしくは周囲が苦痛を感じる疾患である。なかでも、境界性パーソナリティ障害は、表4に提示したように、衝動性、自傷行為、感情の不安定性、怒りなどの症状のために、家族や医療者を含めた周囲の者たちがしばしば振り回される。

2) 境界性パーソナリティ障害患者への対応

できること、できないことをはっきりとさせておき、一貫した「ぶれない」対応が望ましい。それを維持していくためにも、かかわる関係者間でこまめに情報共有していくことが重要である。

5. 発達障害

1) 知的障害とその対応

明らかに知的障害の基準を満たす妊産婦は少ないが、基準を満たさないものの、正常と知的障害の境界域の

場合、妊娠期間中から身体管理が不十分であることや、妊婦健診を怠り、飛び込み出産となることがある。当然、児の養育にも問題を生じることが予測されるが、薬物療法で改善が得られるものではなく、包括的な支援を必要とする。その対応には、理解力に応じたかわり、そして、シンプルで具体的な指導が求められる。

2) 自閉症スペクトラム障害とその対応

コミュニケーションの問題（子どもが何を要求しているのかわからない）や、特定のものに関するこだわり（本人自身のやり方が決まっている）などの特性を有している。よって、その対応には、状況に応じて何が起きているのかを説明し、具体的な手順について、その必要性を提示したうえで細かく指導していくことがポイントである。

3) 注意欠如多動性障害とその対応

不注意、多動性、衝動性を認めるが、大人になっても残存していることが多い症状は不注意である。また、これらの特性のために、幼少時から不適応を生じることが多く、自信が欠如している患者が少なくない。対応としては、できる限り伝えたいことは1回に1つとし、できたことについてはしっかりと評価し、自信を取り戻す支援を行う。

VI. アタッチメント/マルトリートメント

アタッチメントは、John Bowlbyが1960年代に提唱した概念で、子どもが危険や不安を感じたときに、アタッチメント対象、つまり、自分を保護してくれると予測される対象に近接し、対象からの応答によって、安心感を取り戻そうとする行動システムである。一方、児童虐待とほぼ同義とされる子どもへのマルトリートメントは、子どものアタッチメント形成を障害し、脳と心の発達に対して負の影響を与えるといわれ、情緒や対人関係面などに障害をもたらすとされる。その結

果, 安定した対人関係の構築が困難となり, 社会生活に多大な問題を生じる。周産期医療においても, 支援を必要とするにもかかわらず, 医療者が関わるのが難しい妊産婦の中には, このような背景をもつ者が存在する。近年, このマルトリートメントを含む概念として, 小児期逆境体験 (adverse childhood experiences : ACE) が注目されており, 成人後の心身に深刻な影響を及ぼすことが知られるようになって¹⁵⁾。

これらの問題を抱える妊産婦への対応として重要なものは, 支援者となる医療者が妊産婦に対し, 批判や判断をすることなく, 傾聴し, 情緒的な共感を示すことで安全基地となり, 安心を保証することである。医療者が妊産婦と安定した関係を構築することは, 子どもへの世代間連鎖を断ち切ることもつながると考えられる。

VII. おわりに

精神疾患のある保護者への支援について, わが国の周産期メンタルヘルスの問題の概要を述べたうえで, 具体的なかかわり方を解説した。実臨床では, 事例ごとに生活背景などはさまざまであり, 多職種にて情報共有を行いながら進めていくことが重要である。

編集委員会註: 本稿は令和 4 年度神奈川県小児保健協会 地域小児保健支援者研修会 (令和 4 年 12 月 5 日) での講演をもとにご寄稿いただいたものです。

文 献

- 1) 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 2016; 58: 141-148.
- 2) “World health statistics 2017”. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf;jsessionid=100EFE1C8904DC6C30261B1337F7C165?sequence=1>
- 3) 竹田 省. 日本の周産期メンタルヘルス対策に関する産科医からの提言. 総合病院精神医学 2018; 30: 312-318.
- 4) 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. 日本産婦人科医会, 2021.
- 5) 厚生労働省. “産婦健康診査事業の実施に当たっての留意事項”. <http://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/04/sanpu0331.pdf>
- 6) 岡野 禎治, 村田 真理子, 増地 聡子, 他. 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. 精神科診断学 1996; 7: 525-533.
- 7) 厚生労働省. “平成 28 年度診療報酬改定について”. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000112306.pdf>
- 8) 厚生労働省. “平成 30 年度診療報酬改定について”. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000193708.pdf>
- 9) 厚生労働省. “令和 2 年度診療報酬改定について”. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000601838.pdf>
- 10) 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会, 編集・監修. 日本産科婦人科学会 産婦人科診療ガイドライン産科編 2017. 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会, 2017.
- 11) 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 2017”. http://pmhguideline.com/consensus_guide/consensus_guide2017.html
- 12) “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”. https://www.jspn.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=87
- 13) 竹内 崇, 武藤 仁志, 松岡 裕美, 他. 周産期医療との協働. 精神医学 2018; 60: 603-609.
- 14) 日本精神神経学会, 日本語版用語監修. DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引. 東京: 医学書院, 2014.
- 15) 尾崎 仁, 田中 究. 児童期のマルトリートメントがこころの発達に及ぼす影響. 精神科治療学 2021; 36: 5-10.