

# 妊産婦のメンタルヘルスケアに関連した 社会的ハイリスク妊産婦(特定妊婦)に対する 産婦人科施設における多職種連携



葛飾赤十字産院副院長  
鈴木俊治

本資料は、第70回日本産科婦人科学会生涯研修プログラム(2018年)の  
講演内容を一部改変したものです

# 産婦人科領域における 妊産婦のメンタルヘルスケアの 重要性の認識

母体安全への提言 2014

Vol.5

平成 27 年 8 月

妊産婦死亡症例検討評価委員会

日本産婦人科医会

最近ショッキングなデータが出つつあります。大阪におけるデータから、20～40代女性の自殺のうち、妊娠中および分娩後1年以内に起こった妊娠関連の自殺が約4%であるというものです。これを日本全国に換算すると、約80例の妊娠関連自殺が起こっていることとなります。現在、我々が把握している妊産婦死亡数の約2倍の妊産婦が自殺死亡しているわけです。妊産婦メンタルヘルスへの取り組みを強化する必要性が喫緊の課題です。妊娠関連自殺について実態調査を続けていくとともに、この問題は、乳幼児虐待にも強く関連すると思われ「精神疾患を合併する妊娠」を取り上げました。妊産婦メンタルヘルスは、今後ますます重要になっていくものと考えます。

(緒言より抜粋)

# 周産期のうつ病に関連した妊産婦死亡の報告とプロセス

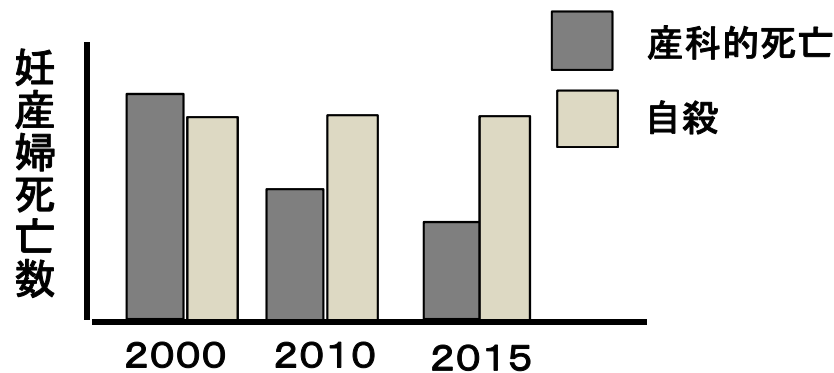
三重県の妊産婦の自殺データの公表、さらには、2015年11月に産婦人科医会へ報告された大阪市の妊産婦の自殺データ(松本レポート)によって、妊産婦のメンタルヘルスケアの重要性が認識された

Table. The number of maternal suicides among women in Osaka City (2012- 2014)

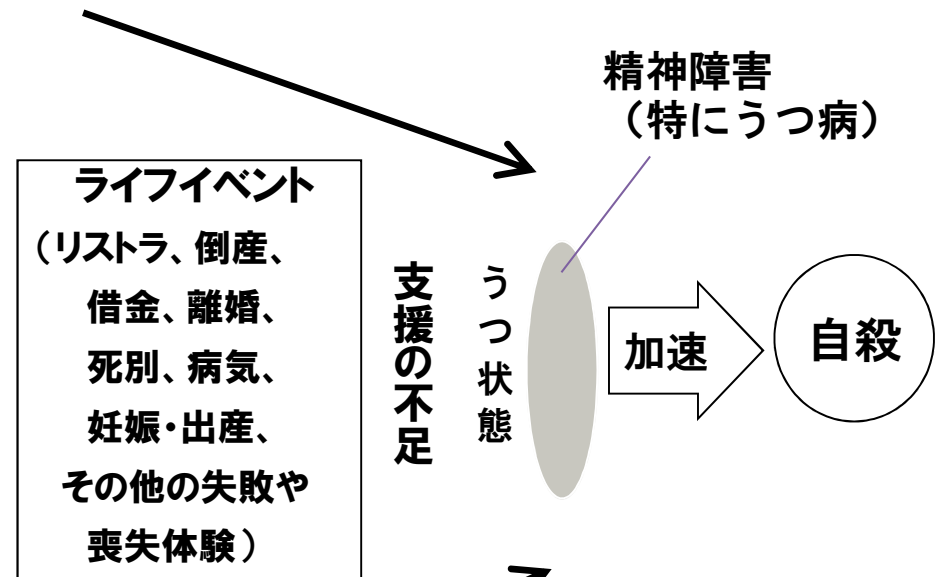
Age (years)	Total suicides	Perinatal* suicides	Frequency (%)
20-24	44	2	4.5
25-29	57	2	3.5
30-34	45	2	4.4
35-39	56	3	5.4
Total	202	9	4.5

\* The perinatal period includes both the pregnancy and the post-natal period.

上記頻度を全国に外挿すると、60~80人/年の自殺数 = 妊産婦死亡の1位



(松本博志 大阪大学)



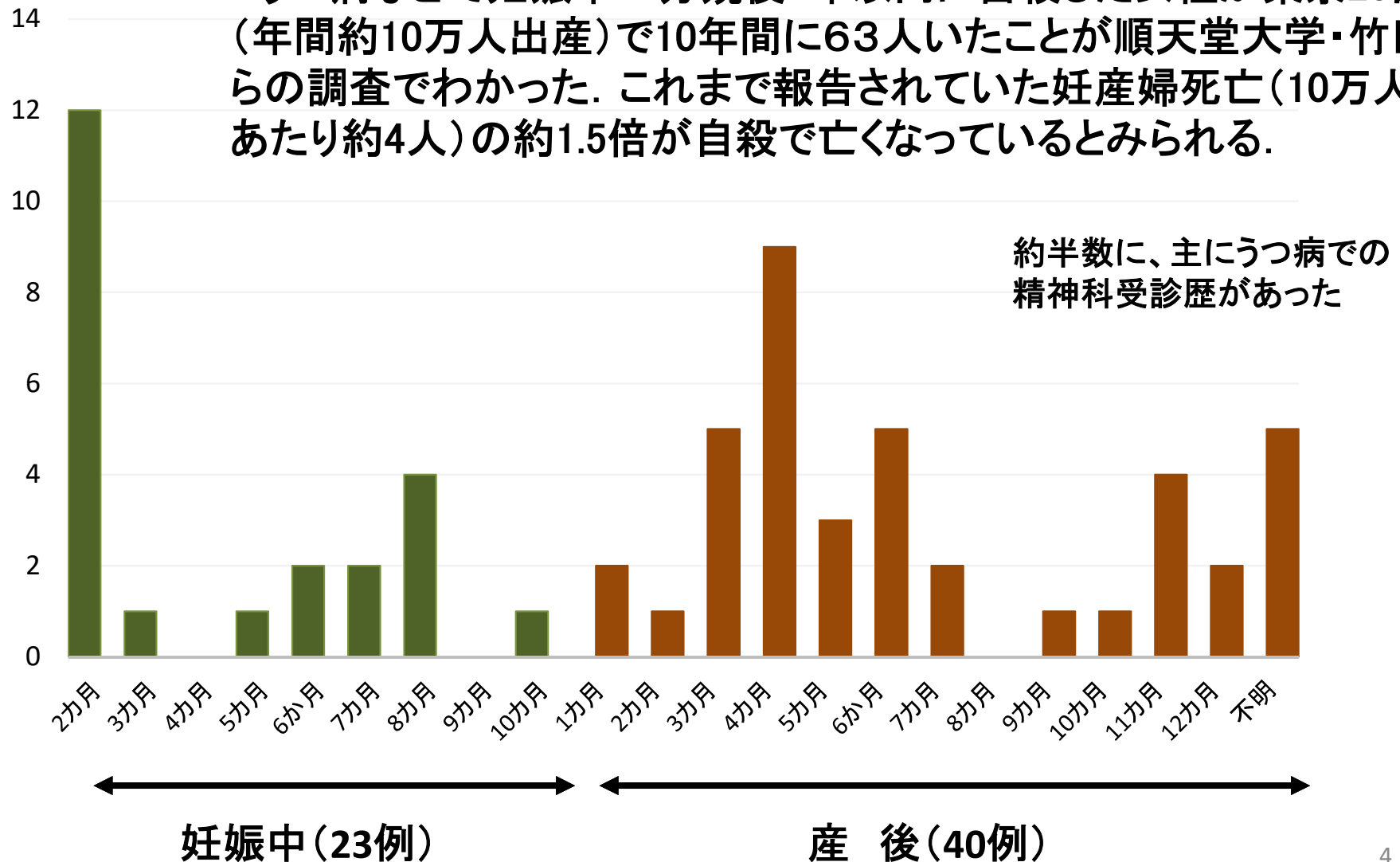
## 自殺のプロセス

(張 賢徳 帝京大学)

# 妊産婦の自殺、うつ病などで10年間に63人 東京

2016年4月25日(朝日新聞)より:一部改変

うつ病などで妊娠中～分娩後1年以内に自殺した女性が東京23区(年間約10万人出産)で10年間に63人いたことが順天堂大学・竹田らの調査でわかった。これまで報告されていた妊産婦死亡(10万人あたり約4人)の約1.5倍が自殺で亡くなっているとみられる。



# なぜ産婦人科医に対する妊産婦のメンタルヘルスケアは、 「周産期のうつ病」を中心に語られるのか？

双極性障害や統合失調症等は治療が不十分だと自殺率が高いこと等がわかっているが、頻度が低く、精神科による薬物療法等が必要

一方、「周産期のうつ病」は、妊娠・出産・育児を契機として、誰にでも高頻度(10~15%)で発症する可能性があることがわかっている

周産期のうつ病の特徴として、日常生活に支障をきたさない軽症例が多く、(精神科からの助言は必要であるが、)地域行政と産科施設での多職種連携による適切な支援によって、重症化を予防できることが判明している

「自殺」や「虐待」は、あくまでも究極のアウトカムで、基本は「すこやかな親子関係・くらし(母子保健)」の支援であり、

産婦人科医医療機関としては、メンタルヘルスに問題を抱えているが未だ重症域に至っていない妊産婦に対しては、「社会的ハイリスク妊娠(特定妊婦等)」として包括的に支援していくほうが取り組みやすい

# 東京の精神疾患合併妊娠診療の現状と課題

日産婦医会で行った調査によると、東京都では年間約1,800(全体の約2.1%)の精神疾患合併妊婦の分娩があるが、その約40%(約700人)が、精神科入院病床がある約25施設に集約されており、施設スタッフの大きな負担となっていた

また、メンタルヘルスケアに問題を抱える女性は、育児期も様々な問題を抱えていることが多いため、可能な限り自宅近くでの施設での妊娠・分娩管理が望ましい

産科側の課題 (対象: 都内の分娩施設185: 回収率74%)

- ・精神科医に紹介する際に困ったこと 重症度の判断が難しい 54%
- ・精神科との連携 十分には取れていない+とれていない 67%

鈴木俊治他、周産期医学 45: 1802-1806, 2015

精神科側の課題 (対象: 都内の精神科病院68: 回収率57%)

- ・診療を継続する場合に対応に苦慮したこと
  - 薬剤の調整 83%
  - 産科との連携 67%

竹内 崇、精神医学 58: 141-148, 2016 <sup>6</sup>

# 「周産期のうつ病」をはじめとしたメンタルヘルスに問題を抱える妊産婦の特徴と対応策

- 「周産期のうつ病」をはじめとしたメンタルヘルスに問題がある妊産婦は自ら支援を求めない(特に精神障害の既往がなければ、抑うつ状態の自覚にさえ乏しいことがある)
- とくに「周産期のうつ病」は、発症頻度が高いだけでなく、発症しやすい時期が特定されている
- リスク因子(予期せぬ妊娠・妊娠への強い不安・精神障害既往・支援の不足・不安定な家庭状況等:社会的因子)がある程度明らかである
- ハイリスク群に支援することによる予防効果等にエビデンスがある
- 妊産婦は定期的に通院してくれる

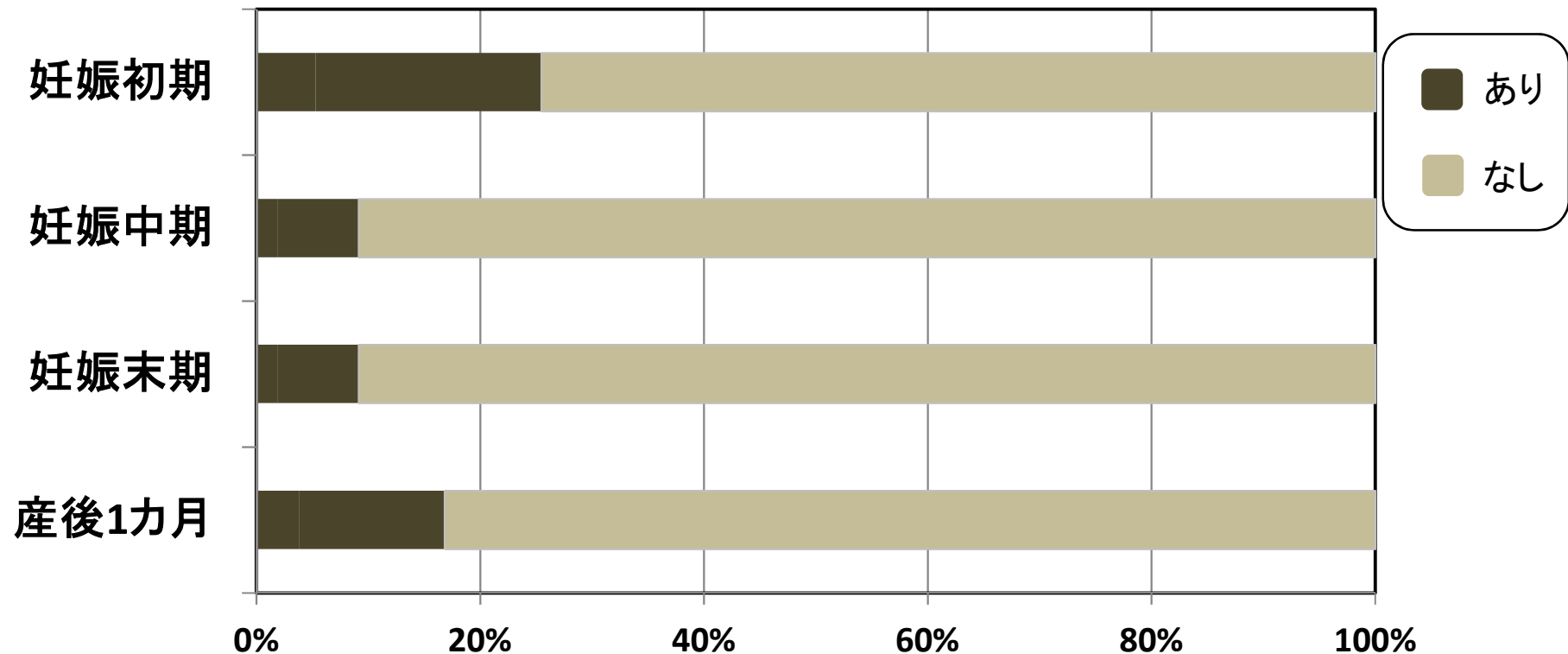
(対応策)

医療側からアプローチする必要がある

発症しやすい時期にハイリスク群をスクリーニングしやすい

ハイリスク群に対する定期的な支援による効果が期待できる

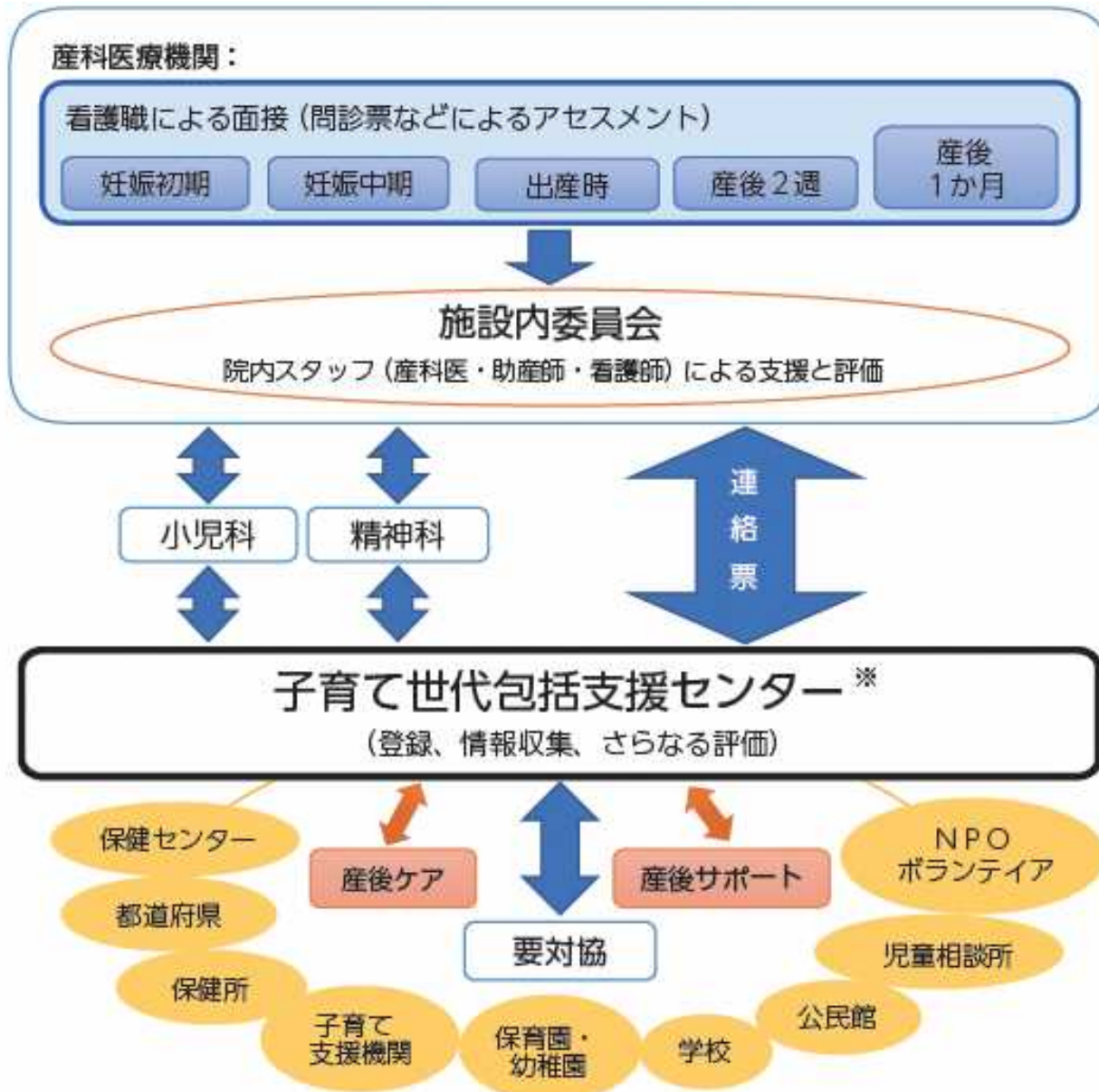
## 妊娠期～産後1カ月のうつ症状の有無



- 産後にうつ症状を認めた女性の83%は、妊娠中からうつ症状を認めた  
妊娠中にうつ症状を認めた女性の54%に、産後うつ症状を認めた
- 産後になって初めてうつ症状を認めた女性は、  
育児(夜泣き、先天異常、母乳不足感)で悩んでいることが多かった
- ⇒ ○妊娠中にうつ症状を認めた場合、その要因を支援する  
○産後は育児についての問題にかかわっていく



# 妊産婦メンタルヘルスの評価と連携例



# 日本産婦人科医会が開催している 母と子のメンタルヘルスケア研修会

研 修 会(入門編・基礎編)

指導者講習会(応用編)

- 日本を9地域に分けて、各地域で指導者を育成し、メンタルヘルスケアを担当できる多職種を育成している

指導者による  
地域研修会

指導者による  
地域研修会

指導者による  
地域研修会

指導者による  
地域研修会

指導者による  
地域研修会



第1回入門編: 2017年12月10日

日本産婦人科医会では、研修会と並行して  
モデル地区(品川・大田区)で定期的に効果を検証中

## 評価指標

### 各医療機関:

メンタルヘルススクリーニング率・行政との情報共有数・精神科との情報共有数など

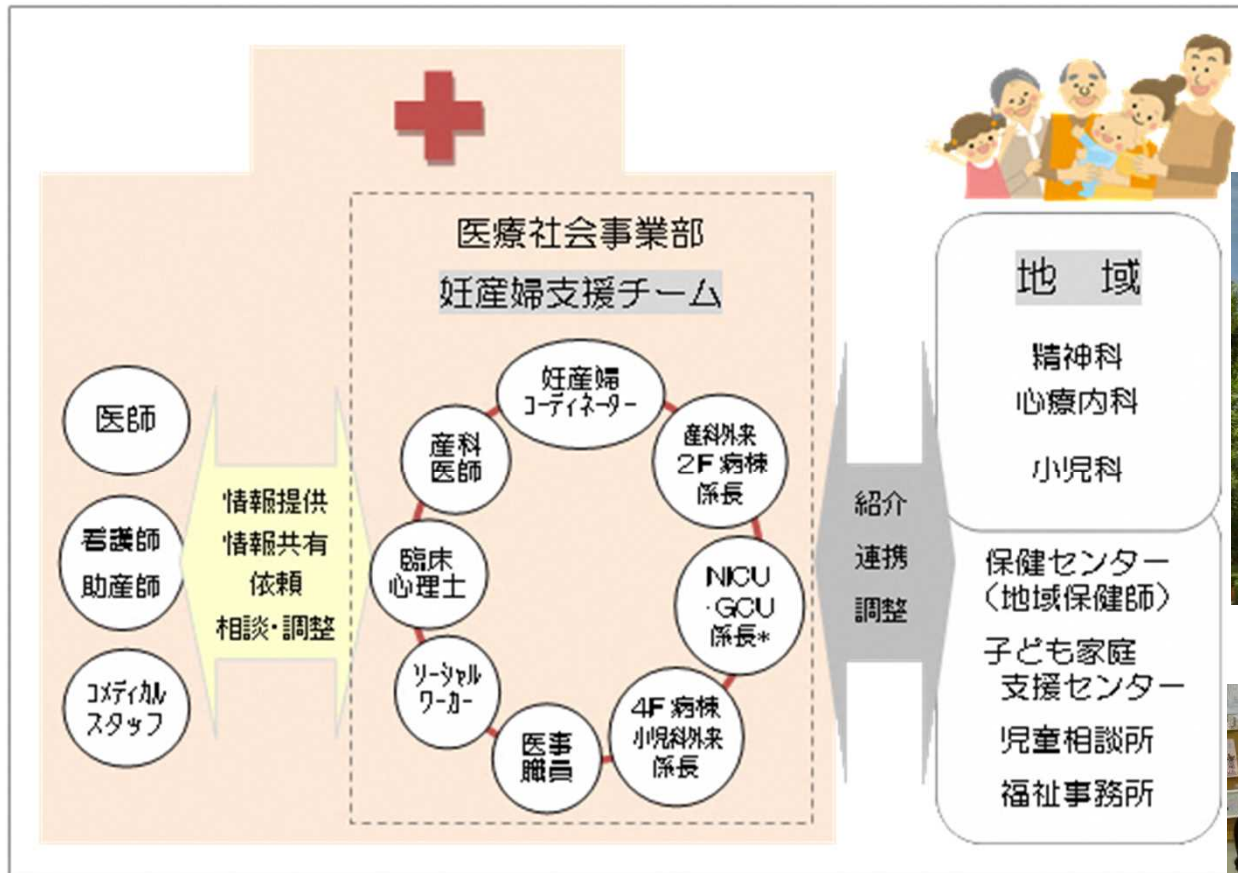
### 行政機関:

医療機関からの情報提供数・児童相談所などの介入数など

(厚労省科学研究・池田班)

# 精神科のない分娩取扱施設での取り組み例

## 多職種連携による妊産婦支援チーム(葛飾赤十字産院)



\*NICU 入院児支援コーディネーターであることが望ましい



※初回、記入後印刷し、妊産婦支援チームBOXへ提出 DV陽性者は、DV委員会にも1枚提出		【チーム・委員会使用欄】 妊産婦支援チーム DV委員会 CAPS	
<b>心理・社会的ハイリスク妊婦スクリーニングシート</b>			
ID @PATIENTID	予定日		
名前 @PATIENTNAME	歳	P	G
	住所( )	区・市	
【妊娠について】		【生活状況】	
<input type="checkbox"/> 初診回数15週以上	母子家庭	外国籍(国名 )	
<input type="checkbox"/> 10代の妊娠 ( 歳)	経済的問題	精神疾患既往	
<input type="checkbox"/> 受診間隔が守れない	生保	病名( )	
<input type="checkbox"/> 未婚・内縁	入院助産	精神疾患合併妊娠	
<input type="checkbox"/> 予期せぬ妊娠	その他	病名( )	
<input type="checkbox"/> 多産(4人以上)	社会的孤立	通院(病院名: )	
【パートナーの問題】		内服薬( )	
<input type="checkbox"/> 10代 ( )歳			
<input type="checkbox"/> 無職		障害がある	
<input type="checkbox"/> 夫の既往歴に問題がある ( )		知的( )	
		聴覚( )	
<input type="checkbox"/> 夫婦の不仲		発達( )	
		その他( )	
<input type="checkbox"/> DV (スクリーニング計 点)		成育歴に問題がある	
精神的 点		親からの虐待(本人からの申告)	
性的 点		(身体的・心理的・性的・ネグレクト)	
身体的 点			
支援希望 <input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> なし		なんとなく気になる妊婦	
SW面談希望 <input type="checkbox"/> あ <input type="checkbox"/> なし			
※2点以上はDV委員会へこの用紙を提出			
【経過記録】 ※ 担当者 ⇄ 妊チーム・DV委員会・CAPS			
日付/週数	記載者	コメント 【客観的事実を記載する】	
まとめ	妊チーム	妊娠期概要 方針 等	

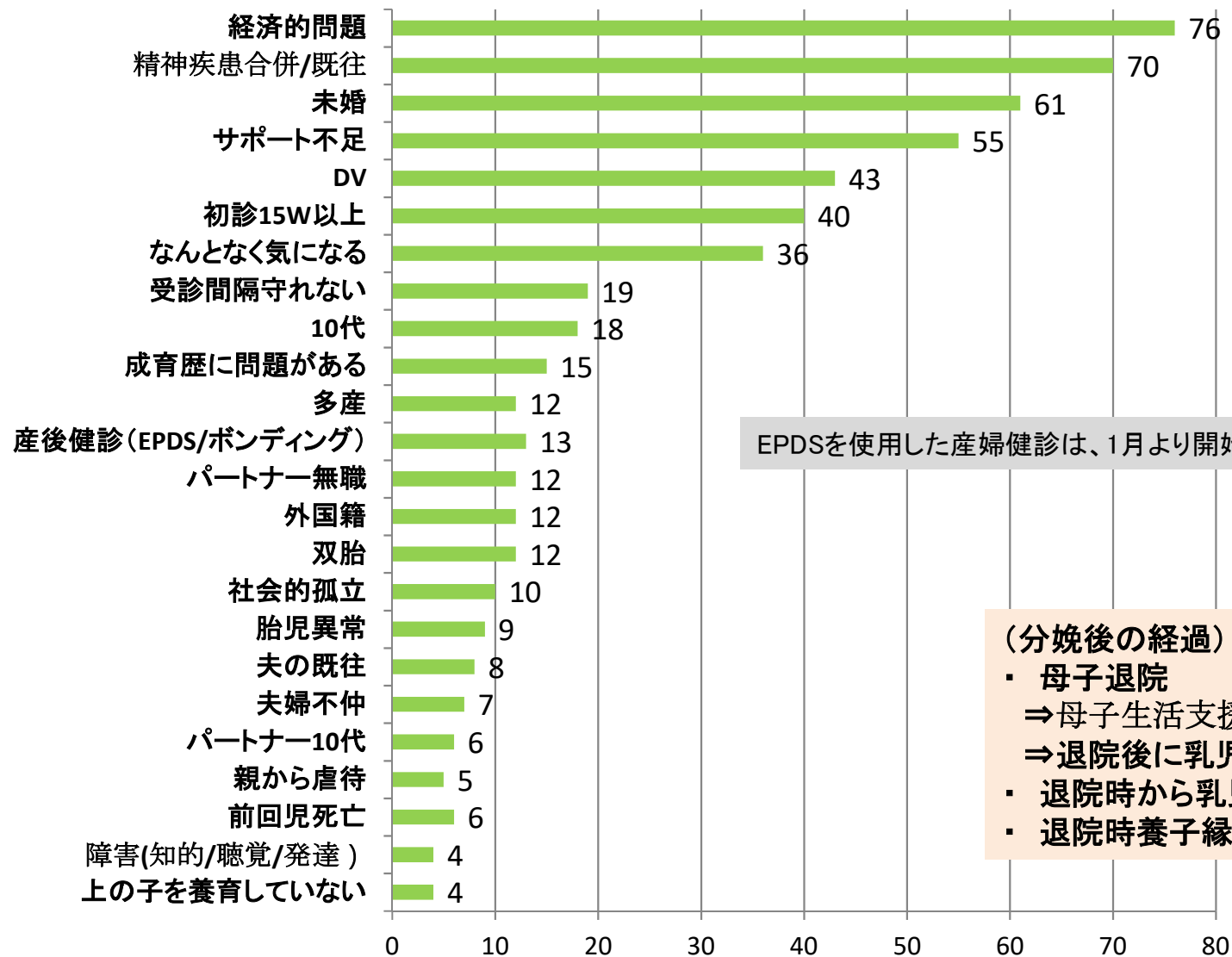
11月 ハイリスク患者情報 【取扱い注意】						
患者	予定日	ハイリスクの理由	連携			プライマリー
			SW	心理	地域	
123456 ○ 朝□ 1P38歳	11月1日		●		●	なし
234567 鷺○優△ 0P29歳	11月1日					なし
345678 ○川 △紀□ 0P30歳	11月3日					なし
456789 池□ ○沙△ 0P32歳	11月7日			●		
567890 △原 ○紀 0P24歳	11月9日		●	●	●	なし
678901 大△ 舞 0P30歳	11月11日		●			なし

## 【活動の目的】

社会的ハイリスク妊産婦を対象に、妊娠期から個々に合った必要な支援の調整・提供、および、子供の安全と妊産婦の意思を尊重した育児環境の調整

# 2017年4月～2018年3月の要支援者:248人(13.1%:全分娩者数1.863人)

## 心理・社会的ハイリスク要因



EPDSを使用した産婦健診は、1月より開始し抽出

(分娩後の経過)	
母子退院	240人
⇒母子生活支援施設入所	2人
⇒退院後に乳児院入所	3人
退院時から乳児院入所	3人
退院時養子縁組	5人

(とある支援例) うつ病(希死念慮)・不安障害・DVありの妊産婦  
プライマリー・ナース体制による寄り添い  
専門薬剤師・担当医と連携した妊娠・授乳期の薬物療法に関する相談対応  
地域との連携

区の母子支援コーディネーター～保健師の出産前家庭訪問

区のファミリーサポート・しあわせサービスの情報提示

ヘルパー利用の手続き支援

シェルター・生活保護・DV相談・児の社会的養護などの情報提供

～とくに乳児院入所に関する説明(児童相談所連絡方法)

自傷・他害時の緊急対応方針についての家族との共有 など

**Q. (妊産婦のメンタルヘルスケアにも関連した社会的ハイリスク妊産婦への地域行政も含めた多職種連携による支援の重要性についてはコンセンサスが得られていると思われるなかで、)本活動を継続していくための産科医療体制における課題は？**

**A. 関わるスタッフのヘルスケアとインセンティブの考慮**

(案) 人員確保、定期的なストレスチェック、医療保険算定の追加、など