

「周産期メンタルケア-2人分の命をまもるために-」

妊産婦の
精神疾患

母子・精神
保健連携

当院の
取り組み

千葉大学社会精神保健教育研究センター
学而会木村病院
渡邊博幸

周産期メンタルヘルスの重要性

- 1) 妊娠関連自殺
- 2) 養育不全・乳幼児虐待・育児殺
背景に重篤な精神障がい存在 (H17 虐待死の46%は0歳児)
- 3) 児の成長/発達遅延
- 4) 精神症状の再発・初発リスク

妊産婦の自殺 (異常死89例中)	東京都23区 10年間で63例	東京都監察医務院 順天堂大学の調査
後期母体死因 (妊娠終了後42日以後1年未満)	1位は自殺 13%	Confidential Enquires into Maternal and Child Health. 6th Report ed. 2004
うつ病・双極性障害 周産期に再発し易い	うつ: 35% 双極: 75%	Di Florio 2013 Viguera AC 2011
妊娠・産褥期に 発症するうつ病	10-15%	Ishikawa2011

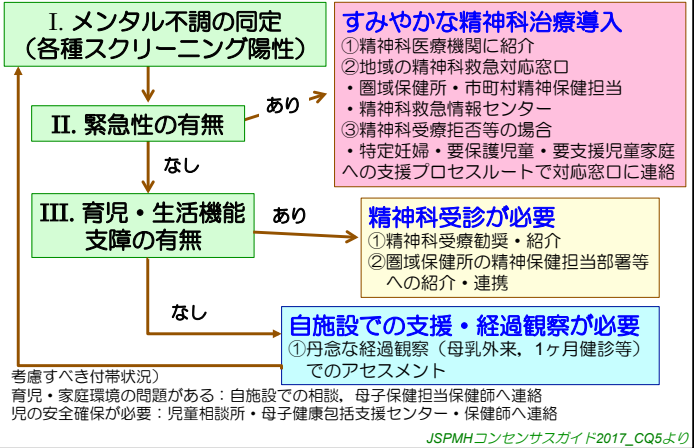
妊産婦メンタルヘルスの重要性
妊娠期からの産科医との連携が急務になっている (母体安全への提言2014 vol.5)

妊産婦にみられる精神疾患

マタニティブルーズ	40-90%の発症頻度 分娩後3-10日頃発症し、2週間以内で消退 不機嫌、不眠、涙もろさ、集中力低下など軽度うつ症状
周産期発症の うつ病・躁病・軽躁病 (DSM-5)	妊娠中のうつ病の有病率 妊娠初期7.4%、中期12.8%、後期12% ¹⁾ 産後うつ病の有病率: 10-15% 産後数週から数ヶ月以内に発症。 大半は2-6ヶ月以内で軽快するものが多い。 50%は妊娠期から発症している 出産後の抑うつ、軽躁は後に双極性障害に進展 (治療法が単極うつ病と異なる)
産褥精神病	0.1-0.2%の発症頻度。双極I型の既往や家族歴 産後一ヶ月以内が好発。急性の発症経過をたどる 幻覚、妄想、滅裂、興奮、錯乱、昏迷、育児殺に注意

1) Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 103(4):698-709. 2004

周産期メンタルヘルス学会コンセンサスガイド
メンタルヘルス不調者への支援連携の流れ



ハイリスク者のスクリーニング方法
-JSPMHコンセンサスガイド2017,
NICEガイドライン2014¹⁾での推奨から-

	1次スクリーニング	2次スクリーニング
うつ	Whooleyの2項目質問法 ²⁾ 感度100% 特異度68%	EPDS (エジンバラ産後うつ病質問票) ³⁾ 区分点 9点 感度88% 特異度68%
不安	GAD-2 3点以上 (General Anxiety Disorder-2) 感度76% 特異度81%	GAD-7 ⁴⁾ 10点以上 (General Anxiety Disorder-7) 感度89% 特異度82%

1) National Collaborating Centre for Mental Health (UK). 2014. Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance: Updated edition. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance.
2) Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. 1997. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* 12(7):439-45.
3) 岡野 祐治, 村田 真理子, 増地 聡子ら: 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* 7:525-533, 1996.
4) Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. 2006. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 166(10):1092-7. JSPMHコンセンサスガイド2017_CQ1より

うつのスクリーニング: Whooleyの2項目質問法⁷⁾

- ❖ この1ヶ月間、**気分が沈んだり、憂うつな気持ち**になったりすることがよくありましたか。(はい、いいえ)
- ❖ この1ヶ月間、**どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じ**がよくありましたか。(はい、いいえ)

陽性	感度	特異度	備考
1項目 ⁸⁾	94%	63%	英国プライマリーケア・高齢者対象
2項目 ⁹⁾	100%	68%	周産期女性に対する研究

❖ JSPMHコンセンサスガイドでは、1項目でも陽性であればうつ病の可能性ありと判定する。

7) Whooley MA, Avins AL, Miranda J, et al: Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* 12: 439-445, 1997.
8) Bosanquet K, Mitchell N, Gabe R, et al: Diagnostic accuracy of the Whooley depression tool in older adults in UK primary care. *J Affect Disord.* 182: 39-43, 2015.
9) Mann R, Adamson J, Gilbody SM, et al: Diagnostic accuracy of case-finding questions to identify perinatal depression. *CMAJ.* 184: E424-430, 2012. JSPMHコンセンサスガイド2017_CQ1より

エディンバラ産後うつ病質問票(EPDS)

産後1ヶ月で施行 自己採点を強要しない
10項目それぞれに4つの回答欄(下線を引く)
0~3点の4点法で点数化し、合計点を計算。9点以上で高得点とする。

- 笑うことができたし、物事の面白い面もわかった。
- 物事を楽しみにして待った。
- 物事がうまくいかない時、自分を不必要に責めた。
- はっきりとした理由もないのに不安になったり、心配したりした。
- はっきりとした理由もないのに恐怖に襲われた。
- することがたくさんあって大変だった。
- 不幸せな気分なので、眠りにくかった。
- 悲しくなったり、惨めになったりした。
- 不幸せな気分だったので、泣いていた。
- 自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた。

- 産後1ヶ月での抑うつ傾向の把握に用いるのが原則である。
- 区分点9点を越えた事例を誰がどのように支援するかがまだ不明瞭

岡野禎治, 村田真理子, 増地聡子他: 日本版エディンバラ産後うつ病調査票(EPDS)の信頼性と妥当性, 精神科診断学, 7: 523-533, 1996
JSPMHコンセンサスガイド2017_CQ1より

妊娠中のうつ病発症のリスク因子

不安
生活上のストレス
うつ病の既往
社会的支援の欠如
ドメスティック・バイオレンス
意図しない妊娠
パートナーとの結びつきの弱さ
健康保険や社会保障からの疎外
低収入
低い教育水準
喫煙

他には 流産・死産,
アルコール乱用, 若年, 妊娠合併症

我が国の特定妊婦の基準に重なる

妊娠中のうつ病症状の
スクリーニング以上に
リスク因子の同定と
解決が大切という見解も

Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, et al. : Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 202 ; 5-14, 2010

GAD-2, GAD-7: 不安障害のスクリーニング

この2週間: 全くない(0), 数日(1), 半分以上(2), ほとんど毎日(3)

1	不安になったり緊張したりして、イライラしたり過敏になったりしましたか?
2	不安をコントロールできなくて、心配するのを止められないことはありましたか?
3	色々なことを心配しすぎますか?
4	くつろぐことが難しいと感じますか?
5	じっとしていられないほど落ち着かないことがありますか?
6	イライラしやすくて怒りっぽかったですか?
7	何か恐ろしいことが起こるのではないかと恐れを感じましたか?

- ①GAD-2総点3点以上で陽性と判断
- ②GAD-7総点 0~4点はなし, 5~9点は軽度, 10~14点は中等度, 15~21点は重度 (GAD-7≥10で感度89%, 特異度82%)

村松公美子,宮岡等,上島国利ほか(2010): GAD-7日本語版の妥当性・有用性の検討. 心身医学50(6), 166.

緊急性と育児機能の把握

緊急性の把握

- ①自殺念慮・希死念慮があり、対処できない場合
- ②精神病症状(幻覚・妄想・興奮・昏迷など)が急に出現または悪化した場合
- ③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*

*子どもに危険が及びそうなときは、児童相談所に通告

機能障害の把握 (表14-1 産後うつ病の重症度の目安も参照)

- ①軽症 : 日常生活に支障をきたしていない
- ②中等症 : ①と②の間
- ③重症 : 育児・家事が著しく困難・不能・危険

PMHコンセンサスガイド2017_CQ5より

母子・精神保健連携の 難しさと解決モデル

松戸市の母子保健・精神保健連携モデルを例に

- 1) 渡邊博幸, 榎原雅代: 精神保健と母子保健の連携はなぜ困難なのか?—3つの連携障壁とその解決—. 精神科治療学32: 719-722, 2017
- 2) 三平元: 児童虐待防止に向けた地方自治体と医療機関との円滑な連携促進の取り組み—千葉県および松戸市における児童福祉と医療の連携の実態—. 精神科治療学 32: 807-811, 2017.
- 3) 武田直己: 地域の周産期メンタルヘルスケアのために精神科診療所では何かができるか?. 精神科治療学 32: 777-779, 2017.
- 4) 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 120(1): 52-59, 2018.

周産期の精神疾患の特徴は複合困難性

疾病性

+

事例性

→

複合困難

連携二重

- 精神・身体症状の修飾
- 薬剤の減量・中止に伴う急性増悪の危険性
- 自己健康管理の困難 (喫煙・飲酒・栄養...)
- 経済的な困難
- キーパーソンの不在 (望まれない妊娠, 家族非協力)
- 育児能力の問題
- 胎児虐待・新生児虐待
- 家族とのトラブル・DVなど

渡邊博幸: 精神科治療学32(6): 719-722, 2017.

12

周産期メンタルヘルス連携はなぜ困難か？

3つの連携不全要因

- ①専門性：人事交流の少ない医療／行政／福祉職
精神科と産科、精神保健（都道府県）と母子保健（市町村）
- ②時間軸：支援が細切れのリレーになりやすい
- ③空間軸：要支援者（母児・家族）が移動する
中心となる支援機関が定まりにくい
複数の自治体をまたぐことも

渡邊博幸：精神科治療学32（6）：719-722, 2017.

13

松戸市での周産期メンタルケア連携の取り組み

2015年度	周産期メンタルヘルス研修会（年度内3回開催）	50名前後の市保健師，市立病院医師，看護師，心理士，市内医療機関医師，助産師他の参加，事例検討，ワークショップ，講演等多様な方法でネットワーク構築
2016年度	松戸市医師会と市要保護児童対策地域協議会（要対協）の医療機関ネットワーク 研修会	要対協と医療機関の連携構築，周産期メンタルヘルス啓発年3回開催
	事例検討等へのアドバイザー 派遣（市医師会推薦で精神科医，児童精神科医が担当）	多様化・複雑化課題を抱えた事案に専門的なアドバイスをを行う。対象は，市子ども家庭相談課母子保健担当室職員・子育て世代包括支援センター保健師等

渡邊博幸：精神神経学雑誌 120(1)：52-59, 2018.

14

松戸市の周産期メンタルヘルス連携の構成2016年度

※松戸市親子すこやかセンター（母子健康包括支援センター）
平成28年4月より 妊娠期からの支援 保健師・助産師・社会福祉士からなる市職員から構成

15

母子健康包括支援センター（子育て世代包括支援センター）

- ❖ 平成27年6月30日閣議決定による「まち・ひと・しごと創生基本方針」で整備促進が決議された。
- ❖ 妊娠期から子育て期にわたるまでの様々なニーズに対して，総合的相談支援を提供する**ワンストップ拠点**。
- ❖ 妊娠期・出産直後・子育て期の各ステージを通じて，情報共有・直接支援・関係機関連携コーディネート
- ❖ 平成27年度中に138ヶ所整備，平成29年4月1日時点で，**525市区町村，1106箇所**に設置完了（千葉県15市町村35箇所）。

厚生労働省雇用均等・児童家庭局(平成27年9月) <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/administer/office/pdf/s41-2.pdf>
厚生労働省 子育て世代包括支援センターの実施状況(平成28年4月1日) <http://www.mhlw.go.jp/flie/06-Seisakujuhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/2016center.pdf>

16

母子健康包括支援センターの事業（抜粋）

全部で14種類の事業の中から，メンタルヘルス関連のものだけでも8つ

妊娠期	出産直後	子育て期
心身の不調者に対して支援プランを策定する	産後ケア事業 出産直後の母子への心身ケアや育児サポート	家庭での養育が一時的に困難になった場合の預かりサービス
産前・産後サポート事業による助産師や子育て経験者『話し相手』などによる相談支援	同左	認定こども園，幼稚園，保育所，家庭的保育事業等の利用
	乳幼児健診，新生児訪問，乳児家庭全戸訪問事業（EPDS） 特に養育が必要な家庭に訪問支援	児童虐待の発生予防，早期発見，早期対応，子供の保護・支援，保護者支援

厚生労働省雇用均等・児童家庭局(平成27年9月) <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/administer/office/pdf/s41-2.pdf>
渡邊博幸：精神保健と母子保健の連携はなぜ困難なのか？-3つの連携障壁とその解決-，精神科治療学32（6）：719-722, 2017

17

小括：精神科医は母子保健に何ができるか？

精神科医療者には，母親・子供・支援者をトータルに支援する役割が期待されている。

I	院内リエゾンや紹介患者の診療 産科⇔精神科	対象は患者・家族 精神科的診察・治療・支援 産前・産後ケアへの往診
II	院外多機関連携 母子保健⇔精神保健	対象は事例単位（保健師等） 母子保健担当者への専門知識提供 事例検討会・精神保健福祉相談
III	自治体との連携 行政⇔医療	対象は地域単位（行政職員・住民） 啓発活動・施策立案への協力

平成29年度の学会木村病院の事業

平成29年度から運用開始した事業は以下の通りです。

5F 30床	療養開放病棟 (退院支援)	スタッフエリア・会議室等
4F 29床	ストレスケア病棟Hafen (全床差額個室・個室)	
3F 48床	精神科救急算定病棟	
2F 60床	療養閉鎖病棟 (クロザリル対応)	作業療法室
1F	外来・心理・相談室	デイケア室・訪問看護室

4階ストレスケア病棟：Hafen (ハーフェン) 2017.07～

学業復帰

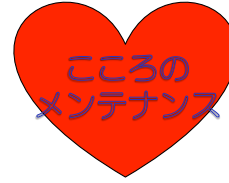
復職準備

産後の
メンタル不調

減薬

育児・介護疲れ

その他
ストレスを
抱えている



一時的に日常から離れ、
困難をみつめ、
環境と行動を整え
ストレスに挑戦する力を回復するために
様々な心理療法プログラム、OTプログラムを提供

Meerの流れ①

◇ 受診につながるまで

- 家族・産科MSW・地区保健師・精神科クリニック
- 産後1～2ヶ月での紹介受診が多い(1ヶ月未満も)

◇ 初診時(女性専門外来を含む)

- 外来通院となる場合
- 入院治療となる場合

2017年7月～2018年5月で入院になった：10件
(うち、精神科救急病棟への入院が2件)

◇ 児の預かり先の確保が必要

*実家、パパと保育所(ベビーシッター) 乳児院

Meerの流れ②

◇ 入院中のケア

- 医師：くすりの工夫と使い方の提案
- 看護師：心休まる空間と思いを出せる環境作り
- 心理士：個別カウンセリング(入院から外来まで継続)、Hafen集団療法
- 精神保健福祉士：担当保健師など関係機関との連絡調整
退院支援 制度利用手続き
- 多職種：ケアミーティング 育児リハビリ 家族ケア
- 助産師との連携(産後1ヶ月訪問など)

◇ 退院後のケア

- 外来通院：地区担当保健師へ退院報告
- 訪問看護 家事育児ヘルパー要請、保育所やファミサポ
里帰り先から自宅へ様々な引き継ぎ

学会木村病院のハイリスク妊産婦連携

母親の精神症状＋社会的困難＋養育不全のおそれ(児の健康問題を含む)

