

第11回
日本周産期メンタルヘルス研究会学術集会
プログラム・抄録集

「周産期医療の現場から」

- 会 長：堀川 直史
（埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック教授）
- 日 程：2014年11月13日（木）・14日（金）
- 会 場：大宮ソニックシティ4階「市民ホール」
（埼玉県さいたま市大宮区桜木町1 - 7 - 5）
- 主 催：日本周産期メンタルヘルス研究会

学術集会ホームページ：<http://www.waaint.co.jp/jspmh11th/>

ごあいさつ

第11回日本周産期メンタルヘルス研究会学術集会開催にあたって

第11回日本周産期メンタルヘルス研究会学術集会 会長
埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック 教授
堀川 直史

この度、第11回日本周産期メンタルヘルス研究会学術集会を2014年11月13日（木）と14日（金）に、さいたま市大宮区の大宮ソニックシティ市民ホールにおいて開催することになりました。

妊娠・出産は生涯におけるもっとも重要なライフイベントの1つであり、その後の生活も大きく変わります。さらに、妊娠・出産を契機に、母や家族の心理発達上の問題が顕在化したり、その後の人生観や自分の生きる意味が変わったりすることもまれではありません。これらに伴って、妊婦・産褥婦、さらに家族にも高い頻度でさまざまな心理的問題や精神障害が起こります。

私はリエゾン精神科医ですが、周産期メンタルヘルスの問題、特にハイリスク妊娠や胎児・新生児に何らかの問題が生じたときの診療、もともと精神障害であった人の妊娠・出産・育児などの問題などは、リエゾン精神医学においてもっとも重要な領域の1つだと考えています。

今回の学術集会のテーマですが、「周産期医療の現場から」としました。主に、現在の周産期医療の現場で実際に起こっている問題を取り上げたいと思います。多くの問題があります。ワークショップや事例検討を増やし、一般演題も多数応募していただきました。さまざまな職種の方々に参加していただき、実際に役に立つ率直な話し合いができるとよいと思います。

最後になりましたが、会場のさいたま市大宮区と私どもの病院のある川越市は隣町です。川越は江戸時代や明治時代の街路や建物の残った美しい町です。古いお寺や神社もあります。この機会にぜひこれらにも触れていただきたいと思います。

平成 26 年 11 月

第11回日本周産期メンタルヘルス研究会学術集会組織

会長	堀川 直史	埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック
開催事務局	安田 貴昭	埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック
プログラム委員 (50音順・敬称略)	新井 陽子	北里大学看護学部生涯発達看護学
	稲森 絵美子	東京医科大学周産期母子センター
	海老根 真由美	白金高輪海老根ウイメンズクリニック
	大浦 訓章	東京慈恵会医科大学附属病院産婦人科
	大賀 公子	埼玉医科大学総合医療センター看護部
	岡島 美朗	自治医科大学附属病院緩和ケア部
	岡野 禎治	三重大学保健管理センター/大学院医学系研究科
	小沢 千恵	埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター
	笠井 靖代	日本赤十字社医療センター第3産婦人科
	菊地 紗耶	東北大学病院精神科
	木村 宏之	名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野
	齋藤 英子	日本赤十字看護大学母性看護学・助産学
	斉藤 正博	埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター
	杉山 隆	東北大学病院産科周産母子センター
	鈴木 利人	順天堂大学医学部附属越谷病院メンタルクリニック
	清野 仁美	兵庫医科大学精神科神経科学講座
	仙波 純一	さいたま市立病院精神科
	側島 久典	埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター
	竹内 崇	東京医科歯科大学医学部附属病院精神科
	永田 雅子	名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター
	西村 勝治	東京女子医科大学精神科
	花村 温子	地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター
	春名 めぐみ	東京大学大学院医学系研究科母性看護学・助産学分野
	藤嶋 加奈	千葉市立海浜病院
	堀川 直史	埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック
	松本 真穂	朋佑会札幌産科婦人科
	宮岡 佳子	跡見学園女子大学文学部臨床心理学科
	宮田 郁	大阪医科大学附属病院看護部
	山田 了士	川崎医科大学精神科学教室
	吉内 一浩	東京大学医学部附属病院心療内科
	渡邊 博幸	千葉大学社会精神保健教育研究センター

参加者へのご案内

1. 参加費

研究会会員	事前登録あり	3,000円
	事前登録なし	3,500円
非会員		4,000円
学生・大学院生		1,000円

2. 理事会予定

11月13日（木） 12：00～12：50
大宮ソニックシティ会議室にて理事会を開催します。
理事・監事にご出席下さい。

3. 入会手続き

会期中受付に「日本周産期メンタルヘルス研究会入会申込所」を
設置いたします。入会をご希望される方は、お立ち寄りください。

～～～～～～～～～～ 懇親会のご案内 ～～～～～～～～～

第1日（13日）プログラム終了後から、大宮ソニックシティ9階 906会議室にて、
懇親会をおこないます。参加費用は 3,000円です。

～～

プログラム（第1日 11月13日）

●主会場●

8:50-

開会の辞

9:00-10:20 ワークショップ (1)

産科的な問題があったときに生じることとその対策

- ・産科的問題が生じた際の妊産婦・家族の心理的問題とその支援
- ・重症身体疾患患者の妊娠・出産
- ・震災と周産期のメンタルヘルス

10:30-11:50 ワークショップ (2)

周産期に事例化する妊婦・家族の心理社会的問題、発病する精神障害

- ・親になる戸惑いが大きい妊婦：心理学的な理解と支援
- ・育児はいつから始まるのか？十分な育児とは？
- ・妊娠中と産後に生じる精神障害：特徴と対策

12:00-12:50 ランチオンセミナー (1) (共催：MSD 株式会社)

「周産期のうつ病と睡眠障害」

13:00-13:20

総会

13:30-14:20

会長講演「周産期の精神療法」

14:30-15:50 ワークショップ (3)

地域として行う周産期メンタルヘルスケア

- ・母子保健からみた周産期メンタルヘルスケアの現状と問題点
- ・母子保健活動と精神保健活動の協力：精神保健からみた現状と問題点
- ・精神科医・心理士はどのように参加するのか

16:00-16:50

事例検討（および小講演）(1)

「境界性パーソナリティ障害患者の妊娠・出産：生じることと対策」

17:00-

懇親会（会場：大宮ソニックシティ 9階 906会議室）

●ポスター会場●

8:30-

ポスター掲示開始

15:40-16:10

発表者または共同発表者立会い（1）

プログラム（第2日 11月14日）

●主会場●

8:30-9:50 ワークショップ (4)

児に重大な問題があったときに生じることとその対策

- ・周産期医療の場を支援する
- ・ペリネイタル・ロスで子どもを亡くした家族の悲嘆とグリーフケア
- ・周産期領域におけるデスカンファレンスの意義と実際

10:00-10:50

事例検討 (2) 「妊娠中に胎児異常を指摘された母親への支援 ー産前産後における心理的变化についての考察ー」

11:00-11:50

事例検討 (3) 「産褥大量出血で母体搬送となり、治療後に PTSD が認められた症例」

12:00-12:50 ランチョンセミナー (2) (共催：持田製薬株式会社)

「産婦人科を訪れる抑うつ、不安症状患者への対応と管理 ー産婦人科領域に於ける SSRI 活用の実際ー」

13:00-13:50

特別講演「周産期メンタルヘルスと児童虐待の予防」

14:00-15:20 ワークショップ (5)

精神科ユーザーの妊娠・出産・育児

- ・統合失調症：病状の変化、事前の準備
- ・気分障害：病状の変化、事前の準備
- ・てんかん：病状の変化、事前の準備

15:30-16:20

教育講演「周産期における向精神薬の適正使用の現状と課題」

16:20-

閉会の辞

●ポスター会場●

9:40-10:10

発表者または共同発表者立会い (2)

16:20

ポスター撤去終了

講演

第1日 13:30-14:20

会長講演「周産期の精神療法」

座長 吉野相英：防衛医科大学校精神科（医師）

演者 堀川直史：埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック（医師）

妊娠・出産・育児は人生でもっとも大きなライフイベントの1つであり、その後の生活も大きく変化する。また、妊娠・出産・育児に伴って、妊婦と家族の心理発達上の問題が顕在化することもある。さらに、子供を産むと決めることから始まるが、その後も妊婦と家族が自己決定しなければならない場面がしばしばあり、これが強いストレス因子になるときもある。

したがって、周産期メンタルヘルスを考えるときには、協力的な治療関係を作り、そのなかで妊婦と家族を支え、問題解決を試みること、および妊婦と家族の自己決定を支援することがとりわけ重要になる。このときの方法として、①ていねいな身体的治療とケアが重要な心理的ケアになることへの理解、その上で行う②「認知的共感」、③「ペイシャント・エンパワメント」、さらに必要な場合には④心理発達を促すための長期的な対応などが重要である。これらの考え方について概略を述べ、方法を具体的に解説する。

第2日 13:00-13:50

特別講演「周産期メンタルヘルスと児童虐待の予防」

座長 岡野禎治：本研究会理事長（精神科・医師）

演者 木下勝之：日本産婦人科医会会長（医師）

厚労省が発表する子供の虐待による死亡事例等の検証結果によれば、1年間に死亡した子供は、平成23年度では、0歳児が25名(43.1%)と最も多く、主たる加害者は実母が33名(56.9%)であった。実母の理由が、「望まぬ妊娠」であることが明白であったことから、日本産婦人科医会は、全国の分娩機関の窓口「望まぬ妊娠の相談窓口」を置く事業を試みた。しかし、望まぬ妊娠で悩む妊婦が、分娩機関を訪れることは、きわめて少ないことから、平成25年度から、妊婦健診に、妊婦のメンタルヘルスケアの仕組みを作り、うつ病、母児関係性障害、育児不安等、心の問題で悩む妊婦を早期に発見し、手を差し伸べ、相談に乗り、産後の健康な母子関係を築き、虐待を予防し、育児に専念できるようにする支援体制構築を目指している。

そこで、本講演では、我が国の周産期メンタルヘルス研究のパイオニアである岡野禎治氏や北村俊則氏等に始まる研究の流れを紹介し、妊婦自身と家庭の平安、そして、育児不安や乳幼児虐待予防の視点から、今後ますます重要性を増すと考えられる妊婦の心のケアに関し、すでに先進的に行われている地域の実際から、解決すべき課題と解決策を含め、日本産婦人科医会が目指している全国展開についてのべる。

第2日 15:30-16:20

教育講演「周産期における向精神薬の適正使用の現状と課題」

座長 仙波純一：さいたま市立病院精神科（医師）

演者 鈴木利人：順天堂大学医学部附属越谷病院メンタルクリニック（医師）

妊孕性を有する或いは拳児を希望する女性の年代はうつ病や不安障害の好発年齢にあたり、妊娠・出産に際して服薬の継続か中断かという重大な問題に直面することがある。妊娠患者への対応は、本来ガイドラインで規定されるべきだが、実臨床では精神疾患の諸特徴や患者の環境側の諸要因により、case by case で対応することが多い。

患者側の要因として、1) 罹患している精神疾患の特徴、2) 重症度の把握（病状安定性や精神科入院歴）、3) 発症から今日に至るまでの経過、4) 過去の妊娠・産後の精神障害の出現の有無、5) 薬物療法に関する内容（多剤大量療法の有無、妊娠期禁忌薬への依存度）、6) 飲酒または喫煙の有無、7) 自身の病気の理解（病識）と告知の有無、8) 薬のリスク・ベネフィットの説明に対する理解力（知的能力、認知機能など）、9) その他の要因、例えば人格特性、薬物療法への抵抗感、妊娠と薬に関する情報収集の有無、医療不信の有無など、さまざまな患者個人の特性を吟味する必要がある。環境側の要因として、1) 夫婦間のコミュニケーションおよび夫の援助態度、2) 主に女性側の家族支援の有無、3) 親族内の遺伝負因の有無、4) それまで治療してきた主治医との関係などが挙げられる。

向精神薬のリスク・ベネフィットに関する説明は決して単純な作業ではない。向精神薬の催奇形性、胎児発育不全、新生児毒性、長期的生後発達に及ぼす影響など説明分野は多岐にわたる。さらに薬物治療を行わない際の胎児・乳児への影響に関する知識も必要である。その上で、「説明と同意」に基づいて患者・家族の自己決定権により適切な薬物療法が検討されるべきである。

ワークショップ

第1日 9:00-10:20 ワークショップ (1)

産科的な問題があったときに生じることとその対策

座長 杉山隆：東北大学病院産科周産母子センター（医師）

花村温子：地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター（心理士）

「産科的問題が生じた際の妊産婦・家族の心理的問題とその支援」

演者 菊地紗耶：東北大学病院精神科（医師）

周産期は正常範囲内の妊娠経過であっても、妊産婦と家族にとり期待と不安が混在する時期である。産科的異常を指摘されることは更なる不安と葛藤をもたらすことになる。

切迫流早産によって、児の生命や成長の不安を抱えながら長期入院により家族から離れ、行動制限を余儀なくされる場合、妊娠判明後より生じる種々の心身の変化の中、重症悪阻により持続的な倦怠感、食欲低下、体力低下が出現し、時に妊娠継続を諦めるしかないと追いつめられる場合等様々な状況が考えられる。

実際の臨床場面では、ハイリスク妊娠や産科的合併症に伴い生じた心理的問題の多くは、助産師等産科スタッフにより気づかれ、一次的なケアを受けることになる。一次的なケアとは、産科的異常をどのような場で、誰が、どのような言葉で伝え、妊産婦と家族の受け止めに目を向け、どのような関わりを持つかということの意味する。丁寧な説明や不安の傾聴により妊産婦と家族は試練を乗り越えていくことが多いが、明らかな不安、不眠、抑うつ等の精神症状により心理士や精神科医による専門的なケアを要する場合もある。

精神科医の面接では、精神科への紹介自体が既に妊産婦と家族の傷つきとなっている可能性に配慮し診察を始める必要がある。面接以前に、産科的異常の程度と見通しを産科スタッフに確認しておく。その後、産科的異常の程度と妊産婦と家族の理解と受容、それに対する対処、夫婦間の捉え方のずれの有無、誰が妊産婦を支え、誰が家族を支えるのか、精神症状の出現と程度、本人の性格傾向と認知の特徴、家族背景、過去の心理的精神的問題の有無等を聴取しながら面接を進めていく。自分だけが妊娠出産や児に対して否定的な感情を持っているのではと罪悪感を抱く妊産婦も多い。精神科という場だからこそ語られる思いもあり、産科とはまた別の安心できる場を提供し、そこでの丁寧な面接そのものが治療的であるといえる。

「重症身体疾患患者の妊娠・出産」

演者 佐藤昌司：大分県立病院総合周産期母子医療センター（産婦人科・医師）

何らかの身体的合併症を有する妊産婦は少なくない。疾患が非妊時から認められる妊娠偶発合併症か、あるいは妊娠分娩期特有の妊娠合併症かによって留意点は異なり、管理についても妊娠・分娩が原疾患に与える影響と、原疾患が妊娠・分娩に与える影響とに分けて整理しながら方針を立てることが重要である。さらに重症例では、産後の育児行動制限の必要性の判断、妊娠中および育児中の精神的サポートなど、原疾患治療のみならず子育ての点から配慮すべき点も多い。このような視点から、演者の施設で経験した重症疾患

合併妊娠例を供覧し、主な管理のポイントと問題点について提示する。

- 非妊時罹病の重症妊娠偶発合併症：慢性糸球体腎炎（IgA 腎症）：33 歳初産。非妊時から Ccr 40ml/分と‘妊娠禁忌’レベルの腎機能障害が認められたが、本人らの強い希望で妊娠継続。妊娠中期から入院管理し、妊娠 27 週に妊娠高血圧腎症のため帝王切開分娩。
- 妊娠中罹病の重症妊娠偶発合併症：進行胃癌：32 歳経産。妊娠 11 週より前医で子宮筋腫を指摘。悪阻症状が持続するため当院へ紹介となり、妊娠 20 週に進行胃癌、転移性卵巣腫瘍（Krukenberg 腫瘍）、DIC と診断。子宮切開後に化学療法を開始したが、産褥 3 か月で死亡。
- 妊娠合併症①：早発型妊娠高血圧症候群：41 歳初産。妊娠 23 週より胎児発育不全を指摘され当院へ紹介。妊娠 28 週より高血圧を発症し、妊娠 29 週に胎児機能不全のため緊急帝王切開分娩。
- 妊娠合併症②：周産期心筋症：29 歳経産。妊娠 35 週に切迫早産で前医に入院した後、高度頻脈と呼吸困難が出現し母体搬送。心エコー所見で心筋症、急性心不全と診断され、心肺補助装置および大動脈バルーンポンピング下に緊急帝王切開。
- 妊娠合併症③：壊死性筋膜炎：34 歳初産。双胎妊娠で管理中、妊娠 35 週に発熱および下腹痛が出現し、子宮内感染疑いで帝王切開分娩。術後、創部に広範な膿瘍形成し、DIC 発症。上記診断で腹直筋切除、3 回の創面切除および敗血症治療で救命した。

「震災と周産期のメンタルヘルス」

演者 西郡秀和：東北大学大学院医学系研究科環境遺伝医学総合研究センター/東北大学病院産科・周産母子センター（産婦人科・医師）

東日本大震災時、演者は岩手県立宮古病院に出張中に被災した縁で、震災に関連した産後うつ病ハイリスク群のリスク因子解析等に関わることになったので、その結果を中心に紹介する。

【背景】岩手県立宮古病院は岩手県宮古医療圏（宮古市、岩泉町、山田町、田野畑村、人口約 9 万 2 千人、分娩年間約 550 件）の基幹病院である。平成 19 年より産後・退院時にエジンバラ質問票（EPDS）を実施、平成 22 年 10 月より産後・1 か月健診にも EPDS を実施しており、震災後も継続した。東日本大震災により、宮古医療圏は約 1500 人が死亡・行方不明、12600 以上の家屋が全壊・半壊した。【目的】震災前後の産後うつ病ハイリスク群の頻度と、震災後のリスク因子を後ろ向きに検討した。【方法】岩手県立宮古病院で分娩した褥婦；震災前群（2010 年 10 月 1 日～2 月 10 日分娩）141 名、震災後 3 か月以内群（2011 年 3 月 11 日～6 月 10 日分娩）70 名、震災後 4～6 か月群（2011 年 6 月 11 日～9 月 10 日分娩）89 名を対象に、退院時と産後一か月後に EPDS を用いてスクリーニングを行なった。EPDS9 点以上を産後うつ病のハイリスク群とした。発症頻度を震災前後で比較し、リスク因子の抽出を行った。【結果】震災後 3 か月以内分娩群は、震災前に比較して退院時の EPDS9 点以上の頻度は有意に高かったが（31.4%vs 9.9%、 $P < 0.0001$ ）、産後一か月後には有意差は認めなかった（7.5%vs 2.2%、 $P=0.12$ ）。震災後 4～6 か月分娩群は、震災前に比較して退院時（10.1% vs 9.9%、 $P=0.96$ ）と産後一か月後（4.7%vs 2.2%、 $P=0.44$ ）に、いずれも有意差は認めなかった。多重ロジスティック回帰分析の結果、震災後群の EPDS9 点以上リスク因子として「津波による自宅損壊」（OR, 3.18; 95% CI, 1.31-7.72）と「住環境不満」（OR, 3.77; 95% CI, 1.51-9.43）が抽出された。以上の岩手県立宮古病院の解析結果とその他の国内外の報告等を紹介し、震災と周産期のメンタルヘルスについて考察する。

周産期に事例化する妊婦・家族の心理社会的問題、発病する精神障害

座長 新井陽子：北里大学看護学部生涯発達看護学（助産師）

岡島美朗：自治医科大学附属病院緩和ケア部（精神科・医師）

「親になる戸惑いが大きい妊婦：心理学的な理解と支援」

演者 岡田由美子：加古川市民病院機構加古川西市民病院（心理士）

親とは、心理学的には関係性です。子の存在なしには認識されないころの働きが親なのです。人は、子として親（もしくは親役割の大人）との関係性を経験しつつ成長します。その後、誰もが経験した子ども時代を足がかりに、新しい命との関係性を紡いでいくことから親になっていくのです。

「親になる戸惑いが大きい妊婦」とは、子が親になろうとして新しい命と紡いでいく関係性が滞りがちになっている心理的状态の妊婦といえます。

その要因としては、やってきた命の病気をはじめ、妊婦の病気や若年すぎるなどの身体的要因、妊婦を支える環境が脆弱であるなどの社会的経済的要因、予期せぬ妊娠をはじめとする心理的要因等が想定されます。そして現実には、これらの諸要因が複雑に絡み合い、妊娠葛藤が長引きます。

葛藤の末、妊娠の継続を諦めた途端に妊娠葛藤が消えたように見えても、妊婦にとってはわが身に起こった変化は無かったことにはなりません。意識的にせよ無意識的にせよ、人のこころや体は、実態を亡くした命とつながっていた記憶を残します。

新しい命をわが身に宿す事実は、個人の意識や意識化できる体の感覚、言葉やイメージを超えて、わが身に起こったこととして女性の体と心をその根底から刺激します。わが身に宿した命を受け入れても、来るべき出産育児への不安に押しつぶされそうになる経験をする妊婦もいます。新しくやってくる命を意識化すればするほど、その命を亡くす怖さも想像してしまう・・・人のこころが持つ全体性の働きです。

親と子の関係性と死を意識化させる生・・・この2つをキーワードに、親になる戸惑いが大きい妊婦への支援について、心理臨床的な視点からお伝えできればと思います。

「育児はいつから始まるのか？十分な育児とは？」

演者 海老根真由美：白金高輪海老根ウイメンズクリニック（産婦人科・医師）

女性の社会進出が当然の世の中になり、男性同様に社会の第一線で働く女性も世界的に少ないと指摘を受けつつ、増加している現状がある。そして、日本の少子化は、歯止めがかかる明らかな兆しは認められない。この原因には、男性が妊娠・出産・育児に全く理解がないのと言われるのと同じくらい、女性が妊娠・出産・育児を理解できないことにあると思われる。立派な社会人になる知識は男女問わず平等に学校教育から受けることができるのに、立派な家庭人になる知識は、どこからも得られることなく、妊娠、出産、育児の教育を全く受けることなく、子どもは大人になる。さらに妊娠、出産、育児の意義を考えることなく、月日が流れ、晩婚化、高齢出産の世界に突入する。何を隠そう、この私もこの世の中の風潮に流された一人の女性である。周産期を専門とする産婦人科医の医師でありながら。

これらの事実を受け止めるべく、東京の白金高輪で 2014 年 6 月に開院した。当クリニックは、女性医師を中心とした医療を行っており、薬剤師、保健師、助産師、看護師、栄養士、整体師のスタッフをそろえ、母親学級、両親学級、育児クラス、料理クラス、ママベビー整体などの多種にわたったクラスを行っており、新米ママクラス、新米パパクラスでは、新生児とともに初めてのお出かけ体験の場を提供している。働く女性のニーズに合わせた、土日祝日、早朝、夜間の時間帯に妊婦健診が受けられる都市型のクリニックである。2013 年 6 月～2014 年 10 月までに、当クリニックを受診された 3,633 名のうち、妊娠後期まで妊婦健診を行った 251 名の統計及び出産データを呈示する。また、高学歴で妊娠を受け入れられなかった妊娠 30 週に 994g で分娩した症例を呈示し、さらなる問題点を提示したい。

育児は妊娠中から始まること、十分な育児とは昔の女性が当然のこととして共有していた知識が優秀な哺乳類として必要不可欠であること改めて感じている。

「妊娠中と産後に生じる精神障害：特徴と対策」

演者 竹内崇：東京医科歯科大学医学部附属病院精神科（医師）

周産期における自殺は少なくない。自殺者には、精神疾患の既往歴を認めるものが多いが、周産期に適切な管理がなされていないことが考えられ、これら妊産婦に対する対応が重要とされている。特に産褥期での自殺は多いとされ、産後うつ病に対する意識は高まっており、エジンバラ産後うつ病自己評価票のスクリーニングに関してはほぼ定着してきている。過去の報告から産後うつ病の有病率は 10～20%とされるが、自己評価票による調査で偽陽性が含まれ、定型的なうつ病はこれよりも少なく、周産期が非周産期と比べてうつ病の危険時期とは言えないのではないかと指摘もある。それではなぜ自殺が多いのか。近年、産後うつ病が双極性障害の危険因子とされ、その病像は、混合性エピソード、不機嫌な躁病、急速な病像の変化、困惑、錯乱などが特徴的であることが指摘されている。また、その急激な悪化から、本人、家族の疾病への受け入れの困難さもうかがわれ、これらが十分な治療が施せない要因になっていることが考えられる。産後うつ病の危険因子として、精神科既往歴、精神科通院中、産後うつ病の既往、遺伝負因、ソーシャルサポートの欠如などが挙げられており、さらに妊娠中から症状を呈することも少なくないとされ、妊娠期からの予防的な介入、たとえば、母親学級での情報提供などが期待される。当日は症例を呈示しつつ、今後の対策について検討していきたい。

地域として行う周産期メンタルヘルスケア

座長 春名めぐみ：東京大学大学院母性看護学・助産学（助産師）

宮岡佳子：跡見学園女子大学文学部臨床心理学科（精神科・医師）

「母子保健からみた周産期メンタルヘルスケアの現状と問題点」

演者 小澤千恵：埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター（助産師）

国民運動計画である「健やか親子 21」では、これまでの母子保健の取り組みの成果を踏まえ、関係機関・団体が一体となって 21 世紀に取り組むべき主要課題を設定した。その結果、従来からの乳幼児健診を初めとする母子保健事業を行いながら、子どもが健全に育つような支援の充実も図られるようになった。しかし、近年の社会構造の変化は、子どもの養育環境を著しく変化させ、母親の育児不安や子どもの心の問題をも増加させており、地域保健機関が対象とする家庭は急増している現状がある。また、早期に妊婦にかかわることのできる医療機関においても、できるだけ早い段階で支援を必要としている人を把握し、その支援体制を整えることが求められている一方で、地域保健機関のマンパワー不足や、医療機関での心理・社会的ハイリスク妊産褥婦への長期的なフォローの難しさなどの問題も多くある。このような問題点がある中、母子保健に従事する保健師、助産師等の専門職者は、お互いにコミュニケーションを密にとり、母親が安心して育児を行うことができるように妊産褥婦の心理・社会的問題への支援に取り組む必要がある。そこで、今回は、母子保健から見た周産期メンタルヘルスケアの現状から現在の問題点と求められている支援について考えていくこととする。

「母子保健活動と精神保健活動の協力：精神保健からみた現状と問題点」

演者 玉木敦子：甲南女子大学看護リハビリテーション学部（看護師）

地域母子保健活動の中で、看護職は保健師を中心に母子の心身の健康と発達、生活を支えている。周産期メンタルヘルスケアの視点からみると、精神障害のある母親への支援、産後うつ病のスクリーニング、健診などを通して育児不安の軽減にも努めるなど、地域住民のニーズに沿って幅広い活動が行われている。

ただし、発表者が実施した調査では、それらの活動の中で、多くの看護職が精神的問題に関するアセスメントや精神症状を呈する女性への関わりの困難さ、また心理的負担を体験していることが示唆された。また、母子保健活動において養育支援、虐待予防が重視されているために、母親との関係性の構築や支援と同時に虐待予防の視点を持って関わらなければならないことに葛藤を感じている者も少なくないと思われた。

一方、産後うつを体験した女性を対象とした調査からは、うつ状態にあった時に、自分や子どもの心身の健康状態に関する判断と、それに基づいた生活・育児、治療に関する支援など、看護職からの積極的な関わりを求めていたという結果が得られた。ただし、精神状態やニーズに沿っていない関わりはかえって負担になること、また虐待の観点から、あるいは精神的に問題がある母親とみられていると感じることが脅かしになり、さらにそのことが看護職からの支援を遠ざける要因になっていると示唆された。

発表者は、ある自治体と共同して、看護職が妊娠期から出産後にかけて継続して家庭訪問等する事業を計

画している。そこでの精神看護の役割は、訪問者への事前研修の実施、精神保健に関するコンサルテーション等の実施、訪問者への心理的支援であり、訪問者が自信を持って、かつ安心して活動できることを目指している。それらが、対象となる女性とその子どもの安心、自立した生活にもつながることを期待している。また、この事業を通して、母子保健活動と精神保健活動の協力のあり方をさらに探求したいと考えている。

「精神科医・心理士はどのように参加するのか」

演者 安田貴昭：埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック（医師）

周産期のメンタルヘルスの問題は、内容が多岐にわたり、重症度も様々であるため、複数の職種でひとつのチームを作って評価やケアにあたるべきとの指摘がある。現状、演者の勤務する精神科では、周産期センターからのコンサルトに応じるなど、従来のコンサルテーション・リエゾン精神医療の枠組みのなかで、独立した形で診療を行っている。そのため、精神科がどのように院内の周産期チームに加わっていくべきか、さらに、その先にある地域での医療連携や保健活動といった大きな枠組みのなかで、精神科の専門性をどのように活かしていくべきかは、当科にとって大きな検討課題になっている。

周産期での精神科の関わりとして、まず考えられるのは、1)周産期に発症する精神障害の治療介入、2)精神障害をもつ女性が妊娠出産する際のフォローアップ、の2つであろう。当科の外来初診や院内往診の周産期ケースも、これらが大部分を占めている。これらは通常の診療行為そのものであり、確実に対応していくことが必須であろう。その活動の一環として地域医療連携（アウトリーチ）が位置づけられる。

地域の母子保健、精神保健活動としては、知識の普及や啓発活動による一次予防から、ハイリスク群への早期介入、支援を要する人への継続的なフォローアップなどといった予防医学的な関わり、地域全体で子育て世帯を支えていくような社会福祉的な活動などがあり、それらに精神科の専門性を役立たせていくことも考えるべきであろう。演者の考える精神科の専門性とは、人間のこころの状態を見極めるアセスメント能力と、その精神状態に即応できるコミュニケーション能力である（これは精神科医だけでなく、精神科臨床を職域とする臨床心理士、看護師も同様である）。これらを活かしていくためには、精神科がまず自らの専門性に自覚的になることが第一歩になるように思われる。

児に重大な問題があったときに生じることとその対策

座長 大浦訓章：東京慈恵会医科大学産婦人科（医師）

吉内一浩：東京大学医学部附属病院心療内科（医師）

「周産期医療の場を支援する」

演者 永田雅子：名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター（心理士）

2010年の周産期医療体制整備指針の改正以降、周産期医療領域では、臨床心理士がスタッフの一人として活動することが急速に増えてきている。周産期医療領域における心理的支援は、妊娠・出産の過程の中で、思いがけない事態に遭遇した家族が、おなかの中にいる、あるいは生まれてきた赤ちゃんとの出会い、その関係を築いていくプロセスを支えていくことを目的としている。何らかの問題意識を抱えて心理士のもとを訪れた人を対象とした従来の心理的支援とは異なる構造で行われる。特に新生児集中治療室（NICU）では、その場に当たり前のようについて、入院してきた赤ちゃんとの出会い、面会に訪れた家族との出会い、スタッフとともに、赤ちゃんの発達や、家族への支援を担っている。そこではスタッフと違う役割を担う存在ではなく、他職種と重層的にカバーしあいながら、NICUの場自体を支えることを行っている。

NICUに入院となってくる赤ちゃんは、自分の“いのち”を守るのに精一杯で、相互交流の担い手として機能することは難しいことが多く、赤ちゃんが何を伝えてくれているのかははっきりとつかむことはできない。そのため、目の前にいる赤ちゃんからどういったメッセージを読み取るのかはかかわる人によって異なり、それはスタッフも同様である。“いのち”がむき出しの場であるからこそ、日々刻々と状況がかわっていく場の中で、スタッフも様々な感情を揺さぶられる体験をしている。臨床心理士として、どう周産期医療の場に関わり、どういった支援を意識しているのか、リエゾンやコンサルテーション的な関与とは異なるNICUという場の中での心のケアについて報告する。

「ペリネイタル・ロスで子どもを亡くした家族の悲嘆とグリーフケア」

演者 太田尚子：静岡県立大学大学院母性看護学・助産学（助産師）

流産・死産・新生児死亡などのペリネイタル・ロスを経験したご家族へのグリーフケアは、この10年あまり確実に広まってきました。さらに、よりよいケアの構築には、長期的な継続ケア、多職種との協働、ケア提供者である医療者への支援が大切と思われます。

聖路加国際大学ペリネイタル・ロス研究会では、体験者への継続的な支援として、2004年9月から、セルフヘルプグループ「天使の保護者ルカの会」を運営してきました。今年で10年目になります。活動目標は、「体験者中心のケア」を基本理念とし、体験者と医療者の双方の経験や知識を出し合い協働して運営することで、よりよい支援を構築することを目指しています。

一方、ケア提供者である医療者もまた、これまで研修の場や想いを分かち合う場がありませんでした。研究会では、看護者を対象とした研修プログラムを、2009年から実施しています。プログラムの内容は、ケアは体験者の意思に基づいて行われるべきであるという「体験者中心のケア」の概念を基盤とし、体験者は

共にケアを作り上げていくパートナーであって、体験者の声に耳を傾ける事の重要性を、実際に体験者と話すセッションを組み込んでお伝えしています。プログラムは、学びの場であるだけでなく、これまでのケア経験や想いを分かち合う場にもなっています。

さらに研究会では、この領域のケアの先進国であるイギリスやアメリカのケアの場を訪れ、若干の学びを得ました。今回は、研究会のこれまでの活動を紹介しながら、ケアに関わる様々な専門職の皆様と共に、ペリネイタル・ロスのグリーフケアについて議論できましたら幸いです。

「周産期領域におけるデスカンファレンスの意義と実際」

演者 宮田郁：大阪医科大学附属病院看護部（精神看護専門看護師）

一般的に周産期は、『新たな命の誕生の場』としてのイメージがある。そのためか、周産期における「死」は、どちらかと言えばタブー視される傾向にあったのではないだろうか。昨今、ようやく周産期の死別に対するケア（特に家族）の必要性が見直され、ペリネイタル・ロス・ケアとして確立されてきている。

当院は大学病院であり、大阪府地域周産期母子センターとして、多くのハイリスク妊婦を受け入れており、妊娠中に死産になったり、何らかの原因で赤ちゃんが出生直後に亡くなったり、NICU 入院中に亡くなる等のケースが少なくない。このようなことから、当院産科においては、ペリネイタル・ロス・ケアにも力を入れており、退院後に演者が担当しているグリーフケア外来の受診へと繋いでいる。

また、周産期での死別を経験する母親や家族は、深い悲しみの中で、自責感に襲われ、時には激しい怒りを医療者にぶつけることもある。そして、その母親や家族に寄り添う助産師や看護師は、感情を揺さぶられる体験をしたり、激しい怒りをぶつけられる場合には、家族へのケアが悪かったのではないかと責めたり、時にはトラウマティックな体験になることもあるのではないかと考える。

このような場合、病棟でのデスカンファレンスを行うことが有効かと思われる。デスカンファレンスの目的は、「亡くなった患者のケアを振り返り、今後のケアの質を高めることにある（広瀬，2011）」とされており、成人病棟においては、比較的よく実施されている。しかしながら、前述したように周産期においては、「生」を基盤とした治療・ケアの場であることから、デスカンファレンスが日常的に行われているわけではないと思われる。当院においても、ペリネイタル・ロス・ケアは実践されているものの、デスカンファレンスを行うケースは少なく、課題になっている。

今回は、当院で実施した産科・NICU・GCU 合同のデスカンファレンス事例を元に、周産期におけるデスカンファレンスの意義について考えていきたい。

精神科ユーザーの妊娠・出産・育児

座長 笠井靖代：日本赤十字社医療センター第3産婦人科（医師）

渡邊博幸：千葉大学社会精神保健教育研究センター（精神科・医師）

「統合失調症：病状の変化、事前の準備」

演者 清野仁美：兵庫医科大学精神科神経科学講座（医師）

近年、非定型抗精神病薬の開発などにより、良好な経過を辿る統合失調症患者が増えている。精神科医療では地域移行支援が謳われ、長期入院は減り、患者は地域社会での生活が可能になりつつある。当然の結果として、統合失調症患者が妊娠する機会も増えている。その一方、墮胎を余儀なくされたり、産後に母子を分離せざるを得ないなど、患者のリプロダクティブヘルス・ライツは十分に守られているとは言えない。統合失調症患者の周産期管理や養育支援方法は確立されておらず、個々の現場の裁量に委ねられているのが現状である。より多くの周産期医療現場で、統合失調症の疾患特性に応じた周産期の介入が可能になるよう、より良いマネージメントの在り方を検討したい。

マネージメント上の課題として、第一に周産期における精神症状のコントロールをどのように行うか、が挙げられる。統合失調症患者は周産期においても薬物療法を必要としており、精神科-産婦人科-小児科の連携、および出産施設-地域医療・保健-家庭の連携により、患者（母親）の精神科治療が最適な状態で維持されるよう配慮が必要である。また、統合失調症特有の思考形式や認知機能障害による症状を理解し対応すれば、多くの患者の精神症状悪化は予防できる。

第二に、養育機能の評価と向上という課題がある。母親の精神症状の重症度と養育機能は連動しているものの、イコールではない。家庭全体としての養育機能や、愛着の形成を実際の養育を観察して評価し、養育スキルトレーニングを通して養育機能や愛着形成を促進することで、母子分離は回避できる。そのためには、個々のニーズに応じた支援の導入も必要である。

本邦の医療システム内で可能な資源を有機的に活用し、より多くの周産期医療現場で統合失調症患者の適切なマネージメントが可能となり、患者のリプロダクティブヘルス・ライツが守られることが期待される。

「気分障害：病状の変化、事前の準備」

演者 仙波純一：さいたま市立病院精神科（医師）

気分障害には双極性障害も含まれるが、妊娠中の躁病は比較的まれな事態なので、本ワークショップでは主としてうつ病を対象とする。気分障害は生涯のいかなる段階でも出現するために、女性ではうつ病と妊娠が併存することもめずらしくない。妊娠中のうつ病は胎児の発育不全や出産後の合併症などのリスクを高める。これらを防ぐためにも妊娠中のうつ病に対する適切な対応が求められる。このときには、まずうつ病が妊娠以前に存在していたか、あるいは妊娠中に出現したかを判断しなければならない。また妊娠中に再発をきたす可能性もある。次にうつ病の重症度、併存症の有無、パーソナリティ特性だけでなく、家族を含めた生活環境の評価が大切である。産科医と協働で治療を進める上でも、診断は標準化された方法を用い、評価

尺度などの利用でもれない症状評価が望ましい。一般的にはうつ病が軽症ないし中等症であれば、認知行動療法などの非薬物療法が推奨されている。しかし、現実にはこれらの療法を行える施設は限られており、定期的な通院も容易ではない。中等症以上であれば、薬物療法の効果を期待できる。現時点では抗うつ薬による催奇形性や出生時合併症への影響については多くの研究が行われている。リスクの評価は難しいが、あるとしても程度は小さく、絶対的な禁忌とはならない。最終的にはリスクと利益を冷静に評価することになるであろう。その際には医療者は適切な情報を提供できよう準備が必要である。出産後は身体的変化だけでなく育児という新たな環境の変化も生じてくる。これが現存のうつ病の悪化や、新たなエピソードの出現などを引き起こすこともある。妊娠中のうつ病の治療は、出産後に生じうる事態も視野に入れた上で行わなければならない。このような妊娠中のうつ病治療は精神科医 1 人だけでできるものではない。妊娠を直接扱う産科医との情報交換は当然として、看護師やケースワーカーとの協働も必須である。

「てんかん：病状の変化、事前の準備」

演者 山田了士：川崎医科大学精神科学教室（医師）

てんかんの有病率は人口の 0.5 - 1% 前後の数に上り、妊娠、出産、育児を経験する人は少なくない。児童期発症で成人するまでに治癒した人を除くと、出産の機会が多いのは若年性ミオクロニーてんかんや側頭葉てんかんのある人たちである。妊娠や出産に際して対処を考慮すべき問題点としては、1)抗てんかん薬の毒性・催奇形性、2)妊娠中の発作が与えるリスク、3)新生児合併症リスク、4)児の発達、5)こうしたリスクに対する不安、6)てんかんに伴う精神的合併症などが挙げられる。

このうち、とくに抗てんかん薬については、妊娠してからの調整では遅すぎることもある。妊娠可能な年齢の女性では、機会をみて話し合いの場を設け、リスクとその対処について説明するとともに、本人や家族の意向を確かめておく必要があるだろう。妊娠機会が比較的多い上述の 2 つの病型では、発作が寛解しているにもかかわらず、抗てんかん薬の中止が難しいというケースがよくみられる。寛解していて断薬困難な例では、薬物によるリスクの大きさと発作再発による身体/心理社会的影響の大きさの比較検討をし、妊娠前～出産後の治療をどう行うかを患者と医療者でよく話し合う必要がある。本演題ではこうした問題について具体的な解説を行いたい。

事例検討

事例検討（２）（３）では、ポスター発表に応募いただいた演題のなかから、皆で話し合うことが重要と思われるものを事例に選びました。筆頭演者による口頭発表の後、全体でディスカッションを行います。

第1日 16:00-16:50

事例検討（および小講演）（1）

座長 吉益晴夫：埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック（医師）

藤嶋加奈：千葉市立海浜病院（心理士）

「境界性パーソナリティ障害患者の妊娠・出産：生じることと対策」

演者 木村宏之：名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野（医師）

境界性パーソナリティ障害（BPD）或いはその傾向がある患者の対応には多くの困難が伴い、その困難に場当たりの対応しても、建設的な結果が得られないことが多い。また、「行動化を伴う症例は BPD である」とするといった、安易なレッテル貼りは、過剰診断と不信感を生じさせてしまう。まずは、BPD を理解し、正確な診断・評価した上で、適切な介入する必要がある。

BPD 患者の柔軟性のない考えや行動に対し、医療者が基本的対策の知識なく対応すると、いつの間にか患者の病理に巻き込まれて混乱した臨床状況に陥ってしまう。マネージメントを基本とする精神科臨床ではやむを得ず生じる治療中断も、子供の命の責任も負う妊娠・出産においては、倫理的にも道義的にも安易な治療中断が難しい。その結果、医療者は BPD 患者の対応に追われて疲弊し、最悪の場合、患者は適切な出産の機会を失いかねないという不幸な状況に陥ってしまう。

さて、2000 年代に入って、BPD のエビデンスは明確になってきた（Lancet 2011）。従来、私たちが考えていたよりも長期予後は良好（Am J Psychiatry 2012）であったし、推奨された薬物療法（Br J Psychiatry 2010）も経験的に用いてきた薬物療法とは少し異なり、限定的ではあるが効果を有している。とはいえ、妊娠・出産の状況において、BPD、或いはその傾向がある患者の対応が困難であることは言うまでもない。

しかし、私たちは、これらのエビデンスを確認した上で、個々の患者・家族の個別性を十分考慮に入れ、治療によるベネフィットとリスクをできるだけ早期から患者とその家族と十分に共有・検討し、真の shared decision-making(患者・家族と治療者による双方向性の治療方針決定法)に至るよう努めることが求められる。その基盤にもとづき、少し薬物療法の工夫をしたり、他職種カンファレンスで患者対応を検討したりすることにより、安全で適切な医療を提供する必要があるだろう。

本小講演では、前述の観点から、BPD 患者の対応や精神科連携のポイントについて、具体的対策を提示したい。

第2日 10:00-10:50

事例検討 (2)

座長 斎藤英子：日本赤十字看護大学母性看護学・助産学（助産師）

稲森絵美子：東京医科大学周産期母子センター（心理士）

「妊娠中に胎児異常を指摘された母親への支援 一産前産後における心理的变化についての考察—」（P-7）

演者 吉元なるよ：沖縄県立中部病院総合周産期母子医療センター（臨床心理士）

本ケースは、当院に妊娠 28 週 1 日で胎児異常の精査目的で紹介入院となった事例で、入院中、繰り返し中絶を希望した事例である。母親や家族の受け入れは困難で、例えうまれたとしても会いたくない・養育はできないということで、妊娠中に児童相談所の介入も行われた。しかし、母親は産後 1 日目に NICU にて児との面会を行い、産前に話していたような児との関わりを一切拒否するようなことはなく、面会を続けている。

母親の心理的变化の理由については、“何が彼女の気持ちを変えたのか？”と考えがちだが、実際は産後に“起こり得る変化”であり、この“起こり得る変化”を阻害せず、母親と家族を支えることが必要なのではないだろうか。本ケースを振り返り、妊娠中に胎児異常が指摘された母親への支援について検討したい。

第3日 11:00-11:50

事例検討 (3)

座長 側島久典：埼玉医科大学総合医療センター

総合周産期母子医療センター（医師：新生児科）

小林清香：東京女子医科大学神経精神科（心理士）

「産褥大量出血で母体搬送となり、治療後に PTSD が認められた症例」（P-10）

演者 大里文乃：日本赤十字社医療センター産婦人科

母体搬送救命システムにより当科に母体搬送された産褥大量出血の症例においては、治療は人工呼吸管理や EICU 管理となることが多く、治療後の PTSD が問題となることがある。長期間の人工呼吸管理やそれに伴う外界との遮断、「自分が出産した」という実感が持てないまま開始となる育児の中で産後の回復に時間を要した症例を経験した。

症例は、37歳初産婦。無痛分娩後の産道損傷による大量出血、出血性ショック、DIC の状態で救急搬送となる。外科的治療、大量輸血、抗 DIC 療法などを行い、7日目より母子同室が開始となったが、心身の回復に時間を要し、22日目に退院となる。退院後も産科、メンタルヘルス科で長期間のフォローを行なった。

産褥期の治療のゴールは、母親が心身ともに良好な状態に回復して育児が行えることである。そのためには、迅速な診断と治療に加えて、メンタルヘルスにも配慮した母子支援が必要である。

一般演題（ポスターセッション）

<ポスター準備>

掲示開始 13日（第1日）8:30

撤去終了 14日（第2日）16:20

<発表者または共同発表者立会い>

13日（第1日）15:40-16:10

14日（第2日）9:40-10:10

発表者は、上記時間帯にポスター会場に待機していただき、ギャラリーからの質問等に、適宜、対応していただきますよう、お願いいたします。

P-1：妊娠期からの虐待予防に向けた取り組み

○宮田郁¹⁾、河淵美加¹⁾、西村美津子¹⁾、久下亜樹子⁵⁾、大門篤史²⁾、岡本敦子²⁾
佐野匠²⁾、神吉一良²⁾、鈴木裕介²⁾、木下真也³⁾、藤田太輔²⁾、川野涼³⁾、金沢徹文³⁾
新田雅彦⁴⁾、寺井義人²⁾、米田博³⁾

1)大阪医科大学附属病院看護部

2)大阪医科大学産婦人科学教室

3)大阪医科大学精神神経学教室

4)大阪医科大学救急医療部

5)大阪医科大学附属病院広域医療連携センター

近年、児童虐待相談受付件数は増加の一途を辿っており、妊娠期からの児童虐待防止が重要視されている。当院は、地域周産期母子医療センターとしての機能があること、助産施設の指定をうけていること、有床の精神科を備えていることから、様々なハイリスク妊婦を受け入れている。このようなハイリスク妊婦は、児童虐待の視点でもハイリスク群となっていることから、児童虐待防止委員会が設立された平成24年度より、妊娠期からの児童虐待防止に積極的に取り組んでいる。特に精神疾患合併妊婦については、精神科や地域関係機関との連携システムがある程度構築できている。また、新人助産師対象の研修にも、リエゾン精神看護専門看護師や精神保健福祉士が児童虐待防止をテーマにした講義が組み込まれている。

これらの取り組みについて、個人情報保護の観点から、個人が特定されないように十分に配慮した上で事例を基に報告し、検討したい。

P-2：初めて母親になる女性のマターナルアイデンティティ獲得に関する研究

○小野智佐子¹⁾、小山晶子²⁾

1)国際医療福祉大学小田原保健医療学部看護学科

2)上智社会福祉専門学校

1. 研究目的：初めて母親になる女性のマターナルアイデンティティ獲得を質的帰納的に探索し記述する。

2. 方法：

1)対象：助産所に分娩予定の妊婦4名とその妊婦を援助する助産師11名。

2)データ収集方法：観察法と面接法によってデータを得た。対象妊婦が妊娠30週から産後3ヶ月目までの助産師の全援助に立会い縦断的にデータを得た。

3)分析方法：質的帰納的分析手法。

3. 結果

1)熟練助産師の援助によって、女性は「確かな育児技術力が獲得され母としての自信」となり、さらに「助産師のケアリングにより母親の自我が強化」され、マターナルアイデンティティが獲得されていた。「確かな育児技術力が獲得され母としての自信」のカテゴリーは、〈育児の場を共同し技術力獲得〉、〈承認・賞賛が自己効力感〉であった。「助産師のケアリングにより母親の自我が強化」のカテゴリーは、〈親しみのある援助関係〉、〈相互に信頼し合う関係〉、〈個性を尊重し力を発揮〉であった。

P-3：新生児虐待の原因は産後の抑うつ状態ではなくボンディング障害である：熊本地区の縦断調査から

○大橋優紀子¹⁾、北村俊則¹⁾²⁾、坂梨京子³⁾、田中智子⁴⁾

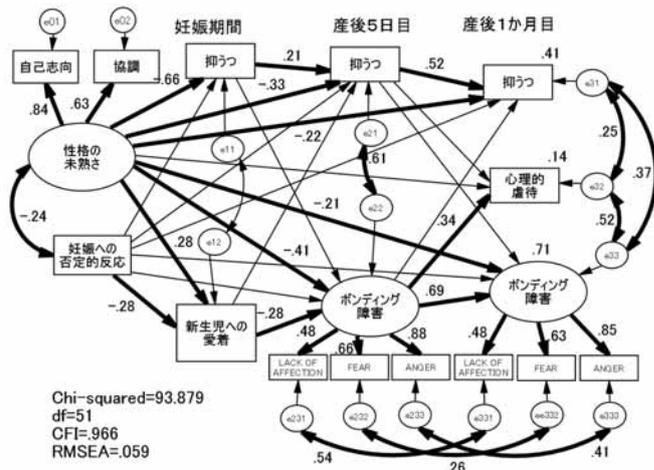
1)北村メンタルヘルス研究所

2)名古屋大学大学院医学系研究科精神医学・親と子どもの心療学分野

3)熊本大学医学部保健学科母子・助産看護学分野

4)熊本県阿蘇保健所

【目的】産後の抑うつ、ボンディング障害、新生児虐待に関連する要因を調査する。【対象】2011年に熊本県内で妊娠・出産した234名の女性。【方法】女性の気質・性格（Temperament and Character Inventory (TCI)を使用）および妊娠への反応をアンケート調査したうえで、抑うつ状態（Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)を使用）と、胎児または新生児へのボンディング（Mother-to-infant Bonding Scale (MIBS)またはPostpartum Bonding Questionnaire (PBQ)を使用）を、妊娠期、産後5日、産後1か月と縦断的に調査した。さらに、同女性の産後1か月の虐待的育児スタイルをConflict Tactics Scale (CTS)にて測定し、構造回帰分析を行った。【結果】産後1か月の心理的虐待を有意に規定しているのは産後5日のボンディング障害であった。また、ボンディング障害と抑うつは一方が一方の予測要因ではなかった。【考察】従来言われてきた「産後うつ病⇒新生児虐待」、「産後うつ病⇒ボンディング障害」は見かけ上の所見である。



P-4 : 新生児虐待の原因は産後の抑うつ状態ではなくボンディング障害である : 岡山地区疫学調査から

○北村俊則¹⁾²⁾、高馬章江³⁾、多田克彦⁴⁾

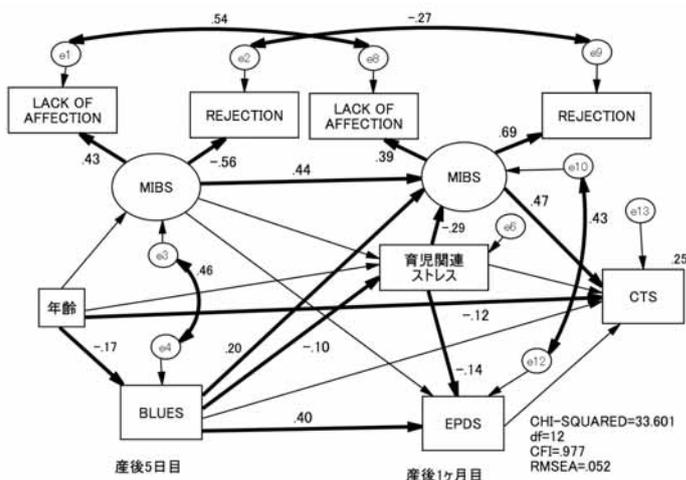
1)北村メンタルヘルス研究所

2)名古屋大学大学院医学系研究科精神医学・親と子どもの心療学分野

3)岡山大学病院

4)独立行政法人国立病院機構岡山医療センター産婦人科

【目的】新生児虐待の成因。【対象】岡山市内で児を産んだ 656 名の女性。【方法】産後 5 日目に Mother-to-infant Bonding Scale (MIBS) にてボンディングを、Maternity Blues Scale にて抑うつ状態を測定し、同じ女性を 1 ヶ月健診時に Conflict Tactics Scale (CTS) にて新生児虐待を、Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) にて抑うつ状態を測定し、加えて MIBS および産後のストレス体験をアンケートで調査。【結果】構造回帰分析 (図では有意のパスを太線で記載。有意でないパスの係数は省略) の結果、CTS を有意に規定しているのは EPDS ではなく、MIBS であった。【考察】これまで主張されていた「産後うつ病 ⇒ 新生児虐待」は見かけ上の所見である。



P-5：死産後に心療内科を受診した父親の次子出産後までの心理過程 —死産後の反応と亡くなった子ども・次子の存在

○國分真佐代¹⁾、久米美代子²⁾

1) 鈴鹿医療科学大学看護学部

2) 聖徳大学看護学部

【はじめに】死産後の父親は、母親よりも不安や抑うつが低いレベルであると指摘されている。しかし、死産後に強い悲嘆反応を起こす父親も存在する。本研究では、死産後心療内科を受診した父親の反応と次子出産後までの心理過程を分析することが出来たので報告する。

【研究方法】研究同意を得た父親の体験を質的帰納的に分析した。

【結果と考察】A氏 30歳前半。死産後には、「亡くなった(a)子に親としてしたことは棺桶の注文だけであり、仕事ばかりで家庭を優先できなかったことが死産原因だ」と自分を責め、出勤できずに心療内科を受診した。「自分の何もできない苦しみもわかってほしい」と思いながらも妻の話をただただ聞き、a子は(そばに)いるから前に進もうと次の子を望んだ。次子妊娠中は常に子どもの死を恐れ、出産後に初めて安堵した。A氏は、死産後の悲嘆に苦しみながらも父親と夫の役割を果たしつつ、亡くなった子どもの存在を忘れることなく、その子の分もと次子へ愛情を強めていくことができた。

P-6：極低出生体重児へのNBASを用いた介入が母親のメンタルヘルスに及ぼす影響

○野村香代、永井幸代

名古屋第二赤十字病院小児科

【目的】NBAS(ブラゼルトン新生児行動評価)は、新生児期の母子関係への介入として有益な評価法とされているが、検査から児の神経学的・情緒的な特徴を知ること、母親の育児不安を増大させる可能性も指摘されている。本研究では、NBASを母親同席で実施していくことが母親のメンタルヘルス、育児不安にどう影響するのかを検討する。

【方法】極低出生体重児を、NBASを母親が同席で実施する直接介入群と、NBASの結果のみ伝える間接介入群に分け、予定日前後にNBASを実施。また、生後1週間、1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、修正1ヶ月にエジンバラ、PMAS、MABSへの記入を母に依頼した。

【結果】直接介入群で、NBAS実施後にうつ得点が増加することはなく、間接介入群に比べて6ヶ月時の育児不安得点の低下がみられた。以上より、NBASを母親同席で実施することは、早期に児の特徴を体験的に知り、育児不安の軽減につながる可能性が示唆された。

P-7：妊娠中に胎児異常を指摘された母親への支援 一産前産後における心理的变化についての考察一

○吉元なるよ

沖縄県立中部病院総合周産期母子医療センター（心理士）

<事例検討にて口頭発表を行っていただきます。抄録は事例検討の頁をご覧ください>

P-8：突然の胎児死亡と緊急手術を契機として解離性昏迷となった女性との心理面接

○茶谷明子、仙波純一

さいたま市立病院精神科

突然の胎盤早期剥離のため子宮内胎児が死亡し、緊急手術を行った女性が、術後に解離性昏迷となった事例を経験したので報告する。

30代の女性。突然の胎盤早期剥離、子宮内胎児死亡による緊急手術となり、覚醒後ただちに解離性昏迷となったため、精神科にコンサルトされた。翌日からは徐々に緊張感が弱まり、数日で昏迷は消失した。3か月後にはほぼ元通りの生活ができるまでに回復した。診察と心理面接から不安定な養育環境で幼少時代を過ごしてきたことが明らかになり、症状の遷延化や他の問題の露呈など危惧されたが、予想外に早い回復をみた。

生育歴や家族歴に問題を抱えている人の場合、普段問題なく生活していても、あるきっかけにより深刻な精神症状を引き起こすことがある。本事例では精神科医や心理士や速やかに介入したことで、症状の要因や今後予想される問題を把握した関わりができ、早期の回復に役立ったものとする。

P-9：入院中の切迫早産患者のメンタルヘルス

○上田倫子¹⁾、小澤千恵²⁾、菅沼真樹¹⁾、内赤さやか¹⁾、大野麻美¹⁾、岡部菜摘²⁾
亀岡美紀²⁾、中野美由紀²⁾、小野義久¹⁾、堀川直史³⁾、関博之¹⁾

1) 埼玉医科大学総合医療センター産婦人科

2) 埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター母体・胎児部門

3) 埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック

【目的】本研究では、まだ十分に研究が進んでいない入院中の切迫早産患者のメンタルヘルスについての実証的研究を行うことを目的とする。今回は、精神障害、特に重要と思われる大うつ病と適応障害の有病率を明らかにするとともに、それに関係する危険因子を検討することによって、患者に対して必要な援助や、援助者として求められる姿勢について考えることができるだろう。

【対象】2014年8月12日から9月7日までの間で、MFICU、産科病棟、産婦人科病棟に入院し、切迫早産と診断されている患者のうち、研究参加に同意を得られた26名を対象とした。

【方法】対象者に質問紙への記入を求め、その回答をもとに面接を行った。内容は、SCIDの質問項目（DSM-IVによる診断）に基づき作成した。また、対象者の社会人口動態学的因子、身体的因子などの情報

はカルテから得た。

【結果】対象者 26 名のうち、精神障害の有病率は 73.1% (19 名) であった。精神障害別に見ると、大うつ病は 3.8% (1 名)、不安または抑うつ気分を伴う適応障害は 69.2% (18 名) であった。なお、適応障害については、不安や抑うつ気分が調査実施時点で存在しており、かつ、それを明確な苦痛または憂慮として言語化した場合に、診断基準を満たすとした。

【結論】対象者の 70%以上が精神障害の診断基準を満たしていたという結果から、入院中の切迫早産患者には身体的ケアだけでなく、精神的ケアも重要であると考えられる。

発表当日は、有病率に関係する危険因子についても報告を行う。

P-10 : 産褥大量出血で母体搬送となり、治療後に PTSD が認められた症例

○大里文乃¹⁾、渡邊 理子¹⁾、中川潤子¹⁾、柳村直子²⁾、重松環奈²⁾、笠井靖代¹⁾、
安藤一道¹⁾、福田倫明³⁾

1)日本赤十字社医療センター産婦人科

2)日本赤十字社医療センター看護部

3)日本赤十字社医療センター精神科

<事例検討にて口頭発表を行っていただきます。抄録は事例検討の頁をご覧ください>

P-11 : 第 2 子誕生後 2 か月経過した男性の家族に対する意識

○菊池綾子¹⁾、小山田信子²⁾、佐藤喜根子²⁾、佐藤祥子³⁾

1)東北大学病院総合周産期母子センター

2)東北大学大学院医学系研究科

3)元東北大学大学院医学系研究科

子どもの誕生は家族内の重要な出来事である。また、子どもの誕生により、家族には各々新たな役割が求められる。

もっとも、第 2 子誕生を迎えた男性が、家族に対してどのような意識を有しているのかについて研究した先行事例は少なく、こうした男性に対して、看護者がどのように接するべきかについては必ずしも明らかではなかった。そこで、本研究では第 2 子誕生後 2 か月が経過した 6 名の男性にインタビューを行い、これらの男性が、家族に対してどのような意識を有しているか分析を試みた。

その結果、こうした男性は、①家族の中で最も子どもに関心を寄せていること、②夫婦の時間は減っているが、関係はうまくいっていると受け止め、育児に対して出来ることはすると考えていること、③家族が増えることで、コミュニケーションの幅が広がるため、家族の力は大きいと実感していること、などが確認された。

看護者は、こうした男性の考えや立場を理解して男性に接することが、家族全体を支援する上で重要であると考えられる。

P-12 : 要育児支援者スクリーニングシステムの実践報告

○大岡千寿香¹⁾、大林恵子¹⁾、大山寧寧²⁾、重松環奈¹⁾、橋本三香子³⁾、柳村直子¹⁾

井本寛子¹⁾、福田倫明²⁾、中川潤子⁴⁾、安藤一道⁴⁾

1)日本赤十字社医療センター看護部

2)日本赤十字社医療センターメンタルヘルス科

3)日本赤十字社医療センター医療社会事業部

4)日本赤十字社医療センター産婦人科

【はじめに】当センターでは、要育児支援妊産婦のスクリーニングを目的に「育児支援シート」を導入した。要育児支援対象者の心理面の支援には精神疾患の有無にかかわらず専門的な支援を必要とする方も多い。今回、「育児支援シート」を活用した心理支援の実践報告を行う。

【方法と結果】現在、当センター産科初診時の全妊婦へ「育児支援シート」を配布、回収率 99.9%である。2014 年 7~8 月の 2 か月間の要育児支援対象者は、約 1 割を占める 58 名だった。このうち 21 名に対して、多職種連携のもと、積極的かつ速やかに、妊娠中の産科異常や合併症にまつわる不安軽減、家族間の関係調整や産後の精神的不調に対する支援をおこなった。

【結語】「育児支援シート」の活用により妊娠期から多職種連携のもと支援ができた。

【考察】今後も育児支援体制の精錬を目指したい。

P-13 : 当センターにおける心理、社会的ローリスク患者への養育支援の実態と支援方法の検討

○内海ゆきえ、高橋紗耶香、深澤智加、中野美由紀、小澤千恵、谷島春江、関博之

埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター母体・胎児部門

【はじめに】当センターでは、県で定められた養育支援チェック項目を使用し、ハイリスクと思われる患者を選別し地域保健機関へ養育支援連絡票を送付している。しかし、送付をしなかった心理、社会的ローリスク患者にも介入を必要としたケースがあったことから、ローリスク患者への養育支援の実態を明らかにし、今後の支援方法を検討することを目的とした。

【対象】平成 21 年 1 月 1 日~平成 25 年 12 月 31 日に養育支援チェック項目に該当した 3287 名

【結果】ローリスクと判断し送付しなかったのが 1040 人、その該当項目は「成長・発達」「不妊」「40 代」が 70.3%を占めていた。送付しなかった患者の内、看護職者の行うサポート外来利用者は 365 人(35.0%)であった。また、1 か月健診時の EPDS 得点が 9 点以上の者は 138 人(13.2%)であった。

【結語】ローリスクと判断していた患者も産後何らかの支援を必要としていたことから、支援の必要性を判断し地域へとつなげるアセスメント能力が求められる。また、全員を対象とした 2 週間健診など 1 か月健診までの間で介入できる体制作りも必要である。

P-14 : 母親の妊娠期のアタッチメント・スタイルと育児期の抑うつに関する研究 一児の気質、夫婦関係に着目して

○池田真理¹⁾、上別府圭子²⁾

1) 東京大学大学院医学系研究科看護体系・機能学分野

2) 東京大学大学院医学系研究科家族看護学分野

【目的】本研究は、育児期にある母親の抑うつが、母親の妊娠期のアタッチメント・スタイル、母子相互作用、夫婦関係などと関連があるか明らかにすることを目的とする。

【方法】妊娠 32 週にアタッチメント・スタイル面接によりアタッチメント・スタイル (AS) を評定した女性で、出産した児が 34-36 ヶ月になった母親 22 名を対象に、質問紙調査と面接調査を行った。質問紙では、対象者の属性、抑うつ尺度 (SDS)、子どもの気質、夫婦関係 (MLS) などを測定し、母子相互作用は観察法 (NCAST) にて測定した。

【結果と考察】母親の抑うつと有意な相関が認められたのは、妊娠期の AS、子どもの気質のうち discomfort、soothability であり、育児期にも母親の AS が抑うつに関連することが明らかになった。しかし、複数の要因から抑うつを予測する重回帰分析のモデルでは、夫婦関係のみに関連があったことから、育児期においては、夫婦関係が母親の抑うつ状態を改善している可能性が示唆された。

P-15 : 産後うつのピアサポートグループ運営にまつわる困難や必要とされる支援

○高橋秋絵¹⁾、玉木敦子²⁾

1) 甲南女子大学看護学研究科看護学専攻

2) 甲南女子大学看護リハビリテーション学部

本研究は産後うつのピアサポート運営にまつわる困難や必要とされる支援等を明らかにすることを目的とした。

【対象と方法】対象者は過去に産後うつの経験を持つ女性の中で、現在産後うつのピアサポートグループを運営またはスタッフとして参加している女性である。3 名から研究協力の同意を得て、個別に半構成的面接を行った。

【結果】得られたデータを質的記述的に分析したところ、回復者がピアサポートに参加するときに抱く罪悪感、グループ運営を継続するための原動力や困難、参加者との心理的距離を保つことの困難さ、運営者が必要とする支援等の結果が抽出された。

【考察】結果から、ピアサポートグループ運営に必要とされるもの、運営者に対する支援のあり方やピアサポートを普及するための方策について検討した。

本研究は所属する機関の研究倫理委員会の承認を得た上で行った。

P-16 : 産後うつ病の発症と経過に関わる認知について ～産後 6 ヶ月に重篤な自殺企図を行った 1 例を通して～

○菊地紗耶¹⁾、小林奈津子²⁾、高梨央康¹⁾、岩井辰正³⁾、砂川恵美¹⁾、本多奈美¹⁾

1)東北大学病院精神科

2)東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野

3)東北会病院

産後うつ病は産後女性の 10-15%にみられ、重症例では自殺に至ることがある。今回我々は産後 6 ヶ月に重篤な自殺企図後、入院加療を行った症例を経験したので報告する。

症例は 30 代女性、初産婦。適応障害の診断にて短期間精神科通院歴がある。切迫早産の管理入院後 X 年 5 月帝王切開にて男児を出産した。母乳育児に励んだが産後早期より育児全般に自信がなく常に不安を感じていた。徐々に抑うつ気分、自責感、希死念慮が強まり 11 月 4 階自宅より飛び降り、多発骨折、脊髓損傷を受傷した。受傷翌日に当科を初診し、うつ病の診断にて抗うつ薬を開始した。精神科転科の上、生活場面における自動思考に着目し認知行動療法を行った。

全か無か思考、すべき思考等の認知の特徴が産前から存在し、産後という新奇場面においてその特徴が精鋭化しうつ病発症に影響を与え、更にうつ病発症後は否定的自動思考から重篤な自殺企図に至ったと考えられる。

P-17 : 23 週で出生した児と家族への産前からのかかわり ー多職種で母子の出会いを支えるー

○新居田梨沙¹⁾、瀧川逸朗²⁾、増永健²⁾、藤中義史²⁾、大橋祥子²⁾、高下敦子²⁾
岡田真衣子²⁾、荻野寛子²⁾、大関一裕²⁾、岡橋彩²⁾、松井紗智子²⁾、山木勢津子³⁾

1)都立大塚病院医事課（臨床心理士）

2)都立大塚病院新生児科

3)都立立大塚病院看護部

早産の可能性が高い妊婦とその家族は、出生児の生命予後や成長発達に対する不安が極めて大きく、家族の関係形成の過程で困難が起こる可能性がある。当院では、妊婦や家族の不安を軽減し、児への愛着を形成することを目的に、新生児科医師、看護師および心理士などの多職種による産前訪問を行っている。本報告では、当院での一事例を通じて、多職種による産前訪問の重要性について考える。本事例の妊婦は、切迫早産のため妊娠 22 週で当院に母体搬送になり、23 週 0 日、544g の男児を出産した。医師は産前訪問を繰り返し行い、心理士も妊婦と家族の思いを丁寧に聞くことに努めたが、妊婦と家族は不安の増大から妊娠継続や児の出生後の治療を受け入れることが困難であった。そのため、産後も多職種で協働して家族を支えることに努めた。母は授乳やふれあいを通じ児との愛着形成を深め、治療拒否していた父も徐々に児との愛着を形成し、早産で出生した児が多く入院する周産期センターにおいて、心理士を含む多職種で家族の出会いを支えることが重要であると思われた。

P-18 : 総合周産期母子医療センターにおいて多機関連携で支援した一例

○立花裕子¹⁾、塚本竜生²⁾

1)社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院連携推進室 (MSW)

2)社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院精神科

当院は総合周産期母子医療センターを有する 1097 床の医療機関で、2013 年は分娩 682 件のうち 60 件に MSW が介入した。精神疾患合併妊娠の環境調整を多く経験しており、MSW の立場から支援で特に苦慮した症例を報告する。症例は A 氏、19 歳。今回は第二子妊娠で、第 1 子は遠方の母が養育中。母は統合失調症と推測され、患者は施設で育ち 17 才時に医療刑務所に入所、第 1 子を出産。保護観察中に母と不仲となり、友人宅を転々とした。妊娠 37 週で「無職、無保険なので産後は養子に」と市へ相談あり。検診命令で当院受診、MSW が介入した。問題は様々で、①未妊健で、精神症状は未治療。精神病圏の疑い ②最近叔母が保護者の替わり。叔母も疲弊し今後の関わりを嫌がった ③未成年で母の医療同意が必要だったが、叔母と本人が「会いたくない」と母との連絡を拒絶した。発表では詳細に支援の経過を振り返り、問題点と課題を検討したい。

P-19 : あるハイリスク妊婦との関わりを通して見える病院としてのサポートの限界

○佐藤香奈江¹⁾、阿部綾²⁾

1)愛和病院産科外来

2)愛和病院健診センター

母 25 歳未婚初産 8 ヶ月男児 両親と同居。多動、うつ、アスペルガーの診断を受け精神科通院歴あり。高校卒業後風俗店勤務、ただし両親は勤務内容を知らない。母との確執を常々口にしていて、2 週間健診時虐待の疑いにて地区保健センター紹介。情報共有を行っている。

男児の発育状況は問題なし。母との確執は根強いものの、母の前では表出できないためイライラが募る様子。そのため当院で月 1 回母と離し面談形式で気持ちを傾聴している。地域の育児サービスに参加するもなじみず、当院及び保健センターのみが気持ちを表出できる現状である。

現在当院と養育支援訪問事業ガイドラインによって養育支援が行われている。しかし当院には相談業務を行う部門がないため、男児 2 歳の誕生日に健診センター卒業となり、気持ちの表出できる場所の減ることによる弊害が懸念される。しかし病院として手を差し伸べる術を持たないのが現状である。

P-20：妊娠期における精神・神経系用薬の使用に関する薬剤師のかかわり

○長谷川まゆみ、三井由加子、松島華奈、松本茜、加藤沙織、小熊梢、矢野俊介

岸野亨

埼玉医科大学総合医療センター薬剤部

【はじめに】精神・神経疾患において病状のコントロール不良は有害な妊娠転帰と関連することから、妊娠中も適切な薬物治療が必要となる。薬剤部では使用薬剤の妊娠への影響に関する調査依頼に対し、必要に応じて患者への説明を通して支援を行ってきた。今回症例を後方視的調査し、胎児・妊娠転帰に与える影響について検討したので報告する。

【方法】2009年4月～2014年8月までに調査依頼のあった症例から、精神・神経用薬使用症例を抽出し、解析した。

【結果・考察】精神・神経系用薬に関する調査依頼は18件（33%）であり、1人平均3.4剤服用していた。使用薬剤の内訳は催眠鎮静薬・抗不安薬9種類、抗てんかん薬3種類、抗パーキンソン薬1種類、精神神経用薬12種類であった。出産までに至った症例では、健常児が得られていた。自然奇形発生率3%を理解した上で必要な薬物治療を行なうことより、母体の健康の維持に貢献できたと考える。

P-21：授乳中の薬剤使用における薬剤師の関わり

○嶋中千明、松島華奈、長山直実、小澤明香、松村隆、鈴木宏和、松本茜、加藤沙織

小熊梢、長谷川まゆみ、矢野俊介、鍵山智樹、岸野亨

埼玉医科大学総合医療センター薬剤部

【目的】医薬品の添付文書において、乳汁中への移行が認められる薬剤は「授乳を避けさせること」等と画一的な記載がされ、これを以て授乳可否を判断することは難しい。精神・神経系用薬を必要とする授乳婦は年々増えており、当院では薬剤師が科学的根拠に基づき授乳中の薬剤の評価を行っている。その取り組みと患者への関わりについて報告する。

【方法】2010年10月1日から2014年9月30日までに調査した163例について電子カルテから後方視的調査を実施した。

【結果】依頼を受けた症例のうち、精神・神経系用薬の使用患者数は91/163人（55.8%）、使用品目数は延べ137/278品目（49.3%）であった。

【考察】調査した医薬品のうち精神・神経系用薬の割合は大きく、医師、看護師、及び助産師がこの領域で授乳可否の判断に苦慮することは多かった。介入前は、医師の裁量により授乳の可否を決定していたが、現在は、薬剤師と医師が協議し判断しており、添付文書の情報のみで授乳を中止した例はない。発表当日は、薬剤師の介入により授乳と薬物療法の両立に貢献できた一例を紹介する。

P-22 : 当院メンタルクリニック外来初診における周産期症例 ー受診経緯、診断、介入と転帰について

○安田貴昭¹⁾、梅村智樹¹⁾、志賀浪貴文¹⁾、大賀公子¹⁾²⁾、棚橋伊織¹⁾、倉持泉¹⁾
樋渡豊彦¹⁾³⁾、内田貴光¹⁾、森田美穂¹⁾⁴⁾、藤井良隆¹⁾、五十嵐友里¹⁾、堀川直史¹⁾
吉益晴夫¹⁾

1)埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック

2)埼玉医科大学総合医療センター看護部

3)毛呂病院精神科

4)埼玉精神神経センター精神科

【目的】当科外来を初診した周産期症例の臨床像を明らかにし、当科外来が担うべき役割や今後の課題を検討する。

【方法】2013年度の外来初診患者のうち、産後1年以内、妊娠中および妊娠相談のケースについて、受診にいたる経緯、診断、介入方法や転帰などについてカルテ記載内容をもとに後方視的に調査した。

【結果と考察】10～40歳代の当センター女性外来初診女性患者229人のうち、周産期症例は63人であった。最も多かった診断はDSM-IV大項目で気分障害と不安障害であったが、産後のケースでは特に気分障害が多く、妊娠中や妊娠相談のケースでは統合失調症などの精神病性障害の比率が高い傾向がみられた。産後のケースでは16例中5例が治療を自己中断していたこと、妊娠中のケースでは初診時の評価項目やその後のフォローアップの方針が統一されていないことなどが問題点として挙げられた。介入が適切であったかを評価する仕組みを整えることも今後の課題であると考えられた。

P-23 : 当院における周産期コンサルテーション・リエゾン精神医学の現状

○梅村智樹、堀川直史

埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック

当センターは大規模な総合周産期母子医療センターを有しており、出産のハイリスクとされる妊婦が集まる県の拠点病院である。当科は無床の精神科であり、外来診療に加えて、リエゾン精神医学の臨床を主な業務としている。

平成25年度に当科にコンサルトされた全症例614例のうち、周産期症例は34例(5.5%)であった。周産期以外の症例のうち、10代から40代までの女性の症例92例(対照群)と比較したところ、周産期症例ではもともと精神疾患を有している妊婦の継続フォロー目的および不安、抑うつなどの診療の依頼が多く、対照群では自殺企図、不安、抑うつなどの診療の依頼が多い傾向にあった。もともと精神疾患を有している妊婦の場合、精神症状の有無にかかわらず、産科への入院直後にコンサルトされる症例がほとんどであり、早期介入により精神症状の悪化なく出産に至る割合が多い傾向にあった。当日は、不安、抑うつによって依頼された症例も含め周産期症例の現状と課題について述べる。

P-24 : 当院における精神障害合併妊婦の周産期におけるリエゾンチームのかかわり

○大谷恭平¹⁾、山下暢子²⁾、河村麻美子¹⁾、石川慎一¹⁾、高宮静男¹⁾、登村信之²⁾
酒井理恵²⁾、奥杉ひとみ²⁾、近田恵里²⁾、佐原裕美子²⁾、川北かおり²⁾、竹内康人²⁾

1)西神戸医療センター精神・神経科

2)西神戸医療センター産婦人科

西神戸医療センターは 475 床の神戸市西部の拠点病院である。精神科は無床であるが敷居が低くリエゾンコンサルテーションが活発であり、2012 年 9 月に精神科リエゾンチーム(PLT)を結成し月 50 件前後の新規入院患者に携わっている。産科においても妊娠前に何らかの精神疾患と診断され、2011 年 4 月から 2014 年 8 月までの期間に当院で分娩した妊婦は 66 例に上った。当院では精神疾患合併妊婦は産科外来診察後、必ず精神科を受診し周産期を通して精神科のサポートを受けるようにシステム化されている。

代表的な疾患の内訳は ICD-10 分類では F2 統合失調症 4 例、F3 気分障害 20 例、F4 神経症性障害 37 例、F5 摂食障害 6 例であった。今回当院における精神疾患合併妊婦へのチームを通しての援助について報告する。

P-25 : 中絶体験によるトラウマ症状 : 抑うつ、パーソナリティ、被養育体験、児童期ライフイベントとの関連

○藤縄真美子¹⁾²⁾、北村俊則²⁾、井村真澄³⁾

1)日本赤十字看護大学大学院修士課程国際保健助産学専攻

2)北村メンタルヘルス研究所

3)日本赤十字看護大学大学院国際保健助産学

中絶は、抑うつや PTSD といった精神的苦痛を生じうる出来事である。4 年制大学に通う大学生（有効回答数 4224 名）のうち、過去に 1 回以上中絶経験がある者 106 名（男性 29.2%、女性 70.8%）を対象とし、自己記入式質問紙を用いて、調査時点でのトラウマ症状（Avoidance、Intrusion の 2 下位尺度）と各種の心理的指標との相関を解析した。Avoidance は、中絶後の抑うつ ($r = -.22$)、自己指向性 ($r = -.29$)、自己超越 ($r = .22$)、Top star 体験 ($r = -.26$) と有意（いずれも $P < .05$) の相関を見た。一方、Intrusion は、母親からの過干渉 ($r = .21$)、いじめられ体験 ($r = .22$) と有意（いずれも $P < .05$) の相関を見た。本研究の結果から、中絶後のトラウマ症状に関しては、個人の背景要因を考慮しながら精神的看護支援を行っていく必要性が示唆された。

P-26 : Bayley 乳幼児発達検査に見られる早産児の発達特徴の検討

○加藤奏¹⁾、松井三枝²⁾、吉田丈俊¹⁾、大屋尚子³⁾

1)富山大学附属病院周産母子センター

2)富山大学医学部心理学教室

3)富山大学附属病院周産母子センター小児科

【目的】早産・低出生体重児の発達予後の改善に向けた取り組みが進められているが、今回、我々は、周産期に必要な治療や発達支援を検討する目的で、早産・低体重児の、周産期における様々な要因と発達予後の関係を、乳幼児発達検査の世界標準である Bayley 乳幼児発達検査を用いて調べた。

【方法】富山大学附属病院 NICU に入院し、その後外来で経過観察となった患児（修正年齢 1 歳 6 カ月児 56 名、3 歳児 43 名）を早産児群とした。また健常児（1 歳 6 か月 20 名、3 歳 85 名）を対照群として用いた。全ての対象児の保護者より書面による同意を得た。対象児全員に Bayley 乳幼児発達検査を施行し、対照群との比較を行った。また、早産児の発達予後への影響因として、産科指標（母体要因）と、NICU 入院時の指標をいくつか挙げて検討を行った。

【結果・考察】対照群との比較では、全ての尺度において早産児の発達検査成績が有意に低いことが示された。なお、産科指標、NICU 入院時指標による検討は当日報告する。

P-27 : 「特定妊婦」が疑われた摂食障害合併妊娠の一例 —助産師の立場より—

○渡部幸子、佐藤福子

秋田県厚生連雄勝中央病院 3 階南病棟

我々は、「特定妊婦」が疑われた摂食障害妊婦の一例を経験したので、考察を含め紹介したい。

症例は A 氏、35 歳女性、初妊婦。A 氏は中学時代に摂食障害を発症した。妊娠を機に過食嘔吐が強くなり、胎児発育不全および切迫早産にて妊娠 34 週～37 週まで入院管理した。本人は切迫早産管理の必要性が理解できず、入院当日より退院の希望を強く訴えていた。そこで妊娠継続による児の発育や愛着形成を促す方法として、フェイススケールに準じた赤ちゃんの気持ちシールを独自に作成した。シール貼付により A 氏からは胎児の発育と気持ちを思いやる言動が聞かれた。

A 氏は妊娠 37 週 5 日で女兒を自然分娩した。分娩直後より児をかわいいと笑顔で抱く姿が見られ育児行動は問題なく習得できた。夜間の育児へのストレスを訴えたが、夫や実母の協力が得られると精神面の安定が図られた。また、母乳外来や保健師の家庭訪問を行ったところ養育に支障を来す問題は見られずに経過した。入院中から退院後も地域の担当保健師との連絡を密にすることにより、必要な支援を切れ目なく継続して行え、育児不安の軽減につながった。

特定妊婦のハイリスク症例と考えられる症例に対し、妊婦早期より介入を図ることに効果がある可能性が示唆された。

P-28 : 「特定妊婦」が疑われた摂食障害合併妊娠の 1 例 – 医師の立場から –

○椿洋光、田村大輔
雄勝中央病院産婦人科

【症例】30代、初産婦。摂食障害で入院治療歴あり。X年4月、妊娠の診断目的で当科を受診した。摂食障害と情緒不安定のため、外来通院は2週間毎にした。妊娠34週で体重減少、吐き気、だるさ、腹部緊満感のため当科へ入院となった。体重は非妊娠時から1.8kg増加。胎児の様子を超音波画像で見せながら心理面接を行ったが、「赤ちゃんは可愛いけど、早く家に帰りたい」と繰り返すため、認知や行動面に与える影響が低いと判断し、目標を分娩に絞り、両親学級と夫婦面接を行い退院した。同年11月に2384gの女児を自然分娩した。分娩後は夜間の疲労を訴えたのみで育児は概ね良好にできていた。退院後は養育支援策として、夫婦の同意を得て、早期からの保健師による家庭訪問が実施された。また母乳外来へ定期的に通院することで直面する問題に対処する環境を整えた。その後も当科外来でフォローしているが、過食嘔吐は続いているものの、養育に支障を来す問題はみられていない。

P-29 : 拳児希望のパニック障害患者への認知行動療法の試み

○鳴海千夏、前嶋仁、鈴木利人
順天堂医学部附属順天堂越谷病院

【はじめに】パニック障害/広場恐怖は(Panic disorder/Agoraphobia:PD/A)女性の有病率が高く、発症年齢も20代から30代が多い。PD/Aの治療としてCBTの有効性が認められており、薬物療法の困難な症例にも効果が期待される。今回拳児希望のあるPD/Aに対しCBTが有効であった症例を経験したため若干の考察を加えて報告する。

【症例1】36歳女性。26歳時にパニック障害を発症しX病院を受診した。SSRIが奏功したが症状軽快後の減薬に伴い症状が再燃しSSRIを再開した。症状軽快後、拳児希望のためCBTを併用しながら減薬を開始し、不安のコントロールが可能となり服薬終了に成功した。

【症例2】30歳女性。27歳時に広場恐怖を発症し、回避行動が顕著であったためX病院を受診した。拳児希望のためCBTのみで治療開始となり心理教育を中心として日常的暴露を繰り返し回避行動の減少と症状の軽快が認められた。

【考察】CBTは薬物療法と同等の効果があるとされている。周産期の薬物療法のリスクの軽減や、産褥期の再発や増悪に対してもCBTの効果が期待できると考えられた。

P-30 : 妊娠中に強迫性障害の再燃と症状の変化を認めた一例

○内田貴光、梅村智樹、志賀浪貴文、棚橋伊織、倉持泉、安田貴昭、五十嵐友里
藤井良隆、吉益晴夫、堀川直史

埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック

【諸言】強迫性障害は、妊娠・出産、特に産褥期に発病、悪化しやすいとの報告がある。今回、妊娠中に再燃し、症状の変化を認めた症例を報告する。

【症例】32歳初産。20歳、ガスの頻回の確認行為、運転での加害強迫が出現。25歳から強迫性障害の治療を開始。安定していたが、妊娠がわかり、次第に増悪し「夫の子ではないのでは」という強迫観念も出現。総合病院での出産を勧められ、妊娠14週当科初診。薬物調整は胎児への影響の心配から希望せず、臨床心理士によるCBT導入も拒否した。心理教育を中心とした治療を行い、夫とのコミュニケーションの促しなど現実問題の相談を行うことで、妊娠38週には症状が軽快した。出産後も「周囲から子供が夫に似ていると言われ安心した」と話し、増悪を認めていない。

【考察】安心して辛さを吐露できるよう考慮し、現実のストレス対処の相談を行うことで、強迫症状の改善につながったと考えられた。妊娠中の強迫性障害についての文献的検討も行う。

P-31 : 妊娠中に希死念慮を伴ううつ病の再燃を認めた妊婦への多職種介入

○三木有希¹⁾、水野佳奈²⁾、橋本恵理子³⁾、加藤綾⁴⁾、田中幸子⁴⁾、吉川理恵¹⁾
伊藤嘉規¹⁾²⁾、奥山徹²⁾、明智龍男²⁾

1)名古屋市立大学病院医事課

2)名古屋市立大学医学研究科精神・認知・行動医学

3)名古屋市立大学医学研究科産婦人科学

4)名古屋市立大学病院看護部

【はじめに】妊娠期におけるうつ病の有病率が高い。今回、希死念慮を伴ううつ病の再燃を認めた妊婦に対して、多職種で介入した事例を報告する。

【症例】30歳代女性。X-3年うつ病の診断。妊娠中にパートナーとの関係が悪化し、精神症状が増悪、精神科入院も考慮され、当院紹介受診。精神症状、羊水過少を認め、38週に産科に管理入院となった。入院後、心理士は支持的な態度で患者との関係性を積み重ね、家族面談も実施。心理士の視点から患者理解のフィードバックを行い、医療チームで心理的支援を行った。主治医、精神科医、助産師、看護師、PSWとは日々情報共有、小児科スタッフ、地域保健師、役所子ども担当との合同カンファレンスも行った。これらによって、精神状態は小康化し、出産後8日で退院となった。

【まとめ】精神科治療の必要性が高いと捉えられた症例であったが、心理的支援やカンファレンスを活用した多職種介入が有用であった。症例のプライバシー保護のため、一部改変を行っている。

P-32 : うつ病を合併し、失声症、亜昏迷状態で救急搬送された妊婦の周産期管理

○水野祥¹⁾、有馬香織¹⁾、笠井靖代¹⁾、安藤一道¹⁾、蓑島かおり²⁾、大山寧寧³⁾
福田倫明³⁾

1)日本赤十字社医療センター産婦人科

2)日本赤十字社医療センター看護部

3)日本赤十字社医療センター精神科

【症例】39歳 初産婦、自然妊娠、パートナーは既婚者。妊娠前より適応障害、抑うつ傾向の指摘を受け、抗不安薬を内服していたが、妊娠判明後に中止となった。妊娠 29 週まで前医で妊婦管理を行っていた。妊娠 29 週、歩行困難、発語消失、食思不振を主訴に当院へ緊急搬送。意欲低下、失声症、亜昏迷状態で入院となる。血圧上昇を認め、降圧薬投与を開始したが、血圧コントロール不良であり、妊娠高血圧症、胎児機能不全の診断で入院後 3 日目に緊急帝王切開を施行した。産後は発語が可能となり、情緒制御も良好となり、搾乳や児への面会にも意欲的となり、10 日目に退院。退院後パートナーとの関係の悪化などで、意欲の低下などが一時的に再燃し、抗うつ薬内服開始した。児は日齢 82 日に退院となり、地域保健師、家庭支援センター、訪問看護などによる育児支援を受けながら、自宅での育児が可能となった。

P-33 : 精神病圏と鑑別を要した周産期うつ病の 2 例

○小林奈津子¹⁾、菊地紗耶²⁾、桂雅宏²⁾、上野草太²⁾、橋田かなえ²⁾、玉澤和彦²⁾
本多奈美²⁾

1)東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野

2)東北大学病院精神科

産褥精神病は、狭義には出産直後より急激に発症する精神病性障害を指し、錯乱、困惑、気分の易変性、意識変容といった多形性の非定型病像を特徴とする。しかし、産褥精神病は独立した疾患単位と考えるのか、症候学的には精神病圏／気分障害圏いずれとの関連が強いのか、産褥期のせん妄との鑑別は可能なのかなど、未だ議論の多い症候群でもある。

今回、産後に急性の精神病状態を呈し、初診時には精神病圏が疑われたものの、最終的には妊娠中からの抑うつエピソードと診断した 2 症例を経験したため報告する。妊娠中には抑うつ気分、意欲低下、軽度の思考制止等に加え、微小妄想が散発的にみられていたが、出産や将来の育児に対する不安の影響であろうと判断され、受診にはつながっていなかった。しかし、出産直後に精神病症状の急激な悪化を来し、初めて精神科へ紹介となった例であり、産後の急性精神病症状に対する診断や経過について考察したい。

P-34 : 興奮への対応に苦慮した精神疾患合併妊娠

○塚本竜生¹⁾、植木悠介¹⁾³⁾、江口寛¹⁾³⁾、立花裕子²⁾

1)社会医療法人雪の聖母会聖マリア病院精神科

2)社会医療法人雪の聖母会連携推進室

3)久留米大学神経精神医学講座

当院は九州筑後地区の中核病院（1260床・36診療科）で総合周産期母子医療センターを有する。精神科リエゾンコンサルトはH21年から3年間で2723症例あり、産科からの相談は61例だった。その中で対応に苦慮した症例の経験を報告、検討する。

症例1) 24才、心因反応、精神遅滞疑い。徘徊中に警察に保護され、市の検診命令で妊娠が判明、入院した。産科病室でカッターを手に興奮するためコンサルト。看護師へ粗暴行為あり、精神科が対応、最終的に患者ともみ合いになった。

症例2) 37才、統合失調感情障害。長期の拒薬で幻覚妄想状態だった。産科初診時は突然逃げ出しスタッフが院外まで追いかけたが、そのまま帰宅。その後受診なく妊娠超過し、保健所職員が自宅を訪問した。説得し同伴して受診、羊水過少と診断されたが「お腹に子供はいない」と興奮、診察室を飛び出した。何とか精神科医が追いつき、ERで鎮静後、帝王切開となった。

P-35 : 妊娠後期に統合失調症が増悪したが、地域内精神科病院との連携にて、無事分娩・産後管理に至った1例

○石山俊輔¹⁾、高嶺智子¹⁾、宇田川秀雄¹⁾、新村ヨシオ²⁾

1)キッコーマン総合病院産婦人科

2)江戸川病院精神科

【緒言】統合失調症合併妊娠は、精神科および産科を有する施設で管理することが理想的であるが現実にはそのような施設は少なく対応に苦慮することが多い。やむをえず他院精神科医師と緊密に連携しつつ精神科を有さない当院で妊娠分娩管理し、無事退院まで至った一例を経験したので報告する。

【症例】31歳0経妊0経産。統合失調症にて当地区の精神科病院にて内服加療。安定した状態中に妊娠。近くに紹介できる施設がなく、精神科主治医と相談した上で当院にて妊婦健診を行なうこととした。妊娠35週になり骨盤位妊娠に対する帝王切開の説明を契機に精神症状が突然増悪し、家族を含めた病識の欠如もあり一時対応に苦慮した。しかし起こりうる問題とその対策につき院内スタッフ・精神科主治医と十分に情報の共有化を図ることで、大きな混乱なく当院にて帝王切開により分娩に至った。また産後には本人のサポートが十分に可能になるまで家族への育児指導も十分に行い、地域と連携する形をとりつつ児とともに退院できるまでに至った。

【考察】統合失調症合併妊婦では、妊娠後期になって症状が悪化することもあり、精神科病棟を有する分娩施設の不足している問題が改めて浮き彫りになった。また、精神科医師の積極的関与があれば居住地域内の精神科を有さない施設で解決できる一つのモデルケースになりうると考えられた。

P-36 : 周産期の精神科フォローが有効であった統合失調症の一例

○倉持泉¹⁾、梅村智樹¹⁾、志賀浪貴文¹⁾、棚橋伊織¹⁾、内田貴光¹⁾、安田貴昭¹⁾
五十嵐友里¹⁾、藤井良隆¹⁾、吉益晴夫¹⁾、堀川直史¹⁾、鈴木美和²⁾、井上哲雄²⁾
今川洋²⁾、加澤鉄士²⁾

1)埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック

2)埼玉医科大学病院神経精神科・心療内科

【はじめに】出産後、約一年の経過で緊張病状態となり、精神科入院を余儀なくされた統合失調症の一例を第二子出産まで経験したのでここに報告する。

【症例】30代女性。元来神経質であった。X-4年(29歳)、第一子を出産した前後より漠然とした不安感が出現。X-3年3月頃から、幻聴も出現した。徐々に症状は増悪し、緊張病状態にて、9月に当院神経精神科へ医療保護入院となった。抗精神病薬などによる治療で病状は安定し、X-2年11月退院。当科外来通院継続し病状は安定していた。第二子の妊娠希望がありX-1年末より抗精神病薬は最少量へ漸減。X年1月妊娠が判明し、9月に出産した。第二子の妊娠出産までの期間、精神症状は増悪することなく経過し、現在も問題なく育児に取り組んでいる。

【考察】本症例は、妊娠出産を機に顕在化した統合失調症の症例である。精神科医による病状確認は患者への安心感の提供となり、よりよい周産期管理につながる可能性があることが分かった。

ランチオンセミナー

第1日 12:00-12:50 ランチオンセミナー (1)

「周産期のうつ病と睡眠障害」

座長 上里忠司：愛和病院院長

演者 松島英介：東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科心療・緩和医療学分野教授

共催 MSD 株式会社

第2日 12:00-12:50 ランチオンセミナー (2)

「産婦人科を訪れる抑うつ、不安症状患者への対応と管理 ー産婦人科領域に於ける SSRI 活用の実際ー」

座長 堀川直史：埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック教授

演者 平井康夫：東京女子医科大学産婦人科教授

共催 持田製薬株式会社

謝 辞

第11回日本周産期メンタルヘルス研究会学術集会開催にあたりまして、下記の企業および団体から多大なるご協力、ご支援を賜りました。

ここに謹んで御礼申し上げます。

第11回日本周産期メンタルヘルス研究会学術集会 会長
埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック 教授
堀川 直史

アステラス製薬株式会社

エーザイ株式会社

大塚製薬株式会社

株式会社星和書店

株式会社ツムラ

株式会社南山堂

協和発酵キリン株式会社

グラクソ・スミスクライン株式会社

クラシエ薬品株式会社

塩野義製薬株式会社

ゼリア新薬工業株式会社

第一三共株式会社

大日本住友製薬株式会社

武田薬品工業株式会社

中外製薬株式会社

東洋羽毛工業株式会社

日本イーライリリー株式会社

ファイザー株式会社

CLSベーリング株式会社

Meiji Seika ファルマ株式会社

(以上、50音順)

まだないくすりを
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

明日は変えられる。

 **astellas**
Leading Light for Life
アステラス製薬

www.astellas.com/jp/



習慣性医薬品・注意一習慣性あり
処方せん医薬品・注意一医師等の処方せんにより使用すること

不眠症治療薬

薬価基準収載

 **ルネスタ** 錠 1mg
錠 2mg
錠 3mg
〈エスゾピクロン製剤〉 **Lunesta**®

警告、禁忌・原則禁忌、用法・用量、禁忌を含む
使用上の注意、用法・用量に関連する使用上
の注意等は、添付文書をご参照ください。

製造販売元



LUN1210M02

エーザイ株式会社
東京都文京区小石川4-6-10

提携

Sunovion Pharmaceuticals Inc.

文献請求先・製品情報お問い合わせ先:

エーザイ株式会社 お客様ホットライン

フリーダイヤル 0120-419-497 9~18時(土、日、祝日9~17時)

2012年10月作成

協和発酵キリン株式会社
http://www.kyowa-kirin.co.jp



Commitment to Life

救うこと。治すこと。そして笑顔をつくること。
わたしたちにできることは無限にある。
だからこそ、この瞬間にも病と闘っている人のために。
この地上でもっとも大切な「いのち」のために。
抗体医薬のリーディング・カンパニーとして、
新薬の開発と、まっすぐ向き合っています。

グローバル・スペシャリティファーマ。
抗体医薬をリードする、協和発酵キリンです。

KYOWA KIRIN



GlaxoSmithKline

生きる喜びを、もっと
Do more, feel better, live longer



抗てんかん剤 / 双極性障害治療薬 薬価基準収載

劇薬

処方せん医薬品(注意-医師等の処方せんにより使用すること)

ラミクタール錠 25mg / 100mg

Lamictal® Tablets ラモトリギン錠

※「効能・効果」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「警告・禁忌を含む使用上の注意」等については、添付文書をご参照ください。

2011年7月作成

製造販売元(資料請求先)

グラクソ・スミスクライン株式会社

〒151-8566 東京都渋谷区千駄ヶ谷 4-6-15 GSKビル

TEL : 0120-561-007 (9:00~18:00 / 土日祝日および当社休業日を除く)

FAX : 0120-561-047 (24 時間受付)

http://www.glaxosmithkline.co.jp

Kracie

クラシエ
小青竜湯は、
選べる
3タイプ。

効能・効果

- ① 下記疾患における水様の痰、水様鼻汁、鼻閉、くしゃみ、
喘鳴、咳嗽、痰多
気管支喘息、鼻炎、アレルギー性鼻炎、
アレルギー性結膜炎、感冒
- ② 気管支炎

KB



(KB-19)

服薬コンプライアンスを高める1日2回服用タイプ

漢方製剤 ショウセイリョウトウ 薬価基準収載
クラシエ 小青竜湯 エキス細粒

EK



(EK-19)

1日3回服用タイプ

漢方製剤 ショウセイリョウトウ 薬価基準収載
クラシエ 小青竜湯 エキス細粒

EKT



(EKT-19)

味と匂いを感じにくい錠剤タイプ

漢方製剤 ショウセイリョウトウ 薬価基準収載
クラシエ 小青竜湯 エキス錠

■ 製品の「用法・用量」、「禁忌・使用上の注意」等については製品添付文書をご参照ください。

クラシエ医療用漢方製剤ホームページ 「漢・方・優・美」 <http://www.kampoyubi.jp>
クラシエ 薬品株式会社 [資料請求先] 〒108-8080 東京都港区海岸3-30-30 <http://www.kracie.co.jp>

2009年12月作成

元気です。

It's Active

毎日を元気に、健やかに。

Acinon[®]

H₂受容体拮抗剤(ニザチジン製剤)薬価基準収載

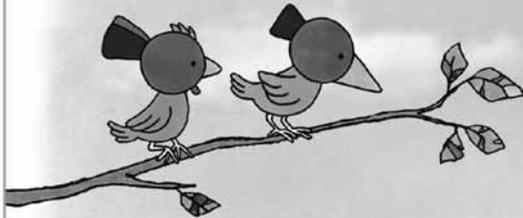
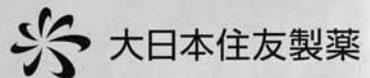
アシノン[®]錠75mg アシノン[®]錠150mg

●効能・効果、用法・用量、使用上の注意等の詳細については添付文書をご参照ください。



[製造販売元] 〒103-8351 東京都中央区日本橋小舟町10-11
ゼリア新薬工業株式会社
[資料請求先] お客様相談室 ☎03(3661)0277

大日本住友製薬は精神科領域の治療をサポートし、
患者さんとそのご家族のために、
新しい薬づくりに取り組んでいます。



- 「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」、「用法・用量に関連する使用上の注意」等につきましては添付文書をご参照ください。

製造販売元(資料請求先)
大日本住友製薬株式会社
〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8

〈製品に関するお問い合わせ先〉
くすり情報センター
TEL 0120-034-389
受付時間/月～金 9:00～18:30(祝・祭日を除く)
【医療情報サイト】<http://ds-pharma.jp/>



抗精神病剤 薬価基準収載
創薬・処方せん医薬品(注意-医師等の処方せんにより使用すること)
ロナセン[®]錠 2mg・4mg・8mg
散 2%
LONASEN[®] プロナンセリン製剤



抗精神病剤 薬価基準収載
創薬・処方せん医薬品(注意-医師等の処方せんにより使用すること)
ルーラン[®]錠 4mg
8mg
16mg
Lullan[®] ベロスピロン塩酸塩



セロトニン作動性抗不安薬 薬価基準収載
創薬・処方せん医薬品(注意-医師等の処方せんにより使用すること)
セディール[®]錠 5mg
10mg
20mg
Sediell[®] タンドスピロクエン酸塩

2011.12作成



「つながり」をもっと大切に。

患者さんの“その人らしさ”を守りたい。
タケダのさらなる挑戦は続きます。

アルツハイマー型認知症治療剤 創薬 処方せん医薬品[※]
レミニール[®]錠 4mg・8mg・12mg
OD錠 4mg・8mg・12mg
内用液 4mg/mL
Reminyl[®] 一般名: ガランタミン臭化水素塩 薬価基準収載
製造販売元 ヤンセンファーマ株式会社 提携 武田薬品工業株式会社
〒101-0045 東京都千代田区音神田 3-5-2 TEL:03-6848 大塚市中央区道修町丁目1番1号
URL:<http://www.janssen.co.jp> <http://www.takeda.co.jp>

メラトニン受容体アゴニスト 薬価基準収載
処方せん医薬品[※]
ロゼレム[®]錠 8mg
ラメルテオン錠

注)注意-医師等の処方せんにより使用すること
●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は、添付文書をご参照ください。

2012年11月作成



〔資料請求先〕
武田薬品工業株式会社 医薬営業本部
〒103-8688 東京都中央区日本橋二丁目12番10号

明日をもっとすこやかに

meiji

うつ病治療に希望を



持続性心身安定剤
向精神薬、処方せん医薬品^{注)}

メイラックス錠^{1mg}
錠^{2mg}
細粒^{1%}
MEILAX[®] TABLETS 1mg 2mg ロフラゼパムエステル錠/細粒
FINE GRANULES 1%



選択的セロトニン再取り込み阻害剤 (SSRI)
処方せん医薬品^{注)}
日本薬局方 フルボキサミンマレイン酸塩錠

デプロメール錠²⁵
錠⁵⁰
錠⁷⁵
DEPROMEL[®] TABLETS



ノルアドレナリン・セロトニン作動性抗うつ剤
創薬、処方せん医薬品^{注)}

リフレックス錠^{15mg}
REFLEX[®] TABLETS 15mg ミルタザピン錠

薬価基準収載 注) 注意-医師等の処方せんにより使用すること

※「効能・効果」、「用法・用量」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「禁忌、原則禁忌を含む使用上の注意」等、詳細は製品添付文書をご参照ください。

製造販売元
[資料請求先]

Meiji Seika ファルマ株式会社
東京都中央区京橋 2-4-16
<http://www.meiji-seika-pharma.co.jp/>
くすり相談室 電話(0120)093-396、(03)3273-3539

作成：2013.4

日本周産期メンタルヘルス研究会事務局

〒514-8507 三重県津市栗真町屋町 1577 三重大学保健管理センター内

Tel : 080-3622-8911 (月、木曜日 13.30-17.00)

Email:mental-3@hac.mie-u.ac.jp

<http://pmh.jp/index.html>

第 11 回日本周産期メンタルヘルス研究会学術集会

開催事務局

埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック

〒350-8550 埼玉県川越市鴨田 1981 Tel/Fax : 049-228-3746

運営

株式会社ダブル・エーエーインターナショナル

〒140-0013 東京都品川区南大井 3-20-1-101 Tel : 03-5767-0311

<http://www.waaint.co.jp/index.html>



MIRCERA[®]
epoetin beta pegol



持続型赤血球造血刺激因子製剤

生物由来製品、劇薬、処方せん医薬品^注 薬価基準収載

ミルセラ[®] 注シリンジ *25 μ g、50 μ g、75 μ g*
100 μ g、150 μ g、200 μ g、250 μ g

MIRCERA[®] Injection Syringe 25 μ g, 50 μ g, 75 μ g, 100 μ g, 150 μ g, 200 μ g, 250 μ g

エポエチンベータペゴル(遺伝子組換え)注

注)注意—医師等の処方せんにより使用すること

®F.ホフマン・ラ・ロシュ社(スイス)登録商標

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、製品添付文書をご参照下さい。
<http://www.chugai-pharm.co.jp>

製造販売元



中外製薬株式会社

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

(資料請求先) 医薬情報センター

TEL.0120-189706 FAX.0120-189705



ロシュグループ

2012年5月作成