

第12回
日本周産期メンタルヘルス学会
学術集会

《プログラム・抄録集》

日時：2015年10月31日（土）～11月1日（日）

会場：自治医科大学地域医療情報研修センター

学術集会長：松原茂樹

自治医科大学産科婦人科学講座主任教授

ご挨拶

松原茂樹
自治医科大学産婦人科主任教授
第12回日本周産期メンタルヘルス学会 学術集会長

第12回周産期メンタルヘルス学会が平成27(2015)年10月31日と11月1日の2日間にわたり自治医科大学地域医療情報研修センター（栃木県下野市）で開催されます。本会は、周産期メンタルヘルス研究会としてスタートしましたが、今回から学会へ昇格しました。学会昇格後初めての学術集会を担当できますことを誇りに感じております。

本学会には特色が2つあります。まず、学会員が多職種から構成されていることです。産科医、精神科医、助産師、看護師、臨床心理士、薬剤師、人文科学研究者、行政関係者等等、種々の立場の研究者・実務家が、その立場を超えて、周産期メンタルヘルスケアの向上の為に集い、衆知を結集します。次に、学会での成果が、即、社会へ還元され得る、という点です。学問のための学問ではなく、成果は実学として直ちに応用・利用可能です。

今回は学会昇格後の記念すべき第1回大会にふさわしく、「周産期メンタルヘルスケア -過去・現在・未来-」をテーマに据えました。本学会へ参加すると、周産期メンタルヘルスケアの大きな流れ・うねり・動向・進むべき方向が理解できるようなプログラムを組みました。特別講演、4つのシンポジウム、一般演題、いずれも本テーマにふさわしいものを組んでございます。詳細はプログラムをご覧ください。

会場は、自治医科大学ご自慢のレンガ作りのビルです。広大な敷地内には松林が広がり、目の前には池が配置されています。落ち着いた環境の中で、friendlyな雰囲気のがもてれば、と思います。

秋の栃木は見所満載です。お時間に余裕のある方は、学会のついでに、紅葉の日光・那須や、関東の小京都として名高い栃木市などに立ち寄ってみてはいかがでしょうか。

多くの皆様のご参加をお待ちしております

自治医大駅までのアクセス

自治医大駅までのアクセス



自治医大駅周辺地図・会場へのアクセス



《会場》
地域医療情報研修センター
（茶色の建物）

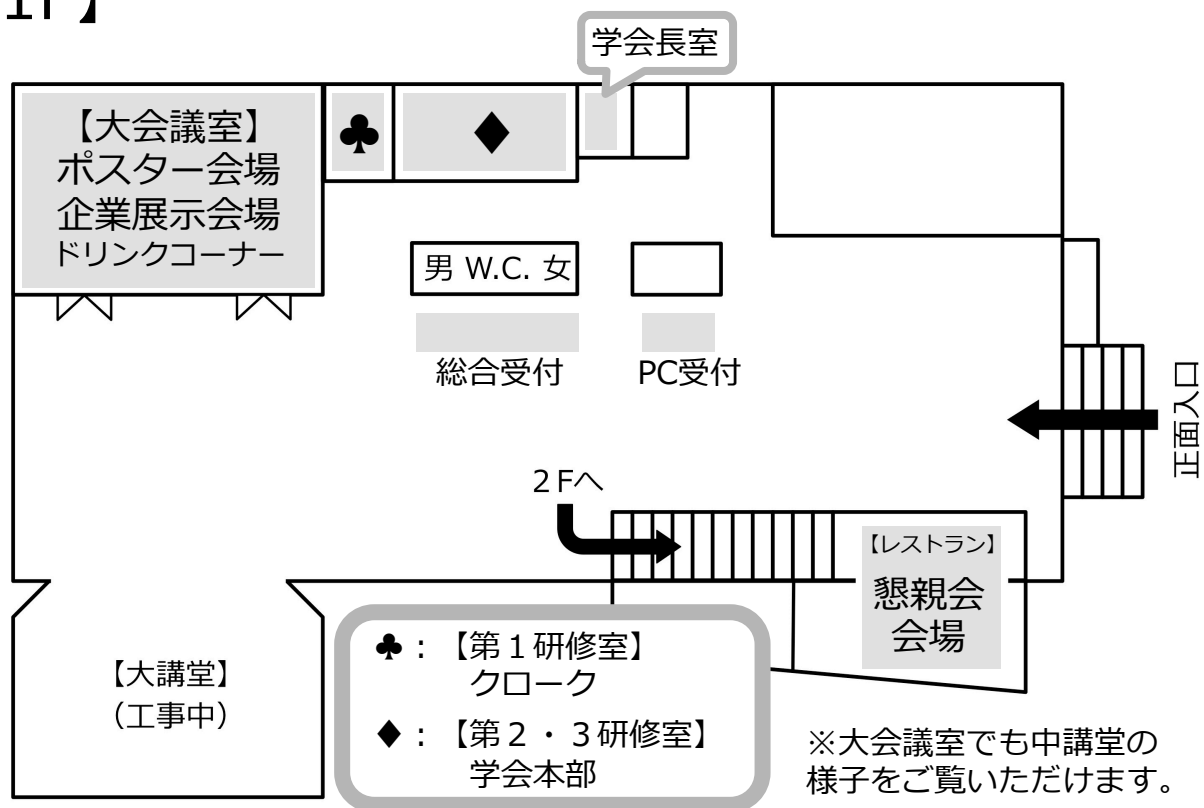
※ 自治医大駅から徒歩約10分



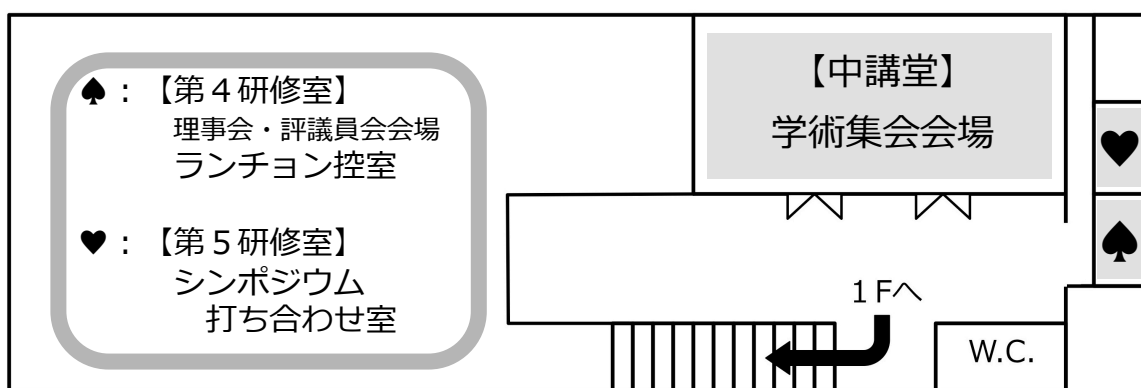
☆会場までのバスを運行します。
（時刻はp8参照）

会場案内図 (地域医療情報研修センター)

【1F】



【2F】



10月31日（土） = 第1日 =

9:00～	《開会式》	
9:10～	《シンポジウム ①》	
10:40	「周産期メンタルヘルスにおける多職種連携の充実に向けて ー各職種からの報告ー」 座長：笠井靖代（日赤医療センター） 座長：鈴木利人（順天堂大学越谷病院）	菊地紗耶 （東北大学病院 精神科） 「大学病院における周産期メンタルケア外来と多職種連携」 柳村直子 （日赤医療センター） 「総合母子周産期センターにおける周産期メンタルヘルスの 多職種連携 助産師の立場から」 辻井弘美 （成育医療研究センター こころの診療部） 「国立成育医療研究センターにおける周産期メンタルヘルスの 多職種連携 臨床心理士の立場から」 松長麻美 （こころの診療科 きたむら醫院） 「周産期メンタルヘルス支援における多職種・多機関連携 クリニック看護師の立場から」
10:50～	《特別講演 ①》	
11:50	座長：玉田太朗 （自治医科大学名誉教授）	「周産期精神医学の過去・現在・未来」 演者：岡野禎治 （日本周産期メンタルヘルス学会理事長）
12:10～	《ランチョンセミナー ①》	
13:10	「骨盤ケアで改善！Part16 -心と体はつながっている-」 座長：齋藤益子 （帝京科学大学教授） 《共催：有限会社 青葉》	山口香苗 （助産院大地 院長 トコ企画講師 助産師） 「トコちゃんの骨盤ケア教室が女性にもたらす変化 ～2時間でなにがどう変わる？～」 渡部信子 （トコ・カイロプラクテック学院 学院長、トコ企画代表、 トコ助産院院長） 「骨盤輪支持で、心身の変化を感じてみよう！」
13:15～ 14:00	《総会・評議員会》	
14:00～	《会長講演》 ★ 終了時に機構専門医共通講習受講証を発行します	
15:00	座長：岡野禎治 （三重大大学教授）	「論文書き方コツのコツ：まずは“それ”を言ってしまう！」 ー 周産期メンタルヘルスケア論文作成を例にして ー 演者：松原茂樹 （自治医科大学産科婦人科学講座教授）
15:00～	《シンポジウム ②》 ★ 終了時に機構専門医産婦人科領域講習受講証を発行します	
16:30	「妊娠・産褥期のうつ病に対する職種間連携の役割と問題点」 座長：宗田聡 （広尾レディース） 座長：岡島美朗 （自治医大さいたま医療センター）	宗田聡 （広尾レディース） 「産婦人科における妊娠・産褥期のうつ病」 小澤千恵 （埼玉医大総合医療センター） 「助産師が妊娠・産褥期のうつ病に対してどのように対応しているか」 須田史朗 （自治医科大学精神医学教室） 「妊娠・産褥期のうつ病と精神科医の関わり」 近藤政代 （横浜市子ども青少年局子ども家庭課） 「地域における妊娠・産褥期のうつ病の職種間連携の問題点」
16:45～	《教育講演》 ★ 終了時に機構専門医産婦人科領域講習受講証を発行します	
17:45	座長：桑田知之 （自治医科大学産科婦人科）	「向精神薬の乳汁移行と母乳育児支援」 演者：伊藤直樹 （帝京大学小児科、妊娠と薬情報センター）
18:00～	《懇親会》	

11月1日（日） = 第2日 =

9:00～	《シンポジウム ③》		★ 終了時に機構専門医産婦人科領域講習受講証を発行します
	「多職種の視点からみた出生前診断の周産期メンタルヘルス」	宮田郁 （大阪医科大学附属病院看護部） 「家族と共に赤ちゃんをチームで見守る～胎児緩和ケアを基盤に～」 室月淳 （宮城県立こども病院 産科） 「母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査（NIPT）希望の動機の背景にあるもの」 側島久典 （埼玉医科大学総合周産期医療センター 新生児科） 「こどもの命の輝きを家族と考え寄り添う周産期連携医療」 清野仁美 （兵庫医科大学精神科神経科学講座） 「出生前診断における心理社会的問題」	
10:30	座長：清野仁美 （兵庫医科大学） 座長：西郡秀和 （東北大学）		
10:40～	《ポスターセッション》		
11:40			
12:00～	《ランチョンセミナー ②》		
	座長：杉山 隆 （愛媛大学医学部産科婦人科学教授） 《共催：キッセイ薬品工業》	「切迫早産管理の最新知見」 演者：牧野真太郎 （順天堂大学医学部産科婦人科学講座准教授）	
13:00			
13:10～	《特別講演 ②》		★ 終了時に機構専門医産婦人科領域講習受講証を発行します
	座長：田中光臣 （栃木県産婦人科医会 会長）	「母親の愛情深い養育が、乳幼児の脳の健全な発達に不可欠である」 － Resilience を身に着ける － 演者：木下勝之 （日本産婦人科医会 会長）	
14:10			
14:20～	《シンポジウム ④》		
	「新生児虐待の発生メカニズムと養育支援 ーよりよい制度の構築に向けてー」 座長：新井陽子 （北里大学看護学部） 座長：北村俊則 （きたむら醫院）	大橋優紀子 （文京学院大学） 「早期児童虐待の原因とメカニズム」 薄井里英 （自治医科大学総合周産期母子医療センター） 「特定妊婦の養育支援体制」 石川博康 （中通リハビリテーション病院 精神科） 「周産期医療のインフォームドコンセントの形から考える養育支援」	
15:50			
15:50～	《閉会式》		

学会参加者へのお知らせ

I 受付・参加費

当日受付で参加費と引き換えに領収書兼用の参加章（名札）をお渡しします。参加章に所属・氏名をご記入のうえ、会場では必ずご着用下さい。

- (1)受付時間 10月31日（土） 8：30～17：45
 11月 1日（日） 8：30～15：00
- (2)受付場所 自治医科大学地域医療情報研修センター 1階 ロビー
- (3)参加費
- | | |
|------|------------------------|
| 正会員 | 3 0 0 0 円 |
| 臨時会員 | 4 0 0 0 円（正会員以外の一般参加者） |
| 学生 | 1 0 0 0 円（学生証による確認） |
| 懇親会 | 3 0 0 0 円（予定） |

クレジットカード等は利用できません。現金でお支払い下さい。

II プログラム抄録集

講演抄録集は、当日参加費をお支払い頂いた方に1部差し上げます。
抄録集のみの購入の場合は1冊1000円です。

III 出席証明シール 等

◇日本産婦人科医会 研修参加章（1枚）

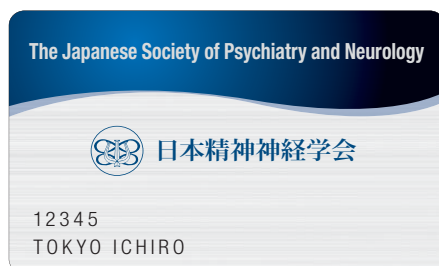
◇日本産婦人科学会専門医（10単位）：（当日、受付で「e医学会会員カード」をご提示ください。）



◇日本専門医機構産婦人科専門医認定のための受講証

タイムテーブル、プログラムに記載している該当講演の終了時に、その都度受講証を発行致します。

- ◇日本精神神経学会；専門医ポイント（C群40点）：（当日、受付で「日本精神神経学会会員カード」をご提示ください。）



- ◇日本助産師会；継続教育ポイント（2ポイント）：（参加章で申請して下さい）
◇日本周産期・新生児医学会（2単位）：（研修参加章は領収証の下部にあります）
◇日本総合病院精神医学会；専門医更新のためのポイント（10点）

IV 懇親会のご案内

下記の通り、懇親会を開催いたしますので、皆様お誘い合わせのうえ、ご参加下さい。

日 時：10月31日（土）18：00～

会 場：レストラン西洋堂（学会場 1階）

参加費：3000円（予定）

V 駅一会場 巡回バスのお知らせ

下記の時間帯に駅東口⇄会場間のマイクロバスを運行します。定員が限られておりますので、満員の場合はご了承下さい。

自治医大駅発 毎時 00、20、40 （8:20発始発～11:40発最終）

学術集会会場発 毎時 10、30、50 （10/31 16:10～19:30最終）

《所要 約7分》 （11/ 1 14:10～16:50最終）

座長へのお知らせ

- I 特別講演、シンポジウムの座長の先生は、お手数ですがセッションの30分前までにPC受付で座長受付をお済ませ下さい。
- II ポスター発表の座長の先生は、11月1日（日）10時までにポスター受付で座長受付をお済ませ下さい。

発表者へのお知らせ

I 発表方法

(1)講演・シンポジウム

セッション開始30分前（多職種連携シンポジウムのみ20分前）までに、PC受付で試写をお済ませください。

パワーポイントの「発表者ツール」機能は使用できません。

2日目の最初のセッションの方は、円滑な運営のため、前日のうちにPC受付をお済ませくださいますよう、ご協力をお願い致します。

ご発表10分前には会場内前方の「次演者席」に着席し、待機してください。

(2)ポスター発表

発表者はポスター貼付前に、ポスター会場入口のポスター受付で受付を済ませてください。その際に貼付用のピンをお渡し致します。

ポスターはプログラムに掲載されている演題番号と同じ番号のパネルに、ご自身で貼付をお願い致します。

ポスターは、できるだけ学会初日（10月31日）の午前中に貼付を完了してください。離れていても読めるように字の大きさを18mm以上とし、図表も大きく作成し、読みやすく書いてください。

今回は、全ポスターで発表・討論していただきます。発表4分・討論2分です。座長の指示にしたがい、時間内に終わりますよう、ご協力をお願い致します。

ポスターは右図のように90cm×210cmとし、演題番号欄の横には演題名、ご所属、演者名をお書き下さい。演題番号欄は事務局で用意します。

ポスターの撤去は11月1日14：00以降をお願い致します。閉会式終了時点で撤去されていないものは、事務局で処分致します。



《プログラム》

第1日 10月31日（土）

9時00分～9時10分 開会式

9時10分～10時40分 シンポジウム① (p19-23)

《座長》 笠井靖代（日赤医療センター）
鈴木利人（順天堂大学越谷病院）

「周産期メンタルヘルスにおける多職種連携の充実に向けて－各職種からの報告－」

大学病院における周産期メンタルケア外来と他職種連携 ー現状と課題ー

東北大学病院 精神科 菊地紗耶

総合母子周産期センターにおける周産期メンタルヘルスの多職種連携 助産師の立場から

日本赤十字社医療センター 柳村直子

国立成育医療研究センターにおける周産期メンタルヘルスの多職種連携 臨床心理士の立場から

成育医療研究センター こころの診療部 辻井弘美

周産期メンタルヘルス支援における多職種・多機関連携 クリニック看護師の立場から

こころの診療科 きたむら醫院 松長麻美

10時50分～11時50分 特別講演① (p24-25)

《座長》 玉田太郎（自治医科大学名誉教授）

「周産期精神医学の過去・現在・未来」

日本周産期メンタルヘルス学会理事長 岡野禎治

12時10分～13時10分 ランチョンセミナー① (共催 有限会社 青葉)

《座長》 齋藤益子（帝京科学大学教授）

「トコちゃんの骨盤ケア教室が女性にもたらす変化 ～2時間でなにがどう変わる?～」

山口香苗 (助産院大地 院長 トコ企画講師 助産師)

「骨盤輪支持で、心身の変化を感じてみよう！」

渡部信子 (トコ・カイロプラクテック学院 学院長、トコ企画代表、トコ助産院院長)

13時15分～14時00分 総会・評議員会

14時00分～15時00分 会長講演 (p26-29)

《座長》 岡野禎治（三重大大学教授）

「論文書き方コツのコツ：まずは“それ”を言ってしまう！」
－ 周産期メンタルヘルスケア論文作成を例にして －

自治医科大学産科婦人科学講座教授 松原茂樹

★ 終了時に機構専門医共通講習受講証を発行します

15時00分～16時30分 シンポジウム② (p30-34)

《座長》 宗田聡（広尾レディース）

岡島美朗（自治医大さいたま医療センター）

「妊娠・産褥期のうつ病に対する職種間連携の役割と問題点」

産婦人科における妊娠・産褥期のうつ病

広尾レディース 宗田聡

助産師が妊娠・産褥期のうつ病に対してどのように対応しているか

埼玉医大総合医療センター 小澤千恵

妊娠・産褥期のうつ病と精神科医の関わり

自治医科大学精神医学教室 須田史朗

地域における妊娠・産褥期のうつ病の職種間連携の問題点

横浜市こども青少年局こども家庭課 近藤政代

★ 終了時に機構専門医産婦人科領域講習受講証を発行します

16時45分～17時45分 教育講演 (p35-36)

《座長》 桑田知之（自治医科大学産科婦人科）

「向精神薬の乳汁移行と母乳育児支援」

帝京大学医学部附属病院 小児科

国立成育医療研究センター 妊娠と薬情報センター 伊藤直樹

★ 終了時に機構専門医産婦人科領域講習受講証を発行します

18時00分～

懇親会

《1F レストラン西洋堂》

第2日 11月1日（日）

9時00分～10時30分 シンポジウム③ (p37-41)

《座長》 清野仁美（兵庫医科大学）
西郡秀和（東北大学）

「多職種の視点からみた出生前診断の周産期メンタルヘルス」

家族と共に赤ちゃんをチームで見守る～胎児緩和ケアを基盤に～

大阪医科大学附属病院看護部 宮田郁

母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査（NIPT）希望の動機の背景にあるもの

宮城県立こども病院 産科 室月淳

こどもの命の輝きを家族と考え寄り添う周産期連携医療

埼玉医科大学総合周産期医療センター 新生児科 側島久典

出生前診断における心理社会的問題

兵庫医科大学精神科神経科学講座 清野仁美

★ 終了時に機構専門医産婦人科領域講習受講証を発行します

10時40分～11時40分 ポスターセッション①、② 《1F 大会議室》

ポスターセッション① 《座長》 渡邊博幸（千葉大学）
竹内 崇（東京医科歯科大学）
ポスターセッション② 《座長》 玉木敦子（神戸女子大学）
春名めぐみ（東京大学）

※ ポスター①と②は、並行して進行します。

（ポスタープログラムはp14～17、抄録集はp50～69）

12時00分～13時00分 ランチョンセミナー② （共催 キッセイ薬品工業）

《座長》 杉山隆（愛媛大学医学部産科婦人科学教授）

「切迫早産管理の最新知見」

牧野真太郎（順天堂大学医学部産科婦人科学講座准教授）

13時10分～14時10分 特別講演② (p42-44)

《座長》 田中光臣（栃木県産婦人科医会 会長）

「母親の愛情深い養育が、乳幼児の脳の健全な発達に不可欠である」

ー Resilience を身に着ける ー

日本産婦人科医会 会長 木下勝之

★ 終了時に機構専門医産婦人科領域講習受講証を発行します

14時20分～15時50分 シンポジウム④ (p45-49)

《座長》 新井陽子（北里大学看護学部）
 北村俊則（きたむら醫院）

「新生児虐待の発生メカニズムと養育支援 ーよりよい制度の構築に向けてー」

早期児童虐待の原因とメカニズム ー虐待の可能性のある妊婦を未然に支援するためにー

文京学院大学 大橋 優紀子

特定妊婦の養育支援体制

自治医科大学総合周産期母子医療センター 薄井 里英

周産期医療のインフォームドコンセントの形から考える養育支援

中通リハビリテーション病院 精神科 石川 博康

15時50分～16時00分 閉会式

《ポスターセッション①》

ポスター会場（10:40～11:40）

（発表 4 分、討論 2 分：抄録集p50～59）

P1-1 自殺による妊産婦死亡と精神疾患の検討

田中博明¹⁾、大里和弘¹⁾、長谷川潤一²⁾、関沢明彦²⁾、石渡勇³⁾、池田智明¹⁾
三重大学 産科婦人科¹⁾、昭和大学 産婦人科²⁾、石渡産婦人科病院³⁾

P1-2 妊婦の不安と関連因子

堀内有香¹⁾、松井茉莉江¹⁾、丸田眞由子¹⁾、須田哲史¹⁾、角田智哉¹⁾、
佐野信也²⁾、吉野相英¹⁾
防衛医科大学校 精神科学講座¹⁾、防衛医科大学校 心理学講座²⁾

P1-3 胎児異常などを指摘された妊婦さんへのメンタルヘルス支援 ～自治医科大学附属病院における取り組み～

山口順子¹⁾、高橋 宏典²⁾、桑田 知之²⁾、松原 茂樹²⁾
自治医科大学附属病院総合周産期母子医療センター産科病棟¹⁾、
自治医科大学産科婦人科学講座²⁾

P1-4 当院における多職種と連携した精神支援の取り組み： 臨床心理士の重要性を中心に

渡邊舞子
東北大学病院総合周産期母子医療センター

P1-5 精神発達遅滞と統合失調症夫婦の精神的支援

大賀公子¹⁾、青山京子²⁾、飯島幸江²⁾、谷島春江³⁾、五味陽亮³⁾
埼玉医科大学総合医療センター メンタルクリニック外来¹⁾
埼玉医科大学総合医療センター 産婦人科外来²⁾、
埼玉医科大学総合医療センター 周産期母子医療センター³⁾
埼玉医科大学総合医療センター 周産期母子医療センター母子胎児部門⁴⁾

《ポスターセッション①》

ポスター会場（10:40～11:40）

（発表4分、討論2分）

P1-6 未受診妊婦とのラポール形成の重要性

森山佳則、小谷友美、吉川史隆
名古屋大学大学院医学系研究科産婦人科学

P1-7 妊娠中にRefeeding Syndromeを呈した摂食障害の1例

丸田眞由子¹⁾、堀内有香¹⁾、須田哲史¹⁾、角田智哉¹⁾、佐野信也²⁾、
吉野相英¹⁾
防衛医科大学校 精神科学講座¹⁾、防衛医科大学校 心理学講座²⁾

P1-8 拳児希望のパニック障害患者に対する認知行動療法の困難例

鳴海千夏、前嶋仁、鈴木利人
順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院

P1-9 母子健康手帳自由記述データの解析 ーテキスト・マイニング法による探索的分析ー

間中伴子¹⁾、松田義雄²⁾、藤田和花子¹⁾、須永由華¹⁾、平山優子¹⁾、
片平有紀¹⁾、高野和江¹⁾、野中宏亮²⁾、大和田倫孝²⁾、佐藤郁夫²⁾
国際医療福祉大学病院 看護部¹⁾、国際医療福祉大学病院 産婦人科²⁾

《ポスターセッション②》

ポスター会場（10:40～11:40）

（発表 4 分、討論 2 分：抄録集p60～69）

P2-1 周産期リエゾンチームの取り組みの紹介

丸田眞由子¹⁾、松井茉莉江¹⁾、堀内有香¹⁾、須田哲史¹⁾、角田智哉¹⁾、
佐野信也²⁾、吉野相英¹⁾
防衛医科大学校 精神科学講座¹⁾、防衛医科大学校 心理学講座²⁾

P2-2 災害時の妊産褥婦の心理的反応と母子保健・支援活動

小林奈津子¹⁾²⁾、根本晴美¹⁾、佐藤翔輔³⁾、菊地紗耶⁴⁾、本多奈美³⁾、
松岡洋夫²⁾、富田博秋¹⁾
東北大学 災害科学国際研究所 災害精神医学分野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 災害科学国際研究所 災害アーカイブ研究分野³⁾、
東北大学病院 精神科⁴⁾

P2-3 「周産期支援システム」の成果及び試験外泊の有効性の検証

高橋裕美¹⁾、和田和子²⁾、福森優司¹⁾、前川佳敬¹⁾
大阪大学医学部附属病院 保健医療福祉ネットワーク部¹⁾
大阪大学医学部附属病院 小児科²⁾

P2-4 特定妊婦の地域連携に関連する法的問題と対処法

石川博康
中通リハビリテーション病院精神科

P2-5 精神科入院した母親の背景にある子ども虐待関連問題について

小西晶子、吉村文太、来住由樹
岡山県精神科医療センター

《ポスターセッション②》

ポスター会場（10:40～11:40）

（発表4分、討論2分）

P2-6 当院で児童虐待が疑われた事例の母体背景・周産期因子の評価

小野陽子、秋谷文、小野木さちえ、山田梨紗子、和泉紀子、赤枝俊、
岩瀬純、小野健太郎、塩田恭子、山中美智子、百枝幹雄
聖路加国際病院 女性総合診療部

P2-7 エジンバラ産後うつ病評価尺度、赤ちゃんへの気持ち質問票、 育児支援チェックリストの「3点セット」による養育不全・児童虐待 の検出力の検討

立花良之¹⁾、竹原健二²⁾、掛江直子³⁾、森臨太郎²⁾、小泉智恵⁴⁾、辻井弘美⁵⁾、
大田えりか⁶⁾、葛西圭子⁷⁾、山下洋⁸⁾、吉田敬子⁸⁾、久保隆彦⁹⁾
国立成育医療研究センターこころの診療部乳幼児メンタルヘルス診療科¹⁾
同 研究所政策科学研究部²⁾、
同 臨床研究開発センター臨床研究教育部生命倫理研究室³⁾、
同 研究所⁴⁾、同 こころの診療部⁵⁾、
同 研究所政策科学研究部保健政策科学研究室⁶⁾、日本助産師会⁷⁾、
九州大学病院子どものこころの診療部⁸⁾、シロタ産婦人科産科⁹⁾

P2-8 産後うつ状態の母親から見た看護職の関わり

高橋秋絵
神戸女子大学看護学部

P2-9 当院における産後メンタルケアの試みー心理教育の観点からー

酒井玲子¹⁾、佐藤友里¹⁾、土屋美恵子¹⁾、黒田幸恵²⁾、古井由美子¹⁾、兼本浩祐³⁾
愛知医科大学病院、こころのケアセンター¹⁾、愛知医科大学病院 看護部²⁾、
愛知医科大学 精神神経科学講座³⁾

講演抄録

シンポジウム①

「周産期メンタルヘルスにおける多職種連携の充実に向けて

－各職種からの報告－」

10月31日（土）9時10分～10時40分

《座長》

笠井靖代（日赤医療センター）

鈴木利人（順天堂大学越谷病院）

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

座長略歴

笠井 靖代 （かさい やすよ）

現職：日本赤十字社医療センター 第三産婦人科部長

1988年 東京医科歯科大学医学部卒業

1996年 東京大学大学院医学系研究科修了

1997年 米国タフツ大学留学

2000年 日本赤十字社医療センター 医員、副部長を経て

現在に至る。

専門分野；周産期(産科)医療、臨床遺伝、出生前相談

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

鈴木 利人 （すずき としひと）

現職：順天堂大学越谷病院メンタルクリニック 教授

筑波大学附属病院 臨床教授（併任）

1982年 筑波大学医学専門学群卒業

1995年 筑波大学精神医学 助教授

2002年 順天堂大学越谷病院 助教授

2008年 同教授

2015年 筑波大学附属病院 臨床教授（併任） 現在に至る。

専門分野；気分障害の性差研究、動物モデルにおける

海馬神経新生現象、周産期メンタルヘルス

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

大学病院における周産期メンタルケア外来と多職種連携

－現状と課題－

東北大学病院 精神科 菊地 紗耶

東北大学病院では平成20年より精神科外来内に「周産期メンタルケア外来」を開設し、産科スタッフ（医師、助産師、心理士）、小児科スタッフ、周産期領域専属の医療ソーシャルワーカー（MSW）、薬剤師らと多職種連携体制を整え、精神科既往歴のある妊婦や周産期の精神疾患への対応を行っている。受診経路は院内産科からの紹介が大部分であり、その他地域の精神科や産科等から紹介となる。院内連携では、助産師が“振り分けを行う”という中心的な役割を担っている。妊婦健診にて助産師が精神科既往歴、心理社会的因子を抽出し、心理的支援や育児支援体制の調整が必要な妊婦は、助産師による心理支援外来へ紹介される。専門的なカウンセリングを要する場合には心理士へ紹介され、精神医療が必要な場合は当科へ紹介される。社会資源の紹介や他機関との連携を要する場合にはMSWに紹介される。向精神薬服用中の妊婦は、妊娠後期に「授乳と薬のプランシート」を作成し、まず授乳についての希望を聞き、その後、助産師、産科医、小児科医、精神科医、薬剤師が各々の立場から意見し、薬の影響、病状を勘案し母乳育児が可能かどうか、胎児の状態などから、小児科医が総合的に判断し産科医が妊婦に伝えている。月1回の多職種ミーティングにて、心理社会的支援を要する妊産婦について、現状の確認と方針の検討を通して情報共有を行う。

院内多職種連携体制は充実しつつあるものの、いくつかの課題が見えてきている。授乳と薬のプランシートは妊娠中に作成するため、産後に薬物変更になった際の運用が煩雑であること、院内の多職種連携体制の要となる心理支援外来担当の助産師への教育の問題、心理支援外来を担当する助産師とそうでない助産師のメンタルヘルスに問題を抱える妊産婦に対する対応の違い、同様に周産期メンタルケア外来を担当する精神科医とそうでない精神科医の治療スタンス、薬物療法に関する知識、多職種連携の違いがあげられる。地域の精神医療や母子保健との連携においては、情報共有をいかに円滑に行うか、特に、地域母子保健関係者が産後うつ病を疑った場合の精神科への紹介経路の構築も望まれる。

演者略歴

菊地 紗耶 （きくち さや）

現職：東北大学病院 精神科 助教

2002年 新潟大学医学部卒業

東北大学病院 精神科入局

2004年 東北厚生年金病院 精神科

2005年 宮城県立精神医療センター

2007年 東北大学病院 精神科

2008年 東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野

2012年 東北大学病院 精神科

専門分野：周産期精神医学

総合母子周産期センターにおける周産期メンタルヘルスの多職種連携 助産師の立場から

日本赤十字社医療センター 柳村 直子

昨今、日本の産科医療提供体制の変化により、産褥の入院期間が以前より短くなっている。

精神的支援は長い期間と密な関係性が必要であるため、妊娠期からの関わりがとても大切になってくる。助産師は支援が必要な母親を早期に発見し、支援に繋げていけるようにすることが重要である。そこで当センターでの取り組みを紹介しながら、助産師の役割に考えていきたい。

日本赤十字社医療センターは渋谷区にある総合周産期センターである。年間の分娩件数は3000件を超えており、昨年は1年間で3326件であった。産科外来ではセミオープンシステムを導入しており、受診者数は1日平均188人。その内初診者数の平均は1日15人である。このような産科外来で支援が必要な母親を漏れなく見つけていくため、2013年より自己記入式の「育児支援シート（初診用）（再診用）」を作成し、母親に産科外来初診時および35週時の2回記入してもらっている。初診用は1ヶ月に約300人、再診用は1ヶ月約250人の記入がある。記入してもらったシートを使用して全例助産師面談を実施。そして要支援と判断された母親に関しては、多職種合同で育児支援カンファレンスを開催し、支援内容の確認や決定、および各病棟や他職種への情報提供を行っている。それにより、従来の外来の面談では確認が難しかった内容が、このシートを活用することで話す機会を持つことができ、カンファレンスを実施し、記録に残すことで、他部署・多職種と情報共有ができ、多面的な支援がスムーズに行われるようになった。産後にうつ病になる母親全てが妊娠期からそのリスクがあるわけではないが、まずはリスクを査定し、早期から支援を開始することで産後の発症を軽減することはできていると考えている。

助産師はまず話を聞くことから始める。母親の言葉に耳を傾け、母親にとって本当に求めていることは何か、不安や心配は何か等の心の叫びを発見し、妊娠期から産後まで通して見守りながら関わっていく。そして今の状況とこれからの状況をアセスメントし、必要時は他の専門職に支援を依頼する。母親が欲している支援が継続的に、途切れず繋がるようにコーディネートしていくことが助産師には求められていると思われる。

演者略歴

柳村 直子 （やなむら なおこ）

現職：日本赤十字社医療センター 分娩室・MFICU 副師長

1994年 聖路加国際大学卒業

1998年 日本赤十字社助産師学校卒業

1998年 日本赤十字社医療センター勤務

2015年 同センター 分娩室・MFICU副師長 現在に至る

現在は聖路加国際大学大学院 助産学専攻 修士課程に在学中

国立成育医療研究センターにおける周産期メンタルヘルスの多職種連携 臨床心理士の立場から

成育医療研究センターこころの診療部 辻井 弘美

国立成育医療研究センターにおける周産期センターは、総合周産期母子医療センターとして、産科、胎児診療科、不育診療科、新生児科、産科麻酔科により、ローリスクおよびハイリスクの妊娠・分娩管理と診療を行っている。また、母性内科、不妊診療科、婦人科、女性総合外来からなる母性医療診療部が、リプロダクションに関連する診療を行い、周産期センターと連携をとりながら総合的かつ継続的な医療を実践している。

こうした施設の特徴により、出産を期待する患者の多くが、自身や胎児に様々な身体的リスクを抱え、先の見えない治療過程をたどる。中には望んだ出産を迎えられない場合もある。複雑な家族背景により、リスクのある妊娠・出産を支える身内がいらないこともある。そうした状況は、不安や不眠などの症状の出現や、治療中の精神疾患の悪化、既往疾患の再発や、発達障害がある場合の二次障害を招くリスクになりうる。診療や看護にあたる医療スタッフは、患者の心身の状態に配慮したケアを行う中で、精神面での専門的介入が必要であると判断される場合は、こころの診療部の精神科医や心理士と連携し、適切な治療や支援を提供している。

出産後は、母親の心身の状態のみならず、児の状態、母子を支える家族の状況や育児環境が、健やかな育児のスタートに影響する。ソーシャルワーカーをはじめとする多職種の連携により、母子を囲む家族が協力し合い、地域の資源を能動的に活用して育児をすすめられることを目指し支援を行っている。また、妊娠から出産、そして育児に至るまでを通し、多部門・多職種が必要な医療と心理社会的支援をタイムリーに提供し、退院後は地域へとつなぐ切れ目のないサポートに努めている。シンポジウムでは、連携体制の詳細、今後の課題を含め臨床心理士の立場から報告したい。

演者略歴

辻井 弘美 (つじい ひろみ)

現職：国立成育医療研究センターこころの診療部 心理療法士

1994年 インディアナ大学大学院カウンセリング学科修士修了
1994年～ 東京大学留学生センター・テンプル大学日本校相談室
2006年 California School of Professional Psychology
家族療法修士修了

2005年 Children's Hospital, Outpatient Psychiatry, San Diego
2007年～ 現職
臨床心理士、米国認定カウンセラー、家族療法修士

周産期メンタルヘルス支援における多職種・多機関連携 クリニック看護師の立場から

こころの診療科きたむら醫院 松長 麻美

周産期メンタルヘルス支援においては、母親への支援にとどまらず、児の支援、家族全体の支援も必要となるほか、通常、心理的な支援だけではなく、必要に応じて身体的ケア、育児支援等も並行して行う必要が生ずる。それゆえに、単一の機関や職種のみで十分な支援を行うことは通常困難である。特に、地域の精神科クリニックであればそれは尚更であり、積極的に他機関・他職種との連携を図る必要があると考える。

当院では医師と看護職が医療スタッフとしてクライアントの支援にあたっており、看護職については助産師および母性看護、小児看護、精神看護などバックグラウンドは様々である。看護職は、プライマリナースとしてクライアントを継続して各自担当するだけでなく、それぞれの専門性を生かす形で必要な支援の内容に応じて連携を図り、チームでケアにあたる場合もある。また、当院と院外他機関・他職種との連携として、必要に応じて産科医療機関、担当保健所・保健センター、子ども家庭支援センター、訪問看護ステーション、育児支援サービス等の関連する地域の社会資源およびスタッフと協働し、可能な限り包括的な支援の提供に努めている。連携を図る際には院内・院外に限らず、カンファレンス等によって情報の共有と支援の連続性が保たれるように図っているものの、一方でバックグラウンドの違いや職種、所属機関がそれぞれ異なることなどにより、支援における方向性やゴールの共有、迅速な情報共有と支援の実施、などについて困難が伴うこともしばしばである。本発表では、これら当院での実際を実践の一例として紹介することにより、今後の周産期メンタルヘルス支援におけるより効果的な多職種・多機関連携の進め方に関する検討における何らかの参考になればと考えている。

演者略歴

松長 麻美 (まつなが あさみ)

現職：こころの診療科 きたむら醫院 看護師

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 科研費研究員

2007年 東京大学大学院医学系研究科 修士課程修了

東京武蔵野病院、首都大学東京健康福祉学部勤務を経て

2011年 こころの診療科 きたむら醫院 看護師（現在まで）

2013年 東京大学大学院医学系研究科 博士課程満期退学

2015年 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

科研費研究員（現在まで）

専門分野；精神看護、地域精神保健

特別講演①

「周産期精神医学の過去・現在・未来」

10月31日（土）10時50分～11時50分

《座長》

玉田太郎（自治医科大学名誉教授）

《演者》

岡野禎治（日本周産期メンタルヘルス学会理事長）

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○
座長略歴

玉田 太郎 （たまだ たろう）

現職：自治医科大学名誉教授

仁寿会理事長、総和中央病院 院長

1954年 東大医学部卒業

1960年 群馬大学医学部 助教授

1964年 ハーバード大学 留学(～68)：FSH-LHの免疫学的研究

1975年 自治医大 産婦人科教授、1988年 地域医療学教授兼任

1997年 仁寿会 老健施設長、

2015年 仁寿会理事長、総和中央病院 院長

学会名誉会員：日本産科婦人科学会、日本心療内科学会など

専門医・認定医：日本心身医学会、日本プライマリケア学会など

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○

特別講演①

周産期精神医学の過去・現在・未来

日本周産期メンタルヘルス学会理事長 岡野 禎治

日本周産期メンタルヘルス研究会から学会に移行して1年が経過した。創設から12年目、最近の学術集会における研究発表の質は向上し、内容も多彩になっている。そこで、周産期精神医学の分野を主導してきた先人達の業績を振り返り、さらに未来への展望を述べることは、本学会の今後を考える意味で意義があると思われる。本講演では周産期精神医学の過去と現在の時代的、学問的背景を総説し、さらに本領域の今後の課題について紹介する。

過去

紀元前5世紀、ヒポクラテスの出産後に生じた精神病の記載があるが、産科医による産褥のうつ病の学術的記載は16,17世紀から始まった。18世紀になると、産科医と助産師の教科書に産後の躁病の記載が掲載された。19世紀、近代精神医学の進展と同時に、フランスの精神医, Esquirol やMarcé らは、周産期の精神病の特徴に関して多大な貢献をもたらした。20世紀後半から産褥精神病の特有な病像が各国で注目された。しかし、1990年代以降の国際分類による産褥精神病の特異的な疾病学的な位置づけは消失して、操作的診断基準の時代に入った。

ケアの面では、精神疾患の母親自身にも「親としての自覚」を強化させ、赤ん坊に対する適切な養育能力を促進させる目的で設立された精神科母子ユニットが1948年に英国で創設され、英国連邦で普及した。

現在

今日の周産期精神医学の進展は、1980年に創設された国際学会 Marcé Societyの貢献に帰する。本学会と同様に多職種から構成された学術活動が続いている。1999年からは、Marcé Societyの機関紙でもある、Archives of Women's Mental Healthという国際学術誌が創刊さて、周産期メンタルヘルスに関した主導的な研究発表の場として今日に至る。一方、21世紀に入ると、大規模コホート調査の解析が発表され、周産期の特異的な所見や家族に与える影響などの新たなエビデンスが登場した。

未来

今後の課題は、エビデンスに基づいた知見を臨床に反映して、予防的介入効果が重要であることはいうまでもない。また、高度先端技術による医療の中でも不妊症治療、遺伝子治療に伴う心理的問題なども、今後の課題となるであろう。

演者略歴

岡野 禎治 (おかの ただはる)

現職：三重大学保健管理センター・医学系大学院教授

1980年 三重大学医学部卒業

三重大学病院精神神経科助手・講師を経て、

2006年から 現職

この間ロンドン大学精神医学研究所留学

専門分野：周産期精神医学、女性のメンタルヘルス

会長講演

「論文書き方コツのコツ：まずは“それ”を言ってしまおう！

－ 周産期メンタルヘルスケア論文作成を例にして －

10月31日（土）14時00分～15時00分

《座長》

岡野禎治（日本周産期メンタルヘルス学会 理事長）

《演者》

松原茂樹（自治医科大学産科婦人科学講座 教授）

[illegible]

座長略歴

岡野 禎治 (おかの ただはる)

現職：三重大学保健管理センター・医学系大学院教授

1980年 三重大学医学部卒業

三重大学病院精神神経科助手・講師を経て、

2006年から 現職

この間ロンドン大学精神医学研究所留学

専門分野；周産期精神医学、女性のメンタルヘルス

~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~

会長講演

論文書き方コツのコツ：まずは“それ”を言ってしまう！

－ 周産期メンタルヘルスケア論文作成を例にして －

自治医科大学産科婦人科学講座 教授 松原 茂樹

論文作成には「コツ」がある。論文作成の「成書」に記載されている事項は省き、「コツのコツ」をお話したい。論文で最も重要なことは「言いたいことが腹の底からわかっていること」と「それを先ず言ってしまうこと」である。具体的には、「論文のstructure」と「conclusion first!」が特に重要だ。

A. 文章の段落内配置法

段落の頭に「段落結論文＝トピック文」を置く。

それを「鉄壁防御」する文章群（コンテンツ文）を並べる。コンテンツ文は重要度順に配置し、割くスペースも重要度順。

B. 原著のstructure （2つわかった法）

「発見事項2つ」と単純化してみる。「Aだ」「Bだ」を発見したとする。

話の都合上、

「Aだ」＝「妊娠中のCRP高値は産後うつ病発症を予見した」＝「妊娠中CRPが高値だと産後うつ病になりやすい」。

「Bだ」＝「その予知特性は、これまで知られていたどの検査法（エジンバラscoreなど）よりも優れていた」。

この2つ「Aだ」「Bだ」を発見したと仮定して、論文を書いていこう。種々の精神症状は脳内サイトカイン（炎症mediator）と関連しているから、高CRP値がうつ病発症を予知する可能性は充分あり得る。また、CRP検査は簡便で安価だから、もしも「Aであり、Bである」ことが分かれば大発見だ。きれいに書いて、Lancetにでも受からせたいものだ。

Introduction：known, unknown, problemの3段落で構成。1)既知、2)未知、3)今回の問題＝疑問＝仮説と3段で論題を絞る。第3段は「Aか?」「Bか?」で終了。

Introductionでは「疑問への回答＝発見したこと」は述べてない。

Materials and MethodsとResults：「余計なデータを示さない」「主語（頭にくる言語）は統一させる」。

Discussion：6段落で書くのが一番簡単。

1段：2つわかった。Aだ。Bだ。

2段：Aだ。以下の理由で理屈が立つ（重要度順に文を配置）。“トピック文 先頭”原則と“頭でっかち”法とを駆使する。

3段：Bである。理屈が立つ。

4段：「AだBだ」は今回の疾患（産後うつ病）だけでなく、他疾患（たとえば、うつを主症状とする精神疾患一般）へも「応用できる」(application)、とか、「産後うつ病の本質をあぶり出している（deepen the topic）」、などと一般化（generalization）する。

5段：Limitation。「本研究には落ち度が3つ」。必ず3つ以内にしておく。5つも書いてしまっはいけない。

6段：AとBとがわかった。それは臨床にはこのように有用だ。“含意、意味付け、臨床的有用性で論文終了”。臨床論文の場合には、「臨床に役立つ」を「控えめに述べて論文を終了する」のが一番無難。

Abstract：known, unknown, problemを1文で簡略に書き(Althoughを使うと便利)、方法・結果を正確に書き、AだBだ、と書いて、臨床的有用性で終える。コピペで作成する(この場合、コピペは“良い事”である)。

タイトル：「Aである」を「名詞化したもの」をそのまま素直に据える。研究の結果まで盛り込まれたタイトル(informative titleという)、で名詞で終わるのがオーソドックスで良いタイトルである。「研究」「検討」「ついて」「考察」などで終了するタイトルは避ける。文章タイトルや疑問文タイトルもできれば避けたい(例外はある)。

良い例：

「CRP predicted (the occurrence of) postpartum depression.」なのだから

○ Prediction of postpartum depression by CRP

「妊娠中のCRP高値は産後うつ病発症を予見した。」なのだから

○ CRPによる産後うつ病発症の予見

悪い例：(Xは絶対禁忌。△は場合によってはOKだが初心のうちは採用しない)

X CRPと産後うつ病発症との関連

X CRPと産後うつ病発症との関連に関する検討(研究、について、など)

△ CRPは産後うつ病発症を予知するか？

△ CRPは産後うつ病発症の予知因子である。

C. ケースレポート

メンタルケア領域では他領域に比して、ケースレポートを書くチャンスは少ないので、ここは時間があったら触れることにする。

基本は「原著」と同じ。異なるのは 1) Introは2段でいい。2) Introに「回答」が登場してしまう。3) case部分に再現性は無用。4) Discussionでlimitation paragraphは無用。そして何よりも重要なことは「希有さ加減で勝負」するのではなくて「アイデア新規性」で勝負する。

慣れたら自在に崩してよいがreader-friendlyの視点を忘れない。

補遺：

私と論文：1986年に第1英文原著を書いて以来、2015年7月までに筆頭英語論文を165編書き、多数の共著論文作成に関わり、毎年40編程度の国際誌の査読をしてきた。雑誌編集長を務め、国際誌からBest Reviewer賞とTop Reviewer賞を授与された。論文指導を受ける機会が乏しい僻地医師への論文作成支援のボランティア事業(CRST)を開始し、その支援論文が22編acceptされた。論文作成は自力でやってきた。非常に苦労した。後輩にはこの苦労をさせたくないとの意図で、2冊の本(文献参照)を出版した。本日のお話の中身はこの2冊のエッセンスだ。産科医療全般、ことに産科手術が専門だが、今はmedical writingにも凝っている。

うまくなりたいならコツを知って沢山書く：論文作成には「コツ」が必要だ。自力で頑張る、他力に頼る、成書を読む、いずれもそれだけでは論文を書ける様にはならない。「コツ」を「腹の底から」理解し、まずは論文作成法の基本に忠実に、できるだけ多数の論文（まとめもの）を書いてみる。

英語ができないと英語論文は書けない？：英語なら読者層が世界に広がる。できる限り英語論文を書く様にする。英語論文の場合、「英語という言語」の勉強をしても無意味で、「論文を書きながら英語を使うようにする」。「素振り」でなくて「試合・実戦で鍛える」。論文に登場する英語は限られており、「英語」の勉強に時間をかけるのは無駄。中学高学年程度の英作文(日本語まじりでもOK)が書ければ、あとは英文添削業者に任せた方が話が早い（初心のうち）。むしろCRP predicts depression.程度の短い簡単な文章の方がNativeにとって添削改変は容易である。凝った中途半端な英語が一番厄介。「Aである」を腹の底から理解し、「相手に分からせよう」という強い意志があれば、添削者は容易にeditしてくれる。

流暢な英会話ができて、英文論文を書かない（書けない）人は多数いる。もっと極端な例は、米国人や英国人が書いた論文で、論文の体裁を成しておらず、即刻rejectの論文を多数審査してきた。言語は必要だが、もっと大事なものは「いいたいことがある」「伝達したい心がある」。

日本語で書くなら：第1論文から英語で書く人はまずいない。日本語で書く場合には、できるだけ主語述語の関係がわかるような、短い文章を書く。「とともに」とか「ならびに」などで文章を無理に長くしない。「その日本語を翻訳したらきれいな英語になるか？」と考える。要するにsimple and straightな日本語を短文で書く。そうすれば、それがそのまま英語になる。要は「英語の前に日本語」。日本語をきれいに書けない人には英語論文は難しい。母国語をおろそかにする人に英語は書けない。言語とはそういうもの。

松原法にこだわらない：最初の10編くらいは、松原法（2つわかった法）を参考にして書いておいて間違いはない。ある程度書ける様になったなら、自分流を確立する。全部の論文が松原法採用では「気持が悪い」。

文献

松原茂樹 「うまいケースレポートの作成のコツ」 東京医学社 2014年

松原茂樹、大口昭英、名郷直樹 「臨床研究と論文作成のコツ」 東京医学社 2011年

演者略歴

松原 茂樹 （まつばら しげき）

現職：自治医大産婦人科主任教授

同 総合周産期母子医療センター長

同 生殖医療センター長

同 臨床研究支援センター副センター長（論文作成支援担当）卒業生の論文作成支援活動(CRST)132名の代表。

1979年 自治医科大学卒業

1979-1984 東京都島嶼（とうしょ）診療所勤務（診療所長）。Dr コトーの先駆け。

1984-1988 自治医大産婦人科大学院 電顕研究で医学博士取得

1988年 自治医大産婦人科 助手。講師、助教授を経て

2002年から同教授。現在に至る。

専門分野：産科全般、産科新規手術開発、電顕細胞化学など
これまでに筆頭英語論文160編を執筆した。

シンポジウム②

「妊娠・産褥期のうつ病に対する職種間連携の役割と問題点」

10月31日（土）15時00分～16時30分

《座長》

宗田 聡（広尾レディース）

岡島美朗（自治医大さいたま医療センター）

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～
座長略歴

宗田 聡 （そうだ さとし）
現職：医療法人HiROO理事長・広尾レディース院長

1988年 筑波大学医学部卒業
1996年 筑波大学産婦人科講師
1999年 米国タフツ大学遺伝医学留学
2004年 茨城県周産期センター長
2006年 パークサイド広尾レディースクリニック院長
2012年より現職

専門分野；周産期医療、出生前診断、遺伝医学、
Women's Health、医療倫理、医療IT

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

岡島 美朗 （おかじま よしろう）
現職：自治医科大学附属さいたま医療センター精神科教授

1988年 山梨医科大学卒業、自治医科大学精神医学教室勤務
1995年 自治医科大学大学院卒業
精神医学教室助手、講師を経て、
2010年 自治医科大学附属病院緩和ケア部准教授
2015年 自治医科大学附属さいたま医療センター精神科教授

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

産婦人科における妊娠・産褥期のうつ病

広尾レディース 宗田 聡

一昔前に比べると、産後うつという言葉もある程度は一般化してきて、多くの場面で耳にしたり、情報として入ってくるように変化してきました。また、妊娠中からのうつ病に対しても少しずつ認識が広まりつつあります。しかし、一方で少子化や妊婦の高齢化、妊娠管理の高度化などに伴い、多くの周産期医療機関ではより高次機関に妊婦が集まるようになり、年々分娩数が減少しているにもかかわらず、総合病院や大学病院などの分娩数は1.5倍から2倍と増加している不思議な現象になっています。そのため、多くのハイリスク妊婦を扱っている施設ほど、身体的な管理やケアには時間や人手、注意がかけられますが、メンタルに関してはまだまだ対応が不十分な状況です。

ハイリスク妊婦の場合、産後うつのリスクも高い傾向があります。例えば、帝王切開分娩もリスク因子の一つではありますが、その帝王切開分娩が今や4人に1人におこなわれている現状を考えると、産後のメンタルヘルスケア対応だけでなく、1人1人の妊娠中から、あるいは不妊治療などの夫婦に対しては妊娠前からの十分な情報提供が今後非常に重要になってくると思われます。

産後は分娩医療機関を退院してしまうと、その後、どこで体調管理やフォローをしてもらえばよいのかがはっきりしていません。分娩医療機関はあくまでも医療を行う施設であるため、なかなか病気になる前の体調不良の段階から介入していくことが難しいのが現状のようです。地域毎に産後自宅に戻った母親のメンタルヘルスケアをどう支えていくのかを、産婦人科のみならず、精神科や保健所、地域の様々なサポート団体などとシステム構築について検討していく必要に迫られていると思われます。

演者略歴

宗田 聡 (そうだ さとし)

現職：医療法人HiROO理事長・広尾レディース院長

1988年 筑波大学医学部卒業

1996年 筑波大学産婦人科講師

1999年 米国タフツ大学遺伝医学留学

2004年 茨城県周産期センター長

2006年 パークサイド広尾レディースクリニック院長

2012年より現職

専門分野：周産期医療、出生前診断、遺伝医学、
Women's Health、医療倫理、医療IT

助産師が妊娠・産褥期のうつ病に対してどのように対応しているか

埼玉医大総合医療センター 小澤 千恵

近年、わが国の社会構造の変化によって、養育環境は著しく変化し、母親の育児不安やこころの問題が顕在化してきている。周産期うつ病は、妊娠期も産褥期もその発症率の高さはほとんど変わらず、約10%の女性が妊娠期、産褥期のそれぞれで何らかの精神疾患を発症するという報告がなされており、産後だけでなく、妊娠期からのケアも重要となってきている。また、産後うつ病は、発見、治療が遅れると、生活能力や育児能力が低下し、乳幼児を含めた家族に大きな影響を及ぼすため、近年、予防的介入も数多く行われるようになってきた。このような周産期うつ病のケアにおいては、心理的社会的ハイリスク妊産褥婦をできるだけ早期に把握することが大切となるため、支援を必要とする女性と出会う機会が多い助産師の存在は欠かせないと言える。

また、助産師は、妊娠期から産褥期までの女性に継続した様々な支援を行っており、特に、周産期にある女性に対して密に関わることでできる助産師が、メンタルヘルスケアを行うことの効果は高く、その期待も大きい。周産期ケアを行う助産師は、心身のリスクを十分に把握し、必要時適切な医療機関への橋渡しをすることともに、予防的・治療的な関わりをすることも求められている。そのためには、助産師が周産期うつ病を発見する能力を身に着けることは不可欠であり、それと同時に共感的な対応で接することや相手のペースで話をするなどの技術を向上させることも大切となる。助産師が質の高い心理援助を行うことは、周産期にある女性のみならず、乳幼児や家族にとってもより良い未来へとつながると考えられその意義も大きい。

そこで、今回は、妊産褥婦と接する機会の多い助産師が妊娠・産褥期のうつ病にどのように対応する必要があるのかについて考えていくこととする。

演者略歴

小澤 千恵 （おざわ ちえ）

現職：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
母体胎児部門助産師主任

1995年 埼玉県立衛生短期大学助産学専攻科卒業。

埼玉医科大学総合医療センター就職

2010年 聖路加看護大学大学院修士課程修了

2013年 日本周産期メンタルヘルス学会評議員

妊娠・産褥期のうつ病と精神科医の関わり

自治医科大学精神医学教室 須田 史朗

近年の疫学調査の報告から、妊娠中の精神的問題は胎児の健全な生育に悪影響を与える可能性があることが指摘されている。また、母親の産後うつ病は子どもの言語発達の遅滞と有意に相関することも報告されている。しかし、妊婦中の精神疾患に対する薬物療法は胎児への影響の懸念、倫理的問題から十分に検討されていない現状がある。妊娠中の選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRIs）の使用については近年大規模な疫学研究の報告が続いているが、肺高血圧症、自閉症との関連を示唆する結果、児の頭囲の減少と早期産のリスク増加との関連を指摘する結果が示されている一方で、SSRIsの投与と死産率や新生児期の死亡率の増加との関連を否定する報告も続いており、その安全性については一定の見解が得られていない。しかしながら、未治療のうつ病を合併する妊婦では胎児発育の遅延傾向が生じるのに対し、SSRIsの投与によりうつ症状が改善した妊婦では胎児発育の遅延は生じないとの報告もあり、うつ病の活動性の症状自体が有害である可能性が指摘されている。他方、専門家の介入自体が妊娠中の抑うつ状態や産後うつ病に対する予防効果を持つことも示唆されており、臨床家には症例ごとにリスク／ベネフィットを考慮し、状態に応じた適切な治療を選択するということが求められている。そのため、産科—精神科間の職種間連携の重要性が増している。自治医科大学附属病院では多職種間チームによる「育児支援の会」を立ち上げ、月一回の定期的なカンファレンスを続けている。対象となるのは精神科疾患を合併する妊産婦や、心理社会的問題を抱えている妊産婦であり、適切な養育が行われるよう専門的支援を行っている。わが国では、産科—精神科の連携領域における人的資源の投入が十分と言える状況にならないため、今後の発展が期待される。

演者略歴

須田 史朗 （すだ しろう）

現職：自治医科大学精神医学教室 主任教授

1996年 東北大学医学部卒業

2003年 自治医科大学大学院卒業、エール大学分子精神医学部門

2006年 浜松医科大学精神医学講座助教

2011年 自治医科大学精神医学教室講師

2015年 同教授、現在に至る。

専門分野；気分障害、産後うつ病、分子精神医学、疫学

地域における妊娠・産褥期のうつ病の職種間連携の問題点

横浜市こども青少年局こども家庭課 近藤 政代

妊婦の出産年齢の高齢化が急速に進行してきたことから、産後は実家へ里帰りしてケアを受けるといったこれまでの親族によるケアが望めないケースが増加してきている。また、出産施設の産後の入院期間も年々短縮化され、女性自身の体調の回復や育児技術の修得、母乳育児に慣れるまでの十分な時間を出産施設で過ごすことができないまま退院する傾向がみられる。さらに、4人に3人の母親は自分の赤ちゃんが生まれる前に赤ちゃんに触れる機会がないまま出産し、夫婦ではじめての育児に向き合わなければならない状況で、妊娠中から育児不安を訴える妊婦は約6割となっている。

産後うつ病の予防という観点から妊娠・出産・産後の支援について、横浜市が取り組んでいる妊娠・出産包括支援事業（妊娠届出時の看護職による全数面接の実施と支援が必要な方への継続的な支援、産前産後サポート事業、産後ケア事業）及び「要養育支援者情報提供書」を用いた医療機関との連携システムについて紹介する。

産後うつ病の予防と早期発見・支援には、精神疾患の既往のある妊婦について妊娠中から出産後を予測して予防し、支援関係機関や関係者が連携して家族を支えるシステムを構築する必要がある。

演者略歴

近藤 政代 （こんどう まさよ）

現職：横浜市こども青少年局こども福祉保健部こども家庭課
親子保健担当課長

- 1983年 神奈川県立看護教育大学校保健学科卒業
横浜市役所入庁、緑・青葉区等保健所、衛生局、
福祉局で地域保健、介護保険等に従事
- 1996年 国立公衆衛生院専攻科を経て
係長、課長補佐として旭区、港北区、健康福祉局で
高齢者保健、地域福祉、特定健診等に従事
- 2009年 瀬谷区こども家庭支援課課長を経て
- 2014年 こども青少年局こども家庭課 親子保健担当課長
現在に至る

教育講演

「向精神薬の乳汁移行と母乳育児支援」

10月31日（土）16時45分～17時45分

《座長》

桑田知之（自治医科大学産科婦人科学）

《演者》

伊藤直樹（帝京大学小児科、妊娠と薬情報センター）

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～
座長略歴

桑田 知之 （くわた ともゆき）

現職：自治医科大学総合周産期母子医療センター 准教授
佐野厚生総合病院 産婦人科 主任部長

1996年 自治医科大学卒業

出身の宮城県で初期研修、地域勤務に従事。

2004年 自治医科大学大学院 修了

2009年 自治医科大学総合周産期母子医療センター講師

2014年 自治医科大学総合周産期母子医療センター准教授

2014年 佐野厚生総合病院産婦人科 主任部長

専門分野：周産期医学、超音波診断学、超音波の安全性

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～

向精神薬の乳汁移行と母乳育児支援

帝京大学医学部附属病院小児科、
国立成育医療研究センター 妊娠と薬情報センター 伊藤 直樹

「母親が飲食したものが母乳に出ること」は一般に認識されており、服薬中の母乳に関して相談を受けることは多い。問題は母乳に移行するのではなく、新生児に有害なことが起きるかどうかがである。母乳の利点を失ってまでも、あえて牛の乳である粉ミルクを選択するに値するかが問われている。

向精神薬をはじめほとんどの薬剤は、服薬だけを理由に母乳を積極的に中止する必要はない。薬理学的によく知られているM/P比（乳汁血漿移行比）は母乳への移行の割合に過ぎず、高いM/P比と母乳育児の可否は関連しない。かわりに、相対乳児摂取量

（RID）は理解しやすい。相対とは、「母体体重あたりの投与量と比較して」という意味である。薬効薬理作用は用量に依存するため、RID < 10%は母体量の10%未満として、少ない暴露量と理解される。ベンゾジアゼピン系薬物やSSRIなどもRID < 10%がほとんどであり、逆に中止に値する有害な報告は非常に少ない。

こうした服薬をしながらの母乳育児は、母親が希望する場合に限られる。授乳は一日に何度も継続的に必要とするため、母親が十分に納得する必要があるからである。またその後も、乳児の成長発達フォローアップが必須である。このときに、母親の健康状態が母乳育児を継続できそうなことを把握する。特に精神疾患合併授乳婦においては、連日の授乳行為そのものが大きな負担となり、基礎疾患を増悪させることもある。母乳育児の期間をその都度決めていく、完全母乳ではなく混合栄養を指導する、関連する診療科との連携をとるなど、症例ごとのきめ細やかで柔軟な支援が必要である。

私たちに求められているのは、合併症と向き合い悩みながらようやく妊娠・出産し、時に服薬する自分を責めながら母乳育児を希望する想いに対し、「医療従事者側の漠然とした不安」で切り捨てるのではなく、「そっと寄り添い支援する姿勢」であると考えている。

演者略歴

伊藤 直樹 （いとう なおき）

現職：帝京大学医学部附属病院小児科 講師

国立成育医療研究センター 妊娠と薬情報センター非常勤医師

1995年 金沢大学医学部卒業

東京大学医学部附属病院小児科などを経て

2003年 国立成育医療研究センター新生児科

2005年 妊娠と薬情報センター（現在まで兼任）などを経て

2015年4月から現職

専門分野；小児科学、新生児学、臨床薬理学（授乳と薬）

シンポジウム③

「多職種の視点からみた出生前診断の周産期メンタルヘルス」

11月1日（日）9時00分～10時30分

《座長》

清野仁美（兵庫医科大学）

西郡秀和（東北大学）

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

座長略歴

清野 仁美 （せいの ひとみ）

現職：兵庫医科大学精神科神経科学講座 講師

2000年 兵庫医科大学医学部卒業

2007年 兵庫医科大学医学部大学院卒業

医学博士、精神保健指定医、日本精神神経学会専門医、
臨床心理士

専門分野；周産期精神医学

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

西郡 秀和 （にしごおり ひでかず）

現職：東北大学病院周産母子センター准教授

1993年 群馬大学卒業

群馬大学産婦人科関連施設で臨床&研究に従事

2004年 Western Ontario大学産婦人科（カナダ）

2008年 岩手医科大学産婦人科講師

2011年 東北大学産科講師

2014年 東北大学環境遺伝医学総合研究センター准教授

専門分野；周産期医学、子宮内外環境と子どもの脳機能発達
災害と周産期メンタルヘルス、遺伝カウンセリング

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

家族と共に赤ちゃんをチームで見守る～胎児緩和ケアを基盤に～

大阪医科大学附属病院看護部

宮田 郁

近年、胎児診断・胎児治療技術の進歩によって、子宮内の状況を医学的により把握できるようになっており、新型出生前診断（non-invasive prenatal test : NIPT）がクローズアップされている。2014年に改訂された『産婦人科ガイドライン』によると、「出生前診断とは胎児健康上知あの評価を行い妊娠中にする一群の診断や調査（通常の超音波検査等も含む）のことを指す」とされていることから、NIPT等に限らず常に出生前診断は実施されている。また、現在の母体保護法では、胎児側の理由での人工妊娠中絶は認められていないが、法の拡大解釈によって、実際には出生前診断の結果を受けた中絶は実施されており、胎児の人権の尊厳をどのように考えるかということが課題となっている。

当院は、大学病院であり、地域周産期母子医療センターとしての役割を担っており、様々なハイリスク妊婦が紹介受診となる。先天性心疾患の手術を積極的に行っていることから、出生前診断によって早期から分娩方法や分娩直後の対応等を検討することができるという視点では、出生前診断の意義は高いといえる。しかしながら、胎児異常を指摘されて紹介される多くの母親や家族は、危機的な状況で受診している。しかも、その後羊水検査を受けるか否かを決めたり、結果によって赤ちゃんの見守り方を決めたりと非常に多くの意思決定を余議なくされる。当院に紹介して受診に来られる母親からは「普通に妊娠して、普通に産まれて来てくれると思っていたのに…」という言葉が聴かれる。当院では、このような母親や家族への心理的サポートを初診時から行えるよう、心理的サポートを専門とする演者がハイリスク外来で陪席し、チームで関わっている。その際大切にしているのは、2004年にLeutherが提唱した「胎児緩和ケア」の概念である。

今回は、当院での出生前診断を受ける母親・家族へのチームでの関わりを紹介し、事例を通して出生前診断における周産期メンタルヘルスについて検討したい。

演者略歴

宮田 郁 （みやた いく）

現職：大阪医科大学附属病院 看護部

リエゾン精神看護専門看護師（看護師長代理）

大阪医科大学看護学部看護学科 臨地教育講師

1989年 京都女子大学家政学部児童学科卒業

10年の一般企業勤務を経て大阪医科大学附属看護専門学校入学

2003年 大阪医科大学附属看護専門学校卒業 同病院入職

2009年 退職後兵庫県立大学大学院看護学研究科入学

2011年 兵庫県立大学大学院看護学研究科修了

大阪医科大学附属病院再入職

日本看護協会専門看護師認定審査合格

2014年 大阪医科大学看護学部 臨地教育講師

専門領域；リエゾン精神看護

母体血を用いた新しい出生前遺伝学的検査（NIPT）希望の動機 背景にあるもの

宮城県立こども病院 産科
東北大学大学院医学系研究科先進成育医学講座胎児医学分野

室月 淳

妊婦とそのパートナーはどのようにしてNIPTの情報を得て、それをどのように受けとめ、だれが、なにを基準に検査を受けることを決定していくのだろうか？ 検査を受ける受けないを決めるまでの経過はどうなっているのか？ このことについてはまだ多くが語られていない。当院を受診した妊婦さんのアンケートでは、動機としては高齢妊娠に不安を感じてというものが多く、全体の90%を占めている。ついで染色体疾患児の既往分娩歴が5.5%、超音波検査や母体血清マーカー検査でハイリスクを指摘されたためが4.2%となっている。いわゆる「高齢妊娠」によるものが圧倒的である。

妊娠前からNIPTの存在を知っていたのは妊婦が8割、夫が6割程度であり、メディアなどをとおして情報を得る機会が多く、一般における関心の高さが窺われる。しかし皮肉なことに、メディアの多くがNIPTにたいして慎重な姿勢で報道をしているにもかかわらず、その報道そのものが検査の宣伝として大きな効果をあげていること、また「高齢妊娠」という単語が独り歩きしていて、「35歳以上で妊娠したらNIPTを受けるべき」というメッセージとして捉えた女性が多いようだった。ここでのキーワードは「不安」であり、検査を受け異常のないことを確認して安心したいと述べるカップルが多かった。しかしこれはもともと不安があるからNIPTを選択したというよりも、メディアなどでNIPTについて知ったためにはじめて自分の妊娠に不安が生じたという側面がありそうである。

NIPTには倫理的に問題があると感じているカップルもある一定の割合で存在している。ここで出生前診断と切り離して考えられないのが選択的中絶の是非の問題である。これに対するこたえは「自己決定の尊重」であるが、それは具体的には「検査はいかなる形においても強制的ではなく自発的におこなわれ、検査を受けたカップルの自己決定により以後のことが決められる。検査の前後にはじゅうぶんな説明とカウンセリングがおこなわれ、そのカウンセリングには一切の指示的要素がはいってはいならない」ということになる。

NIPT外来に予約受診したカップルのうち、検査前の遺伝カウンセリングにより最終的に検査を受けなかったのは6.8%で、それ以外の93.2%は検査を受けていた。しかしくわしく聴取すると、1/3近くの女性が実家の母親と相談していて、なかには検査費用の援助をしてもらっているカップルも少なくないという事実があった。NIPTは高額（20万円程度）な費用がかかることが受検にたいするひとつの障壁として作用していることはまちがいない。このきわめて日本的ともいえる現象は、検査を受けるにあたっての自己決定に影響するファクターとなっていそうである。

このように検査を受けることの意志決定過程には、メディアによってつくりあげられ啓蒙された「不安」といったものや、他者でありながら大きな影響力をもつ「実家」の存在といったさまざまな因子の存在が推測される。出生前診断の医療技術の急速の進展とともに、現代社会の状況も大きく変化しつつある。NIPTについての情報は主としてメディアをとおして伝えられており、その内容が適切であるかは不明である。NIPTをはじめとした出生前診断についてプライマリの主治医から適切な情報提供と、カップルの主体性をもった自己決定が望まれるが、そのためには社会的に広く遺伝リテラシーを共有する必要があると考えられる。

演者略歴

室月 淳 （むろつき じゅん）

現職：宮城県立こども病院産科 部長

東北大学大学院医学系研究科先進成育医学講座胎児医学分野 教授

1986年 東北大学医学部卒業

山形県立中央病院初期研修をへて

1989年 東北大学病院産婦人科

1993-96年 カナダ・ウェスタンオンタリオ大学ローソン研究所留学
岩手医大産婦人科講師、東北大産婦人科講師、准教授をへて

2009年 宮城県立こども病院産科 部長

2010年 東北大学大学院医学系研究科先進成育医学講座（連携講座）
教授併任

専門分野；胎児診断・治療、臨床遺伝学、超音波医学

こどもの命の輝きを家族と考え寄り添う周産期連携医療

埼玉医科大学総合医療センター

埼玉医科大学総合周産期医療センター新生児科

側島 久典

新生児科スタッフにとって重篤な経過が予想される「出生前診断」は、家族を交えながら子どもの命にどう向き合うかを問いかけてくれる。出生前診断には、ある日超音波検査で突然胎児の異常を指摘され、極めて重篤な合併症、染色体異常などと宣告される「受動的」なものと、NIPTなど、妊娠が判明した時点で妊婦、家族からの「能動的」な要望で検査を行い、結果を判断する場合は挙げられる。私たち新生児を扱う医療者にとって分娩、出生での立会が1つの重要なポイントであり、出生前診断から、出生時に明白に救命蘇生をしなければ死に至ることが強く予想される場合、どのように子どもの命を考え、家族が受け入れられる形で医療を進められるかが重大な課題となる。圧倒的に受動的診断例が多くを占める。出生前診断の情報共有と、子どもの命への対応が周産期スタッフ間で事前の検討が望ましいのは明白と思われる。出生時に救命の為に気管挿管の可否を含む出生前ICは産科、新生児科、臨床心理士の同席で行っており、近年同様の施設が増えている。毎週開催される産科麻酔科、産科、新生児科、小児外科合同カンファレンスで情報交換を行い、対応とその結果が共有される。両親の希望を交えた出生前の話し合い内容は、新生児科医師、NICUナースカウンターに提示し、子どもの救命蘇生を希望されない場合、分娩室での看取りもある。複数回のICとなる場合もあり、中には、自力で生命維持が可能となる場合、または救命蘇生を希望した場合の、その後の児の臨床イメージ、更に退院はどのような状態で行われるのかを問われた症例もあった。出生前診断は、子どもの実像がなく、出生時に両親の意向を再確認しながらの医療となる。更には亡くなった症例への振り返りを定期に開催することで、新たな家族の事情が明らかになることもあり、このような追跡も含めた子どもの命の輝きを感じられる周産期の医療連携を目指したいと考えている。

演者略歴

側島 久典 (そばじま ひさのり)

現職：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 新生児科教授

1978年 名古屋市立大学医学部医学科卒業

名古屋市立城北病院小児科、
名古屋市立大学小児科助手を経て

1994年 名古屋第二赤十字病院小児科部長、新生児センター長

2003年 名古屋市立大学大学院医学研究科・先天異常・
新生児・小児医学分野 講師

2005年 川崎医科大学新生児科学 教授

2007年より 現職

専門分野：新生児学（HIEにおける病態）、
新生児のQOLに関する研究、周産期の精神保健

出生前診断における心理社会的問題

兵庫医科大学精神科神経科学講座 清野 仁美

無侵襲的出生前遺伝学的検査（non-invasive prenatal genetic testing ; NIPT）の導入により、今後、出生前診断を受ける妊婦が増加することが予測される。進歩した診断技術は、「知る権利」によって得られる情報を増加させるが、時には「知らない権利」まで脅かすことがある。出生前診断における選択肢は多様化し、玉石混淆の情報過多社会において、胎児の命を巡る判断は困難を極めるにもかかわらず、妊婦と家族は限られた時間の中で選択することを余儀なくされる。自律性を尊重した意思決定のプロセスだからこそ当事者の心理的負担は非常に大きい。

出生前診断を受けること自体、罪悪感を抱える妊婦は少なくない。この罪悪感は意識下、無意識下にかかわらず出産後も持続していることがある。また、確定診断によって胎児の障害が告知された場合、障害受容過程の初期段階で妊娠継続か否かの選択を余儀なくされるが、まだ見ぬ児の姿や産後の生活を想像するしかない状況下において、必然的に不安が増大し、抑うつ的となる傾向がみられる。さらに、人工妊娠中絶を選択した場合、当事者は心理的援助を受け難く、喪失に伴う悲哀が複雑化していることがある。同時に、出生前診断における判断や、児の治療方針、養育方法をめぐって、夫婦（パートナー）間や家族間において互いの役割期待にずれがみられ、非適応的なコミュニケーションパターンの中で不和に陥っている場合がみられる。これらの対人関係状況もまた妊婦に無力感や孤独感を与え、抑うつに至ることがある。

このように出生前診断をめぐって妊婦は心理的危機状況に陥りやすく、抑うつをもたらす。本邦における心理社会的支援体制はいまだ十分でない。出生前診断の本来の意義である児の障害をあらかじめ知り、医学的にも心理社会的にも児を迎える準備を整えることが現状では困難な状況にある。当事者が自己決定をなすよう心理社会的背景に配慮した支援体制の構築が急務であると考えられる。

演者略歴

清野 仁美 （せいの ひとみ）

現職：兵庫医科大学精神科神経科学講座 講師

2000年 兵庫医科大学医学部卒業

2007年 兵庫医科大学医学部大学院卒業

医学博士、精神保健指定医、日本精神神経学会専門医、臨床心理士

専門分野：周産期精神医学

特別講演②

「母親の愛情深い養育が、乳幼児の脳の健全な発達に不可欠である ―Resilienceを身に着ける―」

11月1日（日）13時10分～14時10分

《座長》

田中光臣（栃木県産婦人科医会 会長）

《演者》

木下勝之（日本産婦人科医会 会長）

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～
座長略歴

田中 光臣 （たなか みつおみ）
現職：栃木県産婦人科医会 会長
マイクリニック たなか 院長

昭和58年 獨協医科大学卒業
獨協医科大学産科婦人科学教室入局
平成5年 獨協医科大学産婦人科 講師
平成14年 下都賀総合病院産婦人科 医長
平成16年 マイクリニック たなか 開業
平成22年 宇都宮産婦人科医会 会長
平成27年 栃木県産婦人科医会 会長

専門分野；女性スポーツ医学

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～

特別講演②

母親の愛情深い養育が、乳幼児の脳の健全な発達に不可欠である — Resilience を身に着ける —

日本産婦人科医会 会長 木下 勝之

わが国のみならず、諸外国においても、児童虐待やネグレクトは、年々増加しており大きな社会問題となっている。その予防対策として、妊産婦の時代から、母親の子に対する心の問題を抱えるハイリスク群を早期に発見し、産婦人科医師、助産師等の支援だけでなく、精神科医の適切な対応の重要性は論を待たない。日本産婦人科医会が、国の財政的支援も含め、妊婦健診の時から、妊産婦の心のケアにも意を用いることを計画していることから、本講演では、メンタルヘルスカケアに不慣れな周産期を担当する関係者が考慮すべき精神科的面接の方法とその指導の内容につき述べる。

わが国の児童相談所での児童虐待の相談対応件数は、年々増加し、平成24年では、66807件にふえており、毎年、7000件も増加している。

乳幼児の脳の機能をつかさどる神経回路の形成は、遺伝子と環境に影響され、繰り返される脳の活動でこの回路は確立していく。具体的には、子供の脳の健全な発育は、両親あるいは親の代わりをする大人が、愛情をもって子供を養育することに、子供がそれに反応して生活する、この相互作用によって、出来上がっていくことが、わかっている。

例えば、親から毎日侮辱を受け、暴言を吐かれた子供たちの脳のMRIを調べた結果では、そうでない同世代の子供の脳に比し、聴覚をつかさどる側頭葉の上側頭回が委縮していると報告されているように、虐待による強いストレス等を乳幼児期に受けると、大人になっても消えない脳の構造上、機能上の傷が残ることが証明されている。

WHOの児童虐待予防対策の詳細が指摘するように、すでに、乳幼児・児童虐待が始まってから母親や両親教育などにより手助けをするのでは遅すぎるのであり、妊娠中の妊婦に対するメンタルヘルスのサポートこそ、その基本になることを理解しなければならない。

そこで、妊産婦メンタルヘルスに参画する産婦人科医、助産師等が学ぶべきことは、① 心の問題や病をかかえた妊婦との面接が基本になることから、その方法に関して、「甘えの構造」の著者であり、精神科医の指導者であった土居健郎氏の考え方を身につけること。② 乳幼児が心の問題を起こす場合の対応は、母—乳幼児は一体であり、その関係性障害の本質を理解し、母親に愛着形成の援助を与えること。

③ Center on the developing child of Harvard University (Prof. Jack Shonkoff)
では、子供の心の成長過程において、最も重要なことは、母親は、子に対して、
Resilience を育てる役割があることを理解させることであると提唱している。
Resilience (回復力) と adaptive response (適応力) とは、乳幼児や児童の心の健康
な発育にとって最も重要な逆境に耐え、乗り切る力である。

演者略歴

木下 勝之 (きのした かつゆき)

現職：日本産婦人科医会 会長
成城木下病院 理事長

1966年 慶應義塾大学医学部医学科卒業
1968年 東京大学医学部産婦人科学教室入局
1976年 スウェーデン、カロリンスカ研究所化学教室
(Bengt Samuelsson教授)へ留学
1981年 東京大学医学部産婦人科学教室講師
1985年 埼玉医科大学総合医療センター産婦人科助教授
1989年 同教授
2000年 埼玉医科大学総合周産期母子医療センター副所長
2001年 順天堂大学医学部産婦人科学教室主任教授
2006年 順天堂大学医学部産婦人科学教授主任教授 退任
医療法人社団久折会成城木下病院 理事長
日本産科婦人科学会 名誉会員
順天堂大学医学部客員 教授
2012年 日本産婦人科医会 会長

シンポジウム④

「新生児虐待の発生メカニズムと養育支援

ー よりよい制度の構築に向けて」

11月1日（日） 14時20分～15時50分

《座長》

新井陽子（北里大学看護学部）

北村俊則（きたむら醫院）

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○
座長略歴

新井 陽子 （あらい ようこ）
現職：北里大学看護学部生涯発達看護学
（母性看護学・助産学） 准教授

1992年 北里大学看護学部卒業
1992年 北里大学病院助産師
2008年 北里大学大学院後期博士課程修了
2008年 北里大学看護学部講師
2011年 同准教授、現在に至る
専門分野；助産学、母性看護学、

周産期メンタルヘルスケア、家族看護学

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○

北村 俊則 （きたむら としのり）
現職：北村メンタルヘルス研究所 所長
こころの診療科 きたむら醫院 院長
北村メンタルヘルス学術振興財団 代表理事

1972年 慶応義塾大学医学部卒業
慶応義塾大学医学部精神神経科、精神医学研究所附属
東京武蔵野病院勤務、英国バーミンガム大学精神医学
教室並びにバーミンガム市オールセイン ツ病院、
国立精神衛生研究所（現国立精神・神経医療センター
精神保健研究所）、熊本大学大学院教授を経て現職

英国王立精神医学会会員資格、英国王立精神医学会フェロウ資格、
ワシントン大学（セントルイス）客員教授

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○

早期児童虐待の原因とメカニズム

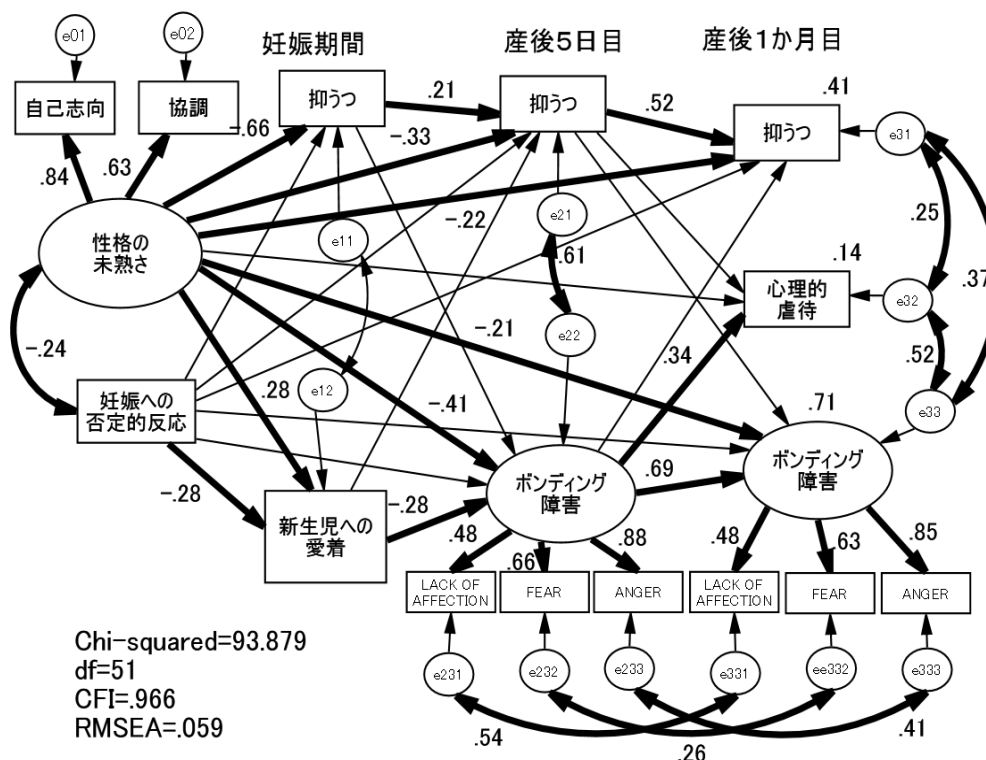
－虐待の可能性のある妊婦を未然に支援するために－

文京学院大学 大橋 優紀子

近年、児童虐待予防を目的とし、エジンバラ産後うつ病質問紙（EPDS）等を活用し母親のメンタルヘルスのスクリーニングを実践している自治体・産科医療施設が増加している。しかし産後うつ病をEPDSで発見することは、児童虐待を未然に防ぐことにつながるだろうか。

産後のうつ病と新生児虐待との関連を指摘する論文は多い。しかし産後うつと虐待には、背景のリスク因子に共通するものが多いことや、母親が他の症状を合併している可能性も考慮しなければならない。

図は、発表者らが、妊娠中から産後早期までの縦断データを、共分散構造分析を用いて検討したものである。対象は 2011 年 11 月に熊本県の 18 の産科医療施設を受診した妊婦 1442 名のうち、エントリー時、産後 5 日、産後 1 か月の全調査時に回答の得られた 234 名であった。



早期児童虐待の原因とメカニズム

－虐待の可能性のある妊婦を未然に支援するために－

文京学院大学 大橋 優紀子

(前ページより続く)

産後 1 か月時の、抑うつ、心理的虐待、ボンディング障害はそれぞれ相互に関連していた。しかし縦断的にみると産後 5 日目のボンディングから産後 1 か月の心理的虐待に向かって有意なパスが示されている一方で、産後うつから心理的虐待へのパスは有意ではない。すなわち、産後うつと心理的虐待とボンディング障害は併存しやすいが、産後うつは産後1か月の心理的虐待を予測しなかった。虐待を予測していたのは、うつよりもむしろボンディング障害だったのである。さらに、本モデルによる虐待的育児の説明率はわずか14%である。産後うつやボンディング（そしてそれを經由して虐待へ）に同時に影響を与えている、別の因子の存在に注意を払わなければいけないことがわかるであろう。

EPDSだけではハイリスクな母親のスクリーニングには足りず、児童虐待の予防対策としては十分ではない。それでは何をアセスメントするべきだろうか。どのようなシステムが必要であろうか。本発表では、先行研究の知見を紹介することを通して、現行の支援の実態に問題提起をし、フロアの方々と一緒に考えていきたい。

演者略歴

大橋優紀子（おおはし ゆきこ）

現職：文京学院大学保健医療技術学部看護学科 准教授

1997年 東京医科歯科大学保健衛生学科看護学専攻 卒業
慶應義塾大学病院、東京医科歯科大学医学部附属病院を経て、

2006年 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科
総合保健看護学専攻 小児・家族発達看護学分野博士
(前期) 過程修了、

2012年 同 博士(後期) 課程 修了、博士(看護学)

こころの診療科きたむら醫院、
東洋大学ライフデザイン学部(兼任講師)等を経て
、2015年より現職

専門分野：乳幼児期・周産期のメンタルヘルス、母子相互作用、
ボンディング障害、育児支援プログラム

特定妊婦の養育支援体制

自治医科大学産科婦人科学講座 薄井 里英

当院は総合周産期母子医療センターであり、医学的ハイリスク妊娠を多数扱っている。また地域の中核病院でもあることから社会的ハイリスク妊娠症例も多く、特定妊婦（出産後の養育について出産前において支援を行うことが特に必要と認められている妊婦）の支援にも力をいれている。

2012年4月から2016年3月までの2年間で当院で出産した患者2136人のうち特定妊婦として支援したのは309人(14.4%)だった。その内訳は、精神疾患合併妊娠138名（44%）、外国人、支援者不足、経済問題を抱えている妊婦109人（35%）、未受診妊婦30人（10%）であった。支援が必要である理由は複数ある場合も多く、出産までに育児環境の準備が整わないこともある。当院では毎月支援が必要な妊産婦のカンファレンスを「育児支援の会」と称して行っている。分娩時期が近づいた妊婦については各担当者が得た情報を多職種で共有し、支援に足りないものはないかどうか、また出産退院後の養育状況については地域の保健師からの報告をうけて、病院から行政へのきれめのない支援が行われているかを確認する。妊娠中から児の保護を検討する症例は、「育児支援の会」から院内の「小児虐待対策委員会」に報告し、行政とケース会議を開き相談をしている。妊娠中に児の保護を患者に提示することは、病院や行政に対して拒否的になる懸念もあり少ない。ほとんどは出産から退院までの短期間で育児能力を評価し、行政に判断する材料を提供することで対応している。

特定妊婦が虐待を行わないような環境を準備し、育てる義務をはたすことができる体制作りが理想ではあるが、児の保護をせざるをえない場合もある。支援の結果、問題点について報告する。

演者略歴

薄井 里英（うすい りえ）

現職：自治医科大学総合周産期母子医療センター 准教授

1994年 群馬大学医学部卒業

自治医科大学産科婦人科学講座入局

2006年 同講座 講師

2014年 現職 現在に至る

専門分野：周産期医療

周産期医療のインフォームドコンセントの形から考える養育支援

中通リハビリテーション病院精神科 石川博康

出産前のインフォームドコンセントの形態（本人同意/代理同意）は、妊婦の判断力・責任能力の程度を反映するため、出産後に向けた養育支援を検討していく上で多くの示唆を与える。代理同意を要する妊婦には、自身の医療に責任を負うことが難しい程の精神医学的問題があると言える。この場合、新生児の監護責任が母親にのみ帰属することは避けた方がよい。また、形式的に本人同意としながらも、家族の協力や医療者等の濃厚な意思決定支援がなければ同意内容に責任を持つことが難しいように見える症例もあるだろう。このような妊婦では、意思決定支援において特に必要となった支援内容が、そのまま養育支援に転用されて然るべきかもしれない。判断力の障害が重度の妊婦ほど、障害の特徴を産後の養育支援に反映させる意義がある。

民法に親権代行という仕組みがある。若年妊婦を例にすると、インフォームドコンセントの形態について、15-19歳の妊婦では基本的に代理同意であり（例外：mature minorや既婚者は本人同意が可能）、15歳未満では一律に代理同意となる。未婚の若年妊婦が出産を経て親となった際、新生児の監護責任は民法の親権代行の規定により祖父母等へ帰属し、未成年である母には帰属しない。言い換えれば、未成年者は親権代行の仕組みを介して、不相応な監護責任を負わないよう法的に保護されている。自身の医療にさえ責任を負えない者に子への監護責任を期待し難いことは、若年妊婦以外の妊婦についても当てはまるだろう。そのような妊婦、すなわち精神医学的問題により本人同意による医療が困難な妊婦については、親権代行の仕組みがないため、新生児の監護責任の帰属を個別に検討する必要がある。一部の妊婦については、産後新生児に未成年後見人が必要となるかもしれない。

演者は、出産前後に子どもの監護責任（≡親権）の帰属を明確化する周産期の支援が、将来のネグレクト型の児童虐待予防に資するであろうと考えている。

[注釈]“医療同意能力<親権を行う能力”との考え方は、未成年者では法的に妥当であるが、成人については若干の議論の余地があるかもしれない。

演者略歴

石川博康（いしかわ ひろやす）

現職：中通リハビリテーション病院 精神科 科長
中通総合病院精神科を兼務

2002年 秋田大学医学部医学科を卒業、同大精神科へ入局

2005年 秋田大学医学部精神科 助手

2006年 東北大学大学院高齢者高次脳医学寄付講座 助手（助教）

2009年 より現職

2012年 秋田県産婦人科医会安心母と子の委員会 委員

専門分野；医療と法の問題、権利擁護、老年精神医学

ポスターセッション①

11月1日（日） 10時40分～11時40分

《発表4分、討論2分》

《座長》

渡邊博幸先生（千葉大学）

竹内 崇先生（東京医科歯科大学）

※ ポスター①と②は、並行して進行します。

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

座長略歴

渡邊 博幸 （わたなべ ひろゆき）

現職：千葉大学社会精神保健教育研究センター 特任教授

1992年 千葉大学医学部卒業

1998年 千葉大学大学院修了

1998年 千葉大学医学部附属病院精神神経科助手、講師を経て

2009年 旭中央病院地域精神医療推進部長

2011年 千葉大学大学院医学研究院精神医学 准教授

2013年 現職に至る

専門分野；精神科薬物療法，精神科多職種協働

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

竹内 崇 （たけうち たかし）

現職：東京医科歯科大学医学部附属病院 精神科 講師

1994年 東京医科歯科大学医学部医学科卒業

1994年 東京都立広尾病院 臨床研修医

1996年 同 神経科

1998年 埼玉県立精神医療センター

2001年 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科

精神行動医科学分野 医員

2002年 同 精神行動医科学分野 助教

2014年 東京医科歯科大学医学部附属病院 精神科 講師

専門分野；コンサルテーション・リエゾン精神医学、

主にせん妄など

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

P1-1 自殺による妊産婦死亡と精神疾患の検討

田中博明¹⁾、大里和弘¹⁾、長谷川潤一²⁾、関沢明彦²⁾、石渡勇³⁾、池田智明¹⁾

三重大学 産科婦人科¹⁾、昭和大学 産婦人科²⁾、石渡産婦人科病院³⁾

【目的】

英国では、間接妊産婦死亡の10%が自殺で、その約70%に精神疾患が関与していると報告されている。また、英国やオーストラリアにおける全妊産婦死亡の最多死亡原因は、自殺と精神疾患である。日本の妊産婦死亡登録事業に報告されている、自殺による妊産婦死亡の母体背景について調査することを目的とした。

【方法】

2010-2015年の期間で、妊産婦死亡登録事業に報告された自殺による妊産婦死亡を抽出し、精神疾患の合併の有無、発症時期、妊娠中のイベントなどの母体背景について調査した。

【結果】

4年間で自殺による妊産婦死亡は、6例が報告されていた。6例中5例が精神疾患を合併しており、うつ病：2例、統合失調症：1例、パーソナリティ障害：1例、分類不能：1例であった。自殺時期は、3例が妊娠中、3例が産褥であった。また、産褥での自殺の中で2例が早産を経験していた。

【考察】

本研究で検討された自殺による妊産婦死亡は、日本全体の一部である。しかし、自殺による妊産婦死亡の多くに精神疾患が関与していた。今後、日本における自殺と精神疾患に関連した妊産婦死亡の全体についての把握が必要である。

P1-2 妊婦の不安と関連因子

堀内有香¹⁾、松井茉莉江¹⁾、丸田眞由子¹⁾、須田哲史¹⁾、角田智哉¹⁾、
佐野信也²⁾、吉野相英¹⁾

防衛医科大学校 精神科学講座¹⁾、防衛医科大学校 心理学講座²⁾

【目的】

当院精神科では、当院産科で出産を迎える予定患者のうち、精神的な問題を抱えている患者に対して産科リエゾンチームという形で対応している。今回は、精神的な疾患や問題をかかえている患者の、出産前の不安やその予測因子を評価することを目的とした。

【方法】

リエゾンチームにコンサルトがあった患者に対して自己記入式アンケートを実施し、データを集めて分析した。アンケートは、the Almost Perfect Scale -Revised, the State - Trait Anger Expression Inventory, Ways of Coping Check Lists -Revised, Rosenberg Self Esteem Scale, Child Abuse Treatment Services- assessing the risk factors of the prenatal anxiety defined by the State - Trait Anxiety Inventory から成り立っている。49名（統合失調症9名、気分障害6名、摂食障害2名、強迫性障害7名、パニック障害4名、てんかん5名等）、平均年齢29.2歳のデータを分析した。Pearsonの積率相関係数を用いて、the State-Trait Anxietyとの相関関係を調べた。

【結果】

不安（state-anxiety）については、APS discrepancyや怒りの表出、問題の積極的認知や社会的サポート、自責的、自尊心、虐待の既往などとの関係があることがわかった。

【考察】

不安は上記のような因子により高まることがわかった。我々は出産を控えた精神病患者の生活史に注意を払う必要がある。しかし、児童虐待と精神病患者の出産前の不安の関係はほとんどわかっておらず、本研究の症例数も少ないため、精神病患者の出産前の不安を予測する因子を明確にするためには更なる研究が必要である。

P1-3 胎児異常などを指摘された妊婦さんへのメンタルヘルス支援 ～自治医科大学附属病院における取り組み～

山口順子¹⁾、高橋 宏典²⁾、桑田 知之²⁾、松原 茂樹²⁾

自治医科大学附属病院総合周産期母子医療センター産科病棟¹⁾、
自治医科大学産科婦人科学講座²⁾

【目的】

自治医科大学附属病院では、2007年より産科（一般）外来とは別に、「超音波外来」を設置し、胎児異常を指摘された妊婦さんを対象に超音波検査や妊婦健診を行っている。「超音波外来」受診妊婦、ことに「異常」を臨床診断された妊婦は、そうでない妊婦に比して大きな不安を抱えながら外来通院をしている。メンタルヘルスケアの対象群として好適である。発表者は助産師として当施設に勤務しているが、臨床心理士資格を保持し、助産業務をしながら、2010年3月より、「超音波外来受診妊婦」を対象にした心理支援を行うことにした。この5年間の実態を報告し、胎児異常などを指摘された妊婦さんへのメンタルヘルス支援についての今後の課題などを考察する。

【方法】

発表者が2010年4月-2015年3月の間、心理面接をした延べ人数や心理面接時間、胎児異常の状況などをまとめた。

【結果】

超音波外来開始から2014年度まで、年平均の超音波外来受診者は142人、延べ平均患者数は415人。そのうち発表者が心理面接を行った延べ人数は、156、151、191、191、206人（それぞれ、2010,11,12,13,14年度）であった。すなわち、述べ回数にして、受診の1/3-1/2に対して面接した。一人当たりの心理面接時間の平均は、21.7(SD14.8)、19.5(SD11.3)、24.4(SD16.8)、18.4(SD13.8)、36.0(SD12.4)分（それぞれ2010,11,12,13,14年度）であり、面接時間には個人差が見られた。主な胎児異常は、心奇形・腎疾患、中枢神経系疾患が多くこれらが30-40%を占めた。当院は小児心臓手術を得意にしており、北関東圏から患者が集まる。そのため、胎児心奇形を指摘された妊婦さんが多かった。染色体異常を3-10%合併していた。Prenatal-visitの同席なども増加している。

【考察】

5年間で、895回の面接をした。全受診回数の約40%に相当する。まずはactionを起こす事が重要であり、今後も続けていきたい。ただ、1) 毎回の健診のすべてをカバーできていない。2) 医学的には軽度異常であっても、超音波外来へ廻されたこと自体が不安を助長する例もあり、疾患重症度だけでは測れない心理的問題がある。3) 限られた時間内での援助であり、さらにsystematicなsystem構築が必要だが、人的資源が不足している。4) この5年間のtrialが妊婦不安軽減につながったかの評価が不十分。などの課題が残っている。妊娠期から心理支援し、妊婦が児の疾患を受け入れ、健康な妊娠期間が過ごせ、母親となる準備・自信を持てるような援助が今後も必要である。

**P1-4 当院における多職種と連携した精神支援の取り組み：
臨床心理士の重要性を中心に**

渡邊舞子

東北大学病院総合周産期母子医療センター

【目的】

当院では、いわゆる社会的ハイリスクと呼ばれる、複雑な背景事情を抱える妊婦の受け入れや、精神疾患合併の妊婦の受け入れが年々増加傾向にある。本研究においては、こうした状況を背景に確立してきた当院産科外来における精神支援の取り組みと、当院産科における臨床心理士のニーズ調査をもとに、臨床心理士の役割についてまとめることを目的とした。併せて、多職種が連携して支援を継続した事例から、臨床心理士が多職種と連携する上での留意点と限界について考察を加える。

【方法】

(1)当院産科外来における精神支援の流れ、(2)当院産科医・スタッフに対して行った臨床心理士へのニーズ調査結果、(3)臨床心理士の活動の実際。以上について総括する。

【考察】

アンケート結果からは、当院産科医・スタッフによる患者への心理サポートのニーズが高いことがうかがえた。特に早産となった妊婦や死産等で児との別れを経験した妊婦への急性期のケアは重要である。この場合に、さらに精神科医との連携を望む声もあり、産科と精神科とをつなぐ臨床心理士の活用に対する期待は高い。一方、いわゆる虐待のリスクを抱える妊婦へのカウンセリングは、胎児の生命に関わる。知り得た情報を抱え込まず、産科医及び精神科主治医に情報提供する必要がある。潜在的に母が持ち得る胎児への愛着の程度を探り、それを支持して母親との信頼関係を構築し、多職種からの支援を受け入れる素地を形成することも役割の一つである。精神科的合併症の最たるものは自殺である。産科、救急部、精神科、臨床心理士等の多職種連携が有効に作動した妊婦自殺未遂例を例示したい。

P1-5 精神発達遅滞と統合失調症夫婦の精神的支援

大賀公子¹⁾、青山京子²⁾、飯島幸江²⁾、谷島春江³⁾、五味陽亮⁴⁾

埼玉医科大学総合医療センター メンタルクリニック外来¹⁾

埼玉医科大学総合医療センター 産婦人科外来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³⁾

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子胎児部門⁴⁾

【目的】

様々な精神的、身体的既往を抱えながら妊娠、出産する事例が増えハイリスク妊婦や特定妊婦の精神的支援も増えている。1990年代から周産期メンタルヘルスにおいて、助産師が行う構造化面接や継続看護が精神的ハイリスク症例の抽出や精神支援の有効性について報告がされている。

今回、精神発達遅滞の妊婦と統合失調症の夫の出産までの介入を通し、リエゾン精神専門看護師と助産師の連携について考察なった。

【症例の概要】

33歳女性A氏。精神発達遅滞（小学校2年生程度）、深部肺塞栓症、気管支喘息の既往にてB病院での出産予定となった。夫は統合失調症にて薬物療法中である。外来助産師より入院時のケアがスムーズにいくよう入院前から精神看護専門看護師（以下リエゾンCNS）に依頼となった。

【結果及び考察】

34週の時に初回面談。面談の中で夫婦の関係性や夫の統合失調症の病状の確認、家族環境、A氏の妊娠出産に対する理解の程度や思いについて確認した。A氏への援助方法について病棟と情報を共有し、多くの情報を一度に伝達しないことや、注意点ばかり指導せず、できていることを言語化していくことで、育児意欲の維持と不安感が増強しないよう対応方法の統一をはかった。夫に対しては、出産が近づくにつれて軽躁状態となり、出産に対する不安や確認事項について、その都度昼夜問わず連絡し特定のスタッフの対応を要求したり、頻回な対応を求めたりした。外来、病棟スタッフは困惑し、夫の精神症状に対する不安と恐怖感を感じていた。夫と症状や言動について振り返り、受診の必要性や夫の不安の気持ちに共感しながら、適切な行動を検討し、枠組み設定をすることで頻回な対応は減少した。入院前よりA氏と夫と関係性を構築できたことで、双方の感情吐露の場としての役割と、病棟スタッフに事前にA氏と夫の思いや精神状態について情報提供することで統一した対応を可能にし、スタッフが困らないよう対応できたと考える。また、理解力や精神症状を確認したことで入院前後、出産前後、退院後の関わり方についてスタッフで共有できたことで患者の適応の一助となったと考える。

P1-6 未受診妊婦とのラポール形成の重要性

森山佳則、小谷友美、吉川史隆

名古屋大学大学院医学系研究科産婦人科学

【目的】

周産期医療では、妊婦やその子、そして家族にとってベストな結果が得られるべく、まずその人をよく知り接し方を工夫しつつラポールを構築していく必要がある。しかし時に特定の背景を持つ人を色眼鏡で見ってしまったがために、その人を理解できずニーズを汲み取れなくなり、診療に往生することがある。今回我々は、未受診妊婦についてそのような状況に陥りかけたものの、その人を改めてちゃんと受け入れることで関係の構築に成功し必要な支援の導入を実現したケースを経験したので、自戒を込めて報告する。

【症例の概要】

24歳2経産の未受診妊婦。連休中の早朝、陣痛が発来し連絡なしに当院受診。診察すると既に子宮口7cm開大。分娩はスムーズに進行し、到着から59分で分娩。女兒、2800g、ApS 8/9点。ところが、産後回診では声かけをしても無視することが多く、返答しても「眠い」「別に」等。児への愛着行動も殆どなく、育児ハイリスクで要介入と判断。そんな中何とか得られた情報では、未成年時に離婚、親元を飛び出し音信不通、児の父は未入籍のまま妊娠初期に交通事故で他界、等。少なくないスタッフが、ふてくされている、嘘をついているのではないかと、思い込み距離を置きかけていた。しかし、介入には本人の気持ちの理解が重要だと再確認し、根気よくコミュニケーションを取るようになると、次第に問いかけに応えるようになり、やがて自身の思いを吐露するに至り、ラポールを形成することができた。両親とともに地域のサポート体制が整った中で育児をすることが決まり退院。

【結果及び考察】

未受診妊婦に関しては、医療者は情報が全くない中で極めてリスクの高い診療を要求される。しかしながら妊婦自身にとっても、突然見知らぬ場所で多くの見知らぬ人と接することとなり、大きなストレスとなることは間違いない。産後の身体面や育児に対する不安もさることながら、強い対人ストレスにも晒されていることを十分考慮してラポール形成を図ることが、望ましい医療やソーシャルサポートの実現には不可欠である。

P1-7 妊娠中にRefeeding Syndromeを呈した摂食障害の1例

丸田眞由子¹⁾、堀内有香¹⁾、須田哲史¹⁾、角田智哉¹⁾、佐野信也²⁾、
吉野相英¹⁾

防衛医科大学校 精神科学講座¹⁾、防衛医科大学校 心理学講座²⁾

【目的】

Refeeding Syndrome(RFS)は飢餓状態にあった患者が栄養を急に摂取することで水、電解質分布の異常を引き起こす病態であり致死率も高い。我々は妊娠中にRFSを呈した摂食障害を経験したので文献的考察と共に報告する。

【症例の概要】

35歳女性(身長162cm, 非妊時BMI 19.05)、HMG-HCG療法により双胎妊娠。妊娠19週3日に低K血症(1.7mEq/L)による脱力感、ふらつき、手のしびれを理由に当院産科入院となった。当初悪阻による嘔吐が原因と考えられていたが、20歳頃からの神経性大食症(排出型)の既往が判明し、20週2日より併診を開始した。入院後、食事(約2000kcal)、点滴、内服により速やかにKは補正されたが、20週4日(入院9日目)に著明な体重増加(入院時48kg→64kg)、浮腫を認めた。入院後より嘔吐せず間食を含む食事摂取を積極的に行っていたためにRFSを呈したと考えられたため、間食を中止し病院食1000kcal/日によるカロリーコントロールと、血液検査やECGモニターによる密なモニタリング、K、リン、ビタミンB群内服投与、1500ml/日の飲水制限を行った。心嚢液、胸腹水貯留はなく、徐々に尿量増加、浮腫改善、体重減少に至り退院となった。

【結果及び考察】

妊娠中のRFSの発生は炎症性腸疾患を合併している場合などの数例しか報告がないが、本症例では摂食障害による低栄養状態が存在していたために発症したものと考えられた。妊娠中は栄養素の摂取上限や必要エネルギー量が非妊時と異なる点もあるが、RFSの治療に必要なリンやビタミンB群に関しては非妊時と同様に投与可能でガイドラインに則った治療を行うことが出来た。但し妊娠中のRFS発症や治療による胎児への影響については未だあまり検証されておらず、悪影響となるリスクは否定できない。不妊治療導入時には十分な病歴の確認と十分な説明が必要と考えられる。

P1-8 拳児希望のパニック障害患者に対する認知行動療法の困難例

鳴海千夏、前嶋仁、鈴木利人

順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院

【目的】

パニック障害 (Panic Disorder: PD)の治療として認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy: CBT)の有効性は既に認められている。周産期におけるPDでは薬物療法の困難なケースも多く、CBTの効果は期待されている。今回CBTでの治療が困難であった拳児希望のあるPD患者の事例を経験したため若干の考察を加えて報告する。

【症例の概要1】

33歳女性。X-12年(20歳時)PDを発症しSSRIにて加療されていた。子育てにより回避的対処が取れなくなり苦痛を伴うことが増えたためX年A病院を受診し、薬物治療に加えCBTの治療が開始となった。CBTにより回避場面に対する不安も低減し、日常生活に支障が少なくなった段階で、治療費の問題や、症状の安定している段階で妊娠に向けてのSSRIの減量に対する必要性について夫の理解が得られず薬物療法のみで治療を行うこととなった。

【症例の概要2】

33歳女性。X-12年(22歳時)にPDを発症し、SSRI漸減により再燃を繰り返していた。拳児希望もあるためX年A病院受診となり薬物療法とCBT開始となった。CBTで心理教育と暴露課題により日常生活において支障はなくなったが、妊娠年齢についての焦りからSSRI減量に抵抗を示しCBTでの治療は中断に至った。

【結果及び考察】

CBTは薬物療法と同等の効果があるとされ、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。しかし、繰り返される再発により、減薬への予期不安も強くなりやすい。また、当初の問題が解消すると生活に支障がないために治療意欲が減退しやすいなど問題が生じやすい。さらに妊娠出産・子育ては個人だけの問題ではなく家族の理解や協力が必要であり、重要な他者との関係性も視野に入れた関わりが必要であると言える。

P1-9 母子健康手帳自由記述データの解析 －テキスト・マイニング法による探索的分析－

間中伴子¹⁾、松田義雄²⁾、藤田和花子¹⁾、須永由華¹⁾、平山優子¹⁾、
片平有紀¹⁾、高野和江¹⁾、野中宏亮²⁾、大和田倫孝²⁾、佐藤郁夫²⁾

国際医療福祉大学病院 看護部¹⁾、国際医療福祉大学病院 産婦人科²⁾

【目的】

妊産婦の精神的及び身体的な諸症状などに伴う不安、ストレス、不快感や苦痛などに繋がる特徴語な単語を母子健康手帳自由記載欄に書かれた記録（単語）から、抽出することが可能か検討する。

【方法】

本研究に同意が得られた合併症を持たない正期産正常妊婦60名を対象とした。

対象者の母子健康手帳の自由記載欄の記録をWord Miner™ ver.1.5を用い、高頻度に現れる特徴的な単語や記述数、文字数、単語数などの抽出を行った。「分かち書きのチェック」「分かち書き回避」「置換辞書作成」「削除辞書作成」の処理過程を経たテキスト・マイニング法により、2回以上出現する構成要素のみを抽出した。抽出された単語などの出現頻度をカイ二乗検定と対応分析により解析した。これらの統計分析には、SAS-JMP（SAS institute. USA）とデータ解析環境「R」を使用した。

【結果】

分かち書きにより抽出した単語数は20660語であった。その後、処理を行い、2回以上出現する構成要素数は7988語、1203種類となった。また、構成要素を妊娠経過月別に分け、高頻度に出現する上位20位までの160語を対応分析により解析した。その結果、4つのクラスター「胎動感」「不安感」「現実感」「不快感」に類別することができた。また、妊娠経過月と4つのクラスターを対応分析布置図にすることにより、それぞれの強い関連を視覚的に確認することができた。

【考察】

テキスト・マイニング法により、妊産婦の妊娠経過月とともに変化する精神的及び身体的な諸症状などに伴う不安、ストレス、不快感や苦痛などに繋がる特徴語な単語を、母子健康手帳自由記載欄に書かれた記録（単語）から抽出することが可能であることがわかった。

ポスターセッション②

11月1日（日）10時40分～11時40分

《発表4分、討論2分》

《座長》

玉木 敦子先生（神戸女子大学）

春名めぐみ先生（東京大学）

※ ポスター①と②は、並行して進行します。

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

座長略歴

玉木 敦子 （たまき あつこ）

現職：神戸女子大学看護学部 教授

1987年 千葉大学看護学部卒業

1995年 大阪教育大学大学院修了

2006年 兵庫県立看護大学大学院修了（博士（看護学））

大阪府立看護短期大学助手、大阪府立看護大学短期大学部講師、
兵庫県立看護大学講師、兵庫県立大学助教授、近大姫路大学教授、
甲南女子大学教授を経て

2015年 神戸女子大学 教授、現在に至る。

専門分野；精神看護学

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

春名めぐみ （はるな めぐみ）

現職：東京大学大学院医学系研究科

母性看護学・助産学分野 准教授

1987年 名古屋市立大学病院産科病棟勤務（助産師）

1998年 東京大学大学院 博士号（保健学）取得

2000年 東京大学大学院助手、講師を経て

2012年 同 准教授、現在に至る。

専門分野；周産期の健康的なライフスタイル（栄養・身体活動・
メンタルヘルス）、産後のボディ・マネジメント

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

P2-1 周産期リエゾンチームの取り組みの紹介

丸田眞由子¹⁾、松井茉莉江¹⁾、堀内有香¹⁾、須田哲史¹⁾、角田智哉¹⁾、
佐野信也²⁾、吉野相英¹⁾

防衛医科大学校 精神科学講座¹⁾、防衛医科大学校 心理学講座²⁾

【目的】

近年、虐待予防の観点から、産後の養育に困難が生じると見込まれた妊婦に産前からの支援を行えるよう「特定妊婦」が法定化され、精神科的アプローチを含めた包括的な評価が求められている。当院でも精神科疾患合併妊婦、心理社会的困難を抱えた妊婦への当科での対応のニーズが高まり、より周産期に特化したリエゾン体制の構築が必要と考え、周産期リエゾンチームを立ち上げたので、現状と課題、対策等について検討した。

【方法】

当院では平成26年4月より周産期リエゾンチームを立ち上げ、産科よりコンサルトされた症例の外来・入院診療、子どもの虐待対応委員会(CAPS)への参加を行っている。本リエゾンチームの疾患内訳を調査した。

【結果】

当チームで診療した症例数は93名である(平成27年7月現在)。平均年齢は32.0歳、疾患の内訳は症状性を含む器質性精神障害(F0)4名、精神作用物質使用による精神及び行動の障害(F1)1名、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)15名、気分障害(F3)16名、神経症性障害(F4)40名、摂食障害(F5)4名、精神発達遅滞(F7)6名、心理的発達の障害(F8)2名、てんかん(G40)9名、診断なし4名であった。また10症例がCAPSの対象となった。

【考察】

周産期の精神科リエゾンでは、胎盤や乳汁への薬物移行や、ホルモンバランスの変化が併存精神障害に与える影響、生活リズムの変化による症状変動の可能性などを考慮する必要がある。そのため精神症状の評価だけでなく、本人の特性、ストレス脆弱性、家庭環境などのサポート体制や母乳育児に対するこだわりなどについても評価し対策を考えられるような工夫をすることが有用と考えられた。

また精神疾患合併妊婦の支援には産科医、小児科医、助産師、保健師、児童相談所職員など、多職種連携が不可欠であるが、精神科医が加わることで、養育者への支援という面から新たな視点を提供できる可能性もある。本発表では当院における具体的な多職種連携取り組みの例も併せて紹介する。

P2-2 災害時の妊産褥婦の心理的反応と母子保健・支援活動

小林奈津子¹⁾²⁾、根本晴美¹⁾、佐藤翔輔³⁾、菊地紗耶⁴⁾、本多奈美³⁾、
松岡洋夫²⁾、富田博秋¹⁾

東北大学 災害科学国際研究所 災害精神医学分野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 災害科学国際研究所 災害アーカイブ研究分野³⁾、
東北大学病院 精神科⁴⁾

【目的】

災害時の妊産褥婦への支援に関し、当事者のニーズに即した対応と備えの在り方を検討する上で有益な情報を抽出する目的で、実際に東日本大震災を周産期に経験した母親からの所感、見解、心境の変化等について自由記載・陳述を中心とした情報収集を行った。

【方法】

地震および津波による甚大な被害を受けた、宮城県沿岸部の七ヶ浜町において、自治体が行う1歳半健診の場でアンケート調査への協力を募り、震災前後～半年後までに出産した母親に網羅的にアクセスした。健診に訪れた42名の母親のうち31名（73.8%）よりアンケートが回収され、その結果を基に半構造化面接のインタビュー調査を企画した。アンケート参加者の中でさらに同意が得られた11名の母親に対してインタビューを行い、その内容をKJ法および内容分析の手法に準じて解析した。また調査に併せ、育児あるいは母親自身の精神状態に関する相談を受け付け、必要時助言等を行った。

【結果】

アンケート調査では、出産・育児に関連した物資、情報、清潔保持への高い要望と共に、周産期であったことが他者とのつながりを強化したといった肯定的見解と、非常時に保護される立場となった自責感あるいは母体や児に関する平時以上の懸念を生んだという否定的意見がみられた。

インタビューではより詳細な内容を尋ね、家族と共に過ごせることが重視される傾向や、非常時の経験による他者との関わりへの認識変化、周産期のメンタルヘルス上の問題が、児らあるいは生活に関する懸念や災害への心理的反応に紛れる可能性等が示唆された。

【考察】

今回得られた結果は母集団の一部からのデータであり限界はあるが、今後の災害時の備えにおいて、母子への物資・情報提供、避難所運営、速やかな平時の母子保健システムの再開の必要性などを検討させると考えられる。

なお、この調査研究は東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の審査にて承認されている。

P2-3 「周産期支援システム」の成果及び試験外泊の有効性の検証

高橋裕美¹⁾、和田和子²⁾、福森優司¹⁾、前川佳敬¹⁾

大阪大学医学部附属病院 保健医療福祉ネットワーク部¹⁾
大阪大学医学部附属病院 小児科²⁾

【背景】

当院では虐待予防の取り組みとして、平成24年度から総合周産期母子医療センター、神経科精神科および保健医療福祉ネットワーク部が協働し、「周産期支援システム」を構築、ハイリスク妊婦への支援に注力してきた。同システムでは、周産期のサポートを行うと共に、退院時には自宅での育児を安全にできるかどうかを見極めるために、必要に応じて試験外泊を導入し、育児能力・環境の確認を行っている。また随時地域の保健師と情報共有しながら連携を行っており退院後スムーズに地域へ移行できるよう取り組んでいる。

【目的】

当院における「周産期支援システム」の成果及び試験外泊の有効性について検証する。

【方法】

連携した保健センターにアンケート調査を行い、分析を行った。

【結果及び考察】

病院近隣の保健センター11箇所から回答を得た。外泊についてはほぼ全ての保健センターが有益としていた。有益とした理由は、本人・家族が実際に育児状況を確認出来る、保健師・関係機関が実際の育児状況を確認出来る、何かあれば病院に帰院できる等が挙げられた。自宅への退院可否の判断については、当院と保健師の判断はほとんど一致(80%)していた。アンケート調査の結果から、同システムの運用によるハイリスク妊婦への支援は有効であったと考えられたが、多くの保健センターより連携の開始時期が遅いとの回答(80%)があり、介入方法についてはケースにより個別の判断を検討する余地があると考えられた。今後の課題として、介入時期の見直しや情報提供用紙の項目を充実させること、自治体別に実施している育児サービスも含め「個別性」を重視した支援方法の検討が必要であることが分かった。今後さらに地域と病院が連携・協働を行い、切れ目のない支援を継続して行う支援システムの充実が必要である。

P2-4 特定妊婦の地域連携に関連する法的問題と対処法

石川博康

中通リハビリテーション病院精神科

【資料提示】

特定妊婦に関する地域連携は、「虐待リスクが明確な場合に出産前から通告義務がある」との誤解が存在するほど、現場に混乱がある。児童福祉法の条文によると、特定妊婦への支援は養育支援訪問事業（以下訪問事業）と要保護児童地域対策協議会（要対協）を通じて行われる。この2つはそれぞれ主旨が異なるため、理論上特定妊婦は必要となる支援内容に応じて2つのサブタイプに分類される（訪問事業型、要対協型）。

訪問事業型の取扱いを定めているのが養育支援訪問事業ガイドライン（厚労省、平成21年3月）である。特定妊婦の判断要件として、若年、経済的問題、多胎など合計7項目を挙げており、養育力不足を広くスクリーニングし、虐待に至らぬよう母子保健上の支援を早期に開始する対象として特定妊婦を位置付ける。他方、要対協型の取扱いは、児童虐待の防止等のための連携強化に関する行政通知（厚労省、平成24年11月）や、子ども虐待対応の手引き（厚労省、平成25年8月）に定められている。特定妊婦について、本人の同意がない場合にも地域連携が可能と説明し、出産前段階から児童虐待に準じて対応すべき対象として特定妊婦を位置づける。この2つの混同や誤認が現場の混乱の一因かもしれない。

【提言】

①訪問事業型特定妊婦では要対協を利用する必要性が不明であり、同意なき地域連携を行う場合に医療者に守秘義務違反が成立する可能性があるため、注意を要する。②要対協型特定妊婦の場合にも、医療者には個別の妊婦が要対協の対象か否かを判断する権限がないため、同意なき地域連携を医療者だけの判断で行うことは困難であり、理論上は行政機関への疑義照会が不可欠となる。③例外的であるが、若年妊婦に限っては、不純異性交遊などの虞犯に該当する可能性を考慮し、相当の理由（例：13歳未満など）がある場合には児童福祉法第25条に基づく通告を介して地域連携を図る余地があるかもしれない。

P2-5 精神科入院した母親の背景にある子ども虐待関連問題について

小西晶子、吉村文太、来住由樹

岡山県精神科医療センター

【目的】

親の精神疾患や社会支援の乏しさは子ども虐待のリスク因子である。精神疾患のため入院した女性患者の入院前の子ども虐待やネグレクトの状況についてはほとんど報告がない。それらを調査するため、診療録の後ろ向き調査を行った。

【方法】

対象は2013年1月から2014年12月の期間に当院へ入院した16-60歳の女性患者である。診療録から子どもに対する虐待やネグレクトと、入院前後の家族サポートや社会支援の変化について調査した。

【結果】

全女性入院患者724名のうち、16歳から60歳までの患者は551名で、そのうち18歳以下の子どもと同居していたものは85名であった。85名のうち、子ども虐待を確認した症例は56名であった。ICD-10診断の内訳はF0が2名、F1が16名、F2が16名、F3が5名、F4が12名、F5が1名、F8が4名であった。56症例の平均年齢は36.7歳(23-50歳)、ひとり親家庭は24例(43%)、子どもの平均人数は1.7人(1-4人)、平均年齢は9歳(0-18歳)であった。確認された子ども虐待の種類と件数は、ネグレクト49例、心理的虐待35例、身体的虐待14例、性的虐待0例であった。入院前後の社会支援機関の平均数は、入院前 1.9 ± 1.8 (範囲0-7)、入院後 2.9 ± 2.0 (範囲0-9; 平均値の差1.0; 95%信頼区間, 0.5-1.5; $p < 0.01$)であった。入院後に社会支援機関が増加した症例は31例(55%)であった。入院後に家族サポートが増加した症例は21例(37%)であった。

【考察】

母親の精神科入院は、母子にとって危機的状況であるが、入院により支援機関との連携や育児環境への介入のよい機会となるかもしれない。育児年齢の女性を診療する際には、その子どもや家庭の状況に配慮して診療にあたることが重要であると考えられる。今回の調査の限界点は、単独施設での後ろ向き調査であること、母親自身の被虐待歴や子どもの健康状態については未調査であることが挙げられる。

P2-6 当院で児童虐待が疑われた事例の母体背景・周産期因子の評価

小野陽子、秋谷文、小野木さちえ、山田梨紗子、和泉紀子、赤枝俊、
岩瀬純、小野健太郎、塩田恭子、山中美智子、百枝幹雄

聖路加国際病院 女性総合診療部

【目的】

当院で分娩後、児への虐待の可能性が示唆された症例に関して母体因子、周産期因子を検討した。

【方法】

当院では、小児に受傷機転不明の外傷を認めた場合や性的・心理的虐待、ネグレクトなどが疑われた場合、医師、看護師、ソーシャルワーカー、保母、事務職など他職種からなる委員会で事例検討し、対応を協議している。X年10月～X+11年7月に当施設で出生し、この委員会であげられた児童虐待疑い50例を対象とし、母体既往歴、妊娠方法、分娩週数、分娩方法、出生体重、新生児合併症などを後方視的に検討した。また同期間に当院で分娩となった全症例（11,808例）のうち、分娩時の母体年齢を合致させ、無作為に選択した50例を対照群として上記の項目について比較検討した。

【結果】

当院で疑われた児童虐待の内訳では身体的虐待（外傷痕・骨折・熱傷・転落・薬物誤飲）が35例、ネグレクト（養育困難を含む）10例、心理的虐待5例、性的虐待はみとめなかった。分娩時母体年齢（17歳-44歳）、妊娠歴（初産36例、経産15例）、不妊治療歴（自然妊娠44例、不妊治療後7例）、分娩方法（経膈分娩35例、予定帝切9例、緊急帝切7例）など分娩時における周産期因子、また児のNICU入院歴（入院例5例）、先天性疾患既往の有無（1例）、両親の職業や兄弟の有無などの家族背景には明らかな傾向は見られなかった。母体分娩時年齢の中央値を31.3歳（ $\pm 0.53-0.63$ ）とした際の分娩時父年齢は虐待が疑われた児の父親年齢が25.3歳（ ± 8.02 歳）と若かった（ < 0.001 ）。また虐待が疑われた症例の母体精神疾患合併もしくは既往歴が70%と有意に高値であった（ < 0.001 ）。

【考察】

児童虐待の疑いが発生した事例では父親の年齢が若年であること、「母体精神疾患の既往」は児童虐待のリスク要因であることが示唆された。虐待発生のリスクが高いことが予想される事例では、妊娠期からのサポート体制を構築していくことが望ましいと考えられた。

P2-7 エジンバラ産後うつ病評価尺度、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリストの「3点セット」による養育不全・児童虐待の検出力の検討

立花良之¹⁾、竹原健二²⁾、掛江直子³⁾、森臨太郎²⁾、小泉智恵⁴⁾、辻井弘美⁵⁾、大田えりか⁶⁾、葛西圭子⁷⁾、山下洋⁸⁾、吉田敬子⁸⁾、久保隆彦⁹⁾

国立成育医療研究センターこころの診療部乳幼児メンタルヘルス診療科¹⁾
同 研究所政策科学研究部²⁾、
同 臨床研究開発センター臨床研究教育部生命倫理研究室³⁾、
同 研究所⁴⁾、同 こころの診療部⁵⁾、
同 研究所政策科学研究部保健政策科学研究室⁶⁾、日本助産師会⁷⁾、
九州大学病院子どものこころの診療部⁸⁾、シロタ産婦人科産科⁹⁾

【目的】

日本の母子保健では、産後の母親に対する保健師の全戸訪問などで、母親のメンタルヘルス不調や養育不全・児童虐待のリスク評価として、エジンバラ産後うつ病評価尺度、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリストのいわゆる「3点セット」が広く用いられている。この「3点セット」は、養育不全や児童虐待のスクリーニングとしても重要な役割を担っているが、どのくらいの検出力を持っているか明らかになっておらず、本研究ではその検出力について検討することを目的とする。

【方法】

平成24年度から26年度に東京都世田谷区で行われたコホート調査のデータから、エジンバラ産後うつ病評価尺度、赤ちゃんへの気持ち質問票や育児支援チェックリストがどの程度児童虐待を予測するかを検討した。産後1か月で行われた赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリスト、エジンバラ産後うつ病評価尺度の各項目を独立変数として、産後3か月で行われた児童虐待の質問紙（徳永ら）のカットオフ値（3/4点：虐待傾向、6/7点：虐待）を従属変数として、それぞれの従属変数についてロジスティック回帰分析を行った。また、それらをもとに、ROC曲線を描き、曲線下面積の値から検出力について検討した。

【結果】

虐待傾向については、赤ちゃんへの気持ち質問票の2項目、育児支援チェックリストの1項目が統計的に有意に影響のある項目となり、曲線下面積は0.76であった。虐待については、赤ちゃんへの気持ち質問票の3項目、育児支援チェックリストの1項目が統計的に有意に影響のある項目となり、曲線下面積は0.93であった。

【考察】

本研究により、3点セットが児童虐待のアセスメントに有用なツールであることが明らかとなった。また、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックリストの項目の中でも児童虐待のアセスメントにとりわけ重要な項目があり、それらについて母子保健関係者が注意していくことの重要性が示唆された。また、当日は、コホート調査の質問票の他の質問項目から、3点セット以外にさらに児童虐待の検出力を高めるような項目についても考察することとする。

P2-8 産後うつ状態の母親から見た看護職の関わり

高橋秋絵

神戸女子大学看護学部

【目的】

産後うつ病は、わが国では毎年約10万人の女性が罹患し、夫の精神状態や子どもの発達、母子相互作用への影響が示唆されるなど重大な健康問題である。しかし、産後うつ状態の母親が看護職の関わりをどのように感じているのかは十分明らかにされていない。そこで本研究は、産後うつ状態の母親が看護職との関わりをどう感じたのかを明らかにすることを目的とした。

【方法】

研究参加の同意が得られた、過去に産後うつ状態を経験した母親に半構成的面接を行った。得られたデータは質的記述的に分析した。

本研究は甲南女子大学研究倫理委員会で承認を得た。

【結果】

研究参加者は、過去に産後うつ状態を経験した7名の母親であった。平均年齢は45.4歳（SD=4.20）、産後うつ状態であった時期は11～26年前であった。得られたデータを質的記述的に分析した結果、看護職との関わりをどう感じたのかについては【虐待という見方で対応されてつらかった】、【苦しみや悩みを話せる雰囲気ではないと感じた】、【母親を受け入れる態度ではないと感じた】、【母親を大事にしてくれていると感じた】、【専門職としての知識や技術が十分ではないと感じた】、【専門職としての技術や態度に安心できた】という6個のカテゴリーが抽出された。

【考察】

産後うつ状態の母親が看護職の関わりをどう感じたのかの背景には、母親や周囲の人々が持つ“母親”という役割に対する意識や、看護職から母親役割を担う存在として見られること、看護職の産後うつ病に関する知識が不十分であることや産後うつ病に対する偏見があることが考えられた。また、産後うつ状態の母親への支援が虐待予防の施策の中で行われていることや指導を主体とした看護職の関わりが関連していることが示唆された。

【結論】

産後うつ状態の母親が看護職との関わりをどのように感じていたのかについては6個のカテゴリーが抽出された。産後うつ状態の母親は、看護職の指導的な態度や虐待という視点を持った関わりをつらいと感じ、一方で専門職としての知識や技術、母親を受け入れる態度を持った関わりに安心を感じていた。

P2-9 当院における産後メンタルケアの試みー心理教育の観点からー

酒井玲子¹⁾、佐藤友里¹⁾、土屋美恵子¹⁾、黒田幸恵²⁾、古井由美子¹⁾、兼本浩祐³⁾

愛知医科大学病院、こころのケアセンター¹⁾、愛知医科大学病院 看護部²⁾、
愛知医科大学 精神神経科学講座³⁾

【目的】

産後メンタルケアの需要の高まりを受け、当院では、産後の母子を対象にした心理教育プログラム「ママとあかちゃんのための心理学」講座を開講した。産後の母親は心身共に不安定な状態であり、心理的に危機的な状況にある。当講座は、そのような状況にある母親のアイデンティティの再構築や、母子関係の安定を促すよう支援することを目的としている。今回、この講座の構築過程を検討し、産後の母親への心理教育の有用性について考察する。

【方法】

講座は、D,Sternの心理発達理論を基盤とした20分の講義とテーマに沿った40分の自由討議で構成されており、5回1クールとした。講座開講に向けモニターとして参加した0歳児とその母親6組について、母親へのアンケートと講座中の母子の関係性の観察を分析した。

【結果及び考察】

アンケートの自由記述をカテゴリー化した結果、「知的体験」「ポジティブな情緒体験」「悩みの共有体験」「内省・振り返り体験」「実践への意欲」「子どもや夫への関心の高まり」の6つが抽出された。また講座中の観察の分析から、回を経るにつれ、母親が児にほどよい距離で関わるできるようになり、子どもの積極的な探索行動が増えた。このことから、母親は、産後の心理状態や子どもの行動について、心理発達上の意味を知ること、安心感が生まれ、前向きとなり、子どもと向き合う姿勢が変化し、子どもも安心して振舞えるようになったと考えられた。さらに、自分や夫の性格や行動パターンなどを振り返り、自分と向き合うきっかけとなったようであった。このように、産後の母親への心理教育は、母親の観察自我を育てることで健康な自我機能を回復させ、心理的危機を乗り越えることを支援すると考えられた。またそのことが、母親の安全基地としての機能を安定させ、子どもの心理発達を促すことにつながるのではないかと考えられた。

謝 辞

第12回日本周産期メンタルヘルス学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12回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会 会長
自治医科大学産科婦人科学講座 主任教授
松原 茂樹

アイクレオ株式会社
有限会社 青葉
アトムメディカル株式会社
株式会社LSIメディエンス
株式会社大塚製薬工場
キッセイ薬品工業
協和発酵キリン株式会社
塩野義製薬株式会社
シーメンス・ジャパン株式会社
認定NPO法人世界の医療団（メドウサン・デュ・モンドジャポン）
第一三共株式会社
株式会社 大学書房
中外製薬株式会社
株式会社ティーアールファーマ
トーイツ株式会社
日本化薬株式会社
バイエル薬品株式会社
日立アロカメディカル株式会社
ビーンスターク・スノー株式会社
ブリストル・マイヤーズ株式会社
株式会社 明治
持田製薬株式会社
森永乳業株式会社

（以上、50音順）