

第13回
日本周産期メンタルヘルス学会
学術集会 抄録集

日時：2016年11月19日（土）～11月20日（日）

会場：KFC Hall & Rooms 国際ファッションセンター

学術集会大会長：鈴木 利人

順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院メンタルクリニック教授

順天堂大学大学院医学研究科精神行動科学分野教授

ご挨拶

周産期メンタルヘルスリテラシーの向上を目指して Toward Progress in Perinatal Mental Health Literacy

第13回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会 大会長
順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院メンタルクリニック教授
順天堂大学大学院医学研究科精神行動科学分野教授
鈴木 利人

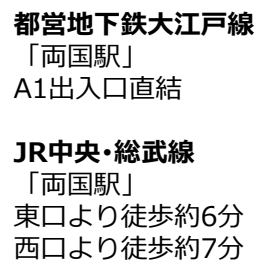
このたび、第13回日本周産期メンタルヘルス学会を平成28年11月19日（土）と20日（日）の2日間、KFC Hall & Rooms（東京都墨田区）において開催させていただきます。

大会のテーマは、「周産期メンタルヘルスリテラシーの向上を目指して」を掲げさせていただきます。「ヘルスリテラシー」という概念は、健康に関するさまざまな情報を入手し、それを適切に理解して自身の健康維持に活用できるようにするという能力や活動を指します。わが国の周産期メンタルヘルスに関する国民の意識や理解度は、現状では欧米と同等の水準とは言いがたいように感じられます。周産期のメンタルヘルスリテラシーを向上させることは、挙児希望や妊娠期、そして産後の女性の健全なメンタルヘルスの維持に非常に重要であり、活発な議論がなされることを期待しています。今年のシンポジウムはこのほかに「ハイリスク対象化で医療連携はどう変わるか」、「妊産婦の自殺予防の取り組みと産後ケア」を企画しています。今年度精神疾患を合併する妊産婦がハイリスク化されたことは、厚労省の周産期メンタルヘルスへの注目の高さが反映された結果であろうと考えられます。是非この機会にこれらのシンポジウムでさまざまなご意見、ご提案が出されることを願っています。

さて今年度は新規に「研修会」を企画しました。周産期メンタルヘルス関係者の専門知識のレベルアップを目的とした研修会であり、周産期医療関係者向けと精神医療関係者向けに分かれています。周産期医療関係者向けでは主に精神疾患に関する基礎知識を、精神医療関係者向けでは周産期に関する基礎知識を学べるように工夫しています。周産期関係者に精神疾患への理解を深めて頂き、一方精神医療関係者に周産期関連の知識を学んで頂きたいと考えています。

今年は国内のさまざまな学会との連携が活発化しています。周産期関連領域では日本産科婦人科学会や日本産婦人科医会と、精神科領域では日本総合病院精神医学会との意見交換がなされ、本学会の更なる発展が期待されています。そのような環境下で開催されます今年度の学会に、国内の周産期メンタルヘルスの領域に関心を持っておられる方々が多数ご参加され盛会となりますことを祈念致しております。

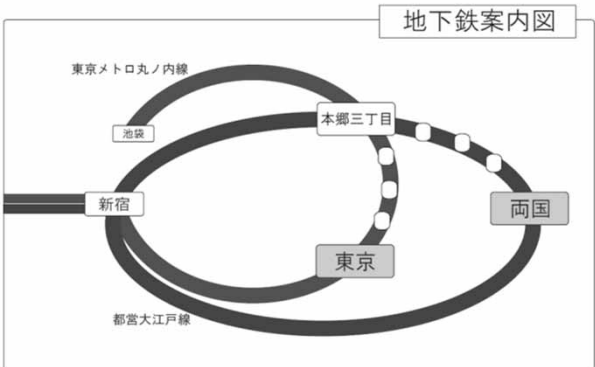
会場へのアクセス・周辺地図



東京駅からのアクセス

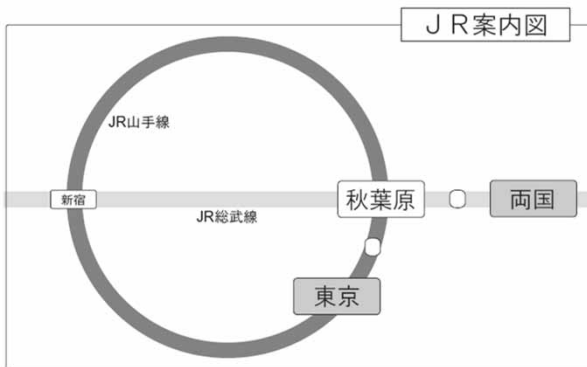
都営大江戸線乗換え(目安約25分)

1. 東京メトロ丸ノ内線で東京駅から、本郷三丁目駅へ(4駅目)
2. 地上にて都営大江戸線に乗り換えて両国駅へ(4駅目)
3. 両国駅A1出口直結、徒歩0分で到着



JR総武線乗換え(目安約20分)

1. JR山手線で東京駅から
秋葉原駅へ(2駅目)
2. JR総武線に乗り換えて
両国駅へ(2駅目)
3. 両国駅東口より徒歩約6分で到着



＜会場お問い合わせ先＞ KFC Hall & Rooms（ホール管理室） TEL：03-5610-5801

会 場 案 内

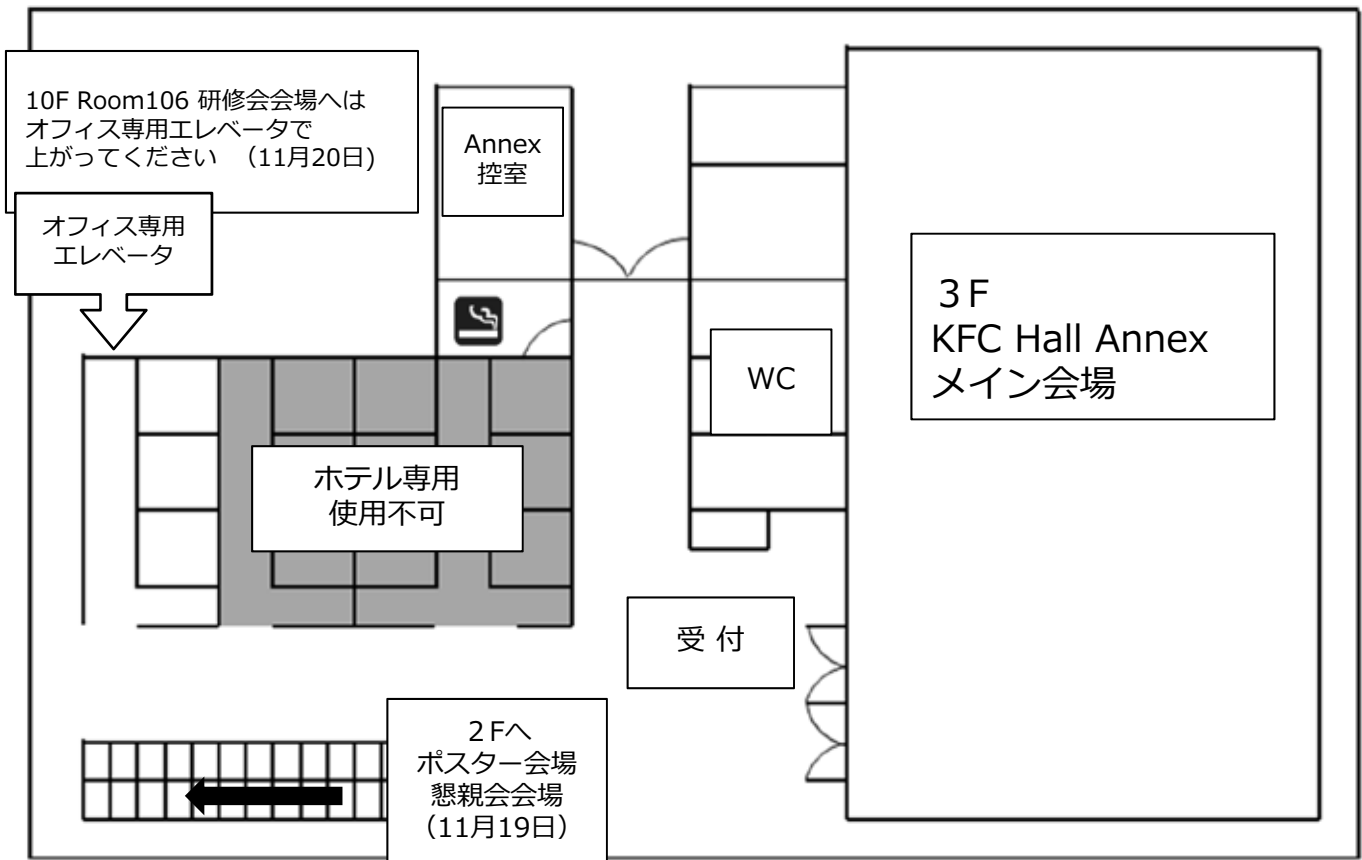
参加受付・データ受付・ポスター発表受付は、3Fメイン会場前で行います。

	11月19日（土）	11月20日（日）
3階	メイン会場 参加受付、データ受付(演者座長受付)、ポスター発表受付 各講演・シンポジウムの事前打合せ部屋	
2階	ポスター会場	
10階	クローク(Room105)	研修会②会場 (Room106) クローク(Room105)
懇親会(11月19日)は、2F 中国料理「東天紅」で行います。		

3F KFC Hall Annex メイン会場・受付

11月19日(土) 9:00～18:25（参加受付 8:30～16:30）

11月20日(日) 9:00～15:50（参加受付 8:30～14:15）



**2F KFC Hall 2nd
ポスター会場・懇親会会場**

ポスター掲示は11月19日のみ

11月19日(土) ポスター発表

10:30～

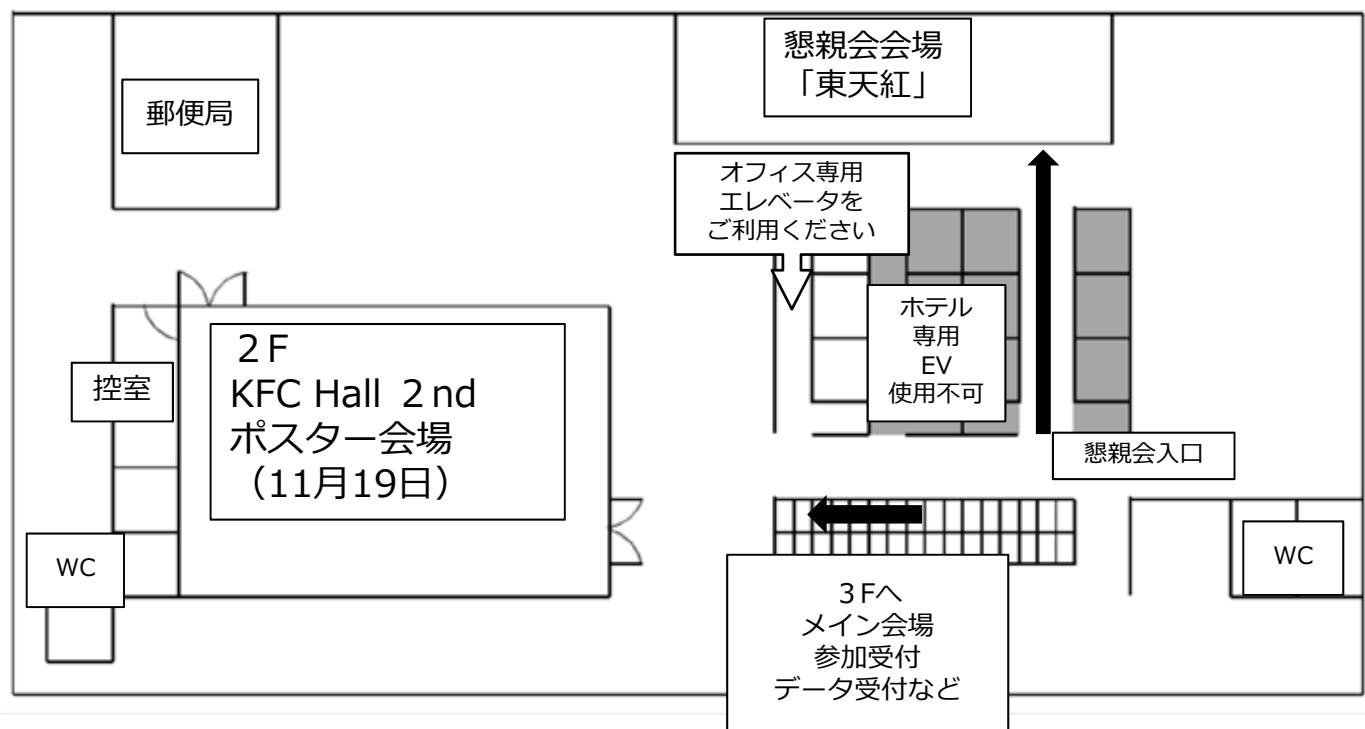
15:00～16:15

18:00～19:00

ポスター展示

ポスターセッション

ポスター撤去



**10F Room106
研修会会場 研修会②精神医療関係者向け**

11月20日(日) 9:00-10:20 研修会② 精神医療関係者向け

3Fのオフィス専用エレベータで10階に上がってください。

研修会① 周産期医療関係者向けは、3F メイン会場 KFC Hall Annexで行います。

懇親会(11月19日)は、2F 中国料理「東天紅」で行います。

参加者の皆様へ

1 受付・参加費

当日、受付で参加費をお支払いください。

クレジットカードは使用できません。現金でお支払いください。

参加費と引き換えに領収書兼用の参加証(名札)をお渡しします。

参加証に所属・氏名をご記入のうえ、会場では必ず身に付けてください。

- (1) 受付時間 11月19日(土) 8:30～16:30
11月20日(日) 8:30～14:15

- (2) 受付場所 KFC Hall Annex前(3F) ロビー

- (3) 参加費 正会員 5,000円
非会員 6,000円
学 生 1,000円(学生証の提示要)

2 プログラム抄録集

プログラム抄録集は、参加費をお支払い頂いた方に1部お渡しします。

抄録集のみの購入は有料となります。

3 懇親会について

下記の通り、懇親会を開催いたしますので、奮ってご参加ください。

日時：11月19日(土)18:30～

会場：2F 中国料理「東天紅」

参加費：3,000円(予定)

4 学会行事

- (1) 総会・評議員会

日時：11月19日(土)13:10～

場所：3F KFC Hall Annex (メイン会場)

- (2) 各種委員会打合せ

- 1) 会誌編集委員会 日時：11月19日(土)12:00～

場所：2F KFC Hall 2nd 控室(ポスター会場の奥にあります)

- 2) 情報関連委員会 日時：11月20日(日)11:30～

場所：会場をご案内(11:30に受付周辺にお集まりください)

- 3) 倫理委員会 日時：11月20日(日)11:30～

場所：3F Annex 控室

5 各種学会の出席参加証明、専門医資格認定更新にかかる取得単位など

各種学会の研修単位が認定される予定ですので、各制度の規定により申請してください。

(1) 日本精神神経学会 《機構・学会共通単位 B群1単位×5セッション》 ※3単位を上限

※単位取得を希望される方は「日本精神神経学会会員カード」をご持参ください。

※下記5つの講演ごとに会員カードをバーコードリーダーで読み込む必要があります。

対象の講演が開始される前にメイン会場入り口の精神科専門医単位申請専用受付にて手続きを済ませてからご入場ください。

対象セッション ※3単位を上限とする

■2016年11月19日(土) 09:10開始予定

「ハイリスク対象化で医療連携はどう変わるか」 1単位

■2016年11月19日(土) 13:40開始予定

「周産期メンタルヘルスの薬物療法：10の原則」 1単位

■2016年11月19日(土) 16:25開始予定

「周産期メンタルヘルスリテラシーの向上を目指して」 1単位

■2016年11月20日(日) 09:00開始予定

「精神疾患の基礎知識 ～精神疾患への理解を深める～」 1単位

■2016年11月20日(日) 14:10開始予定

「妊産婦の自殺予防の取り組みと産後ケア」 1単位

(2) 日本総合病院精神医学会 専門医更新のためのポイント（3ポイント）

参加証は名札の下部にあります。

(3) 日本産科婦人科学会 《学会の専門医単位 10単位 機構の受講単位 3単位》

※単位取得を希望される方は「e医学会カード」をご持参ください。

※機構受講単位は、下記3つの講演ごとに会員カードをバーコードリーダーで読み込む必要があります。

対象の講演が開始される前にメイン会場入り口の産婦人科医専門医単位申請専用受付にて手続きを済ませてからご入場ください。

対象セッション

■2016年11月19日(土) 09:10開始予定

「ハイリスク対象化で医療連携はどう変わるか」 1単位

■2016年11月20日(日)13:00開始予定

「産科歴40年を振り返って ～産婦人科からメンタルヘルスを考える～」 1単位

■2016年11月20日(日) 14:10開始予定

「妊産婦の自殺予防の取り組みと産後ケア」 1単位

(4) 日本産婦人科医会

研修参加証（1枚）

※日本産婦人科医会研修シールをお渡しします。産婦人科医専門医単位申請専用受付でお受け取りください。

(5) 日本周産期・新生児医学会（2単位）

参加証は名札の下部にあります。

(6) 日本助産師会 継続研修ポイント（2ポイント）

参加証は名札の下部にあります。

座長・演者の皆様へ

各セッション開始40分前までにPC受付で、座長受付・演者受付をお済ませください。

演者の先生は、演者受付時に発表データの試写をお願いします。

2日目の最初のセッション（研修会①②）の演者の方は、円滑な運営のため、前日のうちにPC受付（データ試写）をお済ませくださいますよう、ご協力をお願いいたします。

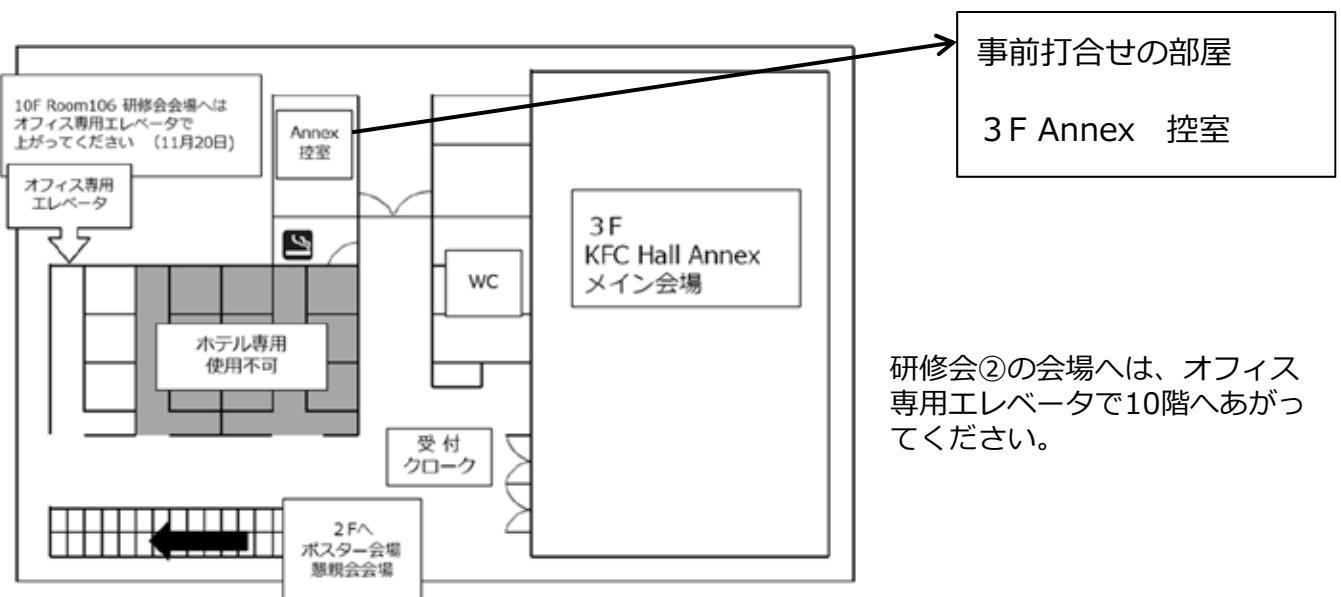
下記の各セッションは、事前打合せがございします。時間までに打合せ部屋にお集まりください。

ポスターセッションは座長の先生方のみ打合せがございします。

シンポジウム①②③・特別講演①・研修会①②・教育講演は、座長と演者の先生の全員での打合せをお願いいたします。

打合せ終了後（各セッションの10分前）に会場へ移動をお願いいたします。

セッション名と開始時間	日	打合せ時間	打合せの部屋
シンポジウム① 9:10～	11月19日	8:30～9:00	3F Annex 控室
特別講演① 10:50～	11月19日	10:20～10:40	3F Annex 控室
ポスターセッション 15:00～（座長のみ）	11月19日	14:30～14:50	3F Annex 控室
シンポジウム② 16:25～	11月19日	15:45～16:15	3F Annex 控室
研修会① 周産期医療関係者向け 9:00～	11月20日	8:35～8:50	3F Annex 控室
研修会② 精神医療関係者向け 9:00～	11月20日	8:35～8:50	10F Room106 研修会会場の 講師席をお願いします
教育講演 10:30～	11月20日	10:00～10:20	3F Annex 控室
シンポジウム③ 14:10～	11月20日	13:30～14:00	3F Annex 控室



一般演題（ポスター）発表の皆様へ

1) 当日のポスター発表受付

発表者は、ポスター貼付前に受付(3F)でポスター受付を済ませてください。
ポスターはプログラム抄録集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。

2) ポスター会場

KFC Hall 2nd (2F)

3) ポスター掲示時間・発表(ポスターセッション)時間・撤去時間

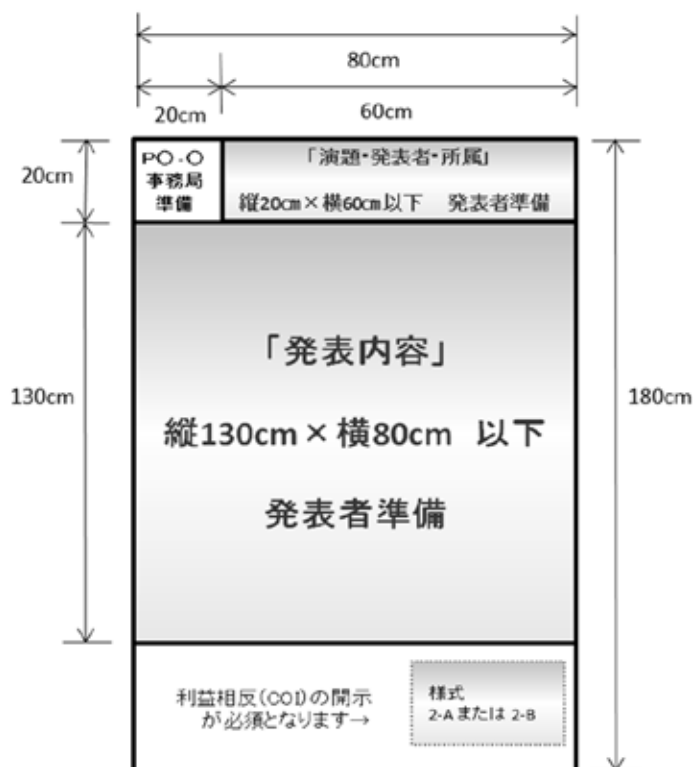
掲示時間11月19日(土) 8:30~10:30 発表者ご自身でご掲示ください。
発表時間11月19日(土) 15:00~16:15 発表4分・質疑2分
撤去時間11月19日(土) 18:00~19:00 ポスター撤去
ポスター掲示用のテープ（メンディングテープのみ使用可）はこちらで準備します。
（画鋲、マグネットはご使用頂けません）
撤去時間内に撤去されていないポスターは、事務局で処分いたします。

4) 発表・質疑応答

座長の指示にしたがい、
発表4分・質疑2分をお願いします。
時間内に終わりますよう、
ご協力をお願い致します。

5) 利益相反(COI)の開示

COI状態の有無に関わらず、
COIの状況を開示いただきます。
ポスターパネルの右下に、
A4でCOI様式を貼り付けて開示して
ください。
COI様式（サンプル）は、
日本周産期メンタルヘルス学会HP
「利益相反(COI)」をご確認ください。



2016 年 11 月 19 日 9:00-18:25

9:00-	開会の挨拶	メイン会場 3F KFC Hall Annex (ポスターセッションのみ、 2F KFC Hall 2nd)		
9:10-10:40	シンポジウム① <u>日本精神神経学会</u> <u>日本産科婦人科学会</u> <u>機構 受講</u> <u>対象セッション</u>	「ハイリスク対象化で医療連携はどう変わるか」 ～現状分析、今後の実践に向けての連携システム、求められる教育研修～ 座長；吉田敬子（九州大学病院子どものこころの診療部） 座長；笠井靖代（日本赤十字社医療センター第3産婦人科） 演者；鈴木俊治（葛飾赤十字産院産婦人科） 演者；立花良之（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） 演者；西郡秀和（東北大学病院周産母子センター） 演者；山下 洋（九州大学病院子どものこころの診療部）		
10:50-11:50	特別講演①	「私の周産期メンタルヘルス研究：過去・現在・未来」 座長；鈴木利人 (順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院メンタルクリニック教授/ 大学院医学研究科精神・行動科学分野教授) 演者；北村俊則（北村メンタルヘルス学術振興財団代表理事）		
12:10-13:00	ランチョンセミナー① 本セミナーは、医療関係者 向けセミナーです。	「周産期のうつ病と睡眠障害」 共催：MSD 株式会社 座長；堀川直史先生（埼玉医科大学かわごえクリニックメンタルヘルス科） 演者；松島英介先生（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）		
13:10-	総会・評議員会			
13:40-14:40	会長講演 <u>日本精神神経学会</u> <u>機構 受講</u> <u>対象セッション</u>	「周産期メンタルヘルスの薬物療法：10 の原則」 座長；岡野禎治 (三重大学保健管理センター教授/ 日本周産期メンタルヘルス学会理事長) 演者；鈴木利人 (順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院メンタルクリニック教授/ 大学院医学研究科精神・行動科学分野教授)		
15:00-16:15	ポスター発表 会場は、2F 「KFC Hall 2nd」	ポスターセッション① 座長；佐藤昌司 (大分県立病院 総合周産期母子医療センター) 座長；宮田郁 (大阪医科大学附属病院看護部)	ポスターセッション② 座長；岡島美朗 (自治医科大学附属さいたま 医療センター精神科) 座長；鈴木俊治 (葛飾赤十字産院産婦人科)	ポスターセッション③ 座長；吉内一浩 (東京大学医学部附属病院 心療内科) 座長；玉木敦子 (神戸女子大学看護学部)
16:25-18:25	シンポジウム② <u>日本精神神経学会</u> <u>機構受講</u> <u>対象セッション</u>	「周産期メンタルヘルスリテラシーの向上を目指して」 座長；高橋真理（順天堂大学大学院医療看護学研究科・医療看護部） 座長；渡邊博幸（千葉大学社会精神保健教育研究センター/木村病院） 演者；中山和弘（聖路加国際大学看護情報学） 演者；秋元義弘（岩手県立二戸病院産婦人科） 演者；渡邊博幸（千葉大学社会精神保健教育研究センター/木村病院） 演者；高橋真理（順天堂大学大学院医療看護学研究科・医療看護部）		
18:30-	懇親会			

2016 年 11 月 20 日 9:30-15:50

9:00-10:20	メイン会場 3F KFC Hall Annex		研修会会場 10F Room106
	研修会① 周産期医療関係者向け 精神疾患の基礎知識 ～精神疾患への理解を深める～ 日本精神神経学会 機構受講 対象セッション		研修会② 精神医療関係者向け 周産期に関する基礎知識 ～周産期医療の知識を学ぶ～
各講師 25 分	司会；菊地紗耶 (東北大学病院精神科)		司会；海老根真由美 (白金高輪海老根ウイメンズクリニック)
	<精神疾患の診断方法> 講師；根本清貴 (筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学)		<周産期管理> 講師；齋藤知見 (順天堂大学医学部産婦人科)
	<統合失調症> 講師；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)		<先天異常> 講師；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)
	<気分障害> 講師；菊地紗耶 (東北大学病院精神科)		<母乳育児> 講師；海老根真由美 (白金高輪海老根ウイメンズクリニック)
10:30-11:20	メイン会場 3F KFC Hall Annex		
	教育講演	「周産期メンタルヘルスにおける助産師の役割 - 過去・現在・未来 -」 座長；春名めぐみ (東京大学大学院医学系研究科母性看護学・助産学分野准教授) 演者；新井陽子(北里大学看護学部生涯発達看護学准教授)	
11:20-13:00	休憩	ランチョンセミナーはありません。	
13:00-14:00	特別講演②	「産科歴 40 年を振り返って ～産婦人科からメンタルヘルスを考える～」	
	日本産科婦人科学会 機構受講対象セッション	座長；木下勝之(日本産婦人科医会会長/成城木下病院理事長) 演者；竹田 省(順天堂大学医学部産婦人科教授)	
14:10-15:40	シンポジウム③	「妊産婦の自殺予防の取り組みと産後ケア」	
	日本精神神経学会 日本産科婦人科学会 機構受講対象セッション	座長；杉山 隆(愛媛大学大学院医学系研究科産科婦人科学) 座長；竹内 崇(東京医科歯科大学医学部附属病院精神科) 演者；光田信明(大阪府立母子保健総合医療センター産科) 和田聡子(大阪府立母子保健総合医療センター母性外来) 演者；菊地紗耶(東北大学病院精神科) 演者；竹内 崇(東京医科歯科大学医学部附属病院精神科)	
15:40-	閉会の挨拶		

第1日 11月19日(土) プログラム

メイン会場

3 F KFC Hall Annex

ポスター会場

2 F KFC Hall 2nd

9時00分～9時10分 開会の挨拶

鈴木 利人

第13回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会大会長

9時10分～10時40分 シンポジウム① (p20-24)

日本精神神経学会・日本産科婦人科学会 の機構受講対象セッションです。
開始前に、カードをバーコードで読み込む必要があります。

「ハイリスク対象化で医療連携はどう変わるか」

～現状分析、今後の実践に向けての連携システム、求められる教育研修～

座長 吉田 敬子 九州大学病院子どものこころの診療部

笠井 靖代 日本赤十字社医療センター第3産婦人科

1. 平成28年度診療報酬改定における精神疾患合併妊娠の管理加算について

鈴木 俊治 葛飾赤十字産院産婦人科

2. メンタルヘルス不調の母親に対する妊娠期からの切れ目のない支援のための

地域における医療・保健・福祉の連携づくりについて

立花 良之 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

3. 周産期センターの産科医の立場から現状と問題点、今後求められること

西郡 秀和 東北大学病院産科・周産母子センター

4. 周産期ハイリスク事例への心理社会的介入 - 愛着形成の観点から -

山下 洋 九州大学病院子どものこころの診療部

10時50分～11時50分 特別講演① (p25-26)

座長 鈴木 利人

順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院メンタルクリニック／

順天堂大学大学院医学研究科精神・行動科学分野

「私の周産期メンタルヘルス研究：過去・現在・未来」

北村 俊則

北村メンタルヘルス研究所

こころの診療科 きたむら醫院

一般財団法人北村メンタルヘルス学術振興財団

名古屋大学医学部 精神医学分野・親と子どもの心療学分野

12時10分～13時00分 ランチョンセミナー① (共催 MSD株式会社)

※本セミナーは、医療関係者向けセミナーです。

座長 堀川 直史

埼玉医科大学かわごえクリニックメンタルヘルス科

「周産期のうつ病と睡眠障害」

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

13時10分～ 総会・評議員会 ※評議員、正会員の方はご出席ください。

13時40分～14時40分 会長講演・・・・・・・・・・・・・・・・(p27-28)

**日本精神神経学会の機構受講対象セッションです。
開始前に、カードをバーコードで読み込む必要があります。**

座長 岡野 禎治

三重大学保健管理センター

「周産期メンタルヘルスの薬物療法：10の原則」

鈴木 利人

順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院メンタルクリニック／

順天堂大学大学院医学研究科精神・行動科学分野

15時00分～16時15分 ポスターセッション①、②、③

※会場は、2F KFC Hall 2ndです。

セッション① 座長 佐藤 昌司 大分県立病院総合周産期母子医療センター
 宮田 郁 大阪医科大学附属病院看護部

セッション② 座長 岡島 美朗 自治医科大学附属さいたま医療センター精神科
 鈴木 俊治 葛飾赤十字産院産婦人科

セッション③ 座長 吉内 一浩 東京大学医学部附属病院心療内科
 玉木 敦子 神戸女子大学看護学部

(ポスター一覧はp 16-18、抄録集はp 51-85)

16時25分～18時25分 シンポジウム②・・・・・・・・・・(p29-33)

日本精神神経学会の機構受講対象セッションです。
開始前に、カードをバーコードで読み込む必要があります。

「周産期メンタルヘルスリテラシーの向上を目指して」

座長 高橋 眞理 順天堂大学大学院医療看護学研究科・医療看護部
渡邊 博幸 千葉大学社会精神保健教育研究センター/木村病院

1. 周産期の健康を決める力 ヘルスリテラシーを身につける

中山 和弘 聖路加国際大学看護情報学分野

2. 岩手県における妊産婦メンタルヘルス支援および

岩手県北地域における周産期データベースを用いた取り組み

秋元 義弘 岩手県立二戸病院 産婦人科

3. 精神科臨床医は妊産婦支援にどのように関わるか？

－ 松戸市の取り組みを通じて －

渡邊 博幸 千葉大学社会精神保健教育研究センター/木村病院

4. 周産期メンタルヘルスの向上を目指して

高橋 眞理 順天堂大学大学院医療看護学研究科・医療看護部

18時30分～ 懇親会

※会場は、2F 中国料理「東天紅」で行います。

第2日 11月20日(日) プログラム

メイン会場、研修会①会場
研修会②会場

3F KFC Hall Annex
10F Room106

9時00分～10時20分 研修会①、②

研修会① (p34-37)

※会場は、3F メイン会場 KFC Hall Annexです。

日本精神神経学会の機構受講対象セッションです。
開始前に、カードをバーコードで読み込む必要があります。

周産期医療関係者向け

精神疾患の基礎知識 ～精神疾患への理解を深める～

司会 菊地 紗耶 東北大学病院精神科

<精神疾患の診断方法> 根本 清貴 筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学

<統合失調症> 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

<気分障害> 菊地 紗耶 東北大学病院精神科

研修会② (p38-41)

※会場は、10F 研修会会場 Room106です。

精神医療関係者向け

周産期に関する基礎知識 ～周産期医療の知識を学ぶ～

司会 海老根 真由美 白金高輪海老根ウイメンズクリニック

<周産期管理> 齋藤 知見 順天堂大学医学部産婦人科

<先天異常> 齋藤 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

<母乳育児> 海老根 真由美 白金高輪海老根ウイメンズクリニック

※以降のプログラムの会場は、3F メイン会場 KFC Hall Annexです。

10時30分～11時20分 教育講演 (p42-43)

座長 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

「周産期メンタルヘルスにおける助産師の役割 -過去・現在・未来- (仮)」

新井 陽子

北里大学看護学部生涯発達看護学

13時00分～14時00分 特別講演②・・・・・・・・・・・・・・ (p44-45)

日本産科婦人科学会 の機構受講対象セッションです。
開始前に、カードをバーコードで読み込む必要があります。

座長 木下 勝之 日本産婦人科医会会長

「産科歴40年を振り返って ～産婦人科からメンタルヘルスを考える～」

竹田 省 順天堂大学医学部産婦人科学講座主任教授

14時10分～15時40分 シンポジウム③・・・・・・・・・・・・・・ (p46-50)

日本精神神経学会・日本産科婦人科学会 の機構受講対象セッションです。
開始前に、カードをバーコードで読み込む必要があります。

「妊産婦の自殺予防の取り組みと産後ケア」

座長 杉山 隆 愛媛大学大学院医学系研究科産科婦人科学

竹内 崇 東京医科歯科大学医学部附属病院精神科

1. 産科で行う妊産婦のメンタルケアの重要性と課題

～妊産婦こころの相談センターをはじめて～

光田 信明 大阪府立母子保健総合医療センター産科

和田 聡子 大阪府立母子保健総合医療センター看護部

母性中央部 母性外来

2. 産後の精神疾患と自殺～自殺予防の観点から～

菊地 紗耶 東北大学病院精神科

3. 妊産婦の自殺予防のために必要なシステムとは？

竹内 崇 東京医科歯科大学医学部附属病院精神科

15時40分～ 閉会の挨拶

佐藤 昌司 大分県立病院総合周産期母子医療センター

第 13 回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会 ポスターセッション①②③

11 月 19 日（土） 15：00～16：15

セッション① 座長；佐藤 昌司（大分県立病院総合周産期母子医療センター）

座長；宮田 郁（大阪医科大学附属病院看護部）

演題番号	演題名	演者	職種
P1-01	精神疾患を抱える女性を母親にもつ乳児の養育状況	小西 晶子 岡山県精神科医療センター	精神科医
P1-02	心理・社会的リスクファクターを持った妊婦への支援－助産外来の活動－	川村 美保 高知大学医学部附属病院 第二病棟 3 階	助産師
P1-03	当院における精神疾患合併妊娠への取り組み	佐藤 達也 東京医科歯科大学 周産・女性診療科	産婦人科医
P1-04	妊娠期の不安・抑うつ状況と産後うつとの関連－妊娠期の HADS と産後の EPDS の得点より－	佐藤 真子 広島市立広島市民病院看護部	助産師
P1-05	周産期のソーシャルサポートが母子関係に及ぼす影響	椎野 智子 名古屋大学大学院医学系研究科 精神医学分野	臨床心理士
P1-06	社会的ハイリスク妊婦に対する多職種連携の取り組み	石原 佳奈 弘前大学 産科婦人科学講座	産婦人科医
P1-07	順天堂医院における妊産婦メンタルヘルス外来の現状	伊藤 賢伸 順天堂大学 精神医学講座	精神科医
P1-08	向精神薬服用妊婦に対して行った授乳中の薬の影響に関する早期薬剤情報提供の有用性	峯松 真梨 兵庫県立尼崎総合医療センター 薬剤部	薬剤師
P1-09	産後、養育環境の調整が不十分な状況で退院し、乳児死亡に至った 2 例	伊藤 直樹 帝京大学医学部小児科	小児科医
P1-10	包括的出生前コホート－母親のメンタルヘルスとその関連要因－	岡光 基子 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科小児・家族発達看護学	看護師・保健師
P1-11	死産を体験した母親への次子妊娠・分娩に至るまでの継続的な心理的サポートを実践した 1 例	宮田 郁 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

セッション② 座長；岡島 美朗(自治医科大学附属さいたま医療センター精神科)

座長；鈴木 俊治(葛飾赤十字産院産婦人科)

演題番号	演題名	演者	職種
P2-01	大阪府内精神科医療機関を対象とした「妊産婦メンタルヘルスに関する現状調査」	岡本 陽子 大阪府立母子保健総合医療センター 産科	産婦人科医
P2-02	初産妊婦のマタニティブルーの要因となり得る「ファンタジーの喪失」	水本 深喜 国立成育医療研究センター こころの診療部	臨床心理士
P2-03	妊産婦死亡原因としての自殺 – 三重県の調査報告 –	田中 佳世 三重大学医学部 産科婦人科	産婦人科医
P2-04	養育バックアッププランニング – 支援者の乏しい養育者（ダブルケアを含む）の入院に備える支援技法	石川 博康 中通りハビリテーション病院 精神科	精神科医
P2-05	死産ケア教育の取り組み – 助産師学生の教育を中心に –	高田 勝子 大阪市立大学大学院医学研究科運動生体医学	助産師
P2-06	妊娠と薬情報センターでの授乳と薬電話相談における精神科疾患の授乳相談の現状について	肥沼 幸 国立成育医療研究センター 妊娠と薬情報センター	小児科医
P2-07	産後精神症状を呈した母親への開業助産師の関わり	桑原 さやか 出張専門 開業助産師	助産師・母性看護専門看護師
P2-08	周産期医療における看護職者の「共感性」を規定する要因について	齋藤 知見 北村メンタルヘルス研究所 / 順天堂大学医学部産婦人科	産婦人科医
P2-09	育児関連ストレス尺度作成の試み	塙 美由貴 みゆきクリニック	精神科医
P2-10	精神的支援が必要な妊婦・褥婦への助産師の役割と課題	菊地 薫 順天堂大学医学部附属順天堂医院 周産期母子センター	助産師

セッション③ 座長 ; 吉内 一浩(東京大学医学部附属病院心療内科)

座長 ; 玉木 敦子(神戸女子大学看護学部)

演題番号	演題名	演者	職種
P3-01	精神疾患合併妊婦への関わり ～妊娠期から多職種カンファレンスを行うことでタイムリーにケアに活かす～	久世 宏美 高槻病院	助産師
P3-02	産科から精神科への診療依頼	森山 佳則 名古屋大学大学院医学系研究科産婦人科学	産婦人科医
P3-03	精神疾患合併妊婦の周産期における病状悪化リスクの検討	渡部 衣美 筑波大学附属病院精神神経科	精神科医
P3-04	精神疾患をもつ妊婦・授乳婦に対する薬剤師の関わり（第一報）	川口 寿子 済生会横浜市東部病院薬剤部	薬剤師
P3-05	正常ボンディング群と病理的ボンディング群におけるボンディング障害尺度得点の継時的変化	松長 麻美 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 / 北村メンタルヘルス研究所	看護師・保健師
P3-06	当院における子ども虐待対応チームの取組みに関する後方視的検討	武藤 美紀 東京慈恵会医科大学 産婦人科学講座	産婦人科医
P3-07	近赤外線スペクトロスコピー NIRS を用いた月経周期に伴う内分泌学的変化と脳機能変化の検討	高橋 由美子 群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学	精神科医
P3-08	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における助産師による相談外来の実態調査	鈴木 淑代 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
P3-09	診療所で対応しえた産褥精神病の一例を通じて考察する精神科診療所のあり方について	武田 直己 医療法人社団翠松会たけだメンタルクリニック	精神科医
P3-10	性的虐待が疑われた 10 代妊娠の一例	石黒 共人 越谷市立病院 産婦人科	産婦人科医
P3-11	『妊娠期の子育てカレッジ』 5 年間の実践報告～母子の情緒的つながりの大切さを伝える～	竹田 伸子 大阪彩都心理センター	臨床心理士

講演抄録

シンポジウム①

11月19日（土）9:10-10:40

「ハイリスク対象化で医療連携はどう変わるか」
～現状分析、今後の実践に向けての連携システム、
求められる教育研修～

座長；吉田 敬子（九州大学病院子どものこころの診療部）

座長；笠井 靖代（日本赤十字社医療センター第三産婦人科）

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

座長略歴

吉田 敬子 （よしだ けいこ）

現職：九州大学病院 子どものこころの診療部 特任教授

1979年 九州大学医学部卒業、同大小児科学講座入局
1983年 同精神医学講座に入局
1984年 同上助手。
1988年 英国モーズレー病院児童精神医学部門に留学、帰国
1990年 ロンドン大学精神医学研究所に留学
1992年 同研究所研究職員
1997年 帰国、九州大学病院精神科助教
2000年 九州大学病院精神科講師
2009年 子どものこころの診療部 特任教授、
キングスカレッジ・ロンドン大学客員教授 現在に至る

専門分野： 周産期メンタルヘルス、乳幼児、小児精神医学

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

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医学科卒業
1996年 東京大学大学院 医学系研究科修了
1996年 日本学術振興会特別研究員
1997年 米国タフツ大学New England Medical Center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） 臨床遺伝、出生前診断

～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～〇～

SP1-01「ハイリスク対象化で医療連携はどう変わるか」

平成28年度診療報酬改定における 精神疾患合併妊娠の管理加算について

葛飾赤十字産院 産婦人科 鈴木 俊治

ハイリスク妊娠管理加算等は、合併症などによってリスクの高い妊産婦に対する入院管理の評価として平成20年に創設されたが、この時「精神疾患合併妊娠」は対象となっていなかった。

妊娠・出産・育児期は、女性の精神疾患が最も発症・再燃・悪化しやすい時期であることが知られており、また、妊産婦の精神疾患発症を含めた強いストレス負荷は、胎児や乳幼児、その後の子どもの発達や精神疾患発症等の予後に大きく影響することが大規模前方視的検討で明らかになっている。そのため、日本産科婦人科学会および日本精神科学会は周産期のメンタルケアおよび治療に関する診療報酬改定を平成27年に共同提案し、内科系学会社会保険連合からも支持を得た。また、日本産婦人科医会では、日本産科婦人科学会および日本周産期メンタルヘルス学会をはじめとした他学会・団体の協力のもと、妊娠中の精神疾患へ対応するためのガイドライン（産婦人科診療ガイドライン2017収載予定）、研修ノート「精神的・社会的な援助が必要な妊産婦への対応」（平成28年発刊予定）、相談援助事業推進マニュアル等を作成し、会員全員が精神疾患へ対応できるための体制確立を推進し、日本産科婦人科学会と合同で「精神疾患合併妊婦を『ハイリスク妊娠管理加算』の対象疾患へ追加することの要望」を同年厚生労働省に提出した。

これらを背景に、平成28年度診療報酬改定において、ハイリスク妊娠管理加算等の算定対象となる合併症に「精神疾患」が加えられた。対象とされる「精神疾患」は、精神科と併診あるいは診療情報提供書が提供されているものに限られ、精神科と産婦人科が連携して精神疾患合併妊産婦を管理することの重要性が評価されたものと考えられる。

演者略歴

鈴木 俊治 （すずき しゅんじ）

現職：葛飾赤十字産院副院長
日本産婦人科医会副幹事長

1988年 長崎大学医学部卒業、日本医科大学産科婦人科学教室入局
1997年 米国ロマリンダ大学胎児生理学教室へ留学
2001年 日本医科大学産科婦人科学教室助教授
2002年 東京臨海病院産婦人科部長
2006年 葛飾赤十字産院副院長、現在に至る

専門分野：周産期医学

SP1-02 「ハイリスク対象化で医療連携はどう変わるか」

メンタルヘルス不調の母親に対する妊娠期からの切れ目のない支援のための地域における医療・保健・福祉の連携づくりについて

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
立花 良之

演者は、東京都世田谷区において平成24年から平成25年に行われた妊娠期から産後3か月までのメンタルヘルスについてのコホート調査に関与した。当日は、コホート調査から明らかになった産後うつ病のリスク因子や周産期の妊産婦の精神状態の経時的変化の傾向について述べる。

また、演者らが行っている、周産期にメンタルヘルス不調の母親に対する保健・医療・福祉の連携モデルの取り組みについて報告する。平成25年度に東京都世田谷区で、母子保健関係者の協議会「母と子のサポートネットせたがや」を発足・運営し、「顔の見える連携」を構築するための場づくりを行った。メンタルヘルス不調の母親の支援における多職種連携のためのマニュアルや対応のフローチャートを作成した。また、平成26年度以後、世田谷区役所の会議室にて母子保健関係者が集まり、症例検討会を行っている。症例検討会を通して、実際に関係者同士が顔を合わせ意見交換することにより、連携の土台となるような関係性が構築されるようになった。それにより、会合に参加している施設の関係者同士で、それまでなかった患者対応の連携が行われるようになっていく。長野県須坂市においては須坂市健康福祉部と協働して、メンタルヘルス不調のハイリスク者を抽出して支援する仕組みを整備した。母子保健コーディネーターが母子健康手帳交付時にメンタルヘルス不調の原因となるような心理社会的背景についての質問票とエジンバラ産後うつ病評価尺度（EPDS）を実施している。さらに、県立須坂病院と市町村の連携で周産期メンタルヘルス実務検討会を月1回開催し、妊娠中に母子保健コーディネーターが把握した心理社会的リスクのある妊婦を、地域の多職種の母子保健関係者が会議で協議しながら支援内容を決めていく仕組みが整備された。この結果、それまで見過ごされていたメンタルヘルス不調の母親が妊娠期から医療・保健・福祉の連携のもと、サポートされるようになった。長野市でも同様に、妊娠期から保健師が医療・福祉と連携して、メンタルヘルス不調の母親を支援する体制を整備した。また、保健師とともに作成した、メンタルヘルス不調の妊産婦への対応のフローチャートを紹介する。

以上のような内容を通して、メンタルヘルス不調の母親に対する妊娠期からの切れ目のない支援のための、地域における医療・保健・福祉の連携づくりについて、現状と課題を考察する。

演者略歴

立花 良之 （たちばな よしゆき）

現職：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 医長

2001年 信州大学医学部医学科卒業、同大精神医学教室入局

2003年 長野赤十字病院精神科 医員

2006年 東北大学大学院医学系研究科博士課程（加齢医学研究所脳機能開発研究分野）
宮城県立こども病院児童精神科 非常勤医師

2010年～2012年

英国Manchester大学児童精神科・王立Manchester小児病院児童精神科 博士研究員

2012年 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 医長

現在に至る

専門分野：周産期・乳幼児精神保健

SP1-03「ハイリスク対象化で医療連携はどう変わるか」

周産期センターの産科医の立場から 現状と問題点、今後求められること

東北大学病院 産科・周産母子センター 西郡 秀和

精神疾患合併妊婦を取り扱う分娩施設としては、1) 常勤の精神科医、2) 精神疾患合併妊婦の入院管理が可能、以上の条件を満たすことが望ましい。演者の勤務する東北大学病院総合周産期母子医療センターは宮城県仙台市に位置し、宮城県の年間出生数は約1.8万人、仙台市は約1万人である。常勤の精神科医と精神科病棟がある分娩施設は、宮城県は東北大学病院を含めて3施設あるが、いずれも仙台市である。

東北大学病院では、周産期メンタルヘルスを専門とする精神科医2人と臨床心理士2人がおり、精神支援に特化した助産師の取組とソーシャルワーカーの介入、薬剤部と連携した向精神薬と妊娠・授乳の相談も行われている。東北大学病院の精神疾患合併妊婦の分娩件数は平成25年79件、平成26年109件、平成27年115件であった。診療報酬の改訂により精神疾患がハイリスク対象化となることで、これらの診療・取組に対してある程度の公的な評価を得ることになる。今後、その増収分をどのように精神疾患妊婦に関わる診療等に還元するのか、病院との交渉も含めて課題となる。

精神科との連携については、ハイリスク対象化を契機に、病院側の理解や、産科医や助産師・看護師・臨床心理士のみならず、この分野に興味を持つ精神科医がさらに増えることを期待したい。宮城県の場合、分娩施設がある地域の中核的な病院においては、前述の条件等を整えていくことが、連携システムのさらなる充実には必要であると考え

演者略歴

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と研究
2004年 Western Ontario大学産婦人科(カナダ) 留学
2008年 岩手医科大学産婦人科学講座 講師
2011年 東北大学病院産科 講師
2014年 東北大学病院周産母子センター 准教授

専門分野：周産期環境と子どもの精神・運動発達、
災害と周産期メンタルヘルス

周産期ハイリスク事例への心理社会的介入 – 愛着形成の観点から –

九州大学病院 子どものこころの診療部
山下 洋

親から子へこころの問題の世代間伝達や乳幼児期の不適切な養育への予防的介入の仕組みづくりは、周産期精神保健の重要なアジェンダとなっている。心理社会的ハイリスク事例への周産期からスタートする継続的な子育て支援が子どもと家族のウェルビーイングと心理社会的機能に肯定的な影響を与えることについては、米国のOldsら(2012)によるNurse Family Partnershipなど強固なエビデンスをもつ実例がある。このような長期的展望にもとづく継続的支援においても、要となるのは乳幼児期における随伴性を持った（応答的な）ペアレンティングの提供により不適切養育やネグレクトが子どもの神経発達過程に与えるダメージを減らすことである。

周産期のハイリスク事例に伴う心理社会的要因はペアレンティングに関連する複数の領域に否定的影響を与える。周産期精神保健の実践のアセスメントでは、養育者の精神症状と心理社会的要因を統合して効果的なペアレンティングに向けた介入のフォーミュレーションを行う必要がある。

九州大学病院における総合周産期母子医療センターと連携した母子メンタルヘルスクリニックの取り組みを開設している。開設当初は周産期うつ病のハイリスク群の妊娠期からの産科外来での助産師によるスクリーニングと産科・精神科で協働した継続支援をルーチンとした。一部重症例の抗うつ薬による治療の継続とその他は出産後の増悪や再発の予防のための心理教育が中心であった。近年は出産数の増加と共に、その他の物質依存などの精神科合併症やうつ病においても心理社会的要因が重複し、ペアレンティングや愛着形成の困難が懸念される事例への介入が連携の中心となっている。このようなハイリスク事例におけるアセスメントより心理社会的要因のプロフィールを検討し、継続可能な心理社会的介入に向けて必要な資源や受け皿について考察する。

演者略歴

山下 洋 （やました ひろし）

現職：九州大学病院 子どものこころの診療部

1985年 九州大学医学部卒業、同大精神神経科入局

2010年 九州大学病院 子どものこころの診療部 特任講師

専門分野：周産期メンタルヘルス、児童精神医学

「私の周産期メンタルヘルス研究：過去・現在・未来」

座長；鈴木 利人

（順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院メンタルクリニック 教授
順天堂大学大学院医学研究科精神・行動科学分野 教授）

演者；北村 俊則

（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
一般財団法人北村メンタルヘルス学術振興財団 代表理事
名古屋大学医学部 精神医学分野・親と子どもの心療学分野 客員研究者）

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○

座長略歴

鈴木 利人（すずき としひと）

現職：順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院メンタルクリニック教授
順天堂大学大学院医学研究科精神・行動科学分野教授

1982年 筑波大医学専門学群卒業、同大精神医学講座入局
1995年 同助教授
2002年 順天堂大精神医学講座助教授
同大順天堂越谷病院メンタルクリニック科長
2008年 同大大学院医学研究科精神行動科学教授
2015年 筑波大附属病院臨床教授（併任）、現在に至る

専門分野：周産期メンタルヘルス、気分障害と性ホルモン

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○

特別講演①

私の周産期メンタルヘルス研究：過去・現在・未来

北村メンタルヘルス研究所、こころの診療科 きたむら醫院、
北村メンタルヘルス学術振興財団、
名古屋大学医学部 精神医学分野・親と子どもの心療学分野

北村 俊則

1970年代後半に Queen Charlotte's and Chelsea Hospital で周産期精神医学のシンポジウムがありました。当時、わたしは Birmingham の精神科病院で、いまでいう後期研修医をしていました。私はホールの最前列に座って、熱心に聞いていました。演者はその頃の若手研究者であった Channi Kumar, John Cox, Ian Brockington などでした。振り返ってみると、周産期精神医学の草分け的研究成果を発表していたのです。午前の発表の最後の演者が、産後うつ病と内分泌に関する話をしました。私は、内分泌変化が産後うつ病の要因であれば、（出産による内分泌変化のない）男性、つまり夫では児の出産後にうつ病はないはずだと考え、挙手をして、「夫の産後うつ病はどれほどでしょう？」と聞きました。演者からは「知らない」との反応しかありません。ところが、私の隣に座っていた初老の紳士が、「君の質問は適切です。君の知りたい情報はこの文献にあるよ」と教えてくれました。私は彼に感謝し、文献をメモさせてもらいました。ランチを取り、同じ席に戻ると、初老の紳士はもういません。彼はセミナーがつまらないと思ったのか、他の仕事があったのかも知れないなどと思いながら、私はその紳士のことはほとんど忘れ、午後の第一演者である、Brice Pitt をワクワクする思い出待っていました。司会が Professor Pitt を紹介しました。壇上に現れた Brice Pitt は、午前中、私に親切に文献を教えてくれた、あの紳士ではないですか。私は Brice Pitt の隣に座っていたのです。何という幸せ！あれから40年近くの時間があっというまに流れたように思います。学会当日は、その後、日本に戻ってから、私が行った研究の概観について、ご紹介したいと思います。

演者略歴

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

一般財団法人北村メンタルヘルス学術振興財団 代表理事

名古屋大学医学部 精神医学分野・親と子どもの心療学分野 客員研究者

1972年 慶応義塾大学医学部卒業

1976年 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

1979年 英国王立精神医学会会員資格 (Membership of the Royal College of Psychiatrists)

1983年 国立精神衛生研究所（現国立精神・神経センター精神保健研究所）室長

1991年 国立精神・神経センター 精神保健研究所 部長

1993年 英国王立精神医学会フェロウ資格 (Fellowship of the Royal College of Psychiatrists)

2000年 熊本大学医学部 教授

2010年 北村メンタルヘルス研究所 所長《現職》

2011年 ワシントン大学（セントルイス）客員教授

2011年 こころの診療科 きたむら醫院 院長《現職》

2014年 中国四川省社会科学表彰委員会より第16次社会科学優秀成果奨証書

2015年 北村メンタルヘルス学術振興財団 代表理事《現職》

British Journal of Psychiatry, Psychiatry and Clinical Neurosciences, Archives of Women's Mental Health などの編集員を経て、現在、International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, Open Family Studies Journal (Regional editor) の編集委員

「周産期メンタルヘルスの薬物療法：10の原則」

座長；岡野 禎治

（三重大学保健管理センター教授
日本周産期メンタルヘルス学会理事長）

演者；鈴木 利人

（順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院メンタルクリニック教授
順天堂大学大学院医学研究科精神・行動科学分野教授）

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○

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～ 現職
この間、ロンドン大学精神医学研究所留学

専門領域：周産期精神医学、女性のメンタルヘルス

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○

周産期メンタルヘルスの薬物療法：10の原則

順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院メンタルクリニック
順天堂大学大学院医学研究科精神・行動科学分野

鈴木 利人

不安や抑うつを抱え向精神薬を内服する女性が増えている。この中で妊孕性を有する時期に挙児を希望するものの、薬の胎児への影響を気にして妊娠を躊躇する女性も少なくない。このような状況は、向精神薬と妊娠・授乳に関する知識や理解が本来情報を提供するべき医療者側に十分ではないときに生じやすい。その結果、女性は罪悪感を抱き抑うつを深め、夫婦仲が冷めていくこともある。医療者側はこの問題の解決を求められ、その対応にしばしば苦慮する。理由の一つに事例の相談内容が個々に大きく異なりその対応に多職種連携が必要になるが構築されていないことが挙げられる。もう一つに向精神薬と妊娠・授乳に関する評価が既存の参考書籍では本によりリスクの表現方法が異なり、臨床場面の応用に戸惑うことが少なくない。そこで講演では、周産期の向精神薬の使用にあたり念頭に置くべき基本的な事項を「10の原則」としてまとめた。「向精神薬による薬物療法を行うにあたり説明すべきこととは何か?」、「薬物療法にあたり留意すべきこととは何か?」を紹介する。以下に原則10のうち2つの重要な原則を取り上げてみた。

原則の一つ目は、薬物療法の原則とは「どのようにすれば薬物療法をせずに、周産期の精神状態の安定を図ることができるかを考える」ことである。やむを得ず薬物療法を行なう際には、必要性の理由を患者・家族に説明し同意が得られた上で薬物療法を実施する。

原則の二つ目は、向精神薬を服用するかしないかの最終的な判断は、家族と患者による自己決定権に委ねられることである。そのためにも医療者側は、患者・家族に薬の様々な影響について十分な情報を提供することが求められる。情報を提供する際に添付文書の内容を医療者側の判断で患者・家族に説明しないことは問題があることに留意する。

この些か厄介とも思える薬物療法の課題を乗り越えた先に今まで以上に安定した患者—医師間の信頼関係の構築は生まれ、そのこと自体患者・家族にとって最も望んでいる姿ではないだろうか。

座長略歴

鈴木 利人（すずき としひと）

現職：順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院メンタルクリニック教授
順天堂大学大学院医学研究科精神・行動科学分野教授

1982年 筑波大医学専門学群卒業、同大精神医学講座入局

1995年 同助教授

2002年 順天堂大精神医学講座助教授

同大順天堂越谷病院メンタルクリニック科長

2008年 同大大学院医学研究科精神行動科学教授

2015年 筑波大附属病院臨床教授（併任）、現在に至る

専門分野：周産期メンタルヘルス、気分障害と性ホルモン

周産期の健康を決める力 ヘルスリテラシーを身につける

聖路加国際大学看護情報学分野

中山 和弘

健康や医療の研究が進み、治療や予防の選択肢は増大し、多様で複雑な情報があふれている。このような健康や医療の情報を、「収集」「理解」「評価」「活用」（4つの能力）して、適切な意思決定をして行動できる能力はヘルスリテラシーと呼ばれる。そもそもリテラシーという言葉は、読み書き能力を表す。しかし、それだけに留まるものではなく、社会に参加し、自らの目標を達成し、潜在能力を発展させるために必要な能力であり、人間の尊厳を表すものである。

ヘルスリテラシーの概念では、教育思想家フレイレが生み出したエンパワメントを強調している。フレイレは、「沈黙の文化」という、ブラジルの貧しい農村の人々が支配者によって抑圧され、文字を知らされず、否定的な自己像を植え付けられ、沈黙している文化を発見した。その解決方法として、人々が「沈黙の文化」の存在を意識し、自分たちが置かれている状況を客観的に自覚して、それを主体的に変えていくこと、すなわちエンパワメントが必要だとした。

エンパワメントが求められているところは、どこにでも存在する。読み書きは達者でも、健康や医療の情報をきちんと知らされていない、知っていても行動に移せない、環境や条件が整っていないなどの理由で、沈黙している人々はいないだろうか。

米国の全国調査では、一般向けの健康情報を的確に理解できる人は9人に1人しかいないと報告された。EUの8か国での大規模調査でも、ヘルスリテラシーに困難があり適切に意思決定できない人は全体で5割を占め、これらが健康格差を生み、大きな人権問題であると指摘されている。日本においても、EUの調査と同じ質問紙を用いた全国調査では、ヘルスリテラシーに困難のある人の割合は85.4%と格段に高かった（Nakayama et al. 2015）。この理由や背景について検討し、その向上を目指して、ヘルスリテラシーの概念の普及と研究を進めるべきである。

演者略歴

中山 和弘 （なかやま かずひろ）

現職：聖路加国際大学大学院看護学研究科看護情報学分野教授

東京大学医学部保健学科卒業、
東京大学大学院医学系研究科博士課程（保健学専攻）修了。
日本学術振興会特別研究員(PD)、
国立精神・神経センター精神保健研究所流動研究員、
東京都立大学人文学部社会福祉学科助手、
愛知県立看護大学助教授を経て現職。

著書『ヘルスリテラシー：健康教育の新しいキーワード』

『患者中心の意思決定支援：納得して決めるためのケア』

『地域包括ケアシステムの成功の鍵－医療・介護・保健分野が連携した「見える化」・ヘルスリテラシーの向上－』

『市民のための健康情報学入門』

『看護情報学』など。

Webサイト『健康を決める力：ヘルスリテラシーを身につける』

<http://www.healthliteracy.jp/> 運営

岩手県における妊産婦メンタルヘルス支援および 岩手県北地域における周産期データベースを用いた取り組み

岩手県立二戸病院 産婦人科 秋元 義弘

岩手県では以前より県全体として妊産婦メンタルヘルス支援の活動を行っており、平成22年10月以降は、県内全ての周産期医療機関、全ての市町村においてEPDSスクリーニングを施行している。あの東日本大震災の前後での結果から見ても、導入していない他県のデータより、高得点者の比率は少なく、かつ、震災後も増加していないという結果が得られている。海外での調査・研究にて妊娠中から妊産婦への適確なケアを介入することで、妊婦のメンタルヘルスが安定し、産後鬱状態が減少すること、更に、将来の虐待リスクが減少することも明らかになっていることから、岩手県では将来の虐待予防を念頭に入れた取り組みも行われつつある。むろん、虐待死を含む虐待の最大リスクとなっているのは、そもそも妊娠中医療機関を受診しないなどの社会的ハイリスクグループであり、そうした女性をどのようにすくい上げ、支援に持って行けるかという観点も必要であり、それは医療機関だけで行いうるものではない。岩手県では県全体での周産期支援システムがあるが、さらに岩手県北地域において、独自に開発した周産期データベースを用い、周産期電子カルテ、基幹電子カルテ、支援システムと連動させ、周囲市町村との連携を常に行える体制を造り、地域として妊産婦への支援を行うことを行っている。それにより、緊急時の対応が格段にスムーズになり、妊産婦リスク評価の見落としの防止に繋がっている。

演者略歴

秋元 義弘 (あきもと よしひろ)

現職：岩手県立二戸病院 産婦人科長 兼 臨床検査科長
日本産婦人科学会 専門医、指導医
日本周産期・新生児医学会 母体・胎児専門医、指導医
日本性感染症学会 認定医
いわて思春期研究会 副会長
岩手県産婦人科医会 妊産婦メンタルヘルス支援委員会ワーキンググループ座長
日本思春期学会 理事

1990年 自治医科大学医学部卒業
2000年 岩手県立高田病院産婦人科長
2003年 岩手県立大船渡病院産婦人科長
2006年 岩手県立二戸病院産婦人科科長
2015年 同 臨床検査科長兼務

専門分野：周産期全般 思春期学

精神科臨床医は妊産婦支援にどのように関わるか？

— 松戸市の取り組みを通じて —

千葉大学社会精神保健教育研究センター
特定医療法人学而会木村病院

渡邊 博幸

妊産婦のメンタルサポートは、①連携機会が乏しい、精神-母子保健、精神-産科医療間の協働が必要なこと、②多領域の関係者がそれぞれの支援目的や情報をもとに介入し、支援の方向性に不一致が生じやすいこと、③妊娠中に住居地の医療機関から地域基幹病院へ転医し、出産後は再び住居地または里帰り地での医療に紹介されるなど、短期間で次々と支援主体が交替すること、等の特徴がある。その結果、時間的・空間的・信念対立的な支援の陥凹が生じやすく、痛ましい事例化が繰り返されている。

このような妊産婦メンタルサポートの課題に取り組むため、千葉県松戸市において、2015年から、市保健師等の職員、市立病院小児科・産婦人科、近隣の精神科・産婦人科開業医を中心に、周産期メンタルヘルス問題を検討するワーキンググループを立ち上げ、年3回の事例検討会や研修会を行っている。2016年度からは、市要保護児童対策地域協議会の常設会に位置づける条例を制定し、市医師会の協力を得て、定期的に研修会や困難事例へのアドバイザー派遣事業を行っている。今後は、妊産婦の総合的支援をワンストップで行うことを目的に国が設置を奨めている“子育て世代包括支援センター”との連携を強化していくことが望まれる。

松戸市での取り組みから、一般精神科医の関与パターンを、その広がりに応じて3ステージに分類した。Iは、精神科診療を主とする産科-精神科間でのリエゾンコンサルテーションである。“ハイリスク加算化”への迅速な対応、協力が求められる。IIは、精神保健福祉の地域資源を、妊産婦支援に援用するという院外多機関連携への関与である。医師のみでなく、精神保健福祉士や訪問看護師の活用がポイントとなる。IIIは、母子保健・児童福祉行政の取り組みへの関与である。このステージを円滑に進めるためには、条例制定や自治体予算化などが必須となる。今後、効果を検証する必要があるが、自治体主導で取り組むサービスモデルの1つとして報告する。

演者略歴

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
特定医療法人学而会木村病院院長

1992年 千葉大学医学部卒業、同大学医学部附属病院精神科神経科
2009年 旭中央病院地域精神医療推進部長
2011年 千葉大学精神医学准教授
2013年 千葉大学社会精神保健教育研究センター特任教授《現職》
2016年 特定医療法人学而会木村病院院長 《現職》 現在に至る

専門分野：精神科薬物療法、精神科多職種協働モデル

周産期メンタルヘルスの向上を目指して

順天堂大学大学院医療看護学研究科・医療看護学部ウィメンズヘルス看護学
高橋 眞理

少子化、家族構造の変化から、現代の育児は親のしごととしての学習の時代であると言われている。また、産後うつ病の発症には、そのリスクファクターとして、親密なパートナーとの関係性の質や、児がずっと泣き止まない、夜よく寝ないなどといった児との相互的な関係に困難を感じる母親との関連が数多く報告されている。したがって、はじめて母親・父親になった両親とその児には、その関係性に焦点をあて、育児への自信がもてるような学習力をあげるような産後のメンタルヘルスの向上を目指したヘルスリテラシーへの支援が求められている。なお、支援のゴールは、指導者が育児の方法を教授するという知識の学習に終わるのではなく、両親がオープンなコミュニケーションによって、実際のわが子の状況に応じて展開・応用できる育児力がそだつことである。しかし、そうは言っても、どうもわれわれ日本人はその方法が得意とはいえない。

そこで、本シンポジウムでは、オーストラリアで開発された産褥早期の父親・母親を対象とした心理教育的介入プログラム「What Were We Thinking!」について、その理論背景、介入方法の実際（ファシリテーター養成、動画・SNSの活用など）、介入効果のエビデンスを紹介し、本プログラムがもつ体系的で、楽しく、役に立つユニークな特徴を一緒に学びたい。そして、周産期メンタルヘルスの向上をめざす心理教育的介入のあり方として、マネージメントとエビデンス両者を求められる発想の転換について一緒に考えてみたい。

演者略歴

高橋 眞理 （たかはし まり）

現職：順天堂大学大学院医療看護学研究科・
医療看護学部ウィメンズヘルス看護学教授

1976年 千葉大学教育学部特別教科（看護）教員養成課程卒業
1995年 筑波大学大学院修士課程教育研究科（カウンセリング） 修了
2000年 筑波大学医学研究科生理系修了（医学博士）
2007年 メルボルン大学マスターコース（Women's Health） 修了

専門分野：女性の健康、母性看護・助産学を専門とする看護師・助産師

研修会①

11月20日（日） 9:00-10:20
メイン会場 3F KFC Hall Annex

周産期医療関係者向け

「精神疾患の基礎知識」 ～精神疾患への理解を深める～

司会；菊地 紗耶（東北大学病院精神科）

<精神疾患の診断方法>

講師；根本 清貴

（筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学）

<統合失調症>

講師；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）

<気分障害>

講師；菊地 紗耶

（東北大学病院精神科）

精神疾患の診断方法

筑波大学医学医療系精神医学 根本 清貴

精神疾患は古くから、「内因性」「外因性（身体因性）」「心因性」の3つのカテゴリでとらえられてきた。内因性は統合失調症と双極性障害（躁うつ病）、外因性は身体疾患に付随しておこる精神症状（症状精神病）、そして心因性は文字通り心因に由来する様々な症状である。その後、WHOやアメリカ精神医学会により系統だった診断基準、ICDやDSMが発表され、現在、広く使われている。これらの診断基準はいわばチェックリストになっているため、とすると「患者の症状が何個診断基準に合致するかこの人は〇〇障害だ」というような診断がなされる可能性があるが、これでは本質を見失ってしまう可能性がある。このため、各疾患に対する本質を理解しておくことが重要である。妊娠をする可能性のある年代の女性でよくみられる精神疾患として、統合失調症、双極性障害、うつ病、適応障害、パニック障害、強迫性障害、発達障害、てんかんが挙げられる。これらは産科でもよく遭遇する疾患と考えられるため、本講演では、これらの精神疾患について、疾患のポイントを説明すると同時に、実際に患者を目の前にしたときに、どのようなプロセスを経て、診断を行っているのか、そして、実際にリスクアセスメントをどのように行っているのかを紹介する。

演者略歴

根本 清貴 （ねもと きよたか）

現職：筑波大学医学医療系精神医学准教授

1999年 筑波大医学専門学群卒業
2001年 筑波大学附属病院精神神経科
2009年 筑波大学医学医療系精神医学講師
2016年 同准教授

専門分野：精神疾患の脳画像解析、周産期メンタルヘルス

統合失調症

埼玉医科大学総合医療センター メンタルクリニック
安田 貴昭

統合失調症は、かつて日本では精神分裂病とよばれ、原因が不明で十分な治療法もなかったことから、長らく偏見、差別、忌避の対象にされてきた。現在では、いまだ病因は明確になっていないものの、精神障害自体が何らかの脳の機能失調であるという認識が広まり、治療法の進歩によって、統合失調症に対するマイナスのイメージはかなり小さくなってきているように思われる。

とはいえ、この病気に多く見られる「幻覚」や「妄想」、「自我障害」などの精神症状は、患者自身だけでなく、まわりの家族や医療者にとっても理解しづらいところがあり、大きな戸惑いや怖れをもって受けとめられやすい。また、慢性に経過する「自閉」「感情鈍麻」あるいは「人格水準の低下」などの症状は、対人関係や社会生活での困難を引き起こし、その治療やケアには十分な理解と根気強い関わりが求められる。そのように考えると、いまだ統合失調症は「難しい病気」と言えるかもしれない。

周産期のメンタルケアで統合失調症が問題になりやすい理由には、統合失調症が妊娠可能な若い年代に発症しやすいこと、病気によって妊娠出産やその後の育児に直接的な支障をきたしうること、妊娠出産という大きなライフイベントが病状に影響しうることなどの事情があると思われる。

「過不足のない薬物療法」と「過度なストレスを防ぐ環境調整」が統合失調症治療の柱である。これらの治療をいかに適切に行うかは、統合失調症の女性が妊娠、出産し、親になっていく過程をサポートするための要となる。統合失調症の症状と治療は、周産期のメンタルケアに必要な基礎知識のひとつであると思われる。

演者略歴

安田 貴昭 (やすだ たかあき)

現職：埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック助教
日本精神神経学会専門医・指導医
精神保健指定医、臨床心理士

1997年 浜松医科大学医学部卒業
東京女子医科大学病院神経精神科研修医
1999年 東京女子医科大学精神医学教室助手
2009年 埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック助教
現在に至る

気分障害

東北大学病院 精神科
菊地 紗耶

気分障害は、ICD-10 では、躁病エピソード、双極性感情障害、うつ病エピソード、反復性うつ病性障害、持続性気分障害に分類される。DSM-5では、気分障害という章はなくなり、双極性障害および関連障害群、抑うつ障害群という記載に変更になった。

うつ病は、抑うつ気分、興味や喜びの減退を主症状とし、通常、操作的診断により診断されるが、症状の出現時期、誘因、経過、生活歴、病前性格など詳細な診断面接により、患者背景や病態の把握を行う。生涯有病率の男女比はおよそ1対2で女性に多い。希死念慮、自殺企図の聴取は必須である。症状とその深刻さ、機能障害の程度により軽症から重症に分けられ、重症の場合、精神病症状を伴うことがある。治療は、心理教育、薬物療法、精神療法、環境調整である。切迫した自殺企図、身体的衰弱がある場合には入院加療を行う。軽症の場合には必ずしも薬物療法を必要としないが、中等症以上では、activation syndromeや副作用に注意しながら、新規抗うつ薬（SSRI、SNRI、NaSSA）、三環系抗うつ薬などにより加療する。

双極性障害は、抑うつエピソードと、高揚気分、目標志向性の活動増加などの躁・軽躁病エピソードが交互に出現するもので、抑うつエピソード出現の有無を問わず、1回以上躁病エピソードがある場合には双極Ⅰ型障害、1回以上の軽躁病エピソードと抑うつエピソードがある場合には双極Ⅱ型障害と診断される。出現率の性差は認められていない。診断には、うつ病同様詳細な診断面接や鑑別診断を要する。躁病エピソードは急激な悪化や、精神運動興奮、自殺リスクが高まることもあるため、入院を要することも多い。また、双極性障害の女性の場合、産後に産褥精神病を発症することがあるため注意を要する。治療は、リチウムやバルプロ酸といった気分安定薬や非定型抗精神病薬により加療する。



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

研修会②

11月20日（日） 9:00-10:20

研修会会場 10F Room106

精神医療関係者向け

「周産期に関する基礎知識」 ～周産期医療の知識を学ぶ～

司会；海老根 真由美

（白金高輪海老根ウイメンズクリニック）

<周産期管理>

講師；齋藤 知見

（順天堂大学医学部産婦人科学講座）

<先天異常>

講師；齋藤 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母体・胎児部門）

<母乳育児>

講師；海老根 真由美

（白金高輪海老根ウイメンズクリニック）

周産期管理

順天堂大学医学部産婦人科学講座 齋藤 知見

周産期のメンタルヘルス・ケアに関した管理は、産科医、助産師、精神科医、小児科医、保健師、ケースワーカー等の多職種の連携が重要である。しかし産科医療の実際については周知されていないことも多いと思われる。そこで周産期管理の基礎知識と題して、周産期に関わる産婦人科以外の専門家の方へ、我々が日々の診療で着目している視点について解説する。主に「妊婦」を診ている方は別として、時々診る「妊婦」は投薬のしづらさも手伝って敬遠がちという方も多いと思う。少しでも妊婦を身近に感じて頂けるようイメージが膨らむように工夫した。各領域の垣根を超えて病める妊産褥婦にベストな周産期ケアを提供するため、明日からの診療の一助となれば幸いである。

着床から出産まではドラマの連続である。その過程における母体の生理的变化や見逃してはいけない異常について解説する。また晩婚化や不妊治療の普及、医療の向上により妊娠可能な合併症妊婦が増えたことにより、現在6人に1人は高齢妊娠となり、妊娠・分娩がハイリスク化している。日本の妊産婦死亡率は2014年に2.8人/10万と、世界最高水準の周産期医療レベルを誇る。日本産婦人科学会周産期委員会の調査（妊産婦死亡を含めた重症管理妊産婦調査:岡村州博委員長）によると、1人の妊産婦死亡に対して72人の危機的状態にある妊婦が救命されている（救命率は98%以上）。産科医療にあっては一步踏み外せば妊産婦死亡につながる危機的症例に遭遇することは珍しくない。母体死亡ゼロを目指して日々奮闘している中で我々が着目しているポイントについて最新の知見も交えながら解説したい。

演者略歴

齋藤 知見 （さいとう ともみ）

現職：順天堂大学医学部産婦人科学講座 非常勤講師

2003年 東海大学医学部医学科卒業、
順天堂大学産婦人科学教室入局
2009年 順天堂大学大学院医学研究科卒業
2010年 順天堂大学医学部産婦人科学講座助教
2014年 順天堂大学医学部産婦人科学講座非常勤助教
2016年 順天堂大学医学部産婦人科学講座非常勤講師
現在に至る

専門分野：周産期医療

先天異常

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

齋藤 正博

先天異常とは、もって生まれた形態的・機能的な異常を有し、新生児の約5%、重篤な先天異常は1-2%に認められる。

先天異常の原因には、遺伝性、染色体異常、外的因子、母体感染疾患、薬剤や環境物質などが知られているが、多くは、原因不明である。

先天異常は、非常に多岐にわたり存在し、主な先天異常を以下に示す。1. 中枢神経系の異常には、神経管閉鎖障害（致死性の無脳症や脳瘤、出生後手術の可能性がある二分脊椎など）、2. 顔面先天異常には、口の異常（口唇裂、口蓋裂）、耳の異常（無耳、小耳、耳介欠損、外耳道閉鎖など）、眼の異常（無眼球、小眼球、眼瞼欠損など）、3. 四肢の異常には、多指症、合指症、減数形態異常（欠損）、羊膜索症候群など、4. 外性器異常には、陰陽（真性半陰陽、仮性半陰陽、尿道下裂）、5. 消化管異常には、食道閉鎖、鎖肛・直腸肛門閉鎖などの消化管閉塞、臍帯ヘルニア、6. 染色体異常には、18、21トリソミーなど、7. 先天代謝異常・内分泌異常には、フェニルケトン尿症、ホモシスチン尿症、メープルシロップ尿症、ガラクトース血症、クレチン症、副腎過形成など、8. 先天性心疾患には、出生後緊急な対応を要するチアノーゼ型（Fallot四徴症、完全血管転位症、両大血管右室起始症、総肺静脈還流異常症、単心室症、左室低形成、三尖弁閉鎖症、Ebstein奇形、総動脈管遺残症など）と非チアノーゼ型（心房中隔欠損症、心室中隔欠損症、房室中隔欠損症、動脈管開存症など）が存在する。

当日は、妊娠中に診断、治療、あるいは、新生児期に手術などの治療を要する疾患を中心に、理解を深めて頂く機会となるようにしていきたい。

演者略歴

齋藤 正博 （さいとう まさひろ）

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 教授

1988年 埼玉医科大学医学部 卒業
埼玉医科大学総合医療センター 産婦人科入局

2006年 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 准教授

2015年 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 教授
現在に至る

専門分野：生殖医療、周産期医学

母乳育児

白金高輪海老根ウィメンズクリニック 海老根 真由美

われわれ哺乳類は、母乳で子どもを育てるのが特徴である。母親は出産直後より、子どもに授乳するのが当然である。子どもは、養育者から栄養を与えられずに、生きることはいかない。しかしながら、現代では、この母乳で子どもを育てることが、当然でなくなりつつあるのも事実である。

妊娠中に子どもの附属物である胎盤からエストロゲン、プロゲステロン、胎盤性ラクトゲン、母親の下垂体から分泌されるプロラクチンなどのホルモンにより、乳腺は急速に発達し、授乳の準備が開始される。出産により、胎盤性のホルモンのエストロゲン、プロゲステロンが急激に血中から消退し、抑えられていたプロラクチンの機能が発揮され、本格的な乳汁の生成と分泌が始まる。とくに、子どもによる乳頭への吸引刺激が重要で、子どもに乳頭を吸わせると、その刺激が上行神経路を経て、視床下部に達し、プロラクチン分泌抑制物質の放出が減少し、その結果、プロラクチンの分泌と作用が強まり、乳腺細胞で多量の乳汁が作られるようになる。

このようにして、母乳育児が順調に開始することが理想であるが、実際には、すぐに母乳が十分に分泌されるわけではなく、様々な努力が必要になる場合もある。

特に重要なのは、母乳育児を取り巻く環境である。母親がリラックスできる環境で、子どもが集中できる環境が望ましい。具体的には、部屋は暖かく、受け入れてもらえる家族がおり、食事や飲み物は充足し、さらには、母親は子供の授乳しやすいように抱き、心地のいい声掛けが出来、睡眠、排泄の介助と共に授乳しやすいタイミングで母親が子どものお世話ができるか等々が必要である。

この過程の中で、最も重要なのは母親の母親としての自信であり自己肯定感、つまり、自ら母乳を出すという、母乳で育てるという意味である。

このため、授乳に対する不安を母親から取り除くことは、非常に重要なことである。

子どもは、一生授乳が必要な生き物ではない。短ければ3か月～半年で卒業する可能性もある、母子の大切な儀式とも思われる共同作業である。

今回私は、産科医として授乳に関する母親と子どもの注意点、薬物用法が必要な母親のケアに対して発表したい。また、母乳を中断させる留意点もお伝えしたい。

演者略歴

海老根 真由美 (えびね まゆみ)

現職：白金高輪海老根ウィメンズクリニック 院長

1997年 埼玉医科大学卒業、埼玉医科大学総合医療センター入局
2004年 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 病棟医長
2005年 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 講師
2008年 埼玉医科大学産婦人科非常勤講師
2011年 順天堂大学医学部産婦人科講座非常勤講師
2013年 白金高輪海老根ウィメンズクリニック 院長 現在に至る

専門分野：周産期医学

「周産期メンタルヘルスにおける助産師の役割

－ 過去・現在・未来 －

座長；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 准教授）

演者；新井 陽子

（北里大学看護学部生涯発達看護学准教授）

～○

座長略歴

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

学歴：

1992年 聖路加看護大学卒業

1994年 東京大学大学院医学系研究科・修士課程修了(保健学修士)

1998年 同大学院・博士課程修了(保健学博士)

1998年-1999年 同大学院・発達医科学分野 客員研究員

職歴：

1987年 名古屋市立大学病院産科病棟（助産婦）

2000年 東京大学大学院医学系研究科 地域看護学分野（助手）

2002年 東京大学大学院医学系研究科 母性看護学・助産学分野（講師）

2012年 同分野（准教授）現在に至る

専門分野：周産期における女性の健康、
女性や子どもへの看護・助産ケア、母子保健

～○

周産期メンタルヘルスにおける助産師の役割 – 過去・現在・未来 –

北里大学看護学部生涯発達看護学
新井 陽子

助産師が、この分野に積極的に関わるようになったのは1990年代からである。当時は、病棟には精神分裂病やてんかんを合併した妊婦が入院し、助産師として対応に困難を感じていたことを覚えている。そのころ、厚生労働科学研究「妊産褥婦及び乳幼児のメンタルヘルスシステム作りに関する研究」(主任研究者 中野仁雄 ほか)が行われ、その中で助産師が精神科診断用構造化面接の訓練を受けスクリーニングを行い、妊産褥婦への支援方法を学ぶことにつながった。それと同時期に、「助産婦のメンタルヘルスカ能力育成を目的とした卒後教育プログラムに関する研究」(分担研究者 新藤幸恵 ほか)による周産期メンタルヘルスに携わる助産師の教育プログラムが検討され、助産ケアと精神科領域の診断やカウンセリングを学ぶような統合的なカリキュラムが実施された。この時期は、周産期メンタルヘルスにおいて助産師が担う役割の方向性が見え、教育プログラムの基礎ができた時期といえる。

現在は、健やか親子21の施策もあり産後うつ病が着目されるようになり、育児支援質問票がEPDSなどを使った産後うつ病のスクリーニングや助産師外来・母乳外来、産後ケアでの妊産褥婦への継続したメンタルヘルスカが行われるようになっている。また、病院と行政による切れ目のない支援が求められている。

今後の課題として、助産師が実践する周産期メンタルヘルスカを確立することだろう。特に、ローリスク群は予防的介入を、ハイリスク群は専門的な介入を行うことが必要となり、エビデンスに基づいた介入実践が求められるだろう。



演者略歴

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准教授

1992年 北里大学看護学部卒業
1992年 北里大学病院産科病棟助産師
2008年 北里大学大学院看護学研究科修了(看護学博士取得)
2008年 北里大学看護学部生涯発達看護学 講師
2011年 同准教授 現在に至る

専門分野：周産期メンタルヘルス、家族看護学、助産学

**「産科歴40年を振り返って
～産婦人科からメンタルヘルスを考える～」**

座長；木下 勝之

（日本産婦人科医会 会長/成城木下病院 理事長）

演者；竹田 省

（順天堂大学医学部産婦人科学講座 主任教授）

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○

座長略歴

木下 勝之 （きのした かつゆき）

現職：日本産婦人科医会 会長
医療法人社団久折会成城木下病院 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
2005年 日本産婦人科医会副会長
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

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○

特別講演②

産科歴40年を振り返って～産婦人科からメンタルヘルスを考える～

順天堂大学医学部産婦人科学講座主任教授 竹田 省

日本の周産期医療は、この数十年で急速に進歩、発展をとげ、妊産婦死亡率、周産期死亡率、新生児死亡率どれをとっても激減し、改善してきている。これも先達の産婦人科医たちのたゆまぬ努力と献身の賜であるが、最新医療の導入、医療レベルの向上、周産期センターの整備など、医師、医療施設、保健行政など総合的に死力を尽くした成果に他ならない。しかし、2007年まで順調に減少し続けてきた妊産婦死亡率（3.1/10万出産）は、その後一進一退を繰り返している。その原因の一つとして、晩婚化、妊娠年齢の上昇、ハイリスク妊婦の増加など女性を取り巻く環境、社会情勢の変化などさまざまな要因が影響していると思われる。これまでの学会・医会の取り組みの経過を振り返り、最近の診療での問題点や今後の課題、展望について考察する。

【妊産婦死亡原因と対策】

平成22年より開始された日本産婦人科医会の妊産婦死亡報告事業と厚生労働科学研究費補助金地域医療基盤推進研究事業(主任研究者 池田智明)の妊産婦死亡検討評価委員会の分析結果により得られた「母体安全への提言」は確実に成果を挙げてきた。しかし、国の人口動態統計の妊産婦死亡数と日本産婦人科医会による妊産婦死亡報告事業による死亡数が一致せず、国の妊産婦死亡数が過少評価されている。このため、Late Maternal Deathの原因や産後うつ病などによる自殺数の調査等、今一度、実態把握を行うとともに、その対策を再考するところに来ている。

【今後の課題と展望】

社会的環境の変化や不妊治療の進歩に伴う新たな妊産婦管理上の課題、治療上の問題も浮かび上がってくる。今後、周産期のメンタルヘルスを含めて種々の問題を検討し、その対策を練る必要がある。周産期医療を担う全ての人々が力を合わせ、これらの課題をクリアし、その対策を着実に行うことで、新たな展望が開けてくるものと考えられる。

演者略歴

竹田 省 (たけだ さとる)

現職：順天堂大学医学部産婦人科学講座 主任教授

1976年 順天堂大学医学部卒業、順天堂大学医学部麻酔学教室

1978年 東京大学医学部産科婦人科学教室

1985年 埼玉医科大学総合医療センター産婦人科講師

1992年 ロンドン大学（現インペリアル大学）王立大学院産婦人科留学

1999年 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教授

2007年 順天堂大学医学部産婦人科学講座主任教授、順天堂医院がん治療センター教授（併任）、医療看護学部教授（併任）、スポトロロジーメディカルセンター副センター長（併任）

資格：産婦人科学会指導医、周産期指導医、婦人科腫瘍暫定指導医、
内分泌代謝科（産婦人科）指導医、麻酔科標榜医

常務理事：日本産科婦人科学会（学術委員長、周産期委員長）、日本妊娠高血圧学会、
日本産婦人科手術学会、理事：日本関東連合産科婦人科学会、日本母性衛生学会、
日本産科婦人科内視鏡学会、日本産科婦人科栄養・代謝研究会、
日本エンドメトリオーシス学会、日本産婦人科・新生児血液学会、日本外科系連合学会、
日本胎盤学会、日本がん・生殖医療研究会

座長；杉山 隆

座長：竹内 崇

(東京医科歯科大学医学部附属病院精神科)

座長略歴

現職：愛媛大学大学院医学系研究科産科婦人科学教授

1988年 関西医科大学卒業
1988年 三重大学医学部附属病院産科婦人科学講座入局
2002年 三重大学大学院医学系研究科産科婦人科学助教授
2012年 東北大学大学院医学系研究科産科婦人科学准教授
2013年 東北大病院産科長・特命教授
2015年 愛媛大学大学院医学系研究科産科婦人科学教授、現在に至る

専門分野：周産期医学、代謝・内分泌学

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、同大精神科入局
1996年 都立広尾病院神経科
1998年 埼玉県立精神医療センター
2001年 東京医科歯科大学精神科医員
2002年 同大精神科助教
2014年 同大精神科講師、現在に至る

専門分野：コンサルテーション・リエゾン精神医学

[illegible]

SP3-01①「妊産婦の自殺予防の取り組みと産後ケア」

産科で行う妊産婦のメンタルケアの重要性と課題

～妊産婦こころの相談センターをはじめて～

大阪府立母子保健総合医療センター 産科

光田 信明

周産期の女性には生物学的、心理的、社会的な側面で大きな変化が生じる。急激な身体的変化やホルモンバランスの変化にさらされ、心理的な問題が生じやすく、10～20%が産後うつに罹患するといわれている。東京23区内の妊産婦の自殺は10年で63人、妊娠2ヶ月で自殺するケースが最も多く、4割がうつ病と診断されていたというデータもある（東京都監察医務院・順天堂大学、東京都23区の妊産婦の異常死の実態調査、2016）。精神的な不安定は母児の愛着生成にも影響し、育児困難、児童虐待に繋がりがねないことから、妊産婦のメンタルヘルスの評価とケアの重要性が唱えられている。

厚生労働省が掲げる母子保健の重要課題に「妊娠期からの切れ目ない支援」と「育てにくさに寄り添う支援」があるが、これは児童虐待防止対策ともリンクしており、周産期の精神保健の取り組みの重要性とも重なるものである。「子ども虐待による死亡事例等の検証結果について報告」から心中による虐待死亡事例が40%を超えているという結果からは、母子心中はもとより、妊産婦の自殺は家族を含む周囲への影響が著しく大きいと想像できる。

母子保健事業としての妊娠期からの切れ目ない支援のなかで、メンタルヘルスケア体制の整備は重要課題であり、産前・産後を通して精神的なサポート体制を構築することで、産後の母親の自殺や母子心中、虐待防止のための対策の一つになると考える。

大阪府では拠点機関（大阪府立母子保健総合医療センター）に大阪府妊産婦こころの相談センターを設置し、妊産婦に対してワンストップ窓口として専門的な支援を行う体制を作り活動を始めた。平成28年2月より始めた本事業では、主に電話相談として相談を受け、必要時相談員または精神科医師の面談も請け負う。ひと月の相談件数は平均19件で、本人からの電話相談が63%である。妊娠中の妊婦からの相談が20%、産後からの相談が77%である。

演者略歴

光田 信明 （みつだ のぶあき）

現職：地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪府立母子保健総合医療センター 周産期診療局長

1982年	大阪大学医学部医学科卒業、大阪大学医学部附属病院 研修医
1993年	市立貝塚病院
1985年	大阪府立母子保健相互医療センター
1987年	大阪大学医学部附属病院 医員
1988年	大阪大学医学部 助手
1999年	大阪大学医学部 講師
	りんくう総合医療センター市立泉佐野病院 産婦人科部長
2008年	大阪府立母子保健総合医療センター 産科主任部長
2012年	同 診療局長（周産期）兼 産科主任部長
2016年	同 総括診療局長 兼 産科主任部長 現在に至る

2015年度 産科医療功労者厚生労働大臣表彰

SP3-01②「妊産婦の自殺予防の取り組みと産後ケア」

産科で行う妊産婦のメンタルケアの重要性と課題

～妊産婦こころの相談センターをはじめて～

大阪府立母子保健総合医療センター 看護部 母性中央部 母性外来
和田 聡子

女性にとって妊娠・出産・育児は女性のライフサイクルにおけるもっとも複雑な時期であり、特に出産したばかりの女性は、急激な身体的変化やホルモンバランスの変化から心理的に不安定になりやすく、精神障害の発症の脆弱性を持ちやすい。妊娠期をなんとか乗り切ったとしても、多忙な育児と昼夜のない生活リズムの中で、うつ状態に陥る危険性が高いのが産褥期である。実際に産科外来の現場では妊娠に伴う急激な身体的変化やホルモンバランスの変化に妊婦自身がとまどい、不安を強くするケースを多く経験する。妊娠・出産を契機に生じる母親のメンタルヘルスの問題への対応は、支援体制の整備が重要課題である。産前・産後を通して精神的なサポート体制を構築することで、妊産婦の自殺対策の一つになると考え、大阪府妊産婦こころの相談センターを設置し、妊産婦に対してワンストップ窓口として専門的な支援を行う体制を作り活動を始めた。妊産婦がメンタルヘルスについて安心して相談でき、必要とするときに適切な専門的サポートを受けられるように、産科、精神科医療機関の連携と、医療機関から地域保健、福祉機関との連携など、必要な援助が適切に支援される仕組みを目指している。

相談事業の実際には本人からの相談電話が63%を占め、「実母との関係性」「パートナーとの葛藤」「嫁姑問題」「育児への自信のなさ」など複雑に関連していることが多い。また相談の際には匿名を希望される場合が60%以上であり、直接、地域の保健センターへ支援を継続することや、精神科医療機関へ繋ぐ、というような具体的な介入より、まずは「親身に話を聴いてくれる」相手を望んでいることがうかがえる。サポートがあるように見える家庭でも子どもに関する比重は母親に重く、家庭内においても母親には育児の孤立感があり、妊産婦がメンタルヘルスについて気軽に相談できる場が望まれていると感じている。

演者略歴

和田 聡子 (わだ さとこ)

現職：地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪府立母子保健総合医療センター
看護部 母性中央部 母性外来

1986年 大阪府立看護短期大学卒業
大阪府立母子保健総合医療センター 看護部入職
2013年 同 母性中央部 看護師長

現在に至る

産後の精神疾患と自殺～自殺予防の観点から～

東北大学病院 精神科
菊地 紗耶

最新の英国の国立周産期疫学ユニットの報告によると、後発妊産婦死亡の1/4は精神医学的要因によるものであり、7人に1人は自殺による死亡であることが明らかになった。産後の精神疾患による自殺は、産褥精神病やうつ病性障害によるものが多く、それらの発症時期、特徴的な症状の理解は自殺予防の観点から重要である。

産褥精神病は、幻聴や妄想といった精神病症状、躁やうつ、混合性エピソードといった気分症状、錯乱、夢幻、困惑といった意識障害の混合した症状を呈し、通常産後数日から数週間以内に急激に発症する。多彩な症状が短期間に動揺性に出現する特有の非定型病像であり、自殺のリスクが高い。

産後のうつ病性障害は、抑うつ気分、興味関心の低下、希死念慮など通常のうつ病性障害の症状に加え、母親役割を十分に果たせていないと自責感を強めることが多い。出現率は10～15%であるが、中等度から重症例の出現率は、3～5%であり、比較的早期に発病するといわれている。重症例では精神病症状を伴い、病像が急激に増悪することがあり、特に注意を要する。

演者が経験した数例の未遂・既遂例では、英国や豪州の報告と同様、何らかのメンタルヘルスサービスを受けていたにも関わらず未遂・既遂を防ぐことができなかった。産後特有の不安定な病態であったこと、希死念慮を訴えてはいたもののリスク評価が不十分であったこと、その他、ケース毎に未遂・既遂に至るまでに様々な要因が関連していた。

産後のメンタルヘルスに関わる専門家は、産後の精神状態の変化や新たな症状の急激な出現、希死念慮や自殺企図の出現、母親として不適格であるとか、児に対する疎隔感があるという母親の表出などから、自殺のリスクを把握することが必要であり、その場合緊急に精神科医の評価と医学的介入を要する。

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

妊産婦の自殺予防のために必要なシステムとは？

東京医科歯科大学医学部附属病院 精神科
竹内 崇

東京23区において、うつ病などによる妊産婦の自殺が、お産に伴う出血などで亡くなる妊産婦の死亡の1.5倍に及ぶことが判明しており、妊娠中からの自殺予防の取り組みは重要である。周産期における精神的な問題には、妊娠前から精神疾患に罹患している精神疾患合併妊娠と、産後うつ病を代表とする妊娠中もしくは出産後の新たな精神疾患の発症の2つに大別される。よって、前者に対しては妊娠期間中の精神症状のコントロール、後者に対しては産科スタッフによる早期発見と適切な介入が、精神症状の悪化によってもたらされる自殺という極めて不幸な転帰を予防する鍵といえよう。ではそのシステムはどのようにあるべきか。昨今の産科医の積極的な活動により、妊産婦のメンタルヘルスへの関心が高まってきており、産科スタッフによる早期介入の動きがみられ始めている。ただ、東京都では、一部の総合病院精神科に依頼が集中する傾向があり、依頼症例の中には精神科診療の必要性のないものも含まれ、対応に苦慮しているという声も聞かれている。このような背景のもと、東京都の精神科診療所・精神科病院、産科施設を対象としたアンケート調査を行った。その結果、精神科病院や産科施設では精神疾患合併妊娠は総合病院での管理が望ましいと考えているものの全例総合病院で対応できる状況ではないこと、精神科と産科の双方の適切な連携ができていないこと、精神科診療所・病院が妊婦の診療を行うにあたり薬剤調整に苦慮していること、産科施設では精神的な問題を発見しても重症度評価が困難で精神科への紹介の基準が明確にできないことが浮き彫りとなった。このような現状を踏まえ、妊産婦の自殺予防の適切なシステム構築のためには、精神科と産科がそれぞれの立場を理解しあい、適切な症例を適切な場所に対応できるよう、啓蒙活動を継続していくが重要であると考えられた。

演者略歴

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、同大精神科入局
1996年 都立広尾病院神経科
1998年 埼玉県立精神医療センター
2001年 東京医科歯科大学精神科医員
2002年 同大精神科助教
2014年 同大精神科講師、現在に至る

専門分野：コンサルテーション・リエゾン精神医学

ポスターセッション①

11月19日（土） 15:00-16:15

2F KFC Hall 2nd

《発表 4分 質疑 2分》

座長；佐藤 昌司

(大分県立病院総合周産期母子医療センター)

座長；宮田 郁

(大阪医科大学附属病院看護部)

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～

座長略歴

佐藤 昌司 (さとう しょうじ)

現職：大分県立病院副院長・同総合周産期母子医療センター所長

1984年 九州大学医学部卒業、同大産婦人科教室入局
1990年 同助手
1999年 同講師
2005年 大分県立病院総合周産期母子医療センター産科部長
2009年 同所長・産科部長
2015年 同副院長（兼任） 現在に至る

専門分野：周産期医学、産婦人科学

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～

座長略歴

宮田 郁 (みやた いく)

現職：大阪医科大学附属病院看護部 師長代理／リエゾン精神看護専門看護師
大阪医科大学看護部 臨地教育講師

1989年 京都女子大学家政学部児童学科卒業
(株)ミキハウス入社後10年勤務
2003年 大阪医科大学附属看護専門学校卒業
大阪医科大学附属病院入職
2011年 兵庫県立大学大学院看護学研究科博士前期課程精神看護学専攻 修了
大阪医科大学附属病院再入職 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
2015年 大阪医科大学附属病院看護部 看護師長代理 現在に至る

専門分野：複雑性悲嘆・トラウマケア・周産期メンタルヘルス

～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～○～

ポスターセッション②

11月19日 (土) 15:00-16:15

2F KFC Hall 2nd

《発表 4分 質疑 2分》

座長；岡島 美朗

(自治医科大学附属さいたま医療センター精神科)

座長；鈴木 俊治

(葛飾赤十字産院産婦人科)

[illegible]

座長略歴

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

現在に至る

~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~

鈴木 俊治 (すずき しゅんじ)

現職：葛飾赤十字産院副院長

日本産婦人科医会副幹事長

1988年 長崎大学医学部卒業、日本医科大学産科婦人科学教室入局

1997年 米国ロマリンダ大学胎児生理学教室へ留学

2001年 日本医科大学産科婦人科学教室助教授

2002年 東京臨海病院産婦人科部長

2006年 葛飾赤十字産院副院長、現在に至る

専門分野：周産期医学

~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~○~

ポスターセッション③

11月19日（土） 15:00-16:15

2F KFC Hall 2nd

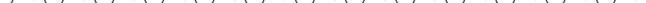
《発表 4分 質疑 2分》

座長：吉内 一浩

(東京大学医学部附属病院心療内科)

座長；玉木 敦子

(神戸女子大学看護学部)



座長略歴

吉内 一浩 (よしうち かずひろ)

現職：東京大学大学院医学系研究科ストレス防御・心身医学 准教授
東京大学医学部附属病院心療内科 科長

1991年	東京大学医学部医学科卒業
1991年	東京大学医学部附属病院内科研修医
1992年	公立昭和病院内科レジデント
1993年	東京大学医学部附属病院心療内科入局
1999年	東京大学医学部附属病院助手
2001年－2003年	ニュージャージー医科歯科大学神経科学部門博士研究員
2004年	東京大学医学部附属病院内科特任講師（病院）
2009年	東京大学大学院医学系研究科ストレス防御・心身医学 准教授
2013年	東京大学医学部附属病院心療内科 科長兼務

専門分野：心身医学、行動医学、サイコオンコロジー、摂食障害

~~~~~

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、  
兵庫県立大学講師、同助教授、  
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、周産期メンタルヘルス

~~~~~

P1-01**精神疾患を抱える女性を母親にもつ乳児の養育状況**

小西 晶子¹⁾、吉村 文太¹⁾²⁾、来住 由樹¹⁾

1) 岡山県精神科医療センター

2) 沖縄県立宮古病院精神科

【目的】

精神疾患を抱える女性が出産した乳児の養育状況を検証するために診療録の後ろ向き調査を行った。

【方法】

対象である母親は2012年4月から2015年3月までに当院(岡山県の精神科救急基幹病院)に受診歴があり妊娠出産が確認された女性患者である。産後1年間の児の養育状況、母親や家庭の特徴について調査を行った。

【結果】

3639例中、117例で妊娠が確認された。そのうち、出産79例、中絶あるいは死産23例、転帰不明15例であった。79例の産後1年間の児の養育状況の転帰は、母親の元での継続的な養育36例(46%)、一時的にでも母親の元を離れての養育27例(34%)、転帰不明16例(20%)であった。母親の元を離れて養育された原因は、母親の精神科入院19例(再発/再燃12例、今回の周産期発症7例)、虐待ネグレクト4例、離婚1例、母親の逮捕勾留1例、母子心中1例、不明1例であった。母親の元を離れた場合の養育先は、父親による養育6例、両親以外の親族による養育12例、施設入所/一時保護6例、里親1例、児死亡1例、不明1例であった。精神病的障害もしくは気分障害に罹患している母親は、他の疾患と比較して、母親の元を離れての養育となるリスク比が2.95(95%CI, 1.55-5.81; $p<0.01$)であった。

【考察】

精神疾患を抱える母親の少なくとも3人に1人は、産後1年間継続した児の養育ができていなかった。疾患が精神病的障害もしくは気分障害の場合はさらにその危険性が増していた。一番の原因は精神疾患の発症/再発による入院であり、周産期におけるそれらの予防の重要性があらためて示唆された。本研究は単独施設からのサンプリングであるため、大学病院やクリニックなど他の医療施設では結果が異なる可能性も十分考えられる。

P1-02**心理・社会的リスクファクターを持った妊婦への支援
—助産外来の活動—**

川村 美保¹⁾、公文 典子¹⁾、北村 恵美子¹⁾、池上 信夫²⁾

- 1) 高知大学医学部附属病院 看護部
2) 高知大学医学部附属病院 産科婦人科

【目的】

当院は、地域周産母子医療センターとして、多くのハイリスク妊婦を受け入れている。また、精神科を併設しており、精神疾患合併妊婦の受け入れが多いことが特徴となっている。過去の調査で、助産師が日頃から深く関わっている症例はソーシャルサポートを必要とする心理・社会的リスクファクターを持った妊婦で、精神疾患を合併している割合が高く、当院の特徴を反映している結果が示された。

そのような対象者や家族が安心して育児が出来る環境を整えるために、2013年に心理・社会的リスクファクターを持った妊婦に特化した助産外来を開設した。

今回、当院の助産外来の活動内容と現状を報告する。

【方法】

助産外来では、特定妊婦の定義に基づいて対象者を選んでいる。助産師が妊娠中から対象者を取り巻く環境の情報を収集し、その情報を元に他職種や地域関連職種と連携をし、産後の育児支援体制を構築している。今回、その助産外来での活動内容と対象者のリスクファクターを調査し分類した。

【結果及び考察】

平成25年度より3年間で妊婦健診を受けた妊婦は598人で、そのうち助産外来が対応した対象者は151名（25.2%）であった。精神疾患合併妊婦が90名、未婚が55名、離婚歴が30名、生活保護が11名と多く、複数のリスクを持った対象者は48名であった。

得られた情報は当院独自の「育児支援アセスメントデータベース」にデータ化し、情報を一元化することで、産科・精神科・小児科医師、NICU・GCU看護師、ソーシャル・ワーカー、リエゾン看護師など他部門や職種間での支援方針の検討や決定を可能にした。また、妊娠中の保健指導や、本人・家族へのアプローチ、他職種や地域との連携について、妊娠週数に応じた時期を設定し標準化した。

助産外来の活動は、心理・社会的リスクファクターを持った妊婦への早期支援体制の構築につながったと考えられる。今後は、児童虐待及びドメスティックバイオレンス対策委員会との連携や他職種と連携したメンタルヘルスチームの立ち上げ等が課題となる。

P1-03**当院における精神疾患合併妊娠への取り組み**

佐藤 達也¹⁾、江川 真希子²⁾、武内 志緒¹⁾、山内 郁乃¹⁾
廣瀬 明日香¹⁾、横田 真由美¹⁾、宮坂 尚幸²⁾、

- 1) 東京医科歯科大学 周産・女性診療科
2) 東京医科歯科大学 小児・周産期地域医療学

【目的】

精神疾患罹患者数の増加および精神疾患患者の妊娠率の上昇に伴い、精神疾患合併妊娠の数は増加している。母親をはじめとする養育者のメンタルヘルスは、子供のこころの成長や発達に大きく長期にわたって影響を与えることが知られており、妊娠中から母親のメンタルヘルスケアの充実が必要とされている。そのような現状を踏まえ、当院でも多職種が連携して、様々な取り組みにより精神疾患合併妊娠のサポートを行っており、その効果を検討した。

【方法】

2013年7月から2016年6月の3年間に当院で分娩に至った精神疾患合併妊娠41例の診療録を後方視的に検索し、利用の内容と周産期予後を検討した。また、当院での取り組みとしては、①精神科医、臨床心理士、看護師、薬剤師からなる精神科リエゾン、②ソーシャルワーカーや地域相談機関との連携が必要とされる妊婦を対象とする育児支援、を評価した。

【結果】

41例の内訳は、不安障害9例、双極性障害5例、統合失調症5例、適応障害5例、うつ病5例、その他12例だった。分娩方法は、経膈分娩31例、帝王切開10例(予定5例、緊急5例)だった。NICU入院は12例(29%)で、適応は新生児呼吸障害7例、薬物離脱症候群3例などであった。乳児院入所は3名だった。①は31例が利用した。妊娠早期から精神科との連携を深めることで、精神症状増悪時も速やかな対応が可能だった。②は18例が利用した。退院前カンファレンスなどで退院後に起こりうる様々な状況を想定し、対応策を考えることにより、母の状態の変化に迅速に対応できた。

【考察】

今回の検討では早期に退院する例が多いものの、NICU入院率は29%と高く、精神疾患合併妊娠はNICUを併設する施設での分娩が望ましいと考えられた。一方で育児支援の利用率は44%にとどまり、さらなるサポートの充実と利用率の向上が望まれた。

P1-04**妊娠期の不安・抑うつ状況と産後うつとの関連****— 妊娠期のHADSと産後のEPDSの得点より —**

佐藤 真子、大代 元

広島市立広島市民病院 看護部

【目的】

A病院は総合周産期母子医療センターで年間約1000件の分娩があり、ハイリスク妊婦の管理や分娩に携わっている。重篤な合併症を抱えた妊娠期から産後にかけて切れ目のない支援を目指しており、特に精神疾患患者や不安の強い妊娠期を支援するため、妊娠中期にHADS(Hospital Anxiety and Depression Scale/身体的疾患を有する患者の精神症状(抑うつと不安)の測定)の評価と育児アセスメントシートをチェックし、さらに産後4日目にはEPDS(エディンバラ産後うつ病自己質問票)の評価を行って継続介入を実施している。本研究は、HADSの現状及び、不安を含めた精神疾患の妊婦と介入後の褥婦との関連を明らかにすることを目的としている。

【方法】

調査は2016年1月から5月の5ヶ月間で、A病院で妊婦健診を受診、調査協力が得られた200名とA病院で出産された22名を対象としている。妊娠中期にHADSの回答、産後4日目にEPDSの回答を求めた。HADSの高得点群および低得点群と精神疾患の有無並びに介入の有無については χ^2 検定を用いた。HADS高得点群および低得点群と精神疾患の有無との相関については、ピアソンの相関係数を用いて、HADSとEPDSとの関連性についてはWilcoxonの符号付き順位検定で分析した。HADS-A(不安)とHADS-D(抑うつ)の高得点群および低得点群と精神疾患の有無、母体合併症の有無については χ^2 検定を用いた。

【結果】

- 1.妊娠中期のHADSで高得点の妊婦では、産後4日目のEPDSでは低得点が多く、有意差を認めた($p < .01$)。
- 2.精神疾患有りではHADS高得点群、低得点群共に50%であったが、精神疾患無しでは、HADS高得点群26.6%低得点群73.4%で有意差を認めた($p < .05$)。
- 3.HADS高得点群のうち、14.0%に強い不安やうつ病、適応障害があり、HADS低得点群においても5.6%が強い不安やうつ病、双極性障害があり、有意差を認めた($p < .05$)。共に胎児の異常や母体合併症がみられた。
- 4.精神科医や臨床心理士による介入有り(14.0%)では、HADS高得点群が低得点群より多く有意差を認めた($P < .001$)。また精神科医や臨床心理士による介入無し(86.0%)では、HADS低得点群が高得点群より多く有意差を認めた($P < .001$)。
- 5.精神疾患無しでは、HADS-A高得点群85.2%低得点群14.8%で有意差を認めた($p < .001$)。また母体合併症無しでも、HADS-A高得点群86.6%低得点群13.4%で有意差を認めた($p < .05$)。

【考察】

以上の結果から、HADS高得点群に対し妊娠中期より継続的に介入を行うことによって産後うつを予防することが可能となる。また、HADS低得点群にも支援を必要とする妊婦がいることにより、妊娠中期にHADSを実施し、アセスメントシートで要支援のチェックを行い、社会的背景をふまえた継続的な介入を行うことは、産後うつの予防的な支援になる。これらにより妊娠中期にHADSを実施し産後にEPDSで評価することは、有用な指標のひとつとなることが示唆された。

P1-05**周産期のソーシャルサポートが母子関係に及ぼす影響**

椎野 智子¹⁾、中村 由嘉子¹⁾、久保田 智香¹⁾、尾崎 紀夫¹⁾²⁾

1) 名古屋大学大学院医学系研究科 精神医学分野

2) 名古屋大学大学院医学系研究科 親と子どもの心療学分野

【目的】

周産期うつ病の予防にはソーシャルサポートが有用であることは既に報告されているが、既報では夫からのサポートに限定して評価した報告や、サポート人数に着目した報告に限られるなど、問題点が多く、さらに母子関係への影響を検討した研究はほとんど実施されていない。本研究では、1.産後の抑うつとソーシャルサポートの関連、2.母子の愛着形成に効果的なソーシャルサポート因子について明らかにすることを目的とした。

【方法】

2004年～2015年まで、3施設において、研究への参加同意を得た妊産婦1,032例を対象とした。

①気分状態：妊娠前期・妊娠後期・産後5日目・産後1ヶ月の4時点において、エジンバラ産後うつ病調査票を用い、妊娠中から産後にかけて抑うつ状態を呈したことの無い「非抑うつ群」と、産後のみに抑うつ状態を呈した「産後抑うつ群」を抽出した。

②ソーシャルサポート状況：産後1ヶ月の時点において、日本語版ソーシャルサポート質問票（J-SSQ）を用い、「ソーシャルサポートを受けることのできる人数」と「そのサポートに対する満足度」について評価した。

③母子関係の評価：産後1ヶ月の時点において、Mother-to-infant Bonding scale8項目を評価した。

【結果及び考察】

1) 産後の抑うつとソーシャルサポートの関連：欠損値の無い581例を対象とし、「非抑うつ群」と「産後抑うつ群」、J-SSQの「人数」「満足度」得点によって4群に分類した。ソーシャルサポートを受けることができる人数について、「非抑うつ群」（333例、平均4.49人）と「産後抑うつ群」（97例、平均3.62人）では両群間には有意差が認められた（t検定； $p<0.01$ ）。これより、産後抑うつ群においては非抑うつ群と比較して、ソーシャルサポートを受けることができる人数が少ないと認識していることが示唆された。

2) ソーシャルサポートとボンディングの関連：欠損値の無い574例を対象とし、J-SSQの「人数」「満足度」各得点の高低によって4群に分類し、各群におけるボンディング得点を従属変数、SSQの「人数」「満足度」を独立変数とする重回帰分析を行った（補正 $R^2=0.05$, $F(2,242)=7.39$, $p<0.01$ ）。解析の結果、「人数」が少なく「満足度」が高い群において、「満足度」からボンディング得点への有意な関連が示された（偏回帰係数 0.87 , $p<0.01$ ）。これより、サポートを受けることができる人数が少ないと認識している妊産婦においては、そのサポートへの満足度が、母子の愛着形成に影響を与える因子であることが示唆された。なお、本研究はパブリックヘルス科学研究助成を得て実施した。

P1-06**社会的ハイリスク妊婦に対する多職種連携の取り組み**

石原 佳奈¹⁾²⁾、田中 誠悟²⁾、田村 良介²⁾
湯澤 映²⁾、高橋 秀身²⁾、田中幹二¹⁾

- 1) 弘前大学 産科婦人科学講座
2) 大館市立総合病医院 産婦人科

【目的】

社会的ハイリスク妊婦は、医療だけでなく社会的支援も必要となり、医療者だけではその対応に苦慮する場面が多い。今回、我々は多職種間で情報共有を行い連携した社会的ハイリスク妊婦2例を経験したため、その取り組みについて報告する。

【症例1】

33歳、4妊2産で18歳時に妊婦健診未受診で飛び込み分娩、27歳時に夫のDVを誘因とする死産の既往がある。結婚歴は6回、5回が暴力団関係者との婚姻で、本人も覚醒剤使用による逮捕歴があった。自然妊娠成立後、妊娠22週で当院を初診した。妊婦健診開始後にパートナーが覚醒剤所持のため逮捕、これを契機に種々のエピソードが明らかとなり、産科医側が社会的ハイリスク妊婦であると認識、多職種間での情報共有を目的に、産科医、小児科医、助産師、保健師、ケースワーカー、市役所福祉課職員を参加者として「妊婦やこどもの支援委員会」を妊娠29週時と妊娠37週時に開催した。そこで各職種の症例妊婦に対する介入状況の確認を行い、共通認識を深めた。妊娠39週3日で吸引分娩に至ったが、産褥1か月の時点で再度当該委員会を開催し情報共有を行った。現在保健師やケースワーカーの介入が主体となっているが、これまでに明らかな児への虐待は認めていない。

【症例2】

29歳、3妊2産で第2子が生後4か月で虐待を受け施設入所、それをきっかけに第1子への虐待も判明している。パートナーとは入籍していないが、第一子妊娠前から同居している。自然妊娠成立後、妊娠14週で当科初診した。前2児とも虐待が判明しており、社会的ハイリスク妊婦として、妊娠36週「妊婦や子供の支援委員会」を開催し、分娩後の母体、児への対応を検討した。妊娠39週3日自然分娩となった。分娩後も保健師介入を行っているが、現在虐待はなく自宅で育児を行っている。

【考察】

「妊婦やこどもの支援委員会」での情報共有が、症例妊婦に対する多職種間での共通認識獲得に有効であった。今後も社会的ハイリスク妊婦に対する多職種間での情報共有を行い、医療と社会での有効な周産期支援の提供を図りたい。

P1-07**順天堂医院における妊産婦メンタルヘルス外来の現状**伊藤 賢伸¹⁾、鈴木 利人²⁾、新井 平伊¹⁾

1) 順天堂大学 精神医学講座

2) 順天堂越谷病院

【目的】

順天堂医院では、周産期メンタルヘルスについて、産科医、助産師、ソーシャルワーカー、精神科医で情報を共有し、必要に応じて適切な社会資源を提供することを目的として2013年6月より妊産婦メンタルヘルス外来を設立した。今回はそれらの結果を集計し、今後の対策について検討した。

【方法】

2013年6月1日から2016年5月31日までに妊産婦メンタルヘルス外来を受診した55名を対象とした。妊婦については当院産科で出産を行うものを対象としたが、他院産科通院中でも服薬相談では受診を認めた。妊娠初期の服薬に関しては、妊婦だけではなく、夫も同席の上で説明を受けることを全例にすすめた。

【結果】

初診患者は、挙児希望での受診が11名（F2圏2名、F3圏3名、F4圏6名）で平均年齢34.0歳、妊娠中の受診が38名（F0圏1名、F1圏1名、F2圏7名、F3圏10名、F4圏18名、F6圏1名）で平均年齢34.8歳、産後からの受診が6名（F3圏4名、F4圏2名）で35.8歳であった。妊娠中の受診に特定妊婦は2名であった。紹介元は、産科からが13名、精神科からが39名、紹介元なしが1名であった。妊娠中に受診した38名のうち、症状をほぼ認めずに経過したのは10名、妊娠中から症状を認めたのが23名、産後から症状を認めたのは3名であった。2名は転院または中断となり転帰は不明であった。精神疾患の既往があった35名のうち周産期に症状を認めたのは23例、症状を認めなかったのは10例であった。妊娠中何らかの服薬を要したのは38名中33名で（86%）あった。妊娠中受診し出産に至った33名のうち当院での出産は29名、他院での出産は4名であった。2症例では20週と26週で流産を認め2名とも胎児に異常を認めたが、詳細は不明であった。

【結論】

精神疾患既往妊婦は再燃のリスクが高く、専門外来の重要性が明らかとなった。

P1-08

向精神薬服用妊婦に対して行った授乳中の薬の影響に関する 早期薬剤情報提供の有用性

峯松 真梨¹⁾、熊崎 満菜¹⁾、二星 知紗¹⁾、森永 皓子¹⁾
岡本 芙美¹⁾、井上 智恵¹⁾、見上 千昭¹⁾、西窪 奈津子¹⁾
織邊 聡¹⁾、西尾 孝¹⁾、西部 尚子²⁾、廣瀬 雅哉³⁾
福井 英二¹⁾

- 1) 兵庫県立尼崎総合医療センター 薬剤部
- 2) 兵庫県立尼崎総合医療センター 看護部
- 3) 兵庫県立尼崎総合医療センター 産婦人科

【目的】

近年、向精神薬服用中の授乳婦は少なくないが、授乳中の薬の影響に対する不安から、自己判断等で必要以上に薬の使用を控えたり授乳を中止する事例が散見される。当院では、産科病棟に薬剤師が常駐し、妊婦カンファレンスに参加し、授乳中の薬物治療について医療関係者及び母親に対して薬剤師が適切な情報提供等の対応を行っている。今回、この薬剤師の介入を評価するために、後方視的調査を行ったので報告する。

【方法】

X年9月からX+1年6月までの期間に、当院に入院し、向精神薬を服用している妊婦を調査対象とした。患者背景（妊娠週数、疾患名、服用状況）を把握し、授乳可否についての検討を行い、その情報を電子カルテの診療記事や周産期部門システムのプロフィール欄に記載し、関係職種の共通認識とした。その後医師や助産師と協議した結果をもとに、患者に情報提供を行った。

【結果】

全10症例のうち、出産後授乳継続が8例、出産後授乳中止1例、その他1例であった。今回、薬剤師は全症例に関わり、13種類の薬剤について情報提供を行った。授乳を継続した8症例において、薬剤の関与が疑われる有害事象は授乳後1ヶ月間で発現なし7症例、不明1症例であった。また、薬剤師が病棟に常駐し、妊婦カンファレンスに参加したことで、早期（平均妊娠31週数時）に患者に対し、薬剤の授乳への影響について情報提供を行うことができた。

【考察】

授乳婦に投与される薬剤は添付文書で授乳禁止であっても、使用可能とする報告は少なくなく、T1/2, Tmax, 乳児相対的薬物摂取量などを総合的に評価する必要性がある。今回、出産前から薬剤情報提供を行うことで、授乳を中止せず、不安なく投薬治療を継続することに寄与でき、薬剤師の早期介入は有用であったと考える。

今後も薬物治療や授乳に対する患者の認識を詳細に調査し、患者が納得した上で薬物治療を行いながら、母乳育児を選択できるよう情報提供体制を継続していきたい。

P1-09**産後、養育環境の調整が不十分な状況で退院し、
乳児死亡に至った2例**

伊藤 直樹 1)、米田 康太 1)、手島 映子 2)
瀬戸 理玄 2)、木戸 浩一郎 2)、綾部 琢哉 2)

- 1) 帝京大学医学部 小児科学講座
2) 帝京大学医学部 産婦人科学講座

【背景】

当院では、精神疾患合併妊娠においては、養育環境の調整を行った後に退院し、外来フォローアップを行うことが一般的である。今回、環境の調整が不十分な状況で退院し、その後早期に乳児死亡に至った2例を報告する。

【症例の概要】

症例1：母体は21歳の初産婦で、パニック障害のため近医に通院中だった。出産予定の助産院が分娩取り扱いを突然中止したため、分娩場所が未定のまま陣痛発来にて当院へ救急搬送され、39週に仮死なく健常女児を出産した。母体は経済的理由から出産翌日に退院し、通院育児指導ののち、児も日齢3に強い希望にて新生児室から退院した。入院中に院内虐待防止委員会や、子ども家庭支援センターによる介入や連携を調整した。退院翌朝、最後の授乳から9時間後に両親が呼吸停止に気づき救急要請をしたが、当院にて死亡確認した。司法解剖の結果は原因不明であった。その後、出産後一度も月経初来なく次子を妊娠し、現在も挙児希望にて当院フォロー中である。

症例2：母体は46歳1経産婦で、鬱病と摂食障害で服薬中であった。38週に男児を出産後、児の薬物離脱症状の消退を待って、日齢7に新生児室から退院した。退院1週間後の助産師外来にて、児の体重増加は良好だったが、それまで安定していた母体の精神症状が悪化していた。児は生後1か月半に授乳中に窒息し、他院へ救急搬送されたが死亡した。司法解剖の結果は、原因不明とされた。

【結果および考案】

精神疾患合併妊娠では、産後の母体基礎疾患の状態評価、児の全身状態の安定確認、母体の養育能の評価と引き続く家庭環境調整、そして地域との多職種連携カンファレンスなど、短期間に調整を要する事項が多い。養育環境調整が不十分なまま新生児室から退院し、不幸な転帰となった可能性を反省し、症例に応じて児を入院管理とし、時間をかけて丁寧に退院に導くことが望まれると思われた。

P1-10**包括的出生前コホート – 母親のメンタルヘルスとその関連要因 –**

岡光 基子¹⁾、佐藤 憲子²⁾、瀧本 秀美³⁾、矢郷 哲志¹⁾
テイザ チョウ²⁾、ネチ トン³⁾、今井 千裕²⁾、五十嵐 麻子³⁾
坪田 惟里²⁾、田尻下一白井 玲子³⁾、青山 友子³⁾、宮坂 尚幸⁴⁾

- 1) 東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 小児・家族発達看護学
- 2) 東京医科歯科大学 難治疾患研究所分子疫学分野
- 3) 国立健康・栄養研究所 栄養疫学研究部
- 4) 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 小児・周産期地域医療学講座

【背景・目的】

子どもとその家族を取り巻く環境は児童虐待などの複雑な社会問題に直面している。産後の母親のメンタルヘルスは、子どもの成長・発達に影響を及ぼすことが知られているが、妊娠初期からの母親の抑うつの実態やその影響については十分に明らかになっていない。我々は、出生前コホート—Gene and Environment Interaction Study of TMDU (BC-GENIST) を立ち上げ、妊娠による母体の健康とエピゲノムへの影響、及び栄養やメンタルヘルス、生活環境を含めた母体の健康状態が胎児のエピゲノムに及ぼす影響について、体系的な調査を進めている。

【方法】

2015年11月より都内の大学病院産婦人科にて実施した。選定基準を満たす妊娠8週から24週までの妊婦がリクルートされ、研究に参加した。健康状態の指標としては、メンタルヘルス、栄養、生活環境などのデータを収集した。妊娠初期、妊娠後期および産後1か月時にうつ（エジンバラうつ病質問調査票（EPDS）、うつ病自己評価尺度（CES-D））、妊娠初期に過去の養育体験（ACE）に関する質問紙調査を実施した。生体試料として、母体血、臍帯、臍帯血、新生児濾紙血が採取された。なお、所属機関の研究倫理審査委員会の承認を得て研究を実施した。

【結果】

2016年7月までに研究参加への同意を得られた40名の妊婦を対象とした。約7割の妊婦が大学卒業以上の教育歴を有していた。パートナーの年齢とACEとの間に有意な正の相関が認められた ($p<.01$)。また、パートナーの喫煙の有無と産後1か月時のEPDSとの間に有意な関連が認められ、喫煙有り群のうつ得点が高い値を示していた ($p<.05$)。更に、妊娠初期、妊娠後期でEPDSとCES-Dとの間に有意な正の相関が認められた ($p<.05$, $p<.00$)。

【考察】

パートナーの喫煙など生活環境が母親の産後うつに関連することが示唆された。今後、産前産後のメンタルヘルス及び妊娠期の栄養状態と、母子のエピゲノムの状態、更には双方の出生後のアウトカムとの関係性について検討する予定である。

P1-11**死産を体験した母親への次子妊娠・分娩に至るまでの
継続的な心理的サポートを実践した1例**

宮田 郁¹⁾、佐野 匠²⁾、永易 洋子²⁾、岡本 敦子²⁾、神吉 一良²⁾
鈴木 裕介²⁾、藤田 太輔²⁾、寺井 義人²⁾

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

【目的】

当院は、地域周産期母子医療センターであり、多くのハイリスク妊婦を受け入れているが、その中には、死産に至るケースもある。流・死産を体験した母親は、次子妊娠への恐怖が強く、妊娠しても産まれた児を抱くまでは不安が軽減することはなく、継続的な心理的サポートを要することが多い。今回、死産を経験し、グリーンケア外来、妊娠前カウンセリングを経て次子妊娠・分娩に至った1例を経験したため報告する。

【症例の概要】

A氏は30歳代前半の初産婦で、妊娠22週に胎胞脱出にて当院に搬送された。感染の評価後に子宮頸管縫縮術を行う予定にしていたが、2日後に陣痛発来し死産となった。退院後、精神的に不安定になり、リエゾン精神看護専門看護師（以下リエゾナーズ）が担当している周産期ケア外来（グリーンケア外来）での心理的サポートを開始した。回数を重ねるごとに精神状態は安定し、次子妊娠を考えることができるようになったため、胎児ハイリスク外来で行っている妊娠前カウンセリングを紹介し、受診を調整した。妊娠前カウンセリングにはリエゾナーズも陪席しており、今後のことを共に考えた。その4ヶ月後に妊娠が判明し、胎児ハイリスク外来にて経過を診ることになった。途中、切迫早産となったため頸管縫縮術を施行した。その後は順調に経過し、子宮内胎児死亡（以下IUFD）から1年半後に無事に出産となった。A氏は「ここまでこれたのは、皆さんに支えてもらったからです」と感謝の言葉を残していた。

【考察】

死産を体験した母親は、その体験を理解してもらえず孤独になると言われており（関，2009）、医療者が継続的に心理的支援を実践することは有用性があると思われる。また、花原（2011）が、次子妊娠への恐怖があり、継続的な心理的サポートの必要性を述べている。当院の流死産を体験した母親や家族の外来での支援は有用であると考ええる。今後は、本症例のような心理的支援の効果を可視化していく必要がある。

P2-01**大阪府内精神科医療機関を対象とした
「妊産婦メンタルヘルスに関する現状調査」**

岡本 陽子¹⁾、和田 聡子²⁾、平山 哲³⁾、光田 信明¹⁾

- 1) 大阪府立母子保健総合医療センター 産科
- 2) 大阪府立母子保健総合医療センター 母性外来
- 3) 大阪府立母子保健総合医療センター 子どものこころの診療科

【目的】

2016年2月に開設された大阪府委託事業「妊産婦こころの相談センター」では、精神的に不安定な妊産婦やその家族、医療機関等からの相談を受け付け、地域の行政機関や医療機関への繋ぎを行っている。事業開設に際し、精神科医療機関における妊産婦の診療の現状や問題点・課題を把握するためにアンケート調査を行った。

【方法】

大阪府内精神科医療施設537施設に調査用紙を郵送し2016.2.15-3.7にFAXで回答用紙を回収した。匿名可能とし回答を以て同意を得た。集計は医療施設数で行った。

【結果】

有効回答数は128医療施設（有効回答率23.8%）、14総合病院、11精神科病院、102診療所、その他1であった。妊産婦・産褥うつ病の診療経験がある医療施設は各々102施設（80%）・93施設（78%）だった。精神症状を伴う妊産婦の診療で困難を感じる点は薬に関して（ $n=103$, 80.5%）、産科との連携（ $n=72$, 56.3%）、産科症状への対応（ $n=41$, 32.0%）等であった。産科を持たない医療施設（ $n=117$ ）では82.1%の施設が妊産婦の受け入れを可能と回答した。新規患者受け入れも可能としたのは33.3%（ $n=39$ ）であり、他の精神科施設との連携や家族の協力を課題に挙げたが、特に要望のない施設も多かった（ $n=27$, 69.0%）。新規患者受け入れは条件によつた医療施設（ $n=57$, 48.7%）では産科との連携を課題に挙げるものが多かった（ $n=28$, 49.0%）。一方、産科併設医療機関（ $n=11$ ）であっても新規患者受け入れ可能は2施設に留まり、5施設が産科との連携を課題に挙げた。

【考察】

精神症状を持つ妊産婦の受け入れ可能な精神科施設は診療所を中心に多く存在することが判った。しかし精神科施設間での協力体制や精神科・産科の連携など、個々の医療機関では解決できない課題が浮き彫りになった。

P2-02

初産妊婦のマタニティブルーズの要因となり得る 「ファンタジーの喪失」

水本 深喜

国立成育医療研究センター こころの診療部

【目的】

産婦、とくに初産婦は、出産という人生の重要なイベントに何らかのファンタジーを抱いて臨む（Stern、et.al.、1998）。しかし、親子双方の要因により、そのファンタジーは失われることが少なくなく、こうした喪失感は、想定外の出来事として産婦から語られ、抑うつ感の要因となり得る。本研究では、マタニティブルーズの要因として、このファンタジーの喪失を取り上げ、産婦への心理的介入に寄与する知見を示すことを目的とする。

【方法】

出産後入院中で、想定外の事態体験からメンタルヘルスの不調が見られ心理面接に繋がった初産婦ケース8例を取上げた。心理面接での語りを詳細に記録したカルテ上の心理報告書データより、想定外の事態体験がメンタルヘルス不調要因となっていることが語られた部分を抽出した。そして、それらの語りをカテゴリー化してサブカテゴリーとし、さらにサブカテゴリーの示す意味の類似性から、それらをカテゴリーに分類した。年齢は25歳から45歳、心理面接回数は1～3回であった。

【結果と考察】

分析の結果、失われたポジティブなファンタジーとして、「妊娠体験を味わう」「出産体験を味わう」「出産における自己統制感」といったサブカテゴリーからなる『妊娠・出産体験』カテゴリー、「育児における自己効力感」「理想の母親像」といったサブカテゴリーからなる『母子関係』カテゴリー、『母親としての同志』カテゴリーが認められ、ネガティブなファンタジーとして、『流産・死産予期』カテゴリーが認められた。

これらのファンタジーの喪失体験は、自分の思い通りにはならないことが多い母親としての人生のイニシエーションと意味づけることができる。しかし妊娠・出産体験は、出産年齢の高齢化・少産化が進む中、貴重な主体的自己実現のひとつとして位置づけられている。そしてその体験にまつわるファンタジーは、豊富な知識や選択肢が与えられる現代において、より具体化かつ強固化していると考えられる。『母子関係』ファンタジーの喪失感は、後の養育のプロセスで変化し得るであろう。一方、『妊娠・出産体験』ファンタジーの喪失感は、ともすれば周囲から理解・受容されないまま、退院すれば日常生活を送る中で置き去りにされてしまう。また、流産・死産を繰り返した場合には、ネガティブな『流産・死産』ファンタジーを予め抱いておくことが、次の妊娠体験を支えて来た様子が見られ、そのファンタジーの喪失、すなわち生産に戸惑う可能性にも配慮する必要があると考える。

P2-03**妊産婦死亡原因としての自殺 – 三重県の調査報告 –**

田中 佳世、田中 博明、村林 奈緒
大里 和広、神元 有紀、池田 智明

三重大学 産科婦人科

【目的】

我が国の2010-2014年の自殺・交通事故による妊産婦死亡は、約5%であった。英国では、すべての妊産婦死亡の約30%が自殺であり、日本と乖離を認める。自殺による死亡は、産婦人科医が関わらない場合もあるため、妊産婦死亡報告事業への届け出が十分でない可能性がある。自殺による妊産婦死亡の実態について調査することを目的とした。

【方法】

2013-2014年において、三重県におけるすべての自殺者を調査し、妊娠中、または産褥1年以内に自殺した女性を抽出した。抽出した自殺者をもとに、妊産婦死亡率を算出した。

【結果】

2年間における総自殺者は、754例で、妊娠中、または産褥1年以内の自殺者は4例（0.5%）であった。同期間の総出産数が28,215で、自殺による妊産婦死亡率は14.1と算出された。基礎疾患に、うつ病1例（25%）、産褥うつ病3例（75%）を認めた。

【考察】

自殺は最大の妊産婦死亡原因である可能性が示唆された。また、全例で精神疾患を基礎疾患として有していた。今後、精神科医、地域の保健師などと連携した自殺予防のための対策が望まれる。

P2-04**養育バックアッププランニング****－支援者の乏しい養育者（ダブルケアを含む）の
入院に備える支援技法**

石川 博康

中通リハビリテーション病院 精神科

【目的】

公的里親制度は、養育者（以下、親）の入院による一時的な養育困難をカバーすることも想定しているが、このような制度趣旨を含むことは医療者の間であまり知られていない。近年、産後うつ病など、精神疾患を伴う親の養育支援が注目されているが、里親制度と関連付けて支援方法を検討した研究はなかった。演者は、養育機能が精神疾患によって強く影響される家庭への支援として、病状の悪化（入院）に備えて予め里親制度の利用プランを作る支援技法を考案した。

【方法】

支援内容は以下の5項目より構成される。①精神疾患の確認：養育に支障を来し得る精神疾患が親にあること。②「支援者の不在」の確認：同居家族がいない、または同居家族に子どもの監護を期待できない（認知症、要介護状態など→いわゆるダブルケア）こと。③里親制度利用の意思確認：親が入院を要する病状となった際、里親制度を利用する意思があること。④児童福祉機関との連携：①②③の条件が揃うとき、児童相談所と連携する。具体的には、親の病状悪化時に「要保護家庭」に該当する家庭状況か否かを事前に行政側で検討頂き、検討結果を双方で共有する。⑤委託先の事前検討：里親を第一選択とみなす。協力可能な親族等がいれば、予め里親登録を検討する（養育里親は登録が必要で、親族里親は不要）。親の入院をトリガーとして、行政判断により里親委託が実施される。

【考察】

演者が提案する支援は、親の精神症状が悪化した際に「要保護家庭」に相当するかどうかを事前に検討する点と、子どもの委託先に親の希望を積極的に反映させる点で、従来にはない支援技法である。ダブルケアに悩む親にも有効な支援たり得る。このような支援プランが医療機関と行政機関で共有されれば、子どもの権利は切れ目なく守られるだろう。

【備考】

本支援は、米国の法制度Standby Guardianshipを参考に、日本の児童福祉法の範囲内で選択し得る公的支援を組み合わせたものである。

P2-05**死産ケア教育の取り組み－助産師学生の教育を中心に－**高田 勝子¹⁾²⁾、吉川 貴仁¹⁾

1) 大阪市立大学大学院医学研究科 運動生体医学

2) 白鳳短期大学 専攻科 助産学専攻

【目的】

死産を経験する女性は、精神・身体面で相当なストレスを受けるため、適切なメンタルヘルスケアを施すことが、産前・産後の母親のケアと同様に重要である。しかし、死産ケアの学習は、臨床現場における助産師個人の経験によるところが大きく、教育機関で学ぶ機会は少ない。本報告では助産学科の講義の中で、死産の症例を提示した時の学生が受ける意識の変化を調査することを目的とした。

【方法】

助産師学生41名に分娩に関する授業の中で「死産児を出産した母親の心のケアと医療者の関わり」に関する講義を行った。その中で胎内死亡の症例を提示し、母親の心理過程、遺族の悲嘆反応、母を支援する医療者の心理を取り上げた。終了後、学生に講義を通しての感想と学びを自由記述法で実施し、修正版グラウンデッドセオリーアプローチによる分析を行った。

【結果】

分析の結果、11個の概念と5個のカテゴリーが抽出された。カテゴリーは、①講義前の認識、②新たな発見、③意識の変化、④自己効力感を高める、⑤教育の方針と課題であった。

【考察】

講義を通して、助産学科の学生にとって今まで考えることがなかった遺族のケアや命の大切さ、生きる感謝の気持ちが芽生えた。そして人生観や仕事の価値観を改めて形成する動機になった。一人一人の意識と行動に変容が促され、自分への課題を見出せたことは自己効力感を高めることとなるだろう。それらは今後の学習意欲に繋がり、助産師の職業に対して、高い意識と責任感を持つことの必要性にも気付く動機となった。対象に優しさに関心を持ち、自分で考え、学んでいく意欲のある学生の育成は、周産期メンタルヘルス領域の教育内容を充実することに繋がると考える。今回、初めて実施した死産ケア教育の取り組みにより、教員自身も学生の自己効力感が高められるような関わりと、広い視野を持ち学び続けることの必要性が明らかになった。

P2-06

妊娠と薬情報センターでの授乳と薬電話相談における 精神科疾患の授乳相談の現状について

肥沼 幸¹⁾、八鍬 奈穂^{1) 2)}、大穂 東子^{1) 2)}、中島 研^{1) 2)}
後藤 美賀子^{1) 3)}、渡邊 央美¹⁾、村島 温子^{1) 4)}

- 1) 国立成育医療研究センター 妊娠と薬情報センター
- 2) 国立成育医療研究センター 薬剤部
- 3) 国立成育医療研究センター 母性内科
- 4) 国立成育医療研究センター 周産期母性診療センター

【目的】

精神疾患にかぎらず授乳中であっても母親に投薬治療が必要な状況は多いが、ほとんどの薬剤の添付文書には授乳をさけることの記載があるのみである。特に精神疾患の場合には安易な断乳指示や投薬中止によって、母体の症状悪化や育児困難になる可能性がある。妊娠と薬情報センターでは2012年2月から授乳中の母親を対象に電話での授乳相談を開始し、各年度約1000件の相談をうけている。当センターでは疾患名や薬剤のみではなく、授乳相談後に医療者からどのような説明をうけていたか、今後母乳と薬を両立するかどうか質問している。授乳相談結果を年度毎に解析し、特に精神疾患での相談例について医療者の指導に変化がみられるか、授乳指導の問題点を明らかにする。

【方法】

2013年と2015年の当センターでの授乳相談症例を、相談疾患名による疾患群ごとに集計し、医療者の説明内容を比較検討した。

【結果】

全体の相談例の集計では医療者から授乳可と説明をうけたのがいずれの年度でも約45%であり、授乳不可と説明をうけたのが約35%という結果であった。精神疾患の相談例は2013年143例であり、授乳可と説明をうけたのが50%、授乳不可と説明をうけたのが25%であった。2015年は169例であり、授乳可と説明を受けたのが55%であり、授乳不可と説明をうけたのが26%であった。いずれの年度も相談していない例が約15%存在した。

【考察】

精神疾患での相談例では他の疾患群と比べて、授乳可と説明をうけている割合がいずれの年度でも高かった。2013年に比べて2015年での割合が増加していることから、精神科医が母乳哺育指導について積極的に取り組んでいる様子が伺われた。しかし、医療者から授乳可と説明をうけていても多くの相談例が不安を感じて相談しており、指導方法や情報提供のあり方にさらなる取り組みが必要と考えられる。

P2-07**産後精神症状を呈した母親への開業助産師の関わり**

桑原 さやか¹⁾、中野 美穂²⁾

- 1) 出張専門 開業助産師
2) 東京慈恵会医科大学 医学部看護学科 母性看護学

【目的】

出産病院を退院後、精神症状を呈した母親に対し、開業助産師としての関わり、保健師との連携を振り返り、今後の支援や連携システム構築に役立てることを目的とした。

【事例の概要】

A氏30歳代後半初産婦。妊娠40週に胎児機能不全のため緊急帝王切開術にて約2500gの男児を出産。術後、創部感染を起こし、入院期間が3日延長した。退院後は実家へ里帰りし、授乳相談と沐浴指導を主として開業助産師へ訪問依頼があった。

【結果及び考察】

初回訪問では、退院直後の疲労と、育児全般の不安はあったが、授乳や沐浴への関心は高く積極的であった。しかし、訪問を重ねるにつれ、創部感染や搾乳方法に執着し、体調不良を理由に養育困難となった。これは、緊急手術や創部感染を受け入れられない思いが確認行動や身体症状として表れていたためと推察した。精神科既往はなく、日常生活は送ることができていたため、傾聴と支持的関わりを持ち経過を観察した。その後、支援者である実母の心身の疲労が強まり、家事や育児等生活全般への影響を及ぼすことが懸念された。助産師は、乳房ケアと育児指導の直接的なケア提供を行っていたため、この役割を明確にしたうえで、地域サポート事業等の社会資源の情報提供や調整を保健師に依頼した。しかし、A氏や実母、また保健師からも、助産師が介入している現段階で、新たに保健師が介入する必要性は低いと受け止められ、開業助産師の意図することが受け入れられずに経過した。保健師の介入が開始となった頃には、A氏は精神的に落ち着きを取り戻し、自ら育児行動をとれるようになっていた。その後の助産師の訪問でも、A氏は育児に関心が向くようになり、自ら育児行動をとられるように変化した。2か月後、B地域の保健師と開業助産師でケースカンファレンスを行い、互いの役割を改めて明確化させた。今後、事業担当者の交代があろうとも、役割の違いを認識しながら互いに尊重し合い、連携を取りながら産後ケアを提供できるよう、定期的なカンファレンスや勉強会の開催、タイムリーなケースカンファレンスを開催していくことが課題であると考えている。

P2-08**周産期医療における看護職者の「共感性」を規定する要因について**

齋藤 知見¹⁾²⁾³⁾、山岸 由紀子¹⁾³⁾、北村 俊則¹⁾³⁾⁴⁾⁵⁾

- 1) 北村メンタルヘルス研究所
- 2) 順天堂大学医学部 産婦人科学講座
- 3) こころの診療科きたむら醫院
- 4) 北村メンタルヘルス学術振興財団
- 5) 名古屋大学医学部 精神医学分野・親と子どもの診療学分野

【目的】

医療者がクライアントに示す「共感性」は治療的介入において重要な役割を占める。また患者の状態を心理的なものであると認識する心理的理解力は不可欠である。我々は周産期ケアに携わる看護職の言語的「共感性」に着目し、心理的理解力との関連性について検討した。また「共感性」を規定するパーソナリティ要因につき検討した。

【方法】

対象 100 人の周産期医療に携わるスタッフに対し、架空事例を配布し、どのように声掛けをするか自由記載させ、3 名の評価者がカーカフ尺度を用いて5段階評価した。(Carkhuff, R. R., 1969) 心理的理解力の尺度は Psychological Mindedness Scale (PMS; Conte, et al., 1990) を、またパーソナリティは Temperament and Character Inventory (TCI; Cloninger, 1994) を使用した。「共感性」と PMS および TCIの関連性について共分散構造分析を行い検討した。また「共感性」や PMS を規定する TCI の下位尺度についてステップワイズ重回帰分析を行い検討した。

【結果及び考察】

PMS を規定する TCI 下位尺度(標準化偏回帰係数)は purposefulness (0.272)、shyness with strangers (-0.279)、attachment (0.281)、persistence (0.157)、transpersonal identity (0.190)、social acceptance (0.160)、fatigability (0.144) であり、自由度調整済み決定係数は 0.607 であった。

P2-09

育児関連ストレス尺度作成の試み

塙 美由貴¹⁾、高橋 幸子²⁾、松井 豊³⁾

1) みゆきクリニック

2) 筑波大学大学院 人間総合科学研究科

3) 筑波大学 人間系

【目的】

従来、産後うつ病は体内ホルモン動態の急激な変化によるものであり、出産後数か月以内に発症すると言われてきた。しかし近年、筆者の医療施設では産後半年以上、場合によっては数年も経過した後うつ状態を訴えて来院する患者が増加している。患者の特徴として、育児関連ストレスを抱える傾向が挙げられる。育児中は、育児関連ストレスが母親の抑うつ重症度に影響するというネガティブな側面が指摘されているが(e.g. 佐藤他, 1994)、同時に、育児幸福感を感じるというポジティブな側面の指摘もある(清水・伊勢, 2008)。そこで本研究は、育児に対するネガティブ・ポジティブの両反応を同時に測定できる尺度を開発する事を目的とする。

【方法】

2016年1月下旬の2日間に、ネットリサーチ会社に依頼して、関東在住かつ12歳以下のお子さんを持ち、予備募集に応募してきた女性413名(20歳代57名, 30歳代225名, 40歳代が131名)を対象とした調査を行った。先行研究を参考に、育児に対するポジティブな反応を表す9項目と、ネガティブな反応を表す15項目を作成した。

【結果及び考察】

計24項目に関する因子分析(バリマックス法)を行った。固有値の減衰状況(9.88, 2.94, 1.31 ...)から2因子が妥当であると判断した。第1因子はネガティブ反応15項目であり、第2因子はポジティブ反応9項目であった。信頼性係数は、 $\alpha=.934$ であった。

この結果から本研究は、育児関連ストレスに伴うネガティブ反応15項目と、ポジティブ反応9項目からなる育児関連ストレス尺度を開発した。これまでの育児関連ストレスは、育児のネガティブな側面によってのみ検討されることが多かった。しかし今回、育児のポジティブな側面も同時に扱う尺度を開発したことで、育児への両影響が拮抗した結果としての育児関連ストレスを扱うことが可能となった。

P2-10**精神的支援が必要な妊婦・褥婦への助産師の役割と課題**

菊池 薫¹⁾、阿部 悠美子¹⁾、佐川 牧子¹⁾、塩津 歩¹⁾
櫻井 恭子¹⁾、牧野 真太郎²⁾、板倉 敦夫²⁾

1) 順天堂大学医学部附属順天堂医院 看護部 1)

2) 順天堂大学産科婦人科²⁾

【目的】

当院は精神科を有しており、精神疾患合併妊婦が多いことが特徴である。また、周産期におけるホルモンの変動が精神機能に影響を及ぼし、妊娠中や産後に心理的問題として顕在化することがある。そのため、妊婦・褥婦が安心して出産し育児に移行できるよう支援が必要である。今回、うつ合併妊婦に妊娠期から継続的支援をした事例を振り返り、助産師の役割と課題を明確にする。

【事例の概要】

事例は30歳代前半女性、20歳代よりうつ病を発症した。24週の助産師外来で以前と比較して表情が暗いこと、家族背景を聴取するとサポート体制が不足していることがわかった。継続的支援が必要であると判断し、助産師でカンファレンスを開催し、情報共有とケアプランを立案した。来院時はいつでも対応できる体制をとり、出産と育児をイメージできるよう保健指導と社会資源について情報提供を行った。36週でのエジンバラ産後うつ病自己評価票（Edinburgh Postnatal Depression Scale：以下 EPDS）は6点で、出産まで心身共に安定していた。39週で出産し、入院中の産褥経過も良好であった。1ヶ月健診のEPDSが9点と高値で、育児に対して細かな不安の表出があったため、通常産後1ヶ月のところ3ヶ月まで支援した。

【結果】

妊娠早期からの支援やEPDSの評価により、生活史や家族背景、精神状態の把握ができ、カンファレンスを通して一貫したケアができた。また妊婦自身が地域の保健師に連絡し、サポート体制を確保することができた。育児期は、区のサービスや助産師外来の利用で、精神的に安定していた。

【考察】

本事例では、助産師が早期より接触し支援体制を整えることで精神状態が安定し、育児期にスムーズに移行することができたと考えられる。しかし精神疾患合併妊娠では、その後の養育支援や地域介入が必要になることが予測されるため、今後は他部門・多職種と連携し、各専門性を生かした多角的なサポート体制の確立が課題である。

P3-01**精神疾患合併妊婦への関わり ～妊娠期から多職種カンファレンスを行うことでタイムリーにケアに活かす～**

久世 宏美

社会医療法人愛仁会 高槻病院 看護部

【目的】

精神疾患などで育児困難が予測され、妊娠中から特に支援が必要と妊婦を特定妊婦として妊娠期からの支援を行っている。今回、妊娠SOSへの相談から地域との連携を始めた精神疾患合併妊婦とその家族への継続支援と他職種連携について考察を行った。

【症例の概要】

30歳台後半女性A氏。初妊婦。

妊娠22週初診。胎児の父親は不明。保健センターから当院MSWへ受診依頼があり、初診時から母性看護専門看護師（以下、母性CNS）への依頼があり、継続支援を開始した。

胎児の父親は不明であり、妊娠中から特別養子縁組を希望され、A氏自身で子ども家庭センターとの連絡を取っていた。母性CNSは妊婦健診受診の際、日常生活について、A氏の胎児への思いや家族との関係性などを聞きながら関係を築き、分娩後に児に対してできることなどを提案した。また、妊婦健診での関わりを病棟スタッフと共有し、分娩入院中のケアに混乱が生じないように情報提供を行った。

分娩後、A氏は児とともに過ごすことを決めて入院中は母子同室を行い、キーパーソンとなる姉の面会を許可した。入院中、A氏より自身で育児をしていくことを考え始めていると訴えあり、オタワの意思決定ガイドを用いて意思決定支援を行った。

当院MSWを通して、保健師や子ども家庭センタースタッフ、精神SW、当院臨床心理士を含めた拡大カンファレンスを行うことで、妊娠中から分娩後をどのように過ごしていたかを情報共有し、互いの査定をすり合わせる機会になった。

【結果及び考察】

本症例から、専門分野が違う多職種がA氏を多面的にみてカンファレンスを数回行い、顔が見える関係に加えて互いの査定を述べ合うことができ、タイムリーにケアに活かせる環境が精神疾患を抱えながら地域で生活する妊産褥婦とその家族を支えることにつながると考える。

P3-02**産科から精神科への診療依頼**

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】

周産期の女性には精神疾患が合併することがあり、産科と精神科の連携は不可欠である。産科から精神科に診療を依頼する状況は様々であり、今回その現状について検討した。

【方法】

名古屋大学医学部附属病院（総合周産期母子医療センター、年間分娩数500件強）において2015年1～12月に実施された、産科から精神科への診療依頼のべ78件を対象とした。実施時点における患者背景や診療経過等の情報を電子診療録より取得し後方視的に検討した。

【結果】

患者平均年齢33.0（18.9-45.5）歳。依頼時期は、妊娠前～初期9件（12%）、中期15件（19%）、後期31件（40%）、産褥期23件（29%）。精神疾患既診断例は51件（65%）、うち向精神薬内服中は33件（65%）。精神症状が重度で妊娠中に精神科入院を要したものは2件（3%）、軽度のため精神科医ではなく臨床心理士の面接に留まったものは26件（33%）。切迫早産等の母体身体疾患や18トリソミー等の胎児疾患を伴うものは51件（65%）。78件中15件は同一妊娠中の再依頼で、多くは産科管理入院や分娩等を契機としていたが、うち2件（13%）は産褥期の精神症状悪化によるもので、ともに周産期うつ病と診断され向精神薬の投薬が行われていた。

【考察】

周産期の精神科診療依頼は妊娠後期と産褥期に多く、妊娠の進行や分娩による精神状態の不安定さの顕在化を反映している可能性がある。当施設の性格上、産科的異常を背景に持つ例も多かった。産科からの依頼が精神疾患の診断及び治療開始に至った例もあり、精神科診療導入の非常に重要な機会となっていた。一方、臨床心理士による面談で周産期を乗り越えられた例も少なくなかった。産科と精神科の円滑な協力関係は大前提だが、産科側でもある程度精神症状評価を行い、産科医自らによる面接や助産師面談等も考慮しつつ、限りある医療資源を適切かつ有効に活用すべく柔軟な対応を行うことが大切だろう。

P3-03**精神疾患合併妊婦の周産期における病状悪化リスクの検討**

渡部 衣美¹⁾、根本 清貴²⁾、小島 真奈³⁾、村田 彩貴子⁴⁾
塚田 恵鯉子¹⁾、井出 政行²⁾、松崎 朝樹²⁾、東 晋二²⁾、鈴木 利人⁵⁾
濱田 洋実³⁾、佐藤 豊実³⁾、新井 哲明²⁾

- 1) 筑波大学附属病院精神神経科
- 2) 筑波大学医学医療系精神医学
- 3) 筑波大学医学医療系総合周産期医学、
- 4) 筑波大学附属病院看護部バースセンター助産師、
- 5) 順天堂大学医学部附属病院順天堂越谷病院メンタルクリニック

【目的】

精神疾患合併妊婦に対して適切な支援を可能とするために、精神疾患合併妊婦の周産期における病状悪化をきたす要因として、精神疾患の種類、内服中断の影響、妊娠中と出産後の精神状

態の関連について調査した。

【方法】平成27年に当院産婦人科で出産した妊婦のうち、精神疾患を合併し、且つ妊娠経過中に当院精神科の診察を受けた、全ての妊婦46名を対象とし、①介入時点での向精神薬の使用状況、②出産時の向精神薬の使用状況、③妊娠期間中の精神状態悪化の有無、④出産後の精神状態悪化の有無、の4項目について検討した。

【結果及び考察】

46例の精神科疾患の内訳は、13例が統合失調症、11例が気分障害、18例が神経症圏、4例がパーソナリティ障害だった。統合失調症を合併した症例では、半数以上で妊娠中に精神症状の悪化を認めた。気分障害、神経症、パーソナリティ障害では、妊娠中にそれぞれ3割前後で精神症状悪化を認めた。内服中断の影響は、統合失調症と気分障害で大きく、妊娠発覚後に自己判断で内服を中断した統合失調症の7症例中6例で精神症状の悪化を認め、気分障害例でも、内服を中断した3例中2例で抑うつ症状が悪化した。妊娠中と出産後の精神状態の関連については、妊娠中に精神症状の悪化を認めた症例の約7割が出産後にも症状の悪化を認め、強い相関が認められた。しかし、悪化の程度は軽く、精神科病棟への入院を要するほどではなかった。気分障害、神経症、パーソナリティ障害については、産褥期うつを含め、産後に精神状態の著しい悪化は認めず、その要因として定期的な多職種カンファが挙げられた。統合失調症と気分障害に対しては、母体の精神状態を安定させるという観点からは、妊娠しても向精神薬を継続することが重要と考えられた。また、妊娠中から多職種でリスクを評価し、継続的に関わることで産後の精神状態の安定に有効である可能性も示唆された。

P3-04**精神疾患をもつ妊婦・授乳婦に対する薬剤師の関わり（第一報）**

川口 寿子¹⁾、南雲 まい¹⁾、仁平 陽子¹⁾、影山 名織¹⁾
中西 美恵¹⁾、齋藤 謙治¹⁾、相川 祐里²⁾、小西 康博³⁾
中村 久理子⁴⁾、吉邨 善孝⁵⁾、菅野 浩¹⁾

1) 社会福祉法人 恩賜財団 済生会横浜市東部病院 薬剤部
2) 社会福祉法人 恩賜財団 済生会横浜市東部病院 患者サービス室
3) 社会福祉法人 恩賜財団 済生会横浜市東部病院 産婦人科
4) 社会福祉法人 恩賜財団 済生会横浜市東部病院 新生児科
5) 社会福祉法人 恩賜財団 済生会横浜市東部病院 精神科

【目的】

済生会横浜市東部病院(以下、当院)では2009年よりペアレンティング・サポート委員会を設置し、妊婦が安定した状態で出産し、育児をスムーズに始められるよう活動を行ってきた。委員は産婦人科医・新生児科医・精神科医・助産師・看護師・臨床心理士・ソーシャルワーカー・事務職員で構成され、2015年4月より薬剤師も委員に加わっている。今回、我々は精神疾患をもつ妊婦・授乳婦に対する薬剤師の関わりを診療録から調査し、更に薬剤師業務を展開していくため今後の課題を抽出した。

【方法】

2015年4月から2016年3月までに当院で出産したペアレンティング・サポート対象者のうち、当院の産婦人科と精神科を併診した症例について、妊娠前・妊娠中・授乳中の服薬状況、産前の母乳育児の希望、産後の実際の授乳状況および薬剤師の指導内容を診療録から調査した。

【結果】

対象期間内に1322名が出産し、ペアレンティング・サポート対象者は140名（10.6%）であった。そのうち、当院の産婦人科と精神科を併診した症例は31名（2.3%）であり、妊娠前21名、妊娠中16名、授乳中20名が精神科から平均1.3種類の内服剤を処方されていた。また、産前より28名（90.3%）が母乳育児を希望しており、3名（9.7%）が服薬を理由に母乳育児を躊躇していた。母乳育児を躊躇していた3名のうち1名は母乳育児を実施した。薬剤師の服薬指導に関しては、妊娠中は4名、授乳中は31名全例に行っていた。

【考察】

服薬を理由に母乳育児を躊躇していた妊婦が母乳育児を実施した症例については、薬剤師が科学的なデータをもとに服薬指導を行ったことが寄与したと考えられた。このことから薬剤師が精神疾患をもつ妊婦・授乳婦に関わることは周産期医療において有益であることが示唆された。今後、薬剤師はさらに多くの母乳育児の支援に関わっていくべきであり、そのためには薬剤師から病棟薬剤業務のみならず、母親学級や外来患者への積極的な関与ができる業務体制を展開していくことが重要であると考えられた。

P3-05**正常ボンディング群と病的ボンディング群における
ボンディング障害尺度得点の経時的変化**

松長 麻美¹⁾²⁾、高馬 章江³⁾、多田 克彦⁴⁾、北村 俊則²⁾⁵⁾

- 1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
- 2) 北村メンタルヘルス研究所
- 3) 岡山大学病院
- 4) 国立病院機構岡山医療センター産婦人科
- 5) 名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野・親と子どもの心療学分野

【目的】

これまで、新生児へのボンディング障害尺度の得点は一般的に時間経過とともに減少するとの報告がある (Brockington et al. 2001; Klier 2006; Muzik et al. 2013; van Bussel et al. 2010)。一方、新生児へのボンディングは正常ボンディングと病的ボンディングの質的に異なる2群に分類される (Matsunaga et al, in preparation) が、この2群を区別したボンディング障害得点の経時的変化の検討はこれまでなされていない。本研究では、正常ボンディング群と病的ボンディング群での産後5日目から1ヶ月目におけるボンディング障害得点の変化を明らかにすることを目的とした。

【方法】

723名の産後女性から得られた産後5日目、1ヶ月目のMother-to-Infant Bonding Scale (MIBS) の下位尺度得点を用いたtwo-stepクラスター分析により分類された、正常ボンディング群 (n = 619)と病的ボンディング群 (n = 104) について、反復測定分散分析を用いてMIBSの下位尺度 (Anger and Rejection, Lack of Affection) の産後5日目から1か月目の間の得点変化を比較した。分析にはSPSS21.0およびStata13を用いた。本研究は2001～2002年に国立精神・神経センター国府台キャンパス倫理審査委員会の承認を得て実施された調査 (Kitamura et al, 2004) の二次解析である。

【結果】

Anger and Rejectionについては群、時間の主効果が認められるとともに、正常ボンディング群では時間経過とともに得点が減少した一方、病的ボンディング群では増加しており、群と時間の有意な交互作用が認められた。Lack of Affection については群の主効果のみ認められ、時間の主効果、群と時間の交互作用は有意ではなかった。

【考察】

これまでの知見からはボンディング障害は一般的に時間経過とともに改善することが期待されたが、今回の結果からは、むしろ病的な範疇のボンディング障害ではAnger and Rejectionは時間経過と共に悪化することが示唆された。今回の調査時点の産後5日から1か月という期間は一般的に退院から新生児訪問までの期間にあたり、支援の空白期間と考えられるが、病的なボンディング障害群の母親にはこの時期に支援が提供されることが望ましいと考えられる。

P3-06**当院における子ども虐待対応チームの取組みに関する後方視的検討**

武藤 美紀¹⁾、小西 晶子¹⁾、横溝 陵¹⁾、青木 宏明¹⁾
宗田 聡¹⁾²⁾、佐村 修¹⁾、岡本 愛光¹⁾

- 1) 東京慈恵会医科大学 産婦人科学講座
2) 広尾レディース院長

【目的】

子どもの虐待は社会問題であり、「児童虐待の防止等に関する法律」において医療機関に子ども虐待の早期発見と通告が義務付けられている。このような背景の中、当院では平成24年度より子ども虐待対応チーム<CAPS: Child Abuse Prevention System>を院内に設置し、組織的に対応している。本検討においてCAPS設置以来の取組みを総括するとともに、子ども虐待の防止に対する同チームの寄与を明らかにすることを目的とした。

【方法】

本学倫理委員会に申請の上、平成24年度から平成27年度の4年間のCAPS運用状況の検討を行い、事例数の年次変化、担当診療科等を調査した。またその内の産科における活動に着目し、介入の契機や患者背景および活動実態について検討した。

【結果および考察】

CAPS運用件数は計114件で13件（平成24年度）から44件（平成27年度）と年次的に増加傾向にあった。またその内の産科が占める割合も2件（15.4%、平成24年度）から11件（25.0%、平成27年度）と増加傾向にあり、担当診療科として最多となった。CAPS介入の契機としては、精神疾患合併妊娠が14件で56%を占めており、片親・未入籍が11件、未妊健が6件と続いていた（重複を含む）。産科におけるCAPSの活動では、担当診療科スタッフ、ソーシャルワーカーに加え、児童相談センター、子ども家庭支援センター等の院外組織も交えてカンファレンスを開催することで、妊娠期より出産後の育児環境の整備を行った。CAPSの活動において産科が占める割合は増加し、出産前に児童虐待のリスクが予見できるケースでは産科がその中心的役割を担うようになってきている。妊娠期より児童虐待の防止を視野に入れたチーム医療の実践により児童虐待を組織的に防止することが重要である。

P3-07

近赤外線スペクトロスコピーNIRSを用いた月経周期に伴う 内分泌学的変化と脳機能変化の検討

高橋 由美子¹⁾、武井 雄一¹⁾、田川 みなみ¹⁾
笠木 真人¹⁾、櫻井 敬子¹⁾、宮田 茂雄²⁾
加藤 隆³⁾、峯岸 敬⁴⁾、福田 正人¹⁾

- 1) 群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学
- 2) 群馬大学大学院医学系研究科遺伝発達行動学
- 3) つつじメンタルホスピタル
- 4) 群馬大学大学院医学系研究科産科婦人科学

【目的】

女性の精神状態は女性ホルモン等の内分泌学的変化に影響されることが示唆されているが、月経周期や妊娠出産に関連した内分泌学的変化と神経生理学的変化、精神状態の変化の関係について調べたヒトに関する研究は少ない。本研究は、卵胞期と黄体期との比較を、近赤外線スペクトロスコピー（NIRS）を用い検討した。

【方法】

対象は健常女性17例とし、群馬大学臨床試験倫理審査委員会の承認のもと、被検者から口頭および文書で同意を得て施行した。同一被験者について卵胞期後期と黄体期後期それぞれ1回ずつ言語流暢性課題（VFT）を用いたNIRS測定を行い、縦断的に比較した。生理周期に伴う酸素化ヘモグロビンOxy-Hb濃度変化を時間クラスター解析により評価した。

【結果】

卵胞期と比し黄体期で、左右背外側前頭前野皮質（DLPFC）および右前頭極のOxy-Hb増加量が有意に多かったが、VFTの語生成数には差が見られなかった。黄体期は、卵胞期と比して抑うつ尺度が高い傾向にあった。また、卵胞期ではOxy-Hb増加量と抑うつ尺度が負の相関を示したが、黄体期では相関を示さなかった。

【考察】

健常女性を対象に、卵胞期と黄体期でVFTを用いたNIRS測定を行った。卵胞期と比して、黄体期でよりDLPFCの賦活が大きい一方で、課題成績に差はなく、同一課題を遂行するためにより大きな賦活を要する可能性が考えられた。黄体期が卵胞期と比較して抑うつが強まることは過去の報告と一致していた。また、卵胞期で観察されたNIRSの賦活量と抑うつ尺度との相関が、黄体期では認められなくなっていた。生理周期に伴う女性ホルモン等の内分泌学的変化が脳機能に影響することが示唆された。今後周産期に関連した脳機能と女性ホルモンの変化の関係についても検討していく予定である。

P3-08**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における
助産師による相談外来の実態調査**

鈴木 淑代、小澤 千恵、谷島 春江、内田 美恵子

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

【目的】

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では、助産師による相談外来(以下、相談外来)を実施している。その目的は、育児支援やメンタルヘルスサポートである。今後開設予定の助産師外来と院内助産での支援の方向性を検討するため、相談外来の実態を明らかにした。

【方法】

研究方法：後方視的観察研究

期間：2011年1月～12月

対象者：相談外来を受診した466名の褥婦

分析方法：受診理由により育児相談群（児の体重や黄疸の確認である「児の確認」、母乳栄養希望や授乳指導を希望している「授乳指導」、乳腺炎などの「乳房トラブル」を含む、以下A群）とメンタルサポート群（育児不安が強い、EPDS再検を実施している、児に関すること以外の相談、以下B群）の2群に分け、それぞれの背景について比較した。統計解析にはJMPver.10を使用し $p < 0.05$ を有意差ありとした。

【結果】対象者背景 A群 $n=393(84.3\%)$ B群 $n=73(15.7\%)$ (1)平均年齢 A群 33.9 ± 5.0 歳 B群 34.6 ± 5.9 歳(2)初産経産別 A群 初産婦233名(59.3%) 経産婦158名(40.2%) 不明2名(0.5%)
B群 初産婦50名(68.5%) 経産婦23名(31.5%)

(3)受診回数中央値 A群 1(1-13) B群 2(1-15)

(4)分娩様式 A群 経膈分娩162名(41.2%) 帝王切開230名(58.5%) 不明1名(0.3%)

B群 経膈分娩34名(46.6%) 帝王切開37名(50.7%) 不明2名(2.7%)

(5)分娩週数中央値 A群 37(23-41)週 B群 37(23-41)週

(6)早産の有無 A群 早産126名(32.1%) B群 早産20名(27.4%)

(7)双胎数 A群 52名(13.2%) B群 双胎8名(11.0%)

(8)多職種と連携していた症例 A群133名(33.8%) B群35名(47.9%)

両群では、「受診回数」と「多職種連携」の項目に有意な差を認めた ($p < 0.001$)。その他の項目は有意な差を認めなかった。

【考察】

相談外来受診者は、メンタルサポートが理由で受診している場合は、受診回数が増えることがわかった。今後は受診時期も調査したい。また、メンタルサポート群は、小児科、メンタルクリニック、地域保健機関、児童相談所、臨床心理士などの多職種と連携して支援していることがわかった。

P3-09**診療所に対応しえた産褥精神病の一例を通じて考察する
精神科診療所のあり方について**

武田 直己

医療法人社団翠松会たけだメンタルクリニック

【目的】

産褥精神病に対しては、その急性発症と症状の激しさ、さらに複数の診療科にまたがたる治療が求められるため、精神科での入院が必要になることが多い。診療所で治療しえた産褥精神病の経験を通じて、他科との連携を重視した精神科診療所のありかたを考察したい。

【症例（事例）の概要】

30代、精神科既往歴なし。逆子の第1子出産のためA病院に入院。41週+2日で誘発分娩を試みるも分娩に至らず緊急帝王切開を受けるが、当日より不眠が続き産褥精神病を呈した。分娩5日目にA病院を退院となった当日に、当院へ受診の要請があった。以後週3回の外来受診で対応して入院に至らず、6週間で治癒に至った。3年後、第2子出産に際して再び産褥精神病を呈したが、同様に頻回の外来受診で治癒に至った。

【結果及び考察】

当院のある医療圏においては総合病院に精神科病床がない。このような地域特性を考慮し、周産期の精神症状に対して精神科病床がある遠方の総合病院に全てを託すのではなく、総合病院精神科における勤務経験が豊かな精神科診療所の医師が「地域医療のリエゾンコンサルテーション」を果たすことを意識して、積極的に引き受けたいと考える。このような精神科診療所のあり方を「水平連携型精神科診療所」として提案していきたい。

P3-10**性的虐待が疑われた10代妊娠の一例**

石黒 共人、西岡 暢子、森 裕介、高橋 奈々子、西澤 しほり
関根 花栄、永井 富裕子、糸賀 知子、須賀 新

越谷市立病院 産婦人科

【緒言】

性的虐待による心理面への影響として、行動の問題、不安、うつ、PTSDや解離など様々な問題や症状が報告されている。今回、性行為についての記憶が失われている解離症状を示し性的虐待が疑われた10代妊婦の一例を経験したので報告する。

【症例（事例）の概要】

10代後半、0経妊0経産。両親は離婚し実母と実母のパートナーの男性、弟妹4名と7人で同居生活。体育授業時に教師から下腹部膨隆を指摘され、妊娠検査薬陽性を確認。当院へ受診し妊娠25週と診断。本人は「（性交渉自体の）覚えがない」と訴え、パートナーと思われる異性も存在していなかった。母は仕事を理由に受診に同行せず、電話にも対応しない状態であり、胎児についても、本人に対し「自分で考えなさい」と言ったきり話し合いもせず、市職員や児童相談所職員との話し合いにも非協力的であった。他の兄弟たちへのネグレクトも疑うも、その様子は認められなかった。また、自宅の電話や実母の携帯電話へ連絡をすると実母は対応せず、必ず実母のパートナーが対応していた。上記より、性的虐待による妊娠及び解離症状を疑い、要保護児童対策協議会で検討の結果、本人が希望した養子縁組を斡旋している施設へ転院し、その施設で生活することにより、自宅から隔離した。その施設にてカウンセリング及び精神科医への受診が行われ、性交渉についての解離症状は継続するものの、他のPTSD症状などはなく、無事出産。高校卒業し自宅から独立に至っている。

【まとめ】

実母は性的虐待について既知であったが放置、そのことが解離症状の増悪因子となっていた可能性があった。よって、自宅からの隔離が「加害者排除」となり、その後のカウンセリングや精神科診察と共に妊婦の精神状態悪化や問題行動を防いだ可能性がある。今後、他のPTSD症状が出現することもあると考えられるため注意し経過観察が必要である。

P3-11**『妊娠期の子育てカレッジ』 5年間の実践報告
～母子の情緒的つながりの大切さを伝える～**

竹田 伸子

大阪彩都心理センター

【目的】

生まれてくるわが子とよい関係を築きしっかり育てたい、と妊娠中の母親誰しもがそう望んでいる。しかし実際には、赤ちゃんが何を求め、その求めにどう応じればいいのか、どうやって情緒的つながりを作っていくのかなど、親子の関係性については教わることなく、イメージできないままに出産を迎える。そして、出産後、赤ちゃんがなぜ泣いているのか、どうしていいかわからない、と困惑し、強烈な不安や孤独感を抱え、育児に早々に行き詰まってしまう母親がいる。0歳0ヶ月時をどう支援するかは、地域においても大きな課題だ。支援の必要性は見えながらも、この時期の支援提供は難航している。理由の1つは、産褥期の母親も赤ちゃんも安静を必要とするため外部との接触は難しく、したがって支援が届けられない、という場合がある。そこで、出産前すなわち妊娠期から開始し、妊娠期から産褥期への切れ目のない支援を準備する必要がある。

【実践概要】

6年前、演者は妊娠期の子育て支援に着手し、2010年度に市行政に企画を提案して『妊娠期の子育てカレッジ』を始めた。この講座の特徴は、出産前に買いそろえるものや沐浴・調乳の仕方を学ぶといった実用的なことよりも、親子の関係性という心理・情緒的側面に焦点づけていることである。出産直後から赤ちゃんのアタッチメント欲求に応えられるよう、生まれてくる赤ちゃん自分との関係性を具体的にイメージし、“赤ちゃんの心”や“親役割”について学び、親になるための心の準備を進めていくことが目的である。

【結果および考察】

これまで15回開催、総参加者は約70名。講座終了後に参加者全員に書いてもらう無記名のアンケートには、「自分の子育ての場面を具体的にイメージすることができるようになった」「プラクティカルなことだけでなく心理面からのアプローチを学べたことがよかった」「子育てに対する自分の意識が180度変わった」などの感想があり、親子の関係性という心理・情緒的側面に目が向けられるようになり意識の変化が見られた。

謝 辞

第13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13回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会大会長
鈴木 利人

エーザイ株式会社
MDS株式会社
大塚製薬株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
医療法人社団有明会 栗田病院
第一三共株式会社
大日本住友製薬
田辺三菱製薬株式会社
株式会社ツムラ
日本イーライリリー株式会社
ノバルティスファーマ株式会社
医療法人 正和会 日野病院
ファイザー株式会社
医療法人仁愛会 水海道厚生病院
Meiji Seikaファルマ株式会社
ヤンセンファーマ株式会社

(平成28年9月現在、50音順)