

第15回
日本周産期メンタルヘルス学会
学術集会 抄録集

日時：2018年10月27日（土）～ 28日（日）
会場：神戸女子大学ポートアイランドキャンパス

学術集会大会長：玉木 敦子
神戸女子大学看護学部教授

ご挨拶

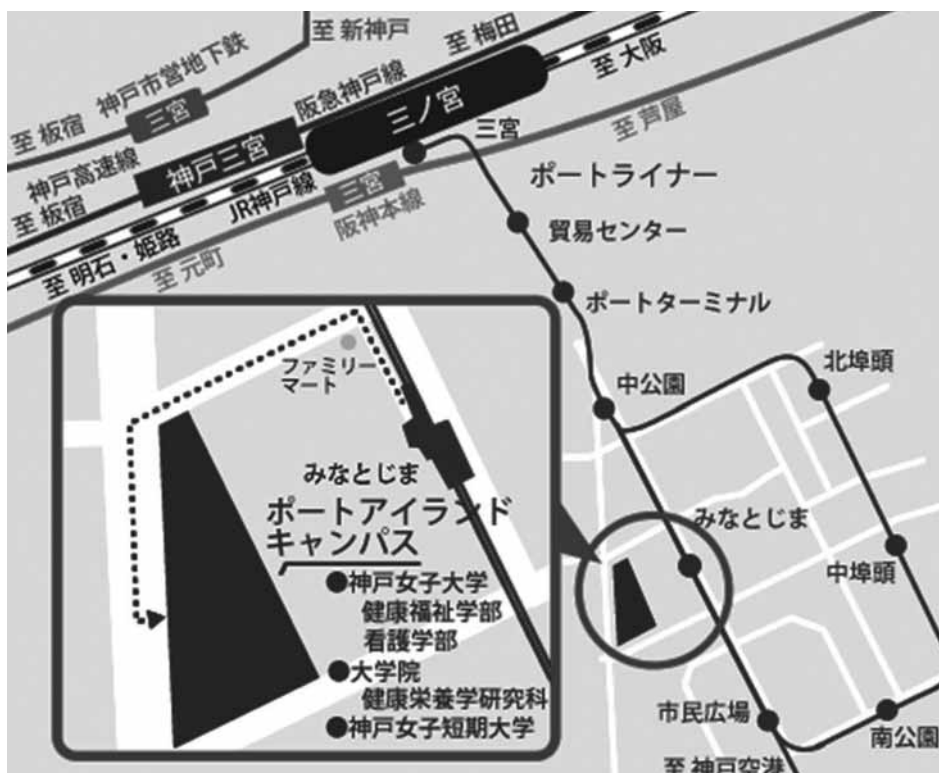
第15回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会
大会長 玉木 敦子
神戸女子大学看護学部教授

このたび、第15回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会を2018年10月27日（土）と28日（日）の両日、神戸女子大学ポートアイランドキャンパス（兵庫県神戸市）で開催することになりました。このような貴重な機会と関係の皆様のご支援を頂きましたことを心より感謝申し上げます。

さて、妊産婦を取り巻く環境は、少子化、出産の高年齢化、コミュニティの結びつきの希薄化など近年急激に変化しており、母親の孤立や子育て不安の増大は大きな問題となっています。このような中で、現代に生きる妊産婦のメンタルヘルスを健康に維持するために、妊産婦に寄り添い、支えることが強く求められているのではないのでしょうか。そこで、今回の学術集会のテーマを『いま、あらためて「寄り添う」を考える』としました。「寄り添う」とは「そばに（ぴったり）寄って、離れずにいること」を意味します。つまり、前から引っ張るのではなく、後ろから押すのでもなく、侵入するのではなく、離れるのでもない。ぴったり添い、それを継続するということです。人の心は一人一人違うし、気持ちは変化し続けることも考え合わせると、それは実はとても難しいものです。本学術集会を通して、妊産婦やその家族の体験、思い、ニーズとは実際どんなものなのか、また「寄り添う」ケアやアプローチとは何なのかについて、多様な視点・立場からあらためて考えてみたいと思います。さらに妊産婦のメンタルヘルスの維持・向上のために、それぞれの職種や周囲の人は何をどのようにすれば良いのか、妊産婦の思いに「寄り添って」議論できる機会となれば、この上ない喜びです。

会場となる神戸には、港や六甲山の自然、夜景、スイーツやグルメ、JAZZなど様々な魅力が溢れています。会員の皆様による実践活動報告や研究成果発表とともに、多くの方々が参加され、盛会となりますことを祈念致しております。至らぬ点多々あるかと存じますが、開催事務局一同、皆様を心よりお待ち申し上げます。

会場周辺地図



会場アクセス

- 大阪駅からのアクセス
 - ・ JR利用の場合
大阪駅からJR山陽本線（神戸線）で三ノ宮駅下車（新快速電車で約20分）
- 姫路からのアクセス
 - ・ JR利用の場合
姫路駅からJR山陽本線（神戸線）で三ノ宮駅下車（新快速電車で約40分）
 - ・ 山陽電鉄利用の場合
山陽姫路駅から山陽電気鉄道本線で三宮駅下車（特急電車で約60分）
- 新神戸からのアクセス
 - ・ 神戸市営地下鉄
新神戸駅から西神・山手線で三宮駅下車（約2分）
- 三ノ宮・三宮駅からのアクセス
 - ・ ポートライナー
三宮駅からは、ポートライナーの神戸空港・北埠頭方面行き等をご利用いただき、みなとじま駅（約10分）で下車し、西へ徒歩約5分です
すべての行先のものが、みなとじま駅に停車します

会 場 案 内

参加受付・ポスター発表受付・演者座長受付・データ預りは、F館 1階の「総合受付」で行います。
F館 1階で各受付を済ませてから、F館 3階 へお上がりください。

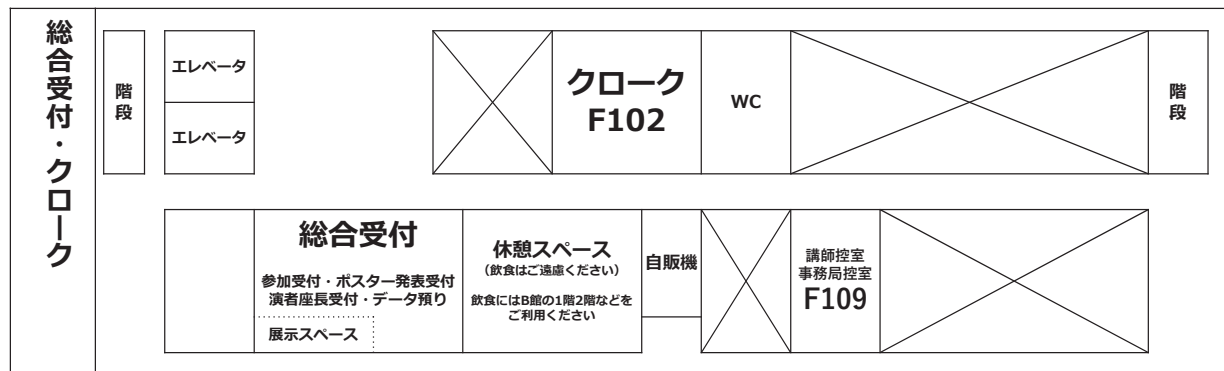
F館 1階	総合受付(参加受付・ポスター発表受付・演者座長受付・データ預り) クローク・控室
F館 2階	ランチョンセミナー会場(10/27のみ)・理事会・委員会・授乳室
F館 3階	メイン会場・ポスター会場・展示会場・講師事前打合せ ※当日は混雑が予想されますので、到着された方から順に前方より詰めてお座りいただきますようご協力をお願いします ※多くの方から参加申し込みを頂いていることから、メイン会場(3階 F304)の他にサテライト会場(5階 F529)を設けました ポスターセッションは、10月28日(日)13:00-14:00 です
F館 4階	役員控室・講師控室
F館 5階	サテライト会場 ※サテライト会場では、メイン会場とランチョンセミナー会場の映像が同時中継されます ただし、演者発表中はスライド画面と音声のみとなります ※質疑応答の際は、メイン会場(3階 F304)でご質問をお願いします ※当日は混雑が予想されますので、到着された方から順に前方より詰めてお座りいただきますようご協力をお願いします
B館 1階 2階 昼食スペース	※昼食会場として、B館1階・2階の食堂スペースをご利用いただけます (ただし食堂は営業されません) ※10月28日(日)は、F館2階210教室も昼食会場として開放します ※F館3階、F館1階のカーペット敷きのスペースでのご飲食はご遠慮下さい
A館 1階 売店	※10月27日(土)・28日(日)の両日、10時～14時に大学内の売店がご利用できます ※ただし、小規模売店のため商品には限りがあることをご了承ください ※なお、B館1階、F館1階に飲料の自動販売機があります

F館へ
受付・メイン会場など

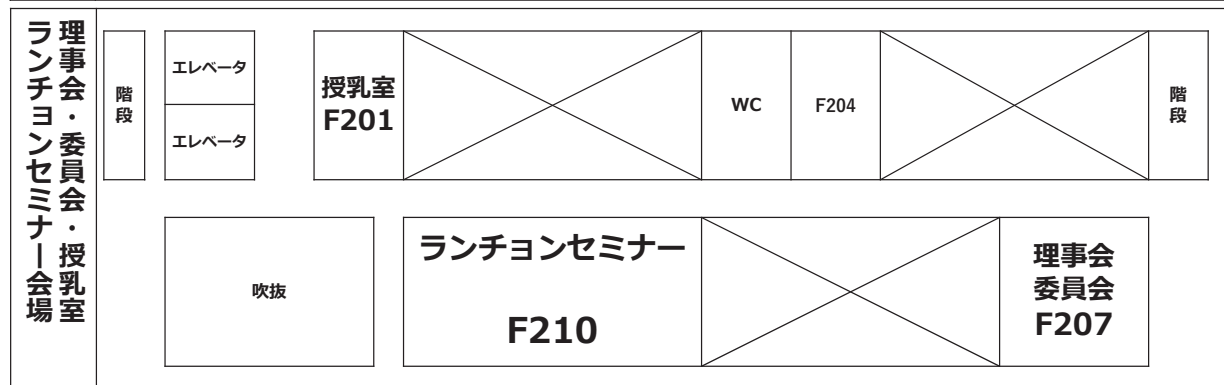
懇親会は、10月27日(土) 18:45-20:45です
会場：神戸ポートピアホテル 本館1階 イタリアンバー『EREMO』
学術集会会場の建物とは異なります

会 場 案 内

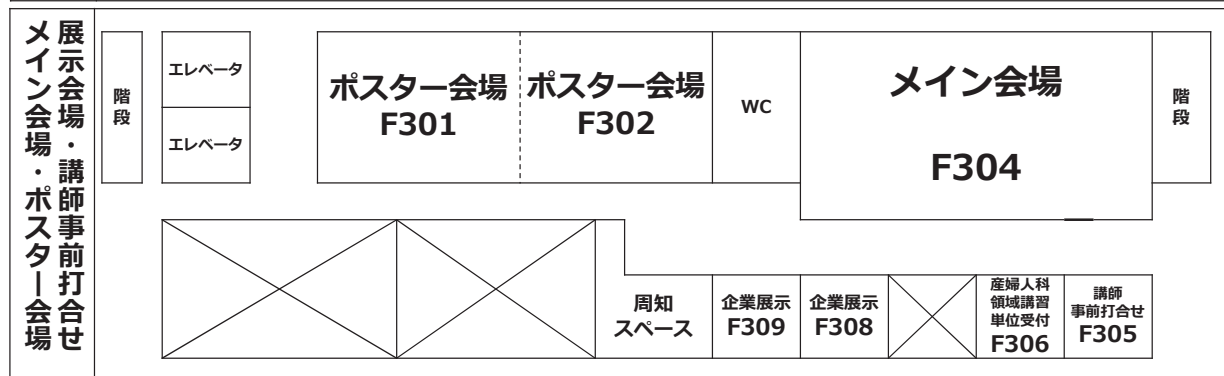
F館 1階



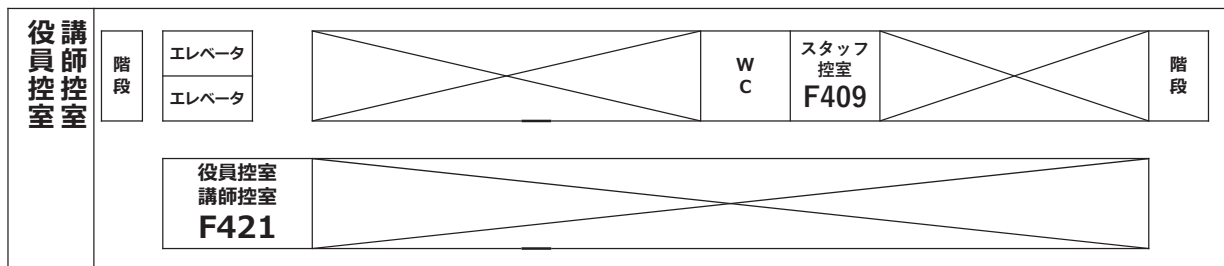
F館 2階



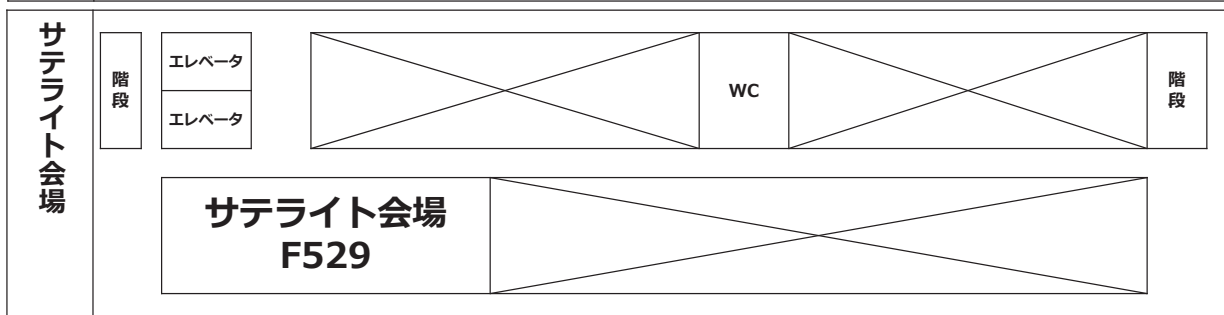
F館 3階



F館 4階



F館 5階



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、会場では必ず身に着けてください。

(1) 受付時間 10月27日(土) 9:30～16:30
10月28日(日) 8:45～14:30

(2) 受付場所 F館 1階

(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 クローク

10月27日(土) 9:45～18:00

10月28日(日) 8:45～16:00

10/27(土)の懇親会時間帯は、懇親会ご参加の方に限り、神戸ポートピアホテルのクロークがご利用可能です。

4 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：2018年10月27日(土) 18:45～20:45

会 場：神戸ポートピアホテル 本館1階 イタリアンボール EREMO
(学術集会会場の建物とは異なります)

参加費：3,000円(予定)

学術集会会場(F館1階の総合受付)にて、ご参加申し込みを賜ります。

定員を達した場合は参加を受け付けかねる可能性がありますことをご了承ください。

5 学会行事

(1) 理事会

日時：2018年10月26日(金) 18:30～20:30

場所：F館 2階 F207

(2) 総会・評議員会

日時：2018年10月27日(土) 13:30～13:50

場所：学術集会メイン会場 F館 3階 F304

学会正会員・評議員・理事の皆様はご出席をお願いします。

(3) 各種委員会打合せ

1) 会誌編集委員会 日時：10月28日(日) 12:00-13:00

場所：F館 2階 F207

2) 情報関連委員会 日時：10月27日(土) 12:20-13:20

場所：F館 2階 F207

3) 倫理委員会 日時：10月27日(土) 15:00-16:00

場所：F館 2階 F207

6 授乳室について

10月27日(土) 9:45～18:00

10月28日(日) 8:45～15:30

※授乳室入り口に掲示してある「授乳室について」をお読みになり、ご理解の上ご利用

ください。万が一の事故や怪我に対して、

第15回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会事務局は一切の責任を負いません。

7 ランチョンセミナーについて

第1日【10月27日(土)】参加受付開始後より、ランチョンセミナーの整理券（お弁当引換券）を配布します。お一人様一枚のみで、整理券がなくなり次第終了となります。

ランチョンセミナー会場（F館 2階 F210）への入場は、前セッション終了後となります。また、サテライト会場（F館 5階 F529）でも、ランチョンセミナーの映像が同時中継され、お弁当をお召し上がりいただけます。

セミナー開始後5分経過すると、整理券は無効となります。整理券をお持ちの方は、それまでにご入場ください。整理券の数には限りがあります。

第2日の10月28日(日)は、ランチョンセミナーはありません。

8 ご昼食、休憩について

会場付近には十分な数の飲食店はございません。

10月27日(土)・28日(日)の両日、10時～14時に大学内の売店（A館 1階）がご利用できます。

ただし、小規模のため商品には限りがあることをご了承ください。

なお、B館 1階、F館 1階に飲料の自動販売機があります。

昼食会場としてB館1階・2階の食堂スペースをご利用いただけます。ただし食堂は営業されません。

また10月28日(日)は、F館 2階 F210教室も昼食会場として開放します。ご自由にご利用ください。

F館 3階、F館 1階のカーペット敷きのスペースでのご飲食はご遠慮下さい。

9 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) 日本産科婦人科学会 《専門医研修出席単位10単位 専門医機構参加単位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。

当日カードをお忘れ等でお持ちでない方は、運転免許証などでご本人を確認いたします。

◇日産婦単位10単位(専門医研修出席単位)は、F館 1階 受付「専門医単位申請受付」で「e医学会カード」のカードスキャンを受けてください。

◇機構専門医の認定講習（産婦人科領域講習）においては、F館 3階 F306で、下記の各セッションごとに「e医学会カード」のバーコードスキャンが必要です。
なお、バーコードスキャンは、下記の各セッションの終了後、F館 3階 F306（メイン会場前の廊下を挟んだお部屋）でバーコードスキャンをします。

《対象セッション》

- 2018年10月27日(土) 10:55開始予定 **日本専門医機構1単位（産婦人科領域講習）**
シンポジウム①「妊産婦や家族の思い：周産期メンタルヘルスに求められているもの」
- 2018年10月27日(土) 14:00開始予定 **日本専門医機構1単位（産婦人科領域講習）**
基調講演「周産期精神医学の歴史と発展」
- 2018年10月27日(土) 15:10開始予定 **日本専門医機構2単位（産婦人科領域講習）**
シンポジウム②「妊産婦のこころを支える：さまざまな場と専門職の役割」
- 2018年10月28日(日) 9:00開始予定 **日本専門医機構1単位（産婦人科領域講習）**
シンポジウム③「今あらためて注目したい：明日の周産期メンタルヘルス治療のために」
- 2018年10月28日(日) 10:50開始予定 **日本専門医機構1単位（産婦人科領域講習）**
特別講演「妊産婦の自殺の実態とメンタルヘルス支援体制の充実に向けて」

(2) 日本産婦人科医会 《研修参加証（1枚／1日）》

日本産婦人科医会研修シールをお渡しします。

F館 1階 受付「専門医単位申請受付」で専用名簿にお名前を記載の上、お受け取りください。

名札の裏にお渡しした印をつけます。名札をご提示ください。

(3) 日本精神神経学会 《学会単位・機構単位（精神科領域講習） B群1単位×3セッション》

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。

当日カードをお忘れ等でお持ちでない方は、運転免許証などでご本人を確認いたします。

学術集会の受付時間内に、F館 1階 受付「専門医単位申請受付」でカードスキャンを受けてください。

会期中1回の受付で結構です。1開催3単位の単位取得が可能です。

(4) 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）

参加証が名札の下部にあります。

(5) 日本心身医学会（専門医・認定医・認定医療心理士 3単位）

参加証が名札の下部にあります。

(6) 日本周産期・新生児医学会（専門医研修 2単位）

参加証が名札の下部にあります。

(7) 日本助産師会（継続研修ポイント 2ポイント）

参加証が名札の下部にあります。

(8) 日本病院薬剤師会 （対象セッション：10月28日シンポジウム③ 0.75単位）

対象セッション終了後に受講証をお渡しします。

その他の承認を受けている研修単位や認定講習については、関連団体にお問い合わせください。

10 その他

(1) 会場について

当日は混雑が予想されますので、到着された方から順に前方より詰めてお座りいただきますようご協力をお願いします。

多くの方から参加申し込みを頂いていることから、

メイン会場（3階 F304）の他にサテライト会場（5階 F529）を設けました。

サテライト会場では、メイン会場とランチョンセミナー会場の映像が同時中継されます。

ただし、演者発表中はスライド画面と音声のみとなります。

質疑応答の際は、メイン会場(3階 F304)でご質問をお願いします。

(2) 会場内でのご注意

会場内は全て禁煙となっております。

会場内では発表者および参加者の方々のご迷惑にならないよう、

携帯電話は電源をお切りになるか、マナーモードへの変更をお願いいたします。

会場内のアナウンスやスライドによるお呼び出しは行いません。

講演中の録音、録画、カメラのご使用はご遠慮下さい。

(3) 駐車場について

大学敷地内に、学術集会専用の駐車場はございません。

公共交通機関、タクシーをご利用ください。

座長・演者の皆様へ

- ◆各セッション開始30分前に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(シンポジウム③)の演者の方は、円滑な運営のため、前日(10/27)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ます。
お時間までに打合せ部屋にお集まりください。
打合せ終了後（各セッションの5分前）に会場へ移動をお願いいたします。

セッション	セッション日時		打合せ日時		打合せの部屋
シンポジウム① 「妊産婦や家族の思い：周産期メンタルヘルスに求められているもの」	10/27（土）	10:55-12:15	10/27（土）	10:30-10:50	F館 3階 F305
ランチョンセミナー	10/27（土）	12:30-13:20	10/27（土）	11:30-12:25	F館 1階 F109
シンポジウム② 「妊産婦のこころを支える：さまざまな場と専門職の役割」	10/27（土）	15:10-17:20	10/27（土）	14:45-15:05	F館 3階 F305
シンポジウム③ 「今あらためて注目したい：明日の周産期メンタルヘルス治療のために」	10/28（日）	9:00-10:40	10/28（日）	8:35-8:55	F館 3階 F305
特別講演 「妊産婦の自殺の実態とメンタルヘルス支援体制の充実に向けて」	10/28（日）	10:50-11:50	10/28（日）	10:30-10:45	F館 3階 F305
特別企画 「流産・死産を経験した女性と家族の体験、ピアサポート」	10/28（日）	14:10-15:30	10/28（日）	13:00-14:00	F館 1階 F109

PC発表について（演者の皆様へ）

1. 発表方法に関しまして

- （１）発表形式はPC発表です。
スライドやビデオは使用できませんので、ご注意ください。
- （２）会場へは、１．USB メモリ、２．CD-R いずれかの形で発表データをお持ち込みください。
- （３）セッション開始30分前迄に、PC受付にて発表データの試写と受付を済ませてください。
- （４）PowerPointの「発表者ツール」機能は使用できません。
- （５）PC受付のパソコンは台数が限られております。
受付ではレイアウト修正のみとし、長時間のデータ修正等をご遠慮ください。

2. USB メモリ、またはCD-Rをお持ち込みの方への注意事項

- （１）ソフトは、以下のものをご使用ください。
Windows版PowerPoint2007/2010/2013/2016
動画ファイルはご利用いただけません。
- （２）フォントはOS 標準のもののみご使用ください。
- （３）PowerPointのページ設定を「スライドのサイズ指定」－「画面に合わせる(4:3)」として資料を作成してください。
- （４）CD-Rへの書き込みは、ISO 9660 方式をお使いください。
※パケット方式ですと、会場PC で読み込めない恐れがあります。

3. ご講演当日について

- （１）サテライト会場では、メイン会場の映像が同時中継されます。
ただし、演者発表中はスライド画面と音声のみとなります。
- （２）サテライト会場への中継の都合上、レーザーポインターの使用はできるだけ避けてください。
*サテライト会場では、レーザーポインターで照射している様子は映しだされません。

一般演題（ポスター）発表の皆様へ

1 当日のポスター発表

発表者は、ポスター貼付前に受付でポスター発表受付を済ませてください。

その際に、プログラム抄録集に掲載されている演題番号をご確認いただき、同じ番号のパネルにご自身で貼付をお願い致します。

ポスターセッションは10月28日（日）13：00～14：00です。

発表者は発表時間の間、発表ポスターの前で待機し、質疑等にお答えください。

なお、座長は設けておりませんので、発表時間になりましたら自由に討議を行ってください。

2 ポスター会場

F館 3階 F301・F302

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10月27日(土) 9:30～10:30 発表者ご自身でご掲示ください。

◆発表時間10月28日(日) 13:00～14:00 ご自身のポスター前に待機してください。

◆撤去時間10月28日(日) 14:30～16:00 ポスター撤去

ポスター掲示用の画鋏は、事務局で準備いたします。

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。処分ご希望の方も必ずポスターを各自パネルから外し、付近の床にまとめておいてください。

4 ポスターパネルサイズ（次ページ図参照）

◆「演題番号」、「演題・発表者・所属」、「発表内容 とCOI開示」を合わせて縦180cm × 横90cmのスペースを用意しています。

◆「演題番号」縦20cm × 横20cmは、事務局で用意いたします。

◆「演題・発表者・所属」は、縦20cm × 横70cm以下で作成をお願いします。

◆「発表内容 とCOI開示」は、縦160cm × 横90cm以下で作成をお願いします。（利益相反（COI）の開示エリアにご留意ください、下図参照）

ポスターパネルの右下に、A4でCOI様式の2-Aまたは2-Bを貼付して利益相反(COI)を開示して下さい。

5 ポスター作成について

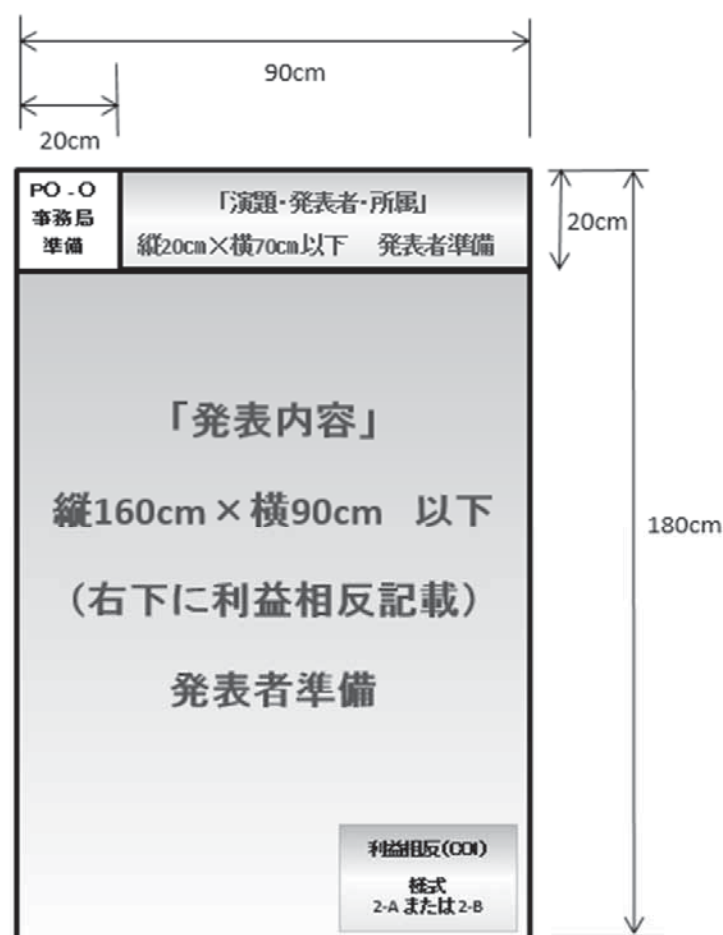
「演題・発表者・所属」は、十分大きな文字で書いてください。特定のポスターを見つけ出すのに便利のように、少なくとも5 mぐらい離れた位置からでも明確に見える大きさにしてください。発表者名の左肩に小さな○印をつけてください。

「発表内容」は、2 mぐらい離れた位置からでも読めるように、大きな文字を用いて書いてください。図・表もできるだけ大きなものにしてください。写真を使用する際には、プライバシーの保護には十分注意して下さい。

6 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。COI様式（サンプル）は、日本周産期メンタルヘルス学会Webサイト「利益相反(COI)」<http://pmh.jp/coi.html> にあるCOI様式の2-A または2-Bをダウンロードしてください。

ポスターパネルの右下に、A4でCOIの貼付を開示してください。



↑ 利益相反(COI)の開示が
必須となります

1日目：2018年10月27日（土）10時～17時20分

（敬称略）

10:00-	開会の挨拶	玉木敦子（第15回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会 大会長）	メイン会場
10:05-10:45	会長講演	座長；岡野禎治（三重大学 名誉教授 ／日本周産期メンタルヘルス学会 理事長） 「妊産婦に『寄り添う』ということ」 演者；玉木敦子（神戸女子大学看護学部 教授）	メイン会場
10:55-12:15	シンポジウム①	座長；新井陽子（北里大学看護学部生涯発達看護学） 座長；笠井靖代（日本赤十字社医療センター産婦人科） 「妊産婦や家族の思い：周産期メンタルヘルスに求められているもの」 1.「産後うつ病を経験した母親の思い、ニーズ」 演者；高橋秋絵（神戸女子大学看護学部看護学科：看護師） 2.「発達障害の特性のある親のニーズと支援を考える —自閉症スペクトラム障害の方への支援を通して—」 演者；大橋優紀子（北村メンタルヘルス研究所：看護師） 3.「妊産婦や家族の思い：産後2週間健診をふまえて」 演者；小澤千恵（埼玉医科大学総合医療センター 総合周産期母子医療センター：助産師）	メイン会場
12:30-13:20	ランチョンセミナー（共催；ホリスティックケアプロフェSSIONALスクール）	座長；工藤美子（兵庫県立大学看護学部教授） 「妊娠や育児ストレスに対する臨床アロマセラピーの可能性」 演者；相原由花（ホリスティックケアプロフェSSIONALスクール学院長）	第2会場
ランチョンセミナー終了後、メイン会場で総会・評議員会を行います。 日本周産期メンタルヘルス学会の正会員・評議員・理事の皆様はご出席をお願いいたします。			
13:30-13:50	総会・評議員会	正会員（評議員・理事を含む）は、必ずご出席ください。	メイン会場
14:00-15:00	基調講演	座長；鈴木利人（順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院 副院長 ／順天堂大学大学院医学研究科精神・行動科学分野 教授） 「周産期精神医学の歴史と発展」 演者；岡野禎治（三重大学 名誉教授 ／日本周産期メンタルヘルス学会 理事長）	メイン会場
15:10-17:20	シンポジウム②	座長；胡内敦司（松戸市 総合政策部 兼 子ども部 兼 教育委員会学校教育部 ：審議監） 座長；渡邊博幸（木村病院／千葉大学社会精神保健教育研究センター ：精神科医） 「妊産婦のこころを支える：さまざまな場と専門職の役割」	メイン会場

		1.「子育て世代包括支援センターにおける保健師の役割」 演者；藤原美輪（兵庫県加古郡稲美町 健康福祉部健康福祉課健康推進係 ：保健師） 2.「母の支援、子の支援」 演者；小林喜実代（尼崎総合医療センター地域医療連携センター ：医療ソーシャルワーカー） 3.「大学病院で妊婦に出会う リエゾン精神看護専門看護師の“寄り添う”ための調整」 演者；安藤光子（滋賀医科大学医学部附属病院：精神看護専門看護師） 4.「産後ケアにおける助産所・助産師の役割：開業助産師の立場から」 演者；毛利多恵子（毛利助産所：助産師） 5.「妊産婦のこころを支える：精神科医の立場から」 演者；清野仁美（兵庫医科大学精神科神経科学講座：精神科医） 6. 指定発言：「専門職・関係機関の連携による妊産婦支援と行政の役割」 演者；胡内敦司（松戸市 総合政策部 兼 子ども部 兼 教育委員会学校教育部 ：審議監）	
（受付 18:30） 18:45～20:45	懇親会	神戸ポートピアホテル 本館 1 階 イタリアンパール 『EREMO』 (学術集会会場の建物とは異なります)	

2日目：10月28日（日）9時～15時40分

（敬称略）

9:00-10:40	シンポジウム③	座長；鈴木利人（順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院：精神科医） 座長；西郡秀和（東北大学病院周産母子センター：産婦人科医） 「今あらためて注目したい：明日の周産期メンタルヘルス治療のために」 1.「産婦人科医による周産期メンタルヘルス治療：どこまでやれるか、どこから連携するか？」 演者；宗田聡（広尾レディース：産婦人科医） 2.「妊娠・産後の向精神薬薬物療法：どこまで理解され、これからの課題は何か？」 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：精神科医） 3.「てんかんを持つ患者の周産期メンタルヘルス管理： 『発作は？ 遺伝は？ 薬の子供への影響は？』患者の不安にどう向き合うか」 演者；加藤昌明（むさしの国分寺クリニック：精神科医） 4.「虎の門病院「妊娠と薬相談外来」の歴史：過去、現在、そしてこれから」 演者；山根律子（虎の門病院薬剤部：薬剤師）	メイン会場
10:50-11:50	特別講演	座長；佐藤昌司（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・産科部長） 「妊産婦の自殺の実態とメンタルヘルス支援体制の充実に向けて」 演者；竹田省（順天堂大学医学部産婦人科 特任教授）	メイン会場
11:50-13:00	休憩（昼食）	ランチョンセミナーはありません。	
13:00-14:00	ポスター発表		ポスター会場
14:10-15:30	特別企画	「流産・死産を経験した女性と家族の体験、ピアサポート」 コーディネーター；富田拓郎（中央大学文学部心理学専攻）：臨床心理士	メイン会場
15:40-	閉会の挨拶		メイン会場

第1日 10月27日(土) プログラム

メイン会場・ポスター会場	3階
ランチョンセミナー会場	2階
サテライト会場	5階

10時00分～

開会の挨拶

玉木 敦子 (第15回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会大会長)

10時05分～10時40分

会長講演・・・・・・・・・・・・・・・・・・(p32-33)

座長 岡野 禎治 (三重大大学 名誉教授
日本周産期メンタルヘルス学会 理事長)

「妊産婦に『寄り添う』ということ」

玉木 敦子 (神戸女子大学看護学部 教授)

10時55分～12時15分

シンポジウム①・・・・・・・・・・・・・・・・・・(p34-37)

「妊産婦や家族の思い：周産期メンタルヘルスに求められているもの」

座長 新井 陽子 (北里大学看護学部生涯発達看護学)
笠井 靖代 (日本赤十字社医療センター産婦人科)

1. 「産後うつ病を経験した母親の思い、ニーズ」

高橋 秋絵 (神戸女子大学看護学部看護学科：看護師)

2. 「発達障害の特性のある親のニーズと支援を考える

—自閉症スペクトラム障害の方への支援を通して—

大橋 優紀子 (北村メンタルヘルス研究所：看護師)

3. 「妊産婦や家族の思い：産後2週間健診をふまえて」

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

12時30分～13時20分

ランチョンセミナー・・・・・・・・・・・・・・・・・・(p52-53)

座長 工藤 美子 (兵庫県立大学看護学部教授)

「妊娠や育児ストレスに対する臨床アロマセラピーの可能性」

相原 由花 (ホリスティックケアプロフェSSIONALSスクール学院長)

ランチョンセミナー終了後、メイン会場で総会・評議員会を行います。

日本周産期メンタルヘルス学会の正会員・評議員・理事の皆様はご出席をお願いいたします。

13時30分～13時50分 総会・評議員会

正会員（評議員・理事を含む）は、必ずご出席ください

14時00分～15時00分 基調講演・・・・・・・・・・・・・・（P28-29）

座長 鈴木 利人（順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院 副院長
順天堂大学大学院医学研究科精神・行動科学分野 教授）

「周産期精神医学の歴史と発展」

岡野 禎治（三重大大学 名誉教授
日本周産期メンタルヘルス学会 理事長）

15時10分～17時20分 シンポジウム②・・・・・・・・・・・・・・（p38-44）

「妊産婦のこころを支える：さまざまな場と専門職の役割」

座長 胡内 敦司（松戸市 総合政策部
兼 子ども部 兼 教育委員会学校教育部：審議監）
渡邊 博幸（木村病院
千葉大学社会精神保健教育研究センター：精神科医）

1. 「子育て世代包括支援センターにおける保健師の役割」
藤原 美輪（兵庫県加古郡稲美町
健康福祉部健康福祉課健康推進係：保健師）
2. 「母の支援、子の支援」
小林 喜実代（尼崎総合医療センター地域医療連携センター
：医療ソーシャルワーカー）
3. 「大学病院で妊婦に出会うリエゾン精神看護専門看護師の“寄り添う”ための調整」
安藤 光子（滋賀医科大学医学部附属病院
：精神看護専門看護師）
4. 「産後ケアにおける助産所・助産師の役割：開業助産師の立場から」
毛利 多恵子（毛利助産所：助産師）
5. 「妊産婦のこころを支える：精神科医の立場から」
清野 仁美（兵庫医科大学精神科神経科学講座：精神科医）
6. 指定発言：「専門職・関係機関の連携による妊産婦支援と行政の役割」
胡内 敦司（松戸市 総合政策部
兼 子ども部 兼 教育委員会学校教育部：審議監）

**18時45分～ 懇親会 神戸ポートピアホテル 本館1階 イタリアンバー『EREMO』
学術集会会場の建物とは異なります**

第2日 10月28日(日) プログラム

メイン会場・ポスター会場
サテライト会場

3階
5階

9時00分～10時40分 シンポジウム③・・・・・・・・・・(p45-49)

「今あらためて注目したい：明日の周産期メンタルヘルス治療のために」

座長 鈴木 利人（順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院：精神科医）
西郡 秀和（東北大学病院周産母子センター：産婦人科医）

1. 「産婦人科医による周産期メンタルヘルス治療：どこまでやれるか、どこから連携するか？」
宗田 聡（広尾レディース：産婦人科医）
2. 「妊娠・産後の向精神薬薬物療法：どこまで理解され、これからの課題は何か？」
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：精神科医）
3. 「てんかんを持つ患者の周産期メンタルヘルス管理：
『発作は？ 遺伝は？ 薬の子供への影響は？』患者の不安にどう向き合うか」
加藤 昌明（むさしの国分寺クリニック：精神科医）
4. 「虎の門病院『妊娠と薬相談外来』の歴史：過去、現在、そしてこれから」
山根 律子（虎の門病院薬剤部：薬剤師）

10時50分～11時50分 特別講演・・・・・・・・・・(p30-31)

座長 佐藤 昌司（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・産科部長）

「妊産婦の自殺の実態とメンタルヘルス支援体制の充実に向けて」

竹田 省（順天堂大学医学部産婦人科 特任教授）

11時50分～13時00分 休憩（昼食）ランチオンセミナーはありません。

13時00分～14時00分 ポスター発表・・・・・・・・・・(p55-128)

14時10分～15時30分 特別企画・・・・・・・・・・(p50-51)

「流産・死産を経験した女性と家族の体験、ピアサポート」

コーディネーター 富田 拓郎（中央大学文学部心理学専攻）：臨床心理士

15時40分～ 閉会の挨拶

ポスターセッション

10月28日（日） 13:00-14:00

ポスター会場 3階

演題 番号	氏名	所属	演題名	職種
P1-1	森本 紗代	神戸大学医学部附属病病院 看護部	A病院における出生前訪問 ～母体合併症により30週台で出生した児～	看護師
P1-2	山崎 あや	昭和大学病院／ 昭和大学助産学専攻科	周産期メンタルヘルスに重点を置いた 退院支援についての検討	助産師
P1-3	北村 久美子	地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立広島市民病院 看護部	当院における周産期メンタルヘルス支援の 実践報告 産後2週間健診受診によって 早期に母親の支援ニーズに対応できた1例	助産師
P1-4	近藤 眞由美	はぐくみ母子クリニック	「妊産婦メンタルヘルスクエアマニュアル」を 活用した支援システム導入の検討と 統一支援に向けた取り組み	助産師
P1-5	森 稔高	愛知医科大学 産婦人科学講座	当院における周産期母子支援のとりくみ その1 一週産期母子サポートチームの 立ち上げについてー	産婦人科医
P1-6	酒井 玲子	愛知医科大学病院 こころのケアセンター	当院における周産期母子支援のとりくみ その2 一産後2週間外来についてー	臨床心理士
P1-7	宇田川 治彦	東京慈恵会医科大学 産婦人科学講座	院内子ども虐待防止チームにおける産科の関わり方 ～精神疾患合併妊婦への介入が 効果的であった一例を通して～	産婦人科医
P1-8	北島 博之	大阪急性期・総合医療センター 小児科 新生児科	新生児科医による全ての母子に行える 心の支援について	小児科医
P1-9	石川 洋乃	総合病院 聖隷三方原病院 看護部	メンタルヘルスにおける 助産師の支援についての検討	助産師
P1-10	宇佐美 友紀子	武蔵野赤十字病院 外来	地域周産期母子医療センターにおける メンタルケア活動の報告 ーリエゾン看護師として協働していることー	リエゾン 精神専門 看護師
P1-11	福田 純子	医療法人社団依IVFクリニック	不妊治療で妊娠した女性の心理的支援への取り組み	助産師
P1-12	大村 友紀恵	富士市立中央病院 看護部	ベビー服を作成することによる ペリネイタル・ロスに対する意識の変化	助産師

ポスターセッション

ポスター会場 3階

演題 番号	氏名	所属	演題名	職種
P1-13	川口 寿子	済生会横浜市東部病院 薬剤部	薬剤師による妊婦への 服薬面談プロトコルの有用性の検討	薬剤師
P1-14	池北 裕治	株式会社N・フィールド 訪問看護ステーション デューン久留米地域医療連携部	当事者の視点から考える、 周産期、産後の方に対する 精神科治療アドヒアランスの獲得に向けた支援	精神保健 福祉士
P1-15	井上 真紀	群馬大学医学部附属病院 産科婦人科	薬物療法中の精神疾患合併妊婦の 授乳意思を支持するために ～当院での多職種カンファレンスの試み～	産婦人科医
P1-16	岡田 あかね	荏原病院 産婦人科/ 昭和大学医学部 産婦人科学講座	当院のメンタルヘルスケアの現状	産婦人科医
P1-17	橋 真澄	千葉大学大学院 精神医学教室	全国の精神科医向け 女性のライフステージに基づいた うつ病・双極性障害の診療に関する アンケート研究	精神科医
P1-18	山根 謙一	九州大学 子どものこころの診療部	周産期におけるメンタルヘルスの問題に対する 多職種での母子支援について	精神科医
P1-19	宮田 郁	大阪医科大学附属病院 看護部	当院の膠原病母性外来における 周産期メンタルヘルス支援の必要性 ～膠原病母性外来・産科外来・ リエゾンナースの連携システム～	看護師
P1-20	相馬 深輝	札幌医科大学 助産学専攻科	カナダアルバータ州における 妊産婦の心理社会的課題とケア体制	助産師
P1-21	公文 典子	高知大学医学部附属病院 看護部	心理・社会的リスクファクターを持った妊婦への 支援 第2報 ―地域連携の実態―	助産師
P1-22	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	精神科診療所で行う 地域内周産期メンタルヘルス連携について	精神科医
P1-23	小堀 福子	信州大学医学部附属病院 医療福祉支援センター	周産期メンタルヘルスを支える 精神科連携について ～「こどもかんふぁ」での取り組み～	医療 ソーシャル ワーカー
P1-24	小野 聡枝	神奈川県厚木保健福祉事務所 大和センター	周産期からの児童虐待予防のための 保健医療福祉ネットワーク事業の3年間の評価	保健師

ポスターセッション

ポスター会場 3階

演題 番号	氏名	所属	演題名	職種
P1-25	佐々木 茜	石巻赤十字病院 医療技術部 医療技術課 臨床心理係	妊婦の初回面接における語りの分析 ―産後うつスクリーニングを運用した 初年度の活動をもとに―	臨床心理士
P1-26	和田 亜沙実	地方独立行政法人 静岡県立病院機構 静岡県立こども病院 産科病棟	妊娠中に出生後の児の治療等の情報を得た ハイリスク妊婦の思いと 看護者のケアリング行動	看護師
P1-27	山崎 まゆみ	埼玉県立小児医療センター NICU	出産後の新生児搬送のために 母子分離となった母親の気持ち	看護師
P1-28	西山 ひかり	高知県・高知市病院企業団 高知医療センター 看護局 すこやかB病棟	死産・新生児死亡により 子どもを亡くした父親の体験 ―妻の妊娠期から現在に至るまでの 父親の語り―	助産師
P1-29	遠見 才希子	筑波大学大学院 人間総合科学研究科 ヒューマン・ケア科学専攻 社会精神保健学分野	人工妊娠中絶をした女性たちが 罪悪感を強める要因となった 他者からの中絶罪悪視的な言動	産婦人科医
P1-30	中野 美穂	東京慈恵会医科大学 医学部看護学科	未受診で出産した10代女性の体験と サポートの必要性についての検討	助産師
P1-31	木下 真緒	神戸大学大学院 保健学研究科 博士前期課程	精神疾患を有しながら子育てをする女性の経験 ―当事者の語りの分析―	看護師
P1-32	柳 さおり	兵庫医科大学病院	統合失調症の女性が自分なりに 子どもと過ごせるようになるプロセス	助産師
P1-33	新井田 かおり	北海道大学病院 産科・周産母子センター	精神疾患を有する妊産婦の 母乳育児における意思決定の過程	看護師
P1-34	小林 美記	佐久総合病院佐久医療センター 看護部	周産期看護における技術的な指導の満足度と 一般的な看護ケアの満足度の関係	助産師
P1-35	新津 美晴	佐久総合病院佐久医療センター 看護部	周産期看護における母親の満足度と 影響を与える要因の検討	助産師

ポスターセッション

ポスター会場 3階

演題 番号 0.65	氏名	所属	演題名	職種
P2-1	高木 香津子	愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学	当院における精神疾患合併妊娠の現状	産婦人科医
P2-2	徳満 敬大	十和田市立中央病院 メンタルヘルス科	日本人女性の周産期うつ病の有病割合： メタアナリシス	精神科医
P2-3	小林 奈津子	東北大学病院 精神科	当科にて診療した産褥精神病の臨床的特徴	精神科医
P2-4	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	妊娠中期から予測する産後の 養育不全傾向・養育不全のリスク因子について	精神科医
P2-5	臼田 謙太郎	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所	妊娠中期における エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)の 最適なカットオフ値についての検討	臨床心理士
P2-6	田村 早希	自治医科大学附属 さいたま医療センター 産婦人科	産婦健康診査におけるEPDSの導入： 全陽性者に精神科医が介入して	産婦人科医
P2-7	館 明日香	名古屋大学医学部 産婦人科	当院におけるEPDSを用いた産後支援	産婦人科医
P2-8	伊藤 直美	済生会兵庫県病院 地域周産期センター	エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) を 導入するための体制づくり	助産師
P2-9	牧 もも	広島大学病院看護部	エジンバラ産後うつ病質問票の使用実態 ～看護職者による使用実態～	助産師
P2-10	齋 洋子	茨城県立中央病院	当院における 産後うつスクリーニング (EPDS) を用いた 「産後3点評価」の試み	助産師
P2-11	廣村 美輪	地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院 産科病棟	周産期メンタルヘルスケアの実際と今後の課題 ～助産師の意識調査から～	助産師
P2-12	阿見 鮎美	獨協医科大学病院 看護部 総合周産期母子医療センター 産科部門	総合周産期母子医療センター産科部門における 産後2週間と1か月の 産後うつ病スクリーニングの実態調査	看護師
P2-13	鎌田 美津子	順天堂大学医学部附属順天堂医院 看護部	特定妊婦および特定妊婦予備軍の 抽出方法の検討	助産師

ポスターセッション

ポスター会場 3階

演題 番号	氏名	所属	演題名	職種
P2-14	二木 未侑	国立循環器病研究センター 周産期病棟	循環器疾患専門病院における メンタルヘルススクリーニングの現状調査	助産師
P2-15	後藤 夏美	都城医療センター 産婦人科	地域周産期母子医療センターにおける、 周産期因子とエジンバラ産後うつ病自己質問表の 関連	産婦人科医
P2-16	岡本 陽子	大阪母子医療センター 産科	妊娠期DVと産後うつの関連について ～周産期DVスクリーニング法VAWSと EPDSからの検討～	産婦人科医
P2-17	村林 奈緒	浜松医科大学 生殖周産期医学講座	不妊治療中および治療後妊娠初期の 女性の抑うつと不安について	産婦人科医
P2-18	福井 直樹	新潟大学大学院 医歯学総合研究科精神医学分野	母乳栄養が母親の不安・抑うつに 与える影響について	精神科医
P2-19	大杉 佳奈	医療法人純心会パルモア病院	緊急帝王切開が産後の精神状態と 育児に及ぼす影響	助産師
P2-20	鈴木 かおり	北海道大学病院 産科・周産母子センター	NICUに入院した児をもつ母親の心理状態と 不安に関する検討 ―出産後1か月までの継時的変化―	助産師
P2-21	渡邊 純	さいたま市立病院 看護部	母乳栄養がEPDSに与える影響	助産師
P2-22	山口 恵子	社会医療法人 財団聖フランシスコ会 姫路聖マリア病院	妊娠中のうつ病および不安障害の スクリーニング結果とEPDSとの関連	助産師
P2-23	佐々木 恵	神奈川県立こども医療センター 産婦人科	児疾患の出生前診断を受けた母の 産後1ヶ月のメンタルヘルスの特徴	産婦人科医
P2-24	茂木 崇治	新潟大学大学院医歯学総合研究科 精神医学分野	妊産婦の発達特性および不安・抑うつと子への ボンディングとの関連について	精神科医
P2-25	國分 真佐代	鈴鹿医療科学大学 看護学部看護学科	産後の母―児ボンディング障害における ネガティブイベント（育児と児の問題）と 対処行動との関連	助産師
P2-26	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 地域・司法精神医療研究部／ 北村メンタルヘルス研究所	Mother-to-Infant Bonding Scale は 経時的に測定不変か？： 産後5日および1か月時点における検討	看護師

ポスターセッション

ポスター会場 3階

演題 番号	氏名	所属	演題名	職種
P2-27	中野 知子	名古屋大学医学部 産婦人科	分娩時に母の思いと異なる印象を残してしまった症例を通して、予後不良な児のバースプランのあり方を考える	産婦人科医
P2-28	亀山 沙恵子	秋田大学医学部 産婦人科学講座	NICU入院児の母親一カ月健診でEPDS高得点であった2例	産婦人科医
P2-29	吉田 由理	岡山大学病院周産母子センター	胎児先天性心疾患を指摘された2家族それぞれの選択とメンタルヘルスケア	助産師
P2-30	伊藤 史子	順天堂大学医学部附属 順天堂医院 看護部	ボンディング障害をきたしている女性への受容的関わりに関する検討	助産師
P2-31	牧原 夏子	済生会兵庫県病院 産婦人科	当院での産褥精神病発症症例とその対応	産婦人科医
P2-32	横山 美奈子	大館市立総合病院 産婦人科	自閉スペクトラム症（アスペルガー症候群）合併妊娠で包括的支援を要した2症例	産婦人科医
P2-33	松本 一記	帝京大学ちば総合医療センター 精神神経科	周産期パニック症への認知行動療法の効果：2症例報告	臨床心理士
P2-34	衛藤 英理子	岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室	妊娠とがんを抱えた患者の心理的支援	産婦人科医
P2-35	登尾 麻衣	大阪医科大学附属病院 看護部	チームによる継続的支援を試みた緊急入院を機に精神的不調を来した妊婦の一例	助産師
P2-36	福崎 紘子	医療法人準和会 東京マザーズクリニック 看護部	過去の性暴力被害から解離性障害を発症し、無治療のまま分娩まで至った一例	助産師
P2-37	菅野 りつ子	石巻赤十字病院 看護部	青年期に実母との死別を経験した女性の産後への影響	助産師
P2-38	伊藤 朝美	高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター 看護局 中央手術室	妊娠期にタナトフォリック骨異形成症と診断された親と子どもの絆を支える看護	助産師

講演抄録

周産期精神医学の歴史と発展

座長；鈴木 利人

（順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院副院長

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；岡野 禎治

（三重大大学名誉教授／

日本周産期メンタルヘルス学会理事長）

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副院長

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 筑波大学医学専門学群卒業、筑波大学附属病院精神神経科入局

1995年 筑波大学臨床医学系精神医学講座助教授

2008年 順天堂大学大学院医学研究科精神・行動科学分野教授

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

2015年 筑波大学附属病院臨床教授（併任）

2017年 順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院副院長

2018年 順天堂大学大学院医療看護学研究科精神看護学分野教授（併任）

専門分野：向精神薬と妊娠・授乳、気分障害と性差

基調講演

周産期精神医学の歴史と発展

三重大学名誉教授／日本周産期メンタルヘルス学会理事長
岡野 禎治

周産期の精神疾患に対する関心は、必ずしも高いとは言えなかった。しかし2016年の東京都23区の妊産婦自殺の割合が国際的にも高いことが明らかにされたことを契機に、厚労省も妊産婦のメンタルヘルスに高い関心を示し、政策医療の中に妊産婦のメンタルヘルスを位置付けた。今回は、こうした国内外の周産期精神医学の歴史および学術的取り組みの進展について概説する。

1. 産褥期の精神疾患の歴史

周産期は女性のライフサイクルの中でも「至福の時期」ととらえられ、精神医学の領域では、治療・予防に関した研究は遅れていた。19世紀のフランスやドイツの精神科医は、産褥精神病の発症の特徴や、特有な病態から、独立した精神疾患ととらえた。こうした産褥精神病の独自性を示唆する見解と、従来の精神科診断基準の中で包括されるといふ見解があり、19世紀後半に症候学的論争へと発展した。その後、新たな国際診断基準では産後精神病の疾病学的位置づけは困難になったが、産褥精神病の疾患概念は、躁病、循環性またはうつ病性の特徴がある、内因性の機能性精神病として位置づけられた。一方、産後のうつ病は独立した精神疾患と分類する代わりに「産後（周産期）の発症」という特定用語が登場した。

2. 周産期精神医学の国際学会の創立

1960年から産褥期の精神疾患に関した学術的研究が増加して、1980年に周産期精神医学の国際学会（Marcè society）が発足した。精神科医以外に、産科医、臨床心理士、助産師など多職種から構成され、今日では世界精神医学連合の公認雑誌の機関紙（Archeves of Women's Mental Health:Springer WienNewYork）を中心に活動している。

3. 国内の周産期メンタルヘルスの学術的研究の動向

1994年に厚生省心身医学研究の班会議（九大：中野仁雄教授）から、周産期のメンタルヘルスの先駆的な研究が開始された。そして、産後うつ病に関した先駆的な研究調査が実施された。健やか親子21のキャンペーンでは、産後うつ病のスクリーニングなども、全国的に普及した。こうした厚生科学研究の共同研究者などを構成メンバーとして、2003年に日本周産期メンタルヘルス研究会が創設された。この研究会は上述のMarcè Societyのように多職種および研究教育者を中心に実践的支援を提供することを目的にした。その後、2014年には改組し、日本周産期メンタルヘルス学会へ名称変更して、今日に至っている。

演者略歴

岡野 禎治 （おかの ただはる）

現職：三重大学名誉教授／日本周産期メンタルヘルス学会理事長

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～ 三重大学保健管理センター教授
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

妊産婦の自殺の実態と メンタルヘルス支援体制の充実に向けて

座長；佐藤 昌司

（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）

演者；竹田 省

（順天堂大学医学部大学院医学研究科産婦人科学講座特任教授）

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

特別講演

妊産婦の自殺の実態とメンタルヘルス支援体制の充実に向けて

順天堂大学医学部大学院医学研究科産婦人科学講座特任教授
竹田 省

日本の人口動態統計の妊産婦死亡（妊娠中の死亡と産褥42日未満の死亡）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、国の統計の妊産婦死亡実数は少なくなっている。他科で死亡したり死体を検案した場合、死亡診断書（死体検案書）に妊娠・産褥の時期が記載されなければ、妊娠に関連した間接産科的死亡とならず実態を反映しないことになる。同様に妊産婦死亡数だけでなく、欧米では把握されている産褥42日以降1年未満の後発妊産婦死亡Late Maternal Deathの実数も極めて少なく、日本では正確に把握できていない。また、精神疾患にて自殺した場合にも、死体検案した医師が、妊娠週数や産褥日数を記載しなければ、自殺総数はわかるものの周産期メンタルヘルスの問題で自殺したかどうかは把握できず、対策を打てない状況にある。

一方、無治療の周産期のうつ病や精神疾患は、自殺など本人の問題のみならず、養育能力低下から児の発育障害、精神発達障害、ネグレクト、児童虐待へとつながり大きな社会問題となりうる。このため、2015年より日本周産期メンタルヘルス学会、日本産婦人科医会、日本産科婦人科学会の3団体が、妊産婦メンタルヘルスに関する合同会議を立ち上げ、種々の問題を検討してきた。その後、日本周産期メンタルヘルス学会を中心として「周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド2017」を策定し、啓蒙をはかっている。産科の取り組みとして、妊産婦のうつ病、自殺ハイリスク者への介入、産褥婦のうつ病スクリーニングなどが行われているが、診断されたうつ病患者の精神科医、地域行政への受け渡し、相談などが重要となる。イギリス、スウェーデンの妊産婦の自殺率と比較しても大阪府、東京都、三重県の自殺率は極めて高く、母子を見守り支援する産科領域、精神科領域、地域行政などを交えた地域連携支援体制の確立・充実が急務である。

演者略歴

竹田 省 （たけだ さとる）

現職：順天堂大学医学部大学院医学研究科産婦人科学講座特任教授

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
2001年 埼玉医科大学総合医療センター産婦人科教授
2007年 順天堂大学医学部産婦人科学講座主任教授
2017年 順天堂大学医学部大学院医学研究科産婦人科学講座特任教授

専門分野：周産期医学、産科救急医学、婦人科腫瘍学

妊産婦に「寄り添う」ということ

座長；岡野 禎治

（三重大学名誉教授／日本周産期メンタルヘルス学会理事長）

演者；玉木 敦子

（神戸女子大学看護学部教授）

座長略歴

岡野 禎治 （おかの たではる）

現職：三重大学名誉教授／日本周産期メンタルヘルス学会理事長

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～ 三重大学保健管理センター教授
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

妊産婦に「寄り添う」ということ

神戸女子大学看護学部教授
玉木 敦子

妊産婦を取り巻く環境は、少子化、出産の高年齢化、コミュニティの結びつきの希薄化など近年急激に変化しており、母親の孤立や子育て不安の増大は大きな問題となっている。このような中で、現代に生きる妊産婦のメンタルヘルスを健康に維持し、健やかな生活・育児を支えるために、妊産婦に「寄り添う」ことが強く求められており、たとえば「産前・産後サポート事業」「産後ケア事業」のガイドラインにも、「本事業の実施に当たり最も重要なことは、身体的・心理的にストレスを抱えている利用者に寄り添い、支援することである」と記されている（厚生労働省2017）。

では、「寄り添う」とは何を意味するものなのだろうか。言葉の定義によれば「そばに寄って、離れずにいること」とある。つまり、前から引っ張るのではなく、後ろから押すのでもなく、侵入するのではなく、離れるのでもない。ぴったり添い、それを継続するということになる。人の心は一人一人違うし、気持ちは変化し続けることも考え合わせると、それは実はとても難しいことである。

それでもなぜ「寄り添い」が求められるのか、妊産婦に「寄り添う」ことで何が期待されるのだろうか。

孤独なとき、不安で圧倒されそうなとき、落ち込んで何もやる気がしないとき、危機的状況に陥ったとき、人がまず求めるものは「寄り添い」であろう。一人の人間としてその人を尊重しながら、解釈を加えずに、ただその人とともにあって、その人が何を感じ考え欲しているかを理解しようとする他者の存在である。それを感じられたとき、人は自分らしさを取り戻し、成長しようとする力、自己実現に向かって自ら進もうとする力が引き出されるのではないだろうか。

妊産婦に「寄り添う」とことは、妊産婦が一人あるいは一人以上の子どもを産み育てつつ、その人らしく生き生きと生活し、人として成長しながら、自己実現すること、さらにそのことを通して、子どもの健やかな成長をも助けうるものだと考える。

演者略歴

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 神戸女子大学看護学部教授 現在に至る。

専門分野：精神看護学、周産期メンタルヘルス

SP①－01 シンポジウム①

「妊産婦や家族の思い：周産期メンタルヘルスに求められているもの」

産後うつ病を経験した母親の思い、ニーズ

神戸女子大学 看護学部看護学科
高橋 秋絵

わが国では、「周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド」を始めとした複数の周産期メンタルヘルスに関連するガイドラインやマニュアルが策定されるなど、妊産婦へのメンタルヘルス支援への関心は高まっている。特に産後うつ病は、産婦健康診査事業や乳児家庭全戸訪問事業において、早期発見を目的にEPDSを使用したスクリーニングの導入が進められており、積極的な支援策が打ち出されている。産後うつ病は、子どもの発達や夫の精神状態への影響も示唆されるなど、母親だけではなくその家族にとって重大な健康問題であり、早期介入によって母親の重症化を防ぎ、回復につなげることが重要である。

うつ病を発症すると、抑うつ、罪責感、思考力の低下や決断困難など様々な症状が現れる。これらの症状によって産後うつ病の母親は育児や家事が困難になると考えられる。また西園（2011）は、産後うつ病の場合は、無価値観や罪責感が「自分は母親失格だ」といった育児に関連した訴えになることが多いと述べている。では、実際に産後うつ病を経験した母親はどんな思いを抱き、生活上の困難を感じていたのだろうか。

発表者が実施した産後うつ病を経験した母親を対象とした調査によると、母親はうつ病の症状によって様々な生活上の困難を経験していた。その中でも、特に育児が出来ないことに罪責感や自責感を抱いていたことが示されていた。母親の中には、出産という喜ばしい出来事の後にはうつ病になったことや、育児が辛いと感じることは「自分だけが異常である」と思っていた者もいた。さらに、育児が出来ないことや、そのためにサポートを得なければならないことによって、母親としての役割が果たせていないと感じ、自信を失っている母親が少なくなかった。このような思いを抱いている母親に、どのような支援や関わりが必要なのだろうか。

そこで今回は、産後うつ病を経験した母親の思いや生活上の困難、ニーズを通して、産後うつ病の母親に必要な支援や支援者に求められる態度について考えていきたい。

演者略歴

高橋 秋絵（たかはし あきえ）

現職：神戸女子大学看護学部 助教

2005年 兵庫県立看護大学卒業
兵庫県立塚口病院看護師、尼崎市役所保健センター保健師を経て、
2015年 甲南女子大学大学院修士課程修了（看護学修士）
神戸女子大学看護学部助手
2017年 神戸女子大学看護学部助教 現在に至る。

専門分野：精神看護学、周産期メンタルヘルス

SP①－02 シンポジウム①

「妊産婦や家族の思い：周産期メンタルヘルスに求められているもの」

発達障害の特性のある親のニーズと支援を考える ―自閉症スペクトラム障害の方への支援を通して―

こころの診療科きたむら医院／北村メンタルヘルス研究所
大橋 優紀子

近年、産後の精神科的な問題に対する予防的な取り組みや、特定妊婦等のハイリスク女性に対する支援への関心が高まっているが、実践的手法の不足や、効果的な連携の難しさ等から、実際の対応には確信がもてていないという声もきかれている。発達障害の特性のある妊産婦への支援は、周産期メンタルヘルス支援に携わる者にとって、対応に苦慮するものの一つであろう。

産後の精神科的な問題で当院を受診される女性やご家族には、何らかの発達障害の特性のある方、特に自閉症スペクトラム障害の特性のある方が少なくない。周産期は、女性にとって、生物・心理・社会的に大きな変化が生じる時期である。生活リズム、社会的活動を見直すことや、生まれる子どもとの新たな関係構築、夫婦・家族内の役割の捉えなおしというような対人的スキルも必要になる。そのため、対人コミュニケーションや、変化への適応に人一倍の困難がある方にとっては、精神障害、対児愛着の問題、家族内の葛藤等にまで発展しやすいのかもしれない。

このような一仮説もふまえ、当院では発達障害の特性のあるクライアント様に対し、その方の特性に合わせて子育てへの適応を促進する支援を、心理療法と平行して行っている。それにより、育児スキルや赤ちゃんとの関係が促進されるだけでなく、家族内の問題の予防や、主訴であったメンタルヘルスの問題の改善に対しても効果が得られている。本発表では、自閉症スペクトラム障害の親の架空事例を提示しつつ、当院で成果が得られた支援法と経過を紹介する。また、円滑・効果的に地域連携を進める方法についても触れる。実践を振り返ることで、こうした特性のある妊産婦がどのようなニーズを持っているのかを帰納的に理解していき、女性やご家族が抱える困難に「寄り添う」支援について、検討できればと考える。

演者略歴

大橋 優紀子 （おおはし ゆきこ）

現職：こころの診療科きたむら医院 看護師
北村メンタルヘルス研究所 研究員

1997年 東京医科歯科大学保健衛生学科看護学専攻 卒業
2006年 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）
慶應義塾大学病院（看護師）
東京医科歯科大学医学部附属病院（看護師）
武蔵野短期大学（兼任講師）
竹早教員保育士養成所（兼任講師）
東洋大学ライフデザイン学部（非常勤講師）
文京学院大学保健医療技術学部（准教授）等を経て、現職

専門分野：乳幼児精神保健、早期支援プログラム、母子相互作用、ボンディング障害

SP①－03 シンポジウム①

「妊産婦や家族の思い：周産期メンタルヘルスに求められているもの」

妊産婦や家族の思い：産後2週間健診をふまえて

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
小澤 千恵

現在の周産期医療は、身体的管理に加え、精神的な側面にも力がそそがれるようになってきた。特に健やか親子21の策定後は、産後うつ病の早期発見に目が向けられるようになり、エジンバラ産後うつ病自己評価票を用いた産後うつ病のスクリーニングが地域保健機関を中心に全国で行われるようになった。しかし、その一方で、近年発表になった自殺に関する統計では、東京都の産科異常による妊産婦死亡率よりも、東京23区の妊産婦の自殺率の方が2倍以上も多かったという統計がだされ、今までの産後ケアだけではなく、さらなる介入が必要であることが示唆された。

また産後は、将来を担う子供たちが心身ともに健やかに育つために支援を行うことが大変重要であり、母親の精神状態だけでなく、その家庭の社会的問題を明らかにし、できるだけ早い段階から支援を行うことが求められている。特に増加傾向にある児童虐待は、子どもの死につながることや子どもの発達に影響を及ぼすことがあるため、早期に支援体制を整えることが求められている。そこで、日本産婦人科医会を中心として「産後2週間健診」が提示された。産後ケアへの切れ目のない支援に向けて、看護職による面談を妊娠中から始め、産後は、出産後2週間に出生した施設にて面談を行うことが推奨されている。産後2週間健診は、厚生労働省でもその重要性を述べており、今後、全国的な動きに変わっていくものと思われる。また、各自治体においても、産後2週間健診をすすめていく動きが出てきており、健診を受ける際の費用を助成する自治体も増えてきた。しかし、その支援内容は、自治体により様々であり、その多くは医療機関に任せられている現状がある。

今後は、産後2週間健診における支援の具体的な内容及び方法のさらなる確立が必要となってくる。そのためには、どのような産後2週間健診が母子に対し、より適切な支援であるかを妊産婦や家族の思いを含め考えていくことが必要になると考える。

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 副看護師長

1995年 埼玉県立衛生短期大学助産学専攻卒業
2007年 オーストラリアクイーンズランド州 グリフィス大学卒業
2010年 聖路加看護大学大学院看護学研究科 博士前期課程修了
1995年 埼玉医科大学総合医療センター入職 現在に至る

専門分野：助産学、周産期メンタルヘルス

妊産婦のこころを支える： さまざまな場と専門職の役割

座長：胡内 敦司

(千葉県松戸市 総合政策部 兼子ども部 兼教育委員会学校教育部)

座長：渡邊 博幸

(木村病院／千葉大学社会精神保健教育研究センター)

座長略歴

[illegible]

胡内 敦司 (こうち あつし)

現職：千葉県松戸市 総合政策部 兼子ども部 兼教育委員会学校教育部 審議監

プロフィール:

平成11年、厚生労働省（旧厚生省）に入省。社会保障関係予算、障害福祉施策、児童福祉施策等に従事し、平成27年4月に松戸市子ども部参事監に着任。平成28年1月に発足された「松戸市子どもの未来応援検討チーム」のチームリーダーを担当。平成28年4月からは、松戸市教育委員会学校教育部参事監を兼務。平成29年4月から現職。「広げ、こども食堂の輪！」全国ツアー実行委員会に相談役として参加。

○～○

渡邊 博幸 (わたなべ ひろゆき)

現職：学而会木村病院院長

千葉大学社会精神保健教育研究センター特任教授

1992年	3月	千葉大学医学部卒業
	5月	千葉大学医学部附属病院 精神神経科研修医
		その後、松戸市立病院神経内科、深谷赤十字病院に勤務後、
1998年	3月	千葉大学大学院修了、学位取得
1998年	4月	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	1月	国保旭中央病院 地域精神医療推進部長
2011年	4月	千葉大学大学院医学研究院精神医学准教授
2013年	10月	千葉大学社会精神保健教育研究センター特任教授
2016年	4月	現職

専門分野：精神科薬物療法、精神科多職種連携モデル

SP②－01 シンポジウム②

「妊産婦のこころを支える：さまざまな場と専門職の役割」

子育て世代包括支援センターにおける保健師の役割

稲美町健康福祉部こども課

藤原 美輪

妊娠早期からの切れ目のない子育て支援が求められている。児童虐待相談件数の増加と痛ましい虐待死亡事例報告は、従来母子保健事業として実施してきた妊娠届出の受理・母子健康手帳の交付、妊産婦訪問指導、新生児訪問指導、乳幼児健康診査では、児童虐待予防効果が果たせないという現実を保健師に突きつける。出産後から4か月児健診までの間に募りやすい育児不安や産後うつ発見による児童虐待予防対策として、2009年に乳児家庭全戸訪問事業が児童福祉法に位置づけられた。内閣府の交付金対象事業として予算化され、保健師以外の支援者を含めた訪問により、現在まで高い訪問実施率が維持できている。それでもなお、生後0日から1歳未満の児童虐待死亡事例は、依然として看過できない現状にある。

2015年から、妊娠出産包括支援事業が開始し、母子保健を包含した「母子健康包括支援センター（子育て世代包括支援センター、以下、センター）」が市町村に設置され、国は2020年度中の全国展開をめざす。予期しない妊娠、産後の支援が得られない等産後の養育環境が整わない妊婦は、妊娠前から複数の課題を抱えている。センターは早期支援と並行して、ポピュレーションアプローチの強化にも取り組む。個から地域の健康課題を把握し支援につなぐ、地域特性を活かしたセンターの機能充実が望まれる。

解決困難な複数の課題を抱える妊産婦は、過去の傷つき体験から人への信頼感が損なわれていたり、相談したがうまくいかなかった経験を重ねている。その場その場で逆境を切り抜けてきた体験が語られる。専門職だからといって容易に信頼されるわけもなく、出会う瞬間から個と個の関係を構築する。“寄り添う”は、支援者が簡単に使える言葉ではなく、支援者との関係性によって当事者の内に生起するものではないかを感じる。多くの支え手につながった母親は、徐々に頑なさがほどけていく。“自分は大切な存在として扱われた”エピソードが語れる母は、逆境にあっても子どもを守ろうとする気持ちがどこかではたらくので、内なるSOSに支援者のメッセージが届くチャンスを逃さないよう、心がけている。

センター設置は、すべての母親や家族と個でつながり、家族が形成される過程を見守るポピュレーションアプローチの機能を併せ持つ。ハイリスクをキャッチし、取り出してかわるのではなく、すべての親子の“成熟に向かう先回りの支援”を行い、関係機関と連携して地域の支え手につなぐ、「地域ぐるみの親子保健」への契機にしたいと考える。

演者略歴

藤原 美輪 （ふじわら みわ）

現職：稲美町健康福祉部こども課

1989年 兵庫県立総合衛生学院保健学科卒業

同年 稲美町健康福祉部に配属（保健師）

2018年 稲美町健康福祉部こども課子育て世代包括支援担当課長兼育児支援係長
現在に至る

専門分野：母子保健、児童福祉

SP②－02 シンポジウム②

「妊産婦のこころを支える：さまざまな場と専門職の役割」

母の支援、子の支援

兵庫県立尼崎総合医療センター 地域医療連携センター

小林 喜実代

当尼崎総合医療センターは、阪神地域中核病院の総合周産期母子医療センターとして、ハイリスク妊娠・分娩を受け入れる役割を担うのみならず、メディカルバースセンターと産科セミオープンシステムで地域のローリスク妊娠・分娩も受け入れている。妊産婦は、このような医学的なリスクの影響だけではなく、個々が抱える様々な社会的背景による精神的な影響も非常に受けやすい。当院ではいち早くそういった問題に気づき、介入し、そして、妊娠期から地域関係機関連携を行うことで、支援ネットワークを妊娠早期から構築することを目指している。

具体的には、妊娠早期から全妊婦にスクリーニングを行い、問題があると判断された場合、医療ソーシャルワーカー（以下MSW）へ情報提供が行われるというシステムを平成21年から実施している。当院で小児・周産期を担当するMSWは、妊娠早期から産科医師・助産師・看護師等と連携し、産後に至るまで「切れ目のない支援」を継続し、新生児科および小児科へ「支援をつなぐ」役割を担っている。平成29年度は分娩予定数1161件に対しMSWへ情報提供された件数は355件であった。

妊産婦の抱える問題を共有し、寄り添い、問題を軽減するために支援を行っていくことが理想的であるが、実際の支援では矛盾も生じている。当院のMSWとして直面した問題点を4つ挙げる。

- 1.メンタルヘルスに支障をきたし、家庭内での子どもの養育が困難になっている場合、子ども虐待予防の観点から介入を余儀なくしなければならないケースも少なくない。その際、妊産婦が受ける精神的ダメージは相当なものであるが、フォローする体制が院内外ともに整っていないのが実態である。
- 2.妊娠中の支援を通して信頼関係を築いても、分娩を機に状況が大幅に一変することが少なくない。
- 3.特定妊婦の対応そのものに、明らかに自治体レベルで差がある。
- 4.現行の法体制では胎児虐待の法的根拠はなく、産前であれば児童相談所の予防的介入は実質行われない。

「妊産婦本人の支援」と「産まれてくる子どもを守る義務」とでは状況によって真逆の対応を迫られることもあり、この表裏一体になっている支援について、妊産婦の“こころ”にどう寄り添っていくのか、ソーシャルワーカーの視点から考える。

演者略歴

小林 喜実代 （こばやし きみよ）

現職：兵庫県立尼崎総合医療センター
地域医療連携センター 医療ソーシャルワーカー（MSW）

2000年 神戸女子大学文学部社会福祉学科卒業
2000年 一般財団法人甲南会 六甲アイランド甲南病院MSW
2001年 一般財団法人甲南会 甲南病院MSW
2014年 兵庫県立塚口病院MSW
2015年 兵庫県立尼崎総合医療センターMSW

専門分野：小児・周産期専従MSW

SP②－03 シンポジウム②

「妊産婦のこころを支える：さまざまな場と専門職の役割」

大学病院で妊婦に出会う

リエゾン精神看護専門看護師の“寄り添う”ための調整

滋賀医科大学医学部附属病院 看護部

安藤 光子

2012年診療報酬に精神科リエゾンチーム加算が新設され、チーム運営を模索する中で、精神科と産科の協同体制を2014年末より開始した。精神疾患の既往、向精神薬の内服等がある妊婦に対して、健診時期からリエゾンチームが早期介入を行う。産科医より説明を受け同意された妊婦に、リエゾン精神看護専門看護師（以下リエゾナーズ）が面接を行い、精神科医との連携と調整を図り、周産期における精神状態を管理することを目的としている。

体制前、リエゾナーズとして妊産婦への関わりは、切迫早産で入院となった妊婦の適応への支援、死産後のグリーフケアなど直接的なこころのケアが中心であった。今回、〈寄り添う〉というテーマをいただき、協同体制を担う中で密かにこだわってきた思いを重ね合わせた。

私が出会う妊婦は、「普通」にこだわる、「普通」ではないことに脅える。「安心して赤ちゃんを産んで、育ててもらうために私に手伝えること」を尋ねる中で、はっきり言葉にされないけれど「傷ついている」と感じた。また、「精神疾患があるのに、2人目を妊娠してきたんですよ」という看護師、紹介状に書かれている自傷等のエピソードに困惑した表情になる産科医師、医療者もまた、「普通」ではないことに脅えることに直面した。

出産までを支えるだけでなく、出会う女性が傷つき体験を超えて、育児や学校で人と関わらなければならない困難を抱えた時に、自分も子どもも守ってほしい。「傷つけない人もいる」と感じ、「守ってくれる人もいる」と知って、人と、社会と関わっていくことに勇気を持ち、医療を信じ、自分と子どもを守るために〈help〉を求めてくれる力を持ってもらう、そのために専門看護師の調整という役割機能を駆使しているように思う。

〈寄り添う〉のために、どのように、何を調整しているのか、事例を用い振り返りたい。

演者略歴

安藤 光子 （あんど う みつこ）

現職：滋賀医科大学医学部附属病院 精神看護専門看護師

1984年 国立南九州中央病院附属看護学校卒業

1990年 和光大学人文学部人間関係学科卒業

2003年 兵庫県立看護大学大学院修了

北里大学病院、滋賀県精神保健センター、滋賀医科大学看護学科勤務を経て

2003年4月より 滋賀医科大学医学部附属病院に勤務、現在に至る

専門分野：精神看護

SP②－04 シンポジウム②

「妊産婦のこころを支える：さまざまな場と専門職の役割」

産後ケアにおける助産所・助産師の役割：開業助産師の立場から

毛利助産所
毛利 多恵子

助産所では産後ケアを利用する女性は年々増加している。助産所で実施する産後ケアには、母乳育児相談、乳房管理、育児相談、育児中の母親たちが集う子育てサロンの場の提供、産後入院サービス、産後通所サービス、家庭訪問などがある。

産後ケアは、産後1か月未満の利用者が一番多い。利用者の目的には、「からだを休めたい」「乳房乳頭の痛みをなんとかしてほしい」「授乳がこれでいいのか不安」「育児が不安」「産後誰も世話をしてくれる人がいない」「ほとんど寝ていない」「保健師による訪問結果で産後ケアが必要なケース」などである。入院時の状態は、「身体の痛みと不快感が続いている」「睡眠不足が続いている」ことが多い。また出産経験のトラウマ、実母との関係などについて「もやもやしていたこと」として、産後入院中に吐露される方も多い。

助産所では、「母親を癒すケア」を優先している。母子同室をしながらも助産師が育児支援をし、「母親の休養をはかること」、「母親の意向を尊重すること」「見守ること」「よく話を聴くこと」「育児を見る機会を多くすること」を優先する。母親のからだは回復すると、育児を積極的にできるようになることが多い。また痛みを与えないケア、痛みを伴わない安楽な授乳方法の提案も重要である。乳頭乳房の不快感、会陰縫合後の痛みは、1日6回から10回ある授乳時の母親のいらだち、児への気持ちを左右するからである。

助産所助産師の役割として、なるべく1か月以内の産褥早期の心身の変化の大きな時期に、母親を中心としたケアをすることで、母親の精神的疲弊を予防し、児に対する愛着を促進することが大変重要なケアと考えている。周産期においては、妊産婦が大切にされ見守られたと感じることが、母親自身の癒しにもなり、母子関係に与える影響は大きいと考えている

演者略歴

毛利 多恵子 （もうり たえこ）

現職：毛利助産所所長 助産師

1982年 聖路加看護大学卒業

1994年 聖路加看護大学院修了（修士）

臨床

1982年 大阪府立総合母子保健周産期センター就職後、東京都教職員組合三楽病院産婦人科を経て

1997年 毛利助産所勤務

2007年 毛利助産所所長 現在に至る

国際協力

1998年 JICAブラジル母子保健プロジェクト短期専門家3か月および長期専門家2年間

2005年 JICAボリビア母子保健プロジェクト短期専門家3か月

教育

1984年 京都市立看護短期大学助手 2年

1994年 聖路加看護大学講師 3年

2004年 天使専門職大学院教授兼務 3年

現在 主に大学院助産2年コースの実習受入れ、大学や大学院の助産教育非常勤講師を兼務

専門分野：助産 出産体験

SP②－05 シンポジウム②

「妊産婦のこころを支える：さまざまな場と専門職の役割」

妊産婦のこころを支える：精神科医の立場から

兵庫医科大学 精神科神経科学講座
清野 仁美

周産期において女性は、妊婦・母親という新しい役割を担い、その一方で、これまでの役割の一部を手放さざるを得ないという「役割の変化」を体験する。失った役割に対する悲しみや罪悪感を乗り越え、新しい役割や対人関係を受け入れていく過程には、様々な困難が存在する。また、妊産婦をとりまく対人関係に、新たに子どもとの関係性という重要かつ密接な関係性が加わる。子どもとの関係性を育むプロセスにおいては、期待どおりにはいかない、すぐには結果が出ない自分と子どもとの関係性を「ほどよく」築いていくという難行が待ち受けている。さらに、妊娠や出産を機にパートナーや親といった従来の重要な対人関係においても、互いに期待する役割にずれが生じたり、不適切なコミュニケーションパターンが顕在化し不和をきたすことがある。このような周産期における役割や対人関係の変化への適応はライフサイクルにおける発達課題の一つであり、その過程で妊産婦やパートナーに抑うつ、不安を生じることがある。周産期医療機関、助産院、母子保健の多職種の専門職の支援によって、多くは課題を乗り越え変化に適応していくが、抑うつや不安が本人に著しい苦痛や生活機能障害をもたらしたり、母子相互作用に支障をきたす場合には精神科医療との連携を要すると考えられる。

我々は、当院を受診したうつ病合併妊産婦を対象とし、背景にある役割の変化や、対人関係の不和、喪失などに焦点をあてた対人関係療法を基盤とする精神科治療を実施し、刻々と変化する妊産婦のニーズに寄り添う介入の在り方や、精神症状に伴う著しい苦痛、生活機能障害、希死念慮をきたす場合の精神科薬物療法と併用について検討したので報告する。

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 兵庫医科大学卒業

2009年 同助教

2015年 同講師 現在に至る。

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：周産期メンタルヘルス

SP②－06 シンポジウム②

「妊産婦のこころを支える：さまざまな場と専門職の役割」

専門職・関係機関の連携による妊産婦支援と行政の役割

千葉県松戸市 総合政策部 兼子ども部 兼教育委員会学校教育部
胡内 敦司

地域で安心して子育てをしながら暮らしていくためには、妊娠・出産・子育てに関する様々な相談に応じ、必要な情報提供・助言・支援を行い、不安や悩みに寄り添いながら妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を実施していく体制が必要となる。いつでも相談することができる場所がある、困りごとなどが発生した場合でもサポートしてもらうことができる場所がある、という安心感をもって妊娠・出産・子育てができるような環境を整備していくことである。

地域においては、医療機関（産科、小児科等）、保育所・幼稚園、学校、保健センター、子育て支援拠点施設など、妊産婦、子どもやその保護者に関わる様々な機関が、それぞれ必要な支援を実施しており、行政（特に市町村）としては、これらの支援が有機的に機能するよう、関係機関の連携を促進・強化していく中心的な役割が求められる。制度面でも、平成28年に改正された児童福祉法及び母子保健法において、行政には、児童等に対する必要な支援を行うための「子ども家庭総合支援拠点」（児童福祉法）及び、妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目のない支援を行うための「子育て世代包括支援センター」（母子保健法）の整備による体制強化とともに、これらを中心とした地域の関係機関の連携強化が求められている。

今後、妊産婦や子どもに寄り添って支援していくためには、各機関内での専門職の連携の強化とともに、地域をひとつのフィールドと捉えた関係機関の連携の強化が、より一層重要となってくるが、その必要性とあり方について、行政の役割という視点を中心に考えていきたい。

演者略歴

胡内 敦司 （こうち あつし）

現職：千葉県松戸市 総合政策部 兼子ども部 兼教育委員会学校教育部 審議監

プロフィール：

平成11年、厚生労働省（旧厚生省）に入省。社会保障関係予算、障害福祉施策、児童福祉施策等に従事し、平成27年4月に松戸市子ども部参事監に着任。平成28年1月に発足された「松戸市子どもの未来応援検討チーム」のチームリーダーを担当。平成28年4月からは、松戸市教育委員会学校教育部参事監を兼務。平成29年4月から現職。「広がれ、こども食堂の輪！」全国ツアー実行委員会に相談役として参加。

**今あらためて注目したい：
明日の周産期メンタルヘルス治療のために**

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)

座長；西郡 秀和

(東北大学病院周産母子センター)

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副院長
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	筑波大学医学専門学群卒業、筑波大学附属病院精神神経科入局
1995年	筑波大学臨床医学系精神医学講座助教授
2008年	順天堂大学大学院医学研究科精神・行動科学分野教授 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
2015年	筑波大学附属病院臨床教授（併任）
2017年	順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院副院長
2018年	順天堂大学大学院医療看護学研究科精神看護学分野教授（併任）

専門分野：向精神薬と妊娠・授乳、気分障害と性差

[illegible]

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	群馬大学医学部卒業 群馬大学産婦人科関連施設で研修
2006年	カナダ・Western Ontario大学産婦人科 留学
2008年	岩手医科大学産婦人科科学講座 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 現在に至る

専門分野：周産期医学

SP③-01 シンポジウム③

「今あらためて注目したい：明日の周産期メンタルヘルス治療のために」

産婦人科医による周産期メンタルヘルス治療： どこまでやれるか、どこから連携するか？

宗田 聡

広尾レディース／東京慈恵医科大学産婦人科

現在、日本の妊産婦死亡率は世界でもトップクラスであり、世界で最も安全にお産ができる国になった。2014年の妊産婦死亡率は2.79（10万分娩あたり）に低下し年間20～30件程度にまでとなった。ところが、2016年の調査報告で10年間に東京23区で発生した妊産婦の自殺による死亡は60人を超えていた。これは東京23区の自殺による妊産婦死亡率は計算上8.7（10万分娩あたり）であり、日本全体に推計すると日本の妊産婦死亡の約3～4倍と大幅に高く、褥婦では6割が産後うつ病をはじめとする精神疾患であることも判明した。これよりメンタルヘルスにおけるケアの不足とその充実の重要性から、産後ケア事業として2017年から分娩後2週間と4週間に産婦健康診査が始まった。

一方で、周産期の母親の心理状態が将来の子どもの情緒的および神経的発達にも大きな影響を与えることは明らかで、周産期の母親の精神的な問題は、すでに妊娠中から子どもに影響を与えており、産婦のメンタルヘルスケアの充実が重要な社会的課題にもなっている。

今回は、産婦人科としてどのようにリスクを早期に発見し、適切なケアに結び付けることで予防・早期発見ができる可能性があるのかを考えてみます。さらに、どの時点でどのように行政や精神科と連携していくのか、多種職連携のタイミングや内容についても考えてみます。

演者略歴

宗田 聡 （そうだ さとし）

現職：広尾レディース院長・東京慈恵医科大学産婦人科講師（非常勤）

筑波大学大学卒業
筑波大学附属病院研修医
北茨城市市立病院産婦人科
筑波大学大学院医学博士過程修了
筑波大学医学部産婦人科講師
米国ボストンNew England Medical Center(NEMC)留学
茨城県周産期センター長を経て、
2012年 広尾レディース院長 現在に至る。

東京慈恵会医科大学、筑波大学、首都大学の非常勤講師

専門分野：周産期医学、遺伝医学、出生前診断、周産期メンタルヘルス、臨床倫理など

SP③-02 シンポジウム③

「今あらためて注目したい：明日の周産期メンタルヘルス治療のために」

妊娠・産後の向精神薬薬物療法： どこまで理解され、これからの課題は何か？

順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院
鈴木 利人

向精神薬の多くが開発された1950年代からおよそ半世紀の間、患者の受胎能の低さと向精神薬の妊娠・授乳への影響に関するエビデンスの乏しさから、患者の妊娠はしばしば多職種の医療者を悩ませてきた。精神医療の現場がこの問題に注目する転帰の一つとして、2005年FDAがパロキセチンの薬剤胎児危険度分類をカテゴリーCからDに変更したことがある。また同時期に「妊娠と薬情報センター」による国内初の「妊婦・胎児による服薬の影響」に関する相談受付が始まった。あれから10年以上を経て妊娠・産後の向精神薬使用に関して、医療関係者のヘルスリテラシーは高まってきたといえる。

このような流れを背景に今後の薬物療法はどのような課題を克服する必要があるか？ここに演者は3つの軸を提案したい。第1軸は、向精神薬使用に関わるデータの科学的解析に関わる課題である。エビデンスレベルの高い前向きコホート研究やメタ解析により、近年一部の向精神薬の“安全神話”が揺らいでいる。これらのデータをどのように読み解くか？薬剤の臨床的効力を吟味した総合的な評価が必要となる。第2軸は国内における医療関係訴訟と薬物療法の課題である。医薬品添付文書と精神科薬物治療においてこれまでに多くの裁判事例がある。医療者としてこの添付文書にどのように向き合うべきか、そして近年国内でも多く作成されているガイドラインをどのように活用するべきか、医療現場はその答えを求めている。一方で、ガイドラインに関する医療界と法曹界の認識の差も指摘されていることも留意すべきである。第3軸は倫理的課題である。現在の医療の実践はインフォームド・コンセントの原則に準拠している。古くは多くの精神科医は患者の妊娠で狼狽したが、その度に従順な患者に対してパターンリズミカルな方法で乗り切ってきた。しかし現在の医師-患者関係は患者の自己決定権が重視されている。それでは妊娠・産後メンタルヘルスの薬物療法で十分な自己決定権が発揮されるとはどのような場面を想定すればよいのか。複雑かつ重要な医学的情報を与えた結果、判断に苦慮する患者・家族を目の当たりにした医療者はどうすればよいであろうか。

周産期メンタルヘルス薬物療法の世界では、いまだに安全性に関して完全に確立されたガイドラインはない。したがって、臨床現場の精神科医はこの3つの軸を念頭において、患者の臨床的総合能力に合わせた慎重な治療的アプローチが望まれる。

演者略歴

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副院長
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 筑波大学医学専門学群卒業、筑波大学附属病院精神神経科入局
1995年 筑波大学臨床医学系精神医学講座助教授
2008年 順天堂大学大学院医学研究科精神・行動科学分野教授
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
2015年 筑波大学附属病院臨床教授（併任）
2017年 順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院副院長
2018年 順天堂大学大学院医療看護学研究科精神看護学分野教授（併任）

専門分野：向精神薬と妊娠・授乳、気分障害と性差

SP③-03 シンポジウム③

「今あらためて注目したい：明日の周産期メンタルヘルス治療のために」

てんかんを持つ患者の周産期メンタルヘルス管理：

「発作は？ 遺伝は？ 薬の子供への影響は？」患者の不安にどう向き合うか

むさしの国分寺クリニック

加藤 昌明

てんかんは、てんかん発作を繰り返す脳の病気である。患者自身では、てんかん発作の出現を抑えることができない。てんかんを持つ患者は、実際の発作により生ずる身体的・社会的な不利益だけでなく、いつ発作が起こるかわからないという不安や、自分ではどんなに頑張っても発作を防げないという無力感に陥りやすい。てんかんという病気は、てんかん発作が起こっていないときは見た目に元気で健康であるが、それだけにかえて周囲からの無理解や偏見に傷つくこともある。また子供であれば、親のとる心的な構え（てんかんに対する親自身の否定的な見方、隠そうとする態度、過干渉、過保護など）によっても、疾病の受容が困難になることが少なくない。

てんかんを持つ患者の7～8割は、抗てんかん薬の服用を続けることで発作が消失する。発作がおさまった例では社会生活を大きなストレスなく過ごせるが、そうでない場合には、学校生活、職業選択、結婚など、いろいろな節目で、さまざまな困難と直面することがある。

そういったさまざまな困難を乗り越えて結婚したてんかんを持つ女性患者にとって、次の大きな節目が妊娠・出産である。妊娠・出産に関して患者の持つ不安は、「発作は大丈夫なのか（言い換えれば妊娠・出産できるのか）？ 病気の遺伝はどうなのか？ 薬の子供への影響は？」の三つが主なものである。これらの不安に主治医として対応するのは、実はそれほど困難なことではない。一言でいえば、妊娠する前に、正しい情報提供を十分にすることと、それによって患者との信頼関係をしっかり築いておくこと、に尽きる。妊娠する前にこれらのことをしっかり実施しておけば、ほとんどの患者で、妊娠・出産に対する不安をかなり軽減でき、周産期を安定して過ごすことができる。

提供すべき情報は、1) 妊娠によるてんかん発作の変化：患者の多くが発作頻度不変で、てんかん患者の妊娠・出産の経過は、一般母集団と大きく異なるものではない。2) 遺伝性について：てんかんを持つ母から生まれた子供がてんかんになる確率は一般母集団より若干高い程度。3) 抗てんかん薬の胎内曝露による催奇形性や認知機能発達への影響：薬の種類だけでなく、用量によってもかなり異なる。現在ではリスクの低い薬が複数登場している。4) 大事なものは妊娠前にあらかじめリスクの低い処方に調整しておくこと、である。当日はこれらのポイントを概説する。

演者略歴

加藤 昌明 （かとう まさあき）

現職：むさしの国分寺クリニック 院長

1982年 筑波大学医学専門学群卒業

東京医科歯科大学神経科精神科、
国立精神・神経センター武蔵病院精神科を経て、

2003年 むさしの国分寺クリニック副院長

2014年 同院長 現在に至る。

東京医科歯科大学医学部臨床教授

日本てんかん学会認定・てんかん専門医、日本睡眠学会認定・睡眠医療認定医、
日本精神神経学会認定・精神科専門医、日本臨床神経生理学会認定・脳波分野専門医、

専門分野：臨床てんかん学、臨床脳波学、臨床睡眠医学

SP③-04 シンポジウム③

「今あらためて注目したい：明日の周産期メンタルヘルス治療のために」

虎の門病院「妊娠と薬相談外来」の歴史： 過去、現在、そしてこれから

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 薬剤部
山根 律子

虎の門病院では、産婦人科と薬剤部が共同で「妊娠と薬相談外来」を開設しており、薬剤の胎児への影響を心配する妊婦の不安に応える相談をカウンセリング形式で行っている。

1988年4月開設から今年で30年目に入り、2018年6月末現在、相談数は12,300人となった。この間に薬物療法の変化や社会の変化などにより妊娠可能年齢の女性を取り巻く環境も変化してきている。これを反映してか相談内容も変化してきている。これまでの相談を5年毎に集計しその推移をみると開設当初上位の相談を占めていた「解熱鎮痛剤」「総合感冒剤」の相談は年々減少し、ベンゾジアゼピン系抗不安薬・入眠剤等を含む「催眠鎮静剤、抗不安剤」やSSRI、さらには定型・非定型抗精神病薬の相談割合が急激に増加している。これは精神疾患を有する女性においては社会参加する患者が増えたことが考えられる。一方で妊娠可能年齢の女性が以前と比べストレスを受けやすい環境におかれていることも考えられた。また最近、抗てんかん薬（バルプロ酸、ラモトリギン）の一部に精神科領域の適応が拡大となり相談も増えている。妊婦あるいは妊娠可能年齢の女性に対する適切なカウンセリングの必要性を感じている。シンポジウムではこれらを踏まえて「妊娠と薬相談外来」の現状と今後のあり方について考察していきたい。

演者略歴

山根律子（やまねりつこ）

現職：国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 薬剤部

1989年 北里大学薬学部薬学科卒

同年4月 虎の門病院 薬剤部入局 調剤科配属

1993年 薬剤部 医薬情報科配属

1998年 医薬情報科「妊娠と薬相談外来」担当 現在に至る

妊婦・授乳婦専門薬剤師認定（2009年4月 日本病院薬剤師会）

所属学会：日本先天異常学会、日本医療薬学会、日本薬学会

専門分野：医薬品情報学、妊娠・授乳と薬

流産・死産を経験した女性と家族の体験、ピアサポート

コーディネータ；富田 拓郎

（中央大学文学部心理学専攻 教授：臨床心理士）

特別企画

流産・死産を経験した女性と家族の体験、ピア・サポート

富田 拓郎
中央大学文学部心理学専攻

流産は全妊娠中の平均15%、死産は同じく平均2%の割合で生じるとされています。女性にとって流死産の経験後は大きな喪失体験というだけでなく、心理的トラウマとなりやすく、影響は家族にもおよぶことがあります。この現状は国際的な社会問題であり、近年では医学誌Lancet（2016年1月号）で特集として取り上げられました。当事者の持つ思いや経験、行動はさまざまに異なります。医療関係者は当事者の一人一人から多くを学び、日々の実践に活かすことが大切ですが、実際のところこれが簡単ではないように思えます。今回は流死産を経験され、現在は関西で自助グループのメンバーとして活動されている当事者のみなさんにご自身の経験を座談会形式でお話し頂きながら、フロアの参加者とこれを共有することで、なにが必要なのかをご一緒に考えていきたいと思っています。参加者全員が専門家と当事者という境界を超えて、当事者のさまざまな経験を分かち合いながら、この意味をともに新たに創り、自らの新たな実践の礎としていければと考えております。（コーディネータ；富田 拓郎）

私共当事者は、お腹の中の赤ちゃんを亡くすという事実と直面してから、年月の流れと共に、悲しみ、自責、辛さ、憤り、不安、学び、気づき、感謝・・・、それぞれの状況で気持ちの変化があると思います。何年経っても涙は涸れることはありません。お空の我が子のことは、一日たりとも忘れることなく、生涯、この悲しみと共に生きていくこととなります。流産死産等の経験をした当事者は、医療施設（産院）を退院してからが、また、孤独と苦悩の日々が始まり、長い悲嘆のトンネルに入ります。この活動は当事者が担っていかなければと思っておりますが、この度、医療者の皆様にお話をする場、貴重な機会を頂きまして心より感謝申し上げます。（ポコズママの会関西；大竹 麻美）

妊娠や育児ストレスに対する臨床アロマセラピーの可能性

座長；工藤 美子

（兵庫県立大学看護学部教授）

演者；相原 由花

（ホリスティックケアプロフェッショナルスクール学院長）

座長略歴

工藤 美子 （くどう よしこ）

現職：兵庫県立大学看護学部教授

1986年 千葉大学看護学部卒業

1989年 千葉大学大学院看護学研究科修士課程修了

2009年 兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程修了

葛飾赤十字産院助産婦、

千葉大学看護学部助手、愛知県立看護大学講師、

兵庫県立看護大学講師、同助教授、

兵庫県立大学看護学部准教授を経て、

2010年 兵庫県立大学看護学部教授 現在に至る

専門分野：母性看護学

ランチョンセミナー

妊娠や育児ストレスに対する臨床アロマセラピーの可能性

相原 由花

ホリスティックケアプロフェッショナルスクール学院長
／関西医科大学心療内科学講座研究員

アロマセラピーは、19世紀初期にフランスで誕生した補完代替療法である。アロマセラピーで使用する香りは精油と呼ばれ、ラベンダー、ローズマリー、ゼラニウムなど植物の様々な部位から抽出した、独自の香りを持つ酸性の芳香性有機化合物である。これらを吸入や塗布で使用する。鼻腔あるいは皮膚を経由し、全身の血液循環に達して薬理作用を発揮し、またオイルマッサージによる心地よさから、幸福感や鎮静作用などをもたらす療法である。

英国や米国は、精油の心理的作用、薬理作用、またアロマセラピーマッサージによるタッチの生理的作用によって、症状緩和やQOLの向上をもたらし、患者の自己治癒力を向上させることを目的としたホリスティックアロマセラピーを実践している。ベルギーやドイツのように医師が主に感染症の治療として内服や座薬で精油を使用するメディカルアロマセラピーとは区別される。

ホリスティックアロマセラピーは、緩和ケア科、心療内科、精神科、整形外科、婦人科などで導入され、中でも産科においては日本でも早くから導入されてきた経緯がある。しかし、それは、楽しいマタニティライフのためのセルフケアであったり、産後の施設サービスとしてのマッサージであったりと健康的でご褒美的なものが多かったのが現状である。

実際、妊娠から産後までの過程で、身体の変化のみならず精神的な変化も大きく、その両面のアセスメントをしながら、アロマセラピーを用いてケアをしていく必要がある。特に精神的、心理的なケアは重要であり、それは妊娠前からの既往歴によっても大きく変化する。

本セミナーでは、ホリスティックアロマセラピーを理解していただく中で、妊産婦への安全性についてもお話ししたい。また、実例をあげながら周産期からの心身の問題を中心にアロマセラピーで可能なケアを紹介する。

演者略歴

相原 由花 （あいはいら ゆか）

現職：ホリスティックケアプロフェッショナルスクール学院長
関西医科大学心療内科学講座研究員

三重大学教育学部卒業後、流通業にて社員教育担当

2000年 英国ITEC認定アロマセラピスト取得

2000年～ 関西医科大学心療内科学講座研究員として実践と研究を開始

2006年 兵庫県立大学看護学部入学

2009年～ 「臨床アロマセラピスト®」を養成するホリスティックケアプロフェッショナルスクール設立。心療内科クリニック、不妊症専門クリニック、リハビリテーション病院内などに医療と連携したアロマケアルーム「Life touch」を展開し、統合医療の実践を開始。

2010年 看護師・保健師取得

2010年 神戸市看護大学大学院博士前期課程入学

2012年 看護学修士取得

2012年～ 兵庫県立大学大学院看護研究科博士後期課程治療看護学専攻入学

日本統合医療学会理事

日本アロマセラピー学会理事

eBIM（エビデンスに基づく統合医療研究会）理事

日本ホリスティックナーシング研究会役員

日本心療内科学評議員

American Holistic Nurses Association membership

著書：『皮膚心療内科』 診断と治療社、（共著）2004年

『香りとタッチングで患者を癒す 臨床アロマセラピストになる』BAB出版、2008年

ポスターセッション 抄録

ポスターセッション

P1 - 1

A病院における出生前訪問

～母体合併症により30週台で出生した児～

森本 紗代

神戸大学医学部附属病病院 看護部

【目的】

A病院NICU・GCUは総合周産期母子医療センターとして、ハイリスク妊婦・新生児の入院を受け入れている。家族のリアリティショックの緩和、家族とスタッフの関係性構築、児の出生後の愛着形成支援、早産児・疾患新新生児の親となる危機の緩和を目的に出生前訪問を実施した。1事例から聞き取り調査を行い、結果から今後の課題について報告する。

【症例（事例）の概要】

両親は40代、小学1年生の同胞の4人家族。同胞は33週台にA病院で出生している。母親は先天性右肺動脈欠損を合併し、妊娠による循環血液量の増加に伴い喀血のリスクがあるため、妊娠28週台に入院となった。出生前訪問は、出産予定日が決まった妊娠29週台(入院10日目)に実施した。児は在胎30週台、出生体重1600g台、Apgar score6/8点、予定帝王切開で出生した。急性期を乗り越え、日齢50、37週台に軽快退院となった。インタビューは児の退院が決定してから依頼し、外来の待ち時間で本研究に対する説明を行い、対象者の同意を得て聴取した。

【結果及び考察】

先行文献をもとに、半構造化面接を実施した。本症例では出生前の関わりだけでなく、産後にバースレビューを行うことで自分のお産を肯定でき、自責の念の緩和につながる事が分かった。このことは、愛着形成の促進につながり、プライマリーナースの重要な役割の一つであると考ええる。NICUの環境や病棟の決まり事など、入院患者で統一して説明できる部分と、児の疾患や日齢・修正週数など個別性に応じて対応する部分があることが明らかになった。今後の課題としては、システム化できる部分に関しては、どのスタッフが実施しても同様の説明ができるようマニュアル化していくことである。また、対象に合わせて振り返りを実施することで、個別性に合わせて説明する部分や傾向が把握できるため、システム化するために今後も1例1例丁寧に分析を行い、件数を重ねていく必要がある。

ポスターセッション

P1－2

周産期メンタルヘルスに重点を置いた退院支援についての検討

山崎 あや¹⁾²⁾、佐藤 陽子¹⁾²⁾、白土 なほ子¹⁾³⁾、岡田 あかね³⁾、
坂本 美和¹⁾³⁾、宮上 景子¹⁾³⁾、松岡 隆¹⁾³⁾、関沢 明彦¹⁾³⁾

1) 昭和大学病院

2) 昭和大学 助産学専攻科

3) 昭和大学医学部 産婦人科学講座

【概要及びプロセス】

当院は総合周産期母子医療センターであり、40歳以上の高齢妊婦が全分娩数の18%を占めており、身体的にも社会的にもハイリスク妊婦が多い。

2012年12月より全ての妊産褥婦に対して、妊娠初期から要養育支援者のスクリーニングを行ってきた。

しかし、分娩入院後に対応するスタッフ間の情報伝達不足や、関わり方がわからないことで支援対象者に適切な支援ができないことがあり、スタッフの負担感も大きく、ケアのやりがいへとつなげられずにいた。

そこで、退院支援カンファレンスを導入し、スクリーニング陽性になった対象は、身体的側面、精神的側面、社会的側面、育児技術獲得過程の情報共有及び評価を連日カンファレンスするように整備した。

スクリーニング陰性対象も、経膈分娩では産褥2日目と産褥4日目、帝王切開術後では、術後4日目と6日目に退院支援カンファレンスを全例に実施し、養育環境及び、育児技術獲得過程の査定を実施した。

退院支援カンファレンスで得られた情報やケア方針を、外来部門との院内連携、産後家庭訪問等の地域連携し、健診時や訪問時の状況を返信してもらうようシステム整備をした。

【結果及び考察】

退院支援カンファレンスで得られた情報やケア方針を伝達することで、関係各部署とのスムーズな院内連携が可能となった。地域連携した症例の訪問時状況を返信してもらうように整備したことで、退院後の生活状況が見え、更なる連携や情報共有が可能となった。

2016年7月より客観的評価視点としてのEPDS、赤ちゃんへの気持ち質問票、育児支援チェックシートを導入したことで、スクリーニング陰性対象でも、養育支援対象者となる症例が出てきて、継続支援を地域へ依頼する症例数が増加し、要養育支援者への支援が強化された。

また、健診時や訪問時の状況等退院後の母子の状況がわかるようになり、スタッフはケアのフィードバックが得られるようになった。

今後は、対象のリスクに合わせて支援できるシステムを作り、母子が退院後も地域で安全に生活できるように、切れ目ない双方向での支援体制の整備が求められていく。

ポスターセッション

P1－3

当院における周産期メンタルヘルス支援の実践報告 産後2週間健診受診によって早期に母親の支援ニーズに 対応できた1例

北村 久美子¹⁾、出田 房代¹⁾、和田 健²⁾、石田 理³⁾、
上野 尚子³⁾、高木 成美⁴⁾、古家 光江¹⁾、宇野 久美¹⁾

1) 地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立広島市民病院 看護部

2) 地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立広島市民病院 精神神経科

3) 地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立広島市民病院 産科・婦人科

4) 地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立広島市民病院 医療支援センター

【目的】

当院では、2016年の3月より精神科とともに周産期メンタルヘルス部会を立ちあげ、妊娠から産後までの取り組みを行っている。また、A市の産後2週間健診事業開始に伴い、2018年1月から以前より行っていた母乳育児相談を産後2週間健診と位置づけ支援を開始している。今回、産褥入院中には2週間健診の希望はなかった褥婦が、退院後自ら自身の精神的不調を訴え、2週間健診の受診に至った事例を経験したため報告する。

【症例の概要】

A氏は30代後半の経産婦で、妊娠経過問題著変なく妊娠38週に既往帝王切開のため帝王切開で出産。産褥経過は良好であったが産褥4日目の一般外来患者用不安抑うつテスト（HADS）16点、赤ちゃんへの気持ち質問票3点。心理士の介入を提案するも希望されず。保健センターへの連絡票送付を希望し、産褥5日目に母子ともに自宅へ退院。夫婦の実家は県外であり、退院後2日間は夫と実母、その後は夫のみが産後の支援者であった。退院後2週間経過し、「産後うつかもしれない」とA氏より電話連絡あり。翌日入院し2週間健診を実施しエジンバラ産後うつ病自己調査票（EPDS）8点、項目10番が1点、赤ちゃんへの気持ち質問票6点。不安は夫からの情緒的支援がないことであった。「話をしてスッキリした」と精神科受診など希望されず。その後の1ヶ月健診では、「あれから夫がありがとうって言うてくれて、少し落ち着いた」と発言され、EPDS1点、赤ちゃんの気持ち質問票0点であった。

【考察】

産後2週間健診を受診することで母親の不安が軽減したことから、この実践の有用性はあると思われる。藤野(2012)は産褥退院時の精神状態は問題なく、産後1ヶ月時にうつ状態を呈した母親のとらえる夫および親との関係性として、心理的距離が離れている特徴があることを明らかにしている。また、永井ら(2010)は、産後期の母親が夫による支援は「精神的な支え」や「ねぎらい」を期待していたと述べており、今後は育児支援者に対して情緒的支援の重要性を啓発することが課題に挙げられた。

ポスターセッション

P1-4

「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」を活用した 支援システム導入の検討と統一支援に向けた取り組み

近藤 眞由美、山口 裕代、佐々木 優、二井 梓、小林 清美、
北目 阿都美、吹谷 和代、田村 未来、立山 尚子、輿石 太郎

はぐくみ母子クリニック

【概要】

当院は小児科複合施設、臨床心理士を配置する産婦人科クリニックであり、周産期メンタルヘルスにおいて長期的に母児を見守ることができること、軽度～中等度症例に専門的介入ができることを強みとする。また当院分娩の6割が無痛分娩で痛みに対する不安のある精神疾患合併妊産婦が多いことも特徴であり、すべての妊産婦が安心して妊娠期から育児期までを過ごせるよう統一した支援を提供することをめざし医師、助産師、看護師、臨床心理士からなる周産期メンタルチームを今年度より立ち上げた。その活動を報告する。

【目的】

日本産婦人科医会が推奨する「妊産婦メンタルヘルスマニュアル」を活用した支援システムの構築とスタッフ育成を目的とする。

【方法】

研究に同意が得られた当院に勤務する看護師7名・助産師15名に対し、質問紙による無記名自記式アンケート調査を実施。得られたアンケート内容から支援システムを検討し院内講習会を開催した。

【結果】

アンケート配布数は22部、回収率は95%。妊産婦メンタルヘルスマニュアル「知っている」24%、当院のメンタルヘルスケアに「大変満足している・満足している」5%、養育支援チェックシート「ややわからない・わからない」81%、EPDS「ややわからない・わからない」57%、赤ちゃんへの気持ち質問票「ややわからない・わからない」67%、周産期メンタルヘルスの基礎知識「ややわからない・わからない」40%であった。結果をもとに支援システムの検討を行った。スクリーニングシート（3つの質問票）の導入とマニュアル作成、当院の判断基準の検討とフローチャートの作成後、講習会を3回開催した。①周産期メンタルヘルスの基礎知識・スクリーニングシートの活用方法（周産期メンタルヘルスの導入・スクリーニングシートの必要性和活用方法・事例紹介）②EPDS・精神疾患（EPDS採点法と面接のポイント・周産期にみられる精神疾患）③フローチャートの活用方法（フローチャートの目的と判断基準・トラブルシューティング）

【考察】

今回当院スタッフの傾向を知り支援システムを導入し介入したこと で基礎的な知識・技術に対する統一が図れた。周産期メンタルを抱える妊産婦を理解し知識と技術に基づきケアを行うことは妊産婦の安心につながると考える。そのことをスタッフが実感し自ら考え行動できることをめざし、より実践的なスタッフ教育を周産期メンタルチームの活動の一環として継続していく。今後この活動によるスタッフの意識の変化の調査と支援システム導入による要支援妊産婦の拾い上げに関するデータの解析を行っていく予定である。適切な時期に適切な支援につなげることができるよう支援システムの充実を課題としていきたい。

ポスターセッション

P1－5

当院における周産期母子支援のとりくみ その1 —周産期母子サポートチームの立ち上げについて—

森 稔高¹⁾、酒井 玲子²⁾、大脇 佑樹¹⁾、松岡 絵美⁵⁾、
川崎 幸枝³⁾、山田 恭聖⁴⁾、兼本 浩祐⁵⁾、若槻 明彦¹⁾

1) 愛知医科大学 産婦人科学講座

2) 愛知医科大学病院 こころのケアセンター

3) 愛知医科大学病院 看護部

4) 愛知医科大学病院 周産期母子医療センター

5) 愛知医科大学 精神神経科学講座

【目的】

妊娠中から産褥期は、環境やホルモンバランスの変化により、精神的不調を来し易い時期である。当院では、妊産褥婦の精神的・心理的支援がこれまで不十分であったため、2015年10月に産婦人科医師・看護師・助産師、新生児科医師・看護師、精神科医師・看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、病院管理課で構成した周産期母子サポートチームを立ち上げた。ハイリスク症例を選別する目的で、チームで問診票を作成し、定期的に産科外来・病棟で収集した情報をカンファレンスで共有した。さらに近隣の産科施設や保健施設とともに、地域周産期セミナーを定期的に開催した。今回我々は、周産期母子サポートチームの立ち上げからの経過を振り返り、その意義について考察した。

【方法】

周産期母子サポートチームを開設した2015年10月から2018年3月までの2年5か月間に活動の成果をまとめた。チームによる介入を行った妊婦は期間中の全分娩数1227人中593人であった。

【結果及び考察】

①産婦人科から精神科へ依頼した妊婦は、サポートチームの介入前の2年5ヵ月では1027人中27人（2.63%）であったが、サポートチームの介入後は1227人中83人（6.76%）と増加した。臨床心理士による産科病棟回診及び面接を行った数は95人であった。②地域周産期セミナーは、4ヵ月間隔で開催しており、これまで8回開催した。参加人数は平均34名、うち学外からは平均6.25人（近隣開業医医師、保健センター及び市役所の保健師）の参加があった。

問診票をもとにチームによるカンファレンスで事前に情報を共有しておくことで、ハイリスク症例に対し必要な時期に適切に介入できるようになった。さらに地域周産期セミナーにより、地域との連携がより深まり、連続性のある周産期支援を行うことができた。

P1-6

当院における周産期母子支援のとりくみ その2

—産後2週間外来について—

酒井 玲子¹⁾、森 稔高²⁾、松岡 絵美³⁾、大脇 佑樹²⁾、
川崎 幸枝⁴⁾、山田 恭聖⁵⁾、若槻 明彦²⁾、兼本 浩祐³⁾

- 1) 愛知医科大学病院 こころのケアセンター
 - 2) 愛知医科大学 産婦人科学講座
 - 3) 愛知医科大学 精神神経科学講座
 - 4) 愛知医科大学病院 看護部
 - 5) 愛知医科大学病院 周産期母子医療センター
-

【目的】

妊娠期から産後は、環境の変化やホルモンのバランスの崩れ等が重なり、精神的に不調をきたしやすい。特に産後は最も危機的な状況に陥りやすいとされているが、本人は自覚がないことも多い。そしてこの時期に適切な介入が成されないまましていると、その後の育児に影響を及ぼすのみでなく、世代を超えて問題が続く場合もある。そのため、A病院では産後2週間外来を開設し、産後の母子を対象に、助産師による授乳・育児相談及び臨床心理士による心理相談を行っている。また希望者には精神科医との面談も設けている。本研究では、A病院での産後2週間外来の取り組みについて報告を行い、その有用性について検討する。

【方法】

当外来を開設した2016年4月から2018年3月の期間に受診した母親66名を対象とし、受診前のアンケートで聴取した受診動機（当外来で相談したい内容）、患者の属性及びエジンバラ産後うつ自己評価票（EPDS）の得点を分析した。

【結果と考察】

受診動機において、授乳が最も高く、次に子どもの発達、産後の身体、産後のこころの順であった。また母親の平均年齢は34.6歳、初産婦54名、精神科既往歴がある人は23名であった。またEPDSについて9点以上の人が38名おり、内心理相談の中で精神科医との面談を希望した人が35名、その後精神科への通院継続となった人が7名みられた。EPDSで特に注意が必要と思われる13点以上の方は17名おり、内11名が項目10の自殺念慮の有無にチェックをつけており、12名に精神科既往歴があった。すなわち、A病院の産後2週間外来を受診した母親は、主に授乳についての相談を希望して来院する人が多いものの、その背景には様々な不安を抱いており、精神的な介入が必要とされた事例も多くあった。これらのことから、助産師と臨床心理士の協働で行う構造は、精神的な不調を抱えながらもその自覚のない母親を早期に必要な支援につなぐ上で有効であると考えられた。

ポスターセッション

P1-7

院内子ども虐待防止チームにおける産科の関わり方

～精神疾患合併妊婦への介入が効果的であった一例を通して～

宇田川 治彦¹⁾、丹羽 隆子²⁾、藪崎 恵子¹⁾、佐藤 泰輔¹⁾、
松岡 知奈¹⁾、山村 倫啓¹⁾、伊藤 由紀¹⁾、梶原 一紘¹⁾、
上出 泰山¹⁾、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) 東京慈恵会医科大学付属病院 患者支援・医療連携センター ソーシャルワーカー室

【目的】

児童虐待は年々増加しており、当院の子ども虐待防止チームへの依頼件数、特に産科からの依頼件数は年々増加している。児童虐待の防止には妊娠期からの切れ目ない支援が重要であると言われており、特定妊婦に産科が中心となり、多職種で連携して支援環境を整えることが重要である。今回、産科が中心となって院内子ども虐待防止チームで連携し、特定妊婦への対応を行うことで、速やかに養育環境を整えることができた症例を報告するとともに、院内子ども虐待防止チームの重要性と産科の関わり方について考察する。

【症例の概要】

30歳代。1妊0産。身体表現性障害の診断で当院精神神経科に通院、内服加療をしていた。妊娠30週より首の痛み、震えといった身体表現性障害による症状が顕在化した。症状、分娩、育児に対する不安が強く、家庭環境が悪いため、産後のサポートが必要と考え、院内子ども虐待防止チームへ依頼した。産前にカンファレンスを行い、病状、家族関係、サポートの状況に関して評価を行い、地域行政介入が必要と判断した。分娩は精神的理由のため無痛分娩を行ったが、分娩停止のため帝王切開となった。産後、うつ症状が強く出現し、精神神経科でうつ病と診断された。産後のカンファレンスでは地域サービスのほかにうつ病に対して訪問看護を導入することによって母体へのサポートを行うとともに、育児困難となった場合に一時保護を含め、児童相談所が速やかに介入できるよう、児童相談所へ状況説明を行い、産後15日目に退院となった。

【結果および考察】

院内子ども虐待防止チームを通じ、分娩前および分娩後に児童相談所を含めた地域行政機関と会議を行うことで、入院中に地域サービスの介入を整備するとともに、患者本人が養育を行っていくうえで困難が生じた場合、児童相談所が速やかに対応できるようにした。児童虐待が発生する前に介入を開始できる唯一の診療科である産科が中心となり、職種を超えて連携することで切れ目ない支援を実現することが児童虐待を未然に防ぐために重要である。

ポスターセッション

P1 – 8

新生児科医による全ての母子に行える心の支援について

北島 博之、白石 淳、村山 歩、小村 檀、小垣 滋豊

大阪急性期・総合医療センター、小児科 新生児科

【背景】

2000年頃より乳幼児虐待の増加と同時にパニック発作を起こす母親や、母子のボンディング障害などの問題が増えている。NICUでは早産で傷ついた母親は、カンガルーケアで癒されて、児へ向かえている。正常分娩で母親の心が必ずしも傷つくわけではないが、母親にPTSDをもたらす分娩があることも確かである。

【目的】

正常産における新生児科医による心の母子支援のあり方を検討する。

【方法】

H30年5月から約1年で約400人の正常新生児を入院時、退院時、2週間に診察し、全ての母親に検診後の説明に次のことを言い添えた。(1) 母親の分娩や行われた処置へのお母さんの頑張りに対して良く頑張られたと労う。(2) 赤ちゃんの一番の能力は、母親の気持ちを感じ取り顔に現すこと。以下のことを父親にも伝えてもらう。(3) 育児の目標は、赤ちゃんの穏やかな顔つきであること。(4) 母親がゆったりできるように、父親に支援をしてもらうこと。(5) 両親ともに「あなたがいてくれて嬉しい」と赤ちゃんに、親離れするまで伝え続けてもらうこと。(6) 家でカンガルーケアを行ってもらうこと。

【結果】

説明の途中、(5) から急に泣かれる母親が14名いた。その母親の背景は、1) 30歳代パニック障害／うつ病(1名は実母と兄のDVによるPTSD)が4名、2) 18～23歳の未婚の若年初産婦4名(学生2名と未受診妊婦2名) 3) 30歳代の無痛分娩が3名 4) 実母との関係性が良くない方が2名、5) 肥満が1名であった。実母との関係性を直接訊けなかったが、推察すると母親自身が「あなたがいてくれて嬉しい」と実母に言って欲しかった方々だと思われた。

【考察】

分娩で母親が傷ついた場合、現場で表現されることは決してない。この母親を癒す方法があるとすれば、全母子に実施されて良いものではないだろうか。今後はこの方々をフォローアップして母子の心の変化を聞き取って行くことが大切だと思われる。

ポスターセッション

P1－9

メンタルヘルスにおける助産師の支援についての検討

石川 洋乃、北堀 昌代

総合病院 聖隷三方原病院 看護部

【目的】

家族形態の多様化や出産後の就業形態などから子供を産み育てる事に困難を感じている社会では、妊産婦メンタルヘルスの問題が生じやすい。そのため、メンタルヘルスにおける助産師の介入時期について検討し、課題を明らかにする。

【方法】

出産予定日が2017年1月～12月の妊婦のうちリスクの高い妊婦（外国人、精神疾患以外の基礎疾患、高度生殖医療による妊娠は除外）35名を対象とし、オプトアウトを行った上での診療録による後方視調査を行った。調査内容は、初産・経産、ハイリスク要因、服薬情報、本人と配偶者や家族を対象とした助産師の面談の介入時期とし、その介入時期の適切性について検討した。

【結果】

総分娩件数は400件。リスクの高い妊婦の割合は35名（8.8%）で初産婦27名、経産婦8名であった。一番多かったハイリスク要因は「身近に支援者・相談者無し」が28名で、次いで「メンタルヘルス受診歴有り」が18名、そのうち精神科薬を服薬していたのは8名であった。助産師の介入時期は、妊娠中が32名、産後が3名。適切な時期に介入ができていなかったのは妊娠中2名と産後3名であった。妊娠中の2名は支援者との関係性がとれていないという情報を得ていたが継続介入ができていなかった1名と、家族背景や被虐待児であった情報がチームに共有されていなかった1名、産後からの介入となった3名は全て里帰り分娩の初産婦で、自宅に戻ってからの育児不安が強かったが妊娠後期の再アセスメントができていなかった。この5名は妊娠中より地域連携が必要であったが介入が遅れた。

【考察】

妊娠経過が順調であっても新たな情報によっては継続介入が必要であること、チームでの情報共有が上手くできないと介入の時期を見逃し混乱を招く恐れがあること、里帰り分娩の場合は里帰り時点での再スクリーニングが必要であることがわかった。妊娠中から情報や支援計画をカンファレンスで共有することが重要である。

ポスターセッション

P1-10

地域周産期母子医療センターにおけるメンタルケア活動の報告 —リエゾン看護師として協働していること—

宇佐美 友紀子¹⁾、林 雅代²⁾、桂木 美江²⁾

1) 武蔵野赤十字病院 外来

2) 武蔵野赤十字病院 地域周産期母子医療センター

【目的】

当院は約600床の病床を持つ総合病院であり、東京都から認定を受け、地域周産期母子医療センター（以下センター）として高度な医療行為を行う施設である。当院は精神科の常勤医師は1名である。日々の診療で多忙なこともあり、2010年以降リエゾン精神専門看護師（以下リエゾン看護師）が職員となってから、外来・入院問わずセンタースタッフとリエゾン看護師1名で、情報を共有しながら周産期患者における精神的ケアについて積極的に相談・協働してきた。

今回、日々のセンターとリエゾン看護師との協働を振り返り、今後の活動の拡大や発展に繋げるため活動報告する。

【方法】

センターとリエゾン看護師による周産期メンタルケアに焦点を当てた活動を振り返る。

【倫理的配慮】

当院看護研究推進委員会の承認を得た（登録番号：N2018-25）

【結果及び考察】

当院は、無床精神科の総合病院のため、精神科医師の人数にも限りがある。そのため、リエゾン看護師は、センターの助産師から患者に対する依頼を直接受け対応している。2017年度の依頼件数は24件（直接介入：19、相談：4、カンファレンス参加：1）だった。直接介入では、精神科の専門の医師の介入が必要だが精神科の診察を強く拒む患者や、自分が育てられるかななどの育児への不安を感じている褥婦、死産を経験した褥婦への面談を中心にしている。また、相談ケースやカンファレンスを通して、助産師が関わる際の対応、具体的な声かけ、チームで統一した関わりが行えるように支援している。また、センターで行われている精神科疾患の勉強会の運営に携わり、助産師が抱える不安を共有しながら、具体的な対応を専門的な知識と技術を踏まえて説明する機会を設けている。更にセンターと地域との連携会に参加し、患者及び家族の精神的サポートの評価と支援方法とともに検討している。

多くのエビデンスから産後数週間から数カ月間は女性の生涯の中で、最も精神障害の発生率が高くなる時期だと言われている。そのため、今後は、周産期医療と精神科医療のつなぐ役割として連携する体制を整備していきたい。そして、今までの協働してきた経験を活かし、院内並びに地域が統一した機能となるよう活動を続けていきたい。

ポスターセッション

P1-11

不妊治療で妊娠した女性の心理的支援への取り組み

福田 純子¹⁾、大川 知子¹⁾、澤野 沙織¹⁾、石上 佳代子¹⁾、
村林 奈緒¹⁾、山口 和香佐¹⁾、俵 史子¹⁾、安田 貴昭²⁾

1) 医療法人社団 俵IVFクリニック

2) 埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック

【目的】

不妊治療専門施設である当院では、妊娠率の向上だけでなく、女性が抱える心理的問題に配慮することも重要であると考え、日々の診療を行っている。当院での先行研究（村林、2018）の結果では、不妊治療により妊娠成立した女性も不妊治療中の女性と同様に不安を有することが明らかとなった。今回、不妊治療による妊娠成立直後の抑うつと不安に対して行った当院の取り組みを報告する。

【方法】

2018年3月から6月に不妊治療により妊娠が成立し、妊娠7週相当になっている女性に対しHADS（Hospital Anxiety and Depression Scale）を実施した。HADS点数の抑うつ・不安のいずれかが8点以上であった症例を介入対象とし、毎週の妊婦健診時に不妊カウンセラーの資格を有する助産師が面接時間を確保するなどの関わりを実施した。

【結果】

妊娠7週でのHADS実施者は172名のうち、今回HADSの結果による介入対象となったのは36名であった。介入対象者の中には、担当するスタッフが介入を必要と感じていない場合もあった。また対象者で過去に精神疾患の既往があったものは1名であった。面接実施回数は平均4回前後、1回の面接時間は平均15分前後、介入を拒否したものは0名であった。対象者で、妊娠11週以降まで当院での管理が可能であった女性にはHADSを再度実施し、個人差はあるものの、その全例で各項目0～8点の点数の下降を認めた。

【考察】

今回の取り組みにおいて、HADSを用いることによって医療者が問題を感じていなかった妊婦の中から介入を必要とする対象者を抽出し、心理的支援を行う契機とすることができた。HADSを用いた抑うつと不安のスクリーニングの意義をあらためて認識できた。また、医療者の主観的な判断だけでなく、客観的な指標があることによって、受診毎の十分な傾聴と保健指導、不妊カウンセリングやメンタルヘルス外来への導入が円滑に進み、個々のニーズに沿った細やかな対応ができたと思われる。妊娠初期からの支援による妊娠中や産褥期の予後改善を目指し、今後も取り組みが必要である。

ポスターセッション

P1－12

ベビー服を作成することによるペリネイタル・ロスに対する意識の変化

大村 友紀恵、山田 真由

富士市立中央病院 看護部

【目的】

2017年より、病棟スタッフ全員で死産で亡くなった児に小さなベビー服の作成に取り組んだ。今回、ベビー服を作成したことでスタッフのペリネイタル・ロスに対する意識がどう変化したかを検討した。

【方法】

2017年4月から2018年3月にA病院B病棟に所属し同意が得られた助産師16名、看護師6名に半構造化面接を行い、逐語録から気持ちの変化が表れている記述を抽出、コード化し、サブカテゴリー、カテゴリーと抽象度を高めて帰納的に分析した。

【結果】

ベビー服作成前のペリネイタル・ロスに対する意識として《知識・経験不足からの困難感》《関わることへのためらい》《行動への葛藤》《意識的な関わり》の4つのカテゴリーが抽出された。ベビー服作成後は《母子にとって大切な出産》《看護者としてできるだけ何かをしてあげたい》《全職種のスタッフで協力できた満足感》《対象と寄り添えた達成感》《以前からの興味》の5つのカテゴリーが抽出された。

【考察】

ベビー服を作成する前のスタッフのペリネイタル・ロスに対する意識は《知識・経験不足からの困難感》や《関わることへのためらい》などネガティブな感情を持っていた。また『何かやりたかったが実際にはできなかったもどかしさ』による《行動への葛藤》を抱いていた。しかしベビー服の作成の取り組みに参加し、患者に積極的に関わるきっかけを持つことで《母子にとって大切な出産》だと考え、さらに《看護者としてできるだけ何かをしてあげたい》というポジティブな意識に変化した。また、助産師・看護師・看護補助者が協力し《全職種のスタッフで協力できた満足感》《対象と寄り添えた達成感》を得ることができた。今回、ベビー服の作成はB病棟のペリネイタル・ロスへの意識を変化させるきっかけとなった。今後の課題は、活動を継続すること、次にペリネイタル・ロスへの意欲をさらに高め、質の向上に繋げていくことである。

ポスターセッション

P1－13

薬剤師による妊婦への服薬面談プロトコールの有用性の検討

川口 寿子¹⁾、南雲 まい¹⁾、影山 名織¹⁾、仁平 陽子¹⁾、
金澤 秀紀¹⁾、齋藤 謙治¹⁾、相川 祐里²⁾、菅野 浩¹⁾

1) 済生会横浜市東部病院 薬剤部

2) 済生会横浜市東部病院 心理室

【目的】

近年、産後うつが社会問題となっており、多くのメディアに取り上げられている。済生会横浜市東部病院（以下、当院）は、神奈川県地域周産期母子医療センターとして多くの妊婦を受け入れている。また、薬剤師が妊婦に関わるために、2017年度より薬剤師による妊婦への服薬面談プロトコールを導入している。服薬面談プロトコールとは、服薬と妊娠・授乳に関する不安をもつ妊婦に薬剤師が外来で服薬面談をすることである。今回、更なる薬剤師の業務効率を図るために、プロトコールを導入した前後でその有用性を検討した。

【方法】

2016年4月から2018年3月の間に当院で分娩し、当院の精神科を併診した患者のうち、プロトコールを導入した2017年4月前後で薬剤師の妊婦への介入率・介入内容を診療録から後方視的に調査した。

【結果】

導入前後での分娩件数は1205件/1150件、当院で分娩し、当院の精神科を併診した患者は26人/34人、薬剤師の妊婦への介入した患者は5人/17人であった。

【考察】

プロトコールを導入したことによって、薬剤師の妊婦への介入率は上昇した。このことは、薬剤師の業務効率をあげ、有用な手段であると示唆された。しかし、導入後であっても、妊婦への介入ができていない症例・出産直前に介入する症例が見受けられたため、今後、プロトコールの内容改善等が課題となった。また、プロトコールの周知を多職種に対して定期的に行うことにより、活用を促す必要がある。

ポスターセッション

P1-14

当事者の視点から考える、周産期、産後の方に対する 精神科治療アドヒアランスの獲得に向けた支援

池北 裕治

株式会社N・フィールド 訪問看護ステーション デューン久留米地域医療連携部

【目的】

周産期医療を中心に児童、精神科医療と各分野が取り組みを進めた結果、早期支援、精神科受診といった成果が得られている。一方で、精神科の治療アドヒアランス獲得の難しさから、治療や服薬の中断が課題となっている。

これらの成果を更に発展的に求めていく為、精神科に特化した訪問看護ステーションに所属する精神保健福祉士として、当事者の立場から、周産期から産後にかけて精神疾患を発症・再発した方の治療アドヒアランスの向上に必要な支援について調査し、検討する。

【方法】

当社訪問看護利用者のうち、妊娠から産後6カ月以内に精神疾患を発症・再発した方を調査対象とした。対象者に調査目的と個人情報取り扱い規定を説明し、文書にて同意を得られた3名に、質問項目に沿って聞き取りを行う半構造化面接によるヒアリング調査を実施。

協力者は一定のアドヒアランスを維持していると推定した上で、調査結果を治療アドヒアランスの促進要因と阻害要因に大別し、フォーマル・インフォーマル問わず、現在受けている種々の支援と重ねて検討した。

【結果及び考察】

アドヒアランスを獲得できている背景には、主治医と治療経過について十分話し合い、今後の見通しを立てられている事、受診時に家族や保育所に子を預けられている事、精神科通院医療費公費負担制度等により経済的不安の緩和が図れている事が確認できた。

促進要因としては、精神科医師を中心に保健師、訪問看護師が家族に対して個別に疾病理解を深め、家族が本人の症状と困難を理解して支える基盤が作られている事が明らかとなった。阻害要因と対応については、乳幼児連れの外出は負担が大きく、自宅で保健師・看護師等が体調や治療経過、薬の副作用、子育てを含めた生活上の不安、精神科受診への葛藤等、様々な場面で情緒的に寄り添って不安を和らげる関りが、孤立の予防と共にアドヒアランスの向上を支持していると考えられる。

ポスターセッション

P1-15

薬物療法中の精神疾患合併妊婦の授乳意思を支持するために ～当院での多職種カンファレンスの試み～

井上 真紀¹⁾、田中 亜由子¹⁾、内山 陽介¹⁾、岡庭 隼¹⁾、
日下田 大輔¹⁾、亀田 高志¹⁾、岩瀬 明¹⁾、高橋 由美子²⁾

1) 群馬大学医学部附属病院 産科婦人科

2) 群馬大学医学部附属病院 精神科神経科

【目的】

薬物療法中の精神疾患合併妊婦においては、可能な限り分娩以前に母乳育児における児へのリスクを十分に理解してもらい、母乳育児の希望を意思決定可能な状態で分娩に臨むことが必要である。また、医療者は分娩以前に妊婦さんの病状や内服薬、授乳意思等の情報を共有した上で育児支援することも重要である。そこで、当院では2017年6月より多職種（産科・精神科・新生児科・薬剤師・ソーシャルワーカー）カンファレンスで授乳方針を相談する制度を導入した。その取り組みと事例を紹介する。

【方法】

期間は2017年6月から2018年6月まで、当院の多職種カンファレンスで授乳方針を議論し、分娩した妊婦さん24症例を対象に、＜母体＞病名、内服薬、継続的な母乳育児の希望、分娩約1ヶ月後の授乳状況・病状を、＜児＞新生児不適応症候群の有無、1ヶ月検診の状態について検討した。

【結果】

＜母体＞単剤内服は9例(38%)、2剤内服は7例(29%)、3剤以上内服は8例(33%)であった。継続的な母乳育児希望のある妊婦さんは14例(58%)であった。全例が分娩までに授乳意思を決定できていた。母乳育児を開始した産婦さんは、母乳が分泌しなかった症例を除き、産後1ヶ月まで母乳育児を継続できていた。産後1ヶ月での母体の病状は、抑鬱状態4%、抑鬱傾向4%、やや不安定13%であった。＜児＞児に新生児不適応症候群を発症したのは2例(8%)であった。1ヶ月検診で異常を指摘された児はいなかった。

【考察】

母乳育児希望のある妊産婦さんが多く、分娩以前に説明の機会を設けることができ、リスクを理解した上で授乳意思を決定できていた。また、医療者は児へのリスクを共有した上で母乳育児を支援することができた。母乳育児を長期的に行った場合のリスクについては明らかでないため、今後も長期的に追跡する必要がある。

ポスターセッション

P1-16

当院のメンタルヘルスケアの現状

岡田 あかね¹⁾²⁾、白土 なほ子²⁾³⁾、宮上 景子²⁾³⁾、坂本 美和²⁾³⁾、
山崎 あや³⁾⁴⁾、佐藤 陽子³⁾⁴⁾、小出 馨子²⁾³⁾、松岡 隆²⁾³⁾、
相良 洋子⁵⁾、関沢 明彦²⁾³⁾

- 1) 荏原病院 産婦人科
 - 2) 昭和大学医学部産婦人科学講座
 - 3) 昭和大学病院
 - 4) 昭和大学 助産学専攻
 - 5) さがらレディースクリニック
-

【目的】

東京都城南地区では分娩取り扱い医療機関と行政（地域保健センターの保健師など）が定期的に連絡会を行い、問題となった事例についての検討や地域の連携についての話し合いの場を設置した。地域のメンタルヘルスケアの体制が及ぼす影響を前向きに調査するため、現時点のケアの状況を評価し、より最適な地域のメンタルヘルスケア体制を構築することを本研究の目的とした。

【方法】

当院で分娩予定の妊婦を対象とした。調査期間は2018年2月～3月の2か月。妊娠初期、中期、後期、分娩時、1か月健診時の計5回、妊婦健診数、分娩数、精神科紹介率、要支援妊婦数、行政への情報提供数、EPDS得点、赤ちゃんへの気持ち質問票（赤）の得点について検討した。

【結果】

2か月での調査数は初期226名、中期203名、後期191名、分娩時184名、産後1か月180名であり、のべ984名の検討を行った。若年妊娠、未入籍、多胎、精神疾患既往など7項目から134名（13.6%）が特定妊婦として抽出された。当院独自の要支援12項目を加えると468名（47%）が抽出された。当院の要支援項目のうち精神的項目の陽性者は116名（11.8%）であった。分娩時、1か月健診時のEPDS9点以上は33名（9.1%）、赤ちゃんへの気持ち質問票3点以上は47名（12.9%）であった。同時期の精神科紹介は新規1名、継続4名、行政情報提供数は新規40名、継続20名であった。

【まとめ】

当院の周産期メンタルヘルスケアにおいて、独自のスクリーニングで約1割が精神的要支援対象者であり、産褥期の調査票においても約1割が高得点であった。特定妊婦を中心に行政紹介者を抽出し約6%に切れ目ない周産期メンタルヘルスケアが行われている実態が明らかになった。今後も連絡会を継続していくことで、行政と医療機関の連携、産科医療機関と精神科医療機関の連携がより緊密になることが期待される。

ポスターセッション

P1-17

全国精神科医向け 女性のライフステージに基づいたうつ病・双極性障害の診療に関するアンケート研究

橘 真澄¹⁾、橋本 佐¹⁾⁸⁾、渡邊 博幸²⁾⁷⁾、田中 麻未³⁾、
佐藤 泰憲⁴⁾、竹内 崇⁵⁾、寺尾 岳⁶⁾、木村 章⁷⁾、神山 昭男⁹⁾、
海老澤 佐知江¹⁰⁾、志津 雄一郎¹¹⁾、長瀬 輝誼¹²⁾、平川 純一¹³⁾、
八田 耕太郎¹⁴⁾、中里 道子¹⁾、伊豫 雅臣¹⁾

- 1) 千葉大学大学院医学研究院 精神医学教室
 - 2) 千葉大学社会精神保健教育研究センター 治療・社会復帰支援研究部門
 - 3) 千葉大学社会精神保健教育研究センター 非行臨床研究部門
 - 4) 慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室
 - 5) 東京医科歯科大学医学部附属病院 精神科
 - 6) 大分大学医学部 精神神経医学講座
 - 7) 学会会 木村病院 精神科
 - 8) さつき会 袖ヶ浦さつき台病院 心療内科・精神科
 - 9) 有楽町桜クリニック
 - 10) アルバ・メンタルクリニック
 - 11) 双和会 志津クリニック
 - 12) 東京愛成会 高月病院 精神科
 - 13) 光生会 平川病院 精神科
 - 14) 順天堂大学医学部・大学院医学研究科 精神医学講座
-

【目的】

本研究では、女性のライフステージにおける診療・薬物治療の実態を把握するため、全国規模で精神科医を対象にアンケート質問紙による調査を行った。

【方法】

全国精神科医を対象に無記名の質問紙を2018年3月14日より配布し同年5月31日まで郵送で回収した。

【結果・考察】

1,414施設に合計4,816部を郵送にて配布し571名（11.9%）の回答を得た。特に妊娠初期から催奇形性リスクの観点より処方を抑えるべきバルプロ酸に関して、有効回答513名中、妊娠期の双極性障害では全く処方しない：387名（75.3%）；あまり処方しない：78名（15.4%）；たまに処方する：31名（6.0%）；よく処方する：16名（3.0%）に対して、妊娠可能年齢に含まれる青年期（18-24歳）の双極性障害においては、有効回答数529名中、全く処方しない：23名（7.5%）；あまり処方しない：69名（22.5%）；たまに処方する：116名（37.8%）；よく処方する：99名（32.2%）と、妊娠可能年齢にある女性のうつ病・双極性障害患者に対してバルプロ酸の処方が控えられていない可能性が示唆された。

P1-18

周産期におけるメンタルヘルスの問題に対する 多職種での母子支援について

山根 謙一、高田 加奈子、香月 大輔、松本 美菜子、山下 洋

九州大学 子どものこころの診療部

【目的】

周産期は生物-心理-社会的各側面で大きな変化が起き、精神疾患の発症率も高い。既往歴がある場合再発リスクはさらに高まる。このため周産期医療における早期発見と予防的介入の取り組みが重視されている。妊娠中からリスク要因を把握しケースに合わせた早期支援を行うことは乳児のより良い育ちを目指すためにも重要である(吉田ら,2017)。しかし、周産期における精神医療が着目されるようになってからの日は浅く、知見の蓄積が望まれる。本発表では当院の産科医師・助産師、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）、当診療部スタッフで構成される母子メンタルヘルスクリニック（以下、MHC）に登録された事例の統計的分析を行い、その意義について考察を行った。

【対象と方法】

MHCは当院産科にて出産予定で、精神科治療経験のある方や問診等から心理社会的問題が懸念される方のうち、承諾を得られた方を対象であり、週1度のカンファレンスで検討した。平成27年1月～平成28年3月にMHC登録があった94名を対象とした。カルテを用いた後方視的調査をし、その結果について検討を行った。

【結果と考察】

対象者(32.3歳,SD=5.97) 中、精神科等受診中63名、既往のある者が22名だった。精神疾患の主診断はF3（気分障害）32名、F4（神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害）32名で6割を超えた。産科受診後、41名が当部を受診した。退院時及び一か月健診時のエジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)と赤ちゃんへの気持ち質問票を検討すると、EPDS平均は退院時10.21(SD=6.40)、一か月健診時9.18(SD=5.49)であり、赤ちゃんへの気持ち質問票平均は退院時2.67(SD=3.03)、一か月健診時2.61(SD=2.37)だった。当部受診の有無により、退院時EPDSにおいて、受診者の平均が12.1と高値であり、非受診者よりも有意に高かった($t(59)=2.0, p<.05$)が、一か月健診時には10.4へ低下した。対象者のほとんどは精神科診断に該当し、半数以上が産後うつ病であった。当部受診者の退院時EPDSが高く、ハイリスク・ケースが受診へとつながっていたことが示された。1か月後にはEPDSの値は低下しており、専門的に精神面のフォローを受ける体制にあったことが功を奏したと考えられた。

ポスターセッション

P1-19

当院の膠原病母性外来における周産期メンタルヘルス支援の必要性 ～膠原病母性外来・産科外来・リエゾンナースの連携システム～

宮田 郁¹⁾、大門 篤史²⁾、中村 英里³⁾、布出 実紗²⁾、永易 洋子²⁾、
平松 ゆり³⁾、佐野 匠²⁾、藤田 太輔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

3) 大阪医科大学内科学（Ⅳ）教室

【目的】

近年、内科の慢性疾患を持つ女性の妊娠前から産後までを支援する母性内科分野が注目されている。当院には、主に膠原病の女性を妊娠前から妊娠計画を立て、妊娠中、また産後1～2年程度（次子妊娠計画を含む）を診る膠原病母性外来（以下母性外来）がある。この外来の患者の心理支援については妊娠後に産科外来でリエゾン精神看護専門看護師（以下リエゾンナース）が必要時に行うようにしていた。しかし今回、産後1ヶ月以上経過してから急激に精神状態が悪化した症例を経験したこと、母性外来医師が産後に精神面が不安定になる患者が多いとの言葉から、心理支援システムを見直した。今回、そのシステムを事例を通して意義を検討する。

【取組み】

母性外来とリエゾンナースの連携の見直しは、まず、可能な限り母性外来で陪席し、患者にリエゾンナースの存在を伝え、相談しやすい体制を整えた。妊娠後から産後1ヶ月はメンタルヘルススクリーニングシステムを活用して精神面のアセスメントを行い、1ヶ月健診以降は母性外来に通院になるため、継続的な心理支援が可能となる。さらに、流死産などの経験から妊娠前に何等かの介入が必要な場合も、プレコンセプション外来（リエゾンナースも担当）に繋ぐことができ、様々な視点での心理支援ができる。

【結果及び考察】

母性外来で診る疾患の中には、不育症の原因となり流死産を繰り返すものもある。流死産は曖昧な喪失体験となり複雑性悲嘆に陥る可能性が高い。また、周産期のストレスから症状の悪化を来しステロイドを増量するなど、精神面に影響を及ぼす場合も少なくない。その他にもリエゾンナースが直接面談を行った症例では、自身の身体疾患のコントロールに一生懸命で赤ちゃんのことを考えてあげられなかった、子どもがほしいという思いと妊娠そのものが怖いという両価的な感情の中で揺れ動くなどの語りもあった。これらのことから、母性外来における心理支援は重要であり、今後、介入症例を重ねながら必要な心理支援を検討していく必要がある。

ポスターセッション

P1 – 20

カナダアルバータ州における妊産婦の心理社会的課題とケア体制

相馬 深輝

札幌医科大学 助産学専攻科

【目的】

カナダアルバータ州における妊産婦の心理社会的課題とケア体制について報告する。

【方法】

2018年3月5～16日の約2週間、アルバータ大学で研修した。アルバータ大学附属病院、バースセンター、アルバータ州助産師協会を訪問し、現地スタッフと意見交換の機会を得た。

【結果及び考察】

カナダでは高齢妊婦、若年妊婦、未婚妊婦が年々増加しており、日本と類似した課題を抱えていた。さらに少数のケースではあるが、妊婦の喫煙やアルコール摂取も大きな課題で、胎児虐待の視点からも注目されており、それに応じたピアグループやプログラムがあった。特に家族を対象としたFamily Focus Approachが積極的に導入されており、オープンな家族コミュニケーションを効果的なケアの一つとして、妊産婦が自分の状態を家族や医療者に話せる環境作りや、問題を抱える家族同士が対話して思いを吐露し共有できる場を大切にしていた。そしてケアに関わるメディカルスタッフ（医師、看護師、助産師、作業療法士、心理士、ソーシャルワーカー）がチームとなり支援体制を構築していた。このような家族を中心とした支援の背景には、カナダの医療全体がホームケアを重んじていることにもある。周産期ケアも、助産師が経営するバースセンターで妊娠経過をフォローされ、分娩後は程なく自宅へ戻るため、在宅での家族との生活に対する支援に重点が置かれている。周産期メンタルヘルスケアにおいて、信頼できる周囲の人々から複合的に提供されるとき、有益なサポートになることから(松平, 2015)、妊婦を取り巻く家族を中心としたサポートをより強化する取り組みは非常に重要であると考える。

ポスターセッション

P1-21

心理・社会的リスクファクターを持った妊婦への支援 第2報 — 地域連携の実態 —

公文 典子¹⁾、北村 恵美子¹⁾、川村 美保¹⁾、谷内 彩乃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】

当院は精神科を併設しており、精神疾患合併妊婦の受診が多いことが特徴となっている。助産外来では、心理・社会的リスクファクターを持った妊婦をフォローアップ妊婦と名づけ、妊娠各期における他職種連携及び看護アプローチをシステム化した。今回、当院におけるフォローアップ妊婦の地域連携の実態を報告する。

【方法】

平成25年4月から平成30年3月までのフォローアップ妊婦の地域連携の実態をカルテから調査した。

【結果及び考察】

5年間で助産外来が対応したフォローアップ妊婦は、285名で分娩件数の23.3%であった。精神疾患合併妊婦は189名(66.3%)であった。

妊娠期から地域連携した妊婦は193名(67.7%)で、産褥期の連携は285名(100%)であった。連携の方法は、情報提供用紙と「育児支援アセスメントデータベース」と名付けた独自の情報収集用紙による情報共有、電話、市町村との定例会、ケース会議であった。また、3年前の虐待死亡例をきっかけに虐待防止対策委員会が改組され、ファミリーサポート委員会及び実働するファミリーサポートチーム会が設置され、メンバーの助産師はフォローアップ妊婦の情報を提供している。ファミリーサポートチーム会は児童相談所の職員も参加しており地域連携の一端を担っている。

ケース会議を行った妊婦は5年間で41名(14.3%)、複数回の会議を要した妊婦は14名であり、最多は4回であった。妊婦は全て複数のリスク因子を有しており、精神疾患合併と支援者不足がそれぞれ35名と多く、次いで離婚歴、未婚、経済的困窮者であった。

平成29年、妊婦のかかりつけ精神病院で開催されたケース会議では、妊婦を取り巻く地域の保健師や医師のサポートの実際に触れる機会となり、今後のケース会議のあり方の一助となった。

これからも、産科、小児科、精神科及び自治体の他職種の連携のあり方を検討強化し、妊婦とその家族が安心して育児ができる環境を支援していきたい。

P1－22

精神科診療所で行う地域内周産期メンタルヘルス連携について

武田 直己¹⁾、窪谷 潔²⁾、藤村 尚代³⁾、胡内 敦司⁴⁾

1) 医療法人社団翠松会 たけだメンタルクリニック

2) 医療法人社団 窪谷産婦人科

3) 松戸市立総合医療センター産婦人科

4) 松戸市総合政策部兼子ども部兼教育委員会学校教育部 審議監

【目的】

地域特性に鑑みた地域内周産期メンタルヘルス連携のありかた及び今後の課題について、我々の実践を元に報告する。

【結果・考察】

当院は圏内人口が100万人を超える千葉県東葛北部医療圏に位置している。この地域の1つの課題として、精神科病床を有する総合病院が無いことから、以前より産婦人科と精神科の連携が十分に機能しているとは言い難かった。精神症状が著しくなった妊産婦は他の医療圏にある総合病院に依頼されてきたのが実情である。しかし松戸市の研修事業を契機に、地域内でできることは可能な限り対応していこうという機運が高まり、精神科診療所の医師が特定妊婦に積極的に対応している産婦人科と連携して、周産期メンタルヘルスに積極的に関わるようになった。

本発表では当該地域の取り組みの実践を報告する。さらに今年4月の診療報酬改正に伴い新たに設けられた「ハイリスク妊産婦連携指導料」を踏まえ、精神科と産婦人科に加えて行政機関と連携した枠組みを立ち上げた、その実際について報告する。また、この取り組みから見えてきた今後の課題についても報告する。

ポスターセッション

P1-23

周産期メンタルヘルスを支える精神科連携について ～「こどもかんふぁ」での取り組み～

小堀 福子¹⁾、山本 加奈子¹⁾、牧田 ゆかり²⁾、加藤 文穂²⁾、
有賀 明子³⁾、百瀬 崇子³⁾、橋爪 尚子⁴⁾、藤澤 由香⁴⁾、
唐澤 佐紀子⁵⁾、富澤 亜由美⁵⁾

- 1) 信州大学医学部附属病院 医療福祉支援センター
 - 2) 信州大学医学部附属病院 南4階病棟
 - 3) 丸の内病院
 - 4) 松本市立病院
 - 5) 横西産婦人科
-

【目的】

「こどもかんふぁ」は松本医療圏における子育て支援体制の充実、周産期からの虐待予防を目的として、分娩医療機関、行政、乳児院、保健福祉事務所等の保健師、助産師、看護師、医療ソーシャルワーカー、保育士等が月1回集まり、顔のみえる連携、現状や課題を共通認識として持ちながら、事例検討、共通スクリーニングシートの作成、ネットワークづくり等の活動を平成19年から行ってきた。近年周産期うつ、精神疾患既往の妊産婦への対応についての課題が多く聞かれたため、周産期メンタルヘルスを取り上げ活動したことを報告する。

【方法】

「こどもかんふぁ」内で周産期メンタルヘルスに対する認識及び精神科との連携の現状・課題について意見交換、事例検討、グループワークを行った。

【結果及び実践】

精神科のない分娩医療機関や新生児訪問をした保健師が産後うつと思われる産婦等を精神科受診につなげる方法が見いだせない、精神疾患のある母親が出産後児を育てていくにあたり精神科医師としてどのような見通しを持っているか情報が得られないといった課題が出された。

これらの課題に対応するための方策を検討し、精神科医師による講演会の開催（周産期メンタルヘルスに関する精神科領域の現状、事例等）、保健福祉事務所主催の精神保健研究会（母子関係事例）に参加、「こどもかんふぁ」主催のシンポジウムにて周産期メンタルヘルス学会理事による母子保健と精神保健の連携・協働の講演会を開催した。

【考察】

これらの活動を通じて精神科医療分野の体制、状況を学び理解した上で、連携の必要性を再認識した。また他県での取り組み、具体的なモデルを知る機会を得た。今後は実践的な周産期メンタルヘルスのネットワークを構築するために、専門機関、専門職が交わる機会を持ち、検討、協議する場が必要と考える。

ポスターセッション

P1－24

周産期からの児童虐待予防のための 保健医療福祉ネットワーク事業の3年間の評価

小野 聡枝¹⁾、堀 弘子²⁾、新井 陽子³⁾

1) 神奈川県厚木保健福祉事務所大和センター

2) 神奈川県結核予防会

3) 北里大学看護学部生涯発達看護学

【目的】

平成25年度より、周産期からの児童虐待予防を目的にリスクアセスメントシート（以下、シート）を活用して当該地域保健医療福祉のネットワークの構築に取り組んできた。本事業施行後、3年間の評価を行うために関係機関へのヒアリング及びアンケート調査を実施した。今回はアンケート調査の結果を分析したので報告する。

【方法】

対象：分娩取扱医療機関（以下、産科）7機関51人、市町村母子保健担当部署（以下、母子保健）51人・要保護児童等対策地域協議会担当部署（以下、要対協）39人 期間：平成28年9月～10月 方法：自記式質問用紙によるアンケート 内容：①産科と市町村との連携②機関内他部署との連携③児童虐待予防への意識④特定妊婦への意識⑤当事業の児童虐待予防への貢献⑥今後の保健福祉事務所の役割等

【結果】

1 事業実施状況 シート活用数：平成25年度20件、26年度63件、27年度86件の計169件 シートを活用した産科数：平成25年度3、26年度3、27年度5。2 アンケート調査結果①産科と市町村との連携：「取りやすくなった」産科56.9%、母子保健53.8%。②機関内他部署との連携：「取りやすくなった」産科43.1%、母子保健43.6%。③児童虐待予防への意識：「大いに高まった」「高まった」産科13.7%、72.5%、母子保健12.8%、46.2%。⑤当事業の児童虐待予防への貢献：「大いに思う」「思う」産科7.8%、82.4%、母子保健5.1%、53.8%。

【考察】

産科の児童虐待予防・特定妊婦への意識が高まり、その結果、シート活用数、活用産科数は年々増加した。共通シートによる情報共有等で、産科、母子保健は相互に連携が取りやすくなった。当事業が産科と母子保健をつなぎ、当所が果たしたシステムづくりの役割は大きい。また、産科は当事業が児童虐待予防へ貢献したと答えており、産科での早期探知が地域の早期支援につながる大きな要因になっていると考えられる。以上のことから、本事業によるネットワーク構築が児童虐待予防に貢献できている可能性が示唆された。

ポスターセッション

P1 – 25

妊婦の初回面接における語りの分析

—産後うつスクリーニングを運用した初年度の活動をもとに—

佐々木 茜¹⁾、千葉 浩太郎¹⁾、佐々木 暁子¹⁾、菅野 りつ子²⁾、
佐々木 恵³⁾

1) 石巻赤十字病院 医療技術部 医療技術課 臨床心理係

2) 石巻赤十字病院 看護部

3) 神奈川県立こども医療センター 産婦人科

【目的】

2017年6月より石巻赤十字病院産科では、エジンバラ自己評価式抑うつ尺度(以下, EPDS)を用いたスクリーニングが開始となった。EPDSが9点以上もしくは10番の項目に加点がある妊婦(以下, スクリーニング対象者)に心理士が介入し, 心理面の評価, フォローを行っている。本研究ではスクリーニングの運用を開始した初年度において, 心理士が介入したスクリーニング対象者が初回面接内で語った内容について分析を行い, どのようなカテゴリが抽出できるかを検討した。

【方法】

2017年6月～2018年3月までに当院産科の初診時にスクリーニング対象者となり, 心理士が介入した妊婦38名(平均妊娠14週(11～31週))を対象にした。臨床心理士2名および臨床発達心理士1名でKJ法(川喜田, 1967, 1970)を用いて分析を行った。なお, 本研究は筆者の所属機関の倫理委員会で承認を得て行った。

【結果と考察】

語りの内容を分類した結果, 《妊娠・出産に関連した不安》, 《日常生活の心配》, 《心理的リスクの評価》の3つのカテゴリが抽出された。これらのカテゴリから初回面接では, 妊娠・出産への気がかりや, 妊婦本人が置かれている日常生活の環境に加え, 妊婦の精神症状や個人の性格といった心理的リスクの要因も踏まえて評価する必要がある, そのためにも広い聴取が重要になると考えられる。

本研究ではスクリーニング対象者の中で心理面接に同意した妊婦のみを対象としたために, 分析対象者数が少なかった。そのため本研究で得られた知見を一般化することには限界があると考えられる。

本研究では初回面接で語られたカテゴリを抽出したが, 心理士の具体的な介入方法の検討まではできなかった。そのため本研究で得られた知見をもとに妊婦への介入方法を検討する必要がある。

ポスターセッション

P1-26

妊娠期に出生後の児の治療等の情報を得たハイリスク妊婦の思いと看護者のケアリング行動

和田 亜沙実、香月 知美

地方独立行政法人 静岡県立病院機構 静岡県立こども病院 産科病棟

【目的】

A 周産期センターで早産となった産婦から早産となる前の思いと看護者のケアリング行動を明らかにする。

【方法】

A 周産期センターで早産に関するインフォームド・コンセント（以下I・Cとする）を受けた後に早産となった産婦5名に半構造化面接を行った。面接で得られたデータから逐語録を作成し、KJ法による質的内容分析を行った。

【結果】

妊婦の思いは11カテゴリー、（安心感）（覚悟）（混乱）（絶望）（不安）（自責の念）（期待）（恐怖）（葛藤）（衝撃）（家族の支え）に分類された。看護者のケアリング行動は5カテゴリーに分類され、（傾聴）（声かけ）（寄り添い）（家族との時間の保障）（ペリネイタルビジットの効果が得られるような配慮）であった。

【考察】

早産という危機的状況に直面した妊婦は、（絶望）（不安）（自責の念）（衝撃）（混乱）などの心の動きの中でI・Cを受けるため、（ペリネイタルビジットの効果が得られるような配慮）が必要である。I・Cにより、（安心感）や（期待）を得られる場合もあるが、（不安）がなくなることはないため、（傾聴）（声かけ）（寄り添い）（家族との時間の保障）といったケアリングが求められる。ケアリングによって、早産での出産に対する妊婦の（不安）や（葛藤）が軽減され、（安心感）や（覚悟）をもって出産に臨むことができると考えられた。

ハイリスク妊婦にとって、看護者の存在や一つ一つのケアリングが重要な意味を持つことが示された。妊婦の思いを看護者が受け止め、ケアリングの意味・効果を再認識し今後の看護に活かしていくことが重要であると示唆された。

ポスターセッション

P1-27

出産後の新生児搬送のために母子分離となった母親の気持ち

山崎 まゆみ¹⁾、孫田 路子²⁾、株崎 雅子¹⁾

1) 埼玉県立小児医療センター NICU

2) 埼玉県立小児医療センター GCU

【目的】

A病院NICUでは、院外からの新生児搬送依頼に対応して、全搬送にA病院NICUの医師と看護師が同行している。新生児搬送により母子分離となる母親への対応は、同行看護師に委ねられる。母親の気持ちに寄り添ったケアを考えるため、母子分離となった母親の気持ちを明らかにすることとした。

【方法】

1.調査期間:2017年12月から2018年1月

2.対象:院外出生でA病院NICUスタッフが新生児搬送を行った子どもの母親。

3.方法

1)独自に作成したインタビューガイドを用いて半構成的面接法を用いたインタビューの実施。時間は原則30分～1時間とし、出産前・新生児搬送まで・初回面会まで・初回面会後のそれぞれの場面での母親の気持ちを聞く。

2)分析方法:面接の内容をICレコーダーで録音し逐語録を作成。各場面の母親の気持ちを抽出しカテゴリー化する。

4.倫理的配慮

対象者に研究の目的・プライバシーの保護・不参加により不利益が生じない事、また個人が特定されないように配慮することを説明した。インタビューで得られた情報は研究以外では使用しないこと、研究終了後はデータを破棄する事を説明し同意を得た。

【結果及び考察】

研究対象者は5名。全場面において、抽出コードは118個、カテゴリーは65個に分類された。不安の要素を含むカテゴリーは18個あり、その要因は多岐にわたった。出産後の不安は、子どもに対することが多いと考えていたが、出産直後では母親の体調など母親自身に関する気持ちが先行しており体調回復と共に子どもへの不安へ変化していた。

新生児搬送後の母子分離をきっかけに母親の気持ちは、ポジティブなものやネガティブなものなど数多く出現していた。母親が抱くネガティブな気持ちは、父親や家族・医療者の支援によりポジティブな気持ちへと変化していた。

今回明らかになった母親の気持ちを、今後の新生児搬送時の母親へのケアや家族支援へ活かしたい。

P1-28

死産・新生児死亡により子どもを亡くした父親の体験

—妻の妊娠期から現在に至るまでの父親の語り—

西山 ひかり¹⁾、池内 和代²⁾

1) 高知県・高知市病院企業団高知医療センター 看護局 すこやかB病棟

2) 高知大学教育研究部 医療学系看護学部門

【目的】

死産・新生児死亡により子どもを亡くした父親が、妻の妊娠期間から現在に至るまで子どものことをどのように思い、親として、夫として、個としてどのような体験をしてきたかを明らかにすることである。

【方法】

研究デザインは、グランデッド・セオリーに基づいて死産・死亡により我が子を亡くした父親の語りを分析した質的記述的研究である。対象者は、死産・新生児死亡により子どもを亡くした父親自らの意志で語ることと決定し、研究協力の承諾を得られた7名とした。構造化面接と半構造化面接を行い、妻の妊娠期から現在に至るまでを時系列に沿って語って頂いた後、逐語録を作成し、データとした。そして、全事例を通して、コードの意味内容の類似性と際に基づき分類・整理し、抽象化を進めてコアカテゴリーを抽出した。

【結果】

抽出された体験は、妻の妊娠期、子どもの死がわかった時から子どもを火葬するまで、子どもを火葬した後から現在に至るまでの3時相に分かれ、6つのコアカテゴリーで形成された。体験の内容は、『子どもの父親になろうとする』、『子どもの死への衝撃を受ける』、『子どもの生と共に死を実感する』、『家族・社会とのかかわりの中で子どもと共に日常生活を生きる』、『子どもを守れなかったことを申し訳ないと思う』、『妻を支える』であった。

【考察】

死産・新生児死亡により子どもを亡くした父親は、実際に子どもと共に生活している父親と同様に子どもの父親になろうとする準備をしていたからこそ、『子ども死への衝撃を受ける』体験をしていたと考える。そして、生まれてきた我が子と共に過ごす時間を通して父親は子どもの生を実感し、それと同時に子どもの死を実感する体験をしていた。父親にとって『子ども生と共に死を実感する』体験をしたことは、子どもが亡くなった後も子どもが傍にいと自然に感じることで重要なものであり、親・夫・個としての価値観の変容や成長・発達に影響を及ぼしていたと考える。

P1 – 29

人工妊娠中絶をした女性たちが罪悪感を強める要因となった 他者からの中絶罪悪視的な言動

遠見 才希子、大谷 保和、森田 展彰、斎藤 環

筑波大学大学院 人間総合科学研究科 ヒューマン・ケア科学専攻 社会精神保健学分野

【目的】

人工妊娠中絶（以下、中絶）に対するタブー視や罪悪視は中絶をした女性にスティグマを負わせると指摘されている。本研究は、中絶をした女性の心情や他者から向けられた中絶罪悪視的な言動の実態を明らかにすることで、中絶に関するケアの向上を推進するうえでの問題点を検討することを目的とした。

【方法】

過去に中絶をした経験のある女性4名を対象に、インタビューガイドに基づいて個別にそれぞれ約60分間の半構造化面接を行った。逐語録を作成しコーディングを行い、質的分析を行った。なお、本調査は、筑波大学医の倫理委員会の承認を得て行った。

【結果】

中絶をした女性はいずれも罪悪感を強く感じていた。中絶罪悪視的と感じた言動は、友人や知人からだけでなく、インターネット上の書き込みや、受診した医療機関の医療従事者からも受けていた。中絶罪悪視的な言動の要因として、（1）中絶に対する因習的価値観（2）性規範意識（3）生命倫理観（4）中絶神話（5）ジェンダー問題（6）医療機関における問題の6つのカテゴリーが抽出された。中絶をした女性が他者から向けられた言動としては、友人から「水子供養をしなければならない」「呪われる」と言われた、医師から「中絶をしたら妊娠できない体になる」と言われた、インターネット上の掲示板に「人殺し」と書かれた、などが挙げられた。

【考察】

中絶をした女性は、周囲の知人、友人からだけでなく、インターネット上や医療機関においても中絶罪悪視的な言動を向けられたと感じていた。中絶をする女性に適切なケアが提供されるためには、医療従事者を中心に周囲の人々が、中絶をする女性の心情やニーズを理解していくことの必要性が示唆された。

ポスターセッション

P1 – 30

未受診で出産した10代女性の体験と サポートの必要性についての検討

中野 美穂

東京慈恵会医科大学 医学部看護学科

【目的】

未受診で出産した10代女性の妊娠中から出産までの体験を明らかにし、サポートの必要性を検討する。

【方法】

未受診で出産に至った10代女性4名に妊娠中から出産までの体験とそのときの想いを中心に半構造化面接を行い、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて質的に分析した。

【結果】

対象者の平均年齢は17.8歳で、全員が初産であり、身体的変化により妊娠に気づいた2名（妊娠の自覚あり群）と、分娩まで妊娠に気づかなかった2名（妊娠の自覚なし群）に分けられた。妊娠の自覚あり群は『身体的変化によって気づく妊娠』を感じながらも『親への後ろめたさ』『出産を反対されることへの防御』が家族への告知や相談を妨げていた。妊娠中、唯一の頼りはスマホであり『アプリやネットを駆使した情報収集』によって分娩時期を予測し、『出産費用の準備』のためにバイトを始めるなど行動を起こし、精神面、経済面でも準備をしていた。その反面、『児の成長に対する心配』『近づく出産への恐怖』を感じながら過ごしていた。陣痛の開始等により『親へ知らせざるを得ない状況』となり、出産に至った。一方、妊娠の自覚なし群は両親とは疎遠で、社会との関係性も希薄であり、『生活の中で感じる孤独感』を体験していた。月経の停止に対し、『自分の身体に対する関心の低さ』『知識の乏しさ』が妊娠への気づきを遅らせていた。『分娩により初めて気づく妊娠』と同時に『生まれた児の対処への迷い』を体験し、自身に起こった出来事を理解できないまま、『頼れる人の不在』から時間が経過してから病院へ入院した。

【考察】

対象者の唯一の情報源はネットであったが、未受診であることの危険性や出産後の応急処置などを提供しているサイトは少なく、学校の性教育ではこの状況に対応できる知識には遠く及ばない。妊娠中あるいは出産後に誰かに助けを求める勇気が昨今問題となっている新生児遺棄との境界とではないかと考える。対象者は『強引にでも病院へ付き添ってくれる存在』が欲しかったと振り返っている。その存在になれるのが助産師であると考えている。声を出せない対象者が自身と児の生命を守るため正しい知識を得られる手段、支援者とつながるためのサポート窓口や支援の在り方を検討する必要性が示唆された。

P1－31

精神疾患を有しながら子育てをする女性の経験

— 当事者の語りの分析 —

木下 真緒¹⁾、廣田 美里²⁾、藤本 浩一²⁾

1) 神戸大学大学院 保健学研究科 博士前期課程

2) 神戸大学大学院 保健学研究科

【目的】

精神疾患を有しながら子育てをする女性の経験を、当事者の語りから明らかにし、保健医療職者の支援への示唆を得ることを目的とした。

【方法】

研究デザインは事例研究とした。精神疾患を有しながら育児を経験した女性に半構造化面接を実施し、質的記述的方法を用いて分析した。

【結果および考察】

対象者は2名であった。10代で双極性障害を発症したAさんは、“常にしんどい”日々の中で母乳育児を継続したいと強く思い、自分自身の不調に気付かず無我夢中で育児を頑張り、無理をしてまで母乳育児にこだわった。その結果、不眠が続き、産後3ヶ月で精神科入院に至った。約4ヶ月の入院の後、薬を飲んでしっかり睡眠をとる、というこれまでAさんが大切にしてきたことを取り戻した。自ら保健師に電話で育児相談をしたり、子育てに関する資源を調べて活用したり、家族のサポートを得ながら自分なりに子育てをする、という経験をしていた。

一方、Bさんは第三子出産後3ヶ月で双極性障害を発症し精神科病棟に入院した。退院時、“家に帰ったら育児ができる”と思っていたが、実際は自分を見て泣くわが子に、どうしてよいかわからなくなったり、また、内服の影響で頭がぼーっとして何も手につかなかったり、と思うように育児ができず無力感を抱いた。主治医から家族に対して病気の説明は行われたが、家族は退院したらBさんの病気は治ったものと認識し、Bさんが思うように育児できずにいると、“怠けている”とBさんを責めた。Bさんは外来で主治医に相談するしか窓口はなく、つらい気持ちを一人で抱え込む、という経験をしていた。

対象者の語りの分析から、産後は患者の心理面や睡眠状況の変化に注意が必要であるが、患者自身が不調を自覚することは難しいため、患者や家族にそのことを説明し、理解を促すとともに、相談窓口を明らかにし、育児期にも積極的介入を提案していくことが重要と考えられた。

P1－32

統合失調症の女性が自分なりに子どもと過ごせるようになるプロセス

柳 さおり¹⁾、西村 明子²⁾

1) 兵庫医科大学病院

2) 兵庫医療大学 看護学研究科

【目的】

統合失調症合併妊婦は養育能力が低く、虐待のハイリスク群であるとも指摘されており、母親役割獲得が阻害されやすい。そこで、統合失調症の女性が母親役割を獲得するプロセスについて明らかにする。

【方法】

2017年5月～11月の期間に、A大学病院の精神科外来に通院する産後1年から3年の統合失調症の母親8名に半構成的面接を実施した。分析には、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。また、本研究の実施にあたり兵庫医療大学倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】

対象者の年齢は、40代3名、30代2名、20代2名、未回答1名で、分娩歴は初産婦3名、経産婦5名であった。また、全員が胎児の父親と婚姻関係にあり、インタビューの時点までに婚姻形態が変化した者はいなかった。以下に、《 》でカテゴリーを示し、全体のプロセスを説明する。

統合失調症の女性は妊娠判明時から《お腹の子は愛おしい存在》と我が子を認識しており、《薬は胎児に悪影響》であると心配する。出産し、母子分離となる期間も我が子は《私に面倒をかけない良い子》であり、母乳育児を断念する経験をして《母乳育児へのやり場のない思い》を抱いても対児感情は肯定的なまま変化しない。だが、実際に育児が始まると《育児の壁に直面》する。加えて、自分自身は《病状コントロールは必須》という認識であり、育児よりも睡眠や休息を優先させたいと考えた結果、どうにかして我が子を自分のもとから遠ざけようとする。そのため、時には我が子の絶命願望を抱くなど、《子どもが消え去ることを切望》する。しかし、妊娠期からの《ありとあらゆる支援が抛りどころ》となり、《子どもが成長する》。子どもが成長することで、利用できる社会資源が増え、我が子との相互作用も明確なものとなって関係性が変化するため、再び我が子に肯定的な思いを抱くことができるようになり《自分なりに子どもと過ごす》段階へ至っていた。

【考察】

統合失調症は若年で発症しやすく、母親たちは全員が妊娠前からの発症であった。そのため、母親たちは支援を受けることに慣れていたと考えられ、このことは肯定的に支援を受容する要因であったと推察できる。継続した支援は、妊娠中から母子の絆を育むだけでなく、我が子に対する否定的な思いを肯定的に変化させるため、これらが供給されるような方針を確立することが重要である。

P1－33

精神疾患を有する妊産婦の母乳育児における意思決定の過程

新井田 かおり¹⁾、鎌田 展子¹⁾、梶田 リカ²⁾

1) 北海道大学病院 産科・周産母子センター

2) 北海道大学病院 婦人科

【目的】

向精神薬を内服している精神疾患を有する妊産婦の母乳育児の意思決定の過程を明らかにすること。

【方法】

向精神薬を内服し病状が安定している4事例が対象。妊娠期から産後1か月までの母乳育児の意向など電子カルテよりデータ収集を行った。分析は、周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド2017に表記されているガイドラインCQ7 向精神薬の母乳育児の影響に関する3項目をもとに①医療者の支援の状況②児の状況③授乳婦の状況に分類・分析した。

【結果】

A氏(30歳代統合失調症)は母乳育児の希望があったが、妊娠後期の病状悪化により精神科医と助産師、本人、夫、義母と話し合い断乳を選択した。産後に再度希望があったが、体調を維持していく大切さを話し合い再び断乳を選択した。B氏(40歳代統合失調症)は母乳育児を希望し産後3日目まで自ら睡眠導入剤を内服せずに夜間も搾乳し、病状悪化が懸念された。産科医と精神科医、助産師で検討し休息の必要性があると判断し、本人と話し合い産後1か月でも母乳育児を継続できた。C氏(30歳代うつ病)D氏(40歳代抑うつ障害)は、未婚の妊娠で愛着が持てずにいた。助産師が中心となり、家族や地域へ働きかけ育児環境を整え、愛着が徐々に形成され母乳育児を希望した。C氏は分泌が良好だったが、退院後に夜間の児の泣きが強く疲労が増強し、地域の保健師の促しで断乳を選択した。D氏は分泌過少で自信喪失していたが、助産師の支持的な関りにより前向きに育児を行えた。

【考察】

①母乳育児の意向があっても、妊娠・出産の経過や病状、支援状況、乳房や児の状況により、気持ちは揺れ動くことがわかった。②母乳からの移行や断乳での離脱症状など薬剤の児への影響も考慮が必要である。③母乳育児が負担でも自ら止めるという判断は難しく、退院後も継続的支援が必要である。④母乳分泌過少や断乳時は、今できていることを伝え自己肯定感を持てるよう関わる大切である。

P1-34

周産期看護における技術的な指導の満足度と一般的な看護ケアの満足度の関係

小林 美記、新津 美晴、田中 しのぶ、深町 京子

佐久総合病院 佐久医療センター、看護部

【目的】

96%の妊婦が母乳育児支援を望むものの、実際の母乳栄養率は5割超である。本報告は、入院中に受けた母乳育児の技術的な指導の満足度と、一般的な看護ケアの満足度の関連を明らかにする。

【方法】

2015年1～6月に当院で出産した母親を対象とし、無記名の自記式半構造化質問紙による調査を行った。主な調査項目は背景情報、母乳育児支援に対する満足度、一般的な看護ケアに対する満足度等で、満足度は4段階のリッカートスケールを用いた。

【結果】

対象390人中173人（回答率44%）から回答を得た。入院中に受けた母乳育児の技術的な指導と一般的な看護ケアにほとんどの母親が「満足している」「どちらかといえば満足」と回答していた。しかし、技術的な指導に関する項目で「不満足」「どちらかといえば不満足」と回答した母親は、一般的な看護ケアにたいしても「不満足」「どちらかといえば不満足」と回答する傾向は強かった。自由記載には、満足と回答している母親は記載がないか感謝の言葉が書かれている一方、不満と回答している母親は、スタッフによる指導の違い、スタッフ間の伝達不足への指摘、経産婦への指導が少ないことへの不満、等を記載していた。

【考察】

周産期看護、特に初産婦に対しては技術的な指導は重要である。しかし、本研究では技術的な指導に対する満足度と一般的な看護ケアへの満足度は関連しており、初経産に関係なく、不満を持つ母親は複数のさまざまな不満事項を抱えていると考えられる。周産期看護における母児への看護サービスに対する満足度を向上させるためには、技術的な指導だけでなく、周産期看護に特化しない総合的な看護の問題も解決していくことが必要である。

P1－35

周産期看護における母親の満足度と影響を与える要因の検討

新津 美晴、小林 美記、田中 しのぶ、深町 京子

佐久総合病院 佐久医療センター、看護部

【目的】

96%の妊婦が母乳育児支援を望むものの、実際の母乳栄養率は5割超である。本研究は、入院中に受けた母乳育児支援に対する満足度と影響を及ぼす背景因子を明らかにすることを目的とする。

【方法】

2015年1～6月に当院で出産した母親を対象とし、無記名の自記式半構造化質問紙による調査を行った。主な調査項目は背景情報、母乳育児支援に対する満足度、一般的な看護ケアに対する満足度等で、満足度は4段階のリッカートスケールを用いた。

【結果】

対象390人中173人（回答率44%）から回答を得た。回答者は半数が30～34歳、経産婦は93人で53人が母児異室を経験したことがあった。児の出生体重は平均2950gであった。入院中に受けた母乳育児支援について、技術的な支援や精神的な支援にほとんどの母親が「満足している」「どちらかといえば満足」と回答していた。満足度を、年齢、初産婦と経産婦、経膈分娩と帝王切開、母児異室制の経験の有無、出生時の異常の有無、児の異常の有無で比較したが、一部の技術的な項目で初産婦の満足度が低い傾向を示した以外は、差は認められなかった。

【考察】

回答率が高くないという限界はあるものの、本調査により、母親の満足度は年齢や初経産の違い、病室の環境にはほとんど影響されないと考えられる。これから言えることは、母乳育児支援の満足度は看護職の支援方法や内容が大きく関係するのかもしれない。今後の研究課題としたい。

ポスターセッション

P2-1

当院における精神疾患合併妊娠の現状

高木 香津子、松原 裕子、吉田 文香、宮上 眸、横山 真紀、
安岡 稔晃、内倉 友香、宇佐美 知香、松元 隆、藤岡 徹、
松原 圭一、杉山 隆

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学

【目的】

わが国の精神疾患合併妊婦は2.5%前後で推移している。精神疾患合併妊婦は適切な医療的、社会的サポートが妊娠、分娩、産後、育児期間を通して必要である。精神疾患妊婦では妊娠経過やその後の育児に障害を来すことをあり、その結果子ども虐待につながるリスクが指摘されている。

【方法】

当院において2013年1月から2017年12月まで精神疾患合併妊婦と新生児を対象に後方視的に調査を行い、乳児院での管理が必要となった症例に関する当院の多職種によるサポート体制について報告する。

【結果】

当院における精神疾患合併妊婦は120例(8.2%)であり、年々漸増していた。初産は40%で、疾患の割合は神経症性障害35%、気分障害25%、統合失調症20%、パーソナリティ障害6%、知的障害6%、摂食障害4%、器質的障害3%であった。精神疾患コントロール（自殺企図など）の入院症例が14%あり、早産率は11.2%であった。分娩様式は帝王切開分娩が46.7%（当院における帝王切開率約45%）と同等であり、うち精神疾患適応による帝王切開分娩はうち12例(21.5%)であった。乳児院で管理した8症例は特定妊婦として、妊娠中から産婦人科医、小児科医、精神科医師、看護師、助産師、保健師、サポートセンター、行政など多職種による拡大カンファレンスによる介入を産前後に行い、社会的・医療的サポートの継続につなげた。

【考察】

精神疾患合併妊婦は、家庭背景や妊娠中に妊婦の社会的背景、環境などを把握し、後方支援につなげる事は産婦人科医療機関として重要な役割であると考えられた。また、新生児期・乳児期は育児負担が大きく、母親の精神状態や児の安全な環境を確保するために乳児院を利用することも大切であると考えられた。

P2-2

日本人女性の周産期うつ病の有病割合：メタアナリシス

徳満 敬大¹⁾、菅原 典夫²⁾、丸尾 和司³⁾、
鈴木 利人⁴⁾、古郡 規雄⁵⁾

- 1) 十和田市立中央病院 メンタルヘルス科
 - 2) 国立精神・神経医療研究センター トランスレーショナル・メディカルセンター
 - 3) 筑波大学 医学医療系 臨床試験・臨床疫学研究室
 - 4) 順天堂大学付属 順天堂越谷病院 メンタルクリニック
 - 5) 弘前大学大学院 医学研究科 神経精神医学講座
-

【目的】

周産期のメンタルヘルス対策は、母子保健において最も重要な臨床課題のひとつである。周産期は、精神疾患による自殺リスクが高まる時期であり、産科的身体合併症よりも自殺の方が、死亡原因として頻度が高い。産後うつ病の有病割合は、西洋諸国では13-16%と推定されている。日本においても、周産期うつ病の対策は喫緊の課題と考えられており、多数の研究結果が報告されているが、日本人女性のみを対象とした有病割合のメタ解析が行われていない。そこで我々は、日本人女性の周産期うつ病について、国内外で報告されている論文を収集し、その有病割合のメタ解析を行った。

【方法】

PubMedおよび医中誌を用いて、1317報の抄録を得てスクリーニングし、301報の全文を精査した上で、最終的に123報の研究論文を解析に組み込んだ。

【結果及び考察】

最も重要な結果として、産後1か月時点における産後うつ病の有病割合は、108,431人を解析したところ、14.3%であることが明らかとなった。妊娠中のうつ病割合は、第2三半期が14.0%、第3三半期が16.3%であった。産後のうつ病割合は、1か月以内の期間で15.1%、産後1か月から3か月以内の期間で11.6%、産後3か月から半年以内の期間で11.5%、産後半年から1年以内の期間で11.5%であった。さらに、妊娠経験と産後うつ病有病割合について副次解析を行った結果、初産婦は経産婦にくらべて、統計的に有意に有病割合が大きく、相対危険度は1.53であることも判明した。周産期は、それ以外の時期に比べて、うつ病の有病割合が高く、特に初産婦はうつ病を呈するリスクが高い。周産期うつ病は、母体だけでなく、子の心身発達にも大きな影響を与えるため、他科とのリエゾン関係や保健行政機関との地域連携を保ちつつ、一層の注意を払いながら対応する必要があると考えられた。

P2-3

当科にて診療した産褥精神病の臨床的特徴

小林 奈津子¹⁾、菊地 紗耶¹⁾、本多 奈美²⁾

1) 東北大学病院 精神科

2) 東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野

【目的】

産褥精神病は産後早期に急性発症し、精神病症状、気分症状、意識障害という複数の領域に渡る多彩な症状を含む非定型病像をとり、比較的短期間で回復するなど共通する特徴が挙げられているものの、独立した疾患単位であるかには未だ議論が残っている。当科にて診療した産褥精神病について、その臨床的特徴とその後の経過、双極性障害や統合失調症などの他の精神疾患の急性増悪との異同について検討する。

【方法】

平成20～29年の10年間に当科で診療された周産期ケースの診療録を参照した。症例は匿名化し、内容に関しては症候名などの要素を取り出して扱い、倫理的配慮を行った。

【結果および考察】

産褥精神病と診断されたのは計7例、発症年齢 33 ± 8.4 歳、発症時期産後 3.6 ± 2.6 日、6例が初産婦であった。精神病症状、気分症状、意識障害3領域の症状全てがみられたのは3例で、それ以外のケースも2領域の症状が認められ、産後早期の発症と共に産褥精神病の診断につながっていた。5例に入院治療を要し、その薬物治療では抗精神病薬が主剤となり、急性期に気分安定薬が用いられるケースはなかった。妊娠中にも精神病症状が認められたのは3例で、多くのケースでは短期間で寛解に至っているが、一部には気分症状が遷延した。双極性障害の症例において産直後に似かよった状態像を呈したケースが散見され、産褥精神病として初発した症例についても、慢性的な経過の一部をみている可能性を考え、その後の経過観察を行う重要性が示唆された。

ポスターセッション

P2-4

妊娠期から予測する産後の養育不全傾向・養育不全のリスク因子について

立花 良之¹⁾、竹原 健二²⁾、小泉 智恵³⁾、掛江 直子⁴⁾、
三上 剛史⁵⁾、井上 永介⁶⁾、森 臨太郎⁷⁾、久保 隆彦⁸⁾

- 1) 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
 - 2) 国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部政策開発研究室
 - 3) 聖マリアンナ医科大学医学部産婦人科学
 - 4) 国立成育医療研究センター臨床研究センター生命倫理研究室
 - 5) 国立成育医療研究センター臨床研究開発センターデータ管理部生物統計室
 - 6) 聖マリアンナ医科大学医学情報学
 - 7) 国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部
 - 8) シロタ産婦人科
-

【目的】

近年、児童虐待予防の観点から、出産後の養育について出産前から支援を行うことが特に必要と考えられる妊婦を「特定妊婦」として、積極的に支援する施策が行われている。どのような妊婦を「特定妊婦」とすべきかについては十分なエビデンスがない。本研究では、妊娠期に予測できる産後の養育不全傾向や養育不全のリスク因子を明らかにすることを目的とし、東京都世田谷区で行われたコホート調査の結果から考察することとした。

【方法】

国立成育医療研究センター倫理委員会の承認を得た後、対象者に対し本研究について口頭及び紙面で説明し研究参加の同意を得た者のみを参加者とした。調査は2012年12月から2014年2月まで行われた。研究に参加した妊婦は1775人であった。妊娠中期20週頃に心理社会的因子についての質問票に回答してもらった。また、産後3か月後に実施された質問票に、養育不全についての質問項目（徳永ら、2000年）を用いた。養育不全傾向、養育不全についての質問項目のカットオフ値を先行研究（Tachibana et al., 2017）より2/3、6/7に設定した。これらのカットオフ値を用いて、妊娠期の心理社会的因子の関係について二変量解析を行った。p<0.1の項目を独立変数として、虐待ハイリスク群の分類を従属変数としてロジスティック回帰分析を行い、妊娠期における養育不全の危険因子を求めた。

【結果】

「子どもの数が多い」「妊娠期までの就労が不安定」「望まない妊娠」「自閉スペクトラム症傾向」「衝動コントロール不全」が統計的に有意（p<0.05）な養育不全傾向のリスク因子となった。また、「若年齢」、「子どもの数が多い」、「夫が家事・育児をしない」、「ADHD傾向」が統計的に有意な養育不全のリスク因子となった。

【考察】

本研究で明らかになった妊娠期に予測できる産後の養育不全傾向や養育不全のリスク因子は、妊娠期など早期に母子保健関係者が把握しうるものであり、これらのリスク因子に留意した妊娠期からの養育不全防止や、リスクのある母子の積極的なサポートが望まれる。

P2-5

妊娠中期におけるエジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)の 最適なカットオフ値についての検討

臼田 謙太郎¹⁾、西 大輔¹⁾²⁾、岡崎 絵美¹⁾²⁾、
牧野 みゆき³⁾、佐野 養²⁾

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

2) 戸田中央産院

3) 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター

【目的】

妊娠中のうつ病は母子双方に様々な悪影響を及ぼしうるだけでなく、産後うつ病の予測因子であり、早期に発見することは産後うつ病を予防することにもつながりうる。エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)は周産期のうつ病スクリーニングにおいて国際的に使用されている尺度である。我が国では産後うつ病の基準として9点というカットオフ得点が広く知られているが、これまで妊娠中のうつ病のスクリーニングのために最適なカットオフ得点は示されていなかった。本研究は、妊娠中期におけるうつ病をスクリーニングするために最適なカットオフ値を明らかにすることを目的とした。

【方法】

本研究は首都圏にある単科の産婦人科病院一施設で実施し、20歳以上、妊娠12～24週で、EPDSが9点以上の妊婦を対象とした。調査ではEPDSとMini-International Neuropsychiatric Interviewを実施し、大うつ病エピソードの診断を行った。カットオフ得点の算定にはReceiver Operating Characteristic (ROC) 曲線を用い、感度、特異度、陽性反応的中率、および陰性反応的中率を求めた。

【結果】

210名が本研究に参加し、20名が大うつ病エピソード現在の診断を満たした。ROC 曲線下面積は0.956と高い値を示した。カットオフ得点を13点に設定したとき感度90.0%、特異度92.1%、陽性反応的中率が54.5%、陰性反応的中率が98.9%であった。

【考察】

13点の時に最も感度、特異度、陽性反応的中率、陰性反応的中率のバランス良く、妊娠中期のうつ病スクリーニングに最適であると考えられた。陰性反応的中率は98.9%と高いため、13点という値は一次スクリーニングに特に有用と考えられた。本研究の結果は、産科医療機関から精神科医療機関にリスクのある妊婦の紹介を行う際の一つの目安になりえるもので、妊娠中のうつ病のより適切なスクリーニングに寄与すると考えられる。

ポスターセッション

P2-6

産婦健康診査におけるEPDSの導入：
全陽性者に精神科医が介入して

田村 早希¹⁾、桑田 知之¹⁾、翠川 亜純¹⁾、木村 あずさ¹⁾、
大森 恵¹⁾、有賀 治子¹⁾、王 良誠¹⁾、佐々木 重胤¹⁾、
堀内 功¹⁾、高木 健次郎¹⁾、斎藤 慎之介²⁾、星野 美欧³⁾、
西川 洋子³⁾、岡島 美朗²⁾

1) 自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科

2) 自治医科大学附属さいたま医療センター メンタルヘルス科

3) 自治医科大学附属さいたま医療センター 看護部

【目的】

公費助成による産婦健康診査が始まった。当院ではEPDS（エジンバラ産後うつ病質問票）が導入され、全褥婦に対して行なわれた。高得点者は全例精神科医の面談が行われ、原因となる要因とその後のフォローの要否が検討された。このように高得点者全例精神科医が面談することは例が少ないと考えたため、当院のEPDS結果と周産期背景を調査し、関連を調査した。

【方法】

2017年10月から、1ヶ月健診を受診した当院分娩症例300例に対し、EPDS調査を実施した。9点以上を高得点とし、高得点者には全例精神科医師が面談した。結果集計し、統計はカイ2条検定で行なった。

【結果】

全体の高得点率は17%で、最高点は27点であった。同時期の市内全体の陽性率は12.3%であり、当院は有意に高かった。精神科医の面談によりEPDS高得点の原因を推定したところ、児に関する不安による者が最も多く(35%)、不眠によるものがそれに次いだ。高得点者のうち精神科への継続フォローを要したのは7例(13.7%)あり、そのうち精神疾患等の既往疾患に関連しないものは4例だった。その他、母体年齢やNICU入院率とEPDS高得点者との関連はなかったが、初産婦は経産婦に比し有意に高得点だった($p<0.01$)。また、緊急帝王切開を受けた婦人は、高得点となる傾向が見られた($p=0.086$)。

【考察】

当院は大学病院併設の周産期センターであるため、ハイリスクが多く、高得点者の割合も高かったものと推察された。精神科医によるEPDS高得点者の面談により、原因は育児等の児に関する不安が、高率であることが分かった。このため、育児経験のある経産婦より初産婦の方が高得点の頻度が高かったと考えられた。今後も症例数を蓄積し、解析、検討していきたい。

ポスターセッション

P2-7

当院におけるEPDSを用いた産後支援

館 明日香、中野 知子、野元 正崇、野元 正崇、森山 佳則、
小谷 友美、吉川 史隆

名古屋大学医学部 産婦人科

【目的】

当院では産婦人科診療ガイドライン2017や周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド2017を参考にプロトコールを作成し、2017年5月より通常の産後健診に加え、問診とともにエジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)を行い、必要に応じて医療介入を含めた産後支援を行っている。本発表では、そのプロトコールに基づいて行われた産後支援について報告する。

【方法】

2017年6月から12月に当院で出産、産後1ヶ月健診でEPDSを行った229人の女性のデータを、カットオフ値8/9でA群(n = 197、EPDSスコア≤8)、B群(n = 32、EPDSスコア≥9)に分け評価を行った。また実際に支援を行った40例についても同様にカットオフ値8/9で分類し、後方視的に検証した。

【結果】

母体合併症、精神疾患、うつ病の罹患率、児のNICU入院率がB群で有意に高かった。実際に産後支援(精神的、公的含む)を受けた症例について、支援の理由や入院中からの早期支援が開始されている割合に差はなかった。B群の方がA群より多職種からの産後支援を受けていた。入院中から産後1ヶ月間のEPDSスコアはB群で著明に上昇していた(P=0.012)。

【考察】

EPDSを用いることで、産後1ヶ月健診でEPDSが高い群では入院中からの早期支援を行っても改善が乏しい症例の存在が認識された。今後はそのような症例への有効な支援内容について更なる検証が必要と考えられた。

P2-8

エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) を導入するための体制づくり

伊藤 直美、福岡 彩香、野村 緑、山口 広子、
牧原 夏子、左右田 裕生

済生会兵庫県病院 地域周産期センター

【目的】

エジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) を導入するために体制作りのために必要な事項を明らかにする。

【方法】

周産期センターで勤務する経験5年目以上の助産師7名に対しエジンバラ産後うつ病自己評価票 (以下EPDS) を導入するための体制づくりに何が必要か、フォーカスインタビューを実施、必要な討議内容を逐語記録に落とし内容分析を行った。なおインタビュー前に、研究対象者に対し妊産婦メンタルヘルスマニュアルを参考に筆者が30分間勉強会を実施した。研究参加は自由意思であること、途中辞退は可能であること等あらかじめ説明した。なお、本調査は済生会兵庫県病院倫理委員会で承認を得た。

【結果】

行政の取り組みである産後2週間と1ヵ月健診の時にEPDS付き助成券を導入する体制づくりで何が必要か、1時間にわたるフォーカスインタビューから得られたカテゴリーは、【偽陽性が出た場合の流れ】【精神科医との連携】【面談技術】【面談を行う環境】の体制づくりとEPDSの【信頼性】【活用方法】の2つの大カテゴリーと6の中カテゴリーが抽出された。

精神科がない病院では診断できない。土曜日開催の2週間健診で偽陽性、とくに自傷行為の可能性があるという回答した妊産婦を自宅に帰すのは危険であるという危機的対応に関する意見がある一方、行政からのマニュアルがないが妊婦健診から病院独自のスクリーニングで特定妊婦等を抽出し継続的支援を展開、分娩数の15%を行政と連携している病院で勤務している対象者は最悪の可能性は低い、専門職としての確かな面談技術を磨く等、12の小カテゴリーが抽出された。

【考察】

EPDSを導入することで健診時間が大幅に延長する可能性は考えられ、面談する側の技術やプライバシーを考慮した場所の確保、精神科医との連携が必要となってくるため、病院を巻き込んだ体制づくりが必要である。何度も同じ質問紙でスクリーニングされる妊産婦の心理状況を察し、日ごろ対象者が心理的ハイリスクと考えている妊産婦とEPDSが高く出る妊産婦の違いなど支援の妥当性を検討していく必要があることが示唆された。

ポスターセッション

P2-9

エジンバラ産後うつ病質問票の使用実態 ～看護職者による使用実態～

牧 もも¹⁾、大平 光子²⁾

1) 広島大学病院看護部

2) 広島大学大学院医歯薬保健学研究科 助産・母性看護開発学

【目的】

本研究は看護職者によるエジンバラ産後うつ病自己評価表（Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS,以下EPDS）の使用実態を明らかにすることを目的とした。

【方法】

全国の総合病院、産婦人科クリニックおよび保健センターから無作為に抽出した合計600施設を選定し、研究協力の同意が得られた67施設の看護職者を対象として、EPDSや産後うつ病に関する学習経験、学習意欲、EPDS使用環境、EPDS使用時の困難、適切な使用に関する認識の程度と適切に使用している頻度などに関する自作の無記名自記式質問紙を325部配布し、個別郵送法にて回収した。研究協力の任意性を保障し、質問紙の返送をもって同意を得たものとした。なお研究は所属機関の倫理審査委員会の承認（E-932）を得て行った。質問紙は325部質問紙を配布し205部（回収率63.1）の回答を得、有効回答170部（有効回答率82.9%）を統計的に分析した。

【結果】

205部（回収率63.1%）の回答を得、有効回答は170部（82.9%）であった。年齢39.5(range23-62)歳、臨床実務年数14年(range0-43)、現職での経験年数9年(range0-34)、EPDS使用の経験年数4年3ヶ月(range0.1-15)であった。学習経験では、産後うつ病のリスクのある母親への対応の学習経験がある人は127人(74.7%)、EPDS使用の母親との信頼関係を築くための態度に関する学習経験のある人は93人(54.7%)であった。産後うつ病のリスクのある母親と信頼関係を築くための態度については、とても学びたい116人（68.2%）であった。EPDS の適切な使用に関する認識では、143人（84.1%）がゆっくり時間を取って話す、116人（68.2%）は、母親が発した言葉をそのまま記載する必要があると認識していた。一方、EPDS を適切に実施している割合 は、いつもゆっくり時間をとって話す55人（32.3%）、余白に母親が発した言葉をいつもそのまま記載する60人（35.2%）であった。

【考察】

EPDSの使用について、適切に認識している割合は高いが適切に実施している割合は高くなかった。EPDSを適切に使用するためにはEPDS導入時の使用方法の周知やメンタルヘルス支援能力の向上が必要であり、ロールプレイや事例学習などの実践的な学習機会を充実する必要性が示唆された。

P2-10

当院における産後うつスクリーニング（EPDS）を用いた 「産後3点評価」の試み

齋 洋子¹⁾、矢口 尚子²⁾、秋山 順子²⁾、佐藤 晋爾³⁾

1) 茨城県立中央病院

2) 茨城県立中央病院 産婦人科

3) 茨城県立中央病院 精神科

【目的】

当院は平成27年から産科を再開し、茨城県内で唯一の産科、小児科、精神科を有する公的病院の役割として、積極的にハイリスク妊婦（統合失調症、うつ病などの精神疾患に加え、生活保護受給者やシングルマザーなどの社会的ハイリスク妊婦も含む）を引き受ける体制を整えてきた。

本邦では、平成30年度から全市町村で産後2週間健診でもEPDSを実施することになったが、当院ではすでに平成28年から行ってきた。これはEPDSの動向を追跡する目的で、退院時、2週間健診時、1か月健診時と産後3点評価してきたためである。今回、その結果をもとに、産後うつに対して、いつから介入の準備または開始するのが適切かを検討した。

【方法】

平成28年8月～平成30年5月までの間、当院で出産した褥婦185名に対して、退院時、2週間健診時、1か月健診時に、EPDSを実施した。EPDSのカットオフ値は9点とし、9点以上を高得点者とした。

【結果および考察】

検討期間中の当院の全出産数は185例で、ハイリスク妊婦は93例（50.2%）、EPDSを3回実施できたのは148例（80%）だった。EPDSが3回のいずれかで高得点だったのは49例（33.1%）で、全国平均9%と比較しても高かった。これは当院が積極的にハイリスク妊婦を引き受けてきたことに起因すると考えられる。

これまで、精神科既往歴があるか妊娠期にうつ状態であることが、産後うつ発症のリスクになることは指摘されてきた（Evans et al. 2001, Oates 2001）。一方、退院時点でEPDSを実施して産後うつを予測する検討はいくつかあるが、退院時高得点もしくは非高得点だった者が、2週間時点、1ヶ月時点でどう変化するか検討は少ない。当日は結果をもとに考察を深める予定である。

ポスターセッション

P2-11

周産期メンタルヘルスケアの実際と今後の課題 ～助産師の意識調査から～

廣村 美輪、土佐 美穂、古畑 幸子、秋元 安代

地方独立行政法人 総合病院 国保旭中央病院 産科病棟

【目的】

A病院の周産期メンタルヘルスケアの介入状況と、対応した助産師の意識調査を後方視的に分析し、今後の課題を明らかにする。

【方法】

2017年4月～2018年3月にA病院で妊婦健診した全妊婦に行った「うつ病」と「不安障害」スクリーニングの実施結果と、2017年10月～2018年3月に出産し、メンタルヘルスの介入が必要だった褥婦37名の、入院中～産褥1ヶ月健診までの、メンタルヘルスケアの現状を調査する。

スタッフに行った、周産期メンタルヘルスに関する介入についてのアンケート調査結果を分析した。

【結果】

妊娠期スクリーニングの実施時期を、Ⅰ期（20週頃まで）、Ⅱ期（25～26週頃）、Ⅲ期（36週～）とし、実施延べ人数は1298名、陽性者は242名、陽性率は19%だった。そのうち、2018年3月までに出産した陽性者の実数は128名だった。その中で臨床心理士やリエゾンナースへ面談を依頼した産科リエゾン介入者は7名、精神疾患に関連した特定妊婦のスクリーニング陽性者は14名だった。10月～3月までの分娩件数は432件で、産褥期にメンタルヘルスの介入が必要だったのは37名だった。妊娠期にスクリーニング陰性でも産後にマタニティブルー症状を呈する褥婦は14名だった。助産師のアンケート結果からは「身体的なことだけでなくメンタル面を気にするようになった」「介入方法を理解し、積極的に対応したい」という意見が多かったが、反面陽性者への対応に困難さを感じている意見も多かった。

【考察】

全妊婦にスクリーニングすることで、助産師も妊婦の全体像を意識的に観ることができる。陽性者に対しては早期介入ができ、メンタルヘルスケアに繋がっている。また、妊娠期のスクリーニング結果に関わらず、産褥期は改めてメンタルヘルスケアの必要性が高まることを認識し、注意深い観察と対応が必要である。妊娠期、産褥期ともにスクリーニングの実施に際し、適切な対応ができるような教育が必要である。

P2-12

総合周産期母子医療センター産科部門における 産後2週間と1か月の産後うつ病スクリーニングの実態調査

阿見 鮎美¹⁾、橋本 弥帆¹⁾、中川 肇子¹⁾、大瀧 里美¹⁾、
堀越 幸子¹⁾、君島 清美¹⁾、佐藤 君江²⁾

1) 獨協医科大学病院 看護部 総合周産期母子医療センター産科部門

2) 獨協医科大学病院 看護部

【目的】

総合周産期母子医療センターを有する病院において日本語版エジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)を用いて、産後2週間と産後1か月の産後うつ病スクリーニングの実態を明らかにすることを目的とする。

【方法】

2017年9月1日～2018年4月30日にA病院で出産し、産後2週間と産後1か月にEPDSを実施した母親の電子カルテから、後方視的に調査を行った。それぞれの項目においてEPDS高得点群(9点以上)と低得点群(9点未満)に分けて統計処理を行った。

【結果】

すべてのデータが回収できたのは、総分娩数448件中200例だった。平均年齢(SD)は33.3±5.6歳、初産婦109例、経産婦91例であった。

産後2週間のEPDS平均得点(SD)は4.5±4.7点、EPDS高得点群は31例で平均得点(SD)は13.4±4.6点であった。産後1か月のEPDS平均得点(SD)は3.7±4.5点、EPDS高得点群は19例で平均得点(SD)は14.6±5.0点であり、産後1か月のEPDS高得点者は12例減少した。産後2週間のEPDS高得点群のうち、初産婦は20/109例(18.3%)、経産婦は12/91例(13.2%)であった。早産は8/40例(20.0%)、正期産は24/160例(15.0%)であった。

産後1か月のEPDS高得点群では、初産婦が13/109例(11.9%)、経産婦は8/91例(8.8%)であった。早産は2/40例(5.0%)、正期産は19/160例(11.9%)であった。いずれの項目においても産後1か月の高得点者は減少していた。

【考察】

本研究はハイリスク妊婦が多く集まる総合周産期母子医療センターをもつA病院200例の母親を対象とした。EPDS高得点者は、産後2週間より産後1か月の方が減少しており、産後2週間のEPDS施行時に産科スタッフが面接により退院後の生活や育児への不安や悩みを把握し支援したことが一因と考える。今後はEPDSの各項目に着目した分析を行い、よりよい支援に繋げていきたい。

P2-13

特定妊婦および特定妊婦予備群の抽出方法の検討

鎌田 美津子¹⁾、戸田 麻里江¹⁾、武田 綾子¹⁾、佐川 牧子¹⁾、
出原 恵美子¹⁾、櫻井 恭子¹⁾、竹田 純²⁾、丸山 洋二郎²⁾、
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

2) 順天堂大学医学部 産婦人科

【目的】

児童福祉法では、病院は特定妊婦の情報を市町村に提供するように努める、と規定している。しかし、特定妊婦を正確に抽出する方法や規定はなく、自治体・病院によって様々である。

当院では2017年7月より独自のスクリーニングシート（以下シート）を導入し、妊婦の全体像の把握及び特定妊婦とその可能性があり支援が必要な妊婦（以下支援群）の抽出を妊娠初期に行っている。シートは22項目から構成され、そのうち11項目が支援群と判断する項目であり、残りの11項目は妊婦の背景を確認する項目である。しかし、シート項目において支援群のリスクなしとされても、妊娠中期以降助産師の面談で支援群とした事例があった。そこでシート項目及び抽出方法の見直しを行った。

【方法】

当院で2018年4月から6月までに産後1か月健診を終えた産婦を対象とし、診療録を後方視的に調査した。支援群とリスクなし群との間で22項目中、妊婦の背景を確認する11項目を分析対象とし、カイ二乗検定を行った。また、シートでリスクなしとなったが、妊娠中期以降助産師の面談で支援群と判断された人数とその背景を調査した。

【結果】

対象となった産婦は186名で、うち支援群は29名だった。シートで妊婦の背景11項目のうち有意差（ $p<0.05$ ）が出た項目は、「配偶者の転職歴」「妊婦・配偶者の両親兄弟関係」だった。また、妊娠中期以降の助産師の面談で支援群となった人数は8名だった。その内容は、初期には表面化していないボンディング障害と精神面の悪化が理由であった。

【考察】

有意差の出た項目は、虐待やボンディング障害につながる可能性が考えられるため、支援群への抽出項目に変更することで、より正確な支援群抽出へつながると考えられる。また、妊娠中期以降は身体・心理状態の変化等により、シートでは把握しきれない問題が出現することがある。そのため、シートのみでの活用ではなく、妊娠中期以降の助産師の面談を併せることが効果的であると考えられた。

P2-14

循環器疾患専門病院における メンタルヘルスクリーニングの現状調査

二木 未侑、阪中 恵美、室 亜希子、向後 美咲、岡安 美穂、
川崎 有美子、福島 佳織、中西 篤史

国立循環器病研究センター 周産期病棟

【目的】

当院では、母体心疾患、胎児心疾患妊婦の管理を行っているが、それらの疾患は母体の精神状態に大きな影響を与えると思われる。また、産後2週間健診が開始される等、妊産婦のメンタルヘルスクアに対する関心は高まっている。そこで、多職種連携によるメンタルヘルスシステムを構築し、当院におけるメンタルヘルスクアの現状を明らかにすることを本研究の目的とした。

【方法】

初診時にメンタルヘルスクアに特化した問診票を用いて点数化し、リスクを層別化、リスク毎にアルゴリズムに則ったケアを行うシステムを構築した。システムを運用開始した2017年10月から2018年3月までの間、当院で妊娠分娩管理を行った111症例を対象に集計を行った。

【結果】

5症例（4.5%）に精神疾患既往を認めた。low risk= 87（78.3%）、moderate risk=19（17.1%）、high risk=5（4.5%）であった。low risk= 11（12.6%）、moderate risk= 1（5.2%）、high risk= 1（20%）で2週間健診時のエジンバラ産後うつ質問票（以下、EPDS） ≥ 9 であり、全体では13（10.8%）であった。EPDSスコアとriskとの間に有意な相関関係を認めなかったが、保健師連携を必要とした症例は、low risk=4（4.5%）、moderate risk=2（10%）、high risk=2（40%）、心理士の面接を必要とした症例は、low risk=8（9.1%）、moderate risk=5（26.3%）、high risk=4（80%）であり、riskが高くなるにつれて割合が上昇した。

【考察】

riskが高くなるにつれ保健師連携、心理士面接の割合が上昇し、効率よくケアを行うことができた。moderate以上のリスクを有する症例は21%であり、潜在的にケアを必要とする妊産婦の割合が明らかになった。一方で、low risk 1症例で産後期に精神科紹介を必要としており、low risk症例に対してもケアが必要と思われた。産後2週間EPDS ≥ 9 症例の割合から、この時期に10症例中1症例でケアが必要となる現状が明らかとなった。本研究期間中に産後うつ発症なく、本システムにより妊産婦に適切な社会的心理的支援を行うことができ、発症の抑止に寄与しているものと考えられた。

P2-15

地域周産期母子医療センターにおける、 周産期因子とエジンバラ産後うつ病自己質問表の関連

後藤 夏美¹⁾、大橋 昌尚²⁾

1) 都城医療センター 産婦人科

2) 宮崎市郡医師会病院 産婦人科

【目的】

産後うつ病を早期に発見し適切に介入することは産褥期の自殺を減少させるだけでなく、愛着形成、児の成長発達に重要である。産後うつ病のリスク因子は、うつ病既往があるが、周産期因子との関係は様々である。今回、エジンバラ産後うつ病自己質問表(以下EPDS)を用いて、妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病などの周産期因子が、EPDSに与える影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】

対象症例は2017年3月から9月まで宮崎市郡医師会病院にて管理し産後2週間、1ヶ月時に産後健診を行った50例。産後2週間、1ヶ月時の産後健診で本人と30分程度の面談を行い、EPDSを評価した。2週間および1ヶ月健診時のEPDSを基に2群に分類した。High risk群(1ヶ月健診時に9点以上)およびLow risk群(上記以外)の2群に分類し、母体背景および周産期因子を2群間で比較検討した。周産期因子は、切迫早産、妊娠高血圧、妊娠糖尿病、多胎妊娠、分娩時出血量、入院期間を定義した。

【結果】

今回の検討ではHigh risk群が6例(12%)、Low risk群が44例(88%)であった。2群間で母体背景および周産期因子に有意差は認めなかった。分娩時出血量を検討したところ、Low risk群の平均値は1110(ml)、High risk群では2043(ml)であり、有意差はないが、出血量が多い傾向を示した。【考察】今回の検討では、EPDSに影響する有意な周産期因子は明らかにできなかった。当院がハイリスク妊娠分娩の管理を行う周産期医療センターであるためと考えられる。

ポスターセッション

P2-16

妊娠期DVと産後うつに関連について ～周産期DVスクリーニング法VAWSとEPDSからの検討～

岡本 陽子¹⁾、和田 聡子²⁾、石井 桂介¹⁾、光田 信明¹⁾

1) 大阪母子医療センター 産科

2) 大阪母子医療センター 母性外来

【目的】

妊娠期のドメスティックバイオレンス（以下DV）と産後うつ発症の関連は国内外で報告されている。当センターでは片岡らが開発したDVスクリーニング法VAWSを用いて妊娠中に全例スクリーニングを行い、妊婦の社会的背景の把握に努めてきた。また2017年秋からは産婦健診と心の健康チェックに対する公費負担が始まり、当センターでもEPDSを用いたアセスメントを開始した。そこでDVと産後うつに関連について、特にVAWS施行時期に着目して検討した。

【方法】

対象は当センターで2017年11月～18年6月の期間に産褥1か月健診時にEPDSを用いてアセスメントを行った褥婦438名（内347名は産褥2週時EPDSもあり）。流死産・新生児死亡・産褥搬送症例は除外した。VAWSは初診時（妊娠5-40週）・妊娠28週ごろ・産褥（分娩数日内）の3回施行を原則とした。VAWSと産褥EPDSとの関連・VAWS施行時期との関連について後方視的に検討した。EPDSとVAWSのカットオフ値はいずれも9点とした。関連の有無はPearsonの χ^2 乗検定を用いた。

【結果と考察】

VAWS9点以上の症例は初診15.1%(64/425), 28w14.9%(50/336), 産褥8.9%(35/394)、EPDS9点以上は2週14.1%(49/347) 1か月10.3%(45/438)であった。産褥2週・1か月EPDS高値と28週・産褥期のVAWS高値にそれぞれ有意な関連を認め($p<0.001$)、妊娠期DVと産後うつ発症の関連の可能性が示唆された。初診時のVAWS高値とEPDS高値の関連は、産褥2週間では有意($p=0.04$)だったが、1か月では有意差を認めなかった($p=0.16$)。初診VAWS実施は妊娠全期間にわたっているため、異なる時期の情報の混在が影響した可能性があり、VAWS実施時期には検討を要すると思われた。

P2-17

不妊治療中および治療後妊娠初期の女性の抑うつと不安について

村林 奈緒¹⁾、山口 和香佐²⁾、宮野 奈緒美²⁾、望月 修²⁾、
松浦 恵²⁾、福田 純子²⁾、宗 修平¹⁾²⁾、安田 貴昭³⁾、俵 史子²⁾

1) 浜松医科大学 生殖周産期医学講座

2) 俵IVFクリニック

3) 埼玉医科大学総合医療センターメンタルクリニック

【目的】

不妊治療は精神的負担も大きく心理的問題にも配慮が必要で、妊娠成立後への影響を見据えた管理が求められる。当院では現在、周産期メンタルヘルスを専門とする精神科医と連携したサポートに取り組んでいる。今回、不妊患者の心理面の現状を調べる目的で抑うつと不安について質問紙を用いた調査を行い、さらに不妊治療により妊娠が成立した妊娠初期の女性の不安要因についても調査を行った。

【方法】

不妊治療専門施設である俵IVFクリニックに通院中の不妊治療中または不妊治療により妊娠が成立した妊娠初期の患者を対象とし、同意を得て受診時にHADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)質問紙を手渡し、診療の待ち時間に記入してもらい同日回収した。患者の背景因子は診療録から抽出した。HADS点数の抑うつと不安それぞれ8点以上を抑うつ・不安ありと判定した(八田ら1998年)。

【結果】

対象患者は293人で、抑うつあり42人(14.3%)、不安あり51人(17.4%)であった。治療群246人と妊娠群47人に分けた検討では、抑うつありがそれぞれ38人(15.4%)、4人(8.5%)、不安ありがそれぞれ39人(15.9%)、12人(25.5%)と、割合については抑うつ、不安ともに両群間で差はなかった。しかし、点数による検討で、不安点数の平均は治療群より妊娠群が有意に高かった(4.8 ± 3.04 vs 5.6 ± 2.77 , $p=0.032$)。妊娠中に不安が強くなった要因について聞き取り調査を行ったところ、高齢、流産歴、不妊治療による妊娠であること、悪阻による体調不良などがあった。

【結論】

不妊治療患者は妊娠により心理的問題が解消されるわけではなく、むしろ妊娠初期に不安が強まる可能性が示唆された。不安要因は個々に異なっており、個別対応が必要である。抑うつ・不安があると判断された症例について、周産期や産後への影響を考えた管理体制を充実させていきたい。

P2-18

母乳栄養が母親の不安・抑うつに与える影響について

福井 直樹¹⁾、茂木 崇治¹⁾、須貝 拓朗¹⁾、江川 純¹⁾、
橋尻 洸陽¹⁾、坪谷 隆介¹⁾、三留節子²⁾、荒木 理恵²⁾、
池 睦美²⁾、生野 寿史³⁾、山口 雅幸³⁾、高桑 好一⁴⁾、
榎本 隆之³⁾、染矢 俊幸¹⁾

1) 新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野

2) 新潟大学医歯学総合病院看護部

3) 新潟大学医歯学総合病院産科婦人科

4) 新潟大学医歯学総合病院総合周産期母子医療センター

【目的】

産後の母乳栄養が母親の精神状態にどのような影響を与えるのかを知ることが、周産期の精神科治療においても非常に重要である。

【方法】

2017年4月～2018年5月の期間に、新潟大学医歯学総合病院産婦人科および県内の関連施設を受診した妊産婦924人（32.2 ± 4.8 歳）を対象に、妊娠30～34週と産後1ヵ月に Hospital Anxiety and Depression scale（HADS）を行った。また、出産歴と産後の児への栄養方法などの情報を収集した。HADS・抑うつ（妊娠中）、HADS・不安（妊娠中）、HADS・抑うつ（産後）、HADS・不安（産後）、出産歴（初産 vs 経産）、栄養方法（母乳のみ vs 人工乳の使用）などの観測変数を用いてパス解析を行った。その後仮説モデルを検証し、有意ではないパス係数（ $p > 0.05$ ）のパスを削除することによりモデルを改良し、最終的なモデルにおけるパス係数は全て有意であった（ $p < 0.001$ ）。Comparative Fit Index（CFI）、Root Mean Square Error of Approximation（RMSEA）を用いて適合度を評価した。

【結果】

妊娠中の抑うつは産後の抑うつ（0.53）の、妊娠中の不安は産後の不安（0.57）の、それぞれ予測因子であった。また、出産歴があることが産後の抑うつ（-0.15）と不安（-0.20）の軽減、および母乳栄養の選択（0.20）につながっていた。母乳栄養自体が、産後の抑うつ（0.07）と不安（0.05）の軽減につながっていた。

【考察】

本研究により、母乳栄養自体が、産後の抑うつと不安の軽減につながる可能性が示唆された。周産期においては、精神疾患・症状に対して適正に向精神薬を使用する必要があるが、それに加えて、母乳栄養の母親の精神状態に対する影響も考慮しながら対応する必要があると考えられる。

P2-19

緊急帝王切開が産後の精神状態と育児に及ぼす影響

大杉 佳奈、井田 久留美、山崎 峰夫

医療法人 純心会 パルモア病院

【目的】

帝王切開術は母親に経膈分娩とは違う心身への影響を及ぼし、育児不安を引き起こす誘因となりうるとされる。とりわけ緊急手術例では自らの分娩に対し否定的感情を持ちやすいとの報告がある。そこで今回、緊急帝王切開術を受けた母親の精神状態と育児困難感が選択手術例との間で差があるか、を検討した。

【方法】

2016年1月から2017年12月に当院で帝王切開術を受けた初産婦の緊急手術例（緊急群）40名、選択手術例（選択群）38名を後方視的に解析した。産後6日目および産後3週間それぞれの高EPDSスコア症例（9点以上、高E値例とする）、産後3週間の自己申告子育て気持ち尺度(図1)による育児困難感陽性例、および人工乳補足者についてそれぞれの頻度を群間で比較した。



図1

【結果】

高E値例は産後6日目では20%と11%（それぞれ緊急群と選択群、以下同じ）、産後3週間では10%と11%であった。育児困難感陽性例頻度は25%と18%、人工乳補足者頻度は29%と29%であった。いずれも統計的有意差はなかった。

【考察】

緊急帝王切開例が産褥早期の母の精神状態やその後の育児困難感に影響を与える可能性は否定できない。しかし産後3週間での精神状態や母乳育児確立について選択群と緊急群に全く差が無かったことから、緊急帝王切開後のバースレビュー、入院中から小児科との連携、地域への連携が何らかの役割を果たしたことがうかがわれる。

P2-20

NICUに入院した児をもつ母親の心理状態と不安に関する検討 — 出産後1か月までの継時的变化 —

鈴木 かおり、女池 昭子、中澤 貴代、大井 睦美

北海道大学病院 産科・周産母子センター

【目的】

児がNICUに入院した母親の産後1か月間における抑うつ状態と不安の経時的变化を明らかにし、その変化に応じた看護介入を検討する。

【方法】

2017年2月から12月にA病院で分娩し、児がNICUに入院した母親26名を対象とした。調査は産科退院時、退院1週間後、1か月健診時の3回行った。EPDSと独自に作成した不安に関する14項目の自記式質問紙（以下、不安調査票）を用い、4件法で回答を得た。分析は、質問紙ごとの調査時期による得点の差と、EPDSが9点以上の陽性群と9点以下の陰性群間で不安調査票の得点を比較した。有意水準は5%とした。所属施設の倫理審査委員会の承認後、文書による同意を得て実施した。

【結果】

EPDSの中央値は、退院時7点、退院1週間後5点、1か月健診時2点と産後日数に伴い減少していた。不安調査票では、「児の状態に関する不安」「児の発達への不安」「育児への不安」「分離不安」において産後日数に伴い得点が減少したが、「夫と家族の関係性の不安」のみ退院1週間後に増加し、1か月健診時には減少した。EPDSの得点による2群間の比較において、EPDS陽性群で不安の得点が高かった項目は、退院時は「育児への不安」「分離不安」、退院1週間後は「母乳への不安」、1か月健診時は「母自身の体調への不安」「分離不安」であった。

【考察】

EPDSや不安に関する得点が産後日数に伴い減少することは、先行研究と同様の傾向を示した。退院1週間後に「夫と家族の関係性の不安」が増加したことは、NICUの面会に通うという新しい生活リズムへの移行による家族の支援体制が影響していると考ええる。また、EPDS陽性群で退院1週間後の1か月「母乳への不安」が高いことは、乳房の状態が変化する時期であることが要因と考える。さらにEPDS陽性群では、児に関連する不安がより高い傾向であるため、産褥の時期と不安要因に基づいた看護介入が必要であると考えられる。

P2-21

母乳栄養がEPDSに与える影響

渡邊 純¹⁾、山口 直美¹⁾、齋藤 亮子¹⁾、矢久保 和美²⁾

1) さいたま市立病院 看護部

2) さいたま市立病院 産婦人科診療部

【目的】

母乳は乳児の心と体の健康にとって最良の栄養であると共に、母親にとっても多くの利点があると言われている。その一つとして、授乳の際に分泌されるホルモン（オキシトシン）に、気分の落ち着きや育児に対して前向きな気持ちにさせてくれる効果があるとされており、このことが「産後うつ」の予防にとっても重要であると言われている。そのため、母乳栄養と産後一ヶ月健診で実施している産後うつ質問紙票（以下EPDS）の関連について検証し、今後の母乳育児支援に繋げていきたいと考える。

【方法】

2017年11月～2018年1月までに出産し、産後一ヶ月健診時EPDSを実施した128例を対象とした。EPDSの点数、および診療記録から母乳栄養・非母乳栄養であるかを集積し、それらのデータを母乳栄養群と非母乳栄養群に分けてwelchのt検定およびカイ二乗検定を用いて統計解析を行った。母乳栄養群とは産後一ヶ月健診時に母乳のみで育てている群とし、それ以外を非母乳群とした。母体側の除外要因としては、精神疾患の既往とした。児側の除外要因としては、妊娠37週未満の出生・出生体重2500g未満・双胎・NICU入院・染色体異常とした。

【結果】

母乳群と非母乳群では、分娩週数・分娩様式・初産率・母体合併症には差異を認めなかったがEPDSでは母乳群3.8、非母乳群5.6と有意差を認めた（ $p<0.01$ ）。また、EPDS9点以上（ $n=22$ ）と9点未満（ $n=106$ ）に分けて解析すると、オッズ比0.37（0.12～1.07, $p<0.05$ ）で母乳栄養がEPDSの点数を下げる傾向となった。

【考察】

今回の研究により母乳栄養とEPDSには関連があることが示唆された。以上より母乳栄養の奨励は望ましいことであると考えられる。

P2-22

妊娠中のうつ病および不安障害のスクリーニング結果とEPDSとの関連

山口 恵子、辻 良、尾内 智子、長井 亜矢子

社会医療法人財団聖フランシスコ会姫路聖マリア病院

【目的】

妊婦のうつ病および不安障害のスクリーニング陽性妊婦の実態と産後のEPDSとの関連を調査した。

【方法】

A病院の妊婦健診を受診した全妊婦を対象に、うつ病と不安障害に関する各2項目の包括的質問票を用いて妊婦のスクリーニングを行った。スクリーニング時期は、妊婦健診初診時（初期スクリーニング）と妊娠30週頃の保健指導時（後期スクリーニング）で、いずれかの項目に「はい」と答えた妊婦を陽性、すべて「いいえ」と答えた妊婦を陰性とし、陽性者には聞き取りを行った。期間は2017年9月25日～2018年5月1日で、502名の妊婦にスクリーニングを行った。各時期のスクリーニング結果については記述統計を行い、妊娠中のスクリーニング結果と産後のEPDSとの関連についてはt検定とカイ2乗検定を行った。

【結果及び考察】

初期スクリーニングを行った338名のうち、うつ病の項目に「はい」と答えたのは53名(16%)、不安障害の項目に「はい」と答えたのは33名(9.8%)であった。聞き取りでは、つわりに関すること、妊娠継続に関することなどが抽出された。後期スクリーニングを行った298名のうち、うつ病の項目に「はい」と答えたのは24名(8.1%)、不安障害の項目に「はい」と答えたのは15名(5%)であった。聞き取りでは、分娩・育児に関すること、妊娠経過で異常を指摘されたことで悩みや不安を抱えている事が分かった。妊婦スクリーニング開始後、A病院で分娩し産後EPDSを実施したのは243名であった。妊娠中のスクリーニングでいずれかの項目に「はい」のEPDSの平均値は4.9点で、すべて「いいえ」の平均値3.2点に比して有意に高かった（ $p = 0.004$ ）。EPDS9点以上の割合はすべて「いいえ」が6.8%に対し、いずれかに「はい」が7.5%と高い傾向があった。妊娠中からのうつ病、不安障害のスクリーニング陽性者は、陰性者と比較するとEPDSのカットオフ値を超えない場合でもより得点が高かったことから、妊娠中からの継続した支援が必要であると思われる。

ポスターセッション

P2-23

児疾患の出生前診断を受けた母の産後1ヶ月のメンタルヘルスの特徴

佐々木 恵、石川 浩史、池田 頌子、赤松 千加、伊集院 昌郁、
長嶋 亜巳、望月 昭彦、長瀬 寛美

神奈川県立こども医療センター 産婦人科

【目的】

超音波診断技術の進歩により胎児疾患の出生前診断数が増えている。児の疾患を出生前診断された母の産後1ヶ月時点での周産期うつとボンディング障害に影響を来す因子を調べることを目的とした。

【方法】

2017年8月～2018年1月までに当院で単胎分娩し、妊娠中に胎児疾患を示唆する異常所見を指摘された産婦の、1ヶ月健診時のエジンバラ産後うつスケール(EPDS)と日本語版 Mother-to-Infant Bonding Scale(MIBS)を診療録から後方視的に検討した。EPDSは9点以上を、MIBS-Jは5点以上を陽性とし、各々陰性群と比較検討した。統計にはt検定、Fisherの正確検定、多重ロジスティック解析を用い統計ソフトはR3.5.0を用いた。

【結果】

105例中、EPDS陽性は12例、MIBS陽性は13例であった。単変量解析では、EPDS陽性群で有意に夫や実母からのemotional support(ES)が得られないものが多かった。異常指摘時期が22週未満である症例も多い傾向を認めた。MIBS陽性群では、有意に早産と、夫や実母からのESが得られないものが多かった。EPDS・MIBS両方の検討で、児の外見に現れる疾患や、発達遅延が予想される疾患、1ヶ月時点での児のNICU入院に関して有意差はなかった。多変量解析ではEPDS陽性群で有意に夫からのESが得られないもの(Odds比17.5)、実母からのESが得られないもの(Odds比7.0)が多く、MIBS陽性群では早産(Odds比7.3)、実母からのESが得られないもの(Odds比5.14)が多かった。

【考察】

産後1ヶ月の周産期うつ・ボンディング障害に関して、児の疾患の種別に関わらず、ESの有無が重要と考えられた。早産は有意にボンディング障害を増加させる可能性があるため、注意する必要があると考えられた。

P2-24

妊産婦の発達特性および不安・抑うつと子へのボンディングとの関連について

茂木 崇治¹⁾、福井 直樹¹⁾、須貝 拓朗¹⁾、江川 純¹⁾、
橋尻 洸陽¹⁾、坪谷 隆介¹⁾、三留節子²⁾、荒木 理恵²⁾、
池 睦美²⁾、生野 寿史³⁾、山口 雅幸³⁾、高桑 好一⁴⁾、
榎本 隆之³⁾、染矢 俊幸¹⁾

1) 新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野

2) 新潟大学医歯学総合病院看護部

3) 新潟大学医歯学総合病院産科婦人科

4) 新潟大学医歯学総合病院総合周産期母子医療センター

【目的】

妊娠期および育児期の女性の不安や抑うつは、母親と子どもの間に形成される情緒的な結びつきに影響することが先行研究によって示唆されており、さらに、母親から子へのボンディング障害は育児放棄や虐待につながる可能性がある。今回我々は新潟県全域を対象に、妊娠期および育児期における女性の不安・抑うつ、子へのボンディングおよび母親自身の発達特性を調査し、これらの関連について検討した。

【方法】

2017年4月～2018年5月の期間に、新潟大学医歯学総合病院産婦人科および県内の関連施設を受診した妊婦920人（33.1 ± 6.8 歳）を対象に、発達特性の指標としてAQ、精神症状評価尺度としてHADS、愛着傾向の指標としてMIBS日本語版を、自己記入式質問紙によるアンケート方式で回答を得た。AQの下位尺度（社会的スキル、注意の切り替え、細部への注目、コミュニケーション、想像力）を観測変数に、HADSの不安と抑うつを2つの潜在変数とし、MIBSについては先行研究の基にLack of Affection とAnger & Rejection の2因子を潜在変数と設定し、それぞれの関連について構造方程式モデルを設計し、共分散構造分析を行った（Amos 25.0.0）。そしてCFI、RMSEAを用いて適合度を評価した。

【結果】

AQの下位尺度が、不安・抑うつに影響を与え、また直接および間接的にLack of Affectionへ影響を与えることが分かった。また、周産期の不安・抑うつとLack of Affection・Anger & Rejectionは相互に影響しあうことが分かった。（CFI = 0.884、RMSEA = 0.047）

【考察】

本研究によって、妊産婦の発達特性が直接的に、かつ不安・抑うつを介して、子へのボンディングへ影響を与えることが示された。

P2-25

産後の母－児ボンディング障害におけるネガティブライフイベント（育児と児の問題）と対処行動との関連

國分 真佐代¹⁾、岡野 禎治²⁾、杉山 隆³⁾、北村 俊則⁴⁾ 5) 6)

1) 鈴鹿医療科学大学 看護学部看護学科

2) 元三重大学

3) 愛媛大学産婦人科学

4) 北村メンタルヘルス研究所

5) こころの診療科きたむら醫院

6) 北村メンタルヘルス学術振興財団

【目的】

本研究は、産後の母－児ボンディング障害におけるネガティブライフイベント（育児と児の問題）と対処行動との関連を明らかにすることを目的とした。

【方法】

調査は産前から出産後1ヵ月までの107人の日本人妊産婦（平均年齢（SD）＝ 29.9（4.1歳）、初産婦＝ 61名、経産婦＝ 46名）を対象に、継続的に実施した。妊娠末期に対処行動（Ways of Coping Check List）、産後1ヵ月時に、出産後のネガティブライフイベントとして「身体症状とボディイメージ」、「ライフスタイルの変化と経済的状況」、「対人関係と家外での活動」、「育児と児の問題」（オリジナル尺度）、そしてボンディング（Mother-to-Infant Bonding Questionnaire）、ならびにその他の変数を自記式調査票で測定した。相関分析で各変数間の関連性を確認した後、共分散構造分析で構造回帰モデルを作成した。本調査は所属大学の倫理委員会承認（No1235）を受けて実施した。

【結果】

モデルの適合度は良好であった。出産歴が調整効果を有していた。初産婦では、問題解決型の対処行動が多く、他者への援助希求が少ないほど産後のボンディング障害が悪化し、そのボンディング障害が産後の「育児と児の問題」というネガティブライフイベントに有意な影響を与えていた。一方、経産婦にはいずれの対処行動も有意の予測を示さず、産前のセルフエフィカシーの低さが産後の「育児と児の問題」というネガティブライフイベントに有意な影響を与えていた。

【考察】

産後の母－児ボンディング障害におけるネガティブライフイベント（育児と児の問題）と対処行動の影響においては、女性の出産歴が調整因子になっていた。初めての育児を行う初産婦は、自身で問題を解決しようとするほどより多くのストレスを感じて児へのボンディングが低下すると考えられ、道具的・情動的な援助を他者に求めることができるとボンディングが良好となり、それが育児・児の問題を緩和（あるいは問題の認識を軽減）すると考えられた。

P2-26

Mother-to-Infant Bonding Scale は経時的に測定不変か？： 産後5日および1か月時点における検討

松長 麻美¹⁾²⁾、高馬 章江³⁾、多田 克彦⁴⁾、北村 俊則²⁾⁵⁾⁶⁾

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部

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) 北村メンタルヘルス学術振興財団

6) 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】

母親の新生児へのボンディングを評価する尺度として、現在我が国では Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS: Yoshida et al, 2013) が臨床および研究において広く利用されている。MIBSは10項目からなり、そのうち8項目による「愛情の欠如」および「怒りと拒否」の2因子構造が報告されているが、本尺度の経時的な測定不変性については未検討であり、2因子構造をどの時点においても等しく適用することが妥当か否かは不明である。したがって本研究では、産後5日目、1か月目のMIBSのデータを用いてその測定不変性を検討した。

【方法】

723名の産後女性から得られた産後5日目、1か月目のMIBSへの回答を解析に用いた。サンプルをランダムに2群に分け、一方の群で産後5日目および1か月目それぞれのMIBSについて探索的因子分析を行った。続いてもう一方の群を用い、MIBSの2時点における測定不変性検討のための多母集団同時分析を実施した。分析にはR 3.5.1を用いた。

【結果】

探索的因子分析の結果、産後5日目、産後1か月目ともに2因子構造が抽出され、各因子に対応する項目も同一であった。ただし、第2、4、9項目については両時点で2因子ともに因子負荷量が低かったため、これらを除外した7項目の2因子構造が妥当であると考えられた。多母集団同時分析の結果、弱測定不変が確認された。

【考察】

今回の結果では7項目、2因子構造が抽出され、Yoshida et al.の結果とは一部異なるものであったが、産後5日目と1か月目でのMIBSの弱測定不変が確認された。今回除外された第2項目「赤ちゃんのためにしないといけないことがあるのに、おろおろしてどうしていいかわからない時がある」は、産後1か月までの母親のボンディングの評価に用いることは難しい可能性があり、産後1か月までのボンディング障害の評価には7項目、2因子構造の項目を用いることがより妥当である可能性が示唆される。

P2-27

分娩時に母の思いと異なる印象を残してしまった症例を通して、
予後不良な児のバースプランのあり方を考える

中野 知子¹⁾、館 明日香¹⁾、野元 正崇¹⁾、森山 佳則¹⁾、牛田 貴文¹⁾、
今井 健史¹⁾、小谷 友美¹⁾、伊藤 萌水²⁾、山内 彩²⁾、岡田 俊²⁾、
尾崎 紀夫²⁾、吉川 史隆¹⁾

1) 名古屋大学医学部 産婦人科

2) 名古屋大学医学部 親と子どもの心療科

【症例（事例）の概要】

経産婦。23週から胎児発育不全を認め、さらに羊水過多と頸管長短縮を認めたため、児の精査と切迫早産加療目的にて27週で当院紹介となった。入院管理とし、羊水排液と同時に行った羊水検査で18trisomyと診断された。その後ご夫婦にプレネイタルビジットを行い、18trisomyの児の特徴や生命予後などお話しした。母は最初蘇生など積極的な治療を望まれたが、夫との話し合いの結果、蘇生は行わないこととなった。その後担当助産師とともにバースプランを作成し、産科医、新生児科医、他の助産師にも情報共有できるようにした。32週陣発来し、夜勤帯で出産となった。児はApgar score2点/2点でわずかに啼泣あり、分娩担当スタッフは児の状態は数時間の命と判断し、蘇生を希望しない“看取り”という認識のもと、できる限り児を母のもとで過ごせるように配慮し、その後児は出生から約10時間後に永眠された。1か月健診時、母は分娩時に児の状態があまり理解できないまま過ごしたと話され、改めて担当医から分娩時の児の状態をお話し、また助産師も面談を行った。また臨床心理士からも不安や憤りの思いの表出を促したことで、母は気持ちの整理ができるようになり、児の経過について受け入れることが出来た。

【結果及び考察】

当院では18trisomyなど生命予後不良な胎児と診断された場合、プレネイタルビジットを行い、母やご家族の児への思いを傾聴しつつ、助産師のサポートのもとバースプランの作成し、分娩に備えるようにしている。今回の症例は、出生時に改めて児の状態を聞いて児の処置を考えたいと思っていた。担当助産師もその気持ちを汲んでいたが、蘇生しない＝看取りという解釈にはスタッフ間でも差があった可能性がある。のちに母から不安と憤りを感じたことを担当医に伝えられたため、担当医は分娩担当したスタッフから聴取し、改めて説明する場を作った。児の状態は非常に厳しかったこと、分娩担当したスタッフの児に母のぬくもりを少しでも長く感じさせてあげたいという思いもあったことを伝えたことで、母は分娩時の状況をようやく理解できたようであった。臨床心理士との面談でさらに母の気持ちを整理されたようであった。今回の症例を通して、当院でのバースプランのあり方についても見直し、考える機会となった。

P2-28

NICU入院児の母親一カ月健診でEPDS高得点であった2例

亀山 沙恵子、坂口 太一、下田 勇輝、三浦 広志、
佐藤 朗、寺田 幸弘

秋田大学医学部 産婦人科学講座

【緒言】

EPDSは周産期うつ病のスクリーニング検査として広く行われており、当院でも一カ月健診の際に全例に対して実施している。児がNICUに入院した場合、児の経過に対する不安や長期間の母児分離といった心理的負担との関連から産後うつ病が疑われる率が高くなると報告されている。今回、児がNICU入院中の母親でEPDS高得点となった症例を経験したので報告する。

【症例】

症例1は、10代 初産 未婚（入籍予定なし）、切迫早産のため入院管理中に34週で陣痛が発来し自然分娩した。児は早産・低出生体重児のためNICU入院管理となった。パートナーは児の認知や養育費の支払いは行わず、シングルマザーとして母親の実家で育児を行う予定。産後一カ月健診でのEPDSは20点であり、不眠の訴えもあった。外来で傾聴し、睡眠導入剤の投与で状態は改善した。家族との話し合いを経て前向きに育児に取り組んでいる。症例2は、30代 初産、常位胎盤早期剥離のため、31週で緊急帝王切開術が行われた。児は早産・極低出生体重児のためNICU入院管理となった。出産直後から、早産になったことに対する自責の念が強かった。NICUでの面会時も児の経過に関する不安が強く、ささいなことでも強く気にする傾向があった。産後一カ月健診でのEPDSは19点であった。児の状態の改善に伴い、母の精神面も改善傾向であった。

【考察】

産婦人科医が関わるのは産後一カ月健診までである場合が多い。NICU入院による母の心理的不安は産後うつ病のリスクとなる。NICU入院児の母親に対しては、一カ月健診までではなく、児の入院中や退院後も継続的にフォローする必要がある。そのためには、産婦人科、小児科などの医療従事者の他に行政との連携など、多職種の連携が重要となる。今回の2症例はともに児の外来受診の際に、母親に対しても医師によるフォローを行った。また、行政に情報提供を行い助産師訪問を早めるなどの対応を行った。

P2-29

胎児先天性心疾患を指摘された2家族 それぞれの選択とメンタルヘルスケア

吉田 由理¹⁾、衛藤 英理子²⁾、三村 麻里¹⁾、
藤岡 まゆみ¹⁾、増山 寿²⁾

1) 岡山大学病院周産母子センター

2) 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科産科・婦人科学教室

【目的】

胎児の先天性心疾患を指摘された妊婦とその家族が治療の選択に至るまでの、多種職の連携と患者、家族のメンタルヘルスケアに携わる機会があったため、助産倫理に焦点を当てて紹介する。

【症例の概要】

症例1は30代経産婦。胎児心構築異常（左心低形成症候群）を疑われて妊娠26週1日当院へ紹介された。胎児精査を行っていく中で「家族が遠くで、上の子たちも大変なので積極的な手術は望まないかもしれない」との発言があった。出生児への医療行為をどの程度行うのか、本人、家族、NICU医師、担当看護師、産科医師、担当助産師で話し合いを重ねた。妊娠37週1日に経膈分娩し、やはり積極的治療は行わないことを希望した。生後2日間、児が永眠するまで母児同室を行い、家族で看取った。症例2は20代初産婦。妊娠21週2日に前医で胎児心構築異常（純型肺動脈閉鎖）を疑われ、当日当院を紹介初診。当初は「痛いことや苦しいことはさせたくない」と手術を拒否されていた。産科医師、小児循環器科医師、心臓血管外科医師、NICU医師、担当助産師、担当助産師、担当看護師が集まり、それぞれの立場からできる情報提供を行い、患者が自己決定するまでに何度も考えられる場を設けた。その結果「説明を聞いて自分たちの聞きたいことは答えてもらえて、納得して治療を受けることにした。」と積極的治療の選択へと変化した。妊娠38週1日骨盤位のため帝王切開で分娩。不安を抱えていた児の父親にも愛着形成がみられた。

【結果及び考察】

胎児先天性心疾患に対する治療において、異なる選択をした2家族に関わる機会があった。自己決定に至るまでに、気持ちを表出しやすい環境を作った上で、心理的变化に寄り添いながら、それぞれの結論を受け止めた。患者・家族に合わせたメンタルヘルスケアの重要性を再認識した。

P2-30

ボンディング障害をきたしている女性への受容的関わりに関する検討

伊藤 史子¹⁾、西尾 あずさ¹⁾、高橋 史佳¹⁾、野邊 詩織¹⁾、
竹上 亜紗子¹⁾、磯崎 悠子¹⁾、丸山 洋二郎²⁾、竹田 純²⁾、
牧野 真太郎²⁾、板倉 敦夫²⁾、寺尾 さか江¹⁾

1) 順天堂大学医学部附属順天堂医院 看護部

2) 順天堂大学 産婦人科

【目的】

妊娠中期に児の異常を告知され、ボンディング障害をきたした症例に対する関わりを振り返り、助産ケアの課題を明らかにする。

【事例の概要】

A氏、21歳、初産婦。妊娠24週で胎児疾患を指摘され、他院から当院へ紹介となり外来にて経過観察していた。初回の病状説明時より、A氏・配偶者を含め家族全員が児の養育を拒否しており、児の受け入れができないまま陣痛発来し、緊急腹式帝王切開術で分娩となった。

【結果】

出産後、家族は毎日児の面会に訪れたが、A氏は面会を希望せず、児の受け入れが出来ない状況であった。産後3日目、3つの質問票を用いて面接を行った結果、妊娠に対して戸惑いがあった事、A氏の生育歴が複雑であった事が明らかとなった。A氏が現状を受け入れるために、児に対する思いを否定せず傾聴に努め、医師・NICU・地域保健師やMSWと連携し情報共有を行った。産後数ヶ月経過し、A氏は、3～7日毎に児の面会に訪れ、少しずつ育児に参加しようとする姿が見られるようになった。

【考察】

本症例に対し3つの質問票を用い面接を行うことにより、必要な支援が明確になった。思いを傾聴することにより病院や医療者に対する安心感をもつことができ、児を受容していく過程につながったのではないかと考えられる。養育者である母親が肯定的に児を受け入れるためには、親自身にも情緒的なケアがなされ、信頼できる関係性によって支えられるような環境基盤が必要であると示唆された。

P2-31

当院での産褥精神病発症症例とその対応

牧原 夏子¹⁾、伊藤 直美²⁾、豊永 絢香¹⁾、平久 進也¹⁾、
藤田 一郎¹⁾、左右田 裕生¹⁾

1) 済生会兵庫県病院 産婦人科

2) 済生会兵庫県病院 地域周産期センター

【症例の概要】

日本における周産期のうつ病や産褥精神病は、自殺・虐待・子殺しなどの重要なリスク因子であり、できるだけ早期に発見して適切に介入する必要がある。

周産期の母親の精神的な問題は、自殺・虐待などの問題のみならず、将来の子どもの発達にも重大な影響を及ぼす可能性がある。一方、リスクを早期に発見して適切なケアに繋げることで予防できる可能性があり、またそのために妊娠中のスクリーニングが有効であることが示されている。さらに我が国では周産期の精神障害やその影響についての一般社会の認識が不十分であるが、知識を持っていることが早期発見への近道であり、妊産婦やその家族、また一般社会に対して啓発活動を行っていくことも重要である。

このような意味で妊娠中からの関わりは極めて重要であり、医療従事者としては早期からの介入に結び付けていくための体制を整えていく必要がある。

当院は、2015年にBFH（赤ちゃんに優しい病院）の認定を受けている。基本的に精神科外来を定期的に行える体制が整っていない病院ではあるが、BFH認定以降、産後の自殺症例は認めていない。

今回、2017年からの1年間で、妊娠あるいは分娩を機に発見された周産期精神病の3症例を経験したので、母乳育児支援病院の観点からの考察も交えて報告する。

【結果及び考察】

経験した3症例において、入院や複数の薬剤内服が必要であった先の2症例においては、混合→人工乳による栄養が主体となったが、上子の時に産褥精神病となっており、今回妊娠中にフォローしていた3番目の症例においては、現在産後3か月が経過するが、母乳育児のみで育児が可能であり、母の精神状態も安定している。母乳育児のメリットは母子双方にあり、母乳育児が浸透すると、産後うつ病の発症リスクを減らす一助になると言われている。ただ、精神科外来が院内に存在していない状況で、どのように・誰が周産期の精神状態を早期に発見し、また発見した後に、どのような支援が必要となるのか、という連携・その流れをきちんと把握しておくことが重要であり、そこを確立していく事が当院での今後の課題であり、近隣の精神科医との連携、または専門の心理カウンセラーを置くことも考慮が必要である。

また、BFHであるという当院の方向性として追加で必要となるのは、母乳育児の必要性の説明だけではなく、多職種でのチームカンファレンスを定期的に開催することでハイリスク妊産婦症例の情報を共有し、精神科の連携が必要なハイリスク妊産婦に関しては、母乳育児を完全に否定はせず、なるべく母乳育児を推進しながらも必要あれば母乳を中止し薬剤療法などの加療が必要であると多職種の側より対象妊産婦に説明する、という行為である。BFHでは母乳育児に固執する妊産婦も多いため、多職種で説明内容が異ならないよう、対象妊産婦が混乱しないように丁寧に説明を行う必要がある、ということが示唆された。

ポスターセッション

P2-32

自閉スペクトラム症（アスペルガー症候群）合併妊娠で 包括的支援を要した2症例

横山 美奈子、田村 良介、山谷 文乃、重藤 龍比古、高橋 秀身

大館市立総合病院 産婦人科

【目的】

自閉スペクトラム症は①社会性の障害、②言語・コミュニケーションの障害、③興味の限局と常同的・反復的行動を発症する疾患で、心理的・環境的ストレスで際立ちやすい。当院では、問題を抱える妊婦に関して、産婦人科医・小児科医・精神科医・助産師・保健師等で構成される「妊婦やこどもの支援委員会（以下支援委員会）」を立ち上げている。今回我々は、包括的支援を要した自閉スペクトラム症合併妊娠2症例を経験したため報告する。

【症例1】

30歳代、アスペルガー症候群の診断。20歳代で第1子を妊娠し 自殺企図となり妊婦健診を自己中断し、最終的には産後鬱病を呈した。今回、妊娠28週で胎児口唇・口蓋裂疑いの診断となり、情緒不安定となったため支援委員会を立ち上げた。積極的な情報提供および見守りが有効と判断し、妊娠中に児の手術を依頼する病院を紹介し、分娩時に小児科医が立ち合い授乳指導を含め早期に育児に関する説明を行った。退院後は保健師が授乳状況・保育状況等を確認することで鬱病等再発することなく経過した。

【症例2】

30歳代、アスペルガー症候群の診断。夫からDVがあると訴えていた。妊娠11週、人工妊娠中絶を目的に受診し手術当日に本人が拒否したため妊娠継続となった。妊娠中に明らかなDVはなかったが妊娠34週頃より情緒不安定・不眠症を認め支援委員会を立ち上げた。分娩後、母乳育児の精神的負担で母乳外来を頻回に受診し、児を自宅に残したまま飛び出す等の行動を認めた。育児負担軽減策について協議し、市が斡旋する育児ヘルパーを利用することにより、育児継続が可能となった。

【結果および考察】

両症例とも、患者に関する情報を委員全員で共有し支援方法について協議することで、妊娠・分娩・育児で切れ目のない支援が可能となった。このことにより、心理的・環境的ストレスが軽減され、病状悪化を防ぎ育児継続に繋がったと考えられる。

P2-33

周産期パニック症への認知行動療法の効果：2症例報告

松本 一記¹⁾²⁾³⁾

1) 帝京大学ちば総合医療センター 精神神経科

2) 千葉大学 子どものこころの発達教育研究センター

3) 大阪大学大学院 大阪大学・金沢大学・浜松医科大学・千葉大学・福井大学
連合小児発達学（千葉校）

【目的】

産後のパニック症に対する認知行動療法の効果を確認したので報告する。

【症例（事例）の概要】

2名のパニック症の患者に対して、1週間に1度の頻度で、1回50分の認知行動療法を16週連続で実施した。パニック障害重症度評価尺度を用いた症状の重症度は、患者Aは13点、患者Bは14点だった。パニック症では、身体感覚の過剰な注目と破局的な誤解が症状を維持・増悪させるが、2症例ともこれが顕著であり、息苦しさや動けなくなることへの予期不安から、外出を避けていた。また、「私がしっかりしなくてはいけないのに、発作が起きると子どもを守れない」という、自分を責める思考が共通して見られた。なお症例の報告に関しては、内容を説明した上で口頭と文章で同意を得ている。

【結果及び考察】

2症例ともに、全16回の認知行動療法を完了することができた。治療後には、パニック障害重症度尺度の点数が2例もとに下がったことを確認した（患者A：13点から3点、患者B：14点から6点）。乳児を養育するする必要から、一部の課題には取り組むことが難しかったが、治療課題は概ね遂行することができた。子どもと遊びに行く内容を課題に含めることが課題の遂行、ひいては治療の効果を高める上で重要であることが示唆された。

P2-34

妊娠とがんを抱えた患者の心理的支援

衛藤 英理子、大平 安希子、谷 和祐、牧 尉太、江口 武志、玉田 祥子、
光井 崇、早田 桂、増山 寿

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

【目的】

妊娠およびがん罹患という2つの重要なライフイベントを同時に抱えた患者に対しては、本人や家族の心理状態を理解しサポートしていくことが求められる。当院で経験した症例を紹介する。

【症例の概要】

3妊2産。第二子を経産分娩後、翌年から左乳房のしこりを自覚し、その半年後に授乳が終了した頃から急速に増大。乳腺外科で精査したところ乳癌Ⅳ期(腋窩リンパ節転移、肝転移)と診断された。タモキシフェン+ゴセレリン酢酸塩により治療開始するも奏効率PD(Progressive Disease)であったため、トラスツズマブ+ペルツズマブ+ドセタキセル併用療法に変更。夫婦は第3子の妊娠を望んでいたが、治療により卵巣機能が低下すること及び治療継続のために妊娠は不可能と説明され流涙しながらも同意していた。6コース終了後、再発腫瘍切除術を施行し、化学療法を継続した。2年前からCR(Complete Response)となり経過観察中に第3子の妊娠が発覚した。当院初診時は妊娠11週3日であり、再発リスクが高い病状への不安と胎児への愛情との間で本人、夫とも揺れ動く気持ちを話した。乳腺外科医、乳がん看護認定看護師、産科医、助産師などから情報提供を受け、悩んだ末に妊娠継続を自己決定した。現在無再発で経過中であるが、精神的に不安定な兆候も少なからず認める。日本乳癌学会作成の「妊娠中の乳がん」患者用冊子などによる心理的支援を行っている。

【結果及び考察】

妊娠とがんを抱えた患者においては、がんの病状や家族背景を視野に入れ、多職種による心理的サポートを継続していくことが重要である。

P2-35

チームによる継続的支援を試みた

緊急入院を機に精神的不調を来した妊婦の一例

登尾 麻衣¹⁾、田中 七彩¹⁾、金原 光咲¹⁾、森村 友貴¹⁾、宮田 郁¹⁾、
英 都貴子¹⁾、村山 結美²⁾、佐野 匠²⁾、藤田 太輔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】

当院は有床の精神科を有する地域周産期母子医療センターであり、様々な心身のハイリスク妊婦が紹介される。今回、妊娠後期に全前置胎盤で当院紹介となり、緊急入院になったA氏へチームで継続的な支援を行った事例を振り返り検討する。

【事例の概要】

A氏は30代後半の初産婦であり、不妊治療により妊娠成立後、産科クリニックにて妊婦健診を受けていた。妊娠28週時に全前置胎盤で当院に紹介受診となった。初診時はかなり困惑している様子であり、その3日後に警告出血を認め緊急入院となった。入院直後より不眠、児への否定的な言葉を認めるようになった。そこで、入院当初より産科医・助産師・精神科医・リエゾン精神看護専門看護師（以下リエゾナーズ）、実母や夫にも協力を得てチームによる周産期管理を行った。さらに産後の環境調整のため、保健師の早期介入も行った。ストレス緩和のため安全性を担保した上で一時退院となったが、妊娠34週時に警告出血を認めて入院し、5日後に緊急帝王切開術での分娩となった。児は早産児でNICUに入院したが、母子関係が崩れないよう、助産師がA氏の精神状態を確認しながら面会を促した。産後のA氏は、児への否定的な言葉を認めず、NICUへ積極的に面会に通った。A氏は産後6日目に退院、児も2週間程度で退院となった。退院後は保健師の訪問に加え、担当助産師が電話訪問し、自宅への地域助産師による産後訪問も行った。A氏は、育児での不安は保健師に積極的に相談できており、母親としての役割を担っていた。

【結果及び考察】

順調な妊娠経過をたどっていたA氏は、突然全前置胎盤を告げられ、大学病院への転院、帝王切開術が必須という急激な変化から精神状態の安定が保てず、不適応が生じたと考える。精神科医とリエゾナーズが精神面のアセスメントと積極的支援を行い、産科医が母子の安全を担保し、助産師は今回の妊娠・出産を少しでも肯定的に捉えられるような関わりに努めた。それぞれの職種が各々の責任範疇を理解し、他職種の役割を尊重するというチーム医療がA氏の回復の一助になったのではないかと考える。

P2-36

過去の性暴力被害から解離性障害を発症し、
無治療のまま分娩まで至った一例

福崎 紘子¹⁾、右田 幸¹⁾、林 聡²⁾

1) 医療法人準和会 東京マザーズクリニック 看護部

2) 医療法人準和会 東京マザーズクリニック 産婦人科医師

【目的】

思春期に解離性障害を発症し無治療で経過した妊婦が、妊娠を機に症状が再燃し、分娩後に診断を受けた症例を経験したので報告する。

【症例の概要】

30歳代、1妊0経。不妊治療歴なく自然妊娠。妊娠後期までは特記すべきことはなかったが、妊娠37週の健診時にパニック状態となり、内診が困難であった。保健指導の際にも本人から訴えはなかったが、注意深く対応していた。妊娠39週、陣痛発来にて硬膜外無痛分娩を開始した。分娩進行中に、本人より過去の性暴力被害から解離性障害の症状が出現していたが、家族にも言えず無治療で経過されていたことを告白された。分娩進行中に過去の記憶のフラッシュバックがみられ、分娩時には不安と恐怖から錯乱状態となったため鎮静を図り分娩とした。産後の精神状態の悪化を懸念し、精神科を有する病院へ搬送されたが、搬送時には症状も落ち着き、特に薬物治療を行うことなく退院された。退院後、育児技術獲得のため当院に再入院し、ご主人付き添いのもと母児同室を行った。退院後は、地区保健師と地域の心療内科と連携し、見守りを行っている。

【結果及び考察】

妊婦の中には、精神疾患を抱えながらも診断、治療を受けることなく分娩という強いストレスをきっかけに症状が悪化する場合もある。この症例は、分娩時に初めて解離性障害と判明し、分娩直後から精神科、地域社会と連携を取ることでスムーズに育児を開始することができた。今回の症例の経過により、妊娠中から妊婦の言動に注意して観察し、その患者、家族背景に関心をもって接していくこと、またこのような症例に関する密な連携の重要性を認めた。

P2-37

青年期に実母との死別を経験した女性の産後への影響

菅野 りつ子¹⁾、佐々木 暁子²⁾、佐々木 茜²⁾、
千葉 浩太郎²⁾、佐々木 恵³⁾

1) 石巻赤十字病院、看護部

2) 石巻赤十字病院、医療技術課臨床心理係

3) 神奈川県立こども医療センター産婦人科

【目的】

当院で産後うつと診断された2症例においては、青年期に実母との死別を経験していた。これらの2例との関わりを振り返り、今後の心理的支援および終末期ケアの一助とする。

【症例の概要】

症例1 20代 初産婦 精神科受診歴なし

「母は入院してからあっという間に亡くなった」「母がいたら今の自分にはならなかったと思う」「母の亡くなった病院に行くのが怖かった」など発言が聞かれた。グリーフワークも含め臨床心理士との面談を勧めたが「終わったことだから」と拒否。出産一か月後には希死念慮や強い育児不安がみられ、近医精神科受診した。近医では産後うつ・愛着障害と診断された。精神科処方薬は「治ったら育児しないといけなくなるのが怖い」と内服せず経過した。

症例2 20代 経産婦 精神科既往歴あり

「母が亡くなってから自分の精神がおかしくなった」「母がいれば大変なことも相談できた」などの発言が聞かれたが、それ以上のことは聞き出せず、臨床心理士との面談も「必要になったらお願いする」と必要とされず。産後2週間健診時に「眠れない、育児が怖い」と発言あり。近医精神科受診し産後うつと診断され、内服治療も行われた。

【結果及び考察】

2症例とも、医師、臨床心理士、助産師による心理的支援を継続し、うつ状態は改善。継続した心理的支援が、対象のグリーフワークに結びついたのか、時間の経過が愛着形成に結びついたのかは明確ではない。ただ、自身が母親になる過程において実母との別れを悲観し、受容する機会を作れたことはよかったと考える。親との死別を経験する青年期の家族がいる場合、終末期ケアにおいては、親になる過程に影響してくる場合があると示唆を得た。

P2-38

妊娠期にタナトフォリック骨異形成症と診断された 親と子どもの絆を支える看護

伊藤 朝美¹⁾、石川 美由紀²⁾、西山 ひかり²⁾

1) 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター 看護局 中央手術室

2) 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター 看護局 すこやかB病棟

【目的】

妊娠期に胎児の予後が不良であると診断を受けた母親への妊娠期から産褥期までの継続した看護を振り返る。

【方法】

A病院で胎児がタナトフォリック骨異形成症と診断された母親に対して妊娠期から産褥期にかけて行った看護を対象とし、時系列に沿って母親への看護を電子カルテからデータとして抽出した。

【結果】

母親は、胎児がタナトフォリック骨異形成症と診断されたことにより子どもの親としての思い、ひとりの女性としての思い、家族としての今後の生活との間で揺れ動く体験をしていた。看護者は妊娠中からプライマリーケアを行う中で、患者対看護者という関わりだけではなく、一人の人として母親の思いに寄り添い、母親の思いを尊重し、共に考え、悩みながら子供を迎える準備を母親とともに行った。そして、母親が希望したバースプランをもとに医師や手術室の看護師と連携を取り、夫の立会い、家族と過ごすための環境調整、沐浴、手型・足型の作成、お見送りの準備を行った。母親や家族の思いを尊重したバースプランを実行することにより、家族は悲しみの中にありながらも、子どもの誕生に対する祝福と愛情にあふれたその家族らしい子どもとの時間を大切に過ごすことができていた。

【考察】

妊娠期から産褥期にかけて継続した看護を行ったことは、母親の体験を共有し、その親子らしく過ごすことを支えることであったと考える。そして、母親の思いや意思決定を支えることは、親と子の絆を大切にし、その親と子の未来を支えることに繋がる重要な看護であったと考える。

謝 辞

第15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15回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会
大会長 玉木 敦子

あすか製薬株式会社
株式会社アトラス旅行
クラシエ薬品株式会社
株式会社シェアメディカル
東洋羽毛関西販売株式会社
日本イーライリリー株式会社
株式会社日本助産師会出版
ファイザー株式会社
株式会社ブライトン
ホリスティックケアプロフェッショナルスクール
メルスモン製薬株式会社
持田製薬株式会社
ヤンセンファーマ株式会社
ユーロフィンクリニカルジェネティクス株式会社
ラボコープ・ジャパン

(2018年9月現在、敬称略、企業名五十音順)

助産師と女性を つなぐ出版社

すべての女性が
健康で安心な生活を送れるよう
私たち助産師を通じて情報を発信し
豊かな暮らしの実現を目指します

学び続ける 専門職者への支援

専門職として助産師が
学び続けるためのよりどころとなり
助産師をはじめとする
看護職者などの質の向上に貢献できる
書物の発行を目指します



日本助産師会出版

助産師と女性をつなぐ通販ショップ

383
shop.net

383shop.net さんぽさんショップ

助産院と女性をつなぐ

助産院マップ

カンタンに
ホームページが
つくれる

集客力
アップ



株式会社 日本助産師会出版 〒111-0054 東京都台東区鳥越2丁目12-2 日本助産師会館
TEL 03-5823-4212 FAX 03-5823-4213 URL <http://www.midwifepc.co.jp>



月経困難症治療剤

薬価基準未収載

ジェミーナ[®]配合錠
レボノルゲストレル・エチニルエストラジオール配合製剤
Jemina[®] tablets 処方箋医薬品（注意－医師等の処方箋により使用すること）

発売
準備中

製造販売元（資料請求先）

Nobelpharma

ノーベルファーマ株式会社

〒103-0024 東京都中央区日本橋小舟町12番地10

提携



あすか製薬株式会社

〒108-8532 東京都港区芝浦二丁目5番1号

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

2018年7月作成

Kracie

時代が求めるやさしい医療のために。

クラシエの医療用漢方製剤は、1日2回服用タイプと1日3回服用タイプのスティック包装

患者さんの視点にたって――

クラシエは医療用漢方製剤の“のみやすさ”を追求しました。

医師の確かな診断・処方のもと、数多くの患者さんに服用いただいているクラシエの医療用漢方製剤。患者さんの視点にたって、服用は、1日2回と1日3回。“のみやすさ”を、さらに追求したスティックタイプの包装です。クラシエは、これからも時代が求めるやさしい医療に貢献していきます。

※一部の製品は四方シール包装です。

スティックで、健やかな暮らしへ

クラシエ 薬品株式会社

〔資料請求先〕 〒108-8080 東京都港区海岸3-20-20

<http://www.kracie.co.jp>

特定生物由来製品
胎盤製剤

薬価基準収載

メルモン[®]

MELSMON[®]

処方箋医薬品（注意－医師等の処方箋により使用すること）

Placenta(Human)



効能・効果
更年期障害・乳汁分泌不全

1アンプル 2mL

胎盤絨毛分解物の水溶性物質（ヒト胎盤由来成分）

※「用法・用量」「禁忌」「使用上の注意」「取り扱い上の注意」等については添付文書をご参照ください。

製造販売元
〔資料請求先〕



メルモン製薬株式会社 学術部

〒332-0003 埼玉県川口市東領家2-35-6 TEL:048(223)1755

〈2017.12月〉



子宮内膜症治療剤・子宮腺筋症に伴う疼痛改善治療剤
処方箋医薬品^注

薬価基準収載



ディナゲスト錠 1mg

DINAGEST Tab.1mg

ジェノゲスト・フィルムコーティング錠
注）注意－医師等の処方箋により使用すること

※「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等の詳細は添付文書をご参照ください。

製造販売元
〈資料請求先〉



持田製薬株式会社
東京都新宿区四谷1丁目7番地
TEL 0120-189-522（くすり相談窓口）

2017年7月作成（N8）



Clinical Genetics

「最高の技術で世界の健康・環境・安全分野の検査市場に貢献する」



ユーロフィン クリニカルジェネティクス株式会社は、
臨床検査・食品・環境・医薬品検査をグローバルに展開する
ユーロフィングループの臨床検査センターです。

事業内容

各種衛生検査（主に遺伝学的検査）研究用遺伝学的検査

ユーロフィンクリニカルジェネティクス株式会社