

第  
16  
回

日本周産期メンタルヘルス学会  
Japanese Society of Perinatal Mental Health

# 学術集会 抄録集



会 期

2019年  
10月26日(土)・27日(日)

会 場

千葉大学亥鼻キャンパス  
医学部記念講堂・ゐのはな同窓会館

大会長

渡邊 博幸

千葉大学社会精神保健教育研究センター特任教授  
特定医療法人学而会木村病院院長

**第 16 回**  
**日本周産期メンタルヘルス学会**  
**学術集会**  
**プログラム・抄録集**

日時：2019年10月26日（土）・27日（日）

会場：千葉大学亥鼻キャンパス

医学部記念講堂・みのはな同窓会館

**学術集会大会長：渡邊 博幸**

千葉大学社会精神保健教育研究センター特任教授

学而会木村病院院長





## ご挨拶

第16回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会大会長  
千葉大学社会精神保健教育研究センター特任教授  
医療法人学而会木村病院院長

渡邊 博幸

このたび、第16回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会を、主管いたします、千葉大学社会精神保健教育研究センター／医療法人学而会木村病院の渡邊博幸と申します。

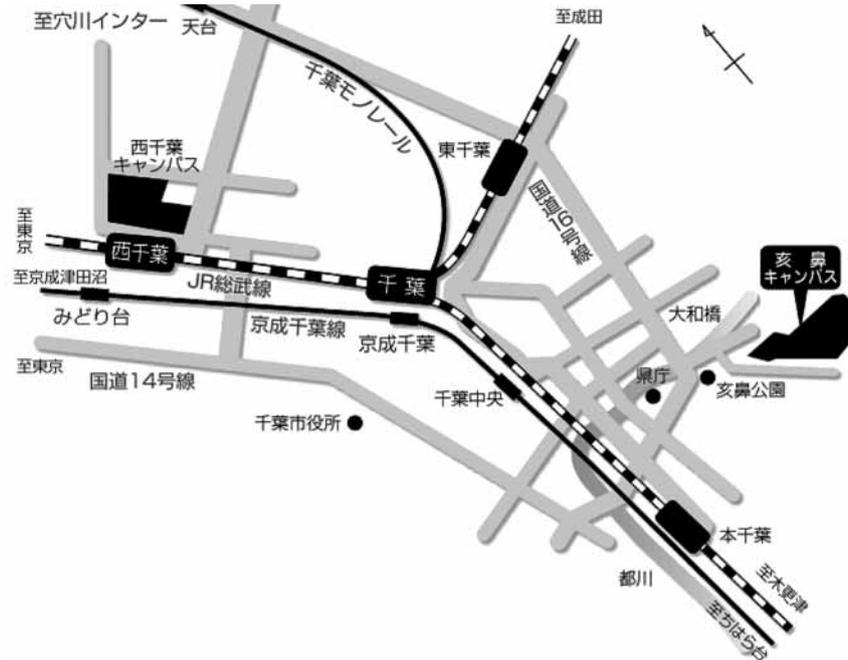
今日、周産期メンタルケアに医療界内外からも多くの関心が向けられています。児への養育不全、虐待、妊産婦の自殺といった痛ましいニュースは後を絶ちません。さらに、生殖医療技術の進歩や子育ての多様性に即した心理社会的支援の開発、妊娠や授乳における向精神薬の影響と最適化など、たくさんのアンメットメディカルニーズが生じています。これらの課題の解決には、産科医療、小児科医療と精神科医療、母子保健と精神保健等の集学的な研究、施策の立案、研修・教育、実践、評価と改良という、弛まぬ研鑽が必要です。

日本周産期メンタルヘルス学会は、2003年に日本周産期メンタルヘルス研究会として発足し、その後2014年11月に名称変更とともに学会として改組し、年に一回学術集会を開催しております。今年で第16回を迎える日本周産期メンタルヘルス学会学術集会は、この領域における、様々な職種、立場の第一人者が一同に会し、上述のテーマについて、最新の研究成果と先駆的な実践を披瀝し、語り、切磋琢磨する場であるとともに、多彩なネットワークを結ぶ連携構築のハブ機能も果たしています。また、初学者や新たに参加する方々にとっても、周産期のメンタルヘルスに対する関心や理解度を高める上で大変有益であると考えます。

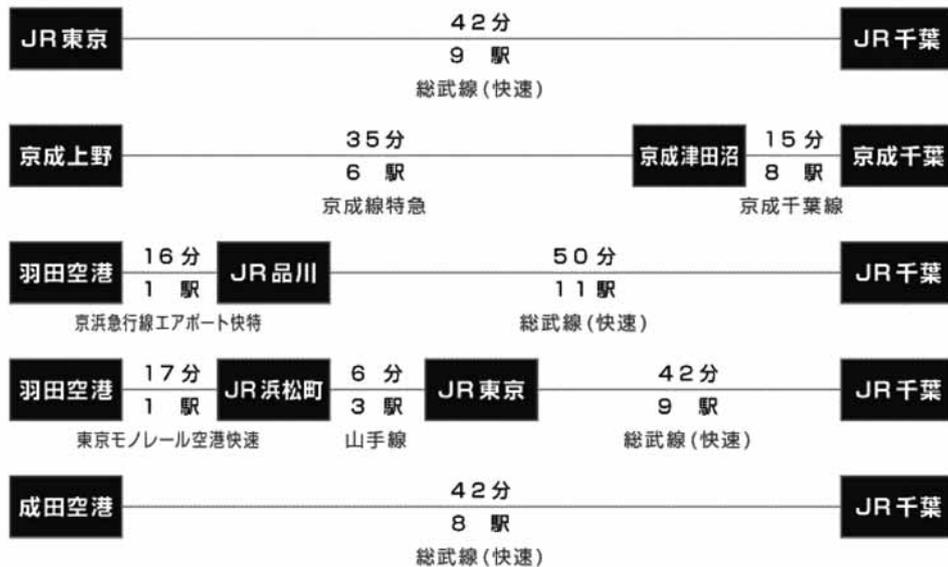
参加者の皆様にとって魅力的かつ有意義な学術集会となるよう、実行委員会、プログラム委員会を中心に鋭意準備を進めております。至らぬ点多々あるかと存じますが、学会員の皆様はもちろんのこと、ぜひご所属先の方々にもお声をかけていただき、多数のご参加を賜れば幸いです。心よりお待ち申し上げます。



## 会場周辺地図



## 会場アクセス

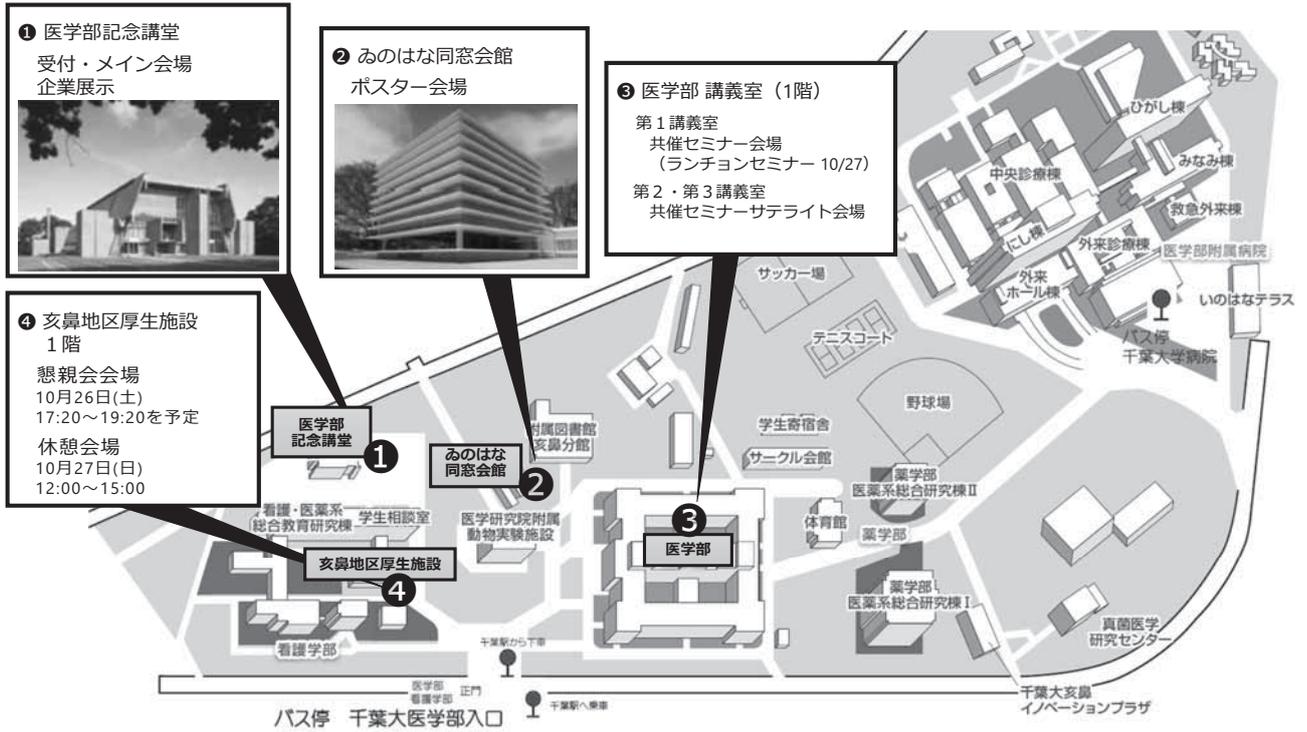


JR千葉駅、京成千葉駅到着後、JR千葉駅東口正面7番のバス乗り場から「千葉大学病院」行き、または、「南矢作」行きバスに乗車、「千葉大医学部入口」で下車。

学術集会会場へお越しの際は「千葉大医学部入口」のバス停をご利用ください。「千葉大学病院」バス停とお間違えのないよう、ご注意ください。

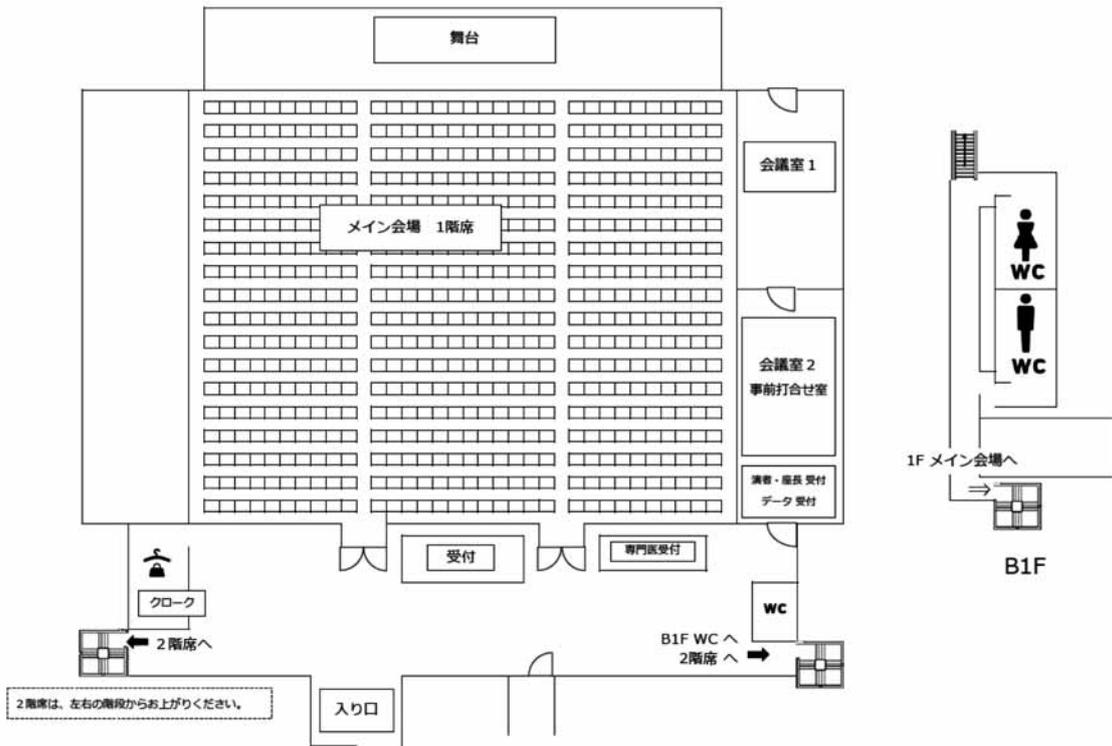
お帰りの際、千葉駅方面へは、「千葉大学医学部」（下車バス停向かい側）からご乗車、または、「千葉大学病院」のバス停（始発）からご乗車ください。

## 会場（千葉大学亥鼻キャンパスマップ）



「授乳室・休憩室」の場所は、当日受付までお問い合わせください。  
 千葉大学亥鼻地区は敷地内全面禁煙です。特定屋外喫煙場所はありません。

## メイン会場



## 参加者の皆様へ

### 1 受付・参加費

日時：10月26日(土) 11:00～16:00

10月27日(日) 8:00～15:30

場所：千葉大学亥鼻キャンパス 医学部記念講堂 1階

参加費：会員、非会員ともに 事前参加登録：8,000円／当日参加登録：10,000円

学生（当日学生証提示要）事前参加登録、当日参加登録ともに 1,000円

#### ★事前参加登録をされた方

事前郵送いたしました参加証（名札）を身につけ、ご入場ください。お忘れの場合、当日、参加受付のスタッフにお申し出ください。名札再発行の対応はいたしますが、参加証明書・領収証の再発行はいたしません。

#### ★当日参加登録をされる方

当日、受付で当日参加登録費を現金にてお支払いください。クレジットカードや電子マネーは使用できません。参加費と引き換えに、領収証兼用の参加証（名札）をお渡しします。参加証（名札）に、所属・氏名をご記入のうえ、会場では必ず身に付けてください。

### 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。事前参加登録で参加費のお振込みをされた方には、事前に郵送にてお送りいたしますので必ずご持参ください。抄録集のみの購入は有料となります。

### 3 クローク

日時：10月26日(土) 11:00～17:30（総会・評議員会終了の20分後にクロークを閉めます）

10月27日(日) 8:00～16:30

場所：千葉大学亥鼻キャンパス 医学部記念講堂1階

懇親会にご参加される方は、お荷物などをお引き取りいただいてからご参加ください。

### 4 懇親会について

日時：10月26日(土) 17:20～19:20を予定

会場：千葉大学亥鼻キャンパス内 亥鼻地区厚生施設 生協食堂

参加費：5,000円

事前参加登録で懇親会のお申込みと懇親会費をお支払い済みの方は、懇親会会場へご入場の際に懇親会領収証（抄録集と一緒に事前郵送）のご提示にご協力をお願いいたします。

懇親会の当日参加は、学術集会会場（医学部記念講堂1階の受付）にて、申し込みを賜ります。定員を達した場合は、ご参加を受け付けかねる可能性がございますことをご了承ください。

懇親会はクローク終了後の開催となります。お荷物などを持って会場へお越しください。

## 5 学会行事（総会・評議員会）

日 時：10月26日（土）16:50～17:10

場 所：千葉大学亥鼻キャンパス 医学部記念講堂1階（学術集会メイン会場）

学会正会員・評議員・理事の皆様はご出席をお願いします。

## 6 授乳室・休憩室について

日 時：10月26日（土）11:00～17:30

10月27日（日）8:00～16:30

場 所：当日、受付スタッフにお問い合わせください。

授乳室・休憩室には保育スタッフは常駐しておりません。授乳室入り口に掲示してある「授乳室・休憩室について」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16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。

託児室（有料）は、事前申込の方のみご利用いただけます。

## 7 休憩会場について【10月27日（日）の昼食時間帯】

会場付近には十分な数の飲食店はございません。また、千葉大学亥鼻キャンパス内亥鼻地区厚生施設の生協食堂は営業されません。27日（日）12:00～15:00は、千葉大学亥鼻キャンパス内亥鼻地区厚生施設生協食堂のスペースを開放しますので、ご持参の昼食やご休憩にご利用ください。メイン会場（記念講堂内）でのご飲食はご遠慮下さい。

日 時：10月27日（日）12:00～15:00

場 所：千葉大学亥鼻キャンパス内亥鼻地区厚生施設 生協食堂（食堂近くに自動販売機があります）

## 8 会場について

### （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。

### （2）会場内でのご注意

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

千葉大学亥鼻キャンパス内に、学術集会専用の駐車場はございませんが、医学部正面入口入って左右にある入場ゲートを開放しますので、車でお越しの方はゲート内の駐車スペースをご利用ください。駐車場での事故、盗難等につきましては、責任を負いかねますので、各自ご留意ください。できるだけ、電車・バス等公共交通機関、タクシーをご利用ください。

### （4）喫煙所について

千葉大学亥鼻地区は敷地内全面禁煙です。特定屋外喫煙場所はございません。

## 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

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。

「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。

領域講習単位付与のため、開催日ごとのカードスキャンが必要です。

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をいたします。

カードスキャンと同時に署名簿（千葉県産科婦人科医学会提出用）にご記入ください。

◆日本産科婦人科学会 学会単位 10単位

◆日本専門医機構 参加単位 3単位

◆日本専門医機構（産婦人科領域講習単位）においては、

対象セッションの開催日ごと、「e医学会カード」のカードスキャンが必要です。

対象セッション 日本専門医機構（産婦人科領域講習単位）3単位

■10月26日（土） 13:00-14:40

シンポジウムⅠ「産婦健診実施3年目を迎えて－新たな課題と展望－」

■10月27日（日） 9:00-10:40

シンポジウムⅢ「周産期メンタルヘルスにおける大規模コホート研究の構築に向けて」

■10月27日（日） 11:00-12:00

特別講演「皆さんの街に周産期メンタルヘルスを診る精神科医はいますか」

### (2) 日本産婦人科医会 《研修参加証（1枚/1日）》

開催日ごと、日本産婦人科医会研修シールをお渡しします。

(1) の「e医学会カード」のカードスキャンをされる際に、署名簿にご記入ください。

### (3) 日本医師会生涯教育講座

対象セッションの開催日ごと、署名簿の記載が必要です。

◆日医生涯教育講座 3.0単位（CC：4・13、9・11、69・70）

対象セッション

■10月26日（土） 13:00-14:40 CC：4・13

シンポジウムⅠ「産婦健診実施3年目を迎えて－新たな課題と展望－」

■10月27日（日） 9:00-10:40 CC：9・11

シンポジウムⅢ「周産期メンタルヘルスにおける大規模コホート研究の構築に向けて」

■10月28日（日） 11:00-12:00 CC：69・70

特別講演「皆さんの街に周産期メンタルヘルスを診る精神科医はいますか」

#### (4) 日本精神神経学会

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。

「専門医単位申請受付」で「日本精神神経学会会員カード」のカードスキャンを受けてください。

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。

開催期間中に、1回のバーコードスキャンで単位が付与されます。

開催日ごとのスキャンは不要です。

#### ◆学会単位・機構単位（精神科領域講習） 3単位

下記セッションが対象となりますが、会期中に1回のカードスキャンで結構です。

対象セッション 日本専門医機構（精神科領域講習単位）

■10月26日（土） 13:00-14:40

シンポジウムⅠ「産婦健診実施3年目を迎えて－新たな課題と展望－」

■10月26日（土） 15:00-16:40

シンポジウムⅡ「妊産婦の支援から、乳幼児・児童支援へ－虐待死、養育不全を防ぐために－」

■10月27日（日） 9:00-10:40

シンポジウムⅢ「周産期メンタルヘルスにおける大規模コホート研究の構築に向けて」

■10月27日（日） 11:00-12:00

特別講演「皆さんの街に周産期メンタルヘルスを診る精神科医はいますか」

#### (5) 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。

#### (6) 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。

#### (7) 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。

#### (8) 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。

## 10 共催セミナー（ランチョンセミナー）について

第2日【10月27日(日)】受付開始後（8時～）より、共催セミナーの整理券（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。共催セミナー会場（医学部第1講義室）への入場は、前セッション終了後となります。また、共催セミナーサテライト会場（医学部第2講義室・第3講義室）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分を経過すると、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。聴講のみ希望される場合（お弁当引換券不要）は、整理券を配布するスタッフにお申し出ください。

なお、第1日【10月26日(土)】のランチョンセミナーはありません。

## 座長・演者の皆様へ

- ◆各セッション開始30分前までにPC受付で、座長受付・演者受付をお済ませください。
- ◆演者の先生は、演者受付時に発表データの試写をお願いします。
- ◆2日目の最初のセッション（シンポジウムⅢ）の演者の方は、円滑な運営のため、可能な限り、前日（10/26）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（メイン会場（医学部記念講堂）会議室2）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、シンポジウムⅠは15分前）に移動をお願いします。  
共催セミナーの打合せ部屋は、同窓会館1F会議室2になりますのでご注意ください。

セッション	セッション日時		打合せ日時		打合せの部屋
	日	時間	日	時間	
シンポジウムⅠ 「産婦健診実施3年目を迎えて －新たな課題と展望－」	10/26 (土)	13:00-14:40	10/26 (土)	12:30-12:45	メイン会場 (記念講堂) 1F 会議室2
シンポジウムⅡ 「妊産婦の支援から、乳幼児・児童支援へ －虐待死、養育不全を防ぐために－」	10/26 (土)	15:00-16:40	10/26 (土)	14:40-14:55	メイン会場 (記念講堂) 1F 会議室2
シンポジウムⅢ 「周産期メンタルヘルスにおける 大規模コホート研究の構築に向けて」	10/27 (日)	9:00-10:40	10/27 (日)	8:40-8:55	メイン会場 (記念講堂) 1F 会議室2
シンポジウムⅣ 「妊産婦への心理療法アップデート」	10/27 (日)	14:40-16:00	10/27 (日)	14:20-14:35	メイン会場 (記念講堂) 1F 会議室2
共催セミナー（ランチョンセミナー） 「周産期領域における ホスピタリティの可能性」	10/27 (日)	12:20-13:00	10/27 (日)	11:00-12:10	同窓会館 1F 会議室2

# 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、USBメモリの形で発表データをお持ち込みください。  
2. USBメモリをお持ち込みの方への注意事項をご確認ください。
- (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
- (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) 発表用のPCはHDMIケーブルで接続しています。  
動画ファイルの映像・音声の出力もHDMI経由となります。
- (5) どうしてもApple社製のパソコンをお使いになる場合は、ご自分のPCと、  
HDMIに対応した接続アダプタをご持参下さい。
- (6) 情報機器の紛失・盗難には、ご注意ください。

# 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27日（日）13：20～14：20です。

発表者はポスターセッションの時間になりましたら、発表ポスターの前で待機してください。  
演題番号により、前半後半グループに分けて、それぞれ30分ずつの発表時間枠を設けます。  
進行係の指示に従って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

あのはな同窓会館 1F

## 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 掲示時間内に、発表者ご自身でご掲示ください。

10月26日(土) 14:40～16:40 または 27日(日) 8:00～9:00

◆ 発表時間 ご自身のポスター前に待機してください。

10月27日(日) 13:20～14:20

(演題番号により前半と後半で30分ずつ発表時間を分けます。

どちらのグループになるかは、当日会場でお知らせいたします。)

◆ 撤去時間 10月27日(日) 15:00～16:20

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」「COI開示」を合わせて  
縦210cm × 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」は、縦160cm × 横90cm以下で作成をお願いします。

◆ 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なように、

少なくとも5m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、2m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

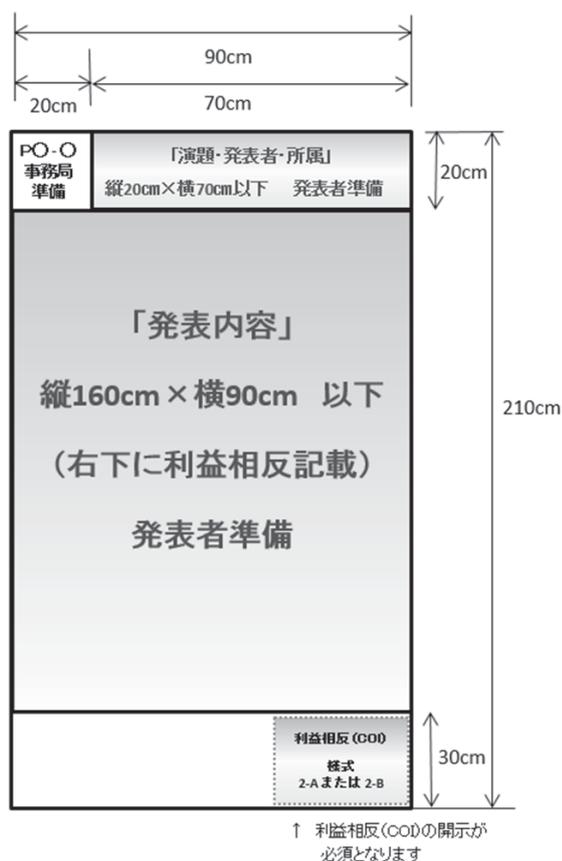
COI状態の有無に関わらず、COIの状況を開示いただきます。COI様式(サンプル)は、

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。



## 日 程 表

第 1 日 2019 年 10 月 26 日 (土) 12 時 50 分～17 時 10 分

11:00-	受付開始		メイン会場
12:50-	開会の辞	大会長挨拶	メイン会場
13:00-	シンポジウム I	<p><b>「産婦健診実施 3 年目を迎えて - 新たな課題と展望 -」</b></p> <p>座長 ; 新井 陽子 (北里大学看護学部生涯発達看護学) 宗田 聡 (広尾レディース)</p> <p><b>1. 「産婦健診における EPDS 高得点者への対応 ～メンタルヘルス科受診者の分析～」</b> 岡島 美朗 (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)</p> <p><b>2. 「産婦健診事業の全国展開にむけた課題」</b> 鈴木 俊治 (葛飾赤十字産院 産婦人科)</p> <p><b>3. 「EPDS を用いたスクリーニングの有用性と課題」</b> 西 大輔 (東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野)</p> <p><b>4. 「精神科のない BFH かつ地域周産期医療母子センターでの 周産期メンタルヘルスケアの現状」</b> 牧原 夏子 (済生会兵庫県病院 産婦人科)</p> <p><b>5. 指定発言「助産師の立場での EPDS 実施の現状と課題」</b> 濱崎 美穂 (東邦大学医療センター佐倉病院 看護部 2 階西(産科)病棟)</p> <p>産婦人科医：日本専門医機構産婦人科領域講習セッション 精神科医：日本精神神経学会単位付与対象セッション 日本医師会生涯教育講座 CC：4 (0.5 単位) 13 (0.5 単位)</p>	メイン会場
14:40			
15:00-	シンポジウム II	<p><b>「妊産婦の支援から、乳幼児・児童支援へ - 虐待死、養育不全を防ぐために -」</b></p> <p>座長 ; 笠井 靖代 (日本赤十字社医療センター産婦人科) 竹内 崇 (東京医科歯科大学医学部附属病院精神科)</p> <p><b>1. 「当院における C P T と周産期メンタルヘルスケアの取り組み」</b> 田中 亜季 (東京女子医科大学八千代医療センター 入退院支援室)</p> <p><b>2. 「母と父のための入院心理プログラム - 入院治療ではどのようなケアをしているのか -」</b> 後藤 美智子 (医療法人学而会 木村病院 社会生活支援部)</p> <p><b>3. 「母親による嬰兒殺・新生児殺 - 現状と防止対策 -」</b> 田口 寿子 (神奈川県立精神医療センター)</p> <p><b>4. 「虐待防止を推進するための行政 (市町村) の役割について」</b> 胡内 敦司 (前・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)</p> <p>精神科医：日本精神神経学会単位付与対象セッション</p>	メイン会場
16:40			
16:50- 17:10	総会・評議員会	学会正会員・評議員・理事の皆様はご出席をお願いします。	メイン会場
17:20- 19:20	懇親会		懇親会会場

日 程 表

第 2 日 10 月 27 日 (日) 9 時 00 分～16 時 00 分

8:00-	受付開始		メイン会場
9:00-	シンポジウムⅢ	<p><b>「周産期メンタルヘルスにおける 大規模コホート研究の構築に向けて」</b></p> <p>座長； 西郡 秀和（福島県立医科大学ふくしま子ども・女性医療支援センター） 橋本 佐（社会医療法人社団さつき会 袖ヶ浦さつき台病院 精神科 千葉大学大学院医学研究院 精神医学教室）</p> <p><b>1. 「周産期医学の立場からコホート研究に迫る」</b> 西郡 秀和（福島県立医科大学ふくしま子ども・女性医療支援センター）</p> <p><b>2. 「死亡診断書・検案書マニュアル改正におけるビッグデータへの実装」</b> 竹田 省（順天堂大学医学部 産婦人科学講座）</p> <p><b>3. 「精神医学の立場から、日本での周産期メンタルヘルス多施設・多領域 共同コホート研究の実現可能性に迫る」</b> 橋本 佐（社会医療法人社団さつき会 袖ヶ浦さつき台病院 精神科 千葉大学大学院医学研究院 精神医学教室）</p> <p><b>4. 「大規模コホート研究デザインとデータ解析 ～生物統計学の立場からの留意点～」</b> 佐藤 泰憲（慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学 慶應義塾大学病院臨床研究推進センター 慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科）</p> <p>産婦人科医：日本専門医機構産婦人科領域講習対象セッション 精神科医：日本精神神経学会単位付与対象セッション</p>	メイン会場
10:40		日本医師会生涯教育講座 CC：9（0.5 単位） 11（0.5 単位）	
11:00-	特別講演	<p><b>「皆さんの街に 周産期メンタルヘルスを診る精神科医はいますか」</b></p> <p>座長； 岡野 禎治（三重大学名誉教授）</p> <p>演者； 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 日本周産期メンタルヘルス学会理事長）</p> <p>産婦人科医：日本専門医機構産婦人科領域講習対象セッション 精神科医：日本精神神経学会単位付与対象セッション</p>	メイン会場
12:00		日本医師会生涯教育講座 CC：69（0.5 単位） 70（0.5 単位）	
12:20-	共催セミナー	<p>共催：株式会社ブライトン</p> <p><b>「周産期領域におけるホスピタリティの可能性」</b></p> <p>座長； 森 恵美（千葉大学大学院看護学研究科教授）</p> <p>演者； 伴 照代（株式会社ブライトン代表取締役社長）</p>	セミナー会場
13:00			
13:20 14:20	一般演題	ポスターセッション	ポスター会場
14:40	シンポジウムⅣ	<p><b>「妊産婦への心理療法アップデート」</b></p> <p>座長； 相川 祐里（社会福祉法人恩賜財団 済生会横浜市東部病院） 富田 拓郎（中央大学文学部心理学専攻）</p> <p><b>1. 「産後うつセルフヘルプグループ およびピアサポートの現状について」</b> 宮崎 弘美（医療法人湖山荘 福島松ヶ丘病院） （他 2 名の発表を予定）</p>	メイン会場
16:00			
16:00-	閉会の辞		メイン会場

# 第1日 10月26日(土) プログラム

メイン会場 医学部記念講堂

## 12時50分～ 開会の挨拶

渡邊 博幸（第16回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会大会長）

## 13時00分～14時40分 シンポジウム I . . . . . (p26)

産婦人科医：日本専門医機構産婦人科領域講習セッション

精神科医：日本精神神経学会単位付与対象セッション

日本医師会生涯教育講座 CC：4（0.5単位）13（0.5単位）

座長 新井 陽子（北里大学看護学部生涯発達看護学）

宗田 聡（広尾レディース）

### 「産婦健診実施3年目を迎えて –新たな課題と展望–」

1. 「産婦健診におけるEPDS高得点者への対応 ～メンタルヘルス科受診者の分析～」  
岡島 美朗（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）
2. 「産婦健診事業の全国展開にむけた課題」  
鈴木 俊治（葛飾赤十字産院 産婦人科）
3. 「EPDSを用いたスクリーニングの有用性と課題」  
西 大輔（東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野）
4. 「精神科のないBFHかつ地域周産期医療母子センターでの  
周産期メンタルヘルスケアの現状」  
牧原 夏子（済生会兵庫県病院 産婦人科）
5. 指定発言：「助産師の立場でのEPDS実施の現状と課題」  
濱崎 美穂（東邦大学医療センター佐倉病院 看護部 2階西(産科)病棟）

## 第1日 10月26日(土) プログラム

メイン会場 医学部記念講堂

---

15時00分～16時40分 シンポジウムⅡ . . . . . (p32)

精神科医：日本精神神経学会単位付与対象セッション

座長 笠井 靖代（日本赤十字社医療センター産婦人科）  
竹内 崇（東京医科歯科大学医学部附属病院精神科）

### 「妊産婦の支援から、乳幼児・児童支援へ -虐待死、養育不全を防ぐために-」

1. 「当院におけるCPTと周産期メンタルヘルスケアの取り組み」  
田中 亜季（東京女子医科大学八千代医療センター 入退院支援室）
2. 「母と父のための入院心理プログラム  
-入院治療ではどのようなケアをしているのか-」  
後藤 美智子（医療法人学術会 木村病院 社会生活支援部）
3. 「母親による嬰兒殺・新生児殺 -現状と防止対策-」  
田口 寿子（神奈川県立精神医療センター）
4. 「虐待防止を推進するための行政（市町村）の役割について」  
胡内 敦司（前・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）

16時50分～17時10分 総会・評議員会

学会正会員・評議員・理事の皆様は、必ずご出席ください

17時20分～19時20分 懇親会

会場：千葉大学亥鼻キャンパス内 亥鼻地区厚生施設 生協食堂

## 第2日 10月27日(日) プログラム

メイン会場  
ポスター会場  
共催セミナー

医学部記念講堂  
みのはな同窓会館  
医学部講義室

9時00分～10時40分 シンポジウムⅢ . . . . . (p37)

産婦人科医：日本専門医機構産婦人科領域講習対象セッション  
精神科医：日本精神神経学会単位付与対象セッション  
日本医師会生涯教育講座 CC：9（0.5単位） 11（0.5単位）

座長 西郡 秀和（福島県立医科大学ふくしま子ども・女性医療支援センター）  
橋本 佐（社会医療法人社団さつき会 袖ヶ浦さつき台病院 精神科  
千葉大学大学院医学研究院 精神医学教室）

### 「周産期メンタルヘルスにおける大規模コホート研究の構築に向けて」

1. 「周産期医学の立場からコホート研究に迫る」  
西郡 秀和（福島県立医科大学ふくしま子ども・女性医療支援センター）
2. 「死亡診断書・検案書マニュアル改正におけるビッグデータへの実装」  
竹田 省（順天堂大学医学部 産婦人科学講座）
3. 「精神医学の立場から、日本での周産期メンタルヘルス多施設・多領域  
共同コホート研究の実現可能性に迫る」  
橋本 佐（社会医療法人社団さつき会 袖ヶ浦さつき台病院 精神科  
千葉大学大学院医学研究院 精神医学教室）
4. 「大規模コホート研究デザインとデータ解析 ～生物統計学の立場からの留意点～」  
佐藤 泰憲（慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学  
慶應義塾大学病院臨床研究推進センター  
慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科）

## 第2日 10月27日(日) プログラム

メイン会場  
ポスター会場  
共催セミナー

医学部記念講堂  
みのはな同窓会館  
医学部講義室

### 11時00分～12時00分 特別講演 . . . . . (p24)

産婦人科医：日本専門医機構産婦人科領域講習対象セッション  
精神科医：日本精神神経学会単位付与対象セッション  
日本医師会生涯教育講座 CC：9（0.5単位） 11（0.5単位）

#### 「皆さんの街に周産期メンタルヘルスを診る精神科医はいますか」

座長 岡野 禎治（三重大学名誉教授）

演者 鈴木 利人（順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院副院長  
順天堂大学医大学院医学研究科精神行動科学分野教授  
日本周産期メンタルヘルス学会理事長）

### 12時20分～13時00分 共催セミナー . . . . . (p44)

共催：株式会社ブライトン

#### 「周産期領域におけるホスピタリティの可能性」

座長 森 恵美（千葉大学大学院看護学研究科教授）

演者 伴 照代（株式会社ブライトン代表取締役社長）

### 13時20分～14時20分 一般演題（ポスターセッション） . . . . . (p47)

### 14時40分～16時00分 シンポジウムⅣ . . . . . (p42)

座長 相川 祐里（社会福祉法人恩賜財団 済生会横浜市東部病院）

富田 拓郎（中央大学文学部心理学専攻）

#### 「妊産婦への心理療法アップデート」

1. 「産後うつセルフヘルプグループおよびピアサポートの現状について」

宮崎 弘美（医療法人湖山荘 福島松ヶ丘病院）

他2名の発表を予定

### 16時00分～ 閉会の挨拶

# ポスターセッション

10月27日（日）13:20-14:20  
ポスター会場 みのほな同窓会館

演題番号	演題名	氏名	所属	職種
P01	産科外来においてメンタルヘルスの視点から看護職が“気になる”妊婦の特徴	鎌田 奈津	兵庫県立大学大学院看護学研究科	助産師、学生
P02	精神疾患の有無に関わらずEPDSが高得点を示す妊婦の特性～妊娠中の保健指導で着目すべき視点～	島名 梨沙	群馬大学医学部附属病院	助産師
P03	妊娠初期における父親の抑うつ傾向と関連要因	佐藤 郁美	新潟医療福祉大学大学院 医療福祉研究科健康科学専攻 看護学分野	助産師
P04	不妊治療中の女性に対するEPDSについての検討	村林 奈緒	浜松医科大学 生殖周産期医学講座	産婦人科医
P05	妊産婦のメンタルヘルスの現状 — 初産婦と経産婦の比較から —	鷺尾 弘枝	畿央大学 健康科学部 看護医療学科	助産師
P06	精神科併設のない総合周産期母子医療センターにおける産後うつスクリーニング陽性である母親への対応と今後の課題	小塩 史子	姫路赤十字病院 看護部	母性看護専門 看護師
P07	産後うつ病のスクリーニングにおける心拍変動検査の有用性：エジンバラ質問票に虚偽記述をした一症例	鈴木 公基	静岡済生会総合病院 産婦人科	産婦人科医
P08	総合周産期センターにおけるエジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）高値の背景と支援	宮下 梨恵	島根県立中央病院 母性病棟看護科	助産師
P09	精神科併設病院における3点セットを用いた産後うつ病スクリーニングの実態	井上 真紀	群馬大学医学部附属病院 産科婦人科	産婦人科医
P10	産褥期における母親のメンタルヘルスとバイオマーカーの関連についての文献検討	徳永 明日香	筑波大学 人間総合科学研究科 看護科学専攻	看護師、学生
P11	助産師が行う産後の支援によるエジンバラ産後うつ病質問票得点の変化	高田 鼓	大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 産科病棟	母性看護専門 看護師
P12	当院の関わりからみえてきた産後2週間健診の必要性	川上 玲奈	社会医療法人社団尚篤会 赤心堂病院	助産師
P13	産後の継続的支援事業の構築、産後2週間健診の現状報告	桐山 奈津子	大垣市民病院 1病棟3階	助産師
P14	助産師による産後2週間健診の効果 — エジンバラ産後うつ病評価スケールの変化からの分析 —	名倉 弓子	筑波大学附属病院 看護部	助産師

# ポスターセッション

10月27日（日）13:20-14:20  
ポスター会場 みのほな同窓会館

演題番号	演題名	氏名	所属	職種
P15	心疾患を有する児を出産した母の心理的变化と愛着形成に関する後方視的観察研究	鈴木 茉耶	順天堂大学医学部附属順天堂医院 看護部	助産師
P16	ボンディング障害を指摘されていた女性の言動と産後の変化に対する検討	高橋 史佳	順天堂大学医学部附属順天堂医院 看護部	助産師
P17	周産期メンタルヘルス臨床で用いる自記式調査票の psychometrics 1 : Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	羽田 彩子	日本赤十字看護大学大学院	助産師
P18	周産期メンタルヘルス臨床で用いる自記式調査票の psychometrics 2 : Mother-to-infant Bonding Scale (MIBS)、 Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)	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	看護師
P19	周産期メンタルヘルス臨床で用いる自記式調査票の psychometrics 3 : Mother-to-infant Bonding Questionnaire (MIBQ), Maternity Blues (MB) Scale, Conflict Tactics Scale 1 (CTS 1)	山田 路子	聖路加国際大学大学院 看護学研究科 専門領域 助産学	助産師
P20	精神疾患合併妊婦に対する育児支援のためのアセスメントガイド作成に向けた後方視的調査	中澤 貴代	北海道大学病院 産科・周産母子センター	助産師
P21	心理職を対象とした周産期心理研修プログラムの開発	水本 深喜	松蔭大学、 国立成育医療研究センター こころの診療部	臨床心理士、 公認心理師
P22	予後不良な児のバースプランに対するスタッフの捉え方の検討	小林 知子	名古屋大学医学部 産婦人科学講座	産婦人科医
P23	精神疾患合併妊婦に対する産前・産後の育児支援のあり方	谷地向 益実	医療法人 溪仁会 手稲溪仁会病院 看護部	助産師
P24	地域の産婦人科クリニックにおける心理職のかかわりかた — 潜在的ニーズを顕在化していくこと —	樋口 聖子	医療法人 慈心会 あさの葉レディースクリニック	臨床心理士、 公認心理師
P25	自殺企図のある妊婦への関わり ～精神科併設のない周産期センターでの実際と今後の課題～	刀祢 幸代	済生会 兵庫県病院 地域周産期母子医療センター	助産師
P26	産褥早期における電話訪問の効果に関する検討 — 退院後のメンタルヘルスケアを目指して —	川西 久美子	三菱京都病院 看護部	助産師
P27	身体的安楽と育児不安軽減に焦点をあてた妊婦対象のうつ病予防プログラムの開発	大谷 利恵	神戸女子大学看護学部	看護師
P28	妊娠22週未満の前期破水症例の意思決定支援	宮田 郁	大阪医科大学附属病院 看護部、 信州大学大学院総合医理工学研究科 博士課程	リエゾン 精神看護 専門看護師

# ポスターセッション

10月27日（日）13:20-14:20  
ポスター会場 めのはな同窓会館

演題番号	演題名	氏名	所属	職種
P29	スマートフォンによる行動活性化療法の産後うつ病・虐待関連行動への効果 ：ランダム化比較試験プロトコール	帯包 エリカ	東京大学大学院医学系研究科 精神保健学分野	小児科医
P30	精神病性障害を有する妊娠女性の薬物療法と母児アウトカムに関する探索的後向きカルテ調査研究	関 亮太	千葉大学大学院医学研究院 精神医学教室	精神科医
P31	精神科単科病院にて産婦人科医との直接連携により円滑な診療につながった産褥期精神病の一例	南 房香	医療法人財団厚生協会 大泉病院、 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室、 医療法人学而会 木村病院	精神科医
P32	境界性パーソナリティ障害合併妊娠で精神科や地域との連携に苦慮した一例	伊東 麻美	弘前大学医学部大学院医学研究科 産科婦人科学講座	産婦人科医
P33	多職種で親子のつながりを深めた1早産児例	岡村 亜耶	高知大学医学部附属病院 周産母子センター	臨床心理士
P34	パートナー男性からのDV被害を積極的に訴えない妊産婦の1例	島貴 洋太	小張総合病院 産婦人科	産婦人科医
P35	妊娠中に精神状態の不調をきたした妊婦に対する、リスク分類に基づく包括的なケアについて症例を振り返り検討する	村上 裕代	はぐくみ母子クリニック	助産師
P36	要保護児童対策地域協議会対象妊婦における妊娠期の多職種連携	谷内 彩乃	高知大学医学部附属病院 看護部	助産師
P37	当院助産外来における精神疾患合併妊産婦の地域連携 — ハイリスク妊産婦連携指導料算定に焦点を当てて —	公文 典子	高知大学医学部附属病院 看護部	助産師
P38	精神科診療所で実践する「ハイリスク妊産婦連携指導」	武田 直己	医療法人社団翠松会 たけだメンタルクリニック	精神科医
P39	周産期メンタルヘルスケアにおける 薬局薬剤師の取り組み	清家 裕子	一般社団法人子供プラス未来 ゆうあい未来薬局	薬剤師
P40	当院における周産期メンタルヘルスケア — 多職種協働モデルの検討 —	山根 謙一	九州大学病院 子どものこころの診療部	精神科医
P41	妊産婦メンタルヘルスケアにおける都市圏の総合周産期センターの役割	讃井 絢子	福岡大学病院 総合周産期母子医療センター	産婦人科医
P42	精神疾患合併妊産婦における自殺企図入院症例の検討：DPCデータベースによる後ろ向きコホート研究	重見 大介	東京大学大学院医学系研究科 臨床疫学・経済学	産婦人科医
P43	N・フィールド社内における妊産婦利用者の精神科医療費負担状況調査と、医療費助成制度の効果と期待	池北 裕治	株式会社N・フィールド 地域医療連携部	精神保健福祉士
P44	愛知県下における精神疾患合併妊娠の管理体制の構築	藤田 啓	名古屋大学医学部 産婦人科学講座	産婦人科医



# 講演抄録

## 皆さんの街に 周産期メンタルヘルスを診る精神科医はいますか

座長；岡野 禎治  
三重大学名誉教授

演者；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  
日本周産期メンタルヘルス学会理事長

---

### 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

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

---

## 特別講演

---

### 皆さんの街に 周産期メンタルヘルスを診る精神科医はいますか

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  
日本周産期メンタルヘルス学会理事長

鈴木 利人

---

精神疾患を合併するハイリスク妊産褥婦への対応に関して、産婦人科医や精神科医、助産師、看護師、薬剤師、心理師、保健師などが円滑に連携して関与することが求められている。しかしながら現実には多職種連携は十分に機能しているとは言い難い。機能不全となっている多職種連携の要因の一つとして、患者を迅速に精神科医の受診に結び付けられていないことが挙げられる。周産期メンタルヘルスに関わる精神科医はとりわけこの10年間全国的に増えている印象があるが、医療現場の要請に十分に答えられているレベルには到底及ばないのが現状であろう。周産期メンタルヘルスの充実に向けて精神科医の役割は大きいですが、精神科医療自体に内在する課題、すなわち産婦人科を有する総合病院における精神科医療体制の不備（無床精神科、一人精神科医長など）や精神科（メンタルヘルス）外来の予約制の一般化、周産期メンタルヘルスに関するガイドラインの未整備などの克服ができていないことが、精神科医のこの領域への積極的な関わりに大きな壁となっていることも否定できない。地域によっては周産期メンタルヘルスに精通する精神科医の養成やその専門外来の設置、地域の多職種連携による研究会の設立などに積極的な取り組みがみられるが、地域間格差も存在し今後の課題といえる。

本講演では国内の周産期メンタルヘルス領域での精神科医の活動の実態を紹介するとともに、多職種連携の全国的な広がりのための方策について考える。またそのために必要な周産期領域を専門とする精神科医の研修に必要な項目をまとめ、精神科医の質の均等化についてまとめてみる。最後に、本学会と日本精神神経学会をはじめとする他学会との連携、また精神科関連学会での新たなガイドラインの策定作業の進捗状況についても紹介する。

---

#### 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  
日本周産期メンタルヘルス学会理事長

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

---



# SP I -01 シンポジウム I

「産婦健診実施3年目を迎えて -新たな課題と展望-」

## 産婦健診におけるEPDS高得点者への対応 ～メンタルヘルス科受診者の分析～

- 1)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
- 2)自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科
- 3)自治医科大学附属さいたま医療センター 看護部

○岡島 美朗<sup>1)</sup>、齋藤 慎之介<sup>1)</sup>、  
桑田 知之<sup>2)</sup>、堀内 功<sup>2)</sup>、西川 洋子<sup>3)</sup>、飯塚 彩<sup>3)</sup>

産婦健診に「こころの健康チェック」が導入されて3年目を迎えている。その際使用されるエジンバラ産後うつ病うつ病質問票（以下、EPDSと記す）で高得点が示された場合、どのように対応するかは大きな問題である。当院では、2017年10月に新産婦健診開始当初から、EPDSが9点以上であった場合には、原則として全例メンタルヘルス科への受診を勧める方針とした。今回はメンタルヘルス科を受診した症例の精神的問題、経過について分析し、EPDS高値者にどのように対応すべきかを考察する。

2017年10月から2018年3月までに当院で出産し、産婦健診でEPDSを受けた患者の割合、およびそのうちメンタルヘルス科を受診した患者の割合を算出した。さらにメンタルヘルス科受診者の精神的問題を分析した。

対象期間で、当院で健診を受けた産婦は670例で、そのうちEPDS9点以上であったのは92例(13.7%)であった。そのうち、メンタルヘルス科を実際に受診した例は47例(51.1%)であった。受診率は、産婦健診を行う産科医の交代の前後で大きく変化していた。メンタルヘルス科受診者の精神的問題は、育児負担・育児不安24例(51.1%)、夫との関係の問題5例(10.6%)、児の問題4例(8.5%)、心理的要因の特定できない不安・抑うつ7例(14.9%)であった。メンタルヘルス科への2回以上の通院を要したのは10例(21.3%)であった。また、産婦健診以前からメンタルヘルス科を受診していた中に自殺例が1例あった。

EPDS高値者のうち、約半数が産科医の勧奨に従い、メンタルヘルス科を受診していたが、産科医によって受診率が変わったと思われることから、勧奨する産科医の不安が大きいことが推定された。また、メンタルヘルス科受診者のうち、約7割が現実的な問題による精神的問題を持つと考えられたが、心理的要因では説明しきれない不安・抑うつが約15%に見られたことから、治療が必要な症例をスクリーニングするために、EPDSが有用であると考えられた。

### 演者略歴

岡島 美朗 (おかじま よしろう)

現職：自治医科大学附属さいたま医療センターメンタルヘルス科教授

1988年 山梨医科大学卒業、自治医科大学精神医学教室勤務

1995年 自治医科大学大学院卒業  
精神医学教室助手、講師を経て、

2010年 自治医科大学附属病院緩和ケア部准教授

2015年 自治医科大学附属さいたま医療センターメンタルヘルス科教授

現在に至る

## SP I -02 シンポジウム I

「産婦健診実施3年目を迎えて -新たな課題と展望-」

### 産婦健診事業の全国展開にむけた課題

葛飾赤十字産院 産婦人科  
鈴木 俊治

産婦健診事業は、産後うつ予防や新生児への虐待予防等を図るため、産後2週間、産後1か月など出産後間もない時期の産婦に対する健康診査（産婦健診）に係る費用を助成することによって、産後の初期段階における母子に対する支援を強化し、市区町村（地域行政）側から積極的に切れ目のない支援体制を整備することを目的として開始された。

本事業の実施主体は市区町村で、産婦健診の結果が健診実施機関から市区町村へ速やかに報告されるよう体制を整備し、支援が必要と認められる産婦に対して、積極的に産後ケア事業をはじめとした産後うつや虐待予防ができることが要件となる。そのため、健診結果が市区町村に把握・管理されることをあらかじめ受診者に周知することになっており、そのことによって支援を受けやすくなるのが健やかな生活のために非常にメリットがあることを、あらかじめ啓発しておく必要がある。

健やかな育児環境を支えていくために、各施設・地域に合わせた周産期メンタルヘルスを組み入れた妊婦・産婦健診に取り組んでいくことが重要であるが、平成31年度（令和元年度）の厚生労働省・母子保健対策関係予算案において、本事業への予算案は約33.8万件に留まっている。各市区町村における周産期メンタルヘルスケアに対する取り組みに温度差があることを加味して、今回、本事業の全国展開にむけた課題を、産婦人科の立場から考察する。

#### 演者略歴

鈴木 俊治 （すずき しゅんじ）

現職：葛飾赤十字産院 副院長  
日本産婦人科医会 常務理事

1988年3月 長崎大学医学部卒業  
1988年6月 日本医科大学付属病院産科婦人科学教室入局  
1990年7月～1993年6月  
葛飾赤十字産院産婦人科派遣  
1997年1月～1998年2月  
米国ロマリダ大学胎児生理学教室へ研究留学  
2000年10月 日本医科大学産科婦人科学講師  
2001年7月 日本医科大学産科婦人科学助教授  
2002年1月 東京臨海病院産婦人科部長  
2006年4月 葛飾赤十字産院副院長（現職）  
2018年6月 日本産婦人科医会常務理事

専門分野：周産期医療・周産期医学

## SP I -03 シンポジウム I

「産婦健診実施3年目を迎えて -新たな課題と展望-」

---

### EPDSを用いたスクリーニングの有用性と課題

東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野  
西 大輔

---

周産期メンタルヘルスの領域ではエディンバラ産後うつ自己評価表（Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS）が広く用いられており、うつ病等の精神疾患のスクリーニングに役立てられている。ただ、スクリーニングを行う現場では「点数が高い人が多数いる場合にどのように対処すればよいか」「点数が高い人から『私はうつ病ですか？』と聞かれたときにどのように答えればよいか」「明らかに精神的に調子を崩しているように見えるにもかかわらず点数が低い場合にどうすればよいか」等々、様々な疑問がある。本発表では、陽性的中率（スクリーニング陽性者のなかで真にうつ病を有する者の割合）は、事前確率（対象となる集団全体におけるうつ病を有する者の割合）の影響を受けること、そのため特に偽陽性（うつ病を有していない者がEPDSでスクリーニング陽性となること）が無視できない割合で発生することについて具体例を通して確認する。そしてそれを踏まえたうえで、現場の様々な疑問にどのように答えればよいかについて考えていきたい。

---

#### 演者略歴

西 大輔 （にし だいすけ）

**現職**：東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野 准教授

2000年 九州大学医学部卒業  
2006年 国立病院機構災害医療センター精神科科長  
2012年 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所  
精神保健計画研究部室長  
2016年 東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻  
精神保健政策学分野連携講座准教授（兼任）  
2018年 現職

**専門領域**：精神保健学、周産期メンタルヘルス、  
トラウマティックストレス、レジリエンス

**資格**：博士（医学）、精神保健指定医、  
日本精神神経学会専門医・指導医、社会医学系専門医 等

---

## SP I -04 シンポジウム I

「産婦健診実施3年目を迎えて –新たな課題と展望–」

### 精神科のないBFHかつ地域周産期医療母子センターでの 周産期メンタルヘルスケアの現状

済生会兵庫県病院 産婦人科

○牧原 夏子、豊永 絢香、市橋 さなえ  
船田 菜津子、藤田 一郎、左右田 裕生

日本における周産期精神障害の頻度は、多施設共同研究によると、最も多いうつ病で妊娠中5.6%、産褥期5.0%と報告されているデータがある。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。周産期の母体の精神的な問題は、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、そのための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。このように、妊娠中から継続しての関わりは極めて重要であり、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が、精神科外来を定期的に行える体制が整っておらず、現時点での体制改良の予定も無い。幸い2015年以降の妊産婦自殺症例は無い。

当院にて、2017年から現在まで、一旦精神科での定期フォローを終了していた症例も含め、当院での妊娠フォロー期間中、また分娩を機に精神科の介入が必要であると判断し当院産科側より精神科へ紹介するに至った9症例を経験したので、母乳育児支援病院の観点からの意見も交えて報告する。

母乳育児のメリットは母児双方にあり、母乳育児の浸透が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。また、当院でも産後一ヶ月健診時のEPDSチェックが2018年9月より始まっている。

当院のように精神科外来が院内に存在しておらず、精神科救急病院が遠方である状況で、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、などの多職種連携のタイミングや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ると考えている。

#### 演者略歴

牧原 夏子 （まきはら なつこ）

**現職**：済生会兵庫県病院 産婦人科 副部長

近畿大学医学部卒業

2003年 神戸大学医学部附属病院 産科婦人科科研修医、その後、加古川市民病院・兵庫県立柏原病院等に勤務後、

2010年 神戸大学大学院修了、学位取得

神戸大学医学部附属病院産科婦人科学教室助教・外来医長を経て

2013年9月より現職

**専門分野**：周産期医学 産婦人科学

# SP I -05 指定発言 シンポジウム I

「産婦健康診査実施3年目を迎えて -新たな課題と展望-」

## 助産師の立場でのEPDS実施の現状と課題

東邦大学医療センター佐倉病院 看護部 2階西(産科)病棟  
濱崎 美穂

産後うつなどにより育児が困難になるケースが増加している現状から、国の補助事業として産婦健康診査の費用助成が創設され、佐倉市でも2018年4月より千葉県内で3例目に産婦健康診査の助成が開始された。産婦健康診査は産後1か月以内の褥婦を対象として実施し、産後の心身の不調、育児不安を抱える方を、産後ケア事業など、母子への心身のケアや育児サポートなどにつなげることを目的としている。

当院でも同時期より育児相談や母児の健康状態の評価、産後うつの予防・早期発見を目的とし、佐倉市在住の褥婦を対象に産後2週間健診を開始した。十分な準備期間を持って開始したわけではなかった為、開始当初は予想以上に時間を要し、助産外来の枠を1時間確保しても足りない事を痛感しながら産後健診を実施していた。

助産師としてEPDSを実施するにあたり、産後うつを見逃してしまうかも知れないという思いと、地域に繋げることへの不安、そして圧倒的に時間が少ないことに対する焦りなど、一人の褥婦を見るにあたり、様々な思いを抱いて向き合っている。

現在、当院では佐倉市のほかに船橋市と我孫子市の産婦健康診査も対応しているが、佐倉市以外は実際には多くない。それよりも当院を利用する妊産婦が多い他の市町村ではまだ産婦健康診査は始まっておらず、強制力もないため、産後2週間健診を促して断られても仕方がない現状にある。地域によって違うことは私たち助産師にとっても実施できるケアや提供できる社会資源の選択肢に差が生まれることにつながるため、地域による格差がなくなることを願っている。

最後にEPDSと赤ちゃんへの気持ち質問票を用いて要支援となる基準に該当した場合は、当院では佐倉市健康管理センターへ連絡を入れることになっている。そこで担当の保健師に褥婦の背景や質問票の結果、現在の状況などを伝え、地域と情報共有をはかる。要支援となる褥婦は妊娠中から地域が介入していることも多く、情報共有はスムーズに進むことがほとんどである。

### 演者略歴

濱崎 美穂 (はまさき みほ)

現職：東邦大学医療センター佐倉病院 看護部 2階西(産科)病棟 助産師

1995年3月 帝京高等看護学院 第1看護科卒業  
1996年3月 帝京平成短期大学 専攻科 助産学専攻卒業  
1996年4月 帝京大学医学部附属病院 産科病棟勤務  
2000年2月 東邦大学医学部附属佐倉病院(現東邦大学医療センター佐倉病院) 2階(産婦人科)病棟勤務  
2001年4月 東京臨海病院 開設準備室勤務  
2002年4月 東京臨海病院 看護部 産科病棟主任  
2005年10月 東邦大学医療センター佐倉病院 看護部 2階西(産科)病棟勤務  
2014年4月 東邦大学佐倉看護専門学校 教員(母性看護学)  
2016年3月 人間総合科学大学 人間科学部卒業 学士取得  
2016年4月 現職

---

---

## 妊産婦の支援から、乳幼児・児童支援へ －虐待死、養育不全を防ぐために－

座長；笠井 靖代

日本赤十字社医療センター産婦人科

座長；竹内 崇

東京医科歯科大学医学部附属病院精神科

---

---

### 座長略歴

○～○

笠井 靖代 （かさい やすよ）

現職：日本赤十字社医療センター 第二産婦人科 部長

1988年 東京医科歯科大学医学部医学科卒業  
1988年 三井記念病院研修医  
1989年 東京大学産科婦人科学教室入局  
1996年 東京大学大学院 医学系研究科修了  
1996年 日本学術振興会特別研究員  
1997年 米国タフツ大学New England Medical Center留学  
2000年 日本赤十字社医療センター 医員  
2004年 同 副部長  
2013年 同 第三産婦人科部長

専門分野：周産期医学、産婦人科学、 臨床遺伝・出生前診断

○～○

竹内 崇 （たけうち たかし）

現職：東京医科歯科大学医学部附属病院精神科 講師・心身医療科 科長

1994年3月 東京医科歯科大学医学部医学科卒業  
1994年6月 東京都立広尾病院 臨床研修医  
1996年4月 東京都立広尾病院 神経科  
1998年4月 埼玉県立精神医療センター  
2001年4月 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 精神行動医科学分野 医員  
2002年4月 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 精神行動医科学分野 助教  
2014年4月 東京医科歯科大学医学部附属病院 精神科 講師  
2018年4月 東京医科歯科大学医学部附属病院 心身医療科 科長

専門分野：コンサルテーション・リエゾン精神医学

---

---

## SP II-01 シンポジウム II

「妊産婦の支援から、乳幼児・児童支援へ - 虐待死、養育不全を防ぐために -」

---

### 当院におけるCPTと周産期メンタルヘルスケアの取り組み

- 1) 東京女子医科大学八千代医療センター 入退院支援室
- 2) 東京女子医科大学八千代医療センター 小児科

○田中 亜季<sup>1)</sup>、八巻 小津恵<sup>1)</sup>、富川 由美子<sup>1)</sup>  
白戸 由理<sup>2)</sup>、濱田 洋通<sup>2)</sup>

---

当院の院内児童虐待対策チーム（以下CPT）における周産期からの予防的取り組みと、周産期メンタルヘルスケアに関する地域との多機関連携ネットワークの構築について考察する。

2018年度の当院におけるCPTの活動内容から予防的取組の実践報告を行い、あわせて同年度より本格的に取り組むをはじめた八千代周産期メンタルヘルスケア連絡会の立ち上げ、運用の実際とその効果について考察する。

当院の院内児童虐待対策チーム（以下CPT）は予防的介入に力を入れており、特定妊婦支援から小児の家庭内事故まで、児童虐待を未然に防ぎ、子育て中の親子が孤立しないように関係機関に積極的につなげるよう取り組んでいる。

特定妊婦支援の中で特に対応に苦慮することが多いのが、精神疾患合併妊婦である。当院は精神疾患に対応可能な入院病棟がないため、精神疾患合併妊婦については近隣の医療機関に転院依頼することも多く、当院で管理可能なケースについても院内連携で精神科にコンサルトしながら、日々試行錯誤している。当院は、精神科外来でのフォローアップが難しい現状もあり、地域とのネットワークの構築が喫緊の課題であった。

上記背景をもとに、昨年度より八千代市の関係機関（行政）、訪問看護ステーションらと協働し「八千代市周産期メンタルヘルスケア連絡会」を立ち上げた。関係機関同士で顔をあわせてお互いを知ることから始め、地域全体で妊産婦を支えていく仕組みづくりに取り組み始めている。

産前産後の精神面の安定は、その後の子育てや生活、子どもの成長・発達にも大きな影響を与える。母子の心身の安定は表裏一体であり、子どもの安全・安心を守る児童虐待の観点からも取り組むべき重要課題である。母子が安心して生活・子育てしていける環境を地域全体で支える、周産期メンタルヘルスケアネットワークのさらなる充実と体制整備が今後の課題といえる。

---

#### 演者略歴

田中 亜季 （たなか あき）

現職：東京女子医科大学八千代医療センター 入退院支援室（ソーシャルワーカー）

2010年3月 武蔵野大学現代社会学部社会福祉学科卒業

2010年4月 現職（周産期・小児領域を担当）

---

## SP II -02 シンポジウム II

「妊産婦の支援から、乳幼児・児童支援へ - 虐待死、養育不全を防ぐために -」

### 母と父のための入院心理プログラム

- 入院治療ではどのようなケアをしているのか -

医療法人学会 木村病院 社会生活支援部  
後藤 美智子

演者の所属する病院において、入院治療でどのような治療・ケアをおこなっているか紹介する。事例としてママだけでなくパパの支援も重要であったケースを取り上げ検討する。

救急病棟かストレスケア病棟かは症状の緊急度に応じて決められる。本人のみの入院となり、子どもの養育先の確保が必要となるため家族や地域職員との連携が欠かせない。入院中はまずは病棟でゆっくりと休息し自らの生活リズムを取り戻して頂く。医師の診察、心理師は個別面接や集団療法（産後ママのグループ療法や芸術療法等）、作業療法士はクラフトやストレッチなど作業療法、精神保健福祉士は家族や地域支援者との連絡調整などを行っている。看護師は産後ママの身体について特に心を配ってケアしている。入院中に乳房ケアやママの健診が必要な場合には、助産師へ訪問を依頼している。またボンディング障害の問題を抱え、赤ちゃんと関わるのが怖いと感じている方は少なくない。赤ちゃんと面会に際しては家族やスタッフに見守られながら、隣に座れること、赤ちゃんにタッチできること、膝にのせられること、抱っこできること等のように面会の度にゆっくりと体験していく。赤ちゃんが絶妙なタイミングで喃語を発してママが思わず微笑むなどあって、赤ちゃんの力に助けられることも多い。またパパが疲弊している場合は、家族面接や地域支援者と連携して環境調整が必要となる（事例紹介）。

個々の病状に応じたケアが必要であること、また複合的な問題を抱えた事例も数多いため、入院治療においては患者の状況に応じたオーダーメイドなケアが中心となっている。また、ママの治療・療養中、パパなど家族が人知れず背負い込みやすい問題は何か、支援者で共有し家族支援の手立てを講じることが重要であり、そのことがママの十分な休息を促し、家族の共倒れを防ぐ重要な手がかりになると考える。

#### 演者略歴

後藤 美智子 (ごとう みちこ)

現職：学会木村病院（社会生活支援部） 公認心理師・臨床心理士

1998年 島根大学大学院教育学研究科修士課程修了

1998年 第二麻生学園山口短期大学児童教育学科 常勤講師として勤務

2005年 淑徳大学大学院総合福祉研究科修士課程修了、同年博士課程進学

2006年 学会木村病院に入職（現職）

## SP II -03 シンポジウム II

「妊産婦の支援から、乳幼児・児童支援へ - 虐待死、養育不全を防ぐために -」

### 母親による嬰兒殺・新生児殺 - 現状と防止対策 -

神奈川県立精神医療センター  
田口 寿子

嬰兒殺 (infanticide) とは0歳児の殺害のことで、わが国の2003～2016年度の累計では、子ども虐待による死亡事例の32.6%、特に「心中以外の虐待死」では47.5%を占めている。嬰兒殺のうち生後24時間以内の0日児の殺害は、他の嬰兒殺と異なる犯罪学的特徴が認められるため、新生児殺 (neonaticide) と呼ばれて区別される。加害者の比率をみると、死亡事例全体では実母が71.2% (実母単独は61.6%) であるが、新生児殺ではほぼ全例 (97.8%) が実母によるものである。

新生児殺以外の嬰兒殺事例では、母親に精神障害、特に周産期 (産後) うつ病が認められることが多い。重症例では希死念慮、将来に対する絶望感、被害妄想などにより、子どもを道連れに自殺しようとして殺害するケースが多いが、うつ状態下では子育ての負担感や育児不安が強くなるため、愛着形成が障害されることによって虐待のリスクが高くなるという指摘もなされている。嬰兒殺や虐待の防止には、母親の精神障害の早期発見・早期介入を可能にする周産期メンタルヘルスの連携体制の構築が最も重要であろう。

新生児殺は、望まない妊娠をし人工中絶ができなかった女性が出産を隠匿するため、出産直後の子を殺害・遺棄するものである。近年、新生児殺・新生児遺棄に対する問題意識が高まり、子ども虐待防止対策の一環として、望まない妊娠をした女性が安心して出産できるよう電話相談窓口 (「妊娠SOS」) が設置され、経済的支援、医療機関の紹介、生まれた子の養子縁組の斡旋などに取り組む医療機関やNPOなどが増えている。さらに2016年5月の児童福祉法改正を受け、望まない妊娠をした未婚女性や貧困に悩む妊婦に対する行政の支援も強化される方向にある。

シンポジウム当日は、近年の嬰兒殺・新生児殺の事例を提示しながら、現状と対策について、フロアの皆さまと意見交換ができればと考えている。

#### 演者略歴

田口 寿子 (たぐち ひさこ)

現職：神奈川県立精神医療センター所長

1984年東京大学医学部卒業

東京医科歯科大学大学院にて医学博士取得

東京都立松沢病院精神科医長、国立精神・神経医療研究センター病院司法精神科医長を経て2019年4月より現職 (神奈川県立精神医療センター所長)

専門は司法精神医学で、長年精神鑑定や重大な他害行為に至った精神障害者の治療に携わっており、特に母親による実子殺を研究テーマにしている

## SPⅡ-04 シンポジウムⅡ

「妊産婦の支援から、乳幼児・児童支援へ -虐待死、養育不全を防ぐために-」

---

### 虐待防止を推進するための行政（市町村）の役割について

前・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  
胡内 敦司

---

児童虐待を防止するためには、妊娠期から子育て期にわたるまでの切れ目のない支援が必要となる。平成28年改正児童福祉法でも、国・都道府県・市町村の役割と責務が明確化され、市町村は児童の身近な場所における継続的な支援を行うとされた。

児童虐待の防止・早期発見には、妊産婦や児童と日頃から関わりのある医療機関、保育園、学校などの各機関において、職員の対応力を向上させるとともに、多職種による連携により組織的に対応することが重要である。行政（市町村）は、地域の関係機関または多職種に対する更なる意識の醸成と、地域をひとつのフィールドと捉え、それらを繋ぎ有機的なネットワークを構築する役割が求められている。

本シンポジウムでは、行政（市町村）の立場から、「妊産婦・乳幼児・児童を守り、支え、育んでいく」ために、地域の様々な関係機関や職種と一体となって児童虐待防止対策に取り組んでいく必要性を参加者と改めて共有するとともに、その中での周産期メンタルヘルスの役割について議論を深めたい。

---

---

---

## 周産期メンタルヘルスにおける 大規模コホート研究の構築に向けて

座長；西郡 秀和

福島県立医科大学 ふくしま子ども・女性医療支援センター

座長；橋本 佐

社会医療法人社団さつき会 袖ヶ浦さつき台病院精神科  
千葉大学大学院医学研究院精神医学教室

---

---

### 座長・演者 略歴

○～○

西郡 秀和 （にしごおり ひでかず）

**現職：**福島県立医科大学 ふくしま子ども・女性医療支援センター 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  
2004年 カナダ・Western Ontario大学 産婦人科  
2008年 岩手医科大学 産婦人科 講師  
2011年 東北大学 産科 講師  
2014年 東北大学 周産母子センター 准教授  
2019年 福島県立医科大学 ふくしま子ども・女性医療支援センター 教授

現在に至る

**専門分野：**周産期医学 疫学研究

環境省 子どもの健康と環境に関する全国調査（エコチル調査）  
・福島ユニットセンター 副センター長 2019年～  
・宮城ユニットセンター 協力教員 2011年～

○～○

橋本 佐 （はしもと たすく）

**現職：**社会医療法人社団さつき会 袖ヶ浦さつき台病院精神科 精神科研究部長  
千葉大学大学院医学研究院精神医学教室 特任准教授

2000年3月 金沢大学医学部卒業  
2000年5月 千葉大学医学部附属病院 精神神経科研修医  
その後、千葉県精神科医療センター、松戸市立病院神経内科、  
銚子市立総合病院精神神経科に勤務後、  
2008年3月 千葉大学大学院医学研究院博士課程（精神医学）修了  
2008年5月 千葉大学大学院医学研究院精神医学教室助教・講師  
2015年1月 オクスフォード大学精神医学講座 精神薬理部門客員研究員  
2016年4月 千葉大学医学部附属病院精神神経科 講師  
2017年4月 現職

**専門分野：**気分障害、精神科薬物療法、周産期メンタルヘルス

---

---

## SPⅢ-01 シンポジウムⅢ

「周産期メンタルヘルスにおける大規模コホート研究の構築に向けて」

---

### 周産期医学の立場からコホート研究に迫る

福島県立医科大学 ふくしま子ども・女性医療支援センター  
西郡 秀和

---

コホート研究とは疫学研究の方法の一つである。研究対象となる集団に対して意図的な介入を行わず、生活習慣などを一定期間追跡して、ある要因に曝露した集団と曝露していない集団を比較することで疾病の発症率を比較する。例えば周産期メンタルヘルスに関連する疾病の発症率を比較することで、どのような要因が疾病発生と関連するのかを明らかにする研究である。コホート研究は、研究対象となる集団を前向きに追跡しているため、曝露から疾病発生までの過程を時間を追って観察することができる。

わが国の周産期メンタルヘルスに関する大規模コホート研究の実現性として、人材と研究資金の確保が不可欠である。その理由として、まず産科現場の医師やスタッフは、予測がつかない分娩や産科救急の対応や、通常の妊婦健診などの業務に忙殺され、調査の説明や実施する時間の確保が難しいのが現状である。このことから調査に専念できるリサーチコーディネーターを配置して、リサーチコーディネーターを主とした調査業務を行う体制構築などが必要である。また、検体の保管やその解析費用も必要である。そのためには、豊富な研究資金の獲得が必要であるため、現実的には多施設共同の産科・精神科・小児科など領域共同の大型プロジェクトに参画、そのテーマの一部として周産期メンタルヘルス調査を組み込むこともひとつの方法であろう。

我々が参加している環境省・子どもの健康と環境に関する全国調査（エコチル調査）は、2011年から開始された大規模な出生コホート研究であり、約10万組の親子が参加、胎芽・胎児期から子どもが13歳になるまで調査を行っている。エコチル調査は、胎芽・胎児期からの化学物質などの曝露が子どもの発達にどのような影響を与えるのかを明らかにすることを主目的としている。その他、周産期メンタルヘルス関連の研究として、妊婦の向精神薬使用、K6やソーシャルキャピタル、褥婦のEPDSや赤ちゃんの気持ち質問票を用いた調査が実施された。また、我々は追加調査として、約1500組を対象に父親の産後のEPDSと赤ちゃんの気持ち質問票を用いた調査を実施した。

課題として、エコチル調査は周産期メンタルヘルスを主目的としたコホート調査として計画はされていないため、1) K6やEPDSといったスクリーニング検査結果のみで確定診断の情報がないこと、2) 幸いにも妊婦の向精神薬使用が少ないことや子どもの先天形態異常の頻度が少ないことによる統計学的な限界、などがある。

これらの経験から、わが国における新たな周産期メンタルヘルス大規模コホート研究の構築に向けた課題と今後の展望について、シンポジウムを通じて考えていきたい。

---

演者略歴は、座長ページ（37ページ）でご確認ください

## SPⅢ-02 シンポジウムⅢ

「周産期メンタルヘルスにおける大規模コホート研究の構築に向けて」

### 死亡診断書・検案書マニュアル改正におけるビッグデータへの実装

順天堂大学医学部 産婦人科学講座  
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。また、以前から欧米と異なり、日本の妊産婦死亡は間接産科的死亡が極端に少ないことが指摘されていた。他科で死亡し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。現在までの学会活動の取り組みを報告し、今後の展望、妊婦の自殺の実態把握、分析に対する研究の問題点などにつき報告する。

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。それと同時に日本産科婦人科学会周産期委員会を中心に死亡診断書（死体検案書）自体の改定活動を行っている。

従来、妊産婦死亡や後発妊産婦死亡には事故死や自殺によるものは含まれていなかった。2017年1月からはWHOの勧告をうけて、精神疾患による自殺を妊産婦死亡に含めることとなった。妊産婦の自殺を死亡診断書・検案書に確実に記載するため各主要学会に周知するとともに、正確な統計になるように記載マニュアルを改正した。現在、死亡診断書（死体検案書）の記載の徹底が図られている途上であるが、今後の状況、展開、さらには大規模研究の構築、ビッグデータへの実装の問題点、展望について考察する。

#### 演者略歴

竹田 省 （たけだ さとる）

現職：順天堂大学医学部 産婦人科学講座 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

## SPⅢ-03 シンポジウムⅢ

「周産期メンタルヘルスにおける大規模コホート研究の構築に向けて」

### 精神医学の立場から、 日本での周産期メンタルヘルス多施設・多領域共同コホート研究の 実現可能性に迫る

社会医療法人社団さつき会 袖ヶ浦さつき台病院精神科  
千葉大学大学院医学研究院 精神医学教室  
橋本 佐

周産期メンタルヘルスのコホート研究が、実臨床に大きな影響を与えるアウトカムのひとつは、妊娠中の向精神薬使用と胎児への影響、すわなち、認知機能障害など機能奇形を含めた催奇形性である。欧米から多くの大規模調査から報告され、研究デザインの質も向上しているが、依然として、患者個々についての精神科診断・重症度など臨床評価や、服薬状況、家庭環境やライフスタイルの状況など、精神疾患合併妊婦の精緻なデータに基づいたアウトカムは不足していると思われる。加えて、薬のリスクに関するエビデンスに比べて、服薬しない場合の母児への将来的な影響に関する知見は、相対的に不足している。

さらに、今回の学術集会のシンポジウムⅡのテーマでもある妊産婦の養育不全や乳幼児・児童支援という母子保健の包括的多職種連携についても、質の高いエビデンスが必要である。

本シンポジウムでは、日本において周産期メンタルヘルスの前向きコホート研究を、多施設かつ多領域共同で実現できないか、演者が実施している研究を紹介しながら検討する。

#### 演者略歴

橋本 佐 (はしもと たすく)

**現職：**社会医療法人社団さつき会 袖ヶ浦さつき台病院精神科 精神科研究部長  
千葉大学大学院医学研究院精神医学教室 特任准教授

2000年3月 金沢大学医学部卒業  
2000年5月 千葉大学医学部附属病院 精神神経科研修医  
その後、千葉県精神科医療センター、松戸市立病院神経内科、  
銚子市立総合病院精神神経科に勤務後、  
2008年3月 千葉大学大学院医学研究院博士課程（精神医学）修了  
2008年5月 千葉大学大学院医学研究院精神医学教室助教・講師  
2015年1月 オクスフォード大学精神医学講座 精神薬理部門客員研究員  
2016年4月 千葉大学医学部附属病院精神神経科 講師  
2017年4月 現職

**専門分野：**気分障害、精神科薬物療法、周産期メンタルヘルス

## SPⅢ-04 シンポジウムⅢ

「周産期メンタルヘルスにおける大規模コホート研究の構築に向けて」

### 大規模コホート研究デザインとデータ解析 ～生物統計学の立場からの留意点～

慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学  
慶應義塾大学病院臨床研究推進センター  
慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科  
佐藤 泰憲

我々の健康には遺伝要因，社会要因，生活習慣要因等が影響を及ぼすことが知られている。これらを明らかにしようとする疫学手法がコホート研究である。コホート研究とは，ある固定した集団を一定期間追跡し，要因と疾患発生の関連等を調べる観察研究である。大規模コホート研究の代表的なものは，フラミンガム研究、久山町研究、子供の健康と環境に関する全国調査（エコチル調査）等である。

大規模コホート研究で収集すべき表現型情報は，生化学的データ，生理学的データ，画像データなどを含み，さらには心理学や行動学的データもあげられる。これら膨大なデータを研究参加者から長期間にわたって収集したビッグデータを統計学的に解析することが重要である。ランダム化比較試験等の介入研究とくらべ，被験者数が格段に多くなることで偶然誤差は大きく減少するが，測定されていないバイアスや交絡による系統誤差の問題に対処する必要がある。

本講演では，大規模コホート研究の研究デザイン及びバイアス調整法を紹介し，生物統計的側面から，周産期メンタルヘルスにおける大規模コホート研究の構築について考察し，提言を行う。

#### 演者略歴

佐藤 泰憲 (さとう やすのり)

**現職**：慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学・准教授  
慶應義塾大学病院臨床研究推進センター生物統計部門・部門長  
慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科・准教授

2003年	医薬品医療機器総合機構新薬審査第3部 生物統計担当
2005年	国立がんセンター研究所腫瘍ゲノム情報研究部 研究員
2007年	ハーバード大学公衆衛生大学院生物統計部門 博士研究員
2008年	千葉大学医学部附属病院 講師
2014年	千葉大学大学院医学研究院 准教授
2018年	現職

**専門分野**：生物統計学、遺伝疫学、臨床試験学



# SPIV-01 シンポジウムⅣ

「妊産婦への心理療法アップデート」

---

## 産後うつセルフヘルプグループおよびピアサポートの現状について

医療法人湖山荘 福島松ヶ丘病院  
宮崎 弘美

---

2004年から実施している産後うつセルフヘルプグループ、ピアサポートの現状について報告をするとともに、セルフヘルプグループやピアサポートが現在抱える課題について、産後うつの自助グループリーダー交流会などで話し合われている内容を報告する。

今後どのようにしたら、よりよいサポート体制を整えることができるのか、専門家とピアサポートの連携とは何か、どのような可能性があるか、などについて、課題が山積みである。会場の皆さんと共に、情報交換をしながら、ピアサポートの可能性について、一緒に考えていく機会としたい。

---

### 演者略歴

宮崎 弘美 (みやざき ひろみ)

**現職**：医療法人湖山荘 福島松ヶ丘病院 心理室

1989年3月 文教大学人間科学部人間科学科心理学専修卒業  
2004年10月 産後うつの自助グループ「ママブルー」開設  
2011年3月 福島学院大学大学院臨床心理学研究科臨床心理学専攻修了（臨床心理学修士取得）  
東日本大震災被災（2012年4月～長崎へ自主避難）  
仙台市適応指導センター、  
福島県教育委員会SC、長崎県教育委員会SC、長崎玉成高等学校SC、  
長崎大学病院精神神経科、長崎市内クリニックなど勤務を経て  
2016年4月 現職

公認心理師、臨床心理士、標準キャリアコンサルタント、家族相談士、ABAセラピスト  
ママブルーネットワーク代表

**専門分野**：周産期メンタルヘルスケア、周産期のピアサポート・セルフヘルプ

---

## 周産期領域におけるホスピタリティの可能性

座長；森 恵美

千葉大学大学院看護学研究科教授

演者；伴 照代

株式会社ブライトン代表取締役社長

---

### 座長略歴

森 恵美 (もり えみ)

**現職：**千葉大学大学院看護学研究科教授（リプロダクティブヘルス看護学領域）  
千葉大学副理事

1981年 3月	千葉大学看護学部卒業
4月	総合母子保健センター附属愛育病院産婦人科病棟 助産師 4階病棟主任
1989年 3月	千葉大学大学院看護学研究科看護学専攻（修士課程）修了
1989年 4月	日本赤十字看護大学助手採用、講師昇任（1991.4.1より）
1993年 4月	千葉大学看護学部助教授
1994年 3月	博士（医学）を取得（山形大学）
2000年 4月	千葉大学看護学部 教授 昇任
2007年 4月	国立大学法人千葉大学看護学部長・看護学研究科長（2009.3.31まで）
2009年 4月	国立大学法人千葉大学大学院看護学研究科 教授に配置換（現職）
2014年 4月	千葉大学副理事（両立支援、男女共同参画推進担当）（現職） 千葉大学男女共同参画部門長（旧：両立支援企画室長）（現職）

**専門分野：**母性看護学、不妊看護学、助産師教育

---

## 共催セミナー

---

---

### 周産期領域におけるホスピタリティの可能性

株式会社ブライトン代表取締役社長  
伴 照代

---

---

「ホスピタリティ」とは、自分の目の前にいる方が、いま何を欲しているか心を尽くして考えること。気持ちの在り方そのものを言います。

私たちバースコンシェルジュは医療現場ホスピタリティの専門職です。産婦人科・生殖医療科・小児科でホスピタリティを見える化し、患者様が安心して通える場所になるよう、現場を構成する様々な職種の方と患者様を繋ぐ役割を担っています。

患者様が病院・クリニックに望んでいるのはホテルのようなサービスではありません。患者様は病院に「出産」や「治療」のために来られています。そこには色々な不安が伴います。自身の体調に対する不安、治療に対する不安、医療システムがよくわからない不安。「わざわざ聞くまでもないけどちょっと気になる」というような些細な不安にも応えてもらえる、そしていつでも変わらず自分を受け入れてくれる、そのような安心感を患者様は病院に望んでいます。私たちは医療者、患者様双方向のコミュニケーションの中でいかに安心して信頼をしていただくか、そのことによりいかに満足度を高め病院・クリニックへのリピートへとつなげるか、それらを念頭におきながら、日々守るべきルールと医療安全を大前提に、患者様に向き合い寄り添っています。

今回、弊社バースコンシェルジュが日々医療現場で積み重ねている、ホスピタリティの様々な事例をご紹介します。喜ばれたこと、お叱り、哀しみ、日本人に限らず外国人の方も含めた、これらのホスピタリティ・寄り添い事例をぜひ各現場にお持ち帰りいただき、明日からの患者様対応のヒントにしていいただければ幸いです。

---

---

#### 演者略歴

伴 照代 (ばん てるよ)

**現職：**株式会社ブライトン代表取締役社長

大学卒業後、国内大手航空会社へ入社。客室乗務員として約9年間乗務。

自身の出産、産後の経験から妊娠出産に関わる医療施設、ケア施設の重要性を痛感。韓国の「産後調理院」を視察し「日本にも産後ケア施設を実現する」と決意した。まずはできることから、産後ケアサロンを運営。数々の親子イベントを企画し、産婦人科母親学級運営などにも携わった。伴の活動を知った産婦人科医師からの依頼により、伴は院内で、医療従事者でも事務職でもない立場で妊娠中から産後ケアまでサポートする仕組みを構築、「バースコンシェルジュ」と名付けた。

2015年株式会社ブライトンを設立、多くのバースコンシェルジュを育てる。バースコンシェルジュは元客室乗務員という経験を生かし、院内での「新しい立ち位置だからこそできるホスピタリティ」を多く作り出した。バースコンシェルジュの役割に重要性を感じた医療従事者の口コミにより、現在その活躍の場は広がっている。バースコンシェルジュたちは現場で患者様に向き合い、寄り添い、ホスピタリティの窓口として言葉がけや対応テクニックを駆使、さらにそのスキルをブラッシュアップさせるため、チームとして日々研鑽を積んでいる。

ブライトンではそのノウハウをより多くの医療従事者に伝えていくため、2019年「BCラボ」を発足し、バースコンシェルジュノウハウを全国に普及し始めている。

業務委託：愛育病院、杉山産婦人科、けい産婦人科クリニック、ファティリティクリニック東京

各種セミナー：愛育病院、葛飾赤十字産院、東京オバグループ、メディカ出版、日本助産師会

BCラボ：けい産婦人科クリニック

---

---



# ポスターセッション

## 抄録

# ポスターセッション

---

## P-01

### 産科外来においてメンタルヘルスの視点から看護職が “気になる”妊婦の特徴

鎌田 奈津<sup>1)</sup>、小塩 史子<sup>2)</sup>、遠藤 佑子<sup>3)</sup>、渡邊 竹美<sup>3)</sup>、梅田 麻希<sup>4)</sup>、  
玉木 敦子<sup>5)</sup>、清野 仁美<sup>6)</sup>、山崎 峰夫<sup>7)</sup>、箕浦 洋子<sup>8)</sup>、廣瀬 雅哉<sup>9)</sup>、  
原田 紀子<sup>9)</sup>、工藤 美子<sup>3)</sup>

- 1) 兵庫県立大学大学院看護学研究科
  - 2) 姫路赤十字病院
  - 3) 兵庫県立大学看護学部
  - 4) 兵庫県立大学地域ケア開発研究所
  - 5) 神戸女子大学看護学部
  - 6) 兵庫医科大学精神科神経科学講座
  - 7) パルモア病院
  - 8) 関西看護医療大学
  - 9) 兵庫県立尼崎総合医療センター
- 

#### 【目的】

メンタルヘルス対策はわが国の重要な健康課題の1つであり、妊産褥婦も例外ではない。周産期の女性にかかわる看護職は、精神状態の変化や家族関係などを把握しやすく、ハイリスク妊産婦をスクリーニングしたうえで、妊娠初期から子育て期まで継続した支援を妊婦健康健診等で行うことができる。看護職はメンタルヘルスに関する何らかの判断をし、支援を行っているが、妊婦のどのような情報を得て判断し、対応や支援を行っているのか具体的に示されていない。本研究は、産科外来でメンタルヘルスに問題を抱える妊婦にかかわる看護職のケア内容を明らかにすることを目的とした研究の一部であり、メンタルヘルス支援において看護職が意図的に関わる妊婦の特徴を明らかにした。

#### 【方法】

兵庫県の1圏域にある4施設の看護職10名に、半構成的面接法によりデータ収集を行った。本研究は兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を受けている(2018年10月15日付)。

#### 【結果】

看護職が意図的に関わる妊婦は、“気になる”妊婦として語られた。メンタルヘルスの視点から“気になる”妊婦は、「精神疾患の既往と現病」、目が合わない、脈絡のない反応、多弁、会話や行動における反応の遅さといった「コミュニケーションにおける非疎通性」、表情がない・乏しい・暗い、活気がないといった「活力の低下」、場や季節にそぐわない服装、生活臭、不衛生といった「セルフケア能力の低さ」などがあると看護職に捉えられていた。

#### 【考察】

看護職が産科外来通院中の妊婦にメンタルヘルスの視点から関わる時、精神疾患の既往や現病だけでなく、妊婦の生活状況や外見・身なり、コミュニケーションなどを捉えて、妊婦に関わっていることが明らかとなった。

---

# ポスターセッション

---

## P-02

### 精神疾患の有無に関わらずEPDSが高得点を示す妊婦の特性 ～妊娠中の保健指導で着目すべき視点～

島名 梨沙<sup>1)</sup>、坂本 忍<sup>1)</sup>、伊藤 直子<sup>1)</sup>、井上 真紀<sup>2)</sup>、亀田 高志<sup>2)</sup>

1) 群馬大学医学部附属病院

2) 群馬大学医学部附属病院産科婦人科

---

#### 【目的】

妊娠中の抑うつと産後うつ病の関連は先行研究で明らかにされており、妊娠中からの産後うつ病予防が重要である。当院は2019年より全妊婦と褥婦へエジンバラ産後うつ病自己質問票（EPDS）を導入した。

妊娠中のEPDS使用やカットオフ値の妥当性は検討段階だが、当院では妊娠中と産後の精神的な経時的変化を誰もが比較しやすい共通指標としてEPDSを活用し、妊娠中からのメンタルヘルスケアのフローチャートを設けている。

当院は精神科を有する大学病院であり、精神疾患合併妊婦のEPDS高得点は予測された。しかし精神疾患の有無に関わらずEPDS高得点妊婦が一定数存在し、そこには特性があった。これらを分析し、妊娠中から切れ目のない産後うつ病予防支援を検討することを目的とした。

#### 【方法】

2019年1月から半年間、外来通院中の全妊婦のEPDS得点と背景を調査。対象妊婦の平均年齢は33.1歳、平均妊娠週数は20週1日で、EPDS 9点以上を高得点、8点以下を低得点とした。資料は育児支援チェックリストと助産記録を用い、それらの結果から特性を分析した。

#### 【結果】

調査期間中の対象妊婦は152例、EPDS高得点者27例（17.8%）、うち精神疾患合併12例、精神疾患がない妊婦15例、妊娠中の新規精神科受診1例だった。さらにEPDSの自傷・自殺企図項目加点者は精神疾患の有無に関わらず15例（9.9%）存在し、精神疾患合併妊婦のEPDS低得点者13例（8.6%）には共通項目があった。育児支援チェックリストでは相談相手・生活苦・住環境の項目、助産記録では経産婦特有の悩みや合併症のコントロールがEPDS得点に影響を与えていた。

#### 【考察】

当院はハイリスク症例が多い大学病院であり、精神疾患に関わらず社会的ハイリスクや産科的要因など産後うつ病発症リスクを有するEPDS高得点妊婦の割合が高いことが考えられた。

本研究で分かったEPDS高得点妊婦の特性から、精神疾患の有無に関わらず精神的な脆弱性が長期的に続く背景は、EPDS得点へ関与する可能性が示唆された。これらを妊娠中から把握することは、妊娠中の抑うつや産後うつ病予防のために着目すべき視点であるといえる。

今後も症例数を蓄積し、妊娠期からの切れ目のない産後うつ病予防支援を検討し続けていく。

---

# ポスターセッション

---

## P-03

### 妊娠初期における父親の抑うつ傾向と関連要因

佐藤 郁美<sup>1)</sup>、塚本 康子<sup>2)</sup>

1) 新潟医療福祉大学大学院医療福祉研究科健康科学専攻看護学分野

2) 新潟医療福祉大学看護学部看護学科

---

#### 【目的】

近年、周産期における抑うつは母親だけでなく、父親の抑うつも夫婦関係や子どもの発達に影響することが明らかとなっている。しかし、我が国では父親の抑うつ現状が把握されていないだけでなく、スクリーニング方法や支援方法が確立されていない。そこで本研究では、妊娠初期における父親の抑うつの特徴とその関連要因を明らかにする。

#### 【方法】

2019年2月～2019年5月にA病院の産婦人科外来を受診し、妊娠が確定した時期(16週未満)の父親を対象に自記式質問紙調査を行った。調査内容は、基本属性と抑うつに関連する項目を設定し、抑うつを測定するものとしては、エジンバラ産後うつ病自己評価票(EPDS)を用いた。EPDSの区分点は8/9点とし、9点以上を抑うつの疑いがあるとした。

#### 【結果】

対象91名中42名(回収率46.1%)から回答を得た。母親の平均妊娠週数(SD)は、13週3日±5.6日。父親の平均年齢(SD)は32.8±5.6歳、子ども一人目は22例(52.4%)、二人目以上は20例(47.6%)であった。EPDS平均得点(SD)は4.7±3.9点、EPDS高得点群(9点以上)は7例(16.6%)で、平均得点(SD)は11.7±2.5点であった。EPDS得点を予測する変数を抽出するため、重回帰分析を行ったところ、「精神疾患の有無」( $\beta = .423$ 、 $p < .005$ )が抽出され、この変数による説明率は15.8%であった。子どもの数でEPDS得点に差があるかどうかについて、t検定を行ったところ有意差は見られなかった。

#### 【考察】

父親の抑うつのリスクファクターとして、Nishimura A(2010)は「精神疾患の既往があること」を抽出しており、本研究でも同様の結果が得られた。これより、父親に対する妊娠初期からの抑うつのスクリーニングと支援の必要性が示唆された。スクリーニングの一つとして、父親は必ず妊婦健診に同行するとは限らないため、保健指導の際に看護職が母親を通じて、父親に関する情報収集を積極的に行っていく必要がある。支援方法については今後検討していく。

---

# ポスターセッション

---

## P-04

### 不妊治療中の女性に対するEPDSについての検討

村林 奈緒<sup>1)</sup>、安田 貴昭<sup>3)</sup>、松浦 恵<sup>2)</sup>、福田 純子<sup>2)</sup>、宗 修平<sup>1,2)</sup>、  
宮野 奈緒美<sup>2)</sup>、山口 和香佐<sup>2)</sup>、俵 史子<sup>2)</sup>

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】

不妊治療は心理的負担を伴うことも多く、妊娠成立後も抑うつや不安を抱えている割合が高いことから、産後うつ病のリスク因子となる可能性が指摘されている。このため不妊治療中から産後を見越した管理を行い、妊娠成立後は適切な情報提供によりスムーズに周産期管理につなげることが求められる。不妊治療中女性に対する心理的評価についての報告は近年増えてきているが、EPDS(Edinburgh Postnatal Depression Scale)を用いた報告はまだない。EPDSは産後うつ病のスクリーニングとして妊娠中・産後に広く用いられており、不妊治療中の女性に対しても用いることができれば、周産期管理への橋渡しに有用と考え検討を行った。

#### 【方法】

対象は、不妊治療施設である俵IVFクリニック通院中の不妊治療中の女性とし、外来受診時に口頭と文書で同意を得てEPDSおよびHADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)を施行した。EPDSは産後うつ病の区分点として示される9点以上を陽性(岡野ら1996年)、HADSは抑うつ・不安それぞれ8点以上を抑うつ・不安あり(Zigmond AS, et al 1998年)とし、EPDSとHADS点数について回帰分析を行った。次に、EPDSのカットオフ値を1点から20点に変動させ、HADS抑うつとのYouden indexを算出した。

#### 【結果】

対象者は246人であった。EPDSとHADS抑うつ ( $p < 0.01, r = 0.63$ ) および不安 ( $p < 0.01, r = 0.68$ ) には正の相関が認められた。EPDS陽性は70人(28.5%)、HADS抑うつあり38人(15.4%)、不安あり39人(15.9%)でEPDSとHADSの割合には差を認めた。EPDS項目3と4は1点以上の割合が陽性群(98.6%、98.6%)でも陰性群(78.4%、69.3%)でも高かった。EPDS11点でHADS抑うつとのYouden Indexは最大値(0.588)となり、EPDSのカットオフ値を11点とすると陽性者の割合は18.7%でHADSの割合と近似していた。

#### 【考察】

不妊治療中の女性に対しEPDSを施行し、これまでに治療中の女性で報告の多いHADSと比較した。EPDSとHADSには正の相関が認められ、2つの尺度は関連していることが示された。不妊治療中特有の心理状態を考慮し、区分点を検討することによりEPDSを不妊治療中女性にも使用できる可能性が考えられた。

---

# ポスターセッション

---

## P-05

### 妊産婦のメンタルヘルスの現状 —初産婦と経産婦の比較から—

鷺尾 弘枝

畿央大学 健康科学部 看護医療学科

---

#### 【目的】

妊産婦は、女性の一生の中でホルモンの変化が著しく、また、家族関係の変化も加わって、メンタルヘルスの問題が生じやすい。本研究では、妊産婦の不安・心配や気分を、初産婦と経産婦で比較することによって、メンタルヘルスの現状を明らかにし、そのケアに活かすことであった。

#### 【方法】

本研究内容に同意した妊娠初期から産後1年以内の妊産婦を対象とした。対象者条件は、基礎疾患がないこと、産後うつ病を含む精神疾患を合併していないこととした。本研究は畿央大学倫理委員会の承認を得て行った。参加者に対しては、実験への参加と、いつでも中止する権利があることを、書面にて同意を得て行った。質問紙にて、生年月日、出産（予定）日、既往歴、産科歴・妊娠経過、また、不安・心配の程度は4段階、気分の程度は6段階から選択、そして、その内容・原因については自由記載にて回答してもらった。さらに、各種計測として、身長、体重、BMI、腹囲・腰囲、体温、最大・最小血圧、心拍数を測定した。

#### 【結果】

妊産婦の不安・心配で最も多かったのは子どものことであった。また、初産婦では、生まれてくる（生まれた）子どものことが多く、経産婦では、上の子どものことや複数の子どもの親になることが多かった。妊産婦の気分に影響する原因は、子どものことだけでなく、自分自身のこと、また、家族や友人の支援の有無や環境も関連していた。

#### 【考察】

現代の母親にとって、初産婦・経産婦問わず、自身の健康や身近な人の協力などが不可欠であることが示唆された。周産期メンタルヘルスにおいては、母親の家庭環境の調整やサポートが重要である。

---

## ポスターセッション

---

### P-06

#### 精神科併設のない総合周産期母子医療センターにおける 産後うつスクリーニング陽性である母親への対応と今後の課題

小塩 史子、川西 由真、湊野 未緒、稲葉 夏実

姫路赤十字病院 看護部

---

##### 【目的】

精神科併設のない総合周産期母子医療センターである当院で、エジンバラ自己評価式抑うつ尺度（以下、EPDS）9点以上の陽性である母親に、どのような対応をしているのか現状を明らかにし、今後の課題を見出す。

##### 【方法】

2018年2月～2019年3月で、産後2週間健診、産後1か月健診時にEPDS陽性であった母親への対応についてカルテ記録から調査した。

##### 【結果】

427名の褥婦にEPDSを実施し、2週間健診で48名、1か月健診で31名が陽性で、うち14名は双方で陽性であった。

当院ではEPDS陽性である母親に対し、母性看護専門看護師もしくはアドバンス助産師が個別で面談を行い、メンタルヘルスの支援内容を検討している。具体的な支援内容として産後ケア事業の活用、院内臨床心理士のカウンセリング、保健師への情報提供、精神科受診の促しや紹介などであった。経過観察できると判断するときは、表情や身なり、日常生活の様子、育児支援の状況などの情報を意図的に得ていた。一方で精神科受診が必要と判断した母親のうち3名は精神科受診したが、4名は受診を希望されず院内臨床心理士や保健師との連携、産後ケアで対応していた。

##### 【考察】

当院では母親の精神状態を査定し対応を検討する場面で、主に助産師が第一段階で関わっているため、助産師のアセスメント能力が求められ、今後も高めていく必要がある。

また精神科受診が必要と判断すれば、かかりつけ医受診もしくは紹介という対応をとったが、本人が希望せず受診につながらないこともあり、適切な支援であったか考えさせられるケースがあった。

当院は周産期センターとして地域の妊産褥婦のメンタルヘルスケア体制を強化する拠点施設となる役割がある。適切な精神医療を提供するために、院内関連職種や地域の精神科施設と連携を取り、精神科受診をスムーズに促すためのシステムの構築が今後の課題であると考えられる。

---

## ポスターセッション

---

### P-07

#### 産後うつ病のスクリーニングにおける心拍変動検査の有用性 ：エンジンバラ質問票に虚偽記述をした一症例

鈴木 公基<sup>1)</sup>、近藤 奈穂子<sup>1)</sup>、小野田 亮<sup>1)</sup>、田村 圭浩<sup>1)</sup>、瓜田 倫子<sup>2)</sup>、  
安藤 恵<sup>3)</sup>、野口 緑<sup>3)</sup>、榛葉 俊一<sup>2)</sup>

- 1) 静岡済生会総合病院 産婦人科
  - 2) 静岡済生会総合病院 精神科
  - 3) 静岡済生会総合病院 地域医療センター臨床心理
- 

#### 【目的】

心拍変動(HRV)検査による自律神経評価はうつ病の診断に有効であることが報告されている。当院ではHRV検査による産後うつ病スクリーニングの有用性を検証しているが、早期発見に有効であった症例を経験したので報告する。

#### 【症例の概要】

症例は20代女性（1妊0産）である。5-6年前に他院精神科にてうつ病と診断され内服処方されたが自己中断していた。妊娠反応陽性となったため当院産婦人科初診となり、当院にて妊娠管理となったが、主治医には精神科通院歴のことは伝えなかった。妊娠中は母児ともに特記すべき事柄はなく経過は良好であった。自然陣痛発来後、妊娠40週0日に経膈分娩となった。児の状態は良好であった。産褥経過も良好であったが、産褥4日目のエンジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)が9点であったため、本研究への同意のもと、同日当院精神科受診となった。SDS 24点、MADRS 8点と低値であり、自覚症状も認めず、精神科通院の希望はなかったが、HRV検査にてうつ病で多く出現する副交感神経活動指標の低下が認められたため、産褥12日目に精神科再診とした。しかしその間にうつ状態が顕在化し、産褥11日目に児童相談所に「死にたい」等の数回の相談の電話があった。翌日に当院受診し、SDS 76点、MADRS 37点と高値で希死念慮も認めた。この時、初診時のEPDS、SDSおよびMADRSで虚偽の記述と報告をしていたと本人より申告があった。産後うつ病と診断し、パロキセチン・アリピプラゾールにて治療開始となった。治療開始後は徐々に病状は安定し、産褥5ヶ月の時点で病状は落ち着いている。

#### 【結果と考察】

本症例では、患者本人が出産後の精神状態について虚偽の申告をしていたにも関わらず、HRV検査においてうつ病を示唆する自律神経活動異常が認められ、治療が継続され、うつ状態を改善することができた。産後うつ病のスクリーニングにHRV検査が有効な可能性があり、今後も更なる症例の蓄積が必要であると考えられる。

---

## ポスターセッション

---

### P-08

#### 総合周産期センターにおける エジンバラ産後うつ病自己評価票（EPDS）高値の背景と支援

宮下 梨恵、渡部 真美

島根県立中央病院 母性病棟看護科

---

##### 【目的】

A病院における産後うつ病自己評価票（EPDS）9点以上の患者に関連する背景を明らかにし、産後うつ病発症予防への効果的な支援を検討する。

##### 【方法】

2017年1月1日から2017年12月31日の間にA病院で出産した褥婦のうちEPDS回答者839名を対象とし、患者のデータを後方視的に抽出した。調査内容は年齢、結婚歴、職業の有無、不妊治療や基礎疾患の有無など妊娠期の状況6項目、分娩週数や分娩方法など分娩期の状況9項目、排尿障害など産褥期の状況3項目、出生時体重など新生児の状況4項目の25項目である。EPDS9点以上を産後うつ病ハイリスク群、EPDS9点未満を産後うつ病非ハイリスク群とし、比較検討を行った。

##### 【結果及び考察】

対象者839名のうちデータ欠損のある対象を除く820名を分析対象とした。EPDS9点以上は132人（16.1%）、対象の年齢（mean±SD）は31.4±5.1歳、分娩時週数38.4±2.2週、出生時体重は2515g±70.7gであった。

産後うつ病ハイリスク群は産後うつ病非ハイリスク群と比較し、「未婚」「初産婦」「不妊治療あり」「基礎疾患あり」「分娩誘発・促進あり」「帝王切開分娩」「37週未満の分娩」「分娩時異常あり」「児のNICU入院」「混合栄養または人工栄養」「里帰りなし」の11項目で有意な差が認められた（ $p < 0.05$ ）。

産後うつ病の発症リスクは多岐にわたることが明らかとなった。助産師は産後うつ病ハイリスク群の項目に当てはまる対象はもとより、それ以外の対象にも産後だけでなく妊娠中から継続して関わり、産後うつ病の発症を軽減していく必要がある。

---

# ポスターセッション

---

## P-09

### 精神科併設病院における3点セットを用いた 産後うつ病スクリーニングの実態

井上 真紀<sup>1)</sup>、島名 梨沙<sup>3)</sup>、伊藤 直子<sup>3)</sup>、高橋 由美子<sup>2)</sup>、上原 理紗<sup>1)</sup>、  
荒川 香枝<sup>1)</sup>、内山 陽介<sup>1)</sup>、岡庭 隼<sup>1)</sup>、日下田 大輔<sup>1)</sup>、北原 慈和<sup>1)</sup>、  
亀田 高志<sup>1)</sup>、岩瀬 明<sup>1)</sup>

- 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  
3) 群馬大学医学部附属病院 看護部
- 

#### 【緒言】

2016年以降、妊産婦へのメンタルヘルスケア体制が整備され、群馬県においても、2019年4月から公費助成による産後2週間健診が開始した。当院ではそれに先駆け、2019年1月から産後うつスクリーニングを開始した。群馬県内の精神疾患合併妊婦を多く抱えている当院でのエジンバラ産後うつ病質問票（以下、EPDS）陽性率と赤ちゃんへの気持ち質問票陽性率と陽性者の経過を検討した。

#### 【方法】

2019年1月15日から2019年4月30日の期間に、①妊娠中のアナムネ聴取時に2点セット（育児支援チェックリストとEPDS）を、②産後一ヶ月健診時に3点セット（赤ちゃんへの気持ち質問票を追加）を用いて助産師が問診を行った。対象者は①97例（うち精神疾患合併・既往18例）、②100例（うち精神疾患合併・既往19例）であった。EPDS9点以上、赤ちゃんへの気持ち質問票3点以上を陽性とし、産後うつ状態が疑われた場合は精神科に紹介、産後うつ状態が疑われなくても、愛着形成障害や育児に関する悩みがある場合は助産師が継続的に母児の経過を追跡した。

#### 【結果】

EPDS陽性率は①19%（精神疾患非合併14%、精神疾患合併39%）、②26%（精神疾患非合併15%、精神疾患合併74%）であった。赤ちゃんへの気持ち質問票陽性率は②で33%（精神疾患非合併29%、精神疾患合併53%）であった。EPDSと赤ちゃんへの気持ち質問票の両方陽性率は11%（精神疾患非合併4%、精神疾患合併42%）であった。EPDS陽性者のうち、精神科に新たに紹介した症例は、①0%、②1%（1例）であった。精神科に新たに紹介してはいないが、助産師が外来で継続的に経過観察を行った症例は①0%、②4%（4例）であった。この4例はすべて精神科通院中であり、うち3例に児の保育園入所や産後ケア施設紹介などを相談した。精神科や助産師により継続的に経過観察を要した5例はすべてEPDSと赤ちゃんへの気持ち質問票の両方が陽性であった。

#### 【考察】

EPDSと赤ちゃんの気持ち質問票の両方陽性者に対しては継続的に経過を追い、育児環境に対する対応を要する可能性があることが示された。

---

## ポスターセッション

---

### P-10

#### 産褥期における母親のメンタルヘルスとバイオマーカーの 関連についての文献検討

徳永 明日香<sup>1)</sup>、川野 亜津子<sup>2)</sup>

- 1) 筑波大学 人間総合科学研究科 看護科学専攻
  - 2) 筑波大学 医学医療系 保健医療学域
- 

##### 【目的】

産後うつ病による子どもへの虐待や母親の自殺が社会問題とされている背景から、予防的介入が必要である産褥期の母親を的確に抽出し、早期対応が求められている。これまでに産後においてEPDSなどの質問紙を用いたスクリーニングによる試みがなされているが、母親本人の主観的な記載からの情報であり限界があることから、客観的な指標であるバイオマーカーによるスクリーニングの利用可能性を検討し、併せて取り入れていく必要があると考えた。本研究の目的は先行研究論文を試料とし、産褥期における母親のメンタルヘルスとバイオマーカーの関連およびその研究方法について整理、検討することである。

##### 【方法】

過去20年間に、産褥期における母親のメンタルヘルスとバイオマーカーの関連について研究された国内の文献を「医学中央雑誌」により、海外文献を「PubMed」「CINAHL」「MEDLINE」により検索、抽出した。キーワードは「産褥期」「母親」「バイオマーカー」「客観的指標」「尿中」「唾液中」「血中」「postpartum」「postnatal」「after birth」「biomarker」「biological marker」「mental health」であり、原著論文とした。

##### 【結果】

バイオマーカーとしてはコルチゾール、アミラーゼ、オキシトシン、sIgAがあり、試料としては国内では唾液、国外では血液を多く用いていた。評価時期は、主に産後6か月以内に行われており、バイオマーカーと併せて使用されていた尺度はEPDS、POMS、STAIが多かった。

##### 【考察】

産褥期における母親のメンタルヘルスとバイオマーカーの関連については今後、指標とするバイオマーカーの種類や試料、心理状態（ストレス）の種類および調査時期、および交絡因子を考慮しながら、さらに検討を重ねていく必要があると考えられた。

---

# ポスターセッション

---

## P-11

### 助産師が行う産後の支援による エジンバラ産後うつ病質問票得点の変化

高田 鼓

大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 産科病棟

---

#### 【目的】

A病院では褥婦に対し、入院中（産後3～5日目）と産後1ヶ月の計2回、エジンバラ産後うつ病質問票（以下EPDS）を使用して面談し、継続支援が必要と助産師が判断した褥婦へは、退院後から産後1ヶ月まで計3回、電話による経過確認や不安への対応および保健師や精神科との連携を行っている。本研究では、助産師が支援を行う産後1ヶ月間におけるEPDS得点の変化を明らかにすることを目的とした。

#### 【方法】

所属施設の倫理審査会の承認を得た後、2017年12月～2018年11月に出産した褥婦1074名を対象として電子診療録から母親の基礎情報やEPDS得点を含む周産期の経過、新生児の基礎情報を収集し、入院中と産後1ヶ月でのEPDS得点を、EPDS高得点となり得る因子（不妊治療、若年・高年出産、双胎、帝王切開術）をもつ群ともたない群とで比較した。統計にはSPSS ver.20を使用し、Mann-WhitneyのU検定を行った。

#### 【結果】

データ欠損者を除く1039名を分析し、EPDS高得点となり得る因子をもつ者（以下因子あり群）は575名（55%）、もたない者（以下因子なし群）は464名（45%）だった。因子あり群のEPDSの中央値は入院中4.0点、産後1ヶ月で2.0点と有意（ $p<0.05$ ）に低下し、因子なし群も入院中2.0点、産後1ヶ月で1.0点と有意（ $p<0.05$ ）に低下した。入院中に高得点となった因子あり群（111名、19.3%）の中央値は入院中11.0点から産後1ヶ月6.0点、入院中に高得点となった因子なし群（40名、8.6%）は入院中10.0点から産後1ヶ月5.0点と、両群ともに有意（ $p<0.05$ ）な低下が見られた。

#### 【考察】

高得点となる因子をもつ群、因子の有無に関わらず高得点となった群においては、母親の状態や状況を確認しながら多職種と連携し、積極的な支援を提供していくことが必要と考えられた。

---

# ポスターセッション

---

## P-12

### 当院の関わりからみえてきた産後2週間健診の必要性

川上 玲奈、金島 律子、春木 千恵子、赤井 美佐江、天海 千夏、  
青地 裕美、今林 幾代、加藤 里慧

社会医療法人社団尚篤会赤心堂病院

---

#### 【目的】

当院では高齢妊産婦、経済面や社会的問題を抱えている者が多く、2014年から養育支援が必要な妊産婦を抽出し支援を行っている。先行研究でも退院後から1ヶ月健診までの間の支援が重要であり、産後2週間健診の必要性が示唆されているが、当院での産後1ヶ月までの関わりは、2週間目の電話訪問が主な関わりである。そこから、産後2週間健診の必要性を明らかにし導入することを目的とした。

#### 【方法】

2017年4月から2019年3月に当院で分娩した662名の妊産褥婦を対象とし、年齢、電話訪問希望の有無、希望者に関してはその相談内容、保健センターの介入の有無をカルテから情報収集し、結果を分析した。

#### 【結果】

電話訪問の希望者数は当院で分娩した褥婦の47.1%だった。そのうち4割が35歳以上の高齢妊産褥婦であった。電話訪問希望者のうち77.6%に不安の訴えがあり、その多くは育児に関する事で、次に家族との関係性であった。不安の訴えがあり、その多くは育児に関する事で、次に家族との関係性であった。

さらに当院での高齢妊産褥婦の割合は分娩した者の31.1%であり、そのうち14.1%に保健センターへの連絡、養育支援連絡票の送付などの養育支援を行った。

#### 【考察】

2週間健診の導入により直接、褥婦と話すことで電話訪問だけでは知り得ない退院後の状況や、不安を引き出す機会になり得ると考えられる。退院後すぐの状況を捉えることで、不安の軽減を図り、また早期介入の必要な褥婦を抽出することができる。高齢出産は年々増加している。高齢妊産婦の特徴として孤立しやすい、サポート不足とされていることから退院後に追跡していく必要がある。

その方法として産後2週間健診によって切れ目のない支援を行うことで、地域との連携、強化もはかれると考えた。

---

## ポスターセッション

---

### P-13

#### 産後の継続的支援事業の構築、産後2週間健診の現状報告

桐山 奈津子、坂井田 晴美

大垣市民病院 1病棟3階

---

##### 【目的】

近年、わが国の周産期関連死亡率の指標は世界トップクラスである。一方、子どもの虐待や精神障害など、周産期をめぐる心理社会的問題が次々と浮上している。平成29年より、産後うつ等の早期発見、自殺や新生児虐待防止を目的に「産婦健康診査事業」が開始された。A病院で平成30年度から開始した産後2週間健診の実施件数をまとめ、今後の健診の充実を図るため、現状と今後の課題を明らかにする。

##### 【方法】

EPDSが9点以上及び入院中の様子をカンファレンスで協議し、2週間健診対象者を選定する。期間は、平成30年8月～平成31年1月である。

##### 【結果及び考察】

期間中に、産後2週間健診を受診した褥婦は42名であった。初産婦は30名、経産婦は12名であった。平均年齢は30.7歳（SD7.48）であった。EPDS9点以上や入院時の様子で選定されたのは35名であった。期間中の分娩件数は251件であり、全体の24%の褥婦に産後2週間健診を実施する事ができた。

産後は、不安が強く支援が必要である。初産の受診率が高いのは、初めての育児で不安が強いためと考える。現在は育児技術の確認が中心であるが、精神的な支援が重要となる。精神科医との連携を始め、精神面の支援を充実させている。現代は、少子化や核家族化の進行で子供と接する機会が減り、地域のつながりが希薄化し、子育ての孤立化、負担感が大きくなっている。健診が、問題を解決する場になると考える。産後ケアの重要性が示され、北澤も、「すべての子育て家庭を支える取り組みが必要」と述べている。スタッフのマンパワーの確保や事業に対する助成等、課題は多いが、全ての対象に同じ支援ができるように取り組まなければならない。

---

### P-14

#### 助産師による産後2週間健診の効果 —エジンバラ産後うつ病評価スケールの変化からの分析—

名倉 弓子<sup>1)</sup>、松尾 亜有美<sup>1)</sup>、石塚 早織<sup>1)</sup>、白根 みゆき<sup>1)</sup>、楠見 由里子<sup>1)</sup>、  
根本 清貴<sup>2)</sup>、小島 真奈<sup>3)</sup>、濱田 洋実<sup>3)</sup>

- 1) 筑波大学附属病院 看護部
  - 2) 筑波大学医学医療系精神医学
  - 3) 筑波大学医学医療系産婦人科学
- 

#### 【目的】

A病院は総合周産期母子医療センターとともに院内助産システム・バースセンターが併設されている。また県内の精神科疾患合併の妊産婦が紹介され、ハイリスク妊産婦とローリスク妊産婦が混在している。2018年4月から近隣市町村が2週間健診の補助を開始したことに伴い、エジンバラ産後うつ病評価スケール(EPDS)を用いた任意受診の2週間健診を開始した。妊産婦の背景別にみた2週間健診時および1か月健診時のEPDS得点の変化について報告する。

#### 【方法】

2018年4月から2019年3月に、産後2週間健診と1か月健診を受診した妊産婦を対象とした。同期間の分娩は988件のうちEPDSを実施したのは878件であった。そのうち産後2週間健診と1か月健診2回とも実施した妊産婦は483名であった。この妊産婦を背景別に、①精神科疾患合併群②精神科疾患合併を除く要支援妊産婦群③出生児がNICU・GCUに入院した群④リスクなし群⑤院内助産管理群に分類し、2週間健診と1か月健診でのEPDSの変化について分析した。

#### 【結果】

2週間健診のEPDSでは、精神科疾患合併群が11.0 [5.0-15.5] (中央値、四分位範囲) と最も高く、院内助産管理群が4.0 [2.0-7.0] と最も低い点数であった。1か月健診では全体にEPDSは減少しており、精神科疾患合併群も 6.0 [3.0-12.0] と中央値はカットオフを下回っていた。

#### 【結論】

院内助産管理の妊産婦は精神的健康度が高かった。精神科疾患合併妊産婦においても産後2週間からうつ傾向が悪化することはなかった。EPDSを使用した2週間健診の導入により、健診の有用性が客観的に示すことができた。

---

### P-15

#### 心疾患を有する児を出産した母の心理的变化と愛着形成に関する後方視的観察研究

鈴木 茉耶<sup>1)</sup>、櫻井 恭子<sup>1)</sup>、服部 江里加<sup>1)</sup>、吉村 瞳<sup>1)</sup>、千代田 歩<sup>1)</sup>、  
守永 真子<sup>1)</sup>、寺尾 さか江<sup>1)</sup>、山口 涼子<sup>1)</sup>、磯 武史<sup>3)</sup>、中西 啓介<sup>4)</sup>、  
中田 滯<sup>5)</sup>、竹田 純<sup>2)</sup>、牧野 真太郎<sup>2)</sup>、板倉 敦夫<sup>2)</sup>

- 1) 順天堂大学医学部附属順天堂医院看護部
  - 2) 順天堂大学医学部附属順天堂医院産婦人科
  - 3) 順天堂大学医学部附属順天堂医院小児科
  - 4) 順天堂大学医学部附属順天堂医院心臓血管外科
  - 5) 順天堂大学医学部附属順天堂医院母子医育センター
- 

#### 【目的】

昨今、産後鬱やボンディング障害の母親への支援が育児をスムーズに移行できるために重要であるとされている。特に胎児に障害がある母親は産後鬱やボンディング障害のハイリスクである。本研究は長期入院となることが多い心疾患がある児に関して、診断から児の出生、手術期までの心理的变化や愛着形成のプロセスを把握することで、適切な看護介入時期、支援内容について示唆を得ることを目的とする。

#### 【方法】

期間2015年4月1日～2017年12月31日。NICUで治療を行った児とその母親の診療録電子カルテより、感情を表す単語を抽出・分類し特性の分析を行う。また、胎児心疾患が当院で診断された時期を妊娠20～29週時（以下A群）、妊娠30週～出生まで（以下B群）、新生児搬送の場合（以下C群）と3群間で分類し診断時と出生時、児の手術後の母親の気持ちを比較した。

#### 【結果】

対象患者数は49人（初産27人、経産22人）で、平均年齢33.3歳、当院診断39名、新生児搬送10名で分娩様式は経膈分娩27件、腹式帝王切開術20件、不明が2件だった。A群の診断時は、病気への不安が55%。出生時は、病気への不安が38%、児への愛着が5%。手術後は病気への不安が25%、退院後の生活への不安25%。B群の診断時は返答のみが100%、手術後は病気への不安35%、児への愛着が22%。C群は診断時が病気への不安が60%。手術後が児への愛着が100%だった。

#### 【考察】

診断後からの愛着形成は、出産後から退院前まで児への声かけがあり、愛着形成が徐々に進んでいると予測できる。心理的变化は、それぞれの時期に様々な疑問や不安を持っていた。介入時期は、適宜患者の状況にあわせることが大切であり、疑問の解決や不安を解消することが必要であり、多職種間の連携をする事が重要である。母親の心理変化や愛着形成についての言動を比較するためには、インタビューの実施や継続した面会中の児への接し方などの観察を評価していくことが課題である。

---

### P-16

#### ボンディング障害を指摘されていた女性の 言動と産後の変化に対する検討

高橋 史佳<sup>1)</sup>、伊藤 史子<sup>1)</sup>、西尾 あずさ<sup>1)</sup>、磯崎 悠子<sup>1)</sup>、寺尾 さか江<sup>1)</sup>、  
竹田 純<sup>2)</sup>、牧野 真太郎<sup>2)</sup>、板倉 敦夫<sup>2)</sup>

1) 順天堂大学医学部附属順天堂医院 看護部

2) 順天堂大学医学部附属順天堂医院 産婦人科

---

#### 【目的】

ボンディング障害を指摘された女性の言動と産後の変化を振り返り、支援方針を再検討する。

#### 【事例の概要】

A氏、30代、初産婦。2年前より抑うつ傾向で当院精神科を受診していた。A氏に妊娠の希望はなく、夫の強い希望で妊娠し、健診中に「妊娠をやめたい」「胎動が気持ち悪い」といったボンディング障害を疑う発言があったため、多職種で支援方針をたて介入を行ったが、妊娠・出産に対して否定的なイメージを持ったまま出産となった。入院中は担当助産師が継続的に関わり、育児手技の獲得等の介入をした。分娩時には児を抱っこし、「かわいい」と発言があり、その後も自主的に育児に取り組み「小さくてかわいい」「メンタルは落ち着いている」と発言があり、愛着形成が進んでいると考えられた。1ヶ月健診時に抑うつ症状はなく「一人の身体になれたことが嬉しい」「(愛着は)徐々にだけど格段可愛いわけではない」「育児は思ったよりしんどくない」と発言があり、妊娠中に比べ、明らかなボンディング障害の悪化はないと考えられた。そのため、産科は終診となり、地域保健師と精神科外来の介入を継続していた。しかし2ヶ月後には「優しいお母さんを演じている感じ」「自由な時間がない苦痛を紛らわしたい」と育児はできているが離人感が生じ、精神面の悪化が認められ、抑うつ、アルコール依存傾向となり、児を義両親へ預けることとなった。

#### 【結果及び考察】

A氏は妊娠中否定的な言動があったが、産後は児への愛着が進み、育児行動がとれていると考えられた。しかし、言葉の裏にある思いを汲み取り、退院後の育児の負担や環境の変化、また産後うつ症状の好発時期を踏まえた関わりや支援が不足していたと考えられる。短い入院期間で精神面の変化に気づくことは難しいが、1ヶ月健診時に病棟助産師が外来で関わる、妊娠期に行った支援方針の再評価を行う等の介入が必要であった。

---

## P-17

### 周産期メンタルヘルス臨床で用いる自記式調査票の psychometrics

#### 1 : Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

羽田 彩子

日本赤十字看護大学大学院

---

#### 【目的】

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) の心理尺度特性を調べ、臨床使用に関する示唆を得ることを目的とする。

#### 【方法】

MEDLINEで検索式“(Edinburgh Postnatal Depression Scale OR EPDS) AND (psychometrics OR reliability OR validity OR cluster OR ROC)”で検索した結果、357件で、これらの検索で抽出された文献を、(1) 因子分析による因子構造 (2) 探索的因子分析の適合度から最適の因子モデル (3) 測定不変性 (4) クラスタ分析と区分点の決定 (5) 複数回使用時の妥当性 に基づき検討した。

#### 【結果】

探索的因子分析：8本の研究が、差異はあっても3因子構造を示した。

確認的因子分析：17本の報告(いずれも1次因子構造)で、適合度は不十分であった。Hada et al. (2019) は bifactor model (3因子 [anhedonia, anxiety, dysphoria] と general factor [postnatal depression]) 構造で非常に高い適合度 (CFI = .999) を得た。

測定不変性：Kubota et al. (2018) が6項目3因子構造で測定時点間の測定不変性を報告した。

クラスタの同定：研究がない。

区分点：日本では岡野ら(1996)が産褥婦対照群(n = 43)と産後うつ病群(n = 4)に対して構造化診断面接による診断とEPDSを実施し、EPDSの区分点を8/9点とした。

複数回使用時の妥当性：研究がない。

#### 【考察】

EPDSの因子構造は6項目の3因子 bifactor が最適である。総合点だけでなく、下位尺度得点を活用すべきである。区分点設定と頻回使用の妥当性は確認されておらず、短時間の間隔を置いた頻回の使用は控えるべきであろう。

---

## ポスターセッション

---

### P-18

#### 周産期メンタルヘルス臨床で用いる自記式調査票の psychometrics 2 : Mother-to-infant Bonding Scale (MIBS)、 Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)

松長 麻美<sup>1)</sup>、大橋 優紀子<sup>2)</sup>、齋藤 知見<sup>3)</sup>、

- 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) 城西国際大学看護学部
  - 3) 順天堂大学産婦人科
- 

#### 【目的】

産後ボンディング障害の尺度である Mother-to-infant Bonding Scale (MIBS)、Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) の心理尺度特性を調べ、臨床使用に関する示唆を得ることを目的とする。

#### 【方法】

MIBS については “(Mother-to-Infant Bonding Scale OR MIBS) AND (psychometrics OR reliability OR validity OR cluster OR ROC)” で結果 15 件、PBQ は “Postpartum Bonding Questionnaire AND (psychometrics OR reliability OR validity OR cluster OR ROC)” で結果 9 件 (hand search で 3 件) で、これらの検索で抽出された文献を(1) 因子分析による因子構造 (2) 探索的因子分析の適合度から最適の因子モデル (3) 測定不変性 (4) クラスタ分析と区分点の決定 (5) 複数回使用時の妥当性 に基づき検討した。

#### 【結果】

探索的因子分析 : MIBS では 2 因子構造が確認されている。PBQ については一定していない。

確認的因子分析 : MIBS, PBQ とともに適合度は不良である。

測定不変性 : MIBS について母親と父親における測定不変性が認められているのみである。

クラスタの同定 : Matsunaga et al. (2017) は MIBS について two-step クラスタ分析を行い、病的ボンディング障害のクラスタを同定した。

区分点と複数回使用時の妥当性 : MIBS では産後 5 日目で 3/4、産後 1 か月目で 4/5 を区分点という報告がある。複数回使用時の測定不変性の検討はない。

#### 【考察】

MIBS は下位尺度の得点を用いることが適当であろう。PBQ は臨床で使用できる水準には達していない。

---

## ポスターセッション

---

### P-19

周産期メンタルヘルス臨床で用いる自記式調査票の  
psychometrics

3 : Mother-Infant Bonding Questionnaire (MIBQ),  
Maternity Blues (MB) Scale, Conflict Tactics Scale 1 (CTS 1)

山田 路子<sup>1)</sup>、篠原 枝里子<sup>2)</sup>、馬場 香里<sup>3)</sup>

1) 聖路加国際大学大学院 看護学研究科 専門領域 助産学

2) 東京医療保健大学 東が丘・立川看護学部

3) 聖路加国際大学大学院

---

#### 【目的】

MIBQ, MB Scale, CTS1 の心理尺度特性を調べ、臨床使用に関する示唆を得ることを目的とした。

#### 【方法】

MIBQ は検索式 “(Mother-Infant Bonding Questionnaire OR MIBQ) AND (psychometrics OR reliability OR validity OR cluster OR ROC)” で結果 2 件、MB Scale は検索式 “Maternity Blues (MB) Scale, AND (psychometrics OR reliability OR validity OR cluster OR ROC)” で結果0件 (hand search 1 件)、CTS 1 は “Conflict Tactics Scale 1 AND (psychometrics OR reliability OR validity OR cluster OR ROC)” での検索結果は 4 件であった。これらの検索で抽出された文献を(1) 因子分析による因子構造 (2) 探索的因子分析の適合度から最適の因子モデル (3) 測定不変性 (4) クラスタ分析と区分点の決定 (5) 複数回使用時の妥当性に基づき検討した。

#### 【結果】

探索的因子分析： MIBQは 2 因子構造、MB Scale は 1 因子構造、CTS 1 は 2 ~ 3 因子構造であろう。

確認的因子分析： MIBQ , MB Scale, CTS 1ともに適合度は良好であった。

測定不変性： MIBQ についてのみ Yamada et al. (2019) が scalar invariance まで確認している。他の尺度については研究がない。

クラスタの同定： 3尺度いずれも研究がない。

区分点： 3尺度いずれも研究がない。

複数回使用時の妥当性： 3尺度いずれも研究がない。

#### 【考察】

MIBQ, MB Scale, CTS 1 はいずれもその信頼性・妥当性の研究は不十分である。臨床において使用する水準には達していない。

---

## P-20

### 精神疾患合併妊婦に対する育児支援のための アセスメントガイド作成に向けた後方視的調査

中澤 貴代<sup>1)</sup>、村田 詠子<sup>1)</sup>、宮脇 伶奈<sup>1)</sup>、鎌田 展子<sup>1)</sup>、三上 薫子<sup>1)</sup>、  
賀古 勇輝<sup>2)</sup>

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 精神神経科

---

#### 【目的】

精神疾患合併妊婦に行った保健指導の内容を分析し、育児支援のアセスメント視点を明確化することである。

#### 【方法】

対象は2014年4月から2018年3月までにA病院において精神疾患合併により精神科を併診し分娩した女性とした。診療記録・看護記録より周産期と育児支援に関する情報を抽出した。分析は質的帰納的に行った。倫理的配慮は所属施設の審査委員会の承認を得てオプトアウト方式で行った。

#### 【結果】

対象者は72名で同期間の分娩数の4.5%であった。年齢は平均33.2歳、分娩週数は平均38.2週、出生体重は平均2908.4gであった。精神科病名は、統合失調症、反復性うつ病性障害、双極性感情障害の順に多かった（ICD-10）。精神科入院歴47.9%、妊娠による薬剤の変更は29.2%、妊娠中の薬剤中止は31.9%、妊娠中の薬剤変更40.3%、妊娠中に6.9%が精神科に入院した。育児支援に関する情報は《育児を支援してくれるキーパーソン》 《支援してくれる家族との関係性》 《家族の育児支援内容と経験》 《分娩や育児の準備状況》 《養育環境を整える必要性の認識》 《夜間の育児分担》 《母乳栄養に対する希望》 《家族外のサポートに関する情報の認識》の категорияが得られた。

アセスメントは《保健師に連絡する必要性》 《病状悪化時の支援体制の確保》 《支援者との面談の必要性》 《支援者への育児指導の必要性》 《多職種連携会議の必要性》 《見守りを強化する支援体制の確保》の категорияが得られた。保健師とは73.6%が妊娠期から連携し、PSWや精神科・小児科医師なども交えた多職種連携会議は16.7%で行っていた。

#### 【考察】

保健指導では支援内容や役割分担、養育環境整備の必要性の認識などを具体的に情報収集していた。アセスメントの視点は、支援者の支援力や必要な介入の程度を査定していた。その上で、社会資源の活用を検討していたことが明らかになった。

---

## P-21

### 心理職を対象とした周産期心理研修プログラムの開発

水本 深喜<sup>1,2)</sup>、立花 良之<sup>3)</sup>

1) 松蔭大学

2) 国立成育医療研究センターこころの診療部

3) 国立成育医療研究センター 心の診療部 乳幼児メンタルヘルス科

#### 【目的】

妊産婦の自殺への着目、国民運動計画「健やか親子21」の重点課題の一つである「妊娠期からの児童虐待防止対策」など、現代において、周産期のメンタルヘルス対策を充実させることは重要な課題のひとつであるといえる。周産期のメンタルヘルス不調は、育児不全、ひいては虐待にも繋がり得る問題でもある。周産期に関わる心理職は少ないが、周産期のこころの問題には、妊産婦の成育歴や現在の環境などが複雑に関連するため、心理の専門性を持った職種の間わりが必要であり、そうした心理職を育成する必要がある。

しかし心理職向けに、周産期へのかかわり方を研修している団体は我が国において見られず、海外においてもそうした研修会を実施しているという報告はみられない。心理職の資格が国家資格化し、2019年度より公認心理師が誕生し、医療現場での心理職のニーズが高まる中、周産期の現場に対応し得る心理職を早急に育成していく必要があると考える。

そこで本研究では、周産期に対応できる心理職を育成するための、全国に均てん化可能な研修プログラムを作成することを目的とする。

#### 【方法】

周産期メンタルヘルス支援にかかわる公認心理師、精神科医で、周産期心理研修プログラムを作成する。

#### 【結果と考察】

「1. 現代における周産期の問題」「2. 周産期に関連する医学知識」「3. メンタルヘルスへの周産期特有のリスク」「4. 周産期に起こりやすい心理的問題」「5. 周産期の心理的問題への対応」「6.

周産期の事例を用いたロールプレイ」からなる周産期心理研修プログラムを作成した (Table1)。今後は研修を実施し、参加者による研修評価を分析する。

Table1 周産期心理研修プログラム (案)

1 現代における周産期の問題：事例から
2 周産期に関連する医学知識
2.1 現代における周産期メンタルヘルスの問題
2.2 妊娠・出産・産後のプロセス
2.2.1 妊娠の経過
2.2.2 分娩の経過
2.2.3 新生児期
2.2.4 産褥期
2.3 周産期における地域との繋がり
2.4 胎児の存在の母親への影響
2.5 母親の子どもへの影響
3 メンタルヘルスへの周産期特有のリスク
3.1 不妊・不育治療
3.2 出生前診断
3.3 NICU
3.4 流産・死産
4 周産期に起こりやすい心理的問題
4.1 周産期の精神疾患
4.2 ボンディング障害
4.3 虐待の問題
5 周産期の心理的問題への対応
5.1 心理的支援
5.2 多職種・地域連携
5.3 育児困難な親への対応：社会的養護
5.4 グリーフの問題への対応
6 周産期の事例を用いたロールプレイ

# ポスターセッション

---

## P-22

### 予後不良な児のバースプランに対するスタッフの捉え方の検討

小林 知子<sup>1)</sup>、森山 佳則<sup>1)</sup>、牛田 貴文<sup>1)</sup>、今井 健史<sup>1)</sup>、伊藤 萌水<sup>2)</sup>、  
岡田 俊<sup>2)</sup>、小谷 友美<sup>1)</sup>、吉川 史隆<sup>1)</sup>

1) 名古屋大学医学部 産婦人科学講座

2) 名古屋大学医学部 親と子どもの心療科学講座

---

#### 【目的】

当院は総合周産期センターであり、時に生命予後不良な児の出産に立ち会う機会がある。そのためにも児の疾患を理解し、さらにバースプランを作成する際はどのスタッフでも対応出来ることが求められるが、全スタッフがその経験をするのは難しい。そのため病棟スタッフ向けに予後不良な児のバースプランを学ぶ機会として勉強会を産科医が行った。今回受講前と後で、バースプランの捉え方に変化が出るかを検討した。

#### 【方法】

受講したのは当院病棟助産師15名と看護師3名、年齢は24～45歳であった。講師は産科医1名で、時間は1時間、事例を交えて勉強会を行った。その前後で、アンケートによる研究参加の同意を得た受講者に、無記名で答えてもらった。予後不良な児のバースプランについて、どうして必要か、どう生かしていくべきか、という内容で受講生の捉え方に変化が出るか、テキストマイニングを用いて解析した。

#### 【結果】

勉強会の前の「バースプランの必要性」については、バースプランを“具体的”に決め“満足のいく分娩”にしたいと、やや業務的、医療者目線であった。しかし、「どう生かしたいか」という質問に関しては、気持ちに寄り添うことの重要性は認識しており、“寄り添う”や“導く”というワードも頻出していた。受講後にもう一度「どう生かしたいか」という質問をしたところ、バースプランによって“妊婦”や“家族”とスタッフがつながり、妊婦と家族の気持ち主体のワードが頻出した。

#### 【考察】

予後不良な児の出産に立ち会うスタッフは、バースプランで決定した内容に沿いつつ、気持ちが変わることも受け止めて、臨機応変な対応が重要である。しかし多数のスタッフで妊婦や家族の気持ちを共有することの難しさも感じている。そのため勉強会を通し、改めてバースプランについて、また今後の問題点について議論するよい機会となった。引き続き、家族に寄り添うということに、どのスタッフでも対応できるような教育が重要であると考えられた。

---

## ポスターセッション

---

### P-23

#### 精神疾患合併妊婦に対する産前・産後の育児支援のあり方

谷地向 益実、吉澤 恵、相澤 加奈、小渡 基予子

医療法人溪仁会手稲溪仁会病院 看護部

---

##### 【目的】

精神疾患合併妊婦が産前・産後に抱く思いや体験の語りから、助産師が行う個別的で効果的な育児支援のあり方について示唆を得ることである。

##### 【方法】

研究デザインは質的帰納的記述研究とした。精神疾患合併妊婦の出産後3～5日目に、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を行った。面接内容から逐語録を作成し、質的帰納的内容分析法を用いた分析を行った。

##### 【結果及び考察】

対象は精神疾患合併妊婦6名。パニック障害2名、うつ病1名、統合失調症1名、適応障害1名、不安神経症1名であった。分析の結果、65のコード、13のサブカテゴリー、7のカテゴリーが得られた。カテゴリーを《 》で示す。精神疾患合併妊婦は、《精神疾患を抱えながらの出産・育児体験が誰とも共有できない孤独感》があり、かつ《周囲に期待できるサポートと配慮が不確かなことの不安》を抱えていた。しかし、《医療者からのポジティブフィードバックで得た安心感》を持ちながら《ストレングスを生かした自分らしい育児》がしたいと望んでいた。また、向精神薬内服や産後の精神状態を考慮して人工栄養を選択したが、《授乳方法に対する気持ちのゆらぎ》は続いていた。さらに、《イメージと異なる出産や育児への困惑》があり、《育児モデルとして気兼ねなく相談できる助産師》を求めていることが明らかになった。

本研究を通して助産師は、精神疾患合併妊婦が妊娠、出産、育児を通して感じる様々な思いを個別に理解することが重要であることが分かった。また、母親の自己肯定感を高められるようにポジティブフィードバックし、母親自身が納得して「自分らしい育児」ができるように支援を行う必要性がある。さらに、退院後は母子の孤立を防ぎ、地域で安心して過ごせるよう、他職種や地域の医療保健機関との連携、そして切れ目のない継続した支援を行うことが肝要である。

---

# ポスターセッション

---

## P-24

### 地域の産婦人科クリニックにおける心理職のかかわりかた —潜在的ニーズを顕在化していくこと—

樋口 聖子

医療法人慈心会 あさの葉レディースクリニック

---

#### 【目的】

周産期のメンタルヘルスは、“精神疾患の有無ではなく、妊産婦が安心して生活を営み、ほどよく十分な愛情をもって子どもと向き合うことができる心の状態”（日本産婦人科医会,2017）と定義されている。ここ数年、総合周産期母子医療センターには、臨床心理技術者が配置され、ハイリスク妊産婦へのメンタルヘルスケアは充実してきた。しかし、ハイリスク妊産婦だけがメンタルヘルスケアを必要としているわけではない。

当院での実践例を発表し、地域の産婦人科診療所におけるメンタルヘルスケアについて検討したい。

#### 【事例の概要】

##### <第一期—導入期>

心理職である筆者と当院スタッフで、心理的支援に対する共通認識をもつために新しく心理職を導入するまでの3カ月の間に3回の研修会を行った。また、心理職のユニフォーム、患者への紹介の仕方、カウンセリングの取り扱い等細かく検討を重ねた。

##### <第二期—実践期>

精神科既往歴のある患者を中心に、妊娠期から産後まで一貫した支援（カウンセリング、精神科・行政との連携）を行った。また、月に1回のカンファレンスで気になる患者の心理支援の必要性について検討した。

##### <第三期—展開期>

全患者に育児支援の3点セット（育児支援チェックリスト、EPDS、赤ちゃんへの気持ち質問票）を開始した。カウンセリング適用までは必要ないが「ちょっと気になる患者さん」に心理職が「ご挨拶（心理職の自己紹介、ミニ心理教育）」を行った。

#### 【結果及び考察】

当院での心理職のかかわりは、2017年の面接数83名（分娩件数の17%）から2018年は93名（20%）と増加していた。また、面接人数は増えたにもかかわらず、精神科等既往歴のある患者の割合は、41%から33%に減少し、徐々に支援の幅が広がっていることが分かった。精神科等既往のあるなしにかかわらず、潜在的なニーズとしてメンタルヘルスケアが必要とされていることが、心理職が参入することで顕在化された可能性が考えられた。

---

## ポスターセッション

---

### P-25

#### 自殺企図のある妊婦への関わり ～精神科併設のない周産期センターでの実際と今後の課題～

刀祢 幸代<sup>1)</sup>、伊藤 直美<sup>1)</sup>、山口 広子<sup>1)</sup>、牧原 夏子<sup>2)</sup>

1) 済生会兵庫県病院 地域周産期母子医療センター

2) 済生会兵庫県病院 産婦人科

---

#### 【目的】

A病院は地域周産期母子医療センターとしてハイリスク妊娠の管理を行っているが、精神科併設はない。今回、自殺企図のある妊婦と関わった事例から、今後の課題について検討・報告する。

#### 【事例の概要】

20歳代前半、1経産。一度DVにて拘留された夫は他に交際女性がいるためほぼ帰宅せず、上子は虐待で数回保護された経緯がある。今回、自然妊娠、TOLAC希望でクリニックに受診していたが、妊娠16週で鎮痛剤の過量服薬をして搬送されたため、その後の妊娠管理は大学病院に紹介された。しかし、金銭面、遠方などを理由に受診拒否、妊娠24週から近隣のA病院にて妊娠管理を行った。

#### 【結果と考察】

A病院では精神疾患合併妊婦の受け入れ経験が少なく、スタッフも慣れていないことから、精神的ハイリスク妊婦のケア経験のある助産師がプライマリーとして産婦人科医師、MSWと連携しながら主に関わった。数々の自傷行為、虐待の可能性、夫・上子への依存性の強さなど、夫との関係悪化から精神的不安定となり衝動的に再び自殺企図の可能性が考えられた。そこで、地域の虐待担当相談員、保健師などと連携し、また、A病院で妊娠管理するにあたっては精神科を受診することを条件とした。電話相談についてはA病院では産科に関してのみの対応とし、希死念慮や精神的不安に関する窓口は受診した精神科病院か行政の虐待ホットラインに固定し、行政や精神科病院とはカンファレンスなどを行った。今回は、対象が精神科受診を行ったため連携しながら妊娠管理できた。しかし、A病院の近隣に精神科はなく、この事例以外にも受診が必要となった際に紹介・連携が困難であり、対応に苦慮している。また、希死念慮や自殺企図を行う可能性のある妊産褥婦に対して対応ができるスタッフが少なく、ケアや指導、関わりなど共有するのが難しい状況である。しかし、確実に精神疾患合併・既往の対象は増加しており、また、精神科連携が行えない中で行政からの方針により産後健診でEPDS実施を導入しており、今後、周産期メンタルヘルスに関するスタッフ教育、精神科連携のシステム作りが課題である。

---

## ポスターセッション

---

### P-26

#### 産褥早期における電話訪問の効果に関する検討 —退院後のメンタルヘルスケアを目指して—

川西 久美子、橋本 みや子

三菱京都病院 看護部

---

##### 【目的】

A病院では退院早期の精神的支援を目的に、2017年より産後電話訪問事業を開始した。電話訪問に伴う育児不安軽減への効果を検証した。

##### 【方法】

2017年度に出産した517名の褥婦のうち、2週間健診を受診した特定妊婦以外の褥婦計336名を対象とした。『電話訪問開始前群（以下A群）』132名、『電話訪問開始後群（以下B群）』204名のエジンバラ産後うつ病質問票(以下EPDS)に関して、2週間健診・1ヶ月健診時EPDS得点、また各褥婦の2週間健診と1ヶ月健診時のEPDS得点差を後方視的に検証した。電話訪問は希望制とし、分娩を担当した助産師が行った。

##### 【結果】

電話訪問は退院後2～8日目に行われた。2週間健診時と1ヶ月健診時におけるEPDSの得点には、電話訪問開始前後でMann-WhitneyのU検定の結果、有意な差が認められなかった。しかしバースレビュー実施率はA群79.5%B群98.5%と上昇し、褥婦からは「退院後のフォローの電話が有難かった」「電話訪問があることで病院とつながっているという安心感があった」などの意見が聞かれた。

##### 【考察】

電話訪問に伴う育児不安軽減効果について、事業開始前後でのEPDS得点には有意差が認められなかった。しかしバースレビューの実施率は上昇し、電話訪問を事業化したことによって退院後の褥婦に対する育児不安が抽出できる機会が増えた。また褥婦の意見からは電話訪問により安心感が増したことで、褥婦との親密な関係性の構築につながったと考えられた。

電話訪問事業開始後7ヶ月時点での調査であり、業務への不慣れさ、個々のスタッフのケアリング能力の差が影響を与えた可能性が考えられ、これらの要因を含めた検証の継続が課題である。褥婦が退院後にも病院とのつながりを感じられることで育児不安が軽減され、産後うつ病発症リスクが低下することを期待し、今後も取り組みを継続したい。

---

## ポスターセッション

---

### P-27

#### 身体的安楽と育児不安軽減に焦点をあてた妊婦対象のうつ病予防プログラムの開発

大谷 利恵<sup>1)</sup>、高橋 秋絵<sup>1)</sup>、植田 奈津実<sup>2)</sup>、市川 久美子<sup>1)</sup>、  
玉木 敦子<sup>1)</sup>

1) 神戸女子大学看護学部

2) 神戸女子大学大学院看護学研究科

---

#### 【目的】

研究者らの先行研究において、妊産婦のうつ症状には育児不安と主観的身体健康状態が大きく影響していることが示唆された。そこで、助産師による育児指導とエクササイズを組み合わせた妊婦対象のうつ病予防プログラムを開発することにした。今回パイロットスタディを実施し、プログラムの効果を検討したので報告する。

#### 【方法】

うつ病予防プログラムに参加し、研究協力に同意した妊婦11名を対象に、プログラム実施前、実施直後、実施2週間後に質問紙調査を行った。また対象群として妊婦5名にも協力を得、介入群と比較検討を行った。得られた量的データはSPSSver.24を用いて統計的に分析し、また主観的評価（自由記載）は質的記述的に分析した。

本研究は所属先の研究倫理委員会に承認を得て実施した。

#### 【結果と考察】

対象者の年齢は介入群 $34.5 \pm 4.8$ 歳、対象群 $36.8 \pm 3.8$ 歳、妊娠週数は介入群 $25.2 \pm 6.9$ 週、対象群 $34.0 \pm 2.4$ 週、介入群は全員が初産婦で、対照群には経産婦が3名含まれていた。プログラムに参加することで、7名の妊婦（63.6%）が1つ以上の身体症状が改善したと回答し、状態不安は実施前と比べて有意に低下した（ $p < 0.05$ ）。プログラムに対する主観的評価では「産後の知識を得たり、考えることができた」、「身体を動かすことの効果を感じた」、「不安の軽減や気分転換ができた」などの効果や、「役に立った」、「心の拠り所ができた」、「もっと多くの妊婦に参加してほしい」という肯定的評価が認められた。プログラム実施前と2週間後に得られたデータの比較では、介入群のうつ得点、不安得点は2週間後の方が低かったものの有意差は認められず、対照群との差も認められなかった。

以上のように、本プログラムによる身体健康状態の改善や不安軽減の効果が示唆されるものの、明らかかなうつ病予防効果は認められなかった。今後、プログラム内容、実施回数等を見直すとともに、対象者数を増やしてさらに検討していきたい。

---

## ポスターセッション

---

### P-28

#### 妊娠22週未満の前期破水症例の意思決定支援

宮田 郁<sup>1,3)</sup>、鈴木 美貴<sup>1)</sup>、白石 景子<sup>1)</sup>、吉松 沙綺子<sup>1)</sup>、草刈 典子<sup>1)</sup>、  
上拾石 みほ<sup>1)</sup>、工藤 ひとみ<sup>1)</sup>、森村 友貴<sup>1)</sup>、足立 麻衣<sup>1)</sup>、  
勝間 貴子<sup>1)</sup>、三宮 静<sup>1)</sup>、松本 幸子<sup>1)</sup>、石川 渚<sup>2)</sup>、長谷川 綾乃<sup>2)</sup>、  
大門 篤史<sup>2)</sup>、布出 実紗<sup>2)</sup>、村山 結美<sup>2)</sup>、永易 洋子<sup>2)</sup>、澤田 雅美<sup>2)</sup>、  
佐野 匠<sup>2)</sup>、藤田 太輔<sup>2)</sup>、英都 貴子<sup>1)</sup>、大道 正英<sup>2)</sup>

- 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) 信州大学大学院総合医理工学研究科博士課程
- 

#### 【目的】

周産期において、重い意思決定を迫られる場面として妊娠22週未満の前期破水症例が挙げられる。産婦人科診療ガイドライン（2017）においても、妊娠26週未満の前期破水の対応においてコンセンサスは得られていない。当院においては、特に人工妊娠中絶の可能な22週未満の前期破水において、リエゾン精神看護専門看護師（リエゾンナース）も介入し、チームで児の見守り方を話し合っ決定している。今回、リエゾンプロセスから振り返り、必要な支援を見い出すことを目的とした。尚、本報告にあたり個人情報保護の視点から、個人が特定されないよう配慮した。

#### 【方法】

2017年1月から2019年6月までの妊娠22週未満の前期破水症例の診療録と看護記録、専門看護師記録、倫理カンファレンス記録を対象とした。医師の説明と助産師、リエゾンナースの関わりと妊婦と家族の意思決定までの変化を抽出し、チームの意思決定支援の現状を検討した。

#### 【結果および考察】

調査対象は10症例であり、年齢は $33.8 \pm 2.9$ 歳であった。医師からの説明は、破水した妊娠週数に応じて、感染に伴う妊娠の中断の必要性や羊水の再貯留がなければ臓器（特に肺）の未成熟の可能性、救命週数に達して救命をしても障害が残存する可能性等、厳しい内容となる。妊婦は、胎動を感じていることも多く、リスクを理解している一方で、待っていれば羊水の再貯留になり、妊娠を継続できるという思いから、気持ちがいまいち助産師やリエゾンナースと話し合いながら、家族とともに妊娠の中断を決定していることから、現状の理解と感情のギャップを少なくするためのケアが必要であると考えられた。また、破水後に医師の説明を聞いて、すぐに妊娠の中断を決定している場合は、助産師側に葛藤が生じて妊婦と十分に向き合えない症例もあったため、倫理カンファレンス等によって医療者への支援も必要であると考えられた。今後は、これらの関わりを行った妊婦や家族に対する調査を行いながらケアの向上に努めたい。

---

## ポスターセッション

---

### P-29

#### スマートフォンによる行動活性化療法の産後うつ病・虐待関連行動への効果：ランダム化比較試験プロトコール

帯包 エリカ<sup>1)</sup>、馬場 俊明<sup>2)</sup>、篠崎 智大<sup>3)</sup>、川上 憲人<sup>1)</sup>

1) 東京大学大学院医学系研究科 精神保健学分野

2) 国立国際医療研究センター国際医療協力局

3) 東京理科大学工学部 情報工学科

---

#### 【目的】

産後うつ病、小児虐待は、母子の身体的・精神的な健康に大きな影響を与え、公衆衛生の大きな課題である。近年、行動活性化療法の産後うつ病の改善効果があることが示されたが、本邦での研究はなく、小児虐待予防効果を検討した研究は国内外ともに存在しない。本研究の目的は、産後女性への行動活性化療法スマートフォンプログラムの産後うつ病および虐待関連行動への効果をランダム化比較試験で検証することであり、今回は研究概要を発表する。

#### 【方法】

本研究は層別化ランダム化比較試験である。対象は、協力医療機関を受診した希死念慮がなく、スマートフォンが利用できる産後10週以内の20歳以上の女性で、協力医療機関を産後外来で受診時に医療従事者より当研究に関する説明を行い、リクルートを行う。エジンバラ産後うつ病自己評価票(EPDS)の点数により高リスク群と低リスク群に分け、その中で治療群と対照群に割り付ける。予定症例数は、高リスクグループは150名、低リスクグループは240名と見積もった。治療群は、行動活性化療法プログラムをスマートフォンで1回30分程度の内容を毎週計12回受講し、プログラム受講開始時から6か月後の母親のEPDSと子どもへの虐待関連行動(Child Conflict Tactic Scale-1)を測定する。統計学的手法は、6か月後のアウトカムをベースライン得点で調整した群間差を共分散分析により検証する。また、母親の子どもへの愛着障害の尺度、子どもの成長発達(身長、体重)、乳幼児健診・予防接種受診状況、不慮の事故による受診への影響についても評価を行う。

---

## ポスターセッション

### P-30

#### 精神病性障害を有する妊娠女性の薬物療法と母児アウトカムに関する探索的後向きカルテ調査研究

関 亮太<sup>1)</sup>、橋本 佐<sup>1)</sup>、橘 真澄<sup>1)</sup>、佐藤 愛子<sup>2)</sup>、木村 敦史<sup>1)</sup>、  
新津 富央<sup>1)</sup>、田中 麻未<sup>3)</sup>、金原 信久<sup>3)</sup>、渡邊 博幸<sup>3)</sup>、岡山 潤<sup>4)</sup>、  
尾本 暁子<sup>4)</sup>、生水 真紀夫<sup>5)</sup>、遠藤 真美子<sup>6)</sup>、大曾根 義輝<sup>7)</sup>、  
半田 聡<sup>8)</sup>、中里 道子<sup>1,9)</sup>、伊豫 雅臣<sup>1)</sup>

- 1) 千葉大学大学院医学研究院 精神医学教室
- 2) 千葉大学医学部附属病院 精神神経科
- 3) 千葉大学社会精神保健教育研究センター
- 4) 千葉大学大学院医学研究院 周産期母性科
- 5) 千葉大学大学院医学研究院 生殖医学講座
- 6) 千葉大学大学院医学研究院 小児病態学
- 7) 千葉大学医学部附属病院 周産母子センター
- 8) 国際医療福祉大学三田病院 精神科
- 9) 国際医療福祉大学熱海病院 精神科

#### 【目的】

統合失調症女性の出生率は、そうでない女性と比して36%であるが、20歳から24歳に限ると93%であり、統合失調症の有無による出生率の差異はほとんどないと報告されている。精神病性障害の維持期において、再発予防のために抗精神病薬の継続が推奨されているが、周産期では抗精神病薬継続による母児へのリスクとベネフィットを十分に考慮した上で、薬物治療を包括的に検討する必要がある。しかし、周産期における抗精神病薬の減量および中止による再発に関する知見は乏しく、抗精神病薬中止による妊娠中の統合失調症の再発率が65%と報告されているが、一般的な統合失調症の再発率からの推計にとどまっている。

本研究では、精神病性障害を有する妊娠女性における、薬物療法の継続や減量、中止などの推移と、母の精神症状、周産期合併症、および新生児のアウトカムの関連について、後向きにカルテ調査を行った。

#### 【方法】

2007年1月から2019年1月までに、千葉大学医学部附属病院精神神経科と周産母性科を受診し、DSM-5の統合失調症および統合失調感情障害の診断基準に該当し、かつ当院で出産した妊婦、および出生した児を被験者とした。精神症状の評価には臨床全般印象評価尺度-変化(CGI-C)を用い、妊娠前の精神症状を基準とし、妊娠中に精神症状が最も変化した時点を、精神科医2名が診療録を基に個別に評価した。合致しない場合は、別の精神科医を加えて、多数決およびディスカッションで決定した。CGI-Cが5点(軽度悪化)以上を再発と定義した。

#### 【結果および考察】

抗精神病薬の継続群のCGI-C得点( $4.29 \pm 0.83$ )は、中止・減量群( $5.27 \pm 1.16$ )に比べて有意に低下していた( $t(25.27) = -2.63, p < 0.05$ )。また、各群における再発人数/非再発人数(再発率)はそれぞれ、継続群 2/12 (14.3%)、減量群 1/4 (20%)、中止群 9/1 (90%)であり、3群間で再発の有無を残差分析した結果、継続群では再発が有意に少なく、中止群では再発が有意に多かった( $p < 0.05$ )。発表時には、さらなる詳細なデータを加えて結果を報告し、考察する予定である。

# ポスターセッション

---

## P-31

### 精神科単科病院にて産婦人科医との直接連携により 円滑な診療につながった産褥期精神病の一例

南 房香<sup>1,2,3)</sup>、半田 貴士<sup>1)</sup>、笠井 靖代<sup>4)</sup>、渡邊 博幸<sup>3,5)</sup>

- 1) 医療法人財団厚生協会 大泉病院
  - 2) 慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室
  - 3) 医療法人学而会 木村病院
  - 4) 日本赤十字社医療センター 第二産婦人科
  - 5) 千葉大学社会精神保健教育センター
- 

#### 【目的】

産褥期精神病は精神科病棟への緊急入院が必要な病態であるが、精神科単科病院では母乳を含めた産褥婦特有のケアが不十分であることが懸念される。この度は精神科単科病院にて周産期センターからの紹介で緊急入院につながった産褥期精神病を経験した。本人からの授乳継続の希望を受け、産婦人科医との直接連携により、本人の授乳希望に寄り添った円滑な治療につながったため報告する。

#### 【症例の概要】

40代、初産婦、41週に胎児機能不全の適応で緊急帝王切開術にて女兒を出産。20代前半に2度のうつ状態及び1度の軽躁状態にて通院歴あるが、以降無治療にて安定していた。妊娠高血圧症を除けば妊娠経過に問題はなく、産後実家にて母乳育児をしていた。産後7週頃より「母は祖母が乗り移っているから敵だ」と言い落ち着かなくなる等、急性に幻覚・妄想状態が出現したため、産婦人科を受診し同科に緊急入院となったが、同院精神科無床のため精神科単科病院に同日救急搬送され産褥期精神病的診断にて医療保護入院となった。入院時より授乳の可能性を考慮しオランザピンにて治療開始した。拒薬および幻覚・妄想に基づいた暴力行為も認め、行動制限（隔離13日・拘束5日）が必要な状態の中、本人からは母乳育児継続の希望が持続した。オランザピン20mgにて幻覚・妄想は改善したが、軽躁状態が出現したため、母乳継続希望を考慮し第27病日からバルプロ酸を追加し軽躁状態は改善した。産婦人科担当医との直接の連携により、授乳再開の許可を速やかに得ることができ、病室にて赤ちゃんに母乳をあげる等、本人の意向に沿った対応を実現し、第49病日に退院となった。

#### 【結果及び考察】

精神科単科病院における産褥期精神病的急性期治療中、産婦人科医との直接連携により内服薬と授乳について両方で相談することで、本人の意向に沿った安心かつ円滑な診療が実現した。今後、周産期メンタルヘルス領域において、更なる精神科と産婦人科の直接連携が望まれる。

---

## ポスターセッション

---

### P-32

#### 境界性パーソナリティ障害合併妊娠で 精神科や地域との連携に苦慮した一例

伊東 麻美<sup>1)</sup>、横山 美奈子<sup>1)</sup>、田中 幹二<sup>2)</sup>

1) 弘前大学医学部大学院医学研究科 産科婦人科学講座

2) 弘前大学医学部附属病院 周産母子センター

---

#### 【目的】

統合失調症や境界性パーソナリティ障害など精神疾患を合併する妊婦は少なくない。こうした症例では、妊娠中の生理的、精神的変化によりさらなる精神的変調を来し易く、妊娠中から産褥期を通して医療、福祉の両面からの支援が必須である。境界性パーソナリティ障害を合併し、精神科側や地域との連携困難であった症例について報告する。

#### 【症例の概要】

30代、1妊0産。21歳より統合失調症または非定型精神病の診断で加療を受けていた。自然妊娠成立し、A総合病院産科を受診。かかりつけ精神科医よりA病院精神科を紹介されたが、妊娠21週に大量服薬をしてA病院へ救急搬送となった。その後入院可能な精神科病棟のあるB病院へ搬送となったが、B病院精神科は入院加療不要として数日で退院となった。その後、精神科主治医異動に伴い状態の悪化を認めるようになり、25週本人の強い希望によりB病院精神科入院となった。しかし、精神科の新たな主治医と口論を繰り返し、結局退院。精神科としては今後同患者への対応は不可能であるとして、また患者側も同院精神科でのフォローは希望せず、B病院産科医が転院調整を行い産科についてはC病院へ、精神科についてはD病院へ紹介となった。

#### 【結果及び考察】

精神疾患のある妊婦は、妊娠中のみならず産褥期にも精神症状の急激な増悪をみるリスクが高く、産科側と精神科側との密な連携は必須である。本症例では保健師やB病院内の医療ソーシャルワーカーの介入もあったが、結局転院となった。転院調整に至る過程では、担当する精神科医が不在となった期間もあり、精神症状増悪時、大量服薬のリスクもある中で産科医が対応せざるを得ない場面もあった。対応に苦慮する患者は確かにいるが、それでも尚医療者側は患者との信頼関係を築くことに尽力すべきだったと考えられる。多職種連携による情報共有やコミュニケーションの重要性を再認識させられた症例となった。

---

## P-33

### 多職種で親子のつながりを深めた1 早産児例

岡村 亜耶<sup>1)</sup>、西山 ゆき<sup>1)</sup>、浦木 諒<sup>2)</sup>、南部 桂<sup>1)</sup>、松下 憲司<sup>2)</sup>、  
藤枝 幹也<sup>2)</sup>

1) 高知大学医学部附属病院周産母子センター

2) 高知大学医学部小児思春期医学

---

#### 【目的】

当初、児の施設入所を希望していた母親に対して、多職種で気持ちに寄り添い、親子のつながりを再確認できた症例を経験したので報告する。

#### 【症例の概要】

X年Y月、母親は複雑な家庭背景のため妊娠中から児の施設入所を希望していた。同月、早産、極低出生体重児での出生となったが、児の受け入れは良好であった。母親は、児に触れる怖さや、児の甘え泣きに後ろめたさを感じるがあったが、心理士は共感しつつ、受け止め、見守りを繰り返した。

生後6か月には、母親の施設入所希望の気持ちに変わりはないが、慢性肺疾患のため在宅酸素が必要となり児の施設入所が困難となった。医師、看護師からは、児の成長・発達には母親の存在が必要であることを説明し、話し合いを重ね、母親は自宅退院を選択した。

生後7か月に退院が現実になると、母親には余裕がなくなる姿が見られるようになったが、心理士は児の泣きを一緒に抱えその意味を代弁したり、児と一緒に見守ることを繰り返したりし、母親の緊張感は少し和らぐ様子が見られた。生後11か月、退院後の外来では、母親に明るい笑顔が見られた。

#### 【結果と考察】

筆者らは、母親が施設入所を希望したことで、当初は虐待などのリスクなどに目を奪われやすくなった。しかし、母親は、我が子を施設に預けるという苦渋の決断の一方で、小さな児に触れる怖さや、初めての子育てへの戸惑い、児を可愛いと思う気持ちなど、一般的な母親と同様のこころの動きを示し、揺れ動く気持ちを通して母親になるプロセスを歩んだ。

このようなこころの動きは、一見他者の目に止まりにくく、本人自身も拾い上げづらい場合もあり、お互いの歩み寄りが難しい場合がある。今回筆者らは、児の出生時から退院まで、共感し、受け止め、ともに児を見守ることにより、母親との心理的なつながりを得ることができた。このような他者との心理的なつながりは、良好な育児支援、ひいては虐待予防としても働くと考えられた。

---

## ポスターセッション

---

### P-34

#### パートナー男性からのDV被害を積極的に訴えない妊産婦の1例

島貫 洋太、川崎 優

小張総合病院 産婦人科

---

##### 【目的】

DVがあるカップルでは、その被害者が必ずしも友人や医療従事者に助けを求めるとは限らない。今回、DVの事前情報がありながら、本人の訴えがないために介入なく経過し、妊娠後期に当院管理の継続が困難となり、転院となった事例を経験したので、報告する。

##### 【症例（事例）の概要】

20代、1妊0産、未婚、自然妊娠で基礎疾患や既往歴はない。妊娠20週に、隣接市の開業医施設より当院に紹介受診となった。紹介状には、パートナーのDVや前医との折り合いが悪くなった旨が記載されていた。祖母の葬儀や体調不良を理由に受診が妊娠30週まで滞った。その後も、受診回数が少ないながら、妊婦健診で異常はみられなかった。妊娠37週になり、子供の養育ができないことを突然訴え、居住地の行政担当者との面談を経て里子に出すことを決定した。38週になり、本人からパートナー男性の立ち会い分娩の希望があったが、当時の院内感染対策レベルが高かったことや養育責任がない方であることを根拠に、パートナー男性の立ち会い、面会ともに許可しない方針としたところ、転院を希望した。本人の突然の言動に対して、理由を尋ねたが、パートナー男性と話し合った結果で意思が固いため、説得を断念した。また、本人からDVに関する発言はほとんどなく、本人がパートナーとの離別を求めている以上は、医療者からの強い介入がかえって本人の立場を悪くし、危険に晒す可能性があるとも考え、追及せず転院の手続きを行った。

##### 【結果及び考察】

DVの中には被害者、加害者の主従関係が愛情の形として成立しているために、生活内容や暴力の実態を本人同士のみが共有し、他者に明言できない状況があり得る。今回の患者はこのケースに当たると推測したが、この場合における医療従事者の示すべき立場、取るべき行動は明確にできておらず、DVに関する理解を深める必要がある。

---

## ポスターセッション

---

### P-35

妊娠中に精神状態の不調をきたした妊婦に対する、  
リスク分類に基づく包括的なケアについて症例を振り返り検討する

村上 裕代、吹谷 和代、近藤 眞由美、田村 未来、輿石 太郎  
はぐくみ母子クリニック

---

#### 【目的】

当院ではメンタルヘルスケアを必要とする妊婦を抽出するため、2018年度より全妊婦を①ローリスク群、②見守り群、③要支援群の3つに分類して支援を行うシステムを開始した。当院の特徴として、妊婦健診には助産師外来が組み込まれ、臨床心理士資格を有する助産師が担うカウンセリング外来も併設している。そのため、心理的側面についても継続的支援が行いやすい環境と言える。実際に経験した1症例を振り返り、当院におけるメンタルヘルスケアの実際と現状の課題について検討したい。

#### 【症例の概要】

20代、初産婦、精神科既往なし。妊娠中期より、サポート不足、医療処置や分娩に対する不安・恐怖心を訴え、『②見守り群』に分類。当院のカウンセリング外来への受診が開始された。31週に実施したスクリーニング質問表では、『③要支援群』に分類。精神科受診を勧めるが、拒否的であった。医療処置や分娩への不安・恐怖心の増悪、不眠、食欲不振が見られたため、産科医からも精神科受診を勧められたが、受診を決意したところで分娩入院となった。分娩時には不安・恐怖心は自制内に留めることができ、産褥経過としては不眠・食欲の改善も見られた。育児手技獲得も問題なく、退院へと至った。産後のフォローアップとしては、カウンセリング外来と地域保健師への情報提供が行われた。

#### 【結果及び考察】

当院の妊婦に対する周産期メンタルヘルスに関するリスク分類に基づく包括的ケアにより、次の利点や課題を見出すことができた。

- ①妊娠期スクリーニング質問票の活用により、メンタルヘルスハイリスク群の早期発見が可能となり、継続支援しやすくなった。
  - ②助産師外来とカウンセリング外来との連携により、妊婦の必要な支援に対し、各専門性を活かした患者支援が行えた。
  - ③メンタルヘルスの不調をきたした妊婦に対しては、適切な時期にスムーズに必要な院外機関とも連携できるシステムを構築していくことが必要である。
-

## ポスターセッション

---

### P-36

#### 要保護児童対策地域協議会対象妊婦における妊娠期の多職種連携

谷内 彩乃<sup>1)</sup>、公文 典子<sup>1)</sup>、川村 美保<sup>1)</sup>、北村 恵美子<sup>1)</sup>、松島 幸生<sup>2)</sup>

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】

当院では心理・社会的ハイリスク妊婦に対し、多職種連携フローチャートを作成し、地域連携の体制作りを行ってきた。今回、要保護児童対策地域協議会の対象となり、妊娠期から多職種と連携し養育支援を行った症例について、連携の内容を明らかにする。

##### 【方法】

対象症例の診療記録・看護記録より、妊娠期の多職種連携に関する記述を抽出し、どのように多職種連携を行ったのか振り返った。

##### 【結果】

対象者の記録から、多職種連携フローチャートにそって、妊娠経過に応じ必要な時期に関係機関との連携を取っていることが明らかとなった。まず、妊娠初期の受診時に得た生活背景や家族背景、精神科受診歴などの情報から、育児困難や虐待のリスクをアセスメントし、地域連携と出産後の継続的な養育支援の必要性を判定した。地域連携が必要と判断した対象者には、病院・地域が協働して養育支援を行うことを説明し、関係機関との情報共有の了解を得た。妊娠初期に助産師から保健師に継続連絡票を用いて情報提供を行うとともに、家庭環境の調査を依頼した。これらの情報をもとに、地域が要保護児童地域対策協議会の対象や特定妊婦認定について検討をし、対象と判断された場合には、病院及び児童相談所など地域の関係職員が集まりケース会議を開催した。ケース会議には対象者の養育におけるリスクに応じて必要な地域機関が参集し、世帯に関する情報共有と妊娠・養育支援における各機関の役割、支援の流れと連絡窓口などの決定を行った。その後、病院内関係職員のみでケース会議を実施し、出産後の育児や養育場所、対象者とその家族への説明事項などの申し合わせを行った。

##### 【考察】

妊娠早期から関係機関との連携を図ることで、養育支援を検討する上で必要な情報交換をすることができた。また、多くの関係者が対象者とその家族に関わることになったが、ケース会議で情報共有を行い、各機関がそれぞれの役割を認識し合うことにより、支援の方向性を統一できたと考えられる。

---

## ポスターセッション

---

### P-37

#### 当院助産外来における精神疾患合併妊産婦の地域連携 ーハイリスク妊産婦連携指導料算定に焦点を当ててー

公文 典子<sup>1)</sup>、北村 恵美子<sup>1)</sup>、川村 美保<sup>1)</sup>、谷内 彩乃<sup>1)</sup>、松島 幸生<sup>2)</sup>

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】

平成30年診療報酬改定において、ハイリスク妊産婦連携指導料が加算の対象となった。これは、他職種及び地域が連携し、精神疾患合併妊産婦を支援することの重要性が評価されたものとする。

今回、当院におけるハイリスク妊産婦連携指導料算定状況と他職種連携の実態を報告する。

#### 【方法】

医事データとカルテからハイリスク妊産婦連携指導料1算定状況と算定対象者の他職種連携を振り返る。

#### 【結果及び考察】

当院は精神科を併設しており、精神疾患合併妊産婦の受け入れが多い。平成25年に心理社会的リスクファクターを持った妊婦に特化した助産外来を開設し、助産師が妊娠中から対象者を取り巻く情報の収集、他職種や地域との連携、産後の育児支援体制構築の強化を図ってきた。

ハイリスク妊産婦連携指導料1の施設基準に関わるカンファレンスは、2市町村の保健師と助産外来の助産師が2ヶ月に1回実施していたが、平成30年より精神看護専門看護師、臨床心理士、NICU・GCU看護師と4市町村の保健師に連携職種及び地域を拡大した。

平成30年の分娩件数は294件、助産外来が心理社会的ハイリスク妊産婦として対応した妊婦は83名で、その内精神疾患合併妊産婦は45名であった。ハイリスク妊産婦連携指導料1を算定した対象者は27名で、精神疾患合併妊産婦の60%であった。40%の妊産婦は、居住地が当院から遠方で2ヶ月に1回の地域とのカンファレンスの定例化が難しく、情報提供用紙の送付や電話連絡、必要時はケース会議を実施するという連携体制を継続した。

ハイリスク妊産婦連携指導料算定は、精神疾患を有する妊産婦の支援体制の充実につながっていると考えられる。

今後の課題は、ハイリスク妊産婦連携指導料が算定できなかった40%の精神疾患合併妊産婦の支援体制の充実を図るシステムの整備である。

---

## ポスターセッション

---

### P-38

#### 精神科診療所で実践する「ハイリスク妊産婦連携指導」

武田 直己<sup>1)</sup>、窪谷 潔<sup>2)</sup>、藤村 尚代<sup>3)</sup>

- 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
- 

##### 【目的】

周産期メンタルヘルスは、地域内医療機関における水平連携の一環として、精神科診療所でもなしうる。本院の実践について報告し、精神科医の果たす役割について考察する。

##### 【方法】

本院においてハイリスク妊産婦連携指導料を算定した症例を抽出しその内容を検討した。

##### 【結果及び考察】

千葉県松戸市・柏市においては、松戸市・柏市の行政職と、産婦人科としては松戸市立総合医療センター、窪谷産婦人科（柏市）と、精神科として演者が、周産期メンタルヘルスカンファレンスを各々月1回行っている。平成30年4月から平成31年5月までの期間において周産期メンタルヘルスカンファレンスでとりあげられ、かつ本院受診に至った19例を抽出し検討した。窪谷産婦人科でのカンファレンスから本院受診に至った14例においては、病態のアセスメント、さらに精神疾患への対応を求められることが多く、また同院が産後ケアを有していることから、産後うつ症の症例が5例であった。松戸市立総合医療センターのカンファレンスから本院受診に至ったのは5例であったが、公立の地域中核病院であることから、カンファレンスに取り上げられる症例は、本院が関与していない他の精神科通院中の症例、または精神疾患ではないが、対応に苦慮する社会的に困難を抱える症例が顕著である。

これらの経験から、周産期メンタルヘルスカンファレンスにおいて精神科医は、主治医ないし副主治医としての役割のみならず、幅広く心理社会的問題を理解し、多職種との連携を図り、ファシリテートする役割が期待されると考える。

---

# ポスターセッション

---

## P-39

### 周産期メンタルヘルスケアにおける薬局薬剤師の取り組み

清家 裕子、紅谷 歩、相場 理江子、尾崎 秀子

一般社団法人子供プラス未来 ゆうあい未来薬局

---

#### 【目的】

近隣の精神科医療機関が産婦人科との連携を深める中、当薬局でも妊産婦への服薬指導の機会が増えた。院外薬局では患者や家族から聴取した限られた情報をもとに対応する事が多いが、当薬局では精神科医療機関と月1, 2回の定期的なカンファレンスを行い、そこで得た情報を服薬指導に繋げている。今回、来局した妊産婦の服薬指導状況を調査し、医療機関との連携の重要性、周産期メンタルヘルスケアにおける薬局薬剤師が果たす役割について検討する事とした。

#### 【方法】

2017年1月～2019年3月に来局した妊産婦38名について薬歴、医師からの情報提供書、カンファレンスの情報をもとに、服薬指導内容、医師との連携、患者からの相談事例について後方視的調査を行った。

#### 【結果】

全38名（妊娠中9名、妊娠中～産後6名、産後22名、その他1名）

①医師から情報提供があり適切な服薬指導が出来た事例：22例、②薬局からの情報提供が医師の診療に役立ったと思われる事例：6例、③医師に話せなかった相談事例（妊娠中・授乳中の薬剤使用、アドヒアランス不良、妊娠の可能性、医療費負担など）：15例

#### 【考察】

医師からの情報提供（病状、家族構成、生活環境など）やカンファレンスで医師の治療方針を把握することにより、妊婦に添付文書上、望ましくない薬剤が処方された際に患者を不安にさせず服薬指導出来た事例、アドヒアランス向上へ繋がった事例があった。薬剤師の提案により処方変更となった事例もあり、医療機関と院外薬局の連携の重要性が再認識された。一方、インターネット等で得た情報に不安を感じて自己判断で薬剤を中断した事例があった。また、予期せぬ妊娠、妊娠の可能性、第2子の希望について相談があり、医師に相談していない事例もあった。患者が安全に、安心して薬剤を服用出来るよう、服薬指導の中で患者の不安や意向を確認し、適切に医師へフィードバックする事も薬局薬剤師の重要な役割であると考えられる。

---

## ポスターセッション

---

### P-40

#### 当院における周産期メンタルヘルスケア —多職種協働モデルの検討—

山根 謙一、高田 加奈子、山下 洋

九州大学病院 子どものこころの診療部

---

##### 【背景と目的】

近年、周産期医療の中で妊産婦の自殺予防や乳幼児期の不適切養育の予防が主要な社会の課題であることが共通認識となり、施策においても妊娠・出産包括支援モデル事業が提示された。このなかでハイリスク出産に対応する総合周産期医療センターでは精神疾患合併や心理社会的リスクへの早期介入が期待されている。当院での取り組みの現状を分析し地域の精神医療との連携も含めた今後の課題を検討する。

##### 【対象と方法】

九州大学病院の総合周産母子医療センターでは医学的および心理社会的ハイリスク妊産婦に対する産科外来でのスクリーニングの後に産科医師・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（児童精神科医、臨床心理士）で構成される母子メンタルヘルスクリニック（以下、MHC）への登録・モニターと多職種連携による支援を行っている。平成27-28年度の登録者94名について、精神医学的診断、心理社会的背景および介入と転帰について診療録より検討を行った。カルテを用いた後方視的調査であり、症例報告にあたっては本人の同意を得るとともに、個人情報の匿名化に最大限配慮した。本発表に関して開示すべき利益相反(COI)はない。

##### 【結果】

精神科等受診中の者が63名、既往のある者が22名であった。精神疾患の主診断は気分障害32名、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、診断のない者は3名であった。MHC登録後の介入として、全例が助産外来でフォローアップされると同時に41名が当診療部を受診し、40名にMSWの介入があった。出産後の転帰としてエジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)の平均は退院時10.21、一か月健診時9.18であり、赤ちゃんへの気持ち質問票の平均は退院時2.67、1か月健診時2.61といずれも高値であり、精神障害、愛着形成、心理社会的逆境の各領域に支援のニーズがみられた。

##### 【考察】

当院を含む大学病院では心理社会的支援から精神科薬物療法、母子相互作用への介入まで複合的な支援ニーズをもつ事例が多く、産科、精神科、小児科の多職種協働による包括的な臨床モデルを構築する必要がある。また出産後の母子の安全のモニター、支援の継続に向けて地域の精神医療・母子保健・児童福祉との多面的な連携が求められる。

---

# ポスターセッション

---

## P-41

### 妊産婦メンタルヘルスケアにおける 都市圏の総合周産期センターの役割

讃井 絢子<sup>1)</sup>、古崎 江以子<sup>1)</sup>、長谷川 まどか<sup>1)</sup>、坂本 理絵<sup>4)</sup>、  
中平 八重子<sup>4)</sup>、平川 豊文<sup>2)</sup>、井槌 大介<sup>2)</sup>、深川 怜史<sup>2)</sup>、清島 千尋<sup>2)</sup>、  
漆山 大知<sup>2)</sup>、宮田 康平<sup>1)</sup>、倉員 正光<sup>1)</sup>、荒木 陵多<sup>2)</sup>、村田 将春<sup>1)</sup>、  
飯田 仁志<sup>3)</sup>、川崎 弘詔<sup>3)</sup>、宮本 新吾<sup>2)</sup>

- 1) 福岡大学病院 総合周産期母子医療センター
  - 2) 福岡大学医学部 産婦人科学教室
  - 3) 福岡大学医学部 精神医学教室
  - 4) 福岡大学病院 地域医療連携センター
- 

#### 【目的】

本邦は安全・安心の管理・治療身体管理及び周産期医療を提供できる国である。一方、新たな問題として周産期の精神障害や子どもの虐待など周産期をめぐる心理社会的問題が浮上しており、妊産婦メンタルヘルスケアが重要視されてきている。今回、当院における種々の医療介入を必要とする妊産婦のメンタルヘルスケアの現状を明らかにすることを目的とした。

#### 【方法】

2011年から2017年の7年間において当院で分娩をした妊産婦3218例を対象とした。シングルマザーや生活保護者などの経済的問題を抱える症例、複雑な家庭事情をもつ妊婦など社会的問題を抱える症例、精神疾患合併症例などの因子で分類し、精神科および小児科、ソーシャルワーカーの介入の状況を比較した。精神疾患合併症例においては、精神疾患別の傾向、薬物投与の有無、ならびに自殺症例を検討した。

#### 【結果】

過去7年間の分娩した症例3218例のうち、特定妊婦に該当する妊婦は250例であり、年々増加する傾向であった。精神疾患合併妊娠の増加が特定妊婦に該当する妊婦の増加に影響を及ぼしていると示唆された。ソーシャルワーカーの介入件数が2016年以降に急激に増加した。精神科ならびに小児科の介入件数も年々増加傾向にあり、特定妊婦のうち、精神科が介入した症例は77例（30.3%）、小児科が介入した症例は70例（27.5%）、両科とも介入した症例は22例（8.6%）であった。精神疾患合併妊娠の内訳は、パニック障害を含む不安障害が36%と最も多く、次いでがうつ病が31%、統合失調症が22%と占めており、各疾患の割合に大きな変動はみられなかった。精神疾患患者のうち、薬物治療で服薬している症例は全体の25%であり、年々増加を認めた。自殺者が3例あり、妊娠中の自殺が2例と産後の自殺が1例であった。3症例の共通項目としては、比較的若い初産婦、薬物療法中の精神疾患であった。

#### 【結論】

総合周産期センターは、特定妊婦の中では精神疾患合併妊娠が年々増加している。今後も増加することが予想され、行政を含めて多種職による診療体制の確立が求められる。

---

### P-42

#### 精神疾患合併妊産婦における自殺企図入院症例の検討 :DPCデータベースによる後ろ向きコホート研究

重見 大介、康永 秀生

東京大学大学院医学系研究科 臨床疫学・経済学

---

##### 【目的】

日本における、精神疾患合併妊産婦の自殺企図による入院症例の現況と臨床的特徴を探る。

##### 【方法】

厚労科研DPCデータベースを用いて2016年1月から2017年3月までに入院加療を受けた精神疾患を有する妊産婦を抽出した。対象患者のうち自殺企図による入院数とそれらの患者背景を解析した。

##### 【結果】

対象患者は1672名（妊婦1546名、産褥婦126名）で、このうち妊婦12名と産褥婦8名が自殺企図で入院していた。妊婦と産褥婦の各集団において、うつ病合併は産褥婦で有意に多く（56.4% vs 17.1%）、自殺企図症例は産褥婦で有意に多かった（6.4% vs 0.8%）。自殺企図の主な手段は、妊婦では過量服薬とリストカットが、産褥婦では縊頸と刃物による自傷だった。

##### 【考察】

本研究では15ヶ月間の全国DPCデータベースを用いて、精神疾患合併妊産婦の入院症例のうち20名（1.2%）の自殺企図症例を同定した。産褥婦では有意にうつ病合併が多く、自殺企図の手段がより致命的なものである傾向が認められた。

---

## ポスターセッション

---

### P-43

#### N・フィールド社内における妊産婦利用者の精神科医療費負担状況調査と、医療費助成制度の効果と期待

池北 裕治

株式会社N・フィールド 地域医療連携部

---

##### 【目的】

株式会社N・フィールドは、精神科を専門とした訪問看護ステーションを全国に設置、運営している。主な相談受付経路は精神科を標榜する医療機関だが、産科・精神科両方を標榜する総合病院や地域の母子保健相談機関等から、妊産婦への訪問看護の利用相談も寄せられる。

精神科を受診している妊産婦への訪問看護は、医師や関係機関からの提案、説明により、一定数の利用相談があるものの、経済的負担や本人のゆとりの無さから、周囲が必要性を感ずて勧めても利用に繋がらない事例もある。

継続的に精神科通院医療を要する病状にある方には「自立支援医療」という通院医療費公費負担制度があり、広く利用されている。それでもなお関係機関からは、経済的負担を理由に本人・家族が受け入れないという声が聞かれる。

まずは社内における産後・妊娠中の方の訪問看護相談・利用状況と、精神科医療費の負担状況を調査し、医療費負担と抑制効果受診行動に関する先行研究と合わせて考察とした。

※自立支援医療（精神通院）…（医療機関窓口での負担割合が1割となり、所得に応じて自己負担上限額が設けられる。）

##### 【方法】

株式会社N・フィールドが開設している全国193事業所（介護保険事業所番号が付与されている事業所すべて）にメーリングリストを使ってアンケートを配布。2018年1月から2019年4月の期間に受けた、妊娠中～産後1年以内の方の訪問看護依頼状況と、精神科医療費の負担状況に関するアンケート調査を実施した。

##### 【結果及び考察】

アンケート回収率は37.8%（73事業所から回答）で、そのうち25事業所で延べ36名の利用相談を受けていた。保険証の種類別に見ると、国保6人、社保本人4人、社保扶養14人、生活保護6人、不明が6人だった。自立支援医療の自己負担上限額別では、10,000円が12人、5,000円が6人、2,500円が4人、0円が7人、不明が7人だった。全国の自立支援医療認定状況と比較した時、自己負担金額は高い傾向にあった。

保険証と自己負担金額から、10,000円、5,000円の計18人が中間所得層、2,500円、0円の計11人が低所得層、生活保護世帯に分類される。精神科訪問看護の利用提案を受けた妊産婦は、その意思決定において経済的負担による影響を受けやすい環境に置かれていた事が示唆された。

---

## ポスターセッション

---

### P-44

#### 愛知県下における精神疾患合併妊娠の管理体制の構築

藤田 啓、森山 佳則、牛田 貴文、今井 健史、小林 知子、  
小谷 友美、吉川 史隆

名古屋大学医学部 産婦人科学講座

---

##### 【目的】

妊産婦死亡や児の虐待などに対する社会的関心も高まり、「地域における切れ目のない支援」体制の構築が、医療施設と行政に求められている。国の指針としては、周産期母子医療センターでの精神疾患合併妊娠の管理となっている。愛知県においては、精神疾患合併妊娠の入院受け入れ可能な施設は大学病院などに限られており、周産期母子医療センターの大半には精神科病棟を併設していないのが実態である。今回我々は、愛知県下の精神疾患合併妊娠の管理の実態およびその問題点を明らかにし、効率的かつ母児ともに予後改善に直結する、精神科—産婦人科—行政支援連携も含めた管理体制を、モデルとして提示することを目的とした。

##### 【方法】

平成28年4月1日から平成31年3月31日の3年間に愛知県内の128分娩施設を対象にアンケート調査を行った。

##### 【結果】

128施設中回答が得られたのは87施設(68%)で、以下の結果が得られた。精神科医が院内にいる施設(非常勤医師を含む)：25施設(29%)、ソーシャルワーカーが院内にいる施設は24施設(28%)、行政連携経験がある施設は42施設(48%)であった。精神疾患を認めた際の管理を大学病院に依頼するケースが45%、もしくは自施設で基準を設けて管理する施設が45%で最も多かった。妊娠中、産褥期に精神科入院となった患者の数は3年間で32件、年々増加傾向にあった。入院先は精神科のある総合病院が過半数を占めた。精神科に入院できずやむなく産婦人科で管理した症例は6件。

##### 【考察】

特定妊婦への切れ目のない支援が重視されている中、約半数の施設で行政連携できており、各施設でも努力はみられるが、周産期の精神疾患の増悪、入院は依然増加傾向である。また、精神科と患者の病状についてうまく連携できなかったケースや精神科に入院できなかった症例も複数みられ、課題は多い。今後も各産科、精神科に啓発を行い、地域全体として簡略かつ明確な管理体制を構築することが重要であると考えられる。

---

## 謝 辞

第16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16回日本周産期メンタルヘルス学会学術集会  
大会長 渡邊 博幸

アステラス製薬株式会社

医療法人学而会 木村病院

株式会社星和書店

武田薬品工業株式会社

一般社団法人 千葉県産科婦人科医学会

一般社団法人 千葉県精神神経科診療所協会

千葉県精神科病院協会

株式会社ブライトン

医療法人社団マザー・キー ファミール産院きみつ

ヤンセンファーマ株式会社

(2019年8月現在、敬称略、企業・団体名五十音順)

ストレスケア病棟

**Hafen** 「ハーフェン」のご紹介

Hafen (ハーフェン) という言葉は、ドイツ語で“港”を意味します。たくさんの国の船が停泊し、荷物を積み降ろしたり、次の航海のための補給や修繕をしている千葉港を臨むこの地で、「私達も、傷ついた心身を癒やし、新たな航路に向け出港する人達の“こころの港”でありたい」と、この名前をつけました。

生活や仕事、学業、人間関係などでつまづき、疲労し、ストレスを抱えてしまった方々が、一時的に日常から離れ、困難をみつめ、環境と行動を整え、ストレスに挑戦する力を回復するための治療の場です。  
また、減薬プロトコルや行動療法を駆使して、お薬のダイエットや最適化も行います。

**産後ママとパパのこころのケア Meer (メーア)**

産後・育児期のこころの悩みを抱えるママと、家族を支えるパパのための、入院サポートプログラムです。  
産後・育児という大きな変化の波を共にのりきるよう支援いたします。

Hafen (ハーフェン) の入院治療について、さらにお知りになりたい場合は、当院の精神保健相談をご利用下さい。  
また、予約外来に申し込んでいただいても結構です。外来予約、相談予約はお電話にて承ります。  
月曜日から土曜日 午後1時～4時までにご連絡願います。



**千葉県精神神経科診療所協会**

Chiba Association of Neuro-Psychiatric Clinics

婦人科領域との医療連携を推進し  
新たな地域医療の発展をめざします

一般社団法人  
千葉県精神神経科診療所協会 事務局

〒285-0846 千葉県佐倉市上志津1669 ヴァンベール志津202号  
TEL&FAX: 043-460-5155 / e-mail: capc@v7.com

ホームページ [www.capc.jp](http://www.capc.jp)



ファミリー産院

私たちファミリー産院が  
ママと赤ちゃんのために  
できること

ママやご家族の方にまたここで産みたいと思って  
いただけるような、そんな“しあわせなお産”を  
ファミリー産院グループは目指しています。



“しあわせなお産をしよう”

産科・婦人科

ファミリー産院たてやま  
千葉県館山市北条 2186-1

ファミリー産院きみつ  
千葉県君津市郡 1-5-4

“それいけ、女性の応援団!”

産科・婦人科

なのはなクリニック  
千葉県千葉市中央区亥鼻 2-2-3

産後ケアセンター

なのはなフィフティーン  
千葉県千葉市中央区亥鼻 2-2-3

“主役はあなた 私たちは  
ほんのお手伝いをするだけ”

産科・婦人科

柏木産婦人科  
千葉市中央区白旗 2-7-2

