

### CQ3. 妊娠中および産後の気分障害・不安障害スクリーニング陽性者への対応は？

#### 推奨

1. 産後のフォローアップを継続する。(Ⅰ)
2. 妊娠中の重症の精神障害及びその既往や疑いがある場合は、特定妊婦として管理する。(Ⅰ)
3. 特定妊婦の管理は、産科医、精神科医、リエゾン精神看護専門看護師、助産師、臨床心理士が協力して行う。(Ⅱ)

#### 解説

以前より周産期メンタルケアは、産科医が中心となっておこなってきた歴史がある。しかし、発症が周産期であることを除けば、基本的にはメンタルヘルスは精神科医や臨床心理士・保健師が中心となって支援することで、質の高い医療を提供できる。しかし、実際には、妊婦健診を産科医が行い、内科疾患合併症妊娠に関しては内科医と連携し、精神疾患合併妊娠は精神科医にコンサルトを行い、一組の母子に対し多職種が関わって診療を行っているのが現状である<sup>1)</sup>。そのため、その対応を多くの施設で統一することはしばしば困難である。さらに、メンタルヘルスに関しては、どのタイミングで精神科医に相談すべきかが臨床上問題となっており、見過ごされたまま対応がなされないケースも多い<sup>2)</sup>。その原因として、診療時間が短いことや診療が身体的なものに傾きがちなこと、そして母よりも胎児の状態に関心が向けられがちなことが挙げられる<sup>3)</sup>。また、強迫性障害や不安障害(全般性不安障害、パニック障害、恐怖症、心的外傷後ストレス障害と社会不安障害を含む)の程度が周産期に過小評価される可能性があるため、スクリーニング陽性者に対しては、その初期段階から精神科領域が関わり正確な状態の評価を行うことが重要である。

スクリーニング陽性者に対する初期対応として、妊娠中及び産褥期のメンタルヘルスに関する情報を提供することが重要である。また、周産期においてメンタルヘルスの問題が稀ではないこと、治療の有効性、安全性、起こりうる有害事象に

についての説明をすることでより治療へのコンプライアンスが高まることが期待される。ただし、否定的な認識(汚名、母親失格、児が保護される可能性、アルコールや薬物依存の発覚)を恐れ、メンタルヘルスの問題を明らかにしない可能性もあるため、問診の際には注意を要する。そのため、本人の同意が得られた場合にはパートナー、家族、介護者にも情報提供を行い、支援者の協力を促すことが重要である。

妊娠中および産後に重症の精神障害を識別するエビデンスの確立された方法はない。しかし、精神科医が産後精神疾患を認識した場合には迅速に行動することが不可欠であるため、突然の産褥精神病の症状がある場合は即日精神科医に紹介する。NICE(National Institute for Health and Care Excellence)ガイドラインでは、このような場合は4時間以内に精神科医に紹介することが推奨されている<sup>4)</sup>。合わせて、本人の重症の精神障害がある場合、または第一近親者に重症の周産期精神障害の既往が判明した場合は、出産後2週間以内の産後精神病発症の可能性について留意することをNICEガイドラインに準拠して推奨する。(詳細はCQ5参照)

## 文献

- 1) 立花良之、小泉典章: 妊娠期からの母親のメンタルヘルスや育児を支援する他職種地域連携システムの試み. 信州公衆衛生雑誌 8: 18-19, 2013.
- 2) 小室龍太郎: 妊娠や出産をめぐる時期における気分障害の評価とケア. BIRTH 1: 17-24, 2012.
- 3) 廣瀬一浩: 産褥期のストレス—睡眠障害とマタニティブルー—. ペリネイタルケア 20: 32-37, 2001.
- 4) Howard LM, Megnin-Viggars O, Symington I, Pilling S; Guideline Development Group. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. BMJ. 18: 349: g7394, 2014.