

CQ5. メンタルヘルス不調の妊産褥婦に対する、緊急度／育児・家庭環境／児の安全性確保に留意した医療・保健・福祉の具体的な連携と対応の仕方は？

推奨

1. 妊産褥婦のメンタルヘルス不調が考えられたときは、まず、緊急の対応を要するか否かを見極める。(I)
2. 緊急性がある場合は、自治体・圏域の精神科救急情報センターに連絡する。あるいは、圏域保健所の精神保健福祉担当部署・者や市町村自治体の精神保健福祉、母子保健担当部署・者に連絡する。(I)
3. 緊急性はないが、精神科専門治療の必要がある場合、精神科受診を勧奨する。その際、圏域保健所の精神保健福祉担当部署・者と連携をはかる。(I)
4. 育児・家庭環境の問題があり、母子保健関係者が介入した方がよい場合、まず医療機関スタッフが相談にのった上で居住地自治体の母子保健担当部署の保健師等に連絡し、DVがあればそれらに加え女性相談センターへの相談を勧める。(I)
5. 出生した乳児の安全性確保の必要性がある場合、児童相談所・子ども家庭支援センター、または保健師に連絡する。(I)

解説

メンタルヘルス不調の妊産褥婦には、産科医・助産師・保健師・小児科医・精神科医、子ども家庭支援センターや児童相談所職員などの多くの職種がかかわる。とくに、初期対応をすることの多い母子保健の専門家が、母親の心理面・社会面・子どもの養育など問題を多面的にアセスメントし、適切に他の機関と連携することを求められる^{1,2)}。本CQでは、産科医療機関で気づかれたメンタルヘルス不調の妊産褥婦に対して、精神症状や養育・生活状況の緊急性をどのようにトリアージするか、状況に応じて、どのタイミングで、どのような機関・職種と連携をとるかを整理した。

1. まず、下記のような症状や事例性が切迫している場合は、緊急性ありとして対応する必要がある。

- ①自殺念慮・希死念慮があり、本人がその気持ちを自分で抑えることができない場合。
- ②精神病症状（幻覚・妄想など）が急に出現または悪化した場合。
- ③自分やまわりの家族・他人を傷つけてしまう危険性がある場合。

2. 緊急性がある場合の対応

①すみやかな精神科治療導入を推奨する。妊産婦がすでに精神科通院治療中である場合は、当該の精神科医療機関、または日頃から連携している精神科医療機関があれば、そこに紹介する。そのような紹介先がない場合は、地域の精神科救急対応窓口（以下、対応窓口）に相談する。

平日日中と夜間・休日に対応窓口の連絡先が異なることがある。

平日日中：圏域保健所の精神保健福祉担当部署・者や市町村自治体の精神保健福祉、母子保健担当部署・者へ連絡する。

夜間・休日：自治体・圏域の精神科救急情報センターへ連絡する。
あるいは、翌診療日に平日日中の対応窓口へ連絡する。

上記の緊急対応は自治体によって異なるが、自治体と産科・精神科

医療機関など関係機関が話し合い、メンタルヘルス不調で緊急対応の必要な妊産褥婦に対する自地域の対応方針を決めておくことが望ましい。

②自殺念慮・希死念慮があつて生命危機が切迫しているが、本人が精神科受療を拒否している場合。

他の機関と連携するにあたっては、本人の同意を得ることを原則と考える。(本人から同意を得るプロセスについては、CQ6を参照。)

しかし、本人が精神科受診を拒む場合も少なくなく、その場合は、本人を説得し、同意を得て、対応窓口につなげる努力をする。また、可能であれば家族に連絡を取る。

さらに、本人の精神状態が重く、かつ、精神科専門治療にも対応窓口への連絡にも同意してもらえない場合には、やむをえず、特定妊婦あるいは要保護児童・要支援児童家庭への支援プロセスのルートで対応窓口に連絡する。

このように、可能な限り本人に同意してもらうように努めつつも、産科医療機関・家族・保健師の連携のもと、できるだけ速やかに、精神科医療機関につなげる。

3. 精神症状はあるが、緊急性はない場合の対応

①緊急性はないが、精神症状が顕在しており、精神科専門治療の必要がある場合は、本人に精神科受診を勧め、本人の同意を得て、精神科医療機関に紹介する。

②また、①に重ねて、本人に、圏域保健所の精神保健福祉担当部署・者等の相談窓口を紹介し、連携をはかる。

③尚、現在の精神症状はなくても双極性障害や産褥精神病の家族歴がある場合は、それらの精神症状の出現に注意を払い、症状が出現した際には速やかに精神科医療機関を紹介することを申しあわせておくことが望まれる^{3,4,5,6)}。

④精神症状はあるが、自施設での支援、経過観察も可能と判断する目安としては、日常生活に支障をきたしていないこと、精神症状が周り

の家族（児も含め）や他者の日常生活に多大な悪影響を及ぼしていないことがポイントとなる。たとえば、抑うつ状態ではあるが、自殺念慮・希死念慮がなく、日常生活に支障をきたしていない、不安やこだわりは強いものの、日常生活に支障をきたしていないといったような場合は、精神科医療機関を受診せずに経過観察を選ぶこともある。

ただし、このような観察ケースであっても、時間的経過を丹念にフォローする必要がある。例えば、マタニティブルーズのような、産後の緊急性の薄いメンタルヘルス不調などでも、2週間後の母乳外来の予約を取るなど、産科の1か月健診時などに、精神状態のアセスメントをして、精神状態の悪化が見られる場合は、その重症度に応じた対応をすることが望ましい³⁾。

以下、4～5は、メンタル不調を呈した妊産婦を支援する場合に考慮すべき付帯状況に対して、どのような連携を図るかについて整理した。

4. 育児・家庭環境の問題がある場合

育児困難があったり、実母・義母などのサポートが得られにくかったりする場合は、医療機関スタッフが相談にのりつつ、居住地自治体の母子保健担当部署の保健師等に連絡する。また、DVの被害にあっているようであれば、それらに加え、女性相談センターへの相談を勧めるとよい。

5. 児の安全性確保の必要性がある場合

子どもを直ちに保護する必要がある場合には児童相談所に、直ちに保護する必要はないが児童虐待や養育不全の恐れがあり支援を要する場合には子ども家庭支援センターまたは保健師に連絡する。自治体によっては子ども家庭支援センターと児童相談所の機能や名称が違う場合がある。（子ども家庭支援センターなどがなく、その役割を児童相談所が一括して担うなど）。居住地区の自治体のホームページなどを参照して確認するとよい。

参考

精神科医療機関の種類と守備範囲

緊急受診させるにあたっての、産科をはじめとした身体科かかりつけ医にとって、わかりにくい、精神科医療機関それぞれの対象患者の守備範囲をまとめておく。

精神科医療機関は、総合病院、精神科単科病院、精神科診療所がある。

①精神科診療所は、自殺企図・自傷行為・他害のリスクはなく、本人の精神状態による家庭内の問題を緊急に解決する必要もないけれども、精神的な問題で日常生活に支障をきたして、治療を受けた方がよい場合に紹介先の候補となる。

②精神科病院は、上記精神科診療所紹介の適応の場合に加え、産後に自殺企図・自傷行為・他害のリスクがあり入院が必要な場合に適応となる。総合病院は、特に妊娠中から産後にかけて、産科などと緊密な連携をもって精神科治療を行う必要がある場合が適応となる。

①②では、単独の施設で、身体的な問題の検査・診断・治療を行うことは困難なことが一般的であるため、身体的な問題がない場合、または、身体的な問題があっても、紹介元の医療機関との密な連携のもと、協同して、患者を心身両面から継続支援できる体制がある場合が適応となる。

③入院病床のある総合病院精神科は、妊娠中に精神科病床で入院管理が必要な妊婦に唯一対応できる精神科医療機関のタイプである。身体的な問題があり、引き続き検査・診断・治療が必要な場合は、産科・精神科の併設している総合病院に紹介することが望ましい³⁾。

ただし、総合病院精神科（とくに有床精神科を有する病院）は、地域偏在が著しく、一般的にリソースは極めて乏しい事が多く、精神科診療所や精神科病院の対応力を増やしていくような取り組みも望まれる。

自殺念慮・希死念慮のアセスメントとその後の対応の仕方

不安や抑うつを認める妊産褥婦に対しては、「つらくてしようがなくなることはありませんか」などと聞くとよい。それを肯定するようであれば、「死にたくなることはありませんか」「もういなくなってしまうと思うことはありませんか」などとたずねる。エジンバラ産後うつ病質問票（Edinburgh Postnatal Depression Scale：EPDS）（別表 2-1）を実

施している場合、その結果も参考になる（特に項目 10）。自殺念慮・希死念慮を認めた場合、その計画性についても聞く必要がある。自殺の手段や場所、決行時間まで具体的に考えている場合には、自殺の危険が高いと判断する。また、自殺念慮を認めた場合は言うまでもなく、自殺念慮を否定している場合でも、自殺の危険因子を認めた場合は自殺のリスクが高いと考える必要がある。例えば、過去の自殺企図・自傷行為歴、喪失体験、苦痛な体験、職業・経済・生活などの問題、精神疾患や身体疾患の罹患やそれらに対する悩み、ソーシャルサポートの欠如、企図手段への容易なアクセス、自殺につながりやすい心理状態、家族歴、などである。

自殺念慮・希死念慮を認めた場合の接し方として「TALKの原則」がある^{7,8)}が、自殺念慮・希死念慮のある妊産褥婦も適応があると考えられる³⁾。

TALK とは、Tell（伝える）、Ask（尋ねる）、Listen（聴く）、Keep safe（安全を確保する）の頭文字をとったものである。

Tell（伝える）：自殺念慮・希死念慮を語ってくれた本人に対し、自分の気持ちを相手にはっきりと伝える。（例）「いまのあなたのことがとても心配です」「死んでほしくないです」など

Ask（尋ねる）：「死にたい」という気持ちについて、率直に尋ねる。（例）「どんな時に死にたいと思いますか」

Listen（聴く）：死にたくなるほどつらい気持ちを傾聴する。希死念慮・自殺念慮が語られたとき、その考えや行動を良し悪しで判断するなど、こちらの考えを一方向的に説教するのではなく、そこまで追い込まれている辛い状況や気持ちを理解し共感することが必要である。そうすることで、信頼関係が強まる。しっかりと傾聴するならば、自殺について話すことは危険ではなく、予防につながる。

Keep safe（安全を確保する）：自殺の危険が考えられたら、孤立させないように寄り添い、また、周りの人から適切な援助を求めるようにします。母親の自殺予防において、母親だけの対応のみならず、子どもの安全・場合によっては保護についても考えねばならない。

衛藤らは、自殺企図者に共通する心理状態として、心理的視野狭窄、動揺する強い自殺念慮、焦燥感の特徴があるとしている⁹⁾。心理的視野狭窄には自殺以外の具体的な解決法を示すこと、動揺する自殺念慮には死にたい気持ちを話せるようにする（とどまること）、焦燥感には安全な場所へ移動することや自傷・自殺の手段を遠ざけることを試み、また、焦燥感が強い場合にはそれを和らげる向精神薬の使用も必要であるとしている¹⁰⁾。

家族のサポート状況の確認、家族への対応

家族のサポート状況の確認をし、精神症状が強いなど心理社会的問題の大きい場合には可能であれば家族へも対応することが望ましい。家族へ対応する際には、家族の気持ちについて共感・受容的態度で傾聴する。また、家族からも病歴や心理社会的要因についての情報を収集する。そして、家族と協力しながら本人を支援する体制を整えていく。

病状が悪化した際の対応方法について本人・家族と決めておく

面接時は緊急対応を要する状態でない場合や本人が精神科医療機関受診に同意しない場合でも、病状が悪化して緊急対応が必要になることもある。希死念慮・自殺念慮を認める際には、自分や赤ちゃんを傷つけてしまうことを絶対にしないということを本人と約束し、つらくてしようがなくなるなど精神状態が悪化した際にどこ（誰）にSOSを求めるかを決めておく。

精神保健福祉相談との連携

地域の精神科医が担当している自治体の精神保健福祉相談がある。多くの場合、月に1～数回程度となっており、気軽に無料で受けられるというメリットがある。ただし、枠が少なく、子どもから老人まで全年齢を対象としていて、母子保健専門の相談枠がある地域は少ない。相談する場合は、精神保健福祉や母子保健担当の保健師にどのように対応してもらえるか、確認するとよい。相談枠が限られており、基本的に処方箋を発行して薬物療法を行えないところがほとんどである。一方でアセスメント・トリアージ・適切な関係機関への紹介という役目を果たしてくれることが期待できる。

メンタルヘルス不調の妊産褥婦とその家族の抱える心理社会的問題やニーズを把握し、一職種だけで抱え込まずに機関内・外の適切な職種につないで連携して対応することが重要である³⁾。そのためには、常日頃から、カンファレンスや症例検討会などを通して、機関内・外の多職種で協力体制のための関係性を築いておくことが望まれる。

文献

- 1) 立花良之,小泉典章:「母子保健活動と周産期・乳幼児期の精神保健」 精神科治療学 31(7) : 925-931, 2016
- 2) 立花良之:「妊娠・出産・育児にかかわる各時期の保健福祉システムの現状とあり方」 精神医学 58 (2) : 127-133, 2016
- 3) 立花良之:「母親のメンタルヘルスサポートハンドブック 気づいて・つないで・支える多職種地域連携」 医歯薬出版 : 2016
- 4) Knight, M., Tuffnell, D., Kenyon, S., Shakespeare, J., Gray, R., & Kurinczuk, J. : Saving Lives, Improving Mothers' Care—Surveillance of maternal deaths in the UK 2011–13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–13 : Oxford: University of Oxford. 2015
- 5) National Collaborating Centre for Mental Health. Antenatal and Postnatal Mental Health : Clinical Management and Service Guidance : Updated edition. 2014. British Psychological Society
- 6) SIGN, S.I.G.N., Management of perinatal mood disorder (SIGN 127). Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>, 2012
- 7) 日本臨床救急医学会「自殺企図のケアに関する検討委員会」編:「救急医療における精神症状評価と初期診療 PEEC ガイドブック - チーム医療の視点からの対応のために -」へるす出版 : 2012
- 8) 高橋祥友:自殺予防プログラムとは何か. 新訂増補 青少年のための自殺予防マニュアル (高橋祥友 編著、新井肇、菊地まり、阪中順子 著) 金剛出版 : 29-45. 2008
- 9) 衛藤暢明, 西村良二:精神科救急における治療戦略 心理教育. 臨床精神医学 43(5) : 763-769 , 2014
- 10) 衛藤暢明:自殺未遂者の心理と対応について、北九州市いのちとこころの情報サイト <https://www.ktq-kokoro.jp/lecture/1455> : 2014